维普资讯 http://www.cqvip.com

伤 37 处、刀口感染 18 处、刀口裂开 12 处、切口引流 15 处、烧伤 20 处；创面最小 3cm×2cm²，创面最大 25cm×20cm²；创面仅限真皮层 53 处，达皮下层 33 处、达肌层及骨质或胸腹腔 16 处。

2、创面处理：碘酒和酒精常规消毒，对创缘皮肤用 0.2%碘伏进行消毒，创面以双氧水杀灭厌氧菌，尽可能刮除坏死组织及创面分泌物，涂原药厚 1 毫米，暴露创面 2—3 次/日，涂药后出现的大量坏死样分泌物，及时清除；包扎的创面经常规处理（特别是四肢关节处）涂以湿润烧伤膏或用烧伤膏制成的纱布条覆盖创面，在清除坏死组织时，不要破坏创面基底部形成的透明膜或肉芽组织，反之，易出血、创面疼痛、延迟愈合。

3、治疗效果：用药 2—3 天溶痂、7—10 天坏死组织脱净、液化物减少，可见红色肉芽组织并有皮岛生长，15 天内基本愈合良好。Ⅱ°创面 7—10 天愈合，深Ⅱ°、浅Ⅱ°12—14 天，Ⅱ°以上 18—30 天，平均 16.2 天。Ⅱ°以上大面积创面需植皮；小面积可留有浅薄的增生性瘢良，无挛缩及畸形发生。

讨论：①湿润烧伤膏有止痛、清热解毒、祛腐生肌，保护创面、防止感染等作用。②湿润烧伤膏不单是烧伤特效药，在外伤、感染，不愈合的外科换药中，都具有广阔的用途。它是目前治疗创伤的理想外用药。③止痛作用是通过降低神经末梢敏感性、细胞张力和阻断空气对创面的直接刺激，用药后 3～5 分钟内疼痛减轻，④涂药后形成一层保护膜，阻断空气中细菌的侵袭，抑制致病菌的生长繁殖，同时能保护细胞膜的完整性，抢救频死细胞，不使其变性、凝固、坏死。⑤促进局部血液循环，使组织有效血量增加，细胞膜渗透性恢复正常，减轻水肿，减少渗出，利于组织再生，修复和愈合。⑥彻底引流创下积液和积脓，破坏"细菌培养基"，恢复腺体及腺管功能，发挥清热解毒、活血化瘀、祛腐生肌之功效，通过引流，清除坏死组织及其代谢产物，消除并中和细菌毒素而起抗炎、杀菌作用。

湿润烧伤膏具有止痛、抗炎、抗感染、保护创面、促进愈合，不留疤痕等功能。对烧烫伤、创面感染，刀口裂开及溃疡，褥疮等换药中的应用，疗效确切，值得推广。

127-128 包重皮下气肿 胸骨上窝切开 治疗 30

胸骨上窝切开减压治疗包重皮下气肿 3 例

朱礼传* 周 萍* 李运生* R655.305

例一，男，26 岁，从事仿瓷涂料喷涂第 7 天，突然出现咳嗽，胸闷，呼吸困难，明显窒息感，在当地给予对症处理无缓解，次日出现颈部增粗，胸部饱满，查体：T37.8℃，口唇轻度紫绀，咽部充血，颈部、胸部及背部有握雪感，双肺呼吸音粗糙，有散在的哮鸣音，心腹查体异常，血分析示：WBC 17.2×10⁹/L，Ne 0.82，Lc 0.18。胸片示：颈、胸部、纵膈内积气。诊断为：纵膈气肿，颈胸部皮下气肿，经抗炎止咳对症治疗，病情加重，遂行胸骨上窝广泛切开减压，颈、胸部及纵膈内积气相继消失，住院 10 天，治愈出院。

例二，男，20 岁，在生产刺激性化工原料（TDI）过程中，自感头痛、头晕、并咳嗽，流涕，于当日酗酒后，出现心慌、胸闷、气喘，且胸廓上口及颈胸部增粗，在当地医院给予吸氧，苯海拉明、地塞米松及强心，利尿等治疗，效果不佳，2 天后，病人呼吸困难呈进行性加重，急来我院就诊。查体：T38.2℃，P150 次/分，R36 次/分，患者面色青紫，端坐呼吸，耳后、颈部、上胸部光亮，气球皮样感明显，双肺呼吸音急促，可闻及散在哮鸣音，心音低钝，血细胞学分析 WBC 21.5×10⁹/L，Ne 0.92，Lc 0.08，胸透示：上述部位广泛皮下积气，未见气胸及纵隔气肿影象，诊断为：重症皮下气肿，急症给予胸骨上皮下切开减压，见有大量气泡溢出，并给予抗炎、脱敏、利尿及时治疗，面部、颈部、胸背部肿胀逐渐消失，住院 12 天治愈出院。

例三，女，18 岁，因咳嗽、胸闷、发热 2 天，于 1997 年 10 月 20 日入院。病人于 10 天前从事油漆工作，于第 7 天突然剧烈咳嗽、呼吸困难，伴头晕大汗，自服"感昌通"治疗，效果不佳，次日出现面部、颈部、胸背部肿胀，且感胸痛背痛，查体 T38.5℃气喘貌，口唇紫绀不明显，面颈部胸背部握雪感，双肺散在哮鸣音，心腹无异常，血细胞学分析：WBC 16.8×10⁹/L，Ne 0.87，Lc 0.13。胸片示上述部位广泛积气，诊断为过敏性哮喘，皮下气肿，给予青霉素 800 万 u 滴 1 次/日，地塞米松 20mg 静推 1 次/日。3 天后，病人出现呼吸困难，颈部皮肤光亮如球皮样，并出现腹部、腰部皮下气肿，遂给予胸骨上窝皮下切开减压，面部肿胀首先消失，此后，颈部、胸背

* 作者单位：255029 山东淄博市第三医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

部、腹部皮下气肿相继消失，治疗 10 天，胸片正常出院。

讨论：本文 3 例有如下共同点：(1)突然剧烈咳嗽，呼吸困难发生在接触涂料油漆及刺激性化工原料后的 7—10 天，说明与过敏反应有关；(2)广泛的皮下气肿发生于罹患后 2 天出现，例 1 的纵隔气肿可能因过敏原刺激引起支气管平滑肌强烈痉挛，肺泡压力急剧升高，导致肺泡支气管破裂，气体沿着肺血管周围的鞘膜或先天性变异之间隙进入纵隔，沿颈筋膜及皮下间隙逸入颈部皮下，甚至向面部胸背部扩散；(3)例 2. 3 无纵隔气肿可能是剧烈咳嗽引起支气管上的某部或薄弱区破裂所致；(4)皮下气肿的出现和消失，遵从上面的规律，同时肺内压力增加，影响膈肌收缩，甚至膈肌麻痹，加重呼吸困难；(5)呼吸运动受限，导致缺氧，同时体内 CO_2 潴留，CO_2—CP 升高，通过神经—体液调节，使肺毛细血管和肺总淋巴管痉挛，引起淋巴循环梗阻，致使毛细血管滤液出，导致肺血管、肺间质、肺泡水分郁滞，易于感染；(6)三例病人均经胸骨上窝切开减压同时抗过敏，抗炎、对症治疗所有气肿均在 10 日内消失；(7)对危重病人，尤其是凶险性皮下气肿，只要明确诊断，及时切开减压，排除纵隔及皮下积气，方能化险为夷；(8)胸骨上窝皮下切开减压治疗皮下气肿，疗效确切，近期未见其它脏器损害及并发症发生。

·文　　摘·

腹腔镜胆囊切除术与脐部解剖

Nassar AH, et al.

腹腔镜胆囊切除术必须考虑筋膜缺损，这样的缺损可能与脐疝和切口疝有关。认识腹腔镜套管位置形成疝的原因和机制将有助于防止发生严重的术后并发症。本研究目的在于明确腹腔镜胆囊切除术时发生脐疝的危险因素和最佳处理方法，以及术后发生切口疝的原因和预防。

方法：对 1991 年 9 月至 1995 年 8 月四年间 870 例接受腹腔镜胆囊切除术的患者进行调查。检查有症状的脐疝、无症状的脐或脐周缺损，注明呼吸道疾病或糖尿病史，或曾经接受过脐部手术，腹腔镜胆囊切除术做脐插管和脐疝修补。第一次随访是从术后第 2 周至第 3 个月，特别注意检查有既往伤口感染和现症感染的脐。第二次是在 2—6 个月后。

结果：腹腔镜胆囊切除术前发现 870 例病人中有 104 例脐或脐周缺损(占 12%)，90% 病例可用吸收缝线进行简单的解剖学修复。复发率为 3. 8%，通常是因为伤口延长和感染。与切口疝相关的危险因素是伤口延长(12 例)、男性(6 例)、感染(5 例)、糖尿病(4 例)、原有脐疝(4 例)、急性胆囊炎(3 例)。作者根据缺损的大小选择不同的手术入路及缝合方法对脐疝进行修补，缺损在 15mm 以下的，用吸收缝线连续缝合，相邻的两个套管口当作一个缺损修补，远端套管口单独缝合；缺损在 15～25mm 的，皮肤切口在脐出部以上，钝性分离进入疝囊，用可吸收线连续缝合，但对较薄的疝囊或男性患者要用不吸收线间断缝合；缺损超过 25mm 的，要切除疝囊，用不吸收线做荷包缝合或间断缝合。

讨论：腹腔镜胆囊切除术后切口疝的发生率在 0. 8—2. 8% 之间(平均 1. 2%)，在一些妇产科腹腔镜手术后可达 3%。大多数(86%)发生在 10mm 或更大的缺损处。腹腔镜胆囊切除术后多发生于脐部，也有报道发生在上腹部或外下套管口处的，现认为 10mm 以上的筋膜缺损均应关闭，嵌顿性切口疝还可导致肠梗阻。手术的难度与切口疝的发生无关，除非是在急性胆囊炎或脓胸必须延长伤口以及有伤口感染倾向时。

作者认为腹腔镜胆囊切除术患者在术前、术后脐部缺损发生率均较高，应引起外科医生的高度重视，要求术前、术中认真检查脐部，明确诊断，及时修补。避免不必要的切口延长，对 2cm 以上的缺损使用不吸收线缝合及不对有脐疝的患者施行该术，可减少切口疝的发生率。

摘译自[Br J Surg, 1997, 84: 630—633]

第三军医大学 951 七年制学员　钟华摘译　陈维佩校