菌素弱，这与体外实验结果相同。第三代头孢菌素对 G^- 杆菌有广谱作用，尤其是对铜绿假单胞菌疗效强。如临床高度怀疑 G^- 菌感染，可以根据经验，先选用较安全的第三代头孢菌素，之后再根据细菌学结果调整用药。虽然第三代头孢菌素有良好的抗菌效果，但其耐药菌株的出现和敏感性降低的问题已不容忽视[5]，如应用不当，还可引起二重感染。

MRSA 感染是烧伤临床非常值得重视的问题。由于 MRSA 对大多数常用抗生素，包括几乎所有的 β－内酰胺类药物严重耐药，其治疗比较棘手。万古霉素和去甲万古霉是目前治疗 MRSA 感染疗效甚佳的杀菌剂。万古霉素为无定形糖肽类物质，抑制细菌细胞壁的形成，与其它药物无交叉耐药，对 G^+ 球菌作用强。去甲万古霉素为新糖肽类抗生素，其抗菌作用和药理特性与万古霉素相似，对葡萄球菌和肠球菌等耐药 G^+ 球菌具高度抗菌活性。但已有 MRSA 对万古霉素敏感性降低及其它球菌对万古霉素耐药的报道[9]。笔者应用万古霉素和去甲万古霉素治疗 MRSA 感染，未发现 1 例耐药，不良反应少，疗效满意。笔者认为，万古霉素和去甲万古霉素可作为治疗 MRSA 的首选用药。对于严重感染在未获得病原诊断而高度怀疑 MRSA 时，可用万古霉素或去甲万古霉作经验治疗。另外，避免滥用抗生素，也是减少 MRSA 感染的重要原则。

参　考　文　献

1　Pruitt BA, Jr. McManus AT, Kim SH, et al. Burn Wound Infection: Current status. Would J. Surg, 1998, 22: 135 - 145.
2　王文奎，袁克俭，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，2001，17：80 - 82.
3　柴家科. 烧伤感染的病原菌. 见：盛志勇，郭振荣，主编. 危重烧伤治疗与康复学，2000. 127 - 130.
4　Cook N. Methicillin resistant Staphylococcus aureus versus the burn patient. Burns. 1998, 24: 91 - 98.
5　许伟石. 烧伤感染. 中华烧伤杂志，2000，16：72 - 74.
6　R. Kumar Gang, Rameshwar L. Bang, Suhas C. Sanyal, et al. Pseudomonas aeruginosa septicaemia in burns. Burns, 1999, 25: 611 - 616.
7　邓诗琳，苏东，曹丽萍. 1993 - 1996 年 1312 株烧伤感染菌的耐药性调查分析. 中华整形烧伤外科杂志，1998，14：96 - 99.
8　李祥，马承宣. 第三代头孢菌素的合理应用. 中华医院感染学杂志，1997，7：187 - 189.
9　Gin AS, Zhanel GG. Vancomycin resistance Enterococci. Ann Pharmacother, 1996, 30: 615 - 624.

（收稿日期：2001 - 08 - 17）
（本文编辑：赵　云）

·警钟·

气囊导尿管致尿道破裂二例

詹新华　吴祖煌　叶雅君

尿道破裂常见于先天性和外伤性如骑跨伤、感染等原因，气囊导尿管所致尿道破裂较为少见。我科曾发生应用气囊尿管导致尿道破裂 2 例，报告如下。

例 1，患者男，3 岁，因热水烫伤 64% TBSA 入院。入院后即以 10 号气囊导尿管导尿，并经积极抗休克等抢救治疗，病情较为平稳。伤后第 22 天导尿管滑脱，随即重新插入，导尿顺利。次日，患儿主诉下腹疼痛，排尿时明显加重。阴茎根部腹侧出现一皮下囊性结节，继而破溃，尿液呈淡红色。取破溃口尿液检查尿常规：红细胞（＋＋），尿道造影提示尿道膜部有一约 0.1 cm 瘘口与外口相通。外口进行简单清创，加压包扎。继续导尿管导尿，并用抗生素预防尿路感染。1 周后外口自愈，未出现皮下尿液性囊肿，随访 6 个月无异常。

例 2，患者男，45 岁，火焰烧伤 46% TBSA，5 d 后由外院转入。入院时以 16 号气囊导尿管导尿，11 d 后患者出现血尿，自诉有排尿感，下腹部胀痛明显。1 h 后气囊导尿管自行脱落，重新插入 16 号气囊导尿管。3 d 后发现阴囊水肿并逐渐扩展至下腹部、阴茎及双大腿根部，水肿处皮肤发亮，可抽出淡黄色尿液。此时患者血肌酐、尿素氮值均高于正常。经泌尿外科会诊，确诊为尿道破裂。于尿道破裂后 4 d 手术，术中可见尿道膜部有一 0.3 cm 的瘘口，采用尿道会师术恢复尿道的连续性，手术效果好，10 d 后患者完全康复。

讨论　气囊导尿管致尿道破裂较为少见，国内未见报道。导致破裂的原因有：（1）气囊导尿管固定欠佳，自行脱落时未完全流尽的囊液挤压尿道，尿道膜部作为尿道第一狭窄部，极易受到损伤。（2）本组 2 例均为再次插入气囊导尿管后发生尿道破裂，可能是长时间置入尿管使尿道粘膜糜烂，再插入导尿管时诱发尿道破裂。（3）气囊导尿管向外牵拉过度，亦可造成膀胱三角区受压，使尿道膜部缺血。因此在临床上应加强对导尿患者的护理，防止尿管脱落。（4）置入导尿管的时间不宜过长，重新插入导尿管时可更换小号导尿管，注意轻柔操作。（5）尿瘘不严重时可保守治疗，注意不要拔除原有的导尿管，避免再次刺激尿道。如尿道裂口过大不易行尿道会师术，应予耻骨上膀胱造瘘以解决排尿问题，待局部炎症反应得到控制并减轻后，择期进行尿道重建手术。

志谢　本文承蒙第二军医大学长海医院烧伤中心刘世康教授指导，特表感谢！

（收稿日期：2001 - 03 - 11）
（本文编辑：王　旭）

作者单位：351100　莆田，解放军第九十五医院烧伤科

中華醫學會雜誌社 版權所有 Q2xvdWRWZXJzaW9uLQo?