

急性化脓性腮腺炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E6\\_80\\_A5\\_E6\\_80\\_A7\\_E5\\_8C\\_96\\_E8\\_c22\\_306277.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_8C_96_E8_c22_306277.htm) 名称急性化脓性腮腺炎所属科室口腔科病因急性化脓性腮腺炎较少见。为化脓性致病菌所引起，最常见的致病菌是金黄色葡萄球菌。多数并发于一些患有严重疾病（如急性传染病）或大手术后的病员。正常时，腮腺分泌大量唾液经腮腺导管排入口腔，有帮助消化及冲洗自洁作用。重病及消耗性疾病，如急性传染病后期或胸、腹部大手术后的病员，机体抵抗力下降，全身及口腔的免疫能力减弱，唾液分泌功能障碍，致病菌经腮腺导管逆行进入腺体而发生急性化脓性腮腺炎。此外，外伤或四周组织炎症的扩展，涎石、疤痕挛缩等影响唾液排除，亦可引起本病。临床表现发病急骤。多数病员有高热、寒战、全身不适、白细胞增多等全身症状。少数病员由于机体状况衰竭，上述全身反应可不明显。急性化脓性腮腺炎多发生于一侧。患侧腮腺区红肿明显，下颌后凹消失，耳垂上翘。由于腮腺包膜致密，肿胀受到约束，内部压力增高，故疼痛剧烈，触压痛明显。有程度不等的张口受限。患侧腮腺导管开口处红肿，有脓性分泌物排出。由于筋膜分隔，脓肿常为多个、分散的小脓灶，故早期无典型的波动感。诊断时要注重和流行性腮腺炎鉴别。后者是由病毒所引起的传染病。多见于小儿，有接触传染史，常为双侧性。腮腺导管开口处无脓性分泌物。白细胞总数不高，分类中淋巴细胞比例增多。诊断1. 病史 可有全身系统性感染或传染病引起的发烧，大手术后禁食，脱水，或全身慢性消耗性疾病的历史，以及急性感染的

全身及腮腺局部表现。 2.临床表现(1)单侧亦可为双侧同时或先后发生急性腮腺肿大、胀痛或持续性跳痛，张口受限，全身发热不适等病症。(2)局部病变表现为以耳垂为中心的腮腺肿大，皮肤发红，皮温增高，明显压痛，由于腮腺包膜致密，故扪之较硬。(3)口内腮腺导管口红、肿，分泌减少，病变后期当挤压腮腺腺体，可有淡黄色较稠的脓性分泌物溢出。(4)由于腮腺腺体呈分叶状，故其脓肿形成后可表现为多灶性，即多个分散的脓肿，加之腮腺筋膜坚韧，故即使有脓肿形成亦难以扪及波动感（临床诊断主要根据病程，全身中毒反应及局部穿刺，抽出脓液而确诊）。(5)全身情况较差的患者，急性期感染可向相邻组织间隙扩散，而表现相应间隙的蜂窝组织炎的临床体征。病程后期脓肿穿破腮腺筋膜及相邻组织，可由外耳道溃破溢脓，亦可在颌后或下颌角区形成皮下脓肿。

鉴别诊断1.流行性腮腺炎多发生于儿童，有流行病接触史，多为双侧腮腺受累，腮腺腺体肿大，但疼痛较轻，导管口无红肿，唾液分泌清亮无脓液，四周血白细胞总数不增高，但淋巴细胞比例增大。腮腺不形成脓肿，常经7~10天而痊愈。 2.嚼肌间隙感染主要为牙源性感染，表现为以下颌角为中心的肿胀、压痛，张口受限明显，但腮腺导管口无红肿，分泌清亮，脓肿形成可扪得深液动感。 3.腮腺区淋巴结炎又称假性腮腺炎，表现为区域性腮腺肿痛，病变与腮腺解剖形态不一致，腮腺导管口无红肿，唾液分泌清亮。治疗本病虽少见，但病情常较严重，应积极预防。对重病及大手术后的病员，应非凡加强口腔护理，保持口腔卫生，鼓励咀嚼运动，给酸性饮料或食物刺激唾液分泌，增强冲洗自洁作用。发病后要注重改善全身情况。对体质衰弱的重病员，应维

持机体的体液平衡，纠正电解质紊乱，必要时输少量新鲜血以增强机体抵抗力。及早选用大剂量抗生素控制感染，内服、外敷中草药。如脓肿形成，需作切开引流。切开时要注重防止损伤面神经。一般在耳屏前作切口，切开皮肤、皮下组织、暴露腮腺，用小血管钳沿面神经走行方向行钝性分离，对分散的小脓肿作多处引流。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)