

# 烧伤湿性医疗技术是成批烧伤病人救治中的首选疗法

萧 摩

医学界通常对 5 名(或重症烧伤 3 名)以上病人同时烧伤称为成批烧伤。近几年在一些厂矿企业、娱乐场所、学校等人群聚集的地方,发生成批烧伤的突发事件已多次见诸报端。最近宁夏某工厂又发生 41 人烧伤的群伤事故,其中 25 名伤员在青铜峡市人民医院采用烧伤湿性医疗技术治疗取得成功。这是该地区在半年中发生的第三起成批烧伤,前两批烧伤 30 余人,均采用湿性医疗技术而救治成功,无一死亡。由于烧伤后的极度痛苦和可能遗留的终身残疾,使这种在平时创伤外科中所占比例并不是很大的意外伤害,已引起了人们的高度重视。寻求一种适宜疗法,抢救成批烧伤病人,已刻不容缓地摆在烧伤专业医生们的面前。烧伤湿性医疗技术应该成为成批烧伤的首选疗法之一。

根据中国烧伤创疡科技中心全国医疗网统计资料显示,伤后早期应用烧伤湿性医疗技术救治烧伤病人,方法简便易学,安全无毒副作用,不受治疗环境和条件的限制,疗效满意。烧伤患者反映,治疗中痛苦小,活动不受限。正确规范的使用该法,可以有效地达到止痛,稳定病人情绪,感染率低,并发症少,缩短病程的目的。该疗法创面愈合快,愈后不遗留疤痕或疤痕轻微,有效地保证了病人康复后的生活质量,减少了残疾的发生。应用该疗法的医护人员认为,烧伤湿性医疗技术是成批烧伤病人救治中的首选疗法。以下将对成批烧伤病人的现场急救、全身系统治疗和局部创面治疗作一介绍。

一、现场急救处理不容忽视烧伤的特点是发病突然,病情变化快。在现场急救中应该分工明确,统一指挥,忙而不乱。首先对伤员要分类处理,有经验的临床医师能及时识别伤情,鉴别假象,有些表情淡漠,反应迟钝的是危重病人,要及时处理。特别是面颈部烧伤,要注意检查,如鼻孔有灰烬阻塞,鼻毛烧焦特别是以镊子夹拔鼻毛无痛觉,轻易拔除者,多为

吸入烧伤,如同时伴有呼吸音异常和声音嘶哑,应尽早行气管切开或环甲膜穿刺,解除呼吸道梗阻。早期诊断和处理是预防呼吸功能障碍的保证。同时应注意病人有无复合伤,如骨折、内脏破裂等,也应及时处理。

在现场应抓紧对烧伤病人进行创面检查。尽快去除烧毁的衣服,对创面上的污物简单清除后,即可外涂 MEBO 湿润烧伤膏,然后以无菌纱布和绷带包扎。创面及早使用湿润烧伤膏可以迅速缓解疼痛,有效解除创面深层微循环淤滞,从而减轻创面的炎症反应和继续损伤。既稳定了病人的紧张情绪,又使创面的损伤得到早期治疗,在减少和降低全身的炎症反应综合征发生率的同时也减轻了全身的应激状态,对预防休克的发生是大为有利的。切不可只注意全身治疗,而延缓了创面处理,从而使创面烧伤加深加重,更不可忙于转院而忽视了休克的抢救。远程转运危重病人应在休克纠正后进行。

二、全身系统治疗保证疗效大面积重症烧伤病人伤后第一个 24 小时的抢救是烧伤病人能否顺利渡过休克期的关键,合理的复苏不仅是补充血容量,而更重要的是对全身重要脏器的保护、支持和功能恢复。

合理的输液应按常规补液公式计算输液量后,以早、快、准、足的原则输注,同时,在治疗中要严密观察生命体征尿量,每公斤体重每小时的尿量为 1 毫升的可按标准输液,少于或多于此标准时则酌情增加或减少输液量。强心和保护肾脏是全身系统治疗的关键。伤后休克所至脏器灌注不足,缺血缺氧,是烧伤后多脏器功能不全的主要原因之一。胰腺缺血后产生的心肌抑制因子,更使循环中枢的心脏功能受到损害。所以伤后应常规的给予西地兰 0.2 毫克加入 25% 葡萄糖溶液 50 毫升静脉注射,并根据心率和四肢末梢循环变化而决定是否重复给药,以保

证心功能正常。大量输液纠正休克的同时,保护肾功能也是不能忽视的,利尿合剂是安全有效的利尿方法,同时也可以解除肾脏实质血管痉挛而导致肾脏供血不足的问题。有吸入损伤的伤员应该列入特别护理的范围,中度以上吸入损伤其死亡率会明显上升,对气管切开的病人应该坚持雾化吸入,持续吸氧,或高频通气。适时使用激素和氨茶碱等药物改善肺通气量和肺功能。消化道是人体内最长的管腔脏器,也是人体内的细菌库。健康状态下,肠道内常驻细菌是人类的朋友,它抑制致病菌生长,维持正常消化功能。但在烧伤休克状态下,肠壁缺血,肠黏膜屏障功能减退,细菌可以乘虚通过肠黏膜而进入黏膜下的毛细淋巴管和血循环。所以,烧伤后保护胃肠道的药物,必不可少。有资料显示应用西咪替丁 200 毫克至 400 毫克,每 6 小时至 8 小时静脉滴注;或雷尼替丁 150 毫克,每日 2 次,其作用强于常用的西咪替丁。保护胃肠功能更重要的是早期进食,消灭消化道“死腔”。一般严重烧伤后可留置胃十二指肠插管,一是可以胃肠减压,防止休克期胃肠胀气;二是及时鼻饲易消化和营养丰富的要素饮食或是汤、粥类等流质。

控制创面和全身性感染是系统治疗中不可缺少的,特别是对于大面积深度烧伤、休克期渡过不平稳、有复合伤的病人等,应早期、足量应用广谱高效抗生素,以预防性治疗全身侵袭性感染的出现。但用药原则应是早期用药 7~10 天左右果断停药,此后严密观察全身和创面情况的变化,根据病情及时对症处理。

三、局部创面治疗必须规范无论使用什么药物治疗烧伤创面,错误的用药技术和方法,不但不能发

挥疗效,还会导致创面感染、全身侵袭性感染甚至死亡。使用 MEBO 湿润烧伤膏也是如此,详细的操作技术前几讲已经详述。烧伤湿性医疗技术的核心是利用湿润烧伤膏在创面上形成的生理湿润环境,保护创面不再罹患新的损伤,同时无损伤性地液化排除坏死组织,以原位干细胞培植再生修复技术达到创面“祛腐生肌”,使烧伤皮肤生理性再生修复。所以在烧伤治疗全过程要特别重视创面的治疗。浅度烧伤创面有水泡,早期在药膜保护的基础上,低位剪开水泡放水保皮,三日后去掉腐皮后尽快涂药保护创面,直至愈合。深度焦痂型创面可以进行无创薄削痂,或行耕耘减张术,然后尽快涂药,以减轻深层微循环障碍,缓解淤滞带梗阻,使间生态组织复苏。对休克期躁动患者或是小儿伤员,在创面处理后可以敷料包扎创面,但注意要增加涂药厚度(2~3 毫米),使创面处于药膏保护之下。室温应在 28℃ 以上,湿度应在 60%,以保证患者创面的恢复和全身治疗效果。对成批大面积烧伤病人,换药时将创面清理后再应用湿润烧伤膏纱布外敷即可,去旧敷新非常方便。对于深度烧伤坏死层上皮组织的去除应越早越好,原则上应在 15 天内清除干净。但在处理创面时,应掌握不疼痛、不出血、不加重损伤的三大原则。这种换药方法配合湿润烧伤膏独特的药理作用,是使烧伤创面治疗过程痛苦小、愈合后疤痕轻而深受医护人员和患者青睐的原因所在。

根据宁夏石嘴山市第一人民医院今年两次抢救成批烧伤 30 余人,采用湿性医疗技术,病人全部治愈。中南地区不完全统计,采用湿性医疗技术进行成批烧伤病人的救治,对 14 批 137 例病人治疗,均取得满意疗效。

## 再生医疗技术在创疡医学领域的应用

赵 瑞 庆

创疡医学是由开放性损伤、体表创面感染和久治难愈的皮肤与黏膜溃疡等所构成的疾病,其主要

特征有:①具有体表、黏膜症状或体征特征。②发病过程具有创面渗出、感染、溃疡等病理变化特征。③