

治疗小儿肺炎喘嗽的中医临床路径 分析和应用

李 燕

(河南中医学院第三附属医院儿科, 河南 郑州 450000)

摘要:目的 探讨中医临床路径应用于小儿肺炎喘嗽的综合效果。方法 收集小儿肺炎喘嗽患儿 104 例, 随机分为治疗组与对照组各 52 例。两组均予以常规西医综合治疗, 对照组行常规护理, 治疗组行中医临床路径, 对比两组的临床效果。结果 治疗组的住院时间及住院费用均显著低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组的护理满意度为 92.16%, 显著高于对照组的 80.39% ($P < 0.05$)。结论 在小儿肺炎喘嗽临床治疗中介入中医临床路径有利于提高临床质量, 促进患儿病情康复, 缩短住院时间并减少医疗费用, 值得推广应用。

关键词:小儿肺炎喘嗽; 临床路径; 中医

中图分类号: R256.11

文献标识码: A

文章编号: 1672-0571(2016)02-0039-03

DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2016.02.015

小儿肺炎喘嗽是儿科常见肺部疾病之一, 本病外因责于感受风邪, 内因责之于小儿形气未充, 肺脏娇嫩, 卫外不顾, 其病理变化为邪闭肺络, 肺失清肃, 肺被邪袭闭郁不宜, 化热烁津, 炼液成痰, 阻于气道, 出现咳嗽、气喘、痰鸣, 鼻煽、发热等症, 具有起病急骤的特点。在临床治疗过程中, 合理有效的护理措施是确保临床治疗有效性及安全性的重要辅助措施, 同时也是改善医疗服务质量的重点^[1]。我院在小儿肺炎喘嗽临床治疗中介入中医临床护理路径, 获得了较为满意的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 1 月 ~ 2014 年 12 月, 我院收治的小儿肺炎喘嗽患儿 104 例, 均符合临床诊断标准^[2], 均具有咳嗽、喘息等症状, 经肺部 X 线片检查显示肺部有点片状阴影, 伴有双肺呼吸音增粗或者有中细湿罗音。其中, 男 64 例, 女 40 例, 年龄 1 ~ 12 岁, 平均为 (8.01 ± 0.52) 岁。患儿家长或法定监护人自愿并同意下, 将患儿随机分为治疗组与对照组, 每组 52 例, 对照组 52 例中: 男 30 例, 女 22 例; 治疗组 52 组中: 男 28 例, 女 24 例, 两组在年龄、性别构成等方面均无明显差异 ($P > 0.05$)。104 例患儿中男 68 人, 女 36 人, 年龄

最小 9.6 个月, 最大 7 岁, 4 岁以下 31 人。其急性支气管炎肺炎 69 例, 哮喘性支气管炎并发肺炎 17 例, 间质性肺炎 8 例, 大叶性肺炎 10 例。

1.2 治疗方法 两组患儿均予以常规西医综合治疗, 对照组实施常规护理, 治疗组在对照组的基础上实施中医临床路径:

1.2.1 制定临床路径表 根据患儿的病情及临床特点, 制定中医临床路径, 路径表内容包括: 入院指导、健康教育、饮食护理及穴位护理。

1.2.2 中医临床路径的实施方法 由当班护士严格按照临床路径表进行护理干预, 并对已经完成的项目进行标记。由责任护士进行护理执行情况监督检查, 并及时分析和指导解决护理问题, 确保临床路径能够顺利实施。由护士长进行护理查房, 并检查中医临床路径护理实施情况进行指导。

1.2.3 中医临床路径具体内容 (1) 入院第 1 天: 向患儿及其家长介绍主治医生、护理人员, 并介绍病区环境以及相关医疗设备设施, 消除患儿的陌生感与恐惧感。询问患儿或其家属相关病史、过敏史等, 全面评估患儿的病情, 注意观察恶寒发热的程度, 防止风寒外袭。并配合其完成相关检查。表由责任护士移交给患儿家长, 并详细介绍实施中医临床路径护理的优势、相关注意事

项等,并解释治疗护理过程中可能出现的问题,以取得其理解和配合。对于喘憋、气急鼻煽者,控制其症状,保持其呼吸道通畅;对于痰多黏稠及风热咳嗽者,予以雾化吸入以及拍背吸痰。

(2)入院第 2 天:密切观察患儿的面色、神志、哭声等变化,遵医嘱进行用药治疗;并密切观察患儿的病情变化;调整患儿的饮食结构,尽量予以温热、清淡、细软且易于消化的食物,忌食辛辣刺激、寒凉、生冷饮食。风寒闭肺的患儿饮食宜趁热;对于风热闭肺患儿,予以藕汁荸荠水或者芦根水等清凉饮,生津止渴以起到清热化痰功效;对于痰热闭肺患儿,饮食宜清淡,忌油腻、煎炸之品,可食果汁、荸荠汁、藕粉或者豆浆牛奶等温凉饮;对于毒热闭肺并伴高热症状患儿,鼓励多食新鲜蔬菜水果、多饮水;阴虚肺热的患儿应加强食疗,多食牛奶、鸡蛋、瘦肉、鲜鱼和蔬菜,常食百合粥、梨汁以养阴生津止渴,干咳者,可用川贝母粉蒸梨,或百部、杏仁、麦冬煎水频服;肺脾气虚者饮食宜富营养,易消化定时定量,可有黄芪、浮小麦煮粥食以增强体质。完善对患儿及其家属的用药指导,密切观察用药反应,并向患儿家长讲解相关不良反应监护方法。

(3)入院第 3-5 天:继续予口服中药调整,并维持病区环境干净整洁、安静舒适,遵医嘱用药并密切观察患儿的用药后不良反应。加强对患儿及家长的心理护理,提高其治疗配合度。对于风寒闭肺,中药煎剂要趁热服用,服后以微汗出为佳,或用葱、姜汤以助汗;风热闭肺患儿煎剂宜稍凉服,保证患儿充分睡眠和休息,治疗护理集中进行,中成药可给丹参注射液或复方丹参注射液静滴;痰热闭肺,主要清热化痰,故应少量频服,防止呕吐时药物、食物呛入气道,造成呼吸困难;毒热闭肺可给予中成药清开灵注射液注射,并注意特护观察,发现气喘加重,脉搏疾速,面色苍白等立即报告医生,采取抢救措施;阴虚肺热者,中成药可给予鹭鸶咳丸,日久肾阳不足者给予杞菊地黄丸或大补阴丸,肺部啰音久不消者,可用拔罐疗法,盗汗可用五倍子研末醋调贴神阙;肺脾气虚咳嗽甚者,用黄芪、紫菀煎水频服,自汗者,用黄芪、浮小麦、麻黄根煎水代茶,中成药可口服参苓白术丸。对于腹胀便秘者,加入玄明粉以及大黄等至

粥中以促进通腑泄热;对于口干鼻燥者,加用麦冬、玄参以及生地等可起到润肺生津之功效;对于便溏者,加用芡实粥食用,或者予以腹部热敷。遵医嘱对鱼际、列缺、尺泽、孔最及合谷等诸穴进行按摩。

(4)住院第 6-8 天至出院:视患儿的康复情况,鼓励和指导患儿进行户外运动,并向患儿家属做好健康教育和讲解相关注意事项。出院前向患儿及其家长讲解出院带药的用药方法、相关注意事项、可能不良反应及其处理方法等,发热初期,注意恶寒发热的程度,采取保暖措施,高热时,积极采取退热措施,保持呼吸道通畅,保持房间空气清新,盗汗要随时擦干,更换衣物,避风寒,注意休息,适当活动,避免玩耍过度。

1.3 观察指标 观察和记录两组患儿的住院时间以及住院费用,采用科室自制问卷调查表^[3],调查患儿家长对于护理工作的满意度,以不满意、一般、满意与非常满意四级评价。

1.4 统计学方法 数据以统计学软件 SPSS18.0 分析,以 表示计量资料,经 *t* 检验;以率(%)表示计数资料,经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的临床疗效比较 两组患儿均获得痊愈,但治疗组的住院时间较对照组显著缩短有统计学意义($P < 0.05$),住院费用较对照组显著降低有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗组和对照组的临床疗效比较 ($\bar{x} \pm s$)			
组别	例数	住院时间(d)	住院费用(元)
治疗组	52	6.13 \pm 2.21	2773.99 \pm 771.57
对照组	52	9.17 \pm 2.73 ^{▲▲}	3494.93 \pm 873.82 [▲]

注:治疗组较对照组的住院时间明显缩短^{▲▲} $P < 0.05$,治疗组较对照组住院费用显著降低[▲] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患儿家长满意度比较 治疗组患儿家长对于护理工作的总满意度显著高于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患儿家长满意度比较 ($\bar{x} \pm s$)			
组别	例数	住院时间(d)	满意度(%)
治疗组	52	6.13 \pm 2.21	92.16 [▲]
对照组	52	9.17 \pm 2.73	80.39

注:治疗组较对照组的总满意度明显提高[▲] $P < 0.05$ 。

3 讨论

临床路径是针对一类特殊病人而设计的住院护理模式,囊括了常规诊疗护理计划以及针对性护理措施,且具有明确的护理日程与时间规划,能够确保护理工作的计划性、目的性、程序性与持续性,从而减少护理漏项、护理差错等,提高护理质量^[4]。在小儿肺炎喘嗽临床治疗中应用中医临床路径护理模式,不仅能够规范护理行为、提高护理质量,同时能够为患儿提供更为系统全面的护理治疗措施,通过中医辨证及针对病种进行计划性护理^[5],能够增强临床治疗效果,改善患儿的临床预后。通过标准化护理措施,能够提高患儿及其家长对疾病的正确认识,从而主动参与和配合治疗,能够促进患儿的康复^[6-8]。本研究中,治疗组实施中医临床路径后,住院时间较对照组显著缩短,住院费用显著降低,患儿家长对护理工作的满意度达 92.16%,较对照组的 80.39% 显著提高。小儿肺炎咳嗽全年皆有,冬春两季为多,好发于婴幼儿,一般发病较急,若能早期及时治疗,预后良好。本病包括西医学所称支气管肺炎、间质性肺炎、大叶性肺炎等,只要及时住院进行治疗、护理 7 天左右即可康复。本研究证实小儿肺炎喘嗽临床治疗中引入中医临床路径护理有利于提高护理

质量,促进患儿的康复,降低不必要的医疗资源浪费,值得推广应用。

参考文献

[1] 张萍. 中医临床护理路径对小儿肺炎喘嗽治疗效果的影响[J]. 中国医药指南, 2014(6), 12, 17(17): 56-57.

[2] 董丹, 王雪峰, 沈红岩, 等. 小儿肺炎临床疗效评价研究文献系统述评[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(6): 494-500.

[3] 孙孜. 住院病人满意度调查分析[J]. 中国护理管理, 2006, 6(7): 34-35.

[4] 谷晓玲. 中医临床护理路径在小儿肺炎中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(22): 179.

[5] 黄瑾, 曹丽丽. 分病种计划性护理教学在普外科的应用[J]. 海军总医院学报, 2005, 18(1): 57-58.

[6] 何小仁, 廖凯明. 中医临床护理路径对小儿肺炎喘嗽治疗效果的影响[J]. 广东医学院学报, 2013, 31(1): 90-91.

[7] 张伟, 丁寅君. 临床护理路径在小儿肺炎中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(17): 173-174.

[8] 邱蓉, 骆嫣. 小儿反复呼吸道感染非急性感染期的中医治疗进展[J]. 陕西中医学院学报, 2015, 38(1): 95-97.

(收稿日期: 2015-07-09 编辑: 王益平)

(上接第 28 页)“不通则痛、通则不痛”, 气血运行不畅就会造成气滞血瘀, 进而产生疼痛, 在血海穴进行操作可以有效的化血为气, 运化脾血, 从而达到活血行气, 缓解疼痛的目的; 梁丘和犊鼻二穴具有通经活络, 疏风散寒, 理气消肿止痛的作用。对膝关节周围脾胃二经穴位的选择和操作, 体现了循经取穴及以痛为腧的原则以痛为腧。

四指推法合并关节松动技术治疗膝关节前叉韧带断裂重建术后关节僵硬疗效显著、安全简便, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2012: 204.

[2] 燕铁斌. 物理治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 79.

[3] 董纪元, 卢世璧, 王继芳, 等. 小切口膝关节粘连松解术后及连续被动活动治疗膝关节僵直[J]. 中华骨科杂志, 1997, 17(11): 675-677.

[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2012: 204.

[5] 刘西纺, 孙银娣, 殷继超, 等. 恢复期系统康复治疗髌骨脱位术后膝关节功能障碍[J]. 陕西中医学院学报, 2014, 37(1): 26.

[6] 黄明伟. 关节松动术及传统中医推拿综合治疗肩周炎 69 例[J]. 中国实用医药, 2014, 36(9): 227.

[7] 张焕强, 王和生. 刃针结合四指推法治疗冈上肌肌腱炎[J]. 江苏中医药, 2014, 46(5): 64.

[8] 李宁, 吴滨, 张永玲. 艾灸配合运动疗法治疗膝关节骨性关节炎疗效观察[J]. 中国针灸, 2002, 22(11): 730.

(收稿日期: 2015-05-12 编辑: 王益平)