

及肌肉抽动,失眠易醒、心慌、心率 120 次/min、烦躁不安。上述症状发作时间相对固定,1~2 次/d,伤后 72 h 达高峰,反复追问病史,得知患者已有 3 年海洛因烫吸史,0.5 g/d,伤前 1 h 曾烫吸过海洛因,故海洛因依赖戒断综合征的临床诊断明确。给予 5% 葡萄糖溶液 500 ml + 丁丙诺啡 0.45 mg,静脉滴注,2 次/d,3 d 后患者症状明显缓解,丁丙诺啡剂量减半,同时每晚睡前口服三唑仑 0.5 mg,6 d 后症状完全消失,停用丁丙诺啡。伤后第 4 天,行双手背削痂大张中厚皮移植及双下肢刃厚皮移植术,术后皮片完全成活,双手外观及功能尚可。躯干创面伤后 3 周行剥痂植皮术,术后依药敏结果选用凯伦 2.55 g 静脉滴注,1 次/12 h,应用 3 d。45 d 患者创面完全封闭,痊愈出院。出院后加强康复及后续照管治疗,定时随访指导。

讨论 准确详尽的病史是作出诊断并制订治疗方案的基础,而准确病史的获取却十分不易。首先,药物滥用者及家属不愿告知吸毒的真实情况;其次,医务人员在接触患者时易流露出厌恶之情,这些使得医生难以从药物依赖者及家属口中获得准确的信息。本组 4 例均在症状发生后通过追问病史知晓。海洛因依赖戒断综合征部分症状与烧伤休克表现相似,易混淆,且全身烧伤后无明显阳性体征,应严格鉴别。当病史可靠时,根据美国精神疾病诊断与统计第 3 版

(修订版)DSM-2-R^[1] 标准作出诊断。当病史不清,体征不明显时,可借助纳洛酮促瘾试验和尿液毒品分析结果进行诊断。此类患者除吸毒痛苦外,加之烧伤后造成的功能障碍,对生活失去信心,造成性格改变,有自杀倾向,患者多不愿配合治疗,家属有时会放弃治疗,因而首先要取得家属的支持和患者的信任,同时使用激动拮抗剂丁丙诺啡治疗,注意丁丙诺啡成瘾性。脱瘾治疗能基本解除躯体的依赖性,改善生理症状,对心理、行为异常并未予以彻底干预。因此,大部分患者尚需接受康复治疗及后续照管,并进行复归社会的准备,只有这样,才可能使治疗取得最终的成功。本组 1 例病例因忽略了康复及后续照管治疗而复吸。及时、快速的补液抗休克治疗是纠正烧伤后低血容量性休克的关键。加强创面处理,早期及时切、削痂植皮封闭创面是防治烧伤感染、成功救治大面积烧伤患者的根本措施。特重度烧伤并海洛因依赖戒断综合征患者机体免疫力极低,更应加强早期胃肠道营养,采用支持疗法,同时合理使用抗生素,预防感染。

参 考 文 献

1 姜佐宁,主编.海洛因成瘾与现代治疗.北京:科学出版社,1997. 120.
(收稿日期:2002-03-22)
(本文编辑:张 红)

· 警钟 ·

外用湿润烧伤膏致肾功能衰竭和低温脓毒症死亡二例

岳长路 吴竹便 万萍 杜巧红

例 1 女,53 岁。火焰烧伤总面积 56%,其中深 II 度 36%,浅 II 度 20% TBSA。在当地医院外用湿润烧伤膏 5 d,因受外用湿润烧伤膏渗出少的误导,在当地医院未进行抗休克补液治疗,造成患者 48 h 无尿。于伤后 5 d 收入本单位。查体:患者神志淡漠,体温 38.1℃,心率 120 次/min,血压 90/60 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),血钾 5.53 mmol/L,血钠 125.2 mmol/L,血氯 95.3 mmol/L,肌酐 527.9 mmol/L,尿酸 585.5 mmol/L,创面溶痂且分泌物多。入院后立即给予利尿合剂、酚妥拉明、多巴胺等治疗,同时行血液透析。效果不佳,入院 2 h 患者死亡。

例 2 男,4 岁。热水烫伤总面积 40% TBSA,其中深 II 度 20%,浅 II 度 20% TBSA。在当地医院用湿润烧伤膏治疗 12 d,因创面感染、高热收入本单位。查体:患者神志淡漠,创面已溶痂,呈绿色,体温在 35℃ 以下,白细胞 3 × 10⁹/L。创面及血培养结果:铜绿假单胞菌(+),大便潜血(+++)。行创面切痂植皮、抗感染、全身支持疗法等。入院 10 d,患者死亡。

讨论 大面积烧伤后因大量体液渗出造成低血容量性休克,是烧伤患者死亡的主要原因之一,故对烧伤患者的治疗应按渗出规律科学地补液,纠正低血容量性休克。但是,

对于一些非烧伤专业人员来说,认为烧伤只是表皮损伤,而不注意全身治疗,更有人认为外用湿润烧伤膏渗出少,而不按科学方法补液。本组例 1 患者即因未补液造成肾功能衰竭而死亡,教训深刻。如果患者年龄小、烧伤面积大,补液、创面处理、抗生素的应用及支持疗法等更是至关重要。病例 2 在当地医院治疗时仅用湿润烧伤膏,造成创面铜绿假单胞菌感染,创面加深,全身极度衰弱,最终死亡。故对于深度烧伤的创面,应及时切除焦痂,用植皮手术方法封闭创面,如执意依靠外用湿润烧伤膏治疗,将会使创面加深或失去治疗机会,甚至使患者处于低温脓毒症状态并导致死亡。脓毒症系感染引起的全身炎症反应综合征(SIRS),进一步可发展为脓毒性休克和多器官功能障碍综合征,是严重创、烧伤患者死亡的主要原因之一^[1],对于小儿烧伤,因其皮肤较薄,机体免疫力差,体温调节不完善,创面外用药更应使用有确切抗菌效果的磺胺嘧啶银等,特别对有 III 度烧伤创面的患儿,应慎用湿润烧伤膏,以防 SIRS 和低温脓毒症的发生。

参 考 文 献

1 李红云,姚咏明,盛志勇. Toll 样受体与脓毒症的研究进展. 中华烧伤杂志,2002,5:314-317.
(收稿日期:2002-05-08)
(本文编辑:张 红)

作者单位:044000 运城市中心医院烧伤整形科(岳长路),小儿科(吴竹便)