38 例 50% 以上大面积烧伤的救治体会

吴抽浪 孙菊妹 叶礼岳 郑金满 王史辉 潘君太 林邦长

(浙江省台州医院 临海 317000)

摘要:目的:总结大面积烧伤的抢救治疗经验,进一步提高成功率。方法:总结 38 例大面积烧伤病例,分析其烧伤治疗特点及内脏并发症发生情况。结果:38 例烧伤总面积 50%~95%,平均 66.18%;8 例合并严重吸入性损伤而行气管切开;34 例治愈,4 例放弃治疗自动出院;急性肾功能不全、应激性溃疡、肺部感染和肝功能不全是常见的内脏并发症。结论:大面积烧伤病情危重,治疗时兼顾局部和全身可获得较满意的效果。

关键词:烧伤;急救;抗休克;抗生素

中图分类号:R 644

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0043-02

大面积烧伤病情危重,病程较长,并发症多,临床治疗较困难。我科自 2003 年 7 月~2004 年 12 月,共收治烧伤面积 50% 以上的患者 38 例,效果满意。现将救治体会报道如下:

1 一般资料

38 例患者中,男 28 例,女 10 例;年龄 8~84 岁,12 岁以下儿童 2 例;烧伤面积 50%~95%,平均烧伤面积 66.18%;III 度烧伤 10%~78%,平均 35.62%;合并吸入性损伤 12 例;入院时间最早伤后 30min,最晚伤后 4h;致伤原因:热烧伤 32 例,化学烧伤 3 例,电烧伤 3 例,其中工业烧伤 23 例,生活烧伤 15 例。

2 治疗方法

2.1 入院时急救 立即建立静脉通道,快速补液以补充血容量;明确或高度怀疑有严重吸入性损伤时行气管切开并吸氧,保持气道通畅;肢体或指趾的 III 度环形烧伤行焦痂切开减压术。

2.2 烧伤的整体治疗

2.2.1 抗休克治疗 参照国内常用晶胶体公式补液,实际补液量常大于 $2.0\text{mL}/(\text{kg}\cdot\text{TBSA})$,根据生命体征、尿量和尿色调整补液速度。使用碳酸氢钠碱化尿液,适当利尿,保护肾脏功能。

2.2.2 抗感染治疗 入院时,如创面相对清洁使用青霉素或克林霉素防治感染,如创面严重污染时则使用泰能以兼顾阳性菌和阴性菌。伤后第 3 天,如高度怀疑或明确有严重细菌感染时,则根据经验或药敏给予泰能或(去甲)万古霉素,一

生甘草 6g,水煎服,日 1 剂。上方服 3 剂后,口腔溃疡明显减弱,效不更方,继以上方加减服 15 剂,诸症痊愈,随访 1 年未见复发。

按:复发性口疮多因心脾积热或虚火上炎而致。但此患者临床表现口干不欲饮,全身困重乏力,时便溏,睡眠差,结合舌脉,考虑为脾胃虚弱,不能运化,口腔黏膜失养而致。用参苓白术散健脾和胃,脾胃健,气血充,黏膜得以濡养而痊愈。

3 顽固性失眠

魏某,男,50 岁,干部。患者因工作繁忙,常失眠,伴多梦、头昏,曾服朱砂安神丸、养血安神片及一些镇静类西药,症状无明显好转。近日因工作负担重,症状加重。2004 年 8 月 12 日初诊,患者失眠,甚则整夜难以入睡,烦躁健忘,肢倦神疲,头重如蒙,脘闷纳呆,面色萎黄,舌质红,苔白厚,脉细而弱,

般使用 3~5d 后改用二线或一线抗生素。若病情严重,泰能或(去甲)万古霉素使用时间较长或有明确的真菌感染时,使用大扶康或两性霉素防治真菌。

2.2.3 创面处理 浅度创面采取保守治疗,加强创面换药,局部使用 1%SD-Ag 霜或氟哌酸-凡士林油膏预防感染和促进愈合,深度创面则尽早手术以封闭创面。深度手烧伤优先手术,条件允许时尽量行大张刃厚/薄中厚皮移植或皮瓣移植,以最大挽救功能;如深度烧伤面积太大而皮源有限,则行微粒皮移植异体/种皮覆盖术;手术一般在伤后第 3 天进行。为避免背部和后侧创面受压,睡悬浮床或翻身床。使用浸泡疗法以促进残余创面愈合。

2.2.4 营养支持 胃肠道无并发症者,伤后 2h 即留置鼻胃管,经管喂食肠内营养液(百普素),浓度从 5% 开始,逐日增加 3%~5%,直至 25%,量从 20mL/h 开始渐增至 150mL/h,喂食泵控制。营养支持早期以肠外营养为主,经静脉补充 GIK 液、氨基酸和脂肪乳剂等,逐渐过渡到以肠内营养为主,指导、鼓励患者进食,注意营养成分的均衡。使用重组人生长激素,促进愈合。

2.2.5 康复治疗 入院即给予心理治疗,帮助患者树立信心。日常换药时注意肢体的正常体位,尽早进行功能锻炼。创面愈合后,尽早使用弹力手套、弹力衣裤等行压力疗法,并使用药物(康瑞保或抑疤灵等)防治瘢痕增生。如瘢痕增生明显,影响外观和功能,一般半年后行后期整复手术,颜面和关节部位则在创面愈合后尽快手术。

诸症合参,此乃脾虚夹湿,心阴亏损,心火内盛而致。治宜健脾化湿,清心安神。处以参苓白术散为主方:党参 15g,白术 10g,茯苓 20g,苡仁 15g,山药 15g,砂仁 6g,黄连 6g,陈皮 10g,酸枣仁 20g,柏子仁 15g,桔梗 6g,远志 10g,磁石 30g,炙甘草 6g,上方加减服 20 剂后,诸症好转,睡眠较前大有改善。又以上方去磁石,加夜交藤研末装胶囊调服月余,诸症痊愈。

按:失眠一症临床当首分虚实,患者平素思虑、劳累过度,内伤心脾。《类证治裁·不寐》说:“思虑伤脾,脾血亏损,经年不寐。”《景岳全书·不寐》说:“无邪而不寐者,必营气之不足也。”脾虚营血生化不足,则无以养心,心虚则神不守舍,心血不足则心火独旺,热扰神明,则更加重不寐一症。脾虚湿阻,胃因不和,胃不和则卧不安。故治以参苓白术散为主,脾气健,营血生,心有所养,心火不亢,则心神安,不寐除。

(收稿日期:2005-08-29)

3 结果

3.1 治疗效果 38 例中 34 例治愈;4 例休克期平稳度过后放弃治疗自动出院,其中 2 例因年龄过大(>80 岁)家属放弃治疗,2 例因经费困难放弃治疗。

3.2 创面处理结果 5 例经保守治疗创面自行愈合;29 例行削切痂植皮术或肉芽创面多次植皮术,其中 4 例行截指(趾)术,1 例电烧伤行左大腿中下 1/3 截肢术。

3.3 并发症情况 急性肾功能不全 3 例,应激性溃疡 2 例,肝功能不全 8 例,肺部感染 2 例,败血症 2 例。

4 讨论

4.1 休克期治疗 休克期的特点为体液大量丢失,循环血容量不足,及时的液体复苏是关键性的救治措施。复苏时根据生命体征、实验室检查等调整补液的质、量和速度,尿量是一个重要的临床指标,维持在 0.5~1ml/(kg·h)可获得较理想的复苏效果^[1]。本组所有患者第 1 个 24h 严格按照 1.5ml/(kg·TBSA)计算进行补液时,均出现少尿或血尿,加快补液速度、增加补液量后症状消失。其第 1 个 24h 晶胶体实际补液量平均为 2.15ml(kg·TBSA),晶胶比 2.3:1,38 例患者均较平稳度过休克期,实际补液量与理论计算量有较大出入。

患者入院急救时检查有无气道梗阻,有重度吸入性损伤时行气管切开并吸氧,必要时机械通气,确保气道通畅。本组患者中 5 例入院时行气管切开,3 例入院后 4h 内行气管切开,切开后吸氧,避免了气道梗阻所引起的缺氧。

对肢体及指趾的深度环形烧伤或躯干的深度限制性烧伤,及时行焦痂切开减压术。本组 8 例肢体及指趾深度环形烧伤,1 例躯干深度限制性烧伤,其中 8 例入院时即行焦痂切开减压术,1 例入院后 3h 感手指麻木、疼痛,行焦痂切开减压术后症状缓解,避免了手指坏死。

4.2 感染期治疗 有明确的严重感染时,根据创面培养或血培养应用全身性抗生素,本组患者抗生素使用时采用降阶梯方案,早期使用泰能或(去甲)万古霉素,早用早停,效果满意。

创面是最大的感染源,创面处理至关重要。浅度创面的处理原则为预防感染和促进愈合,深度创面则尽早有计划分期分批切/削痂植皮封闭创面。尽早手术去除坏死组织可以减少毒素吸收,切断感染途径,促进创面愈合,缩短住院日^[2]。本组 29 例手术患者中 2 例化学烧伤进行了休克期切痂,27 例休克期过后尽早手术,去除坏死组织,其中 5 例行双上/下肢切痂微粒皮移植、异体/种皮覆盖术,效果均良好。

4.3 营养支持治疗 积极的营养支持可以补充机体所需能量,增加机体抵抗力和免疫力,减少感染及内脏并发症的发生,促进创面愈合。早期喂养可以促进肠蠕动,维护肠道功

能,防止肠道细菌及毒素移位。本组患者经营养支持治疗后,营养状况良好,体重无明显下降,总蛋白维持在平均 50g/L 以上,白蛋白维持在平均 30g/L 以上。

4.4 并发症的治疗 本组患者早期的并发症主要是急性肾功能不全。液体复苏时,补液量充足而出现少尿或无尿,小剂量使用甘露醇或速利尿,效果不佳时,大剂量(100mg 以上)使用速尿冲击,无效时尽早行血液透析。本组 3 例出现症状,2 例经利尿后消失,1 例经血透后治愈。

本组中晚期的并发症则以肝功能不全、肺部感染和败血症为主。8 例肝功能不全者一方面尽快手术去痂,加强创面换药,避免使用肝损害药物,另一方面进行护肝(强力宁、促肝细胞生长素等)、支持等治疗,肝功能均恢复正常。本组 2 例肺部感染于伤后 1~2 周出现,1 例为轻度吸入性损伤老年患者,另 1 例为重度吸入性损伤气管切开中年患者。2 例患者均根据痰培养及药敏使用抗菌药,进行气道湿化,老年患者鼓励咳嗽咳痰,气管插管患者尽早拔除气管导管,最后均痊愈。本组患者中 2 例出现败血症,其中 1 例为金黄色葡萄球菌,另 1 例为白色念珠菌。治疗时,前者静脉使用去甲万古霉素,局部创面使用利福平及百多邦;后者小剂量静脉使用两性霉素,剂量从 2mg 开始,逐日增加 1mg,至 8mg,维持使用,局部使用制霉菌素。2 例患者均治愈。

4.5 康复治疗 烧伤患者常有恐惧甚至厌世心理,患者入院后及时的解释和鼓励有助于其康复。早期即注意体位的固定,防止关节的挛缩,鼓励其克服疼痛,尽早进行功能锻炼,积极防治瘢痕^[3]。本组 34 例患者,均尽早开始功能活动。如伴深度手烧伤患者术后即叮嘱其进行轻微的手指屈伸活动,创面愈合后,立即使用弹力手套,并外用康瑞保,鼓励其自行进行手指的屈伸及手的握持锻炼,从抓持床边钢管开始,同时嘱咐家属协助锻炼。经积极的心理治疗和功能锻炼,除 3 例因关节部位严重瘢痕挛缩影响活动外,其余 31 例均得到较理想的康复。

4.6 预防 鉴于大面积烧伤高昂的治疗费和严重的后遗症,预防应该是首要的。本组大部分为工业烧伤患者,几乎没有预防和急救知识。笔者在进行临床救治时注意向其及企业主加强有关知识的宣教。

参考文献

[1]葛绳德.烧伤临床解析[M].天津:天津科技翻译出版公司,1997. 12~25
[2]黎鳌,杨宗城.黎鳌烧伤学[M].上海:上海科学技术出版社,2001.67~79
[3]盛志勇,郭振荣.危重烧伤治疗学与康复学[M].北京:科学出版社,2000.382~410

(收稿日期:2005-10-17)

第十届全国中西医结合肿瘤学术研讨会征文通知

根据中国中西医结合学会 2006 年学术活动计划安排,中国中西医结合学会肿瘤专业委员会不定期于 2006 年 8 月在沈阳召开第十届全国中西医结合肿瘤学术研讨会。征文内容:近年来中西医结合、中医肿瘤防治的新理论、新学说、发展与展望及其相关临床研究与经验。截稿日期:2006 年 6 月

30 日。信封上请注明“肿瘤会议征文”字样。地址:中国辽宁省沈阳市皇姑区北陵大街 33 号,辽宁中医药大学附院肿瘤科殷东风,邮编:110032;或北京市宣武区北线阁 5 号,中国中医科学院广安门医院肿瘤科花宝金,邮编:100053。电子邮箱:yinwe@online.ln.cn,或 huabaojin@sohu.com。