

· 手法介绍 ·

手法为主治疗隐神经卡压综合征 24 例

黄沪 张建宝 郭效东 陈卫衡 吴夏勃 倪凌

(中国中医研究院望京医院, 北京 100102)

隐神经卡压综合征临床并不少见,但由于对其重视不够而常常被漏诊。我们自 1994 年 2 月至今共以手法按摩为主或配合局部封闭治疗本病患者 24 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 24 例,男 16 例,女 8 例;年龄 18~56 岁,平均 43.2 岁;左侧 10 例,右侧 15 例(1 例为双侧发病)。病程最短 2 周,最长 1 年 6 个月,平均 9.2 周。病因膝部内侧有轻微外伤史者 8 例,膝关节前内侧入路手术后 2 例,感受寒湿者 12 例,2 例无明显诱因。

1.2 症状及体征 全部患者有膝内侧及小腿内上方的疼痛,长时间行走或站立过久后疼痛加重,休息及抬高下肢后疼痛减轻。膝关节前内侧及小腿内上方感觉减退者 6 例,局部皮肤痛觉过敏者 8 例,股四头肌发生不同程度萎缩者 5 例。3 例膝关节屈曲活动障碍。所有患者股骨内上髌上方约 10cm 处有一明显压痛点,向膝关节内侧及/或小腿内侧放射。6 例 Tinel 征阳性。所有患者 Lasague 征阴性,股神经牵拉试验阴性。

1.3 诊断 根据膝内侧及小腿内上方的疼痛,长时间行走或站立过久后疼痛加重,休息及抬高下肢后疼痛减轻。股骨内上髌上方约 10cm 相当于内收肌管前口处明显压痛,并向膝关节内侧及/或小腿内侧放射,局部 Tinel 征阳性或局部封闭注射症状立即缓解而确立本病的诊断。

2 治疗方法

所有患者均采用手法按摩治疗,每日 1 次,10 次 1 疗程,在手法按摩治疗的同时,6 例病人配合康宁克通 40mg 加 2% 利多卡因 2ml、注射用水 2ml 于内收肌管前口隐神经出口处局部封闭 2 次(间隔 5 天),为 1 个疗程。手法按摩方法如下:用侧法从上到下沿内收肌管 3~5 分钟;拿捏大腿内侧软组织 2~3 分钟;点按揉血海、内膝眼、阴陵泉、曲泉、三阴交各 20~30 秒,以局部酸胀疼痛能忍受为度;从上到下推下肢内侧 10~20 次,以局部出现烘热感为度。最后最大限度被动屈伸膝关节 2~3 次结束手法。

3 结果

全部病例经 2~10 次手法按摩治疗(6 例病人配合局部封闭 2 次)后症状及阳性体征均完全消失,膝关节功能恢复正常。经半年至 6 年 2 个月随访,除 4 例膝关节前内侧及小腿内上方皮肤感觉减退未完全恢复外(均为随访半年者),无

例复发。

4 讨论

4.1 解剖特点^[1] 隐神经是全身最长的感觉神经,在腹股沟韧带下方自股神经分出后,隐神经与股动脉和股静脉沿缝匠肌内缘向下相伴而行,进入内收肌管。在其前壁即股内收肌腱板下端,有一向前开的小裂孔,称前口。隐神经伴膝最上动脉出内收肌管前口,经膝关节内侧达小腿前内侧,并与大隐静脉同在一个鞘膜内向下伴行至内踝及足内缘。

受卡压部位多在内收肌管前口,相当股骨内上髌直上方约 10cm 处。前口为内收大肌腱板上的裂隙,裂隙周围的腱性组织伸缩性较差。神经在这里无退让余地,无论何种原因发生前口相对或绝对狭窄,都可发生隐神经受卡压的症状体征。

4.2 发病诱因 大部分病人有膝关节内侧受伤及感受寒湿的病史,故其中医病机应为瘀血和/或寒湿阻滞经络所致之局部气滞血瘀。从现代医学角度看,本病的发生可能与局部外伤或劳损后软组织粘连使内收肌前口变窄,加上运动等慢性摩擦使隐神经产生慢性炎症水肿,使隐神经在内收肌前口处受压有关。

4.3 诊断与治疗^[2] 本病的诊断并不困难,根据膝内侧及小腿内上方的疼痛,长时间行走或站立过久后疼痛加重,休息及抬高下肢后疼痛减轻。股骨内上髌上方约 10cm 相当于内收肌管前口处明显压痛,并向膝关节内侧及/或小腿内侧放射,局部 Tinel 征阳性或局部封闭注射症状立即缓解即可作出诊断。但由于临床医生对本病重视不够,故极易漏诊或误诊而延误治疗。

4.4 手法按摩治疗具有松解粘连,促进血液循环的作用;局部注射康宁克通具有非特异性消炎消肿作用。两者配合应用,既能迅速消肿而解除内收肌管前口的相对性狭窄,又能松解软组织粘连,解除因软组织粘连而造成的内收肌管前口的绝对狭窄,使疗效迅速而持久。

参考文献

- [1] 张文光,陈跃.小针刀治疗隐神经卡压症的应用解剖学研究.福建中医学院学报,1996,6(1):18.
- [2] 杨迪生,袁中兴,严世贵,等.隐神经卡压症的诊断和治疗.中华外科杂志,1988,26(5):464.

(收稿:2000 11-22 编辑:李为农)