

· 临床研究 ·

三种不同术式治疗臀肌挛缩症

Three different surgical approach for the treatment of gluteal muscle contracture

张贤亮¹ 赵德儒¹ 李高文¹ 倪晓¹ 唐明²

ZHANG Xianliang, ZHAO Deru, LI Gaowen, NI Xiao, TANG Ming

【关键词】 肌挛缩; 外科手术 【Key words】 Muscle spasticity; Surgery, operative

从 1991 年 9 月—2001 年 7 月作者采用 3 种不同术式治疗臀肌挛缩症 218 例,取得了满意疗效。现就相关问题作一回顾性分析讨论,报告如下。

1 临床资料

本组 218 例,男 106 例,女 112 例;年龄 4~21 岁,平均年龄 9.6 岁。均为双臀发病。按沈品泉等^[1]标准临床分型:轻型 98 例,重型 104 例,骨盆倾斜型 16 例。

2 手术方法

手术均在骶管麻醉或(和)氯胺酮全麻下进行。根据临床分型不同,采用 3 种不同术式治疗:①采用大转子上斜形切口,用此方法治疗轻型患者 98 例。手术取侧卧位,在大转子上方约三横指处斜形切开皮肤长约 3~5 cm,皮下分离后,将髋关节被动屈曲内收,使挛缩带绷紧,向前切断挛缩增厚紧张之髂胫束,向后切断臀大肌挛缩部分;②取绕大转子弧形切口,此术式治疗重型患者 104 例。患者侧卧位,于大转子后外上方约 2 cm 处绕其切开皮肤长 4~6 cm 左右,游离皮下,显露深层增厚臀筋膜,切断后,可见其下层臀大肌变性挛缩部分,将其切开,若深层臀中肌、臀小肌均有变性挛缩,在变性挛缩部分不超过其总体积 1/2 时,将挛缩部分一次性切断即可达到满意效果;③是采用绕大转子弧形切口与沿髂骨翼切口^[2]联合法,此术式治疗骨盆倾斜型 16 例。手术中先同术式②,绕大转子切开皮肤,切断臀大肌、臀筋膜挛缩变性部分,若术中见臀中肌、臀小肌挛缩范围超过其 2/3,还伴有后关节囊挛缩,此时只切断其挛缩 1/2 范围内部分及后关节囊,纱布填塞术野暂时止血,然后从髂骨翼另取横形切口 5~7 cm,将臀中肌、臀小肌起点从髂骨外板上剥离,被动活动髋关节

达到内收 10°,屈髋 100°即结束手术。不要为手术效果过多剥离,一是出血多,二是可能造成伸髋无力。

不论何种手术方法,术中于最有利于伤口引流处开次口,放置引流条 1~3 d。术后用宽布带或绷带胶布将双膝并拢固定,屈膝屈髋 60°~90°位放置双下肢于支具上。4~5 d 后撤除支具,开始功能锻炼。用药以预防感染为主。

3 治疗结果

本组 218 例,随访时间 6 个月~5 年。根据俞辉国等^[3]疗效标准评定:优 178 例,良 38 例,差 2 例。发生缝线割裂伤口皮肤、伤口哆开、皮缘部分坏死、血肿形成等近期并发症 15 例,约占 6.88%,经及时适当处理均治愈,未影响最终疗效。

4 讨论

4.1 手术时机 从本组病例看,同类型病例中,年龄小者较年龄大者不论从步态和髋关节功能上都恢复较快,且总体效果好。作者观察理想的手术年龄应为 5~8 岁间。此年龄阶段,患者肌肉及骨骼的可塑性强,治疗中也能很好地与家长和医生配合。年龄过小,采用骶管麻醉手术时,患儿不容易配合,全麻又增加了手术风险,且年龄小患者因惧怕伤口疼痛而不能积极配合,坚持功能锻炼,影响手术最终效果。年龄过大患者皮肤肌肉韧带的伸展性没有低龄患者好,加之长时间臀肌挛缩已不同程度影响了骨骼的发育,而出现骨盆外旋、前倾,股骨外旋,闭孔变小,颈干角 > 145°等骨骼变形,会直接影响手术效果。本组各有 1 例 17 岁和 21 岁患者,术中虽尽可能切断、松解、延长了挛缩臀肌及筋膜,在麻醉状况下,髋关节被动活动尚可达到优良程度,但术后麻醉作用消失,患者尽最大努力锻炼,效果仍差。考虑除骨骼变形因素外,周围受挛缩组织长期制约的正常组织伸展性、柔韧性、可塑性成了影响手术效果的重要原因。

1. 扶风县人民医院骨科,陕西 扶风 722200; 2. 陕西省胜利机械厂医院

4.2 手术方式的选择 根据临床症状分型不同,采用不同手术方法。术式①适用于从皮肤直接可触摸到挛缩带,屈伸髋关节伴有弹响,一般仅为臀大肌筋膜、髂胫束增厚挛缩的轻型患者。在大转子上方 3~5 cm 作斜形切口,即可切断挛缩组织,无需探查或松解深层肌肉。术式②适用于“尖臀征”明显,臀大肌成片状挛缩,双下肢呈蛙式位,可不伴有髋关节弹响的重型患者。绕大转子弧形切口入路,手术操作中可避开挛缩粘连严重的臀大肌、臀肌筋膜交界上部。此处切开入路,臀大肌、筋膜与深层粘连易分离,在向髂骨嵴方向适当分离皮瓣后,在髋关节内收位被动屈伸检查下挑起切断臀大肌及筋膜挛缩组织,可见到深层臀中肌、臀小肌及挛缩变性部分。重型患者的挛缩部分均小于其 1/2 范围,在此处切断挛缩部分便可达到满意效果。骨盆倾斜型患者的挛缩变性部分广泛,超过了其体积 2/3,若完全切断,虽可使临床症状消失,但会出现由于髋部失去了肌肉支撑,使髋关节不稳,走路呈屈氏步态。故此型患者,作者采用术式③联合切口方法,先用术式②方法切断臀

大肌髂胫束挛缩带,从髂骨外板起剥离臀中肌、臀小肌即将其起点下移,既保留了其相对完整性,又相当于把其延长,达到了松解目的。对髋部肌肉力量影响小,术后不会出现摇摆步态。

4.3 术后功能锻炼问题 本组病例均术后即双膝并拢屈髋屈膝为 60°~90°放置于支具上,可防止切断之挛缩组织原位愈合,并缓解锻炼起始阶段的疼痛,增加患者康复信心。术后 1~3 d 拔除引流条,4~5 d 撤除支具。患者下地扶床头双膝并拢进行下蹲锻炼,腰部伸直,足跟不能离地,并结合进行“猫步”直线行走练习。通过锻炼,可使原先受到挛缩组织制约而影响其伸展的肌肉筋膜韧带弹力得到恢复,又对预防症状复发有积极意义。

参考文献

- 1 沈品泉,汪启筹.臀肌挛缩症诊治进展.中国矫形外科杂志,1999,6(3):229-230.
- 2 郑稼,罗建平,赵炬才,等.臀肌止点下移治疗臀肌挛缩症.中华骨科杂志,1999,19(8):479-480.
- 3 俞辉国,童学波,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:2002-04-20 编辑:荆鲁)

• 短篇报道 •

显微松解治疗脊柱损伤术后不全瘫

朱荣江 周秋如

(湛江中心人民医院骨科,广东 湛江 524037)

自 1996 年以来,本科收治 10 例脊柱损伤术后患者,早期神经功能有所改善,但 3 个月后恢复缓慢或停止。CT 或 MR 检查未发现脊髓压迫及脊柱不稳定征象。采用硬膜下显微松解方法治疗,效果较满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 10 例患者中男 6 例,女 4 例;年龄 16~45 岁,平均 30.5 岁。原因:高处坠落伤 3 例,车祸伤 7 例。损伤至手术时间为 4~12 个月,平均 8 个月。损伤平面 T₇₋₉3 例,T₁₀₋₁₂5 例,L_{1,2}2 例。

2 治疗方法

全身麻醉,侧卧位。采用背正中切口暴露硬脊膜,显微镜下,切开硬脊膜,仔细探查蛛网膜、软脊膜、神经根起始段及前后支之间,注意脊髓表面有无束带、索条、瘢痕存在,各结构自身及相互间是否存在粘连,齿状韧带是否牵拉脊髓变形等。在显微镜下,将它们彻底松解。反复冲洗术野干净,予 0.1~0.2 ml 过氧化氢溶液,注入蛛网膜下腔,镜下所见气泡畅通无阻。

3 治疗结果

自拟疗效评定标准:术后 3 周,肌力增加 1 级以上,或感觉平面下降 2 个脊髓神经节段以上,均为有效。本组 8 例有效,2 例无效,有效率 80%。随访 1~2 年,6 例肌力增加 2~3 级,基本上能行走。

4 讨论

目前脊柱损伤的手术,多注重解除硬脊膜外部压迫及稳定脊柱。而忽略硬脊膜囊内区域瘢痕形成压迫脊髓。本组 10 例患者的损伤部位,均有不同程度的束带、索条、瘢痕形成,与脊髓粘连造成压迫,并伴有齿状韧带不良应力牵拉脊髓变形。这些瘢痕组织虽薄而细小,但对脊髓神经功能恢复有较大影响,而 CT、MR 检查,均无特征性影像表现,故难以提供影像学支持。

脊柱损伤术后,由于去除骨性压迫,脊髓神经功能开始逐渐恢复,形成第一个高峰。脊髓功能恢复的同时,纤维瘢痕组织也逐渐形成,至 3 个月时达到高峰。如瘢痕组织对恢复中的脊髓造成压迫,则脊髓功能停止恢复甚至加重。3 个月后瘢痕组织开始逐渐软化,部分吸收,对脊髓的压迫逐渐解除,出现第二个恢复高峰。此时,若脊髓功能恢复完全停止,则表明瘢痕的压迫超过脊髓自身代偿能力,必须手术治疗。手术指征:①不全截瘫,伤后早期神经功能有所恢复,3 个月后恢复停止或保守治疗 3 个月以上无进展。②MRI/CT 检查未发现明显骨性压迫、椎管狭窄及脊柱不稳定。此时应及时手术探查脊髓损伤相应单元,并彻底松解其中瘢痕组织,解除脊髓压迫,改善血流,有利脊髓功能恢复。

(收稿:2002-04-16 编辑:荆鲁)