

臀肌挛缩症治疗方法选择探讨

韩贵和¹, 贺西京¹, 戴常梅², 贺增良¹, 吕惠茹¹, 张健¹

(1. 西安交通大学第二医院骨二科, 陕西 西安 710004; 2. 陕西中医学院)

摘要 目的: 通过对臀肌挛缩症治疗方法选择的探讨, 使患者得到更合适的治疗。方法: 将 290 例患者按病情轻重分为 I、II、III 度。I 度(轻度) 42 例采用物理疗法; II、III 度(中重度) 248 例首先采用手术治疗, 术后配以适当物理治疗。结果: I 度优良率为 41%。II、III 度优良率达 98%。结论: 对 I 度患者应首先选择物理疗法。对 II、III 度患者手术治疗后及时、正确的物理治疗能巩固手术疗效, 提高治疗的优良率。

关键词 臀肌挛缩; 外科手术; 物理疗法

Selection of method for the treatment of the gluteus contracture HAN Guìhe, HE Xī-jīng, DAI Cháng-mei, HE Zēng-liang, Lǚ Huì-rú, ZHANG Jian. Department of Orthopaedics, the 2nd Hospital of Traffic University of Xi'an (Shanxi Xi'an, 710004, China)

Abstract Objective: To chose proper treatment for the gluteus contracture. **Methods:** 290 cases of the gluteus contracture were divided into degree I、II、III according to the severity. Conservative treatment was adopted in degree I (41 case) and surgical treatment was adopted in degree II、III(248 cases). **Results:** The excellent and good rate was 41% in degree I. The excellent and good rate was 98% in degree II and III.

Conclusion: For patient degree I, conservative treatment should be the first choice. Surgical treatment is important for the patient degree II or III, physical treatment can also improve the surgery.

Key words Gluteus contracture; Surgery, operative; Physical therapy

臀肌挛缩症是由臀部肌肉及其筋膜的纤维变性挛缩, 继发髋关节内收、内旋功能障碍, 进而表现为特有的步态、姿势异常及体征的临床病症。关于此病的治疗, 一般认为一经确诊, 应及早手术治疗^[1, 2], 但作者通过对收治的 290 例臀肌挛缩症患者的临床分析及治疗观察, 认为患者病情的轻重程度差别很大, 本组对轻度患者单纯用物理疗法取得一定疗效, 不仅使部分患者避免了手术引起的并发症, 又给患者节省了医疗费用。

1 临床资料

1994 年 1 月- 2002 年 3 月, 本组共收治臀肌挛缩症患者 290 例, 男 159 例, 女 131 例; 平均年龄 9.6 岁(3~ 23 岁)。根据患者不同的体征及病理改变, 将臀肌挛缩症分为轻、中、重 III 度。轻度(I 度): 同时屈髋、屈膝 90° 时, 强力内收, 双膝可以并拢, 尖臀畸形不明显, Ober's 征弱阳性。中度(II 度): 生活能自

理, 行走时可不表现出“八字步”, 但上、下楼或跑步时“八字步”明显。同时屈膝、屈髋 90°, 双膝无法并拢, 不能跷二郎腿。臀大肌、臀小肌明显纤维化及阔筋膜后外侧部肥厚紧张, 有明显“尖臀”畸形, Ober's 征阳性。重度(III 度): 行走时呈明显的“八字步”, 跑步困难, 难以自己穿上裤袜, 蹲位解大小便困难。Ober's 征强阳性, 髋关节必须在强力极度外展位, 才能同时屈膝、屈髋达 90°。病理上除有明显臀大肌、臀中肌及臀小肌纤维化外, 还伴有阔筋膜、梨状肌及髋关节后上部关节囊挛缩。有严重的“尖臀”畸形。本组患者重度 62 例, 中度 186 例, 轻度 42 例。中重度患者共 248 例, 行手术治疗, 术后配以适当物理治疗。轻度患者采用物理疗法。

2 治疗方法

2.1 非手术治疗 用于轻度(I 度) 臀肌挛缩症患者。按如下步骤进行: ①理疗后立即行手法按摩, 患者屈膝侧卧, 采用主被动结合方法。患者尽力主动内收的同时, 再加上被动强压膝外侧, 使股内收。②双手扶住床头, 并膝下蹲锻炼。于患者双肩部加以

通讯作者: 韩贵和 Tel: 13669256561 E-mail: BTHGH.student@sina.com

适度的压力,增加下蹲的力量。③两足分开站立,同时做屈髋、屈膝、并膝动作及下压膝外侧。④跷二郎腿锻炼。⑤训练患者走“一”字步。⑥晚间睡眠时,用弹力绷带将双下肢并拢捆绑,施加一持续的内收力,尽可能将双下肢垫高,使髋关节屈曲 90° 位。

2.2 手术治疗 关于该病的手术治疗方法很多^[2-4],多数采用挛缩束带部分切除或“Z”形延长臀肌挛缩带。本组 248 例患者采用挛缩束带单纯切断法。手术切口为大转子与髂后上棘连线中下 1/3 处,长约 4~6 cm。使髋关节外展、屈曲,在辨认清楚坐骨神经的情况下,对其加以保护,刀刃与臀肌纤维方向垂直,给大腿施加一轻微的内收力,逐渐切断限制髋关节内收的纤维束带。重度臀肌挛缩症纤维化变性区域广泛而深厚,同时形成关节囊挛缩。因此,对重度臀肌挛缩症患者,需切开髋关节囊后上方,才能使髋关节内收功能恢复。术中纤维化条索切断后任其自由回缩,不做切除。术中松解程度的判断指标:术中检查术侧肢体,Ober's 征阴性,中立位髋关节屈曲可达 100° 以上,内收、内旋基本正常即可。关闭伤口,皮肤过紧时,行皮瓣转移。

3 结果

290 例患者,经 3 个月~6 年的随访,参照黄耀添等^[5]的评价标准,非手术治疗 42 例,优 13 例,良 4 例,可 25 例。优良率 41%。手术治疗组 248 例。优 218 例,良 25 例,可 5 例。优良率 98%。有 2 例并发神经损伤。

4 讨论

治疗方法的选择:可分为物理治疗和手术治疗。一些学者认为臀肌挛缩症必须手术治疗^[1,2]。作者在临床实践中发现,一些症状较轻的病例不一定都必须手术治疗。手术有可能导致并发症,轻者伤口感染,重者出现麻醉意外,危及生命,因此作者认为在本病的治疗方面应确定一手术指征。对轻度(I 度)患者,应首先考虑物理治疗,经正确严格的物理治疗 1 年后,若达不到满意的疗效,再行手术治疗。对中、重度患者如无其他手术禁忌症,应列为手术适应症,及时手术治疗。

术中切口内彻底止血、术后切口内放置引流条及切口确切的加压包扎,对于提高手术的优良率至关重要。切口处加压包扎能有效地起到止血的作用,可以避免切口内形成血肿,一方面可减轻切口局部的炎症反应和疼痛,另一方面可降低感染的发生率。

治疗效果体会:对于经物理治疗未能获得满意疗效的轻度患者与中、重度患者,行手术治疗是该病治愈的必要前提,但及时正确的术后治疗及功能锻炼是维持手术治疗效果的必要保障。作者认为应注意以下几点:①术后患者取下肢并拢并垫高至屈髋、屈膝 90° 位,此体位即可加宽切断之挛缩束带断端之间的距离,防止两断端再生发联接愈合,又可给臀部少许残留的纤维束一持续的牵拉作用力,使之延长,以减少髋关节活动时的阻力。②术后 24 h 拔除引流条后,应协助病人在床上做双下肢的交叉运动,屈曲、内收双髋关节,练习起坐。由于活动后疼痛是患者术后抗拒功能锻炼的最主要原因,因此,我们一方面鼓励患者克服困难,另一方面术后用适当的消炎、止痛药物,既可减轻术后切口处的炎症反应,又可减轻患者疼痛,使其配合行功能锻炼。③术后 72 h 协助患者下床走“一”字步,以纠正双下肢的外旋、外展畸形。④术后第 7 天协助患者行并膝下蹲练习,足跟不能离地,腰部尽量前屈,尽可能使股与腹部相贴近。并行跷二郎腿锻炼。主要为主动锻炼,以防切口裂开。⑤术后 12~14 d 切口拆除缝线后,可采取主被动相结合的方法。患者在尽力内收大腿的同时,于膝外侧持续渐增施加力量,切忌用暴力。主动锻炼可使内收肌力量增强,以矫正髋关节的外展畸形。睡眠时取双下肢并拢,屈髋、屈膝 90° 位,维持 2 周。术后功能锻炼要持续 3~6 个月,这样可收到良好的治疗效果。

术中进行松解时,不应一味追求彻底地切断所有纤维束带,而忽视了髋关节的稳定性。术中松解至 Ober's 征阴性,髋关节可屈曲达 100° 时即可,即使有残留的少许纤维束带,亦可通过术后正确的功能锻炼,使髋关节功能恢复正常。

手术并发症及预防:术中松解时要注意避免并发症的发生,尤其对重度患者要特别谨慎,如坐骨神经损伤、术后肢体行走不稳、肢体假性不等长改善不明显或加重、引流片回缩至伤口等^[6]。本组中一例重度患者,术中见挛缩瘢痕组织深而广泛,包绕坐骨神经,松解时将坐骨神经不全损伤,因及时发现,将其修复,术后患侧小腿外侧及足背感觉迟钝,各足趾及踝关节活动正常,术后随访 1 年,小腿外侧及足背感觉恢复正常。另一例患者,术后用绷带将双下肢并拢捆绑时,由于膝部棉垫放置位置不当,导致右侧腓总神经受压损伤,患者右足呈下垂畸形,右踝关节及各足趾不能背伸,小腿外侧及足背感觉迟钝。术

后随访 2.5 年, 右侧腓总神经功能完全恢复。重度患者松解术后, 患者行走有不同程度的摇摆, 经功能锻炼, 行走基本能恢复正常。其他并发症在本组病例中未发现。作者强调, 对重度患者, 术中要特别注意辨认并保护坐骨神经。由于松解时深达关节囊, 故拉钩时注意不能用力过猛, 以免压迫、牵拉坐骨神经, 引起损伤。术后严密观察双下肢末梢血运、感觉变化及足运动情况, 以及时发现并发症并给予正确的治疗。

参考文献

- 1 顾家焯. 臀肌挛缩症的分型及手术治疗. 中国综合临床, 2000, 16 (12): 925.
- 2 刘国辉, 宋九宏, 杜靖远, 等. 臀肌挛缩症治疗的回顾性分析兼论相关问题. 中国矫形外科杂志, 2001, 8(4): 317-318.
- 3 郑稼, 罗建平, 赵炬才, 等. 臀肌起点下移治疗臀肌挛缩症. 中华骨科杂志, 1999, 19(8): 479-480.
- 4 王健全, 林共周, 敖英芳, 等. 髂胫束松解治疗臀肌挛缩症. 中国运动医学杂志, 2001, 20(1): 39-45.
- 5 黄耀添, 李建文, 雷伟, 等. 臀肌挛缩症的病因类型及治疗. 中华骨科杂志, 1999, 19(2): 106-108.
- 6 刘国辉, 杜靖元, 杨述华, 等. 儿童重症臀肌挛缩症的临床治疗分析. 实用骨科杂志, 2001, 7(2): 99-100.

(收稿日期: 2003-03-12 本文编辑: 李为农)

• 诊治失误 •

原发性甲状旁腺功能亢进 1 例长期延误诊断的教训

Lesson of long term misdiagnosis for the primary hyperparathyroidism: A case report

宋迪进
SONG Di-jin

关键词 甲状旁腺功能亢进; 误诊 Key words Hyperparathyroidism; Diagnostic, errors

患者, 女, 56 岁。1994 年因右小腿疼痛, 在外院骨伤科诊断为“右胫骨骨髓炎”, 于 1994 年 12 月 13 日在该院行手术治疗, 手术后病理检查诊断为“动脉瘤样骨囊肿”。术后 1 年又发右小腿疼痛, 逐步加重。1997 年初来本院就诊, 摄右胫腓骨 X 线片, 见右胫骨中段原手术处囊性骨病变。病变处局部稍隆起, 压痛明显, 考虑骨肿瘤复发。于 1997 年 3 月 14 日在本院行手术病灶刮除加植骨术。术中见病变组织深褐色坏死样, 手术标本送病理检查, 病理医生感诊断困难, 于 97 年 3 月经南京市病理读片会诊, 病理报告为“良性病变, 结合 X 线片考虑为骨化性纤维瘤合并动脉瘤样骨囊肿”, 术后右小腿处疼痛消失。2001 年 5 月起感左手背疼痛, 左手第四掌骨背侧肿胀, 局部压痛, 左手无名指无力。摄 X 线片示第四掌骨骨干大部分骨质吸收破坏。转江苏省人民医院行 ECT 检查, 发现头颅、胸骨、肩胛骨及四肢骨多发性破坏病灶。但经体检、CT、B 超及血液学检查, 未发现明显原发肿瘤病灶, 结合病史, 考虑骨纤维结构不良。为排除原发性甲状旁腺功能亢进的可能, 转请外院内分泌专科检查, 未能明确诊断。病人因左手局部疼痛明显, 要求手术治疗。于 2001 年 6 月 6 日收住本院骨伤科, 于 2001 年 6 月 11 日在臂丛麻醉下行左手第四掌骨病灶切除, 术中见第四掌骨干约 2/3 完全破坏, 瘤样组织松散, 呈暗紫红色, 切除瘤样组织, 同时取自体髂骨块植骨重建第四掌骨。切口 I 期愈合, 术后左手疼痛消失, 左手无名指活动正常。切除病灶送病理检查, 诊断为“巨细胞瘤”。结合病人具体情况仍考虑有甲状旁腺功能亢进的可能。术后建议病

人去江苏省人民医院内分泌科重新检查。经该院内分泌科检查后确诊为甲状旁腺功能亢进。于 2001 年 10 月 18 日在该院普外科行甲状旁腺探查手术, 发现右下甲状旁腺增生瘤样变, 给手术切除, 术后病理检查报告为“甲状旁腺瘤”, 手术后病人骨痛症状明显缓解。目前病人仍在康复中。

讨论

原发性甲状旁腺功能亢进症又称囊性纤维性骨炎, 是比较罕见的疾病。有文献资料记载, 在受检病人中约有 0.1% 的人甲状旁腺功能亢进, 往往表现为无症状性高钙血症。约 90% 原发性甲状旁腺功能亢进症是由单个腺瘤引起。8% 由所有四个腺体原发性肥大和增生所致, 2% 由单个腺体的癌变所致, 本病多见于绝经后妇女。诊断要点为: ①肾结石、钙化性肾功能不全、多尿、烦渴、高血压、尿毒症、难治性胃十二指肠溃疡、便秘; ②骨痛、骨囊肿性病变和较少的病理性骨折; ③血清和尿钙增高, 尿磷酸盐增高伴血清磷酸盐降低或正常, 碱性磷酸酶正常到增高; ④眼裂隙灯检查显示“带状角膜病变”; ⑤X 线检查见骨膜下吸收, 牙齿硬板损耗, 肾实质钙化或结石, 骨囊肿。本例病人主要表现为骨囊性病变, 血清钙始终在正常范围之内, 碱性磷酸酶升高, 肾功能无明显异常, 无肾结石表现, 颈部未扪及包块, 仅一次血清磷为 0.6 mmol/l, 未引起足够重视, 而多次病理检查诊断为动脉瘤样骨囊肿、骨化性纤维瘤、巨细胞瘤等不同的病理诊断。致使病人长期不能明确诊断, 最后经检测血甲状旁腺素及甲状旁腺同位素扫描才明确诊断。

(收稿日期: 2003-05-31 本文编辑: 王宏)