个案与短篇 文章编号:0253-3626(2011)02-0255-01

# 儿童中耳结核误诊1例

黄孟捷,邹 剑,郑 芸,王力红,秦学玲
(四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科,成都 610041)

【中国图书分类法分类号】R764.2 【文献标志码】B 【收稿日期】2010-01-03

## 1 临床研究

患儿,女,5 岁,因左耳反复流脓 3 年,加重伴听力下降 2 月于 2009 年 9 月 11 日入院。4 年前曾因家长发现患儿双眼球突出,在院外就诊,头部 CT 检查后,发现脑实质内异常密度影,诊断为"脑膜胶质瘤",予以当地藏药治疗 3 年左右,复查头部 CT 提示钙化斑后停药。本次入院时的简单情况如下:查体:T:36.0℃,P:90 次/min,R:20 次/min。全身浅表淋巴结无肿大,胸廓对称,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音及胸膜摩擦音。专科查体:左外耳道口见一膨隆新生物,外耳道内段见脓性分泌物,鼓膜未窥及。右耳外耳道内段见分泌物,鼓膜未窥及。辅助检查:WBC:$4.32\times10^{12}$ 个/L,N:45.1%,L:49.1%;胸部 X 线片:右肺尖钙化灶,纵隔淋巴结肿大、钙化;耳部 CT(图 1):双侧中耳乳突炎,左外耳道及中耳胆脂瘤可能;头颅增强 MRI:右丘脑、中脑、左小脑半球多发点状、结节状低信号灶:多系钙化。入院诊断为左耳慢性化脓性中耳炎。



图 1 左耳术前外耳道壁、乳突骨质破坏

入院后患儿于 2009 年 9 月 22 日在全麻下行左耳乳突改良根治术。术中见左侧乳突、上鼓室、中鼓室、胆脂瘤及肉芽样组织,乳突尖下方骨质破坏成一空腔,乳突后壁下份骨质破坏约 1.0 cm × 0.6 cm 大小,听骨链破坏,仅剩部分砧骨和锤骨,镫骨缺如,前庭窗口为肉芽样组织,鼓膜大穿孔,外耳道亦见胆脂瘤。术中切下组织送检,术后予预防感染对症处理。术后病理检查结果报告送检组织均为肉芽肿性炎伴坏死,抗酸染色查见阳性杆菌,支持分枝杆菌感染。术后诊断为:左中耳结核。

## 2 讨 论

结核病是一种由分枝杆菌引起的传染性疾病,多发生于肺部,通过飞沫传播,近年来发病率有所增高。分枝杆菌经血行转移到肾、肝、脾、骨、脑,同时通过淋巴管到邻近淋巴结,并且能够侵犯头颈部多处组织如:颈淋巴结、喉、咽、口腔、鼻腔、唾液腺、颈椎、中耳和乳突等等。然而中耳结核在肺外结核中并不多见,所占比例<1%[1],并且仅仅占慢性化脓性中耳炎病例的 0.04%[2],多继发于肺、咽喉、鼻部感染等[3,4]。中耳结核主要通过 3 种途径播散而来:(1)直接蔓延:通过外耳道、穿孔鼓膜进入;(2)血行播散:来源于其他部位结核病灶;(3)咽鼓管途径:咽鼓管黏液的吸入。

中耳结核最常见的主要表现为:单侧发病,无痛性耳流液,多发性鼓膜穿孔,早期重度听力损失,常规抗生素治疗无效等[5]。严重或晚期病例可能并发面神经麻痹、乳突骨膜下脓肿、岩尖炎、耳廓后瘘、感染的颅内扩散等等。中耳结核的诊断依赖于医生的高度敏感性,因为受到发病率不高,临床症状不典型,培养假阴性的影响,往往在首诊时被忽视和遗漏,而本例患儿病程中并无任何呼吸道症状。结合该患儿诊疗经过讨论误诊的原因。诊断依赖于病理检查发现结核肉芽肿、朗格汉氏及上皮样细胞、抗酸染色找菌、耳分泌物涂片、中耳黏膜活检。在组织学检查阳性率不高时,诊断性治疗有效也可辅助中耳结核的诊断。在正规抗结核治疗无效,或有严重并发症发生时可考虑手术治疗。中耳结核病例早期诊断干预可以一定程度上的减少严重并发症的发生。该患儿在术后确诊后,已在结核科行正规抗结核治疗,已服用异烟肼 0.1 g qd 与利福平 0.1 g qd 3 个月。患儿复查颞骨高分辨 CT(图 2):左侧破坏区骨质较前有修复,右侧较前明显好转。



图 2 左耳术后破坏区骨质开始修复

从本病诊疗经过可吸取经验:本例儿童中耳结核患者术前耳部 CT 表现出乳突骨质严重破坏,且胸部、脑部全身多处有钙化灶,临床医师就应警惕一些血行播散性疾病,如结核。颞骨高分辨 CT 在本病的诊断中有一定作用,因对软组织及骨质有良好的分辨,其已作为慢性化脓性中耳炎的常用诊断手段。近来有学者报道了中耳结核与慢性化脓性中耳炎及胆脂瘤性中耳炎在颞骨高分辨 CT 上表现出与另两者不同:可以从外耳道骨壁黏膜增厚、外耳道的软组织生长、听小骨及乳突骨质破坏表现等一系列病变与另两者相区别[6]。故在临床上高度怀疑中耳结核的少数病例,应早期行血清学、组织学培养及影像学检查以期早期诊断干预,从而获得良好预后。

作者介绍:黄孟捷(1984-),女,硕士,
研究方向:临床听力学及听觉康复。
通信作者:郑 芸,女,副教授,Email:shirleyzy@yahoo.com。

个案与短篇 文章编号:0253-3626(2011)02-0256-01

# 脾切除术致腹主动脉压迫误诊分析

杨贵英,杨天德
(第三军医大学附属新桥医院麻醉科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R657.6 【文献标志码】B 【收稿日期】2009-10-27

## 1 临床资料

患者,男,64 岁,既往无特殊病史。因肝硬化、脾大和双下肢水肿入院在全身麻醉下行脾切除和肝门静脉、奇静脉离段术。8:25 min 开始麻醉诱导,给予咪达唑仑 3 mg,阿曲库铵 50 mg,丙泊酚 100 mg,芬太尼 0.2 mg 后行气管插管。行右颈外静脉穿刺置管,右足背动脉穿刺测压,右上肢袖带测压,麻醉维持丙泊酚 4~6 mg/(kg·h),瑞芬太尼 0.15~0.2 μg/(kg·min),手术于 9:10 正式开始。此期间足背动脉压维持在 110~130 mmHg,右上肢袖带压维持在 95~115 mmHg,心率 60~80 次/min,手术进行到分离肝门血管,并准备行肝门静脉测压时,患者血流动力学指标急剧变化,足背动脉压维持在 75~85 mmHg,右上肢袖带压维持在 125~135 mmHg,心率上升 100~120 次/min,此时患者上半身潮红,上半身体温上升,下半身稍凉,听诊双肺呼吸音清,血气结果显示:pH7.48,$PO_2$ 493 mmHg,$PCO_2$ 30 mmHg,BE −0.5 mmol/L,Hb 10.9 mmol/L。此时误认为过敏反应,立即给与麻黄素 10 mg,地塞米松 10 mg,葡萄糖酸钙 1 g,经颈外静脉输液 1 000 ml,果糖 10 g,参附 100 ml,此时改善效果不明显。约 0.5 h 后情况自行缓解,足背动脉压恢复到 120~140 mmHg,右上肢袖带压维持在 105~125 mmHg,心率 70~85 次/min。事后考虑此可能为腹主动脉受压所致的血流动力学指标急剧变化。

## 2 讨 论

### 2.1 病因

腹主动脉受压可导致流经腹主动脉狭窄段的血流减少,在狭窄远端管腔无明显缩小的情况下,远端动脉的血流灌注压降低,而外周小动脉、微动脉因缺血缺氧造成代谢产物积聚和酸中毒,反射性引起周围血管扩张,阻力降低[1];而受压部位以上血流增加,导致近端动脉压增加,左心负荷增加,有发生心力衰竭及脑溢血的危险。当腹主动脉受压解除后,远端区域的组织器官血流恢复,重新得到灌注,压力恢复,左心负荷降低,上肢动脉压下降。本病例显示:①手术操作在腹主动脉附近,拉钩及术者手部均可能压迫腹主动脉。②双下肢动脉搏动减弱,上下肢血压值差别明显。③上半身与下半身体温差异。④听诊双肺呼吸音清,血气结果基本正常,且按照过敏处理效果不佳。根据以上分析,初步诊断为腹主动脉受压所致的血流动力学指标急剧变化。

### 2.2 误诊原因

此类手术发生腹主动脉受压的情况少见,本病例腹主动脉受压缺乏特异性,血流动力学变化不像阻断腹主动脉那样急剧,单凭临床诊断困难,且许多医师尚未能认识该现象。彩超在检查中准确率高,能清晰显示血管的解剖及了解血流动力学的变化明确诊断,但在手术过程中不能行彩超检查,仅能凭解剖关系与血流动力学的变化初步诊断。因此应重视该现象的误诊率,根据解剖关系与血流动力学的变化尽快作出诊断,可避免延误病情和错误的治疗措施,以减轻误诊给患者造成的后遗症及经济损失。

### 2.3 经验教训

对此类可能压迫或阻断大血管的手术,应同时监测上下肢血压,并密切观察各项生命体征,以便早期作出诊断,早期预防并处理并发症。通过本例,要总结的经验教训是,对于任何一个病人,我们都须全面了解其生理、病理情况,遇有特殊病情者,需慎重评估,在此基础上才能作出合理的麻醉处理。

作者介绍:杨贵英(1981-),女,硕士,
研究方向:肌松药的代谢及其对血流动力学的影响及机制。
通信作者:杨天德,男,教授,Email:31011@sina.com。

## 参 考 文 献

[1] 丁 虹,张 晖,赵月虎,等.超声检测动脉狭窄性病变血流动力学的实验研究[J].中华超声影像杂志,2000,9(7):438-440.

(责任编辑:冉明会)

## 参 考 文 献

[1] Rieder H L,Snider D E Jr,Cauthen G M.Extrapulmonary tuberculosis in the United States[J]. American Review of Respiratory Disease,1990,141(2):347-351.

[2] Weiner G M,O'Connell J E,Pahor A L.The role of surgery in tuberculous mastoiditis:appropriate chemotherapy is not always enough[J].Journal of Laryngology and Otology,1997,111(8):752-753.

[3] Windle-Taylor P C,Bailey C M. Tuberculosis otitis media :a series of 22 patients[J]. Laryngoscope,1980,90(6):1039-1044.

[4] Sharan R,Issar D K. Primary tuberculosis of the middle ear cleft[J].Practitioner,1979,222(1327):93-95.

[5] Zahraa J,Johnson D,Lim-Dunham J E,et al. Unusual features of osteoarticular tuberculosis in children[J]. Journal of Pediatrics,1996,129(4):597-602.

[6] Rho M H,Kim D W,Kim S S,et al. Tuberculous otomastoiditis on high-resolution temporal bone CT: comparison with nontuberculous otomastoiditis with and without cholesteatoma[J]. American Journal of Neuroradiology,2007,28(3):493-496.

(责任编辑:关蕴良)