

经验交流

拇外翻的成因及新法治疗的研究

骨研所足病研究组 陈宝兴 田德浩

拇外翻是常见的前脚畸形，多伴有第一跖骨头内侧红肿、积液（囊炎）和骨质增生。拇趾随着病情的发展，逐渐向外倾斜，严重者并有拇趾旋转，将第二趾挤向背侧与之重叠，使前脚增宽变厚，无法购到合适的鞋穿，行走时疼痛，严重影响足的负重与步履功能。

拇外翻的成因有二：（一）先天性因素：为第一跖楔、跖趾关节结构变异，即在正位X线片上显示该二关节间隙斜行或弧形，正常者为横行。多数在青壮年后，由于第一跖骨长期在前脚负重行步过程中向背内侧移动，使之逐渐内收，第一跖骨头内移，使前脚增宽；而内收拇肌牵拉牵趾外展，同时外展拇外肌肌腱由跖骨头内侧滑向趾侧，则失去其拮抗内收拇肌的功能，出现足内肌肌力失衡，产生并促进拇外翻；（二）后天性因素：主要是由于穿鞋不合适对前足产生压力，尤其当穿窄（瘦）鞋或尖头鞋时，诸趾受鞋帮的约束，向中央挤拢，久之拇趾向外倾斜，这时第一跖骨头内侧与鞋帮持续磨擦，引起局部肿胀、滑囊积液（拇囊炎），继而局部骨质增生呈半球形骨块，使前脚增宽，更加剧与鞋帮的磨擦，形成恶性循环，拇外翻畸形加剧，疼痛明显，不能穿硬帮鞋。在女性穿高跟尖头鞋时，身体的重力便加负于前脚，推动诸趾挤压进尖头鞋的锥状空间，促成拇外翻、小趾内翻畸形，故后天性拇外翻，女性多于男性；（三）混合因素：有先天性骨关节结构异常因素者，又有后天性穿鞋不合理因素存在，则拇外翻发生早且重，故拇外翻发病率女性大大超过男性。

拇外翻的分度标准

1. 拇外翻角(HVA)，即正位X线片上，第一跖骨与近节跖骨轴线的夹角，正常者 $<20^\circ$ ；
2. I-II跖骨间夹角(IMA)，即第一、二跖骨轴线的夹角，正常者 $<8^\circ$ ；
3. 跖骨头关节面角(MHAA)，即正位X线片上跖骨头关节面两侧终点连线与跖骨轴线之夹角，正常约 80° ；
4. 近节趾骨基底关节面角(PPAA)，即近节趾骨基底关节面两侧终点(正位X线片上)连线与近节趾骨轴线的夹角，正常约 80° ；
5. 拇趾旋转角或称甲板角(NA)，即拇趾甲板与地平线的夹角，正常约 0° ；
6. 骨质增生程度：可分为(a)脚隆、(b)突出、(c)半球状及跖骨背侧唇样增生；
7. 跖趾关节，(a)无脱位、(b)半脱位、(c)脱位；

8. 邻趾受累情况，(a)挤偏、(b)重叠、(c)锤状趾；

9. 横弓塌陷程度，(a)轻度(无胼胝)、(b)中度(轻度胼胝)、(c)重度(胼胝明显)；

10. 临床症状，(a)疼痛、(b)不能走长路、(c)不能穿硬鞋。

拇外翻分度

	HVA	IMA	MHAA	PPAA	NA	6	7	8	9	10
轻度：	20-30°	8-10°	80°	80°	0°	a	a	a	a	a
中度：	30-40°	10-15°	75°	75°	5°	b	b	b	b	b
重度：	>40°	>10°	70°	70°	5-15°	c	c	c	c	c

拇外翻的治疗

在矫形外科中有数十种大切口手术方法，国外有人报导多至上百种。基本原则是：1、骨赘切除截骨矫形；2、软组织松解；3、肌腱移位改变动力。尽管术者的精心设计与操作，达到了理想的矫形，但往往功能不够理想。这可能与软组织损伤较多，固定时间较长有关。从中医观点看大切口手术，损“经络”伤“元气”多，静久寡动，复原慢而差。我们本着尽量少损“经络”少伤“元气”的中医外科原则，经小切口入路，用针钻磨除骨赘，骨膜内截骨矫形，并经小切口松解软组织的方法矫治拇外翻，术后当日即动静结合地活动，不需内或外固定物，收到矫形满意，功能恢复快的效果。

小切口矫治术，皮肤切口仅有米粒大3mm，每个切口可缝合一针，术后7天拆除，也可不缝合，均可达I期愈合。采用局麻或神经阻滞麻醉可完成全部手术。具体步骤如下：

1. 骨赘磨除术：根据病情，在骨质的适当部位入口，用磨钻将骨质磨除，使前脚变窄。
2. 内收拇肌切断术：即经局部小切口将内收拇肌肌腱切断。以解除内在肌力的不平衡。
3. 关节囊切开术，经局部小切口，将第一跖趾关节囊外侧紧缩部分切断，解除外翻张力。
4. 趾骨楔形截骨术，根据拇外翻严重程度，即PPAA的大小，在近节趾骨基底进行楔形截骨，以矫正拇趾外翻。
5. 跖骨楔形截骨术，根据第一跖骨内收程度和跖骨头关节面的改变，即IMA和MHAA的改变，在跖骨适当部位行楔形截骨，矫正跖骨头关节面的倾斜，并部分校正第一跖骨内收。

临床资料：1989年6月至12月，我所用小切口矫
(下转18页)

不全截瘫的手法按摩治疗

阿根廷针灸推拿学校 庄国强

完全性截瘫的治疗是一个世界未解决的难题，对不全截瘫的治疗也是一个棘手的问题，但是如果治疗得当，也能获满意的疗效。由于笔者工作于疗养单位，经手治疗的均为康复期的病人，包括陈旧性不全截瘫的病人在内。

笔者对陈旧性不全截瘫的病人，取用捣挑手法和叩击手法进行治疗。手法所取的部位为沿督脉旁开一寸的两侧，重点在颈、胸11—12、腰5骶1的两侧，以及两跟腱部。前法是在所取部位的肌肉丰满处，用手指端或肘部鹰嘴来捣挑，捣挑起肌肉向外迅速挑拨，要求手法刚中有柔，富有弹性，按上述四个部位自上而下地进行，每次捣挑七、八遍，此法可使条索状肌肉得到软化松解，以利筋络畅通；后法是沿督脉或前述四个部位自上而下进行叩击，每次七至八遍，可用食中二指、拇食中三指或掌心来进行叩击，要求指力强劲，富有弹性，垂直叩击，以腕部作为发力的支点，用力大小因人而异，此法有震荡按摩脊髓、活血化瘀的作用，可使处于抑制状的神经元兴奋起来。治疗期间，每日施用此二法两次，每次约50分钟，一个月为一疗程，疗程间可休息1—2周，再进行第二、第三个疗程，一般在3—5个疗程后，即可获满意的疗效。疗程的多少要看脊髓损伤的程度，接受治疗的早晚，病人本身的身体素质等因素来决定。

现举一病例来说明：

王某某，女性，27岁，工人。1979年8月不慎自

五楼坠堕，头背致伤，并丧失意识数分钟，醒后，两下肢出现瘫痪，急送医院。经检查，发现两下肢感觉和运动功能丧失，大小便潴留，胸椎有骨折，以第8、9胸椎压缩性骨折；不全截瘫的诊断而住院治疗。住院期间曾用药物和脊柱牵引治疗一月余，两下肢出现轻微移动，感觉稍有恢复，膀胱功能恢复正常而出院。受伤三年后，笔者施行治疗前的检查所见为：能站立，但左下肢的足尖不能离开地面，感觉仍未恢复，膝和跟腱反射亢进，拇趾背屈跖伸弱阳性，巴彬斯基征阳性。右下肢运动和感觉均正常，膝和跟腱反射减弱，拇趾背屈跖伸正常，巴彬斯基征亦阳性。脊柱前屈35°，后伸10°，侧弯20°。

笔者对此病人进行了三个疗程的强力手法治疗，治疗结果：脊柱前屈90°，后仰25°，双下肢直腿抬高达80°。患肢感觉恢复正常，膝、跟腱反射轻度亢进，拇趾背屈跖伸阴性，巴彬斯基征弱阳性。病人可连续行走五、六公里，不但能生活自理，而且还恢复了劳动力。经4年多的随访，疗效巩固良好，重新走上工作岗位。

笔者在治疗中还发现，强力手法不仅对不全截瘫的病人有疗效，对各种类型的瘫痪、肌肉萎缩、肌无力，即各种萎、痹病人也有一定的疗效，因此，强力手法对各种类型的瘫痪病人来说，是一种值得推荐的治疗手段。

(上接8页)

手术治疗各种类型拇外翻共41例。其中女性34例；男性7例，女男之比约4.9:1。共计69足，其中双侧发病28例，右侧者4例，左侧者9例。年龄最大80岁，最小22岁，平均发病年龄为43岁。术后3—6个月复查均获满意疗效。

病例1，蒲××，男，26岁，因双拇外偏内侧骨性突出物，不能穿皮鞋，走长路痛二年。诊断为双拇外翻(轻度)。用小切口矫治术治疗，术后三个月恢复正常功能。

病例2，赵×，女，30岁。因双拇外翻大切口手术矫形后九年复发。经小切口矫治术治疗，三个月后恢复正常步履，无疼痛，无其他不适，病人对术后外形满意。

病例3，张××，男，80岁，因双拇外翻，保守治疗多年无效，不能穿硬鞋，走长路疼痛，从南京专程来我所治疗。诊断为双拇外翻并合第二趾锤状趾与拇趾重叠，因右足剧痛，住院行右拇外翻小切口矫治术，术后一周拆线，两周出院，行走无痛。

讨论

1. 小切口入路，软组织损伤极小，故少有软组织术后粘连。少伤“经络”与“元气”，功能恢复快。
 2. 本矫治术式，是从阻断拇外翻发生的机理而设计，因此既符合骨科矫形原则，又符合调理结构的中医骨伤科原则，故能达到较理想的畸形矫正。
 3. 骨质磨除、截骨均在骨膜内进行，极少损伤骨膜血运，对骨质修复愈合极为有利。
 4. 术中不用内固定物，术后也不需特殊外固定物，便于患者早期进行动静结合地活动。
 5. 术后患拇不负重，用足外侧缘和足跟负重，当日即可下地活动，故不需住院治疗。非站立工作者，不因治疗而中断工作。
- 小结：本文对拇外翻的成因及发病机理进行分析。从少伤“经络”少损“元气”，调理结构的中医骨伤科观点出发，采用小切口矫治术，半年来共治不同类型拇外翻41例，69只足，经3—6个月的早期随诊，疗效满意。

参考文献(略)