

# 骨外固定加闭式引流治疗开放性骨折后骨感染

(附 9 例报告)

沈阳市骨科医院 王金河 邬波

**摘要:** 开放性骨折后骨感染在临床上并非少见, 在其治疗上方法很多, 但在治疗方法选择上存在着许多困难, 所选择的方法是否行之有效, 在治疗上起决定性作用。本文报告的我院自1985年7月至1989年7月用骨折复位固定器加闭式引流术治疗9例开放性骨折后骨感染, 效果满意, 9例均在伤后3周内入院。

**临床资料:** 本组9例, 男8例, 女1例; 年龄20—54岁; 右胫骨5例, 左胫骨4例, 其中8例合并腓骨骨折, 1例合并腓总神经损伤, 1例合并尿道损伤。本组随访2—24月, 均达到伤口愈合及骨折临床骨性愈合。

**具体方法:** (1) 术前准备: 患者入院后, 详细检查患者, 明确诊断, 常规术前准备, 特殊强调细菌培养及药敏试验。(2) 骨外固定: 在局麻下进行胫骨骨折外固定, 放置好骨外固定器, 电视下调整, 使骨折达到解剖或功能复位, 并使骨折固定可靠。(3) 闭式引流: 在腰麻下, 于伤口处进行病灶清除术后, 放置好闭式引流管, 一端接滴流瓶, 另一端接负压引流袋, 关闭皮肤。(4) 术后冲洗: 用术前做好的药敏试验选择有效抗菌素进行冲洗, 平均10天, 前3天用6000ml, 后7天用3000ml生理盐水加抗菌素冲洗。(5) 拔管指征: 待局部无炎性反应、体温正常、引流液清晰时先去掉入水管, 2天后去掉出液管, 拔管前细菌培养为阴性, 冲洗时及拔管后要坚持换药及静脉给药。

**讨论:** (1) 外固定问题: 开放性骨折在其固定的问题上争议很多, 有人主张内固定, 理由是有获得良好的复位机会, 有长期保持复位可能性使骨折肯定获得愈合。有人主张不做内固定, 因内固定要扩大暴露组织, 使感染扩散

到未污染的组织中去, 皮肤裂开的危险性大, 感染一旦发生, 内固定成为异物, 骨折不易愈合。最终是否行内固定有赖于个别病例的具体分析。在临床上开放性骨折可分Ⅲ度(亦有分Ⅴ度)临床上常感治疗困难的是第Ⅲ度开放性骨折。本组均为第Ⅲ度骨折, 因第Ⅲ度开放性骨折感染扩散的可能性非常大, 易皮肤裂开及内固定物成为异物, 所以内固定常常无法进行, 又由于骨折的固定可以对感染及其扩散起积极作用, 所以我们采用外固定, 外固定方法很多, 如: Hoffman Ao 外固定器, 万能架, 牛津(Oxford)装置等。本组采用胫腓骨复位固定器, 优点是既可固定骨折, 又可处理伤口, 它适用于对某些皮肤条件或其他因素不适宜内固定的开放性骨折。但亦有其缺点: 如针道感染、松动等。(2) 闭式引流问题: 骨感染在临床上很难处理, 虽然方法很多, 如: 应用抗菌素、制动、手术治疗、全身支持疗法等, 但如果方法选择不当, 则很难奏效。本组采用闭式引流方法, 因其有如下优点: a. 伤口完全闭合, 可防止继发感染。b. 能达到充分引流的目的。c. 伤口内负压吸引, 可使死腔缩小, 愈合快。本法和其他方法相比: 手术时间短, 操作简单, 同时还可手术, 应用抗菌素。(3) 骨感染的预后: 在临床上开放性骨折后骨感染的处理如不得当, 后果很不理想, 很容易造成骨不连及慢性骨髓炎, 所以在处理上必须慎重。针对具体病例具体分析, 本组采用胫腓骨复位固定器闭式引流治疗9例, 收到满意效果。针对开放性骨折有发展成为骨感染的可能性, 闭式引流是否可以作为预防性方法得以临床应用, 还有待于今后的探讨。