DOI:10.16016/j.1000-5404.1980.03.019

影响者为31人次（28.7%），无明显影响或稍有影响者77人次（71.3%）。有的植皮间距约1厘米者，三周左右去除人工皮，自体皮仍未融合。但在去除人工皮2—3天后，自体皮逐渐扩展，皮片融合成片。因此，我们认为影响自体皮扩展的原因主要与41型人工皮贴附过紧、占位有关。

2．目前，国内人工皮已有数种，由于取材和工艺不同，其性能和功用也不尽相同，各具优劣。如不注意它们各自的特点，正确选择适应症和使用方法，就不可能得到予期的效果。根据41型人工皮上述特点，一般以用于早期切、削痂植皮创面和新鲜Ⅱ度创面较好，肉芽创面不宜植皮时，也可优选应用，作为清创敷料，保护和准备创面，为自、异体植皮创造条件。为避免过多肉芽长入丝绒内或从引流孔中膨出，人工皮不易去除，阻碍自体皮生长扩展等缺点，一般应在8—10天更换一次人工皮为宜。更换尽量整张撕下，勿留碎片，如创面有出血，应止血后再贴41型人工皮，不然将易于积液和感染。供皮区及削痂不植皮的创面最好不用，以免延长创面愈合时间。此外，在切痂创面，如果一时自体皮供应不上，也可先用41型人工皮复盖，待有自体皮后，再揭去人工皮，进行植皮或改用大张异体皮开洞嵌入小片自体皮。但人工皮贴附时间不宜过长，如自体皮源一时供应不上时，可在10天左右更换一次人工皮。41型人工皮未加抗菌素，本身也无杀菌作用，应用时根据病人创面情况，可选用一些抗菌素，以提高抗感染的能力。

3．41型皮还具有透明度较好和消毒方便、来源广和工艺简便等优点。但此皮除上述占位影响外，还存在可塑性不够理想，易破碎等缺点，有待进一步改进。

参 考 文 献

1．第三军医大学野战外科研究所等：《204》复合型人工皮临床应用总结，科研资料汇编（《204》复合型人工皮部分）第18页，1979年1月。

2．南京军区总医院：Ⅱ号人工皮临床资料第8页，1975年。

3．Olusawanmi J., et al; The Journal of Trauma 16(5):348, 1976年。

T41型人工皮临床应用总结

第一附属医院烧伤研究室

尤忠义　朱佩芳　康绍禹　王天乙　李进年

吴志谷　王　墩　李再香　姚正平

T41型人工皮系在41型人工皮的基础上改进而成，自1978年3月开始经30个医院临床应用，至1979年9月，共收集病例近200例，其中有完整资料的104例（123例次）。临床应用情况如下：

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

一般情况

在104例中，男性69例，女性35例。儿童18例，成人84例，老年2例。最大年龄73岁，最小年龄1岁零三个月。火焰烧伤65例、烫伤18例、化学烧伤7例、电击伤3例、其他原因的伤11例。烧伤面积在50%以上者17例、31～50%22例、11～30%37例、小于10%者为28例。最大烧伤总面积为96%，Ⅲ度为88%。

应用情况

一、使用方法：共分五组

1. 切痂组：本组切痂创面使用人工皮情况有三种：一是植自体皮后，随即覆盖人工皮；二是单纯覆盖人工皮，3～5天后，揭去人工皮植自体皮，再覆盖人工皮；三是单纯覆盖人工皮，3～5天后，在人工皮上打洞嵌植自体皮，此法采用甚少。

2. 削痂组：削痂后创面植自体皮，然后覆盖人工皮，或单纯覆盖人工皮。

3. 肉芽组：脱痂或剥痂后的肉芽创面植自体皮时覆盖人工皮，或单纯覆盖人工皮待机植皮。

4. 清创组：Ⅱ度创面清创后单纯覆盖人工皮。

5. 供皮组：单纯覆盖人工皮。

二、使用面积：123例次中（表1）应用人工皮的面积小于体表面积5%的78例次（占63.4%）、6～10%23例次（占18.7%）、11～20%20例次（占16.3%）、21～30%1例次（0.8%）、31%以上1例次（0.8%）。一次使用最大面积32%，一例数次累集使用最大面积50.5%。

表1　　各组创面T41人工皮使用例次

组别	使用面积（体表面积%）					
	＜5	6～	11～	21～	31～	合计(例次)
切痂	8	10	10	…	…	28
削痂	15	5	3	1	1	25
肉芽	18	4	4	…	…	26
清创	9	3	3	…	…	15
供皮区	28	1	0	…	…	29
合计	78	23	20	1	1	123
%	63.4	18.7	16.3	0.8	0.8	100.0

注：　5　6～表示人工皮使用面积（体表面积%）

三、使用部位：123例次中用于四肢的83例次（占67.5%）、躯干36例次（占29.3%）、特殊部位4例次（占3.3%）。

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

临床效果

一、T41皮与创面的贴附率(表2)：123例次中，T41型皮与创面保持贴附面积大于81%的90例次（占73.2%），51—80%的14例次（占11.4%），小于50%的19例次(占15.4%)。其中以切、削痂贴附率为最好，贴附面积大于81%者分别达本组创面例次的89.3%与84%，肉芽组的贴附率最低。

二、T41皮皮下积液情况：积液程度分为无、少、多三类。无：指覆盖于T41皮的敷料

表2　　T41型人工皮与创面的贴附率

组别	人工皮与创面贴附面积(%)			
	<50	51～	81～	合计
	例数			
切痂	2	1	25	28
削痂	4	…	21	25
肉芽	9	4	13	26
清创	2	1	12	15
供皮区	2	8	19	29
	百分率(%)			
切痂	7.1	3.6	89.3	100.0
削痂	16.0	…	84.0	100.0
肉芽	34.6	15.4	50.0	100.0
清创	13.3	6.7	80.0	100.0
供皮区	6.9	27.6	65.5	100.0

注：<50、50～表示人工皮与创面贴附的面积(%)。

表3　　各组创面人工皮下积液情况

组别	积液程度			
	无	少	多	合计
	例次			
切痂	8	16	4	28
削痂	7	13	5	25
肉芽	6	14	6	26
清创	4	8	3	15
供皮区	18	8	3	29
	百分率(%)			
切痂	28.6	57.1	14.3	100.0
削痂	28.0	52.0	20.0	100.0
肉芽	23.1	53.8	23.1	100.0
清创	26.7	53.3	20.0	100.0
供皮区	62.1	27.6	10.3	100.0

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

干燥，肉眼看不到T41皮下有积液；少：T41皮外的敷料稍有潮湿，人工皮下可见少量散在的积液，但人工皮大部贴附于创面（大于80%以上）；多：T41皮外的敷料两层以上纱布湿透，且明显可见人工皮下有积液，大部分人工皮与创面分离（超过50%）。效果最好的为供皮区，其次为切痂创面，最差为肉芽创面（表3）。

三、自体皮成活、扩展情况：由于清创组和供皮组未贴自体皮，而肉芽创面影响自体皮生长的因素较多，故本项目只作切痂、削痂两类创面的统计。自体皮成活数大于81%以上的达77.4%，自体皮成活后扩展的达83.7%（表4）。

表4　　切、削痂组自体皮成活、扩展情况

组别	成活率(%)				扩展情况		
	<60	61～	81～	合计	扩展	未扩展	合计
	例数						
切痂	4	2	22	28	20	5	25
削痂	2	4	19	25	16	2	18
合计	6	6	41	53	36	7	43
	百分率(%)						
切痂	14.3	7.1	78.6	100.0	80.0	20.0	100.0
削痂	8.0	16.0	76.0	100.0	88.9	11.1	100.0
合计	11.3	11.3	77.4	100.0	83.7	16.3	100.0

四、T41皮与创面贴附天数：如表5所示，贴附于创面的天数超过10天以上的，以供皮、削痂两组为佳，分别达79.3%和72%；肉芽创面最差，不足一半（46.1%）。贴附时间最长的为52天（切痂组）。

表5　　T41型人工皮与创面贴附天数

组别	贴附时间(天)					
	<5	5～	10～	15～	21～	合计
	例数					
切痂	0	9	4	5	10	28
削痂	2	5	6	8	4	25
肉芽	6	8	8	3	1	26
清创	1	11	3	0	0	15
供皮区	0	6	7	10	6	29
	百分率(%)					
切痂	0.0	32.1	14.3	17.9	35.7	100.0
削痂	8.0	20.0	24.0	32.0	16.0	100.0
肉芽	23.1	30.8	30.8	11.5	3.8	100.0
清创	6.7	73.3	20.0	0.0	0.0	100.0
供皮区	0.0	20.7	24.1	34.5	20.7	100.0

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

讨　论

T41型人工皮系由41型人工皮改进而成，基本成分与41型人工皮相同，只是T41型人工皮有机硅薄膜层加吐温（Tween60）乳化，目的在于加强人工皮的透气、透湿性，及改进41型人工皮与创面贴附过紧的现象。从动物实验的结果来看，是有成效的。现就临床应用中的结果加以讨论如下：

一、贴附情况：贴附情况，是衡量人工皮的重要指标之一。一个比较理想的人工皮，它既要能紧密贴附于创面，又不至过多地影响自体皮的扩展，并在一定时间内易于从创面完整撕脱。T41型人工皮经一年多的临床应用，证明贴附情况是比较合适的，符合代用皮的条件①。与204型人工皮②和南京Ⅱ号人工皮③及41型人工皮④比较（表6）。贴附情况基本相似，卡方测定P＞0.05，无显性差别。

表6　　几种人工皮贴附率的比较

品　　种	贴　　附　　率(%)		
	>81	<80	合　计
	例　　数		
T41皮	71	25	96
41皮	209	53	262
204皮	203	63	266
南京Ⅱ号皮	365	160	525
	百　　分　　率(%)		
T41皮	74.0	26.0	100.0
41皮	79.8	20.2	100.0
204皮	76.3	23.7	100.0
南京Ⅱ号皮	69.5	30.5	100.0

从我们的动物实验来看⑤，T41型人工皮的贴附力另具一个特点，即开始高，然后逐渐减低，改进了原41型人工皮与创面贴附过紧，时间延长，影响自体皮生长的问题。根据本文切、削痂两组创面53例次的统计，自体皮扩展受到影响的占16.3%。当然影响自体皮扩展的，尚与植皮方法及植皮间距、局部及全身因素等有关。

二、体液外渗与透气、透湿问题：已如上述，T41型人工皮与创面贴附较好，对于烧伤创面起到了一定的屏障作用，故对于防止水份及蛋白质的丢失有一定的作用，我们的动物实验已得到证实⑥。在临床应用中也可见到凡应用人工皮的创面，其外层包扎敷料比油纱覆盖的渗出为少。表3的结果也说明，五组病例中，皮下有明显积液的，除肉芽创面组外，均在20%以下。而且可以看到在人工皮下创面上往往有一层蛋白膜，这是由于渗出液中的蛋白不易通过人工皮，而水份通过人工皮而蒸发，留下蛋白而成膜。以上事实说明T41型人工皮既有减少体液外渗的作用，也有一定的透气、透湿性，类似异体皮的作用⑦。

三、关于T41型人工皮与异体同种皮、异种皮的比较问题：实验和临床的研究已证实异体皮是一种较行之有效的烧伤创面覆盖物，对保护创面、减轻感染、减少体液丢失，有一定的积极作用。由于异体皮的来源、运送、保存等比较困难，尤其在战时或平时出现大量烧伤

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

伤员时，矛盾就更为突出。而T41型人工皮除了能起到类似于异体皮的作用外，其突出的优点是来源广泛、运送方便、保存容易。此外异体皮尚可被排斥⑧，而人工皮则没有。

四、T41型人工皮的应用范围和使用方法问题：适当选择人工皮的应用范围和使用方法，是增加人工皮临床效果的重要方面，根据临床和实验结果，对此问题，我们提出如下看法：

1. 用于切削痂创面：大面积烧伤病情较重的，在切削痂后可用人工皮覆盖（41型或T41型），待病情好转，再有计划地揭去人工皮改植自体皮后，再覆盖T41型人工皮，植皮间距约1厘米。对于中小面积的烧伤，切削焦痂后，可立即密植自体皮，然后覆盖T41型人工皮，创面一般在两周左右可愈合。

2. 用于浅Ⅱ度烧伤新鲜创面：以0.1％新洁尔灭清洗后，用人工皮将整个创面覆盖，外加纱布包扎，可减少病人换药的次数和换药时的痛苦。如不感染，大部创面只要一次覆盖，在10天左右即可达到创面愈合。

3. 用于新鲜肉芽创面：烧伤后期，脱痂或剥痂的肉芽创面，只要肉芽新鲜健康，均可在植自体皮后覆盖人工皮或单纯覆盖人工皮。但对创面感染较重的肉芽创面。用人工皮覆盖后，常有积脓现象，此类创面不宜用人工皮覆盖，如要使用，可覆盖41型人工皮，作为清创敷料使用。

4. 用于供皮区：以代替油纱，可减少渗血及渗液，一般可获得一期愈合的效果，但愈合时间有推迟的现象，此现象可能因人工皮与新鲜创面贴附过紧，影响上皮细胞生长所致。

五、T41型人工皮存在的问题：

1. 引流、感染问题：已如上述，在临床应用中往往发生人工皮下有积液的现象。众所周知，积液过多是导致感染、积脓的重要原因。因此有时不得不撕去人工皮。我们认为积液的原因是多方面的，而其中创面处理不当，人工皮与创面贴附不紧，以致渗出的体液在人工皮下形成一层蛋白膜，阻塞人工皮引流孔是主要原因。T41型人工皮本身不会引起感染，并有一定防止细菌入侵的作用⑨。如创面处理彻底、贴附平整，创面应用适当浓度的抗菌素，可改善上述现象。

2. T41型人工皮正反面不易辨认，尤其在潮湿以后，如贴反了人工皮，将影响人工皮的应用效果，应予注意，并有待改进。

3. T41型人工皮与创面贴附后仍有一定的占位问题，以致影响自体皮的扩展，尤其在稀植自体皮的创面更为突出，改进方法，是适当密植自体皮。

注：以上资料系以下兄弟协作单位提供：四川医学院附属医院，北京市积水潭医院、上海瑞金医院、新疆医学院附属医院、南通医学院附属医院、青岛医学院附属医院、山东医学院附属医院、大连医学院附属医院、徐州医学院附属医院、江西医学院附属医院、遵义医学院附属医院、南充地区人民医院、广西柳州地区人民医院、天津市天津医院、山东省人民医院、四川宜宾地区第二人民医院、成都市第一工人医院、成都市第三人民医院、重庆市第一工人医院、重庆市第六人民医院、西安市中心医院、北京市儿童医院、吉林市第一人民医院、福建三明地区医院、武钢职工医院、武汉市第三人民医院、渡口地区人民医院、第二军医大学第一附属医院、第三军医大学第一附属医院、第四军医大学第一附属医院、中国人民解放军总医院、中国人民解放军205医院、中国人民解放军159医院。

参考资料

1. 八木义弘：代用皮肤，临床外科，3367:37，1978.1

2. 三医大外研所等：204复合型人造皮临床应用总结，科研资料汇编，第17页，1979.1

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

3. 南京军区总医院：Ⅱ号人工皮临床资料，1975年
4. 见本资料：41型人工皮临床应用总结
5. 见本资料：T41型人工皮的贴附力实验
6. 见本资料：T41型人工皮对烧伤创面渗出的实验观察
7. Tavis et al. American Burn Association. 1979.4
8. 上海第二医学院：异体一自体皮混合植皮后异体排异研究
9. 见本资料：T41型人工皮自体皮生长影响实验

国产甲氰咪胍治疗十二指肠溃疡临床及内窥镜远期疗效观察

第一附属医院内科消化系　徐采朴　刘为纹　吕秀惠

甲氰咪胍（cimetidine）是一种组织胺 H_2-受体拮抗剂，能有效地抑制胃酸分泌，我们曾与重庆医学院合作应用国产甲氰咪胍治疗十二指肠溃疡40例获得满意疗效[1]。当时选择经内窥镜证实为活动性十二指肠球部溃疡的门诊病人62例，随机分配成甲氰咪胍组40例及对照组22例。两组的基础资料（性别、年龄、病程和溃疡面积）大致相似，均在门诊治疗观察，治疗组用甲氰咪胍200毫克每日三次饭后服以及400毫克每晚睡前一次服。治疗6周，每周定期门诊随访，记录病情。治疗前及6周结束后三日内各行内窥镜检查一次，并以活检钳为标尺测量溃疡面积，则有2例于疗前及疗后分别测定基础胃酸分泌量（BAO）、最大胃酸分泌量(MAO)和高峰胃酸分泌量(PAO)。6周治疗的溃疡愈合率治疗组为85%，对照组为40.9%，两组有非常显著差别($X^2=22.3$ $P<0.001$)。症状消失者治疗组为67.5%，症状减轻者11例，无效者1例；对照组症状消失者占40%。两组比较在统计学上有非常显著意义（$X^2=22.3$ P 0.001）。

国外报导甲氰咪胍治疗后溃疡复发率甚高有高达78%者[3]。本文报导23例甲氰咪胍治疗6周、溃疡愈合者停药1年期间进行的临床和内窥镜远期疗效观察结果，并对复发率和巩固疗法等提出讨论。

治疗观察方法

在完成原先甲氰咪胍6周治疗的基础上，对我院治疗的23例患者（其中21例溃疡完全愈合；2例溃疡面积缩小），继续给予甲氰咪胍每晚睡前400毫克的巩固治疗。由于当时药物供应紧张，20例服药半月，3例服药3月，然后停药观察一年（11月～13月），进行临床复查及17例内窥镜复查。

远期疗效观察结果

第一疗程6周结束时2例溃疡面积缩小但未完全愈合继续每晚睡前甲氰咪胍400毫克治疗半月后停药，一年后内窥镜复查结果1例溃疡已完全愈合，另1例溃疡仍未完全愈合。

21例第一疗程结束时溃疡完全愈合者服甲氰咪胍半月（其中3例为3月）治疗，然后停药1年，进行临床症状和内窥镜复查，其结果：

（1）临床症状复发者7例（33.3%），其中2例分别于停药后4月及11月突然解柏油样

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