

臀上皮神经损伤治疗方法探讨

北京冶金医院 (100029) 王正义 陈世宇

为探讨有效的治疗方法, 我们从1975~1987年采用5种不同方法治疗臀上皮神经损伤。现就资料完整的444例的疗效进行分析对比。

一般资料

本组444例分为非手术与手术治疗两大组。前者382例, 其中男性154例, 女性228例, 年龄17~65岁; 病程1天~14年; 疗程7~53天。手术治疗组62例, 其中男性37例, 女性25例; 年龄21~72岁; 病程10天~30年。全组病例中左侧164例(36.9%), 右侧192例(43.2%), 双侧88例(19.9%)。有明确外伤史者252例(56.8%)。

治疗方法

1. 手法治疗: 先用揉揉手法使紧张或痉挛的腰肌放松。然后摸清损伤臀上皮神经的条索, 一拇指向上按压牵引之, 另手拇指作垂直条索左右分筋并顺向下方按压, 使条索状物消失或不甚清楚为止。

2. 封闭治疗: 共用三种不同配方: ①用0.5%普鲁卡因10ml, 在条索状物及其附近作局部封闭, 一般5天封闭一次, 症状严重者3天一次。②用0.5%普鲁卡因10ml加强的松龙25mg, 于条索状物及其附近封闭, 5天一次。③用2%普鲁卡因2ml, 加25%葡萄糖注射液8ml, 再加维生素B₁₂200ug封闭, 操作方法与间隔时间同上。

3. 手术治疗: 先用龙胆紫标出损伤的臀上皮神经的条索。然后距条索约5cm, 在其周围行局部浸润麻醉。以条索中部为中心平行于髂嵴作5cm长皮肤切口。切开皮肤后逐层解剖, 仔细观察, 在腰背筋膜浅层与皮下筋膜之间可分离出臀上皮神经。一般三支脊神经间有一定距离, 应分别显露, 不要遗漏。然后在其穿出腰背筋膜处向外牵拉切断之, 任其回缩, 彻底止血后分层关闭切口。

疗效

1. 疗效标准: 治愈: 症状体征消失, 恢复原工作。显效: 症状体征基本消失, 仅留有轻微的症状, 能恢复原工作。好转: 症状体征有好转, 但仍对工作有影响。无效: 症状体征较治疗前无明显改善。

2. 疗效: 非手术治疗组的各种方法的疗效见表1、2。从表中可见手法治疗的疗效最好, 疗程亦较短; 强的松龙加普鲁卡因封闭的疗效次之, 其他两种封闭的疗效相仿。手术治疗组, 术后症状大都立即缓解, 其疗效: 治愈33例(53.29%), 显效13例(21.0%), 有效15例(24.2%), 无效1例(1.6%)。

表1 非手术治疗组各法疗效表

治法	疗效			
	治愈 例数%	显效 例数%	好转 例数%	无效 例数%
手法	48 42.5	41 36.3	20 17.7	4 3.5
普鲁卡因封	27 31.0	25 28.7	26 29.9	9 10.3
普+强的松封	39 41.9	28 30.1	21 22.6	5 5.4
普+B ₁₂ +葡萄糖	26 29.2	26 29.2	28 31.5	9 10.1

表2 非手术治疗组各法疗程表

治疗方法	治疗次数	疗程范围(天)	平均治疗天数
普鲁卡因封闭	8.7	21~53	39.4
普+强的松龙封闭	5.6	14~39	31.3
普+葡萄糖+VitB ₁₂	8.4	23~52	39.1
手法治疗	4.3	7~33	21.2

3. 随访: 非手术组随访6个月~3年2个月, 平均14.1个月。随访时发现19例(15.4%)复发。从复发的时间长短与例数多少来看, 手法治疗组复发率少, 疗效较稳定。复发的原因与体力劳动有关, 大都为弯腰劳动者。手术治疗组随访3年2个月~7.5年, 平均5年3个月。复发2例, 均原有效者, 为手术不彻底所致。

臀中皮神经损伤的诊治

福建省南平市立医院 (353000) 陈金泉

臀中皮神经损伤较之臀上皮神经损伤少见,且多为腰骶部软组织损伤的并发症。笔者于85年3月至88年4月诊治265例,疗效较满意,介绍于下。

临床表现

臀中皮神经损伤因常伴骶髂关节损伤(扭伤或半脱位)或为骶尾部损伤的合并症,因此易为人们所忽略,本组265例,合并骶髂关节损伤145例,合并骶尾部损伤26例,其他损伤17例,单纯损伤77例。常见症状:骶尾部单侧或双侧酸痛,少数病人沿大腿后侧向足跟部放射,急性者由站立位改为端坐位时感腰部因疼痛,无力,须用双手支撑他物方能坐下,患者弯腰受限,局部检查可在其体表投影部位找到一滚动绳索状物,且触压痛明显,慢性者则为骶尾部两侧酸痛,索状物变粗,按压酸胀明显。

治疗手法

应先依体表投影位找到损伤的绳索状物,其体表投影位为自患侧髂后棘至骶尾关节处作一连线,连线的中 $\frac{1}{2}$ 与下 $\frac{1}{3}$ 为臀中皮神经下支

穿出处。用单拇指作与索状物垂直方向的弹拨分离,再用另手拇指向内上牵拉,另手拇指向外下方按压镇静数秒钟,检查滚动绳索状物消失,压痛消失,病人已能随意站立蹲坐,本组单独损伤77例,经1—2次手法即恢复正常者75例,2例因病程较久,追加局部封闭方痊愈。

讨论

由于臀中皮神经自骶孔穿出,其神经干较短,一般不易损伤,但如较长时间取蹲位,髌膝关节屈曲,骶尾部皮肤紧张,局部张力加大,加重对臀中皮神经刺激,如这时忽然站起并旋转躯干,表面皮肤的移动大于神经干的移动,造成皮肤和肌筋膜间的出血和水肿,刺激臀中皮神经而出现症状,临床上此情况多见于电焊操作工或家庭妇女洗衣坐矮凳上忽然站起旋转扭伤。由于臀中皮神经较固定,急剧的旋转亦可使神经干浅部组织与深部组织移动不协调造成神经干的扭伤,进而出现临床症状,多见于运动员剧烈运动时忽然旋转躯干,或在日常生活中因肩挑重物力不从心迫使躯干忽然旋转而造成损伤。

讨论

1. 封闭治疗:因各种封闭药中均有普鲁卡因,所以均有缓解局部肌肉筋膜紧张或痉挛,解除疼痛的作用。各种封闭治疗中以普鲁卡因加强的松龙的效果最好。分析因为此配方中除普鲁卡因的作用外,还有强的松龙的消炎作用所致。

2. 手法治疗:手法可缓解紧张或痉挛的肌肉,减少对神经的牵拉刺激。由于肌肉筋膜的松弛,可扩大骨纤维管的容积,有利于被卡压的神经回归原位。同时局部的手法可以直接施力消除或减轻神经的水肿、肿胀,牵拉神经

归位;或可“散筋结”,解除脂肪疝、脂肪瘤等对神经的压迫、刺激;还有增加血运促进炎症吸收等作用,总之有调理气血、通经活络,达到“通则不痛”的目的。所以只要诊断明确,施以正确的手法,多能达到立竿见影之效,因而应做为首选的治疗方法。

3. 手术治疗:虽然非手术方法治疗臀上皮神经损伤的疗效较满意,但确有少数病例需手术治疗。急性臀上皮神经损伤经过系统治疗3个月无明显疗效,或症状由皮下包块、粘连等引起,经多次手法治疗无效,或反复发作的慢性患者可予以手术治疗。