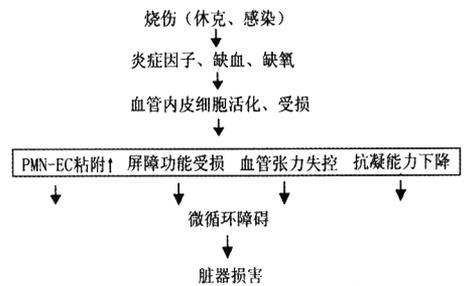


都是先刺激、激活或损伤血管内皮细胞,之后才能发挥作用。体外观察烧伤血清、TNF、ET、FDP、粒细胞、内毒素或缺氧环境对培养血管内皮细胞的影响,结果发现这些因素都有不同程度的损伤作用。表现在:(1)培养的血管内皮细胞有明显形态变化。(2)培养液 LDH、6-酮-PGF1 α 增多,G-actin 减少。

概括血管内皮细胞在烧伤后的作用,图解如下。



(收稿日期:2001-03-27)

(编辑:王 旭)

· 病例报告 ·

治愈严重烧伤合并伤寒一例

杨际慧 黄逢元 吴伯瑜 楼非鸿

患者男,28岁,火焰烧伤5h后入院。烧伤面积52%,Ⅲ度26%TBSA。入院后按常规给予输液抗休克,抗感染等。术前体温波动在37.2~38.7℃,意识清楚,食欲尚好,偶诉腹痛,无腹胀,腹部因创面而未做触诊检查,大便正常。伤后第6天行削痂植皮术。术后第2天体温升至39.6~40.8℃,脉搏112~148次/min,意识恍惚,时有谵妄,食欲不振,全身正常皮肤未见皮疹。血白细胞为(10.5~16.9)×10⁹/L,中性、淋巴、单核及嗜酸性粒细胞基本正常。疑为脓毒症,调整抗生素为泰能和丁胺卡那霉素,并取血进行细菌培养及药物敏感试验。3d后血培养鉴定为伤寒沙门菌,对泰能和丁胺

卡那霉素敏感。继续使用上述两种抗生素。同时,加强饮食护理,忌吃质坚多渣不易消化的食物,加强静脉营养。6d后体温降至正常,病情好转。住院40d,创面愈合出院。

讨论 近年来,由于伤寒症状不典型,玫瑰疹及相对缓脉的患者减少,而部分革兰阴性菌所致的烧伤脓毒症的临床表现与伤寒症状又有较多的相似,极易混淆造成误诊。因此,当烧伤患者出现高热时,应及时进行血培养及药物敏感试验,可有效地避免伤寒的漏诊或误诊,并选用敏感抗生素进行治疗。

(收稿日期:2000-09-11)

(编辑:张 宁)

作者单位:350001 福州,福建医科大学协和医院烧伤科

颈部深度电烧伤合并霍纳氏征一例

阴凯 卢长顺 卢素芳

患者男,21岁,工作中被10kV高压电烧伤右颈、胸部及双上肢,当即昏迷,无坠落伤。伤后36h入院。查体:体温38.6℃,脉搏116次/min,呼吸28次/min,血压100/60mmHg(1mmHg=0.133kPa)。浅昏迷,Glasgow评分8分。双侧瞳孔等大等圆,光反射灵敏。左上肢肘部可见一横行深达骨质的创面,左上臂环形焦痂,前臂及左手皮肤呈花斑状,皮温低,无感觉。右上臂环形焦痂,前臂和右手已坏死。右颈、肩及胸部焦痂创面为20cm×8cm,其中颈部创面已开裂,可见坏死肌肉组织,无活动性出血。诊断:电烧伤29%TBSA,Ⅱ度1%TBSA,Ⅲ度28%TBSA。给予补液抗休克及抗感染治疗。于伤后第2天行双上肢截肢术。伤后第4天

出现双侧瞳孔不等大,右侧直径2mm,左侧3.5mm,对光反射灵敏。右侧额部皮肤干燥,皮温高,无汗,左侧额有汗,右侧上睑轻度下垂,眼球轻度内陷。诊断为霍纳氏综合征。给予神经营养药后,全身情况好转。颈、肩及胸部烧伤创面经皮瓣及自体皮片移植覆盖,伤后4个月痊愈出院,但双侧瞳孔无变化。

霍纳氏综合征是由颈上交感神经径路的损害引起。本例烧伤部位为右颈部,深达颈交感神经节(或)分支。于伤后第4天出现霍纳氏综合征,可能是电烧伤的进行性损害。由于临床症状有双侧瞳孔不等大,应与脑疝鉴别。电烧伤合并霍纳氏征,因颈部损伤后瘢痕形成,预后较差,本例观察4个月仍未恢复。

(收稿日期:2000-11-27)

(编辑:张 宁)

作者单位:100073 北京电力医院烧伤科(阴凯、卢长顺);长辛店医院神经内科(卢素芳)