

感染,但实际应用中容易引起混淆。近年来随着人们对炎症认识的不断深入以及 SIRS 概念的提出,有必要对烧伤创面侵袭性感染的诸多名词进行规范和统一。

结合本组病例并参考有关文献^{4,6},笔者将创面脓毒症分为 I ~ IV 期,试图包括烧伤创面侵袭性感染由轻到重的发展过程,同时尝试利用分期诊断避免诸多对烧伤创面侵袭性感染描述的混乱。结果提示,烧伤创面脓毒症的分期诊断对临床的治疗工作有一定指导意义: I ~ II 期脓毒症患者,以局部创面治疗为主,全身应用普通抗生素即能控制感染症状; III ~ IV 期的患者,应强调局部创面治疗与全身支持治疗并重的原则,尽早全身应用广谱高效抗生素,对已发生严重器官系统功能障碍的患者,必要时急

诊进行手术切痂治疗,及时挽救患者生命。

参 考 文 献

- 1 Bone RC, Balk BA, Cerra FB, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guideline for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. Chest, 1992, 101: 1644 - 1655.
- 2 许伟石. 烧伤感染. 中华烧伤杂志, 2000, 16: 72.
- 3 孙永华. 烧伤脓毒症与多器官功能障碍综合征. 中华烧伤杂志, 2001, 17: 189 - 190.
- 4 柴家科, 盛志勇, 郭振荣, 等. 不同治疗阶段(1970 ~ 1998 年)烧伤脓毒症的防治经验. 中华烧伤杂志, 2000, 16: 78 - 81.
- 5 彭毅志, 肖光夏. 42 年严重烧伤全身性感染的防治经验. 中华烧伤杂志, 2001, 17: 91 - 95.
- 6 Pruitt BA, Manus AT, Kim SH, et al. Burn wound infections: Current status. World J Surg, 1998, 22: 135 - 145.

(收稿日期: 2002 - 12 - 03)

(本文编辑: 王 旭)

· 经验交流 ·

小儿烧伤 672 例治疗体会

蔡玉娥

笔者对本单位不同时期救治的烧伤患儿治疗方案进行对比,为进一步提高诊疗技术提供参考。

临床资料: 将 1991 年 1 月 ~ 1995 年 12 月收治的 368 例患儿设为 A 组; 1996 年 1 月 ~ 2000 年 10 月收治的 304 例患儿设为 B 组。患儿年龄均在 12 岁以下。

1. 年龄分布及致伤原因: A 组: 男 197 例, 女 171 例, 1 ~ 3 岁占 45%, 3 ~ 7 岁占 30%, 小于 1 岁和 8 ~ 12 岁的小儿分别占 5% 和 20%; 其中热液烫伤占 70%, 火焰烧伤占 16%, 电烧伤占 5%, 鞭炮火药烧伤占 3%, 化学烧伤及其他占 6%。B 组: 男 168 例, 女 136 例, 其中 1 ~ 3 岁占 43%, 3 ~ 7 岁占 30%, 小于 1 岁和 8 ~ 12 岁的小儿分别占 5% 和 22%, 热液烫伤占 70%, 火焰烧伤占 12%, 电烧伤占 8%, 鞭炮火药烧伤占 4%, 化学烧伤及其他占 6%。

2. 治疗: A 组患儿深度烧伤采用晚期肉芽植皮, 按常规补液公式进行休克复苏, 虽然都度过了休克期, 但潜在的缺氧导致并发症增多, 轻中度烧伤死亡率占 1.4%; B 组患者深 II 度以上的创面采用早期切痂自体皮片或自体皮浆移植, 用“脱输”结合的原则, 第 1 个 24 h 的总入量为 1.6 ml · kg⁻¹ · 1% TBSA⁻¹, 尿量达到 60 ~ 80 ml/h; 第 2 个 24 h 尿量达 80 ml/h 以上, 患儿均度过休克期, 脑、肺水肿等内脏并发症的发生率明显降低, 治疗效果 B 组明显优于 A 组。

3. 结果: 两组患儿以中度烧伤居多(总面积小于 15% 或 III 度面积小于 5% TBSA), A 组 294 例, 死亡 4 例, 占 1.4%; B 组 251 例, 死亡 1 例, 占 0.4%, 余均治愈。烧伤总面积大于 15% 或 III 度面积大于 10% TBSA 的重度、特重度烧伤, A

组 74 例, 死亡 9 例, 占 12.16%; B 组 53 例, 死亡 3 例, 占 5.56%。A 组疗程长, 费用高, 且晚期瘢痕重; B 组疗程短, 晚期瘢痕轻。具体面积和愈合时间见表 1。

表 1 患者一般情况及创面愈合时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	烧伤总面积 (% TBSA)	III 度面积 (% TBSA)	创面愈合时间 (d)
A	368	18.1 ± 26.3	12.3 ± 16.1	36.50 ± 14.62
B	304	34.4 ± 19.2*	15.8 ± 13.6*	30.12 ± 11.21*

注: 与 A 组比较, * P < 0.05

讨论 基层医院患儿烧伤以家庭热液烫伤为主, 小儿安全意识差, 尤其 1 ~ 3 岁者好奇心强, 春夏季着衣较少, 皮肤接触热源概率高, 洗澡、饮食时家长防范不够易致面、颈、胸、双手等部位烧伤。烧伤后休克期的复苏是抢救的首要环节。患儿创面有大量血浆与电解质渗出, 造成最初 48 h 大量失液, 其体液丢失的绝对量虽然不一定多, 对小儿血液循环来说, 所占比例却很大, 故小儿烧伤休克发生率高, 及时有效地抗休克治疗是抢救成功的关键。入院后烧伤面积超过 10% TBSA 的患儿要迅速补液, 以防休克。感染仍是小儿大面积烧伤死亡的主要原因, 而烧伤创面是常见的感染途径, 且 1 周内检查痂下细菌量逐渐增多^[1], 与烧伤面积及伤后时间呈正相关, 早期封闭创面能减轻感染并发症。对患儿痂下组织进行细菌血培养检查, B 组阳性率明显低于 A 组, 而 B 组患儿的烧伤创面采用早期切、削痂自体皮片或自体皮浆移植, 提高了患儿的生存质量。

参 考 文 献

- 1 柴家科, 郭振荣, 朱兆明, 等. 痂下组织细菌定量培养的临床经验研究. 中华整形烧伤外科杂志, 1992, 8: 97 - 99.

(收稿日期: 2001 - 12 - 05)

(本文编辑: 赵 云)