

病例札记

牙源性下行性纵隔脓肿案例分析

□许丽君 王龙安 赵桃 秦历杰

许多牙病患者往往涉及上颌窦病变、三叉神经痛以及牙源性病变等专科性疾病,经口腔科专科检查后,比较容易诊断。也有部分患者尤其是老年患者,其牙痛的发生与心脏牵涉性痛相关,称为“心源性牙痛”,若不被及时发现,易延误最佳治疗时机。该案例结合河南省人民医院急诊重症监护病房收住的一例以“牙痛”为首发症状的牙源性下行性纵隔脓肿,探讨该病的诊断与治疗,以提高对该病的认识。

案例

李某(化名),女性,59岁,既往体健,以牙痛5天,胸闷伴声音嘶哑1天为主诉由当地医院转入笔者所在医院就诊。患者5天前出现牙痛,伴面部肿胀,抗炎治疗效果不明显,后出现颈部肿胀,1天前出现胸闷气短,声音嘶哑,偶有咳嗽、咯痰,痰为白色黏痰。患者在当地医院经CT检查,结果显示:1.咽旁间隙广泛积气,炎性变并气道狭窄;2.颈部、纵隔内、气管旁脂肪间隙广泛积气,炎性变;3.右肺炎性变伴右侧胸腔积液。

患者入院后查体结果显示:体温38摄氏度,脉搏122次/分钟,呼吸频率25次/分钟,血压140/70毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),神志清,精神差,声音嘶哑,颈部肿胀,双肺呼吸音粗,右肺呼吸音弱,以右下肺为主,可闻及湿啰音,其余查体未见异常。

辅助检查:血常规检查白细胞13×10<sup>9</sup>/升,中性粒细胞比例93.04%,C反应蛋白>200毫克/升,降钙素原32.69纳克/毫升。

大小便正常,肝肾功能正常。胸部及颈部CT检查结果显示为:1.左侧腮腺区、双侧咽旁间隙、颌下、甲状腺周围组织内、纵隔及右肺门组织间隙多发积气,考虑弥漫性炎症;2.双肺炎症,右肺下叶部分不张;3.右侧胸腔积液,部分包裹性液气胸;4.心包积液。

入院诊断:纵隔脓肿,脓毒症。患者入院给予留取样本培养后,立即给予经验性联合应用广谱抗生素治疗,抗菌谱覆盖革兰阴性菌、阳性菌和厌氧菌,并于第2天在急诊进行胸腔镜下纵隔脓肿切开引流术,术中引出黄色脓液800毫升,术后留置橡胶管引流,每天应用稀释碘伏消毒、生理盐水交替冲洗,每日更换敷料。后动态监测感染指标,复查CT提示较前好转不明显,考虑引流不彻底,又进行胸腔镜下纵隔脓肿切开引流术,术中引出黄色脓液50毫升,术后留置负压引流,每天加强换药频次。营养支持方面,采用肠内联合肠外营养的方式满足患者机体需要,补充适量的碳水化合物、脂肪乳剂、氨基酸、谷氨酰胺、电解

质、微量元素及维生素等,必要时输注白蛋白及血制品。给予以上综合治疗后,患者除入院第3天出现发热,体温最高为39.4摄氏度,后体温逐渐下降,住院期间体温正常,感染指标逐渐好转;营养支持方面经给予肠内营养联合肠外营养的方式,患者未出现营养不良的状况。该例患者经治疗4周后出院,出院1个月后来院复查,其生活质量未受影响。

讨论

纵隔脓肿是指由金黄色葡萄球菌侵入纵隔的组织或血管内,使其组织坏死、液化,形成脓液聚集的急性细菌性纵隔炎。1983年Estrera(音译:埃斯特拉)等首次提出下行性坏死性纵隔炎的概念,是指颈部感染经颈深筋膜间隙下行,进而引起纵隔坏死性蜂窝织炎,是一种致死性炎性疾病。该疾病起病隐匿,症状不典型,易延误诊断,病死率较高。

下行性纵隔炎常见于牙源性感染,牙源性感染者脓液从口腔的下颌舌骨膜穿过,通过颌下

间隙,再沿颌下腺包膜与翼内肌进入咽旁间隙,然后沿颈动脉鞘到达颈部间隙。要发生纵隔感染,必经过颈深筋膜间隙。颈深筋膜有3个比较重要的间隙,分别是气管前间隙、颈前间隙、椎前间隙。牙源性感染者的脓液由于重力和胸腔内负压的作用可以通过这三个间隙进入纵隔。据有关文献报道,约22%的纵隔脓肿是由深部感染向下扩散所致。该例患者由牙痛起病,声音嘶哑,面部肿胀,符合牙源性感染的特点。

纵隔脓肿形成脓液后可破入胸腔形成脓胸及脓气胸,出现呼吸困难甚至感染性休克。据有关文献报道,牙源性下行性纵隔炎的病死率为16.7%~33.3%。早期纵隔炎在胸片上常常没有阳性表现,当胸片提示纵隔增宽、胸腔积液时,患者往往已经出现十分严重的感染症状。目前,早期诊断往往依靠下颌骨颈部CT扫描。典型的影像学表现有:包绕纵隔结构正常的脂肪平面消失,纵隔增宽,纵隔内积气,纵隔周围积液等。通过扫描下颌骨颈部CT,可以

了解患者纵隔感染的范围,初步明确病变部位,正确认识脓肿的位置,为下一步进行外科手术胸腔引流提供依据,促进疾病恢复。

因下行性坏死性纵隔炎为多间隙感染,明确诊断后及时清创,并给予充分引流脓液,是治疗的有效手段。该患者一经确诊立即进行纵隔脓肿切开引流,术中即引出800毫升脓液,术后加强引流、抗感染及营养支持,后动态监测感染指标,复查联合颈部CT较前好转不明显,考虑引流效果不理想,于术后7天行胸腔镜下纵隔脓肿切开引流术,该患者治疗4周后好转出院。该患者遗憾的是细菌培养一直未见阳性结果,考虑与一直使用大剂量广谱抗生素有关。

综上所述,牙源性下行性纵隔炎尽管发病率低,但病情凶险,发展迅速,应引起临床医生足够的重视。一经确诊,及时给予切开引流,联合使用抗生素,加强营养支持和术后护理,能极大地提高抢救成功率,降低病死率。(作者供职于河南省人民医院)

青年患者,要以心理疏导和药物治疗相结合的办法进行诊治。

郑州市第八人民医院主任医师周梦煜对小王进行诊断后,确诊其患上了社交恐惧症,疾病的起源可追溯到小王童年时期父母过分保护,缺乏意志磨炼,心理承受能力脆弱,经不起较强刺激,当遇到挫折后阴影在脑海中难以磨灭,且常以高度敏感和暗示性发挥其潜在作用,最终陷入恐惧中不能自拔。周梦煜说,有社交恐惧症

的青年患者,要以心理疏导和药物治疗相结合的办法进行诊治。患者平时应建立信心,让自己投入集体生活中去,多参加一些活动,坚持下去便会冲破人际交往的障碍。同时,周梦煜也提醒家长,孩子性格的缺陷通常不是先天的,大多数是因家庭教育不当所引起的。因此,我们应认识到从小培养孩子心理健康的重要性,若孩子心理出现异常要及时到专科医院就诊,以免贻误病情。

心灵驿站 协办:郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院 疫情防控心理援助热线 (0371) 55622625

专家连线

如何治疗视神经脊髓炎谱系疾病

视神经脊髓炎是一种免疫介导的以视神经和脊髓受累为主的中枢神经系统炎性脱髓鞘疾病。视神经脊髓炎临床上多以严重的视神经炎和纵向延伸的长节段横贯性脊髓炎为特征表现,常于青壮年起病,女性居多,复发率及致残率高。

2004年Lennon(音译:列依)发现视神经脊髓炎特异的标志物即水通道蛋白4抗体,2007年Wingerchuk(音译:温格尔丘克)将视神经脊髓炎的定义扩展为视神经脊髓炎谱系疾病,2015年视神经脊髓炎国际协作组对视神经脊髓炎谱系疾病的概念和诊断标准又进行了较大更新,分为水通道蛋白4抗体阳性或阴性的视神经脊髓炎谱系疾病。

临床表现 六大核心症状: 视神经炎:可为单眼、双眼同时或相继发病。多起病急,进展迅速。视力多显著下降,甚至失明,多伴有眼痛,也可发生严重视野缺损。部分患者治疗效果不佳,残余视力<0.1。 急性脊髓炎:多起病急,症状重,急性期多表现为严重的截瘫或四肢瘫,尿便障碍,脊髓损害面常伴有根性疼痛或莱米特征,颈髓髓病变严重者可累及呼吸肌导致呼吸衰竭。恢复期较易发生阵发性痛性或非痛性痉挛、长时期痉挛、顽固性疼痛等。 顽固最后区综合征:可为单一首发症状,表现为顽固性呃逆、恶心、呕吐,不能用其他原因解释。 急性脑干综合征:头晕、复视、共济失调等,部分病变无明显临床表现。 急性间脑综合征:嗜睡、发作性睡病样表现、低钠血症、体温调节异常等,部分病变无明显临床表现。 大脑综合征:意识水平下降、认知语言等高级皮层功能减退、头痛等,部分病变无明显临床表现。 需要注意的是视神经脊髓炎谱系疾病为高复发、高致残性疾病,90%以上患者为多时相病程,多数患者遗留有严重的视力障碍或肢体功能障碍、尿便障碍,常与一些自身免疫性疾病,如干燥综合征、系统性红斑狼疮、桥本脑病等发生共病现象。

检查 脑脊液:多数患者急性期脑脊液白蛋白>10×10<sup>6</sup>/升,约1/3患者急性期脑脊液白蛋白>50×10<sup>6</sup>/升,但很少超过500×10<sup>6</sup>/升。脑脊液寡克隆区带阳性率<20%,脑脊液蛋白多明显增高,可大于1克/升。 血清及脑脊液水通道蛋白4抗体:水通道蛋白4抗体是视神经脊髓炎特有的生物免疫标志物,具有高度特异性。临床观察发现,有20%~30%的视神经脊髓炎谱系疾病患者水通道蛋白4抗体阴性。 血清其他自身抗体检测:约50%的视神经脊髓炎谱系疾病患者合并其他自身抗体阳性,如血清抗核抗体、抗SSA(一种自身抗体)抗体、抗SSB(一种自身抗体)抗体、抗甲状腺抗体等。 影像学特征:视神经脊髓炎谱系疾病颅内病灶多分布在水通道蛋白4受体高表达区域,如间脑、第三脑室周、脑桥被盖、胼胝体、极后区等。视神经病变累及视神经后段及视交叉,病变节段可大于1/2视神经长度。脊髓受累影像学特点病变多较长,纵向延伸往往超过3个椎体节段以上,轴位病变多累及中央灰质和部分白质,呈圆形或H型。 视功能相关检查:视敏度(最佳矫正)视力下降,部分患者残留视力小于0.1,严重者仅存在光感甚至全盲;视野可表现为单眼或双眼受累,表现为各种形式的视野缺损;视觉诱发电位多表现为P100波幅降低及潜伏期延长;光学相干断层扫描检查多出现较明显的视网膜神经纤维层变薄且不易恢复。

治疗 主要包括急性期治疗、序贯治疗(免疫抑制治疗)、对症治疗和康复治疗。 急性期治疗:旨在减轻急性期症状、缩短病程、改善残疾程度和防止并发症。主要包括糖皮质激素治疗、血浆置换、免疫球蛋白等方法。 序贯治疗:旨在预防复发,减少神经功能障碍累积。一线治疗药物有硫唑嘌呤、吗替麦考酚酯、甲氨蝶呤、利妥昔单抗等。二线治疗药物有环磷酰胺、他克莫司、米托蒽醌、环孢素等。 对症治疗:缓解疼痛、止吐、营养神经、改善认知等。 康复治疗:对伴有肢体、吞咽等功能障碍的患者,应早期在专业医生的指导下进行相应的功能康复训练。(作者供职于郑州大学第一附属医院)

社交恐惧症的危害

□席娜

28岁的小王在妻子和父亲的陪同下来到郑州市第八人民医院门诊室,小王的妻子无奈地对丈夫说:“也不知为什么,小王遇到芝麻大的小事就害怕紧张,别看他都28岁了,但他的心理年龄就像个14岁的孩子,永远都长不大……”

原来,小王是家里的独子,从小父母对这个掌上明珠比较娇生惯养,一切事务都替小王包办,在饭来张口,衣来伸手的环境中长大,这也把他养成了依赖性很强、孤僻、不合群的性格。小王成年工作后,独立性很差,做任何事都谨小慎微,缺乏男子汉的阳刚之气,遇到问

题便束手无策。结婚以后,小王的妈妈还一直担心小王会不会照顾新家庭的生活,于是让夫妻俩跟自己住到一起。当妻子想小王换个灯泡、修个水管的时候,小王的妈妈便让小王的爸爸来修理。有一次,小王在单位因为一件小事和同事发生了冲突,他当时出现了浑身颤抖、出汗、呼吸急促、心慌气短等症状。冲突过去以后,不曾想小王却深陷该事件中不能自拔。小王每次看到那位同事便会出现在以上状况,并且变得越来越敏感、多疑,总感觉别人看他的眼光不对劲,别人说话时会怀疑在议论自己,以至

于到后来无法工作,也不能让家人在面前提上班的事,一提及便会紧张害怕,常常担心别人会整治他,于是整天待在家里。妻子劝小王在家做些家务,而当她拿起刀具等一些锋利的东西时也出现了紧张情绪,担心这些物品会伤人,拖地时担心插座会在地面上产生短路。有一次妻子对小王说准备让其一起参加同学的婚礼,他提前几天便开始紧张、发愁,夜晚失眠,心悸出汗,最终婚礼也没参加成。妻子对小王的生活状态彻底失望,小王也痛苦不堪,这时家人才意识到小王可能是心理方面出现了问题,遂

小腿动脉闭塞的介入治疗

□韩新巍 毕永华 李兆南

下肢疼痛发凉、脚趾发黑坏死、足部溃疡经久不愈可见于长期糖尿病血糖控制不好以及长年吸烟者,多见于糖尿病患者(占90%),故而称之为糖尿病足。长期患有糖尿病、高血压病,抽烟等可引起严重动脉硬化,动脉硬化会导致下肢动脉闭塞,闭塞动脉远端肢体缺血,缺血引起皮肤、肌肉、骨骼坏死,坏死后可出现皮肤溃疡、趾坏死等,并且经久不愈。

糖尿病动脉硬化所致的膝以下动脉狭窄发展迅速,常累及多支血管的多个节段,若未接受恰当的治疗,严重动脉狭窄肢体缺血者有半数患者会在1年内不得不进行截肢。糖尿病足部溃疡和足趾坏死是膝下动脉狭窄闭塞高于膝上动脉,膝下双动脉闭塞占50%以上;膝下动脉闭塞多见于胫前动脉及胫后动脉,这两条血管是足背动脉及足底动脉的主要供血血管,是下肢和足部血流的关键动脉,开通其中一条血管即可明显改善足部血供,帮助溃疡愈合。

小腿动脉闭塞的诊断

膝以下小动脉闭塞表现为缺血性间歇性跛行、静息痛、足溃疡和足趾坏死等,踝部动脉收缩压<50毫米汞柱

(1毫米汞柱=133.322帕)或踝动脉收缩压<30毫米汞柱。足背动脉搏动消失,皮肤冰凉,出现上述症状可进行腹盆部与下肢动脉的彩超检查,可以发现股动脉、腘动脉、胫前、胫后动脉的狭窄、闭塞等。进一步重动脉造影,动脉硬化会导致下肢动脉闭塞,闭塞动脉远端肢体缺血,缺血引起皮肤、肌肉、骨骼坏死,坏死后可出现皮肤溃疡、趾坏死等,并且经久不愈。糖尿病动脉硬化所致的膝以下动脉狭窄发展迅速,常累及多支血管的多个节段,若未接受恰当的治疗,严重动脉狭窄肢体缺血者有半数患者会在1年内不得不进行截肢。糖尿病足部溃疡和足趾坏死是膝下动脉狭窄闭塞高于膝上动脉,膝下双动脉闭塞占50%以上;膝下动脉闭塞多见于胫前动脉及胫后动脉,这两条血管是足背动脉及足底动脉的主要供血血管,是下肢和足部血流的关键动脉,开通其中一条血管即可明显改善足部血供,帮助溃疡愈合。

小腿动脉闭塞的介入治疗

膝关节以下的动脉纤细,直径在3毫米左右,动脉硬化导致的严重狭窄或闭塞,无论是内科药物治疗还是外科取栓、搭桥与溃疡换药治疗,效果均不佳。十多年来开展的血管球囊扩张成形术与内支架植入术等介入治疗技术,为下肢动脉闭塞缺血带来了理

想的疗效。随着闭塞动脉管腔的开通、血流重新通畅可有效缓解疼痛,促进溃疡愈合,恢复下肢行走,提高患者生活质量,降低截肢率。

常用的介入治疗方法

1.经导管药物灌注术。对于相对年轻的患者,闭塞动脉两端具有比较丰富的侧支循环者,或者闭塞远端流出道差,缺乏血管主干者,将导管插入闭塞动脉近心端,经导管持续匀速局部灌注扩血管药物如罂粟碱、前列腺素等,留置导管连续灌注3天~5天,促使球囊扩张或内支架植入的具体治疗方案。目前DSA(数字减影血管造影)仍是诊断的金标准,但作为有创检查,一般不单用于小动脉阻塞的诊断,通常在介入治疗时进行,以进一步验证动脉闭塞的范围、长度,侧支循环建立程度等。

2.经皮球囊扩张成形术。膝下动脉内径较细,多为长段或多节段改变,尚无开发出来进行如此细小的合适的内支架。对膝关节以下这些细小动脉的动脉硬化性狭窄与闭塞,采用高压长球囊进行扩张成形术治疗,可迅速恢复远端组织供血,促进溃疡愈合。近年使用的药物球囊技术,极大

提高了长期有效率。

3.内支架植入术。膝上动脉管径粗大,闭塞时植入的支架维持动脉的长期通畅率。近年来,药物洗脱支架的应用,支架上携带的紫杉醇等药物可以抑制血管内膜细胞增殖,与球囊扩张和普通内支架相比,药物洗脱支架明显降低了靶病变再狭窄率和截肢率。

4.斑块旋切成形术。带有旋切刀片的旋切导管切除动脉管壁上的动脉硬化斑块,并将斑块抽吸取出体外。理论上血管不会出现弹性回缩,但动脉硬化几乎是动脉壁全层受累,仅切除入管腔内的斑块,不能解决动脉硬化管壁的全部问题,有较高的再狭窄率,多数病例旋切后还要配合球囊扩张或内支架植入。

5.自体干细胞移植,是近年发展起来的一项新技术。原理是利用干细胞的自我更新、可塑性和多项分化潜能,移植后能分化成多种细胞成

健康你我 原装生活 JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO

郑州大学第一附属医院 儿童重症医学科主任: 哪些人容易患 脓毒症 扫码看视频 王怀立,主任医师,医学博士,教授,硕士研究生导师,郑州大学第一附属医院儿童重症医学科主任;河南省医学会儿科分会主任委员,河南省卒中学会儿童卒中分会主任委员,中国医师协会儿童重症医师分会常务委员,中国医学救援协会儿科救援分会副主任委员;任《中华实用儿科临床杂志》编辑委员会特约编委,《国际儿科学杂志》编辑委员会特约编委。