维普资讯 http://www.cqvip.com

手术治疗，术中证实为阑尾炎穿孔后数条蛔虫经残端涌出，清除蛔虫、脓液后，用甲硝唑冲洗腹腔，并放置烟卷引流条两根，右髂窝一根，盆腔底部一根。第8天拆线，第9天大量脓液经切口溃破涌出，经一般引流换药6 d未愈合而转到上级医院，上级医院清除深部坏死组织后继续引流，使用大量抗生素配合人体白蛋白等增强免疫力的药物，治疗十余天后未愈合转回我院。用上述方法反复中药外敷、引流，换药三次后脓液减少，创口缩小结痂，2 d换一次药，第5次创口基本干燥结痂。

2 结果

创面结痂干燥最快者为创口换药**3**次后(即**6** d)，最长者为换药**7**次后(即**14** d)，痂皮脱落，最后愈合。随访**0.5～1**年，未再复发。

3 讨论

此法适用于广大农村基层：①药源丰富；②成本低，减轻患者经济负担。切口感染难愈合者往往是切口深部感染后形成窦道，深部引流不畅等；常规的外科冲洗创口，清除线头，放置引流条往往要配合大剂量抗菌药的使用，该法的使用是在以上方法一时不起效的情况下使用[1]。大黄主要含大黄素及大黄鞣酸。大黄对葡萄球菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌及真菌均有抑制作用，有增加血小板，促进血液凝固的作用；而鞣酸能抑制分泌，减轻水肿。多种实验性炎症模型表明大黄有明显的抗炎作用：灌胃大黄煎剂能显著抑制马豆油所致小鼠耳肿胀；对大鼠蛋清性、甲醛性足肿胀和大鼠球肉芽肿均有明显抑制作用；大黄对切除双侧肾上腺大鼠仍有抗炎作用。目前认为大黄抗炎作用机理主要与抑制花生四稀酸代谢有关，大黄可抑制环氧化酶，使前列腺素E合成减少，并抑制白三烯B4(LTB4)的合成。而PGE和LTB4均为致炎活性物质。大黄对正常小鼠的免疫功能无明显影响，但对感染模型小鼠，能促进血清溶血素生成，能提高小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能，还能增加脾脏淋巴细胞转化率及白细胞介素(IL-2)的生成[2-3]。此外，大黄在体内有辅助病毒诱生干扰素的作用，可使患者体内干扰素效价增加2倍以上。

此法还可用于其它皮肤细菌感染经久不愈者，如果大黄鲜品找不到，可用土大黄代替。多年来，大黄加入方剂中内服使用的研究报道较多，而外用的研究则相对较少，值得进一步探讨。

[参考文献]

[1] 赵桂平，李英杰，吴庭立. 应用莫匹罗星软膏在外科感染换药的临床体会[J]. 局解手术学杂志，2003，12(2)：154－155.
[2] 杨医亚. 中医学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1985. 63.
[3] 沈映君. 中药药理学[M]. 北京：人民卫生出版社，2003. 194.

(编辑：黄春霞)

急性坏死性筋膜炎的诊治体会

Experiences in diagnosis and treatment of acute necrotizing fasciitis

郭宇林，杨铁成，邢 铭
(鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 坏死性筋膜炎；诊断；治疗
[中图分类号]R686.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)03－0183－02

急性坏死性筋膜炎表现为皮下组织和筋膜广泛性坏死并伴有全身中毒症状的软组织感染。其病程比较凶险，严重者可危及生命，必须引起重视。本院1995年1月至2003年10月收治了14例急性坏死性筋膜炎患者，结合文献复习，本文对此进行总结分析，将其特点与诊治体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例14例，男性10例，女性4例，年龄2～76岁，发病到住院时间为24～72 h不等，平均住院29.5 d。其中各种创伤所致4例，肛周脓肿引起5例，阑尾炎手术后并发3例，原因不明2例。病变发生于右侧腹壁3例，下腹壁1例，肛周及会阴5例，臀及下肢5例。

1.2 辅助检查

全部病例白细胞＞20.0×10^9，部分病例胞质中有中毒颗粒，脓汁培养结果为：11例大肠埃希氏菌生长，致病菌对庆大霉素和头孢类抗菌素敏感，另3例为无菌生长。

1.3 治疗方法

本组均在病变皮肤做多个切口，深达肌膜，每日用双氧水、生理盐水冲洗或用1:10 000高锰酸钾水冲洗，头孢三嗪和替硝唑联合用药抗感染，辅以输血浆及静脉营养支持治疗。

2 结果

两例因并发多脏器功能衰竭而死亡，其余12例均治愈，治

[收稿日期] 2004－02－22 [修回日期] 2004－03－16

维普资讯 http://www.cqvip.com

愈率为85.7%。

3 讨论

3.1 急性坏死性筋膜炎的定义、发病机制与诊断

急性坏死性筋膜炎早在1924年由Meleny提出,是表现以皮下组织和筋膜广泛性坏死同时伴有全身中毒症状的软组织感染。该病由需氧菌和厌氧菌混合感染,具有发病急、进展快、死亡率高的特点[1]。1952年Wilsom在此基础上进行总结,认为本病多发于软组织损伤或皮肤感染,其发病机理为:当致病菌入侵后首先在皮下浅深静脉引起炎性反应,然后在血管和淋巴管内形成血栓阻塞血运和淋巴回流,导致大面积皮肤和皮下浅深筋膜变黑和坏死,并有恶臭渗液,病人同时伴有全身中毒症状,如寒战高热、白细胞升高、表情淡漠、烦躁等。该病的发生、发展与气性坏疽极其相似,二者的鉴别主要是将病变皮肤切开后如发现皮下组织及浅、深筋膜已变黑坏死,而肌肉组织完全正常即可诊断为急性坏死性筋膜炎。

3.2 急性坏死性筋膜炎治疗的探讨

本文认为治疗措施主要包括全身用药和局部处理两个方面[2-3]。①全身用药:应选用两种对致病菌敏感的抗生素联合用药治疗方案,例如每日静滴替硝唑200 ml、头孢三嗪2 g。在治疗中对营养状态较差及老年病人可适当输入适量的全血与血浆等支持治疗,同时要注意酸碱平衡、离子和肝肾功能等,一旦出现异常及时给以调整。对于一般状态良好、又无禁忌证的病人,配合高压氧治疗效果更好;②病变局部的处理:应早期行多个切口引流,控制病情的发展,切口要深达肌肉,彻底清除变黑坏死的筋膜,用双氧水和生理盐水冲洗。当坏死皮肤及皮下组织松动,恶臭浓液较多时用1:10 000高锰酸钾水冲洗,每日1~2次。如果创面较大或愈合后可能会影响肢体的功能活动时,根据实际情况考虑植皮术。

[参考文献]

[1] 吴在德.外科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001.176-181.
[2] 赵维龙,冯克亮.踝关节骨折脱位与下胫腓联合分离的手术治疗[J].局解手术学杂志,2003,12(1):51-52.
[3] 王景治,杨铁成.大血管损伤前急救与手术治疗体会[J].局解手术学杂志,2003,12(3):218-219.

(编辑:张天飞)

67例Pilon骨折的手术治疗效果分析

Analysis of the surgical outcomes 67 cases of Pilon fractures with surgery

银 毅[1],康小平[1],孟 玉[2],李 明[3]
(1.遂宁市人民医院骨科,四川 遂宁 629000;2.遂宁市中医院,四川 遂宁 629000;3.遂宁市卫生局,四川 遂宁 629000)

[关键词] Pilon骨折;手术;疗效
[中图分类号] R683.42 [文献标识码]B [文章编号] 1672-5042(2004)03-0184-02

胫骨下端Pilon骨折是旋转、外展和压缩多种暴力所致粉碎型骨折,多有骨缺损,常伴有腓骨下端骨折和内踝骨折。手法复位外固定不易成功,因此,治疗多采用植骨、克氏针、前臂梯形、小型L型梯形或AO支持钢板(钛钢板)结合拉力螺钉固定[1]。我院自1995年1月至2003年12月共收治此类骨折67例,本文就其临床特点及治疗体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共67例,男42例,女25例,年龄17~70岁,平均32岁。其中闭合性骨折27例,开放性骨折40例。左侧22例,右侧43例,双侧2例。按Ruedi分型:A型12例,B型36例,C型19例。

1.2 治疗方法

对在伤后6 h内入院的患者,如下肢肿胀不明显,则行急诊手术治疗。手术在持续硬膜外麻醉下进行。对于开放性骨折,术中严格清创、碘伏浸泡10 min以上,视开放情况延长切口。闭合骨折作平行胫骨前外侧纵行切口,切口远端弧型跨过内踝远端。显露胫骨骨折端及踝关节,探查关节面的骨折线方向及压缩情况。A型骨折予以克氏针或松质骨螺钉张力带内固定;B型及C型先撬拔骨块,使关节面光滑复位,必要时植骨用克氏针或小拉力螺钉固定,再行远端足部牵引复位。其它碎骨块,根据骨折的具体情况分别选用前臂梯形、小型L型梯型、AO支持钢板(钛钢板)结合拉力螺钉固定。对于B型及C型Pilon骨折复位以术中肉眼观察解剖复位为准。术后常规预防应用抗生素5~7 d,一般勿需外固定,患肢抬高制动3 d后予以CPM被动功能锻炼,术后2周予以主动非负重状态下功能锻炼,8至10周后逐步负重行走。闭合性骨折超过伤后6 h来院予以抬高患肢体位消肿制动、辅以下肢静脉泵、药物治疗约10 d、肿胀消退后手术治疗。开放性骨折超过6 h、污染挫伤严重者,清创后予以外固定,个别病例Ⅱ期内固定。

1.3 结果

上述67例患者进行门诊随诊及康复指导6~12个月,平均

[收稿日期] 2004-02-18 [修回日期] 2004-03-28