个案与短篇 文章编号:0253-3626(2011)09-1149-02

脊髓电刺激治疗坐骨神经损伤后顽固性疼痛 1 例报道

刘茂林,杨晓秋,邓 琼,郭媛媛,刘春兰
(重庆医科大学附属第一医院麻醉科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R651.2 【文献标志码】B 【收稿日期】2011-02-21

我科于 2010 年 6 月采用脊髓电刺激术治疗 1 例左坐骨神经损伤后左下肢疼痛、麻木的患者,取得满意疗效,报道如下。

1 病史资料

患者男性,48 岁。半年前因车祸伤致左髋臼粉碎性骨折,左髋关节后脱位伴左坐骨神经完全性损伤。先后 2 次行左髋臼骨折切开复位重建、钛板/钽棒内固定 + 左坐骨神经探查术,但术后仍残留顽固性左小腿、左足疼痛、麻木及左足运动功能障碍。疼痛呈持续性胀痛,伴阵发性针刺痛与放射痛。左下肢下垂约数分钟即出现淤紫、肿胀及疼痛加重。虽长期规范服用多种镇痛药物(NSAIDs,曲马多、加巴喷丁等)治疗,但疼痛仍无明显缓解。因疼痛拒绝下地行走,饮食、睡眠差,有轻生意愿。查体:VAS10 分。轮椅代步,焦虑痛苦面容,情绪低落。头、颈、心、肺、腹(-)。脊柱(-)。左髋关节外侧见一弧形长约 20 cm 手术疤痕愈合可,局部压痛,左髋屈伸、旋转、内外展均受限。左坐骨神经出盆口处压痛。双下肢等长,皮肤温度、颜色正常。左足下垂,双侧足背动脉搏动可。左下肢肌肉萎缩,左下肢肌力Ⅴ级,左足背伸肌力 0 级。右下肢肌力、肌张力正常。左小腿外侧及左足背痛觉减退,左足底痛觉过敏。双膝、右踝生理反射(++),左踝(+)。左直腿抬高试验与“4”字试验不能完成。病理征(-)。彩超:左下肢深静脉

作者介绍:刘茂林(1982-),男,住院医师,
研究方向:疼痛诊疗。
通信作者:杨晓秋,女,副主任医师,Email:yxq9906@sina.com。

肿检出率不高[4]。MRI 可以显示与 CT 相似的病变形态,黏液呈长 T1、长 T2 信号,但其 T1、T2 弛豫时间均短于均短于胆汁或尿液,可以区分出胶冻状物质与腹水。在显示肠壁和肿瘤边界时 MRI 优于 CT, 多方位显示肿瘤与受累脏器的关系也是 MRI 的优势之一[5]。

本文 3 例 PMP 患者,MRI 平扫均表现沿腹膜弥漫分布成串病灶,T_1WI 为低信号、T_2WI 呈高信号,形似大量腹水;2 例肝实质内多个囊性病灶与腹膜病变表现一致,是否病变转移有待病理证实,文献报道 PMP 患者合并肺转移、脾脏转移;腹腔内少量积液;增强扫描显示腹膜广泛增厚,呈延迟对比强化,腹膜表面病灶呈延迟环状对比强化,其厚度大多一致,部分见壁结节,3 例合并有网膜、肠系膜网饼状改变;肠管向中间聚拢,不能到达前腹壁;腹、盆腔内实质性脏器外缘可见周围腹膜黏液瘤种植压迫所致“扇贝形”压迹。笔者认为,具备下列临床特征有助于 PMP 的诊断:(1)腹部包块、腹胀、腹痛及体重下降;(2)腹腔穿刺病变抽出胶样液体;(3)MRI 表现肝脾周围及网膜处多发分房黏液团块,形似大量腹水,肠管向中间聚拢;腹、盆腔内脏器外缘见“扇贝形”压迹;动态增强扫描显示延迟环状对比强化的大小不等的葡萄簇状胶冻样结节覆满腹膜、网膜及脏器表面,厚度基本一致或不均。

由于此病少见,易误诊为肝硬化腹水、结核性腹膜炎、腹膜间皮瘤及晚期癌肿,而延误治疗或放弃治疗。本病治疗仍以手术治疗为主,早期切除;后期有播散者,尽可能切除原发病灶,去除腹腔内胶状增殖灶。

基于 MRI 多参数、大视野、水激发及抑脂等新技术的应用,有助于 PMP 术前正确诊断。

参 考 文 献

[1] Mann W J Jr,Chumas J.The managem-ent of pseudomyxo-ma peritonei[J].Cancer,1990,6(6):1636-1640.

[2] 陈凤媛,徐希岳.原发性腹膜假性黏液瘤:附 1 例报道和文献复习[J].罕少疾病杂志,2000,7(1):36-37.

[3] 滕剑波,张安忠,孙 尧.腹膜假性黏液瘤的超声诊断[J].中华超声影像学杂志,1995,4(2):86.

[4] 谭国强,吴 标,兰 勇.腹膜假性黏液瘤的 CT 诊断与鉴别诊断[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2007,5(2):39.

[5] 刘玉林,陈 宪,张照喜,等.腹膜假性黏液瘤的影像学表现[J].临床放射学杂志,2005,24(1):55-56.

(责任编辑:关蕴良)