

2. 气管切开与休克复苏:吸入性损伤者氧疗被普遍接受,但有关气管切开的适应证及其手术时机选择尚有争议。以前曾过多地考虑气管切开会增加肺部感染,对缺氧加重休克认识不足,手术适应证掌握过严,实施过晚。本组 33 例手术者,早期切开较晚期切开复苏时间短,补液量少,提示手术适应证掌握不宜过严。一旦有指征,易尽早切开。尤其当患者处于渗出高峰期之前,坐等往往是图劳的,复苏补液将会进一步加重呼吸困难,严重缺氧可导致复苏的失败,即使患者能勉强度过休克期,常伴有多脏器功能的严重损伤,甚至衰竭而很快死亡。一般认为,有呼吸道梗阻、重度吸入性损伤、呼吸衰竭或其它严重并发症需进行呼吸管理者为气管切开的适应证。对轻、中度吸入性损伤出现呼吸困难症状,经非手术措施救治短期内不能解除者,也应行气管切开术。近年来,吸入性损伤治愈率的提高与临床治疗中早期气管插管或切开密切相关。此外,对气管切开者,应常规进行气管冲洗,采用等渗盐水加糜蛋白酶或 2% 碳酸氢钠 5~10 ml,每日 3~4 次;同时辅以化痰排痰治疗。

3. 合并吸入性损伤的休克复苏:近年来,复苏补液量有增大趋势。统计本组休克期度过平稳者的补液量,与全国推荐的小儿烧伤复苏公式计算的补液量差异无显著性意义。本组休克期脑水肿、肺水肿的发生率高达 29.13%;3 岁以下组发生率高达 65.85%。其原因除患者入院较晚和大量饮水外,尚因小儿神经体液调节机制未臻完善所致;合并吸入

性损伤者,呼吸、循环系统代偿储备能力更趋降低,致使患者休克发生率高,组织损伤出现早,损伤重。对小儿吸入性损伤复苏补液不宜盲目加大补液量,在复苏不理想时,首先应排除各种液体成分比例失当、合并酸中毒、肺水肿、脑水肿等。年龄愈小,匀速补液愈显重要,禁忌忽快忽慢。近年来,复苏治疗常规应用了甘露醇,部分患者应用了 654-2,可能在提高复苏成功率方面具有积极意义。

4. 关于感染的防治:本组 67 例死亡者中,58.21% 并发菌血症,37.31% 直接死于菌血症,表明感染的防治是提高吸入性损伤救治成功率的重中之重。吸入性损伤、休克是烧伤感染的重要诱因,有效地防治吸入性损伤和休克是防治感染的重要措施。烧伤面积 >30% 的菌血症发生率为 40.34%,中、重度吸入性损伤者其发生率高达 48.12%,并发休克者发生率为 53.66%。此类患者可视为高危感染患者,应早期使用高效抗生素^[1-3]。此外,积极防治感染并发症对改善预后具有重要意义。

参 考 文 献

- 1 杨晓东,张宏,吉天鹏,等.菌血症防治进步对吸入性损伤治愈率的影响.现代康复,1997,363.
- 2 杨晓东,吉天鹏,张宏,等.吸入性损伤病死率与菌血症关系的探讨.人民军医,1998,41:80.
- 3 张宏,高增寿.小儿菌血症.中华整形烧伤外科杂志,1996,12:272.

(收稿日期:2001-08-17)

(本文编辑:赵云)

· 经验交流 ·

烧伤合并骨折 60 例的临床处理

贾享成 刘群 张建明

我院 1990 年 1 月~1999 年 12 月共收治烧伤合并骨折患者 60 例,现将临床处理中的几点体会介绍如下。

1. 烧伤合并骨折的特点是兼有其他创伤因素,本组病例中因车祸烧伤者占 53.5%,合并血气胸、颅内损伤、内脏破裂、大出血等。因此,全面查体至关重要,注意瞳孔大小及各种生理反射,重视烧伤合并骨折时因肢体过度肿胀等引发的筋膜腔压迫综合征。

2. 应全面评估伤情,分清主次,先处理危及生命的创伤。

3. 对大面积烧伤合并骨折的患者,补液总量应包括骨折引发的失血性休克部分,早期抗休克可给予全血。

4. 对闭合性单一骨折早期可首先处理烧伤创面,对管状骨骨折适当给予夹板或石膏托固定,骨牵引或内固定。先处理骨折周围的烧伤创面,封闭烧伤创面后再转入专科处理。此外,对开放性骨折应将预防骨髓炎放在首位,必须给予全身抗生素治疗,及时止血,必要时加压包扎固定。骨折处可用碘伏或抗生素湿敷包扎,尽可能采用皮瓣、肌皮瓣或肌肉瓣封闭创面。

(收稿日期:2001-01-13)

(本文编辑:罗勤)

作者单位:300222 天津市第四医院烧伤科