

## 短篇报道

## 胫后肌止点前移并关节融合 治疗姿式性扁平足

山东省临沂地区中医医院 (276002)

钟恩军 邹允涛

我科自 1985 年~1990 年应用胫后肌止点前移并关节融合治疗 12 例姿式性扁平足效果良好, 现报告如下。

**临床资料:** 本组 12 例中, 男 7 例, 女 5 例, 年龄 16~34 岁; 左足 6 例, 右足 4 例, 双足 2 例; 先天性 2 例, 体重超重, 行走姿式习惯不良者 6 例, 长期站立性职业者 2 例, 原因不明者 2 例; 本组 12 例病人承重时均有不同程度的易疲劳、疼痛症状。承重时足纵弓塌陷, 不承重时其纵弓亦无恢复情况, 全部病人均有不同程度的载重线内移。

**手术方法:** 采用硬膜外麻醉, 自内踝下至第一跖骨基底部作短弧形切口, 充分显露距舟和舟楔关节。根据足部承重时 X 线侧位片所显示的足部关系, 如纵弓下陷主要在舟楔关节, 则行舟楔关节融合, 若为距舟关节下陷, 则行距舟关节融合, 若上述两个关节均下陷, 同时行距舟关节和舟楔关节融合。并作倒“V”型截骨再造足纵弓, 并将跟腱适当延长, 足背屈 5°为限, 然后分离胫后肌腱, 尽量保留其长度, 在胫后肌止点附着处切断, 将胫后肌止点前移至第一跖骨基底部的跖侧, 并将其牢固地固定在第一跖骨上, 再从足底部用克氏针穿入固定距舟、舟楔融合处。用石膏外固定 6 周。

**结果:** 12 例术后承重时疼痛症状全部消失, 2 例病人因身体肥胖超重, 术后仍时常有易疲劳感。外观显示足纵弓恢复良好, 承重时纵弓不消失, X 线显示关节已完全融合。经 1~5 年随访, 12 例中无 1 例畸形复发或产生新的畸形。

**讨论:** 姿式性扁平足可有先天性和后天性, 可因先天性骨发育不良, 行走时足外翻外致, 亦可因肌肉、韧带萎缩, 体重过重、行走姿式习惯不良和长期站立性职业等致使纵弓下陷所致。扁平足必须先有辅助装置的松弛, 才能使足扁平。维持足纵弓的位置主要靠韧带和肌肉, 胫后肌止点前移后, 绷紧的胫后肌便成为关节融合后维持和辅助固定纵弓的主要装置, 它能同时起到提高纵弓的作用, 这样通过对失衡肌力的调整和重建, 以达畸形完全纠正之目的。

(收稿: 1994-12-26 修回 1995-07-24)

## 注射性臀大肌挛缩症

河北省沧州中心医院 (061001)

冯庆欣 吴宝良 李 民 杨洪泉

儿童肌肉挛缩引起关节活动受限, 自 Hnevkovsky<sup>[1]</sup>、Fairbank 和 Barrett<sup>[2]</sup>首次报告以来, 国内、外陆续有零星报道。1992 年 2 月~1994 年 8 月我们收治因反复肌肉注射而引起的臀大肌挛缩症 8 例, 报告如下。

**一般资料:** 本组男 5 例, 女 3 例, 年龄 3 岁 2 例, 5 岁 4 例, 7 岁、8 岁各 1 例; 均为双侧病变。全部病例在 8 个月至 4 岁期间均因反复患上呼吸道感染、支气管炎或肺炎而多次接受肌肉注射, 注射药物主要是青霉素、氨苄青霉素、洁霉素和庆大霉素。2 例 3 岁患儿在生后 8 个月左右患肺炎, 以后每个月发作一次, 半年内每人分别注射 100 次、120 次, 1 岁 2 个月时即发生明显症状。其它 6 例臀部注射的次数据病历记载分别为 240 次 (1 年内)、280 次 (2 年内)、300 次 (2 年内)、380 次 (2 年半)、440 次 (3 年内)、500 次 (3 年内)。8 例 (16 个部位) 都进行了手术治疗, 术后随诊 2 个月~2 年 3 个月, 效果良好。

**临床表现:** 患儿站立或行走时双下肢外旋, 呈“外八字”步态, 跑步时更明显。蹲下或坐位时双髋外展外旋, 双膝分开不能靠拢, 呈“蛙”式位。臀部肌肉萎缩, 常规注射部位可见一个斜形的皮肤凹陷带, 在凹陷带上能触到一个与臀大肌走行方向一致的条索带, 当髋关节被动内收、内旋和屈曲时条索带更加紧张。双髋关节 X 线检查和肌电图检查未见异常。

**病理变化:** 8 例术中可见臀大肌筋膜、阔筋膜或髂胫束有不同程度的纤维性增厚, 患儿臀大肌上有一条与肌纤维方向一致的纤维化条索带, 其宽度一般为 2~3cm, 长 8~14cm, 厚 0.3~0.5cm, 有的与臀大肌肌束的界限比较清楚, 有的则界限不清。该条索带硬而无弹性, 镜下所见是瘢痕纤维组织, 病理报告为横纹肌退行变性, 纤维组织增生。

**治疗方法:** 8 例 (16 个部位) 均手术治疗。氯胺酮分离麻醉, 患儿侧卧位, 与床面成 60°角, 做好一侧, 翻身做另一侧。沿纤维挛缩带方向作臀部切口, 至大粗隆顶点的稍后方, 如需延长切口再转向与股骨上端一致的方向。切断松解增厚的臀大肌筋膜, 显露臀大肌条索

带(即瘢痕组织)将它与正常的肌肉分离,予以切除。术者握住患肢,作屈曲、内收、内旋活动,如髋关节功能恢复正常,则结束手术。如髋关节功能仍受限,则将臀大肌连续于髂胫束的腱膜切断。术后保持双下肢伸直位,12天拆线,3周下床功能锻炼,并辅以中药外洗或理疗。术后随访2个月~2年3个月(平均1年6个月),步态良好,功能均正常,无复发。

**讨论:**对于臀大肌挛缩的病因目前认识仍不一致,Hnevkovsky<sup>[1]</sup>认为系先天因素所致,Fairbank和Barrett<sup>[2]</sup>认为与遗传有关,国内马承宣<sup>[3]</sup>认为是臀部反复肌肉注射所引起,并作了详细论证。而姜洪和等<sup>[4]</sup>报告8例,皆无反复肌肉注射史,认为是先天因素所致。

本组病例都有臀部肌肉反复注射史,无家族遗传史。如2例3岁患儿于生后8个月因患肺炎于臀部注射药物半年内达100~120次,至1岁2个月时即出现了明显的臀肌挛缩症状。所以我们赞同马氏的看法,并且从本组病例可见,年龄越小,肌注的次数越多,则症状出现的越早,挛缩的程度也较重。

手术时因双侧病变一次完成,需特别注意输血补液问题,尤其是年龄小的患儿。术中注意保护坐骨神经,以免损伤。术后双下肢保持伸直位,3周下床活动并辅以中药外洗或理疗。手术治疗方法简单,效果良好。

**参考文献**

1. Hnevkovsky O Progressive fibrosis of the vastus intermedius muscle in children. J Bone joint Surg (Br) 1961; 43: 318
2. Fairbank JJ. Barrett AM, Vastus intermedius Contracture in early childhood. J Bone joint Surg (Br) 1961; 43: 326
3. 马承宣,等.注射性臀大肌挛缩症.中华外科杂志.1978; 16(6): 345
4. 姜洪和,等.先天性臀大肌挛缩症.中华骨科杂志.1987; 7(4): 292

(收稿:1994-12-26 修回:1995-07-22)

## 跟骨外侧骨皮质下切骨治疗 跟骨骨折后遗跟腓接触痛

江苏省姜堰市中医院 (225500)

王文伯

我院从1987年以来,采用跟骨外侧骨皮质下切骨手术治疗跟骨骨折后遗跟腓接触痛15例,获得满意效果,现报告如下。

**临床资料:**本组15例中男14例,女1例;年龄20

~60岁;左侧10例,右侧5例;伤后5个月~1年就诊,症状和体征:患者伤足跟外踝下方处疼痛,行走疼痛加重,外踝与跟骨外侧壁相靠,压痛明显,踝关节活动受限,伤肢肌肉萎缩,X线片检查:跟骨轴位片显示跟骨外侧壁隆起于外踝下方,形成跟腓接触。

**手术方法:**单侧腰麻下,患者平卧位,驱血、上气囊止血带。取跟骨外侧一弧形切口,长约6cm,切开皮肤及皮下组织,直至跟骨外侧骨面,作骨膜下剥离,暴露异常隆起的骨面,可见此隆起骨面的上部与外踝顶点及其内侧面紧密接触,在隆起的外侧壁表面有腓骨肌腱紧贴。沿腓骨肌腱鞘游离肌腱并向后、下方牵开。在跟骨隆起的四周钻孔,顺孔凿一方盖样骨皮质,将其深处骨质咬去适当部分且刮平,再把盖样骨皮质按原位放好,使之贴紧。此时可见外踝顶点下方及其前、后和内侧面与跟骨外侧壁的接触已完全消除,并且腓骨肌腱亦得到松解。松止血带,查无活动性出血,取丝线间断缝合切口诸层,切口处用敷料厚棉垫加压包扎。

**疗效标准及治疗结果:**疗效标准:优:患足无疼痛或偶有轻度酸痛,行走无困难,足步态正常,恢复工作;良:有轻度疼痛,走远路稍有困难,能满足生活及工作要求;差:疼痛无改善,行走有较大困难,影响生活及工作。

治疗效果:本组15例经1~5年随访,优11例,良3例,差1例,总有效率93.3%。

**讨论:**跟骨骨折后疼痛的主要原因一直被认为是跟距关节损伤引起。而跟距关节损伤越严重,越有可能发生自行骨性强直,使疼痛消失。对未形成骨性强直而存在较严重疼痛等症状者一般主张作关节融合术。但有些跟距关节已发生自行骨性强直或已施行关节融合术者,仍可存在外踝下方疼痛。因此,跟腓接触是后期的一种较常见疼痛原因。

关于跟腓接触痛的手术方法,有的作者主张在跟骨外侧壁隆起处切除部分腓骨下端。由于跟腓接触者较多伴有腓骨肌腱功能紊乱,所以用切除腓骨下端的方法估计不易解决问题。还有作者报道,切除隆起的外侧壁皮质骨及其深处的松质骨,此法虽然操作简单,但因骨凿除面系粗糙的松质骨,容易发生粘连,我们采取保留外侧壁的表面皮质骨,在外侧壁的骨皮质深面切除骨组织,形成空腔,将表面皮质骨向腔内推压。这样既切除了骨质,又保留了外侧壁的较光滑骨面,不致因发生粘连而持续疼痛。

(收稿:1994-11-28)