维普资讯 http://www.cqvip.com

创解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

多孔引流加压包扎皮套原位回植术治疗四肢袜套样剥脱伤

解放军第 209 医院 王建民
（黑龙江牡丹江，邮政编码 157011）

肢体大面积袜套样剥脱，是一种严重损伤，在交通及机械事故中发生率较高。如不及时处理或处理不当可造成肢体残废、甚至截肢。

我院自 1988～1994 年共收治 27 例肢体袜套样损伤患者。多数采用清创后多孔引流，加压包扎、皮套原位回植法修复创面，取得了满意效果。

临床资料

本组 27 例病人，男 20 例，女 7 例。年龄最大 51 岁，最小 9 岁，平均 30 岁。受伤部位主要在大腿、前臂、小腿、足；其中大腿 12 例，前臂 10 例，小腿及足 5 例。左侧 9 例，右侧 18 例。

受伤机理：上肢主要是工作中手、前臂卷入机器内，下肢主要是车轮轧伤，均系碾转挤挫性暴力直接作用于受伤肢体，与肢体保护性急剧扭曲及收缩运动，造成肢体皮肤、皮下组织潜行剥离呈袜套样剥脱。

在"多孔引流加压包扎、原位皮套四植法"中 18 例采用多孔超全厚皮套原位缝合修复创面，9 例因剥脱皮肤缺失而做了游离补充植皮，18 例多孔皮套植皮生存率 96%6 例，100%12 例，平均生存 97.5%。

手术方法

多孔引流加压包扎、原位皮套回植法手术在麻醉下进行。如并发休克的病人，必须首先进行抗休克治疗，同时在积极抗休克的措施下进行手术。

大面积皮肤剥脱伤造成休克的原因是活动性出血，因此补充血容量是抗休克的基本措施，如果患者明显失血，应立即输血，没有全血可输入血浆代用品，早期 500ml 毫过晚期几千毫升，同时给晶体及纠正酸中毒。

患肢用肥皂水常规涮洗 3 遍，2%过氧化氢溶液冲洗创口，然后 1%新洁尔灭溶液冲洗伤肢，继而用碘酒、酒精消毒皮肤，再进行彻底清创。在清创中把脱套皮肤进行翻转，剪除挫伤严重及失活组织、皮下脂肪，达到全厚皮肤要求。术中脱套皮肤有极小的蒂与健康组织相连，亦不要轻易将其离断。既使有轻、中度挫伤反映，也要修剪后留用不要遗弃，最后修剪皮缘，皮缘修剪完毕后，象穿袜一样缝合固定在伤肢上。在皮套上以 3.0cm 左右间隙沿肢体长轴纵行戳切数个小孔，尤其肢体突出或凹陷部位必须戳孔以缓解皮套张力，使皮套与皮床密切接触。回植皮套不能完全覆盖创面，取中厚皮片补充。

创面修复后，用抗生素盐水浸湿纱布 1～2 层平铺在皮套表面，再用无菌干纱布数块均匀堆压在患肢凹陷及突出部位，然后棉垫加压包扎，压力以不影响患肢末梢循环为度。包扎完毕后，行石膏托外固定。术后给肌注破伤风抗毒素、抗生素预防感染，同时给扩血管药物，以扩容血管床。术后第 2 天渗出较多、如有敷料浸透，需及时更换，保持皮床干燥及引流通畅，两周拆线，拆线同时去除外固定石膏。如发现皮套上有干性坏死区，待界限清楚后，应剪除。剪除后继续换药或邮票状植皮，定期更换敷料至痊愈。

疗效观察：18 例病人分别 1～5 年随访发现，多孔引流加压包扎，皮套原位回植部位，肢体丰满，肤色正常，皮肤弹性好，感觉良好。尤其是足底皮肤、任何其它部位皮肤难以代替。游离断层植皮，肤色暗，皮下脂肪少，活动度差，感觉迟钝。

讨 论

肢体大面积皮肤剥脱伤，如何修复创面、防止感染、最大限度地恢复肢体功能是治疗关键。目前修复方法：1)将脱套皮肤全部切除，另取健侧或躯干断层皮片。2)鼓式取皮机从没有挫伤的皮肤上，削切断离皮片行游离植皮。

完全废弃脱套皮肤，不仅是浪费而且造成供皮区的大面积损伤、况且给病人增加更多的痛苦。用鼓式取皮机取皮，不仅操作复杂费时，而且植皮远期放效果不佳。我们采用剪刀从剥脱皮肤上，修剪成超全厚皮套、行多孔引流加压包扎植皮，方法简单，容易掌握，清创彻底，皮片质量高，不需要特殊设备及技术条件。实践证明多孔引流加压包扎，皮套原位回植法、植皮成活率高，既使轻度挫伤皮

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）