

小儿深度烧伤创面临床治疗报告

(附 69 例病历分析)

陈永 肖玉莲 李世斌 邓俊予 黄桂美 钟业娟 陆燕

【摘要】目的 对 1998 年以来,采用两种不同方法对小儿深度烧伤创面进行治疗,探讨一种适合于小儿深度烧伤创面治疗的较理想的临床治疗方法。方法 随机选择 69 例患儿分两组进行分析比较,即 37 例采用烧伤湿润暴露疗法(MEBT)治疗者作为治疗组(A组),32 例采用传统烧伤“干燥疗法”治疗者为对照组(B组),观察两组治疗效果。结果 治疗组的疼痛程度、感染发生率、创面愈合时间、手术例数、瘢痕增生率均明显低于对照组($P < 0.01$),有非常显著性差异。结论 烧伤湿润暴露疗法是治疗小儿深度烧伤创面较为理想的方法。

【关键词】湿润暴露疗法(MEBT);小儿深度烧伤;治疗

【中图分类号】R644 .R726 **【文献标识码】**B **【文章编号】**1001-0726(2002)03-0151-03

Clinical Research of MEBT in Treating Pediatric Deep Burn Wounds Chen Yong - chong , Xiao Yu - lian , Li Shi - bin , et al. , Dept. of Burns and Plastic Surgery , Liugang Hospital , Liuzhou , Guangxi 545002

【Abstract】Objective : To investigate the efficacy of MEBT in treating pediatric deep burn wounds. **Method :** 62 burned children were divided into 2 group , 32 in a group to be treated with MEBT and another 32 to be treated with SD - Ag Cream. The therapeutic effects of the 2 groups were compared. **Results :** In MEBT group , the pain incidence , infection rate and scar forming rate were lower than that in SD - Ag Cream group , the wound healing time was shorter and the number of cases subjected to operation was fewer ($P < 0.01$). **Conclusion :** MEBT is an ideal remedy for treating pediatric deep burn wounds.

【Key words】MEBT ; Pediatric deep burn ; Treatment

【CLC number】R644 .R726 **【Document code】**B **【Article ID】**1001-0726(2002)03-0151-03

由于小儿的自制力、反应力、协调性、对各种危险的预见性差,致使生活中小儿的烧伤烫伤的发生率较高,占住院烧伤病人的 32.82% ($X^2 = 49.69$, $P < 0.01$) 是不应忽视的易致伤人群^[1]。加上小儿皮肤娇嫩,角质层薄,真皮薄,附件少,治疗不当极易使创面加深。若实施及时、正确的治疗,创面愈合速度比成人相对快。尤其小儿对疼痛极为敏感,故在治疗中应采用刺激小、愈合快、瘢痕发生率低的治疗方法。为了寻求治疗小儿深度烧伤创面的最佳方式。我们在不同时期,分别采用烧伤湿性治疗技术和烧伤传统“干燥疗法”,治疗小儿深Ⅱ度和浅Ⅲ度(皮下脂肪层存活)烧伤创面,其中采用烧伤湿性治疗组获得较满意的临床效果。

一、临床资料

自 1998 年 1 月 ~ 1999 年 12 月收治小儿深度烧伤 32 例(对照组, B 组),女 8 例,男 24 例,年龄 8 个月 ~ 10 岁,平均 3.12 ± 1.22 岁。致伤原因 5 例火

焰烧伤 4 例热碱(落入石灰池中)烧伤,23 例沸水烫伤,烧伤面积最大者 57%,最小者 1%。2000 年 1 月 ~ 2002 年 3 月收治小儿深度烧伤 39 例(治疗组, A 组),女 9 例,男 30 例,年龄 7 个月 ~ 8 岁,平均 3.62 ± 1.12 岁。致伤原因:6 例火焰烧伤,1 例灼热的食用油烧伤,3 例热碱(落入石灰池中)烧伤,29 例沸水烫伤,烧伤面积最大者 85%,最小者 3%。烧伤程度按我国现行小儿烧伤严重程度分类标准^[2],两组患儿烧伤程度见表 1。

表 1 两组患儿烧伤程度分类

组别	例数	烧伤面积 (平均值)	轻度	中度	重度	特重度
A 组	37	21.3 ± 3.1	6	9	17	5
B 组	32	19.4 ± 4.3	4	11	15	2

二、治疗方法

1. 休克期的液体复苏:两组烧伤小儿入院后,

均给予液体复苏,补液量参考 1970 年全国烧伤会议所提出的小儿补液公式,密切观察患儿各项生命体征及尿量,调整补液量及补液速度,给予液体复苏,纠正电解质紊乱和酸碱平衡失调,注意保暖,维持气道通畅,给氧。抗生素的应用情况基本一致。

2. 创面处理:A 组对于创面污染较轻者,将湿润烧伤膏直接涂在创面上,污染较严重的创面,用 0.1% 的新洁尔灭和生理盐水稍做清洗后涂药,涂药厚度为 1~2mm,采用暴露或半暴露疗法,对于Ⅲ度创面用耕耘刀进行耕耘处理,在整个创面处理过程中坚持“三不损伤原则——不疼痛、不出血、不损伤”和“三不存留原则——不存留坏死组织、不存留分泌物、不存留过多药液”。溶痂期(伤后 3~14 天)每天换药 2~4 次,以后每日 1~2 次,对于超过 45 天没有皮岛生长,不能愈合的较大范围的深Ⅲ度创面进行植皮修复创面,B 组入院时常规使用 0.1% 新洁尔灭、生理盐水清洗创面,深Ⅱ度创面涂 SD-Ag 冷霜包扎,每天换药 1~2 次,若有溶痂,则清除液化的

痂皮,三周后不能愈合者采用削痂植皮,Ⅲ度创面用 1% 的 SD-Ag 混悬液涂于创面,持续灯烤或用烧伤治疗仪烘干,休克期过后,采用切(削)痂植皮(大面积者采用分批分次手术)修复创面。

3. 疗效评定标准:止痛效果观察:治疗过程中,患儿安静、不哭或哭声小、换药合作或换药后安静入睡为不痛;若患儿哭闹、躁动、换药不配合为疼痛。瘢痕增生的观察时间为创面愈合后的 1 个月、三个月、6 个月。创面感染的诊断标准^[3]:烧伤创面有以下情况之一者做创面感染统计:烧伤创面变为黑色、暗紫色或淡紫色,意外快速的焦痂分离和焦痂化脓,创面边缘的未烧伤皮肤出现红、肿、热、痛,细菌学培养阳性。

三、治疗结果

两组患儿治疗结果比较,治疗组(A 组)的疼痛程度、感染发生率、创面愈合时间、手术例数、瘢痕增生率及功能障碍率均明显低于对照组(B 组)($P < 0.01$)。结果见表 2。

表 2 两种不同方法处理小儿深度烧伤创面治疗效果比较

组别	疼痛例数(%)	感染例数(%)	瘢痕例数(%)	手术例数(%)	愈合时间(天数)
A 组	5(16.7)	4(13.3)	0(0.00)	4(13.3)	19.3±2.6
B 组	29(90.6)	13(40.6)	21(65.3)	19(59.4)	23.6±3.7

两组各指标相比均有非常显著意义

四、讨论

疼痛、感染、瘢痕增生、愈合时间及功能障碍是处理烧伤创面应解决的几个大问题,但小儿烧伤创面的处理较成年人难度大。小儿的皮肤薄嫩而柔软,角质层较薄,表皮与真皮之间的基底膜不完善,皮肤附件发育不全。一旦烧伤后创面较深,传统疗法导致创面干燥结痂,易使创面淤滞带干燥脱水,失去活力而坏死,创面加深,形成难以愈合的深Ⅲ度创面^[4],必然会增加手术机会及瘢痕化愈合,过多的瘢痕增生势必影响儿童的生长发育,加上小儿对疼痛的耐受能力差,治疗中不易配合,故最大限度地减轻疼痛、控制感染,避免加深创面,缩短愈合时间,减少瘢痕增生是治疗小儿深度烧伤的主要目的。众多的烧伤创面用药在小儿深度烧伤的治疗上并非理想,传统的干性疗法的主要药物为 SD-Ag 或 SD-Zn,但是,SD 经创面吸收后,可影响患儿的胆红素代谢^[5],其中 SD-Ag 中含有较多的银离子,经创面吸收致银

中毒已有报道^[6]。

烧伤湿性医疗技术是一种顺应生命规律、针对烧伤发病的病理生理的全新烧伤治疗技术与方法,他的关键技术环节是:在局部治疗上,立足无损伤性地液化排除坏死的皮肤层,最大限度地保留烧伤残存的成活组织,利用残存上皮组织再生修复皮肤,解决了Ⅱ度烧伤病人疼痛问题的同时开辟了抗感染的另一新途径。该技术由湿润暴露疗法和湿润烧伤膏(MEBO)配合完成的。在我们的临床实践中,体会到创面用药:湿润烧伤膏(MEBO)具有以下突出的作用与特点:1. 止痛效果:通过药物将创面与外界隔离,对受损神经末梢起到微观保护及解除汗毛立毛肌痉挛的作用,实现减轻和解除烧伤疼痛(多在用药后 1~5 分钟达到良好的止痛效果);2. 通过框架剂型药物在创面上的温化,吸收残余在创面上的余热,阻止或解除继续的物理性热损伤,避免创面进行性加深;3. 通过无损伤的液化方式,在残存成活组织

再生反应之时,排除坏死层皮肤。4. 通过药物的有效成分和及时主动的引流方式等,控制创面的细菌浓度,并可使细菌的形态结构发生变异而失去致病力和毒性,实现预防和控制细菌感染;5. 通过 β -谷甾醇、黄芩甙、小檗碱等成分,减轻炎症反应而起到有效的抗炎抗毒作用;6. 通过创造创面的生理性湿润环境,在药物微妙成分的调控作用下,保障残存皮肤组织信息向生理方向再生并转化成上皮干细胞,在丰富的营养成分培育下形成新生的皮丁、皮岛而实现创面的生理性修复;7. 上皮组织和纤维组织的比例失调和胶原纤维毛细血管的排列异常变化是瘢痕组织形成的主要原因^[7],通过调整控制纤维细胞在创面修复中的过度增生,而实现预防和减少疤痕增生。应用烧伤湿性医疗技术则能在创面上形成一个适合于细胞生长的湿润环境,能有效预防坏死组织对正常组织的侵蚀,以及对微循环的改善,使得淤滞带恢复生机最大限度地保护了正常组织,利于创面的修复^[8]。应用该治疗小儿深度烧伤与传统干性疗法比较,能达到创面止痛、减少感染,减轻创面继续损伤,可最大限度保留皮下成活组织,减轻创面的愈后疤痕,争取不植皮或少植皮,使深度创面浅疤或无疤痕愈合,从表 2 中可以看出两种方法处理深度烧伤创面,A 组在疼痛、疤痕、感染、手术例数百分率分别为 16.7%、6.67%、13.3%、13.3%,与 B 组比较,都有明显的差异($P < 0.01$)。在促进功能恢复的同时,减少了因手术带来的新创伤和风险性,缩短疗程,减少费用。

总之,根据小儿的生理特点,通过 A 组与 B 组的比较,我们认为烧伤湿性医疗技术和烧伤湿润暴

露疗法是目前治疗小儿深度烧伤创面较为理想的方法。

参 考 文 献

- [1] 肖红,谢挺,林亮等. 17339 例烧伤原因分析. 中华流行病学杂志, 2000, 10, 10, 2(5): 333~334.
- [2] 黎鳌主编,扬宗城副主编. 烧伤治疗学,第二版,北京:人民卫生出版社,1995: A33.
- [3] 徐荣祥主编. 中国烧伤创疡学. 中国烧伤创疡杂志, 1997 (1): 46.
- [4] 曾彪,姚世红. MEBT/MEBO 治疗新生儿烧伤临床体会. 中国烧伤创疡杂志, 2001, 13(3): 183~184.
- [5] 陈侠英,李云,胡德林等. 新生儿烧伤临床治疗体会. 中国烧伤创疡杂志, 2001, 13(3): 18.
- [6] 石家仁,陈玉林. 烧伤创面外用磺胺嘧啶银致亚急性银中毒一例报告. 中华整形烧伤外科杂志, 1988, 4(3): 228~229.
- [7] 常致德主编. 烧伤创面修复与全身治疗. 北京:北京出版社, 1993: 59.
- [8] 徐荣祥. 烧伤湿性医疗技术. 中国烧伤创疡杂志, 1997 (3): 4~12.

【作者简介】

陈永 (1966—)男(汉族),广西博白县人,广西医科大学毕业,医学学士,医院业务副院长,烧伤整形外科专业,主治医师。

肖玉莲 (1969—)女(汉族),广西全州县人,广西医科大学毕业,医学学士,口腔颌面外科专业,主治医师。

李世斌 (1967—)男(汉族),广西全州县人,广西医科大学毕业,医学学士,烧伤整形外科专业,主治医师。

(收稿日期 2002-04-06,修回日期 2002-06-02)

颜面部烧伤的治疗与并发症的预防

王合珍¹,许纬洲¹,胡茜¹,李娜¹,向建光¹,王秉真¹,
赵俊祥²,杨丙厚²

【摘要】目的 探讨颜面部烧伤病人不同治疗方法的临床效果,寻求最佳的治疗途径。方法 通过临床 1516 例颜