

# 改良 Bristow 手术治疗复发性肩关节前脱位

甘千达 刘彦辉 肖移山

广西桂林市解放军 181 医院(541002)

我们于 1992 年 10 月~1995 年 4 月用改良 Bristow 手术治疗 13 例(15 个肩)复发性肩关节前脱位,效果满意,现报告如下。

## 临床资料

本组 13 例,男性 12 例,女性 1 例;军人 12 例,工人 1 例;年龄 19~22 岁;左侧 6 例,右侧 5 例,双侧 2 例。初次脱位至手术时间平均 15 个月(5 个月~4 年)。伤因:高处摔伤 9 个肩,暴力撞伤 5 个肩,投掷伤 1 个肩。伤后均经手法复位,绷带悬吊,1 周左右患肩肿痛减轻后恢复运动。以后脱位反复发生,最多 20 次,最少 5 次。15 个肩在较小力量甚至睡眠时发生脱位。入院后通过病人合作诱发脱位 2 例(2 个肩)。

## 治疗方法

臂丛麻醉后取肩部前内侧切口,牵开头静脉,由三角肌与胸大肌间进入深层。显露喙突和肱二头肌短头、喙肱肌起点,先沿喙突纵轴作-2.0cm 深的钻孔,然后在胸小肌起点的远侧劈断喙突,将凿下的喙突和肱二头肌短头、喙肱肌联合腱一并向下翻转,但翻转联合腱长度不得大于 4.0cm,以免损伤肌皮神经。翻转联合腱即显露肩胛下肌。在肩胛下肌深面与肩关节囊之间作一能通过联合腱的隧道,宽约 4.0cm(不切开关节囊),将喙突和联合腱通过隧道,再把凿下的喙突复位,用一枚螺钉固定之。术后用三角巾悬吊患肢,3 天后可作肩摆动练习,3 个月恢复肩正常活动。

## 治疗结果

13 例(15 个肩)术后平均随访 12 个月(7 个月~16 个月)。优:无复发脱位,肩各方向运动正常,无疼痛 12 个肩。良:无复发脱位,肩外旋受限小于  $10^\circ$ ,外展受限小于  $15^\circ$ ,治疗时有轻微疼痛(不需用药 2 个肩);差:有复发性脱位 1 个肩。优良率 93.3%。获优的 12 个肩(10 例),正常军训(包括投弹)不受影响,获良的 2 个肩(2 例)平均外旋受限  $8^\circ$ ,投掷成绩不如术前。1 例脱位复发原因是:术中凿断的喙突未很好固定,致使喙突连

同联合腱一并脱落,起不到联合腱移位作用。

## 讨论

Heifet<sup>[1]</sup>在 1958 年首先报告了 Bristow 手术方法——移植喙突及附于其上的肱二头肌短头、喙肱肌到肩关节孟前缘。认为此术式机理是骨挡加联合腱的动力吊带作用加强肩前壁。其报告用 Bristow 手术治疗复发性肩关节前脱位 30 余例,术后肩外旋轻度受限,1 例复发是由于移植喙突撕脱所致。1976 年, Lombardo<sup>[2]</sup>用改良 Bristow 方法(把喙突用螺钉固定于肩胛颈前)治疗 51 例复发性肩关节前脱位,1 例复发,外旋平均受限  $1^\circ$ ,但运动员的投掷动作受影响。Lombardo<sup>[2]</sup>推测,由于喙突和联合腱移位的位置使肩胛下肌下部的运动受到制约,阻止了肩关节的充分外旋,而且也削弱了肩关节的内旋,影响投掷效果。我们根据 Bristow 原理设计了肱二头肌短头、喙肱肌联合腱后移位方法治疗复发性肩关节前脱位,使移位后的联合腱直接悬吊在肩关节前方薄弱区,与关节囊、肱骨头直接接触,当肩外展、外旋时,肱二头肌短头、喙肱肌主动收缩,对肱骨头形成动力性屏障作用,有效阻止其向前脱出。由于此术式没有使喙突移位,联合腱所处的位置也不影响肩胛下肌运动,所以,术后肩关节外旋受限轻微。本组 15 个肩中,12 个肩(10 例)外旋功能正常,常规军训不受影响。此术式操作简单,损伤小,不需打开关节腔。本组除 1 个肩手术不当致再脱位外,余 14 个肩均获优良效果。所以我们认为此术式是治疗肩关节复发性前脱位较理想的方法。

## 参考文献

1. Heifet AJ. Coracoid transplantation for recurring dislocation of the Shoulder. J. Bone and Joint Surg(Br), 1958, 40(2): 198
2. Lombardo SJ, Kerlan RK, Jobe FW, et al. The Modified Bristow Procedure for recurrent dislocation of the Shoulder. J. Bone and Joint Surg(Am), 1976, 58(2): 246

(收稿:1996-04-05)