

散在的细小异物, 尽管已经借助 3D 成像进行积极处理, 但手术后颜面部仍有不易取出的微粒沉着, 影响患者外貌。建议术前向患者充分说明, 做好解释工作。

#### 参考文献

- [1] 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 540-542.  
[2] 张虹, 宁国祥. 眼眶植物性异物的诊断和治疗. 眼外伤职业眼病杂志, 2002, 24(1): 36-38.

- [3] 刘玉柱, 刘涛, 马斌, 等. 口腔颌面部异物 68 例临床分析. 西南军医, 2009, 11(2): 288.  
[4] Sharma PK, Songra AK, Ng SY. Intraoperative ultrasound-guided retrieval of an airgun pellet from the tongue: a case report. Br J Oral Maxillofac Surg, 2002, 40(2): 153-155.  
[5] Eggers G, Mukhamadiev D, Hassfeld S. Detection of foreign bodies of the head with digital volume tomography. Dentomaxillofac Radiol, 2005, 34(2): 74-79.

(收稿日期: 2011-04-25)

(本文编辑: 王旭)

## 大面积烧伤康复期全身浸浴治疗致中暑一例

曾庆湖 林桂松

患者男, 44 岁, 因大面积烧伤创面愈合后瘢痕增生伴残余创面 4 个月余, 2011 年 2 月 3 日入我院。查体见瘢痕面积达 75% TBSA; 残余创面约 5% TBSA, 呈散在点状分布。患者入院后卧翻身床并定时翻身, 创面采用半暴露疗法, 每 3 天全身用温水浸浴 1 次, 瘢痕外涂复春散 II 号(通化昌源灼伤瘢痕研究所, 主要成分为冰片、白矾、没药、透皮剂等), 四肢外加弹力绷带, 通过上述措施防止瘢痕进一步发展, 同时进行功能锻炼。入院后第 2 天查血常规、肝肾功能、电解质水平均正常。经治疗患者一般情况良好, 生命体征平稳, 残余创面逐渐缩小, 创面较清洁、无明显分泌物。

入院后 21 d 行全身浸浴治疗时, 患者自觉水温较前略烫(具体水温未测)但能忍受。浸浴 25 min 左右患者自感疲乏、无力、眩晕, 无瘢痕处皮肤多汗; 浸浴约 30 min 其返回病房。浸浴后 2 h 患者感眩晕、头痛, 时有构语障碍, 体温为 39.1 °C、心率 94 次/min、血压 120/75 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)。行降温处理: 颈部、腋部、腹股沟等多处冰敷, 肌内注射复方氨基比林 2 mL。每 30 分钟复测 1 次体温。

首次复测体温未降(39.9 °C), 心率 138 次/min、血压 130/79 mm Hg, 且患者出现谵妄、躁动不安, 予以肌内注射地塞米松 10 mg、持续冰敷。30 min 后再测体温高达 40.9 °C、心率 142 次/min、血压 128/65 mm Hg, 患者谵妄、躁动不安、意识模糊。怀疑有肺部或全身感染, 急诊查血常规、肝肾功能、电解质水平无异常, 行血液细菌培养结果为阴性, 胸部正位 X 线片检查提示无感染征象。肌内注射氯哌啶醇 5 mg 镇静; 静脉滴注生理盐水 250 mL + 阿奇霉素 0.5 g, 1 次/d; 静脉滴注莫西沙星 0.4 g, 1 次/d; 持续冰敷。患者仍谵妄、躁动、意识模糊, 体温 40.8 ~ 41.0 °C、心率 134 ~ 154 次/min、血压(128 ~ 145)/(65 ~ 90) mm Hg。浸浴后 4 h 急诊查血常规、肝肾功能、电解质水平无异常, 胸部正位 X 线片检查提示双肺无感染征象, 考虑为中暑, 予以持续吸氧; 静脉推注氯丙嗪 25 mg + 生理盐水 20 mL, 静脉滴注氯丙嗪 25 mg + 葡萄糖 500 mL(15 滴/min); 颈部、腋部、腹股沟多处冰敷; 将室温

控制在 26 °C; 静脉滴注平衡盐溶液、葡萄糖, 监测尿量和生命体征。20 min 后患者安静入睡, 体温逐渐降至 38.2 °C, 心率 88 ~ 130 次/min, 血压(110 ~ 142)/(68 ~ 85) mm Hg, 尿量正常。浸浴后 8 h, 患者体温降至 37.5 °C, 停用氯丙嗪。浸浴后 10 h 患者清醒, 无头晕、头痛、恶心、呕吐、躁动不安、谵妄等情况, 生命体征正常、能进食, 停止补液。浸浴后 24、48 h 复查血常规、肝肾功能、电解质水平, 均无明显异常。5 d 后血液细菌培养结果为阴性。后续治疗仍沿用入院初期的系列防痂治疗措施, 尤其注意的是将浸浴水温控制在 38 ~ 39 °C、室温控制在 28 ~ 30 °C, 未再出现类似中暑症状。治疗 2 个月, 残余创面约 1% TBSA, 呈散在点状分布, 四肢关节功能基本恢复, 患者出院。

讨论 中暑常发生于高温、高湿环境, 是以体温调节中枢和汗腺功能障碍等为特征的疾病, 主要损伤机制是体温过高对细胞造成直接损害; 一旦发生中暑需迅速降温, 否则将导致严重后果<sup>[1]</sup>。潮州地区 2、3 月份气温为 15 ~ 22 °C, 空气湿度不大, 在这样的气候条件下本不易中暑。本例患者全身浸浴后出现谵妄、躁动不安、意识模糊、持续高热等症状, 多次查血常规无明显异常, 血液细菌培养结果呈阴性, 胸部正位 X 线片提示无感染征象, 推测感染致高热可能性不大, 疑为浸浴所致中暑。全身浸浴时, 如水温相对较高可直接将热量传导给机体, 体内积热可致体温调节中枢障碍。患者瘢痕面积约 75% TBSA, 存在汗腺功能障碍, 浸浴后出现高热, 药物降温无效, 经静脉给予氯丙嗪调节体温中枢、辅以冰敷、将室温控制在 26 °C 等处理, 患者体温逐渐降至正常, 谵妄、躁动不安、意识模糊等症状消失。由此提醒: 大面积烧伤患者(尤其是后期大面积瘢痕患者)全身浸浴治疗时, 宜将水温控制在 38 ~ 39 °C、室温保持在 28 ~ 30 °C<sup>[2]</sup>, 浸泡过程中可适当补充防暑饮料, 以避免中暑。

#### 参考文献

- [1] 叶任高, 陆再英. 内科学. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 992.  
[2] 黎鳌. 烧伤治疗学. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 220.