

· 短篇报道 ·

化学性腰交感神经切除术治疗原发性红斑肢痛症 1 例

张 龙 董国祥 赵 军 栾景源 李天润 翟国钧

(北京大学第三医院血管外科, 北京 100083)

中图分类号: R654.3 R747.4

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2006)06-0478-01

我院 2005 年 4 月采用化学性腰交感神经切除术 (chemical lumbar sympathectomy, CLS) 治愈 1 例原发性红斑肢痛症 (primary erythromelalgia, PEM) 现报道如下。

1 临床资料

女, 15 岁, 突发双足剧烈灼痛, 肿胀 2 个月余, 采用阿司匹林、糖皮质激素、抗生素、普萘洛尔、中药等多种治疗无效, 渐出现双足背皮肤坏死 (图 1)。入院时患者双膝以下中度水肿, 充血潮红, 皮温升高, 因持续性剧烈灼痛, 活动或遇热后加重, 被迫以双下肢抬高或浸泡于冰水中的方式来缓解。查双足背动脉搏动有力; 双足背可见多处皮肤坏死灶, 1.0 cm × 0.1 cm ~ 4.0 cm × 7.0 cm。各项辅助检查, 如血常规、风湿三项、免疫球蛋白、抗核抗体谱、抗双链 DNA 抗体、抗可提取核抗原自身抗体谱 (ENA 谱) 等均正常。双下肢动脉造影提示末梢动脉血流通畅。根据其双侧肢体血管扩张、红、肿、热、痛, 运动和遇热后症状加重, 冷敷、休息和抬高患肢症状减轻, 无原发或并发症存在的特点, 确诊为 PEM。

急诊行双 L₃ ~ L₄ CLS^[1]。左侧卧位, 局麻下于 L₄ 棘突右旁 7 cm 处进针, 在 X 线引导下穿刺至 L₄ 椎体旁, 注射 5% 苯酚 3 ml; 同法实施右 L₃ 及左 L₃ ~ L₄ CLS。手术当日病人已无须抬高患肢或冰水浸泡双足来缓解症状, 但仍不能将双腿下垂。自诉双下肢灼痛约减轻一半。术后第 4 天, 双小腿红肿热痛完全消退。因双足背坏死区痂下积脓, 行清创术。术后第 1 天, 仅有轻微伤口疼痛, 已能将双足下垂。术后第 7 天, 患者能独立步行, 多数较小溃疡已愈合, 出院。出院 1 个月溃疡愈合, CLS 术后 5 个月, 患者能正常运动, 双下肢无红肿热痛, 双足背原溃疡处已形成瘢痕 (图 2)。



图 1 术前双足充血水肿、皮肤坏死 图 2 术后 5 个月溃疡愈合, 无充血、水肿

2 讨论

红斑性肢痛症是一种少见的发病机制不明的血管神经功能紊乱性疾病, 分原发性和继发性两大类。原发性者多数

起病急骤, 以阵发性肢端充血、皮温增高、烧灼样疼痛为特点, 运动或遇温热环境发病, 须冰水浸泡、休息或将患肢抬高来缓解症状。具有以上临床特点并且无感觉运动障碍, 除外真性红细胞增多症、真性血小板增多症、系统性红斑狼疮、甲状腺功能亢进、高血压病等其他系统疾病, 便可确诊^[2]。多数病人症状可自行缓解。少数不能缓解者, 或程度较轻逐渐耐受 (但丧失部分或全部劳动能力), 或因肢体坏死被迫截肢。

本病例发作典型, 其特征性的发作诱因、缓解方式及疼痛的严重程度, 较易与以红、肿、热、痛为特点的一般外科感染性疾病相鉴别, 排除血栓闭塞性脉管炎、痛风、类风湿关节炎等可引起肢体疼痛的疾病, 除外继发于其他系统疾病可确诊为 PEM。

目前尚无公认的对所有 PEM 病人有效的治疗方法^[2,3]。Nakajima 等^[4]报道采用胸腔镜胸交感神经切除术成功治疗上肢 PEM。CLS 在我院临床已开展了 10 余年, 可用于治疗雷诺现象、下肢动脉供血不足、多汗症及疼痛等, 较传统的及腔镜下交感神经切除术更加微创^[1]。红斑性肢痛症与雷诺现象临床表现相反, 但都同属血管神经功能紊乱性疾病^[3], 有通过 CLS 治愈的可能性。有研究表明 PEM 交感神经节后纤维调节血管舒缩功能失常且超敏感^[5], CLS 可有效打断处于超敏感状态的交感神经, 使症状、体征得到缓解, 为治疗 PEM 提供一种新的简单易行的方法。

参考文献

- 1 董国祥. 化学性腰交感神经切除术. 中国实用外科杂志 2004, 24(4): 245-246.
- 2 Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, New Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sydney, Toronto: McGRAW-HILL Medical Publishing Division, 2003. 1638-1639.
- 3 Cohen JS. Erythromelalgia: new theories and new therapies. J Am Acad Dermatol 2000; 43(5 Pt 1): 841-847.
- 4 Nakajima Y, Koizumi K, Hirata T, et al. Successful thoracoscopic sympathectomy for primary erythromelalgia in the upper extremities. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 2004; 52(11): 524-526.
- 5 Mork C, Kalgaard OM, Kvernebo K. Impaired neurogenic control of skin perfusion in erythromelalgia. J Invest Dermatol 2002; 118(4): 699-703.

(收稿日期 2005-09-02)

(修回日期 2006-03-17)