

Bennett's 骨折 38 例临床分析

山东省文登整骨医院 (264400) 赵锦民 孙献武 吴维堂 唐立强 王 芳

Bennett's 骨折, 即第一掌骨基底部通过关节面的关节内骨折合并腕掌关节脱位。我们自 1980 年 6 月~1993 年 5 月共收治 38 例, 现报告如下。

临床资料

本组 38 例中男 31 例, 女 7 例; 年龄 17~54 岁; 左侧 12 例, 右侧 26 例; 跌扑伤 25 例, 拳击伤 9 例, 其他伤 4 例; 就诊时间 2 小时~15 天; 采用石膏或铁丝托固定 11 例, 经皮穿针固定 27 例; 随访时间 16 个月~13 年。

治疗方法

1. 手法复位、石膏或铁丝托外固定。方法是臂丛神经阻滞麻醉后, 患者取坐位 (以右侧为例), 助手握持前臂, 术者右手握持患手拇指, 背伸外展位拔伸牵引, 待重迭移位矫正后, 术者左手拇指摸清向背脱位的掌骨基底部, 同时向内下方推挤, 此时可有滑动或咯噔感, 表示复位成功, 在维持复位的基础上, 用石膏或铁丝托将拇指固定在外展背伸位。

2. 手法复位、经皮穿针内固定。麻醉及复位方法同前, 在维持复位后位置的情况下, 将患手置小桌上, 常规皮肤消毒铺巾后, 用 1 枚 2mm 的克氏针自第一掌骨基底部背侧与皮肤呈 45° 角, 在拇长伸肌与拇长展肌之间进针, 向内上方即大多角骨方向钻入, 检查腕掌关节无活动, 且第一掌骨不再脱出后, 针尾折弯、剪短埋于皮下, 针眼无菌包扎。经拍片或透视证实复位满意后用石膏托固定, 病人即可回家休息治疗。3 周后去石膏做掌指关节功能锻炼。6 周拍片证实骨折愈合后, 局麻下小切口取出钢针, 让病人逐渐做腕掌关节功能练习, 2~3 个月后恢复原工作。

治疗结果

采用石膏或铁丝托固定 11 例, 结果有脱位或半脱位者 6 例, 病人疼痛、功能障碍且局部畸形。后期改行腕掌关节融合术。而采用经皮穿针内固定的 27 例病人, 均无畸形、疼痛, 拇指对掌功能正常。X 线平片示骨折愈合无再移位, 且经长期随访均无明显创伤性关节炎改变。

讨 论

1. 发病机理: 当拇指处于微屈内收位时, 外力沿拇

指纵轴上传递, 首先造成第一掌骨基底部内侧缘骨折, 折线多自掌骨基底斜向内下外方而进入腕掌关节内, 在关节内形成一个三角形骨折块。骨块的大小与受伤时拇指及掌骨的位置有关。骨折块因有掌侧韧带的相连仍保持在原位, 此时如作用力还在继续, 背侧韧带关节囊破裂, 骨折远段失去了内侧掌骨钩的阻挡, 再加上拇收肌的收缩使掌骨加大屈曲、内收幅度。相反背侧由于拇长展肌腱的牵拉, 造成掌骨向背侧或背侧脱位。本组病例均为完全脱位, 并与大多角骨重迭 1~1.5cm 之间。

2. 诊断: Bennett's 骨折的诊断比较容易, 有明显外伤史, 第一腕掌关节处隆起、压痛, 拇指功能障碍, 借助 X 线平片即可确诊。值得提及的是本组有 4 例病人被误诊为单纯的第一腕掌关节脱位, 结果复位后单纯采用铁丝托固定。由于固定不牢而骨折未愈, 病人疼痛影响工作, 故行掌指关节融合术。分析其原因主要是医生的经验不足, 忽视了内侧小如豆粒大的三角形骨折块所致。所以早期正确的诊断是治疗成败的关键。

3. 治疗: (1) 单纯手法复位外固定 11 例中, 6 例出现畸形、疼痛、功能障碍。分析其原因主要是固定不牢或不科学。当拇指外展或背伸时, 近节指骨近端推顶第一掌骨头, 加上拇收肌的强大收缩力, 使掌骨本身内收和掌屈。而外固定主要是固定近节指骨造成掌指关节过伸, 因指蹼的位置低于掌指关节无法固定掌骨。所以拇指越外展、背伸, 指骨近端推顶第一掌骨头的力量就越大, 则第一掌骨头内收和屈曲越明显, 因而骨折不仅不能复位, 而且将使错位更加明显, 造成再脱位。故这种固定方法不宜提倡。(2) 经皮穿针内固定, 不需切口, 既可消除拇收肌强大的牵拉所造成的剪力, 又可简化外固定措施。本方法简便易行, 不需特殊设备, 二人即可完成操作, 只要脱位整复后, 骨折随之严密复位, 加上牢固的固定, 为骨折愈合打下一个良好的基础, 它既克服了手术的感染机会, 又避免了单纯外固定不牢而易失败的危险。

(收稿: 1995-03-15)