

特征、应对方式提供不同程度的支持及心理干预^[15], 提高患者的烧伤应对效能及康复水平, 为其顺利重返社会打好基础。

参考文献

[1] Park SY, Choi KA, Jang YC, et al. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, 2008, 34(1): 24-31.

[2] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 124-129.

[3] 张作记. 行为医学量表手册. 北京: 中国行为医学科学杂志社, 2001: 185-186.

[4] Franulic A, González X, Trucco M, et al. Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns*, 1996, 22(8): 618-622.

[5] Andersson C, Sandberg S, Rydell AM, et al. Social competence and behaviour problems in burned children. *Burns*, 2003, 29(1): 25-30.

[6] Landolt MA, Vollrath M, Ribl K, et al. Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry*, 2003, 44(8): 1199-1207.

[7] 高映辉. 不同程度烧伤患者的心理状态及综合健康情况. 中国

临床康复, 2005, 9(48): 44-45.

[8] 刘琰, 向军, 陆树良, 等. 社会期烧伤患者综合健康情况调查分析. *现代康复*, 2000, 4(6): 856-857.

[9] Noronha DO, Faust J. Identifying the variables impacting post-burn psychological adjustment: a meta-analysis. *J Pediatric Psychol*, 2007, 32(3): 380-391.

[10] Willebrand M. Coping, personality and cognitive processes in burn injured patients. Sweden: Uppsala University, 2003.

[11] Costa BA, Engrav LH, Holavanahalli R, et al. Impairment after burns: a two-center, prospective report. *Burns*, 2003, 29(7): 671-675.

[12] Liber JM, Faber AW, Treffers PD, et al. Coping style, personality and adolescent adjustment 10 years post-burn. *Burns*, 2008, 34(6): 775-782.

[13] 王玉琼, 刘月琴. 癌症病人生活质量与应对方式的相关性研究. *护理研究*, 2005, 19(5): 775-778.

[14] 梁宝勇. 应对研究的成果、问题与解决办法. *心理学报*, 2002, 34(6): 643-650.

[15] Phillips C, Rumsey N. Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury—a quantitative study. *Burns*, 2008, 34(1): 56-62.

(收稿日期: 2009-04-21)

(本文编辑: 张红)

· 病例报告 ·

腹部热压伤致上消化道梗阻一例

赵耀华 黄伟琪 沈耀明 徐丽红 邓海涛

患者男, 21 岁, 因衣服被旋转铜管 (约 60 °C) 缠绕约 5 min 致腹部热压伤。伤后即送入笔者单位。体温 37.3 °C、脉搏 80 次/min、呼吸 19 次/min、血压 135/84 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。创面分布于脐周、左季肋部, 总面积约 5%, 其中深 II 度 3%、III 度 2% TBSA。腹壁肿胀明显, 左季肋部有 5 cm × 3 cm 的皮肤缺损伴出血, 腹软, 无压痛及反跳痛。查血常规: WBC 9.8 × 10⁹/L, Hb 132 g/L, PLT 167 × 10⁹/L。血肝功能、肾功能、电解质等指标正常。腰椎 X 线片检查未见骨折。上腹部 CT 扫描未见异常。彩色 B 型超声多普勒检查肝、胆、脾、胰未见外伤性改变。伤后 13 h 患者呕吐 1 次, 为胃内容物, 量约 1500 mL。同时给予胃肠减压, 行胃肠外营养。第 2 天彩色 B 型超声多普勒检查显示: 盆腔积液、右下腹局部肠管稍宽。伤后 3 d 行腹部创面扩创术, 术中见深筋膜、肌膜层广泛撕脱样改变, 皮下积血、水肿, 腹外斜肌、腹直肌部分肌束断裂坏死。清除失活组织, 裸露创面 45 cm × 23 cm, 由于受床不良, 应用负压封闭引流技术治疗。伤后 14 d 行消化道造影、全腹部 + 盆腔区 CT 扫描、电子胃镜等检查, 诊断为十二指肠降段水平交界处肠壁血肿。因局限性黏膜充血水肿, 镜身无法通过梗阻处, 空肠营养管置入失败。因腹壁存在创面, 暂未行剖腹探查术。伤后 17 d, 去除负压封闭引流, 创面水肿消退, 肉芽组织生长良好, 行植皮手术封闭

创面。伤后 25 d 在胃镜直视下用异物钳将肠胃三腔营养管放入十二指肠降段以下, 匀速滴入肠内营养液 1000 ~ 1500 mL/d。伤后 43 d 消化道造影显示血肿消退, 患者进食量增大后无明显不适, 去除胃肠营养管。住院 50 d, 患者痊愈出院。

讨论 腹部挤压伤致肠壁血肿造成上消化道完全梗阻少见报道, 侯贺宪等^[1]曾报道了 1 例严重烧伤术后并发十二指肠球部血管瘤破裂的病例, 但该血管瘤破裂与患者血管本身病变或应激性溃疡有关。本例患者临床表现类似于肠系膜上动脉压迫综合征, 肠壁血肿发生在十二指肠降段水平交界处, 与受伤时的着力点密切相关。由于血肿逐渐发生, 给早期明确诊断造成一定困难。在复合伤存在的情况下, 早期检查治疗往往受到制约, 结合本例临床表现和创面特点, 切痂后及时应用持续负压封闭引流技术治疗有利于提高创面的修复质量。治疗中未见引流增多和血液循环障碍等不良现象。当明确了梗阻部位和病变性质后采用三腔肠胃管, 既可进行肠内营养, 又可行梗阻上段减压, 并配合全身静脉营养疗法, 使肠壁血肿逐渐消退。

参考文献

[1] 侯贺宪, 张劲光, 杨加保, 等. 烧伤患者术后并发十二指肠球部血管瘤破裂一例. *中华烧伤杂志*, 2005, 21(6): 473.

(收稿日期: 2009-05-18)

(本文编辑: 张红)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2009.06.006

作者单位: 214400 江苏江阴, 东南大学医学院附属江阴医院整形美容烧伤科