

## · 病例报告 ·

## 臀筋膜间室综合征 2 例报告

亓立祥, 陈红, 郭恒

(平阴县中医医院骨二科, 山东 平阴 250400)

**关键词** 臀筋膜室综合征; 减压; 外科手术

**Gluteal fascia compartment syndrome; a report of 2 cases** *QI Li-xiang, CHEN Hong, GUO Heng. Department of Orthopaedics, the TCM Hospital of Pingyin County, Pingyin 250400, Shandong, China*

**Key words** Gluteal fascia compartment syndrome; Decompression; Surgical procedures, operative

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(4): 319-320 www.zggszz.com

病例 1: 男, 46 岁, 酒后昏迷 7 h 收住内科。酗酒后倒在卫生间, 7 h 后被发现送医院。入院时体检: 呈深昏迷状态, 压眶反射消失, 右前额可见一血肿, 右臀横纹处有擦痕。次日患者渐醒后, 觉右臀部疼痛、肿胀、皮肤发亮, 右下肢疼痛及小腿麻木。查体: 右臀肿胀、张力高, 局部皮温稍高, 压痛明显, 压之有右下肢放射痛, 右髋关节伸髋及外展时疼痛明显, 轴向叩击痛不明显, 右小腿内外侧及足背皮肤感觉减退, 背伸力下降。臀部 X 线片见软组织弥漫性肿胀。右臀部 CT 扫描: 右臀部软组织显著肿胀, 内有不规则低密度区, CT 值为 3 924 Hu。诊断: 右臀筋膜间室综合征。急诊在硬膜外麻醉下行切开减压引流术。术中发现: 右臀部皮下组织、臀大肌、臀小肌、臀中肌、梨状肌、股方肌等均严重肿胀, 部分肌纤维失活, 肌间隔有少量血性液体, 右坐骨神经周围疏松结缔组织水肿明显。清除瘀血及坏死组织, 彻底止血、冲洗伤口, 伤口敞开换药湿敷, II 期关闭伤口。术后第 1 天觉右下肢疼痛及右髋部疼痛明显好转。术后 6 个月复查, 右下肢疼痛完全消失, 但行走时右足有麻木感, 右背伸力差, 下蹲稍受限。

病例 2: 男, 64 岁, 因右侧股骨头坏死在硬膜外麻醉下行人工全髋关节置换术, 术后 12 h 患者出现左臀部疼痛、肿胀、左下肢麻木。查体: 肥胖体形, 左臀部高度肿胀, 皮肤发亮, 触诊张力大, 左下肢小腿外侧、后侧、足背足底感觉丧失, 伸肌群、小腿外侧肌群、胫前肌群肌力为 0 级, 股四头肌肌力正常。诊断: 左臀筋膜间室综合征。急诊在硬外麻醉下行臀筋膜室切开减压术, 术中见: 臀肌肌群血运很差, 部分呈熟牛肉样改变, 梨状窝内有瘀血约 500 ml, 坐骨神经外膜血管栓塞变性, 充分减压, 清除瘀血及坏死组织, 冲洗伤口, 伤口敞开换药湿敷, II 期关闭伤口。出院后随访 8 个月, 患者双侧髋关节活动范围基本正常, 左下肢小腿后侧、足底感觉减退, 麻木, 伸肌群、胫前肌群肌力为 3 级, 足下垂畸形。

#### 讨论

臀筋膜间室综合征(GCS)是指臀筋膜间室内肌肉缺血、水肿造成的组织内压升高引起的一系列局部和全身病理改变的临床症状。创伤并非 GCS 的主要病因, 而吸毒、酗酒、麻醉剂过量意识丧失后长时间固定体位和麻醉后手术体位致局部

长时间受压引起的 GCS 占有较高比例(62%)<sup>[1]</sup>。

臀筋膜间室除阔筋膜张肌室为筋膜室外, 臀大肌室和臀中、小肌室均为骨筋膜室, 但三室均包在臀筋膜和髂骨之间。臀大肌、臀小肌和臀中肌都以髂骨为基底, 成为两个骨筋膜室, 而阔筋膜张肌无骨骼做为其室壁。3 个室互不相连, 并有许多纤维隔向肌肉深层伸展, 将此多羽状肌肉分成许多小室, 因此这一骨筋膜室是无法允许室内压有很大的变化, 故容易发生骨筋膜室综合征。坐骨神经在臀大肌室外经过, 所以坐骨神经的麻痹是臀大肌外旋肌挤压的结果, 或被肿胀的梨状肌、臀小肌卡压。GCS 病理生理过程与四肢筋膜间室综合征基本相同。不同的是臀筋膜间室内除肌肉自身营养血管外无重要神经血管穿行其中, 故出入梨状肌孔的重要组织并不直接承受间室内压, 而与各筋膜间室的解剖关系相关。其他的影响因素有机械性压力和血供不足, 组织对缺氧耐受性下降等, 有人发现全髋关节置换术健侧卧位时腹股沟压力增加并导致股三角内血管压闭, 流向足部的血流明显减少, 手术体位所致 GCS 多为肥胖者, 可能与臀区局部压力下血供不足有一定关系<sup>[2]</sup>, 本文病例 2 即为这种情况, 麻醉后长时间固定体位造成的局部压迫而致臀筋膜间室综合征。Owen 等<sup>[3]</sup>认为长时间单纯的机械压力即可导致 GCS, 本文病例 1 是因为酗酒后意识不清长时间的压迫造成的局部缺血。吸毒、麻醉剂过量导致的肌肉坏死原因尚不清楚。Barnes 等<sup>[4]</sup>证实不良嗜好者缺氧耐受性降低。Klock 等<sup>[5]</sup>认为与麻醉剂和巴比妥类药物诱导所产生的内毒素有一定关系。Graham<sup>[6]</sup>则认为过量吸毒产生的低氧血症完全能够引起局部肌肉坏死。

GCS 比较少见, 容易误诊, 常误诊为臀部挫伤。本病的特征是进行性扩展的臀部肿块和坐骨神经功能障碍。一旦延误治疗, 伤残率高, 可导致屈髋受限和坐骨神经受损功能不能恢复的后果, 本文 2 例都有不同程度的神经功能障碍, 在治疗上要采取积极的措施。如果臀部外伤的患者, 臀部肿胀和疼痛进行性加重, 并出现坐骨神经功能障碍, 即使不测压, 也应立即切开减压, 及时解除臀筋膜间室内高压, 阻断室内组织缺血、水肿恶性循环, 尽可能地降低伤残率。臀肌长时间缺血, 可引起肌肉坏死, 若肌肉坏死较多, 可引起肾损害、肾功能衰竭。

# 椎间盘源性下腰痛治疗研究进展

辛志强, 赵 ■, 王剑文, 唐尧

(越秀区正骨医院脊柱骨科, 广东 广州 510045)

**【摘要】** 腰痛是临床中的常见和多发症状,是较复杂的一组临床综合征。60%~80%的成人均经历过不同程度的腰痛。椎间盘源性下腰痛(discogenic low back pain)是指椎间盘内各种病变刺激椎间盘内疼痛感受器所引起的腰痛。近年来,随着对该疾病认识的逐步提高,各种各样的治疗方法应用于临床,其适应证不一,治疗效果也有很大差别,结合近年来国际、国内的资料和笔者的临床体会就椎间盘源性下腰痛治疗方法的进展作一综述。

**【关键词】** 腰椎; 椎间盘源性下腰痛; 综述文献

**Progressing study in treating discogenic low back pain** XIN Zhi-qiang, ZHAO Liang, WANG Jian-wen, TANG Yao. Department of Spinal Surgery, the Orthopaedics Hospital of Yuexiu District of Guangzhou, Guangzhou 510045, Guangdong, China

**ABSTRACT** Lumbago is a general, frequently and complicated clinical symptom. 60% to 80% in adults suffer from back pain of varying degrees. The pain causing by various pathological changes stimulate the ache receptor in intervertebral disc is call discogenic low back pain. Along with people knowing more and more about this disease, all kinds of treatment techniques are applied in clinic. But the indication and therapeutic effects are both evidently different. Below is a summary of the therapic method about discogenic low back pain based on international and domestic reference data of recent years and the author's clinical experiences.

**Key words** Lumbar vertebrae; Discogenic low back pain; Review literature

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(4): 320-323 www.zggszz.com

椎间盘病变是慢性下腰痛的主要原因,约占 39%。Crock 于 1970 年提出“椎间盘源性下腰痛”概念<sup>[1]</sup>。椎间盘源性下腰痛(discogenic low back pain)是指腰椎间盘内各种病变刺激椎间盘内的疼痛感受器产生的腰痛。近年来随着对椎间盘源性下腰痛认识的逐步提高,不同的治疗方法也应用开展,临床治疗效果也各有优缺点。这里,我们主要对其治疗方法的研究进展进行回顾和展望。

## 1 保守治疗

治疗基本原则:①改变活动量。②非甾体类消炎药应用。③类固醇药物病灶注射。④理疗及按摩等。⑤康复功能程序与锻炼,包括温水疗法、有氧泳疗等长躯干肌锻炼等。Fujimaki 等<sup>[2]</sup>不提倡腰围,由于一部分患者应用后出现不明原因的症狀加重。而大部分学者提倡应用,Nakamura 等选择了 32 例椎间盘源性下腰痛患者,行 L<sub>2</sub> 脊神经根封闭后所有患者腰痛消

GCS 预后与受累筋膜室多少及减压时间、减压是否充分有关。减压范围一定要彻底,做多个筋膜室切口,失活组织应切除。若有坐骨神经麻痹则须将梨状肌、臀小肌切断,以获充分减压。术后在减压之筋膜室放置负压引流,大多可伤口敞开换药湿敷,Ⅱ期关闭伤口。在伤后 6 h 以内做减压手术者疗效佳,若时间长,则有后遗症,如臀肌挛缩、足下垂,须行矫形手术。高度重视 GCS 的早期、正确诊断,及早减压,是减少致残的关键。

## 参考文献

[1] Bleicher RJ, Sherman HF, Latenser BA. Bilateral gluteal compartment syndrome. J Trauma, 1997, 42: 118-122.

[2] Leventhal I, Schiff H, Wulfsohn M. Rhabdomyolysis and acute renal

failure as a complication of urethral surgery. Urology, 1985, 26: 59-61.

[3] Owen CA, Woody PR, Mubarak SJ, et al. Gluteal compartment syndromes: a report of three cases and management utilizing the wick-catheter. Clin Orthop Relat Res, 1978, 132: 57-60.

[4] Barnes MR, Harper WM, Tomson CR, et al. Gluteal compartment syndrome following drug overdose. Injury, 1992, 23: 274-275.

[5] Klock JC, Sexton MJ. Rhabdomyolysis and acute myoglobinuric renal failure following heroin use. Calif Med, 1973, 119: 5-8.

[6] Graham JD. The diagnosis and treatment of acute poisoning London: Oxford University, 2002. 67.

(收稿日期: 2008-11-05 本文编辑: 王宏)