

理论研究

前臂双骨折及骨折合并上下 桡尺关节脱位的治疗

中国中医研究院 尚天裕

前臂骨折包括尺桡骨干骨折及尺桡骨干骨折合并上下尺桡关节脱位,约占全身骨折的8%,多发生于年青人。前臂尺桡两骨籍上下尺桡关节及悬张于两骨之间的骨间膜可作旋转活动,为手的灵活性提供了基础。为了恢复前臂的旋转功能,骨折需要准确的对位。以往认为前臂骨折整复困难,就是整复了骨折,石膏也固定不住,因此,国内外多采用手术疗法。我们学习中医正骨发现中医整复前臂骨折首先捏骨间缝。普济方(1406)明确提出用“伸舒揣捏”的手法整复前臂双骨折,所说“伸舒”意即拔伸牵引,“揣捏”即夹挤分骨。我们在X光透视下进行了观察,当由掌背侧夹挤分骨时,相互靠拢的骨折断段个异向分离,从解剖标本亦得到证实,施行夹挤分骨手法上、下二骨折段各自分开,悬张于二骨间的骨间膜紧张,牵动尺、桡骨间脊相互对峙,骨折远近段会自动地旋转到中立位,难以控制的旋转移位,就比较容易地得到纠正。在分骨力的作用下,尺、桡二骨远近段相互稳定,骨折断端间距自然相等,上、下骨折段各自成为一个单位,双骨折就能单骨折一样,同时对位。因此,我们认为旋转是前臂的特殊功能,前臂骨折后的各种移位中,旋转移位也是主要的。骨折整复时在相应的旋转位拔伸牵引,在骨折部的掌背侧夹挤分骨,首先矫正了上下骨折段的旋转移位,其他移位就迎刃而解了。从解剖、生理上我们过去也明知尺、桡两骨密切相联,但在处理骨折时确孤立地来对待,往往在透视下进行整复,对好尺骨又跑了桡骨,照顾了正位,丢掉了侧位,常常是顾此失彼,不了了之,最后以失败而告终,这就是以往认为前臂骨折难以整复的真谛。现将前臂双骨折、孟氏骨折、盖氏骨折治疗中的应注意事项分述如下。

一、前臂双骨折

(一) 复位

根据骨折部位,旋转肌对上折段的牵拉作用,将下折段置于相应的旋转位进行拔伸牵引,一般中下1/3骨折,在中立位牵引,施用分解复位手法,即在牵引下,分骨,折顶,端挤提按,播摆等手法而达到复位。若骨折发生在上1/3,因上折段受肱二头肌及旋后的牵拉而处在旋后位,下折段亦应在相应旋后30—60°之间,采用

牵引,分骨、端挤,旋转一气呵成的综合复位手法,即术者对桡骨远近段分骨、端挤或提按的同时,桡骨远端在小幅度的旋转活动下牵引,常可听到或感到桡骨复位的骨擦音。若为三节骨折,可先将移位小较好整复的骨折整复临时用短夹板局部固定,捆的要紧一点,将三段骨折变成二段骨折,再继续整复移位较严重的另一段,最后改换合适长夹板进行固定。

(二) 固定

肿胀明显者敷消肿膏药,用绷带松松缠绕数周,按需要放好分骨垫,将选择好四块夹板分别置于掌背及尺桡侧,用四条布带按要求捆好,前臂中立位放在托板上悬挂胸前。

(三) 练功

麻醉消退后,即鼓励病人做握拳活动。伸屈手指必须尽量用力,肢体远端肿胀消退,可以握紧拳头后,始可作肘关节活动。顺序做小云手、大云手功法,无论是练功或休息时,前臂始终保持中立位,不能做旋转活动。应用这种方法治疗594例,92%功能恢复满意。

(四) 对于严重开放骨折,陈旧性骨折及手法整复夹板固定失败者,可采用穿针外固定或切开复位内固定。

二、孟氏骨折

1814年意大利Monteggia首先报告了两例尺骨近端骨折合并桡骨头向前脱位的病例,1940年J.S.Speed将骨折分为伸直型(桡骨头向前脱位),屈曲型(桡骨头向后脱位),内收型(桡骨头向外脱位)三型,1967年Bado将之分为四型,除伸直型(占60%),屈曲型(占15%),内收型(占20%)外又加了一个特殊型(尺桡双骨占5%)。

(一) 受伤机理

由于尺骨上端韧带坚强,肱尺关节稳定,无论是传导或直接暴力所产生的弯曲力矩,开始都由尺骨所承担,尺骨弯曲到一定程度突然断裂,而环状韧带的弹性变形度大,残余的暴力继续作用始可使桡骨头脱位。

(二) 骨折复位

孟氏骨折尺骨折在前,桡骨头脱位在后,骨折复位是骨折移位返过程,即将移位后的骨折按照原来移位过程倒转回去,也就是治疗孟氏骨折

应先整复桡骨头脱位，且比较容易，临时用手加以固，因桡、尺骨干等长，桡骨头已复位，就可以利用已恢复的桡骨支撑作用，再整复尺骨就很容易了，特殊型骨折也是首先将桡头复位，再按双骨折复位。

先以尺骨骨折为中心，在前臂的掌侧与背侧各置以分骨垫，在骨折掌侧(伸直型)或背侧(屈曲型)置一平垫，在桡骨头前外侧(伸直型)或后外侧(屈曲型)或外侧放置葫芦垫，在尺骨内侧的上下端分别放一平垫，用粘膏固定，在前臂的掌背及尺桡侧分别放上长度适宜的夹板，用4条布带捆好。伸直型骨折再外用石膏托固定于肘屈位3-4周，屈曲型及内收型骨折暂用石膏托固定于伸肘位2-3周。在固定期间前臂都保持中立位。2-4周后，骨折稳定，桡骨头也不会再脱位，拆石膏托，让肘关节开始伸屈活动。

(三) 练功

伸直型骨折练习作伸肘活动，屈曲型骨折作屈肘活动，换肘节能达90°功能位，骨折即可达临床愈合，夹板解除后功能亦随着恢复。

(四) 只要将桡骨头复位加以固定，尺骨折是很稳定的，既使骨折粉碎，也能维持很好的力线，但在伸直型骨折早期须固定在屈肘位，骨折有些背向成角，解除石膏托固定后都可自行恢复。应用这种方法治疗177例复查结果95.5%功能恢复满意。

三、盖氏骨折

亦为意大利医师Galeaggi于1934年报告了18例桡骨干中下1/3骨折合并下尺桡关节脱位而定名。其实在1929年法国医师Valande即认识到此种骨折，把它称反孟氏骨折。近年来有人把桡骨干骨折或桡尺骨干双骨折伴下尺桡关节脱位者均归于此类。盖氏骨折临床上比孟氏骨折少见，但治疗比较困难。文献报告一致认为保守疗法绝大多数疗效差，因此Campbell把它定名为“需手术骨折”。究其原因在于石膏外固定对下尺桡关节及骨折端起不到有效的固定作用。甚至伤后骨折基本无移位，经石膏固定后移位，Hughston认为是由于四种肢体内在动力所致：①手的重力导致下尺桡关节脱位及骨折背向成角；②旋前方肌抵止于桡骨掌面，肌肉收缩时可使骨折向尺旋转，向上向掌移位；③肱桡肌止于桡骨茎突，以

下尺桡关节韧带为支点，使桡骨折远段向尺移位，并使桡骨成角短缩；④拇外展肌及伸拇肌收缩力，使桡骨韧带松弛，桡骨远侧段尺侧移位。单纯依靠外力难以克服这些促使骨折、脱位再移位的内在动力，必须内外结合。中西医结合方法治疗盖氏骨折脱位，是利用合骨垫能保持已复位的下尺桡关节，防止掌背移位及左右分离，在分骨垫及桡尺、掌背部位必要纸压垫的作用下，利用肌肉收缩活动时所产生的内在动力，通过布带对夹板的约束力，纸压垫的效应力，夹板的杠杆作用，不仅能维持住骨折脱位复位后的位置，有些病例还能起慢性复位作用。通过125例各型骨折的治疗，疗效满意者达93.2%。

(一) 分型：1. 稳定型：骨折发生桡骨下1/4，骨折横断，移位不多，尺骨下端骨骺分离也包括在内，多见于儿童。

2. 不稳定型：骨折发生在中下1/3附近，短斜或螺旋型，多见于成人。根据骨折类型及移位方向的不同，又可分为两个亚型：

①尺偏型：骨折线自尺掌侧近端斜向桡背侧远端，远折段向尺掌侧移位。

②桡偏型：骨折线自桡背近端斜向尺掌侧远端，远折段向桡背侧移位。

3. 特殊型：桡尺双骨折(包括尺骨呈弧形弯曲畸形者)伴下尺桡关节脱位，多发生于成人。

(二) 整复：盖氏骨折脱位，位置浅表，整复比较容易。一般在牵引下先整复下尺桡关节，用合骨垫及绷带固定，令远端牵引助手环抱维持固定，而后按单骨折整复，尺骨呈弧形弯曲者必须首先整直。不稳定型骨折，用分骨提按法复位，特殊型按双骨折整复。

(三) 固定：尺偏型，分骨垫应置于桡骨远折段尺侧，桡侧夹板宜稍超过腕关节，而尺侧夹板较短，宜在腕关节以上，以保持腕关节轻度尺偏。桡偏型，分骨垫宜置于桡骨近折段尺侧，桡骨远折段桡侧加放一小方垫，迫使对位，桡尺侧夹同前臂双骨折。

(四) 练功方法基本与桡、尺双骨折相同。应用中西医结合方法治疗121例，复查结果，90%功能恢复满意。

这是我卅多年的临床实践中一点心得体会，以供参考，并希望在临床应用中加以验证，具体方法可参考中西结合骨折疗法及临床骨科创伤学。

(上接第48页)

神经前支，这对根性坐骨神经痛效果较好。在针刺环跳穴时药物可直接浸润至坐骨神经周围，这对治疗干性坐骨神经痛效果尤佳。第一、二组配穴中的委中、委阳分别分布在坐骨神经的两大分支胫神经和腓神经上，可消除小腿及足部的症状。

(3) 药物配伍机理：强的松龙直接用于神经

干及其周围的软组织，药液逐渐浸润扩散，可减轻渗出水肿和血管扩张，抑制炎症和松解粘连改善神经根营养条件。奴夫卡因有局部麻醉作用，能迅速止痛打断恶性循环并能减轻激素引起的疼痛。维生素B₁₂有营养神经作用。将上述三种药物配伍在一起，则可收到立杆见影和长久止痛的效果。经298例临床应用未见任何不良反应，