

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

【中图分类号】R644 【文献标识码】B 【文章编号】1001-0726 (2004) 04

传统烧伤技术曾为大量烧伤病人挽救了生命。1988 年我们采用烧伤湿性医疗技术治愈了一例大面积深度碱烧伤病人，现报道如下：

一、病例介绍与治疗经过

赵某某，女性 23 岁，1988 年 11 月 17 日夜班工作中，不慎坠入 1.5 米深的碱溶液池中（工碱深度 40%）除头、面、颈和乳房以上部分未烧伤，其余均为碱烧伤创面。病人与碱液接触时间 3 分~5 分钟，迅速脱去衣裤，棉被包裹送至我院。入科后查体：一般状态差，神志不清，脉细数，血压测不清，四肢厥冷，无尿，烦躁不安。专科检查，头面颈及乳房以上皮肤正常，其余均为创面，无表皮，基底渗出偏少，绝大部分呈棕黄色，部分呈苍白色，除少部分区域痛觉敏感外，大部分感觉迟钝或痛觉消失。实验室检查：白细胞数 $24.8 \times 10^9/L$ 中性白细胞 81%，Hb14.8g。入院诊断：（1）76% 全身 II 度~III 度碱烧伤；（2）低血容量休克。

早期治疗经过：包括抗休克补液复苏、抗感染，营养支持等全身治疗，创面采用保痂疗法，翻身床每 4 小时~6 小时翻身一次，加强生命指标监测，病人顺利渡过休克期，早期未出现全身性感染。历时 30 天，除 10% 浅 II 度自然愈合，其余创面全部形成皮革样焦痂，少许部位出现溶痂现象。

此期我们改用烧伤湿性医疗技术治疗，按部位分批去除痂皮，发现痂下大量不成熟肉芽组织和脂肪组织。创面外涂湿润烧伤膏，每 4 小时涂药一次，有分泌物时及时用棉纤清除，在 MEBO 的作用下，瘀滞的微血管逐渐恢复再通，在治疗中，注意避免创面因缺少药物保护显露于空气中而干燥，应及时补充药物，否则创面深层毛细血管网会脱水栓塞，创面加深坏死。涂 MEBO 6 天~15 天，坏死层固体的上皮组织可转化为液态排除，这绝非创面感染，感染是组织在致病菌的作用下产生炎症反应过程，局部出现红肿热痛和功能障碍。MEBO 可使已由固态转化为液态而排除，并不损伤有生机的组织。液化物 4 小时左右清除一次，然后立即涂

MEBO。这一阶段大致在 6 天~15 天完成。MEBO 形成的湿性环境中，再生的表皮干细胞所复制的新生皮肤组织可呈白色点状物，散布于创面上，此时要特别注意保持创面始终有药物供给，并保持创面上形成的一层半透明纤维隔离膜。如缺少药膜覆盖，易使创面在干燥成痂，导致治疗时间延长和愈后瘢痕形成。

治疗观察与结果：本例病人，晚期焦痂创面分批采用烧伤湿性医疗技术治疗，86 天创面全部愈合，其中深 II 度创面 14 天完成上皮覆盖，最长者 20 天，愈后无瘢痕形成。浅 III 度创面在 28~56 天愈合，愈后瘢痕较轻，多为片状或条索状瘢痕，伴有早期关节轻度屈曲受限和功能障碍，但经过一段时间的功能训练，瘢痕逐渐软化，功能和外形完全恢复。分别于伤后半年、1 年、2 年、3 年、10 年、13 年进行连续随访，病人烧伤区域皮肤弹性良好，排汗功能已基本恢复正常。

二、临床体会

创面的传统处理方法是：先保痂，再分批分期去痂，适时植皮修复。愈后往往是瘢痕增生和不同程度的功能障碍。近年来研究表明，深度烧伤后汗腺皮质腺和毛囊等皮肤信息组织（附件）的基底层细胞部分健存，这是皮肤的再生修复的组织学基础，如果利用某些治疗手段使残存的上皮细胞完成再生，形成新的皮肤组织是每个从事烧伤治疗人们追求的目标^[1]。在采用烧伤湿性医疗技术治疗烧伤病人的过程中 MEBO 可为创面创造一个近似生理的环境，既保存残存的皮肤附件细胞，使之繁殖增生，又诱导原位干细胞再生，形成新的上皮组织。更主要的是使瘀滞带“休克细胞”复活，使创面深度变浅；在这种环境条件下损伤的上皮全部或大部恢复其形态和功能^[2]。

我们应用烧伤湿性医疗技术于烧伤晚期创面，收到满意的医疗效果，证明人体生命活动离不开湿性环境，即生理环境。烧伤创面在 MEBO 所营造的生理环境中避免了干燥，也就避免了进一步的坏

死。生理性的湿性环境通过 MEBO 诱导原位干细胞再生和为原位干细胞创造愈合起着决定性作用。同时减少了病人多次植皮手术的痛苦。

参考文献

- [1] 徐荣祥, 当代外科新进展 [M], 北京: 中国医药科技出版社, 1998, 18~41.
- [2] 萧摩, 烧伤湿性医疗技术是成批烧伤病人救治的首选疗法之一 [N], 北京: 健康报, 2002, 1, 4.

【作者简介】

李传宝 (1953~), 男 (汉族), 辽宁锦州人, 1979 年毕业于锦州学院医疗系, 现从事烧伤整形美容外科专业, 锦州烧伤协会委员, 副主任医师.

徐锦萍 (1956~), 女 (汉族), 锦州人, 1979 年毕业于锦州医学院, 副主任医师.

李春满 (1954~), 男 (汉族), 辽宁人, 1979 年毕业于锦州医学院临床医疗系, 现从事烧伤整形专业, 国际烧伤学会会员, 中华医学会整形学会辽宁省分会副主任委员, 锦州市医学会理事, 副主任, 教授.

(收稿日期: 2004-06-07; 修回日期: 2004-07-26)

MEBT/MEBO 治愈小儿特重度烧伤一例报告

李长明, 赵以祥, 王剑, 霍向红

【摘要】 目的: 探讨 MEBT/MEBO 治疗小儿特重度烧伤的可行性及远期疗效。方法: 烧伤后全程应用 MEBT/MEBO 结合临床综合措施治疗。结果: 34 天创面痊愈出院, 未植皮, 无瘢痕, 无功能障碍。结论: MEBT/MEBO 治疗应用于小儿特重度烧伤方法简单、疗效可靠。患者易于接受, 便于基层推广应用。

【关键词】 小儿特重度烧伤; MEBT/MEBO; 治疗效果

我院于 2002 年 7 月 18 日 5 时收治一例烧伤面积为 90%TBSA, 全并休克、吸入性损伤的特大烧伤面积 3 岁儿童。住院后全程应用 MEBT/MEBO, 结合临床综合措施治疗。住院 34 天痊愈出院。半年后随访, 创面基本无瘢痕, 有少许色素沉着, 无任何功能障碍。现报告如下:

一、病例介绍

患儿张某某, 男, 3 岁, 河南省太康县人。于 2002 年 7 月 17 日 22:00 时左右不慎被柴油火焰烧伤全身, 由他人救出后未作何处理急送至医院救治, 给予静脉补液, 创面外用黑色药物 (具体用药不详), 因病情危重于伤后 7 小时转入我院。入院查体: 体温: 35.8℃, 脉搏: 180 次/分, 呼吸: 38 次/分, 血压测不到。意识模糊, 表情淡漠, 四肢冰

凉, 无尿、鼻腔、口腔及咽部充血, 双眼睑水肿明显, 结膜充血。心音弱, 律齐, 双肺闻及干性罗音。全身皮肤绝大部分被烧伤, 头面部、前躯干及双下肢部创面有大小不等的水疱, 疱皮薄, 疱液清澈, 创面基底部呈潮红色改变, 弹性好, 痛觉敏感。部分创面基底部呈红白相间改变, 创面干燥, 皮温低, 痛觉迟钝。部分创面基底部呈苍白色改变, 干燥, 皮温低, 痛觉消失; 双上肢、后躯干创面基底部大部分呈红白相间改变, 创面干燥、皮温低, 痛觉迟钝, 部分创面基底部呈苍白色改变, 创面干燥, 皮发凉, 痛觉消失。小部分创面基底部呈潮红色改变, 弹性好, 痛觉敏感。查血常规: 白细胞: $2.96 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 95%, 入院诊断: (1) 特重度火焰烧伤 90%TBSA, 浅 II 度 32%, 深 II 度 36%, 浅 III 度 22%; (2) 吸入性损伤; (3) 烧伤休克。患儿入院后立即给予建立通畅的静脉通道补液抗休克,

【作者单位】 周口市长城烧伤医院, 河南 周口 466000