

颌面外科术后的内科并发症

北京医科大学口腔医学院颌面外科 肖先斌 赵福运 张建国 胡晓红

提要 本文总结了本院颌面外科病房自1986~1989四年来颌面部手术患者术后所发生的内科并发症共59例,并对其发生、预防措施作初步探讨。所发生内科并发症中以全身性感染占第一位,其中以肺炎最多,泌尿系感染其次;内分泌代谢疾患占第二位;心血管并发症占第三位。

关键词 颌面外科手术 术后并发症

随着颌面外科的进展,手术范围的不断扩大,其全身性的并发症也相应增多,如某些内科并发症往往起病隐匿及口腔科医师有时对内科并发症认识不够,易发生漏诊而贻误病情。本文总结了本院4年来(1986~1989)所发生的颌面外科术后的内科并发症59例,占总手术人数(3628)的1.63%,并做初步讨论,以供同道参考。

一、全身性感染,共24例(不包括手术局部感染),占其第一位。其中以胸腔内感染最多共18例,其中大叶性肺炎1例、支气管肺炎12例(3例合并肺不张)、肺脓疡1例、化脓性纵膈炎2例(皆合并纵膈气肿)、胸腔积液2例。肺炎患者中1例合并成人呼吸窘迫综合征(ARDS)、1例并发急性左心衰竭并导致死亡。

泌尿系感染5例,其中3例为老年男性患者原有前列腺肥大症状,术中用东莨菪碱做复合麻醉,术后发生尿潴留并导致感染。

败血症2例其中一例为输入感染血致成。

例一:谢某某,男性,48岁,因左舌根部出现一肿物一年余,于1988年9月23日住入我院颌面外科(125889)。患者一年多前左舌根部出现一肿物开始无痛,逐渐增大,曾在某医院用多种抗生素治疗无效,后取活检病理诊断为鳞状细胞癌,行放射治疗共40次(4000r),无效,又进行化疗共三个月,但未按具体方案,用过平阳霉素、长春新碱、环磷酰胺,但不知剂量,因无效故自动停药。因肿物仍不断增大,及出现疼痛二个月,来我院治疗。体格检查:患者意识清醒,自动体位,消瘦,无脱水,苍白、皮肤黄染。肺部检查无异常,心界不大,心尖部有I~II级收缩期杂音,肝、脾均未及,下肢无浮肿。血压18.7/11.2kPa。颌面外科情况:舌后1/3左侧缘有1.5×1.5cm³大小周围隆起性溃疡,浸润较深,下颌及颈部淋巴结无肿大。Hb11g%,WBC 9400/mm³,N67%,BPC 17万/mm³,出、凝血时间正常,HBSAg(-)。胸片两肺纹理稍重,无转移病灶。于1988年10月6日行左舌、颌、颈根治术,及气管切开术。术后第三日体温升高达38.7℃,术后第四日达39.7℃,查白细胞24 000/mm³,中性91%,有中毒颗粒,手术伤口有感染,术后第六天患者咳嗽,气喘较重,两肺后下区有湿性罗音,左侧较密集,心率达110次/分,

加用青霉素及庆大霉素治疗。胸部摄片左下肺有小片状阴影,诊断支气管肺炎。患者咳嗽及体温有好转现象。术后十天脓培养及痰培养均见有细菌生长为绿脓杆菌,换用敏感试验高敏药物羧基苄青霉素及丁胺卡那霉素,局部用双氧水换药,三日后体温正常咳嗽明显好转,伤口分泌物减少,继续治疗并拔除气管导管,于10月26日患者痊愈出院。

二、内分泌及代谢紊乱并发症占第二位,共21例。术后发生糖尿病高渗性昏迷1例(术前未查血糖及尿糖)、术后尿崩症2例、低蛋白血症5例(其中4例为颈淋巴结清扫术中损及胸导管形成乳糜漏者)、低钾血症5例、低渗性脱水5例、高渗性脱水2例、低氯性碱中毒1例。

例二:魏某某,男性,62岁,因牙龈肿胀4个月住我院颌面外科病房(054743)患者因下前牙龈肿胀疼痛4个月,用抗菌药物治疗无效,前牙松动,且于20天前破溃有恶臭,经外院活检为高分化鳞癌,而转来我院。体检:意识清醒,发育佳,营养稍差,皮肤无出血点,无脱水征,颈动脉无异常。肺部有轻度肺气肿征。心界不大,律整,心尖部有I级收缩期吹风样杂音, P₂>A₂,肝肋下0.5cm,质软,无压痛,边缘光滑,脾未及,下肢无浮肿。神经系统检查无异常。血压18.7/10.7kPa,ECG示有完全性右束支传导阻滞。颌面外科情况:下颌前牙牙龈有5×4cm²范围大小肿块,中心溃烂,有脓苔、肿物与皮肤粘连,下颌有1.5×1.5×1cm³大小淋巴结,质中硬、无活动、无压痛。诊断:牙龈癌、肺气肿,及完全性右束支传导阻滞。患者尿量、血、尿常规,BUN均正常(17mg%)。患者有1986年2月14日行下颌肿物扩大切除术,及颈淋巴结清扫术。术后排尿不畅,手术当日导尿2400ml,次日2800ml,第三日体温38.9℃,尿量3300ml,颈部伤口化脓,术后第四日尿量达4400ml,无口渴,第六日尿量增加至8330ml,患者神志不清,语无伦次,嗜睡,尿失禁,血压18/10.7kPa。术后第七日查血钠154meq/升,血钾4.55meq/升,血氯106meq/升,尿量7100ml,Hb16.5g%。每日给患者补液,摄入量=出量+1000ml,并给于低张液体,积极控制感染,使用地塞米松缓解中毒症状,及应用双氢克尿噻100mg,每日二次,及用安妥明250mg,每日三次,查多次血糖均正常,尿比重1.008。由术后第十一日尿量开始减少,至第十五日尿量为3400ml,比重1.016,患者体温已正常,神志精神佳,伤口感染基本痊愈,Hb14g%,BUN17mg%,血钠140meq/升。停止输液。后尿量每日1000~1500ml,患者于3月21日痊愈出院。出院诊断:牙龈癌,术后尿崩症,高渗性脱水。

例三：黎某某，女性，73岁。因右下牙床溃烂4个月，1988年4月4日住入我院颌面外科病房（161639）。患者4个月前右下牙龈出现一溃疡，伴疼痛，边缘隆起，在外院活检为鳞癌Ⅱ级，来我院手术治疗。患者两三个月来因疼痛只能进流质与半流质饮食，自觉消瘦。入院体检，意识清醒，消瘦，发育尚佳，皮肤弹性较差，无出血点。颈动脉无异常。肺部无异常体征。心界无增大，心律整104次/分，心尖部有Ⅱ级收缩期吹风样杂音， $A_2 > P_2$ ，肝肋下0.5cm，质软，无肿物，无压痛，脾未及，四肢关节、神经系统均无异常。血压24/13.3kPa，Hb148g/L，WBC7500/mm³尿常规、肝、肾功能检查均正常，胸透正常，ECG示窦性心动过速，Ⅰ、ⅡaVF导联ST段下移0.05~0.1mv。颌面外科检查：右下颌肿胀、皮肤固定粘连3×3cm，开口三指，有下牙龈有4×1.5cm清腐性肿块，右颌下有2×2cm大小淋巴结，质硬，不活动。于1988年4月14日行右颌颈联合根治术。术后当日能自行排尿，术后第二日排尿困难，腹胀、嗜睡，乏力，ECG除STⅠ、ⅡaVF下移外并有TⅠ、ⅡaVF₃低平，T波增宽，QT延长达0.54s。急查血钾2.9meq/L、血钠131meq/L、血氯90meq/L。给予补钾，第一日6克氯化钾，后每日4.5克氯化钾，两日后患者能自行排尿，精神好转，腹胀减轻，腱反射增强，血钾增至3.4meq/L；继续如上补钾。4月20日查血钾4.0meq/L，ECGT已恢复至术前，Q—T0.40s，停止补钾。患者于4月26日出院。出院诊断：牙龈鳞癌，高血压动脉硬化性心脏病，低钾血症。

三、颌面部术后心血管系统并发症也相当常见，占本组病例的第三位，共发生13例。其中1例为术后发生急性前间壁心肌梗塞，4例冠状动脉供血不全加重，出现心绞痛，及心电图显示有心肌供血不足加重表现。另外，术后出现需及时纠正的心律失常8例，其中多发、多形性室早2例、室性并行心律1例、房颤1例、反复发作的短阵房速2例、Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞1例。麻醉插管后及术中出现的心肌缺血表现及心律失常，术后已消失者不包括在内。

例四：朱某某，男性，49岁，因左下颌肿胀8个月于1986年5月16日住入我院颌面外科病房（061129）。患者于8个月前发现左下颌原因不明肿胀，无外伤史，无感染史，无疼痛，用抗菌药物治疗无效，后出现局部牙齿松动，来我院检查，诊断左下颌骨瘤化囊肿收入院治疗，患者既往无心前区疼痛或胸网史，无心脏病史，无高血压病史，1982年曾做心电图检查述“正常”。体格检查：意识清醒，体位自如，发育营养性，皮肤无脱水、黄疸、蜘蛛痣，皮疹、出血点。颈动静脉无异常，气管正中，甲状腺不大。肺部无异常体征。心界不大，律整72次/分，心脏无器质杂音， $P_2 > A_2$ 。肝、脾均不大。下肢无浮肿，桡动脉无硬化征。神经系统无异常。血压18.7/12kPa。颌面外科情况：左下颌骨肿胀，无发热及充血，轻度压痛，无弹性感，局部淋巴结无肿大。术前来做心电图，术中未行心脏监护，术中血压波动13.3—23.5/8—14.7kPa，心率66—124次/分。术后第二日患者体温达39.1℃，气短，不能平卧，检查发现左上肺音震增强，叩诊稍浊，出现管状呼吸音未闻罗音，心界不大，心尖部有Ⅱ级收缩

期吹风样杂音及第三心音，心律匀齐，80次/分，血压12/8.8kPa。ECG检查：V₁—3为QS波，ST弓背抬高，及T波轻度倒置，呈典型前间壁急性心梗表现。护送下转综合医院治疗（经访患者住监护室一周，后转普通病房，2个月后感愈出院）。

讨论

根据以上材料及典型病例介绍，可看出颌面部手术因其特点易导致某些内科并发症的发生。

（一）颌面部手术因口腔彻底消毒困难，易发生术后感染；又因距离声门较近，因防止声门水肿发生窒息，故做气管切开较多，肺部感染机会增多；手术伤口距气管切开较近，感染后分泌物易污染气管切开口处；因解剖部位关系施行全麻手术较多、及术后伤口疼痛及包扎影响患者咳嗽、排痰、易致肺不张，及肺部感染。本组病例一伤口感染处分泌物，及痰均为绿脓杆菌，可能即为气管切开护理操作及吸痰时无菌操作不够，致成带菌分泌物污染气管切开口，吸入形成肺炎。

（二）颌面外科患者术前常有进食困难，除抵抗力下降易致感染外，尚有易导致术后低蛋白血症，及水电失衡。例三患者即为一低钾血症患者，虽然手术创伤，输血会使血钾增高，但患者仍于手术后第二日即发生了严重的低钾血症，患者术前即有较长时期的进食受限，及明显消瘦，估计已有低钾血症存在，但因警惕性不高未及时检查血电解质，其它几例水电失衡患者也有术前未及时查电解质者，应引以为戒。建议术前、术后均应注意患者的电解质检查。另外本组有两例患者行颌面外科手术后出现尿崩症症状（如例二），非颅脑手术后引起尿崩症未见文献报导^{〔1〕}，但曾有文献论及尿崩症中的一种少见类型为渴感减退伴抗利尿激素“阈值”升高综合症，可因严重精神刺激引起，使丘脑—垂体后叶对血容量降低的反应不敏感，使垂体后叶素分泌不足而致产生尿

崩症。此类患者虽大量利尿但渴感不重,本组之二例患者均无渴感,可能为此类综合症,但需进一步观察以证实。

(三)颌面外科术后患者心血管系统并发症也不少见,本组病例占第三位,且有一例发生急性心肌梗塞,其它以冠状动脉供血不全及心律失常为多见。手术应激、麻醉、气管插管均可使血压升高,心率增快,使心肌耗氧量上升,Barach等人通过研究认为血压(收缩压)与心率乘积超过22 000即超过绞痛阈值,超过30 000则可发生心衰及心内膜下出血。Russell⁽⁴⁾等人观察气管插管时血中儿茶酚胺水平升高,且主要为去甲肾上腺素,故血压升高。另外有的学者报告术前心电图有明确缺血性改变者,术后发生心肌梗塞者竟高达8%⁽²⁾;还有学者报导术前有高血压史者术后发生缺血性改变明显增多⁽³⁾。本组介绍之例四,术前无冠心病病史,无心脏症状,无高血压史,血压也在正常范围,故忽视了心脏并发症出现的可能,术前未做心电图,术中也未行心电图监护,对术中血压波动较大也未注意。及至患者出现气短,血压偏低等表现又因合并了大叶性肺炎而混淆,幸值班医师及时做心电图检查而及时确诊,险些漏诊造成严重后果。

最后建议:首先注意患者之术前情况,注意饮食情况与体重下降情况。术前除常规做肝、肾功能生化检查外,也应注意血糖、电解质、血浆蛋白的检查,术前对体质较弱患者应迅速调理,及营养补充,应做到既迅速改善患者一般健康状况,也不贻误手术时机。对有心脏病、高血压、40岁以上患者术前均做心电图检查,必要时心脏监护。术前注意做到患者的口腔清洁、预防性使用抗菌药物,尽量减少术后感染。术中要注意患者的失血、失液及电解质的补充;注意血压、心率的波动;药物的副作用;必要时心电图及

血气监测;术中应注意某些并发症的出现,如颈淋巴清扫术要防止损伤胸导管,气管切开要注意缝合严密及伤口不应偏斜以避免纵膈气肿的发生。术后除注意伤口止血、感染以外要高度警惕内科并发症的发生,做到积极预防及早期发现。气管切开病人护理尤其重要,要做到病室空气清洁,同室无感染患者,护理人员要做好护理计划,定时口腔清洁、翻身、拍背、训练深呼吸、蒸汽吸入,消毒更换气管套管,正确吸痰,杜绝嘱家属吸痰的事情发生,一定做到一次一管。对有咳嗽症状,体温原因不明的升高,白细胞的升高要注意肺部体征的检查,及及时的床边拍片,随时查尿常规及导尿患者应注意尿培养。合理的应用抗菌药及提高机体抵抗力药物(如免疫增强剂及转移因子等)。对体质很差者应小量输血。术后应注意记录患者出入量及查电解质,有水、电失衡应及时纠正,注意患者营养尤其是鼻饲患者,对其鼻饲物的量和质均应详细安排,及检查实施情况,必要时合理使用营养药物如白蛋白、复合氨基酸、乳化脂肪等。对老年患者、冠心病或可疑冠心病、高血压、心律失常等患者,术后要复查心电图,且应与术前及术中心电图对比,以及时发现心血管并发症并积极治疗。以上为粗浅体会敬请指导。

参考文献

- 1 上海第二医学院附属瑞金医院内分泌组综述. 糖尿病研究的若干进展. 国外医学参考资料(内科学分册) 1975; 2(9): 384
- 2 RogorFletcher. Coronary disease and anaesthesia. Aneasthesia. 1980; 35: 27
- 3 Jahn. Von. K Norring. Postoperative myocardial infarction. A prospective study in a risk group of surgical patient. Surgery 1981; 90: 55
- 4 Russell. W. J, et al. Changes in plasma catecholamine concentration during endotracheal intubation. Brit. J. Anesth 1981; 53: 837