

· 特殊部位与特殊原因烧伤 ·

髋部热炕烫伤 30 例

吴银生 马强 沈江涌

我国北方冬天寒冷,农村地区居民习惯卧土炕休息,常用柴草烧炕取暖,所产生的烟雾在密闭环境中易导致室内人员一氧化碳中毒,在昏迷时被烫伤。另外,醉酒者、糖尿病患者、截瘫患者、低龄儿童等长时间卧热炕,也容易造成受压部位烫伤,多见于骶尾部、臀部、髋部,损伤较重,治疗困难。2009 年 3 月—2013 年 12 月,笔者单位采取不同方法修复髋部热炕烫伤创面 30 例,取得较好的效果,现介绍如下。

1 临床资料

本组患者中男 22 例,女 8 例,年龄为出生 20 h~75 岁,包括一氧化碳中毒昏迷致臀部烫伤 18 例、醉酒昏迷致臀部烫伤 5 例、糖尿病患者臀部长时间受压烫伤 3 例、截瘫患者臀部长时间受压烫伤 1 例、低龄儿童臀部长时间受压烫伤 3 例,其中 12 例患者伴有髋部受损。本组患者在热炕上停留的时间为 3~12 h。烧伤总面积 0.5%~3.0% TBSA,其中 7 例为深 II 度创面,其余 23 例为 III 度创面。患者入院时间为伤后 10 h~6 d。

2 治疗方法

对合并一氧化碳中毒者行早期支持治疗,应用大量维生素 C 促进脑细胞代谢,200 g/L 甘露醇或肾上腺糖皮质激素缓解脑水肿及保护脑细胞。常规纠正酸碱平衡;给予氧疗,以尽早应用高压氧治疗最佳,有利于加快神经系统功能恢复,减轻脑部后遗症。对糖尿病患者行血糖调控,围手术期一般用短效胰岛素,将空腹血糖值控制在 8~10 mmol/L 即可考虑手术^[1]。根据创面分泌物细菌学培养结果和药物敏感试验结果,给予全身抗感染治疗,或根据病房近期常见菌预防性应用抗生素。

患者入院后用 0.5 g/L 醋酸氯己定清洗消毒创面。深 II 度创面外覆紫草油纱,每 2~3 天换药 1 次,促进创面愈合。III 度创面先外涂磺胺嘧啶银(SD-Ag)糊剂暴露成痂,于

伤后 3~15 d 手术。其中 6 例患者扩创后在新鲜脂肪层上移植大张自体大腿中厚皮;5 例患者扩创后,创基有较多间生态样软组织或局部感染较重,行 VSD(负压值设定 -60~-17 kPa)持续治疗 1 周,再延期移植大张自体大腿中厚皮;12 例患者创面较大、深且涉及骨突部位,采用肌皮瓣(3 例)、筋膜皮瓣(9 例)修复骨突部位创面,其余创面移植大张自体大腿中厚皮。供瓣区缺损小,直接拉拢缝合;缺损较大,取自体大腿中厚皮移植覆盖。术后患者采用俯卧位或侧卧位,也可以卧翻身床。

3 结果

经换药处理或移植术修复,创面均愈合良好。修复后臀部外形丰满、质地好、瘢痕少。骨突深度创面部位采用皮瓣修复,克服了单纯植皮易破溃、不耐磨等不足,患者负重及行走功能未受影响,治疗效果较好。

典型病例:患者女,69 岁,一氧化碳中毒昏迷并左臀部、髋部 III 度热炕烫伤 3.0% TBSA,左髋部骨外露,伤后 10 h 收治入笔者单位急诊科 ICU。入院后立即给予患者脑部复苏、改善循环、高压氧、抗感染等治疗,创面用 0.5 g/L 醋酸氯己定清洗,外涂 SD-Ag 糊剂暴露成痂。伤后 11 d 患者全身情况较好,转烧伤整形科手术治疗。术中见创面深,全层皮肤及部分脂肪坏死,去除坏死脂肪,于正常脂肪上移植大张自体大腿中厚皮,左髋部骨外露处行阔筋膜张肌肌皮瓣修复,供瓣区移植大腿中厚皮修复,术后皮片及皮瓣均成活。术后 2 周拆线患者出院。术后 1 个月患者出现意识不清、大小便失禁等一氧化碳中毒迟发脑病,经再次高压氧、中医等治疗后恢复正常。术后 2 个月随访,患者行走自如。见图 1。

4 讨论

热炕烫伤主要分布于人们卧位休息时的承重部位,一般烫伤面积不大但比较深,早期诊断易发生误判,依据水泡及

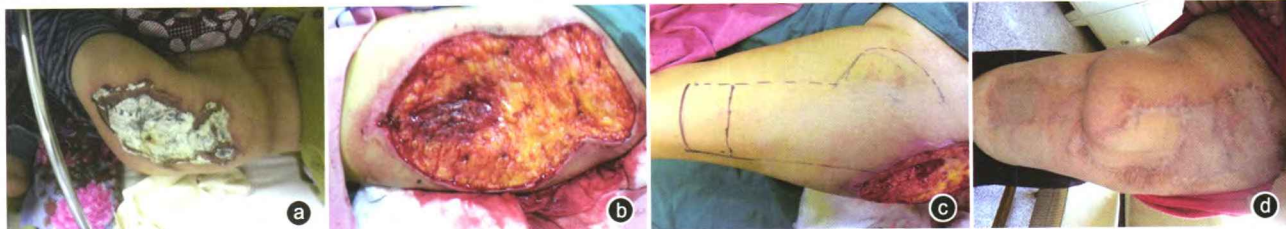


图 1 联合移植皮瓣、自体皮修复一氧化碳中毒并左髋部 III 度热炕烫伤患者。a. 术前创面;b. 术中扩创;c. 术中左髋部阔筋膜张肌肌皮瓣设计;d. 术后 2 个月,创面愈合良好

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2014.05.008

作者单位:750004 银川,宁夏医科大学总医院烧伤整形科

通信作者:沈江涌,Email:sjzyyp@163.com,电话:0951-6743246

基底早期变化易判断为Ⅱ度创面,与低温烧伤^[2]某些表现一致。笔者观察到,热炕烫伤创面扩创后浅层组织有时似间生态组织或正常组织,但深层组织已坏死,与热压伤创面类似。所以对于较深伴骨突外露的热炕烫伤创面,扩创时一定要在骨突部位行深部探查,彻底去除坏死组织,选用局部筋膜皮瓣或肌皮瓣进行创面修复,缩短病程,有利于患者远期功能恢复。

臀部对人体外形影响较明显,对于臀髂部脂肪较多部位应尽可能多保留正常脂肪组织,在其上移植大张自体中厚皮易成活,且修复后外形饱满、质地好,没有必要去除所有脂肪层后在深筋膜上植皮。创面扩创至脂肪层不新鲜时,为保留较多软组织可先行负压吸引 1 周再延期植皮,成活率高。此外,术后护理很重要。最好采用俯卧位或侧卧位,减少皮瓣或皮片长时间受压发生血运障碍坏死,也避免大小便污染创

面。对于翻身不便者,可以卧翻身床,定时翻身俯卧。

笔者认为热炕烫伤兼有低温烧伤和热压伤的特点,目前此方面研究报道不多,作用机制有待进一步探讨。值得注意的是,卧热炕休息,须做好开窗通风,防止一氧化碳中毒;醉酒者、老年人及低龄儿童最好不要独自卧热炕,避免长时间不变换体位造成烫伤。

参考文献

- [1] 朱志军,许庆建,徐国土,等. 糖尿病合并低热烧伤 26 例[J]. 中华烧伤杂志,2007,23(3):232.
- [2] 贾赤宇,余东文,龙艺. 低温烫伤的特点与治疗[J/CD]. 中华损伤与修复杂志:电子版,2011,6(5):826-828.

(收稿日期:2014-03-15)

(本文编辑:莫愚)

救治四氯化钛烧伤 47 例

黎凤明 田晓东 胡国文 李登伦

四氯化钛是制备金属钛的重要材料,为高毒性无机化合物,室温下为无色液体并在空气中发烟,生成二氧化钛固体和盐酸液滴的混合物。本单位地处钒钛工业城市,钒钛相关制品工厂较多,四氯化钛烧伤发病率较高,2010—2013 年共收治 47 例四氯化钛烧伤患者,现将治疗情况介绍如下。

1 临床资料

本组患者中男 42 例、女 5 例,年龄 22~45 岁,均因工作中接触四氯化钛泄漏形成的烟雾致伤。烧伤总面积 3%~45% TBSA,深度为浅Ⅱ~Ⅲ度,创面主要分布在头颈部和上肢。32 例伴吸入性损伤,其中 7 例为重度吸入性损伤;21 例伴眼部烧伤;12 例伴会阴部烧伤。入院时间为伤后 15 min~2 h。

2 治疗方法

2.1 入院急救

接诊后立即脱去患者全身衣物,清除体表残留致伤物质,同时根据烧伤面积、深度及伴有吸入性损伤的严重程度对患者进行病情评估:重度烧伤患者,立即建立静脉通道行补液抗休克治疗;患者若伴有明显声音嘶哑、不同程度的呼吸困难则警惕有中重度吸入性损伤,及时行气管切开。本组患者中共有 11 例行气管切开。

2.2 烧伤创面处理

2.2.1 早期创面处理 大量清水冲洗创面,冲洗时间在患者病情许可的情况下不少于 30 min,特别注重隐蔽部位的

冲洗,如会阴部、腋窝、头部、耳廓等。

2.2.2 非手术治疗 入院后简单清创,对于浅Ⅱ度创面位于躯干及肢体者给予凡士林纱布包扎治疗,其他部位创面外用抗感染及促上皮生长药物暴露治疗。

2.2.3 手术治疗 13 例患者功能部位的深Ⅱ度创面于伤后 2~7 d 行削痂+自体大张中厚皮移植,9 例患者Ⅲ度创面于伤后 2~9 d 行切痂+自体刃厚皮移植。若出现中毒症状则急诊手术去除坏死组织。

2.3 吸入性损伤治疗

对已行气管切开的患者,加强呼吸道管理,使用生理盐水+α糜蛋白酶 4 000 U+地塞米松 5 mg+庆大霉素 8 万 U 配成雾化液,气管内持续滴入,3~5 滴/min,若患者气道干燥、痰液黏稠,可临时调至 7~10 滴/min;同时,使用上述雾化液行气管内雾化,每 1~2 小时 1 次。患者入院后若生命体征相对平稳即早期行纤维支气管镜检查及气道灌洗,明确吸入性损伤程度,同时,每隔 2~3 d 行纤维支气管镜气道灌洗 1 次,去除气道内较大的痰栓及坏死黏膜组织等。若患者出现进行性呼吸困难,常规吸氧下脉搏血氧饱和度(SpO₂)低于 0.90,则使用呼吸机辅助呼吸。本组患者中 3 例使用了呼吸机,时间为 2~12 d。

2.4 眼部烧伤的处理

接诊后立即用棉签清除眼周残留致伤物,然后分开上下眼睑,充分暴露结膜,使用生理盐水反复冲洗眼部至少 15 min^[1],使用氧氟沙星滴眼液及重组牛 bFGF 滴眼液每日 3 次,对于眼周深度烧伤伴有眼睑闭合不全的患者,夜间涂抹红霉素眼膏保护角膜。头面部冲洗时特别注意保护眼睛。

2.5 会阴部烧伤的处理

会阴部创面暴露治疗,伴有尿道口周围烧伤的患者应留