

2012年临床执业医师考试外科辅导：迷路震荡 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/655/2021_2022_2012_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_655961.htm 本文介绍了迷路震荡的病因、临床表现、治疗措施。「概述」迷路震荡是指颅脑闭合伤时无颞骨骨折的迷路损伤，有时可伴有迷路穿破裂。据统计，脑震荡伤员40%有迷路症状。「治疗措施」迷路震荡的治疗可按脑震荡处理原则进行。卧床休息1~2周，酌情给予镇静、止痛剂，必要时适当输液。迷路窗破裂者卧床休息，头部应抬高30%，避免引起颅内压增高的活动和动作，如擤鼻、剧咳、用力大便等。若症状继续加重，或卧床一周后症状不减弱，可考虑行鼓室探查，证实为窗膜破裂后立即进行修补。「病因学」头部外伤时的加速运动中，由于惯性而发生的听觉及前庭末梢感受器的移位，以及强大震动波经颅骨传导到内耳，是迷路震荡的直接原因。头外伤时脑脊液压力的突然升高可通过蜗导水管或内听道底的传导使外淋巴压力升高，以致迷路穿[圆窗膜和（或）卵圆穿环韧带]破裂。爆炸或打耳光时，外耳道或鼻咽部局部气压的骤然升高，也可通过中耳向内传导，致迷路窗向内爆裂。「临床表现」主要有感音神经性耳聋、耳鸣、眼震及平衡障碍。当有耳石沉积于后半规管壶腹嵴的嵴顶沉石症时，可有典型的良性阵发性位置性眩晕。常伴有脑震荡症状及精神症状。有些伤员听力可恢复，前庭症状一般在一年内可消失。若听力、眩晕常有波动，应考虑迷路窗破裂所致的淋巴瘘，此时多有典型的耳蜗性聋，活动量增加时外淋巴溢出增多，耳蜗及前庭症状可加重；阈上听功能试验、瘘管试验、位置试验和Romberg征可为阳

性，前庭功能检查常有不同程度的减退。近年来，手术探查及手术标本的组织症状等耳神经学检查，证明头部外伤后前庭障碍不仅限于迷路，第八脑神经与脑干相接处病变或脑干病变约占50%。因此在诊断为迷路震荡时，应进一步确定其损伤部位。 小编推荐：[#0000ff>2011年临床内科考点：丛集性头痛](#) [#0000ff>2012年临床执业医师外科辅导：手部肌腱损伤](#) [#0000ff>2012年临床执业医师外科辅导：急性脊髓炎临床表现](#) 特别推荐：[#0000ff>2011年执业医师考试真题及答案（网友版）](#) 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