维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.4

·论 著·

肋间神经痛诊治的解剖学基础

(系列报道之七)

李春妮* 许凤琴* 苑继承* 金绍岐*

【摘 要】 **目的** 介绍肋间神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为肋间神经主干或外侧支神经痛的患者20余例,采用强的松龙混悬液加局部麻药的局部注射法治疗。**结果** 所有病人皆在注射后短时完全止痛,多数一周后痊愈,少数经2~3次注射后痊愈,个别病人失访。**结论** 对诊断正确的患者,采取强的龙局部注射法,可获得满意的疗效。

【关键词】 肋间神经痛;局部注射法;强的松龙

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the intercostal nerves neuralgia *Li Chunni, Xu Fenqing, Yuan Jicheng, et al. Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University. Xi'an* 710032

【**Abstract**】 **Objective** To introduce the diagnosis and treatment of the intercostals nerves neuralgia by method of local injection. **Methods** Over 20 cases of main trunk or lateral branch neuralgia of the intercostal nerves with certain diagnosis in out patient department were selected and treated dy local injection of prednisolone plus local anesthetic. **Results** In all patients pain was stopped immediately after injection for a short time. Most of the patients recovered after one week. Less of them recovered afte two or three injections. A few of them were loss of follow up. **Conclusion** To the certain diagnosed intercostal neuralgic case, local injection of prednisolone is the method of choice. Best effect could be obtained.

【**Key words**】 Intercostal nerves neuralgia; Local injection treatment; Prednisolone

肋间神经痛比较常见,但治疗常不尽人意。本文从肋间神经的起源、行经、分支及分布,探讨神经痛的病因、诊断及治疗的解剖学依据,介绍了强的松龙注射该神经干或外侧支的治疗方法。

资料与方法

一、应用解剖:肋间神经为胸神经前支,由脊柱至肋角间的一段走在两肋的中间,位于肋间动脉的上方,胸廓内筋膜与肋间内膜之间,至肋角以前,神经即转位于动脉的下方,平肋下缘,肋间内肌与最内肌之间。神经沿途分出肌支供应肋间肌,在腋中线前后分出外侧皮支,少数(10%)在肋角处分出侧支沿下位肋骨上缘进行。上六肋间神经至肋间隙前端即穿出肌肉而成为前皮支,分布于胸前正中线旁的皮肤。外侧皮支再分前后支分布于侧面及前后部大部分皮肤。下五肋间神经及末胸神经进入腹壁,向前下走行的倾斜度较上部者大,位于腹内斜肌与腹横肌之间,末支进入腹直肌鞘,分支至该肌后向浅处穿出肌鞘,分布于腹壁中线一侧皮肤。外侧皮支发出部位,上部在腋前线上,下部逐渐后移,末胸神经的外侧支即在腋后线上发出。下六胸神经外侧皮支发出后经腹外斜肌起始部穿出,各支皆在穿出或尚未穿出肌肉处分为前后两支,后支向后分布至背部外侧,前支向前下斜行分布于腹前外侧壁至腹直肌外缘附近(图1)。末胸神经外侧皮支向前下跨过髂嵴分布于臀部外侧。腹股沟部皮肤由发自腰1的髂腹下及髂腹股沟神经分布。

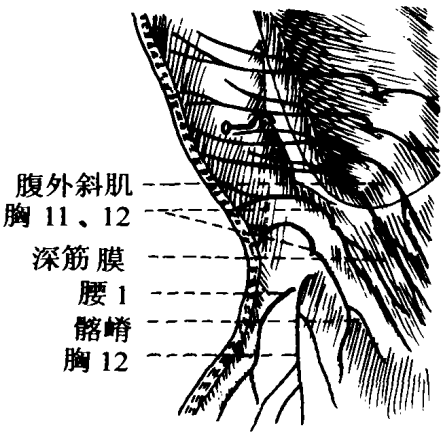


图1 胸神经外侧支的分布

* 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

二、临床表现：作者接诊的20余例肋间神经痛的患者，主诉皆为某胸神经分布区隐痛或阵发剧痛。在仅有1或2条胸神经受累时，疼痛范围明显呈现在由后上向前下的神经分布区，急性者时有肋间肌或腹壁肌肉抽搐，皆为单侧，病史时间不定，数天至数月。年龄与性别无特殊。查体可见某肋间神经分布区对针刺痛感觉异常，急性期者常为过敏，慢性期者常为迟钝，急性期者在疼痛区内出现局限性皮肤疱疹。

三、诊断及病因分析：在所遇到的病例中有下列三类：一为出现皮肤疱疹的神经痛，很容易确诊为后根神经节及神经干的病毒感染。二为无疱疹者，按检查所见的体征范围推测神经受累的部位，对于上位胸神经痛，如体征包括胸前正中线一侧皮肤，则表现该神经受累的部位在腋前线以后未分出外侧皮支以前的一段。三为体征不包括前后正中线一侧皮肤，而仅在外侧支分布区者，表明受累部位仅在外侧支发出的起始段。对下位胸神经在腹壁的神经痛，推测病因最大可能是在神经穿出腹内、外斜肌处受到刺激所致，腹壁的深筋膜很薄，不易形成对神经的刺激。

四、治疗方法：作者治疗肋间神经痛，仅选择无带状疱疹的胸神经主干或外侧支受累的患者，根据上述病因分析皆按神经受累部位，采用强的松龙混悬液25 mg加1%普鲁卡因或2%利多卡因5 ml局部注射的方法。患者平卧，对胸9以上的神经主干，在腋中线上沿肋骨下缘水平进针，略微超过肋骨下缘即注射药液，皆获得满意效果(图2)。对于胸10以下的胸神经主干则在腋中、后线附近下针，沿神经的走行方向向后进针，穿过腹外、内斜肌，注入药液。对于仅为胸神经外侧皮支受累者，即按上述神经发出的位置，在腋前线到腋后线的相应神经部位下针，向后上进行。鉴于神经穿出肌肉的部位不恒定，因而在针进入皮下触及腹外斜肌时即开始注入药液，直至估计针穿过腹内斜肌以后为止。

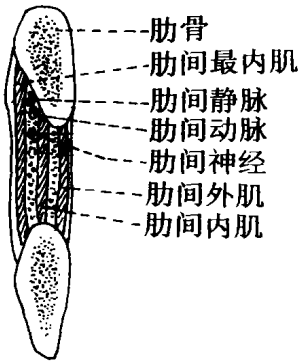


图2 肋间隙中各结构关系

结 果

本文治疗的20余例胸神经痛中皆在注射后数分钟完全止痛一段时间，多数一周后痊愈，少数经2～3次注射后痊愈，个别病人失访。

讨 论

胸神经痛多发生在中下位胸神经，上位胸神经定位不难，因为分布区之间重叠范围有限，而且有肋骨作为标志。在腹壁定位某一胸神经则须仔细检查，因为在腹壁肌肉间，上下位胸神经之间皆有交通支，相邻的神经皮肤分布区之间有较大的重叠，一般为神经分布区皆有上下位神经重叠分布，在切断一神经根以后体表可无感觉改变，但是在神经干受到刺激时则会在分布区内出现痛觉的改变。关于胸神经的分布区除在胸腹壁以外，须注意末胸神经外侧皮支较大，主干不分内外支；据Maigne研究[3]，此支穿过腹内外斜肌以后向前下跨过髂嵴，分布于臀部外侧部皮肤，下达髂嵴下方10 cm处。此支紧邻后方的髂腹下神经外侧皮支，跨过髂嵴处形成骨槽，在瘦人体表可摸到，在此处神经可被挤压而出现分布区内神经痛。据此，对2例是末胸神经外侧皮支的神经痛，注射方法是在腋后线以前沿髂嵴紧贴骨面注射约5 cm范围，以消除骨膜病变对神经的刺激。胸神经痛的病因确定不易，对于查为胸神经主干前、后支皆有体征者，则表明病变在神经未完全出椎间孔以前的部位，除常见的带状疱疹以外，尚应注意排除脊柱骨骼与脊髓的病变。对于带状疱疹由于脊柱旁注射不易使药液到达神经节，故未采用注射法。对于不包括后支的病变，则表明受累的部位在发出外侧支以前，具体不易确定，但试在腋后线附近注射皆获得满意的疗效。对于仅有外侧支病变的病例，注射部位的要求比较严格，在腹壁对某一神经的位置无肋骨可作标志，只有依次估计决定下针部位，上腹部为胸7～9，脐区为胸10，耻骨上为腰1，可依次定位，但在既定位置下针，过于偏前或偏后，过浅或过深，皆会影响效果。

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. 57.
2. Hollinshead WH. Anatomy for surgeons: 2nd ed, New york: Harper and Row publishers, 1971. Vol 2. 226.
3. Maigne JY, Maigne R, Guerin-Surville H. Anatomic study of the lateral cutaneous rami of the subcostal and iliohypogastric nerves. Surg Radiol Anat, 1986, 8(4): 251.

(收稿日期：2002-05-21)