

手术治疗浮肩损伤的体会

孙成长, 吴仁文, 吴祥宗, 毛伟欢, 陶志东

(浙江省庆元县中医院, 浙江 庆元 323800)

关键词 锁骨 肩胛骨 骨折 骨折固定术, 内

浮肩损伤是一种高能量损伤, 随着交通及建筑业的发展, 该类损伤的发生也逐渐增多。2000 年 3 月至 2009 年 5 月, 我院采用手术治疗浮肩损伤患者 6 例, 取得了良好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

本组 6 例, 男 5 例, 女 1 例。年龄 22 ~ 61 岁, 平均 35.6 岁。交通伤 4 例, 高处坠落伤 2 例。合并肋骨骨折 4 例, 颅脑损伤 1 例, 胫腓骨骨折 1 例。按 Wong 等^[1]分型: I B 型 1 例, II 型 2 例, III A 型 1 例, III B 型 2 例。

2 治疗方法

2.1 手术方法 采用臂丛神经阻滞麻醉, 患者取非固定侧位。首先取半仰卧侧位, 于锁骨前方沿锁骨长轴作切口, 逐层切开皮肤及皮下组织, 暴露骨折部位。将锁骨骨折复位后, 行重建钢板或锁骨解剖型钢板固定。经 X 线透视证实肩胛骨已复位, 则行锁骨固定而不行肩胛骨的切开复位内固定; 若肩胛骨未复位或不稳定, 则取半俯卧侧位, 于肩胛骨后侧作切口, 沿肩胛冈延伸至肩胛骨内下角, 切开三角肌在肩胛冈的附着, 从冈下肌、小圆肌间隙进入剥离, 显露关节盂、肩胛颈及肩胛骨外侧缘, 对骨折进行复位, 以预弯的重建钢板对肩胛骨外侧进行固定。典型病例 X 线片见图 1。

2.2 术后处理 术后常规使用抗生素 3 ~ 5 d; 口服

非甾体类抗炎药 5 ~ 7 d; 三角巾悬吊患肢于胸前 3 ~ 4 周; 术后 3 ~ 5 d 鼓励患者做肩关节钟摆样活动, 同时活动患肢各关节; 术后 1 周做无痛性的肩关节外展活动; 术后 5 ~ 6 周开始练习肩关节的上举运动; 术后 6 ~ 8 周给予肩关节局部中药薰洗和理疗; 定期复查 X 线片, 根据骨折愈合情况指导患者进一步的功能训练。

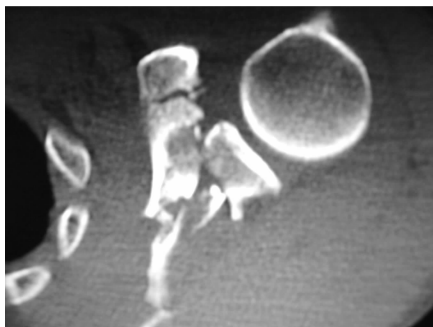
3 结果

3.1 疗效评定标准 参照 Herscovici 评分标准^[2]对肩关节功能进行评定。优: 肩部不痛, 能正常工作, 活动不受限, 外展肌力 V 级; 良: 肩部轻度疼痛, 日常工作稍有影响, 肩关节活动部分受限, 外展肌力 IV 级; 可: 肩部中度疼痛, 日常工作有明显影响, 肩关节外展 45° ~ 90°, 外展肌力 III 级; 差: 肩部严重疼痛, 不能工作, 外展活动 45° 以下, 外展肌力 II 级。

3.2 疗效评定结果 本组患者均获得随访, 随访时间 6 个月至 8 年, 平均 3 年 4 个月。骨折均获得愈合。按上述标准进行疗效评定, 本组优 4 例, 良 1 例, 可 1 例。

4 讨论

浮肩损伤是指同侧的锁骨干骨折或肩锁关节脱位, 同时合并肩胛颈骨折而造成的肩部严重损伤。对于浮肩损伤的治疗目前尚存争议, Egol 等^[3]认为浮肩损伤是否手术治疗没有统一标准, 而应坚持个性化原



(1)



(2)



(3)

图 1 患者, 男, 59 岁, 左侧锁骨、肩胛骨、肋骨骨折

(1) 术前 CT 冠状位片 (2) 术前肩部正位 X 线片 (3) 术后肩部正位 X 线片

则。Edwards 等^[4]认为对于浮肩损伤可以通过非手术治疗而取得良好疗效。但是,目前多数学者倾向于手术治疗,主要是因为骨折经手术内固定后能立即获得肩关节的稳定。

因缺乏对浮肩损伤的大宗病例的统计分析,目前对此损伤的治疗尚没有形成统一标准。我们认为,对于浮肩损伤是否手术主要取决于骨折是否稳定,此外还要综合考虑患者的年龄、经济状况、健康状况、对关节功能的期望值、职业特点等。在手术治疗浮肩损伤的过程中,我们体会到:①应采用患侧在上的浮动体位,以方便手术操作;②手术应先固定锁骨再处理肩胛骨骨折^[5],若透视证实肩胛骨获得复位且稳定,则不必固定肩胛骨,否则取后路固定肩胛骨;③肩胛骨骨折应在 2 周内手术,若超过 3 周再进行手术,术中可见部分骨痂生长或组织粘连,给手术带来较大困难;④术中要重视喙锁韧带和肩锁韧带的检查,如果发现断裂应予以修复;⑤术中应尽量避开三边孔和四边孔的解剖,一般来说,肩胛骨外侧缘被有效固定后,肩胛骨的解剖形态多可自行恢复;⑥术中应避免损伤肩胛上神经,同时避免向下过度分离,防止损伤位于小圆肌下方的旋肱后动脉和腋神经。

综上所述,对于手术治疗浮肩损伤,我们认为:①

应严格掌握手术适应证;②早期功能锻炼至关重要,医生应给予患者自始至终的康复训练指导和鼓励;③早期服用非甾体类抗炎药有利于镇痛和预防局部的机化,能有效降低后期肩关节的疼痛;④中药薰洗和理疗,对防止软组织粘连、预防关节僵硬、恢复关节功能有较好的效果。

5 参考文献

- [1] Wong KL, Ramsey ML, Williams GR Jr. Scapular fractures. In: Norris TR. Orthopaedic knowledge update: shoulder and elbow [M]. 2nd Edit. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2002; 227 - 236.
- [2] Herscovici D Jr, Fiennes AG, Allgöwer M, et al. The floating shoulder: ipsilateral clavicle and scapular neck fractures [J]. J Bone Joint Surg Br, 1992, 74(3): 362 - 364.
- [3] Egol KA, Connor PM, Karunakar MA, et al. The floating shoulder: clinical and functional results [J]. J Bone Joint Surg Am, 2001, 83(8): 1188 - 1194.
- [4] Edwards SG, Whittle Ap, Wood GW 2nd. Nonoperative treatment of ipsilateral fractures of the scapula and clavicle [J]. J Bone Joint Surg (Am), 2000, 82(6): 774 - 780.
- [5] 刑国宽, 朱勇, 缴勇武. 浮肩损伤 10 例治疗体会 [J]. 中医正骨, 2008; 20(7): 63 - 64.

(2010-08-11 收稿 2010-11-09 修回)

(上接第 60 页)用单纯闭合复位固定位置难以维持。采用传统牵引进行治疗,使病人限于一种体位,且牵引时间长,患者痛苦大。采用闭合复位交叉克氏针固定进行治疗,因脱位骨折端嵌夹软组织而影响复位。采用单纯克氏针固定胸锁关节易出现克氏针滑脱退出,且易损伤胸膜及大血管,术后易再脱位。而我们采用切开复位克氏针结合锁定重建钛板固定进行治疗可以避免上述缺点。切开复位克氏针固定能限制胸锁关节前后移位,重建锁定钛板固定能限制胸锁关节上下移位,且锁钉无需穿透胸骨后侧皮质,避免损伤胸膜及大血管,利于骨折端、关节囊、韧带的修复愈合,防止了再脱位及创伤性关节炎的发生。术后无需外固定,可以使患者早期进行肘关节、腕关节、肩关节的功能锻炼,预防肩周炎的发生。

锁定重建钛板的优点:①钛板较薄,容量小,不会引起术后胸锁关节部的隆起;②重建锁定钛板易塑形,符合胸锁关节解剖学特点;③采用钢针及锁定钛板固定后,固定牢靠,不需要任何外固定,有利于早期

功能锻炼;④坚强的内固定更有利于锁骨胸骨端骨折的愈合;⑤有利于受损的胸锁关节囊及胸锁前韧带的修复和重建^[3]。

该手术的适应证:新鲜的胸锁关节脱位及锁骨端骨折,无气管、大血管损伤的胸锁关节脱位者。此外,仅单纯气管、大血管受压者在胸科医生监护下可应急使用本法。

手术注意事项:①穿克氏针要严格掌握进针方向,勿钻入胸腔及钻透胸骨皮质;②锁定钉勿过长,以免穿透胸骨柄后侧皮质进入胸腔,造成气胸及损伤大血管、气管或纵膈;③克氏针针尾一定要折弯,防止松动进入胸腔及纵膈内损伤脏器。

5 参考文献

- [1] 方伟松,石高才,楼才俊,等. 重度胸锁关节脱位的内固定治疗 [J]. 中国骨伤, 2006, 19(2): 112.
- [2] Canale. 坎贝尔骨科手术学 [M]. 卢世璧主译. 9 版. 山东: 山东科学技术出版社, 2001: 2582.
- [3] 周望者. T 形钢板内固定治疗胸锁关节前脱位 [J]. 中国骨伤, 2009, 22(3): 234.

(2010-08-07 收稿 2010-11-02 修回)