维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.3

枕大神经痛诊治的解剖学基础

（系列报道之五）

路 文* 许凤琴* 革容清* 王润侠* 马宁侠* 樊永卫* 金绍岐*

【摘 要】 **目的** 介绍枕大神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为枕大神经痛的患者30余例，采用强的松龙混悬液加局部麻药的局部注射神经通过第二颈椎横突上方一段的治疗方法。**结果** 所有病例皆在注射后短时完全止痛，多数病例一周后痊愈，少数经2～3次注射后痊愈，少数病人失访。**结论** 对诊断明确的病例，采用强的松龙注射法，可以获得满意的效果。

【关键词】 枕大神经痛；局部注射；强的松龙

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the great occipital nerve neuralgia *Lu Wen Xu Fengqin, Jin Shaoqi, et al. Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University, Xi'an* 710032

【**Abstract**】 **Objective** To introduce the diagnosis and treatment of great occipital nerve neuralgia. **Methods** Over 30 cases of certain diagnosed great occipital nerve neuralgia in out patient department were selected and treated by local injection of prednisolone plus local anesthetic to the nerve where it passes above the transverse process of the second cervical vertebra. **Results** Pain was stopped immediately after injection for a short period in all cases. Most of the patients recovered after one injection. Less of them recovered after two or three injections. Few of them were loss of follow up. **Conclusion** To the certain diagnosed great occipital neuralgia, local injection of prednisolone is the method of choice. Best effect could be obtained.

【**Key words**】 Great occipital nerve neuralgia; Local injection treatment; Prednisolone

枕大神经痛不少见，但一般易被误为偏头痛。本文从枕大神经的起源、行经、邻属及分布，探讨神经痛的病因、诊断及治疗依据、鉴别诊断的解剖学基础，介绍了强的松龙注射第2颈椎横突上方一段神经的治疗方法、依据及成功的要点，取得了良好的效果。

资料与方法

一、应用解剖：第1、2颈椎之间不形成椎间孔。枕大神经是第2颈神经后支发出的主要分支[1,2]。颈2前后根在寰椎后弓下方与枢椎椎弓板之间联合，旋即分为前后支外行。离开椎管以后，前支向外向前终于颈丛。后支在第2颈椎横突的上后方向后行，绕过头下斜肌下缘，分支支配该肌，在此与第1颈神经之间有交通支相连，以后再分为内外支。内支形成枕大神经，在头下斜肌与头半棘肌之间向内上斜行，逐渐走向浅处，分支支配肌肉后又偏外行，穿过头半棘肌与斜方肌起始部外侧份或斜方肌与胸锁乳突肌起始部之间，到达颈深筋膜深面（图1）。枕大神经有枕动静脉伴行，再穿过颈深筋膜上行，在此处接收第3颈神经后支的一交通支，到达枕肌深处，分布于枕部皮肤，向上到达两耳间冠状平面，占有头皮后部的大部分（图2）。枕部外侧一小部分由枕小神经分布。中线一侧有时有第3枕神经分布。此神经不经常出现，如有，即由第3颈神经后支的内支发出，穿过斜方肌上行，分布于枕部下份。

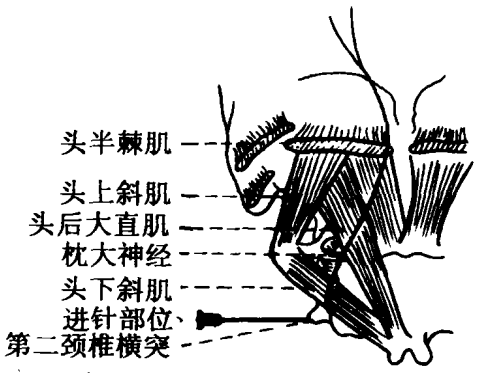


图1 枕下部肌肉及枕大神经

* 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

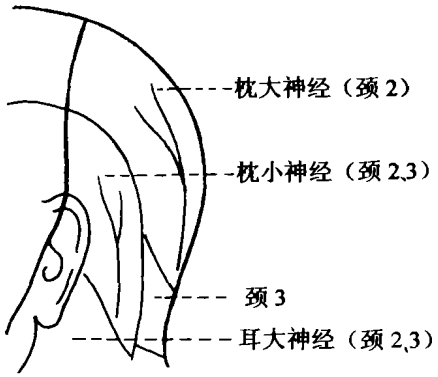


图2 枕部皮神经分布区

二、临床表现：枕大神经痛发病年龄较广，多数病例在20岁以上，与性别无关，单侧发病较多见。急性患者主诉为头后部一侧阵发性剧痛，烧灼感、针刺样、或撕裂样，白天轻、晚上加重。慢性患者常为头后部一侧，双侧患者则为头后全部，不同程度的阵发隐痛或钝痛。本文所遇30余例患者，病程短者数日至数周，长者达20余年，在他处就诊时多被误诊为偏头痛，或神经性头痛，多项检查均无阳性体征，未得到适当及时治疗。查体所见：枕部头皮枕大神经分布区的全范围对针刺痛觉改变，急性者多为过敏，慢性者多为迟钝，少数患者有项上部肌肉不同程度的痉挛，但无固定压痛点。少数病人合并有眶上神经痛。

三、诊断依据：主诉疼痛部位及针刺痛觉改变范围严格局限在枕大神经分布区的全部，无第2颈神经前支或其它头部有关病变的症状与体征，是诊断本病的唯一依据。

四、治疗方法：本文对确诊为枕大神经痛的病例，分析其病因是在第2颈神经后支出椎管以后，走在第2颈椎横突上后面与向上通过枕下部肌肉中的一段受到刺激所致。据此皆用强的松龙混悬液1 ml加麻药2%利多卡因或1%普鲁卡因5 ml局部注射，将药液注射到第2颈椎横突上面及后上方的肌肉中枕大神经出椎管以后的一段行程上。具体注射方法与颈丛阻滞麻醉法相似。患者平卧头偏向一侧90°，也可取正坐位。在乳突下方可以触及的最高位的颈椎横突，即为第2颈椎横突，第1颈椎横突不能触及。摸清楚后在皮肤上作指甲压痕为标记。消毒后对准横突垂直进针（见图1），深度因人胖瘦而有不同，约在2 cm左右，针触及横突以后，滑向其上后方深入约0.5 cm，即行注射2 ml药液，再将针转向上后在神经的行径上分散注射其余药液。注意神经在此处向上的行程中是逐渐变浅的。如此可将第2颈椎横突上面骨膜、神经出椎管以后及上行途中的下段易受到刺激处及邻近组织皆浸润到，消除有关的炎症。注射中应注意针触及第2颈椎横突以后于其上面向内进针不得超过1 cm，以免误入椎管。在横突后方无任何重要结构，无虞危险。在横突前方有交感干，如有过多药液至横突前面，即可能麻醉到交感干，出现短暂的霍纳氏综合征，但无大碍 。注射成功的关键在于必须摸清第2颈椎横突再进针，进针后必须先触及横突尖，否则无法肯定效果。

结 果

如果注射正确，数分钟后即可止痛，检查到枕大神经分布区内皮肤针刺痛减退或消失。急性患者麻药作用过后，疼痛再现，但较轻，多在3～5 d内痊愈；少数患者一周后不愈，重复一次注射即可。慢性患者多在注射后疼痛基本消失，一周后，少数痊愈，多数未愈者重复1～2次注射后治愈。30余例病人中尚无需注射第4次者。

讨 论

根据作者有限的经验，认为治疗枕大神经痛的成功关键在于正确的诊断与准确的注射方法。正确的诊断根据是前述的有关解剖学，据此才能判定症状与体征是在枕大神经的范围，才能与其它类似疾病鉴别。按神经行程中的邻属关系，在查无有关其它病变时，估计神经最大可能受到刺激的部位及性质才有依据。注射时不具备必须的解剖学知识，摸不到第2颈椎横突，不了解神经的行程，是难于保证成功的。对于熟悉有关本病的鉴别诊断也很重要，易产生混淆的为是否同时有枕小神经痛及第3枕神经痛。枕小神经起自第2颈神经前支，有时有颈3分支参加，通过颈浅丛分出，分布区位于耳后方耳大神经与枕大神经分布区之间的区域以及耳廓上部后面，细查痛觉改变范围即可区别。对已将枕大神经治愈的病人，如仍有头后中下部疼痛者，应再细查有无第3枕神经问题。如注射颈2后支以后，不能使枕大神经分布区内感觉完全丧失，一是注射方法不当；二是有可能为枕大神经接收颈3的分支，此种情况下只有如法注射颈3后支以观疗效。如果查到枕小神经分布区也有病变体征，则表示病变部位在颈2未分为前后支、未离开椎管以前的部分，或者为同时有枕小神经在绕过胸锁乳突后缘，穿出颈深筋膜处受到刺激所致，仅如上法注射枕大神经即无效，或不解决枕小神经问题。本文认为枕大神经痛的病因，最大可能是在神经行经第2颈椎横突上方受到骨或骨膜病变的刺激，或是在通过项上部肌肉过程中经常受到因不良姿势所致的肌肉痉挛纤维化等类刺激所致。所以

维普资讯 http://www.cqvip.com

在这两处注射药液即获得了满意的疗效。

颅后窝的硬脑膜由迷走神经与舌下神经分支分布。由三叉神经眼支所发出的脑幕神经，分布于小脑幕上面，可远达顶枕部硬脑膜。某些颅内病变也会出现枕部疼痛，但不会产生枕大神经分布区痛觉改变的体征，可以此鉴别。

关于注射方法，早年本院也有医师采取枕下风池穴位注射，药液相同，但效果不理想，有的仅可获得短暂减轻，作者认为风池穴位与枕大神经无直接关系，至多是神经在行将穿过斜方肌时通过其附近，注射药液虽有可能浸润到神经，但非在其受刺激部位，难起作用。自改用上法以后，疗效明显改观，证明所分析病因的可靠性。

关于枕大神经痛的病因，曾有多种看法，故有称之为枕神经综合征。有的病因是假想，有的可以证实，近年来多认为与颅颈部的发育及损伤有关[3]。常见的是颈椎病，有颈1、2椎体外侧关节增生者即易致颈2神经痛，可在张口位X线的照片上或CT检查确定，类固醇注射仅可能暂时消减症状。其它病变引起颈2神经痛者应查明原因，针对治疗。有报告1例起自第2颈椎横突的骨软骨瘤，压迫椎动脉，也刺激颈2神经根引致枕大神经痛，手术切除病变后治愈[4]。

由此可见，采取作者所介绍的治疗方法，必须是在排除其它原发病变的基础上进行。如有其它原发病变，即须针对治疗，注射法无效。

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. 54. 634.
2. Gray H. Anatomy: descriptive and surgical. 15th ed. Toronto: Chancellor press, 1994, 740.
3. Ehni G, Benner B. Occipital neuralgia and the C1 - 2 arthrosis syndrome. J Neurosurg. 1984, 61(5): 961.
4. George B, Atallat A, Laurian C, et al. Cervical osteochondroma (C_2 level) with vertebral artery occlusion and second cervical nerve root irritation. Surg Neurol, 1989, 31(6): 459.

(收稿日期：2002-04-18)

·个案与短篇·

胸部损伤的早期处理

耿式鹏* 刘美春* 孟庆国*

本文收集我院于1998年7月至2001年7月收治的胸部损伤21例，现就救治经验进行总结分析如下。

一、临床资料

1.一般资料：本组21例，单纯肋骨骨折8例，占38.1%；血气胸13例，占61.9%；其中心脏损伤1例，横膈肌破裂1例，胸腹联合伤3例。①致伤原因：交通及建筑事故7例，刀器伤9例，其它打击、摔伤、挤压伤等5例。②合并症：合并休克者10例，合并颅脑、肝、脾、肾及四肢伤者8例，胃肠破裂1例。

2.治疗：开放性血气胸9例，其中3例行开胸探查术，术毕均置胸腔引流管；闭合性血气胸4例，行胸腔闭式引流术。

二、结果

本组治愈20例，治愈率95.2%，术后随访效果良好。死亡1例，病死率4.8%，为合并重度颅脑损伤患者。

三、讨论

1.损伤性血气胸的诊断并不困难。应当按照"先抢救、再诊断、边治疗、边诊断"的原则，进行紧急处理。本组21例中血气胸13例，其中12例首诊时即根据其明显的外伤史、体征及辅助检查、胸穿等确诊，首诊确诊率占92.3%。死亡1例，系在放射科、CT室等检查过程中死亡。对胸部损伤病人，要早期判断以下10个致命问题：有无血容量不足；有无呼吸功能不全；有无强力性气胸；有无心包填塞；有无多发肋骨骨折(反常呼吸)；有无严重血胸、气胸或血气胸，有无纵隔损伤(气管、食管破裂等)；有无膈肌破裂；有无主动脉或其主要分支的破裂；有无心脏损伤；伤员若有上述前四项之一者，可能随时发生生命危险。

2.胸部损伤需开胸手术者并不太多，急诊手术病例仅占14%。本组病例中开放性血气胸85%仅行清创加闭式引流术而治愈；闭合性血气胸开胸探查术仅1例，而需要开胸手术的病例，应必须当机立断不可延误时间。严重的心脏贯穿或心脏破裂，即使心脏已停止跳动，应立即进行手术，往往可使病人获救，其效果已逐渐得到公认。本组1例单纯血胸，经插入胸腔引流管后首次排血量超过1000 ml，经开胸证实为实质性脏器损伤。

3.绝大多数的损伤性血气胸病例可用胸腔闭式引流术等非开胸手术治愈。本组85%以上均在入院后1～5 h采用闭式引流或胸穿术，处理血气胸的闭式引流术的经验，从理论上证明是正确的。胸部损伤如心脏大血管、食管、气管损伤虽然是严重的，但发生率较低，一旦发生大血管出血，多在送往医院途中死亡，有抢救机会的血气胸多为胸壁或肺损伤。实验证明含水量少的肺组织，多数伤较小，并且伤道周围的组织水肿实变对伤道有止血作用；肺血管损伤如肺动、静脉出血，是体循环压力的1/4，常能自行止血。

(收稿日期：2002-04-18)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院急诊科