

# 臀上皮神经脂肪疝嵌压症 37 例治疗

北京市潮白河骨伤科医院 (101300)

李鸿思 杨亚东 杨永林 马启东 王荣强

我院 1985 年 4 月~1993 年 10 月共诊治臀上皮神经脂肪疝嵌压症 37 例, 现报道如下。

## 临床资料

本组 37 例中男 6 例, 女 31 例; 年龄 20~50 岁; 双侧发病 7 例, 左侧 13 例, 右侧 17 例; 有明确外伤史者 14 例, 长期不良姿势工作者 13 例, 原因不明 10 例; 病程: 1~3 个月以上, 其中一例病程 13 年; 发病多较突然, 单纯下腰痛而无放射性痛者 21 例, 有放射痛者 16 例, 其中放射到臀部和后外侧 7 例, 放射到小腿后外侧 6 例, 放射到大腿前内侧 3 例; 体检: 在下腰部髂腰三角区可触及皮下结节或包块, 一般呈椭圆形, 光滑, 活动好, 中等硬度有韧性, 直径 1~5cm, 有明显压痛或按压时放射痛, 下肢肌肉无萎缩, 直腿抬高试验阴性。

## 治疗方法

1. 手法还纳脂肪疝, 扩大疝孔, 松解臀上皮神经。  
方法: 先触诊明确脂肪疝的部位、数目, 一般以拇指轻手法揉按, 还纳疝出的脂肪, 脂肪还纳后可触及或感到筋膜上的疝孔或薄弱区改用拇指尖按于该孔或薄弱区, 重手法用力向两侧持续按压并逐渐移动, 以最大限度地扩大疝孔, 通常持续 2 分钟左右, 最后弹拨, 理顺臀上皮神经, 每日一次, 直到疝孔可容纳拇指尖为止。在手法治疗时, 根据患者耐受程度可酌情加用局部麻醉, 一般经 3~5 次治疗, 疝孔多已扩大到直径 1cm 左右, 症状明显减轻, 但症状完全消失约在 1 周以后。

2. 手术治疗: 取俯卧位, 在下腰部肿块处局部麻醉, 横切口, 切开皮肤浅筋膜后即可见到疝出的脂肪, 其上有完整包膜, 界限清楚, 自蒂部切断即可见到腰背筋膜上的疝孔, 疝孔一般一个, 在疝孔处或周围有时可见到穿出的臀上皮神经, 应注意保护。用剪刀扩大疝孔, 使达 5×1cm, 如为多孔疝, 可把各疝孔沟通扩大, 如术中能找到臀上皮神经, 应充分松解, 术终缝合皮下组

织和皮肤。

## 治疗结果

1. 疗效判断标准: 痊愈: 下腰痛或放射痛完全消失; 好转: 疼痛减轻, 但未根除; 无效: 疼痛或放射痛无明显减轻。

2. 治疗结果: 非手术治疗 21 例, 痊愈 15 例, 好转 4 例, 无效 2 例。随访 6 个月~2 年, 复发 4 例, 手术治疗 23 例, (包括手法治疗复发和无效 6 例, 痊愈 21 例, 好转 2 例, 随访 6~17 个月无复发。

## 讨论

髂髻关节外上方的深筋膜因臀上皮神经和伴随的小血管在此处穿过(出筋膜点)形成圆形孔隙, 而且此处筋膜较为薄弱, 常可因外伤而撕裂, 筋膜下的脂肪组织通过该孔隙或撕裂处形成脂肪疝, 压迫附近的神经引起疼痛。较小的脂肪疝有时能还纳而使症状暂时缓解, 但常易复发, 不能还纳的脂肪疝因病程较长, 周围组织发生粘连, 引起神经的牵拉、移位, 构成对臀上皮神经的持续性刺激。女性发病较多, 可能与脂肪组织较多, 腰背筋膜薄弱有关。

我们诊断臀上皮神经脂肪疝嵌压症必须具备三个条件: (1) 有下腰部疼痛或同时有放射性痛; (2) 在下腰部两侧即髂腰三角区的皮下触及结节或包块; 一般都有压痛, 或引起放射痛, 在包块周围用 1% 普鲁卡因封闭后症状消失; (3) 无论手法还纳脂肪疝并扩大疝孔还是手术切除, 症状均能消失。一些常见的下腰部肿瘤, 如脂肪瘤, 脂肪纤维瘤, 纤维瘤等在切除后, 腰痛症状不消失, 以资鉴别。

非手术治疗具有方法简便, 疗程短, 易被患者接受等优点, 对于治疗无效和复发者行手术治疗应在症状最明显时治疗效果更显著。

(收稿: 1994-02-16)