

柯雷氏骨折并发尺骨小头半脱位的原因及预防

四川省新都县人民医院 (610500) 冯叔壁

笔者观察了从 1989 年至 1992 年间就诊的 87 例柯雷氏骨折患者,现分析归纳如下。

1. 受伤时即形成了半脱位,复位时未加纠正。

一般柯雷氏骨折患者跌倒时,前臂旋前位,腕关节背伸而手掌着地,上身的力量经前臂与从地面经手掌上行的力相冲击,迫使桡骨远端骨松质部发生骨折,如暴力强大并持续作用于腕部,使腕关节解剖关系明显改变,骨折远折块挣脱三角纤维软骨及韧带束缚而向桡背侧倾斜,相对而言,尺骨小头仍处于原来的平面高度,已形成了下尺桡关节半脱位,但就诊时,由于关节周围充血肿胀掩盖了尺骨茎突的消失,而 X 正侧位片不易发现半脱位的存在,因此只重视桡骨骨折的整复,忽略了尺骨小头向掌侧凹陷的考虑和处理。待一月解除外固定后,已由一个新鲜的易复位的半脱位延误为一个陈旧性的难以纠正的半脱位。

2. 伤后整复加重了尺骨小头下陷的倾向,人为形成半脱位。

一部分老年患者,受伤时暴力不大,骨折错位也不明显,但骨折性质却是一个波及关节面的粉碎骨折(个别还可合并尺骨茎突骨折),由于维持下尺桡关节的三角软骨及桡尺背侧韧带,常侧韧带的损伤加之暴力和重心的关系,就使失去稳定性的尺骨小头存在着向掌侧凹陷的倾向(未达到半脱位的程度)。根据临床观察和受力分析,当采用手法整复时,都会无意地加重这种半脱位,首先持续的对抗牵引,实际上是或多或少地加重了软骨及韧带的牵拉损伤,使外伤造成的撕裂口被进一步拉大,下尺桡关节的稳定性进一步变坏,在这种状况下,为求桡骨断端的对合,手法用力点往往局限于桡骨两断端,并为求两断端的对合,在将远折块向掌侧压的同时,必然将桡骨近端向背侧端提,在此过程中,可能加重尺骨小头向掌侧的凹陷,加之整复后又未有意识地将尺骨小头向背侧推抬,从而促使尺桡骨远端

失去正常的高度比,造成半脱位。

3. 小夹板固定不正确或半脱位。

不正确的固定也是形成下尺桡关节半脱位的重要原因。临床常选用桡尺及掌背侧板的对向挤压来达到固定目的,同时为防止远端向背侧再移位,不少人在加压垫时往往误将尺骨茎突一齐压上,当固定一周后,肿胀大部消失(此时一般要收紧固定带)就使背侧板直接顶压着尺骨茎突持续向掌侧挤压,逐渐迫使尺骨小头向掌侧凹陷,等解除外固定时,下尺桡关节的关节间隙已被血肿及瘢痕组织部分填充,关节囊和肌筋有不同程度的粘连和挛缩,此时再复位难度就较大了。

4. 预防和纠正。

新鲜闭合的柯雷氏骨折患者就诊时,其腕关节常常充血肿胀,单纯用尺骨茎突应高出桡骨平面 0.5cm 来判断下尺桡关节是否半脱位是很不容易的。根据体会,凡是远端骨折块向桡背侧明显错位的患者,均应考虑尺骨小头半脱位的存在,对于某些老年患者,错位不多,但折线多(粉碎性)伴尺骨茎突骨折,则应考虑尺骨小头有下陷,均应在骨折整复后,在助手的配合下,将尺骨小头向背侧推抬,并在维持这种向上推抬的同时,双手挤压尺桡骨远端尺桡侧,并略微活动前臂,使受伤错位的软骨及韧带重新吻合,恢复下尺桡关节解剖或近解剖状态。

在固定上,可将背侧板的远端尺侧角去掉 1.5×2cm 左右,使背侧板掌侧板相对挤压时,尺骨茎突能露出夹板外,不致受到背侧板的压迫而向掌侧凹陷,背侧压垫只能放在桡骨远端而不能连尺骨远端一齐压上,另外对尺骨小头下陷明显的,纠正后应先在尺骨远端掌侧缘放一条形薄垫后再安放掌侧板,然后再捆好固定带,使尺骨小头受到一定的向上抬力。

通过上述处理,一般可有效地预防和纠正柯氏骨折并发的尺骨小头半脱位。

声 明

本刊编辑部从未聘过特邀编辑,在创刊初期曾发放过通讯员证,现声明一律作废。特此通告。

《中国骨伤》编辑部