

微创手术治疗臀肌挛缩症临床分析

叶 斌, 孙宏伟, 张海林, 黄朝辉, 张 驰, 陈建华, 戴 垚, 洪方业

[摘要]目的: 探讨一种微创手术治疗臀肌挛缩症 (gluteus contracture GC)的方法。方法: 根据体征及病理变化, 将 GC分为 A B C三型, 采用微创剥离刀对 60例 120侧各型 GC患者进行微创手术及康复治疗, 然后按同一疗效评价标准与大转子后切口治疗 GC的效果相比较。结果: GC微创综合治疗疗效 1周评分平均为 9.2分, 3周评分为 10分, 术后 4~6天即可恢复出院; GC大转子后切口治疗疗效 1周评分平均为 6分, 3周评分为 9分, 术后 12~14天拆线出院。结论: GC的微创综合治疗具有创伤小、痛苦少、恢复快、体征消除彻底、操作安全可靠、易掌握的特点。

[关键词] 臀肌挛缩; 外科手术, 微创

[中国图书资料分类法分类号] R 323.44 R 685.24 [文献标识码] A

Clinical study of minimally invasive operation for treatment of gluteus contracture

YE Bin SUN Hongwei ZHANG Hailin HUANG Chaohui ZHANG Chi CHEN Jianhua DAI Yao HONG Fangye

(Department of Orthopedics Yangpu Geriatric Hospital Shanghai 200090 China)

[Abstract] Objective: To investigate the minimally invasive operation for treatment of gluteus contracture (GC). Method: Based on physical signs and pathological changes GC was divided into A B C three types. Thirty patients with 60 sides who were diagnosed as GC were treated with the minimally invasive operation and rehabilitation detacher. The therapeutic effectiveness comparison was made between minimally invasive treatment and the little wound treatment via posterior greater trochanter by the same standard of therapeutic evaluation. Results: The score of therapeutic effectiveness of minimally invasive complex treatment averaged 9.2 and 10 points at 1 week and 3 weeks respectively. And after four postoperative days the patients left hospital with recovery. The score of therapeutic effectiveness of wound treatment via posterior greater trochanter averaged 6 and 9 points at 1 week and 3 weeks respectively. And the patients left hospital after 12 to 14 postoperative days. Conclusions: The minimally invasive complex treatment of GC is feasible safe less traumatic and easy to manipulate with a quick recovery and little pain and without physical signs.

[Key words] gluteus contracture; surgery; micro-traumatic

臀肌挛缩症 (gluteus contracture GC)实际上是臀部软组织挛缩症 (gluteal soft tissue contracture GSTC)^[1]。自 1970年 Vadderrama报道以来, 其最高发病率达 4.75%, 治疗的方法多种多样^[1-7], 如何减少手术创伤且进一步提高治疗效果一直是骨科医师关注的课题。2003~2005年, 我们应用微创手术及系统康复治疗了 60例 GC患者, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 GC 90例。30例采用转子后弧形切口 (切口长约 2~12 cm) + 系统康复治疗, 男 10例, 女 20例; 年龄 6~24岁。60例采用微创手术 + 系统康复治疗, 男 22例, 女 38例; 年龄 6~18岁。术后随访 6周~2年, 平均 0.8年。

1.2 分型 本治疗组根据 GC不同病理所表现的体征, 将 GC分为 A B C三型。A型: 髋内旋内收

位时并膝能作蹲起运动, 但大转子处有弹响及条索状物滑动。B型: 髋内旋内收位时并膝不能作蹲起运动, 髋外旋外展位时并膝能作蹲起运动, 但屈髋弹响及条索状物滑动后双膝屈曲可并拢。C型: 髋内旋内收位时并膝不能作蹲起运动, 髋外旋外展位时并膝能作蹲起运动, 但屈髋后双膝仍不能并拢; C₁型屈髋时有弹响及条索状物滑动; C₂型髋无论处于何种屈的位置均无弹响及条索状物滑动, 一般臀部呈板块样凹陷, 肌肉弹性极差。

1.3 治疗方法 麻醉要能使臀部肌肉放松, 如全身麻醉、连续硬膜外麻醉及腰麻均可。

1.3.1 微创手术方法 先确定阻挡大转子移动的所有挛缩组织全部前移至大转子后缘前方, 确定大转子尖下 3 cm水平线与大转后缘交点处位置, 用微创剥离刀作长约 3 mm切口, 根据术前诊断分型确定垂直大转子的进刀深度, 然后向前边分离边探找较紧张的挛缩组织, 并将其切断, 向前进刀深度不超过髌前上棘与髌骨外侧缘连线, 上下范围应在髌前上棘下方 5.0~10 cm以内。查无屈髋弹响及滑动后, 用冰 1:250 000肾上腺素生理盐水^[8]灌洗液灌洗松解区 3遍共 60~100 ml保留数毫升灌洗液于

[收稿日期] 2006-09-04

[基金项目] 上海市杨浦区卫生局自然科学基金研究资助项目 (杨卫 2005-84)

[作者单位] 上海市杨浦老年医院 骨科, 200090

[作者简介] 叶 斌 (1967-), 男, 硕士, 主治医师。

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;再次用灌洗液分别灌洗两侧松解区后包扎。如果检查发现阻力或弹响应按原切口进入确定其部位然后针对其松解,直到达到要求为止。C型GC手术应先松解B型范围内的组织,最后髋伸屈位 $70^{\circ}\sim 90^{\circ}$ (此时大转子尖离坐骨神经比过屈位远)松解臀中小肌的前部及关节囊韧带的前上部。

1.3.2 康复治疗 从术后12 h开始物理治疗(理疗和具有消炎作用的仪器治疗);24~48 h内采用物理治疗和作业治疗相结合,以作业治疗为主的屈髋屈膝或屈髋屈膝交叉重叠训练,2~3 h做一组,一组做3次;48 h后采用仪器治疗和作业治疗相结合,以作业治疗为主自行根据自身耐受性决定作业治疗的强度,但幅度必须充分。

1.4 疗效评价标准 为评价手术前后体征改善情况,从并膝下蹲、屈膝屈髋 90° 以上交叉重叠双下肢、步态及条索物滑动四个方面进行评价,四项指标分别称为疗评₁、疗评₂、疗评₃、疗评₄。四项得分总和满分10分,0~6分为差,>6~8分为良,>8~10分为优。并膝下蹲(疗评₁):自如蹲起3分,能蹲起需稍借力2分,能蹲起需完全借力1分,借力仍不能蹲起0分。屈膝屈髋 90° 以上交叉重叠双下肢(疗评₂):自如交叉3分,能交叉需稍借力2分,能交叉需完全借力1分,借力仍不能交叉0分。步态(疗评₃):无意识控制无鸭步态2分,有意识控制时无鸭步态1分,有意识控制仍鸭步态0分。条索物滑动(疗评₄):无滑动无阻力2分,有滑力有阻力1分,无滑动有阻力0分。

2 结果

30例采用大转子后2~12 cm弧形切口治疗患者中A型3例,B型24例,C₁型1例,C₂型2例;术中A B C型均能满意达到检查要求的疗评₂、疗评₄两项指标被动完成满分;C₂型虽能达到检查要求运动动作,但存在皮肤挛缩的滑动。60例采用微创治疗患者中A型5例,B型51例,C₁型4例;术中A B C型均能满意达到检查要求的疗评₂、疗评₄两项指标被动完成满分。

术后随访6周~2年。30例采用大转子后2~12 cm弧形切口+系统康复治疗患者中1周随访平均得分6.2分,术后住院12~14天;3周随访平均得分9.6分,C₂型皮肤滑动稍减轻;6周随访C₂型得9分,仅剩皮肤滑动但明显减轻;其它各型均得分10分;3个月随访C₂型1例得10分,1例仍有轻微

皮肤滑动,其它各型均得10分;半年、1年随访各型均为10分。60例采用微创治疗+系统康复治疗患者中3天评分平均为8分,各型伤口已愈合出院,住院4~6天;1周评分为9.2分,主要是步态习惯纠正不到位;3周评分各型均得10分,6周、3个月、半年、1年随访各型均为10分,患者自我感觉满意度100%。

3 讨论

3.1 手术设计理由 自1992年孙宏伟等^[2]提出大转子后切口治疗GC以来,本治疗组随着对GC认识的不断深入使手术创伤逐步减轻,手术切口从初期12 cm缩小到目前仅3 mm长,通过对GC体征与挛缩组织病理解剖关系深入研究,认为GC体征形成的主要原因是挛缩组织对髋关节内收时大转子外移的阻挡及对髋关节屈伸时大转子旋转前后移动的阻挡,所以将手术切口选择在大转子区,这样可以准确松解切断具有阻挡作用的挛缩组织;因挛缩组织切断后有弹性回缩特性,所以切断后可自行延长,从而解除了阻挡,体征随即消失,故无需切除挛缩组织。向前分离及向上下范围限制性操作可以避免伤及股外侧皮神经及旋股外侧血管束横支及其较大分支^[9]。在大转子尖下3 cm处水平进刀可以满足C₁型手术松解范围的需要。本组C₁型患者治疗结果说明皮肤及梨状肌挛缩通过一段时间系统康复治疗可以达到延长目的,因为它们形成的阻力小,可塑性较强。臀中小肌后部肌纤维弹性较好,其基本阻挡不了大转子外移,尽量不要松解,否则易造成髋关节一段时间(3~6个月)极度不稳,行走呈摇摆步态,易导致创伤性关节炎^[10]。随着器械的改进,使微创综合治疗得以实施,切口选择了3 mm大小,既能满足早期积血排除,又能早期愈合,太小切口愈合太快不利于积血排出。

3.2 微创综合治疗的系统康复治疗 因没有缝线切割痛,疼痛程度较轻,所以系统康复治疗可以在术后12 h开始,此时创面出血基本停止;系统康复治疗中髋部的运动,增加了松解腔内的压力,有利于积血排出。由于没有缝线,患者的怕痛心理压力小,康复治疗时能积极配合,所以能快速恢复,一般10天即可达到满分标准。由于微创的瘢痕极小,所以没有因臀部明显瘢痕造成的心理压力,故患者自我感觉满意度高。

3.3 注意事项 微创手术是盲视手术,虽然不会伤及大的血管神经,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,切不可造成多余的损伤。术中切勿因不会

开胸患者术后氟比洛芬酯和吗啡静脉镇痛效果比较

程向阳

[摘要]目的:观察开胸患者术后氟比洛芬酯和吗啡自控静脉镇痛效果。方法:选择40例开胸患者,随机分为氟比洛芬酯组和吗啡组。术后分别采用氟比洛芬酯、吗啡静脉镇痛,观察其效果及不良反应。结果:两种药物镇痛效果均较满意,而吗啡组不良反应的发生例数明显高于氟比洛芬酯组($P < 0.05 \sim P < 0.01$)。结论:氟比洛芬酯用于开胸患者术后镇痛效果可靠,副作用少。

[关键词] 胸外科; 镇痛药; 氟比洛芬酯; 吗啡

[中国图书资料分类法分类号] R 655.4 R 971.1 [文献标识码] A

A comparison of flurbiprofen and morphine intravenous analgesia for chest operation patients

CHENG Xiangyang

(Department of Anesthesiology, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] Objective: To evaluate the influence of flurbiprofen morphine patient controlled intravenous analgesia on chest operation patients. Methods: Forty chest operation patients were randomly divided into 2 groups: flurbiprofen group, morphine group. After operation, the effects and adverse reactions of two groups were observed. Results: The analgesic effects of two medications were both satisfactory. For occurrence number of adverse reactions, morphine group were significantly more than flurbiprofen group. For adverse effects of postoperative 8 hours, morphine group were significantly more than flurbiprofen group. For the other times, the differences of two groups were not significant. Conclusion: For chest operation patients, the effects of flurbiprofen were trusty and its adverse effects were less.

[Key words] thoracic surgery; analgesics; flurbiprofen; morphine

术后患者自控镇痛是20世纪70年代后期发展起来的一种新型止痛技术,目前已广泛应用于临床。现就氟比洛芬酯、吗啡两种药物静脉术后镇痛对开胸患者影响加以探讨。

1 资料与方法

1.1 一般材料 择期行开胸手术的贲门或食道切

[收稿日期] 2006-01-04

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 麻醉科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 程向阳(1973—),女,主治医师。

除术患者40例,男22例,女18例,年龄40~69岁。随机分成吗啡静脉镇痛组和氟比洛芬酯静脉镇痛组,每组各20例。入选病例术前心肝肾呼吸功能检查均正常,无精神疾患。

1.2 方法 麻醉前30 min给予地西洋0.15 mg/kg阿托品0.01 mg/kg诱导用药选择咪达唑仑0.06~0.1 mg/kg芬太尼3~5 μ g/kg维库溴铵0.1~0.15 mg/kg丙泊酚1~2 mg/kg术中持续泵入丙泊酚,吸入异氟烷;芬太尼、维库溴铵间断静脉推注维持麻醉。术毕接静脉泵给予盐酸阿扎司琼注

伤及坐骨神经而麻痹大意进刀过深误入股三角,造成股动脉、股静脉及股神经的损伤。手术不能替代系统康复治疗的功能锻炼,术后必须严格强调系统康复治疗,否则将严重影响疗效^[1]。本组60例微创综合治疗患者中未收治到C₂型病例,故微创对C₂型的疗效有待进一步研究。阻挡大转子移动的所有挛缩组织不能全部前移至大转子后缘前方的GC患者(C₂型)手术时不能只用微创手术,否则会影响疗效,甚至损伤坐骨神经。

[参考文献]

- [1] 叶斌,陈友春. 臀部软组织挛缩症的病因分析及治疗[J]. 伤残医学杂志, 2001, 9(1): 19-21.
- [2] 孙宏伟,王肇祥,路微波,等. 臀肌挛缩症[J]. 天津医药, 1993, 21(Suppl): 58-59.
- [3] 黄耀添,李建文,雷伟,等. 臀肌挛缩症的病因、类型及治疗

- [1]. 中华骨科杂志, 1999, 19(2): 106-108
- [4] 贺西京,李浩鹏,王栋,等. 臀肌挛缩症的分级与治疗[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(2): 96-99
- [5] 刘玉杰,王志刚,李众利,等. 关节镜监视下射频汽化治疗注射性臀肌挛缩症的初步报告[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(3): 150-152
- [6] 平国兴,黄建凯,丘德赞,等. 重型臀肌挛缩症的诊断及手术治疗[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(7): 418-422
- [7] 谭新林. 臀筋膜加髂胫束松解治疗臀肌挛缩症[J]. 衡阳医学院学报, 1991, 19(4): 44-45
- [8] 杨宝峰主编. 药理学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2003: 96
- [9] 叶斌,苗华,于光生,等. 髋关节前外侧入路的应用解剖及临床意义[J]. 解剖与临床, 2004, 9(1): 19-20
- [10] 白希壮,任继尧. 选择性臀肌切断诱发骨关节炎实验模型[J]. 中华骨科杂志, 1994, 14(2): 118-120