

典型病例 2 与髂腰部皮瓣联合,皮瓣面积 40 cm × 20 cm,背阔肌肌皮瓣部分形成岛状,髂腰部皮瓣蒂部位于腹股沟处,3 周后断蒂,达到满意的修复效果。

颈部高压电击伤易致颈总动脉的损伤,如不及时修复,有可危及生命的大出血的可能性,本组 5 例,清创后 2 例伴有颈椎及颈总血管不同程度的损伤及外露。采用该肌皮瓣修复后,不但创面 I 期愈合,而且避免了大出血可能。

跟腱烧伤坏死既要修复皮肤缺损,又要重建跟腱,全跟腱缺损重建比较困难,有报告采用腹股沟皮瓣,将腹壁筋膜缝合管状,利用筋膜修复跟腱,该方法只限小范围缺损。本组典型病例 1,跟腱烧伤坏死 10 个月,焦痂周围开始分离,创面培养为绿脓杆菌感染,经彻底清除,结果全跟腱缺损,应用背阔肌肌皮瓣修复,伤口 I 期愈合,功能恢复满意。

烧伤创面均存在不同程度的细菌感染^[3],控制感染对手术成败非常重要。除术前处理,术中彻底清创,术后置负压引流是防止感染最重要措施,对创面较大常放置二根引流管。本组 1 例出现皮瓣下感染,采取皮瓣下冲洗,一管冲洗,另管引流,冲洗 3 d 后感染得到控制。由于肌肉组织血供比皮肤血供更丰富,因此,抗感染能力比单纯皮瓣强。

参 考 文 献

- 1 黄晓元. 小血管套叠吻合方法的皮瓣移植. 中华整形烧伤外科杂志, 1992, 8: 156.
- 2 郑文忠, 马国棟, 郑季南, 等. 背阔肌皮瓣移位修复上肢软组织缺损. 中华显微外科杂志, 1999, 22: 143.
- 3 黄晓元, 马恩庆, 龙剑虹. 皮瓣、肌皮瓣移植在感染创面上的应用. 湖南医学院学报, 1988, 13: 381.

(收稿日期: 1999-12-10; 编辑: 冷怀明)

· 病例报告 ·

成功救治早产新生儿特大面积烫伤 1 例

孙炳伟 刘昌 邵宁正 夏承林 包平涵 陈玉林

病例 患儿男性, 出生第 13 天, 因不慎被洗澡水烫伤(水温约 70 °C), 2 h 后患儿出现全身青紫, 刺激无反应, 从新生儿病房转入本科治疗。查: 神志淡漠, 肤色青紫, 体温 36 °C, 脉搏 240 次/min, 呼吸 50 次/min, 无尿。创面红白相间, 双足背苍白色, 渗出液少, 泡皮大部剥脱。入院诊断: ①左上肢、胸腹背、会阴及双下肢热液烫伤深 II 度 60%; ②低血容量性休克(重度); ③早产儿、低体重儿(出生时体重 2.5 kg)。入院后立即相对隔离, 置于新生儿保暖箱内, 持续 CPAP 吸氧, 并建立静脉通道, 补液抗休克。第一个 24 h 补液 340 ml(胶体 120 ml), 使用青霉素 20 万 U, 氨苄青霉素 0.2 g 持续静滴 12 h。创面处理: 在暖箱内去除污染严重的泡皮, 尽量保留较完整的小水泡, 部分清洁的大水泡穿刺放液后泡皮原位被覆创面, 全部创面用凡士林油纱布覆盖包扎。伤后 12 h 口服稀奶, 每次 15 ml 左右。伤后 4 h 起排尿 10 ml, 第 1 个 24 h 尿量为 223 ml。患儿皮温转暖, 心率 140 次/min, 心音有力, 紫绀消失, 病情好转。第 2 个 24 h 补液总量为 310 ml, 其中胶体 60 ml, 尿量 147 ml, 休克基本得到纠正。因创面渗液较多, 伤后第 2 天更换敷料, 伤后第 4 天将无菌羊膜被覆于背部创面, 固定包扎。伤后第 6 天起双踝及臀部创面较深处改用 1% SD-Ag 冷霜换药, 每天 1 次。伤后第 3 天起改用凯福定 80 mg 持续静滴 8 h, 并逐渐增加患儿经肠道的营养支持。伤后第 4 天起

使用生长激素 1.0 U/d(每 12 h 1 次)共 12 d, 同时使用胰岛素 0.6 U 静滴, 并用微量血糖仪监测, 尿糖均为阴性, 血糖维持在正常范围(3.0~4.8 mmol/L)。伤后第 3 天起隔日输新鲜血 30 ml, 共 10 次。伤后第 18 天曾出现四肢频繁抽搐, 经查血生化正常, 脑脊液常规正常, 头颅 CT 检查正常, 后考虑与多次输血后, 库血中的枸橼酸根与镁离子结合导致低镁有关, 血镁测定为 0.53 mmol/L, 提示低镁血症。即 25% MgSO₄ 0.5 ml 深部肌注, 并加 25% MgSO₄ 1.2 ml 口服 2 次/d, 抽搐停止。病程中血培养均为阴性。伤后 38 d 患儿创面全部痊愈, 营养状况良好。

讨 论

早产新生儿严重烫伤后, 既有烧伤病人的共同特点, 又具有其生理和病理变化的特殊性。

生长激素的应用。生长激素可增强中性白细胞趋化和游走性, 从而使局部中性白细胞流入量增加, 增强机体清除细菌的能力。另外, 生长激素促进生长发育, 纠正蛋白分解代谢, 明显增强了患者食欲。我们观察到, 本例患儿的食欲(饮奶量和次数)明显好于新生儿病房其他重症患儿。但需注意剂量适当, 随时监测糖代谢。

相对无菌隔离和保暖环境至关重要, 创面的妥善处理可避免发生严重感染, 促进创面顺利愈合。

由于新生儿供皮困难, 我们认为小范围的关节部位深 II 度创面不宜行削痂植皮。

(收稿日期: 1999-04-05; 编辑: 王旭)

作者单位: 212001 镇江医学院附属医院烧伤整形科(孙炳伟, 刘昌, 邵宁正, 夏承林); 南京医科大学第一附属医院(包平涵); 上海长海医院烧伤科(陈玉林)