

闭合性骨折的治疗原则及治疗骨折的复位临床执业医师考试
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/644/2021_2022__E9_97_AD_E5_90_88_E6_80_A7_E9_c22_644298.htm 闭合性骨折治疗原则有四：复位、固定、功能锻炼和药物治疗。复位是将移位的骨折段恢复正常或接近正常的解剖关系，重建骨骼的支架作用。但骨折愈合需要一定的时间，因此还得用固定的方法将骨折维持于复位后的位置，待其坚固愈合。功能锻炼的目的是在不影响固定和愈合的前提下，尽快恢复患肢肌肉、肌腱、韧带、关节囊的舒缩活动，防止发生肌肉萎缩、骨质疏松、肌腱挛缩、关节僵硬并发症。用药利于消肿，并促进骨折的愈合。

骨折的复位：1.复位的时间：骨折整复越早越好，早整复比较容易，也易获得正确对位。病人有休克、昏迷、内脏及中枢神经系统损伤时，须等全身情况稳定后，才能整复骨折。如肢体明显肿胀，或已出现水泡，应将水泡在无菌技术下刺破，放空泡液，临时用石膏托或夹板固定，抬高患侧，密切观察末梢循环，待肿胀消退后再考虑复位。

2.复位标准 骨骼是人体的支架，它以关节为枢纽，通过肌肉的收缩活动而进行运动。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，就要复位，把移位的骨折重新对位，以恢复骨骼的支架作用。骨折对位越好，支架越稳固，骨折就能较快愈合，肢体功能就能顺利恢复。因此对每一骨折都应认真整复。解剖复位是指完全的复位，是最有利于功能恢复的，但在实际工作中往往达不到解剖复位，若强求解剖复位常需多次手法复位或手术才能达到，其结果造成创伤大，合并症多，功能恢复并不一

定满意。功能复位可为不完全复位，是容易达到的，复位治疗骨折的目的是争取功能最大限度恢复。而不是最大限度复位（解剖复位）。功能复位的标准手法复位整复后，骨端有一定接触，例如50%左右对位，没有重叠和分离，没有成角或旋转畸形即可，再靠骨折重新塑形的机能，可以获得良好的功能，因此，功能复位是手法复位一般选择的标准，若手术复位应要求得到解剖复位。

3.复位的方法主要有三种：手法复位、牵引复位、手术复位。可根据不同的骨折选用合适的治疗方法。

（1）手法复位：凡能手法达到功能复位和用外固定保持的，都应采用手法复位。如胫腓骨横形骨折，桡骨下端骨折，肱骨髁上骨折，指骨骨折等，具体方法如下：

麻醉：麻醉可以消除疼痛，解除肌肉的痉挛。可用局麻（血肿内麻醉）或神经阻滞麻醉，儿童也可采用全麻。待麻醉完善后，将患肢各关节置于松弛的位置，以减少肌肉对骨折段的牵拉力，有利于复位。

手法：用牵引和反牵引克服肌肉收缩，对准方向，原则上是将远侧骨折段对准近侧骨折段。

必要时采用辅助手法：拨伸牵引：既加以适当的牵引力及对抗牵引力。在患肢远侧端，沿其纵轴以各种方法施行牵引，矫正骨折移位，成角移位和旋转移位。

1.牵引与反牵引
2.手法整复
3.复位后用石膏托固定

手摸心会：在拨伸牵引后，术者两手触摸骨折部，参考X片所显示移位，确切掌握局部情况，便于下一步的复位手法。

反折、回旋：横形骨折具有较长的尖齿时，单靠手力牵引不易完全矫正短缩移位，可用反折的手法。术者两拇指板压于突出的骨折端，其余两手四指重迭环抱下陷的另一骨折端，先加大其原有成角，两拇指再用力向下挤压突出的骨折端，待两拇指感到两断端已有同

一平面时，即可反折伸直，使端端对正。回旋手法可用于有背侧移位，须先判定发生背向移位的旋转途径，然后施行回旋手法，循原路回旋回去。施行回旋手法时不可用力过猛，以免伤及血管和神经。端提、捺正缩短、成角及旋转移位矫正后，还要矫正侧方移位。上、下侧（即前、后侧或背、掌侧）方移位可用端提手法，操作时在持续手力牵引下，术者两手拇指压住突出的远端，其余四指挡住近侧骨端，向上端提。内、外侧（即左、右侧或桡、尺侧）方移位，可用捺正手法。操作时在持续牵引下，用拇指分别挤压移位的两骨端作捺正手法，使陷者复起，突者复平。分骨、板正、尺、桡骨、掌骨、跖骨骨折时，骨折段因成角移位及侧方移位而相互告拢时，术者可用两手拇指及食、中、无名指，分别挤压捏骨折处侧及掌侧骨间隙，矫正成角移位及侧方移位，使靠拢的骨折端分开。青枝骨折仅有成角移位时，可用两手拇指压住角顶，其余四指分别板折远近的两骨折段，即可矫正。复位后需检查复位情况，观察肢体外形，抚摸骨折处的轮廓，与健侧对比，并测量患肢的长度，即可了解复位后的大概情况。X线透视或摄片检查，可进一步正确肯定复位的情况。

（2）持续牵引复位 多用于肌肉较强有移位的复位，如股骨骨折；或用于手法复位困难，局部肿胀较重的情况，如小儿肱骨骨髁上骨折，以及不能用外固定保持对应的骨折，如胫腓骨斜形、螺旋形或粉碎性骨折。持续牵引使肌肉松弛，恢复骨骼的长度及轴线，达到逐渐复位的目的。持续牵引有一定的固定作用，在牵引期间，也可辅以手法整复取得较好的复位。有一定的骨痂形成后，可去除牵引，用小夹板固定或石膏固定，也可继续牵引至骨折愈合。牵引可分为皮肤牵

引和骨牵引。皮肤牵引：用宽胶布两条贴于骨折远端肢体两侧皮肤，连接分开板，系以重量，通过滑车进行牵引。牵引重量不能超过2~3公斤，最好在两三天内逐渐加量，皮肤牵引很难维持超过3~4周。牵引期间要经常检查，以免滑脱，影响牵引。此法适用于（4~5岁以下的幼儿），儿童及老年肌肉软弱，骨折无移位者。骨牵引用不锈钢针穿过骨质，通过牵引弓、绳子及滑车进行牵引。根据需要，调整牵引重量及方向，重量一般用体重的 $1/7 \sim 1/8$ ，对位后要减重量保持对位。牵引时间也可延长到2~3月，适用于一切有移位的成人骨折。常用的牵引部位有上肢的尺骨鹰咀，尺、桡骨下端，指骨远端；下肢为股骨髁上，胫骨结节，胫骨下端及跟骨。脊柱骨折可行头颅牵引。（3）手术切开复位

切开复位及内固定指征 骨折端间有肌肉，骨膜或肌腱等软组织嵌入。 关节内骨折手法复位后对位不好，将影响关节功能者。

手法复位与外固定未能达到功能复位的标准而将严重影响功能者。 骨折并发主要的血管损伤，在处理血管时，宜同时开放复位与内固定手术。 多处骨折为了便于护理及治疗，防止并发症，可选择适当的部位切开复位和内固定。

局部血运不佳，如股骨颈骨折。 陈旧性骨折，骨折已畸形愈合。（4）切开复位也有不少的缺点，应引起重视。 切开复位必须分离一定的软组织和骨外膜，可以影响骨折的血液供应，导致骨折延迟愈合，甚至不愈合。 骨折周围的软组织受暴力作用后已有严重损伤，切开复位将增加软组织的损伤，致使局部抵抗力降低，若无菌技术操作不严，易发生感染，引起化脓性骨髓炎。 骨固定器材质量不佳者，可因生锈和电解的作用，发生无菌性炎症，使骨折延迟愈合或不

愈合。 骨固定器材规格选择要求较严，如选择不当，可在术中发生困难，或影响固定效果。 骨折愈合后，某些内固定需拔除，还要再做一次手术。 切开复位因有上述各种的优缺点，故应严格掌握指征，能不用手术解决的问题就不做手术，能用简单方法解决的则不用复杂的方法。 更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏 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