

尺骨骨折并桡骨头脱位50例临床报告

吉林省中医药研究院骨伤科医院

赵世学 梁玉文 胡妍 曲波
陈丽芝* 李晓婕** 曹建华***

指导：胡黎生

尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位临床分为伸直、屈曲、内收、特殊四种类型，其中以伸直型最为多见，它以尺骨骨折向前侧成角，桡骨头向前桡侧脱位的改变为主，其致病原因有二：一、是直接暴力所致，多发生于成年人，骨折为横断或粉碎；二、是间接暴力所致，多发生在儿童，其发病机制为身体向后倾倒、伤肘后撑，肘伸直时，前臂旋后、掌心触地、身体重力加地面反作用力首先造成尺骨上1/3短斜形骨折，残余暴力迫使桡骨小头冲破环状韧带向前桡侧脱出、并携带尺骨骨折处向桡掌侧成角。

目前对该骨折治疗方法颇多，总的不外乎内固定，外固定两大类。尽管方法各异，操作复杂，但治疗者不理想。近几年来我院在胡黎生主任医师的指导下。根据骨折移位及脱位方向施以手法复位夹板固定，方法简便，疗效满意。

临床资料

一般资料：本组观察病例中，男性32例，女性8例，5—18岁23例，18—30岁17例，30—40岁8例，40—50岁2例。

病变情况：本组病例中，摔伤37例，打伤13例。

病变类型：伸直型38例，屈曲型8例，内收型例，特殊型1例。

治疗方法

固定器材：掌、背侧板各一块，宽等于前臂上下横径，尺、桡侧板用竹片按前臂的形状烤成，将四块夹板用绷带包缠好、分骨垫一个，3列绷带2卷，布带四条，背侧板两端放纱布压垫各一块，桡骨小头部放半环形纱布压垫一块。

整复方法：此种骨折由于受伤机制不同，一般多为伸直、屈曲、内收以及尺、桡骨双骨折并桡骨头前脱位的特殊型。各型骨折手法亦不尽相同。

1、拔伸：患者平卧位，肩外展 70° — 80° ，前臂置于中立位，两助手行相对拔伸3分钟，矫正重迭移位，伸直型肘屈曲位 90° 拔伸，屈曲型肘伸直位拔伸。

2、整复桡骨头脱位

伸直型：术者以一手拇指放桡骨头外侧，另一手拇指放桡骨头的掌侧，用力由外、掌侧向尺侧、背侧推按，使前臂迅速旋后屈肘可听到脱出的桡骨小头复位响声，即已复位。

屈曲型：术者两拇指推按脱位出之桡骨小头外侧、背侧、向内侧、掌侧推按桡骨头，时而听到桡骨头复位的滑动声。

内收型：在牵引的同时外展肘关节并由桡侧按桡骨头，使之还纳，尺骨向桡侧成角并随之矫正。

特殊型：一般多是伸直型，桡骨头复位同伸直型。

3、矫正骨折移位

(1) 纠正尺骨掌、背侧移位，在固定桡骨头及对抗牵引下，术者一手捏住骨折近段，另一手拇、食指捏住骨折远段，作分骨，伸直型向掌侧徐徐加大成角，然后向背侧提拉使之对位，屈曲型向背侧徐徐加大成角，然后向掌侧挤按。

(2) 纠正尺骨桡侧移位，此种移位畸形矫正比较困难，在维持牵引下，肘屈 90° ，提住骨折断端，使肩外展外旋 90° ，术者用手捏住骨折远段向尺侧提拉，同时嘱握持远端的助手用力牵引手腕向桡侧，以已复位的桡骨头为支点，使尺骨远段向尺侧纵斜，从而纠正尺骨桡侧移位。

固定及用药

在维持拔伸下，前臂背侧板上下放两块纱布压垫，在骨折线中部掌侧放分骨垫，掌桡侧相当桡骨小头处放较厚的半环型压垫，用绷带由腕上缠绕固定掌、背侧板，再放置桡尺侧板，其上端必须压住桡骨小头纱布半环形压垫上，再用绷带固定，最后用四条寸带再分别固定，前臂悬挂胸前，令患者握拳进行功能锻炼。

按骨折三期分治内服中药，每周调整固定一次，观察复位情况，直至肿胀完全消退，骨折部无压痛，无冲击痛，无异常活动，经X光片有大量骨痂形成，并有骨小梁通过骨折线，骨折临床愈合，方可解除固定，儿童、青年固定2—4周，老年和粉碎性骨折6—8周，解除固定，固定最短时间为14天，最长时间为90天。

疗 效 标 准

优：前臂旋转受限在 15° 以内，解剖或近乎解剖复位。

良：前臂旋转受限在 15° — 30° 以内，骨折面接触 $1/2$ 以上，力线正常。

尚可：前臂旋转受限在 30° — 45° 以内，骨折面接触近 $1/3$ — $1/2$ ，力线好。

差：前臂旋转受限超过 45° ，复位不能达到上述要求者。

50例中：优20例，良22例，尚可7例，差1例。

典 型 病 例

例1、张××，42岁，司机。病历号3908号。

84年10月29日被汽车摇柄打伤左前臂上端、肘部及前臂肿胀，可见成角畸形，疼痛，肘关节活动受限，去某院拍片诊断为“尺骨上 $1/3$ 粉碎骨折并桡骨头脱位。”本人拒绝切开复位和石膏固定，后来我院治疗，检查，左肘部及前臂肿胀，可见尺骨成角畸形，在肘关节前外方可摸到脱出的桡骨头，尺骨上 $1/3$ 和桡骨头处压痛明显，手腕部和手指感觉及运动功能尚好，拍X线片，诊断：左尺骨上 $1/3$ 粉碎骨折并桡骨头脱位，伸直型，经手法复位，夹板固定拍片近似解剖复位，回当地治疗。85年3月18日又回我院拍片复查，骨折及桡骨头复位尚好，但无骨痂形成，两断端有分离约1毫米，经服中药三期分治，夹板固定，于85年7月18日拍片骨折端有中量骨痂形成，局部无压痛，无冲击痛，解除固定，前臂旋转受限在 15° 以内，近似解剖复位，临床治愈为优。一年后随访，左前臂功能恢复正常，恢复工作。

例2、刘××，26岁，工人。病历号3626号，X光片号8335，工作单位，长春市石油加工厂。

84年4月28日被汽车撞伤，遂去某医院拍片诊断“孟氏骨折”本人拒绝手术复位石膏固定，于84年月30日来我院治疗。检查，左肘部及前臂肿胀，活动受限，X光拍片，左尺骨上端骨折向背侧成角，桡骨头向背侧脱位，诊断：“左尺骨上端骨折合并桡骨头脱位，屈曲型，经手法整复及夹板固定，拍片近解剖复位，固定46天，解除固定，加强功能锻炼，85年9月22日拍片复查，已达到骨性愈合。

例3、冯××，11岁，学生，病历号3707号，X线号8681号。

84年7月8日骑车摔伤，左前臂着地，肿胀、疼痛、肘关节活动受限，去某医院拍片诊断为：“孟

氏骨折”内收型。手法复位，石膏固定，后来我院医治，检查：左肘关节肿痛，活动受限，X光拍片左尺骨中段骨折，桡骨头向外侧脱位，诊断为“左尺骨骨折合并桡骨头脱位”经手法复位，用夹板固定，X光拍片，近似解剖对位。84年7月30日X光拍片，达到解剖复位，骨折部有大量骨痂形成，局部肿胀消退，无压痛，无冲击痛，解除固定，半年后随访左前臂功能活动正常。

小 结

1、过去对成人尺骨骨折合并桡骨头脱位多采用手术治疗，我们采用此方法治疗该骨折，方法精当、稳妥可靠、疗效显著、操作简便、容易掌握、便于推广。

2、先整复桡骨头脱位是治疗该骨折的关键，在复位过程中，如骨折或桡骨小头虽然经过努力，但没能达到满意复位时，不必过于强求复位，因为可以通过夹板及布带的约束力和肌肉本身的内在动力，调整夹板固定时，继续矫正残余畸形。我们治疗中，有4例最初复位不理想，但通过多次调整夹板固定、复查、基本上达到了满意的疗效。

3、在固定方法上，如尺桡骨之间的分骨垫放置不当，可引起尺骨骨折端再向桡侧移位，桡骨小头亦可随之再脱位，故放分卡垫的位置一定要适当，我们根据尺桡骨干具有向背侧的生理弧度及前臂掌侧肌肉丰富，不易造成付损伤这一特点，常将分骨垫放在掌侧的适当位置。

4、我们认为对桡骨小头放半环形压垫的位置亦不可忽视，半环形压垫用绷带固定后能起到“箍”的作用，若半环压垫过短，除易松动滑脱外，也不能使其他夹板对该垫起到应有作用，在半环形压垫必须压在桡骨头脱位方向，才能起到直接固定桡骨头的作用，故在实际操作中，应特别重视。

(本文承蒙长春中医学院刘柏龄教授审阅，谨致感谢)

陈丽芝吉林省伊通县中医院·李晓婕吉林省电器安装公司卫生所·曹建华长春市南关区幸福卫生院···

(上接15页)

在脱臼复位的临床操作时，又必须医患合作，严肃认真，灵活机动，慎重行事。正如清代伤科大师胡廷光氏在《伤科汇纂》上所言：“上骰（即脱臼复位）不与接骨同，全凭手法及身功。宜轻宜重为高手，兼劝兼骗是上工。法使骤然人不觉，患者知时骨已拢（已经整复好了）。”