

• 短篇报道 •

手法结合托板固定治疗婴儿先天性马蹄内翻足

王永达
(温州市华侨伤骨科医院, 浙江 温州 325027)

自 1983~ 1997 年采用手法理筋结合“J”型托板固定治疗该症 79 例取得了较好的疗效, 现介绍如下:

1 临床资料

本组 79 例中男 48 例, 女 31 例。年龄最小 2 天, 最大 5 个月; 单侧 7 例, 双侧 72 例, 临床表现为足内收内翻, 足背距骨头隆起, 内侧软组织紧缩凹陷, 足外侧凸起, 足跟转向内侧, 跟腱短而粗大等。伴拇指并指畸形 2 例, 多指畸形 1 例。

2 治疗方法

(以左足为例) 婴儿仰卧位, 术者先用左手掌指握住患肢, 用右手拇指指腹在跟腱、跖腱膜内侧副韧带处徐徐按摩推拿 10 分钟, 使短缩的软组织舒展松懈。然后用左手拇食中指轻轻保护固定住小腿, 右手拇指按压向背外凸出的距骨头, 其余四指扶托脚底使其外展、外

翻、背伸。用力由轻到重, 活动范围由小到大(自 30°~ 90°), 反复进行, 使挛缩的软组织充分松懈, 骨与关节错位均已纠正, 踝关节恢复到正常的体型为止。取长 13cm, 宽 4cm, 厚 0.1cm 的铝板一块, 制成“J”型托板, 内面衬以软垫, 足跖稍外展外高内低固定, 足背隆起的距骨外垫一个棉花平垫(大小厚薄据隆起情况而定)。然后用绷带包扎固定(露出足趾)。术后注意观察趾端血液循环, 如固定松懈失效速行重新固定。正常情况下, 5 日重复上述手法治疗一次再固定, 至畸形完全矫正, 患足可充分外翻和背伸为止。最长时间不宜超过 3 个月。畸形完全矫正后, 解除托板, 开始足部被动功能训练, 主要是增强患足前方与外侧肌群的力量, 以保持足的平衡。

3 治疗结果

本组 79 例, 疗程最短 20 天, 最长 80 天。患足畸形完全纠正。外观正常, 能自主运动至外翻及背伸位置, X 线片上第一跖骨轴和距骨轴的方向一致者 73 例; 患足外观正常, 能自主运动至外翻及背伸位置, 但呈轻度仰趾外翻者 6 例。获 6 年以上随访的 45 例, 获 5 年以上随访的 12 例, 获 3 年以上随访 4 例, 2 年以上随访 6 例, 均无复发, 其他 12 例失访。

4 讨论

临床观察认为对于婴儿先天性马蹄内翻足畸形应早期矫正, 越早越好。本手法适用于因塑形缺陷引起的马蹄内翻足。运用该手法时应逐渐将畸形矫正, 不可操之过急, 每次手法矫正以后, 即将患足固定于矫正的位置, 并及时观察, 以防引起血液循环障碍。

(编辑: 李为农)

经皮钢针治疗跟骨舌状骨折

王天旭 何映山
(郑州市骨科医院, 河南 郑州 450052)

我科自 1991~ 1995 年, 应用经皮钢针撬拨方法, 治疗跟骨舌状骨折 50 例, 56 足。

1 临床资料

本组 50 例, 男 36 例, 女 14 例。年龄 26~ 53 岁; 骨折部位, 右侧 32 例, 左侧 18 例, 双侧 6 例, 按 Essex-Lopresti 氏分类法, 跟骨舌状骨折 II° 14 例, III° 36 例^[1], 伤后至复位时间 3 小时~ 8 天。

2 治疗方法

手术在 X 线增强仪下进行。股神经加坐骨神经麻醉。患者健侧卧位。常规消毒铺无菌巾, 伤肢屈曲 90 度左右。松弛腓肠肌。透视下将一枚斯氏针, 沿舌状骨块的纵轴打入。当撬拨跟骨关节

面时, 再打入第二枚斯氏针, 由舌状骨块下方的骨块远端进至骨折线。术者一手握住足背, 使踝关节尽量跖屈, 进一步使跟腱松弛。另一手把持两枚钢针尾部, 用力向下牵引, 同时将针尖向后撬拨。当感觉到骨擦音后, 透视观察 Bohler 氏角是否恢复正常。跟骨关节面及轴位骨折是否解剖复位, 若不满意可调整进针的深度继续撬拨, 若复位满意, 将两枚钢针继续打入至距骨或舟骨。针尾外露。无菌敷料包扎, 石膏托固定踝关节于跖屈位。两周后更换功能位石膏, 4 周后去除石膏, 进行功能锻炼。8 周后 X 片证实骨折愈合后拨除钢针, 负重行走。

3 治疗结果

本组 50 例, 有 47 例 55 足获 8 个月~ 3 年的随访。其中 4 例, 5 足, 于伤后 4 周去除石膏同时拨除钢针。过早负重, 使复位后的 Bohler 氏角 30°, 发生 10°~ 15° 的缩小, 行走时稍痛。余 43 例 50 足, Bohler 氏角 25°~ 40°; 跟骨关节面平整。轴位: 骨折内外侧皮质有 3mm 以内的移位。无自觉症状。优良率 91%。

4 讨论

在治疗跟骨舌状骨折中, Essex-Lopresti 介绍一根钢针复位法^[2]。在临床应用, 我们感觉, 复位力量不够, 钢针易弯, 骨折易碎, 不能控制旋转。因此在舌状骨块的下方骨块另加一枚钢针, 纠正了以上的不足。在实际操作过程中还