

3.3 单纯心包伤的处理 心脏创伤中单纯心包损伤较少见,多数合并其他胸部器官的损伤,临床表现不典型,易误诊漏诊。本组 1例先行剖腹探查,12 h后出现心包填塞,再次开胸手术;另 2例在修补肺损伤时发现心包裂伤口及心包积血,术前未予重视,术中发现心包裂伤口后,横断胸骨,扩大切口,打开心包探查,排除心脏损伤,行心包开窗引流处理。3例共同特点为心包裂口较小,约 0.6~0.8 cm均发展为血心包、心包填塞。

心包填塞的意义有双重性,既是致死原因又有救命作用,即心包内压力升高到某一点时,可暂时减少或停止心脏创伤出血。一般认为静脉压增高达 20 mm H<sub>2</sub>O时为临界水平,超过这一水平可引起血流动力学功能代偿失调<sup>[5]</sup>。心包裂口的大小对心脏损伤病人的预后有一定的意义:较大的心包裂口,足以使心包内积血流入胸腔,将引起大出血、休克死亡;较小的裂口,不足以引流心包内积血,则形成血心包或者急性心包填塞。本组病例心包裂伤口为 0.5~3.5 cm可能是病人均能

存活到医院的关键所在,而病人能否最后生存,则反映医院急救应急的综合水平。

#### 参 考 文 献

- [1] 石应康,田子扑,袁宏声,等.穿透性心脏损伤的临床分型与处理[J].中华创伤杂志,1994 10(2):60-61.
- [2] 黄家胜.12例穿透性心脏创伤的抢救体会[J].广西医学,2003 25(9):1795-1796.
- [3] 周耀黄,石应康,杨思远,等.58例穿透性心脏损伤的临床分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2005 12(5):358-360.
- [4] 梁贵友,石应康,杨建,等.心脏穿透伤 224例临床分型与处理[J].中国胸心血管外科临床杂志,2003 10(1):22-25.
- [5] 汪增炜,刘维永,张宝仁.心脏外科学[M].北京:人民军医出版社,2003:478-479.

(收稿日期:2007-12-18 修回日期:2008-01-10)

## 异体脱细胞真皮与自体刃厚皮复合移植在关节疤痕创面 22例的临床应用

莫海龙 韦元强 杨建德

(柳州医学高等专科学校第一附属医院骨伤整形科,柳州市 545002)

【关键词】 关节疤痕;异体脱细胞真皮;自体刃厚皮移植

【中图分类号】 R622 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)03-0428-02

关节部位疤痕创面的修复,以改善关节功能为前提。单纯刃厚皮移植后皮片质地较硬,易挛缩不耐摩擦,现基本不用。以偏厚的中厚皮或全厚皮移植效果好,质地较柔软、耐摩擦、挛缩小,有利于外观及功能改善;但供皮区不易愈合,出现疤痕<sup>[1]</sup>,对自体皮源缺乏的患者,也不适用。我院 2003年 1月至 2006年 4月采用脱细胞异体真皮和自体刃厚皮复合移植修复关节疤痕切除后创面,改善关节功能,且供皮区不留疤痕,疗效较佳,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 关节疤痕创面 22例 30处关节。男 14例,女性 8例;年龄 3~56岁,平均 19岁。损伤部位:肘关节 12例,腓窝 8例,手背 2例,足背 1例。关节疤痕面积大小也不一样。

1.2 材料 J1型脱细胞异体真皮由北京桀亚莱福生物技术有限公司生产,经过特殊的物理学、化学和生物学的技术处理。脱细胞去表皮,去除可引发免疫排斥反应的细胞成分。完整保留了基底膜和细胞外基质的一种理想的宿主细胞生长框架。按不同规格独立无菌包装,便于临床选用。

1.3 手术方法 彻底清洁消毒关节疤痕部位,行关节部位疤痕松解、切除疤痕。深部组织挛缩严重及关节活动度仍受限时,须切开深筋膜、肌膜,必要时行肌腱延长。充分止血,生理盐水冲洗。按创面大小取刃厚皮,一般选用头皮。因头皮作为自体的皮库,具有反复切取,无明显疤痕遗留,不影响头皮

生长的优点<sup>[2]</sup>。将与创面大小一致的脱细胞异体真皮紧贴于创面,粗糙面朝下,光滑面朝上,边缘用 3-0可吸收缝线固定。自体刃厚皮表皮面朝上,贴于异体真皮基质上。各皮间尽可能完全拼接,不留空隙,避免脱细胞异体真皮暴露。外敷凡士林纱布,最外层用烧伤敷料适度加压包扎。关节部位置于功能位,可适当制动,避免皮片移位。

### 2 结 果

术后 10~12 d打开植皮创面,全部创面约 95%以上复合移植自体皮均成活。植皮有血运,刃厚皮间隙消失,异体真皮无暴露。局部特别是边缘部因压力不均匀,出现皮片移位、水肿等。皮片成活不理想者经换药后创面愈合,不用再植皮。创面愈合后,外观平整,丰满,弹性好,耐压,抗摩擦,有一定的舒展性。关节常规用弹力套继续压迫 3~6个月,预防皮片间和切口疤痕生长。挛缩严重的关节,术后酌情用夹板或石膏制动 21~30 d 随访 0.5~1年,关节功能恢复好,类似中厚皮,全厚皮移植效果。

### 3 讨 论

复合皮具有质地柔软、弹性好、抗压耐摩擦等特点,关键是复合皮中脱细胞异体真皮保留基质做为框架,有完整基底膜,为自体表皮的成活和真皮与表皮层的连接创造了良好的基础<sup>[3]</sup>。J1型脱细胞异体真皮去除了引发宿主细胞等抗原

成分,仅保留了真皮组织内的胶原纤维、弹力纤维、网状纤维等的结构及成分,是复合皮移植成活后质地柔软挛缩小的物质基础,同时它的重要特征是有完整的基底膜,这是愈合后复合皮弹性好挛缩小,外观平整的组织学基础。

复合移植后异体真皮 3~4 d才建立血运,刃厚皮需要通过异体真皮中网孔才得到营养物质。为保证复合皮的成活,手术操作要求非常仔细,充分止血。异体真皮基质缝合固定适当加压包扎,避免术后出现皮下积血、积液、皮片移动影响植皮成活。关节部位固定于功能位,利于术后关节功能的恢复。移植皮愈合后,常规用弹力套压迫 3~6个月,预防切口疤痕和皮片间疤痕生长,并加强功能锻炼,才能获得满意的疗效。

异体真皮因来源有限,价格昂贵,有可能传播疾病且存在

伦理问题。一般用在不能用扩张器或皮瓣修复的关节,以及皮源缺乏的患者。但是其组织抗原性低,真皮能够长期存活,和异种真皮相比仍具有一定的优势。

#### 参 考 文 献

- [1] 郭振荣.脱细胞异种真皮基质作为修复材料大有可为[J].中华整形外科杂志,2002 18(5):261-262.
- [2] 潘圣鑫,朱小平,潘银根,等.异种(猪)脱细胞真皮基质与头皮薄皮片复合移植[J].中华整形外科杂志,2002 18(5):273-275.
- [3] 孙永华,李 迟,王春元,等.脱细胞异体真皮与自体薄皮片移植的研究与应用[J].中华整形烧伤外科杂志,1998 14(5):370-373.

(收稿日期:2007-11-27 修回日期:2007-12-11)

## 阴道斜隔综合征 2例报告

汤 莉 孙青凤

(广西桂林市中医院妇科,桂林市 541002)

【关键词】 阴道斜隔综合征;诊断;治疗

【中图分类号】 R711.1 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)03-0429-02

我院 2006年 12至 2007年 3月诊断阴道斜隔综合征(oblique vaginal septum syndrome,OVSS)2例,现报告如下。

### 1 临床资料

例 1:21岁,未婚,有性生活史, G<sub>0</sub> P<sub>0</sub>,因“带下色黄有异味 4个月,检查发现盆腔包块 4 d”于 2006年 12月 21日入院。患者诉约 2006年 8月开始出现带下量多,色黄,有异味,曾到浙江某医院就诊,静滴庆大霉素、替硝唑、头孢类抗生素等 8 d后,白带异味减轻,但带下量仍多,伴下腹胀。2006年 9月又到广西医科大学第一附属医院就诊, B超提示双子宫畸形,阴道内液性暗区(75 mm×34 mm),诊断为阴道壁脓肿,口服中药四磨汤治疗后效果不佳。2006年 10月曾发烧(体温 37.5~38℃),又在南宁某私人诊所抗炎(具体用药不详)治疗 7 d后烧退,下腹胀痛不明显。回老家(灌阳县)后一直服用草药治疗,仍有较多脓性分泌物从阴道流出。入院前 4 d到灌阳县人民医院就诊, B超示盆腔囊性暗区(81 mm×40 mm),未用药。患者为明确诊治入住我院。入院查体: T36.6℃, BP105/68 mmHg发育正常,营养中等,心、肺、腹无异常。妇科检查:外阴发育正常,见较多脓性分泌物附着;阴道内见较多脓性分泌物,有异味,阴道右侧壁膨出,囊性感,未见破口,触痛(±);宫颈光,颈口见脓液流出;宫体平位,可及两个常大子宫,子宫右侧扪及一约 8 cm×6 cm×4 cm的囊性包块,压痛(±),似与阴道右侧壁膨出处相连,活动差,挤压之见脓性分泌物自宫口流出;左附件区(-)。既往月经规律,有痛经史。入院诊断:盆腔脓肿。入院后复查 B超示:(1)双子宫;(2)右附件区囊性包块。血常规正常。局部消毒后,遂于右阴道壁囊肿的下部行切开术,见淡咖啡样分泌物夹脓液流出,遂内置橡皮管

引流,术后予以头孢呋辛钠合甲硝唑抗感染,并每日用碘伏冲洗阴道。术后 14 d B超提示脓肿消失出院。1个月后经净后又出现带下量多,再次就诊于我院门诊,妇检见阴道壁脓肿复发, B超发现右肾缺如。综上诊断为先天性阴道斜隔(Ⅲ型),建议行阴道斜隔切除术,但因患者拒绝而未做手术。

例 2:31岁,已婚, G<sub>2</sub> P<sub>0</sub>,2000年药物流产 1次,2005年孕 60 d胚胎停育,在我院行清宫术(当时清宫困难)因“停经 39 d阴道流血分泌物 20余天,腰痠胀 2 d”于 2007年 3月 25日入院。患者诉平素月经规律,痛经(+),于 2002年 9月曾因宫旁脓肿在我院住院治疗。此后每逢月经干净后 3~4 d复又出现少许褐色阴道流血,约持续 1周后干净。患者曾在我院门诊口服中药治疗,疗效不显。此次末次月经:2007年 2月 14日。约 3月初偶觉阴道脓血分泌物,有异味,未治疗,上症持续发作;至 2007年 3月 18日患者因月经逾期未至自测尿妊娠试验(+),上述症状仍存在;2007年 3月 22日至桂林市人民医院中医科求治,子宫、附件 B超:(1)双子宫;(2)右侧子宫内暗区性质待定;(3)宫颈积液。当日就诊于我院门诊,尿妊娠试验(+),检查白带:支衣原体(++)、白细胞(+),脓球(++),清洁度 IV。建议患者住院治疗,患者拒绝。入院前 1 d偶觉腰痠胀,阴道流脓血性分泌物,有异味,呈咖啡色,于 2007年 3月 23日入院治疗。入院查体: T37℃, BP110/70 mmHg心、肺、腹无异常;妇科检查:外阴发育正常;阴道内见较多脓血性分泌物,恶臭;宫颈轻度糜烂,挤压宫颈见脓血性分泌物流出;双合诊因恐堕胎未作。入院诊断:(1)先兆流产;(2)非淋菌性阴道炎;(3)宫腔积液;(4)双子宫畸形。血常规: WBC8.4×10<sup>9</sup>/L GR77.1%;脓液培养示大肠埃希菌、G杆菌(+).保胎治疗及静点青霉素抗感染,用日日舒洗剂