

term survival outcomes in a matched cohort study[J]. *Ann Oncol*, 2012, 23(4):903-911.

[3] Park Y, Kim Y, Kim H, et al. Laparoscopic versus open radical hysterectomy in patients with stage IB2 and IIA2 cervical cancer[J]. *J Surg Oncol*, 2013, 108(1):63-69.

[4] 占惠鸣, 胡成文. 自我清洁间歇导尿管在宫颈癌广泛全子宫切除术后尿潴留患者中的应用[J]. *解放军护理杂志*, 2016, 33(4):39-42.

[5] 李明. 护理干预对宫颈癌根治术后尿潴留的影响[J]. *全科护理*, 2013, 11(5):420-421.

[6] 索瑞君. 宫颈癌根治术后尿潴留的预防及护理对策[J]. *中国实用医药*, 2013, 8(3):230-231.

[7] 阳志军, 陈艳丽, 姚德生, 等. 腹腔镜下广泛性子官切除术治疗早期宫颈癌的疗效及对患者预后和生命质量的影响[J]. *中华妇产科杂志*, 2011, 46(11):854-859.

[8] Filipeschi M, Moncini I, Bianchi B, et al. What kind of surgery for cervical carcinoma? [J]. *G Chir*, 2012, 33(4):139-146.

[9] 田丽华, 管计, 王金莲, 等. 集束化护理干预对恶性肿瘤患者的影响研究[J]. *护理实践与研究*, 2013, 1(16):4-5.

[10] 周静. 宫颈癌根治术后尿潴留的原因及预防护理进展[J]. *重庆医学*, 2012, 41(15):1545-1546.

[11] 刘祯. 综合护理干预对宫颈癌根治术后患者尿潴留的影响[J]. *齐鲁护理杂志*, 2015, 21(2):90-91.

[12] 邹毓媚, 吴益芬, 李俊儿. 集束化护理在预防血液透析导

管相关血流感染的效果分析及护理[J]. *护士进修杂志*, 2013, 28(7):665-667.

[13] Berretta R, Marchesi F, Volpi L, et al. Posterior pelvic enteration and retrograde total hysterectomy in patients with locally advanced ovarian cancer: clinical and functional outcome[J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2016, 55(3):346-350.

[14] 王阳阳, 宋素婷, 刘安. 综合护理干预对宫颈癌根治术后患者膀胱功能恢复的影响[J]. *解放军护理杂志*, 2014, 31(22):45-46.

[15] 郭红丽. 腹腔镜下宫颈癌根治术 32 例疗效观察[J]. *山东医药*, 2010, 50(47):74-75.

[16] 毛莉, 李波. 腹腔镜下子宫颈癌根治术治疗早期宫颈癌的疗效分析[J]. *中国实用医药*, 2012, 7(25):20-21.

[17] Tseng CJ, Shen HP, Lin YH, et al. A prospective study of nerve-sparing radical hysterectomy for uterine cervical carcinoma in Taiwan[J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2012, 51(1):55-59.

[18] Saltari M, Corrado G, Patrizi L, et al. Comment: survival rate comparisons amongst cervical cancer patients treated with an open, robotic-assisted or laparoscopic radical hysterectomy: a five year experience[J]. *Surg Oncol*, 2016, 25(3):244-245.

(收稿日期:2017-06-24 修回日期:2017-09-10)

• 临床探讨 •

氧化锌联合氩氦激光照射治疗 1 例儿童皮肤 IV 度急性 GVHD 的护理*

周小琴, 伍满群, 张 诚, 孙爱华, 刘 学, 杜 欣[△]
(陆军军医大学第二附属医院血液科, 重庆 400037)

摘要:目的 探讨氧化锌联合氩氦激光照射治疗儿童皮肤 IV 度急性移植物抗宿主病(GVHD)的护理。方法 选择 2015 年 1 月 7 日, 陆军军医大学附属第二医院血液科收治的 1 例行母供子人类组织相关性抗原(HLA)5/10 相合造血干细胞移植术后出现急性 GVHD IV 度皮肤损伤的患儿作为研究对象。在该患儿整个治疗过程中, 注意病情观察及记录, 遵医嘱给予他克莫司针剂、甲泼尼龙针剂、2 次输注巴利昔单抗、抗病毒、保肝、抑酸保胃、禁食水、静脉营养支持等治疗, 同时护理干预给予全环境保护、全身皮肤黏膜的保护(包括皮肤出现渗液及水泡抽吸, 后给予氧化锌外敷; 皮肤大片损伤并剧烈疼痛时给予氩氦激光照射治疗后氧化锌粉外敷; 皮肤出现结痂干裂无渗液时及时给予氧化锌油涂擦等护理措施)及儿童心理护理。结果 患儿移植后 45 d 全身皮肤恢复完整。结论 氧化锌联合氩氦激光照射在治疗异基因外周血造血干细胞移植后急性 GVHD 皮肤损伤的整个护理过程中护理效果较好。

关键词:氧化锌; 氩氦激光照射; 移植物抗宿主病

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)23-3529-03

移植物抗宿主病(GVHD)是造血干细胞移植的主要并发症和死亡原因, 急性 GVHD 常发病始于造血干细胞移植 100 d 以内, 其主要靶器官是皮肤、肝脏和消化道, 各靶器官损害程度并不一定平行, 皮肤损害主要表现为红斑或斑丘疹, 严重者可出现水泡、表皮剥脱等^[1]。按西雅图 GVHD 分级, 2015 年 1 月 7 日本科收治的 1 例行母供子人类组织相关性抗原(HLA)5/10 相合造血干细胞移植术后出现急性 GVHD 皮肤损伤的患儿其皮肤损伤为 IV 度。根据氧化锌药理作用和氩氦激光作

用原理^[2-4], 二者联合作用均可以提高机体免疫功能, 保护皮肤, 促进伤口愈合及再生, 对治疗皮肤损伤起到一定的作用。在整个治疗过程中, 笔者对该例患儿细心观察, 精心护理, 使其治疗得以顺利完成, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月 7 日本科收治的 1 例行母供子 HLA 5/10 相合外周血异基因造血干细胞移植术后出现急性 GVHD IV 度皮肤损伤的患儿作为研究对象。该例患儿为

* 基金项目:第三军医大学第二附属医院护理科研课题(2013XQHLYG-07)。

[△] 通信作者, E-mail: xinqiaoduxin@163.com。

男性, 8 岁, 患儿于 2 年零 8 月前因右侧睾丸处出现包块, 重庆医科大学儿童医院确诊急性淋巴细胞白血病(ALL)后, 多次予以化疗, 于 2015 年 1 月 7 日收入本科行母供子 HLA5/10 相合适造血干细胞移植术。2015 年 1 月 12 日入住无菌层流病房, 1 月 13 日开始预处理, 1 月 22、23 日分别输注外周干细胞及骨髓干细胞; 患儿于移植后 12~20 d 面部、前胸、背部颈周可见淡红色皮疹及全身皮肤瘙痒, 口腔黏膜糜烂, 期间反复发热, 胃肠道紊乱及肝功能异常, 经全院会诊后考虑急性 GVHD。移植后 29 d 患儿全身皮肤部分脱落, 以颈周皮肤破损严重, 有渗液、血痂、皮肤剥脱, 耳后出现水泡, 全身皮肤疼痛。患者出现肠道症状, 主诉腹痛腹泻, 解血性水样便, 遵医嘱予以禁食、水后患者饥饿感强烈。为了便于观察病情, 于移植后 18 d 转出千级无菌层流病房, 入住普通病房单人无菌室。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 期间遵医嘱给予他克莫司针剂, 甲泼尼龙针剂, 2 次输注巴利昔单抗抗剂, 及抗病毒、保肝、抑酸保胃等治疗, 同时予以禁食、水和静脉营养支持, 加强每日皮肤护理及心理安抚等护理干预。

1.2.2 护理方法 (1) 严密观察病情及记录。定期监测生命体征, 4 次/天; 准确记录患儿 24 h 出入量情况; 观察大小便性状; 观察患儿全身皮肤情况; 及时给予患儿疼痛评估。(2) 全环境保护。入住单人无菌层流室, 病室每日紫外线照射消毒, 床单位及层流床围帘予以 0.05% 洗必泰药液每日擦拭, 床单被套及患者衣物每日高温灭菌、更换, 保持床上清洁、无碎屑。患者家属禁止与患儿同睡于单人无菌层流室里, 避免交叉感染。(3) 皮肤损伤的护理。①皮肤脱屑的护理。每天予以 0.05% 洗必泰药液擦拭皮肤, 保持皮肤清洁。患者系 8 岁儿童, 无意识会抓挠皮肤, 此时, 需及时剪短患者指甲, 予以 3M 外科免洗(9250)手消毒液洗手, 避免抓伤皮肤, 引起继发感染。与患儿和家属及时沟通, 耐心解释保护皮肤完整性的重要性, 避免皮肤再次伤害。②皮肤出现水泡及渗液的护理。首先用碘伏局部消毒水泡后, 再用带头皮针的无菌注射器将水泡中的液体抽吸干净, 并保持皮肤表面的完整性, 水泡再次形成时, 以同样方法抽吸, 皮肤出现渗液, 最后用医用硼酸氧化锌粉剂外敷。移植后 21 d 患者开始主诉全身皮肤部分脱落, 以颈周皮肤大片破损严重, 有渗液、血痂、疼痛。遵医嘱予以利多卡因生理盐水清洗皮肤, 并以纱布打湿后敷在破损皮肤处 3 min, 氦氖激光照射治疗 10 min, 然后涂抹夫西地酸乳膏, 最后覆盖一层 0.5 cm 的氧化锌粉剂保护、收敛皮肤。为了减少皮肤摩擦, 让患儿暴露全身皮肤, 给予暴露疗法, 室温保持在 32~35℃, 湿度 40%~60%。患儿除了颈周皮肤出现水泡、渗出, 全身其他地方皮肤无渗出, 所以叮嘱患者尽量暴露颈周皮肤, 并在颈后垫一张无菌治疗巾, 污染后及时更换。③皮肤出现结痂及干裂的护理。此时患者皮肤处在愈合期, 皮肤很容易瘙痒, 疼痛减轻, 颈周皮肤也是患者活动部位, 更易干裂出血。叮嘱患者勿抓挠皮肤结痂处, 避免损伤皮肤。护士换药时, 勿要彻底清除掉结痂皮肤, 继续以生理盐水轻柔清洗结痂外层, 氦氖激光照射治疗 10 min, 最后涂擦 20% 氧化锌油, 以保护、滋润、收敛皮肤。瘙痒明显时, 外涂炉甘石洗剂止痒。移植后 37 d 患者颈周皮肤痂壳开始脱落, 露出完整正常的表皮。④阴囊处破损皮肤的护理。移植后 38 d 患者阴囊处皮肤开始破溃、渗液, 主要防止尿液的刺激引起感染。首先用碘伏消毒龟头, 将异物清洗干净, 每次小便时在阴囊下方垫一张防水治疗巾, 或是用干净的矿泉水空瓶接尿, 避免尿液污染阴囊处皮肤。换药同颈周皮肤渗液期, 生理盐水先清洗, 氦氖激光照射治疗 10 min, 氧化锌粉

覆盖; 无渗液后涂抹 20% 氧化锌油。移植后 45 d 后患者阴囊皮肤好转。⑤口腔黏膜损伤的护理。移植后 24 d 患者口腔出现糜烂, 嘴唇破裂浮肿, 无法进食, 遵医嘱给予康复新液含漱, 口腔溃疡油涂擦黏膜糜烂处, 红霉素软膏涂擦嘴唇。移植后 38 d 左右, 患者口腔黏膜皮肤好转。(4) 心理护理。心理社会评估, 患儿焦虑、恐惧、抑郁、愤怒; 患儿及家属依从性差。由于患者肠道急性 GVHD 同时出现, 遵医嘱予以禁食、水约 20 d, 患者自觉饥饿感强烈, 因此产生焦虑、恐惧、愤怒, 有自伤及伤人的危险行为。患儿父母作为协助护理人员护理患儿的重要角色, 对他们在护理方面的宣教及引导也极其重要的^[5]。给予心理护理。①耐心解释病情的发展、转归过程及医疗水平, 并提供成功案例舒缓家属的焦虑情绪, 进而减轻患儿的恐惧和抗拒心理。②多巡视病房, 与患儿交流、沟通, 让其尽情倾诉, 分散其注意力, 分担、理解其痛苦, 加深患儿的信心及安全感。③遵医嘱给予镇静剂, 家属时刻陪伴在患儿身旁给予慰藉。本例患儿在疼痛、瘙痒、饥饿难忍、哭闹时, 均会主动寻求医护人员的帮助, 能在家属和医护人员的帮助下稳定情绪。

1.2.3 营养支持 根据营养评估, 给予患者静脉营养支持, 保证机体需要, 提高患者机体免疫力, 促进皮肤黏膜愈合力。

2 结果

随着时间推移, 皮肤溃烂面积不断缩小, 至移植后 45 d 患儿皮肤 100% 愈合良好。皮肤脱屑, 结痂脱落, 皮面光滑、无溃烂、无渗血、无水泡, 色泽与正常皮肤接近, 恢复可见完整皮肤表皮。

3 讨论

3.1 氧化锌的作用原理 氧化锌保护皮肤不受刺激, 舒缓皮肤刺激和瘙痒; 具有收敛剂特性, 因此有助于干燥和收敛皮肤。这种化合物还能够促进免疫系统康复, 促进伤口愈合和组织修复的作用^[6-7]。而氧化锌油具有弱收敛、滋润和保护作用, 又有吸着及干燥功能。前者重点吸收渗液, 后者含有菜籽油, 有滋润作用。

3.2 氦氖激光照射的作用原理 氦氖激光能刺激各种酶的活性, 增强血液中吞噬细胞的作用, 增加红细胞和血色素, 刺激 B 细胞促进抗体形成, 提高机体免疫功能, 加速上皮细胞生长和血管新生, 促进创伤溃疡的愈合和切断神经的再生^[8]。低功率氦氖激光光束也能部分射入皮肤组织(10~15 mm)深处, 刺激神经末梢, 引起局部组织血管扩张, 血流加快, 促进病理变化产物的吸收和排泄, 对局部皮肤起到消炎、退肿、镇痛、止痒、恢复机能的作用^[9-10]。对本例患儿的氦氖激光使用频次是遵循每日换药时即照射, 较少伤口暴露的概率。

3.3 无菌护理原则 皮肤的无菌护理可以降低皮肤感染的发生, 以氧化锌粉剂形成一个无菌的 0.5 cm 保护层, 隔绝细菌的生长, 也避免如纱布敷料对皮肤的再次伤害。其次, 无菌床单、被套、衣物是一个更大的无菌屏障; 最后全身皮肤洗必泰擦拭, 双手及时清洗、消毒等。

综上所述, 有效的护理干预可以减轻急性 GVHD 皮肤损伤症状, 使皮肤及早愈合, 从而减轻患者的痛苦。

参考文献

- [1] Chen XH, Zhang C, Zhang X, et al. Role of antithymocyte globulin and granulocyte-colony stimulating factor-mobilized bone marrow in allogeneic transplantation for patients with hematologic malignancies[J]. *Bio Blood Marrow Transplant*, 2009, 15(2): 266-273.
- [2] 何白林. 氦氖激光联合洁悠神治疗 III~IV 期压疮的疗效

观察[J]. 中国中医急症, 2010, 19(4): 693-694.

[3] 崔伟, 王丹, 魏智钧, 等. 地奥司明、50%硫酸镁溶液联合氦氖激光照射治疗混合痔术后创面水肿与疼痛的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2015, 15(1): 25-26.

[4] 宋雪英, 卜亚云, 攸连秀. 氦氖激光治疗皮肤溃疡的临床疗效[J]. 中国康复, 2003, 18(1): 35-36.

[5] 熊傲雪, 张诚, 高蕾, 等. 单倍体相合造血干细胞移植后重症移植物抗宿主病的护理[J]. 国际输血及血液学杂志, 2014, 37(1): 23-25.

[6] 项荣, 丁栋博, 范亮亮. 氧化锌的抗菌机制及其安全性研究进展[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(3): 470-473.

[7] 姚亚春, 张应喜. 氧化锌糊包敷治疗婴儿湿疹并感染的效果观察及护理[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(13): 44.

[8] 陈秀珍, 何丽曼. 氦氖激光照射对皮肤多种皮疹治疗效果观察[J]. 吉林医学, 2012, 33(10): 2136-2137.

[9] 许卫华, 刘勤, 周卫东, 等. 抗菌药物联合氦氖激光照射治疗皮肤软组织感染的临床研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(18): 4177-4179.

[10] 谢君, 梁东辉, 徐翔, 等. 皮肤针加氦氖激光治疗神经性皮炎的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(3): 44-45.

(收稿日期: 2017-06-24 修回日期: 2017-09-18)

• 临床探讨 •

耳穴埋籽联合耳穴按摩对胃肠道手术后胃肠功能恢复的影响

邱 丽, 张小红[△]

(湖北省襄阳市中心医院/湖北文理学院附属医院: 1. 消化内科一病区; 2. 护理部 441021)

摘要:目的 探究耳穴埋籽联合耳穴按摩对胃肠道手术患者胃肠功能恢复的影响。方法 选取该院 2015 年 5 月至 2016 年 7 月收治的 35 例胃肠道手术患者作为研究对象(观察组), 予以患者耳穴埋籽联合耳穴按摩治疗, 并选取同期 36 例胃肠道手术患者作为对照组, 患者予以常规禁食、胃肠减压及静脉补液等干预治疗, 对比两组患者胃肠道功能恢复情况、手术前后患者血浆胃动素与胃泌素水平、术后并发症情况及患者治疗满意程度。结果 观察组患者术后肛门恢复排气时间、肠鸣音恢复时间及排便时间、胃管拔出时间、住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 术前两组患者血浆胃动素与胃泌素水平差异无统计学意义($P > 0.05$), 术后观察组水平优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组术后并发症发生率为 19.44%, 低于对照组(2.86%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗满意率高达 97.14%, 显著高于对照组(77.78%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 胃肠道手术患者术后予以耳穴埋籽联合耳穴按摩干预可促进胃肠道手术后患者胃肠道功能的恢复, 促进患者更快恢复健康, 还可降低患者术后并发症发生率, 安全可行, 且患者满意度高, 可于临床推广应用。

关键词:耳穴埋籽; 耳穴按摩; 胃肠道手术; 胃肠道功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.039 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)23-3531-03

胃肠道手术后由于麻醉、手术创伤、伤口疼痛及消化系统解剖结构的改变, 导致胃肠道蠕动减弱或消失, 胃肠自主神经功能紊乱, 导致胃肠道积气、积液、扩张而产生不同程度的腹痛、腹胀、肠粘连等并发症, 严重影响患者术后恢复和临床预后^[1-3]。如何促进胃肠手术后患者胃肠功能恢复并尽快恢复饮食是术后护理的关键点。2015 年 5 月至 2016 年 7 月, 本院在常规的方法上采用耳穴埋籽联合耳穴按摩来观察胃肠道手术后胃肠道功能恢复的情况, 并与以往常规术后处理患者进行对比研究, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 5 月至 2016 年 7 月本院收治的 71 例患者, 将其随机分为对照组和观察组。对照组患者 36 例, 其中男 22 例, 女 14 例; 年龄 47~86 岁, 平均(63.12±5.34)岁; 胃癌手术 21 例, 胃十二指肠修补术 1 例, 胃间质瘤 1 例, 结肠癌手术 8 例, 直肠癌手术 4 例, 小肠手术 1 例。观察组患者 35 例, 患者行胃肠道手术耳部无疾患, 其中男 26 例, 女 9 例; 年龄 42~94 岁, 平均(63.13±5.21)岁; 胃癌手术 19 例, 胃间质瘤 1 例, 结肠癌 11 例, 直肠癌手术 3 例, 小肠手术 1 例。两组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者予以常规的治疗、护理: 采用禁食、胃肠减压、营养支持、调节水、电解质和酸碱平衡、静脉输液, 术后生命体征平稳后进行早期活动、鼓励早期下床活动等促进肠蠕

动早日恢复的措施。观察组患者在对照组基础上, 予以患者耳穴埋籽联合耳穴按摩治疗。待患者麻醉完全清醒, 血压、脉搏、呼吸平稳后由接受过操作流程培训的床位护士用胶布将王不留行籽准确地粘贴于耳穴处, 用食指和拇指给予适度的揉、按、捏、压, 使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应, 以达到治疗目的。操作流程: 首先以棉球蘸取 75%乙醇将耳由上至下, 由内向外轻擦消毒; 选择肺、大肠、小肠、胃、交感等耳穴, 进行耳穴探查, 找出阳性反应点(酸、麻、胀、痛等), 并结合病情, 确定主辅穴位。左手手指托持耳廓, 右手用镊子夹取王不留行籽, 对准穴位紧贴其上, 并轻轻揉按 1~2 min。每次以贴压 3~5 穴为宜, 每日按压 3~5 次, 每次 3~5 min, 按压柔和, 力度先轻后重, 同时观察患者反应, 重视患者主诉。隔 3~5 d 换一次, 如有潮湿、脱落和污染, 及时更换。两耳交替或同时贴用。

1.3 观察指标 观察对比两组患者术后肛门恢复排气时间、肠鸣音恢复时间及排便时间、胃管拔出时间、住院时间、术前及术后血浆胃动素与胃泌素水平及术后并发症情况及患者满意程度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料用百分数表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者胃肠功能恢复情况比较 观察组患者术后肛门

[△] 通信作者, E-mail: 1207004166@qq.com.