

肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位 38 例报告

欧阳永宁 黄伟韬 李文任

(广东省佛山市顺德区中西医结合医院 佛山 528333)

摘要:目的:探讨肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位的方法和疗效。方法:本组 Allman 分类Ⅲ度肩锁关节脱位 38 例,其中男 26 例,女 12 例,年龄 19~58 岁,平均 35 岁,所有病例采用切开复位肩锁钩钢板内固定治疗。结果:本组随访 6~36 个月,平均 18 个月,内固定无失效,未再发生脱位,以 Karlsson 标准进行肩关节功能评价:优 32 例,良 6 例。结论:肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位,固定可靠,可早期活动,早期功能锻炼,功能恢复良好,值得推广。

关键词:肩锁关节脱位;内固定术;肩锁钩钢板;手术疗法

中图分类号:R 684.7

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0037-02

肩锁关节脱位是临床比较常见的肩部损伤,临床治疗的方法较多,约 60 余种,对于Ⅲ度肩锁关节脱位,普遍认为需手术治疗手术方式很多,也各有优缺点^[1]。自 2000 年 10 月~2004 年 10 月应用肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位 38 例,经随访疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 38 例,男 26 例,女 12 例;年龄 19~58 岁,平均 35 岁;左侧 20 例,右侧 18 例;车祸伤 21 例,运动损伤 9 例,坠落伤 8 例,均为新鲜Ⅲ度肩锁关节脱位。本组患者均有患肩疼痛,伤肢无力,体检时发现患者锁骨远端向上翘起,“琴键征”阳性,肩外展上举困难,当上举大于 100 度,或外展大于 90 度,肩锁关节出现疼痛。X 光照片示:肩锁关节完全分离,符合 Allman^[2]Ⅲ度脱位表现。我们常规作健侧照片对比,避免误诊。手术时间 30~60min,平均手术时间约 40min。

1.2 手术方法 本组 38 例均采用切开复位肩锁钩钢板内固定术。应用肌间沟臂丛麻醉,仰卧位,患肩垫高约 30 度,采用锁骨远端至肩峰弧形切口,显露锁骨远端,肩锁关节及肩峰,清除关节内血肿和关节囊碎片及软骨碎片,把肩锁钩钢板钩板部分自肩锁关节间隙插入肩峰下,然后把肩锁关节整复,钢板部分用直径 3.5mm 皮质骨螺钉固定,用可吸收线或丝

线修复关节囊及肩锁韧带,探查喙锁韧带,并作修补。术中注意肩锁钩钢板有左右之分。我们早期有些病例为了钢板侧与锁骨更加平贴而稍作屈曲,但随完成例数的增多发现并不需把钢板屈曲,复位效果同样满意。术后以三角巾悬吊,3d 后开始肩关节外展前屈功能锻炼,休息时仍用三角巾保护 3~4 周,2 周后允许肩关节外展 90 度,6~8 周允许肩关节自由活动。

2 结果

本组 38 例均获得随访,随访时间 6~36 个月,未发生锁骨下血管、神经损伤,切口无感染,内固定无松动、断裂,肩峰、锁骨远端无骨折发生,术后复查 X 线照片 38 例均完全复位。按 Karlsson^[3]标准进行肩关节功能评价:优 32 例,良 6 例,优良率 100%。其中 19 例于术后 8~15 个月拆除内固定,其中 15 例经 3~10 个月随访无 1 例发生再脱位。患者恢复工作劳动时间为术后 2~4 个月,平均 3 个月。

3 讨论

肩锁关节是一个不典型球窝关节,其稳定性主要依赖于喙锁韧带,肩锁韧带,此外三角肌、斜方肌也有稳定肩锁关节的作用。Ⅲ度肩锁关节脱位时肩锁韧带及喙锁韧带均发生撕裂,造成肩锁关节在水平方向及垂直方向的不稳,不但影响肩关节及上肢的活动,而且还可能导致继发性喙突下血管神

全部宫颈,同时切除阴道 1~2cm^[4]。特别适应于宫颈锥切术后快速病理切片为宫颈 CIN Ⅲ 级、原位癌或宫颈癌 Ia1 期患者无脉管浸润者,可免去再次开腹之苦,节约了时间,减少出血和术后病率的发生。手术的关键:(1)阴道袖口的形成:根据对阴道壁切除的范围需要,垂直切开阴道壁,其深度达到切断膀胱阴道中隔以及直肠阴道中隔的结缔组织,将阴道壁切开部的内缘进行全周分离、翻转,将阴道壁的翻转缘用丝线缝合数针以进行牵引。(2)分离膀胱将阴道袖口用力向后下方牵引,将膀胱和阴道以及宫颈之间紧张的疏松结缔组织,在中央部用剪刀锐性分离,分离膀胱达到可以看到子宫膀胱反折腹膜为止。不必过早剪开反折腹膜,以防止大网膜、肠管膨出干扰手术野。

3.2 宫颈锥切后根据快速切片报告选择手术术式 我们认为如同宫颈锥切术适应症,对宫颈原位癌、重度非典型增生、宫颈早期浸润癌 Ia1 期以及宫颈细胞学报告多次 HSIL 者施行宫颈锥切术以进一步明确诊断,以便选择最合适的术式,

提高医疗质量^[5]。本文 5 例中,宫颈锥切标本快速切片病理报告 2 例为宫颈原位癌、早浸可疑;2 例为宫颈癌 Ia1 期而选用了阴式扩大性全子宫切除术。手术切除标本病理报告证实本术式是适宜的。但例 4 阴式扩大性全子宫切除术后手术切除标本病理报告为“宫颈鳞状上皮细胞癌 II 级,间质脉管内见癌栓”,尚需进行辅助放疗,与术中快速切片报告为宫颈癌 Ia1 期相差较大,这样的病例如何处理有待于进一步探索合理的方法和术式。

参考文献

- [1]李亚,单年秀,曹国华.非脱垂子宫阴式切除术的临床应用[J].实用妇科与产科杂志,2000,16(2):81~84
- [2]陈惠祯,李诚信,吴峰峰.妇科肿瘤手术图谱[M].武汉:湖北科学技术出版社,2000.74~78,87~88
- [3]中华医学会妇产科分会,中华妇产科杂志编辑委员会.妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范(草案)[J].中华妇产科杂志,1998,33(11):696~701

(收稿日期:2005-02-07)

经束的卡压。肩锁关节脱位的治疗原则应恢复肩锁关节的正常解剖结构,动力重建。

治疗Ⅲ度肩锁关节脱位的手术方法很多,报道较多的是肩锁关节复位克氏针张力带固定法,但克氏针张力带固定不仅会破坏关节面,纤维软骨盘,限制锁骨的旋转,影响肩关节的上举,而且还可能发生克氏针松脱、滑出,甚至进入胸腔,常引起肩锁关节的僵硬和疼痛,而且当内固定取出后很可能出现再次脱位。袁文琪等^[4]认为,单纯克氏针内固定术后再脱位发生率极高,达 70%。而锁骨钩钢板由 Hachkenbruch 研究发明以来,在国内外得到广泛应用,Flinkkkkia 认为锁骨钩钢板较克氏针张力带内固定有明显的优越性,且并发症明显低^[5]。肩锁钩将脱位后锁骨向后上方的应力作用以杠杆作用分散到肩峰处,即使锁骨远端不向上脱位又保证了肩关节外展时的肩锁关节的必要活动,同时提供了稳定的无张力状态。使所修复韧带质量提高,避免钢板取出后出现肩锁关节半脱位。此外肩锁钩钢板分左右双侧,呈 S 状,符合锁骨远端外形,钩板从较为宽松的肩锁关节后方的肩峰下间隙通过,对腱袖影响较小,在肩关节外展及上举时,允许被固定的肩锁关节有一定的微动,符合肩锁关节的生理特性,使患者可以早期进行肩关节的活动,有效地防止肩关节的粘连和肌肉萎缩,有利于患肩的功能恢复。不破坏肩锁关节面的关节盘,固定可靠,操作简单安全,效果满意,值得推广。

在手术过程中,必须注意以下几点:(1)术中需从肩峰后缘置入钢板,所以切口宜稍偏后;(2)使用时注意左右之分;

(3)注意修复肩锁韧带,关节囊,喙锁韧带;(4)早期功能锻炼,功能锻炼的循序渐进性;(5)一旦明确诊断,提倡尽早手术,这样一来解剖比较清晰,利于软组织修复;(6)本组均为新鲜创伤,而对于陈旧性脱位的病例,喙锁韧带,肩锁韧带一般难于修复,如单纯应用肩锁钩钢板固定,虽可以达到复位要求,但难于满足动力重建,术后有可能发生钢板断裂松动,及出现肩峰锁骨近端骨折等。故对于陈旧性损伤,要慎重选择术式,应考虑韧带重建。对此类患者,可以采用锁骨远端切除,喙突上移等术式治疗。

参考文献

[1] 马卫华.改良 Dewar 术治疗完全性肩锁关节脱位[J].骨与关节损伤杂志,2004, 19(3): 184~185

[2] 李强,谢利军,全仁夫,等.钩钢板内固定治疗肩锁关节 Allman Ⅲ度脱位[J].浙江医学,2003, 25(10):605~607

[3] Karlsson J, Arnarson H, Sigurjonsson K. Acromioclavicular dislocations treated by coracoacromial ligament transfer [J]. Arch Orthop Trauma Surg,1986,106(1):8~11

[4] 袁文琪,王彤,张健东,等.肩锁关节脱位几种手术方法疗效观察[J].中国矫形外科杂志, 1995,2(1):61~62

[5] Flinkkila T, Ristiniemi J, Hyvonen P, et al. Surgical treatment of unstable fractures of the distal clavicle: a comparative study of Kirschner wire and clavicular hook plate fixation [J]. Acta Orthop Scand,2002,73(1):50~53

(收稿日期: 2005-01-08)

针灸治疗小儿遗尿症 32 例临床观察

王邦洲

(江西省高安市中医院针灸科)

关键词: 针灸疗法; 小儿遗尿; 肾俞穴; 三焦俞穴; 中极穴

中图分类号: R 272.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0038-01

小儿遗尿症是儿科常见病之一,近年来笔者运用针灸治疗,取得了良好的效果,且治疗方法简便,无不良反应。兹报道如下:

1 临床资料

32 例均为门诊患儿, 男性 21 例, 女性 11 例;4~6 岁 18 例,7~10 岁 11 例,11~13 岁 3 例;每夜遗尿 1 次 18 例,间歇发生 2~3d 1 次 11 例,每周 1 次 3 例。诊断标准:参照国家中医药管理局 1994 年颁发的《中医病症诊断标准》中小儿遗尿症的诊断标准,排除其他疾病如糖尿病、尿路感染、智力缺陷以及各种器质性疾病引起的遗尿。本文所观察的病例,中医辨证以虚证为主,多数有尿量多、尿色清、易感冒、舌淡苔白、脉缓等。

2 治疗方法

针法主要穴位: 肾俞、三焦俞、膀胱俞、中极、三阴交。手法以补法留针 0.5h 为宜,约 10min 捻针 1 次。灸法: 上穴拔针

后加灸,取艾绒加官桂细末,做成艾柱,隔老姜灸,每次灸 3 壮,每日针灸 1 次,7d 1 个疗程。一般 2 个疗程,1 个疗程结束后休息 1d,再进行第 2 个疗程。

3 疗效判定

治疗 1 个疗程后不再遗尿为显效;治疗 2 个疗程后遗尿次数明显减少,睡眠中易叫醒拉尿为有效;治疗 2 个疗程后遗尿无变化为无效。治疗结果:10 例显效,18 例有效,4 例无效,总有效率 87.5%。

4 讨论

艾柱中加官桂细末灸,取官桂甘热之性,温肾助阳,通调血脉,引火归元;针后加灸通过肾俞、三焦俞以培补下焦之元气,三阴交以调节足三阴之经气,取膀胱俞以加强气化之功能,配合中极振奋膀胱固涩之功能,使肾气旺盛,三焦通调,膀胱气化功能健盛;故用此法治疗小儿遗尿症颇见良效。

(收稿日期: 2005 - 01-21)