维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol. 13, No. 5

臀中皮神经痛诊治的解剖学基础

许凤琴，高湘伟，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** 介绍臀中皮神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为臀中皮神经痛的患者13例，其中3例病人为双侧，采用强的松龙混悬液加麻药局部注射骶神经1、2、3后支穿出骶后孔处的治疗方法。**结果** 所有病例皆在注射后完全止痛，少数病例1周后痊愈，多数病例经2次注射后痊愈，1例经3次注射后痊愈。**结论** 对诊断明确的病例，采取强的松龙混悬液局部注射的方法，可以获得满意的疗效。

[关键词] 臀中皮神经痛；局部注射；强的松龙
[中图分类号] R322.85；R45 [文献标识码] A [文章编号] 1672－5042(2004)05－0309－02

Anatomical bases for diagnosis and treatment of middle clunial nerve neuralgia

XU Feng-qin, GAO Xiang-wei, YUAN Ji-cheng, JIN Shao-qi
(Xijng Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, China)

Abstract: Objective To introduce the methods for the diagnosis and treatment of the middle clunial nerve neuralgia. **Methods** Sixteen sides of 13 cases of middle clunial nerve neuralgia confirmed clinically in outpatients were selected and treated by local injection of prednisolone suspension plus local anesthetic to the posterior divisions of the upper three sacral nerves emerging from the posterior sacral foramina. **Results** Pain in all cases was stopped immediately after injection for a short time. One case was recovered after one week, but most of them recovered after two injections. A few of them recovered after three injections. **Conclusion** Local injection of prednisolone suspension is an optional method with satisfactory results for the treatment of clinically confirmed middle clunial nerve neuralgia.

Keywords: middle clunial nerve neuralgia; local injection; prednisolone

臀中皮神经痛在临床并不罕见，但是迄今尚未见教科书有所描述，文献中亦未有报道。我科自三年前开展对神经痛的诊治以来，所遇此种病例约占神经痛的总病例数的4%。本文从臀中皮神经的解剖特点，分析病因及诊断依据，对诊断明确的病例，针对病因，采取强的松龙混悬液加麻药局部注射神经穿出骶后孔处的治疗方法，取得了良好的效果。

1 资料与方法

1.1 应用解剖

1.1.1 骶骨 五节骶椎融合成一块骶骨，略呈三角形，上宽下窄。背面中线上有4个棘结节，合而形成骶正中嵴。第1、2棘结节之间常有明显的凹陷，体表可以明显触及。第2～4棘结节则分开不明显。骶正中嵴的外侧有略高的骶中间嵴。再外侧有骶后孔。骶后孔有4对，各与骶骨前面的骶前孔相对而相通，并均与骶管相通。

1.1.2 骶部软组织 此部软组织由浅入深为皮肤，皮下组织，深筋膜，胸腰筋膜后层与背阔肌起自骶骨的腱膜相混的一层，骶棘肌起自骶骨背面部分的腱膜与肌肉。

1.1.3 骶神经 骶神经有5对。背根神经节皆位于骶管内。前后根连合后分为前后支。前支出骶前孔，至骨盆内形成骶丛。第1～4骶神经后支出骶后孔，第5骶神经出骶管裂孔。第1～3骶神经出骶后孔处为骶棘肌覆盖，随即分为内、外支。内支小，供应骶棘肌。上下外支之间在骶骨背面相互连接成袢。由袢分支至骶结节韧带外面，在此处再相互连接成袢，位于臀大肌深面。外支即由后一袢分出，常为3支，在由髂后上棘到尾骨尖的连线上穿出臀大肌至皮下，分布于臀部内侧中线外约一横掌宽范围的皮肤；外与臀上皮神经分布区相接；上达第5腰椎平面，与第3腰神经分布区接邻，第4、5腰神经不分布于腰部皮肤；下达第4节骶椎平面。第4、5骶神经不分内外支，皆与尾神经相连，分布于尾骨部皮肤[1-2]。

1.2 臀中皮神经痛的临床表现

1.2.1 病例数 本组共13例16侧，12例为女性，1例男性，年龄27～65岁。

1.2.2 症状 大部分患者主诉为下腰部隐性疼痛。个别主诉为腰骶部困、凉等不适感觉，无明显疼痛。病程皆较久，数周至数年不等。尚未遇有急性剧痛的患者。

1.2.3 诊断体征 查体所见，仅为在上述臀中皮神经分布区内刺痛感觉均匀减退，很少为敏感。无其他相邻神经分布区感觉改变，如有，即应为同时伴存的病变。无腰骶关节病变体征。下肢无坐骨神经痛的有关体征，如有，即应为同时并存的病变。

[作者简介] 许凤琴(1964－)，女，陕西省渭南市人，主管护师，本科，从事神经痛治疗方面的研究。电话：(029)3375505

[收稿日期] 2004－05－18 [修回日期] 2004－07－14

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.5

1.3 治疗方法

根据以往报道的其他皮神经痛的特征[3-6]分析，病因可能是在神经的行程中某处受到刺激或卡压所致。按臀中皮神经的起源及行径，无前支病变，受卡压的部位只能在后支分出以后的行程中，可能有两处，一处是在神经出骶后孔处，另一处是在穿出臀大肌浅面的深筋膜处。结合此两处神经周围相邻的结缔组织性质，以出骶孔处受卡压的可能性最大。据此，采用第1～3骶后孔注射的方法进行治疗。在注射之前先行定位。患者坐位屈腰，摸清两侧髂嵴最高点以定位其连线间的第4腰椎棘突，再依次定位下方的第5腰椎棘突、第1骶椎棘结节与第2骶椎结节。在体型较瘦的患者容易确定，但在较肥胖患者则有时较难。第1骶后孔位于第1、2骶椎结节之间的水平线上，距正中线平均3 cm。第2骶后孔位于第1骶后孔下方约2 cm，第3骶后孔位于第2孔下方约2 cm，但皆逐渐偏内。3孔皆位于由髂后上棘至尾骨尖的连线上。定位并标记以后，准备强的松龙混悬液1.2～1.5 ml(30～37.5 mg)，加1%普鲁卡因或2%利多卡因15 ml。骶后孔距皮肤深度，一般是愈下位愈浅，用普通7号短针头即可；在肥胖者，特别是女性，皆较深，7号短针头有时不够长，宜用9 cm长针头。注射时垂直进针，穿过腰背阔肌与骶棘肌起始部腱膜及肌肉时可有针感。抵达骨面时，如为骶后孔可有致密结缔组织的针感。如仅为骨面，则表示距孔稍远。注意骨孔是在骨面凹陷中的孔洞，提针再次变更方向寻找骨孔或凹陷部，可有致密结缔组织针感，深入少许注射药液即可。如进入骨孔过深，到骶管内，或骶前孔，应将针略回抽。同法下针3个骶后孔，各注入药液约5～6 ml。一次仅注射一侧，对双侧病变者，1周后再注射另一侧。

2 结果

本组所有病例皆采取相同方法注射。经骶后孔注射药液后观察，数分钟内即完全止痛或原症状消失，3条神经分布区内完全麻木。部分患者1次注射后即痊愈，多数经2次注射，间隔1周，而后痊愈。仅1例经3次注射后痊愈。双侧患者，一侧痊愈后再注射另一侧，或交替进行。尽管对经治疗的患者缺乏长期随访观察，但未见来本院再就医者。

3 讨论

3.1 病因分析

从治疗效果看，本文认为对本组病例的病因推测基本是正确的，至于是否存在其他原因，可视患者的具体情况判定。

3.2 诊断与鉴别诊断

3.2.1 诊断体征　确定臀中皮神经痛的诊断，首先要根据上述有关的解剖学特点，测定感觉改变的范围与神经的分布区一致，这是诊断性体征。

3.2.2 鉴别诊断　患者主诉常不明确，检查时首先应排除脊柱及腰肌病变等常见的腰骶部病变。检查棘上及棘间韧带，两侧腰骶关节，骶髂关节等有无叩压痛。如查无此类病变的任何可疑体征，即应检查臀中皮神经分布区的痛觉情况，因为此类病变皆不出现第1、2、3骶神经后支分布区痛觉均匀改变的体征。可依此鉴别。

需要鉴别的另一类病变是坐骨神经痛。此病的原因较多，但患者主诉主要有一侧下肢后面及臀部痛。坐骨神经由第4、5腰神经和第1、2、3骶神经前支分支组成，各神经根或神经本干在行程中任何部位受到刺激时皆可产生坐骨神经痛，有时在前支的分布区内出现因某一支病变分布区内痛觉改变的体征，但不会出现臀中皮神经分布区的感觉改变，如有改变，也是同时并存的病变。任何病变如果累及第1、2、3骶神经前支，则可能在后支的分布区出现牵涉性疼痛。但是，此类病例也不会出现后支分布区刺痛改变的体征，可依此鉴别。此外，对于初步疑为臀中皮神经痛的患者，尚须检查股后皮神经(第1、2、3骶神经前支)分布区有无感觉改变，如有则应进一步检查排除神经根未分前后支以前至脊髓的范围内的可能病变。

除上述两方面病变需要鉴别以外，在女性尚须注意与盆腔内病变相鉴别。盆腔内脏器的植物神经供应，通过盆内脏神经进入第2、3或2、3、4骶神经前支，到达脊髓内的相应节段，患盆腔病变时即可产生后支的分布区内牵涉性疼痛，但是也不会出现刺痛改变的体征，可依此鉴别。

3.2.3 可能同时存在其他病变　上述需要注意鉴别的若干其他病变，可能有某种与臀中皮神经痛同时存在者，不能忽略。

3.3 治疗方法问题

关于治疗方法，本文仅试用上述方法，因有显著疗效而未再考虑其他方法。是否属于最佳方法，则有待进一步对比研究。

[参考文献]

[1] 金绍岐. 实用外科解剖学[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987.642.678.
[2] Gray H. Anatomy: Descriptive and Surgical[M]. 15th ed. Toronto: Chancellor Press, 1994.769.
[3] 高湘伟，王润侠，许凤琴，等. 隐神经痛诊治的解剖学基础[J]. 局解手术学杂志，2003，12(2)：112－113.
[4] 许凤琴，高湘伟，路 文，等. 腓浅神经痛诊治的解剖学基础[J]. 局解手术学杂志，2003，12(3)：180－181.
[5] 樊永卫，许凤琴，金绍岐. 闭孔神经痛诊治的解剖学基础[J]. 局解手术学杂志，2003，12(2)：110－111.
[6] 苑继承，许凤琴，王润侠，等. 腓肠外侧皮神经痛诊治的解剖学基础[J]. 局解手术学杂志，2003，12(3)：182－183.

(编辑：余汇洋)