

对我国烧伤外科现存问题的思考

贾赤字 盛志勇

我国烧伤救治水平处于世界先进行列,相关基础理论研究也取得了长足进步^[1]。但客观分析,在很多方面尚存在明显不足,有的已成为阻碍学科进一步发展的“瓶颈”,现总结如下,希望能引起同道重视和深思。

1 烧伤流行病学

(1)患者原始资料缺乏:由于我国社会及经济发展不平衡、医疗行业管理不到位以及对流行病学调查认识不足等原因,烧伤流行病学资料很不齐全。虽然烧伤可以预防,但流行病学资料缺乏导致预防措施滞后。(2)烧伤医师信息残缺:由于认识及管理不到位,全国烧伤治疗专科队伍资料残缺。

2 烧伤休克

(1)发病机制:烧伤休克发病机制仍未真正阐明,纠正休克基本靠被动的液体复苏,其根本性问题——体液渗出仍未得到解决^[2]。(2)限制性液体复苏:烧伤休克在某种程度上与失血性休克出血未控制类型相似。限制性液体复苏这一新理念是否适用于烧伤休克,尚未见有定论性的研究。(3)白蛋白:白蛋白一直是烧伤休克复苏的重要胶体之一,但目前对其临床价值的质疑越来越大。有研究小组观察到,在 1419 例低血容量、烧伤、低蛋白血症患者中,白蛋白治疗组病死率最高,建议除临床试验外不宜使用白蛋白^[3]。当然,该报告可能存在一定局限性,但目前的确缺乏关于白蛋白治疗烧伤休克的有说服力的随机对照试验(RCT)证据。(4)腹腔间隙综合征:腹腔间隙综合征已不罕见^[4]。Pruitt^[5]呼吁,应从超常量复苏的倾向中“往回摆”。表明目前在休克复苏方面仍存在倾向性错误,特别是一味追求血流动力学指标恢复正常,动物实验和临床实践结果证明是有害的^[6]。(5)循证医学:由于缺乏复苏终点的科学证据,缺乏理想的监测指标^[7],很难对输注液体的容量、质量及输注速度提出规范和指

导性标准。烧伤休克的前瞻性大宗病例对比研究极少。这些问题的解决,必须依赖国内甚至国际性广泛合作。

3 烧伤感染

3.1 概念

以往的“菌血症”、“败血症”以及“临床败血症”等概念,已逐渐被“脓毒症”所替代。但“脓毒症”诊断标准过于宽松,缺乏特异性,临床意义不大,其字面意义表达不确切。然而目前尚无更恰当的术语来取代它^[8]。

3.2 抗生素应用

(1)几点认识:烧伤创面发生细菌污染不可避免。以抗生素清除创面所有的细菌是不可能的。抗生素不应作为控制烧伤感染的“法宝”。创面处理仍是控制感染的关键。(2)强调针对性:目前滥用抗生素,特别是广谱抗生素并非个别现象。尚存在“无细菌学诊断证据及药物敏感试验结果而用药”,“无适应证用药”,“经验性用药”,“用药时限过长”等问题^[9]。降阶梯疗法和循环用药可缓解耐药性的产生^[10]。(3)强调用药时机:重点是围手术期,麻醉开始时静脉滴注 1 次(有效浓度);若手术时间长,术中追加 1 次;术后 24 h 可酌情停药。单纯发热或血象增高并非应用抗生素的指征^[11]。

4 烧伤创面修复

(1)理念:目前烧伤救治的观念已从“提高生存数量”向“提高生活质量”转换。“将整形技术应用到烧伤后早期救治中以提高愈合质量”这一理念,已被越来越多的人接受^[12]。但在实际临床工作中落实还远远不够。(2)方法:对深Ⅱ度以上创面应早期手术治疗,旨在争取获得好的疗效。目前一些单位仍把治病救命作为治疗的惟一目的,认为只要创面愈合就算治疗成功。现有的创面治疗技术与期望值尚存在较大差距。(3)创面外用药物:目前的主要问题是品种过多,鱼龙混杂。不可否认其中一些药物有确切疗效,但许多药品的疗效被有意夸大,而且大多数药物品种缺乏上市后的药物再评估^[13]。(4)皮肤替代物:实践证明,目前上市的全部产品只是起

到临时覆盖作用,真正意义上的永久性皮肤替代物仍未问世^[14]。(5)皮肤干细胞:仍有许多问题悬而未决,例如体外分离纯化的有效方法尚未建立,精确反映分化、代谢状况的特异性分子标志物尚未被发现,干细胞的定向分化调控问题未解决,体外扩增时间偏长,伦理学上还有不同认识^[15]等。

5 营养与代谢支持

(1)新理念:例如免疫营养。它是指在传统肠内营养基础上加入具有免疫调节作用的营养素,以增加肠道免疫功能,改善病情。但循证医学研究表明,危重患者使用肠内免疫营养素的死亡风险明显增高^[16]。因此,对免疫营养在烧伤救治中的作用需进一步研究。(2)不足:对营养和代谢支持缺乏系统了解,无法进行个体化的营养支持。营养物质配比不合理,对产品的剂量、时机、疗程及不良反应等掌握不准,不仅造成资源与资金浪费,还会增加机体器官的负担^[17]。

6 镇痛

目前烧伤镇痛基础研究及临床疗效很难令人满意^[18]。烧伤镇痛尚未得到足够认识和重视,不少医务人员的观念仍未改变,例如认为疼痛是必然的、不可控制的。

7 康复及心理治疗

(1)理念偏差:由于受到经济发展水平的限制,存在人力、物力方面的不足,对功能恢复及心理康复重视不够,相当比例的烧伤患者未能接受正规、系统的康复治疗。(2)硬件不“硬”:先进的康复治疗仪器较少,用于心理治疗的仪器几乎没有。(3)软件很“软”:许多医务人员对现代康复医学知之甚少;康复及心理治疗人员绝大多数是护士,受过专职训练的人员极少。对烧伤患者继发精神障碍的病因缺乏研究,相关检查和治疗措施亟待完善^[19]。

8 基础研究

(1)针对性不强:真正揭示烧伤病理机制的研究偏少。一味追求“高、新、尖”技术,脱离实际、远离临床或与临床结合不紧密的现象依然普遍存在。(2)原创性少:创新性强的科研论文偏少。原因之一一是缺少具有国际影响力的大师级领军人物;二是重名轻实、重量轻质、急功近利,浮躁心理普遍存在^[20];三是“个人意识”严重,少见单位及个人间的

协作;四是科研设备、研究人员整体水平有待提高;五是科研经费不足。

9 临床研究

(1)理念落后:不少人认为临床没什么可研究的;还有人认为临床研究即是观察药物疗效,把临床研究与低水平科研画等号^[21]。研究的构思和设计应来自临床,研究结果应回归于临床以促进临床治疗。但实际情况令人担忧。(2)水平偏低:普遍存在缺乏长远规划、计划变动大、随意性强、未进行样本估计、依从性差、周期过短、缺乏长期随访等问题^[22],导致试验结果可信度不高。(3)合作偏少:单位间合作极少,缺乏团队意识。缺乏高质量的 RCT 论文,与临床实际水平不相称。

10 行业管理

(1)归口:以往烧伤治疗行业管理单位是中华医学会烧伤外科学分会,但作为学术团体,其对行业管理心有余而力不足。《中华人民共和国执业医师法》的出台,标志着我国医师行业步入法制管理轨道。目前,中国医师协会烧伤分会已成立,相信行业管理会逐步走向正规。(2)不同级别医院医疗资质认定:烧伤救治分级制度尚未明确,这不仅严重影响我国烧伤救治的整体水平,不利于重度烧伤和成批烧伤的救治,而且造成医疗资源大量浪费。(3)专科培训及准入:我国住院医师和专科医师规范化培养制度的运作刚刚起步。烧伤专科尚未开展专科化培训。在整体水平、人才分布方面,还存在地区不平衡性。

11 培训和教育

(1)预防教育:防火安全措施和火灾逃生方法等安全知识宣传教育不够;在各种教科书、专著和学术论文中鲜见这方面的介绍和报道。重大火灾事故中,因防火知识缺乏、逃生方法不正确导致的死亡占很大比例。(2)教材:我国教材基础性、系统性、逻辑性强,但创新性、先进性不够,不利于对学生创造性和科研能力的培养^[23]。目前的教学模式还仅停留在疾病的诊治上,缺乏烧伤的预防、镇痛、心理、康复、逃生等重要内容,关于现代化战争特点及现代武器的致伤特性及其救治方案和措施也未涉及^[24]。(3)科室建设及人才梯队培养:国外烧伤救治中心一般由烧伤科医师、呼吸内科医师、营养师、康复医师、心理医师和麻醉医师组成,实行教授负责制,学

术氛围浓厚。而在我国,烧伤治疗单位的医师队伍仅由单纯的烧伤医师组成;实行科主任负责制,行政管理占据了主任大量的时间及精力,学术氛围相对薄弱;国际知名度高的学科带头人较少;科室人才主要由本单位培养,“近亲繁殖”现象严重。(4)学术交流:高层次的国际性交流太少而国内会议太多。会议主题重复、讲课内容重叠及同行参会热情不高现象较为普遍。不少代表,尤其是学科带头人参会不是出于学术交流需要,而是碍于情面。

12 今后发展方向和策略

(1)完善和补充全国性烧伤流行病学资料,建立烧伤专科队伍资料数据库,建立全国性烧伤救治协作网。(2)建立适合中国国情的烧伤专科医师培养、准入制度及烧伤专科医师培养基地,强化烧伤专科医师培养^[25]。制定烧伤分级救治标准及相关规范和制度,尽早使烧伤分级救治程序化、规范化、标准化和法制化。(3)成立烧伤救治基金会,设立相应的烧伤救治和人才培养专项基金。为贫困烧伤患者的应急救治、边远地区专科医师临床技能和科研能力的培养及学术交流提供必要资助。(4)调整研究思路,加强临床性研究和基础研究的产业化。(5)加强循证医学研究,把循证医学的方法引入临床研究,提高我国临床思维及研究水平。

参考文献

[1] 杨宗城. 重视烧伤休克监测的研究. 中华烧伤杂志, 2008, 24(4): 245-247.
 [2] 贾赤宇. 从循证医学角度看烧伤休克复苏的现状. 中华烧伤杂志, 2006, 22(5): 324-326.
 [3] Cochrane Injuries Group. Human albumin administration in critically ill patients; systematic review of randomised controlled trials. Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers. BMJ, 1998, 317(7153): 235-240.
 [4] 肖光夏. 再论腹腔间隙综合征. 中华烧伤杂志, 2008, 24(2): 81-83.

[5] Pruitt BA Jr. Protection from excessive resuscitation: "pushing the pendulum back". J Trauma, 2000, 49(3): 567-568.
 [6] 夏照帆, 王光毅. 烧伤休克期补液与检测相关问题的探讨. 中华烧伤杂志, 2008, 24(4): 241-244.
 [7] 杨宗城. 严重烧伤治疗进展与展望. 中华烧伤杂志, 2006, 22(3): 237-240.
 [8] 彭毅志, 袁志强. 烧伤感染术语及诊断标准的商榷. 中华烧伤杂志, 2007, 23(6): 404-405.
 [9] 郭振荣. 烧伤患者的抗感染策略. 中华烧伤杂志, 2008, 24(2): 145-147.
 [10] 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.
 [11] 盛志勇, 贾赤宇. 烧伤患者感染的防治. 临床外科杂志, 2008, 169(1): 25-27.
 [12] 黄晓元. 更进一步提高深度烧伤创面修复质量. 中华烧伤杂志, 2009, 25(1): 3-5.
 [13] 贾赤宇. 烧伤与循证医学. 中华烧伤杂志, 2006, 22(3): 232-234.
 [14] Pham C, Greenwood J, Cleland H, et al. Bioengineered skin substitutes for the management of burns: a systematic review. Burns, 2007, 33(8): 946-957.
 [15] 吴军. 干细胞移植治疗难愈性创面的展望. 中华烧伤杂志, 2007, 23(1): 3-5.
 [16] 彭代智. 营养支持对烧伤后免疫紊乱的调理作用. 中华烧伤杂志, 2006, 22(6): 401-404.
 [17] 韩春茂. 拓宽视野 搞好烧伤临床营养支持工作. 中华烧伤杂志, 2006, 22(4): 313-315.
 [18] 周湘桂, 辛国华. 严重烧伤疼痛治疗研究进展. 中华烧伤杂志, 2007, 23(6): 472-475.
 [19] 黄立锋, 贾赤宇. 烧伤后应激障碍. 中华烧伤杂志, 2005, 21(1): 77-78.
 [20] 游苏宁. 应更有效地利用国内的研究成果. 中华烧伤杂志, 2008, 24(1): 1-2.
 [21] 贾赤宇. 烧伤临床研究——一个值得重视和加强的领域. 中华烧伤杂志, 2006, 22(1): 8-10.
 [22] 贾赤宇. 从循证医学角度分析《中华烧伤杂志》2000—2004年发表的临床试验论文. 中华烧伤杂志, 2006, 22(1): 38-41.
 [23] 诸葛毅, 俎德玲. 高等医学教育英文原版教材与国内教材的比较. 中国高等医学教育, 2006, 2: 36-39.
 [24] 贾赤宇. 烧伤外科临床教学现状及改进构想. 医学研究杂志, 2007, 36(10): 109-111.
 [25] 贾赤宇. 建立烧伤专科医师培养制度及专科医师基地势在必行. 中华烧伤杂志, 2009, 25(2): 84-86.

(收稿日期: 2009-02-13)

(本文编辑: 罗勤)

· 产品信息 ·

海肤康人工皮肤

海肤康人工皮肤是以甲壳胺为主要原料制成的烧伤创面覆盖材料。透气、透湿, 结构强度高, 生物相容性好。具有保护创面、促进皮肤细胞增殖的作用。使用方法简单, 不需更换, 直至创面愈合自行脱落。愈合创面平整, 少留瘢痕, 无过敏和排斥反应。适应证: (1) 供皮区创面; (2) 浅Ⅱ度烧伤创面; (3) 深Ⅱ度脱痂或削痂创面; (4) 网状植皮和小皮片(或条状)植皮创面; (5) 后期残余小创面。禁忌证: 详见说明书。注册证号: 琼食药监械(准)字 2008 第 2640010 号。生产企业: 海南民福药业公司, 地址: 海南省海口市海府路 22 号, 邮编: 570203。电话: 0898-66726088, 网址: www.hyphencan.com。免费咨询电话: 如果您有任何关于海肤康的事宜, 请拨打 13807691273, 听到通“嘟”音后即挂机, 我们会立刻给您回电话。恭候垂询!

海肤康人工皮肤诚招省级区域总代理

海南民福药业公司