

临床路径在冠心病专病疗养中的应用

董晓敏, 卢 瑜

〔摘要〕 目的 分析临床路径应用于冠心病专病疗养的效果。方法 将 346 例疗养冠心病患者分为临床路径组(236 例)和传统对照组(110 例),比较两者疗养费用、1 年后日药费及心血管危险因素。结果 临床路径组的 1 年后血脂、血糖、血压控制等指标均好于传统对照组($P < 0.05$);临床路径组日药费(9.8 ± 2.5)元,低于传统对照组(12.4 ± 2.3)($P < 0.05$)元。结论 纳入临床路径的冠心病疗养新模式可有效控制心血管危险因素,值得推广。

〔关键词〕 冠心病;临床路径;疗养

中图分类号: R541.4;R821.168.7 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)06-0534-02

我院自 2003 年开始对军队疗养员进行专病疗养,2008 年将临床路径用于冠心病等多种老年疾病,以探讨切实有效的疗养新模式,使军队医疗经费得到更合理使用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2008 年 3 月至 2008 年 12 月在南京军区杭州疗养院疗养的师职干部及随员中选取病例 346 例,均已在体系医院诊断为“冠心病”,病情稳定,心功能 I ~ II 级,有记录及书写能力,排除肝、肾功能不全及不宜从事运动的伤残者。按疗养员自愿分组,临床路径组(以下简称路径组)236 例,传统对照组(以下简称对照组)110 例,路径组及对照组的病例特征之间无显著性差异。

1.2 制定并实施专病疗养方案 参考刘江生《康复心脏病学》和国内外文献,依据冠心病综合治疗和康复要求,结合本院的疗养、治疗条件,由全院各相关科室共同制定冠心病病人疗养方案。明确各部门职责,统一培训和考核。各科室配备专人负责临床路径监测员,核查临床路径执行情况。路径组按专病疗养方案实施疗养和随访,各科监测员每日核查,填写表格,及时督促补救完成遗漏项目。对照组维持原有治疗,安排景观和体疗,如病情变化,则相应调整药物治疗等。两组疗养员在院疗养 15 d,均随访 1 年。

1.3 观察指标

1.3.1 统计两组疗养员在院疗养期间的检验、检

查、药物、理疗体疗、景观疗养等费用。疗养结束时,填写健康知识评估表和疗养满意度调查表(均系我院自制),比较两组观察对心血管健康知识掌握情况和疗养满意度。

1.3.2 统计两组心血管危险因素的变化。即:①高胆固醇血症($TC \geq 6.22 \text{ mmol/L}$),②高甘油三酯血症($TG \geq 2.26 \text{ mmol/L}$), (①②标准据 2007 中国成人血脂异常防治指南);③吸烟,④高血压($BP \geq 140/90 \text{ mmHg}$),⑤高血糖(空腹血糖 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ 和/或餐后 2 小时血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$),⑥超重($BMI \geq 25$)。统计两组 12 个月内发生的心脏事件。疗养归队 12 个月时检测指标由疗养干部各自在体系医院测得后,由疗养科医师汇总。由于出国、死亡、联系方式改变等原因失访 36 人。

1.4 统计学处理 各组数据用 SPSS13.0 软件包进行统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,分别采用独立样本 t 检验和配对样本 t 检验进行差异显著性检验, $P < 0.05$ 则表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗养员医疗费用比较 路径组 1 年后日药物费用低于对照组($P < 0.05$)(见表 1)。

2.2 两组疗养员疗养满意率比较 路径组自愿参加健康教育时间(3.7 ± 0.8)h 多于对照组(2.5 ± 0.6)h($P < 0.01$)。路径组健康知识评估表得分为(29.3 ± 4.8)分,明显高于对照组(20.1 ± 5.7)分;路径组疗养满意率为 98.8%,亦高于对照组 89.1%($P < 0.01$)。

2.3 两组疗养员部分临床指标的比较 见表 2。

作者简介: 董晓敏(1963-),女,浙江宁波人,主任医师,从事疗养院管理和疗养康复工作

作者单位: 310007 浙江杭州,南京军区杭州疗养院

表 1 两组疗养期间及 1 年后相关费用比较(元, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	检查检验费	理疗体疗费	疗养前日药费	1 年后日药费
路径组	236	593.5 \pm 68.2	475.9 \pm 67.3	14.7 \pm 2.8	9.8 \pm 2.5
对照组	110	610.4 \pm 49.8	383.1 \pm 89.5	14.9 \pm 3.0	12.4 \pm 2.3 [△]

注:与对照组比较,[△] $P < 0.01$

表 2 两组疗养前及 1 年后心血管危险因素的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BMI (kg/m ²)	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	FPG (mmol/L)	P2hPG (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)
路径组疗养前	236	25.3 \pm 1.6	148.2 \pm 16.2	86.5 \pm 12.7	2.5 \pm 1.0	5.8 \pm 2.0	7.6 \pm 2.5	14.2 \pm 2.2	2.98 \pm 0.46	0.86 \pm 0.22
1 年后	214	22.3 \pm 2.3 [*]	117.3 \pm 12.8	82.6 \pm 14.3	1.3 \pm 0.6 ^{*△△}	4.5 \pm 2.1	5.5 \pm 1.3 ^{*△}	10.6 \pm 1.4 [*]	2.15 \pm 0.29 ^{*△△}	1.12 \pm 0.13 ^{*△△}
对照组疗养前	110	25.4 \pm 1.8	146.5 \pm 15.8	84.5 \pm 11.7	2.6 \pm 1.1	5.9 \pm 2.2	7.4 \pm 2.2	14.5 \pm 2.1	2.85 \pm 0.51	0.88 \pm 0.24
1 年后	96	23.5 \pm 2.9	139.8 \pm 13.9	82.2 \pm 11.3	2.2 \pm 1.1	5.4 \pm 2.0	7.2 \pm 1.9	13.9 \pm 1.9	2.69 \pm 0.25	0.91 \pm 0.20

注:与疗养前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$

2.4 两组疗养员心血管事件发生率比较 路径组 1 年间心血管事件 9 人次(3.8%),传统对照组(9 人次,8.2%)。

3 讨论

临床路径(CP)在我国的应用较多集中于外科疾病、护理和健康教育方面。目前军队老干部疗养以高血压病、糖尿病、冠心病、高脂血症等老年慢性疾病为主,由于我院疗养均以半个月为一个疗期,疗养员集中入院、出院,作息统一,医嘱可以程序化,非常便于使用 CP,而且疗养员大多由干休所管理,在制定体系医院看病,便于我们随访,因此从 2003 年开始我们有意识将 CP 理念应用于疗养工作。

有专家认为^[1]“当现代医疗技术能越来越早诊断无症状的动脉粥样硬化时,区分一、二级预防的界线就不清楚了”。为此,冠心病专病疗养的重点不是疾病的治疗,而更倾向于一级预防;在制定冠心病疗养的临床路径时,以疗养员学会治疗性生活方式、自我健康管理、减少心血管危险因素为重点。在入组条件上,没有纠结于冠心病的诊断标准,观察指标也集中在心血管危险因素的控制上。

我们的研究显示,疗养员在院期间积极参与治疗理疗,学习治疗性生活方式,健康教育效果好^[2]。在院期间,疗养员学会管理自己的康复运动。患者的生活质量得到提高,在生理、心理、社会、职业和娱乐方面达到理想状态,疗养员的满意度极高,健康知识评估表得分高。

国外多数报道很重视随访,有学者研究认为,多数疾病的 CP 在随访期间的资源利用率无明显下降^[3],我们的随访结果与其一致。由于在疗养期间

获得医护的充分指导,归队后自觉履行治疗性生活方式,治疗依从性高,故心血管危险因素控制较好,心血管事件发生减少。

CP 是因遏制医疗费用恶性上涨而生^[4]。在我们的调查中,疗养期间尽管总费用没有下降,但使用更加合理有效。而且,由于非药物治疗效果好,1 年后路径组治疗性药物费用明显减少。随着时间的推移,“一次疗养,终生受益”的效果逐渐体现,军队总医疗开支相应下降。因此,应用临床路径理念的疗养新模式值得执行和推广。

我们在应用临床路径理念应用于疗养新模式探索中也遇到一些问题^[5]。如医护人员临床路径具体实施的掌握程度不一,科室间的长期协调,以及工作效果评价还不够完善,都影响了临床路径的有效实施,人力和物质投入方面未能得到更合理的使用。

【参考文献】

[1] 刘江生. 我国康复心脏病学的发展及现状[J]. 心血管康复医学杂志,2008,17(5):417-427.
[2] 夏颖,王瑞红,朱欢欢. 应用临床路径开展冠心病病人的健康教育[J]. 现代护理,2006,12(25):2431-2432.
[3] Dy SM, Gary P, Nyberg D, et al. Critical pathway effectiveness: assessing the impact of patient, hospital care, and pathway characteristics using qualitative comparative analysis[J]. Health Serv Res, 2005,40(2):500-516.
[4] 陶红兵,余瑶,方鹏骞. 基于临床路径控制住院费用[J]. 中国社会保障,2007,(10):48-49.
[5] 赵宁志,郭爱勇,陈飞. 临床路径与医院质量管理[J]. 东南国防医药,2005,7(3):220-222.

(收稿日期:2010-06-09;修回日期:2010-10-24)

(本文编辑:潘雪飞)