

· 经验交流 ·

张力带并喙锁韧带重建治疗陈旧性Ⅲ度肩锁关节脱位

吴楚君, 吕丽涛

(湘潭市第一人民医院骨科, 湖南 湘潭 411101)

关键词 喙锁韧带; 肩锁关节脱位; 内固定器; 修复外科手术

Treatment of old type III acromioclavicular joint dislocation with tension band and coracoclavicular ligament reconstruction WU Chu-jun, LÜ Li-tao. Department of Orthopaedics, the 1st Peoples Hospital of Xiangtan City, Xiangtan 411101, Hunan, China

Key words Coracoclavicular ligament; Acromioclavicular joint dislocation; Internal fixators; Reconstructive surgical procedures

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(2): 138-139 www.zggszz.com

肩锁关节脱位是肩锁关节常见的损伤之一, 多为直接暴力造成, 由于诊治失误或内固定失败, 常转变成陈旧性肩锁关节脱位。2001 年 7 月至 2006 年 6 月, 采用张力带并喙锁韧带重建治疗陈旧性Ⅲ度肩锁关节脱位 27 例, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 27 例, 男 19 例, 女 8 例; 年龄 17~58 岁, 平均为 34.5 岁。病程 3 周~11 个月; 左侧 10 例, 右侧 17 例。合并锁骨远端骨折 6 例。误诊失治 5 例; 由于金属、可吸收螺钉及克氏针、钢丝松动、移位、断裂等原因致内固定失败, 肩锁关节再脱位 20 例; 内固定解除术后再脱位 2 例。

2 治疗方法

采用臂丛麻醉, 仰卧位, 患肩垫高, 头转向健侧, 从肩锁关节前方做弧形切口, 自肩峰至锁骨中段后弯向喙突, 显露肩峰、锁骨外段及喙突。清除肩锁关节内破碎的软骨盘及纤维瘢痕组织, 切除锁骨外侧端 0.5~1.0 cm, 向前下按压复位锁骨, 并以巾钳临时固定。距锁骨外侧端 3~4 cm 于锁骨干横钻一骨孔, 穿过 1 根 22 号钢丝备用, 自肩峰外侧垂直关节至锁骨外侧端穿入 2 枚直径 2.0 mm 克氏针, 钢丝于肩峰绕过克氏针于前方扭紧打结, 活动上臂确认肩锁关节稳定, 克氏针留 1 cm 折弯, 埋入皮内。分离喙突上肱二头肌短头和喙肱肌联合腱, 凿取一喙突骨片, 上移至锁骨相应位置(已制成粗糙面), 以 1 枚可吸收螺钉固定。切断的胸大肌、斜方肌起止部分重叠缝合。术后三角巾悬吊患肢, 1 周内行握拳锻炼, 2~3 周增加肘关节屈伸及肩关节钟摆活动, 3~6 周解除三角巾, 开始主动和辅助的关节活动练习, 术后 3 个月局麻下小切口取出克氏针、钢丝, 开始力量练习。

3 结果

27 例均获随访, 随访时间 7~30 个月, 平均 14.5 个月。21 例患者肩关节功能在术后 2~4 个月恢复。无切口感染、克氏针断裂及游走发生。肩关节功能采用 Karlsson 等^[1]标准: 优, 无痛, 肌力正常, 肩关节活动自如, X 线片示肩锁关节解剖复位或半脱位, 间隙 < 5 mm; 良, 微痛, 肌力中等, 肩关节活动度 >

90°, 肩锁关节间隙在 5~10 mm; 差, 疼痛, 夜间甚, 肌力不佳, 肩关节活动度任何方向 < 90°, X 线片示肩锁关节仍脱位。本组优 20 例, 良 5 例, 差 2 例, 优良率 92.6%。

4 讨论

4.1 肩锁动力性稳定结构的重建 肩锁关节陈旧性Ⅲ度脱位的治疗方法很多, 但保持满意复位的手术方法必须满足以下条件: ①清除肩锁关节内破碎的软骨盘及纤维瘢痕组织, 达到有效复位; ②重建肩锁关节的纵向和水平稳定性, 即重建肩锁韧带和喙锁韧带; ③施行可靠的固定直至修复的韧带牢固愈合^[2]。喙锁韧带主要维持肩锁关节的上下稳定, 在肩锁关节损伤时, 喙锁韧带是维持其稳定的最重要部分。肩锁关节陈旧性Ⅲ度脱位, 喙锁韧带断裂后已瘢痕粘连, 直接缝合修补的可能性极小, 通常采用重建的方法。采用肱二头肌短头和喙肱肌联合腱上移重建喙锁韧带, 使喙锁间的结构重现获得稳定性的方法, 用于治疗陈旧和新鲜的肩锁关节脱位, 均获得较好的效果。肱二头肌短头和喙肱肌本身的张力足以维持喙锁、肩锁间的解剖关系, 而上肢本身的重力以及肢体负重时两肌肉收缩所产生的向下牵引力, 又具有促使肩锁和喙锁间相互靠拢的动力性复位作用。该重建方法对稳定肩锁间结构有静力学和动力学的双重作用。与原喙锁韧带力学特点基本相同, 符合韧带重建原位、等长的原则。且联合腱血供为多源性, 相互交通, 形成丰富的血管网, 愈合快。无须增加手术切口, 无静力性重建术后继发性松弛的弊端。

4.2 重建与张力带联用的优点 采用张力带固定对肩锁关节产生轴向压力, 其中“∞”字钢丝横跨肩锁关节上方, 既有相当于肩锁韧带的作用, 限制锁骨的水平方向运动, 又有加强喙锁韧带的作用, 即锁骨外侧端向上弹起的力愈大, 钢丝所受的张力也愈大。与联合腱上移重建喙锁韧带, 同时提供了水平和垂直 2 个方向上的稳定, 更符合肩锁关节的生物力学要求。张力带固定对关节面创伤小, 操作简便, 有足够的固定强度, 能使肩锁关节保持复位位置, 提供稳定的静力环境, 使修复的韧带、关节囊等组织无张力地愈合。允许早期肩关节功能锻炼,

· 经验交流 ·

内镜下两点单侧钩切法治疗腕管综合征的临床应用

张君¹, 桑秋凌¹, 李墨², 赵文海²

(1. 吉林大学中日联谊医院手外科, 吉林 长春 130021; 2. 长春中医药大学骨科)

【摘要】 目的:探讨应用内镜的两点单侧钩切法切断腕横韧带,解除正中神经压迫的手术方法和疗效。**方法:**临床治疗原发性 11 例 13 侧(左侧 3 例,右侧 6 例,双侧 2 例)43~68 岁女性腕管综合征患者。全部患者均有桡侧 3 个半指的指端刺痛觉减退,腕部正中神经 Tinel 征阳性,11 例大鱼际肌萎缩,同时 4 例存在拇指对掌功能减弱。术中局部麻醉,分别采取近侧腕横纹线处,掌长肌腱与桡侧屈腕肌腱之间 1 cm 皮肤横切口(入口)和患者拇指最大桡侧外展位,拇指尺侧平行线与中环指间的长轴线交叉点向尺侧 1 cm 处呈 45°切口(出口)。预制隧道后入口处置入腕关节镜,由出口插入钩刀。钩刀钩住腕横韧带近段后,内镜随钩刀移动而远行,全程镜视下由近及远切断腕横韧带。**结果:**患者经随访 4~20 个月全部疗效满意,捏握功能明显改善。术后 3 个月时恢复至 S3+ M3 以上。无血管、神经或屈肌腱损伤等并发症。**结论:**两点单侧钩切法操作步骤简单,是一种有效的手术方法。

【关键词】 腕管综合征; 内窥镜; 外科手术,微创性

Clinical application of endoscopic two-portal one-way releasing procedure for carpal tunnel syndrome ZHANG Jun*, SANG Qiu-ling, LI Mo, ZHAO Wen-hai. *Department of Hand Surgery, Chinese-Japan Union Hospital, Changchun 130021, Jilin, China

ABSTRACT Objective: To study the method and effect of endoscopic two-portal one-way releasing procedure for cut of transverse carpal ligament and decompression of median nerve. **Methods:** Eleven female patients (13 sides) with primary carpal tunnel syndrome underwent endoscopic two-portal one-way releasing procedure, there were 3 left hands, 6 right, and 2 both. All the subjects had hypesthesia in the radial three and half fingers tip with a positive, Tinel sign of median nerve at wrist; 11 cases had thenar myatrophy in which 4 had opposition dysfunction. Under local anaesthesia, the proximal incision was located at the point of the proximal carpal transverse striation level between palmaris longus and flexor carpi radialis. The outlet was chosed the junction of the parallel line of the ulnar side of thumb and proximal extending line of middle ring fingers' long axis while the thumb was in abduction position. The length of each incision was only one centimeter. The hook knife was inserted to the proximate of the transverse carpal ligament, then, the transverse carpal ligament was completely released form the proximal to the distal end by hook knife under the endoscope monitor. **Results:** The results showed that both pinch and grip function was satisfied and no complications occurred at 4 to 20 months followed-up. S3+ M3 or more has been reached in 3 months after operation. **Conclusion:** The endoscopic two-portal one-way releasing procedure is an easy and effective method for the treatment of carpal tunnel synrome.

Key words Carpal tunnel syndrome; Endoscopes; Surgical procedures, minimally invasive

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(2): 139-140 www.zggszz.com

腕管综合征是手外科最常见的一种神经卡压性疾病,手术切断腕横韧带,开放腕管是经典的外科治疗方法。现在内镜下腕横韧带切开腕管松解术正逐步受到医师和患者的重视^[1]。2003 年 4 月至 2004 年 11 月,采用内镜下两点单侧钩切法治疗 11 例(13 侧)特发性腕管综合征患者,取得了良好效果。

1 临床资料

本组 11 例(13 侧),全部为女性患者;年龄 43~68 岁,平均 55 岁。左侧 3 例,右侧 6 例,双侧 2 例。主诉患手拇、食、中指指端麻木,以中指为重,有按摩或甩手后症状减轻的经验;9 例患者有夜间麻醒史。查体:11 例(13 侧)均有桡侧 3 个半

避免了长期制动引起的并发症,有利于肩关节功能的恢复。而张力带的取出仅需于肩峰外侧局麻下小切口操作,在门诊也能开展。

参考文献

1 Karlsson J, Arnarson H, Sigurjonsson K. Acromioclavicular disloca-

tions treated by coracoacromial ligament transfer. Arch Orthop Trauma Surg, 1986, 106: 8-11.

2 李丹, 卡索. 可吸收螺钉改良 Dewar 术治疗陈旧性Ⅲ度肩锁关节脱位. 中国修复重建外科杂志, 2005, 19(3): 197.

(收稿日期: 2007-09-13 本文编辑: 王宏)