

# 小切口治疗臀肌挛缩症 26 例报告

郝 鹏 李连亭 程 华

(山东省菏泽市立医院骨科, 菏泽 274031)

中图分类号: R685

文献标识: B

文章编号: 1009 - 6604 (2009) 09 - 0853 - 02

臀肌挛缩症 (gluteal muscle contracture, GMC) 是由多种原因引起的臀肌及其筋膜纤维变性、挛缩引起髋关节内收、内旋功能障碍所表现的特有步态、体征的临床征候群<sup>[1]</sup>。GMC 以手术治疗为主, 但手术方法各家不一, 各有其优缺点。根据该病局部病理及解剖, 2005 年 4 月 ~ 2007 年 4 月我们采用小切口治疗 GMC 26 例, 效果良好, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 26 例, 男 16 例, 女 10 例。年龄 3 ~ 18 岁, 平均 6 岁。均为双侧病变。婴幼儿期均有反复臀部肌肉注射史, 均无外伤史和其他髋部疾病史, 无家族史。不同患者的病变范围和程度有所不同, 但临床表现基本一致。24 例因步态异常, 不能并膝下蹲或坐位时两下肢不能膝上交叉来就诊, 2 例因跑步呈“跳跃式”而就诊。体检: ①交腿试验阳性 (不能跷二郎腿) 24 例, 不能并膝下蹲 (需髋外展外旋弹响后完成) 25 例; ②Ober 征阳性 24 例, 臀部呈“尖臀征” 16 例, 可触及与臀大肌纤维方向一致的条索带。X 线检查未发现骨盆及髋关节有异常征象。根据贺西京等<sup>[2]</sup> GMC 分级: I 度 (2 例) 同时屈髋、屈膝 90° 时, 强力内收, 双膝可以并拢, 但双侧股部无法交叉到对侧 (跷“二郎腿”); 尖臀畸形不明显; Ober 征弱阳性。II 度 (24 例) 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, 不会跷“二郎腿”; 臀部外上方塌陷, 有明显“尖臀”畸形; Ober 征阳性。

病例选择标准: GMC I 度非手术治疗无效患者和 II 度患者。

### 1.2 方法

根据患者年龄及配合程度, 选用静脉复合麻醉 5 例, 硬膜外麻醉 21 例。术前美蓝标出股骨大转子、臀肌挛缩带、坐骨神经的体表投影 (图 1)。仰卧位, 术者位于患者右侧, 助手在对侧使需手术侧下肢外展屈髋后, 保持屈髋 90° ~ 100° 极度内收位, 但松解臀中、小肌及关节囊时屈髋 70° ~ 90° 内收位。消毒铺巾, 确定垂直大转子的进刀深度。选择大转子后上方约 2.5 cm 处用尖刀插入将挛缩组织逐一切断松解, 切断时可听到紧张组织断裂的“沙沙”声音。每切断一部分挛缩组织, 紧张度即减轻一部分。被动屈髋、内收、内旋患肢检查疗效, 以弹响消失、髋关节活动不受限为标准。松解满意后, 用冰 1:250 000 肾上腺素生理盐水<sup>[3]</sup> 灌洗液灌洗松解区 3 次 60 ~ 100 ml, 保留数毫升灌洗液于伤口内。用同样的方法松解另一侧挛缩组织后, 检查并膝后能充分屈膝屈髋且无阻力无弹响及交叉重叠双下肢可充分屈膝屈髋即可, 不必缝合皮肤 (图 2)。术后术中注意保护坐骨神经。术后手术部位绷带加压包扎, 并拢双下肢, 屈膝屈髋各 30° 制动。2 d 后下床行并膝下蹲、交腿等功能锻炼, 继续功能锻炼维持 3 周。

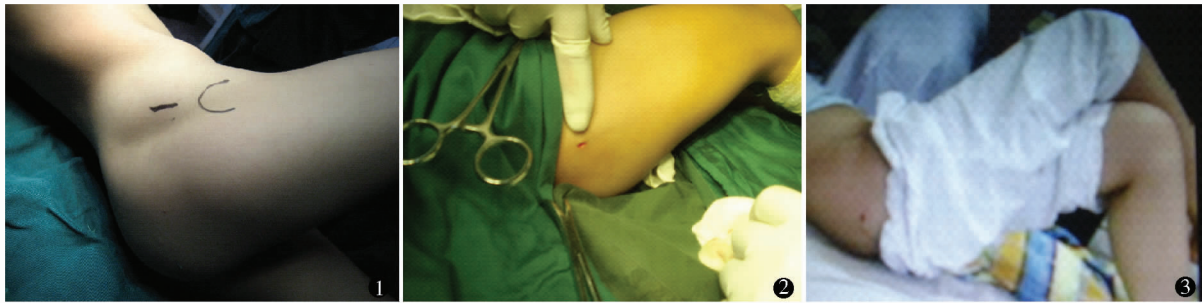


图 1 术前切口定位 图 2 术后切口不必缝合 图 3 术后 2 周交膝稳定

1.3 疗效标准

参照黄耀添等<sup>[1]</sup>评价标准:步态、并膝下蹲、交腿试验、对运动和体力劳动的影响。优:4 项均正常;良:步态正常,并膝不能完全下蹲和/或交腿试验完成稍差,对运动和体力劳动基本无影响。可:轻度外八字步态,并膝下蹲受限和(或)交腿试验完成差,对运动和体力劳动有一定影响;差:手术无效。

2 结果

手术时间 30 ~ 50 min,平均 40 min。术后住院时间 7 ~ 10 d,平均 8.5 d。26 例术后均恢复正常步态或步态明显改善,弹跳感消失,并膝下蹲及交腿试验阴性。无复发及功能障碍病例,无坐骨神经损伤等其他并发症。26 例随访 6 ~ 32 个月,平均 18 个月,术后 3 个月评定,优 24 例,良 2 例,无并发症发生。

3 讨论

GMC 的致病原因目前尚不完全明确,多数学者认为是由于婴幼儿时期反复接受臀部肌肉注射所致,苯甲醇是主要致病因素,幼时反复的注射创伤是又一因素。本组病例均有婴幼儿期反复臀部肌肉注射史。GMC 主要的病变部位在臀大肌上半部纤维、臀中肌表面髂胫束和不同程度阔筋膜张肌浅面臀肌筋膜挛缩,病变受损组织主要以股骨大转子为中心向后上方呈扇形分布。由于婴幼儿臀部肌肉薄弱,反复多次肌肉注射后,机械、物理及药物化学等多种因素刺激使肌肉组织出现无菌性炎症,逐渐发生纤维化,形成纤维挛缩带,失去生长能力,而骨骼生长相对正常,由于臀部外上方组织挛缩的限制,逐渐发生髋关节屈曲、内收、内旋受限,如不能得到及时治疗,可使症状进行性加重,严重者可影响股骨近端、骨盆及周围肌群的正常发育<sup>[4]</sup>。因此,一旦明确诊断,应尽早手术治疗。

GMC 手术切口及方式的选择有多种,有小切口、直切口、“S”形大切口、股骨大转子上后 2 cm 弧形切口等,各种手术方式各有其优缺点。GMC 体征形成的核心是挛缩组织对大转子外移及旋转前后移动的阻挡<sup>[5]</sup>,病变受损组织主要以股骨大转子为中心向后上方呈扇形分布,应力集中于股骨大转子处,这是本病的主要松解部位,所以将手术切口选择在大转子区,这样可以准确松解切断挛缩组织使之弹性回缩,达到延长的目的从而解除阻挡,体征随即

消失,故无须切除挛缩组织。术中的特殊体位可以使阻挡大转子前后移动的所有挛缩组织全部前移至大转子后缘前方远离了坐骨神经,因坐骨神经被梨状肌所限不可能前移,所以此时从大转子后缘进刀向前松解绝对不会伤及坐骨神经。因此,我们选用大转子后上方小切口切断挛缩束带,通过变换尖刀的角度,能方便地进行臀肌各部及阔筋膜张肌、髂胫束切断松解,该方法简单、创伤小、出血少、手术时间短、恢复快、利于术后早期功能锻和术后局部美观,且疗效肯定,患者愿意接受。

盲视手术虽然不会损伤大的血管神经,但在分离后切割过程应认真体会阻力的大小,争取做到准确松解挛缩组织,多保留正常组织,切不可造成多余的皮肤损伤。应该注意以下几个方面:①术前详细进行体格检查以判断病变的主要累及部位,并用美蓝标记;②术中于髋内收位反复屈伸髋关节,并用左手拇指于股骨大转子上方触摸,如感到有条索状束带滑过拇指,则须将其切断;③松解彻底后,麻醉条件下,髋关节内收内旋应可超过 15°,屈曲可达 135°;④挛缩组织被切断后有回缩,伤口内形成空腔,务必术中止血完善,术后手术部位绷带加压包扎,防止出现血肿;⑤术中注意保护正常的肌肉组织,切断挛缩组织时可听到有“沙沙”声,这样可避免广泛切断正常肌肉所致的并发症,如关节不稳、下肢无力等;⑥向后方不要超过坐骨神经体表投影线,保护坐骨神经,避免神经损伤;⑦手术不能替代康复训练系统的功能锻炼,术后必须严格强调康复训练,保持医患联系,在完全治愈前做到定期随诊、不断调整治疗方案<sup>[6]</sup>。

参考文献

1 黄耀添,李建文. 臀肌挛缩症的病因类型及治疗. 中华骨科杂志, 1999,19 (2):105 - 108.  
2 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(2):96 - 99.  
3 杨宝峰,主编. 药理学. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2003. 96.  
4 王龙胜. 儿童臀肌挛缩症的髋关节测量及其临床意义. 实用放射学杂志, 2003,19(9):812 - 813.  
5 叶 斌,孙宏伟,张海林,等. 臀肌挛缩症的微创治疗. 中国伤残医学,2004,4:16.  
6 刘国辉,杨述华,杜靖远,等. 重症臀肌挛缩症的治疗效果的相关因素分析. 中国矫形外科杂志,2004,12(23、24):1792 - 1794.

(收稿日期:2008 - 03 - 12)

(修回日期:2008 - 10 - 29)

(责任编辑:李贺琼)