

应用锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位及锁骨外端骨折 66 例

★ 周旭光 (浙江省宁波市中医院骨伤科 宁波 315010)

关键词: 锁骨钩钢板; 肩锁关节脱位; 锁骨外端骨折

中图分类号: R 684.7 683.41 **文献标识码:** B

随着交通事故增加,高能量伤使得肩锁关节脱位和锁骨外端骨折成为常见的创伤,对于严重的骨折脱位,易复位难固定,故主要采用切开复位内固定^[1]。自 2002 年 6 月~2006 年 10 月,我科共采用切开复位锁骨钩钢板内固定治疗肩锁关节脱位及锁骨外端骨折 66 例,67 肩,疗效满意,现报道如下:

1 临床资料

应(包括手术创伤)调节能力差,所以手术风险相对较高,但年龄高本身并非手术禁忌证,关键是主要脏器的功能情况。本组患者平均 65 岁,伴有心血管疾病、慢性肺疾病、糖尿病、肝肾功能等内科合并症者占 32.14%,术前术后均进行积极内科治疗,结果无一例患者因为并发症而死于术中或术后。术后患者能早期进行活动,避免了长期卧床并发症的发生,大大提高了患者的生活质量。

3.2 术中应注意的几个问题^[5] (1)切口的选择:本组患者均采用髋关节后外侧切口,笔者认为该切口安全、简单,扩大股骨上端髓腔容易;出血少,取出股骨头快,假体置入顺利;手术时间短,损伤小且易于操作。(2)安置假体注意点:①坚强且完整的股骨距是保证稳定和赖以负重的先决条件,一般要保留股骨距 1~1.5 cm,否则易造成术后假体下沉。②术中要注意维持恰当的颈干角和前倾角,颈干角过大或过小要警惕假体柄穿出股骨干皮质外;前倾角过大或过小易造成术后关节活动受限。③髓腔扩大要适宜,过大容易造成术后假体松动,过小则置入假体困难,并且勉强复位易导致股骨干劈裂。(3)术中出现问题的预防和补救措施:①上好假体后,如果颈干角过大或过小应在股骨干四周摸一下,以防假体穿出皮质;一旦穿出皮质,退出改用骨水泥重新固定假体。②术中如发现股骨干近端劈裂,可用钢丝捆

男 45 例,女 21 例;年龄 17~66 岁,平均 44 岁;左侧 30 例,右侧 35 例,双侧 1 例;交通伤 54 例,运动损伤 7 例,其他损伤 5 例;肩锁关节脱位 40 例,锁骨远端粉碎性骨折 16 例,斜行或横行骨折 10 例。本组患者均有明显外伤史,患肩疼痛,局部畸形,琴键征阳性,伤肢无力,肩外展及上举困难,患肢活动受限,影像学明确诊断。

扎,术后予以患肢胫骨结节骨牵引 4~6 周,尽量推迟下床活动,直到骨性愈合。③关闭切口之前常规向各个方向尽力活动患髋,检查股骨头与患髋是否配套,以减少术后髋关节疼痛,防止术后假体脱位。3.3 术后应注意的几个问题^[4] (1)对高龄患者术后常规心电监护,待生命体征平稳后停止,一般维持 24 小时。(2)术后继续积极治疗并存病,如高血压、糖尿病等。(3)为了防止静脉血栓的发生,尽量不用止血药,鼓励病人做踝、膝关节的早期主动、被动屈伸活动,尽快恢复关节功能。(4)术后做到三不:不跷二郎腿,不坐矮凳子,不做剧烈活动。

参考文献

- [1]苗华,周建生.骨科手术入路解剖学[M].合肥:安徽科学技术出版社,2003.364~368
- [2]张平.骨水泥型单极与双极人工股骨头置换治疗老年股骨颈骨折[J].实用医学杂志,2004,20(2):129~130
- [3]Takaokak,NishmaT,Ohzonok,et al. Bipolar prosthesis replacement for the treatment of avascular necrosis of the femoral head [J]. Clin orthop,1992,277:121~127
- [4]阮腊林.双极人工股骨头置换术治疗老年人股骨颈骨折[J].赣南医学院学报,2004,24(5):576
- [5]徐永金.人工股骨头置换术 40 例疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2002,11(23):2362~2363

(收稿日期:2006-10-08)

2 手术方法

颈丛麻醉或全身麻醉,作肩锁关节前上方弧形入路(Robers 氏切口),从肩峰与锁骨肩峰端上面起,向内延长,沿锁骨上面切开骨膜,作骨膜下剥离,到锁骨远端显露时,应避免进一步损伤肩锁关节囊及肩锁韧带,可见脱位后翘起的锁骨远端,显露肩峰、肩锁关节、锁骨外侧段及喙突,试行直视下手法复位(若不能复位则应消除有关影响因素如锁骨关节囊嵌顿、关节内软骨碎片等),成功后用骨膜剥离器向下顶压锁骨远端以保持复位,可用大巾钳临时固定,防止肩锁关节的前后侧移。进一步显露肩峰之肩锁关节面紧邻的内侧长约 2cm 段的肩胛冈前方,肩胛冈与锁骨远端交界处避免有软组织存在。将锁骨钩钢板的钩于骨膜下插入肩峰下,钢板端置于锁骨上,钩紧贴锁骨,并利用钢板下压锁骨,使骨折或脱位复位,螺钉可靠固定,检查骨折或脱位复位确实,修补断裂的肩锁韧带和关节囊,不修复喙锁韧带,缝合切断的三角肌。

3 治疗结果

本组 60 例得到随访,随访时间 0.5~3 年,平均 1 年。治疗效果按局部功能恢复情况和术后 X 线片综合判定。按 Karlsson 评分标准^[2],A 级为无痛,有正常肌力,肩可以自由活动,X 线片示肩锁关节解剖复位或间隙小于 5 mm;B 级为微痛,肌力中度,肩关节活动范围为 90~180°,X 线片示肩锁关节间隙 5~10 mm;C 级为疼痛并且夜间加重,肌力不佳,肩关节各向活动小于 90°,X 线片示肩锁关节仍脱位。结果 60 例,61 肩为 A 级;6 例,6 肩为 B 级。无一例内固定松动脱出及骨折不愈合。

4 讨论

4.1 恢复肩锁关节的正常解剖关系 重建肩锁关节稳定性,恢复肩锁关节正常活动功能和防止继发性创伤性关节炎是手术的目的和关键。以往锁骨远端骨折和肩锁关节脱位常用手术方式主要有:肩锁关节复位和内固定;喙锁韧带修复,喙锁间固定;以及前两种方法的结合。这些方法的不足之处是内固定不确实,术后不能进行早期患肩功能锻炼,不利于肩关节功能的恢复。喙锁间螺钉固定法对技术要求极高,否则有螺钉松脱之虑,不利于推广使用;喙锁间韧带、可吸收线等固定法,常因韧带松弛、钢丝切割等致术后半脱位等;采用克氏针固定肩锁关节,限制了肩锁关节的微动,常引起关节僵硬和疼痛,克氏针容易松脱,使固定失败。

使用锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折和肩锁关节

脱位,经过临床实践和平均 1 年的随访,充分体会到其具有的优点:(1)锁骨钩钢板解剖型设计符合生物力学固定原则,在坚强固定的前提下内置物基本不干扰肩锁关节,能为局部组织愈合提供相对稳定的力学环境,允许肩锁关节在肩外展及上举时保持其生理微动,有利于关节功能恢复^[3];(2)符合局部的解剖特点:锁骨钩钢板分为左右两种不同钢板,形态与锁骨相匹配,从板钩交界处钩向后偏斜,板钩是从肩锁关节的下方穿过,符合肩锁关节的局部解剖特点,使肩锁韧带的重建及修复有一充分的空间;(3)有利于早期功能锻炼:锁骨钩钢板由于其良好的固定效果,使得术后患者不再需要加用任何其他外固定,第 3 天可去除颈腕吊带开始肩关节功能锻炼,有效地防止了肩关节粘连和肌肉萎缩,以及预防肩周软组织并发症;(4)术中不必做特殊的暴露,不必强求修复喙锁韧带,一旦复位成功,固定持久可靠;(5)不干扰关节面:锁骨钩钢板手术破坏小,内固定物不经过关节面,因而术后较少并发创伤性关节炎。

4.2 术中是否重建喙锁关节韧带 对于术中是否应修复或重建喙锁韧带,目前存在不同的意见,部分主张行喙锁韧带的直接缝合或结构性重建,认为不修复喙锁韧带将导致去除内固定后肩锁关节脱位复发。但手术中直接缝合喙锁韧带较为困难,重建术往往损伤其他正常组织结构,手术创伤较大^[3]。有报道^[4]表明纤维软骨盘是否切除和喙锁韧带是否修复,对其预后无明显影响。这与我们的结果一致,证实了在保证肩锁韧带、三角肌和斜方肌修复完整的前提下,锁骨钩钢板固定确实有效时,是否修复喙锁韧带并不重要,断裂的喙锁韧带任其自然愈合并不影响手术的疗效。因此我们认为对于肩锁关节脱位手术,术中不必强求修复或重建喙锁韧带。

参考文献

- [1]王亦聰,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1999.30
- [2]Larsson J Acromioclavicular dislocation treated by coracoacromio ligament transfer[J]. Arch Orthop Trauma Surg,1986,10(6):8~11
- [3]陈云苏,陈峥嵘,姚振均,等.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折[J].中华创伤杂志,2003,19:300~302
- [4]钮心刚,罗旭耀,严力生.喙锁间环扎钢丝带治疗新鲜重度肩锁关节脱位[J].骨与损伤杂志,2004,19(9):590~591
- [5]赵友明,洪汝康,王振文.重度肩锁关节脱位的手术治疗[J].中国骨伤,2001,14(4):202~203

(收稿日期:2007-01-04)