

# 临床路径管理在激光治疗下肢静脉曲张患者中的应用效果

聂明, 金朝晖, 李静云

(湖北省随州市曾都医院普外科 441300)

[中图分类号] R654.4

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)03-0413-02

下肢静脉曲张是一种常见的血管外科疾病,其发病率高<sup>[1]</sup>,早期临床表现为下肢酸胀、沉重、易疲乏,晚期出现皮肤萎缩、色素沉着、溃疡形成,可严重降低患者的生活质量<sup>[2-3]</sup>。静脉曲张腔内激光治疗是通过激光的热效应精确损毁血管壁,导致血管闭合并纤维化,从而使曲张血管闭塞,达到治愈的目的,是近年来应用较广泛的手术方式之一<sup>[4]</sup>。与传统的抽剥术相比,其手术时间、术后住院时间、1 年复发率均优于传统手术治疗<sup>[5]</sup>。临床路径(clinical pathway,CP)是指针对某种常见疾病,通过医院的行政管理者、医生、护士等相关人员,共同研究制定并实施标准化的诊疗模式,并动态观察和评估其效果,使服务对象从入院到出院都依照该模式接受检查、手术、治疗、护理,以获得最佳医疗服务<sup>[6-7]</sup>。CP 是以循证医学证据和指南为指导,规范了诊疗活动,最大限度减少了诊疗活动中的随意性、不公平性,以及过度医疗等行为的发生<sup>[8-9]</sup>。本院在下肢静脉曲张激光腔内治疗中实施 CP 管理,可缩短平均住院时间,降低住院费用,提高诊疗质量,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 1 月至 2015 年 12 月,在本院住院治疗的 120 例行下肢静脉曲张激光腔内治疗的患者作为研究对象,按照 CEPA 临床分级<sup>[10]</sup>:路径组 60 例,男 19 例,女 41 例;C2 级 10 例,C3 级 16 例,C4 级 24 例,C5 级 6 例,C6 级 4 例。单侧手术 48 例,双侧手术 12 例。对照组 60 例,男 23 例,女 37 例;C2 级 9 例,C3 级 18 例,C4 级 23 例,C5 级 7 例,C6 级 3 例。单侧手术 53 例,双侧手术 7 例。纳入标准:(1)首诊为原发性浅静脉曲张;(2)无深静脉血栓及静脉疾病手术史;(3)无肿瘤及血液病史;(4)所有患者均行下肢静脉曲张激光腔内治疗;(5)路径组按 CP 管理流程进行诊治;(6)对照组按传统诊疗常规进行诊治;(7)诊疗过程中出现严重并发症,如围术期感染、下肢深静脉血栓形成、肺栓塞等,则退出 CP。

## 1.2 方法

**1.2.1 CP 管理流程** CP 管理按照国家卫生计生委公布的静脉曲张 CP(2009 年版)方案实施,成立科室 CP 管理小组,并对科室相关人员进行培训,严格按照 CP 的相关规定进行诊疗。

**1.2.2 研究方法** 在医院信息中心采集 2014 年 1 月至 2015 年 12 月的下肢静脉曲张住院患者的社会人口学特征、住院费用、住院时间、医疗质量等信息,所有患者均符合入选标准。

**1.2.3 观测指标** 医疗费用指标:住院总费用,药费。医疗效率指标:平均住院总时间。医疗质量指标:(1)住院并发症发生率:患者出现切口感染、深静脉血栓形成、隐神经损伤、局部水肿、患肢水肿等症状;(2)满意度。

**1.3 统计学处理** 应用软件为 SPSS 17.0,对满足正态分布的计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验;计数资料用率表示,比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 基本情况** 路径组年龄 36~70 岁,平均(54.77 ± 8.93)岁;对照组年龄 37~68 岁,平均(53.93 ± 7.67)岁。两组患者年龄构成、性别、手术方式、医疗费用支付方式方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。

表 1 路径组与对照组患者基本情况比较[n(%)]

类别/分组	路径组(n=60)	对照组(n=60)	$\chi^2$	P
年龄(岁)			2.210	0.530
30~<40	4(6.70)	3(5.0)		
40~<50	13(21.7)	11(18.3)		
50~<60	24(40.0)	32(53.3)		
≥60	19(31.7)	14(23.3)		
性别			0.586	0.444
男	19(31.7)	23(38.3)		
女	41(68.3)	37(61.7)		
手术方式			1.560	0.211
单侧	48(80.0)	53(88.3)		
双侧	12(20.0)	7(11.7)		
支付方式			0.342	0.559
医保/新农合	58(96.7)	59(98.3)		
自费	2(3.3)	1(1.7)		

**2.2 医疗质量指标比较** 路径组并发症 2 例:1 例患肢水肿,1 例隐神经损伤。对照组并发症 9 例:1 例术后肺部感染,2 例局部血肿,2 例切口感染,1 例隐神经损伤,3 例患肢水肿。路径组住院并发症发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。路径组并发症较轻,未退出 CP,门诊治疗后好转。路径组满意度高于对照组( $P < 0.05$ ),见表 2、3。

表 2 路径组与对照组患者诊疗质量比较[n(%)]

类别/分组	路径组(n=60)	对照组(n=60)	$\chi^2$	P
住院并发症			4.904	0.027
有	2(3.3)	9(15.0)		
无	58(96.7)	51(85.0)		

**2.3 住院费用及住院时间比较** 路径组的住院总费用、药费、

住院时间均少于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 4。

表 3 满意度调查

组别	<i>n</i>	满意 ( <i>n</i> )	基本满意 ( <i>n</i> )	不满意 ( <i>n</i> )	满意度(%)	$\chi^2$	<i>P</i>
路径组	60	50	9	1	98.3	4.821	0.028
对照组	60	41	12	7	88.3		

表 4 路径组与对照组患者住院费用及住院时间比较

项目	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>P</i> <sub>25</sub>	<i>P</i> <sub>75</sub>	<i>Z</i>	<i>P</i>
住院费用(元)					8.507	<0.01
路径组	60	7 537.39	7 309.74	8 113.06		
对照组	60	9 330.64	8 889.68	10 001.01		
药费(元)					11.900	<0.01
路径组	60	2 140.61	2 083.27	2 295.99		
对照组	60	2 995.13	2 853.59	3 210.32		
住院时间(d)					9.847	<0.01
路径组	60	8	7	9		
对照组	60	11	9	13		

### 3 讨论

为了遏制高速增长的医疗费用,合理利用有限的医疗资源,1985年美国马萨诸塞州新英格兰医学中心最先开展了CP管理。近年来,CP在美国、英国、德国、比利时、新加坡、日本,以及我国的香港、台湾地区得到广泛应用,在多方面积累了成功的经验<sup>[11]</sup>。针对下肢静脉曲张患者的临床诊治,卫计委2009年颁布了下肢静脉曲张CP管理方案,为下肢静脉曲张的标准化、规范化治疗提供了依据。

CP是一种跨学科、多部门合作、深化整体医疗和整体护理的一种医疗模式<sup>[12]</sup>,开展CP后,医务工作者按照CP管理的具体规定,完成每天预先设定的诊疗护理工作,减少了医护人员诊疗过程中的不公平性,避免了同一病种因不同医务人员工作习惯不同而产生的医疗质量差异,从而规范了诊疗行为<sup>[13]</sup>;同时,CP还可提高医护协作,增加患者在诊疗过程中的主动性,使医疗护理更加合理化、人性化<sup>[14]</sup>。

本研究结果显示,CP组的平均住院总费用、药费、平均住院总时间均少于对照组( $P < 0.05$ )。因实施CP管理规范了诊疗过程,对疾病的住院时间、用药及检查项目等做了具体规定,能有效地缩短平均住院日,降低医疗成本。路径组并发症发生率低于对照组,满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。路径组严格按照路径流程,入院后行人科宣教,交代围术期注意事项,充分满足患者的知情权,提高了患者治疗的积极性和主动性。术后观察生命体征、麻醉不良反应、患肢血运

及水肿情况,尽早下床活动,及时伤口换药,减少了患肢水肿、局部血肿、切口感染及肺部感染的发生率。同时,因住院时间、费用、并发症的减少,患者的满意度也得到提高。

综上所述,在目前的医疗环境下,对下肢静脉曲张患者进行CP管理,可合理利用有限的医疗资源,缩短病程,减少治疗费用,提高患者满意度,提高临床诊疗效果。

### 参考文献

- [1] 吴阶平,裘法祖,黄家驷,等.黄家驷外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:1216-1221.
- [2] 吴庆华,张煜亚.重视静脉疾病的临床治疗及基础研究[J].中华外科杂志,2011,49(6):481-482.
- [3] 吴庆华.下肢浅静脉曲张的病因和治疗[J].心肺血管病杂志,2002,21(4):247.
- [4] 熊建明,黄建华,卢伶俐.射频闭合治疗大隐静脉曲张96例临床分析[J].临床和实验医学杂志,2010,9(9):651-652.
- [5] 田庆刚,刘瑞,张生彬.大隐静脉曲张腔内激光治疗与传统手术的对比研究[J].中国现代医学杂志,2012,22(1):77-99.
- [6] 赵鲁平,李友伟,谭鸿,等.推进临床路径试点工作的早期管理经验[J].中国医院管理,2011,31(6):23-24.
- [7] 范理宏,宋丽,谭申生.临床路径在我院的实施与推广价值分析[J].中国医院管理,2010,30(11):28-29.
- [8] 徐菁.某院单病种临床路径管理效果评价分析[J].解放军医院管理杂志,2012,19(12):1118-1120.
- [9] 马国胜,蔡曦光,孟永洁,等.23个病种实施临床路径效果分析[J].中华医院管理杂志,2013,29(5):353-356.
- [10] 吴庆华,张煜亚.推广普及CEAP分级法在我国血管外科的临床应用[J].中华普通外科学杂志,2008,23(3):164-167.
- [11] Kubota T, Nakamura A, Wakiva L, et al. Effects of implementing clinical pathways for the care of patients undergoing ophthalmic surgery for cataract, glaucoma, and vitreoretinal disorder [J]. Nippon Ganka Gakkai Zasshi, 2006,10(1):25-30.
- [12] 曾勇,王跃建,章成国,等.我院临床路径实施效果的评价与分析[J].中国医院管理,2013,32(11):27-29.
- [13] 顾亚明,季宝轶,张连丰,等.临床路径管理在小儿外科病种中的应用评价[J].东南大学学报,2012,31(1):119-121.
- [14] 王繁可,王文梅,周摇楠.临床路径的国内外研究现状[J].西南国防医药,2012,22(4):448-450.

(收稿日期:2016-07-08 修回日期:2016-10-03)