

· 病例报告 ·

注射性臀肌挛缩致髋关节前脱位 1 例

Anterior dislocation of hip joint caused by injectional gluteus contracture

范殿洁, 栗广欣, 赵欣

FAN Dian-jie, LI Guang-xin, ZHAO Xin

关键词 髋关节; 脱位; 臀肌挛缩 **Key words** Hip joint; Dislocation; Gluteus contracture

1 临床表现与诊断

患儿,女,8岁,2001年11月10日就诊。家长代述:患儿自幼经常感冒发热,有多次臀部肌注史。在2岁半走路时发现行走不稳,以后逐渐加重,行走时右下肢外旋,步态跛行,下蹲困难,一直未予治疗。查体:患儿发育营养不良,心肺功能正常,双上肢及脊柱正常。右侧臀部肌肉萎缩,呈斜行软组织凹陷状,并可触及一条与臀大肌纤维走行方向一致的挛缩束带,当右下肢内旋、内收时更为明显,宽约6cm,并有轻微压痛。行走时右下肢外旋,步态跛行,下蹲时右下肢呈现“蛙腿征”。仰卧位双下肢伸直时右足呈外旋80°位,右侧腹股沟区隆起乒乓球样圆形硬物,并随右下肢活动而动;右侧臀大肌和臀中肌肌力约Ⅲ级,余肌力正常。左下肢正常。X线片示右侧髋臼小而浅,髋臼上缘变为斜坡状,右侧股骨头较左侧大而呈椭圆形,并向前上移位。颈干角右侧约145°,左侧为135°,血常规和血沉化验均在正常范围。诊断:右侧注射性臀肌挛缩并髋关节前脱位。

2 治疗方法与结果

2.1 全麻下右侧臀肌切开松解术 沿臀大肌走行方向做斜形切口,显露挛缩带,见臀大肌变薄呈膜样化而严重挛缩,臀肌层次不清,肌肉内有大量灰白色的膜样纤维组织,后关节囊挛缩。彻底松解臀大肌上半部附着腱膜,并切除约3cm一段挛缩带,术中被动将右髋屈曲,证明屈髋自如时关闭切口。术后右下肢放于布朗氏架上使髋关节呈屈曲位固定2周。拆除切口缝线后开始功能锻炼。病理检查切除组织为横纹肌致密结缔组织增生。

2.2 全麻下右髋臼造盖粗隆下短缩旋转截骨术 3个月后患儿再次入院,给予右胫骨结节下骨牵引2周后手术。手术取右髋关节前外侧切口,术中见右髋关节囊呈薄膜状,股骨头位于髋臼前上方,并向前隆起。股骨头大而不圆,股骨头圆韧带被拉长而肥厚,髋臼小而浅,白内充满纤维脂肪组织,彻底清除白内充填组织,行髋臼造盖及股骨粗隆下短缩1.5cm截骨,并旋转40°后用4孔钢板螺丝钉固定,尽可能使关节达到无张力下复位,紧缩缝合关节囊,依次关闭切口,术后单髋人字石膏固定患肢外展伸直位。

3 讨论

注射性臀肌挛缩症或先天性髋关节脱位临床常见,但注射性臀肌挛缩致髋关节前脱位临床罕见,经查阅国内大量有关资料未见报道。本病主要原因可能为患儿自幼经常反复多次肌注大量药物而引起臀肌局部化学性炎症,相继发生肌化、纤维组织增生,以致臀肌及其筋膜失去了正常的伸缩性,造成纤维化挛缩束带。无弹性纤维化挛缩束带长期牵拉股骨大转子,使幼儿在生长发育过程中造成股骨头逐渐向前翘起,翘起的股骨头机械性压迫髋臼前上缘,破坏了股骨头与髋臼正常解剖关系,迫使髋臼前上缘生长发育迟缓缺如。随年龄增长和体重增加,继而发生髋关节慢性前脱位,又因股骨头在发育过程中没有髋臼的制约,髋臼周围肌肉的继发性挛缩,形成股骨头增大及前倾角变大。

(收稿日期:2003-12-17 本文编辑:连智华)

关于一稿两投和一稿两用等现象的处理声明

文稿的一稿两投、一稿两用、抄袭、假署名、弄虚作假等现象属于科技领域的不正之风,我刊历来对此加以谴责和制止。为防止类似现象的发生,我刊一直严把投稿时的审核关,要求每篇文章必须经作者单位主管学术的机构审核,附单位推荐信(并注明资料属实、无一稿两投等事项)。希望引起广大作者的重视。为维护我刊的声誉和广大读者的利益,凡核实属于一稿两投和一稿两用等现象者,我刊将择期在杂志上提出批评,刊出其作者姓名和单位,并对该文的第一作者所撰写的一切文稿2年内拒绝在本刊发表,同时通知相关杂志。欢迎广大读者监督。

本刊编辑部