

骨折复位施法要领浅谈

西安市红十字会医院中骨科 刘百科

骨折的整复均以医生对骨折的辨证结果为根据。制定相应的施法原则，是指导骨折正确复位、固定和功能锻炼的基本方法。早在清代吴谦著：《医宗金鉴、正骨心法要旨》手法总论中提到：“盖一身之骨体，既非一致，而十二经筋罗列序属，又各不同，故必素知其体相，识其部位，一旦临床，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出。或拽之离而复合，或推之就而复位，或正其斜，或完其阙，则骨截断、碎断，斜断。筋之弛纵，卷挛，翻转离合，虽在肉裹，以手扪之，自悉其情。法之所施，使患者不知其苦，方称为手法也”。这种正确的整骨原则和方法，至今仍指导于临床。但据笔者所见，现今执行者不依此者较多，而造成多次复位，反复进行，严重地造成局部软组织的再损伤，给骨折的复位，固定，功能活动都带来了极不利的因素。

现今对骨折治疗的要求是：1.早期尽量不增加或少增加软组织的再损伤，将骨折一次复位成功；2.缩短骨折病人卧床时间，使其接近正常人的生活，避免合并症的发生；3.骨折复位固定之日，便是肢体功能锻炼开始之时。可使骨折愈合快，肢体功能恢复好，达到骨折愈合和肢体功能恢复同时并进的效果。基于这种认识，笔者想借骨折复位施法要领这个题目，浅谈一下浮浅的认识，以克服多次复位，反复进行的弊病。

一、暴力致伤，快速复位

暴力致伤，快速复位，本意就是暴力致伤；“暴力”复位，则有以“暴”还暴之称。其关键是复位时间短，速度快，决非增加局部软组织的再损伤。人体任何部位的骨折，不管它是由那种暴力造成的，都是发生在很短的一瞬间，人们来不及防御而造成的骨折。据骨折

后欲合先离，先离后合的复位原则。在骨折复位的关键时刻，必须要在和暴力一瞬间致伤差不多的时间内，将骨折一次复位成功，采取的手法和方法就是以暴还暴，以力抗力，以外力的杠杆去对应肢体内部骨折端移位的杠杆。手法的速度越快，作用在骨折端的杠杆力就越大，迫使移了位的骨折从新达到位移改变的速度就越快。如徐徐加大成角，骤然折回归位之折顶手法，徐徐二字的意思就是慢慢的，骤然就是快速度。所以暴力致伤，快速复位，关键是速度概念要强。没有这个概念，骨折要达到先离后合的目的，必然要多次复位，反复进行。这样就加大了局部软组织的再损伤。骨折端粗糙的面由于多次复位磨损而变成了光滑的面，致使复位后的骨折端嵌插不紧密，骨骼的支架作用不稳固，折端稳定性差，人为的给骨折创造了再移位的机会，对骨折复位后的固定和功能活动，骨折的愈合和肢体功能的恢复都带来了极不利的因素。

暴力致伤，快速复位的手法，和开放复位不一样。开放复位，无论复位的难度有多大，都能在术者的直视下，将骨折满意的对位。手法复位则不能人人都能达到对同一骨折对位的要求。因此手法复位既带有它的普遍性，也有它的特殊性，既有它的科学性，也有它的技巧性。掌握者则十有八九可一次复位成功，不掌握者，则适得其反。正如墙上钉钉，不用手按，却用锤击。脚踏折柴，却用猛力，不用缓力之理一样。这就是暴力，暴力就是速度快。因此骨折的整复必将以暴还暴，以力抗力，以制动，以角矫角贯穿于这三个方法的始终。在互相运用的过程中，它们之间有互相矛盾而斗争，又有彼此联系而依存。

二、手拿部位要正确，用力方向要清楚

手法复位和手术开刀一样，是一集体的操作过程。术前不但要有周密的复位方案，而且要有清醒的头脑和认识。操作过程要理论联系实际，避免对骨折移位的各种情况说的头头是道，一接触实际操作却是格格不入。更不能对具体骨折的复位方法说不透，讲不清体相，弄不懂骨折移位方向。要克服盲目行事的错误作法。

开始施行复位手法时，术者手拿部位要直达病所。当牵引达到矫正骨折端的重叠畸形时，术者双手拇指及食中环指在骨折远近端，要形成对向挤压的四个力点，将骨折端控制在它移位的位置上，手法要达到控制骨折近端，推、挤、提、按远端，不能违背远端对近端的复位原则，用力方向一定要和骨折移位的方向相反，骨折复位的速度就快。骨折是否已复位好？可用摇摆触碰的手法鉴定或结合X线透视证实。骨折的固定必须是力量相等方向相反的一个作用力，作用在骨折断端，骨折才能稳定在它复位后的位置上。复位的全过程，时刻要想到手拿部位及用力方向是否正确。这样作就能达到识其体相，知其部位，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出的效果。

手拿部位在正确，用力手向要清楚。采用以暴还暴，以力抗力的方法，就是以外力的杠杆去对应肢体内部骨折端的杠杆，骨折才能顺利的达到一次复位成功，不再反复。

三、作用在骨折端的力要以点接触，禁用以面接触

手法之施，使患者不知其苦，用巧妙的手法将骨折在很短的时间内一次复位成功，既不增加软组织的再损伤，又能减轻病人疼痛的痛苦。所以作用在骨折端的力要一点接触，禁用以面接触，就是要避免术者以掌代指，盲目的在患者伤肢上无目的乱捏、拿、推、挤。不但刺激了皮肤，还达不到预期的效果，并延长了复位时间，增加了病人的痛苦，违犯了以“手扪之自悉其情”的复位要求。

根据物理学上压强的定义，作用在单位面

积上的压力叫压强。压力和接触面积成反比例，接触面积越小，作用在单位面积的压力就越大，反则压力就越小。因此要求术者手指在捏拿骨折端时，要用拇指和食中环指的指腹末端接触患者的皮肤。一方面在施术者回旋余地大，灵活性强。另一方面，术者容易按照手摸心会得知骨折端的具体情况，且在大脑中形成一个具体概念，去机动灵活地指挥手指，实现施法要领。一点接触，术者可用小力，作用在骨折端的力可大，骨折归位的速度就快。对保护皮肤及其软组织不受损伤或少受损伤，起了积极作用，反则骨折归位的速度就慢，还会造成多次复位，反复进行。

四、有的放矢地寻找骨折复位最好的机会

通过正确的复位方案的建立和手摸心会过程中，靠术者的手感或借X线的透视，可以得知骨折经过牵引、其重叠畸形得到矫正后，就要积极寻找骨折复位的机会。但要注意，不能因为牵引时间长和牵引力大所造成的骨折端过牵，过牵后骨折端的远近侧虽没有互相阻挡的力量，但骨折容易复位，可也极易再错位。特别是经过麻醉的病人，肌肉松弛，骨折端嵌插的不紧密，稍微改变体位或搬动病人，骨折就要再错位。那么什么是骨折复位的良机呢？应该说骨折端既不过牵，又不重叠。但对临床医生来说，不可能掌握到恰如其分的地步。往往不是矫枉过正，就是矫枉不及。所以笔者认为：特别对那些横断和小斜面骨折。要根据年龄大小，身体强弱，时间长短、肌肉抗力，畸形大小，重叠多少等情况在施行3至5分钟的牵引后，术者利用手摸心会及摇摆之法，去得知其骨折远近端重叠部分不超过0.5厘米的磨擦音信号后，应不失时机的立即采取骨折的整复手法。如徐徐加大骨折端的角度，待两端相抵时，骤然推拉折回，骨折就可复位成功。在可靠外固定装置的保护下，肌肉还有一定的抗力，骨折嵌插比较紧密，稳定性强。就是搬动

(下转10页)

撬拨法治疗食指掌指关节脱位二例报告

江苏常州中医院骨伤科 蒋惠娟

例1：男性，19岁，学生，八九年十月七日傍晚就诊。主诉当天下午打球时不慎扭伤右食指，当即感疼痛，继而肿胀，不能活动。检查：右食指掌指关节处肿胀，畸形，压痛明显，关节功能障碍。X片提示右手食指掌指关节脱位，指骨基底部向背侧移位。予手法复位未见效，即用克氏针撬拨，复位成功，屈曲位固定患指，两周后复诊，关节功能正常。

例2：女性，22岁，工人，九〇年四月十八日就诊。主诉右手被机器轧伤，即感疼痛，不能活动。检查：右手第二掌指关节肿胀，畸形、压痛，关节功能障碍，X片提示右食指掌指关节脱位，移位情况与例1相同。用撬拨法

复位，效果满意。

方法：局部皮肤消毒，在X线透视下用1.5mm克氏针从掌侧掌指横纹处穿入，斜向掌骨头桡侧，并紧贴掌骨颈，撬拨克氏针，同时以拇指顶住掌骨头，屈曲食指，此时可听到轻微回复声。拔出克氏针，针眼处无菌纱布复盖，屈曲位固定掌指关节。

小结：食指掌指关节脱位时，指骨基底部可以向任何方向脱位，但以向背侧脱位较多，掌侧关节囊壁撕裂，掌骨头自破裂处向掌侧突出，关节囊卡于指骨基底及掌骨头的背侧，这样手法复位就困难了，本方法撬拨破裂的关节囊壁，以利于掌骨头回复。

（上接33）

力过小起不到固定作用，用力过大阻碍了血液流动。测力带可以按要求随时调整力度，可标记出术者用力程度，作为记录备查，总结。充分发挥夹板及压垫的效应力，使小夹板外固定治疗骨折，从经验型走向科学型。测力带不仅用于前臂骨折，而长管骨骨折均可适用。

~~~~ ~~~~ ~~~~

（上接18页）

病人，骨折也不易再移位。同时也给肢体的功能锻炼，关节活动，骨折愈合，下肢骨折的早期见重都带来了有利条件，可以使骨折的愈合和肢体功能的恢复达到同时并进的效果。

（上接31页）

### 讨论与体会

肱骨踝上骨折是儿童常见的骨关节损伤。临床以伸直型较多，病因乃跌倒时肘关节处于半屈位，掌心触地，暴力经前臂传达到肱骨下端造成。此类骨折发病率较高，整复固定较难，且多遗留肘关节畸形和功能障碍。笔者分析以往治疗儿童肱骨踝上骨折易遗留肘内翻的原因，总结以调整髓中线为标准，按照骨生物力学原理，塑形制作超锁肘稳前臂7块小夹板固定法治疗儿童肱骨踝上骨折，效果显著。由于前臂稳定不内外上下摆动，使整复后的骨折，牢固地保持在生理位置上。杜绝了肘内翻后遗症的发生，有力地保障了儿童身体健康。