

# 侧隐窝综合症

杭州市中医院 (310006)

周辉 韩根勇 梁盛恒\* 王益飞 孔六一\*\*程谅明\*\*\*

侧隐窝综合症是近十年来逐渐引起临床重视的疾病之一，它由Ciric于1980年首先命名。临床常混淆于腰椎间盘突出症及椎管狭窄症之列，我们从1987年起，从住院腰腿痛患者中，观察到侧隐窝综合症约占腰腿痛住院病人的30~40%，并从经手术治疗的187例患者中，确诊为侧隐窝综合症的有55例，占29.4%。侧隐窝综合症有其不同的病理过程及临床特点，有必要对它进行分析，讨论这对腰腿痛的病因学研究有十分重要的意义。

## 临床资料

1. 一般情况：我们从1987年7月—1989年10月期间，共手术治疗腰腿痛患者187例，其中诊断属侧隐窝综合症有55例，占29.4%。现将这55例资料统计如下：

男性34例，女性21例，男与女比例为1.6:1。年龄：25岁以下2例，26~35岁10例，36~45岁24例，46岁以上19例。病程：三个月之内4例，一年左右13例，三年左右25例，五年以上13例。职业：工人28例，农民20例，干部7例。外伤史：有外伤史34例，无明显诱因21例。病变部位：左侧24例，双侧2例。

2. 主要症状，体征：

表1 主要症状

	例数	阳性率(%)
腰腿痛	55	100
伴酸胀	23	41.8
伴麻木	28	50.9
间隙性跛行	22	40.0

\* 遂昌中医院    •• 山乘县剡元卫生院  
\*\*\* 江西万年县中医院

表2 重要体征：

体征	例数	阳性率(%)
直腿抬高试验60°以下	43	78.2
腓总神经挤压(±)	52	94.5
小腿外侧皮肤感觉迟钝	46	83.6
伸脚趾肌背伸力降低	47	85.5

3. 辅助检查：X线平片提示，生理弧度变浅或消失10例，椎间隙变窄5例，椎体增生19例，脊柱侧弯13例。椎体滑移椎弓根不连2例，隐性骶椎裂5例，术前有15例患者做过B超检查，其中：侧隐窝骨性狭窄6例，软组织增生2例，椎间盘突出症6例，椎管外小血肿1例。

4. 病因分类：见表3。

表3 神经根卡压病因分类

	例数	百分率(%)
黄韧带肥厚	23	41.8
椎间盘突出伴黄韧带肥厚	13	23.6
侧隐窝骨性狭窄	11	20.0
小关节突肥大	4	7.3
椎静脉曲张	4	7.3
合计	55	100

## 讨论

对于腰腿痛的病因学研究，临床过分倾向于椎间盘突出及椎管狭窄。而对于腰神经根通路方面却未予充分重视〔1〕。几年来，我们通过对数百例诊断为腰突症及椎管狭窄症的患者进行手术后发现，约18.2%的患者中并未见到间盘突出或椎管狭窄压迫硬脊膜，而在其腰神经根的通道中出现“卡压”现象，其中大部分为黄韧带肥厚，侧隐窝骨性狭窄，小关节

突肥厚等。而侧隐窝处黄韧带肥厚、伴间盘突出而卡压神经根的,约占11.2%左右。据鲍润贤等统计,单纯由黄韧带增厚等软组织原因造成的椎管狭窄,神经根受压,约占腰背痛病人的20%左右〔2〕。与我们统计的相差不多。

侧隐窝是指椎管两侧的隐窝(延伸部)、其顶部(后壁)由黄韧带的外侧部,上关节突的前面及相应椎板上缘组成,底部(前壁)为椎体后缘和椎间盘,外侧壁为椎弓根的内壁,内侧为硬膜囊及硬膜外结缔组织(脂肪,血管丛等)。侧隐窝取决于椎孔的形态,第二、三腰椎侧隐窝一般不明显,第四、五腰椎大部分较明显〔3〕。故临床见到L4.5、L5S1部位发病较多。侧隐窝综合症的发生原因从根本上说,即骨性或软组织导致侧隐窝狭窄,压迫神经根,从而出现一系列腰腿痛症状。在本文所收病例中,由黄韧带肥厚从顶部造成侧隐窝狭窄,神经根受压的比例最高,占41.8%。椎间盘突出伴黄韧带肥厚、从底部和顶部同时使侧隐窝变窄的比例其次,占23.6%。侧隐窝后壁骨质增生造成狭窄有11例,占20%。由于静脉曲张,从侧隐窝内侧挤压神经根有4例,占7.3%。单纯小关节突肥大增生有4例,占7.3%。

侧隐窝综合症的病理过程,目前尚未完全明了。刘广杰等(1982)认为:骨质增生或发育性狭窄是造成神经受压因素之一,但更重要的是来自管壁软组织的病变〔4〕。甘日升等(1988)认为:由于损伤,致节段性黄韧带增厚、局限性关节突增生,侧隐窝处黄韧带增厚,神经根管周围骨质增生以及新生突出物出现等,常可导致某一神经根严重受压,从而出现有相应之临床症状〔5〕。我们认为:外伤可直接造成椎间小关节、局部韧带损伤,腰椎退行性变致椎间盘变性,椎间隙变窄等因素均有可能造成小关节上下关节面发生紊乱,上关节突前倾,下关节突后移,造成相邻椎体的轻度滑脱,使椎管的矢状径缩短。其次小关节相

互间关系的变化也可导致创伤性炎症,使小关节突肥大,黄韧带肥厚。再者,椎间盘的退变,纤维环变性、松弛、椎间盘突出、椎静脉曲张,造成侧隐窝相对变窄。再加上局部炎性反应,神经根水肿、粘连,最后出现一系列腰腿疼痛症状。

本病以根性神经痛为其临床特点。有时虽难以同腰椎间盘突出症及腰椎管狭窄症相鉴别。但仍有些特点有助于正确识别。①腰腿痛症状明显,疼痛剧烈,且反复不愈,又称顽固性疼痛。②非典型的间隙性跛行,即有时步行后可出现患肢酸困无力、下蹲弯腰、坐下休息即可缓解,③站立仰卧位查体疼痛明显,改屈曲侧卧位则疼痛缓解,这可能是由于过伸、使上关节突前移,侧隐窝更加狭窄,症状加重。腰椎处于屈曲位时,黄韧带紧张变薄,椎间孔相对增大,上关节面前移消失,故侧隐窝相对增大,从而减轻对神经根的压迫,使下肢疼痛缓解。④直腿抬高试验阳性率不高,本文55例中直腿60°以下者只有43例,占78.2%临床检查应着重注意腓总神经支配区域的情况。本文腓总神经挤压试验阳性者52例,占94.5%,患侧小腿外侧皮肤感觉迟钝者46例,占83.6%,患肢伸跖趾肌背伸力降低者47例,占85.5%。⑤CT、B超为主要辅助诊断手段,能提示黄韧带、侧隐窝、椎间盘情况。对诊断有重要意义。⑥保守治疗往往效果不理想,应以手术解除神经根压迫为主要治疗手段。

### 参 考 文 献

1. 郭世绂等:腰神经通道与腰腿痛的关系,中华骨科杂志,1987.4:242
2. 鲍润贤等:腰椎管狭窄症的CT诊断,中华骨科杂志,1988.3:171
3. 董亦明等:组织损伤学,人民卫生出版社1990
4. 刘广杰等:对腰椎管狭窄症有关问题的研究探讨,中华骨科杂志1982,2:337
5. 甘日升等:腰椎管内压迫致足下垂,中华骨科杂志,1988,2:123.