参 考 文 献

1 Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, et al. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2003, 27: 355 - 373.

2 Dhaliwal R, Heyland DK. Nutrition and infection in the intensive care unit: what does the evidence show? Curr Opin Crit Care, 2005, 11: 461 - 467.

3 Thompson C, Fuhrman MP. Nutrients and wound healing: still searching for the magic bullet. Nutr Clin Pract, 2005, 20: 331 - 347.

（收稿日期：2005 - 03 - 21）
（本文编辑：赵敏）

·经验交流·

救治濒危转入的特重度烧伤患者 16 例

张丕红　黄晓元　龙剑虹　杨兴华　雷少榕　谢庭鸿　张明华

笔者单位 2004 年 1 月—2005 年 12 月收治院外转入的 16 例特重度烧伤濒危患者（A 组），与同期伤后早期收治的 22 例特重度烧伤患者（B 组，包括 6 例非濒危转院者）的一般资料及基础伤情相似（$P > 0.05$），因此进行比较分析。

一般资料及病情：（1）A 组男 12 例、女 4 例，年龄 13 ~ 54 岁［（40 ± 10）岁］，烧伤总面积 55% ~ 97%［（76 ± 16）%］、Ⅲ度 12% ~ 95%［（48 ± 23）%］TBSA，其中 8 例伴有轻度或中度吸入性损伤。经询问病史并结合转入时的病情，判定休克期度过不平稳者 9 例。患者均于伤后 3 ~ 29 d［（10 ± 8）d］转入，入院时分别或同时伴有各种并发症（表 1）。14 例患者创面已溶痂或已行切（削）痂、异体（种）皮和微粒皮移植术，其中创面感染、微粒皮成活较差者 4 例；切（削）痂后用猪皮覆盖创面者 4 例；创面外涂湿润烧伤膏致大面积溶痂者 5 例；曾外用抗溶痂的中药制剂（药名不详）1 例。另 2 例创面情况尚可。（2）B 组男 15 例、女 7 例，年龄 6 ~ 56 岁［（35 ± 8）岁］，烧伤总面积 50% ~ 92%［（75 ± 16）%］、Ⅲ度 16% ~ 84%［（46 ± 28）%］TBSA，其中 1 例伴有中重度吸入性损伤。

表 1　特重度烧伤濒危转入患者并发症发生情况（例次）

转入时间（年份）	例数	脓毒症	ARDS	高钠血症	消化道出血	肾功能不全	严重营养不良
2004	4	2	1	1	1	0	1
2005	12	8	3	4	2	3	3

注：ARDS 为成人呼吸窘迫综合征

治疗方案：入院后尽快进行相关检查、掌握病情。考虑有脓毒症发生者，立即抽血进行细菌培养，留取痰、大便、小便标本寻找真菌孢子，部分患者行床旁胸腹部 X 线片和腹部 B 超检查等。应用广谱抗生素进行抗感染治疗，采用亚胺培南/西司他丁钠盐（或盐酸头孢吡肟、美罗培南）、万古霉素、氟康唑三联抗感染。当患者发生成人呼吸窘迫综合征（ARDS）或低氧血症时，积极采用呼吸机辅助呼吸，A 组应用呼吸机治疗 6 例。高钠血症患者严格控制钠盐的摄入，并置胃管灌注冷开水 2 500 ~ 3 000 ml/d，若血钠值持续上升或并发肾功能障碍，则采取床旁血液滤过治疗，A 组持续应用肾替代治疗 4 例。患者入院时创面外涂 100 g/L 磺胺嘧啶银糊剂行半暴露治疗，待病情稳定后即行手术治疗，采用扩创、切（削）痂、异体（种）皮和微粒皮移植等方法尽早封闭创面。A 组中 5 例因肉芽大面积形成、自体皮源有限，曾混合移植自体和异体刃厚皮修复创面。

统计学处理：数据行 t 检验和卡方检验。

结果：A 组患者中 10 例治愈、6 例死亡（病死率为 37.5%），均死于脓毒症或多器官功能衰竭；B 组患者中，仅有 1 例于伤后 1 个月因吸入性损伤及肺部感染致呼吸功能衰竭死亡，其余 21 例均治愈（病死率为 4.5%）。两组比较，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。

讨论　医疗卫生行业的竞争日益激烈，许多烧伤患者选择在收费低廉的基层医院救治。但基层单位由于医疗条件有限，人员、设备、技术力量不足，治疗欠规范，主要体现在以下几个方面：（1）无法给予及时有效的液体复苏治疗，患者休克期度过不平稳。（2）创面处理不规范：外涂湿润烧伤膏造成大面积溶痂、毒素吸收，甚至发生全身失控性炎性反应[1]；盲目切（削）痂后仅用猪皮覆盖，未有效修复创面。（3）抗生素选择不合理：受经济因素影响，仅使用低成本的有限种类的抗生素，不针对病情需要选择有效抗生素。（4）营养支持治疗不足：患者低蛋白血症迟迟得不到纠正，机体免疫力下降，导致脓毒症发生[2]。（5）预防并发症的警惕性不够：目前危重烧伤患者虽采用抗生素降阶梯疗法，但若未能及时停药，则会导致二重感染[3]；此外，难以控制的高钠血症也是严重感染的重要信号[4]。

特重度烧伤患者能否成功救治，早期治疗是关键[5]。一旦失去机会，后续治疗相当困难，患者常有生命危险。因此笔者呼吁社会合理利用医疗资源，对特重度烧伤患者要选择就诊医院、适时转送，这也是提高烧伤救治成功率的关键。

参 考 文 献

1 胡永才，欧才生，黄泽春，等. 湿润烧伤膏治疗烧伤总面积 > 50% TBSA 患者的疗效观察. 中华烧伤杂志，2006，22：57 - 60.

2 张丕红，马恩庆，黄晓元，等. 特重烧伤病人血清蛋白变化与败血症的关系. 湖南医学，2000，17：325 - 327.

3 张丕红，黄晓元，梁鹏飞，等. 6 例特重烧伤真菌感染的诊治体会. 中国医学工程，2004，12：66 - 67，70.

4 袁仕安，杨晓东，张宏，等. 烧伤患者并发高钠血症的原因及其防治措施探讨. 中华烧伤杂志，2004，20：40 - 42.

5 黄跃生，杨宗城，肖光夏，等. 烧伤早期损害的防治措施对提高烧伤存活率的作用. 第三军医大学学报，2001，23：217 - 220.

（收稿日期：2006 - 03 - 06）
（本文编辑：赵敏）

作者单位：410008　长沙，中南大学湘雅医院烧伤整形科
通信（讯）作者：黄晓元，Email：huxzhong@yahoo.com.cn，电话：0731 - 4327006

Q2xvdWRWZXJzaW9uLQo?