

2011年外科学辅导：高弓足 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/654/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_A4_96_c22_654394.htm 高弓足 (pesarcuatus) 是由于神经肌肉性疾病引起的前足固定性跖屈，从而使足纵弓增高。

一、概述 高弓足 (pesarcuatus) 是由于神经肌肉性疾病引起的前足固定性跖屈，从而使足纵弓增高。有时合并后足内翻畸形。偶见原因未明者，可称为特发性高弓足。儿童颇为常见足畸形。二、病因 1、神经肌肉性疾病约80%病例是神经肌肉性疾病，致使足弓降低的动力性因素如胫前肌或/和小腿三头肌肌力减弱，以及足跖侧内在肌挛缩，从而造成足纵弓增高。这些神经肌肉性疾病可发生在大脑锥体系，脊髓皮质束、脊髓前角细胞、周围神经和肌肉等不同水平。常见的疾病包括脊髓皮质炎、大脑性瘫痪、脑脊髓脊膜膨出、神经管闭合不全。少见疾病如脊髓纵裂、脊髓栓系综合症、Charcot-Marie-Tooth病等。 2、遗传因素。常有家族史。 3、特发性。三、病理改变 主要病理变化是足纵弓升高，足长度变短，某些肌肉发生挛缩纤维化。继发足底跖骨头四、临床表现 根据足弓增高的程度，是否伴发足的其它畸形，通常将高弓足分成四个类型。 1、单纯性高弓足主要是前足有固定性跖屈畸形，第一和第五跖骨均匀负重。足内外侧纵弓呈一致性增高，足跟仍保持中立位，或者有轻度的外翻。 2、内翻型高弓足此型只有前足内侧列即第一、二跖骨的跖屈畸形，使足内纵弓增高。而外纵弓仍正常。在不负重时第五跖骨很容易被抬高至中立位，而第一跖骨因固定性跖屈，则不能被动背伸至中立位，并有20~30°的内旋畸形。初期后足

多正常。站立和行走时，第一跖骨头所承受的压力明显增加。为减轻第一跖骨头的压力，病人往往采取足内翻姿势负重，晚期出现后足固定性内翻畸形。病人多有爪形趾，第一跖骨头向足底突出，足底负重区软组织增厚，胼胝体形成和疼痛。

3、跟行型高弓足常见于脊髓灰质炎、脊膜脊髓膨出。主要是小腿三头肌麻痹所致，其特点是跟骨处于背伸状态，前足固定在跖屈位。

4、跖屈型高弓足多继发于先天性马蹄内翻足手术治疗之后。此型除前足呈固定性跖屈畸形外，其后足、踝关节也有明显的跖屈畸形。各型高弓足的临床表现不尽一致，但前足均有固定性跖屈畸形。足趾早期多正常，随着病程的发展，则逐渐出现足趾向后退缩，趾间关节跖屈，跖趾关节过度背伸，呈爪状趾畸形，严重者足趾不能触及地面。由于跖趾关节背伸畸形引起跖趾关节半脱位，使近节趾骨基底压在跖骨头的背侧，将加重跖骨的跖屈畸形，导致负重处皮肤增厚，胼胝体形成，甚则形成溃疡。

五、实验室及其他检查 X线检查，应摄负重条件下的足正侧位X线片。正常足第一楔骨远、近端关节面相互平行，而高弓足者因前足有跖屈畸形，多发生在第一楔跖关节，使远近端关节面的平等线在跖侧会聚。Mearny测量距骨中轴线与第一跖骨中轴线的夹角，足弓正常时两条线相连续。若可测量出角度，表明足弓增高。Hibbs测量跟骨中轴线与第一跖骨中轴线所形成的夹角，正常值为 $150 \sim 175^\circ$ 。而高弓足畸形此角度减小。此外，正位片测量跟距角，若 $< 20^\circ$ 表明有后足内翻畸形。

六、诊断和鉴别诊断 根据患儿步态异常、足纵弓增高伴爪形趾畸形，以及X线检查Mearny角增大、Hibbs角减小、可做出高弓足的诊断。但是，高弓足多系神经肌肉性疾病所引起的畸

形，应该进一步检查，寻找原发性疾病或潜在的发病因素，如做肌电图、头颅或脊髓CT或MRI检查。明确病因对判断预后有着重要意义。

七、治疗

1、保守治疗

早期轻型高弓足可采取被动牵拉足底挛缩的跖筋膜、短缩的足底内在肌。为缓解跖骨头受压，使体重呈均匀性分布，在鞋内相当跖骨头处加一厚1cm毡垫，并在鞋底后外侧加厚0.3~0.5cm，以减轻走路时后足出现的内翻倾向。但是，这些措施只能减轻症状，既不能矫正高弓足畸形，也不能防止畸形加重。

2、手术治疗

当高弓足已妨碍负重行走、穿鞋，或进行性加重时，则应手术治疗。手术方法可分为软组织松解和骨性手术。一般根据病人年龄、畸形类型及严重程度、原发性疾病所处的状态等因素，选择手术方法。原则上先作软组织手术，如足跖侧软组织松解、胫前胫后肌腱移位及趾长伸肌后移等。若软组织手术仍未能矫正畸形，抑或年长儿童有固定性高弓足畸形，可选择骨性矫形手术。

(1)、足跖侧软组织松解

是一个传统的方法，经足内缘的后侧纵行切口显露跖侧软组织，先切断跖筋膜，跖长韧带，继之把短屈肌、趾短屈肌和小趾屈肌一并从跟骨起点处剥离，并推向远端。如需彻底松解，可切断分歧韧带，切开第一~三跖跗关节囊的跖侧部分，同时切断胫后肌腱扩张部分即止于跖骨及楔骨的纤维。术后用系列矫形石膏固定8周。

(2)、骨性矫形手术

包括第一楔骨开放性截骨、跗骨背侧楔形、V形截骨，以及跟骨后移截骨。足背侧跗骨V形截骨具有较多的优点，它不损伤跗骨骨骺，故适用于6岁以上的儿童。它不使足缩短，并可矫正前足内收、内旋畸形。其手术要点是：采取足背横切口或纵切口，于骨膜外显露足跗骨；在足弓顶点设计V形截骨线，一

般位于舟骨中央，内侧支从舟骨斜向第一楔骨内侧皮质，完成截骨操作后，术者向远端牵拉前足，并将前足抬高，同时下压截骨远侧断端。如有内旋、内收畸形，可将前足外旋、外展，予以矫正。然后用一枚克氏针从第一跖骨内侧穿入，通过截骨线止于跟骨的外侧部分。术后用小腿石膏固定六周。解除石膏固定后，拔除克氏针，并摄X线片观察截骨愈合情况。若已愈合，可逐渐开始负重行走。八、预后 经适当治疗可以减轻症状、矫正畸形及防止复发。 小编推荐：

#0000ff>2011年外科考点：脑结核瘤的诊断检查 #0000ff>2011年临床外科考点：缩窄性心包炎 #0000ff>2011年临床外科考点：蝶骨嵴脑膜瘤 特别推荐： #ff0000>2011年临床执业医师考试大纲 #0000ff>考试时间 欢迎进入>>>#0000ff>百考试题模拟考场 #0000ff>论坛交流区 #0000ff>临床执业医师精品班 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com