

踇外翻矫正带的临床应用

邵 杰

天津医科大学总医院 (300052)

踇外翻的手术治疗方法很多,但使用支具及配合中药,推拿按摩的非手术治疗未见报导。

临床资料

自 1991~1994 年我院采用支具配以中医的非手术方法共治疗 82 例 141 足踇外翻,其中男 26 例 46 足,女 56 例 95 足,男女之比为 1:2,平均年龄 42.5 岁。

我们根据临床表现及 X 线片将本病分为三期:早期(半脱位前期):踇囊炎轻,微痛。中期(半脱位期):踇外翻角 25°以上,X 线片可见跖趾关节有不同程度的半脱位,踇囊炎疼痛较重。外翻的跖趾可将第二趾举起,使其叠压于踇趾及第三趾趾背上,形成槌状趾,并发趾间关节背侧的胼胝伴有疼痛。同时因足横弓变小,第一、二跖骨头下陷,并发其相应足底部胼胝形成,行走时易疲倦及疼痛。晚期(跖趾关节骨关节炎期):除中期表现外,X 线片有骨关节炎表现。本组早期 39 例 64 足,中期 31 例 56 足,晚期 12 例 16 足。

治疗方法

1. 踇外翻矫正带的使用:根据跖趾拉应力不均衡使其外翻,第一跖骨内翻的生物力学原理,作者研制了踇外翻矫正带。矫正杠为硬塑材料,被跖带缚在足跖背部,近侧有尼龙扣穿孔的长孔,远端弯向跖趾呈勺形。跖带为皮吊带,固定矫正杠于足背自后足跖内侧转至足外侧与尼龙粘扣相连接可在中药浸洗按摩后或直接使用,亦可穿拖鞋行走及睡眠中使用,以便有较长时间的治疗作用。该产品已获国家专利(专利号:AL92243097.7)。(图 1)。

2. 中药浸洗及推拿按摩:采用我院洗剂 II 号方

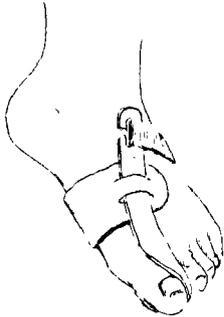


图 1 踇外翻矫正带使用图

(银藤 15g,五加皮 15g,公英、地丁、艾叶各 10g,川椒 12g),温热浸洗患足及小腿,以舒筋通络,活血化痰,对踇囊炎能起到消肿止痛效果。同时进行自我按摩推拿手法:首先按压小腿前侧及后侧,因踇长伸、屈肌肌腹均在其中,同时用拇指食指弹拨及按摩之,先使之解除痉挛。后按摩跖部诸肌群,尤其是踇短屈肌,踇收肌,踇展肌等相应部位,并沿足横弓用拇指弧形推拿,再将踇趾向内扳推数次,用手握足跖部,使第一跖骨向中线靠拢,最后沿肌肉方向推拿,使之舒展。此法最好在劳累一天后进行,可同时解除患足及全身疲劳。

治疗结果

1. 疗效评定标准:优:踇趾外翻完全矫正,外翻角 < 25°,踇囊炎痊愈,局部肿胀及疼痛消失。良:外翻角在 25°左右,踇囊炎红肿消失,仍有时疼痛。第二趾槌状趾复位。胼胝头足底部的胼胝变薄。差:仅踇囊炎症得到缓解。无效:与治疗前比无改进。治疗结果见表 1。

表 1. 141 足踇外翻治疗结果

分期	例数	足数	治疗时间(月)	疗效(例)				有效率(%)
				优	良	差	无效	
早	39	64	3	36	21	3	4	93.7%
中	31	56	3~6	—	30	8	18	67.2%
晚	12	16	3~6	—	3	3	4	37.5%

讨 论

踇外翻是第一跖线的复合畸形,维持第一跖骨、踇趾及第一跖趾关节正常解剖位置的各种应力发生了变化:(1)踇长伸肌、踇长屈肌、踇短屈肌外侧头呈弓弦状紧张,止于踇趾近节趾骨近端的踇收肌的挛缩等共同形成一种使踇趾外翻的拉应力。按 Carr 的标准第一、二跖骨轴线的夹角正常应 < 10°。这种拉应力也有助于第一跖骨向内翻,或在第一跖骨先天内翻时使踇外翻更加严重;(2)踇展肌和踇短屈肌的内侧头共同成为对抗外翻的拮抗应力,因一旦出现第一跖线的复合畸形,这种拮抗应力力线就已产生向外侧偏移,即使力度不减弱,也不能对抗外侧的拉应力。同时因踇趾外翻,使第一跖趾关节囊内侧松弛,外侧挛缩并增厚,也

会使踝趾外翻加重；(3)足横弓在踝外翻时明显变小即弓背降低，同时足承重中心外移，使第二、三跖骨头下陷。本矫形带正是针对上述诸应力的不对称而研制的。

踝外翻手术疗法很多。除病情严重确实影响生活及工作者外，大部分患者适于本法治疗，简便易行，不受时间和地点限制，安全可靠。对早、中期患者均可获

得满意效果。对少部分中期及晚期患者，因多发生器质性病理改变仅 37.5%~67.2%的病人有效。所以这部分患者仍以采用手术治疗为宜。此外本矫形带在踝关节损伤，踝趾近节趾骨骨折伴外翻者也是良好的固定器材。

(收稿：1995-10-30)

髌臼骨折 39 例临床分析

叶伟洪 蔡立民 骆家伟

广东省东莞市中医院 (511700)

髌臼骨折由于致伤暴力大，合并伤多，移位方式多样，治疗困难而疗效欠满意。1986 年~1996 年共收治髌臼骨折 39 例，用中西医结合方法治疗，效果满意。现分析报告如下。

临床资料

本组 39 例，男 31 例，女 8 例；年龄 18~75 岁；左髌 16 例，右髌 23 例；致伤原因：车祸伤 31 例，坠落伤 2 例，压砸伤 3 例，其他原因创伤 3 例；合并伤：股骨头中心性脱位 7 例，后脱位 9 例，前脱位 2 例，髌骨翼粉碎骨折 2 例，腰椎、肢体骨折 8 例，颅脑损伤 5 例，肝脾肠等内脏破裂 4 例；骨折类型：后柱骨折 23 例，白窝骨折 4 例，横形骨折 5 例，前柱骨折 2 例，白顶骨折 1 例，无移位爆裂形骨折 4 例。

治疗方法

非手术疗法共 20 例。主要采用股骨髁上牵引，患髌外展 30° 位。如合并股骨头中心脱位者加粗隆下骨牵引。3 天后床边照 X 光片，骨位满意后减重维持，6 周去牵引，三个月后扶拐逐渐负重下地。手术疗法共 19 例。采用切开复位、松质骨螺钉内固定。后壁骨折用后外侧切口，前柱骨折用改良 S-P 切口，术后负压引流 2~3 天，胫骨结节骨牵引或皮肤牵引制动患肢 3~4 周。三个月后扶拐逐渐负重下地。

治疗结果

疗效评定：优：无痛、步态正常、关节至少为正常活动范围的 75%，X 片无明显关节或轻度关节间隙狭窄或硬化；良：轻微疼痛，步态正常，关节活动范围大于正常的 50%，X 片显示关节面硬化，间隙变窄。有骨赘形成；可：中度疼痛或轻度跛行，关节活动范围少于正常的 50%，X 线可见有明显的关节间隙狭窄；关节面硬化和骨赘形成；差：显著疼痛，明显跛行，关节僵硬或伴有明显畸形，X 线片所见有明显骨关节炎改变，股

骨头向髌臼中心明显移位。

本组 39 例随访时间为半年~8 年，平均 3 年 2 个月，按上述标准评定优 22 例，良 10 例，可 4 例，差 3 例，优良率达 82%。

讨 论

1. 髌臼 CT 扫描的临床意义：髌臼骨折的常规 X 线检查是当然不可少的。但对线形骨折或较小的局限骨折及骨块特向移位，关节间有无骨碎片等，仍难以作出判断。而 CT 作髌臼横断扫描，能明确显示骨折片的位置，移位程度及关节间隙有无骨碎片等。这都对决定选择手术治疗与否和手术入路有着指导意义。本组 1 例髌臼后壁（包括负重部分）骨折，因 X 线显示误似移位小，选用牵引保守治疗，结果导致股骨头再次脱位，最终因股骨头缺血坏死，被迫行髌关节融合术。因此将髌臼骨折 CT 检查列为常规，从而为手术疗法提供确切的指征，大大提高了疗效。

2. 疗法的选择：对髌臼的治疗同意姚氏等手术指征^[1]：经牵引后，骨移位 > 3mm，特别是负重区或后壁骨折块超过整个后壁 1/3 以上者，或关节间隙内有游离骨片，股骨头复位不良者。其余的可采用骨牵引治疗。在牵引过程中，配合按摩理疗，解除牵引后用中药汤剂薰洗患肢，早期主动活动髌关节，能加速关节功能康复。本组 1 例女患者，车祸致伤，髌臼复合型粉碎骨折并股骨头中心脱位，髌骨翼粉碎骨折，创伤休克。入院经抢救，全身情况稳定后，采用中西医结合保守治疗，患肢双向牵引，患者配合积极，早期活动髌关节，6 周后解除牵引，结合理疗按摩，中药内服外洗，三个月后能扶拐逐渐负重下地，追踪 7 年，结果评定优。

3. 手术时机的掌握：髌臼骨折是一种严重创伤或高速伤，常合并创伤休克，颅脑或内脏损伤。所以必须迅速协同脑外科或腹外科医生优先处理危害生命的并