

改良 Bankart 术治疗习惯性肩关节脱位

陈高新, 金登峰, 盛新君, 吉萍

(浙江省富阳市中医骨伤医院, 浙江 富阳 311400)

摘要 **目的:**观察改良 Bankart 术治疗习惯性肩关节脱位的临床疗效。**方法:**2006 年 3 月至 2010 年 7 月, 我们采用改良 Bankart 术治疗习惯性肩关节脱位患者 11 例, 其中男 4 例, 女 7 例。年龄 18~45 岁, 中位数 28 岁。左侧 3 例, 右侧 8 例。初次脱位为前脱位 10 例, 其中孟下脱位 8 例, 喙突下脱位 2 例; 后脱位 1 例。术后随访观察肩关节脱位复发情况及患肢功能恢复情况。**结果:**所有患者均获得随访, 随访时间 12~26 个月, 中位数 18 个月。肩关节均未发生再脱位。肩关节活动恢复正常 7 例, 肩关节外旋受限 1 例, 肩关节外旋受限伴疼痛 1 例, 肩关节外旋外展受限但无疼痛 1 例, 肩关节外旋外展受限伴疼痛 1 例。按照 Rowe 肩关节评分系统评定疗效, 优 8 例, 良 2 例, 可 1 例。**结论:**采用改良 Bankart 术治疗习惯性肩关节脱位, 具有操作简单、可早期进行功能锻炼、疗效满意等优点, 值得临床推广应用。

关键词 肩脱位 改良 Bankart 术

肩关节是人体活动度最大的关节, 同时也是最不稳定的关节。肩关节脱位占全身关节脱位的 45%~50%^[1]。习惯性肩关节脱位常因初次脱位后处理不当所致, 以前脱位为主, 其表现为肩关节局部肿胀、疼痛、方肩畸形、活动障碍等, 严重影响人们的日常生活和工作^[2]。2006 年 3 月至 2010 年 7 月, 我们采用改良 Bankart 术治疗习惯性肩关节脱位患者 11 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 11 例, 男 4 例, 女 7 例。年龄 18~45 岁, 中位数 28 岁。均为习惯性肩关节脱位患者。左侧 3 例, 右侧 8 例。初次脱位为前脱位 10 例, 其中孟下脱位 8 例, 喙突下脱位 2 例; 后脱位 1 例。初次脱位时致伤原因: 摔伤 6 例, 斗殴伤 2 例, 体育运动伤 3 例。病程 12~36 个月, 中位数 25 个月。

2 方法

2.1 手术方法 采用臂丛神经阻滞麻醉, 患者取仰卧位。于喙突至腋前皱襞处作一切口, 沿胸大肌与三角肌间隙进入, 显露喙突、肱二头肌短头、喙肱肌, 再向内侧牵开喙肱肌及联合腱, 向外侧牵开三角肌, 暴露肱骨大、小结节及肩胛下肌。找到肩胛下肌下缘后, 于距离肱骨小结节约 1.5 cm 处“L”形切开肩胛下肌, 并向内侧牵开, 显露关节孟缘及关节囊。关节孟缘凹陷光滑者, 用刮匙刮出新鲜骨面。于关节孟缘 2 点、3 点及 5 点处打入带线锚钉, 锚钉线自孟唇及关节囊内侧深层穿出, 将关节囊外侧拉紧缝合。如缝合

时张力过大, 适当内旋上肢, 使关节囊内侧重叠后缝合于关节囊外侧。术毕, 冲洗切口, 逐层缝合。

2.2 术后处理 术后用悬挂吊带悬挂患肢 3~4 周, 术后第 2 天开始进行肩关节钟摆式功能锻炼, 术后 1 周在肩关节无痛状态下开始活动上肢, 术后 1 个月行肩关节外展、外旋、前屈、后伸等功能锻炼。

3 结果

本组患者均获得随访, 随访时间 12~26 个月, 中位数 18 个月。肩关节均未发生再脱位。肩关节活动恢复正常 7 例, 肩关节外旋受限 1 例, 肩关节外旋受限伴疼痛 1 例, 肩关节外旋外展受限但无疼痛 1 例, 肩关节外旋外展受限伴疼痛 1 例。按照 Rowe 肩关节评分系统^[3]评定疗效, 本组优 8 例, 良 2 例, 可 1 例。

4 讨论

4.1 习惯性肩关节脱位的诊断 习惯性肩关节脱位的诊断较容易, 患者年龄大多数在 20~40 岁, 有屡发性无明显外力或轻微外力即致肩关节脱位的病史。目前影像学检查如 X 线、CT 很难发现习惯性肩关节脱位时的病理改变, 而且 MRI 检查阳性率也不高。本组 5 例曾行 MRI 检查, 均未发现肩关节异常。但唐康来等^[4]报道, MRI 检查可以证实 Bankart 损伤。体格检查主要有前向恐惧试验、肩关节 Lachman 试验、陷窝试验等, 但给患者做这几项检查时, 患者及检查者的主观性太强, 临床意义并不大。

4.2 习惯性肩关节脱位的病理表现 习惯性肩关节脱位的主要病理改变为关节囊松弛、关节囊破损、孟唇

撕裂、Hill-Sachs 损伤^[5]。本组 5 例表现为前关节囊薄弱,其中 2 例关节囊存在圆形破损;6 例表现为孟唇撕脱,孟缘光滑凹陷,符合 Bankart 损伤。但是,习惯性肩关节脱位的病理表现并非单纯表现为 Bankart 损伤,如 Hill-Sachs 损伤(肱骨头后外侧面缺损)也是肩关节习惯性脱位的病理表现,但在本组病例中未发现。

4.3 该术式的优缺点 习惯性肩关节脱位的手术方法众多,大致可归纳为软组织修复术和改变骨结构术。改变骨结构术大多用于软组织修复术失败后^[6-7],但因手术操作复杂,术后复发率高,目前临床上已不再采用该术治疗习惯性肩关节脱位。软组织修复术主要以 Bankart 术为代表,Bankart 术的基本原理是紧缩关节囊、修补孟唇。但 Bankart 术后存在一定的复发率,且术中需借助特制工具在孟缘打孔,操作较为困难;在孟缘打孔如操作不当,反而会导致孟缘医源性损伤,并且骨孔对缝合线的磨损可能会造成缝合线断裂,不利于早期功能锻炼;如缝线过早断裂,势必造成肩关节再次脱位。而改良 Bankart 术,不仅操作简单,而且还避免了孟缘医源性损伤和缝线断裂的隐患,进而避免了肩关节再次脱位的发生;还可以使患者尽早进行肩关节功能锻炼,从而有利于肩关节功能的恢复;术中“L”形切开肩胛下肌可避免损伤腋神经及旋肱前动脉。但是,该术式也存在一定的缺点:术后会造成关节囊过度紧缩,从而造成肩关节外旋受限,而且还可能会干扰肱二头肌长头腱,造成肱

骨结节间沟处疼痛。

综上所述,采用改良 Bankart 术治疗习惯性肩关节脱位,具有操作简单、可早期进行功能锻炼、疗效满意等优点,值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] 曲绵域,于长隆.实用运动医学[M].4 版.北京:北京大学医学出版社,2003:625.
- [2] Burkhead WZ Jr, Rockwood CA Jr, Antonio S. Treatment of instability of the shoulder with an exercise program[J]. J Bone Joint Surg Am, 1992, 74(6): 890-896.
- [3] Rowe CR, Patel D, Southmayd WW. The Bankart procedure: a long term end - result study[J]. J Bone Joint surg Am, 1978, 60(1): 1-16.
- [4] 唐康来,徐格,吴雪晖,等.两种手术方法治疗习惯性肩关节前下脱位的比较[J].中华创伤骨科杂志,2008,10(10):908-910.
- [5] Caspari RB, Geissler WB. Arthroscopic manifestation of shoulder subluxation and dislocation[J]. Clin Orthop Relat Res, 1993, (291): 54-66.
- [6] Omid-kashani F, Sadri-Mahvelati E, Mazlumi SM, et al. Is bristow-latarjet operation effective for every recurrent anterior shoulder dislocation? [J]. Arch iran Med, 2008, 11(3): 270-273.
- [7] Matthes G, Horvath V, Seifert J, et al. Oldie but goldie; Bristow-Latarjet procedure for anterior shoulder instability[J]. J Orthop Surg (Hong Kong), 2007, 15(1): 4-8.

(2011-05-28 收稿 2011-08-10 修回)

(上接第 69 页)比松质骨迟得多。我们选择自体髂骨进行植骨,因为髂骨拥有大量的松质骨,血供较好,容易再血管化,骨移植后,植骨与宿主血管发生吻合,能在最短的时间内诱导成骨^[4]。当大块自体髂骨植入骨缺损处以后,从两端生长的血管进入髂骨并血管化,同时髂骨松质骨可提供大量成骨细胞,从而使其获得新骨生成,逐渐爬行替代髂骨块,最终塑形成新的锁骨。

内固定的广泛应用使许多复杂骨折的治疗收到了良好的疗效,骨折端的有效固定及适当的持续应力刺激使骨折得到有效愈合^[5]。重建钢板易于塑形,贴附在锁骨上面不易变形,固定可靠,不易松动,既能克服锁骨纵向牵拉力和横向剪切力,又能防止锁骨旋转,是稳定锁骨的有效方法^[6]。而有效固定恰恰是骨折愈合的先决条件。

综上所述,采用髂骨植骨配合重建钢板内固定治疗锁骨骨折不愈合合并骨缺损,具有固定牢靠、并发

症少、疗效好等优点,值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder[J]. Clin Orthop Relat Res, 1987, (214): 160-164.
- [2] Zuckerman TD, Koval KJ. 肩部骨折[M].李正维,屠冠军,译.沈阳:辽宁科学技术出版社,2007:160-173.
- [3] 范广峰,祁兆建,孟庆国.锁骨骨折手术失败原因分析及治疗[J].中医正骨,2009,21(7):54-56.
- [4] 王亦聰.骨与关节损伤[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2007:234-235.
- [5] 巴吐尔·吾斯曼,艾合买提江·玉素甫,阿不都赛米·艾买提.复杂锁骨骨不连手术方法的选择和疗效分析[J].新疆医科大学学报,2007,30(10):1135-1136.
- [6] 尹延军.取髂骨植骨加重建钢板内固定治疗锁骨骨折骨不连[J].中医正骨,2007,19(4):65.

(2011-02-22 收稿 2011-05-19 修回)