

中西医结合临床路径在新生儿病理性黄疸治疗中的应用

欧彩香 张水堂 周守方 袁贵龙 张桂林

(广州中医药大学附属南海妇幼保健院 广东南海 528200)

摘要:目的:探讨中西医结合临床路径在新生儿病理性黄疸治疗中的应用效果。方法:将 146 例新生儿病理性黄疸患儿随机分成两组,对照组采用西医常规方法进行治疗,观察组按照中西医结合临床路径进行治疗。结果:观察组治疗费用低于对照组($P < 0.01$),住院天数少于对照组($P < 0.05$),患儿家属对医护工作的满意度也高于对照组($P < 0.05$)。结论:应用中西医结合临床路径对新生儿病理性黄疸治疗是一种科学、合理模式。

关键词:中西医结合疗法;临床路径;新生儿;黄疸

中图分类号:R 722.17

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0039-02

临床路径(clinical pathway)又称临床程序,是由医生、护士以及其它专业人员组成多专业小组,对特定疾病诊断治疗或手术而制定的最适当的有顺序性和时间性的照护计划,以减少康复的延迟和资源的浪费,使服务对象获得最佳的照护品质^[1]。新生儿病理性黄疸是新生儿疾病中的常见病种,本研究观察我院新生儿科 2007 年 1~12 月期间,应用中西医结合临床路径在治疗新生儿病理性黄疸中的效果。

1 临床资料

2007 年 1~12 月期间,因“新生儿病理性黄疸”在我院住院治疗患儿 146 例,新生儿病理性黄疸的诊断标准按人民卫生社出版第六版《儿科学》。胎龄 37~42 周,出生体重 2.2~4.1kg。随机分成两组,双胞胎分在不同的组。观察组 76 例,平均胎龄(38.4±1.4)周,体重(3.138±0.388)kg;对照组 70 例,平均胎龄(38.7±1.3)周,体重(3.142±0.357)kg。两组一般资料经统计学分析无明显差异。

2 方法

2.1 对照组 采取西医常规的诊治及护理:应用蓝光照射、肝酶诱导剂、碱化血液等治疗,必要时静滴血浆、免疫球蛋白、白蛋白及换血治疗。

2.2 观察组 运用中西医结合临床路径进行诊治及护理。具体方法:入院当天完善新生儿病理性黄疸相关辅助检查,分析新生儿病理性黄疸的原因,并进行辨证分型。除应用常规西医方法治疗外,应用中医治疗:根据辨证分型:湿热熏蒸型选方茵陈蒿汤加减,清热利湿;寒湿阻滞型选方茵陈理中汤,温中化湿;瘀积发黄型选方血府逐瘀汤加减,化痰消积。并口服太子参冲剂、婴儿健脾口服液,健脾益气、扶正祛邪,应用捏脊疗法调理脾胃,减轻蓝光照射不良反应(腹泻)。制订每日临床路径,入院第二、三天:观察疗效,注意不良反应,并根据检查结果对因治疗;入院第四、五天:观察退黄效果,减少光疗时间或停止光疗、碱化血液及应用肝酶诱导剂等治疗,复查黄疸常规;如退黄效果不理想,进一步检查,明确病因,因人制宜,及时发现问题,及时解决。在诊疗过程中,积极与家属沟通,让家属知晓临床路径,并做好知情告知。

本研究结果显示:A 组的宫颈明显松弛软化,表明在人工流产手术前加用米索前列醇可改善宫颈松弛度。A、B 组无人工流产综合反应发生,C 组 7 例发生人工流产综合反应,表明异丙酚静脉麻醉可以完全避免因扩张宫颈、子宫牵拉等造成的人工流产综合反应的发生。A、B 组均未出现严重的不良反应,少数出现轻度呼吸抑制,与异丙酚静脉注射引起呼

2.3 观察指标 不良反应的发生率,住院天数,住院费用,家属对医护人员的满意度。

2.4 统计方法 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 不良反应的发生情况 见表 1。两组不良反应的发生率:观察组为 9.21%,对照组为 27.14%, $\chi^2 = 8.0054$, $P = 0.0047$, $P < 0.05$,有显著性差异,表明中西医结合临床路径观察组的不良反应发生率明显低于对照组。

表 1 不良反应发生情况 例

| 组别 | 腹胀腹泻 | 发热 | 皮疹 |
|----------|--------|--------|--------|
| 观察组 | 1 | 2 | 4 |
| 对照组 | 8 | 4 | 7 |
| χ^2 | 4.8126 | 0.2705 | 1.1736 |
| P | 0.0283 | 0.6030 | 0.2767 |

3.2 住院天数 观察组(4.8289±2.3170)d,对照组(5.9298±2.5497)d,两组比较, $t = 2.7331$, $P = 0.0071$, $P < 0.01$,有显著性差异,说明应用中西医临床路径治疗新生儿黄疸所需要的天数明显短于西医传统方法。

3.3 住院费用 观察组住院费用(2454.9±832.5)元,对照组住院费用(2872.6±876.8)元,两组比较, $t = 2.9524$, $P = 0.0037$, $P < 0.01$,说明应用中西医临床路径组住院费用明显低于对照组。

3.4 家属对医护人员的满意度 见表 2。两组比较, $\chi^2 = 4.8126$, $P = 0.0283$, $P < 0.05$,有显著性差异,说明应用中西医临床路径观察组家属对医务人员满意度明显高于对照组。

表 2 家属对医护人员工作满意度 例

| 组别 | 满意 | 不满意 |
|-----|----|-----|
| 观察组 | 75 | 1 |
| 对照组 | 62 | 8 |

4 讨论

小儿初生遍身面目皆黄,中医学名为“胎黄”或“胎疸”。论其病因与母有关,中医学认为,其母感受湿热伏于胞胎或脏腑有热,则胎受其熏蒸,湿阻中焦,脾胃升降功能失常,影响肝胆的疏泄,以致胆汁不循常道,渗入血液,溢于肌肤,而发生黄疸^[2]。我们应用中西医结合临床路径,除应用西医病因及吸抑制、心血管抑制有关,但均无需特殊处理。

因此,我们认为手术前 1~2h 阴道应用小剂量米索前列醇联合异丙酚静脉麻醉行无痛人流产术,可有效提高手术质量,降低并发症,简单易行,效果好,副反应少,可在临床推广应用。

(收稿日期:2008-06-24)

小儿鼾症的手术治疗

钟水军 邵琼 吴勇

(浙江省嘉兴市妇幼保健院 嘉兴 314000)

摘要:目的:探讨小儿鼾症的手术治疗方法及效果。方法:对鼾症患儿 32 例根据情况施行经口进路鼻内镜下腺样体吸切术与扁桃体剥离术的一种或两种。结果:32 例手术均取得良好效果,随访 6~12 个月完全消除打鼾或仅有轻微鼾声。结论:手术切除引起上气道阻塞的肥大扁桃体和(或)腺样体是儿童鼾症的有效治疗手段。经口进路鼻内镜下以电动切割器切除腺样体手术疗效肯定,术野暴露良好,操作清楚,切除部位、范围准确,易掌握,可避免损伤圆枕等周围重要结构。全麻下扁桃体剥离术较挤切术安全,并发症少。

关键词:小儿;鼾症;手术疗法

中图分类号:R 726

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0040-02

儿童鼾症的治疗以手术为主,较少采用正压通气治疗和保守观察。我科自 2006 年 6 月~2007 年 6 月,共收治 32 例鼾症患儿住院手术,取得良好效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 32 例中,男 17 例,女 15 例,年龄 2.5~16 岁,6~7 岁居多,平均 8.2 岁。全部有睡眠打鼾史,20 例腺样体肥大合并扁桃体肥大或肿大,8 例单纯腺样体肥大,4 例单纯扁桃体肥大(体检扁桃体均为近Ⅲ度或Ⅲ度以上肥大)。其中 6 例有睡眠时呼吸暂停,15 例并发分泌性中耳炎(轻重不等),12 例鼻塞涕多(鼻窦 CT 提示有不同程度鼻窦炎),3 例硬腭较明显高拱。术前全部作鼻内窥镜检查,并部分作鼻窦鼻咽 CT 水平扫描。

1.2 评价方法 根据儿童鼾症的症状及严重程度制定评分标准,睡眠中打鼾、呼吸暂停各计 2 分;张口呼吸、易惊、不正常四肢运动、遗尿、白天嗜睡、进食困难各计 1 分;共计 10 分。张口呼吸的确定标准为整个睡眠过程中经口呼吸时间超过整个睡眠时间的 50%以上;打鼾的标准为睡眠过程中可发出连续 10min 以上的较响鼾声,以致影响他人入睡;呼吸暂停的确定标准为每停止经口或鼻呼吸的时间达 10s 计为 1 次,每小时睡眠过程中发生 5 次即可确定为呼吸暂停。根据病情分别对患儿于全麻下行扁桃体剥离术与经口进路鼻内镜下腺样体吸切术的一种或两种手术,并于术前及术后 4 周分别计分,评价其术后症状改善情况。

1.3 手术方法 全部手术均在气管插管全麻下进行。根据情况做扁桃体剥离术与经口进路鼻内镜下腺样体吸切术中的一种或两种手术。术中依体重静脉滴注地塞米松 4~10mg,以减轻组织水肿。患者取仰卧位,头稍后仰,以麻醉开口器开

口并固定,压舌板压舌暴露口咽。

1.3.1 扁桃体剥离术 有扁桃体肥大或肿大者先予剥离摘除扁桃体,冰水棉球、纱球或双极电凝止血,下咽部可暂填一纱条防止血液下流,待手术结束时取出。

1.3.2 经口进路鼻内镜下腺样体吸切术 两根细导尿管分别从双侧前鼻孔导入至口咽(若鼻腔较狭窄可予 1%肾上腺素或 1%麻黄素棉片收缩鼻腔黏膜)从口中引出一端,分别拉紧并钳夹两根导尿管,对称性上提软腭,良好暴露口咽至鼻咽的通道(腺样体堵塞后鼻孔较难导入导尿管者,可在导尿管内先插入一细吸引管通条增加其硬韧性,助导尿管导入口咽再退出通条)。电视监视下以 70° 直径 4mm 鼻内窥镜(wolf)经口插入,仔细检查鼻咽部,经口咽将直头或弯头电动切割器送入鼻咽腔,从腺样体下缘开始切割,逐渐移向侧缘并向中央包围,将腺样体组织切割并吸除。术中操作仔细,注意保护圆枕、鼻中隔后缘及双侧下鼻甲后端。切除腺样体后以冰水棉球、纱球压迫止血,对较顽固的出血可用双极电凝或微波止血。少部分较顽固分泌性中耳炎者置入中耳通气管。

2 结果

术后用药观察 2~3d 即可出院,患儿睡眠呼吸通畅、打鼾消除或明显减轻,无术后大出血。随访 6~12 个月,打鼾完全消除或基本消除,其中 30 例无明显打鼾,2 例轻度打鼾。术后有轻中度的腭垂、软腭水肿,经治疗后消除;无 1 例出现圆枕咽鼓管咽口的损伤致狭窄、闭锁,无 1 例继发性大出血。术后随访时鼻内窥镜检查见后鼻孔通畅,鼻咽部光滑,鼻咽腔宽敞,无粘连及后鼻孔狭窄,咽鼓管咽口无狭窄、闭锁。

3 讨论

腺样体又称咽扁桃体、增殖体,隐藏在鼻腔后端,位于鼻

退黄对症治疗外,制订临床路径,结合中医辨证施治,辅以健脾益气、调理脾胃,明显提高疗效,减少住院天数,降低住院费用,减少不良反应的发生率,符合“坚持以病人为中心的服务理念,改变不方便病人的工作秩序,改革不适应医疗需求的工作制度,立足于为病人提供优质廉价的基本医疗服务,实行病种管理,做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费,降低住院天数,合理地控制各项医疗费用,提高医疗护理质量”医疗改革的要求^[1]。临床路径将诊治过程清楚地提出,让病人及家属有了更多的自主选择权,变被动接受为主动参与。因充分的知情告知,家属对临床路径知晓,这种平

等的医患关系利于思想的交流、情感的沟通,增加了透明度,也最大限度地减少了医疗纠纷的发生,增加了病人家属对医护人员满意度。中西医结合临床路径模式适应社会的要求,既能贯彻质量保证,又能持续质量改进,节约资源,能达到单病种质量管理的诊疗标准化模式,值得临床推广。

参考文献

[1]董叶丽.新加坡樟宜综合医院的临床路径[J].中华护理杂志,2002,37(7):560
[2]王萍芬.中医儿科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:150
[3]方立珍.临床路径—全新的临床服务模式[M].长沙:湖南科学技术出版社,2002:28

(收稿日期:2008-03-13)