



發生於耳鼻咽喉頭頸部之疼痛

文·圖／劉嘉銘

疼痛通常是趨使病人尋求醫療支援的主因，疼痛常混雜著生理及心理的綜合表現，因此醫師對引起疼痛的多重因素的理解及敏感度是能否確實處理疼痛的重要關鍵，這應是取決於對解剖學、感覺神經分布及完整的理學檢查包括影像學檢查等。人體五官感覺多集中於頭頸部，食物及呼吸通道亦包含在其中，因此構造上的複雜度加上心理反應如焦慮、臆病症等使得發生在此區域的疼痛表現相當普遍。本文將就臨床上常見的疼痛作概略的介紹。通常頭頸部的疼痛有二種，即原發性（primary）由發炎、外傷或腫瘤造成，及投射性（referred或secondary）由附近或較遠組織病變所造成。支配耳鼻咽喉頭頸部的有三叉神經、顏面神經、舌咽神經、迷走神經、頸椎神經叢。

一、耳部

（一）耳廓、外耳道及耳膜：

軟骨炎、外傷常發生在耳廓，外耳炎、毛囊炎（耳疔）、異物、濕疹、耳垢栓塞及黴菌於外耳道及黴菌引起的水泡性耳膜炎。較嚴重的為惡性外耳炎（Malignant external otitis），主因為綠膿桿菌感染造成顱骨之骨髓發炎及壞死，多發生於糖尿病及免疫功能低者。耳帶狀疱疹（Herpes zoster oticus，多在耳廓及外耳道）乃水痘病毒引起耳痛、神經支配區域出現疱疹，若伴有顏面神經麻痺為Ramsay Hunt Syndrome（侖謝亨特氏症候群）。耳痛之發生常在疱疹出現前且在疱疹出現後7至10天消失，但亦有繼續痛稱作疱疹後神經痛（postherpetic neuralgia）。（圖1）

（二）中耳及乳突：

急性中耳炎和乳突炎或慢性中耳炎有腦膜發炎，或顱骨岩尖部（petrosa）發炎（Gradenigo Syndrome）、靜脈竇栓塞或腦部膿瘍都會引起疼痛。急性中耳炎較易發生在小孩，多因細菌感染且伴有發燒且以躁動、抓耳朵或無法安眠來表現。若耳咽管功能不良易造成中耳積液也會耳痛。壓力突變時（如潛水、飛機降落時）發生耳痛，主因則為中耳壓力相對變成負壓或耳咽管阻塞引起，若無法於壓力平衡後恢復恐有中耳積水之虞。

（三）投射性耳痛：

因鼻竇、鼻咽、牙齒、唾液腺及咀嚼肌的病變可經三叉神經之耳顱神經分枝，或後篩竇、碟竇及鼻腔粘膜經顏面神經之翼管神經分枝，或耳咽管、軟、舌後1/3或舌根、扁桃腺、



圖1：水痘病毒引起的耳帶狀疱疹（Herpes zoster oticus），造成耳廓及外耳道的疼痛。



咽部側壁的病變可經舌咽神經之Jacobson分枝，或會厭竅、梨狀窩、喉部經迷走神經之喉上神經內枝、頸部食道、氣管或甲狀腺經喉返神經可經Arnold分枝將疼痛投射至耳朵。

二、鼻部

由於鼻腔及鼻竇疾病引起的疼痛不如想像的多，尤其有所謂的鼻竇性頭痛（sinus headache）是一般醫師常將無法分辨的頭痛都歸於此。鼻病引起的疼痛多表現在發病部位如頰部、眼內側或眼眶後部且多伴有鼻塞、鼻漏等症狀。鼻粘膜充血造成的壓迫或鼻竇開口暢通與否引起的竇內壓力改變是引起疼痛的機轉。鼻部的感覺神經主要為三叉神經的第一及第二分枝所支配，又與自主神經（翼管神經）互相交錯，故易有投射至牙齒、頭頂、後腦（枕部）或頸部。通常鼻病引起疼痛多在急性期，如鼻過敏症者有很厲害的鼻塞、急性鼻竇炎，甚至有眼眶、中樞神經併發症發生時，咳嗽、走路或彎腰會有疼痛加劇的情形。急性鼻竇炎若發生在額竇則其頭痛較有時間性（起床後逐漸出現前額及周邊的脹痛直至中午過後才漸緩解）。若於坐飛機或潛水亦可發生類似耳咽管壓力不平衡引起之額竇開口阻塞之真空性頭痛（vacuum headache），多發生在額竇發育較好（即鼻竇腔較大）者；若無任何粘膜發炎現象但因久站後有疼痛者，則需考慮鼻竇過度氣化使空氣於竇內加溫後膨脹、壓力增加而引起的。另有突發性疼痛發生在鼻內沿著眼內眥至眼眶周邊或前額、顳骨部，這類病人無鼻病史及症狀，主因為鼻腔外側壁粘膜與鼻中隔接觸後感覺神經末梢所製造之疼痛傳導物質所引起，稱為前篩竇神經痛（或中鼻甲頭痛症候群、接觸點頭痛），這些必須與血管性頭痛如偏頭痛、蝶神經痛（Sluder's lower half neuralgia）、簇頭痛（Cluster headache）或三叉神經痛（trigeminal neuralgia）等加以鑑別診斷。通常慢性發炎或腫瘤初期較不易引起疼痛，當其侵犯周邊組織時才有疼痛症狀，故鼻部之腫瘤於發現時多屬晚期，因此若有不明原因的鼻血、臉部感覺異常、持續定點疼痛皆需提高警覺。眼眶及中樞神經的併發症多發生在急性鼻竇炎，此時會有較嚴重的疼痛、發燒等現象併眼皮紅腫、眼球突出或意識模糊等症狀。（圖2）



圖2：急性鼻竇炎會有較嚴重的疼痛、發燒等現象併眼皮紅腫、眼球突出或意識模糊等症狀。

三、咽喉部

喉嚨痛應是最常被提及的疼痛，從病毒感染至腫瘤皆可誘發疼痛，只是程度或部位有別且會影響到吞嚥功能及呼吸道通暢。

（一）口腔炎（stomatitis）：

急性咽喉炎多伴有急性鼻炎，症狀為喉嚨灼熱、疼痛、鼻塞、流鼻水、咳嗽、肌肉痠痛

等，主因病毒感染引起即通稱之感冒，但若為流行性感冒病毒引起則稱為流行性感冒（流感），其感染力強，易造成流行且有併發症發生（肺炎、腦炎等）。若有黏膜潰瘍則需考慮單純性疱疹病毒、水痘病毒、腸病毒（疱疹性咽峽症、手足口病）及非病毒性反覆性阿弗他口腔炎（aphthous stomatitis）。潰瘍部位（牙齦、口頰部、硬或軟、舌、口咽）、大小、數目、水疱之有無可做初步診斷，但確實屬何種病毒應視需要作病毒培養或血清病毒抗體檢查。鵝口瘡（Thrush）多發生在免疫功能低下或口腔衛生差者或嬰幼兒，於舌、咽黏膜有白、灰斑塊於紅腫的黏膜上，常因疼痛無法進食。但若口腔黏膜上有變厚、突起斑塊、潰瘍、帶血唾液超過兩週未恢復需注意有惡化的可能性。

（二）扁桃腺：

急性扁桃腺炎不論是病毒性或細菌性皆有明顯疼痛、發燒甚至頸淋巴腺炎，病毒感染較重要的為EB病毒或巨細胞病毒引起的感染性單核球增多症（併有肝、脾腫大及淋巴腺炎），而細菌性感染要注意的是溶血型鏈球菌，因其有導致風濕性心臟病、腎絲球腎炎的發生。其表現為扁桃腺紅腫、膿性滲出物覆蓋，若碰觸時易流血需考慮白喉或其他較特殊的情況如併有血液方面疾病、免疫功能低下者（圖3）。扁桃腺周圍膿瘍（peritonsillar abscess）可因急性扁桃炎併發，乃感染穿過扁桃腺被囊到扁桃腺周圍空間，會引發較厲害的疼痛、發燒、牙關緊閉、吞嚥疼痛等，此時若處理不當有形成側咽膿瘍等深頸部感染及呼吸道阻塞之危險。



圖3：急性扁桃腺炎有明顯疼痛、發燒甚至頸淋巴腺炎，扁桃腺紅腫為主要表現。

（三）急性聲門上炎或會厭軟骨炎：

多因細菌感染尤其是嗜血感冒桿菌，剛開始以發燒、喉嚨痛表現但進展快速致呼吸窘迫、吞嚥及發聲困難，常需馬上建立通暢的呼吸道而做氣管切開術，屬急診中的急症。舌下感染（Ludwig's angina）乃舌下空間因發炎或膿瘍將舌往上、後方頂出形成雙舌頭樣，同時亦阻礙了呼吸道及吞嚥。這些情況多因有糖尿病等影響免疫功能的疾病，加上口腔內感染或齒源性病灶所引起。Eagle氏症候群是因過長的莖突或鈣化的莖突舌骨韌帶壓迫附近組織所引起的喉嚨疼痛，於吞嚥時更明顯，會投射到耳朵及頸部。

（四）腫瘤：

口腔癌、口咽癌、下咽癌及喉癌等的初期症狀不明顯，多至晚期才發現（投射性耳痛、痰中帶血、吞嚥困難或異常感至發聲或呼吸困難），常與慢性咽喉炎的不具特異性症狀如喉異物感、濃痰感、咳嗽、喉嚨痛或灼熱感混淆，此時除考慮鼻涕倒流或胃咽喉逆流等原因外，亦需詳細檢查腫瘤的可能性。



四、頸部

(一) 關節肌肉：

頸部疼痛主因姿勢不良、頸椎病變引起之肌肉緊張，或後鼻、咽喉投射過來的疼痛。局部觸摸或轉動通常可找到痛點。顛顎關節症候群或筋肌膜疼痛症候群皆與牙齒咬合不良、過度咀嚼或夜間磨牙所造成關節或咀嚼肌不適，其疼痛位置在關節附近且會投射至顛、頰、下顎、耳部，張口及咬合時最明顯。

(二) 唾液腺發炎（腮腺炎、唾液腺炎、結石）：

因病毒或細菌引起疼痛或腫脹於下顎、耳朵、下頷部，會影響張口吞嚥。

(三) 深頸部感染併發頸部壞死性筋膜炎

多因牙、口咽部感染，細菌侵犯至側咽、後咽、前脊椎及頸部筋膜層構成的空間，此時會有頸部腫脹、疼痛、發燒、發聲困難、吞嚥疼痛或呼吸窘迫，需慎防擴張至縱膈腔、胸腔等致命併發症。（圖4）

(四) 淋巴結：

頸部腫塊無明顯疼痛或發炎現象則需考慮惡性腫瘤之頸淋巴腺轉移、惡性淋巴瘤、結核菌淋巴結腫大、組織球壞死性淋巴腺炎（kikuchi's disease）或甲狀腺腫瘤。

(五) 先天性囊腫：

腮裂囊腫、甲狀舌管囊腫等若加上感染亦會有疼痛表現。



圖4：牙、口咽部細菌感染侵犯頸部筋膜，不僅腫脹、疼痛，還會造成呼吸窘迫，應慎防擴大至胸腔導致嚴重併發症。

結語

耳鼻喉頭頸部的區域雖小但構造緊密且息息相關，因此在疼痛症狀表現上互有牽連性並雜著相當的主觀性，在此作一概略性介紹，供讀者參考。（本專欄策畫／臺大醫院骨科部江清泉醫師）



劉嘉銘小檔案

1977年臺大醫學系畢業，1986年取得日本醫科大學醫學博士學位。現任臺大醫院耳鼻喉部鼻科主任，臺大醫學院教授。專長：一般耳鼻喉部疾病、鼻過敏症、鼻竇炎、鼻腫瘤。