

为有效,但是只适用于小面积瘢痕。目前普遍认为较有效的疗法是压力治疗,即用弹性敷料包扎以预防肥厚性瘢痕的发生,其疗效已被数十年的临床实践所证实<sup>[5,6]</sup>。施行压力治疗必须从伤后 1~2 个月开始,持续 0.5~2.0 年,缺点是需时太久,影响患者的容貌、社交和生活,继而影响其谋生与就业;此外对于患儿而言,则会影响其发育,因此也不是理想的方法。另有一个比较公认的疗法是用硅胶<sup>[7]</sup>,可以是硅胶膜,也可以是硅胶霜。硅胶治疗常常与压力治疗并用,单独应用硅胶尚不能完全预防或治疗肥厚性瘢痕。但仍有学者对压力治疗和硅胶治疗持怀疑态度<sup>[8,9]</sup>。

总之,肥厚性瘢痕治疗的临床探索进行了几十年,除了压力治疗以外没有明显的进步。似乎应走基础研究的道路,虽然有困难,但可能较有希望。

参 考 文 献

1 刘宏亮,吴宗耀,王德怀.肥厚性瘢痕移植至裸鼠后的病理学观察.第三军医大学学报,1994,12:20.  
2 武继祥,吴宗耀,陈德英.肥厚性瘢痕胶原酶和 TIMP-1 mRNA 表

达的研究.解剖科学进展,1997,3:77-80.  
3 吴宗耀,武继祥,刘宏亮,等.肥厚性瘢痕胶原降解的研究.中国康复理论与实践,1999,5:5-8.  
4 Tsou R, Cole JK, Nathens AB, et al. Analysis of hypertrophic and normal scar gene expression with cDNA microarrays. J Burn Care Rehabil,2000,21:541-550.  
5 Brissett AE, Sherris DA. Scar contractures, hypertrophic scars, and keloids. Facial Plast Surg,2001,17:263-272.  
6 Costa AM, Peyrol S, Porto LC, et al. Mechanical forces induce scar remodeling. Study in non-pressure-treated versus pressure-treated hypertrophic scars. Am J Pathol, 1999, 155: 1671-1679.  
7 Beman B, Flores FB, Flores F. Comparison of a silicone gel-filled cushion and silicon gel sheeting for the treatment of hypertrophic or keloid scars. Dermatol Surg, 1999,25:484-486.  
8 Bombaro KM, Engrav LH, Carrougher GJ, et al. What is the prevalence of hypertrophy scarring following burns? Burns,2003,29:299-302.  
9 Wittenberg GP, Fabian BG, Bogomilsky JL, et al. Prospective, single-blind, randomized, controlled study to assess the efficacy of the 585-nm flashlamp-pumped pulsed-dye laser and silicone gel sheeting in hypertrophic scar treatment. Arch Dermatol, 1999, 135: 1049-1055.

(收稿日期:2004-01-12)

(本文编辑:罗勤)

· 经验交流 ·

治疗氢氟酸烧伤 35 例

李罗珠 陈玉林 于益鹏 孙步梅 陈传俊

临床资料:笔者单位 1988 年 5 月~2000 年 9 月共收治氢氟酸烧伤患者 35 例,其中男 23 例、女 12 例,年龄 19~56 岁。烧伤面积为 3%~19% TBSA;伴吸入性损伤 17 例(轻度 8 例、中度 8 例、重度 1 例),其中行气管切开 11 例。23 例患者均有不同程度的血钙降低(1.02~2.00 mmol/L),其中 7 例躁动、眼睑和球结膜水肿,3 例心律不齐。患者创面先用清水冲洗 30 min,再持续用 10% 葡萄糖酸钙湿敷;早期(伤后 2~8 h)行切/削痂术,术中见 13 例患者伴骨外露,用皮瓣 I 期修复。部分创面在清创后 3~5 d 后行皮片移植术。血钙低者每降 0.1 mmol/L 补钙 2 g/d,最大剂量达 36 g/d,48 h 内血钙浓度恢复正常。轻度吸入性损伤患者静脉滴注地塞米松 20~60 mg/d,中、重度吸入性损伤患者尽早作气管切开。本组患者共治愈 34 例,治愈率为 97.14%,于伤后 2~4 周出院;死亡 1 例,死亡原因为呼吸功能衰竭。

典型病例:患者男,36 岁,因氢氟酸烧伤头、面、颈、四肢,伤后 2 h 入院。查体:脉搏 140 次/min,呼吸 35 次/min,心率 140 次/min,偶有早搏;意识清楚,烦躁,声嘶,鼻毛烧毁,双眼睑及球结膜水肿,咽部红肿,左下肺有少许干、湿性啰音;烧伤总面积 19% TBSA;创面呈黑褐色,有少许水疱及

淡黑褐色渗液,基底层呈紫黑色;触痛迟钝,拔毛试验阴性。诊断:(1)氢氟酸烧伤,总面积 19%,其中 II 度 2%、III 度 17% TBSA。(2)氢氟酸中毒。(3)吸入性损伤。入院后立即行气管切开、大量补液,急诊检查血钙为 1.02 mmol/L。伤后 4 h 行清创术,术中见创面全层皮肤、皮下组织、部分肌肉组织坏死,头部烧伤创面深至颅骨外皮质层,予旋转皮瓣修复;四肢清创后采用凡士林+碘伏纱布覆盖包扎,术后 3 d 行植皮术。予 10% 葡萄糖酸钙 60 ml/4 h、强心、利尿等治疗 2 d 后,患者各种症状及体征减轻或消失,血钙恢复正常。创面采用 10% 葡萄糖酸钙湿敷。患者于第 2 次手术后 3 周痊愈出院。

讨论 氢氟酸沸点较低,易挥发,有很强的腐蚀性,易致吸入性损伤。因此,轻度吸入性损伤患者采用大剂量地塞米松静脉滴注,无效时行气管切开;中、重度吸入性损伤患者尽早行气管切开,以提高抢救成功率。氢氟酸中 F<sup>-</sup> 不断分解并渗透到深层组织溶解细胞膜,造成真皮、皮下组织乃至肌肉、骨坏死;F<sup>-</sup> 与体内游离钙结合形成氟化钙致患者血钙降低、躁动、眼睑和球结膜水肿、心律不齐等。本组患者入院后采用以流水冲洗创面、10% 葡萄糖酸钙湿敷及早期行切/削痂术等治疗,减轻了局部组织的损伤,同时也减少了创面毒素的吸收,从而提高了患者救治率。

(收稿日期:2002-06-04)

(本文编辑:苟学萍)

作者单位:225300 泰州市人民医院整形烧伤科(李罗珠、于益鹏、孙步梅、陈传俊);第二军医大学长海医院全军烧伤中心(陈玉林)