

· 临床研究 ·

股外侧皮神经卡压综合征诊治 21 例

Experience of diagnosis and treatment for entrapment syndrome of lateral femoral cutaneous nerve a report of 21 cases

谢利军¹ 全仁夫¹ 王建岳¹ 徐润龙¹ 范顺武²

XIE Lijun, QUAN Renfu, WANG Jianyue, XU Runlong, FAN Shunwu

【关键词】 股外侧皮神经; 卡压综合征; 皮层体感诱发电位 【Key words】 Lateral femoral cutaneous nerve; Syndrome of nerve entrapment; Cortical somatosensory evoked potential

自 1998 年 9 月至 2001 年 11 月, 对 24 例患者采用皮层体感诱发电位检测辅助诊断股外侧皮神经(lateral femoral cutaneous nerve, LFCN)卡压综合征, 16 例保守治疗, 8 例保守无效者行手术治疗, 疗效满意。其中资料完整者 21 例, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组男 15 例, 女 6 例; 年龄 21~62 岁, 平均 31 岁。本组全髌置换(Smitlr Petersen 切口)术后 3 例, 骨盆骨折保守治疗后 2 例, 行前路手术 4 例, 髌骨取骨术后 3 例, 大推拿术后 1 例, 腰椎前路手术 2 例, 支具治疗后复发 2 例, 无明显诱因 4 例。均以单侧发病, 右侧 16 例, 左侧 5 例, 表现为股前外侧区疼痛或麻木及酸胀感, 活动后加重, 休息后减轻。2 例为急性起病, 疼痛难忍。体格检查发现慢性患者均有自髌前上棘下方至股前外侧区约 8.2cm × 16.0cm 大小区域痛觉、触觉减退, 髌前上棘下方 2.0~3.0cm 处叩诊疼痛加重并有麻木感; 急性发病者表现为感觉过敏, 利多卡因注射试验均阳性^[2]。本组 21 例均皮层体感诱发电位检测, 9 例患者怀疑为腰椎疾患而行 CT 及 MRI 检查, 结果均无异常。

1.2 皮层体感诱发电位检查和结果 患者行 CSEP 检查。方法如下: 使用丹麦生产 Dantec Keypoint 四导诱发电位仪, 于静电屏蔽室内进行, 刺激采用膜状电极, 于髌前上棘与髌骨中点连线上髌前上棘下方 3.0cm 处为刺激点, 记录为 CZ 点, 参考电极于 FPZ 点, 频率 3Hz, 强度 0.5μv, 叠加 500 次, 同时以健侧为对照^[3]。

结果均表现为 P₁-N₁-P₂-N₂ 波, 取 P₁-N₁ 波的潜伏期为统计数值, 结果健侧 P₁ 为 12.95 ± 1.10, N₁ 为 27.10 ± 0.68; 患侧 P₁ 为 18.01 ± 0.65, N₁ 为 34.25 ± 1.39。行配对设计 t 检验, 于 SPSS 统计软件下进行。

患侧与健侧比较: P < 0.01。结果有统计学意义。

1.3 治疗方法 21 例均先行保守治疗: 2 例腰椎前路术后, 1 例大推拿术后并发患者行针灸和局部理疗, 18 例局部利美达松针、2% 利多卡因针和维生素 B₆ 封闭治疗, 进针点分别为髌

前上棘内侧 1.0~1.5cm 腹股沟韧带深面或其下方 3.0cm 叩痛最显著处, 均为 2.0ml 进针以诱发麻痛后注药为准^[4]。

2 结果

2 例腰椎前路术后、1 例大推拿术后并发患者针灸和局部理疗 2 个疗程后症状消失; 6 例于局部封闭注射 2 次后(间隔 1 周), 症状消失; 5 例于注射 3~4 次后, 症状完全消失 3 例, 明显缓解 2 例, 随访 6 个月, 均无复发。7 例保守治疗 3 个月无效改行手术治疗。手术方法: 取髌前上棘内侧 1.0cm 处直切口, 上起自腹股沟韧带上方 2.0cm, 下达髌前上棘下方 3.0cm 处, 共长 5.0cm, 自腹股沟韧带深面, 髌前上棘内侧 1.5cm 处可寻及股外侧皮神经, 向下方分离至其穿出深筋膜处。其中 5 例表现为腹股沟韧带下方卡压, 神经局部水肿明显, 行彻底松解减压术, 对神经外膜增厚者, 可行外膜切开结合神经移位术; 另 2 例为在出深筋膜处与周围筋膜粘连明显, 分离困难, 故仔细分离出主支 2 支后, 将髌前上棘至穿出深筋膜处之间 2~3cm 长神经段予以切除。术中均放置几丁糖防止局部粘连。术后随访 4 至 35 个月, 手术松解 5 例症状消失, 神经部分切断 2 例早期遗留小片状感觉减退区, 其中 1 例 13 个月麻木完全消失, 1 例随访 24 个月范围缩小, 麻木程度减轻。

3 讨论

股外侧皮神经在出腹股沟韧带深面及穿深筋膜处存在两处解剖位点易受压, 当髌关节过度活动、姿势异常、持续性局部肌肉痉挛易牵拉或挤压 LFCN 引起局部水肿可致感觉过敏。骨盆骨折、髌骨取骨、局部外界压迫、构成此管后壁的髌筋膜增厚和局部手术疤痕粘连等, 均可导致神经被挤压于筋膜与腹股沟韧带之间引起临床感觉减退。

患者常表现为股前外侧感觉过敏或减退, 可伴酸胀感、局部叩痛。体检则表现为股前外侧片状感觉异常区, 故又称感觉异常性股痛。LFCN 为一纯感觉神经, 故临床上股前外侧片状区域感觉异常具有重要的诊断意义, 本组应用 CSEP 检查, 结果显示, 受累侧 P₁-N₁ 波潜伏期较健侧延长有统计学意义, 说明患侧局部神经纤维有异常病变, CSEP 有助于股外侧皮神经卡压综合征的诊断。另外, LFCN 由腰 2、腰 3 神经根组成, 可并发于腰椎间盘突出等上腰椎疾病或腰椎前路手

1. 浙江大学医学院附属第二医院, 浙江 杭州 310000; 2. 杭州市萧山区中医院; 3. 浙江大学医学院附属邵逸夫医院

术后,本组有 2 例即为腰椎前路手术后 1 例为大推拿术后并发。CSEP 来诊断 LFCN 卡压综合征需结合临床综合考虑。

对腰椎前路术后并发股前外侧感觉减退临床表现同 LFCN 卡压综合征故本文归为一类,本组 2 例均行针灸以促进神经功能恢复效佳,说明病因可能为术中神经牵拉过度所致;早期卡压、牵拉引起的无菌性炎症、周围组织及神经水肿、LFCN 外膜增厚往往并不严重,治疗应首选改善局部血运、促进水肿消退等保守方法,局部注射激素封闭和理疗后,促进炎症早期消退、减轻后期纤维粘连及增生,解除 LFCN 的压迫,改善神经的微循环以利于神经的修复与再生;用药以颗粒小(利美达松)的为佳,防止异物刺激引起疤痕增生。对于病程较久,压迫与粘连较重者,保守治疗无效可手术松解,粘连严重神经纤维无法分离者可部分切除。对此,部分作者认为神经部分切除易遗留股前外侧片状感觉缺失区,恢复可能性不大。

本组 2 例行部分神经切除术后早期遗留片状感觉缺失区,后期消失或症状减轻,可能与周围神经末梢替代有关,但尚有待进一步研究。

参考文献

- 1 Nahabedian MY, Dellon AL. Merakgiaa paresthetica: diagnosis and outcome of surgical decompression. *Ann Plast Surg*, 1995, 35(6): 590-594.
- 2 Edelson R, Stevens P. Meralgia paresthetica in children *Bone Joint Surg(Am)*, 1994, 76(7): 993-999.
- 3 Lo YL, Pavanni R. Electrophysiological features in the management of merakgia paraesthetica. *Ann Acad Med Sinapore*, 1998, 27(4): 530-532.
- 4 陈德松, 陈德荣, 蔡佩琴, 等. 股外侧皮神经卡压综合征. *中国修复重建外科杂志*, 1998, 12(1): 59-60.

(修回: 2002 02 20 编辑: 连智华)

• 病例报告 •

右膝关节结核并色素性绒毛结节性滑膜炎 1 例

赵继荣

(甘肃省中医医院, 甘肃 兰州 730050)

路某,男,26岁,农民。于1997年3月初右膝被车撞伤,即感疼痛,右膝关节肿胀,活动受限,不能站立,拍片未见骨质异常。在家自服三七片休息半月后症状缓解。半年后出现右膝关节进行性活动受限,晨僵明显,活动后好转,先后在当地县及地区医院以风湿性关节炎、右膝关节结核住院保守治疗,疗效不显。于1999年11月24日来我院,门诊以右膝关节结核收住院。

体查:体温 36.9℃,脉搏 80 次/分,呼吸 20 次/分,血压 90/60mmHg。神清,慢性病容,走路跛行,步入病房,全身各浅表淋巴结未触及肿大,胸廓对称,双肺呼吸音清,双肺未闻及干湿性罗音,右股四头肌肌肉萎缩,髌上 10cm 周径较健侧细 3cm,右膝关节屈曲畸形,关节活动度:0°~10°~45°,右膝关节肿胀,表面皮肤无静脉曲张,无发红,皮温不高,浮髌征阴性。右膝关节弥漫性压痛,触之有海绵样感觉,纵向叩击痛;X 线检查:右膝关节骨质疏松,关节间隙狭窄,关节面锯齿状缺损,胫骨后缘有一骨密度减低区。入院诊断:1. 右膝关节结核? 2. 右膝关节滑膜炎? 经实验室及右膝关节 CT 检查,术前诊断右膝关节结核。于 1999 年 11 月 28 日在腰麻下行右膝关节结核灶清除术。右膝前侧切口显露膝关节,术中所见:关节滑膜广泛充血,水肿、增厚,滑膜表面凹凸不平,关节软骨表面有黄色滑膜血管翳覆盖,关节软骨面部分缺损,行滑膜广泛切除,受累骨质的搔刮术。取右膝后内侧切口,显露右膝关节后侧,术中所见:后关节滑膜充血,水肿,胫骨后缘骨质破坏,刮除干酪样组织,彻底清除病灶,髌骨取骨植骨。关节

腔内放置异烟肼及庆大霉素。术中取样病理切片,于 1999 年 12 月 1 日病理报告(病检号 30318)诊断示:1. 右膝关节结核;2. 色素性绒毛结节性滑膜炎。术后下肢石膏托固定 3 周,开始关节活动锻炼,中药外洗恢复关节功能。一年以后随访,关节功能恢复良好,从事重体力劳动。

讨论

膝关节结核、膝关节色素沉着绒毛结节性滑膜炎临床上单独发病者不乏多见,但在一个关节同时发病者却鲜为人知,至今未曾见过报道。两种病都是膝关节的多发病,可能与膝关节有丰富的松质骨及较多的滑膜,又是下肢负重关节有关。色素沉着绒毛结节性滑膜炎的病因不明。有人认为是类脂质代谢障碍引起。有人则认为是种子骨破坏引起破骨细胞大量增殖的结果。张伯勋认为外伤是其诱因,对于本病的诊断,关节抽出液检查极为重要^[1]。关节抽出液多呈褐色或暗红色,稀薄而具有粘性,含红细胞,结核菌及细菌培养阴性。滑膜组织作病理检查明确诊断。对于膝关节结核的诊断,是临床多发病,根据病史,临床表现,不难作出早期诊断。对于两病的治疗,我们采取异病同治的原则,手术彻底清除病灶,均取得比较理想的疗效。通过该例患者的治疗,是否可以认为结核菌是色素沉着绒毛结节性滑膜炎的又一致病因素,还有待临床进一步研究。

参考文献

- 1 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1991.1516.

(收稿: 2002 01 10 编辑: 李为农)