

. 个案报告 .

以反复肺部感染为表现的脑脊液耳漏 1 例

罗俊华 吴 娜

【关键词】脑脊液耳漏;肺部感染;脑脊液耳漏修补术

【文章编号】1009-153X(2022)10-0872-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 651

1 病例资料

77 岁男性,因间断发热 12 d 伴咳嗽、咳痰加重 1 d 于 2021 年 7 月入院。曾在当地医院诊断为“上呼吸道感染”,经抗感染治疗等处理,效果差,遂来我院。既往有过敏性鼻炎病史 40 余年,曾诊断“左耳神经性耳聋”。入院后肺部 CT 示双肺炎。因耳闷、耳鸣、听力下降,经耳鼻喉科会诊,行鼻窦部 CT 检查未见异常;电测听考虑右侧中重度感音性耳聋,左侧中重度混合型耳聋。经抗感染治疗后,肺部 CT 示肺炎有所吸收,但不彻底,呈游走性,累及多叶、外侧带分布,渗出样改变。反复联合用药抗感染治疗 3 个月,肺炎仍反复,持续存在咳嗽、咳痰等,耳闷、耳鸣及双耳听力下降时轻时重。呼吸道感染病原体、真菌感染血清学、结核、风湿、血管炎、寄生虫等检查均阴性,血清 IgE 偏高,多次纤维支气管镜检查未见异常。

自诉“流清涕”,多为左侧鼻腔,低头时明显。立即查鼻腔分泌物常规显示糖 5.22 mmol/L,考虑脑脊液可能。行乳突高分辨率 CT 三维成像(图 1)考虑左侧慢性硬化性中耳乳突炎,不能除外胆脂形成;左侧乳突上缘局部骨质欠连续。再次请耳鼻喉科会诊,鼻内镜检查示:左侧咽鼓管开口处用力后可见透明清亮水样分泌物溢出,考虑脑脊液耳瘘。反复追问病史,自诉入院前 1 个月曾有头部外伤史。诊断为脑脊液耳漏,遂在全麻下行脑脊液耳漏修补术。

取耳后切口,深达乳突筛窦,从筛区磨开乳突、鼓窦,见清亮的脑脊液自中颅窝底流出,窦天盖有一 1.5 cm×1 cm 大小不规则骨性缺损,缺损处可见膨出的蛛网膜组织;双极电凝止血并将膨出蛛网膜组织缩小;取左下腹皮下脂肪备用,骨蜡填塞封闭鼓窦,沿骨质缺损中颅窝面边缘游离硬脑膜,于耳后切口上方切取颞肌筋膜,直径约 1 cm,填塞于脑膜与中颅窝底骨性缺损之间,乳突腔填塞脂肪,漏液停止。

术后强制半卧位(上半身抬高 30°),避免咳嗽、用力等,预防便秘及下肢深静脉血栓形成等,并给予抗感染、止血、脱水降颅内压等治疗。术后 14 d,未再出现“流清涕”,右耳听力好转,左耳耳闷、耳鸣消失,咳嗽、咳痰明显减少,肺部 CT

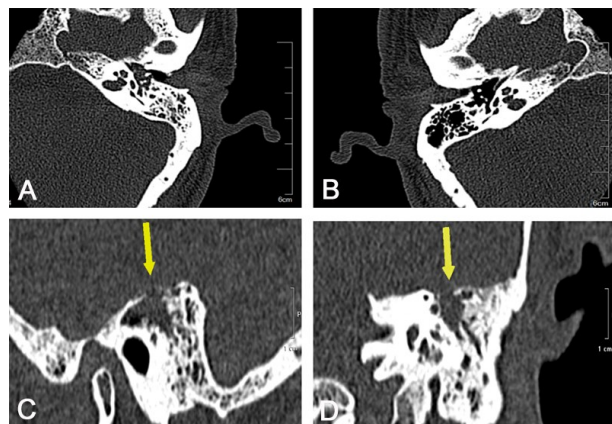


图 1 以反复肺部感染为表现的脑脊液耳漏乳突高分辨率 CT 表现

A. 左侧中耳密度鼓室、乳突小房为软组织密度影填充;B. 右侧中耳正常;C、D. ↑ 示左侧乳突上缘局部骨质欠连续

示双肺未见新发炎症。随访半年,病情稳定,未诉特殊不适。

2 讨论

脑脊液耳漏分为继发性和自发性,其中继发性脑脊液耳漏主要原因为耳部及颅脑损伤、手术或慢性中耳炎等。这些原因使蛛网膜下腔与中耳相通,脑脊液就会流入中耳,形成脑脊液耳漏。若鼓膜完整,脑脊液可经咽鼓管流至鼻咽部,再经鼻腔溢出,称为脑脊液耳鼻漏。脑脊液耳鼻漏的临床症状多不典型,极易误诊,主要表现为耳道或鼻腔内流出清水样物质,常因低头、打喷嚏等动作而致分泌物明显增加,同时伴有耳闷、耳鸣、听力减退等中耳积液症状,因此常被误诊为中耳炎或过敏性鼻炎。夜间咳嗽也是临床表现之一,当脑脊液经咽鼓管流入咽部,误吸入气道,就会出现呛咳。而以反复肺部感染为表现的脑脊液耳漏临床极少见。

本文病例自 2021 年 7 月起,近 4 个月的时间里,反复发生肺部感染,根据影像学特点考虑吸入性肺炎,但因一直未找到误吸的来源,故病情迁延不愈;在明确脑脊液耳漏,并经过手术修补术后,未再发生肺炎。由此推测,正因为脑脊液反复误吸入下呼吸道,导致反复呈游走性、累及多叶的肺部渗出样改变。该病人反复耳闷、鼻塞、流涕误诊为神经性耳聋及过敏性鼻炎的原因如下:既往有神经性耳聋及过敏性鼻炎等病史;外伤史不明确,未予注意;头颅及鼻窦部 CT 未见异

常;经耳鼻喉科专科处置,不适症状有所缓解;一直无误吸、呛咳等临床表现,可能与吸入量少、高龄、咽反射减弱有关。

脑脊液耳漏诊断,首先要详细询问病史,若存在耳闷、耳鸣、听力减退或耳道有清水样物质流出,或伴有咳嗽、反复发生肺炎表现,有鼓室积液征,声导抗“B”型曲线,排除鼻咽部病变后,应怀疑脑脊液耳漏的可能。对分泌物进行葡萄糖定量测定能协助判断是否为脑脊液漏,但此项检查易受血液及泪液等污染的干扰。可行 β -2 转铁蛋白检测,其对脑脊液的定性具有较高的敏感性和特异性。鼻内镜检查亦有助于该疾病的诊断。颞骨或乳突高分辨率 CT 及 MRI 检查对于准确定位漏口的位置有重要意义。

外伤导致的脑脊液耳漏较轻者,可保守治疗,如避免低头、避免过度用力、避免咳嗽及便秘等,观察一段时间。若持续时间较长或病情较重,则需及时手术修补漏口,预防颅内感染。该病人经乳突高分辨率 CT 确诊后,其脑脊液耳漏瘘口位于窦天盖。手术经耳后切口入路,见窦天盖有一 1.5 cm×1 cm 大小不规则骨性缺损,缺损处可见膨出的蛛网膜组织。该病人采用骨蜡填塞封闭鼓窦、颞肌筋膜填塞漏口、自体脂肪填塞乳突腔手术方式,效果显著。术后耳鼻不适症状明显好转,未再发生咳嗽、咳痰等症状。随访半年,病情稳定。

(2022-03-15 收稿,2022-06-26 修回)

可逆性脑血管收缩综合征合并大面积脑梗塞 1 例

侯文仲 陈向林 胡列计 廖国民

【关键词】可逆性脑血管收缩综合征;大面积脑梗塞;去骨瓣减压术
【文章编号】1009-153X(2022)10-0873-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 743; R 651.1+2

可逆性脑血管收缩综合征(reversible cerebral vasoconstriction syndrome, RCVS)是一种较为罕见的脑血管病综合征,是由于脑血管张力出现调节紊乱而出现短暂的节段性脑血管收缩,继而出现相应的症状,最常见的临床表现就是突发、剧烈的雷击样头痛,可能伴有局灶性神经功能障碍或癫痫发作,多在 1~3 个月内逐渐缓解。RCVS 的确切发病机制尚不明确,约 30% 的 RCVS 伴有蛛网膜下腔出血、脑出血、急性缺血性脑卒中、可逆性后部脑病综合征和颈动脉夹层。本文报道 1 例非典型起病的、经 DSA 确诊的 RCVS。

1 病例资料

15 岁男性,因构音不清、左侧肢体乏力 4.5 h 于 2019 年 1 月 2 日入院。晨跑时突然出现左侧肢体乏力并跌倒在地,出现构音不清但能部分正确对答。入院时体格检查:神志清除,构音不清,对答部分切题;双眼球左向运动不全,左侧鼻唇沟变浅,露齿口角右偏,伸舌左偏;左侧肢体肌力 1 级,左侧巴氏(+);美国国立卫生研究院卒中量表评分 15 分。头颅 MRI+MRA 检查示右侧基底节、颞岛和顶叶急性脑梗塞(图 1A);右侧大脑中动脉上干 M2 节段性狭窄(图 1B)。急诊行全脑血管造影发现右侧大脑中动脉 M2 上干充盈缺损,前向血流缓慢,末梢血管显影缺失(图 1C)。在微导丝指引下,将 TREVO PRO 18 MICROCATHETER 微导管置于右侧大脑中动脉 M2 段上干、充盈缺损远端,造影见远段血流稍缓慢,血管形态良好,血管末梢显影差,末梢血管部分显影缺失;置入 TREVO 取栓装置,并释放于右侧大脑中动脉 M2 段上干,支

架释放形态欠佳,血管痉挛明显,取栓一次,未见栓子,M2 段血管痉挛,前向血流缓慢,指引管内注入罂粟碱 15 min 后,再次造影见血管痉挛改善,前向血流好转,继续注入罂粟碱,见 M2 段血管痉挛基本缓解,M3 段以远全程显影,血流速度稍缓慢,但较前明显改善(图 1D)。术后即刻神志昏睡,GCS 评分 10 分,予以尼莫地平静脉泵入,并予以抗血小板聚集、扩容补液等治疗。1 月 3 日复查头颅 CT 见右侧基底节、颞岛、顶叶急性脑梗塞范围较前稍有进展(图 1E)。1 月 4 日意识状态转差,GCS 评分 8 分,出现右侧瞳孔散大(直径约 6 mm),左侧瞳孔直径约 3 mm;立即复查头 CT 示右侧大脑半球大面积急性脑梗塞并中线结构偏移(图 1F)。急诊行去骨瓣减压术,术后复查 CT 见中线有所复位(图 1G)。1 月 25 日复查头颅 MRA 见右侧大脑中动脉闭塞,右侧颈内动脉纤细(图 1H)。发病 90 d 随访,左侧肢体肌力下降(上肢 3 级,下肢 4 级),改良 Rankin 量表评分 2 分。术后 1 年随访,左侧肢体肌力 4 级。

2 讨论

目前,RCVS 的诊断标准:①超急性起病的雷击样头痛,可伴有或无神经功能缺损症状;②脑脊液正常或基本正常;③排除其他原因的头痛;④影像学示节段性的血管狭窄;⑤2 个月内血管狭窄可逆。我们将本文病例诊断为 RCVS 的理由如下:造影结果见右侧大脑中动脉 M2 段上干节段性狭窄,动脉内使用罂粟碱扩张血管后血管痉挛明显改善;脊液及其他炎症相关指标未见明显异常。但本文病例未出现典型的雷击样头痛,我们推测脑血管收缩综合征还存在其他一些非典型的起病状态。

多数 RCVS 属于自限性单相病程,症状可在 3 周内缓解,在 1 个月后基本不再出现新症状,所以,大多数病人的预后较好。但是,有少部分 RCVS 会在发病的早期出现明显的病情