

由于两骨折端的旋转而造成的相互靠拢，骨间隙变小，但很多情况下，骨间膜发生顺时针或逆时针方向的旋转，有如绞紧的绳索，骨间膜处于紧张状态，用分骨垫是不能解决这种靠拢移位的，只有在中立位状态下，理顺各种移位因素，通过手法纠正旋转，恢复骨间膜的生理张力，才能使骨折复位。对于无旋转的两骨折端的靠拢，用分骨垫也不能将其分开，也必须通过手法分骨才能解决。本组实验证明：用与不用分骨垫骨间距宽度并无明显差别。在中立位状态下，掌背侧肌群大部分陷于两骨之间，并有一定的厚度，在掌背侧夹板作用下，利用自然的掌背侧肌肉作用于尺桡骨，使其向两侧分开，维持骨间膜的生理张力，使整复后的骨折端处于稳定的状态。

三、前臂在中立位时尺桡骨骨间距在中部最宽为1.5—2.0cm〔5〕，而前臂上部或接近于上、下两端的骨折，骨间距更窄，应用分骨垫多压两在骨或一骨上，而且前臂骨折后肿胀明显，软组织张力较大，分骨垫放置位置难以确定，固定后的护理也难以保证分骨垫位置不变，一旦偏离，分骨垫作用于骨折端多造成移位。

四、尺桡骨的生理弧度在侧位上并非一致，又因同一平面尺桡两骨横径粗细不等，位于掌背侧的位置不同，无论掌侧或背侧放置分

骨垫，在平板状夹板的压制下必然形成支点，对尺桡骨的生理弧度不利，易造成一骨或两骨的侧方成角移位。

五、分骨垫对位于分骨垫两侧的骨折端的稳定难以顾及，分骨垫的支点作用，使夹板与尺桡骨折端局部分离，骨折端始终处于掌或背侧位上的失控状态，易使骨折端向掌或背侧移位。前臂尺桡骨双骨折多合并有骨间膜撕裂损伤，骨折端失去了骨间膜的约束，应用分骨垫也易造成两骨折端向外分离移位。

综上所述，临床应用分骨垫往往弊多利少，取消分骨垫，单纯用掌背侧夹板超宽于前臂横径固定，更有利于骨折端的稳定，避免医源性并发症。临床和实验证明，此种固定方法是可行和合理的。

参考文献

- 1、苏宝恒：关于分骨垫的使用 中国中医骨伤科杂志 2(3) 28 1986
- 2、孙成榆：掌背侧夹板固定治疗前臂双骨折 新中医 4:26 1979
- 3、邹培：掌背侧夹板固定治疗尺桡骨干双骨折的力学探讨 中国中医骨伤科杂志 2(1) 17 1986
- 4、顾云伍等：手法复位分骨垫小夹板固定治疗尺桡骨干双骨折的机理探讨 上海中医药杂志 1:29 1985

豌豆骨脱位验案一则

江西省会昌县中医院(342600) 刘剑

在腕部腕骨间关节单纯性豌豆骨脱位临床罕见。我院近期诊治一例，兹报告如下。

患者王××，女，13岁，学生，家住会昌县湘江镇，90年5月30日就诊。主诉：右腕关节外伤肿痛不能活动2小时余。现病史：患者于2个多小时前，骑自行车时不慎摔倒，右腕关节背伸位手掌着地，当即感腕部剧痛、肿胀、不能活动，送往他院诊治，X摄片示：(片号：2118)右豌豆骨间尺侧，远端移位约0.5cm，其余诸腕骨及尺桡骨远端未见骨折和脱位。未经处理，而来我院治疗。查体：右腕部疼痛、肿胀明显、功能障碍，可触及脱位之豌豆骨滑动感，

腕、掌及手指的感觉、湿温、颜色均正常，全身情况略。诊断：右豌豆骨脱位。

治疗：患者取坐位，患肢肩外展、屈肘90°、前臂中立位，行腕关节桡偏牵引，同时，术者左手拇指按住豌豆骨，余四指托住腕关节掌侧，用左拇指向桡侧和近端推挤豌豆骨，并背伸腕关节，然后屈腕，即已复位，复位成功后，X摄片复查：腕骨间关节诸骨位置正常。豌豆骨处放置压垫，局部外敷伤药膏，纸壳、绷带缚扎外固定，内服活血祛瘀中药，2周后解除外固定，腕关节功能正常。