

臀上皮神经嵌压综合征 (附110例报告)

青岛台东骨科医院(266000) 李兆顺 孙永信 张平

臀上皮神经嵌压综合征,系臀上皮神经受损伤而产生的一种腰、臀、腿疼痛症候群。临床多见,但目前对此病认识不同,诊断不一,常被误诊。我院自1987年1月至1989年12月共收治110例,分析报告如下:

一般资料

本组110例,男62例,女48例。年龄最小18岁,最大76岁,平均44.8岁,其中50岁以下(60%);60岁以上23例(24.5%)。左侧51例,右侧43例,双侧16例。病期5天~16年,其中1年以上者55例(50%);发病与外伤史有关者57例(51.8%),否认有明确外伤史者45例(40.9%),臀部注射药物引起8例。来院前仅2例诊为臀上皮神经炎,其余诊为坐骨神经痛者25例(22.7%),椎间盘突出症22例(20%),阑尾炎4例,其中2例施行了阑尾切除术。

症状与体征:本组110例中腰臀部和 大腿外上方刺痛或酸胀感67例(61%),疼痛难以忍受者43例(39%)。应用度冷丁或强痛定肌注,也仅能缓解疼痛数小时,本组腰臀部痛扩散到膝关节平面以上者59例(53.6%),伴小腿外侧或足背外侧疼痛者44例(40%),腹股

沟部疼痛者6例。检查时,在患侧臀部髂嵴下有一明显局限性的压痛点,压痛点位于髂嵴下最多为7cm;最少3cm,5cm者61例(55.5%);距后正中线外最多为16cm,最小8cm,14cm者46例(41.8%)。在痛点处可触及痛性索条状物者62例(56.3%),触及痛性小结节者19例(17%),未触及索条状物或小结节者19例(17%)。手指深压迫时除引起局部奇痛和酸胀外,并可引起下肢的疼痛,但下肢运动,皮肤感觉和腱反射皆正常。本组直腿抬高试验患侧出现臀部及大腿痛者11例(10%),但直腿抬高加强试验阴性。

治疗与随访

首先应采用类固醇药物加普鲁卡因行封闭治疗,7天1次。本组110例中行封闭治疗94例(85.4%),封闭次数最多10次,最少1次,经5次治愈者67例(71%)。对病程长症状重或经多次封闭收效不大或仅能缓解数日仍有疼痛者行手术治疗。本组手术治疗16例,其中2例行臀上皮神经切断术,术后该神经支配区出现麻木感,皮肤感觉迟钝,另14例行臀上皮神经游离松解术,术后症状即消失,神经支配区感觉也完全正常。

讨论

一、骨折畸形愈合的成因是新鲜骨折早期处理不当所致。故应加强小夹板固定法的管理,只要按常规操作,绝大部份可避免骨折畸形愈合。

二、闭合复位法治疗骨折畸形愈合的优越性,在于闭合折骨手法复位安全,可使大部份患者免于开放手术治疗的痛苦及并发症。对骨膜及软组织损伤小,骨痂生长快,缩短病人恢复时间。

三、闭合折骨适应证应根据X线照片所见进行分析,闭合折骨术能否成功除与骨痂的情

况有关外,与术者掌握的方法与技巧也有关系。杆面棍折骨术可大大提高闭合折骨术的成功率,特别在近关节端已有部份骨性愈合的病例,通常的折骨手法有时难以成功,杆面棍折骨术就较有可能将其折断,因杆面棍向下滚动的压力,结合杠杆力量,可把陈旧性结缔组织及软骨压碎,畸形愈合的骨折端就可较轻巧省力地折断。根据几何及物理学原理,使用余弦定理及杠杆作用,推算杆面棍的作用力要比徒手大5倍多。本组以杆面棍折骨术无一例失败,也未发生神经、血管或皮肤压迫损害等并发症。

本组110例随访92例(83.1%)。随访时间为4个月至3年。92例中封闭治疗76例,症状、体征完全消失63例(82.8%);症状、体征基本消失,已恢复正常工作者13例(17.1%),其中3例仍有小腿外侧麻木感。手术治疗16例,14例行臀上皮神经游离松解术后症状体征完全消失;2例行切断术,其中,1例在术后5个月内患侧臀部和股外侧留有麻感。

手术方法:将受累的臀上皮神经游离、松解、切除和分离增生的纤维组织及粘连,以恢复受卡压臀上皮神经的基本形态和连续性为目的。病人俯卧位,下腹部置垫,使腰臀部抬高,按解剖层次行局部浸润麻醉,以利术中确认受累臀上皮神经及病损处,以髂嵴下压痛点为中心,在其上方2~3cm做一凸向上方的半弧形切口,长5~6cm。切开皮肤,皮下组织,分离脂肪,在深筋膜处找到臀上皮神经分支,加以保护。沿其分支向内上方分离,显露各分支,根据术前臀部压痛点和术中暴露出的神经支有无刺激痛来确定受累的神经支。当常拉或触压受累神经支,患者即感疼痛难忍,似术前疼痛的再现,此神经往往有肿胀增粗,周围可有纤维组织增生和粘连。仔细分离神经,切除增生的纤维组织,直至该神经穿出腰背筋膜孔处,剪开腰背筋膜孔1~1.5cm,以扩大神经出口,松解臀上皮神经,置橡皮引流条。逐层缝合切口。48小时拔出引流条,7天拆线。

讨 论

一、解剖与发病机理:臀上皮神经为感觉神经,一般解剖书认为该神经来自L₁₋₃脊神经后支的外侧支,在髂嵴上方骶棘肌缘处分别穿出腰背筋膜浅层而达皮下,然后下行跨越髂嵴至臀部,分布于臀上外侧,而T₁₁₋₁₂和L₄₋₅并不参加臀上皮神经的组成。据陶甫^[1]等尸解观察,臀上皮神经可来自L₁₁₋₁₂和L₄₋₅神经后支的外侧支。高士谦^[2]记载:臀上皮神经尚可发自T₁₂(40%),L₄(48%),L₅(11%)和S₁(4%),各支间存在着许多吻合支,形成祥。宁夏医学院解剖教研组^[3]

根据20具尸解观察,各腰神经后支的外侧支间均有吻合,有些甚至走多次反复的吻合,上述吻合支在L₂₋₃间尤为多见。由于臀上皮神经行程长,位置浅,在穿出腰背筋膜浅层“出筋膜点”和越过髂嵴被骨性纤维管固定处(“入臀点”)均可能是臀上皮神经易受压迫致损伤的部位。因此,当弯腰劳动、运动和腰部急剧扭转时,此神经易牵拉受损,或腰臀部急、慢性损伤,以及因臀部注射药物刺激和吸收不良,疤痕形成,以致使穿越它的臀上皮神经受卡并与周围组织粘连致发生腰臀腿痛。一般认为此病疼痛多不过膝,而本组却有44例(40%)病例除腰部疼痛外并伴有患侧下肢属T₅₋₆~S₁神经支配区的小腿外侧和足背外侧疼痛及酸胀感。我们认为这可能与组成臀上皮神经的腰神经各后外支之间存在着吻合支有关。

二、诊断与鉴别诊断:此病表现主要为一侧腰臀部和腿外上方呈弥散性刺痛、酸痛或撕裂样痛,有的疼痛难忍,起坐困难。诊断主要依据以下4点:

1、腰臀腿痛,尤其单侧疼痛,并伴有同侧下肢后外侧至腓窝部或小腿外侧疼痛。

2、在患侧臀部髂嵴下4~5cm和距后正中线外13~14cm范围内可有一明显的局限性压痛点,在痛点处有的病例可触到痛性索条状物或小结节,深压时可加重局部疼痛并引起下肢的疼痛和酸胀感。

3、患者虽有明显腰腿痛的症状,但检查时无感觉障碍,腱反射正常,Lasegue征阴性。

4、用1~2%Procaine行痛点注射,疼痛即可消失或明显减轻。

此病主要与椎间盘突出症、腰椎椎管狭窄、骶髂部筋膜脂肪疝、梨状肌综合征和腰椎第三横突综合征相鉴别。这些疾病虽然有腰腿痛症状,但在髂嵴下4~5cm处却无压痛,亦无索条状物和小结节,普鲁卡因注射于臀部也不会奏效。

三、治疗方法:首先采用非手术疗法,即

骨伤科几个特殊部位X线投照技术

中国中医研究院骨研所(100700) 李万勤

普通的骨科X线照片,能见到的是该投照部的骨骼与邻近骨骼和软组织、血管淋巴等互相重叠的阴影,有的病灶或骨折被遮盖,有的会造成伪影,给临床诊断造成很大的困难。因此在X线投照工作中必须采取一种特殊的位置或角度,避开能与之相重的骨骼与组织,才能暴露出欲照骨骼的投影。笔者根据多年投照经验,提出几种特殊位置的应用,供参考。

一、面骨

面骨由鼻骨、上颌骨、泪骨、腭骨、鼻下甲、梨骨、下颌骨组成。由于头颅的解剖结构较为复杂,多数组织都属于颅骨之内,且多相互重叠。所以欲使颅骨的某一部位清晰显示,必须准确选择投照位置和方法。临床医生应准确填写要求检查部位的X线申请单。

面部创伤容易骨折的是鼻骨和两侧颧弓骨。颧弓的检查方法,往往采用顶颌斜位、颌下顶位等,其难度较大。我们自84年起,采取病人坐位,头部后仰,使头顶与身后的胸部照像架上的胶片暗盒接触,听毗线与胶片暗盒平行,X线中心向上倾斜10度角,对准下颌中心,用沪线器,投照条件略低于头颅的顶颌位。这种方法能使两侧颧弓骨显示清楚,便于对比,方法简便易行、病人无不适感。

痛点应用Procaine加类固醇药物为主的封闭治疗。它的作用:①可用于治疗,治愈率可达96.5%;②可做为诊断和鉴别诊断。对病期长,症状重,经多次封闭治疗收效不大或仅能缓解数日而仍有疼痛者行手术治疗。既往的手术方法是將患侧臀上皮神经切断或切除神经支,但术后造成患者在一个时期内该神经支配区的感觉异常。嗣后我们在局麻下将受累的臀上皮神经游离松解,以恢复臀上皮神经的基本形态和连续性。术后病人的腰腿痛症状即行消失,效果非常满意,神经支配区亦感觉正常。

鼻骨:鼻骨细而长,长2~3厘米,骨质密度很低,用一般的投照方法不易得到满意的效果。过去用牙片或纸包片取侧卧位投照,一是胶片过小包括不全,二是无法将鼻根显於胶片上。笔者经过多年的实践,让病人取侧立位或侧坐位,将一张6×9厘米(3×5吋)小片装入13×18厘米(5×7吋)X线暗盒的一端,暗盒置於胸部照像架上,头呈侧位,紧贴暗盒,将鼻根下方2厘米处放在胶片中心,X线中心对准胶片中心。投照条件与踝关节正位相同,观片距离100厘米。由于鼻骨细小,密度低,与密度高的颧骨及两侧的颧骨形成明显的对比,故能清楚的显示出鼻骨的投影,鼻根也能全部清晰可见。

二、足与踝关节

解剖:足有五个趾骨、五个跖骨、三块楔状骨、以及骰骨、舟骨、距骨、跟骨各一块。往上是胫腓骨的小头,称为内踝和外踝,与跟骨形成约成直角的活动自如的关节,称为踝关节,该关节与足部诸骨不在一个平行位置,投照方法不一样。因此不能在一张正位X线片上,既显示足的各个骨骼,又显示踝关节的骨折或病变。足在前后位中,其厚度有很大差别,从足趾、跖骨、楔状骨到跟骨渐次增厚,吸收X线的量也渐次增大,故在填写X线申请单

参考文献

- 1.陶甫·等腰部脊神经后支的解剖探讨腰腿痛的机制制·中华骨科杂志1982; 2: 328。
- 2.高士燕·实用解剖图谱·第1版,上海科学技术出版社,1935.45。
- 3.宁夏医学院解剖教研组·腰神经后部的解剖观察·中华外科杂志1977; 15: 103,
- 4.李兆顺·骶髂筋膜脂肪病所致腿腰痛·中华骨科杂志,1987; 7,315。