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

额神经痛诊治的解剖学基础

(系列报道之三)

王润侠* 许凤琴* 高湘伟* 路 文* 樊永卫* 马宁侠* 金绍岐*

【摘 要】 **目的** 介绍额神经痛的诊断与注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为额神经的眶上支或滑车上支的神经痛患者20余例,采用强的松龙混悬液加局部麻药的局部注射神经绕经眶上缘处的方法治疗。**结果** 所有病人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** 对诊断正确的患者,采取强的松龙局部注射法,可以获得满意的疗效。

【关键词】 额神经痛;局部注射;强的松龙

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the frontal nerve neuralgia *Wang Runxia, 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 the frontal nerve neuralgia by method of local injection. **Methods** Either the supraorbital or supratrochlear branch neuralgia of the frontal nerve over 20 cases of certain diagnosis in out patient department were selected and treated by local injection of prednisolone plus local anesthetic to the nerve where it passes around the superior orbital margin. **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 after two or three injections. A few of them were loss of follow up. **Conclusion** To the certain diagnosed supraorbital or supratrochlear neuralgic case, local injection of prednisolone is the method of choice. Best effect could be obtained.

【**Key Words**】 Frontal nerve neuralgia; Local injection; Prednisolone

额神经痛属常见病,易被误为偏头痛。本文从额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,采取强的松龙加麻药局部注射神经绕过眶上缘处的疗法,取得了良好的效果。

资料与方法

一、应用解剖:三叉神经眼支(眼神经)由半月节发出后,在即将进入眶上裂时分为额神经、泪腺神经及鼻睫神经[1,2],再一起进入眼眶。额神经前行途中紧邻眶顶,分成眶上神经及滑车上神经。眶上神经分支供应额骨、额窦,主干前行,通过眶隔及眶上缘内中1/3交点附近的眶上孔或切迹到达面部(图1)。滑车上神经走向眼内角,穿过眶隔,绕过眶上缘到达面部。眶上神经于眶上切迹处发出睑支至上睑中部皮肤及结膜,并发出细支穿入额骨,主干与眶上动静脉伴行上升,分布于颅顶部的头皮,范围较大,向后达两耳间冠状平面。滑车上神经分布区较小,限于上睑内侧及额部中线一侧的狭窄区域。泪腺神经分支支配上睑外侧部皮肤及结膜。鼻睫神经分支支配颅前窝硬脑膜、筛窦、蝶窦、眼内角及鼻背部皮肤。眶隔亦称睑筋膜,由眶缘的骨膜伸入眼睑中形成,到达睑板。

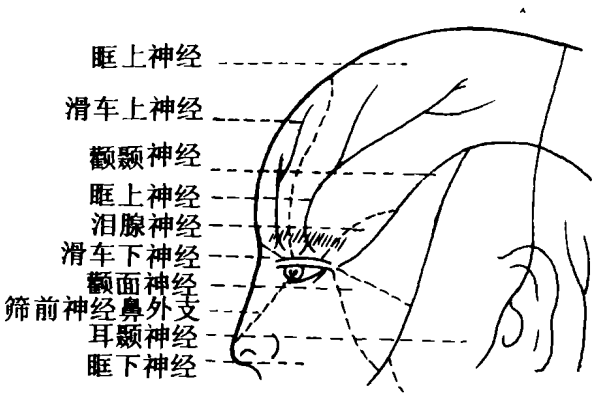


图1 三叉神经眼支头皮分布区

二、临床表现:本科接诊的20余例额神经痛患者,多数为眶上神经痛,主诉与文献报道者相似[3],皆为前

* 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

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

额部隐痛或阵发剧痛。多为40岁以上中老年人。女性略高于男性，大多数为单侧。病史时间不定，最长者20余年。慢性者多曾被认为是偏头痛，久治不愈。疼痛性质不恒定，隐性疼痛无特异性，发作常无先兆，但也有为阵发性加剧。阵发性剧痛无诱因可寻，常呈现烧灼、针刺、刀割或撕裂样的剧痛。发病周期性不定。

查体可见额部眶上神经或滑车上神经分布区对针刺痛感觉异常，急性者常为过敏，慢性者常为迟钝，触觉一般无明显改变，无其它病变体征。

三、诊断依据：病人自觉疼痛范围局限在眶上神经或滑车上神经的分布区内，亦即前额部，仅在神经的分布区内的皮肤查有针刺痛过敏或迟钝，无其它病变体征，是诊断眶上或滑车上神经痛的仅有依据，亦即诊断要点。据此分析病因，作者认为仅可能是神经在通过眶上孔或切迹或绕过眶上缘处受到骨膜或眶隔改变的挤压。神经在眶内球外结缔组织中的部分是不易受到异常压力的，单独的神经分支无外因的本身炎症发生的可能性太小。

四、治疗方法：治疗眶上神经痛或滑车上神经痛，有学者采用单纯局部麻药注射法或手术疗法，效果不肯定[3,4]。本文所选择的病例，根据上述病因分析，皆属能明确为眶上神经痛或滑车上神经痛，而无其它有关病变者，皆采取眶上孔或切迹或眶缘处注射药物的治疗方法。病人取正面坐位或平卧位。用强的松龙混悬液0.5～1 ml (12.5～25 mg)加1%普鲁卡因或2%利多卡因3～4 ml，对眶上神经痛的患者，在眶上缘内中1/3交点处摸清眶上切迹，直接进针，皮下注入少量药液，触及骨面即注入药液1 ml至神经周围及骨膜，继沿骨前面向上注入1 ml，再沿切迹向眶内进针深入5 mm左右沿眶顶注入药液1 ml(图2)。如摸不清眶缘的切迹，则可能为眶上孔，除如上注射外，尚应寻找眶上孔，针进入再注入少量药液。如此可以保证将神经绕过眶缘处相邻的骨膜及眶隔皆包括在注射范围内，以减轻其纤维化，消除对神经的压力刺激。同时，如有滑车上神经痛，查无其它病变者，可以此法另外在眶上缘内侧端处紧贴骨膜注射，也可由注射眶上神经后抽针至皮下，再斜向眶上缘内侧端注射，可获得同样的效果。眼眶骨骼与眼球间尚有较大的结缔组织间隙，沿眶顶进针，无虞伤及眼球。注射要求严格无菌操作，因为须将药液注射到眶内球外结缔组织中，要严防引致眶内感染。

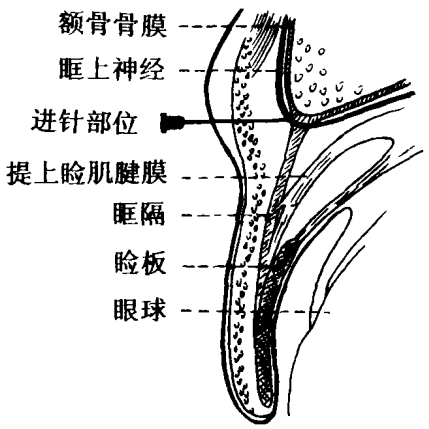


图2 眶上神经绕眶上缘注射部位(矢状面)

结 果

本文治疗的20余例中，注射后数分钟疼痛消失，皆可查见神经分布区内皮肤刺痛消失，表明药液到位。麻药作用过后症状再现，但常较轻。有追踪者十余例3～5 d后症状完全消失痊愈，包括20余年病史者，少数病例4～5 d后症状又重现，1周后再注射一次后痊愈，个别病人经3次注射治愈，包括20余年病史者。

讨 论

通过上述对眶上神经及滑车上神经痛的有关解剖学及病因的分析，本文认为重要的是正确的诊断与注射方法。对无可见致病原因的原发病例，皆采取强的松龙局部注射法，消除骨膜或眶隔的纤维化，除去挤压神经的致病原因，是较好的有效治疗方法。

在决定诊断时尚须考虑到可以引起继发眶上神经痛或滑车上神经痛的其它病变。前已述及诊断眶上神经痛或滑车上神经痛的唯一依据是该神经分布区的自觉疼痛及对刺痛过敏或迟钝。因此必须了解神经的皮肤分布准确范围。此外，尚须了解神经的起源、由眼神经主干开始分支的情况、何处发出何分支、各分支的走行及沿途的邻属关系，以及功能等。在此基础上才能鉴别出有无其它有关病变存在。病人主诉疼痛范围常不易很精确地分辨在哪一神经分布区，主要靠医生查体决定。

如果检查感觉改变包括眶上神经与滑车上神经分布区而无其它主诉或体征，则表明可为两神经在绕过眶缘上行的部分受到相似的挤压，引发疼痛。但是也可能为额神经在眶顶下方尚未分支的主干病变，出现眶上与滑车上两神经同受刺激的症状，病变不在眶缘，应详查有无眶内其它病变。此种情况下，如查体不能判定病变是在眶缘或在眶内，仍可以试行注射两神经

维普资讯 http://www.cqvip.com

绕过眶上缘的部分，即可鉴别。如病变在眶缘，即可使症状消失。如病变在眶内，即无效。如果检查感觉改变范围包括上睑外侧角皮肤，则表示有泪腺神经受累。如果检查感觉改变范围，包括鼻背部皮肤，则表示有鼻睫神经受累。这两种情况皆表明病变部位可能为眼神经在通过眶上裂的前后或进入眼眶而未分支以前的部分受累所致，病变不在眶上缘附近，应仔细检查有无眼眶骨骼或眶内病变。

除上述外，尚须注意有无可以引致眶上神经痛或滑车上神经痛的其它病变，如额窦炎、颅前凹肿瘤、麻风病等[5~7]。除眶上神经及滑车上神经以外的眼神经其它分支分布区的病变，皆可能引起两神经分布区的牵涉性疼痛，但因两神经并未直接受到刺激而不会查有痛觉改变的体征。在原发性三叉神经痛，也可出现两神经分布疼痛，但检查时也不会出现痛觉改变。

对查有其它可以引致额神经痛的原发病变，应对症治疗，局部注射神经的方法无效。当然，虽然诊断正确，如果注射方法不当，也会影响治疗效果，必须注意。

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. 53. 121. 142.
2. Gray H. Anatomy: descriptive and surgical. 15th ed , Toronto: Chancellor press, 1994. 706.
3. Caminero AB, Pareja JA. Supraorbital neuralgia: a clinical study. Cephalagia, 2001, 21(3): 216.
4. Antonaci F, Pareja JA, Caminero AB, et al. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua: anesthetic blockades of pericranial nerves. Funct Neurol 1997, 12(1): 11.
5. Talmi YP, Finkelstein Y, Wolf M, et al. Coincidental supraorbital neuralgia and sinusitis. Am J Rhinol, 1999, 13(6): 463.
6. Sharma RR, Pawar SJ, Lad SD, et al. Frontal intraosseous cryptic hemangioma presenting with supraorbital neuralgia. Clin Neurol Neurosurg, 1999, 101(3): 215.
7. Mishra B, Malaviya GN, Girdhar A, et al. Trigeminal neuralgia – a presenting feature of facial leprosy. Lepr Rev, 1993, 64(3): 255.

（收稿日期：2002-04-18）

·个案与短篇·

可吸收缝线皮内缝合会阴切口600例体会

姚秀丽* 李 涛*

传统的会阴切开缝合多采用肠线缝合粘膜、肌层、皮下脂肪，用丝线缝合皮肤，常会有会阴侧切缝合后的组织水肿和线结反应，给产妇带来很大痛苦。

我院从2000年9月，应用高分子可吸收性合成缝合线，对600例产妇经阴道分娩的会阴切口行粘膜、肌层缝合术，取得满意效果。现报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料：孕周37～41周，年龄21～38岁，初产妇522例，经产妇78例，为会阴侧切术适应证者，粘膜、肌层采用0/2号可吸收性合成缝合线，自带1/2弧度圆针，针长33 mm；皮内采用0/4可吸收性合成缝合线，自带1/2弧度三角针，针长18 mm。

2. 方法：用0/2号可吸收性合成缝合线，自会阴切口顶端上方0.5～1.0 cm处向下连续锁边缝合阴道粘膜及盆内筋膜直至处女膜内缘处。以同样可吸收性合成缝合线间断缝合外阴部肌肉及皮下组织，缝合时切口要对称缝合。进针点和出针点尽量贴近皮内组织，要注意不要穿透皮内组织，打结松紧要适宜，不留死腔，有出血另作结扎，针距以0.8～1.0 cm为宜，既有利于止血，关闭死腔，防止皮下脂肪液化坏死，又达到缩小切口，减少切口张力的作用。用0/4号可吸收性合成缝合线行连续外阴部皮内褥式缝合。进针点由外阴皮肤切口外端皮内开始，将缝线外端打一小结，并紧邻线结剪去末端缝线，以使线头不外露，连续褥式水平缝合皮内组织至阴道，针距以0.3～0.5 cm为宜，于阴道粘膜下打结，将线结埋于粘膜下。

二、结果

本组600例会阴侧切可吸收线缝合均为Ⅰ期愈合，会阴切口平软无硬结，无线头反应，皮缘对合良好，呈线条状，无需拆线，产后48 h即可出院，缩短了住院时间，提高了病床周转率。

三、讨论

高分子可吸收性合成缝合线皮内侧切缝合，缩短了缝合时间，减少了伤口暴露时间，降低了切口感染率，采用高分子可吸收性合成缝合线，术后减少了该处组织的异物刺激，无线头反应，无炎性反应。由于皮内缝合，切口对合好，组织愈合良好，勿需拆线，分娩48 h后出院。提高了病床的周转率，减轻了产妇的经济负担。实践证明，可吸收线皮内缝合法，操作简单、安全、有效，具有传统方式不可比拟的优越性，值得推广。

（收稿日期：2002－03－26）

* 作者单位：833200 新疆伊犁州奎屯医院妇产科