



早期保守去痂延期植皮修复颈部深度烧伤13例报道

我科2000年10月~2003年1月间共收治烧伤患者822例，其中颈部烧伤68例，颈部深度烧伤31例。我们采用早期保守去痂延期植皮修复颈部深度烧伤改进了患者愈后的生活质量，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

13例颈部深度烧伤患者，男9例、女4例；年龄9~32岁，平均22.3岁；烧伤面积15%~60%，平均32.3%；所有患者均为颈部III度或深II度、III度混合烧伤创面。

1.2 治疗方法

本组13例颈部烧伤后48~72 h内以手术刀或滚轴刀轻微削除痂皮或焦痂，保留少量无生机组织。尽量避免发生削至创面出血较多情况，出血较多提示有皮肤附件(如汗腺、皮脂腺毛囊等)及正常组织受到损害，将导致颈部创面愈合后瘢痕组织增生明显。部分去痂后的颈部创面以素高捷疗膏+百多邦软膏纱布覆盖。素高捷疗膏有脱痂以促使坏死组织脱落的作用，百多邦有局部抗炎作用。纱布覆盖创面后半暴露或包扎均可。半暴露疗法则每日更换纱布敷料；包扎疗法则隔时换药即可。密切观察创面变化，及时清洁，充分引流创面的渗液及分泌物。待创面刚形成新鲜肉芽组织则立即行颈部创面自体中厚皮片或全厚皮片整张移植修复，位于血运丰富、坏死组织基本清除的薄纤维板平面植皮。术中出血量少，层次清楚，绝大部分颈前肌保留，即使移植全厚皮片存活率也较高。创面封闭后用热塑夹板(颈托)加压固定及应用防止瘢痕增生药物。

2 结果

本组患者创面行保守去痂后换药5~7 d，行手术治疗，伤后17~21 d创面全部愈合。随诊3个月，未见明显瘢痕增生和畸形，颌、颈、胸无粘连。颈部活动无受限，外观基本满意。3例患者随访1年，颈部无明显畸形发生。

例1男，20岁，因汽油火焰烧伤颜面、颈、胸、双上肢，烧伤面积35%，颈部为III度烧伤创面。入院后行清创，创面外用磺胺嘧啶银混悬液。伤后48 h面、颈部肿胀明显。颈部创面触之硬，呈环形焦痂状。即于双颈侧中线行焦痂切开减张，同时用滚轴刀保守削痂，术后以素高捷疗+百多邦纱布覆盖保护，半暴露。每日更换敷料，换药时以1%洗必泰液、生理盐水冲洗创面，充分引流，即时清除脱落坏死组织。术后第7天创面基本为新鲜肉芽。立即行大张全厚自体皮片移植，完全封闭创面，植皮区作多个小油纱条“T”字缝合固定，加压包扎。术后第10天检查，植皮全部存活。随即以康瑞保软膏外涂创面，预防瘢痕增生，外加热塑夹板(颈托)加压固定颈部。随访3个月，无明显瘢痕增生畸形，1年后复查，瘢痕不明显，皮肤平软有弹性，外观功能良好。

例2女, 9岁, 因沸水烫伤面、颈、胸、四肢1 h来院就诊, 烫伤面积30%, 颈部创面为深II、III度混合创面。伤后72 h行四肢削痂植皮术, 颈部行保守削痂, 术后仍予素高捷疗+百多邦纱布保护创面。术后第5天, 颈部创面约30%左右有上皮岛, 余创面肉芽组织新鲜, 以自体大张中厚皮片封闭肉芽创面, 伤后第21天颈部创面全部愈合。随访3个月, 无明显瘢痕增生挛缩畸形。

3 讨论

颈部深度烧伤创面处理一直存在两种意见[1]: 一种认为颈部深度不易判断, 建议采取保守疗法, 即待焦痂自然溶解分离脱落后在肉芽创面植皮; 另一种观点则认为保守治疗将导致颈部瘢痕挛缩畸形, 影响颈部功能和生活自理, 主张早期切痂植皮。烧伤界同道早已提出无论切痂或削痂均有其局限性[2]。本文作者根据实践认为: (1) 早期切痂出血量较多, 不易止血, 创面深度不容易判断, 手术过程容易损伤残存的皮肤附件及颈前肌群。颈部血液循环丰富, 再生能力强, 早期切痂手术易致残存上皮细胞的增殖受到损害, 不利于深II度创面自行修复, 也易导致颈部皮肤缺乏弹性, 外观欠丰满。(2) 保守疗法主张自然脱痂或采取剥痂, 肉芽创面植皮。此种方式常因感染极易导致颈部瘢痕挛缩畸形, 功能障碍明显, 病程延长, 治疗费用大幅提高。特别是伴有严重吸入性损伤, 已行气管切开者, 颈部创面长时间暴露, 极易造成颈部保痂治疗失败。焦痂溶解过早, 肉芽屏障尚未形成, 侵袭性感染发生率增加, 同时也给护理工作带来不少难度。晚期肉芽创面植皮极易导致颈部瘢痕挛缩畸形, 功能障碍明显, 治疗费用大幅提高。本文作者医院所属地区为新兴工业区, 烧伤患者以年轻工人为主, 极少老年人和小儿。患者文化层次较低, 伤后早期对积极的手术治疗措施往往采取不合作态度, 接受非手术治疗较多, 对早期手术治疗感到恐惧。经一般换药治疗后肉芽组织形成或创面感染才同意手术治疗, 此时已错过最佳手术时机。因此, 在临床中结合本地区实际情况针对这部分患者采用该“保守”疗法取得了较满意效果, 避免了“消极”等待致创面容易感染的情况。本文例1和例2均属该种情况。

笔者根据实际工作经验, 设想既能尽早清除颈部焦痂, 缩短创面暴露时间, 便于控制感染, 又同时避免早期切痂手术导致出血过多, 深度判断不准而损毁残存的皮肤附件和间生态组织等不利因素的治疗方法, 主张伤后立即施行早期保守去痂, 保留极少量无生机组织, 术后采用脱痂、促进上皮生长及局部抗感染的药物, 使得: (1) 颈部深度创面能早期去除坏死组织, 防止焦痂在创面存留时间过长带来的负面影响; (2) 颈部创面保留较多残存皮肤附件, 促进上皮细胞生长, 利于部分深II度创面自愈; (3) 尽量避免手术中对尚有活力组织的损伤, 也避免术中出血较多的弊端; (4) 减少患者愈后整复手术的次数, 大大缩短病程, 节省治疗费用; (5) 将颈部瘢痕增生挛缩畸形限制在最低限度, 尽最大可能恢复患者颈部的功能和外貌, 提高患者的生活质量。本组13例患者采用该种术式均取得较满意效果, 同时该治疗手段需配合热塑夹板(颈托)[3]和抗瘢痕增生药物的治疗, 效果更满意。

(责任编辑: 黄开颜)

参考文献:

- [1] 方之杨, 吴中立, 高学书, 等. 烧伤理论与实践[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1989. 434-5.
- [2] 黎鳌, 杨宗诚. 烧伤治疗学[M]. 第2版, 北京: 人民卫生出版社, 1999. 202.
- [3] 黎鳌, 杨宗诚. 烧伤治疗学[M]. 第2版, 北京: 人民卫生出版社, 1999. 588.

参考文献:

- [1] 方之杨, 吴中立, 高学书, 等. 烧伤理论与实践[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1989. 434-5.
- [2] 黎鳌, 杨宗诚. 烧伤治疗学[M]. 第2版, 北京: 人民卫生出版社, 1999. 202.
- [3] 黎鳌, 杨宗诚. 烧伤治疗学[M]. 第2版, 北京: 人民卫生出版社, 1999. 588.

