

· 经验交流 ·

小切口治疗臀肌挛缩症 2 518例临床观察

张康复¹, 李鹏飞², 吕宗科², 任宏杰², 唐晓峰², 马春辉², 唐明²
 (1. 扶风县新店中心卫生院, 陕西 扶风 722200; 2. 扶风县中医医院)
关键词 臀肌挛缩; 外科手术, 微创性; 身体锻炼

Treatment of gluteus contracture with small incision: a report of 2 518 cases ZHANG Kang-fu^{*}, LI Peng-fei, LV Zong-ke, REN Hong-jie, TANG Xiao-feng, MA Chun-hui, TANG Ming^{*} Xindian Health Center of Fufeng Country, Fufeng 722200, Shaanxi, China

Key words Gluteus contracture; Surgical procedures, minimally invasive; Exercise movement techniques
 Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2007, 20(12): 851-852 www. zgssz. com

臀肌挛缩症的手术治疗方法较多, 我们采用大转子后上方双侧小“S”微创切口, 每侧切口长约 2~3 cm, 对挛缩组织进行切断, 广泛松解, 重症患者行臀中小肌“Z”形延长, 松解髋关节囊, 并行屈膝屈髋、交叉架腿、划圈征等各项指标评价, 配合术后早期功能锻炼治疗, 效果满意, 1997 - 2005年 8月, 共收治 2 518例患者, 重点研究讨论其病因、分类及治疗。

1 临床资料

1.1 诊断 臀肌挛缩症的诊断包括病史, 特别是婴儿期臀部反复肌肉注射史, 特有的外“八”字步态, 并膝下蹲困难, 站立时的尖臀征, 快步行走或跑步时呈跳步征。臀部触诊时可触及索带硬块, 划圈征、二郎腿试验及平卧交腿试验、髋弹响征全部或部分阳性, Ober征全部阳性, 一般诊断即可成立。骨盆 X线片并未发现骨异常。根据调查及患病不同的症状、体征及手术所见情况, 据贺西京等^[1] 度分法, 我们将臀肌挛缩分为 4度。

度:行走正常, 跑步时步态稍有不正常, 双膝并拢下蹲基本正常, 屈髋、屈膝 90 时双膝可并拢, 双下肢交叉架腿(跷二郎腿)稍差, 肌力正常, 无其他特有的症状(此不在 2 518例内)。

度:行走呈外“八”字步态, 上楼及跑步时明显, 双膝并拢不能下蹲, 下蹲需双膝分开, 髋外展, 屈髋时髋有弹响声, 坐位屈髋、屈膝 90 时双膝不能并拢, 不能跷“二郎腿”, 臀部肌肉萎缩, 呈“尖臀征”。臀部可触及明显的条束带, 内收、内旋受限, Ober征阳性, X线无异常。

度:行走“八”字步明显, 跑步呈剪刀状, 左右摇摆, 下蹲时双膝分开, 极度外展外旋, 坐位屈髋、屈膝 90 位时双膝分开, 不能跷“二郎腿”。臀部肌肉萎缩, “尖臀征”明显, 下肢不等长, 骨盆倾斜。X线片见股骨颈变短, 颈干角增大, 小粗

隆明显可见, 骨盆倾斜。

度:除度症状外, 患者生活明显受限。双下肢外展、外旋不能下蹲, 甚至大便呈站立位。仰卧位双下肢外展、外旋不能伸直, 侧卧时双侧肢体不能靠拢。

1.2 一般资料 自 1997 - 2005年 8月收住的手术治疗 2 518例, 患髋 5 024 侧, 单髋患者 12 例; 男 1 598 例, 女 920 例; 年龄 5~30 岁, 各年龄患病情况见表 1。随访 3 个月~5 年, 平均 2 年。

1.3 本组手术患者 度 0 例; 度 1 850 例, 其中男 982 例, 女 868 例; 度 663 例, 其中男 345 例, 女 318 例; 度 5 例, 其中男 4 例, 女 1 例。双下肢假性不等长 298 例, 其中男 153 例, 女 145 例; 年龄 5~30 岁。致病因素: 反复臀部肌肉注射, 应用苯甲醇为溶媒 2 343 例, 反复臀部肌肉注射 152 例, 瘢痕体质 31 例, 臀部外伤 12 例。

1.4 治疗方法

1.4.1 非手术治疗 对于度患者, 可嘱其加强功能锻炼, 症状明显者, 建议在康复科按摩理疗, 无须手术治疗, 一般可康复。本组无此类病例。

1.4.2 手术治疗 手术松解 2 518 例, 5 024 髋, 麻醉后仰卧位, 双髋部常规消毒, 双下肢远端无菌包扎, 铺一次性无菌巾单, 术时取侧卧位, 两侧分别手术, 大转子后上小“S”切口, 切开皮肤、皮下即可显露挛缩的纤维束带, 在大转子上将挛缩束带横形, 向前、向后切断, 并在转子上部, 将远端挛缩带提起, 纵形剪开挛缩组织至臀大肌止点, 将其后侧挛缩带从臀大肌止点切断, 一般即能解除粗隆部弹响, 术中检查膝并拢屈髋屈膝活动及跷二郎腿正常。度患者, 因挛缩广泛, 有时合并有臀中、小肌, 梨状肌及髋关节囊挛缩, 将臀中、小肌肌腱做“Z”形延长, 松解髋关节囊后外上方, 方能恢复正常。度患者做

表 1 臀肌挛缩症 2 518 例各年龄的患病情况

Tab 1 Condition with disease of gluteus contracture in 2 518 patients in the different ages

年龄(岁)	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	30
例数(例)	12	25	57	124	36	218	171	301	338	281	310	338	165	99	46	48	12	9	7	2	9

大“S”切口或斜形切口,长约 7~8 cm,彻底松解髂胫束、臀大肌挛缩带,“Z”形延长臀中、小肌肌腱,切开关节囊等。

1.5 疗效评定标准^[2-3] 优,伤口 期愈合,步态正常,术前阳性体征消失,骨盆无倾斜,肢体长度一致,无并发症,臀部肌群肌力 级;良,伤口 期愈合,步态正常,术前阳性体征消失,骨盆稍有倾斜,肢体长度基本一致,无并发症,臀部肌群肌力 级以上;有效,伤口 期愈合,步态基本正常,术前阳性体征大部分消失,但跷二郎腿仍差,臀部肌群肌力 级;差,伤口 期愈合,步态及术前的阳性体征改善不明显,臀部肌群肌力 级以下。

2 结果

患者平均住院 7 d,随访 3个月~5年,按上述疗效评定标准,优 2 260例,良 252例,有效 6例,差 0例。近期并发症伤口感染 4例;伤口内血肿形成 5例,行血肿消除后伤口愈合;伤口周围青紫 15例;坐骨神经牵拉伤 3例,经对症治疗 3个月恢复;股外侧皮神经损伤 8例;走路不稳 3例,后经功能锻炼 2个月后恢复正常;4例复发,经第 2次手术后症状消失。远期并发症有迟发性坐骨神经损伤 6例,因术后早期锻炼时患侧神经活动范围增大而引起,后经减少活动、对症治疗痊愈。并发症发生率 1.9%。

3 讨论

3.1 病因 本组患者的主要致病因素为反复臀部肌肉注射加苯甲醇为溶媒引起,其次为瘢痕体质、臀部外伤,与文献报道相符^[4-7]。

3.2 分类及治疗 为了更好地对臀肌挛缩症进行治疗研究,我们根据中村武 度分法: 度,臀部有凹陷硬结、瘢痕等变化,而功能无异常。 度,髋在中立位,屈曲可达 90 以上。

度,髋在中立位,不能屈 90°; 度,B级,髋在外旋位可屈至 90°;而在中立位只能屈至 0~60 位;A级,髋在外旋位不能屈至 90°。贺西京等^[11] 度分法。我们将臀肌挛缩症直接划分 度,以明确指导治疗: 度一般不需手术治疗; 度手术治疗,手术松解表浅,一般松解阔筋膜张肌、臀大肌及其筋膜; 度多合并有骨盆倾斜,下肢不等长 1~3 cm(较严重 1例差 5 cm),除松解阔筋膜张肌、臀大肌,还需松解臀中、小肌及关节囊; 度极严重的臀肌挛缩症,我们治疗 1例发现臀部脂肪、筋膜、肌肉、关节囊广泛变性、增生、肥厚、挛缩等,手术需广泛松解。

3.3 麻醉 分别采取局麻 69例,骶管麻醉 103例,连续硬膜外麻醉 2 316例及全麻 30例,早期 度多采用局麻或骶管麻醉, 度患者多用硬外麻醉,小儿因年龄过小不配合手术者采用全麻,其他麻醉失败者也应用全麻。

3.4 术中注意事项 一般强调彻底松解,部分肌间挛缩,可钝性分离挛缩组织予以切断,但尽可能保留正常肌纤维组织,特别在后外侧避免损伤坐骨神经,因为坐骨神经损伤是臀肌

挛缩症手术治疗的严重并发症。臀肌挛缩症患者臀肌较正常臀肌薄, 度患者纤维挛缩束带将坐骨神经包裹,神经周围没有正常的脂肪组织,神经周围瘢痕化,境界不清,易造成误伤。 度臀肌挛缩症患者应将坐骨神经从臀部挛缩的纤维组织中分离出来,给予保护。向前内侧分离切断挛缩带时易损伤股外侧皮神经,造成股前区皮肤感觉消失,麻木、疼痛,感觉过敏,忌盲目切断,分离时用手指钝性分离挛缩带与肌组织,切断不超过髌前上棘垂直线。 度臀肌挛缩症患者骨盆倾斜、下肢不等长,多为假性不等长,本组治疗 298例患者测量肢体实际长度两侧基本相等,均因骨盆倾斜所致,与臀肌挛缩两侧轻重不同有关,一般挛缩侧骨盆降低,下肢假性变长,手术中除松解阔筋膜张肌、臀大肌外,必须将臀中、小肌肌腱在大粗隆止点处作“Z”形的延长。如术中检查屈髋、交叉架腿、Ober征阳性,仍不正常,则进一步松解关节囊,松解彻底后,由于腔隙较大,易致异物残留,如医用敷料,以避免医疗纠纷发生。术后应严格止血,放置引流,防止血肿形成,伤口加压包扎。

3.5 术后与康复 术后伤口放置引流 48 h拔除,伤口弹力绷带包扎, 度患者膝部弹力绷带固定双膝,屈髋、屈膝约 90 位。3 d后取出膝部固定进行双下肢功能锻炼: 走一字步; 并膝、屈髋、屈体锻炼; 站立位做双下肢内收外展锻炼,两侧交替进行; 站立位双膝伸直,屈髋用双手触摸足尖; 双腿交叉(跷二郎腿)锻炼; 摇臀摆髋(如摇呼拉圈)。锻炼必须取得家长及患儿的密切配合,术前术后强调锻炼的重要性,锻炼必须循序渐进,不能采用暴力及超量,只有早期功能锻炼方能减少组织粘连和再挛缩。总之,早期手术彻底松解挛缩组织和早期功能锻炼是取得良好疗效的关键。

参考文献

- 1 贺西京,李浩鹏,王栋,等.臀肌挛缩症的分级与治疗.中华骨科杂志,2003,23:96-98.
- 2 黄耀天,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,1999,19:106-107.
- 3 刘波,王金城,周乙雄.青少年臀肌挛缩症.中国矫形外科杂志,1997,4(1):39-40.
- 4 Femade I, Valderrama JA, Estevede MR. Fibrosis of the gluteus maximus: a cause of limited flexion and adduction of the hip in children. Clin Orthop Relat Res, 1981, 156: 67-78.
- 5 王斌,贺西京,巫永军,等.臀肌挛缩症的前瞻性调查及病因分析.中国骨伤,2003,16(3):157-158.
- 6 吉士俊,马瑞雪,周永德.小儿髋关节外科学.北京:人民卫生出版社,2005.407.
- 7 张贤亮,赵德儒,李高文,等.三种不同术式治疗臀肌挛缩症.中国骨伤,2003,16(1):33-34.

(收稿日期:2006-12-10 本文编辑:李为农)