

口腔颌面部感染伴严重并发症 23 例临床分析

余盛忠

武夷山市立医院口腔科,福建 武夷山(354300)

【摘要】 目的 总结口腔颌面部感染伴严重并发症病例的经验教训,以提高其治愈率。方法 收集口腔颌面部感染患者 91 例,伴有严重并发症 23 例,分析感染来源、药敏试验、临床表现、化验结果及治疗方法。结果 本组 23 例伴有严重并发症,治愈 22 例,死亡 1 例。结论 口腔颌面部感染伴严重并发症,病情进展快,病死率高,应及早积极治疗,根据药敏试验,选择敏感抗生素,联合、足量使用抗生素,加强全身支持治疗,纠正酸碱平衡紊乱,及早期处理病灶等综合治疗,才能有效控制病情,提高治愈率。

【关键词】 间隙感染 并发症 口腔颌面部 抗生素

笔者于 1995 年 2 月~2005 年 2 月收治口腔颌面部感染患者 91 例,其中有严重并发症者 23 例(25.3%),对这些并发症作出早期诊断,并采取有效的治疗措施,临床效果较好。

临床资料

本组 23 例中,男 15 例,女 8 例,年龄 6~75 岁。其中 10 岁以下 10 例,60 岁以上 9 例。原发病为唇痈 10 例,颌下间隙感染 4 例,口底多间隙感染 4 例,眶下、咽旁和嚼肌间隙感染各 1 例,急性牙周脓肿和下颌骨髓炎各 1 例。并发症为败血症及脓毒血症 9 例,海绵窦血栓性静脉炎 5 例,酸中毒及水电解质紊乱 4 例,多发性肺脓肿 2 例,脑脓肿 2 例,中毒性肝炎 1 例。

结 果

23 例颌面部感染患者脓培养药物敏感试验结果见表 1。

表 1 23 例颌面部感染患者脓培养的细菌敏感试验 例

抗生素	极度敏感	中度敏感	轻度敏感	抗药
青霉素	1	2	3	17
链霉素	9	6	2	6
卡那霉素	13	1	1	2
氯霉素	8	1	1	3
庆大霉素	6	4	0	2
金霉素	5	6	3	9
新霉素	7	5	2	2
合霉素	2	5	3	8
红霉素	12	3	2	6
四环素	5	1	6	11
土霉素	7	3	0	13
磺胺	0	0	0	4
氨基青霉素	0	0	1	0
羧苄青霉素	0	1	0	0
新型青霉素	9	0	0	0
头孢唑啉	16	2	1	4
头孢噻肟	17	1	2	3
甲硝唑	14	2	1	6
克林霉素	15	1	2	5

本组 9 例败血症的血培养均阳性,其中 7 例溶血性金黄

色葡萄球菌,1 例变形杆菌,1 例大肠杆菌;脓培养 9 例均阳性,其中 7 例溶血性金黄色葡萄球菌,1 例变形杆菌,1 例链球菌。脓、血培养结果一致,致病菌主要是溶血性金黄色葡萄球菌。23 例脓培养的细菌敏感试验表明多数致病菌对青霉素、四环素、土霉素和链霉素耐药,面对红霉素、氯霉素、新型青霉素、第二代和第三代头孢菌素等较敏感。

本组患者均采用抗生素静脉滴注抗炎治疗,以青霉素、卡那霉素、红霉素、头孢菌素(第二、三代)类为主,加甲硝唑注射液,根据病情、药物敏感试验选择抗生素联合应用,加强营养,补充能量合剂,纠正电解质、酸碱平衡紊乱,以及局部病灶的处理等综合治疗,同时请相关专科医生协助处理并发症。23 例中,22 例治愈,1 例死亡。死亡的原因是咽旁间隙感染合并海绵窦血栓性静脉炎,怀疑脑脓肿。

典型病例

病例 1,男,49 岁,农民,住院号 44791。于 1999 年 4 月 21 日因“牙痛高烧 9 d,双眼球突出 5 d”急诊入院。9 d 前,患者右下牙隐痛伴阵发性剧痛,牙龈及颌下区红肿,伴高烧、寒颤、言语不清及张口困难。近 5 d 来左眼胀痛、眼球突出、视物模糊,之后累及右眼并加重,伴失语,每天抽搐 6~8 次。发病以来无昏迷、呕吐,无肢体瘫痪及大小便失禁。

检查:T 38.9℃,P 101 次/min,BP 17.29/10.64 kPa,呈急性病容,神志清楚尚合作,运动性失语。全身皮肤正常,浅表淋巴结未及,心肺无异常,颈项强直、克氏征阳性。双眼球外突,结膜高度水肿充血,以左眼为重,视乳头水肿,瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。左上肢肌张力低,无主动性运动。口腔颌面部情况:右颌下区红肿,张口度 1.0 cm,Ⅵ⁺松动Ⅲ度,牙周袋 11 mm,溢脓。左颊、舌侧牙龈及口底水肿。

辅助检查:WBC $2.9 \times 10^9/L$,Hb 83 g/L,N 84%。脑脊液:蛋白 60 g/L,糖五管(+),总细胞 $820/mm^3$,白细胞 $410/mm^3$,中性粒细胞 87%,单核细胞 13%。

入院诊断:海绵窦血栓性静脉炎,化脓性脑膜炎,Ⅵ⁺牙周脓肿。

入院治疗:入院即行右颈内动脉造影未见异常,并给予青霉素、链霉素和磺胺嘧啶肌注,50%葡萄糖静注,各种维生素及对症治疗。第 2 天 Ⅵ⁺脱落,第 6 天眼部症状缓解,水肿

外突消退,但仍失语,左上肢瘫痪,Rossolimo征阳性。入院后第11天出现嗜睡,故局麻下行双侧颈内动脉造影,显示右额顶区有一无血管区,脓腔约7.0 cm × 5.0 cm × 1.0 cm。行右额顶钻孔,在硬脑膜下引流脓液40 mL,脓培养为甲链球菌,术后第3天左上肢活动稍恢复,运动性失语存在。术后第5天眼球不突,运动正常,言语恢复。术后第21天血常规及脑脊液复查正常。住院61 d痊愈出院。

出院诊断:海绵窦血栓性静脉炎,化脓性脑膜炎,右额顶叶硬脑膜下脓肿,上唇牙周脓肿。

病例2,女,37岁,工人,住院号57511。于2002年9月7日因“上唇红肿伴发烧”急诊入院。6 d前上唇起一小疖迅速蔓延至面部。3 d来胸痛伴寒颤、高热。

检查:T 39.9 °C, P 132次/min, R 56次/min, BP 16.84/10.76 kPa。急性病容,神志尚清,时有谵语,心率快,呼吸急促,双肺呼吸音粗糙,余无异常。口腔颌面部检查:上下唇发红、高度肿胀,上唇有一3.5 cm × 3.0 cm溃疡面,有脓栓,脓肿区上达眼睑,下达颌下,面部及腮腺区红肿。

辅助检查:WBC 1.6 × 10⁹/L, Hb 82g/L, N 89%, 尿蛋白(+), 二氧化碳结合力48.1 mmol/L, 尿素氮16.065 mmol/L。脓血培养均为溶血性金黄色葡萄球菌。

入院诊断:唇痈、败血症。

入院治疗:立即输液、吸氧、给大量维生素,使用青霉素、链霉素、四环素,局部用30%高渗盐水湿敷。5 d后根据药敏试验结果改用红霉素、链霉素。入院后第3天咳嗽有脓痰,双肺出现湿啰音,X线检查示双肺多发性脓肿。8 d后出现肝大,肝功能异常,总蛋白60.2 g/L,白蛋白21 g/L,球蛋白39.2 g/L,谷丙转氨酶189 u/L,谷草转氨酶180 u/L,立即保肝治疗。19 d后脾大,给予输血及对症治疗,16 d后唇及面部红肿渐退,37 d后体温正常,住院78 d痊愈出院。

出院诊断:唇痈,脓毒血症,多发性肺脓肿,中毒性肝炎。

讨 论

口腔颌面部感染伴发的严重并发症主要有败血症及脓毒血症、颅内感染和酸中毒及水电解质紊乱,对其临床表现与治疗措施讨论如下。

1. 败血症及脓毒血症

本组9例体温均39 °C以上,全身中毒症状明显,白细胞均有不同程度增高(1.0~3.8) × 10⁹/L,但皮肤、黏膜出血点少见(2/23),并发症多发性肺脓肿2例,并发症早者可在1~2周出现,较迟者可在1个月后发现。因口腔颌面部感染除皮肤疖痈外,多由牙源性感染扩散至颌面部诸间隙甚至颅内所致,故病原菌多为厌氧菌、需氧菌或兼性菌的混合感染,宜早期应用足量的抗生素治疗。来院初始即采脓、血培养及药敏试验,作为选择药物的参考。对病原菌难以确定而又危及生命的严重感染,单一药物不能控制的严重感染,或混合感染,或耐药者,以采用广谱抗菌药物为宜,并联合用药为宜。在得到药敏试验结果之前,首选青霉素,它可影响细菌细胞壁合成,为繁殖期杀菌药,对化脓性脑膜炎、肺脓肿、蜂窝织炎及革兰阴性杆菌感染均有效。如已耐药,根据药敏试验结

果选用新型青霉素(I、II、III)加氨基糖苷类或头孢菌素(第二、三代),或头孢菌素(第二、三代)、红霉素与甲硝唑、克林霉素联合应用,或杆菌肽加氯霉素等疗效较好。

2. 海绵窦血栓性静脉炎和脑脓肿

海绵窦血栓性静脉炎和脑脓肿是严重的颅内并发症,其发生率低,但死亡率高,要及早诊断、及早治疗。在5例海绵窦血栓性静脉炎中发生于唇痈者3例、牙周脓肿1例,经积极治疗均痊愈。另1例因咽旁间隙感染合并海绵窦血栓性静脉炎,怀疑脑脓肿,经保守治疗病情恶化死亡。脑脓肿2例发生于牙周脓肿和下颌骨髓炎者,由于及时行颈内动脉造影,证实有额顶脓肿和颞叶脓肿,立即开颅治疗,得到痊愈。因三代头孢菌素对革兰阳性菌作用强,且易通过血脑屏障^[1],本组6例均迅速选择足量有效的第三代头孢菌素。颅内的严重并发症需及时请神经科医生协助处理。

3. 酸中毒及水电解质紊乱

本组4例出现代谢性酸中毒和水电解质紊乱。代谢性酸中毒轻者恶心、头痛、无力;重者有眩晕、恶心、口唇呈樱桃红、呼吸快、尿呈酸性,二氧化碳结合力下降;脱水时有口渴、皮肤弹性差、眼窝下陷、尿少等表现;缺钾表现为精神萎靡、易疲劳、肌无力、心悸、心律失常、肠麻痹等;缺钠不多或血钠浓度缓慢降低时机体可自行调节,多无症状。临床上根据病史、症状,结合二氧化碳结合力、血中的钾、钠、氯离子浓度的测定结果,可做出诊断。笔者针对脱水、酸中毒及低血钾的治疗,采用“3、6、9补液原则”,即轻、中、重度脱水分别按每公斤体重30、60、90 mL补液;轻、中、重度代谢性酸中毒者二氧化碳结合力为15、10、5 mmol/L,分别给5%碳酸氢钠300、600、900 mL;轻、中、重度低血钾者的血清钾为3.2、1 mmol/L,分别每日补氯化钾3、6、9 g。按上述原则治疗的同时,还需常规边治疗边检查,直至酸中毒及水电解质紊乱得到纠正。

本组23例患者中,10岁以下和60岁以上者共19例。这除与口腔颌面部间隙感染多为需氧菌和厌氧菌的混合感染^[2]有关外,还与儿童和年龄大的患者体质弱、抵抗力低下有关。因此,对这些患者在抗感染治疗中依据药敏试验选择抗生素并不完全起效,可能是病原菌的种类发生变化,如出现耐药菌株及新的混合感染,故采用联合、足量抗生素治疗效果明显。临床上,首先要处理好局部病灶,这是预防并发症的关键^[3],如尽量避免不适当刺激,促使感染的吸收、消散和局限。一旦形成脓肿,尽早切开引流,减少并发症发生。其次要加强患者的营养,补充能量合剂,纠正电解质酸碱平衡紊乱等。还应加强医生的责任心和专业性知识,严密观察病情变化,及时请有关专科医生协助处理潜在的严重并发症。

参考文献

- [1] 史宗道. 口腔临床药理学. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2003:48.
- [2] 邱蔚六. 口腔颌面外科学. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2004:129.
- [3] 张士灵,武善梅,李安泽. 462例颌面部间隙感染临床分析. 上海口腔医学,2000,9(1):55-57.

(编辑 徐平平)