

临床医学诊疗与护理

刘成玲等◎主编

临床医学诊疗与护理

刘成玲等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

临床医学诊疗与护理 / 刘成玲, 陈翠萍, 魏瑞英主
编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2016. 8
ISBN 978-7-5578-1223-2

I. ①临… II. ①刘… ②陈… ③魏… III. ①临床医
学—诊疗②护理学 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字 (2016) 第205205号

临床医学诊疗与护理

LINCHUANG YIXUE ZHENLIAO YU HULI

主 编 刘成玲 陈翠萍 魏瑞英
出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 889*1194mm×1092mm 1/16
字 数 660千字
印 张 23.5
版 次 2016年8月第1版
印 次 2017年6月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-1223-2
定 价 94.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

目 录

第一章 骨折总论	1
第一节 骨折的定义、成因、分类与骨折段的移位.....	1
第二节 骨折的修复.....	5
第三节 骨折的临床表现及诊断.....	8
第四节 骨折的治疗.....	9
第五节 骨折合并症及治疗.....	21
第二章 上肢骨折	25
第一节 锁骨骨折.....	25
第二节 肱骨外科颈骨折.....	29
第三节 肱骨干骨折.....	33
第四节 肱骨髁上骨折.....	37
第五节 尺桡骨干骨折.....	41
第六节 尺骨上 1/3 骨折合并桡骨头脱位.....	44
第七节 桡骨干下 1/3 骨折合并下尺桡关节脱位.....	46
第八节 桡骨远端骨折.....	46
第九节 腕舟状骨骨折.....	51
第三章 下肢骨折	53
第一节 股骨颈骨折.....	53
第二节 股骨粗隆间骨折.....	57
第三节 股骨干骨折.....	58
第四节 髌骨骨折.....	62
第五节 胫腓骨干骨折.....	63
第六节 踝部骨折.....	66
第七节 足部骨折.....	68
第四章 脊柱、骨盆伤	73
第一节 脊柱、脊髓伤.....	73
第二节 骨盆骨折.....	80
第五章 手部损伤	86
第一节 手的解剖生理特点.....	89
第二节 开放性手部损伤的处理.....	94
第三节 手部骨关节损伤.....	97
第四节 手部肌腱损伤.....	103
第五节 手部神经损伤.....	106
第六节 拇指再造术.....	108
第七节 手的功能恢复.....	111

第六章 关节损伤..... 113

第一节 踝关节扭伤..... 113

第二节 关节脱位..... 117

第三节 膝关节常见损伤..... 128

第七章 周围神经损伤..... 137

第一节 周围神经的解剖生理与病理..... 140

第二节 周围神经损伤的原因和分类..... 145

第三节 周围神经损伤的检查及诊断..... 146

第四节 周围神经损伤的处理..... 147

第五节 常见的周围神经损伤..... 153

第八章 四肢血管损伤..... 158

第一节 血管损伤的类型..... 161

第二节 血管损伤的诊断..... 164

第三节 血管损伤的处理..... 165

第九章 断肢及断指再植..... 170

第一节 断指再植历史与现状..... 170

第二节 断肢再植的适应症与禁忌症..... 170

第三节 断肢再植技术..... 171

第四节 断指再植的适应症及技术要求..... 178

第十章 腰腿痛..... 182

第一节 腰腿痛病因与分类..... 183

第二节 腰部扭伤与劳损..... 187

第三节 腰椎间盘突出症..... 192

第十一章 化脓性骨髓炎及化脓性关节炎..... 196

第一节 化脓性骨髓炎..... 196

第二节 化脓性关节炎..... 203

第三节 关节穿刺及切开引流术..... 204

第十二章 骨与关节结核..... 208

第一节 脊椎结核..... 211

第二节 髋髂关节结核..... 215

第三节 髋关节结核..... 217

第十三章 骨肿瘤..... 225

第一节 骨肿瘤的组织学分类..... 231

第二节 骨肿瘤的诊断..... 232

第三节 骨肿瘤的治疗..... 234

第四节 骨软骨瘤..... 235

第五节 软骨瘤..... 237

原
书
缺
页

第一节 急性乳腺炎.....	303
第二节 乳腺囊性增生病.....	304
第三节 乳房肿瘤.....	305
第二十二章 损伤患者的护理.....	312
第一节 概述.....	312
第二节 烧伤.....	313
第三节 清创术与更换敷料.....	315
第二十三章 休克患者的护理.....	318
第一节 概述.....	318
第二节 失血性休克.....	319
第三节 感染性休克.....	320
第二十四章 麻醉患者的护理.....	321
第一节 概述.....	321
第二节 护理.....	321
第二十五章 外科围手术期护理.....	326
第一节 手术前患者的护理.....	326
第二节 手术后患者的护理.....	326
第三节 手术室护理工作.....	329
第二十六章 颅脑损伤患者的护理.....	332
第一节 头皮损伤.....	332
第二节 颅骨骨折.....	332
第三节 脑损伤.....	333
第二十七章 颈部疾病患者的护理.....	336
第一节 甲状腺肿瘤.....	336
第二节 甲状腺功能亢进.....	336
第二十八章 胸部疾病患者的护理.....	339
第一节 肋骨骨折.....	339
第二节 气胸.....	339
第三节 护理措施.....	340
第四节 急性乳腺炎.....	341
第五节 乳腺癌.....	342
第二十九章 腹部疾病患者的护理.....	344
第一节 腹外疝.....	344
第二节 急性化脓性腹膜炎.....	345
第三节 肠梗阻.....	347
第四节 急性阑尾炎.....	350
第五节 门静脉高压症.....	351
第三十章 骨外科疾病的护理.....	353
第一节 概述.....	353
第二节 常见的四肢骨折.....	357
第三节 骨感染患者的护理.....	361
第四节 石膏绷带术与护理.....	363
参考文献.....	367

原
书
缺
页

原
书
缺
页

图 3-3 骨折类型

(一) 依据骨折是否和外界相通可分为:

1. 开放性骨折 骨折附近的皮肤和粘膜破裂, 骨折处与外界相通

耻骨骨折引起的膀胱或尿道破裂, 尾骨骨折引起的直肠破裂, 均为开放性骨折(如图 3-4)。因与外界相通, 此类骨折处受到污染。

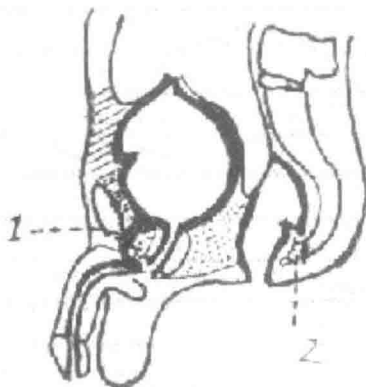


图 3-4 开放骨折

1 耻骨骨折伴有后尿道破裂 2 尾骨骨折可引起直肠破裂

2. 闭合性骨折 骨折处皮肤或粘膜完整, 不与外界相通。此类骨折没有污染。

(二) 依据骨折的程度分类

1. 完全性骨折 骨的完整性或连续性全部中断, 管状骨骨折后形成远、近两个或两个以上的骨折段。横形、斜形、螺旋形及粉碎性骨折均属完全性骨折。

2. 不完全性骨折 骨的完整性或连续性仅有部分中断, 如颅骨、肩胛骨及长骨的裂缝骨折, 儿童的青枝骨折等均属不完全性骨折。

(三) 依据骨折的形态分类

1. 横形、斜形及螺旋形骨折 多发生在骨干部。

2. 粉碎性骨折 骨碎裂成两块以上, 称粉碎性骨折。骨折线呈“T”形或“Y”形时, 又称“T”形骨折或“Y”形骨折。

3. 压缩骨折 松质骨因压缩而变形, 如椎体和跟骨。

4. 星状骨折 多因暴力直接着力于骨面所致, 如颅骨及髌骨可发生星状骨折。

5. 凹陷骨折 如颅骨因外力使之发生部分凹陷。

6. 嵌入骨折 发生在长管骨干骺端皮质骨和松质骨交界处。骨折后, 皮质骨嵌插入松质骨内, 可发生在股骨颈和肱骨外科颈等处。

7. 裂纹骨折 如长骨干或颅骨伤后可有骨折线, 但未通过全部骨质。

8. 青枝骨折 多发生在小儿, 骨质部分断裂, 骨膜及部分骨质未断。

9. 骨骺分离 通过骨骺的骨折, 骨骺的断面可带有数量不等的骨组织, 是骨折的一种。

(四) 依据解剖部位来分类

如脊柱的椎体骨折, 附件骨折, 长骨的骨干骨折, 骨骺分离, 干骺端骨折, 关节内骨折等。

（五）依据骨折前骨组织是否正常分类

- 1. 外伤性骨折 骨结构正常，因暴力引起的骨折，称之为外伤性骨折。
- 2. 病理性骨折 病理性骨折不同于一般的外伤性骨折，其特点是在发生骨折以前，骨本身即已存在着影响其结构坚固性的内在因素，这些内在因素使骨结构变得薄弱，在不足以引起正常骨骼发生骨折的轻微外力作用下，即可造成骨折。

（六）依据骨折稳定程度分类

- 1. 稳定性骨折 骨折复位后经适当的外固定不易发生再移位者称稳定性骨折。如裂缝骨折、青枝骨折、嵌插骨折、长骨横形骨折等。
- 2. 不稳定性骨折 骨折复位后易于发生再移位者称不稳定骨性骨折，如斜形骨折，螺旋骨折，粉碎性骨折。股骨干既是横骨折，因受肌肉强大的牵拉力，不能保持良好对应，也属不稳定骨折。

（七）依据骨折后的时间分类

- 1. 新鲜骨折 新发生的骨折和尚未充分地纤维连接，还可能进行复位者，2~3周以内的骨折。
- 2. 陈旧性骨折 伤后三周以上的骨折，三周的时限并非恒定，例如儿童肘部骨折，超过10天就很难整复。

1.4 骨折段的移位

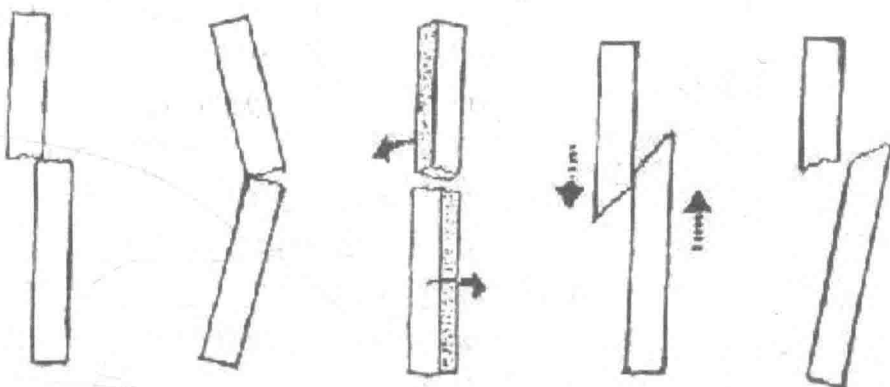
（一）骨折段移位的原因

大多数骨折均有移位，其发生的因素有：

- 1. 暴力的大小、作用方向和性质。
- 2. 肢体远侧段的重量。
- 3. 肌肉牵拉力，此种力量经常存在，可因疼痛肌肉发生痉挛而增强。
- 4. 搬运及治疗不当。

（二）骨折段移位的类型

一般有五种不同的移位（如图 3-5）。临床上常合并存在。



侧移 成角 旋转短缩分离

图 3-5 骨折段移位的类型

1. 侧方移位 远侧骨折端移向侧方。一般以近端为基准，以远段的移位方向称为向前、向后、向内或向外侧方移位。
2. 成角移位 两骨折段之轴线交叉成角，以角顶的方向称为向前、向后、向内或向外成角。
3. 旋转移位 骨折段围绕骨的纵轴而旋转。
4. 分离移位 骨折段在同一纵轴上互相分离。
5. 缩短移位 骨折段互相重叠或嵌插，骨长度因而缩短。

第二节骨折的修复

2.1 骨折的愈合

骨折的愈合是一个连续不断的过程，是一面破坏清除，一面新生修复的过程，新生修复的过程是由膜内骨化与软骨化共同完成。骨折愈合的过程也是暂时性紧急连接过程到永久性的坚固连接的过程。为了叙述方便，一般将骨折愈合分为三个阶段。以管状骨为例加以说明（图 3-6）。

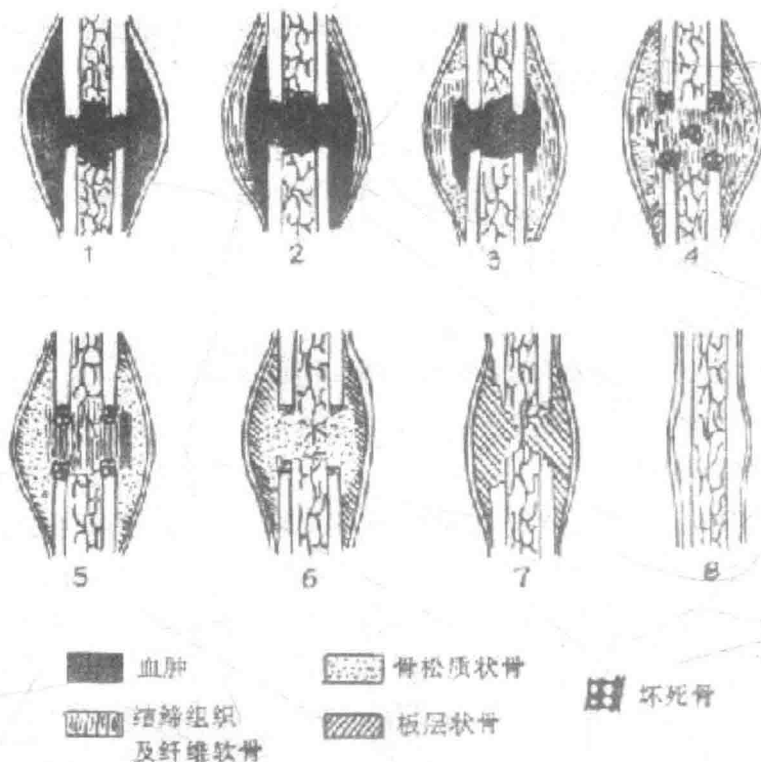


图 3-6 骨折愈合的过程

骨愈合是一连续的生长过程，至（5）髓腔中的血管与纤维软骨增加，至（7）血管吻合明显。

（一）**血肿机化期** 骨断裂后，髓腔内，骨膜下和周围软组织内出血，形成血肿，血肿于伤后 6-8 小时即开始凝结成含有网状纤维的血凝块。骨折端由于损伤和局部血液供应断绝，有几毫米长的骨质发生坏死。断端间、髓腔内的血肿凝成血块。它和损伤坏死的软组织引起局部无菌性炎症反应。新生的毛细管和吞噬细胞、成纤维细胞等从四周侵入，逐步进行消除机化，形成肉芽组织。转化为纤维组织。这一过程约需 2~3 周方能初步完成。

骨折断端的附近骨外膜深层的成骨细胞在伤后短期内即活跃增生,约一周后即开始形成与骨干平行的骨样组织,由远离骨折处逐渐向骨折处延伸增厚。骨内膜也有同样的组织学变化,但出现较晚。

(二) 原始骨痂形成期由骨内、外膜的骨样组织逐渐钙化而成新生骨,即膜内化骨。两者紧贴在断端骨皮质的内、外两面,逐渐向骨折处汇合,形成两个梭形短管,将两断裂的骨皮质及其间由血肿机化而成的纤维组织夹在中间,分别称为内骨痂和外骨痂。

断端间和髓腔内的纤维组织先逐渐转化为软骨组织。然后软骨细胞增生、钙化而骨化,即软骨内化骨,而分别形成环状骨痂和腔内骨痂。断端坏死骨亦经爬行替代作用而“复活”。膜内化骨和软骨的相邻部分是互相交叉的,但其主体部分则前者的发展过程显然较后者简易而迅速,故临床上应防止产生较大的血肿,减少软骨内化骨范围,使骨折能较快愈合。

原始骨痂不断加强,并能抗拒由肌肉收缩而引起的各种应力时,骨折已达临床愈合阶段。一般需 4~8 周。X 线片上可见骨干骨折四周包围有梭形骨痂阴影,骨折线仍隐约可见。病人已可拆除外固定,逐渐恢复日常活动。

(三) 骨痂改造塑型期原始骨痂为排列不规则的骨小梁所组成,尚欠牢固,应防止外伤,以免发生再骨折。随着肢体的活动和负重,在应力轴线上的骨痂,不断地得到加强和改造;在应力轴线上以外的骨痂,逐步被清除;使原始骨痂逐渐被改造成为永久骨痂,后者具有正常的骨结构。骨髓腔亦再沟通,恢复骨之原形。小孩为 1~2 年,成人为 2~4 年。

2.2 影响骨折愈合因素

(一) 年龄 儿童生长活跃,骨折愈合较成人快。例如同样是股骨干骨折,新生儿一般 3~4 周即坚固愈合,成人则需三个月左右。

(二) 全身健康情况 病人的一般情况不好,如患营养不良、糖尿病、钙磷代谢紊乱、恶性肿瘤等疾病时,均可使骨折延迟愈合。

(三) 局部因素

1. 引起骨折的原因 电击伤和火器引起骨折愈合较慢。
2. 骨折的类型 嵌入骨折、斜形骨折、螺旋形骨折因接触面积大,愈合较横形、粉碎形骨折快。闭合性较开放性快。
3. 骨折部的血运情况 此因素对骨折愈合甚为重要。长骨的两端为松质骨,血液循环好,愈合较骨干快。一些由于解剖上的原因,血液供应不佳,骨折愈合较差,如胫骨下 1/3 骨折,腕舟骨、距骨和股骨颈的囊内骨折愈合均差(图 3-7)。

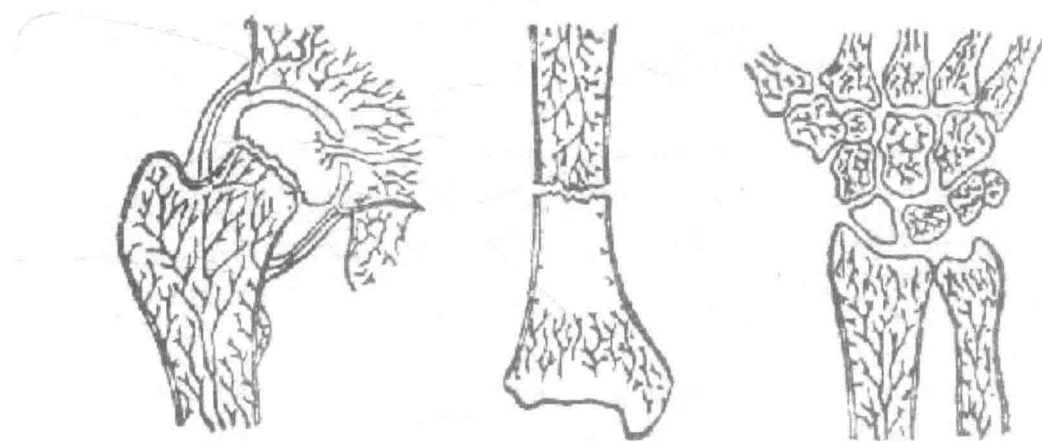


图 3-7 血循环不佳，易发生延迟连接、不连接或无菌性坏死

- 4. 软组织损伤的程度 火器伤时，枪弹、弹片等穿入体内引起的骨折。软组织广泛损伤、坏死、缺损，骨折处缺乏保护均影响骨折的愈合。
- 5. 感染 开放性骨折，若发生感染，可形成骨髓炎、死骨及软组织坏死，影响骨折愈合。
- 6. 神经供应的影响 截瘫、小儿麻痹和神经损伤的病人肢体骨折，愈合较慢。
- 7. 软组织的嵌入 两骨折段间若有肌肉、肌键、骨膜、韧带等软组织嵌入，骨折可以不愈合。

(四) 治疗方法不当

- 1. 复位不及时或复位不当 没有及时将骨折复位，复位时方法不当，特别是手法复位粗暴以及多次复位，均可进一步破坏局部血运，从而影响骨折愈合。
- 2. 过度牵引 过度的牵引可以使两骨断端间的距离增大，骨痂不能跨越断端，影响骨折愈合，牵引过度也可使机化的毛细血管发生纹窄，影响血运，进而影响骨折的愈合。
- 3. 不合理的固定 固定范围不够、位置不当、过于松动及时间过短，都会在不同的阶段增加骨折端应力的干扰，或者造成骨折端接触不良均可影响骨折的正常愈合。
- 4. 手术操作的影响 切开复位内固定时造成骨膜的广泛剥离，不仅影响了骨膜的血运，也可导致感染。在开放骨折中，过多地去除碎骨片，可以造成骨缺损，影响骨折愈合。
- 5. 不正确的功能锻炼 违反功能锻炼指导原则的治疗，可以使骨端间产生剪力、成角或扭转应力，均可影响骨折的顺利愈合。

综上所述，治疗应该是为了保证骨折的正常愈合，但如果不了解骨折的愈合过程和愈合条件，不知道每项治疗步骤和措施可能带来的影响是什么，就不能针对骨折愈合的不同阶段和不同情况采取恰当的治疗措施，反而会变成人为的干扰，带来不应发生的后果。

2.3 骨折愈合的时间

附表 1

表 1 常见骨折一般愈合时间，作为参考

骨折部位	愈合时间(周)	骨折部位	愈合时间（周）
指骨（掌骨）	4-8	骨盆	6-10
趾骨（跖骨）	6-8	股骨颈	12—24
腕舟骨	>10	股骨粗隆间	6-10
尺桡骨干	8-12	股骨干	8-14
桡骨远端	3-4		小儿 3-5
肱骨髓上	3-4	胫骨上端	6-8
肱骨干	5-8	肱骨干	8-12

肱骨外科颈	4-6	跟骨	6
锁骨	5-7	脊柱	10-12

2.4 骨折愈合的标准

(一) 临床愈合标准

- 1. 骨折部无压痛及沿肢体纵轴无叩击痛。
 - 2. 自行抬高患肢无不适感。
 - 3. 用适当力量扭转患肢，骨折处无反常活动。
 - 4. X 线片显示骨折线模糊，有连续性骨痂通过骨折线。
 - 5. 外固定解除后伤肢能满足以下要求 上肢能向前平举 1kg 重量达 1 分钟；下肢体不扶拐在平地连续步行 3 分钟，并不少于 30 步。
 - 6. 连续观察两周骨折处不变形。
- 3、5 两项的测定必须慎重，可先练习数日，然后测定，以不损伤骨痂发生再骨折为原则。

(二) 骨折愈合标准

- 1. 具备临床愈合标准。
- 2. X 线片显示骨折线消失或近似消失。

第三节骨折的临床表现及诊断

准确的诊断是正确处理的基础。骨折患者，肢体畸形往往十分明显，如果医生只根据一两处显眼的畸形就下结论，或只凭借 X 线片就作出诊断，就很可能漏诊、误诊。因此首先要判断有无骨折存在，再进一步明确骨折的部位、类型和移位情况。在诊断骨折同时，还要及时发现多发伤与合并伤，从而做出全面的诊断与切合实际的处理。

诊断骨折主要是根据病史、症状、体征和 X 线照片检查，进行细致的分析和判断。

一、外伤史

询问病史涉及的方面虽然很多，但为了能及时而较明显地作出诊断，应该主要抓住三个面的问题：①受伤情况（时间、地点、部位、姿势、暴力的性质、方向和大小）。②疼痛（什么部位疼痛）。③功能障碍（运动障碍、感觉障碍、排尿障碍等）。

二、症状和体征

(一) 全身表现

- 1. 休克多见于多发性骨折、股骨骨折、骨盆骨折、脊柱骨折和严重的开放性骨折。病人常因广泛的软组织损伤、大量出血、剧烈疼痛或并发内脏损伤等引起休克。
- 2. 体温增高一般骨折后体温正常，只有在严重损伤如股骨骨折、骨盆骨折有大量内出血，血肿吸收时，体温略有升高，通常不超过 38℃。开放性骨折伤员体温升高时，应考虑感染。

(二) 局部表现

- 1. 骨折的专有体征
 - (1) 畸形长骨骨折，骨折段移位后，受伤体部的形状改变，并可出现特有畸形，如 Colles 骨折的“餐叉”畸形。

(2) 反常活动在肢体非关节部位，骨折后出现不正常的活动。

(3) 骨擦音或骨擦感骨折端接触及互相磨擦时，可听到骨擦音或摸到骨擦感。

以上三种体征只有发现其中之一，即可确诊。但未见此三种体征时，也可能有骨折，如青枝骨折、嵌插骨折、裂缝骨折。骨折端间有软组织嵌入时，可以没有骨擦音或骨擦感。反常活动及骨擦音或骨擦感两项体征只能在检查时加以注意，不可故意摇动患肢使之发生，以免增加病人的痛苦，或使锐利的骨折端损伤血管、神经及其它软组织，或使嵌插骨折松脱而移位。

2. 骨折的其它体征

(1) 疼痛与压痛骨折处均感疼痛，在移动肢体时疼痛加剧，骨折处有直接压痛及间接叩击痛。

(2) 肿胀及瘀斑因骨折发生后局部有出血，创伤性炎症和水肿改变，受伤一、二日后更为明显的肿胀，皮肤可发亮，产生张力性水疱。浅表的骨折及骨盆骨折皮下可见瘀血。

(3) 功能障碍由于骨折失去了骨骼的支架和杠杆作用，活动时引起骨折部位的疼，使肢体活动受限。

以上三项可见于新鲜骨折，也可见于脱位、软组织损伤和炎症。有些骨折，如嵌插、不完全骨折，可仅有这些临床表现，此时需 X 线照片检查才能确诊。

三、骨折的 X 线检查

诊断骨折主要依据病史和体征、X 线照片检查进行诊断。用 X 线照片或透视来确定骨折类型和移位情况，为骨折诊断提供依据，另一些骨折必须拍 X 线才能确诊。对于骨折一般要求是拍正、侧位片，同时包括一个临近的关节，有些骨折还需加拍特殊的投照位置，如腕舟骨的 45° 角位拍片。

第四节骨折的治疗

1.4.1 骨折的急救

骨折急救的目的，在于用简单而有效的方法抢救生命，保护肢体，预防感染和防止增加损伤，能安全而迅速的后送伤员，以便进行有效的治疗。

(一) 急救的步骤

一般原则是就地包扎、止血和固定，但战地救护和施工负伤后，应将伤员移到隐蔽和较安全的地方进行，然后迅速后送。在战时，则按阶梯治疗的原则进行。但无论平时和战时，首先应判断伤员有无紧急情况，如心脏骤停、窒息、大出血、休克及开放性气胸等，应有针对性的进行急救，伤员情况平稳后再进行骨折的处理。

(二) 出血的处理

1. 加压止血法 宜用较厚的无菌大纱垫或无折纱布展开衬垫，用绷带或三角巾加压包扎，一般即可止血。

2. 止血带止血法 如大出血不能用加压包扎止血时，应在标准部位或伤处的附近上端，加适当衬垫后，用充血或橡皮止血带止血。战时应在伤票上注明时间，一般止血带止血不应超过 1~1.5 小时。止血带止血以达能止血为度，不要过紧，以免压迫神经、血管、肌肉和皮肤；过松则不能阻断动脉，静脉又不能回流，反而加重出血，并可造成筋膜间隙综合症。凡上有止血带的伤员，应有明显的标记，优先后送。上血带不应用电线、绳索或铁丝等代替。

3. 钳夹或结扎止血法 如转送时间过长或开放性伤后，可先清创后将血管结扎或钳夹，然后后送进一步处理，可以避免长时间使用止血带带来的合并症和伤口的感染，结扎线应留足够的长度及标记。

（三）固定

将伤肢固定，有减少疼痛，保护骨折位置及防止骨端损伤血管及神经的作用。固定肢体时应做到固定牢靠，松紧适当。一般可用预制的夹板，固定伤肢的上下关节，无制式器材，应就地取材，如木板、树枝、枪枝，上肢可贴胸固定，下肢可采和健侧下肢固定患侧下肢等。

（四）安全迅速地转运

开放性骨折的处理，应尽快送到医院进行外科处理。战时分类时应先送重伤员，特别是上止血带的大动脉损伤伤员，要争取时间做清创术及血管修复术。

（五）治疗休克

给氧、保暖，迅速输全血，恢复血循环，必要时先给血浆或代血浆或其它液体。

（六）止痛

剧烈疼痛可引起休克。因此，对有剧痛的伤员予止痛剂，吗啡 0.01 克或杜冷丁 50—100 毫克肌肉注射，同时需将患肢固定。

（七）预防感染

早期应用抗菌素，但伤口内不要撒磺胺、涂龙胆紫、红汞等药物。战时已注射过破伤风类毒素的伤员，再注射一次破伤风类毒素，未做预防注射的伤员，应注射破伤风抗毒血清 1500~6000 单位。

1.4.2 闭合性骨折的治疗原则及治疗

1. 复位的时间 骨折整复越早越好，早整复比较容易，也易获得正确对位。病人有休克、昏迷、内脏及中枢神经系统损伤时，须等全身情况稳定后，才能整复骨折。如肢体明显肿胀，或已出现水泡，应将水泡在无菌技术下刺破，放空泡液，临时用石膏托或夹板固定，抬高患侧，密切观察末梢循环，待肿胀消退后再考虑复位。

2. 复位标准

骨骼是人体的支架，它以关节为枢纽，通过肌肉的收缩活动而进行运动。骨折后骨折段发生移位，肢体就失去骨骼的支架作用，而不能正常活动。因此，在治疗骨折时，就要复位，把移位的骨折重新对位，以恢复骨骼的支架作用。骨折对位越好，支架越稳固，骨折就能较快愈合，肢体功能就能顺利恢复。因此对每一骨折都应认真整复。解剖复位是指完全的复位，是最有利于功能恢复的，但在实际工作中往往达不到解剖复位，若强求解剖复位常需多次手法复位或手术才能达到，其结果造成创伤大，合并症多，功能恢复并不一定满意。功能复位可为不完全复位，是容易达到的，复位治疗骨折的目的是争取功能最大限度恢复。而不是最大限度复位（解剖复位）。

功能复位的标准 手法复位整复后，骨端有一定接触，例如 50% 左右对位，没有重叠和分离，没有成角或旋转畸形即可，再靠骨折重新塑形的机能，可以获得良好的功能，因此，功能复位是手法复位一般选择的标准，若手术复位应要求得到解剖复位。

3. 复位的方法主要有三种：手法复位、牵引复位、手术复位。可根据不同的骨折选用合适的治疗方法。

（1）手法复位 凡能手法达到功能复位和用外固定保持的，都应采用手法复位。如桡腓骨横形骨折，桡骨下端骨折，肱骨髁上骨折，指骨骨折等，具体方法如下：

①**麻醉** 麻醉可以消除疼痛，解除肌肉的痉挛。可用局麻（血肿内麻醉）或神经阻滞麻醉，儿童也可采用全麻。待麻醉完善后，将患肢各关节置于松弛的位置，以减少肌肉对骨折段的牵拉力，有利于复位。