DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.05.026

为罕见。这些核型的发现，对进一步研究反复流产夫妇染色体变异的规律及其特点、探索导致反复流产的本质，都将增加新的内容和作用。

关键词 染色体核型；流产

（收稿：1990.09.07；修回：1991.07.15）

用刃厚皮覆盖中厚皮供区的临床效果

艾深海 黎 鉴 井沢洋平* 平松三男*（第三军医大学西南医院 烧伤研究所）630038

在烧伤整形外科中，经常遇到中厚皮供区愈合时间延长，需2周～3周。因而增加了感染的机会，愈合以后留下丑陋的疤痕，为了解决此问题，许多作者[1]进行了多种尝试，均不满意。笔者对中厚皮供区进行刃厚皮覆盖，其结果十分满意。

1 病例及方法

1.1 临床资料

男45例，女60例，年龄3岁～65岁，烧伤后期整形93例次，早期切削痂12例次，中厚皮供区面积100 cm^2～360cm^2，中厚皮厚度为0.44mm（0.44±0.15），刃厚皮厚度0.2mm～0.3mm，中厚皮供区为大腿80例次，胸部8例次，腹部17例次，刃厚皮供区为腹部90例次，头皮7例次，胸背部8例次。

1.2 方法

植皮组：根据所需皮片大小，用派氏切皮机切取供修复之用的皮片，供区用1:1万肾上腺盐水纱布覆盖止血，再从其他部位用剃刀片徒手切取刃厚皮片。完全覆盖于中厚皮供区，包堆包扎，5d后开启创面，记录皮片生长情况。

对照组：采用自身对照，用同样方法切皮，但以凡士林油纱布包扎。创面愈合后用弹性绷带包扎。

愈合标准评定：皮片成活，皮片之间微小间距封闭为愈合时间。对照组5d后除去外敷料，每天观察，以完全上皮化，局部干燥，内层凡士林纱布能顺利揭下来为愈合时间。

随访记录：术后5d，10d，15d，20d，均记录创面生长情况，必要时拍彩照记录，出院后门诊追踪随访，观察供皮区的外观，柔软度及瘢痕增生情况，进行比较对照。瘢痕厚度的测定方法多采用右手拇指与食指捏测定其间厚度的一半[2]，其中5例进行了B超测定，并与指捏法比较，3例在手术切除瘢痕后，用测厚仪及直尺测量。

2 结果及讨论

2.1 105例中厚皮受区皮片全部成活，仅1例小儿因缝线固定裂开2cm长，经植皮愈合。

2.2 105例中厚皮供区103例手术后第5d愈合，2例于术后第7天愈合。植皮组平均愈合时间为5.31±2.11d，对照组15.31±5.91d。二者有显著差异，（$P<0.01$），刃厚皮供区平均愈合时间为7.11d±1.01d。100例（95.2%）获得随访，3个月后植皮组平坦、光滑而对照组充血、疤痕增生，6个月后及1年后，植皮组无明显疤痕增生，表面光滑柔软、而对照组均有不同程度的疤痕增生，奇痒发红，疤痕厚度平均为4 mm±2.5mm，最厚者达7mm。

---

* 日本中京病院热伤中心

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

从这些结果看，植皮组是显著优于对照组，其原因是供皮区及时覆盖了刃厚皮片，肉芽增生极少，因而远期疤痕少，避免了丑陋外观，乐于为病人接受。此外由于供皮区愈合快，避免了感染，减轻了病人的痛苦，缩短了住院时间。本法的缺点是：增加了供皮面积，也相对增加了手术时间，本组病例中，100cm²的中厚皮供区需要130cm²的刃厚皮供区，粗看是很不合算，其实我们的刃厚皮只有0.2mm～0.3mm厚，供区愈合快，而且愈合以后不留疤痕，且可多次反复供皮，相对增加了供皮面积。如果用头皮就更好了。

2.3 本法技术简便，极易推广，市售的剃刀片即可采取合格的足够薄的皮片。而本法是否成功，其技术关键有两点：一是皮片必须“薄”，务必使供皮区在7天内愈合，否则供区会留下疤痕，二是中厚皮供区必需完全覆盖，尽量不留下间隙，以免发生条状疤痕增生。

关键词 烧伤；中厚皮；刃厚皮；供皮区疤痕；植皮术

参 考 文 献

1. 石田宽友。図臨牀形成外科講座。メバカルビツ社东京
2. 青山久，梅田敬子，铃木康治，等。熱傷後瘢痕クロイドの厚み，赤み，表面温度，および血管の经時的動態。熱傷 1976；3(1)：55

（收稿：1990.11.27；修回：1991.03.24）

（上接476页）

例，丘脑1例。Shokry[1]认为生殖细胞瘤滋养层细胞产生HCG，诱发性早熟，这也许是颅内生殖细胞瘤共同的表现。Handa[3]认为血AFP、HCG、CEA增高是生殖细胞瘤的标记物。免疫组织化学证实上述抗原在生殖细胞瘤中存在，支持上述论点[2]。因而当该瘤位于“典型”部位并有标记物增高时可以定性诊断[3]。Ono总结了7例儿童基底节区生殖细胞瘤，5例标记物阳性。本例术后标记物阴性，可能与术后血标记物含量下降有关。生殖细胞瘤对放射线高度敏感，单纯放疗也可取得良好疗效，但丘脑基底节区该瘤定性困难，加之对丘脑肿瘤直接手术有增高趋势，故应直接手术或立体定向活检，确诊后放疗。对丘脑肿瘤尤其是儿童患者，应行HCG、AFP、CEA及脑脊液细胞学检查，若能达到定性诊断，可直接放疗，否则应力争手术。为防止肿瘤脑脊液播散，还应作预防性神经轴照射。

关键词 生殖细胞肿瘤；丘脑；放射治疗

参 考 文 献

1. Shokry A, Janzer RC, Von Hochestetter AR, et al. Primary intracranial germcell tumors. J Neurosurg 1985；62：826
2. Ono N, INroshi HK, Naganuma H, et al. Germ cell tumor in the basal ganglia. Surg Neurol 1986；25：495
3. 张保民 王宪荣 冯 华。第三脑室后部肿瘤治疗的探讨。第三军医大学学报 1988；10：338

（收稿：1991.03.20；修回：1991.07.19）

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