

不良影响^[4]。因而,采用恰当的心理干预对于改善患者的心理状态,提高患者生活质量非常必要。

由于癌症可引发患者对死亡的恐惧,因此医护人员必须认识到认知在其康复治疗过程中的作用。认知疗法是以问题解决为出发点的简短的心理干预,可以帮助患者及其家人以一种客观、适应性的方式看待癌症^[5]。Lovejoy 等^[6]的研究显示,认知治疗可促进癌症患者的康复并提高患者的生活质量。本研究通过对患者进行多次针对性的教育、疏导,使其形成更为客观、正确的认知,掌握有效的应对策略,从而改善患者的情绪。

大多数癌症患者错误地认为癌是不治之症、必死无疑,因此感觉恐惧、悲伤和孤独,不能很好地与医护人员、亲属或朋友进行情感方面的交流及有关病情的沟通,加重了其紧张、焦虑感,最终可能被这些情绪压垮^[8]。本研究表明,通过给患者安慰、鼓励、疏导等情感支持,以及与康复病友进行交流,可帮助患者控制混乱的思维和情感,重建心理平衡。

群体抗癌治疗是利用心理治疗理论和技术,通过小组成员之间以及小组成员与治疗者间的相互作用,使患者缓解不良情绪,改善不良行为^[9]。本研究发现,群体抗癌治疗能引发特殊的集体反应机制,使患者反馈调整自己的情绪和行为,利于不良情绪和不良行为的改善。

人体内多种生理活动具有音乐旋律,音乐作用于人体可产生共振,使器官协调一致,起到治疗作用。Burns 等^[7]研究表明,音乐治疗的同时采用放松内心意念法,可使患者产生与焦虑反应相反的生理效应。本研究采用音乐疗法与松弛想象训练相结合的方法,使患者的注意力集中到训练的意念方面,能缓解其紧张情绪,增强其对疾病的自控感。

康复期患者常有以虚弱和疲劳为特点的一般躯体功能减退。Dimeo 等^[10]的研究结果提示,低到中等强度的有氧运动有助于恢复患者的一般躯体功能,并能明显改善患者虚弱状态,提高整体生活质量,同时,患者对低、中等强度的锻炼也更容易接受。因此,癌症患者康复过程中应给予其日常强身健体锻炼方法的指导,以增强体质,提高机体抗病能力。

综上所述,在抗肿瘤药物治疗的同时,进行有效的康复干预,能纠正胃癌患者不正确的认知,改善其心理状况,减轻不良情绪对患者躯体状态的影响;同时能增强体质和机体抗病能力,提高患者整体生活质量。

参 考 文 献

- [1] 陆志范,涂小煌.实用肿瘤诊断手册.北京:人民军医出版社,2000:413-421.
- [2] 黄津芳,刘玉莹.护理健康教育学.北京:科学教育文献出版社,2002:60.
- [3] 倪小玲,张道鹏.综合性康复干预治疗慢性肾功能衰竭的疗效评价.中华物理医学与康复杂志,2004,26:235-237.
- [4] 娄书花,郝玉凤,马冬萍.心理治疗对癌症化疗患者焦虑及胃肠反应影响的临床研究.中国康复医学杂志,2005,20:604-605.
- [5] Foster LW, McLellan L. Cognition and the cancer experience. Clinical implications. Cancer Pract, 2000, 8:25-31.
- [6] Lovejoy NC, Tabor D, Matteis M, et al. Cancer related depression: neurologic alterations and cognitive behavioral therapy. Oncol Nurs Forum, 2000, 27:667-669.
- [7] Burns SJ, Harbuz MS, Hucklebridge F, et al. A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. Altern Ther Health Med, 2001, 7:48-56.
- [8] 马博,李中琦,马志敏.消化系统癌症病人抑郁情绪和细胞免疫的研究.中国行为医学科学,2002,11:49-50.
- [9] Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, et al. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? Health Psychol, 2000, 19:107-114.
- [10] Dimeo FC, Thomas F, Reabe-Menssen C, et al. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomized controlled trial. Support Care Cancer, 2004, 12:774-779.

(修回日期:2008-03-19)

(本文编辑:吴倩)

· 短篇论著 ·

高压氧治疗各种皮瓣移植术后血供障碍的疗效观察

程智涛 胡芬芳 张长云 夏春明 何正华

皮瓣是自身带有血供、包含皮肤与皮下组织或更深层次组织在内的复合组织块。将这样的组织块由身体的一处转移到另外一处的过程称为皮瓣移植^[1]。由于现代交通事故频发,各种创伤日益复杂多样。外伤导致患者大面积软组织缺损,很多创面无法在简单清创植皮的情况下修复,而各种皮瓣的转移和移植是行之有效的方法。移植皮瓣这种治疗方式往往存在术后皮瓣血供障碍,甚至坏死的风险,而各种皮瓣成活的关键在于有效的血液循环和组织氧供。2002 年 3 月至 2007 年 5 月,我科采用常规治疗和高压氧治疗各类皮瓣移植术后血供障碍

患者 32 例,疗效良好。报道如下。

一、资料与方法

各类软组织缺损患者 64 例,均为外伤所导致,在我科行皮瓣移植手术,手术设计及术中操作均无原则性错误。皮瓣移植术后 1~2 d 内均出现不同程度的色泽苍白、皮温降低,或是局部紫绀、肿胀,诊断为皮瓣移植术后血供障碍。将 64 例患者随机分为高压氧治疗组和常规治疗组。高压氧治疗组 32 例中,男 23 例,女 9 例;年龄 18~56 岁,平均年龄(38.2±16.3)岁;轴型皮瓣 16 例,随意皮瓣 5 例,带神经营养血管皮瓣 11 例。常规治疗组 32 例,男 24 例,女 8 例;年龄 16~58 岁,平均年龄(37.1±17.2)岁;轴型皮瓣 12 例,随意皮瓣 6 例,带神经营养

血管皮瓣 14 例。2 组患者性别、年龄、病种、病情等比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

常规治疗组在出现皮瓣色泽改变后立即给予局部拆线松解、潘生丁口服抗凝、肌注妥拉苏林解痉、静脉点滴低分子右旋糖酐改善微循环等对症治疗,同时加强局部换药及抗感染治疗。术后 2 周评定疗效。

高压氧治疗组在常规对症治疗的基础上征得患者同意后增加高压氧治疗(在皮瓣出现血供障碍后立即开始使用)。采用烟台冰轮高压氧舱有限公司产的 YZ1835 型加压舱,治疗压力为 0.22 MPa,稳压时间 50 min,升减压时间各 15 min,治疗总时间 80 min。每日 1 次,10 次为 1 个疗程。治疗 1 个疗程后评定疗效。

疗效判断标准:一般术后 2 周左右可以确定皮瓣生存情况。我们选取术后 12 d 进行疗效评价。存活——皮瓣干燥,色泽红润,无肿胀、无炎症反应。基本存活——无炎症反应,表皮部分坏死但有肉芽组织形成覆盖创面。未成活——皮瓣全层坏死^[2]。

统计学分析:统计学分析采用 χ^2 检验。

二、结果

疗程结束后,2 组患者疗效情况见表 1。

表 1 2 组患者疗效比较(例)

组别	例数	存活	基本存活	未成活	有效率 (%)
常规治疗组	32	5	12	15	53.1
高压氧治疗组	32	14	17	1	96.8

注:与常规治疗组比较, $P < 0.05$

三、讨论

皮瓣移植术后能否成活,关键是其微循环能否维持生理功能。在正常情况下,调节微循环的各种因子处于相对平衡的生理状态,一旦形成皮瓣,其平衡状态即被破坏,引起一系列变化。我科大多数患者为车祸外伤,创伤重、范围广,皮瓣区污染严重。创面的水肿及炎性反应均可造成局部的血液循环障碍。在损伤区域出现低氧状态,最终导致皮瓣的坏死。当皮瓣动脉血供障碍时,临床表现为皮瓣苍白,发凉,最后发生干性坏死。静脉回流障碍时,临床表现是术后早期皮瓣充血、潮红肿胀、皮温增高,继之皮色紫组,出现水泡,若仍未得到及时有效处理、皮瓣颜色转呈紫黑色,皮温下降,最终导致湿性坏死。

遇到这种情况,常规治疗方式是给予局部拆线松解,减轻皮瓣的压力;口服抗凝药物、血管解痉药物,缓解由于血栓形成和血管收缩导致的皮瓣缺血;加强局部换药及抗感染治疗。皮瓣出现血供障碍后给予常规治疗,往往疗效不理想。

高压氧治疗的基本原理是改变血液运输氧的方式,显著增加血液中的氧溶解量,提高血氧张力使血氧弥散量和有效弥散距离增加。在 0.22 MPa 下吸纯氧,毛细血管动脉端氧分压比常压下增加 17~20 倍,可改善组织缺氧状态^[3]。同时高压氧

所引起的胶原再生促进毛细血管生成更加迅速^[4]。可以说高压氧能同时从改善血循环和升高血氧浓度两方面来提高皮瓣的成活率。我科在征得患者的同意后,给予高压氧治疗,效果明显。治疗组与对照组的两组数据表明,高压氧对各种皮瓣移植术后出现的缺血、水肿有明显的疗效。

高压氧治疗应尽早进行,术后就进行高压氧治疗,可以明显提高皮瓣移植的成活率。高压氧治疗组中一例患者由于皮瓣水肿、张力大及血管蒂部受压等原因,术后 6 h 左右出现皮瓣边缘青紫、皮温低,立即给予拆除部分缝线并给予高压氧治疗,治疗 2 d 后皮瓣色泽转红润;另有一例患者,皮瓣移植术后 12 h 左右出现边缘青紫,当时也立即拆除部分缝线减少皮瓣张力,但当时没有立即给予高压氧治疗,认为通过局部的处理能使皮瓣边缘的血液供应得到转归。可是术后 48 h 左右皮瓣边缘青紫的范围进一步扩大,部分边缘的皮肤开始发黑,此时才开始给予高压氧治疗,通过 2~3 d 的治疗后,皮瓣边缘青紫的范围明显缩小,但发黑的部分皮色色泽没有明显的改变。经过 1 个疗程的治疗后,皮瓣基本存活,部分边缘肉芽组织形成覆盖创面。在进行高压氧治疗皮瓣移植术后出现的血管危象时,我们发现越早进行高压治疗效果越好,尽快使处于缺血缺氧状态的组织得到恢复,否则组织缺氧时间过长,一旦出现坏死,则无法逆转。

高压氧治疗上应给予足够的疗程。创伤后很多组织由于缺血缺氧,属于间生态组织。间生态组织恢复正常需要一定的时间,过早停止高压氧,可能使这部分组织向坏死的方向转变。一般我们给予 1 个疗程以上的高压氧治疗。

综上所述,高压氧治疗是治疗皮瓣移植术后血供障碍的强有力的手段之一,术后尽早应用,最好是手术后病情稳定就开始进行高压氧治疗,可以明显提高皮瓣移植的存活率。在有条件的情况下,可作为各种创面修复术后的一种常规治疗措施而广泛应用。

参 考 文 献

- [1] 邢新. 皮瓣移植实例彩色图谱. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2004:1.
- [2] 陈林生,钟竟林,马兆龙. 高压氧对外伤患者皮瓣移植存活率的影响. 中国航海医学与高压医学杂志,2002,2:97-98.
- [3] 刘子藩,易治. 高压氧医学. 广州:科学普及出版社,1987:247-284.
- [4] Eric P, Kind W, Lawrence J, et al. Hyperbaric oxygen therapy in plastic surgery. Plast Reconstr Surg, 1991, 88:898-900.
- [5] Sugihara A, Watanabe H, Oohashi M, et al. The effect of hyperbaric oxygen therapy on the bout of treatment for soft tissue infection. J Infect, 2004, 48:330-333.

(修回日期:2008-07-20)

(本文编辑:阮仕衡)