

报告政府有关组织,有计划地安排救治。

## 二、伤员转送

烧伤病人以就地就近治疗为好,只有当病人多、严重烧伤或特殊原因及特殊部位烧伤,当地无治疗条件才需要转院或分散治疗。

1. 转送病人时应注意:①选择合适的交通工具,以救护车、船及飞机为最佳。②转送前输给1,500毫升左右的液体。③适当包扎创面,冬季要注意保暖。④由医护人员护送。⑤转送前通知接受单位做好准备。

2. 转送烧伤病人的禁忌症:①病人休克未得到纠正。②呼吸道烧伤未得到适当处理。③病人有合并伤或并发症,途中有发生危险的可能。④转送距离超过150公里,应特别慎重。

山东省立医院  
主治医师

任维国

## 烧伤创面的处理

中、小面积烧伤是工农业生产和日常生活中常见的损伤。多数因伤情较轻在门诊治疗;有的则用民间验方治疗。但由于无菌条件差,常常致伤情由轻变重,久治不愈。为了减轻烧伤病人的痛苦,缩短疗程和防止畸形,在处理中、小面积烧伤时,应注意以下问题。

### 一、彻底清创

首先要清除异物和游离的坏死皮片,可用0.1%新洁尔灭溶液清洗创面及其周围皮肤,清创后,对浅Ⅱ度创面可用紫草油纱布包扎,外层包干纱布,特殊部位可暴露。

### 二、早期植皮

对中、小面积深Ⅱ度及Ⅲ度烧伤及功能部位(如手和关节部位)的深度烧伤,应早期植皮,这是防止创面感染、畸形和缩短疗程的关键。对深Ⅱ度及Ⅲ度创面早期切削痂并植皮,可明显提高疗效。手术切削痂时间,一般于伤后1~2天,最长不超过3天。烧伤面积大者,在平稳过了休克期后(多于伤后4~5天)即可行手术切削痂治疗。对四肢部位的深度创面,可行切削痂手术。对四肢部位可在驱血的情况下一次完成手术(切痂、植皮),不必输血。对入院时间较晚,创面已感染者,可行扩创植皮术或扩创后先换药治疗,待创面新鲜后再植皮。

### 三、老年人烧伤的处理原则

要根据病人健康状况,对深度创面要掌握手术时机,选择适宜的麻醉方法及手术范围,稳妥而有

计划地分批进行手术,及时闭合创面。术后再注意加强营养,防治心肺等合并症,以提高老年烧伤病人的治愈率。

## 四、残余创面的处理

晚期残余创面较常见,处理较困难。病人体表长时间遗留散在的慢性溃疡创面,尤其四肢关节部位的溃疡创面,可造成关节强直,给病人精神及肉体上均带来很大痛苦,严重者有生命危险。发生残余创面的原因很多,如Ⅲ度烧伤创面错过手术机会,移植自体皮间隙过大,深Ⅱ度创面勉强愈合,病人营养不良、瘢痕牵拉裂开长期不愈及创面反复感染等。治疗残余创面的方法是对小创面可采用局部浸浴,清洁创面,外用生肌中药膏等;对大创面可采用浸浴、扩创植皮术,术前根据细菌培养及药物敏感试验选用足量敏感的抗生素,纠正贫血;术中彻底止血,防止游离皮片漂浮,若植自体皮要密植,不留间隙,一般多能愈合。

山东省立医院  
主治医师

王德昌

## 烧伤感染的发展趋势和治疗

烧伤感染一般是指烧伤后败血症或创面脓毒症。在整个烧伤治疗过程中,感染是大面积深度烧伤致死的主要原因。据我院十年67例烧伤死亡病人统计,死于败血症或创面脓毒症者29例,占43.2%。北京积水潭医院报告172例烧伤死亡病人中,74例死于烧伤感染,占42%。国外有的高达72%。内脏感染(特别是肺部感染)的发生率和病死率也较高,尤其是合并呼吸道烧伤者。另外,烧伤后由于病人机体内环境发生改变,在正常情况下一些不引起疾病的微生物也可致病,如真菌感染。我们曾遇一例烧伤面积只有30%的病人,于伤后38天死于白色念珠菌感染。因此,提高烧伤治愈率的关键是抗感染。六十年代后,国内外学者由于重视了烧伤感染的治疗,故提高了大面积深度烧伤(尤其是Ⅲ度70~90%)的治愈率。主要表现在下述几个方面:

### 一、创面外用药的改进

烧伤感染的细菌主要来自创面,过去认为创面上的细菌是消灭不净的。自从1963年磺胺米龙、磺胺嘧啶银应用于烧伤创面以来,不仅能杀灭创面上的细菌,而且还可穿透焦痂杀灭痂下细菌,因而有力地控制了烧伤创面细菌繁殖,对减轻中毒症状、减少败血症或创面脓毒症的发生起了重要作用。

### 二、早期切痂术的应用

大面积深度烧伤的创面为坏死性病灶,必须及

早去除方能消灭感染源。目前,国内外对深度创面多采用早期切痂大张自体皮移植,并嵌入自体皮来覆盖深度创面。此方法可尽快消灭创面,减少感染源,降低烧伤死亡率。

### 三、抗生素的更新

抗生素是抗感染的主要药物,但须注意用药时机,针对细菌种类合理用药。在血培养结果未报告之前,应根据病人的临床症状,创面的物理性质及化验,综合判断感染是由革兰氏阳性菌还是革兰氏阴性菌所致。一旦拟诊为临床败血症(可不等待培养结果)或创面脓毒症,就要及早大剂量联合应用抗生素。目前,治疗烧伤常用的抗生素主要有半合成的青霉素族、头孢菌素族及氨基糖甙类等。邻氯青霉素、先锋霉素V等主要用于治疗金黄色葡萄球菌及耐药性金黄色葡萄球菌感染;羧苄青霉素、多粘菌素B、妥布霉素、丁胺卡那霉素等主要用于控制绿脓杆菌、大肠杆菌等革兰氏阴性杆菌感染。

### 四、免疫疗法

从理论上讲,烧伤感染的概念是病原微生物(细菌、真菌、病毒等)和机体两者相互作用所产生的生物学过程的总和。即病原微生物对机体的损害(感染),机体对病原微生物的反应(免疫过程)。近年来,随着烧伤免疫理论和实用研究的发展,免疫法已广泛应用于烧伤临床。常用的免疫疗法有烧伤病人恢复期的全血或血清;γ-球蛋白、绿脓杆菌脂多糖疫苗、葡萄球菌类毒素等,但是,目前尚无特异性疗效。总之,对大面积深度烧伤必须综合治疗,要及时处理创面,适当应用抗生素及支持治疗等。

青島市立醫院  
主治醫師 吳鴻昌

## 特殊部位烧伤的处理

特殊部位烧伤通常是指头面部、呼吸道、手及会阴部烧伤,临床以头面部及手部烧伤多见,前者占52%,后者占44%。由于上述部位具有其解剖生理特点,故同样的烧伤面积和深度其病情往往较其他部位烧伤为重,且治疗亦有其特殊要求。呼吸道烧伤已有专题论述,这里仅简述头面部、手部及会阴部烧伤的处理。

### 一、头面部烧伤

因头面部皮下组织疏松,血管神经分布丰富,皮肤附件亦多,故小儿烧伤后组织水肿非常明显,甚至于伤后48小时内连面容都难以辨认,且休克、

早期高热、脑水肿及急性胃扩张等并发症也较其他部位的烧伤多见。头面部深度烧伤不仅易合并呼吸道烧伤,而且还可因水肿渗液压迫咽喉部引起呼吸困难或上呼吸道梗阻的危险。对此,宜及早行气管切开,以免失去有效的抢救时机。对早期伴有休克者,复苏时输入胶体应适应过多样,补液时应按胶、晶、水交替原则进行,切忌短期输入过多水分。

1. 头皮烧伤:由于头皮较厚,上皮生长能力较强,加之有头发保护,故烧伤一般不深,只要剃净头发,清创后保持患处清洁,不用植皮多能自愈,浅度烧伤一周左右即可痊愈。对电击伤及头皮全层和颅骨者,其创面可用磺胺嘧啶银;对小面积颅骨及头皮缺损者,可于清创后采用转移皮瓣修补创面,大面积缺损则需用游离皮瓣或游离大网膜移植加游离植皮覆盖创面。

2. 面部烧伤:多用暴露疗法。清创后对创面不断喷洒0.1%新霉素液,经常擦去五官的分泌物,并用远红外线烤灯照射,保持创面干燥,以避免感染,争取浅度烧伤痂下愈合。由于面部表情肌直接和皮肤相连,因此保持理想的容貌和面部表情功能是面部深度烧伤治疗的难点。临床常用蚕蚀脱痂、分区移植厚断层皮片的方法处理Ⅲ度焦痂创面;也有的用早期削痂植皮处理,或全颜面切痂植皮;还有的用整张全厚皮或保留真皮下血管网全厚皮进行不分区的创面植皮。总之,应根据病情和自体皮源情况决定术式,如脱痂或削痂、切痂;分区或不分区;断层皮片或全厚皮片等。全颜面切痂的时机以在伤后两周左右为宜,因此时痂下肉芽组织形成,并和坏死的焦痂有一较明显的界限面,便于掌握切痂深度,且出血亦少。移植的断层皮片厚度要大于0.4毫米,这种厚断层皮片移植,对于大面积烧伤及自体皮源供给较为困难者尤为适用,它既能修复面部深度烧伤创面,又可避免薄断层皮片移植后因皮片收缩瘢痕增殖所致畸形的整形手术。全颜面植皮时必须注意对称,各区皮片连接缝合处应在隐蔽或自然皱褶部位。手术操作也应按照整形手术要求进行。力争皮片全部成活是手术成功的关键。术后要加强眼、鼻、口腔护理,鼻饲一周,并用青、链霉素预防感染。皮片成活后早期应行颞颥锻炼活动,并辅理疗和按摩,使用弹性织物的头套压迫,减少瘢痕增生和“假面具面容”,以利功能恢复。

3. 外耳烧伤:耳部深度烧伤常累及耳软骨,易致小耳畸形。早期创面多用磺胺嘧啶银糊剂或硼酸合霉素粉处理,还可用远红外线灯照射。注意保持创面干燥,保护焦痂的完整性,待其自然脱落后再行植皮。一旦发生耳软骨炎则需充分引流,