

颞骨骨折_耳鼻喉科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E9_A2_9E_E9_AA_A8_E9_AA_A8_E6_c22_609195.htm

颞骨骨折是颅底骨折中最常发生的一种类型骨折，常是颅脑外伤的一部分或合并全身复合伤，患者多处于严重脑外伤昏迷、意识障碍、创伤性休克、或呼吸循环衰竭等急危状态，但由于颞骨骨折多合并耳部外伤，表现为耳遭出血，而首诊于耳科急诊。因此，耳科医生应对颞骨骨折机理、临床特点及处理原则有明确认识。【诊断】一、临床类型可分为三型，据统计，纵形骨折占80%，横行骨折占15%，其余为混合形骨折。（一）纵形骨折常为颞部或顶部受外力撞击所致，骨折线开始于颞骨鳞部，经外耳道后上壁穿过鼓室顶，并沿颈内动脉管于迷路前面终止于颅中窝近棘孔处，此型骨折对耳蜗及前庭损害危险较少，而更多损伤中耳传音结构，中耳全部结构几乎均受累。外耳道皮肤及鼓膜常被撕裂，致成耳道出血，因此，如头部外伤后耳道内有出血者应高度怀疑有纵形骨折可能。多数中耳损伤仅有鼓膜裂伤，常能自行愈合，无功能障碍，但如合并听骨链损伤，则于鼓膜穿孔愈合后仍遗留传导性聋，气导损失在50~60dbhl，鼓压曲线可有改变。20%合并面神经麻痹，损伤多位于膝神经节远端鼓室段，或偶见于垂直段，面神经麻痹多为暂时性或延迟性。（二）横行骨折多由于枕部受外力损伤所致，骨折线由颅后窝横跨岩锥至颅中窝，骨折线起始于枕骨大孔，走行至颈静脉孔和舌下神经管之间，或经内耳道及骨迷路止于颅中窝的破裂孔或棘孔，耳蜗、前庭及面神经多受较严重损伤。由于骨折线可发生于骨迷路外侧

壁，因此可致鼓室内出血。临床表现有眩晕、自发眼震、感音神经聋和血鼓室（呈蓝色鼓膜），50%患者合并外伤即刻发生的完全性面神经麻痹。（三）混合性骨折多见于多发颅骨骨折，骨折线包括上述两型，因而致成中耳和内耳的全部损伤。

二、各型骨折的诊断要点（一）耳道出血及传导性耳聋多见于纵形骨折，可因迷路震荡引起暂时性眩晕。（二）横行骨折多致成严重感音神经性听力减退，并伴有前庭损伤，横行骨折面瘫发生率高于纵形骨折，且均为完全性，即可发生。（三）凡头部外伤患者，出现外耳道出血、听力减退、眩晕和面神经麻痹，是诊断颞骨骨折的临床依据。（四）头颅ct扫描可确定诊断。（五）其他各项检查，包括听功能、前庭功能和面神经功能检查等，应待病情稳定或全身情况允许后再进行。

【治疗】一、急性期以急诊抢救及神经外科处理为主，保持呼吸道通畅，无自主呼吸者应进行气管插管机械通气，或行气管切开术，注意循环系统功能，控制出血，抢救休克等。二、外耳道如有出血，可于清理消毒后，放置一消毒棉球，出血量多者，也可用纱条充填压迫。三、待全身情况安全稳定及恢复后，行全面耳科检查，包括耳镜检查、听力及前庭功能以及面神经功能检查，如神经兴奋性试验、神经电图、肌电图等，以及ct颞骨扫描。确定为传导性耳聋者可行鼓室探查术，面瘫经)个月无恢复迹象者，可行面神经探查修补术。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com