

Barton 骨折分型与治疗

王世俊¹ 李孟振¹ 李桂明¹ 于发来¹ 赵建修¹ 蔡建春² 赵锦民³ 谭振华³

(1. 莒县中医院, 山东 莒县 276500; 2. 沂南县人民医院, 山东 沂南; 3. 文登市整骨医院, 山东 文登)

1989~1995 年收治 Barton 骨折 26 例, 根据 X 线片表现和创伤机制作了详细分型, 采用闭合复位外固定或闭合复位经皮穿针内固定方法治疗, 疗效满意, 报告如下。

1 分型

1.1 掌侧 Barton 骨折

型: 腕关节极度过伸位受伤, 桡骨远端掌侧缘撕脱骨折, 骨折块小, 累及关节面 1/5 左右, 腕骨向掌侧脱位或半脱位。

型: 腕关节屈曲位受伤, 桡骨远端掌侧缘骨折, 骨折块较大, 累及关节面 1/3 左右, 腕骨向掌侧脱位或半脱位。

1.2 背侧 Barton 骨折

型: 腕关节极度屈曲位受伤, 桡骨远端背侧缘撕脱骨折, 骨折块小, 累及关节面 1/5 左右, 腕骨向背侧脱位或半脱位。

型: 腕关节背伸位受伤, 桡骨远端背侧缘骨折, 骨折块较大, 累及关节面 1/3 左右, 腕骨向背侧脱位或半脱位。掌侧 Barton 骨折、型, 为桡骨远端掌侧缘骨折, 背侧 Barton 骨折、型, 为桡骨远端背侧缘骨折, 各型均伴有和骨折块移位方向一致的桡腕关节脱位或半脱位。部分作者^[1]把桡骨茎突骨折伴腕骨随骨折块向桡背侧脱位, 称为 Barton 骨折型(茎突型), 我们认为不妥, 它应归属于桡骨茎突骨折。

依上述分类方法, 本组 26 例 Barton 骨折, 掌侧 Barton 骨折 12 例, 其中型 2 例, 型 10 例; 背侧 Barton 骨折 14 例, 其中型 3 例, 型 11 例。26 例中男 18 例, 女 8 例; 年龄 16~55 岁; 左侧 7 例, 右侧 19 例; 合并胫腓骨骨折 3 例, 髌骨骨折 2 例, 足舟骨脱位 1 例, 跟骨骨折 2 例; 伤后就诊时间 1 小时~9 天。

2 诊断

对于 Barton 骨折的定义、受伤机制和 X 线片表现有了明确的认识, 诊断一般不困难。可根据外伤史、受伤时体位、伤后体征做出初步诊断, 最后根据 X 线做出正确诊断并区分出不同类型。无论哪型骨折, 骨折线通过桡骨远端关节面, 骨折块和腕骨一起发生桡腕关节脱位或半脱位是 Barton 骨折与其它腕部骨折相鉴别的要点。

3 治疗

3.1 掌侧 Barton 骨折型 患者取坐位, 肩外展, 屈肘 90°, 前臂旋后, 手掌向上, 一助手握患肢拇指及其余四指, 另一助手握患肢前臂上段。两助手拔伸牵引, 持续 2~3 分钟。术者双手拇指抵在桡骨远端骨折块上用力向背侧按压, 同时其余四指将骨折近端用力向掌侧提拉, 远端助手背伸腕关节, 术者手下有骨擦感, 患腕外观恢复正常, 局部稳定感增加, 骨折复位, 腕骨亦随之复位。维持复位, 掌背侧石膏夹固定腕关节于

旋后轻度掌屈位。腕关节轻度掌屈位, 腕背侧韧带及关节囊绷紧保持复位, 并使损伤的桡腕韧带复位^[2], 以利于其修复。

3.2 掌侧 Barton 骨折型 在无菌操作下进行, 复位方法同掌侧 Barton 骨折型。复位后维持复位, 一助手取 1 枚 $\phi 2.0\text{mm}$ 克氏针自患腕掌横纹正中偏桡侧 0.5cm 处穿入皮肤, 缓缓进针至触及骨质后, 在矢状面上与桡骨纵轴呈 60° 角进针, 直至穿透桡骨近折端的背侧骨皮质。再取 1 枚 $\phi 2.0\text{mm}$ 克氏针, 自桡骨茎突掌侧桡动脉搏动处桡侧 0.3cm 处穿入皮肤, 触及骨皮质后, 在矢状面上与桡骨纵轴成 60° 角, 在冠状面上与桡骨纵轴成 45° 角进针, 直至穿透桡骨近端的尺背侧骨皮质。折弯针尾剪断, 残端留于皮外, 无菌纱布包扎。掌背侧石膏夹固定腕关节于旋后轻度掌屈位。

3.3 背侧 Barton 骨折型 患者取坐位, 肩外展, 屈肘 90°, 前臂中立位, 牵引方法同掌侧 Barton 骨折型。术者双手拇指抵在桡骨远端背侧骨折块上用力向掌侧按压, 同时其余四指置掌侧用力将骨折近端向背侧提拉, 远端助手掌屈腕关节, 术者手下有骨擦感, 患腕外观恢复正常, 局部稳定感增加, 骨折复位腕骨亦随之复位, 维持复位, 掌背侧石膏夹固定腕关节于中立轻度背伸位。腕关节轻度背伸位, 腕掌侧韧带及关节囊绷紧保持复位, 并使损伤的桡腕韧带复位^[2], 以利于其修复。

3.4 背侧 Barton 骨折型 在无菌操作下进行, 复位方法同背侧 Barton 骨折型。穿针自桡骨远端的桡背侧进针, 此处无重要的血管、神经, 穿针不困难。针尾亦留在皮外, 无菌纱布包扎。掌背侧石膏夹固定腕关节于中立轻度背伸位。

整复固定后, 屈肘 90° 三角巾悬吊, 麻醉消退后嘱患者握拳练习, 定期拍 X 线片复查, 固定 4~6 周, 筋骨并重, 以期骨折愈合及韧带等软组织的修复。去掉外固定或去掉外固定拔除钢针后, 外用中药熏洗腕关节, 以帮助恢复功能。

4 治疗结果

本组 26 例, 经采用上法治疗, 达到解剖复位者 15 例, 近解剖复位者 8 例, 功能复位者 3 例, 于治疗后 4~6 周达到临床愈合, 12 周内达到骨性愈合。随访时间最长 3 年, 最短 6 个月。腕关节活动自如, 外观无畸形, 无疼痛, 握力为健侧 80% 以上者 18 例, 为优; 腕关节活动自如, 外观无畸形, 活动后偶有疼痛, 握力为健侧的 70%~80% 者 6 例, 为良; 腕关节活动受限 10° 以内, 外观无畸形, 活动后有疼痛者 2 例, 握力分别为健侧的 55%~60%, 为可。

参考文献

[1] 庞桂根, 王洪金, 苏宝恒, 等. 巴尔通骨折分型与治疗. 中医正骨, 1993, 5(1): 24.
[2] 过邦辅. 坎贝尔骨科手术大全. 下册. 上海: 上海翻译出版社, 1991. 912.

(编辑: 连智华)