

的研究[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(5): 71-73.

[5] 袁蓓蓓, 孟庆跃, 孙晓杰, 等. 乡镇卫生院员工激励因素现状分析[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(9): 607-609.

[6] 彭迎春, 苏宁, 何永洁, 等. 社区卫生服务机构岗位绩效考核指标体系的制定[J]. 中国全科医学, 2011, 14(19): 2127-2135.

[7] 郭杏雅, 陈梅兰, 戴立萍, 等. 建立与实施岗位职责的方法和体会[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(5): 350-352.

[8] 熊巨洋. 农村地区乡镇卫生院绩效评价研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2008.

[9] 华云平, 汪朝霞, 谢德顺. 乡镇卫生院绩效考核实践与探索[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(8): 73-74.

[10] 张亮, 王明旭. 管理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

• 卫生管理 •

脑出血患者临床路径实施效果研究

陈 霞¹, 刘 沐^{2△}

(1. 辽宁医学院研究生学院, 辽宁锦州 121000 ; 2. 辽宁医学院附属第一医院神经内科, 辽宁锦州 121000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.07.046 文献标识码:B 文章编号:1671-8348(2014)07-0885-02

临床路径是针对某一种疾病, 由医院领导、专家、专科医师、护士长等各专业人员, 根据循证医学的原则制定出标准化的工作流程, 通过界定标准住院日数, 避免不必要的检查和治疗项目, 从而降低患者的住院医疗费用^[1-2]。降低患者的住院费用是应用临床路径的预定目标。

1 资料与方法

1.1 一般资料 辽宁医学院附属第一医院神经内科于 2011 年 6 月将临床路径引入, 选取 2011 年 6~10 月在该科接受临床路径诊疗护理的脑出血患者 105 例为临床路径组。选取 2011 年 1~5 月在该院神经内科接受传统诊疗护理的脑出血患者 96 例为非临床路径组。两组患者在年龄、性别、费用支付方式、入院情况、发病部位方面, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.1.1 诊断标准 脑出血诊断标准: 根据《临床诊疗指南—神经病学分册》, (1) 临床表现: 50 岁以上的高血压患者, 急性发病和病情进展迅速, 除伴头痛、意识障碍外, 还有局灶症状和体征者; (2) 头颅 CT 可见出血改变; (3) 没有条件进行 CT 检查时, 可进行腰椎穿刺协助诊断, 脑脊液压力升高, 呈均一血性。

1.1.2 纳入及排除标准 纳入标准: 符合上述诊断标准, 按国际疾病 ICD-10 六位码, 疾病诊断以第一诊断为脑出血 (ICD-10: I61.902) 为主^[3]。当患者同时具有其他疾病, 且在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时, 可以进入临床路径。排除标准: (1) 合并脑梗死、脑栓塞、脑萎缩; (2) 有严重心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病。病例剔除标准: (1) 在实施临床路径的过程中, 由于某种原因, 患者需要转院或改变治疗方式而不得不中止临床路径诊疗流程者; (2) 中途转科或发生变异退出临床路径者。

[11] 刘毅俊. 武汉市社区公共卫生服务绩效评价研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2008.

[12] 陈振明. 公共管理学[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2005.

[13] 马方, 李君荣. 刍议社区卫生服务“六位一体”功能的重新定义[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 29(1): 61-63.

[14] 夏志远. 浦东新区社区卫生服务中心信息化水平综合评价研究[D]. 上海: 复旦大学, 2011.

[15] 李享. 上海市社区卫生服务中心绩效考核指标体系研究[D]. 上海: 复旦大学, 2012.

[16] Eddy DM. Performance measurement problems and solutions[J]. Health Aff(Millwood), 1998, 17(4): 7-25.

(收稿日期: 2013-10-17 修回日期: 2013-12-20)

表 1 两组患者基本情况比较 ($n/\bar{x} \pm s$)

项目	路径组 ($n=105$)	非路径组 ($n=96$)	t/χ^2	P
性别			0.334	0.573
男	57	56		
女	48	40		
平均年龄	60.12±10.325	61.14±13.345	-0.597	0.551
费用支付方式			1.057	0.351
医保	78	65		
非医保	27	31		
入院情况			3.327	0.189
危	12	20		
急	42	35		
一般	51	41		
发病部位			5.911	0.315
基底节	51	40		
脑叶	17	16		
脑干	15	13		
小脑	9	7		
丘脑	5	14		
脑室	8	6		

1.2 研究方法 采用回顾性调查, 横断面整群选取脑出血非手术患者作为样本。非临床路径组按照传统诊疗护理, 临床路径组按照临床路径流程表单制定的标准诊疗护理。临床路径

流程表单制定的基本原则以循证医学为基础,结合该院及该科实际,并参照 1997 年美国东南外科协会制定的临床路径标准^[4]。临床路径流程表单以就诊日程为主线,包括医嘱流程表单、医疗工作流程表单、护理工作流程表单、变异分析表单 4 项内容^[5]。患者按照临床路径表单标记每日目标完成,标准住院日 8~14 d,待患者病情稳定,无需住院治疗的并发症即可出院。对于偏离路径的情况,医护人员真实、准确、简明地在临床路径管理系统中录入变异原因,患者出院后由临床路径实施小组组长进行效果评估及变异分析。

1.3 质量控制 临床数据来源于医院病案管理科和计算机信息中心,收集资料工作由经过培训的专人收集,统一标准。数据录入采用平行双录入,由 1 人输入 1 人核对,数据录入前重点项目审核,利用统计软件反复核对数据,随机抽取,复查资料的准确性。

1.4 观察指标 通过填写统一自制脑出血非手术患者调查表,对两组患者的基本情况、医疗质量、护理服务质量、医疗工作效率、抗菌药物使用情况等项目进行统计分析。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示采用 t 检验,计数资料与等级资料以率表示,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 临床路径实施前后医疗质量比较 路径组与非路径组药费比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组其他各项费用比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。实施临床路径后,治愈率由实施前的 53.13% 提高至 64.76%,并发症发生率由实施前的 10.42% 降低至 5.71%。

表 2 两组患者医疗费用比较($\bar{x} \pm s$, 元)				
项目	路径组($n=105$)	非路径组($n=96$)	t	P
住院总费用	10 130.50±461.20	11 024.76±627.07	-2.111	0.031
床位费	277.75±158.22	352.32±235.63	-2.134	0.033
药费	6 538.69±715.39	6 674.39±721.10	-1.854	0.065
治疗费	625.48±343.58	839.46±316.30	-4.58	0.000
检查费	1 639.11±231.91	2 031.42±504.74	-2.046	0.041

2.2 临床路径实施前后医疗工作效率比较 对脑出血非手术患者临床路径实施前后平均住院天数变化情况进行描述,路径组平均住院时间为(13.04±1.13)d,非路径组平均住院时间为(17.26±5.66)d,差异有统计学意义($t = -7.184, P = 0.000$)。

2.3 临床路径实施前后护理服务质量比较 实施临床路径后Ⅰ级护理和护理费用均较实施前有明显减少,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者护理情况比较				
项目	路径组($n=105$)	非路径组($n=96$)	χ^2/t	P
护理级别[n(%)]				
Ⅰ级护理	38(36.19)	50(52.08)	5.146	0.033
Ⅱ级护理	67(63.81)	46(47.92)		
护理费用($\bar{x} \pm s$, 元)	214.85±28.96	451.21±31.38	-2.107	0.038

2.4 临床路径实施前后抗菌药物使用情况比较 按照卫生部发布的《抗菌药物临床应用指导原则》,结合该院实际,根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应以及当地社会经济状况、药品价格等因素,将抗菌药物分为一线药物(非限制使

用)、二线药物(限制使用)与三线药物(特殊使用)3 类进行分级管理。对临床路径实施前后抗菌药物使用进行分析,路径组抗菌药物使用率低于非路径组,路径组较非路径组使用一线药物的例数明显增加,三线药物例数减少,差异有统计学意义($\chi^2 = 6.509, P = 0.039$)。见表 4。

表 4 两组患者抗菌药物使用情况比较					
组别	n	抗菌药物 使用率(%)	抗菌药物[n(%)]		
			一线药物	二线药物	三线药物
路径组	105	33.33	42(40.00)	7(6.67)	3(2.86)
非路径组	96	41.67	30(31.25)	15(15.63)	7(7.29)

3 讨 论

3.1 医疗质量效果分析

3.1.1 患者费用的分析 本研究与何雅^[6]的研究结果一致,提示临床路径在脑出血患者中的应用路径组人均费用支付少于非路径组。路径组的床位费明显低于非路径组,说明临床路径的实施提高了床位的周转率和利用率,可有效缓解病房拥挤的矛盾,满足更多患者求医的需求。临床路径明确规定住院后所必须检查和治疗的项目:血、尿、大便常规;血肝肾功能、血糖、血脂、电解质、凝血功能;同型半胱氨酸;胸片、心电图;头颅 CT。因此研究显示路径组的治疗费用较非路径组显著减少。在内科患者费用构成中,药费是重要部分,也是临床路径控制的重点,从本研究结果可知,两组药费差异无统计学意义($P < 0.05$),分析原因可能是不合理用药,尤其是抗菌药物的选择与超疗程用药的不规范导致费用上涨。相同疗效的情况下,应选择有效且便宜的国产药,不选择昂贵的进口药。医院需制定出抗菌药物使用、临床路径实施评价等具有操作性的相关制度,加强相关制度的执行和监督力度。因此,找出临床路径中影响费用的关键因素,是实现医疗费用控制的前提。

3.1.2 治疗效果的分析 从治疗疗效看,临床路径使诊治过程程序化,加强了医护人员医疗行为的规范。本研究主要从治愈率及并发症发生率来评价分析。两组患者治愈率比较,非路径组明显低于路径组,差异有统计学意义($P < 0.05$),可见实施临床路径对提高患者日常生活能力有较好的作用。本研究结果显示,路径组和非路径组均有并发症发生,实施临床路径后并发症发生率稍有下降,与孙林霞等^[7]的研究一致,临床路径应用于脑出血能够降低住院并发症发生率,提高患者的生存质量。

3.1.3 护理服务质量的分析 临床路径是由多科室共同参与、共同完成的一种新模式。在整个临床路径实施过程中,护士是主动、有计划性和预见性地进行护理工作^[8],提高护理服务质量,减少护患纠纷,增加患者的满意度。研究表明应用临床路径后,一方面通过标准化的护理流程,减少了不必要的护理项目,缩短Ⅰ级护理的时间,减少护理费用;另一方面临床路径提供了一个良好的护患沟通形式,使护理过程透明化、详细化,增强了患者和家属的安全感以及对护士的信任感,体现“以人为本”的护理服务理念。

3.2 医疗工作效率分析 通过实施临床路径管理,规范诊疗行为,优化医疗流程,医患沟通、诊疗方案的选择、医嘱的开立与执行、病案文书的书写等各方面都按照标准化、合理的流程来实施,相关临床科室的医疗工作效率显著提高^[9],减少了多种不良因素引起平均住院日的延长,不良因(下转第 896 页)

- [4] 陈旭,罗晖. 穿透性心脏损伤 41 例救治分析[J]. 重庆医学,2008,37(4):412.
- [5] 高劲谋. 心脏损伤 16 例救治报告[J]. 实用外科杂志,1990,10(1):35-36.
- [6] Morrison CA, Carrick MM, Norman MA, et al. Hypotensive resuscitation strategy reduces transfusion requirements and severe postoperative coagulopathy in trauma patients with hemorrhagic shock: preliminary results of a randomized controlled trial[J]. J Trauma, 2011, 70(3): 652-663.
- [7] 刘良明,李涛,刁有芳,等. 不同复苏压力对非控制性出血休克复苏效果的影响[J]. 重庆医学,2009,38(17):2180-2183.
- [8] 张爱华,陶红,徐燕,等. 创伤非控制失血性休克大鼠限制性液体复苏的实验研究[J]. 中华护理杂志,2008,43(8): 763-765.
- [9] 方国美. 创伤失血性休克患者限制性液体复苏的探讨[J]. 护士进修杂志,2007,22(13):1200-1201.
- [10] 郑世成,陈君长,王坤正,等. 创伤性休克术前限制性液体复苏对患者的影响[J]. 第四军医大学学报,2009,30(7): 652-654.
- [11] Hachimi-Idrissi S, Yang X, Nguyen DN, et al. Combination of therapeutic mild hypothermia and delayed fluid resuscitation improved survival after uncontrolled haemorrhagic shock in mechanically ventilated rats[J]. Resuscitation, 2004, 62(3): 303-310.
- [12] 黄静雅,华小雪,李玉乐,等. 应用紧急输血绿色通道救治 60 例失血性休克患者[J]. 中华护理杂志,2012,47(5): 469-470.
- [13] Hashim R, Frankel H, Tandon M, et al. Fluid resuscitation-induced cardiac tamponade[J]. J Trauma, 2002, 53(6):1183-1184.
- [14] 高劲谋. 多发伤的早期救治[J]. 中华创伤杂志,2010,26(1):80-82.
- [15] Sihler KC, Napolitano LM. Complications of massive transfusion[J]. Chest, 2010, 137(1):209-220.
- [16] Martini WZ. Coagulopathy by hypothermia and acidosis: mechanisms of thrombin Generation and fibrinogen availability[J]. J Trauma, 2009, 67(1):202-208.
- [17] Macleod JB. Trauma and coagulopathy: a new paradigm to consider[J]. Arch Surg, 2008, 143(8):797-801.
- [18] 王硕,王欣然,韩斌如. 大量输血病人并发出血的护理进展[J]. 中华护理杂志,2006,41(2):167-169.
- [19] 皮红英,张黎明. 创伤后应激障碍的护理支持[J]. 解放军护理杂志,2004,21(5):49-51.

(收稿日期:2013-10-17 修回日期:2013-11-20)

(上接第 886 页)

素主要源于 3 个方面:(1)检验结果异常;(2)住院期间病情加重,出现并发症,需要进一步诊治;(3)合并其他疾病导致病情加重。根据本研究可知,脑出血患者的住院天数明显降低,两组平均值差值约为 4.0 d,说明推行临床路径后,对住院时间的控制是有效的。

3.3 抗菌药物使用的评价分析 抗菌药物是临床中使用最为广泛的药品之一,在治疗感染性疾病方面发挥着极其重要的作用^[10]。合理应用抗菌药物是提高疗效、降低不良反应及减少或减缓细菌耐药发生的关键^[11]。感染病原需在患者用药前查明,依据病原菌种类及细菌药敏试验结果选择抗菌药物。本次研究显示,非路径组抗菌药物的使用率为 41.67%,路径组抗菌药物的使用率为 33.33%,表明临床路径的运行加强了抗菌药物合理应用的管理力度,使医务工作者充分认识到过度使用抗菌药物容易导致医院耐药菌株出现与流行,导致药物疗效降低等不良反应^[12]。临床医师开具抗菌药物处方时要严格按照卫生部抗菌药物临床应用分级管理的使用权限,根据患者细菌病原学诊断,正确选择抗菌药物的品种,多选用安全、有效,对细菌耐药性影响较小,价格相对较低的一线抗菌药物,少选择不良反应明显,不宜随意使用或临床需要倍加保护,以免细菌过快产生耐药而导致严重后果、药品价格昂贵的三线药物,杜绝滥用或超疗程使用药物的发生。

参考文献:

- [1] 李明子. 临床路径的基本概念及其应用[J]. 中华护理杂志,2010,45(1):59-61.
- [2] 秦琳. 临床路径在急性脑出血治疗中的应用[J]. 中国实

用神经疾病杂志,2011,14(17):70-71.

- [3] 刘爱民. 国际疾病分类(ICD-10)应用指导手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2001:36-45.
- [4] Congress SS. Clinical Pathways for general surgeons: partial or total thyroidectomy [J]. Am Surg, 1998, 64(11): 1118-1120.
- [5] 戴靖华,刘沫. 结节性甲状腺肿手术路径质量管理成效研究[J]. 医学与哲学:临床决策论坛版,2011,32(10):74-77.
- [6] 何雅. 临床路径在脑出血患者中的应用[J]. 医学理论与实践,2008,21(4):473-474.
- [7] 孙林霞,朱虹,刘秀英,等. 脑出血患者临床路径护理路径的研究与应用[J]. 实用临床医药杂志,2006,10(12):37-39.
- [8] 占校平,陈芳梅. 临床路径在脑梗死患者护理中的应用[J]. 中国医药指南,2010,8(19):315-317.
- [9] 王振宇,冷明祥. 临床路径管理对缩短子宫平滑肌瘤患者平均住院日研究[J]. 南京医科大学学报:社会科学版,2011,11(4):324-326.
- [10] 杨亚莉,金少鸿. 抗生素质量分析研究的新进展[J]. 中国抗生素杂志,2002,27(8):508-512.
- [11] 刘晓军,车薇,吴芳. 615 例外科住院患者抗菌药应用频度及合理性分析[J]. 中国药师,2008,11(1):119-120.
- [12] 韦仕勇. 我院门诊抗感染药物应用现状分析[J]. 中国药师,2008,11(3):358-359.

(收稿日期:2013-11-06 修回日期:2013-12-20)