

# 腰骶部筋膜脂肪疝

杨占辉<sup>1</sup> 孙建华<sup>1</sup> 丁浩<sup>2</sup> 乔金环<sup>1</sup>

(1. 沈铁吉林中心医院,吉林 吉林 132001;2. 厦门市第二医院,福建 厦门)

**【摘要】**目的 正确认识腰骶部筋膜脂肪疝,提出临床区域分型和术中分型,并探讨治疗方法。方法 对 139 例腰骶部筋膜脂肪疝患者进行手术治疗,术中详细观察脂肪疝出部位及病变情况。结果 用自行拟定的疗效评定标准评定,术后优良率达 89%。结论 腰骶部筋膜脂肪疝是腰骶部筋膜下脂肪组织通过深浅筋膜破裂口或裂隙孔疝出,直接卡压或机化后形成粘连带压迫局部周围组织或皮神经所产生的一系列腰腿痛症状和体征;按疝发区域可分为髂腰型和骶髂型;按术中情况可分为单纯型和粘连型,早期手术是治疗腰骶部筋膜脂肪疝最积极有效的方法。

**【关键词】**脂肪切除术 疝 分类法

**Lumbosacral lipocoele** YANG Zhan-hui, SUN Jian-hua, DING Hao, et al. Jilin Central Hospital of Shenyang Railway Bureau (Jilin Jilin, 132001)

**【Abstract】 Objective** To study the clinical typing of lumbosacral lipocoele and to discuss its surgical treatment. **Methods** 139 patients with lipocoele in fassia of lumbosacral region were treated surgically. The herniation area and pathological changes of lipocoeles were carefully observed during the operation. **Results** The postoperative results revealed excellent and good rates in 89%. **Conclusion** The mechanism of this disease is apparantly due to the prominent adipose tissues under the lumbosacral fascia projecting through the split or hiatus of the deep and superficial fassia resulting in compression of the cutaneous nerves locally, or the adipose tissues organizes and forms adhesion causing compression of the local tissues and cutaneous nerves. Lumbar and leg pains are the main symptoms. According to prominent locations, the disease can be classified as iliac-lumbar type and sacro-iliac type; and the intraoperative findings showed the conditions of the simple and adhesive varieties. Early operation is the effective treatment method for this condition.

**【Key Words】** Lipectomy Hernia Classification

我们自 1989 年 9 月至 1998 年 9 月间收治腰骶部筋膜脂肪疝病人 139 例,经手术治疗临床均获满意疗效,报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 139 例,男 7 例,女 132 例,年龄 27~66 岁,平均 43 岁,其中体型肥胖的中年妇女占 87%;病程 2 个月~19 年,平均 3 年 3 个月。有明显外伤史者 37 例,占 26%。临床表现为单纯腰痛 101 例,腰臀痛 26 例,腰腿痛 12 例(约占 8.6%,仅放射至膝部及大腿后外侧),单侧发病 86 例,双侧 53 例,其中合并有腰椎间盘突出症和腰椎椎管狭窄症 4 例,合并有腰肌劳损和腰肌纤维质炎 22 例。

**1.2 临床分型** 按脂肪疝发生区域分型:髂腰型,脂肪疝位于腰部髂嵴最高连线以上区域,76 例;骶髂型,脂肪疝位于髂嵴最高连线至骶尾部之间,即骶髂关节后方凹陷处周围,63 例。按术中情况进行分型:疝出的脂肪组织(脂肪球)形状正常、完整、有光泽,

边界清晰,活动良好,摘取易分离者为单纯型,81 例;疝出的脂肪组织形状异常、不完整,边界不清,呈机化后瘢痕样增生,甚至包膜有粘连纤维束带形成,不易分离者为粘连型,58 例。

## 2 治疗与手术方法

本组病人均经手术治疗,其中有 65 例术前曾接受过封闭治疗,无效。对单纯型的 81 例患者我们进行疝切除后筋膜修补术,对粘连型的 58 例行扩大疝孔筋膜下剥离软组织松解术。手术方法:患者取俯卧位,腹部垫薄枕,采用局麻或连续硬膜外麻醉,于压痛明显的肿物表面做一约 5~10cm 长横行切口,切开皮肤后在深层浅筋膜内即可找到疝出的脂肪团,直径约在 2~6cm 之间,多有完整的包膜和蒂部,有的呈纤维束带卡压。判定术中分型后,完整彻底摘除疝出物,如断蒂时突然出血,表明小血管及末梢神经被剪断,彻底止血,再探查疝裂口大小及部位。本组病例疝裂口长度最小者为 1cm,最长者可达 5cm

左右。如疝口边缘光滑,其内有皮神经血管束穿出则多为筋膜裂隙孔,否则即为破裂口。对于术中分型为单纯型的病人,疝摘除后只进行疝口修补术即可;对于粘连型的病人,则需将疝裂口扩大,进行筋膜下剥离软组织松解术,切除疝出物及周围脂肪机化所形成的瘢痕组织,于深筋膜浅层充分剥离松解粘连的纤维束带,必要时可切断卡压时间较长严重变性的腰后外侧神经皮支,术后留置引流,行沙袋压迫局部创口 4h,卧床 2~3d,指导坚持行渐进性腰背肌功能练习。

### 3 结果

本组 139 例病人获得随访,随访时间为 2 个月~8 年,平均为 3 年半。自行拟定疗效评定标准:优,腰腿痛完全消失,完全恢复正常工作生活;良,腰腿痛基本消失,偶有轻微腰痛,基本能正常工作生活;可,腰腿痛略减轻,仅能从事轻工作,日常生活受到影响;差,腰腿痛未缓解甚至加重,肿物复发,日常工作生活受严重影响。评定结果:采用筋膜修补术组,优 43 例,良 31 例,可 4 例,差 3 例,优良率为 91%;采用筋膜下剥离松解术组:优 23 例,良 27 例,可 3 例,差 5 例,优良率为 86%;本组总的优良率为 89%。大部分病理证实为成熟脂肪球组织、瘢痕组织及部分变性的皮神经,部分有纤维化、毛细血管增生等退行性改变。

### 4 讨论

**4.1 外科解剖的临床意义与疾病命名** 腰部浅筋膜分为两层,两层之间有丰富的蜂窝状脂肪组织,其内走行的神经为腰神经后外侧支穿出腰背筋膜浅层后的第四段,即皮下段,该段行程复杂,有多处转折<sup>[1]</sup>,细小神经周围有伴行的脂肪组织,极易随疝出的脂肪遭受挤压、压迫,从而产生腰腿痛症状。腰部深筋膜又称固有筋膜,也分浅层与深层,浅层很薄弱,深层即腰背筋膜,既往又称为胸腰筋膜,分成浅、中、深三层,浅层最厚,在下腰部及骶部有背阔肌起始腱膜增厚,形成腱性腰背筋膜,该筋膜平髂嵴最高连线上厚  $0.4 \pm 0.2\text{mm}$ ,在后正中线与棘上韧带相愈合,在骶棘肌外缘,该层筋膜与腰背筋膜深层相愈合,在髂后上棘连线以下,腰背筋膜浅层与骶棘肌总腱相愈合,厚  $1.7 \pm 0.4\text{mm}$ ,较为坚韧<sup>[2]</sup>,一般很难破损。根据我们对 139 例腰骶部筋膜脂肪疝病人术中的详细观察,本组所有的脂肪疝均发生在腰骶部深筋膜,疝出物多来源于其筋膜下大量的脂肪组织,未见到典型的腰背筋膜后叶脂肪疝,本病多发生

在髂腰部和骶髂部,因此,我们建议将此病正式命名为腰骶部筋膜脂肪疝,与腰背筋膜脂肪疝(肌疝)区别开来。

**4.2 病因与发病机理** 腰骶部筋膜脂肪疝,是各种原因导致腰骶部深浅筋膜破裂,使筋膜下脂肪组织通过筋膜破裂口或裂隙孔疝出,直接卡压或液化机化后形成粘连带,压迫刺激周围末梢血管或局部皮神经,使局部组织代谢发生障碍,组织胺及激肽类物质增高,从而引起一系列腰腿痛症状和体征。导致腰骶部深浅筋膜破裂的真正原因目前不十分清楚,其好发处均为腰骶部筋膜有一定活动度的部位,可能是由于肥胖、劳损、外伤及风湿等原因引起。另外,因本病多发生于中年妇女,故亦不排除与妊娠及内分泌系统有关。有人报导,孕期分泌的松弛素可导致腰椎和骨盆韧带的松弛<sup>[3]</sup>,能否使腰骶部筋膜也变得非常薄弱、易破,需待进一步研究。

关于脂肪疝有蒂与无蒂的形成原因,我们认为,如浅筋膜深层(膜性层)或深筋膜浅层(较薄弱层)只有一层破裂,另一层即可变薄随包裹的脂肪组织疝入浅筋膜脂肪层,在疝出物表面形成包膜,而在疝口周围形成了“蒂”状,部分原因也可能与脂肪组织与纤维间隔相连较紧密有关。

**4.3 临床表现与诊断** 临床资料统计表明,本病多见于体型肥胖的中年妇女,约占 87%。可无明显诱因,疼痛常呈持续性,劳累后加重,休息后减轻,反复发作。疼痛多局限于腰骶部附近,在压痛区可摸到单个或多个栗子或核桃大小之光滑圆形肿物,质韧有弹性,无波动,压痛点多数固定,大多数患者能准确诉说疼痛的具体部位。除非合并有腰神经通道卡压综合征,一般无坐骨神经痛体征,立位时无脊柱侧弯畸形,病情严重者可见一侧或两侧腰肌轻度痉挛并压痛,少数病人伴有腰臀部和腿部的放散痛,但不过膝部。腰部在前屈活动时可有不同程度的受限,双下肢无神经系统定位体征,结合病人性别、年龄特点,根据病史、症状和体征,一般不难确定诊断,其主要应与腰肌纤维质炎、腰背筋膜脂肪疝、梨状肌综合征和第三腰椎横突综合征等腰部疾病相鉴别。

**4.4 区域分型与术中分型** 为了更方便更全面地认识腰骶部筋膜脂肪疝的临床特点与病变程度,我们提出了对其进行临床区域分型和术中分型。选择两髂嵴最高点连线为区域分型的体表定位标记,既利于区域简化划分,又利于临床对肥胖体型病人的查体定位。通过区域分型可以直接反映出病变的部

位、范围,间接地反映出各区域脂肪疝的临床特点,如骶髂部脂肪疝,疝出物多较固定易触及,疼痛局限可伴有骶尾部坠痛;而髂腰部则不易触及肿物,多位于骶棘肌外缘下腰三角附近,活动度相对较大,且常伴有臀腿痛症状。另外,通过术中对疝出物形态的观察判定,及其与周围组织是否有粘连等情况,我们又将其在术中分为单纯型和粘连型,更进一步客观准确地反映出了病情的严重程度,利于治疗方法的选择和预后判定。

**4.5 治疗方法与预后** 本病一般采用局封、理疗、按摩等保守治疗很难奏效,一旦诊断明确,即宜早期手术治疗,以免由单纯型转为粘连型,影响预后。实践已证明,根据术中不同的分型采取相应的手术方法是治疗腰骶部筋膜脂肪疝的最有效措施,当然,要全面严格掌握手术适应证。

该病的预后主要取决于疝周围组织的病理改变、术中分型、病程长短及手术切除剥离松解是否彻

底等因素,若能早期确诊手术,尤其对单纯型者,预后较好,但应注意合并症的存在,本组 139 例中有 22 例不同程度地伴有腰肌劳损和腰肌纤维质炎,术后疗效不理想,配合理疗后症状得以改善;4 例合并有椎管内病变,其中 3 例先做了疝切除筋膜下剥离松解术,症状稍见缓解,而后根据临床体征、CT 及肌电图检查,诊断为腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症,二次做了椎间盘摘出术和椎板切开减压神经根通道松解术,术后疗效均优良,说明腰骶部筋膜脂肪疝有时可能与椎管内病变并存。

**参考文献**

[1] 陶甫,秦学敏,郭世绂,等.从腰部脊神经后支的解剖探讨腰腿痛的机制.中华骨科杂志,1982,2(6):328.  
 [2] 杜心如,张一模,刘建丰,等.腰骶部骨筋膜室的外科解剖.中国临床解剖学杂志,1994,12(2):132-133.  
 [3] Selachter BM. Relaxion in normal and pathogenic pregnancies. Obstygynec,1982,59:167.

(收稿:1999-06-10 修回:1999-11-08 编辑:李为农)

**手法介绍**

**坐位杠抬法治疗难复性肩关节脱位**

刘人瑞

(齐齐哈尔市龙沙区医院,黑龙江 齐齐哈尔 161005)

我们自 1996 年以来,采用坐位杠抬法徒手整复难复性肩关节脱位,收到了良好的疗效,现报告如下。

**1 临床资料**

本组共 38 例,男 34 例,女 4 例;年龄 19~57 岁;右肩 21 例,左肩 17 例;新鲜脱臼 13 例,10d 以内 22 例,20d 以内 2 例,26d 1 例;经过 2 次整复者 19 例,经过 3 次整复者 8 例,经过 4 次以上整复者 5 例;锁骨下脱位 36 例,后脱位 2 例,伴有大结节骨折者 7 例。此组均有外伤史,身体强壮,并多数有多次复位没成功的病史。

**2 治疗方法**

取坐椅 1 个,直径 5.0~6.0cm、长 110~130cm 的坚硬木杠 1 个,棉垫 1 个。整复方法:令患者坐于地上,把坐椅放在患者背后 30cm 处,在木杠置于患者腋下的位置包好棉垫,一助手将木杠斜着一端放于椅子上,然后双手握住木杠另一端慢慢在患者伤肢的腋下抬起,抵达腋部即止。另一助手用双手按压固定患者的健侧肩部。术者面对患者伤侧,以右侧为例,术者先轻按摩伤者肩部,以此松弛患者肩部肌肉的紧张度。然后用左手握住患者前臂近端,右手握住患者前臂远端,使其屈肘 90°,顺着上臂轴向轻轻向下按压牵引,在有小的滑动感时,术者要迅速沿此方向俯身用力向下按压前臂近端,通过按压使患者的上臂得到充分大力牵引,同时助手迅速上抬

木杠,术者在按压力的同时外旋、内收患者伤肢,即可感到咕噜的脱臼还原声,即告整复成功。术后以三角巾将伤肢悬吊于前胸。伴肱骨大结节骨折者都能随脱臼的复位而同时复位,术后按骨折常规处置。

**3 治疗结果**

复位标准:方肩消失,肩部充实饱满,触诊可触及肱骨头在关节盂内。肩关节的主动与被动运动达到正常活动度。杜加氏征(-)。X 光片可见肩关节恢复正常解剖结构。结果:一次整复成功 33 例,二次整复成功 5 例。38 例中均未用各种麻醉配合。

**4 体会**

肩关节脱臼患者因体质强弱、精神紧张状况、肱骨头是否穿破关节囊、是否经过不当复位等因素而不同,有些患者在复位时很困难,我们采取此法特别适用于这一类患者。其主要原理是:患者坐于地上,术者取站立位,术者在俯身按压牵引伤肢时其力度大,因术者体位好,便于手随心转,改变牵引方向,使上臂外旋内收始终能在大力牵引的同时而完成。在助手配合上抬木杠时,此时木杠的腋下部位接近肱骨头的部位,在术者内收上臂时以此为支点,便于肱骨头向关节盂方向滑动。此法对新鲜脱臼的患者都能达到一次复位成功,从而大大减少了患者的痛苦。(编辑:连智华)