维普资讯 http://www.cqvip.com

随访记录。将57例患者按照发生面神经运动功能障碍的时间顺序依次分为实验组和对照组：实验组29例，男性17例，女性12例，年龄23～73岁，其中良性肿瘤21例，恶性肿瘤8例；对照组28例，男性15例，女性13例，年龄21～69岁，其中良性肿瘤22例，恶性肿瘤6例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 所有患者术后均采用相似的预防感染、抗炎、支持等治疗措施，自术后一周拆线并解除加压包扎始，实验组患者由医师教会他们一整套面部表情肌运动功能训练的方法[1]。训练方法为：首先，患者表情平静，用双手自上而下轻柔按摩全面部表情肌3～5 min；然后依次进行蹙眉、闭眼睛、瞪眼睛、提鼻子、鼓腮及各种口型运动，时间5 min；最后进行神经功能受损区表情肌运动强化训练，时间3 min；如此每天训练5次以上。在全面训练患者双侧表情肌运动的基础上，再强化训练面神经功能受损区的表情肌运动；对照组患者不做特殊处置，任其自行恢复。

1.2.2 随访及疗效判定 患者出院后每周随访一次，由3名医务人员目测患者双侧面部表情运动情况及行面神经传导速度测定，并详细记录随访结果，至双侧面部表情运动无明显差别且双侧面神经传导速度相近时止，最后时间为患者面神经功能恢复时间。

2 结果

实验组29例患者面神经功能恢复时间为3～10周，平均(5.31±1.58)周；对照组28例患者面神经功能恢复时间为4～18周，平均(7.71±3.29)周，两组患者面神经功能恢复的平均时间具有显著性差异($P<0.05$)。

3 讨论

面部表情运动功能障碍是解剖面神经腮腺肿瘤切除术后常见的并发症，面神经解剖术后发生面部表情运动功能障碍的原因主要为：手术中对神经纤维的牵拉及机械刺激、术后炎性反应、术区水肿对神经纤维的压迫以及解剖区域一过性神经营养障碍等因素导致神经水肿和脱髓鞘，使其对电信号传导能力降低，进而使其支配区域的表情肌发生不同程度的麻痹。一般认为，在术中未切断面神经主干及其主要分支时，面神经功能在术后三个月左右能自行恢复，因此既往临床医师多不采用特殊治疗措施，任其自行恢复。但是在面神经功能恢复期间，表情运动功能障碍降低了患者的生活质量，并会对其心理产生不良影响。随着社会的进步，人们对生活质量的要求越来越高，因而当面神经功能受损时，采取适当措施促进面神经功能恢复十分必要。

手术后一周时，术区切口已经愈合、水肿也大部分消退，但神经水肿和脱髓鞘变化仍存在，表情肌仍呈不同程度瘫痪状态，此时进行面肌按摩和运动功能训练可改善局部血液循环、促进静脉及淋巴回流，有助于进一步消除水肿、改善局部营养供应，从而促进面神经纤维微观结构的恢复[2-3]。主动性和被动性的表情肌运动能强化受损的面神经纤维对生物电信号的传导能力[4]。进行面肌按摩和运动功能训练，还可防止软组织粘连并能延缓肌肉萎缩，有助于保持面形对称、减少并发症的发生，但按摩的手法要轻柔，早期强力的按摩对软瘫的肌肉并不利[1]。

本研究发现面神经解剖术术后进行面肌功能训练能有效缩短面神经功能恢复的时间，且无需医疗费用、操作简便，值得临床推广。

[参考文献]

[1] 施晓健，俞光岩，杨朝晖. 功能训练治疗创伤性面神经损伤临床观察[J]. 中华理疗杂志，2000,23(6):330－333.
[2] 张丽华. 对贝尔氏麻痹患者早期面部按摩及功能锻炼的体会[J]. 中国临床康复，2002，6(15)：2317.
[3] 李玲，袁华，徐莉，等. 面神经麻痹的康复问题[J]. 现代康复，2000，4(12)：1776－1778.
[4] 唐红宇，谭红，张霞，等. 周围性面瘫面部肌力增强训练的对比研究[J]. 中国临床康复，2002,6(5)：643.

(编辑：文 灿)

肺减容手术治疗重度肺气肿

Treatment of chronic obstructive emphysema by lung volume reduction surgery

黄继红，刘世杰，白德巍
(鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 肺减容手术，治疗，肺气肿
[中图分类号] R565.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)05－0320－02

肺减容手术是通过外科手术切除、折叠或减缩占据胸膜腔的部分肺气肿组织，用于治疗慢性阻塞性肺气肿的一种手术技术。2000年6月至2003年10月，我科采用肺减容手术治疗慢性阻塞性肺气肿10例，手术近期效果满意，现报告如下。

[收稿日期] 2004－04－18 [修回日期] 2004－08－10

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组10例中，男性8例，女性2例。年龄48～65岁。肺气肿诊断依据“慢性阻塞性肺疾病诊治规范”。术前均有进行性气急，需间歇吸氧。查体为桶状胸；X线胸片及胸部CT示：肺

维普资讯 http://www.cqvip.com

透亮度增高、肺纹理稀疏、肋间隙增宽、膈肌低平，4例伴肺周边大泡。

1.2 手术方法

本组10例均采用静脉复合麻醉，行气管内双腔管插管，双侧开胸，分次单肺通气。经前外侧切口者8例，经胸骨劈开者2例。将肺周边部分切除、折叠，切除肺组织占一侧肺容积的20%～30%，减容后的肺组织形态与原肺形状相似，切缘或折叠处以医用生物胶(OB胶)粘合。术后加强雾化吸入，呼吸功能锻炼等。

2 结果

本组10例无死亡病例，平均住院26 d。术后随访6～15个月，病人症状均缓解，生活能自理。肺功能和血气分析情况见，表1。

表1 手术前后肺功能和血气分析情况比较

时间	肺功能			血气分析	
	FVC[L(%)]	FEV1[L(%)]	RV/TLC%	PaO_2(mmHg)	$PaCO_2$(mmHg)
术前	2.20±0.15	0.88±0.05	38～50	72.4±8.6	41.4±8.2
术后	2.65±0.14	1.25±0.06	<30	85.2±5.0	38.0±6.3

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是常见的慢性呼吸系统疾病，患病率和病死率一直较高。COPD主要包括慢性阻塞性支气管炎和肺气肿两种疾病，经长期内科治疗效果不显著，甚至失去生活自理能力。Brantigan等[1]首先提出肺减容手术的概念。肺减容手术机制：①通过多处楔行切除或折叠术减少整个肺的容积，改善通气血流比例：②术后小气道周围组织的弹性牵拉力增强，使小气道扩张；③恢复胸廓外形，膈肌恢复膨隆，呼吸肌肌力恢复；④血流动力学改善，回心血量增加，肺动脉阻力降低。

慢性阻塞性肺气肿病人常常合并肺性脑病、冠心病、营养不良等，手术适应证选择较为重要，我们依据如下标准：①肺气肿诊断明确者；②终末期肺气肿严重影响病人的生活质量，内科治疗无效者；③肺功能：FEV1≤35%预计值，RV≥200%预计值，TLC≥125%预计值；④胸片显示肺过度膨胀，并有膈面变平或膈面方向呈相反状态者；⑤胸部CT扫描显示肺气肿质地重度不均匀，但无直径大于5 cm的孤立性肺大泡者；⑥不伴有支气管扩张、支气管哮喘者；⑦无严重冠心病及其他恶性肿瘤者；⑧无过度消瘦或肥胖者。

肺切缘的漏气是最常见和最主要的术后并发症。本组10例中，有6例漏气时间大于5 d，主要采用肺切缘、折叠部位以医用生物胶(OB胶)局部粘合方法预防。有文献报道采用牛心包片或心包条垫在线形切缝器上施行肺减容手术，可较好解决术后肺漏气问题，由于本单位条件限制无法采用，有待实验。但有文献报道，只有10%～20%的肺气肿病人符合肺减容手术[1]，如何使之适合于多数病人还有待于进一步解决。

[参考文献]

[1] 李 彤，叶博善，侯生才，等. 14例肺减容术治疗重度肺气肿[J]. 中华胸心血管外科杂志，2001，17(4)：245－246.

(编辑：邱全光)

“全程功能康复链”在肢体损伤修复与重建手术中的应用

Application of full process functional recovery chain in extremity injury repair and reconstructive operation

林 立[1]，黄卫东[2]，黄 作[1]，徐基农[2]，阮 艺[1]，陈国奋[3]，顾立强[3]，裴国献[3]
(1.南海区罗村医院手外科，广东 佛山 528226；2.广州恒生手外科医院，广东 广州 510515；
3.第一军医大学南方医院全军创伤骨科中心，广东 广州 510515)

[关键词] 康复；肢体；创伤；手术
[中图分类号] R62；R64 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)05－0321－02

我科自1998年起，在对189例肢体损伤患者行显微外科手术修复的同时，将“术前、术中及术后”的三阶段“全程功能康复链”观念应用于其中，使得患者损伤肢体在修复的同时，功能亦得到一定程度的提高。现报道如下。

[收稿日期] 2004－08－10 [修回日期] 2004－09－16

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组病例189例，男121例，女68例。年龄15～58岁，平均33.5岁。