

鼻窦骨折_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_BC_BB_E7_AA_A6_E9_AA_A8_E6_c22_609226.htm

额窦骨折常与鼻、额、筛、眶复合体骨折同时存在，可分前壁、后壁、鼻额管。周，可因感染引起额窦炎、骨髓炎及眶内颅内并发症。三、晚期，额部凹陷性畸形，可形成额窦粘膜囊肿等。x线鼻额位拍片可显示骨折部位，视力障碍者可行视神经管位拍片。必要时应作视诱发电位检查。ct鼻窦水平冠状位可清晰显示出骨折部位。皮肤裂开者不宜用探针探察深度，以免伤及脑膜，颅高压者禁忌腰穿。【治疗】保持鼻腔通畅，预防感染，预防畸形。手术治疗：根据不同类型可作眉弓切口，额部切口，发际切口。骨折复位、清除血块，重建鼻额管。脑脊液鼻漏者缝合硬膜，缺损者用阔筋膜、肌浆（或脂肪）修补漏口。上颌骨骨折以前壁（眶下孔、额窦）塌陷性骨折多见。颌面部受击压可发生眶底骨折。因上颌骨牙槽突骨质较厚，骨折时可出现咬合错位，面部畸形。上颌窦骨折常与鼻骨、颧骨及其他鼻窦的骨折联合出现（亦称面部中段骨折）。【诊断】注重病史及体征。眶底骨折应注意：1.复视。2.眼球下陷。3.眶下神经分布区麻木。4.副鼻窦柯华氏位拍片：上颌窦混浊，眶底下移，骨折处呈“天窗”形，上颌窦上部有“悬滴”形阴影。5.颅底位：可见颧弓及上颌窦外侧壁骨折。【治疗】抗感染，止血。伤后24小时内早期整复。超过24小时，因软组织肿胀，可1周后复位。单纯线形骨折不需复位。上颌窦前壁，顶壁骨折，可作扩大的柯陆氏上颌窦径路。复位固定大片骨头，回填眶内物，修补眶底。上

牙槽骨折可用钢丝固定，颧骨骨折可作耳前发际切口，复位，钢丝固定术。筛窦骨折常合并额、眶、鼻根部骨折。常合并视神经管、颅底骨折，亦可发生脑脊液鼻漏、筛前、筛后动脉损伤可致眶内血肿，或大量鼻出血，后组筛窦骨折可损伤视神经而致盲。【诊断】一、外伤史，鼻根、额部疼痛，鼻衄，结膜充血，眼睑血肿、淤血，内眦部压痛。二、前冲力所致骨折，可引起筛窦塌陷，开放性创口，伤及筛纸样板可致眶内血肿、气肿，眼球移位，内眦增宽变圆。三、硬膜撕伤，脑脊液鼻漏。四、后组筛窦受伤、头痛、嗅觉减退；累及视神经可影响视力，患侧瞳孔散大，对光反射消失，间接反射存在（marcus gunn氏瞳孔）。线：鼻额位，视神经管位。或ct扫描可详细显示眶内、筛窦、视神经管病变情况。

【治疗】严重鼻出血填塞无效者应作筛前、筛后动脉结扎术。对视力障碍经止血、激素等治疗无效者，或进行性视力减退者应行视神经管减压术。蝶窦骨折为鼻顶后部骨折，多与后组筛窦同时骨折，常伴发颅底骨折，枕部钝痛，视力、嗅觉差，病重时伴有脑震荡、颅内出血、休克昏迷。蝶窦顶骨折伴有脑脊液鼻漏，并因累及垂体而发生尿崩症。x线颅侧位片，ct片，可观察蝶窦各壁情况，mri可显示蝶窦侧壁、颈内动脉海绵窦段的损伤情况。对严重脑脊液鼻漏者，可行鼻中隔—蝶窦径路寻找漏口，用脂肪或筋膜肌浆填压修补。

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