



• 临床护理 •

大剂量静脉滴注丙种球蛋白防止川崎病患者冠状动脉损害的效果评价及护理

刘艳琼 (常德市第一中医医院 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 探讨大剂量静脉滴注丙种球蛋白对防止川崎病患者发生冠状动脉损害的效果,并总结临床护理要点。**方法** 选取 2016.2-2017.3 该院 74 例川崎病患者,按护理方案不同将其平分为常规、研究组,每组人数为 37 例;科室对常规组患儿实施临床传统护理方案,为研究组在常规护理基础上实施优质护理,并将两组患儿临床症状消退时间进行对比。**结果** 研究组患儿在发热、淋巴结肿大、皮疹黏膜改变等相关指标上消退时间均显著低于常规组, $P < 0.05$ 。**结论** 采用大剂量静脉滴注丙种球蛋白对川崎病患者进行治疗,可有效减轻冠状动脉损害,结合优质护理进行干预,有利于促进临床症状的消退,进一步提升治疗效果。

关键词: 大剂量 静脉滴注 丙种球蛋白 川崎病 患儿 冠状动脉损害

中图分类号: R473.72 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 01-340-02

川崎病属于小儿时期特有疾病,尤其以婴幼儿较为多发,可称为皮肤黏膜淋巴结综合征(KD);近年来该病在小儿中发病率呈上升趋势^[1],对小儿生命健康造成严重危害,同时影响小儿正常生长及发育。此外,川崎病发病原因临床尚未明确,其临床表现主要包括黏膜充血、急性发热伴皮疹、淋巴结肿大、心血管系统损害等,治疗不及时会对患儿全身多脏器均造成严重损害,其中尤其以冠状动脉损害最为严重,治疗不及时或治疗不当均可能引发后天性心脏病,增加临床治疗难度^[2]。本次研究对大剂量静脉滴注丙种球蛋白治疗川崎病患儿的疗效及临床护理进行探讨,现分析讨论如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016.2-2017.3 该院 74 例川崎病患者,按护理方案不同平分为常规、研究组,人数为 37 例。常规组男 20 例,女 17 例,年龄 3 个月-9 岁,平均年龄 (6.32 ± 0.45) 岁,其中发热 12 例、7 例手足皮肤肿胀、9 例黏膜充血、9 例淋巴结肿大;研究组男 21 例,女 16 例,年龄 4 个月-9 岁,平均年龄 (6.20 ± 0.37) 岁,其中发热 13 例、6 例手足皮肤肿胀、8 例黏膜充血、10 例淋巴结肿大, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法

为两组患儿均进行大剂量静脉滴注丙种球蛋白治疗,丙种球蛋白单次剂量 2g/kg,每 2.5g 溶于浓度为 5% 葡萄糖溶液中,葡萄糖注射液为 25ml,另加 25ml 浓度为 0.9% 的氯化钠注射液,充分溶解后静脉滴注 6-10h。治疗期间对常规组患儿实施临床传统护理,包括健康教育、心理护理、护理评估、环境管理等。

为研究组在常规护理基础上实施优质护理措施,治疗期间加强发热护理,做好病室环境管理,确保通风良好,增加患儿体温测量频率。首先护士对患儿进行物理降温,包括温水擦浴、冰敷等,维持充足饮水量,同时加强静脉营养支持;必要时遵医嘱给予退热类药物。加强皮肤黏膜护理,护士定期为患儿修剪指甲,患儿进食饮用少量温开水,维持口腔清洁。每日对口腔溃疡患儿提供口腔护理,并涂碘甘油起到抗感染止痛效果。护士应根据患儿病情及饮食习惯制定科学饮食计划,以流质或半流质饮食为主,多进食高蛋白、高热量、维生素丰富及清淡饮食,避免刺激性饮食。在治疗期间应加强用药护理,丙种球蛋白禁止与其他药物混合输注,在输注前、输注后均使用浓度为 0.9% 的氯化钠溶液进行冲管。治疗期间若患儿产生出汗、胸闷、呼吸困难、发绀等不良反应,应立即暂停输注或减慢滴速,必要时给予抗过敏类药物进行干预,待患儿过敏症状完全消失后缓慢滴注。出院前护士加强对患儿家属提供健康宣教,说明坚持规范用药的重要性,加强心理支持,消除患儿家属紧张、焦虑心理。用药期间积极预防

不良反应,帮助患儿养成健康生活方式及饮食习惯,提升患儿免疫力。

1.3 观察指标

分析对两组患儿各项临床指标消退时间,包括急性期发热、淋巴结肿大、皮肤黏膜改变等。

1.4 统计学处理

使用 SPSS13.0 进行统计学分析,以 (%) 表示计数数据,采用卡方检验;以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量数据,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

研究组患儿发热、淋巴结肿大、皮疹黏膜改变等临床症状消退时间均低于常规组, $P < 0.05$,参考表 1。

表 1: 两组患儿各项临床症状消退时间对比

组别	n	发热 (d)	淋巴结肿大 (d)	皮肤黏膜改变(d)
研究组	37	1.52 ± 0.60	2.83 ± 0.12	3.07 ± 0.83
常规组	37	2.36 ± 1.34	3.76 ± 1.74	4.32 ± 1.75
t		-3.480	-3.243	-3.926
P		0.000	0.002	0.000

3 讨论

川崎病属于临床多发急性血管炎性疾病,以婴幼儿为疾病高发人群,可能与免疫异常、感染等因素有关。部分川崎病患者同时伴有心脏损害,包括心包炎、冠状动脉瘤、心肌炎、心肌梗死等^[3],发病后如治疗不及时极易导致患儿冠状动脉受到损害,从而导致冠状动脉病变,严重者甚至引起血栓栓塞、心肌梗死等严重并发症。早期大剂量丙种球蛋白静脉滴注可对急性期川崎病患者起到良好治疗效果,可有效预防并发症发生,减轻冠状动脉受损程度^[4],防止冠状动脉发生病变,对此类患儿具有重要临床意义。

丙种球蛋白内富含丰富抗体,可对其自身抗体的形成起到抑制作用,调节细胞免疫,同时与炎性细胞因子形成对抗,防止血栓形成;在治疗期间护士给予针对性护理可在某种程度上提升治愈率,进一步提升临床疗效^[5]。优质护理通过发热护理、皮肤黏膜护理、口腔护理、饮食护理、用药护理、健康教育等多项对症干预措施,可有效促进患者临床症状及体征的消退,缩短治疗周期,促进疾病康复,不仅减轻患儿痛苦,同时减轻治疗造成的经济负担。川崎病患者主要临床表现为发热,临床护理重点应以物理降温为主,护士采用温水擦浴、冰敷等方式对患儿进行退热处理;同时加强静脉营养支持,必要时给予退热类药物,起到良好退热效果。在护理期间护士应严格遵循无菌原则,丙种球蛋白严禁与其他药物联用,输注过程中对输注速度进行合理调节,以免诱发心

(下转第 342 页)



菌包发错 (1.00%)、接触无菌包前未洗手 (1.00%)、器械包标识卡与内容不符 (1.00%)、拿取无菌包时放在胸前 (0.67%)、服务态度和主动服务意识差 (0.33%)、器械损坏 (0.67%) 发生率均低于实施前 (9.00%, 7.00%, 6.00%, 7.33%, 4.00%, 5.67%), $P < 0.05$ 。原因分析为: ①成立质控小组能通过团队监督、相互协作的途径将缺陷防范措施落实到消毒供应室各项日常工作中, 重点强调事前防范, 提高护理人员的缺陷防范意识^[7]; ②提高回收和清洗质量可纠正护理人员在回收时密闭门未禁闭, 清洗时未分门别类、消毒、漂洗不彻底等缺陷行为, 从源头上减少院感风险; ③提高包装质量, 并采取包装前预先目视检查能避免人为因素造成的缺陷, 减少器械损坏率, 严格要求在器械包内和包外放置标识卡和指示胶带, 可避免器械包标识卡与内容不符的缺陷行为, 降低器械包发

错率。此外, 对每个器械包体积进行严格规定也便于手术室医护人员拿取和拆解^[8]; ④提高灭菌质量是防范护理缺陷的重点工作, 本次研究针对灭菌品摆放空隙过于紧密的问题采取必要的防范措施, 可保证灭菌彻底, 同时辅以完善的监测手段, 可杜绝灭菌不彻底或灭菌失败的器械进入手术室; ⑤存储过程中保证环境整洁, 并根据先进先出的原则及时发放无菌品, 能减少交叉感染风险; ⑥回收和发放器械过程中秉持耐心、微笑的主动服务态度, 并与临床科室积极沟通, 汲取正确的意见并不断改进, 通过相互协调配合的方式有利于提高护理服务质量, 降低护理缺陷事件发生率。

综上, 在消毒供应室护理工作中采取缺陷防范措施可降低护理缺陷事件发生率, 提高护理质量, 应用价值显著。

表 1: 实施缺陷防范措施前后护理缺陷事件发生率对比 [n (%); n=300]

时间段	无菌包发错	接触无菌包前未洗手	器械包标识卡与内容不符	拿取无菌包时放在胸前	服务态度和主动服务的意识差	器械损坏
实施前	27 (9.00)	21 (7.00)	18 (6.00)	22 (7.33)	12 (4.00)	17 (5.67)
实施后	3 (1.00)	3 (1.00)	3 (1.00)	2 (0.67)	1 (0.33)	2 (0.67)
χ^2	20.211	14.063	11.103	15.068	9.514	12.229
P	0.000	0.000	0.001	0.000	0.002	0.000

参考文献

- [1] 凌红芬. 消毒供应室护理缺陷防范措施分析 [J]. 河北医药, 2012, 34(20):3183-3184.
- [2] 覃艳艳, 尹丽丽, 陈怡君, 等. 供应室去污区护理缺陷的成因并寻求防范对策 [J]. 中国医疗器械信息, 2015(22):113-114.
- [3] 冯玉珍. 供应室护理缺陷原因分析及防范措施 [C]// 中华护理学会全国消毒供应中心发展论坛. 2009.
- [4] 展瑞. 不同包装材料对压力蒸汽灭菌隐性湿包的影响 [C]// 中华护理学会消毒供应中心发展论坛大会资料. 2011:1595-1596.

- [5] 杨俊华, 王玫, 舒江红. 快速压力蒸汽灭菌器的灭菌效果监测与分析 [J]. 中国医药科学, 2013(11):136-137.
- [6] 凌红芬. 消毒供应室护理缺陷防范措施分析 [J]. 河北医药, 2012, 34(20):3183-3184.
- [7] 马凤芝. 缺陷防范措施在消毒供应室护理的分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(60): 11807+11809.
- [8] 苏勇. 消毒供应室常见护理缺陷与防范对策 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(52): 258.

(上接第 340 页)

力衰竭等并发症, 积极预防发热、皮疹、心动过速等过敏反应^[6]。本文对研究组患儿实施优质护理, 研究组发热、淋巴结肿大、皮肤黏膜改变等消退时间分别为 (1.52±0.60) d、(2.83±0.12) d、(3.07±0.83) d; 常规组患儿为 (2.36±1.34) d、(3.76±1.74) d、(4.32±1.75) d, 研究组患儿各指标消退时间均显著低于常规组, $P < 0.05$ 。说明对川崎病患儿接受大剂量丙种球蛋白进行静脉滴注期间实施优质护理效果较好。

综上所述, 对川崎病患儿接受大剂量丙种球蛋白进行静脉滴注治疗期间实施优质护理, 可有效促进患儿发热、淋巴结肿大等症状消退, 减轻冠状动脉损害, 提升治疗效果, 具备临床意义与价值。

参考文献

(上接第 344 页)

- [1] 北京: 北京中医药大学, 2005:6-8.
- [28] 张闻东, 陈幸生, 韩为, 等. 针刺督脉为主治疗中风后肢体痉挛的临床研究 [J]. 上海针灸杂志, 2005, 24(5):11-12
- [29] 李新红, 周君, 李先果, 等. 针刺夹脊穴治疗中风偏瘫痉挛状态 35 例临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2005, 21(9):7-8.
- [30] 田代华等整理. 灵枢经 [D]. 人民卫生出版社, 2005, 49.
- [31] 韩淑凯, 左永发; 经筋排刺法配合皮肤针循经叩刺对脑卒中后上肢痉挛患者运动功能的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(4):729-730.
- [32] 杨伟红, 韩淑凯, 田少静, 经筋排刺法配合皮肤针疗法对脑卒中后上肢痉挛病人生活质量影响 [J]. 中西医结合脑血管病杂志, 2010, 8(12):1452-1454.
- [33] 吴勇. 电针刺刺激神经干治疗中风偏瘫痉挛期疗效观察 [J]. 湖

- [1] 夏锐, 尹薇, 王瑞耕等. 静脉注射丙种球蛋白无反应性川崎病临床分析 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(10):1570-1573.
- [2] 王华平. 不同剂量的注射用丙种球蛋白治疗川崎病的临床疗效及对血清炎症细胞因子的影响 [J]. 中国医师进修杂志, 2014, 37(3):50-52.
- [3] 王韧健. 静脉注射丙种球蛋白无反应型川崎病治疗进展 [J]. 临床儿科杂志, 2016, 34(1):68-72.
- [4] 杨雯. 不同时间静脉注射丙种球蛋白治疗川崎病的临床疗效探讨 [J]. 现代实用医学, 2014, 26(1):65-66.
- [5] 谷志宏. 静脉注射丙种球蛋白对川崎病患儿炎症反应及氧化应激反应的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(5):103-106.
- [6] 洗雄辉, 杨俏文, 尹晓蕾等. 对川崎病患儿予以大剂量丙种球蛋白联合阿司匹林治疗的效果 [J]. 中国医药科学, 2016, 6(24):53-55, 99.

北中医杂志, 2005, 27(一 2):38-39.

- [34] 盛国滨, 葛磊, 师帅. 电针针刺经筋结点治疗中风痉挛性瘫痪的临床观察 [J]. 中医药信息, 2008, 25(1):65-66.
- [35] 113. 沈晓明. “维筋相交”浅析 [J]. 江西中医学院学报. 2002, 14(2):58.
- [36] 张江. 颞髂穴的临床应用 [J]. 针灸临床杂志. 1999, 15(1):56-57.
- [37] 秦玉革. 《内经》经筋的实质是神经 [J]. 中国针灸. 2006, 26(2):147-150.
- [38] 徐世芬. 维筋相交针刺法治疗急性脑梗塞临床疗效观察 [J]. 中华实用中西医杂志. 2005, 18(23):1761-1762.
- [39] 王前新, 姜贵云. 康复医学 [M] 北京: 人民卫生出版社, 2003:42-3.