

热烧伤_眼科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E7_83_AD_E7_83_A7_E4_BC_A4__c22_611567.htm

“烧伤”可由热水、蒸气、火焰、电流、激光、放射线、酸、碱、磷等种因子引起。通常所称的或狭义的烧伤，是指单纯由高温所造成的热烧伤，在临床上常见。其他因子所致的烧伤则冠以病因称之为

，如电烧伤、化学烧伤等。【治疗措施】一.治疗原则1.保护烧伤区，防止和尽量清除外源性污染。2.预防和治疗低血容量或休克。3.治疗局部和全身感染。4.用非手术和手术的方法促使创面早日愈合，并尽量减少瘢痕所造成的功能障碍和畸形。5.预防和治疗多系统器官衰竭。对于轻度烧伤的治疗，主要是处理创面和防止局部感染，并可使用少量镇静药和饮料。对于中度以上烧伤，因其余全身反应较大和并发症较多见，需要局部治疗和全身治疗并重。在伤后24~48小时内要着重防治低血容量性休克。对于创面，除了防治感染以外，要尽力使之早日愈合、对中度者尤应如此。如能达到这两点要求，则中度以上烧伤也能较顺利地治愈。二.现场急救

正确施行现场急救，为后继的治疗奠定良好基础。反之，不合理或草率的急救处理，会耽误治疗和妨碍愈合。1.保护受伤部位 迅速脱离热源。如邻近有凉水，可先冲淋或浸浴以降低局部温度。 避免再损伤局部。伤处的衣裤袜之类应剪开取下，不可剥脱。转运时，伤处向上以免受压。 减少污染，用清洁的被单、衣服等覆盖创面或简单包扎。2.镇静止痛 安慰和鼓励受伤者，使其情绪稳定、勿惊恐、勿烦躁。

酌情使用安定、哌替啶（杜冷丁）等。因重伤者可能已有休

克，用药须经静脉，但又须注意避免抑制呼吸中枢。手足烧伤的剧痛，常可用冷浸法减轻。3.呼吸道护理 火焰烧伤后呼吸道受烟雾、热力等损害，须十分重视呼吸道通畅，要及时切开气管（勿等待呼吸困难表现明显），给予氧气。已昏迷的烧伤者也须注意保持呼吸道通畅。此外，注意有无复合伤，对大出血、开放性气胸；骨折等应先施行相应的急救处理。三.创面处理

- ° 烧伤创面一般只需保持清洁和防避再损伤，面积较大者可用冷湿敷或市售烧伤油膏以缓解疼痛。

- ° 以上烧伤创面需用下述处理方法。（一）创面初期处理 指入院后当即处理，又称烧伤清创术，目的是尽量清除创面沾染。但已并发休克者须先抗休克治疗。使休克好转后方可施行。修剪毛发和过长的指（趾）甲。擦洗创面周围的健康皮肤。以灭菌盐水或消毒液（如新洁尔灭、洗必泰、杜灭芬等）冲洗创面，轻轻拭去表面的沾附物，已破的水泡表皮也予清除，直至创面清洁。清创除了小面积烧伤可在处置室内施行，一般均应在手术室内施行。为了缓解疼痛，先注射镇痛镇静剂。（二）新鲜创面用药 主要为了防治感染，促使创面消炎趋向愈合。应根据烧伤的浓度和面积选择药物。1.小面积的
- ° 烧伤、水泡完整者，可在表现涂以碘伏或洗必泰等；然后吸出泡内液体，加以包扎。2.较大面积的
- ° 烧伤、水泡完整，或小面积的水泡已破者，剪去水泡表皮；然后外用“湿润烧伤膏”（中西药合制）或其他烧伤膏（含制菌药和皮质醇），或用其他制攻的中西药药液（可以单层石蜡油纱布或药液纱布使药物粘附于创面）。创面暴露或包扎。3.

- ° 烧伤表面也可先涂以碘伏，准备去痂处理。注意：创面不宜用龙胆紫、红汞或中药粉末，以免妨碍创面观察、也不

宜轻易用抗生素类，因为容易引起细菌耐药。（三）创面包扎或暴露 创面清洁和用药后可以包扎或暴露。包扎敷料可以保护创面、防止外源性沾染、吸收一部分渗液和辅助药物粘附于创面。但包扎后不便观察创面变化、阻碍体表散热、并不能防止内源性沾染，包扎过紧可影响局部血运。暴露创面可以随时观察创面变化，便于施布药物和处理创痂。但可能有外源性沾染或受到擦伤。所以这两种方法应根据具体情况选择。

1.肢体的创面多用包扎法，尤其在手部和足部，指与趾应分开包扎。躯体的小面积创面也可用包扎法，先将一层油纱布或几层药液纱布铺盖创面，再加厚2~3cm的吸收性棉垫或制式敷料，然后自远而近以绷带包扎（尽可能露出肢端），均匀加压（但勿过紧）。包扎后，应经常检视敷料松紧、有无浸透、有无臭味、肢端循环等，注意有无高热、白细胞明显增多、伤处疼痛加剧等感染征象。敷料松脱时应再包扎，过紧者稍予放松。敷料浸透者须更换干敷料，如无明显感染，其内层可不必更换。如已发生感染，则需充分引流。

浅^o烧伤创面包扎后，若无不良情况，可保持10~14日首次更换敷料。深^o或^o的创面包扎后，3~4日应更换敷料，以观察其变化，或需作痂皮、焦痂处理。温度高的环境内不适用大面积的包扎。

2.头面、颈部和会阴的创面宜用暴露法。大面积创面也应用暴露法。所用的床单、治疗巾、罩布等皆需经过灭菌处理，病室空间应尽量少菌，保持一定的温度和湿度。在渗出期，创面上可用药物（制菌、收敛），定时以棉球吸去过多的分泌物，以减少细菌繁殖，避免形成厚痂。创面尽可能不受压或减少受压，为此要定时翻身或用气垫床等。在痂皮或焦痂形成前、后，都要注意其深部有无

感染化脓，除了观察体温、白细胞等变化，必要时可用粗针穿刺或稍剪开痂壳观察。3.全身多处烧伤可用包扎和暴露相结合的方法。（四）去痂 深度烧伤的创面自然愈合的过程缓慢、甚或不能自。在创面未愈期间，不但病人痛苦、体质消耗，而且感染可扩展或发生其他并发症。这类创面自然愈合后形成瘢痕或瘢痕增生症（瘢痕疙瘩），可造成畸形和功能障碍。为此，应积极处理，使创面早日愈合。原则上，深度烧伤宜用暴露疗效，在48~72小时内开始手术切痂和植皮。面积愈大，愈应采取积极措施，尽可能及早去除痂壳，植皮覆盖创面。

1.手术切痂和削痂 切痂主要用于Ⅱ°烧伤，平面应达深筋膜（颜面和手背处应稍浅）。若深部组织已失活，一并切除。创面彻底止血后，尽可能立即植皮。削痂主要用于深Ⅱ°烧伤，削去坏死组织，使成新鲜或基本新鲜的创面，然后植皮。在手、关节等部位的深Ⅱ°烧伤，为了早日恢复功能，也可用切痂法。此类手术出血较多，在肢体上可用止血带以减少出血，术前应准备足够的输血。切痂和削痂均要辨明坏死组织层次，否则影响植皮成功等。

2.脱痂 先保持痂皮表面干燥，尽可能预防痂下感染。等痂下组织自溶、痂壳与基底分离时（约2周以后），剪去痂壳。创面为肉芽组织，并常有程度不等的感染。用药液湿敷、浸洗等方法，控制感染和使肉芽组织生长良好。创面肉芽无脓性物、色泽新鲜、无水肿、触之渗出鲜血，即可植皮。此法是逐步去痂，称为蚕蚀脱痂法。为了减轻感染和加速痂皮分离，可在创面施用药物如抗生素、蛋白酶或中药制剂等，但尚未取得成熟的经验。脱痂法较切痂、削痂法简便，但难免感染和延长治疗时间，故不宜作为首选的去痂方法。（五）植皮 目的是使创

面早日愈合，从而可减少烧伤的并发症，利于功能恢复。所用的自体皮为中厚或薄层，制成大张网状，小片邮票状或粒状；导体皮取自新钱尸体（非传染、感染性疾病、恶性肿瘤等致死者），新鲜使用或深低温保存待用；异种皮多取自小猪。自体皮移植成活后，其周缘上皮可生长。异体皮和异种皮在创面上移植成活后终将溶解，故适用于自体皮片不足时，用自体、异体皮相间移植法（图1），在异体皮溶解过程中，自体皮生长伸展覆盖创面。历来，自体皮常取自大腿和腹部；现在治疗大面积烧伤时选用头皮，头皮真皮层较厚且血循环良好，可供重复取薄皮而不致影响本身功能。大面积烧伤创面植皮所需的皮源常不足。故国内外学者均致力于人工皮研制。原材料为硅胶、胶原等，如我国的人工皮41型、t41型、南京 号等，对切痂后创面起保护作用。另一新技术是取自体皮作培养，增容后用以代替先期移植的异体皮。（六）感染创面的处理 感染不仅侵蚀组织阻碍创面愈合，而且可导致脓毒血症和其他并发症，必须认真处理以消除致病菌、促进组织新生。创面脓性分泌物，选用湿敷、半暴露法（薄层药液纱布覆盖）或浸浴法等去除，勿使形成脓痂。要使感染创面生长新鲜的肉芽组织（有一定的防卫作用），以利植皮或自行愈合。创面用药：一般的化脓菌（金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、大肠杆菌等）感染，可用呋喃西林、新洁尔灭、洗必泰、优锁儿等，或黄连、虎杖、四季青、大黄等，制成药液纱布湿敷或浸洗。绿脓杆菌感染时，创面有绿色脓液、肉芽组织和创缘上皮受侵蚀、坏死组织增多等改变，应作细菌学检查。可用乙酸、苯氧乙醇、磺胺灭脓、磺胺嘧啶银等湿敷或霜剂涂布。真菌感染（白色念珠菌、状

菌、毛霉菌等)发生于使用广谱抗生素、肾上腺皮质激素等的重症病人,创面较灰暗、有霉斑或颗粒、肉芽水肿苍白、敷料上也常有霉斑,作真菌检查可确定。创面选用大蒜液、碘甘油、制霉菌素、三苯甲咪唑(clotrimazol)等;同时须停用广谱抗生素和激素。较大的创面感染基本控制后,肉芽组织生长良好,应及时植皮促使创面愈合。

四.全身治疗

中度以上烧伤引起明显的全身反应,早期即可发生休克等。因此必须在伤后重视全身治疗,已有休克等危象者更应在处理创面前先着手治疗。

(一)防治低血容量性休克

主要方法是根据 $\text{体表面积} \times \text{烧伤面积}$ 烧伤面积,补液以维持有效血循环量。

1.早期补液的量和种类

国内、外研究者对烧伤补液疗法设计了各种方案(公式)、表二列出国内常用的方案。按此方案,一体重60kg烧伤 30% 面积30%的病人,每一24小时内补液量应为 $[60 \times 30 \times 1.5 (\text{额外丢失})] + 2000 (\text{基础需水量}) = 4700 (\text{ml})$,其中晶体液1800ml、胶体液900ml和葡萄糖液2000ml。第二个24小时应补晶体液900ml、胶体液450ml和葡萄糖液2000ml(共3350ml)。晶体液首选平衡盐液,因可避免高氯血症和纠正部分酸中毒;其次选用等渗盐水等。胶体液首选血浆,以补充渗出丢失的血浆蛋白;但血浆不易得,可用右旋糖酐、羟乙基淀粉等暂时代替;全血因含红细胞,在烧伤后血浓缩时不相宜,但浓度烧伤损害多量红细胞时则适用。

2.补液方法

由于烧伤后8小时内渗出迅速使血容量减少,故第一个24小时补液量的 $1/2$ 应前8小时内补入体内,以后16小时内补入其余 $1/2$ 量。就扩充血容量而论,静脉补液比较口服补液确实有效。尤其对面积较大或(和)血压降低者,需快速静脉输液。要建议有效的周围或中心静脉通路(穿刺、置管或切开)

。对原有心、肺疾病者，又须防避过快输液所引起的心力衰竭、肺水肿等。输液种类开始选晶体液，利于改善微循环；输入一定量（并非全部估计量）晶体液后，继以一定量的胶体液和5%葡萄糖；然后重复这种顺序。5%葡萄糖不应过多或将估计量全部连续输注，否则会明显加重水肿。°烧伤面积超过10%或休克较深者，应加输碳酸氢钠以纠正酸中毒、硷化尿液。口服饮料（每dl含氯化钠0.3g、碳酸氢钠0.15g、或加少量糖、香料等），可以引起补液作用，但要防避引起急性胃扩张。以上为伤后48小时的补液方法。第3日起静脉补液可减少或仅用口服补液，以维持体液平衡。因为烧伤病人的伤情和机体条件有差别，补液的效应也不同，所以必须密切观察具体情况，方能调节好补液方法。反映血容量不足的表现有：口渴。每小时尿量不足30ml（成人），比重高。脉搏加快和血压偏低（或脉压减少）。肢体浅静脉和甲下毛细血管不易充盈。烦躁不安。中心静脉压偏低。较重的、尤其是并发休克的烧伤病人，需留置导尿管和中心静脉导管以便监测。此外，还需化验血红蛋白和红细胞比积、血ph和co₂结合力等。存在血容量不足表现时输液应较快，待表现好转时输液应减慢，直至能口服饮料维持。有时快速输液使血容量一时间过大（中心静脉压偏高），宜用利尿剂以减少心脏负荷。（二）全身性感染的防治烧伤后的全身性感染，少数在早期可能与休克合并发生（称暴发性脓毒血症），后果极严重；其余是至组织水肿液回收阶段（多在伤后48~72小时）较易发生；发焦痂分离或广泛切痂时，又容易发生。实际是在创面未愈时细菌均有可能侵入血流。特别在机体抵抗力降低的情况下，如深度烧伤范围大，白细胞和

免疫功能降低，脓毒血症容易发生。表现有： 体温超过39 或低于36.5 。 创面萎陷，肉芽色暗无光泽，坏死组织增多，创缘炎症反应突然退缩，新上皮自溶等。 创面或健康皮肤处出现知斑点。 白细胞计数过高或过低。 烦躁不安、反应淡漠嗜睡等神志失常。 休克征象。 呼吸窘迫急促、腹胀等。

1.防治感染必须从认真处理创面着手。否则，单纯依赖注射抗生素难以有效。

2.选用抗生素 伤后早期宜用大剂量青霉素g注射，可合用棒酸或青霉烷砒（ 内酰胺酶抑制剂），对金黄色葡萄球菌和常见的混合感染有效。 创面明显感染时常有为革兰阳性菌和阴性菌的混合感染，可选用羧苄青霉素、甲硝唑、红霉素、林可霉素、头孢噻吩、头孢唑林等。 有绿脓杆菌感染时可选用羧苄青霉素、磺苄青霉素、头孢磺啉、多粘菌素b等。选择抗生素注射注意病人的肝、肾等功能状态，以防大剂量用药产生更多的副作用。清热解暑中药多有抗菌效能，此类注射制剂如四季青、三棵针、“热毒清”等也可选用。

3.免疫增强疗法 伤后及时注射破伤风抗毒血清。 对绿脓杆菌感染可用免疫球蛋白或免疫血浆、联合绿脓相干菌素疫苗或联合疫苗（含金黄色葡萄球菌）。 新鲜血浆可增强一般的免疫功能。其他经生物学工程技术制造的免疫剂正在研究试用。

（三）营养治疗 烧伤后机制消耗增加，与受累面积、浓度、感染等的程度相一致。而营养不足可延迟创面愈合、降低免疫力、肌无力等，所以需要补充，已受到普遍重视。支持营养可经胃肠道和静脉，尽可能用胃肠营养法，因为接近生理而并发症较少。因静息能量消耗明显增加，需要补充的总能量可达10500 ~ 1680kj（2500 ~ 4000kcal），应分别以碳水化合物、蛋白质和脂肪提

供能量的50%、20%和30%。其中碳水化合物和脂肪应逐渐增量，开始时稍低于需要量，以防形成血糖过高（导致昏迷）和血脂肪酸过多。氨基酸合剂中宜增加精氨酸、谷氨酰胺和支链氨基酸。营养支持应延续到创面愈合以后一段时间。

五.护理 是烧伤治疗中不可忽视的组成部分，精心护理能促使烧伤较顺利治愈，减少并发症和后遗症，对中度以下烧伤者尤其重要。接治病人起就应重视心理治疗，消除其疑虑和恐惧，树立信心和配合治疗。要保持病床、用具和病室清洁。严格实施消毒灭菌工作和烧伤病室管理常规。根据具体病情制定护理计划，要有重点。例如：对面部烧伤者，应重视眼的护理、上呼吸道护理、口腔卫生和饮食等；对四肢关节和手的烧伤，应用夹板、绷带保持适当的位置角度，以利后期功能恢复。注意病人体重变化，对体重迅速降低者要实施胃肠要素营养或静脉高（全）营养。密切观察创面和全身变化（如体温、生命体征、液体出量和入量等），并详细记录作为调整治疗的依据。

六.器官并发症的防治 预防烧伤后器官并发症的基本方法，是及时纠正低血容量、迅速逆转休克、以及预防或减轻感染。同时又要根据具体病情，着重维护某些器官的功能。例如：出现尿少、血红蛋白或尿管型等，应考虑血容量不足、溶血或其他肾损害因子等，采取增加灌注、利尿、使尿硷化、停用损害肾的抗生素（如庆大霉素、多粘菌素）等措施。出现肺部感染、肺不张等，应积极吸痰和祛痰、选用抗菌药物、设法改善换气功能和给氧等。

【病理改变】热烧伤的病理改变，取决于热源温度和受热时间。此外，烧伤的发生和发展还与病人机体条件相关。例如：某些衰弱的病人用40~50℃的热水袋时，不慎即可造成Ⅱ度烧伤，

与组织对热力的传导良不有关。又如：小儿烧伤的全身反应，常比成人受相同面积（占体表%）和浓度的烧伤后严重。病理改变，除了高温直接造成的局部组织细胞损害，为机体的各种反应所致。烧伤后机体反应可能释出：应激性激素，由于疼痛刺激、血容量降低等，儿茶酚胺、皮质激素、抗利尿激素、血管加压素、醛固酮等释出增加；炎症介质，由于伤处组织细胞受损或加以沾染细菌，缓激肽、补体碎片（c3a、c5a等）、组胺、色胺等释出；花生四烯酸由於磷脂酶等作用，变为前列腺素（pg）、血栓质（tx）和白三烯（lt）；各种其他因子，如血小板活性因子（paf）、白介素（il）、肿瘤坏死因子（tnf）等。以上多种生物活性物质可引起烧伤的局部炎症和全身反应。如用糖皮质激素、消炎痛等药物，可减轻机体反应，但只可适当使用，否则反可增加并发症。

【临床表现】为了正确处理热烧伤，首先要判断烧伤的面积和深度，还要密切观察创面变化和全身状态，应警觉并发症的发生。

一.烧伤的面积和深度 如上所述，这两个条件与病情轻重密切相关。

1.面积的估计 以烧伤区占体表面积%表示。研究者曾提出几种估计方法。国内现有中国新九分法和手掌法，后者用小面积烧伤。新九分法是将人体各部分别定为若干个9%，主要适用于成人；对儿童因头部较大而下肢较少，应稍加修改。手掌法是以伤者本人的一个手掌（指并拢）占体表面积1%估计。

2.浓度的识别 按热力损伤组织的层次，烧伤分为1°、浅°、深°和°。°烧伤：仅伤及表皮。局部呈现红肿，故又称红斑性烧伤；有疼痛和烧灼痛，皮温稍增高。3~5日可好转痊愈，脱屑而不留瘢痕。

°烧伤：深达真皮，局部出现水泡，故又称水泡性烧伤。

精选 °者仅伤及真皮浅层，一部分生发层健存。因渗出较多，水泡较饱满，破裂后创面渗液明显；创底肿胀发红；有剧痛和感觉过敏；皮温增高。若无感染等并发症，约2周可愈。愈后不留瘢痕，短期内可有色素沉着，皮肤功能良好。

深 °者伤及真皮深层，尚残留皮肤附件。因变性的表层组织稍厚，水泡较小或较扁薄，感觉稍迟钝，皮温也可稍低。去表皮后创面呈浅红或红白相间，或可见网状栓塞血管；表面渗液少，但底部肿胀明显。若无感染等并发症，3~4周可愈，因修复过程中间有部分肉芽组织，故留有瘢痕，但基本保存了皮肤功能。

°烧伤：伤及皮肤全层，甚至可深达皮下、肌肉、骨等。皮肤坏死、脱水后可形成焦痂，故又称焦痂性烧伤。创面无水泡，蜡白或焦黄，或可见树枝状栓塞血管；触之如皮革；甚至已炭化。感觉消失；皮温低。自然愈合甚缓慢，须待焦痂脱落，肉芽组织生长而后形成瘢痕，仅边缘有上皮，不仅丧失皮肤功能，而且常造成畸形。有的创面甚至难以自愈。

°烧伤容易识别。浅 °与深 °、深 °与 °的烧伤有时不易在伤后即刻识别。如作用于伤处的热力不均匀，不同深度的烧伤区之间可有移行部。表皮覆盖下的创面变化，一时未能看清。创面发生感染或者并发深度休克，可增加皮肤损害深度，致使 °烧伤后损害如同深 °，深 °者如同 °。

二.烧伤严重性分度 为了设计治疗方案，特别是处理成批伤员时，筹组人力、物质条件，需要区别烧伤严重程度的分类。我国常用下列分度法：轻度烧伤：

°烧伤面积9%以下。中度烧伤： °烧伤面积10%~29%；或 °烧伤面积不足10%。重度烧伤：总面积30%~49%；或 °烧伤面积10%~19%；或 °、 °烧伤面积虽不

达上述百分比，但已发生休克等并发症、呼吸道烧伤或有较重的复合伤。特重烧伤：总面积50%以上；或Ⅱ°烧伤20%以上；或已有严重并发症。另外，临床上还常称呼小、中和大面积烧伤，以示其损伤轻重，但区分标准尚久明确。故病历记载仍应明确面积（%）和浓度。

三.局部病变 热力作用于皮肤和粘膜后，不同层次的细胞因蛋白质变性和酶失活等发生变质、坏死，而后脱落或成痂。强热力则可使皮肤、甚至其深部组织炭化。烧伤区及其邻近组织的毛细血管，可发生充血、渗出、血栓形成等变化。渗出是血管通透性增高的结果，渗出液为血浆成分（蛋白浓度稍低），可形成表皮真皮间的水泡和其他组织的水肿。

四.全身反应 面积较小，较浅表的热烧伤，除疼痛刺激外，对全身影响不明显。面积较大、较深的热烧伤，则可引起下述的全身性变化。

- 1.血容量减少 伤后24~48小时内，毛细血管通透性增高，血浆成分丢失到组织间（第三间隙）、水泡内或体表外（水泡破裂后），故血容量减少，严重烧伤后，除损伤处渗出处，其他部位因受体液炎症介质的作用也可有血管通透性增高，故血容量更加减少。除了渗出，烧伤区因失去皮肤功能而蒸发水分加速，加重了脱水。机体在血容量减少时，通过神经内分泌系统调节，降低肾的泌尿以保留体液，并产生口渴感。毛细血管的渗出经高峰期后可减少至停止，组织间渗出液可逐渐吸收。然而，如果血容量减少超过机体代偿能力，则可造成休克。
- 2.能量不足和氮负平衡 伤后机体能量消耗增加，分解代谢加速，出现氮负平衡。
- 3.红细胞丢失 较重的烧伤可使红细胞计数减少，其原因可能是血管内凝血、红细胞沉积、红细胞形态改变后易破坏或被网状内皮系统吞噬，故可出现红蛋白

尿和贫血。4.免疫功能降低 伤后低蛋白血症、氧自由基增多、某些因子（如pgi₂、il-6、tnf等）释出，均可使免疫力降低；加以中性粒细胞的趋化、吞噬和杀灭作用也削弱，所以烧伤容易并发感染。五.全身性反应和并发症 中度以上烧伤的严重性实际包含其全身反应和并发症，并发症甚至可使轻度烧伤病人发生危险。预防或减轻并发症，则可促使烧伤病人顺利或转好治愈。为此，必须重视烧伤的全身性反应和并发症的早期表现。低血容量的表现，主要有口渴、唇干、尿少、脉率增快、血压偏低、红细胞比积增高等。如发生休克，可有烦躁不安或表情淡漠、反应迟钝、出冷汗或肢端凉湿、脉搏细弱或触不清、血压明显降低或测不到、尿量甚少或导尿管始能观测尿量、中心静脉压降低等。烧伤容易并发感染，创面上的化脓易发现。坏死组织、焦痂下的感染和全身性感染，则可能被忽视。此时病人体温明显上升、白细胞及其中性百分率明显增多；但重病病人的体温反可降低、白细胞可不增多或减少。应取创面分泌物和血液，作细菌培养和药敏试验。还要根据烧伤严重程度，监测肾、肺等重要器官功能。例如：对肾功能改变，除了计算每小时尿量，还要化验尿常规（含比重）、测定血/尿肌酐、血/尿钠等。对肺部改变，除了呼吸系统的理学检查，需要时摄x线胸片和血气分析等检查。总之，要及时发现和诊断烧伤的各种并发症，以便及时采取治疗措施。

【并发症】1.休克 早期多为低血容量性休克。继而并发感染时，可发生脓毒性休克。特重的烧伤因强烈的损伤刺激，可立即并发休克。2.脓毒症 烧伤使皮肤对细菌的屏障作用发生缺陷；较重的病人还有白细胞功能和免疫功能的减弱。故容易发生感染。致病菌为皮肤的常存菌（如金黄

色葡萄球菌等)或外源性沾染的细菌(如绿脓杆菌等)。化脓性感染可出现在创面上和焦痂下。感染还可能发展成为脓毒症、脓毒性休克。此外,在使用广谱抗生素后,尤其在全身衰弱的病人,可继发真菌感染。

3.肺部感染和急性呼吸衰竭 肺部感染可能有多种原因,如呼吸道粘膜烧伤、肺水肿、肺不张、脓毒症等。还可能发生成人呼吸窘迫综合征或肺梗塞,导致急性呼吸衰竭。

4.急性肾功能衰竭 并发休克前后有肾缺血,严重时肾小囊和肾小管发生变质;加以血红蛋白、肌红蛋白、感染毒素等均可损害肾,故可导致急性肾功能衰竭。

5.应激性溃疡和胃扩张 烧伤后发生十二指肠粘膜的糜烂、溃疡、出血等,称为curling溃疡,可能与胃肠道曾经缺血、再灌注后氢离子逆流损害粘膜有关。胃扩张常为早期胃蠕动减弱时病人口渴饮多量水所致。

6.其他 心肌功能降低,搏出量可减少,与烧伤后产生心肌抑制因子、感染毒素或心肌缺氧等相关。脑水肿或肝坏死也与缺氧、感染毒等相关。

值得注意,烧伤的病死常为多系统器官衰竭所致。

100Test 下载频道开通,各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com