

皮片易于粘附、扩展和形成新生血管、皮片重建也更好的原因之一。

#### 参 考 文 献

- 1 杨勇,葛绳德.透明质酸刺激因子对深Ⅱ度烧伤创面瘢痕形成的影响.中华整形烧伤外科杂志,1995,1:339.
- 2 Onarheim H, Reed RK, Laurent TC. Increased plasma concentrations of hyaluronan after major thermal injury in the rat. Circ Shock, 1992, 37: 159 - 163.
- 3 Repesh LA. Fh involvement in granulation tissue and wound healing in rabbits. J Histochem Cytochem, 1982, 30: 351.

- 4 吕洛.透明质酸与创面愈合.国外医学创伤与外科基本问题分册, 1997, 18: 86 - 89.
- 5 Berry SM, Green MH, Amiel D. Hyaluronan: a potential carrier for growth factors for the healing of ligaments tissues. Wound Rep Reg, 1997, 5: 33.
- 6 邱喜盛,杨煦,徐飒英,等.Ⅲ度烧伤创面切痂混合移植后胶原重建规律的实验研究.上海第二医科大学学报,1997,17(Suppl):46 - 51.
- 7 Chandrakasan G, rutka J, Stern R. Hyaluronic acid stimulates collagen synthesis and levels of type III collagen in cultures of human fibroblasts. J Cell Biol, 1986, 103: 252.
- 8 Olutoye OO, Cohen IK. Fetal wound healing: an overview. Wound Rep Reg, 1996, 4: 66.

(收稿日期:1999-06-15;编辑:冷怀明)

## · 论著摘要 ·

### 耳廓深度烧伤的早期切痂治疗

顾黄峰 徐秀元 舒亮 潘红云

1994年2月以来,我院收治耳廓深度烧伤(深Ⅱ度以上)病人17例,共26只耳廓,采取入院清创时切痂,自体皮过渡,换植自体皮的方法,对防治耳廓愈合后畸形及并发耳软骨炎取得明显效果。

#### 1 临床资料

##### 1.1 一般资料

本组17例26只耳廓,男14例,女3例。年龄13个月~64岁。热压伤2例均为Ⅲ度烧伤,有10只耳廓仅为深Ⅱ度烧伤,余均为深Ⅱ度、Ⅲ度共存。深Ⅱ度以上烧伤面积占全耳廓的10%~100%,多发生在耳轮,对耳轮处,均无外耳道烧伤。全部合并有其他部位烧伤,总面积7%~82%TBSA。致伤原因:火焰烧伤9例13只耳廓;热液烫伤3例6只耳廓,都为儿童;化学烧伤3例5只耳廓;热压伤2例2只耳廓。伤后2~18h入院,4~22h后切痂。

##### 1.2 方法

入院后清创包扎,同时进行耳廓切痂。先剃除头发,碘伏消毒铺巾。成人用杜冷丁100mg、非那根25mg肌注镇静止痛,小儿用氯胺酮基础麻醉。按下列顺序切痂:外耳廓自耳根相对固定的部位向耳轮缘进行;内耳廓自对耳轮作切口向两侧凹陷部位进行。Ⅲ度创面切痂直接深及耳软骨膜浅层,深Ⅱ度创面切痂尽可能保留间生态组织,避免伤及耳软骨膜及耳软骨,除非明确的耳软骨坏死,尽可能保持耳软骨的完整。切痂时还应注意手法轻柔,勿过分牵拉耳廓。创面用自体皮覆盖,贴敷应严密,防止存留气泡,避免针缝。外耳道用挤干的酒精棉球填塞,无须引流,内外耳廓各敷一层抗生素纱布,内耳廓凹陷处用消毒棉球填实,外耳廓用纱布衬垫保持正常的耳廓角,加压包

扎。如耳廓周围有深度烧伤可一并切除。如基底部不理想,自体皮片可适当开窗引流。术后5~7d打开创面揭去自体皮,再次清除坏死组织及坏死的耳软骨。取大张刃厚自体皮覆盖,间断缝合固定包扎。术后8~10d拆线。上述治疗同时应加强其它创面特别是耳周创面的处理,加强抗感染及全身营养支持治疗,避免耳廓受压。

#### 2 结果

本组26只耳廓中,2只热压伤出现明显缺损畸形;1只自对耳轮外侧约1/2缺损,1只为耳廓上2/3,中下1/3缺损,耳廓残余部分能维持正常耳廓角。这4只耳廓植皮术后,其中1只并发局限性化脓性耳软骨炎,稍作扩大引流换药3~7次愈合。除2只热压伤出现缺损畸形外,其余耳廓均获良好的外形。

#### 3 体会

本组病例采取早期切痂,自体皮过渡,自体皮移植的治疗方法可起到三个方面的作用:①早期切痂直接清除坏死组织,消除局部感染来源,同时对耳软骨起到了减张作用,防止焦痂缩窄或因痂下渗出肿胀、局部压力增高,引起耳软骨的继发性缺血坏死。②覆盖耳廓切痂创面,自体皮需要量少,在基层医院其来源相对较容易,本组病例均来自其他术后剩余的自体皮片。此外,自体皮覆盖过渡避免了软骨膜及耳软骨因暴露而坏死,有利于间生态组织的恢复。减少自体皮移植的盲目性。③早期植皮覆盖创面既可以防止感染,又可以防止瘢痕组织生长导致愈合后出现耳廓挛缩畸形。此外,感染和受压是并发化脓性耳软骨炎的主要原因,所以在治疗过程中无菌技术操作,周围及全身创面的处理,保持局部干燥,防止耳廓受压及全身抗感染和营养支持治疗同样至关重要。该方法最大优点是减少感染的发生和愈合后畸形,避免了二期整形手术。

作者单位:314000 浙江嘉兴 武警浙江省总队医院烧伤科

(收稿日期:1999-03-24;编辑:王旭)