

大粗隆臀肌止点挑切治疗臀腿麻痛

南京军区福州总医院骨科 钟国荣 陈学明 卢森桂
安徽巢湖伤骨科研究所 陈三立 吴信忱

在伤骨科临床工作中,表现为臀腿麻痛的患者较多见,对这类患者的治疗大都采用保守疗法为主,疗效往往不满意。现将我们五年来对此病112例的手术治疗情况报告如下。

一、一般资料

本组112例中,男96例,女16例。年龄21—67岁,平均年龄41.5岁。病程9个月—3年2个月,平均2年3个月。左侧71例,右侧51例。表现为臀腿麻痛者89例,仅有臀部疼痛而无下肢串麻痛者23例。大部分患者有臀部外伤史或受风寒潮湿史。

二、临床表现

患者常诉患侧臀腿麻痛,急性发作时更为明显、难忍、活动受限,常有间歇跛行。症状时轻时重,且易反复急性发作,颇似坐骨神经痛的临床表现,但直腿抬高试验又常不全为阳性。患侧臀部肌肉广泛压痛,常在梨状肌的解剖投影区有明显压痛及“索状物”可扪及,压痛向下肢放射,但梨状肌紧张试验也不全为阳性。腰椎旁亦无压痛和放射痛。沿坐骨神经分布区有相应的神经受压的刺激症状和体征,如压痛与麻木感,重者可见肌肉不同程度的萎缩。血沉及抗“O”常在正常范围或稍高。

三、手术方法及结果

作者在早期按梨状肌症候群的手术方法治疗,将梨状肌松解切断,解除对坐骨神经的压迫和刺激,在临床上也取得了一定的疗效。但往往对一些患者的症状解除不彻底。后来根据手术观察,发现不仅是梨状肌的痉挛可引起临床症状,其它臀部肌肉如臀中肌、臀小肌、上下孖肌,闭孔内外肌,臀大肌及股方肌等痉挛亦可对坐骨神经产生压迫和刺激症状。这些肌肉的止点均在股骨大粗隆顶点及其周围,故我们设计经皮小切口行股骨大粗隆顶点周围处为标志的臀部痉挛肌群止点挑切术的手术方法。具体手术步骤为:患者取侧卧位,患侧在上,健侧下肢伸直,患肢取屈髋屈膝位,使大粗隆尽可能暴露显示,并使臀部痉挛肌群处于紧张状态。大粗隆顶点上缘局部浸润麻醉,深达肌层及骨膜,沿大粗隆顶点上缘作1~1.5厘米弧形皮肤小切口,用血管钳作皮下钝性分离适当范围,然后用镰状刀呈水平位从切口伸入皮下肌筋膜层,再将镰状刀改成垂直位沿大粗隆顶点上缘作臀部肌群止点集结处切割术。切割尽可能彻底,可直至髋臼后上缘,(但不能太向内侧,以免损伤坐骨神经),使痉挛臀肌切断呈松弛状态为止。缝合皮肤切口。

结果 本组112例,随访时间最短13个月,最长61个月,平均随访时间31个月。经挑切术后4—6周内,仍有臀肌功能障碍步态,以后逐步恢复(10—12周)正常。本组中98例术后6—12周臀腿痛症状完全消失,行走步态正常,治愈率为87.5%。89例表现为臀腿麻木痛者,有8例残留部分症状,此8例为最初使用本手术方法治疗,因经验不足,切割深度未达臀部肌群止点集结处及髋臼后上缘,使痉挛臀肌未能完全切断松解,故未能完全解除症状,但较术前症状有明显的改善。另有6例残留臀腿麻木。本组病例术后未发生切口感染,血肿,神经血管损伤等并发症。治愈的98例经长期随访,未见症状复发。14例残留臀腿麻木者,也未见症状加重。

讨 论

1.臀腿麻痛的患者虽为伤骨科常见病,多发病之一,但由于目前各家在临床上对此病的认识尚不一致,命名也较混乱,如有臀肌筋膜炎,臀上皮神经炎,梨状肌症候群,臀中肌综合征,臀肌纤维织炎,继发性干性坐骨神经痛等。但从临床症状看,都是以臀腿麻痛为主要表现。我们称之为“臀腿麻痛”也是以症状表现来命名的。

2.多种原因造成的临床“坐骨神经痛”和“臀肌纤维织炎”又可互为因果地形成恶性循环。我们这一手术的目地就是在于打破这种恶性循环,使充血,水肿、体积增大,粘连变性的痉挛臀肌,对坐骨神经造成的卡压和异常刺激得到解除,恢复坐骨神经的血管营养供应,由恶性循环变为良性循环,从而达到治愈的目的。

3.挑切术的优点 一是手术前后无需特殊准备与处理;二是手术切口仅1—1.5厘米,损伤小,切割范围内无重要神经血管,但却是臀部肌群应力集中区;三是手术小,但能达到彻底松解等解除痉挛肌群对坐骨神经干的压迫,故术后坐骨神经的痛麻症状消失也较快,四是痉挛的臀肌群止点切断后,很快即在较松弛位的新的回缩点附着愈合,继续发挥原有的功能,在术后4—6周内,患者行走时可观察到臀肌功能障碍步态,但10—12周即逐渐恢复正常。

4.对无坐骨神经症状的臀部软组织疼痛患者,临床上称之为臀肌纤维织炎等病例,也可应用这种手术方法治疗,使痉挛疼痛的臀肌群达到松解后,临床即可出现“痛则不松”,“松则不痛”的效果,这也属于软组织松解术的机理。