[2] Ichim TE, Zhong R. Prevention of allograft rejection by in vitro generated tolerogenic dendritic cells. Trends Immunol, 2003, 11(3/4): 295-306.
[3] Guillot C, Menoret S. Active suppression of allogeneic proliferative responses by dendritic cells after induction of long-term allograft survival by CTLA-4Ig. Blood, 2003, 101(8): 3325-3333.
[4] 王强,彭毅志. 小鼠骨髓未成熟树突状细胞体外扩增及鉴定. 中华烧伤杂志, 2003,19(6):332-335.
[5] 王强,彭毅志. 负载抗原对低剂量粒细胞巨噬细胞集落刺激因子诱导的树突状细胞免疫学性状的影响. 中华烧伤杂志, 2006, 22(3):211-214.
[6] Levite M, Reisner Y. Induction of prolonged tolerance to third-party skin grafts following fully allogeneic bone marrow transplantation in mice. Transplantation, 1993, 55(3):633-638.
[7] Eto M, Hackstein H. Promotion of skin graft tolerance across MHC barriers by mobilization of dendritic cells in donor hemopoietic cell infusions. J Immunol, 2002, 169(5): 2390-2396.
[8] Hwang KW, Sweatt WB. Cutting edge: targeted ligation of CTLA-4 in vivo by membrane-bound antibody prevents rejection of allogenic cells. J Immunol, 2002, 169(2):633-637.
[9] Kaneko K, Morelli AE, Wang Z, et al. Alloantigen presentation by ethylcarbodiimide-treated dendritic cells induces T cell hyporesponsiveness, and prolongs organ graft survival. Clin Immunol, 2003, 108(3):190-198.
[10] Lechler R, Ng WF. Dendritic cells in transplantation-friend or foe? Immunity, 2001, 14(4):357-368.

(收稿日期:2006-12-26)
(本文编辑:赵敏)

·经验交流·

治疗Ⅲ度烧伤面积≥80% TBSA 患者 19 例

李淑荣

1986 年 5 月—2006 年 5 月,笔者单位共收治 19 例Ⅲ度面积≥80% TBSA 的烧伤患者,其中 8 例救治成功,现总结如下。

1 临床资料

本组患者中男 17 例、女 2 例,年龄 19~66 岁,休克期度过平稳者 11 例、不平稳者 8 例。休克期度过不平稳的患者早期均发生脓毒症或脏器功能不全,其中 7 例死亡;休克期度过平稳的患者仅 5 例发生脓毒症或脏器功能不全,其中 4 例死亡。

2 治疗方法与讨论

2.1 防治休克

2.1.1 重视早期补液　大面积深度烧伤患者休克期度过平稳与否,直接影响其预后。伤后由于大量血浆样体液外渗,造成有效血容量不足,同时伴有大量红细胞破坏,携氧能力减弱,导致组织缺氧。特别是在伤后第 1 个 24 h,必须根据具体病情掌握补液量和补液速度(肾功能损害较轻的成年患者,补液量与尿量的体积比应维持在 5:1 左右),以较好地预防和控制休克的发生和发展。笔者单位收治的休克期度过不平稳患者中,有 2 例为伤后 5 h 入院,早期补液明显不足,属重度休克。休克期度过平稳的 11 例患者均于伤后 2 h 内入院,入院后第 1 个 24 h 成人补液量均超过 10 000 ml(10 360~14 860 ml),尿量 66 ml/h,补液量与尿量体积比为(5~6):1。

2.1.2 保障氧供　Ⅲ度面积≥80% TBSA的患者常合并不同程度的吸入性损伤。中重度吸入性损伤者宜尽早行气管切开,保持气道通畅,迅速改善组织氧供,使机体处于良好状态,增强抗病能力,为后续手术处理创面做准备。

2.2 处理创面

机体烧伤后免疫功能紊乱、体液大量丢失、细菌大量繁殖。随着时间延长,细菌向深部组织侵袭,导致创面脓毒症发生。本组中抢救成功的 8 例患者,均尽早行切削痂术,及时封闭创面,从根本上控制了感染和炎性反应。

(1)焦痂切除:以手术清除为主,对颜面部、会阴等特殊部位采取保痂疗法。若患者入院早、抢救及时、病情平稳,可在伤后 48 h 内手术,首次切痂面积建议尽可能大,第 2 次手术的时间间隔视患者情况而定,大部分焦痂宜在伤后 2 周内清除。Ⅲ度创面若集中于四肢,最适宜行焦痂切除,面颈部和会阴常规行保痂治疗。一般切痂顺序是"先四肢、后躯干",但也须结合全身和创面具体情况考虑。若患者感染严重,可能有部分坏死肌肉或病灶焦痂及躯干部有限制呼吸的环形焦痂,要尽早切除;如肢体肌肉广泛坏死,应考虑截肢;对暂不切除且感染较轻的焦痂,要尽量保持干燥,创面外涂磺胺嘧啶银糊剂。(2)创面覆盖:焦痂清除后,必须及时覆盖、封闭创面。大面积Ⅲ度烧伤患者的自体皮源较少,可移植大张异体皮,其上开洞嵌植自体皮或行微粒皮移植术。

2.3 防治感染及保护脏器功能

严重烧伤后,引发的过度炎性反应容易导致严重感染和多脏器功能衰竭,这也是目前大面积Ⅲ度烧伤患者的主要死亡原因。笔者认为,防治感染应从提高机体抗病能力及控制病原菌着手,早期给予肠内肠外营养、正确处理创面、合理应用抗生素和采取必要的消毒隔离措施均很重要。在治疗过程中,注意进行分泌物细菌培养,选择敏感抗生素。一旦观察到早期感染征象,要及时选用高效抗生素或联合用药,做到用药及时、停药果断。

(收稿日期:2007-01-18)
(本文编辑:赵敏)

作者单位:255069　山东淄博,山东铝业公司医院普外科

Q2xvdWRWZXJzaW9uLQo?