

面颈部软组织多间隙重度感染并肝硬化失代偿期 1 例报道

张荧荧, 何晓光

(昆明医科大学第一附属医院头颈外科, 云南 昆明 650032)

[关键词] 面颈部多间隙感染; 肝硬化; 失代偿期

[中图分类号] R782.3 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 03-0153-03

面颈部软组织间隙感染是头颈颌面外科的常见病, 该病特点为起病急, 发展快, 炎症蔓延迅速, 如治疗不及时或不当, 死亡率较高。由于颌面部被筋膜分成多个肌筋膜间隙, 脓液可以局限在某一间隙内, 也可以互相扩散, 形成多间隙感染^[1]。本病例合并基础疾病肝硬化失代偿期, 进一步加重了病情, 并且增加了治疗难度。

1 临床资料

患者, 男性, 51 岁, 因“头面部肿胀 4 d。”于 2013 年 2 月 13 日收住昆明医科大学第一附属医院头颈外科。患者于 4 d 前无明显诱因出现上唇疼痛, 继而出现面部肿胀, 并迅速蔓延至整个面部及颈部, 伴呼吸困难逐渐加重, 并有发热及咽痛, 热型不规则, 热峰 39℃。自病以来, 精神睡眠较差, 仅能进食少量流质饮食。入院查体: T38.8℃, P 120 次/分, R25 次/分, BP96/60 mmHg, 张口受限, 头面部、眼睑及颈部弥漫性肿胀, 以右侧为著。右侧颊部皮温升高, 红肿, 触痛明显。患者既往饮酒 20 余年, 每次量较大, 半年前诊断为“酒精性肝硬化”。2013 年 2 月 13 日昆明医科大学第一附属医院 CT 示 (图 1~图 4): 颧弓至颈根部弥漫性肿胀, 皮下可见较多积气并多发淋巴结肿大, 口咽右侧壁区软组织肿块征象。入院诊断: (1) 头面部肿胀原因待查 (感染可能); (2) 肝硬化。

入院后行相关急诊检查: 血常规: 白细胞 $22.32 \times 10^9/L$, 中性 95.1%, 淋巴 4.7%, 肾功能: 尿素氮 21.45 mmol/L, 肌酐 205 $\mu\text{mol/L}$, 血氨 70 $\mu\text{mol/L}$, 超敏 C 反应蛋白 283.65 mg/L。肝功能: 丙氨酸氨基转移酶 34.0 IU/L, 天门冬氨酸氨基转移酶 60 IU/L, 总胆红素 50.7 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素

34.3 $\mu\text{mol/L}$, 间接胆红素 16.4 $\mu\text{mol/L}$; 吸氧状态下血氧饱和度 96%。血气分析示: 葡萄糖 10.2 mmol/L, 钠 122 mmol/L, PH7.44, PCO_2 23.1 mmHg, PO_2 58.2 mmHg, ABE-6.3, SBE-7.8。尿常规无明显异常, 尿蛋白阴性。肝炎病毒免疫学标记物检查均为阴性。B 超提示: 肝脏弥漫性慢性损伤征象, 肝脾肿大, 门-脾静脉增宽, 中-大量腹水 (酒精性肝硬化失代偿期)。



图 1 可见颧骨平面皮肤软组织肿胀, 积气, 双侧上颌窦炎



图 2 下颌骨平面, 口咽右侧壁肿胀明显, 皮肤软组织弥漫性肿胀

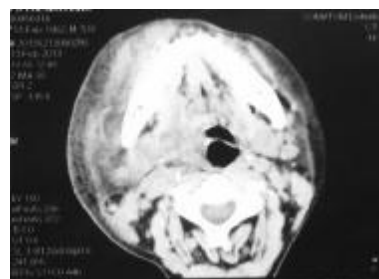


图 3 甲状软骨平面可见颈部皮肤及肌肉间隙软组织弥漫性肿胀, 气管推挤至对侧

[作者简介] 张荧荧 (1980~), 女, 云南昆明市人, 在读博士研究生, 主要从事头颈外科临床工作。

[通讯作者] 何晓光. E-mail: hexg1018@163.com

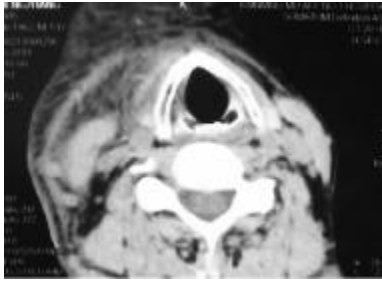


图 4 颈部皮下软组织弥漫性肿胀，以右侧为著，气管被推挤至对侧

综合症状、体征及检验结果考虑为：（1）口腔颌面部软组织多间隙感染；（2）酒精性肝硬化失代偿期。入院后治疗：在积极抗感染的同时给予充分补液治疗，维持水电解质平衡及酸碱平衡，并且给予积极保肝治疗。补液量为生理需要量 + 额外损失量，24 h 液体量约为 3 000 mL，同时给予积极抗感染治疗：应用头孢三代抗菌素头孢甲肟 2.0, bid；奥硝唑 0.5, bid，入院后第 2 天行“口腔颌面部多间隙感染切开引流术 + 气管切开术”术后继续给予抗炎对症，保肝治疗，维持体内酸碱平衡及电解质平衡，每日冲洗脓腔并放置引流片，抽出脓腔分泌物送细菌培养，结果为屎肠球菌及表皮葡萄球菌。根据培养结果调整抗生素。并隔 3 d 复查肝肾功能以调整用药。其间由于白蛋白较低，给予补充人血白蛋白以促进机体抵抗力恢复。41d 后该患者治愈出院，出院时头面部完全消肿，肾功能正常，三大常规均无异常。肝功能略高于正常范围，嘱患者出院后继续消化内科随诊。

2 讨论

颌面部间隙感染的治疗以综合治疗为主，全身中毒症状严重者，应增强机体抗病能力，加强支持疗法，调节水电解质和酸碱平衡，缓解中毒症状^[4]。肝硬化病人较普通人有较高的细菌感染的发生率，继发感染直接影响肝硬化患者的预后，如不能及时诊断和治疗，会发展成感染性休克和肝肾功能衰竭而导致患者死亡。在治疗过程中，由于患者肝肾功能均不全，在治疗方案上必须综合考虑，不能顾此失彼。全面分析患者感染程度及基础疾病我们采用手术 + 综合治疗的方法。

2.1 尽早手术切开，通畅引流

应用有效足量抗生素，防止感染进一步扩散抗感染治疗是治疗口腔颌面间隙感染最主要的措施，并应足量、联合用药，疗程视病情相应延长。在确诊脓肿后，及时选择适当的部位，在局麻下切开引

流，用血管钳钝性分离至脓腔使脓液充分流出，创腔用 3% 过氧化氢冲洗，口底间隙感染应早期切开引流、冲洗，充分冲洗并引流脓腔也是控制感染的有效手段，完全清除各个间隙内残留的脓液及冲洗液是控制感染的关键。行预防性气管切开，保持呼吸道的通畅^[5]。因为考虑到基础病，肝硬化患者免疫力低下，如初始经验性治疗不足或不合理，或而后根据病原学结果调整抗菌药物，可能会延误治疗时机。抗菌药物治疗后 48 ~ 72 h 应对病情进行评价，治疗有效表现为体温下降、症状改善、临床状态稳定、白细胞逐渐降低或恢复正常抗生素的应用在无脓液形成的阶段可应用广谱抗生素。脓液形成后，根据脓液细菌培养及药敏试验结果调整抗生素的应用，足疗程，以彻底控制感染。由于患者合并酒精性肝硬化，在抗生素的选择方面必须考虑药物对肝脏的损伤，明确病原菌后，尽量应用窄谱抗生素，警惕真菌感染的发生。动态监测肝功能及凝血酶原时间。

2.2 基础病变肝硬化失代偿期的治疗，预防肝功能恶化

肝硬化是一种常见的慢性肝病，是由一种或多种病因长期或反复作用，引起肝脏弥漫性损害。临床上早期由于肝脏代偿功能较强，可无明显症状；失代偿期则有多系统受累，以肝功能损害和门脉高压为主要表现，并常出现消化道出血、肝性脑病、全身继发感染等严重并发症。在病理组织学上有广泛的肝细胞变性、坏死、再生及再生结节形成，结缔组织增生及纤维隔形成，导致肝小叶结构破坏和假小叶形成，肝脏逐渐变形，变硬而发展成为肝硬化。肝硬化是各种慢性进行性肝病终末期的表现，正确处理各种并发症显得十分重要。该患者在入院时即表现为肝功能不全，ALT 及 AST、总胆红素、直接胆红素、间接胆红素表现为正常值的 2 倍以上，给予保肝治疗、维持氮质平衡、同时检测血氨，预防肝性脑病。

2.3 改善机体内环境，关注全身情况的改变

早期发现，及时采取综合措施，是控制感染、降低病死率的关键。重症感染一般合并有肝肾功能的损伤，本病例入院也有肌酐、尿素氮的升高，为肾功能不全的表现。肾功能不全但尿蛋白阴性多考虑为由于患者张口困难不能进食，体液损失所造成肾前性肾功能不全，根据生理需要量及额外损失量进行补液、利尿即可纠正。根据血气分析结果，该患者考虑为 I 型呼吸衰竭合并呼吸性碱中毒及代谢性酸中毒，给予吸氧及通过治疗原发疾病及补液纠正酸碱失衡、维持水电解质平衡来

改善机体内环境. 治疗中出现白蛋白降低, 可能引起的因素有: 炎症扩散, 导致患者开口受限, 影响进食, 又未能及时得到其他途径的补充; 另外, 多间隙感染的脓液积聚, 手术切开引流使蛋白质大量丢失, 加上高热等因素的消耗, 对机体形成较大打击, 造成明显的低蛋白血症, 加上低蛋白血症本身就不利于炎症的控制和伤口的愈合; 此时, 维持机体的氮质平衡显得尤为重要.

综上所述, 该患者治疗总结如下: (1) 抗感染治疗为关键, 必须及时切开引流, 并且足量足疗程应用抗生素, 并且充分冲洗脓腔的同时要注意残留液体的清理, 否则易发生换药后发热情况; (2) 重视基础疾病的治疗; (3) 维持机体内环境的稳

定. 面颈部多间隙重度感染应采取外科与内科、局部与全身并且充分考虑基础疾病的综合治疗方法, 可以取得较好的临床疗效.

[参考文献]

- [1] 郑麟蕃, 张震康. 实用口腔科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 1993:6.
- [2] 周龙女, 蔡佩佩, 等. 重症口腔颌面部多间隙感染的综合处理[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2006, 4(3): 198-201.
- [3] 王吉成, 孙衍龙. 刺冲洗治疗颌面部间隙感染疗效观察[J]. 西藏医药杂志, 2006, 27(2):11-12. (2004-01-13 收稿)

(上接第142页)

中进行, 嘌呤合成相应增多引起葡萄糖6磷酸酶的活性增加, 导致脂肪酸合成增加使血脂升高; (4) 血脂增加后体内酮体也相应增多, 使肾脏排酸功能下降, 血尿酸增加; (5) 脂代谢紊乱可累及入球微动脉及出球微动脉, 造成病变血管狭窄甚至闭塞, 血尿酸增高与肾脏清除尿酸减少^[5,6].

调查结果显示: 高尿酸组的TG阳性率明显高于正常尿酸组. 血脂升高可引起脂质沉积, 使肾脏受损导致排泄受阻. 继而引起尿酸升高, 而尿酸升高可导致脂蛋白酯酶活性降低, 甘油三酯分解减少, 使血中TG水平升高.

调查显示, 体检人群中高尿酸患者存在血脂代谢异常, 应引起足够的重视. 高尿酸并没有明显的症状, 要控制尿酸和血脂的水平, 必须改变饮食结构, 限制饮酒、少吃高脂肪和高嘌呤食物(如动物的内脏和海鲜等), 多喝水, 多吃蔬菜水果, 增强体育锻炼, 降低尿酸和血脂的水平.

[参考文献]

- [1] 银广悦, 丁俊丽. 脂肪肝与高血脂、高血糖、高尿酸血

症的关系[J]. 中国现代医药杂志, 2006, 8(9):7-8.

- [2] 贝政平. 内科疾病诊断标准[J]. 中国公共卫生学杂志, 2006, 28(2):180-183.
- [3] 许海燕, 陆宗良. 中国成人血脂异常防治指南(2007)概要及解读[J]. 中华老年心脑血管杂志, 2008, 10(3): 238-240.
- [4] 张新军. 高尿酸血症的发病机制与分型诊断[J]. 中国心血管杂志, 2010, 15(6):418-420.
- [5] KARALIS D G. Intensive lowering of low-density lipoprotein cholesterol levels for primary prevention of coronary artery disease[J]. Mayo Clin Proc, 2009, 84(4):345-352.
- [6] ASSMANN G, CULLEN P, ERBEY J, et al. Plasma sitosterol elevations are associated with an increased incidence of coronary events in men: results of a nested case-control analysis of the prospective cardiovascular mtinster (PR(X; AM) study [J]. Nutr Metab cardiovasc Dis, 2006, 16(1): 13-21.

(2014-01-15 收稿)