

· 短篇及病例报道 ·

松脂酸钠特重度化学烧伤患儿 1 例报道

杨陆涛, 李郁葱, 张友来, 邹立津, 辛国华, 曾元临[△], 李国辉

(南昌大学第一附属医院烧伤中心 330006)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.057

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2110-02

在生活中小儿一般极少接触到化学物质,化学烧伤在儿童人群中发生概率较低,因此对于如何诊治小儿的化学烧伤经验较少,尤其是对于一些重度化学烧伤的儿童救治,正确的处理对患儿的预后具有非常重要的意义。2013年2月25日,本科收治1例因农药松脂酸钠特重度化学烧伤患儿,住院后通过抗休克、抗炎、换药及多次手术等对症支持治疗,于2013年4月7日痊愈出院,现报道如下。

1 临床资料

患儿男,4岁,于2013年2月25日16:00不慎被农药松脂酸钠烧伤口腔、头面部、双上肢、前后躯及臀部等处,无昏迷、恶心呕吐、呼吸困难。未做处理,约30min后送至当地医院给予创面换药、抗炎补液等处理(具体不详),因病情危重,急由120转入本科就诊。入院查体:体温36.5℃,心率每分钟140次,呼吸每分钟28次,血压108/70mmHg;患儿神志清楚,精神极差,心脏听诊未见明显异常,双肺呼吸音稍粗,可闻及少量痰鸣音,腹平软,无压痛、反跳痛。烧伤创面分布于口腔、头面部、双上肢、前后躯及臀部等处,创面肿胀明显,呈黑褐色外观,质地尚软,渗液中等,痛觉迟钝,口腔烧伤,可见舌舌黏膜肿胀,双眼烧伤,双侧眼睑肿胀明显,分泌物较多,左眼角膜混浊,烧伤总面积约20%。入院诊断:(1)化学物质烧伤(全身多处20%,深Ⅱ°2%,Ⅲ°18%);(2)双眼烧伤;(3)口腔烧伤;(4)农药中毒。

入院后立即建立两条静脉通道给予补液抗休克治疗;患儿四肢冰冷,外用烧伤远红外线治疗仪保暖;用温盐水清洗烧伤创面,尽可能将表面残留农药清除,减少农药的进一步吸收;预

防性应用广谱抗炎药;监测尿量及各项生命体征变化。患儿双眼烧伤,左眼较重,立即请眼科医师急会诊,按照会诊意见给予处理;口腔内可见舌及黏膜肿胀明显,立即请口腔科医师急会诊,按照会诊意见给予处理;农药进入到口腔,考虑到农药是否进入到食管、胃等部位,请急诊内科医师会诊,查体后考虑患儿病情危重,全身多处烧伤,建议先严密观察患儿病情变化,急查血液生化,暂不行洗胃等处理,待病情变化情况决定。松脂酸钠是一种碱性化学物质,pH 9~11,为减少创面毒素进一步吸收,待患儿病情稍稳定后,于2月27日在全麻下行除口腔及头面部其他创面削痂术及生物猪皮覆盖术;术中见创面较深,右前臂创面黑褐色,深达肌层,余创面大都深达筋膜层(图1A、B),尽可能清除创面坏死组织,减少有害物质吸收。术后患儿病情较术前明显好转,为尽早封闭创面,于3月6日在全麻下行创面扩创术及双上肢创面VSD覆盖术,术后患儿病情尚稳定。刚入院几日患儿一直进食较困难,口腔内肿胀明显,现在肿胀减轻,患儿流质饮食,各项检验结果大致正常;创面肉芽生长较快,颜色较红润,于3月18日行多处创面清创植自体皮术及下颌部大张皮移植术,术后病情稳定,大部分移植皮片存活较好,后躯创面皮片移动较多存活较少,于3月29日行后躯创面清创自体植皮术,术后皮片大部分存活,患儿创面已具备愈合(图1D)。双眼一直给予眼膏及眼药水治疗,现右眼已痊愈,左眼烧伤严重,角膜混浊,视物不清,需进一步眼科专科治疗;口腔黏膜已愈合,但舌烧伤严重,可见舌背一大约3cm×2cm肿块(图1C),口腔科医师建议3个月后进行Ⅱ期手术切除治疗。



图1 患儿创面及愈合情况

图1 患儿创面及愈合情况

2 讨论

松脂酸钠是一种碱性化学物质,具有良好的脂溶性、成膜性和乳化性能,pH 9~11,是一种低毒性农药^[1],对皮肤腐蚀性较强,特别是对于小儿的皮肤。据相关统计调查,在日常生活中热液烫伤是受伤最主要的原因(占52.9%),其次为火焰

烧伤→高温物体烫伤→化学烧伤→电烧伤^[2],可见化学物质烧伤在小儿烧伤中较少见。但化学烧伤严重,对于小儿的预后较差,也应受到医务人员的重视。化学烧伤的一个主要特点是会对创面持续性加深,因此早期的急救处理非常重要,主要做到“脱、冲、盖、送”四步,即第一时间脱去被化学物沾染的衣物、鞋

袜等;立刻就近用流动清水冲洗,如化学性眼烧伤,用大量清水冲洗更应争分夺秒;用干净的布料或棉垫遮盖创面;立即送至就近医院救治^[3]。本例患儿在烧伤早期未进行积极处理,未用大量清水清除皮肤残留农药,早期处理不及时导致农药对创面的进一步烧伤,毒素进一步吸收导致病情加重。本例烧伤患儿的左眼烧伤严重,早期未立即给予大量的流动清水冲洗,因此对于化学物质引起的眼烧伤,治疗和预后的关键是早期大量清水冲洗,减少对毒素的吸收^[4]。小儿全身各器官发育不完全,在烧伤打击后机体抗感染能力差,烧伤后易发生败血症、高热、脱水、酸中毒及休克等情况,且小儿病情变化快^[5],因此在救治小儿重度烧伤的时候,应重视小儿的补液量及营养支持。

就本科救治小儿化学烧伤经验,对于小儿重度或特重度化学物质烧伤的处理综合如下:(1)应立即清除化学物质,用大量清水冲洗半个小时以上,必要时可用一些中和清洗剂;(2)入院后立即抗休克治疗,补充胶体容量;(3)早期使用广谱抗炎药,预防创面感染;(4)早期削痂,减少毒素吸收,进一步减少感染源;(5)尽早封闭创面,早期用异种皮,后期用自体皮片;(6)对于一些关节部位,早期开始功能锻炼,防止关节僵硬,为后期功能恢复做好准备;(7)对于一些并发症,应在治疗烧伤的同时同步治疗,防止进一步恶化。在入院后各项措施的积极处理,对患儿的病情稳定及后期的康复起到了决定性的作用。在并发症的处理中,早期对呼吸道的管理是救治的整个过程中至关重要的一个环节,对于一些误食化学物质的患儿,口腔及食道一般会伴随不同程度的损伤,较多会波及呼吸道,因此在涉及呼吸道的化学烧伤,应严密监测患儿呼吸情况、末梢血氧饱和度及血气分析结果,做好随时气管插管或者气管切开的准备,在出现呼吸衰竭的时候应做好使用呼吸机辅助呼吸的准备;对于一些易吸收的化学物质,往往会对肝、肾功能造成不同程度的损伤,早期应监测每小时尿量和肝、肾功能,预防性应用对肝、

• 短篇及病例报道 •

原发性十二指肠梭形细胞鳞癌 1 例报道

罗红波¹,王桂芬²,王锡平¹,王 敏¹,周英泽^{1△}

(1. 四川省安岳县人民医院病理科 642350;2. 潍坊医学院病理生理学教研室,山东潍坊 261053)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.058

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2111-02

小肠恶性肿瘤发生率远不及大肠恶性肿瘤,原发性十二指肠恶性肿瘤较为少见,一般以腺癌较为常见,而十二指肠鳞状细胞癌(primary duodenum squamous cell carcinoma, PDSCC)更少见,梭形细胞鳞癌是鳞状细胞癌的一种特殊的亚型,所以原发性十二指肠梭形细胞鳞癌极为罕见。本科于 2012 年发现 1 例原发性十二指肠梭形细胞鳞癌,现结合临床及病理资料报道如下。

1 临床资料

患者,女,50 岁,因腹痛、腹胀伴黑便 2 周于 2012 年 4 月 3 日入院。体检:皮肤、巩膜正常,全身浅表淋巴结未扪及肿大,心肺正常,腹部平坦,未见胃肠型、蠕动波,腹软,肝脾肋下及,未扪及肿块,全腹无压痛、反跳痛,叩为鼓音,无移动性浊音,肠鸣音每分钟 3~4 次,不亢进,未闻及气过水声,双肾区无叩痛。CEA 30.2 ng/mL(正常参考值 0~4 ng/mL),Hb 为 92 g/L,OB(+),心肝肺肾功能均正常。妇科检查正常,胃镜检查见十二指肠降部隆起病变伴活动性出血,考虑胃肠道间质瘤;上腹部增强 CT 提示右中腹部 3 cm×4 cm 团块影,十二指肠降段改变,考虑新生物可能。临床以“十二指肠降段占位病变伴

肾具有保护作用的药物。急性肾衰竭在烧伤早期比较容易出现,特别是一些肾毒性化学物质,在出现肾衰竭的同时,进行血液透析,保护剩余肾单位;在烧伤的休克期过后,就会进入到感染期,在重度化学烧伤中出现脓毒血症可能性较大,为了预防其发生,在烧伤早期应积极手术治疗,清除部分感染源,减少脓毒血症的发生概率,抗生素的联合应用减少感染机会,在出现了脓毒血症之后,应立即根据药敏结果使用敏感药物控制脓毒血症的发展;烧伤是一种消耗性疾病,在疾病的发生发展过程中,对体内的能量消耗特别大,因此营养支持治疗是贯穿整个治疗过程的,在早期不能进食的患儿,应采取鼻饲或者静脉滴注营养液以保证能量的供应。

在我国农村及偏远山村,许多家属的安全意识不强,对儿童的看护及照顾不周,因此医疗机构在救治患儿的同时,更应该联合相关部门同步做好各项安全宣传工作,这样可以减少一些不必要的伤害,为儿童的生长发育营造一个安全的环境。

参考文献:

- [1] 何永梅. 植物性杀虫剂——松脂酸钠[J]. 农药市场信息, 2011,24(1):37.
- [2] 李改,潘建华. 小儿烧烫伤原因调查分析与预防措施探讨[J]. 国际医药卫生导报,2012,18(24):3621-3623.
- [3] 荣新洲,徐亚辉. 治愈小儿大面积碱烧伤并发低温败血症 1 例[J]. 第一军医大学学报,2001,21(9):661.
- [4] 李坤,郎卫华,冀向宁,等. 百草枯致眼部灼伤治疗过程分析[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志,2012,34(5):397-398.
- [5] 宁勇,刘名锁,刘文文. 小儿重度烧伤 103 例治疗体会[J]. 山东医药,2013,53(3):96.

(收稿日期:2013-11-08 修回日期:2014-01-22)

出血:(1)间质瘤?(2)十二指肠恶性肿瘤?”于 2012 年 4 月 6 日行剖腹探查术(备胰十二指肠切除术)。术中于十二指肠降段肠腔内侧见一个直径大约 4 cm 的球形包块,表面光滑伴有出血点,边界清楚,质稍硬,肝脏、脾脏、胰腺、肾脏及其余肠管未扪及肿块,胆总管未见扩张,行“胰十二指肠切除术”。术后随访 4 个月患者死亡。病理检查,(1)巨检:十二指肠组织一团、部分胃胰腺组织及淡黄色网膜组织一堆,总体积 25 cm×15 cm×10 cm,在距十二指肠下端切缘 3 cm 处见一个直径 3.5 cm 的肿块,表面光滑,未见明显包膜,占据管腔 2/3 周,侵及肠壁全层,切面灰白色,边界欠清,质嫩脆,网膜组织中查见数枚肿大淋巴结,其余组织均未见异常。(2)苏木精-伊红(HE)染色:如图 1 所示,黏膜层、黏膜下层及肌层均可见大小不等的梭形肿瘤细胞,呈不规则巢状散在性分布,异型性明显,病理性核分裂象易见,少数肿瘤细胞内见角化及癌珠形成,部分肿瘤细胞间见细胞间桥,另见少量黏膜上皮细胞向癌细胞移行,血管、淋巴管中见癌栓,网膜淋巴结中未见癌组织。(3)免疫组织化学染色结果显示:CK5/6(3+),CEA(3+),EMA(2+),CK8/18(灶性区域散在+),Syn(+),NSE(+),Vimentin(2+),S-