tioxidants in wound healing : an emerging paradigm. Ann NY Acad Sci, 2002, 957(3): 239 - 249.
[3] 金岩, 吕红兵, 刘源, 等. 人全层组织工程皮肤的研制. 实用口腔医学杂志, 2002, 18(2): 163 - 166.
[4] 刘亚玲, 金岩, 聂鑫, 等. 人组织工程全层活性皮肤在深度烧伤创面的临床应用. 第四军医大学学报, 2004, 25(3): 224 - 228.
[5] Sheikh A, Gibson J, Rollins M, et al. Effect of hyperoxia on vascular endothelial growth factor levels in a wound model. Arch Surg, 2000, 153(11): 1293 - 1297.
[6] Jonsson K, Jensen J, Goodson W, et al. Tissue oxygenation, anemia, and perfusion in relation to wound healing in surgical pation. Ann Surg, 1991, 214(5): 605 - 613.
[7] Saxena V, Hwang CW, Huang S, et al. Vacuum assisted closure: microdeformations of wounds and cell proliferation. Plast Reconstr Surg, 2004, 114(5): 1086 - 1096.
[8] 李志清, 王甲汉, 王颖, 等. 组织工程全层皮肤在烧伤患者深度难愈创面的应用. 广东医学, 2006, 27(5): 692 - 693.

(收稿日期: 2006 - 09 - 12)
(本文编辑: 王旭)

·经验交流·

76 例特大面积烧伤治疗分析

姜自清 谢正华 陈正华 丁若虹 韩斌 黄晓明

1 临床资料

1990 年 1 月—2004 年 12 月, 笔者单位收治特大面积烧伤患者 76 例, 治愈 52 例(治愈组)、死亡 24 例(死亡组)。治愈组: 男 48 例、女 4 例, 年龄(29 ± 3)岁。烧伤总面积(93 ± 3)%, Ⅲ度(49 ± 12)% TBSA。合并重度吸入性损伤 6 例、中度 23 例, 骨折 4 例, 胸肺爆震伤 5 例, 腹部伤 1 例, 颅脑外伤 2 例。死亡组: 男 22 例、女 2 例, 年龄(39 ± 4)岁。烧伤总面积(95 ± 4)%, Ⅲ度(62 ± 11)% TBSA。合并重度吸入性损伤 12 例、中度 6 例, 多发性骨折 2 例, 胸肺爆震伤 3 例, 颅脑外伤 1 例。

2 治疗方法及结果

两组患者入院后均给予液体复苏、抗休克、抗感染治疗。治愈组患者入院后液体复苏开始时间 < 4 h 者 34 例、≥4 h 者 18 例; 休克期度过平稳者 42 例、不平稳者 10 例; 气管切开 34 例。死亡组患者入院后液体复苏开始时间 < 4 h 者 7 例、≥4 h 者 17 例; 休克期度过平稳者 9 例、不平稳者 15 例; 气管切开 19 例。治愈组并发脓毒症 8 例、全身性真菌感染 4 例、多脏器功能不全 5 例、成人呼吸窘迫综合征(ARDS)2 例。死亡组患者的主要死亡原因为: 休克 2 例、ARDS 4 例、窒息 2 例、脓毒症 4 例、全身性真菌感染 3 例、多脏器功能衰竭 9 例。本组患者的治愈率为 68.4%, 死亡率 31.6%。

3 讨论

有文献报道, 烧伤面积 ≥ 90% TBSA 患者的治愈率为 75.6 %[1], 而本组患者的治愈率为 68.4%。资料表明, 休克期度过不平稳者, 后期多因全身性感染、脓毒症、多脏器功能衰竭等并发症死亡[2]。因此治疗时必须抓住伤后第 1 个 24 h 这一"黄金时机", 尤其伤后 4 h, 力争平稳度过休克期。尿量仍是评判烧伤患者复苏效果的重要指标之一。根据笔者的经验, 尿量维持在 80 ~ 100 ml/h 者多能平稳度过休克期。在伤后第 2 个 24 h 的补液量中, 电解质、胶体的补给量按第 1 个 24 h 实际补给量的 60% ~ 70% 给予, 以强化复苏。对延迟复苏者最好能放置 Swan-Ganz 导管, 在有创监测下进行快速补液或采用冲击疗法[2,3], 尽快恢复有效循环血量。

保持气道通畅、充分给氧是治疗烧伤休克、减轻组织损伤、提高复苏效果的重要条件。对于重度烧伤患者即使无明确的吸入性损伤, 我们也主张进行预防性气管切开, 最好在伤后 6 h 内进行, 以免喉头水肿造成窒息死亡。本组有 2 例因此而死亡。气管切开后便于清理气道分泌物, 防止因缺氧而影响复苏效果, 同时还能在氧分压低于 70 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)时进行机械通气。

早期肠内营养是提高患者生存率的措施之一。患者入院后应尽快给予早期胃肠营养。中药对烧伤患者的全身调理作用也逐渐引起人们的重视。笔者根据多年经验研制的保元促愈汤(党参 15 g、黄芪 30 g、白术 12 g、茯苓 10 g、银花 20 g、连翘 15 g、柴胡 15 g、丹参 15 g、当归 12 g、生大黄 10 g、甘草 6 g, 煎煮 30 min, 取汁 100 ml)于伤后第 2 个 24 h 开始给患者口服或胃管注入, 早晚餐前各 50 ml。用于临床 10 余年, 观察到其对改善患者胃肠功能、增进食欲、调节免疫机能、减轻全身性炎性反应、通便排毒等有较好效果。对于Ⅲ度烧伤环状焦痂应及时减张, 并尽早行切痂后自、异体皮移植术。同时合理选用抗生素, 对患者进行有效的心理干预, 积极处理残余创面及进行早期的功能康复训练, 以提高特大面积烧伤患者的治愈率及生存质量。

作者单位: 435005 湖北省黄石市第五医院烧伤科

参考文献

[1] 杨宗城. 严重烧伤治疗进展及展望. 中华烧伤杂志, 2006, 22(3): 237 - 240.
[2] 闫柏刚, 杨宗城, 黄跃生, 等. 延迟快速复苏对烧伤休克循环影响的临床研究. 中华烧伤杂志, 2001, 17(5): 266 - 268.
[3] 吴祖煌, 刘敏, 占新华. 62 例严重烧伤延迟复苏患者的治疗. 中华烧伤杂志, 2002, 18(6): 377 - 378.

(收稿日期: 2006 - 03 - 24)
(本文编辑: 张红)

Q2xvdWRWZXJzaW9uLQo?