

明理正骨

王文燕 王广智 编著



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

明理
正骨

王文燕 王广智 编著

图书在版编目 (CIP) 数据

明理正骨/王文燕,王广智编著. —济南:山东科学技术出版社,2014

ISBN 978 -7 -5331 -7315 -9

I. ①明… II. ①王… ②王… III. ①正骨手法
IV. ①R274.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 082350 号

明理正骨

王文燕 王广智 编著

出版者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路 16 号
邮编:250002 电话:(0531)82098088
网址:www.lkj.com.cn
电子邮件:sdkj@sdpress.com.cn

发行者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路 16 号
邮编:250002 电话:(0531)82098071

印刷者:山东新华印刷厂潍坊厂

地址:潍坊市潍州路 753 号
邮编:261031 电话:(0536)2116806

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:18

版次:2014年5月第1版第1次印刷

ISBN 978 -7 -5331 -7315 -9

定价:68.00 元

前 言

《明理正骨》是老中医王广智教授半个世纪临床与教学经验的实录。时下国家出台一系列政策，“中西医并重”“扶持和促进中医药事业发展”，新形势给中医药事业的发展提供了更好的机遇。王教授深受鼓舞，将其经验撰著成书，奉献给社会，为中医事业的振兴尽微薄之力。

书名定为《明理正骨》，“明理”者，明白正骨医术之道理也。本书把骨伤科常见病多发病的病因、病机、征象、诊断、治疗、预后等的道理，说得明明白白，并配插图以作辅助，图中均标示施力、受力方向，一目了然，易学易用，此“明理”之一义。其二，“明理”是王教授的“曾用名”。王老生逢乱世，学途坎坷，18岁考初中时，因高小未毕业，便借了其堂弟王明理的高小毕业证应考，被录取后得以进入正规学校（入学半年后改回原名），苦读12年实现夙愿，成为一名中医师。“明理”之名，实蕴怀念感恩之义。此即书名冠以“明理”之缘由。

王教授中医基本功扎实，又能“衷中参西”，50年的临床医疗及教学经验，大部分反映在《明理正骨》中，展现了他鲜明的学术特点：疾病的诊断衷中参西，机理明晰，叙述通俗明白；用药强调整体观念，辨证施治，重视整体辨证与局部辨病相结合，通经活络、调和气血为主导，疗伤以治“血”为重点，处方尊古而不泥古，善于创制新方；在传统手法的基础上融入自己的实践经验，对骨折、脱臼、伤筋的手法治疗多有创新，形成了自己的风格；对骨折的夹缚固定方法，注重从解剖生理角度“辨病施法”，较传统方法有不少改进；治疗常见的骨关节疾病，充分发挥中医药的优势，基本不用西药，且内治与外治兼施，视具体病症而用，较单纯内治更胜一筹，形成自

己的特色。

王教授是新中国成立后最早由高等中医院校培养的中医骨伤科工作者之一，学验俱丰，诊治骨伤病人二十余万次，又勤于笔耕，积累文字资料逾百万言。把这些经验与文字资料总结起来，传播开去，造福人民，是我们新一代中医人应当承担的责任。但由于作者水平有限，本书尚不能全面反映王老的学术成就与水平，颇感歉疚。书中难免有错，诚望读者指正。

王文燕

2013年12月，于济南

王广智教授小传

王广智，济宁医学院中医学教授，中医骨伤科主任医师。

王教授 1933 年生于山东省临朐县一贫困农家，时逢乱世，天灾人祸，颠沛流离，生活艰辛。学途坎坷，十八岁始能上初中。由于自幼目睹农村缺医少药之惨状，立志学医以救人济世。1957 年高中毕业，第一志愿考入上海中医学院医疗系，学制 6 年。课堂聆听沪上诸中医名家讲授，临床见习、实习，接受各科名医的谆谆教诲，全面接受中医学的系统教育。中医名家高尚的人格魅力，高超的学术水平，严谨的治学之风，对王老的医术、成长产生了极大影响。6 年苦读打下了坚实的中医理论基础，特别是在数家大医院见习实习期间，上海中医骨伤科的众多名家对王老尔后的专业生涯影响甚大，他们卓越的医技与疗效，坚定了王老从事骨伤科专业的决心，毕业后如愿以偿分到山东省中医院骨科工作。

山东省中医院骨科为王教授的专业发展提供了优越条件：第一，学习继承老中医的丰富经验。骨科有三名老中医，各有专长，特别是杨锡嘏老大夫，正骨手法娴熟，骨折与关节脱位的闭合整复成功率极高，对夹板制作、“接骨药”的配制也极有特色。王老虚心学习，老大夫的正骨手法、固定方法等都很快地熟练掌握。第二，取西医之长，补中医之短。骨科有两位老资格的西医同道，他们基本功扎实，经验丰富，在科内对疑难病、少见病、急重症的诊治把关。王老在实践中认识到，必须取西医之长，补中医之短，才能适应临床医疗的需要，便加强了西医基本功的学习与锻炼，几年间，便可在西医同道的带领指导下，开展一些常见的骨科手术。“衷中参西”的结果，是在实践中最大限度地解决了“一条腿走路（中医）”的尴尬。第三，最

基本的也是最重要的,是充裕的实践机会。省中医骨科,社会知名度高,患者络绎不绝,日门诊量多达二三百人,病床六十余张,病员多,病种全,中西医的治疗方法均可得到充分施展,使王老的临床诊治能力与水平得以全面迅速提高。第四,教学与临床的结合,使理论与实践相辅相成,全面发展。省中医院作为中医学院的附属医院,临床医生要承担一定的教学任务,包括课堂讲授与临床带教。王老充分发挥了他中医理论功底厚实、临床经验丰富的优势,承担了多个单位的授课任务,先后给济南市中医学校,山东中医学院,山东省第一、二届骨科师资培训班,省中医研究班,济南军区卫生部西学中班等讲授中医骨伤科学。针对不同教学对象,制定不同教学方案,撰写几套讲稿,既提高了系统理论水平,又可理论联系实际,教学与临床互相促进。

在省中医院十余年的勤奋学习与锻炼,使王老成为当时骨科的技术骨干,课堂能讲,临床能做,还能不断总结经验。骨折、脱位的手法整复、理筋手法,都在传统手法中融入自己的经验,形成了自己的风格;对固定夹板的塑形与固定方法,结合局部解剖生理特点做了不少改进,使之更科学、效果更好;中药的应用既保留科内老中医的传统验方,又据中医理论及临床需要制定新方作为科内协定方(如祛瘀消肿膏、活血祛瘀片等),取得良好效果。

为了传承正骨经验和教学工作的需要,王老决定拍摄一部纪实性教学电影。他学习了相关基础知识,请教了有关专家,写成教学电影《中医正骨经验》剧本台本。筹拍教学电影得到了全科同事的支持,经院领导批准,购置了所需器材物品,于1976年3月开机。王老既是编导,又当“演员”,工作开展很顺利。遗憾的是,就在“热拍”之始,山东中医学院与山东医学院闹分家(两校合并已5年),摄制组亦分了家,电影被迫“下马”。王老甚感惋惜与无奈,但他传承正骨经验的决心未泯,决定改拍电影为写书。利用已具备的条件,把600多组电影镜头设计画面改拍成照片,作为书中插图;把剧本解说词与讲课稿结合,著成《临床正骨学》(该书于1979年3月由山东科学技术出版社出版)。该书是以中医为主的中西医结合骨伤科专

著(书中西医部分由邵光湘主任撰写),反映了当时山东省正骨学科的学术水平,是当时全省、全国有较大影响的专著之一。这是王老十余年间刻苦学习、勇于实践、善于总结、勤于笔耕、团结合作的劳动成果。由于处在“特殊时代”,书稿完成后,版权却落在了工作单位。

由于诸多客观原因,1979年底,王老离开了原单位,调至济宁医学院(当时为医专)工作。新环境带来了新的发展机遇和条件,学院安排王老担任中医学教研室主任,给学生讲授中药、方剂学及中医外科学。因课余时间较多,故仍从事中医骨伤科临床医疗工作,先是受聘济宁市中医院大外科主任(骨、外、皮、痔),五年后又受聘济宁正骨医院名誉院长兼技术顾问,管理门诊与病房。又五年,在济宁医学院附院组建了中医骨伤科(与理疗科合并),任科主任。在这十余年的时间里,王老充分发挥了自己的教学、临床、科研能力,培养了一大批学生与临床医生,诊治了大量病人,参加了许多学术交流活动,并不断进行技术革新,学术水平有了新的提高,医著、论文、革新成果、科研项目,大都是在这期间完成的。

退休后的十余年里,王老的医术发展又进入了一个新天地。他组建了济宁医学院门诊部中医骨伤科门诊及中药房并掌管。他把药柜放在诊室内,将近百种中药加工成细粉,可以很方便地据病情需要,当即调配成内服剂(散或胶囊)或外用剂(药膏、擦剂等)应用。凭着他对中药方剂知识的熟练掌握,充分发扬了中医医药不分家的优良传统,通过大量实践,创制了许多内服、外用的经验方。他把医疗重点转向了纯用中药治疗骨关节病及一些难治病证,显现了中医中药的优势,取得良好疗效。近几年,在济宁骨伤医院骨关节病专家门诊,用中药内服、外用,成为一特色专科,深得群众信任。应患者要求,还治疗一些内、外、妇、儿科疾病,疗效颇佳。

王教授笃信“中国医药是一个伟大的宝库”,特别崇尚中医学的气血学说与经络理论,用药思想体现在一系列内服、外用经验方中。他的临床思维方式既是传统的,在工作中牢牢把握中医学的精髓——整体观念、辨证施治,又是现代的,不失西医的“辨病”原则,以提高疗效,减少失误。他是中医骨伤科兢兢业业的临

床实干家,诊治患者二十余万人次,并且善于总结经验,勤于笔耕,形成文字的资料逾百万言。至今,他仍然坚持工作在临床第一线,为中医事业、为社会默默奉献着。

目 录

第一章 骨折概论	1
第一节 概述	1
第二节 骨折的原因与分类	2
第三节 新伤骨折的临床表现	4
第四节 骨折的检查与诊断方法	7
第五节 骨折急症处理	14
第六节 一般骨折的治疗步骤和方法	17
第七节 骨折的愈合标准	40
第八节 影响骨折愈合的因素	41
第九节 骨折畸形愈合、延迟愈合及不连接的处理	42
第十节 小儿骨折及其处理特点	45
第二章 上肢骨折	49
第一节 锁骨骨折	49
第二节 肱骨外科颈骨折	53
第三节 肱骨大结节骨折	56
第四节 肱骨干骨折	58
第五节 肱骨髁上骨折	61
第六节 肱骨髁部骨折	69
第七节 尺骨鹰嘴骨折	77
第八节 桡骨头骨折与骨骺分离	78
第九节 尺桡骨干双骨折	81
第十节 尺骨上段骨折伴桡骨头脱位	84
第十一节 桡骨下1/3骨折伴下桡尺关节脱位	87
第十二节 桡骨远端骨折	89
第十三节 腕舟骨骨折	93
第十四节 掌指骨骨折	95
第三章 躯干部骨折	102
第一节 肋骨骨折	102
第二节 胸腰椎压缩性骨折	104

第三节	腰椎椎弓骨折	110
第四节	骨盆骨折	111
第四章	下肢骨折	117
第一节	股骨颈骨折	117
第二节	股骨粗隆间骨折	121
第三节	股骨干骨折	122
第四节	股骨髁间骨折	127
第五节	髌骨骨折	129
第六节	胫腓骨上端骨折	131
第七节	胫腓骨干骨折	135
第八节	踝部骨折	139
第九节	足部骨折	143
第五章	关节脱位	149
第一节	关节脱位概述	149
第二节	上肢关节脱位	151
第三节	躯干部关节脱位	159
第四节	下肢关节脱位	167
第六章	筋伤	175
第一节	筋伤概述	175
第二节	常见的筋伤疾病	190
第七章	骨骺损伤与骨骺疾病	227
第一节	骨骺损伤概述	227
第二节	常见骨骺及骨软骨疾病	229
第八章	常见骨关节病	235
第一节	增生性骨关节病	235
第二节	创伤性关节炎	245
第三节	创伤性骨化性肌炎	246
第四节	成人股骨头缺血坏死	247
第五节	痛风性关节炎	249
第六节	风湿性关节炎	250
第七节	类风湿性关节炎	253
第八节	强直性脊柱炎	256
第九节	化脓性骨髓炎	259
第九章	附方、验方	262

第一章 骨折概论

第一节 概述

由于“力”的作用而使骨的连续性、完整性遭到破坏,即为骨折。正常骨骼受到外力的作用而发生骨折者,称为创伤性骨折。若骨骼本身原已有某种病变而受外力影响发生骨折者,称为病理性骨折。一般泛称之为“骨折”,系指创伤性骨折而言。“外力”在创伤性骨折的发病中虽是重要因素,但并非决定因素,外因是变化的条件,内因是变化的根据,外因通过内因而起作用,骨折的发生,都是内外因综合作用的结果。克服单纯“外因论”,对于认识和分析骨折的多发年龄、好发部位、骨折类型、移位状况,以及骨折的预后估计等,有着深刻的指导意义。

骨骼,是人体这个活动着的有机体的重要组成部分,对于人体的形态、生长、运动、物质代谢、血液制造、维持内脏功能、保护内部器官等,均起着重要作用。因而,骨折一旦发生,即对整个机体产生广泛的影响,发生一系列变化,出现局部与全身的复杂症状。骨折,绝不能简单地理解为就是骨的断裂,每一骨折的发生,都

往往伴有不同程度的皮肤、肌肉、经络、气血、脏腑等方面的损伤。所以,在认识和处理骨折过程中,必须树立“整体观念”。

只要正确地运用望、闻、问、切、手法、量比等方法进行细致的临床检查,结合运用X线和实验室检查,善于综合分析,对骨折做出确切诊断,一般并无困难。

骨折的治疗,是一种艰巨、复杂、细致的劳动。在治疗过程中,要充分注意到内在因素的主导作用,局部与整体的密切联系,内治与外治的综合效果,固定与活动的对立统一,以及调理气血的重要意义。充分理解和运用这些原则,是治疗骨折取得良好效果的关键。在治疗骨折过程中,还应注意取西医之长,补中医之短,实践证明,恰当地中西医结合治疗骨折,可取得良好疗效。

对于骨折的发生、变化、愈合规律,至今还没有完全认识清楚,在临床上还有许多问题尚不能有效解决,有待于通过临床实践和科学实验,不断地总结经验,创造治疗骨折更完善、更理想的先进方法,对

人类健康做出更大贡献。

第二节 骨折的原因与分类

一、骨折的原因

(一) 外因

创伤性骨折发生的原因,从“力”的角度分析,可以有如下几个方面。

1. 直接外力 外来暴力直接作用于肢体的某一部位,而致该部骨折,如棍棒打击、拳打脚踢、砖石砸碰、枪弹贯穿等。这类骨折多为横形或粉碎骨折,往往伴有不同程度的皮肤、筋肉、血管和神经的挫裂伤,甚至伤及内脏,故局部和全身症状往往较重,骨折可为开放性。

2. 间接外力 外来暴力作用于肢体某部,通过力的传导而致远离受力部位骨折。如坠跌时臀部着地,引起的胸腰椎屈曲压缩性骨折;跌倒时手掌触地,引起的桡骨髁上骨折及桡骨远端骨折等。这类骨折多发生在骨质较薄弱的部位和承受“剪力”的部位。其周围软组织之裂伤在内部,骨折多为闭合性。

3. 筋肉牵拉 筋肉皆附着于骨上,当肢体运动不协调或某种原因导致筋肉强力牵拉时,将筋肉附着处之骨撕裂,造成骨折。如膝关节在半蹲姿势时,股四头肌突然强力收缩,即可造成髌骨骨折;猛力投掷物体时,前臂屈肌强力收缩,造成桡骨内上髁骨折等。这类骨折的骨块多有

分离移位或翻转移位。

4. 疲劳 长时间从事某种运动,积累性外力使某处骨骼负担过重,疲劳过度,发生骨断裂。如长途行军引起第二、三跖骨颈的骨折;长跑运动员发生腓骨下1/3骨折;排球运动员发生胫骨上端骨折等。这类骨折多为横形或裂纹骨折。折端很少有移位,局部症状较轻,易被忽略。

(二) 内因

从机体内在因素分析,骨折发生的原因更是多方面的,有些骨折与年龄有密切关系,如儿童与青少年的骨骺分离、青枝骨折、骨膜下骨折,老年人的股骨颈骨折与股骨粗隆间骨折;有些骨折与部位有关,如T12 L1的压缩性骨折,坠跌足部着地时的跟骨骨折,跌倒掌部着地时的腕舟骨骨折等;有些骨折则由骨的结构特点所决定,如长管骨的松质骨与坚质骨交界处,锁骨的中外1/3交界处等。其他如体质强弱、精神因素、工作性质、技术熟练程度等,都和骨折的发生有关。至于病理性骨折,外力仅是诱因,甚至在没有外力影响的情况下,也会发生骨折,骨折的根本原因在骨病本身。

骨折的发生,总是内外因综合作用的结果。内外因是不能截然分开的,如筋肉牵拉,虽列为外因,实际也是内因,即筋肉

收缩为主导。

二、骨折的分类

在骨科临床工作中,对骨折进行分类,是决定处理方法、掌握其发展变化规律的重要环节。分类方法有多种,每种方法都有其特定的临床意义。常用的分类法有:

(一)骨折端是否与外界相通

1. 闭合性骨折 骨折部表皮未破,骨折断端不与外界空气相通。此类骨折感染机会较少,但由于瘀血积于内,出血多时则易在局部形成较大血肿。

2. 开放性骨折 骨折部之表皮破裂,骨折断端与外界相通。此类骨折治疗较闭合性骨折复杂,且易感染,发生变症。

(二)骨折的程度

1. 不完全骨折 骨质仅部分失去连续性或完整性,如裂纹骨折、青枝骨折等。此类骨折断端无移位或仅有成角,较稳定,愈合快。

2. 完全骨折 骨折线完全通过了骨质和骨膜,使骨断裂为两段或多块。此类骨折断端多有移位。

(三)骨折线形状

在X线片上可以见到如下类型(图1.1)

1. 横形骨折 骨折线与骨的长轴(纵轴)相交,成直角或接近直角。

2. 斜形骨折 骨折线与骨的长轴斜交成锐角。

3. 青枝骨折 骨折线不规则,骨皮质部分断裂而尚有部分连续,折端变形,犹如折断之柔韧树枝状。

4. 粉碎骨折 骨折线两条以上,使骨断裂为三块以上。

5. 螺旋骨折 骨折线弯曲,使骨折断面成螺纹状。

6. 嵌入骨折 骨折的一个断端嵌入另一断端内,多发生于坚质骨与松质骨交界处。

7. 压缩骨折 松质骨被挤压,体积缩小,密度增大。

8. 骨骺分离骨折 发生在骨骺板部位,使骨骺与骨干分离,见于小儿与青少年。

其他尚有“Y”形骨折,“T”形骨折,星形(米)骨折等。

(四)骨折的稳定性

1. 稳定型骨折 经复位和外固定后,骨折断端一般不易再发生移位,如横形骨折、小斜形锯齿状骨折、嵌入骨折等。

2. 不稳定型骨折 移位之骨折断端经复位后,在一般外固定下易发生再移位,如大斜形骨折、螺旋骨折、粉碎骨折等。

(五)骨折发生后就诊的时间

1. 新伤性骨折 骨折发生后1~2周内就诊。

2. 陈旧性骨折 骨折发生后2~3周以上就诊。

此外,还有按骨折发生机理分类的内外翻骨折、伸直屈曲骨折、内收外展骨折等。骨折机理不同,骨折即有相反方向的移位或成角,复位与固定方法上有原则的区别,临床上必须分清。

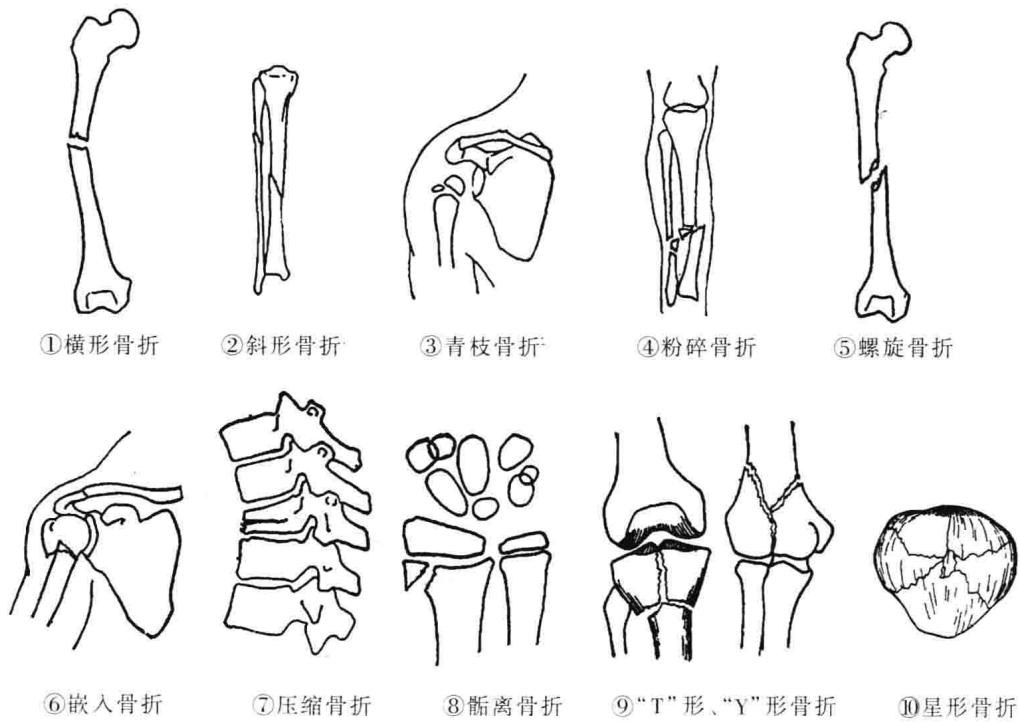


图 1.1 骨折类型(按骨折线形状分类)

第三节 新伤骨折的临床表现

一、全身表现

较轻的骨折,一般无明显全身症状,但较重者均可产生不同程度的全身症状。

(一) 晕厥与休克

1. 晕厥 可见于打扑坠跌之际,当即昏晕,呼之不应,脉细或伏。可见于较大之骨折(如股骨),多发骨折等。或由于骨折后患者精神紧张或极度恐惧,身体虚弱,严重疼痛,发生突然头晕目眩而倾倒,干呕欲吐,面色苍白,表情淡漠,脉细弱,

以至失去知觉和活动能力,血压之收缩压下降而舒张压一般无改变。以上表现是由于创伤刺激或一时性的脑缺血所致。祖国医学认为是因创伤导致气机紊乱一时闭塞所致,经过一般救治措施都可于数分钟内恢复。

2. 休克 可见于失血较多的开放性骨折,或合并内脏器官损伤的严重骨折,内出血较多的骨折如骨盆骨折、股骨干骨折、多发性骨折等。系由于全身有效循环血量骤减,发生急性周围循环衰竭所致,祖国医学认为是因出血过多,气随血脱以

至元气暴脱、气血双亡所致。其早期表现可有短时间的兴奋,多语,烦躁,脉速,血压正常或偏高,但脉压变小。继而进入抑制状态,精神萎靡,表情淡漠,反应迟钝,面色苍白,汗出肢冷,呼吸表浅,口渴畏寒,血压下降,脉微细而数或触不到。若得不到及时有效的抢救,病情继续恶化,血压进行性下降,以至不能测知,神志转为昏迷,可危及生命。

(二) 经络气血郁滞

由于骨折局部瘀血,导致周身经络之气血不调,运行不畅,发生瘀滞。可表现为:

1. 瘀血发热 气血瘀于腠理,营卫阻遏不通,郁而化热。患者发热,体温一般在 38°C 左右,常伴食欲不振、倦怠、口渴等症。这种发热常于骨折后2~3日发生。瘀血发热应与感染性发热相鉴别:后者常有头痛、恶寒、出汗或无汗、周身不适等症状,局部有红、肿、热、痛等急性炎症表现。

2. 经络瘀滞 周身气血循行不畅,出现全身不适,酸楚疼痛,心烦意乱,不能安卧。此类症状多发生在骨折后1周内,其后则逐渐缓解。

(三) 脏腑内伤

脏腑内伤,轻者为脏腑气机不调,功能紊乱,是骨折后最常见的全身症状;重者为脏腑的器质性损伤。

1. 脏腑气机失调 骨折后,局部气血瘀阻,可导致整个机体的气机不调,影响到各脏腑,便出现相应症状。正如《正体

类要》所载“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和”。

(1) 肺气伤则咳、喘、胸闷、咳痰不畅及呼吸作痛。多见于肋骨骨折。

(2) 肝胆气伤则胁肋窜痛,不敢转侧。亦多见于肋骨骨折。

(3) 脾胃气伤,轻者症见纳呆、腹胀、腕闷,或干哕呕吐、噎腐吞酸;重者症见脘腹胀满、腹痛呕吐、大便不通、苔垢腻、脉弦滑。

(4) 肾与膀胱气伤,则小便不利或失禁,溲黄涩痛。多见于腰胯、骨盆骨折。

(5) 心气内伤,则有心悸、失眠、多梦及惊惕烦乱等症。常见于较重之骨折。

2. 脏腑器质损伤 可见于躯干部挤压骨折,多由骨折端的刺戳或外力的直接作用所致。脏腑实质的破裂、内出血、脏腑内容物的流溢等,是造成严重后果的主要因素。如肋骨骨折刺破肺脏,可造成喘促、咳血、气胸、血胸;骨盆骨折可伤及膀胱或尿路,尿液内溢腹腔;下肋骨骨折可致肝脾破裂,或肾损伤引起大出血或尿血等。如果躯干部骨折发生后,迅速出现喘促、烦闷、苍白、紫绀、冷汗、血压下降、腹部剧痛、板硬拒按、咳血、尿血或便血等症者,都应考虑临近脏器实质损伤的可能。要提高警惕,迅速查明病情,中西医结合组织抢救。

二、局部表现

(一) 疼痛

骨折发生后半小时内,一般疼痛较

轻,往往有“发木”感,即所谓“局部休克”。尔后疼痛逐渐加重,尖锐性刺痛,动则痛甚,骨折部之远端肢体轻微震动,即可引起骨折部剧痛(远端震痛)。伤处局部有敏锐之触痛,压痛点集中,在伤处之远端顺肢体纵轴施以压力,可引起伤处剧痛(纵挤痛)。这些特点是诊断骨折的有力证据。无痛之骨折,只是特例。

(二) 肿胀

在骨折发生部位,由于小血管的断裂,出血淤积在局部软组织内,可立即形成血肿,局部高突、按之波动。数小时后,由于瘀血的蔓延及凝结阻塞,气血运行不畅而使肿胀范围逐渐扩大、变硬,甚至引起伤处远侧肢体肿胀,骨折部皮肤往往起水疱,儿童尤甚。皮肤可出现青紫瘀斑。骨的血运越丰富(如股骨干、肩、肘、膝、踝等),伤后形成的血肿越大,肿胀亦越严重。过大之血肿,可能会产生如下不良后果:

1. 加大骨折移位,造成复位困难,如股骨骨折(图 1.2)。

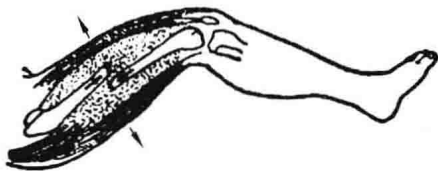


图 1.2 骨折部血肿过大,可加大骨折端重叠移位,增加复位困难

2. 局部肿胀严重及皮肤水疱,影响骨折的及时复位与固定。

3. 局部筋膜下张力过大压迫血脉,影

响骨折远侧肢体的气血供应,产生严重缺血性肌挛缩,甚至引起肢体坏疽。

4. 血肿过大,有碍骨折愈合。

5. 肿胀消退时间延长,增加关节僵硬之机会。

因此,伤处局部明显的血肿与肿胀,不仅是诊断骨折的依据之一,而且必须在治疗过程中及时采取措施,处理瘀血肿胀,以防止由此产生的不良后果。

(三) 功能障碍

骨折发生后,大都有不同程度的肢体功能障碍,主要表现为运动功能及骨骼支架功能的障碍。此表现有时为最先被发现的骨折特征,如小儿小腿骨折时不敢站立等。但有些骨折,肢体功能障碍不明显,如小儿锁骨青枝骨折,某些嵌入型骨折等。

(四) 畸形

多数骨折,都有肢体形态的改变,望诊可察知其形态与正常不同,称为畸形。由于骨折的部位、类型、移位程度以及受伤机理的不同,可出现不同的畸形,如长骨骨折断端重叠,可有肢体缩短畸形;骨的轴线方向的改变,可使肢体成角畸形及弯曲畸形;骨折端有侧方移位,可使肢体伤处出现一侧凹陷,一侧凸起的凹凸畸形;由于重力和肌肉牵拉的影响或受伤机理的差别,可出现旋转、翻转等畸形。畸形是长骨骨折的特有征象之一,但不是骨折的必备体征。畸形的纠正也是判断治疗效果好坏的重要标志之一。