

## · 经验交流 ·

## 56 例 108 只耳廓深度烧伤治疗体会

王会军 张捷 蒋永能 赵炳瑜 鲁冰

1993 年 1 月 ~ 1999 年 12 月, 笔者单位共收治 56 例 108 只耳廓深度烧伤患者, 现将治疗体会介绍如下。

临床资料: 本组 56 例 108 只耳廓, 其中男 41 例, 女 15 例, 年龄 2 ~ 58 岁。烧伤总面积 1% ~ 80% TBSA。火焰烧伤 38 例 76 只耳廓, 热液烫伤 14 例 27 只耳廓, 沥青烫伤 3 例 4 只耳廓, 硫酸化学烧伤 1 例 1 只耳廓。伤后 30 min ~ 48 h 内入院 35 例 66 只耳廓, 其创面发白, 肿胀明显。伤后 3 d 入院 21 例 42 只耳廓, 均曾在其他医院不同程度地外用湿润烧伤膏, 入本院时创面肿胀覆有脓痂, 分泌物多, 有异味, 其中 6 例 12 只耳廓触痛明显。

治疗: 患者入院后给予理发、清创、输液抗感染治疗。急诊入院患者采用暴露疗法, 用体积分数为 1% 的新洁尔灭液清理耳廓渗液, 4 次/d。耳廓有脓痂者, 清除脓痂后包扎创面, 用抗生素盐水纱布换药, 1 ~ 2 次/d, 防止耳廓受压。伤后 3 周, 耳廓创面外露及耳软骨外露部位经及时清理, 覆盖异体皮。创面痂皮大部分溶解脱落后, 立即剥痂植入大张自体刃厚皮片修复创面。发生化脓性耳软骨炎者, 及时切开引流, 清除坏死软骨并换药。

结果: 56 例 108 只耳廓中, 16 例 32 只耳廓经换药和小块异体皮覆盖, 伤后 3 ~ 4 周创面愈合, 外形满意。40 例 76 只耳廓经换药, 于伤后 3 ~ 4 周行剥痂术, 剪除外露耳软骨, 植入大张自体刃厚皮片, 创面愈合。其中 6 例 11 只耳廓的耳轮及耳周完全缺损, 4 例 6 只耳廓的耳轮及耳周上 2/3 缺失, 1 例 1 只耳廓上 1/2 缺损, 其余耳廓外形基本满意。发生化脓性耳软骨炎者经治疗, 伤后 6 ~ 8 周创面愈合, 其中, 急诊入院的 35 例 66 只耳廓中, 因早期处理得当, 仅 2 例 2 只

耳廓发生化脓性耳软骨炎, 发生率为 3%; 早期外用湿润烧伤膏的 21 例 42 只耳廓中, 4 例 7 只耳廓发生耳软骨炎, 发生率为 16.7%, 经及时切开引流, 愈合后遗留较严重的耳廓畸形。

讨论 耳廓为暴露部位, 头面部深度烧伤多伴有耳廓深度烧伤<sup>[1]</sup>。由于耳软骨无血管供应, 抗感染能力差, 深度烧伤后易发生化脓性耳软骨炎, 造成耳廓畸形。目前虽有采用早期切痂植皮治疗耳廓深度烧伤的报道<sup>[2]</sup>, 但由于耳廓外形凹凸不平, 其皮肤及皮下组织较薄, 早期手术出血多, 切痂层次难以掌握, 易使正常组织受损。笔者认为, 耳廓深度烧伤仍以保痂治疗为宜, 早期及时清除渗液及分泌物、保持痂皮干燥、预防感染、防止受压, 均为治疗的关键。

近年来大量文献报道, 湿润烧伤膏易引起过敏、感染等并发症, 这与本科的临床观察结果一致。本组患者 21 例 42 只耳廓曾在外院不同程度地使用了湿润烧伤膏, 入本院时耳廓有脓痂形成, 感染症状明显。经积极治疗, 仍有 4 例 7 只耳廓发生化脓性耳软骨炎, 远多于未用该药者, 造成患者耳廓畸形, 值得重视。

创面及耳软骨外露, 是细菌得以滋生并沿耳软骨膜侵袭, 进而造成耳软骨化脓性感染的主要原因。笔者对外露创面和耳软骨及时采用小块异体皮覆盖, 暂时封闭创面, 减少了感染发生的机会, 为剥脱手术植入自体皮赢得了时间。

## 参 考 文 献

- 黎鳌, 主编. 烧伤治疗学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 362 - 363.
- 颌黄峰, 徐秀元, 舒亮, 等. 耳廓深度烧伤早期切痂治疗. 中华烧伤杂志, 2000, 16: 45.

(收稿日期: 2001 - 01 - 08)

(本文编辑: 罗 勤)

作者单位: 834000 克拉玛依, 新疆石油局总医院烧伤整形科

## 置管闭式持续冲洗引流治疗热钢筋小腿贯穿伤

李保锴 王立荣 张艳清 陈伟 杨加保

热钢筋贯穿伤是切割伤和烧伤共同作用的复合性损伤, 其特点是创口小、伤道深、污染重、易感染, 尤其是厌氧菌感染, 常伴有血管、神经损伤, 其预后和愈合情况主要取决于外科处理的时间和质量<sup>[1]</sup>。自 1996 年 1 月以来, 笔者单位共收治热钢筋小腿横向贯穿伤 9 例, 应用清创后置管闭式持续引流治疗, 效果满意。

临床资料: 本组 9 例男性患者, 年龄 18 ~ 46 岁。受伤部位均为单侧小腿中 1/3 段。贯穿方向: 由胫侧向腓侧 6 例, 由腓侧向胫侧 3 例。胫后动脉损伤 1 例。致伤钢筋直径 6.5

mm 者 7 例, 直径 8.0 mm 者 2 例。患者伤后 3 h 内入院, 伤后 6 h 内手术者 5 例, 6 ~ 24 h 手术者 3 例, 24 ~ 72 h 内手术者 1 例。

热钢筋出炉温度 500 ~ 600℃, 出炉速度 20 m/min, 伤后 5 ~ 10 min 脱离致伤物(热钢筋), 此时钢筋温度降至 100℃左右。伤道由内向外分为原发性伤道和烧伤区。原始性伤道由钢筋直接击穿或切割其径路上的组织而形成, 伤道内常有破碎组织、凝血块和异物; 烧伤区由伤道周围组织的热力所致, 范围可达 0.5 ~ 1.5 cm, 受累肌肉变性坏死, 呈暗红色, 软泥样。受伤时钢筋穿透衣服和皮肤, 细菌和一些穿入的异物污染伤道。据文献报道, 大多伤口有产气荚膜杆菌和金黄

作者单位: 277606 枣庄矿业集团滕南医院烧伤整形科