

小儿特重烧伤休克期液体复苏治疗的体会

吴抽浪 章伏生 潘君泰 叶礼岳 王史辉
(浙江省台州医院 台州 317000)

关键词: 烧伤; 休克期; 小儿; 液体复苏
中图分类号: R644 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2008)01-0072-02

2003 年 7 月~2007 年 3 月, 我科共收治烧伤面积≥25%TBSA 患儿 45 例, 经积极的液体复苏治疗, 休克期较平稳, 效果较满意。现将体会总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 45 例, 男 26 例, 女 19 例, 年龄 3 个月~9 岁。烧伤面积 25%~65%, 平均 36.2%, 其中Ⅲ度烧伤面积 2%~25%TBSA。致伤原因: 热液烫伤 37 例, 火焰烧伤 8 例。入院时合并休克 10 例, 合并高热抽搐 5 例。入院时间为伤后 15min~5.5h, 其中入院时间为伤后 4h 以上者均于伤后 2h 内在当地静脉输液(量不等)。

1.2 治疗方法

1.2.1 入院时急救 立即建立静脉通道, 快速补液, 吸氧, 保持环境温度于 30℃左右, 注意保暖。高热抽搐者予以退热、止惊等治疗。

1.2.2 液体复苏治疗 参照国内常用补液公式^[1]计算补液量: 第 1 个 24h 补充晶胶体 2 mL/(kg·1%TBSA), 水分(生理需要量)100mL/kg, 晶胶比为 1:1; 第 2 个 24h 补充晶胶体量为第 1 个 24h 的一半, 水分不变。晶体为乳酸-林格氏液, 胶充分暴露乳房, 扫查采用直接接触法, 对乳腺肿块进行连续多切面、多方向探查, 注意肿块大小、形态、边界、内部回声, 肿块内部及周边血流, 有无淋巴结转移。

2 结果

60 例乳腺肿块中恶性肿瘤 34 例, 良性肿瘤 26 例, 其病理类型、CDFI 检查结果及超声诊断符合率见表 1。34 例恶性肿瘤(检出血流者 24 例)和 26 例良性肿瘤(检出血流者 8 例), 病灶内血管阻力指数(RI)、搏动指数(PI)和流速峰值(PSV)的结果比较见表 2。多普勒取样标准为每个病灶内选取 RI、PI、PSV 值进行比较。

表 1 60 例乳腺肿块病理类型、多普勒检查、超声符合率 例			
病理	病理数	多普勒血流信号符合	超声符合
恶性肿瘤	34	24	28
导管癌	14	10	11
腺癌	3	3	2
髓样癌	3	2	3
单纯癌	10	6	9
乳头状癌	4	3	3
良性肿瘤	26	8	23
纤维腺瘤	9	4	7
乳腺增生	10	3	10
炎性肿块	4	1	3
脂肪瘤	3	0	3

表 2 乳腺良、恶性肿瘤血流动力学比较 (X±S)			
	RI	PI	PSV/cm·s ⁻¹
恶性肿瘤	0.70± 0.1592	1.72± 0.6231	18.98± 11.0230
良性肿瘤	0.55± 0.0821	1.00± 0.2522	14.50± 9.8623
P 值	<0.01	<0.01	>0.05

3 讨论

乳腺为表浅器官, 扪诊仅限于表浅或大的肿块, 小的肿块患者往往无主诉, 假阳性及假阴性文献资料均为 30%左

右。彩色多普勒超声的应用, 大大提高了乳腺肿块诊断的准确率。由于恶性乳腺肿块的肿瘤血管生长因子刺激肿瘤组织产生的毛细血管, 从肿块周围嵌入内部, 并随肿块生长不断更新血管分布, 增加血管数量, 为多普勒超声诊断恶性肿瘤肿块提供了病理生理学基础^[2]。表 1 可见 60 例乳腺肿块中有 32 例可测到血流信号, 血流信号检出率为 53.3%, 而恶性肿瘤为 70.6%, 良性肿瘤为 30.8%, 二者有明显差异。恶性肿块表现为肿块内部及周边血流丰富, 而良性肿块表现为无血流或少血流, 所以如果在肿块内部及周边检出丰富的彩色血流, 则表现为恶性肿瘤可能性大。表 2 可见乳腺恶性肿瘤的 RI 和 PI 值均明显高于良性肿瘤, 有报道以 RI≥0.70、PI≥1.30 作为乳腺癌的诊断标准, 其诊断的敏感性和特异性达 80%以上^[3]。而 PSV 值在乳腺良、恶性肿瘤间无明显差异, 这与李建初的结果相似。

1.2.3 监测 观察精神、神志、体温、呼吸、皮肤色泽及温度等情况的变化。留置导尿, 观察尿色, 计每小时尿量及 24h 出入量。心电监护, 监测心率及脉搏、血氧饱和度。定时检查血常规、生化、血气分析等, 注意水电酸碱平衡。

1.2.4 其他治疗 初次清创时, 如患儿有休克症状, 则积极抗休克治疗, 待病情稳定后处理创面。清创及更换敷料时, 予以镇静、镇痛等治疗, 避免疼痛刺激。常规给予西咪替丁抗酸, 注射破伤风抗毒素。心率>160 次/min 者给予西地兰强心, 高热或面颈创面肿胀明显时酌用激素(地塞米松或甲强龙)。

2 结果

本组病例经液体复苏及对症治疗, 合并休克或高热抽搐右。彩色多普勒超声的应用, 大大提高了乳腺肿块诊断的准确率。由于恶性乳腺肿块的肿瘤血管生长因子刺激肿瘤组织产生的毛细血管, 从肿块周围嵌入内部, 并随肿块生长不断更新血管分布, 增加血管数量, 为多普勒超声诊断恶性肿瘤肿块提供了病理生理学基础^[2]。表 1 可见 60 例乳腺肿块中有 32 例可测到血流信号, 血流信号检出率为 53.3%, 而恶性肿瘤为 70.6%, 良性肿瘤为 30.8%, 二者有明显差异。恶性肿块表现为肿块内部及周边血流丰富, 而良性肿块表现为无血流或少血流, 所以如果在肿块内部及周边检出丰富的彩色血流, 则表现为恶性肿瘤可能性大。表 2 可见乳腺恶性肿瘤的 RI 和 PI 值均明显高于良性肿瘤, 有报道以 RI≥0.70、PI≥1.30 作为乳腺癌的诊断标准, 其诊断的敏感性和特异性达 80%以上^[3]。而 PSV 值在乳腺良、恶性肿瘤间无明显差异, 这与李建初的结果相似。

但笔者认为肿块内部血流信号的检出结果又受多方面因素的影响, 如操作者的技术、设备、探头频率和设备所设置的条件密切相关, 所以许多文献报道都不一致, 但总的观点都认为恶性肿瘤与良性肿瘤血流检出率有明显的差异, 我们的分析也说明这一点。综上所述, 随着彩色多普勒超声的普及应用, 将在乳腺疾病领域中起到重要作用。

参考文献

[1] 陈曼, 陈伟国, 龚新环. 彩色多普勒在乳腺疾病的应用及相关因素[J]. 中国超声医学杂志, 1999, 15(7): 540-543
[2] 李建初. 血管和浅表器官彩色多普勒超声诊断学[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1999. 345
(收稿日期: 2007-09-11)

从湿温论治老年真菌性肺炎 38 例

符文明

(浙江省新华医院 杭州 310005)

关键词: 湿温;老年人;真菌性肺炎;氟康唑胶囊;中药煎剂

中图分类号: R 563.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0073-02

随着抗生素的大量使用及老年群体的不断增加,真菌性肺炎近几年来变得十分常见。由于本病通常伴有营养不良和饮食下降,补充蛋白质常常受制于经济条件,常影响疗效。笔者从湿温论治,取得了良好的效果。兹介绍如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 所选确诊病例共 76 例,均为本院住院患者。随机分为试验组和对照组各 38 例:试验组 38 例,男 36 例,女 2 例;年龄 65~94 岁;病程 2~5d。对照组 38 例,男 37 例,女 1 例;年龄 63~89 岁;病程 2~4d。2 组性别、年龄、病程差异无统计学意义。按公式计算量补液,治疗过程中均出现少尿,其中 6 例出现血尿甚至无尿,12 例烦躁、口渴明显,经加快补液速度,增加补液量,部分病例适当利尿,尿量增加,尿色均恢复正常,烦躁口渴症状均明显改善或消失。所有病例实际补液量均超出公式计算量,其中第 1 个 24h 实际补充晶胶体平均为 3.5mL/(kg·1%TBSA),最多者达 5.9mL/(kg·1%TBSA),晶胶比约为 4:1,第 2 个 24h 实际补充晶胶体平均为 1.6mL/(kg·1%TBSA)。所有病例均较平稳渡过休克期,未出现肺水肿、脑水肿、应激性溃疡等并发症。

3 讨论

由于小儿各种器官发育不完善,相对于成人,小儿烧伤后更容易发生休克,应及早补液,积极地进行液体复苏治疗^[1]。本组病例根据目前国内常用补液公式进行液体复苏治疗时,均出现少尿,部分病例甚至出现血尿或无尿,通过加快补液速度,增加补液量,症状好转乃至消失,所有病例均平稳渡过休克期,实际补液量超过公式计算量,最多者达 5.9mL/(kg·1%TBSA),未出现肺水肿、脑水肿等并发症,创面肿胀 48h 左右开始消退。本组病例实际补液量超出公式计算量较多,考虑患儿个体差异较大,液体除经肾脏排泄外,大部分渗入组织间隙或经创面丢失。临床治疗时不应拘泥于公式,而应从实际出发,根据病情谨慎进行个体化治疗,维持有效循环血量以防休克。

尿量是液体复苏治疗时一个非常重要的指标,一般认为小儿尿量应维持在 1mL/(kg·h)以上^[2]。临床实践中,除了观察精神神志、皮肤色泽及温度等外,笔者主要通过观察尿色尿量,结合心率来判断休克纠正的程度及补液量的多少,从而调整补液速度及补液量。本组病例液体复苏时,尤其是第 1 个 24h 内,尿量变化很大,需时常调整补液速度,必要时使用利尿剂。具体的做法是:一般情况稳定,无休克症状,出现尿色偏深,尿量过少,甚至血尿、无尿,心率加快(>140 次/min),而补液已达公式计算量时,适当加快补液速度,输液 30min 后如尿量不增,心率下降,则继续输液,如尿量、心率无变化,则静脉点滴小剂量甘露醇或速尿尝试性利尿,使用的甘露醇浓度为 5%(速尿为 0.005%),输注速度为 10 滴/min,

显著性意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《内科诊断标准》制定。(1)发热,畏寒,咯吐白色黏痰;(2)血液白细胞总数或中性粒细胞增高;(3)胸片可见分布于肺段的炎性阴影,可呈片絮状、浓淡不等的阴影,在一侧或两侧;(4)3 次以上痰培养发现真菌。

1.3 治疗方法 对照组根据痰培养及药敏结果,予以氟康唑胶囊,首剂 0.4g/d,以后 0.2g/d,并予以常规补液、化痰、对症治疗,同时注意吸痰及口腔护理。试验组在对照组用药基础上,加中药治疗,基本方药为:陈皮 12g,制半夏 12g,藿香时间约 10min。如利尿剂使用后尿色转清、尿量增加、心率减慢,考虑为容量基本足够或偏多,适当控制补液量并利尿;如尿量不增加且心率反而加快,则考虑容量不足,停止利尿,适当加快补液,以进一步补充血容量。大面积深度烧伤适当使用碳酸氢钠碱化尿液。本组病例经上述方法治疗后,症状缓解、消失,尿量超过 1mL/(kg·h),平均约 1.4 mL/(kg·h),其中仅 9 例使用了利尿剂。本组定时检测血生化,无 1 例出现肾功能明显异常及电解质紊乱。4 例治疗过程中心率超过 160 次/min,其中 2 例伴发热,经退热后好转,2 例经强心、调整补液速度后心率降至正常。所有病例未出现其他并发症。笔者认为,如无心、肾基础性疾病,小儿烧伤液体复苏时,除其他一般指标外,联合监测尿色、尿量及心率可以有效评估补液量,从而为进一步调整治疗方案提供依据。另外,充分的液体复苏有利于改善内脏器官的血供,更好地防治休克。由于利尿剂使用的时间短,剂量有限,不会造成急剧的脱水,在严密观察的前提下,适当增加补液量并利尿是可行的。计算尿量时应剔除利尿剂的因素。但小儿的器官发育未完善,自身调节能力差,治疗过程中应避免为追求尿量而盲目超量补液。

早期进食有助于促进胃肠蠕动,维护胃肠黏膜的完整性,恢复胃肠道功能^[3]。本组病例治疗过程中,无明显胃肠道症状者入院后即开始进食,但控制摄入量,尤其口渴明显者,严格控制单次口服量。第 1 个 24h 内,婴幼儿每小时口服约 10mL,其他儿童约 10~20mL,根据有无呕吐、腹胀、腹泻等适当增减,第 2 个 24h 内视情况调整,所有口服量相应从总补液量中扣除。本组进食者无 1 例出现呕血、黑便等消化道症状。尽管休克期口服进食所提供的能量有限,但对促进胃肠道复苏有重要意义,类似病例可及早进食。

参考文献

[1]黎鳌,杨宗城.黎鳌烧伤学[M].上海:上海科学技术出版社,2001. 246-253
[2]杨宗城.烧伤治疗学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2006. 391-406
[3]蒋朱明,吴蔚然.肠内营养[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2002. 340-349

(收稿日期: 2007-07-10)