

2007,23(2): 81-83.

[3] 黎明,张国安,刘颖. 2003—2005 年积水潭医院烧伤感染常见细菌及耐药性分析. 中华烧伤杂志,2007,23(2):91-93.

[4] 赵广宇,董肇杨,曾勇,等. 烧伤科患者感染病原菌的变迁及抗菌药物耐药性分析. 中华医院感染学杂志,2008,18(4):564-566.

[5] 张雅萍,曹俊杰,高丽萍. 1052 株烧伤创面病原菌及其药敏分析. 中国微生态学杂志,2008,20(2):176-177.

[6] Li J, Nation RL, Milne RW, et al. Evaluation of colistin as an agent against multi-resistant Gram-negative bacteria. *Int J Antimicrob Agents*, 2005,25(1):11-25.

[7] Markou N, Apostolakis H, Koumoudiou C, et al. Intravenous colistin in the treatment of sepsis from multiresistant Gram-negative bacilli in critically ill patients. *Crit Care*, 2003,7(5): R78-83.

[8] Falagas ME, Kasiakou SK. Colistin: the revival of polymyxins for the management of multidrug-resistant gram-negative bacterial in-

fections. *Clin Infect Dis*, 2005,40(9):1333-1341.

[9] Pintado V, San Miguel LG, Grill F, et al. Intravenous colistin sulphomethate sodium for therapy of infections due to multidrug-resistant gram-negative bacteria. *J Infect*, 2008,56(3):185-190.

[10] Betrosian AP, Frantzeskaki F, Xanthaki A, et al. Efficacy and safety of high-dose ampicillin/sulbactam vs. colistin as monotherapy for the treatment of multidrug resistant *Acinetobacter baumannii* ventilator-associated pneumonia. *J Infect*, 2008,56(6):432-436.

[11] Gounden R, Bamford C, van Zyl-Smit R, et al. Safety and effectiveness of colistin compared with tobramycin for multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii* infections. *BMC Infect Dis*, 2009,9:26.

(收稿日期:2009-02-24)

(本文编辑:王旭)

· 病例报告 ·

双游离皮瓣桥接治愈下肢浓硝酸Ⅳ度烧伤一例

沈福全 张敬良 雷彦文

患者男,34岁,不慎被浓硝酸(浓度不详)溅及双下肢。伤后用清水冲洗创面约3min,仍有持续微痛感,伤后1h经外院转入我科。诊断:双下肢浓硝酸烧伤,总面积9%,其中Ⅲ度5%、Ⅳ度4% TBSA。入院后再次用清水冲洗创面30min。鉴于患者右足远端血运不佳,急诊手术切除双下肢焦痂,见左小腿腓肠肌部分坏死,右胫前后浅层肌群、右足背浅层肌腱、右踝浅层肌腱坏死。去除坏死组织,用凡士林油纱包扎,术后给予补液、预防感染等治疗。伤后第3天,患者生命体征平稳,在全身麻醉下行右下肢清创及左脐旁皮瓣、右股前外侧皮瓣覆盖术^[1]。将右股前外侧皮瓣的旋股外侧动脉降支及伴行静脉吻合于胫前动、静脉,左脐旁皮瓣的腹壁下动、静脉吻合于旋股外侧动脉降支及伴行静脉的远端。供区移植自体背部中厚皮。患者术后皮瓣及皮片成活良好,于伤后15d行双下肢残余创面植皮术。伤后31d患者治愈出院,后期尚需行皮瓣修整术。见图1。

讨论 (1)浓硝酸具有很强的腐蚀性,通常情况下,硝酸烧伤一般不向深部组织侵蚀。但我科近年来收治的浓硝酸烧伤病例却多有Ⅲ、Ⅳ度创面,因此对这类患者宜尽早切痂。本例患者入院时右下肢环形焦痂已压迫右足血运,更应及时切痂。(2)本病例切除焦痂后肌腱暴露范围广,周围无邻位皮瓣或轴型皮瓣可用,若待创面肉芽组织形成后再行游离植皮,会严重影响踝关节功能;如采用单个游离皮瓣,不足以覆盖创面。故我们采用双游离皮瓣桥接的方式。(3)双游离皮瓣对机体的损伤较大,尤其是脐旁皮瓣,在解剖腹壁下动脉的过程中易伤及腹直肌而造成腹壁疝,故分离该动脉时一定要注意保护腹直肌。

参考文献

[1] 侯春林. 带血管蒂组织瓣移位手术图解. 3版. 上海:上海科学技术出版社,2006.



图1 双游离皮瓣桥接修复患者右下肢浓硝酸Ⅳ度烧伤创面。a. 患者右下肢浓硝酸烧伤后2h(切痂术前);b. 右下肢急诊切痂术后;c. 伤后第3天,创面彻底清创后覆盖右股前外侧皮瓣(尚待覆盖左脐旁皮瓣);d. 伤后31d患者痊愈

DOI:10.3760/ema.j.issn.1009-2587.2009.05.017

作者单位:528300 广东佛山,顺德和平创伤外科医院烧伤整形科(沈福全),手及显微外科(张敬良、雷彦文)

(收稿日期:2009-04-21)

(本文编辑:罗勤)