



洛阳正骨

骨 伤 病 证 诊 疗 规 范

北京科学技术出版社
主编 杜天信 高书图





洛阳正骨

骨伤病证诊疗规范

北京科学技术出版社
主编 杜天信 高书图

图书在版编目 (CIP) 数据

洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范/杜天信, 高书图主编.

北京: 北京科学技术出版社, 2007. 1

ISBN 7-5304-3428-4

I. 洛… II. ①杜… ②高… III. 正骨疗法 IV. G274.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 121136 号

洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范

主 编: 杜天信 高书图

策 划: 章 健

责任编辑: 赵 晶

责任校对: 黄立辉

责任印制: 韩美子

封面设计: 一行平面设计工作室·李 强

出 版 人: 张敬德

出版发行: 北京科学技术出版社

社 址: 北京西直门南大街 16 号

邮政编码: 100035

电话传真: 0086-10-66161951 (总编室)

0086-10-66113227 (发行部电话)

0086-10-66161952 (发行部传真)

电子信箱: bjkjpress@163.com

网 址: www.bkjpress.com

经 销: 新华书店

印 刷: 保定市中华美凯印刷有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

字 数: 480 千

印 张: 23.75

版 次: 2007 年 1 月第 1 版

印 次: 2007 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 7-5304-3428-4/R·928

定 价: 55.00 元



京科版图书, 版权所有, 侵权必究。

京科版图书, 印装差错, 负责退换。

编 者

主 编	杜天信	高书图		
副 主 编	李无阴	程春生	仝允辉	王战朝
编 委	(按姓氏笔画排序)			
	王战朝	牛伟刚	叶 晔	仝允辉
	许建波	张 智	苏 攀	杜天信
	杨林平	杨 洸	李无阴	李东升
	李文霞	陈 柯	陈子纲	赵祚堪
	俞长纯	高书图	黄满玉	崔宏勋
	程春生			
工作人员	吕振超	陈献韬	曹正品	程真真

序

洛阳平乐郭氏正骨,盛传六世,历史悠久,1956 年在此基础上建立的河南省洛阳正骨医院,以弘扬民族文化,光大中医正骨事业为己任,兼收并蓄,海纳百川,加强国内外学术交流,注重引进高新技术,不断传承创新平乐正骨医术,终使单靠口传秘授的家学发展成为理论体系完善、学术内涵丰富、诊疗经验独特、治疗效果显著的中医骨伤科的重要学术流派,使“洛阳正骨”成为中医药学百花园中的一只奇葩。50 年来,河南省洛阳正骨医院坚持依靠科技进步,在骨伤疾病的治疗方面,不但保持了平乐郭氏正骨的传统技术,而且研究创新的按摩揉药、穿针固定等系列特色技术,具有创伤小、疗效好、费用低、患者易于接受等优势,研究开发的“洛阳皮瓣”、正骨机器人等技术处于国内领先地位。

为了促使具有中医特色、优势的洛阳正骨技术更加科学有序的发展,便于推广应用,使其在骨伤科诊疗中发挥更大作用,河南省洛阳正骨医院组织专家对该院中医特色技术进行系统地整理、总结,历时数载,稿凡三易,编写成了《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》一书。

规范者,标准、法式也。《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》一书,总结了平乐正骨传统技术和该院建院 50 年来骨伤诊治技术的应用与发展。该书对常见病证建立诊疗规范,达到规范临床医师诊疗行为、保持中医传统疗法、发挥洛阳正骨特色、优势的目的。该书结构严谨,重点突出,详略得当,体现了“古为今用,洋为中用”和中医学辨证论治的基本特点,也体现了洛阳正骨的学术特色。以骨伤科的每一个病证明确定义,从诊断依据、证候分类、治疗方法和疗效评定几个方面条分缕析,融专业性、学术性、可操作性和推广性于一体,是一本不可多得的技术操作指南,也为临床医师提供了骨伤临床诊疗技术资料,为管理者提供了改进医疗质量的依据和方法,为中医药规范化、标准化建设做出了有益的探索,开创了骨伤疾病诊疗技术规范化管理

的先河。

优势就在于总能领先一步。《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》一书体现了洛阳正骨人树立伟业意识、争取国内外领先地位的勇气和决心,在落实科学发展观,建立创新型、特色型医院的道路上迈出了可喜的、也是领先的一步。

书中虽然还存在一些有待商榷之处,但瑕不掩玉,其问世无疑将对推动骨伤科事业的发展产生重大影响。

阅《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》书稿,感受颇深,无为贺之,故命笔聊书数语,谨为序。

吴刚
2006. 8. 24.

序

中医骨伤学是传统中医学的重要组成部分,经过几千年临床实践不断发展,为保障广大人民群众健康作出了巨大贡献。洛阳正骨是在具有 200 余年历史的平乐正骨基础上发展起来的,在骨伤疾病的治疗方面,不但保持了平乐正骨的传统特色,而且不断研究创新,形成了独具特色的学术体系,不少技术达到国际、国内领先水平。

为了使洛阳正骨技术更快地发展,更加便于推广,在骨伤科诊疗中发挥更大作用,河南省洛阳正骨医院组织专家对该院中医特色疗法进行系统地整理、总结,编写了《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》。通过对常见病证建立诊疗规范,在临床上推广应用,规范临床医师诊疗行为,保持中医传统疗法,发挥洛阳正骨特色优势。该书为临床医师提供了骨伤临床诊疗技术资料,也为管理者提供了改进医疗质量的标准和方法。该书将中医特色疗法作为首选治疗方法,并进行详细叙述,显示了中医药在治疗骨伤疾病中的重要作用,应不断的继承和充分发挥;将证候分类与治疗方法一一对应,具有一定的科学性;同时使管理者能够根据诊疗规范有效控制临床医师诊疗行为,具有可操作性;将每个病证按照定义、诊断依据、证候分析、治疗、疗效评定顺序叙述,临床医师易于掌握。该书重点突出,详略得当,集专业性、学术性、规范性于一体,为医务人员和医务管理者必读之物。

作为推动中医事业发展的管理人员,阅《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》书稿,备感亲切,故欣然命笔,弁于简端。

夏祖昌

二〇〇六年八月二十日

前言

历史文化名都——洛阳是平乐郭氏医术的发祥地。在洛阳这块古老的土地上,孕育了民族特色浓厚的近代平乐正骨学术流派。河南省洛阳正骨医院采用现代医学的科学技术,通过对平乐正骨的传承、创新和发展,形成了更加具有中医药特色技术优势的洛阳正骨。

《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》分5个部分,共190个病证。本书针对当前中医医院临床医生思维转向、临床重西轻中的现象和治疗中的不规范行为,对常见骨伤病种治疗情况进行整理、分析、总结,丰富了骨伤临床疗法,总结了骨伤病证辨证分型论治,融入洛阳正骨医院50年来所保持和研究创新的中医药治疗骨伤疾病的特色疗法,结合现代医学技术,优化诊疗方案。

《洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范》重点体现中医药特色优势,临床实用性强,易于操作,便于考核、改进。每个病种除对定义、诊断依据、证候分类、治疗、疗效评定标准等进行一般叙述外,重点纳入中医特色方法及其在骨伤科的应用,包括:针灸、推拿、理疗、牵引、手法整复、经皮内外固定等。其中一系列的经皮内外固定技术是我们多年来研究的治疗骨伤病证独具特色的有效方法,其特点是损伤小、操作简单、疗效好、费用低廉、患者易于接受。此外,本诊疗规范将每一种中医特色疗法对应于证候分类中骨伤的分型,既便于操作使用,又易于考核落实。对于骨伤患者的早、中、晚三期使用的中药纳入院内制剂名称及用药期限。对于骨伤患者的康复治疗,建立了系统规范的按摩、揉药、功能锻炼等治疗方案,并对应于系列康复器材的应用。

本书重在实用,旨在统一骨伤常见病证的诊疗规范,指导中医骨伤科医师的临床诊疗,规范临床医师诊疗行为,给管理者提供可操作的管理依据,以保障医疗质量,提高疗效。骨伤科诊疗技术在不断发展、创新,希望临床医师在实践中不断总结并提出宝贵意见,以便我们修订

时参考。

本书的编写得到国家中医药管理局吴刚副局长,河南省卫生厅副厅长、河南省中医药管理局局长夏祖昌的关注并为之作序;本书在编写过程中,始终得到了河南省洛阳正骨医院各科室医务人员的大力支持,在此一并表示衷心感谢!

编 者

2006.5

目 录

第一篇 创 伤

第一章 颌面创伤 1	九、肱骨外髁骨折 43
一、头皮撕脱伤..... 1	十、孟氏骨折 45
二、颧骨颧弓骨折..... 2	十一、桡骨头骨折 47
三、鼻骨骨折..... 3	十二、尺桡骨干骨折 49
四、上颌骨骨折..... 5	十三、盖氏骨折 50
五、下颌骨骨折..... 7	十四、桡骨远端骨折 52
六、下颌骨髁状突骨折..... 8	十五、胸锁关节脱位 55
七、面部烧伤后畸形 10	十六、肩锁关节脱位 56
第二章 脊柱创伤 11	十七、肩关节脱位 58
一、颈椎骨折 11	十八、肘关节脱位 60
二、寰椎椎弓骨折 12	十九、桡骨头脱位 62
三、枢椎齿状突骨折 14	二十、下尺桡关节脱位 63
四、寰枢椎半脱位 15	二十一、桡腕关节脱位 65
五、低位颈椎脱位 16	二十二、骨骺损伤 67
六、胸腰椎骨折 17	二十三、肱骨近端骨骺分离 68
七、骶尾骨骨折 19	二十四、肱骨远端骨骺分离 69
八、骶髂关节损伤 22	二十五、桡骨近端骨骺损伤 71
九、脊髓损伤 24	二十六、桡骨远端骨骺损伤 73
第三章 上肢创伤 28	第四章 下肢创伤 74
一、肩胛骨骨折 28	一、骨盆骨折 74
二、锁骨骨折 30	二、髌臼骨折 78
三、肱骨近端骨折 32	三、股骨头骨折 81
四、肱骨干骨折 34	四、股骨颈骨折 83
五、肱骨髁上骨折 36	五、股骨转子间骨折 85
六、肱骨髁间骨折 38	六、股骨干骨折 87
七、肱骨内上髁骨折 40	七、股骨髁上骨折 90
八、肱骨内髁骨折 42	八、股骨髁间骨折 93

九、髌骨骨折	96	二十二、髌关节脱位合并骨折	126
十、膝关节软骨损伤	100	二十三、陈旧性髌关节脱位	128
十一、胫骨髁间棘骨折	102	二十四、膝关节脱位	130
十二、胫骨平台骨折	105	二十五、髌骨脱位	132
十三、胫腓骨骨折	107	二十六、跗跖关节骨折脱位	136
十四、踝部骨折	111	二十七、距骨全脱位	137
十五、跟骨骨折	114	二十八、距骨周围脱位	138
十六、距骨骨折	117	二十九、股骨头骨骺滑脱	139
十七、跗舟骨骨折	118	三十、股骨远端骨骺损伤	141
十八、跖骨骨折	120	三十一、胫骨近端骨骺损伤	142
十九、髌关节前脱位	121	三十二、胫骨远端骨骺损伤	144
二十、髌关节后脱位	122	三十三、创伤后膝关节僵硬	145
二十一、髌关节中心性脱位	124	三十四、产伤骨折	147

第二篇 手外科、显微外科

第五章 手外科	149	十六、手部感染	168
一、手部开放性损伤	149	十七、锤状指畸形	171
二、腕舟骨骨折	151	十八、纽孔指畸形	172
三、第1掌骨骨折	153	十九、鹅颈指畸形	173
四、第2~5掌骨骨折	154	二十、多指畸形	174
五、指骨骨折	155	二十一、并指畸形	175
六、腕掌关节脱位	157	二十二、先天性巨指畸形	175
七、月骨脱位	158	二十三、先天性短指畸形	176
八、舟状骨脱位	159	第六章 显微外科	177
九、经舟骨月骨周围脱位	160	一、断肢(指)再植	177
十、掌指关节与指间关节脱位	161	二、拇手指缺损	181
十一、手指关节侧副韧带损伤	162	三、血管损伤	186
十二、屈指肌腱损伤	162	四、周围神经损伤	190
十三、伸指肌腱损伤	164	五、周围神经卡压综合征	192
十四、掌腱膜挛缩症	165	六、产瘫	194
十五、手内在肌挛缩	167		

第三篇 骨病、矫形

第七章 骨病	197	三、硬化性骨髓炎	203
一、急性骨髓炎	197	四、化脓性脊椎炎	205
二、慢性骨髓炎	200	五、化脓性关节炎	206

六、骨结核·····	208	七、先天性高肩胛症·····	253
七、脊柱结核·····	211	八、先天性桡骨缺如·····	255
八、肩关节结核·····	214	九、先天性尺骨缺如·····	257
九、肘关节结核·····	216	十、先天性尺桡骨融合·····	258
十、腕关节结核·····	219	十一、先天性髋关节脱位·····	259
十一、髋关节结核·····	221	十二、先天性髋内翻·····	262
十二、骺髌关节结核·····	224	十三、膝内翻·····	264
十三、膝关节结核·····	226	十四、膝外翻·····	265
十四、踝关节结核·····	228	十五、先天性膝关节脱位·····	267
十五、长骨结核·····	230	十六、先天性髌骨脱位·····	268
十六、短骨结核·····	231	十七、先天性胫骨假关节·····	270
十七、髋关节骨性关节炎·····	232	十八、先天性马蹄内翻足·····	271
十八、膝关节骨性关节炎·····	235	十九、先天性垂直距骨·····	274
第八章 矫形 ·····	239	二十、平足症·····	277
一、脊柱侧凸·····	239	二十一、高弓足·····	278
二、脊柱后凸·····	243	二十二、踇外翻·····	279
三、先天性脊柱裂·····	245	二十三、先天性多发性关节 挛缩症·····	281
四、小儿麻痹后遗症·····	247		
五、脑性瘫后遗症·····	250		
六、先天性肌性斜颈·····	252		

第四篇 骨 肿 瘤

一、脊柱肿瘤·····	283	十二、骨母细胞瘤·····	296
二、椎管内肿瘤·····	284	十三、骨巨细胞瘤·····	297
三、骨囊肿·····	285	十四、骨血管瘤·····	299
四、骨嗜酸性肉芽肿·····	286	十五、多发性骨髓瘤·····	300
五、骨纤维异常增殖症·····	288	十六、脊索瘤·····	301
六、动脉瘤样骨囊肿·····	289	十七、软骨肉瘤·····	303
七、骨瘤·····	290	十八、滑膜肉瘤·····	304
八、软骨瘤·····	291	十九、骨肉瘤·····	305
九、骨软骨瘤·····	293	二十、纤维肉瘤·····	308
十、骨样骨瘤·····	294	二十一、尤因瘤·····	310
十一、滑膜软骨瘤病·····	295	二十二、骨转移性肿瘤·····	311

第五篇 软组织损伤

一、肩关节周围炎·····	314	二、肩袖损伤·····	317
---------------	-----	-------------	-----

三、肱骨内、外上髁炎	318	十三、臀肌挛缩症	339
四、腕关节韧带损伤	320	十四、臀上皮神经损伤	341
五、桡骨茎突腱鞘炎	322	十五、梨状肌综合征	343
六、扳机指	323	十六、股骨大转子滑膜囊炎	345
七、腱鞘囊肿	324	十七、半月板损伤	346
八、颈椎病	326	十八、膝关节侧副韧带损伤	349
九、急性腰扭伤	330	十九、交叉韧带损伤	351
十、腰肌劳损	331	二十、滑膜炎	355
十一、腰椎间盘突出症	332	二十一、跟腱断裂	356
十二、腰椎椎管狭窄症	337		

附篇 院内制剂

参考文献	362
------------	-----

第一篇

创 伤

第一章 颌面创伤

一、头皮撕脱伤

【定义】

常发生于女性,多因长发被卷入高速转动的机器或皮带中,导致头皮全部或部分撕脱,严重者可连同前额、眉、上睑及耳等被一并撕脱。通常撕脱平面在帽状腱膜和颅骨膜之间,但颅骨膜有时也会连同头皮被撕脱。头皮撕脱伤后常遗留永久性秃发畸形,导致患者生理和心理上的严重创伤,因此预防及处理好头皮撕脱伤是十分必要的。

【诊断依据】

1. 病史 有明确外伤史。
2. 症状和体征 大片或头皮全部撕脱后,造成大量失血以及疼痛,患者发生休克,出现面部苍白、眩晕、出汗、口渴、脉搏细数、口唇轻度发绀等休克症状。
3. 辅助检查 摄头颅 X 线片,排除颅骨骨折;必要时行 CT 检查排除颅脑损伤。

【证候分类】

根据头皮缺损的范围,可将其分为轻、中、重度。

1. 轻度头皮缺损 缺损范围直径小于 6cm。
2. 中度头皮缺损 缺损范围直径大于 6cm。
3. 重度头皮缺损 缺损范围超过全头皮的 1/3 直至全头皮的撕脱。

【治疗】

1. 手术治疗 ①适应证:患者休克得到纠正、患者情况较为稳定,进行清创手术。②操作方法:全麻插管下进行,彻底清创,将撕脱头皮在 1:1 000 苯扎溴铵液中浸泡 5 分钟后,以生理盐水冲洗待用。若撕脱头皮仍有部分相连,此部常仍有相连的动、静脉和神经,不可轻易切断。根据头皮远端血液供应情况逐步修剪,直至出血量大,将这部分头皮原位缝合,其余创面根据

其大小、骨膜撕脱的情况考虑皮片移植、皮瓣或其他方法修复。轻度头皮缺损首选局部皮瓣；中度头皮缺损，如果颅骨膜完整，可单纯采用皮肤移植；重度头皮缺损，必须迅速将暴露的颅骨覆盖。首选的重建方法是将撕脱头皮回植，当撕脱头皮挫伤严重不能回植，而创面又难以用皮片移植时，可采用吻合血管的游离组织瓣转移覆盖。如头皮完全撕脱但没有严重的挤压伤，应采用显微外科技术将撕脱头皮再植，以获得最佳的治疗效果。若骨膜存在而头皮不能使用时，应仔细保持其湿润，并取中厚皮移植覆盖创面。若骨膜缺如、颅骨外板暴露，应用显微外科技术提供覆盖，常用大网膜和腹股沟皮瓣，表面移植中厚皮片，修复大面积缺损。若无条件采用显微外科技术时，可在暴露的颅骨多处钻孔，使板障产生肉芽组织，延期植皮；也可采用凿除部分颅骨外板至有活跃的渗血后及时移植中厚网状皮片（可打筛孔）的方法。

2. 药物治疗

（1）中药治疗：创伤初期宜用活血化瘀，消肿止痛的药物，可内服活血灵。中期、后期宜对瘢痕进行抗瘢痕治疗，用中药抗瘢痕液涂擦。

（2）西药治疗：术后早期运用活血消肿、止血药物，术前半小时预防性应用抗生素，术后抗生素应用一般不超过5天。

3. 康复治疗 物理疗法：运用超声离子药物透入或按摩减轻瘢痕增生。

【疗效评定标准】

治愈 外形满意，功能基本恢复。

好转 外形尚满意，功能恢复尚可。

未愈 外形未见明显恢复，功能障碍。

二、颧骨颧弓骨折

【定义】

任何外力造成颧骨颧弓部位骨或骨小梁的连续性中断，称为颧骨颧弓骨折。

【诊断依据】

1. 病史 有明确的局部外伤史。

2. 症状和体征

（1）颧面部塌陷：颧骨、颧弓骨折后由于骨折块常发生内陷移位，致使颧部突出的外形消失。在伤后早期可见颧面部凹陷，随后，由于局部肿胀，凹陷畸形又被掩盖，而易被误认为是单纯软组织损伤，待数日后肿胀消退，才出现局部塌陷。

（2）张口受限：由于骨折块发生内陷移位，压迫颞肌和咬肌，阻碍喙突运动，可导致张口疼痛和张口受限。

（3）复视：颧骨上颌突部骨折可能损伤眶下缘的大部分。颧骨骨折并移位后，眶缘及眶底也可能随之移位，两侧瞳孔水平发生改变，伤侧瞳孔下移，因而复视是常有的症状。

（4）神经受损症状：颧骨上颌突部骨折可能损伤眶下神经出现同侧眶下、鼻旁、上唇皮肤甚至上前牙的感觉异常或麻木。骨折时如同时损伤面神经颧支，则出现眼睑闭合不全。

（5）眶周瘀斑：颧骨骨折伴有眶壁、眶底损伤时，眶周眼睑和球结膜下可出现肿胀及出血性瘀斑。

（6）其他症状和体征：如伴有上颌窦壁骨折，可发生鼻出血，为血液进入上颌窦引起。此外，上颌窦腔内的空气也可逸出至面颊组织，而出现皮下气肿。

3. 辅助检查 X线摄片常取鼻颏位和颧弓位。在鼻颏位X线片中不仅可见到颧骨和颧

弓骨折的情况,而且还可以观察眼眶、上颌窦及眶下孔等结构有无异常。颧弓位则可清楚显示颧弓骨折及移位情况。颧骨和颧弓 CT 及三维 CT 检查尤为清晰。

【证候分类】

1. 按骨折部位分 将其分为颧骨骨折、颧弓骨折、颧骨-颧弓联合骨折及颧骨-上颌骨复合体骨折。而颧骨骨折又可分为双线型及三线型骨折。

2. 按骨折移位方向分 分为六型:无移位骨折;颧弓骨折;颧骨体骨折向内下移位,不伴有转位;内转位颧骨体骨折;外转位颧骨体骨折;复杂性骨折。

【治疗】

颧骨、颧弓骨折后如仅有轻度移位,畸形不明显,无张口受限、复视等功能障碍者,可不进行手术治疗。凡有张口受限者均应行手术复位;虽无功能障碍而有显著畸形者也可进行手术复位。治疗方法有盲探复位及开放复位两大类。

1. 非手术治疗 ①适应证:颧骨、颧弓骨折后如仅有轻度移位,畸形不明显,无张口受限、复视等功能障碍者。②操作方法:经口内上颌结节复位法;经皮切口单齿骨钩复位法;颞部切开复位法。

2. 手术治疗 ①适应证:颧骨颧弓移位、塌陷引起张口受限,影响咀嚼功能,脸形改变者;复杂或粉碎性颧骨颧弓骨折;陈旧性颧骨颧弓骨折,面部塌陷,张口受限者。②操作方法:手术切开复位内固定操作方法及程序为气管内插管全麻,在骨折线附近作小切口,显露骨折断端,直视下使骨折块复位并作固定。可供选择的皮肤切口有:眉外侧切口;睑缘下切口;眶外侧缘切口;口内颊侧前庭沟切口;从美容观点出发,切开复位可采用颅面外科半冠状切口,即颞部切口或半冠状切口,进行颧骨骨折复位。

3. 药物治疗

(1) 中药治疗:骨折初期宜用活血化瘀、消肿止痛的药物。可内服活血灵 3~7 剂,日 1 剂,水煎服。若未行颌间固定,不影响张、闭口活动的患者,中期瘀血肿胀虽消而未尽,骨折未连接,治宜和营生新,接骨续新。可内服三七接骨丸、养血止痛丸。后期宜养气血,补肝肾,壮筋骨。可内服筋骨痛消丸、加味益气丸。

(2) 西药治疗:早期应用营养支持及消肿抗炎、止血药物,术前半小时内预防性应用抗生素,术后一般不超过 3~5 天。

4. 康复治疗 术后 1~2 周后指导张、闭口功能锻炼。

【疗效评定标准】

颧骨、颧弓骨折的治疗原则是使骨折断端精确复位和固定,能在正确的解剖位置上愈合,并恢复原有的张口活动。张口活动也是骨折复位的标准。

优 颧、颌缝无间隙,颧弓外形正常,张口度正常,左右面部对称。

良 张口度正常,面部外形基本对称,骨折有一处复位固定欠佳。

差 张口度有所改善,左右面部对称性改善不大。

三、鼻骨骨折

【定义】

任何外力造成鼻骨的连续性中断称为鼻骨骨折,常可伴鼻中隔外伤,出现软骨脱位、弯曲、骨折、黏膜撕裂及鼻中隔穿孔等。

【诊断依据】

1. 病史 有明确的受伤史。

2. 症状和体征

(1) 鼻梁歪斜,鼻背塌陷、扁平,增宽或角形隆起,鼻根扁平,皮肤软组织裂伤、肿胀、瘀血,鼻孔出血。

(2) 两眼内、外眦距离增宽。

(3) 用两手示指轻轻地自鼻根部向鼻尖滑动触诊,可发现骨折处失去原有硬度。

(4) 局部压痛明显,可触及骨擦感及捻发音。鼻孔呼吸不畅或不通。

以上症状可合并出现。

3. 辅助检查 鼻部 X 线片可显示骨折部位、性质及鼻骨骨折移位方向,尤其在鼻部软组织肿胀时,有助于诊断的确立。一般常用鼻骨侧位片、正位片及华氏位片显示鼻骨、鼻中隔、上颌骨额突、眶内板及筛窦等情况;CT 诊断更为明确。

【证候分类】

鼻骨骨折的类型主要取决于外力的方向、性质、程度和受力的部位。

1. 单侧塌陷性骨折 外力来自侧方,可伤及一侧鼻骨、上颌骨额突、梨状孔边缘,致鼻骨一端发生单侧塌陷性骨折。

2. 单侧塌陷对侧移位性骨折 较大的外力来自侧方,可使两侧鼻根间隙、鼻颌缝连接分离,受撞击侧的鼻骨向鼻腔内凹陷,对侧鼻骨向外移位突出,呈角状隆起,鼻梁呈弓形弯曲,偏向一侧,常同时伴有鼻中隔偏曲。

3. 双侧鼻骨下部骨折 外力来自正前方撞击鼻下部时,宽薄的鼻骨下端易骨折游离,局部软组织反应性肿胀,外形可无明显改变而易被忽略。但局部触诊时压痛明显。X 线侧位片可显示鼻骨下端骨折游离。如外力作用于鼻骨以下部位,可引起鼻中隔血肿、软骨重叠,增厚或突出于一侧或双侧鼻黏膜外,日后可遗留鼻尖及鼻小柱歪斜、收缩变短,前鼻孔两侧不对称。

4. 双侧鼻骨塌陷粉碎性骨折 来自正前方的外力撞击鼻梁时,鼻梁可裂开或与上颌骨额突分离,双侧鼻背塌陷或呈粉碎性骨折,鼻中隔软骨及筛骨正中板因顶部受压而碎裂、错位,致外鼻扁平、增宽。X 线片示鼻骨呈展开书本状畸形。

5. 鼻根部横形断裂骨折 来自正前方的较大外力撞击于鼻根部,使鼻骨上部发生横形断裂,与额骨鼻突分离,创伤可累及筛窦气房、泪骨、眶内壁,可造成内眦韧带断裂,眦距增宽。创伤如累及筛骨筛状板并撕裂脑膜,可引起脑脊液鼻漏。

【治疗】

1. 非手术治疗 ①适应证:单纯闭合鼻骨骨折,不伴有鼻周其他部位损伤。②标准治疗方法:鼻骨骨折的治疗目的是恢复外鼻的外形和鼻腔的通气功能。单纯无移位骨折,鼻外形无改变,不需整复;嘱患者保护鼻部,避免受压。对于有移位的鼻骨骨折可进行非手术治疗,闭合复位。

鼻外复位法:①适应证:向侧方移位的鼻骨骨折。②操作方法:用双手拇指压迫向外突起的骨折片,使其复位。

鼻内复位法:①适应证:单侧、双侧闭合性骨折或合并鼻中隔骨折。②操作方法:可用特殊的鼻骨复位钳复位,将一叶伸入患侧鼻腔塌陷鼻骨的下面,一叶置于鼻外,将钳闭合,钳住软组织与骨折片,向上、向后或向内稍加转动,可使嵌入的骨折片复位,同时以左手拇指和示指置于鼻外协助复位。如无鼻骨复位钳,也可用鼻中隔剥离器、长刀柄、钝头直血管钳等代替,前端裹以凡士林纱布或棉片,然后将复位器伸至鼻腔鼻面下面,稍向上、向外用力,将塌陷骨折片抬起,同时用左手拇指按于对侧鼻骨,示指置于鼻骨塌陷处,以免上抬的鼻骨复位过度。对双侧鼻骨骨折者,最好用 Asch 鼻骨复位钳,将钳的两叶分别插入两侧鼻腔移位的鼻骨下,进行复