

表 1 不同深度烧伤的临床鉴别方法

深度	损伤组织	外观特点及临床体征	感觉	拔毛实验*	温度	创面过程
I 度 (红斑性)	伤及角质层、透明层、颗粒层、棘状层等,生发层健在	局部似红斑。轻度红、肿、热、痛,无水疱,干燥,无感染	微过敏,常为烧灼感	痛	微增	2~3 d 内症状消退,3~5 d 痊愈,脱屑,无瘢痕
浅 II 度 (水疱性)	可伤及生发层,甚至真皮乳头层	水疱较大,去表皮层后创面湿润,创底艳红,水肿,并有红色颗粒或脉网状血管网	剧痛、感觉过敏	痛	增高	如无感染,1~2 周痊愈,不留瘢痕
深 II 度	伤及真皮层	表皮下积薄液,或水疱较小,去表皮后创面微湿或红白相间,有时可见许多红色小点或细小血管,水肿明显	剧痛、感觉迟钝	微痛	局部温度略低	一般 3~4 周痊愈,可遗留瘢痕
III 度	伤及全皮层、皮下脂肪	创面苍白	疼痛消失、感觉迟钝	不痛且易拔除	局部发凉	3~4 周焦痂脱落,须植皮修复,遗留瘢痕、畸形
IV 度	伤及肌肉、骨骼、脏器	焦黄炭化、干燥、皮革样,多数部位可见粗大栓塞的静脉	疼痛消失、感觉迟钝	不痛且易拔除	局部发凉	3~4 周时表现为黑色,干瘪坏死,须截肢(指)或皮瓣修复

注: * 即将烧伤部位的毛发拔除 1 或 2 根,一般用于鉴别深 II 度与 III 度烧伤

基底呈白色,质较韧。

4. IV 度烧伤:黄褐色或焦黄或炭化,丧失知觉,

活动受限,须截肢(指)或皮瓣修复。不同深度烧伤的临床鉴别方法见表 1。

· 病例报告 ·

救治特重度烧伤并发左侧胸腔积液一例

伍锦华 柴家科 杨红明 李利根

临床资料:患者男,22 岁。因弹药爆炸致全身多处烧伤,伤后 2 h 在当地医院进行抗休克、抗感染、气管切开、胸腹部焦痂切开减张、创面外涂磺胺嘧啶银等治疗。伤后 4 d 转入笔者单位,查体:体温:37.4℃,心率 140 次/min,呼吸 24 次/min,意识清楚,口渴明显,烦躁不安。除下腹、会阴、后腰部及双足底约 3% 为正常皮肤,右肩背部 2% TBSA 创面为深 II 度烧伤外,其余创面包括头部均为 III 度烧伤。实验室检查:白细胞 $4.9 \times 10^9/L$,血钠 161.0 mmol/L。诊断:(1)烧伤总面积 97%,其中深 II 度 2%、III 度 95% TBSA。(2)中度吸入性损伤。(3)高钠血症。

治疗:入院后即行抗感染、补液治疗,限制性输入钠盐,清创后创面涂 2% 碘酒保痂。入院第 2 天,患者精神好转,口渴感消失,尿量 102 ml/h,心率 98 次/min。实验室检查:白细胞 $9.2 \times 10^9/L$,血钠 140.0 mmol/L。入院后第 3、7、16 天分别行四肢、胸腹部、背臀部切/削痂术,术后行自体微粒皮移植并用大张异体皮覆盖。术后四肢异体皮片存活良好,胸腹部、背臀部皮片存活较差。经 3 次手术后创面封闭约 55% TBSA;随后肉芽创面行自、异体邮票皮混合移植术 7 次,伤后 20 d 创面完全愈合。入院后第 8 天,动脉血气分析结果:剩余碱 16.5 mmol/L,pH 7.51,碳酸氢盐 36.6 mmol/L,提示代谢性碱中毒。遂行床旁血液透析治疗,第 9 天代谢性碱中毒得到纠正。入院第 32 天患者出现胸闷、憋气,呼吸 30~40 次/min,听诊左下肺呼吸音消失,X 线胸片提示左侧大量胸腔积液,立即在 B 超引导下胸腔穿刺,抽出洗肉水

样液体约 1500 ml,色浊、可凝固,黏蛋白阳性,比重 1.020,细胞总数 $28750 \times 10^6/L$,见大量中性粒细胞、红细胞及间皮细胞;无细菌生长。诊断为肺部感染引致的反应性胸膜炎。给予呼吸机辅助呼吸,全身应用敏感抗生素,加强创面处理及营养支持。经 3 次胸腔穿刺后胸腔积液逐渐减少,颜色变浅至完全吸收。

讨论 本例患者烧伤程度严重,自体皮源严重缺乏,头皮因 III 度烧伤不能供皮,下腹部、腰部经 3 次取皮后亦无法再供皮,因此成为治疗的难点。笔者单位充分利用自体皮源,除双足底 3 次取皮外,还于阴囊部取约 0.5% TBSA 的刃厚皮,并在治疗后期以阴囊全厚皮 2 次行险外翻矫正术。对创面进行积极处理,换药 6 次/d,每翻身 1 次即行换药;经常进行浸浴,将异体皮作为生物敷料,并及时用异体邮票皮补贴皮片脱落处,共用异体皮 $7.0 \times 10^6 \text{ cm}^2$ 。异体皮作为一种生物敷料,可在大面积烧伤患者自体皮源有限时应用,为度过感染危机赢得时间,并为自体微粒皮提供支架,利于其爬行、扩展。

特重度烧伤患者合并胸腔积液罕见报道,大量胸腔积液可影响呼吸及循环系统功能,加重病情。本例患者 X 线胸片提示除左侧有大量胸腔积液外,双肺尚呈絮状阴影,结合胸水检查结果,可帮助明确诊断。本例患者可能是正值全身创面较大(约 30% TBSA)、感染较重、机体抵抗力较差时,脏层和壁层胸膜炎症性充血,毛细血管通透性增加,使大量液体进入胸膜腔,形成胸腔积液。

(收稿日期:2002-12-10)

(本文编辑:苟学萍)

作者单位:100037 北京,解放军第三〇四医院全军烧伤研究所(伍锦华现在在西安市中心医院烧伤整形科,710003)