

· 临床研究 ·

微创中西医结合治疗拇外翻及相关畸形

Treatment of hallux valgus and its related deformity with integration of traditional Chinese and western medicine using minimal incisions

任鸿 李桂林 刘晓扬 李刚

REN Hong, LI Gui-lin, LIU Xiao-yang, LI Gang

【关键词】 外科手术; 足畸形 【Key words】 Surgery, operative; Foot deformity

拇外翻(Hallux Valgus Deformity, HVD)是一种常见的前足疾患,严重者常合并跖囊炎、槌状足、胼胝疼痛等而需要手术治疗。我们从 1998 年开始引进小切口微创技术治疗 HVD 及其相关畸形 30 例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

本组 30 例中,男 2 例,女 28 例;年龄 30~66 岁,平均 48.2 岁;双足发病 27 例,单足发病 3 例,共 57 只足,这 57 只病足中,均有 HVD、跖囊炎、疼痛的临床表现,合并槌状趾 18 只,多为第二趾;合并有胼胝者 35 足,以足底第 2、3 跖骨头处胼胝为多,X 线片分析:合并第一跖趾关节半脱位 33 足,第一跖趾关节炎 42 足。第一跖骨与趾骨长轴之间的夹角在 19° ~ 47° ,平均 41.3° ,其中 40° ~ 47° 有 25 足, 30° ~ 39° 有 19 足, 20° ~ 29° 有 12 足, 19° 有 1 足,第一、二跖骨长轴之间夹角为 6° ~ 15° ,平均 12.5° 。

2 治疗方法

2.1 术前准备 术前应用肥皂水泡刷足部,有脚气者应先治好脚气再行手术,以免术后感染。我们术前常规采用中药汤剂(大黄、黄连、黄柏、白鲜皮、苦参等)泡足一周,有效地控制了脚气,预防了术后感染。

2.2 手术方法 患者取平卧位,常规消毒、铺巾,1%利多卡因局部麻醉。①在第一跖趾关节内侧做一长约 1cm 的横切口,切开皮肤直达关节腔,用足外科小骨膜起子从远端向近端分离第一跖骨头内侧的关节囊,采用特制微型骨钻削磨掉第一跖骨内侧的骨赘并取出,用小骨锉锉平跖骨头内侧。②对于重度 HVD,跖内收肌和第一跖趾关节外侧关节囊挛缩严重者用小圆刀在第一跖趾关节背外侧切开皮肤直至关节囊,部分松解挛缩的关节囊和跖内收肌止点,以松解后第一跖趾关节能轻松复位为度。对轻、中度拇外翻可不用松解。③在第一跖骨颈部内侧做一长约 0.5cm 的横切口直至骨膜,用微型骨钻将第一跖骨做由内向外约 30° 的斜行截骨,截骨完毕用生理盐水冲洗术口,采用中医正骨手法将远断端的跖骨头由内向外推开约一骨皮质厚度,并用“8”字绷带将跖趾固定于内翻位。④对于 HVD 引发的槌状趾,在趾间关节侧面作 0.5cm 的纵切口,切至关节腔,用微型骨钻将该关节头及关节窝充分

研磨,使骨端分离 2mm 以上,生理盐水冲洗干净,术口缝合一针,伸直位包扎。

2.3 术后处置 ①术后采用第一、二趾缝间加压垫“8”字绷带将跖趾固定于内翻位(可轻度跖屈),穿硬底前开口的矫形鞋,可下床适度活动。术后 3~6 天换药,重新固定。②术后患足抬高,床头置支架,以免棉被压住术趾,引起疼痛或引发骨折移位。③术后 3 天内应密切观察患足的血运,谨防患趾压疮形成或发生术趾的坏死。一旦发现术区疼痛剧烈,术趾肿胀明显,应马上拆除固定,重新包扎。④术后 4 周每周拍 X 线片一次,以免骨折移位,及早纠正。一般固定 6 周即可去除外固定。⑤术后一周即鼓励患者适度下床活动,并做跖趾向下抓地的锻炼。⑥拆除包扎后采用中药汤剂(桃仁、红花、丹参、泽泻、牡蛎等)泡足,以活血化瘀消肿,并佐以手法松解关节及肌腱的粘连。

3 治疗结果

疗效评定标准:采用温建民等^[1]制定标准;本组 30 例均获得随访,随访时间 6 个月~2 年,平均 1 年 3 个月。无一例出现感染及跖骨头坏死。结果按上述标准评定:优 50 足,良 5 足,差 2 足,优良率占 96.49%。术后拇外翻角 6° ~ 15° ,平均 7° ,第一、二跖骨间夹角 4° ~ 15° ,平均 8° 。差 2 只足中,一例由于术后换药包扎不当,造成第一跖骨头向内侧移位。一例由于去除外固定后行走过度,造成疲劳骨折。后者经休息及用药后骨折愈合。

4 讨论

正常足第一跖趾关节有一外展角(第一跖骨与第一跖骨长轴之间的夹角)为 $(8^{\circ}\sim 9^{\circ})\sim(15^{\circ}\sim 20^{\circ})$,超过此角度者为拇外翻^[2]。目前,多数学者认为穿尖头高跟鞋是造成 HVD 的重要原因之一,其中部分患者与遗传有关。从生物力学角度看,HVD 的形成可归纳为两方面:①静力因素。跖趾外翻、外旋,第一跖骨内翻。②动力因素。跖长伸肌,跖长屈肌紧张牵拉,以及跖内收肌、第一跖趾关节外侧关节囊的挛缩。此二者互为因果,共同造成横弓、纵弓塌陷,前足变宽,形成并逐渐加重了 HVD。HVD 手术方式很多,归纳可分为软组织和骨性两方面。本技术治疗 HVD,通过特制微型骨钻对第一跖骨头内侧增生骨赘的削磨及跖骨颈部的截骨后将跖骨头向外侧推移,解决了增生的骨赘和第一跖骨内翻这一静力因素,同时

由于第一跖骨头向外推移使第一跖骨长度相对变短,使踇长伸肌、踇长屈肌的弓弦状拉力降低,配合部分松解外侧挛缩的踇内收肌和关节囊,全面解决了造成和加重 HVD 的因素,达到纠正 HVD 畸形的目的。对于 HVD 引发的槌状趾,行趾间关节削磨,人为造成假关节,既可矫正畸形,消除疼痛,又不影响趾间关节的活动。

该治疗方法的特点:①该术式在传统跖骨颈斜形嵌插截骨术^[3]的基础上进行改良,切口小(一般为 0.5~1.0cm),使手术由开放向微创转化,大大减少了术后感染机会,且术后不留疤痕,外形美观,达到了矫形与美容结合。②部分松解踇内收肌和外侧关节囊,既有利于 HVD 畸形的矫正,又不会因踇内收肌的全部切断使足前弓塌陷而致术后足底胼胝体的产生或加重。③不用内固定,不打石膏,单纯采取绷带固定于内翻位,既保证新鲜骨折位置的稳定性,又能让踇趾保持相对活动,达到“动静结合”,既有利于骨折的愈合,又有效地防止术后肌腱、关节的粘连,大大缩短了治疗和功能恢复时间。④只

用局麻即可完成手术,故手术可在门诊进行,大大减少了治疗费用。⑤术后当天患者即可穿矫形鞋下床活动,生活能自理,方便术后的护理。并且早期的行走有利于足底应力的重新分布,使足部肌肉尽早建立新的平衡。⑥继承和发扬了祖国传统医学,使中医中药、中医正骨与现代手术有机结合,发挥了中西医结合的优势。该治疗方法不足之处:术后第一跖骨可能短缩 1~4mm,这要求术者操作要熟练,截骨时应一钻成功,不可反复钻磨

参考文献

- 1 温建民,林新晓,杨巍,等.小切口治疗踇外翻畸形.中国骨伤,1995,8(7):26.
- 2 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学.第 5 版.北京:人民卫生出版社,1992.2048.
- 3 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1998.1101-1102.

(收稿:2001-02-20 编辑:李为农)

· 病例报告 ·

双侧膝关节滑膜软骨瘤病一例

张士军 周玉龙

(临沭县中医院,山东 临沭 276700)

患者,男,55 岁,因发现双膝前方移动性包块伴膝关节疼痛 10 年,于 1999 年 8 月 5 日入院。10 年前发现左膝关节前方蚕豆大小可移动性包块,关节肿胀疼痛,时有弹响;1 年后右膝关节出现同样情况,肿块渐进性增长,伴双膝关节疼痛渐进性加重,未予任何检查和治疗。近 1 年来,双膝关节疼痛加重,屈伸活动明显受限。

查体:左膝髌骨上方局灶性隆起,可触及 5.5cm×4.0cm 大小包块,光滑,质硬,压痛,活动度好,界限清晰。右膝髌骨上方可触及 3.5cm×2.0cm 大小包块,质地、光滑度、活动度与左侧相似。双侧股四头肌明显萎缩,双膝呈膝内翻畸形,关节活动范围减小,活动时粗糙的摩擦音,以左膝为重。右膝活动时时有弹响。实验室检查:血、尿、便常规正常;血磷、钙正常;碱性磷酸酶 87U/L(正常值 35~120U/L)。X 线片(片号 8754)检查:双膝关节明显增生退变,关节间隙狭窄、软骨下骨质硬化和骨赘形成。左膝退变较重,髌骨骨质增生,外形肥大。左膝关节髌上可见 5.5cm×4.0cm×2.3cm 大小的团块状阴影,内呈不均匀点状钙化;右膝关节髌上见 3.5cm×2.0cm×1.2cm 大小团块状不均匀钙化阴影,关节腔内见 2 枚 1.0cm×0.5cm 大小钙化影。

临床诊断:①双膝骨关节炎;②双膝关节滑膜软骨瘤病?

术中见左膝包块位于髌上滑囊内,将其完整取出,探查关节腔见滑膜明显增生、肥厚,未见其他游离体。右膝包块亦在髌上滑囊内,关节腔内另有 2 枚小游离体,一并完整取出。肉眼观察两大块游离体有纤维包膜,打开包膜后可将其裂成数

小块,由众多的“瘤体”组成。病理报告:滑膜软骨瘤病。

讨论

滑膜软骨瘤病于 1867 年由 Barmel 首次报道,是一种关节滑膜的自限性增殖性疾病,多发生于膝关节,其次为肘、髋、踝、肩等关节,亦有报道发生于掌指关节和指间关节等罕见病例^[1]。有作者将本病在关节镜下的表现,依据滑膜与游离体的关系,分为表浅型、深部型及游离体型^[2]。本例为膝关节对称发病,且呈大块状游离体,临床上较少见。其特点为游离体呈大块状,表面有包膜,碎裂后裂解成数块或数十块,局限在髌上囊内。符合以上分型中游离体型的特殊类型^[3]。本病被认为是关节滑膜化生性软骨,不属于真正肿瘤,其病因至今不明。多数国内外文献认为本病的诊断应该临床、放射学检查和病理三结合^[3,4]。本病虽属于自限性,但游离体长期刺激可引起关节软骨的磨损、退变、关节肿痛及不同的功能障碍,本例即出现双膝关节的严重退变。故治疗上应早期手术摘除游离体并切除病变滑膜,以防止发生返行性改变。

参考文献

- 1 吕厚山,赵钟岳,冯汉,等.滑膜软骨瘤病 12 例报告及其临床特别分析.中华外科杂志,1989,27(5):276.
- 2 陈坚,杜莉如,谷国良,等.关节镜下诊断与治疗膝关节滑膜软骨瘤病.中华骨科杂志,1999,19(5):279-280.
- 3 赵合元,周静,张晓林,等.滑膜软骨瘤病 26 例临床病理特点分析.中华骨科杂志,1997,17(10):621-623.
- 4 黄宗坚,杨迪生,范顺武,等.35 例滑膜软骨瘤病临床病理分析.实用肿瘤杂志,1994,9(3):158-160.

(收稿:2001-03-20 编辑:李为农)