肩胛上神经致肩部疼痛的临床观察

许凤琴,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** 探讨肩胛上神经致肩部疼痛的治疗效果。**方法** 回顾性分析 18 例肩部疼痛病人的临床资料。13 例患者在冈上窝中部有深部压痛,在肩胛骨背面一定的区域内有痛觉改变,疑为肩胛上神经有皮肤分支于此。全部病例均用强的松龙加局部麻药注射至冈上窝肩胛上切迹处的方法治疗。**结果** 治疗 1 周后痊愈 15 例。1 周、2 周和 2 年后复发各 1 例,经再次封闭痊愈。**结论** 强的松龙加局部麻药封闭治疗疑似肩胛上神经皮支致肩痛患者的疗效肯定。

[关键词] 肩胛上神经;神经痛;强的松龙

[中图分类号] R745;R459.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)01-0055-02

Clincal observation on suprascapular nerve induced shoulder pain

XU Feng-qin, YUAN Ji-cheng, FAN Yong-wei, JIN Shao-qi (Outpatient Department, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an Shaanxi 710032, China)

Abstract: Objective To discuss the curative effects of the suprascapular nerve induced shoulder pain. **Methods** The clinical data of 18 cases of the suprascapular nerve induced shoulder pain were retrospectively analyzed. Cutaneous branch was suspected to exist in the suprascapular nerve of 13 patients who suffered from deep tender pain in supraspinous fossa and experienced changes of pain perception in dorsal part of the scapula. All 18 cases were treated with local injection of predinsolone plus local anesthetics to the suprascapular notch where the nerve was passing through. **Results** The pain was relieved a few minutes after the injection. Fifteen cases recovered one week later, only three cases recurred after 1 week, 2 weeks and 2 years and got recovered after another injection. **Conclusion** Local injection of predinsolone plus local anesthetics is effective for the suprascapular nerve induced shoulder pain.

Keywords: suprascapular nerve; neuralgia; prednisolone

肩胛上神经痛是由于神经在走行中某处受到卡压所致,有学者称之为肩胛上神经卡压综合征(suprascapular nerve entrapment syndrome),临床上比较罕见。有人曾复习 1959 年至 2001 年文献,查到 88 例报道[1]。本文回顾性分析近 8 年在疼痛门诊发现疑为肩胛上神经痛的 18 例患者的临床资料,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2001 年 10 月至 2009 年 9 月因肩部疼痛就诊的病人中疑为肩胛上神经痛者 18 例,皆为成年人,性别职业无特殊,无外伤史。临床表现主要为肩部隐痛,阵发性加剧。病史短者数日,长者数年至 20 余年。疼痛部位有的明确位于肩胛上部或外侧,有的定位不准。所有病例皆在冈上窝中点附近深处有局限性压痛点,痛觉检查发现 13 例在肩胛骨背面 6 cm × 8 cm 范围内有痛觉改变(图 1),病程短者为过敏,痛程长者为迟钝,排除肩关节及其毗邻结构的病变。

1.2 治疗方法

对所有病例皆采取强的松龙 25 mg 加 2% 利多卡因 5 mL 加生理盐水 5 mL,注射至肩胛上切迹神经通过处,进行封闭治疗,不封闭浅部肌肉。

2 结果

封闭治疗后不论皮肤痛觉有无改变者,皆在数分钟后止痛,15 例于 1 周后痊愈,另 3 例分别于 1 周、2 周及 2 年后复发,再次封闭治疗后痊癒。病程最长的 1 例 20 余年,只经 1 次注射,3 年后随访仍未复发。

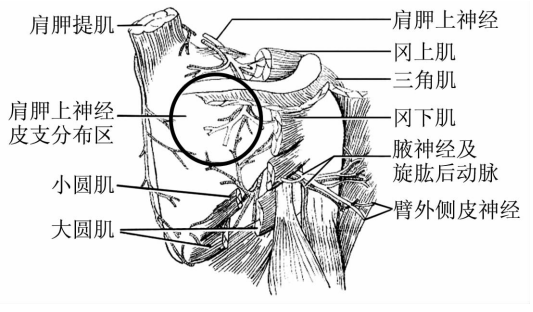


图 1 肩部皮肤痛觉异常分布示意图

[作者简介] 许凤琴(1964 -),女,陕西省渭南市人,副主任护师,主要从事疼痛治疗方面的研究。电话:(029)84775505

[通讯作者] 苑继承,E-mail:yjc1962@ hotmail. com

[收稿日期] 2010-10-23 [修回日期] 2010-11-22

3 讨论

3.1 肩胛部应用解剖

关于肩胛上神经的皮肤分支问题,一般解剖学教科书皆描述此神经无分支。实际上 20 余年以前解剖学文献中已有报道[2]。Ajmani[3] 在 34 具成人尸体中发现 5 具有肩胛上神经皮支,行径及分布与上述相似。本文 18 例中,13 例有皮肤感觉改变,范围在肩胛骨背面偏上约 6 cm × 8 cm 范围,四周由其他皮神经分布,前为锁骨上神经(第 3、4 颈神经),外为臂上外侧皮神经(第 5、6 颈神经)及第 3、4 胸神经外支,内为第 5 颈神经至第 6 胸神经后支,下为第 4 或 5 胸神经支配。此区域本应由第 2 ~ 6 胸神经后支分布,经检查此部毗邻神经未见异常。按周围皮肤神经分布的一般规律,相邻神经分布区之间很少重叠,由此推断可能为肩胛上神经有皮支分布于此区域。另一方面,查体时未发现斜方肌或冈上肌有任何痛变体征,仅在冈上窝的中部肩胛上切迹附近有局限性深压痛,由此推断存在有肩胛上神经皮支。最后经注射含麻醉剂的药液至肩胛上切迹附近以后,疼痛及压痛消失,进一步证明有此皮支存在。不过此点与上述其他学者所报道的皮支是参与腋神经分布在三角肌外面者有差异。如果此皮支是参与腋神经分布,亦即在臂上外侧皮神经分布区之内,无独自分布区,在腋神经无病变时,此神经的病变即难以在查体中发现。腋神经有病变时又难以鉴别此神经有无病变。

3.2 病因分析

肩胛上神经起自臂丛上干,含有第 5、6 颈神经的纤维,或者仅含有第 5 颈神经的纤维,经过肩胛横韧带的深处,穿过肩胛切迹,进入冈上窝,而后分支到冈上肌,再绕过肩胛冈的根部,进入冈下肌。肩胛上神经皮支,可以起自主干通过肩胛横韧带深处的部分或者起自冈上肌的分支。神经的行径除通过肩胛切迹的一段以外,其余穿行于肌肉,因而受到卡压的最大可能部位是在通过切迹的一段。肩胛切迹的范围很有限,肩胛横韧带跨过切迹,形成纤维骨性通道,有的可形成骨性管道,神经受到牵拉、韧带肥厚或钙化等,容易使神经受到卡压[4]。

3.3 鉴别诊断

对于早期病例,无肌肉病变者,最好称为神经痛,不宜用卡压综合征一词。肩胛上神经痛在临床上之所以很少报道,一方面是未被医生认识,另一方面因为肩痛为许多肩部病变的共有症状,易于混淆,原发病变不易查清。例如常见所谓的肩周炎、冰冻肩、五十肩等,皆为对肩痛诊断未明的不当用词。因而对肩痛的患者应力求获得正确诊断。为此首先必须了解肩部的相关解剖结构。再按症状分析为哪一结构的病变以及性质。对于常见的肌肉劳损,受累的肌肉有斜方肌、三角肌、肩胛提肌及菱形肌,冈上肌较少受累,可以按各肌肉的位置及功能检查排除。肩胛上神经痛与肌肉劳损的鉴别在于压痛的准确位置。神经痛的压痛点局限于肌肉的中点,而且是深压痛。而在肌肉劳损,一般是浅压痛,稍用力即可引起疼痛,而且范围较广,且无皮肤感觉改变。肱二头肌腱鞘炎、三角肌及肩峰下滑囊炎、肩锁关节劳损,以及肩部损伤等常出现肩部大范围的疼痛,但是各结构的所在部位各异,依次仔细检查,不难排除。颈椎痛、颈椎间盘突出症、臂丛病变等皆可出现广泛的肩痛,皆须考虑排除。由于肩胛上神经也同时分支至肩关节,当神经受到刺激时,症状应包括皮肤、肌肉及关节,病程久者,必然有所支配肌肉萎缩。

3.4 治疗

据报道[5]治疗肩胛上神经卡压综合征的方法,主要为手术切除部分肩胛横韧带以消除卡压,效果良好。本文认为对于有神经痛的病例,如果能排除其他可能致病的原因,最大可能的病因只是韧带的卡压,首先采取注射强的松龙混悬药液至肩胛切迹附近的方法[6],1 ~ 3 次,间隔 1 周,如果无效,可再考虑手术。肩胛切迹一般位于肩胛骨上缘偏外,体表定位标志是肩胛冈,须注意切迹的形态及位置并不恒定。根据骨骼形态,将肩胛切迹分为 6 种类型,凹糟深浅不一,有的不显,有的为孔道,在上缘的位置,内外可略有偏移。对于某一病例来说,除非做影像检查,体表无从得知切迹的具体位置及形态。本文 18 例患者均未做影像检查,仅靠肩胛冈的体表标志,于其中点稍偏外的上方进针,至触及冈上窝的骨面后,将针尖逐步向上及内外移位试探,至触及肩胛骨上缘时即可有所感觉,有时可以明显触及横韧带,于上缘附近注射药液,可获得满意效果。

[参考文献]

[1] Zehetgruber H, Noske H, Lang T, et al. Suprascapular nerve entrapment. A meta-analysis[J]. Int Orthop, 2002,26(6):339 - 343.

[2] Horiguchi M. The cutaneous branch of some human suprascapular nerves[J]. J Anat, 1980,130(Pt 1):191 - 195.

[3] Ajmani ML. The cutaneous branch of the human suprascapular nerve [J]. J Anat, 1994,185(Pt 2):439 - 442.

[4] Coro L, Azuelos A, Alexandre A. Suprascapular nerve entrapment[J]. Acta Neurochir Suppl, 2005,92:33 - 34.

[5] Gosk J, Rutowski R, Wiacek R, et al. Experience with surgery for entrapment syndrome of the suprascapular nerve[J]. Ortop Traumatol Rehabil, 2007,9(2):128 - 133.

[6] 许凤琴,苑继承,金绍岐. 糖皮质激素局部注射治疗肩胛上神经痛 15 例[J]. 人民军医,2008,51(3):172.

(编辑:蒋登金)