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

臀上皮神经痛诊治的解剖学基础

(系列报道之八)

许凤琴* 革荣清* 王润侠* 路 文* 金绍岐*

【摘 要】 **目的** 介绍臀上皮神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为臀上皮神经痛的患者20余例，采用强的松龙混悬液加局部麻药局部注射神经穿过背阔肌腱膜与胸腰筋膜处的治疗方法。**结果** 所有病例皆在注射后短时止痛，多数病例一周后痊愈，少数病例经2～3次注射后痊愈，极少数失访。**结论** 对诊断正确的患者，采用强的松龙局部注射法，可以获得满意的效果。

【关键词】 臀上皮神经痛；局部注射；强的松龙

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the superior clunial nerves neuralgia *Xu Fengqin, Ge Rongqin, Jin Shaoqi, et al. Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University, Xi'an* 710032

【**Abstract**】 **Objective** To introduce the diagnosis and treatment of the superior clunial nerves neuralgia by method of local injection. **Method** Over 20 cases of certain diagnosed superior clunial nerve neuralgia in out patient department were selected and treated by local injection of prednisolone plus local anesthetic to the nerve where they pass through the aponeurosis of the latissmus dorsi muscle and the thoracolumber fascia. **Results** In all cases pain was stopped immediately after injection for a short time. Most of the patients recovered after one week. Less of them recovered after two or three injections. **Conclusion** To the certain diagnosed superior clunial nerve neuralgic case, local injection of prednisolone is the method of choice. Best effect could be obtained.

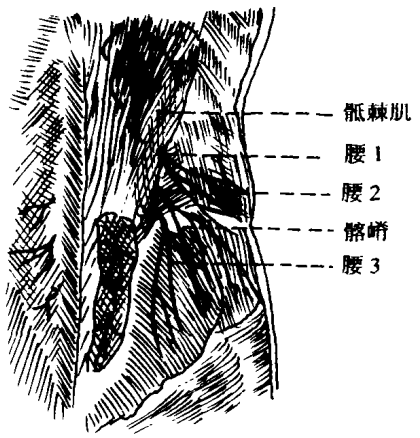
【**Key words**】 Superior clunial nerves neuralgia; Local injection treatment; Prednisolone

臀上皮神经痛不太少见。本文从神经的起源、行径、分布，探讨神经痛的病因、诊断、鉴别诊断及治疗的解剖学依据，介绍了强的松龙注射该神经穿过背阔肌腱膜处的治疗方法。

资料与方法

一、应用解剖：臀部皮肤神经供应来源较多。外侧份由胸12外侧支、髂腹下神经外侧支及股外侧皮神经后支的小支分布。下份由股后皮神经分出的臀下皮神经分布。内侧份由臀中皮神经分布，发自上三骶神经后支，一般为3支。上份及中部由臀上皮神经分布，由上三腰神经后支的外侧支形成，呈3支向外后穿过骶棘肌，出其外缘再穿过背阔肌腱膜与胸腰筋膜后层(两者在腰部的起始份相混)向下外斜行，跨过髂嵴的后部至臀部皮肤(附图)。

二、临床表现：本文治疗的臀上皮神经痛患者约20余例，主诉多为一侧下腰部疼痛，延及臀部，性质多为阵发性隐痛或剧痛，无碍活动。有的是在腰部活动时，如伸腰，可诱发或加剧，个别患者无疼痛而仅有麻木。查体可见臀上皮神经分布区对针刺痛感觉迟钝或过敏，其它相邻神经分布区感觉正常，无椎间盘突出症状，无腰部肌肉压、叩痛，无髋关节病变症状，无股外侧及前部神经症状。



附图 臀上皮神经分布(腰1,2,3后支)

* 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：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