

负压吸引法治疗骨髓炎 5 例

陈小平¹ 曾跃林²

(1. 安仁县中医院, 湖南 安仁 423600; 2. 解放军一六三中心医院)

自 1996 年来作者采用负压吸引法治疗骨髓炎 5 例, 收到满意的效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组男 4 例, 女 1 例; 急性骨髓炎 1 例, 慢性骨髓炎 4 例; 年龄最小 1.5 岁, 最大 21 岁; 病程最短 10 天, 最长 6 个月; 病变部位: 股骨下段 2 例, 胫骨上段 3 例; X 线片显示骨质均有不同程度的破坏, 4 例有小死骨形成和瘻道, 其中 1 例并发胫骨上端病理性骨折; 1 例全身中毒症状明显, 局部红肿热痛, 并有波动感。

2 治疗方法

2.1 手术指征和时机 急性骨髓炎根据全身中毒症状、局部体征、X 线照片和穿刺确诊后立即手术。慢性骨髓炎瘻道流脓, 经久不愈, 死骨已分离清楚, 包壳充分形成, 术前联合使用抗菌素 1 周。

2.2 手术方法 在基础麻醉下, 急性骨髓炎选择压痛或波动感最明显处作切口, 并在骨皮质上钻孔开窗, 彻底排脓、减压, 然后用无菌生理盐水、2% 双氧水和 1‰ 新洁尔灭液反复冲洗, 确认无脓液及坏死组织; 术者更换手套, 手术台上加盖无菌布, 用 16~18 号的硅胶管剪成数个侧孔放入切口内, 另一端从切口旁 3~4cm 处戳孔引出, 用丝线牢固地缝合固定于出口的皮肤上, 注意出口处位置宜低, 硅胶管不可扭曲, 切口作一期缝合, 引流管接负压瓶。慢性骨髓炎手术时宜彻底切除软组织内的瘻管及瘢痕组织, 清除死骨、脓液、肉芽组织, 修整骨腔边缘, 冲洗伤口时尤应仔细彻底, 其他处理同上。

2.3 术后处理 术后伤肢一般用石膏托外固定即可, 骨质破

坏严重和并发病理性骨折的, 用管型石膏固定后开窗。术后联合使用抗菌素, 急性骨髓炎全身中毒症状和局部体征消失后, 继续使用 2 周抗菌素; 慢性骨髓炎伤口愈合后, 继续使用 4 周抗菌素。保持引流管通畅, 负压引流瓶每天更换 1 次, 观察引流液的量及颜色, 伤口每天换药 1 次。术后 7~10 天如引流管无脓血性分泌物, 仅少量淡黄色透明液体且患者不发热, 局部疼痛消失, 无明显肿胀, 伤口干燥, 白细胞下降, 此时, 可拔除引流管, 2 周后拆线。

3 治疗结果

本组 5 例都得到随访, 随访时间 3 个月至 1 年, 平均 5 个月, 除 1 例并发右胫骨上端病理性骨折的仍用石膏管型外固定, 未下地活动外, 另有 1 例术后的 3 个月复发, 局部溃疡形成, 后再次手术治疗愈合。其余 3 例患儿恢复满意, 未再反复, 行走、生活均正常。X 线拍片无死骨, 骨质都有不同程度的修复。

4 讨论

此手术的要点有: ①切开排脓、开窗减压、病灶清除必须干净彻底, 负压吸引必须通畅。②术后选用高效的抗菌素, 我们选择的是头孢唑啉钠或头孢拉定静推或静滴, 足量足时。③引流管的拔除时机, 以引流管通畅且有负压为前提, 观察到引流液少于 5ml/24h, 呈淡黄色透明液, 结合全身和局部情况, 参考白细胞计数, 一般术后 7~10 天, 方可拔除, 不宜过早。④术后每天换药 1 次, 观察伤口愈合情况及引流液量和颜色。

(编辑: 李为农)

肱骨髁上楔形截骨单纯石膏外固定治疗儿童肘内翻畸形

刘春枝 王爱国

(郑州市骨科医院小儿骨科, 河南 郑州 450052)

自 1992~1996 年, 我科对收治的 41 例肘内翻患者采用了肱骨髁上外侧楔形截骨单纯石膏外固定的方法治疗, 31 例获得随访, 疗效满意。

1 临床资料

本组 41 例, 男 32 例, 女 9 例; 年龄 2.3~12 岁。肘内翻角最大 30°, 最小 15°, 其中 15°~20° 10 例, 20°~25° 28 例, 25°~30° 13 例。本组病例均有肱骨髁上骨折病史, 距受伤时间 8 个月~9 年。

2 治疗方法

2.1 术前准备 术前根据患侧及健侧肘部 X 线片测量肘内翻角度, 再加上健侧正常携物角测得截骨角^[1]。

2.2 切口与显露 采用肱骨下段外侧切口, 依次切开皮肤、皮下组织、深筋膜, 暴露肱骨下段, 纵行切开骨膜, 剥离前、外、后侧的骨膜, 保留内侧骨膜做软组织合页。

2.3 截骨 根据术前所测的内翻角的角度, 于尺骨鹰嘴窝上 2.0cm 处测量并刻出截骨线及角度, 用骨刀做楔形截骨, 保留内侧皮质, 取出截骨块。术者一手握肱骨下段, 一手握住肘关节外展肢体远端, 使截骨面逐渐合拢, 肘内翻矫正。

2.4 缝合 助手保持上肢于矫正位, 术者依次缝合外侧骨膜