

骨科短期学习班讲义



湖北省中医学院卫生工作队
麻城县革委会卫生局

一九七五年六月

前 言

在当前认真学习无产阶级专政理论、社会主义革命和社会主义建设日益深入发展的大好形势下，为迎接伟大领袖毛主席“六·二六”光辉指示发表十周年，湖北中医学院卫生工作队帮助我们在乘马区卫生院举办了骨科短期学习班。现根据农村常见的骨折与脱臼，本着“少而精”的原则，我们编印了这份讲义，供卫生员、赤脚医生学习用。

希望各地自行举办骨科短期学习班，在全县尽快普及用中西医结合治疗骨折与脱臼的基本知识，为支援农业学大寨，巩固无产阶级专政服务。

湖北省中医学院卫生工作队
麻 城 县 卫 生 局

一九七五年六月六日

目 录

第一部分 骨 折

总 论

第一节	骨折原因.....	(1)
第二节	骨折分类.....	(1)
第三节	骨折诊断.....	(1)
第四节	骨折的紧急处理.....	(2)
第五节	骨折的整复和固定.....	(3)

各 论

第六节	锁骨骨折.....	(7)
第七节	肱骨外科颈骨折.....	(8)
第八节	肱骨干骨折.....	(8)
第九节	肱骨髁上骨折.....	(9)
第十节	前臂双骨折.....	(10)
第十一节	桡骨下端骨折.....	(10)
第十二节	股骨颈骨折.....	(11)
第十三节	股骨粗隆骨折.....	(11)
第十四节	股骨干骨折.....	(12)
第十五节	胫腓骨骨折.....	(13)

第二部分 脱 臼

总 论

第十六节	脱臼的分类.....	(14)
第十七节	脱臼的症状与特征.....	(14)

各 论

第十八节	肩关节脱臼.....	(14)
第十九节	肘关节脱臼.....	(15)
第二十节	髋关节脱臼.....	(15)

第一部分 骨折

总 论

第一节 骨折原因

一、外伤

分直接暴力和间接暴力二类。直接暴力所造成的骨折，骨折线在或接近暴力作用处；间接暴力所造成的骨折，骨折线在暴力作用的远处。

二、疾病

某些疾病如软骨病、佝偻病、化脓性骨髓炎、骨囊肿等也可导致骨折，这样的骨折称为病理性骨折。

第二节 骨折分类

一、根据骨骼损伤的程度分：

(一) 不完全骨折：骨的完整性和连续性仅有部分破坏。

(二) 完全骨折：骨的完整性和连续性完全折断。

二、根据骨折线的形状分：

(一) 横形骨折。

(二) 斜形骨折。

(三) 螺旋形骨折。

(四) “丁”字形骨折。

三、根据骨折线的多少分：

(一) 单纯性骨折。

(二) 粉碎性骨折。

四、根据骨折片与外界是否相通分：

(一) 闭合性骨折：骨折片不与外界相通。

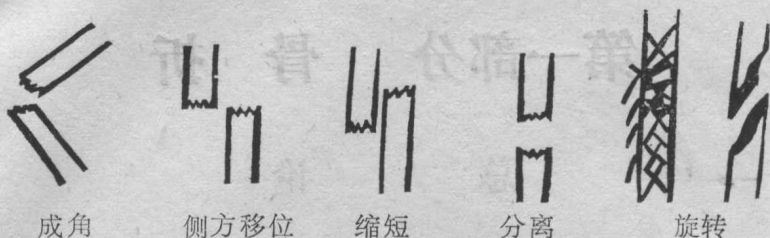
(二) 开放性骨折：骨折片与外界相通。

第三节 骨折的诊断

一、疼痛：骨折、软组织损伤均疼痛，但一般骨折比软组织损伤疼痛厉害。骨折后，

活动、骨轴冲击、叩击挤压都能引起疼痛，而软组织损伤是没有的。

二、畸形与肿胀：一般发生畸形的部位，同时肿胀也比较明显。



三、功能障碍：骨折后，伤肢的功能活动一般受到限制，甚至完全丧失。

四、假关节运动：如果骨折部位全部离断，就可出现类似关节运动的异常活动。

五、骨擦音：骨折部可听出或感觉出骨折片互相摩擦的响声。

六、听诊：把听诊器胸件放在要检查骨的远端，叩击近端，伤侧与健侧互相比较，如有骨折，听出的叩击声减弱或低浊。

第四节 骨折的紧急处理

一、首先必须注意：

- 1、病人的呼吸、脉搏、血压、神志、面色、有无休克。根据情况，及时对症处理。
- 2、有无内脏损伤。
- 3、有无神经损伤。
- 4、有无重要血管损伤。若有出血，压迫止血不能止血，就要上止血带。上止血带必须注意以下六点：

- ①尽量不用绳索，宜用橡皮管、橡皮、手巾等。
- ②上止血带的部位宜尽量接近伤口。
- ③止血带下面应垫有棉花、毛巾或布片。
- ④止血带要松紧适宜。太松达不到止血的目的，太紧对局部组织压伤太重。
- ⑤止血带上后一般要在一小时左右放松一次，不能超过二小时；但是如果病人已出血过多，一般情况很不好，就不宜冒生命危险而放松，因为救命比救受伤的肢体更重要。
- ⑥必须注明上止血带的时间。

二、伤口处理：

- 1、盖以无菌纱布，若没有，就用尽量干净的布复盖，简单包扎。
- 2、伤口若有大的异物应取出。
- 3、骨头露出皮外的不宜还纳，若已还纳必须注明。
- 4、尽量争取在6—8小时以内进行扩创处理。
- 5、若有完全离断的肢体，应尽量降温随送。

三、临时固定与运送：

合理的临时固定，能减轻疼痛，减少毒素吸收，防止损伤扩大，便于运送。一般无严

重感染的患者，应在拔伸牵引下临时固定，尽量能恢复肢体外形。因为在这时，肿胀还不厉害，便于复位，能减少疼痛，避免合并损伤，为进一步治疗创造了条件。

(一) 锁骨和肩胛骨骨折：

以三角巾将前臂悬吊于胸前（肘关节呈九十度）。

(二) 肱骨骨折：

上臂前后各放夹板一块，布带捆住，然后以三角巾将前臂悬吊于胸前。

(三) 前臂双骨折：

前臂前后各放夹板一块，布带捆住，然后以三角巾悬吊于胸前。

(四) 股骨骨折：

下肢内外各放夹板一块，内侧板从腹股沟至足，外侧板从腋下至足，布带捆住。两足间可夹枕头，再将两腿捆在一起。

(五) 胫腓骨骨折：

将小腿置于直角板上，绷带缠绕捆住。

(六) 脊柱骨折：

颈椎骨折必须在几个人合作的前提下，使病人头部保持在中立位，搬到担架上，头的两旁和后项应适当放置枕头、棉垫或衣服，使头部在运送途中始终保持在中立位。颈椎骨折是一种极为严重和危险的损伤，必须提高警惕，严密观察。

脊柱其它部位的骨折，最好以门板一类的木板作运送工具。严禁让病人坐起或站立。不能一人抬头，一人抬脚移动病人。应将担架紧放于病人身旁，把病人滚动到担架上。一定要抬动，必须一人抬头一人抬脚，另有二人对向位于病人两旁抬胸腰部，动作一致，用力协调，将病人平移到担架上，然后可再把病人与木板捆在一起。

(七) 骨盆骨折：

用布单把骨盆捆住，臀两旁应垫枕头或衣物，也可把病人与担架捆在一起。

必须注意：

1、固定材料除木板外，杉树皮、硬纸壳、竹帘等也可以。

2、固定材料与皮肤之间必须适当垫以棉花、布片之类。

3、捆绑应松紧适宜。

第五节 骨折的整复和固定

一、骨折的整复：

1、拔伸牵引：对抗肌肉的收缩和紧张，将重迭的骨折断端拉开，也是所有整复手法的基础手法。操作时应平稳有力而持久。

2、旋转屈伸：主要用于关节附近的骨折及有旋转移位的骨折。关节附近的远端骨折片多受单一方向肌肉牵引，骨折片多向远侧移位，只有用屈伸旋转配合挤按手法，才能复位。旋转移位的骨折，只有背向反回旋转才能复位。

3、端提挤按：用于侧方移位。内外侧移位用挤按手法，前后侧移位用端提手法。术

者一手固定骨折近端，另一手固定骨折远端，或左右挤按，或上下端提。用力要适当，方向要明确，部位要着确实，着力点要稳固。

4、夹挤分骨：凡是两骨并列部位发生骨折，骨折段因骨间膜收缩而互相靠拢。复位时，以两手拇及食、中、环三指，由骨折部的掌背侧夹挤骨间隙，使靠拢的骨折断端充分分开。

5、折顶回旋：折顶主要用于肌肉较厚，难以用拔伸牵引复位的横形锯齿状骨折，特别是背向移位的短斜形骨折。操作时应以两拇指按住骨折端凹侧，其它四指重迭环抱于下陷骨折另一端，加大骨折端为有成角，依靠指感觉，估计断端的骨皮质已相接，然后骤然反折，两拇指用力将突出的骨折端向下推，另外四指将下陷一端猛向上提。回旋多用骨折断端之间有软组织嵌入的股骨干或肱骨干骨折，或经过不正确处理造成的背向移位的斜面骨折。有软组织嵌入的横断骨折，须加重牵引，使两骨折段分离，嵌入的软组织常能解脱。而后放松，术者两手分别握住远近骨折段，按原来骨折移位方向回旋，使断端相对。

背向移位的斜面骨折，虽大力牵引也不能使断端分离，必须参照受伤机制，判断背向移位的径路，向骨折移位的相反方向旋转。回旋时，必须谨慎，以免损伤血管神经。

二、小夹板固定的特点及具体运用：

(一) 应用小夹板固定有以下几个特点：

第一，“动静结合”。

骨折必须固定，才能保证骨折愈合。但固定势必限制肢体活动。而肢体活动又是活血去瘀、舒筋活络、恢复肢体功能及加速骨折愈合的重要因素，但活动又会影响固定。局部小夹板固定的有效固定作用为肢体的有利活动创造条件；肢体有利的活动在局部小夹板固定的有效控制下，不但不会影响固定，由于肢体活动所产生的内在动力是一种纵向及对向挤压力，还可促使骨折断端更紧密接触，因而更有利于固定。

第二，整体观念。

从形而上学的观点看来，骨折只要广泛固定起来就可以慢慢长好。他们认为“骨折是自然愈合”，“骨折不愈合的原因只有一个即固定不足”。强调“广泛固定”及“完全休息”的重要性，但却忽视了合理的肢体及全身活动对加速骨折愈合的积极作用。局部小夹板固定为肢体及全身活动创造了条件，可以发挥和调动病人的主观能动性，把被动的消极等待变成对骨折愈合有利的主动的积极因素。从而起到功能恢复好、疗程短、并发症少、骨折愈合快等显著效果。

第三，有效的固定力。

小夹板固定具有有效的固定力，减少了骨折整复后再移位的倾向。

肢体重量是变化不大的，但重心随肢体伸屈而移动，重心越靠近骨折线，重力所致的移位倾向力也越小。应用石膏外固定，不但增加了肢体的重量，因上下关节的被固定，使肢体的重心远离骨折线，因肢体重力而造成的移位倾向力也就增大。小夹板固定用具本身重量很轻，几乎不增加肢体重量，上下关节都没有被固定。骨折远端关节以下的肢体重力被活动的关节所吸收。骨折部所承受的移位倾向力亦大大减少。

肌肉收缩活动是主动的，而且是不能完全制止的。石膏固定后，当肌肉收缩活动时，

外固定不是随肢体一起动，石膏外固定在肢体周围，形成一个筒状外壳。这种外壳除了能防止关节的屈伸活动外，肌肉收缩的牵拉力丝毫不能限制，而且骨折部位上下关节都被固定，更增加了骨折剪力，因而骨折往往在石膏内变位。小夹板固定，当肢体活动时，外固定是随肢体一起动。活动时因骨折远段肢体重力对骨折部所产生的剪力大部分被骨折部的上下关节所吸收。同时小夹板固定利用木板的杠杆作用及夹板下的压垫有效固定作用，消除了肌肉活动对骨折不利的因素，发挥了肌肉沿着纵轴的收缩及松弛所产生的内在动力一纵向及对向两种挤压力，使骨折断端紧密接触，不致再移位。

(二) 小夹板固定的具体运用。

1、局部外固定形式：

①夹板局部外固定：适用于一般骨干骨折。如肱骨干骨折，桡、尺骨骨折，桡骨下端骨折，胫腓骨骨折。

②超关节夹板固定：适用于关节面完整的关节内骨折或接近关节的干骨后端骨折。如肱骨外科颈骨折，肱骨髁上骨折，股骨粗隆间骨折，股骨髁上及胫骨上端骨折等。

③夹板局部外固定或超关节夹板固定合并骨牵引：

夹板局部外固定合并骨牵引：适用于骨折部位软组织多，肌拉力强的股骨骨折，不稳定的胫腓骨骨折。

④活动夹板弹性带抱膝或抱肘固定：适用于髌骨骨折、鹰嘴骨折。

⑤竹帘或木板分骨垫固定：适用于掌跖骨干骨折。

⑥小竹片或木片固定：适用于指趾骨骨折。

2、外固定用具的制作：

①夹板：要有塑性、韧性及弹性。根据临床实践和力学要求以柳木最好，椴木次之，榆木尚可，杨木最差。杉树皮、硬纸壳、竹板也可。

②压垫：一般用脱脂棉，也可用毛头纸。

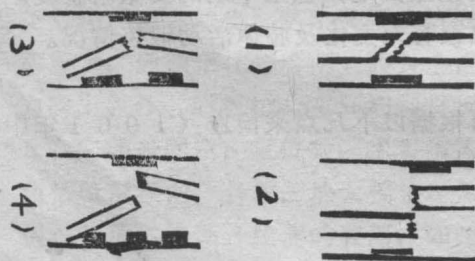
平垫：用于肢体平坦的部位。

塔形垫：用于肢体凹陷处。

梯形垫：用于锁骨或复位后不稳的桡、尺骨骨折。

分骨垫：中心穿一根细铁丝，用于并列骨干骨折。

③固定垫安放位置及数目：



(1) 两点正对加压法：用于斜形骨折有侧方移位。

(2) 两点错对加压法：用于横形骨折有侧方移位。

(3) 三点加压法：用于成角移位。

(4) 四点加压法：用于成角侧方移位。

固定垫按需要加压的位置用胶布贴在夹板上相应的位置。

④其它固定材料：纱布绷带，外扎系带。

（三）局部外固定的步骤及方法：

小夹板外固定：

复位后，在继续维持牵引下，以纱布绷带从远端（上肢从掌指关节，下肢从蹠趾关节）向近端松松缠绕2—3层为内绷带。内绷带上界达骨折上端关节处（有的少许超过关节）。前臂骨折，上界稍超过肘部；肱骨骨折，上界达肩部；胫腓骨骨折，上界达膝下；股骨骨折，上界达髌部。

在继续缠绕过程中逐次安放预制好的夹板。

再在夹板外从远端向近端缠绕2—3层，为外绷带。外绷带的上界以能盖住夹板为宜。注意不能缠绕过紧。

外扎系带3—4根，每根系带缠绕二周，以防滑脱。在肢体前外侧打活结。外扎系带的松紧以结扎后手提活结能上下移动一厘米为宜。

超关节夹板固定：

以固定肱骨髁上骨折为例：

（一）套环式：骨折整复后，内、外绷带的要求如前。先把蘑菇头夹板置于上臂掌侧，再把预制好的后侧、内侧及外侧夹板分别置于上臂后、内、外侧；套环之一端略露出肘尖约0.5Cm。

穿环顺序：一般由内向外顺序穿环，即蘑菇头端的尺侧布带从内侧板的套环穿进→后侧板套环→外侧板套环，最后绕回穿进内侧板的套环，以便收紧布带，在肘尖处形成一环形。布带两端在外侧板前下缘打成活结。

（二）螺丝钉式：安放夹板同上。掌侧板蘑菇头端的二侧布带先在背侧板后面交叉，后按以下顺序，在每个螺丝钉上环绕一周，即蘑菇头的尺侧布带环绕背侧板的桡侧螺丝钉→桡侧板后螺丝钉→桡侧板前螺丝钉；蘑菇头的桡侧布带环绕背侧板的尺侧螺丝钉→尺侧板后螺丝钉→尺侧板前螺丝钉，最后二侧布带系一活结于桡侧板前缘。

固定后，应定期复查。一般在第一周内至少要复查二次。第一次应在1—2日内，因为骨折整复后1—2日内是骨折部肿胀逐渐增重的时期，此时变化多端，所以要求病人在此期间进行复诊。复诊时重点询问肢体疼痛程度，有无麻木，检查时除注意肿胀外，更应注意肢端颜色、温度、感觉及自主活动情况。第二次复查要求在一周左右，因为此时软组织肿胀基本消失，夹板固定多半显得松弛，需要重整固定，甚至个别要重新整复。一周以后可隔2—3周复查一次。主要注意外固定位置有无变化及肢体活动锻炼情况。

4、解除外固定的日期。

解除外固定的日期即临床愈合日期，一般可根据以下几点来检查（1961年中西医结合骨科学术座谈会议定的试行标准）：

- ①局部无明显压痛。
- ②局部无纵向叩击痛。
- ③局部无异常活动（自动或被动的）。
- ④X光显示有连续性骨痂通过骨折线，骨折线模糊。
- ⑤在外固定解除后，能满足以下要求：

上肢可外展 60° 不感酸痛, 可认为已初步愈合。如再进一步, 上肢向前平举持重一公斤达一分钟

下肢: 卧床, 直腿抬高患肢 45° , 可认为初步愈合, 如再进一步, 不扶拐在平地连续行走三分钟, 并不少于三十步者。

⑥以上要求标准经过连续观察二周, 骨折不变形者。从观察开始第一周计算到受伤日期, 其所须时间为临床愈合时间。

附注: 临床愈合标准中的③、⑤、⑥项的测定必须慎重, 一般根据①、②、③、④、⑤项内的初步临床愈合标准, 即可解除外固定。

各 论

第六节 锁骨骨折

一、病因病理:

锁骨骨干细而长, 呈双弯状。内半段向前凸, 外半段向后凸, 若跌倒时掌心着地, 或肩外侧直接着地所产生的传达暴力容易使其交界处发生骨折。多为横断型, 但幼年患者可为青枝骨折。骨折端除有重叠移位外, 近段多向上向后移位, 远段多向下移位。

锁骨除中段外, 其余部位骨折少见。

二、症状与诊断:

1、健手托住患肢前臂, 肩部低于健侧, 头偏向患侧, 下颌转向健侧。

2、锁骨上下窝肿胀。

3、骨折压痛。

儿童患者除有典型姿势外, 不愿运动上肢, 穿衣伸袖或举起患肢时, 会发生啼哭。有助于诊断。

三、整复与固定:

1、无移位骨折: 只用“8”字绷带包扎, 悬吊前臂2—3周。

2、移位骨折: 整复后, “8”字绷带或固定圈固定。

整复方法: 患者端坐, 两手叉腰, 挺胸收腹, 用力外旋, 后伸两肩。术者于患者背后, 一脚踏凳, 屈膝顶住患者两肩胛骨之间, 两手捏住两肩外侧, 拇指在后, 四指在前, 徐徐用力向上、外、后扳拉, 直到扳到骨折部移位矫正。

“8”字绷带固定: 复位后, 术者维持复位姿势, 由助手包扎绷带。先在二侧肩关节前方, 包括腋窝在内, 各放一块大棉垫。然后用宽绷带从背后绕过一侧肩关节前方, 经过腋窝, 横过背部, 绕回开始侧的肩部, 如此反复包扎8—10圈。

固定圈固定: 先用绷带做二个固定圈。圈边厚度约2—2.5厘米, 大小视患者大小而定, 一般固定拉紧后, 二圈在背后相距四横指即可。把固定圈套入两肩, 用布带三个分别在背后圈下部、上部及胸前将两圈扎住。胸前布带及背上布带不能过紧, 特别是胸前过紧

可使肩部前屈，失去固定作用。

预后：锁骨骨折难达到解剖复位，但功能恢复好，一般无不良后果。

第七节 肱骨外科颈骨折

一、病因病理：肱骨外科颈骨折通常多为间接暴力所致。如跌倒时外力从手或肘沿上肢纵轴上传导所致。小孩易发生不全骨折。成人受伤时若上臂在内收位，骨折后肱骨下段内收，近段外展，两断端成角凸向外侧，在内侧互相嵌入。造成内收型骨折；外展型骨折与内收型骨折正好相反。

二、症状与诊断：

- 1、肩部疼痛、肿胀、有较大范围的瘀血，上臂上端压痛明显。
- 2、肩部饱满，可与肩关节脱臼作鉴别。

三、整复与固定：

- 1、患肢屈肘 90° ，前臂中立位，外展型骨折先外展拔伸，内收型骨折先内收拔伸。
- 2、端提挤按骨折部位，同时将外展型骨折的外展拔伸位内收；内收型骨折的内收拔伸位内外展。
- 3、成角畸形过大，用上法仍不能纠正时，改用前臂前屈上举过头法。
- 4、超关节夹板固定。
- 5、外展型内侧板蘑菇头置腋下，骨折近端外侧放一平垫。内收型内侧板蘑菇头置远端，骨折部放一平垫。
- 6、超关节环状结扎后，再用一长布带套上棉花卷，拴住布带环结，绕过对侧腋打结，棉花卷要正好在腋下。
- 7、带柱托板悬吊前臂。

四、功能锻炼：

外展型骨折应禁止外展活动；内收型骨折应禁止内收活动。

第八节 肱骨干骨折

一、病因病理：

传达、直接暴力或肌肉牵拉力都可使肱骨干骨折。

上三分与一骨折，骨折线在三角肌止点以上，近骨折段由于胸大肌和喙肱肌的牵拉而向内向前，远段由于三角肌的收缩牵拉而向上向外。

中三分之一骨折，若骨折线在三角肌止点以下，近段受三角肌、喙肱肌的牵拉而向上向前；远段受三头肌、二头肌而向上。

下三分之一骨折后的移位方向随前臂和肘关节的位置而异。

中下三分之一交界处的骨折易伤及挠神经。

二、症状与诊断：

1、具有骨折后的一般症状。

2、合并挠神经损伤者，腕下垂和伸拇伸掌指关节功能丧失。其中伸拇功能的丧失是挠神经损伤的可靠诊断根据。

三、整复与固定：

1、拔伸牵引时用力不宜过大，尤其是下三分之一骨折更不能用力大。

2、端提挤按矫正成角移位。

3、加压宜采用两点直接或三点间接加压法。

4、下三分之一骨折多为螺旋形骨折，允许断端少许重迭。

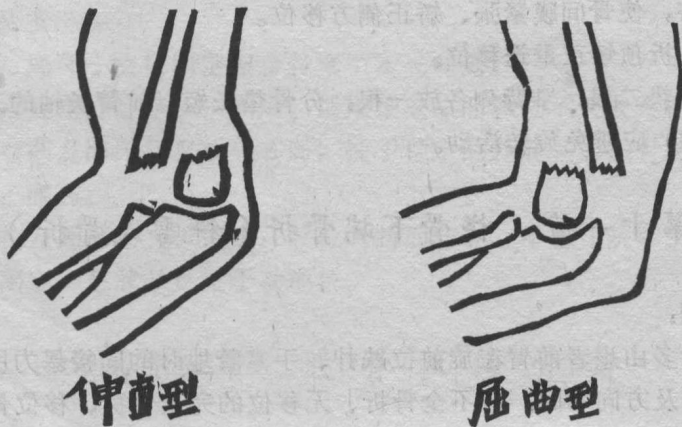
四、功能锻炼：应避免旋转动作。

第九节 肱骨髁上骨折

一、病因病理：

肱骨髁上骨质较薄，呈扁平形，前后各有一窝，两窝之间骨质极薄。所以跌扑损伤易致骨折。肱骨髁前方有肱动静脉和正中神经通过，所以髁上骨折时，易被刺伤或挤压，引起缺血或正中神经损伤。

由于暴力的方向和传达路途的长短不同，骨折移位也不相同。根据移位的情况可分为伸直型和屈曲型两种类型。



二、症状与诊断：

1、病史、肿胀、畸形、压痛。伸直型骨折肘关节呈半伸位，肘部向后突出；屈曲型骨折肘关节呈屈曲位。

2、肘三角正常关系存在，可与肘关节脱臼相区别。

三整复与固定：

1、在拔伸牵引下端提挤按骨折局部，同时必须配合屈肘。

2、超关节夹板固定。

3、加压垫时要特别注意防止或矫正肘内翻。

4、屈肘悬吊前臂。

四、功能锻炼：固定期应避免肘关节的屈伸活动。

第十节 尺桡骨双骨折

一、病因病理：

前臂双骨折以跌扑的传达暴力所致多见，大多数为下三分之一骨折。骨折线有横形、斜形或粉碎等。

肌肉的牵拉在骨折移位方面起决定作用。如果旋前圆肌在骨折线以下，由于旋后肌与肱二头肌的牵拉作用，使骨折近段旋后及前展；由于旋前圆肌及旋前方肌的作用，骨折远段旋前。如果骨折线在旋前圆肌以下，由于旋前圆肌与旋后肌、肱二头肌的作用抵消，近骨折段处于中立位，远骨折段由于旋前圆肌的作用，处于旋前位。

除旋转外，还有重迭、成角及侧方移位。

二、症状与诊断：

根据病史、肿胀、疼痛、功能丧失、畸形、异常活动及骨擦音容易诊断。

三、整复与固定：

1、平卧，肩关节外展 70° — 80° ，屈肘 90° ，中下段骨折，前臂呈中立位；上段骨折，前臂稍旋后位拔伸牵引。

2、分骨夹挤，使骨间膜紧张、矫正侧方移位。

3、必要时，折顶矫正重迭移位。

4、须用分骨垫二根，掌背侧各放一根，分骨垫长短以前臂长轴的三分之一为宜。

四、功能锻炼：应避免旋转活动。

第十一节 桡骨下端骨折（科雷氏骨折）

一、病因病理：

桡骨下端骨折多由患者前臂在旋前位跌扑、手掌着地时的间接暴力所致。

由于暴力大小及方向不同，有不全骨折、无移位的完全骨折、移位骨折等不同类型。

二、症状与诊断：

1、根据骨折一般症状、体征及外伤史，一般可明确诊断。

2、典型移位骨折具有典型的移位畸形：

从侧面观：呈餐叉样。

从背面观：手偏向桡侧。

从掌面观：手腕部圆形隆起。

3、桡骨茎突高于尺骨茎突或二者平行。

三、整复与固定：

1、拔伸牵引3—5分钟，猛抖数次，矫正重迭移位。

2、两拇指按住骨折远段，其余四指托住骨折近段，迅速向掌尺侧屈曲。

3、固定肘腕及手背侧各放一高梯形垫，桡骨远端至第一掌骨桡侧用一长塔形垫。固定在掌展尺偏位。

4、一周后，掌背侧，尺桡侧互换夹板压垫，改为功能位固定。

第十二节 股骨颈骨折

一、病因病理：

股骨颈三角区骨质疏松，特别是老年人，该处组织为脂肪组织所代替，骨质弹性也减低。老人机体反应迟钝，肌肉调节机能差。所以轻度的间接暴力如行路时不慎跌倒即能导致骨折。骨折可有移位，也可有嵌插的。

由于股骨颈血供少，特别是在骨折后更受影响，因而骨折愈合慢，骨折不愈合发生率高，并可发生股骨头无菌性坏死。

二、症状与诊断：

1、畸形：除嵌入的外展型骨折外，一般具有一种典型姿势：患肢外旋、轻度外展、膝略屈，足倒向外侧。

2、功能丧失。但嵌插骨折可立站及慢慢步行。

3、患肢缩短。

三、整复与固定：

1、整复后，局部小夹板固定配合骨牵引4—6周。

2、单纯脚板固定，卧床4—6周。适用于老年而移位不大或无移位的。

3、局部外敷药及卧床休息5—8周，适于稳定的外展型嵌插骨折，不作任何固定，只局部外敷消炎止痛药。

4、手法复位及局部小夹板固定：移位骨折而年老、不愿住院牵引者可不作骨牵引，复位后只作夹板固定，患肢及足置于功能位。

第十三节 股骨粗隆骨折

一、病因病理：

原因大致和股骨颈骨折的原因相同。

根据骨折线的方向和位置可分为几种类型：

1、顺粗隆间型：骨折线与粗隆间线或粗隆间嵴平行。出现髋内翻，下肢外旋。若骨折为粉碎性，髋内翻严重，患腿明显外旋，远端明显上升。

2、反粗隆间型：骨折线与粗隆间线或粗隆间嵴大致垂直。移位时，骨折近端外展外旋，远端向内向上。

3、粗隆下型：骨折线经过大小粗隆的下方，为横形、斜形或锯齿形。骨折近端外展外旋屈曲，远端向内向外旋。

二、症状与诊断：

- 1、髌部疼痛，拒绝活动。下肢缩短，外旋明显。
- 2、患侧大粗隆升高。
- 3、骨轴冲击痛明显。
- 4、压痛点多在环跳和腹股沟韧带中点的外下方。以此和股骨颈骨折鉴别。

三、整复与固定：

1、不全或无移位骨折：患足穿木板鞋，患肢中立适当外展位。卧床期间注意不盘腿、不侧卧、不下地。六周后可在外展木板及双拐保护下下地练习走，但不能过早负重。

2、移位不多的稳定骨折：宜骨牵引，患肢置外展位，足尖向上。

3、移位较多的不稳定骨折：宜手法复位三翼钉或带板三翼钉固定。

4、某些不稳定或不易复位的粗隆下骨折：可行切开复位髓管钉固定术。

第十四节 股骨干骨折

一、病因病理：

直接或间接暴力都可致股骨干骨折。

上三分之一骨折，骨折近端外展外旋、屈曲移位，远端向上向内向后移位。

中三分之一骨折，移位以外力方向而定。

但是，不论上三分之一骨折还是中三分之一骨折，骨折断端都有向外成角的倾向。

下三分之一骨折，由于腓肠肌的牵拉，远骨折端往往向后倾斜，可损伤腘动、静脉及坐骨神经。

二、症状与诊断：

比较严重的外伤史、疼痛剧烈，肿胀压痛明显，功能丧失、患肢缩短有异常活动。

三、整复与固定：

1、中及中上三分之一的横断、短斜面骨折，须手法复位，小夹板固定后胫骨结节骨牵引。

2、斜面型、螺旋型、粉碎性骨折。可用胫骨结节牵引复位，1—2天后加小夹板固定。

3、股骨下段骨折，采用胫骨结节或股骨下端骨牵引，复位后加小夹板固定。

少年儿童骨折需牵引者，五岁以下宜双腿悬吊皮牵引；五岁以上十二岁以下宜搁腿架上纵向皮牵引，十二岁以上行骨牵引。

4、整复时拔伸矫正重迭移位及成角移位。若有困难，可折顶。纠正前后移位时应将下肢抬高，外展 45° ，略呈外旋位，使远端接近近端，助手把骨折近段向后按，术者握住远端向前提端。

股骨干下三分之一骨折，整复时须屈膝 90° ，两手握住膝部将远骨折段向前提端。

第十五节 胫腓骨骨折

一、病因病理：

直接、间接暴力都能使胫腓骨骨折。胫骨中下三分之一交界处骨质薄弱，比较容易发生骨折。由于此处无肌肉附着，胫骨的营养血管又不在这里，所以血运差，骨折后容易发生延迟愈合或不愈合。

直接暴力引起骨折后的移位，主要决定暴力的方向和小腿本身的重量。小腿外侧易受外力所伤，骨折后断端向内成角，重力使断端向后成角，足的重量使足外旋，而肌肉收缩造成重迭移位。

间接暴力所造成的骨折多有旋转移位。

二、症状与诊断：

疼痛、肿胀、畸形、骨擦音；胫骨前嵴就在皮下，若有骨折，易触摸到，结合外伤史诊断容易。

三、整复与固定：

- 1、拔伸牵引纠正重迭移位。
- 2、端提挤按纠正前后及侧方移位。
- 3、触摸胫骨前嵴，以确定是否复位。
- 4、根据情况，采用错对或三点加压法固定。
- 5、一骨多段骨折、粉碎性骨折整复，小夹板固定后可配合跟骨牵引，但要注意不要牵引过度。

第二部分 脱 臼

总 论

第十六节 脱臼分类

一、按病因分类：外伤性脱臼；
病理性脱臼；
习惯性脱臼。

二、按脱出程度分类：全脱；
半脱。

三、按脱出方向分类：前脱；
后脱；
上脱；
下脱。

四、按脱出时间分类：新伤脱臼；
陈旧性脱臼（超过2—3周以上的脱臼）。

第十七节 脱臼的症状与特征

一、关节变形；
二、弹性固定；
三、脱臼的一般症状：局部疼痛、肿胀、功能障碍。

各 论

第十八节 肩 关 节 脱 臼

一、病因病理：

由于肱骨头比关节盂大。肩关节囊和韧带单薄而松弛，位于身体比较表浅的部位，再加上活动的范围大，所以容易脱臼。多因间接暴力引起，但直接暴力也可导致。