

慢性化脓性中耳炎伴蛛网膜下腔出血病例分析

王冠楠¹ 杨文强¹ 张怡² 孙圣荣¹

[关键词] 中耳炎,化脓性;蛛网膜下腔出血;脑膜炎

[中图分类号] R764.2 [文献标志码] D [文章编号] 1001-1781(2012)16-0760-03

Chronic suppurative otitis media induced subarachnoid hemorrhage: case analysis

Summary We present a case of subarachnoid hemorrhage induced by chronic suppurative otitis media, and discuss the possible mechanism here. Chronic suppurative otitis media is a common suppurative inflammation of middle ear, which can cause sorts of extracranial and intracranial complications in the situation of lower resistance or higher virulence. However, the condition of subarachnoid hemorrhage caused by chronic suppurative otitis media is quite rare. According to this case and previously published articles, we consider that meningitis may be the main reason of subarachnoid hemorrhage induced by chronic suppurative otitis media.

Key words otitis media, suppurative; subarachnoid hemorrhage; meningitis

1 病例资料

患者,女,45岁。因低热伴头晕1周,加重1d,左耳流脓1d入院。患者1周前无明显诱因出现发热, $T 37.5^{\circ}\text{C}$,觉头晕,无明显头痛,无恶心、呕吐、耳痛及耳鸣。在当地医院门诊输液(阿莫西林)6d,头晕无明显好转,发热停止。近1天觉头晕明显加重,移动时明显,伴头痛、恶心、呕吐。入院前1天下午起左耳流脓,在当地医院行头颅CT未见异常(图1);颞骨CT示“左侧中耳乳突炎”(图2)。患者有反复发作左耳中耳炎病史,血压有时偏高,否认结核及心脑血管病史。入院查体: $T 36.6^{\circ}\text{C}$,P 80次/min,BP 160/90 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),R 20次/min,神志清楚,对光反射灵敏,双侧瞳孔等大等圆,颈强直可疑阳性,生理反射存在,病理反射未引出,脑神经检查阴性,左耳外耳道湿润,可见脓性分泌物,鼓膜紧张部下缘见小穿孔,右耳未见明显异常,心肺腹检查未见明显异常。初步诊断:①头晕原因待查,迷路炎?②慢性化脓性中耳炎急性发作;③颅内感染?

患者入院后急行相关检查,血常规结果显示白细胞 $15.4 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 0.876,淋巴细胞 0.085,血小板 $54 \times 10^9/\text{L}$,C反应蛋白 15.8 mg/L;腰椎穿刺见脑脊液无色微浑,涂片镜下见革兰阴性菌,脑脊液常规及生化检查示白细胞 $800 \times 10^6/\text{L}$,糖 1.05 mmol/L,蛋白 4.012 g/L,氯化物 113 mmol/L。送检脑脊液及左耳外耳道内脓性分泌物进行细菌培养,暂行抗感染、降颅压及对症支持治疗,密切监测生命体征及病情变化。

患者于次日凌晨突然出现恶心呕吐,1h后烦躁不安,随后昏迷,查体:BP 200/100 mm Hg,P 82

次/min,R 25次/min, $\text{SaO}_2 99\%$, $T 36.6^{\circ}\text{C}$,双瞳孔等大等圆,光反射存在,睫毛反射消失,角膜反射弱,颈软,双上肢肌张力稍高,双下肢肌张力正常,四肢腱反射未引出,双侧病理征阳性。急查凝血功能示:凝血酶原时间 14.3 s,血浆纤维蛋白原 4.844 g/L,活化部分凝血活酶时间 40.9 s,D-二聚体 1.148 mg/L,血糖 11.21 mmol/L。转入重症监护室后出现血氧饱和度进行性下降,急行气管插管,呼吸机辅助呼吸,后血压下降至 80/50 mm Hg,使用多巴胺泵维持血压。行血气分析提示呼吸性碱中毒合并代谢性酸中毒,电解质检查示K 3.3 mmol/L,Na 132 mmol/L。复查血常规 WBC $17.6 \times 10^9/\text{L}$,N 0.886,L 0.087,PLT $51 \times 10^9/\text{L}$,CRP 13 mg/L,降钙素原 0.15 $\mu\text{g}/\text{L}$ 。头颅CT提示蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH),脑水肿(图3)。在重症监护室行心电监护、中心静脉置管、呼吸循环支持、抗感染、6-氨基乙酸(6-Aminocaproic acid)治疗、胰岛素降糖、调整电解质酸碱平衡紊乱及对症支持治疗。经积极治疗患者一直处于深昏迷状态,自主呼吸完全消失,血压靠多巴胺维持,后因呼吸循环衰竭、严重电解质平衡紊乱抢救无效死亡。

2 讨论

慢性化脓性中耳炎是一种常见的,累及中耳黏膜、骨膜或深达骨质的慢性化脓性炎症。病变不仅位于鼓室,还常侵犯鼓室、乳突和咽鼓管^[1]。在一定条件下,如抵抗力降低或致病菌毒力较强,炎症破坏周围骨质形成相邻结构破坏,或经血行途径、前庭窗或蜗窗导致炎症蔓延,可引起颅内并发症。慢性化脓性中耳炎常见的颅内并发症有硬脑膜外

¹ 武汉大学人民医院乳腺甲状腺外科(武汉,430060)

² 武汉大学人民医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:孙圣荣,E-mail:sun137@sina.com

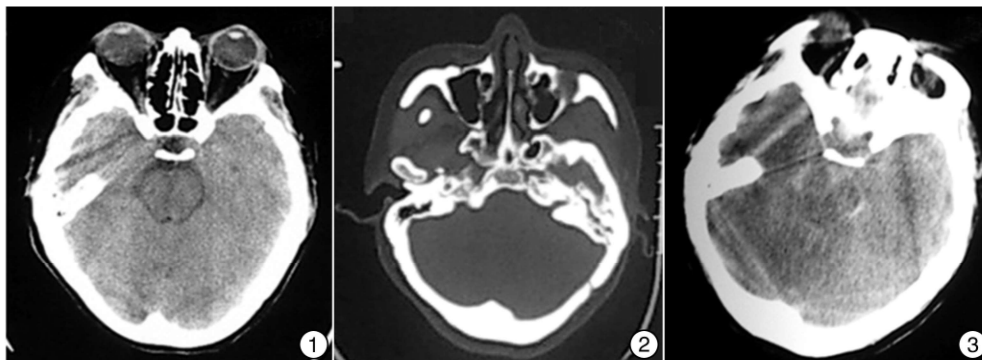


图 1 常规头颅 CT 未见明显异常; 图 2 颞骨 CT 见左侧乳突含气量减少, 房隔破坏, 提示左侧中耳乳突炎;
图 3 常规头颅 CT 基底池高密度影, 脑肿胀, 提示 SAH。

脓肿、硬脑膜下脓肿、蛛网膜炎、耳源性脑积水、脑膜炎、乙状窦血栓性静脉炎、脑脓肿和脑疝^[2]。而慢性化脓性中耳炎伴 SAH 罕见, 检索国内外文献共发现 3 篇相关报道。姚会武等^[3]报道胆脂瘤型中耳炎伴 SAH 1 例, 最终患者痊愈出院, 但作者并没有查明 SAH 的病因, 且没有将胆脂瘤型中耳炎与 SAH 联系起来。Rushton 等^[4]报道颞骨真菌性岩尖炎伴同侧Ⅲ-Ⅶ脑神经麻痹, 最终因 SAH 死亡 1 例。该患者因“晨起头痛 3 个月伴左面部无力”起病, 逐渐发展为多个脑神经麻痹及 SAH。作者认为真菌可能通过连接颞骨岩部基底至岩尖的气性小室, 或通过血行途径和筋膜蔓延至岩尖。局部的硬膜外炎症导致脑神经受损, SAH 可能是炎症直接侵犯局部血管所致。Pospiech 等^[5]报道慢性中耳炎伴脑脓肿及感染性颅内动脉瘤破裂死亡 1 例, 同样认为动脉瘤破裂是因为血管周围炎症侵袭血管壁所致。虽然没有直接的证据表明慢性化脓性中耳炎可以导致 SAH, 但是根据本例及以前相关报道, 我们认为 SAH 的发生或许与慢性化脓性中耳炎有着某种内在的联系。

血管畸形是 SAH 最常见的病因, 约占自发性 SAH 的 70%, 其他病因有高血压动脉硬化、血液病等^[6]。但有文献表明, 作为一种罕见病因, 脑膜炎也可以直接导致 SAH 的发生。Koda 等^[7]报道一起放线菌性脑膜炎导致致死性 SAH 的病例, 尸检示蛛网膜下腔积液并有脑基底部的 SAH, 基底动脉病理检查示急性坏死性动脉炎形成。因为没有找到血源性感染的证据, 所以作者认为 SAH 是血管外源性炎症所致的坏死性动脉炎、动脉破裂后出血所致。另外, Yeh 等^[8]报道 2 例结核性脑膜炎所致的 SAH 病例, 且均未发现颅内动脉瘤证据, 作者认为 SAH 是因为结核性脑膜炎所致的血管炎血管破裂。Sato 等(1986)和 Almklov 等(1949)也各报道过 1 例消化链球菌性脑膜炎和葡萄球菌性脑膜炎导致 SAH 的病例。因此有足够的证据支持脑膜炎可以导致 SAH 的发生。同时, 脑膜炎又是慢性

化脓性中耳炎一种严重的颅内并发症。所以我们不难推测到从慢性化脓性中耳炎到脑膜炎, 再到 SAH 这条发病途径。

患者脑脊液和脓性分泌物培养回报均为绿脓杆菌感染, 提示耳源性脑膜炎的发生; 而且患者有明显的头晕症状, 提示迷路炎、感染扩散。虽然目前未见有绿脓杆菌性脑膜炎导致 SAH 的病例报告, 但是同样作为细菌性脑膜炎, 有着相同的发病机制, 我们仍可以推测它就是本例慢性化脓性中耳炎导致 SAH 的重要环节。当然, 由于患者发病时血压较高, 血小板偏低, 凝血功能异常, 所以不排除动脉畸形、高血压动脉硬化破裂及凝血功能障碍所致出血的可能。本患者起病急, 病情进展迅速, 没有进行 DSA 等相关检查, 但患者诊断基本明确。鉴于 SAH 的死亡率非常高, 所以笔者建议, 专科医生在耳源性炎性疾病的诊疗过程中, 一定要警惕发生 SAH 及其他颅内并发症的可能, 以免延误病情。

参考文献

- [1] VERHOEFF M, VAN DER VEEN E L, ROVERS M M, et al. Chronic suppurative otitis media: a review[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2006, 70: 1-12.
- [2] DUBEY S P, LARAWIN V, MOLU MI C P. Intracranial spread of chronic middle ear suppuration [J]. *Am J Otolaryngol*, 2010, 31:73-77.
- [3] 姚会武, 田军巧. 蛛网膜下腔出血误诊为胆脂瘤型中耳炎合并颅内并发症 1 例[J]. *中华实用中西医杂志*, 2004, 4(17):800-800.
- [4] RUSHTON P, BATTCOCK T, DENNING A, et al. Aspergillosis of the petrous apex[J]. *Age Ageing*, 2004, 33:317-319.
- [5] POSPIECH J, KALFF R, REINHARDT V, et al. Brain abscess and infections aneurysm of extravascular origin[J]. *Zentralbl Neurochir*, 1990, 51:219-222.

- [6] DIZDAREVIC K, SELIMOVIC E, KOMINLIJA E. Subarachnoid hemorrhage: neurosurgical treatment modalities and etiological analysis [J]. Med Arh, 2006, 60:33-37.
- [7] KODA Y, SETO Y, TAKEICHI S, et al. Fatal subarachnoid hemorrhage complicating actinomycotic meningitis[J]. Forensic Sci Int, 2003, 134: 169-171.
- [8] YEH S T, LEE W J, LIN H J, et al. Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage secondary to tuberculous meningitis: report of two cases [J]. J Emerg Med, 2003, 25:265-270.

(收稿日期:2011-08-01)

耳部结节性筋膜炎 1 例

卢雅艳¹ 冯勇¹ 徐金操¹

[关键词] 结节性筋膜炎;耳部

[中图分类号] R686.3 [文献标志码] D [文章编号] 1001-1781(2012)16-0762-02

Nodular fasciitis of external ear: a case report

Summary A young male patient presented with a rapidly growing mass on the left ear. Histopathologic and immunohistochemical findings were consistent with nodular fasciitis. The disease is rare in the ear, without obvious clinical features. The diagnosis mainly relies on the postoperative pathological findings.

Key words nodular fasciitis; ear

患者,男,29岁,发现左耳后肿物1年余,加重2个月,于2011年2月就诊我院。患者1年前无明显诱因发现左耳后有一花生米大小肿块,2个月前自觉耳后肿物迅速增大。既往体健,有吸烟、饮酒史10年,无家族遗传病、传染病等疾病史。入院查体:患者一般情况好,发育正常,营养中等,全身浅表淋巴结未触及肿大。专科检查:双耳廓无明显畸形,左耳廓后乳突上方皮下可触及约3 cm×3 cm大小肿块,表面无充血,周围皮肤未见明显异常,触之质硬,边界欠清晰,无波动感,触之疼痛。双外耳道未见明显异常,鼓膜完整,标志清,余未见明显异常。颞骨CT示:左耳廓后方皮下软组织内见一软

组织结节影,外突,边界较模糊,范围为2.5 cm,余结构形态未见异常(图1)。血常规、生化、心电图、胸片、凝血机制均未见异常。术中所见:肿物约2.0 cm×2.5 cm大小,无明显包膜,与周围组织粘连紧密,向内粘连乳突表面骨质,向下与胸锁乳突肌附着处粘连。病理检查:灰红色不规则组织,表面未见明显包膜,切面灰白灰红色,质中,与周围组织分界不清,局部细胞增生较活跃。免疫组织化学:β-catenin(+) (图2a)、vim(+)、SMA(弱+) (图2b)、S-100(-)、CD34(-)、CD117(-)、Bcl(-)、Desmin(-)、Ki67(3%),结合形态及免疫组织化学考虑结节性筋膜炎。

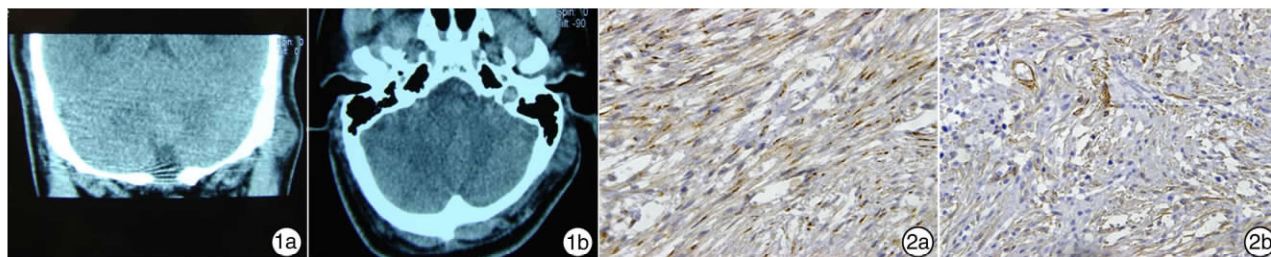


图1 耳后结节性筋膜炎CT所示 外耳廓后方皮下软组织内见一软组织结节影,外突,边界模糊;1a:冠状位,1b:水平位; 图2 病理检查所示 2a:梭形细胞胞质β-catenin表达阳性,呈棕色(×100);2b:梭形细胞胞质SMA表达弱阳性,呈棕色(×100)。

¹ 中国人民解放军第二炮兵总医院耳鼻咽喉科(北京,100088)
通信作者:徐金操,E-mail: xujincao@126.com