枕小神经痛诊治及其解剖学基础

程 琰,苑继承,许凤琴,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** 探讨枕小神经痛诊治的解剖学依据。**方法** 收集门诊诊断为枕小神经痛的 27 例病例,采用强的松龙加局部麻药注射至神经穿出颈深筋膜的治疗方法。**结果** 所有病例皆在注射后 5 ~ 10 min 内完全止痛或仅有轻微疼痛。1 周后 22 例痊愈,5 例经第 2 次注射后痊愈。**结论** 对于疑为枕小神经痛的病例,采用局部注射的治疗方法,不仅可以即时证实诊断,而且可以获得满意的治疗效果,不失为首选的治疗方法。

[关键词] 枕小神经;神经痛;强的松龙;局部注射

[中图分类号] R745;R459.2;R322.85 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)02-0169-02

Diagnosis and treatment of lesser occipital neuralgia and its anatomical basis

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

Abstract: Objective To introduce the anatomical basis for diagnosing and treating lesser occipital neuralgia. **Methods** Totally 17 cases of diagnosed lesser occipital neuralgia in our outpatient department were collected. All of them were treated with local injection of prednisolone plus local anesthetics to the deep cervical fascia where the nerve is passing through. **Results** The pain was abolished or alleviated 5 ~ 10 minutes after the injection in all cases. Twenty-two cases recovered one week later and five cases recovered after another injection. **Conclusion** Treating suspected case of lesser occipital neuralgia with local injection of prednisolone plus local anesthetics can confirm the diagnosis promptly and yield satisfactory treating results; therefore it is regarded as the best therapy.

Keywords: lesser occipital nerve; neuralgia; prednisolone; local injection

枕小神经痛不多见,但与常见的头痛密切相关[1-2],有关枕小神经痛诊治效果及其解剖学基础方面的报道甚少。本文收集我院软组织门诊 2001 年 10 月至 2009 年 9 月诊断为枕小神经痛的 27 例患者,回顾性分析枕小神经痛患者诊治效果及其解剖学基础,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集整理 2001 年 10 月至 2009 年 9 月在我院软组织门诊诊断为枕小神经痛的患者资料 27 例,所有患者皆为成年人,性别无特殊。所有病例皆有一侧头痛史,有的可以觉得在耳后,范围大小不一,有的不能说清楚疼痛部位。性质为隐痛,阵发性加剧,疼痛剧烈者难以入眠。急性者仅有数日病史,慢性患者可长达数年,皆无其他眼、耳、口、鼻等处可诱发头痛的病史。头部外观正常,外耳正常,可以查见的阳性体征仅为在耳后及头皮枕小神经分布区内有刺痛过敏或减退的体征,其他体征均为阴性。依此初步确定诊断为枕小神经痛。

1.2 治疗方法

所有病例皆采取强的松龙 25 mg 加 2% 利多卡因 5 mL 局部注射,注射部位在枕小神经穿过颈深筋膜包围层处。在下颌部转向对侧时可清晰摸到胸锁乳突肌后缘,沿其作引线定位,于该肌后缘上中三分之一交点,向上朝向乳突后方进针,先进入筋膜深处,沿肌纤维浅面向上,进针至上项线平面,同时逐步注入半量药液。再退回针头至皮下,再在同一线路上的皮下组织中进针,同时注入余量药液。如此注射法,不论神经穿过深筋膜的位置高低如何变化,皆不至于被遗漏。

2 结果

所有病例皆在注射后 5 ~ 10 min 内止痛,少数止痛稍不完全。10 例注射后不再疼痛,12 例 1 周后痊愈。5 例 1 周后不愈,接受第 2 次注射后痊愈。1 例急性患者经 1 次注射后 7 年未复发。

3 讨论

枕小神经由第 2 颈神经前支通过颈浅丛分出,绕过胸锁乳突肌后缘上行。颈浅丛位于胸锁乳突肌的深处,颈椎横突前方颈动脉鞘后方,附近有颈深淋巴结。此处淋巴结有病变肿大时有可能刺激神经而出现症状,外伤、手术等皆可能使神经受到损伤卡压[3-5]。此类病因稍加注意均不难发现。本组所有病例中,皆无

[作者简介] 程 琰(1977 -),女,陕西省西安市人,主管护师,大专,主要从事护理临床方面的研究。电话:(029)84775529

[通讯作者] 许凤琴,E-mail:fqx505@hotmail.com

[收稿日期] 2010-10-11 [修回日期] 2010-11-13

此类病因可寻,只能归之为自发性。诊断枕小神经痛的关键,与其他皮神经痛相似,是要熟悉头皮的神经支配来源、行径、邻属及分布。颧弓以上的头皮后部,为第 3 枕神经(第 3 颈神经)及枕大神经(第 2 颈神经),侧面向前,依次为枕小神经(第 2 颈神经)、耳颞神经、颧颞神经、颧面神经、泪腺神经、眶上神经及滑车上神经。枕大神经与眶上神经分布区的分界线为两耳间冠状平面。耳大神经分布在耳垂下方的一部分颈部皮肤、耳廓下半的前后面。耳后乳突部上下及耳后上部的头皮,皆由枕小神经分布。相邻各皮神经的痛觉反应很容易查明,判断有无障碍区,依其范围定性。

如果仅查到枕小神经分布区有痛觉改变,四邻正常,未发现有可疑的足以引起神经痛的其他原发病灶,即可确定诊断。但是如果同时查有枕大神经(第 2 颈神经后支)分布区痛觉改变,则须考虑是第 2 颈神经根未分成前后支以前在第 1、2 颈椎之间的一段病变,或是互不相干而同时有枕大神经痛。此时可再查看第 2 颈神经其他分布区的情况。第 1、2 颈椎之间与下方的活动脊椎之间的连接不同,不形成骨性椎间孔,通过的神经不易在此处受到卡压。有时如同时查有耳大神经(第 2 颈神经)分布区痛觉改变,则须注意是在第 2 颈神经前支未进入颈丛以前的部分病变,或是互不相干而同时存在的两种皮神经痛。此外,也有可能遇到枕大、枕小、耳大 3 支神经同时有阳性体征。遇有此类情况时,应再检查颈前皮神经分布区的痛觉如何[4-6]。

下颌下缘以下的颈前部皮肤由颈前皮神经分布,由第 2、3 颈神经前支组成,通过颈浅丛分出。如果含有第 2 颈神经的任何一支皮神经正常,即可排除神经根的病变,最后定性为某一支原发性神经痛。在本组枕小神经痛病例中,许多是同时并发有枕大、耳大及耳颞神经中的 1 ~ 3 支的神经痛,即依此思考检查鉴别,未有失误。关于鉴别诊断方面,要注意的还有一点,即对“偏头痛”这一诊断的鉴别。有一些医生对头部一侧疼痛的病人,因未认识到皮神经痛的问题,经检查未见有阳性体征,包括 CT、MRI 头颅部检查,即诊断为“偏头痛”。此诊断原为对头一侧疼痛的患者查无颅外病变,包括眼、耳、口腔等处,又未查见有颅内任何器质性改变所用的诊断,分析是颅内血管神经性功能改变所致,治疗方面一直比较困难。在本组头皮神经痛的病例中,不少是在他处被认为是“偏头痛”而久治无效者。本文认为只要仔细全面考虑,可以最大限度避免误诊。简单的查体可以解决问题,轻易不要急于做头部 CT 或 MRI 检查。

对于诊断为枕小神经痛的病例,与对待其他皮神经痛的处理方法相同,皆采取强的松龙加局麻药局部注射的方法,此方法可以即时证实诊断有无错误。如果有相邻的 2 支以上皮神经同时受累,检查时有疑问,也可先试行注射其中 1 支作为诊断性试验。如果失败,再考虑其他方法检查,包括手术探查,采取相应的处理方法。

[参考文献]

[1] 纪春楠,王高峰,刘金杰. 齐刺治疗枕小神经痛 45 例临床体会[J]. 针灸临床杂志,2005,21(10):37 - 38.

[2] 孙 玉,李明姬,裴爱月,等. 医用臭氧枕大神经枕小神经阻滞治疗 32 例枕神经痛[J]. 现代医药卫生,2009,25(23):3597 - 3598.

[3] 王益华. 颏神经撕脱与局部粘膜埋藏治疗原发性三叉神经痛[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):104.

[4] 金绍岐,许凤琴,余少芝. 髂腹股沟神经皮肤分布区的临诊观察及神经痛诊治的解剖学基础[J]. 局解手术学杂志,2003,12(2):105 - 107.

[5] 李书珍,李 靖. 手法治疗枕神经疼痛综合征疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(6):727 - 728.

[6] 罗道枢,王 玮. 三叉神经痛发病机制的研究进展[J]. 局解手术学杂志,2007,16(3):205 - 206.

(编辑:郭光金)

(上接第 168 页)

差、排痰困难、语言表达能力受限、恶心、呕吐等不适症状,如出现以上症状应及时告知医生处理。待患者胃肠功能恢复可正常进食后给予拔除胃管,拔管前同样嘱患者放松,取得患者配合后,缓慢将管拔出。拔管后给予健康教育,提高自我护理保健能力,达到恢复健康的目的。

总之,由于外科护理工作具有其特殊性,对于胃肠道肿瘤、肠梗阻、胰腺炎、胆石症等手术患者术前都要留置胃管,如何提高首次插管的成功率及长时间留置胃管,护理质量及置管后护理起着至关重要的作用,要让患者从心理上接受并配合治疗,才能达到理想效果[4]。

[参考文献]

[1] 崔桂芳,李晓焕. 一次性成功置入胃管的体会[J]. 局解手术学杂志,2003,12(3):187.

[2] 郭 茹,冯秀丽,郑 玲,等. 胃肠减压患者胃管插入深度探讨[J]. 中国伤残医学,2010,18(3):113.

[3] 王荣姣. 胃肠减压的护理体会[J]. 河南外科学杂志,2010,16(3):132 - 133.

[4] 齐 颖. 普外科患者行胃肠减压的护理体会[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(31):3908 - 3909.

(编辑:何泓睿)