

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201402024

· 临床报道 ·

鼻窦炎引起海绵窦综合征 1 例并文献回顾

李燕萍, 魏洁, 薛刚, 武宇宏

(河北北方学院附属第一医院耳鼻咽喉头颈外科, 河北张家口 075000)

摘要: **目的** 结合文献探讨海绵窦综合征的病因、临床表现、诊断和治疗方案, 以提高临床医师对该病的认识水平。**方法** 对 1 例因鼻窦炎引起的海绵窦综合征患者全麻下行鼻内镜鼻窦手术, 并进行抗炎、激素对症治疗 10~20 d。**结果** 经积极治疗, 患者头疼、皮肤异常、眼部症状基本消失, 随访 1 个半月时, 复视症状复发, 继续给予激素治疗 6 周治愈, 随访 18 个月, 未见复发。**结论** 多种病因可引起海绵窦综合征, 明确诊断后应制定合理可行的治疗方案, 因鼻窦炎引起的海绵窦综合征经鼻内镜手术治疗, 辅以激素治疗可取得良好效果。

关键词: 海绵窦综合征; 病因学; 临床表现

中图分类号: R765.41 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2014)02-0171-03

海绵窦是颅底中线区最复杂的结构^[1]。其内走行颈内动脉, 第 III~VI 对脑神经及交感神经丛, 多种病因可以造成海绵窦综合征。2012 年 1 月我科收治 1 例鼻窦炎引起的海绵窦综合征, 结合文献回顾, 报道如下。

行鼻窦 CT 检查, 发现蝶窦占位性病变, 蝶窦下壁骨质破坏(图 1), 以海绵窦综合征转入耳鼻咽喉科。

1 资料与方法

1.1 一般资料

患者, 男, 33 岁。2 个月前无明显诱因出现左侧头痛, 呈进行性加重伴左侧上眼睑下垂、前额皮肤感觉减退, 20 d 前患者出现左眼复视伴眼球运动受限。查体: 左侧眶周、眼睑、结膜水肿和眼球突出, 左侧眼睑下垂、复视、眼球各方运动受限、三叉神经第 1、2 支分布区痛觉减退、角膜反射消失, 无明显视力减退。既往体健, 无慢性病史和家族遗传病史, 门诊以头痛原因待查收入神经内科, 眼科会诊无眼底及眼周实质性病变, 行头颅 MRI 提示海绵窦异常信号, T1WI 等信号, T2WI 高信号, 增强扫描可见强化, 诊断为蝶窦炎。入院后给与抗炎、止痛对症治疗, 患者疼痛症状缓解, 但眼睑下垂、复视、眼球运动受限等症状逐渐加重。请我科会诊, 查体: 双侧鼻腔黏膜慢性充血, 双侧下鼻甲略肥大, 左侧中鼻道少量脓性分泌物,



图 1 术前鼻窦 CT 示蝶窦占位性病变, 蝶窦下壁骨质破坏

1.2 治疗方法

全麻下行鼻内镜鼻窦手术, 肾上腺素棉片收缩左侧鼻腔黏膜, 切除左侧钩突, 清除中鼻道脓性分泌物, 咬除左侧筛泡。因术前怀疑蝶窦恶性占位性病变, 为保证彻底切除肿瘤及日后复查, 去除全部筛房。进入左侧蝶窦, 蝶窦内为实性肿物, 质略硬, 未见包膜, 窦壁骨质粗糙, 蝶窦下壁骨质破坏, 将蝶窦内全部病变组织彻底清除, 送病理检查, 蝶窦放置胶原纤维止血海绵, 左侧鼻腔填以膨胀海绵, 术毕。48 h

作者简介: 李燕萍, 女, 硕士, 主治医师。
通信作者: 李燕萍, Email: liyanping-1982@163.com

后撤出鼻腔填塞海绵,术腔无活动性出血。病检报告示病灶内大量淋巴细胞、浆细胞及胶原纤维,免疫组化:CK(-)、CD38(-)、CD68(散在+)、LCA(+),Ki-67小于3%,考虑慢性炎症。术后抗炎、激素对症治疗10 d。

2 结果

术后患者头痛消失,前额部皮肤感觉恢复,眼球突出、眼睑下垂、眼球运动受限症状逐渐恢复,治疗20 d复视基本消失。术后每周定期随访,鼻内镜复查双侧鼻腔通畅,左侧蝶窦内清洁,未见残留及复发。复查MRI示海绵窦及其周围结构信号正常。但随访至1个半月时患者再次出现复视症状,到上级医院就诊,结论为激素应用时间不够。嘱患者继续口服强的松治疗,剂量从30 mg起,每周减少5 mg,连服6周。定期复查,术后1年半,未见症状复发。

3 讨论

海绵窦综合征为海绵窦区病变所致多组脑神经受累的临床症候群。1921年Foix首次报道了以痛性眼肌麻痹表现为主要症状的海绵窦综合征,本病国内少有报道。

3.1 病因

海绵窦外侧壁肿瘤、蝶骨肿瘤及海绵窦血栓性静脉炎、颈内动脉海绵窦瘘、颈内动脉海绵窦段动脉瘤等多种原因均可引起海绵窦综合征致Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ(1、2支)、Ⅵ脑神经麻痹。Keane^[2]所报道的151例海绵窦综合征患者中,肿瘤患者所占比例最大(45例,30%),其次为外伤(36例,24%),Tolosa-Hunt综合征占第3位(19例,13%)。这也是本例患者术前我们怀疑蝶窦肿瘤的原因。国内有关海绵窦综合征的文献报道较少,孙峰等^[3]曾统计19例海绵窦综合征患者,最为常见的病因为Tolosa-Hunt综合征(11例,58%),其次为海绵窦内的颈内动脉瘤或动脉瘘(4例,21%),肿瘤占第3位(3例,16%)。边俊杰等^[4]认为引起眶尖综合征、眶上裂综合征、海绵窦综合征的病因基本相同,非特异性炎症、感染性疾病、占位性疾病、外伤/医源性疾病、血管性疾病都可以引起

眼肌麻痹伴视力障碍。尽管不同作者所报道海绵窦综合征各种病因所占比例不同,但仍可以肯定,肿瘤、颈内动脉病变和非特异性炎症是海绵窦综合征发病的主要原因,本例患者即为鼻窦炎所引发。

3.2 临床表现

该病的临床特征常因病因不同而脑神经损害的范围、程度有所不同。肿瘤引起者其临床表现主要为经海绵窦出颅的脑神经损害症状,最常见的症状为头痛和视力减退^[5-6];颈内动脉海绵窦瘘表现为搏动性突眼、头痛、眶内杂音、眼球活动障碍、视力障碍等症状;炎症引起者多急性起病,发热头痛、恶心呕吐、意识障碍等感染中毒症状。眼眶静脉回流障碍可致眶周、眼睑、结膜水肿和眼球突出。Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ(1、2支)、Ⅵ脑神经受损,瞳孔散大、光反射消失、眼睑下垂、复视、眼球各方运动受限或固定、三叉神经第1、2支分布区痛觉减退、角膜反射消失等。本例患者急性起病,左侧眶周、眼睑、结膜水肿和眼球突出,左侧眼睑下垂、复视、眼球各方运动受限、三叉神经第1、2支分布区痛觉减退、角膜反射消失,术前鼻窦CT提示蝶窦占位性病变,术后病理示蝶窦内慢性炎症,符合蝶窦炎引起的海绵窦综合征。本例患者同时合并视神经损害,造成视神经受累的原因,有文献认为炎症多位于海绵窦的前部,炎症可以直接累及视神经或通过影响静脉的回流而导致继发性视神经的损害^[7-8]。

3.3 诊断与治疗

海绵窦综合征为少见病,近年来随着影像技术的发展及临床应用,对于该病的诊断率不断提高。CT检查可以观察海绵窦区骨质的破坏情况,MRI检查可显示海绵窦区占位性病变,并能观察病变对颈内动脉的包绕和引起动脉狭窄,动脉造影可见颈内动脉海绵窦段不规则狭窄、僵直、移位等,有时可提示局部占位性病变^[9]。系统详细的询问病史、鉴别各种可能的致病原因,结合影像学检查及必要的实验室检查对于海绵窦综合征的诊断是必不可少的。

本例患者因鼻窦感染性疾病引起海绵窦综合征,在尽早行鼻内镜鼻窦开放引流术的同时,通过足量敏感抗生素及大剂量激素治疗,疗效非常显著。

参考文献:

[1] 帅名霞, 蒋卫红. 海绵窦的应用解剖及手术进展[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(6): 504 - 507.
[2] Keane JR. Cavernous sinus syndrome. Analysis of 151 cases [J]. ArchNeurol, 1996, 53(10): 967.
[3] 孙峰, 周广喜. 海绵窦综合征临床分析[J]. 天津医科大学学报, 2004, 10(2): 215 - 217.
[4] 边俊杰, 刘大川. 眶尖综合征 83 例病因的临床分析[J]. 国际眼科杂志, 2007, 7(1): 209 - 211.
[5] 官明, 陈锐, 刘亮, 等. 海绵窦区肿瘤的手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2005, 11(5):

326 - 329.
[6] 曾而明, 李东海, 李美华, 等. 海绵窦区肿瘤的显微外科治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(1): 26 - 30.
[7] Elzabieta H, Janusz W, Grazyna I, et al. Cavernous sinus thrombophlebitis in Nijmegen breakage syndrome [J]. Pediatr-Neurol, 2002, 27(1): 62.
[8] 崔韬, 范锋, 赵性泉. 海绵窦综合征的临床及影像学分析[J]. 北京医学, 2006, 28(10): 587 - 589.
[9] Alioglu Z, Akbas A, Sari A, et al. Tolosa Hunt syndrome: a case report. Clinical and magnetic resonance imaging findings [J]. J Neuroradiol, 1999, 26(1): 68 - 72.

(修回日期: 2013 - 07 - 09)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201402025

· 经验交流 ·

鼻内镜下三线减张法治疗鼻中隔偏曲的疗效观察

古庆家, 李静娴, 樊建刚, 冯 勇, 余晓旭, 何 刚

(四川省人民医院 耳鼻咽喉科, 四川 成都 610072)

关键词: 鼻中隔偏曲; 鼻中隔成形术; 三线减张

中图分类号: R765.9 文献标识码: C 文章编号: 1007 - 1520(2014)02 - 0173 - 03

鼻中隔偏曲不仅影响偏曲侧鼻腔的通气功能, 还影响对侧鼻腔的生理功能和鼻窦的正常引流, 最终引起一系列的临床症状。因此改善鼻腔的通气引流非常重要。随着微创理论的建立及微创技术的应用, 鼻中隔偏曲矫正术也得到了不断改进。我们采用鼻内镜三线减张法矫正 46 例鼻中隔偏曲患者, 术后随访 6 ~ 30 个月, 疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 46 例, 男 24 例, 女 22 例; 年龄 21 ~ 50 岁。所有患者均有不同程度鼻塞, 部

分患者伴有鼻出血、头痛、流清涕或脓涕、打喷嚏、睡眠打鼾、张口呼吸等症状。全部患者确诊为鼻中隔偏曲, 均有前位、高位及后位偏曲, 符合三线减张鼻中隔矫正术适应证。所有患者术前行鼻内镜检查和鼻窦 CT 扫描, 以了解鼻中隔偏曲情况及是否伴有多结构异常, 其中 C 形偏曲 23 例, S 形偏曲 9 例, 棘突 6 例, 嵴突 5 例, 多种偏曲形态并存 3 例。一侧下鼻甲代偿性肥大 12 例, 8 例 CT 显示伴有鼻息肉、鼻窦炎及鼻窦囊肿。

1.2 手术方法

用 1% 丁卡因加 0.1% 肾上腺素棉片作两侧鼻中隔鼻甲黏膜表面麻醉, 1% 利多卡因加 0.1% 肾上腺素作鼻前庭皮肤黏膜交界处浸润麻醉。在鼻前庭皮肤黏膜交界处行“()”型切口, 且向鼻底延伸, 切开黏膜、黏软骨膜和软骨, 保留对侧黏软骨膜完整。内镜直视下分离

作者简介: 古庆家, 男, 副主任医师。
通信作者: 何 刚, Email: heganghegang@live.cn