

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.26.054

川崎病临床护理路径的应用价值分析

李红姍,温晓梅,李玉峰,张宏业
(海南医学院附属医院儿科,海口 570102)

[中图分类号] R248.4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)26-3740-01

川崎病是一种儿童急性发热伴有皮疹的全身性疾病,可引起全身中、小血管炎,累及多脏器系统,尤其可引起冠状动脉损害。近年来,川崎病的发病率不断上升,严重影响了儿童的健康和生生活质量^[1-2]。临床护理路径是以时间为顺序的标准化诊疗护理流程,可使患者获得优质的护理服务^[3],成为目前临床上所倡导的主要护理模式。为了探讨川崎病的临床护理路径的制订及应用价值,作者对 58 例川崎病患儿进行了临床护理路径模式管理,效果显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 6 月至 2014 年 3 月本院收治的川崎病患儿 58 例为观察组,其中,男 30 例,女 28 例,年龄 1~9 岁,平均(4.8±3.2)岁。2011 年 3 月至 2012 年 5 月本院收治的川崎病患儿 46 例为对照组,其中,男 26 例,女 20 例,年龄 1~10 岁,平均(4.5±3.8)岁。所有患儿第一诊断符合川崎病诊断标准^[4],并且排除合并肝肾、造血系统等严重并发症者,排除治疗过程中转院、自动出院、死亡或放弃治疗者。两组患儿性别、年龄差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过本院医学伦理委员会批准,所有研究对象均签署知情同意书。

1.2 护理方法 对观察组患儿实施临床护理路径模式,根据制订好的临床护理路径表,按照时间顺序实施最优化检查、治疗和护理措施。对照组患儿采用常规治疗和传统的护理模式。

1.3 临床护理路径的制订和实施

1.3.1 成立临床护理路径的管理组及专家组 管理组成员由科主任、医疗组长、护士长及护理组长组成,负责临床护理路径的制订,指导和监督实施。专家组成员包括有川崎病诊治丰富经验的医师及护士组成,负责临床护理路径的制订和实施。

1.3.2 川崎病临床护理路径的制订 首先,收集本院近 2 年来川崎病患儿的病历资料,总结分析其诊断标准、辅助检查项目、治疗方案、护理内容、可能并发症、平均住院时间以及医疗费用等信息。依据循证医学标准,结合本科室诊治水平、医疗设备及临床工作经验,确定标准化诊疗措施、护理计划以及标准化住院时间。然后按照时间顺序对各项诊治、护理活动制订临床护理路径表格。内容包括患儿信息、临床评价、护理计划、护理记录、辅助检查、诊疗措施、病情监测、用药指导及监测、饮食指导、健康教育、出院计划等。

1.3.3 临床路径实施前培训 对川崎病临床护理路径实施小组所有成员进行为期 1 个月的理论知识培训。由管理组和专家组成员进行授课,讲解实施川崎病临床护理路径的相关知识和技能,实施临床护理路径的人员组成及职责,详细介绍具体操作步骤和流程,临床护理路径表格的填写等。

1.3.4 川崎病临床护理路径的实施方法 医师接诊患儿后,

根据患儿具体情况,由临床路径管理组对患儿是否能够纳入临床路径进行评价和判断。对适合纳入临床路径组的患儿实施标准化诊疗和护理。各项临床检查、检验、用药、住院时间、护理计划等均按照临床护理路径中的规定执行。每日认真完成诊疗及护理计划项目,填写护理记录表格。每日详细观察病情变化,配合治疗,并对川崎病患儿家长进行健康教育。

1.4 观察指标 比较两组患儿平均退热时间、住院时间、医疗费用、冠状动脉损害例数。采用自制的护理工作满意度评分表对护理工作满意度进行评分,同时统计分析不良事件发生率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行统计分析,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 观察组平均退热时间较对照组显著缩短($P<0.01$);观察组在治疗前发生冠状动脉损害病例 4 例,对照组 3 例,两组治疗前差异无统计学意义($P>0.05$),治疗过程中观察组新发冠状动脉损害 1 例,对照组新发 4 例,观察组显著低于对照组($P<0.05$);观察组平均住院时间及费用均显著低于对照组($P<0.01$),见表 1。

表 1 治疗效果及住院情况对比

组别	<i>n</i>	平均退热时间(d)	冠状动脉损害[n(%)]	住院时间(d)	费用(元)
观察组	58	2.82±1.32*	1(1.7)**	6.72±2.16*	2 028±128.6*
对照组	46	4.46±2.13	4(8.7)	8.62±3.06	3 022±568.4

*: $P<0.01$,**: $P<0.05$,与对照组比较。

2.2 护理满意度调查 观察组护理满意度评分(95.6±3.2)分,显著高于对照组(90.2±5.3)分($P<0.01$);观察组不良事件发生 2 起(3.44%),对照组 6 起(13.0%),观察组显著低于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

临床护理路径最早是美国在 20 世纪 80 年代推行的一种护理管理模式,其主要目的是有效降低医疗费用,提高公共卫生资源的合理利用。近年来,国内将该种护理模式应用于各种疾病的护理及健康教育中,充分提高了疗效和护理质量,缩短平均住院时间和住院费用,使广大患者受益^[5-8]。临床护理路径的实施可规范川崎病患儿的诊疗和护理措施,达到合理治疗、优质护理、合理检查、合理用药的目的。本研究发现,正是这种规范化和合理化的诊疗和护理,提高了川崎病的疗效,明显缩短了住院时间,减少了住院费用,提高了护理满意度,减少了不良事件的发生。

(下转第 3744 页)

胶具有良好的生物相容性,对人体组织具有无刺激性、无毒性、机体排异反应极少等特点,在医疗行业中广泛应用。故皮埋剂应极少发生排异反应。此患者在严格无菌操作下行皮下埋植避孕剂安置术,术后出现皮肤红肿热等现象,但无疼痛,无局部化脓或全身感染中毒症状,皮埋部位无压痛,白细胞及中性粒细胞比例均正常,取出后未行任何治疗(如抗炎治疗等),红肿热等现象消失,以上临床表现为无菌性炎性反应,符合硅胶的排异反应^[6],故考虑为硅胶的排异反应,不考虑为细菌性感染。

皮下埋植避孕剂不良反应主要有月经失调、类早孕反应、头痛、体质量增加等,硅胶因具有良好的生物相容性,极少发生排异反应。当患者放置皮埋剂后,皮埋部位出现红、肿、热而无疼痛及压痛等现象,血常规正常时,应考虑排异反应,及时取出皮埋剂,并与细菌性感染相鉴别,以免延误或加重病情。临床中,在行皮下埋植避孕剂安置术前应注意询问患者有无食物、药物过敏史,有无感染症状,术前是否服用影响皮埋剂避孕效果的药物,术中严密监测患者生命体征及过敏现象,以减少或避免排异反应的发生。

参考文献

[1] Weisberg E, Bateson D, McGeechan K, et al. A three-year

comparative study of continuation rates, bleeding patterns and satisfaction in Australian women using a subdermal contraceptive implant or progesterone releasing-intrauterine system [J]. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2014, 19(1): 5-14.

- [2] 钱翠凤,黄紫蓉.皮下埋植避孕剂的研究进展[J].国际生殖健康/计划生育杂志,2013,32(2):107-110.
- [3] 姚丽媛.260例皮下埋植避孕副反应情况及注意事项[J].中国医药导报,2008,5(9):108-109.
- [4] 孙彦荣,倪焕青,王树松.皮下埋植避孕法可接受性分析[J].河北医药,2009,31(4):462-463.
- [5] 杨静.皮下埋植避孕术542例分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2008,11(8):1234.
- [6] 刘军,张国明,曾键,等.远期硅胶排斥的临床表现及处理[J].临床眼科杂志,2005,13(5):447-448.

(收稿日期:2015-03-28 修回日期:2015-07-16)

参考文献

[1] Weisberg E, Bateson D, McGeechan K, et al. A three-year

(上接第 3740 页)

临床护理路径不仅仅是一种护理模式,更是一种疾病管理规范,因此,首先应成立相关指导小组及专家组负责临床护理路径的制订,指导和监督其实施。临床护理路径的制订必须在总结疾病现有病历资料的基础上,以循证医学为原则,结合国内外最新诊治指南,按照时间顺序制订制式表格^[9]。就川崎病而言,好发于5岁以内婴幼儿,临床表现以高热和皮疹为主,同时容易导致多脏器损害,并发症多,用药复杂多样。因此,其护理要点包括高热护理、皮疹护理、用药护理、冠状动脉损伤的预防性护理、心理干预、健康教育及出院指导等多个方面^[10]。因此,作者所制订的川崎病临床护理路径表格中详细规定了每个住院日的诊疗及护理措施,以及疾病评价、护理记录、用药过程的监测等多项内容,同时还纳入了健康教育及出院指导等多项内容,使各项诊疗和护理流程更加具体和明确,不容易遗漏,操作起来更加流利。

总之,临床护理路径的实施提高了川崎病的疗效,缩短了住院时间,减少了住院费用和并发冠状动脉损伤,值得临床推广应用。然而,本文中川崎病的临床护理路径的制订以本院病历资料为基础,样本量有限,在实践过程中还应不断总结经验,持续完善和改进。

参考文献

[1] 李晓惠.川崎病诊断与治疗新进展[J].中华实用儿科临床杂志,2013,28(1):9-13.

- [2] 胡坚.川崎病基础与临床关联的若干问题[J].中华实用儿科临床杂志,2013,28(21):1611-1613.
- [3] 孙羽,郝云霞.临床路径在优质护理服务中的应用[J].中华现代护理杂志,2011,17(29):3527-3529.
- [4] 边志卫,董国庆,张庆红,等.临床护理路径在川崎病患儿中的应用[J].实用全科医学,2005,3(5):469.
- [5] 张莉,顾银燕,吴向阳.腹股沟疝修补术中应用临床护理路径的 Meta 分析[J/CD].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2013,7(5):77-78.
- [6] 倪凤霞,尹丽娟,郑玉婷,等.临床护理路径在手足口病患儿中的应用[J].中华现代护理杂志,2011,17(32):3897-3898.
- [7] 尹晓丽,刘晓妹,徐静.临床护理路径在先天性心脏病患者介入治疗中的应用[J].中华全科医学,2009,7(12):1377-1378.
- [8] 王莹,孙清华,徐英美,等.临床护理路径在专病疗养健康教育中的应用体会[J].中华保健医学杂志,2009,11(6):461-463.
- [9] 蒋群,谷翔,盛传玲.临床护理路径表的制订与应用[J].当代护士:学术版,2012,19(12):174-176.
- [10] 高喜琴.川崎病的临床护理体会[J].中国实用医药,2013,8(24):223-224.

(收稿日期:2015-03-18 修回日期:2015-07-16)

欢迎投稿

欢迎订阅