

耳源性颅内高压综合征的诊断和治疗

(附14例报告)

山东省立医院 樊忠

耳源性颅内高压综合征是比较少见的耳源性颅内并发症,我院自1958年~1982年共收治14例,现结合临床资料对其诊断及治疗作一讨论。

一、临床资料

本组14例患者的年龄为6~60岁;病程为1个月至4年;病变在左耳6例,右耳8例,除1例为急性中耳炎外,余均为慢性中耳炎急性发作,其中合并胆脂瘤7例,侧窦血栓形成6例。经脑室造影证实,为耳源性颅内高压综合征I型3例、II型11例。12例治愈,2例死亡。

二、讨论

(一) 诊断:

1. 病因病理: 颅内高压综合征I型系化脓性中耳炎并发脑膜炎、脑炎和脑脓肿等引起脉络丛分泌过盛,或因蛛网膜粘连、导水管阻塞等引起阻塞性或交通性脑积水。其病理特点是脑脊液循环障碍,液体增多,脑室系统明显扩张。脑脊液生化测定正常,个别可见蛋白和细胞数略增。II型则是化脓性中耳炎并发侧窦血栓性静脉炎后导致侧窦血栓堵塞,大脑静脉淤滞,颅内压急剧增高,脑组织缺氧水肿,间有点状出血坏死。其病理特点是脑组织肿胀淤血,脑脊液量并不一定增多,脑脊液化验正常,脑室系统不扩张,有时反因脑肿胀而缩小。

过去曾错误地认为侧窦血栓形成后血栓蔓延到上矢状窦,阻碍了蛛网膜绒毛脑脊液的吸收,从而诱发颅内高压。事实上,临床上上矢状窦血栓形成者甚少,而且该病的脑脊液总量也不增多。Bedford⁽²⁾用实验证明,在一侧中耳炎并发同侧侧窦血栓阻塞,而另侧仍畅通无阻时,不会产生脑症状;如两侧侧窦同时被血栓阻塞,则脑淤血肿胀症状便会立即发生。笔者通过尸解及上矢状窦造影术证实⁽¹⁾,化脓性中耳炎并发侧窦血栓性静脉炎时,由于患者体位和血液动力学关系,

侧窦的近窦汇端最易发生血栓,如不及时治疗,血栓便可越过窦汇将对侧侧窦堵塞,然后再蔓延及上矢状窦将其堵塞。如两侧侧窦同时被堵塞,大脑的淤血肿胀也往往需要两个月的时间才能建立好侧支循环而逐渐恢复正常。在此期间,上矢状窦仍多为畅通无阻,故不存在影响脑脊液吸收的问题。

2. 诊断要点: 耳源性颅内高压综合征II型具有: ①化脓性中耳乳突炎病史; ②有颅内并发症史; ③腰穿脑脊液压力持续在200毫米水柱以上,常规化验正常; ④眼底水肿,常伴有严重出血和渗血; ⑤严重头痛,恶心呕吐; ⑥克氏征阳性,其他神经体征阴性; ⑦脑室造影不见脑室扩大,上矢状窦静脉造影显示两侧侧窦血栓形成。耳源性颅内高压综合征I型除具有II型临床特点外,常出现颅神经麻痹和病理反射,可进行脑特殊检查(如超声波、脑电图、脑室、脑血管和上矢状窦静脉造影)以资鉴别。如无侧窦感染史,脑室造影发现脑室系统对称性扩张,则可在排除占位性病变后予以确诊。此外,病程在1个月以内的颅内高压现象多为一侧侧窦堵塞后的正常恢复过程,不可轻易诊断。对病程超过一个月而且久治不愈者,方可诊断为颅内高压综合征。

(二) 治疗: 本病的治疗一般采用对症疗法,如限制饮水,给予利尿脱水剂,早期可试用激素。为了降低颅内压,避免视神经萎缩,Symonds、Pestol氏等⁽³⁾均主张反复腰穿抽除脑脊液,每次30毫升,每日或隔日一次。但本组行反复腰穿抽液治疗的5例均无明显疗效,其中1例行乳突根治术后反复腰穿抽液无效,2个月后出现双视神经严重萎缩,脑室造影检查脑压为500毫米水柱,脑室不扩张,又经2个月后症状完全消失。因此,Galdraith(1973年)提出,一旦发现视力锐减,应急行颞肌下减压或眶的视神经减压术;如眼底水肿不加剧或视力不

减退,则不需采用腰穿抽液、脑室引流及行颞肌下减压术,可在保守治疗下严密观察病情,其预后一般较好。本组 I 型占 3 例,1 例经保守疗法治愈,另 2 例分别采用侧脑室颈外静脉吻合术和侧脑室鼓室造瘘术治疗,均在术后半年内死亡。II 型者 11 例,均经清除中耳乳突病灶和药物等保守疗法治愈,其中

5 例曾配以腰穿(或脑穿)抽液减压术治疗。

参考文献

1. 樊忠:侧窦血栓性静脉炎的诊断及治疗,中华医学杂志,11: 695, 1978
2. Oconnor AFF et al: J Laryngol Otol 92: 767, 1978
3. Newlands WJ: J Laryngol Otol 79: 274 1965

青岛地区气候与冠心病心绞痛发作关系的初步探讨

济南军区青岛第一疗养院 杜守杰 杨守海
青岛市气象局 王志福 吴玉坤

天气和气候对人体健康的影响,已为人们普遍重视。我们将 60 岁以上冠心病患者的疗养情况与青岛气候的关系进行了初步探讨,其结果如下。

一、资料来源

1. 本文收集的 3,103 例次 60 岁以上冠心病患者,为本疗养院 1977 年 1 月至 1981 年 12 月的入院疗养患者。详细记录其每年各月的心绞痛发作情况。

2. 气象资料:为同期气象资料,由青岛市气象局提供。

二、冠心病心绞痛发作的基本特征

我们将上述 3,103 例次老年冠心病患者的累年各月的心绞痛发作率及每年每月心绞痛发作率,分别与气象有关的主要因素绘制成图。此图表明该病累年各月的心绞痛发作率,冬半年(11 月至翌年 3 月)高于夏半年(4 月至 10 月), $P < 0.01$,有非常显著差异。五年的发作率最高值都集中在 11 月份,平均为 59%;而最低值又多出现在 8~9 月份,平均值为 10%。

从气象特征看出,该规律与大气环流的变化有密切关系。因秋末冬初时节大气环流与西风带在亚洲东部地区开始进行调整,逐渐发生较大变化至 11 月份。在此期间天气图上的东亚大槽多在亚洲东部沿海上空形成,并不断持续加强;北方冷空气频繁活动,寒潮暴发南侵,使此时青岛的气温剧烈变化。

我们把五年累年各月候变温的合计值绘制成图。此图表明 11 月份平均候变温的合计值为 -9.3°C ;而 8 月份则为 $+1.2^{\circ}\text{C}$ 。与冠心病的心绞痛发作率相比较,在候变温的合计值低于 -7.0°C 时,其冠心病心绞痛发作率高于 50%;而冠心病心绞痛发作率连续低于 20% 的时间在 6 月中旬至 10 月中旬,也就是候变温 $+4.2^{\circ}\text{C}$ 到 -5.2°C 之间。该时期的候变温线与月变温几乎重合,提示此时的气温变化缓和。我们又将五年各月的候变温与五年各月的冠心病心绞痛发作率比较,结果是两者的变化规律基本一致。两者每年都有一个相同的重复周期,这说明每年秋末冬初随着候变温的负值增大,冠心病的心绞痛发作率也相应增加;1~3 月份候变温的负值逐渐减少,冠心病的心绞痛发作率也随之逐渐减少。总之,在一年 12 个月里,夏半年是冠心病疗养的最好季节,而 11 月份因突然大幅度降温,气温变化剧烈,候变温较大,对冠心病患者的疗养很为不利。

以上规律,不仅对疗养工作有一定的指导意义,而且也为预防冠心病心绞痛发作和治疗提供重要参考依据。医学气象是一门边缘科学,方兴未艾。本文仅对冠心病与候变温、月变温变化的关系作了初步探讨,以引起同道注意,共同致力于更多规律和关系的进一步探讨和研究。