

复方紫草油治疗小儿小面积Ⅲ度烫伤体会

徐汤灵

(江西省上饶市人民医院 上饶 334000)

关键词:小面积 Ⅲ 度烫伤;小儿;复方紫草油;中西医结合疗法

中图分类号:R 644

文献标识号:B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0040-01

2002 年 6 月~2002 年 12 月期间,应用复方紫草油处理小儿 Ⅲ 度烫伤创面 13 例,获得满意疗效。现报告如下:

复方紫草油配制:紫草 250g,石榴皮 100g,白芷 75g,忍冬藤 75g,香油 1 000g。拌匀,微火煎半小时,过滤出液体,将无菌纱布浸湿即可。

1 一般情况

13 例小儿,最大 6 岁,最小 2 岁;均为沸水烫伤,急诊入院,烫伤面积最小 9%,最大 36%;Ⅲ 度面积为 6%~8%。入院时按常规抗休克、抗感染、支持对症、创面外用凡士林纱布包扎处理,大部分 Ⅱ~ 深 Ⅱ 度创面均于 22d 左右治愈,Ⅲ 度创面此时基本溶痂脱落,显出红色肉芽创面,为典型 Ⅲ 度创面。此时每日以生理盐水、0.5%双氧水清洗创面,清除分泌物及残余痂皮后,用单层复方紫草油纱布覆盖于创面,外加厚层(7~10 层)无菌纱布覆盖包扎,每 1~2d 换药 1 次。

2 疗效观察

每次换药均可见创周干燥,创面分泌物减少,新生上皮

向中心匍行生长,创面明显缩小。本组 13 例创面治疗最长 21d,最短 14d,均获痊愈。应用复方紫草油治疗过程中患儿全身均未应用任何抗感染药物,患儿体温、脉搏、心肺等全身情况好。

3 讨论

沸水烫伤是极为常见的一种创伤,尤以小儿为甚,同时多伴有小面积 Ⅲ 度创面,经过抗休克、抗感染等处理,大部分 Ⅱ~ 深 Ⅱ 度创面均在 20d 左右愈合,此时典型 Ⅱ 度创面均为溶痂后的肉芽创面,按常规治疗,此时应行自体皮移植术处理。我们在实际工作中考虑小儿承受手术风险、创伤太大,费用高,同时患儿家属在大部分创面愈合的情况下,很难再接受手术治疗,而要求我们保守换药治疗。紫草油具有止痛、消炎、活血化瘀、促进上皮生长之功效,同时小儿处于生长发育阶段,自身生长力极强,本组 13 例患儿均获满意疗效,有费用低、痛苦轻、疗效佳等特点,值得推广。

(收稿日期:2003 - 05 - 06)

开放性胫、腓骨骨折的 1 期内固定治疗

黄夏雨

(江西省景德镇市中医院 景德镇 333000)

关键词:钢板内固定;胫、腓骨骨折;开放性

中图分类号:R 692.5

文献标识号:B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0040-02

胫、腓骨开放性骨折为临床最常见之开放性骨折。现对本人 1994 年 6 月~2002 年 6 月收治的进行 1 期内固定的 37 例开放性胫、腓骨骨折总结报道如下。

1 临床资料

37 例中,男 25 例,女 2 例;年龄 9~59 岁,平均 32.3 岁;车祸伤 27 例,其它伤 10 例。按王氏^[1]采用的 Gustilo 分型属 I 型 7 例,Ⅱ型 15 例,Ⅲ型 9 例,Ⅲb 型 5 例,Ⅲc 型 1 例;无合并颅脑或胸、腹腔脏器损伤患者,并发其它部位骨折 16 例;粉碎性骨折 24 例,非粉碎性 13 例;21 例为自内向外开放伤,16 例为自外向内开放伤;受伤至手术台时间 2~7h,平均 3.7h。

2 治疗方法

2.1 清创 入院给予 X 光摄片后即进入手术室,腰麻或连硬麻醉,并给予高效抗生素点滴,大腿中段气囊止血带止血。先用肥皂水洗刷皮肤,再用生理盐水反复冲洗创口后到入双氧水,3min 后用生理盐水冲出双氧水,试干创周皮肤。医生洗手后碘酒、酒精常规消毒皮肤,铺单。

2.2 清创 牵开创口,必要时切开皮肤扩大创口。用新洁尔灭棉球擦出残留污物及用刀、剪清除污染严重及失活组织,尽量要求达到保留组织均为柔韧有活力组织。将骨折断端进行搔刮至新鲜骨面及剪除创口皮缘 2mm,再用新洁尔灭浸泡创口 3min 后用生理盐水冲去。

2.3 内固定 全部采用钢板内固定。如软组织条件尚好,无明显缺损可用 6~10 孔“AO”自动加压钢板做坚强内固定。如软组织挫伤严重或有缺损,则用较细小的 6~10 孔普通接骨板做简单内固定,只求恢复骨骼原形即可,术后用坚固超膝、踝石膏托固定。钢板放置部位,如创口不在小腿前内侧则尽量安置在前内侧以减少剥离胫骨外后侧骨膜,如创口在前内侧则安置于前外侧。

2.4 闭合创口 放置皮片引流后,如创口皮肤无缺损或缝合张力不大则直接缝合。如皮肤少量缺损则做减张缝合,减张切口植皮;如皮肤缺损严重但仍有较多软组织可覆盖创口时则用软组织将创口覆盖,待肉芽生长后行 2 期植皮;如软组

重比重腰麻在经尿道前列腺电汽化切除术中的应用

陈华燕

(江西省鹰潭市人民医院麻醉科 鹰潭 335000)

关键词: 重比重腰麻; 布比卡因; 前列腺切除术

中图分类号: R 971.42

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0041-01

前列腺增生为老年男性泌尿、生殖系统多发病, 随着我国人口寿命的延长, 其发病率逐渐上升, 经尿道前列腺切除增生的前列腺组织是解决膀胱出口梗阻的最佳治疗方法。它具有安全性高、出血小、侵袭性小等优点。而在麻醉选择上我院采用重比重配方腰麻进行经尿道前列腺切除术, 获得较为满意的效果。

1 方法与结果

本组患者 20 例, 年龄 64~85 岁, ASA 级 II~I 级, 手术时间 1.5~3.5h, 术前 30min 肌注鲁米那、阿托品 0.5mg, 取 L₃₋₄ 间隙, 左侧卧位穿刺, 确认在蛛网膜下腔后, 注入 0.75% 布比卡因 1.5mL+10% 葡萄糖 1mL, 测平面控制在 T₉ 以下, 术中患者生命体征平稳, 仅 3 例术中应用小剂量麻黄素, 未加用其他辅助药, 无 1 例麻醉并发症及意外发生, 病人无不快感, 术后安返病房。

2 体会

前列腺增生手术病人均为老年病人, 甚至还有一些高龄患者, 如术前无严重心肺疾患, 只要用药及操作技术得当, 腰麻也并非禁忌症; 但应注意到老年患者各器官系统均存在不同程度的生理退化, 实施麻醉有一定的特殊性, 术中应严密监测血压、心电图、血氧饱和度、血糖等。为提高病人的血氧饱

组织缺损严重则用腓肠肌内或外侧头肌瓣转移修复创口并 1 期限植皮; 术后常规应用抗生素至创口愈合; 引流皮片常规 24h 拔除, 最迟不超过 48h。

2.5 手术方法 37 例中用“AO”加压钢板 20 例, 普通接骨板 17 例, 钢板放置前外侧 25 例, 前内侧 12 例, 直接缝合创口 22 例, 减张缝合 9 例, 软组织覆盖、2 期植皮 4 例, 腓肠肌内侧头肌瓣覆盖加植皮 2 例。

3 结果

评分标准以 14d 内创口愈合为优, 2 天内愈合为良, 28d 内愈合为可, 28d 内未愈或感染或有钢板外露为差。37 例中优 21 例; 15 例术后有少量渗出, 经搔爬及换药后 12 例 21d 内愈合为良; 3 例 28d 内愈合为可; 1 例拆线后创口裂开、钢板外露, 后经换药于术后 35d 创口愈合为差; 优良率 89.2%。

4 讨论

通过对以上病例的分析和总结, 对能早期就诊的胫、腓骨开放性骨折患者清创后行 1 期骨折内固定、创口闭合疗效是良好的, 即使是挫伤、污染、骨折粉碎均较严重的伤者, 只

和度, 该类患者入手术室后应常规吸氧, 为减免老年人腰麻后外周血管扩张引起的低血压, 可于入手术室后麻醉开始前即注意补液, 预充一定的血容量。在麻醉药的选用上, 布比卡因麻醉作用确切, 作用时间长, 而对呼吸、循环影响较小, 故可用于老年人。据报道, 腰麻中应用重比重布比卡因的患者, 血压的波动和应用血管活性药物的比例明显大于轻比重布比卡因者, 鉴于我院使用重比重药物更有经验, 处理问题更为得心应手, 我们采用了重比重药液, 临床证明它也是比较安全的。老年患者的腰麻平面具有出现快、扩散广、持续时间长的特点, 因而在注入布比卡因后 15min 内, 应反复测定麻醉平面, 一旦平面达到手术要求后, 应及时将平面控制, 这样既可避免术中平面缓慢上升, 所致的阻滞平面过广, 又有助于减轻呼吸、循环的负荷。

在连续硬膜外麻醉下经尿道前列腺切除术常常出现闭孔神经反射; 引起同侧大腿肌肉抖动, 而影响手术操作, 甚至引起膀胱穿孔。为了有效控制闭孔神经反射, 需加用闭孔神经阻滞或输以静脉用药以减轻或避免闭孔神经反射, 而采用腰麻能完善地阻滞骶丛神经, 无需再进行闭孔神经的阻滞, 既节省了时间, 又节约了患者的经济费用。

(收稿日期: 2003 - 06 - 20)

要清创仔细, 也能行 1 期骨折内固定。本组病例中有一 9 岁女孩查坐摩托车时右小腿卷入车轮中至右胫、腓骨开放粉碎性骨折, 小腿内侧创口长达 7cm, 外侧 3 处创口分别为 5、3、2cm, 右胫骨中段 13cm 碎成 6 块, 肌肉、筋膜、骨碎片等裸露于外, 挫伤、污染十分严重, 但皮肤无明显缺损。伤后 2h 对患者进行清创, 小腿前内侧安置十孔普通接骨板固定骨折, 直接缝合创口。骨折近于解剖复位, 给予超膝、踝石膏托固定。术后 11d 拆线, 切口有约 1cm 未愈并有少量渗出, 给予组织镊轻刮创口至出血, 雷佛奴尔纱条换药, 于术后 16d 创口全部愈合。但在清创中一定要做到细致、彻底, 创口缝合不能有张力, 同时术中应用高效广谱抗生素点擦, 用新洁尔灭棉球反复擦洗污染而不能切除的组织对防止感染有良好效果。

参考文献

[1] 王亦璠. 骨与关节损伤[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 225

(收稿日期: 2003 - 03 - 14)