

的取向和思考。本研究所建立的回归方程表明人格因素对大学生军事职业的选择具有一定的作用,其中怀疑性和忧虑性是最重要的人格因素,人们对部队人际关系和谐、单纯的主观印象是吸引大学生的最主要因素。但方程的决定系数 $R^2 = 0.135$,表明人格因素不是是否具有参军意向的主要影响因素,参军意向还受到其他诸多因素的影响,这其中可能包括:收入因素、社会价值观因素、家庭影响因素等,这需要通过进一步的研究来证实。如果搞清楚了这些问题,将会对我军兵役政策的制定以及征兵宣传和动员策略上提供重要的理论依据。

人格因素是大学生是否选择军事职业的一个重要因素,其中敏感性、忧虑性、怀疑性、实验性、自律性

是重要的人格因素,除了人格因素外,还有其他一些社会文化因素也对军事择业有重要影响。

【参考文献】

- [1] 罗正学. 陆军学院学员军事职业资格人格特征研究[D]. 西安第四军医大学硕士学位论文, 2001.
- [2] 苗丹民, 皇甫恩. MBTI人格类型量表的效度分析[J]. 心理学报, 2000, 32(3): 324-331.
- [3] 刘军, 敖景文, 陈强, 等. 霍兰德职业兴趣问卷修订版的实证效度研究[J]. 临床军医杂志, 2004, 32(2): 86-88.
- [4] 李卫兴, 刘朝华, 赵明, 等. 16种人格因素常模研究[J]. 华南国防医学杂志, 2004, 18(2): 26-27.
- [5] 李云波. 军队优秀医学人才心理特质的研究[D]. 西安第四军医大学硕士学位论文, 2000.
- [6] 高洪杰, 苗丹民, 李云波, 等. 中、英大学生英文版人格问卷测量比较[J]. 第四军医大学学报, 2005, 26(6): 555.
- [7] Tyler G. A review of the 15FQ+ personality questionnaire[J]. Select Devel Review, 2003, 19(2): 7-11.

编辑 许昌泰

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)04-0372-01

肢体电烧伤的早期修复

张绪生, 刘毅, 张斌

(兰州军区兰州总医院烧伤整形科, 甘肃 兰州 730050)

【关键词】肢体电烧伤; 早期修复

【中图分类号】R647 【文献标识码】B

1 临床资料 自1996-05以来我院收治283(男181,女102)例肢体电烧伤患者,年龄2~65岁。致伤电压220V~100kV,单纯肢体伤189例,伴躯干伤81例,伴头颈部伤13例,双上肢为出入口169例,上肢入口下肢出口86例,上肢入口其他部位出口的21例,其他部位入口肢体出口7例。伤后3d以内行手术者192例,超过3d手术者91例。创面覆盖全中厚植皮143例,皮瓣移植140例,其中局部皮瓣89例,岛状皮瓣49例,游离皮瓣21例,游离皮瓣12例,废用肢体皮瓣、皮片8例。最多者先后8次手术,≥3次手术103例,≤2次手术180例。

治疗283例,肢体截除36例,其中上肢肩关节离断3例,4肢体,上肢截除12例,15肢体,前臂截除9例,12肢体,手指、足趾截除7例,18指(趾)。下肢髋关节离断或部分截除5例。肢体截除处血管病检113例。其结果临床上分为轻、中、重三类,轻度(26例):血管内皮、弹力纤维灶性坏死;中度(44例):血管壁全层大片状坏死;重度(37例):血管烧毁,管壁组织结构难以分辨,管腔断裂不连续。

2 讨论

2.1 解除张力,挽救保留间生态组织 在早期清除坏死组织中,如坏死组织界线不清,在尽量保留间生态组织的同时只清除烧毁变性的软组织,以免术后坏死组织继续腐烂,造成感染毒素吸收,使全身中毒反应加重。减张后需切开松懈筋膜、肌膜、肌间隔处,放出渗液,要达到软组织彻底松弛状态,往往要将切口延长在皮肤创缘的10cm左右。探查血管损伤的程度较为重要,术中应对是否结扎及结扎平面做出准确判断,否则可致血管破裂。本组1例因颈部、股部创面较大,损伤深达骨面、病情非常严重而未能早期探查,伤后5d颈总动脉破裂大出血而死亡。另有1例右上臂肱动脉中段结扎,伤口感染,血管破裂出血,发现及时再次肱动脉高位结扎,而挽救了生命。本组有8根肢体动脉结扎段都有轻度病理损伤,结扎后尽可能用健康的软组织包埋,术后没有发生1例血管残端结扎处破裂出血的情况。

2.2 肢体截除平面判定 以往对血管损伤的判断多采用血管造影的方法,对严重损伤的诊断起了一定的作用^[1-2],李利

根等^[3]采用DSA和B超检测出血管堵塞,管腔狭窄,肌支减少,串珠样改变、血流缓慢,给术前预判伤情起到了一定的作用,术中直视判断更为主要。在肢体、指(趾)骨质、软组织同时烧毁时,依据伤情早期尽可能地清除坏死组织,必要时关节离断,而不行截肢术,一方面骨质坏死平面难以确定,造成残端留有死骨,另一方面长骨截断后骨髓腔暴露在坏死组织中,易引起感染,加重伤情。本组1例上臂中段截除,骨髓腔暴露较早,虽然皮瓣覆盖,但部分伤口不愈合,经反复清创换药,死骨清除后伤口得以愈合。故认为截肢平面上2~6cm结扎血管,皮肤软组织应能包裹骨断面为宜,骨质必须为正常颜色,如有骨质变为灰色,截肢平面应更高一些。截肢平面应由这些客观指标决定,不能依赖主观意志或患者及其家属保全肢体的“美好愿望”,否则就可能遭受多次手术之苦。

2.3 创面覆盖的选择 对严重电烧伤毁损性创面进行早期修复,临床上已达成共识^[4],笔者认为早期清创I期修复创面应根据患者的全身情况及伤情进行,目的在于保护有生机的组织,阻止渐进性坏死,恢复肢体血液循环,降低截肢率,保护肾功能等。根据不同创面选择皮瓣或皮片移植覆盖,有时也迫使采用多个皮瓣覆盖,本组有1例为了保全左上肢即以背阔肌皮瓣30cm×20cm,岛状转移覆盖前臂中段,腹部皮瓣覆盖腕部,这样的皮瓣亦修复了?露的骨质,也保留了肢体的原长度,降低了截肢率。充分利用截除肢体有活力的组织,将“遗弃”的组织加以利用,效果甚为满意。本组行肢体(指、趾)剥骨皮瓣均成活,特别是吻合血管前臂巨大皮瓣40cm×30cm,覆盖肩、侧胸壁创面,吻合血管选用远离创面的颈横动脉,避免了因距创面较近血管内膜损伤,血栓形成而导致血管阻塞,造成皮瓣移植失败。这类手术仅限于肢体近段烧毁,而远段完好的特殊病例。

在损伤较重的肢体,经皮瓣及多种方法修复,避免了肢体截除,但肢体手指的功能完全丧失。这类损伤是保留肢体还是截除肢体值得思考,笔者认为保留残体可维持身体的平衡,避免脊柱侧弯,另外保持了肢体原长度,待医学发展到一定程度可重建肢体及手的功能。

【参考文献】

- [1] Vedung S, Arturson G, Wadin K, et al. Angiographic findings and need for amputation in high tension electrical injuries[J]. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 1990, 24(3): 225-231.
- [2] 闫东, 范承经, 袁曙光, 等. 高压电击伤的动脉造影改变[J]. 中华整形外科杂志, 1999, 15: 371-372.
- [3] 李利根, 柴家科, 郭振荣, 等. 应用数字减影血管造影与B超判断上肢高压电烧伤患者的血管损伤情况[J]. 中华烧伤外科杂志, 2004, 20: 165-167.
- [4] 陈璧. 深度烧伤创面早期促进创面修复的进展[J]. 中华烧伤杂志, 2001, 17: 8-9.
- [5] 张绪生, 徐燕, 于晟, 等. 电击伤废弃上肢皮瓣修复胸肩部创面一例[J]. 中华显微外科杂志, 1997, 20: 203.

编辑 吴涛

收稿日期 2006-06-06; 接受日期 2006-09-14

作者简介 张绪生, 学士, 副主任医师. Tel: (0931) 8975335 Email: Xuzhang123@sohu.com