

# MEBT/MEBO 治疗成批烧伤临床体会

胡才志

【摘要】目的:评价基层医院应用 MEBT/MEBO 治疗成批烧伤病人的疗效。方法:1996 年 1 月至 1999 年 12 月收治的五批共 31 例重度烧伤病人进行 MEBT/MEBO 规范化治疗。结果:30 例治愈,1 例因侵袭性感染合并消化道出血死亡,治愈率 96.8%。结论:MEBT/MEBO 方法简单,疗效可靠,适应于基层医院成批烧伤病人的抢救和治疗。

【关键词】成批烧伤 湿润暴露疗法

【中图分类号】R644 【文献标识码】B 【文章编号】1001-0726(2001)02-0089-03

Experience with MEBT/MEBO in Treating Groups of Burn Patients Hu Cai - zhi Hospital of Chinese Medicine, Shuangfeng County, Hubei Province 417700

【Abstract】 Objective: To evaluate the efficacy of MEBO in treating groups of burn patients. Method: 5 groups including 31 burn patients were treated with MEBT/MEBO. Results: 30 patients cured and one patients died of invasive infection complicated by digestive tract bleeding. The curative rate was 96.8%. Conclusion: MEBT/MEBO had very reliable efficacy. It is simple and easy to apply and is suitable to be popularized to grass root hospitals to rescue groups of burn patients.

【Key words】 MEBT/MEBO ;Groups of burn patients

【CLC number】R644 【Document code】B 【Article ID】1001 - 0726(2001)02 - 0089 - 03

我院自 1996 年 1 月至 1999 年 12 月应用 MEBT/MEBO 治疗五批共 31 例严重烧伤病人,取得满意疗效,现报告如下。

## 一、一般资料

五批共 31 例烧伤患者均为男性,年龄最小 21 岁,最大 60 岁,平均年龄 34 岁,烧伤面积 30% - 59% 21 例,60% - 79% 6 例,80% - 89% 4 例,入院时间最早为伤后 1 小时,最迟为伤后 6 小时,3 批为瓦斯爆炸烧伤,1 批为沸水烫伤,1 批为硝药烧伤,其中伤员最多的一批达 9 例,12 例合并不同程度的吸入性损伤,3 例合并有头面部软组织撕裂伤,其中仅 8 例为浅 II 度烧伤,16 例为深 II 度烧伤,7 例合并有 III 度烧伤。

## 二、临床治疗

1. 创面处理 早期清创均在病人情况稳定后进行简单清创,大水疱低位引流放液,保留疱皮,清

除已剥脱的痂皮,以干纱布轻轻沾干创面,将 MEBO 挤在方盘的消毒纱布上,用压舌板或棉签搅拌,使纱布被 MEBO 浸透,然后以单层 MEBO 纱布覆盖创面,换药时间每 8 - 12 小时一次,液化前期及液化期药量要少一些,换药时,去掉油纱布,用干纱布沾干液化物及残余药液,保持创面清洁,然后继续上药,使创面保持湿润而不溃为原则。液化期宜将药膏直接涂于创面,3 - 4 小时一次。对于 III 度创面应早期实行耕耘减压疗法,解除焦痂对深部组织的压迫,减轻继发性损害,使部分瘀滞带组织复活,其方法为,用耕耘刀将坏死皮肤横行、纵行划开,随即用 MEBO 换药,每日清除创面脱落或已液化的组织。对于肌肉层已有损伤的 III 度创面,应借助手术将坏死层大部份切除,以创面不出血、不疼痛、不损伤周围健康组织为原则,剩余的坏死层则用 MEBT/MEBO 液化排除,以利于原位培养干细胞及肉芽组织<sup>[1]</sup>,对后期不愈创面必要时刃厚皮片封闭创面。

2. 全身治疗 主要包括抗休克,维护内脏功能和抗感染治疗。成人烧伤面积在 30% 以上或已有休克征象者应给予静脉输液抗休克治疗,先建立静脉通道,估计烧伤面积及深度,拟出第一个 24 小时总入液量,计算方法:成人输液量 = 1% 烧伤面积 × 体重(kg) × 1.2 毫升,每日水份需要量为 2000 毫升,晶体液以生理盐水或林格氏平衡液等为主,生理需要量以 5% 葡萄糖液。根据病人尿量、脉搏、神志、呼吸等调整输液量及晶胶比例,使病人保持尿量每小时 50 - 100 毫升,心率 120 次/分以下,患者安静,呼吸平稳,四肢温暖。

大面积烧伤病人早期心泵功能明显下降,微血管痉挛,微循环障碍,针对这一生理病理改变,对烧伤面积超过 50% 的病人入院后在快速补液抗休克及创面及时用药的情况下,应用 654-2,复方丹参等扩血管药物,常规给予 50% 葡萄糖 60 毫升 + 西地兰 0.2 毫克静脉注射,每日一次,根据心率变化情况增减西地兰用量和每日应用次数,二天后病人心脏功能无异常变化者可停用,否则须常规使用,同时注意保护肾功能。为防治肾实质血管痉挛,在病人入院后三天内立即给予利尿合剂(10% 葡萄糖 200 毫升 + 1% 普鲁卡因 100 毫升 + 苯甲酸咖啡因 0.5 克 + 维生素 C 1.0 克)静脉点滴,每日一次常规应用,本组病人均平稳渡过休克期,无一例发生休克。

早期选用广谱抗生素治疗,一般连续 7 天,有严重感染或败血症临床征象时,根据临床特征及参考细菌培养结果,选用敏感有效的抗菌素,做到足够、有效、早用、早停,避免出现因抗菌素应用不当而导致其它副作用。

### 三、治疗结果

五批共 31 例,1 例烧伤面积 88% 的患者入院后 7 天因侵袭性感染合并消化道大出血而死亡,其余 30 例均治愈,治愈率 96.8%。除 4 例入院时有轻度休克外,余休克期全部平稳渡过,有 4 例出现不同程度创面感染表现,其中 1 例死亡。创面愈合时间是:浅 II 度创面 6 天 - 9 天(颜面部 6 天 - 7 天);大多数深 II 度及 III 度创面在涂药后 5 - 7 天开始溶解,坏死组织与药物混合形成黄白色的液化物排出创面,用药后 10 - 20 天坏死组织基本脱净,液化物渐减少,可见红色新鲜创面有皮岛长出,深 II 度创面 18 - 28 天愈合,愈合后未见明显瘢痕形成,III 度创面 32 - 56 天自然愈合者 4 例,余 3 例经手术植皮,愈合后可见略高于皮肤的质软疤痕。随访 4 月 - 3 年,愈合

万方数据

创面外观与弹性良好,经功能锻炼后未见功能障碍。

### 四、讨 论

1. 成批大面积烧伤的救治成功,首先要明确分工,成立强有力的指挥组、抢救组、后勤保障组,指挥组由院领导及烧伤科主任组成,迅速调动人力、物力投入并支持抢救工作<sup>[2]</sup>,将工作人员分组、伤员分类,做到紧张有序、忙而不乱进行现场抢救、转送及住院治疗。二是抢救组下设几支精干的治疗组,抢救组由业务院长、专科主任及相关医务人员组成,每一个治疗组由 1 - 2 名专科医师带一名普通外科医师和二名护士,每小组负责 1 - 2 名危重伤员,包干负责。三是立即组成一支后勤保障组,由药房、血库、供应室及营养食堂人员组成,负责敷料、器械及药品供应、消毒和膳食供应等。根据烧伤面积大小、深度、病情轻重缓急,按先重后轻的顺序依次进行急救抗休克、给氧、清创上药等处理。

2. 合理复苏补液,确保休克平稳渡过,对于特大面积烧伤病人抢救成功与否至关重要,入院后尽快建立静脉通路,估计烧伤面积及第一个 24 小时入液量,根据病情变化及需要随时调整输液量及液体成份,并做好抗休克特护的各项记录,为及时正确治疗提供参考依据。对于重度吸入性损伤病人应早期行气管切开,予吸痰、吸氧、雾化吸入等抢救措施,防止喉头水肿压迫或粘液分泌物及其粘膜坏死脱落造成阻塞窒息。本组烧伤患者 12 例有不同程度的吸入性损伤,其中 4 例重度吸入性损伤者在入院时立即行气管切开,对于中度吸入性损伤者(鼻毛烧焦、轻度声音嘶哑,我们采取边观察边保守治疗(1)严密观察病情变化(2)床旁备急救气管切开包(3)治疗上我们应用地塞米松、氨茶碱、给氧、雾化吸入等措施,以改善肺通气量和恢复肺功能。

3. 入院后原则上要尽快涂 MEBO 保护创面,大面积烧伤病人一般入院时都处于不同程度休克状态,应尽快建立静脉通道抗休克,但成批瓦斯爆炸患者往往煤灰污染重,在积极抗休克的同时,争取将污物及脱落泡皮用生理盐水尽可能清除干净,再用干纱布沾干表面水分,然后再将 MEBO 涂于创面上,深 II 度创面如泡皮完整可保留,水泡低位引流,III 度或化学烧伤应将痂皮尽早除去,用耕耘刀行纵横耕耘减张,入院时可根据病情需要多次进行,这样可减轻深部组织受压,提高皮温,挽救淤滞带组织,有利于 MEBO 渗入<sup>[3]</sup>,对于大面积烧伤睡翻身床的患者,创面宜采用 MEBO 油纱布,以利于 MEBO 纱布块粘

附于创面,每次换药时液化物可与油纱布一并清除,不会对创面产生机械性损伤,对于液化期清除坏死组织要做到不损伤健康组织,不出血,不疼痛;当后期创面液化物减少,肉芽及皮岛形成时,要注意保护表层膜状物,此时应减少换药次数,涂药厚度在 1 毫米以内,换药手法宜轻。对于残余创面,换药 56 天未愈合者,可采取刃厚邮票植皮封闭创面。

4. 感染是大面积重度烧伤患者致死的主要原因之一,因此防治感染应贯穿治疗全过程。我们在临床实践中体会到,对于大面积烧伤病人应尽早使用高效广谱抗生素,不要等待病人出现明显的全身性感染症状和体征时再考虑应用,防止并发症的发生,使病人平稳渡过感染期。

5. 对于大面积烧伤病人原则上前三天以静脉营养为主,以后逐步过渡到以胃肠营养为主。本组病人我们采取伤后数小时即开始口服或吸管吸食流汁,开始时只摄入少量温水或淡盐水,当胃肠道适应后,逐渐给予肉汤、菜叶等,鼓励患者早期进食,少食多餐,先清淡饮食,后高蛋白饮食。静脉营养以白蛋白、脂肪乳和高糖为主,胃肠营养以易消化及营养丰

富的新鲜食物为主,以保证热量不低于 3500 大卡/日,蛋白每日 150 克 - 200 克。

通过本组病员治疗,我们观察到 MEBT/MEBO 治疗烧伤病人,创面生长速度快、病人痛苦小、感染率低,对成批烧伤抢救使用方便,安全无毒副作用,不受特殊条件限制,疗效满意,尤其适应基层医院推广。

#### 参考文献

- [1] 中国中西医结合学会. 烧伤医疗技术蓝皮书. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 45.
- [2] 韩全甫. 成批烧伤 MEBT 治疗临床体会. 中国烧伤创疡杂志, 1996. 3: 24.
- [3] 徐荣祥. 烧伤湿性医疗技术. 中国烧伤创疡杂志, 1997. 2: 9.

(收稿日期 2000-12-8;修回日期 2001-02-25)

#### 【作者简介】

胡才志(1958-),男(汉族),湖南省双峰县人,广州军区军医学院毕业,科主任/主治医师。