

# 橡皮筋及 Kenny-Howard 固定带治疗肩锁关节脱位

## Treatment of acromioclavicular dislocation with rubber band and fixing band of kenny-Howard

沈俊敏, 林福生

SHEN Jun min, LIN Fu sheng

关键词 肩锁关节脱位; Kenny Howard 固定带

Key words Acromioclavicular dislocation; Fixing

band of Kenny Howard

自 1989 年以来用橡皮筋及 Kenny Howard 固定带治疗肩锁关节脱位 23 例, 取得满意疗效, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 23 例, 男 18 例, 女 5 例; 年龄 20~ 53 岁。受伤到治疗时间约 1~ 2 h, 皆为闭合损伤。按分型标准<sup>[1]</sup>: 20 例为 II 型损伤, 3 例为 III 型损伤。

### 2 治疗方法

术者一手将锁骨远端下压并矫正前后移位, 另一手上托伤侧上肢。Kenny Howard 固定带见图 1, 此固定带分为肩带、肘带和横带三部分, 调整肩带与

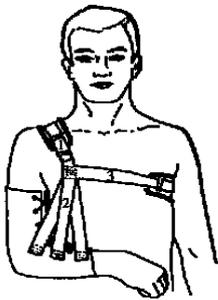
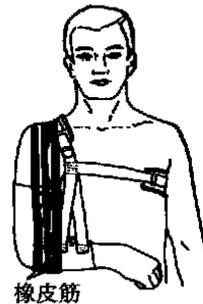


图 1 Kenny-Howard 固定带

1 肩带 2 肘带 3 横带

肘带的长度, 使肩带通过一毡片将锁骨外端下压而肘带通过一肘托将上臂上抬, 以恰能维持锁骨外端与肩峰的平复为度, 横带的作用十分重要, 应调整至保持毡片正好压在锁骨外端并防止肩带向外滑移<sup>[1]</sup>。见图 2 示, 取自行车内胎, 剪成宽度约 2 cm 的橡皮筋, 自肩部锁骨外端毡片处至肘部缠绕 2~ 3 圈后固定, 松紧适度, 以上肢不酸、不麻为限。橡皮筋及 Kenny Howard 固定带应定期检查调整, 于固定

24 h 及 3 周时分别摄片复查, II 型损伤 5 周后去除固定, III 型损伤 6~ 7 周后去除固定。



橡皮筋

图 2 橡皮筋及固定带

### 3 治疗结果

疗效评定标准: 优: X 线片示肩锁关节关系正常, 功能活动无障碍、无疼痛、肩部力量与健侧无差异, 能从事体力劳动; 良: X 线片示肩锁关节关系正常, 功能活动在正常范围内, 偶有疼痛、肩部力量较健侧稍减弱, 尚能从事体力劳动; 差: X 线片示肩锁关节面不平整, 仍有脱位, 肩关节外展、上举活动受限, 肩部疼痛无力, 不能从事重体力劳动。本组 1 例 III 型损伤患者固定 2 周后因压垫局部皮肤溃疡解除固定后行手术内固定。结果: 优 16 例, 良 4 例, 差 2 例。优良率 86. 9%。

### 4 讨论

肩锁关节由扁平的肩峰内缘与锁骨远端构成, 肩锁关节的稳定性主要依靠韧带保持<sup>[1]</sup>, II 型损伤多造成肩锁韧带和关节囊的破裂, 喙锁韧带无损伤或仅有少量纤维损伤, 斜方肌和三角肌的腱性附着部亦未损伤; III 型损伤肩锁韧带、喙锁韧带完全撕裂, 斜方肌和三角肌的腱性附着部自肩峰、锁骨和上肩韧带撕裂。对 I、II 型损伤的治疗, 大多数采用非

手术方法治疗,即应用固定带固定或肩锁固定器固定等方法<sup>[2]</sup>。重度肩锁关节脱位,伤后锁骨因受胸锁乳突肌的牵引向上移位,肩峰因上肢的重力作用向下移位,胸肌牵拉肱骨上段向内移位,从而在肩锁关节周围产生分散的应力<sup>[3]</sup>。复位并不难,而维持整复后的位置则十分不易,外固定的方法迄今已达 50 余种,目前使用较多的为 Kenny Howard 固定带<sup>[1]</sup>,使用时,因上肢的重力作用及固定期间患肢的不随意活动导致的肩锁关节的分离趋势不容易克服,通过橡皮筋持续的弹性拉力作用,抵消了关节的

静态分离趋势,使固定更加稳定,以利韧带、关节囊的修复,达到满意的治疗效果。松紧度的调整至关重要,因此,固定期间应定期随访观察。

参考文献

- 1 戴克戎,毛宾尧,姜立本. 肩部外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 206-210.
- 2 徐桂高,周雷升. 克氏针内固定治疗肩锁关节脱位. 中国骨伤, 2000, 13(1): 41.
- 3 申才良,尚希福,桂斌捷. 钢丝张力带固定治疗陈旧性肩锁关节脱位. 中国骨伤, 2000, 13(6): 359.

(收稿日期: 2004-12-03 本文编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

三叶草钢板治疗难复性肱骨近端骨折脱位

董黎强, 曹根洪, 沈建国, 王昌兴  
(新华医院骨科, 浙江 杭州 310005)

我院自 1997 年以来,采用开放复位三叶草钢板固定治疗难复性肱骨近端骨折脱位,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组 17 例,男 8 例,女 9 例;年龄 23~72 岁,平均 52.5 岁。左肩 8 例,右肩 9 例。14 例为骨折伴肩关节前脱位,3 例为骨折伴肩关节后脱位。新鲜骨折脱位 14 例,陈旧性骨折脱位 3 例。按 Neer 分类法[J Bone Joint Surg(Am), 1970, 52: 1077-1089]: 向前二分骨折脱位 6 例,三分骨折脱位 5 例,四分骨折脱位 3 例;向后三分骨折脱位 2 例,四分骨折脱位 1 例。

2 治疗方法

均采用肩关节前内侧弧形切口,显露肩关节及肱骨上端前方及外侧方,将移位的骨折块及脱位的肱骨头复位,以肱二头肌长腱为标志,恢复肱骨近端的解剖结构,以克氏针暂时维持固定。将三叶草钢板置于肱骨近端外侧或前外侧,注意须在肱二头肌长头腱外侧,且钢板近端不超过大结节上界,有时须截去部分过长的中叶才能满足要求。根据肱骨近端外形将钢板塑形后,选取不同的钉孔以不同方向用 4~6 枚松质骨螺钉固定肱骨头及大、小结节骨折块。若肱骨头内或干骺端骨质缺损明显可用同种异体骨或自体髂骨块植入填充。置于肱骨干部的钢板纵叶以 3.5 mm 皮质骨螺钉 3~4 枚固定。手术时应注意防止损伤腋神经及旋肱前动脉,同时修复撕裂的肩袖或关节囊。术后根据术中内固定的牢固程度,以及肩袖和关节囊的损伤程度来决定术后开始功能锻炼的时间。若固定牢固、肩袖损伤轻,术后可不用外固定,制动 2 周后即开始做钟摆式活动,第 3 周开始做轻柔的被动前曲和内外旋活动,5 周后开始做主动或对抗性锻炼。反之,则宜肩关节外展位固定 3 周再行功能锻炼。

3 治疗结果

本组均得到随访,平均随访时间 11.5 个月(8~22 个

月)。疗效评定采用 Neer 的百分制评定标准[J Bone Joint Surg(Am), 1970, 52: 1077-1089.]: 疼痛 35 分,功能 30 分,运动限制 25 分,解剖复位 10 分。术后总评分在 90 分以上为优;80~89 分为良;70~79 分为可;70 分以下为差。本组优 9 例,良 6 例,可 2 例,优良率 88.2%。其中二分骨折脱位 6 例中,优 4 例,良 2 例,三分骨折脱位 7 例中,优 4 例,良 2 例,可 1 例,四分骨折脱位 4 例中,优 1 例,良 2 例,可 1 例。本组病例全部愈合,愈合时间 2 个月,无畸形愈合、感染、血管神经损伤、内固定物断裂发生。出现肱骨头缺血性坏死 1 例,骨折端轻度移位 1 例,螺钉穿入肱骨头后下方影响关节内收 1 例。

4 讨论

三叶草钢板具有以下优点:①三叶草钢板较 T 型钢板薄且易于塑形,塑形后可更加符合肱骨近端表面的解剖特点;②与其他钢板相比,其近端有更多的螺钉孔可供选择,可使螺钉在更合适的位置及方向上固定住肱骨头、大结节、小结节和较大的骨折碎片及植入骨块,其立体交叉的固定方式可有效地防止肱骨头的旋转和骨折块的移位,从而增强了骨折断端紧密接触的稳定性,能最大限度地包容骨折端的前后及外上方;③三叶草钢板具有跨越骨折线远端的坚强固定臂,较其他钢板固定更为牢靠,如能妥当应用,术后可尽早康复锻炼,有利于肩部功能恢复,尤其适用于严重粉碎、移位,须行植骨固定的复杂的三、四分肱骨近端骨折脱位。

并发症分析:出现肱骨头缺血性坏死 1 例,考虑与骨折脱位严重,肱骨头血供破坏大有关,该患者因疼痛较轻,未作手术处理;1 例骨折端轻度移位,但未致畸形愈合,考虑与骨质缺损较多,未予植骨及螺钉长度过短,致使固定的稳定性降低有关;1 例螺钉穿入肱骨头后下方影响关节内收,建议在难以确定是否螺钉会穿出肱骨头的情况下,可在 C 形臂 X 线机透视下置钉。

(收稿日期: 2004-03-19 本文编辑: 连智华)