

临床急诊丛书 临床急诊丛书 临床急诊丛书

临床急诊丛书

GUKE
FENCE

童元 汤健 主编

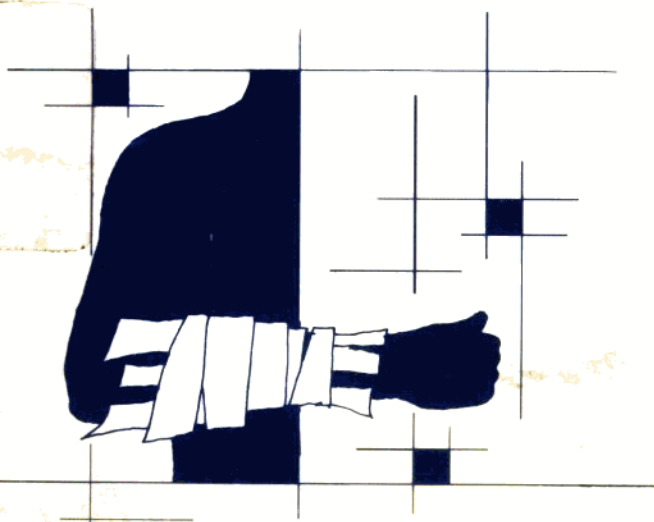
骨科分册

安徽科学技术出版社

骨科分册

DS87V

安徽科学技术出版社



前 言

随着现代医学科学的不断发展，外科学的分支越来越细。而在外科临床工作中，急症占有非常重要的位置。外科急症包括外科范围内所有需要紧急处理的情况，如各种创伤、急腹症和手术及疾病的严重并发症等。外科急症病人常常病情危重而凶险，如不能及时抢救和正确治疗常危及病人生命。而如何及时、正确而有效地诊治则是工作在临床第一线医师需要解决的首要问题。成功的救治可使病人起死回生，而错误的诊断和治疗则可能造成严重后果。在诊断和处理外科急症时必须思路敏捷而开阔，善于纵横联系综合分析，对外科急症有着完整的系统概念并熟练地掌握外科急症的基础理论知识、诊断程序和技术操作要点。否则就可能面对急症茫无所从，犹疑不决，不知所措，束手无策，甚至误诊误治。早期正确的诊断是成功救治的前提，处理外科急症时必须争分夺秒，在进行必要的紧急处理同时询问搜集病史要点，进行必要的体格检查，全面综合判断病情或伤情，及时作出正确的诊断和准确的紧急救治方案。

为适应工作在临床第一线的实习医师、住院医师和基层医院医师的需要，我们在广泛收集临床急症救治经验的基础上，结合临床实践体会，编写了这套《临床急诊丛书》，其中外科部分包括普外、骨科、心胸外科、神经外科、泌尿外科和妇产科。本书以条文式书写，力求简明扼要，着重介绍诊断与处理要点。目

的在于使之成为一本专业性强、方便、实用的急诊参考书。

本书出版得到了安徽科技出版社的大力支持，值此表示衷心感谢。由于我们水平所限，书中难免有错误和不当之处。殷切地希望广大读者及时给予指正，以使之渐臻完善。

耿小平 王楼生

目 录

骨筋膜间隔室综合征	1
骨折的急救	3
挤压综合征	4
锁骨骨折	6
肩胛骨骨折	9
肱骨大结节骨折	10
肱骨外科颈骨折	11
肱骨干骨折	14
肱骨髁上骨折	17
肱骨髁间骨折	21
肱骨内上髁骨折	23
肱骨外髁骨折	27
尺骨鹰嘴骨折	30
桡骨小头骨折	33
尺骨冠状突骨折	36
尺桡骨双骨折	36
尺骨骨折	39
桡骨骨折	39
Monteggia 骨折	40
Galeazzi 骨折	44
Colles 骨折	46
Smith 骨折	49
Barton 骨折	52
腕舟状骨骨折	54
月骨骨折	56

掌骨骨折	57
指骨骨折	59
股骨头骨折	60
股骨头骨骺分离	62
股骨颈骨折	65
股骨粗隆间骨折	70
股骨干骨折	75
股骨髁上骨折	79
股骨远端骨骺分离	82
股骨髁间骨折	82
髌骨骨折	85
胫骨平台骨折	88
胫腓骨骨折	90
踝部骨折	93
距骨骨折	99
跟骨骨折	102
足舟状骨骨折	105
楔骨和骰骨骨折	107
跖骨骨折	107
趾骨骨折	109
脊柱骨折	110
寰椎骨折	112
寰椎脱位	113
齿状突骨折	116
寰枢椎脱位合并齿状突骨折	117
颈 ₃₋₇ 椎体骨折	119
颈椎半脱位	121
胸腰椎垂直压缩型骨折	123
胸腰椎屈曲型骨折	125
胸腰椎伸直型骨折	128

剪力骨折	130
横突骨折	131
棘突骨折	132
关节突骨折	132
脊髓损伤	133
骨盆骨折	139
甲沟炎	142
脓性指头炎	143
急性化脓性腱鞘炎	144
掌中间隙感染	146
鱼际间隙感染	147
急性腰扭伤	149
髌关节一过性滑膜炎	150
痛风性关节炎	151
腰椎间盘突出症	152
腕管综合征	156
肘关节脱位	158
肩关节脱位	159
髌关节后脱位	162
髌关节前脱位	165
髌关节中心脱位	167
膝关节脱位	169
桡骨小头半脱位	171
肱二头肌肌腱断裂	172
股四头肌断裂	173
跟腱断裂	175
膝关节内侧副韧带断裂	177
膝关节外侧副韧带断裂	179
膝关节交叉韧带断裂	181
踝关节扭伤	183

周围神经损伤	185
断肢再植	188
化脓性关节炎	192
急性血源性骨髓炎	195

骨筋膜间隔室综合征

概述

●人体四肢的筋膜和骨骼形成骨筋膜间隔室,其间有神经和血管通过。由于各种病因造成间隔室内的组织压升高、血管受压、血液循环障碍、肌肉和神经急性缺血而导致肌肉坏死、挛缩和神经麻痹等一系列症候群。

●一般情况下,缺血达 30 分钟即可出现神经功能异常,缺血 12~24 小时,则会发生永久性功能丧失。肌肉缺血 2~4 小时,即出现功能性改变,缺血 4~12 小时可发生永久性功能丧失。

诊断要点

●病人有四肢闭合性骨折或较严重的软组织挫伤史,或包扎过紧未及时处理病史。

●早期患肢局部麻木或异样感,疼痛剧烈,呈进行性灼痛或难以忍受的刀割样痛。随着缺血加重和神经功能丧失,疼痛可减轻或消失。

●患肢皮肤早期苍白、发凉,并逐渐肿胀,光亮菲薄,甚至出现暗红色斑块及张力性水泡,呈圆筒状僵硬。感觉异常表现为感觉过敏,继而迟钝、消失。

●肌力减弱。患区内肌肉被动牵拉时产生剧烈疼痛

或疼痛加重，可视为早期的重要体征。早期毛细血管充盈时间延长，后期出现动脉搏动消失，皮肤苍白或紫绀，甚至出现大理石样花纹征象。

●超声多普勒诊断仪检查可了解患肢远端血液循环情况。

●骨筋膜间隔室内组织压测量对诊断和治疗有重要的参考价值。正常前臂组织压为 1.1kPa，小腿为 2kPa，如组织压超过 3kPa 者，应严密观察，若组织压和舒张压之差为 1.4~3.0kPa 时，即有紧急切开骨筋膜间隔的指征。

治疗要点

●所有外固定应立即解除。患肢抬高，以心脏水平位为宜。局部可冷敷，禁止热敷和红外线照射。

●必要时行硬膜外阻滞，交感神经节阻滞，肾囊封闭等。经上述处理，观察临床症状加重者，应及早行骨筋膜间隔室切开减压术。

●早期切开减压，可防止或减少后遗症。切开减压时，需把骨间隔区的筋膜彻底打开，坏死组织应予切除，切口用无菌纱布或抗生素纱布疏松填塞和包扎。

●术后 5~7 天，作二期皮肤缝合或植皮覆盖创面。

术后处理

●术后应用抗生素。

●注意防止坏死组织所引起的全身中毒症状及肾功能损害。

骨折的急救

概述

●骨折的急救处理很重要。若处理不当，轻者可加重损伤，重者危及生命。

●骨折急救的目的：用简单、合理、有效的方法抢救生命，保护伤肢，减少痛苦，创造运送条件，使其能安全而迅速地送至医院，从而获得妥善的治疗。

急救措施和方法

●了解受伤经过、时间，暴力类型、大小、方向、部位、范围，以估计损伤的严重程度。

●若病人处于休克状态中，应以抗休克为首要任务。有条件时应立即输血，输液。不要随意搬动，以免加重休克的程度。

●对神志不清、昏迷及瞳孔改变的病人，应注意保持呼吸道通畅。常取俯卧位，必要时可将舌牵出口外，或采用气管插管。

●凡有骨折可能的病人，均应按骨折处理。不必脱去病人的衣物，以免过多搬动伤肢，增加疼痛。若伤肢肿胀明显，可剪开衣袖或裤管。

●若有创口出血，一般局部加压包扎，即可达到止血效果。在大血管出血时，可用止血带。止血带的缚扎部位应尽可能靠近伤口，缚扎时可利用衣服、毛巾作衬垫，止血带不要直接与皮肤接触。应记录止血带

开始应用的时间，最长不能超过一个半小时，否则应隔 1 小时左右放松一次。

●若骨折端外露于创口，并已污染，不可立即复位，可待清创后再行复位。若在包扎或固定肢体时，骨折端自行回复创口内，在治疗时应予注意清除骨折断端的污染。

●固定肢体有镇痛、止血、防止再损伤和便于运输的作用。若有显著畸形，可轻柔地牵引伤肢，使之挺直，然后固定。固定材料可就地取材，以夹板最宜。若无固定材料，也可将受伤的上肢固定在胸部，将受伤的下肢同健肢一并固定。

●病人经妥善有效的固定后，应立即送往医院。疑有脊柱损伤时，应尽量避免骨折处移动，用硬板担架（木板或门板）搬运。先将病人两下肢伸直，两上肢放置身旁。担架放在病人一侧，2~3 人扶病人躯干，使其成一体滚动，移至担架上。或 3 人同时将病人平托至担架上。禁止一人拖肩，一人抬腿搬动病人或一人背送。

挤压综合征

概述

●挤压综合征是指四肢及躯干肌肉丰富的部位，遭受外界重力的长时间、广泛的挤压而造成肌肉组织缺血性坏死，出现以肢体肿胀、肌红蛋白尿、高血钾为特征的急性肾功能衰竭。

诊断要点

●有房屋倒塌、大量土方石块砸压、掩埋等造成四肢或躯干长时间受挤压史，受压局部有压痕、片状红斑和皮下淤血。

●受压部位迅速肿胀，皮肤发硬，肢体麻木或沉重无力，肢体远端皮肤温度下降，脉搏减弱或消失，神经感觉异常或丧失，肌无力，主动或被动活动伤肢时疼痛加剧。

●尿液呈茶褐色，酸性，尿比重低，固定在1.010左右。镜检有色素管型而红细胞甚少，尿潜血及肌红蛋白尿试验阳性。

●血钾、血磷升高。血钠、血钙及二氧化碳结合力降低。尿素氮、血钾、肌酐的升高是诊断急性肾功能衰竭的重要依据。谷丙转氨酶、肌酸磷酸激酶的升高可提示肌肉缺血坏死的程度。

治疗要点

●迅速解除重压，伤肢固定制动，局部冷敷，或伤肢置于凉爽空气中，不应抬高伤肢，不能热敷。活动性出血应予止血，避免使用加压绷带和止血带。

●补充血容量，防止休克，输平衡液、右旋糖酐、血浆等，不宜输全血。有酸中毒者应予5%碳酸氢钠静脉滴注。

●急性肾功能衰竭的防治：重物挤压超过60分钟者，口服碱性饮料，或用碱性药物静脉滴注。在补充血容量后加用利尿剂，20%甘露醇125~250ml，于30

分钟内静脉滴入；利尿酸钠每次 50~100 毫克，每日 3~4 次；或给予速尿，每次 20~40mg，每日 3~4 次。解除肾血管痉挛：654-2，每次 60~80mg；还可采用肾囊封闭。早期使用抗生素，应避免使用损害肾功能的药物。

●切开减张适应于有明确挤压伤，尿潜血或肌红蛋白试验阳性。局部明显肿胀、张力高或有水泡出现，有相应运动感觉障碍。手术切口与肢体长轴平行，切开每一受累的骨筋膜间区，坏死组织必须彻底切除，不可姑息；伤口不缝合，轻轻包扎，不可加压。术后 5~7 天作二期缝合或植皮覆盖创面。

●伤肢无血运或有严重的血运障碍；减张处理不能缓解伤肢毒素吸收所致的全身中毒症状，并有逐渐加剧者；合并有特异感染（如气性坏疽）者，可行开放性截肢，二期缝合切口或植皮。

术后处理

- 术后密切观察伤口变化，随时清除坏死组织。
- 定期作分泌物细菌培养，及时调整敏感抗生素。

锁骨骨折

概述

●锁骨呈近“S”形，位置表浅。骨折多为间接暴力所致，常发生在中段或中外 1/3 段，多见于幼儿及少年。

诊断要点

●有跌倒时手掌、肘或肩部着地史，或锁骨局部直接受伤史。接生时用力将婴儿肩部娩出，可引起产伤骨折。

●肩部疼痛，肩关节活动受限。婴幼儿表现为一侧上肢不敢活动，或活动时啼哭不止。

●主要体征为患者常以健侧手托住伤侧上肢，同时将头偏向伤侧，伤肩向内、下、前方倾斜。骨折局部肿胀、压痛、异常活动，可触及骨折端及骨擦感。

●X线检查正位片上可显示骨折线及移位情况。

并发症

●锁骨下动脉、静脉破裂：局部血肿，桡动脉搏动减弱或消失。

●臂丛神经损伤：表现为前臂上肢的感觉运动异常，多在骨折复位后缓解。

●气胸：骨折端刺破胸膜和肺尖，表现为呼吸困难，伤侧呼吸音减低或消失，气管移位，皮下气肿及捻发音。

非手术治疗

●青枝骨折或骨折无移位者，可用三角巾悬吊伤肢，或两肩过伸以“∞”字形绷带固定3~4周。

●移位骨折者：采用双肩向背侧牵拉过伸使骨折复位。复位后儿童用“∞”字形绷带固定，青少年及成人用“∞”字形石膏绷带固定，固定时间为4~6周。

●骨折无需强求解剖复位,轻度畸形很少妨碍上肢功能。

●整复固定后,即应进行肩、肘、腕关节的活动,注意睡时应取仰卧位,肩胛间背部垫枕使肩部后伸。观察上肢有无麻木和桡动脉搏动异常等,如有血管神经受压症状,应予以重新固定。

●合并有头、胸或腹部损伤的锁骨骨折,不能立即整复固定者,可嘱病人卧床,两肩胛间垫枕,使肩后伸外展,全身情况好转后再行骨折的复位固定。

手术指征

- 锁骨骨折伴有锁骨下动、静脉损伤。
- 锁骨骨折伴有臂丛神经损伤或压迫者。
- 骨折合并有气胸。
- 开放性锁骨骨折。

手术要点

●局麻下以锁骨横形切口,暴露骨折端,逆行插入一枚克氏针,骨折复位后固定骨折端。针尾弯曲埋于皮下。若有血管、神经损伤应作相应处理。

术后处理

●伤肢三角巾悬吊4周,同时进行伤肢功能锻炼。骨折愈合后拔除克氏钉。

肩胛骨骨折

概述

●肩胛骨前后均为肌肉包绕，骨折少见，且易漏诊或误诊。骨折多发于肩胛体部和颈部。

诊断要点

●肩胛体部或肩部有直接外伤史。

●局部明显肿胀，压痛，肩关节活动障碍。可触及骨擦音。

●肩胛颈和肩胛孟骨折严重移位者可有肩部塌陷，肩部呈方肩畸形，但无外展、内收的弹性固定。

●肩胛骨正位和切线位 X 线片，可见骨折呈粉碎性，横型或斜型。肩关节正位片可证实骨折而排除肩关节脱位。

非手术治疗

●肩胛体骨折往往移位不大，由肌肉包绕，骨折多可自愈，一般用三角巾悬吊伤肢，早日进行伤肢功能锻炼。

●肩胛颈及肩胛孟骨折如无明显移位或移位不大，用三角巾悬吊伤肢即可。严重移位骨折，可在血肿内麻醉下予以复位，用外展架固定 4 周，如骨折复位不满意，将伤肢外展及外旋 70° ，牵引重量 2.5~4kg，持续牵引 3~4 周，改用三角巾悬吊伤肢，逐渐功能锻炼。

●肩峰骨折无移位或移位不明显，可用三角巾悬吊，如骨折移位明显应在局麻下手法复位，用胶布条或石膏条经伤侧肘、肩及健侧胸壁交叉固定。

手术指征

- 肩胛盂骨折移位严重而手法整复不满意者。
- 肩胛体部骨折有重叠移位而手法未能复位者。

手术要点

- 取肩胛内缘“L”形切口或肩胛外后弧形切口。
- 暴露骨折后，直视下复位，肩胛体骨折可不用内固定或钢板固定，肩胛颈骨折可用克氏针或螺丝钉固定。

术后处理

- 术后早期作肩关节划弧锻炼。
- 术后两周拆线，骨折愈合后拔除内固定。

肱骨大结节骨折

概述

●肱骨大结节骨折常与肩关节脱位合并发生，根据致伤的暴力及合并伤可分为四种类型：无移位的单纯大结节骨折；合并肩关节前脱位的肱骨大结节骨折；有移位的单纯撕脱骨折；合并外科颈骨折的大结节骨折。