

度,非干预组轻度1例,中度2例,此后亦在康复医师指导下进行运动康复功能训练。干预组癫痫1例,无智力低下者,后遗症发生率7%(2/30);非干预组智力低下3例,双下肢运动障碍2例,后遗症发生率26.67%(8/30), $\chi^2=6.41$, $P<0.05$,差异有显著性。

3 讨论

通过以上资料显示,早期干预治疗组2岁时小儿的MDI和PDI平均值基本接近正常儿水平($P>0.05$),差异无显著性,非干预组小儿的MDI和PDI明显低于干预组($P<0.05$),说明早期干预可提高HIE婴儿的智能水平。

在10月龄时,做MAI评估和神经系统检查,非干预组中发生脑瘫3例,干预组1例,而且后者程度较前者轻。说明新生儿期施行早期干预可减少和减轻脑瘫。

早期干预是一种有组织、有目的的通过各种感官刺激、运动锻炼及丰富环境教育的一组训练活动。新生儿期各组织、器官发育尚未成熟,对外界各种物理、运动、感官刺激非常敏感,可塑性极强。2岁以前又是儿童神经、运动发展的黄金阶段,故可通过早期干预、功能训练,使HIE患儿的智力及精神运动发展水平接近正常儿童。据国外研究报道,有生物学高危因素的儿童,生活在具有丰富刺激的环境中,其认知延迟的状况能得到改善,反之,无论生物学高危因素严重与否,如果在刺激贫乏的家庭环境中抚育,其认知发展水平是

低下的^[9]。

近几年高压氧治疗遍及临床各个学科,在儿科方面应用已多有报道。缺氧可使体内自由基产生过多,造成脑损伤。高压氧能使血液中抗氧化系统物质超氧化物清除自由基能力增强,从而加速由血管内皮细胞释放的、具有强烈缩血管作用的内源性损伤因子—血浆内皮素和肾素—血管紧张素系统中的血管紧张素Ⅱ的排泄,减低内皮素与血管紧张素水平,改善脑部供血。另外,高压氧能增加氧在组织中的弥散能力,扩大氧的有效弥散范围,改善脑细胞功能。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学会新生儿学组. 新生儿缺氧缺血性脑病诊断依据和临床分度[J]. 中华儿科杂志, 1997, 35(2): 99—100.
- [2] 鲍秀兰, 主编. 新生儿行为能力和0—3岁早期教育[M]. 北京: 中国少年儿童出版社, 1995: 240—278.
- [3] 韩玉昆, 许植之, 虞人杰, 主编. 新生儿缺氧缺血性脑病[M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 201—207.
- [4] 吴瑞萍, 胡亚美, 等主编. 诸福棠实用儿科学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 14—16.
- [5] 易受蓉主. 贝利婴幼儿发展量表手册(中国城市修订版)[M]. 长沙: 湖南医科大学出版社, 1995: 1—3.
- [6] Weisglas KN, Baerts W, Smrkovsky M, et al. Effects of biological factors on the cognitive development of very low weight children[J]. Pediatrics, 1993, 92: 658—660.

· 康复护理 ·

全头皮撕脱伤头皮再植术患者的护理与康复

陈彤春¹ 郑志惠¹ 陈晓玲¹ 何翠环¹ 曾 讯¹

1 对象与方法

1.1 对象

选择1990年10月—2004年3月在我院显微外科头皮撕脱伤患者5例,应用显微外科再植术进行治疗,均为女性,年龄18—36岁,平均21.8岁。其中伴单耳撕脱3例,2例有中度出血性休克,撕脱头皮有不同程度的碾挫撕裂、挤压伤。5例均采用吻合血管头皮再植术。

1.2 护理与康复过程

1.2.1 急救处理: 患者急诊入院后即刻测量血压、脉搏、呼吸、体温,观察神志、瞳孔、尿量、头皮渗血情况,用无菌敷料加压包扎头部创面止血。考虑再植手术时间长,留置尿管。无论患者有无休克表现,均备血,并迅速在上肢建立两条静脉输液通道,1h内快速补液,必要时输血,保持呼吸道通畅,高

流量给氧(4—6L/min)。

1.2.2 术后护理: 除按显微外科术后护理外,特别做好以下几方面护理工作。

卧位护理: 术后麻醉未清醒给平卧位,头偏向一侧。麻醉清醒、生命体征平稳后即取半卧位^[1],给予防压疮气垫床,并把枕后垫高,头部垫海绵垫,每小时更换头枕部受压部位1次^[2],鼓励患者活动头部,若病情允许,鼓励患者尽早离床活动,以免局部受压过久而影响再植头皮血运。可根据患者情况采用端坐位,前面放一小桌,上置软枕,以便患者俯卧休

1 中山大学附属第一医院显微外科,广州中山二路58号,510080

作者简介:陈彤春,女,主管护理师

收稿日期:2006-03-28

息,避免植皮区受压或牵拉,同时还可减轻头面部水肿,利于皮片的成活。

植皮区的观察及护理:术后保持植皮区外层敷料的清洁干燥,及时更换被渗血浸湿的外敷料,用无菌棉垫加压包扎。注意检查外敷料包扎的松紧程度,过紧会压迫血管影响头皮血供,过松则达不到止血目的,包扎后以示指能放入为宜。头皮撕脱伤创面大,渗血多,易于皮下形成血肿^[3],妨碍再植头皮与基底创面愈合,而且极易继发感染,影响头皮成活。因此,术后头皮两侧各置负压引流管一条,注意保持负压引流通畅,观察并记录引流量、颜色,24h引流量少于20ml时拔除引流管。植皮区用40—60W红外线灯照射5—7d,距离为30—40cm,以促进血液循环,减少渗出^[1-2]。

严密观察再植头皮血运情况并详细记录:头皮再植术根据撕脱范围来选择吻合血管,一般头皮撕脱部分<1/2者吻合1根颞浅动脉和1—2根颞浅或其他静脉;全头皮撕脱者须吻合两侧颞浅动脉、静脉或枕后动、静脉,以保证再植头皮血供。每小时观察并记录再植头皮的颜色、温度、毛细血管充盈时间及肿胀情况,若头皮血供好,再植头皮颜色和正常头皮相似,毛细血管充盈时间在2—4s内,可有轻度肿胀,但有弹性。若头皮颜色苍白或暗红,肿胀明显,毛细血管充盈时间延长等均提示头皮血运不佳,须及时报告医生进行处理^[1]。

心理护理:头皮撕脱伤多发生于年轻女性。由于意外创伤,患者缺乏心理准备,对所造成的痛苦难以接受和适应,同时担心伤后无头发,头面部瘢痕等影响容貌。常为自己工作时麻痹大意导致受伤而有不同程度的负疚、悔恨心理,表现情绪低落、悲观、不愿与人接触,甚至有轻生念头。针对患者的这种心理状况,心理护理应贯穿于治疗的全过程。术前利用抗休克和术前准备这段时间与患者交谈,讲解主要的治疗方法和手术效果,使患者做到心中有数,减轻焦虑、恐惧心理。术后多与患者沟通,让其观看同类患者治愈后的照片,对患者提出的问题给予耐心解答,以增强患者对医务人员的信赖感,增强治疗信心。

眼部护理:头皮撕脱伤除头皮全部或部分撕脱外,常连同部分眉毛、上睑等一并撕脱,导致上睑外翻,眼球长时间外露;加之头皮再植后加压包扎,导致眼睑静脉回流不畅,出现青紫、水肿等。因此,应加强眼部护理,日间用眼药水滴眼,睡眠时涂抗生素眼膏保护角膜。

耳廓的护理:全头皮撕脱伤除了头皮全部脱出以外,还常伴有部分耳廓撕脱,修补后的耳廓由于静脉回流不畅,常发生水肿。因此,给患者取半坐卧位,伤耳悬空,以减轻水肿,同时,注意及时用灭菌棉签拭去外耳道内的渗血、渗液,保持外耳道的清洁、干燥。

疼痛的护理:由于头皮撕脱损伤的面积大,头皮神经撕脱损伤多,因此,疼痛是术后最早的临床表现。一般在术后6h即予镇静、止痛剂,协助患者取舒适体位,以减轻患者的身心痛苦,提高其睡眠及生存质量,利于康复。术后给予5%葡萄糖液1000ml加曲马多200mg持续点滴。

1.3 出院指导

由于神经损伤,再植头皮感觉差,洗头时应注意水温以免烫伤,水温以39℃—41℃为宜。勿使用有刺激性的洗发液,应选用中性洗发水。经常按摩头皮,以促进局部血液循环利于头发生长。若因头部少量创面留有瘢痕而影响头发生长,可在一年后采用头皮扩张术,切除瘢痕修复。

2 结果与讨论

全部5例患者均成功康复,其中再植头皮90%以上成活3例,80%以上成活2例。

头皮的解剖结构中皮肤、皮下组织、帽状腱膜及枕额肌三层组织连接紧密,主干血管位于皮下组织内层,多组动、静脉交织成网且有广泛的吻合,血供非常丰富。而帽状腱膜下的疏松结缔组织与骨膜相连^[4]。头皮血供主要来自双侧颞浅、枕后、耳后与眶上、滑车上血管,多组动、静脉交织成网且有广泛的吻合,一侧颞浅动脉足以供应整个头皮血供^[5]。在手术中吻合血管要求头皮状况良好,离体时间不能太长,皮肤撕脱常造成真皮下血管网挫伤。随着时间延长,皮瓣内血管会有完全性的血栓形成。因此,手术应尽早进行。

头皮撕脱伤是一种严重的创伤,手术治疗的效果受各种因素的影响,本组再植后头皮未成活的部分多数出现在枕部头皮,其主要原因是头皮受严重碾挫撕裂、挤压伤有关,但再植头皮局部受压时间较长影响血供也是一个重要因素。体位处理也是重要的方面,本组1例头皮撕脱伤并单耳撕脱患者,术前有中度出血性休克,身体较虚弱,术后长时间仰卧位,头部固定于一个位置不愿意转动,术后第3d发现枕部受压处局部坏死,值得注意。

植皮区的护理在初期要充分引流,防止血肿形成。本组1例患者为解决动、静脉吻合比例不足,以及加强引流避免头皮血肿形成,除放置引流管外,还在再植头皮作多处小切口引流,使头皮积液得到了充分引流。同时也采用理疗方法,促进血液循环,加快愈合。

随着治疗和护理的进程,各种心理情绪往往干扰术后的康复效果,积极地进行心理辅导是成功康复的基本措施。本组1例患者术后情绪低落、少语、失眠,经过反复耐心疏导,给她看治愈后患者头发生长情况的照片,关心、安慰患者,1周后患者精神状态恢复正常,2周后再植头皮开始生长新的头发,1个月后出院。

参考文献

- [1] 吴本莉,袁雁军,杨美英,等.20例头皮再植术的护理[J].中华护理杂志,1995,30(6):330—332.
- [2] 沈小菊,何庆伟.1例全头皮撕脱伤原位回植术的围手术期护理[J].中国实用护理杂志,2005,21(4):53.
- [3] 徐坚方,丁路.吻合血管的全头皮撕脱再植成功1例[J].中华整形外科杂志,2005,21(1):75—76.
- [4] 张永良,任德元,史源欣,等.严重全头皮撕脱伤的再植治疗[J].实用美容整形外科杂志,1999,10:251—253.
- [5] Henry H, Schmidek.王任直,主译.神经外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2003.