

骨折與脫臼

米孟黃
勒繼振
納懋泰
合著
譯

商務印書館印行

白 脫 商 折 竹

吳 昌 碩 畫
白 脫 商 折 竹
吳 昌 碩 畫

上海人民美術出版社

骨折与脱臼

任武周题



譯者序

本書原名“Fractures and Dislocations”，由美國人 Leo J. Miltner, M. D. F. A. C. S. 及中國人孟繼懋博士二位教授編輯，為醫學生之教材。不但學理完全，且切於實用。譯者任教之暇，譯為國文本。除學生外，臨床家尤宜備用。即臨時遇有患者，執書以求，亦瞭如指掌。作戰期間，骨折脫臼之重要性，殆更倍蓰於平時。全書篇幅非多，編於繁冗，一年始脫稿。敬向學術界道歉。

譯者識 三十四年三月二十一日

Fractures and Dislocations

lectures for medical students

prepared by

Leo, J. Miltner, M. D. F. A. C. S.

and

C. M. Meng, M. D.

From the Division Of Orthopedic Surgery, Department of Surgery.

骨折 腕臼

11

Peiping Union Medical College, Peiping, China.

January, 1938.

目錄

上編 骨折

治愈病理.....	五
合併症.....	五
骨折治療之一般條件.....	八
骨折中或骨折愈後之理學治療法.....	一四
鎖骨骨折.....	一五
橈骨下端骨折 (Colles氏骨折).....	一九
肱骨骨折.....	二三
肱骨髁上骨折.....	二三
(甲) 肱骨外髁骨折.....	二六
(乙) 肱骨內髁骨折.....	二六
解剖頸骨折.....	二七
外科頸骨折.....	二八

肱骨大小結節骨折.....	三〇
肱骨幹骨折.....	三一
尺骨及橈骨骨折.....	三二
尺骨幹骨折.....	三三
鸞嘴突骨折.....	三四
冠狀突骨折.....	三五
橈骨幹骨折.....	三六
橈骨頸及頭骨折.....	三七
前臂兩骨骨折.....	三八
股骨骨折.....	四一
股骨頸骨折.....	四一
粗隆（轉子）間骨折.....	四四
粗隆（轉子）骨折.....	四五
股骨上端骨髌骨折或分離.....	四六
股骨幹及股骨下端骨折.....	四七
小兒之股骨幹骨折.....	四八
.....	五一

股骨上髁骨折	五一
小脛骨折	五二
脛骨結節骨折	五二
腓骨幹骨折（與髁關節外傷無關係者）	五三
脛骨幹單獨骨折	五四
小腿兩骨骨折	五四
侵及足關節之脛骨腓骨骨折	五六
足骨骨折	五九
脊椎骨折	六一
頤骨部骨折	六五
上頤骨折	六五
下頤骨折	六六
下編 脫臼	
肩關節脫臼	六七
肘關節脫臼	七〇
腕骨脫臼	七一

指骨間關節脫臼	七一
腕關節脫臼	七一
橈關節之病理脫臼	七四
膝關節脫臼	七五
下頷骨脫臼	七五

骨折與脫臼

上編 骨折

定義：骨折爲骨連續之破裂。

原因：素因如下：

1. 骨情形異常：

甲、骨質廢用性萎縮或老人性萎縮；

乙、一般骨疾病：

1. 佝僂病，

2. 軟骨病，

3. 骨脆弱病。

丙、局部骨質衰弱，其原因如：

1. 骨瘤，

2. 因動脈瘤致出之骨侵蝕，

3. 骨質傳染如骨髓炎，

4. 骨營養障礙見於脊椎癆。

2. 患者有精神或神經病（顛癇，精神錯亂等），骨易於受損傷。

3. 年齡關係：

甲、小兒因時常跌倒骨折較多（青年人骨質如青樹枝，易於破裂，謂之爲青枝骨折）；

乙、十八歲以下，外傷近於關節時，時致出骨骺分離（滑脫）；

丙、老年人發骨折者不少，因其骨質已呈老年性萎縮狀態。近因：

1. 直接暴力。

2. 間接暴力。跌落，跳躍，捻轉扭換等。

3. 肌肉作用。劇烈之肌收縮可使肌起點及肌末端之間處骨折，通見者如：膝蓋、鵞嘴、肱、手足小骨，有時見於脊椎橫突。

型：

1. 甲、單純——皮不破裂；

乙、複雜——皮或粘膜破裂，骨折部可直接或間接與外氣接觸。

2. 甲、完全骨折其型或為：

1. 橫行，

2. 斜行，

3. 螺旋行。

乙、不完全骨折——青枝型：

長徑披裂骨折或為不完全骨折，通多由槍彈傷致出。

3. 粉碎骨折。此型骨折破碎片多為兩塊以上。

4. 併發骨折。此型骨折線延長，入於關節，其線多為T或Y形。

5. 撕脫骨折。骨之一部離開，隨肌腱或刃帶轉位，如扭損傷之邊緣骨折。

6. 髌分離。或目為骨折之一種。

7. 上列各型合併。

症狀。

1. 局部症狀：

甲、該部軟部組織有受外傷之現象，如擦傷，腫脹，血腫，浮腫。在複雜骨折，或可見斷端侵入傷口內；

乙、痛疼因運動而增加；

丙、過敏，骨折線爲最過敏點；

丁、若爲完全骨折時，可見不自然運動，或假關節運動；

戊、因骨及軟部受傷之輕重，機能之一部或全部消失；

己、骨性軋榨音；

庚、各種變形：

1. 成角度，

2. 側傾，

3. 長徑短縮，

4. 旋轉。

辛、透照所見：

1. 前後像及側像，

2. 立體像。

2. 一般症狀：

甲、時有 Shock，特以頭顱，脊柱，股，骨盆，及大長骨之挫滅骨折爲然。

乙、出血。出血症狀視出血量之多寡而定。

丙、熱。單純骨折患者呈微熱在 100°F 或 38°C 左右，受傷後不久即開始，二至四日內降落。其發熱原因，爲骨折血瘤之血液被吸收，及一般外傷後之反應。

治愈病理

骨折後局部血瘤形成，被周圍之肌膜包圍限制。血瘤因內生新血管及纖維生成細胞之產出，而起機化作用，其一部帶有成骨性細胞或生骨性細胞之本性。生骨細胞及新生血管由三方面造出：1. 由骨膜之生骨層，2. 由包裹哈維氏管之骨皮質血管，3. 由骨髓間隙之包裹細胞，此生骨細胞分泌生血性之母組織，石灰質附着其上。此組織塊（肉芽組織混有生骨或化骨性組織），謂之爲骨痂。早期骨痂或臨時骨痂石灰化逐漸增加，漸即完全化骨，呈真正之骨外觀。通常骨折後三至四星期，骨痂開始化骨，持續二至四個月。致出化骨遲緩之原因詳後。大都骨折後，有多量骨痂形成，但在治愈之末期，漸被吸收。依Wolff氏定律，治愈之後骨質漸漸規復外形及構造舊觀，確實正復之後，數月內或即能不見。小兒時期，此現象最著明；成人則終身留有透照上之骨受傷變化。

合併症

1. 早期合併症：

甲、大血管受傷起出血，血栓，肺栓塞；

乙、神經受傷，原因如下：

1. 骨斷片撕扯神經，

2. 骨斷片壓迫神經，

3. 組織液壓迫神經，

4. 骨折治愈後癥痕組織之牽扯神經。

丙、骨折入於關節內，併發性骨折，治愈後每遺留一部份關節運動消失，或結果發生外傷性慢性關節炎；

丁、關節脫臼，見脫臼章；

戊、複雜骨折，可併發骨髓炎，蜂窠質炎，敗血病，傷部可發氣疽菌傳染；

己、脂肪栓子甚罕見之合併症。

2. 晚期合併症：

治療中之合併症：

甲、就下性肺炎，見於高年人。

乙、褥瘡（壓迫性瘡）。

丙、缺血性攣縮（Volkman）。

丁、化骨性骨炎。

戊、血管或神經合併症：

1. 早期，原於腫脹或石膏之壓迫。

2. 晚期，骨痂之閉鎖。

己、破傷風，見於複雜骨折。

庚、動脈瘤爲晚期局部血管受傷中合併症中最少見者。

辛、不接合：不經正復者，可見完全之未癒合，見於骨肉瘤及軟骨病之骨折，或在肢體

軟弱之骨折患者，其骨片尙未完全固定。骨折之纖維性接合，爲不接合中之常見者，進行中，堅固之結締組織，處於兩端之間，此骨端或因碎骨片封鎖骨髓腔，或向外突出而硬化。假關節：含有骨性碎片之纖維結合。但在兩骨端之間，有新液囊組織，有與隣近組織組一真關節之傾向者。結合遲緩或不接合之主因如下：

1. 正復不良。其原有骨折片之接觸不確實。

2. 骨端間有軟部組織。

3. 骨折之固定不確實，或被干擾。

4. 一骨折片或兩骨折片之血行供給不良，此見於骨營養動脈受傷，或骨膜血管之全部隔斷，見於高年人股骨頭之頸囊內骨折，骨折部之大血瘤，或爲該部囊瘤之素

因。

5. 大部骨質破碎。

6. 傳染，見於複雜骨折。

7. 局部骨病變，如瘤等。

8. 一般疾病。軟骨病，一般無力等，化骨之遲緩，偶見於糖尿病，妊娠，及授乳期。

骨折治療之一般條件

急救（最初扶助療法）：事件發生後，得見患者愈早，即在腫脹痛疼肌肉緊張發見以前，愈易為迅速之檢查，及正確之診斷。若有轉運他處及入院之必要，則須行急救（最初扶助），綑紮固定肢體於既轉變之位置，而使其不致鬆懈。若外科醫生認為骨斷片無傷及主要血管神經時，此固定形式始可暫不應用。

肢體單純骨折，得依下列各法施行急救（最初扶助療法）：

1. Thomas氏架子；2. 木質夾板；3. 鉸夾（鐵絲夾板）；4. 布夾板，即應用布類及繃帶組成；5. 其他臨時救急，如以來福槍為副木，戰場上多見之。若上項材料一時均不可得，且骨折在下肢時，則將患肢繃裹於他側之健肢上。同理上肢骨折，則可繃裹固定於胸廓上，脊柱及骨