

鼻中隔真菌性脓肿 1 例

王静¹ 刘妍²

[关键词] 鼻中隔;脓肿;真菌性

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2021.07.017

[中图分类号] R765 [文献标志码] D

The fungal abscess in septal: one case report

Summary The main clinical manifestations of this patient were repeated epistaxis for 20 days and nasal swelling with pain for 5 days. We improved the blood routine, indicating increased inflammatory indicators, biochemical indicating increased blood glucose, immunological examination showed no obvious abnormality, sinus CT and MRI both indicated septal abscess, histological pathology indicated inflammation, and finally confirmed the diagnosis through pus bacteria culture. After combined with systemic antifungal therapy, symptoms and signs disappeared, no saddle nose and nasal septum perforation and other complications occurred, and no obvious liver and kidney function impairment was observed.

Key words nasal septum; abscess; fungal

1 病例报告

患者,男,78岁,以“反复鼻出血 20 余天,鼻部肿胀伴疼痛 5 d”为主诉于 2019 年 9 月 17 日就诊。20 余天前,患者因鼻出血于大连医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科门诊行左侧鼻中隔出血电凝治疗后出血止,自觉鼻干不适,偶有疼痛,可耐受,予盐水鼻腔喷雾器冲洗、贝复新外用后症状改善。11 d 前,患者再次出现鼻出血,于我院急诊行前鼻孔填塞后出血止,48 h 后撤出鼻腔填塞物,5 d 前出现外鼻胀痛,鼻塞明显,呈持续性,夜间加重;外院予静滴克林霉素治疗,症状无缓解,后以“鼻部蜂窝织炎”收入院。既往体健。一般情况:体温 36.5℃,脉搏 72 次/min,呼吸 18 次/min,血压 145/79 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。专科查体:鼻梁及鼻前庭皮肤肿胀,鼻唇沟上段消失,局部轻压痛。鼻根部皮肤略充血,右眼结膜充血,右内眦压痛。鼻中隔肿胀,明显左偏,双侧鼻腔前端狭窄,中隔左侧黏膜前端可见直径约 0.8 cm 边缘不规则白色溃疡面。麻黄碱收缩效果不明显,中、总鼻道未见明显异常,鼻咽部光滑,各鼻窦体表投影区无压痛。入院后完善相关检查:WBC $13.47 \times 10^9/L$,NEUT $9.8 \times 10^9/L$,余未见异常;生化检查: K^+ 3.4 mmol/L,晨空腹葡萄糖 6.48 mmol/L,肝、肾功能未见明显异常。

诊疗经过:入院第 1 天,予注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠 2.5 g、2 次/d,奥硝唑氯化钠注射液 500 mg、2 次/d,氢化泼尼松注射液 30 mg 1 次/d 静脉滴注抗炎消肿,氯化钾注射液 10 mL、1 次/d

口服对症补钾等治疗。患者鼻部疼痛略好转,鼻根部及右眼结膜充血好转,外鼻及鼻中隔肿胀无明显改善。入院第 2 天,患者感鼻部仍有胀痛不适,偶有游走痛,伴间断鼻塞,夜间表现为持续性,偶有流涕,无涕中带血、头痛等。查体:鼻部稍肿胀,压之质地较前变软,局部无压痛,鼻中隔前端双侧明显增厚,质地较韧,黏膜呈淡红色,左侧中隔可见直径约 0.8 cm 边缘不规则白色溃疡面。复查血常规:WBC $12.40 \times 10^9/L$,NEUT $8.93 \times 10^9/L$,其余未见异常;生化检查: K^+ 3.7 mmol/L,余未见明显异常;鼻窦 CT(平扫+冠状位重建):右侧上颌窦炎、鼻中隔偏曲、鼻骨周围及鼻中隔前部软组织增厚,右侧中耳乳突炎改变(图 1)。继续予抗生素、激素抗炎消肿治疗。入院第 3 天查体:鼻中隔前端黏膜柔软,波动感明显。遂局部麻醉下行鼻中隔穿刺术,于鼻中隔左侧前端抽出淡黄色澄清液体约 1.2 mL,穿刺后见鼻中隔黏膜仍较厚,中隔左侧溃疡面无明显好转,双侧鼻腔狭窄。继续予抗生素、激素抗炎消肿治疗。入院第 6 天,患者出现发热,热峰 38.0℃,无畏寒及寒颤。鼻内镜检查(图 2):鼻中隔黏膜肿胀,鼻中隔增厚,双侧鼻腔极度狭窄,中隔左侧黏膜溃疡面未见明显好转,中鼻甲及鼻咽部窥不及(图 2a、b)。再次行鼻中隔穿刺,继续于左侧鼻中隔前端抽出黄褐色浑浊脓液约 1.0 mL,并送脓液菌培养。复查血常规:WBC $8.71 \times 10^9/L$,NEUT $5.88 \times 10^9/L$,余未见异常;ESR 89 mm/h;CRP 59.1 mg/L;糖化血红蛋白 6.6%;免疫学相关检查:IgG、IgA、IgM,补体 C3、C4 均未见明显异常。抗 ASO 试验、RF、SS-B 抗体、SS-A 抗体、SCL-70 抗体、Jo-1 抗体、着丝点抗体、核小体抗体、组蛋白抗体、核糖体 P 蛋白抗体、线粒体 M2 抗体、PCNA 抗体、PM-SCI100 抗体、ds-DNA 抗体、抗核

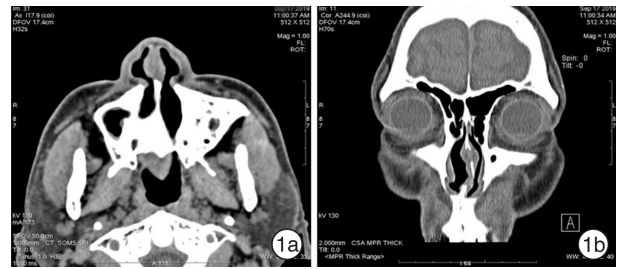
¹四川大学华西第二医院小儿呼吸免疫科 出生缺陷及相关妇科疾病教育部重点实验室(成都,610041)

²大连医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科

通信作者:刘妍,E-mail:dyyliuyan@163.com

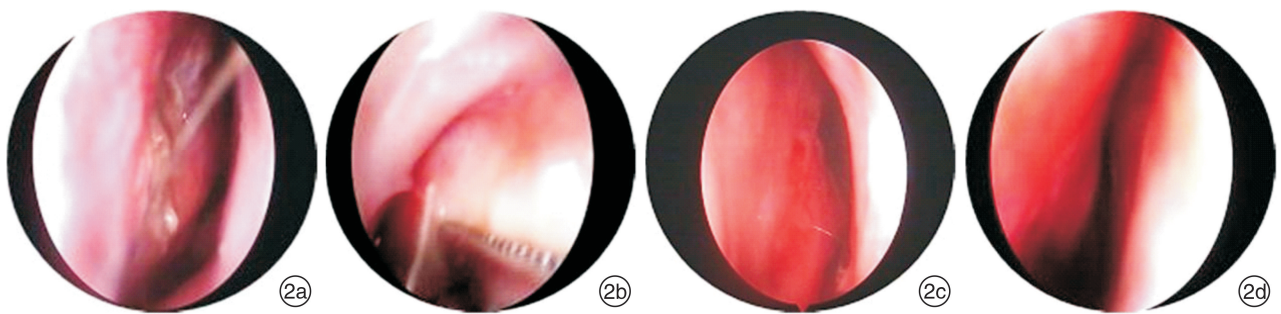
抗体 IgG、nRNP/Sm 抗体、Sm 抗体、Ro-52 抗体、pANCA(IgG 型)、cANCA(IgG 型)均为阴性。抗髓过氧化物酶抗体、抗蛋白酶 3 抗体 IgG 均正常。停用抗生素及激素治疗,行鼻窦 MRI 检查(平扫+冠状位重建+增强)。入院第 7 天,于患者鼻中隔左侧黏膜溃疡处取两块直径约 5 mm 的组织送病理组织学检查,病理回报:送检组织(鼻中隔肿物)示炎症并肉芽肿形成,被覆鳞状上皮增生,并见坏死、炎性渗出及少许骨样组织及软骨组织。免疫组织化学示:PSA 染色(-)。鼻窦 MRI(平扫+冠状位重建+增强)检查:示鼻中隔偏曲,鼻中隔前部异常信号灶,考虑炎性病变,双侧上颌窦炎及左侧中耳乳突炎(图 3)。入院第 8 天,脓液菌培养报告示烟曲霉菌生长。请 ICU 会诊,建议予伏立康唑首日 0.4 g,每 12 h 一次,以后 0.2 g,每 12 h 一次+0.9% 生理盐水 30 mL+灭菌注射用水 19 mL(2 h 泵入),注意肝肾不良反应,并及时调整用药。予全

身抗真菌治疗 4 d 后,患者体温恢复正常,自感鼻部疼痛明显好转,复查 ESR 50 mm/L,CRP 31.4 mg/L 较前明显下降。鼻内镜检查:鼻中隔黏膜肿胀减轻,鼻中隔增厚减轻,溃疡面愈合良好,双侧鼻腔通畅,中鼻甲及鼻咽部未见明显新生物(图 2c、d)。定期监测肝肾功能:未见明显异常。术后半年随访,患者鼻腔通气状况及切口愈合良好,未见复发。



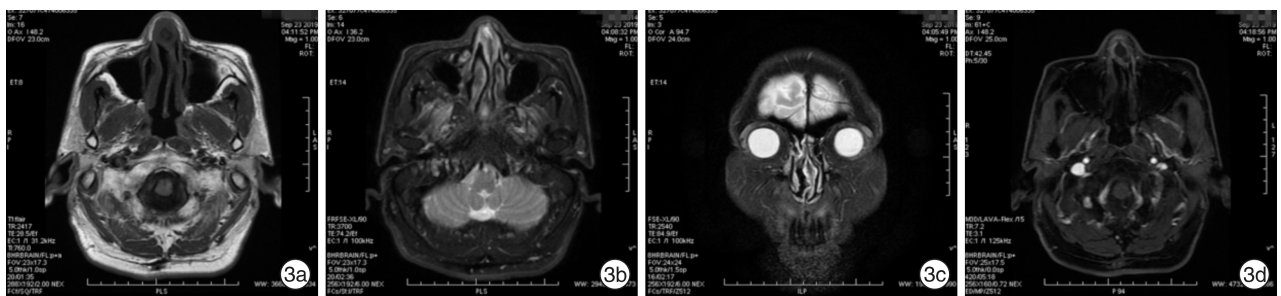
1a:平扫;1b:冠状位重建。

图 1 鼻窦 CT 检查示明显鼻中隔脓肿



2a、2b:治疗前鼻内镜下鼻中隔左侧脓肿,可见黏膜溃疡面,双鼻腔极度狭窄,枪状镊推挤后中鼻甲及鼻咽部窥不及;2c、2d:治疗后鼻中隔脓肿消失,溃疡面愈合良好,双鼻腔通畅。

图 2 治疗前后鼻内镜检查



3a:T1WI 轴位平扫示鼻中隔区见环形稍低信号影;3b:T2WI 轴位平扫示鼻中隔区环形稍高信号影;3c:T2WI 冠位平扫示鼻中隔区环形偏高信号影;3d:T1WI 轴位增强示鼻中隔区环形强化灶,病灶内部未见强化。

图 3 鼻窦 MRI(平扫+冠状位重建+增强)

2 讨论

鼻中隔脓肿是指鼻中隔软骨膜下或骨膜下积液,多发生在鼻中隔软骨部,大多数文献报道发生于前端鼻中隔^[1]。其体征与鼻中隔水肿、鼻中隔囊肿相似,但以全身及局部急性炎症为主^[2],如:寒颤、发热、周身不适、鼻梁及鼻尖红肿疼痛,并伴有触痛等。脓肿可先发生于鼻中隔一侧,但因毒素侵

蚀和营养障碍致软骨坏死,使脓肿向两侧扩散,引起两侧重度鼻塞。检查时,常见鼻中隔两侧对称性膨隆,色暗红,柔软而有波动,触痛明显,抽吸有脓。多见于外伤或鼻中隔手术后,或继发于临近组织的炎症、急性传染病,也可见于鼻中隔黏膜损伤,化脓菌侵入黏骨膜下感染化脓,其致病菌多为细菌^[3]。

本例患者鼻中隔脓肿病原菌为烟曲霉菌,其为

真菌中少数可引起医院感染的病菌,多为内源性条件致病,常继发于长期大量应用抗生素和免疫抑制剂之后^[4]。患者高龄,既往无明确病史,入院常规生化检查提示其空腹血糖增高,进一步完善糖化血红蛋白提示既往不排除患糖尿病,且有反复鼻出血后电凝及前鼻孔填塞病史,后长期大量使用广谱抗生素,综合上述病因造成机体免疫力低下,菌群失调,引起烟曲霉菌感染。患者因先天性鼻中隔偏曲引起鼻中隔凸面黏膜破损而出血。行电凝及前鼻孔填塞后继发鼻中隔脓肿,随之出现鼻部肿胀及疼痛症状。查体及鼻窦CT检查提示鼻中隔前部软组织增厚,为鉴别鼻NK/T细胞淋巴瘤及Wegener肉芽肿^[5],完善相关免疫学指标及EB病毒检测均提示阴性^[6],可排除自身免疫性疾病,若进一步行MRI检查提示为炎性病变,可取鼻中隔黏膜组织行病理检查,若提示炎症并肉芽肿形成,但仍缺乏病原学特异性,最终需通过脓液菌培养结果得以确诊。鼻中隔脓肿确诊后应及早切开排脓,同时应配合相应的抗菌治疗。脓肿引流越早,鼻中隔软骨发生坏死的部分越少,形成鞍鼻的机会也越少。本例患者未切开引流,主要考虑患者高龄,有糖尿病基础,因鼻出血电凝止血处20d迟迟不愈合,愈合能力较差,应尽量减少有创操作。入院血常规检查提示细菌感染,故先予以抗生素治疗,行第1次穿刺抽脓治疗,症状未见明显改善,行第2次穿刺抽脓后菌培养提示烟曲霉菌感染,立即停用抗生素治疗。考虑烟曲霉菌感染可随时继发全身感染,患者肝肾功能良好,故立即予以伏立康唑抗真菌治疗,治疗后患者症状明显改善,且炎症指标明显下降,后连续全身抗真菌治疗6d后,症状及体征恢复,未出现鞍鼻及鼻中隔穿孔等严重并发症,未见明显肝、肾功能损害,也进一步验证了伏立康唑治疗侵袭性真菌感染的临床疗效和安全性^[7]。

针对此例鼻中隔真菌性脓肿,笔者经验欠缺,应及早明确诊断,尤其是当前期症状及体征不典型,症状及体征发生明显改变,经青霉素类抗生素治疗后症状未见明显改善,应考虑潜在条件致病菌感染的可能性,如真菌、鼻硬结杆菌等特殊病原菌等^[8],需进一步通过分泌物菌培养确诊,进而指导

用药。鉴别诊断方面,本例相关辅助检查比较完善。在治疗方面,由于当时考虑为一般鼻中隔脓肿,第1次穿刺后患者症状明显减轻,未考虑到机会性致病菌感染可能性,故未送菌培养;第2次穿刺后,脓液量较第1次减少,且更为浑浊,之前抗生素治疗无效,故而送菌培养。由此考虑今后治疗鼻中隔感染尤其是脓液形成时,脓液菌培养应作为进一步搜寻病原学依据的常规检查项目,必要时需多次进行菌培养。目前门诊及急诊鼻出血患者较多,且多为老年高血压糖尿病患者,若为活动性出血,多行电凝或射频止血,治疗效果较好,多不再反复发作鼻出血。但参考本病例及范森^[9]报道的病例,此类操作可能引起鼻中隔黏膜损伤,易造成致病菌继发感染引起鼻中隔脓肿,应嘱患者密切随诊,若出现鼻痛、鼻塞等症状需及时就医,完善相关理化检查后及时对症处理,避免出现严重并发症。

参考文献

- [1] 朱卫梅,刘丁丁,杨柳,等.鼻中隔脓肿治疗探讨并文献复习[J].东南国防医药,2019,21(2):199-201.
- [2] 曾冬前,翁永彩,高炜旻,等.鼻中隔真菌性脓肿一例[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,49(8):690-690.
- [3] 黄兆兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:202-203.
- [4] 南志敏,王娟,陈淑云.烟曲霉菌感染及其临床意义[J].国际检验医学杂志,2015,36(9):1320-1320.
- [5] 徐长宇,赵阳.鼻部NK/T细胞淋巴瘤的CT表现[J].中国保健营养,2019,29(14):326-326.
- [6] Kitamura A, Yamashita Y, Hasegawa Y, et al. Primary lymphoma arising in the nasal cavity among Japanese[J]. Histopathology, 2005, 47(5):523-532.
- [7] 林晓,孙诚,邓医宇,等.早期气管切开在重度颅脑创伤中的治疗价值[J].广东医学,2013,34(24):3749-3751.
- [8] 张奇雪,阮宏莹,郑永哲,等.鼻硬结病误诊为鼻中隔囊肿1例[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,33(6):561-562.
- [9] 范森.双极电凝后迟发鼻中隔脓肿致鞍鼻2例[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2018,25(4):224-224.

(收稿日期:2020-04-13)