

· 病例报告 ·

重度烧伤合并甲状旁腺功能亢进一例

吴燕文 刘晓华 谢平华

患者男, 39 岁。乙炔火焰烧伤头颈、躯干、四肢等部位, 伤后 2 h 入院。入院诊断: 火焰烧伤 42% TBSA, 其中深 II 度 29%、III 度 13% TBSA。入院后立即补液、吸氧, 给予广谱抗生素预防感染, 未曾使用激素, 休克期度过平稳。伤后第 4 天患者出现烦躁, 呼吸 35~40 次/min, 心率 130 次/min, 血压 83/62 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 体温 37.6℃。X 线胸片提示: 肺间质轻度水肿及肺部感染, 血气分析: pH 7.31、PaCO₂ 10.5 kPa (1 kPa = 7.5 mmHg)、PaO₂ 6.7 kPa, 提示呼吸功能衰竭。血常规: 白细胞 14.2 × 10⁹/L, 中性粒细胞 0.78。血生化: 血钙 3.6 mmol/L, 血磷 0.83 mmol/L。立即行气管插管、呼吸机辅助通气及呼气末正压 (PEEP) 治疗。数小时后, 呼吸逐渐平稳, 心率、血压、心电图仍未见好转。PEEP 治疗第 2 天, 患者出现嗜睡、昏迷, 呼之不应, 在强烈刺激下稍有反应, 血钙呈进行性上升, 高达 4.1 mmol/L, 血磷降至 0.78 mmol/L, 甲状旁腺素 (PTH) 浓度为 153 pg/ml, 临床诊断为烧伤合并甲状旁腺功能亢进。治疗加用降钙素拮抗 PTH, 同时加速利尿以促进钙排泄, 每日液体进出量约为 5 000~6 000 ml, 保持出入量平衡。2 d 后患者神志清楚, 心率、血压、心电图开始好转, 血钙降至 3.2 mmol/L。PEEP 治疗第 5 天, 自主呼吸平稳, 肺功能好转, 遂拔除气管插管, 停用呼吸机治疗, 并逐渐降低降钙素剂量, 将血钙控制在 2.8 mmol/L 以下, 入

院后第 13 天在全麻下行创面削痂植皮手术, 术后未再使用降钙素, 患者血钙一直处于正常范围。术后 19 d, 患者痊愈出院。

讨论 烧伤合并甲状旁腺功能亢进病例临床少见, 原因可能是创伤刺激甲状旁腺, 使之增生肥大过多分泌 PTH, 进而产生应激反应。该患者进入感染期后即出现神志、呼吸及循环系统改变。白细胞上升较缓, 体温不高, 血培养呈阴性, 肝、肾功能正常, 均难以解释病情, 但血清钙浓度呈进行性上升, 范围较大, 血磷浓度偏低, 因而决定检测 PTH, 结果其浓度明显升高, 确诊为甲状旁腺功能亢进。

PTH 分泌过多, 引起血清钙浓度持续增高, 使神经肌肉兴奋性降低, 对呼吸、循环、消化、神经系统影响较大。血清钙增高达 4~5 mmol/L, 即有生命危险^[1], 应立即拮抗 PTH, 抑制其合成和释放, 加速尿液排钙, 并密切监测尿量、血压、心率、呼吸、电解质、酸碱程度, 防止内环境紊乱。

受高钙血症、感染、肺间质水肿等影响, 患者出现呼吸功能衰竭和神志改变, 应及时进行 PEEP 治疗。植皮手术宜在血钙浓度得到控制、全身状况好转时进行, 以降低手术风险, 保证患者安全。

参 考 文 献

- 1 裘法祖, 主编. 外科学. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 24.

(收稿日期: 2002-02-19)

(本文编辑: 张 红)

作者单位: 210008 南京, 武警江苏省消防总队医院

救治特重度烧伤并海洛因依赖戒断综合征四例

陈能彬 胡静 余顺先

1990~2000 年, 笔者单位收治特重度烧伤并海洛因戒断综合征患者 4 例。其中男 3 例, 女 1 例, 年龄 19~30 岁, 平均 (24.5 ± 5.5) 岁。烧伤面积 73%~92% TBSA, 其中 III 度面积为 10%~50% TBSA。吸毒方式: 3 例为烫吸, 1 例为静脉注射。吸毒时间: 最长为 5 年, 最短为半年。1 例戒毒后复吸。

临床特点: 患者除有烧伤休克症状外, 出现哈欠、流泪、流涕、出汗等类似感冒的卡他症状。随后各种戒断症状陆续出现, 包括打喷嚏、起鸡皮疙瘩、寒颤、厌食、恶心呕吐、腹绞痛、腹泻; 全身骨和肌肉酸痛及肌肉抽动; 软弱无力、失眠易醒、心慌、心率加快; 情绪恶劣易激惹、烦躁不安、抑郁, 甚至出现攻击性行为。出现上述症状的同时, 患者伴有强烈的心理渴求, 这些戒断症状通常在 36~72 h 之间达到高峰, 其中

大部分症状在 7~10 d 内消失, 且均未发现有明显的海洛因依赖戒断综合征阳性体征。本组病例入院时均未提供明确的海洛因吸毒史。

典型病例: 患者男, 30 岁。因点燃煤气自杀烧伤全身多处, 伴口渴、心慌, 伤后 2 h 入院。入院诊断: (1) 煤气火焰烧伤, 总面积 85% TBSA, 其中 III 度 45%, 深 II 度 20%, 浅 II 度 20% TBSA。 (2) 低血容量性休克。入院后立即行大隐静脉切开置管, 快速液体复苏, 伤后 6 h 输入液体总量的 2/3, 约为 7 700 ml, 同时予山莨菪碱 10 mg 静脉滴注, 1 次/6 h; 血活素 10 ml, 1 次/d; 头孢唑啉钠 2.0 g 静脉滴注, 1 次/8 h; 头孢噻肟钠 1.5 g 静脉滴注, 1 次/8 h, 7 d 停药。西咪替丁 0.4 g 静脉滴注, 1 次/6 h, 3 d 后改为口服预防应激性溃疡药物; 丹参 10 ml 静脉滴注, 2 次/d, 肌苷 0.4 g 静脉滴注, 2 次/d。伤后 11 h 患者出现哈欠、流泪、流涕、出汗等类似感冒的卡他症状, 随后出现鸡皮疙瘩、寒颤、厌食, 全身骨骼和肌肉酸痛

作者单位: 614000 乐山, 武警四川总队乐山医院烧伤整形科

及肌肉抽动,失眠易醒、心慌、心率 120 次/min、烦躁不安。上述症状发作时间相对固定,1~2 次/d,伤后 72 h 达高峰,反复追问病史,得知患者已有 3 年海洛因烫吸史,0.5 g/d,伤前 1 h 曾烫吸过海洛因,故海洛因依赖戒断综合征的临床诊断明确。给予 5% 葡萄糖溶液 500 ml + 丁丙诺啡 0.45 mg,静脉滴注,2 次/d,3 d 后患者症状明显缓解,丁丙诺啡剂量减半,同时每晚睡前口服三唑仑 0.5 mg,6 d 后症状完全消失,停用丁丙诺啡。伤后第 4 天,行双手背削痂大张中厚皮移植及双下肢刃厚皮移植术,术后皮片完全成活,双手外观及功能尚可。躯干创面伤后 3 周行剥痂植皮术,术后依药敏结果选用凯伦 2.55 g 静脉滴注,1 次/12 h,应用 3 d。45 d 患者创面完全封闭,痊愈出院。出院后加强康复及后续照管治疗,定时随访指导。

讨论 准确详尽的病史是作出诊断并制订治疗方案的基础,而准确病史的获取却十分不易。首先,药物滥用者及家属不愿告知吸毒的真实情况;其次,医务人员在接触患者时易流露出厌恶之情,这些使得医生难以从药物依赖者及家属口中获得准确的信息。本组 4 例均在症状发生后通过追问病史知晓。海洛因依赖戒断综合征部分症状与烧伤休克表现相似,易混淆,且全身烧伤后无明显阳性体征,应严格鉴别。当病史可靠时,根据美国精神疾病诊断与统计第 3 版

(修订版)DSM-2-R^[1] 标准作出诊断。当病史不清,体征不明显时,可借助纳洛酮促醒试验和尿液毒品分析结果进行诊断。此类患者除吸毒痛苦外,加之烧伤后造成的功能障碍,对生活失去信心,造成性格改变,有自杀倾向,患者多不愿配合治疗,家属有时会放弃治疗,因而首先要取得家属的支持和患者的信任,同时使用激动拮抗剂丁丙诺啡治疗,注意丁丙诺啡成瘾性。脱瘾治疗能基本解除躯体的依赖性,改善生理症状,对心理、行为异常并未予以彻底干预。因此,大部分患者尚需接受康复治疗及后续照管,并进行复归社会的准备,只有这样,才可能使治疗取得最终的成功。本组 1 例病例因忽略了康复及后续照管治疗而复吸。及时、快速的补液抗休克治疗是纠正烧伤后低血容量性休克的关键。加强创面处理,早期及时切、削痂植皮封闭创面是防治烧伤感染、成功救治大面积烧伤患者的根本措施。特重度烧伤并海洛因依赖戒断综合征患者机体免疫力极低,更应加强早期胃肠道营养,采用支持疗法,同时合理使用抗生素,预防感染。

参 考 文 献

1 姜佐宁,主编.海洛因成瘾与现代治疗.北京:科学出版社,1997. 120.
(收稿日期:2002-03-22)
(本文编辑:张 红)

· 警钟 ·

外用湿润烧伤膏致肾功能衰竭和低温脓毒症死亡二例

岳长路 吴竹便 万萍 杜巧红

例 1 女,53 岁。火焰烧伤总面积 56%,其中深 II 度 36%,浅 II 度 20% TBSA。在当地医院外用湿润烧伤膏 5 d,因受外用湿润烧伤膏渗出少的误导,在当地医院未进行抗休克补液治疗,造成患者 48 h 无尿。于伤后 5 d 收入本单位。查体:患者神志淡漠,体温 38.1℃,心率 120 次/min,血压 90/60 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),血钾 5.53 mmol/L,血钠 125.2 mmol/L,血氯 95.3 mmol/L,肌酐 527.9 mmol/L,尿酸 585.5 mmol/L,创面溶痂且分泌物多。入院后立即给予利尿合剂、酚妥拉明、多巴胺等治疗,同时行血液透析。效果不佳,入院 2 h 患者死亡。

例 2 男,4 岁。热水烫伤总面积 40% TBSA,其中深 II 度 20%,浅 II 度 20% TBSA。在当地医院用湿润烧伤膏治疗 12 d,因创面感染、高热收入本单位。查体:患者神志淡漠,创面已溶痂,呈绿色,体温在 35℃ 以下,白细胞 3 × 10⁹/L。创面及血培养结果:铜绿假单胞菌(+),大便潜血(+++)。行创面切痂植皮、抗感染、全身支持疗法等。入院 10 d,患者死亡。

讨论 大面积烧伤后因大量体液渗出造成低血容量性休克,是烧伤患者死亡的主要原因之一,故对烧伤患者的治疗应按渗出规律科学地补液,纠正低血容量性休克。但是,

对于一些非烧伤专业人员来说,认为烧伤只是表皮损伤,而不注意全身治疗,更有人认为外用湿润烧伤膏渗出少,而不按科学方法补液。本组例 1 患者即因未补液造成肾功能衰竭而死亡,教训深刻。如果患者年龄小、烧伤面积大,补液、创面处理、抗生素的应用及支持疗法等更是至关重要。病例 2 在当地医院治疗时仅用湿润烧伤膏,造成创面铜绿假单胞菌感染,创面加深,全身极度衰弱,最终死亡。故对于深度烧伤的创面,应及时切除焦痂,用植皮手术方法封闭创面,如执意依靠外用湿润烧伤膏治疗,将会使创面加深或失去治疗机会,甚至使患者处于低温脓毒症状态并导致死亡。脓毒症系感染引起的全身炎症反应综合征(SIRS),进一步可发展为脓毒性休克和多器官功能障碍综合征,是严重创、烧伤患者死亡的主要原因之一^[1],对于小儿烧伤,因其皮肤较薄,机体免疫力差,体温调节不完善,创面外用药更应使用有确切抗菌效果的磺胺嘧啶银等,特别对有 III 度烧伤创面的患儿,应慎用湿润烧伤膏,以防 SIRS 和低温脓毒症的发生。

参 考 文 献

1 李红云,姚咏明,盛志勇.Toll 样受体与脓毒症的研究进展.中华烧伤杂志,2002,5:314-317.

(收稿日期:2002-05-08)

(本文编辑:张 红)

作者单位:044000 运城市中心医院烧伤整形科(岳长路),小儿科(吴竹便)