

素类及其含酶抑制剂、氟喹诺酮类等抗生素广泛应用于烧伤感染,细菌在抗生素的选择性压力下,耐药率随之上升有关。因此对于多重耐药的铜绿假单胞菌,第三代头孢菌素及其含酶抑制剂已不能作为抗感染的首选。调查中还了解到,亚胺培南和头孢吡肟对铜绿假单胞菌的耐药率分别为 36.8% 和 33.3%,较有关文献报道^[7]低。其原因可能是笔者单位将这 2 种抗生素划为三线抗生素,主要短程应用于严重感染的烧伤患者,一旦感染控制,则停用或改用其他二线或一线窄谱抗生素,即实行“降阶梯疗法”^[8]。

念珠菌对氟康唑、伊曲康唑的耐药率较低。笔者认为,病房内保持良好的通风,创面暴露、勤换药,尽早手术封闭创面可减少真菌检出率。对住院时间长的大面积烧伤患者长期大量应用抗菌药物,应高度重视真菌感染的发生。严格规范抗生素的使用,是降低临床耐药率的重要措施。

参考文献

- [1] 王文奎,袁克剑,倪语星,等. 不同时期烧伤创面细菌生态学调查. 中华烧伤杂志, 2001, 17(2): 80-82.
- [2] 徐盈斌,利天增,祁少海,等. 1993~1999 年烧伤科细菌学调查及耐药性分析. 中华烧伤杂志, 2002, 18(3): 159-162.
- [3] 魏迪南,刘军. 烧伤患者细菌学调查及耐药性分析. 中华烧伤杂志, 2006, 22(2): 92-95.
- [4] Kallen AJ, Driscoll TJ, Thornton S, et al. Increase in community acquired methicillin-resistant staphylococcus aureus at a naval medical center. Infect Control Hosp Epidemiol, 2000, 21(3): 223-226.
- [5] Hiramatsu K. Vancomycin-resistant staphylococcus aureus: a new model of antibiotic resistance. Lancet Infect Dis, 2001, 1(3): 147-155.
- [6] 承宇, 闵文华. 203 例重度烧伤治疗后期残余创面的处理. 中华烧伤杂志, 2005, 21(1): 71.
- [7] 陈蕾, 邓诗琳, 梁建伟, 等. 烧伤重症监护病房细菌学调查及其药物敏感性分析. 中华烧伤杂志, 2005, 21(4): 270-272.
- [8] 肖光夏. 防治烧伤感染还需要新理念新措施. 中华烧伤杂志, 2005, 21(2): 83-84.

(收稿日期: 2007-01-25)

(本文编辑: 张红)

· 病例报告 ·

强碱液烧伤一例

仇佩庆 王振君 潘孙峰

患者男, 19 岁。2006 年 4 月工作时误服强碱液, 吞咽数口才察觉, 当时自感口周、双唇、咽喉部及胸骨后烧灼样疼痛。在当地医院稍作冲洗, 行补液抗感染治疗。伤后第 2 天症状加重转入笔者单位。查体: 患者意识清楚、精神差、脱水外貌, 体温 37.2℃、脉搏 88 次/min、呼吸 18 次/min、血压 106/72 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。口角及双唇可见黄色干痂, 质硬, 无明显渗出及疼痛, 口不能正常张大, 舌体、舌根部、软腭及咽喉壁黏膜多处剥脱, 创底苍白。双侧扁桃体、会厌肿胀附有白色伪膜, 声门区高度肿胀不能窥见。患者进食、饮水疼痛剧烈不能下咽, 给予 10 g/L 硼酸 50 ml 漱口, 口服少量牛奶, 定期冲洗口腔消毒, 双唇及口周喷用重组牛成纤维细胞生长因子 2 (珠海亿胜生物制药有限公司), 给予静脉营养支持。伤后 2 周, 患者双唇痂皮松动, 有少量渗出, 咽喉壁、软腭、会厌的白色伪膜部分脱落, 创基苍白。患者吞咽仍较困难, 可缓慢咽下少量流质食物。伤后 18 d 患者行食管稀钡餐检查, 示食管入口及中下段明显狭窄, 呈线条状。6 h 后钡剂在胃内潴留不能排空, 胃壁增厚僵硬, 插入细胃管减压和滴注少量肠内营养液。伤后 20 d 胃管内吸出胃内容

物、坏死黏膜和深褐色液体约 400 ml。伤后 30 d 胃镜检查显示, 距离门齿 30 cm 处明显狭窄。行食管扩张术, 用 7、9、11 mm 探条扩张后, 胃镜检查见食管中下段至贲门全层被腐蚀, 前壁脆而薄, 胃形态异常, 幽门完全梗阻。伤后 35 d 行剖腹探查术, 胃体僵硬萎缩, 蠕动消失, 行空肠造瘘术、肠内营养支持, 经多次食管扩张术效果不佳。伤后 3 个月, 患者行食管中下段和全胃切除及空肠食管吻合术。术后 7 d 进流质食物, 14 d 进半流质食物, 术后 1 个月患者康复出院。伤后半年因小口畸形行矫正术, 效果良好。

讨论 本例患者烧伤后口腔、咽喉、食管、胃黏膜和口周创面早期未得到及时、有效的处理, 是创面加深引起食管严重狭窄和幽门完全梗阻的主要原因。因此, 强碱烧伤后须在伤后 1 h 内口服体积分数 2% 醋酸溶液, 并反复洗胃和漱口, 早期行胃肠减压, 及时应用黏膜保护剂, 才能减轻食管瘢痕狭窄和幽门梗阻, 有利于患者的康复^[1], 且处理时间越早越好。

参考文献

- [1] 黎鳌. 黎鳌烧伤学. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 224.

(收稿日期: 2007-05-17)

(本文编辑: 莫愚)

作者单位: 314001 浙江嘉兴市中医医院烧伤科