维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 3

碘伏喷洒烧伤创面的疗效观察

曾 宏* 刘翠红* 彭 艳*

随着对烧伤休克研究的不断深入，烧伤休克的病死率已明显下降。但由于种种原因，严重全身性感染等大面积烧伤的救治仍有很多问题有待解决。在我们的护理实践中，用碘伏喷洒创面，预防和治疗烧伤创面，取得了满意的效果。

一、资料和方法

1. 临床资料：收治10例患者均为大面积烧伤。其中双上肢、躯干烧伤4例，躯干、双下肢烧伤4例，头面部、躯干、单侧下肢烧伤1例，头面部、躯干3例。

2. 治疗方法：根据烧伤深度选择适合用碘伏喷酒治疗，一般我们选用Ⅱ°烧伤。由于烧伤深达真皮，局部出现水泡，水泡张力饱满，渗出较多破裂后创面渗液明显，创底肿胀发红，有剧痛，感觉过敏，皮温增高，若无感染并发症，约2周可痊愈，愈后不留瘢痕，皮肤功能良好。为了治疗和预防感染，在清创后用碘伏喷洒创面，将碘伏倒入已消毒后的喷壶内，每隔2 h一次。此方法可减轻用小毛刷涂药给患者带来的疼痛不适，以达到用药的目的，而达到控制感染的最佳效果。

二、结果和讨论

碘伏系由表面活性剂与碘结合而成的不稳定结合物，其中20%～90%的结合碘可解聚成游离碘，浓度大，杀菌力强。无味，无刺激，无致敏性、毒性低，对各类细菌、芽胞、病毒、真菌有广谱杀菌作用，主要杀灭细菌和抑制生长繁殖。碘伏不但杀菌消肿，而且收剑较强，经过喷洒后，组织渗出减少，促进新生肉芽生长，表皮结痂脱落，对预防和治疗烧伤创面感染有一定效果，值得应用。

（收稿：2001-03-19）

* 作者单位：833200 新疆建设兵团奎屯医院外科

直肠损伤四例报告

范以群*

本文将收治的直肠损伤4例，报告如下：

一、临床资料

本组4例均为男性，年龄最小19岁，最大32岁。

1. 致伤原因：1例因车祸腹部受压，3例从高处跌下其中2例坠落在木桩上，木桩插入肛门，另1例坠落在直立于地面的铁棍上，铁棍插入肛门。

2. 致伤部位：2例损伤在近腹膜返折以上另两例损伤在近腹膜返折以下。

3. 合并损伤：2例损伤在腹膜返折以上者，均有合并损伤，其中1例合并膀胱后壁破裂，另1例合并左侧坐骨支骨折和大量对小肠经肛门脱出。

4. 临床表现：两例腹膜返折以下损伤者表现为肛门和会阴部疼痛，肛门红肿并有鲜血自肛门流出，肛门指诊能触及直肠破裂口，1例腹膜返折以上损伤合并膀胱破裂者表现为肛门疼痛和下腹部疼痛，有尿液自肛门流出，膀胱导尿导出少量血性尿液。腹膜返折以上损伤合并左侧坐骨支骨折小肠自肛门脱出者，其表情淡漠，血压11.5/8 kPa，心率110次/分，呼吸20次/分，腹部膨隆，腹肌紧张，呈腹压痛，肠鸣消失，小肠从肛门脱出约150 cm，紫黑色极度充气。

5. 治疗方法：直肠损伤于腹膜返折部以下，先行剖腹作结肠造口，然后沿骶尾部中线作纵切口，离断骶尾关节，切除尾骨，分离显示直肠，沿直肠两侧探查找到破裂部位，清除血肿和坏死组织，以盐水彻底冲洗干净后修补直肠破损，骶前凹置乳胶管行负压引流。

直肠损伤合并膀胱损伤者引剖腹探查，分别修补直肠和膀胱，再行膀胱造口和结肠造口。直肠破裂合并小肠脱出者行剖腹探查，见腹腔内有血性液流出，肠系膜有两处撕裂，腹膜返折处直肠破裂，大部分小肠经此裂口由肛门脱出。回纳小肠后见空肠起始端约60 cm和回肠末端约20 cm有成活能力，其余肠管全部坏死，切除坏死小肠，作肠吻合术，再修补直肠，作结肠造口术。

二、治疗结果

本组4例伤口均一期愈合，其中2例1月后在本院行结肠造口闭合术，另2例在外院行造口闭合术。

三、讨论

造成直肠损伤的原因很多，但最多见的是插入伤，即由高处跳下或坠下时，坐于直立在地上的木桩、铁棍、工具柄等形物上致插入直肠内造成损伤，闭合性腹部损伤致直肠破裂者少见，而直肠破裂小肠又经破裂处自肛门脱出更为罕见，本组病例中有1例发生此种情况考虑其机制是患者从行驶的拖拉机上跌下，臀部触地，致左侧坐骨支骨折和直肠破裂，然后车轮又从患者右上腹和左下腹斜行压过，腹腔内小肠突然受到从右上腹到左下腹的外力挤压时被快速推向盆腔，而经已破裂的直肠口由肛门脱出。直肠损伤程度不同表现亦不同，腹膜返折以下的损伤，疼痛多局限于受伤局部和会阴，直肠损伤穿通腹膜返折部进入腹腔内，如出现下腹痛或有腹膜刺激症状，提示合并有腹腔内脏损伤，应及时探查。

由于直肠内容物的固体性质以及被大量细菌所污染，所以无论是腹膜返折以上或腹膜返折以下，直肠破裂都需先作剖腹探查，一方面为了探查腹腔，另外可做横结肠造口，使粪便改道，以利于控制感染，使缝合修补后的直肠裂口顺利愈合。

（收稿日期：2001-03-01）

* 作者单位：030900 山西省祁县人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

Fallot's 四联征术后胸腔穿刺并发精神症状一例

王文林* 曾伟生* 蒋仁超* 曹振飞*

一、临床资料

病例：男性，18 岁，因自幼发现心脏杂音于 2000 年 11 月 13 日首次入院，患者有紫绀、蹲踞、活动后心慌气短病史，无精神疾患病史。入院查体见杵状指、口唇紫绀、胸骨左缘第 2、3 肋间闻及Ⅲ/6 级收缩期杂音、P2 减弱。心脏超声检查：先天性心脏病，Fallot's 四联征。经充分准备，于 2000 年 11 月 22 日在全麻体外循环下行根治手术。术中以涤纶补片修补室间隔，以自体心包加宽右室流出道，手术顺利，术后恢复良好，于 2000 年 12 月 6 日病愈出院。一月后，病人因感冒出现发热、咳嗽，在当地治疗一周效果不佳而第二次入院。入院查体发现右侧呼吸音低，X 线检查见左侧胸腔积液。在局麻下行胸腔穿刺，胸液为淡红色，开始时病人未感不适，当抽出 300 ml 胸液时，出现精神症状，表现为高度兴奋、多语。停止穿刺、给予镇静治疗，4 h 后症状消失。2 d 后，再次行胸腔穿刺，当抽出 400 ml 胸液时又出现相同的症状，经镇静后症状消失，于 2001 年 1 月 23 日出院。

二、讨论

胸腔穿刺可出现多种并发症，但未见出现精神症状的报导。本例病人出现精神症状可能与以下几个因素有关：(1)精神过度紧张。由于穿刺时间较长(约 30 min)，患者长时间处于紧张状态中，容易诱发精神症状。(2)疼痛刺激。在穿刺过程中，尽管施行了局部麻醉，但到后期，患者感觉疼痛，这也有可能诱发精神症状。(3)胸膜刺激反应。在两次穿刺过程中，患者均出现了剧烈的咳嗽，这可能是胸膜刺激反应的表现，而同时又可以加重一系列胸膜刺激反应，从而引起一过性的精神异常。对于这种病人，穿刺术前服用可待因可能预防这种并发症的发生。

(收稿：2001-03-26)

* 作者单位：510010 广州市广州军区总医院心胸外科

硬膜外阻滞时局麻药中毒的治疗配合与护理

董 薪* 王世明*

一、病例介绍

患者，男，49 岁，体重 67 kg。因从高处坠落致左胫、腓骨开放性骨折而急诊入院。查体：BP 14 3/9.1 kPa，HR 80 次/min，R 16 次/min；发育正常，神志清楚，检查未见头、颈、胸及腹部异常。现在连续硬膜外阻滞下行清创、复位、钢板螺丝钉内固定术。选 L_{3-4} 间隙直入穿刺，穿刺成功后置入硬膜外导管，置管顺利，硬膜外腔内约留置 7ml 时，病人自述头晕，耳鸣，随即呼之不应，一分钟后，病人脸色苍白，浑身大汗，口吐白沫，但无抽搐。此时 BP 11 3/6.7kPa，HR 51 次/min，R 9 次/min。当即停止注药，给予麻黄碱 30 mg，阿托品 0.25 mg 静推，面罩吸氧并间断辅助呼吸，吸引清除口腔分泌物，密切观察病人意识及生命体征稳定。拔出硬膜外导管见导管前端开口处附有小凝血块。推测因导管开口处被小凝血块阻塞而致回吸时不见回血，当注药时小凝血块被推开，局麻药直接注入血管内而引起毒性反应。

二、治疗配合与护理体会

(一)局麻药中毒的预防

局麻药中毒反应是硬膜外阻滞时较严重的并发症，发生较为紧急，处理不及时或反应严重时，可致生命危险，应强调预防的重要性。操作应严格按照规程实施，如注药前充分回吸，首次给予实验剂量等。但在某些情况下，如硬膜外导管开口处顶附于血管内壁或被血凝块阻塞时(如本例)，回吸并不一定有血液回流，这是临床工作中的特殊情况，需提高警惕。

(二)中毒急性期的治疗配合与护理

密切观察病人病情变化，协助医生进行各项紧急处理。室内应备有抢救治疗所必须的药品和抢救器械。保证静脉通路的通畅，必要时迅速再建立一支静脉通道，以保证静脉输液治疗或静脉药物治疗的实施。保持室内安静，尽量减少不必要的搬动及检查，以避免因体位变动给病人带来的不利影响。

(三)中枢反应的观察与护理

局麻药的中枢神经系统作用较为复杂，以往认为是"先兴奋后抑制"，先出现多语、烦躁不安甚或抽搐等兴奋症状，进一步发展时出现神志消失、昏迷等抑制性表现，但某些临床所见却不尽然，如本例病人，并未经历所谓的兴奋期，直接出现神志消失的抑制性表现。故在硬膜外阻滞的实施过程中，应配合医生密切观察病人中枢神经系统的反应情况，及早发现异常的变化，避免严重并发症的发生。护理中，尽快建立信任的护患关系，在意识存在或意识已恢复的病人，应稳定病人的情绪，进行必要的心理护理。

(四)心血管功能变化的观察与护理

* 作者单位：100071 北京市北京军医学院外科教研室