

骨折复位固定器治疗开放性胫腓骨折 25 例

广东惠州市人民医院(516002) 曾繁华

我院自 1990 年 1 月至 1993 年 6 月,采用孟氏骨折复位固定器治疗 25 例感染开放性胫腓骨折病人,效果满意,现报告如下。

临床资料

本组 25 例中男 19 例,女 6 例;年龄 19~51 岁;开放不稳定型骨折 19 例,其中多发性骨折 3 例,粉碎性骨折 5 例,开放性横断性骨折 6 例;创口按季氏分类法^[1]分类:Ⅰ类 9 例,Ⅱ类 11 例,Ⅲ类 5 例;受伤后入院最短时间为 7 小时,最长时间为 154 小时;在创面部位均找到阳性致病菌。

治疗方法

清洗创口,控制感染后,均采用孟氏骨折复位固定器。选用 3.2~3.5mm 克氏针,部位选择远离原开放创面及骨折端 5~8cm 处,由胫骨骨质中部纵轴线定好穿针点,由内侧向外侧,用手摇骨钻慢速钻穿骨质,按装骨折复位固定器,调整支架到骨折复位,螺母加压两端固定骨折。

治疗结果

本组解剖复位 19 例(76%),临床复位 4 例(16%),因粉碎性多发性骨折,需第二次整复固定 2 例(8%)。创口Ⅰ期愈合 21 例(84%),Ⅱ期愈合 3 例(12%),因皮肤缺损需皮瓣移植 1 例(4%)。骨折端Ⅰ期愈合 23 例(92%),Ⅱ期愈合 2 例(8%),无骨不连情况。住院时间最短的 37 天,最长的 162 天,平均住院 54 天。随访 22 例(89%),余 3 例为外来工人,地址不详。随访时间最长 3 年 8 个月,最短 6 个月。未发现影响日常生活或再次入院行骨折端整复及植骨的病例。

讨 论

本文所治疗的病例,均为经过细菌学检查,找到阳性致病菌者。临床上出现明显红、

肿、热、痛感染症状 18 例(72%)。诊断确切。对严重感染的胫腓骨骨折,若单纯应用牵引或石膏外固定,小夹板固定,骨折位置不易维持,尤其不便观察创口及更换敷料,且长时间的固定易影响关节的功能,治疗效果往往不满意^[2]。而骨折复位固定器可以克服内固定或外固定的不足之处,把骨折整复—固定—活动融为一体。同时,利用克氏针的弹塑性,把等长和等张牵引及支撑杆加压螺母的作用相结合,使骨折断面产生恒定的和间断的生理应力,通过病人的早期活动,促进骨痂生长,加速骨折愈合和创面的愈合。使用骨折复位固定器应注意的事项:(1)对于感染开放性骨折,应按严格无菌操作规程进行创面处理,引流畅通,伤口闭合时机应十分慎重,不应无选择的强求Ⅰ期闭合^[3]。正确的处理创口是预防感染、控制感染、促进愈合、防止骨不连的一个不可忽视的环节。

(2)感染开放性骨折,本身已有感染的创面,故应严格选择使用的时机。本组中有 2 例因创面严重感染,引流不够,入院后即使用骨折复位固定器固定,应用大剂量抗生素,虽然骨折复位固定良好,但仍造成克氏针针道口溢出脓液造成骨感染,行再扩口引流,拆除固定架,等感染控制后再重新使用。故笔者认为,应用骨折复位固定器治疗感染开放性胫腓骨骨折,最好是严重感染基本得以控制后即予使用。(3)合理使用抗生素。

参考文献

1. gnstilo. 开放性骨折分为Ⅲ类法. 骨科新进展研讨会. 武汉市科委摘自国外文献综述. 1991,9,2,珠海.
2. 蔡汝宾,等. 对 158 个胫腓骨干开放骨折伤口闭合问题的探讨. 中华骨科杂志 1989;9(3):186.
3. 郭斌,等. 严重感染的开放性骨折的处理. 中华创伤杂志 1993;9(1),44.