

· 临床护理 ·

巧用低能量氩氦激光辅以治疗造血干细胞移植后 并发重症带状疱疹的疗效观察及护理

吴芳芳, 孙爱华, 杜 欣

(第三军医大学新桥医院血液科, 重庆 400037)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.047

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)14-1449-02

预处理方案和移植后强效免疫抑制剂的应用是导致造血干细胞移植受者发生病毒感染的重要原因。带状疱疹病毒是造血干细胞移植后患者机体免疫功能低下阶段发生病毒感染的主要病原体之一。带状疱疹为带状疱疹病毒引起的急性渗出性皮肤炎症的改变,为自愈性疾病,病程多在 15~30 d,病变部位伴有明显的烧灼疼痛,皮肤局部水疱,水疱逐渐增多成簇,常伴有发热及不同程度的食欲下降、乏力等^[1]。感染带状疱疹不仅可能影响移植的效果,诱发排异反应,而且可以导致患者肺部感染,甚至危及生命。现将本科巧用低能量氩氦激光辅以治疗造血干细胞移植后并发重症带状疱疹的疗效及护理报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 11 月至 2010 年 8 月本科造血干细胞移植后并发带状疱疹病毒的感染患者 20 例,随机分成两组,实验组男 7 例,女 3 例,平均年龄 30 岁;皮损部位头颈部 2 例,胸腹背部 8 例。对照组男 5 例,女 5 例,平均年龄 30 岁,皮损部位头颈部 3 例,胸腹背部 7 例,两组患者性别、年龄等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 实验组和对照组患者均遵医嘱予以阿昔洛韦静脉滴注治疗,每次 0.25 g,每日 2 次。同时予以喷昔洛韦软膏涂擦皮损处。输注人免疫球蛋白,静脉注射用人免疫球蛋白 0.4 g·kg⁻¹·d⁻¹ 静脉滴注,共 4~5 d。实验组患者在此基础上应用氩氦激光疗法治疗,而对照组患者未采用氩氦激光治疗。

1.3 氩氦激光治疗 采用氩氦激光照射器,发射红色光波,波长为 632.8 nm,最大功率为 30 mW。可根据创面大小调整光斑直径(2~10 cm)。将激光治疗仪发射的光束照射在皮损处,每日 2 次,每次 10 分钟,1 周为 1 个疗程。

1.4 常规护理 保持皮损创面干燥、清洁、完整。嘱患者健侧卧位,穿宽大、柔软的棉质衣服,以减少对疱疹的压迫和摩擦,防止水疱破裂继发感染。带状疱疹常引起难以忍受的剧烈疼痛,严重影响患者的生活质量,教会患者分散注意力的方法(如深呼吸、听轻音乐等),以减轻疼痛强度。必要时遵医嘱给予止痛药物治疗。指导患者多休息和多喝水以加快毒素的排泄,进食高营养、高维生素清淡饮食。疱疹引起皮肤受损常使患者感到形象受损,再加之难以忍受的疼痛,导致患者出现焦虑、烦躁等不良情绪,应做好心理护理。

1.5 疱疹分级标准 按标准 3 级评分:0~3 分为无疼痛或不舒适;1 分为轻度,疼痛可以忍受,不影响生活;4~6 分为中度,疼痛可以忍受,但影响日常生活;7~10 分为重度,疼痛难以忍受,需要服镇痛药。同时观察有无异常感觉。客观症状如皮损红斑、水疱、血疱及坏死结痂的程度,也按 4 级评分:0 分为无红斑、水疱、血疱及结痂;1 分为淡红斑,水疱少于 25 个,25% 水疱结痂;2 分为潮红色,水疱 26~50 个,坏死者小于 50%,26%~50% 水泡结痂;3 分为皮损潮红伴红肿,水泡大于 50

个,坏死者大于 50%,50% 以上水泡结痂^[2]。

1.6 疗效评定标准 治愈:疗效指数大于或等于 95%;显效:疗效指数为 60%~94%;好转:疗效指数为 20%~59%;无效:疗效指数小于 20%。总有效率=治愈率+显效率^[3-4]。

1.7 统计学处理 应用 SPSS15.0 软件进行统计学数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者治疗前、后疼痛与皮损情况见表 1,治疗后疗效比较见表 2。

表 1 两组患者治疗前、后疼痛与皮损情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前		治疗后	
		疼痛	皮损	疼痛	皮损
实验组	10	2.60±0.49	2.70±0.46	0.70±0.64*	0.70±0.64*
对照组	10	2.50±0.50	2.70±0.46	1.70±0.90	1.90±0.94

*: $P<0.05$, 与对照组比较。

表 2 两组患者治疗后疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	好转	无效
实验组	10	4(40)*	5(50)	1(10)*	0(0)*
对照组	10	1(10)	2(20)	4(40)	3(30)

*: $P<0.05$, 与对照组比较。

3 讨论

带状疱疹是造血干细胞移植后免疫功能低下阶段的主要并发症之一,造血干细胞移植后患者的免疫功能恢复缓慢,机体对病毒的抵抗力差,可引起病毒感染,甚至发生全身播散性感染危及生命,带状疱疹病毒感染导致的带状疱疹常伴有严重的神经痛。

氩氦激光为低功率激光,从结果中看出,使用激光治疗带状疱疹治愈明显高于对照组,具有良好治疗效果。应用低功率氩氦激光治疗带状疱疹的机制是:(1)刺激组织再生。氩氦激光能增加皮肤核糖核酸和糖原的含量,改善皮肤微循环,促进毛细血管新生,加速纤维细胞形成,肉芽组织增生和上皮组织再生。(2)抗炎。氩氦激光有抗炎作用,使用后使炎症区的充血和水肿减轻。(3)镇痛。氩氦激光照射可提高组织痛阈,使炎症组织的 5-羟色胺含量降低,并能降低末梢神经的兴奋性,从而起到镇痛的效果。(4)提高细胞的免疫功能^[5]。采用氩氦激光辅以治疗带状疱疹,既能高效减轻患者的神经痛,促使受损神经的快速修复,又能快速使皮损创面干燥结痂。总有效率明显,能明显缩短病程,与单纯使用抗病毒治疗的对照组比较,总有效率差异具有统计学意义($P<0.05$)。且氩氦激光治疗患者无痛苦,乐于接受。

参考文献:

- [1] 陈菊红,徐蓓,魏萍.造血干细胞移植后带状疱疹的防治和护理[J].现代中西医结合杂志,2010,19(13):108-109.
- [2] 季素珍,杨海珍,刘玲玲,等.泛昔洛韦随机对照治疗带状疱疹多中心临床试验[J].中国临床药理学杂志,2000,16(4):269-271.
- [3] 熊爱军,胡永莲,易勋,等.氩氦激光照射治疗多种皮肤病

临床治疗体会[J].赣南医学院学报,2009,29(4):148-150.

- [4] 曾洲平,更昔洛韦联合氩氦激光治疗带状疱疹神经痛疗效观察[J].中华全科医学,2009,7(2):39-40.
- [5] 何存盛,段小宴.氩氦激光治疗带状疱疹 84 例[J].人民军医,2005,48(4):64-65.

(收稿日期:2011-12-20 修回日期:2012-02-02)

输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床路径研究

刘世芳,胡 华[△],付 炼,杨利君,吴嗣清
(重庆市第五人民医院泌尿科 400062)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)14-1450-02

近年,国内临床路径管理初步应用于临床取得了一定的效果^[1],但其在泌尿外科临床中使用较少。本文选择输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石作为临床路径的研究,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 5 月至 2009 年 5 月本院收治的输尿管结石患者行输尿管镜气压弹道碎石术 80 例。随机分为路径管理组和对照组各 40 例。路径管理组男 28 例,女 12 例,平均年龄 40.2 岁;输尿管上段结石 10 例,中段结石 6 例,下段结石 24 例;阴性变异 1 例,阳性变异 4 例。对照组男 26 例,女 14 例,平均年龄 42.3 岁;输尿管上段结石 9 例,中段结石 8 例,下段结石 23 例;无变异病例。纳入标准:(1)有输尿管结石的临床症状和体征;(2)影像学检查证实的单侧输尿管结石患者。排除标准:(1)单侧的多部位结石患者;(2)住院期间因其他原因终止治疗者;(3)手术中因损伤而改行开放手术者。

1.2 方法 路径管理组患者入院后,由主管医生和护士按临床路径各表要求对患者进行诊疗和护理工作。每日每班次护理人员必须按照当日临床护理路径的内容实施相应的护理措施,观察病情变化并进行健康教育。已执行的用蓝笔打“√”并写执行时间,护士签名。若患者病情有特殊变化,则用红笔打“×”,记录病情变化的原因及采取的措施。对照组患者入院后,按本科日常输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石患者进行医疗护理。用“护理服务质量评估表”评估护理质量。

1.3 统计学处理 应用 SPSS17.0 软件进行统计学数据分析。组间比较采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者住院天数及费用比较见表 1。

表 1 两组患者住院天数及费用比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	住院天数(d)	住院费用(元)
路径管理组	40	1.63±0.79*	3 308.55±591.94*
对照组	40	3.65±1.76	4 352.02±664.84

*: $P < 0.05$, 与对照组比较。

3 讨 论

作为一种先进的临床管理服务模式,临床路径具有理顺医疗护理程序、规范诊疗行为、减少重复劳动、提高医疗质量和工作效率、缩短住院时间、节约医疗成本、减少患者住院费用等特

点^[2]。通过“以最低廉的收费让患者获得最佳的医疗服务”,同时患者及家属预知所接受的护理措施,主动参与治疗护理,有效地改善医患关系。与传统管理模式相比,临床路径管理在提高医疗护理质量的同时,提高了团队协作,增加了患者本人的介入,使医疗护理更加合理化、人性化^[3]。也符合目前社保部门拟实施按病种付费这种新支付办法的要求^[3]。

临床路径病种选择常用于多发的、费用高的以及变异性较小的病例^[4]。要求在院长领导下协调多专业健康服务人员共同配合各部门间进行工作^[5]。本研究以科室为单位选择输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石实施路径管理作为在泌尿外科疾病种类治疗中的初步探讨,避免多部门间的利益冲突。临床路径管理能够缩短患者的平均住院天数。临床路径管理住院天数的设计与治疗每种疾病客观痊愈的时间应是一致的。在不影响疾病临床痊愈的情况下,如何合理设计住院天数在路径中尤为重要。由于临床护理路径以时间为轴,为患者设定了治疗、护理计划,并界定了患者的标准住院天数,干预医护人员的不适当行为,使医疗护理按路径计划对患者进行程序化治疗与护理,避免了各种人为因素的影响。本研究设计临床路径住院天数为 2 d,路径执行结果平均住院天数为 1.6 d。国内有报道输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石平均住院日为 3~4 d^[2,6],其原因前者为回顾性病例对照研究。本研究两组平均住院天数比较,路径管理组明显少于对照组($P < 0.05$)。因此,本研究认为,输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石患者住院治疗 2 d 可痊愈出院。本组 9 例输尿管下段结石患者入院当日在局部麻醉下完成手术治疗。其原因是近年由于输尿管镜技术的成熟,也符合目前当日外科手术的趋势。

临床路径管理能够减少患者的住院总费用。临床路径研究是前瞻性的,在干预医护行为的前提下完成患者治疗的全过程。由于医保规定每类手术费用是额定不变的,对于减少患者的平均住院费用,本科主要在减少住院天数、合理用药,合理进行必要的各项检查,以及尽可能在门诊明确诊断后入院当日手术的方法,达到降低医疗费用的目的。两组患者的医疗费用比较,路径管理组的医疗费用明显低于对照组($P < 0.05$)。表明临床路径管理能够降低输尿管结石气压弹道碎石术的平均医疗费用,减轻患者负担。近期,赵珏和王斐^[7]报道临床路径管理输尿管镜钬激光碎石术组与对照组比较平均住院费用减少 9.8%。