临床路径在大肠息肉内镜手术患者中实施初探

黄惠妍，周 力，陈晓琴*
（贵阳医学院附院 消化内科，贵州 贵阳 550004）

［摘 要］**目的：**探讨临床路径在我院大肠息肉住院患者中的应用。**方法：**采用回顾性调查分析的方法，将2010年1～8月收治的以大肠息肉作为第一诊断的病例作为对照组，2010年9月～2012年2月实施临床路径后因大肠息肉住院的患者作为临床路径组，对2组患者的平均住院日、住院费、药品比例、患者满意度等指标进行比较分析。**结果：**临床路径组较对照组平均住院日、药品比例下降（$P<0.05$），患者满意度提高（$P<0.05$），平均住院费差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**实施大肠息肉临床路径能够降低平均住院天数，督促药物的合理应用，改善医疗质量，减少医疗资源的浪费。

［关键词］肠息肉；临床路径；对比研究
［中图分类号］R735.34 ［文献标识码］B ［文章编号］1000-2707（2012）04-0442-02

临床路径（clinical pathway，CP）是一种为患者提供高品质、高效率、低成本的医疗护理服务的模式；它是由医生、护士以及其他专业人员组成多专业小组，对特定疾病的诊疗、护理制订的最适当的有顺序性和时间性的照护计划，以减少康复的延迟和资源的浪费，使服务对象获得最佳的照护品质[1]。自2010年9月开始实施临床路径以来，效果满意，汇报如下。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 纳入标准 第一诊断为大肠息肉（ICD-10：D12.6/D12.8/K62.1/K63.5），行内镜下大肠息肉切除术（ICD-9-CM-3：45.42）；年龄18～65岁；息肉<2 cm，数量<5枚；相关化验基本正常；当患者有其他诊断，但在住院期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断治疗。

1.1.2 临床路径组 选择2010年9月～2012年2月收治的符合上述纳入标准患者113例，作为临床路径组，男65例，女48例，年龄20～65岁，平均（37.6±14.6）岁。

1.1.3 对照组 总结了2010年1～8月以大肠息肉作为第一诊断，并符合上述纳入标准的患者共51例，男27例，女24例，年龄22～64岁，平均（36.2±11.5）岁。2组患者性别、年龄、病情等一般资料差异无统计学意义（$P>0.05$）。

1.2 方法

临床路径组：参照卫生部出台的《临床路径管理指导原则》规定，按具体的临床路径表单制订息肉切除术诊疗计划和流程，列出患者入院后的治疗和护理措施，医生告知患者每日住院检查、用药、治疗计划，护理人员按照每日临床路径的内容实施相应的护理，开展健康教育、饮食指导、活动指导、出院指导等护理计划。对照组：对实施临床路径前的大肠息肉患者进行回顾总结。对2组患者的平均住院日、住院费、药品比例、患者满意度（采用本院设计的“病人问卷调查表”）等指标进行比较分析。

1.3 统计学处理

计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，采用SPSS 11.5软件进行分析，两组间比较采用t检验，$P<0.05$有统计学意义。

2 结果

两组平均住院日、住院费、药品比例、患者满意度比较，临床路径组患者的平均住院天数缩短（$P<0.05$），药品比例下降（$P<0.05$），患者满意度提高（$P<0.05$），平均住院费较对照组降低，但无统计学意义（$P>0.05$）。见表1。

3 讨论

1985年，美国新英格兰医疗中心率先开始实施临床路径，临床路径开始成为医院为患者降低花费和有效保证医疗质量的一种科学方法[2]。目前在美国约有60%的医院应用临床路径[3]。1998年以后，国内开始引进临床路径的先进理念，并逐步扩大试点范围。我院自2010年9月开始实施大肠息肉临床路径，取得初步成效。

*通讯作者 E-mail：xqchen1398419@yeah.net

表 1　两组患者各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

Tab. 1　Comparison of each index between the 2 groups

组别	n	平均住院日(d)	平均住院费(元)	药品比例(%)	患者满意度(分)
对照组	51	8.65 ± 3.50	4 826.90 ± 1 402.77	7.04 ± 1.49	96.25 ± 3.71
路径组	113	6.02 ± 1.40	4 617.02 ± 1 158.09	5.92 ± 2.15	98.65 ± 1.37
t		5.176	1.004	3.391	−4.48
P		0.000	0.317	0.001	0.000

临床路径缩短了平均住院日,提高了工作效率[4]。实施临床路径后,大肠息肉内镜下电切术平均住院日由(8.65 ± 3.50)d 降至(6.02 ± 1.40)d,增加了床位周转率,使卫生资源得到更为充分的利用。

临床路径使药品比例下降,合理应用药物,避免出现不同医生开不同药物及滥用抗生素等现象,也在一定程度上防范了药物购销过程中的一些时弊。

平均住院费与实施临床路径前相比,有所降低,但无统计学意义,与卫生部规定的相关检查项目增加及患者多要求无痛手术产生麻醉费用有关。与实施路径前相比,规定的检查项目增加了血型、Rh 因子、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒)、消化道肿瘤标记物筛查等,上述检查是手术及息肉病人临床路径须完善的检查,而实施临床路径前均未做,检查费用平均约增加 567 元。除外上述所增费用,患者的住院费用是降低的。

临床路径提高了患者满意度。这是因为医护人员按照临床路径表单进行诊疗及护理工作,每一项程序均公开、透明、及时、有章可查,减少了医患纠纷,同时,在实施过程中,护士不再是被动地执行医嘱,而是主动、有计划性和预见性地进行护理工作,提高了护士的工作效率和积极性,培养了护士的成就感和自律性[5,6]。

综上所述,临床路径可以缩短平均住院日,降低药品比例,规范医疗行为,避免资源浪费,减少医疗差错,改善医患关系,改进医疗质量,提高医疗技术水平。目前,已经成为一种有效的医院质量管理工具和疾病诊疗及评估标准,是新医改进程中可行的一项医疗举措。

4　参考文献

[1] 蔡军峰,刘涛. 临床路径在大肠息肉住院患者的应用[J]. 实用临床医学,2009(6):113 − 114.

[2] 周楠,王繁可. 临床路径在单病种付费中的应用研究进展[J]. 医学研究生学报,2011(6):651 − 654.

[3] Kichiner DJ, Bundred PE. Clinical pathways (editorial comment)[J]. MedjAust,1999(2):54 − 57.

[4] 齐德广,秦银河,李书章,等. 确定多术式单病种临床路径实施范围和住院时间方法的研究[J]. 第三军医大学学报,2003(1):63 − 65.

[5] 成翼娟,戴红霞,宁宁. 临床路径在膝关节镜手术患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志,2004(7):489.

[6] 张晓蓉,马莉莉,方海燕. 成本控制与临床路径管理在乳腺癌围手术期的应用[J]. 实用临床医药杂志,2011(22):14 − 16.

(2012 − 04 − 05 收稿,2012 − 05 − 21 修回)

编辑:张丽君

(上接第 441 页)

酰氯,后者易产生分子间缩合,形成含有邻羟基苯甲酸苯酯的高聚物杂质;同时温度升高邻羟基苯甲酰氯还可能发生氧化聚合,形成带有多聚共轭链的深色杂质,影响目标产物的分离与纯化。另外,改进实验条件后目标产物合成时间由约 8 h 缩短为近 4 h,实验效率提高,降低反应的投料量和能耗,降低实验教学成本。以毒性较低的试剂草酰氯替代污染较大、毒性更大的试剂氯化亚砜,避免了由于二氧化硫等有毒气体的排放而产生的更大环境污染,较有利于环境保护和保证学生实验安全。其次由于该改进实验后原料阿司匹林与扑热息痛用量明显减少,产物收率明显提高,这为今后药学专业本科生药物化学实验的微量化奠定了理论与实践基础。

4　参考文献

[1] 尤启东,陈连植. 药物化学实验与指导[M]. 北京:中国医药科技出版社,2000:111 − 113.

[2] 王文静,吕玮,卢泽. 贝诺酯的合成[J]. 河南大学学报(医学版),2006(25):41 − 42.

[3] 滕小波,钱捷. 贝诺酯的合成进展[J]. 山东化工,2009(38):23 − 25.

[4] 韩立伟,白术杰. 贝诺酯合成的工艺改进[J]. 黑龙江医药科学,2007(30):26.

[5] 李婉茹,王树辉. 贝诺酯合成工艺的改进[J]. 黑龙江医药科学,2008(23):53 − 54.

[6] 周宁怀,王德琳. 微型有机化学实验[M]. 北京:科学出版社,1999:1 − 13.

[7] 闻韧. 药物合成反应[M]. 2 版. 北京:化学工业出版社,2003:137 − 145.

(2012 − 03 − 10 收稿,2012 − 05 − 23 修回)

编辑:潘　娅