

本组 20 例足拇甲瓣手术患者术中采用 VSD 敷料覆盖创面,Ⅱ期游离全厚皮片植皮覆盖创面,均取得医患双方满意的效果。其治疗原理为 VSD 材料覆盖创面,在创面表面形成一个相对干燥、清洁的负压环境,可以促使创面毛细血管扩张、增生,加速组织水肿消退,促进修复细胞增殖,加速肉芽组织生长从而达到加速创面愈合的目的<sup>[7]</sup>。我们认为在拇甲瓣供区保趾治疗中,联合应用 VSD 技术与全厚皮片植皮技术,对降低手术难度、缩短手术时间、降低术者体力消耗、减少患者损伤部位、恢复足拇趾外形、改善足拇趾运动、缩短治疗周期、减轻患者痛苦及经济负担提供了一个简单有效的办法。其方法可以取代传统植皮或带蒂皮瓣转位、游离皮瓣移植修复供区,是一种简单可靠的治疗方法。

参考文献

[1] 王彦峰,陶世明.应用医用泡沫材料负压封闭引流治疗复杂感染创面[J].中华实验外科杂志,1997,14:302.  
Wang YF,Tao SM. Treatment of complicated infected raw surface with foam of containing negative pressure drainage[J]. Zhonghua Shi Yan Wai Ke Za Zhi, 1997, 14: 302. Chinese.

[2] 姚元章,李英才,王韬,等.真空封闭式负压技术加外固定治疗肢体开放性骨折[J].中华创伤骨科杂志,2004,6(8):860-870.  
Yao YZ,Li YC,Wang T, et al. Treatment of open fractures of limbs with containing negative pressure drainage[J]. Zhonghua Chuang Shang Gu Ke Za Zhi, 2004, 6(8): 860-870. Chinese.

[3] 杨越涛,张晓华,李英才,等.反植皮联合封闭式负压引流治疗

肢体大面积皮肤撕脱伤[J].创伤外科杂志,2007,9(3):231-232.  
Yang YT,Zhang XH,Li YC, et al. Treatment of large area avulsion injury of skin with dermatoplasty and containing negative pressure drainage[J]. Chuang Shang Wai Ke Za Zhi, 2007, 9(3): 231-232. Chinese.

[4] 陈兆军,潘勇卫,王正义,等.游离足拇甲瓣移植术后足底应力变化的观察[J].中国骨伤,2009,22(11):841-843.  
Chen ZJ,Pan YW,Wang ZY, et al. The vola stress change of patients after operation of wrap-around flap for thumb reconstruction [J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2009, 22(11): 841-843. Chinese.

[5] 陈强,刘烈斌,曾宪明,等.皮肤软组织牵伸术治疗皮肤软组织缺损[J].中国骨伤,2008,21(5):379-380.  
Chen Q,Liu LB,Zeng XM, et al. Application of skin and soft tissue distraction technique for defect of skin and soft tissue[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2008, 21(5): 379-380. Chinese.

[6] 蒋涛,瞿玉兴.断指再植失败临床分析[J].中国骨伤,2007,20(11):762.  
Jiang T,Qu YX. Clinical analysis for failure of digital replantation [J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2007, 20(11): 762. Chinese.

[7] 裘华德,宋九宏.封闭式负压引流技术[M].北京:人民卫生出版社,2008:1-8.  
Qu HD,Song JH. Containing negative pressure drainage technique [M]. Beijing:People's Medical Publishing House, 2008: 1-8.

(收稿日期:2010-09-25 本文编辑:王玉蔓)

· 病例报告 ·

臀大肌钙化性肌腱炎伴坐骨神经痛 1 例

沙辉,杨晨,官宇宝,赵承武,李叔强,冯卫,刘建国,齐欣  
(吉林大学第一附属医院骨关节外科,吉林 长春 130021)

关键词 臀大肌; 肌腱钙化; 坐骨神经痛

DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2011.05.018

A case report of gluteus maximus tendon calcification combined with sciatica SHA Hui, YANG Chen, GONG Yu-bao, ZHAO Cheng-wu, LI Shu-qiang, FENG Wei, LIU Jian-guo, QI Xin\*. \*Department of Orthopaedics, the Frist Hospital of Jilin University, Changchun 130021, Jilin, China

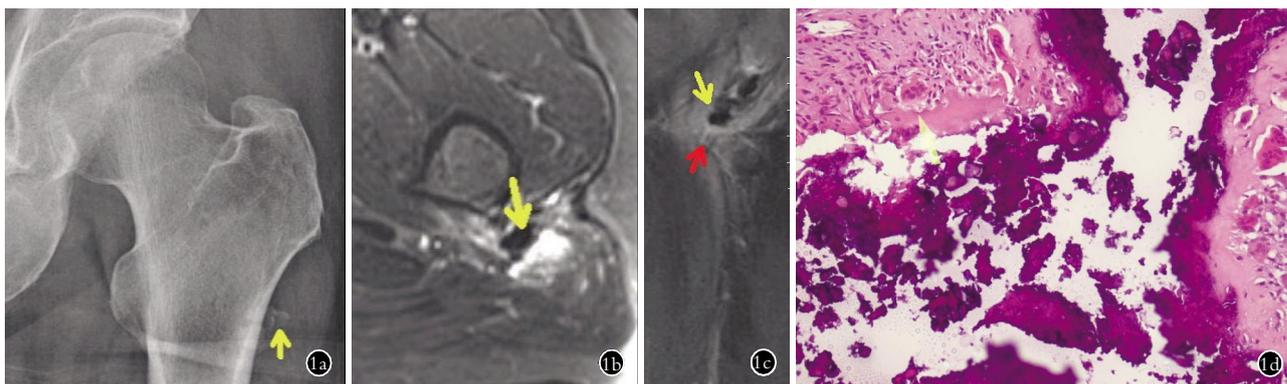
KEYWORDS Gluteus maximus; Tendinitis calcification; Sciatica

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2011, 24(5): 420-421 www.zggszz.com

患者,女,50岁,文职工作者,10年前左大腿有轻微外伤史,3个月前左臀部出现放射性疼痛,持续不缓解,严重影响工作学习,10d前疼痛放散至小腿后侧。体格检查发现左大腿近端粗隆下略隆起,局部触压痛明显,深压时疼痛放射至小腿

后侧,左大腿因疼痛活动受限。骨盆X线片仅见左侧大转子下方外侧形状不规则密度不均一的高密度影(图1a)。MRI示左大腿外侧囊性肿物,左侧大转子后外侧高信号影并累及坐骨神经(图1b-1c)。光镜下病理切片示:在正常细胞间有纤维组织形成及钙质沉积,并形成肌腱(图1d)。保守治疗不缓解行钙化灶清除术。术后患者疼痛明显减轻,逐渐恢复正常生

通讯作者:齐欣 E-mail:dr.qixsn@jlu.edu.cn



**图 1** 患者,女,50岁,臀大肌钙化性肌腱炎伴坐骨神经痛 **1a.** 骨盆 X 线片可见左侧大转子下方沿臀大肌肌腱走行钙化影,未见骨皮质破坏和骨膜反应 **1b-1c.** MRI 提示左大腿外侧囊性肿物,左侧大转子后外侧高信号影并累及坐骨神经(箭头) **1d.** 光镜下病理切片显示:在正常细胞间有纤维组织形成及钙质沉积,并形成肌腱

**Fig.1** A 50-year-old woman with gluteus maximus tendon calcification combined with sciatica **1a.** AP X-ray film of the pelvic showed the calcification was below left greater trochanter, along with the gluteus maximus tendon, no cortical bone destruction or periosteal reaction occurred **1b-1c.** MRI shows a cystic mass on the lateral of left thigh with high signal, involving the sciatic nerve **1d.** Pathological section demonstrates formation of fibrous tissue and calcium deposits among normal cells

活。

## 讨论

钙化性肌腱炎好发于肩、髋、肘、腕和膝部,很少发生于臀部,且大多数发生于此处的钙化性肌腱炎无任何临床症状,少部分有局部疼痛但很少有累及坐骨神经的报道<sup>[1]</sup>。此病例有明显的疼痛及放射痛的症状。

臀大肌肌腱钙化至今病因不明,多数没有症状,少数急性发作时钙化物逐渐增大刺激转子旁滑囊时所致,临床上表现为急性发作,疼痛症状严重,若侵袭到神经可以有相应的神经症状。一些学者认为是由于肌肉对肌腱的反复牵拉造成急性发作,另一些学者则认为缺氧加重是导致急性发作的诱因<sup>[2]</sup>。该患者为文职工作者,平时很少运动,肌腱的缺氧应该是导致其急性发作的重要原因。

诊断方面 X 线片、CT 与 MRI 都有重要意义, X 线片表现主要在大转子下方延臀大肌肌腱走行的不规则钙化影, CT 可见骨皮质侵蚀<sup>[3]</sup>, 因此有时候容易被误诊为恶性肿瘤<sup>[4]</sup>。MRI 在肌腱钙化的诊断上并不常用, 早期可见 T1WI 低信号, T2WI 高信号的骨质破坏, 但随着病情的发展, 急性期无菌性炎症消失, 钙化明显, 此处骨质 MRI 表现也恢复正常<sup>[5]</sup>。

症状较轻患者, 可采取保守治疗以局部封闭为主, 穿刺抽吸时如果抽出未成形的钙化物, 患者的症状会明显减轻。但保守治疗不缓解, 有下列情况时应考虑手术治疗: ①症状进行性加重; ②持续的疼痛影响日常生活; ③经保守治疗无效。

该患者 10 年前受过外伤, 考虑外伤可能是其发生肌腱钙化的重要原因, 造成其左大腿的疼痛, 近日活动受限加重严重影响工作生活, 经保守治疗无效, 符合手术指征, 行钙化灶清除术。术后患者症状缓解。

臀大肌钙化性肌腱炎引起局部疼痛常见, 但引起坐骨神经放射痛则实属罕见。本病例坐骨神经放射痛明显, MRI 轴

位可见大转子滑囊肿胀明显并累及坐骨神经, 手术后放射痛随即消失, 证明滑囊炎为病因所在(图 1c)。

此病极容易被误诊为肿瘤, 在国外曾有文献报道在一些臀大肌肌腱钙化的患者中存在骨侵蚀的现象, 甚至出现骨膜反应<sup>[6]</sup>。临床表现也是较重的疼痛症状, 软组织肿物在短期内迅速增大, 即使行 MRI 检查也无法明确诊断, 极易被诊断为横纹肌肉瘤、腱鞘滑液囊肿等疾病; 虽然钙化性肌腱炎好发于肩、髋、肘、腕和膝, 但很少发生于臀部, 且大多数发生于此处的钙化性肌腱炎无任何临床症状, 但是根据解剖位置及 X 线及 MRI 表现也不应该除外钙化性肌腱炎等疾病, 如果根据以上内容还是无法明确诊断, 必要时可行增强 MRI 或在超声引导下穿刺活检取病理帮助明确临床诊断。

## 参考文献

- [1] Gravanis MB, Gaffney EF. Idiopathic calcifying synovitis. Histopathologic features and possible pathogenesis [J]. Am J Surg Pathol, 1983, 7(4): 357-361.
- [2] Uthoff HK. Calcifying tendonitis [J]. Ann Chir Gynaecol, 1996, 85(2): 111-115.
- [3] Mizutani H, Ohba S, Mizutani M, et al. Calcific tendonitis of the gluteus maximus tendon with cortical bone erosion: CT findings [J]. J Comput Assist Tomogr, 1994, 18(2): 310-312.
- [4] Hottat N, Fumiere E, Delcour C. Calcific tendonitis of the gluteus maximus tendon: CT findings [J]. Eur Radiol, 1999, 9(6): 1104-1106.
- [5] Thornton MJ, Harries SR, Hughes PM, et al. Calcific tendinitis of the gluteus maximus tendon with abnormalities of cortical bone [J]. Clin Radiol, 1998, 53(4): 296-301.
- [6] Wepfer J, Reed J, Cullen G et al. Calcific tendonitis of the gluteus maximus tendon (gluteus maximum tendinitis) [J]. Skeletal Radiol, 1983, 9(3): 198-200.

(收稿日期: 2010-06-29 本文编辑: 连智华)