

· 个案报道 ·

湿润烧伤膏治疗松脂大面积烧伤的临床体会

黄家金

2003 年 3 月, 我院收治一例因松脂火焰烧伤患者, 通过全程采用烧伤湿性医疗技术 (MEBT/MEBO) 治疗, 取得了良好疗效, 积累了一些临床经验。现报告如下:

一、临床资料

房某某, 男, 31 岁, 在烧松脂作业时不慎被火焰烧伤, 伤后 1 小时于 2003 年 3 月 18 日住院。入院查体: T37.6℃, P85 次/分, R22 次/分, BP130/80mmHg, 精神差、头面部、左手背、颈背部、臀部及双下肢均被烧伤, 总面积 75%TBSA。浅 II 度 15%TBSA, 深 II 度 38%TBSA, III 度 22%TBSA。入院诊断: 大面积松脂火焰烧伤。

二、治疗方法和结果

1. 创面处理: (1) II 度烧伤创面入院后简单清创, 先不剪破水疱, 尽量保留较为完整的腐皮。如无明显污染, 将管装的湿润烧伤膏 (MEBO) 打开挤到换药碗中, 带好无菌乳胶手套, 将 MEBO 快速涂布于创面上, 首次涂布可稍厚, 这样不仅可快速止痛, 还可逐渐清除附着在创面和皮肤上的松脂尘, 吸附上次涂布的 MEBO, (一般 3~4 次可全部清除)。每次涂药时间尽量短, 平均在 4 分~6 分钟, 但操作应细心。在病情稳定的情况下进一步处理创面, 有大水疱的创面可在水疱低位剪破引流, 不宜去掉疱皮。对容易受压的部位外覆盖一层凡士林加 MEBO 油纱布, 在情况允许下, 注意改变体位, 如有药物流失及时涂药。四肢部位可用

MEBO 包扎治疗。在换药次数方面根据具体情况而定, 一般每日 3~4 次。感染创面应尽量去除已经开始坏死的组织或脓性分泌物, 适当清创显露新鲜组织。(2) 对深 II 度深型和浅 III 度创面, 要在“无损伤、无疼痛、无出血、无麻醉”的原则下, 对创面坏死组织行“耕耘疗法”, 以解除 III 度烧伤坏死组织对深部组织的压迫和促进坏死组织的液化。全程采用烧伤湿性医疗技术 (MEBT/MEBO), 及时清除已液化分离脱落的坏死组织并始终保持创面通畅引流。

2. 全身治疗: (1) 鉴于本例烧伤患者程度严重, III 度烧伤面积广及有化学性损伤中毒等特点, 在制定抗休克治疗方案时, 综合考虑各种复杂因素, 突破传统输液公式, 加大输液量。在病人入院 2 小时内输液量达计划输液量总量的 35%, 使抗休克治疗延伸至伤后 72 小时; (2) 尽早应用广谱、高效、低毒抗生素, 大剂量、短疗程, 预防早期全身脓毒症的发生; (3) 大面积烧伤患者应预防性使用 H₂ 受体阻滞剂等, 以避免应激性溃疡的发生; (4) 早用利尿合剂, 保护肾功能; (5) 加强全身营养支持疗法, 及早开放胃肠道, 以胃肠道营养为主; (6) 调整免疫功能, 患者从第四天开始静脉给予丙种球蛋白, 每次 2.5g, 每日 2 次, 持续 3 天, 然后根据病情确定是否继续使用。

3. 治疗结果: 本例患者经以上抢救治疗, 创面全部治愈。在深 II 度创面有少量面积行植皮术外, 其余的 III 度和浅 II 度创面均自行愈合, 且愈后无瘢痕, 继续用美宝疤痕平涂搽患处并加压包扎, 经半年后治疗瘢痕软化, 未出现功能障碍。

三、临床体会

松脂火焰烧伤临床较为少见。松脂在遇火焰的情况下即发生猛烈的燃烧，它对人体所造成的损伤既有一般烧伤特点，又具有化学烧伤性质，因其具有刺激性，吸入性损伤发生率高且较为严重。本例重症患者完全救治成活，为 MEBT/MEBO 疗法救治同类烧伤提供了重要的参考价值。主要体会如下：

1. 早期快速处理创面，不仅能即刻缓解患者急性期创面的疼痛，而且保证了 MEBO 涂布以后形成的相对皮肤完整性，减少渗出。更有利于局部附着物的吸收，减少了患者因清创带来的不利情况发生。

2. 在 MEBT/MEBO 指导下突破了传统治疗公式，增加抗休克治疗输入量，有效地维持了组织灌注，尤其是对肺脏微循环的改善，使之在休克期未出现并发症。

3. 由于 MEBT 的配合下，创造了创面生理湿润环境，有利于组织结构的正常状态再生修复，从而产生了减少瘢痕愈合和增强创面自愈能力的作用，以及可使脂肪组织中的残存上皮组织及血管丛

和纤维组织重新再生皮肤。对烧伤病人早期严格执行 MEBT/MEBO 操作规程，坚持处理原则及中后期综合治疗方案，可提高重症烧伤病人的救治成功率。

4. 充分发挥 MEBO 促进创面愈合，尤其是促进深度创面愈合的作用，配合行之有效的功能锻炼，明显提高了本例重症烧伤患者的生存质量。

参考文献

- [1] 徐荣祥. 烧伤湿性医疗技术 [M]. 北京光明中医烧伤创疡研究所, 1997.
- [2] 李传吉, 胡建武, 李俊, 等. 成批烧伤病人的抢救处理原则 [J], 中国烧伤创疡杂志, 2002, 2: 92.
- [3] 徐荣祥. MEBT/MEBO 的基础理论主体与作用的机理要点 [J] 中国烧伤创疡杂志, 1997, 9 (3): 40.
- [4] 李金文. 化学危险物品事故处理指导手册 [M]. 湖北科技出版社, 1998, 9: 170—171.

【作者简介】

黄家金 (1953~), 男 (壮族), 广东省连山壮族瑶族自治县人, 1978 年毕业于广东医学院, 业务副院长, 副主任医师。

(收稿日期: 2004-06-07; 修回日期: 2004-08-07)

湿性医疗技术治疗大面积深度碱烧伤晚期创面临床观察

李传宝¹, 徐锦萍², 李春满¹, 张敬¹, 张静¹, 谷利群²

【摘要】 目的: 总结烧伤湿性医疗技术应用于大面积深度碱烧伤晚期创面的治疗效果。方法: 我科于 1988 年 11 月 17 日急诊收治一例总面积 76%TBSA, 深度烧伤占 66%, 其中浅Ⅲ度占 40%工业碱烧伤病人, 早期按传统救治方法抗休克, 抗感染, 营养支持疗法, 创面涂 SD-Ag, 烤灯、翻身、干燥疗法治疗, 创面形成皮革样焦痂后改用湿性医疗技术治疗。蚕食脱痂后改用 MEBO 每 4 小时涂药一次。结果: 历时 86 天, 深度烧伤创面全部自然愈合, 新生皮肤无水疱形成, 无残余创面和无瘢痕增生, 功能良好。结论: 烧伤湿性医疗技术用于深度化学烧伤创面治疗效果良好。

【关键词】 碱烧伤; 深度创面; 湿性医疗技术

【作者单位】 1. 锦州医学院附属第一医院, 辽宁 锦州 121001
2. 锦州市中心医院, 辽宁 锦州 121000