

中西医结合治疗带状疱疹的护理体会

赖若芸 陈炜

(广西中医学院第一附属医院 南宁 530023)

关键词:带状疱疹;中西医结合疗法;护理;治疗

中图分类号:R 473.75

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.069

带状疱疹是由带状疱疹病毒引起的沿周围神经分布的群集疱疹及以神经痛为特征的病毒性皮肤病。带状疱疹在中医学中称为“缠腰火丹”，俗称“缠腰龙”。其皮损特点为成群的、密集的小水疱，沿一侧神经作带状分布，且伴有明显的神经痛。中医认为由风、火、湿、毒滞留经脉郁于皮肤，灼伤气血而致^[1]。约有半数中、老年患者于皮损消退后出现顽固性神经痛，使患者难以忍受。2004~2008 年我科采用中西医结合治疗 36 例患者，均取得了很好的疗效。现将护理体会报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 36 例，男 21 例，女 15 例；年龄 27~82 岁，平均 54 岁；头颈部 5 例，胸背部 12 例，腰背部 13 例，四肢 6 例。全部病例均治愈出院。

1.2 治疗方法

缩功能，促进排尿功能的恢复。(3)保持骶前引流管通畅，避免受压、扭曲、堵塞，防止渗血、渗液潴留于残腔，观察引流液的色、质、量。如引流量少，引流液色清可拔管，一般放置 5~7d，引流管周围敷料湿透时应及时更换。

3.4 造瘘口护理 造瘘口开放前，用凡士林或生理盐水纱布外敷造瘘口，外层敷料渗湿后应及时更换，防止感染。开放后取侧卧位，用塑料薄膜将腹壁切口与造口隔开，周围皮肤涂氧化锌膏保护，以防流出的稀粪便污染腹壁切口导致感染。勤换粪袋，保持腹部清洁。训练定时排便，教会患者用粪袋的方法，观察造瘘口有无红、肿、缺血、坏死情况，定时用手指带上指套扩张人工肛门，防止造瘘口狭窄。

3.5 并发症的观察与护理

3.5.1 吻合口瘘 发生吻合口瘘应用“NS 250mL+庆大霉素 8 万 U”行盆腔持续滴注 3~5d，每日 1 次，并做吸引，同时给予肠外营养支持；若瘘口大，伴有腹膜炎，则必须作横结肠造口以转流粪便并用 NS 500mL 作腹腔灌洗 7d，每日 1 次，以彻底清除残留粪便，同时抗生素治疗。本组 2 例患者全部治愈。

3.5.2 感染 (1)肺部感染者，指导患者做有效翻身、拍背，用“NS 250mL+青霉素钠 320 万 U”静脉

1.2.1 中医治疗 给予龙胆泻肝汤加减，每天 1 剂，水煎服，重者每天 2 剂。同时可使用青黛膏外敷止痛，另可配合中医针刺、艾灸、梅花针等治疗。

1.2.2 西医治疗 给予抗病毒的药物，如阿昔洛韦或病毒唑静滴，每日 1 次；给予抗生素防止继发细菌性感染，每日 1 次；给予营养神经的药物，如 VitB₁、VitB₁₂ 注射液穴位注射，每日 1 次；皮损处可用 TDP 红外线照射，每日 2 次；所有患者及时给予皮损处局部护理，有效控制继发感染。

2 护理

2.1 病情观察 密切观察患者病情及生命体征，注意观察患者发疹的部位、发热趋势、水疱大小、疼痛程度以及体温、舌苔、脉象、二便及全身情况，为医生提供及时的病情信息，必要时及时处理。

2.2 心理护理 带状疱疹皮疹范围一般都有逐渐点滴，每日 2 次，必要时行雾化吸入，每日 2 次。(2)切口感染者，应保持伤口周围皮肤清洁、干燥，用“生理盐水+无菌雷夫努尔纱块”换药，每日 1 次，观察体温变化及伤口有无红、肿、热、痛，若感染严重则开放伤口，彻底清创并用抗生素治疗。本组 3 例患者均治愈。

3.6 出院指导 指导患者正确使用人工粪袋，生活有规律，心情舒畅，补充病人对饮食调节知识的不足，出院后继续扩张瘘口，如发现造瘘口狭窄、排便困难应及时来医院复查处理。指导患者出院后 3~6 个月复查，化疗病人要定期检查血常规，尤其是白细胞和血小板计数。

通过对 50 例直肠癌患者的护理，我们认为术前做好心理护理，积极营养支持和充分的肠道准备，是护理成功的关键，术后严密观察生命体征，做好饮食指导，积极预防术后并发症及做好造瘘口的护理，能进一步减轻手术对患者的创伤，促进患者早日康复，提高生活质量。

参考文献

[1]陆以佳.外科护理学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2001.254
[2]雷艳.神经外科病人的饮食教育[J].护理学杂志,2004,19(14):74
[3]陈冬娥.合理膳食对全胃切除术后病人营养状况及生活质量的影响[J].护理杂志,2003,18(7):536

(收稿日期:2009-11-11)

扩大的趋势,而疼痛是该病的主要特征。疼痛可使患者身心痛苦,担心预后,出现焦虑、紧张的心理。护理人员应耐心讲解此病的病因、治疗和预后,帮助病人解除疑虑,让患者心中有数,增强战胜疾病的信心和决心,从而使患者主动配合医护人员的治疗和护理。

2.3 皮肤护理 皮肤护理是保证治疗效果和预防感染的重要措施。(1)皮疹部位尽量暴露,不宜包扎,有条件可将患者置于空调病室,室内温度适宜。穿棉质柔软衣物,衣着宽松,保持床单、被褥平整、清洁、干燥,健侧卧位,保护患侧皮疹区,防止摩擦加剧疼痛与受损。保持疱疹处皮肤清洁,水疱期间避免擦伤引起水泡破溃继发感染。(2)有较大水疱的,先在无菌操作下用注射器从疱底抽液后,再用 TDP 红外线照射,以促进水疱吸收、皮损干燥与结痂,减少渗出物,促进局部血液循环,并有镇痛作用。对面部进行 TDP 红外线照射时,应注意对眼的保护,给予遮盖。痒感明显者,可外涂炉甘石洗剂。

2.4 治疗护理 (1)艾灸:将点燃的艾条距疱疹局部皮肤 2~3 cm 处进行熏灸或雀啄灸,时间 40min 左右,至局部皮肤充血、红晕。当皮疹及疼痛部位广泛时,可做回旋灸。施灸过程中注意询问患者的感受,避免艾灰脱落烫伤患者,告知其通过艾灸可促进疱疹的吸收,减轻疼痛。(2)梅花针:针和皮肤经消毒后,沿皮损周围和病灶有关的脊神经根所分布的区域,即脊柱两旁约 1.5 寸与脊柱的平行线叩刺,中等强度,每日 1 次。皮损局部忌叩刺,以免感染。梅花针叩刺时,要做到稳、轻、快,与皮肤垂直,力度均匀,深浅适宜,局部以微出血为好,出血处可用无菌棉球擦干,加用 TDP 红外线照射 30min,保持局部干燥。(3)局部皮肤有分泌物时,用 0.9% 的生理盐水清洗后,再给予青黛膏或阿昔洛韦软膏外涂。(4)穴注注射药物:遵医嘱给予 VitB₁ 注射液 2 mL、VitB₁₂ 注射液 0.5 mg 混合液注入曲池或足三里穴,促进神经功能恢复。注射前应向患者解释及交代注

(上接第 40 页)对 T 细胞功能具有增强作用,对 B 淋巴细胞免疫功能也具有明显的增强作用^[9]。西米替丁是一种 H₂ 受体阻滞剂,可抑制胃酸分泌,减轻 H⁺ 对病损肠黏膜的刺激,有利于小肠绒毛恢复。近年发现西米替丁还有免疫调节作用,能增强免疫功能,减轻炎症反应^[9]。本研究结果显示,黄芪注射液联合西米替丁治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎的效果优于单独用药,为治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎寻找

射的目的及注意事项,注射时注意避开神经和血管等。

2.5 疼痛护理 疼痛是由于带状疱疹病毒侵犯周围神经所致,疼痛往往成为患者主要的自觉症状,可有剧烈的烧灼样、刀割样疼痛。护理重点在于促进神经功能恢复,想办法解除患者的痛苦。要同情和安慰患者,并记录疼痛的性质、程度及伴随症状,评估患者疼痛的程度。可遵医嘱给予止痛剂,并注意用药后的效果。同时播放音乐或电视,分散患者注意力,以减轻疼痛。

2.6 眼睛护理 头面部带状疱疹,眼部损害发生率约为 91%^[2]。头颈部带状疱疹可累及三叉神经眼支区,症状严重、疼痛剧烈时可合并角膜炎、结膜炎,甚至可损害眼球各部引起全眼球炎,以致失明^[9]。因此,应密切观察眼部皮损、疼痛、结膜充血等症状是否加重,及时做好眼部护理,每天用阿昔洛韦滴眼液和氯霉素滴眼液交替滴眼,每天 3 次,每次 1~2 滴,并注意视力的变化。

2.7 饮食护理 鼓励患者多饮水,促进排泄,指导患者食高热量、高蛋白、高维生素的饮食,多食肉类、奶类、蛋类及新鲜的水果和蔬菜,配合一些清热解毒利湿、清肝胆之火的食物,如绿豆汤、西瓜等,禁烟酒,忌辛辣、鱼腥、发物等食品,并向患者说明营养与疾病转归的重要关系,以加强营养,提高免疫力。

带状疱疹是常见的皮肤病,病毒易侵犯神经节引起皮肤的损害和明显的神经痛。只要病人及早进行综合有效的治疗和精心的护理,基本上都可以取得满意的疗效。因此,中西医结合治疗同时加强皮肤护理和心理护理,可取得较好的疗效,值得推广应用。

参考文献

[1]刘芳琴.梅花针叩刺、火罐加 TDP 照射治疗带状疱疹 56 例[J].中国民间疗法,2008,16(7):21
[2]崔桂华,刘桂英.48 例老年带状疱疹的护理[J].齐鲁护理杂志,2005,2(11):140

(收稿日期:2009-06-06)

了新的用药途径,值得临床应用。

参考文献

[1]王伟,张波,付惠玲.贝飞达治疗腹泻病临床观察[J].实用儿科临床杂志,2002,17(6):681
[2]李泳.小儿轮状病毒肠炎外周血 T 淋巴细胞亚群的动态观察及意义[J].临床儿科杂志,1994,10(3):154
[3]徐毅,王守富,张英.黄芪注射液对体液免疫功能的影响[J].临床医学,1998,18(1):12-14
[4]霍怀仁,李宝芹,张丽.黄芪治疗婴幼儿秋冬季腹泻 130 例报告[J].河南医药信息,1997,5(11):3-4
[5]应少华,侯新凤,王广州.西米替丁联合叶酸治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎 42 例[J].实用诊断与治疗杂志,2006,20(4):32-35

(收稿日期:2010-01-28)