皮肤移植，大块中厚皮片，感染创面，

维普资讯 http://www.cqvip.com

有不甚完整的纤维包膜。剖开其内可见组织含有纤维化和钙化等变性，往往并发囊内出血[2]。

讨　论

一、甲状腺包囊分为真囊和假囊两部分，假囊又称鞘，由气管前筋膜形成，真囊即由腺体结缔组织聚集所成，与腺体紧密相连不能分开。在真、假囊之间有一间隙，其内除含有少量疏松结缔组织外，没有血管神经通过，它是甲状腺游离之所，外科学家称之为“外科间隙”[3]，在病理情况下囊壁变厚有称之为“病理外科间隙”者。

二、能否准确显露“病理外科间隙”是结节性甲状腺肿切除术成败的关键[1]。在结节性甲状腺肿的病例中，甲状腺假囊与其浅面的舌骨下肌群都有不同程度的粘连，同时结节性肿物引起解剖方位的变化，在手术中解剖层次往往难以分清，而“病理外科间隙”是相对恒定的，除非术前多次作过针灸或其他原因引起感染者外，这个间隙始终存在。

三、根据我们的经验，在整个操作过程中准确找到“病理外科间隙”并使之充分显露是至关重要的。具体方法是将舌骨下肌群横断结扎后，钝性分离腺肿表面疏松结缔组织，直至呈现白色或兰紫色的假囊，于假囊隆起最高处将其切开，分离其内的蜂窝组织，直至在腺肿表面出现光滑致密的纤维膜时即找到真囊。分离切除腺肿应在真、假囊之间即“病理外科间隙”内进行，否则将致术中大量出血不止。术中要注意随时控制腺肿出血，并保留腺体侧叶内后份的完整性。万一处理困难，应改变方向进行之。我们按上述方法，本组全部病例术中均准确显露“病理外科间隙”，无一例合并术中及术后大出血，无一例损伤喉返神经和甲状旁腺者。

参考文献

1. 何署生．手术治疗地甲病 267 例，陕西新医药 1979；126.
2. 黄家驷，吴阶平．外科学，北京：人民卫生出版社 1979；1：408—428.
3. 邝公道译．外科手术的错误及其危险（上册），上海：科学技术出版社 1960；172.

（收稿：1994—08—17）

43—44

大块中厚皮片在感染创面的应用

石家庄市焦化厂职工医院外科　张宪军　赵朝琳

（河北石家庄，邮政编码 050031）

R622.1
R630.5

功能部位深度烧伤及急诊外伤性皮肤缺损的治疗，采用早期切、削痂移植大块自体中厚皮的效果已被人们公认。对已失去早期切削痂时机的感染创面，传统的方法采用肉芽创面上移植邮票式皮片封闭创面。此法虽也能封闭创面，但愈后常遗有较严重的疤痕挛缩，尤以关节部位常引起功能障碍，需Ⅱ期整形矫正。我们市三院自 1991 年 10 月至 1993 年 5 月对烧伤及外伤感染创面行大块自体中厚皮片移植 40 例获得较好的功能治疗效果，避免二次整形治疗，缩短了病程，减轻病人痛苦，现报告如下：

临床资料

一、本组病例：40 例，共 62 个部位。男性：31 例。女性：9 例。其中烧伤：9 例。外伤：31 例。年龄最大 62 岁，年龄最小 5 岁。

二、植皮部位：四肢多。上肢：62.85%，下肢：37.18%。

附表．　植皮部位：

部位	手	前臂	肘关节	上臂	足	小腿	膝关节	大腿	躯部	合计
数量	4	18	8	9	6	5	5	4	3	62
%	6.451	29.03	12.9	14.52	9.68	8.064	8.064	6.451	4.84	100

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、植皮时机：伤后 20 天内行扩创植皮者 10 个部位，伤后 21～30 天植皮者 30 个部位，伤后 30 天以后植皮者 22 个部位。

手术方法

一、术前准备：肉芽创面植皮术前应常规作创面分泌物细菌培养及药物敏感试验，选择对细菌敏感药物局部外用或湿敷，以减轻或控制感染，每日交换敷料一次，达到植皮要求为止。

二、对新鲜肉芽创面大块中厚皮片移植：术前常无须特殊处理，因这类肉芽健康，血运丰富，植皮成活率高，只需清除创面脓液及肉芽表面的脓苔，1%的新洁尔灭溶液浸泡创面 5 分钟后盐水冲洗，或以庆大霉素、氯霉素溶液浸泡拭净即可受皮。植皮后皮片边缘间断缝合，留线打包，外层再以厚纱布包扎固定。术后一周首次交换敷料，本组这类创面 10 个部位，成活率达 100%。

三、对水肿肉芽创面大块中厚皮片：术前数日应积极准备。常以庆大霉素＋高渗盐水溶液浸泡。此类创面由于多种原因而不能植皮，水肿肉芽高出皮肤，苍白、血运差，创面分泌物培养多有金黄葡萄球菌感染。术中用刀片将水肿肉芽组织及其下部疤痕组织一并清除。1%新洁尔灭溶液浸泡 5 分钟后盐水冲洗，拭净、压迫止血后即可受皮，皮下常规注入庆大霉素及氯霉素，皮片与创面周围皮肤间断缝合，留线打包。厚纱布加压包扎。本组属这类创面者 52 个部位，均获 100%成活。

体　会

通过对 40 例病人 62 个部位不同感染创面，大块自体中厚皮片移植 I 期消灭创面。我们体会到：

一、这一手术方法具有手术次数及交换敷料次数少，病人痛苦少，外形美观，住院时间短，大大减少医生及护士的工作量，同时也减轻了病人的经济负担等优点。

二、对晚期苍老，水肿不健康的肉芽创面清创时，除彻底刮除干净外，抗菌素溶液浸泡，有效地杀灭创面残存细菌，是感染创面大块植皮手术成功的重要措施。

三、刮除水肿的肉芽组织，新鲜创面压迫止血应彻底，移植皮下无血液，血清，使皮片着床紧密，避免皮片漂浮，是皮片成活的关键。

参考文献　略

（收稿：1994—09—16）

气浪冲击伤致小儿食管破裂误诊分析

河北省儿童医院胸外科　王贤书　马文海　冯智英　王明海　林　薇

（河北石家庄，邮政编码 050031）

患儿，女，2 岁 6 个月，4 个前玩耍时用嘴啃人力车外露内胎，车胎爆炸，气浪冲入口腔。当时口腔出血，头颈部肿胀，呼吸困难。在当地医院就诊，查咽部一伤口，长约 2cm，缝合 4 针，拍胸片诊断为“肺挫伤”，抗炎等治疗，症状不缓解，并出现高热，体温达 39℃，1 天前转院治疗再拍胸片示“右侧气胸”。先后转院 5 次。到我院就诊时已伤后第 4 天。查体：T38.8℃，精神萎靡，呼吸急促，发憋，颈前有皮下气肿，右肺呼吸音低，血常规，血色素 123g/L，白细胞 13.0×10^9/L，中性 78%，淋巴 22%。门诊以①右气胸②支气管破裂③食管损伤待除外收住院。

手术情况：入院后立即于局麻下行右胸穿刺术，抽出部分气体及少许粘液，随放胸腔闭式引流，观察无明显液、气体外溢、胸透右肺仍未膨胀，颈前仍有皮下气肿，考虑有食管破裂可能，于入院后 36 小时做上消化道造影，示钡剂流入胸腔，诊断外伤性食管破裂。立即于全麻下行右侧开胸探查术，术中见整个壁层胸膜肥厚，全脓胸、肺脏压缩约 50%、表面覆盖脓苔、清理脓苔，吸除脓性粘液约 100ml，剥脱脏壁层纤维板。见上段纵隔胸膜裂开约 8cm，胸段食管未见裂口，术前下胃管从胸膜顶部食管床穿出，诊断颈部食管破裂，分别用盐水，灭滴灵液冲洗胸腔，沿食管床纵隔胸膜裂开处放一多孔橡皮管做闭式引流。另开腹做胃造瘘术，拔除鼻胃管。术后从胃造瘘管注入营养素，抗