



• 论 著 •

中西医结合治疗口腔颌面部慢性炎症疗效观察

戴 祺 李 平

(湖南省 浏阳市中医医院 410300)

摘要:目的:分析口腔颌面部慢性炎症的临床特征及治疗效果。方法:回顾分析我院 2012 年 7 月~2017 年 7 月收治的 81 例口腔颌面部慢性炎症患者的临床资料,总结其临床表现特征、治疗方法和治疗效果。结果:81 例患者中革兰阳性菌感染 36 例,革兰阴性菌感染 43 例,真菌感染 2 例;白细胞计数超过 $13 \times 10^9/L$ 者占 92.59%,中性粒细胞比值超过 75% 者占 64.20%;52 例患者的血浆白蛋白含量水平显著下降,38 例患者的 γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT)明显升高;经综合治疗后总有效率为 100%。结论:口腔颌面部慢性炎症以多种细菌感染为主,并伴有一系列临床特征,实施中西医结合治疗可取得较佳疗效。

关键词:口腔颌面部慢性炎症;临床表现;治疗

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-028-02

口腔颌面部慢性炎症是口腔科的常见病、多发病,不及时有效治疗,感染易扩散并导致严重并发症。其感染途径包括:牙源性、腺源性、损伤性、血源性、医源性。牙源性感染是成人口腔颌面部慢性炎症感染最主要的病因,有文献报道感染比例达 55%~72%;儿童颌面部慢性炎症的主要来源则是腺源性感染[1]。根据国内报道,在儿童颌面部间隙感染中约 65% 来源于腺源性感染。口腔颌面部慢性炎症任何年龄阶段都具有发病的可能,患者发病时会出现局部不适或全身不适的症状。总结其病症特征可提高诊断率与准确性,以便及时切开引流,有效应用抗生素对患者实施治疗。因此,回顾分析患者临床资料,总结其临床表现、治疗方法和效果,可为该病的诊治提供借鉴,指导临床实践。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

回顾我院 2012 年 7 月~2017 年 7 月收治的 81 例口腔颌面部慢性炎症患者的临床资料,其中男 46 例,女 35 例;年龄 7~79 岁,平均 (31.45 ± 16.42) 岁。81 例患者的年龄分布:7~13 岁占 46.91% (38/81),28~55 岁占 12.35% (10/81),55~79 岁占 40.74% (33/81)。患者病程 7~38d,平均 (18.56 ± 7.89) d。颌下炎症 21 例,眶下炎症 17 例,咬肌炎症 9 例,翼颌炎症 9 例,颞下炎症 8 例,口底炎症 7 例,咽旁炎症 5 例,其他 5 例。

1.2 方法

患者均采用中西医结合治疗方法,以选用针对性抗生素为主,加强支持疗法,调整患者水电解质和酸碱平衡。轻症患者给予甲硝唑及青霉素,严重者用头孢菌素,厌氧菌感染者以甲硝唑为主治疗,同时加强静脉输液。高热患者先用物理治疗方法降温,然后给予患者退热药物。局部形成脓肿时,在局麻下行脓肿切开引流,在引流过程中采用血管钳钝性分离达脓腔,以便脓液尽量引流。若脓腔较大,引流速度要放缓,不宜过快。术后对患者实施彻底清创,引流处理后,用 3% 双氧水和生理盐水交替冲洗,再用庆大霉素 8 万 U 加生盐水反复冲洗,置橡皮条、碘仿纱条、乳胶管等引流。采用荆防败毒散为基本方:荆芥 10g,防风 10g,羌活 12g,独活 12g,柴胡 12g,前胡 15g,茯苓 10g,川芎 10g,枳壳 15g,桔梗 12g,生甘草 6g,儿童各药减半,辨证加减[2]。

1.3 疗效判定标准

①显效:治疗后,患者疼痛、发热等症状显著减轻,局部炎症肿胀消退,皮肤无反应,无全身症状表现;②有效:治疗后,患者疼痛、发热等症状减轻,局部炎症肿胀消退,皮肤微反应,全身症状表现不明显;③无效:治疗后,患者疼痛、发热等症状未减轻甚至加重,局部炎症肿胀未消退,皮肤反应重,全身症状表现未改善。计算治疗总

有效率:总有效率=(显效+有效)/总病例数 $\times 100\%$ 。

2. 结果

2.1 临床表现特征

2.1.1 一般情况

患者发病时局部均有不同程度的红、肿、热、痛等临床表现,同时部分患者体温升高,白细胞增多, γ -GT 的含量增多。

2.1.2 感染菌状况

81 例患者中革兰阳性菌感染 36 例,革兰阴性菌感染 43 例,真菌感染 2 例,感染病原菌分布见表 1。

表 1 患者感染病原菌分布及构成比 (n, %)

病原菌	例数	比例
溶血性链球菌	9	11.11
大肠埃希菌	8	9.87
热带假丝酵母菌	3	3.70
金黄色葡萄球菌	28	34.56
革兰阳性菌	35	43.21
革兰阴性菌	44	54.32
阴沟肠杆菌	22	27.16
绿脓杆菌	10	12.34
真菌	3	3.70
合计	81	100.0

2.1.3 白细胞计数

6 例患者白细胞计数低于 $6 \times 10^9/L$, 占 7.41% (6/81), 白细胞处于正常范围内;其余患者白细胞均显著升高,计数均超过 $13 \times 10^9/L$, 占 92.59%, 最高达 $19.78 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞比值超过 75% 者为 52 例, 占 64.20% (52/81), 最高达 91.54%, 中性粒细胞平均比值为 $(85.74 \pm 4.56)\%$ 。

2.1.4 血浆白蛋白及 γ -谷氨酰转肽酶

81 例患者中有 52 例患者的血浆白蛋白含量在 $16.9 \sim 29.7L$ 之间, 水平显著下降, 38 例患者 γ -GT 明显升高, 其含量均超过 $131.6IU/L$, 平均为 $(136.45 \pm 3.45) IU/L$ 。

2.2 治疗效果

采用综合治疗方法对 81 例患者实施治疗后, 显效 72 例, 占比 88.89% (72/81), 有效 9 例, 占比 11.11%, 总有效率为 100%。白细胞、血浆白蛋白及 γ -GT 等异常的患者, 治疗后逐渐恢复正常。

3. 讨论

口腔颌面部慢性炎症是指颌骨周围软组织化脓性炎症, 多为需氧菌和厌氧菌引起的混合感染, 其中主要以葡萄球菌、链球菌、杆菌等引起的化脓性感染为主。本组结果显示, 革兰阴性菌感染患者例数最



多,其次为革兰阳性菌,而真菌感染最少。在革兰阴性菌感染患者中监测出阴沟肠杆菌、绿脓杆菌、大肠埃希菌,革兰阳性菌感染患者中监测出葡萄球菌与溶血性链球菌。说明口腔颌面部慢性炎症主要受阴沟肠杆菌、绿脓杆菌、大肠埃希菌、葡萄球菌及溶血性链球菌等感染[3]。

免疫系统不健全与机体下降者,一般其机体抵抗感染的能力差,易受细菌感染。本组患者年龄在7~13岁与55~79岁的占大多数。这可能与少儿免疫系统不健全,而年老者的机体抵抗力下降有关。机体抵抗力差,易遭受细菌感染有关。口腔颌面部慢性炎症可根据其临床特点进行诊断[4]。口腔颌面部慢性炎症患者在临床上表现为局部多有红、肿、热、痛、功能障碍、体温上升等。相关报道显示,在血液细胞分析检查中患者白细胞计数、中性粒细胞数会有显著升高,这更有利患者病症诊断及评价患者病症程度。本组患者在临床特征上发生一系列的变化,如白细胞个数、中性粒细胞比值、y-T等指标明显升高,血浆白蛋白含量降低,这些指标可作为诊断口腔颌面部慢性炎症及病症程度的依据。如果口腔颌面部慢性炎症得不到及时治疗,还易造成多种并发症[5]。为了防止并发症的发生,对患者要及

时准确诊断,特别对病症描述不详者要及时对患者常规检查,如测量体温、血液细胞分析检查、局部穿刺监测发病部位、病原菌分析检查等,以便确定患者病症状况。根据患者病症监测结果,选用针对性抗生素,联合中药治疗,及时调整患者水电解质和酸碱平衡,可使患者症状得到有效的改善。

参考文献:

- [1]齐晓敏,刘玮,王秀芹,等.丹参酮胶囊联合奥硝唑治疗口腔颌面部炎症的探究[J].养生保健指南,2017(5):89-89.
- [2]王晶.丹参酮胶囊联合奥硝唑治疗口腔颌面部炎症的临床价值分析[J].全科口腔医学杂志:电子版,2016,3(17):119-120.
- [3]张力,唐君玲,兰玉燕,等.口腔颌面部鳞癌手术患者感染病原菌分布与机体对炎症反应的调节作用研究[J].中华医院感染学杂志,2016(4):898-899.
- [4]李坤.活性芦荟口疮缓释药膜对口腔颌面部感染创面恢复的临床分析[J].中国执业药师,2017,14(7):36-38.
- [5]段金生,田颖,刘玉芳.中西医结合治疗急性口腔颌面部炎症——附300例疗效观察[J].中外健康文摘:临床医师,2017:77-78.

(上接第19页)

表3:两组产妇并发症发生情况对比[n(%)]

组别	例数	产后大出血	切口感染	宫腔感染	新生儿窒息
急症剖宫产组	65	7 (10.77)	5 (7.69)	3 (4.62)	15 (23.08)
择期剖宫产组	89	2 (2.25)	3 (3.37)	1 (1.12)	5 (5.62)
x ²		17.024	13.647	14.001	16.925
P值		0.011	0.026	0.024	0.013

3 讨论

如何合理选择急症剖宫产和择期剖宫产,作为当前改善产妇产结局、减小剖宫产风险和降低剖宫产率所急需解决的问题。在临床上,若胎儿出现紧急情况时往往采取急症剖宫产,但大部分孕产妇主要通过孕期检查发现剖宫产指征,更注重采取择期剖宫产,避免阴道试产,最大限度提高母婴安全性[2]。赵敏霞[3]等调查研究发现,产妇对阴道分娩信心不足、疼痛恐惧及其他因素影响,在保证分娩安全的情况下,医生最后往往放宽剖宫产指征,从而采取择期剖宫产。相对择期剖宫产而言,在急症剖宫产时产妇已经出现一定危险性,指征更明显,产妇及医生的压力均较大,处理胎位异常的难度较大,且分娩时间较为紧迫,需要采取较大的切口,保证分娩顺利完成[4,5]。由本研究可知,急症剖宫产组妊娠高症、胎位异常、瘢痕子宫、胎儿宫内窘迫、头盆不称占比均大于择期剖宫产组,且急症剖宫产组剖宫产时间、肛门排气时间均长于择期剖宫产组,分娩出血量大于择期剖宫产组;提示急症剖宫产的分娩指征更明显、风险更大。基于上述观点,择期剖宫产在缩短宫产时间、肛门排气时间,减少分娩出血量较急症剖宫产

具有显著优势,亦与择期剖宫产能够在轻松氛围下完成分娩有关,避免急症剖宫产因分娩时间紧迫而采取较大的切口完成分娩。此外,由本研究表3可知,急症剖宫产组各种常见并发症发生率均大于择期剖宫产组;这充分说明了与择期剖宫产对比,急症剖宫产的分娩指征更明显、风险更大,应严格选择分娩手术方式,在努力降低剖宫产率的同时应保证母婴安全。

参考文献:

- [1]李华,秦晓怡.择期剖宫产与急症剖宫产的临床对比分析[J].中外医疗,2017,36(27):120-121+124.
- [2]申烨.产科急症剖宫产与择期剖宫产的临床特征对比分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,4(21):111+113.
- [3]赵敏霞.对比研究产科急症剖宫产与择期剖宫产的临床差异[J].临床医学研究与实践,2016,1(13):122+124.
- [4]符琳鑫.产科急症剖宫产与择期剖宫产的临床特征对比研究[J].中国实用医药,2016,11(15):281-282.
- [5]陈丽清.妇产科急症剖宫产与择期剖宫产的临床特征对比研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(06):855-856.