地应用营养治疗方面，还有很长的路要走。

参考文献

[1] 中华医学会. 临床诊疗指南 · 肠外肠内营养学分册. 北京：人民卫生出版社，2007：61-64.

[2] Jiang Z, Chen W, Zhan W, et al. Parenteral and enteral nutrition application in west, middle and east of china: a multi-center investigation for 15098 patients in 13 metropolitans using nutrition risk screening 2002 tool. Clin Nutr, 2007, 2 Suppl: 133-134.

[3] Suchner U. "Enteral versus parenteral nutrition: effects on gastrointestinal function and metabolism": backgroung. Nutrition, 1998, 14(1): 76-81.

[4] Stapleton RD, Jones N, Heyland DK. Feeding critically ill patients: what is the optimal amount of energy? Crit Care Med, 2007, 35(9 Suppl): S535-540.

[5] 曹丽萍，王玉莲，邓诗琳，等. 烧伤患者能量消耗变化相关因素的分析. 中华烧伤杂志，2000，16(4)：219-221.

[6] 陈国贤，张片红，韩春茂. 重度烧伤病人早期肠内营养支持的研究. 营养学报，2005，27(4)：342-344，346.

（收稿日期：2008-04-25）
（本文编辑：罗勤）

·病例报告·

治愈一家系足部难愈性溃疡一例

胡行　韩春茂　刘志蓉

2007 年 4—7 月，笔者单位伤口治疗中心[1]治愈了 1 例遗传性足部神经病变性难愈性溃疡，并通过随访发现该家系另有 4 例类似的患者。现报告如下。

患者女，45 岁，因左足底反复发作难愈性溃疡 6 年余收治入院。患者 6 年前在无明显诱因下出现左足拇趾尖部小水疱，逐渐演变为溃疡，并多次并发感染，经保守治疗未愈。2 年前在其他医院行扩创植皮，皮片坏死后又行左足底转移皮瓣移植术，术后 2 周切缘破溃逐渐形成溃疡，换药未愈合。数天前患者溃疡周围皮肤红肿，出现足底部水疱。追问病史，患者自 10 岁起即感双下肢痛觉迟钝，1 年前患者行下肢手术时未使用麻醉药，仅有挤压、牵拉感，不感到疼痛。无糖尿病、麻风、脑血管意外、结核、脊髓空洞症、脊髓灰质炎等疾病史。

查体：患者体型肥胖，左足趾锤状畸形。左足底第 1 跖骨下见 1 cm × 1 cm 溃疡，溃疡床灰白色，有较多黄色渗出液，溃疡周围约 3 cm 为较厚胼胝，局部皮肤轻度红肿，皮温升高。右足拇指爪状畸形，末端趾骨背侧为一胼胝。关节活动正常。双踝上 10 cm 以远痛觉减退，钝针查体未发现任何痛觉岛。触、温觉正常，震动觉减退。双下肢运动、反射正常，肌力Ⅴ级。其余各部位深浅感觉、反射、肌力正常，无肌肉萎缩。查肌电图示：左右胫、腓总神经传导速度减慢（右胫神经 13.2 m/s，右腓总神经 36.9 m/s；左胫神经 22.0 m/s，左腓总神经 38.9 m/s），运动传导诱发电位波幅降低。左右腓浅感觉神经传导速度减慢（右腓浅神经 23.5 m/s，右腓肠未测出；左腓浅神经 11.5 m/s，左腓肠神经未测出），感觉诱发电位波幅降低。空腹血糖、外周血管 B 超无特殊。诊断：遗传性运动感觉性神经病；足底部难愈性无痛性溃疡伴感染。因患者溃疡深达 1 cm，其外周为坚厚的胼胝，入院后采用反复扩创修除胼胝，溃疡床以爱康肤银离子愈合敷料（美国百时美施贵宝公司）换药，隔日 1 次，同时对患者进行宣传教育，限制患足负重，连续治疗 3 个月后足底溃疡愈合。随访半年未见复发。

讨论　遗传性运动感觉性神经病，是一种遗传性慢性运动和感觉性多发神经病，其典型临床表现为四肢远端肌肉进行性萎缩和无力，并伴轻、中度感觉减退。踝、足是溃疡的好发部位。以动、静脉性溃疡、糖尿病足溃疡及烧伤后瘢痕溃疡等多见，另外也可见癌性溃疡、痛风性溃疡。非糖尿病性周围神经病变引起的溃疡较为少见。通过对该例患者的治疗和对其家族随访，发现该患者 3 代内亲属共 14 人，无近亲婚育及糖尿病史，家中患此病者共 5 人，分别为患者母亲、2 个哥哥、患者本人及其子。均具有类似症状及体征。其母及 2 个哥哥均有足部畸形（足趾爪状畸形，拇趾锤状），首次出现难愈性溃疡年龄分别为 30、17、40 余岁，其子至今尚未出现溃疡。大哥因右足溃疡并发骨髓炎，在 30 岁时行右下肢膝下截肢术。神经系统体格检查均表现为踝上 15 cm 以下痛温觉减退，震动觉正常，反射、肌力、运动正常。上肢及躯干、颅神经检查无特殊。足部均存在不同程度的足趾背屈，内、外翻等畸形，溃疡位于足底部或趾端。双足各动脉搏动良好。其子症状较轻，痛觉减退仅限于踝部及以下，震动觉减退也仅限于双侧外踝，双足无破溃。家系患者均无下肢肌肉萎缩、弓形足或"鹤足"，无跨阈步态。

本例鉴别诊断的特点是有感觉障碍和家族史。由于本病周围神经病变为遗传性、进行性，针对病因无有效的治疗方法[2]。临床处置上以针对溃疡和肢端毁损的防治为主。如发生严重的威胁肢体的感染，则需考虑截肢治疗。同时患者的宣传教育也非常重要。本例患者依从性较好，能配合治疗及进行足部减负等自我护理，因此愈合后半年仍未复发。

参考文献

[1] 韩春茂，陈国贤. 伤口治疗中心的运作. 中华烧伤杂志，2007，23 (4)：302-303.

[2] 赵圣杰，赵永波. 腓骨肌萎缩症治疗研究进展. 国际神经病学神经外科学杂志，2007，34(5)：484-486.

（收稿日期：2008-02-27）
（本文编辑：张红）

作者单位：310009　杭州，浙江大学医学院附属第二医院烧伤科（胡行、韩春茂），神经内科（刘志蓉）

通讯作者：韩春茂，Email：hanchunmao1 @ 126. com，电话：13777466111

Q2xvdWRWZXJzaW9uLQo?