

的抗生素十分有限,因此,控制多重耐药菌在医院的流行是当务之急。作为临床医师应根据药物敏感试验结果正确选用有效的抗生素如头孢哌酮/舒巴坦等,尽量减少亚胺培南/西司他丁的用量,以保护其使用寿命。不加区别地滥用抗生素预防性治疗,是细菌产生耐药性的重要原因^[10]。针对多重耐药的细菌感染,应重视烧伤感染标本的送检,选择时机尽早手术,给予营养支持治疗等措施亦同样重要。同时应注重不常见机会致病菌的分离和耐药酶的检测,加强微生物实验室对细菌耐药的监控工作,测定耐药谱及耐药性,了解耐药机制。

参考文献

[1] 肖光夏. 烧伤院内感染的两个问题. 中华烧伤杂志, 2004, 20(1): 4-5.

[2] 许伟石. 烧伤患者的经验性治疗应用抗生素问题. 中华烧伤杂志, 2002, 18(2): 71-72.

[3] 张海军, 夏照帆, 胡晓燕. 不动杆菌新近流行趋势与耐药机制及其治疗策略的研究进展. 中华烧伤杂志, 2007, 23(1): 75-78.

[4] National Committee for Clinical Laboratory. Approved standart

M100-s9 Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Pennsylvania: NCCLS, 2006; 72-75.

[5] Coudron PE, Moland ES, Thomson KS. Occurrence and detection of AmpC beta-lactamases among Escheria coli, Klebsilla pneumoniae, and Proteus mirabilis isolates at a veterans medical center. J Clin Microbiol, 2000, 38: 1791-1796.

[6] 唐银, 聂新民. 重症监护室内鲍曼不动杆菌随机扩增 DNA 多态性分型研究. 中华医院感染学杂志, 2001, 11(3): 172-174.

[7] 周志惠, 李兰娟, 俞云松, 等. 两种检测阴沟肠杆菌 AmpC 酶方法的比较. 中华检验医学杂志, 2002, 25(2): 88-90.

[8] Senda K, Arakawa Y, Ichiyama S, et al. PCR detection of metallo-beta-lactamase gene (blaIMP) in gram-negative rods to broad-spectrum-beta-lactams. J Clin Microbiol, 1996, 34: 2909-2913.

[9] Arskawa Y, Shibata N, Shibayama K, et al. Convenient test for sceening metallo-beta-producing gram-negative bacteria by using thiol compounds. J Clin Microbiol, 2000, 38: 40-43.

[10] 吕火祥, 孙明洪, 刘建栋, 等. 协同法检测金属 β-内酰胺酶的研究. 中华检验医学杂志, 2002, 25(4): 232-235.

[11] 杨立军, 张晶, 娄永新. 金属 β-内酰胺酶与绿脓假单胞菌亚胺培南耐药. 中华检验医学杂志, 1999, 22(2): 127-128.

[12] 肖光夏. 烧伤感染的现状、对策与防治新动向. 中华烧伤杂志, 2007, 23(2): 81-83.

(收稿日期: 2007-06-04)

(本文编辑: 莫愚)

· 病例报告 ·

特重度烫伤并发尿崩症一例

汤培 谢加水 黄道强

患者男, 30 岁, 全身多处被热水泥烫伤, 伤后在外院曾行清创包扎及抗休克处理, 伤后 3 d 转入笔者单位。入院查体: 体温 37.7℃、脉搏 128 次/min、呼吸 20 次/min、血压 160/105 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 患者意识清楚, 无呼吸困难。诊断: (1) 烫伤总面积 75%, 其中深 II 度 15%、III 度 60% TBSA。(2) 双眼烧伤。(3) 高血压。入院后继续进行抗休克、抗感染、营养支持等对症治疗, 清创后局部外涂磺胺嘧啶银霜并暴露。患者入院后第 3、7、35 天分别在全身麻醉下行切痂和肉芽创面清创自体皮移植术, 手术顺利。患者入院后第 6 天出现口渴、多饮、尿量增多, 每日尿量从 3000 ml 增至 5000 ml 以上, 尿比重为 1.002~1.010, 尿糖(2+), 血糖 7.50~12.85 mmol/L, 电解质水平及肾功能正常。考虑上述症状为烫伤后并发糖尿病所致, 予以胰岛素控制血糖水平, 但患者烦躁、口渴、多尿症状未见好转。入院第 16 天后, 患者每日尿量持续波动于 7000~9000 ml, 考虑可能存在尿崩症。头颅 CT 检查未见异常, 禁水-加压素试验呈阳性, 确诊为特发性尿崩症。患者口服氢氯噻嗪 25 mg/次、3 次/d, 效果不佳。加用卡马西平 200 mg/次、3 次/d, 肌肉注射垂体后叶素 6 U/次、3 次/d, 每日尿量很快降至 4000 ml 左右, 患者病情好转, 康复出院。

讨论 尿崩症是由于抗利尿激素(ADH)缺乏、肾小管重

吸收水功能障碍引起, 以多尿、烦躁、口渴、多饮与低比重尿为主要症状。继发性尿崩症大多为下丘脑-神经垂体部位的病变(颅脑损伤、脑部肿瘤、脑部感染等)所引起。特重度烫伤后并发尿崩症较为罕见, 本例患者行头颅 CT 检查未见下丘脑-神经垂体病变, 属于特发性尿崩症, 其原因主要与休克有关。休克期诸多内分泌激素如肾素-血管紧张素 II、前列腺素、血栓素及休克毒素等大量分泌, 加重了对垂体和肾脏的损害; 同时 ADH 的分泌量减少及 5-羟色胺代谢紊乱导致肾脏对 ADH 的反应性有所降低^[1]。若患者既往无肾脏慢性损害性疾病, 且临床上出现“三多(多尿、多渴、多饮)”、“二低(低比重尿、低渗透压尿)”和“三正常(肾功能、血糖、血清电解质均正常)”, 再结合禁水-加压素试验阳性的结果, 即可初步诊断为尿崩症。严重烧伤休克得到纠正时, 在回吸收期会出现短暂的生理性多尿。这是由于各器官和内分泌系统功能逐渐恢复, 将补入机体的多余水分通过尿液排出体外^[2], 临床医师须将此时的多尿与尿崩症相区别。

参考文献

[1] 黎鳌. 黎鳌烧伤学. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 40-41.

[2] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1998: 89-90.

(收稿日期: 2006-12-21)

(本文编辑: 赵敏)

作者单位: 353000 福建南平, 解放军第九十二医院烧伤整形科