维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.3

腓浅神经痛诊治的解剖学基础

(系列介绍之十五)

许凤琴,高湘伟,路 文,王润侠,金绍岐

【摘 要】 **目的** 介绍腓浅神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为腓浅神经痛的患者18例,采用强的松龙混悬液加麻药局部注射神经穿出小腿深筋膜的部分的治疗方法。**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,少数病例经1~3次注射后痊愈。**结论** 对诊断明确的病例,采取强的松龙局部注射法,可以获得满意的疗效。

【关键词】腓浅神经痛; 局部注射; 强的松龙
【中图法分类号】R322.85 【文献标识码】A 【文章编号】1672-5042(2003)03-0180-02

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the superficial peroneal nerve neuralgia *XU Feng-qin, GAO Xiang-wei, JIN Shao-qi, et al.*

Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, China

【**Abstract**】 **Objective** To introduce the diagnosis and treatment of the superficial peroneal nerve neuralgia. **Methods** Eighteen cases of certain diagnosed neuralgia of the superficial peroneal nerve in out patient department were selected and treated by local injection of prednisolone plus anesthetic to the nerve where it passes through the deep fascia of the leg. **Results** Pain was relieved promptly after injection for a short time in all cases. They were all recovered after 1~3 injections with one week interval. **Conclusion** To the certain diagnosed neuralgia of the superficial peroneal nerve, local injection of prednisolone is one of the best methods.

【**Key Words**】 superficial peroneal nerve neuralgia; local injection; prednisolone

腓浅神经痛比较少见,未见有报道。本文从腓浅神经的起源、行径、邻属、分支及分布,探讨腓浅神经痛的病因、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神经穿出小腿深筋膜处的治疗方法、依据及成功的要点。

1 资料与方法

1.1 应用解剖

小腿前组肌肉为伸肌,由内向外为胫骨前肌,趾长伸肌,趾长伸肌及第三腓骨肌。外组为外翻肌,由浅入深为腓骨长肌及腓骨短肌。两组肌肉之间有前肌间隔。坐骨神经在腘窝上角分为胫神经及腓总神经。腓总神经起自脊髓腰$_4$-骶$_2$节段,在腘窝外侧下行,至腓骨头后方,再绕过腓骨颈外面向前下进行,在此处分为腓浅及腓深神经。腓浅神经先于腓骨与腓骨长肌之间向下向前行,继于腓骨长肌与腓骨短肌之间下行。分支供应两肌;再向下即纯为感觉支,位于腓骨短肌与前肌间隔之间,在小腿中下1/3交界处穿过深筋膜至皮下,在穿出点的上或下分为两支偏内下行,分布于小腿下部外面及足背中间部分皮肤(图1)。足背内侧大部分由隐神经末支分布。足背外缘由腓肠神经末支足背外侧皮神经分布。在腓浅神经皮肤分布区的上部为腓肠外侧皮神经(小腿外侧皮神经),内侧为隐神经分布[1,2],外侧及后方为腓肠神经及其末支足背外侧皮神经分布。腓骨短肌的前缘可以作为腓浅神经在小腿的行径标志。

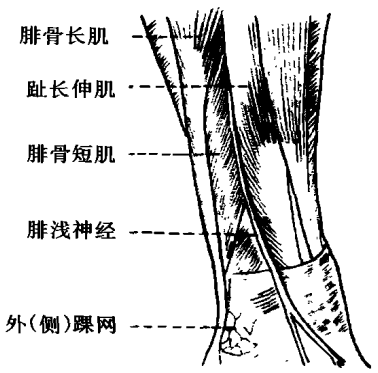


图1 小腿前外侧面肌肉和腓浅神经

1.2 临床表现

腓浅神经痛的患者主诉一般多为小腿外侧下部及足背抽痛、麻木,常为阵发性,有的为慢性轻度隐痛,行动无

作者单位:第四军医大学西京医院门诊部,陕西 西安 710032

维普资讯 http://www.cqvip.com

碍。查体可见上述腓浅神经皮肤分布区对针刺痛感觉迟钝或过敏,其它相邻各神经分布区皮肤感觉正常,亦无其它神经分支病变症状,无足外翻力减弱的症状。

1.3 诊断依据

诊断为腓浅神经痛者仅为主诉疼痛部位及查体所见的感觉异常范围局限在腓浅神经皮肤分布区全部,别无其他阳性体征。

1.4 治疗方法

我科对明确诊断为腓浅神经痛的病例分析病因,皆可能是神经在穿过小腿中下1/3交界部深筋膜的一段受累所致。据此皆采取强的松龙25 mg加局部麻药1%利多卡因或1%普鲁卡因10 ml混悬液局部注射法。在足外翻动作过程中,可在小腿中下1/3交界附近摸清腓骨短肌的前缘,划线作标志,于小腿中下1/3交界下方约2 cm进针,沿标志线向上进针约6~8 cm,分别在深筋膜的浅面及深面浸润性注射药液。

2 结果

按上述方法注射后数分钟检查神经分布区,针刺痛消失,表明注射成功,通过对18例病人观察,大部分患者经一次注射后痊愈,少数经2~3次注射后痊愈,效果良好。近期未见有复发者。

3 讨论

在我科接诊的患者中,腓浅神经痛的病例不是很多,常为在他处求诊未能获得正确诊断者。据我科有限的经验,认为治疗成功与否的关键在于正确的诊断与准确的注射方法。正确的诊断依据是解剖学特有的临床症状与体征,必须是严格明确在神经的分布区全部,且无其它任何易混淆的症状与体征。

对本病的鉴别诊断至属重要。腓浅神经皮支为其终末支,本文认为神经受损害的部位是在其穿出小腿深筋膜处,因为如果损害部位在较低的分支时,若非同时受累,则症状应在该分支范围内,而不是全部。如果损害部位较高,在小腿上1/3部分,未分出供应外翻肌以上的部分,则应同时有外翻肌软弱的症状。如果损害再高至腓骨颈附近,则尚应出现腓总神经瘫痪的症状-垂足。此类情况下皆以运动症状为主,很少出现明显的神经痛。此外,在检查时,尚须注意与腓浅神经分布区相邻区域的皮神经分布来源。腓肠神经由胫神经在腘窝内发出,如果同时有症状,则表明病变部位在坐骨神经本干,应仔细检查。最后应注意与腰椎间盘突出症等类似的神经根受压的病变相鉴别,腰$_5$神经根受压时,一般引起的疼痛及感觉改变仅在小腿外面中部腰$_5$节段投影区的中部有限区域而不是全部,更不与腓浅神经皮肤分布区一致。

【参考文献】

[1] 金绍岐. 实用外科解剖学[M]. 西安:陕西科学技术出版社,1987.716-732.

[2] Hollinshead WH. Anatomy for surgeons[M]. 2nd ed. New York: Harper and Row Publishers 1969.759.

(收稿日期:2003-03-03) (编辑:兰阳军)

(上接封二)

达到手术目的的前提下,尽可能减少手术的创伤,同时不断探讨新的术式,达到更好的外科治疗效果。利用数字化可视人体模型,建立外科手术模拟系统,可在术前进行手术部位局解知识的学习、进行手术方案的设计、讨论以及实际手术操作的模拟等。这对于医生针对具体病人的手术训练和准确而有效的手术方案的制定,以提高外科治疗技术水平、降低手术的风险性具有非常重要的意义。

4 建立内窥镜、导管介入等有创诊疗模拟系统

内窥镜、导管等介入诊断、介入治疗手段以其创伤小,准确、快捷等优点在临床上得到越来越广泛的应用,对人体管道结构的三维形态规律和正常数据非常需要。在临床诊断和治疗中,微创性介入(内窥镜、导管等)和外科手术往往因不可预测的因素(包括医生缺乏应急处理的预案)而导致失败,给病人造成不可挽回的损失和痛苦,甚至危及生命。如果利用数字化人体在计算机上事先进行手术模拟,如虚拟内窥镜、虚拟介入导管、肿瘤放射治疗模拟定位等,有利于临床诊疗水平的进一步提高。

5 建立局解手术学计算机辅助教学系统

在局解手术学教学中,通过建立人体模型的计算机辅助教学系统,可以帮助学生掌握解剖学知识、理解局部解剖结构的空间位置关系、掌握手术操作的步骤和要点,并可在计算机上反复练习。同时,学生还可利用人体计算机模型进行创新性手术设计,培养学生的创新性思维能力。

(收稿日期:2003-04-18) (编辑:陈维佩)