

編主會員委育教學醫部育教

# 骨折與脫臼

米孟黃  
勒繼振  
納懋泰  
合譯  
著

商務印書館發行

## 譯者序

本書原名“Fractures and Dislocations”，由美國人 Leo J. Millner, M. D., F. A. C. S. 及中國人孟繼懋博士二位教授編撰，為醫學生之教材。不但學理完全，且切於實用。譯者任教之暇，詳為潤文本。該學生氣，臨床家尤宜備用。即臨時遇有患者，執齋以求，亦瞭如指掌。作暇期間，骨折脫臼之重要者，殆更倍捷於平時。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. Millner, M. D., F. A. C. S.

and

G. M. Meng, M. D.

From the Division Of Orthopaedic Surgery, Department of Surgery.

骨折 脱臼

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
骨折中或骨折愈合後之理學治療法	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
橈骨突骨折.....	三四
冠狀突骨折.....	三五
橈骨幹骨折.....	三六
橈骨頭及頭骨折.....	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.....	四五
粗隆(轉子)骨折.....	四六
股骨上端骨髁骨折或分離.....	四七
股骨幹及股骨下端骨折.....	四八
小兒之股骨幹骨折.....	五一

股骨上緣骨折	五一
小腿骨折	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
額骨部骨折	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

指骨間關節脫白

七一

髕關節脫白

七一

髕關節之病運脫白

七四

膝關節脫白

七五

下頷骨脫白

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、骨質應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. 骨髓弱病。

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. 骨營養障礙見於骨髓癆。

2. 患者有精神或神經病（癲癇，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，因其骨質已是老年性萎縮狀態。近因：

1. 直接暴力。

2. 間接暴力。跌落，跳躍，捻轉扭振等。

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、脛骨、腕、手足小骨，有時見於脊椎橫突。

型：

1. 甲、單純——皮不破裂；

X 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：

長徑拉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，隨肌腱或刀帶轉位，如扭換傷之邊緣骨折。

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，骨折線為最過敏點；

丁、若為完全骨折時，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 *swelling*，特以頭顱，脊柱，股，骨盆，及大長骨之挫滅骨折為然。

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。°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，為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），謂之為骨痂。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。大部骨折後，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，此現象益著明；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；

上端骨折

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. 骨折治愈後瘢痕組織之牽扯神經。

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、缺血性變縮（Volkmann）。

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區中合併症中最少見者。

辛、不接合：不經再復者，可見完全之未癒者，見於骨肉瘤及軟骨病之骨折，或在肢體軟弱之骨折患者，其骨片尚未完全固定。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，有與隣近組織合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，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，此見於骨盤及動脈受傷，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，如癰等。
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，即在腫脹疼痛肌肉緊張發見以前，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。若外科醫生認為骨折片無傷及主要血管神經時，此固定形式始可暫不應。

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. 絲夾（鐵絲夾板）；
4. 布夾板，即應用布類及繃帶編成；
5. 其他臨時急救，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，則將患肢縛於他側之健肢上。同理上肢骨折，則可縛於固定於胸廓上，脊柱及骨

茲骨折之後，患者須安居於偃臥位。特以托濟型及其平面體上為佳。直待施行正復。

一般肢體之複雜骨折，其出血可用包裹，繃子，或結紮管處理之。若上品未備，亦可用止血帶急救（最初扶助療法）。既施行之後，若有開放創口，須覆以消毒敷料，以避免輸送中組織之二次傳染。每一複雜骨折，須迅速施行破傷風抗毒素之注射。

醫事法規例上，須加注意。此與外科醫師患者間，外科醫生及雇用法保險法間，以及各種機關各種組合，均有連帶關係。

患者已抵家門或醫院，則將彼轉付與彼之自用醫師或醫院之外科醫師，急救（最初扶助法）始告終了，急救步驟完成。

### 正復

1. 定義：將移位之斷裂骨片，置於迅速能發生骨接合之位置，且同時恢復其官能。有時正復不必為解剖上之理想位置。但大多數實例，其結果亦頗滿意。

縱然骨折通常無須正復，特以在較大骨質為然，如顛頂，腸骨，及肩胛，他如肋骨，前臂，小腿等骨。一骨折用其他未受傷之一骨為陪件，保持原位。若將手矯正復，包括言之，則無不能正復之移位骨折。但骨折中途有相當障害時，仍有處於不能正復之位置者。骨質之移位骨折，手法治療，多無大助。蓋即屬於此類者也。高齡人股骨頭頸之嵌頓骨折，多不能正



復。且嵌頭後，移位不多，無畸形之慮。高年人有心臟病及其他臟器病者，不宜久臥，否則惹發肺部及其他合併症。神經質人，則長期石膏繃帶及牽引，較難忍受。

2. 麻醉：依外科醫生之選擇，各種麻醉均應用之。E. M. 髓，笑氣，及養氣，及其他全身麻醉等。局部如腰推，及上臂傳導麻醉，亦應用。近來維也納之 *Morrikin*，亦應用局部麻醉。非複雜骨折之長骨骨折，*Boehler* 在國端血瘤處，注射 2% *Novo-Crina 20*——*SOLIE*，再加 *Morrikin* 為佐，可得甚滿意之麻醉。

3. 正復法有四，因各種骨折之不同，分別應用之。

甲、最初手法及即時正復。

乙、逐漸正復。經過二——三日後，用連續皮膚牽引，用膠布貼著於皮膚，亦可收牽引之效，謂之 *Brook* 氏伸展。骨鉤，骨針，或自行車車條；由骨質鑽入穿過，金屬夾板，及其他機械性用具，可與牽引合作。用連續牽引可獲長關節刃帶，肌腱，關節，肌肉同時亦能展長。究竟何種組織尤是延長之初，固屬難言。但臨床上知肌肉首先疲乏伸展，故在一定時間後，肢體延長。牽引之後，骨即隨以軟部組織作反之牽引導步入正常經路。

丙、若鑽線或針固定於通常裝置上，則用骨帶牽引，可得即時正復。彼時線，針，及石膏繃帶，相助為用。直至骨端能完全保持斷片為止。非骨折台上，亦可行即時正復，