

# 植骨融合 T 型钢板内固定治疗胸锁关节脱位

陈红卫,赵品益,赵胜春,楼舒畅,赵钢生

(浙江省义乌市中心医院,浙江 义乌 322000)

**关键词** 脱位,胸锁关节 T 型钢板 内固定

随着交通事故和运动损伤的日益增多,胸锁关节脱位的患者也日益增多,若得不到及时正确的治疗,将影响肩关节的功能,近来已得到国内外学者的重视。2001 年 5 月至 2006 年 12 月,我们在植骨融合的基础上给予 T 形钢板内固定的方法治疗胸锁关节脱位 7 例,取得了满意的临床疗效,现总结报告如下。

## 1 临床资料

本组 7 例,男 5 例,女 2 例。左侧 2 例,右侧 5 例。年龄 20~59 岁,中位数 40 岁。车祸伤 6 例,挤压伤 1 例。均为前脱位,受伤致就诊时间为 4 h 至 56 d,其中陈旧性脱位 2 例。合并肋骨骨折 2 例。伤后均有胸前部肿胀疼痛,尤以活动患侧上肢时疼痛加重,并有胸锁关节隆突畸形及浮动感等典型的体征。X 线片或 CT 检查证实为胸锁关节前脱位。

## 2 方法

采用颈丛神经阻滞麻醉加局部浸润麻醉,患肩垫一薄枕。切口从患侧锁骨内侧沿锁骨越过胸锁关节至胸骨柄中点,切开皮肤、皮下及深筋膜,小心推开骨膜,并保留骨膜以便缝合。使锁骨内侧端游离,咬骨钳咬除锁骨内侧端及胸骨柄胸锁关节软骨面,由上向下钝性游离胸骨柄内面,防止在胸骨柄上钻空时损伤后面的大血管等重要结构。在锁骨内侧端与胸骨柄安置 T 型钢板,胸锁关节部取髂骨植骨。术后不需特殊外固定,仅以三角巾悬吊患肢 6 周,6 周后行主动功能锻炼,3 个月内应避免有力的推、拉、举动作。

## 3 结果

本组 7 例均获随访,随访时间为 12~39 个月,平均 19 个月。根据 Rockwood 等<sup>[1]</sup>胸锁关节术后评分法评定,结果优 4 例,良 2 例,可 1 例。无切口感染、神经血管损伤、血气胸、内固定失败和再脱位等并发症发生。

## 4 讨论

胸锁关节为滑膜关节,由呈球状的锁骨内侧端与

胸骨柄上外侧面构成。其稳定性主要依赖于关节囊及周围的前、后胸锁韧带及锁骨间韧带和肋锁韧带的支持,关节囊前方的胸锁韧带比后方的胸锁韧带薄弱,且囊前方的胸锁韧带位于关节的张力侧,间接暴力时承受牵拉力,易断裂,因此胸锁关节前脱位较为常见,而后脱位少见。胸锁关节是肩胛带与躯干相连的惟一关节,肩肱关节无论向何方向运动,均需要胸锁关节的协同,因胸锁关节面呈倾斜状态,关节接触面狭小,任何向后下作用于肩部的力均可使锁骨通过第一肋骨为支点而形成杠杆的作用,影响关节的稳定;呼吸运动时,第一肋骨升高抬举锁骨造成胸锁关节处反复不断的折屈应力,故胸锁关节脱位不易保持复位。

对于胸锁关节脱位,以往多采用非手术方法治疗,但不仅患者难以忍受长时间的石膏固定所带来的痛苦,且石膏固定很难维持复位的位置,拆除外固定后,遗留半脱位畸形而导致疗效不满意。随着内固定材料的发展和人们对预后疗效要求的日益提高,愈来愈多的学者主张行手术内固定治疗。切开复位钢丝、克氏针固定为最常用的内固定方法,也取得了较满意的效果<sup>[2]</sup>;但传统的钢丝、克氏针内固定发生的疲劳断裂和移位是非常多见的,甚至针移位并穿至纵膈、心脏、肺部及大血管危及生命<sup>[3]</sup>,使不少学者对此方法持谨慎态度。由于胸锁关节是微动关节,任何内固定物都不能长期保留,每一次上肢活动或呼吸运动时均对内固定物产生一定的应力,如此反复作用必然产生金属疲劳,最终断裂。为增加术后关节的稳定性及防止关节疼痛的发生,有学者主张行关节融合术,同时用钢板固定以利于融合的愈合<sup>[4]</sup>。我们用 T 型钢板内固定植骨融合术治疗胸锁关节脱位,取得了满意的疗效。认为此方法有如下优点:①T 型钢板较薄,皮下置入不会引起术后胸锁关节隆起,不影响美观;②T 型钢板符合胸锁关节的解剖学特点,(下转第 44 页)