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

·论 著·

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

(系列报道之十一)

金绍岐* 许凤琴* 余少芝*

【摘 要】 **目的** 介绍髂腹股沟神经在大阴唇皮肤分布区的临诊观察及神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为髂腹股沟神经痛或股后皮神经痛累及其会阴支的女性患者共28人计31侧,细查针刺痛觉的变化以确定诊断及两神经分布区的范围。采取强的松龙25 mg+2%利多卡因或1%普鲁卡因5~10 ml注射最大可能致病部位。**结果** 注射后数分钟检查麻醉范围,证实分布区及诊断无误,21人23侧髂腹股沟神经痛患者,除2例未接受治疗以外,皆经1次注射后疼痛短时间内完全消失,绝大多数1周后痊愈,极少数经第2次注射后痊愈,个别失访。**结论** 女性31侧髂腹股沟神经在大阴唇的分布区可确定为前2/3者25例(80.65%),前1/2者4例(12.9%),前1/3者2例(6.45%),一般教科书无细载。对神经痛的治疗,采取局部注射强的松龙的方法,可以获得满意的疗效。

【关键词】 髂腹股沟神经; 分布区; 神经痛; 局部注射; 强的松龙

Clinical observation of cutaneous distribution of the ilioinguinal nerve and the anatomical bases of diagnosis and treatment of its neuralgia

Jin Shaoqi, Xu Fengqin, Yu Shaozhi. Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University, Xi'an 710032

【**Abstract**】 **Objective** To introduce the clinical observation of cutaneous distribution of the ilioinguinal nerve on the labia major and diagnosis and local injection treatment of its neuralgia. **Methods** 31 cases of 28 patients diagnosed as ilioinguinal nerve neuralgia or the perineal branch, long posterior labial nerve of the posterior femoral cutaneous nerve neuralgia were selected in out patient department. The distributive territory of the nerve was determined by needle test to the pain sensation. After the diagnosis was certained, prednisolone plus local anesthetic was injected to the suspected part where the nerve might be entrapped. **Results** All the 23 cases of ilioinguinal neuralgia, besides 2 cases refused treatment, pain were stopped few minutes after injection. The distributive area was confirmed again by needle test. Most of them recovered one week later. A few of them recovered after two injections. **Conclusion** The distributive area of the ilioinguinal nerve on the labia majora of total 31 cases, 25 cases occupy the anterior 2/3(80.65%), 4 cases occupy the anterior 1/2 (12.9%), 2 cases occupy the anterior 1/3 (6.45%). There is no such detailed description on the general textbooks. Local injection of prednisolone is the one of methods for treating the neuralgia, Best effect could be obtained.

【**Key words**】 Ilioinguinal nerve; Distribution; Neuralgia; Local injection; Prednisolone

髂腹股沟神经的详细分布区很少记载,神经痛比较罕见,但发生在腹股沟疝手术后及"自发性"病例,皆有报道[1-4],治疗方法皆为手术干预。笔者据临诊观察神经的分布区与他人描述有异,对未明原因神经痛的治疗皆采取非手术方法,获得了满意的效果,兹介绍如下,以供参考。

1 资料与方法

1.1 临床病例

汇集1996~2002年门诊诊断为神经痛患者中,髂腹股沟神经痛患者21人23侧病变;诊断为股后皮神经痛累及其会阴支(阴唇后长神经)者7人8侧。皆为女性,年龄17~55岁。病史皆为腹股沟部或会阴部阵发疼痛,中、轻度,病程1周至数月,无可记忆发作诱因,少数伴发其他不相邻部位的神经痛,无腹股沟部手术史。无腰、腹部外伤史。所有病例皆为笔者接诊及处理。

1.2 查体

无需任何仪器,仅用注射针头(贮存在有消毒液的小瓶中备用)轻点痛区皮肤,测定对针刺痛感觉的变化,与邻近区域皮肤比较,急性期或病程早期病例多表现为过敏,晚期病例多表现为减退。痛觉改变区包括

* 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

神经分布区的全部，而且均匀。少数患者耻骨嵴部有压痛。髂腹股沟神经与髂腹下神经先呈一干起自腰1，随即分开。前者穿过腰大肌而出现于其前面，向外下进行，跨过腰方肌，至该肌外缘即穿过腰背筋膜前层而至其前面，位于肾脏后面，至髂嵴前部上方穿过腹横肌而至腹内斜肌深处，至髂前上棘前方约2.5 cm处穿过腹内斜肌而至腹外斜肌腱膜深处，继于圆韧带或精索前面随之通过腹股沟管出外环而达皮下，在女性分布于阴阜及大阴唇前部皮肤，在男性分布于阴茎根部及阴囊前面皮肤。在两性皆分布于腹股沟韧带内侧半至大半浅处及下方股部小片皮肤[5]。神经粘附于腹外斜肌腱膜深面，易在疝手术中受伤。未查触觉，因为触觉不若痛觉敏感，严重者才能有改变。检查结果如表1。

表1 髂腹股沟神经及阴唇后长神经分布区

大阴唇范围	髂腹股沟神经	（总%）	阴唇后长神经
前1/3	1(+1)	6.45	
前1/2	4	12.9	
前2/3	18(+7)	80.65	
后1/3			7
后2/3			1
合计	23(+8)		8

注：(+1)、(+7)为由阴唇后长神经分布区推定的病例。总%为31侧总数中的百分比。

1.3 诊断依据

按主诉疼痛部位及查体所见对针刺激的感觉改变范围完全限于上述的髂腹股沟神经分布区，同时检查腰部、腹部、股部，排除任何其他可致神经痛的病变以后，确定神经的分布区及诊断。

1.4 治疗方法

所有病例确诊后，对于髂腹股沟神经痛的23例患者，除2例未接受治疗以外，21例皆采取强的松龙局部注射法。注射部位按在神经的行程中最大可能受到卡压的场所决定。

按神经的行径及邻属关系，在查无任何可见的诱发神经痛的病变以后，首先估计是神经在通过腹股沟管外环处及跨过耻骨嵴处受到卡压而致病的可能性最大，其次是粘附在腹外斜肌腱膜深面的部分受到刺激所致，神经自身单发性炎症的可能性极小，可以不考虑。据此，皆采取注射耻骨嵴、外环及腹股沟管内浸润法。

注射方法比较简单，耻骨嵴及其外端的结节（棘）皆可明显摸清。最好剃去局部阴毛，否则需用碘酊重复消毒。用强的松龙混悬液25 mg + 2%利多卡因或1%普鲁卡因5～10 ml，在耻骨嵴的外侧份浅面进针，皮下注入药液2～3 ml至耻骨嵴上缘外侧半的骨面及外上方的外环浅面，而后在腹股沟韧带内侧端的紧上方向外偏上沿腹股沟管的方向穿过外环或腹外斜肌腱膜（因女性外环仅容圆韧带通过而不显），即可进入腹股沟管，沿之紧依腹外斜肌腱膜深面，前进4 cm，同时注入其余药液。

2 结果

所有髂腹股沟神经痛接受治疗的21例患者，皆在注射后数分钟完全止痛，数小时或1日后再现轻度疼痛。绝大多数1周后疼痛完全消失痊愈；1例1周未愈，经再1次注射后1周痊愈；个别失访。

关于髂腹股沟神经与阴唇后长神经的分布区，经注射麻醉神经后检查痛觉丧失的范围与注射前查体相同，不仅证实神经的分布区，也证实诊断无误。

3 讨论

3.1 髂腹股沟神经的行径及分布区的变异

上述的髂腹股沟神经行径及分布，为一般教科书所载，但应注意其变异。此神经偶可很小或缺如，分布区即由髂腹下神经代替。据al-dabbagh[6]报道在110例腹股沟疝修补术中特别注意了髂腹下神经与髂腹股沟神经在此部的行径，如一般教科书所描述者仅占41.8%，其余58.2%一或两神经的行径皆有变异，在手术中易于受伤。髂腹股沟神经的变异有：①在未出外环前向下外成锐角，占18.18%。②在外环外侧，位于腹外斜肌腱膜浅面，占16.36%。③在精索前面与髂腹下神经仍为一干，而后分开，占21.82%。④两神经之一缺如，占7.27%。⑤二神经之一有副支，占2.73%。⑥髂腹股沟神经起自生殖股神经，占1.82%。

关于髂腹股沟神经在大阴唇的分布区，少见具体描述，据Hollinshead[7]描述大阴唇的最前部由髂腹股沟神经分布，后大部由股后皮神的会阴支——阴唇后长神经分布，并引证Learmonth等报道的14例外阴搔痒症经切断阴部神经会阴支及阴唇后长神经，切断大阴唇后2/3的神经供应，13例治愈。笔者上述23例临床观察结果，与此差异很大，髂腹股沟神经分布于大阴唇前1/3者仅占6.45%，分布于前2/3者占80.65%。据此看来，对外阴搔痒症若采取上述神经切断术，获得

维普资讯 http://www.cqvip.com

疗效的可能性很小。因为虽然大阴唇的内侧由阴部神经会阴支分布,但大阴唇前2/3下外面由髂腹股沟神经分布区仍然未获得干预。此外,不论髂腹股沟神经有无异常,尚应注意脊髓节段分布问题,髂腹股沟神经起自腰$_1$。阴唇后长神经及阴部神经会阴支属于骶3节段,相邻的皮神经而不起自相延续的脊髓节段者分布区之间形成轴线。腰$_1$与骶$_3$之间即形成下肢腹侧轴线的起始段。起自相邻节段的相邻皮神经分布区之间有相当大的重叠,而在轴线上相邻的皮神经分布区之间则无重叠,藉此在查明髂腹股沟神经(腰$_1$)或阴唇后长神经之一的分布区范围时即可决定另一范围,上表即依此决定。据此在进行会阴部手术时,采取骶管内硬膜外麻醉,一般仅能麻醉大阴唇的后1/3;欲麻醉其前2/3时,麻醉平面需再高7个脊髓节段,才能达到腰$_1$平面,骶管内硬膜外麻醉难以达到,须作高位腰麻。至于在上述统计的病例中,大阴唇前部分布区是否全为髂腹股沟神经则难于断言,因为在体表无从得知此神经是否有变异;如有较为细小或缺如而由髂腹下神经代替者,因皆起源于腰$_1$,查体时难以判断。例如上述髂腹股沟神经痛的病例中,有1例查体所见感觉改变区不到阴阜及大阴唇的前部内侧,按上法注射后疼痛消失,再查麻醉区与注射前相同,仅能推测此例的阴阜及大阴唇前部内侧部分当由髂腹下神经分布亦属腰$_1$。

3.2 关于髂腹股沟神经痛的病因分析

按Benini等[1-4]分析的病因,主要为腹部手术的并发症,如疝修补术、阑尾切除术、肾切除术、妇科手术、切除髂嵴内板手术等,正常怀孕或分娩后亦可能发生,以及神经在通过腹横肌及腹内斜机处受到卡压等。在笔者所报道的上述21例接受治疗者,按效果判断,病因皆不属于上述范围,皆应为髂腹股沟神经在通过外环处受到卡压,或粘附在腹外斜肌腱膜内面的部分、或出外环以后跨过耻骨嵴处受到刺激所致,以前一原因可能性最大。从另一方也可佐证此推断,23例患者皆为女性,数年来未遇1例男性病例。分析原因最大可是在男性神经伴随精索出外环,一般外环皆有一定宽容余地,不会卡压到精索。而女性外环仅有圆韧带与神经通过,几无宽松余地,稍有改变即极易卡压到神经。

3.3 关于诊断依据

笔者对所有髂腹股沟神经痛的诊断,皆依据前述的神经解剖学,并排除其他可能诱发神经痛的任何病变,最后经治疗成功,得以证实无误。需要提出的是若干学者对未明外因的神经痛,称为"自发性(spontaneous)",笔者认为不妥。自发性仅能指神经本身病变的疼痛,如带状疱疹。因受外界原因卡压致痛者仍为有因可寻,不宜称为"自发性"。

3.4 关于治疗方法

几位作者[1-4]皆介绍手术切除被卡压的神经段,获得良好效果。笔者对所有病例皆针对病因,采取局部注射强的松龙的方法,未考虑手术,效果堪称满意,不仅疗程短,对患者痛苦少,经济负担亦可谓极低。至于强的松龙的作用机制,已有前文[8]介绍,不再赘述。

参 考 文 献

1. Benini A. Ilio-inguinal and genito - femoral neuralgia. Causes, clinical aspect, therapy. Schweig Rundsch Med Prax,1992,15:81.
2. Starling JR, Harms BA. Diagnosis and treatment of genitofemoral and ilioinguinal neuralgia. World J Surg, 1989,13(5):586.
3. Hahn L. Clinical findings and results of operative treatment in ilioinguinal nerve entrapment syndrome. Br J Obstet Gynaecol, 1989, 96(9):1080.
4. Starling JR, Harms BA, Schroeder ME, etc. Diagnosis and treatment of genitofemoral and ilioinguinal entrapment neuralgia. Surgery, 1987,102(4):581.
5. 金绍岐.实用外科解剖学.西安市:陕西科学技术出版社,1987.394-498.
6. al-dabbagh AK. Anatomical variations of the inguinal nerves and risk injury in 110 hernia repairs. Surg Radiol Anat, 2002,24(2):102.
7. Hollinshead WH. Anatomy for surgeons, Vol.2, 2nd ed. New York: Harper and Row Publishers, 1971.822.
8. 金绍岐.皮神经痛诊治的解剖学基础.中国局解手术学杂志,2002,11(3):209.

(收稿日期:2003-02-18)