

急性扁桃体炎277例临床治疗体会

姜艳萍¹⁾, 冯峻¹⁾, 胡亚红²⁾

(1) 昆明医科大学附属医院; 2) 昆明医科大学第三附属医院 / 云南省肿瘤医院, 云南昆明 650031)

[关键词] 急性扁桃体炎; 抗菌素; 抗病毒药

[中图分类号] R766.18 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 10-0138-02

急性扁桃体炎主要由溶血性链球菌所致, 可经飞沫、食物或接触感染。有些患者先是病毒感染, 后继发细菌感染。在临床工作中, 医生对急性扁桃体炎患者多凭经验常规使用抗菌药物, 但接受抗炎治疗后部分患者效果不满意^[1]。笔者分析近 2 a 诊治的 277 例急性扁桃体炎患者的临床资料, 总结其治疗方法, 指导急性扁桃体炎抗菌药物的合理使用。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2008 年 5 月至 2010 年 5 月收治的急性扁桃体炎患者 277 例, 其中男 134 例, 女 143 例, 平均年龄 (25.22 ± 14.31) 岁。

1.2 诊断标准

按照徐其昌耳鼻咽喉科学急性扁桃体炎的诊断标准: (1) 72 h 内起病, 临床出现发热、咽痛、吞咽不适, 并有扁桃体肿大伴化脓; (2) 实验室血常规检查: 白细胞 (WBC) 计数升高 > 10.0 ×

10⁹/L, 中性细胞计数升高 > 50%。

1.3 方法

回顾性分析 277 例急性扁桃体炎患者的临床表现、治疗情况及愈后。

2 结果

2.1 临床表现

277 例患者中, 扁桃体红肿疼痛 277 例 (100%), 扁桃体化脓 98 例 (35.37%), 发热 59 例 (21.29%), WBC 计数升高 175 例 (63.17%)。WBC 计数升高的 175 例中, 108 例中性粒细胞升高, 67 例中性粒细胞降低; 98 例扁桃体化脓患者中, 伴发热 22 例, WBC 计数升高 55 例。59 例发热患者中, 32 例 WBC 计数升高。175 例 WBC 计数升高患者中, 扁桃体化脓 73 例, 发热 24 例; 99 例 WBC 计数正常患者中, 中性粒细胞升高 50 例, 扁桃体化脓 23 例, 发热 19 例; 3 例患者 WBC 计数降低。不同病情患者具体的临床表现见表 1。

表 1 急性扁桃体炎患者的临床表现 (n)

例数	扁桃体红肿	扁桃体化脓	发热	白细胞计数		
				升高	正常	降低
277	277	98	59	175	99	3

2.2 治疗

根据扁桃体有无化脓、体温、血常规异常等情况, 采取不同的给药方式。对于 WBC 计数和中性粒细胞计数均升高 ($\geq 10.0 \times 10^9/L$) 的 108 例; WBC 计数正常而中性粒细胞计数升高 ($\geq 70\%$) 的 50 例患者, 均给予抗菌药物治疗: (1) 患者

若无发热, 无青霉素类药物过敏史, 可给予头孢克洛胶囊口服: 0.25 g/次, 3 次/d, 共 4~7 d; (2) 患者若无发热, 但对青霉素类药物过敏史者, 给予阿奇霉素分散片口服: 第 1 天 0.5 g 顿服, 第 2~5 天, 0.25 g/d 顿服; (3) 扁桃体化脓伴体温超过 37.5 °C, 否认青霉素类药物过敏史者, 给予

[作者简介] 姜艳萍 (1967~), 女, 云南石屏县人, 医学学士, 主治医师, 主要从事全科医学临床工作。

[通讯作者] 冯峻. E-mail:524827545@qq.com

青霉素钠盐粉针剂(哈药集团制药总厂, 国药准字 H20023737) 静脉滴注: 400 万 U/次, 2 次/d; 或头孢拉定粉针剂(河北新张药股份有限公司, 国药准字 H20023560): 2.0 g/次, 2 次/d; 对于青霉素过敏的患者改用盐酸左氧氟沙星注射液(四川科伦药业股份有限公司, 国药准字 H20044291) 0.4 g/次, 1 次/d, 共 4~7 d, 此后酌情改口服或继续静脉滴注用药 4~7 d; 同时给予含漱多贝尔氏漱口水, 退热等对症治疗. 对于部分合并中性粒细胞下降的患者可采用抗病毒口服液: 10 mL/次, 3 次/d, 治疗 7~14 d. 其余 116 例患者均给予抗病毒治疗, 中药抗病毒口服液 10 mL/次, 3 次/d, 共 14 d; 同时给予多贝尔氏漱口水含漱.

2.3 预后治愈标准

体温恢复到正常范围 36.5 °C ~ 37.5 °C, 急性炎症消退, 疼痛消失, WBC 计数恢复到正常范围. 277 例患者治疗 7 d 后体温已恢复至正常, 治疗 5~14 d 扁桃体脓点消除, 疼痛及充血缓解. 158 例抗菌药物治疗者治疗 7~14 d, 血常规均恢复到正常; 116 例加抗病毒或仅用抗病毒治疗的患者, 治疗 10~14 d, 血常规恢复正常.

3 讨论

急性扁桃体炎主要由细菌和病毒混合感染所致, 病程较长. 常好发于 10~30 岁的青年, 多于春秋两季发病, 主要致病条件菌如流感杆菌、溶血性链球菌、非溶血性链球菌、肺炎链球菌、病毒等, 常聚集于口腔及扁桃体内, 当自身抵抗力下降时易发病. 血 WBC 和(或)中性粒细胞计数升高时表示细菌感染, 而病毒感染 WBC 计数不升高甚至 WBC 计数降低. 在临床上, 医生常常会忽略病毒感染而常规使用抗菌药物^[2]. 部分学者认为不明原因的发热者不适宜选用抗菌素, 病毒性或估计为病毒性感染的疾病不用抗菌素, 抗菌素对各种病毒性感染患者并无疗效^[3].

本研究中 277 例患者中, WBC 计数升高伴中

性粒细胞升高 108 例, WBC 计数正常伴中性粒细胞升高 50 例, 共 158 例考虑为细菌感染. 均给予了抗菌药物治疗. 其余 119 例患者中, 67 例 WBC 计数升高伴中性粒细胞降低者给予抗菌 + 抗病毒治疗, 49 例中性粒细胞数下降者仅给予抗病毒治疗, 其余 3 例仅白细胞计数降低患者则考虑其它治疗方法. 急性扁桃体炎也可单独由病毒感染引起. 病毒感染患者若使用抗菌素则无效且容易增加抗菌药物的不良反应如过敏性休克或增加细菌耐药性等. 本研究中, 急性扁桃体炎患者若无体温升高, 一般情况较好, 仅 WBC 计数升高或中性粒细胞计数升高, 可先给予抗菌药物口服, 48~72 h 后根据病情决定给药方式. 扁桃体化脓且合并发热, WBC 计数升高者, 考虑给予抗菌药物静脉滴注 4~7 d, 以便尽快控制感染. 对 WBC 计数正常或中性粒细胞计数降低的患者, 建议给予抗病毒并对症治疗. 对于 WBC 计数升高而中性粒细胞计数降低的患者, 建议在尽早使用抗菌药物的同时加用抗病毒药物并对症治疗. 本研究中所有患者治疗有效率为 100%.

目前由于各种原因导致抗菌素滥用^[4], 在我国城市中产青霉素酶的耐药菌株已达 90% 以上, 越来越多耐药菌株的产生给疾病的治疗带来了困难, 因此, 合理使用抗菌及抗病毒药物治疗急性扁桃体炎成为了每个临床医生的重要责任.

[参考文献]

- [1] 蔡志宏, 邱明. 门诊部抗菌药物使用情况分析[J]. 河北医药, 2007, 29(7): 753.
- [2] 刘雪林. 抗菌药物应用调查[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(25): 203.
- [3] 杜海燕. 抗生素临床使用误区和应用基本原则[J]. 临床合理用药, 2011, 4(2): 4-5.
- [4] 申志辉, 易博, 徐文彤, 等. 2 617 例住院患者抗生素使用分析. 海南医学院学报, 2009, 15(10): 1 226-1 229.

(2012-08-02 收稿)