

# 桡骨颈骨折 41 例

山西省人民医院 (030012) 史书怀

我院自 1976~1993 年治疗桡骨颈骨折 41 例, 现将治疗体会报告如下。

## 临床资料

本组 41 例中男 27 例, 女 14 例; 年龄 4~62 岁; 受伤原因多是摔倒时前臂在伸直位, 手撑地所致; 受伤时桡骨头无移位 13 例 (桡骨头裂纹骨折 8 例; 桡骨颈青枝骨折 5 例), 移位 28 例 (成角 5°~15° 8 例; 20°~35° 7 例, 45°~60° 9 例; 80° 1 例, 桡骨头粉碎骨折 3 例); 合并损伤 21 例 (尺侧副韧带损伤 7 例, 肱骨内上髁骨折 4 例, 肱骨外髁骨折 4 例, 鹰嘴骨折 5 例, 前臂轻度缺血挛缩 1 例)。

## 治疗方法

桡骨头裂纹骨折的 8 例, 未作复位处理, 只用石膏托固定肘屈曲 90°, 前臂中立位 3 周。桡骨颈青枝骨折 5 例, 用手法复位: 肘伸直位, 助手牵上臂, 术者一手牵前臂, 在肘关节内收位来回旋转, 用另一手拇指向上向尺侧推挤桡骨颈。复位后, 肘屈曲 90°, 前臂中立位石膏固定 3 周。成角 5°~15° 的 8 例及 20°~35° 的 7 例, 均用上述手法推挤桡骨头复位。其中有 3 例, 因复位不满意, 又采用了撬拨复位: 在局麻下, 严密消毒, 用直径 3mm 的细克氏针, 于透视下, 由前外侧经皮顶住桡骨头撬拨, 直到满意为止。术后屈肘 90°, 石膏托固定 3 周。45°~60° 9 例, 采用撬拨复位, 其中有 4 例失败, 又作了切开复位术: 常规肘外侧切口入内, 将桡骨头复位后, 用细克氏针, 由远侧骨折段斜行穿入至桡骨头下, 不超过关节面, 针尾弯成直角于皮外。术后石膏托固定于肘功能位, 3 周后去石膏同时拔钢针。80° 的 1 例作了切开复位术。桡骨头粉碎骨折的 3 例, 手术切除桡骨头, 术后, 用三角巾悬吊肘关节于功能位, 3 周后开始功能活动。合并尺侧副韧带损伤的 7 例, 在切开复位或切除桡骨头的同时, 缝合撕裂的韧带。合并肱骨内上髁骨折的 4 例及合并肱骨外髁骨折的 4 例, 均用手法推挤复位。鹰嘴骨折的 5 例, 其中 3 例明显移位的, 作了螺钉内固定术。前臂轻度缺血挛缩的 1 例, 因发现及时, 去掉夹板, 外用和静点活血通脉消肿药物, 故延误了桡骨头复位时机。

## 治疗结果

随访 41 例, 随访时间 4 个月~10 年。无移位的 13

例: 肘关节伸屈 0°~150°, 前臂旋前 65°~80°, 旋后 90°~100°, 携带角 5°~15°。移位的 28 例, 其中无合并症的 7 例: 肘伸屈 0°~145°, 前臂旋前 50°~60°, 旋后 80°~90°, 携带角 5°~15°, 无肘外翻畸形。有合并症的 21 例: 肘伸屈 10°~120°, 前臂旋前 40°~50°, 旋后 70°~85°, 携带角 10°~25°, 肘外翻畸形 2 例。

## 讨 论

1. 本组除裂纹骨折 8 例未行复位处理外, 其余 30 例均行复位术。3 例桡骨头粉碎骨折的未复位, 作了桡骨头切除。一般认为: 桡骨头移位在 30°以内者, 可不用手法复位, 靠日后生长中自然矫正<sup>[1]</sup>。我们认为, 即使倾斜度数最小, 只要有倾斜, 就要行手法复位, 以尽量改善倾斜度为宜。治疗的程序依次为: ①手法②撬拨③手术。

2. 有移位的同时又有合并症的治疗效果差。本组合并有尺侧副韧带损伤的 2 例和合并肱骨内上髁骨折的 1 例, 外翻角度增大, 导致肘外翻畸形。

3. 在透视下撬拨复位时, 要避开桡神经, 力量要适中, 不可用力过猛。本组有 1 例, 因为用力不当, 致使头向相反方向分离。无奈, 只好作了切开复位术。

4. 关于手术复位后是否要作内固定的看法: 一般认为, 复位比较稳定, 不需作内固定<sup>[1]</sup>。本组 5 例手术复位的, 其中 4 例作了内固定, 效果比较满意。1 例在术中认定复位牢固, 但术后第二天透视时发现复位的头, 又成角分离, 故第二次手术又作了内固定。因此, 为了使复位牢靠起见, 我们认为还是应该作内固定为好。

5. 手法推挤复位时亦应力量适中, 避免矫枉过正, 引起付损伤。

6. 内固定克氏针针尾的处理: 成人应置于皮外, 便于拔针。儿童因好动自控能力差, 最好置于皮下, 以免术后脱针。

7. 手术适应症应严格掌握, 能非手术复位的就不采用手术复位。本组只作 5 例手术复位, 均获得了比较满意的疗效。

## 参考文献

1. 王亦璠主编. 骨与关节损伤. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 1990 年: 398~399. (收稿: 1996-07-19)