

参考文献:

[1] 陈菊红,徐蓓,魏萍.造血干细胞移植后带状疱疹的防治和护理[J].现代中西医结合杂志,2010,19(13):108-109.

[2] 季素珍,杨海珍,刘玲玲,等.泛昔洛韦随机对照治疗带状疱疹多中心临床试验[J].中国临床药理学杂志,2000,16(4):269-271.

[3] 熊爱军,胡永莲,易勋,等.氩氦激光照射治疗多种皮肤病·临床护理·

临床治疗体会[J].赣南医学院学报,2009,29(4):148-150.

[4] 曾洲平.更昔洛韦联合氩氦激光治疗带状疱疹神经痛疗效观察[J].中华全科医学,2009,7(2):39-40.

[5] 何存盛,段小宴.氩氦激光治疗带状疱疹 84 例[J].人民军医,2005,48(4):64-65.

(收稿日期:2011-12-20 修回日期:2012-02-02)

输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床路径研究

刘世芳,胡 华[△],付 炼,杨利君,吴嗣清
(重庆市第五人民医院泌尿科 400062)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.048 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2012)14-1450-02

近年,国内临床路径管理初步应用于临床取得了一定的效果^[1],但其在泌尿外科临床中使用较少。本文选择输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石作为临床路径的研究,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 5 月至 2009 年 5 月本院收治的输尿管结石患者行输尿管镜气压弹道碎石术 80 例。随机分为路径管理组和对照组各 40 例。路径管理组男 28 例,女 12 例,平均年龄 40.2 岁;输尿管上段结石 10 例,中段结石 6 例,下段结石 24 例;负性变异 1 例,正性变异 4 例。对照组男 26 例,女 14 例,平均年龄 42.3 岁;输尿管上段结石 9 例,中段结石 8 例,下段结石 23 例;无变异病例。纳入标准:(1)有输尿管结石的临床症状和体征;(2)影像学检查证实的单侧输尿管结石患者。排除标准:(1)单侧的多部位结石患者;(2)住院期间因其他原因终止治疗者;(3)手术中因损伤而改行开放手术者。

1.2 方法 路径管理组患者入院后,由主管医生和护士按临床路径各表要求对患者进行诊疗和护理工作。每日每班次的护理人员必须按照当日临床护理路径的内容实施相应的护理措施,观察病情变化并进行健康教育。已执行的用蓝笔打“√”并写执行时间,护士签名。若患者病情有特殊变化,则用红笔打“×”,记录病情变化的原因及采取的措施。对照组患者入院后,按本科日常输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石患者进行医疗护理。用“护理服务质量评估表”评估护理质量。

1.3 统计学处理 应用 SPSS17.0 软件进行统计学数据分析。组间比较采用 t 检验,以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者住院天数及费用比较见表 1。

表 1 两组患者住院天数及费用比较(±s)			
组别	n	住院天数(d)	住院费用(元)
路径管理组	40	1.63±0.79*	3 308.55±591.94*
对照组	40	3.65±1.76	4 352.02±664.84

*:P<0.05,与对照组比较。

3 讨 论

作为一种先进的临床管理服务模式,临床路径具有理顺医疗护理程序、规范诊疗行为、减少重复劳动、提高医疗质量和工作效率、缩短住院时间、节约医疗成本、减少患者住院费用等特

点^[2]。通过“以最低廉的收费让患者获得最佳的医疗服务”,同时患者及家属预知所接受的护理措施,主动参与治疗护理,有效地改善医患关系。与传统管理模式相比,临床路径管理在提高医疗护理质量的同时,提高了团队协作,增加了患者本人的介入,使医疗护理更加合理化、人性化^[3]。也符合目前社保部门拟实施按病种付费这种新支付办法的要求^[3]。

临床路径病种选择常用于多发的、费用高的以及变异性较小的病例^[4]。要求在院长领导下协调多专业健康服务人员共同配合各部门间进行工作^[5]。本研究以科室为单位选择输尿管镜气压弹道碎石治疗输尿管结石实施路径管理作为在泌尿外科疾病种类治疗中的初步探讨,避免多部门间的利益冲突。临床路径管理能够缩短患者的平均住院天数。临床路径管理住院天数的设计与治疗每种疾病客观痊愈的时间应是一致的。在不影响疾病临床痊愈的情况下,如何合理设计住院天数在路径中尤为重要。由于临床护理路径以时间为轴,为患者设定了治疗、护理计划,并界定了患者的标准住院天数,干预医护人员的不适当行为,使医疗护理按路径计划对患者进行程序化治疗与护理,避免了各种人为因素的影响。本研究设计临床路径住院天数为 2 d,路径执行结果平均住院天数为 1.6 d。国内有报道输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石平均住院日为 3~4 d^[2,6],其原因前者为回顾性病例对照研究。本研究两组平均住院天数比较,路径管理组明显少于对照组(P<0.05)。因此,本研究认为,输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石患者住院治疗 2 d 可痊愈出院。本组 9 例输尿管下段结石患者入院当日在局部麻醉下完成手术治疗。其原因是近年由于输尿管镜技术的成熟,也符合目前当日外科手术的趋势。

临床路径管理能够减少患者的住院总费用。临床路径研究是前瞻性的,在干预医护行为的前提下完成患者治疗的全过程。由于医保规定每类手术费用是额定不变的,对于减少患者的平均住院费用,本科主要在减少住院天数、合理用药,合理进行必要的各项检查,以及尽可能在门诊明确诊断后入院当日手术的方法,达到降低医疗费用的目的。两组患者的医疗费用比较,路径管理组的医疗费用明显低于对照组(P<0.05)。表明临床路径管理能够降低输尿管结石气压弹道碎石术的平均医疗费用,减轻患者负担。近期,赵珏和王斐^[7]报道临床路径管理输尿管镜钬激光碎石术组与对照组比较平均住院费用减少 9.8%。

[△] 通讯作者,Tel:13658339211;E-mail:hhwy6699@yahoo.com.cn.

临床路径管理能够保证护理质量^[8]。路径管理执行中护士首先给患者发放和讲述临床路径说明表,使患者入院后就知道整个治疗过程、住院天数、每天应做的治疗和护理。在临床路径实施的过程中,把各个具体的服务项目落实到人,增强了医护人员的责任感,变被动服务为主动服务。在诊疗过程中既分工明确,又相互依赖,团结合作,并在实施的过程中不断地改进各个流程中的缺点,加强了医护的合作意识,也进一步充分调动患者的主观能动性,使其主动参与到康复计划中,提高了工作效率,同时也规范了诊疗行为,提高了医护人员的诊疗技能^[9]。有助于塑造良好的医护形象,提高医院的社会效益。

变异因素通常可能影响临床路径结果,本研究中临床路径管理组针对发生的变异,分析了产生变异的原因,调整治疗方案后,未影响路径的完成,达到预期效果。本研究表明,输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床路径实施能够缩短患者的平均住院天数,减少患者的总住院费用,保证护理质量。

参考文献:

[1] 刘雁斌,孙阳,李学旺.实施临床路径 保证医疗质量 降低医疗费用[J].中国医院,2002,6(12):39-40.

• 临床护理 •

[2] 汤力昌,蒋晓松,陆穗安.临床路径在输尿管镜手术患者的应用效果[J].广东医学,2006,27(3):149-150.

[3] 潘克勤,尤桂凤,杨森江.临床路径的应用现状[J].国际护理学杂志,2006,25(1):6-8.

[4] 文黎敏,王军,张捷.应用临床路径测算病种成本的方法探讨[J].中国循证医学杂志,2002,2(3):51-53.

[5] 吴袁剑云,英立平.临床路径实施手册[M].北京医科大学出版社,2005.

[6] 古炽明,王树声,陈志强,等.输尿管镜取石临床路径实施的效果分析[J].中华现代中西医杂志,2005,6(3):93-95.

[7] 赵珏,王斐.临床路径在输尿管镜钬激光碎石术中的应用[J].护理研究,2011,25(5):1366-1368.

[8] 冯洁.临床护理路径在经皮肾穿刺取石术中的应用[J].当代护士,2010,7(4):30-32.

[9] 李惠琼,严晓,栾华,等.临床路径在泌尿系结石患者护理中的应用及意义[J].广东医学院学报,2009,27(4):227-228.

(收稿日期:2011-12-18 修回日期:2012-01-30)

经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的危险因素及护理对策

胡庆华,宋红儒
(解放军 323 医院医务处,西安 710054)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.049 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2012)14-1451-02

随着腔镜手术的普及,越来越多的患者选择经尿道前列腺电切术(transurethru resection of prostate,TURP)治疗前列腺疾病,而膀胱痉挛则是 TURP 术后最常见的并发症之一,张素萍^[1]报道其发生率高达 40%~100%。膀胱痉挛发生的主要原因是膀胱平滑肌无抑制性收缩^[2],而诱因和危险因素则有很多。临床发现针对其单因素的预防措施效果并不理想,因此,本次研究的目的是找出能较为准确地预测膀胱痉挛发生的几种因素,积极实施护理干预,以减少膀胱痉挛的发生。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 10 月至 2010 年 10 月本院行 TURP 术的患者为观察对象,排除有神经系统疾病、内分泌疾病、盆腔手术史和下尿路创伤史以及病例资料不完整的患者,共有 124 例纳入本研究。根据术后是否发生膀胱痉挛分为膀

胱痉挛组(46 例)和未发生膀胱痉挛组(78 例)。

1.2 方法 收集记录患者年龄;是否为低顺应性膀胱和(或)不稳定膀胱;切除的前列腺体积;尿管气囊注水体积(分为 20、40 mL);冲洗液的温度是否保持为 25~30 ℃;术后是否便秘;是否发生膀胱痉挛等。

1.3 统计学处理 应用 SPSS13.0 软件进行统计学数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,对资料进行单因素分析及多因素 Logistic 回归模型分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

膀胱痉挛组与未发生膀胱痉挛组间各指标比较见表 1。多因素 Logistic 回归模型分析见表 2。

表 1 膀胱痉挛组与未发生膀胱痉挛组间各指标的比较

项目	膀胱痉挛组($n=46$)	未发生膀胱痉挛组($n=78$)	χ^2	P
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	69.09 $\pm$ 7.76	69.26 $\pm$ 6.23	0.133	0.895
IPSS 评分($\bar{x} \pm s$,分)	24.07 $\pm$ 3.41	23.29 $\pm$ 3.20	1.265	0.208
QOL 评分($\bar{x} \pm s$,分)	4.09 $\pm$ 1.01	3.95 $\pm$ 0.85	0.815	0.416
SAS 评分($\bar{x} \pm s$,分)	37.91 $\pm$ 5.97	30.72 $\pm$ 7.04	5.808	0.000
切除前列腺体积($\bar{x} \pm s$,mL)	25.57 $\pm$ 6.19	25.41 $\pm$ 5.98	0.138	0.891
低顺应性膀胱和(或)不稳定膀胱	22	21	5.581	0.018
冲洗液加温	16	46	6.774	0.009
尿管气囊注水体积(mL)				
20	19	48	4.770	0.029
40	27	30		
术后便秘	13	7	7.956	0.005