

rats. Transplant Proc, 1991, 23(2):512

8 Ueda D, Suzuki K, Kawabe K. Influence of FK506 on renal blood flow. Transplant Proc, 1993, 25(suppl 1):2722

9 Kumano K, Chen JC, He N, et al. Role of endothelin in FK506-induced renal hypoperfusion in rats. Transplant Proc, 1995, 27(1):550

10 Awazu M, Sugiura M, Inagami I, et al. A novel endothelin receptor antagonist. J Am Soc Nephrol, 1991, 1(3):1253

(收稿:1998-10-06 修回:1999-02-26)
(本文编辑:程春开)

小切口手术治疗臀肌挛缩症

王业华 汤押庚 龚维成 徐林

(附属医院骨科)

(北京人民医院骨神经科)

摘要 目的 介绍一种采用大转子后上方小切口行挛缩组织松解术治疗臀肌挛缩症的方法。方法 根据病情采取屈髋后将髋后浅层挛缩组织滑到大转子前外侧后皮下潜行松解和在大转子后上方直视下松解深层挛缩组织的方法,术后配合功能锻炼,治疗臀肌挛缩症 60 例。结果 51 例(85%)术后基本恢复正常,9 例(15%)畸形得到大部分矫正,均无坐骨神经损伤。结论 此方法手术创伤小、安全、时间短、效果好,是治疗臀肌挛缩症可推荐的方法。

关键词 臀肌挛缩症 外科手术 小切口

分类号 R685.1 R726.8

我们自 1990 年 1 月~1998 年 8 月,采用大转子后上方小切口行挛缩组织切断松解方法治疗 60 例臀肌挛缩症,效果良好,报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 60 例中,男性 43 例,女性 17 例,就诊年龄 2~18 岁,中位年龄 7.5 岁。病变均为双侧,均有臀肌注射史。3 例合并双侧三角肌注射性挛缩。

1.2 手术方法

1.2.1 切口设计 切口垂直于髂后上棘与股骨大转子连线中下 1/3~1/4 交点处,约在股骨大转子后上 2 cm 处,切口长 3~4 cm。

1.2.2 手术步骤 切开皮肤及皮下组织,分离皮下组织与挛缩组织间的粘连,切断切口下挛缩的臀大肌筋膜及臀大肌;用手指沿切口下端向股骨大转子后内方可探及臀大肌—髂胫束与股骨大转子间一滑囊间隙;将髋关节屈曲、内收,手指可触感到此处浅层妨碍髋关节屈曲、内收的挛缩组织;外展、屈曲髋关节使此处挛缩组织滑动到股骨大转子外前方;用手指挑起挛缩组织,沿手指边缘用小圆刀由内向外皮下潜行松解此处浅层挛缩组织,进一步屈曲髋关节;松解触及到的挛缩组织,直至在内收和内旋各约 10° 位、并膝状态下可使髋关节屈曲 120° 以上且无大转子处弹跳征。注意皮下潜行松解要在股骨大转子外前方进行,可通过屈曲髋关节使股骨大转子后方

挛缩的浅层组织滑动到大转子外前方后松解,严禁在股骨大转子后方皮下潜行松解。沿切口上端用手指挑起挛缩组织,可在皮下用刀或组织剪潜行于手指边缘松解紧张的臀肌筋膜、阔筋膜张肌腱膜及皮下浅筋膜。若浅层挛缩组织已充分松解,髋关节活动仍受限,则多为深层组织挛缩所致,可在直视下靠近大转子松解屈髋状态紧张的臀中肌、臀小肌。少数病例,尤其病程长的患儿,梨状肌和髋关节囊亦挛缩,需将梨状肌于止点处切断,切开髋关节囊后上部分,保留滑膜层。一侧松解后用纱布填塞切口,转变体位待另一侧松解完毕、检查无活动性出血后,缝合皮下浅筋膜及皮肤,放置引流皮片 1 根。术后处理见文献[1]。

2 结果

51 例治疗效果优良:两下肢并膝屈髋大于 120°,髋关节伸直位两下肢可内收 10°~30°。9 例髋关节从伸直位屈曲到 30° 左右受阻,需外展 5°~15° 后才能屈髋至 120°;髋关节伸直位,两下肢外展挛缩畸形已矫正。此 9 例中,4 例术中未达到松解标准,5 例术后不能很好地配合功能锻炼。2 例因切口浆液性渗出、1 例因皮下血肿而致切口延迟愈合,无 1 例坐骨神经损伤,无切口裂开现象。

3 讨论

臀肌挛缩症主要致病因素为臀肌注射。病理表

现为注射后的肌肉及其筋膜挛缩。挛缩组织失去正常的伸缩性,限制髋关节的内收、内旋,在中立位屈髋时髂胫束及臀肌纤维紧张,受阻于股骨大转子后方,髋关节不能再屈曲而表现出临床症状^[1]。术中发现挛缩组织主要为臀大肌及其筋膜、臀中肌、臀小肌及髋后外旋肌群,症状重者甚至有关节囊的挛缩,故术中症状重的患儿在挛缩肌肉均充分松解后,髋关节屈曲内收仍受限,松解关节囊后外侧后,髋关节恢复正常的活动度。

目前治疗臀肌挛缩症的主要方法是行挛缩组织切断术^[1,2],辅以术后的功能锻炼。手术应彻底松解一切妨碍髋关节内收、内旋的挛缩组织,如果术中松解不充分,则术后效果不佳,难以用其它方法弥补。手术最严重的并发症为坐骨神经损伤^[1,2]。坐骨神经走行在髋后浅、中层肌群之间,位于股骨后方。在大转子外后方,臀大肌、髂胫束与大转子之间存在一个滑囊,手术时可用食指伸入此滑囊作引导,沿手指边缘皮下潜行松解此处浅层挛缩组织,松解要在股骨大转子前外侧进行,这样可有效地避免坐骨神经

损伤;股骨大转子后方的浅层挛缩组织,可在屈曲髋关节时使之滑到大转子前外侧后松解,因坐骨神经在屈曲髋关节时不会随肌肉滑动到股骨前外侧,故无伤及到坐骨神经的可能。挛缩的臀中肌、臀小肌、梨状肌及髋关节囊后侧,均可在切口内直视下沿大转子边缘肌肉止点处切断。因刀口前侧无重要血管神经,用手指引导,可于皮下松解触及到的挛缩的臀肌筋膜、阔筋膜张肌腱膜及皮下浅腱膜,故小切口足够手术松解挛缩组织的需要而又能防止坐骨神经的损伤。我们体会到小切口挛缩组织松解法治疗臀肌挛缩症手术创伤小、安全、时间短、效果好,是一种可以推荐的治疗臀肌挛缩症的手术方法。

参 考 文 献

- 1 王业华,施健行,肖光弟,等. 40例臀肌挛缩症的手术治疗. 徐州医学院学报, 1997, 17(2): 160
- 2 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

(收稿:1999-04-06)

(本文编辑:吴 进)

手术治疗 60 岁以上腰椎间盘突出症

谢 跃 郑国明 姚舜华

(淮阴市第一人民医院骨科 223300)

摘要 目的 探讨老年性腰椎间盘突出症的临床特点和手术方法。方法 经后路髓核摘除(半椎板或全椎板切除)+侧隐窝及神经根管扩大术。结果 手术治疗效果优良率达 90%。结论 对 60 岁以上本病患者应采用髓核摘除+侧隐窝及神经根管扩大术,并应严格掌握手术适应证,同时作好充分的术前准备和术中术后管理。

关键词 椎间盘突出症 脊柱 手术

分类号 R681.53

腰椎间盘突出症以青壮年好发,经非手术疗法大多数可获得满意效果,只有少数病例需手术治疗,而老年患者发病率及手术率更低。本院自 1987 年以来共手术治疗 589 例腰椎间盘突出症患者,其中 60 岁以上者占 6.3%,采用髓核摘除(全椎板或半椎板切除)+侧隐窝及神经根管探查扩大术,经 1~8 a 随访,效果满意,现小结如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 37 例,男 20 例,女 17 例;最大年龄 78 岁,最小年龄 60 岁,其中 70 岁以上者 10 例。临床表现为腰痛伴单侧下肢放射痛 25 例,单纯下肢放射痛 5 例,间歇性跛行 7 例,马尾功能障碍表现为排尿困难者 1 例。直腿抬高试验阳性 8 例,双

下肢肌力下降 2 例。病程 4 d~20 a(其中 10 a 以上 11 例),平均 5 a。术前均作脊髓造影或 CT 检查,20 例合并椎管狭窄。10 例合并冠心病,6 例有高血压病,4 例合并 II 型糖尿病。

1.2 手术方法 术前经短期的合并症治疗,如降压、降糖治疗。手术在心电监护下进行,以防止发生重要脏器的并发症。体位以侧卧位为主。对 36 例进行了 L₄、L₅ 全椎板切除及 L₅~S₁ 部分全椎板切除并行突出髓核摘除术+侧隐窝及神经根管扩大减压。对 1 例合并 L₄ 峡部裂患者采取了半椎板切除,另一半行椎板植骨融合术。术后统计,左侧突出 22 例,右侧突出 6 例,L₄~L₅ 突出 20 例,L₅~S₁ 突出 12 例,L₃~L₄ 突出 3 例。突出髓核和受压神经根的关系:“肩 upper 型”12 例,即突出髓核位于受压神经根的