

• 学习园地 •

小切口在足骨科的运用

温建民 陈宝兴

中国中医研究院骨伤科研究所 (100700)

小切口 (MIS) 足外科手术在美国已有近 30 年历史,1983 年有一组美国足病外科医师团访华,把这一方法介绍给我国。十多年来我们运用小切口治疗跟骨高压症、症状性犀牛角、跖趾骨质增生、疼痛性低位跖骨头、锤状趾、踇外翻及小踇囊炎 2000 多例,取得了满意的效果,兹将我们的经验介绍如下。

1. 跟骨高压症

适应症: 顽固性足跟痛。特点为弥漫性跟骨痛,夜间静息痛,晨起足跟负重疼痛明显。局部封闭、药物及手法治疗效果不佳, X 线片示有或无跟骨骨质增生。

治疗方法: 局麻,用小尖刀在跟骨外侧,分别按圆形或方形切 8~12 个切口,直达骨面(切口排列以防跟骨骨折为原则),钻头自每一切口从外向内钻至内侧骨皮质。碘伏纱布敷盖绷带加压包扎(图 1)。术后 2~3 天常规检查换敷料,一周后再检查,视症状消失终止复查。

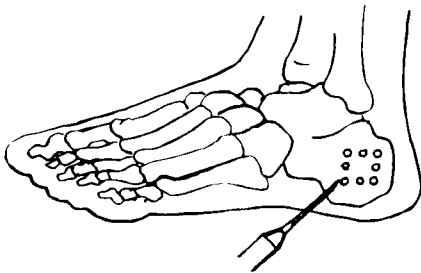


图 1. 跟骨高压症钻孔法

2. 疼痛性低位跖骨头

适应症: 2-3-4 跖骨头跖凸位负重时疼痛,伴足底胼胝或踇外翻,跖骨头无菌性坏死。

治疗方法: 行小切口,2-3-4 跖骨颈横行截骨术。用小尖刀在受累跖骨颈背侧,伸肌腱的内侧或外侧作直切口,直达骨质;插入钻头,探明跖骨颈的位置,以钻头伸至跖骨干侧方,再退至背侧反复测知;将钻头取从远侧向近跖侧方向(避开跖骨踝近端),以推拉动作将跖骨颈从一侧磨向另一侧,予以割断,缝合切口,以无菌纱布绷带包扎。病人穿手术鞋五周,术后要适当地活动,负重下自我调节前足横弓的着力点。

3. 踇外翻的矫形术

适应症: 轻、中、重度踇外翻及相关畸形。在开始引进美国技术的时候,按美国的方法,在跖骨头行“V”形截骨,发现术后截骨端不稳,后改为斜形截骨,极少出现截骨端移位。对于踇内收肌是否切断,我们认为踇外翻角度不超过 40°者,不要切断踇内收肌,因为截骨远端向外侧移位,已能对外侧关节囊及踇内收肌起松解作用,另外,踇内收肌横头对维持前足横弓的稳定起到重要作用,如果切断它以后,可引起前足横弓塌陷,产生足底疼痛、胼胝。因此我们认为切断踇内收肌应慎重。小切口治疗踇外翻要求对足的解剖要十分熟悉,手法复位要准确,应由有经验的医师主刀(见图 2、图 3)。

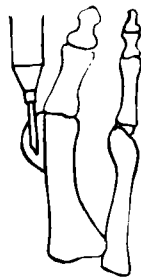


图 2 骨赘削磨

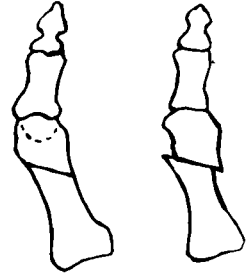
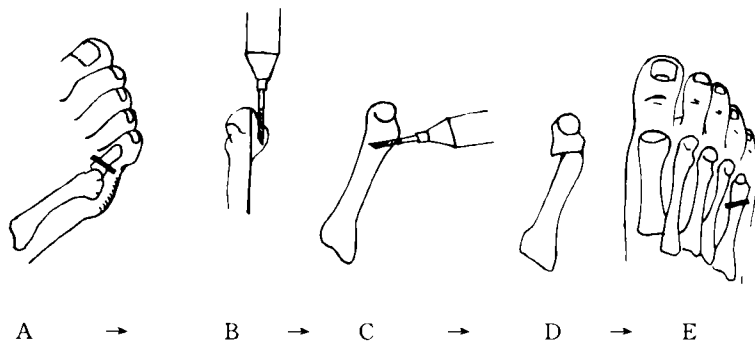


图 3 踇外翻截骨术

4. 小踇囊炎

适应症: 第五趾在跖趾关节平面发生内翻畸形,在第五跖骨头的外侧形成慢性炎性滑囊,有时背侧形成一硬鸡眼,有时在第五跖骨头下产生胼胝,往往与踇外翻同时出现。

治疗方法: 局麻,于近节趾骨(图 4A-E),基底横切口 1cm 直达趾骨,小骨膜剥离器剥离跖骨头与关节囊,磨去骨赘,骨锉锉平,不使其有棱角。如 4~5 跖骨间夹角超过 9°时,则在跖骨头行截骨术。方法为: 在跖骨头近端前外侧作一横切口 1cm 直达跖骨,从外向内斜形截断跖骨头,手法复位半脱位跖趾关节。在第四趾蹼间放一纱布垫,使第五趾外展,包扎固定。术后穿前开口拖鞋,三天换药,可下地活动,跖骨头截骨者在 4~6 周后去绷带固定。



注：A：切口；B 第五跖骨头骨赘削除；C、D：第 5 跖骨头截骨；E：术后。

图 4 小拇囊炎小切口术

5. 症状性犀角跟

适应症：跟骨结节后上方骨质增生、疼痛，影响穿鞋者。

治疗方法：在跟腱基底与骨质增生的侧方作直切口，直达骨质，使足跖屈，将骨质增生表面的软组织分离开，注意勿伤跟腱，插入钻头；以扇形动作，将增生骨质磨除；再以骨锉锉平，盐水冲洗缝合切口；(图 5) 碘伏纱布包扎，绷带加压。穿以宽松鞋，术后 3 天换药敷料，7 天拆线，视症状决定复查次数。

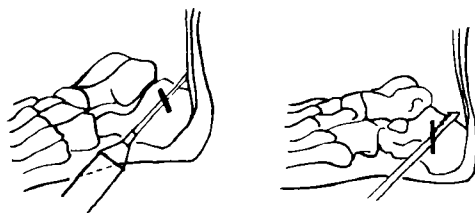


图 5 症状性犀角跟小切口术

(收稿：1998-01-30)

CT 扫描在跟骨骨折治疗中的应用

李楠竹 李有才

福建省厦门市第一医院 (361003)

我院自 1995 年至今，用 CT 平扫诊断及指导波及距下关节面的跟骨骨折的治疗取得一些体会，介绍如下。

临床资料

本组 13 例中男 10 例，女 2 例；年龄 20~56 岁；双跟骨骨折 1 例，均为高处跌下，足后部着地所致；常规行 X 线平片检查后，再行 CT 平扫。

CT 扫描方法

常规拍跟骨侧位+轴位片。对于可疑或波及距下关节面的跟骨骨折病例，收住院后再加用 CT 平扫。CT 扫描方法为 Lowkie 氏法，分别用骨窗及软组织窗观察 (见图 1)。

CT 的图像按 Eastwood 方法对于波及距下关节面的跟骨骨折进行分类 (见图 2)。

I 型：外侧壁由外侧关节面块组成，伴有旋转。II 型：外侧壁由外侧关节面及跟骨体组成。III 型：外侧

壁由跟骨体组成，外侧关节面块陷入跟骨体。

手术治疗

Eastwood^[1]认为：(1) 跟骨的距下关节面破坏，(2) 跟骨体的旋转，(3) 足部力线的改变，均为手术指征。手术入路为外侧切口，保护好腓骨长短肌，暴露距下关节。使关节面复位、平整。对于 III 型骨折，因外侧关节面块陷入跟骨体中。使用跟骨截骨术，暴露骨块使其复位。Eastwood^[1]使用 AOY 型钢板。我们使用克氏针及螺钉固定。术后石膏托固定，抬高患肢，理疗，6 周后去石膏功能锻炼。

结 果

本组 12 人，13 个跟骨骨折，均为波及距下关节面的病例。CT 扫描后清楚显示骨折情况。按 Eastwood^[1]分类法：I 型 3 例，II 型 8 例，III 型 2 例。平片上骨折线可疑进入距下关节的病例，CT 均得到证实。I 型骨折，X 平片没有明显移位，Bohler 角变化不大，而 CT