क्लबफूट :पॉनसेटी व्यवस्थापन पध्दति

३री आवृत्ती

समाविष्ट

प्रस्तावना और सहयोगकता २
अनुवादक ३
शास्त्रीय रूपावलोकन ४
नई पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति ६
क्लब मुल्यांकन ८
पॉनसेटी कास्ट ९
आम प्रबंधन त्रुटियाँ १३
टिनाटॉमी १४
ब्रेसिंग १६
ब्रेसअवधि बढाने के लिए अनुरूपता १८
क्लबफूट सीधा करने की सांस्कृतिक कठिनाईयाँ १९
अप्रतिकी क्लबफूट २०
क्लबफूट पुनर्विकृती २२

संदर्भ

ॲन्टिरियर टिबियालीस टेंडण ट्रान्सफर २४
ब्रेस निर्माण २६
क्लबफूट मुल्यांकन २७
मात पिता एवंपरिवारजन के लिए जानकारी २८
ग्रंथसूची ३१
ग्लोबल हेल्प ऑरगनायझेशन ३२

Lynn Staheli, MD

GLOBAL HELP
HEALTH EDUCATION USING LOW-COST PUBLICATIONS

प्रस्तावना

यह ग्लोबल हेल्थ ऑरगनायजेशन व्दारा प्रकाशित की हुई पॉनसेटी करेक्शन की यह तिसरी आवृती है| सन २००४ में हमने पहली इग्लिंश प्रिंट और डिस्क बनाई थी| पाच विविध भाषाओ में बनाई हुई,लगभग २०००० कलर प्रिंट की हुईकॉपियाँ १०० देशोमे वितरण कि गई है| बाराह विविध भाषाओ में ,लगभग १००००० से भी ज्यादा प्डफ कॉपिया १५० देशों में डाउनलोड की गई है| हमारी नई योजना के तहत २६ किताबें, आर्टिकल्स और पोस्टर्स एक कॉम्पक्ट डिस्क में संजोए गए है|जहॉ इंटरनेट की सुविधा की कमी है |वहॉ यह सीडी व्दारा जानकारी सहज और सुलभ पहुचाई जा सकती है|

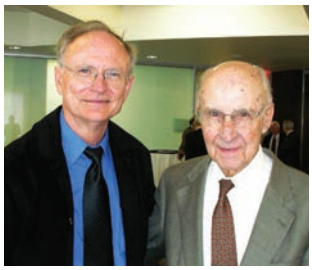
इस नए प्रकाशन का उद्देश्य नई जानकारी का विविध भाषाओं में संस्करण करना ,इसे वहुसांस्कृतीय वनाना है| जिससे यह जानकारी सुलभता से उपलब्ध हो | हमने इसमे नई तकनिकी जानकारी जैसे वडे शिशुओ में और उग्र क्लवफुट मे पॉनसेटी उपचार पध्दती के वारे मे जानकारी दी है | ये अनुवादन सहज वनाने के लिए हमने उपरोक्त जगह वनाई है| हमने इसकी सहज याद रहनेवाली वेवसाईट www.orthobooks.org भी वनाई है|

मैं इस किताव लिखने में सहयोग करनेवाले लोगों का शुक्रियाअदा करना चाहता हूँ |हमारी युगांडा पुस्तिका के कई भाग यह पॉनसेटी मॅन्युअल में प्रकाशित करने की अनुमती दी गयी है | इस के लिए मैं डॉ. पिराना का शुक्रियाअदा करना चाहता हूँ जिससे यह पुस्तिका वहुत काम्प्रेसिव और मल्टीकल्चरल है| मैं डॉ.मॉरकुडें का भी शुक्रियाअदाकरना चाहता हूँ जिन्हों ने यह नया एडिशन आयओवा में चल रही पॉनसेटी ट्रिटमेंट के अनुरूप वनाया है| मैं हेलन शानस्की को भी धन्यवाद देना चाहता हूँ, जिन्होने टेक्स्ट एडीट किया गया है, और मैं मॅकलम प्रिंट ग्रुप का भी शुक्रिया अदा करना चाहता हूँ जिन्होंने न्यूनतम किंमत में इस पुस्तिका की छपाई की है|

क्लवफुट की पॉनेसटी ट्रिटमेंट विश्वभर में गुणवत्ता प्राप्त करने का अवसर देने के लिए धन्यवाद| क्लवफुट पॉनेसटी ट्रिटमेंट स्टॅडर्ड वनाने में हमारी उ पलब्धता सराहनीय हैं|

जिन लोगों ने यह पुस्तिका को विविध भाषाओं में अनुवादित किया है, उनके प्रति धन्यवाद व्यक्त करते है, जिससे यह पुस्तिका विविध देशो में पहुंचाने में मदद होती है|

हम हमेशा आपकी प्रतिक्रिया और सुझाओं की सराहना करते है|



Lynn Staheli, MD
Founder & Volunteer Director
Global HELP Organization
2009

GLOBAL HELP

ग्लोवल हेल्थ ऑरगनायजेशन मुफ्त में हेल्थ केअर इन्फरमेशन उपलब्ध कराता है|जिससे यह ज्ञान विकासशील देशो में पहुँचा जा सके| वेवसाइट
www.global-help.org or **www.orthobooks.org**

सहयोगकर्ता :

Ignacio Ponseti, MD

डॉ.पॉनसेटीजी ने पचास साल पहले इस ट्रिटमेंट की शुरुआत की है| उन्होने हजारो शिशुओ के पैर , इस ट्रिटमेंट से सीधे किए है | डॉ.पॉनसेटी युनिर्वसिटी ऑफ आयवोवा में प्रोफेसर इमीरिटस है|उन्होने इस ट्रिटमेंट की जानकारी दी एवं उसपर पुस्तक का प्रकाशन किया है |

Jose A. Morcuende, MD, PhD

डॉ. मॉरकुडे (डॉ.पॉनेसटी के सहयोगी)ने यह मन्युअल की शब्दरचना की , एवं उसे वनाने में सहयोग दिया|

Shafique Pirani, MD

डॉ.शफिक पिरानी पॉनसेटी मॅनेजमेंट के कुशल सहयोगकर्ता है|उन्होंने इस ट्रिटमेंट का उपयोग कॅनडा में किया | उन्होने पॉनसेटी मॅनेजमेंट का सफल नमुना अविकसित देशोमें विर्क सित किया|

Vincent Mosca, MD

डॉ.मोस्का ने पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति की जानकारी की पुस्तिका लिखी ॲनटीरीर टीवअल्स ट्रान्सफर प्रकिया प्रदर्शित की है |

Norgrove Penny, MD

डॉ.पेन्नी ने युगांडा प्रोजेक्ट में वहुत सहयोग किया है | उन्होने इस चिकित्सा पध्दति के विकसित देशोमें पहुचाने में सहयोग किया है|

Fred Dietz, MD

डॉ डायेझ (डॉ पॉनसेटी के सहयोगी)ने इस पुस्तिका के चित्रों और शब्दरचनाओं पर काम किया है|

John E. Herzenberg, MD

यह ऐसे पहले व्यक्ती है जिन्होने आयवोवा युनिर्वसिटी के वाहर इस उपचार पध्दति का प्रयोग किया|
डॉ हेर्झनवर्ग ने इस पुस्तकी के व्रेसिंग और टेढेपण की पुनर्आवृति के भाग की शब्दरचना एवं आलेखन किया|

Stuart Weinstein, MD

(डॉ.पॉनसेटी के लंवे कार्यकाल के सहयोगी)उन्होने पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति का प्रचार किया और उसके वारमें महत्त्वपूर्ण सुझाव दिया |

Michiel Steenbeek

मि. स्टीनवीक एक आर्थोस्टीट और फिजिओथेरीपीस्ट है| इन्होने स्पिलंट की रचना वहुत से ही सर्वसाधारण सामग्री से की जो की विकासशील देशों के लिए वहुत ही उपयोगी है|

टअनुवादक

यह पुस्तिका निम्नलिखित अनुवादकोने अलग अलग भाषाओं में बनाई है

Arabic

Dr. Alaa Azmi Ahma
Pediatric Orthopaedic Surgeon
Arab Care Hospital, Ramallah
Nables Speciality Hospital, Nables
Ramallah, The West Bank, Palestine

Dr. Ayman H. Jawadi
Assistant Professor, Consultant
Pediatric Orthopedic Surgery
King Saud Bin Abdulaziz University
for Health Science
King Abdulaziz Medical City
Riyadh, Saudi Arabia

Dr. Said Saghieh
Assistant Professor
Orthopedic Surgery
American University of Beirut
Beirut, Lebanon

Chinese

Dr. Jack Cheng
Hong Kong, China
jackcheng@cuhk.edu.hk
Christian and Brian Trower
Guilin, China
trower@myrealbox.com

French

Dr. Franck Launay
Marseille, France
franck.launay@mail.ap-hm.fr

Hindi

Dr Rajiv Negandhi.
childbone@gmail.com
Maharashtra India

Italian

Dr. Gaetano Pagnotta
Rome, Italy
pagnotta@opbg.net

Japanese

Natsuo Yasui, Tokushima, Japan
nyasui@clin.med.tokushima-u.ac.jp
Hirohiko Yasui, Osaka, Japan
hirohiko_yasui@yahoo.co.jp
Yukihiko Yasui, Osaka, Japan
hikobosy@yahoo.co.jp

Polish

Dr. Marek Napiontek
Poznan, Poland
ortop@webmedia.pl

Portuguese

Dr. Monica Paschoal Nogueira
Sao Paulo, Brazil
monipn@uol.com.br

Russian and Ukrainian

Jolanta Kavaliauskiene
Kaunas, Lithuania
jokved@hotmail.com

Spanish

Dr. Jose Morcuende and
Helena Ponseti
Iowa City, Iowa, USA
jose-morcuende@uiowa.edu.

Turkish

Dr. Selim Yalcin
Istanbul, Turkey
selimyalcin@ultrav.net.

Vietnamese

Dr. Thanh Van Do
Danang city, Vietnam.
ctohcmvn@hcm.fpt.vn

Underway

Danish
Klaus Hindsø
hindso@dadlnet.dk

Finnish
Salminen Sari
sari.salminen@hus.fi

Georgian
Maia Gabunia
maianeuro@yahoo.com

German
Marc Sinclair
marc.sinclair@dbaj.ae

Persian / Farsi
Ali Khosrowabady
alirezak2002@yahoo.com
Emal Bardak
emalpgi@gmail.com

Swedish
Bertil Romanus
bromanus@yahoo.com

Urdu [Pakistan]
Asif Ali
asifop@yahoo.com

Considering

Indonesian

Timor Leste/Tetum
David McNicol

शास्त्रीय रुपावलोकन:

यह क्लबफूट की ट्रिटमेंट, विकृतीके जीवविज्ञान और शरीररचना विज्ञान पर आधारित है|

जीवविज्ञान:

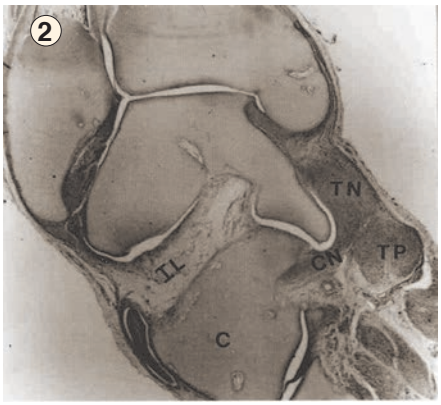
क्लबफूट ये भ्रूणीय विसंगती नही है| सीधे वढनेवाले पैर की दुसरे ट्रमिस्टर में क्लबफूट में रुपांतरित होता है| भ्रुण के सोलह हप्तोके पहले यह सोनोग्राफी पर क्वचित दिखता है, इसलिए क्लबफूट ये डेव्हलपमेंट हिप डिसल्पाजिया और स्कोलोसियस जैसी डेवलपमेंटल होनेवाली विकृति है|

एक सत्रह हप्ते का वच्चा जिसके दोनों पैरों मे क्लबफूट है|(दाया पैर वाये पैर ज्यादा दिखाया गया है|)१|पैरोंका मॅलिओलाय से सामनेवाला छेद २|डेलटॉइड टीवीओ नॅवीक्युलर लिंगामेंट और टिवॅअलीस पोस्टीरिअर टेंडण जो की (वहुत मोटा है), और यह टेंडण प्लानटर कॅलकिनओ नॅवीक्युलर लिंगामेंट को जोडा गया है| इन्ट्राशिअस टॅलोकॅलकॅनिअल लिंगामेंट नॉर्मल है|

सूक्ष्मदर्शी चित्र टीवीओ नॅवीक्युलर लिंगामेंट के कोल्याजन के धागे घने और जटिल दिखते है| वहुत सारी पेशीकोर्शिकाएँ दिखती है|(ओरिजनल मॅगनिफीकेशनx475).

पैरों की हड्डिओंका एवं जोडों का आकार और रचना वदली हुई होती है| पैर का आगेवाला हिस्सा (four foot) प्रोनेशन मे होता है,जिसकी वजह से पैर के तलवे की गोलाई अधिक हो जाती है| (caves) मेंटाटारसल हड्डी पैरों की तलवो की वाजु जादा झुकी हुई होती है|

क्लबफुट में टॅबीअलीस पोस्टेरिअर टेंडण , कॅस्ट्रोनिनअस टेंडण एवं उँगलियाँ मोडनेवाले टेंडण होती है| इनके स्नायु निरोगी फूट के स्नायु से छोटे और मोटे होते है|

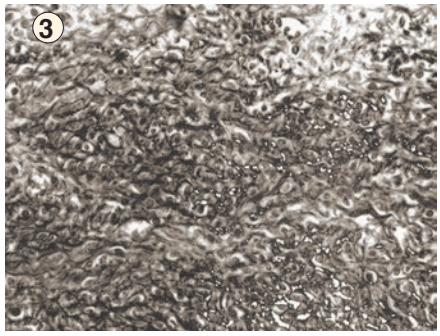


क्लबफूट में पोस्टनियर और निडीयल अॅकल एवं टार्सल लिगामेंट सिकुडे होते है|में इसलिए वह फूट की रचना इकव वाईनस में रखते है| नॅविक्युलर और कॅल्यक्यनियस अॅडक्शन्स एवं इनवर्जन होते है,जितने जादा मसलस सिकुडे होते है उतनी जादा सिकुडे होते है,उतनी जादा व्यंगता होती है| कठीण क्लबफूट में गॅस्ट्रोसोलिअस मांसपेशी छोटे आकार की होती है| लिगामेंटस टेंडणस और स्नायु पेशीयों में कोलाझीन तयार होने की मात्रा वढ जाती है, और वह वच्चों में ३ ते ४ साल तक रह जाती है| यही कारण है की सीधा किया गया पैर वापस टेढा हो सकता है|

सूक्ष्मदर्शी चित्र का अभ्यास करने पर पता चलता है ,कि कोल्याजिनके फायवरर्स (व्हेवी)रचना दिखाते है| जिसको किंम्प ऐसे वोला जाता है| यह किंम्प अस्थिवंध को खिचने में मदत करता है| शिशुओ के अस्थिवंध को हलका खिचाव हानिकारक नही होता |किंम्प कुछ ही दिनोमें तयार होता है ,जिसे कि अगला खिचाव आसानिसे कर सकते है|इसलिए यह क्लबफूट कि उपाययोजना संभव है|

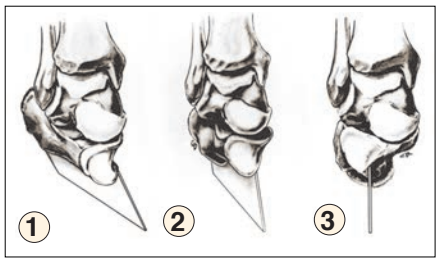
कायन्यामॅटिक्स

क्लबफूट व्यंगता पैरोंके हड्डियों में होती है| ये पैरो की हड्डीयाँ(टार्सल) जादा तर उपस्थियो(कार्टिलेज) से वनी होती है|जन्म के समय यह न्युनत फ्लेक्शन अॅडक्शन और इनर्वजन में होती है| टॅलस हड्डियॉ वहुत ही नीचे की तरह, और हड्डी का गला निचे और अंदर तरफ मुडा रहता है, और इसका सर वेजशेप का होता है| नॅवीक्युलर वहुत ही मिडीयल साईड पे लगी हुई रहती है (मिडीयल मॅल्युलस के पास) | कॅलकेनेस हड्डी टॅलस हड्डी से अॅडक्टेड और इनवर्टेड होती है|



इस में तीन दिन के वच्चे में दिखाया गया है, (चार पेज) नॅवीक्युलर हड्डी अंदर की तरफ मुडी हुई है| नॅवीक्युलर हड्डी अंदर की तरफ मुडी हुई है, और टॅलस हड्डी के मिडीयल वाजु सिर से सटी हुई है| क्युनीफॅम हड्डी नॅवीक्युलर हड्डी के दायी तरफ झुकी होती है, और क्युवाइड उसके नीचे है| कॅलकेनीयो क्युवाइड जोड नीचे ओर अंदर की तरफ झुका होता है| कॅलकेनीयम का उपरी दो तिहाई हिस्सा टॅलस (टिवीयालीस अॅटिरीयर टेंडण) नीचे होते है (एक सटेसर दॉलीसीस लॉगस और एकस्टेसर डीपीटोरम लॉगस अंदर की तरफ खींचे होते है|)

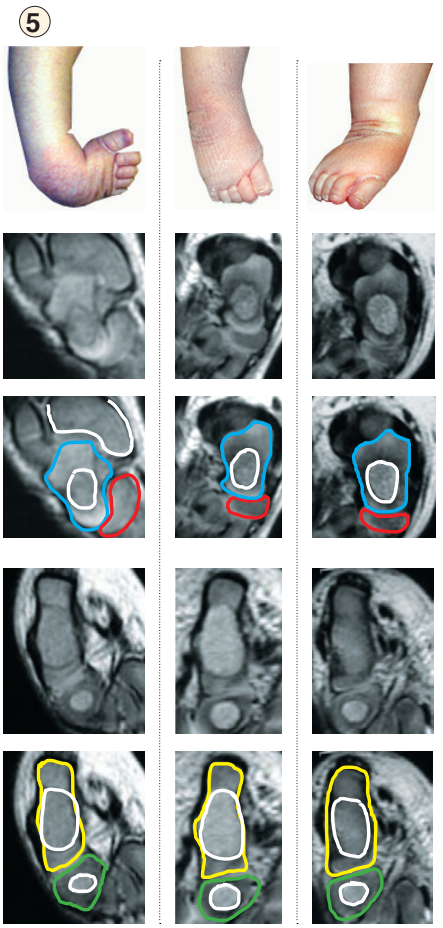
ऐसी कोई एक स्थिर जगह नही है जिसमें टॅलस सामान्य या क्लबफूट में घुमता है| टार्सल जोड थे ,अपने आपसे अलग -अलग रहते है| एक टार्सल हड्डी के घुमने से परिणामी दुसरी भी हड्डी उसकी सलग्नता से घुमती है |जोडो का संचलन जोडो के भारम भाग के गोलाई पर आधारित होता है| हर मोड की घुमने की एक स्वंतत्र गतिहोती है, इसलिए क्लबफूट में हुई अधिकतम मिडीयल घुमाव और इनवरजन को सीधा करना जरूरी है | इसी के साथ ही नॅवीक्युलर क्युबाइड और कॅलकेनीयम हड्डी अपनी अपनी जगह पर आ जाते है|यह इसलिए मुमकीन है ,क्यों की टार्सल जोडो की अस्थिवंध को नियंत्रित किया जा सकता है|



वहुत जादा हुई टार्सल हड्डी का विस्थापन सीधे करने हेतु पैर की शरीरशास्त्र की जानकारी होना वहुत जरूरी है| दुर्भाग्यपुर्ण से अस्थीव्यंग चिकित्सक ,जो यह क्लबफूट का उपचार करते है वह गलत जानकारी रखते है कि सवटॅलर और चोपार्ट जोड स्थिर कक्षा में घुमते है , जो कक्षा ॲटेरी मिडीयल सुपीरीयर से पोसेरो लॅटरल इंफीरीयर सायन्स से जाती है|उनका ऐसा मानना है कि पाव को प्रोनेट करने से एडी का वॅरस और पाव का सुप्रीनेशन सीधा हो सकता है, लेकीन यह गलत मान्यता है|

क्लबफूट को उसकी कक्षामें घुमाने से फोरफूट और प्रोनेट होता है ,जिसे कि केवस और वढ जाता है , जो की ॲडपेटेड कॅलक्यनियस को कॅलस हड्डी पे दवाता है| जिस की एडी का वॅरस सही नही होता |

१)क्लबफूट में कॅलक्यनियस का ॲन्टीरियर भाग गले के नीचे होता है|जिस की वजह से एडी में व्हायरस और इकव्हायनस व्यंगता तयार होती है | कॅलक्युनिअस इवर्जन में ॲब्डक्ट करनेकी कोशिश में कॅलक्यनियस टॅलस हड्डीके सामने दव जाता है और हिल वॅरस सीधा नही हो पाता | कॅलक्यनियस को सही ढंग में वाहर खिंचने पर ही (ॲब्डक्टशन)अपनी टॅलस अनुरूप सही जगह में आता है जिसे कि हील व्हायरस सही होता है|



क्लबफूट को सीधा करने लिए पैर को सुपीनेशन और ॲपडेशन किया जाता है|जिसे में (कांउटरप्रशेर) विरूध्ददवाव टॅलसके शिर के लॅटरल वाजु दिया जाता है| इसे टॅलस हड्डी घुमती नही है| अच्छी तरीके से मोल्ड किया हुआ प्लास्टर पैर की अच्छी स्थिती में रखता है|अस्थिवंध को उसकी क्षमता से जादा खिचाव कभी भी नही देना चाहिए | पाच दिनों के वाद अस्थिवंध को वापस खिचाव दिया जा सकता है| जिससे कि वह और अच्छी स्थिती में रहे ,हड्डी और जोड हर एक प्लास्टर के वाद पुन:आकार प्राप्त करता है|

स्नायु हड्डी और काटलेज इसमें नवजीवन होने की वजह से हड्डीया और जोड हर एक प्लास्टर के साथ नया रूप धारण करते है| यह उनके तंतुओ को पोषक गुणों की वजह से संभव है| ५) यही वात डॉ. पिरानी ने उनके परिक्षण और एमआरआय में खुबी से वताई है | यह अभ्यास उन्होने प्लास्टर के दौरान और प्लास्टर के पश्चात किया है| टॅलो नॅवीक्युलर और कॅलकॅनिकीवाइड जोडोमें हुए वदलाव देखिये ट्रिटमेंट के पहले नॅवीक्युलर हड्डी (लाल रंगसे चित्रीत)यह टॅलस के गर्दन से (निला)अंदर वाजु झुकी हुई है| देखिए यह संवध प्लास्टर के दौरान ठिक हो रहा है|विसे ही यही प्लास्टर में क्युवाइड हड्डी (हरा) कॅलकॅनिअम हड्डीसे (पिला) हो रही है|

अंतिम प्लास्टर लगाने के पहले टेडोंॲकलीस का सुक्ष्म विच्छेदन करना पड सकता है तभी इक्वायनिअस सही होगा टेडोंॲकलीस जो नॉनस्टेचवल जो मजवूत धागोंसे वना होता है|जो टार्सल अस्थिवंध जैसे खिचाव लाने नही देता अंतिम प्लास्टर तीन हप्तो तक रखा जाता है जव एडी की नस अपने स्थान पर पुन: पुनर्जीवित नही होती तव तक वाकी के टार्सल जोड अपनी नई पुनस्थिति प्राप्त कर लेते है|

सारांश में क्लबफूट को पाँच से छह प्लास्टर में सीधा किया जा सकता है और कही वच्चोंमें टेंडोंॲकलीस का सूक्ष्मविच्छेदन करना पड सकता है|यह प्रकिया से पैर मजवूत ,लचकदार और (प्लॉटीग्रेड) यह ट्रिटमेंट किया हुआ अपना पैतीस साल का अनुभव डॉ.पॉनसेटी ने अपने २००८ के संदर्भ में वताया है|

पॉनसेटी व्यवस्थापन :

क्या जगभर में क्लबफूट के लिए सर्वोत्कृष्ट पॉनसेटी व्यवस्थापन उपचार पध्दति मानी जाती है?

पिछले एक दशक से पॉनसेटी व्यवस्थापन क्लबफूट के लिए सबसे दर्जेदार और किफायती माना जाता है|

पॉनसेटी व्यवस्थापन व्यंगता को कैसे सीधा करता है?

प्राथमिक क्लबफूट की व्यंगता को ध्यान में लिजिए अच्छे पैर (दुसरा दाया)पैर की रचना को क्लबफूट(दुसरा बाया) पैर की रचनासे तोलीए ,ध्यान दीजिए की टॅलस (लाल)का आकार बिघडा हुआ है और नॅवीक्युलर (पिला) अंदर की तरफ घुमा हुआ है| पैर टॅलस के सिर के बल घुमा हुआ है| पॉनसेटी व्यवस्थापन में यह घुमाव सीधा करके पैर सीधा किया जाता है|३) नियमित प्लास्टर से पैर धीरे धीरे सीधा किया जाता है| पॉनसेटी व्यवस्धापन में तकनिक व्यंगता को धीरे -धीरे टॅलस सिर के बल पैर को टॅलस घुमाके सीधा करता है |

शिशुओमें पॉनेसटी व्यवस्थापान कभी शुरू करना चाहिए?

जल्द से जल्द शिशुओमें जन्म के तुंरत बाद (७ से १०) लेकिन लगभग सभी क्लबफूट व्यंगता बचपन में भी सीधी की जा सकती है|

जब शिशुओ में उपाचार जल्दी शुरू किये जाते है तब लगभग कितने प्लास्टर लगते है?

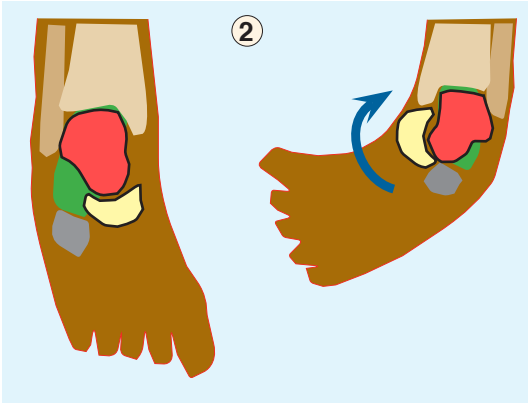
लगभग सभी क्लबफूट विकृती छह हप्तो में पैर को प्लास्टर नया शेक देकर सीधी की जा सकती है अगर यह व्यंगता छह से सात प्लास्टर मे सीधी नही होती , तो प्लास्टर करने में तकनीक त्रुटि हो गई है|

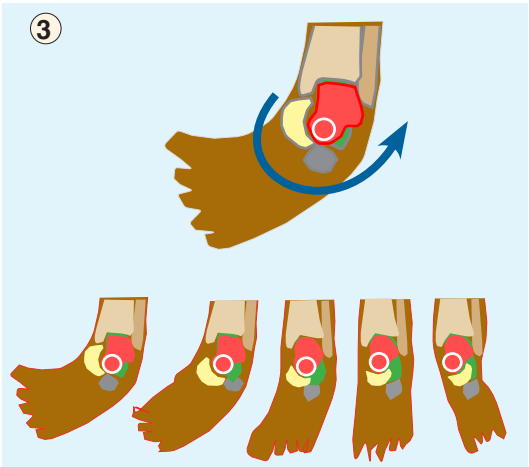
कितनी देर से उपचार पध्दति शुरू करने के बाद भी उपयोगी हो सकती है?

लक्ष्य यही होना चाहिए की उपचार बच्चे के शुरूआती हप्तो में शुरू किया जाय , फिर भी कई बच्चो में यह सुधारणा (बचपन में भी) तक की जा सकती है|

अगर उपचार पध्दति देरी से शुरू होती है, तो क्या फिर भी पॉनेसटी उ पचार पध्दति उपयोगी है?

पॉनेसटी उपचार पध्दति बचपन में भी शुरू की जा सकती है| कई बच्चोमें ऑपरेशन कि जरूरत लगती है , उसकी माँग पॉनेसटी प्लास्टर से कम की जा सकती है|





शिशुओ में किये हुए पॉनसेटी उपचार पध्दति में हमे क्या अपेक्षाएँ रखनी चाहिए?

सभी एक पैर व्यंग के बच्चो में विकृतीवाला पैर सही पैर से थोडासा छोटा (१.३से.मी) और सिकुडा हुआ (0.४ से.मी.) होता है| पैर की लंबाई दुसरे पैर जितनी होती है लेकीन उसकी चौडाई छोटी होती है (२.३ से. मी.) पाँव मजबूत , लचीला और दर्दविरहित होना चाहिए १], और यह पैर ऐसा ही मनुष्य के पुरे जीवनभर रहना चाहिए|

जिन माता और पिता में एक या दो पैरो में कल्बफूट पाया जाता है ,उनके बच्चोमें क्लबफूट का क्या प्रमाण है?

जब एक पालक क्लबफूट होता है तब ३त्से४त बच्चोमें क्लबफूट पाया जाता है लेकिन अगर दोनो माता पिता में क्लबफूट है तो ३0 त्बच्चो में क्लबफूट पाया जा सकता है|

क्लबफूट में शस्त्रक्रिया और पॉनसेटी उपचार पध्दति की तुलना कैसे की जा सकती है?

शस्त्रक्रिया से प्राथमिक दिखाव अच्छा दिखता है| लेकिन वह पुनर्विकृती होनेसे नही रोकता | बडे लोगों के फुट एवमं ॲकल सर्जन यह बाताते है कि शस्त्रक्रिया के बाद पाव कमजोर कडक और दर्ददायी हो सकता है|

कितने बच्चोमें पॉनसेटी व्यवस्थापन असफल होता है और शस्त्रक्रिया करने की जरूरत लग सकती है?

सफलता प्रतिशत पैरो के कडक होने पे, वहॉ डॉक्टर के अनुभव पे ,परिवार के विश्वासनियता पर निर्भर है|जादा तर परिस्थितीयो में सफलता ९५ प्रतिशत पायी जा सकती है ,अगर पाँव कठीण है और उसपे और एडियों पर दीर्घ रेखाएँ (क्रिज) जादा केवस और छोटा गॅस्टोनिमियस स्थायु होता है| यह बच्चोमें असफलता पायी जाती है|

जो बच्चो में स्नायु और हड्डी में कमीयाँ है उन बच्चो के क्लबफूट के लिये क्या पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति उपयोगी है?

पॉनसेटी चिकित्सा पध्दती ऑर्थोग्रायोपोसिस मायलोमेनि गोसिल लार्सन सिड्रोम और दुसरे सिड्रोम में उपयोगी है |यह बच्चो में उपचार पध्दति कठीण है क्योंकि इसमें लंबा समय लगता है और इसमें ज्यादा संभालने की जरूरत है क्योंकि इनको (सेन्सॉरी) हो सकता है जिससे त्वचा पर छाले पड सकते है|

क्या पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति पहले अन्य पध्दति से ठिक किये हुए क्लबफूट में भी की जा सकती है ?

हा पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति पहले उपचार किये हुए या नव शिक्षित डॉक्टरो के उपचार करने के बाद भी की जा सकती है|

क्लबफूट व्यवस्थापन की नियमित प्रक्रिया क्या है|?

लगभग सभी क्लबफूट हल्का कुशलता पूर्वक कार्य संचालन और प्लास्टर से सीधे होते है| लगभग पाच प्लास्टर के बाद केवस ॲडक्टस ,वॅरस सीधे होते है| उपरोक्त एडी की नस (टेंडोॲकलीस) लगभग सभी पैरो में काटी जाती है| जिससे पैर पुर्नत: सीधा होता है| उसके बाद लगाया हुआ प्लास्टर लगभग तीन हप्तो तक रखा जाता है| फूट ॲबडक्शन ब्रेस पध्दति की स्पिलिट रात के समय पहनने के लिए दी जाती है २], जो की २ से ४ साल पहननी होती है| यह पध्दति से सीधा किया हुआ पैर मजबुत , लचिला और दर्दविरहीत बनाया जा सकता है|

क्लब मुल्यांकन

क्लबफूट को पहचानना और उसका निदान

और उसका निदान १]सभी आरोग्य कर्मचारी को नवजात शिशुओं की पैरो की जॉच करना सिखाइए २]दुसरे कोई प्रॉब्लेम जिनमें या क्लबफूट है उनको क्लबफूट क्लिनिक में भेजना | ३]जॉच के समय किए हुए निदान की पुष्टी की निपुण शल्यचिकित्सक से करवाइए |

क्लबफूट के केवस वॅरस ॲडक्टस इक्वायनस यह महत्वपूर्ण अंग है| जॉच के दौरान दुसरी कोई विकृतियाँ जैसे मेटाटार्सल ॲडक्टस और दुसरे कोई निम्नलिखित सिंडॉमस को पहचानना चाहिए | उसके आगे क्लबफूट को विविध वर्गो में विभाजित किया जाता है | यह विभाजन आगे की दिशा एवं उसकी चिकित्सा का निर्णय हेतु करने उपयोगी है|

क्लबफूटका वर्गीकरण :

क्लबफूट का वर्गीकरण उसके समयनुसार और उसके व्यवस्थापन पर अवलंबित है|

टिपिकल क्लबफूट: यह एक प्रातनिधिक क्लबफूट है , जो की साधारण बच्चों में पाया जाता है | इसे लगभग पाँच प्लास्टर में सीधा किया जाता है, और पॉनसेटी चिकित्सा पध्दतिसे उसकादीर्घकाल परिणाम अच्छा है|

पोझिशनल क्लबफूट: क्वचित यह व्यंग दिखता है जो की बहूत ही लचीला और यह गर्भाशय की थैली में भीड के वजह से दिखता है| लगभग एक से दो प्लास्टर में पैर सीधा किया जा सकता है|

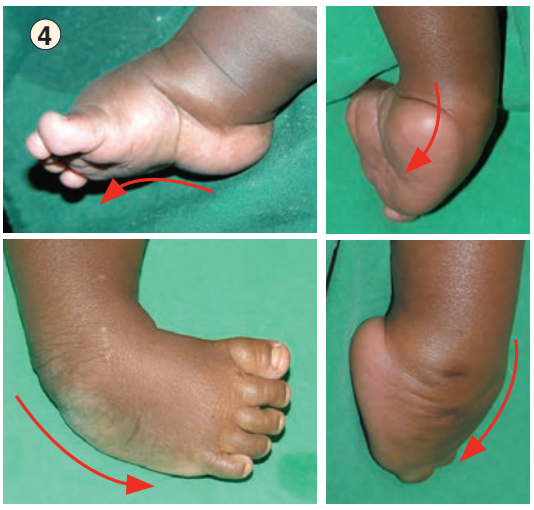
डीलेट टॅरीडेय क्लबफूट: ६ महीने के उम्र के पश्चात | रिकंरट टिपीकल क्लबफूट यह हो सकता है|

रिकंरट टिपीकल क्लबफूट यह हो सकता है| जहॉ पहले उपचार पॉनसेटी उपचार या दुसरे व्यवस्थापन से किए गएहै| पुनर्विकृति पॉनसेटी उपचार पध्दति के बाद बहूत ही कम दिखाई देती है, और यह जल्दी ब्रेस टॅरटमेंट छोड देनेवाले शिशुओ में पायी जाती है|सुपिनेशन और इकवॉयन्स यह पून:विकृति ज्यादातर पायी जाती है,और पहले वह लचीली होती है जो की बाद में कडक हो जाती है|

अलटरनेटिव्हीली गैर टिपीकल क्लबफूट इसमें पैर जो ऑपरेशन से या पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति से सीधे किए हुए है|

अटिपिकल क्लबफूट: यह क्लबफूट दुसरे अन्य कोई समस्या के साथ होता है | पॉनसेटी चिकित्सा पध्दतिसे उपचार शुरू किजिए, पैर सीधे करना मुश्कील होता है|

रिजीड और रेझिंटन्स और अटिपिकल क्लबफूटजो की पतले या मोटे हो सकते है| मोटे पैर चिकित्सा करने के लिये बहूत ही मुश्कील है| यह पैर कडक ,छोटे होते है,एंवम उनके उपर पैर और ॲकल के पास गहरी सुरकती होती है और इनकी पहली मेटाटार्सल हड्डी छोटी एवं मेटाटार्सल फॅलेजीयल जोड में हायपर एक्सटेंशन में होती है| यह विकृति सामान्य बच्चो में भी पायी जा सकती है|



सिड्रोंमिक क्लबफूटदुसरी जन्मजात विकृति उसमें होती है(पान२३)| क्लबफूट यह सिड्रोंम का भाग होता है | पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति इसमें सर्वोतम उपयुक्त है| किंतु यह पैर सीधा करना मुश्किल होता है एवं इसका अनुमान बताया नही जा सकता| पैर की अंतिम स्थिती उसके भीतरी सिड्रोंम पर निर्भर है|

टेरॉटो लॉजिक क्लबफूट जैसे जन्मजात टार्सल सिन काड्रोंसिस |

निरोजेनिक क्लबफूटयह मज्जातंतुओं की विकृती के साथ पाया जाता है, जैसे की मेनिगो मायलोसिल|

अक्वायर्ड क्लबफूट जैसे स्ट्रिटर डिसप्लाजिया

पॉनसेटी कास्ट

नियोजन

पॉनसेटी प्लास्टर सीधा करने हेतु नियोजन पध्दति में शिशुओं को दुध पिला कर या स्तनपान करके शांत किया जाता है| १]अनुभवी मददगार की सहाय्यता लेना अच्छा होता है ,कभी कभी परिवारजनों की भी सहाय्यता लेनी पड सकती है| उपचार पध्दति का व्यवस्थित नियोजन करना जरूरी है|२] मर्द दगार (नीला दाग) पैर पकडता है और चिकित्सक (लाल दाग) पैर को हलके से सीधा करता है|

मॅन्युपलेशन और कास्टींग

जन्म के बाद जल्दी से जल्दी शुरू किजिए , शिशु और परिवारजनो को आरामदायी बनाए| प्लास्टर लगाते समय शिशुपान कराये|

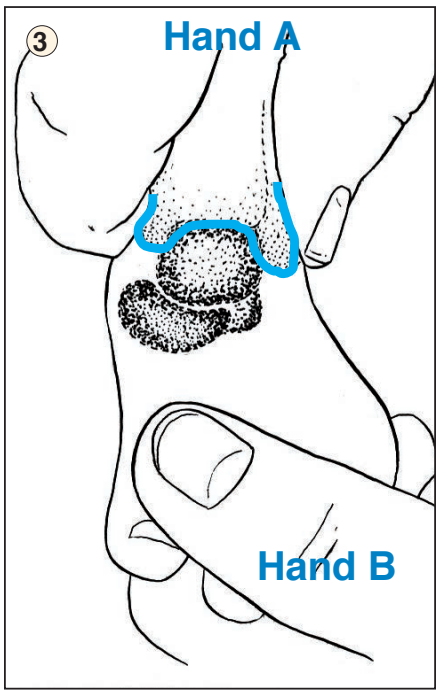
टॅलस सिर को पहचानना

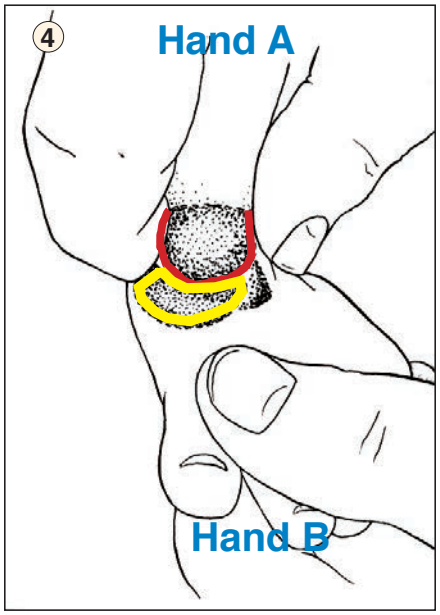
तंतोतंत पहचानना यह विधी बहुत ही जरूरी है|पहले मॅल्युलस को पहचानिए (नीला रंग) पहले मिडीयल मॅल्युलस को हात के तर्जनी और अंगुठे से पहचानिए और हात व से उँगली ओ को पकडिए फिर अ हात के अंगुठा और तर्जनी को आगे लेके टॅलस के सिर को अॅकल जोड के आगे पहचानिए , क योंकि नॅवीक्युलर हड्डी अंदर तरफ मुडी हुई होती है और उसकी टुबरासिटी मिडीयल मॅल्युलस के एकदम नजदिक होती है|जिसे हम टॅलस हड्डी का बाहरी भाग (लाल दाग)अच्छे त्वचा के उपर जॉच सकते है| कॅलक्यनिअम का अॅटिरियर भाग टॅलस के सिर के नीचे होता है|

जभी आप पैर के आगेवाले हिस्से को बाहर की तरफ सुपीनेशन में खिचता है| नॅवीक्युलर हड्डी टॅलस हड्डी के थोडासा आगे आयी हुई लगेगी| यह प्रकिया में कॅलकॅनिअम हड्डी बाहर की तरफ टॅलस के सिर के नीचे जाती है|

सिचना

यह प्रकिया में टॅलस हड्डी के सिर पर हाथ रखकर पैर को अॅबडक्टड किया जाता है| इक्वायनस को छोड के बाकी सभी विकृतिया इसमें एक ही साथ सीधी की जाती है| यह प्रकिया करने के लिए आपको टॅलस का सिर पहचानना बहुत जरूरी है ,जो कि इसका (फलकम) है|





केवस को कम करना

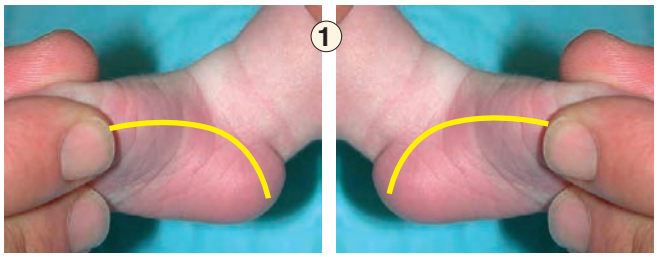
यह उपचार पध्दति का पहला हेतु केवस को सीधा करना है| जिसे पैर का आगेवाला और पिछेवाला हिस्सा एकही लाइन में आ जायेगा | केवस विकृती में पैर की अंदर (पिला) के वाजू जादा उपर है| यहा विकृती पैर के आगेवाले हिस्से में , पैर के पिछेवाले हिस्से से ज्यादा प्रोनेशन होने की वजह से पायी जाती है| शिशुओ के पैर में केवस लचकिला होता है, और वह पैर की पहली उँगली को उपर करके सीधा किया जा सकता है |जिसे पैर की नियमित गोलाई तैयार होती है| पैर के आगे के हिस्से को इतना सुपीनेशन किजिए , देखते समय पैर के तलवे की गोलाई ना कम ना जादा लगे पैर के आगे के हिस्से और पिछे के हिस्से को एक ही दिशा में लाके नियमित गोलाई लाई जा सकती है| जिसे की पैर को ॲबडक्शन किया जा सके परिणामी ॲडक्टस और वॅरस सीधे किये जा सके|

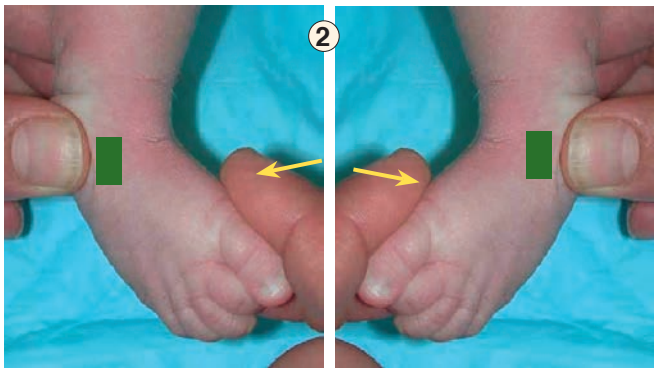
डॉ पॉनेसटी फायबर ग्लास प्लास्टर की जगह नियमित प्लास्टर (प्लास्टर ऑफ पॅरिस) का प्रयोग करते है| क्योंकि यह सस्ता है| और उसमें अच्छे तरीके से आकार दिया जा सकता है|

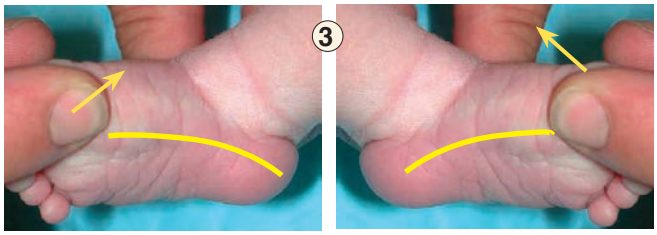
प्राथमिक मॅन्युपलेशन हर प्लास्टर लगाने के पहले पैर को मॅन्युप्लेट किया जाता है|एडी को हाथ नही लगाया जाता जिसे की कॅलनिअस हड्डी को ॲबडक्ट करने में सुविधा होती हैं[४]

कपास लगाने की प्रकिया कपास का पताला स्तर [५]पैरो के उपर लगाये जिससे की पैर को आकार करने के लिए आसानी हो प्लास्टर लगाते समय , पैर को ज्यादा से ज्यादा सही जगह पे उंगलियो के वल पकड के रखिये इसमें टॅलस के हड्डी पे विरूध्द दवाव दिया जाता है|

प्लास्टर को लगाना पहले प्लास्टर को घुटने के नीचे तक लगाईए और बादमें उसको उपर तक पुरा किजिए | शुरूआत में तीन से चार बार प्लास्टर को उगलियो के उपर घुमाईए ६]और उपर जाके प्लास्टर घुटने तक खत्म किजिए ७]| प्लास्टर को नरम हाथोंसे लगाईएप्लास्टर को एडी के उपर थोडासा खिचाव देकर लगाईये पैर की उँगलियों के वल पकडना चाहिए और प्लास्टर सहायकर्ता के उँगली के ऊपर भी प्लास्टर जाना चाहिए |जिसे शिशु की उँगलियो को अच्छी जगह मिलेगी|







प्लास्टर को आकार करना प्लास्टर में पैर जोर से सीधा करने की कोशिश मत किजिए |उसे हलकेसे आकार दिजिए |

प्लास्टर में टॅलस की हड्डी को दीर्घकालीन दबाव मत दिजिए| उसकी जगह पर हलके हाथ से दबाईए और हाथ निकालिए जिसे की त्वचा पर गड्डे (सोअर्स) नही बनेंगे| प्लास्टर में टॅलस हड्डी के सिर पे हाथ रखके पैर को अच्छी तरह पकड के आकार दे | ध्यान दिजिए कि दाईने हाथ का अगुंठा टॅलस हड्डी पर आकार दे रहा है एवं बाया हाथ पैर के आगे के हिस्से को सुपिनेशर्न में रख रहा है| तलवे की गोलाई पे अच्छे से आकार देना चाहिए , जिसे की फ्लॅट फुट या रॉकर बॉटम फूट ना तैयार हो| एडी की जगह पे प्लास्टर को अच्छे से आकार देना चाहिए जिसे की कॅलकनिअम हड्डी की पोस्टीरियर ट्युबरासिटी पे अच्छे आकार मिलता है| कॅलकनिअम हड्डी को प्लास्टर लगाते समय कभी भी हाथ लगाना नही चाहिए| आकार देना यह गतिमान क्रिया होनी चाहिए जिसमें उगलियों सहज तरिकेसे सींचा जा सके| इससे एकही जगह पर ज्यादा तणाव नही आयेगा |प्लास्टर को पुरी तरहसे सुखने तक आकार देते रहिए|

प्लास्टर को जाँघतक लगना उपर प्लास्टर लगाते समय अच्छी तरह से कपास लगाईए जिसे त्वचा को खुजली ना हो | २]प्लास्टर को ऊपर से नीचे और नीचे से ऊपर तक लगाईए ३], जिससे घुटने पर मजबूत हो और पॉपलिटीयल फोसा में कम से कम प्लास्टर होगा,जिसे प्लास्टर निकालने में आसानी होगी|

प्लास्टर को काटना: तलवे के उपर का प्लास्टर वैसेही रखिए[४]और उँगलियो के ऊपर के भाग का प्लास्टर काट दिजिए जिसे उँगलियॉ खुली हो (जैसे की चित्र में दिखाया गया है|)प्लास्टर काँटने के लिए प्लास्टर नाइफ का उपयोग किजिए | प्लास्टर नाइफ से पहले बीचवाला भाग काँट दि जिए, बाद में बाहरी भाग कट किजिए | उपर से सभी उँगलियो को खुला छोड दिजिए, जिससे वह अच्छी तरह से दिख सके| पहला प्लास्टर पुरा होने के बाद उसका स्वरूप देखिए [५]पैर इक्वायनस में और उसका आगेवाला हिस्सा सुपिनेशन में हो |

ॲब्डक्शन जानना पहचनना

टिनाटॉमीसे पहले पैर पुरी तरहसे ॲब्डक्शन में है| उसकी जॉच कर लिजिए| तब तक वह शुन्य से पाँच अंश डॉर्सिफ्लेक्शन में पहुँच जाएगा |

पैर के पुरी तरह से ॲब्डक्शन होने की सर्वोतम निशाणी यह है कि हम कॅलक्यानियम के ॲटिरियर प्रोसेस को टॅलस के निचे छू सके|

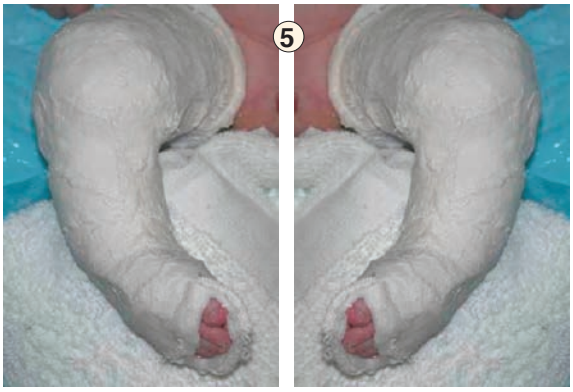
लगभग ६० अंश तक पैर को ॲब्डक्ट किया जा सकता है|

कॅलकिनिअस हड्डी न्युट्रल या थोडी सी वॅल्गस में आती है| यह एडी को पिछे से जांच करके मालूम किया जा सकता है|

ध्यान रखिये कि यह तीन आयामों में दिखने वाली (थ्री डी) विकृति है |यह विकृति एक साथ सीधी की जाती है| पैर को टॅलस के सिर के बल पूरी तरह से ॲब्डक्ट करके सीधा किया जाता है| पैर को कभी भी प्रोनेट नही किया जाता |

अंतिम प्रभाव

उपचार पध्दति पूरी होने के बाद चलने के दरम्यान पैर सीधे पैर से भी जादा ॲब्डक्ट नजर आता है| लेकिन यह (ओव्हर करेक्शन) नही यह तो पूरा सीधा किया हुआ पैर ज्यादा से ज्यादा ॲब्डक शन में है | यह सीधी करने की प्रक्रिया पूरी अंतिम और पूर्ण ॲब्डक्शन देती है ,जिसे की पुन:विकृति (ओव्हर करेक्शन)और प्रोनेशन को बचाया जा सकता है |जिससे पैर व्यवस्थित रूप में हो और उसमें विकृति न रहे|



प्लास्टर का दुष्परिणाम

जैसे पहले बताया गया है , वैसे उपचार पध्दति की गई तो प्लास्टर के दुष्परिणाम क्वचित होते है|

रॉकर बॉटम विकृति गलत टेक्नीक के वजह से पैर को समय से पहले टेंडोअॅकलीस बंध के सामने डॉर्सि फ्लेक्शन करने से तैयार होती है|

क्राऊडेड टोज प्लास्टर को बहुत कसके बाधा जाए तो ,उगंलियो का क्राऊडींग होता है|

फ्लॅट हील पॅड होता है जब प्लास्टर डालते समय पैर को आकार देने के बजाय एक जगह पे दबाव दिया जाए |

ऊपरी जखम (सुपरफिशल सोर्स) यह इसका उपचार करने के लिए ड्रेंसिग लगाके नया प्लास्टर ज्यादा कपास के साथ लगाना चाहिए |

गलत तकनिक की वजह से और दबाव से जख्म होते है| होनेवाली जखम सर्वसाधारण जगहजैसे ,टॅलस हड्डी का सिर ,एडी पे, पहले उँगली के नीचे ,पॉपलिटियल जगह और जांघ पर पायी जाती है|

गहरा जखम को ड्रेंसिग करके एक हप्ते के लिये खुला छोड दिया जाता है| जखम भरने अधिक ध्यान रखकर प्लास्टर की पुन: शुरूआत की जाती है|

प्लास्टर को निकालना

नया प्लास्टर डालने के कुछ समय पहले पुराना प्लास्टर निकलवाना चाहिए | वहोत पहले प्लास्टर निकालने से सीधा किया हुआ पैर थोडा वहूत विकृत हो सकता है|

प्लास्टर निकालनेवाली यंत्र से प्लास्टर संभवता मत निकालिए| इससे बच्चे डर जाते है और जखम भी हो सकता है|

कास्ट नाईफरिमुवल : प्लास्टर को निकालने से पहले उसको २० मिनिट भिगोए और उसके ऊपर एक गीला कपडा रख दे |परिवारजन यह प्रकिया अस्पताल में आने से पहले कर सकते है| प्लास्टर नाईफ १] का उपयोग करने से २]त्वचा को काटनेसे वचाए | पहले प्लास्टर का घुटनों के ऊपर का भाग निकालिए ३]वाद में नीचे का भाग भी निकाल दिजिए|४]

प्लास्टर को भिगो के निकालना यह एक दर्जेदार प्लास्टर निकालने की पध्दति है| पर उसमें जादा सर्मय लगता है| प्लास्टर को पूरी तरह से फिर पानी में भिगोंए और वह पूरी तरह से मुलायम होने के वाद ५]उलटा घुमा के निकालिए ६]|यह प्रक्रिया को सरल करनेके लिए प्लास्टर के अंतिम हिस्से को गाठ वनाके वांध दे|

नियमित होनेवाली त्रुटियाँ :

पैर का प्रोनेशन और इनवर्जन

पैर का प्रोनेशनकरने से केवसविकृति बढती है| प्रोनेशन क्रिया पैर के ॲडक्शन और इनवर्जन को ॲब्डक्ट करने में कोई मदत नही करती है,क्योंकि इसमें कॅलकनिअस टॅलस हड्डी के नीचे बंधा रहता है|यह क्रिया और एक नई विकृति बनाती है| जिसे आगेवाला पैर और बीचवाले हिस्से में नई विकृति बनती है|

कॅलकनिअस हड्डी का वॅरस में रखके पैर को बाहर की तरफ खिचना

यह क्रिया लॅटरल मॅल्युलस को पोस्टीरिअर ले जाती है| जिसमें की टॅलस हड्डी ॲकल में बाहर के तरफ आ जाती है | ये बनी दुसरी विकृति है|

यह समस्या सुलझाने के लिए पैर को फ्लेक्शन और हलका सुपीनेशन में ॲबडक्ट किजिए , जिसे कि मिडियल साइड के अस्थिबंध में खिचाव आएगा |यह प्रक्रिया टॅलस हड्डी पर विरूध्द दबाव देकर की जाती है|(२उंगलियो की अवस्था)यह प्रक्रिया से कॅलक्यनिअम को टॅलस हड्डी के नीचे ॲब्डक्ट किया जा सकता है| जिसे एडी की वॅरस पोझिशन अच्छी हो जाएगी |

पैर सीधा करने की काइट पध्दति :

काइट का ऐसा मानना था कि हिल वॅरस ,कॅलक्यनिअस इर्वटकरने से सीधा हो जाएगा | उनको यह ध्यान में नही आया की कॅलक्यनिअम को ॲब्डक्ट करने के बाद ही वह इर्वट होगा|(बाहर की तरफ घुमाना) |

उनका यह मानना था कि पैर को मिडटार्सल जोड से अगुंठे के बल ॲब्डक्ट करने से पैर सीधा होगा | कॅलक्यनिअम क युवाइड जोड पे अंगुठा रखने से कॅलक्यनिअम हड्डी[२ काले निशान] का ॲब्डक्शन बंद हो जाता है| जिसे की हिल वॅरस सीधा नही होता | ध्यान दिजिए कि पैरो को टॅलस के बल ही ॲब्डक्ट करना है|[२ लाल निशान]

प्लास्टर डालने सबंधी त्रुटियाँ

मॅन्युप्लेट नही करना हर मॅन्यपलेशन के बाद पैर को जादा से जादा सीधे स्थिती में रखना है|जिसमें सिकुडे हुए अस्थिबंध में खिचाव आएगा |प्लास्टर में अस्थिबंध ढिले होते है जिससे कि आगे आनेवाले प्लास्टर में जादा खिचाव लाया जा सके|

छोटा प्लास्टर : प्लास्टर को जांघ तक ही पुरा करना चाहिए| घुटने के बीचवाला प्लास्टर कॅलक्यनिअम हड्डी को ॲब्डक्शन में नही रखता |

इक्वायनस को जल्दी सीधा करना : हिल वॅरस और पैर को सुपीनेशन करने के पहले अगर इक्वायनस सीधा किया जाता है , तो रॉकर बॉटम व्यंग तैयार हो सकता है| इक्वायनस को सबटॅलर जोड में कॅलक्यनिअम को ॲब्डक्ट करके सीधा किया जा सकता है|

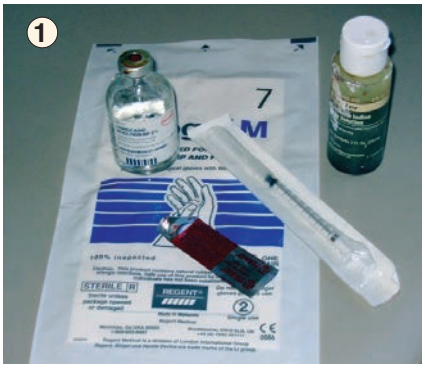
ब्रेस उपचार पध्दति का अवलंब नही करना

शार्ट लेग ब्रेस मत बनाईए [४]क्योंकि उसमें पैर ॲब्डक्शन नही होता | पैर को बाहर की तरफ ॲब्डक्ट करके रखनेवाला ब्रेस तीन महीने पुरे दिन रात पहनना चाहिए | उसे रात को चार साल तक पहनना चाहिए| ब्रेस को ना पहनने से सबसे जादा पुनर्विकृतिहोती है|

पैर को शतप्रतिशत सीधा करने का प्रयत्न करना

यह मानना गलत है कि बीखरे हुए अस्थि रचना को ठिक करने से पैर शतप्रतिशत ठिक हो जाएगा |लंबे समय तक एक्सरे निरिक्षण करने बाद पता चलता है कि उसमें भी कुछ कमियाँ रह गई है| लेकिन पैरो की क्रिया अच्छी तरह से हो सकती है| लंबे समय तक एक्सरे से जॉच और दीर्घकालीन क्रिया का कोई सबंध नही है|

टिनाटॉमी



टिनाटॉमी करने की जरूरत:

जब कॅवस , ॲडक्टस , वॅरस पूरी तरहसे सीधे हो गए है किंतु एडी में दश अंश से जादा डॉर्सिफ्लेक्शन बचा है तब यह इक्वायनस को सीधा करने के लिए टिनाटॉमी का उपयोग किया जाता है|

पूरे हुए ॲब्डक्शन को पहचानना:

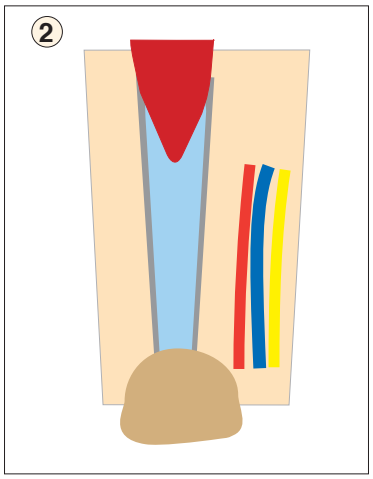
ध्यान रखिए कि पैर पूरी तरह से ॲब्डक्ट हुवा है और वह टिनाटॉमी करने के पहले ० -५ अंश डॉर्सिफ्लेक्शन में जाता है |

पैर पुरी तरहसे ॲब्डक्ट होने का चिन्ह यही है कि आप कॅलक्यनिअस हड्डी के ॲटिरिअर प्रोसेस को हाथों से टॅलस हड्डी के नीचे जाच सके|

पैर में लगभग साठ अंश का ॲब्डक्शन करना मुमकिन है| यह हमको फ्रँटल प्लेन मे टिबिया हड्डी के अनुरूप दिखेगा|

कॅलक्यनिअम हड्डी को न्युट्रल या हलका वॅगलस जगह पर आना चाहिए | यह एडी की हड्डी के जॉच से पता चलता है|

ध्यान रखिए की यह विकृति तीन आयामों में होती है और पैर को टॅलस के बल ॲब्डक्ट करके सीधा किया जाता है| पैर को कभी प्रोनेट नही किया जाता|



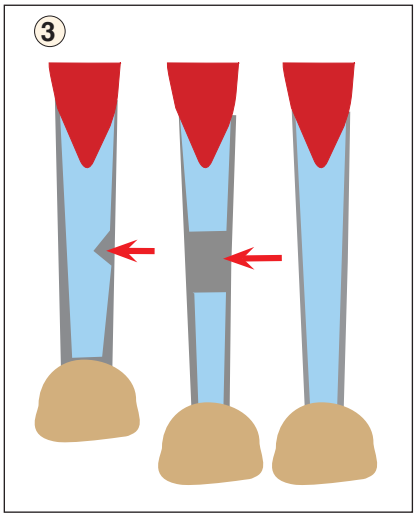
रचना :

परिवारजनों को तयार करना परिवारजनों को टिनाटॉमी करने की प्रक्रिया समझाईए | उनको यह बताईए कि यह छोटी प्रक्रिया है| यह प्रक्रिया जगह पर भूल दे के बाह्यरूग्ण विभाग में कि जाती है|

सामग्री: टिनाटॉमी की सामग्री पहल से पूरी तैयारी करके रखिए | टिनाटॉमी करने के लिए ग्यारह/पंधरा नंबर या छोटा ब्लेड जैसे ऑफ्थॅलमिक नाइफ का प्रयोग किया जा सकता है|

त्वचा शस्त्रक्रिया योग्य बनाईए ॲन्टिसेप्टीक की मदतसे पैर को घुटने के नीचे उँगलियो तक अच्छी तरह से साफ किजिए |मददगार को एक हाथ से घुटने के नीचे पकडने के लिए बोलिए और वह दुसरे हाथ से उँगलियो को पकडेगा|

अनस्थेशिया: कम मात्रा में लोकल अनस्थेटिक को ऑपरेशन की जगह दे दिजिए |ध्यान रखिए कि जादा इंजेक्शन देने से टेंडण को पहचानना मुश्कील हो सकता है , जिसे परेशानी और जादा वड सकती है|



टिनाटॉमी की प्रक्रिया :

जब मददगार पैर को जादा से जादा डॉर्सिफ्लेक्शन में पकडता है, तब लगभग कॅलक्यनिअम हड्डी के १.५सें.मी. ऊपर टिनाटॉमी किजिए | नियमित की हुई जगह पे टेंडण के अंदरवाले हिस्से के पास थोडासा लोकल ॲनस्थेटिक इंजेक्शन दिजिए | ध्यान रखिए कि जादा लोकल अनस्थेशिया देने से टेंडण को पहचनना मुश्कील हो सकता है , जिसे शस्त्रक्रिया और जटील हो सकती है| हमेशा ॲनाटॉमी को ध्यान में रखिए | पैर की रक्तवाहिनी एवं नसे टेंडण के ॲटोरोमिडियल जगह होती है| यह टेंडण (हलका नीला) उसके आवरण में रहता है |(ग्रे)

टिनाटॉमी :

नाईफ की नोक टेंडण के मिडियल साइड पर रखिए और उसको आगे की तरफ दिशा दिजिए| (पन्ना ३) नाई फ का सपाट भाग टेंडण के समातंर रखिए नाईफ को त्वचा में डालने के वाद छेद वनेगा ध्यान रखिए की यह प्रक्रिया हलके से किजिए नही तो त्वचा में लंवा छेद बनेगा | टेंडण के आवरण को काटना नही और उसे संलग्न रखिए | अब नाईफ को घुमाईए जिसे नाईफ का नुकिला भाग टेंडण के पीछे जायेगा | ब्लेड को हलके से घुमाईए अचानक से आप को "पॉप" महसूस होगा जो कि टेंडण पूरी तरहसे कटने का संकेत है| जवतक यह पॉप पुरी तरहसे महसूस नही होता टेंडण अच्छे से कटा नही है | टिनाटॉमी के वाद लगभग पंधरा से वीस अंश जादा डार्सिफ्लेक्शन मिलेगा|

टिनाटॉमी के बाद आनेवाला प्लास्टर :

टिनाटॉमी से इक्वायनस सीधा करने के बाद पाचवा प्लास्टर ॲकल जोड के अनुरूप लगभग साठ से सत्तर अंश ॲब्डक्शन में और १५ अंश डार्सिफ्लेक्शन में रहना चाहिए | पैर थोडेअधिकतम सीधे दिखते है| यह पूरी तरह सीधे किये हुए प्लास्टर को तीन हप्तो तक रखा जाता है | अगर यह प्लास्टर नरम या गंदा हो जाय तोही उसको तीन हप्ते के अंदर बदलिए | यह प्रक्रिया के बाद बच्चा और मां तुरंत घर जा सकते है | लगभग वेदनाशामक दवाई की जरूरत नही लगती | यह चिकित्सा पध्दति का अंतिम प्लास्टर है|

प्लास्टर का निकालना :

प्लास्टर को तीन हप्ते बाद निकाला जाता है|अब लगभग बीस अंश डार्सिफ्लेक्शन मुमकिन है| बंध अभी वापस जुड गया है | पैर अब बेस डालने योग्य हो गया है | पैर बहुत जादा सीधा हो गया लगता है| यह पालक को चिंता का विषय हो सकता है| उनको समझाएकी पैर जादा सीधा नही हुआ है बल्की पूरा ॲब्डक्शन में है|

जल्दी इक्वानस सीधा करना:

एडी का वॅरस और पैर का सुपीनेशन सीधाकरनेसे पहले अगर इक्वानस सीधा करने की कोशिश की गई तो रॉकर बॉटम यह विकृति तैयार हो सकती है |अगर कॅलक्यनिअस हड्डी को ॲब्डक्ट कर सके तो ही सबटॅलर जोड से इक्वायनस सीधा किया जा सकता है| टिनाटॉमी पैर का कैवस ॲडक्टस और हिल वॅरस पूरी तरिके से सीधा करने के बाद ही करनी चाहिए|

टिनाटॉमी को पूरा ना कर पाना: अचानक महसूस किया हुआ "पॉप" या "स्नॅप" पूरी टिनाटॉमी हुई यह दर्शाता है| टिनाटॉमी की कृति वापिस किजिए जिसे "पॉप" या "स्नॅप" आये और टिनाटॉमी पूरी हो|

ब्रेसिंग :

ब्रेसिंग जरूरी है

प्लास्टर प्रक्रिया पूरी होने के बाद , पैर लगभग साठ से सतर अंश ॲब्डक्ट होता है |(थाय फुट ॲक्सिस) टिनाटॉमी के बाद अंतिम प्लास्टर तीन हप्ते रखना चाहिए|पॉनसेटी उपचार पध्दति में ब्रेस का उपयोग पैर को ॲब्डक्ट और डॉसिफ्लेक्शन करने के लिए किया जाता है | यह स्पिलिंट में एक रॉड होता है , जो कि खुले हुए जुतो पे लगा हुआ होता है| पुन:विकृति होने से बचाने के लिए यह ब्रेस पैर को जादा से जादा ॲब्डक्शन में रखता है| जब यह ब्रेस इस तरिकेसे रखा जाता है , तब ही पैर के अंदरवाले स्नायु को तणाव लगता है| यह ब्रेस में घुटनो को खुला छोड दिया जाता है जिसे कि शिशु पैर से लाथ मार सके और उसके गॅस्ट्रोकनिमिअस स्नायु में तणाव बरकारार रहे | पैरो को ब्रेस में ॲब्डक्शन और रॉड की हल्की गोलाई , पैर को डॉसिफ्लेक्शन में रखने में मदत करता है | इसे गॅस्ट्रोकनिमिअस स्नायु में और एडी के टेंडण में तणाव बरकरार रहता है| ॲकल फूट आर्थोसिस (अफे'१) उपयोगी नही है क्योंकि वह पैर को सीधा रखते और पूरा डॉर्सिफ्लेक्शन भी नही हो सकता |

ब्रेसिंग पध्दति:

टिनाटॉमी करने के तीन हप्ते बाद प्लास्टर को निकाला जाता है |और ब्रेस तुरंत दिया जाता है यह स्पिलिंट में एक रॉड होता है जो कि खुले हुए जुतो पे लगा हुआ होता है जिन बच्चो की एक बाजु पैर की विकृति है उनमें विकृतिवाली बाजु में ६० से ७० अंश ॲब्डक्शन और अच्छे पैर में ३० से ४० अंश ॲब्डक्शन रखा जाता है| सरिया ब्रेस का रॉड बच्चे के दोनो कंधे कि लंबाई जितनी होनी चाहिए | छोटी सरियाँ लगाना यह सर्वसाधारण त्रुटी हो सकती है जिसे की शिशुओ को असुविधा हो सकती है |छोटे सरिएवाले शूज होने से बच्चे बहोत बार यह जूते नही पहनते | सरियोको पाच से दस अंश अंदर की तरफ होना चाहिए जिसे पैर डॉर्सिफ्लेक शन में जाएगा |

ब्रेस को पहिले तीन महिने तक पुरा समय दिन रात पहनना चाहिए| उसके बाद ब्रेस को रात को लगभग बारा घंटे और दिन में दो से चार घंटे पहनना चाहिए | पूरा मिला के दिन के चौदा से सोलह घंटे पैर ब्रेस में होना चाहिये |यह घटनाक्रम बच्चा तीन से चार साल होने तक रखना चाहिए |

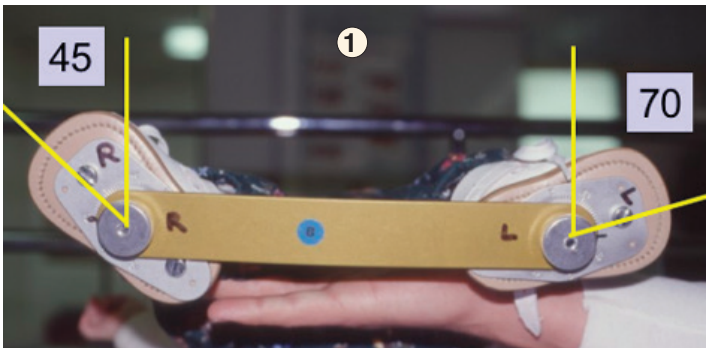
क्वचित ब्रेस पहनते समय बच्चे के पैर को जादा वल्गस और एक्सटरनल टिबीयल टॉर्शन हो सकता है | यह समय ब्रेस के रॉड को सत्तर अंश बजाय चालीस अंश तक लाना चाहिए |

ब्रेसिंग का महत्त्व:

पॉनसेटि उपचार पध्दति से प्लास्टर और टिनाटॉमी पैर को बहुत अच्छे से सीधा करती है| लेकिन बराबर ब्रेस उपचार पध्दति का अवलंब न करने से लगभग ८०१ पैर से पुन:विकृति होती है | जब की बेस्र पहननेवाले बच्चोमें ६१ विकृति पायी गई है|

ब्रेस पहनना कब बंद करे

कितने समय रात को ब्रेस को पहनना चाहिए? लगभग बहुत सीधे पैर कि विकृति पहचानना मुश्कील है | हम ब्रेस को तीन से चार साल पेहनने कि सलाह देते है | लर्ग भग सभी बच्चे ब्रेस सेअच्छे परिचित होते है और ब्रेस उनके जीवन का हिस्सा बन जाता है |अगर बच्चा तीन साल के बाद ब्रेस नही पहनता तो उसे बंद करना सही होगा | लेकिन यह बच्चे को बारकाईसे पुन: विकृति के लिए देखना होगा | अगर पुन: विकृति दिख रही है तो वापस ब्रेस का उपयोग करना होगा|



विविध प्रकार के ब्रेस

नियमित पॉनसेटी ब्रेस को आधुनिक करने के फायदे हो सकते है| पैर वाहर निर्क लने से वचाने के लिए छोटीसी गद्दी पैर पे लगाई जा सकती है | ब्रेस के नये डिजाईन पैर को बराबर रखने में , ब्रेस को पहनने में और बच्चे को हालचाल करने में आसान बनाते है | इसे पैर की सहायता बढती है जिससे ब्रेस जादा घंटे पहना जा सके |ब्रेस के विविध प्रकार दिखाये गये है|

एच. एक्स. स्टीनबीक ये कोस्टोफेल क्लिंडसन मिशन में जो की काटेल्मवा चेसियर होम केपाला युगांडा में काम करते है|उन्होने एक ब्रेस वनाया है जो की सहजता से दैंनदिन चिजो से बनाया है| यह ब्रेस पैर को सीधा करने के लिए पहनने के लिए बनाने के लिए सहज है| जिसको बनाने के लिए जादा खर्चा नही आता और वह (सहजतासे) उपयोग किया जाता है | यह ब्रेस बनाने सबंधी जादा जानकारी के लिए मायकल स्टिन वीक को steenbeek.michiel@gmail.com या global-help.org.

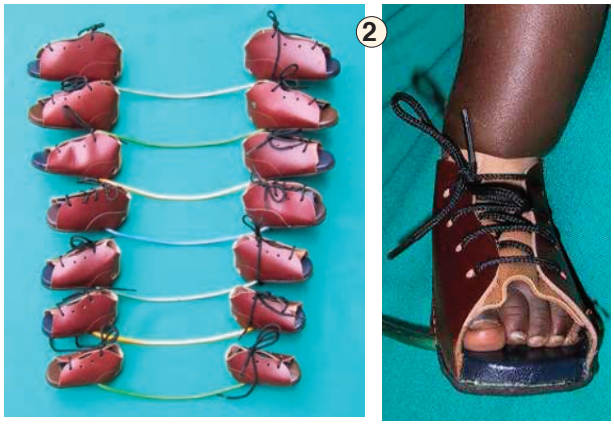
जॉन मिचेल : इन्होने डॉ पॉनसेटी के निर्देशन में ब्रेस तयार किया है| यह ब्रेस के जुते वहोत मुलायम लेदर से वने , और उनमें प्लास्टीक सोल लगाया है और उनको वच्चे के पैर के आकार का बनाया जाता है जिससे कि वच्चा वहुत आरामदायी महसुस करता है| www.mdorthopaedics.com.

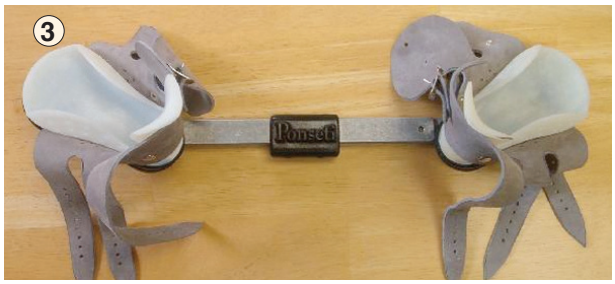
डॉ मॅथ्युडॉब्बस: यह सेंट लुईस स्थित यु. एस.ए. वाशिंगटन यनिर्वसिटी स्कूल ऑफ मेडिसीन यहॉसे आते है| उन्होने क्लवफूट के लिए नया गतिशील ब्रेस वनाया है| जिसमें वच्चा पाँव जव चाहे हिला सकता है| इस ब्रेस में अॅकल जोड को प्लांन्टर डॉर्सिफ्लेक्शन में जाने से रोकने के लिए अॅकलफूट आर्थोसिस का उपयोग किया जाता है|

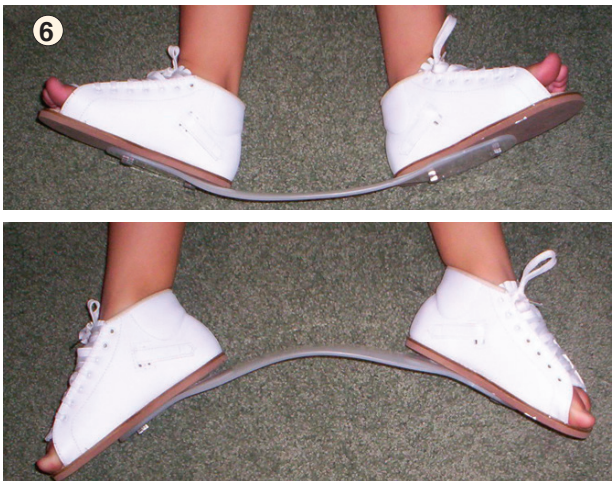
एम. जे.मारकेल : इन्होने ऐसे शुज वनाये है कि जो वच्चो को अलग अलग पहना सकते है और वाद में उनको रॉड में जोडा जा सकता है|

डॉ. जेफ्री केस्सलर : यह कैंसर हॉस्पिटल लॉस एंजिल्स यु. एस.ए. से आते है| जिन्होने वनाया हुआ ब्रेस लचकिला और सस्ता है| यह ब्रेस का वार /रॉड, १/८ इंच जाडा पॉलिप्रोपलिन से वना हुआ है| ब्रेस आरामदायक होने की वजह से वच्चे उसे आराम से पहनते है| जिसे ब्रेस पहनने की क्षमता वढती है | देखिएईमेल १७:२४७ २००८

डॉ रोमन्स : इन्होने स्वीडन में नया पध्दति का ब्रेस वनाया है | यह ब्रेस के जुते लचकिले प्लास्टीक से वने हुए है| जो कीउसे आरामदायी वनाता है | जुतो को वाहर से ब्रेस में विठाया जाता है|







ब्रेस का अनुपालन बढाना:

सबसे जादा अनुपालन करने वाला परिवार वही है जो कि पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति को समझता है और ब्रेस पहनने का महत्व जानता है|

नियमित शिक्षण प्रचार

जब भी मौका मिले परिवार को पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति के बार में समझाईए|

पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति पे पुस्तीका तो वह आधिक जानकारी देती है| पढे हुए शब्द लिखित जानकारी उपयोग दाई है जादा उपयोगी होते है |१]

हर हप्ते प्लास्टर करते समय : जब आप हर बार प्लास्टर लगाते है तो मौका देखकर परिवारजनोसे चिकित्सा पध्दति पर बात किजिए और उनको ब्रेस पहेननेका महत्व समझाईए| परिवार्र जनोके हर सवाल का जवाब देने की कोशिश किजिए | जो परिवार के सदस्य जादा सवाल पुछते है ,उनपे विशेष ध्यान दिजिए और उनकी परेशानी जान लिजिए |

परिवारजनको ब्रेसेस के लिए तैयार करना : जल्दी ब्रेस की नियिमितता छोडने से पैर की पुन:विकृती हो सकती है| बार बार परिजनोसे ब्रेस के महत्व के बारे में बात किजिए | उनको यह बताईये कि पाव ब्रेस में बढना उतना ही जरूरी है जितना प्लास्टर और टिनाटॉमी जरूरी है|

ब्रेस सबंधी सुचनाए

जिम्मेदारी देना एक बार पैर पूरी तरहसे सीधा होने के बाद उसकी जिम्मेदारी पूरी तरहसे परिवाजनों को दिजिए जिससे की पैर ब्रेसमें सीधा बढता रहे | बहूत बार यह जिम्मेदारी पिता को देना उचित होता है|

परिवारजन को ब्रेस पहनना सिखाईए ब्रेस को कैसे लगाया जाता है | यह परिवारजन को बताइये | ब्रेस को निकाल दिजिए और परिवारजनको ब्रेस वापस डालने के लिए बोलिए और आप उसपे ध्यान रखिये| खयाल रहे की बच्चा उसमें सुखद रहना चाहिए| अगर बच्चा जादा परेशान करता है, तो ब्रेस निकाल दिजिए और उसकी त्वचा एक बार वापस जॉच लिजिए| २]

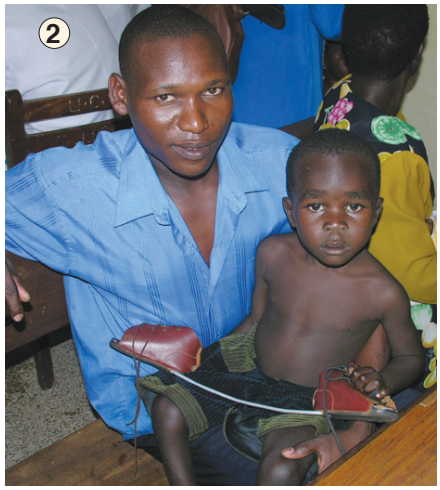
बच्चे को तैयार करना पहले कुछ दिनो के लिए ब्रेस को बीच में निकालेने की अनुमती दे दिजिए जिसे वह ब्रेस पेहनने की जादा आदत लगेगी | परिजनो को बताईये कि अगर बच्चा रोता है तो भी ब्रेस ना निकाले | अगर बच्चे को समझ जायेगा अगर रोने से ब्रेस को निकाल दिया जाता है, तो यह क्रिया उलटा करना बहुत मुश्किल है| परिजनोको प्रोत्साहित किजिए | ब्रेस उसकी नियमितता बनाए|३]

वापस दिखाना

बच्चे को दस से चौदा दिन में वापस जॉच के लिए बुलाईए | अगर बच्चा अच्छी तरहसे ब्रेस पहनता है, तो उसे तीन महीने बाद बुलाईए | वह समय , ब्रेस दिनभर निकालने की सलाह दे सकते है लेकिन ब्रेस छोटी नींद में और रात को पूरा समय पहना चाहिए |

अगर परिवारजनको ब्रेस पहननें में कोई तकलीफ हो तो परिजनोंको क्लिनिक में दिखाने के लिए बोलिए या फोन पर बात किजिए|

पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति में सांस्कृतीक मुश्कीले



मुश्कीलोके प्रकार

दुसरी क्लबफूट चिकित्सा पध्दति : परिवारजन गैर पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति का उपयोग कर सकते हैं| पर्परांगत दवाईयाँ और अलग चिकित्सा पध्दति इसमें उपयोग नही होती है, और वह पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति को और कठीण बना सकते है| इस समस्या को निपटने के लिए परिवारजन , सहयोगी और आरोग्य चिकित्सक को उपचार पध्दति के बारे में जागृत करे|

मान्यता : कई संस्कृतीयों मे ऐसा माना जाता है कि क्लबफूट माता के गलत कर्मो से भंयकर शाप या पिशाच्च के वजह से होता है| यह भी मान्यता हो सकती है कि पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति उपयोगी नही है|

कलंक : यह माना जाता है कि क्लबफूट या दुसरी विकृतिया हमारे अच्छे-बुरे कर्मो का फल है| जन्माहुआ बच्चा परिवार के लिये कलंक है और उसे छुपाया जाता है|

गांव में जन्म : गाव में जन्मे हुये वच्चो में अलग समस्यांए होती है| उनको जन्म के बाद ,देखने के लिये कोई चिकित्सक नही होता | परिवारजनों को इस विकृति के बारें में कोई जानकारी नही होती या उसकी उपाय योजना के बारे में पता नही होता |

मुश्कीलो ं पे मात करना :

परिवार को यह समस्या से निपटने के लिए निम्नलिखित सहयोग करे|

क्लबफूट क्लिनिक स्थापना पॉनसेटी उपचार पध्दति देश के हर कोने में पहुचाईए|

पिता का सहयोग पिता को माता के साथ क्लबफूट क्लिनिक मेंआने के लिये प्रोत्साहित करे | पिता जो इसमें सहभागी है और इसे समझता है| वह जादातर माता का यह उपचार पध्दति में सहयोग करेगा जिससे वच्चे की चिकित्सा आसान होगी|२]

चिकित्सा पध्दति और आगे की कृती के बारे में सहचारी को जानकारी दे| (चार साल में लगभग २० बार दिखाना है|)परिवार को एक साथ पूरी आर्थिक जानकारी देने से उनको आगे आनेवाली मुश्कीलो से जुझने में मदद होगी और उनको वताईए कि अस्पताल उनको सहयोग करेगा | उनको पॉनसेटी चिकित्सा पध्दतिके सेंटर में भेज दिजए |

भागीदारी विविध मुश्कीलों से उभरने के लिए जिम्मेदारी को बाँटने के लिए प्रोसाहित किजिए | परिवारजन और अन्य सदस्य आर्थिक और दुसरी सामाजिक जिम्मेदारी ले जब की चिकित्सक योग्य उपचार पध्दति कि जिम्मेदारी ले | शहर के स्थानिक चर्च ,मदरसा ,मंदिर , विविध संस्थाओ को गरीव वच्चों के लिए मदत करने के लिए प्रोसाहित किजिए|

शिक्षा आदर और भरोसा का सहयोग

पिता जो को माता के साथ क्लबफूट क्लिनिक में आने के लिये प्रोत्साहित करे | पिता इसमें सहभागी है और इसे समझता है, वह जादातर माता को यह उपचार पध्दति में सहयोग करेगा जिससे बच्चे की चिकित्सा आसान होगी|

आदर यह देखिए माता को जादा देर क्लिनिक में बैठना ना पडे क्योंकी उनको घर पर संभावित काम हो सकते है|

विश्वास उनको यह विश्वास दिलाईए की यह परिवार के गलती के कारण नही है| यह उपचार पध्दति बहूत असरदार है , लेकिन थोडा जादा वक्त लगता है|

1

2

पुन:विकृति:

पुन:विकृति को पहचानना

पुन:विकृति: एक बार प्लास्टर निकल जाय और बेस दे दिया जाय ,तो बच्चे को क्लिनिक में निम्नलिखित तरहसे पुन:विकृतिऔर अनुपालन पहचानने के लिये बुलाईए |

दो हप्ते में बच्चा पूरा समय बेस पहनता है कि नही यह देखने के लिए |

तीन महीने मेंजूता पहनाने का समय कम करके सिर्फ रात को, और दिन की छोटी नींद में पहनाईए |

तीन साल तक हर चार महीने में पुन:विकृति और अनुपालन देखने के लिए |

उम्र तीन से चार साल तक हर छे महीने में

चार से मॅच्युअर होने तक एक से दो साल तकं

जल्दी होनेवाली पुन:विकृतियाँ:

बच्चे के पैर का ॲब्डक्शन और या डॉर्सिफ्लेक्शन कम हो जाना यानी ॲडक्टस और केवस की पुन:विकृति

टॉडलर में पुन:विकृति

बच्चे के पैर की पुन:विकृति बच्चे को माँ की गोद में बिठाकर और उसे चलाकर देखिए| जब बच्चा चलकर चिकित्सक की तरफ आता है, तब फोरफुट का सुपीनेशन टिबॅलिस ॲटिरिअर स्नायु की प्रोनेटर स्नायु से जादा ताकत होने कारण होता है १|| जब बच्चा चलके चिकित्सक से दूर जाता है तब हिल का वॅरस देखिए|२]

बैठे हुए बच्चे को ॲकल जोड पूरी हलचल और पॅसिव्ह डॉर्सिफ्लेक्शन के लिये देखिये| सबटॅलर मिडटॅलर टार्सल जोडो की हलचल कम होना पुन:विकृति दर्शाता है|

पुन:विकृति के कारण

पुन:विकृति कारण के सर्वसाधारण कारण बेस की अनियमिता से पहनना |मॉरकुंडे ने यह पाया कि जो बच्चे बेस का सही तरिकेसे अनुपालन करते है उनमें ६१ पुन:विकृति संभव है| जब की अनुपालन ना करनेवाले बच्चो में ८० ₹ विकृति पायी जाती है| जो शिशुओमें बेस बराबर पहनाया जाता है उनमें स्नायु असमतोल पुन:विकृति कारण है, जिसे पैर खडा हो जाता है|

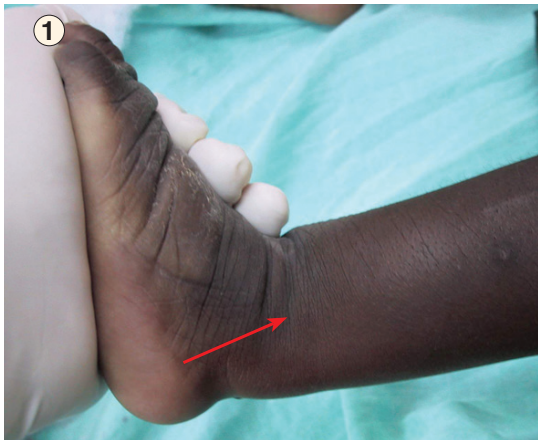
पुन:विकृति के लिए प्लास्टर:

पुन:विकृतिकि उपेक्षा मत किजिए| पुन:विकृति देखते ही १ से ३ प्लास्टर लगाए जिसे पुन:विकृति को खिचकर वापस ठिक कर सके | यह प्लास्टर पध्दति पहले की पॉनसेटी पध्दति जैसे ही है| एकबार विकृति प्लास्ट से ठिक हो जाय तो बेस को वापस लगाना शुरू किजिए कोई बच्चे जिनमें पुन:विकृति बहूत ही जादा है ,उनमें भी प्लास्टर का बहूत बार उपयोग होता है|३] .

इक्वायनस पुन:विकृति

इक्वायनस पुन:विकृति ऐसी विकृति है जो उपचार को पेचीदा बना सकती है टिबीया हड्डी गॅस्ट्रोसॉलिअस टेंडण से जल्दी बढती है| स्नायु एट्रोफिक दिखते और टेंडण लंबेऔर फायब्रोटिक दिखते है| १|

पैर को ॲब्डक्ट करके और घुटने में मोड के लंबा प्लास्टर लगातार लगाईए | प्लास्टर १०अंश डॉर्सि फ्लेक्शन में आने तक हर हप्ते लगाईए| अगर चार से पाच साल के अंदर के बच्चों में प्लास्टर से सफलता नही मिली तो त्वचा में सुक्ष्म छेद से हिल कोर्डकी टिनाटॉमी किजिए| एकबार इक्वायनस सीधा होनेपर वापस रातके वक्त का बेस डालना शुरू किजिए|

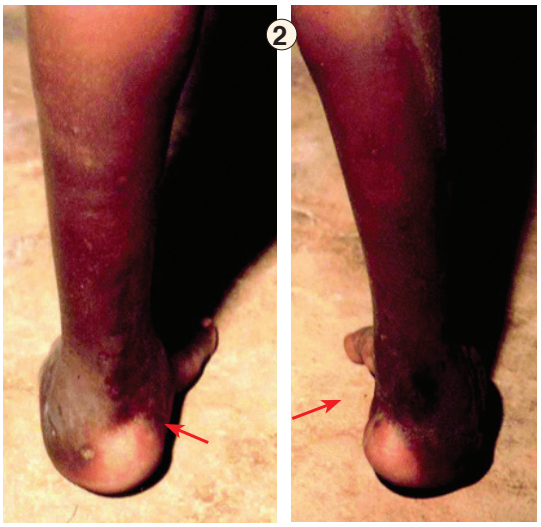


वॅरस पुन:विकृति

एडी की वॅरस पुन:विकृतिइक्वायनस पुन:विकृतिसे जादा प्रमाण में पायी जाती है | यह बच्चे को खडा करने पर दिखाई देते है २|और इसका इलाज पुन:प्लास्टर करके बारा से चोवीस महीने तक के बच्चों में किया जाता है| उसके बाद वापस बेस पहनना शुरू करना चाहिए|

डायनॅमिक (गतिशील)सुपीनेशन

कोई तीन से चार साल के बच्चों में जिन में डायनॅमिक सुपीनेशन पाया जाता है, उनमें ॲटिरिअर टिबॅलिस टेंडण ट्रान्सफर ३| यह शल्य चिकित्सा का उपयोग किया जाता है| यह उपचार पध्दति सिर्फ गतिशील विकृति में उपयोगी है और स्थिर में नही| यह शल्य चिकित्सा तीस महीने की उम्र के बाद करना चाहिए क्योंकि तव तक लॅटरल क्युनिफार्म हड्डी तयार (ऑसिफाय) होती है| यह ऑपरेशन के बाद बेस पहननेकी जरूरत नही होती|



अनुमान :

पॉनसेटी चिकित्सा पध्दतिमें दिखनेवाली पुन:विकृतियाँ पारंपरिक पोस्ट्रेमिडियल रिलीज ऑपरेशन में देखनेवाली पुन:विकृति से अधिक सुलभता से ठिक की जा सकती है|

(अटिपिकल)अप्रतिनिधिक क्लबफूट :

जादातर प्रतिनिधिक क्लबफूट पाँच पॉनसेटी प्लास्टर में सीधे होते है | कोई क्लबफूट में उनके आधुनिकता की वजह से उपचार पध्दति जटिल होती है और उनको सीधा करने में ज्यादा देरी होती है | यह जटिल क्लबफूट को बहुत सारी वर्गवारीयो में विभागा गया है|

उपचारन किया हुआ नियमित क्लबफूट:

अगर उपचार पध्दति में देरी होती है तो इडीयोपेथीक क्लबफूट व्यवस्थापन जादा कठीन और लंबा हो जायेगा किंतु पैर को सीधा करना अभी भी संभव है|

उदाहरण : यह तीन साल का बच्चा जिसके पैर के लिए कोई इलाज नही किया गया १|उसे ६ प्लास्टर लगाये गये उसके बाद टिनाटॉमी की गई २| पैर पूरी तरहसे सीधा हो गया | ३| (उदाहरण दवारा डॉ. शरीफ पिरानी)

उम्र की परवा किए विना ,नियमीत पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति की शुरूआत करे| ध्यान रखे की पॉनसेटी उपचार पध्दति से भी जादा अधिक व्यवस्थापन की जरूरत लग सकती है |अगर पैर प्लास्टर के बाद भी पूरी तरीकेसे सीधा नही हुआ तो यह बचा हुआ व्यंग अस्वीकारणीय है | पैर पूरा सीधा करने के लिए स्नायु का या हड्डी का ऑपरेशन करना पड सकता है|

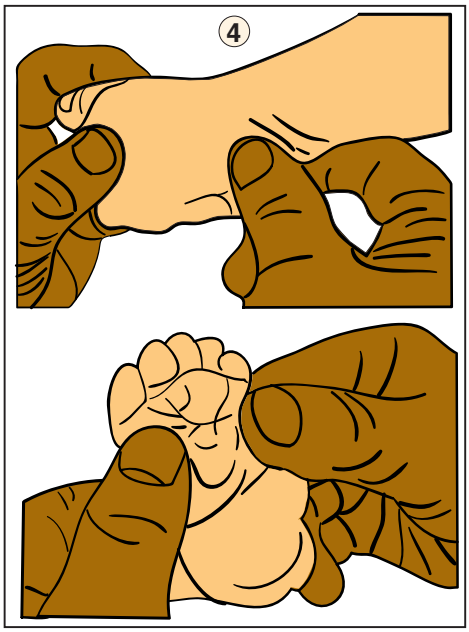
अनियमित क्लबफूट:

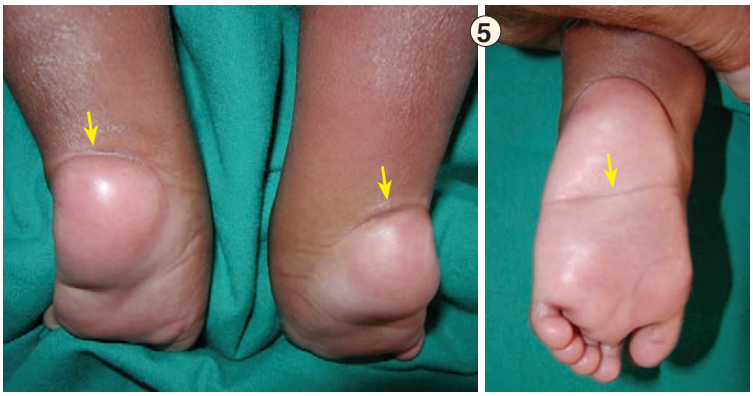
कोई क्लबफूट चिकित्सा के लिये बहुत ही जटिल होते है| रेजिस्टंट क्लबफूट यह उसका एक भाग हो सकता है| इसमें पैर बहुत ही कडक होता है| दुसरे बच्चो में वह गैर पॉनसेटी व्यवस्थापन करने से जटिल हो जाता है| इसमें हमेशा दुसरी जादा विकृतियाँ तैयार होती है| जिससे की व्यवस्थापन मुश्किल होता है|

जॉच : जॉच के दवारा मालुम पडता है कि सभी मेटाटॉर्सल हड्डी जादा प्लांटरफ्लेक्शन में होती है जिससे की तलवे पर और मिडफूट में गहरा निशान(डपि बीज) जाता हुआ दिखता है| इनमें अगुंठा भी थोडा और हायपर एक्सटेंडेड रहता है|

पॉनसेटी पध्दति से चिकित्सा : पैर को आकार देके प्लास्टर डालना शुरू किजिए | ध्यान रखीए चिकित्सा लंबी चल सकती है और इसमें पुन:विकृति हो सकती है|

आकार देना: ध्यान से टॅलस हड्डी के सिर को पेहचानिए | टॅलस, कॅलकॅनिअस हड्डी की ॲटिरियर प्रोसेस जितना उभरा हुआ नही होता | आकार देते समय ,इडेंक्स फिगर लॅटरल मेल्युलस के पोस्टीरियर भाग में रहना चाहिए और वही हाथ के अगुंठे से टॅलस के लॅटरल भाग पर दवाव दिजिए [४]| पैर को ३० अंश से जादा ॲब्डक्ट मत किजिए |३०अंश ॲब्डक्शन होने के बाद , केवस और इक्वायनस सीधा करने पे ध्यान दिजिए | सभी मेटाटार्सल को सीधा करना है|





छास्तनि प्लास्टर लगाते समय हमेशा घुटने को एकसौ दश अंश मोडे जिससे की प्लास्टर निकल नही जायेगा |पिर को सीधा होने के लिए छें से आठ प्लास्टर लग सकते है|

टिनाटॉमी: लगभग सभी बच्चोमें टिनाटॉमी लगती है| इक्वायनस सीधा ना होने पर टिनाटॉमी करे |लगभग दस अंश डार्सि फ्लेक्शन जरूरी है | कभी कवार टिनाटॉमी के वाद अगर पूरा डॉर्सिफ्लेक्शन नही आया है तो हर हफ्ते प्लास्टर वदलना जरूरी है, जिससे ज्यादा डॉर्सिफ्लेक्शन मिल सके |

ब्रेसिंग: इलाज होनेवाली वाजू का ब्रेस तीस अंश ॲब्डक्शन तक रखिए | आगे की जॉच नियमित बच्चे जैसी ही है|

दुसरे असाधारण क्लवफूट

क्लवफूट वहुत वार दूसरे जन्मजात विकृतियों में पाया जाता है|जैसे -ऑथोग्यापोसिस १|मायलोमेनीगोसील ४|और दूसरे सिंड्रोम |हमेशा सिंड्रोम के साथ कोलॅजन अनियमित होते है | जिससे अस्थिंवध , उनके आवरण , दूसरे स्नायु कडक हो जाते है|सिंड्रोमिक क्लवफुट हमेशा चिकित्सा के कठीण लियेहोते है और उनमें ऑपरेशन की जरूरत लग सकती है|

ऑथिग्योपोसिस : नियमित पॉनसेटी व्यवस्थापन का प्रयोग करे |लगभग ९से १५ प्लास्टर लग सकते है | इसमें पैर सीधा नही हुआ तो ऑपरेशन भी लग सकता है| लेकिन पॉनसेटी पध्दति से प्लास्टर डालने से ऑपरेशन की गंभीरता कम हो जायेगी| कम गहरा ऑपरेशन जेसे टिवीयालीस पोस्टीरियर टेंडण , हिल कॉड , २|अगुंठे के फ्लॅक्सर का परक्युटेणस विच्छेदन , पैर ३| सीधा होने के वाद ब्रेस पहनना जरूरी है और यह ब्रेस लगभग बच्चा वडा होने तक रखना पडेगा|

मायलोडिस्पालाजिया: यह बच्चों के शरीर पर संवेदना नही होती इसलिए उनको जख्म जल्दी हो सकती है | प्लास्टर लगाते समय विशेष ध्यान रखिए और जादा कपास लगाईये |प्लास्टर को आकार देते समय प्लास्टर पर जादा दवाव ना डाले |

दूसरे सिंड्रोम : क्लवफूट वहूत वार दूसरे कोई सिंड्रोम के साथ पाया जाता है|जैसे ड्रिस्ट्रोफिक डिस्पालाजिया ,मोवियस सिंड्रोम ,लॉरसन सिंड्रोम ,विर्देमन वॅक विथ सिंड्रोम और पिअर रॉवीन सिंड्रोम| यह बच्चों के पैर का दीर्घ कालीन भविष्य उनके निम्न सिंड्रोम पर अवलंवित होता है ना कि क्लवफूट की तीव्रता पर |

वचे हुए व्यंग कि उपचार पध्दति:

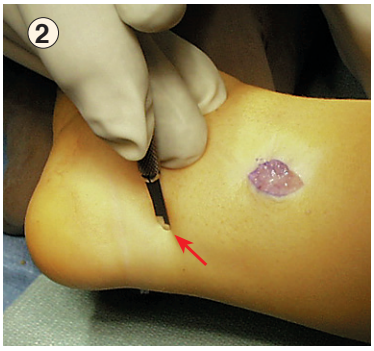
अगर पैर प्लास्टर से पूरा सीधा ना हो और विकृति वनी रहे तो ऑपरेशन भी लग सकता है| पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति से शुरूआत करे| अगर प्लास्टर पध्दतिसे पैर पूरा सीधा नही होता , फिर भी यह पध्दर्ति से उसकी तीव्रता कम होती है और कम ऑपरेशन जरूरत अनुसार पुरा सीधा करने के लिए लगती है| कम ऑपरेशन मतलव वडे होने,पर कम आकडन , कम कमजोरी , कम दर्द |

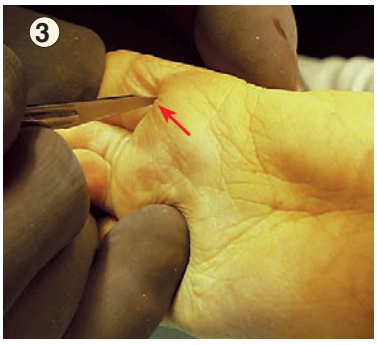
वच्चे के उम्र के अनुसार ,उसकी तीव्रता के अनुसार और उसके विकृति के अनुसार योग्य ऑपरेशन का सुझाव करे |ध्यान रखिए कि जिस क्लवफूट के ऑपरेशन की जरूरत लगती है उसमें पुन:विकृति होने की संभावना होती है|(२५से५० ट)

स्नायु का ऑपरेशन : यह ऑपरेशन शिशुओंमें किया जाता है| यह ऑपरेशन तीव्रता के अनुसार विकृति के जगह के अनुसार किया जाता है |

हड्डी का ऑपरेशन: यह ऑपरेशन वडे वच्चोंमें उपयोग किया जाता है| या तो उसको हड्डी को एक दूसरे से जोड दिया जाता है या कोई उनका भाग निकाल दिया जाता है|

एलिजोरो फ्रेम: यह ऑपरेशन वच्चोंमें अव नियमितातासे किया जाने लगा है| विकृति को धीरे धीरे खिचके उ सको अच्छी जगह पर लाके सीधा किया जाता है| पुन:विकृति को ना होनेसे रोकने के लिए उसे और जादा खीचंके सीधा किजिए





ॲटिरियर टिबॲलिस टेंडण ट्रान्सफर:

उपयोगिता:

यह ऑपरेशन तीस महीने से जादा उम्रवाले बच्चों में जिनमें दुसरी बार पुन:विकृति हुई है ,उनमें किया जाता है| यह ऑपरेशन नियमित हिल वॅरस और चलने के समय होनेवाले फोरफूट सुपीनेशन में किया जाता है| तलवे के बाहर की बाजू त्वचा सख्त हो जाती है |

विकृतिको सीधा करना :

ध्यान दिजिए कि स्थिर विकृतिको सीधा करनेसे पहले दो से तीन प्लास्टर का प्रयोग करे | उसे लगभग केवस ॲडक्टस और वॅरस सीधा हो जायेगा |इक्वायनस सीधा नही हो सकता | अगर पैर दस अंश डॉर्सिफ्लेक्स कर सकते है तो सिर्फ ट्रान्सफर ऑपरेशन की जरूरत लगेगी वरना उसके साथ टिनाटॉमी की जरूरत भी पड सकती है|

अनस्थेशिया ऑपरेशन की अवस्था और जगह:

बच्चे को जनरल अनस्थेशिया दिजिए | उसे सीधा सुलाईए | उसकी जाँघ के ऊपरी भागपर ट्रुनिके लगाईए | लॅटरल क्युनैफार्म हड्डी के उपर   डार्सोलॅटरल   जगह पर छेद किजिए |यह जगह टॅलस के सिर के ऊपर तिसरे मेंटार्सल के आगे होती है १]|टिबॅअलीस ॲटिरिअर टेंडण कीइर्न्सशन के ऊपर डॉर्सोमिडियल जगह त्वचा पर छेद ले२]

टिबॅअलीस ॲटिरिअर टेंडण को खुला किजिए

: टेंडण को खुला किजिए ३]और उसकी इर्न्सशन की जगह से उसे बाहर निकाले | उसे जादा दुरसे निकालने की कोशिश मत किजिए जिसे कि पहले मेंटाटार्सल की ग्रोथ प्लेट को हानी हो सकती है|

धागा डालना:

पिघलनेवाले ख० धागेसे टेंडण की सीलाई किजीए| टेंडण में [४] धागा बहूत सारी जगह से पिरो लिजिए जिससे धागे की पकड टेंडण पर मजबूत हो जायेगी|

टेंडण का स्थलातंर :

टेंडण को त्वचा के नीचे सबक्युटेनिअसली डॉर्सोलॅटरल छेद में डालिए| ५]टेंडण रेटिनाक येलम और एक्सटेनसर टेंडण के नीचे आता है| सबक्युटेनिअर टिश्यु में जगह कर ले जिसे टेंडण   बाहर की तरफ आने में आसानी होगी|

लॅटरल क्युनीफार्म को ढुँढीए:

अगर मिले तो एक्सरे का उपयोग किजिये ६] एक्सरेमें हड्डी पे किये जानेवाले गड्डे कि जगह देखिये,अथवा यह जगह को दुसरे और तिसरे मेंटार्टसल के बीच में छेद किजिये|

स्थांनातर योग्य जगह ढुंडीऐ:

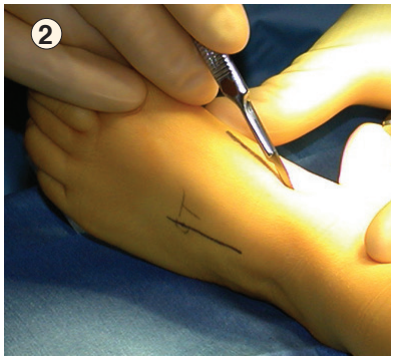
ड्रिल से योग्य जगह   पे लॅटरल क्युनिफार्म के बीच खड्डा किजिए [३.८ - ४.२]जिसे टेंडण आसानी से उसमें बैठ सके|७]

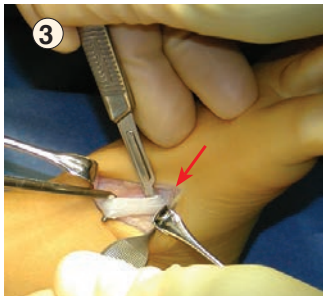
धागा डालना:

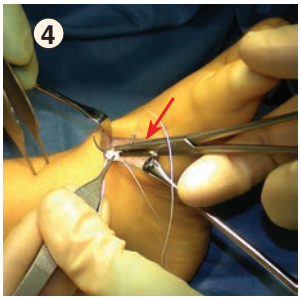
हर एक धागे में एक सीधी   सुई पिरो लिजिए | एक सुई गड्डे में डाले| पहले सुई को गड् डे के अंदर रखते हुए दूसरे सुई को इसप्रकार डाले कि पहले सुई के धागे को छेद ना हो| देखिए की सुई छेद करके तलपाव के त्वचा में आए ८]

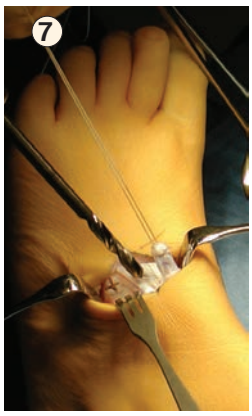
टिनाटॉमी   करने की जरूरत देखिए:

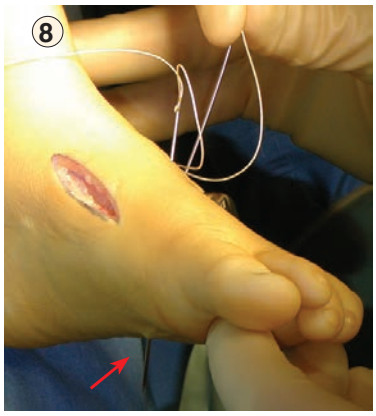
अगर जरूरत पडे तो परक्युटॅनिअस ख११या ख१५नंवर चाकू से टिनाटॉमी किजिए|











दोनो सुई डाले:

यह दोनो सुई एक मुलायम पॅड में डाले उसके पश्चात उसे वटण में पिरोले ,जिससे की टेंडण स्थिर हो जायेगा|१]

टेंडण को स्थिर करना:

पैर को डॉर्सिफ्लेक्शन में रखके टेंडण को गड्डे २]में खिचिए और धागे में बहूत सारी गाँठ बांध के उसे स्थिर कर दे |

जादा स्थिर करना

वटण के कसके बांधे हुए टेंडण को और स्थिर करने के लिए टेंडण जहाँ क्युनिफार्म हड्डी के छेंदमें गया है वहा उसे पेरिऑस्टिअम से घने पिघलनेवाले धागे से जोड दे| ३]

लोकल अनस्थेशिया :

दीर्घकाल चलनेवाले लोकल अनस्थेशिया दवाई का उपयोग जख्म पर करे जिससे ऑपरेशन के बाद दर्द कम होगा|

बीना आधार के पैर न्यूट्रल

प्लांटर फ्लेक्शन में ५]और न्यूट्रल वॅरस वॅलगस में रहना चाहिए|

त्वचा को बंद करना:

त्वचा के घाव को स्वंयम पिघलनेवाले धागे से सबक्युटॅनिअस टाके डालके बंद किि जए|६]उसके ऊपर टेप लगा दिजिए |

प्लास्टर :

जख्म पर स्टराईल ड्रेसिंग रखकर जाँघ तक प्लाटर डाल दिजिए | पैर को ॲब्डक्शन और डॉर्सिफ्लेक्शन में रखे|

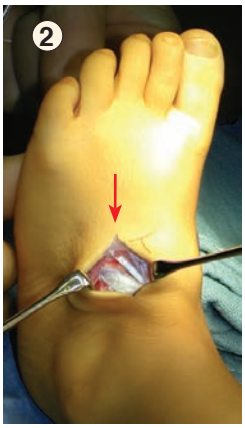
ऑपरेशन के बाद का ध्यान:

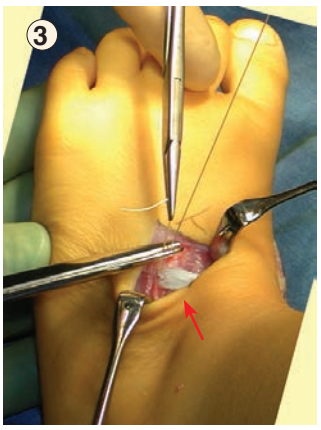
लगभग पेंशट को अस्पताल में एक दिन रखा जाता है|टाके खुदबखुद पिघल जाते है| छः हप्ते के बाद प्लास्टर और वटन निकाल दिजिए और बच्चा जितना सह सकेगा उतना उस पर वजन डाल सकता है|

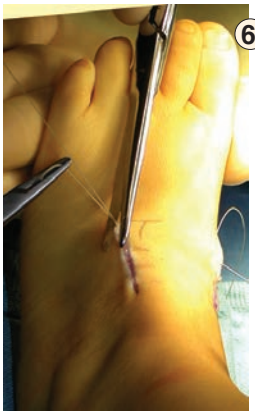
ब्रेसिंग और पुन:निरिक्षण :

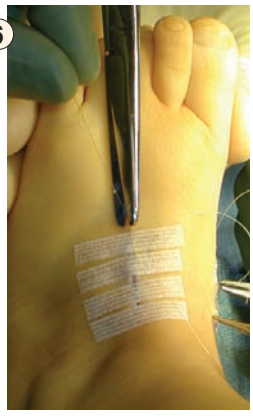
यह ऑपरेशन के बाद बेस की जरूरत नही लगती| बच्चे के छः महीने बाद ऑपरेशन का असर देखने के लिए बुलाईए | कोई बच्चोमें टेंडण की ताकत बढाने के लिए और व्यवस्थित चलने के लिए व्यायाम की जरूरत पड सकती है|

चिकित्सक डॉ. विनसेंट मोस्का:









बेस को बनाना

पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति का यश असरदार बेसजो सस्ता और नजदिक में मिलता हो उसपे अवलंबीत है| बेस के बीना क्लबफूट विकृति वापस हो जाएगी और उपचार पध्दति नाकाम हो जाएगी |

वास्तविकता से जो देशमें उपचार पध्दति की गई हो वही बेस बनाया जाना चाहिए , जिससे बेस आसानी से खरिदा जा सके और टुटने पर उसे जोडने में आसानी हो |

इसका वास्तविक उदाहरण युगांडा मे पेश है |जहाँ यह कार्यक्रम असरदार पध्दतिसे चल रहा है |मायकल स्टीनवीक १| इन्होने युगांडा में ही बेस तैयार किया है और वहॉ आसानी से उपलब्ध है [३]यह बेस आसानी से मिलनेवाले वस्तुओं से और सर्वसामान्य साधनो से बनाया गया है|

लगनेवाली सामग्री :

बेस बनाने के लिये लेदर, लायनिंग, लकडी और स्टील के रॉड की जरूरत लगती है|फॅब्रीकेशन से शूज बनाने के लिए हत्यारोंकी जरूरत लगती है| उपयुक्त सामग्री में लेदर सीने की मशीन,धातू को काटने ,मोडने और जोडने की मशीन लगती है|

खर्चा:

युगांडा में यह जूते बनाने का खर्च १० डॉलर से भी कम आताहै|

सिखना:

जादा समय तक चलनेवाले कार्यक्रम को बनाने के लिये स्थानिक लोगों को बेस बनाना सिखाइए | बेस बनानेवाले विदयार्थी आपकी इस कार्यक्रम में सहायता कर सकते है|

स्टीन बीक बेस बनाने की पुस्तिका:

यह पुस्तिका पूरे रंगीत चित्रो के साथ और सभी साइज के बेस बनाने उपयुक्त है| यह जानकारी
www.global-help.org
पर उपलब्धहै |
steenbeek.michiel@gmail.com.
पर भी उपलब्ध है|

क्लबफूट का मुल्यमापन करना

क्लबफूट का मुल्याकंन करने की जरूरत विवादास्पद है | इसके चाहनेवाले को लगता हैकी यह मुल्यमापन उसको क्लबफूट का वर्गीकरन करने में , पैर के आकार को सुधारा जाने में ,पुन:विकृति देखने के लिए और यह पैर का भविष्य निर्भर करने के लिए उ पयोग किया जाता है| दो पध्दतिसे मुल्यांकन किया जा सकता है|

पिरानी मुल्यांकन :

यह पिरानी क्लबफूट मुल्यांकन पध्दति विकृति कि तीव्रता अच्छे से दर्शाता है और आनेवाले प्रगती का मार्गदर्शक है |

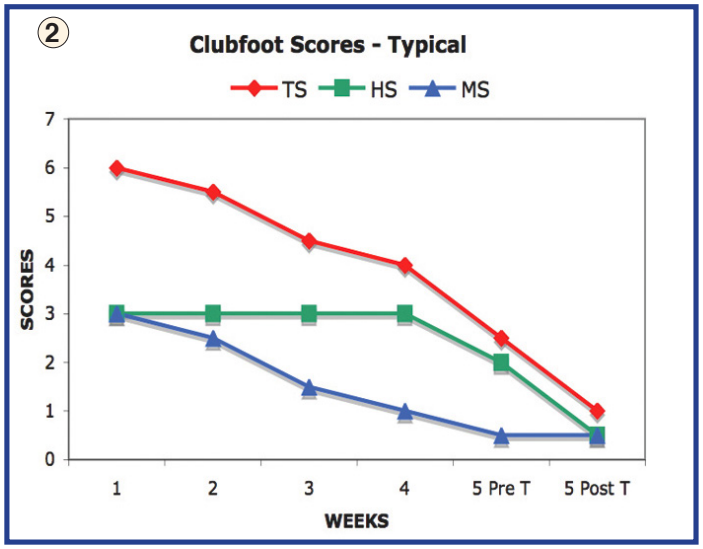
विकृतिजानने के लिये छ:वैदयकिय प्रमाणो का उपयोग करे | यहपध्दति हर विकृति हर के भाग के बारे में बताती है| हर भाग का मुल्यांकन शुन्य (नॉर्मल), ०.५ (कमअसार्धारण) और १(तीव्र असाधारण) में किया जाता है | हर विकृति का ऐसे मुल्यांकन किजिए और इसकी जमावेरीज करने के पश्चात पूरी विकृति की जानकारी मिलेगी|

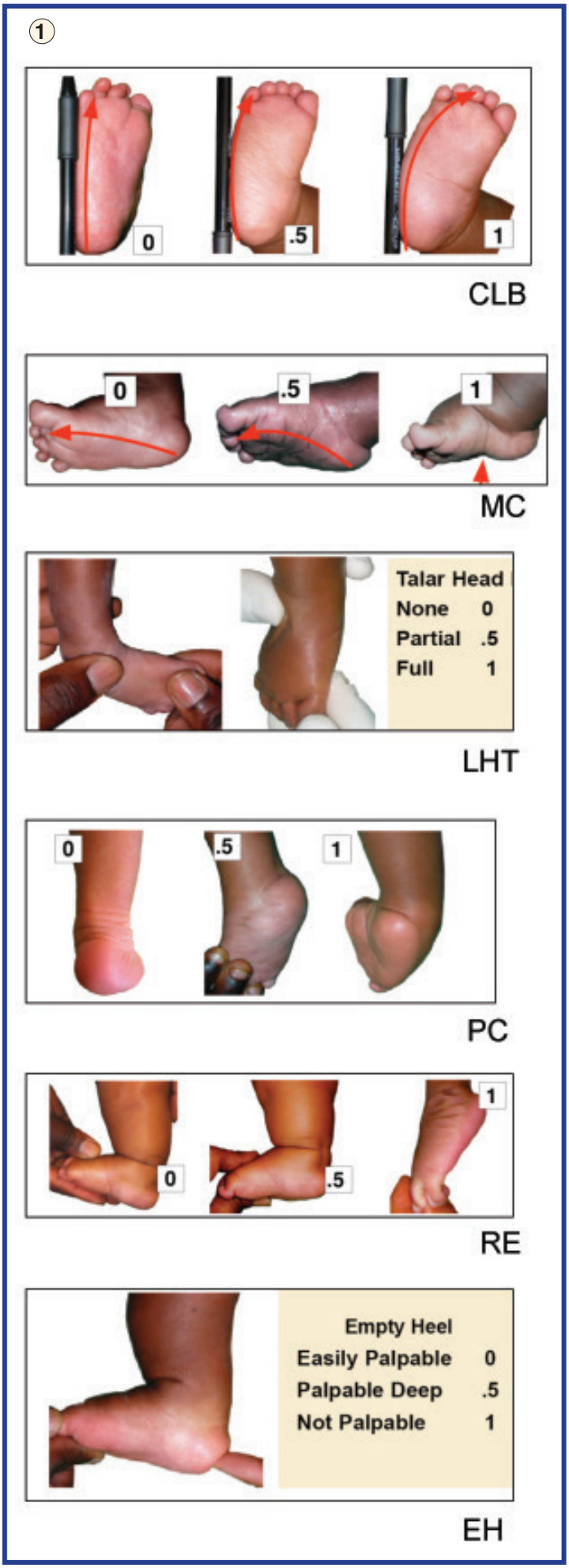
पैर के सीधा होने की जॉच : पॉनसेटी चिकित्सा पध्दति में यह मुल्यांकन से मालूम पडेगा कि विकृति ठीक हो रही या नही या उसमें कोई अडचण है जो कि क्लबफूट के कोई भाग को सीधा करने से रूकावट हो रही है | मुल्यांकन से यह भी मालूम पडता है कि टिनाटॉमी कब करनी है|

स्त्रोत : डॉ शफिक पिरानी ,मुल्यांकन अधिक जानकारी के लिये piras@aol.com.

डिमीग्लो स्कोर:

डिमीग्लो मुल्यांकन पध्दति क्लबफूट की तीव्रता को जाँचने के लिये और एक मुल्यांकन पध्दति है| जादा जानकारी के लिए पढे-





मातापिता एवं परिवार के लिये जानकारी:

क्लबफूट क्या है ?

क्लबफूट नवजात शिशुओं में पाई जाती हडडीयों एवं जोड की सबसे सामान्य विकृति है|करीबन एक हजार शिशुओं में से एक शिशुको यह व्यंग होता है| क्लबफूट होने की सही वजह अभी तक ज्ञात नहीं है लेकिन ज्यादा तर किस्सो में यह पीढीगत विकार के कारण होती है| मातापिता द्वारा कुछ किये जाने पर यह नहीं होती है| इसलिये अगर अपने बच्चे को क्लबफूट हो तो मातापिता को अपराधभाव महसूस करने की जरूरत नहीं है|आपके आनेवाले बच्चेमें भी क्लबफूट होने कि संभावना करीबन तीस में एक बच्चें की है|

मातापिता को आश्वासन दिया जा सकता है कि अगर बच्चे का इलाज इस क्षेत्रके विशेषतज्ञ द्वारा करवाया जाय तो उसका पाँव दिखावे में एवं कार्य में सामान्य हो सकता है |क्लर्ब फूटका इलाज ठीक तरह से किए जाने पर किसी प्रकारकी विकलांगता नही होती है , एवं वह बच्चा संपूर्ण रूप से विल्कूल सामान्य क्रियाशील जीवन जी सकता है|

इलाज का प्रारंभ

हर एक प्लास्टर से पहले करीवन एक मिनटतक पाँव को नजाकतसे सीधा किया जाता है| ऐसा करने से पाँव के भीतर के.पीछे के एवं तलुओं के छोटे एवं तंग लिगामेंटस् ओर टेनडन्स (कंडराएं)खींचते है|इस के बाद पंजे से लेकर जंघा मुलतक का प्लास्टर लगाया जाता है |ठीक करने के लिए सीधा किया गया पाँव प्लास्टर की वजह से यथावत स्थिति में रहता है| अगली बार जब पॉव को ओंर सीधा किया जाए तब तक यह प्लास्टर लीगामेंटस् और टेनडस् को शिथील करता है| इस तरह से विस्थापित हुई हड्डीयाँ एवं जोड क्रमिक रूप से सही स्थानपर लाया जाते है|क्लबफूट के इलाज का प्रारंभ एक या दो सप्ताह की उम्रमें होना चाहिए यह उम्र में बच्चों के स्नायु अधिक लचकीले होने का फायदा उठाया जा सके |

प्लास्टर के बाद इतना ध्यान रखिए |

प्लास्टर लगाने के प्रारंभी छ घंटें तक प्रति घंटा और बाद में हर छ: घंटे पाँव में रक्त के संचारण पर नजर रखिए |पाँव की उँगलीयों को आहिस्ता दबाकर देखिए| दबाने पर उँगलियां श्वेत हो जायेगी ओर दबाव छोड देने पर वे फिर से त्वरित गुलाबी होने लगेगी | जिस का मतलब है कि उँगलीयों में रक्तप्रवाह बराबर है| अगर उँगलीयाँ गहरे रंग की या ठंडी रहती है या दबाव छोड देने पर श्वेत से वापस गुलाबी नहीं होती हो तो प्लास्टर ज्यादा चुस्त हो सकता हैं| ऐसे हालात में तुरंत ही अपने डॉक्टर को संपर्क किजीएया प्लास्टर को निकाल दिजीए |

उंगलीयों के अग्रभाग एवं प्लास्टर के अग्रभाग पर नजर रखिए कि कहीं उंगलियाँ प्लास्टर में ना चली गई हो|

प्लास्टर को स्वच्छ एवं सुखा रखिए |गिला होने पर वह ढीला हो जायेगा|

सुखा एवं सख्त न हो जाय तब तक प्लास्टर को तकिए या नर्मगद्दी पर रखा जाना चाहिए|बच्चा जब भी सो रहा होतब प्लास्टर के निचे तकिया रखकर पाँव को उपर उठाये रखिए ताकि एडी तकिए से बाहर रहे| ऐसा करने से एडी पर दबाव नहीं आता| यह दबाव असर के लीए कारणभूत हो सकता है|

डीस्पोजेबल (उपयोग करनेके बाद फेकने योग्य)डायपरका उपयोग करें ओर प्लास्टर मैला न हो इस लिए डाइपर बारबार बदलते रहिए| प्लास्टर का उपरी छोर डाइपर के बाहर रखिए ताकि मलमुत्र प्लास्टर के अंदर न जाए |इलास्टीकयुक्त डाइपर ऐसी स्थिति में अच्छा रहता है|

निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण आप को दिखाइ दे तो फौरन अपने डॉक्टर को संपर्क किजीए |

- प्लास्टर के अंदर से बहकर कुछ बाहर निकल रहा हो या किसी प्रकार की दुर्गन्ध आ रही हो|
- प्लास्टर की नजदीक की त्वचा लाल हो गई हो और उसमें सूजन हो |
- उंगलीयाँ प्लास्टर में चली गई हो |
- सर्दी या वाइरल बुखार जैसे सुस्पष्ट कारणों के विना भी बच्चे को ३८.५से. (१०१फे.)से ज्यादा बुखार हो |

हर पाँचवे से सातवे दिन में नया प्लास्टर लगाया जाएगा |

प्लास्टर को निकालने के लिए प्लास्टर विशेष नाइफ का उपयोग किया जाता है | इसी वजह से बच्चेंको क्लिनिक आने से पहले प्लास्टर का मुलायम होना जरूरी है | यह करने के लिए बच्चें को बडे टब में डाल दिजिए ध्यान रखिए कि थोडा गरम पानी हो (लगभग १५ से २० मिनिट तक)स्नान के पश्चात एक भिगाए हुए टॉवेल से प्लास्टर को लपेट दिजिए और प्लास्टिक बॅग डाल दिजिए|

सक्रिय इलाज की अवधि

क्लवफूट की विकृति को ठीक करने के लीए चार से सात सप्ताह की अवधि में चार से लेकर सात प्लास्टर पर्याप्त है| हर एक प्लास्टर पाँव की उँगली से लेकर जंधा के उपरी हिस्से तक लगाया जाता है |प्लास्टर में घुटने को ९०अंश में रखकर लगाया जाता है| वहूत ठोस और कडक पाँव को ठीक करने के लिए आठ से नौ प्लास्टर की जरूरत रहती है| हड्डीयों की स्थिती एवं सुधार काअंदाजा डॉक्टर खुद ही लगा सकते हैं | इस के लिए पॉव के एक्सरे की जरूरत नहीं|ज्यादा जटिल हो ऐसे किस्सों में एक्सरे की जरूरत रहती है|

सक्रिय इलाज की समाप्ति

ज्यादातर वच्चों में सम्पूर्ण सुधार करने के लिए छोटीसी सर्जरी की जरूरत होती है|एडी के पृष्ठ भाग को इन्जेक्शन या क्रीम के जरीए सून कर दिया जाता है | इसके पश्चात एकीलीस नस लंबीकी जाती है| अंतिम प्लास्टर तीन सप्ताहरखा जाता है |तीन सप्ताह के पश्चात जब प्लास्टर को निकाला जाए तव तक एकीलीस नस उसकि उचित लम्बाई और ताकत पुन:प्राप्त कर लेती है| इलाज के अंत में पाँव में अति सुधार हो गया है ऐसा लगना चाहिए| कुछ ही महीनो में वह अपनी सामान्य स्थिती प्राप्त कर लेगा|

सुधार को कायम रखने के लिए स्प्लीन्ट (ब्रेस)

सम्पूर्ण सुधार कीए जाने के पश्चात् भी क्लवफूटकी विकृति रहती है| इसे पुन: होने की प्रवृति रखती है| इसे रोकने के लीये अंतिम प्लास्टर को दुर कर देने के वाद स्प्लीन्ट को पहनाना अनिवार्य है| एकीलीस नस लंबीकी गई है या नहीं इस बात का स्प्लीन्टको पहनाना से कोइ संबंध नहीं है|स्प्लीन्ट में दो वूट डंडे से जुडे होते है |उंगलियोंवाला हिस्सा खुला होऐसे बुट स्प्लीन्टमें उपयोग में लाये जाते है| पाँव को बुटके अंदर जमाए रखने के लीए डोरी (लेस)का उपयोग किया जाता है | क्लवफूटवाले पॉव पर पहनाया जानेवाला बुट ६० □ से ७०□ वाहर की ओर रखा जाता है और सामान्य पाँव कम वाहर की ओर घुमाया जाता है (३०□ से ४०□)| स्प्लीन्ट के डंडे की लंबाई वच्चे के कंधो की चौडाई जितनी या थोडीसी ज्यादा होनी चाहिए |स्प्लीन्ट को कम से कम तीन महीने वाइस से तेईस घंटे तक पेहनाया जाता है |स्प्लीन्ट को दो से चार साल तक सोने के दौरान (रातको एवं दिन में)पहनाया जाता है|जब स्पलीन्ट पहेनना न हो ऐसे समय साधारण बूट पहनाए जा सकते है|

स्प्लीन्ट को पहनानेके पहले दो दिन वच्चेंको असुविधा हो सकती है क्युंकि वह वांधे हुए पाँव को अनुकुल होने की कोशिश करता है | यह बात वहुत महत्वपूर्ण है कि स्प्लीन्ट को किसी भी स्थिती में निकालना नही है , क्युंकि स्प्लीन्टको न पहनानेकी वजहसे क्लवफूटकी विकृति पुन:होना सुनिश्चत है | दो दिन वीत जाने के बाद वच्चा स्प्लीन्टसे अनुकूलन साध लेता है |

क्लवफूटको श्रेणीवध्ध प्लास्टर लगाके सर्म्पूणतया ठीक करने के वाद ही स्प्लीन्टको पहनाया जाता है| वच्चा करिवन चार सालका होने तक क्लवफूट की फिर से होने की संभावना रहती है , चाहे उसे बिलकुल ठीक क्युं न किया गया हो | उपर वताये तरिकोंके मुतािवक स्प्लीन्ट लगातार पहनाये जाय तो ९५८ वच्चोंमें प्रभावक रहता है |क्लवफूटको पुन: होने से रोकनेके लिए सवसे सफल तरीका स्प्लीन्ट नियमित पहनना ही है | स्प्लीन्टके उपयोगसे वच्चेंके वैठने , रेंगने या चलनेके विकासमें किसी भी प्रकारकी वाधा नही आती है |

स्प्लीन्ट को पहनाने की सुचनाएँ

स्प्लीन्ट को पहनाने से पहले वच्चे के पॉव पर हमेशा सूती मोजे पहनाइए| प्लास्टर से शायद व्व्वे के पॉव की त्वचा अति संवेदनशील हो जाए ऐसा हो सकता है| ऐसे में केवल दो जोड की जरूरत पड सकती है| दुसरे दिन के पश्चात केवल एक ही मोजे का इस्तमाल किजिए|

वच्चा अगर आसानी से स्प्लीन्ट को पहन लेता है तोक्लवफूटवाले पाँव में पहले और अच्छे पाँव में उसे वाद में पहनाइए | अगर स्प्लीन्ट पहनाते वक्त वच्चा अपने पाँव को उछालता रहता है ,तो पहले उसे अच्छा पाँव में पहना दिजीए क्योंकि दुसरे पाँवमें स्प्लीन्ट पहनाते वक्त वह पाँव उछालता रहेगा |

पॉव को स्प्लीन्ट में डालकर टखनों के पट्टे को सबसे पहले वांधिए यह पट्टा एडी को स्प्लीन्ट में सख्ती से जकड रखने में सहायरूप होता है| पट्टेपर छेद मत किजिए क्योंकि उपयोग होने के साथसाथ चम्डे का पट्टा खींचता जाएगा और छेद करने का कोई मतलव नही रहेगा यह बात याद रहे कि तकनें का पट्टा वूट का महत्वपर्ण हिस्सा है|

यह देखते रहीये कि पॉव की एडी स्प्लीन्टको छु रही हो | अगर वच्चेके पाँव की उंगलियाँ आगे पीछे हिल सकती है तो इसका मतलव यह है कि एडी स्प्लीन्टको छू नहीं रही है और पटटेको ज्यादा कसकर वांधनेकी जरूरत है | स्प्लीन्टके पाँवकी उंगलियोंका अग्रभाग सूचित कररनेवाली रेखाअंकित किजीए| अगर एडी योग्य स्थान पर है तो पॉवकी उंगलियाँ इस रेखाके ठीक उपर आगे होगी|

वुट को कसकर वांधीये | लेकिन रक्तका संचरण थम ना जाय यह ध्यान रखना जरूरी है |

यह वात सुनिश्चित कर लिजिए कि उंगलियाँ सीधी ही रहे और कोई भी उगंली कही टेडी न हे जाए अगले हिस्से को काँटकर भी सभी उंगलियों को स्पष्ट रूपसे देख सकते है|

स्प्लीन्टके उपयोग संबंधी मदद कर्ता जानकारी

स्प्लीन्ट पहनने के दो दिन तक वच्चा उसका प्रतिरोध करेगा| स्प्लीन्ट के पीडादायी होने की वजह से नहीं किंतु उसे कुछ नया एवं अलग सा महसूस होने वजह से वह ऐसा करता है|

स्प्लीन्ट पहने हुए आपके वच्चे के साथ आप खेला करिए| दोनो पॉव अलग न हिला सकने की वजह से वच्चा अक्सर चीड जाता है| ऐसी हालत में उसे कुछ अच्छा महसूस करनि की यह चावी है|अपने वच्चे को यह वात अवश्य सीखानी चाहिए कि स्प्लीन्ट पहने हुये भी वह दोनो पाँव एक साथ अवश्य उछाल सकता है या घूम सकता है |स्प्लीन्ट के डंडे को आप हल्के से हिला कर सीखा सकते है |

स्प्लीन्ट पहनानेको नित्यक्रम ही वना दिजीए| दो साल का हो जाने के वाद वच्चे के सोने की जगह पर ही स्प्लीन्टको रखे| इससे वच्चेको यह पता चल जायेगा कि सोने के वक्त स्प्लीर्न्ट के पहनानेको नित्यक्रम वना देने से वच्चा उसका प्रतिरोध करे ऐसी संभावना वहूत कम है|

स्प्लीन्ट डंडे को किसी चीज से लपेटे रखिए |ऐसा करने से वच्चा जव भी उसे पहने तव खूद को आपको एवं फर्निचर को टकराने से वचा सकता है त्वचापर कही लाल धव्वा दिखने पर लोशन मत लगाए लोशन लगाने से समस्या वढ सकती है|

स्प्लीन्ट के उपयोग से थोडा सा लाल होना सामान्य वात है|अगर कोई लाल धव्वे या छाले नजर आये तो डॉक्टर को संपर्क किजीए विशेषत: एडी के पृष्ठ भाग से चटकीले लाल रंगके धव्वे या छाले पडना यह निर्देशकरता है कि स्प्लीन्ट को कसके पहना नहीं गया है यह वात सुनिश्चित कर लिजीए कि पॉव की एडी स्प्लीन्ट को छू रही है|

१.अगर आपका वच्चा स्प्लीन्ट पहनाने से कतरा रहा हो तो निम्नलिखित वातो को आजमाइए |

२.एक और छेद कर के टखनौं के पटटे को ज्यादा कसकर वांधिए |

३.वूट की जीभ को निकाल दिजीए |जीभ निकालकर स्प्लीन्ट पहनने से वच्चे को कोई इजा नहीं पहुंचेगी|

४.वुट की डोरी को उपर से शुरू करके नीचे तक वांधते जाइए ताकि फूदना उंगलियों की ओर रहै|

लंम्वी अवधि तक किया जानेवाला निरीक्षण

लंम्वी अवधि तक किया जानेवाला निरीक्षण

क्लवफूट सम्पूणतया ठीक हो जाने के पश्चात् दो साल प्रति तीन-चार महिने आपके डॉक्टर को दिखाते रहिये | दो साल के वाद अवधि कम कि जा सकती है | क्लवफूट कि तीव्रता एवं पुन:हानेको झुकावको ध्यान में रखकर आपको डॉक्टर स्प्लीन्ट पहननेकी अवधि तय करेंगे | इलाजको जल्दी से खत्म मत कर दिजीये | लम्वी अवधि के वाद इसके पुन: होने की संभावनाव को रोकन के लीये करिवन ८ से १० साल तक डॉक्टरको साल में एक वार दिखाना चाहिये

पुन:होना

प्रथम दो तीन साल के दौरान अगर यह विकृति फिर से हो तो पॉव को सीधा करने के लिये प्लास्टर लगाया जाता है| कभी कभार एकीलीस नस को फिर से लम्वी करने की जरूर भी पडती है | स्प्लीन्ट ठीक तरहके हो तव तक भी कुछ किस्से में छोटे से ओपरेशन की जरूरत पडती है| वच्चा तीन साल का हो जाने के वाद यह ओपरेशन में पॉव की अंदरूनी किनार में से नस को लेकर पाँव केन्द्रस्थान में स्थनातंरित किया जाता है|

Bibliography

1963 Ponseti IV, Smoley EN. Congenital clubfoot: the results of treatment. J Bone Joint Surg Am 45(2):2261¬–2270.
1966 Ponseti IV, Becker JR. Congenital metatarsus adductus: the results of treatment. J Bone Joint Surg Am 43(4):702–711.
1972 Campos J, Ponseti IV. Observations on pathogenesis and treatment of congenital clubfoot. Clin Orthop Relat Res 84:50–60.
1974 Ionasescu V, Maynard JA, Ponseti IV, Zellweger H. The role of collagen in the pathogenesis of idiopathic clubfoot: biochemical and electron microscopic correlations. Helv Paediatr Acta 29(4):305–314.
1980 Ippolito E, Ponseti IV. Congenital clubfoot in the human fetus: a histological study. J Bone Joint Surg Am 62(1):8–22.
1980 Laaveg SJ, Ponseti IV. Long-term results of treatment of congenital clubfoot. J Bone Joint Surg Am 62(1):23–31.
1981 Brand RA, Laaveg SJ, Crowninshield RD, Ponseti IV. The center of pressure path in treated clubfoot. Clin Orthop Relat Res 160:43–47.
1981 Ponseti IV, El-Khoury GY, Ippolito E, Weinstein SL. A radiographic study of skeletal deformities in treated clubfoot. Clin Orthop Relat Res 160:30–42.
1992 Ponseti IV. Treatment of congenital clubfoot. [Review, 72 refs] J Bone Joint Surg Am 74(3):448–454.
1994 Ponseti IV. The treatment of congenital clubfoot. [Editorial] J Orthop Sports Phys Ther 20(1):1.
1995 Cooper DM, Dietz FR. Treatment of idiopathic clubfoot: a thirty-year follow-up note. J Bone Joint Surg Am 77(10):1477–1489.
1996 Ponseti IV. Congenital Clubfoot: Fundamentals of Treatment. Oxford University Press.
1997 Ponseti IV. Common errors in the treatment of congenital clubfoot. Int Orthop 21(2):137–141.
1998 Ponseti IV. Correction of the talar neck angle in congenital clubfoot with sequential manipulation and casting. Iowa Orthop J 18:74–75.
2000 Ponseti IV. Clubfoot management. [Editorial] J Pediatr Orthop 20(6):699–700.
2001 Pirani S, Zeznik L, Hodges D. Magnetic resonance imaging study of the congenital clubfoot treated with the Ponseti method. J Pediatr Orthop 21(6):719–726.
2003 Ippolito E, Farsetti P, Caterini R, Tudisco C. Long-term comparative results in patients with congenital clubfoot treated with two different protocols. J Bone Joint Surg Am 85(7):1286–1294.
2003 Morcuende JA, Egbert M, Ponseti IV. The effect of the internet in the greatment of congenital idiopathic clubfoot. Iowa Orthop J 23:83–86.
2004 Morcuende JA, Dolan L, Dietz F, Ponseti IV. Radical reduction in the rate of extensive corrective surgery for clubfoot using the Ponseti method. Pediatrics 113:376–380.
2004 Dobbs MB, Rudzki JR, Purcell DB, Walton T, Porter KR, Gurnett CA. Factors predictive of outcome after use of the Ponseti method for the treatment of idiopathic clubfeet. J Bone Joint Surg Am 86(1):22–27.
2005 Morcuende JA, Abbasi D, Dolan LA, Ponseti IV. Results of an accelerated Ponseti protocol for clubfoot. J Pediatr Orthop 25(5):623–626.
2005 Tindall AJ, Steinlechner CW, Lavy CB, Mannion S, Mkandawire N. Results of manipulation of idiopathic clubfoot deformity in Malawi by orthopaedic clinical officers using the Ponseti method: a realistic alternative for the developing world? J Pediatr Orthop 25:627–629.
2005 Konde-Lule J, Gitta S, McElroy T and the Uganda Sustainable Clubfoot Care Project. Understanding Clubfoot in Uganda: A Rapid Ethnographic Study. Makerere University.
2006 Dobbs MB, Nunley R, Schoenecker PL. Long-term follow-up of patients with clubfeet treated with extensive soft-tissue release. J Bone Joint Surg Am 88:986–996.
2006 Ponseti IV, Zhivkov M, Davis N, Sinclair M, Dobbs MB, Morcuende JA. Treatment of the complex idiopathic clubfoot. Clin Orthop Relat Res 451:171–176.
2006 Shack N, Eastwood DM. Early results of a physiotherapist-delivered Ponseti service for the management of idiopathic congenital talipes equinovarus foot deformity. J Bone Joint Surg Br 88:1085–1089.
2007 McElroy T, Konde-Lule J, Neema S, Gitta S; Uganda Sustainable Clubfoot Care. Understanding the barriers to clubfoot treatment adherence in Uganda: a rapid ethnographic study. Disabil Rehabil 29:845–855.
2007 Lourenço AF, Morcuende JA. Correction of neglected idiopathic club foot by the Ponseti method. J Bone Joint Surg Br 89:378–381.
2007 Terrazas-Lafargue G, Morcuende JA. Effect of cast removal timing in the correction of idiopathic clubfoot by the Ponseti method. Iowa Orthop J 27:24–27.
2008 Morcuende JA, Dobbs MB, Frick SL. Results of the Ponseti method in patients with clubfoot associated with arthrogryposis. Iowa Orthop J 28:22–26.
2008 Gurnett CA, Boehm S, Connolly A, Reimschisel T, Dobbs MB. Impact of congenital talipes equinovarus etiology on treatment outcomes. Dev Med Child Neurol. 2008 Jul;50(7):498-502.
2008 Richards BS, Faulks S, Rathjen KE, Karol LA, Johnston CE, Jones SA. A comparison of two nonoperative methods of idiopathic clubfoot correction: the Ponseti method and the French functional (physiotherapy) method. J Bone Joint Surg Am. 2008 Nov;90(11):2313-21.

ग्लोबल हेल्प ऑरगनायजेशन जो की तेजी से वढ रहा है, और अनेक पुस्तको का संचालन कर रहा है| उसकी जानकारी तुम्हारी वेवसाईट पर या छापिल पुस्तके कम किंमत पर उपलब्ध है | कृपया हमारी वेवसाईट www.global-help.org या at www.orthobooks.org. पर उपलब्ध है|यह पुस्तिका सर्व प्रथम अग्रेंजी भाषा में वनाई गई थी जो की १४0 देशोमें उपलब्ध हैऔर आगे वडकर विभिन्न भाषाओमें भाषातरिंत की गई है|

पुस्तके:

लगभग सभी पुस्तके हमारी वेवसाईट पर उपलब्ध है जो विविध फॉरमेट में पायी जा सकती है|

वेवसाईट के लिये प्डफ और सीडी के लायब्ररी

सभी पुस्तके प्डफ फारमॅट में उपलब्ध है| यह प्डफ फाईल वेवसाईट पर जाकर वह सभी पुस्तक के विषय पर चित्रपर क्लिक करके डाउनलोड की जा सकती है| यह फाईल आपके कॉम्प्युटर पर कॉपी करके उसकी रंगीत या ब्लॅक ॲड व्हाईट कॉपी वनाई जा सकती है| सी.डी में वहुत सारी पुस्तके एकसाथ उपलब्ध करना आसान है कोई सी.डी को सिर्फ विकसनशील देशोमें ही उपलब्ध है|

प्रिंट की हुई पुस्तके:

कोई पुस्तके चाहने पर भी प्रिंट करके दीजा सकती है| आप एक या वहूत सारी प्रिटेंड पुस्तके हमारी वेवसाईट www.global-help.org से माँग सकते है| यह पुस्तको के लिये सिर्फ प्रिटींग का भेजने का खर्चा लिया जाता है|

Global HELP Donors

Henry & Cindy Burgess**
Charlene Butler & Michael W.
Peter & Diane Demopulos
Martin & Allyson Egbert
Susan Elliott & Travis Burgeson**
George Hamilton*
Lars & Laurie Jonsson*
Paul & Suzanne Merriman**
Jennifer Moore
Jerald & Michelle Pearson
Sam & Mary Lou Pederson*
Thomas & Floret Richardson*
Robert Riley & Peter Mason
Nadine Semer
Irving & Judith Spiegel
Lynn & Lana Staheli**
Joe & Diane Stevens
R. & Meera Suresh
Ozgur Tomruk
Robert G. Veith
John Walter & Judith Pierce-Walter
Robert & Betti Ann Yancey

एकहजार से जादा डॉलर दान करनेर्वा लो की सुची ह्दाता क्तरू५000 ह्त दातात्तरू२0000 आपके सुझाव सवाल और चित्र हमे आप भेज सकते है|

Web site addresses:

www.global-help.org
www.orthobooks.org

आपके सुझाव सवाल और चित्र हमे आप भेज सकते है|
questions@global-help.org

Copyright © 2009 Global HELP
all rights reserved

9 781601 891969 >

GLOBAL HELP
Health Education using Low-cost Publications
www.global-help.org