

拔牙引发二次危机 心脏长出“细菌马蜂窝”

42岁的张先生(化名)三年前因主动脉瓣病变,接受了机械主动脉瓣置换手术,术后按医嘱进行抗凝治疗,病情控制良好,工作生活和常人无异。但谁也没想到,一次拔牙,打破了这份平静。张先生拔牙后出现发热、浑身乏力、精神萎靡等症状,最终被确诊为人工瓣膜相关性感染性心内膜炎(缓症链球菌感染)。

通讯员 曹慧慧 张洁 扬子晚报/紫牛新闻记者 吕彦霖

拔牙后发热乏力,查出两处关键异常

3个多月前,张先生在当地诊所拔除智齿。他认为拔牙是一件小事,当医生询问病史时,他没有告知自己曾做过心脏手术,因而医生没有为其预防性使用抗生素。拔牙后,张先生出现了发热、浑身乏力、精神萎靡的症状,虽然进行了治疗,但病情始终无法根本好转。

在家人的陪伴下,张先生到南京市第一医院感染性疾病科主任王文静的专家门诊就诊。通过细致查体,发现两处关键异常:一是患者胸骨右缘第2肋间闻及Ⅲ级收缩期喷射性杂音,与正常人工瓣膜的听诊表现不符;二是患者左手小指尺侧有一枚紫红色、隆起且压痛显著的结节。

据介绍,这枚结节医学上

称为Osler结节,是感染性心内膜炎特征性周围体征,由免疫复合物介导的末梢血管炎引发,普通呼吸道、口腔感染绝不会出现。结合张先生人工瓣膜置换病史、拔牙感染诱因、新发心脏杂音、Osler结节四大关键依据,王文静高度怀疑感染性心内膜炎,立即安排他住院检查和治疗。血培养检查检出致病菌缓症链球菌,对青霉素高度敏感;经食管超声(TEE)检查显示人工主动脉瓣瓣架固定良好,但瓣膜上可见14×7mm感染性赘生物,随瓣叶启闭摆动,已造成人工瓣膜中度反流。

专家介绍,心脏瓣膜上的赘生物,是血小板、纤维蛋白、细菌及炎性细胞聚集形成的感染性血栓,如同驻扎在心脏里的“细菌马蜂窝”,持续向血液中播散病菌。赘生物碎片一旦脱落,可能引发脑、肾、脾、肠系

膜等全身多脏器栓塞,严重时可诱发心衰、危及生命。

结合改良Duke诊断标准,张先生最终被确诊为人工瓣膜相关性感染性心内膜炎(缓症链球菌感染)。

心脏高危人群看牙时务必提前告知病史

明确诊断后,王文静主任团队为张先生开展抗感染治疗。经过2周治疗,张先生体温恢复正常,C反应蛋白、降钙素原等炎症指标显著回落。但超声复查显示赘生物虽略有缩小(由14×7mm减至12×6mm),人工瓣反流程度未改善,且存在反复栓塞风险。经多学科会诊综合评估,张先生具备明确手术指征,随后转入心胸血管外科,顺利完成二次机械瓣膜置换手术。病情稳定



左图为患者左手小指上的结节

后返回感染性疾病科,继续完成4周全程抗感染治疗。

据悉,感染性心内膜炎(IE)是细菌、真菌等病原体经血流侵袭心脏内膜及瓣膜引发的严重炎症疾病。病原体在瓣膜表面定植繁殖,形成感染性赘生物,不仅会引发全身感染中毒症状,还会损害瓣膜功能、诱发心衰、全身多脏器栓塞,致残致死率极高。高危人群包括有感染性心内膜炎既往病史者;人工心脏瓣膜置换患者(术后6个月内为超高危期);植入心脏电子设备、心室辅助装置人群;先天性心脏病、风湿性心脏病、退行性瓣膜病、肥厚型心肌病患者。

专家提醒,如果出现不明原因发热超过1周,常规消炎治疗无效、反复迁延;新发心脏杂音,或原有心脏杂音性质、响度

发生改变;不明原因栓塞症状如突发偏瘫失语、剧烈腰痛、腹痛、肢体剧痛等;特征性周围体征如Osler结节、甲床线状出血、Janeway损害、Roth斑;不明原因乏力、贫血、体重快速下降要引起重视。

此外,王文静强调,口腔细菌是诱发感染性心内膜炎的常见致病菌,日常口腔健康管理非常重要。要保持良好口腔卫生,定期洗牙、口腔检查,及时根治龋齿、牙周炎、牙龈炎;心脏高危人群,进行拔牙、根管治疗等牙科侵入性操作前,务必提前告知病史,规范预防性抗感染;严禁自行挤压皮肤疖、痈,尤其是面部危险三角区感染病灶,避免细菌入血;高危人群就医主动告知心脏基础病史;不明发热避免自行服药;定期复查、有异常早诊治。

头痛心悸、视物模糊、肠胃不适…… 都可能是颈椎病的“百变伪装”

如今,伏案办公、低头看屏已成为大众日常,颈椎劳损不再是中老年专属病症,青年群体患病比例持续攀升。在江苏省中医院麻醉科疼痛门诊,经常遇到不少患者因头痛心悸、视物模糊、肠胃不适辗转多科室检查,各项指标未见异常,最终才溯源至颈椎病变。该科主治医师黄岚表示,颈椎结构串联血管、神经、交感与迷走神经,一处退变便可引发全身连锁反应,症状纷繁复杂极易误诊。

四大诱因导致颈椎病高发

颈椎病为何如此高发?专家指出,这往往是多重因素叠加的结果,主要包括职业劳损、年龄退变、寒湿刺激和情绪压力四大诱因,几乎覆盖全年龄段人群。长期伏案工作、驾驶或做家务的人,因持续保持低头姿势,颈部肌肉长期紧张,椎间盘弹性加速下降;中老年人因颈椎自然老化,血管弹性减弱,轻微的压迫就可能引起剧烈眩晕;颈肩部长期受冷风或寒湿侵袭,局部血液循环受阻,肌肉容易持续痉挛;而长期精神紧张、焦虑或情绪内耗,也会导致全身肌肉僵硬,进一步加重颈椎筋膜紧张,形成恶性循环。

此外,个体代偿能力的差

异,使同样的颈椎损伤在不同人身上表现出截然不同的症状。年轻人肌肉饱满、血管弹性好,可通过肌肉代偿缓冲压力,往往仅表现为短暂的颈肩酸痛;而老年人肌肉萎缩、血管硬化,即使轻微的椎间盘突出,也可能引发持续性头晕、心慌。这种个体差异,大大增加了颈椎病早期识别的难度。

颈椎病症状分为五大类型

颈椎病的表现也常常具有迷惑性,症状可能遍及全身,容易与心脑血管、消化系统、五官科甚至精神类疾病混淆,误诊率较高。临床可分为五大核心类型,加上迷走神经受刺激,表现极为复杂:

颈型:属于早期病变,表现为肌肉失衡、头部前伸、圆肩驼背,肩颈僵硬易疲劳,胸廓活动受限,是干预的最佳时机。

神经根型:最为常见,椎间盘压迫神经根可引起手臂放射痛、指尖麻木,夜间加重,受压节段不同,异常手指位置也不同。

椎动脉型:风险较高,椎动脉受压导致脑供血不足,可引发眩晕、耳鸣、眼前发黑,严重时甚至猝倒,有摔倒风险。

交感型:善于“伪装”,交感神经受刺激可致转头时眩晕、

视力下降、假性心绞痛、血压波动,容易被误认为心血管疾病。

脊髓型:最为凶险,表现为脚底有踩棉感、手部精细动作困难、行走无力。盲目按摩或外力作用可能加重肢体功能障碍,需尽早规范治疗。

除了颈肩痛、手麻、头晕等典型症状外,颈椎病还可能引发多种非常规全身表现:消化系统方面,交感神经紊乱可致胃酸分泌异常,出现反酸、嗝气、腹胀;心血管方面,C7—T1节段退变可能引发早搏、胸闷心悸,且症状随颈部姿势变化;五官方面,骨赘压迫食道可致吞咽异物感,伴随后头痛、视物模糊、耳鸣;精神睡眠方面,脑供血不足及迷走神经受卡压,可导致失眠多梦、焦虑、慢性疲劳。

值得一提的是,迷走神经是人体最长的副交感神经,从脑干经颈部分布到胸腹腔脏器。长期低头会使颈软组织紧张,压迫迷走神经,产生两种状态:当腹侧迷走神经激活时,情绪平稳、内脏功能正常;而当背侧迷走神经紊乱时,则易诱发焦虑抑郁、慢性胃炎、肠易激综合征、免疫力下降和慢性酸痛等。近九成的身心慢性不适,都与颈部压迫所致的迷走功能受损有关。

通讯员 孙茜 扬子晚报/紫牛新闻记者 万惠娟

14岁女孩多颗乳牙迟迟不掉 查出百万分之一罕见病

乳牙迟迟不退,恒牙深埋不出;左眼斜视难愈;左手无法完全翻转;嘴唇时常青紫……父母带着14岁女孩小杨(化姓)在当地辗转就医多年,始终未能找到答案。2025年初,小杨的哥哥将她带到武汉大学口腔医院就诊,最终确诊了一种全球仅报道百余例、发病率低于百万分之一的罕见基因病:眼一面一心一牙综合征。更惊险的是,这场以“牙”为起点的诊疗,及时发现了潜藏在胸腔里的致命“缺口”,在心力衰竭来临之前为她抢回了生机。

“孩子从小牙就长得慢,前门牙刚长出来就是黑的。”小杨的妈妈一直以为,是孩子小时候糖吃多了,或是长期咬奶嘴所致。可小杨直到14岁,口腔里依然盘踞着十余颗乳牙。

牙齿的困扰,只是冰山一角。小杨的左眼,患有严重的虹膜缺损和弱视,几乎只能感知光亮,无法看清物体。强光下,眼睛刺痛难忍。

更隐秘的异常在肢体。她的左手僵硬,无法像常人一样掌心向上翻转。去骨科检查,被告知是骨骼结构先天异常,活动范围被“卡死”。右侧脚趾,也呈现出异常的锤状畸形。

与此同时,小杨的嘴唇时常莫名发紫。家人以为是体质偏弱,却不知这是心脏供血不足、缺氧的外在表现。

2025年2月,小杨的哥哥带着她来到武汉大学口腔医院就诊。儿童口腔科主任袁国华高度怀疑,这是一种多系统受累的基因综合征。基因筛查结果显示,小杨患上眼一面一心一牙综合征(OFCD综合征)。这是一种由基因突变引发的罕见病,它会同时攻击眼睛、面部、心脏、牙齿、骨骼,症状分散,极易漏诊、误诊。

心脏超声结果则发现,小杨患有房间隔缺损,左右心房之间存在一个“洞”,长期异常分流,已引发肺动脉高压。若不及时修补,随着年龄增长,必将导致心力衰竭、心律失常,甚至猝死。

2025年夏天,小杨在武汉大学中南医院接受了房间隔缺损封堵术。半年后,团队开始为小杨拔除滞留乳牙,为恒牙牵引扫清障碍。十余颗乳牙,需要分次完成。

袁国华指出,以下四类需要高度重视的牙齿异常现象,一旦发现,应当尽早全面就诊评估:一是牙齿替换、萌出异常;二是牙齿形态大小异常;三是牙齿颜色、质地异常;四是全口广泛性发育缺陷。尤其需要注意,当牙齿异常同时合并斜视、视力受损、肢体活动障碍、口唇经常性青紫、生长发育迟缓等多种表现时,要警惕多系统受累的综合征类疾病,必要时完善全身检查与基因检测。

极目新闻