

36 例大面积烧伤患者后期残余创面的处理

李润发, 蒋 艳(重庆市垫江县人民医院烧伤整形科 408300)

【摘要】 目的 使用联合方法治疗大面积烧伤患者后期的残余创面,并观察其疗效。**方法** 选择大面积烧伤后期残余创面的患者,采用换药、营养支持、手术等方法以消除创面。**结果** 本组 36 例患者经治疗后,32 例创面全部愈合,4 例基本愈合,无明显并发症发生。进行残余创面细菌培养,15 例检出金黄色葡萄球菌,其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 7 例。**结论** 换药、营养支持、手术等联合法效果肯定,是一种颇佳的治疗大面积烧伤后期残余创面的方法。

【关键词】 大面积; 烧伤; 残余创面

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.10.012 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)10-1176-02

Treatment of residual large wound in 36 cases of patients with burns late LI Run-fa, JIANG Yan (Department of Plastic Surgery, People's Hospital of Dianjiang, Dianjiang, Chongqing 408300, China)

【Abstract】 Objective To investigate the effectiveness of therapeutic alliance for residual wound caused by a large area burns in later period. **Methods** The patients with residual wound caused by a large area burns on later period were selected, and treated with dressing, nutritional support, and surgery in combination. **Results** 32 patients were cured, and 4 patients were preeminantly cured with no obvious complications. **Conclusion** The combined therapy proves to be effective to treat residual wound caused by a large area burns on later period.

【Key words】 a large area; burns; residual wound

大面积烧伤,特别是以深Ⅱ、Ⅲ度创面为主的大面积烧伤,在后期许多患者常常残留难以愈合的残余创面^[1-2]。这些残余创面的康复治疗及护理常较困难,往往反复发作而经久不愈。现就本科室在 2003 年 1 月至 2010 年 12 月收治的 36 例大面积烧伤患者后期残余创面的预防及治疗体会进行总结,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 36 例大面积烧伤患者在外院治疗后大部分愈合后转入本科室,烧伤面积占 50%~85% 总体表面积(TBSA),平均 61% TBSA。其中Ⅲ度创面平均为 23% TBSA,深Ⅱ度创面平均为 25% TBSA。年龄 19~61 岁。36 例患者中 4 例有糖尿病史。烧伤原因均为火焰烧伤和沸水烫伤。烧伤 2 个月后残余创面约占 1%~5% TBSA,平均为 2.3% TBSA,均为散在分布,以双下肢多见,残余创面一般每个大小在 1.0~2.5 cm²,最大约 3.0 cm²,创面较浅表,分泌物稀薄不多,偶有异味,肉芽组织较少,苍白,有时生长突出高于创面,水肿明显。

1.2 治疗方法 烧伤患者残余创面常发生于烧伤后期的康复阶段,在治疗其残余创面方面采取如下方法。

1.2.1 清洁创面 对于患者残余创面较少或者相对集中者,采取局部清洗,可以用 1/2 000 新洁尔灭液清洗干净,对于全身多处散在分布者则采用生理盐水浸泡创面,水温一般为 38~40 ℃ 左右,每天 1 次。

1.2.2 创面用药 对于残余创面不宜用暴露治疗,用促进上皮生长药物贝复剂(1 mL/cm²) 后半暴露治疗,直至创面愈合。根据创面细菌培养结果可针对性应用莫匹罗星软膏(应用时外用涂抹创面,每天 2 次)。另外在创面上涂擦蛋黄油(含丰富卵磷脂)也可以促进残余创面的愈合。

1.2.3 创面消毒 用短波紫外线对创面照射消毒,每天 2 次,每次 15~20 min。注意保护眼睛,也可以在太阳光不强时用太阳光照射。

1.2.4 营养支持和治疗基础疾病 烧伤后要加强营养支持治疗,对于基础疾病应积极治疗,特别是糖尿病等代谢疾病影响伤口愈合,应及早控制。

1.2.5 植皮治疗 对于创面较大者应积极做好术前准备,待创面肉芽组织新鲜时进行植皮,植皮时宜用薄片移植。36 例中有 8 例行植皮手术,面积在 3%~5% TBSA。

2 结 果

对其中 36 例残余创面进行细菌培养,15 例检出金黄色葡萄球菌,其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 7 例。28 例患者在经过非手术植皮治疗后,25 例患者残余创面完全愈合出院,平均住院时间为(31.53±14.25)d;8 例行植皮手术的患者,7 例患者痊愈出院,平均住院时间为(51.79±8.13)d。4 例糖尿病患者中,3 例未手术者和 1 例行植皮手术者均在 3~4 个月才基本痊愈出院。

3 讨 论

烧伤后形成残余创面常发生于Ⅲ度创面植皮的皮片间或自愈的深Ⅱ度创面,特别是患者住院时间较长,愈合创面上出现较多的小水泡、脓疱,破裂后形成的创面;另外在康复期内功能锻炼时的擦伤也易形成新的创面,因此在预防和治疗其残余创面上,应针对原因才能达到好的治疗效果。

3.1 残余创面的预防

3.1.1 烧伤后尽可能早期入院 烧伤后患者入院时间的早晚,不仅影响患者的液体复苏治疗,而且对创面愈合也有一定的影响^[3]。入院较晚,则输液复苏延迟,休克期渡过不平稳,组织再灌注损伤加重,抗生素应用较晚,诸多因素导致创面感染及诱发全身侵袭性感染,如有暴发性败血症、创面脓毒症,易引起创面侵袭性感染^[4]。烧伤后及时入院治疗,不仅可以顺利地进行液体复苏治疗,而且也可以保护创面,促进创面自愈或按计划行切痂植皮,在进入康复阶段基本“消灭”创面。

3.1.2 防止创面感染 创面感染不仅使浅度创面加深,而且

也使创面植皮成活不良,影响创面愈合,增加住院时间,是产生残留创面的重要原因,积极预防和治疗创面感染也是预防残余创面形成的关键^[5]。因此,在全身应用抗生素的同时,应加强局部创面的处理,局部应用抗菌剂,如磺胺嘧啶银,定时给患者翻身,保持创面干燥,避免局部长时间受压迫而潮湿,减少细菌入侵繁殖的机会。在手术植皮后,也能提高皮片的成活率而加快创面愈合,减少残余创面的形成。

3.1.3 防止医源性交叉感染 医源性交叉感染也是残余创面形成的原因之一^[5]。病房环境(如空气、墙壁、床单、桌椅、用具等)、医务人员治疗及护理前后消毒隔离不严、患者住院时间长、耐药菌株形成等均可导致医源性交叉感染。因此,医护人员应注意严格无菌操作、住院病房环境的消毒隔离措施、病房空气用具、患者接触物要定时清洁消毒;医护人员治疗及护理前后应用消毒液泡手;住院时间较长的患者 3~4 周后轮换至清洁消毒过的房间。在各种治疗实施前后均应注意清洁卫生措施,防止交叉感染,尽量减少因交叉感染而致的创面愈合延迟或不愈合。

3.1.4 增强机体免疫力 大面积烧伤患者机体免疫力及抵抗力均显著降低,特别是老年人、合并心肺肾功能不良者,以及出现其他并发症的患者,机体免疫力更低,加上患者胃肠功能不良,营养差而影响伤口愈合,易导致残余创面形成^[6]。因此,应根据患者的营养情况,加强营养支持治疗。首先以胃肠道营养为主,如一般情况较差及老年患者,应给予适当静脉营养支持,间隔多次输血,促进创面愈合。

3.2 残余创面的康复治疗

3.2.1 创面护理 残余创面的护理对于其康复治疗十分重要,应及时引流、清除创面分泌物,采用半暴露治疗方法,及时用无菌棉签或无菌敷料拭干,防止创面受压。并且应注意残余创面周围已愈合创面及周围皮肤的清洁,残余创面位于会阴部附近时,应注意避免大小便对创面污染,大小便后用温水冲洗会阴部,残余创面位于四肢时应注意抬高患肢。

3.2.2 浸浴疗法 创面浸浴可较一般换药清洁创面要彻底一些,减少分泌物,减少创面细菌量,促进血液循环,减少患者换药时的疼痛^[7]。彻底清除创面分泌物及坏死的组织,浸浴后创面采用半暴露治疗。

3.2.3 创面用药 残余创面愈合缓慢,患者住院时间较长,创面细菌培养以金黄色葡萄球菌为主,并且对一般抗菌药物耐药,莫匹罗星对金黄色葡萄球菌抗菌作用强,耐药菌少,效果较好^[8]。

3.2.4 创面覆盖 对较少散在残余创面给予以上护理治疗一般能自愈,对面积较大的残余创面在感染控制、肉芽新鲜后,应及时植皮覆盖,促进愈合。

参考文献

[1] 黎鳌. 烧伤治疗学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1995:7-14.
 [2] 王宏. 心理干预对大面积烧伤患者身心康复的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 6(12):232.
 [3] 刘上基, 余於荣, 闵定宏. 烧伤残余创面的治疗[J]. 江西医学院学报, 2004, 44(6):65-66.
 [4] 盛志勇, 郭振荣. 烧伤学临床新视野[M]. 北京:清华大学出版社, 2005:201-203.
 [5] 杨宗成, 王甲汉. 烧伤治疗学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2006:205-206.
 [6] 朴宏鹰, 钟书强. 烧伤残余创面治疗 35 例临床体会[J]. 黑龙江医学, 2011, 35(2):118-139.
 [7] 王惠杰, 王斌, 关宇欣. 浸浴疗法治疗深度烧伤残余创面[J]. 中国疗养医学, 2001, 10(1):16-17.
 [8] 承宇, 闵文华. 203 例重度烧伤治疗后期残余创面的处理[J]. 中华烧伤杂志, 2005, 21(1):71.

(收稿日期:2011-12-07)

(上接第 1175 页)

吸收增加,肾小球滤过减少,绝对血容量减少(脱水、失血、肾上腺皮质功能减低),有效血容量减少(严重心力衰竭、急性心肌梗死、心包填塞症、肝硬化、肾病综合征)。(2)肾性(肾实质性氮质血症)。各肾实质性病变,如肾小球肾炎、间质性肾炎、急性肾功能衰竭、肾内占位性和破坏性病变等。(3)肾后性。尿路梗阻导致滤过减少和重吸收增加。

消化道出血包括食管、胃、十二指肠或胰胆病变引起的出血,是临床常见的疾病,引起消化道出血的病因很多,常见有消化道溃疡、急性胃黏膜损伤、食道胃底静脉曲张和胃癌等^[4-5]。有研究发现,急性心肌梗死患者部分可出现血清 BUN 水平增高,肾小球滤过 BUN 减少^[6]。本组资料显示,消化道出血患者血清 BUN 与健康对照组血清 BUN 比较差异有统计学意义,明显高于健康对照组。分析其原因,可能是消化道大量出血后,由于血液中蛋白质的分解产物在肠内吸收,进入血液引起^[7-8];当消化道大出血后,血容量减少,造成肾血流量减少,血清 BUN 从肾脏排出量下降,在血液中堆积,最终造成血清中 BUN 增高。

综上所述,作者认为血清 BUN 水平与消化道出血具有一定相关性,可作为临床消化道出血患者诊断和治疗的一项评估指标,消化道出血患者血清 BUN 检测具有一定的临床应用价值。

参考文献

[1] 鲍军, 赵艳军, 李学良. 老年急性非静脉曲张性上消化道出血临床特点分析[J]. 实用老年医学, 2008, 22(6):443-446.
 [2] 吴金, 陈启, 孙向东, 等. 重症监护病房内上消化道出血的临床分析[J]. 中国临床保健杂志, 2009, 12(4):375-376.
 [3] 董飞跃. 肝硬化上消化道出血的危险因素和护理[J]. 浙江临床医学, 2007, 9(5):717.
 [4] 陈灏珠, 李宗明. 内科学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 1998:441-442, 445-446.
 [5] 张霖. 上消化道出血 175 例临床分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 6(9):153.
 [6] 李向平, 王钟林, 袁彬彬, 等. 急性心肌梗死时血尿素氮测定的临床意义[J]. 临床内科杂志, 1997, 14(2):86-87.
 [7] 杨永勤. 上消化道出血对幽门螺杆菌快速尿素酶检测结果的影响[J]. 亚太传统医药, 2010, 6(1):64-65.
 [8] 沈俊校. 上消化道出血 341 例临床分析[J]. 现代医药卫生, 2005, 21(5):565.

(收稿日期:2011-12-30)