

# 现代口腔疾病 诊疗新进展

(下) 张 栋等◎编著

# 现代口腔疾病诊疗新进展

(下)

张 栋等◎编著

## 第十五章 涎腺疾病

### 第一节 急性化脓性腮腺炎

#### 一、病因

急性化脓性腮腺炎的病原菌是葡萄球菌,主要是金黄色葡萄球菌,其次为链球菌,患者机体抵抗力及口腔生物学免疫力降低;且因高热、脱水、进食及咀嚼运动减少,唾液分泌也相应减少,机械性冲洗作用降低,口腔内致病菌经导管口逆行侵入腮腺。严重的代谢紊乱,如腹部大手术后,由于禁食、反射性唾液腺功能降低或停止,唾液分泌明显减少,易发生逆行性感染。腮腺区损伤及邻近组织急性炎症扩散,也可引起急性腮腺炎。腮腺淋巴结的急性化脓性炎症,破溃扩散后波及腺实质,引起继发性急性腮腺炎,但其病情较上述原发性急性腮腺炎轻。

#### 二、临床表现

急性化脓性腮腺炎的临床表现为单侧受累较多见,双侧同时发生者少见。早期症状轻微,尤其是并发于全身疾病或胃肠道大手术后,常被全身的严重疾病掩盖而被忽视。腮腺还有轻微疼痛、肿大、压痛,导管口轻微红肿,若处理及时,可使炎症消散。若未能及时控制,炎症进一步发展,腺体由浆液性炎症向化脓性炎症阶段发展,腺组织出现坏死、化脓。此期疼痛加剧,肿胀更加明显,导管口可有脓性分泌。由于大量坏死组织及导管上皮水肿,导管腔往往被阻塞,腺内的炎性分泌及化脓坏死常贮留在腺体内。由于腮腺解剖特点是纤维结缔组织将腺体分离成许多小叶,因此形成散在多个小脓肿,分散在各个小叶内。腮腺浅面的腮腺嚼肌筋膜非常致密,脓肿未穿破以前呈硬的浸润块,不易扪及波动。脓液在腺体内聚积增多时,压力增大,疼痛也加剧,呈持续性疼痛或跳痛。穿破腮腺包膜后,脓液进入邻近组织或间隙,引起其他间隙的蜂窝组织炎或脓肿,也可能经外耳道的软骨与骨交界处进入外耳道。经翼上颌裂进入翼腭窝,腮腺深面的包膜薄弱,脓肿穿破后可进入咽旁或咽后间隙。或沿着颈部间隙向下扩散到纵隔,向上可扩散到头颅内,通过这些途径扩散的机会不多,一旦发生,则病情严重而危险。

患者全身中毒症状明显,体温可高达 $40^{\circ}\text{C}$ 以上,脉搏、呼吸加快,白细胞总数增加,中性粒细胞比例明显上升,核左移,可出现中毒颗粒。

#### 三、诊断

可有腮腺区肿痛史或全身性严重疾病、胸腹部大手术等病史;发病急,全身中毒症状重,血白细胞总数及中性粒细胞比例增高;以耳垂为中心腮腺区红、肿、痛;腮腺导管口红肿,有脓性分泌物自导管口溢出,依靠病史及临床检查,诊断并不困难。急性化脓性腮腺炎不宜行腮腺造影。本病主要系脱水及逆行感染所致,故对接受腹部大手术及患严重全身性疾病的患者,应加强护理,保持体液平衡,加强营养及抗感染,同时应加强口腔卫生,餐后漱口、刷牙,并可用过氧化氢或氯乙定溶液清洗口腔。

## 四、鉴别诊断

### (一) 流行性腮腺炎

多发生于儿童,有流行病接触史,多为双侧腮腺受累,腮腺腺体肿大,但疼痛较轻,导管口无红肿,唾液分泌清亮无脓液,周围血白细胞总数不增高,但淋巴细胞比例增大。腮腺不形成脓肿,常经7~10日而痊愈。

### (二) 嚼肌间隙感染

主要为牙源性感染,表现为以下颌角为中心的肿胀、压痛,张口受限明显,但腮腺导管口无红肿,唾液分泌清亮,脓肿形成可扪及深液动感。

### (三) 腮腺区淋巴结炎

又称假性腮腺炎,表现为区域性腮腺肿痛,病变与腮腺解剖形态不一致,腮腺导管口无红肿,唾液分泌清亮。

## 五、治疗

### (一) 针对发病原因

纠正机体脱水及电解质紊乱,维持体液平衡。必要时输复方氨基酸等以提高机体免疫力。

### (二) 选用有效抗生素

急性化脓性腮腺炎的致病菌主要为金黄色葡萄球菌,因而可及早应用大剂量青霉素或先锋霉素等抗革兰阳性球菌抗生素。并从腮腺导管口取脓性分泌物作细菌培养及药敏试验,选用最敏感的抗生素。

### (三) 其他保守治疗

炎症早期可用热敷、理疗、外敷如意金黄散,均有助于炎症的消退。饮用酸性饮料或口含维生素C片,或口服1%的毛果芸香碱2~4滴(2~3 mg),2~3次/日,可增加唾液分泌。温热的硼酸、苏打溶液等消毒漱口剂也有助于炎症的控制。

### (四) 切开引流

急性化脓性腮腺炎已发展至化脓时,必须切开引流。腮腺的包膜致密,脓肿形成后不易扪及波动感,因此不能以扪及波动感作为切开引流的指征。当出现下列征象可进行切开引流:①局部有明显的凹陷性水肿。②局部跳痛并有局限性压痛点,穿刺抽出脓液。③腮腺导管口有脓液排出,全身感染中毒症状明显。

切开引流方法:局部浸润麻醉,在耳前及下颌支后缘处从耳屏往下至下颌角作切口,切开皮肤、皮下组织及腮腺嚼肌筋膜。脓液聚积在筋膜下者即可得到引流。如无脓液溢出,可用血管钳插入腮腺实质的脓腔中引流脓液。因常为多发性脓肿,应注意向不同方向分离,分开各个腺小叶的脓腔。冲洗后放置橡皮引流条,以后每日用生理盐水冲洗,交换引流条。如脓液已冲破腮腺嚼肌筋膜达皮下时,可在波动明显处切开。如脓肿扩散至其他间隙,应补作附加切口引流。

(齐建华)

## 第二节 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒引起的急性、全身性感染,多见于儿童及青少年。以腮腺肿大、疼痛为主要临床特征,有时其他唾液腺亦可累及。脑膜脑炎、睾丸炎为常见并发症,偶也可无腮腺肿大。

### 一、病因

腮腺炎病毒属副黏病毒科。病毒呈球形,直径为100~200 nm。包膜上有神经氨酸酶、血凝素及具有

细胞融合作用的 F 蛋白。该病毒仅有一个血清型,因与副流感病毒有共同抗原,故有轻度交叉反应。从患儿唾液、脑脊液、血、尿、脑和其组织中均可分离出病毒,在猴肾、人羊膜和 Hela 细胞中均可增殖。本病病毒通过直接接触、飞沫、唾液污染食具和玩具等途径传播;四季都可流行,以晚冬、早春多见。目前国内尚未开展预防接种,所以每年的发病率很高,以年长儿和青少年发病者为多,两岁以内婴幼儿少见。通常潜伏期为 12~22 日。在腮腺肿大前 6 日至肿后 9 日从唾液腺中可分离出病毒,其传染期则约自腮腺肿大前 24 h 至消肿后 3 日。20%~40% 的腮腺炎患者无腮腺肿大,这种亚临床型的存在,造成诊断、预防和隔离方面的困难。孕妇的抗体可以通过胎盘,使婴儿在生后 6~8 个月不患病;母亲在分娩前 1 周如患腮腺炎,其婴儿在出生时可有明显腮腺炎症状,或在新生儿期发病。感染本病后可获终身免疫。

## 二、临床表现

临床上通常有流腮接触史,在接触后 2 周左右发病,潜伏期 2~3 周,也有 1 周及 1 个月者。好发于儿童,以 2~14 岁之间最常见。1 周岁内婴儿由母体胎盘及乳汁获得抗体,具有免疫力,极少发生。患儿在感染流腮病毒后约一半不出现临床症状,或轻微乏力、头胀等,而不发生唾液腺肿大,常被家长及患者忽视。另有一半患儿出现耳下腮腺区肿痛,皮肤不红,周围副性水肿明显,累及颊、颈部,体温上升,伴明显全身乏力、头痛、厌食等。腮腺肿胀 1~2 日达高峰,多为双腮腺肿胀,肿大的腺体稍硬,有弹性,以耳垂为中心,边缘不清,轻度压痛,腮腺皮肤不红,表面发热。腮腺导管口不红,挤压腮腺分泌液清亮。少数可伴下颌下腺肿大或仅下颌下腺受累,而无腮腺肿大。临床症状持续 1~2 周,然后自行消退,消退后血中可查到流腮病毒抗体,一般感染 1 次即可获终身免疫,最多可发生两次。

白细胞计数正常或稍低,后期淋巴细胞相对增多。有并发症时白细胞计数可增高。90% 的患者的血清淀粉酶有轻度和中度增高,有助诊断。淀粉酶增高程度往往与腮腺肿胀程度成正比。早期患者可在唾液、尿、血、脑脊液中分离到病毒。尿肾脏受累时可出现尿蛋白、红白细胞等,甚至类似肾炎尿的改变。

## 三、诊断

根据流行情况及接触史以及腮腺肿大的特征,诊断并不困难,患者的血清淀粉酶有轻度和中度增高,有助诊断。

## 四、鉴别诊断

### (一)化脓性腮腺炎

常为一侧性局部红肿压痛明显,晚期有波动感,挤压时有脓液自腮腺管流出,血象中白细胞总数和中性粒细胞明显增高。

### (二)颈部及耳前淋巴结炎

肿大不以耳垂为中心,局限于颈部或耳前区,为核状体,较坚硬边缘清楚,压痛明显,表浅者活动可发现与颈部或耳前区淋巴结相关的组织有炎症,如咽峡炎、耳部疮疖等白细胞总数及中性粒细胞增高。

### (三)症状性腮腺肿大

在糖尿病营养不良、慢性肝病中,或应用某些药物如碘化物羟保泰松、异丙肾上腺素等可引起腮腺肿大,为对称性无肿痛感,触之较软,组织检查主要为脂肪变性。

### (四)其他病毒所引起的腮腺炎

已知 13 型副流感病毒、甲型流感病毒、A 型柯萨奇病毒、单纯疱疹病毒、淋巴脉络膜丛脑膜炎病毒、巨细胞病毒均可引起腮腺肿大和中枢神经系统症状,需作病原学诊断。

### (五)其他原因所致的腮腺肿大

过敏性腮腺炎腮腺导管阻塞,均有反复发作史,且肿大突然消肿迅速。单纯性腮腺肿大多见于青春期男性,系因功能性分泌增多代偿性腮腺肿大无其他症状。

### (六)其他病毒所致的脑膜脑炎

腮腺炎脑膜脑炎可发生在腮腺肿大之前(有的始终无腮腺肿大),难与其他病毒所致者相鉴别,可借助于上述血清学检查、病毒分离以及流行病学调查来确诊。

## 五、并发症

### (一)脑膜脑炎

为儿童期最常见的并发症,男性较女性多3~5倍。其发病机制介绍如下。

①神经元为原发感染,表现腮腺炎与脑炎同时发生。②感染后脑炎伴有脱髓鞘病变,此型脑炎常在腮腺肿大后10日左右发生。腮腺炎脑炎与其他原因引起的脑膜脑炎不易鉴别,以淡漠、颈项强直、呕吐等为常见症状;脑脊液蛋白正常或稍增高,细胞数大多 $<500 \times 10^6/L$ ,亦有 $>1000 \times 10^6/L$ 者,以淋巴细胞为主。在疾病早期脑脊液中可分离出病毒。腮腺炎脑膜炎一般预后良好;脑炎则可能留有永久后遗症甚至死亡。有报道腮腺炎感染后引起大脑导水管阻塞和脑积水。

### (二)睾丸炎

睾丸炎是男孩最常见的并发症,最小年龄3岁,青春发育期后的男性发病率高达14%~35%。早期症状为发热、寒战、头痛、恶心、下腹疼痛,患侧睾丸有明显疼痛、肿胀、触痛,邻近皮肤水肿、发红,30%~40%的受累睾丸发生萎缩,13%的患者生育力受损,但不育者少见。常伴有附睾炎,后者也可单独出现。

### (三)卵巢炎

7%的青春期后女性患者可并发卵巢炎,有发热、呕吐、下腹疼痛及压痛,但不影响日后生育功能。

### (四)胰腺炎

轻度或亚临床型胰腺炎较常见,如不伴有腮腺肿大可误诊为胃肠炎,表现为上腹疼痛及压痛,伴发热、寒战、呕吐和虚脱。血清淀粉酶活力增高有助于诊断,但此酶活力在无胰腺炎并发的腮腺炎病例亦可增高,故应同时测定血清脂肪酶以资鉴别。偶见腮腺炎后几周内出现糖尿病。

### (五)其他

心肌炎表现为心前区疼痛、心动过缓及疲乏,心电图显示ST段下降。肾炎常在腮腺炎后10~14日出现症状。此外尚可发生乳腺炎、甲状腺炎、关节炎、血小板减少性紫癜、听力丧失、泪腺炎、视神经乳头炎、角膜炎等,一般在20日内恢复。少数患儿听力丧失为不可逆性。

## 六、治疗

### (一)一般护理

隔离患者,使之卧床休息直至腮腺肿胀完全消退。注意口腔清洁,饮食以流质或软食为宜,避免酸性食物,保证液体摄入量。

### (二)对症治疗

宜散风解表,清热解毒。必要时内服去痛片、阿司匹林等解热镇痛药。重症并发脑膜脑炎、严重睾丸炎、心肌炎时,可短期使用肾上腺皮质激素。

睾丸炎治疗:成人患者在本病早期应用己烯雌酚,每次1mg,每日3次,有减轻肿痛之效。

脑膜脑炎治疗:可按乙型脑炎疗法处理。高热、头痛、呕吐时给予适量利尿剂脱水。

胰腺炎治疗:禁饮食、输液、反复注射阿托品或山莨菪碱,早期应用皮质激素。

## 七、预防

### (一)被动免疫

可给予腮腺炎免疫 $\gamma$ 球蛋白,效果较好。

### (二)主动免疫

儿童可在生后14个月常规给予减毒腮腺炎活疫苗或麻疹、风疹、腮腺炎三联疫苗,99%的可产生抗

体,少数在接种后7~10日发生腮腺炎。除皮下接种外还可采用气雾喷鼻法。有报道在使用三联疫苗后,出现接种后脑膜炎,故此疫苗的推广仍需慎重。

### (三) 隔离

患儿隔离至腮腺肿胀完全消退,有接触史的易感儿应检疫3周。

(齐建华)

## 第三节 急性颌下腺炎

颌下腺炎主要由导管狭窄或堵塞所致,主要引起堵塞的原因为颌下腺导管结石,所以颌下腺炎常与涎石并发。

### 一、病因

颌下腺炎常因导管结石堵塞引起,也可因其他异物如骨片、麦芒等进入导管所致。由导管进入的细菌性感染在临床也可见到。

### 二、临床表现

颌下腺炎多见慢性,亦可急性发作。急性颌下腺炎为一般急性炎症之症状,患者口底肿胀疼痛,颌下三角处红肿。颌下腺导管口红肿,压迫颌下腺有脓液或炎性液体流出。全身症状为发烧,呼吸及脉搏加快,白细胞总数及中性粒细胞增多。患者可反复急性发作,同时可转向慢性。触诊患者颌下腺导管处有时可扪及硬的结石,X线摄片有时可发现阳性结石。

### 三、诊断

根据颌下区肿胀、疼痛。颌下腺肿大,压痛,患侧舌下区红肿,导管口红肿,有脓性分泌物溢出;发热、全身不适,血白细胞计数增多诊断。

### 四、鉴别诊断

#### (一) 慢性颌下腺炎

表现为颌下区肿块,有反复肿大的病史。包块直径一般不超过2 cm。颌下腺导管口正常,无进食后肿大及涎绞痛症状。X线造影摄片检查为正常颌下腺影像。

#### (二) 颌下腺肿瘤

常表现为持续性增大,一般无炎症表现,抗炎治疗无效,恶性肿瘤常累及舌神经、舌下神经、面神经下颌缘支引起相应的功能障碍颌下腺造影可见占位性病变。

#### (三) 急性牙源性颌下蜂窝组织炎

与急性颌下腺炎一样表现为急性炎症,但无慢性颌下腺炎的病史及临床表现。口腔有明显的牙源性病灶。

### 五、治疗

为抗炎治疗。加强口腔卫生,多饮酸性饮料,脓肿局限作切开引流。如为结石所致,待炎症控制后,去除涎石。如深部涎石不能取出,或临床上反复发作者,腺体增大已呈纤维组织化,可行口外颌下腺摘除术。

(齐建华)

## 第四节 涎石病

涎腺结石是指在唾液腺体内和导管内形成的结石,以颌下腺最常见,腮腺和舌下腺较少。涎腺结石在腺体和导管内都可发生,而以导管内多见。涎腺结石的发生与涎液滞留、异物进入及细菌有密切的关系。

### 一、病因

涎石好发于颌下腺的原因,一般认为与腺体本身结构有关。颌下腺主要分泌黏液且导管又长,涎液易于浓缩。又因导管较粗,位于口底,异物较易进入。涎腺结石多发生在壮年,男性多于女性。涎石多为单个,也有多个的。有的较坚硬,有的较松软。其大小差异也较大。可由数毫米至2 cm不等,大者可重数克。涎石主要由磷酸钙等无机盐类组成,有机物成分占少数。

### 二、临床表现

可见于任何年龄,以20~40岁的中青年为多见。病期短者数天,长者数年甚至数十年。涎腺结石患者的临床表现,小的结石在长期可以没有任何症状。在导管内的结石,若一旦发生阻塞时,可出现进食时腺体肿大,患者自觉胀感及疼痛。停止进食后不久腺体自行复原,疼痛亦随之消失。但有些阻塞严重的病例,腺体肿胀可持数小时、数天,甚至不能完全消退;导管口黏膜红肿,挤压腺体可见少量脓性分泌物自导管口溢出;导管内的结石,双手触诊常可触及硬块,并有压痛;当结石周围形成感染,甚至化脓性过程时,可以突然发作而具有急性或亚急性炎症状,此时肿痛加剧,且进食时特别明显,口底红肿及压痛也显著,有时可有混浊或脓性分泌物自导管口流出,炎症扩散到邻近组织,可引起下颌下间隙感染;甚至出现全身症状。慢性下颌下腺炎患者的临床症状较轻,主要表现为进食时反复肿胀,检查腺体呈硬结性肿块。

### 三、诊断

根据进食时下腺肿胀及伴发疼痛的特点,导管口溢脓以及双手触诊可扪及导管内结石等,临床可诊断为下颌下腺涎石并发下颌下腺炎。轻者应作X线检查。颌下腺涎石应选摄下颌横断殆片及下颌下腺侧位片,前者使用于下颌下腺导管较前部的涎石,后者使用于下颌下腺导管后部及腺体内的涎石。钙化程度低的涎石,即所谓的阴性涎石,在X线平片上难以显示。在急性炎症消退后,可作唾液腺造影检查,涎石所在处表现为圆形、卵圆形或梭形充盈缺损。对于已确诊为涎石病者,不作唾液腺造影,以免将涎石推向导管后部或腺体内。

### 四、鉴别诊断

涎石病有时可发生误诊,应与导管狭窄相鉴别,碘油造影有助于鉴别小结石、腺内或导管内结石。此外涎石病引起的局部硬结应与恶性肿瘤、转移性肿瘤或淋巴结疾患相区别,只需仔细询问病史和扪诊不难做出区别,因后者无涎液滞留和涎腺炎症状的表现。

### 五、治疗

如并发急性炎症时,应先消炎治疗,后再作涎石的摘除,在进行涎石摘除前,服用酸性饮料,可促进涎石外排,从而利于摘除。若颌下腺体罹患结石同时伴有反复感染,必要时则应考虑作颌下腺摘除。

(齐建华)

# 第十六章 口腔颌面部感染

## 第一节 口腔颌面部间隙感染

口腔颌面部间隙感染是口腔、颌骨周围、颜面及颈上部肌肉,筋膜、皮下组织中的弥散性急性化脓性炎症,也称为蜂窝组织炎。如感染局限称为脓肿。其中有眶下、颊、嚼肌、翼颌、咽旁、颞下、颞、颌下、口底等间隙感染。临床表现主要为发热、食欲不振、局部红、肿、热、痛及张口受限或吞咽困难、白细胞增高,可引起脑、肺部等并发症。本病成年人发病率较高,主要为急性炎症表现,感染主要来自牙源性,少数为腺源性或血源性。口底蜂窝组织炎是口腔颌面部最严重的感染,未及时治疗可发生败血症、中毒性休克或窒息等严重并发症,因此,早期诊断、早期治疗是关键。

### 一、眶下间隙感染

#### (一)病因

眶下间隙位于眼眶下方上颌骨前壁与面部表情肌之间。其上界为眶下缘,下界为上颌骨牙槽突,内界为鼻侧缘,外界为颧界。间隙中有从眶下也穿出之眶下神经、血管以及眶下淋巴结。此外尚有走行于肌间的内眦动脉、面前静脉及其与眼静脉、眶下静脉、面深静脉的交通支。眶下间隙感染多来自颌尖牙及第一双尖牙或上颌切牙的根尖化脓性炎症或牙槽脓肿;此外,上颌骨前壁骨髓炎、眶下区皮肤、鼻背及上唇的感染如疔、疖也可通过直接播散、静脉交通或淋巴引流致该间隙感染。

#### (二)临床表现

该间隙蜂窝组织炎主要表现为眶下区,以尖牙窝为中心的红肿,可伴眼睑肿胀,睑裂变窄。眶下神经受累常伴有疼痛。从口腔前庭侧检查可见相当于尖牙及第一双尖牙前庭沟肿胀变平,从前庭沟向尖牙窝方向抽吸,可抽得脓液。有时可在眶下区直接扪及波动。向侧方可向颊间隙播散,引起颊部肿胀,向上播散可引起眶周蜂窝组织炎,如引发内眦静脉、眶静脉血栓性静脉炎时,可造成海绵窦血栓性静脉炎。

#### (三)诊断

有剧烈疼痛,患侧眶下面部肿胀,鼻唇沟消失。下眼睑及上唇水肿。病牙松动,有叩痛。尖牙及双尖牙前庭沟肿胀,脓肿形成时有波动感。

#### (四)治疗

脓肿形成后应及时作切开引流,一般在尖牙、第一双尖牙相对应的前庭沟底肿胀中心作与上牙槽突平行的切口,深度应切破尖牙窝骨膜。用盐水冲洗,必要时放置橡皮引流条。橡皮引流条应与尖牙或第一双尖牙栓结固定,以免落入尖牙窝底部。如脓肿主要位于皮下且局限时,也可在下睑下方眶下缘沿皮纹作切口。但一般原则是尽可能采用口内切开引流的方式。急性炎症减轻后应及时治疗病灶牙。

### 二、颊间隙感染

#### (一)病因

颊间隙有广义狭义之分。广义的颊间隙系指位于颊部皮肤与颊黏膜之间的间隙。其上界为颧骨下缘;下界为下颌骨下缘;前界从颧骨下缘,经口角至下颌骨下缘的连线;后界浅面相当于嚼肌前缘;深面为

颧肌及翼下颌韧带等结构。间隙内除含蜂窝组织、脂肪组织(颊脂垫)外,尚有面神经、颊长神经、颌外动脉、面前静脉通过,以及颊淋巴结、颌上淋巴结等位于其中。狭义的颊间隙系指嚼肌与颊肌之间存在的一个狭小筋膜间隙,颊脂垫正位于其中,此间隙亦称为咬颊间隙。颊间隙借血管、脂肪结缔组织与颞下间隙、颞间隙、嚼肌间隙、翼颌间隙、眶下间隙相通。颊间隙感染可来源于上下颌后牙的根尖感染或牙周感染,尤其是下颌第三磨牙冠周炎可直接波及此间隙,也可从邻近间隙播散而来,其次为颊及上颌淋巴结引起的腺源性感染,颊部皮肤黏膜的创伤、局部炎症也可引起该间隙感染。

#### (二) 临床表现

面部前部肿胀、疼痛,如肿胀中心区接近皮肤或黏膜侧,可引起相应区域皮肤或黏膜的明显肿胀,引起张口受限。脓肿可扪及波动感。该间隙感染易向眶下间隙、颞下间隙、翼颌间隙及嚼肌间隙扩散,也可波及颌下间隙。

#### (三) 诊断

有急性化脓性智齿冠周炎,或上下颌磨牙急性根尖周炎史。当脓肿发生在颊黏膜与颊肌之间时,下颌或上颌磨牙区前庭沟红肿,前庭沟变浅呈隆起状,触之剧痛,有波动感,穿刺易抽出脓液,面颊皮肤红肿相对较轻。脓肿发生在皮肤与颊肌之间,特别是颊脂垫全面受到炎症累及时则面颊皮肤红肿严重、皮肤肿胀发亮,炎性水肿扩散到颊间隙解剖边界以外,但是红肿压痛中心仍颊肌位置。局部穿刺可抽出脓液。患者发烧及白细胞增高。

#### (四) 治疗

脓肿接近口腔黏膜时,宜在咬合线下方前庭沟上方作平行于咬合线的切口。如脓肿接近皮肤,较局限时可直接从脓肿下方沿皮纹切开,较广泛时应从颌下 1.5 cm 处作平行于下颌骨下缘的切口,将止血钳从颌骨下缘外侧伸入颊部脓腔。引流条放置时宜加固定,以免落入脓腔中。

### 三、颞间隙感染

#### (一) 病因

颞间隙位于颧弓上方的颞区。借脂肪结缔组织与颞下间隙、翼下颌间隙、嚼肌间隙和颊间隙相通。主要为牙源性感染,由上颌后磨牙根尖周感染引起。其次可由嚼肌间隙、翼下颌间隙、颞下间隙、颊间隙感染扩散而来直接播散。尚可继发于化脓性中耳炎、颞骨乳突炎,还可由颞部皮肤感染直接引起。该间隙感染可通过板障血管、直接破坏颞骨或通过颞下间隙的颅底诸孔、翼腭窝侵及颅内。患者出现硬脑膜激惹、颅内压升高的症状,如呕吐、昏迷、惊厥。

#### (二) 临床表现

颞间隙临床表现取决于单纯颞间隙感染还是伴有相邻多间隙感染,因此肿胀范围可仅局限于颞部或同时有腮腺嚼肌区、颊部、眶部、颧部等区广泛肿胀。病变区表现有凹陷性水肿,压痛、咀嚼痛和不同程度的张口受限。颞浅间隙脓肿可触到波动感,颞深间隙则需借助穿刺抽出脓液方能明确。由于颞筋膜坚韧厚实,颞肌强大,疼痛十分剧烈,可伴头痛,张口严重受限。深部脓肿难以自行穿破,脓液长期积存于颞骨表面,可引起骨髓炎。颞骨鱼鳞部骨壁薄,内外骨板间板障少,感染可直接从骨缝或通过进入脑膜的血管蔓延,导致脑膜炎、脑脓肿等并发症。感染可向颞下间隙、翼颌间隙、颊间隙、嚼肌间隙等扩散,伴多间隙感染时,则有相应间隙的症状和体征,并有严重的全身症状。

#### (三) 诊断

有上颌第三磨牙冠周炎、根尖周炎史,上牙槽后神经阻滞麻醉、卵圆孔麻醉、颞下一三叉一交感神经封闭史。颞部或同时有腮腺嚼肌区有凹陷性水肿,压痛、咀嚼痛和不同程度的张口受限,疼痛十分剧烈。

#### (四) 治疗

脓肿形成时,应根据脓肿大小及范围确定切口。颞浅间隙的脓肿可在颞肌表面做放射状切口,切口方向与颞肌纤维方向一致。勿在切开引流过程中横断颞肌,以免引起出血、感染播散。颞深间隙脓肿时,可沿颞肌附着线作弧形切口,从骨膜上翻开肌瓣彻底引流脓腔。颞间隙伴颞下间隙、翼颌间隙感染时可另在

升支喙突内侧,上颌前庭沟后作切口,或经颌下作切口,使引流管一端经口内(或颌下)引出,另一端经口外引出建立贯通引流,加快创口愈合。颞间隙感染经久不愈者,应考虑是否发生颞骨骨髓炎,可通过 X 线照片或经伤口探查证实,如有骨质破坏吸收的影像或是骨膜粗糙不平,尽早作颞骨刮治术。

#### 四、颞下间隙感染

##### (一)病因

颞下间隙位于颞骨下方。前界为上颌结节及上颌颧突后面;后界为茎突及茎突诸肌;内界为蝶骨翼突外板的外侧面;外界为下颌支上份及颧弓;上界为蝶内大翼的颞下面和颞下嵴;下界是翼外肌下缘平面,并与翼下窝间隙分界。该间隙中的脂肪组织、颌内动静脉、翼静脉丛、三叉神经上下颌支的分支分别与颞、翼下颌、咽旁、颊、翼腭等间隙相通;还可借眶下裂、卵圆孔和棘孔分别与眶内、颅内相通。上颌后磨牙根尖周感染特别是上颌第三磨牙冠周炎可直接引起本间隙的感染。也可从相邻的颞间隙、翼颌间隙、嚼肌下间隙及颊间隙感染引起。深部注射麻醉药液如上牙槽后神经麻醉,圆孔、卵圆孔阻滞麻醉,颞下封闭,如消毒不严密有可能造成该间隙感染。

##### (二)临床表现

首发症状是面深部疼痛及张口受限,张口型向患侧偏斜。额骨颧突后方,颧弓上方肿胀压痛,口内检查在颧牙槽嵴后方的前庭沟部分可扪及肿胀膨隆,可从此或乙状切迹垂直穿刺抽出脓液。由于本间隙与颞间隙、翼下颌间隙并无解剖结构分隔,往往同时伴有颞间隙及翼下颌间隙感染的症状和体征。颞下间隙感染时,除直接波及颞间隙及翼颌间隙,内上可波及眼眶及翼腭窝,通过颅底孔道、翼静脉丛与颅内血管交通,引起颅内感染。向外可波及嚼肌下间隙,向前下可波及颊间隙引起感染。

##### (三)诊断

有上颌第三磨牙冠周炎、根尖周炎史,上牙槽后神经阻滞麻醉、卵圆孔麻醉、颞下一三叉一交感神经封闭史也不可忽视。颞下间隙感染早期症状常不明显;脓肿形成后也不易查出波动感。为早诊断,应用穿刺和超声检查帮助诊断。

##### (四)治疗

应积极应用大剂量抗生素治疗。若症状缓解不明显,经口内(上颌结节外侧)或口外(颧弓与乙状切迹之间)途径穿刺有脓时,应及时切开引流。切开引流途径可由口内或口外进行。口内在上颌结节外侧口前庭黏膜转折处切开,以血管钳沿下颌升支喙突内侧向后上分离至脓腔。口外切开多用沿下颌角下作弧形切口,切断颈阔肌后,通过下颌升支后缘与翼内骨之间进入脓腔。

#### 五、嚼肌间隙感染

##### (一)病因

嚼肌间隙位于嚼肌与下颌升支外侧骨壁之间。由于嚼肌在下颌支及其角部附着宽广紧密,故潜在性嚼肌间隙存在于下颌升支上段的外侧部位。借脂肪结缔组织与颊、颞下、翼下颌、颞间隙相连。嚼肌间隙为最常见的颌面部间隙感染之一。主要来自下颌智齿冠周炎,下颌磨牙的根尖周炎、牙槽脓肿,也可因相邻间隙,如颞下间隙感染的扩散,偶有化脓性腮腺炎波及引起。

##### (二)临床表现

以下颌支及下颌角为中心的嚼肌区肿胀、变硬、压痛伴明显张口受限。由于嚼肌肥厚坚实,脓肿难以自行破溃,也不宜触到波动感。若炎症在 1 周以上,压痛点局限或有凹陷性水肿,经穿刺有脓液时,应积极行切开引流,否则容易形成下颌支的边缘性颌骨骨髓炎。

##### (三)诊断

有急性化脓性下颌智齿冠周炎史。以嚼肌为中心的急性炎性红肿、跳痛、压痛,红肿范围上方超过颧弓,下方达颌下,前到颊部,后至颌后区。深压迫有凹陷性水肿,不易扪到波动感,有严重开口受限。用粗针从红肿中心穿刺,当针尖达骨面时回抽并缓慢退针即可抽到少许黏稠脓液。患者高烧。白细胞总数增

高,中性白细胞比例增大。

#### (四) 治疗

嚼肌间隙蜂窝组织炎时除全身应用抗生素外,局部可和物理疗法或外敷中药;一旦脓肿形成应及时引流。嚼肌间隙脓肿切开引流的途径,虽可从口内翼下颌皱襞稍外侧切开,分离进入脓腔引流,但因引流口常在脓腔之前上份,体位引流不畅,炎症不易控制,发生边缘性骨髓炎的机会也相应增加。因此,临床常用口外途径切开引流。口外切口从下颌支后缘绕过下颌角,距下颌下缘 2 cm 处切开,切口长 3~5 cm,逐层切开皮下组织,颈阔肌以及嚼肌在下颌角区的部分附着,用骨膜剥离器,由骨面推起嚼肌进入脓腔,引出脓液,冲洗脓腔后填入盐水纱条引流。次日交换敷料时抽去纱条,换置橡皮管或橡皮条引流。如有边缘性骨髓炎形成,在脓液减少后应早期施行死骨刮除术,术中除重点清除骨面死骨外,不应忽略嚼肌下骨膜面附着之死骨小碎块及坏死组织,以利创口早期愈合。嚼肌间隙感染缓解或被控制后,应及早对引起感染的病灶牙进行治疗或拔除。

## 六、翼颌间隙感染

### (一) 病因

又称翼下颌间隙,位于翼内肌与下颌支之间,其前界为颞肌及下颌骨冠突;后界为下颌支后缘与腮腺;内侧界为翼肌及其筋膜;外侧界为下颌支的内板及颞肌内面;上界为翼外肌;下界为下颌支与翼内肌相贴近的夹缝。间隙内有舌神经、下牙槽神经、下牙槽动、静脉穿行,下牙槽神经阻滞术即将局麻药物注入此间隙内。翼颌间隙感染主要是由牙源性感染引起的,如下颌第三磨牙冠周炎、上下颌磨牙根尖周感染等。也可由注射麻醉药液或其他间隙感染如颞下间隙、颊间隙、咽旁间隙、嚼肌间隙等感染的直接播散。

### (二) 临床表现

翼颌间隙感染时,突出症状是面深部疼痛及张口受限。可在升支后缘、下颌角下内侧、升支前缘与翼下颌韧带之间扪及组织肿胀,压痛。医源性原因引起者起病慢,症状轻微而不典型,牙源性感染引起或其他毗邻间隙感染播散引起者,则起病急骤。翼颌间隙感染非常容易向嚼肌间隙、颊间隙、颞下及颞间隙扩散。向其他间隙扩散时,局部及全身都会出现更为严重的炎症反应与毒性反应。可从间隙内抽出脓液,或超声波查见脓液平面。

### (三) 诊断

有急性下颌智齿冠周炎史,或急性扁桃体炎史,或有邻近的翼颌间隙、颊间隙、颌下间隙、舌下间隙感染史。面深部疼痛及张口受限,局部及全身都会出现更为严重的炎症反应与毒性反应,可从间隙内抽出脓液,或超声波查见脓液平面。

### (四) 治疗

可经口内途径或口外途径建立引流。口内途径是从翼下颌韧带外侧 0.5 cm 处作纵行切开,在升支前缘内侧分离直达脓腔,或从下颌角下缘下 1.5 cm 处作平行于下颌角下缘的切口,在保护面神经下缘支的条件下,用大弯止血钳从翼内肌下颌骨后缘间分离进入脓腔。感染病史超过 2 周时,应注意探查升支内侧骨板有无破坏,如有边缘性骨髓炎形成时宜及时处理。

## 七、舌下间隙感染

### (一) 病因

舌下间隙位于舌和口底黏膜之下,下颌舌骨肌及舌骨舌肌之上。前界及两侧为下颌体的内侧面;后部止于舌根。由颞舌肌及颞舌骨肌又可将舌下间隙分为左右两部,二者在舌下肉阜深面相连通。舌下间隙后上与咽旁间隙、翼颌间隙相通,后下通入颌下间隙。舌下间隙感染可能是牙源性感染引起,如下颌切牙根尖周感染可首先引起舌下肉阜间隙炎症,尖牙、双尖牙及第一磨牙根尖周感染可引起颌舌沟间隙炎症,牙源性感染尚可通过淋巴及静脉交通途径引起该间隙的炎症。创伤、异物刺入、颌下腺导管化脓性炎症,舌下腺感染及同侧颌下间隙感染的播散也是可能的感染途径。一侧舌下间隙感染时主要向对侧舌下

间隙及同侧颌下间隙播散。

### (二) 临床表现

舌下肉阜区及颌舌沟部位软组织肿胀、疼痛,黏膜表面可能覆盖纤维渗出膜,患侧舌体肿胀、僵硬、抬高,影响语言及吞咽。同侧颌下区也可能伴有肿胀。波及翼内肌时可出现张口受限。颌舌沟穿刺可抽得脓液。应注意与舌根脓肿鉴别。后者多由局部损伤因素引起舌体或舌根肌肉内感染,引起舌体或舌根肿胀,舌体运动受限,吞咽及呼吸困难。向舌根深部穿刺可抽出脓液。

### (三) 诊断

根据临床表现和舌下肿胀的部位感染的原因诊断。应与舌根部脓肿鉴别,舌根部脓肿较少见,常因刺伤舌黏膜或舌根部扁桃体的化脓性炎症继发;患者自觉症状有吞咽疼痛和进食困难,随着炎症加重可有声音嘶哑,甚至压迫会厌,出现上呼吸道梗阻症状。全身及局部症状均比舌下间隙感染重。

### (四) 治疗

应在舌下皱襞外侧作与下颌牙槽突平行的纵切口,略向下分离即可达脓腔,如放置引流条时,其末端应与下牙固定。患者应进流食,勤用盐水及漱口液含漱。诊断为舌根部脓肿时,可从口外舌骨上方作水平切口,应用钝头止血钳从中线向舌根方向钝分离,直到脓腔引流。如有窒息危险时可先行气管切开,再作脓肿引流手术。

## 八、咽旁间隙感染

### (一) 病因

咽旁间隙位于咽腔侧方的咽上缩肌与翼内肌和腮腺深叶之间。前为翼下颌韧带及颌下腺上缘;后为椎前筋膜。间隙呈倒立锥体形,底在上为颅底的颞骨和蝶骨,尖向下止于舌骨。由茎突及附着其上诸肌将该间隙分为前后两部,前部称咽旁前间隙,后部为咽旁后间隙。前间隙小,其中有咽升动、静脉及淋巴、蜂窝组织。后间隙大,有出入颅底的颈内动、静脉,第9~12对脑神经及颈深上淋巴结等。咽旁间隙与翼颌、颞下、舌下、颌下及咽后诸间隙相通;血管神经束上通颅内,下连纵隔,可成为感染蔓延的途径。多为牙源性,特别是下颌智齿冠周炎,以及腭扁桃体炎和相邻间隙感染的扩散。偶继发于腮腺炎、耳源性炎症和颈深上淋巴结炎。

### (二) 临床表现

表现为咽侧壁咽腭弓、舌腭弓乃至软腭肿胀、变红,扁桃体及悬雍垂偏向中线对侧,在翼颌韧带内侧翼内肌与咽上缩肌之间或下颌角后外方上、内、前方翼内肌内侧穿刺可抽得脓液。可伴张口受限、吞咽疼痛。重者可伴颈上份和颌后区肿胀、呼吸困难、声嘶。咽旁间隙感染时可波及翼颌、颞下、舌下及颌下间隙,向上可引起颅内感染,向下可波及纵隔。波及颈动脉可引起出血死亡。

### (三) 诊断

有急性下颌智齿冠周炎史,或急性扁桃体炎史,或有邻近的翼颌间隙、颊间隙、颌下间隙、舌下间隙感染史。多见于儿童及青少年。除严重全身感染中毒体征外,局部常表现有如下三大特征:①咽征:口腔内一侧咽部红肿、触痛,肿胀范围包括翼下颌韧带区、软腭、悬雍垂移向健侧,患者吞咽疼痛,进食困难。从咽侧红肿最突出部位穿刺可抽出脓液。②颈征:患侧下颌角稍下方的舌骨大角平面肿胀、压痛。③开口受限:由于炎症刺激该间隙外侧界的翼内肌发生痉挛,从而表现为一定程度的开口受限。

### (四) 治疗

脓肿较局限时,可从口内切开引流。可在翼颌韧带内侧作纵向切口,分开咽肌进入脓腔,切口达黏膜深层即可,止血钳分离脓腔时不能过深,以免伤及深部的大血管。要在有负压抽吸及气管切开抢救设备条件下进行手术,以免脓液突然流出阻塞气管。张口受限或肿胀广泛时,可从口外切开引流,在下颌角下方1.5 cm平行于下颌骨下缘切口。因脓肿位置紧邻气道,在治疗过程中应严密观察呼吸情况,有窒息症状时应及时进行气管切开。

## 九、颌下间隙感染

### (一)病因

颌下间隙位于颌下三角内,间隙中包含有颌下腺,颌下淋巴结,并有颌外动脉、面前静脉、舌神经、舌下神经通过。该间隙向上经下颌舌骨肌后缘与舌下间隙相续;向后内毗邻翼下颌间隙、咽旁间隙;向前通颊下间隙;向下借疏松结缔组织与颈动脉三角和颈前间隙相连。因此颌下间隙感染可蔓延成口底多间隙感染。多见于下颌智齿冠周炎,下颌后牙尖周炎、牙槽脓肿等牙源性炎症的扩散。其次为颌下淋巴结炎的扩散。化脓性颌下腺炎有时亦可继发颌下间隙感染。

### (二)临床表现

主要表现为以颌下区为中心的红肿、疼痛,严重者可波及面部及颈部皮肤红肿,患者可能伴有吞咽疼痛及张口困难。脓液形成时易扪及波动感。颌下间隙感染可向舌下间隙、颊下间隙、咽旁间隙及颈动脉三角区扩散。要注意与颌下腺化脓性炎症区别。颌下腺化脓性炎症常有进食后颌下区肿胀历史,双合诊颌下腺及其导管系统肿胀、压痛,挤压颌下腺及导管可见脓液从颌下腺导管口流出。多有相对长期的病史,反复急性发作。而颌下间隙蜂窝组织炎起病急骤,颌下弥漫性肿胀,病情在数日内快速进展。

### (三)诊断

常见于成人有下颌磨牙化脓性根尖周炎、下颌智齿冠周炎史,婴幼儿、儿童多能询问出上呼吸道感染继发颌下淋巴结炎病史。颌下三角区炎性红肿、压痛,病初表现为炎性浸润块,有压痛;进入化脓期有跳痛、波动感,皮肤潮红;穿刺易抽出脓液。患者有不同程度体温升高、白细胞增多等全身表现。急性化脓性颌下腺炎,常在慢性颌下腺炎的基础上急性发作,表现有颌下三角区红肿压痛及体温升高、白细胞增加的急性炎症体征,但多不形成颌下脓肿,并有患侧舌下肉阜区、颌下腺导管口红肿,压迫颌下有脓性分泌物自导管口流出。摄X线口底咬片多能发现颌下腺导管结石。

### (四)治疗

颌下间隙形成脓肿时范围较广,脓腔较大,但若为淋巴结炎引起的蜂窝组织炎,脓肿可局限于一个或数个淋巴结内,则切开引流时必须分开形成脓肿的淋巴结包膜始能达到引流的目的。颌下间隙切开引流的切口部位、长度,应参照脓肿部位、皮肤变薄的区域决定。一般在下颌骨体部下缘以下2 cm做与下颌下缘平行之切口;切开皮肤、颈阔肌后,血管钳钝性分离进入脓腔。如系淋巴结内脓肿应分开淋巴结包膜,同时注意多个淋巴结脓肿的可能,术中应仔细检查,予以分别引流。

## 十、颊下间隙感染

### (一)病因

颊下间隙位于舌骨上区,为颊下三角内的单一间隙。间隙内有少量脂肪组织及淋巴结,此间隙供下颌舌骨肌、颊舌骨肌与舌下间隙相隔。两侧与颌下间隙相连,感染易相互扩散。颊下间隙的感染多来自于淋巴结炎症。下唇、舌尖、口底、舌下肉阜、下颌前牙及牙周组织的淋巴回流可直接汇于颊下淋巴结,故以上区域的各种炎症、口腔黏膜溃疡、口腔炎等均可引起颊下淋巴结炎,然后继发颊下间隙蜂窝组织炎。

### (二)临床表现

由于颊下间隙感染多为淋巴结扩散引起,故一般病情进展缓慢,早期仅局限于淋巴结的肿大,临床症状不明显。当淋巴结炎症扩散至结外后,才引起间隙蜂窝组织炎,此时肿胀范围扩展至整个颊下三角区,皮肤充血、疼痛。脓肿形成后局部皮肤紫红,扪压有凹陷性水肿及波动感染。感染向后波及颌下间隙时,可表现出相应的症状。

### (三)诊断

主要根据淋巴结扩散引起的颊下三角区皮肤充血、疼痛。脓肿形成后局部皮肤紫红,扪压有凹陷性水肿及波动感染可诊断。

#### (四) 治疗

宜从颏下 1 cm 处作平行于下颌骨下缘的切口,分开皮下组织即达脓腔。

### 十一、口底蜂窝组织炎

#### (一) 病因

下颌骨下方、舌及舌骨之间有多条肌,其行走又互相交错,在肌与肌之间,肌与颌骨之间充满着疏松结缔组织及淋巴结,因此,口底各间隙之间存在着相互关联关系,一旦由于牙源性及其他原因而发生蜂窝组织炎时,十分容易向各间隙蔓延而引起广泛的蜂窝组织炎。口底多间隙感染一般指双侧颌下、舌下以及颌下间隙同时受累。其感染可能是金色葡萄球菌为主引起的化脓性口底蜂窝组织炎;也可能是厌氧菌或腐败坏死性细菌为主引起的腐败坏死性口底蜂窝组织炎,后者又称为卢德维咽峡炎,临床上全身及局部反应均甚严重。口底多间隙感染可来自下颌牙的根尖周炎、牙周脓肿、骨膜下脓肿、冠周炎、颌骨骨髓炎,以及颌下腺炎、淋巴结炎、急性扁桃体炎、口底软组织和颌骨的损伤等。

引起化脓性口底蜂窝组织炎的病原菌,主要是葡萄球菌、链球菌;腐败坏死性口底蜂窝组织炎的病原菌,主要是厌氧性、腐败坏死性细菌。口底多间隙感染的病原菌常常为混合性菌群,除葡萄球菌、链球菌外,还可见产气荚膜杆菌、厌氧链球菌、败血梭形芽孢杆菌、水肿梭形芽孢杆菌、产气梭形芽孢杆菌,以及溶解梭形芽孢杆菌等。

#### (二) 临床表现

化脓性病原菌引起的口底蜂窝组织炎,病变初期肿胀多在一侧颌下间隙或舌下间隙。因此,局部特征与颌下间隙或舌下间隙蜂窝组织炎相似。如炎症继续发展扩散至颌周整个口底间隙时,则双侧颌下、舌下及颈部均有弥漫性肿胀。

腐败坏死性病原菌引起的口底蜂窝组织炎,软组织的副性水肿非常广泛,水肿的范围可上及面颊部,下至颈部锁骨水平;严重的甚至达胸上部。颌周有自发性剧痛,灼热感,皮肤表面略粗糙而红肿坚硬。肿胀区皮肤呈紫红色,压痛,明显凹陷性水肿,无弹性。随着病变发展,深层肌等组织发生坏死、溶解,有液体而出现流动感。皮下因有气体产生,可扪及捻发音。切开后有大量咖啡色、稀薄、恶臭、混有气泡的液体,并可见肌组织呈棕黑色,结缔组织为灰白色,但无明显出血。病情发展过程中,口底黏膜出现水肿,舌体被挤压抬高。由于舌体僵硬、运动受限,常使患者语言不清、吞咽困难,而不能正常进食。如肿胀向舌根发展,则出现呼吸困难,以致患者不能平卧;严重者烦躁不安,呼吸短促,口唇青紫、发绀,甚至出现“三凹”征,此时有发生窒息的危险。个别患者的感染可向纵隔扩散,表现出纵隔炎或纵隔脓肿的相应症状。

全身症状常很严重,多伴有发热、寒战,体温可达  $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 。但在腐败坏死在蜂窝组织炎时,由于全身机体中毒症状严重,体温反可不升。患者呼吸短浅,脉搏频弱,甚至血压下降,出现休克。

#### (三) 诊断

根据双侧颌下、舌下及颈部均有弥漫性肿胀,颌周有自发性剧痛,皮肤表面红肿坚硬,肿胀区皮肤呈紫红色,压痛,明显凹陷性水肿,无弹性,皮下因有气体产生,可扪及捻发音。患者吞咽困难,而不能正常进食。如肿胀向舌根发展,则出现呼吸困难,甚至出现“三凹”征,此时有发生窒息的危险。全身机体中毒症状严重,体温反可不升。患者呼吸短浅,脉搏频弱,甚至血压下降,出现休克可诊断。

#### (四) 治疗

口底蜂窝组织炎不论是化脓性病原菌引起的感染,还是腐败坏死性病原菌引起的感染,局部及全身症状均很严重。其主要危险是呼吸道的阻塞及全身中毒。在治疗上,除经静脉大量应用广谱抗菌药物,控制炎症的发展外,还应着重进行全身支持疗法,如输液、输血,必要时给以吸氧、维持水电解质平衡等治疗;并应及时行切开减压及引流术。

切开引流时,一般根据肿胀范围或脓肿形成的部位,从口外进行切开。选择皮肤发红、有波动感的部位进行切开较为容易。如局部肿胀呈弥漫性或有副性水肿,而且脓肿在深层组织内很难确定脓肿形成的部位时,也可先进行穿刺,确定脓肿部位后,再行切开。如肿胀已波及整个颌周,或已有呼吸困难现象时,

应作广泛性切开。其切口可在双侧颌下,颌下作与下颌骨相平行的“衣领”形或倒“T”形切口。术中除应将口底广泛切开外,还应充分分离口底肌,使口底各个间隙的脓液能得到充分引流。如为腐败坏死性病原菌引起的口底蜂窝组织炎,肿胀一旦波及颈部及胸前区,皮下又触到捻发音时,应按皮纹行多处切开,达到畅开创口,改变厌氧环境和充分引流的目的。然后用3%的过氧化氢液或1:5 000高锰酸钾溶液反复冲洗,每日4~6次,创口内置橡皮管引流。

(齐建华)

## 第二节 面颈部淋巴结炎

### 一、病因

以继发于牙源性及口腔感染最为多见,也可以来源于面部皮肤的损伤、疖、痈等。小儿大多数由上呼吸道感染及扁桃体炎引起。由化脓性细菌引起的称为化脓性淋巴结炎。由结核杆菌引起的为结核性淋巴结炎。

### 二、临床表现

#### (一)急性化脓性淋巴结炎

急性化脓性淋巴结炎:早期病症轻者仅有淋巴结的肿大、变硬和压痛,有时患者有自觉疼痛的症状,淋巴结的界限清楚,与周围组织无粘连,移动度尚可。当炎症波及淋巴结包膜外时,结周出现蜂窝组织炎,则肿胀弥散,周界不清,表面皮肤发红。全身反应轻微或有低热,体温一般在38℃以下,此期常为患者所忽视而不能及时治疗,如能够及时治疗可以治愈或向慢性淋巴结炎转归。如未有效地控制,可迅速发展成为化脓性,局部疼痛加重,淋巴结化脓溶解。脓肿破溃后,侵及周围软组织,形成广泛的肿胀,皮肤红肿,淋巴结与周围组织粘连,不能移动。脓肿形成后,皮肤表面出现明显压痛点,表面皮肤软化,有凹陷性水肿,可扪及波动感。全身反应加重,高热,寒战,头痛,全身无力,食欲减退,小儿出现烦躁症状,白细胞数急剧上升,达 $(20\sim 30)\times 10^9/L$ 以上,重者出现核左移。如不及时治疗可并发颌周间隙蜂窝组织炎、静脉炎、败血症,甚至出现中毒性休克。临床上小儿的症状较成人更加严重,反应更加剧烈。

#### (二)慢性淋巴结炎

主要表现为慢性增殖性炎症,也可以是急性化脓性炎症经有效控制后的转归过程。淋巴结肿大、变硬,大小不等,与周围组织无粘连,活动度良好,有轻度压痛,无明显全身症状。慢性淋巴结炎可持续很长时间,甚至有些病例在治愈后,因淋巴结内纤维结缔组织增生,在肿大的淋巴结消退到一定程度后,仍有一定硬度,但无任何其他症状。此外,慢性淋巴结炎在遇到新的致病因子的侵袭或机体抵抗力突然下降时,可突然急性发作。

### 三、诊断

根据病史、临床表现可诊断。急性化脓性淋巴结炎与结核性淋巴结炎形成脓肿后可借抽吸脓液进行鉴别诊断;冷脓肿的脓液稀薄污浊,暗灰色似米汤,夹杂有干酪样坏死物;而化脓性淋巴结炎,抽吸物多呈黄色黏稠脓液。急性化脓性颌下淋巴结炎应与化脓性颌下腺炎相鉴别,后者可因损伤、导管异物或结石阻塞而继发感染。双手触诊检查时颌下腺较颌下淋巴结炎位置深而固定,导管口乳头有红肿炎症,并可挤出脓液。

### 四、治疗

#### (一)局部治疗

急性化脓性淋巴结炎在全身用药的同时,早期可采用局部热敷、超短波、氩氦激光、中药外敷等疗法,