维普资讯 http://www.cqvip.com

孕妇,疼痛史1月,平卧后即渐消失,活动后即逐渐出现,查体有两侧闭孔神经皮肤分布区刺痛过敏,怀孕的子宫增大似足月者,产科检查胎儿正常,两侧股内收肌轻度痉挛,行动不便,无其他神经骨骼病变体征。

1.3 诊断依据

主诉疼痛部位及查体所见的感觉异常范围局限在股内面中1/3处闭孔神经皮肤分布区,无闭孔疝等任何髋关节、腹部与盆腔病变的症状与体征,即可诊断为"自发性"闭孔神经痛。

1.4 治疗方法

明确诊断的闭孔神经痛,对3例单侧者分析病因可能是神经在穿过闭孔膜的闭膜管出骨盆处受累所致。据此采取局部注射法,取1%利多卡因或1%奴夫卡因10 ml加强的松龙25 mg在耻骨上支的中点下方约3 cm向上进针至闭孔前上缘进行较大范围的浸润。对1例孕妇双侧患者,因分析致痛原因是由于增大的子宫在盆腔内压迫到闭孔神经所致,仅嘱患者调节体位以使之减压,未行注射或其他治疗。

2 结果

注射者在注射后数分钟,疼痛及内收肌肉痉挛消失,检查神经分布区针刺痛消失,表示注射成功,1周后痊愈。有肌肉痉挛的1例,1年后随访未再复发。

3 讨论

闭孔神经痛不多见,易被忽略。在我科2年来接诊的皮神经痛的患者中,只有4例5侧,仅占约2%。本文认为治疗闭孔神经痛成功与否的关键在于诊断是否无误,注射方法能否正确。正确的诊断依据是解剖学特有的临床症状与体征必须是严格在闭孔神经的分布区内,且无其他任何易混淆的症状与体征,但须注意神经分布区的可能变化。此外,尚须注意与易混淆的其他病变相鉴别,特别重要的是闭孔疝,多发生于老年女性,为腹腔或盆腔脏器经闭膜管突出至耻骨肌深处的疝。无绞窄者,主要为压迫闭孔神经的症状,病人常屈股使耻骨肌松弛以减轻疼痛,伸股或内旋股时因将疝囊压迫于闭孔外肌而引起剧痛,可以据此细查排除。Somell[2]报道8例闭孔疝患者中7例主要症状即为股部疼痛,也多见闭孔神经皮肤分布区过敏。Alis[3]报道1例宫外孕的早期症状为闭孔神经痛。关于治疗方法,在排除由于其他病变引致闭孔神经痛之后,考虑病因在神经的行程中受刺激的最大可能是在出闭膜管处。管口在闭孔上缘,在体表定位较为困难,经皮肤注射不易。Viel[4]采取在X线透视下进针,刺激神经以证实后,注射65%酒精,23例病人27次注射均成功清除内收肌痉挛。在我院的3例注射中,均为按病人体位及人体胖瘦的具体情况,用长针头在耻骨上支中点下方3 cm处进针,沿途注射2/3药液至内收肌,希望能浸润到闭孔神经的前后支主干,至深处触及耻骨后再向下滑移至闭孔缘附近,再向深处可触及膜性结构,注射其余1/3药液,皆获得成功。本文认为注射成功的关键在于对此部的各结构的相互关系要有立体概念,亦即具有类似X线的透视能力。至于强的松龙的作用机制,仍与在治疗其他神经痛中相同,主要为消减闭膜管出口处的纤维组织炎,解除对神经的卡压作用。

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, 1987.597.835.
2. Ali HS. Ectopic pregnancy presenting with obturator nerve pain. J Accid Emerg Med, 1998, 15 (3):192.
3. Somell A, Ljungdahl I, Spangenl L. Thigh neuralgia as a symptom of obturator hernia. Acta Chir Scand, 1976, 142 (6): 457.
4. Viel EJ, Perennou D, Ripart J, et al. Neurolytic blockade of the obturator nerve for intractable spasticity of adductor thigh muscles. Eur J Pain, 2002, 6 (2):97.

(收稿日期:2003-03-03)

·个案与短篇·

脾脏海绵状血管瘤一例

陈继学* 郑 杰**

1 临床资料

病例,男,38岁,因体检发现脾占位8+月,感左上腹部疼痛1+月入院。查体无特殊。体检时,彩超发现脾脏内异常回声区大小为4.5 cm×4 cm。入院时,彩超发现脾脏内异常回声为5.4 cm×4.5 cm,脾脏轻度肿大。CT示:脾中下极见一大小约5 cm×4.6 cm低密度区,边界清楚,无钙化,CT值54 Hu,脾脏良性肿瘤,考虑血管瘤可能性大。血常规:RBC 4.5×10^{12}/L、Hb 155 g/L、PLt 124×10^{9}/L、WBC 5.6×10^{9}/L、N 0.64、L 0.29。

(下转113页)

* 作者单位:400081 重庆钢铁公司总医院
** 重庆医科大学

维普资讯 http://www.cqvip.com

隐痛或钝痛，触痛过敏，病程一至数周，无其它下肢病变症状。查体仅在小腿内侧隐神经分布区的全部有刺痛过敏，1例包括膝内面及前面髌下区，未查见其它下肢病变体症。

1.3 诊断依据

主诉疼痛部位及查体所见的皮肤感觉异常范围局限在上述的隐神经分布区，无其它下肢病变的症状与体征。股前面的股前皮神经分布区及上述小腿与隐神经分布区相邻的其它神经分布区均无痛觉改变的体征。据此诊断为自发性隐神经痛。

1.4 治疗方法

对明确诊断的自发性隐神经痛的病例，分析病因可能是神经在穿过深筋膜处受累所致。据此采取局部注射强的松龙1 ml加1%利多卡因或1%普鲁卡因10 ml的方法。在膝半屈的姿势下，在股骨内上髁后方可摸清缝匠肌，再后方为股薄肌，确定两肌，在其间作纵行标志，即可在膝内面关节平面下方约3 cm处用长针头，向上沿标志线进针至关节上3～4 cm，分别注射药液至深筋膜的浅面及深面即可。注射后数分钟，可查见隐神经分布区刺痛消失，表明注射成功。

2 结果

本文介绍的5例隐神经痛，3例经1次注射，1周后疼痛消失痊愈，2例经1次注射后症状减轻，一周后经第2次注射治愈。

3 讨论

隐神经痛比较罕见，我科两年来在门诊所遇见"自发性"(无外伤)神经痛的病例中仅占约1%，虽仅有5例，故仍作介绍。

在诊断方面，对主诉为隐神经分布区疼痛的患者，查体时，除须确定为神经分布区的全部以确定诊断而外，尚须注意鉴别诊断及寻找引致神经痛的原因。在隐神经的分布范围内深处结构比较简单，在上下方须排除腹股沟部、股三角、收肌管、膝及踝关节病变，在小腿范围内须注意排除大隐静脉及胫骨病变或外伤。诸此皆不难发现，应对症处理，消除致病原因。如查无其它病变，则可定为"自发性"隐神经痛。所谓"自发性"是指无明显可见的可以引致神经痛的外伤或其它疾病，但亦非神经自身炎症所出现的疼痛。对此，我们结合其它神经痛病例，仍然考虑并非神经自身炎症，从神经的行径及邻属分析病因，仅有可能为在膝内面神经穿出深筋膜处受到卡压所致。Camargo[2]报告一例仅表现为睾丸、腹股沟、股及膝内面疼痛。

关于治疗方法，据Luerssen[3]报道7例自发性隐神经痛，检查有收肌管部压痛，皆认为病因是神经在收肌管内受到卡压所致，皆行手术治疗，获得症状改善，3例后因复发而行隐神经切除(一段)。我们考虑到收肌管内有股动静脉与隐神经伴行，有一定量的疏松蜂窝组织围绕，有容血管伸缩的空间，难于使神经受压而不出现血管症状，引致神经痛的可能性很小。使神经受到挤压而致痛的部位，较大可能仅有在其穿出深筋膜处，从良好的治疗效果看，推断可以成立。

诊断确立后采取注射强的松龙的治疗方法时，成败的关键在于熟悉膝内面的各解剖结构关系，在体表能确定缝匠肌与股薄肌，在其间作好表面标志，沿之将药液注射到深筋膜的浅深面及神经周围。由于神经穿出筋膜的高低位置不恒定，因而应从较低位进针，尽可能注射较长一段范围，以保证卡压神经的筋膜不遗漏。

上述的病因及依之而采取的治疗方法，由于病例太少，难有代表性，仅供参考。

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，1987.833.859.
2. Camargo Junior JN, Nucci A. Saphenous nerve entrapment manifested as proximal cruralgia. Rev paul Med. 1997, 115(5):1553.
3. Luerssen TG, Cambell RL, Defalque RL, et al. Spontaneous saphenous neuralgia. Neurosurgery, 1983, 13(3):238.

(收稿日期：2003－03－03)

(上接111页)

行脾切除术。术后病理检查为脾海绵状血管瘤(脾海绵状错构瘤)。

2 讨论

脾脏的肿瘤比其它实质性脏器发生率低得多。一般认为与脾脏对肿瘤细胞具有强大滤过作用以及免疫功能(丰富的免疫活性细胞和Tuftisn等免疫因子)有关。脾血管瘤的发病机制尚不清楚。一般认为是由于脾血管组织或淋巴组织的胚胎发育异常所致。大体上可分为结节型和弥漫型。直径＜2 cm时多无症状，脾海绵状血管瘤自发破裂概率为25%～30%，诊断主要以影像学为主，直径≥2 cm时，有进行性增大的趋势，尤其是巨大的海绵状血管瘤，为了减少或避免自发性破裂大出血、脾功能亢进、脾梗死、脾脓肿、脾纤维化、脾钙化等并发症，手术切除是最有效的方法。

(收稿日期：2003－09－03)