

· 病例报告 ·

烧冲复合伤伴发右侧股动脉栓塞一例

李传吉 李俊 刘保和 朱波

患者男,46岁,因高温气体冲击性烧伤伴口渴无尿、面部渗血2h急诊入院。患者意识清楚但烦躁不安,体温37.8℃,脉搏120次/min,血压90/50mmHg(1mmHg=0.133kPa)。颜面部有大量灰渣嵌入皮下组织,左上睑、额部有多处小伤口渗血;左面颈部、胸、四肢烧伤创面呈灰白色焦痂,边缘正常皮肤有散在小出血点;双下肢肢端发凉,足背动脉搏动微弱,因左下肢有烧伤创面未进行多普勒血流探查。入院诊断:(1)烧冲复合伤总面积52%,其中深Ⅱ度10%、Ⅲ度20%、Ⅳ度22%TBSA。(2)低血容量性休克。

入院后积极抗休克复苏,创面外涂磺胺嘧啶银软膏。伤后5d在全身麻醉下行双下肢30%TBSA切痂、自体微粒皮移植并覆盖新鲜猪皮。右大腿内侧切痂至深筋膜层,见局部组织严重挫伤淤血。切开深筋膜见缝匠肌广泛性坏死,下方聚集凝血块和咖啡样液体约400mL。从深筋膜与肌膜之间向右大腿内下方分离形成洞形间隙,内存大量淡黄色或咖啡色液体,肌膜不完整。切除坏死的缝匠肌组织,钝性分离至右股动脉鞘,见股动脉局部有挫伤淤血。松开止血带后右腹股沟10cm以下股动脉搏动消失,右下肢缺血部位未见明显坏死组织。切开损伤的股动脉时无喷血,顺股动脉轴向下延长切口至6cm,见管腔内膜严重损伤,血管内栓子呈长条形,长8cm、粗0.4mm,另有多个小血栓。切除损伤段股动脉6cm,组织切片结果为股动脉管腔内膜伴血栓形成。管腔内水肿,见纤维素样渗出伴多量嗜中性粒细胞浸润。血栓周边可见纤维素样物质及嗜中性粒细胞浸润,符合血栓诊断。切除损伤的股动脉断端,检查血管色泽正常,喷血良好。取同侧大隐静脉6cm移植在股动脉缺损处,静脉远心端与动脉近心端吻合,静脉近心端与动脉远心端吻合,右下肢股动脉恢复搏动。利用周围组织覆盖吻合口,右下肢切痂创面移植自体微粒皮加猪皮覆盖,适度加压包扎。术后右下肢保温制动,足背动脉搏动良好。1周后打开右下肢敷料换药,行床旁彩色多普勒血流探查,右股动脉内径正常,内膜光滑,血管腔内血流充盈。术后6周猪皮脱落,自体微粒皮融合封闭创面。2个月后患者右下肢功能恢复良好,出院。见图1~5。

讨论 烧伤伴有冲击性复合伤时,被冲击部位深部软组织受挫,其严重程度取决于冲击力的大小。例如股动脉前仅

覆盖一层单薄的缝匠肌,抗冲击能力差,有可能造成冲击点部位节段性股动脉挫伤。挫伤轻者可依赖血液循环丰富的股动脉自行恢复,不易在局部形成血栓;严重者使得股动脉内膜受损并持续痉挛,引起局部淤血水肿、血流受阻减慢形成血栓,甚至堵塞管腔中断血流。早期由于创面皮肤烧伤特别是形成焦痂后,深部软组织挫伤表现不明显,如不能及时发现处置,将导致下肢缺血性坏死最终截肢。

患者因创面肿胀、局部焦痂覆盖压迫疼痛,常表现为烦躁不安。此时多顾及全身治疗,即使知道末梢循环差也难免忽略股动脉栓塞的可能,何况早期血栓尚未完全堵塞管腔,仍有血流通过,临床症状比较隐蔽。烧伤并发股动脉栓塞临床较为罕见,手术前我们没有考虑到股动脉栓塞,也从未向患者家属交代过类似病情的危害性。术中探查见右侧股动脉挫伤栓塞后,才与家属进行沟通。所幸手术取得成功,避免了意外截肢造成的医疗纠纷。

该病例提示,烧伤合并爆炸伤、冲击伤或遇高空坠落及股骨骨折等复合伤时,应考虑有股动脉损伤和栓塞的可能,须密切观察下肢微循环变化,尽早行彩色多普勒血流检查,以便及时发现和治疗。同时与患者家属进行交流,使其有充分的心理准备,理解病情变化和可能产生的后果,避免不必要的医疗纠纷。

对股动脉栓塞诊断明确的病例,早期切开取栓行血管吻合术是主要的治疗措施。双下肢深度烧伤在无自体大隐静脉供体的情况下,提倡使用人造血管^[1];对无血管内膜损伤,取栓后管壁缺损较少者,可将断端近远心端动脉管壁对位拉拢吻合。有报道,人股动脉在体拉伸原始长度的15%时,解剖显微镜下示管腔内面无改变^[2]。取栓手术后需要在创面植皮时,包扎不宜过紧以免影响吻合口血液循环。对于栓塞时间过长导致软组织明显肿胀者,应提前行焦痂筋膜减张性切开,同时加强局部和全身抗感染治疗,防止继发性感染导致手术失败。

血管吻合术后患者应绝对卧床,不宜过度搬动及抬腿过高,防止继发性血栓形成。严密观察患肢末梢微循环变化,持续应用红外线照射保温,综合护理措施均是保证治疗成功的重要环节。



图1 患者创面为灰白色焦痂 图2 手术中暴露并切除损伤动脉 图3 切除坏死的缝匠肌,取出动脉血栓 图4 自体微粒皮移植加异种皮覆盖 图5 术后2个月患者双下肢创面愈合

参考文献

- [1] 陈宗雄,徐皓,姚晓东,等. 创伤性股动脉栓塞术后合并肾功能衰竭的临床治疗. 骨与关节损伤杂志, 2004, 19(5): 310-312.
- [2] 余汇洋. 人股动脉拉伸后形态结构变化. 中国显微外科杂志,

1993, 16(1): 46.

(收稿日期: 2007-09-29)
(本文编辑: 王旭)

瘢痕鳞状细胞癌一例

刘伟 柴家科 曹卫红 贾赤宇 王宏伟

患者女, 49 岁, 既往有哮喘病史约 20 年。1 岁时右大腿被火焰深度烧伤, 经 1 年时间反复换药治疗, 创面瘢痕性愈合。2005 年瘢痕因反复摩擦出现破溃, 外用多种药物(具体成分不详)均无明显疗效。2006 年创面形成菜花样肿物且逐渐增大, 在北京协和医院行病理检查诊断为瘢痕鳞状细胞癌, 进入笔者单位治疗。患者营养中等, 意识清楚, 心、脑无特殊不适, 双肺闻及哮鸣音。右大腿外侧可见约 20 cm × 15 cm 的菜花样肿物(厚 3 cm), 有腥臭味(图 1); 右侧腹股沟可扪及多个散在肿大淋巴结, 右下肢膝关节屈曲畸形。胸部 X 线片检查: 左下肺纹理增多。B 超检查: 右侧腹股沟区多发肿大淋巴结, 盆腔内未探及明显包块。心电图检查示不全性右束支传导阻滞。血常规、肝功能、肾功能检查未见明显异常; 细菌培养示大肠埃希菌。诊断: (1) 右大腿瘢痕鳞状细胞癌。(2) 淋巴转移。(3) 肺部转移。

入院当天对症给予抗生素抗感染, 采用体积分数 3% 过氧化氢及等渗盐水冲洗创面, 碘伏纱布包扎。第 2 天应用沙丁胺醇气雾剂 400 μg, 15 min 后肺功能明显改善, 排除肺部肿瘤转移梗阻气道的可能。第 4 天在全身麻醉下, 切开距肿物创缘 2 cm 的正常皮肤, 取出肿物, 见周边仍有大量坏死组织, 逐层探查后彻底切除皮肤、皮下组织、深筋膜及阔筋膜张肌(面积约 40 cm × 20 cm), 未见有肿瘤浸润(图 2)。创面止血后以过氧化氢溶液冲洗, 更换手术器械, 摘除右侧腹股沟肿大淋巴结 4 粒。切下的组织行快速冰冻病理切片检查, 提示皮肤瘢痕菜花状溃疡浸润性角化性鳞癌(高分化), 癌组织浸润皮肤全层达皮下脂肪组织, 大小为 18 cm × 18 cm × 2 cm; 四周皮肤与基底脂肪纤维组织中未见肿瘤; 右侧腹股沟淋巴结未转移(图 3)。严格按照肿瘤切除的手术方法扩

创清除病灶, 植皮创面扩大为 5% TBSA, 用鼓式取皮机在左腹部取连鼓中厚皮 3 鼓(约 60 cm × 10 cm), 打孔后覆盖创面。术后继续以头孢呋辛抗感染治疗 3 d。术后第 4、7 天拆除敷料换药, 皮片成活良好, 皮片下无积血及积液, 表面干燥无明显渗出。术后 9 d 创面愈合(图 4)。

讨论 近几年瘢痕鳞状细胞癌的病例临床较为少见。据文献报道, 烧伤后深 II 度、III 度未行植皮自然愈合的瘢痕, 癌变潜伏期为 31 年, 患病年龄多为 50 岁左右^[1]。创面局部免疫功能低下可能是导致癌变的原因之一, 在致癌因素作用下癌细胞明显增生, 并发生突变形成鳞癌。本病例特点及措施: (1) 创面长期迁延不愈, 反复感染、摩擦等因素持续存在可能是导致癌变的主要原因。(2) 对于深 II 度以上烧伤, 早期应行植皮修复使创面稳定愈合, 对于肢体关节部位的不稳定瘢痕, 应及时切除后植皮或行皮瓣修复, 这是预防不愈创面癌变的重要措施。(3) 术中探查的病灶范围较术前扩大 1 倍多, 但经病理检查未见有肿瘤转移。可能受四周和基底纤维组织的限制, 病变较局限, 未发生转移。(4) 术中冰冻病理切片检查确定无肿瘤转移后, 以整形的原则选择连鼓大张中厚皮覆盖创面, 减少了手术区瘢痕组织的形成。

虽然瘢痕癌变发生率, 可是一旦发生会严重影响患者的生活质量和预后, 所以在临床工作中应高度重视功能部位深度创面的治疗, 及时手术封闭创面, 尽可能去除长期感染、摩擦等瘢痕癌的诱发因素。

参考文献

- [1] Kowal-Vern A, Criswell BK. Burn scar neoplasia: a literature review and statistical analysis. Burns, 2005, 31(4): 403-413.

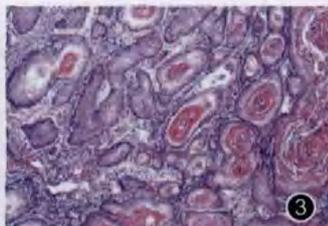


图 1 术前患者右大腿外侧创面 图 2 术中病灶切除后的健康组织 HE × 100 图 3 术中冰冻病理切片提示菜花状溃疡浸润性角化性鳞癌 图 4 皮片移植术后 9 d 创面愈合

作者单位: 100037 北京, 解放军总医院第一附属医院全军烧伤研究所(刘伟, 柴家科, 曹卫红, 贾赤宇), 病理科(王宏伟)
通讯作者: 柴家科, Email: cjk304@sohu.com, 电话: 010-66867972

(收稿日期: 2007-10-08)
(本文编辑: 莫愚)