

《中医伤科学》第六章：骨折概论(3) PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/168/2021_2022__E3_80_8A_E4_B8_AD_E5_8C_BB_E4_c22_168742.htm

执业医师专用训练软件《百宝箱》【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，保护患肢，使之能安全而迅速地运送至医院，以便获得妥善的治疗。

一、抢救生命：即简单观察，重点检查，以便迅速了解病情。要求动作轻柔谨慎，稳妥。以抢救生命作为最主要的任务，若患者处于休克状态，应采用抗休克治疗，同时注意保温；有条件的则应迅速输血输液；对有颅脑损伤而处于昏迷者应注意保持呼吸道通畅。

二、创口包扎：及时而妥善的包扎能达到压迫止血、减少感染、保护伤口的目的。要求包扎动作要轻巧、迅速、准确。对于大血管出血可采用止血带，应记录使用止血带的时间。若骨折端已戳出伤口但未压迫血管神经时，不应立即复位，以免将污物带进创口深处，应在清创术将骨折端清理后，再行复位。若在包扎创口时骨折端已自行滑回伤口内，则到达医院后务必向负责医生说明，使其注意。

三、现场固定：骨折急救处理时，将骨折后的肢体妥善地进行固定，这是骨折急救中最重要的一环。目的在于防止骨折断端的异常活动而造成新的损伤，同时可减轻疼痛，预防休克，可对骨折的治疗起重要的作用。抢救时凡是可疑骨折患者，要求均应按骨折处理。不必要求脱衣服鞋袜，以免过多地搬动患肢增加患者的痛苦。若患肢肿胀明显，可剪开衣袖或裤管。有时闭合性骨折有穿破皮肤、损伤血管的危险，固定时应注意。一般来说不可在现场试行复位。固定材料应就地取材，如绷带

、棉垫、木夹板、树枝、竹杆、木棍、木板，固定时应注意防止皮肤受压，四肢固定要将手指尖、足趾尖露出，以便观察血循环。若发现肢体远端皮肤苍白、青紫、发凉、疼痛、麻木、远端动脉搏动消失时要立即检查原因，若是缚扎太过，则应立即放松缚带或重新固定。

四、迅速运送：经妥善固定后，迅速送往医院。

【骨折的治疗】骨折的治疗包括复位、固定、药物和功能锻炼四个方面。在治疗中应遵守四个原则：动静结合。即固定与活动结合。筋骨并重。即骨与软组织并重。内外兼治。即局部与整体兼顾。医患合作。即医疗措施与患者的主观能动性密切配合。

骨折复位 骨折的复位要求 骨折复位有非手术（闭合复位）和手术（切开复位）之分。非手术治疗包括手法复位加外固定；手法复位加牵引固定（有时可结合局部外固定）以及持续牵引复位。手术包括手法复位加内固定；切开复位加内固定。骨骼是人体的支架，它以关节为枢纽，通过肌肉的收缩而进行活动。当人体受到强大暴力或因肌肉强烈收缩而造成骨折后，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，因此在治疗骨折时首先要进行复位。复位就是将移位的骨折段恢复正常或近乎正常的解剖关系，重建骨骼和支架作用。骨折对位越好，支架越稳固，骨折就能较快地愈合，肢体功能也可较顺利地恢复。因此对每个骨折都应认真整复，争取达到解剖和接近解剖复位。对于某些骨折不能达到解剖复位的，应根据病人的年龄、职业及骨折部位的不同，也必须做到功能复位。

解剖复位：是指骨折的畸形和移位完全纠正，恢复了骨的正常解剖关系，对位（指两骨折端的接触面）和对线（指骨折段在纵轴上的关系）完全良好时，称为解剖复位

。所有骨折者应争取达到解剖对位。功能复位：指骨折整复后虽尽最大努力但仍有某种移位未纠正，如在此位置上骨折愈合后，肢体功能可以恢复到满意的程度，不影响日常生活。对不能达到解剖复位者，都应力争达到功能复位。如单纯为了追求解剖学的对位，而进行多次整复，不但增加了软组织的损伤，甚至可造成血管、神经损伤等并发症，对骨折修复和日后功能恢复均有害无益。临床上绝大多数骨折都可用手法复位，能取得满意的效果。手法复位要求及时、稳妥、准确、轻巧而不增加损伤，力争一次手法整复成功。

复位标准 对线：旋转移位必须完全矫正。对位：长骨骨干骨折时，对位至少应达到三分之一以上。长度：下肢若短缩小于2厘米，儿童无骨骺损伤者，日后可自行矫正。临床在整复时还要根据上肢、下肢的功能要求，伤员的不同年龄等具体情况其整复标准亦有所不同。由于上肢功能主要是活动，对肢体的长度要求不严；下肢的功能主要是负重，则对力线和肢体长度要求严；儿童因其骨折后骨痂塑形能力大，要求较低。具体要求如下：上肢方面：肱骨干骨折有一定成角（5度~10度），对功能影响不大；尺桡骨骨折要求较严，侧方移位不可超过50%，成角畸形在5度~10度以下时，对旋前、旋后功能影响不大，整复时应双骨一起整，否则可引起上、下尺桡关节发生半脱位而产生疼痛。下肢方面：下肢缩短成人应不超过1厘米，儿童不超过2厘米，否则可出现跛行，日久则引起髋部和腰部疼痛。胫腓骨骨折成角不超过5~10度，否则会造成踝关节、膝关节的轴线不与地面平行，而使踝关节或膝关节面倾斜，产生创伤性关节炎，出现相应关节的疼痛。另外，旋转移位应尽最大努力矫正，下肢的内旋或外

旋会影响患者行走的步态。儿童：骨折整复对儿童要求较宽，这是因为儿童正处于生长发育时期，下肢可短缩在2厘米以内，若无骨骺的损伤，在生长发育过程中能自行矫正。关节内的骨折：关节内的骨折线经过关节面者整复要求较高，应争取达到解剖对位。如髌骨骨折移位，关节面不平整，可造成膝关节创伤性关节炎；肱骨外髁骨折有旋转及侧方移位者可影响肘关节的伸屈功能；内外踝骨折者不允许有成角、旋转及侧方移位的存在，因为这些畸形愈合会造成踝部创伤性关节炎。关节内骨折若整复不能达到满意的解剖对位，则应考虑手术治疗。

复位的准备 麻醉：采用麻醉止痛以便于复位操作。一般对于简单骨折可不用麻醉。但对于一些老年人或有高血压、心脏病的患者，可用2%的普鲁卡因10毫升~20毫升注入血肿内，一般10分钟后即可开始整复[如下图]。

基本手法：骨折复位必须掌握“以子求母”，即以远端对近端的原则。

手摸心会：为施用手法前的必要步骤，即在整复前必须先用手触摸骨折部，触摸时先轻后重，由浅及深，从近到远，两头相对，确定骨折断端在肢体内的方位，达到“知其体相，识其部位，一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”的目的。

拔伸牵引：目的是为了克服肌力，矫正重叠移位，恢复肢体的长度。按照“欲合先离，离而复合”的原则，开始牵引时肢体先保持在原来的位置，然后沿着肢体纵轴由远近骨折段对抗牵引，把刺入骨折部周围的软组织内的骨折断端，慢慢地拔伸出来[如下图]。而后再按照整复步骤，改变肢体方位，用力牵引。牵引力的大小应根据病人而定，要持续稳准。

旋转屈伸：主要是矫正骨折断端间的旋转及成角移位，因为有些近关节部位的骨折，牵引越

重，成角畸形就越大[如下图]。端挤提按：当旋转、成角及重叠移位得到矫正后，侧方移位就成为主要畸形。以指直接用力，作用于骨折断端迫使复位。以人体的中轴线来讲，前后侧移位（上下侧）用提按的手法；内外侧（左右侧）移位用端挤的手法。即上提下按，外端内挤[如下图]。摇摆触碰：以上手法，一般骨折即可基本复位，但横断或锯齿型骨折的断端间可能有间隙，则采用摇摆触碰法。一般经过上述手法，骨折整复即可结束。按摩推拿：主要是调理骨折周围的软组织，使扭转曲折的肌肉、肌腱，随着骨折的复位，亦可舒展通达，尤其对骨关节周围的骨折更为重要。操作时手法要轻柔，按照肌肉、肌腱的行走方向，先由上而下，再由下而上，顺骨捋筋[如下图]，达到散瘀舒筋的目的。夹挤分骨：凡是两骨并列部位发生骨折，骨折段因骨间膜或骨间肌的收缩而相互靠拢，复位时应以两手拇指及食中环三指，由骨折的背侧夹挤骨间膜，使靠拢的骨折段分开，远近骨折段即相应稳定，并列双骨折就能象单骨折一样，一起复位[如下图]。折顶回旋：对于横断或锯齿型骨折，如患者肌肉发达，单靠牵引不能完全矫正重叠移位时可用折顶手法[如下图]。回旋的手法多用于骨折断端之间有软组织嵌入的股骨干或肱骨干骨折，或经过不正确处理造成背向移位的斜面骨折[如下图]。整复后，必须认真地检查患肢骨折部的外形、长短是否已恢复正常，在给予适当的外固定后，进行X线检查，以确定整复效果。转贴于：100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com