

在伤后感到有教训需要总结,30%的人感到后悔,提示很多烧伤是可以避免的。加强预防烧伤的宣传工作,对降低烧伤发生率很有意义。只有掌握了比较确切的流行病学调查资料,分析烧伤常见的发生原因、时间、场合等,才有可能提出预防措施,降低发生率^[3]。

4. 住院环境对患者心理的影响:主要体现在病房管理和住院条件有待提高及改善。有近 1/2 的患者感觉病房环境给人不舒适,且难以名状。嫌噪音大,喧哗,有设备运转的声音,也有对话声。部分患者提出,病房主体颜色若为绿或蓝色,将有助于调节、缓解情绪。上述因素普遍使受调查者感到心情不安或烦躁,以致少数患者不能安心住院接受治疗,不待伤情痊愈便要求出院。由于治疗不系统,导致创面延迟愈合。

5. 烧伤后患者的心理特点和社会属性:烧伤患者由于致伤原因和受伤经过引起的心理变化比较复杂,其特点为:(1) 伤后紧张症;(2) 心理变化都是在伤后发生的,而不是象高血压、心脏病等,病前已有心理及精神上的改变,甚至因心理、精神因素导致疾病;(3) 社会属性强。伤后患者除了考虑自

己的伤情外,还要考虑与亲人和单位的关系、与肇事者或单位交涉甚至是诉诸法律等方面的问题。他们在这方面的心理活动及变化,显示了烧伤患者心理因素的社会属性较强,提示其心理变化似有一定的过程和规律,即烧伤→伤后紧张症→希望与担心→反思受伤经过→体会住院感受→出院。上述过程可能呈顺序发展,也可能是同时发生或交替出现。了解到烧伤患者伤后心理变化的基本规律,就能制定较完善的心理治疗计划和方案。笔者认为,烧伤患者的心理治疗应从早期开始进行,而不是到康复期才开始,这样就能让其在治疗全程中均享受到身、心两方面的医疗服务,顺利康复。

参 考 文 献

- 1 孙晔,李沂,主编. 社会心理学. 北京:中国科学院心理研究所心理学函授大学出版社,1986. 416 - 415.
- 2 葛绳德. 第十届国际烧伤学会学术会议动态. 国外医学·创伤与外科基本问题分册,1999,20:177.
- 3 黎鳌. 我国烧伤救治研究的过去、现在和未来. 中华烧伤杂志, 2001,14:5 - 7.

(收稿日期:2001 - 04 - 17)

(本文编辑:赵 云)

小儿延迟复苏时应注意脑水肿

唐殿成 王洪 王文松

大面积烧伤体液渗出高峰在伤后 2~3 h,为缩短低灌注对机体的影响,防治休克及其对内脏的损害,临床治疗多主张在伤后 2~3 h 输入第 1 个 24 h 补液总量的 1/3。但受交通、经济等各种条件的限制,不少患者在伤后得不到及时有效的复苏,接诊后常在极短的时间内快速补充所欠液体,以期使血压、心率、尿量达到并维持理想状态,结果导致脑水肿的发生,特别是小儿烧伤时更应警惕。笔者单位于 1991 年 10 月~2001 年 10 月,共收治小儿烧伤患者 418 例,有 35 例发生惊厥,14 例经 CT 诊断为脑水肿,死亡 4 例中 2 例经尸体解剖证实为脑水肿。其中 6 h 以后复苏者 76 例,发生脑水肿 10 例,死亡 3 例。

典型病例:患儿女,2 岁。沸水烫伤总面积 25% TBSA,左侧面、颈、躯干及左上、下肢均为深 II 度创面。伤后患儿家长自用偏方外涂(具体药名不详),并在 24 h 内给患儿饮白开水约 1 000 ml。伤后 6 h 患儿由哭闹、烦躁逐渐转为安静,精神萎靡,呕吐频繁。伤后 14 h 患儿抽搐频繁伴意识障碍,口吐白沫,双眼上窜,面部肌肉抖动,右上肢内旋。随即到当地卫生所补液 150 ml,肌肉注射苯巴比妥钠 60 mg,静脉滴注 20% 甘露醇 50 ml,止痉后患儿持续高热,于伤后 36 h 转入本院。查体:患儿呈昏迷状态,潮式呼吸 40 次/min,心率 190 次/min,血压测不出,无尿,四肢冰凉。血钠 135 mmol/L,血氯 98 mmol/L。立即心电监护,静脉切开,交替补充平衡盐溶液、血浆、白蛋白。根据病史分析患儿有发生脑水肿的可能,

故在抗休克的同时,限制液体总量与速度,采用西地兰强心及多巴胺、甘露醇脱水等综合治疗。入院治疗后 3 h,血压升至 70/40 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),心率降到 160 次/min,患儿出现尿液,排柏油便 100 ml。病情好转后经头部 CT 检查,证实为脑水肿。患儿始终处于昏迷状态,反复抽搐,严重时呈角弓反张状。请儿科会诊后交替给予安定、苯巴比妥、水合氯醛镇静止痉,用地塞米松、甘露醇脱水,胞二磷胆碱、醒脑静等营养脑细胞,气管插管、吸氧等综合治疗。伤后 9 d 患儿因呼吸功能衰竭死亡,尸解证实有严重脑水肿及大脑皮质损害。

讨论 本例患儿入院前已昏迷,并在昏迷中反复抽搐,伤后 36 h 未静脉补液且饮用大量白开水,提示入院前患儿已发生休克及脑水肿。入院后采用“快补慢脱”治疗脑水肿方案,使血压、心率、尿量在 2 h 时得到纠正。但顾及血容量不足可能引起再次休克或加重应激性溃疡,未再给予地塞米松、甘露醇进行治疗,致使患儿反复抽搐,脑水肿纠正不彻底,最终因合并呼吸功能衰竭死亡。脑水肿的早期诊断主要依靠临床医生的综合判断,在休克期发生惊厥、昏迷又不能用其他原因解释时,应考虑是否有脑水肿的可能。在止痉的同时,建议给予地塞米松及脱水治疗。

(收稿日期:2001 - 12 - 19)

(本文编辑:王 旭)

作者单位:116031 大连市第四人民医院烧伤科

· 经验交流 ·