

肩锁关节脱位治疗方法的选择与疗效分析

万智勇, 陈初勇, 洪剑飞

(浙江省人民医院骨科, 浙江 杭州 310014)

摘要 目的: 探讨 4 种不同方法治疗肩锁关节脱位的疗效。方法: 本组 146 例, 肩锁关节脱位按 Allman 分型: I 度脱位 33 例, II 度脱位 67 例, III 度脱位 46 例。采用 4 种方法治疗: 保守治疗(I 度脱位 33 例, II 度脱位 26 例), 闭合复位克氏针固定(II 度脱位 32 例), 切开复位克氏针“8”字钢丝固定修复肩锁韧带及关节囊(II 度脱位 9 例, III 度脱位 18 例)、切开复位锁骨钩钢板固定修复肩锁韧带、关节囊、喙锁韧带及喙肩韧带移位(III 度脱位 28 例)。以上分别为 A、B、C 及 D 组。结果: 术后随访 6~18 个月(平均 11.2 个月), 按 Karlsson 评分标准, A 组优 39 例, 良 19 例, 差 1 例; B 组优 19 例, 良 11 例, 差 2 例; C 组优 15 例, 良 12 例; D 组优 19 例, 良 9 例。除二例 II 度脱位在电镜透视下闭合复位克氏针固定患者, 克氏针外滑、脱位复发外, 其余均无脱位复发、断针、感染等并发症。结论: 术前正确判断肩锁关节脱位的类型, 根据具体分型选择不同的治疗方法能获得较满意的疗效。

关键词 肩锁关节; 脱位; 治疗方案; 骨折固定术

Selection of treatment methods and evaluation of therapeutic effects for acromioclavicular dislocation

WAN Zhìyong, CHEN Chūyong, HONG Jiǎnfēi. The People's Hospital of Zhejiang Province, Hangzhou 310014, Zhejiang, China

Abstract Objective: To discuss therapeutic effects of 4 different methods for the treatment of acromioclavicular dislocation. **Methods:** According to Allman classification standard, 33 patients of 146 were type I, 67 type II and 46 type III. Four treatment methods were adopted. Thirty three patients of type I and 26 of type II were treated with conservative methods(Group A), 32 of type II treated with close reduction and Kirschner wire fixation(Group B), 9 of type II and 18 of type III treated with open reduction and Kirschner wire combined with steel wire fixation to repair acromioclavicular ligament and articular capsule(Group C), and 28 of type III with open reduction and clavicle claw steel plate fixation to repair acromioclavicular ligament, articular capsule, coracoclavicular ligament and coracoacromial ligament(Group D). **Results:** After 6 to 18 months follow up(with an average of 11.2), the therapeutic effects of all the patients were evaluated by the standard of Karlsson. In Group A, 39 patients obtained excellent results, 19 good and 1 poor; in Group B, 19, 11 and 2; Group C, 15, 12 and 0; Group D, 19, 9 and 0. Kirschner wire sliding and dislocation recurrencing were found in 2 patients who were type II dislocation and treated with close reduction and Kirschner wire fixation. To other patients, operative complications such as dislocation recurrence, pin breaking and infection did not occur. **Conclusion:** Accurate judgement of acromioclavicular dislocation type and adopting the corresponding treatment methods based on different injury type are helpful to obtain satisfactory clinical effects.

Key words Acromioclavicular joint; Dislocation; Treatment protocols; Fracture fixation

肩锁关节脱位是临床上较为常见的一种损伤, 占全身关节脱位的 2%~16%。其治疗方法达 70 余种, 在治疗方法的选择与疗效上尚存在一定的争议。从 1993 年 10 月-2003 年 5 月共收治肩锁关节脱位 146 例。根据其脱位的不同类型、伤后时间, 选择不同的治疗方法, 经 6~18 个月的随访, 对其疗效进行

回顾性总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 146 例, 男 102 例, 女 44 例; 年龄 15~65 岁, 平均 29.5 岁。右侧 98 例, 左侧 48 例。新鲜脱位 125 例, 陈旧性脱位 21 例。Allman 分型: I 度脱位 33 例, II 度脱位 67 例, III 度脱位 46 例。

1.2 临床表现及治疗方法的选择 ①I 度脱位: 肩锁部位疼痛, 压痛(+), 患肢活动部分受限, 患肢活

动时肩锁部疼痛压痛均加剧, X 线片示肩锁关节无明显移位或间隙轻度增大。这类患者仅有肩锁韧带及关节囊部分纤维撕裂, 关节基本稳定。我们选择患肢吊带悬挂制动或顶压胶布固定 4~6 周, 6~12 周内避免患肢剧烈活动。② II 度脱位: 除上述症状外患肢活动大部分受限, 肩锁关节部“琴键征”(+), X 线片示锁骨外侧端向上移位超过锁骨厚度的 1/3~2/3, 喙锁间隙大于正常侧 0.4 mm。该类患者肩锁韧带、关节囊均撕裂, 喙锁韧带部分纤维撕裂, 关节呈半脱位状, 对这类患者我们根据其肩锁关节脱位的程度、患者对保守治疗的耐受性、新鲜或陈旧性脱位来选择不同的治疗方法。a. 对脱位 $\leq 1/3$ 新鲜脱位的患者给予顶压石膏固定, 6~8 周; b. 对脱位 $\geq 1/2$ 的患者行电透下闭合复位交叉克氏针固定; c. 对陈旧性 II 度脱位的患者行肩锁关节切开复位, 交叉克氏针“8”字钢丝固定, 并修复肩锁韧带、关节囊。③ III 度脱位: 肩锁部疼痛、肿胀明显, 患肢活动明显受限, 肩锁关节“琴键征”(+), 甚至有骨擦感。X 线片示锁骨外侧端明显向上移位, 超过锁骨的厚度, 喙锁间隙超过正常侧的 40%~60%, 这类患者肩锁韧带关节囊均断裂, 喙锁韧带断裂。对这类新鲜脱位的患者, 我们给予切开复位交叉克氏针“8”字钢丝固定, 修复肩锁韧带、关节囊及喙锁韧带, 对严重 III 度脱位伴有锁骨外侧端骨折或陈旧性 III 度脱位的患者我们给予切开复位锁骨钩钢板固定, 修复肩锁韧带、关节囊、喙锁韧带及辅以喙肩韧带移位加强喙锁韧带。对伴有盘状软骨破裂或锁骨外侧端骨折的患者, 术中切除破裂的软骨盘, 骨折给予复位固定。对粉碎性骨折无法达到解剖复位者行锁骨外侧端切除。

1.3 术后处理 术后除行锁骨钩钢板固定的患者外均用前臂悬吊带托挂 3~4 周后, 渐行肩关节功能锻炼, 随访 6~18 个月, 平均 11.2 个月。根据患者的肩部疼痛情况、肩关节活动功能、肌力、双肩持重 5 kg 水平位 X 线摄片双侧肩锁关节比较, 综合评定疗效。

2 结果

2.1 疗效评价 参照 Karlsson 等^[1] 标准: 优, 无痛, 肌力正常, 肩关节活动自如, X 线片显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 $> 90^\circ$, 肩锁关节脱位间隙在 5~10 mm 以内; 差, 疼痛, 夜间为甚, 肌力不佳, 肩关节活动度在任何方向 $< 90^\circ$, X 线片显示肩锁关节仍脱位。

2.2 结果 保守治疗组 I 度脱位 33 例, II 度脱位 26 例, 治疗后优 39 例, 良 19 例, 差 1 例; 闭合复位克氏针固定组, II 度脱位 32 例, 疗后优 19 例, 良 11 例, 差 2 例; 切开复位克氏针“8”字钢丝固定组 II 度脱位 9 例, III 度脱位 18 例, 疗后优 15 例, 良 12 例, 差为 0 例; 切开复位锁骨钩钢板固定组 III 度脱位 28 例, 疗后优 19 例, 良 9 例, 差 0 例。

3 讨论

保守治疗适合于 I 度脱位及部分轻 II 度脱位的患者, 本组 33 例 I 度脱位和 26 例轻 II 度脱位的患者行保守治疗, 除一例肩关节活动时疼痛外, 其余患者术后肩锁部疼痛基本消失, 关节活动度均达优良。

闭合复位电透下交叉克氏针固定肩锁关节, 对于部分不能或不愿接受顶压石膏绷带或胶布固定的新鲜脱位患者较为合适。其优点: ①较外固定牢固; ②手术创伤小。本组 32 例, 除 2 例克氏针向外滑出、脱位复发外, 其余患者均获得较满意的疗效。缺点: ①克氏针易向外滑出, 脱位复发; ②术后患者仍需给予一定的肩锁关节制动措施。

切开复位交叉克氏针加“8”字钢丝固定, 修补肩锁韧带、关节囊及喙锁韧带, 适用于重 II 度及 III 度脱位的患者。而对严重 III 度脱位或伴有锁骨外侧端骨折及陈旧性 III 度脱位的患者, 我们选择锁骨钩钢板固定, 修补肩锁韧带、关节囊、喙锁韧带, 必要时辅以喙肩韧带移位加强喙锁韧带。其优点: 术后不需行任何肩关节的制动措施, 早期行肩关节功能锻炼, 术后脱位的复发率低。本组 28 例行锁骨钩钢板固定的患者, 术后 3~6 个月后拆除钢板, 无一例发生再脱位。缺点: 手术创伤大, 术后部分患者肩关节活动范围减小。

我们所实施的任何形式的固定都只是暂时的固定, 而韧带、关节囊、骨折的修复愈合才是根本性治疗。目前对使用锁骨钩钢板固定的患者, 是否需要行喙锁韧带修复, 仍没有统一的认识^[2], 我们认为喙锁韧带修复是必要的, 只有喙锁韧带良好愈合, 才能在内固定拆除后, 达到正常的动力性固定。

参考文献

- 1 Karlsson J, Amaron H, Sigurjonsson K. Acromioclavicular dislocations treated by coracoacromial ligament transfer. Arch Orthop Trauma Surg, 1986, 106: 8-11.
- 2 武记山, 魏林元, 贾利国. 肩锁关节脱位 81 例. 中华创伤杂志, 2001, 17(11): 665-666.

(收稿日期: 2005-03-12 本文编辑: 李为农)