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

# 隐神经痛诊治的解剖学基础

## (系列报道之十四)

高湘伟* 王润侠* 许凤琴* 金绍岐*

【摘 要】 **目的** 介绍隐神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为隐神经痛的患者5例,采用强的松龙混悬液加麻药在膝内面隐神经穿出深筋膜处进行局部注射的治疗方法。**结果** 5例确诊为此病的患者经过注射治疗,其中3例一周后痊愈,另2例经2次注射后痊愈。**结论** 对诊断明确的病例,采取强的松龙注射法,可以获得满意的疗效。

【关键词】 隐神经痛; 局部注射; 强的松龙

**Anatomical bases of diagnosis and treatment of the saphenous nerve neuralgia** *Gao Xiangwei, Wang RunXia, Xu FengQin, et al. Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University, Xi'an* 710032

【**Abstract**】 **Objective** To introduce the diagnosis and treatment of saphenous nerve neuralgia. **Methods** Five cases of certain diagnosed saphanous 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 deep fascia on the inner aspect of knee. **Results** Pain was relieved immediately after injection for a short time in all cases. Three cases recovered after one week. Two cases recovered after two injections. **Conclusion** To the certain diagnosed saphenous nerve neuralgia, local injection of prednisolone is the method of choice. Best effect could be obtained.

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

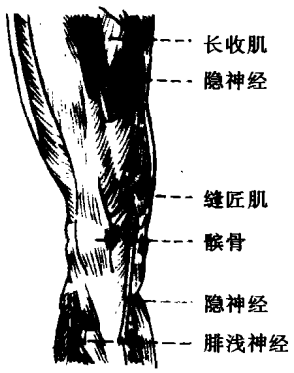
自发隐神经痛罕见,少见报道,本文从神经的解剖学分析病因及诊断依据,对诊断明确的病例,使用强的松龙加麻药,在膝内面隐神经穿出深筋膜处进行局部注射的方法,效果良好。

## 1 资料与方法

### 1.1 应用解剖

股神经在腹股沟韧带下方发出隐神经及股前皮神经。隐神经沿股神经的方向下行,位于股动脉的外侧,至股三角的尖部进入收肌管。隐神经在收肌管中与股血管伴行,先位于股动脉的外侧,下行中渐偏向内跨过动脉的前面而到达其内侧。至收肌管的下端,股血管通过收肌腱裂孔向后,隐神经则在缝匠肌与大收肌之间继续向下,至膝内侧即由缝匠肌深面显出,至膝关节平面经缝匠肌与股薄肌之间穿出深筋膜,与大隐静脉相伴下行(附图)。

隐神经在收肌管中分出小支,通过缝匠肌下丛,分布于膝内面皮肤;在收肌管的下端发出髌下支,分布于髌下部皮肤。有时隐神经在膝内侧分支至膝关节。隐神经下行中常于小腿中部分成两支,在大隐静脉的前后下行,沿途分支至小腿前内面皮肤,末支通过内踝前方,延伸至足内缘。隐神经的分布区前邻小腿外侧皮神经及腓浅神经分布区,后邻腓肠神经分布区[1]。




附图 隐神经

### 1.2 临床表现

我科5例就诊病人主诉均为小腿内侧疼痛,阵发

* 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



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)