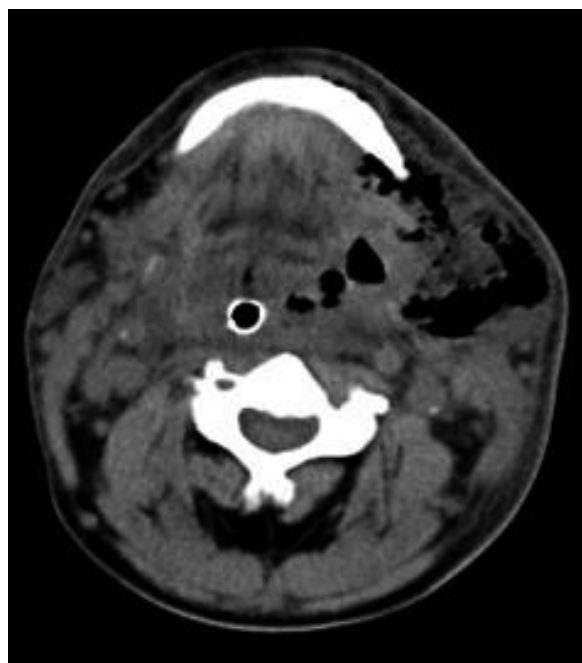


技术·思维

不是简单的牙痛 是口腔颌面部间隙感染

□王海旭 学秀 文晶 文/图

单个或多个口腔颌面部间隙的感染,称为口腔颌面部间隙感染,一般由厌氧菌感染和需氧菌感染引起。口腔颌面部结缔组织和游离组织之间存在数个间隙,包括眶下间隙、咬肌间隙、翼下颌间隙等。口腔颌面部间隙感染一般是继发性的,多数由牙源性感染引起,有的由腺源性感染和损伤性感染引起。感染初期,表现为局部红、肿、热、痛,到了后期组织坏死,就会产生局部脓肿。



影像图 1

病例

一周前,李先生突然牙痛,难以忍受。当时,李先生想着以前也牙痛过,过几天就好了,就没有及时到医院就诊。在气管插管的过程中,医生发现,李先生的颈部过度肿胀,气管已经严重受压,声门完全不能显示,血氧饱和度70%,心率也开始下降。将气管插管插入李先生的气管后,医生听诊,发现李先生的双肺呼吸音对称。医生为李先生连上呼吸机后,发现他的血氧饱和度和逐渐上升。在李先生的生命体征平稳后,医生安排他进行CT检查,结果显示:左侧颈部软组织明显肿胀,多部位呈蜂窝状改变,鼻咽、口咽、喉咽均显示不清,其内除可见气管插管影外,完全无气体可经过的缝隙。

是什么原因导致李先生出现这种情况呢?

1. 追问患者家属后,医生得知,李先生在此次牙痛前有长时间的“三多一少”(多食、多饮、多尿、体重减少)症状,有糖尿病家族史。

2. 李先生平素口腔卫生极差。在此次气管插管的过程中,医生发现他存在多个龋齿,左下第二磨牙牙周软组织明显肿胀,有脓液溢出,左侧颈部皮温明显升高,触及有波动感,提示牙周感染,且炎症已蔓延到颈部。

3. 血常规检查结果显示白细胞明显升高。空腹血糖15.6毫摩尔/升。

至此,真相终于浮出水面:李先生可能是糖尿病的基础上罹患牙周炎,引起口腔颌面部间隙感染。

在口腔颌面外科,医生对李先生进行检查,见大量恶臭脓性液体流出。医生对脓液进行高通量测序检查,以明确病原体,并用大量生理盐水充分冲洗脓腔。

之后,李先生又被转入综合ICU。医生继续对其进行呼吸机辅助呼吸,应用经验性抗感染药物,应用血管活性药物维持血压。

2天后,脓液高通量测序结果出来了,提示微小单胞菌、解肝菌、拟杆菌。前者是口腔内机会致病菌,后者在牙周炎的牙龈下病变中经常被发现。

经过2周的抗感染等治疗,李先生的颈部肿胀明显减轻,休克逐渐得到纠正,颈部CT检查结果显示气管受压明显改善。

口腔颌面部间隙感染是颌面部潜在的筋膜间隙的感染,通常由口腔内炎症如牙周炎、牙髓炎、扁桃体炎等发展而来;急性期症状有局部皮肤发红(发紫)、肿痛、皮温升高、发音困难、张口受限等,慢性期症状有长期排脓的窦(瘘)口、下颌关节功能障碍等,全身症状包括畏寒、发热、头痛、乏力及食欲减退等。

口腔颌面部间隙感染在我们

病因和治疗

日常生活中很常见,高龄、免疫力低下、糖尿病人群多发。目前,高龄、免疫力低下、糖尿病人群并发口腔颌面部间隙感染后,具有耐药菌感染增多、重症增多、致死风险增加等特点。

我们对郑州大学第一附属医院2020年收治的194名患者(平均年龄49.7岁)进行统计分析后,发现因呼吸困难入住综合ICU的比例高达25.2%。因呼吸困难入住综合ICU者的平均年龄为68岁,病死率高达8.2%,多数是延误最佳治疗时机所致。

口腔颌面部间隙感染初期,炎症主要局限于口腔内及颌面部,如果未及时治疗,就可能迅速蔓延至颅内、眼眶、颈部甚至纵膈,引起脓毒症/脓毒性休克,危及患者生命。部分患者气管受压梗阻,会窒息甚至呼吸、心跳骤停。

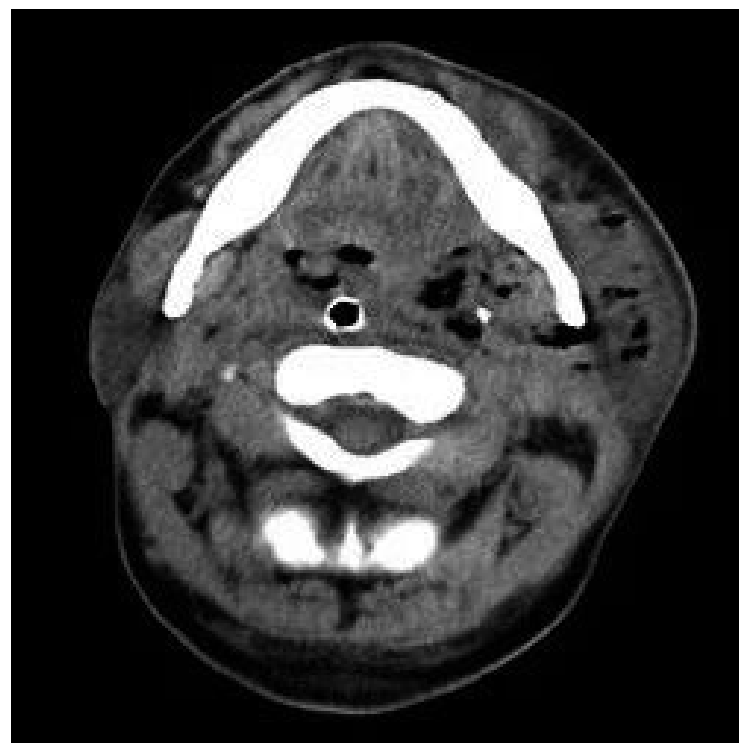
口腔颌面部间隙感染的致病菌以革兰氏阳性需氧菌为主;至于

厌氧菌,可能是因为培养条件较“苛刻”,导致检出率远低于实际感染率。

一旦确诊口腔颌面部间隙感染,及时足量的抗生素治疗非常关键。当脓腔形成后,最常用、最有效的治疗手段是及时切开引流,可将脓液或坏死物质排出患者体外,防止炎症扩散和骨髓炎的发生,以及细菌入血。对呼吸困难的患者,紧急进行气管插管或气管切开是治疗的重中之重。除了上述治疗,良好的血糖控制、足够的营养支持亦至关重要。

李先生在出现多饮、多食、多尿和体重减少时未引起重视,不知道自己已患上了糖尿病,加上平时不注重口腔卫生,此次出现牙痛,又不在乎,差点丧命。这给大家敲响了警钟,那就是:牙痛真的会要命!

(作者供职于郑州大学第一附属医院)



影像图 2

临床笔记

正确认识股骨头缺血性坏死

□陈献韬

股骨头是构成髋关节(学名:髋关节)的重要组成部分,让人完成下蹲、站立、行走等动作。股骨头缺血性坏死亦称股骨头无菌性坏死,导致股骨头营养血管堵塞,造成骨细胞缺血、坏死和骨小梁断裂塌陷,有“股骨头的冠心病”之称,加上具有治疗周期长、费用高、致残率高的特点,是骨科临床上常见、难治的慢性病之一,因此又有“不死的癌症”之称。

关于股骨头缺血性坏死的研究结果表明,任何年龄均可发病,但多发于20岁~60岁。约80%的患者双侧发病,70%的患者右侧先出现症状。

股骨头塌陷后,患者需要及时接受人工关节置换术。尽管人工关节置换技术已经非常成熟,但是整体治疗费用高,中青年患者的长期疗效仍难预测,加上术后因外伤、骨质疏松、感染等原因可能造成的疼痛很难处理,故置换关节是不得已而为之的方法。

因此,尽可能保存患者自身的股骨头非常重要,科学治疗是提高疗效的关键,而早期诊断是一切治疗、预防的前提。有的患者在疼痛初发时对疾病认识不够、重视不足,难以接受磁共振、

X线等检查,延误治疗时机,会导致严重后果。因此,对疼痛的早期认识和判断尤为重要。股骨头缺血性坏死早期,患者经常无明显髋部症状,大多数患者只偶尔感到下腰部、大腿根部或膝关节上方有酸胀不适,长时间行走、长时间负重时症状加重,甚至出现跛行,但一般休息后可缓解。疼痛可为间歇性或持续性,行走或活动后加重,有时为休息痛。疼痛多为针刺样、钝痛或酸痛等,常向大腿内侧、臀后侧和膝内侧放射,并且腹股沟区有麻木感。正是因为疼痛部位不定、时轻时重、变化多端,造成很多股骨头缺血性坏死患者被漏诊或被误诊,延误治疗时机。我经常看到初次就诊的患者是较严重的股骨头缺血性坏死,有的甚至已经发生股骨头塌陷、变形。

疼痛的部位

股骨头缺血性坏死引起疼痛的神经根在腰3神经和腰4神经上,而腰3神经和腰4神经的反射区域一个在腰部、一个在膝盖上。股骨头缺血性坏死刺激周围神经,会引起大腿痛和腰痛。膝盖痛和腰痛也属于股骨头缺血性

坏死的症状之一。

疼痛的变化

股骨头缺血性坏死早期,因股骨头内骨髓水肿、股骨头周围滑膜水肿、关节腔积液,造成大腿根部有针刺样痛、钝痛或酸痛,患者甚至不能自己穿鞋袜、抬腿骑车。患者卧床休息、服用止痛药物、泡热水澡,可以明显缓解疼痛。对这个阶段的患者,进行关节穿刺可以抽出出血性关节液;而正常情况下,关节液是黄色黏稠液体,并且穿刺不出来。

股骨头缺血性坏死中期,患者的股骨头内部分骨小梁缺血、水肿、断裂,疼痛程度逐渐加重,尤其是活动一天后休息时疼痛更加明显。患者卧床休息、服用止痛药物、泡热水澡,可以缓解疼痛,但是只要活动稍多,疼痛就会加重,而且疼痛持续的时间明显延长。这个时期的患者,积极采取药物治疗,使用拐杖、休息等措施,疼痛会有所缓解,这会让一些患者误以为“股骨头治疗好了”。

其实暗藏危机,真相是这样的:因为关节腔积液减少、骨髓水肿减轻,骨小梁部分断裂压缩,使股骨头的强度相对增加,所以疼痛减轻,但这时股骨头已经开始塌陷,更应提高警惕,继续治疗。

股骨头缺血性坏死后期,股骨头逐渐塌陷,疼痛又重新加重,也就是患者认为的“这段时间太忙,吃药少了,所以疼痛加重了”。其实是股骨头关节面软骨碎裂、软骨下骨开始塌陷,关节活动时“碰撞”增加,伴随着塌陷程度的加重,关节活动度越来越差,从叉开腿困难、大腿根部内侧筋及肌肉绷紧、疼痛到穿鞋袜困难,再到下蹲困难。至此,一切保守治疗将无明显效果,大部分医生的建议不再是推荐各种手术方法进行保留股骨头的治疗,而是建议患者“回家准备准备,决定换关节吧”。但是,如果患者比较年轻、骨质条件良好的话,可以尝试进行植骨修补术,股骨头塌陷后依然可以通过手术矫正。

各个时期的股骨头缺血性坏死均可导致大腿根部或其周围疼痛。即便正常的关节,因为劳累、软骨损伤等也会出现疼痛。

塌陷前期。若骨髓水肿持续时间超长,则骨小梁因长期水肿压迫、缺血,部分发生断裂,此时疼痛会逐渐加重,但经过有效治

疗,症状能够改善。若病情稳定,骨小梁修复良好,疼痛会逐渐减轻,甚至达到轻微或无痛的状态;反之,骨小梁难以修复,进入塌陷期,疼痛继续加重。

塌陷期。此时的发病会有两个方向:1.患者经过髓芯减压、植骨等手术或药物治疗,骨小梁停止断裂、塌陷,疼痛逐渐缓解,甚至无痛;2.骨小梁断裂、塌陷继续加重,关节活动度逐渐变差,疼痛进行性加重。

股骨头缺血性坏死晚期一般表现为疼痛严重、关节功能受限。个别情况下,骨修复与塌陷同步进行,但关节面整体较好,塌陷后骨质压缩,股骨头内骨质稳定,反而出现关节功能受限但疼痛减轻的“奇怪”情况。

综上所述,因股骨头缺血性坏死病因复杂,在各个阶段的病理特点不同,每个人感觉神经的不同“体验”及坏死塌陷的进程不同等原因,大腿根部及其周围的疼痛并非“千篇一律”。有类似疼痛,怀疑股骨头缺血性坏死的患者,应该尽早就到医院就诊,不要盲目“自判”。

(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

结肠息肉是常见病、多发病,与结肠癌存在密切相关性,尤其是腺瘤性息肉(一种常染色体显性遗传性疾病,1/3的患者存在基因突变或者异常)。腺瘤性息肉如果不及时治疗,会发生癌变。85%左右的结肠癌由腺瘤性息肉发展而来。结肠镜下及时发现并切除腺瘤性息肉,可以显著降低结肠癌的发生率。

为了更好地预防和减少结肠癌的发生,我和同事选取80名结肠息肉患者的相关资料,对息肉的发病部位、数量、直径、病理分型及癌变率进行分析,总结如下:结肠息肉的总检出率为24.22%,其中直肠息肉的发病率最高(28.1%),乙状结肠息肉的发病率次之(23.3%)。在息肉的病理分型中,腺瘤性息肉占52.45%。

2022年1月~5月,在新安县中医院,我们通过结肠镜,共发现结肠息肉患者80人(男性患者54人,女性患者26人),年龄15岁~91岁;单发息肉者32人,有2枚息肉者17人,有3枚以上息肉者31人。

对这80名患者,我们均根据结肠息肉的形态、大小,选用不同的方法进行切除,并尽量进行全病理检查;对不能进行息肉切除者,我们进行病理活检,后期再进一步处理。我们统计患者的结肠息肉数量、发病部位、直径、病理分型、有无癌变等,作为参数。我们主要的研究对象是腺瘤性息肉和非腺瘤性息肉。腺瘤性息肉包括管状腺瘤、管状绒毛状腺瘤、绒毛状腺瘤等。非腺瘤性息肉包括炎性息肉、增生性息肉、错构瘤性息肉、脂肪性息肉、淋巴样息肉等。至于家族性多发性息肉,我们没有纳入此次研究。

结果

在这项研究中,结肠息肉的病理分型以腺瘤性息肉为主,占50%以上。各部位息肉的癌变率不同,直肠息肉的癌变率最高。

不同的腺瘤性息肉,癌变的发生率也不同:管状腺瘤为58.33%,管状绒毛状腺瘤为30.2%,绒毛状腺瘤为11.45%。

腺瘤性息肉的直径大小和癌变的关系:直径小于0.5厘米者41人,在此次研究中未见癌变;直径0.6厘米~1厘米者38人,其中2人的腺瘤性息肉发生癌变,癌变率为5.26%;直径大于1厘米者17人,其中2人的腺瘤性息肉发生癌变,癌变率为11.76%。

讨论

结肠息肉与结肠癌之间有着密切关系,尤其是腺瘤性息肉被认为是结肠癌的癌前病变,大部分结肠癌由腺瘤性息肉发展而来。

在此次研究中,息肉的发病部位以左半结肠为主,其中直肠息肉发病率最高,其次是乙状结肠息肉,再次是降结肠息肉。腺瘤性息肉的病理分型一般根据绒毛成分的多少来划分。绒毛成分占20%以下的,为管状腺瘤;绒毛成分占20%~80%的,为管状绒毛状腺瘤;绒毛成分占80%以上的,为绒毛状腺瘤。与其他类型的息肉相比,腺瘤性息肉的癌变率较高。

综上所述,结肠息肉好发于中老年人,息肉的癌变率主要与病理分型、异型增生(以多种组织或细胞数量的增加、形态结构异常改变为特征的增殖,通常被视为癌前病变)的程度有关。对结肠息肉的诊断和病理分型,主要依赖结肠镜和病理检查结果。近年来,结肠息肉的检出率有不断上升的趋势,应该和结肠镜检查技术的广泛开展和提高有关系。

大部分结肠息肉患者早期无明显临床症状,或仅有腹痛、腹部不适等非特异性症状。有的研究人员认为,对于有消化道症状和无消化道症状者,两者之间进展型腺瘤性息肉的检出率差异并无统计学意义,甚至后者的检出率较高,这提示对50岁以上人群进行结肠镜检查,很有必要。从结肠息肉发展到侵袭性肿瘤,需要7年~10年或更长的时间。因此,对结肠镜下发现的息肉进行彻底切除或有效毁损,可以预防结肠癌的发生,或明显降低结肠癌的发生率。值得注意的是,部分早期结肠癌呈息肉样隆起。因此,医生在检查时,如果发现患者有这种情况,应该完整切除并送病理检查,以免漏诊、误诊。

腺瘤性息肉切除后仍有较高的复发率。如果是单个腺瘤性息肉,则复发率相对较低;如果腺瘤性息肉较多,则复发率较高。绒毛状腺瘤的复发率较管状绒毛状腺瘤高,尤其是伴高级别上皮内瘤变者(1年~3年内有30%的复发率)。正确认识结肠息肉,对其性质进行准确判断及防治是预防结肠癌的重要环节。

腺瘤性息肉患者的整个结肠(大肠)布满大小及形态不一的腺瘤,会有腹痛、黏液性大便或大便带血、大便次数增多等症状。患者如果有上述症状,要及时到医院就诊。

要想及早发现结肠癌,患者就要定期进行结肠镜检查,因为它是确诊结肠癌的“金标准”。建议50岁以上、有家族性多发性息肉病史的患者,每年至少做一次结肠镜检查。

(作者供职于新安县中医院)

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医擅药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室