

改良切口治疗臀肌挛缩症

徐峰¹, 赵德本²

(1. 蛟河市第二人民医院骨科, 吉林 蛟河 132507; 2. 吉林市中心医院骨科)

关键词 臀; 挛缩; 外科手术

Modified incision for the treatment of gluteus contracture XU Feng^{*}, ZHAO De-ben.^{*} Department of Orthopaedics, the Second People's Hospital of Jiahe, Jiahe 132507, Jilin, China

Key words Buttocks Contracture Surgical procedures operative

Zhongguo Gushang / China J Orthop & Trauma 2007, 20(5): 342 www.zggssz.com

自 1994年 3月 - 2004年 10月收治臀肌挛缩症 35例, 其中 29例应用改良切口(股骨大转子上后 2 cm 处弧形切口), 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 35例, 男 16例, 女 19例; 年龄 10~34岁, 平均 18岁。均为双侧, 多因步态异常、双下肢不能并膝下蹲或体育课不能达标而就诊。30例在幼时有反复臀肌注射史; 5例无明显诱因, 自幼发病, 逐渐加重。体检: 本组患者站立时双下肢外展、外旋位。髋内收明显受限, 呈外“八”字步态, 快走不稳。双侧臀外上方有不同程度皮肤凹陷, 内收、内旋髋关节时更明显。臀肌明显萎缩、无弹性、硬韧呈条索状。并膝下蹲和搁腿(坐位时两下肢膝上交)障碍。其中 28例伴弹响髋。

2 治疗方法

1994年 3月 - 1996年 6月采用臀部大“八”字切口即沿臀大肌前缘至大转子下 2~3 cm 止, 手术 6例。其中单纯挛缩组织松解 3例, 挛缩组织松解结合挛缩组织部分切除 3例。1996年 6月 - 2004年 10月采用改良切口术式即股骨大转子上后 2 cm 处弧形切口, 手术 29例, 均为单纯挛缩组织松解。侧卧位, 取股骨大转子上后 2 cm 处弧形切口。切开皮肤、皮下组织, 将其向两侧锐性分离, 同时松解皮下挛缩组织。显露以挛缩带为中心增厚的臀筋膜, 横形切开, 注意勿损伤深层肌组织。显露股骨大转子上后方的臀大肌 - 髂胫束下间隙, 左手食指伸入作引导, 电刀逐一松解挛缩组织, 向前松解阔筋膜张肌筋膜, 将髋关节屈曲、内收、内旋, 仍以手指伸入深部探查有无挛缩束, 如仍有组织紧张, 则需进一步松解, 如屈髋试验无弹跳即可。此时患膝可逐渐落到手术床面上。部分患者同时伴有髋短外旋肌 - 梨状肌的挛缩, 可于其肌止点部切断松解, 若臀中肌挛缩则可行延长术。逐层缝合, 无须胶管引流, 仅局部加压沙袋压迫 24 h。术后 2~3 d 进行恢复髋关节内收功能锻炼, 即走“模特”步、并膝下蹲及搁腿。开始时有行走不稳感, 一般经过 2周功能练习, 不稳感消失, 功能均获恢复。可做高抬腿活动, 上楼梯能加强髋关节功能。

3 结果

本组 33例(均为双侧)获得随访, 早期直切口 5例, 改良

弧形切口 28例。随访时间 6个月~8年, 平均 3年。参考功能障碍分级制订愈合标准: 优, 步态、双下肢并膝下蹲及搁腿均正常; 良, 步态、双下肢并膝下蹲及搁腿基本正常; 中, 达臀肌挛缩功能障碍分级轻度(Fernandez分度法, 按屈髋 90°外层挛缩角分度: 轻度 < 15°; 中度 15°~30°; 重度 > 30°); 差, 与术前比较无明显改善。早期直切口 5例中优 3例, 中 2例, 其中 1例步态有改善但弹响髋存在, 并膝下蹲试验阴性, 搁腿试验阳性, 髋内收 < 10°, 此例 17岁, 挛缩组织松解不彻底所致; 1例感染, 年龄 16岁, 为直切口挛缩组织松解结合挛缩组织部分切除, 损伤较重, 皮下血肿较大所致。改良弧形切口 28例, 疗效均为优。

4 讨论

4.1 手术切口 传统切口显露的松解部位多在臀肌近起处或中部, 范围宽, 向前、后显露不清, 往往需潜行剪刀松解, 易造成副损伤以及松解困难和不彻底, 且术后易形成皮下血肿, 需留置半胶管引流, 切口瘢痕增生较重, 欠美观。采用股骨大转子上后弧形切口, 能清楚地显露主要的松解部位, 即臀大肌上半部纤维, 臀中肌表面之髂胫束和不同程度的阔筋膜张肌浅面的臀筋膜挛缩^[1]。此部位接近肌肉抵止部, 多为腱性部分, 挛缩范围最窄, 可直视下操作, 在股骨大转子上后内后方可清楚地显露臀大肌 - 髂胫束下间隙。以此标志在其浅面松解挛缩组织, 彻底、损伤小并出血少, 能确保操作顺利进行。术后无须留置半胶管引流, 仅局部小纱布垫加压包扎并沙袋压迫 24 h 无皮下血肿形成。

4.2 注意事项 ①凡经确诊后, 如无其他禁忌证, 应及早手术, 年龄越小功能恢复越快越好。②松解外展挛缩组织要彻底, 只做切断, 断面间距可达 5~6 cm 以上, 边操作边进行髋关节屈曲、内收、内旋, 了解是否彻底松解, 没必要切除挛缩组织。③要注意早期正确的功能锻炼。④保护坐骨神经。

参考文献

1 俞辉国, 董学波, 刘红兵, 等. 臀肌挛缩症的手术治疗探讨. 中华骨科杂志, 1996 16(6): 375-377

(收稿日期: 2006-05-25 本文编辑: 王宏)