

超声对梨状肌综合征的诊断价值

周颖,何琦,王翔

(浙江衢化医院,浙江 衢州 324004)

摘要 目的:探讨超声检查在诊断梨状肌综合征的诊断价值。**方法:**对 26 例临床确诊为梨状肌综合征的患者,应用 B 超对梨状肌和梨状肌下孔厚度进行检测,并与 30 例正常人 B 超结果进行相关性的对比研究。**结果:**梨状肌综合征患者组梨状肌厚度均大于正常对照组,患者组梨状肌下孔厚度较正常对照组明显缩小,二者差异显著,有统计学意义。**结论:**超声检查具有简单、可靠、无创优点,对梨状肌综合征的诊断、明确病因及治疗方式的选择均有重要意义。

关键词 梨状肌损伤综合征 梨状肌下孔 超声诊断

Ultrasonic diagnostic in piriformis syndrome ZHOU Ying*, HE Qi, WANG Xiang. * Department of Ultrasound, Quhua Hospital, Quzhou 324004, Zhejiang, China

ABSTRACT Objective: Our aim is to evaluate the diagnostic value of ultrasonography in patients with piriformis syndrome. **Methods:** 26 patients who had clinically confirmed piriformis syndrome underwent ultrasonographic examination of Piriformis Muscle and Piriformis' Lower Hole. 30 normal individuals served as control. Data from the patient and the normal individual groups were compared to determine the diagnostic parameters. **Results:** The thickness of Piriformis Muscle was larger in piriformis syndrome patients than in normal individuals, and the thickness of Piriformis' Lower Hole was narrower in piriformis syndrome patients than in normal individuals. **Conclusion:** Ultrasonography is contributory to the diagnosis and clarifying the pathogeny in patients with piriformis syndrome, It is simple, reliable and atraumatic.

Key words Piriformis Syndrome; Piriformis' Lower Hole; Ultrasonic diagnostic

梨状肌损伤是臀腿痛疾患中的常见病,因梨状肌慢性劳损或急性损伤后,充血、水肿、痉挛、肥厚的梨状肌刺激或压迫坐骨神经而引起臀腿痛和坐骨神经痛,称为梨状肌综合征^[1],由于其症状与腰部及盆腔疾患、下肢其他神经卡压综合征相似,因此常常导致临床上误诊和漏诊。为了解超声检查对梨状肌综合征的诊断价值,作者对 26 例梨状肌综合征患者进行了 B 超检查,并与 30 例正常人进行对比观察,现将观察结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料 正常对照组:健康体检人员 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 25~55 岁,中位数 37 岁。既往无腰臀痛及腰部外伤史;神经外科检查无阳性体征;放射学检查排除腰骶椎和髋髂关节病理改变者。患者组:梨状肌综合征患者 26 例,男 17 例,女 9 例;年龄 25~53 岁,中位数 35 岁。病程 3 个月至 9 年,平均 8 个月。右侧 13 例,左侧 11 例,双侧 2 例,急性损伤 19 例,慢性劳损 7 例,临床症状均有患侧臀部和下肢疼痛、麻木等表现,均符合《中医病证诊断疗效标准》。

1.2 仪器与方法 采用 PHILIPS-HD11 及 GE LOGIQ500 超声诊断仪,探头频率 3.5 MHz。患者取

俯卧位,暴露臀部,放松臀部及下肢肌肉,依据梨状肌体表投影:髂后上棘与股骨大转子尖连线相当于梨状肌上缘,髂后上棘与尾骨尖连线的中点至股骨大转子尖的连线相当于梨状肌下缘^[2](图 1),先显示出臀大肌,臀小肌及髂骨,髂骨的骨性回声伴声影可作为该处的超声定位标志(图 2 左),再将探头稍向内下方移动,微调探头扫查角度,即可显示出梨状肌纵切面及其下缘的梨状肌下孔(图 2 右),测量梨状肌及梨状肌下孔厚度,并对双侧梨状肌进行多方位对照扫查,对其轮廓、形态、内部回声进行对比。

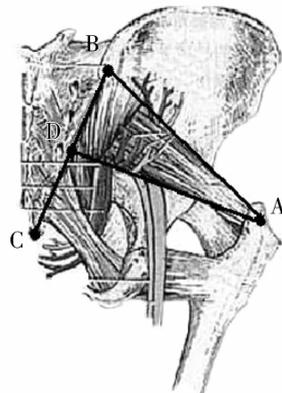


图 1 梨状肌体表投影示意图

A 点为股骨大转子尖;B 点为髂后上嵴;C 点为尾骨尖;
D 点为 BC 连线中点;AD 连线为梨状肌下缘投影

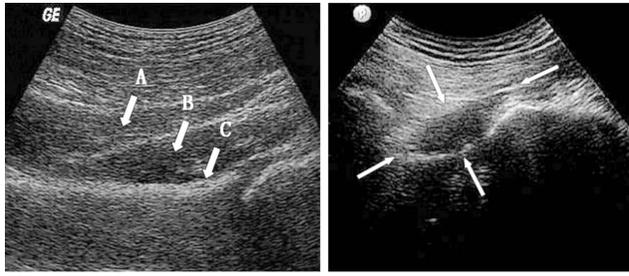


图 2 臀部肌肉层次和正常梨状肌纵切面超声图

箭头 A: 臀大肌 箭头 B: 臀小肌 箭头 C: 髂骨

1.3 统计学分析 各项检测所得数据采用均数 \pm 标准差表示, 统计学分析采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 正常对照组声像图特征 正常人梨状肌上缘或外上方与臀小、臀中肌相邻, 浅层为臀大肌, 纵断图梨状肌呈带状或锤状, 轮廓清楚, 肌外膜平滑, 内部纹理清晰, 呈细小斜行平行回声, 其下缘下方不规则的低回声带为梨状肌下孔^[3], 其间可见坐骨神经横切面, 呈高回声结节状, 直径约 4~6 mm。肌腹横断面呈半圆形或三角形, 内部呈均匀细小光点回声, 与其连续的坐骨神经纵切面为束状高回声, 边缘整齐, 走向挺直, 内部有多条平行排列但不完全连续的低回声区及分隔其间的强回声带。

2.2 患者组声像图特征 本组 26 例梨状肌横断面各径线及面积均较健侧增大, 增厚, 边界欠清晰, 不规整, 内部光点增粗, 分布欠均质, 其中 6 例坐骨神经显示明显受压变形, 回声减低不均匀, 内部线性回声连续性中断; 2 例肌肉内出血、血肿形成, 内可见不规则低回声区及无回声区; 2 例梨状肌周围可探及宽约 2~6 mm 的窄带状液性暗区; 1 例梨状肌下孔腱鞘囊肿形成。

梨状肌综合征患者组与正常对照组各测值对照结果如表 1 所示, 患者组和正常对照组比较 ($P < 0.01$), 差异有统计学意义。

表 1 患者组与正常对照组诊断指标比较

组别	例数	梨状肌厚度 (mm)	梨状肌下孔厚度 (mm)
患者组	26	31.04 \pm 4.34	5.40 \pm 2.06
正常对照组	30	27.07 \pm 3.56	8.03 \pm 0.93

3 讨论

梨状肌起于第 2~4 骶椎前面的骶前孔外侧, 经坐骨大孔向外入臀部, 止于股骨大转子内后上方, 坐骨神经由梨状肌下缘与孖上肌上缘构成的三角形裂

隙出骨盆, 正常情况下, 下肢作任何方向运动时, 坐骨神经都不会受到压迫与异常刺激, 但当梨状肌发生①急性损伤, 引起肌肉撕裂、肿胀、渗出或出血; ②慢性劳损, 引起梨状肌肥厚或挛缩、肿胀、粘连; ③因着凉受风寒, 引起炎症水肿, 增厚; ④周围滑囊积液、腱鞘囊肿形成; ⑤坐骨神经和梨状肌的解剖关系变异; ⑥盆腔炎症或骶髂关节炎等邻近梨状肌和坐骨神经的病变蔓延等因素时^[4], 压迫或刺激坐骨神经, 而产生臀后部和坐骨神经痛症状, 主要表现为臀部疼痛且向同侧下肢的后面或后外侧放射, 髋内旋、内收, 伸膝抬腿, 大小便、咳嗽、喷嚏时疼痛加重, 并使运动受限, 同时还可伴有麻木感, 严重者臀部“跳痛”, 下肢呈屈曲畸形, 跛行。

本文对患者组和正常对照组梨状肌厚度、形态、内部回声进行对照, 结果显示患者组梨状肌厚度增大, 增厚, 形态饱满, 包膜回声增强, 内部回声减低, 梨状肌下孔厚度患者组较正常对照组明显缩小, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。患者组 26 例除 1 例因梨状肌显著肿大, 经非手术治疗无效后, 行手术切断部分梨状肌, 其余 25 例均采用小针刀松解术为主, 配合中药、针灸、按摩、理疗等疗法而获良效。

当有臀腿痛和坐骨神经痛, 并排除腰椎间盘突出、腰椎管狭窄及腰椎其他异常时, 可选择做超声检查, 以排除梨状肌综合征, 前两者梨状肌及其周围组织无异常回声。

目前梨状肌综合征主要靠临床症状、体征来诊断, 较少有影像学证据, 治疗多采用推拿、针灸、针刀等方式, 超声检查能准确显示梨状肌的形态结构, 内部回声及其周围组织的情况, 对于明确梨状肌综合征的病因能提供有价值的信息, 有助于早期明确诊断, 防止盲目治疗而加重病情。

4 参考文献

- [1] 张鹏贵, 赵道洲. 梨状肌综合征的机理与治疗进展[J]. 甘肃中医, 2007, 20: 92.
- [2] 徐恩多. 局部解剖学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 222.
- [3] 王岩青. 梨状肌综合征的超声诊断[J]. 中医正骨, 2003, 15(10): 16.
- [4] 吕欣, 魏焕萍, 单云官. 梨状肌、臀上皮神经卡压和坐骨神经盆腔出口狭窄综合征的解剖与临床研究进展[J]. 四川解剖学杂志, 2004, 12(2): 114-116.