

先天性垂直距骨 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E5_85_88_E5_A4_A9_E6_80_A7_E5_c22_304424.htm 名称先天性垂直距骨

所属科室骨科临床表现 患儿出生后即能发现这个具有特征性畸形足。足底凸出呈“船”样外观。前足外展并背伸，距骨头突向足底内侧，后足则固定在跖屈、外翻的位置上。胫前肌、趾长伸肌和腓骨长短肌张力增加，限制前足跖屈和内翻活动。小腿三头肌挛缩加重跟骨外翻和足跖屈畸形，并妨碍踝关节背伸活动。患儿开始行走的年龄多不被推迟，但步态笨拙。站立时前足明显外展，距骨头及跟骨在外翻的位置上负重，但跟骨后部多不能触及地面。X线检查在侧位片可见距骨呈垂直状态，几乎与胫骨纵轴相平行。距骨处于跖屈的位置，前足在中跗关节有明显背伸。由于舟骨在3岁以前骨化中心尚未出现，则需用第一楔骨中轴线来估计舟骨的位置。如该线向后延长在距骨头的背侧，表明舟骨向背侧脱位。在强力背伸的侧片上，正常儿童足的距骨中轴线经过骰骨下半部，跟骨中轴线经过骰骨上半部。而先天性垂直距骨的距骨中轴线移向骰骨的后下方，有时在跟骨的前方通过，跟骨中轴线也移向骰骨的跖侧（图2）。正位片上可见跟距角明显增大（正常值为20deg.）。当舟骨出现骨化后，可显示出其移位到距骨颈的背侧。图2 A.正常足侧位片所显示的跟距角及胫距角 图2 B.先天性垂直距骨跟距角及胫距角均明显减小，跟骨轴线向骰骨跖侧移位鉴别诊断 先天性垂直距骨具有特征性表现，其足底凸出似船形，并有前足外展，而且出生后即可发现，轻易与常见的先天性马蹄内翻足相鉴别。由于某些神经

肌肉性疾病，如脊髓灰质炎，多发性关节挛缩症，也可产生凸形外翻足畸形。但是，后天性凸形外翻足出现较晚，且有原发性疾病的其它表现，也不难与本病相区别。治疗由于本畸形比较僵硬，故治疗越早越好。通常认为出生后的三周内，是治疗本病的最佳时机，采取手法整复有可能成功。手法整复的顺序是，先被动牵拉腓肠肌和跟腓韧带，操作者一手向远端和内侧牵拉足跟，另一手推挤跟骨前端，需维持10秒钟，继之将前足向跖侧、内翻和内收方向牵拉，使背伸、外翻肌拉长；然后向远端牵拉前足，以牵长胫舟、距舟韧带，并逐渐使前足内收和内翻。每个动作要持续10秒钟，每次应坚持15分钟。最后用长腿石膏固定，保持前足跖屈、内翻及后足背伸的位置上固定。一般每2~3天更换一次石膏，并依上述步骤反复进行手法整复，牵拉挛缩的软组织。大约4~6周之后，可试行闭合复位。开始沿足畸形方向牵引前足和舟骨，使舟骨位于距骨头之上，跟骨位于距骨之下。然后从足内侧向背侧推挤距骨头，牵拉足跟使其内翻，同时把前足跖屈、内翻，使距舟关节恢复正常的解剖关系。经X线片证实复位成功后，从第一、二趾间闭合穿入一枚克氏针，把楔骨、舟骨与距骨固定，并用长腿石膏固定。开始保持前足跖屈、内翻，后足和踝关节跖屈位固定。每2~3周更换一次石膏，并使患足逐渐背伸。通常用石膏固定8~10周。若闭合复位不满足，患儿已三个月，应采取切开复位。手术松解挛缩的关节囊及韧带，主要包括：距舟韧带背、外侧部分；胫舟韧带、分歧韧带；跟骰关节囊背、外侧部分；跟腓韧带、距跟骨间韧带。与此同时，延长挛缩的肌腱，如跟腱、胫前肌腱、趾长伸肌腱和腓骨长短肌肌腱。继之在直视下将

距舟关节复位，恢复足的正常力线后，用一枚克氏针将楔、舟和距骨固定。然后紧缩缝合跟舟跖侧韧带、距舟关节囊跖侧及内侧部分，将胫后肌腱向远端移位，固定在第一楔骨的跖侧。术后用长腿石膏固定8~12周。通常在术后六周拔出克氏针。当患儿4岁之后方开始治疗，其足内侧柱已明显变长，阻碍距舟关节复位，需在切开复位时，切除脱向背侧的舟骨，使第一楔骨与距骨头相关节。以后通过生长和塑型，距骨头可占据切除舟骨所留下的空间。如患儿已大于8岁仍未治疗者，采取切开复位、舟骨切除治疗，不仅难以成功，且易并发距骨坏死。所以应推迟到10岁之后，再作三关节固定术。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com