维普资讯 http://www.cqvip.com

常对照为12 s),是正常对照的3.75倍,并且有肉眼血尿发生,齿龈及注射针眼均有出血现象,由于及时减少抗凝剂的用量,制止病情恶化。

2.7 出院指导

耐心向病人及家属讲清抗凝治疗的重要性,教会记录、复查PT值及使用服药剂量对照表,说明饮食和其它药物对抗凝药的影响等,嘱其终生坚持抗凝治疗,注意皮肤瘀斑,牙龈出血,女病人月经过多,尿血,便血,颅内出血甚至昏迷等特殊情况随时回院复查。

[参考文献]

[1] 李法荫,温剑虎,向小勇. 人工心脏瓣膜替换术后抗凝治疗并发症[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1994,10(4):17-19.

[2] 罗 军,朱晓东,萧明第,等. 心脏瓣膜替换术围术期死亡及并发症相关因素的临床分析[J]. 中国循环杂志,1996,11(3):159-163.

(编辑:兰阳军)

臂上外侧皮神经痛诊治的解剖学基础

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the upper lateral brachial cutaneous nerve neuralgia

许凤琴,苑继承,樊永卫,金绍岐
(第四军医大学附属西京医院门诊部,陕西 西安 710032)

[关键词] 臂上外侧皮神经痛;局部注射;强的松龙
[中图分类号] R322.85; R745 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)06-0392-01

臂上外侧皮神经痛并不罕见,容易与其它肩痛的疾患相混淆,常常不被注意而漏诊。有关诊治的报道较少。本文从该神经的起源、行径及分布,探讨其神经痛的病因、诊断和鉴别诊断的解剖学基础及治疗依据,介绍用强的松龙混悬液加麻药局部注射神经绕过三角肌后缘处的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 应用解剖

肌性标志:由肩峰向下,在上臂外部,三角肌呈现明显的肌性隆起。三角肌起自锁骨前缘外1/3、肩峰及肩胛冈的下缘,止于肱骨干中点外面的三角肌粗隆,呈三角形,覆盖肩关节的前、后、外三面,形成肩部的丰满外形。上臂的外展运动主要为三角肌的作用。在外展运动中,同时按上臂下部阻止时,即可明显摸清三角肌的后缘[1]。

腋神经:腋神经在腋窝内起自臂丛后束,含有颈5、6的纤维,先在腋动脉与肩胛下肌之间下行,向后绕过该肌下缘,紧邻肩关节囊下方,经小园肌下方至后部,分为前后支。前支绕肱骨外科颈向前,进入三角肌深面,分支供应此肌,终于其前缘,沿途分出皮支,穿过肌肉至其浅面下部内侧皮肤。后支向后至三角肌后缘,分支供应三角肌,末支为臂上外侧皮神经,穿过深筋膜,分布于上臂上部外面三角肌下2/3外面及邻近的肱三头肌长头浅面的皮肤。分布区在肩峰下方与锁骨上神经(颈3、4)相邻,在前面内侧与臂内侧皮神经(胸1、2)相邻,在下方与臂下外侧皮神经(颈5、6)相邻,与上下方的神经分布区间皆属相邻的脊髓节段而略有重叠[1-2]。

1.2 临床表现

本组15例臂上外侧皮神经痛患者主诉为臂上外部疼痛,或为肩痛,多为慢性间歇性,或有阵发加剧,肩部活动无影响,病程时间不定,无外伤史。查体:局部无压痛,肩部活动正常,且不影响疼痛,仅可查见上述臂上外侧皮神经分布区皮肤对针刺痛觉过敏或减退,病程短而疼痛较剧烈者常为过敏,病程久者常为迟钝。

1.3 治疗方法

按上述病因分析,确诊为臂上外侧皮神经痛以后,治疗方法以局部注射糖皮质激素的方法为宜。药液配方:强的松龙混悬液1 ml,加1%普鲁卡因或2%利多卡因5 ml。患者坐位,外展上臂,手叉腰,确定三角肌后缘,用7号针头,由其自肩胛冈至肱骨干中点的三角肌粗隆引线的中点,先进针至三角肌后缘的皮下及深筋膜深处,注入3 ml药液,进针至深处即向外进针至三角肌深处,深入约3 cm,同时注入3 ml药液。

2 结果

本组15例臂上外侧皮神经痛患者,皆在注射后立即止痛,有的病例查见分布区刺痛消失。仅有2例1周后复诊,在上次注射后症状减轻,5~6 d后疼痛又加剧,但均较注射前减轻,经再一次注射,数日后症状消失。

3 讨论

本文认为对于臂上外侧皮神经痛的正确诊断,必须根据有关结构的解剖学特点,排除其它易于混淆的病变,进行比较鉴别,采用适当的治疗方法才能获得比较满意的效果。

[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. Taronto: Chancellor Press, 1994.769.

(编辑:余汇洋)

[收稿日期] 2004-08-10 [修回日期] 2004-10-15