维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol.10, No.1

431例耳部损伤急诊期的诊断和整复

陈 立* 马双玲* 韩振奎* 杜胜利* 雷昌合* 惠亚萍*

【摘 要】 目的 探讨提高急诊期耳部损伤诊断及治疗水平。方法 对431例耳部损伤患者的病情等资料分析,均采用手术治疗。结果 428例痊愈,3例欠佳。结论 为明确诊断:①除局部征象外应注意全身的症状与体征;②耳部CT应列为常规检查;③注意鼻部、眶底和颅脑等并发的其它严重损伤。治疗建议按耳部受伤情况分型及处理。

【关键词】 耳 损伤 治疗

Diagnosis of ear injury and its emergency managment and restoration: 431 cases report *Chen Li, Ma Shuangling, Han Zhenkui, et al. Trauma Centre of Accessory hospital of medical college, Yanan University, Yanan 716000*

【Abstract】 **Objective** To study and improve accurate methods of diagnosis and ear trauma in the emergency. **Methods** 431 patients suffered from ear injury were classified by degree of lesion. All of them were treated by ear surgery of diagnosis. **Results** 428 cases were cured, 3 patients were not very effective. **Conclusion** To diagnose better, one must pay attention to the symptoms of eye, orbital floor and nasoethmoid sinus fracture and other severe injuries. CT scan is alse necesary for diagnosis.

【Key words】 Ear Trauma Restoration

耳部损伤若不及时处理,不仅影响患者的耳部功能,而且可给患者遗留耳部的畸形与疤痕,造成耳部的不美观。可影响患者的日常生活。分析我科自1995年3月至2000年10月收治耳部创伤患者431例的相关资料,探讨其发生原因、诊断和整复。以尽快提高耳部的诊断及急诊处理水平。

资料与方法

一、一般资料

1.431例患者中,男277例,女154例,年龄8~59岁,平均38.3岁。病程1/2h~8h。其中车祸伤262例,摔伤19例,拳头或铁器伤31例,爆炸伤9例,刀砍割伤73例,人和动物咬伤10例,施工伤或其他意外而受伤27例。

2.耳部损伤分类:根据耳部生理解剖特点及受伤部位分以下几类:①耳廓及耳廓软骨单纯裂伤94例;②耳廓挫伤62例;③耳廓穿通伤47例;④耳廓撕裂伤70例;⑤外耳道外1/3大部分裂断伤20例;⑥耳廓大部分离断伤15例;⑦耳廓离断伤1例;⑧耳廓皮肤缺损16例;⑨颞浅动脉损伤3例;⑩外耳道内2/3骨部骨折9例;⑪鼓膜外伤性穿孔21例;⑫听骨链中断伤4例;⑬迷路震荡11例;⑭颞骨骨折26例其中横型骨折16例,纵型10例;⑮乳突骨折5例;⑯脑脊液耳漏17例;⑰面神经损伤4例。并发其它颅脑外伤79例(脑挫裂伤34例,硬膜外血肿11例,硬膜下血肿21例,蛛网膜下腔出血7例,颅内积气6例,腮腺损伤7例)。

二、治疗方法

轻度的耳廓损伤一般可自愈,作一般处理,比较严重的挫伤、血肿、撕裂、贯通伤和离断伤等,在彻底清创的情况下,对位修复。耳廓缺损采用转移皮瓣均一期缝合成形愈合,注意防止耳廓畸形和外耳道狭窄。鼓膜外伤均采用综合治疗。对合并有颅脑、眼、口等损伤与相关科室共同处理。

结 果

428例痊愈,效果满意,1例拒绝治疗,自动出院,2例行耳廓成形,效果基本满意。

讨 论

耳廓位于头颅的颞骨两侧,自古以来,人们把耳视为美的标本。各种创伤所致的耳廓畸形,更为专科医师所关注[1]。耳廓极易因各种创伤而受损。耳廓由皮肤、软骨膜、软骨和结缔组织所构成,血运丰富。其外型主要由软骨支架而决定。左右成对,与头颅约成30°夹角。耳垂无软骨,皮肤菲薄,易受各种外伤,血管位置表浅,皮肤与软骨粘连紧。皮下组织少。各种创伤、手术、炎症,可引起软骨膜炎。感觉神经易受压而剧烈疼痛,其血肿和渗出物极难吸收,易发生软骨坏死,导致耳聋畸形。

耳部的外伤可根据病史,临床表现,X线及CT检

* 作者单位:716000 陕西省延安大学医学院附属医院创伤中心

维普资讯 http://www.cqvip.com

查作出明确诊断。但对损伤程度和范围正确判断之不易，往往多伴有复合伤。并发其它部位的严重损伤，特别是颅脑，头、颅及全身其它脏器的合并伤致病情非常复杂。使其有危险性，所以诊断时要注意。①早期详细检查全身情况，特别是颅脑、胸、腹和四肢等，如瞳孔、意识、出血、呼吸以及循环等情况。②早期详细问病史，了解受伤机制。③除了解局部征象外应特别注意全身症状与体征，尤其伴有如眼睑肿胀瘀血、球结膜下出血、眼球活动受限、眶骨欠完整、复视、眼位及视力改变等症状。④CT应列为常规检查，酌情行头部检查，医生必须亲自阅片，因普通X线片对某些骨折难以确诊，而CT能清楚显示骨折部位与移位情况[2,3]。以明确诊断和指导治疗。

急诊期对危重患者，按抢救-诊断-治疗-检查同步进行的原则处理。首先注意严重颅脑及颈部外伤的抢救处理和休克及大出血的诊治，保持气道通畅，注意耳鼻眼及其它部位严重损伤的检查和修复，必要时请有关科室协助诊疗。准确掌握手术时机，术者应对损伤的类型、范围及程度有准确的了解后再决定手术与否及选择最佳方案。一般主张伤后24h内修复，6～8h为最佳时段，预后好；严重的损伤患者经CT检查后局部多已肿胀，且手术时间较长，对医师技术及经验要求较高，合并颅脑损伤患者，早期CT，有部分不能显示骨折及移位，多数建议最好在局部消肿，颅脑损伤及其它严重并发症的危险期过后再处理。我们主张伤后1～2周内行手术修复为宜。

手术方法及方式国内各有报道不一[2]，笔者体会：轻度的挫伤者，一般可自愈。挫伤严重血肿大者，因皮下组织少，血循环较差，不易吸收，则必须严格无菌操作下抽出瘀血，加压包扎，可反复抽吸，必要时手术切开，清除凝血块，根据病情需要用碘仿纱条或无损伤线缝合切口后加压包扎。注意尽量不要损伤软骨和缝合软骨，若不及时处理，则血肿机化导致耳廓增厚变形，继发感染，软骨坏死和畸形。轻度的耳廓裂伤为单纯裂口和重者耳廓缺损即皮肤、结缔组织和耳廓部分或全部离断，应早期(1～8 h)彻底清创缝合，尽量保留皮肤和软骨组织，对位准确，用无损伤针线缝合，轻松包扎。全断离的耳廓则及时、准确、有效彻底清创，并用肝素将其动脉冲洗后早期对位缝合，若伴有缺损可采用转移皮瓣，尽量一期缝合，必要时二期缝合。本组15例耳廓缺损及1例断离伤经转移皮瓣和早期缝合取得良好效果。注意术后处理：如水肿、水泡切开排脓，减轻张力，清除皮下血肿，调整固定位置，必要时行小切口减张改变血运。局部制动保温，全身使用抗凝、抗感染，扩血管解痉药物，预防感染及血管危象发生，严密观察皮瓣的血运，注意换药，如出现青紫，苍白，高度肿胀水泡，温度降低，充血反应缓慢等。若伴有外耳道的损伤，及时清创后，防止外耳道狭窄，术后用碘仿纱条，凡士林纱条，硅胶管置入外耳道，起支撑作用。由此可见，彻底清创及完善修复损伤的组织是手术成功的基础，尤其是污染严重的复杂创面。鼓膜损伤时尽量采用保守治疗。穿孔比较大时1～2个月不愈合者，应采用鼓膜修补术。若伴有面神经损伤者，2周内即时行探查吻合。严重的颅脑外伤往往伴有脑脊液耳漏，常见于颞骨纵行骨折，笔者认为保守治疗2周至1月无效时可行修补术。

参 考 文 献

1. 樊 忠，王天铎. 实用耳鼻咽喉科学. 山东：山东科学技术出版社，1997. 257.
2. 杜小平，吴展元，侯寿安. 面中伤骨折的急诊处理. 临床耳鼻咽喉科杂志，1997，11(增刊)：50－51.
3. Crockett DM, An estimation of using roentgen-ogran in the treatment of nasal bone fracture. Otolaryngol Clin North Am, 1991, 24: 119－121.

(收稿：2000-12-04)

(接第66页)

7. Yamauchi S, Koga A, Matsumoto S, et al. Anomalous junction of pancreaticobiliary duct without congenital choledochal cyst: A possible risk for gallbladder cancer. Am J Gastroenterol, 1987, 82: 20.
8. Wang HP, Wu MS, Lin CC, et al. Pancreaticobiliary diseases associated with anomalous pancreaticobiliary ductal union. Gastrointest Endosc, 1998, 48(2): 184－189.
9. Sandoh N, Shirai Y, Hatakeyama K. Incidence of anomalous union of the pancreaticobiliary ductal system in biliary cancer. Hepatogastroenterology, 1997, 44(18): 1580－1583.
10. Kainuma O, Asano T, Nakagohri T, et al. A case of gallbladder adenomyomatosis with pancreaticobiliary maljunction and an anomaly of the cystic duct joined the common channel. Am J Gastroenterol, 1998, 93(7): 1156－1158.
11. Richer JP, Faure JP, Morichau-Beauchant M, et al. Anomalous pancreatico-biliary ductal union with cystic dilatation of the bile duct. Surg Radiol Anat, 1998, 20(2): 139－142.
12. 田伏洲，王茂旭，王建中，等. 胰胆管合流异常与胰腺炎的关系. 中华外科杂志，1995，6：345.

(收稿：2000-10-12)