维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.4



# 股后皮神经痛诊治的解剖学基础

## （系列报道之十）

马宁侠* 许凤琴* 高湘伟* 朱爱侠* 金绍岐*

【摘 要】 **目的** 介绍股后皮神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为股后皮神经痛的患者9例，采用强的松龙混悬液加局部麻药的局部注射神经通过臀大肌下份深处的治疗方法。**结果** 所有病例皆在注射后短时完全止痛，多数病例一周后痊愈，少数经2次注射后痊愈。**结论** 对诊断正确的患者，采取强的松龙局部注射法，可以获得满意的疗效。

【关键词】 股后皮神经痛；局部注射；强的松龙

**Anatomical bases of diagnosis and treatment of the posterior femoral nerves neuralgia** *Ma Ningxai, Xu Fengqin, Jin Shaoqi, et al. Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University, Xi'an* 710032

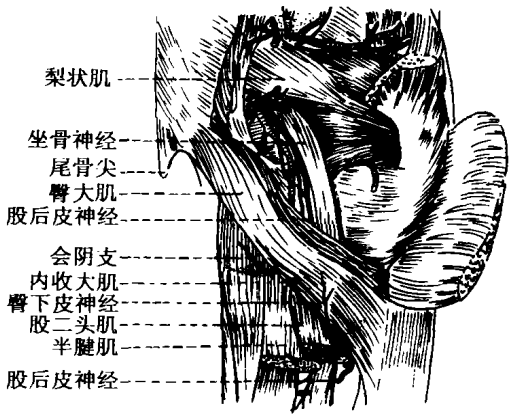
【**Abtsract**】 **Objective** To introduce the diagnosis and treatment of the posterior femoral cutaneous nerves neuralgia by method of local injection. **Methods** 9 cases of certain diagnosed posterior femoral cutaneous nerves neuralgia in out patient department were seleced and treated by local injection of prednisolone plus local anesthestic to the nerves where it passes under the lower portion of the gluteus maximus muscle. **Results** In all cases pain was relieved immediately after injection for a short time. Most of the patients recovered after one week. Less of them recovered after second injection. **Conclusion** To the certain diagnosed posterior femoral cutaneous nerves neuralgia local injection of prednisolone is the method of choice. Best effect could be obtained.

【**Key words**】 Posterior femoral nerves neuralgia; Local injection treatment; Prednisolone

股后皮神经痛不常见，易被误为坐骨神经痛。本文从该神经的起源、行径、邻属及分布，探讨神经痛的病因、诊断、鉴别诊断及治疗的解剖学基础，并介绍强的松龙注射该神经行经臀大肌深处的一段的治疗方法。

### 资料与方法

一、应用解剖：骶丛由腰4、5及骶1、2、3前支组成。股后皮神经又称小坐骨神经，由骶丛分出，含有发自骶2、3的纤维，经梨状肌下孔随坐骨神经及臀下血管神经出盆腔至臀部，在臀大肌深面沿坐骨神经内侧或浅处下降（附图），在股后正中线上股二头肌长头的浅面及股后固有筋膜深处，下行至腘窝下部穿出深筋膜，终末支沿小隐静脉下降，至小腿后面的中部。神经沿途分支穿出深筋膜，分布于股后面及两侧、腘窝及小腿上部后面皮肤，可与腓肠神经交通。股后皮神经在臀大肌深处发出会阴支及臀下皮神经[1,2]。会阴支分布于股后上部内侧的皮肤，本干在坐骨结节下方弯曲向前，穿出深筋膜至会阴部，在男性分布于阴囊后面，女性分布于大阴唇后1/3皮肤。臀下皮神经有2～3支，绕臀大肌下缘向上穿出深筋膜分布于臀部下份及外侧份皮肤。




**附图 股后皮神经分布**

二、临床表现：股后皮神经痛患者主诉一般皆为臀下部股后部阵发剧痛，呈刀割样或烧灼样，慢性者仅有酸痛，麻胀感，坐位即可诱发疼痛，故病人常取立或卧的姿势以减轻疼痛。近年来作者接诊9例病人，病史数日至数周不等。查体：在股后皮神经本干的分布区内全部皮肤对针刺敏感，慢性者略迟钝，有的患者另有臀下皮神经或更有会阴支分布区的体征，沿股后正中线上多有浅压痛，无肌肉压痛，臀部下份常有深压痛，屈髋伸膝检查阴性。

* 作者单位：710032 西安市第四军医大学西京医院门诊部

维普资讯 http://www.cqvip.com



三、诊断依据：股后皮神经主干或更有会阴支及臀下皮神经分布区内痛觉改变的体征，无脊柱、髋、膝关节、股部肌肉等病变的体征，是诊断股后皮神经痛的依据。

四、治疗方法：对明确诊断为股后皮神经痛的，分析病因乃是由于神经行程中某处受到刺激所致。从症状分析，神经病变处必然是在臀大肌下缘以上未分支或分支以后的一段。由于神经至皮肤的分支是在多处分出，通过深筋膜至皮下，本干至腘窝才穿出筋膜，因而神经在穿过深筋膜处受到挤压致病的可能性几乎没有。如果是神经在出梨状肌下孔中受到挤压类刺激致病，即必然尚有同出该孔的坐骨神经或臀下神经受刺激的症状，单独股后皮神经出现症状的可能性极小。神经在出梨状肌下孔下行的起始段位置很深，四周结缔组织较多，也不易致病。神经走近臀大肌下缘的行程中位置逐渐变浅，四周结缔组织渐少，比较易于受到臀大肌或坐位时的压力而致病。据此分析，作者皆采用强的松龙 25 mg 加 1% 普鲁卡因或 1% 利多卡因 10 ml 的局部注射法。患者俯卧，使其伸髋以确定臀大肌下缘。在股后正中线上，臀股皱襞稍下方进针，向上至触及深筋膜时即注入少量药液，然后向臀大肌深处进入，同时注入药液，至进入 6～7 cm 为止，可将股后皮神经主干及两分支皆浸润到药液。因进针不太深，皆未麻醉到紧贴在深处的坐骨神经。

## 结　果

注射后数分钟、疼痛消失，坐立姿势即不再致痛。半数病人一次注射后一周左右痊愈，少数注射二次后治愈，个别失访。

## 讨　论

股后皮神经痛不太多见，诊断虽不难，但易被误为坐骨神经痛。至于病因问题，我们所遇病例不多，尚难提出比较肯定的意见。Chutkow 报告过一例，病程 10 年，经手术探查，发现病因为臀下部围绕神经的异常静脉所致[3]。除这种偶见的异常以外，一般情况下，应注意与坐骨神经痛相鉴别；后者病因很多，表现不一，但皆不会出现股后皮神经分布区全部皮肤痛觉改变的体征。常见的下腰部椎间盘突出症，低位者常压迫到腰 5 或骶 1 神经根，不出现股后疼痛；严重的中部突出，压迫到马尾时，可能出现骶 2、3 神经根受到刺激的症状，此种情况下也不出现股后皮神经分布全区的皮肤痛觉改变。臀部及股后部任何其它软组织病变，必须注意检查排除。作者所遇到的病例，皆在排除此类病变的基础上确定诊断。考虑病因的最大可能所在而采取的治疗方法，不论神经本身受压的炎症或存在结缔织炎，皆可通过强的松龙的作用而将其治愈。

关于注射方法须注意的是应进针至臀大肌下间隙中，过浅进入该肌、或过深，皆不易浸润到股后皮神经，因体表标志不显，较难掌握。

## 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，1987.796. 818.
2. Gray H. Anatomy: descriptive and surgical, 15th ed, Toronto: Chancellor press, 1994.772.
3. Chutkow JG. Posterior femoral cutaneous neuralgia. Muscle Nerve, 1988,11(11):1146.

（收稿日期：2002-05-20）

·个案与短篇·

# 膀胱功能锻炼治疗产后急性尿潴留 400 例体会

高　平*　王　波*　赵本琴*

女性急性尿潴留是产后常见并发症，若不能有效治疗，给产妇身心带来一定痛苦和不良反应。自 1990 年至 2001 年间，我科对 400 例产妇采用膀胱功能锻炼治疗急性尿潴留，均收到良好效果，现将膀胱功能锻炼的方法和应用体会进行报告。

一、资料与方法

1. 临床资料：本组全为女性，年龄最小 25 岁，最大 28 岁，产后并发急性尿潴留时间 6～10 h 不等。

2. 分类：正常产（包括侧切）168 例，剖腹产 232 例。

3. 膀胱功能锻炼简介：第一天，留置导尿管，首次导尿少于 80 ml，夹闭尿管。2 h 后开放尿管，轻轻按压下腹膀胱区（关元穴），让过度膨胀之膀胱充分休息。第二天，完全夹闭尿管，每 4 h 开放一次，使膀胱逐渐收缩，让病人产生憋尿感。第三天，在上述基础上，用 1:5000 呋喃西林液冲洗膀胱。具体是每日冲洗 4 次，每次用药液 100 ml，拔出导尿管。

4. 第三天晚上 6 时，肌注催产素 10 U，溴化新斯的明 100

（下转 322 页）

* 作者单位：114032　辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科