

颅底骨折\_神经外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/610/2021\\_2022\\_\\_E9\\_A2\\_85\\_E5\\_BA\\_95\\_E9\\_AA\\_A8\\_E6\\_c22\\_610715.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E9_A2_85_E5_BA_95_E9_AA_A8_E6_c22_610715.htm) 颅底部的线形骨折多为颅盖骨骨折线的延伸，也可由邻近颅底平面的间接暴力所致。根据所发生的部位可分为前颅窝、中颅窝和后颅窝骨折。由于硬脑膜与前、中颅窝底粘连紧密，故该部位不易形成硬脑膜外血肿。又由于颅底接近气窦、脑底大血管和颅神经，因此，颅底骨折时容易产生脑脊液漏、颅神经损伤和颈内动脉、海绵窦瘘等并发症，后颅窝骨折可伴有原发性脑干损伤。

【诊断】1. 临床表现 (1) 前颅窝骨折 累及眶顶和筛骨，可伴有鼻出血、眶周广泛淤血（称“眼镜”征或“熊猫眼”征）以及广泛球结膜下淤血。如硬脑膜及骨膜均破裂，则伴有脑脊液鼻漏，脑脊液经额窦或筛窦由鼻孔流出。若骨折线通过筛板或视神经管，可合并嗅神经或视神经损伤。(2) 中颅窝骨折 颅底骨折发生在中颅窝，如累及蝶骨，可有鼻出血或合并脑脊液鼻漏，脑脊液经蝶窦由鼻孔流出。如累及颞骨岩部，硬脑膜、骨膜及鼓膜均破裂时，则合并脑脊液耳漏，脑脊液经中耳由外耳道流出；如鼓膜完整，脑脊液则经咽骨管流向鼻咽部而误认为鼻漏。骨折时常合并有、 颅神经损伤。如骨折线通过蝶骨和颞骨的内侧面，尚能伤及垂体或第、 、 、 、 颅神经。如骨折端伤及颈动脉海绵窦段，可因颈内动脉、海绵窦瘘的形成而出现搏动性突眼及颅内杂音。破裂孔或颈内动脉管处的破裂，可发生致命性鼻出血或耳出血。(3) 后颅窝骨折 骨折线通过颞骨岩部后外侧时，多在伤后数小时至2日内出现乳突部皮下淤血(称battle征)。

骨折线通过枕骨鳞部和基底部，可在伤后数小时出现枕下部头皮肿胀，骨折线尚可经过颞骨岩部向前达中颅窝底。骨折线累及斜坡时，可于咽后壁出现粘膜下淤血。枕骨大孔或岩骨后部骨折，可合并后组颅神经( - )损伤症状。(4)颅底骨折的诊断与定位 主要根据上述临床表现定位。淤血斑的特定部位、迟发性以及除外暴力直接作用点等，可用来与单纯软组织损伤相鉴。

2.辅助诊断(1)实验室检查 对疑为脑脊液漏的病例，可收集耳、鼻流出液进行葡萄糖定量测定。(2)影像学检查1)x线片检查的确诊率仅占50%。摄颞顶位，有利于确诊。疑为枕部骨折时摄汤(towne)氏位。如额部受力，伤后一侧视力障碍时，摄柯(caldwell)氏位。2)头颅ct对颅底骨折的诊断价值更大，不但可了解视神经管、眶内有无骨折，尚可了解有无脑损伤、气颅等情况。

【治疗】1.非手术治疗 单纯性颅底骨折无须特殊治疗，主要观察有无脑损伤及处理脑脊液漏、颅神经损伤等合并症。当合并有脑脊液漏时，需防止颅内感染，禁忌填塞或冲洗，禁忌腰椎穿刺。取头高体位休息，尽量避免用力咳嗽、打喷嚏和擤鼻涕。静脉或肌肉注射抗生素。多数漏口在伤后1~2周内自行愈合。超过一个月仍未停止漏液者，可考虑手术。

2.手术治疗合并症(1)脑脊液漏不愈达一个月以上者，在抗感染前提下，开颅手术修补硬脑膜，以封闭漏口。(2)对伤后出现视力减退，疑为碎骨片挫伤或血肿压迫视神经者，应在12小时内行视神经管减压术。

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](http://www.100test.com)