

# 67例皮肤撕脱伤治疗体会

李之华, 张远贵, 段冬

(徐州医学院附属医院烧伤整形外科, 江苏 徐州 221002)

关键词: 皮肤撕脱伤; 整形

中图分类号: R622 文献标志码: B 文章编号: 1000-2065(2009)04-0256-02

皮肤撕脱伤是严重而复杂的创伤之一, 可因伤后大量失血而发生休克; 早期处理的好坏直接影响后继治疗效果, 如治疗不当, 可致皮肤坏死、感染, 甚至危及生命, 晚期可形成慢性溃疡或瘢痕挛缩, 严重影响外观和功能。我院近 4 年来共收治 67 例肢体皮肤撕脱伤, 采用不同方法修复创面, 效果较为满意。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 49 例, 女 18 例。年龄 6~75 岁。撕脱面积 1%~35% 体表面积 (平均 10%)。其中不完全性撕脱 20 例, 完全性撕脱 47 例, 共有 54 个部位受累 (上肢 10, 下肢 36, 头面部 10, 胸腹部 8, 会阴部 3)。54 例为车祸所致, 13 例为机器绞轧伤。入院时合并休克 7 例, 骨折关节脱位 15 例, 尿

道、直肠损伤 2 例, 脑挫伤 3 例。

1.2 疗效判断标准 优: 皮瓣无坏死, 回植皮片成活 95% 以上, 愈后无明显瘢痕, 肢体功能无障碍。良: 皮瓣小范围坏死, 回植皮片成活 80%~95%, 愈后轻度瘢痕增生但不影响肢体功能。差: 皮瓣坏死 1/3 以上, 回植皮片成活 80% 以下, 或愈后瘢痕增生明显, 肢体活动受限。

## 2 结果

2.1 治疗效果 伤后 48 h 以后入院 20 例, 均为皮肤坏死或肉芽创面, 其中 9 例经换药后行邮票状皮片移植修复, 1 例入院时肢体已坏死行小腿中段截肢术; 余 47 例均为伤后 20 h 内入院患者。本组治疗情况见表 1。

表 1 67 例皮肤撕脱伤治疗情况 (例)

修复方法	n	优	良	差	
植皮法	自体断层皮片移植	19	15	3	1
	自体全厚皮片移植	8	7	1	0
	氟银猪皮覆盖后邮票状皮片移植	14	6	5	3
	撕脱皮瓣原位缝合	3	1	1	1
皮瓣法	邻位皮瓣移植	11	10	1	0
	背阔肌肌皮瓣移植	5	4	1	0
	腹部真皮下血管网皮瓣移植	7	6	1	0
合计	67	49	13	5	

2.2 典型病例 例 1 男, 27 岁, 因车祸碾压双下肢 2 h 后入院。专科检查: 右小腿前侧见 20 cm 长纵裂口, 胫骨外露, 两侧潜行分离约 1/2 小腿周径, 皮肤未见明显挫伤。右膝外上见 25 cm × 15 cm 的逆行皮肤撕脱, 有宽 8 cm 的蒂与膝外侧相连, 血运差。急诊全麻下清创, 将右下肢撕脱皮瓣制成中厚皮片回植; 左小腿皮瓣边缘有新鲜渗血, 原位拉拢缝合张力不大。术后右下肢皮片成活, 但左小腿皮瓣逐渐出现坏死, 范围 5 cm × 10 cm, 经清创换药后未见胫骨外露行中厚皮片移植修复。

院。专科检查: 右下肢从腹股沟、髂臀部至踝皮肤均已撕脱, 上蒂宽 30 cm, 下蒂宽 10 cm 与肢体相连, 绝大部分皮瓣无血运, 创面深达肌膜; 小腿后侧和大腿外侧肌群部分挫伤坏死, 肌间隙撕裂, 腓血管暴露, 腓总神经挫裂伤。左大腿前内侧见 30 cm × 30 cm 皮肤撕脱, 部分皮瓣无血运。急诊清创, 将双下肢撕脱的有血运皮瓣保留, 无血运的皮瓣制成中厚皮片回植, 利用周边组织瓣覆盖腓血管和腓总神经, 并行肌间隙负压引流。术后皮片成活良好, 保留的皮瓣虽见术中出血活跃, 但于髂臀部局部仍有 5 cm × 7

例 2 女, 45 岁, 因车祸双下肢皮肤撕脱 4 h 入

cm 坏死。

例 3 男, 75 岁, 因车祸致左下腹至会阴部皮肤撕脱 2 h 入院。专科检查: 左下腹至会阴部皮肤完全撕脱, 伴左大腿内侧大面积潜行撕脱。休克, 血压 75/40 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。急诊边抗休克边手术治疗, 术中清创、止血后以氟银猪皮覆盖, 并进行创腔皮管持续引流。术后 2 周行大张中厚皮片移植。皮片成活 95% 以上, 愈合后瘢痕少, 不影响肢体功能。

### 3 讨论

3.1 早期处理应结合创面特点采取不同的方法 肢体皮肤撕脱伤由于病情急、创面大、失血多, 容易发生休克, 因此应尽早补足血容量, 待病情稳定后彻底清创修复。清创术在伤后 12 h 内均可进行, 超过 12 h 者如伤后包扎好、污染轻仍可按早期处理<sup>[1]</sup>。本组有 1 例伤后 16 h 行小腿和足部清创中厚皮片回植及足底皮瓣原位缝合术, 术后顺利愈合; 但有一老年男性左侧上下肢皮肤均严重撕脱, 且挫伤重, 伤后 20 h 入院, 创面污染严重, 估计已有感染, 植皮难以成活, 只得在清创后采用异种猪皮覆盖, 肉芽创面生成后行邮票状刃厚皮片移植修复。我们认为: 皮肤撕脱伤在积极防治休克的情况下只要污染轻, 彻底清创后, 应力争即时修复; 如创面污染重, 基底大面积骨或肌腱外露, 患者存在休克等并发症或严重合并伤时, 应选择清创后延期修复为宜。

3.2 创面的修复方法 皮肤撕脱伤的修复方法很多, 有撕脱皮瓣原位缝合、另选供皮区切取断层皮片移植, 暂用异体或异种皮片覆盖, 待肉芽创面生成行邮票状皮片移植、皮瓣移植, 将无血运的撕脱皮瓣制成真皮下血管网皮片、全厚或中厚皮片回植。基本治疗原则应是在判断撕脱皮瓣血运的基础上争取保留更多的有血运组织<sup>[2]</sup>。

应该指出的是, 无论用何种方法修复创面, 均需彻底清创; 合并骨折先行内固定, 有骨外露的需将邻近软组织覆盖, 使其成为良好受区, 有利植皮成活。

3.2.1 撕脱皮瓣的保留 对已无生机的皮瓣、腱膜和肌肉组织, 绝不可姑息保留, 以免后患。本组典型病例 1 手术时皮瓣边缘有少许渗血且缝合无张力, 但术后仍出现皮瓣部分坏死。本组几例出现保留的皮瓣小部分坏死均属此种情况。

究竟如何准确判断撕脱皮瓣血运, 目前意见不一。彭阿钦等<sup>[3]</sup>应用断层切皮法, 虽较可靠, 但确认为无血运皮瓣时可影响反鼓切取断层皮片加以利用。我们采用取皮刀片在脂肪面边削边观察, 如有

点状出血、真皮下血管网充盈则认为有活力, 且去除部分脂肪组织, 有利于反鼓取皮操作。然而本组采用此法保留撕脱皮瓣 20 例, 仍有 5 例出现部分坏死。我们认为保留撕脱皮瓣对其血运须确认可靠, 宁少勿多, 不能应用皮瓣长宽比常规规定, 且临床须以血色鲜红, 渗出活跃为准, 如点状出血主要为紫红色或充盈血管主要是静脉, 即易出现静脉回流障碍, 导致皮瓣坏死。

3.2.2 中厚皮片的应用 有研究者认为真皮下血管网皮片或全厚皮片回植具有皮肤质量高、外观好的优点<sup>[4-5]</sup>。本组病例实践结果提示: 回植皮片厚度应根据伤情选用, 如深筋膜肌膜撕裂严重、肌肉挫伤、创基不良时, 为确保皮片成活良好, 仍以中厚皮片为好, 成活率较高。另外, 若不宜回植或回植皮片不足时, 宜另取中厚皮片补充, 以减少瘢痕畸形。

3.2.3 皮瓣与岛状皮瓣的应用 本组应用皮瓣移植修复上肢皮肤撕脱共 5 例, 其中背阔肌肌皮瓣岛状移植 1 例, 髂腹、脐胸真皮下血管网皮瓣各 2 例, 术后 2~3 周断蒂, 皮瓣全部成活, 外形好, 功能满意。我们的经验是: 肢体皮肤撕脱皮瓣原位缝合应慎重决定, 修薄回植皮片厚度应因伤制宜, 需皮瓣移植时应早期施行, 感染创面尽早以邮票状皮片修复。

3.3 合并伤的处理 对合并骨折等合并伤者, 应请相关科室配合, 尽早处理。肢体管状骨骨折, 应在早期彻底清创后行开放复位内固定或外固定架固定, 并利用周边血运丰富的肌肉等组织保护骨折部位, 创面用血运可靠的撕脱皮瓣覆盖或中厚皮片回植修复; 骨盆骨折无明显移位者可行保守治疗, 有错位者可采用钢丝内固定; 尿道、直肠损伤者宜早期清创修补, 且行造瘘改道术。

### 参考文献:

- [1] 周守贵, 章宏伟. 四肢大面积皮肤撕脱伤早期处理探讨 [J]. 急诊医学, 1994, 3(4): 157-159.
- [2] 郭树忠, 鲁开化. 下肢大面积皮肤撕脱伤的特点及处理 [J]. 中华创伤杂志, 1995, 11(6): 385-386.
- [3] 彭阿钦, 赵昌平, 刘彦辉, 等. 应用断层切皮法判断脱套伤撕脱皮肤的活性 [J]. 中国修复重建外科杂志, 1995, 9(4): 202-203.
- [4] 赵宝成, 王基. 交通事故致下肢大面积皮肤撕脱伤的治疗 [J]. 创伤外科杂志, 2005, 7(5): 349-352.
- [5] 刘尤富, 杨磊, 李绪华, 等. 大面积撕脱伤治疗体会 [J]. 中国伤残医学, 2008, 16(1): 51-52.

收稿日期: 2009-01-02 修回日期: 2009-03-11

本文编辑: 孙立杰