

复杂肩胛骨骨折手术治疗 22 例

★ 万小强 (江西省南昌县中医院 南昌 330200)

关键词:复杂肩胛骨骨折;手术疗法

中图分类号:R 274.11 文献标识码:B

我院自 2000 年 1 月~2007 年 1 月收治 22 例复杂肩胛骨骨折,根据不同类型选择手术入路治疗,效果好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 22 例,男 15 例,女 7 例;年龄 18~56 岁,平均 35 岁。损伤原因:交通事故伤 12 例,高空坠落伤 8 例,压砸伤 2 例。骨折部位:肩胛体 10 例,肩胛颈 8 例,肩胛冈 3 例,肩胛盂 1 例;合并头部外伤 3 例,腹部外伤 2 例,同侧锁骨骨折 3 例,肱骨外科颈骨折 2 例,肋骨骨折 2 例。受伤至手术时间 4~10 天,平均 8 天。

1.2 手术方法 肩胛体及肩胛冈骨折:全麻下取健侧卧位,应用肩胛骨倒“L”入路,即经典 Judet 入路,切口自肩胛冈外侧 1/3,沿肩胛冈向内至肩胛骨内侧缘,弧向肩胛下角,电刀止血切开冈下肌翻向外侧暴露,撬拨复位,重建钢板塑形后固定。

肩胛颈、肩胛盂骨折:全麻下取健侧卧位,应用肩胛外侧入路^[1]。即微创入路,切口自肩胛骨外侧缘至肩胛下角连线约 5~8 cm,寻找辨别扩大暴露冈下肌与小圆肌间隙,骨膜下剥离,右肩胛颈部勿损伤肩胛上神经、血管。直视下撬拨牵引复位,重建钢板塑形后固定。肩胛盂骨折纵形切关节囊,直视下复位,螺钉固定后严密缝合关节囊。

2 结果

22 例患者获 6~22 个月(平均 14 个月)随访。按 Hardagger 功能评分标准。优(肩关节活动无受限,肩周无疼痛,外展肌肌力 V 级)16 例,良(肩关节活动略受限,肩周有疼痛,外展肌肌力 IV 级)4 例,可(肩关节活动中度受限,外展肌肌力 III 级)2 例,差(肩关节活动严重受限,外展缺失大于 40°,肩周严重疼痛,外展肌肌力 II 级)0 例,优良率为 91%。术后主要并发症:肩关节不稳,创伤性关节炎,异位骨化。本组 2 例可患者,3~12 个月摄片复查见明显异位骨化形成。

3 讨论

必须强调多数肩胛骨骨折无需手术治疗。对于

其手术指征,国内贾健^[2]及叶小雨^[3]作了详细阐述:基于三维 CT 重建了解骨折的全貌,结合 Hardagger 分类,其根据骨折部位分类(体部骨折、孟缘骨折、孟窝骨折、解剖颈骨折、外科颈骨折、肩峰骨折、肩胛冈骨折、喙突骨折),可基本掌握骨折的具体情况,为术前科学选择手术入路奠定了良好的基础。对于肩胛体粉碎性骨折及肩胛冈不稳定骨折,选择经典 Juddet 入路:此入路可直观暴露肩胛冈体部。优点是视野开阔,简单易行,无需辨别太多解剖结构;缺点是切口长,剥离多,出血量较大,时间较长,有增加局部粘连及异位骨化的风险。术中操作要点是:电刀切开止血,仔细骨膜下剥离,良好复位(包括冈下窝中菲薄的移位骨片),遇旋肩胛动脉可以结扎(因骨折时旋肩胛动脉多已损伤)。对于肩胛颈、孟骨折,选择外侧微创入路:此入路可暴露肩胛颈、孟及肩胛骨外侧缘。优点是不切开肌起点,从解剖间隙冈下肌与小圆肌间隙进入,可避免失神经支配,因冈下肌由肩胛上神经支配,小圆肌由腋神经支配,减少了软组织剥离,出血少,切口小,符合微创原则;但此入路有医源性神经、血管损伤风险。操作要点是解剖熟悉,正确解剖冈下肌与小圆肌的间隙,勿误入四边孔、三边孔内容物,操作轻柔,避免过牵小圆肌,以免腋神经损伤。在剥离肩胛颈外上缘时,注意勿损伤肩胛上神经、血管。

综上所述,掌握肩胛骨的解剖学特点及邻近组织结构特点,结合三维 CT 重建明确骨折全貌,根据不同骨折类型合理选择不同手术入路治疗复杂肩胛骨骨折,可取得良好的临床效果。

参考文献

- [1]刘森,杨康平译.上、下肢手术路径图谱[M].西安:世界图书出版社,2003:2.
- [2]贾健.肩胛骨骨折的分类及手术治疗[J].中华骨科杂志,2003,23(2):100-104.
- [3]叶小雨,林初勇,赖宪良,等.肩胛骨骨折的分类及治疗方法的选择[J].中国骨与关节损伤杂志,2006,21(6):420-422.

(收稿日期:2009-03-16 责任编辑:曹征)