

# 颈深部脓肿 23 例临床分析

任海棠<sup>1,2</sup>

(1. 天津医科大学研究生院, 天津 300070; 2. 天津市天和医院, 天津 300050)

**【摘要】** 目的 分析颈深部脓肿的发病原因、临床表现和治疗体会。方法 回顾性分析 2003 年 1 月至 2009 年 10 月本院收治的 23 例颈深部脓肿患者的临床资料。结果 23 例患者的原发病:急性扁桃体炎 4 例,急性咽喉炎 5 例,牙源性感染 2 例,异物 2 例,不明原因 10 例;脓肿部位:咽旁脓肿 14 例,咽后脓肿 5 例,颌下间隙脓肿 2 例,气管前间隙脓肿 2 例;并发症:纵隔脓肿 2 例,气胸脓胸 1 例。21 例行切开引流,2 例自行破溃。13 例应用 2 种抗生素(A 组),10 例用 1 种抗生素(B 组);A 组平均治疗时间明显短于 B 组[(10.6±6.2) d 比 (15.9±7.5) d, P<0.01]。治愈 21 例(91.3%);死亡 2 例(8.7%),死于并发纵隔脓肿感染性休克 1 例,并发脓气胸 1 例。结论 颈深部脓肿一经确诊,应尽早切开引流,合理使用抗生素,积极控制并发症,以提高治愈率。

**【关键词】** 颈深部脓肿; 切开; 引流

中图分类号:R766.15;R766.9 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.016

**Deep neck abscess: analysis of 23 cases** REN Hai-tang. Graduate School, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China; Tianjin Tianhe Hospital, Tianjin 300050, China

**【Abstract】** **Objective** To analyze the pathogenesis, clinical manifestations and treatment of patients with deep neck abscess. **Methods** A retrospective review was conducted in 23 cases with deep neck abscess at Tianjin Tianhe Hospital from January 2003 to October 2009. **Results** The primary diseases of 23 patients with deep neck abscess were acute tonsillitis (4 cases), acute laryngitis (5 cases), odontogenic infection (2 cases), foreign bodies in esophagus (2 cases) and cause uncertain (10 cases). The locations of abscess were parapharyngeal abscess (14 cases), retropharyngeal abscess (5 cases), submaxillary space abscess (2 cases) and pretracheal space abscess (2 cases). Complications: mediastinal abscess (2 cases), and pyopneumothorax (1 case). In regard to treatments, 21 cases were treated with incision and drainage, and self-rupture occurred in 2 cases; 13 cases were treated with two kinds of antibiotics (group A), and 10 cases, with one kind of antibiotics (group B). The therapeutic time of group A was obviously shorter than that in group B [(10.6±6.2) days vs. (15.9±7.5) days, P<0.01]. Twenty-one cases (91.3%) were cured and 2 cases died (8.7%). One died of mediastinal abscess with septic shock and 1 case, of pyopneumothorax. **Conclusion** Once deep neck abscess is diagnosed, it is important to make imaging and etiological examinations immediately, undertake surgical drainage as early as possible and use antibiotics appropriately to energetically control complications and improve the cure rate.

**【Key words】** Deep neck abscess; Incision; Drainage

颈深部感染是指颈深筋膜浅层深面的组织感染,常继发于头、面、颈部和上呼吸道,也可为全身性感染。扁桃体周围隙、咽后隙、咽旁隙、颌下隙感染属颈深部感染,颈动脉鞘、气管前间隙、嚼肌间隙、颞间隙等部位的感染也为颈深部感染,临床上较常见<sup>[1]</sup>。颈深部脓肿是感染的严重阶段,其病情危重,发展迅速,接诊后须立即处理,正确有效及时的治疗可提高治愈率,降低病死率。本科 2003 年 1 月至 2009 年 10 月收治重症颈深部脓肿患者 23 例,现就治疗体会报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料:**23 例颈深部脓肿患者中男 15 例,女 8 例;年龄 19~72 岁,平均 42 岁,其中 50 岁以上 15 例;病程 5 d~2 个月,平均 11 d。原发病:急性扁桃体炎 4 例,急性咽炎 3 例,急性喉炎 2 例,牙源性

感染 2 例,异物 2 例,不明原因 10 例。脓肿部位:咽旁脓肿 14 例,咽后脓肿 5 例,颌下间隙脓肿 2 例,气管前间隙脓肿 2 例。并发纵隔脓肿 2 例,气胸脓胸 1 例;伴发糖尿病 6 例,死亡 2 例。

**1.2 临床表现:**23 例患者均有发热(38℃以上),并伴有吞咽疼痛、颈部肿胀、颈部活动受限,其中 5 例伴有吞咽困难,5 例伴有张口受限,3 例伴有 I 度或 I 度以上呼吸困难,1 例伴有咯脓血痰;2 例伴有感染性休克。血常规检测白细胞计数均增高,最高至  $23.6 \times 10^9/L$ ,并伴有中性粒细胞比例增高。23 例均行颈部 CT 扫描,其中有 10 例行增强 CT 扫描,均发现脓腔,多数为多房;12 例行胸部 CT 检查,其中发现纵隔脓肿 2 例,液气胸 1 例。18 例进行脓液细菌培养,其中 6 例无细菌生长;12 例细菌培养阳性者中有金黄色葡萄球菌 4 株,铜绿假单胞菌 2 株,肺炎克雷伯杆菌 2 株,大肠杆菌 2 株,奇异变形杆菌 2 株。

作者简介:任海棠(1978-),男(汉族),山西省人,硕士研究生,主治医师。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 选用大剂量抗生素并联合足量全程用药: 23 例患者中 13 例给予 2 种抗生素, 其中包含抗厌氧菌抗生素(A 组); 10 例就诊时因经济困难或过敏原因给予 1 种广谱抗生素(B 组)。有中毒症状及颈部脓肿严重者给予糖皮质激素对症处理; 所有患者重视基础疾病如糖尿病的治疗。

1.3.2 外科手术处理感染病灶: 根据患者病情需要咽侧切开和颈侧切开引流。咽侧切开一般位于脓肿明显隆起的部位, 在麻醉喉镜或直接喉镜下进行; 一般选择基础麻醉, 也可全麻; 颈侧切开一般位于胸锁乳突肌前缘或后缘, 也可在脓肿最隆起的部位, 多选择全麻下手术, 探到脓腔后吸净脓液, 冲洗伤口后放置引流管, 并接负压吸引器。不同间隙脓肿切开如下: ①咽旁脓肿: 14 例中有 2 例自行破溃于下咽侧壁, 脓肿明显隆起部位; 8 例经颈侧切开引流; 4 例因明显突出于咽腔而行咽侧切开引流, 每日在麻醉喉镜下扩张切口直至无分泌物排出。②咽后脓肿: 4 例在麻醉喉镜下切开引流; 1 例并发纵隔脓肿及严重感染性休克患者经胸外科会诊进行上纵隔引流及气管切开, 最终死亡。③颌下间隙脓肿: 2 例均行颈侧切开引流排脓。④气管前间隙脓肿: 1 例合并脓气胸及严重感染性休克者经切开引流排脓治疗无效后死亡; 1 例合并纵隔脓肿经上纵隔引流及气管切开后采用抗感染治疗, 最终痊愈出院。

1.4 统计学方法: 计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, *t* 检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

23 例颈深部脓肿患者中有 2 例因为并发严重感染性休克, 出现多器官功能衰竭而死亡。其余的 21 例经抗感染治疗、局部切开引流、对症支持治疗后脓腔消失出院, 随访 3 个月无并发症, 痊愈(见表 1)。

表 1 23 例患者颈深部脓肿部位及治疗结果

脓肿部位	例数	治愈(例)	死亡(例)
咽旁脓肿	14	14	0
咽后脓肿	5	4	1
颌下间隙脓肿	2	2	0
气管前间隙脓肿	2	1	1

23 例患者共进行 5 d~2 个月的治疗, 根据抗生素使用情况分为 A 组和 B 组, 两组患者年龄比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); A 组在入院后即使用 2 种抗生素, B 组在入院后只使用 1 种抗生素, A 组治疗时间明显短于 B 组( $P < 0.01$ , 见表 2)。

表 2 两组患者年龄构成及治疗时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	年龄(岁)	治疗时间(d)
A 组	13	41.6±10.2	10.6±6.2*
B 组	10	45.8±14.2	15.9±7.5

注: 与 B 组比较, \* $P < 0.01$

### 3 讨论

本组患者中 2 例颌下脓肿均是由牙源性感染所致; 咽后脓肿 5 例中 2 例是由异物引起, 1 例并发纵隔脓肿死亡; 2 例气管前间隙脓肿均是由喉部感染造成, 1 例并发纵隔脓肿, 1 例并发脓气胸死亡。本组发病率最高的是咽旁脓肿(占 60.9%), 死亡 2 例中 1 例是咽后脓肿、1 例是气管前间隙脓肿, 说明造成死亡的主要原因是并发了难以控制的纵隔感染或脓气胸并出现感染性休克<sup>[2]</sup>。对咽后脓肿和气管前间隙脓肿一定及早治疗, 避免出现纵隔感染或胸腔感染。但是对于咽旁感染造成的颈部大血管壁破坏所致大出血死亡也不容忽视<sup>[1]</sup>。

根据病史、症状、体征、X 线及 CT 检查诊断颈深部脓肿一般不困难, 病程较长者应与颈部肿瘤鉴别。影像学诊断对发现并发症至关重要, CT 检查对脓肿的部位、大小、范围的判断以及确定手术引流及手术进路有重要意义, 且优于 X 线<sup>[3]</sup>。颈部增强 CT 扫描结合临床检查是判断颈深部脓肿范围最准确的方法, 并且可以了解脓腔与颈血管的关系, 能及早判断病情的凶险程度。对于可以累及颈血管鞘的颈深部脓肿如咽旁脓肿、咽后脓肿一定要进行增强 CT 扫描。本组患者全部进行颈部或颈部加胸部 CT, 其中 2 例胸部 CT 扫描发现纵隔脓肿, 1 例发现液气胸。对于可能出现纵隔或胸腔感染的咽后脓肿和气管前间隙脓肿, 胸部 CT 扫描是非常必要的。

脓液细菌培养及药敏试验对选择治疗药物有指导意义, 培养阴性者可能因为培养前使用了大量抗生素或者是厌氧菌感染, 不能排除感染。多数颈深部脓肿患者为混合感染<sup>[4]</sup>, 所以应做常规细菌培养加厌氧菌培养(本组患者因为条件所限, 未行厌氧菌培养)。在抗生素的选择方面, 应该选择抗菌谱广、杀菌性强的抗生素, 并且应该联合足量用药, 可以选择加酶抑制剂的三代头孢菌素联合抗厌氧菌药物使用<sup>[5]</sup>。本组结果显示使用单一抗生素和联合使用抗生素治疗时, 联合用药可明显缩短治疗的周期。

颈深部脓肿一经确诊, 应早期切开引流排脓。术前要准确了解脓肿的位置、范围及与周围组织的关系, 以确定手术路径, 并且做好应对可能并发症的准备。对于咽旁脓肿, 如果口咽部检查有明显向咽腔突

起,可经咽侧壁切开排脓;其余一般采取颈侧路径由胸锁乳突肌前缘或后缘暴露脓腔<sup>[6]</sup>。术前CT检查如果不能排除颈血管鞘受累,应做结扎大血管以及输血的准备。咽后脓肿一般经咽后壁切开排脓,如并发纵隔脓肿应该联合胸科进行纵隔引流。颌下腺脓肿一般自胸锁乳突肌前缘或者是脓肿最明显处切开,气管前间隙脓肿一般自胸锁乳突肌前缘处切开,切开后洗净脓液,放置引流条接负压吸引,脓液较多时每日用双氧水冲洗脓腔。因为有报道局部使用抗生素有诱发耐药的可能,笔者认为应该避免局部使用抗生素冲洗。

颈深部脓肿患者治疗的同时要注意全身情况,如果出现感染性休克的早期表现一定要尽早纠正休克,如果出现呼吸困难应尽早行气管切开术,可以降低病死率。还要注意有无伴发病,如糖尿病、免疫系

统疾病等,这些疾病如不能得到有效控制,颈部脓肿不易治愈或有加重的危险,易引起脓毒症,严重者可导致死亡,有人认为是是否合并纵隔脓肿、有无糖尿病及全身器官疾病是决定预后的重要因素。

#### 参考文献

- [1] 曾晓明,郑根水. 颈深部感染临床治疗分析. 实用中西医结合临床, 2007, 7(1): 43.
- [2] 王琳. 66例颈深部组织感染的临床分析. 实用诊断与治疗杂志, 2007, 21(1): 66.
- [3] 魏懿,肖家和,周翔平,等. 颈部感染及其在颈筋膜间隙中蔓延的CT观察. 临床放射学杂志, 2006, 25(1): 37-41.
- [4] 刘联合. 颈深部脓肿 37例. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2008, 22(2): 180-181.
- [5] 方瑾,李海同,钱林荣,等. 颈深部脓肿 12例临床分析. 浙江临床医学, 2007, 9(2): 190.
- [6] 何士方,王士礼,蔡昌辉,等. 严重颈深部化脓性感染临床诊疗分析. 上海交通大学学报(医学版), 2007, 27(2): 209-212.

(收稿日期: 2010-01-06)

(本文编辑: 李银平)

#### • 病例报告 •

## 氯氮平中毒 1 例抢救成功报告

王红英, 刘兵东

(山东省德州联合医院, 山东 德州 253000)

【关键词】 氯氮平; 中毒; 抢救

中图分类号: R595.4 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.017

氯氮平是一种非典型抗精神病药物,具有强大的镇静催眠作用,常用于治疗难治性精神分裂症。氯氮平中毒常见于精神患者的自杀事件中,对患者的生命会造成极大的威胁。

### 1 病历报告

患者女性,30岁,在路边被“120”送入院。在患者身上发现氯氮平空药瓶,家属叙述患者有精神分裂症病史10多年,近期服氯氮平治疗。发病当日上午与家人吵架后离家出走。查体:体温36℃,脉搏120次/min,呼吸频率18次/min,血压(BP)100/60 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa);深昏迷状态,鼾式呼吸,大量流涎,口唇轻度发绀,尿失禁,双侧瞳孔直径2 mm,对光反射迟钝,双肺听诊无音,心率120次/min,律规整,心音低,腹软,四肢肌张力低下,腱反射未引出,双侧病理征阴性。诊断:昏迷原因待诊(氯氮平中毒?)。治疗:彻底洗胃、吸氧、持续导尿,静脉应用呼吸兴奋剂、利尿

剂、促醒剂(纳洛酮、美解眠),预防感染及维持水、电解质平衡药物。向家属讲明血液灌流的必要性<sup>[1]</sup>,家属拒绝该项治疗。治疗过程中,患者出现呼吸困难加重,发绀明显,口鼻溢出大量白色泡沫, BP 140/80 mm Hg,听诊双肺痰鸣音,心率140次/min,律规整,心音低钝。考虑急性肺水肿,立即给予气管插管、机械通气,并给予强心、利尿,20 min后症状缓解。10 h后患者意识清醒,证实意欲自杀,一次吞服氯氮平60片(1 500 mg),具体服药时间记不清,氯氮平中毒诊断已明确。经3 d巩固治疗后患者出院。

### 2 讨论

氯氮平大剂量中毒可致肝、肾功能损害、体位性低血压、体温不升等,同时损害多器官,因此综合治疗非常重要<sup>[2]</sup>。本例氯氮平中毒抢救成功,有如下体会:第一,彻底洗胃,使毒物最大程度被清除。一般认为,食入毒物6 h后,毒物已排入小肠。但时常可见有不少毒物较长时间嵌入胃黏膜皱襞内,故不要拘泥于服毒时间是否超过6 h的界限,不可轻

易放弃洗胃。第二,氯氮平部分激动毒蕈碱M4受体,增加唾液分泌。觉醒时吞咽功能正常,入睡后或昏迷状态下,唾液蓄积口腔流出口角则流涎,流入气管则呛咳或引起气道不畅。同时,氯氮平中毒常见呼吸抑制。所以,为保证气道通畅及有效的通换气功能,气管插管在抢救氯氮平中毒过程中是非常必要的措施。第三,本例患者呈深昏迷状态,已出现危及生命的呼吸、循环障碍,除建立人工气道,给予药物强心、利尿等措施外,尽早恢复患者的意识,对病情转归也有极大帮助,所以给予一定剂量的促醒剂完全必要。但如果无危及生命的呼吸衰竭,不一定要给促醒剂,以免引起躁动、抽搐。

### 参考文献

- [1] 宋越红,龚智峰. 血液灌流救治重症毒物中毒疗效观察. 中国危重病急救医学, 1999, 11(5): 303.
- [2] 陈克军. 中西医结合成功救治急性氯丙嗪和氯氮平重度中毒 1例. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(4): 217.

(收稿日期: 2009-08-17)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 王红英(1970-),女(汉族),山东省人,副主任医师。