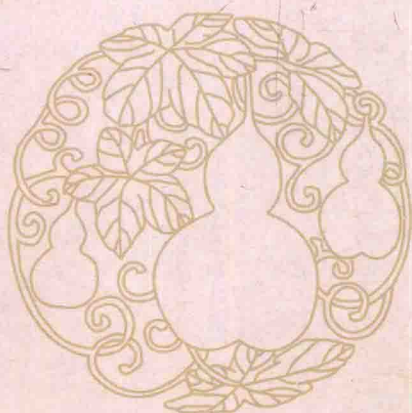


临床常见病中医特色疗法

总主编 李顺民 彭立生

骨伤科疾病 中医特色疗法

主编 彭力平 熊辉



人民卫生出版社



骨伤科疾病中医特色疗法

主 编 彭力平 熊 辉

副主编 段 戡 罗毅文 孙绍裘 郭艳幸

编 委 (按姓氏笔画为序)

王 斌(广州中医药大学附属骨伤科
医院)

王立新(深圳市中医院)

王先立(湖南省中医院)

丰 哲(广西中医药大学附属医院)

毛书歌(河南洛阳正骨医院)

朱 辉(广州中医药大学附属骨伤科
医院)

孙绍裘(湖南省中医院)

刘晓岚(湖南省中医院)

李 全(深圳市中医院)

李志强(河南洛阳正骨医院)

李道通(河南洛阳正骨医院)

李新生(河南洛阳正骨医院)

何升华(深圳市中医院)

余 闾(深圳市中医院)

宋永伟(河南洛阳正骨医院)

陆小龙(湖南省中医院)

罗毅文(广州中医药大学附属骨伤科医院)

周 彪(湖南省中医院)

赵俊峰(河南洛阳正骨医院)

赵朝锋(河南洛阳正骨医院)

胡年宏(广州中医药大学附属骨伤科医院)

段 戡(广西中医药大学附属医院)

姚弘毅(华中科技大学同济医学院附属梨园
医院)

袁长深(广西中医药大学附属医院)

郭艳幸(河南洛阳正骨医院)

黄肖华(广西中医药大学附属医院)

梅其杰(广西中医药大学附属医院)

彭力平(深圳市中医院)

程英雄(广州中医药大学附属骨伤科医院)

曾祥晶(河南洛阳正骨医院)

鲍铁周(河南洛阳正骨医院)

熊 辉(湖南省中医院)

学术秘书 李 全 马笃军

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

骨伤科疾病中医特色疗法/李顺民, 彭立生总主编. —北京:
人民卫生出版社, 2016

ISBN 978-7-117-22926-5

I. ①骨… II. ①李… ②彭… III. ①骨损伤—中医治疗法
IV. ①R274

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 160016 号

人卫智网	www. ipmph. com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www. pmph. com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

骨伤科疾病中医特色疗法

总 主 编: 李顺民 彭立生

主 编: 彭力平 熊 辉

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph @ pmph. com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 26

字 数: 480 千字

版 次: 2017 年 1 月第 1 版 2017 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-22926-5/R · 22927

定 价: 62.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ @ pmph. com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



丛书编委会

学术顾问 邓铁涛 张 琪 张大宁

总 主 编 李顺民 彭立生

副总主编 (按姓氏笔画为序)

万力生 曲敬来 张剑勇 李 浩 李惠林 杨志波 周大桥
易无庸 彭力平

常务编委 (按姓氏笔画为序)

付文洋 叶永安 刘元献 刘旭生 孙 伟 池晓玲 闫 英
李凡成 李志新 李佳曦 李振彬 汪栋材 邱 侠 陈 生
庞国明 易铁钢 罗毅文 郑 敏 姜玉铃 段 戡 赵恒侠
袁 斌 高 雪 鲍身涛 熊 广 熊 辉 熊益群

编 委 (按姓氏笔画为序)

丁邦哈 于 枫 万晓刚 王小琴 王世军 王立新 王爱华
王颂歌 王清坚 王耀献 尹 霖 石 现 石克华 朱 辉
朱莹莹 朱跃兰 朱章志 任永魁 刘 敏 刘文赫 刘心亮
刘彦卿 刘雪梅 刘晴晴 祁爱蓉 孙绍裘 李 全 李伟林
李建明 李满意 李增英 杨 龙 杨洪涛 杨署辉 杨曙东
肖 敏 肖语雅 何升华 何立群 何伟平 余 燕 张 诚
张志玲 张国辉 张佩青 张奕星 张勤修 张燕英 陈 亮
陈小朋 陈争光 陈海勇 武 青 武李莉 范冠杰 林逸民
易海魁 罗欣拉 周小军 郑义侯 封 哲 赵江涛 赵欣欣
胡年宏 钟 力 袁长深 袁晓辉 莫玉霞 莫劲松 钱 芳
高月求 郭艳幸 黄 晶 黄肖华 梅祥胜 阎 闯 董彦敏
韩正雪 韩秀丽 鲁艳平 谢 纬 谢 慧 谢静静 熊国良
黎 芳 潘宏伟



邓序

近半个世纪来，随着医学科学的飞跃发展，中医药事业在各个领域均有了长足的进步，各种行之有效的（包括传统的以及近年各地不断总结的）特色治疗方法愈来愈受到人们的关注，逐渐成为了我国医疗卫生体系中的重要组成部分。鹏城深圳是我国近年来发展最为迅速的地方，昔日的边陲小镇如今已是国际知名的现代化大都市，是对外改革开放的重要窗口。在短暂的三十余年的发展历程中，这里的政治、经济、文化、科技事业取得了举世瞩目的成就，中医药事业亦伴随着时代的发展而不断涌现出可喜的成果，同样走在了全省乃至全国的先进行列。之所以如此，是因为这里的一大批中青年中医药专家学者为了中医事业，刻苦钻研业务，勤奋工作学习。他们在繁忙的临床之余，认真做好科研、教学工作，乃至著书立说。诸如《内科疑难病中医治疗学》、《现代肾脏病学》等大型中医专著相继出版发行，为中医药事业的发展不断添砖加瓦，实是值得称道。

我的学生，广东省名中医、深圳市中医院院长李顺民教授为牵头人，并组织全国各地知名中医药专家集体编著的《临床常见病中医特色疗法》系列丛书乃是众多专著中的一部缩影。综观各个分册所撰内容，充分体现了“详于治疗方法，略于基础理论”组稿原则；所选择内容以体现中医特色治疗方法为主，如各种行之有效的古今经方效方，外治法中之针灸、推拿、敷贴、灌肠疗法等。凡具中医特色，均被详细收录。其间既有全国各地已被中医学界公认的临床防治各科疾病的有效成果，亦有广东以及深圳地方特色的治疗经验；辨证论治是中医治疗疾病的精髓，本套丛书虽然是以介绍临床各科疾病的中医特色治疗方法，但所选特色疗法处处体现了中医辨证论治法则，颇有独到之处。

长江后浪推前浪，深圳中医药事业的良性发展，不但是各级政府高度关注的结果，更离不开一代代中医人的勤奋努力。我深为这些年来全国各地一批又一批的中青年中医学者迅速成长而感到自豪；我深为深圳市中医学界的学子们的辛勤劳动并结出丰硕的成果而激励；我尤其为中医事业后

继有人而备感欣慰；我相信，这套由人民卫生出版社出版的《临床常见病中医特色疗法》系列丛书的出版发行，将会成为一部对临床、教学、科研有着重要参考价值的好书。适逢书稿陆续付梓之际，特谨致数语，乐为之序。并推荐给关爱中医药事业的朋友们参考借鉴！

国医大师



2013年9月25日于广州中医药大学



董序

骨伤科对创伤、慢性劳损、退行性疾病等具有较好的疗效，形成了一定的疗效优势，特色疗法是该学科的精髓。近期，中医界对特色疗法的总结非常重视，相继出版了一些特色疗法专著。

这本专著的特点是，淡化理论探讨，偏重实际操作，收录的病种几乎涵盖了骨伤科所有特色疗法较为突出的病种。这本专著不但集成了临床上卓有疗效的各种特色治疗方法，而且关注作者的临床经验分享，为我们提供了一本能够体现骨伤科诸家学说的特色疗法大全。尤为独到的是，每个病种中的“特色疗法述评”一栏，对各疗法的适应证、效能和特色疗法之间、中西医疗法之间的差异进行了详尽阐述和客观评价，方便了读者的理解和选用。

骨伤科医师面对的多是适于非手术治疗的患者，应当掌握好骨伤科的手法整复、夹板固定、中药外治等特色疗法，这是我们的看家本领，是我们得以自立的根基。

中医疗法的特色靠的是对传统的继承和不断的创新，只有这样，中医才有生命力，才能发展进步。我们应当从传统理论所包含的科学内涵中推导新观点、新学说、新理论、新方法，用以指导临床实践，与现代化接轨，为人类健康服务。

深圳市中医药学会、深圳市中医院组织全国六家医院的有关专家编撰这本专著，不但体现了他们在运用中医特色疗法治疗伤病方面的丰富经验，更体现了他们对发扬中医特色疗法的重视和责任感。相信这本书的出版，能够使中医师及西学中医师从中得到裨益，并能引起和激发中医药工作者对中医特色疗法的关注和热情。

 2014. 4. 26



前言

这本书是由深圳市中医药学会、深圳市中医院（广州中医药大学深圳附属医院）聘请全国有关专家撰写的《临床常见病中医特色疗法》系列丛书中的骨伤科分册。编写者都是临床经验丰富的骨伤科专家，经多次反复修改定稿。

本书挑选了骨伤科临床常见的五十个中医特色治疗效果突出的病种（骨折与脱位因各具体部位之间中药治疗的重叠较多，故只分大类），每一个疾病分为病因病机、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断、治疗、特色疗法述评、主要参考文献等几个部分，重点突出特色疗法及其述评。特色疗法注意收集名家经验和作者的创新实践，而述评则对中医中药的临床运用状况、特色之处、中西医各自特点、中医及中西医结合优势等方面进行述评和比较，并分析各自的不足。本书病种收集全，理论探讨少，实际操作详，希望这本书的出版，能够为广大中医师及西学中医师提供采用特色疗法治疗运动系统伤病的实用参考读本。

在本书的撰写过程中，得到了深圳市卫人委、深圳市中医药学会、深圳市中医院等部门的指导和支持，得到了人民卫生出版社的指导，并得到各位编委的鼎力合作。承蒙中国中医科学院骨伤科研究所所长董福慧教授赐序，本书中的针灸、针刀、推拿疗法的内容由尹利华副主任医师进行了审校，学术秘书李全、马笃军对全书的名词术语、计量单位等的规范化及稿件整理、校对等方面作了大量的工作，在此一并表示诚挚的感谢。

由于水平和时间所限，本书可能存在不少缺点，敬希读者不吝赐教指正。

编者

2014年4月于深圳



目录

第一章 骨折	1
第一节 四肢骨折	1
第二节 肋骨骨折	29
第三节 胸腰椎压缩骨折	36
第四节 骨盆骨折	45
第二章 脱位	55
第三章 软组织损伤	67
第一节 开放性损伤	67
第二节 闭合性损伤	75
第四章 神经、血管损伤	85
第一节 脊髓损伤	85
第二节 周围神经损伤	96
第三节 周围血管损伤	106
第五章 部位疾病	115
第一节 肩周炎	115
第二节 肩峰下撞击综合征	122
第三节 肱骨外上髁炎	130
第四节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	137
第五节 腕管综合征	141
第六节 腱鞘囊肿	145
第七节 指屈肌腱狭窄性腱鞘炎	151
第八节 梨状肌综合征	156
第九节 胭窝囊肿	165

第十节 膝部滑囊炎	169
第十一节 跗骨窦综合征	174
第十二节 跟痛症	180
第十三节 跖痛症	185
第十四节 落枕	190
第十五节 颈椎病	196
第十六节 背肌筋膜炎	212
第十七节 肋软骨炎	218
第十八节 棘上韧带劳损	221
第十九节 第三腰椎横突综合征	224
第二十节 腰肌劳损	227
第二十一节 腰椎间盘突出症	232
第二十二节 腰椎管狭窄症	246
第二十三节 腰椎峡部裂并滑脱	256
第二十四节 髂骨致密性骨炎	264
第六章 骨关节感染	269
第一节 化脓性骨髓炎	269
第二节 化脓性关节炎	276
第三节 骨关节结核	283
第七章 骨关节炎	293
第八章 骨质疏松症	301
第九章 骨关节畸形	321
第一节 先天性肌性斜颈	321
第二节 先天性脊柱侧凸	330
第三节 先天性髋关节脱位	337
第四节 先天性马蹄内翻足	346
第五节 踇外翻	352
第十章 骨缺血性坏死	359
第一节 腕舟骨坏死	359
第二节 股骨头缺血性坏死	362
第三节 儿童股骨头缺血性坏死	371

第十一章 骨肿瘤	377
第一节 原发性骨肿瘤	377
第二节 转移性骨肿瘤	389
第三节 恶性骨肿瘤疼痛	396



第一章 骨 折

第一节 四肢骨折

由于外力的作用破坏了骨骼的完整性或连续性者称为骨折。在治疗上，对上肢功能的要求灵活性高于稳定性，因此，必须重视手部早期练功活动，固定时间一般较下肢略为缩短；下肢的主要功能是负重和行走，需要良好的稳定性，因此，骨折的整复要求有良好的对位和对线，若成角畸形将会影响肢体的承重力，若短缩在 2cm 以上将会出现明显跛行。

【病因病机】

1. 受伤原因 造成骨折的原因有生活损伤、工业损伤、交通损伤、农业损伤、运动损伤、火器伤及自然灾害伤等七种类型。

2. 暴力形式和受伤机制

(1) 直接暴力：骨折发生于外来暴力直接作用的部位，多为横形或粉碎性骨折，骨折处的软组织损伤较严重。

(2) 间接暴力：骨折发生在远离于外来暴力作用的部位，包括传达暴力、扭转暴力等。多造成斜形骨折或螺旋形骨折，骨折处的软组织损伤较轻。

(3) 肌肉拉力：肌肉突然猛烈收缩，可拉断肌肉附着处的骨质而造成骨折，例如在骤然跪倒时，股四头肌猛烈收缩，可发生髌骨骨折。

(4) 持续劳损：长期反复的震动或循环往复的疲劳运动，可使骨内应力集中积累，造成慢性损伤性骨折。如长途强行军可导致第二跖骨或腓骨下端骨折等。这种骨折多无移位或移位不多，但愈合较慢。

骨折的发生还与年龄、健康状况、解剖部位、结构、受伤姿势、骨骼是否有病变等内在因素有关。如骨质的疏松和致密部交接处、静止段和活

动段交接处是损伤的好发部位。同一形式的致伤暴力，因年龄不同而伤情各异。因此，致伤外力是外因，而受伤机制则是外因和内因的综合作用。

3. 骨折的移位 骨折移位的方式有下列五种，临床上常同时存在。

(1) 成角移位：两骨折段的轴线交叉成角，以角顶的方向称为向前、向后、向外或向内成角。

(2) 侧方移位：两骨折端移向侧方，四肢按骨折远端的移位方向称为向前、向后、向内或向外侧方移位。

(3) 缩短移位：骨折端相互重叠或嵌插，骨的长度因而缩短。

(4) 分离移位：两骨折端互相分离，使肢体的长度增加。

(5) 旋转移位：骨折端绕骨的纵轴旋转。

4. 骨折分类

(1) 根据骨折处是否与外界相通可分为：闭合骨折和开放骨折。

(2) 根据骨折的稳定程度可分为：稳定骨折和不稳定骨折。

(3) 根据骨折的损伤程度可分为：单纯性骨折、复杂性骨折、不完全骨折和完全骨折。

(4) 根据骨折线的形状可分为：横形骨折、斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎骨折、嵌插骨折、压缩骨折、裂纹骨折、青枝骨折、骨骺分离。

(5) 根据骨折后的时间可分为：新鲜骨折和陈旧骨折。

(6) 根据受伤前骨质是否正常可分为：外伤骨折和病理骨折。

【临床表现】

1. 病史 有明显外伤史。

2. 症状 局部疼痛、肿胀、活动功能障碍等。

3. 体征 局部有畸形、骨擦音及异常活动。

【辅助检查】

1. X线照片 X线检查是骨折诊断最简便有效的一项重要手段。受伤肢体的正、侧位照片即能发现损伤和移位。

2. 电子计算机X线横断体层扫描(CT) 一般外伤骨折用普通X线片即可明确诊断，但骨盆骨折、四肢骨关节周围骨折等，CT能从横断面来了解，有较高的分辨率，是理想的检查方法。

3. 磁共振(MRI) 有利于了解骨折所伴随的软组织损伤严重程度，能够早期发现微小骨折，能区分新鲜与陈旧的骨折，有利于对骨折严重程度

的评估及进一步制订治疗方案提供参考。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊 断

结合病史、症状、体征、影像作出诊断。一般而言，畸形、骨擦音和异常活动这三项特有体征中只要有一项出现，即可在临床上初步诊断为骨折。影像学的骨折征象或创口、切口直视发现骨折线，是确诊指征。

伤后 2 周内为新鲜骨折，伤后 2 周以上为陈旧骨折。

二、鉴别诊断

中医需与伤筋、脱位等鉴别；西医需与急、慢性软组织损伤及关节脱位进行鉴别，并注意区分外伤骨折和病理骨折。

三、常见并发症

主要有休克、感染、内脏损伤（肺、肝、脾、肾、膀胱、尿道、直肠等）、周围血管损伤、周围神经损伤、脂肪栓塞、缺血性肌挛缩、坠积性肺炎、褥疮、尿路感染及结石、损伤性骨化（骨化性肌炎）、创伤性关节炎、关节僵硬、缺血性骨坏死、迟发性畸形等。

【治疗】

中西医结合治疗骨折正确贯彻了“动静结合、筋骨并重、内外兼治、医患合作”的治疗观点。能做到骨折复位不增加局部软组织损伤，固定骨折而不妨碍肢体活动，因而可以促进全身血液循环，增强新陈代谢，加速骨折愈合，而且可使骨折愈合和功能恢复齐头并进。

一、手法复位、外固定及练功

手法复位的要求是及时、稳妥、准确、轻巧而不增加损伤，力争一次整复成功。下肢骨折多配合牵引治疗，起到复位和固定的双重作用。总的原则是利用牵引手法，采用逆转暴力机制，使远折端向近折端对线对位（“子求母”）。一般说，如果骨折同时存在多种移位，应首先克服短缩，以后再顺序克服旋转、侧方移位及成角移位。

骨折复位标准分为解剖复位（骨折端对位达到解剖或接近解剖对位）

和功能复位（骨折端对位未达到解剖对位，某种移位仍未完全纠正，但骨折在此位置愈合后，对肢体功能无明显妨碍）两种类型。

复位前准备：①麻醉：最好用局部麻醉或神经阻滞麻醉，对儿童也可用全身麻醉，有些简单骨折完全有把握在极短时间获得满意复位且患者又能忍受时，也可以不用麻醉；②摸诊：在麻醉显效后，使用手法复位前，要根据肢体畸形和X线片的图像分析研究，先用手细摸其骨折部，先轻后重，从上到下，从近端到远端，以了解骨折移位情况，做到心中有数，胸有成竹，以便进行复位；③准备好复位、固定材料，如牵引布袋、夹板、压垫、扎带、固定带等。

根据骨折早、中、后期的具体情况选用不同的练功方法。

（一）锁骨骨折

治疗目的主要是消除明显的畸形。

1. 复位

（1）幼儿锁骨有移位的骨折：患儿由家长搂抱或坐位，助手在患儿背后用双手扳住患儿两肩外侧，拇指顶住肩胛间区，向背后徐徐用力拔伸，使患儿挺胸、肩部后伸，以矫正重叠移位，术者用拇、食、中指以提按手法，将远端向上向后端提，将近端向下向前按捺，使之复位。

（2）少年及成人锁骨骨折：用膝顶复位法，嘱患者坐凳上，挺胸抬头，双手叉腰，术者在背后一足踏于凳缘上，将膝部顶住患者背部正中，双手握其两肩外侧，向背后徐徐拔伸，使患者挺胸，肩部后伸，以矫正骨折重叠移位。如仍有侧方移位，术者以一手拇、食、中指用捺正法纠正之。亦可由一助手用膝部顶住患者背部正中，手握其两肩外侧，向背后徐徐拔伸，待重叠移位矫正后，术者站于患者前面，以两手拇、食、中指分别捏住两骨折端，将骨折近端向前下推按，骨折远端向后向上端提，使之复位。

2. 固定

（1）新生儿锁骨产伤骨折：不需包扎固定，可在仰卧时，用一小枕置于两肩胛骨之间，使患肩向后伸即可。幼儿无移位骨折或青枝骨折，可用双肩“∞”字绷带或双圈固定1~3周。

（2）少年或成人有移位的骨折：手法复位后，外敷消肿止痛、接骨续损药物，然后再选用双肩“∞”字绷带、单肩斜“∞”字绷带、双圈或T形夹板固定。

固定后要注意患者双手及前臂有无麻木感及桡动脉搏动情况，切勿压迫血管和腋部神经。

3. 练功 初期可做腕、肘关节屈伸运动，中后期逐渐做肩部练功活动，重点是肩外展和旋转运动，防止肩关节因固定时间太长而致功能受限制。

(二) 肱骨外科颈骨折

以避免内收畸形和严重创伤性肩周炎为主要目的。

1. 复位

(1) 无移位的裂缝骨折或嵌插骨折：无须复位，仅用三角巾悬吊患肢1~2周即可开始活动。有移位的骨折应采取相应的手法，且尽量达到解剖对位。

(2) 外展型骨折：患者坐位或卧位，一助手用布单绕过腋窝向上提拉，屈肘90°，前臂中立位，另一助手握其肘部，沿肱骨纵轴方向牵引，矫正重叠移位。然后术者双手握骨折部，两拇指按于骨折近端的外侧，其余各指环抱骨折远端的内侧向外捺正，助手同时在牵引下内收其上臂即可复位。

(3) 内收型骨折：两助手牵引法同前，术者两拇指压住骨折部向内推，其他四指使远端外展，助手在牵引下将上臂外展即可复位。如成角畸形过大，可采用外展过顶法，即助手还可继续将上臂上举过头顶，此时术者立于患者前外侧，用两拇指压住骨折远端，其余各指由前侧按住成角突出处，如有骨擦感，断端相互抵触，则表示成角畸形纠正。甚者还可行过度外展法，但动作应轻柔，勿操之过急，以免损伤腋部血管和神经。

(4) 肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位

1) 先拔伸牵引10~20分钟，另一助手压住肩峰部，术者用两拇指用力推顶肱骨头复位，此名“指压复位法”。

2) 不拔伸牵引，使肩轻度外展，在腋下用一手拇、食指或手掌推挤肱骨头迫使其复位。

2. 固定 用超肩关节塑形夹板固定。在助手维持牵引下，将棉垫3~4个放于骨折部的周围，短夹板放在内侧，若内收型骨折，上端大头垫稍薄，下端内侧加一平垫；外展型骨折，大头垫顶住腋窝部，并在成角突起部置一平垫，余三块长夹板上端捶成弧形适合肩部外形后分别置前、外、后侧超肩关节，用三条布带捆扎，然后将肩部三块贯穿布带绕过对侧腋下用棉花垫好打结。对移位明显的内收型骨折，除夹板固定外，可配合皮肤牵引3周，肩关节置于外展前屈位，或行外展支架固定，以利于骨折的复位和稳定。

3. 练功 初期先让患者握拳，屈伸肘、腕关节，舒缩上肢肌肉活动等，3周后练习肩关节各方向活动，活动范围应循序渐进，每日练习十多次，一般在4周左右即可解除外固定。后期应配合物理疗法，以促进肩关节功能恢复。练功活动对老年患者尤为重要。

(三) 肱骨干骨折

须防止因肢体重力作用导致的骨折断端分离移位，避免桡神经损伤。

1. 复位 患者坐位或平卧位。一助手用布单通过腋窝向上，另一助手握持前臂在中立位向下，沿上臂纵轴对抗牵引，一般牵引力不宜过大（尤其是粉碎性骨折和下1/3段骨折），否则易引起断端分离移位。待重叠移位完全矫正后，根据骨折不同部位的移位情况进行整复。

(1) 上1/3骨折：在维持牵引下，术者两拇指抵住骨折远端外侧，其余四指环抱近端内侧，将近端托起向外，使断端微向外成角，继而拇指由外推远端向内，即可复位。

(2) 中1/3骨折：在维持牵引下，术者以两手拇指抵住骨折近端外侧推向内，其余四指环抱远端内侧拉向外，纠正移位后，术者捏住骨折部，助手徐徐放松牵引，使断端互相接触，微微摇摆骨折远端或从前后内外以两手掌相对挤压骨折处，可感到断端摩擦音逐渐减小，直至消失，骨折处平直，表示已基本复位。

(3) 下1/3骨折：多为螺旋或斜形骨折，无需用力牵引，只要矫正成角畸形，将骨折断面挤紧捺正即可。

2. 固定 前后内外四块夹板，其长度视骨折部位而定：

(1) 上1/3骨折：超肩关节（可参照“肱骨外科颈骨折”），下1/3骨折要超肘关节，前后2块在肘部捶弯成“ $\llcorner$ ”形。

(2) 中1/3骨折：不超过上、下关节，并注意前侧夹板下端不能压迫肘窝。如果侧方移位及成角畸形已完全矫正，可在骨折部的前后方（原始移位侧）各放一长方形大固定垫，将上、下骨折端紧密包围。若仍有轻度侧方移位时，利用固定垫行两点加压；若仍有轻度成角，可利用固定垫行三点加压逐渐纠正。若碎骨片不能满意复位时，也可用固定垫将其逐渐压回，但应注意固定垫厚度要适中，防止局部皮肤压迫性溃疡和坏死。在桡神经沟部不要放置固定垫，以防桡神经受压而发生麻痹。包扎后，肘关节屈曲90°，以带柱托板或三角巾将前臂置于中立位，患肢悬吊于胸前。固定早期应每周透视1~2次，若有分离，用弹力绷带或宽4~5cm的橡皮带制成环形圈套住肩肘部在夹板外行对向挤压使断端接近，消除分离。

固定时间成人6~8周，儿童3~5周。肱骨中、下1/3骨折是迟缓愈合和不愈合的好发部位，固定时间要适当延长，必须在临床症状消失、X线片复查有足够骨痂生长之后，才能解除外固定。

3. 练功 固定后患肢即可做伸屈指、掌、腕关节和耸肩活动，有利于气血通畅。肿胀开始消退后，患肢上臂肌肉应用力作舒缩活动，加强两骨折端在纵轴上的挤压力，防止分离。中期除继续初期的练功活动外，应逐渐进行肩、肘关节活动。骨折愈合后，应加强肩、肘关节活动，并配合药物熏洗和物理疗法，使肩、肘关节活动功能早日恢复。