

有一定横向张力。当眼睑纵向活动自由度存在时,眼睑可在正常位置上下活动。由于保持一定的横向张力可使睑缘后唇与眼球正常接触,因此,瘢痕松解切口应尽量避免垂直于睑缘,以防睑缘横向松弛,出现并发症。过度松解加大植皮面积治疗眼睑瘢痕挛缩畸形有以下几个特点:①疗效较好,可一次手术解决瘢痕挛缩导致的眼睑功能障碍和角膜暴露问题;②手术不损伤睑缘,保持了睑缘的完整性,防止了由于睑缘破坏所产生的一系列并发症、后遗症;③由于眼睑可自由活动,较眼睑粘连等手术方法对患者生活影响小;④手术

要领易于掌握,成功率高。

#### 参 考 文 献

- 1 孔繁英. 面部烧伤并发睑外翻的早期修复 35 例报告. 实用眼科杂志, 1991, 11: 681-682.
- 2 张国安, 钟仁珍, 徐军, 等. 烧伤继发眼角膜病变的防治探讨. 中华外科杂志, 1991, 12: 736.

(收稿日期: 1999-12-12)

(编辑: 王 旭)

## · 警钟 ·

### 救治一例重度吸入性损伤二次呼吸停止的经验教训

童亚林 孔质彬 朱金红 卢小莲

病例: 男, 34 岁。在厨房中因煤气爆炸烧伤面、双手后 3h 入院, 当时无呼吸困难。查体: 体温 35.7℃, 脉搏 70 次/分, 呼吸 19 次/min, 血压 120/75mmHg。头发、眉毛、鼻毛烧焦, 声嘶, 双肺呼吸音尚清晰。面部创面为深 II 度 2% TBSA, III 度 1% TBSA, 双手创面 III 度 3% TBSA。入院诊断: ①面、双手烧伤(深 II 度 2% TBSA, III 度 4% TBSA); ②中度吸入性损伤。入院后创面予清创、外涂碘伏暴露治疗; 全身给予补液、抗炎、祛痰止咳、甲氧咪呱及抗氧自由基治疗(654-2、维生素 C、维生素 E); 5% 葡萄糖 500ml + 20% 甘露醇 125ml, 雾化吸入, 间断低流量给氧。2d 后咳嗽、咳痰逐渐增多, 痰中带炭黑色, 双肺呼吸音明显增粗, 双手水肿减轻, 但头面部水肿仍明显, 眼及口周创面潮湿。伤后 9d 出现憋气、躁动、呼吸困难, 随后呼吸停止, 立即行气管插管、胸外按压, 吸出少许黑色粘痰, 予尼可刹米 0.375g 静脉滴注, 抗生素改为倍司特克每天 6g 静脉滴注, 抗霉菌药物氟康唑每天 200mg 口服, 每日等渗盐水 250ml + 庆大霉素 16 万 u 持续气管内滴入, 生理盐水管内间断灌洗, 雾化吸入。此后病人仍时有谵妄, 痰中带有少许血及小条状气管粘膜(后经病检证实), 双肺痰鸣音明显并有少许湿性罗音。此后体温波动在 35.2℃ ~ 37.1℃, 脉搏 125 ~ 150 次/min, 呼吸 24 ~ 38 次/min, 白细胞 (16.5 ~ 19.1) × 10<sup>9</sup>/L, 动脉血气 pH7.30 ~ 7.42, PaO<sub>2</sub> (6.8 ~ 11.4) KPa [(51 ~ 86) mmHg], SatO<sub>2</sub> 78% ~ 99%, 伤后 11d 精神仍欠佳, 时有嗜睡, 并于当日傍晚无明显先兆症状再次出现呼吸停止, 双肺可闻及干湿罗音, 心音极弱, 心率 48 次/min, 立即胸外按压, 尼可刹米 1.875g、肾上腺素 1mg 静脉注射, 吸痰有少许黄白痰液, 6min 后自主呼吸恢复, 予地塞米松、654-2 各 120mg 静脉滴注, 强心、利尿、脱水、纠正酸中毒等治疗, 30min 后意识渐清醒。分别于伤后 12d 及 20d 两次行纤维支气管镜检查, 见气管至三级支气管有充血、水肿炎症反应(尤以气管、

主支气管更为明显), 并有炭黑色及黄白色粘痰(较前稀薄)和散在出血点及少许小条状脱落粘膜。伤后 16d 胸片示肺纹理增粗, 右下肺炎。重度吸入性损伤及肺炎诊断成立。伤后 23d 停呼吸机, 伤后 30d 拔气管套管。面及双手创面经切痂植皮及肉芽创面植皮封闭, 伤后 36d 治愈出院。

讨论: 吸入性损伤病人的病理生理变化<sup>[1]</sup>依次为: 缺氧、肺水肿、肺萎陷和肺部感染。从本例出现两次呼吸停止的时间、先兆症状、当时肺部体征和纤维支气管镜、胸片和血气等检查分析, 第 1 次呼吸停止的原因是较多粘痰堵塞所致, 而堵塞与病人在睡眠状态下咳嗽减少, 痰多而粘稠、化痰排痰不力有关。第 2 次呼吸停止的原因则与肺部感染、肺水肿有关。此例病人的救治提示我们: ①对在密闭环境下烧伤特别是面颈部有深度烧伤创面的病人, 即使烧伤面积小, 早期无明显呼吸困难, 也须严密观察病情变化, 落实针对吸入性损伤的有关治疗措施并随时作好气管插管和切开的准备。②中、重度吸入性损伤的准确诊断和及时的气管切开是救治成功的重要前提, 仅依靠病史、症状和一般临床检查手段进行鉴别诊断和掌握气管切开时机较困难, 而在前述基础上再参照纤维支气管镜对气管、支气管粘膜的直观检查结果相全则能达到诊断准确、气管切开及时的目的。③气管切开后的治疗直接影响吸入性损伤病人的救治结果。本例采用了气管内持续滴入药液和气管内间断灌洗的方法并结合雾化吸入对病人进行治疗, 不仅有效地稀释痰液并利于排痰, 还预防了气道干燥、避免了反复气管内灌洗和吸痰造成气道粘膜损伤出血以及对病人的不良刺激。

#### 参 考 文 献

- 1 黎鳌主编. 烧伤治疗学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 376 ~ 388.

(收稿日期: 1999-10-23)

(编辑: 赵 云)

作者单位: 541002 桂林, 解放军第一八一医院烧伤整形科