

ERBIYANHOU-TOUJING WAIKE JIZHEN

ZHENDUAN YU CHULI

耳鼻咽喉—头颈外科急诊 诊断与处理

► 主 编 / 华清泉 许 昱

人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

ERBIYANHOU-TOUJING WAIKE JIZHEN ZHENDUAN YU CHULI

耳鼻咽喉-头颈外科急诊 诊断与处理

主 编 华清泉 许 昱

副主编 屈季宁 邓仁跃 罗志宏

廖 华 张志坚

编 者 (以姓氏笔画为序)

万 胜 王 燕 王永平 王莹颖

孔勇刚 代 洪 朱明万 江 洋

许 珍 李翠娥 杨 琨 杨 蕊

杨希林 陈金辉 陈始明 明 伟

徐 勇 曹永茂 盛建飞 章 薇

蔡 青



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻咽喉-头颈外科急诊诊断与处理—华清泉,许昱主编.—北京:人民军医出版社,2014.8

ISBN 978-7-5091-7686-3

I. ①耳… II. ①华… ②许… III. ①耳鼻咽喉科学—外科—急诊 ②头—外科—急诊 ③颈—外科—急诊 IV. ①R762.059.7 ②R650.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 181584 号

策划编辑:张怡泓 管悦 文字编辑:毛芳 宋宝英 刘新瑞 责任审读:黄栩兵

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8060

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:北京国马印刷厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:16 字数:305 千字

版、印次:2014 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—2000

定价:60.00 元



版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

编者详尽系统地介绍了耳鼻咽喉、头颈伤病急诊病症的诊断和处理,根据不同部位,分鼻、咽、喉、耳、气管食管和颈部 6 章进行阐述,涵盖了耳鼻咽喉-头颈外科常见的急诊病症,对每一种疾病的病因、发病机制、诊断和鉴别诊断、急救治疗都做了详尽地介绍,着重于常见急诊的诊断思路和急诊处理上,并对各个疾病的特点和处理要点进行了概括。本书文字翔实,实用性强,适合青年耳鼻咽喉科医师及基层医师、急诊医师参考阅读。

前 言

急诊医学是一门接诊和处理急性、危重病的学科。在患者遇到突发疾病、意外伤害时,医务工作者应在最快时间内给予科学、有效地救治。要达到这一目的,我们必须准确掌握相关知识和技术。耳鼻咽喉-头颈位于颅底以下、锁骨以上、颈椎之前,包括耳、鼻、咽喉、气管、食管、颈、颌面等多个部位,包含嗅觉、听觉、发声等重要器官,是人体与外界沟通的重要桥梁,亦是吞咽、呼吸的要道,外伤时易被累及,急诊较多,且常有起病突然,发展迅速的特点,如儿童气管、支气管异物,严重时可在短短几分钟内夺去生命。因此,对于耳鼻咽喉头颈外科急诊病人,必须给予准确、及时地诊断处理,不可贻误治疗的关键时机。

目前,有关急诊医学的书籍较多,但对耳鼻咽喉-头颈外科学的危急重症进行系统阐述的书籍较少,且急诊科医师对该领域急诊处理的相关知识较少,因此,非常有必要出版一部详细介绍耳鼻咽喉-头颈外科急诊的正确诊断和处理的专著。本书根据解剖部位分鼻、咽、喉、耳、气管食管、颈6章分别进行阐述,尽量涵盖耳鼻咽喉-头颈外科的常见急诊,对每一种疾病的病因、发病机制、诊断和鉴别诊断、急救治疗都做了详尽地介绍,同时将侧重点放在常见急诊的诊断思路和急诊处理上,并对各个疾病的特点和处理要点进行了概括,方便临床医师的掌握及记忆,对提高临床医师整体思维和综合处理问题的能力均会有所帮助。本书尤其适用于青年耳鼻咽喉-头颈外科医师,还可作为低年资耳鼻咽喉科医师、基层医院耳鼻咽喉科医师及急诊医师的临床参考书。

该书编写人员都是来自武汉大学人民医院耳鼻咽喉-头颈外科的一线工作者,该书的编写是在参考了大量国内外文献的基础上,对长期临床实践的归纳和总结。他们在工作之余进行本书的编写,为本书的出版付出了大量心血。

对于书中疏漏、错误之处,望广大读者见谅并指正。

武汉大学人民医院耳鼻咽喉头颈外科 主任医师 华清泉

2014年6月

目 录

第 1 章 鼻伤病急诊	(1)
第一节 外鼻外伤	(1)
第二节 鼻骨骨折	(4)
第三节 鼻窦骨折	(9)
一、额窦骨折	(9)
二、筛窦骨折	(11)
三、上颌窦骨折	(13)
四、蝶窦骨折	(14)
第四节 鼻腔异物	(14)
第五节 鼻出血	(17)
第六节 鼻疖及鼻蜂窝织炎	(25)
第七节 急性鼻炎	(28)
第八节 急性鼻窦炎	(30)
第九节 急性鼻窦炎眶内并发症	(35)
第十节 急性鼻窦炎颅内并发症	(46)
第十一节 真菌性鼻窦炎	(54)
第十二节 婴幼儿急性上颌骨骨髓炎	(60)
第 2 章 咽伤病急诊	(69)
第一节 咽部外伤	(69)
一、咽部灼伤	(69)
二、咽部机械性创伤	(71)
第二节 咽部异物	(74)
第三节 急性咽炎	(78)
第四节 急性扁桃体炎	(81)
第五节 扁桃体周围炎及扁桃体周围脓肿	(84)
第六节 咽旁脓肿	(87)
第七节 咽后脓肿	(90)
第八节 舌咽神经痛	(92)
第 3 章 喉伤病急诊	(99)
第一节 喉外伤	(99)

第二节	喉异物	(105)
第三节	急性会厌炎	(108)
第四节	急性喉炎	(114)
第五节	喉脓肿	(118)
第六节	喉阻塞	(121)
第七节	喉痉挛	(125)
第八节	喉晕厥	(128)
第九节	癔症性失声	(129)
第十节	喉部特殊传染病	(134)
一、	喉结核	(134)
二、	喉白喉	(137)
三、	喉梅毒	(139)
第4章	耳伤病急诊	(143)
第一节	外耳外伤	(143)
第二节	中耳外伤	(147)
第三节	颞骨骨折	(150)
第四节	外耳道异物	(156)
第五节	耳廓化脓性软骨膜炎	(160)
第六节	外耳道疖	(165)
第七节	急性中耳炎	(165)
第八节	气压创伤性中耳炎	(169)
第九节	耳源性颅外并发症	(170)
第十节	耳源性颅内并发症	(174)
一、	乙状窦血栓性静脉炎	(174)
二、	硬脑膜外脓肿	(176)
三、	硬脑膜下脓肿	(178)
四、	耳源性脑膜炎	(179)
五、	耳源性脑脓肿	(183)
六、	耳源性脑积水	(185)
七、	脑脊液耳漏	(186)
第十一节	突发性耳聋	(189)
第十二节	急性声创伤	(193)
第十三节	眩晕	(197)
第十四节	外伤性面瘫	(203)
第十五节	贝尔面瘫	(208)

第十六节 耳带状疱疹	(211)
第 5 章 气管食管伤病急诊	(216)
第一节 气管、支气管异物	(216)
第二节 食管异物	(222)
第三节 食管外伤	(227)
一、食管腐蚀伤	(227)
二、剥脱性食管炎	(232)
三、食管穿孔	(233)
第 6 章 颈部创伤急诊	(238)
第一节 颈部开放性创伤	(238)
第二节 颈部闭合性创伤	(242)
一、气管闭合性损伤	(243)
二、咽及食管闭合性损伤	(244)
三、颈动脉创伤性栓塞	(245)

鼻伤病急诊

第一节 外鼻外伤

鼻是人体面部最为突出的部位,其外形的位置及完整性对容貌起着至关重要的作用。鼻易受重物碰撞或拳、棒打击等致伤,鼻外伤是耳鼻咽喉科常见的急症之一。

【分类】

鼻外伤分为闭合性鼻外伤和开放性鼻外伤,前者皮肤和黏膜完整性保持良好,后者因皮肤或者黏膜完整性遭受破坏,皮下、黏膜下组织甚至骨质直接与外界相通。根据创口受伤的程度,将创口分为挫伤、裂伤、切伤、刺伤以及鼻咬伤等。

1. 挫伤、挫裂伤 拳击、钝器打击等易造成挫伤甚至挫裂伤,创口多不规则。

2. 外鼻切伤、刺伤 在颜面部的锐器损伤中,常造成外鼻的切割伤和刺伤。切割伤创缘整齐。有时鼻尖部可完全被削掉,这时创口可伴有大量出血。切伤创口愈合后常留下明显瘢痕甚至部分组织缺损。刺伤伤口一般小而深,容易造成贯通伤,有可能刺伤较大的血管,拔出利器后可能出现大出血。

3. 鼻咬伤 在临床法医学鉴定工作中时有鼻咬伤的案例发生,多见于打架斗殴和动物咬伤。多数被咬创口的创缘不整齐,可见牙咬痕,创口出血量大。少数案例沿鼻两侧鼻唇沟完全被咬下,在这种情况下,应赶快送医院进行鼻再植手术,治疗及时多可取得较满意的治疗效果。

【病因】

引起鼻外伤原因较多,比如钝器的打击、碰撞、摔踩,锐器的切割、火器及化学性损伤,也时有鼻咬伤。在当今社会,车祸、暴力纠纷、工伤事故等导致鼻外伤比例在不断上升,构成了鼻外伤的主要危险因素。

【症状】

最常见的症状是局部疼痛、出血、组织外露、缺损,鼻出血,鼻塞。较严重的损伤可同时伴有视力下降、呼吸困难、休克、脑脊液鼻漏等。

【检查】

外鼻皮肤出血、青紫及畸形。撕裂伤可见皮肤不规则裂开,或伴有组织缺损、骨质裸露。利器损伤伤口一般较整齐。鼻刺伤多可见大小不一的伤口直通鼻腔,伤口多较深邃,需要仔细查找和辨认。鼻咬伤可见整个鼻尖缺失、畸形。鼻外伤多伴有复合伤,头面部 CT 检查可发现鼻骨骨折、眼眶骨折、颅底骨折等。

【诊断】

一般根据明确的外伤史和局部检查可以确诊,对于比较严重的外伤,或者疑有并发症时最好行 CT 等影像学检查,以防漏诊。

【鉴别诊断】

外鼻损伤时根据明确的外伤史和局部检查一般可以确诊,但需要确定是否存在鼻骨骨折、鼻中隔骨折、鼻窦骨折及颅底骨折,必要时可行鼻骨 X 线或者 CT 等相关检查进行鉴别。

【急诊处理】

鼻外伤多数患者病情较急、需要急诊处理。严重的鼻面部外伤不仅影响面容,甚至可伤及颅脑、眼睛等重要邻近器官,可对以后的生活质量造成重大影响或危及生命。因此正确及时的抢救和处理非常重要。

1. 首先遵循急救原则,确保呼吸道的通畅,在此基础上进行止血、维持生命体征。

2. 然后初步判断局部情况,进行简单的伤口处理。条件允许的,先行鼻部 CT 扫描而不单是鼻正侧位 X 线摄片。原因是由于头颅骨的重叠,鼻部 X 线平片检查有时难以准确判定骨折是单发还是多发以及移位情况,CT 采用的是断层扫描,可以清晰地显示正常与异常的解剖关系,特别是对于鉴别是否伴有邻近区域的骨折具有重要意义。

3. 如鼻外伤是颅颌面综合性损伤的一部分,则前颅底的外科治疗、颌面部骨折的复位固定和眼眶外科治疗应在鼻重建之前进行。

4. 对伤口较小、出血不多、短时间内能清创完毕的患者可考虑局部浸润麻醉;对伤口较大、出血较多、清创不可能在短时间内完成的病例应选择更为安全的全身麻醉。在麻醉充分的情况下再清创,这样有利于清创的彻底并减轻伤者的疼痛。

5. 对局部进行清创缝合,术后抗炎和注射破伤风抗毒素。

【治疗】

随着现代社会的发展和进步,人们生活水平逐步提高,对美的追求不断升华,任何疾病的瑕疵及畸形都可能给人的生理和心理带来不同程度的创伤。患者出现鼻部外伤后,不仅要求恢复鼻部的外形和功能,还要求恢复鼻部皮肤的色泽、质地。在处理鼻外伤时,根据受伤的程度,利用不同的处理方案,重视鼻局部受伤情况,更要重视全身情况。

1. 处理原则 严重外伤,大出血,伤及颅脑、眼睛等重要器官,危及生命按上

述急诊处理原则相应处理。

2. 伤口预处理 擦洗伤口,清理创缘,充分暴露创口,判断伤情,观察是否有组织缺损以及有无创缘内明显的活动性出血。如有明显出血时即用血管钳钳扎止血。

3. 麻醉方式选择 根据创口情况,初步构思修复计划,如手术时间较长、创伤严重或创口较多,局部麻醉药物可能超量时,建议气管插管全身麻醉。无需全身麻醉者,在创口四周行局部浸润麻醉或神经阻滞麻醉。

4. 伤口消毒 伤口应用生理盐水、过氧化氢(双氧水)、生理盐水及活力碘依次彻底消毒。伤口应仔细检查深度及是否有异物残留,如有异物残留则必须去除干净。清创时注意对患者双眼的保护,避免消毒液对眼睛角膜的不良刺激。

5. 伤口缝合 一般伤口修复如创口较小或无组织缺损者可以直接对位缝合。外鼻损伤由于美观的原因,提倡用尽量小的针线稍密缝合。如有真皮层挫伤,皮肤缺失成片,而皮下组织无缺损者可以游离植皮后打包压迫。

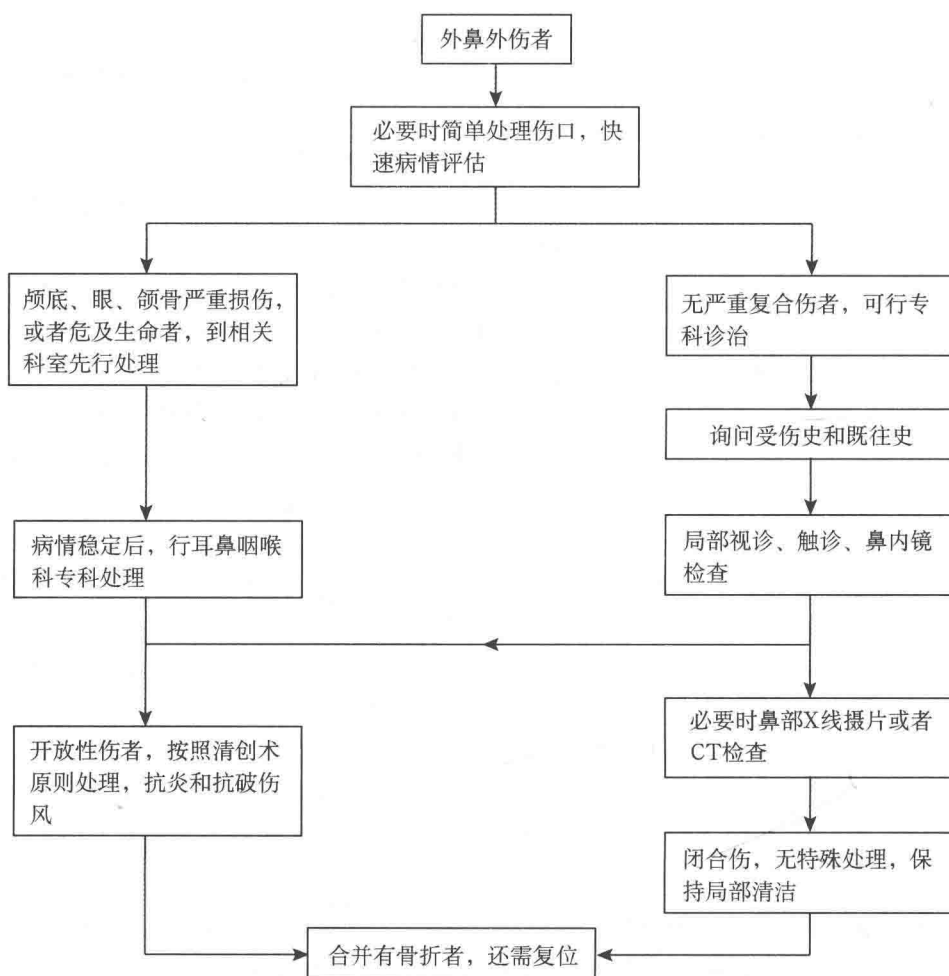
6. 伤口缺损处理 在修复鼻缺损时,首先选用鼻部及鼻周围皮瓣、皮片移植。因为与创面邻近的鼻部皮肤,其类型、质地、色泽及光化性损害程度相同或接近,且血供丰富,供区不形成继发性缺损。所以其操作相对简单,能达到较为满意的面部形态、鼻的功能和美学效果。如该区域皮瓣选取困难,也可考虑复合组织瓣移植及远位皮瓣移植修复鼻部缺损,以达到理想的功能和效果。

7. 术后 使用抗生素和破伤风抗毒素等支持对症治疗。止血药物可酌情应用,如果创面血供较差,这时不用止血药物,相反可适当给予扩血管药以保证伤口血供。

【重点提示】

1. 首先处理危及生命的危险因素,如大出血、颅脑损伤等。
2. 离断组织及时抗菌和抗凝处理,并尽快移植,以防坏死。
3. 合理使用抗生素,以防继发感染。
4. 注射破伤风抗毒素。
5. 伴有鼻骨骨折者,还需行骨折复位。

【急诊处理流程】



第二节 鼻骨骨折

外鼻突出于面部中央，容易遭受外伤而发生鼻骨骨折 (fracture of nasal bone)。鼻骨骨折可单独发生，也可和其他颌骨骨折同时发生。外鼻前上的鼻骨上部厚而窄，而下端宽而薄，这种结构特点使鼻骨骨折多累及下部。鼻骨骨折一般伴有颜面部软组织的损伤，严重者常伴有颜面明显畸形、鼻中隔骨折、软骨脱位、眶壁骨折、额骨骨折、黏膜撕裂及鼻中隔血肿等。

【分类】

骨折类型与暴力的方向和大小有关。

传统分型将鼻骨骨折分为单纯性和粉碎性两种骨折,该种分型方法过于笼统,不能体现断端骨的移位情况或是否伴有邻近骨骨折。国内一些学者将鼻骨骨折分为8型。

1. 单纯鼻骨骨折。
2. 单纯缝合分离(鼻上颌缝、鼻额缝、两鼻骨间缝)。
3. 单纯上颌骨额突骨折。
4. 鼻骨骨折伴缝合分离。
5. 鼻骨骨折伴额突骨折。
6. 鼻骨骨折伴筛骨正中板骨折。
7. 鼻骨骨折伴同侧眼眶内侧壁骨折。
8. 上颌骨额突骨折伴同侧上颌窦壁骨折。

【病因】

外鼻突出于面部,平时创伤多由于撞击、跌碰、挤压、切割等引起,有挫伤、裂伤、切伤。战时多由于弹片、枪弹伤所致。其他有爆震伤、烧伤、化学伤等。

【症状】

最常见的症状是局部疼痛、鼻出血、鼻塞、鼻梁上段塌陷或偏斜、皮下淤血。数小时后鼻部软组织肿胀,开放性骨折者擤鼻后可出现皮下气肿,触之有捻发感,畸形则被掩盖,但触痛明显。严重骨折时可见鼻中隔骨折、软骨脱位、鼻中隔血肿等导致的鼻塞、下段鼻梁塌陷等症状。若鼻中隔血肿继发感染,则引起鼻中隔脓肿、软骨坏死、鞍鼻畸形等并发症。

【检查】

1. 移位和畸形 鼻骨骨折的类型取决于暴力的性质、方向和大小。如打击力来自侧方,可发生一侧鼻骨骨折并向鼻腔内移位,造成弯鼻畸形;如打击力量较大,可使双侧鼻骨连同鼻中隔同时骨折,使整个鼻骨向对侧移位,鼻偏曲畸形更为明显;如外力直接打击于鼻根部,则可发生横断骨折,使鼻骨与额骨分离,骨折片向鼻腔内移位。同时可并发鼻中隔和筛骨损伤;如鼻骨受到正前方的暴力打击时,可发生粉碎性骨折及塌陷移位,出现鞍鼻畸形。

2. 鼻出血 鼻腔黏膜与骨膜紧密相连,鼻骨骨折常伴有鼻腔黏膜撕裂而发生出血。

3. 鼻中隔血肿和脓肿 累及鼻中隔时,可见中隔偏离中线,前缘突向一侧鼻腔。若伴有鼻中隔血肿,可见中隔黏膜向一侧或两侧膨隆,触之较柔软。继发鼻中隔脓肿者,鼻背有明显压痛。

4. 眼睑部瘀斑 当鼻骨骨折伴有眶内侧壁骨折时,可因组织内出血渗至双侧眼睑及结膜下而出现瘀斑。

5. 脑脊液鼻漏 当鼻骨骨折伴有筛骨损伤或颅前凹骨折时,可发生脑脊液鼻

漏。初期为混有血液的脑脊液外渗,以后血液减少则只有清亮的脑脊液流出。

6. 鼻骨影像学检查 影像学检查是重要的辅助手段,是重要的辅助诊断依据,对于判断骨折部位、骨折程度、骨折范围以及指导鼻骨复位很有帮助。鼻骨影像学检查包括鼻骨 X 线正侧位检查和鼻骨 CT。鼻骨侧位片可观察到鼻骨骨折线的水平位置,在临床应用比较多,而正位片可判断骨折发生在哪一侧,在临床上很有价值。然而鼻骨骨折 X 线检查也可存在漏诊和不足,由于两侧骨质影像重叠,不易看清对侧鼻骨,骨折也就更难判断。另外 X 线照片曝光不足或过度, X 线片质量差,检查者阅片经验欠缺也是造成骨折漏诊的原因。另外 X 线片不能显示纵形、塌陷性及无移位的斜形骨折。因此 X 线检查阳性可作为鼻骨骨折诊断的重要依据,而 X 线检查阴性时也不能绝对否定鼻骨骨折的存在。

CT 检查鼻骨采用冠状位及轴位扫描,必要时还可行三维重建。CT 扫描既可显示线状骨折、一侧多处(粉碎性)骨折或塌陷性骨折,也能同时显示两侧鼻骨情况,更能充分显示骨折的部位和移位(成角)的程度,还可显示鼻中隔的骨折和移位。鼻骨骨折常可合并复合伤,诊断有时不易发现,CT 检查能清楚地显示骨折部位,以及损伤范围及轻重,因此条件允许时应行 CT 检查。

【诊断】

鼻骨骨折的诊断主要根据外伤史、典型临床表现和局部检查来确定。鼻骨骨折后局部尚未肿胀时,可见移位畸形,扪诊可发现骨折部位。已有明显肿胀后,骨折移位畸形可被掩盖,需经鼻内外仔细检查和鼻骨 X 线正侧位摄片甚至是 CT 才能确定诊断。疑有鼻中隔血肿可穿刺抽吸确诊。

【鉴别诊断】

本病一般有明确的外伤史,但诊断时应与正常的鼻骨变异进行鉴别,以免误诊。除正常的鼻骨骨缝有时被误诊为骨折外,鼻骨的正常变异也应引起诊断者的注意。这些正常变异包括鼻骨“内收”或“外撇”状变异,缝间骨以及“驼峰状”或“鹰嘴状”鼻骨尖变异。缝间骨多位于骨缝附近,呈游离的圆形或类圆形小骨片,与鼻骨尖“驼峰状”或“鹰嘴状”变异一样,均呈镶嵌状而非脱出状;鼻骨的“内勾”或“外撇”状变异多表现为两侧鼻骨尖对称性内收或外翘,骨质连续性良好。认识这些鼻骨的正常变异,可减少鼻骨骨折的误诊和漏诊。

【急诊处理】

对有严重复合外伤如颅脑损伤,面中部及上、下颌骨严重骨折,颈、胸、腹、四肢脊柱损伤及外伤性休克者,应按急诊抢救治疗原则处理,积极抢救患者生命。鼻部外伤应在生命体征稳定之后再行处理。

鼻骨骨折应依损伤程度以及是否存在复合伤采取不同治疗方案。对并发休克及意识障碍、颅脑损伤、颈胸腹损伤、四肢伤及上、下颌骨严重骨折的病例应按急诊外科救治原则,经其他科医生给予相应处理。通畅呼吸道、吸氧、抗休克、保持生命

体征稳定。鼻骨骨折的复位可在14d内行鼻骨整复术,超出14d建议患者行整形外科Ⅱ期手术治疗。

【治疗】

鼻骨位于面部中央突出部位,随着生产、交通工具的发展及某些社会不安定因素的增加,在日常生活中,鼻部外伤的发生率相对增多。鼻骨骨折如处理不当,可导致外鼻畸形、鼻中隔偏曲及鼻功能障碍(鼻塞、头痛、流涕)等后遗症。因此,在急诊工作中处理其他外伤的同时,正确诊治鼻骨骨折十分重要。

1. 一般治疗 鼻骨单纯性骨折而无移位者不需特殊处理。24h内局部冷敷可以减轻肿胀,24h后局部热敷促进吸收。

2. 手术治疗 较多患者需行鼻骨骨折复位术。复位术以改善鼻部畸形、改善鼻腔通气等功能为目的。有外鼻畸形者,尽可能在伤后组织肿胀发生前复位,早期复位不仅使复位准确,且有利于早期愈合。若肿胀明显,则须在消肿后再进行手术复位,但一般不要超过10d,以免发生错位愈合,影响鼻腔的生理功能,增加复位难度。大多数鼻骨骨折可用闭合性复位法加以矫正。少数骨折超过2周者,则因骨痂形成而使复位发生困难,有时需行开放式复位。另外,对于一些儿童患者,由于鼻骨发育原因,伤后1个月内有时仍可行闭合性复位术。

(1)适应证。①鼻部骨折后鼻梁变形,凹陷和(或)鼻中隔骨折,触诊有骨摩擦感。②鼻骨X线片或者CT显示骨折错位。

(2)禁忌证。①合并严重的颅脑外伤,应首先处理颅脑外伤。②有严重的高血压、冠心病等全身疾病,外伤后恶化、危及患者生命时应等待病情稳定后行骨折复位。

(3)操作方法及程序

①闭合式复位法:先以1%麻黄碱丁卡因棉片行鼻腔黏膜表面收缩麻醉,不配合的小儿及精神紧张恐惧的成年患者可在基础麻醉或全身麻醉下进行,但须注意维持呼吸道通畅。

单侧骨折:可将鼻骨复位钳一叶伸入患侧鼻腔内,一叶置于鼻外。将钳闭合并钳住软组织与骨折片,轻轻用力平行抬起鼻骨,并用手指在鼻外协助复位。如无鼻骨复位钳也可用钝头弯血管钳代替。复位后行鼻腔填塞。填塞物多用凡士林纱条,在鼻腔滞留时间一般不要超过72h。有条件的单位也可用膨胀海绵或其他填塞物局部填塞,以减轻由于纱条填塞给患者带来的严重不适。

双侧骨折:可用鼻骨复位钳伸入鼻骨下塌处,置于鼻骨之下将其抬起,向前、上轻轻用力平行抬起鼻骨,此时常可听到鼻骨复位时的“咔嚓”声。注意复位钳伸入鼻腔且勿超过两侧内眦连线,以免损伤筛板;用另一手的拇指和示指在鼻外协助复位。

鼻中隔须矫正者:如鼻骨骨折合并有鼻中隔骨折、脱位或外伤性偏曲,可先用

鼻骨复位钳的两叶,伸入两侧鼻腔置于鼻中隔偏曲处的下方,挟住鼻中隔,垂直向上移动钳的两叶,脱位、偏曲之处即可恢复正常位置。复位后需行鼻腔填塞。填塞物多用凡士林纱条,必要时在纱条上撒少量碘仿,这样填塞物在鼻腔最长可留置6~7d,有利于骨质的愈合。如鼻中隔骨折复位不满意,且骨折影响患者通气功能时,可在伤后半年以后行鼻中隔偏曲矫正术。

伴有鼻中隔血肿者:血肿内的血块很难自行吸收,如穿刺抽取效果不佳,须早期手术清除,以免发生软骨坏死。常做L形切口或者平血肿下缘做切口,切口要够大,彻底引流。术后鼻腔用凡士林碘仿纱条或膨胀海绵填塞,留置72h,并全身应用足量抗生素。

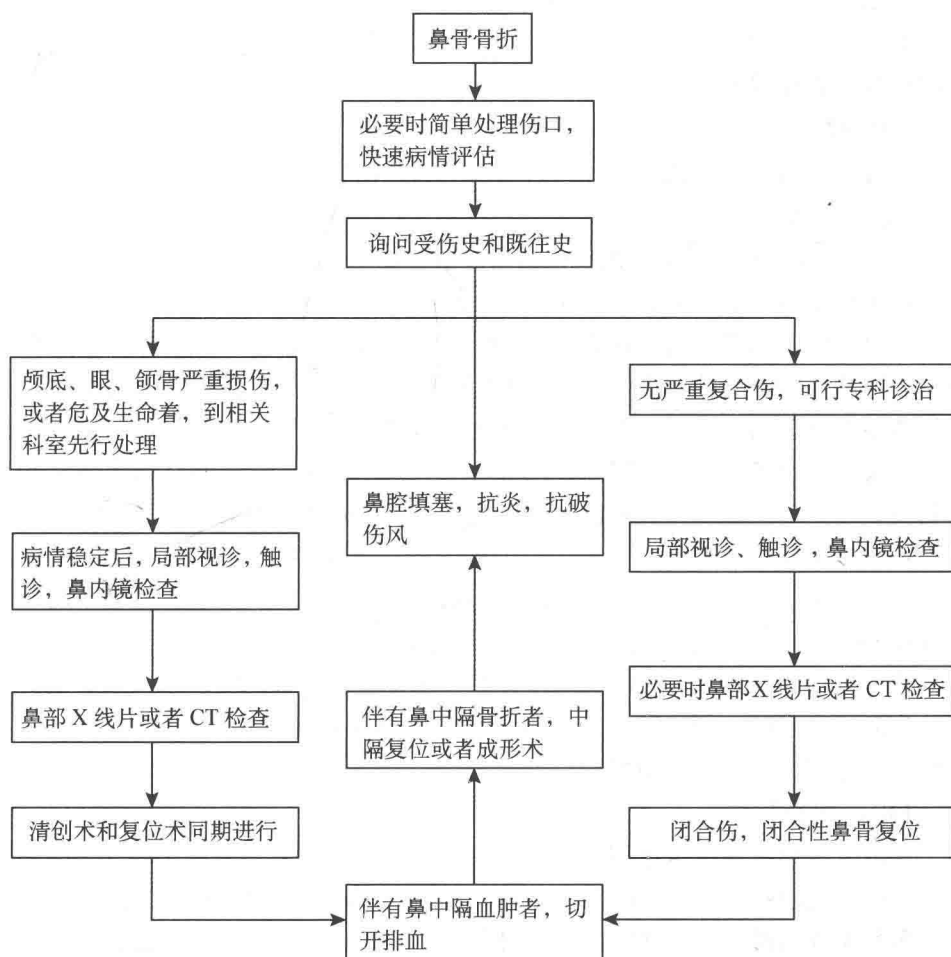
②开放式复位法。对于鼻骨上部分骨折,一般采用此法。做内眦部弧形切口,必要时行两侧内眦部切口并向中间连接成H形切口,将两个碎骨片连接在一起,或者根据骨折的情况用电钻穿孔,用不锈钢丝固定在额骨鼻突、上颌骨额突。填塞物在鼻腔滞留时间一般不要超过72h。填塞后给予适量抗生素预防感染。2周内不可用力擦压鼻部,并嘱病人勿用力擤鼻。

开放性鼻骨骨折的处理:对开放性鼻骨骨折,应争取一期完成清创缝合与鼻骨骨折的复位。在局部麻醉或全身麻醉下,首先止血,然后清创。因面部血供丰富,抗感染能力较强,所以要尽可能保留软组织及骨组织,而完全游离的碎骨片及异物皆应予以彻底清除。术中应尽量应用可吸收肠线缝合鼻腔黏膜,鼻内填压凡士林纱条或碘仿纱条后,将骨折对位,缝合皮肤。皮肤缺损不够缝合时,可游离周围皮肤,做减张缝合。如鼻翼缺损,采用耳廓(耳郭)复合组织移植修补术,或鼻唇沟翻转带蒂皮瓣或“Z”字成形术。如合并鼻窦骨折,则按鼻窦骨折处理原则处理;如有颅底骨折,应请神经外科协同处理。有脑脊液鼻漏时,一般不宜填压纱条,仅在前鼻孔放一无菌棉球,同时全身给予大量抗生素,以防发生颅内感染。

【重点提示】

1. 情绪异常紧张者可给予镇静药。
2. 复位时机的把握。复位越早越好,肿胀明显者暂缓复位,但尽量不要超过10d。
3. 复位器伸入鼻腔切勿超过两侧内眦连线,以免损伤筛板。
4. 复位后勿挤压骨折处,并嘱病人勿用力擤鼻。
5. 术后一般需要填塞,填塞物在鼻腔滞留时间一般不要超过48h。
6. 合并脑脊液鼻漏者勿堵塞鼻腔。
7. 昏迷患者,为预防窒息,在填塞前应放入鼻通气管。
8. 填塞后给予适量抗生素预防感染。
9. 对于开放性创伤,还应使用破伤风抗毒素。

【急诊处理流程】



第三节 鼻窦骨折

一、额窦骨折

额窦骨折(fracture of frontal sinus)通常由直接的、快速的、高强度的暴力引起，占整个面部外伤的5%~12%，常合并其他头面部闭合或开放性损伤。其处理方法因不同部位、不同的受伤程度以及是否错位而不同。

【分类】

1. 按骨折部位 额窦前壁骨折、后壁骨折和鼻额管骨折。