

## 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,全部病人都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