

· 病例报告 ·

2 型糖尿病合并严重颌面部蜂窝组织炎和败血症

并累及视神经一例报道

李超林¹ 赵璐杰² 李华峰¹ 于晓¹ 王大平¹

口腔颌面部间隙感染为临床常见的面部感染疾病,若治疗不及时,加之糖尿病患者本身血糖控制差,感染细菌很容易入血,引起局部脓肿,甚至败血症,严重时可导致患者死亡。同时少数患者可以因感染导致急性视神经炎,影响患者视力。现报道此患者1例的诊断及治疗经过,希望加强对本病的认识,有利于指导临床治疗。

一、病例摘要

患者,男性,66岁,因面部红肿3 d,于2014年2月就诊于本院内分泌科。既往有糖尿病病史11年,目前使用胰岛素治疗,但血糖控制较差。3 d前无明显诱因双鼻侧皮肤出现局部红肿,有压痛,无脓性分泌物,伴有发热,体温最高39.0℃,无寒战、畏寒及其他阳性伴随症状,在当地诊所给予抗菌药物治疗后仍有发热,体温波动在38.0℃~39.0℃之间,1 d前病情加重,整个面部出现红肿,以右侧明显伴有右侧眼睑肿胀。

入院查体:体温37.1℃,整个面部及颈部红肿,右侧明显,右侧眼睑高度肿胀,球结膜水肿,不能睁眼,右侧面部及下颌部局部皮温高,质地韧,无波动感,心肺听诊未闻及异常,腹部查体阴性,双下肢无浮肿。眼科专科查体:右眼睑软组织高度肿胀充血,右眼结膜充血,结膜透明,瞳孔中度散大,对光反射迟钝,眼底检查不合作,右眼球各方向活动受限。右眼视力仅为光感。

实验室检查:血常规示,白细胞总数 $11.41 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $10.44 \times 10^9/L$;降钙素原3.09 ng/ml, C-反应蛋白261 ng/ml,红细胞沉降率45 mm/h,糖化血红蛋白8.0%,空腹C肽0.558 ng/ml。生化指标检查结果显示,白蛋白19.42 g/L,血糖10.04 mmol/L,碳酸氢盐18.9 mmol/L,肝肾功能正常;血培养+药敏试验结果显示,化脓链球菌阳性,对氯霉素、头孢噻肟钠、左氧氟沙星、青霉素及万古霉素敏感。头颈部CT平扫示右侧眼球突出,颌面部软组织肿胀,右侧明显,颈部软组织肿胀。

诊断:化脓链球菌败血症;蜂窝组织炎(颌面部及颈部);急性视神经炎(右侧);2型糖尿病。

二、治疗

患者入院后给予4次胰岛素皮下注射控制血糖及补液对症支持治疗。请全院相关科室进行会诊,考虑诊断为:2型糖尿病合并颌面部蜂窝组织炎;视神经炎(右侧),根据讨论意见给予利奈唑胺0.6 g静脉输注、2次/d联合青霉素G 320万单位,静脉输注、1次/8 h,甲基泼尼松龙500 mg静脉输注、1次/d,患者颌面部红肿逐渐较前明显减轻,右眼睑可睁眼,体温降至正常。治疗4 d后停用利奈唑胺改为左氧氟沙星(可乐必妥)0.5 g静脉输注、1次/d,甲基泼尼松龙减量至200 mg静脉输注、1次/d,监测指尖血糖波动在10~12 mmol/L,加用阿卡波糖三餐口服联合胰岛素降糖治疗。复查大便涂片检查提示酵母样真菌3(+),提示合并胃肠道真菌感染,给予大扶康100 mg、1次/d口服抗霉菌治疗。因考虑患者合并糖尿病及败血症、霉菌感染,不宜长时间使用糖皮质激素,故3 d后停用甲基泼尼松龙。

停药后2 d患者再次出现颜面部明显肿胀,较前有加重趋势,并蔓延至颈部,监测体温正常,复查血常规示白细胞 $10.54 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $8.1 \times 10^9/L$;红细胞沉降率15 mm/h,降钙素原0.064 ng/ml, C-反应蛋白19.9 mg/L,请口腔外科会诊给予局部诊断性穿刺未见脓性分泌物,复查头颈部CT示颌面部及颈部软组织肿胀,其余未见异常。根据眼科会诊意见给予泼尼松片60 mg、1次/d口服,患者颌面部及颈部逐渐消肿,体温持续正常,复查血常规及C-反应蛋白正常,复查血培养阴性,住院第12天停用静脉左氧氟沙星及青霉素,根据血培养药敏结果选择莫西沙星0.4 g、1次/d口服抗感染治疗。监测空腹血糖约7 mmol/L,三餐后2 h血糖9~10 mmol/L,住院16 d后病情好转出院。出院时体温正常,面部及颈部基本无红肿,右侧眼睑仍有轻度肿胀,右眼可以部分睁开,1米处可识别指数,直接对光反射迟钝。

三、出院随访

患者出院后控制饮食,按照出院时制定的方案进行治疗:泼尼松60 mg、1次/d,莫西沙星0.4 g、1次/d,甘精胰岛素20 U晚8点皮下注射,门冬胰岛素8 U三餐前

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2015.02.033

作者单位:264000 烟台市,烟台毓璜顶医院内分泌科¹、血液透析室²

通讯作者:赵璐杰, Email: lcl1633@sina.com

即刻皮下注射,阿卡波糖平50 mg、3次/d。1个月后门诊随访患者,已经停用口服抗菌药物,强的松减量至5 mg、1次/d,患者一般情况好,体温正常,颌面部及颈部无肿胀,但右眼视力无改善,监测空腹指尖血糖6~7 mmol/L,餐后2 h血糖为8~9 mmol/L。

讨论 临床口腔颌面部蜂窝织炎为多发及常见疾病,以典型的功能障碍及红、肿等炎症反应为特征。本病多以继发性感染为病因,包括医源性、牙源性、外伤性和腺源性感染等,其中最为多见的为牙源性感染。引起蜂窝组织炎的病原菌主要为溶血链球菌,其次为金黄色葡萄球菌,也可为厌氧性细菌^[1]。文献报道显示,近几年糖尿病患者发生颌面间隙感染病例明显增多,一般病情重,常合并败血症及脓毒血症^[2]。因体内持续高水平的血糖可使机体免疫功能紊乱,中性粒细胞吞噬作用及细胞内杀伤作用减弱,从而导致糖尿病患者特别血糖控制差的患者容易合并严重感染^[3]。严重感染及发热等应激状态可导致血糖进一步升高,诱发酮症酸中毒或高渗昏迷,而高血糖可导致感染进一步加重难以控制^[4],故对于糖尿病患者而言,应用抗菌药物抗感染同时给予胰岛素强化控制血糖达标,是同样重要的^[5]。本例患者经过2次颌面部CT检查及口腔科会诊均未发现明显感染病灶,但因患者血糖控制差,抵抗力弱,感染细菌随之入血导致败血症的发生,血培养结果显示革兰阳性球菌,提示败血症原发灶为颌面部感染,同时严重感染也导致轻度酮症酸中毒。在感染治疗过程,抗菌药物合理有效应用较为重要,需依据感染来源对病原菌进行推断,本研究根据细菌药敏结果选择对革兰阳性球菌抗菌活性较好的利奈唑胺及左氧氟沙星抗感染治疗,同时辅助以胰岛素强化控制血糖及其他对症支持治疗,及时有效地降低血糖并控制感染,改善患者预后。

视神经炎发病原因复杂,常见的可能病因包括多发性硬化、维生素B缺乏、烟酒中毒、药物、感染性疾病以及血管性疾病等^[6],蓝育青等^[7]报道81例急性视神经炎患者中,其中感染性疾病患者占39例,病因包括呼吸道感染、副鼻窦炎、口腔感染及梅毒等。炎症波及视神经引起急性视神经炎,导致不同程度的视力下降,而视力完全丧失者少见。目前视神经炎的治疗仍以糖皮质激素为主、辅助以血管扩张药物(如血栓通、丹参等),通过扩张血管,改善眼部血液循环,促进神经修复。其他药物如维生素或免疫抑制剂等也有一定作用。氢化可的松属临床常见的一种类固

醇类药物,静脉输注后能通过抑制视神经局部炎性物质的释放和合成,从而迅速减轻炎症反应,缓解视神经水肿,改善或恢复视神经的功能。本例患者因严重颌面部感染诱发急性视神经炎,治疗上采用氢化可的松冲击治疗4 d,在应用糖皮质激素的同时,联合应用抗菌药物、扩血管药物和营养神经药物等,与文献报道的治疗方案相似^[8]。同时,发现该患者停用静脉激素后出现颌面部水肿反跳加重的现象,过渡为口服泼尼松后水肿减轻,提示对于这类病情严重的患者应用糖皮质激素一方面可以治疗视神经炎,另一面可以明显减轻颌面部大面积感染导致急性炎性水肿,对于挽救患者的生命起到重要的作用,这也是该患者治疗过程中存在的不足及经验教训。虽然经过积极的治疗,但是随访患者的视力并无明显改善,分析其病因,可能是由于发病年龄较大,视神经纤维对炎症的耐受性较差,也可能是患者合并糖尿病病史较长,糖毒性本身也可能对视神经造成损害,加之炎症损伤,最终导致视神经无法再生和修复。该病例的报道,能为临床医师在以后临床工作中遇到类似患者提供一点治疗经验,无论是抗菌药物的选择,血糖的控制还是糖皮质激素的应用方面。

参考文献

- 1 刘运岭,张仑.合并糖尿病对口腔颌面部间隙感染患者的住院天数和并发症的影响[J/CD].中华实验和临床感染病杂志:电子版,2013,7(4):574-576.
- 2 Rao DD, Desai A, Kulkarni RD, et al. Comparison of maxillofacial space infection in diabetic and nondiabetic patients[J]. Oral Surg Oral Met Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2010, 110(4): e7-e12.
- 3 Alexander M, Krishnan B, Shenoy N. Diabetes mellitus and odontogenic infections--an exaggerated risk?[J]. Oral Maxillofac Surg, 2008, 12(3): 129-130.
- 4 Ugboke VI, Owotade FJ, Ajike SO, et al. A study of orofacial bacterial infections in elderly Nigerians[J]. SADJ, 2002, 57(10): 391-394.
- 5 Chen MK, Wen YS, Chang CC, et al. Deep neck infections in diabetic patients[J]. Am J Otolaryngol, 2000, 21(3): 169-173.
- 6 李凤鸣主编.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996:3087-3089.
- 7 蓝育青,张驰,夏朝霞,等.急性视神经炎临床特征和疗效分析[J].国际眼科杂志,2008,8(9):1935-1937.
- 8 陈贻言.甲泼尼龙联合施普善治疗急性视神经炎疗效观察[J].国际眼科杂志,2004,4(3):576-577.

(收稿日期:2014-06-27)

(本文编辑:孙荣华)

李超林,赵璐杰,李华峰,等.2型糖尿病合并严重颌面部蜂窝组织炎和败血症并累及视神经一例报道[J/CD].中华实验和临床感染病杂志:电子版,2015,9(2):278-279.