

# 网状切开减张治疗大面积剥脱伤

沈勇强 李志清

中日友好医院 (北京 100029)

1984年以来,采用网状切开减张治疗大面积剥脱伤35例,现报告如下。

## 临床资料

本组35例中男16例,女19例;年龄5~59岁。剥脱面积最小者 $15\text{cm}^2$ ,最大者 $500\text{cm}^2$ ,平均 $239\text{cm}^2$ 。上肢伤者3例,下肢损伤32例。合并骨折者26例,合并脏器伤者8例。

## 治疗方法

麻醉后常规消毒铺巾,沿剥脱皮区中央纵向切开,放出积血及液化或脱落脂肪,皮肤向两侧翻开,尽量暴露损伤皮肤内壁组织,用刀将挫灭失活组织刮除,然后用外用盐水、新洁尔灭冲洗干净,将破裂之筋膜肌肉修补缝合,如有骨折者则视具体情况或内固定或外固定架固定。然后在剥脱皮瓣上作长为 $0.5\text{cm}$ 与血管走向一致的切口,间距在 $1.5\text{cm}$ 左右,中央切口间断缝合。如有开放伤口亦清创缝合。伤口油纱覆盖,棉垫加压包扎。

术后辨证施用中药,早期一般凉血化瘀,消肿止痛为主,方用桃红四物汤加减用药,桃仁 $10\text{g}$ ,红花 $6\text{g}$ ,生地 $12\text{g}$ ,赤芍 $10\text{g}$ ,当归 $6\text{g}$ ,忍冬藤 $12\text{g}$ ,益母草 $20\text{g}$ ,车前子 $15\text{g}$ 。一周后加用益气健脾之品以助气血旺行,促进皮肉生长。方用桃红四物汤合四君子汤加减。药用桃仁 $10\text{g}$ ,红花 $6\text{g}$ ,熟地 $10\text{g}$ ,炒白芍 $10\text{g}$ ,当归 $10\text{g}$ ,党参 $10\text{g}$ ,茯苓 $10\text{g}$ ,车前子 $15\text{g}$ 。

## 治疗结果

本组病例35例,其中32例全部经早期处理,皮肤全部在2~3周内成活,3例因部分皮肤未能成活而行游离植皮而治愈,34例愈合后肢体功能良好,1例因处理较晚且在膝关节部位,最终轻度疤痕挛缩,关节屈伸功能障碍。本组无肝肾损害并发症病例出现。

## 讨论

所谓剥脱伤,是指皮肤及皮下组织受到垂直挤压和切线位两种复合暴力的作用,引起皮肤与皮下组织分离的一种损伤,此损伤皮下脂肪、筋膜、肌肉常常被碾挫碎裂,皮区血供应严重破坏,且常合并骨折或其它脏器损害。此损伤由于坏死组织的毒素释放造成

肝肾功能损害,甚至死亡。七十年代,一般采用清创反取皮、植皮式清创后游离植皮治疗。反取皮植皮即用取皮刀式取皮鼓在剥脱区取皮或将剥脱区域皮肤切下,然后刮除皮下组织后再植于原取皮区。由于清除了坏死皮下组织,由坏死组织产生毒素所致肝肾损伤病例大为减少,但亦存在反取皮时,再次破坏皮区感觉神经及血液供应的缺点,游离植皮在供皮区造成新的创面,且同样损害了皮区感觉及血供。两种植皮方法,皆因感觉神经及血供的损害,导致愈合慢,愈合后感觉不良,易致磨损破溃,或疤痕挛缩致肢体功能障碍等弊端。我们采用改良反取皮即网状切开减张结合中药治疗,它克服了反取皮及游离植皮时费时费力的缺点,也克服了游离植皮需在供皮区取皮造成两个创面的缺点。由于最大程度保留了剥脱区皮肤感觉神经及血供,因此皮肤易成活且感觉较好,疤痕挛缩小,耐磨不易破损,对肢体影响小,即使不能全部成活,也最大程度减少了植皮面积。

通过本组病人治疗,有以下几点体会:(1)早期诊断、早期处理,能提高皮肤成活率,减少植皮面积,本组34例患者皆在损伤后急诊手术处理,32例全部成活,2例部分坏死行少量植皮而治愈,1例因伤有一周方行手术治疗,皮肤坏死较多,且有功能障碍。(2)皮肤深层失活组织一定要清除干净,这样有利于皮肤与血供组织紧密贴附,亦减少坏死组织的毒素吸收。减少肝肾功能损害。(3)剥脱处网状切口不宜过大,宜在 $0.5\text{cm}$ 左右,间距在 $1.5\text{cm}$ 左右为宜,这样既不影响血供,又能使皮下积血液通过减张口流出。(4)减张口走向与血管神经走向一致,以减少感觉神经及血管的损伤,使皮肤成活快,且有较好的感觉。(5)棉垫加压包扎,使皮肤与皮下组织紧密贴附,松紧以不压迫大血管,造成肢端末梢循环障碍为度。(6)中医认为伤之病机在于气血,脾主运化生气血,故辨证用药能改善血液循环,促使皮肤生长。(7)如合并其它组织损伤,则同步处理,有利于患者早日康复。

(收稿:1998-09-20;修回:1998-10-20)