

· 部队卫生 ·

干休所家庭病房网络化服务的实践和思考

王淑丽, 朱海沫, 丁 勇, 童海云, 李凌文

〔摘要〕 家庭病房的建设已经成为当前干休所医疗保健工作的重要环节。如何借助网络技术, 瞄准移动健康的前沿新概念, 为保健对象提供更加优质高效的服务是当前干休所面临的实际问题, 需在实践中不断探索与思考。

〔关键词〕 干休所; 家庭病房; 网络服务; 医疗保健

〔中图分类号〕 R197.7 〔文献标志码〕 A 〔文章编号〕 1672-271X(2011)06-0573-02

1 家庭病房网络化管理的现状

干休所家庭病房的网络化管理, 是通过干休所卫生所建立的与医院计算机中心联网的医学网络终端进行网络挂号后, 办理入住手续, 患者入住干休所卫生所专门设立的网络病房, 并与医院相关专家进行联系, 指导卫生所医务人员开展各种诊疗工作。通过远程监控子系统-无线远程多参数监测仪将人体生理信号转换为数字信号, 借助移动网络为老干部提供“心电、血压、呼吸、血氧、脉搏、睡眠”等各项生理参数实时监测和记录, 实现医生随时随地沟通, 第一时间获得疾病的诊断和预警信息^[1]。有助于提高老干部的保健质量, 也方便医务人员及时掌握老干部健康状况, 为后续治疗提供更准确的动态数据。同时也可通过网络医疗服务, 实现老干部的挂号、会诊、申请检查、家庭病房指导等“零距离”服务。

2 网络技术在家庭病房管理中的应用

目前我所已使用《军队老干部医疗保健网络服务平台》软件系统, 为老干部配发了制式手机, 运用网络视频和电话通讯等方式与家庭病房老干部、卫生所医务人员以及医院联系。干休所的家庭病床遵循病房管理的基本原则, 实行三级管理制度^[2]: 一级为每日查床, 二级为每周 2~3 次查床, 三级为每周 1 次查床。根据医护人员的专业技能, 借鉴医院管理模式, 划组包干, 责任到人, 每组由 1~2 名医护人员长期负责, 相对固定人员、资源, 定期查访诊治,

及时掌握确切、可信、实用的临床证据指导急救施治。家庭病床一经建立, 主管医师于 24 小时内上门体检、建立家庭病床病历、制定诊疗护理计划、交代注意事项, 然后按照病情轻重对患者进行分级管理, 同时负责将每位家庭病床患者的入科首页、病程记录、会诊记录、检查结果及上级指导医师的诊疗意见及时通过电脑录入到家庭病房管理信息系统; 再由医院高年资医师对干休所家庭病床的每位患者进行二级检诊, 并通过家庭病房管理信息系统查看和审阅每个干休所家庭医师的各项记录, 根据每一位患者的不同疾病和病情轻重定期进行巡诊和指导。另外, 各级医务人员还可以随时通过可视电话或网络视频对重点患者的诊疗意见进行沟通, 让干休所家庭病床长期卧床的患者能定期得到面对面的医学支持和媲美体系医院的医疗护理服务。并应用家庭病房管理信息系统开展无纸化办公, 可以对各种医疗文档进行统一化、规范化管理。以电子方式记录保存患者的病历资料、健康档案及相关文档, 可以使卫生所医务人员提高工作效率, 减少工作差错^[3]。

3 思考

离退休干部网络家庭病房是体系医院医疗服务保障的拓展延伸, 该模式运行时间不长, 没有可操作的现成经验可供借鉴, 如何保证质量、持续发展, 仍需要进一步探索完善。离休干部家庭病房是一项长期而艰巨的医疗保障任务, 要结合实际, 逐步建立完善专家查房制度、干休所医护人员巡回医疗护理制度、医院干休所双向交流沟通机制^[4]。家庭病房采用信息化技术手段管理, 不仅可以优化干休所卫生机构的人力物力资源、规范医疗管理, 同时实现两级医疗单位的远程医疗、专家会诊、网上挂号、远程教学和资源共享。但是, 目前应用的家庭病房管理软件存在系统功能不足和数据使用权限不明等

作者简介: 王淑丽(1964-), 女, 山东菏泽人, 本科, 副主任技师, 从事医疗保健和管理

作者单位: 210009 江苏南京, 南京军区司令部第三干休所卫生所

缺陷,需要进行不断改进。此外还需要加强基层卫生单位的网络硬件建设和提高医务人员对医疗信息化技术的认识和软件操作水平。家庭病房的建立,实现了医院与干休所的一体化医疗保障管理,使用先进的数字化技术,用较少的人力构建医疗保健服务网络,不仅拓展了医院的医疗服务空间,也创新了医疗保健服务模式,使院前院后的医疗、预防、康复和保健的工作效率得到了极大的提升。

【参考文献】

[1] 崔宝善,熊友升,苏 皖,等. 军队老干部网络医疗服务平台

的架构与功能[J]. 东南国防医药,2010,12(1):87-88.

- [2] 马炬明. 紧贴形势任务提高医院应急卫勤保障质量[J]. 解放军医院管理杂志,2007,14(6): 478-480.
- [3] 江 迅,梅 磊. 数字化医疗——提高医疗服务与管理的基础[J]. 医疗卫生装备,2010,31(11):115-116.
- [4] 崔宝善,曹文献,苏 皖. 南京军区实施康寿工程十年研究与实践[J]. 东南国防医药,2008,10(2):142-144.

(收稿日期:2011-08-19)

(本文编辑:孙军红)

· 个 案 ·

桡动脉穿刺后手供血不足 1 例

肖金辉¹,杨建军²,刘 荣¹

【关键词】 穿刺;桡动脉;供血不足;手

【中图分类号】 R654.4 【文献标志码】 B 【文章编号】 1672-271X(2011)06-0574-01

1 病例报告

患者女,73岁。因反复便血9月余入院,诊断直肠癌。拟在全麻下行经腹会阴直肠癌根治术,术前心功能正常。入室后血压190/90 mmHg,心率72次/min,右手食指脉搏血氧饱和度(SpO₂)97%,麻醉诱导:咪达唑仑2 mg,芬太尼0.1 mg,丙泊酚80 mg,顺苯磺酸阿曲库铵10 mg,气管插管顺利,机控呼吸(吸入氧浓度100%),SpO₂ 100%,吸入七氟烷以1%~3%维持麻醉。行右桡动脉及右颈内静脉穿刺置管术,穿刺顺利,BP 135~152/67~83 mmHg,右手使用飞利浦VM8监护仪及GE Dash3000监护仪SpO₂均显示无脉动。左手SpO₂ 100%,右手掌部及手指紫绀,温度较手臂明显偏低,考虑尺动脉供血不足,拔除右桡动脉导管加压包扎,行左侧桡动脉穿刺置管测压,穿刺置管顺利,左手SpO₂显示80%~90%,波形显示低灌注。右桡动脉加压包扎20 min后放松,手指SpO₂仍显示无脉动,行双手腕及掌指部热敷,半小时后左手SpO₂ 100%,波形正常。1 h后右手拇指、食指脉搏波形间断出现,显示低灌注,SpO₂ 100%,无名指及小指无脉搏波形,拇指、食指及中指颜色苍白,无名指及小指颜色青紫,右手继续热敷。手术时间约3 h,术后拔管送回病房,约5 h后,右手SpO₂稳定为97%~98%,颜色仍为苍白,追问病史,患者诉平时手温较低,冬季手指青紫发麻,遇热水好转。术后1周行艾伦试验,双侧尺动脉松开后25 s仍未转

红,提示双侧尺动脉血供较差。术后3个月随访未发生缺血性坏死。

2 讨 论

桡动脉与尺动脉在掌部组成掌深、浅血管弓,形成平行的血流灌注。桡动脉插管后发生阻塞或栓塞,只要尺动脉平行循环正常,手部血流灌注不会引起障碍^[1]。本例桡动脉穿刺后手供血严重不足,推测其原因可能是:①老年、高血压及周围血管硬化等原因导致桡动脉及尺动脉管腔狭窄,外周循环供血不足;②手部血供以桡动脉为主^[2],动脉穿刺置管引起的局部动脉阻塞及血管痉挛导致其远端发生明显缺血,以致SpO₂显示无脉动。桡动脉置管期间,通过在同侧手指放一个脉搏氧饱和度来连续监测末梢灌注是否充足。由于反复穿刺、输液引起的局部体温降低等右侧缺血更为严重。术后嘱患者热敷、理疗及加强功能锻炼后好转。此例双侧尺动脉血供较差,对老年、周围血管硬化的患者,无选择性地行桡动脉插管测压,有可能造成手部供血不足和组织坏死,应引起足够重视。

【参考文献】

- [1] 庄心良,曾因明,陈伯銮. 现代麻醉学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2003:1920.
- [2] Miller. 米勒麻醉学[M]. 6版. 曾因明,邓小明,译. 北京:北京大学医学出版社,2006:1295.

(收稿日期:2011-05-16)

(本文编辑:黄攸生)

作者单位:1. 335000 江西鹰潭,解放军184医院麻醉科;2. 210002 江苏南京,南京军区南京总医院麻醉科