

自体微粒皮和异体皮混合移植修复保留真皮网状层的深Ⅱ度烧伤创面七例

黄丽滨 李宗瑜 邵铁滨 李宜妹 孙曼 曲滨 苏海涛 张秀英

临床资料:本组烧伤患者 7 例,其中男 5 例、女 2 例,年龄(30±8)岁。烧伤总面积(80±10)%TBSA,创面分布于全身。致伤原因:火焰烧伤 3 例,热水烫伤 2 例,热蒸气烫伤 1 例,热沥青烫伤 1 例。

治疗:患者入院后给予液体及其他常规治疗,创面采用体积分数 0.1% 新洁尔灭溶液及碘伏清洗,暴露创面在常规消毒后,外用质量分数 5%~10% 磺胺嘧啶银(SD-Ag)糊剂,辅以远红外线治疗仪(开封市康复医用设备厂)持续照射以保持创面干燥,采用双层碘伏纱布外加无菌纱布包扎。根据患者的具体情况于伤后 48~72 h 行创面削痂术。围手术期应用高效广谱抗生素和行营养支持治疗,同时维护重要器官的功能。

选择以深Ⅱ度创面为主的 12 个下肢为削痂术区,每例手术面积为(24±6)%TBSA。取自体厚刃皮,并将其用等渗盐水冲洗干净后,制成约 1.0 mm×1.0 mm 的微粒皮备用^[1]。在大腿近腹股沟处止血,用滚轴刀削除双下肢创面坏死组织,保留有活力的全部或大部分真皮网状层(图 1)。采用双氧水、等渗盐水冲洗,松止血带后,广泛密集渗血处可用含肾上腺素的等渗盐水纱布(体积比 1:200,000)压迫止血,粗大出血点用电凝止血。然后用纱布漂浮法^[2],将自体微粒皮转移至经 40℃ 水浴复温处理的大张异体真皮面,用其覆盖创面后缝合固定(图 2),无菌纱布加压包扎。其中 2 例患者较均匀一致的深Ⅱ度创面在本术止血带的情况下,即行上述复合移植术。术后 5~7 d,观察皮片成活情况,以溶菌酶纱布及无菌纱布包扎,同时给予全身常规治疗。

结果:所有患者手术均成功。其中 5 例 8 个下肢异体皮于术后 15~21 d 脱落,微粒皮全部成活并扩展良好,术区封闭面积超过 95%。2 例 3 个下肢所植异体皮于术后 12~20 d

脱落,大部分微粒皮成活,但扩展较差,术区封闭面积约 65%~85%;另 1 个下肢因异体皮过厚(术后 1 周内)脱落,微粒皮成活极少,术区大部分创面裸露。

讨论 在大面积深度烧伤的救治中,应尽早去除坏死组织,行自体皮混合移植术,以减轻炎性反应,降低全身感染和多器官功能障碍综合征的发生率,提高大面积烧伤救治的成功率。张明良等^[1]提出的微粒皮移植法,其优点很多,但在操作中不论深Ⅱ度还是Ⅲ度创面均切创面至深筋膜层,植以大张异体皮+自体微粒皮,造成正常组织丢失多、失血程度重,对患者二次创伤打击大,创面愈合后外观及功能差。为此,笔者将以深Ⅱ度为主的下肢创面创面至真皮网状层,植以大张异体皮+自体微粒皮,效果良好。其优点如下:(1)因保留了一定厚度的真皮层,部分浅筋膜及较多的脂肪组织,使创面愈合后外观饱满,皮肤柔软,功能恢复良好,优于单纯的微粒皮移植,且有利于维持患者术区的内环境稳定。(2)因保留了一定厚度的真皮,其下血管网未被破坏,基底血运丰富优于脂肪层,利于移植皮片的成活。(3)手术失血少、时间短,故由此带来的二次创伤打击小。目前,削痂术时保留变性真皮并移植自体皮已有报道^[3]。尽可能地保留患者的正常真皮组织,无论是从提高手术成功率、术后效果,还是从经济角度考虑,都是值得提倡的。

参 考 文 献

- 1 张明良,曹大鑫,常致德,等.微粒体皮肤移植在大面积烧伤病人中应用.中华整形烧伤外科杂志,1987,3:100-102.
- 2 常致德,张明良,孙水华,主编.烧伤创面修复与全身治疗.北京:北京出版社,1993:48-49.
- 3 杨兴华,黄晓元,雷少榕,等.保留变性真皮并移植大张自体皮修复手部深度烧伤的远期疗效观察.中华烧伤杂志,2005,21:27-29.



图 1 削痂创面保留了大部分有活力的真皮网状层



图 2 大张异体皮+自体微粒皮混合移植

作者单位:150040 哈尔滨市第五医院烧伤科

(收稿日期:2005-05-08)

(本文编辑:莫恩)