

2018年南湖院区第九期临床病例讨论会摘编

主持人 口腔颌面外科病房 / 王智明

病例摘要

男患，44岁，以“右下后牙疼痛10天，右侧面部渐进性肿痛1周，加重2天”为主诉收入院。

现病史：10天前，患者自觉右下后牙疼痛，未予任何治疗，1周前，右侧面颊及颈部开始肿胀、疼痛，渐进性加重。2天前，发现肿胀及疼痛明显，就诊于当地医院，行颈部彩超提示：右侧面部炎性改变伴深部脓肿形成。为求进一步治疗，来我院就诊，门诊以“右侧颌面多间隙感染”为诊断收入院，发病以来精神食纳差，体重无改变。

既往史：有糖尿病病史，否认高血压，心脏病。

个人史：吸烟史：20年， 饮酒史：20年。

入院查体：患者神志清，查体配合，呼吸急促，无口唇发绀；T：38℃，BP：120/80mmHg，P：80次/分，R：24次/分，W：115kg

专科查体：面部不对称，右侧面颊部至双侧颌下区弥漫性肿胀，皮肤色红，皮温高，触之有凹陷性水肿。开口度轻度受限，开口型未见明显异常，11、46三度松动，叩痛+，口腔卫生差。

辅助检查：白细胞 18.2*10⁹/L，中性粒细胞百分比 83.0%，CRP：408 mg/L，总蛋白 56.0 g/L，白蛋白 20.1 g/L，丙氨酸氨基转移酶 47U/L，门冬氨酸氨基转移酶 73 U/L，空腹血糖 20mmol/L，总胆红素21.3 umol/L，结合胆红素 18.6 umol/L，非结合胆红素 2.7 umol/L，尿素21.67 mmol/L，肌酐 137.2 umol/L。

影像学检查：

颈部CT（图1、2、3）：颌面部软组织弥漫性肿胀，颊间隙、双侧咬肌间隙、翼内肌间隙、右侧咽旁间隙、双侧颌下间隙、颏下间隙、双侧颈部多间隙可见多个脓腔，气管受压移位。

讨论

口腔颌面外科病房王智明教授（主持人）：

颌面间隙感染的患者，多数伴有糖尿病病史，他们往往忽视牙疼等一些症状，只是简单的口服一些消炎药，甚至不服药。本病例病因简单，就是患牙疼痛、肿胀未受重视而引发的颌面颈部多间隙感染。初步诊断：1. 牙源性右侧颌面及颈部多间隙感染； 2. 糖尿病，补充是几型糖尿病。多间隙感染又叫蜂窝织炎，是指由金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌或腐生性细菌引起的皮肤和皮下组织广泛性、弥漫性、化脓性炎症。因为这类患者首先涉及的是呼吸道是否通畅的问题，尤其是咽旁及颈部的间隙感染，特别容易导致患者呼吸困难而快速导致窒息，甚至死亡。在治疗过程中，我们需要注意哪些？

耳鼻喉科王瑾副教授：

本病由牙槽间隙感染引起的颌面间隙感染，常常累及咽旁间隙，从而压迫气道，影响呼吸，需要完善电子鼻咽喉镜，判断咽侧壁隆起、咽腔狭窄程度、会厌水肿、喉水肿等情况，若气道压迫严重需要行气管切开。

胸外科任开明主治医师：

颈部的间隙感染很容易沿着固有的间隙向下扩展至纵膈，引起急性坏死性纵膈炎，这样有生命危险，所以需要完善胸部CT。如果有纵膈脓肿，则需要胸腔切开引流。

内分泌科陈威副教授：

患者体重115kg，血糖20mmol/L，糖尿病易合并多器官脓肿，如肝肾脓肿甚至是关节脓肿，该患者属于在糖尿病基础上合并颌面重型感染，需要询问家族史，完善糖化血红蛋白来确诊糖尿病，治疗方案主要就是切开排脓+抗炎治疗，同时降血糖。

口腔颌面外科病房王智明教授（主持人）：

患者应该在全麻下行脓肿广泛切开、引流。对于此类患者行全身麻醉应注意哪些事项？

麻醉科吴秀英教授：

这种困难气道的患者，首先是备齐困难气道装置，做诱导时候要保留自主通气，建议清醒状态下，给以充分的表麻，再行气管插管，我们麻醉医生成功地进行了气管插管，保证了患者的安全。这类患者的全身情况比较复杂，建议脓肿切开后，转到ICU进一步治疗。

口腔颌面外科病房王智明教授（主持人）：

麻醉平稳后，耳鼻喉科进行了气管切开术。然后口腔外科进行了双侧颌下、颏下间隙广泛切开及口内颊间隙的切开，并探查至翼内肌间隙、咬肌间隙，进行引流、冲洗。术中可见脓液浸入组织中，伴随部分组织坏死，在尽量去除坏死组织和引流后，反复双氧水及生理盐水交替冲洗，最后留置了三个引流管。术后转到ICU。

重症监护病房吴兴茂副教授：

针对这个患者，我们应用呼吸机辅助通气，湿化气道以及预防呼吸衰竭；预防全身脓毒症，预防多脏器衰竭；维持灌注，预防脑水肿，肾功能不全；抗炎治疗，预防纵膈感染，感染性休克；在耐药菌培养结果未出时可行经验治疗，牙源性感染使用泰能（适用于G+、G-混合菌群感染）+斯沃(G+) +万古霉素（G+），因患者感染较重，所以使用两种G+抗炎药，建议患者行