

急性化脓性中耳炎并发岩锥炎 1 例

王晓云, 赵厚育, 朱颖, 邓雯, 孙茂钢, 张宇

(贵州医科大学附院耳鼻咽喉科, 贵州 贵阳 550004)

[关键词] 中耳炎, 化脓性; 岩锥炎; 三叉神经; 外展神经麻痹

[中图分类号] R764.21 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2015)10-1143-02

岩锥炎 (petrositis) 又称为岩尖炎。是一种非常罕见的中耳炎并发症。由于抗生素的广泛使用, 使得岩锥炎症状不典型, 病情复杂化, 因而诊断治疗有一定的困难。2014 年 4 月收治 1 位急性化脓性中耳炎并发岩锥炎的患者, 报告如下。

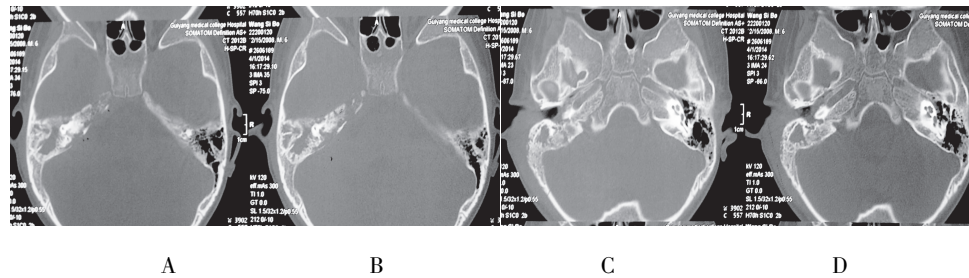
1 临床资料

患者, 男, 6 岁, 因“右耳痛 20 d, 头痛、复视、斜视 10 d”入院。20 d 前患儿无明显诱因出现右耳痛及耳廓牵拉痛, 无耳流脓、流血、听力下降、头痛、眩晕、恶心及呕吐不适。于某医院诊断为“急性中耳炎”, 予头孢类药物口服 (具体不详) 症状无明显好转。10 d 前患者耳痛加重, 出现头痛、复视及斜视, 再次就诊于该医院, 并以“右中耳乳突炎”收治入院。入院后 CT 示右侧中耳乳突炎。MRI 示右侧中耳乳突炎, 右侧桥小脑角区脑膜炎。诱发电位示右侧脑干听觉诱发电位异常可能。患儿经抗炎、神经营养治疗后头痛缓解, 但耳痛、复视、斜视无改善, 遂转诊。入院体查: 体温 36.9℃, 右耳乳突区皮肤红肿, 表面无破溃, 无波动感, 触痛明显, 耳廓牵拉痛明显; 右耳道稍肿胀, 无脓性分泌物; 鼓膜完整, 增厚, 无明显充血, 标志欠清。右侧前额及眶周疼痛, 复视, 右眼外展完全受限, 双眼闭合好, 瞳孔等大等圆, 直接、间接对光反射存在, 睑结膜无充血。无颈亢, 巴氏征、克氏征阴性。入院诊断: 右耳急性中耳乳突炎并耳后骨膜下脓肿, 右耳岩锥炎。既往有地中海贫血 (轻型)、葡萄糖-6-磷酸肌酸酶缺乏症病史, 有多次输血史。入院检查: 白细胞 $11.44 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 79.2%, 红细胞 $2.97 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 91 g/L。眼科会诊提示麻痹性内斜视。入院 CT 示右侧中耳乳突炎、岩锥炎 (图 1)。次日行右耳后入路完壁式乳突根治术, 术中见乳突区皮下组

织炎性水肿及坏死, 乳突外侧壁及筛区骨质破坏, 乳突腔内有大量炎性水肿肉芽组织及少许黄白色脓液; 砧骨周围黏膜肿胀明显, 中鼓室内无脓液, 整个鼓室腔充满水肿黏膜。清除砧骨周围肿胀黏膜, 建立中、上鼓室及乳突通气引流通路。抗生素、地塞米松反复冲洗术腔, 乳突置二条负压引流管。术后予抗炎消肿、营养神经等治疗; 乳突持续负压引流, 每日经乳突引流管用地塞米松、碘伏冲洗。术后第 1 天患儿头痛及耳痛减轻, 右眼外展受限改善, 眼球外展时瞳孔距右侧内眦 8 mm; 术后第 2 天头痛消失。病理回示: 右乳突腔炎性肉芽组织, 右耳后为增生之纤维组织伴少量炎细胞浸润。术后乳突引流液培养示草绿色链球菌。经治疗, 右眼复视、斜视缓慢改善。术后第 20 天引流液连续培养无菌生长, 偶有夜间深部头痛, 右眼外展时瞳孔距右侧内眦可达 18 mm, 向右侧视物时复视, 予出院。术后 1 月复查, 右眼外展受限进一步改善, 仍有复视。术后 2 月右眼外展受限完全恢复, 但向右下方视物时出现复视。术后 3 月右眼外展正常, 复视消失。术后 6 月复查病情稳定, 症状无复发。复查 CT 示岩尖部骨质破坏存在, 但岩尖部气房较入院时清晰。听觉诱发电位示: 左耳 I、III、V 波均诱出, 各波潜伏期、波间期无明显异常, V 波阈值 30 dBnHL; 右耳仅诱出 I、V 波, III 波未诱出; I 波潜伏期未见异常, V 波潜伏期及 I-V 波间期延长, V 波阈值 80 dBnHL。40 Hz 相关电位: 左耳 500 Hz 45 dBnHL, 1 kHz 50 dBnHL, 右耳 500 Hz 90 dBnHL, 1 kHz 95 dBnHL。

2 讨论

岩锥炎的特征性临床表现称岩尖综合征 (gradenigo's syndrome), 典型表现为: 耳流脓、同侧外展神经麻痹及同侧三叉神经分布区疼痛三联征。



注:A、B 为上鼓室层面,示右侧乳突、上鼓室内软组织影,岩尖部骨质有破坏吸收;C、D 为颈内动脉层面,示右侧耳后骨膜下脓肿,乳突见融合性改变,颈动脉管周围骨质无破坏吸收

图 1 急性化脓性中耳炎并发岩锥炎患者 CT 表现

Fig. 1 CT picture of the patients with acute suppurative otitis media complicated with petrositis

由于岩骨尖部与三叉神经半月节、外展神经之间仅有一层硬脑膜相隔,因此当炎症波及周围硬脑膜时,可引起局限性脑膜炎,表现为脑膜刺激征及周围性面瘫症状^[1]。岩尖综合征在临床上非独立疾病,可以由中耳乳突炎、颞骨骨折、岩部胆脂瘤、岩部肿瘤等疾病引起,典型的“三联征”很少能同时出现^[2]。少数岩锥炎是由于炎症通过岩尖的静脉播散引起,多数是因为中耳乳突的感染通过气房波及岩尖所致。来长荣^[3]报道,正常人群中岩尖气房的发生率为 13%,由于岩尖的气化率比较低,因此限制了岩锥炎的主要感染扩散途径,故本病临床少见,且多见于成人^[4]。本例患者既往有地中海贫血(轻型)、葡萄糖-6-磷酸肌酸酶缺乏症病史,贫血患儿红细胞免疫功能低下,考虑可能与发病有一定关系^[5]。

本例患者病初以耳痛为主要症状,病情加重后出现头痛、复视、斜视,但病程中始终未出现耳流脓症状,不属于典型岩尖综合征“三联征”,容易忽略岩锥炎的存在。岩锥炎临床很少见,即使出现了特征性的 CT 影像学表现^[6],也容易被忽略,多数被考虑为中耳乳突炎。本例患者 CT 影像显示乳突、上鼓室、鼓室及岩尖模糊,岩尖部有骨质破坏,因此推断感染是通过气房途径由鼓室、鼓室到达岩尖。岩锥炎的致病菌中最常见的是绿脓杆菌,其次是草绿色链球菌^[7-8]。本例患者病程中无流脓史,在外院时又没有行手术引流,因此无法根据药敏结果选择抗生素,而是根据经验选择了能通过血脑屏障的头孢噻肟钠。幸运的是本例患者为草绿色链球菌感染,正好在头孢噻肟钠的抗菌谱内。岩锥炎虽然有经保守治疗而痊愈的报道^[9],但使用敏感抗生素、尽早手术引流仍是多数临床医生的主张。本例患者术中见鼓室腔内无脓液,而以黏膜肿胀为主,故没有行鼓膜切开或置管从耳道引流,而是通过乳突持续负压吸引达到引流岩尖部炎症的目的。术

后辅以消炎、消肿、营养神经等治疗也取得了三叉神经、外展神经功能完全康复的结果,遗憾的是患儿遗留中度听力损失。如果在外展神经麻痹症状出现后立即手术引流,也许能最大限度减少患儿的听力损失。因此,对于无耳流脓或经治疗后流脓减少,但耳痛或头深部疼痛持续存在的病人(尤其是同侧前额头痛、眼眶后部疼痛),一定要怀疑患岩锥炎的可能。

3 参考文献

- [1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:916-917.
- [2] Lutter SA, Kerschner JE, Chusid MJ. Gradenigo syndrome: A rare but serious complication of otitis media [J]. *Pediatr Emerg Care*, 2005 (21):384-386.
- [3] 来长荣. 岩尖炎一例[J]. *中华耳鼻咽喉科杂志*, 199 (4):196-198.
- [4] Dobben GD, Raofi B, Mafee MF, et al. Otogenic intracranial inflammations: Role of magnetic resonance imaging[J]. *Top Magn Reson Imaging*, 2000(11):76-86.
- [5] 刘壮,李树全,苏瑞琼,等. 贫血患儿红细胞免疫功能观察[J]. *中国小儿血液*, 2001(2):49-50.
- [6] 王振常,鲜军舫,兰宝森. 中华影像医学头颈部卷[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2011:195-196.
- [7] Marteau E, Georget-Bouquineta E, Verlhac S, et al. Successful prolonged conservative treatment of Gradenigo's syndrome in a 4-year old girl: A case report and literature review [J]. *Int J pediatr Otorhinolaryngol Extra*, 2011(6):100-103.
- [8] Finkelstein Y, Marcus N, Mosseri R, et al. Streptococcus acidominimus infection in a child causing Gradenigo syndrome[J]. *Pediatr Otorhinolaryngol*, 2003(67):815-817.
- [9] 陈敏,刘冰,张杰,等. 急性中耳炎并发岩尖炎一例临床分析及文献复习[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2011(19):888-890.

(2015-05-10 收稿,2015-07-30 修回)

编辑:周凌