1 临床资料

本组患者28例,其中男13例,女15例。年龄为7~15岁。左侧斜颈占9例,右侧占19例。根据周永德氏病理分型法[1]可分为肌肉型8例、混合型10例及纤维型10例。28例患者中行胸骨头切断术3例、胸骨头及锁骨头切断术5例、胸骨头锁骨头及乳突头切断术4例、胸骨头锁骨头切断加深筋骨膜松解术6例、胸锁乳突肌切断并部分切除术5例、胸锁乳突肌部分切除深筋膜切除术3例、胸锁乳突肌部分切除加筋膜及斜角肌切断术2例,平均住院日为9.5 d。本组病例全部治愈,无并发症发生。

2 讨论

2.1 肌性斜颈发生的病因

肌性斜颈发生的病因及病理机制至今尚不完全清楚,一般认为肌性斜颈是由一侧胸锁乳突肌发生纤维性挛缩后所形成的畸形。有人认为是指胎儿期由于血管痉挛引起患侧胸锁乳突肌供血不足或难产(如臀位产等)发生肌肉出血引起肌肉纤维化[2]。它通常发生的规律是小儿出生2~3周时,在一侧胸锁乳突肌处可触及梭形肿块,质硬而固定,约3~4个月后肿块逐渐消失,大多在半岁至3岁时发生挛缩并出现典型的斜颈体征,故该病诊断不难。若在婴幼儿期未能发现此病并且未得到及时有效的治疗。斜颈畸形将继续发展导致面部畸形改变的特征:患侧面部自上而下缩小,眼和耳不在一个水平位上,而是在畸形位,但面容对称性的改变不很突出,经矫正后两耳的畸形就比较突出。并且日久患侧软组织也会发生适应性缩短,颈深筋膜 开始变厚而收缩,前斜角肌和中斜角肌均缩短颈动脉鞘和血管也随之发生相应的缩短。颈部畸形的发生与发展同病变侧胸锁乳突肌的组织病理变化及分型有关,所以临床治疗也是根据病理的分型来决定矫正的治疗方式[3]。

2.2 肌性斜颈治疗方法的选择

1岁以内小儿可选择用非手术方法治疗,即对病变部位热敷、按摩,采用领圈固定或用沙袋保持头部于矫正位等。对非手术治疗无效或1岁以上,并且已有明显的胸锁乳突肌挛缩时可选择手术治疗,手术将胸锁乳突肌下端即胸骨头和锁骨头处切断,或者分别切除1~2 cm,术后再辅以石膏固定于矫正位,疗效很好,本组病例全部经手术治疗最终获得治愈。对大龄儿童,由于病程较长,手术行单纯的胸锁乳突肌下端切断术术后往往不能取得满意的矫正效果,如能在原手术的基础上再扩大松解范围,其疗效较为可靠。手术范围扩大的主要依据是胸锁乳突肌的病损类型。对纤维型肌性斜颈手术松解范围要广,而肌肉型则手术范围小。本组有1例14岁大龄儿,术中见胸骨头紧张,轻度挛缩,但锁骨头及深部组织均无紧张改变,故行单纯胸骨头切断术结果也获得满意疗效。关于手术治疗的年龄选择一般在1~4岁时进行较为合理,因为4岁以前治疗可以达到颈部功能和面部美容两方面的满意。本组病例的治疗,由于是大龄儿童较多虽已最大限度地恢复了颈部的功能活动但也有个别遗留下美容的欠缺,尚需逐渐恢复或进一步治疗。

[参考文献]

[1] 周永德,刘正全,吉士俊,等. 肌性斜颈分型及透射电镜以观察[J]. 中华小儿外科杂志,1989,(10):221.
[2] 郑州淮. 先天性肌性斜颈的治疗原则[J]. 中华小儿外科杂志,1997,(4):245.
[3] 张锡庆. 先天性肌性斜颈的治疗体会[J]. 中华小儿外科杂志,1997,(4):243.

(编辑:兰阳军)

断肢(指)再植术后的护理体会

翟淑云,邹 力 (牡丹江林业中心医院骨外科三病区,黑龙江 牡丹江 157011)

[关键词] 断肢;断指;再植;血管危象
[中图分类号] R658.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0440-02

断肢(指)再植是一项细致和复杂的手术,难度系数较大,涉及到血管、神经吻合。随着显微外科技术的不断深入发展,各种高难度的断肢(指)再植手术在临床上相继获得成功。近年来,我院的断肢(指)再植手术技术不断提高,手术成功率较高,本文将断肢(指)再植术后的护理体会进行总结报告。

1 临床资料

本组收集2005年至2008年的断肢(指)病例共60例,其中男38例,女22例。上臂完全离断伤4例,前臂不完全离断伤8例,拇指完全离断伤7例,旋转挤压性断指6例,电锯伤及切割伤断指35例。手术成功率100%,成活率98%,除2例出现静脉栓塞外,其余均获得了再植成功。

2 护理体会

对断肢(指)再植手术术后病人的护理应注意:①病室要求,单人病房,室温保持在25~30℃,湿度50%~60%,室内禁烟,紫外线消毒每日1~2次,每次30 min。②体位,严格卧床1~7 d,7~10 d后可侧卧位,患肢抬高,高于心脏10~20 cm。监测肢体及断肢(指)血运情况及皮温,如出现肢体血运障碍、皮温下降、血管危象时应及时处理[1-2],患肢(指)保暖,用60~100 W照灯局部照射,照射距离为30~40 cm。③药物治疗,根据病情做细菌培养及药敏实验,选用适宜的抗生素。肌肉注射

[收稿日期] 2008-08-20 [修回日期] 2008-10-05

罂粟碱,静脉滴注低分子右旋糖苷及林格氏液。及时调整输液量,预防低血容量性休克,失血量过多者可以输血,肢体疼痛者可给予解痉、止痛药物。④饮食,少量多餐,从半流质逐渐过渡到流质食物,多引水,多食粗纤维食物,防止便秘发生。禁忌烟酒及辛辣刺激性食物,预防血管痉挛发生。⑤动静脉危象的处理,术后严密观察患肢肤色、指腹张力、弹性、皮温和针刺指端放血情况,针刺指端无出血或有少许暗红色血液流出均提示存在动静脉危象,再植后1~3 d采用放血疗法。⑥石膏固定及克氏针固定后的护理,为预防术后肢体活动,可给予石膏固定等,定期观察患肢的血运情况,根据骨折愈合情况决定拆除石膏及拔除克氏针的时间。⑦心理护理,向患者介绍成功再植的经验,减轻患者的心理压力,了解患者的心理变化,根据患者的不同需求给予信心支持和帮助。⑧康复指导,术后第5天,指导患者做手腕关节、肌腱指的关节与掌关节的伸屈练习。术后2周在健肢(指)的配合下做提拿动作练习,主动练习患肢(指)的各个关节。术后6周,拍X线片观察骨折愈合连接情况,适时拔除克氏针,拆除石膏[3]。进行掌指关节主被、动练习,速度由慢至快,反复伸屈。术后15周着重训练手的灵活性,可试着使用筷子,练习写字、梳头等,日常生活中重点练习患肢(指)的动作。

[参考文献]

[1] 肖颖锋,万圣祥,王拥军,等. 应用显微外科技术重建严重挤压伤手的拇指功能[J]. 中华显微外科杂志,2007,30(2):151-153.
[2] 王培吉,周凯龙,江 波,等. 前臂离断合并2~5指完全离断再植成功一例[J]. 中华纤维外科杂志,2007,30(1):77.
[3] 张 杰,苗春波. 克氏针交叉固定在指骨骨折中的巧用[J]. 实用手外科杂志,2005,19(2):74.

(编辑:雷 艳)

肿瘤科癌症患者的心理护理

柳 兵,梁春艳,历素萍,孙 逊 (佳木斯结核病防治院,黑龙江 佳木斯 154007)

[关键词] 癌症患者;心理护理
[中图分类号] R73;R471 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0441-02

心理护理是指在护理过程中,通过行为或相互关系的影响,从而改变病人的心理状态和行为,促使病人康复的方法。疾病改变了一个人的心理状态和生活模式,肿瘤病人心理改变表现方式不同,心理护理的方法也随之不同。因此,应根据病人的心理表现提出相应的心理护理。本文就肿瘤科住院癌症患者60例的心理调查分析及心理护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

住院癌症患者60例,其中男38例,女22例;年龄16~78岁。文化程度:文盲16例,小学20例,初中15例,中专2例,大专2例。食管癌15例,肺癌11例,贲门癌9例,肝癌5例,其余为乳腺癌、胃癌、胰腺癌等。

1.2 方法

采用经典的汉密顿焦虑理表(HAMA)和汉密顿抑郁量表(HAMD),由专人在床边用交谈与观察相结合的方式,分别按HAMA中的14项和HAMD中的24项内容对患者进行检查后评分。

2 结果

对60例癌症患者HAMA中的14项和HAMD中的24项内容评分,其中有:发生焦虑40例(66.7%),抑郁发生46例(76.7%),体重减轻37例(80.4%),认识障碍有罪感31例(67.4%),入睡困难39例(84.8%),能力减退45例(97.8%),焦虑、抑郁并存并存37例(61.7%)。

3 讨论

国内外文献报道绝大多数癌症患者存在不同程度的心理障碍,而且远比非癌性疾病患者的发生率为高[2]。作者认为采用经典的HAMA和HAMD由专人用交谈与观察相结核检查病人后评分的方法较好,比自评量表由病人自己评分的方法阳性率及其精确性要高,不仅可以具体反映出患者心理障碍的临床特点,以便针对性地采取心理治疗和心理护理措施,是针对性治疗和护理的依据和重点[1]。本组调查表明绝大多数癌症患者存在不同程度的心理障碍,而且大多数患者焦虑和抑郁并存。正如国内肿瘤权威人士指出:大多数患者焦虑从确诊时起都有一个心理难以承受的反应期。他们往往怀疑、否认、痛苦、绝望、拒绝治疗、甚至自杀。因此要调动患者的主观能动性,树立战胜疾病的信心[2]。故对癌症患者进行心理治疗和心理护理尤为重要,应列为癌症综合治疗和整体护理的重要措施之一。

癌症患者是一个特殊的群体,特别需要人间的温暖、社会的尊重、医院精心的医护和亲友的关怀,给予他们更多更加人性化的关爱。我们在对癌症患者进行常规治疗护理的同时给予心理护理,通过提高患者对疾病的认识,帮助患者稳定情绪,减轻恐惧心理,配合治疗,使他们在心理上正确面对疾病和接受挑战,最后达到提高生活质量的目的,使他们舒适、有尊严的度过人生的困难阶段。总之,做好心理护理,良好的护患关系是前提,医护与家属默契配合是实施的基础,正确掌握病人的心理特点是关键,帮助病人正确认识疾病,配合治疗,激发潜在

[收稿日期] 2008-08-20 [修回日期] 2008-09-30