DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.03.021

经验交流

甲硝哒唑预防吻合血管术后感染的临床研究

李慧增 孙 远 樊东力 邓红镭 史文进 王渝宁（西南医院 口腔科）

污染切口术后感染率18.4%[1]，口腔颌面吻合血管术后感染26.7%[2]。降低术后感染率是外科重要课题之一。我科自1985年6月至1990年6月按收治次序随机分组，A为用药组33例，B为对照组32例。A组术后感染率明显降低，报告如下：

1 资料与方法

A组术前用甲硝哒唑，B为对照组。A、B两组临床资料见表1。术后感染标准为伤口化脓。

表1 临床资料

	性别		病种		游离皮瓣		
	男	女	口腔癌	良性肿瘤及外伤	前臂区(肌)皮瓣	小腿(肌)皮瓣	其他瓣
A	26	7	22	11	27	3	3
B	26	6	25	7	30	1	1

A组术前3天口服甲硝哒唑0.2g，日3次及该药溶液（1:1250）嗽口日4次，A、B两组术后均常规用青、链霉素。其他相关因素两组均无显著性差别（$P>0.05$）（表2）。

表2 A、B两组相关因素（$\bar{x}$）

	A	B	t或χ^2值	P
年龄	45.94±14.12	45.63±13.93	$t=0.0870$	>0.05
术前待手术日（d）	14.24±5.44	13.25±6.58	$t=0.4370$	>0.05
手术时间（h）	8.27±1.90	8.34±1.61	$t=0.1601$	>0.05
术前感染	6	7	$\chi^2=0.1384$	>0.05

2 结果及分析

65例术后总感染率为15.38%，A组6.06%，B组25.00%，（$P<0.05$）（表3）。两组病例术后感染率有显著性差别，表明甲硝哒唑降低此种手术后感染有效。

65例皮瓣总成活率98.46%，A组为100%，B组96.88%，（$P>0.05$）（表4）。两组成活率无显著性差别，表明用药及感染对皮瓣成活率无明显影响。

3 讨论

甲硝哒唑为杀滴虫药。Shinn[3]用该药治疗滴虫病时，偶然发现患者牙周炎痊愈。近年来该药治疗厌氧菌感染取得满意效果。口腔感染大部为厌氧菌所致，高者可达100%[4]。本

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表3 甲硝哒唑预防术后感染效果

	例数	感染数	发生率%
A	33	2	6.06
B	32	8	25.00
共计	65	10	15.38

$\chi^2 = 4.3966$ $P < 0.05$

表4 A、B组皮瓣成活率

	例数	成活	失败	存活率%
A	33	33	0	100.00
B	32	31	1	96.88
共计	65	64	1	98.46

$\chi^2 = 1.0473$ $P > 0.05$

组对15例化脓感染行厌氧菌培养，9例阳性，检出率达60%。吻合血管手术和初期常因感染失败[6]，近年来随血管吻合技术提高有学者[2]认为该种手术后感染皮瓣亦能成活，关键是血管吻合技术而并非感染问题。本研究表明用药及感染与否对游离皮瓣成活率无明显影响。作者认为口腔颌面血管手术术后感染率高与以下因素有关：（1）Cruse[1]统计污染及污秽切口术后感染率分别为18.4%和41.8%。口腔颌面腔隙多，即使术前口腔清洁、术中反复冲洗，要达到无菌操作是困难的，且术前已有20.0%患者病灶合并感染；（2）手术每延长1 h，术后感染将成倍增长[6]。血管手术复杂、时间长，本文A、B两组平均均在8 h以上，局部冲洗很难清除已侵入组织内致病菌；（3）此种手术范围大、创伤重，本文72.3%（47/65）为晚期口腔癌患者，需行病灶切除颈淋巴清扫，结扎线头术后形成异物。术后需用血管扩张及抗凝药，使难于彻底止血的口腔手术更易形成血肿。而创伤、异物及血肿均是术后感染的重要因素[7]；（4）晚期口腔癌患者进食难、营养差、抵抗力低，免疫机制受抑制，加之手术创伤大，术后局部组织反应性水肿重而供血不足，使局部组织氧化还原电位差（Eh）降低，有利于厌氧菌繁殖[7]。本文术后感染10例，其中9例发生于此种患者(90%)；（5）本文38.46%(25/65)的病例手术期在6月～9月，本地区此时室温高达30℃～38℃，是术后感染的又一因素；（6）清洁手术，术前住院期越久术后感染率越高，术前住院1日其术后感染率为1.1%，1周为2.0%，2周以上为4.3%[6]。本文病例术前化疗两组平均待手术日超过和接近2周，增加了患者交叉感染机会。

实践证明术前用甲硝哒唑预防口腔颌面吻合血管术后感染有明显效果，设想该药用于此种手术围手术期，效果可能更佳，有待于实践。

参考文献

1. Cruse, PJE. Incidence of wound infection on the surgical sevices. Surg Clin North Am 1975; 55(6):1269
2. 李慧增 李锐球 梁绍华，等。游离组织瓣整复口腔颌面缺损的研究。第三军医大学学报 1987; 9(1):87
3. Shinn, DLS. Metronidazole in acute ulcerative gingivitis. Lancet 1962; 1:1191
4. Chow AW, Roser SM, Brady FA, et al. Orafacial odontogenic infection. Ann Intern Med 1978; 88(3):392
5. Finseth F, Kavarana N, Antia N, et al. Complication of free flap transfers to the mouth region. Plast Reconstr Surg 1975; 56(6):652
6. Bucknall, TE. Factors affecting the development of surgical wound infections:a surgeon' sview. J Hosp Infect 1985; 6(1):1
7. Finegold SM, Rosenblatt JE. Practical aspects of anaerobic sepsis. Medicine 1973; 52(4):311

(收稿：1990.07.06；修回：1991.03.12)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net