

面神经麻痹继发病毒性脑炎 1 例

张正洪, 杨文琼, 刘忠志, 周青珍

关键词 面神经麻痹; 病毒性脑炎; 颅内感染

中图分类号 R741; R741.02; R741.05; R745.1 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20191176

本文引用格式: 张正洪, 杨文琼, 刘忠志, 周青珍. 面神经麻痹继发病毒性脑炎 1 例[J]. 神经损伤与功能重建, 2021, 16(4): 247-248.

病毒性脑炎是常见的中枢神经系统感染性疾病, 病情重, 病死率高, 属急危重症, 多以头痛和发热为主要表现, 但以周围性面神经麻痹为首发症状, 继而发展为病毒性脑炎者实属罕见。本文报道我院收治的 1 例该类病例。面神经炎患者, 尤其是亨特综合征患者, 有发生颅内感染风险, 应引起临床医生高度重视, 早诊断, 早治疗, 有利于改善预后。

1 临床资料

患者, 男, 58 岁, 因“左耳周放射痛 5 d, 左口角歪斜 1 h”于 2018 年 8 月 6 日住我院口腔科; 既往有高血压病 3 年, 冠心病、变异性心绞痛 1 年, 服用拜阿司匹林、单硝酸山梨酸酯。入院时查体: 体温 36.8 °C, 血压 175/90 mmHg, 神志清楚, 左侧周围性面瘫, 眼球活动自如, 视物清楚, 外耳道未见明显红肿、疱疹, 听力正常, 伴左侧耳鸣, 舌前 2/3 味觉减退, 余未见明显异常。入院后查血常规、电解质、肝肾功能、凝血功能、尿常规正常, 血脂总胆固醇 (total cholesterol, TC) 5.26 mmol/L ↑, 甘油三酯 (triglyceride, TG) 2.46 mmol/L ↑, 高密度脂蛋白胆固醇 (high-density lipoprotein cholesterol, HDL-C) 1.00 mmol/L ↓, 低密度脂蛋白胆固醇 (low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C) 2.66 mmol/L ↓, 颅脑核磁示脑多发腔隙性梗死。口腔科考虑为: 左侧贝尔麻痹; 高血压病; 冠心病、变异性心绞痛; 高脂血症。给予抗炎 (克林霉素磷酸酯、地塞米松磷酸钠)、抗病毒 (利巴韦林注射液 0.6g qd)、营养神经 (维生素 B₁+B₁₂) 等对症治疗。2018 年 8 月 11 日患者诉左耳内疼痛加重, 左侧耳廓内见数枚“针尖”大小清亮疱疹, 部分破裂, 考虑“左侧亨特综合征”, 给予左耳道更昔洛韦眼膏局部外用, 后患者诉左耳疼痛缓解。2018 年 8 月 16 日患者病情加重, 精神差, 体温 38.5 °C, 眩晕感, 视物重影, 行走不稳, 进食欠佳, 左侧周围性面瘫, 左耳廓感染, 急查血白细胞 10.4×10⁹/L ↑, 中性粒细胞 7.7×10⁹/L ↑, 淋巴细胞百分比 19.3% ↓, 请神经内科会诊, 考虑为颅内感染, 转神经内科继续治疗。神经查体: 神清, 精神差, 言语清晰, 左侧周围性面瘫, 双侧瞳孔等大等圆, 直径 3 mm, 对光反射灵敏, 视物重影, 伸舌居中, 咽反射

存在, 左耳外耳道疱疹、片状结痂, 周边少许黄色清亮渗出, 颈软无抵抗, 克布征 (-), 四肢肌力、肌张力正常, 双侧腱反射 (++) , 病理征阴性, 左侧面部浅感觉减退, 行走不稳。诊断: 颅内感染, 单纯疱疹病毒性脑炎; 亨特综合征; 展神经麻痹; 外耳道感染; 高血压病 3 级, 极高危组; 冠心病、变异性心绞痛; 高脂血症。2018 年 8 月 17 日行腰穿: 测压 150 mmH₂O; 脑脊液生化: 氯 112 mmol/L ↓, 葡萄糖 4.6 mmol/L ↑, 脑脊液总蛋白 3312 mg/L ↑; 脑脊液常规: 蛋白定性阳性 (+), 糖定性试验阳性 (+), 白细胞计数 1815×10⁶/L, 同步血糖 8.0 mmol/L; 脑脊液结核涂片未见抗酸杆菌, 脑脊液墨汁染色未见隐球菌。单纯疱疹病毒 II 型 DNA 定量、单纯疱疹病毒抗体测定未见明显异常。2018 年 8 月 17 日磁共振平扫+增强: 双侧小脑幕缘、基底池、室管膜下多发小片状强化影, 结合临床考虑: 颅内感染, 见图 1。故诊断为颅内感染, 单纯疱疹病毒感染并发细菌感染。给予更昔洛韦抗病毒, 头孢曲松钠他唑巴坦抗感染, 甘露醇降颅压, 地塞米松磷酸钠抗炎, 甲钴胺+维生素 B₁+叶酸片营养神经, 外耳道换药, 周围性面瘫的康复治疗, 兰索拉唑针护胃, 眩晕宁片止晕, 氯化钾片、碳酸钙 D3 片预防低钾、低钙, 拜新同降压, 瑞舒伐他汀降脂, 拜阿司匹林抗血小板, 单硝酸山梨酸酯扩冠等治疗。病情逐渐好转, 2018 年 8 月 29 日复查腰穿: 测压 110 mmH₂O; 脑脊液生化: 氯 107 mmol/L ↓, 总蛋白 2410 mg/L ↑; 脑脊液常规: 蛋白定性阳性 (+), 糖定性试验阳性 (+), 同步血糖 4.6 mmol/L, 脑脊液结核涂片未见抗酸杆菌, 脑脊液墨汁染色镜检未见隐球菌。2018 年 8 月 31 日头颅磁共振 FLAIR 见双侧小脑幕缘、基底池、室管膜下多发片状稍高信号影, 与 2018 年 8 月 17 日核磁片比较范围缩小、好转, 考虑: 颅内感染明显好转。更昔洛韦抗病毒总疗程 21 d, 2018 年 9 月 5 日患者症状和体征明显好转出院。

2 讨论

病毒性脑炎是常见的中枢神经系统感染性疾病, 多以“头痛、发热、精神行为异常”等为主要表现, 以周围性面神经麻痹为首发症状继发脑炎者实属罕见。2017 年 Ricigliano 等^[1]报道 1 例脑干脑炎并发亨特综合征, 先以脑干脑炎发病, 继发为亨特

作者单位

湖北医药学院附属东风医院神经内科, 神经精神病研究所

湖北 十堰 442016

基金项目

湖北省教育厅科研项目 (No. B2013121)

收稿日期

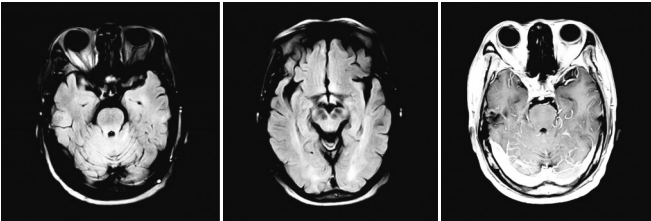
2020-07-06

通讯作者

张正洪

zhangzhengh1@

163.com



注:双侧小脑幕缘、基底池、室管膜下多发片状稍高信号影和小片状强化影

图1 患者头部磁共振平扫T₂像和增强像

综合征。本文报道的病例,首发症状为典型的周围性面神经麻痹,外耳道疱疹明显、严重,诊断为面神经炎,亨特综合征,诊治正确。入院10 d后突然病情加重,出现颅内感染的表现,腰穿脑脊液、头颅磁共振等支持颅内感染的诊断,患者表现为面神经、展神经、三叉神经受损的表现,这些神经的核团位于脑干,故定位于脑干,结合病史,考虑为病毒性脑干脑炎合并细菌感染,给予更昔洛韦抗病毒和抗生素治疗后症状明显好转,诊断正确,治疗有效。患者先有严重面神经炎的表现,发病数天后出现脑干部颅内感染,二者均为病毒感染,给予抗病毒治疗有效。从发病的过程和损害的邻近部位分析,考虑由侵犯面神经的病毒侵袭邻近的脑干结构从而导致颅内感染,是一种因果关系。在周围性面神经麻痹中,80%为特发性^[2],特发性面神经麻痹的原因有多种学说,但面神经膝状神经节的疱疹病毒再度激活占相当比例^[3]。本例患者很可能是病毒感染面神经导致面神经麻痹后,被激活的病毒又经面神经进入颅内导致病毒性脑炎。文献曾有报道耳部带状疱疹病毒致 Ramsay-Hunt 综合征,同时发生病毒性脑炎^[4]。另外,周围性面神经麻痹可以是病毒性脑炎的症状

之一,但同样罕见。Verma 等^[5]报道 1 例 68 岁日本脑炎患者,出现发热、头痛、呕吐 5 d,同时出现双侧周围性面瘫及行为异常,MRI 检查 T₂像上表现为桥脑两侧对称高信号,推测病灶累及双侧面神经核。研究发现,病毒性脑炎以单纯疱疹病毒感染最多见^[6]。本例患者未查到病毒,但结合临床特点,仍可诊断为单纯疱疹病毒性脑炎。病毒性脑炎临床表现多样,炎症所在的部位不同,症状和体征不同,多以额颞叶受损,但脑区其他部位如脑干也可受损,以颅神经受损为首发症状者少见,临床需要警惕,尤其出现亨特综合征的病例,考虑为病毒感染时,及早给予抗病毒治疗;当出现头痛头晕、发热、恶心呕吐等颅内感染征象时,及时行腰穿和头部磁共振检查;明确诊断后按病毒性脑炎治疗,早诊治,明显改善预后。

参考文献

[1] Ricigliano VAG, Saraceno L, Cavalli M, et al. Slowly progressing varicella zoster brainstem encephalitis complicating Ramsay Hunt syndrome in an immunocompetent patient: case report and review of the literature[J]. J Neurovirol, 2017, 23: 922-928.
[2] Basic V, Kes V, Dobrota VD, et al. Peripheral facial weakness (Bell's palsy)[J]. Acta Clin Croat, 2013, 52: 195-202.
[3] Greco A, Gallo A, Fusconi M, et al. Bell's palsy and autoimmunity[J]. Autoimmun Rev, 2012, 12: 323-328.
[4] Eskiizmir G, Uz U, Taskiran E, et al. Herpes zoster oticus associated with varicella zoster virus encephalitis[J]. Laryngoscope, 2009, 119: 628-630
[5] Verma R, Praharaj HN. Bilateral facial palsy as a manifestation of Japanese encephalitis[J]. BMJ Case Rep, 2012, bcr2012006555.
[6] 罗永坚, 李吕力, 商心敬, 等. 急性病毒性脑炎 220 例临床特征与病原学分析[J]. 中国临床新医学, 2012, 5: 316-318.

(本文编辑:唐颖馨)

(上接第 246 页)

经前交通动脉取栓时,选择直径为 2.0 mm 取栓支架更为合适。本例患者前交通动脉较粗,经过前交通动脉将直径为 4.0×20 mm Trevo 取栓支架回收时,采用支架近端部分收至微导管内(半释放技术)进行回收支架。支架经过前交通动脉时,亦有栓塞穿支动脉的风险。前交通动脉存在皮穿支动脉,有研究^[8]认为损伤前交通动脉穿支动脉后,可引起偏瘫、人格改变、智力减退,称为“前交通动脉综合征”。

总之,经过认真的评估,合适装置的选择和术中谨慎的操作,将前交通动脉作为治疗对侧血管(大脑前、中动脉)的路径是可行的。

参考文献

[1] 陆小波, 肖国栋, 肖章红, 等. 神经介入取栓术治疗脑梗死的疗效研究[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14: 523-524.
[2] Padalino DJ, Deshaies EM. Tandem middle cerebral artery-internal carotid artery occlusions: reduced occlusion-to-revascularization time

using a trans-anterior communicating artery approach with a penumbra device[J]. J Neurosurg, 2012, 116: 665-671.
[3] Nappini S, Limbucci N, Leone G, et al. Trans-Anterior Communicating Artery Primary Stenting in Acute Tandem Middle Cerebral Artery-Internal Carotid Artery Occlusion Due to Thoracic Aortic Stent Graft[J]. World Neurosurg, 2017, 106: 1050.e21-1050.e24.
[4] Amuluru K, Romero CE, Pyle L, et al. Mechanical Thrombectomy of Acute Middle Cerebral Artery Occlusion Using Trans-Anterior Communicating Artery Approach[J]. World Neurosurg, 2018, 112: 46-52.
[5] Maus V, Brehm A, Psychogios MN. Stent Retriever Embolectomy in Acute Occlusion of the Anterior and Middle Cerebral Artery using a Transanterior Communicating Artery Approach[J]. J Vasc Interv Radiol, 2019, 30: 1709-1711.
[6] Perlmutter D, Rhoton AL Jr. Microsurgical anatomy of the anterior cerebral-anterior communicating-recurrent artery complex[J]. J Neurosurg, 1976, 45: 259-272.
[7] 樊玉良, 朱春雷, 吴斌. 前交通动脉解剖学研究[J]. 中华神经外科杂志, 2014, 30: 85-87.
[8] Yasargil MG, Smith RD. Surgery on the carotid system in the treatment of hemorrhagic stroke[J]. Adv Neurol, 1977, 16: 181-209.

(本文编辑:唐颖馨)