

· 经验交流 ·

Ludwig's 咽峡炎临床救治体会附 5 例报告

张 健

(新疆乌鲁木齐友谊医院 耳鼻咽喉科, 新疆 乌鲁木齐 830049)

关键词: 咽峡炎; 坏死性颈筋膜炎; 感染; 救治体会

中图分类号: R766.12

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2010)02-0138-02

路德维咽峡炎(Ludwig's angina)是指机体深部的感染源感染致颈深浅筋膜广泛坏死的一类感染性疾病。该病多继发于咽喉感染、颈部外伤及手术、牙源性感染等,起病急,发展快且迁延,可出现各种致命性并发症^[1]。随着抗生素在临床的广泛使用,本病发生率目前有明显下降,但临床上仍需对本病提高认识。

我科2003年7月~2008年12月,先后收治路德维咽峡炎病例5例。其中成功救治4例,死亡1例。现将我科的救治体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

5例患者均为男性,年龄32~49岁,平均40.5岁,病程4~11d,平均7.5d。患者入院时有不同程度发热,体温38.5℃~41.0℃,伴有吞咽疼痛、张口受限、说话困难、口中流涎、颈部肿痛,颈前及上胸部皮肤发红或呈暗紫色,触之硬如板状或皮下捻发音,颈部僵硬,活动受限,有明显全身中毒症状。其中3例患者颌下三角区、颈部、颈前及上胸部皮肤青紫伴斑片状皮下淤血,触之可及捻发音;2例患者颈前及上胸部皮肤发红,局部皮温明显升高,触之硬如板状。2例患者端坐呼吸,不能平卧,Ⅱ°呼吸困难。辅助检查示:白细胞增高,达 $17.2 \times 10^9/L \sim 23.1 \times 10^9/L$ 。CT均诊断为颈部脓肿,其中2例有积气症。3例B超

均探及颈部脓肿。所有患者均行脓液培养加药敏试验,其中铜假单胞菌1例,草绿色链球菌群细菌1例,厌氧菌2例,克雷伯菌、大肠埃希菌1例;给予敏感抗生素抗感染治疗。

5例患者,其中左侧嚼肌间隙、咽旁间隙、颌下间隙、颈前间隙脓肿2例;双侧颌下间隙、颌下间隙、颈前间隙脓肿1例;右侧颈间隙、锁骨上间隙脓肿1例;颌下间隙颈前间隙脓肿1例。其中2例纤维鼻咽喉镜检查均提示会厌舌面黏膜充血肿胀,诊断为急性会厌炎,喉梗阻Ⅱ°。

5例患者中伴智齿冠周炎感染2例,口腔溃疡感染1例,扁桃体周炎感染1例,颈部针灸治疗感染1例,慢性酒精中毒1例,肝硬化并腹水1例,结核病1例。

1.2 典型病例

患者,男,35岁。因咽痛伴发热2d,颌颈部肿痛、张口困难9d,于2007年11月6日入院。入院前自行服用止痛药、抗生素(具体药名及剂量不详),疗效不佳。入院时查体:T39.3℃,HR120次/min,R24次/min,BP135/90mmHg。患者呈急性痛苦面容,颌颈部明显肿胀,活动受限,颌颈部、颈前及上胸部皮肤发红,局部皮温明显增高,触及呈硬板状。张口两横指,左侧咽侧壁肿胀,左下颌后磨牙周围黏膜红肿,不能平卧,端坐呼吸,活动后呼吸困难加重。实验室检查:WBC $17.2 \times 10^9/L \sim 23.1 \times 10^9/L$,N86.1%,L0.75,颈部CT显示颈部左侧肌间隙、咽旁间隙模糊,其间可见大量气体影,周围软组织分界不清,气管向右侧移位,颈部可见多发肿大淋巴结。纤维鼻咽喉镜检查会厌舌面黏膜充血肿胀。

胸片示双侧纵膈阴影增高,肺纹理增多,结构模糊,肺野未见实质性病灶,提示上纵膈炎症。心电图检查提示窦性心动过速。入院诊断:左咽旁间隙脓肿并颈部坏死性筋膜炎;急性会厌炎;喉梗阻Ⅱ°。入院后予足量、高效抗生素、皮质类固醇激素、能量类、维生素类药物支持治疗。入院第 2 天行常规气管切开术、多间隙广泛切开置管引流术,术中取脓液培养加药敏试验。培养结果为:克雷伯菌、大肠埃希菌,药敏试验对环丙沙星、头孢噻肟钠、头孢拉定、丁胺卡那霉素、亚胺培南敏感,术后参考药敏结果,选用足量联合抗生素抗感染治疗,术后同时经加强术腔冲洗引流维护,配合药物对症支持治疗,经 39 d 住院治疗后,痊愈出院。

1.3 治疗方法

本组患者入院后,均选用联合高效能、足量抗生素辅以地塞米松等激素类药物,完善相关辅助检查及术前准备。

1 例在检查过程中突发窒息死亡;3 例患者行气管切开术同时进行口底广泛切开术及左锁骨上窝上纵膈切开引流术 1 例,行颈侧间隙切开引流术 1 例,行左下颌间隙、嚼肌间隙、咽旁间隙切开引流术;1 例仅行口底间隙广泛切开术。

2 结果

1 例行保守治疗患者,在入院次日上午前往放射科检查途中,因突发窒息,经抢救无效而死亡。其余 4 例经 23 ~ 42 d 的住院治疗,均痊愈出院,随访半年,一般情况均好。

3 讨论

路德维咽峡炎(Ludwig's angina)又称坏死性颈筋膜炎,是口底、颌下和颈部的一种弥漫性坏死性感染,病情凶险,发展迅速,误诊和延误治疗常常导致患者死亡。该病 1871 年首先由 Jones 描述,1952 年 Wilson 正式命名,其主要特点是以深浅筋膜坏死的感染性疾病,头颈部发病率为 2% 左右。本病可因抗生素类药物使用不当,病情迁延,表现为全身中毒症状不明显,局部肿胀不甚,可造成误诊,延误治疗时机,而出现严重的

并发症^[2],故临床早诊早治尤为重要。

本病应尽早明显诊断,根据病史、症状、体征、辅助检查(X 线、CT、B 超及其他实验室检查等)多能明确诊断。对于局部与全身症状都明显重于一般软组织感染,应高度怀疑本病可能。本病易感者多伴有基础性疾病,明确诊断后,应及时采取积极有效的处理措施,尽早行局部广泛切开引流术、气管切开术,对防止发生严重并发症,如喉梗塞、颈部大血管破裂出血引发窒息等甚为重要。本组 3 例即行气管切开术、局部广泛切开引流术,保证了呼吸道的通畅,为救治争取了时间。1 例患者入院时喉梗阻Ⅱ°,因未及时行气管切开术,于次日上午突发窒息死亡就是教训。笔者体会:在救治中除了应有的措施外,加强术后的管理也十分重要,如充分的术腔冲洗引流、引流管应尽量选用口径较大的硅胶管。对广泛多间隙切开术腔应置入贯通式引流管相互连通,进行冲洗,并及时清除坏死感染组织灶,及时探查脓腔是否通畅、引流是否彻底。由于各间隙位于肌肉深层,加之多间隙感染,易出现局部引流不畅,在处理中应予以重视。本组中 2 例因切开引流不彻底,从而导致病情日渐加重,经再次探查脓腔,扩大并开放创面,充分冲洗引流,使病情明显改善,逐日好转。

在救治过程中,若发现病情有变化,应尽早行颈部 CT 扫描,对 CT 显示筋膜水肿积液增厚、皮下脂肪条带状影、软组织积气的患者应立即行广泛切开引流术,术中充分暴露感染区域,彻底清除坏死组织;术后尽量敞开感染腔隙,保持引流的足够通畅,必要时可多次切开清除坏死组织^[1]。并联合使用足量敏感、高效能抗生素和及时有效地外科处理,虽然在施救过程中存在一定的风险,但这是任何药物也无法替代的,是积极治疗本病的主要措施之一,是保证救治成功的重要环节。

参考文献:

- [1] 李忠万,胡国华,杨玉成. 颈部坏死性筋膜炎伴颈总动脉假性动脉瘤 1 例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,43(9):706-707.
- [2] 黄选兆,王浩宝主编. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998,376.

(修回日期:2009-12-25)