

治疗。结果显示,胸腺肽能够积极纠正和改善机体细胞免疫功能的失调,将有利于缓解患者的病情和改善预后。

参考文献

- 1 Gonzalez Juarrero M, Tumer OC, Turner J, et al. Temporal and spatial arrangement of lymphocytes within lung granulomas induced by aerosol infection with mycobacterium tuberculosis. *Infect Immun*, 2001, 69 (3): 1722-1728.
- 2 Tsao TC, Tsao KC, Lin MC, et al. Increased absolute number but not proportion of gamma/delta T-lymphocytes in the bronchoalveolar lavage fluid of patients with active pulmonary tuberculosis. *Tuber Lung*

Dis, 1999, 79(4): 215-220.

- 3 Horsburgh JR. Tuberculosis without tubercles. *Tubercle and Lung Disease*, 1996, 77(2): 197.
- 4 Yildiz P, Kadakal F, Tutuncu Y, et al. Natural killer cell activity in multidrug resistant pulmonary tuberculosis. *Respiration*, 2001, 68(6): 590-594.
- 5 Mayer G, Pohlmeier K, Caliebe A, et al. Low molecular thymic peptides stimulate human blood dendritic cells. *Anticancer Res*, 2000, 20(5): 2873-2883.
- 6 Wright KM, Friedland JS. Complex patterns of regulation of chemokine secretion by T_H2 cytokines, dexamethasone, and PGE_2 in tuberculous osteomyelitis. *J Clin Immunol*, 2003, 3(23): 184-193.

(收稿日期: 2003-11-19 本文编辑: 王宏)

• 病例报告 •

趾长屈肌低位肌腹致踝管综合征 1 例

Tarsal tunnel syndrome cause by compression of muscle belly of flexor digitorum longus: A case report

周凤金, 胡万华, 周建兴

ZHOU Feng-jin, HU Wan-hua, ZHOU Jian-xing

关键词 趾长屈肌; 踝管综合征 **Key words** Flexor digitorum longus; Tarsal tunnel syndrome

患者,男,34岁,因左内踝下包块伴局部酸痛3个月就诊。患者3个月前无明显诱因出现行走时左踝内侧疼痛、酸痛,发现左内踝下一突起包块,不伴有发热、寒战及盗汗,自己局部涂用活血化瘀药物,效果不佳,既往无外伤史。查体:左内踝下1cm处见一略突起包块,局部皮肤无发红及色素沉着,浅表未见静脉怒张,皮温不高,未触及明显搏动,质地较软,边界不清,大小约4cm×2.5cm,无明显压痛,基底宽,不易推动,踝关节活动不受限,左足感觉无异常,肌力正常, Tinel征阴性。左踝关节X线检查未见明显骨与关节异常改变, B超未见异常回声。术前诊断:左踝管综合征。原因考虑可能为:①腱鞘囊肿;②血管瘤。在硬膜外麻醉下行包块探查松解术,术中见软组织突起位于屈肌支持带深面,“Z”形切开屈肌支持带打开踝管,可见屈肌支持带稍增厚,踝管内可见近2/3趾长屈肌为肌性组织,伴行胫后动脉的2条胫后静脉在踝管远端1/2呈轻度曲张,胫神经有一段约2cm长变细,表面无光泽,质硬,两端轻度水肿,管壁光滑无突起。分离结扎切除踝管内的胫后静脉,显微镜下作胫神经外膜松解,伤口冲洗后,彻底止血,错位缝合屈肌支持带以增大踝管容积,逐层关闭伤口,术后酸痛感消失,随访1年无明显不适。

讨论

踝管位于内踝部,由屈肌支持带、内踝及跟骨结节构成,其内容物主要有长屈肌、趾长屈肌、胫后动脉、胫后静脉及

胫神经。各种原因引起的踝管容积变小或踝管内容物增多都可产生对胫神经的压迫而出现临床症状,常见原因有:软组织感染、足外翻、扁平足及踝关节炎^[1]。而局部腱鞘囊肿、脂肪瘤、距跟融合、外生骨疣,骨折愈合期间骨痂压迫或骨折畸形愈合压迫的病例也时有报道。临床表现主要有:足底麻木、疼痛,足弓低平或消失,足跖侧痛、温觉及触觉减退,内踝区肿块,局部Tinel征阳性。由趾长屈肌低位肌腹导致踝管综合征临床上少有报道,虽然本病例出现胫后静脉轻度曲张,仍考虑可能因踝管内肥大的趾长屈肌同时压迫胫后静脉使之回流障碍所致,故以为单纯轻度曲张静脉不足以成为本病例压迫胫神经的主要因素。同时本例的临床表现也不典型,仅出现局部的包块,活动时出现酸痛感,而足底部的表现均未出现, Tinel征阴性。对踝管综合征的胫神经处理有报道认为行神经外膜显微松解术效果较好^[2,3],本例行外膜松解,同时结扎切除曲张静脉并行错位减张扩容缝合,术后恢复良好。

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. 928.
- 2 王廷安. 神经松解术治疗踝管综合征. 滨州医学院学报, 1997, 20(2): 139.
- 3 宫旭, 路来金, 丰波, 等. 踝管综合征的诊断和治疗. 中国修复重建外科杂志, 2002, 16(6): 418-419.

(收稿日期: 2003-07-23 本文编辑: 王宏)