臀中皮神经痛158例分析

许凤琴,苑继承,樊永卫,金绍岐 (第四军医大学西京医院门诊部,陕西 西安 710032)

[摘 要] **目的** 探讨臀中皮神经痛的诊断与治疗方法。**方法** 收集门诊下腰部疼痛的患者,分析病因及体征,疑为臀中皮神经痛158例,经用强的松龙30 mg加2%利多卡因10 mL加5 mL生理盐水封闭治疗。**结果** 126例封闭后1周内痊愈,28例经2~3次封闭,间隔1周痊愈,4例失访。**结论** 臀中皮神经痛首选糖皮质激素局部封闭,效果满意,值得推广。

[关键词] 神经痛;臀中皮神经;糖皮质激素;局部封闭

[中图分类号] R441.1;R745 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)05-0401-02

Analysis of middle cluneal neuralgia in 158 cases

XU Feng-qin, YUAN Ji-cheng, FAN Yong-wei, JIN Sao-qi (Outpatient Department, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an Shaanxi 710032, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis and treatment for middle cluneal neuralgia. **Methods** Totally 158 cases of suspected middle cluneal neuralgia with lower waist pain were collected and analyzed. All were treated with local injection of prednisolone (30mg) plus 2% lidocaine (10mL) and normal saline (5mL) to the upper three posterior sacral foramina where the nerves is passing through. **Results** After the injection, 126 cases recovered within one week, 28 cases recovered after two or three injections at an interval of one week and four cases lost follow up. **Conclusion** Local injection of glucocorticoid can generate satisfactory results and is worth promoting.

Keywords: neuralgia; middle cluneal nerve; gluocorticoid; local injection.

臀中皮神经痛临床较少见,我们曾于2004报道过13例[1],目前尚未见有更多文献报道。近年我院疼痛门诊共诊治2 332例皮神经痛,其中明确为臀中皮神经痛有158例,占6.77%,现将诊治情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

158例患者皆为成年人,性别无特殊。主要以下腰部疼痛为主,149例为慢性隐痛,阵发性加剧,7例为剧痛。其特点是疼痛定位不准,有的为臀中部,有的向股后部放射。一般对活动无明显影响。2例无疼痛,仅有困或凉的感觉。病史数周至数年不等。无外伤史。经仔细检查排除脊柱和腰骶部肌肉病变以后,用一注射针头检查臀中皮神经分布区的感觉,表现为过敏或迟钝。病程短者多为过敏,病程长者多为迟钝。主要集中在第5腰椎至第4骶椎平面之间,正中线外侧约一横掌宽的区域。

1.2 治疗方法

用强的松龙30 mg加2%利多卡因10 mL加生理盐水5 mL,以4 cm长的针头局部封闭注射至上3个骶后孔。具体操做如下:病人取坐位弯腰,首先测定骶后孔的位置(图1),在后正中线上摸清第4、5腰椎及第1骶椎棘突(结节),做好标志。摸清健侧的髂后上棘及尾骨尖并连线,在此线跨过骶骨背面处画好标志线。在第1、2骶椎棘突间中点平面通过标志线处即为第1骶后孔所在,距后正中线约3 cm。由于第2骶椎以下棘突结节连成正中嵴而摸不出分节标志。仅可沿标志线在已定位的第1骶后孔的下方约2.5~3 cm处定位第2骶后孔,再下方2.5 cm处定位第3骶后孔,健侧画好标志以后,在患侧依照与其对称的位置依次进针封闭。先封闭上位的第1骶后孔,与皮肤面垂直进针,直达骨面,有的可直接触到致密结缔组织,再深入即可进入孔内。但多为先触及骨面,再移动针尖向四周试探找寻骶后孔,一般皆不难找到。进入孔内后,注约0.5~1 mL即可。如果实在找不到孔洞,可紧贴骨面封闭注射药液,仍可收到良好的效果。依次封闭3个骶后孔,各注入5 mL药液,半量入孔内,余分散至浅处骨面。

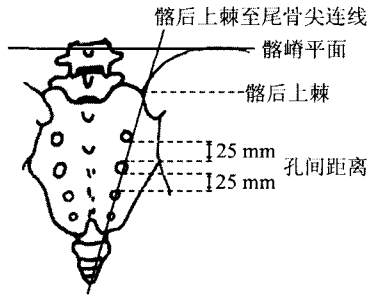


图1 骶后孔定位示意图

2 结果

在接受封闭治疗的158例中,皆在封闭后5~10 min内原疼痛或冷、麻木等异常感觉消失。麻药作用过后,有的不再痛,

[作者简介] 许凤琴(1964-),女,陕西省渭南市人,副主任护师,主要从事疼痛治疗方面的研究。电话:(029)84775505

[通信作者] 苑继承,E-mail:yjc1962@hotmail.com

[收稿日期] 2010-05-25 [修回日期] 2010-06-15

有的再现疼痛,但较封闭前明显减轻,126例1周内痊愈,28例经第2次或第3次封闭,间隔1周后痊愈。症状消失后,查体皮肤刺痛感觉恢复正常。4例失访。

3 讨论

3.1 诊断与鉴别诊断

由于本病发病率不高,临床表现差异较大,目前尚无统一规范的诊断标准。本文认为检查时首先注意脊柱曲度有无改变,胸以下棘突有无压、叩痛,如有压、叩痛,则针对性进一步检查韧带及骨骼。然后再检两侧腰肌,主要是骶棘肌,有无压、叩痛。检查叩痛的方法是左手指平按脊柱一侧的骶棘肌上面,右手握拳叩击左手指。如有较严重的肌肉损伤,不仅有叩痛,左手指可以感觉到肌肉的反应性收缩。如果有肌肉损伤的阳性体征,即做进一步针对检查,如无,则可排除常见的腰肌劳损。接着检查腰骶关节,包括第5腰椎与第1骶椎间的椎体关节及椎弓关节、两侧的髂腰韧带(第5腰椎横突到髂嵴)。手指按第5腰椎与第1骶椎棘突之间的韧带及两侧的椎弓关节及韧带浅处有无压、叩痛。如有,则做进一步有针对性检查。如无,则可初步排除这一方面的病变。再查骶尾骨,有无压、叩痛。如有症状,即做进一步针对性检查。经上述检查,排除常见病之后,按此部所有解剖结构,最后检查神经。上方的第3腰神经后支的内支、外侧的臀上皮神经(第1、2、3腰神经后支的外支)及下方的第4、5骶神经后支分布区皮肤感觉皆无改变。这是本病的唯一诊断依据。由于盆腔内脏器由植物神经分布,副交感神经通过第2、3骶节,盆腔内病变常有骶部牵涉性隐痛,但无皮肤感觉改变。对女性患者应特别注意询问有无盆腔病史。

需要注意的是,臀中皮神经痛多数为单发,少数为两侧,或合并有下腰部肌肉与骨关节劳损、臀外侧与臀下皮神经痛等。因此,对下腰部疼痛的病例,必须做全面检查,以免漏诊[2]。

3.2 病因

要了解皮神经痛产生的原因,有必要认识该神经的形成、走行、分支及分布特点[3-6]。臀中皮神经起自第1、2、3骶神经后支,由相应脊髓骶节发出前后根,在椎管内下行,依次穿出硬脊膜囊,至骶管内皆位于硬脊膜外间隙中,前后根连合后即分成前后支,分别出骶前孔和骶后孔。上三个骶神经后支分别出第1、2、3骶后孔,在此处为骶棘肌覆盖,于骶骨背面相互连接成袢。由袢分支至骶结节韧带外面,臀大肌深处,再相互连接成袢。再由此浅部神经袢分出分支,常为3支,于髂后上棘至尾骨尖的连线上穿出臀大肌至皮下,分布于骶骨背面一侧的皮肤。

如果神经根部受累,如腰骶椎间盘突出症,即应有受累神经根(常为第1骶神经)分布区症状,在该节段分布区内出现疼痛(坐骨神经痛),或有皮肤刺痛改变,一般仅为位于小腿后面中部有限范围,不出现该节段的全范围,极少可有第1、2、3骶神经3支同时受累的情况,可以由此鉴别。如果病变在骶管内,神经根汇合分成前后支以前的部分受累,虽然有可能同时累及第1、2、3骶神经,但必为前后支同时出现症状,除后支臀中皮神经分布区以外,尚应有前支股后皮神经及其分支臀下皮神经与会阴支(第1、2、3骶神经)与阴部神经在外阴部受累的症状。检查一下臀部下分、股后上部及小阴唇即可分辨。本组病例中,少数臀中皮神经痛的病例,合并有股后皮神经痛,或也包括其分支臀下皮神经及会阴支痛,检查小腿后面的腓肠神经(第1、2骶神经)无异常,可以确定排除神经根病变。如果检查时可以排除此类可能以后,分析臀中皮神经痛的原因,仅可能是在神经根分成前后支以后后支出骶后孔处或穿出该孔以后的部分。按上述神经出骶后孔以后的行径,病变处最大可能是在出骨孔处受到卡压所致,此处有致密结缔组织,易卡压到神经。再往浅层神经通过处皆为疏松蜂窝组织及肌肉,致病的可能性很小,神经穿出臀大肌浅面筋膜处虽可受累,但远不如在出骨孔处受累的可能性大。受累的神经是否为第1、2、3骶神经后支同时受累,仍然值得探讨。从上述的解剖学特征看,3支骶神经后支在骶骨背面及臀大肌深处两次交织成袢,分支至皮肤时,在分布区内皆可能含有3支的纤维,不论哪一支在骶后孔处受累,疼痛及封闭后查体所见,皆会表现在3支的全部分布区。因此,治疗时上三个骶后孔处皆应封闭。

[参考文献]

[1] 许凤琴,高湘伟,苑继承,等.臀中皮神经痛诊治的解剖学基[J].局解手术学杂志,2004,12(5):309.

[2] 苑继承,许凤琴.外科门诊技术手册[M].北京:人民军医出版社,2006.449.

[3] Hollinshead WH. Anatomy for surgeons[M]. 2nd ed. New York: Harper and Row Publishers, 1971.679.

[4] 金绍岐.实用外科解剖学[M].第2版.西安:世界图书出版社西安公司,2007.

[5] Gray H. Anatomy: descriptive and surgical[M]. 15th ed. Toronto: Chancellor Press, 1994.769.

[6] 金绍岐,许凤琴,苑继承,等.糖皮质激素注射治疗皮神经痛2 332例分析[J].局解手术学杂志,2010,19(2):114-116.

(编辑:蒋登金)