臀上皮神经痛245例临床分析

许凤琴,苑继承,樊永卫,程 琰,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** 探讨臀上皮神经痛的诊断和治疗方法。**方法** 收集门诊软组织病痛患者中确诊为臀上皮神经痛患者245例进行回顾性分析。根据疼痛部位及性质、查体所见,分析原因可能是臀上皮神经3支分支在髂嵴上方及骶棘肌外缘附近穿过胸腰筋膜处以及跨过髂嵴下行处受到卡压所致。使用强的松龙30 mg加2%利多卡因10 mL加生理盐水5 mL的混悬液,注射至上述部位。1周后不愈者再注射1次。**结果** 所有病例在注射后止痛,约10 min左右检查神经分布区痛觉消失。数小时或1~2 d后疼痛再现者均较前减轻。绝大多数病例1周后痊愈,少数病例经2~3次注射后痊愈。**结论** 对查体疑为臀上皮神经痛的病例,采用强的松龙加麻药局部注射,如果注射后能立即止痛或使疼痛明显减轻,即可证实诊断无误。此治疗方法简便易行,疗效显著可靠,可以作为此病的首选治疗方案。

[关键词] 臀上皮神经;神经痛;糖皮质激素;局部注射

[中图分类号] R745 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)02-0106-02

Analysis of 245 cases of superior cluneal nerve neuralgia

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

Abstract: Objective To introduce the experience in diagnosis and treatment of the superior cluneal nerve neuralgia. **Methods** Totally 245 patients with superior cluneal nerve neuralgia were analyzed respectively. Based on position, characteristics and physical check, we supposed that they might be made by the three branches of superior cluneal nerve being pressed near the iliac crest and external sacrospinalis, where these nerves passed through thoracolumbar fascia and iliac crest. The mixed solution were injected at the pain position, which included 30 mg prednisolone, 10 mL lidocaine(2%) and 5 mL normal sodium. Once again a week later if the pain continued. **Results** The pain disappeared in all patients, analgesia after 10 minutes within the innervate areas. Several hours or 1~2 day later, the pain reduced. Most patients healed after a week, a few cases need 2~3 injections. **Conclusions** Local injection with prednisolone and lidocaine is effective to superior cluneal nerve neuralgia, and it is the first choose for convenient process and reliable curative effect.

Keywords: superior cluneal nerve; neuralgia; glucocorticoid; local injection

下腰部疼痛为常见病,但诊断与治疗常有困难。臀上皮神经痛或称卡压综合征,为下腰部疼痛的常见病因,但一般很少获得确诊,有关文献报道较少[1]。本文回顾性分析245例臀上皮神经痛病例,探讨该病的诊断和治疗方法。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组收集2001年10月至2009年9月臀上皮神经痛患者245例。病史短者数周,长的有数年。多为下腰部持续隐痛,有阵发加剧,少数有股部不定部位疼痛。部分病例活动时疼痛加剧。绝大多数病例为单侧病变,少数为双侧或同时伴有他处无关联的皮神经痛。多种方法治疗无效。

查体所见:所有病例无一般行动障碍,脊柱无变形及叩压痛,两侧骶棘肌腰部无压、叩痛,腰骶关节及骶髂关节无叩痛,臀部肌肉无压痛。臀上皮神经分布区皮肤有针刺痛觉改变,多为过敏,病程久者多为迟钝。相邻的第12胸神经及第1~3腰神经后支的内支在脊柱旁的皮肤分布区、臀中、外侧、下皮神经分布区以及腹股沟部和股前部皮肤感觉均正常[2]。部分病例在骶棘肌外缘稍内、髂嵴上缘有压痛。

1.2 治疗方法

本组病例选用强的松龙30 mg加2%利多卡因10 mL加生理盐水5 mL的混悬液,分2点或3点进针,注射部位在臀上皮神经内、中、外3支穿出胸腰筋膜处[3],对于慢性病例再辅以大剂量维生素C及B族维生素口服。注射方法:病人弯腰,先摸清髂嵴画线,再摸清骶棘肌外缘画线。在骶棘肌外缘线内侧约1 cm的引线上,先平髂嵴定内支点,此点距后正中线应在8~9 cm之间。而后再在此点上方约1.5 cm及3 cm处各定一点,或仅在上方2 cm处定一点。在下位点与皮肤面垂直进针至触及髂嵴骨面即可注入7~8 mL药液。在中、上位点进针至皮下组织深处,至触及胸腰筋膜与背阔肌腱融合的部分,各注入2~3 mL药液至其浅面,再穿过筋膜进入骶棘肌,各注入2~3 mL药液。如取两点进针法则在两点各注入7~8 mL药液。注射每

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

[通迅作者] 苑继承,E-mail: yjc1962@hotmail.com

[收稿日期] 2009-12-25 [修回日期] 2010-01-15

一点时最好将针尖在筋膜浅深处及四周稍做移动,将注射的范围扩大些。特别是采取两点进针的方法时,要将向上注射的范围扩大一些,不致于遗漏3支皮神经位点。

2 结果

本组所有病例原疼痛症状皆在注射后10 min左右消失。3~6小时或1~2 d后疼痛再现者,均较前减轻。185例患者1周内痊愈,53例患者1周后未痊愈再注射第2次,注射第3次者仅7例。采取3点进针和2点进针法,效果无差异。

3 讨论

3.1 病因

关于臀上皮神经痛的病因,有学者认为是神经在穿过胸腰筋膜处受到卡压所致[3-5]。臀上皮神经发自第1~3腰神经后支,穿过骶棘肌的外侧份,分支至脊柱旁的皮肤,主干在胸腰筋膜后层深处分支交织成伴[6],再穿过胸腰筋膜,向下跨过髂嵴,分布于臀部上中部的皮肤。第1~3腰神经前支参与组成腰丛。如果神经受卡压的位置在椎间孔未分成前后支以前的部分,痛觉改变应包括发自腰丛的髂腹股沟神经、股外侧及股前皮神经。本组患者股部皮肤均无异常,即可确定仅是后支受累。同时,无脊柱旁第12胸神经后支、第1~3腰神经后支皮肤分布区症状。神经通过骶棘肌的部分不易受到卡压。由此确定,神经受累的部位只能是在穿过胸腰筋膜处。有学者[5]报道在手术中发现臀上皮神经内支有一段走在髂嵴上缘与胸腰筋膜所形成的骨纤维性管道中,松解后治愈。尸体解剖也发现内支与此相同[7],中、外支通过胸腰筋膜的开口或槽。表明神经在穿过胸腰筋膜处极易受累。

3.2 诊断与鉴别

先排除其他可致腰痛的常见病,如腰肌劳损、腰骶关节劳损或腰椎间盘突出症等,最后以皮神经分布区刺痛改变为诊断的依据。同时可通过局部注射治疗数分钟后疼痛消失或明显减轻可以确定诊断。本组病例多是在他处误诊为腰肌劳损、腰骶关节劳损或腰椎间盘突出症等常见病。前两类病变疼痛性质及部位与神经痛不同,无神经症状。腰椎间盘突出症多发于第4、5腰椎之间及第5腰椎与第1骶椎之间,可能受压的神经根是第5腰神经及第1或2骶神经,很少压迫第4腰神经。第5腰神经受压症状在小腿外侧中部,第1骶神经在小腿后面中部,皆为有限区域而不是该节段的全部,与第1~3腰神经无关。所以,鉴别的依据是要熟悉各皮神经的分布区及脊髓各节段的体表生皮节。本组病例在他处误诊原因,可能是不熟悉腰骶部的局部解剖和经验缺乏。建议凡下腰部疼痛的病人,应考虑到臀上皮神经痛。

至于病变时是否为第1~3腰神经的3支同时受累,则难以具体判断。第12胸神经到第3腰神经的后支在胸腰筋膜深处相互交织形成神经丛,而后成几束神经穿过该筋膜,下行跨过髂嵴。每一束与每一节段神经已不相当,而含有2节或更多节段的神经纤维[6]。因此,1支、2支或3支的病变,在体表的分布区内疼痛的范围及查体与麻醉后所见皆相同,难以确定为1支、2支或3支的病变。

3.3 治疗方法和效果

对臀上皮神经痛的治疗,有学者[4-5]认为臀上皮神经痛病例通过手术解除卡压组织,治疗效果良好。也有学者[3,8-9]认为局部注射皮质激素,效果良好。本组245例皆采取糖皮质激素注射治疗,效果较满意。在采取注射治疗方法时,必须在骶棘肌外缘内侧、髂嵴以上,采取2点或3点进针,将神经丛、筋膜及3束神经皆注射到[10]。

[参考文献]

[1] 许凤琴,苑继承,金绍岐. 臀部外侧皮神经痛的病因和治疗[J]. 局解手术学杂志,2005,14(1):31-32.

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

[3] Akbas M, Yegin A, Karsli B. Superior cluneal nerve entrapment eight years after decubitus surgery[J]. Pain pract,2005,5(4):364-366.

[4] Maigne JY, Doursounian L. Entrapment neuropathy of the medial superior cluneal nerve. Nineteen cases surgically treated, with a minimum of 2 years follow up[J]. Spine (Phila Pa 1976), 1977,22(10):1156-1159.

[5] Berthelot JM, Delecrin J, Maugars Y, et al. A potentially underrecognized and treatable cause of chronic back pain: entrapment neuropathy of the cluneal nerves[J]. J Rheumatol, 1996,23(12):2179-2181.

[6] Aizawa Y, Kumaki K. The causes and the segmental origins of the cutaneous branches of the thoracic dorsal rami[J]. Kaibogaku Zasshi, 1996,71(3):195-210.

[7] Lu J, Ebraheim NA, Huntoon M, et al. Anatomical consideration of superior cluneal nerve at posterior iliac crest region[J]. Clin Orthop Relat Res, 1998,(347):224-228.

[8] Aly TA, Tanaka Y, Aizawa T, et al. Medial superior cluneal nerve entrapment neuropathy in teenangers: a report of two cases[J]. Tohoku J Exp Med, 2002,197(4):229-231.

[9] Talu GK, Ozyalcin S, Talu U. Superior cluneal nerve entrapment[J]. Reg Anesth Pain Med, 2000,25(6):648-650.

[10] 陈德松,陈 琳,薛 峰. 颈神经根下压引起的肘外侧顽固性疼痛[J]. 中华手外科杂志,1999,15(1):14-16.

(编辑:余汇洋)