



治愈小儿大面积碱烧伤并发低温败血症1例

文献中大面积碱烧伤成功救治的报道不多, 并发低温败血症的病例尚未见报道[1]。最近我们治愈1例大面积碱烧伤并低温败血症的小儿患者, 获得一些可资借鉴的经验教训, 报道如下。

1 临床资料

患儿, 男性, 3.5岁, 2001年1月2日因掉进热石灰水池中被烧伤, 伤后3 d转入我院。入院诊断: 85%体表碱烧伤, 其中浅Ⅱ度5%, 深Ⅱ度5%, Ⅲ度75%; 双眼及双外耳烧伤。伤后第5天行四肢切痂、自体微粒皮加大张异体皮移植术, 一次性手术覆盖创面为35%。术中加强抗感染治疗, 以泰能和丁胺卡那霉素静脉滴注, 术后加强营养支持。因患儿为碱烧伤, 创面脂肪皂化加深, 不易干燥, 且会阴、双臂均有深度创面, 创面暴露差, 污染重, 结痂不良, 一段时间内患儿体温在39℃上下, 心率140~160次/min, 呼吸24~6次/min。随后出现神志淡漠、食欲差、腹胀, 舌苔厚腻, 2月5日体温偏低, 2月7日体温不升。血培养无细菌生长, 创面分泌物为金黄色葡萄球菌生长。针对上述情况, 我们除给予室内升温、加强全身保暖措施外, 着重加强了创面处理、抗感染治疗以及营养措施。2月8日行败血症下的清创植皮术, 围手术期选用万古霉素抗感染治疗。经过治疗, 患儿病情逐步稳定, 3月12日治愈出院。

2 讨论

大面积碱烧伤后, 由于碱的皂化作用, 其对皮肤损害有一个不断加深的过程[2]。因此碱烧伤治疗难点多在于创面深度的判断上。而大面积烧伤患者的供皮区一般都受到限制, 使得创面不能在一两次手术中覆盖。其创面暴露的时间相对较长, 又因为小儿皮肤稚嫩, 更易为碱所重伤, 所以小儿大面积的治疗就更显其难度。本例患儿碱烧伤面积达85%, Ⅲ度面积为75%, 为特重烧伤。伤后虽然早期作了四肢切痂植皮手术, 但因剩余创面过多, 造成营养丢失和创面感染时间较长, 全身性感染机会相对较多。患儿受伤时正值冬季, 尽管广东地区温度较高, 但亦常受寒潮影响, 环境温度变化较大, 小儿体温偏低时, 容易被误判。通过对该患儿的成功抢救, 我们认为有两点值得注意: (1)寒冷季节应注意保温措施, 更应注意与全身性感染的鉴别。(2)发现低温败血症, 除了迅速应用高效抗生素外, 及时有效地处理覆盖创面非常重要。

参考文献:

[1] 张逸. 化学烧伤237例临床分析[J]. 南通医学院学报, 1999, 19(4): 490.

[2] 陈玉林, 方之扬. 化学烧伤[A]. 见: 黎 鳌. 烧伤治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995.

参考文献:

- [1] 张逸. 化学烧伤237例临床分析[J]. 南通医学院学报, 1999, 19(4): 490.
 - [2] 陈玉林, 方之扬. 化学烧伤[A]. 见: 黎 鳌. 烧伤治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 329-46.
-

[回结果列表](#)