理护理相互关联,任何一个环节没有做好,都将影响其治疗效果,甚至导致治疗失败[8]。护理人员作为心理护理工作的实施者,必须具备辅助生殖、心理学相关的专业知识,勤于观察、善于沟通、严谨操作。在临床工作中针对各个阶段患者可能出现的心理问题来考虑和制定护理计划,有预见性及针对性地使每位患者都能得到连续、完整的心理疏导,帮助他们以较好的心理状态应对治疗需要,促进了 IVF-ET 的成功。

参考文献:

[1] 宫玉花, 田恩燕, 王晓彬, 等. IVF-ET 妇女取卵前 1 周的心理反应及影响因素[J]. 护士进修杂志, 2003, 18(12):1063 - 1066.
[2] Kovacs G T, Morgan G, Wood E C, *et al*. Community attitudes to assisted reproductive technology: a 20-year trend [J]. Med J Aust, 2003, 179(10):536 - 538.
[3] 王凤英, 李玉艳, 俞炽阳, 对 IVF 超促排卵周期结局的分析[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(12):1272 - 1275.
[4] 孔燕, 李培培, 陈娟, 等. 拟做体外授精-胚胎移植妇女的应对方式与心理健康状况的特点及其相关分析[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(8):713 - 715.
[5] 许立红, 吴桂华, 张秀清. 心理护理对体外受精-胚胎移植成功率的影响[J]. 现在护理, 2007, 13(12):1094 - 1095.
[6] Domar A D. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients[J]. Fertil Steril, 2004, 81(2):271 - 273.
[7] Eugster A, Vingerhoets A J, van-Heck G L, *et al*. The effect of episodic anxiety on an *in vitro* fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study [J]. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2004, 25 (1):57 - 65.
[8] Smeenk J M, Verhaak C M, Braat D D. Psychological interference in in vitro fertilization treatment[J]. Fertil Steril, 2004, 81(2):277.

(收稿:2010-03-05 修回:2010-04-09)
(编辑　王小宾)

文章编号:1000-5404(2010)17-1915-02

经验交流

三维塑形钛网在巨大颅骨缺损修补中的应用

冯怡墨,程泽沛,石滴坚　(400014 重庆,重庆市第三人民医院神经外科)

【关键词】 钛网;三维塑形;巨大颅骨缺损修补
【中图法分类号】 R651.11　【文献标志码】 B

普通钛网修补巨大颅骨缺损时存在外形不满意,伤口易感染,皮下积液多,颅骨固定材料易松动等缺点。我科于 2007 年 1 月至 2010 年 2 月采用三维塑形钛网个体化修补巨大颅骨缺损 28 例,较好的克服了上述缺点,效果满意,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

本组 28 例为 2007 年 1 月至 2010 年 2 月我院收治的巨大颅骨缺损患者,男性 26 例,女性 2 例。年龄 26 ~ 75 岁,平均 50.5 岁。颅骨缺损原因:颅脑外伤 24 例,高血压脑出血 2 例。修补时间为颅脑手术后 2 ~ 7 个月,平均 4.5 个月。颅骨缺损部位:颞侧 6 例,额颞部 10 例,颞顶部 8 例,额部 3 例,颞部累及眶上部 1 例。颅骨缺损面积为 89.7 ~ 159.5 cm^2,平均 124.6 cm^2。

1.2　方法

1.2.1　三维塑形钛网制作　术前患者将行头颅 CT 薄层扫描(2 mm),拷贝全部资料包括(年龄、性别、伤前照片、CT 数据)寄送给美敦力公司总部神经外科组,公司用专业软件予以颅骨三维重建,并传输至无模多点成型设备上将钛板制造成型。制成与患者颅骨缺损相匹配的钛网[美国美敦力公司(Medtronic,Inc.)生产的 Timesh 颅骨修复系统]。

1.2.2　手术过程　全麻成功后,沿原切口切开皮肤皮下,骨膜剥离器游离骨窗边缘,锐性游离皮瓣,暴露出骨窗,电凝彻底止血术区,用生理盐水反复冲洗,将成型钛网以预先设计方向覆盖于骨窗上,用钛钉固定于颅骨,钛网中央以丝线悬吊硬膜,逐层缝合头皮。

2　结果

所有患者手术过程顺利,钛网与骨窗沿完全贴合,无钛网过大,而超出预定范围;或过小,与骨窗沿留有间隙的情况发生。手术时间 1.5 ~ 2 h,平均 1.75 h。

术后常规抗感染治疗,发生皮下积液 2 例,局部抽吸,加压包扎后消失,其余患者恢复良好,无感染积液。

术后 3 个月即开始让患者返院随访,共随访 25 例。随访时间 3 个月至 3 年,平均随访时间 17.5 个月。其中随访 3 ~ 12 个月 3 例,随访 1 ~ 2 年 13 例,随访 2 ~ 3 年 9 例。有 2 例(术后 10 个月、13 个月)伤口局部有少量线头突出,拆线后愈合。1 例(术后 4 个月)伤口局部红肿有少量脓液,换药 4 d 后愈合。所有患者钛板固定牢固,未发现钛网边缘翘起刺激头皮,造成术后疼痛。术后无感染及脑脊液漏,顽固性皮下积液,伤口裂开等并发症。患者头面部正面左右对称,弧线美观,患者满意率达 100%。

3　讨论

重型颅脑损伤,多部位或量较大的高血压脑出血术后颅骨缺损,尤其是巨大颅骨缺损患者常常出现头痛,头晕,注意力不集中,易疲劳,局部胀痛。Yamaura 等[1] 将这一系列神经症状命名为颅骨缺损综合征。而且在颅骨缺损的病理情况下,肢体

【通信作者】 冯怡墨,电话:(023)63520264,E-mail:ymfym0642@sina.com

障碍及失语不易恢复,容易诱发癫痫[2]。同时会对患者外貌及心理影响较大。传统观点认为手术时机一般为无感染伤口术后3~6个月;对于感染伤口,应视感染范围和程度而定。但伤后早期(6~8周),只要局部切口条件许可,即可行修补术[3]。

三维塑形钛网(Timesh 颅骨修复系统)颅骨修补手术较传统钛网颅骨修补手术具有以下优点:三维塑形钛网与边缘贴合好,不需修剪和塑形,与骨窗边缘完全贴合,易于固定。张力小,边缘不易翘起,钛钉不易脱落,钛板固定牢。避免术中修剪,塑形,缩短了手术时间,术后感染、皮下积液等并发症的发生率明显减少[4]。巨大颅骨缺损患者对外观形态要求较高,计算机三维塑形是完全个性化,能充分保证左右对称,增强患者术后满意度及自信。三维塑形钛网虽造价高于普通钛网,但巨大颅骨缺损患者外观满意率高,同时减少了手术并发症,缩短了住院时间,最大程度上避免了再次手术的可能,患者的费用反而有所节约。本组28例患者住院平均时间为9 d,只有2例出现少量皮下积液,在抽吸、加压包扎后消失;患者自信心与精神面貌得到较大程度的恢复,2例患者重返工作岗位。

巨大颅骨缺损患者往往头皮与硬脑膜粘连范围较广,界限不清,甚至与脑组织有粘连,可能会导致术中出血较多,损伤脑组织。减少对硬脑膜牵拉幅度,能起到保护脑组织的作用。在分离过程中,尽量找准界限分离,避免造成硬脑膜破损,一旦硬脑膜破漏,立即严密缝合。如损伤脑组织,应充分止血。我们在修补颅骨时,发现近颞肌或皮瓣相对较厚处,皮瓣与钛网材料贴合较快较好。而皮瓣较薄处,容易引起皮下积液。所以在游离皮瓣时,尽量足够厚的游离。但要注意过厚会导致缝合张力高,影响切口愈合。同时我们采用硬脑膜悬挂5~6针对术后减少皮下积液效果较好[5],已采取硬脑膜悬吊的20例患者均未出现皮下积液,未采取硬脑膜悬吊的8例患者出现2例皮下积液。在固定三维塑形钛网时,一般只需钛钉5~6枚,等距离固定于颅骨骨窗边缘,近颅底颞侧骨质较薄处,可无需固定,效果即可达到,节约了材料费用。

参考文献:

[1] Yamaura A, Makino H. Neurological deficits in the presence of the sinking skin flap following decompressive craniectomy[J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 1977, 17(1 Pt 1): 43-53.

[2] 靳文毅,张楠,刘智,等. 外伤性颅骨缺损修补手术80例临床经验总结[J]. 中国综合临床, 2006, 22(5): 439-441.

[3] 那汉荣,吴伟,高恒,等. 早期修补外伤性颅骨缺损[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(7): F0004,74.

[4] 王晓军,于涛,路扬,等. 三维塑形个体化颅骨修补材料的临床应用[J]. 苏州大学学报:医学版, 2008, 28(5): 852-853.

[5] 张晓东,池京洋. 去骨瓣减压术后顽固性皮瓣下积液的处理[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(4): 370-371.

(收稿:2010-05-17 修回:2010-06-04)

(编辑 王 红)

经验交流

文章编号:1000-5404(2010)17-1916-02

移植优质胚胎数对IVF-ET及ICSI助孕患者临床妊娠结局的影响

任建枝,沙爱国,李 萍,韩冬梅,蒋晓明,耿 洁,马彩辉 (361002 福建 厦门,解放军第174医院生殖医学中心)

【关键词】 受精,体外;卵胞浆内单精子显微注射;优质胚胎;妊娠;多胎妊娠

【中图法分类号】 R711.6 【文献标志码】 B

随着辅助生育技术的广泛开展,提高临床妊娠率,降低多胎率成为广大临床医师研究的重点[1]。为此,我们就移植优质胚胎数量与体外受精-胚胎移植(*in vitro* fertlization-embryo transfer, IVF-ET)及卵胞浆内单精子显微注射(intracytoplasmic sperm injection, ICSI)助孕患者的临床妊娠率、着床率及多胎率的关系进行探讨。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2008年1月至2009年12月在我院行IVF及ICSI患者共804个周期。入选条件:第1次行IVF或ICSI助孕;只移植2个胚胎的新鲜胚胎移植周期。患者年龄21~44(30.85±5.02)岁,不孕年限0.5~17(4.32±3.76)年。原发不孕366例,继发不孕438例。其中625个周期因输卵管、子宫内膜异位症、卵巢因素等行IVF,179个周期因男性因素而行ICSI助孕。本组患者均移植2个胚胎。

1.2 优质胚胎的定义

评分在2分及2分以上胚胎定义为可移植胚胎。评分为4分或3分的胚胎定为优质胚胎。1级胚胎(4分):取卵后48 h为4细胞或取卵后72 h达到8细胞(或早期桑葚胚)、卵裂球致密、大小正常、对称性好、<5%碎片。2级胚胎(3分):①取卵后48 h为4细胞或取卵后72 h达到8细胞(或早期桑葚胚)、卵裂球致密性、细胞大小、对称性任一指标欠佳,无碎片或各指标正常,有少于25%的碎片。②取卵后48 h达不到4细胞或取卵后72 h达不到8细胞(或早期桑葚胚),其他指标正常、无碎片。

1.3 分组

移植日根据患者的胚胎数目及胚胎情况,选择最好的2个胚胎进行移植。根据移植不同优质胚胎的数目,分成3组,A组:无优质胚胎移植,移植2个2分胚胎;B组:移植1个3分或4分胚胎,1个2分胚胎;C组:移植2个均为3分或4分胚胎。3组患者年龄、不孕年限、孕史之间无统计学差异($P>0.05$)。见表1。

【通信作者】 任建枝,E-mail:renj121@126.com