

The Nursing Role in Management of Patients with Clubfoot Undergoing Ponseti Method

Sarada Thitithiraphon^{1*}, Natthawat Wongchan²

¹Division of Nursing, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand,

²Kaokarun Faculty of Nursing, Navamindradharaj University, Bangkok 10300, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2025;18(4):259-266.

ABSTRACT

Clubfoot (congenital talipes equinovarus) is a congenital foot deformity characterized by inward foot twisting (adduction), a high arch (cavus), upward turning of the sole (varus), and downward pointing of the toes (equinus). The exact cause remains unknown. Infants usually do not experience pain, but without treatment, the condition can lead to permanent deformity, affecting mobility and long-term quality of life. The most effective treatment currently is the Ponseti method, which involves serial casting, percutaneous Achilles tenotomy, and continuous use of a foot abduction brace. Nurses play a crucial role from the early screening of newborns to ensure timely treatment, caring for patients throughout the treatment process, educating caregivers on cast care, monitoring for complications, and emphasizing the importance of brace compliance to prevent recurrence and promote long-term quality of life. This article aims to provide knowledge about clubfoot, covering its diagnosis, treatment approaches, and the nurse's role in the Ponseti method, with a focus on ensuring safe patient care, reducing caregiver anxiety, and providing appropriate guidance.

Keywords: Clubfoot; Ponseti; nursing role; treatment

*Correspondence to: Sarada Thitithiraphon

Email: sarada.thiti@gmail.com

Received: 24 June 2025

Revised: 7 July 2025

Accepted: 3 October 2025

<https://dx.doi.org/10.33192/smb.v18i4.276183>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเท้าปุกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีพอนเซตี

สราดา ธิติธีรารณณ์^{1,*}, ณัฐวัตร วงศ์จันทร์²

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย,

²คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร 10300 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

โรคเท้าปุก เป็นภาวะเท้าผิดรูปแต่กำเนิด ลักษณะเด่นคือ เท้าบิดเข้าด้านใน อู้งเท้าเว้าสูง ฝ่าเท้าหงายขึ้น ข้อเท้าและหลังเท้าจิกลง ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด ในช่วงเป็นทารกมักไม่เจ็บปวด แต่หากไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดความพิการถาวร ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตในระยะยาว การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน คือ วิธีพอนเซตี ซึ่งประกอบด้วย การใส่เฝือก การเจาะเอ็นร้อยหวาย และการใส่รองเท้าพยุงเท้าอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยแรกเกิดเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันที่ การดูแลผู้ป่วยระหว่างกระบวนการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเฝือก การสังเกตภาวะแทรกซ้อน และเน้นย้ำความสำคัญของการใส่รองเท้าพยุงเท้าตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเท้าปุก ครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย แนวทางการรักษา ไปจนถึงบทบาทของพยาบาลในกระบวนการรักษาด้วยวิธีพอนเซตี โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล และได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: เท้าปุก; พอนเซตี; บทบาทพยาบาล; การรักษา

บทนำ

โรคเท้าปุก (clubfoot หรือ talipes equinovarus) เป็นภาวะเท้าผิดรูปที่พบในทารกตั้งแต่กำเนิด ในช่วงทารกผู้ป่วยจะยังไม่รู้สึกเจ็บปวด แต่หากไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เท้าผิดรูปอย่างถาวร ส่งผลให้เดินลำบาก เคลื่อนไหวได้จำกัด ไม่สามารถสวมรองเท้าปกติได้เมื่อโตขึ้น¹ อาการเจ็บปวดจากการลงน้ำหนักที่เท้าผิดปกติ เกิดการเสียดสีกับรองเท้าหรือพื้น และอาจนำไปสู่ข้อเท้าเสื่อมก่อนวัย นอกจากปัญหาทางกายภาพแล้ว โรคนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอาย และไม่กล้าเข้าสังคม หรือมีปัญหาด้านการประกอบอาชีพในอนาคตตามมา²

การรักษาโรคเท้าปุกมีจุดมุ่งหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ฝ่าเท้าเหยียบพื้นได้อย่างเป็นปกติและไม่รู้สึกเจ็บปวด ปัจจุบันแนวทางการรักษาที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐาน และให้ผลลัพธ์ที่ดีมากกว่าร้อยละ 90 คือการรักษาด้วยวิธีพอนเซตี^{3,4}

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เริ่มตั้งแต่ช่วงหลังคลอด โดยเฉพาะการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว เนื่องจากหากเริ่มการรักษาภายใน 1-8 สัปดาห์หลังคลอด ยิ่งเริ่มต้นรักษาเร็วจะเพิ่มโอกาสที่เท้าจะกลับสู่สภาพปกติ^{5,6} และเหลือความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตลดลง และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การใส่เฝือก การเจาะเอ็นร้อยหวาย จนกระทั่ง

ถอดเฝือก ตลอดจนให้ความรู้กับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยคลายความกังวลของผู้ดูแล และสิ่งที่สำคัญที่สุดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการใส่รองเท้าพยุงเท้าให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสามารถสังเกตอาการเริ่มต้นของการกลับเป็นซ้ำได้อย่างทันที่ ซึ่งเป็นหัวใจของการป้องกันไม่ให้เกิดความพิการซ้ำในอนาคต และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

โรคเท้าปุก

โรคเท้าปุกเป็นภาวะเท้าและข้อเท้าผิดรูปตั้งแต่กำเนิด ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น ลักษณะเด่น คือ เท้าบิดผิดรูป ทำให้มีลักษณะคล้ายไม้กอล์ฟ จึงเรียกว่า Clubfoot โดยความผิดปกตินี้ประกอบด้วยหลายลักษณะร่วมกัน ได้แก่ อู้งเท้าเว้าสูง (cavus) เท้าส่วนกลาง (midfoot) และส่วนหน้า (forefoot) บิดเข้าด้านใน (adduction) ฝ่าเท้าพลิกหงายขึ้น (varus) ข้อเท้าและหลังเท้าจิกลงพื้น (equinus)⁷ นอกจากนี้กล้ามเนื้อข้อเท้าที่มีความผิดปกติเล็กน้อยกว่าข้างที่ปกติ ซึ่งภาวะนี้เกิดจากเอ็นร้อยหวายของผู้ป่วยหดสั้นและมีความยืดหยุ่นน้อยกว่าปกติ⁸ แม้ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดของโรคได้ แต่มีข้อมูลว่าหากมีญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคเท้าปุก บุตรมีโอกาสดังกล่าวมากขึ้นร้อยละ 25⁹ โรคเท้าปุกอาจ

เกิดกับเท้าเพียงข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมักมีอาการทั้งสองข้าง อัตราการเกิด 1:1000 ของทารกแรกเกิด และพบในทารกเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงสองเท่า^{10,11}

การวินิจฉัย

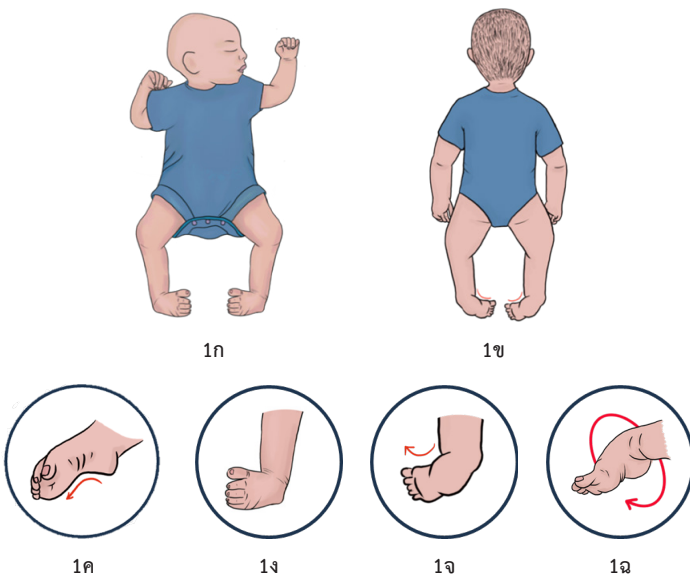
โรคเท้าปุกสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในครรภ์ ผ่านการตรวจอัลตราซาวด์ ในช่วงอายุครรภ์ 13 สัปดาห์ขึ้นไป¹² หากพบความผิดปกติ แพทย์จะพิจารณาว่ามีภาวะอื่นร่วมด้วยหรือไม่ โดยเฉพาะในกรณีที่สงสัยว่าเป็นเท้าปุกซึ่งสัมพันธ์กับโรคทางระบบประสาท (neurogenic clubfoot) หรือโรคทางพันธุกรรม (syndromic clubfoot) แพทย์อาจแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองพันธุกรรมทารกในครรภ์เพิ่มเติม เช่น การตรวจวิเคราะห์ไมโครอะเรย์โครโมโซม (chromosomal microarray analysis) หรือ การหาลำดับดีเอ็นเอเฉพาะส่วนของยีนที่เป็นรหัสโปรตีน (whole exome sequencing) เป็นต้น¹³ อย่างไรก็ตาม แม้เท้าปุกจะสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ในครรภ์ แต่ยังไม่มีการรักษาใด ๆ เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและให้คำแนะนำกับมารดาและผู้ดูแล เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยโรคเท้าปุกมักเกิดขึ้นหลังคลอด ผ่านการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ซึ่งให้ผลแม่นยำและช่วยให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โรคเท้าปุกที่เกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ เรียกว่า Idiopathic clubfoot ซึ่งเป็นลักษณะของเท้าปุกที่ไม่สัมพันธ์กับโรคอื่น ๆ สามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ แบบเท้าแข็ง (rigid) หรือเรียกว่า เท้าปุกแท้ และ แบบเท้าอ่อน (flexible) หรือ เท้าปุกเทียม ผู้ป่วยกลุ่มเท้าปุกแท้จะไม่สามารถดัดเท้าให้อยู่ในท่าปกติได้ หรือทำได้ยาก ต้องใส่เฝือก เจาะเอ็นร้อยหวาย และใส่รองเท้าช่วยพยุงเท้า เพื่อให้รูปเท้าคงอยู่ในลักษณะที่เหมาะสม ส่วนกลุ่มเท้าปุกเทียมนั้นสามารถดัดเท้าให้อยู่ในท่าปกติ หรือเกินตำแหน่ง

ปกติ (overcorrection) ได้ง่าย ซึ่งมักเกิดจากท่าทางการขดตัวของทารกในครรภ์เป็นเวลานาน (positional clubfoot) โดยในกรณีนี้แพทย์จะสอนวิธีการดัดเท้าให้แก่ผู้ดูแลเพื่อนำไปทำต่อที่บ้าน และอาการมักหายได้เองในระยะเวลา 4-12 เดือน¹⁴ สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Idiopathic clubfoot มักตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มิเท้าปุกสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติ (syndromic clubfoot) เช่น โรคอาร์เทโรโกโรโพซิสมัลติเพล็กซ์คอนเจนิตา (arthrogryposis multiplex congenita) โรคกลุ่มดาวนซ์ซินโดรม (down syndrome) หรือ ภาวะไขสันหลังไม่ปิด (spina bifida) เป็นต้น¹⁵ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าวิธีการรักษาผู้ป่วยระหว่างเท้าปุกที่เกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic clubfoot) และเท้าปุกที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติ (syndromic clubfoot) จะไม่แตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มหลังมักไม่ค่อยดี และมีแนวโน้มกลับมาเป็นซ้ำสูง

บทบาทของพยาบาลในการวินิจฉัย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยแพทย์คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น โดยเฉพาะในกรณีที่ทารกหลังคลอดมีลักษณะเท้าปุก ซึ่งอาจต้องรีบแจ้งแพทย์พิจารณาตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม บทบาทนี้ยังมีความสำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีทักษะในการคัดกรองเบื้องต้น โดยอาศัยหลักการ CAVE (ภาพที่ 1) เป็นแนวทางช่วยจำลักษณะสำคัญของโรคเท้าปุก ได้แก่ C: Cavus อุ้งเท้าเว้าสูง A: Adductus ปลายเท้าบิดเข้าด้านใน V: Varus สันเท้าบิดเข้าด้านใน และ E: Equinus ข้อเท้าเหยียดลงไม่สามารถกระดกขึ้นได้ แม้ว่าการวินิจฉัยโรคจำเป็นต้องอาศัยการตรวจร่างกายโดยแพทย์ แต่ความสามารถของพยาบาลสามารถในการจดจำและสังเกตลักษณะเหล่านี้ จะช่วยให้เกิดการสังเกตและสงสัยได้ตั้งแรกระยะแรก และนำไปสู่การพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างทันที่



ภาพที่ 1 หลักการจำลักษณะของเท้าในผู้ป่วยโรคเท้าปุก ด้วย CAVE ลักษณะเท้าของผู้ป่วยเท้าปุก มุมด้านหน้า (1ก) ลักษณะเท้าของผู้ป่วยเท้าปุก มุมด้านหลัง (1ข) C: Cavus อุ้งเท้าเว้าสูง (1ค) A: Abduction เท้าบิดเข้าด้านใน (1จ) V: Varus ฝ่าเท้าพลิกหงายขึ้น (1ฉ) E: Equinus ข้อเท้าและหลังเท้าจิกลงพื้น (1ด)

ที่มา: สราดา ธิติธีรารัตน์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นอกจากการคัดกรองเบื้องต้นแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลของมารดาและผู้ดูแล เนื่องจากมารดาบางรายอาจโทษตนเองที่ทำให้บุตรเป็นโรคนี หรือมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนอนาคตของบุตรว่าจะสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติหรือไม่¹⁶ การให้ข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะของโรค แนวทางการรักษา สิทธิในการรักษาเบื้องต้น พร้อมคำแนะนำและกำลังใจที่มาจากกรพุดคยอย่างอบอุน จะช่วยคลายความกังวลและสร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดาและผู้ดูแลในกระบวนการรักษาได้อย่างมาก

การรักษา

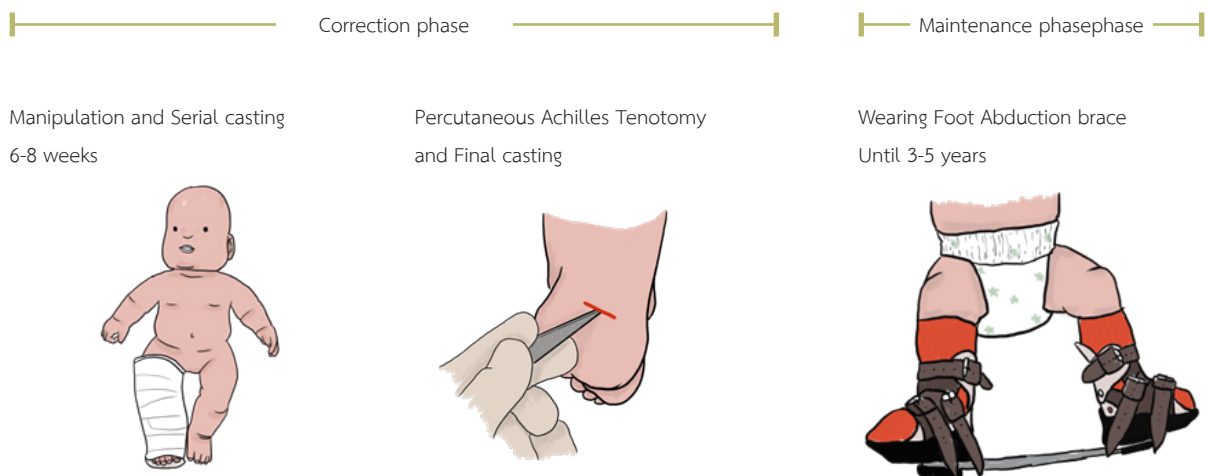
การรักษาเท้าปุกด้วยวิธีไม่ผ่าตัดมีหลายวิธี เช่น การตัดเท้า ร่วมกับการพันพลาสติกตามแบบ French หรือ Kite แต่เนื่องจากวิธีเหล่านี้ อาจทำให้เกิดแผลกดทับที่ผิวหนังจากการรัดแน่นเกินไป รวมทั้งปัญหาการแพ้พลาสติก เนื่องจากผิวหนังทารกมีความบอบบาง จึงไม่ค่อยได้รับความนิยมมากนัก ปัจจุบัน วิธีที่ได้รับความนิยมและถือเป็นมาตรฐานในการรักษาคือ “วิธีพอนเซตี” (Ponseti method) ซึ่งบทความนี้จะเน้นการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นหลัก ส่วนการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมักทำในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีพอนเซตีไม่ได้ผลรักษาแล้วกลับมาเป็นซ้ำ หรือเท้ามีการผิดรูปร่างรุนแรง^{17,18}

วิธีพอนเซตี ประกอบด้วย การใส่เฝือกเพื่อตัดเท้า การเจาะเอ็นร้อยหวาย และการใส่รองเท้าพยุงเท้า โดยเริ่มจากการใส่เฝือกยาวตั้งแต่ปลายเท้าถึงต้นขา เรียกว่า เฝือกชนิดขาท่อนยาว (long leg cast) เป็นระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ โดยเปลี่ยนเฝือกทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อปรับรูปเท้าให้เข้าใกล้ท่าปกติมากที่สุด (serial

casting) ในช่วงเปลี่ยนเฝือกสุดท้าย หากเท้ากระดูกไม่ถึง 10 องศา แพทย์จะทำการเจาะเอ็นร้อยหวายแบบเจาะผ่านผิวหนัง (percutaneous achilles tenotomy) เพื่อลดความตึงของเอ็นร้อยหวาย จากนั้นใส่เฝือกต่ออีก 3 สัปดาห์ ในช่วงการใส่เฝือกและการเจาะเอ็นร้อยหวายนั้น จะเรียกว่า ระยะการแก้ไขรูปเท้า (correction phase) (ภาพที่ 2ก และ 2ข) และหลังการถอดเฝือกสุดท้าย แพทย์จะให้ใส่รองเท้าพยุงเท้า (foot abduction brace) เพื่อรักษาท่าของเท้าที่ตัดไว้ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในช่วง 3 เดือนแรกหลังถอดเฝือก ผู้ป่วยต้องใส่รองเท้าพยุงเท้าวันละ 23 ชั่วโมง ยกเว้นถอดเฉพาะตอนอาบน้ำตัว หลังจากนั้นให้ใส่เฉพาะตอนนอนกลางวันและกลางคืน รวมกันให้ได้อย่างน้อยวันละ 14-16 ชั่วโมง จนกระทั่งอายุ 3-5 ปี เรียกระยะนี้ว่า ระยะคงสภาพ (maintenance phase)^{6,19} (ภาพที่ 2ค)

บทบาทของพยาบาลในขั้นตอนการรักษาด้วยวิธีพอนเซตี

แม้ว่าบทบาทหลักในการรักษาผู้ป่วยโรคเท้าปุกด้วยวิธีพอนเซตีจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ในการตัดเท้า การใส่เฝือก การเจาะเอ็นร้อยหวาย และการติดตามผลการรักษา แต่พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในโรงพยาบาล และที่บ้าน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการ การเฝ้าระวังความปลอดภัยระหว่างกระบวนการรักษา การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล รวมถึงการลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ดูแล การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวมีความสำคัญต่อความสำเร็จของกระบวนการรักษาด้วยวิธีพอนเซตีอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจัดแบ่งบทบาทของพยาบาลตามขั้นตอนการรักษาได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการรักษาด้วยวิธีพอนเซตี การใส่เฝือก Long leg cast เพื่อตัดเท้าในผู้ป่วยโรคเท้าปุก (2ก) การเจาะเอ็นร้อยหวายแบบเจาะผ่านผิวหนัง (2ข) การใส่รองเท้าพยุงเท้า (2ค)

ที่มา: สราดา ธิติธรรมาภรณ์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

1. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยระหว่างการใส่ฝือก และ เจาะเอ็นร้อยหวาย

การพยาบาลผู้ป่วยเท้าปุกในระหว่างการใส่ฝือก Long leg cast

1) จัดเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ พยาบาลต้องเตรียมวัสดุ และอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนการใส่ฝือก โดยการใส่ Long leg cast ใน ทารกมักนิยมใช้ฝือกปูน เนื่องจากสามารถปรับรูปทรงฝือก (mold) ให้แนบกับขาทารกได้ดีกว่าฝือกชนิดอื่น²⁰

2) จัดทำก่อนการใส่ฝือกและห่อตัว ก่อนการใส่ฝือก ควร จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม โดยใช้ผ้าผืนใหญ่ห่อตัวทารกให้ คลุมแขนและขาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ โดยเปิดเฉพาะขา ข้างที่เป็นเท้าปุกให้เห็นตั้งแต่ปลายเท้าจนถึงบริเวณต้นขา เพื่อให้ สามารถใส่ฝือกได้สะดวก ในกรณีที่ทารกสวมผ้าอ้อมและผู้ดูแลไม่ ได้เตรียมผ้าอ้อมสำรองมา ควรถอดผ้าอ้อมที่ใช้อยู่ก่อน แล้วใช้ผ้าผืน ใหญ่ห่อตัวทารกแทน พร้อมปิดบริเวณอวัยวะเพศด้วยสำลีรองฝือก 2-3 ชั้น เพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะเปื้อนฝือก และป้องกันไม่ให้เศษ ฝือกปูนสัมผัสอวัยวะเพศของทารก

3) ช่วยแพทย์ในระหว่างการใส่ฝือก โดยการช่วยแพทย์ จับเท้าผู้ป่วยให้อยู่นิ่งและมั่นคงในท่าที่แพทย์ต้องการ แพทย์จะ เริ่มใส่ฝือกจากส่วนปลายเท้ามาถึงน่องก่อน แล้วจึงต่อฝือกให้ยาว ถึงบริเวณโคนขาของผู้ป่วย ขณะช่วยจับเท้า ให้สังเกตอาการของ ทารก หากร้องไห้มากอาจมีการอาเจียนหรือแหวนนม ซึ่งเสี่ยงต่อ การสำลัก หากผู้ป่วยอาเจียน หรือสำลักนมออกมา ควรรีบตะแคง ตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลัก แต่หากผู้ป่วยมีอาการไอรุนแรง หรือ หายใจครืดคราด ให้กดหน้าอก 5 ครั้ง สลับกับการ ตีหลัง 5 ครั้ง (5 back blow 5 chest thrust) กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะสำลักรุนแรง ให้ตรวจสอบช่องปาก หากยังมีเศษอาหาร ให้เช็ดทำความสะอาด ก่อนจึงดำเนินการใส่ฝือกต่อ²¹

4) ตรวจสอบการกดทับเนื้อเยื่อหลังใส่ฝือก

- บริเวณโคนขาของผู้ป่วย ฝือกต้องไม่กดทับบริเวณขาหนีบ และมีสำลีรองฝือกคลุมตลอดแนวขอบฝือก

- บริเวณปลายเท้าของผู้ป่วย ต้องสามารถมองเห็นนิ้วเท้า ครบทุกนิ้ว สีของเล็บไม่เปลี่ยน อุณหภูมิปลายเท้าไม่เย็น และควร ทดสอบการไหลเวียนของเลือดโดยดูเวลาในการคืนสีของเส้นเลือด ฝอย (capillary refill time) ที่เล็บ สีควรกลับเป็นปกติภายใน 1-2 วินาที หากนานเกิน 3 วินาที อาจบ่งชี้ว่าฝือกแน่นเกินไป

การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างเจาะเอ็นร้อยหวาย

1) จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเจาะเอ็นร้อยหวาย เช่น อุปกรณ์ในการทำแผลแบบปลอดเชื้อ ผ้าเจาะกลาง ใบมีดเบอร์ 11, 15 หรือ เข็มเบอร์ 18 ถุงมือปลอดเชื้อ เป็นต้น และจัดเตรียมอุปกรณ์ สำหรับใส่ฝือกปูน

2) จัดทำผู้ป่วยเหมือนการใส่ฝือกชนิดขาท่อนยาว (long leg cast) และพอกทำความสะอาดบริเวณเท้าข้างที่เจาะเอ็นร้อยหวาย

จนถึงกลางน่องด้วยสารละลาย ไอโอดีนชนิดสครับ (povidone-iodine scrub) หรือ สารละลายคลอร์เฮกซิดีนชนิดสครับ (chlorhexidine scrub)

3) ช่วยจับเท้าของผู้ป่วยให้อยู่นิ่งและมั่นคงในท่าที่ เหมาะสมตลอดการเจาะเอ็นร้อยหวาย พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะ สำลักที่อาจเกิดขึ้น เช่น การอาเจียนหรือแหวนนม หากพบอาการ ต้องรีบจัดท่าตะแคงทันทีเพื่อป้องกันการสำลัก หลังจากเจาะ เอ็นร้อยหวายเสร็จสิ้น ให้ใช้ผ้าก๊อชปลอดเชื้อกดบริเวณที่เจาะเพื่อ ห้ามเลือดจนเลือดหยุดสนิท จึงดำเนินการใส่ฝือกปูนต่อไป

2. ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และอาการ ผิดปกติที่ควรมาพบก่อนนัด

การดูแลฝือก

- ดูแลฝือกให้แห้งอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการอาบน้ำแบบ แช่ตัว โดยแนะนำให้ใช้ฟองน้ำ หรือผ้าขนหนูบิดหมาดในการเช็ด ตัวผู้ป่วยแทน เนื่องจากหากฝือกเปียก อาจทำให้ผิวหนังใต้ฝือก ระคายเคืองหรือเกิดแผลได้ อีกทั้งไม่ควรดึงสำลีรองฝือกออกจาก ขอบฝือก

- ห้ามนำวัสดุใด ๆ สอดเข้าไปในฝือก เพราะอาจทำให้ ผิวน้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บ หรือเกิดแผล

- เลี่ยงการทาครีม แป้ง หรือผลิตภัณฑ์น้ำมัน บริเวณใกล้ ขอบฝือก เพราะอาจไหลเข้าไปภายในฝือกและทำให้เกิดการ ระคายเคืองต่อผิวหนัง

- ควรตรวจและเปลี่ยนผ้าอ้อมของผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ไม่ ควรปล่อยให้ผ้าอ้อมเปียกหรือสกปรกจนล้น เพราะอุจจาระหรือ ปัสสาวะอาจไหลเข้าไปบริเวณขอบฝือก ส่งผลให้ฝือกมีกลิ่น หรือ ผิวน้ำเกิดการระคายเคือง หากมีปัสสาวะหรืออุจจาระไหลเข้าไปใน ฝือก แนะนำให้ผู้ดูแลรีบนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อพิจารณาเปลี่ยน ฝือก และควรใช้ผ้าอ้อมแบบใช้แล้วทิ้งที่มีขอบขาเป็นยางยืด⁶

อาการผิดปกติที่ควรมาพบก่อนนัด

- ฝือกชำรุด มีรอยแตก

- ฝือกเปียก มีกลิ่นเหม็น หรือมีสารคัดหลั่งซึมออกจาก ฝือก รวมถึงผู้ป่วยมีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ

- ฝือกเคลื่อนตำแหน่ง สังเกตได้จากนิ้วเท้าผู้ป่วยที่อาจ ไม่ปรากฏครบถ้วนเหมือนขณะใส่ฝือกใหม่ แสดงว่าฝือกอาจเลื่อน และเกิดการกดทับเนื้อเยื่อ

- มีอาการบวมบริเวณเหนือฝือกหรือนิ้วเท้า อาจเกิด จากฝือกแน่นเกินไป (กรณีบ้านอยู่ห่างไกลโรงพยาบาล แพทย์อาจ แนะนำให้ถอดฝือกออกชั่วคราวโดยการชุบน้ำเพื่อให้ฝือกอ่อนตัว แล้วแกะออก จากนั้นรีบนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล)

- ในช่วง 6-12 ชั่วโมงแรกหลังใส่ฝือกใหม่ ควรสังเกต การไหลเวียนเลือดที่ปลายนิ้วเท้า โดยการดูสีของนิ้วเท้าเปลี่ยน (ซีด คล้ำ) เท้าส่วนนอกฝือกบวม มองเห็นนิ้วเท้าไม่ครบ หรือ เวลาใน

การคืนสีของเส้นเลือดฝอย (capillary refill time) ใช้เวลานานกว่า 3 วินาทีในการเปลี่ยนกลับมาเป็นสีชมพู หากพบอาการดังกล่าว ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด และหลังจาก 12 ชั่วโมงแรกไปแล้ว ให้ผู้ดูแลตรวจดูนิ้วเท้าและมือ ทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าอ้อมเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น^{6,22}

3. ส่งเสริมการใส่รองเท้าพยุงเท้า (foot abduction brace)

รองเท้าพยุงเท้า ประกอบด้วยรองเท้าหุ้มข้อสองข้างที่เชื่อมต่อกันด้วยแท่งโลหะ โดยมีนอตยึดรองเท้าเข้ากับแท่งโลหะ ซึ่งสามารถหมุนปรับองศาเพื่อกางเท้าออกตามที่แพทย์ต้องการ อุปกรณ์นี้ทำหน้าที่คงรูปเท้าให้คงอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมหลังจากผ่านการตัดเท้าเสร็จสิ้น เปรียบเสมือนการใส่รีเทนเนอร์ในผู้ป่วยจัดฟัน เพื่อป้องกันไม่ให้เท้ากลับไปผิดรูปอีก

การใส่รองเท้าพยุงเท้าจะเริ่มใส่หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการตัดเท้า โดยในช่วง 3 เดือนแรก แพทย์แนะนำให้ใส่รองเท้าพยุงเท้า 23 ชั่วโมงต่อวัน ถอดออกเฉพาะช่วงอาบน้ำ หลังสามเดือนแรกลดเวลาเหลือ 16 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่จำเป็นต้องถอดออกในขณะผู้ป่วยคลาน เมื่อผู้ป่วยเริ่มเกาะยืนได้จึงค่อย ๆ ปรับลดเวลาในการใส่เป็น 14 ชั่วโมงต่อวัน และเมื่อผู้ป่วยเดินได้ ให้ใส่เฉพาะตอนนอนวันละ 12 ชั่วโมง แม้ว่าเท้าจะอยู่ในท่าปกติแล้ว แต่ยังมีโอกาสกลับไปผิดรูปได้ การป้องกันที่มีประสิทธิภาพคือการใช้รองเท้าพยุงเท้าอย่างสม่ำเสมอจนถึงอายุประมาณ 3-5 ปี

ในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำและสนับสนุนผู้ดูแลให้ตระหนักถึงความสำคัญของการใส่รองเท้าพยุงเท้า เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควรให้ความรู้เรื่องแผนการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการใส่รองเท้าพยุงเท้าตั้งแต่เริ่มต้นรักษา ให้กำลังใจและเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะแรก โดยเฉพาะในช่วง 2-3 วันแรก ที่ผู้ป่วยมักมีอาการร้องงอแงเนื่องจากยังไม่คุ้นชินกับรองเท้า ซึ่งอาการร้องเป็นพัก ๆ นั้น ไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวด และจะค่อย ๆ ดีขึ้นในสัปดาห์ถัดไป แนะนำให้ผู้ดูแลเล่นกับผู้ป่วยเพื่อลดความหงุดหงิด จากการที่ไม่สามารถยับยั้งได้อย่างอิสระ และให้ผู้ดูแลฝึกเหยียดและงอเข้าขณะใส่รองเท้าช่วยพยุง เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นชินกับการขยับขาทั้งสองข้างพร้อม ๆ กัน⁶ อีกทั้งควรเน้นย้ำวิธีการใส่รองเท้าพยุงเท้าที่ถูกต้อง เพื่อให้แนบกับเท้าอย่างพอดี ไม่หลุดหรือแน่นเกินไป และการตรวจดูการระคายเคืองผิวหนังที่เท้าของผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือแผลกดทับ

วิธีการใส่รองเท้าพยุงเท้า^{6,24}

- 1) ให้ผู้ป่วยสวมถุงเท้าผ้าฝ้ายที่มียาวคลุมถึงใต้เข่า เพื่อป้องกันแรงเสียดสีจากรองเท้า และควรเปลี่ยนถุงเท้าทุกวันเพื่อป้องกันการระคายเคือง
- 2) ถอดรองเท้าทั้งสองข้างออกจากแท่งโลหะก่อนการสวมใส่ เพื่อให้ง่ายเพื่อให้ง่ายต่อการสวมใส่ และปรับขนาด

3) ใส่รองเท้า โดยเริ่มจากการเปิดสายรัดของรองเท้าออกทั้งหมด นำเท้าข้างที่เป็นเท้าปกติใส่เข้าไปก่อน งอเข้าของผู้ป่วยเล็กน้อย แล้วดันสันเท้าเข้าไปด้านจนชนกับพื้นรองเท้า จัดลื่นรองเท้าให้ราบไปตามหน้าเท้า โดยที่ลื่นรองเท้า และถุงเท้าไม่ย่น หลังจากนั้นจึงรัดสายรัด โดยรัดสายรัดที่ตำแหน่งกลางรองเท้าก่อน ต่อด้วยส่วนข้อเท้า และ ตามด้วยปลายเท้า ก่อนรัดสายรัดครบทุกตำแหน่งให้ตรวจดูว่าสันเท้าของผู้ป่วยยังอยู่ชิดด้านหลังรองเท้าหรือไม่ หากหลุด ให้ปรับสายรัดให้กระชับมากขึ้น

4) สวมรองเท้าอีกข้าง จากนั้นใช้แท่งโลหะ (bar) ยึดเชื่อมรองเท้าทั้งสองข้างด้วยนอตให้มั่นคง

5) ปรับมุมรองเท้า การปรับมุมของรองเท้าจะเป็นไปตามที่แพทย์กำหนด ซึ่งโดยทั่วไปข้างที่มีพยาธิสภาพจะปรับให้เท้ากางออก 60-70 องศา และเท้าข้างปกติกางประมาณ 30-40 องศา เพื่อรักษารูปเท้าและลดการเป็นซ้ำ

4. ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล

จากประสบการณ์และการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเท้าปุก พบว่า ผู้ดูแลมักต้องการข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาในแต่ละขั้นตอน รวมถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใส่ฝีกของผู้ป่วย²⁵ ดังนั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล พยาบาลควรเริ่มต้นด้วยการประเมินความรู้เดิมของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือทบทวนในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ โดยควรให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ครอบคลุมทั้งลักษณะของโรค แนวทางการรักษาในแต่ละระยะ และสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องเผชิญระหว่างการรักษา ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลบางรายอาจกังวลว่าผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บขณะใส่ฝีกหรือระหว่างการเจาะเอ็นร้อยหวาย ซึ่งควรอธิบายอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บระหว่างการใส่ฝีก และหากจำเป็นต้องเจาะเอ็นร้อยหวาย จะมีการให้ยาชาเฉพาะที่ก่อนดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับลักษณะของแผลและการดูแลหลังหัตถการ นอกจากนี้ การให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและเน้นย้ำถึงผลลัพธ์เชิงบวกของการรักษา เช่น การที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้อย่างปกติเมื่อสิ้นสุดการรักษา เป็นต้น จะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนการรักษา ซึ่งในกรณีที่ผู้ดูแลเข้าใจแนวทางการรักษาในแต่ละระยะ จะส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษามีแนวโน้มประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น²⁶

สรุป

การรักษาโรคเท้าปุกด้วยวิธีพอนเซตีเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและมีประสิทธิภาพสูง โดยแพทย์มีบทบาทสำคัญในการทำหัตถการหลัก ได้แก่ การตัดเท้า การใส่ฝีก และการเจาะเอ็นร้อยหวาย เป็นต้น ขณะเดียวกันความสำเร็จของการรักษายังต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง ซึ่งพยาบาลถือเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างทีมรักษา กับครอบครัว พยาบาลมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ ช่วยประเมินเบื้องต้น สนับสนุนการทำหัตถการ ให้คำแนะนำในการดูแลที่บ้าน ตลอดจนส่งเสริมการใส่รองเท้าพยุงเท้าอย่างถูกต้อง การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงทั้งการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะการช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจ ให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง และอีกบทบาท ที่สำคัญ คือ การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่ม ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบการรักษา การพัฒนา แนวทางการพยาบาลเพื่อการติดตามผล เช่น ระบบเตือนนัดหมาย การโทรติดตาม หรือการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเท้าปุกด้วยกัน ถือเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการ กลับเป็นซ้ำ และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูรูปเท้าที่ฟื้นฟูเท้าให้ใกล้เคียง ปกติในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Khalafallah HD, Bahnsawy NSM. Effect of nursing instructions for mothers on selected cast outcomes among their infants with congenital clubfoot. *Int J Res Paediatr Nurs.* 2020;2(2):81–9.
- Smythe T, Owen RM, Lavy C, Kuper H. The global epidemiology of clubfoot: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15(9):e0239542.
- Bitew A, Melesse DY, Admass BA. A 5-years results of the Ponseti method in the treatment of congenital clubfoot: a retrospective study. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2023;33(5):1781–7. doi:10.1007/s00590-022-03353-5
- Sinha A, Pradhan A, Rijal R, Pokharel R, Maharjan R, Shrestha S. Ponseti method for the management of congenital talipes equinovarus (clubfoot): experience from Nepal. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4):3714. doi:10.3390/ijerph20043714
- Vaishy AK, Arif M, Acharya D, Choudhary R, Seervi PM, Kumar R. Influence of beginning time of casting for clubfoot treatment by Ponseti method in different age group infants: a retrospective study. *Indian J Orthop.* 2020;54(1):55–9. doi:10.1007/s43465-019-00004-6
- Staheli L, Ponseti I, et al. *Clubfoot: Ponseti Management.* 3rd ed. Seattle (WA): Global HELP; 2009.
- Mosca VS. Clubfoot pathoanatomy-biomechanics of deformity correction: a narrative review. *EFORT Open Rev.* 2023;8(3):146–57.
- Deshmukh A, Deshpande MS, Dhote P. Club-foot deformity management in pediatric rehabilitation: Review article. *Journal of Orthopaedic Reports [Internet].* 2025;4(1). Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jorep.2024.100387>
- Dibello D, Di Carlo V. What a paediatrician should know about congenital clubfoot. *Eur J Pediatr.* 2020;179(7):1093–100.
- Mandlecha P, Kanojia RK, Champawat VS, Kumar A. Evaluation of modified Ponseti technique in treatment of complex clubfeet. *J Clin Orthop Trauma.* 2019 May-Jun;10(3):599–608.
- Smythe T, Kuper H, Macleod D, Foster A, Lavy C. Birth prevalence of congenital talipes equinovarus in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health.* 2017 Mar;22(3):269–285.
- American Journal of Obstetrics & Gynecology. SMFM Fetal Anomalies Consult Series #2. Congenital talipes equinovarus (clubfoot). *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(2):123–30.
- Tanaka K, Horiuchi S, Nakayama S, Akiyama T. Genetic evaluation of fetal clubfoot by chromosomal microarray and whole exome sequencing: a systematic approach. *J Obstet Gynaecol Res.* 2021;47(12):4272–80.
- Association of Paediatric Chartered Physiotherapists. Positional Talipes (425) [Internet]. Association of Paediatric Chartered Physiotherapists; Aug 2024 [cited 2025 Sep 10]. Available from: APCP Positional Talipes (425) Aug 2024 (APCP leaflet)
- Beltran Torres-Izquierdo M, Meyer Z, Hosseinzadeh P, Schaibley C. Outcomes of Ponseti Method for the Treatment of Clubfeet in Children with Spina Bifida. *J Pediatr Orthop.* 2024; Publish Ahead of Print. doi:10.1097/BPO.0000000000002745
- Agoalikum S, Acheampong E, Bredu-Darkwa P, Bonah S. The perspectives of caregivers and health service providers on barriers to clubfoot management in Puri-Urban health facility in Ghana. *J Child Orthop.* 2024 Jul 27;18(4):450–7. doi:10.1177/18632521241262630
- Masrouha KZ, Morcuende JA, Kotlarsky P, Herzenberg JE. Narrative review of the management of a relapsed clubfoot. *Ann Transl Med.* 2021 Jul;9(13):1102. doi:10.21037/atm-20-7730
- De Luna V, Caterini A, Gorgolini G, Marsiolo M, De Maio F, Farsetti P. Anterior tibial tendon transfer for treatment of recurrent congenital clubfoot initially treated according to Ponseti method: update and systematic review of literature. *Muscles Ligaments Tendons J.* 2021 Apr–Jun;11(2):273–80. doi:10.32098/mltj.02.2021.10
- Kadhun M, Lee MH, Czernuszka J, Lavy C. An Analysis of the Mechanical Properties of the Ponseti Method in Clubfoot Treatment. *Appl Bionics Biomech.* 2019;2019:4308462.
- Daines SB, Aronsson DD, Beynon BD, Sturnick DR, Lisle JW, Naud S. What is the Best Material for Molding Casts in Children? *Journal of Pediatric Orthopaedics.* 2014;34(7):743–8.
- American Heart Association. Infant choking – Heartsaver infant choking poster. Dallas (TX): American Heart Association; 2021
- Riley Hospital for Children. Caring for a clubfoot cast [pamphlet]. Indiana University Health; 2016.

23. Gupta S, Agarwal A. Bracing in clubfoot: what is different in 2021. *J Foot Ankle Surg Asian Pac.* 2021;8:15–20.

24. Gelfer Y, Davis N, Blanco J, Buckingham R, Trees A, Mavrotas J, Tennant S, Theologis T. Attaining a British consensus statement on managing idiopathic congenital talipes equinovarus up to walking age. *Bone & Joint Journal.* 2022 Jun;104-B(6):758-764. doi:10.1302/0301-620X.104B6.BJJ-2021-1687.R1

25. Iqbal MS, Dubey R, Thakur K, Katiyar S, Prasad M. Assessment of awareness and barriers to clubfoot treatment in the Indian scenario. *J Family Med Prim Care.* 2021 Nov;10(11):4229–35. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_2606_20

26. Cady R, Hennessey TA, Schwend RM. Diagnosis and treatment of idiopathic congenital clubfoot. *Pediatrics.* 2021;148(5):e2021055555. doi:10.1542/peds.2021-055555