

· 病例报告 ·

救治特重度烧伤面积 100% TBSA 患者一例

韩焱福

临床资料:患者男,36 岁。因油漆着火爆炸致全身火焰烧伤,伤后 2 h 收入笔者单位。查体:患者意识清楚,四肢冰冷,口渴明显,烦躁,体温 36.9℃,脉搏 120 次/min,呼吸 26 次/min,血压 90/60 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa),声音嘶哑,鼻毛烧焦,有黑色炭末样痰,两肺可闻及哮鸣音。全身创面污染重,外观发黑,四肢呈皮革样改变。X 线片显示:右桡骨中下段及右股骨中段骨折。诊断:(1)油漆火焰烧伤总面积 100%,其中Ⅲ度 65%、深Ⅱ度 35% TBSA。(2)重度吸入性损伤。(3)右侧桡骨、股骨骨折。

治疗:入院后即行抗休克、抗感染、气管切开、吸氧、气道灌洗及雾化吸入等治疗。创面清创后行暴露疗法,并外用磺胺嘧啶银糊剂,双上肢焦痂切开减张,右上下肢骨折予以固定牵引。伤后第 1 个 24 h 静脉补液量为 14 500 ml,尿量 2 440 ml。第 2 个 24 h 静脉补液 8 850 ml,尿量 1 890 ml。伤后 48 h 输全血 1 200 ml。早期以肠外营养为主、肠内营养为辅,以后逐渐过渡到全肠内营养。肠内营养主要选用能全力口服液鼻饲,伤后第 1 天剂量为 250 ml,以后逐步增加至 2 500 ml/d。伤后第 7 天及术后第 1 天予以重组人生长激素(rhGH) 9 U/d 皮下注射,共用 14 d。伤后第 5 天行四肢切痂

异体皮移植手术,切痂面积达 45%。伤后 17 d 更植四肢异体皮及残余创面剥痂异体皮覆盖术。伤后第 30、40、50、70 天行全身创面点状小皮片移植术,4 次手术均从背部、头部愈合创面取皮。经积极综合治疗及创面处理,伤后 87 d 患者痊愈出院。

讨论 早期积极抗休克治疗是抢救成功的关键。本例休克期补液量高于传统公式计算量,系数达到 2.0,全血用量约占胶体总量的 1/3,第 1 个 24 h 尿量达 100 ml/h,有效维持了内脏血液循环。气管切开术实施早(伤后 2 h),保持了呼吸道的通畅,避免出现窒息。早期行气道灌洗,可及时清除烟雾颗粒及炎性介质等损伤性因素。该病例切痂早,切痂面积大,并用异体皮有效覆盖创面,去除了感染源,减少了毒素的吸收,从而有效防止了内脏并发症。rhGH 的使用,能改善超高代谢,促进蛋白质合成,加速深Ⅱ度创面自愈,为后期自体皮移植提供了皮源。肠内与肠外营养相结合可满足机体热卡与代谢需求底物,且早期肠内营养有效地防治了肠源性感染与肠源性超高代谢。抗生素的策略性使用,有效地防治了烧伤感染,避免了二重感染的发生。

(收稿日期:2002-08-07)

(本文编辑:张 红)

作者单位:214400 江阴市人民医院烧伤科

轻度烧伤后继发白癜风二例

陈秦吉 王淑琴 马春芬

例 1 男,42 岁,2 年前双手被热水烫伤,在当地换药 20 余天创面愈合,无增生性瘢痕出现,局部仅有轻度色素脱失。1 年前双小腿出现大片白斑,部位对称。既往体健,无家族白癜风史。

例 2 男,47 岁,5 年前双手被热液烫伤,经换药后创面愈合,无增生性瘢痕出现,双手留有色素脱失。2 年前躯干出现泛发性白斑,大小不一,因 2 次热水烫伤入院治疗。既往体健,无家族白癜风史。

讨论 白癜风是一种获得性、局限性或泛发性皮肤色素脱失症,其病因不明。目前认为与遗传因素有关,在各种因素作用下,免疫、神经、内分泌、代谢功能等多方面机能紊乱,致使酶系统受到抑制或黑素细胞被破坏或产生形成障碍,而致皮肤色素脱失^[1,2]。

根据文献所述^[1,2],机械性刺激或其他局部刺激,如烧伤、感染、晒伤、冻伤、放射线等可使患者的正常皮肤产生白

斑,或使原有的白斑扩大,或泛发全身的同形反应。多数病例表现为白斑逐渐增多、扩大,相邻白斑融合为不规则的大片状,甚至泛发全身。笔者观察到在深Ⅱ度烧伤创面愈合后,受伤局部皮肤出现不同程度的色素脱失非常多见,但其白斑大多保持稳定,很少变化,与上述文献报道不符。笔者认为烧伤导致局部皮肤色素细胞毁损所致,与自发白斑皮损的发病及发展过程有本质的不同。外因如热力、化学制剂等接触皮肤,造成局部表皮层黑素细胞破坏,没有引起机体免疫功能、神经与内分泌、代谢功能等多方面机能紊乱,因而不会使原有白斑扩大或泛发全身其他部位,此类情况不应称为白癜风。相反,如果在外因有害因素作用下发生局部皮肤白斑或者自发白斑皮损,且损害的大小和数目缓慢或迅速增加,甚至泛发全身应诊断为白癜风。此两例患者均在远离受伤部位正常皮肤出现白斑病损,应属烧伤后继发白癜风。但其发病又有不同的临床特点:(1)有学者报道白癜风患者中 25%~30% 有家族史^[3],也有学者指出 3%~40% 的白癜风患者有家族史^[4]。此两例患者无家族史。

作者单位:710068 西安,陕西省人民医院烧伤整形科

(2) 白癜风常伴有其他自身免疫性疾病,如糖尿病、甲状腺炎、甲状腺功能亢进或减退、慢性肾上腺功能减退、恶性贫血、风湿性关节炎等^[4],此两例患者既往均身体健康。(3) 白癜风好发于青少年,20 岁以内者约占 50%^[1-4],而此两例患者的发病年龄均在 40 岁以上。(4) 白癜风好发于身体的日晒暴露部位^[2,3],而此两例患者均发病于身体的隐蔽部位。(5) 此两例患者均有双手烫伤史,均受到不同程度的精神创伤,且长期处于焦虑紧张状态,多愁善感,对生活缺乏信心。笔者认为精神因素和双手烫伤后的局部疼痛刺激是诱发白癜风的主要原因之一。提示在临床工作中对待此类患者应加强心理护理,同时应用适量神经安定剂和镇痛剂可能对预防

防烧伤后诱发白癜风有一定作用。

参 考 文 献

- 1 边天羽,主编.临床皮肤病性病学.天津:天津科学技术出版社,1997.535-536.
- 2 赵辨,主编.临床皮肤病学.第 2 版.江苏:江苏科学技术出版社,1989.937.
- 3 吴志华,主编.现代皮肤性病学.广东:广东人民出版社,2000.795-797.
- 4 封绍奎,雷鹏程,万俊增,主编.21 世纪医师丛书·皮肤性病分册.北京:中国协和医科大学出版社,2000.517.

(收稿日期:2001-12-28)

(本文编辑:苟学萍 赵 云)

利用毁损下肢未失活肌皮瓣修复巨大电烧伤创面一例

汪涌 姜会庆 解伟光 汪军 胡心宝 陈一飞

患者男,22 岁,因高空作业时触及 10 kV 高压电线,致项背、右髂股等部位多处电烧伤 5 h 后入院。查体:患者意识清楚,面色苍白,呼吸困难,血压 98/68 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa),左肺呼吸音弱。项背部为电烧伤入口:发际下 2 cm 至肩胛骨下缘、双肩峰之间有 43 cm × 20 cm 组织炭化缺损区,胸椎棘突、左侧肩胛岗等骨质外露,呈黑色。四肢为出口:右侧髂腹股沟至大腿前有 40 cm × 20 cm 组织坏死缺损区,股动脉搏动清晰可见;右手虎口至腕部、左膝部、左前臂等处亦有电烧伤创面。乳晕以下感觉、运动功能丧失。X 线检查示:左上肺挫裂伤。CT 检查:上胸段脊髓结构不清。诊断:严重电击伤(10% TBSA)合并高位截瘫、左上肺挫裂伤。

治疗:入院后立即给予输液、输血、补充白蛋白抗休克,碱化尿液维护肾功能;早期予以头孢他啶抗感染。创面分泌物培养出枯草杆菌、铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、金黄色葡萄球菌等,依据药敏试验针对性选用了头孢哌酮钠 + 舒巴坦钠、亚胺培南 + 西司他丁等抗感染;不间断地清除液化、坏死组织。患者左背部第 3~5 肋间肌溃破,胸膜壁层破裂,左胸腔有积液;右髋关节囊溃破,股骨头、大粗隆、髂棘等坏死且外露,腹股沟下股动、静脉外露,创面发生 3 次小动脉破裂出血。伤后第 30 天,在全身麻醉下将右侧髂腹股沟至大腿电烧伤创面坏死组织清除,行右下肢自髋关节以下骨性结构及足解脱,用大腿上段后侧肌皮瓣(约 20 cm × 30 cm)向前翻转修复髋髂部创面;于右侧腋部分离出腋动、静脉,将余下的下肢肌皮瓣(约 46 cm × 23 cm)以股动、静脉为血管蒂(蒂长约 20 cm),经背阔肌深层隧道,端侧吻接于腋动、静脉血管上。行项背部电烧伤创面清创后,游离移植修复项背部组织缺损创面,术后皮瓣存活良好。见图 1、2。

讨论 本例患者系严重电击伤引起局部组织破坏性损伤,创面大,难以选择常规的皮瓣或肌皮瓣覆盖,其创面有大量体液渗出,不但容易引起细菌感染、加重组织坏死,还



图 1 项背部电烧伤创面:43 cm × 20 cm,胸椎棘突、左侧肩胛岗、肋骨等外露



图 2 以股动、静脉为血管蒂的下肢肌皮瓣与右侧腋动、静脉端侧吻接后修复项背部创面术后第 5 天

易导致消耗综合征、免疫力下降等。由于其髋关节遭破坏,股动、静脉外露,随时有破裂出血的可能。笔者利用右下肢未受损伤的肌肉和皮肤修复右髋髂、项背部创面,术后皮瓣完全存活,效果良好。笔者认为电击伤后要早期清创,效果不佳时可再次清创,争取早期用皮瓣或肌皮瓣覆盖创面。本病例因患者及家属不能接受早期截除右下肢的手术方案,致使后期大量体液的丢失,创面有大量细菌滋生,为术后恢复造成较多困难。

(收稿日期:2001-07-17)

(本文编辑:苟学萍)