phase Ⅲ study. Med Oncol, 2005, 22(3): 247-256.
[5] 丁小萍, 周立, 周雪萍, 等. 粒-巨噬细胞集落刺激因子治疗血液病化疗所致的口腔黏膜炎的研究. 中华护理杂志, 2003, 38(5): 322-324.
[6] Groves RW, Schmidt-Lucke JA. Recombinant human GM-CSF in the treatment of poorly healing wounds. Adv Skin Wound Care, 2000, 13(3): 107-112.
[7] Fang Y, Gong SJ, Xu YH, et al. Impaired cutaneous wound healing in granulocyte/macrophage colony-stimulating factor knockout mice. Br J Dermatol, 2007, 157(3): 458-465.
[8] Mann A, Niekisch K, Schirmacher P, et al. Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor is essential for normal wound healing. J Investig Dermatol Symp Proc, 2006, 11(1): 87-92.

(收稿日期: 2007-10-08)
(本文编辑: 张红)

·病例报告·

烧伤合并腹外伤四例

许建喜　翁志勇　许婷

1 临床资料

2000—2007 年, 笔者单位收治烧伤合并腹部外伤患者 4 例, 其中男 3 例、女 1 例, 年龄 10 ~ 46 岁。烧伤总面积23% ~ 71% TBSA, 均为浅Ⅱ ~ Ⅲ度。腹部致伤原因为: 爆炸伤 2 例, 挤压伤、摔伤各 1 例。

2 治疗方法及结果

患者入院后按烧伤治疗常规处理, 行抗感染、抗休克治疗。患者有腹部症状和体征时, 行腹腔穿刺、B 超、X 线片及 CT 等检查。有手术指征时均行剖腹探查术, 根据伤情实施相应手术。4 例患者涉及的损伤有肝、脾、膈肌、小肠破裂及肾裂伤。均行修补术。伤后 28 ~ 48 d 患者均痊愈出院。

典型病例 1　患儿男, 10 岁。因油箱爆炸致面颈部、胸腹及双上肢火焰烧伤, 伤后 30 h 入院。诊断: 火焰烧伤总面积 23%, 其中浅Ⅱ度 14%、深Ⅱ度 9% TBSA。入院后 2 h 患儿诉上腹部疼痛。入院后 12 h 腹痛加重, 血压为 70/40 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa), 行腹腔穿刺, 抽出血性液体。B 超检查提示腹腔积血, 肝右叶裂伤。追问病史得知曾被油箱盖击中右上腹。急诊行剖腹探查术, 术中见肝右叶膈面有 5.0 cm × 1.5 cm 大小破裂口, 腹腔积血约 800 mL, 行肝破裂修补术。术后 28 d 患儿痊愈出院。

典型病例 2　患者男, 37 岁。因煤气燃烧致面颈部及四肢火焰烧伤, 伤后 2 h 入院。诊断: 烧伤总面积 29%, 其中浅Ⅱ度 9%、深Ⅱ度 20% TBSA。入院后患者诉全腹持续性剧烈疼痛。查体: 血压 110/80 mm Hg, 腹肌紧张, 全腹均有压痛及反跳痛。腹腔穿刺阴性, 腹部 X 线片未见气腹征, 腹部 B 超未提示异常。追问病史, 诉有腹部摔伤史。考虑有空腔脏器损伤, 急诊行剖腹探查术, 术中见空肠远端有 1.5 cm × 1.0 cm 大小破裂口, 行小肠修补术。术后 28 d 患者痊愈出院。

3 讨论

烧伤患者常因爆炸所致的冲击伤或逃避热源所致的撞击伤、摔伤、坠落伤、挤压伤等造成腹腔脏器的损伤[1]。由于严重烧伤的存在, 往往掩盖或混淆了腹部损伤的症状和体征; 或由于医师的注意力只集中在烧伤上, 以致漏诊或延误腹腔脏器损伤的诊断。收治这类患者时, 须详细询问病史并作相关检查, 以明确有无合并症[2]。另外, 肝、脾破裂等所致腹腔出血或腹膜炎的临床表现在受伤初期有时并不明显, 容易导致漏诊, 有腹部烧伤创面者更甚。腹腔穿刺、B 超、X 线片、CT 等对诊断腹腔脏器损伤具有重要意义, 其中腹腔穿刺是最方便可靠的诊断方法。首次腹腔穿刺阴性并不能完全排除内脏损伤, 须行多次穿刺, 李庆升[3]报道 1 次腹腔穿刺准确率为 90%, 2 次为 97%。疑有腹腔脏器损伤而腹腔穿刺阴性者, 病情允许时可行影像学检查, B 超是行之有效的诊断手段。X 线片检查对于空腔脏器破裂者有重要意义。对于小肠损伤, 由于部分患者小肠裂口不大, 易被食物残渣、纤维蛋白素或外翻黏膜堵塞, 所以只有部分患者有气腹征, 对于无气腹征的患者不能否定小肠损伤存在[4]。CT 检查对肾外伤的定性诊断率接近 100%, 有条件时可作为首选。

烧伤合并腹部外伤患者一般伤情较重, 其体液丢失较单一烧伤时严重, 如检查指标明显提示腹腔脏器损伤时, 应立即行剖腹探查术。对于烧伤合并危及生命的腹部外伤如内出血、肠破裂等, 在抗休克的同时应及时手术[5]。当患者生命体征平稳, 相关辅助检查结果无明显异常, 腹腔穿刺阴性时, 也不应轻易排除腹腔脏器的损伤。但此时须以"伤后持续剧烈腹痛, 腹膜炎症状逐渐加重"等为其探查指征。对于腹膜炎症状逐渐减轻者则可以进一步观察, 因为有的烧伤合并腹部冲击伤时, 会因创伤性刺激出现腹膜刺激症状, 但肠管完好无损[4]。

作者单位: 435005　湖北省黄石市第五人民医院外一科

参考文献

[1] 杨冬梅, 安泽武, 郭跃辉, 等. 严重多发伤 237 例救治分析. 中国煤炭工业医学杂志, 2003, 6(8): 695-696.
[2] 王玉山, 于振邦. 45 例烧伤复合伤的治疗分析. 中国危重病急救医学, 2003, 15(4): 241.
[3] 李庆升. 重症复合伤 126 例的首诊救治. 中国冶金工业医学杂志, 2004, 21(3): 214-215.
[4] 魏明. 外伤性小肠损伤 54 例分析. 临床外科杂志, 2002, 10(4): 235-236.
[5] 王海军, 蔡宝仁, 孔繁英, 等. 36 例重度烧冲复合伤的临床救治. 中华烧伤杂志, 2000, 16(5): 317.

(收稿日期: 2007-04-19)
(本文编辑: 张红)

Q2xvdWRWZXJzaW9uLQo?