维普资讯 http://www.cqvip.com

三、诊断依据：患者主诉的疼痛范围及查体所见的感觉异常区域局限于臀上皮神经的分布区全部，别无其它阳性体征。

四、治疗方法：对确诊为臀上皮神经痛的患者，分析病因可能是神经在穿过背阔肌腱膜与胸腰筋膜后叶的部分受累所致。据此采用1%利多卡因或1%普鲁卡因10 ml + 强的松龙混悬液25 mg局部注射法。患者取坐位，俯伏在椅子背上，先在体表作好髂嵴与骶棘肌外缘的标志，在髂嵴下方1 cm处进针，注意此处皮下有较厚的腰臀脂肪块，针触及髂嵴后再向上偏外沿骶棘肌外缘进针，碰到背阔肌腱膜后在其浅面及深面均匀浸润注射，向上范围不少于上下7 cm，要求能将3条神经穿出腱膜处完全包括在内。

结　果

注射后检查神经分布区的感觉情况，数分钟后即出现麻醉效果。近一年来，先后注射20余例病人，多数经1～3次注射后痊愈，少数失访。

讨　论

根据一年多的诊治经验，本文认为，治疗效果如何，主要取决于正确的诊断与准确的注射方法，正确的诊断必须为严格明确臀上皮神经分布区全部的感觉改变，且无其它混杂的症状与体征。判断神经病变的原因是在行程中某一处受到外在改变的刺激所致，而很少可能是神经本身的炎症。任何可以产生挤压神经的改变皆可引致神经痛。按神经的行径及邻属，分析最大可能出现的外在刺激是背阔肌腱膜及腰背筋膜，神经行程中的其它邻属关系，如骶棘肌一般不会构成对神经的刺激。神经跨过髂嵴处一般不紧贴，受到刺激的可能性也不大。早先有些医生采取沿髂嵴注射的方法，药物相同，效果不理想。作者改变了方法以后，疗效明显改观。

鉴别诊断方面，应注意与其它常见病变鉴别。常见的是下腰部脊柱骨骼病变、肌肉劳损或偶见的髂骨病变。此类病变虽有一侧下腰部疼痛的病史，除可查到相关症状以外，不会出现神经分布区的痛觉改变的体征，至于相邻的臀部其它神经痛，可依其分布区鉴别。此外，尚须注意的是对臀上神经痛要排除中枢性病变。此神经发自腰1、2、3后支。腹股沟部及股前面与外面由腰1、2、3前支分布，查无改变者即可确定诊断；如有痛觉改变的体征，则表明病变是神经在椎间孔中未分成前后支以上的一段，甚至于在脊髓，此类情况下局部注射无效。

参 考 文 献

1. 金绍岐. 实用外科解剖学. 西安：陕西科学技术出版社，1987.181.184.192.
2. Gray H. Anatomy: descriptive and surgical, 15th ed, Toronto: Chancellor press, 1994.759.762.

（收稿日期：2002-05-21）

·个案与短篇·

手术器械压力蒸汽灭菌后不合格现象浅析

魏静蓉* 李 彬* 张 渝* 张琦霞* 施建辉*

手术器械灭菌是医院灭菌工作的重要内容，也是控制医院感染的重要环节，其灭菌质量的好环直接影响着外科医疗效果。压力蒸汽灭菌法因具备灭菌彻底、灭菌周期短和无残留毒性等优点，是手术器械灭菌的首选方法。但是，在灭菌工作中，常会遇到一些器械包经压力蒸汽灭菌后，却出现不合格现象而无法正常使用，影响了手术的顺利进行。作者通过多年的灭菌工作经验，对不合格器械包进行归类分析，并作出相应的改进措施，以供同行参考。

一、湿包即含水量超过3%或手感潮湿的包裹称为湿包，不能作为无菌物品使用。器械包局部潮湿，其它部位较干燥，灭菌器无故障，原因是：1. 灭菌时放置不正确。此类湿包主要出现在体积较大的器械包上，如骨科脊柱器械包、超声刀器械包等，在灭菌时，饱和蒸汽接触到器械上发生液化作用，在器械上形成冷凝水并积聚到器械包的底部，如果器械包放置不正确就会导致冷凝水无法排出而浸湿下面部位，形成湿包。预防措施：将体积较大的器械包侧放于灭菌器载物架的外层，长筒形器械包应倒放，角度以不积水为宜。2. 灭菌后存放不当。灭菌

（下转318页）

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学西南医院设备科

维普资讯 http://www.cqvip.com

人在髂前上棘内侧有压痛[3]。

三、诊断依据：自觉疼痛及查体感觉改变的范围与股外侧皮神经的分布区完全相同。不管病程长短，无任何髋、膝关节及股部肌肉病变的体征。

四、治疗方法：对明确诊断为股外侧皮神经痛的患者，作者分析病变部位有两处：一是通过腹股沟韧带处，二是穿过股部阔筋膜处，但以前者可能性较大，神经在此处较易受到刺激。据此采用1%利多卡因或1%普鲁卡因10 ml + 强的松龙混悬液25 mg局部注射。患者取平卧位，在髂前上棘内下1 cm处可摸清腹股沟韧带，在韧带下方1.5 cm处进针，以45°向上内碰到腹股沟韧带后注入少许药液。再穿过韧带浸润性注射2～3 ml药液；而后抽针回皮下，经韧带深处，向脐方向深入边进边推药。如此可使神经通过处的韧带及粘附的髂腰筋膜皆浸润到，以使之软化，消除其可能存在的纤维织炎，解除对神经的挤压。

结　果

注射后检查该神经分布区感觉情况，以确定注射部位是否准确。若注射无误，数分钟即可出现麻醉效果。近一年来先后注射40余例病人，绝大多数病人效果良好。病史在一周左右的多在一次注射后痊愈。病史长的多经2～3次注射后痊愈。少数病人失访。

讨　论

根据作者的经验认为，治疗股外侧皮神经痛成功的关键在于正确的诊断与准确的注射方法。正确的诊断根据是解剖学特有的临床症状与体征，必须是严格明确的股外侧皮神经分布区，且无其它任何混杂的症状与体征。在鉴别诊断方面主要是与神经根受刺激的病变相区别。神经走在髂筋膜后面的行程中不易出现外来刺激，但偶见的肿瘤不能完全排除，此类情况下症状应以肿瘤为主，不难查见。如病变在进入腰丛的腰神经前支，则应尚有其它腰2、3前支分布区的症状，如股前皮神经分布区。如果病变是在各神经根未分支以前的部分，则应同时有后支分布区的症状。关于腰椎间盘突出等类骨性病变刺激所引起的疼痛，多以腰骶部疼痛为主，在相应神经根分布区内有感觉改变，出现在相应的脊髓节段分布区的中部而不是某一神经分布区的全部，肌腱反射降低，并有神经根牵扯症状，Lasege征阳性，椎间隙变窄，CT扫描或MRI可见髓核突出。此类病变多发生在下腰部，不会出现腰2、3分布区的症状。

对于股外侧皮神经痛的治疗，早先有手术治疗的方法，将该神经与腹股沟韧带及上方一部分髂筋膜分离开来，消除韧带及或有腹横肌起自髂筋膜者收缩时对神经的刺激。作者曾于十多年以前开始试用强的松龙局部注射疗法，效果良好，近年来才广泛应用，看来在一般情况下，似乎可以取代手术。关于注射方法，一般情况下按上述方法进行，可无大问题。但须注意，神经通过腹股沟韧带处至髂前上棘的距离，在少数情况下，可能远于1.5 cm以上，若遇过远者药液即难于浸润到神经受刺激的部位，效果不佳或无效。对每一具体病例的实际情况，只有在注射时适当向内下扩大浸润范围，或者在一次注射无效以后，下次在更内下方注射。在所遇到的病例中，在上述固定部位注射后，均奏效，表明尚无过远者。

参 考 文 献

1. 金绍岐. 实用外科解剖学. 西安：陕西科学技术出版社，1987. 528. 792.
2. Gray H. Anatomy: descriptive and surgical. 15th ed Toronto: Chancellor press, 1994. 762.

（收稿日期：2002-05-21）

（上接316页）

后的器械包温度较高，取出时若直接存放在光滑的金属或玻璃台面上，就会使接触台面部位因温度骤降而产生冷凝水浸湿接触部位。预防措施：在光滑台面上垫一层清洁、干燥的布巾或吸水纸，然后将灭菌后的器械包放置在布巾或纸上即可。

二、灭菌化学指示卡变色异常，不能准确判定器械包是否灭菌合格。化学指示卡放置在器械包的内部，灭菌后色带由米白色变为黑色判定为灭菌合格，但部份器械包内的指示卡灭菌后色带模糊，并且伴有银白色的斑块，其原因是化学指示卡放置不当。当化学指示卡直接与器械接触时，在灭菌状态下器械上的冷凝水就会浸湿指示卡，致使指示卡色带上的物质化学成份发生变化，失去了变色指示功能。预防措施：避免化学指示卡直接触到器械，需用干燥的纱布或吸水纸包裹后再放入器械包内。

三、器械受损或变形，器械包在灭菌后有时会发生器械损坏或变形情况，致使器械丧失使用功能，如拉钩、管锯等，不但影响手术的进行，还造成不必要的损失。原因：包装不当或器械包挤压所致。器械包普遍较重，在装卸时容易受到重压，易损的器械若包装不合理，就会因外力影响而造成损坏或变形。预防措施：将易损器械先固定在通气性良好的又具有保护作用的容器内，然后再将容器进行包装；器械包在装卸时不得挤压过紧，堆码不超过两层。特殊器械包应注明注意事项，并作醒目标记。

（收稿日期：2002－10－26）