

除，而亚急性坏死则难以彻底，数日后血管壁开始坏死、液化而造成再出血。本组 1 例 5 天之内，因反复出血而进行三次手术探查，切除坏死血管约 8cm 之多；(5) 对于合并骨折、神经损伤的处理，应视病情及肢体的缺血情况而定。如肢体缺血在 6 小时之内，应先行骨折端整复内固定，然后进行血管、神经的吻合，这样可防止因整复骨折而造成血管吻合口的撕裂或因牵拉血管发生痉挛。如肢体缺血在 6 小时以上的应首先恢复肢体血运，再处理骨折及神经；(6) 筋膜间室切开减压，当肢体肿胀明显，疑有骨筋膜间室综合征时，应尽早行筋膜间室的切开减压。减压有利侧支的开放和建立、缓解缺血、缺氧，为主干动脉重建争取时间，防止肢体坏死的发生；(7) 截肢，肢体因缺血发生坏死或肢体长时间的缺血，血运再通后肌肉进行性坏死，日后功能恢复无望，甚至继发腐败性感染，坏死组织对生命造成威胁

时，应尽早截肢。

4. 术后处理：术后创口引流，以防血管周围血肿压迫；严密观察肢端血运，每小时触摸或用多普勒诊断仪监察一次桡动脉或足背动脉，观察肢端毛细血管充盈情况，以免发生血栓及血管痉挛。尤其是血管壁有挫伤或人造血管吻合者，更应注意。术后宜将伤肢置于半屈曲位，以利吻合口愈合。同时给以抗炎，抗凝，解痉，止痛等处理，进一步纠正全身情况。

参考文献

1. Green NE. Vascular injuries associated with dislocation of the knee. J Bone Joint Surg (Am). 1977, 59: 236.
2. 周杰 (摘译), 静脉间置移植于动脉后的生化功能性改变. 国外医学创伤与外科基本问题分册 1987; 1: 62.

(收稿: 1996-08-20)

脊柱术后感染一例

北京冶金医院 (100037) 耿叔抗

××, 男, 67 岁, 因腰部脓肿久治不愈 6 年于 1995 年 12 月 21 日入院 (住院号 31146)。患者于 1989 年因“脊柱滑脱、椎间盘突出”在京某院行“椎间盘摘除、Sd-effee 钢板固定、植骨融合术”。术后 6 个月出现发热伴腰部疼痛, 继之发现右下腹、腰骶部脓肿, 曾于 1993 年、1995 年, 二次重新入院行“钢板取出、脓肿切除”等手术治疗, 但术后左腰骶部仍遗有一瘻道, 时有脓性分泌物流出。查体: 患者体态消瘦, 肤色腊黄, 腹部有膨隆肝脾肋下未触及, 腹水征 (+), 腰背部沿 L₂-S₁ 棘突可见长约 12cm 切口愈合疤痕, 左髋关节处可见一瘻道内有淡黄色、稀薄无味脓液流出, 探查瘻道斜向内上达 L₄ 棘突, 长约 4cm。挤压 L₄ 棘突右侧可见有大量脓液顺瘻道口溢出。右侧腰大肌, 右臀部压痛 (+)。化实验室检查: GPT 56u, B 超示“肝硬化、腹水”。瘻道碘油造影示: 左侧瘻道位于 S₁ 棘突髂骨内侧缘向上延伸至 L₄ 与 L₅ 椎体间, 在此, 形成 4×4cm 圆形脓腔, 脓肿并向右腰大肌、右髂骨中外侧呈树枝样分叉形成多处小脓肿。骨质无明显破坏。诊为: 1. 腰骶部脓肿; 2. 肝硬化、腹水。治疗: 先予以保肝、脱水、白蛋白药物、切口处继续换药等保守治疗。待机体情况好转, 肝功能检验正常后行手术彻底清除瘻道及脓肿腔。术前

向瘻道内注入美兰 20ml, 沿染色方向切开, 为保护腰大肌功能均行纵形切口, 见瘻道和脓腔内充满褐色块状坏死组织和淡黄色脓液。右侧炎性组织位于臀大肌与臀中肌之间, 将所有染色的病变组织全部切除, 刮除干净。冲洗后沿切口从右至左放入倒 U 形庆大霉素链一根, 术后除常规抗感染治疗外, 每日拔除庆大霉素链 2cm, 术后一月切口完全愈合, 病人痊愈出院。

讨论 本病为典型的脊柱术后感染而致腰骶部脓肿, 其主要原因有: 1. 所用固定物质量不过关; 2. 无菌技术操作不严。患者感染长达 6 年, 脓肿深而广泛并呈逐渐扩大之势。曾先后二次手术治疗均因清创不彻底而失败。后仅靠局部换药与口服抗生素难以奏效。(术中行脓汁细菌培养未见细菌生长)。并由于长时间使用多种抗生素导致了患者肝脏损害, 给疾病的恢复带来了极大的影响。我在术前做了认真的检查, 明确了脓肿的范围, 以美兰做了标记, 它对清除所有病变组织起了决定作用。庆大霉素链本是用于治疗骨髓炎病人的, 但为了消灭死腔, 减少渗出我们将它置于整个残道及脓肿腔内, 实践证明它对治疗感染促进组织愈合起了很好的辅助作用。

(收稿: 1996-04-05)