

# Tightrope 纽扣钢板治疗肩锁关节脱位疗效及并发症分析

左永祥, 马子平

(温岭市第一人民医院骨一科, 浙江 温岭 317500)

**【摘要】** 目的: 研究 Tightrope 纽扣钢板治疗 Rockwood III-V 型肩锁关节脱位的疗效及并发症。方法: 自 2014 年 5 月至 2016 年 12 月, 采用 Tightrope (Arthrex, FL, USA) 纽扣钢板隧道治疗 Rockwood III-V 型肩锁关节脱位 17 例, 男 10 例, 女 7 例; 年龄 20~68 岁, 平均 39.8 岁。4 例为关节镜下手术, 13 例为小切口透视手术。评估患者手术前后肩关节功能情况、X 线表现及并发症情况。**结果:** 肩锁关节术后首次复查均复位满意, 17 例患者获得随访, 时间 5~23 个月, 平均 10.8 个月。其中 1 例锁骨端伤口线结异物反应破溃渗出, 二次缝合后顺利愈合。1 例锁骨端伤口异物肉芽肿形成, 术后 4 个月切除并清除锁骨端钢板线结后愈合。3 例末次随访出现复位丢失, 但不超过肩锁关节纵向高度 50% 移位。所有患者无 Tightrope 纽扣钢板断裂或失效。15 例术后 4~6 周恢复肩关节活动度; 2 例术后肩关节粘连, 活动度延迟到术后 5~7 个月恢复。肩关节 Constant 评分由术前平均 46.9±6.0 提高到末次随访的 92.7±4.0。X 线评估术后喙锁隧道的位置, 透视法患者全部接近理想位置 (经锁骨垂直穿过喙突基底中心), 关节镜法患者喙锁隧道与理想位置均有偏差。**结论:** Tightrope 纽扣钢板治疗肩锁关节脱位微创有效, 临床结果优良, 常见并发症多数不影响疗效。小切口透视法可以获得更理想可靠的隧道位置。

**【关键词】** 肩锁关节; 脱位; 手术后并发症; 关节镜

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2017.10.013

**Outcomes and complications of Tightrope button plate for repairing acromioclavicular dislocation** ZUO Yong-xiang and MA Zi-ping. Department of Orthopaedics, The First People's Hospital of Wenling Affiliated to Wenzhou Medical College, Wenling 317500, Zhejiang, China

**ABSTRACT Objective:** To study the clinical outcome and complications of Tightrope button plate for repairing acromioclavicular dislocation of Rockwood type III to V. **Methods:** From May 2014 to December 2016, 17 patients with acromioclavicular dislocation of type III-V were treated with Tightrope button plate including 10 males and 7 females with an average age 39.8 years old ranging from 20 to 68 years old. Four patients were treated with arthroscopy and 17 patients were treated with mini-invasive by X-ray assisted. Shoulder function, X-ray and complications after operation were assessed. **Results:** All patients were followed up for 5 to 23 months with a mean of 10.8 months. All patients got satisfying reduction immediately postoperatively. Among them, 1 case of clavicle end wound foreign body reaction, rupture, effusion, healing after the second suture; 1 case of foreign body granuloma formation at the end of clavicle were resected and removed at 4 months after operation; 3 cases loss reduction (less than 50% of acromioclavicular joint). No coracoid fracture and suture breakage observed. The shoulder mobility was restored in 15 cases at 4 to 6 weeks postoperatively, and the shoulder adhesion in 2 cases was delayed to 5 to 7 months after operation. The Constant scores were improved from 46.9±6.0 preoperatively to 92.7±4.0 at the final follow-up. X-ray evaluation of postoperative coracoclavicular tunnel location, patients' coracoclavicular tunnel with mini-invasive fluoroscopy all closed to the ideal position (across the clavicle vertically through the coracoid base center), while different degree of tunnel position deviation were observed in arthroscopic patients. **Conclusion:** Tightrope button plate for the treatment of acromioclavicular joint dislocation had advantages of minimally invasive, effective, good clinical results, the majority of common complications does not affect efficacy. Small incision X-ray method can provide more satisfactory and reliable tunnel location.

**KEYWORDS** Acromioclavicular joint; Dislocations; Postoperative complications; Arthroscopes

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2017, 30(10): 946-951 www.zggszz.com

肩锁关节脱位是临床较常见的损伤, 对于

Rockwood I-II 通常采用保守治疗, 而 Rockwood III-V 型是临床最常见的手术治疗对象。目前主要治疗方法有锁骨钩钢板治疗和纽扣钢板治疗。锁骨钩钢板虽操作简单, 却有一些固有并发症难以克服, 且需

通讯作者: 左永祥 E-mail: 513168774@qq.com

Corresponding author: ZUO Yong-xiang E-mail: 513168774@qq.com

要二次取出,而纽扣钢板系统克服了锁骨钩钢板的许多缺点,且能关节镜下微创手术,故日益流行。但纽扣钢板治疗肩锁关节脱位对技术要求较高,也会出现一些并发症。本研究回顾了 2014 年 5 月至 2016 年 12 月,采用 Tightrope (Arthrex, FL, USA) 纽扣钢板治疗 Rockwood III-V 型肩锁关节脱位 17 例,总结其技术要点并分析其并发症原因与改进。

## 1 临床资料

本组 17 例,男 10 例,女 7 例;年龄 20~68 岁,平均 39.8 岁;车祸伤 13 例,摔伤 4 例。所有患者通过常规肩关节正位 X 线片获得诊断,查体琴键征阳性。受伤至手术时间 3~21 d,平均 6.4 d。其中 Rockwood III 型 14 例,IV 型 1 例,V 型 2 例。1 例 Rockwood III 型患者为锁骨钩钢板过度复位并发疼痛、活动严重受限改行 Tightrope 纽扣钢板翻修。

## 2 治疗方法

患者采用沙滩椅位,关节镜下采用常规后正中入路、前正中入路。探查关节后,清理暴露喙突基底,前侧入路置入 Arthrex 专用导向器。将导向器钩套住喙突基底后,在肩锁关节内侧约 3 cm 处平行锁骨中轴切开约 2 cm,暴露锁骨上表面后将导向筒推至骨面。注意使进针点位于锁骨前后径中点,打入导针。镜下确认导针穿出且位置满意后,以直径 4 mm 空心钻沿导针扩孔。扩穿喙突基底后撤除导针,将牵引钢丝穿过空心钻并由前正中入路拉出备用。撤除空心钻,将备好的 Tightrope 纽扣钢板组件经牵引钢丝由锁骨端隧道拉入喙突基底。关节镜监控下翻转钢板并回拉扣住喙突基底,最后助手维持肩锁关节复位后打结固定。透视确认位置满意后关闭各切口(图 1)。小切口透视法:根据透视估算进针点做锁骨端约 2 cm 小切口并暴露至锁骨上表面。另于喙突尖部内下缘纵行切开约 2.5 cm,止血钳仔细钝性分离肌间隙至喙突基底,将食指插入喙突底部并推开

喙突基底部软组织(图 2)。然后透视下调整导针位置及方向,满意后打入导针,抵住喙突后暂停,透视确认位置满意后推钻至喙突基底部,基底部预先用骨膜剥离器或食指保护(图 3)。钻通隧道后再透视确定导针位置满意后以直径 4 mm 空心钻制作隧道,保留空心钻。经空心钻内芯插入牵引钢丝,经食指将牵引钢丝引出下方切口。然后将 Tightrope 纽扣钢板组件经牵引钢丝拉入隧道,翻转钢板后收紧线袢。助手维持肩锁关节复位后打结固定,透视确认复位固定满意后关闭切口。

术后第 1 天开始肩关节小幅度前后摆动及垂臂划圈锻炼,被动肩关节锻炼,允许患者在可耐受范围内健侧帮助患侧上举,不做角度限制,休息时患肢悬吊制动。4 周后鼓励全向主动活动,直至活动度恢复正常,并逐渐恢复日常活动。

## 3 结果

### 3.1 疗效观察指标

肩关节功能采用 Constant 等<sup>[1]</sup>评分,由 35% 主观评分和 65% 客观评分组成,具体包括:疼痛 15 分;日常活动 20 分,包括工作、娱乐,睡眠是否受影响,患侧手能达到的位置;主动活动范围 40 分,肩关节外展、前屈、外旋、内旋各 10 分;力量测试 25 分。Constant 总评分满分为 100 分,分数越高表明功能越好。对手术前后各项评分进行配对设计定量资料 *t* 检验(采用 SPSS13.0 统计软件)。观察并发症:有无切口异常,复位丢失,内固定松动、失效,关节粘连等并发症。X 线评估术后喙锁隧道位置是否理想。

### 3.2 治疗结果

17 例肩锁关节脱位患者术后首次复查均复位满意,随访 5~23 个月,平均 10.8 个月。其中 1 例锁骨端伤口线结异物反应破溃,二次缝合后愈合。1 例锁骨端伤口异物肉芽肿形成,术后 4 个月切除并清除锁骨端钢板线结后愈合。3 例末次随访出现复位



图 1 关节镜手术方式 图 2 小切口透视手术方式 图 3 导针成功置入,喙突下食指保护

Fig.1 Arthroscopic approach Fig.2 Mini-invasive and X-ray assisted approach Fig.3 Guider wire placed successfully and protected by index finger

丢失,但不超过肩锁关节 50%移位。15 例术后 4~6 周恢复肩关节活动度;2 例术后肩关节粘连,活动度延迟到术后 5~7 个月恢复。所有患者无 Tightrope 纽扣钢板断裂或失效。X 线评估术后喙锁隧道的位置,小切口透视法患者全部接近理想位置(经锁骨垂直穿过喙突基底中心),关节镜法患者隧道位置与理想位置均有不同程度偏差(图 4-5)。全部患者末次随访肩关节功能恢复良好,肩关节术后末次随访 Constant 评分优于术前(表 1)。典型病例见图 6-7。

### 3 讨论

#### 3.1 透视法更可靠,关节镜法更微创

Tightrope 纽扣钢板治疗肩锁关节脱位获得优良效果的关键是喙锁隧道的制作,隧道位置不良或多

次调整隧道可出现喙突骨折、钢板脱出等严重并发症。如何避免此类医源性失误相当关键。本组患者使用了关节镜法和小切口透视法 Tightrope 纽扣钢板治疗肩锁关节脱位,通过术后 X 线片评估,透视法患者喙锁隧道的位置均接近或与理想位置重叠,明显优于关节镜法患者的隧道位置。分析原因在于关节镜法虽有专用导向器,但主要是定位喙突基底隧道的出口,无法保证锁骨到喙突整个隧道的最优方向。透视法能较轻松的确定隧道的最优整体方向,且重复性高,总体更可靠。考虑到关节镜法有更多钢板脱出的风险,本组患者主要采用了小切口透视法,确保了本组无 Tightrope 纽扣钢板失效的严重并发症。但也不排除关节镜法手术例数少,镜下把握隧道方



图 4 小切口透视法患者隧道位置均接近或覆盖理想位置(蓝线-垂直穿越喙突基底中心) 图 5 关节镜法患者喙锁隧道位置(红线)与理想位置(蓝线-垂直穿越喙突基底中心)有不同程度偏差

Fig.4 For mini-invasive approach, the coracoclavicular tunnel's position equal to desired position (blue line - vertical through the coracoid basal central) Fig.5 For arthroscopic approach, the coracoclavicular tunnel's position (red line) has deviation to desired position (blue line - vertical through the coracoid basal central)



图 6 男, 20 岁, 左肩 Rockwood III 型肩锁关节脱位 6a. 术前及术后首次 X 线对比 6b. 术后 5 周 X 线片示肩锁关节位置良好及患肢活动功能良好

Fig.6 Male, 20 years old, Rockwood III dislocation of left shoulder 6a. X-ray comparison of preoperation and postoperation 6b. Five weeks after operation, reduction still satisfied and function recovered well

表 1 Tightrope 纽扣钢板修复肩锁关节脱位 17 例手术前后肩关节 Constant 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

Tab.1 Comparison of Constant scores before and after operation of 17 patients with acromioclavicular dislocation treated by Tightrope repair ( $\bar{x} \pm s$ , score)

时间	疼痛	日常活动	主动活动范围	力量	总分
术前	9.4±1.8	12.3±0.9	22.0±4.2	2.5±2.2	46.9±6.0
末次随访	15.0±0.0	19.8±0.4	39.7±0.8	18.7±3.5	92.7±4.0
t 值	13.9	35.2	17.6	13.0	22.3
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

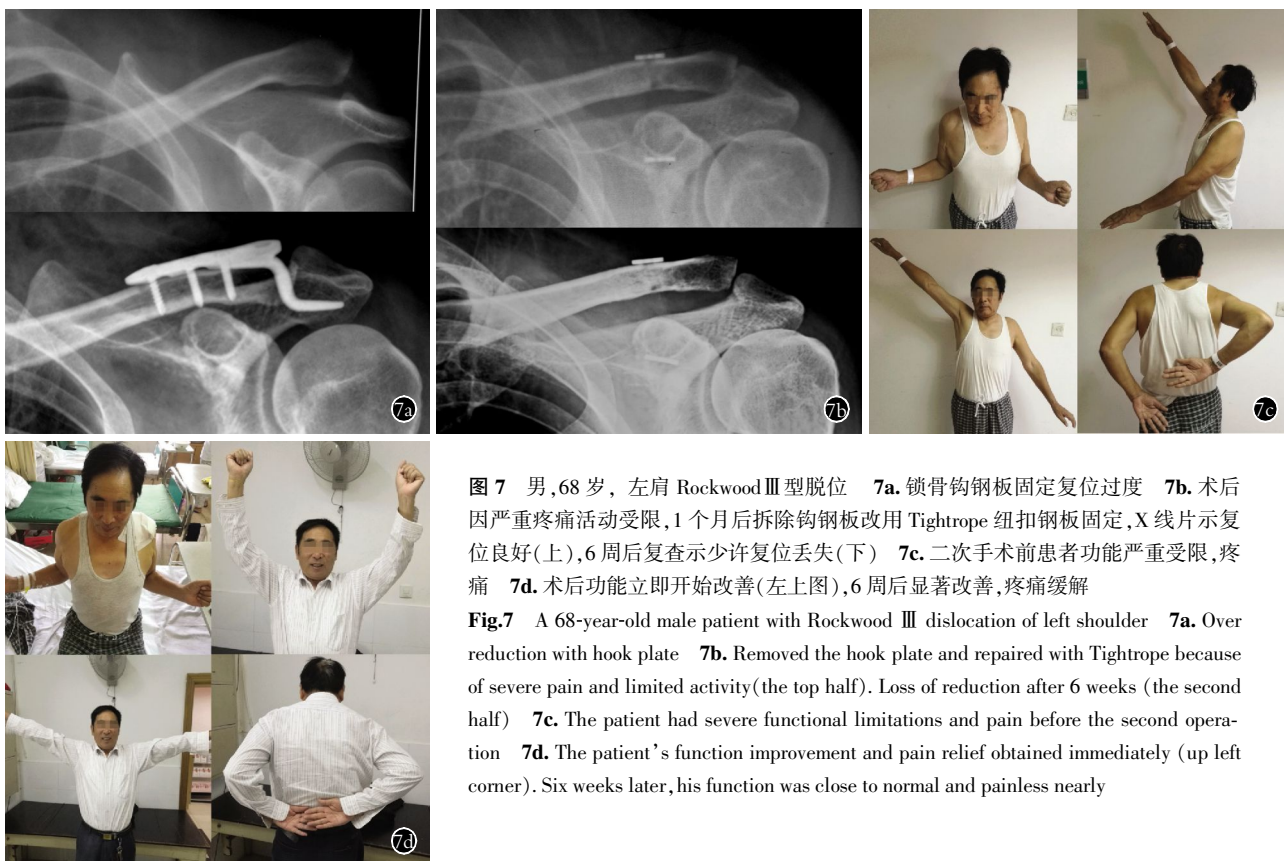


图 7 男,68 岁,左肩 Rockwood III 型脱位 7a. 锁骨钩钢板固定复位过度 7b. 术后因严重疼痛活动受限,1 个月后拆除钩钢板改用 Tightrope 纽扣钢板固定,X 线片示复位良好(上),6 周后复查示少许复位丢失(下) 7c. 二次手术前患者功能严重受限,疼痛 7d. 术后功能立即开始改善(左上图),6 周后显著改善,疼痛缓解

Fig.7 A 68-year-old male patient with Rockwood III dislocation of left shoulder 7a. Over reduction with hook plate 7b. Removed the hook plate and repaired with Tightrope because of severe pain and limited activity(the top half). Loss of reduction after 6 weeks (the second half) 7c. The patient had severe functional limitations and pain before the second operation 7d. The patient's function improvement and pain relief obtained immediately (up left corner). Six weeks later, his function was close to normal and painless nearly

向经验不足的可能。关节镜法的主要优点是更微创(图 1-2),但本组无论关节镜法还是小切口透视法,比常用的 L 形或弧形切口更微创。对于无经济压力的患者,可以考虑关节镜法和透视法结合,充分发挥两者优点。

### 3.2 Tightrope 纽扣钢板相对于锁骨钩钢板的优势

传统的锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位仍然流行,因其妨碍了肩锁关节生理微动而并发症多,如术后肩关节疼痛、活动障碍,特别是前屈和外展受限,钢板断裂,锁骨应力骨折,锁骨钩脱出,肩峰下骨溶解,过度复位等<sup>[2]</sup>。通常需二次拆除钢板且拆除后能改善疼痛及活动障碍等症状<sup>[3]</sup>。Natera-Cisneros 等<sup>[4]</sup>比较了关节镜下喙锁韧带增强及钩钢板治疗肩锁关节脱位,结论是前者获得更好的生活质量。Arirachakaran 等<sup>[5]</sup>在了一项系统回顾和 Meta 分析中的结论是悬吊固定较钩钢板固定有更好的 Constant 功能评分,更长的手术时间,并发症发生率比较差异无统计学意义。Tightrope 纽扣钢板悬吊系统因不妨碍肩锁关节微动性质,能有效避免钩钢板的许多缺点,更微创且无须拆除,故越来越多的医生认识到悬吊系统治疗肩锁关节脱位的优势而愿意采用,特别是肩肘外科专业医生<sup>[6]</sup>。本组病例中 1 例 Rockwood III 型患者由创伤骨科医生先行锁骨钩钢板手术,术

后 X 线片提示肩锁关节过度复位(图 7a),患者肩关节疼痛剧烈,肩关节全方位活动受限(图 7c),术后 1 个月无缓解,不得不提前拆除内固定,改用 Tightrope 纽扣钢板固定(图 7b),术后疼痛显著缓解,活动障碍迅速全方位改善(图 7d)。

### 3.3 Tightrope 纽扣钢板并发症分析

Tightrope 纽扣钢板悬吊固定系统虽然克服了钩钢板系统的许多缺点,但也有自身的一些并发症。Clavert 等<sup>[7]</sup>回顾性分析了 116 例(来自 14 家医疗中心)关节镜下 Endobutton 肩锁关节固定病例,11 例发生复位丢失,1 例喙突骨折,7 例粘连性关节囊炎,2 例局部感染,5 例纽扣钢板导致的疼痛,总体并发症为 22.4%,且并发症发生与否对恢复运动有影响。Bajnars 等<sup>[8]</sup>采用关节镜下 Tightrope 纽扣钢板治疗 Rockwood III-V 型肩锁关节脱位 22 例,总体并发症为 36%(8/22),包括 4 例复位丢失但不影响疗效,1 例喙突端钢板脱出,3 例皮肤延迟愈合。Rush 等<sup>[9]</sup>则在了一项悬吊钢板和韧带移植重建喙锁韧带的比较研究中报道了悬吊钢板组 61.1%(11/18)的并发症发生率,包括 7 例(38.9%)结构性失效(3 例线体断裂、2 例钢板迁移、2 例喙突骨折),2 例无症状性半脱位,1 例关节粘连,1 例缝线肉芽肿。本组 Tightrope 纽扣钢板固定的总体并发症率为 41.2%(7/17),包

括皮肤愈合问题(2例)、复位丢失(3例)和关节粘连(2例),分析如下。

**3.3.1 切口愈合问题** 值得注意的是本组 2 例发生了没有预料到的锁骨端皮肤愈合问题,其中 1 例女性患者表现为术后伤口处囊肿,伴局部轻微红肿,术后 2 周伤口破溃,可挤出淡黄色略浑浊液体,换药难以愈合,局部分泌物培养及炎症指标均正常,在不排除感染的情况下予以抗生素治疗后无明显好转,考虑为悬吊系统线结反应,经换药局部红肿消退及分泌物减少,术后 4 周直接再次缝合后顺利愈合。另 1 例初期也有伤口下囊肿逐渐出现,但未破溃,术后 4 个月余形成突出切口的球形(直径约 1 cm)肿物,无红肿热痛,局部因摩擦破损而少许渗出,肩关节功能良好,门诊局麻下切除,术中发现围绕线结的肉芽肿伴囊性积液,遂拆除锁骨端线结及钢板,术后伤口愈合良好。此类伤口问题并非孤立,在前述研究中有类似问题<sup>[7-8]</sup>。分析原因如下,锁骨端皮肤较薄,Tightrope 纽扣钢板系统较粗的 FiberWire 线打结后线结较大,线结反应致局部积液并容易突破薄弱的切口。因此需严密缝合骨膜层,在确保牢固的前提下少打结,并将线结仔细缝入骨膜层中。随后的病例改进了手术方法采用 2 枚 Tightrope 方形钢板(专用的 Tightrope 纽扣钢板系统锁骨端为圆形纽扣钢板,喙突端方形钢板)手术,使用关节镜滑结技术将线结打在喙突下,避免线结反应。

**3.3.2 复位丢失** 复位丢失是 Tightrope 纽扣钢板悬吊系统较常见的并发症,本组也有 3 例(图 7b),但无临床症状。属于可接受的并发症,推测其原因可能是肩锁关节未做修补,打结不牢,线结在康复过程中少量松动或钢板下局部骨溶解所致。而固定失效是 Tightrope 纽扣钢板悬吊系统较严重并发症,主要包括喙突或锁骨端骨折,线体断裂,钢板迁移或脱出<sup>[9-10]</sup>。喙突或锁骨端骨折主要为医源性原因,如多次钻孔调整,锁骨或喙突隧道偏心等导致,随着手术经验的增加以及合理使用关节镜和透视可以避免发生。线体断裂在 Tightrope 纽扣钢板系统偶有发生,分析其原因可能在于 Tightrope 纽扣钢板系统在隧道内有 4 股 FiberWire 线,但只要 1 股线断裂则 4 股线全部失效。而钢板迁移或脱出可能与局部导针调整反复扩孔,隧道边缘骨折,骨质不佳,或钢板下骨溶解相关。为减少这些并发症。笔者建议:充分发挥关节镜可视化和透视辅助的功能;术中以较短的导针增加钻孔方向控制的稳准度;锁骨端切口要暴露锁骨前后缘,确保进针点在前后向中点,尽可能一次将导针打入理想位置。另外则可以采用增加线组如三钢板或者双悬吊系统等方法提高固定强度及

可靠性,减少失效及复位丢失,笔者也在进行这方面的积累,但是增加钢板或者双悬吊系统在操作难度和费用上均有明显增加,同时也增加了喙突骨折、早期脱位等医源性并发症的风险<sup>[11]</sup>,如何在两者之间取得平衡仍需进一步探索。

**3.3.3 关节粘连** 本组 2 例关节粘连发生,2 例性格谨慎,没有按指导早期锻炼导致关节粘连,两者的活动度恢复延迟到 5~7 个月。关节粘连并非悬吊固定特异性并发症,只是增加康复的时间,并不影响最终的临床结果。

### 3.4 Tightrope 纽扣钢板微创有效并发症可逐步降低

Tightrope 纽扣钢板和 Endobutton 悬吊固定系统运用于肩锁关节脱位治疗不到 10 年,而在中国的使用历史则更短。尤其是 Tightrope 近几年才引入国内,使用经验较少。上述 Clavert 等<sup>[7]</sup>和 Bajnar 等<sup>[8]</sup>关于悬吊系统并发症的分析报道样本量较小,再考虑到悬吊系统的学习曲线较长,技术精度要求高,早期容易并发症偏高。本组患者虽有 41.2% 的总体并发症发生,但并未发生固定装置失效等严重并发症,末次随访全部获得优良功能,显示 Tightrope 纽扣钢板治疗肩锁关节脱位微创有效,临床结果优良,无须常规二次拆除,常见并发症多数不影响疗效,随着使用经验积累和培训的增加,并发症可望逐步降低。

#### 参考文献

- [1] Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder[J]. Clin Orthop Relat Res, 1985, (214): 160-164.
- [2] 鞠文,蒋富贵,钱学峰,等. 锁骨钩钢板内固定术后并发症分析及防治[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2015, 30(7): 706-708. JU W, JIANG FG, QIAN XF, et al. Complication analysis following internal fixation of clavicular hook plate and its prevention[J]. Zhongguo Gu Yu Guan Jie Sun Shang Za Zhi, 2015, 30(7): 706-708. Chinese.
- [3] 韩纲,梁雨田,唐佩福,等. 锁骨钩钢板治疗 Tossy III 型肩锁关节脱位的随访研究[J]. 中华创伤骨科杂志, 2006, 8(2): 123-126. HAN G, LIANG YT, TANG PF, et al. Treatment of acromioclavicular dislocation (Tossy III) with AO clavicular hook plate[J]. Zhonghua Chuang Shang Gu Ke Za Zhi, 2006, 8(2): 123-126. Chinese.
- [4] Natera-Cisneros L, Sarasquete-Reiriz J, Escolà-Benet A, et al. Acute high-grade acromioclavicular joint injuries treatment: arthroscopic non-rigid coracoclavicular fixation provides better quality of life outcomes than hook plate ORIF[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2016, 102(1): 31-39.
- [5] Arirachakaran A, Boonard M, Piyapittayanun P, et al. Comparison of surgical outcomes between fixation with hook plate and loop suspensory fixation for acute unstable acromioclavicular joint dislocation: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur J Orthop Surg Traumatol, 2016, 26(6): 565-574.
- [6] Nishimi AY, Arbex DS, Martins DL, et al. Preferred surgical technique used by orthopedists in acute acromioclavicular dislocation[J]. Acta Orthop Bras, 2016, 24(5): 249-252.

- [7] Clavert P, Meyer A, Boyer P, et al. Complication rates and types of failure arthroscopic after acute acromioclavicular dislocation fixation. Prospective multicenter study of 116 cases[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2015, 101(8 Suppl):S313-316.
- [8] Bajnar L, Bartors R, Sedivy P. Arthroscopic stabilisation of acute acromioclavicular dislocation using the Tight Rope device[J]. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 2013, 80(6):386-390.
- [9] Rush LN, Lake N, Stiefel EC, et al. Comparison of short - term complications between 2 methods of coracoclavicular ligament reconstruction;a multicenter study[J]. Orthop J Sports Med, 2016, 4(7): 2325967116658419.
- [10] Martetschläger F, Horan MP, Warth RJ, et al. Complications after anatomic fixation and reconstruction of the coracoclavicular ligaments[J]. Am J Sports Med, 2013, 41(12):2896-2903.
- [11] 孙辽军, 卢迪, 陈华. Triple-Endobutton 技术治疗 Tossy III 型肩锁关节脱位[J]. 中国骨伤, 2015, 28(6):496-499.
- SUN LJ, LU D, CHEN H. Triple - Endobutton technique for the treatment of Tossy type III acromioclavicular joint dislocation[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2015, 28(6):496-499. Chinese with abstract in English.
- (收稿日期:2017-06-13 本文编辑:连智华)

### 《中国骨伤》杂志编辑委员会名单

名誉主编:(按首字汉语拼音字母顺序为序)

陈可冀(中国科学院院士) 沈自尹(中国科学院院士) 吴咸中(中国工程院院士)  
 钟世镇(中国工程院院士) 王正国(中国工程院院士) 卢世璧(中国工程院院士)  
 戴尅戎(中国工程院院士) 邱贵兴(中国工程院院士)

顾问:(按首字汉语拼音字母顺序为序)

白人骁 陈渭良 丁继华 冯天有 顾云伍 胡兴山 蒋位庄 金鸿宾 孔繁锦  
 黎君若 李同生 梁克玉 刘柏龄 孟和 沈冯君 施杞 时光达 石印玉  
 孙材江 赵易 朱惠芳 朱云龙 诸方受

主编:董福慧

副主编:(按首字汉语拼音字母顺序为序)

敖英芳 付小兵 李为农(常务) 马信龙 吕厚山 邱勇 孙树椿 王岩  
 王满宜 卫小春 袁文 朱立国

编委委员:(按首字汉语拼音字母顺序为序)

敖英芳 毕大卫 陈仲强 董健 董福慧 董清平 杜宁 樊粤光 范顺武  
 付小兵 高伟阳 郭万首 郭卫 何伟 贺西京 胡良平 雷仲民 蒋青  
 蒋协远 李盛华 李为农 李无阴 刘兴炎 刘亚波 刘玉杰 刘智 刘忠军  
 刘仲前 罗从风 吕厚山 吕智 马信龙 马远征 马真胜 邱勇 阮狄克  
 沈霖 孙常太 孙树椿 孙铁铮 孙天胜 谭明生 谭远超 童培建 王岩  
 王爱民 王宸 王和鸣 王军强 王坤正 王满宜 王序全 王拥军 韦贵康  
 吴泰相 伍骥 卫小春 肖鲁伟 徐荣明 徐向阳 许硕贵 杨自权 姚共和  
 姚树源 俞光荣 余庆阳 袁文 詹红生 张俐 张保中 张春才 张功林  
 张建政 张英泽 赵平 赵建宁 赵文海 郑忠东 周卫 周跃 朱立国  
 朱振安 邹季