

## 以急性暈眩併單側聽損表現的蛛網膜下腔出血案例

一名 78 歲女性，過去除高血壓無特殊病史。某日清晨在如廁時，忽然左耳感到由遠而近的巨大聲響，隨後左耳完全聽不見聲音，並感到一陣暈眩及噁心嘔吐。家人見狀，立即帶往本院急診就診。於急診室，病人生命徵象穩定，抽血結果，心電圖及胸部 X 光報告皆無異常；給予一劑止吐針後，病人從急診轉介到當日的耳科門診安排後續檢查。門診時，理學檢查發現，病人意識清楚，但全身倦怠無法站立，並且有持續向左的眼球振顫。純音聽力檢查為左側極重度聽損(left profound hearing loss)。因同時合併暈眩及聽損症狀，故以急性迷路炎為初步診斷，當日隨即將病人收住院，並給予靜脈類固醇及止暈眩藥物治療。翌日清早查房時，發現病人呈現嗜睡狀態，並且家屬表示病人有步態不穩及意識改變的狀況。由於懷疑病灶影響致中樞神經，隨即安排腦部斷層及電腦斷層血管造影，結果發現在蝶鞍上腦池、大腦腳間池、環池及四疊體腦池(suprasellar, interpeduncular, ambient and quadrigeminal cisterns)均出現小量的蛛網膜下腔出血(圖 1, 電腦斷層血管造影)。由於出血明顯，病人轉介至神經內科治療。神經內科醫師也立即安排腦部血管攝影，結果發現在左側前下小腦動脈(left anterior inferior cerebellar artery)一顆 0.47 公分的動脈瘤(圖 2, 腦血管攝影, 紅箭頭所指)。因此，聯絡放射科醫師做血管內栓塞，術後左側前下小腦動脈完全閉塞(Total occlusion, 圖 3, 腦血管攝影)。栓塞後，病人出現左半臉感覺麻痺及右側肢體無力等神經學症狀，最後轉介至復健科安排後續的復健治療。

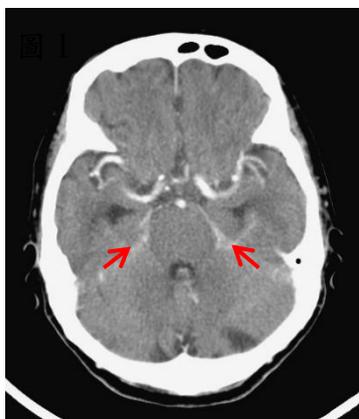


圖 1: 電腦斷層血管造影顯示腦池有蛛膜下腔出血。

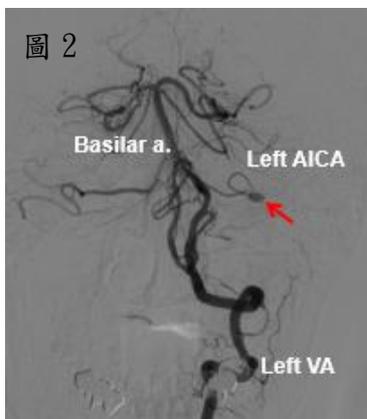


圖 2: 腦血管攝影顯示有一左側前下小腦動脈瘤。



圖 3: 腦血管攝影顯示血管內栓塞，後下小腦動脈完全閉塞。

## 案例討論

關於暈眩，臨床上主要區分為周邊型及中樞型暈眩。周邊型暈眩常見為內耳問題(包括迷路炎, 梅尼爾氏症, 前庭神經炎, 或良性陣發性位置性眩暈等等), 臨床表現常合併噁心嘔吐, 自主神經症狀(盜汗、臉色蒼白)或單側聽損(迷路炎及梅尼爾氏症), 而且大部分的病人暈眩症狀會隨時間漸趨緩解; 反觀中樞型的暈眩, 臨床症狀較常合併頭痛, 步態不穩, 或其它神經學症狀, 而且暈眩不會隨時間緩解, 甚至症狀加劇。

本案例為極罕見的前下小腦動脈動脈瘤(anterior inferior cerebellar artery aneurysm)破裂造成急性中樞型暈眩。前下小腦動脈(anterior inferior cerebellar artery, AICA)為腦血管後循環中基底動脈(basilar artery)的分支, 支配小腦部分的血流供應。AICA 側橋腦段(lateral pontine segment)的兩個分支: 迷路動脈(labyrinthine artery)及弓狀動脈(Subarcuate artery), 會從內聽道往內耳走, 提供前庭及耳蝸血流供應。因此若 AICA 有血管阻塞或動脈瘤破裂, 就有可能要成內耳血流供應不足而造成暈眩及單側聽損的症狀。而暈眩合併單側聽損也造成類似周邊型暈眩的"假象", 而成了醫師在臨床處置病人時的迷思及陷阱。事實上, 評估暈眩的病人, 除了病史及臨床症狀, 完整確實的神經學檢查也是臨床上分辨中樞或周邊暈眩重要的步驟。若理學檢查出現以下狀況, 則須高度懷疑中樞病灶:

1. 意識或人格改變
2. 單側臉部麻痺或單側肢體無力
3. 出現霍納氏症候群(Horner syndrome: 眼瞼下垂, 瞳孔縮小, 半邊顏面無汗)
4. 出現小腦症狀(cerebellar signs):
  - 甲、辨距不良(dysmetria): 常以 Finger-to-nose test 檢查
  - 乙、輪替運動障礙 (dysdiadochokinesia): 常以 pronator-supinator 檢查
5. 眼振呈多方向性(multiple directional)或眼振方向會隨注視方向改變(direction changing nystagmus)
6. 雙眼不在同一個水平高度(positive result of Skew deviation test)

本案例病人雖起初以暈眩併單側聽損為表現, 但後續出現意識混亂(conscious disturbance)、步態不穩(gait ataxia)等神經學症狀, 所以臨床上高度懷疑中樞病灶, 安排電腦斷層血管造影及腦部血管攝影, 進而發現前下小腦動脈瘤破裂併蛛網膜下腔出血。另外, 目前對於前下小腦動脈瘤的處理方式, 考慮到其解剖位置在為手術較為困難的小腦橋腦角(cerebellopontine angle), 因此血管內栓塞(endovascular treatment)為優先考慮的治療方式; 栓塞後, 少部分病人會出現永久性的神經學症狀(neurological sequelae), 大部分病人神經學症狀會恢復。能恢復的原因目前推測可能從上小腦動脈(superior cerebellar artery)或後下小腦動脈(posterior inferior cerebellar artery)的側支動脈(Collateral arteries)支配有關。

暈眩為耳科門診常見病人主訴, 臨床醫師除了安排暈眩檢查(Electronystagmography), 更需將病史、臨床症狀仔細地詢問, 尤其病人的意識狀態及相關的神經學檢查, 都必須嚴謹、詳盡的評估, 才不會遺漏掉可能的中樞

問題。若一旦發現中風或顱內出血，也能及早轉介至腦神經相關科別治療，讓病人能得到較好的預後結果。

病歷號：EAJICAI

編輯：李典憲醫師

指導醫師：黃啟原醫師

參考文獻：

1. Bailey's head and neck surgery otolaryngology 5th edition
2. Segmental anatomy of cerebellar arteries: a proposed nomenclature. J Neurosurg 115:387–397, 2011
3. Endovascular management of distal anterior inferior cerebellar artery aneurysms: Report of two cases and review of the literature. Surgical Neurology International 2011, 2:95
4. Aneurysm in the anterior inferior cerebellar artery-posterior inferior cerebellar artery variant: Case report and review of literature. International Journal of Surgery Case Reports 22 (2016) 23–27