

· 病例报告 ·

烧伤创面外用用药不当致脓毒症二例

周玉新 兰建国 员科 庞书琴 李品群

例 1 男, 2 岁, 锡伯族。胸背部火焰烧伤后收入笔者单位, 烧伤面积 30% TBSA, 均为深 II 度。患儿入院后经抗休克治疗, 病情稳定, 拟行手术, 但其家属拒绝并自动出院。出院后在家使用偏方及“美宝”湿润烧伤膏(北京光明创疡研究所)治疗, 5 d 后患儿出现高热, 意识不清楚, 再次收入笔者单位。查体: 体温 40.2 °C, 创面污浊呈暗灰色, 有大量脓性分泌物, 创周红肿。血常规检查: 白细胞 $18.5 \times 10^9/L$ 。入院后即行切痂手术治疗, 术后每日湿敷创面, 5 d 后再次行植皮手术封闭创面, 术后 15 d 创面痊愈。住院 20 d 患儿出院。

例 2 女, 2.5 岁, 维吾尔族。全身多处烧伤后入院。烧伤总面积 32%, 其中深 II 度 10%、III 度 22% TBSA。于入院后第 4 天行 III 度创面切痂植皮术, 术后因营养不良致大部分皮片坏死。术后 7 d, 患儿家属放弃治疗出院。出院后自行使用龙胆紫及烧焦的鸡骨粉涂抹创面, 3 d 后患儿因发热、精神萎靡、腹胀, 再次收入笔者单位。查体: 体温 39.5 °C, 创面被龙胆紫浸染, 并覆盖黑色鸡骨粉, 有大量脓性分泌物, 腹部膨隆, 叩诊呈鼓音, 肠鸣音减弱。血常规检查: 白细胞 $33.5 \times 10^9/L$, 血红蛋白 65 g/L。立即给予抗感染、营养支持等治疗。入院后 4 d, 患儿突然出现全身抽搐、痉挛、角弓反张、苦笑面容。诊断: (1) 破伤风。(2) 脓毒症。给予大剂量破伤风抗毒素、输全血等治疗, 并急诊行切痂植皮手术。术后 2 d 患儿并发多器官功能衰竭, 住院 7 d 死亡。

讨论 烧伤创面外用(中西药)不下数百种, 全国各地各民族及各医院的用药情况存在着很大的差异。笔者单

位地处西北地区, 属多民族聚居地, 烧伤创面外用用药混乱。由乡镇、县医院转入笔者单位的患者中, 使用“美宝”湿润烧伤膏者占多数, 其创面感染、污染严重。该药使用后, 创面始终潮湿, 坏死组织液化, 利于细菌繁殖, 导致创面加深(如例 1)。同时该药因含有机体致敏的抗原或半抗原成分, 可使创面及正常皮肤致敏, 导致严重后果^[1]。其次, 部分维吾尔族患者用烧焦的鸡骨粉与及鸡蛋清的混合物外涂创面, 其炭化的骨钙无抗菌能力且蛋清为细菌良好的培养基(如例 2), 创面形成焦痂后, 痂下积蓄大量脓液。

面对繁多的烧伤创面外用用药, 不求用药完全统一, 但在用药的大方向上应遵循一个原则, 即抗感染和促进创面上皮细胞的生长。对于传统中医外用和民族用药在小面积浅度烧伤创面中的作用, 应有一个正确认识, 许多中草药对烧伤创面具有一定的杀菌和抑菌作用, 但烧伤创面感染以及全身性感染不仅与创面坏死组织有关, 还与机体的免疫功能、所在病区的细菌感染流行病学特点等因素有关^[2]。对于湿润烧伤膏, 不应片面地夸大治疗效果, 以免误导患者治疗; 对于其引发的不良后果, 在各期《中华烧伤杂志》中有相关的报道, 笔者在此不多陈述。

参 考 文 献

- 曹云, 籍国章, 朱振新, 等. 湿润烧伤膏致全身重症多形性红斑一例. 中华烧伤杂志, 2001, 17: 53.
- 朱云, 葛乃航. 使用中药处理 16 例烧伤患者创面的几个问题. 中华烧伤杂志, 2002, 18: 376.

(收稿日期: 2004-03-22)

(本文编辑: 张 红)

作者单位: 835000 伊宁, 解放军第十一医院烧伤整形科

残肢剔骨皮瓣修复深度烧伤一例

张元海 杨顺江 金鹏 江涌

患者女, 47 岁, 因一氧化碳中毒晕倒致右肩、上肢被炭火烧伤。在当地医院进行处理, 4 h 后转入笔者单位。诊断: 右肩背部、肩关节、上臂烧伤 8% TBSA, III 度。创面内组织炭化或呈熟肉状, 右上臂仅内侧保留宽约 4 cm 的正常皮肤。右前臂及手部皮肤未烧伤, 但感觉迟钝, 垂腕, 各指不能伸屈, 见图 1。即予焦痂切开减张、吸氧及补液抗休克治疗, 输注 50 g/L 碳酸氢钠溶液 125 ml 以碱化尿液, 1 次/6 h。伤后第 2 天在全身麻醉下切除坏死组织, 术中见三角肌、肱二头肌、岗上肌、岗下肌、小圆肌、肱三头肌大部、胸大肌及胸小肌的外侧、斜方肌外侧均已坏死; 肩胛骨、肱骨、肩关节及周围组

织、锁骨外侧一半已炭化或坏死。清除坏死软组织后仅剩臂内侧约 4 cm 宽的皮肤及皮下组织, 桡神经、正中神经已长段变性坏死。尺神经在有血供的组织内, 肱动脉及伴行静脉通畅, 但血管外膜及其周围组织变性。因肩关节与上臂已严重毁损, 无法行保肢治疗, 遂剔除肱、尺、桡骨及手部诸骨, 形成长 52 cm(远端至掌指关节)、宽 4~22 cm 的剔骨组织瓣, 呈盘状向上转移, 用血运丰富的前臂肌肉覆盖变性坏死的肩关节与肩胛骨, 并把外露的肱动、静脉包埋在前臂肌肉组织内, 组织瓣下置硅胶管进行负压引流。术后行补液、抗炎治疗。术后 14 d 拔除负压引流管。组织瓣全部成活, 切口愈合, 患者伤后 21 d 出院。见图 2。

作者单位: 324004 衢州, 浙江衢化医院烧伤整形科