

DOI: 10.19538/j.ek2017030601

儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南 (2016年制定)

中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会(2016年11月)

执笔:刘大波(广州市妇女儿童医疗中心耳鼻咽喉科)、谷庆隆(首都儿科研究所附属儿童医院耳鼻咽喉科)

制定专家(按姓氏笔画排列):陈慧中(首都儿科研究所附属儿童医院呼吸科)、陈志敏(浙江大学医学院附属儿童医院呼吸科)、付勇(浙江大学医学院附属儿童医院耳鼻咽喉科)、韩志英(山西省儿童医院呼吸科)、洪建国(上海交通大学附属第一人民医院儿科)、李琦(南京医科大学附属南京儿童医院耳鼻咽喉科)、陆权(上海交通大学附属儿童医院呼吸科)、尚云晓(中国医科大学附属盛京医院小儿呼吸内科)、沈蓓(天津市儿童医院耳鼻咽喉科)、沈翎(福建省福州儿童医院耳鼻咽喉科)、王智楠(武汉市妇女儿童医疗保健中心耳鼻咽喉科)、许政敏(复旦大学附属儿科医院耳鼻咽喉头颈外科)、姚红兵(重庆医科大学附属儿童医院耳鼻咽喉科)、赵德育(南京医科大学附属南京儿童医院呼吸科)、赵顺英(首都医科大学附属北京儿童医院呼吸科)、张海邻(温州医科大学附属第二医院儿童呼吸科)、张建基(山东大学齐鲁儿童医院耳鼻咽喉科)

秘书:陈超(复旦大学附属儿科医院耳鼻咽喉头颈外科)

中图分类号:R72 文献标志码:C

【关键词】 急性扁桃体炎;诊断;治疗;指南;儿童

Keywords acute tonsillitis; diagnosis; treatment; guideline; child

1 前言

急性扁桃体炎是小儿耳鼻咽喉科和小儿内科的常见多发病^[1-2],国外围绕急性扁桃体炎制定有指南和标准,例如美国耳鼻咽喉-头颈外科学会制定的关于儿童扁桃体切除术的临床指南^[3],欧洲临床微生物及感染疾病学会及苏格兰校际指南网络(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)制定的关于导致咽喉痛的疾病指南等^[4-5],这些指南分别从扁桃体切除术的指征、筛查病原体(尤其是A群β溶血性链球菌的检出)、抗菌药物的使用指征等方面进行了探讨,国内也有很多学者进行了急性扁桃体炎的研究,但多集中在急性扁桃体炎的内科治疗方面,比如抗菌药物的选择^[6-7]、中医对该病的症候类型研究等^[8-9],迄今仍缺乏系统的、结合中国国情的儿童急性扁桃体炎诊治指南。针对这种现状,中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会组织国内部分相关专家制订了

通讯作者:许政敏,电子信箱:13916320945@163.com

《儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南》,这是继《儿童急性感染性鼻-鼻窦炎诊疗——临床实践指南(2014年制订)》^[10]和《儿童急性中耳炎诊疗——临床实践指南(2015年制订)》^[11]后新推出的一部涉及小儿耳鼻咽喉科和小儿内科急性上呼吸道感染范畴的跨学科指南,希望能推进临床医生对这些疾病的规范化诊疗。

复发性急性扁桃体炎(recurrent acute tonsillitis, RAT)^[12],是指急性咽痛症状、扁桃体炎的反复发作,而在发作间歇期内不存在或者没有显著主诉症状的一种状态,国外学者建议用RAT此概念代替“慢性扁桃体炎”的诊断,本指南仅予提及,不做进一步论述。

2 定义

急性(腭)扁桃体炎是指腭扁桃体的急性非特异性炎症,通常简称急性扁桃体炎,是上呼吸道感染的一种类型,多同时伴有程度不等的咽部黏膜和淋巴组织的急性炎症。该病在春、秋两季及气

温变化时容易发病^[13],可发生在任何年龄,多见于学龄前期和学龄期儿童^[12,14]。

3 分类

3.1 根据病理分类 参照文献^[13]。

3.1.1 急性卡他性扁桃体炎 病变较轻,炎症局限于黏膜表面,表现为扁桃体表面黏膜充血无明显渗出物,隐窝内及扁桃体实质无明显炎症改变。

3.1.2 急性滤泡性扁桃体炎 炎症侵及扁桃体实质内的淋巴滤泡,引起充血、肿胀甚至化脓,在隐窝口之间的黏膜下可呈现黄白色斑点。

3.1.3 急性隐窝性扁桃体炎 扁桃体充血、肿胀,隐窝内充塞由脱落上皮、纤维蛋白、脓细胞、细菌等组成的渗出物,并自隐窝口排出,有时隐窝口渗出物连成一片,形似假膜,但易于拭去。

3.2 根据致病的病原体进行分类

3.2.1 急性细菌性扁桃体炎 A群 β 溶血性链球菌为本病的主要致病菌^[14-15],其次肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌等也可引起本病。

3.2.2 急性病毒性扁桃体炎 病毒也是急性扁桃体炎的主要病原体^[15],常见病毒有EB病毒、鼻病毒、流感病毒和腺病毒等^[2,16]。

3.2.3 其他病原体导致的急性扁桃体炎 如沙眼衣原体、肺炎支原体等^[2]。

4 诊断

4.1 症状

4.1.1 全身症状 多见于急性滤泡性和急性隐窝性扁桃体炎。起病急,可有畏寒、高热、头痛、食欲下降、疲乏无力、周身不适等表现,小儿有时可因高热而引起抽搐、呕吐及昏睡等。婴幼儿可因肠系膜淋巴结受累而出现腹痛及腹泻。

4.1.2 局部症状 剧烈咽痛为其主要症状,常放射至耳部,多伴有吞咽困难,婴幼儿常表现为流涎、拒食。部分病例下颌和(或)颈部淋巴结肿大,可出现转头受限,炎症波及咽鼓管时则出现耳闷、耳鸣、耳痛甚至听力下降。扁桃体肿大较显著,在婴幼儿还可引起呼吸困难^[16]。

4.2 体征 患儿呈急性病容,可有高热,咽部黏膜呈弥漫性急性充血,以扁桃体及两侧腭弓最为严重,腭扁桃体肿大,部分病例扁桃体表面可见黄白色脓点或在隐窝口处有黄白色或灰白色豆渣样渗出物,可连成一片形似假膜,但不超出扁桃体范

围,易拭去且不遗留出血创面。下颌和(或)颈部淋巴结常肿大伴压痛。应明确:根据临床症状及体征很难区分出急性病毒性扁桃体炎还是急性细菌性扁桃体炎^[17]。

一般而言,病毒性扁桃体炎常表现为扁桃体充血、肿大等,同时还常伴有咳嗽、声嘶和流涕等卡他症状;而细菌性扁桃体炎则更多伴有扁桃体渗出物^[18]。

4.3 实验室检查

4.3.1 血常规及C反应蛋白 细菌性者常伴有外周血白细胞计数增高,中性粒细胞百分比增高和C反应蛋白增高。

4.3.2 病原学检测 病原学检测主要是咽拭培养和药物敏感试验,要重视病原学的研究。由于无症状健康儿童的咽喉部也可有高达40%的正常定植菌的携带阳性率^[19-21],所以这项检查并不推荐为常规检查,而应根据临床症状和体征做出初步判断后再决定是否需要进行。

4.3.3 其他检查 当怀疑有并发症出现,如咽旁脓肿、咽后脓肿、扁桃体周围脓肿时可以根据病情选择性的进行CT检查或超声检查。考虑有肾脏并发症时,如考虑A群 β 溶血性链球菌导致的肾小球肾炎等时,应进行尿和肾功能等相关检查。

5 鉴别诊断

主要与咽白喉,樊尚咽峡炎及某些血液病所引起的咽峡炎等疾病相鉴别^[13]。

5.1 咽白喉 咽痛轻,查体可见灰白色假膜常超出扁桃体范围,假膜坚韧,不易擦去,强剥易出血,颈部淋巴结多有肿大,呈“牛颈”状,患者精神萎靡、低热、面色苍白,脉搏微弱,呈现中毒症状。外周血白细胞计数一般无变化,假膜涂片可见白喉棒状杆菌。

5.2 樊尚咽峡炎(vincent angina) 多表现为单侧咽痛,查体可见一侧扁桃体覆盖灰色或黄色假膜,擦去后可见其下有溃疡,牙龈常见类似改变,患侧颈淋巴结有时肿大,全身症状较轻,涂片可见梭形杆菌及樊尚螺旋菌。外周血白细胞计数略有升高。

5.3 单核细胞增多症性咽峡炎 咽痛较轻,查体可见扁桃体红肿,有时覆盖有白色假膜,易擦去,全身淋巴结肿大,有“腺性热”,患者高热、头痛、急性病容,有时出现皮疹,肝脾肿大等,咽拭涂片阴

性或可查到呼吸道正常定植细菌,外周血检查可见异常淋巴细胞、单核细胞增多可占50%以上,血清嗜异凝集试验(+),有条件可送检EB病毒特异性抗体测定。

5.4 粒细胞缺乏性咽峡炎 咽痛程度不一,查体可见坏死性溃疡,其上覆有深褐色假膜,周围组织苍白、缺血,软腭、牙龈有同样病变,颈部淋巴结无肿大,全身情况迅速衰竭,有脓毒性弛张热,咽拭涂片阴性或查到呼吸道正常定植细菌,外周血检查白细胞计数显著减少,粒细胞锐减或消失。

5.5 白血病性咽峡炎 一般无咽痛,查体早期可见一侧扁桃体浸润肿大,继而表面坏死,覆有灰白色假膜,常伴有口腔黏膜肿胀、溃疡或坏死。全身淋巴结肿大,急性期体温升高,可有全身性出血,以致衰竭。咽拭涂片阴性或仅查到呼吸道正常定植细菌,外周血液检查白细胞增多,分类以原始白细胞和幼稚白细胞为主。

5.6 猩红热 咽痛,查体可见在充血肿胀的扁桃体上出现灰色或褐色假膜,易拭去,下层红,不出血,咽黏膜呈弥漫深红色,软腭上有散在红点,颈部淋巴结肿大,有时化脓,全身他处淋巴结也可能肿大,患者恶寒、高热、头痛及呕吐,可有弥漫细小充血性斑丘疹(12~36 h内)、杨梅舌(1~2 d后),咽拭涂片可检出A群 β 溶血性链球菌。

6 并发症

由于抗菌药物的使用,目前并发症已明显减少。可分为局部并发症和全身并发症^[13]。

6.1 局部并发症 为急性炎症直接侵犯邻近组织所致,可导致颈部深部的感染,例如咽后脓肿、咽旁脓肿及扁桃体周围脓肿等,还可以向上蔓延,引起急性中耳炎、急性鼻-鼻窦炎,向下蔓延可引起急性喉气管炎、急性支气管炎甚至肺炎等。

6.2 全身并发症 目前一般认为,全身并发症的发生多与各个靶器官对链球菌所产生的Ⅲ型变态反应有关,如可引起风湿热、急性肾小球肾炎、急性关节炎(常侵犯肩、肘及膝关节,小关节较少受累)等。急性扁桃体炎后出现风湿热者,心脏并发症尤为多见。

7 治疗

7.1 一般治疗 卧床休息、清淡饮食、多饮水、加强营养及保持排便通畅;咽痛剧烈或高热时,可口

服退热药及镇痛药。

7.2 抗菌药物的使用 病毒性急性扁桃体炎常为自限性^[15],无需使用抗菌药物治疗,可以考虑使用中药等治疗。

A群 β 溶血性链球菌为本病的主要致病细菌,对于有细菌感染证据的急性扁桃体炎患儿, β 内酰胺类为抗菌药物治疗的一线首选药物,抗菌治疗应以清除病灶致病菌为目的,疗程至少10 d,根据病情轻重,决定给药途径。青霉素类,如:阿莫西林、阿莫西林+克拉维酸制剂等口服为推荐药物^[22-24]。头孢类抗菌药物由于抗菌谱更广,也可以作为一线药物治疗^[25]。对青霉素过敏的患儿或考虑为肺炎支原体感染者,建议使用阿奇霉素等大环内酯类抗菌药物治疗,阿奇霉素剂量为每日1次给药,推荐使用剂量是10 mg/(kg·d),连续使用3 d为1个疗程;也有使用5 d疗程的用法:首剂10 mg/(kg·d),第2~5天5 mg/(kg·d)。或者12 mg/(kg·d),连续使用5 d为1个疗程^[26]。

7.3 局部治疗 包括含漱液及局部含片等,也有一定疗效。较大儿童可以使用复方氯己定含漱液、复方硼砂溶液等进行漱口。含片和局部喷剂也可使用。

7.4 中医中药 可以考虑使用中医中药起到疏风清热、消肿解毒的治疗作用。

7.5 手术治疗 本指南推荐在急性期2周后,并符合以下条件时可考虑扁桃体手术摘除治疗。

根据扁桃体的发作次数来决定是否手术,主要根据以下原则:(1)在之前的1年内扁桃体炎发作7次或更多次。(2)在之前的2年内每年扁桃体炎发作5次或更多次。(3)在之前的3年内每年扁桃体炎发作3次或更多次^[17]。

其他指征:(1)扁桃体炎曾引起咽旁间隙感染或扁桃体周围脓肿者。(2)扁桃体过度肥大,妨碍吞咽、呼吸或发声者;或引起阻塞性睡眠呼吸暂停、睡眠低通气综合征者。(3)白喉带菌者经保守治疗无效时。(4)不明原因的低热及其他扁桃体源性疾病(成为引起其他脏器病变的病灶),如伴有慢性扁桃体炎的急性肾炎、风湿性关节炎出现时等。(5)其他扁桃体疾病,如扁桃体角化症及良性肿瘤等^[11]。

参考文献

[1] Linder JA. Evaluation and management of adult pharyngitis [J].

- Compr Ther, 2008, 34(3-4): 196-203.
- [2] Sidell D, Shapiro NL. Acute tonsillitis [J]. Infect Disord Drug Targets, 2012, 12(4): 271-276.
- [3] Reginald FB, Sanford M. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 144(S1): S1-S30.
- [4] Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, et al. guideline for the management of acute sore throat [J]. Clin Microbiol Infect, 2012, 18(Suppl 1N): 1-28.
- [5] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indication for tonsillectomy [EB/OL]. (2013-09-19) <http://www.sign.ac.uk/pdf/qrg117.pdf>.
- [6] 贾维刚, 曲颖, 李星, 等. 阿莫西林克拉维酸钾片治疗急性咽扁桃体炎的疗效和安全性[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(23): 117-118.
- [7] 郑力航, 邱星安. 阿莫西林/克拉维酸钾序贯疗法治疗扁桃腺炎的疗效观察[J]. 临床合理用药, 2010, 3(20): 80-81.
- [8] 王晓才, 黄象安, 王晓宝. 急性扁桃体炎发热病例的证候类型及特点[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2011, 18(2): 8-10.
- [9] 吕欢, 王明明, 李妮. 中药制剂治疗小儿急性扁桃体炎进展[J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(2): 132-133.
- [10] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会. 儿童急性感染性鼻-鼻窦炎诊疗——临床实践指南(2014年制订)[J]. 中国实用儿科杂志, 2015, 30(7): 512-514.
- [11] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会. 儿童急性中耳炎诊疗——临床实践指南(2015年制定)[J]. 中国实用儿科杂志, 2016, 31(2): 81-84.
- [12] Jochen P, Windfuhr, Nicole T, et al. Clinical practice guideline: tonsillitis I. diagnostics and nonsurgical management [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2016, 273(4): 1-15.
- [13] 黄选兆, 汪吉宝, 孔伟佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 320-322.
- [14] Barzilai A, Miron D, Sela S. Etiology and management of acute and recurrent group A streptococcal tonsillitis [J]. Curr Infect Dis Rep, 2001, 3(3): 217-223.
- [15] Gilbey P, Livshits L, Sharabi-Nov A, et al. Probiotics in addition to antibiotics for the treatment of acute tonsillitis: a randomized, placebo-controlled study [J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2015, 34(5): 1011-1015.
- [16] Bartlett A, Bola S, Williams R. Acute tonsillitis and its complications: an overview [J]. J R Nav Med Serv, 2015, 101(1): 69-73.
- [17] Anne P, Pekka K. Tonsils and adenoids [M]. In: John MG, Glenis KS, Peter DB. Pediatric ENT. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2007: 131-138.
- [18] Sdralis T, Berkowitz RG. Early adenotonsillectomy for relief of acute upper airway obstruction due to acute tonsillitis in children [J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 1996, 35(1): 25-29.
- [19] Stelter K. Tonsillitis and sore throat in children [J]. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2014, 13(1): 7.
- [20] Österreichische Gesellschaften für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde KuH, Kinder- und Jugendheilkunde. Gemeinsame Empfehlung zur Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) [J]. Monatsschr Kinderheilkd, 2008, 3(156): 268-271.
- [21] Caplan C. Case against the use of throat culture in the management of streptococcal pharyngitis [J]. J Fam Pract, 1979, 8(4): 485-490.
- [22] Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, et al. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children [J]. Clin Ther, 2011, 33(1): 48-58.
- [23] Clegg HW, Ryan AG, Dallas SD, et al. Treatment of streptococcal pharyngitis with once-daily compared with twice-daily amoxicillin: a noninferiority trial [J]. Pediatr Infect Dis J, 2006, 25(9): 761-767.
- [24] Lennon DR, Farrell E, Martin DR, et al. Once-daily amoxicillin versus twice-daily penicillin V in group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis [J]. Arch Dis Child, 2008, 93(6): 474-478.
- [25] Pichichero ME, Gooch WM, Rodriguez W, et al. Effective short-course treatment of acute group A beta-hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: ten days of penicillin V vs 5 days or 10 days of cefpodoxime therapy in children [J]. Arch Pediatr Adolesc Med, 1994, 148(10): 1053-1060.
- [26] Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the infectious diseases society of America [J]. Clin Infect Dis, 2012, 55(15): 86-102.

(2016-12-16 收稿)

读者·作者·编者

《中国实用儿科杂志》关于作者署名和工作单位的要求

文章均应有作者署名。作者姓名置于题名下方,多位作者署名之间以逗号“,”隔开。

每篇文章署名作者超过2位以上及集体作者署名时,均请标明通讯作者(corresponding author),并应在论文首页脚注通讯作者姓名及电子信箱。

作者工作单位应注明全称(到科室),包括省、自治区、城市名和邮政编码。按作者姓名的排序依次将其工作单位著录于文章首页的地脚,不同单位之间用分号“;”隔开。在作者姓名右上角加注不同的阿拉伯数字序号,在地脚依序号分述其工作单位名称。