

新时期

医疗事故综合防范 与处理实务全书

本书编写组编

中医古籍出版社

新时期医疗事故 综合防范与处理实务全书

本书编写组编

(下)

中医古籍出版社

第二章 骨科疾病

骨科疾病是常见的病症，分骨折、关节脱位、颈肩腰腿痛、手部创伤与感染、化脓性骨髓炎与关节炎、骨肿瘤等。

第一节 骨 折

一、骨折概论

(一) 定义

骨的完整性或连续性发生中断称为骨折。分外伤性骨折、病理性骨折及儿童外伤性骨折分离。

(二) 原因

骨折可归为创伤性、疲劳性、病理性三类。

(1) 创伤性骨折：直接暴力系暴力直接击伤致骨折，间接暴力指通过传导、杠杆、旋转等间接作用致一定部位骨折，肌肉猛烈收缩，见于髌骨骨折等。

(2) 疲劳性骨折：暴力反复作用于某一部位而致逐渐发生骨折，多见于第Ⅱ骨头部骨折。

(3) 病理性骨折：由于某些全身或局部的疾病如肿瘤、代谢性障碍等引起的骨折。

(三) 分类

(1) 按骨折断端与外界有无相通，分为闭合性与开放性骨折。

(2) 按骨折的程度，分为完全性与不完全性骨折（儿童不完全骨折称作青枝骨折）。

(3) 按骨折线的形状，分为横断、斜形、螺旋、粉碎性等。

(4) 按骨折复位以后的稳定性，分为稳定性骨折（如横断、短斜及轻度压缩等骨折）和不稳定性骨折（如长斜、螺旋及严重压缩等骨折）。

(5) 按伤后的时间，分为新鲜骨折（多指在三周以内的骨折）、陈旧性骨折（一般指已超过三周的骨折）。

(四) 诊断

1. 外伤史

2. 全身症状

严重的开放性骨折，多发性骨折，骨盆骨折等可导致创伤性休克，并有体温升高、血象变化及血红蛋白减低等现象。

3. 损伤的一般症状

有疼痛、出血、肿胀及功能障碍等。

4. 骨折的特有症状

- (1) 畸形：骨折断端移位造成。
- (2) 骨擦音：骨折端互相磨擦的声音。
- (3) 异常活动：骨折端的活动。

上述三项，并不是所有骨折都有，存在一项就可确诊。

- (4) 环形压痛：轴位叩击痛也是骨折的特征。

5. X线检查

X线检查是诊断骨折重要手段，明确骨折部位、类型、移位情况，作为治疗依据。

二、锁骨骨折

(一) 诊断

(1) 多见于儿童，为常见骨折之一，大多由间接暴力致锁骨中1/3骨折。骨折内侧端被胸乳突肌牵拉向后上移位，外侧端受上肢重力及胸大肌收缩向下、前内移位。直接暴力致粉碎骨折，常伴严重移位，可损伤或压迫血管与神经。

(2) 根据外伤史及局部肿胀、压痛、上肢外展受限，较易诊断。幼儿青枝骨折因不能自诉易被忽视，但一般有局部压痛及活动伤肢时常因疼痛而啼哭。

(二) 治疗

(1) 多用手法复位治疗，伤员端坐凳上，挺胸，双手撑腰，助手用膝顶住伤员背部，双手握住两肩向后上提搬，多能获得满意复位。先用4×7cm石膏条（约8层厚）按压于骨折部位，固定复位骨折于囊圆形的石膏管内。继以石膏绷带作8字形固定，两侧腋窝垫棉花圈，在放松两肩后使8字石膏起到持续性拉紧的作用。观察肢端血供及感觉，如有压迫症状，嘱患者双手撑腰，使肩外展，症状即可缓解。

(2) 开放复位内固定，应尽量少用。因手术剥离软组织，可损害血供，影响骨折愈合。仅在血管、神经受压严重或发生骨不连接时采用。

三、肱骨外科颈骨折

(一) 诊断

(1) 多见于成年人与老年人，按跌倒时的姿势不同可分外展型、内收型两种。前者常见，表现为骨折部向内成角，上肢呈外展畸形。后者较少，骨折部向外成角，上肢呈内收畸形。

(2) 肩部有肿胀，淤斑改变，肱骨大结节下方压痛明显，患肢均有功能障碍。X线摄片可以明确诊断。

(二) 治疗

(1) 无移位的裂纹骨折或嵌入骨折，用三角巾固定两周，即可开始活动。

(2) 有移位的采用手法复位外固定，臂丛麻醉或局麻后，先外展牵引，纠正缩短移位，然后用拇指顶住成角部位，上肢向内或外移动纠正成角，复位可用小夹板或外展架石膏固定，6周左右除去固定，进行功能锻炼。

(3) 对少数手法复位失败或伴有严重血管神经损伤者,可考虑行开放复位内固定治疗。

四、肱骨干骨折

(一) 诊断

(1) 青少年的多发伤,可由直接或间接暴力而致,战备训练投掷手榴弹时动作不协调常可致肱骨干骨折,称作投掷骨折。

(2) 骨折部位以中下 1/3 为多见,由于桡神经在肱骨中段的桡神经沟通过,该部骨折常致合并损伤,出现垂腕,拇指不能外展,掌指关节不能伸直等症。

(3) 骨折移位情况:骨折在三角肌上点以上,近端骨片受胸下肌、背阔肌和大圆肌牵拉向内、前移位,远端受三角肌牵拉向上、外移位,骨折在三角肌止点以下,近端向外、上移位,远端受肱三头肌、肘三头肌牵拉向上移位。

(二) 治疗

(1) 以手法复位外固定为主,多在臂丛麻醉下根据骨折的不同平面与移位,在牵引下手法复位,继以上肢悬垂石膏维持牵引固定或用小夹板加纸压垫维持复位固定。

(2) 开放复位内固定:用于因软组织嵌入、手法复位困难或合并桡神经损伤者,用钢板螺钉或髓内钉作内固定。

五、肱骨髁上骨折

(一) 诊断

(1) 为儿童常见骨折之一。可分伸展型、屈曲型两类。伸展型占 90%,多系跌倒时用手撑地引起,骨折线由前下方斜向后上方,近端骨片向前、远端骨片向后移位。应注意近端骨片在屈曲位时压迫或损伤肱动脉与正中神经,发生缺血性挛缩及神经功能障碍。屈曲型较少见,多为肘部直接着地所致。骨折近端后移,远端骨折片向前移位。

(2) 伤后肘关节肿痛,活动受限。移位明显时,肘向后方突出,髁上部位压痛明显,有假关节活动,肘三点关系正常。肘正侧位 X 线片可显示骨折的类型和移位的程度。

(二) 治疗

(1) 主要以手法复位治疗,臂丛麻醉后先牵引纠正侧方移位,然后折顶法加大成角,矫正前后移位,功能位石膏固定。

(2) 牵引复位法:对移位大,肿胀明显者,先田克氏针作尺骨鹰咀骨牵引,3~5 天后肿胀消退,再按上法手法复位固定。

(3) 屈曲型手法复位,用力方向与伸展型相反,石膏外固定于伸展位置,三周后更换石膏,固定于功能位。

(4) 手术治疗:对手法复位、牵引复位失败的病例,可用切开复位。以丝线缝合或克氏钢针交叉固定,再以外固定 4~6 周。

(5) 不论用何种方式,应注意血管与神经损伤。如出现桡动脉搏动缺失或正中神经损伤症状,须及时调整前臂屈曲位置,必要时手术探查,切开肌筋膜减压,取出血栓或修补

血管等。

六、尺骨鹰咀骨折

(一) 诊断

(1) 多为间接暴力致伤，由于重力作用及肱三头肌强烈收缩而致撕脱、横断移位骨折。直接暴力致伤，多为粉碎骨折且无移位。

(2) 鹰咀部肿胀、压痛明显，有时可触到骨折与骨折裂隙，肘部不能伸直，X线摄片可明确诊断。

(二) 治疗

(1) 无移位骨折，可用上肢石膏托或直角托板固定3~4周，拆除后功能锻炼。

(2) 有移位的鹰咀骨折，以开放复位内固定治疗为主，同时作腱膜及肱三头肌固着点的修补。术毕先半伸展位固定2~3周，拆线后更换功能位固定3周左右。

七、桡骨小头骨折

(一) 诊断

(1) 见于成人和儿童，多为间接外力所致。可分裂缝内折、颈部横形骨折、嵌入骨折和粉碎骨折等。

(2) 肘关节外侧肿胀、疼痛，桡骨小头有明显压痛，肘部屈伸特别是旋转活动明显受限，X线肘部正侧位片可明确诊断。

(二) 治疗

(1) 以手法复位为主，对儿童忌行桡骨头切除术，以防止桡骨生长障碍，引起下尺桡关节半脱位，影响旋转功能。

(2) 手法复位失败者，可行开放复位内固定。多以丝线缝合或克氏针作内固定。

(3) 成人桡骨头粉碎骨折、劈裂骨折且有移位者及陈旧性骨折关节面受损者，可行桡骨头切除术。术后进行功能锻炼。

八、尺桡骨双骨折

(一) 诊断

(1) 前臂肌肉丰富，有肌肉作用下，桡骨骨折后移位明显。上1/3骨折，近端受旋后肌作用而旋后，远端受旋前圆肌、旋前方肌作用旋前。中1/3骨折，近端受旋后与旋前肌作用处中立位，远端受旋前方肌作用而处旋前位。下1/3骨折，近端处中立位，远端受旋前肌及展拇长肌作用而向前、向尺侧移位。

(2) 前臂肿胀，局部压痛，畸形明显，特别是旋转功能障碍。X线前臂正侧位片可明确诊断。

(二) 治疗

(1) 手法复位：因前臂骨折移位显著，复位固定较难，且功能要求又高，应重点矫正

旋转移位，强调骨折复位远端对近端的原则。麻醉完善后先作牵引，再经反折、分骨等手法使其复位，石膏塑型固定。上 1/3 骨折复位后，应偏旋后位固定；下 1/3 者偏旋前位；加 1/3 者中立位固定。

(2) 手术复位：手法复位失败，应及早切开复位，髓内钉或接骨板帽丝钉作内固定。近年来有人采用闭合复位，在电视荧光屏下作髓内钉固定术，取得较好疗效。

九、尺骨上段骨折合并桡骨头脱位

(一) 诊断

(1) 多由间接暴力如跌倒撑地而致。少数由直接暴力致伤。可分伸直型、屈曲型两类，前者为多，尺骨骨折向桡侧移位成角，桡骨小头向前外脱位。屈曲型不多见，尺骨骨折向背侧成角，桡骨头向后外侧脱位。

(2) 肘部肿痛，可触到脱出的桡骨小头，肘关节活动受限。X 线前臂正侧位片，可以明确诊断。

(二) 治疗

(1) 一般均先用手法复位，麻醉应充分。但骨折并发脱位者，复位后不易维持稳定。屈曲型者相对较易复位固定。上肢石膏固定 5~6 周，拆除后及早进行功能锻炼。

(2) 手术复位：手法复位失败或陈旧性孟氏骨折，指 2~3 周以内者，均考虑作切开复位、髓内钉或钢板螺钉内固定。注意勿损伤与尺骨相邻的尺神经和穿越旋后肌的桡神经深支。

十、桡骨下 1/3 骨折合并下尺桡关节脱位

(一) 诊断

(1) 桡骨下 1/3 骨折后，远端骨片受旋前方肌及伸拇短肌、外展拇长肌的作用，旋前并向尺侧倾。下尺桡关节松弛脱位，尺骨茎突向腕背侧明显隆起。

(2) 前臂及腕部肿胀、疼痛、旋转功能障碍，X 线片可以确定诊断。

(二) 治疗

(1) 先手法复位，如骨折线为横形式锯齿状易获成功，取手法复位失败，则开放复位、钢板螺钉内固定。

(2) 对陈旧性骨折合并前臂旋转功能障碍者，可行尺骨小头切除术。

十一、桡骨远端骨折

(一) 诊断

(1) 为最常见骨折之一，以老年妇女多见。根据外力作用与骨的类型不同，分柯雷氏骨折 (Colles) 和史密斯骨折 (Smith) 两大类。

(2) Colles 骨折致伤暴力多为跌倒时手掌撑地，桡骨远端骨片向背侧、桡侧移位，最为常见。Smith 骨折致伤外力多在腕部处于掌屈位时，背面着地，远端骨折片向掌侧移位，

较少见。

(3) 临床表现除一般骨折的局部疼痛、肿胀、压痛外, Colles 骨折有其特殊的银叉状畸形, X 线腕关节正侧位片可以明确骨折情况。常伴有尺骨茎突骨折。

(二) 治疗

原则上手法复位固定, 不用手术治疗。局麻后先牵引纠正侧方畸形, 然后加大成角, 纠正前后移位, 用前臂石膏或中医小夹板固定, 4~6 周后骨折愈合, 即可除去外固定, 功能锻炼。

十二、指骨骨折

(一) 诊断

(1) 指骨骨折较常见, 多为直接暴力所致, 骨折部位可分近、中、末节, 骨折类型分为横形、斜形、粉碎骨折。

(2) 近节指骨骨折常因蚓状肌牵拉发生掌侧成角移位, 中节指骨骨折位于屈指浅肌附着点近侧者, 远端骨片因屈指浅肌牵拉而向掌侧屈曲, 形成背侧成角移位。骨折位于屈指浅肌附着点远侧者, 近端骨片向掌侧屈曲, 造成向掌侧成角及侧位移位。远节指骨骨折多为砸伤或挤压伤, 多为粉碎骨折。

(3) 伤后肿胀, 局部疼痛, 有环形压痛, X 线检查可明确诊断。

(二) 治疗

手法复位: 手指夹板固定为主, 在局麻下牵引, 纠正成角, 侧方移位整复后, 用手指夹板固定于功能位, 约 4 周左右除去外固定, 积极功能锻炼。

十三、脊柱脊髓伤

(一) 诊断

(1) 脊柱骨折或骨折脱位合并脊髓损伤致肢体瘫痪。根据致伤的机理、部位、骨折稳定程度及有无脊髓损伤分类如下:

①根据骨折发生机理可分屈曲型骨折、伸直型骨折及直接暴力造成的骨折。

②根据损伤部位分为颈椎、胸椎、腰椎部骨的或脱位。按椎骨的解剖部位又可分为椎弓、椎体、横突、棘突、小关节突骨折。

③根据稳定性能分横突性骨折(指横突、棘突及轻度椎体压缩性骨折)、不稳定性骨折(指严重的椎体压缩骨折、椎板骨折、关节突骨折并伴有脱位)。

④根据有无脊髓损伤分为无脊髓损伤及合并脊髓神经损伤两类。后者又分全瘫和不完全瘫。

(2) 脊柱外伤后局部疼痛, 活动后加重, 局部压痛或有畸形存在。合并脊髓损伤多伴有感觉、运动及大小便功能障碍。

(3) X 线摄片可以看出骨折情况, 必须结合外伤机理、临床症状和体征等加以考虑。

(二) 治疗

1. 急救处理

对疑有脊柱损伤者,急救搬运切忌使脊柱发生屈伸、扭转,以防骨折移位加重脊髓损伤。应及时进行抗休克治疗和对其他内脏合并伤的救治。

2. 单纯脊柱伤的治疗

(1) 颈椎伤的治疗:先用颈椎颅骨牵引或颈椎牵引带牵引约4~6周,改用头颈胸石膏固定2~3月。

(2) 胸腰椎损伤的治疗:早期卧硬床,疼痛减轻后,作腰背肌功能锻炼。压缩较多、有后突畸形者,可用背部垫枕头,试用 Daris 悬吊法使其复位。经X线片证实复位后,以石膏背心固定2~3月。

(3) 合并脊髓伤的治疗:脊髓损伤可分三种情况:脊髓休克、脊髓部分损伤及脊髓横断伤。前者伤后数小时即有恢复表现,一般在数日至2~3周即完全或大部恢复。脊髓横断伤目前临床与实验室均认为无法恢复其功能。脊髓部分损伤多因受压所致,主张及早手术减压、固定,对功能恢复有一定作用。手术指征:①X线片显示椎管内有骨片压迫;②不全瘫进行性加重;③腰椎穿刺蛛网膜下腔完全梗阻。

3. 并发症防治

截瘫病人应注意预防褥疮,尿路感染、呼吸道等并发症的发生与医治。

十四、骨盆骨折

(一) 诊断

(1) 骨盆骨折常由大暴力引起,如车祸、塌方等事故。常合并内脏损伤、大的失血、休克等。

(2) 骨盆骨折可分为稳定性骨折和不稳定性骨折两大类。稳定性骨折,主要指骨盆环的连接未受破坏的骨折,如髂骨翼、骶尾骨、耻骨支、坐骨支骨折等。不稳定性骨折指骨盆后环骨折,骨盆的连接性发生破坏,如骶髂关节分离、髂臼骨折合并股骨头中心型脱位等。

(3) 骨盆骨折可出现局部疼痛、肿胀、软组织挫伤或皮下淤斑,骨盆浅表部骨折,如髂骨、耻骨联合骨折等,有时可控制骨折断端或裂缝;严重骨盆骨折可出现骨盆倾斜、双下肢不等长等畸形。

(4) 骨盆骨折常用的检查法有骨盆挤压试验,骨盆分离试验等。X线摄片是诊断骨盆骨折的重要手段,可以明确骨折程度与类型。

(二) 治疗

(1) 应首先处理骨盆骨折合并症和重要合并伤,如休克、腹膜后大出血和腹腔脏器伤的救治,其次是处理尿道撕裂、膀胱损伤、直肠破裂等。

(2) 对骨盆骨折本身的处理,可根据骨折类型而定。对稳定性骨折,一般不需复位固定,卧床休息4~6周即可。对不稳定性骨折,无移位者卧床休息6周左右,有移位和变形者,应尽快复位,纠正骨盆变形,如骶髂关节分离、髂臼骨折合并股骨头中央性脱位,应行胫骨结节史氏钉牵引6~8周,12~14周后逐渐负重。

十五、股骨颈骨折

(一) 诊断

(1) 股骨颈骨折系老年人好发伤,常由不慎滑倒等间接轻微外力所致。根据骨折断端之间的关系,可分为外展型、内收型。前者嵌插稳定,后者错位不稳定。

(2) 按骨折部位分头下、颈中、颈基部骨折三型。后者及部分颈中骨折在关节囊外,故亦称囊外骨折,较为稳定;囊内骨折属不稳定性骨折。

(3) 不稳定性股骨颈骨折症状明显,活动受限。无移位的稳定性骨折症状不太明显,少数病人尚能行走几步,造成伤情加重。X线摄片可以明确骨折情况。

(二) 治疗

(1) 对外展型、颈基部无移位的稳定性骨折,一般采用伤肢皮肤牵引或丁字鞋固定,维持骨折的稳定,8~12周后扶拐功能锻炼。

(2) 非稳定性骨折常用的治疗方法是手法复位,三翼钉内固定术。术后卧床3~4日,然而功能锻炼,逐渐恢复行走。近年来,对70岁以上高龄患者,健康条件允许时,主张用人工股骨头置换术,术后三周即功能锻炼,可减少长期卧床带来的并发症。

(3) 对陈旧性股骨颈骨折及骨不连接、无菌性坏死者,近年来采用全髋关节置换术有较好的疗效。

十六、股骨粗隆间骨折

(一) 诊断

(1) 粗隆间骨折也多见于老年人,平均年龄高于股骨颈骨折组,常为轻微外力所致。该部血供丰富,预后较好。

(2) 根据骨折严重程度分为稳定与不稳定两类。骨折线自大粗隆到小粗隆(即顺粗隆)较为稳定,骨折线呈反粗隆方向者均不稳定,临床症状与股骨颈骨折相类似。X线摄片可明确诊断。

(二) 治疗

(1) 一般采用外展位持续骨牵引或胶布绷带牵引,也可用丁字鞋维持固定,6~8周后功能锻炼,多可恢复行走功能。因骨折严重或治疗不当,约有30%发生不同程度的肢体短缩、髋内翻畸形。

(2) 近年来有人主张用Enoltr弹性钉自股骨内髁上主打入作内固定。手术创伤不大,术后患者可早期活动与负重,减少长期卧床的并发症,有较好疗效。

十七、股骨干骨折

(一) 诊断

(1) 多见于青壮年,常由较强外力致伤。患肢明显肿胀、疼痛、畸形,有假关节活动,需密切注意合并伤和休克的发生。

(2) 骨折断端受肌群收缩及肢体重力影响, 可发生不同程度移位。

①股骨上 1/3 骨折: 近端受髂腰肌、臀中肌等影响, 处于屈曲外旋位, 远端受内收肌组牵拉, 向上、向内移位。

②股骨中 1/3 骨折: 由于前后肌群的收缩、牵拉, 致重叠畸形, 近端在前、远端位后。

③股骨下 1/3 骨折: 上端主要因髂腰肌作用略向前移, 远端受腓肠肌内外头的作用向后移位。严重者可压迫血管、神经, 应常规检查足背动脉搏动与皮肤的感觉。

(二) 治疗

视患者的年龄、骨折部位、程度及设备条件而定。

(1) 牵引治疗: 5 岁以下幼儿, 用 Bryant 氏架双下肢悬吊牵引, 约 3~4 周纤维骨痂形成后, 改用夹板或下肢石膏固定, 4~6 周除去外固定, 进行功能锻炼。6~12 岁儿童, 常采用胶布绷带牵引 4~6 周纤维骨痂形成后, 改用髓人形石膏或小夹板固定, 2~4 周后, 功能锻炼。14 岁以上因大腿肌肉发达, 可置于勃浪氏架或托马氏架上进行骨牵引, 主要用于长斜形、螺旋形或粉碎性骨折, 约 6~8 周初步骨痂形成后更换髓人形石膏或小夹板固定。

(2) 切开复位内固定: 主要用于股骨中上部横形或短斜形骨折或牵引治疗失败者, 常以梅花形髓内钉作内固定。近年来, 随着 X 线闭路电视机的应用, 开展了闭合复位髓内钉内固定, 使疗效得到提高。

十八、髌骨骨折

(一) 诊断

(1) 髌骨为人体最大的籽骨, 常因直接或间接外力致伤, 前者以粉碎性骨折多见, 后者多为横断或上下撕脱性骨折。

(2) 外伤后膝部肿痛, 不能主动伸膝, 有时可触到骨折裂隙。X 线摄片可明确诊断。

(二) 治疗

(1) 对无明显移位的、多用非手术疗法。下肢石膏固定或用抱膝固定, 4~6 周去除固定, 积极锻炼膝屈伸功能。

(2) 对有移位、关节面不平整者, 以手术治疗为主。根据骨折及移位情况, 分别采用开放复位内固定术、部分髌骨切除术或髌骨全切除术。术中注意膝支持韧带、股四头肌腱及髌韧带的修补缝合。

十九、胫腓骨骨折

(一) 诊断

(1) 胫腓骨骨折是四肢常见骨折之一, 多为直接暴力所致, 也可因旋转等间接外力所致。以青壮年居多。临床不难作出诊断。

(2) 胫骨位于皮下, 骨折后小腿肿痛、畸形及活动异常。X 线摄片可以明确诊断。对严重挤压伤及开放性骨折, 应注意血管、神经损伤及筋膜间隙综合症的防治。

(二) 治疗

(1) 对无移位及横断、短斜形等稳定性骨折者, 常用手法复位, 下肢石膏或小夹板固定 8~12 周。

(2) 对长斜形、螺旋形、粉碎性等不稳定骨折, 宜用跟骨结节牵引, 4~5 周纤维骨痂形成后, 改用下肢石膏固定, 持续 3~4 月后拆除固定。

(3) 开放复位内固定应慎用, 因小腿中、下 1/3 肌肉少, 血供差, 手术影响骨折愈合。近年来, 有人主张应用髓内钉闭合复位固定, 对提早活动、促进愈合有较好疗效。

二十、踝部骨折

(一) 诊断

(1) 踝部骨折为最常见的关节内骨折。根据致伤暴力作用方向不同, 可分为内翻、外翻、外旋、纵向挤压及直接暴力五型。

(2) 按损伤程度不同, 可分为单踝骨折、双踝骨折、三踝骨折。严重者合并踝关节脱位。X 线摄片, 可明确骨折类型和移位程度。

(二) 治疗

(1) 无移位踝部骨折, 可用小腿石膏固定 4 周左右。

(2) 闭合复位外固定对有移位的踝部骨折, 可根据病史与 X 线摄片, 采用与受伤机理相反方向的手法复位, 石膏固定 6~8 周。

(3) 开放复位内固定对外翻、外旋等外力引起的内踝撕脱骨折, 手法复位易致软组织嵌入, 影响骨连接, 宜采用开放复位, 螺纹钉内固定, 治疗效果较好。

二十一、距骨骨折

(一) 诊断

(1) 距骨骨折较少见, 常由间接外力所致。如跌倒时, 足部强力背屈或垂直挤压, 胫骨前下缘撞击距骨颈段常致距骨骨折。当踝关节极度跖屈或距腓韧带猛烈牵拉, 常致小块距骨骨折。

(2) 局部肿胀、疼痛、抽叩痛阳性, 移位严重者多伴畸形, X 线摄片可以明确骨折情况。

(二) 治疗

(1) 无移位者, 用小腿石膏固定 6~8 周。有移位或合并脱位者, 应先以手法复位, 距骨颈骨折在跖屈内翻位后推前足, 复位后, 小腿石膏轻度跖屈位固定 2~3 月。该部血供差, 易发生缺血性坏死, 故固定时间应该长些。

(2) 如手法复位失败、关节面不平整者, 应及早改用开放复位、长螺纹钉内固定, 小腿石膏固定 2~3 月。

二十二、跟骨骨折

(一) 诊断

(1) 多有由高处跌下、足跟着地的外伤史。骨折分为不影响关节面和波及跟距关节面两类。

(2) 足跟部疼痛、肿胀、皮下常有淤斑、腿跟增宽待征。X线侧位、轴位片，可以明确骨折情况。

(二) 治疗

(1) 不影响关节面的跟骨结节、跟骨前端及载距突骨折，手法复位、小腿石膏轻度跖屈位固定，对接近跟距关节且有向上移位的骨折，可作史氏钉跟骨牵引或采用跟骨挤压器，使其复位；然后小腿石膏固定4~6周。

(2) 波及跟距关节面的骨折，常用史氏钉作跟骨牵引复位。如关节面有塌陷，可用撬拨或植骨法将塌陷部关节撬平，石膏固定4~6周。

第二节 关节脱位

关节脱位以外伤性脱位最为多见，最常发生脱位的关节是肩关节和肘关节。

一、肩关节脱位

肩关节活动范围大而稳定性差，属球窝关节，故易脱位。分前脱位及后脱位，以前脱位多见。

(一) 诊断要点

(1) 外伤史；多由直接暴力或间接暴力所引起。

(2) 肩部剧痛、肿胀、功能障碍，伤肢处轻度外层位，患肘屈曲以健手托住患侧前臂。

(3) 肩峰突出而肩峰下部空虚呈方肩畸形，可在腋部或肩前方摸到肱骨头，患肩周径比对侧增大，前脱位时上臂相对延长。

(4) 杜加斯(Dugas's) 征阳性，将手置于对侧肩上，若时不能触及胸前壁或肘部触及胸前壁而手不能放于对侧肩上时即为阳性，另尚需检查有无神经血管及骨折等并发症。

(5) 肩部正位及腋位平片可以明确脱位的类型和有无骨折。

(二) 治疗

1. 麻醉

诊断明确之新鲜脱位应尽早施行复位。一般不需麻醉复位多可成功，如遇复位有困难时，也可用1%盐酸普鲁卡因20毫升注入肩关节血肿内作局麻或应用静脉麻醉和颈丛麻醉。

2. 复位方法

常用复位方法有如下二种。

(1) 手牵足蹬法, 本法简便易行效果较好。患者仰卧, 医者半坐于伤侧床边, 将足掌置于患者腋窝内抵住(右肩脱位用右足), 双手握住腕部, 沿肢体长轴行持续牵引, 同时以足掌用力蹬推腋部, 并逐渐外旋内收上肢, 如突然有一弹跳感, 表明已复位。

(2) Kocher 法(又称旋转复位法), 患者坐位或仰卧, 助手用宽布带绕过腋下向上牵引, 医者一手握腕, 一手握肘, 屈肘 90 度, 沿肱骨长轴行持续牵引, 约 1~2 分钟后, 将上肢外旋并逐渐内收及内旋, 如肩部突然有弹跳感, 并伤侧手掌可搭于对侧肩部, 表明已复位。复位后可见方肩畸形消失, 疼痛减轻, 肩部恢复活动。

3. 固定

复位后, 应严格固定三周, 用三角巾悬吊将肩关节置于内收、内旋、付屈 90 度位, 并用绷带半上臂固定于胸壁, 解除固定后开始肩关节功能活动, 全并大结节骨折者, 可延长固定时间 1~2 周, 若固定不确切可能会再发脱位而成为习惯性脱位, 需切开复位。

二、肘关节后脱位

(一) 诊断要点

(1) 有明确外伤史, 多为传导暴力和杠杆作用所致, 如跌倒时手撑着地等。

(2) 肘部肿胀变形, 肘关节呈半伸位, 前臂缩短, 鹰咀突在肘后明显突出, 肘后三角关节异常。

(3) 局部疼痛, 皮肤淤血斑, 关节功能丧失。

(4) X 线平片可确定脱位方向和有无骨折。

(二) 治疗

(1) 麻醉, 如伤后及时就诊, 也可不用麻醉获得复位成功。常用 1% 盐酸普鲁卡因注入关节内局麻或行臂丛麻醉。

(2) 复位方法, 常用牵引复位法, 即将伤员仰卧, 两助手分别在上臂及腕部行对抗牵引, 医者先矫正侧方移位, 在后用双手握住肘部, 两拇指在肘后向前推压尺骨鹰咀, 其余手指从肘前向后推压肱骨下端, 并逐渐屈肘, 如有突然滑入感觉, 表示已复位, 肘关节被动伸屈活动恢复, 肘后三角关系正常。

(3) 固定, 复位后置肘关节 90 度功能位, 用超肘关节夹板或石膏托固定, 并用三角巾悬吊三周, 去固定后开始练习肘屈伸活动, 切忌行关节被动强力牵拉, 捏推及提重物, 以免导致骨化性肌炎的严重结果。

三、髌关节后脱位

(一) 诊断要点

(1) 有典型的外伤史, 常见于中年人, 以后脱位多见。

(2) 髌部疼痛、肿胀、功能活动丧失。

(3) 患肢屈曲、内收、内旋、缩短畸形, 有时可合并坐骨神经损伤。

(4) 臀部显著隆起,大粗隆上移,如旋转股骨时,臀部可摸到股骨头位置。

(5) X线髋关节片可明确脱位情况及有无骨折。

(二) 治疗

(1) 手法复位,在腰麻或全麻下施行。伤员仰卧于地板上,助手向下压住两侧髂前上棘以固定骨盆作对抗牵引,医者半患肢髋膝屈曲90度,一手握住踝部,另一前臂套住腋窝持续向上沿股骨长轴方向作牵引,同时用握住踝部的手向下用力按压小腿,片刻后,可突然感到弹跳响声,表明已复位,上称提拉法。如复位有困难,也可采用旋转法,即在上述牵引的同时,将髋关节极度屈曲、内收、内旋,然后将髋关节外展、上旋、同时伸直下皮,即可复位。其复位肢体转动轨迹为一问号(“?”),左侧或右侧为反问号,复位后畸形消失,髋关节即能正常被动活动。

(2) 固定,经X线摄片证实已复位,可应用皮肤牵引制动伤肢于外展内旋位3~4周,去牵引后在床上功能活动,6周后可扶拐下地锻炼。

(3) 合并髋臼后缘大块骨折片,手法复位后骨折片未复位或手法复位失败者,须行手术切开复位。

四、肩锁关节脱位

(一) 诊断要点

(1) 主要由直接外力所致,如外力直接冲击肩部或跌倒时肩外侧先着地。

(2) 肩外侧肿胀、疼痛、触痛及肩外展受限。

(3) 锁骨外端向后上方隆起,用力向下按时可回复,松手后又可隆起,并关节处可触到一横沟。

(4) 摄两侧肩部X线平片对比,可见伤侧锁骨外端上移,关节间隙增宽,可协助诊断。

(二) 治疗

(1) 老年伤员,无须特殊治疗,用颈腕吊带或三角巾悬吊3周,并早期开始肩腕关节功能活动。

(2) 手法复位肩肘胶布固定,医者立于伤肩前侧,使伤侧肘部屈曲90度贴于胸前,并用力将上臂上推,另一手向下按住锁骨外端下压,即可复位,助手用棉垫分别置于锁骨外端及肘部,用一条8厘米宽的胶布条,自背部向上经肩压住锁骨外端,在上臂前外方向下行压住肘后棉垫后绕过肘部,再经上臂后侧向上,从后向前再越过锁骨外端至胸前,然后再重绕2~3层,即达固定,伤肢用颈腕吊带或三角巾固定于胸前,4周后去固定功能练习。

(3) 手术治疗,青壮年新鲜肩锁关节全脱位者,若胶布固定效果不良,可考虑早期切开复位内固定,对陈旧性肩锁关节脱位,有疼痛及肩活动障碍者,可考虑将锁骨外端切除。

五、桡骨头半脱位

(一) 诊断要点

- (1) 常见于婴幼儿，有牵拉上肢的病史。
- (2) 患儿哭闹，患肢不能上抬取物，肘关节处于半屈位，前臂旋前位，肘部疼痛，拒摸按。
- (3) 肘部 X 线正常。

(二) 治疗

- (1) 手法复位不需麻醉，医者一手握患肘拇指按住桡骨头，另一手握伤侧腕部使肘节逐渐屈曲，同时作前臂旋前动作继而伸肘过程中，拇指下即可感到或听到“咯咯”复位声，表示已复位，症状立即消失，医者让患肢上抬取物，以示获得成功。
- (2) 复位后不需固定，但应避免再用力牵拉上肢，以免再脱位。

第三节 颈肩腰腿痛

颈肩腰腿痛，并非是疾病的名称，而是一种症状。能引起这种症状的原因很多，也很复杂，其中以软组织损伤为多见，现将引起颈肩腰腿痛的常见疾病叙述如下。

一、颈椎病

颈椎病是由于颈椎椎间盘退行性改变而随之引起的各种症状群，是中老年人的常见病，多见于 40 岁以上。

本病随着年龄的增长而逐渐发生退行性改变，包括椎间盘变性，椎间盘突出，椎间隙狭窄，椎体边缘骨增生，椎间不稳定，黄韧带肥厚、变性、椎间孔狭窄，钩椎关节增生及小关节的紊乱等。这些病理改变与个体差异有关。不产生症状者，并不诊为颈椎病。只有当颈椎管较狭小或颈部损伤时，才容易诱发各型颈椎病的症状。根据不同症状，可将颈椎病分为颈型、神经根型、脊髓型、交感型、椎动脉型。但临床上常可见到各型之间症状及体征彼此掺杂的各种混合型。

(一) 诊断要点

1. 颈型

表现颈部慢性劳损症状。好发于长期低头工作或经常向某个方向转动等姿势不良的青壮年。表现颈部酸痛，并可涉及肩背部或颞顶部酸痛不适，或颈部向某个方向活动时痛。下颈椎常有棘突偏歪、压痛，一侧或两侧椎旁肌、提肩脾肌及大小圆肌止点可有酸压痛。

2. 神经根型

此型为颈脊神经受刺激或压迫所致，是各型中发病率最高者。

- (1) 多于 40 岁以上发病，起病缓慢，常可反复发作。当长时间低头工作或受各种外伤时可诱发。

(2) 颈肩部疼痛, 并向上肢放射, 手指呈神经根性分布的麻木及疼痛, 多累及第 6 及第 7 脊神经, 症状多为单侧, 也可为双侧。

(3) 颈部僵直, 活动受限, 患椎棘突偏歪, 疼痛明显, 棘突旁肌或肩胛骨内上角提肩胛肌止点及大小圆肌可有压痛并放射至上肢痛, 臂丛牵拉试验和椎间孔压缩试验出现患肢放射性痛麻者为阳性。受累神经根支配区皮肤痛觉减退, 上肢肌力减弱, 肌萎缩。肱二头肌腱、肱三头肌腱或肱桡肌腱反射可减弱或消失。

3. 脊髓型

以颈脊髓受损为主要表现。

(1) 颈项痛伴有渐进性瘫痪, 四肢麻木及肌力减弱, 行走不稳甚至不能站立与行走, 部分病人出现躯干束带感, 大小便功能失常。

(2) 手部肌肉萎缩, 在病变水平以下, 肢体肌力减弱, 肌张力增高, 腱反射亢进, 浅反射减弱并出现病理反射。髌阵挛及踝阵挛也常出现。感觉障碍, 以痛觉减弱或消失为多见。有的病人表现 Brown Sequard 综合征, 即同侧肢体痉挛, 软弱无力, 运动消失, 对侧肢体痛觉与温觉消失。

(3) 脑脊液动力试验, 可显示不完全梗阻或完全梗阻。脑脊液常规检查及生化检查可正常, 有梗阻者, 蛋白常增高。

4. 交感型

以头痛、视听障碍以及胸痛为主, 为颈神经或椎动脉等处的交感神经纤维受刺激而引起的反射症状。多数病人表现头痛或偏头痛, 枕部痛或颈后痛、头晕、头胀、视物模糊、瞳孔或睑裂大小不等、眼窝胀痛、耳鸣等, 一侧面部无汗或多汗, 心律不齐, 走动过速或过缓, 以及肢体发凉怕冷, 麻木或肿胀疼痛等。在临床上常为混合型, 出现各型之间多种症状。

5. 椎动脉型

主要表现椎基底动脉供血不全的症状, 患者可有颈肩部或枕后痛, 并伴有头晕、恶心、呕吐、耳鸣、耳聋、视物模糊、甚至猝倒, 但头脑清醒。症状出现常与头颈转动或侧弯头部至某一位置有关。

6. 本病容易与其他疾病混淆

需结合症状及体征 X 线平片, 必要时造影及 CT 检查等才能作出诊断。

(二) 治疗

多数病例应首选用中西医结合综合性非手术疗法, 可获得满意效果, 少数脊髓型颈椎病需手术治疗。

(1) 症状较重者, 应适当休息, 睡眠时应使颈部自然仰伸, 维持颈椎的生理弧度, 避免睡高硬枕头。椎管狭小者, 睡时头颈可稍前屈位。每日在可进行医疗体育锻炼。

(2) 中医传统的按摩、推拿手法或旋转复位手法可获得满意效果。但要选择好适应证, 颈椎椎管明显狭窄及椎间也明显狭窄者, 脊髓型, 以及颈椎骨折、感染、肿瘤等为禁忌证。

(3) 枕-颌带牵引, 宜从小重量、短时间开始牵引, 重量由 2~3 公斤开始, 可逐渐增加至 5~6 公斤, 每日 1~3 次, 轻症者每次一小时左右, 重症者可持续牵引每日 6~8 小时, 牵引进需保持颈部前屈二十度位最好。