维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.2

腰腹股沟神经痛诊治的解剖学基础

(系列报道之十二)

革容清* 朱爱侠* 许凤琴*

【摘 要】 **目的** 介绍腰腹股沟神经痛的诊断与注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确为腰腹股沟神经痛患者3例,采用强的松龙混悬液,加局部麻药的局部注射神经通过股鞘一段的治疗方法。**结果** 3例病人皆在注射后短时完全止痛,一周后痊愈。**结论** 对诊断正确的患者,采取强的松龙局部注射法,可以获得满意的效果。

【关键词】 腰腹股沟神经痛; 局部注射; 强的松龙

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the lumboinguinal nerve neuralgia *Ge Rongqing, Zhu Aixia, Xu Fengqin. Xijing Hospital, The Fourth military Medical University. Xi'an* 710032

【**Abstract**】 **Objective** To introduce the diagnosis of the lumboinguinal nerve neuralgia and the treatment by method of local injection. **Methods** 3 cases of certain diagnosed lumboinguinal nerve neuralgia in out patient department were selected and treated by local injection of prednisolone plus local anesthetic to the nerve where it is passing through the femoral sheath. **Results** Pain was stopped after injection for a short period in all cases. All of them were cured one week later. **Conclusion** To the established diagnosis of the lumboinguinal nerve neuralgia, local injection of prednisolone may be the method of choice. Best effect could be obtained.

【**Key words**】 Lumboinguinal nerve neuralgia; Local injection; Prednisolone

生殖股神经痛比较少见,其股支(腰腹股沟)神经痛尤为罕见,尚未见报道。本文从此神经的解剖学分析病因及诊断依据,对诊断明确的病例,针对病因,采取强的松龙加局部麻药的局部注射神经通过股鞘及穿出股鞘与阔筋膜处的方法,取得良好的效果。

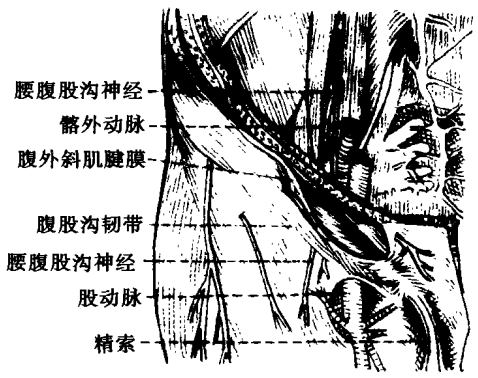
1 资料与方法

1.1 应用解剖

生殖股神经起自腰$_{1,2}$,出现于腰大肌的前面,于其前面下行途中穿过腰肌鞘,在距腹股沟韧带一定距离处分为生殖支(精索外神经)和股支(腰腹股沟神经)[1]。精索外神经穿出腹横筋膜或内环,经腹壁下动脉外侧进入腹股沟管,在精索后面,沿之入阴囊,供应提睾肌;在女性与圆韧带伴行。腰腹股沟神经位于内侧,沿髂外血管通过腹股沟韧带深处至股部,进入股鞘,位于股动脉的外侧偏前,至腹股沟韧带下方约2.5 cm处穿过股鞘前壁及阔筋膜,分布于股前面上部皮肤,范围一般约如手掌大,可至股前中点(附图)。

1.2 临床表现

本文报道腰腹股沟神经痛共3例,皆为女性,主诉皆为腹股沟(附图)韧带下方股前上部约手掌大区域疼痛,阵发性,病程1~3周不等,查体所见皆为腰腹股沟神经分布区对针刺痛感觉过敏,上方相邻的髂腹股沟神经分布区(腰$_1$)及下方的股前皮神经分布区(腰$_2$,腰$_3$)皮肤感觉正常。



附图 腰腹股沟神经

1.3 诊断依据

主诉疼痛部位及针刺痛觉改变范围严格局限在腹

* 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

股沟韧带下方股前上部手掌大区域，且查无腰部、腹股沟部及腹腔任何病变体征是诊断本病的唯一依据。按上述的神经起源、行径、邻属及分布，检查起源于腰$_1$的其他神经正常，无腹股沟部位可见的病变，可以排除腰$_1$神经根及生殖股神经主干病变，考虑仅为腰腹股沟神经本干病变，而腰腹股沟神经受累处仅可能是在通过股鞘及穿出该鞘与阔筋膜处。

1.4 *治疗方法*

对确诊为腰腹股沟神经痛患者，按上述分析神经受累的部位，皆采用2%得多卡因或1%普鲁卡因10 ml加强的松龙25 mg混悬液局部注射法。患者平卧，摸清股动脉跳动，在腹股沟韧带下方约3 cm处紧贴股动脉外缘进针，皮下注入少许药液然后注射2～4 mg药液至阔筋膜的浅面，直达腹股沟韧带，再将针抽回至皮下，向深处进入股鞘，向上边走边推药，注完其余药液，避免药液进入血管。

2 结果

3例患者皆在注射后数分钟止痛，检查神经分布区刺痛减退或消失，1周后痊愈。

3 讨论

腰腹股沟神经罕见，未见有单独报道，Starling[2,3]，Harms[4]及Benini[5]等均报道过生殖股神经痛，皆发生在腹股沟疝或其他手术、腰部钝伤、怀孕、分娩或下腰部手术等。多经手术切除被卡压的神经段而得治愈。从这些介绍中可以看出，这些神经痛的病例皆为继发性，致病因素有迹可查，皆为神经在行程中受到可见的外因卡压所致，特别是在腹股沟疝手术中的创伤。按解剖学分析，在腹股沟疝手术中致伤者应只是生殖股神经的生殖支，因为主干远在腹后壁，股支不进入腹股沟管，手术中皆不易受累。按上述生殖股神经的解剖学，腹后壁病变或腹腔内病变累及腹后壁时，皆可挤压或刺激生殖股神经主干，未穿过腹横筋膜或内环以上的部分，若如此，症状应出现在其两条分支分布区，亦即腹股沟部内侧及股前上部皆有症状。如果仅有一条分支的分布区症状，则表示病因不在主干，而在各分支发出以后的行程上。据此分析，我科所遇3例病人，应皆为腰腹股沟神经在发出以后的行程中受到挤压所致，而不是生殖股神经主干的病变。具体受卡压的部位，按神经的邻属关系，最大可能是在通过股鞘及穿出股鞘前壁及阔筋膜处。因此，皆采取注射药液至此处的方法，效果比较满意。至于注射的要点比较简单，基本要求是熟悉股血管的行径及股鞘的构成，即可对腰腹股沟神经的行径及邻属了如指掌，按所介绍的上述方法进行，可以无虞失败，不会伤到股动脉。至于注射强的松龙的作用机制，与注射他处神经痛的作用相同，亦为减轻筋膜的纤维化，解除对神经的卡压作用。此法是否可以代替上述几位作者所主张的手术切除一段神经的方法，由于所分析的病因不同，而且病例太少，不能断言，仅供参考。

（本文经金绍岐教授审阅修正）

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. 1987.529.818.
2. Starling JR, Harms BA, Schoeder ME, et al. Diagnosis and treatment of genitofemoral and ilioinguinal entrapment neuralgia. Surgery 1987,102(4):581.
3. Starling JR, Harms BA. Diagnosis and treatment of genitofemoral and ilioinguinal neuralgia. Word J Surg, 1987,13(5):586.
4. Harms BA, DeHaas DR Jr, Starling JR. Dlagnosis and management of genitofemoral neuralgia. Arch Surg, 1984, 119(3):339.
5. Benini A. Ilio-inguinal and genito-femoral neuralgia. Causes, clinical aspects, therapy. Schweiy Rundsch Med Prax, 1992,15;81.

（收稿日期：2003－03－03）

（上接封二）

测量研究。研究时应遵循颅底手术入路的几个原则：路径短并避开重要结构；尽可能利用“手术通道”，如腔隙、颅骨、硬膜下腔及可牵开的肌肉；采用磨除骨质的方法，减少对脑组织的牵拉；避免损伤神经血管蒂；注重外观，便于结构重建等。在此基础上设计出能充分切除颅内病变又不损伤神经、血管的入路。实际上，许多常用的颅底手术入路都是先在标本上进行解剖研究和设计再成功应用于临床的。如瑞士Fisch是颞骨和侧颅底肿瘤手术治疗的先驱，他通过解剖学研究设计耳后经颞到颞下窝入路，用于颞下窝、鼻咽部及斜坡肿瘤。应注意研究精确量化、个体化。积极采用新的研究方法，如新的切片和染色技术、计算机可视化技术、虚拟手术技术等。

目前一些单位已把颅底手术解剖作为研究课题。北京神经外科研究所和上海眼耳鼻喉科医院都组建了颅底显微外科解剖室。外科医生和解剖学教师合作进行颅底解剖研究已取得良好的效果。作者相信，只要紧紧把握颅底外科的发展前沿，颅底手术解剖学研究大有可为，并将对颅底外科发展起着重要的促进作用。

（收稿日期：2002－10－20）