

电烧伤_烧伤科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E7_94_B5_E7_83_A7_E4_BC_A4__c22_610699.htm 电损伤在临床上有两类。

其一是全身性损伤，称电击伤。其皮肤损伤轻微，电流进入体内立即传遍全身，主要损伤心脏，引起血液动力学剧烈改变。由此呈现心悸、眩晕、意识障碍等，可发生电休克、甚至心跳呼吸骤停。急救使病人迅速脱离电源，施行复苏术。另一类是局部损伤，电流在其传导受阻的组织产生热力，造成组织蛋白凝固或炭化、血栓形成等，称电烧伤。而且电流传导路径的组织细胞（例如血管内皮），还可因电解作用受到损害，发生变质、坏死。电烧伤病人并非受全身性损伤，但因后者程度轻，只有一时性症状，恢复后局部损伤为主要问题。【诊断】诊断较容易，但应密切观察深部损伤进展和并发的感染。还应重视低血容量、尿量少和尿成分异常（蛋白、管型、红细胞等）、心电图改变和贫血等。【治疗措施】电烧伤的治疗基本上如同前述的^o烧伤治疗。根据其病理和临床的特点，处理要点如下：1.病人卧床休养，包括入口不大、皮肤烧伤面积较小者在内，均需仔细观察病情变化。伤处一般应用暴露疗法，保持伤肢清洁干燥，每日消毒皮肤2~3次。2.伤后3~5日，可行第一次手术。先切除确定的表现坏死组织或焦痂，探查其深部组织。如未明显感染，则比较彻底地切除失活组织（不出鲜血、电刺激肌不收缩等），然后以药液纱布包扎。隔2~3日再次手术探查，清除其坏死组织，直至可以缝合伤口或植皮。伤后发生严重的肢体肿胀，甚至可阻碍局部血循环，此时应切开皮肤、筋膜以减

压。肢体肌广泛坏死时往往要行高位的截肢。但肌坏死多以肌束为范围（不以肢体横断面为界），与其供应血管栓塞相关。因此，伤后1周左右可用血管造影法，帮助帮助识别血管阻塞和通畅，那样可以保留肢体健康的肌肉或降低截肢平面。

3.已感染的伤口要充分引流，予以湿敷，逐日剪除坏死组织和焦痂，直至伤口生长肉芽而愈合或植皮修复。广泛的深部感染甚易导致毒血症、败血症、急性肾功能衰竭等，除了应用大剂量抗生素，必须及时作多处切开引流，甚至不得进行截肢术。暴露的伤口有出血的危险，压迫止血和药物止血只能一时性效果。应在床边准备止血带和手术包。严重电烧伤的致死率高。随着外科技术进展，治疗电烧伤中已采用带血管游离皮瓣或大网膜覆盖创面、切除变质血管后移植自体健康静脉、甚或截除损伤肢段后再植连接等方法，以改善疗效。

【病因学】电损伤一般因用电不慎或装备电器、电路等失误而发生。因此，需要加强电力管理和普及用电常识，以预防电损伤事故发生。电损伤又偶因雷击造成，预防可设避雷装置和个人用避雷方法。

【临床表现】电烧伤有“入口”（即触电部位），一般还有“出口”。入口处有 $^{\circ}$ 烧伤。皮肤焦黄或炭化，有的形成了裂口或洞穴，烧伤可能深达肌、肌腱、骨。出口处一般也是 $^{\circ}$ 烧伤改变，但程度稍轻；个别的出口处病变不明显。电烧伤的深部损伤范围常远远超过皮肤入口处，但早期难以确定。伤后24小时以后，入口处周围开始肿胀发红，范围逐渐扩大。局部皮肤或肢端发生坏死，肢体肿胀向近侧或外周蔓延。深部损伤较广泛的原因，是电流通过皮肤后依次损伤皮下组织、肌和肌腱等，同时损伤血管壁促使血栓形成，术后可造成其供血组织缺血坏死。

伤后1~2周坏死组织范围可确定，其深部坏死范围仍超过浅表的坏死、肿胀部位。在电烧伤后坏死过程中，容易并发感染，可发生湿性坏疽、脓毒血症、甚或气性坏疽等。在浅部坏死组织脱落后，损伤的血管外露，可发生严重的反复出血。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com