

并有信心重返社会。

3.4 本研究结果发现,观察组的患者接受综合护理干预后,SAS 得分、SDS 得分均低于对照组,观察组患者的生存质量量表得分高于对照组,提示通过综合护理干预,可以降低乳腺癌根治术后患者的焦虑、抑郁等负性情绪程度,改善患者的心理健康,使患者保持乐观和平和的心态,提高患者的生存质量。同时,两组分别与治疗前比较,两组患者的生存质量量表得分均升高,SAS 得分与 SDS 得分均下降。其中观察组的得分变化差异有统计学意义,提示综合护理干预对乳腺癌患者心理状况改善和生存质量的提高有积极意义;对照组的生存质量提高与治疗前比较差异有统计学意义,低于治疗后的观察组,提示基础护理可以提高患者的生存质量,但是治疗效果与综合护理相比还具有一定的差距。

综上所述,对乳腺癌根治术后患者进行综合护理干预,可以改善患者焦虑抑郁等负性情绪状态,有效地化解心理问题,改善患者的心理状况,提高患者的身心健康,提高患者的生存质量。因此,对于乳腺癌根治术后患者应重视综合护理干预的开展,重视术后患者的心理保健,对患者焦虑情绪及时疏导,帮助患者改善不良的心理状态以更好地适应社

会、回归社会。

参考文献

- 1 李树玲. 乳腺肿瘤学[M]. 北京:科学技术文献出版社,2005:127.
- 2 孙 萍,赵敏霞. 探讨乳腺癌患者术后焦虑、抑郁心理干预的临床效果[J]. 医药前沿,2013,(2):44-45.
- 3 陈美英. 乳腺癌患者常见心理问题及其综合干预[J]. 医学信息(中旬刊),2011,(9):5023-5024.
- 4 王 玲,吴晓霞,严 谨. 护理对乳腺癌术后化疗患者生活质量影响的研究[J]. 中外医学研究,2012,10(12):57-58.
- 5 陈新丽. 乳腺癌患者术后抑郁心理与应对方式的相关性研究[J]. 中国实用医刊,2012,39(4):114-115.
- 6 艾赖琛. 家庭因素对中青年乳腺癌根治术患者生存质量的影响及护理对策[J]. 吉林医学,2011,32(34):7382-7383.
- 7 唐秀英,牟绍玉,罗 凤,等. 选择性心理干预对乳腺癌患者血清细胞因子和不良情绪评分的影响[J]. 重庆医科大学学报,2010,35(5):730-733.
- 8 施春艳,赵红姬,张 阳,等. 心理干预对改良根治术后乳腺癌化疗患者免疫功能及不良情绪的影响[J]. 中国妇幼保健,2012,27(31):4855-4857.
- 9 李燕玲,许 娟,胡德英. 实施人文关怀护理对乳腺癌改良根治术患者及其配偶心理状态的影响[J]. 医学信息,2013,26(7):441.
- 10 蒋秀娥. 个性化护理对年轻乳腺癌术后患者心理的影响[J]. 中国基层医药,2013,20(10):1593-1594.

[收稿日期 2014-03-20][本文编辑 吕文娟]

护理研讨

高压氧综合治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察及护理

谢金萍, 陈洁莲, 谢 治

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院高压氧科(谢金萍),皮肤科(陈洁莲,谢 治)

作者简介: 谢金萍(1979-),女,大学专科,主管护师,研究方向:高压氧护理。E-mail:784964047@qq.com

【摘要】 目的 探讨高压氧综合治疗带状疱疹后遗神经痛(PHN)的疗效及护理特点。**方法** 将80例PHN患者按随机数字表法分为观察组和对照组各40例,两组均给予常规药物及激光治疗,观察组在此基础上行高压氧治疗并采取相应的护理措施,治疗3个疗程,采用视觉模拟评分法(VAS)进行疼痛评估,比较治疗前、后疼痛情况及疗效。**结果** 治疗后两组VAS评分均低于治疗前($P < 0.05$),且观察组评分明显低于对照组($P < 0.01$)。观察组总有效率95.0%,对照组总有效率77.5%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$),观察组疗效优于对照组。**结论** 高压氧综合治疗PHN疗效确切,能明显改善疼痛症状,提高治疗效果,是一种安全可靠的治疗手段。

【关键词】 高压氧;带状疱疹后遗神经痛;疗效;护理

【中图分类号】 R 473.75 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2014)08-0758-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.08.28

带状疱疹后遗神经痛 (post-herpetic neuralgia, PHN) 是一种慢性的顽固性疼痛, 主要是因为病毒侵犯皮肤和神经, 出现皮疹等皮肤损伤, 并产生剧烈的疼痛, 多发生于老年人, 有一部分病人皮疹治愈后, 还会长时间遗留顽固性神经疼痛, 并且多次反复发作, 严重影响患者的工作、生活, 导致患者生活质量下降。我院 2010-01 起, 应用高压氧 (hyperbaric oxygen, HBO) 综合治疗 PHN, 效果满意, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 观察对象 选择 2010-01 ~ 2013-09 我院皮肤科收治的 PHN 患者 80 例, 入选标准: (1) 符合 PHN 诊断标准^[1], 带状疱疹治愈后仍持续性疼痛, 且时间超过 1 个月; (2) 带状疱疹已治愈, 水疱干涸、结痂, 且有明显的疼痛; (3) 肝肾功能正常; (4) 无严重心血管系统疾病及脑器质性疾病, 无重度感染; (5) 神志清醒, 有正确的语言表达能力。排除标准: (1) 气胸和纵隔气肿、肺大疱、活动性出血及出血性疾病、结核性空洞形成并咯血、肺气肿、支气管扩张症、恶性肿瘤、青光眼、视网膜剥离、孕妇及其它 HBO 治疗禁忌证; (2) 意识、智能、精神障碍者; (3) 长期使用糖皮质激素者。将符合入选标准的患者按随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 40 例。观察组男 16 例, 女 24 例, 年龄 34 ~ 68 岁, 中位年龄 51.8 岁, 病程 2 ~ 11 个月 (平均 5.8 个月), 疼痛部位: 胸部疼痛 8 例, 背部疼痛 9 例, 腰腹部疼痛 8 例, 头面部疼痛 7 例, 四肢疼痛 8 例。对照组男 17 例, 女 23 例, 年龄 35 ~ 68 岁, 中位年龄 52.4 岁, 病程 2 ~ 10 个月 (平均 5.7 个月), 疼痛部位: 胸部疼痛 8 例, 背部疼痛 8 例, 腰腹部疼痛 9 例, 头面部疼痛 8 例, 四肢疼痛 7 例。两组性别、年龄、病程、疼痛部位经统计学比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组均给予复方丹参、维生素 B₁、维生素 B₁₂、能量合剂、止痛药、增强免疫力药物及半导体激光治疗, 观察组在对照组治疗的基础上给予高压氧治疗, 采用山东烟台宏远氧业有限公司生产的 30 人座大型医用空气加压舱 (型号 GY3200), 治疗压力为 0.2 MPa, 治疗方案: 加压时间为 25 min, 当舱内环境压力达 0.2 MPa 时, 患者戴面罩吸纯氧 60 min, 中间休息 5 min, 减压时间 30 min, 治疗总时间 120 min, 治疗 1 次/d, 10 次为 1 个疗程。患者连续治疗 3 个疗程。每个疗程结束需休息 2 d。

1.2.2 护理方法 (1) 心理护理: PHN 为带状疱疹主要并发症或后遗症, 持续时间可达半年以上, 因为

长时间受疼痛折磨, PHN 患者常伴有焦虑、紧张、抑郁等, 故应做好心理护理, 多鼓励患者, 向患者解释神经痛的原因, 介绍 HBO 治疗的相关知识、安全措施及治疗中的配合方法。(2) 患者进舱前护理: 进舱前做好入舱安全宣教, 不能带易燃易爆物品进舱。同时测量患者血压, 如血压 $> 160/90$ mmHg 不能进舱治疗, 可先在常压下采用面罩吸氧治疗, 待降压治疗后血压降至正常再行 HBO 治疗。进舱前教会患者掌握开启咽鼓管的方法, 如: 捏鼻鼓气、吞咽、咀嚼、打哈欠等。为避免加减压过程患者耳痛, 第一次进舱要用 1% 盐酸麻黄碱滴鼻液滴鼻, 利用麻黄碱的血管收缩作用, 使鼻腔黏膜血管收缩, 利于咽鼓管咽口开放, 防止加压过程产生中耳气压伤。进舱后教病人掌握安装吸氧管和正确戴面罩的方法, 提醒患者吸氧时不要过度呼吸, 以免产生胸口疼痛等不适。HBO 治疗期间如发生上呼吸道感染、发热大于 38℃、腹泻、耳痛、耳胀等情况应告诉医生, 可先在舱外氧疗。(3) 升压中的护理: 准备加压时, 操舱护士要通知舱内患者做捏鼻鼓气、吞咽的动作, 使咽鼓管开启, 以平衡中耳内、外压力, 防止发生中耳气压伤。严格按统一规定加压: 表压为 0 ~ 0.06 MPa 时, 加压速度为 0.003 ~ 0.004 MPa/min, 表压为 0.061 ~ 0.1 MPa 时, 加压速度为 0.005 MPa/min; 操舱护士要不断询问舱内患者情况和观察其表情, 如果患者出现痛苦表情和摸耳动作, 并诉耳闷胀疼痛, 要立即减慢加压速度或暂停加压, 通过对讲系统告诉患者做咽鼓管调压动作, 如捏鼻鼓气, 或可戴面罩吸氧 3 ~ 5 min, 通过以上处理, 耳痛仍不缓解, 应快速排气减压至 0.01 ~ 0.02 MPa, 直至耳痛消失, 待患者鼓室内外压力平衡后再继续缓慢加压, 切不可盲目加压, 以防发生中耳气压伤, 增加患者痛苦。(4) 稳压吸氧治疗的护理: 稳压吸氧是高压氧治疗的重要环节, 直接影响治疗效果, 操舱护士要将舱内压力稳定在 0.2 MPa, 避免出现波动, 注意通风换气, 使舱内氧浓度保持在 23% 以下, 如舱内氧浓度 $> 23\%$, 要加强通风换气以保证氧舱安全和患者治疗安全。注意观察患者吸氧后有无氧中毒的表现, 如出现口唇或面部肌肉颤动、面色苍白、恶心、出汗、眩晕、呼吸急促、指端麻木等氧中毒的表现, 应立即除去面罩, 改吸舱内空气, 同时严密观察, 如症状不改善, 则减压出舱处理。(5) 减压过程中护理: 严格按统一规定减压, 减压时以 0.003 ~ 0.004 MPa/min 的速率匀速减压。吸氧结束准备减压时要通知舱内患者做好准备, 通过对讲系统指导患者不要屏气, 正常呼吸, 同

时吃些小食品,做帮助吞咽、咀嚼等动作。减压时氧舱内的环境温度下降,要注意保暖,穿好衣服,预防感冒。不要靠紧舱壁,防止皮肤受凉,血管收缩,影响血液循环,影响氮的脱饱和而出现减压病,如皮肤瘙痒、皮疹、肌肉、关节、骨骼疼痛等。(6)出舱后护理:出舱后要了解患者有无耳胀、耳痛等不适,如有应予1%盐酸麻黄碱滴鼻液滴鼻。

1.3 观察指标及疗效判断 (1)治疗前和疗程结束后对患者的疼痛情况进行评分。采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分:使用一面刻有10个刻度的刻度尺,两端分别为“0”和“10”,0为无痛,1~9为由低到高程度不同的疼痛,10为剧痛^[2]。根据患者标出代表自己疼痛程度的相应位置为其评出分数。(2)疗程结束后进行临床疗效评定。根据患者临床症状改善程度和VAS评分的改善评定^[3]。疗效指数=(治疗前VAS评分-治疗后VAS评分)/治疗前VAS评分×100%。痊愈:疗效指数≥90%;显效:60%≤疗效指数<90%;有效:20%≤疗效指数<60%;无效:疗效指数<20%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间及组内比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后VAS评分比较 治疗前,两组患者VAS评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者的VAS评分均下降,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),且观察组明显好于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组治疗前后VAS评分比较[$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	t	P
观察组	40	7.10 ± 1.22	2.95 ± 0.88	19.439	0.000
对照组	40	7.15 ± 1.15	4.08 ± 0.89	26.646	0.000
t	-	-0.189	-5.704		
P	-	0.850	0.000		

2.2 两组疗效比较 观察组总有效率为95.0%,对照组为77.5%,两组间差异有统计学意义($Z = -3.606$, $P = 0.000$),观察组疗效明显优于对照组。见表2。

表2 两组疗效比较[$n(\%)$]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	40	24	9	5	2	95.0
对照组	40	9	12	10	9	77.5
Z/χ^2	-		-3.606			5.165
P	-		0.000			0.023

3 讨论

3.1 带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒(varicella zoster virus, VZV)引起,累及神经及皮肤的病毒性皮肤病。该病毒有亲皮肤性和嗜神经性,初次感染后可长期潜伏在脊髓后根神经节的神经元中,当机体抵抗力下降时,处于潜伏状态下的VZV重新活动、并生长繁殖,使受侵犯神经节水肿、坏死,从而产生难以忍受的神经痛,并在受侵犯的神经节相对应的皮肤出现带状疱疹^[4]。临床表现为感觉异常、持续性疼痛及触觉异常性疼痛等。其发生与周围神经病变、中枢神经异常及精神、免疫因素有关。有学者^[5]发现PHN的神经纤维中,非伤害性传入粗纤维减少,而传导感觉的细纤维增多,这种神经纤维的异常分布是导致PHN的一个重要原因。PHN为带状疱疹主要并发症或后遗症,持续时间可达半年以上,有的甚至长达3~5年,且患者年龄越大,其疼痛越难消除。文献报道,约9%~13%的带状疱疹患者发生PHN^[6],其临床特点是皮肤烧灼感和难以忍受的剧烈疼痛,有时如刀割样疼痛或阵发性灼痛,长期的神经痛导致患者失眠、焦虑、抑郁,影响其工作和生活,严重者出现异常人格特征或自杀^[7]。

3.2 对PHN的治疗多为止痛、营养神经和半导体激光治疗为主,但效果不理想。我院采用药物、半导体激光结合HBO综合治疗PHN取得较好疗效,患者疼痛减轻或消失、睡眠改善,VAS评分较治疗前明显降低,这些结果证明HBO联合药物治疗PHN疗效是确切的,其机制^[8]可能是:在0.2 MPa氧压下,血浆物理溶解氧为常压给氧的14倍,可迅速增加血氧含量,提高血氧分压,增加氧的弥散能力和范围,使神经组织的缺氧状态得到改善,促进受损神经的再生与修复;同时氧分压提高有利于改善微循环,促进胶原纤维形成和新血管生成,加速侧枝循环建立,促进神经膜细胞有丝分裂及轴索、髓鞘再生,利于神经和血管功能恢复;HBO可使血管收缩,利于缩小血管床,降低神经管内压力,缓解对受损神经的压迫,促进神经组织炎症改善及水肿消退,减少炎性渗出,减轻组织和神经的变性、坏死,减少致痛炎症

介质的产生和释放,有效缓解疼痛;HBO 还能降低免疫反应,减少变态反应在周围神经的发生和发展,利于控制病情的发展,提高治疗效果。而且 HBO 下血-脑屏障通透性增加^[9],可加速药物通过血-脑屏障,利于增强抗病毒、营养神经和止痛药的效果。本文观察组在药物治疗的基础上,加用 HBO 综合治疗 PHN,患者疼痛明显减轻或消失,疼痛评分明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。观察组总有效率为 95.0%,对照组为 77.5%,观察组明显高于对照组($P < 0.01$)。另外,我们观察还发现,患者越早治疗效果越好。因为早期治疗能极大地提高微血管的张力和弥散距离,使失去功能的神经组织重新获得氧供,神经组织有氧代谢旺盛,三磷酸腺苷(ATP)生成增多,乳酸生成减少,减少酸性代谢产物,更利于消除组织水肿,恢复神经功能^[10],提高疗效。建议 PHN 患者要尽早进行 HBO 治疗,而且疗程一定要足够,以提高治疗效果,一般以 2~3 个疗程为佳。另外,本组病例多是老年人,HBO 治疗时会产生精神紧张,治疗时要给予心理疏导,以缓解其紧张情绪^[11],使患者在良好的心态下接受治疗。

综上所述,HBO 加上药物综合治疗 PHN,可明显缓解疼痛,提高治疗效果,提高患者的生活质量,不失为治疗 PHN 重要的辅助方法,值得临床推广和

应用。

参考文献

- 1 吴志华. 皮肤性病学[M]. 广州:广东科学技术出版社,1998:78.
- 2 倪家骧,樊碧发,薛富美. 临床疼痛治疗技术[M]. 北京:北京科学技术文献出版社,2003:374-376.
- 3 高进,孙琳,杨晓秋,等. 高压氧联合神经阻滞治疗带状疱疹后遗神经痛[J]. 激光杂志,2011,32(2):67-68.
- 4 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 第3版. 南京:江苏科学技术出版社,2001:300-305.
- 5 薛志兴,樊碧发. 带状疱疹后遗神经痛治疗现状[J]. 中日友好医院学报,2006,20(3):187-189.
- 6 韩涛. 带状疱疹后遗神经痛的发病机制研究[J]. 医学理论与实践,2006,19(5):524-526.
- 7 邓斌,戴水江,林岷格,等. 心理干预对带状疱疹后遗神经痛患者生活质量的影响[J]. 海南医学,2008,19(9):116-116.
- 8 李温仁,倪国坛. 高压氧医学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1998:87-323.
- 9 高春锦,杨捷云,翟晓辉. 高压氧基础医学与临床[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:78.
- 10 许立民,孔磊,肖泉,等. 高压氧条件下无阻力气管套管给氧对重型颅脑损伤并肺部感染患者的影响[J]. 中国临床新医学,2011,4(9):819-823.
- 11 孔磊,陈世强,许立民,等. 不同体位麻黄碱滴鼻方法对高压氧治疗患者耐受性的影响[J]. 中国临床新医学,2013,6(4):320-323.

[收稿日期 2013-12-20][本文编辑 蓝斯琪]

护理研讨

系统护理干预对腹股沟疝修补术患者的影响

蓝玉珍

作者单位:530400 广西,宾阳县人民医院体检科

作者简介:蓝玉珍(1963-),女,大学专科,主管护师,研究方向:护理管理及外科护理。E-mail:byxrmyytjk@163.com

[摘要] 目的 探讨系统护理干预对腹股沟疝修补术患者的影响。方法 选择 2006-01~2010-12 该院收治的 18 岁以上腹股沟疝患者 150 例,随机分为实验组和对照组,对照组进行一般整体护理,实验组在此基础上进行系统护理干预,比较两组使用镇静剂情况、排尿情况、阴囊积液及切口感染情况,评估患者对医护工作的满意度,分析两种护理方法对成人腹股沟疝手术患者的影响。结果 实验组患者满意度较对照组明显升高,而镇痛剂使用率、导尿率较对照组明显降低,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 系统护理干预可以降低术后不良反应及并发症的发生率,是疝修补术患者的理想辅助治疗方法之一。

[关键词] 护理干预; 腹股沟疝修补术; 作用

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)08-0761-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.08.29