

颈深部感染并发纵隔脓肿 1 例

周新佳¹ 曹志伟¹ 季文樾¹ 马秀岚¹

[关键词] 颈深部感染;纵隔脓肿;引流术

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.12.025

[中图分类号] R564 [文献标志码] D

Deep neck infection complicated with mediastinal abscess: one case report

Summary To analyze the clinical characteristics of the deep neck infection complicated with mediastinal abscess, and discuss the effective prevention and treatment. One case with the diagnosis of deep neck infection complicated with mediastinal abscess in our hospital was reported and relevant literatures were reviewed. The chief complaint of the patient was sore throat associated with fever for a week. The admitting diagnosis was parapharyngeal abscess and peritonsillar inflammation. Then the disease rapidly developed to mediastinal abscess, which was diagnosed by cervical CT. The patient was cured with the application of effective antibiotics and two ways of incision and drainage in the different progression stage of the disease. The key to successful treatment of the deep neck infection complicated with mediastinal abscess is early recognition, effective antibiotics, timely surgical drainage, and meanwhile positive nutritional support.

Key words deep neck infection; mediastinal abscess; drainage

颈深部感染合并纵隔脓肿是一种发展迅速的致死性疾病,死亡率高达 40%~50%^[1]。我科成功救治 1 例颈深部感染合并纵隔脓肿患者,现报告如下。

1 病例报告

患者,女,49 岁。1 周前出现咽痛伴发热,体温 39.0℃。应用头孢呋辛钠 1.5 g,每日 2 次,静脉滴注 4 d,症状缓解不明显。近 2 天患者张口受限,偶感憋气,左侧颈部肿胀明显,皮肤红肿,于 2007 年 6 月 13 日急诊入院。入院查体:T 37.1℃,P 82 次/min,R 19 次/min,BP 124/87 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。左侧颈部局部皮肤色红,肿胀明显,上起自左耳下,后至斜方肌前缘,下至胸骨角水平,向前超过前正中线。触摸肿胀处,边缘质硬,中心部略软,似有波动感,压痛明显。患者张口受限,咽腔黏膜充血明显,双侧扁桃体 I 度大,左侧扁桃体周围略肿胀,左侧咽弓上部可见小溃疡,左侧咽侧壁略膨隆。心肺肝脾无异常。实验室检查:WBC $13.6 \times 10^9/L$,N 71.10%,肝功能、肾功能、血清离子、空腹血糖检查结果均正常。电子喉镜示:鼻咽部黏膜光滑,左侧会厌舌面、咽侧壁、咽会厌襞、杓会厌襞见黏膜水肿,左侧梨状窝窥不清,左侧声带光滑。右侧声带及梨状窝黏膜光滑。颈部 CT 示:左侧颈深部软组织内见大范围低密度影,病变与周围结构界限不清,上至腮腺水平,下至上纵隔内,咽左后壁软组织增厚,形态失常,喉受压右移,气管右移。

入院诊断:①左咽侧间隙脓肿(咽旁脓肿),②左侧扁桃体周围炎。入院后给予心电、血氧监护,鼻导管吸氧。头孢哌酮钠+舒巴坦钠 2.0 g 每日 2 次静脉滴注,同时加用替硝唑 800 mg 每日 1 次静脉滴注抗厌氧菌治疗。当日局部麻醉下行左侧颈外径路咽侧间隙脓肿切开引流术。从下颌角下 1 cm 沿左侧胸锁乳突肌前缘切开皮肤,分离肌肉,便有黏稠的脓液流出,留脓液做细菌培养,吸出脓液约 20 ml。用食指探查下颌角深面有腔隙,向气管前探查无腔隙,生理盐水冲洗术腔,然后向术腔注入庆大霉素 8 万 U,留置引流管,缝合切口。脓液细菌培养未见细菌生长。术后继续用头孢哌酮钠+舒巴坦钠 2.0 g 每日 2 次、替硝唑 800 mg 每日 1 次静脉滴注抗炎治疗。每日给切口换药并检测引流量,局部切开后病情明显好转,局部肿胀及压痛较术前明显减轻,皮肤颜色较浅充血明显减轻,术后第 5 天下颌角附近已基本无红肿,但胸骨上窝内肿胀较明显,引流脓液未减少。考虑脓液来源于胸骨上窝甚至上纵隔的可能性较大。复查血常规:WBC $9.7 \times 10^9/L$,N 73.40%。复查颈部及上纵隔 CT 示:颅底至主动脉弓水平左侧颈部血管间隙内及锁骨上窝内可见多发低密度灶,内部部分呈液性密度,可见网格状分隔,与邻近血管等结构分界欠清,且受压移位。补充诊断:上纵隔脓肿。于术后第 6 天再次行左侧颈部切口脓肿引流术,术中从胸骨上窝上 1 cm 沿胸锁乳突肌前缘切开 5 cm,切开皮肤,分离胸锁乳突肌前缘,向上纵隔方向穿刺,抽出脓液后扩大切开,留脓液做细菌培养,吸出脓液 30~50 ml。用食指探查深面有腔隙,生

¹ 中国医科大学附属盛京医院耳鼻咽喉科(沈阳,110004)
通信作者:曹志伟, E-mail:zhouxj@sj-hospital.org

理盐水冲洗术腔,用食指探查咽侧间隙,吸引有少量脓块,生理盐水冲洗术腔。两个脓腔各留一条引流管,缝合皮肤。术后持续引流并用头孢哌酮钠+舒巴坦钠 2.0 g 每日 2 次、替硝唑 800 mg 每日 1 次静脉滴注抗炎治疗。

术后第 7 天再次复查颈部 CT 示:左侧咽旁间隙至左侧颈部血管间隙内及锁骨上窝内多发低密度灶基本消失,可见引流管引出体外。术后第 9 天拔出引流管,继续治疗 1 周后痊愈出院。

2 讨论

2.1 病因

颈深部感染是指因牙、咽、扁桃体、涎腺、食管、呼吸道等处的炎症,感染颈深筋膜浅层以下的组织,引起的脓肿形成较广泛的蜂窝组织炎的总称。主要包括:扁桃体周脓肿、咽后脓肿、咽旁脓肿、脓性颌下炎等。其致病菌多为链球菌、葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、樊尚梭状杆菌、流行性感胃杆菌等,且大多数为混合感染,少数为厌氧菌感染^[2]。颈部存在多个筋膜间隙,在解剖学上,颈部筋膜可分为浅层、中层、深层,筋膜之间的疏松结缔组织构成筋膜间隙,包括气管前间隙、咽旁间隙、咽后间隙、椎前间隙、血管神经间隙。气管前间隙位于气管前筋膜与气管之间,上起甲状软骨,下至上纵隔;咽旁间隙位于椎前筋膜与颊咽筋膜之间,向上至颅底,向下与血管神经间隙相延续;咽后间隙亦位于椎前筋膜与颊咽筋膜之间,上起颅底,下至上纵隔,其下部又称食管后间隙;椎前间隙位于椎体与椎前筋膜之间,上起颅底,下至尾骨;血管神经间隙又称颈动脉鞘间隙^[3],向上经咽旁间隙至颅底,向下达纵隔。各间隙之间可直接或间接沟通,若炎症未能及时控制,病变可以相互蔓延、扩散,并沿颈深筋膜间隙向下扩散至纵隔。因此,颈深部感染合并纵隔脓肿往往是因为牙源性脓肿、扁桃体周围炎等口咽部局部感染未得到控制,向下蔓延,先引起颈部严重感染,再因呼吸、胸内负压、重力作用,沿气管前间隙、咽后间隙、椎前间隙、血管神经间隙等向下蔓延引起纵隔内感染^[4]。由于纵隔内结构复杂,内有许多重要器官,同时充满大量的疏松结缔组织及淋巴组织,一旦发生感染形成脓肿,炎症即可沿着疏松的结缔组织迅速蔓延及扩散,影响全部纵隔器官,并因细菌及毒素的大量吸收,导致全身中毒症状,临床症状极为严重。

2.2 诊断

颈深部感染合并纵隔脓肿在临床上虽较为少见,但须引起重视,不少患者因不能及时确诊而贻误治疗^[5]。首先要重视病史,本病常先有明确的口腔、咽喉部感染病史,随后出现颈深部感染症状,早期局部体征常较隐匿,随着病变发展,可出现颈部皮肤红肿、疼痛,张口困难,颈部僵直等。在颈部感

染后 12 h 至 14 d,绝大多数是在 48 h^[6],即可发生纵隔感染。此时患者虽然接受了足量抗生素治疗,甚至颈深部的引流术,原有颈部感染的局部症状如肿痛、张口困难亦有明显好转,但仍有脓毒败血症的表现。患者高热,前胸部肌肉发紧、疼痛、肿胀、有可凹性水肿和捻发感。此时切勿误为感染控制,进一步发展可因脓肿压迫致吞咽、呼吸困难,甚至窒息,压迫胸腔大血管可出现循环障碍。其次影像学检查对发现纵隔脓肿至关重要,X 线检查是诊断纵隔感染的主要手段,早期纵隔炎尚未形成脓肿时在胸片上无明显表现。当脓肿形成时,颈部和胸部 X 线检查可见颈部软组织增厚,上纵隔增宽,心脏大血管、气管、食管受压移位,纵隔气肿,气液平面等。出现以上表现时表明感染已十分严重。早期诊断对纵隔脓肿有重要的意义,CT 检查是最佳手段之一,CT 扫描更能有效显示早期纵隔感染,明确病变的位置及小范围病变,并为早期诊断及治疗提供更准确的依据。因此,所有颈深部感染的患者均应尽早行颈部及胸部 CT 扫描,以判断脓肿的部位、大小、范围以及确定手术引流及手术进路。

2.3 治疗

治疗原则主要是有效的抗生素控制感染,及时的外科手术通畅引流,适当的营养支持治疗。①尽早对颈部及纵隔区切开引流,对治疗颈深部感染合并纵隔脓肿是必不可少的^[7]。当脓肿只局限在颈深部时,可采用颈部切开引流术,沿胸锁乳突肌前缘切开,由浅入深逐层钝性分离,排出脓液。当炎症逐渐发展,波及上纵隔,形成上纵隔脓肿时,可采用颈部切开纵隔引流的方法。沿左胸锁乳突肌前缘切口向下分离,并经穿刺针引导,既可引流上纵隔脓肿,又可避免损伤重要的组织和器官,排出脓液后,抗生素生理盐水液冲洗脓腔,置引流管,达到充分引流的目的。此法安全可靠,手术简单易行,创伤小,可由耳鼻喉科医生单独进行,并可与颈部脓肿共用一个引流口。对于前下纵隔、中纵隔、后纵隔脓肿应及时请胸外科协同处理。②足量有效的抗生素也是治疗及预防严重并发症的关键。鉴于颈深部感染伴发纵隔脓肿多为需氧菌和厌氧菌混合感染,因此宜首选广谱抗生素联合应用抗厌氧菌药物,然后根据细菌培养及药物敏感试验调整抗生素的应用。通常因在细菌培养前已应用大量抗生素,细菌培养阳性率一般不高,且厌氧菌培养阳性率更低,但是细菌培养结果仍有指导意义。③适当的营养支持治疗也是治疗中的重要环节。由于此类患者极易出现水、电解质紊乱和营养障碍,故及时纠正水、电解质紊乱,加强全身营养支持,提高机体免疫功能等综合治疗措施也是治愈该病的有力保证。除常规补充外,可根据患者的不同情况给予鼻饲及肠外高能量营养。④如有呼吸困

难,应早做气管切开术,及时缓解患者的上气道阻塞症状,必要时呼吸机辅助通气。

参考文献

[1] ESTRERA A S, LANDY M J, GRISHAM J M, et al. Descending necrotizing mediastinitis[J]. Surg Gynecol Obstet, 1983, 157: 545-552.
[2] 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 375-376.
[3] 王斌全. 耳鼻咽喉-头颈应用解剖[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 101-103.
[4] 杜晓燕, 陈威华, 陈建福. 颈性下行性纵隔脓肿 15 例分析[M]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 35(2): 141-

143.
[5] WHEATLEY M J, STIRLING M C, KIRSH M M, et al. Descending necrotizing mediastinitis; transcervical drainage is not enough[J]. Ann Thorac Surg, 1990, 49: 780-784.
[6] 黄孝迈, 秦文翰, 孙玉鹏. 现代胸外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1997: 605-605.
[7] HIRAI S, HAMANAKA Y, MITSUI N, et al. Surgical treatment of virulent descending necrotizing mediastinitis[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2004, 10: 34-38.

(收稿日期: 2013-08-28)

新生儿鼻咽部错构瘤脱落至食管上段 1 例

臧艳姿¹ 马崧¹ 刘军¹ 郭芳芳²

[关键词] 鼻咽肿瘤; 新生儿; 错构瘤; 食管
doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2014.12.026
[中图分类号] R739.63 [文献标志码] D

A case report of neonatal nasopharyngeal hamartoma shed into the upper esophagus

Summary Here is a case report of a new neoplasm found in the mouth of neonate born for 4 hours. Neck CT suggested that the neoplasm came from the esophageal. During the operation the root of neoplasm was found in the nasopharynx and postoperative pathological diagnosis was nasopharyngeal hamartoma.

Key words nasopharyngeal neoplasms; neonatal; hamartoma; esophagus

患儿,男,以“发现口腔内新生物 4 h”为主诉就诊。该患儿为 38 周足月剖宫产,羊水、胎盘、脐带正常,于当地医院出生后清理口腔时发现一新生物,因未及时牵引出,新生物脱落向下,具体部位不详,患儿呼吸音粗,无明显呼吸困难、憋气症状,无喉喘鸣。查体:体温 36.4℃,脉搏 128 次/min,呼吸 26 次/min,体重 3 000 g,前囟平坦,无口唇发绀,无鼻翼扇动,三凹征阴性。颈软无抵抗,胸廓对称,双肺听诊呼吸音粗,未闻及干湿啰音,无痰鸣音;心音有力,律齐整,未闻及杂音。腹软,肝脾肋下未触及。四肢肌张力可,无水肿,原始反射引出不完全。专科查体:咽部黏膜光滑,口咽腔未见明显新生物。喉内情况患儿不配合无法窥视。及时完善颈部 CT 示:食管管腔上段内可见肿块影,其内可见低密度影,CT 值约 -65 HU,局部可见点状

高密度影(图 1)。初步诊断为食管源性肿物。入院 5 h 后患儿自行将新生物吐出至口腔外(图 2),可见较长根蒂相连,立即将新生物用丝线牵引,以防脱落,蒂源位于软腭舌根处,似与软腭相连。完善相关术前检查,无手术禁忌证,于全身麻醉直达喉镜下行咽部肿物切除术。直达喉镜引导下,暴露咽腔,见肿物有一根蒂相连于软腭鼻咽面,蒂与肿物连接处局部变细,组织伸缩性较大。细查无其他蒂源及卫星状瘤体,用电刀将新生物沿根蒂完整切除,创面电凝烧灼。术中无明显出血。肿物呈椭圆细长型,大小约为 3.6 cm×1.7 cm,有长约 2 cm 根蒂部相连。剖开肿物后见组织疏松,略有出血,局部有软骨成分(图 3)。术后病理为鳞状上皮增生,其内可见脂肪、纤维、血管组织,灶性可见软骨组织,符合错构瘤(图 4)。随访 1 年未见复发及恶变。

讨论 错构瘤系胚胎发育过程中,多方面的组织分化或者组织发育不成熟而形成,因不宜直接列

¹河南省人民医院耳鼻咽喉科(郑州,450003)

²河南省人民医院病理科

通信作者:臧艳姿, E-mail: zangyanzi2580@163.com