

跟骨骨折内固定术后切口包扎方式的探讨

刘海民

(河南省洛阳正骨医院,河南 洛阳 471002)

摘要 目的:探讨跟骨骨折术后包扎对手术后切口愈合的影响。**方法:**观察跟骨骨折行钛合金接骨板固定治疗的患者 80 例,术后不给予加压包扎,观察切口愈合情况。**结果:**切口甲级愈合 71 例,愈合不良 7 例,感染 2 例,切口甲级愈合率为 88.75%。**结论:**跟骨骨折切开复位钛合金接骨板固定术后不需要加压包扎。

关键词 包扎 跟骨手术切口 愈合

跟骨骨折切开复位钛板内固定术后切口愈合不良是常见并发症之一。有文献报道跟骨骨折手术治疗皮缘坏死发生率为 10%~50%^[1]。骨科临床医师也都在研究如何减低不愈合率。合理的手术入路,细致的手术操作,术后细心的管理,可以减少切口愈合不良这一并发症。跟骨骨折多为粉碎性骨折,骨折复位后局部因为骨质压缩而形成空腔,所以跟骨外侧切口术后渗血较多,许多医师认为跟骨骨折术后切口不愈合是因为切口渗血较多、浸泡皮缘所致^[2]。所以术后应用弹力绷带加压包扎切口,起到止血减少渗出、避免血肿形成、造成进一步感染的目的。为了观察弹力绷带加压包扎对切口愈合的影响,2005—2012 年我们先后收治 80 例跟骨骨折,均行钛合金接骨板内固定,术后只给予普通辅料非加压的包扎方法,就其术后切口愈合的影响进行了观察,现将观察结果总结报告如下。

1 临床资料

共纳入跟骨骨折行接骨板固定的病人 80 例,均为闭合跟骨骨折,无糖尿病,术前经过常规检查,局部肿胀消退后进行手术,采取跟骨外侧切口,骨折复位后,钛质接骨板固定。术后普通敷料不加压包扎。术前及术后应用抗生素预防感染。

2 方法

2.1 术前准备 入院后患肢给予石膏托临时固定,针对肿胀情况给予对症处置,待肿胀消退,水肿消失后再进行手术。术前完善各项检查,跟骨侧位、轴位片,CT 检查了解骨折情况。

2.2 手术方法 跟骨外侧“L”形切口,接骨板固定骨折,减张缝合切口,于“L”形切口两端留置引流条,避免在拐弯处下引流条。

2.3 术后处理方式 术后覆盖方形纱布、棉垫,疏松包扎,及时换药,做到渗出就换药,切口干燥后给予烤灯照射,促进血液循环。术后同样应用甘露醇 125 mL,每天 2 次静脉点滴。应用抗生素预防感染。

3 结果

术后切口甲级愈合 71 例;愈合不良 7 例,经换药愈合;感染 2 例,采取 VSD 负压吸引至感染控制后转移皮瓣覆盖至愈合。甲级愈合率 88.75%。

4 讨论

目前大部分学者认为,对于明显移位的跟骨骨折仍然需要手术治疗,但外侧“L”形切口术后皮肤坏死、感染是跟骨骨折术后不可忽视的并发症。术后大家普遍采取弹力绷带加压包扎切口^[3-4],基于的观点是:跟骨骨折术后渗血较多,长时间的渗出会浸泡皮肤边缘,导致发白,而至不愈合、感染。加压包扎后局部渗血减少,不形成血肿。

但也有人认为不需要加压包扎^[5],虽未阐述原因,但我们经过实践,分析其原因为:跟骨外侧软组织相对较薄,血管分布不规则,分支如树枝,当接近表面,做斜行或水平方向走行,有吻合支但保持独立,血管数目较足底明显减少。切口部位皮肤软组织血循环较差。我们手术切口为“L”形,实际上在切口上方形成了一个“L”形组织瓣,这样的组织瓣,在血液循环丰富的部位,愈合不成问题,但在足跟血液循环差,加上手术中的牵拉、切口上下方供血血管的误伤,导致切口拐角处供血更差。

经过本组病例观察,我们认为,术后将局部软组织瓣视作“皮瓣”来管理为好。术后将软组织瓣加压包扎,造成局部更加缺血,皮缘愈合不良,许多医师认为皮缘发黑、发白、愈合不良是加压不 (下转第 57 页)

快速愈合和缩短修复时间。

大面积皮肤缺损和软组织深部感染创面以往传统的办法主要是采用创面清创换药、包扎治疗及抗感染治疗。治疗中经常出现纱布被渗出物浸湿,导致污染和化脓性感染加重,创面引流不畅,修复周期长,肌腱、骨组织外露创面长期不愈合等情况。我院应用维斯第负压吸引装置后有效的解决了上述问题。经常期的临床应用,我们认为,VSD 可增加局部血液循环,刺激肉芽组织生长,增强组织抗感染能力。并且创面的渗出物及时的吸引掉,创面肉芽生长迅速,无需过多的抗感染治疗,使急性创伤的愈合时间明显加快,感染创面的愈合速度明显加快,部分肌腱外露及部分骨组织外露的复杂病例也能快速形成肉芽组织覆盖外露部分,为二期修复提供了条件。这与陈石玉等^[1]的认识基本一致。

在长期的应用过程中我们发现该方法用于治疗皮肤缺损和软组织感染也存在一些问题,如吸引中因脓性分泌物堵塞管道和生物透性薄膜透气的情况,致使负压消失,吸引失效,经积极更换装置后问题得以解决。因此在应用中应注意以下几点:①贴膜应完全封闭,一旦出现贴膜下积气,创面有渗出液积聚,反而使创面内细菌繁殖加快。使用中应密切观察创面密闭情况及负压情况,及时给予相应处理:有贴膜下积气时要及时密闭创面,有积液时要及时调整负压,冲洗引流管,使积液及时被吸走。②结合全身情况应用抗生素并且加强支持治疗,增加病人营养,积极治疗原有慢性疾病。③及时行细菌培养,及时调整抗生

素,预防耐药菌株生成。④VSD 不能代替植皮,等创面清洁、肉芽生长良好后应及时行植皮或皮瓣移植术。⑤朱磊等^[2]认为:VSD 禁用于大面积骨及内置物外露者,因为基底组织无血供,不会形成肉芽组织^[1]。⑥应用中注意观察引流管是否堵塞,若有堵塞的情况,要及时冲管,排除堵塞物。⑦对于肌腱外露时要选好适应证,若是肌腱外露较多,周围软组织较少时不能应用负压吸引,因为肌腱缺血运,会引起肌腱的坏死。⑧对于骨感染伴小面积骨外露时应注意观察局部骨组织的情况,若经负压引流后肉芽生长不好,不能覆盖骨组织,且骨组织有坏死征象,应停止负压吸引,改行开放换药。⑨若遇大量肌肉等软组织损伤、缺血、厌氧菌感染时;创面周围皮肤有湿疹及癌性创面也不能应用 VSD 负压吸引。⑩牛海明等^[3]认为术后应观测患者体温、脉搏变化,若体温持续升高,则提示引流无效或感染加重,应及时更换敷料并加强抗感染治疗。

5 参考文献

- [1] 陈石玉,罗建光,戚春潮,等.改良负压封闭引流术联合关节腔灌洗治疗骨折内固定术后膝关节内感染[J].中医正骨,2012,24(3):58-59.
- [2] 朱磊,李国庆,王来斌,等.持续封闭负压引流在骨科创伤中的临床疗效观察[J].实用骨科杂志,2010,16(7):534-535.
- [3] 牛海明,魏良昌.负压封闭引流技术结合中厚皮瓣原位移植治疗四肢皮肤软组织缺损[J].中医正骨,2011,23(7):71-73.

(2012-09-17 收稿 2012-12-17 修回)

(上接第 55 页)够、渗血造成的,结果越加压包扎,坏死率越高,进一步发展,就会出现接骨板外露。实际上许多坏死并不是瘀血造成的,局部皮缘瘀青是静脉回流差所致,发白则提示局部供血不佳,这两种情况都说明血液循环已经很差,再在局部加压没有益处,反而起相反作用。最好的办法是术中仔细止血、空腔充分植骨,引流通畅后,及时换药,敷料渗透就给予更换,避免局部瘀血浸泡皮缘,稍有瘀血,可以在换药时用纱布挤出,如果确实渗出较多,可以采取 VSD 负压吸引。渗出在 3 d 左右减少,拔除引流条,局部暴露,给予烤灯照射,促进血液循环和局部干燥。5~7 d 渗血会停止,通过观察,我们得出结论:跟骨骨折切开复位钛合金接骨板固定术后不需要加压包扎。

5 参考文献

- [1] Melcher G, Degonda F, Leutenegger A, et al. The year follow-up after operative treatment for intra articular fractures of the calcaneus[J]. J Trauma, 1995, 38(5):713.
- [2] 徐家宝,陈长松,郭春虎.跟骨骨折术后皮肤坏死的原因分析[J].临床军医杂志,2011,2(1):142-143.
- [3] 李勇,王卫华,贺培盛,等.跟骨关节内骨折术后切口愈合不良的临床分析[J].基层医学论坛,2008,11(12):996-997.
- [4] 林岩生,李陕华,张启明,等.跟骨骨折术后并发症 102 例临床分析[J].海南医学,2006,21(2):92-93.
- [5] 沈明球,赵永红,吕发明.跟骨骨折术后皮缘坏死的分析及预防[J].中国骨伤,2008,22(12):942-943.

(2012-12-03 收稿 2013-02-25 修回)