维普资讯 http://www.cqvip.com

后体位要求。术前置胃管,尿管,常规使用鲁米那钠、阿托品。

2.2 术后护理

2.2.1 术后体位及鼻饲流质饮食 全麻未清醒前采取去枕平卧位,头偏患侧,及时清除呼吸道分泌物。清醒后取平卧或半卧位,头下垫枕,收颌,头部相对固定7 d,勿过度后仰与前伸,减少颈部及神经吻合口张力,防止因张力过大引起神经吻合处断离。由于吞咽时喉体上下运动,影响神经再生,甚至可能引起神经吻合处离断,术后尽量减少吞咽动作。一般给予鼻饲高蛋白、少渣、易消化的流质饮食10 d,以促进神经再生。另外,误吸、呛咳可使神经吻合口愈合不良,因此,拔除胃管前应让患者试着经口进食,确保吞咽功能正常后方可拔管。术后给予神经营养药物 为尽快促进神经吻合处的神经再生,需给予一定的血管扩张剂及神经营养剂,可用ATP、辅酶A,维生素B及丹参、川芎等[3]。

2.2.2 注意观察伤口及颈部引流管护理 由于伤口肿胀、淤血会影响神经再生,甚至可能引起神经吻合处离断。因此,术后应加强抗感染,给予止血药。及时观察伤口有无出血以及血压、脉博、面色等情况。术后伤口应置负压引流,减少伤口张力。注意保持引流管通畅,观察引流的量和性质,发现异常及时报告。

2.3 功能训练

早期发音练习对更好地恢复功能极为重要,术后1个月内注意声带休息,避免声带过度振动。术后2个月鼓励患者发音练习,要循序渐进,不可用声过度。

[参考文献]

[1] 温 武,周水淼,李兆基,等.喉返神经修复手术治疗声带麻痹[J]. 中华显微外科杂志,2000,23(2):37-38.
[2] 孙丽萍,黄茂华,肖 利,等. 健康教育在全喉切除患者中的实施[J]. 局解手术学杂志,2003,12(4):302-303.
[3] 李 永. 甲状舌骨膜在声门上区癌切除术喉功能重建中的应用[J]. 局解手术学杂志,2003,12(2):136-137.

(编辑:左艳芳)

新生儿面裂1例报告

岳金华[1], 王 琳[2]
(1.巴中市巴州区妇幼保健院, 四川 巴中 636000;2.第三军医大学附属西南医院妇产科,重庆 400038)

[关键词] 剖宫产;新生儿;面裂
[中图分类号] R726.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)04-0287-01

1 临床资料

孕妇,35岁,农民,孕2产1,13年前顺产一男活婴,健康.此次因孕39周,胎膜早破于2004年3月30日入院.因胎儿宫内窘迫于次日行剖宫产术,取出一女活婴,新生儿体重2 935 g,身长49 cm,评10分。新生儿左耳前见直径1 cm的副耳,左口角向左裂开2 cm。孕妇此次系带环受孕,孕期中无服药史。

2 讨论

2.1 发病原理

颅面裂隙畸形是指颅面部软组织单发或复合性的裂隙畸形,尤其后者十分罕见,近30年来我院仅见此1例。颅面裂隙畸形的发生主要与胚胎发育期时颅面部各突起的融合异常有关。通常发生于胚胎的第6周至第9周。影响颅面部突起融合的可能因素有:遗传因素;放射线照射;母体孕期使用抗惊厥药、皮质类固醇激素或安定类药物;母体代谢失衡;母体感染。本例孕妇系带环受孕,不良的宫内环境可能与胎儿致畸有关。

2.2 颅面裂隙畸形的分类

常用的颅面裂隙畸形分类法有:①美国腭裂协会分类法,将颅面裂隙畸形分成四大类;②Karfik分类法,依据胚胎学和形态学将颅面裂隙畸形分成五大类;③Tessier分类法,Tessier用通过眼眶或眼睑、上颌骨、鼻和唇的连线或轴对各种颅面裂隙畸形从0~14进行数目标号。这种分类使临床观察与外科解剖结果完全相符,有极高的使用价值,故目前被临床普遍采用。

2.3 颅面裂隙畸形的手术时机

每一个颅面裂隙畸形患者表现出的畸形都是唯一的,没有统一的术式。故首次接受手术的时间也随着畸形的严重程度和对生命功能的威协程度不同而不同。对无功能损害的畸形不必急于在婴儿期手术,适当地推迟手术有利于小儿的生长发育。

2.4 学龄前完成软组织裂隙畸形的修复

对于那些复合性颅面裂隙畸形患者,虽然单行软组织裂隙的修复不能获得满意效果,但是在幼儿期施行软组织修复关闭裂隙,可以恢复面部软组织的正常张力和对骨骼的生理刺激,起到引导和限制裂隙周围软硬组织生长发育的作用。所以从生长发育的角度来说,软组织裂隙应尽早进行修复。另外,颅面裂隙除严重毁容外,同时也严重影响患者的心理健康。患者常常很难或不愿融入社会。在幼儿期,手术仅限于软组织,均不宜采用任何可能干扰骨生长潜能的手术。

(编辑:蒋登金)

[收稿日期] 2004-01-08 [修回日期] 2004-05-10