

· 经验交流 ·

治疗新生儿烧伤 21 例

金国强 吴俭 苏子毅

新生儿烧伤临床上较少见,一旦发生,程度较深、后果严重,且创面多位于特殊部位,救治较困难。笔者单位 1983—2002 年共收治新生儿烧伤 21 例,占全部烧伤患者的 0.3%,现将治疗体会报告如下。

临床资料:本组患儿中男 14 例、女 7 例。致伤时间:出生后 2 h 4 例、1—3 d 4 例、4—30 d 13 例。致伤原因:热水袋保暖烫伤 14 例、火焰烧伤 6 例、烤灯致伤 1 例。烧伤部位:头面部 1 例、上肢 2 例、胸背部 6 例、下肢 8 例、臀部 2 例、腹部 1 例、足背 1 例。烧伤总面积 2% ~ 20% TBSA, 3 例患儿有Ⅲ度创面。

早期治疗:(1)抗休克:准确计算输液量,按公式补液防治休克。伤后第 1 个 24 h 给予电解质、胶体溶液 $2 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot 1\% \text{ TBSA}^{-1}$ (电解质:胶体 = 1:1),水分 $100 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,保持尿量 5 ~ 10 ml/h。第 2 个 24 h 电解质、胶体减半,水分依情况而定。48 h 后则按正常需要量补给水分,尽量以口服为主,给予母乳或人工喂养。因新生儿对水、电解质调节能力差,应留置导尿管以便观察尿量和调整液体量。(2)多种途径抗感染:新生儿一般对 抗生素较敏感,早期以静脉滴注青霉素及广谱抗生素为主,后期根据创面细菌培养及药物敏感试验结果选用敏感抗生素。新生儿烧伤创面与全身感染除用 抗生素控制外,应肌肉注射丙种球蛋白 1.5 ml/次,1 次/d,连续 3 d。同时每天输入适量新鲜全血或血浆以增强抵抗力。

创面处理:(1)浅Ⅱ度创面清创后用本院自制的五黄油[赣药制字(2004)第 Z0029 号,主要成分:大黄、黄芩、黄柏、黄连、虎杖、地榆、冰片、麻油等]加磺胺嘧啶银(SD-Ag)纱布包扎。(2)深Ⅱ度创面削痂后用戊二醛处理的猪皮或辐照氟银猪皮覆盖包扎,1 d 后打开敷料暴露或用五黄油加 SD-Ag 纱布包扎。(3)Ⅲ度创面伤后 1 周内行切痂植皮术,供皮区以头部为主。本组有 5 例患儿入院时创面已感染,行蚕食脱痂后,植皮修复创面。

保温措施:本组患儿烧伤多发生在冬季,故应注意保温以防止呼吸道感染、肺炎及硬肿症等并发症。室温宜在 28 ~

30 ℃,大多采用包扎疗法及使用保暖器、烤灯或暖箱。

新生儿的喂养及日常护理:患儿入院后 3 d 内禁食。第 4 天开始除静脉适量补液外,主要以新鲜牛奶兑开水(比例为 1:2)喂养,从少量开始逐渐增加,定时定量,每 2 次间喂开水 1 次。除常规护理外,应保持正常皮肤的清洁。

结果:本组患儿治愈 19 例,死亡 2 例,平均住院时间 15—20 d。

讨论 新生儿对外界环境适应力差,治疗时应充分估计和认识其病理生理方面的下述特点:体温调节功能不完善,皮下脂肪层薄,相对体表面积大于成人,易出现体温下降;神经系统发育不完善,易发生高热、惊厥和呕吐,本组中有 5 例发生惊厥,3 例发生呕吐;新生儿需氧量大而肺换气面积小,心功能代偿能力差,若补液过多过快,易发生肺水肿及脑水肿;免疫系统发育不完善,抗感染能力较差。新生儿应激能力差,烧伤所致的病理改变较严重,且并发症出现较快,来势凶猛。故早期有效治疗是阻断新生儿烧伤病情恶性发展的关键^[1]。

消灭创面是烧伤救治的重要手段。新生儿皮肤薄嫩,加上烧伤时无自救能力,伤后局部损伤远较成人严重^[2]。本组 14 例为热水保温烫伤,多数为深Ⅱ度及Ⅲ度创面。对新生儿深度创面的处理,应在平稳度过休克期后 1 周内行削痂或切痂植皮手术,能收到良好效果。新生儿生长力强,植皮后成活率高,消灭创面迅速,这也是本组救治成活率较高的因素之一。在手术时要注意彻底止血,以免发生生命危险。

本组病例按前述公式进行补液,结果均平稳度过休克期。新生儿烧伤后的喂养兼护理非常重要^[3],伤后第 4 天开始以适量静脉补液加人工喂养进行治疗,能较好地提供新生儿营养。

参 考 文 献

- 1 宋华培,罗奇志. 小儿烧伤并发脓毒症的早期诊断及治疗. 中华烧伤杂志, 2003, 19: 250 - 251.
- 2 刘小龙,努尔兰,王晓凤. 救治新生儿重度烫伤一例. 中华烧伤杂志, 2001, 17: 332.
- 3 孙炳伟,刘昌,邵宁正,等. 救治新生儿烧伤四例. 中华烧伤杂志, 2003, 19: 375.

(收稿日期:2004-03-30)

(本文编辑:赵 敏)

作者单位:330006 南昌,江西医学院附属第一医院保健科(金国强),儿科(吴俭),烧伤科(苏子毅)

治疗糖尿病患者足烫伤 15 例

黄国雨 王奎海 杨忠

糖尿病患者烧伤后往往形成难以愈合的创面,大多数需

通过手术修复甚至截肢。近 5 年来,笔者单位共收治糖尿病足烫伤患者 15 例,在创面换药的基础上行高压氧(HBO)治疗,收到较好的效果,现报道如下。

作者单位:316000 舟山,解放军第四一三医院烧伤科

临床资料:本组患者中男 3 例、女 12 例,年龄(64±7)岁。2 型糖尿病史 8—25 年,自服降糖药 5—15 年。烧伤总面积 1%~2% TBSA,浅 II、深 II 度。单足烫伤 10 例、双足烫伤 5 例,均为使用热水袋所致。伤后 1—3 周入院,入院时空腹血糖(8.5±2.2)mmol/L,尿糖(-~++++),创面有脓性分泌物及坏死组织附着,异味重。创面细菌培养多为脆弱拟杆菌、厌氧链球菌、铜绿假单胞菌及大肠杆菌。

治疗方法:患者入院后控制空腹血糖在 7.8 mmol/L 以下,尿糖(-~+),尿中无酮体。如入院后 2—3 d 尿糖及血糖经口服降糖药及饮食不能控制,可于餐前皮下注射胰岛素,用量参照尿糖测定结果:(+)不用胰岛素;(++)用 4 U;(+++)用 8 U;(++++)用 12 U。血糖稳定后改为维持量,以试纸自测尿糖至少 3 次/d,波动明显时增加检测次数,将尿糖控制在(-~+),注意钾、钠、磷、氨基酸等的补充。清创换药,前 1 周 1 次/d,后期视创面情况 2—3 d 换药 1 次,分别以 0.5 g/L 洗必泰液、甲硝唑液冲洗创面后,以 50 g/L 磺胺米隆湿敷 20 min,碘伏纱布包扎。行 HBO 治疗,在 2.5 个绝对压[绝对压=附压(表压)+1 个大气压(常压)]下吸纯氧 20 min,共吸 3 次,每次中间休息 5 min。整个过程 1 次/d,10 d 为 1 疗程。通常治疗 2~4 疗程,超过 3 个疗程创面不能愈合者行邮票皮移植术,创面愈合后以弹力绷带包扎。

结果:12 例患者经 2~4 疗程 HBO 治疗后创面自然愈合,另 3 例治疗 3 个疗程创面形成肉芽,遂行手术植皮。术后 10 d 左右皮片相互融合、创面封闭。患者住院时间(26±8) d。

讨论 糖尿病是一种全身慢性代谢性疾病,基本病变主要与分布于微血管和小静脉周围的基底膜有关,引起下肢动脉硬化、小动脉管腔狭窄及微血管病变,造成肢体供血不良;而小腿神经又易发生节段性脱髓鞘,造成下肢远端感觉迟钝。中老年糖尿病患者用热水袋取暖,由于血管病变加之反应迟钝,入睡后受热时间较长,造成局部烫伤。初期创面出现

红斑、水疱时患者往往不重视。糖尿病患者足烫伤后创面局部血供及神经营养不良,细胞免疫功能减退,机体抵抗能力降低,极易导致或加重感染。创面培养多为厌氧菌感染,创面组织进行性坏死,有异味,处理不当易使创面加深。

高血糖和感染互为因果,因而对于糖尿病烧伤患者的治疗应首先控制血糖,其次对创面进行清创和有效引流,在血糖得到满意控制后抗生素才能发挥作用,单纯依赖抗生素常难以控制感染。笔者单位无血糖仪,而患者不愿每日抽血检测血糖,因此本组用药以尿糖值为标准。糖尿病患者分解代谢亢进,蛋白合成减少,机体处于负氮平衡,加之患者多饮、多尿和钠、钾、磷、钙等排泄增多,出现水、电解质紊乱,因而在控制饮食及碳水化合物摄入量的同时,应补充氨基酸及电解质,特别要补充微量元素,因为微量元素参与体内多种生化反应,糖尿病患者尤其需要,比如磷补充量应为 0.6~1.0 mmol·kg⁻¹·d⁻¹。清创换药前可将患足浸入温水中浸泡一段时间,使痂皮及坏死组织松动便于清除。糖尿病患者代谢旺盛,微循环灌注较差,纤维母细胞功能减弱,肉芽生成减少,创面愈合迟缓,感染不可避免,且手术风险大,植皮成活率低。如何使这类患者创面早日愈合,避免截肢,目前还没有更好的办法。HBO 既能增加血氧分压,改善组织缺氧,又能收缩血管,降低毛细血管的通透性,促进静脉回流,减少创面渗出;对多数细菌的生长繁殖有抑制作用,能减轻创面感染;还能促进肉芽组织的生长和毛细血管的新生^[1]。本组多数患者经 HBO 治疗 1~2 个疗程后创面分泌物明显减少,基底新鲜,皮岛生长良好,经 3~4 个疗程的治疗多数患者创面能自然愈合,避免了以往反复换药创面经久不愈、进行性加深或干性坏死、手术植皮多次不能成活不得已而截肢的结局。

参 考 文 献

- 1 李温仁,倪国坛,主编.高压氧医学.上海:上海科学技术出版社,1998.358.

(收稿日期:2004-06-09)

(本文编辑:赵敏)

皮片移植术后并发湿疹九例

石团元

临床资料:本组患者男 5 例、女 4 例,年龄 14~46 岁。原发病因:电击伤 1 例、热液烫伤 2 例、火焰烧伤 2 例、瘢痕切除术后 4 例。伤后患者均行中厚皮移植术。术后 2 d 开始换药,以洗必泰液等清洗后,局部外涂氯霉素粉,用无菌脱脂棉垫包扎。治疗 8—12 d 后,所植皮片及周边正常组织出现暗红色小丘疹,有瘙痒感,部分组织开始有糠样鳞屑,继而出现小水疱,破溃后形成点状糜烂面或结痂等,部分渗出非常明显。诊断:乏脂性湿疹。湿疹分布部位:足 3 例、小腿 4 例、手背 2 例。供皮区及其他部位未出现湿疹。

治疗:患者全身使用抗组胺药物和镇静剂,静脉注射钙

剂或硫代硫酸钠,短程使用皮质类固醇。局部改包扎疗法为暴露疗法,停用氯霉素粉,渗出不多时外涂氯化锌油,渗出较多时以 30 g/L 硼酸溶液湿敷,待渗出减少后再交替使用含皮质类固醇的霜膏和油剂。

结果:8 例患者采用上述方法治疗 3—7 d 后,症状缓解,创面愈合;1 例因局部损伤严重,重新植皮后创面愈合。

讨论 乏脂性湿疹亦称裂纹性湿疹,是由于人体长期处在温热干燥的环境中或经常用热水烫洗皮肤,造成皮肤干燥脱水而引发的皮炎^[1]。本组病例移植皮片后发生湿疹的原因为:皮片移植术后 2 d 开始换药,每次换药均以洗必泰等清洗消毒,然后外涂氯霉素干粉及用脱脂棉垫包扎,换药 1 次/2 d,导致皮片长时间过于干燥,引起乏脂性湿疹,尤其