

舟月韧带损伤

舟月韧带损伤通常继发于跌倒时手掌撑地，疼痛感位于腕背侧。

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



本页面由机器翻译，尚未经临床医生审核。**英文版本**为权威版本。

您的感受

大多数人最初注意到这一症状是在手掌撑地跌倒之后，这是典型的“用手撑住身体”的跌倒姿势，同样会导致手腕骨折。疼痛位于手腕背侧，通常略偏向拇指一侧，且在通过手部进行推、抓握或承重时往往会加剧：例如做俯卧撑、从椅子上撑起身体、推开沉重的门或提起水壶。

手腕常感觉无力且不可靠。有些人在以特定方式活动手腕时，会描述出咔哒声、钝响或卡顿感，仿佛内部有东西在移位。可能会有轻微肿胀，且手腕背侧两个小腕骨之间的特定部位在按压时通常会有压痛。早期很容易将其视为“就是不好”的扭伤而置之不理，而这恰恰是一个陷阱：所涉及的韧带无法自行愈合。

实际发生了什么

您的手腕是由八块小骨组成的集群，这些骨骼依靠短而坚韧的韧带保持精确的对齐。其中最重要的一条是**舟月韧带**，它将手腕中央的两块骨骼（舟骨和月骨）连接在一起。它的作用就像拱顶石，使整个腕骨能够作为一个协调的整体运动。

当该韧带撕裂时，这两块骨骼之间的连接便丧失。舟骨向前倾斜，骨骼开始偏离其正常对齐位置。起初，这可能仅在水腕处于特定位置并受力时显现（一种“动态”问题）；随着时间的推移，间隙可能变得固定（一种“静态”问题）。即使疼痛轻微，我们仍对此高度重视，原因在于长期影响：骨骼不再正确对齐的手腕会磨损不均，经过数年，这种异常负荷会磨损软骨，并导致特定模式的手腕关节炎。早期治疗韧带实际上是预防这种情况的发生。

我们如何处理该问题

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 博士指导我们诊所对该疾病的管理方案。患者通常由其全科医生（GP）转诊至我们诊所；如果物理治疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊，才有资格享受 Medicare 报销。这使我们能够首先对您的病史、体格检查和影像学资料进行全面评估。由于近期撕裂通常可以直接修复，我们力求对新发损伤进行及时评估；陈旧性损伤的处理方式则有所不同，详见下文。

正确的治疗方案在很大程度上取决于**受伤发生的时间**以及**骨骼是否仍然对位**，因此获得准确的诊断至关重要。我们通常将体格检查与 X 光片（有时包括在握拳状态下拍摄的“应力”位特殊视图）相结合，并经常进行 MRI 检查。直接观察韧带的可靠方法是**腕关节镜**（微创内窥镜手术），该手术既是确诊手段，在许多情况下也是治疗手段。

- **近期损伤**中韧带仍可修复的情况是最理想的。撕裂的韧带会被缝合固定（越来越多地采用微创技术），有时会用邻近组织进行加固，并在愈合期间用临时钢丝将骨骼保持在正确位置。
- **陈旧性损伤**中韧带已无法简单修复，但骨骼仍可被引导回对位的情况，通常通过**重建**韧带进行治疗。外科医生会使用您自身的一条肌腱或邻近组织，将其编织就位以恢复连接，并将舟骨拉回直立位置。
- **长期存在的损伤**中骨骼僵硬且处于不良位置，或已出现关节炎的情况，已超出修复或重建的范围。此时我们转向**挽救性手术**，旨在通过融合或移除选定的小骨，为您提供一个强壮且疼痛大幅减轻的腕部，以牺牲部分活动度为代价换取持久的舒适感。

对于未引起症状的轻微、偶然发现的病例，有时只需观察，并通过手部治疗来增强有助于稳定腕部的肌肉。

预期情况

这是一种早期发现获益极大的腕部损伤。对于新鲜撕裂进行修复，或对可复位的损伤进行重建，目标是获得一个稳定且舒适的腕关节，使您能够恢复大多数活动。尽管丧失部分极限活动范围属于正常现象，且恢复期以月计而非周计，但术后您需经历一段石膏或支具固定期，待修复组织愈合，随后进入结构化的手部康复训练计划，以恢复活动度和力量。若使用了克氏针，通常在数周后于手术室中取出。

坦诚而言：没有任何手术能使腕关节完全恢复至伤前状态，且损伤处理越早，效果通常越好。若已进展至挽救性手术阶段，权衡是真实存在但值得的：疼痛显著减少，腕关节功能可靠，代价是存在一定僵硬感。最关键的是根据您特定的损伤情况选择合适的手术方案，这需要充分、恰当的医患沟通。

何时就医

- 跌倒后数周，手腕**持续疼痛、无力或出现“咔哒”声**，尤其是手腕背侧在推压或抓握时疼痛。不要想当然地认为顽固的“扭伤”是无害的。
- 您曾**手腕骨折（桡骨远端骨折）**，且骨骼愈合后手腕仍有酸痛或不稳感。这些韧带损伤常伴随发生，且容易被漏诊。

- 持续存在的“咔哒”声、卡顿感或手腕失稳感。
- 已知舟月韧带损伤，出现新发或加重的疼痛，或无法消退的肿胀：建议在病情进展前重新评估。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。舟月韧带损伤值得额外阅读，因为它是手腕损伤中“问题严重程度”与“解决方案效果”之间差距最大的类型，且文献对此有明确表述。

为何一条小韧带如此重要

舟骨和月骨并排位于腕骨第一排，由一条短的骨间韧带连接。它们的形态决定了在负重时倾向于向相反方向旋转：舟骨倾向于屈曲，月骨倾向于伸展，而韧带正是抵抗这种趋势、将二者维系在一起的结构。

当韧带失效时，两块骨骼会分离并相互背离旋转。由于整个腕骨作为一个联动系统运动，这会改变腕部负重的传递方式，而改变后的接触面会按照一个公认的序列逐渐磨损关节，即舟月骨先进塌陷模式。

这对患者而言是一个关键点：未治疗的完全撕裂并非一种会自行稳定或保持稳定的状态。它是可预测的关节炎过程的初始阶段，这正是为何需要关注那些起初可能并不特别疼痛的损伤的原因。

重建术式尚未被区分开来

对于慢性损伤，存在多种手术方式，这本身就具有提示意义。在比较慢性舟月骨间韧带断裂的多种技术时，针对 978 例患者，**腱固定重建在影像学测量指标上，其舟月骨间隙和角度的改善显著优于关节囊固定术**，现有数据显示腱固定术具有一定优势 [1]。

然而，影像学上的改善并不等同于临床上的优越性，且更广泛的综述直言不讳。在针对 342 例慢性非关节炎性舟月骨分离的研究中，由于数据收集的异质性、缺乏对比研究以及随访时间较短，**无法得出任何单一技术具有优越性的结论**，作者呼吁开展更长期的对比研究 **以及自然病程研究** [2]。

缺失的自然史才是真正的空白

最后这一要求并不寻常，值得深入探讨。要求开展自然史研究，意味着该领域尚无法可靠地知晓未治疗的舟月韧带损伤的自然病程：有多少患者会进展为关节炎、进展的时间尺度如何，以及具体是哪些患者会出现这种情况。

缺乏这一数据，就无法量化治疗获益这一侧的方程。我们已知关节炎序列确实会发生，但不知道其在多大比例的患者中出现，以及进展速度如何。因此，任何声称重建手术“预防关节炎”的说法，都是基于机制的推断，而非已证实的临床结局。

由此可得出两点结论。时机至关重要：在组织仍具可修复性且骨骼仍可复位时早期修复韧带，与数年后进行重建手术，是完全不同的命题。此外，此处的建议更多依赖于个体化的临床发现，而非试验证据，因为可供引用的试验证据目前尚不存在。

当病程已进展至后期

一旦关节炎形成，重建性问题即告终结，取而代之的是挽救性决策，最常见的选择是在切除近排腕骨与融合其中四块腕骨之间进行取舍。这些选项及其比较证据详见 SLAC/SNAC 腕关节页面，而非本页。

参考文献

[1] Daly LT, Daly MC, Mohamadi A, Chen N. 慢性舟月骨间韧带断裂：手术治疗系统综述与荟萃分析。Hand (N Y). 2018;15(1):27-34. <https://doi.org/10.1177/1558944718787289>

[2] Naqui Z, Khor WS, Mishra A, Lees V, Muir L. 慢性非关节炎性舟月骨分离的处理：系统综述。J Hand Surg Eur Vol. 2017;43(4):394-401. <https://doi.org/10.1177/1753193417734990>