维普资讯 http://www.cqvip.com

肤亦可成活。因为肢体脱套后留下了良好的皮床，多孔引流和加压包扎使皮套和皮床紧密接触，术后使用扩血管药物给皮床造成了良好的营养环境，皮套成活率高，既使有小面积皮肤坏死，亦给早期修复创面，防止感染奠定了基础。皮肤上数个小孔及时引流出皮床的积血及渗液，这也是多孔植皮套成活率高的又一关键所在。

"多孔引流加压包扎，原位皮套回植"所植皮是超全厚皮片，它保留了皮肤的全部结构和机能，皮下组织再生能力强，因此成活后肢体丰满柔软、有弹性、耐磨耐压（尤其是足底皮肤是其它任何部位皮肤难以替代的），肤色正常。由于超全厚皮套内神经终末小体尚存，所以各种感觉恢复良好。作者 27 例患者的成功救治。恢复肢体功能证明，多孔引流加压包扎原位回植皮套植皮法在肢体皮肤剥脱伤治疗中优于断层植皮法。

（收稿日期：1995－10－24）

黑斑息肉病 1 例

广东省三水市人民医院　徐伦山
第一军医大学南方医院　孙大成
（广东三水，邮政编码 528100）

黑斑息肉病，即胃肠道息肉伴粘膜，皮肤色素沉着症，又称 Peutz-Jeghers 综合症。1921 年 Peutz 首先描述多发性小肠息肉合并唇、口腔粘膜和手指黑色素沉着，发生于一家三代 7 人。1949 年 Jeghers 报告 10 例，此后文献中相继有此病报告。迄今，国内报道有数十例。我们近期在手术中见到一例，报告如下：

病史摘要：患者李瑞金，男性，25 岁，未婚。因左上腹疼痛呈阵发性绞痛，疼痛时左上腹出现色块、缓解时包块消失。症状持续三天，门诊以"腹痛、腹部包块原因待查"收入院。

体格检查：T：36.3℃，P：82 次/分，R：20 次/分，BP：18/13.5KPa，痛苦面容。全身无黄染征象，口唇可见散在的圆形黑斑，手掌和足底均有大量散在的色素斑点，浅表淋巴结无肿大。心肺无异常。腹略胀，左上腹可见一肿块，触诊面约 7×8cm²，质软，表面光滑，边界清楚，无明显压痛，不移动。肠鸣音活跃。内裤有新鲜血痕。

实验室检查：白细胞计数：WBC 22.3×10⁹/L，Sg：82%。腹部透视见少许肠腔积气。

初步诊断：肠套叠，原因未明。

入院后行抗炎治疗，症状未见好转，继而作术前准备，行剖腹探查。

术中所见：空肠近蔡氏韧带 100cm 处有完全性套叠，手术复位。经触摸后剖开肠腔，见空肠内多发性息肉，直径由 0.5cm 至 3cm 不等，计 20 多个，行含全部息肉在内约 200cm 空肠段切除，行空肠－空肠端端吻合术。另在吻合口下约 100cm 处发现一孤立息肉，直径约 3cm，行肠壁切开息肉摘除术后缝合。

病理诊断：黑斑息肉综合征。

最后诊断同上。

讨论：①P－J 综合症是一种少见的家族性疾病。病理上以胃肠道多发性息肉和口唇、口腔粘膜以及面部、手指的黑色素沉着为其特征。②肠道息肉结构与腺瘤性息肉不同，息肉的上皮细胞成分与正常小肠的相同，杯状细胞比例无改变。③本病呈孟德尔显性遗传，有很高的外显率，一个家族中有多人患此病者并不少见。病人及家属常否认有类似病史。④P－J 综合症是否会恶变，尚存争议。以往报告有癌变者，是因见到上皮细胞的核分裂相，或上皮组织长入粘膜下层，但尚不足以诊断为癌。有人认为，即使发现息肉内有癌存在，是否为与癌前期腺病理息肉并存，抑或确为癌变，尚难定论。倘有恶变，恶变率较低，报告为 2.4～3.4%。⑤P－J 综合症病期长短难以判断，有人认为肿物于幼儿期或已出现，盖因病灶过小无症状表现而已。⑥目前认为小肠息肉属良性非增生性错构瘤（Hamartoma），少有恶变。⑦治疗上，对本病多主张非手术疗法。有人认为息肉常易引起肠套叠等并发症，并可酿成不良后果，主张手术治疗。

（收稿日期：1995－04－01）