维普资讯 http://www.cqvip.com

200-201

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 3

手术治疗臀肌筋膜挛缩症23例报告

周宝才* 杨宗武**

R686.305

【摘要】 目的 臀肌筋膜挛缩症的治疗。方法 23例全部手术治疗，将纤维的条索物完全切除及对一切挛缩组织行彻底松解，并于术中检查松解效果，术后并腿屈髋屈膝固定。结果 23例均在术后半年内恢复正常步态。结论 本症病变并非局限于臀大肌，还可累及其它臀肌及臀筋膜，建议称此症为"臀肌筋膜挛缩症"。

【关键词】 臀肌 臀筋膜 挛缩 手术

臀肌筋膜挛缩症 治疗 对手术

【Abstract】 **Objcective** Treatment of contracture of the gluteal muscles and fascia. **Methods** 23 patients were treated with operative. During the surgical treatment, the fibrotic bands must totally excised and all the contracture tissues released and the result must be checked up immediately. Postoperatively, the hip and knee were immobilized in slight flexion and the legs closed together. **Results** Normal walking abilitity of 23 patients were rehabilitate at half a year. **Conclusion** The authors proposed the name "contracture of gluteal muscle and fascia" for this disorder with the reason that both the gluteal muscles and the gluteal fascia were involved.

【Key words】 Gluteal muscles Gluteal fascia Contracture Operation

臀肌筋膜挛缩症是由于臀肌及其筋膜变性挛缩，引起髋关节外展、外旋畸形，步态异常的一种病症。1970年Valderrama首次报告，国内于1978年解放军总医院首次比较全面地报告本病。一般认为：本病好发于儿童，是一种医源性疾病，反复臀部肌肉注射是主要病因。由于双侧臀部接受肌肉注射的机会往往相等，故多双侧发病。病变多局限于臀大肌及筋膜，少数病例亦涉及臀中、小肌。本科于1991年9月～1998年10月共收治此病23例，均行手术治疗，现报告如下。

资料和方法

1. 一般资料：23例中男15例，女8例。年龄4～15岁，平均7.8岁。病史最短4月，最长10年，平均4.9年。单侧2例，双侧21例。21例有反复臀部肌肉注射药物史，所涉及药物以青霉素针剂为多，其次为庆大霉素、链霉素、卡那霉素、安痛定、丙种球蛋白、地塞米松，余2例无臀部肌肉注射史，近期有臀部外伤史。病人来源：城镇17例，农村5例。

2. 临床表现：均因坐姿、步态异常就诊。患儿行走呈"八"字步态，跑步时更加明显，呈跳跃状。站立时双下肢不能靠拢，坐位时双膝分开。下蹲时有两种表现，一部分病人当髋关节屈曲近90°时，双膝向外闪动划一弧形，然后再靠拢，完全蹲下（划圈征）。另一部分病人表现为下蹲时双髋呈外展、外旋位，双膝分开，状如蛙屈曲之后肢（蛙腿征）。病人臀部可触及一条与臀大肌纤维走行方向一致的挛缩索条物。本组中5例弹响髋，19例大腿交叉试验阳性，全部并腿屈膝屈髋阳性，12例划圈征阳性，9例蛙腿征阳性，2例单侧病变者伴骨盆倾斜，18例可触及皮下索条物。骨盆平片检查均正常。

3. 手术方法：病人年龄小于8岁者应用氯胺酮全麻手术，其它都行硬膜外麻醉手术。无论单双侧均行平卧体位，双侧病变同时手术松解。手术切口：沿臀大肌走行方向做斜切口，至股骨大粗隆顶端切口转向与股骨上端一致。切开皮肤、皮下组织后用骨膜剥离子将皮下组织与切

* 作者单位：157011 黑龙江省牡丹江市解放军第209医院外二科
** 牡丹江建工医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

口呈垂直方向上下分离，一直到挛缩带上、下边缘部，分离挛缩带，将下肢内收、内旋，使挛缩带紧张，在靠近髂胫囊处切断挛缩带，并切除2～3cm一段。松解臀大肌上半部附着腱膜，达到延长臀大肌止点的目的。手术结束前，术者要被动活动患肢，证明屈髋自如，无弹响后，即结束手术。术中见其主要病变是在臀大肌上半部，部分病人亦累及臀中、小肌。病变部分肌肉组织发生纤维疤痕后，慢慢完全被纤维疤痕组织所代替，病变累及2～7cm宽，深度为累及肌肉全层。纤维挛缩带与正常肌肉之间的界限不清，参差不齐，纤维带方向与臀大肌纤维走行方向一致。

结 果

术后用宽绷带绑扎双下肢于并膝位，膝下垫枕，保持屈髋50°～60°，屈膝30°左右。3天后同家人帮助在并腿状态下逐渐行伸屈髋关节功能锻炼，并渐过渡到髋关节内收内旋练习，夜间并腿固定，术后10～12天拆线后即下床活动。随访21例(91.3%)，最短3月，最长3年，均在术后半年内完全恢复正常步态。虽然术中广泛切断或部分切除了臀大肌，伸髋力量并无明显减弱。

讨 论

1. 手术方式及手术注意点：臀肌筋膜挛缩症的基本手术方式有3种。(1)挛缩带"Z"形延长术。(2)挛缩组织切除术或臀肌及筋膜部分切除术，(3)单纯切断术。本组全部采用第2种手术方式，效果满意。要取得良好手术效果，以下几点须注意：(1)要注意切断手术中能感觉到的所有挛缩组织，这除包括臀大肌、臀中肌、增厚挛缩的阔筋膜之外，深部的臀小肌也须切断。由于患儿长期处于一个髋外展、外旋状态。髋关节囊后外侧方在严重病例也存在一定程度的挛缩，有时也须予以切开。(2)手术松解后一定要立即在手术台上检查松解效果，要达到在展髋90°时能内收内旋大腿，不存在弹响或弹跳，并且在此种姿势下通过手术伤口触不到紧张的索条状组织。(3)手术后要严格地并膝并腿，放置在屈髋屈膝的适当体位，尽早进行主被动功能锻炼；且应保持2～3月时间。

2. 关于该病命名问题的商确：本病有注射性臀大肌挛缩症、注射后臀肌挛缩症、小儿注射的臀肌挛缩症、臀大肌挛缩症、臀肌纤维化、儿童外展性髋关节挛缩等较多名称，根据笔者术中观察，病变范围并非局限，多累及臀部诸肌。本组病例中，臀大肌挛缩22例(95.6%)，臀中肌挛缩9例(39.1%)，臀小肌挛缩1例(4.3%)，单纯臀大肌挛缩11例(48.3%)，病变以肌肉组织的挛缩、变性为主。病因多与注射有关，本组病人中21例(91.3%)有臀部肌肉注射史。任何注射用药剂都有刺激性，但由于药物分子结构及分子团块大小不同，其对人体组织的刺激程度各异。注入到肌肉的药液沿肌肉纤维方向扩散、反复多次注射引起局部化学性炎症，相继发生机化，纤维组织增生，最后形成与肌纤维方向一致的纤维疤痕挛缩束带。可见肌肉注射是本病的主要病因。但本组病例中2例为农村患儿，从未行臀部肌肉注射，而在发病近期有外伤史，说明除药物注射这一最常见病因外，臀肌的物理损伤也可导致本病发生。本组病例中多描述先有臀部疼痛，不愿活动，疼痛消失后逐发现坐姿、步态异常。据此笔者认为，活动的减少加剧了因化学、物理刺激所造成的臀部软组织的挛缩变性，而儿童期骨骼生长迅速，使骨骼、肌肉的生长不同步，加重了临床表现。因此作者认为本症名称以"臀骨筋膜挛缩症"较合适。

参 考 文 献

1. Valderrana JAf de. A cause of limited flexion adduction of the hip in children. J Bone and Joint Surg (Br). 1970, 52: 179.
2. 张光铂，任玉珠. 臀大肌挛缩症的诊断与治疗. 中华骨科杂志. 1988, 8: 423.
3. 甄明生，金明新，等. 手术治疗注射后臀肌挛缩症408例报告. 中国矫形外科杂志. 1997, 6: 468.

(收稿：1999-01-26)