

用护理杂志,2013,29(1):133-134.

[4] 关妙燕.骨科高龄患者压疮风险评估及预防措施[J].中国医药导刊,2012,11(21):356-357.

[5] 王世芬.骨科患者压疮预防方法的改进[J].上海预防医学,2012,24(3):164-165.

[6] 程秀红,蒋琪霞,刘云,等.压疮预防指南临床应用的效果分析[J].中华护理杂志,2011,46(6):597-599.

[7] 邹颖.下肢牵引术的临床护理体会[J].现代诊断与治疗,2012,23(9):1572-1573.

[8] 徐连芳,陈燕萍,陈润芳,等.早期抬臀运动对老年髋部骨折患者康复效果的影响[J].全科护理,2013,11(4):979-980.

[9] Park KH. A retrospective study using the ressure ulcer scale for healing (PUSH) tool to examine factors affecting stage II pressure ulcer healing in a korean acute care hospital[J]. Ostomy Wound Manage,2014,60(9):40-51.

[10] 温士玲.老年痴呆合并骨折患者的护理干预[J].医学检验与临床,2011,22(4):108-109.

[11] 覃香蓉.对骨科卧床患者压疮护理干预的临床效果[J].医学理论与实践,2010,23(11):1398-1399.

[12] 胡佩芬,张凌.护理干预对预防老年卧床患者院外压疮的效果[J].吉林医学,2013,34(29):6147-6148.

(收稿日期:2014-12-12 修回日期:2015-02-14)

小儿临床护理中危重病护理评分法应用的可行性研究

林 晏(四川省遂宁市中心医院 629000)

【摘要】 目的 探讨小儿临床护理中危重病护理评分法应用的可行性。**方法** 对该院 2012 年 3 月至 2014 年 3 月收治的 80 例急危重症患儿的临床资料进行统计分析,根据评分将患儿分为 3 个组。**结果** 3 组患儿的危重评分均随入院时间的延长而上升。极危重组患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分均显著低于危重组和非危重组,差异有统计学意义($P<0.05$)。危重组患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分均显著低于非危重组,差异有统计学意义($P<0.05$)。极危重组患儿的器官功能衰竭数显著多于危重组和非危重组,多系统器官衰竭发生率也显著高于危重组和非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。危重组患儿的器官功能衰竭数显著多于非危重组,多系统器官衰竭发生率也显著高于非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。患儿预后和危重评分呈显著的正相关关系($P<0.05$),与器官功能衰竭数呈显著的负相关关系($P<0.05$)。**结论** 危重病护理评分法能够对患儿的病情及预后进行有效判断,具有临床意义。

【关键词】 小儿临床护理; 小儿危重病护理评分法; 可行性
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)11-1649-03

儿科病房特别是重症监护病房具有较多的重症患儿,患儿疾病发展速度较快,造成临床护理人员工作量加大加重^[1]。临床护理对患儿疾病的判断和重点掌握量化指标能够为危重症患儿进行针对性护理,从而有效改善患儿预后良好^[2-3]。本研究对 2012 年 3 月至 2014 年 3 月 80 例急危重症患儿的临床资料进行统计分析,探讨小儿临床护理中小儿危重病护理评分法应用的可行性。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2012 年 3 月至 2014 年 3 月该院收治的急危重症患儿 80 例,其中男 44 例,女 36 例,年龄为 10 个月至 9 岁,平均年龄(3.8±2.7)岁。急性呼吸窘迫综合征 24 例,感染 19 例,应激性溃疡 11 例,脑疝 10 例,多系统器官功能衰竭 8 例,休克 8 例。

1.2 方法

1.2.1 小儿危重评分法 根据 1995 年中华医学会儿科学分会急诊组制定的《小儿危重评分法(草案)》,在患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d、出院前分别进行评分,分值越高表明患儿的病情越轻,反之则病情越重。入院后 3 d 将单器官或多系统器官衰竭情况确诊,对器官衰竭程度进行有效评估。

1.2.2 危重评分与护理 依据评分对患儿进行分组,评分小于或等于 70 分,为极危重组;评分 71~80 分,为危重组;评分 81~100 分,为非危重组。给予极危重组患儿特别护理,对患儿的病情进行 24 h 的严密观察,准备好抢救药品和器材,随时

准备抢救;给予危重组患儿重点护理,主要对其进行监护,监护过程正确运用相关设备,同时和临床医师积极配合给予其有效的治疗;给予非危重组患儿一级护理,让患儿在儿科病区入住,对其健康问题进行准确评估,给予针对性护理^[4]。

1.3 统计学处理 所有数据采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计学分析,计数资料使用($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料应用 t 和 F 检验比较, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患儿一般资料结果比较 极危重组、危重组、非危重组的平均年龄分别为(3.7±2.7)、(3.8±2.7)、(3.9±2.7)岁,3 组患儿在性别、年龄、疾病类型等方面的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 3 组患儿一般资料结果比较[n(%)]

项目	分类	极危重组	危重组	非危重组
		(n=20)	(n=35)	(n=25)
性别	男性	11(55.0)	20(57.1)	13(52.0)
	女性	9(45.0)	15(42.9)	12(48.0)
疾病类型	急性呼吸窘迫综合征	7(35.0)	10(28.6)	7(28.0)
	感染	3(15.0)	6(17.1)	5(20.0)
	应激性溃疡	3(15.0)	7(20.0)	4(16.0)
	脑疝	3(15.0)	6(17.1)	3(12.0)
	多系统器官功能衰竭	2(10.0)	4(11.4)	2(8.0)
	休克	2(10.0)	2(5.7)	4(16.0)

2.2 3 组患儿的危重评分结果比较 危重评分均随入院时间的延长而上升。极危重组患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分均显著低于危重组和非危重组,而危重组患儿的入院

时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分显著低于非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 3 组患儿的危重评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	入院时	入院后 1 d	入院后 2 d	入院后 3 d	入院后 7 d	F
极危重组	63.5±3.3 ^{#*}	84.9±11.5 ^{#*}	81.4±9.9 ^{#*}	78.4±8.9 ^{#*}	91.4±10.7 ^{#*}	12.62
危重组	77.0±3.2 [*]	87.6±7.4 [*]	83.3±7.5 [*]	95.3±8.1 [*]	97.0±0 [*]	35.37
非危重组	88.2±5.2 [#]	91.5±5.0 [#]	95.7±2.3 [#]	96.7±2.1 [#]	100.0±0 [#]	7.66

注:与危重组比较,[#] $P<0.05$;与非危重组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.3 3 组患儿器官功能衰竭结果比较 极危重组患儿器官功能衰竭数显著多于危重组和非危重组,多系统器官衰竭发生率显著高于危重组和非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。危重组患儿器官功能衰竭数显著多于非危重组,多系统器官衰竭发生率显著高于非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 3 组患儿器官功能衰竭结果比较

组别	n	器官功能衰竭数 ($\bar{x}\pm s$)	多系统器官衰竭 发生率[n(%)]
极危重组	20	2.1±0.9 ^{#*}	20(100.0) ^{#*}
危重组	35	0.8±0.7 [*]	22(62.9) [*]
非危重组	25	0.3±0.5 [#]	1(4.0) [#]

注:与危重组比较,[#] $P<0.05$;与非危重组比较,^{*} $P<0.05$ 。

4.4 患儿危重评分、器官功能衰竭数和预后的关系 患儿预后和危重评分呈显著的正相关关系($P<0.05$),与器官功能衰竭数呈显著的负相关关系($P<0.05$)。见表 4。

预后	n	首次危重评分	器官功能衰竭数
存活	69	83.6±8.7	0.4±0.5
自动出院	8	74.9±10.5	2.3±0.4
病死	3	61.7±2.6	3.0±0.2
F		10.69	36.82

3 讨 论

3.1 小儿危重病评分法应用的可行性 相关学者报道,评分大于 80 分和小于 81 分时病死率分别为 8.2%和 86.4%,因此认为评分小于或等于 80 分时临床应该切实加重对患儿的监护治疗,充分应用技术设备^[5]。本研究结果表明,患儿预后和危重评分呈高度正相关($P<0.05$),和器官功能衰竭数呈高度负相关($P<0.05$),与有关报道结果一致。在小儿临床护理中,可依据不同时间危重患儿的危重评分值变化绘制相关曲线,将患儿病情的恶化趋势清楚显示。分值越低,器官功能衰竭例数和个数增加;首次评分值降低,器官衰竭的个数增加,病情恶化,预后不良^[6]。本研究结果提示,极危重组患儿的器官功能衰竭数显著多于危重组和非危重组,多系统器官衰竭发生率显著高于危重组和非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$);危重组患儿的器官功能衰竭数显著少于非危重组,多系统器官衰竭发生率显著高于非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

本研究结果还表明,3 组患儿的危重评分均随入院时间的延长而上升。极危重组患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分均显著低于危重组和非危重组,而危重组患儿的入院时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分均显著低于非危重组,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明评分法能对临床治疗及护理进行有效的指导。给予患儿积极有效的治疗后,其危重病护理评分值会不断提高,但如果患儿的病情极为危重,在入院后 3 d 的评分值会形成一个波谷,提示在入院时就具有较为危重的病情且明显的器官损害。要对患儿的病情恶化进行动态掌握并对抢救效果进行客观评价,就应多次进行评分,让评分对临床护理进行有效的指导。入院时的分值小于 80 分,则应加强临床护理,将失误发生率降低到最低限度^[7]。同时和临床医师密切配合,给予患者积极有效的治疗。

3.2 小儿危重病评分法应用的价值和意义 小儿危重病评分法能够将数据提供给临床从而密切进行观察,做好相关准备工作,对紧急情况随时做处理,及时有效地救治患儿。小儿危重病护理评分法所用指标极易获取,具有较强的可操作性,在一定程度上均能够对危重病例的程度进行量化评价,具有较高的符合率。运用小儿危重病护理评分法能将单器官或多系统器官功能衰竭的情况有效确定。评分法一方面涵盖了各项生理学指标,另一方面还包括了患儿的生命体征、意识等项目,能为临床准确、系统地评估患儿健康状况作较为全面的指导,将患儿的护理问题及护理等级正确确定,然后进行针对性护理,促进其预后的有效改善。此外,评分法还能对病情危重程度进行随时掌握,对护理计划进行不断修正,从而显著提高临床护理质量^[8]。

评分法将不属于危重病的患儿筛选出来,最大限度地减少护理资源浪费,同时有效减轻患儿家庭经济负担,为进一步诊治患儿提供良好的前提条件^[9]。评分法能够对危重患儿进行早期的准确判断和识别,及时转入重症监护病房,取得充足的抢救时间,提高抢救成功率。同时也对重症监护室的技术设备进行合理应用,促进重症监护室护理工作效率^[10]。

总之,小儿临床护理中小儿危重病护理评分法能够对患儿的病情及预后进行有效判断,对临床护理进行有效指导,具有临床意义。

参考文献

[1] 宋先耕. 小儿危重评分配置护理资源在 PICU 患儿护理中的应用效果观察[J]. 成都医学院学报, 2014, 21(2): 242-244.
[2] 白春昕, 康平. 小儿危重支气管肺炎的临床治疗分析[J].

中国实用医药,2014,31(9):128-129.

[3] 韦艳丹. 小儿危重症病例评分在儿科重症监护室的应用价值[J]. 中国处方药学,2014,5(1):18-20.

[4] 樊省廉,何勤,王鹰. 危重儿血清胆碱酯酶与病危程度及预后的相关性分析[J]. 中国医学创新,2014,10(12):44-46.

[5] 徐丽芬. 基于绩效考核的普外科护理管理分析[J]. 中国地方病防治杂志,2014,17(S1):297-298.

[6] 齐英征. 降钙素原与小儿危重病例评分对脓毒症患儿预后的影响[J]. 中国当代儿科杂志,2014,9(2):190-193.

[7] 刘迎春,彭宗银,熊国英,等. APACHE II 评分在危重病患儿护理中的应用研究[J]. 检验医学与临床,2014,30

(6):723-724.

[8] 丁玉兰,张越江,蔡良奇. 等. 一种基于手持终端的医院与社区慢病双向护理管理系统[P]. CN201310409341. X 2013-12-18.

[9] 章米丹. 15 例高频振荡通气治疗小儿危重症的护理[J]. 中医急症杂志,2013,21(10):135-136.

[10] Traci A, Wolbrink C, Niranjan K, et al. The development of an internet-based knowledge exchange platform for pediatric critical care clinicians worldwide[J]. Pediatric Critical Care Medicine,2014,15(3):197-205.

(收稿日期:2014-12-18 修回日期:2015-02-16)

待产入院时间对自然分娩的效果分析

戴婷婷,曾依霞[△](重庆市第三人民医院妇产科 400014)

【摘要】 目的 探讨待产入院时间对自然分娩率的影响。**方法** 回顾性分析该院妇产科 2012 年 1 月至 2014 年 5 月住院分娩的单胎、头位、无高危因素的初产孕妇,根据入院情况将出现临产症状后即待产入院的产妇 150 例作为临产组。将未出现临产症状即待产入院的产妇 150 例作为待产组。**结果** 临产组自然分娩率显著高于待产组,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 掌握孕妇住院指征,延迟待产入院时间,可提高自然分娩率。

【关键词】 自然分娩率; 入院时间; 产妇; 临产

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)11-1651-02

自然分娩通常是指在一个安全有保障的前提下,无人工干预手段,经胎儿经阴道自然娩出的分娩方式。自然经阴道分娩对母婴是最理想、最安全的分娩方式,是一种自然的生理现象,人类的本能,大多数女性都可以自然分娩健康新生儿。然而由于近年来人们的一些错误认识,导致了自然分娩率的逐年下降,剖宫产率逐年上升。目前全球范围内剖宫产率呈逐年上升趋势,特别是发展中国家,如中国许多医院剖宫产率已超过 40%,甚至达到 80%,远超过世界卫生组织(WHO)的要求范围(5%~15%)^[1-2]。为提倡自然分娩,提高自然分娩率,现对 300 例足月初产妇临床资料进行回顾性分析。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院 2012 年 1 月至 2014 年 5 月产科住院分娩足月、单胎、头位、无高危因素的初产妇 300 例,入院时有阴道分娩意愿,无阴道试产禁忌证,孕周 37~42 周,年龄 18~35 岁,身高 150~170 cm。根据产妇入院情况分为临产组 150 例和待产组 150 例。临产组纳入标准:入院时出现规律宫缩(宫缩间歇小于或等于 5 min,持续时间大于或等于 30 秒/次)且逐渐增强伴进行性宫颈管消失、宫口扩张。不符合临产组标准的产妇纳入待产组^[3]。

1.2 方法 对 2 组产妇的住院待产时间(入院至分娩)、分娩方式、产程进展、产后出血量等情况进行对比分析。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计学分析,计数资料比较使用 χ^2 检验,计量资料应用 $\bar{x} \pm s$ 表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对 2 组产妇的入院待产时间、分娩方式、产后出血量及产程进展分别进行比较,结果显示临产组的自然分娩率(86.0%)明显高于待产组(65.3%),差异有统计学意义($P<0.01$)。临

产组在平均待产时间、产程时间、产后出血量均优于待产组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。见表 1~4。

表 1 2 组产妇平均待产时间结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	平均待产时间(h)
临产组	150	20.23±13.17*
待产组	150	43.84±26.56

注:与待产组比较,* $P<0.05$ 。

表 2 2 组产妇分娩方式结果比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	顺产	剖宫产
临产组	150	129(86)	21(14) [△]
待产组	150	98(65.3)	52(34.7)

注:与待产组比较,[△] $P<0.01$ 。

表 3 2 组产妇产程时间结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	第 1 产程(h)	第 2 产程(h)	第 3 产程(h)
临产组	150	6.51±2.25	0.72±0.20	0.14±0.06 [#]
待产组	150	7.86±1.55	1.27±0.21	0.15±0.06

注:与待产组比较,[#] $P<0.01$ 。

表 4 2 组产妇产后出血量结果比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	出血量 (≤200 mL)	出血量 (>222~<500 mL)	出血量 (≥500 mL)
临产组	150	124(82.7)	26(17.3)	0 [☆]
待产组	150	118(78.7)	30(20.0)	2(1.3)

注:与待产组比较,[☆] $P<0.01$ 。

[△] 通讯作者,E-mail:1164775925@qq.com。