

能早期进行功能锻炼和离床活动, 避免长期卧床发生的并发症, 防止肌肉萎缩、骨质疏松和关节僵硬。

3. 注意事项: 有机玻璃外固定架属双边式, 没有多向穿针固定的效能, 仍有抗旋转及抗前屈后伸力不足的缺点, 因此早期下床活动时应引起注意, 防止引起骨折旋转移位或成角畸形, 同时在穿针固定时应力

求各针在同一平面, 以免造成骨折旋转。

参考文献

1. 白跃宏, 等. 改良式环形外固定器治疗小腿骨折. 中国骨伤, 1993; 6 (增刊): 17
2. 陆裕朴, 等. 实用骨科学, 北京: 人民军医出版社, 1991: 68 (收稿: 1998-06-11)

旋后位掌背侧夹板固定治疗桡骨上 1/3 骨折

江学东

广东省揭阳市东山医院 (522031)

我院近几年来收治桡骨干上 1/3 骨折 12 例, 采用旋后位掌背侧夹板固定, 效果良好, 现报告如下。

临床资料

本组 12 例中男 8 例, 女 4 例; 年龄 20~55 岁。左侧 7 例, 右侧 5 例, 其中 2 例为粉碎性骨折, 伤后至就诊时间 1 时~4 天。

治疗方法

患者平卧, 肩外展 90°, 屈肘 90°, 一助手握肘上部, 另一助手握腕部, 旋后位拔伸牵引 3~5 分钟, 矫正骨折重叠移位。术者一手拇指将骨折远端推向桡背侧, 另一手拇指将骨折近端推向尺掌侧, 使断端接触, 握腕部的助手作轻微的摇晃, 使骨折残余移位得以矫正, 并使骨折端紧密接触。复位满意后, 用掌背侧夹板固定, 夹板宽度大于或等于前臂, 掌侧夹板不超腕关节, 背侧夹板超过腕关节。固定时, 先放置掌、背侧分骨垫各一个, 远端掌侧、近端背侧各放一平垫, 夹板用绷带包裹后再用三条布带缚扎固定, 前臂固定于屈肘 90° 旋后位。固定期间应避免伸肘及旋前臂, 以免再移位, X 光照片复查时应在屈肘及前臂不旋动的情况下进行。

治疗结果

本组 12 例, 除一例多次整复未果, 行内固定外, 术后 4 周照片复查, 骨折对位对线良好, 骨痂生长正常, 已达临床愈合, 经 4~6 个月随访, 前臂无明显畸形及旋转障碍, 肘关节活动正常。

讨 论

桡骨干上 1/3 骨质较坚固, 且有丰厚的肌肉包裹, 不易发生骨折, 故临床较为少见, 文献报导也较少。复习解剖可知, 桡骨干上 1/3 骨折骨折线多位于旋前圆肌止点之上, 由于附着于桡骨结节的肱二头肌

及附着于桡骨上 1/3 的旋后肌的牵拉, 骨折近端常向后旋转移位。由于附着于桡骨中部及下部的旋前肌和旋前方肌的牵拉, 骨折远端常向前旋转移位。手法整复时, 因前臂上 1/3 肌肉丰富, 骨间隙狭窄, 手感较差, 不便于施行分骨、折顶等手法, 拔伸牵引矫正重叠移位后, 再用推挤手法即能矫正前后移位。当前臂旋后位时, 骨折端的旋转力减少, 因此骨折的旋转移位基本改善, 故骨折的对位相对稳定, 不易发生再移位。

尚天裕^[1]实验表明, 掌背侧夹板在两端各有两个压力峰值, 实质是在两端各形成了两个支点, 夹板本身具备一定的刚度, 可以控制使骨折向掌背侧成角及远折段旋转的力矩。置于掌背侧的分骨垫使夹板的压力集中在桡尺骨之间。掌背侧板的压力大于尺桡侧板的压力, 可以使尺桡骨分离, 当分骨力与骨间膜张力达到动态平衡时, 即可维持正常尺桡骨间隙及其对应关系, 断端间获得相对稳定, 使骨折维持理想对位。当掌背侧夹板大于或等于前臂时, 绷带对夹板的压力都集中于掌背侧, 而桡尺侧的压力则接近于零。因此, 掌背侧压力大于桡尺侧压力时, 分骨力与骨间膜张力达到动态平衡, 则断端间获得相对稳定。桡尺侧压力大于掌背侧压力时, 分骨力减弱, 骨干间隙缩小, 骨间膜松弛, 断端相对不稳定, 不能维持骨折对位。前臂骨折时, 由于肿胀明显, 加上夹板的固定及绷带的捆缠, 因此循环较差, 常有并发前臂缺血性挛缩, 只用掌背侧夹板既能减轻桡尺侧的压力, 增加骨折端的稳定, 又能改善血循环, 有利于前臂的消肿, 加速骨折的愈合。

参考文献

1. 尚天裕. 中国接骨学, 天津: 天津科学技术出版社, 1995: 144

(收稿: 1998-06-01)