

参考文献

[1] 李莉,刘凌云,赵元明,等.测定血清胱抑素 C 在肾脏疾病中的诊断价值[J].中华全科医学,2009,7(11):457-458.

[2] 范卫华.胱抑素 C 的检测方法及临床应用进展[J].山东医药,2009,49(43):116-117.

[3] 李康慧,尹友生.胱抑素 C 的临床应用及进展[J].内科,2009,4(5):776-778.

[4] 刘艳霞,袁洪霞,万辉,等.糖尿病肾病早期血清胱抑素 C 与肌酐水平变化的比较[J].中国医疗前沿,2009,4(16):81.

[5] 刘建东.2 型糖尿病血清胱抑素 C 测定的临床意义[J].临床荟萃,2009,24(12):2152-2153.

[6] 陈红梅,邱谷,黄桥林,等.2 型糖尿病患者血胱抑素 C、尿微量清蛋白测定与病程、血糖控制水平的关系[J].实用

临床医学,2009,10(5):56-57.

[7] 王雷,魏晓玲,廖继成,等.胱抑素 C 检测对糖尿病肾病的诊断价值[J].淮海医药,2008,26(3):211-212.

[8] 尹毅,王晶.胱抑素 C 的检测与应用[J].西南军医,2009,11(4):713-714.

[9] 李玉兰,周旭晨,黄榕孙,等.PCI 术中对比剂应用对老年患者肾功能的影响[J].中华全科医学,2009,7(11):1168-1169.

[10] 王莉,陈正徐,李曼,等.胱抑素 C/肌酐比值在糖尿病肾病监测中的应用[J].安徽医药,2011,15(4):457-458.

[11] 刘洪正,刘刚.尿胱抑素 C 在糖尿病肾小管损伤早期诊断的价值[J].中国医学检验杂志,2008,9(3):144-145.

(收稿日期:2012-05-28 修回日期:2012-11-13)

• 临床研究 •

临床路径在单纯性阑尾炎患者中的应用

邵春英(重庆市第五人民医院普外科 400062)

【摘要】 目的 研究临床路径应用于单纯性阑尾炎患者中的效果。**方法** 对普外科 2010 年 1 月至 2011 年 5 月 100 例阑尾炎患者,随机抽取各 50 例分为实验组和对照组,对照组采取传统的治疗方法,根据主管医生的治疗经验开医嘱,护士严格按照医嘱执行,不予任何的治疗干预,实验组则应用临床路径进行治疗。**结果** 两组患者均痊愈出院,实验组住院天数比对照组少 2 d、实验组术后卧床时间比对照组少 1 d、住院费用比对照组平均低 1 300 元,满意度比对照组高 4%。**结论** 临床路径在单纯性阑尾炎中的应用,可减少患者的住院时间和住院费用,提高患者的满意度,提高工作效率,减少并发症的发生。

【关键词】 临床路径; 阑尾炎; 患者满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.01.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)01-0067-03

临床路径作为一种质量效益型医疗管理模式,核心理念是不断改进质量管理,主要作用是有效控制医疗费用的无效支出。它是医院临床服务系统过程对“预先支付系统”医疗政策适应性改变的产物,是 21 世纪的一种临床的全新医疗护理模式^[1]。它是由医疗机构内一组成员共同制定的一种疾病康复路径,是一个有顺序的、有时间性的和最适合的临床服务计划,同时也成为医院生存和发展的基本策略。

随着医疗科学技术的发展和社会人群对健康的需求增加,本院为适应医疗市场的竞争,解决患者就医难、看病贵的问题^[2]。让单纯性阑尾炎患者从入院到出院都按照此模式来接受治疗,根据近几年的观察结果来看,临床路径不仅降低了医疗费用,减少了患者住院时间,而且保证了医疗质量、提高了工作效率,避免医院资源浪费^[3]。从而使患者在最短的时间获得最佳的照顾,避免了以往因医务工作者的工作经验不足,一味地增加效益,延迟患者的住院时间,增加患者的住院费用。

1 资料与方法

将 2010 年 1 月至 2011 年 5 月在本科室住院的 100 例阑尾炎患者随机抽取各 50 例患者分为实验组和对照组。对照组采用传统的医疗模式,完全根据主管医生的经验和方法进行,用药治疗、护理、处置项目等无固定模式,不予任何的干预。实验组则从入院到出院的治疗、检查、护理等都按照临床路径医疗模式进行治疗。患者出院时,常规填写满意度调查表。两组患者的病情、年龄、性别、文化程度等方面差异无统计学

意义。

1.1 临床路径的实施 (1)对照组按传统治疗护理程序进行工作:患者从入院到出院无干预、治疗、护理、健康教育均采用随机的方式,用药治疗、护理、处置项目等无固定模式。每位医生根据自己的治疗习惯和方法下医嘱,护士依医嘱执行。(2)实验组实施临床路径:根据单纯性阑尾炎患者的治疗和护理特点以及本院的实际情况,经各相关部门和科室的医务人员共同制定医疗服务程序,内容包括入院当日(急诊手术当日)、术后第 1 天、第 2 天、第 3 天、第 4 天及第 5~7 天(出院日)应做的工作。具体内容如下。

1.1.1 入院当天 门诊医生接待患者,为患者做详细体检,掌握手术适应证;导诊护士为患者进行电话预约,护送患者进入病房并嘱患者严格禁食、禁水。负责护士热情接待患者,及时准备床单位,对患者进行入科介绍,包括介绍科室环境、制度、相关医务人员姓名、诊疗护理计划。主要的诊疗工作:主治医生询问患者病史、进行体格检查、书写病历、上级医师或手术者进行查房、制定治疗方案、完善相关检查(包括急查血和尿常规、凝血功能、肝肾功能、感染性疾病筛查、心电图、胸透或者胸部 X 线片、腹部立位 X 线片)、术前准备、交代病情和签署手术知情同意书、通知手术室急诊手术,护士进行入院评估,包括患者的一般情况(1、口腔清洁无臭味,2、头发清洁不乱,3、手足无污垢、无长指甲,4、皮肤清洁)、营养状况、心理变化等协助术前检查并说明目的、方法;给予剃去腹部毛发,指导患者术前饮食、

体位;手术室护士进行术前访视,介绍阑尾切除术的麻醉、手术方式、手术过程,做好心理护理,消除患者的紧张恐惧心理。

1.1.2 手术当天 遵医嘱给予外科一级护理,监测生命体征、腹部体征,密切观察伤口敷料有无渗血、渗液及术后并发症的先兆症状,介绍术后注意事项、正确体位、疼痛控制、术后饮食。严密观察患者的病情变化及加强夜间巡视。负责护士于患者入院当日即严格按照临床路径制定的计划填写健康指引单并在发放的时候向患者详细讲解,鼓励患者提问,然后再进行说明,直到患者掌握为止。

1.1.3 术后第 1 天(住院第 2 天) 主要的诊疗工作:上级医生进行查房,汇总辅助检查结果,观察患者情况,进行手术及伤口评估,确认下一步治疗方案,检查有无手术并发症,完成术后第 1 天病程记录,观察肠功能恢复情况,给予外科二级护理,进食半流质饮食。主要的护理工作:护士观察患者病情变化,发现情况及时向医生反映,介绍早期下床活动的意义及进食的注意事项,根据患者的具体病情协助患者早期下床活动;观察患者胃肠功能恢复及进食后有无腹胀、恶心、呕吐;手术室护士进行术后访视,了解患者术后恢复情况。

1.1.4 术后第 2 天(住院第 3 天) 主要的诊疗工作:主治医生观察伤口愈合情况,切口换药,完成术后第 2 天病程记录,根据患者情况决定检查项目。主要的护理工作:是观察患者的一般情况,切口情况,指导患者下床活动有利于肠功能恢复,观察患者肛门是否排气,给予患者饮食指导强调饮食中的注意事项及康复护理,评价健康教育的掌握程度。

1.1.5 术后第 3 天(住院第 4 天) 主要的诊疗工作:上级医师查房,复查血常规及相关生化指标,完成术后第 3 天病程记录,观察患者切口有无血肿、渗液的发生,进食情况及一般生命体征。主要的护理工作:主管护士观察患者的一般状况及切口情况,鼓励患者下床活动,促进肠功能的恢复。

1.1.6 术后第 4 天(住院第 5 天) 主要的诊疗工作:观察患者的病情及伤口有无感染,伤口进行换药,检查及分析化验结果,嘱患者进食普食。主要的护理工作:观察患者一般情况及切口情况,鼓励患者下床活动,促进肠功能的恢复。

1.1.7 住院第 6~7 天 主要诊疗工作:上级医师进行查房,检查患者切口愈合情况与换药,确定患者出院时间,向患者交代出院注意事项、复查日期和拆线日期,开具出院诊断书,完成出院记录、病案首页,通知出院处,将出院小结及出院证明书交患者或其家属,并开出院带药医嘱,主要的护理工作:主管护士对患者进行出院指导,指导患者术后康复锻炼,饮食指导,休息指导帮助患者办理出院手续、交费等事项。由护士长进行满意度调查并做好出院指导,护士长及责任组长将患者资料进行整理。

1.2 评价标准 观察记录每个病例的住院天数、术后有无并发症、住院总费用、工作效率、患者的满意度(采用本院自制的患者满意度调查表,包括医疗服务质量、合理用药、合理收费、合理检查、基础护理落实情况(包括:整理床单位、洗头、面部清洁、口腔护理、全身皮肤护理、会阴护理、剪趾甲、压疮的预防、翻身、足部护理、打开水、热饭、留置尿管护理、更换衣物、安全的管理等)。

对患者进行护理质量检查:包括七洁(口腔清洁无臭味、头发清洁不乱、手足无污垢、会阴清洁、肛门清洁、皮肤清洁、病室保持整洁);三短(头发短、胡须短、脚趾甲短);四无(无褥疮、无烫伤、无坠床、无其他护理并发症);三卡齐(输液卡签全名及执行时间,字迹清晰;吸氧患者有吸氧卡,吸氧卡填写齐全、准确;特殊治疗有治疗卡,如膀胱冲洗、伤口冲洗);五及时(巡视病房

及时;观察病情及时,按时测量生命体征,护理记录及时准确;发现情况及时向医生反映;护士能及时处理和答复患者疑问;抢救配合及时)。护士要熟悉各种管道的护理常规及预防并发症,病情评估要全面准确,护理问题要准确完整,护理措施可行,护理效果评价客观、真实,健康教育落实到位,患者能掌握。

2 结 果

两组患者的住院天数、住院费用、患者满意度、并发症的比较 见表 1。从本院试行结果来看,临床路径在单纯性阑尾炎中的使用:(1)减少了患者的住院时间,使患者从传统的 8 d 住院时间减少到 6 d;(2)降低了患者的住院费用,平均节省住院费用 1 300 元左右;(3)保持并提高了医疗护理质量,减少不同年资医务人员之间的差异,改善患者的健康结果,减少医患纠纷,加强医患之间的交流,患者的满意度明显提高 4%;(4)按照此模式进行治疗,能及时发现问题,及时解决问题,减少了并发症的发生;(5)缩短了医护人员在医疗文书方面的书写时间,提高工作效率。

表 1 两组患者情况比较

组别	n	平均住院 天数(d)	平均住院 费用(元)	患者满 意度(%)	并发症 的发生	卧床 天数(d)	其他
实验组	50	6	5 500	99	1	1	中转 2 例
对照组	50	8	6 800	95	3	1~2	0 例

3 讨 论

3.1 降低了医疗费用和住院时间,提高了医疗护理质量 临床路径为疾病治疗提供了最有效、最捷径的标准^[4],对比结果显示,实施临床路径后平均住院天数有效地缩短了 1~2 d,50 例实施临床路径的实验组患者的医疗费用明显降低了 1 000 多元,在一定程度上减少了资源浪费。并发症的发生也相应减少;此外,实施临床路径后,在患者的整个治疗护理过程中,护士承担了管理、设计、协调患者知情参与的沟通与宣教,使护理工作不再盲目机械地执行医嘱或等医生指示后才能为患者实施治疗护理,护士更能为患者提供及时有效的护理^[5]。通过循证医学与临床路径的相辅相成,共同降低成本,同时临床路径的计划性、系统性最大限度地防止了医疗缺陷的发生,保证了医疗护理质量,更加提高了患者的就医安全性。

3.2 增强了护理人员的工作责任与技能,提高了患者的满意度 临床护理路径是整体护理的深入,它把以人为本的护理理念变成了具体实施项目,尤其是心理护理,通过耐心地讲解及指导,消除了患者的顾虑,并且使护理人员与患者交流的机会增加,增强了其工作责任感和沟通等各种技能,保证了将健康教育贯穿患者从入院到出院的各个环节。同时,临床路径服务模式有利于“知情同意”的实施,充分尊重患者的知情权和自主权,临床路径表详细地告知了患者的治疗目标和护理内容,患者能及时了解自己的治疗和护理所需的住院时间及预期的诊疗、护理效果,使医疗护理易取得患者的理解、同意与支持,从而调动了患者的主观能动性,让患者参与到治疗过程中来。通过应用临床路径,规范了检查、治疗,使住院天数、住院费用明显减少,提高了患者的满意度,改善了医患护患关系。

3.3 促进了医院的医疗管理工作,改善了医疗模式 临床路径深化了整体医疗护理,是跨学科的全方位的工作模式。它是一种详实的流程计划书,包括了患者生理、心理、社会、文化各方面需要,内容涉及医疗、护理、药剂、营养各学科。因此,它将患者由住院到出院视为一个作业流程,并建立此“治疗流程”,

极大促进了医院的医疗管理工作。另外,临床路径可以用来监控医疗过程,及时发现和解决问题。实施过程中将与预期结果不同的变异进行整理分析,用变异分析和成本效益对临床路径进行实用性评价,促进质量改进,不断改善医疗模式。同时,也便于开展新进医护人员的培训,促进新进人员的培养,提高医疗技术水平,增加治愈率。

参考文献

[1] 方丽珍,王爱莲,湛永毅,等. 临床路径——全新的临床服务模式[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2002:236.

[2] 任爱玲,尚培中,周凤桐,等. 单病种限价收费与临床路径管理[J]. 河北北方学院学报:医学版,2006,10(5):65-66.
[3] 袁艳玲,赵克华,胡锦涛. 实施临床护理路径的意义和方法[J]. 现代护理,2006,12(12):2731.
[4] 张正华,高居中. 实施临床路径的意义和方法[J]. 中华医院管理杂志,2002,18(9):367.
[5] 黄淑馨. 应用临床护理路径对老年性白内障患者的健康教育[J]. 实用护理杂志,2002,18(12):42.

(收稿日期:2012-05-14 修回日期:2012-11-15)

• 临床研究 •

宫颈癌患者癌胚抗原与糖类抗原 125 检测及其意义

王有法(湖北省大冶市中医医院检验科 435100)

【摘要】 目的 探讨宫颈癌患者癌胚抗原(CEA)、糖类抗原 125(CA125)水平检测对其诊断及预后判定的临床价值。**方法** 检测 60 例宫颈癌患者、40 例同期进行体检的健康妇女血清中 CEA、CA125 的含量。按照临床分期对 60 例宫颈癌患者进行分组,测定不同组别患者 CEA、CA125 的阳性率。60 例患者经手术、放疗或化疗治疗后再次测定 CEA、CA125 的含量并与治疗前进行比较。**结果** 宫颈癌患者的 CEA、CA125 含量显著高于对照组($P<0.05$)。随着临床分期的增加 CEA、CA125 的阳性率逐渐增加,Ⅲ、Ⅳ期较Ⅰ、Ⅱ期显著增加($P<0.05$)。治疗后宫颈癌患者的 CEA、CA125 较治疗前显著下降($P<0.05$)。**结论** CEA、CA125 的水平在宫颈癌的临床分期、病情和预后估测中有一定的价值,值得临床推广。

【关键词】 宫颈癌; 癌胚抗原; 糖类抗原 125; 诊断; 预后
DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 01. 034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)01-0069-02

宫颈癌是较为常见的妇科恶性肿瘤,发病率居全球女性恶性肿瘤的第二位,在发展中国家比较常见。近年来,宫颈癌的发病有逐渐年轻化的趋势。宫颈癌的发生、发展由一个量变、渐变到突变的过程,早期诊断,及时治疗对改善患者的预后,延长生存率有重要的价值^[1]。肿瘤组织可产生一些不同于正常组织的化学类物质,如癌胚抗原(CEA)、糖类抗原 125(CA125),它们被称为肿瘤标记物^[2]。现对 60 例宫颈癌患者、40 例健康妇女血清中的 CEA、CA125 的含量进行检测,分析二者在宫颈癌诊断及预后判定中的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60 例宫颈癌患者均符合《妇产科学》^[2]的诊断标准,经宫颈活检或阴道镜下活检病理确诊,排除有明显的心、肝、肾功能异常者,辅助检查未发现远处转移灶。患者年龄 26~69 岁,平均(44.2±4.1)岁,病程 6 个月至 3 年,肿瘤局部直径大于 4 cm,病灶呈内生型或溃疡型生长。按照 1994 年 FIGO 分期Ⅰ期 11 例,Ⅱ期 25 例,Ⅲ期 17 例,Ⅳ期 7 例。另选取同期门诊体检的 40 例健康妇女(对照组),年龄 22~70 岁,平均(45.2±5.2)岁,两组妇女在年龄方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组于入院当日,宫颈癌组于入院后第 2 天及治疗(患者一经确诊后进行手术、放疗或化疗)半年后抽取清晨空腹肘静脉血 3 mL,凝固后 3 000 r/min 离心 5 min,分离血清,进行血清 CEA、CA125 检测,检测方法采用化学发光法,CEA、CA125 试剂盒由美国雅培公司提供,操作严格按照试剂盒说明进行。由标准品检测结果绘制的标准曲线相关系数(r) >0.99 ,质控均符合要求。

1.3 结果判定 $CEA\geq 15\text{ ng/mL}$, $CA125\geq 35\text{ U/mL}$,即定为阳性病例^[3]。

1.4 统计学方法 用 SPSS11.5 统计软件进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以频数表示计数资料,采用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 宫颈癌患者及对照组 CEA、CA125 水平比较 见表 1。宫颈癌患者 CEA、CA125 含量显著高于对照组($P<0.05$)。

表 1 宫颈癌及对对照组 CEA、CA125 水平的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	CEA(ng/mL)	CA125(U/mL)
宫颈癌	60	24.8±25.6*	42.2±18.7*
对照组	40	1.3±0.3	16.7±2.4

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 不同临床分期的宫颈癌患者 CEA、CA125 阳性率比较 见表 2。随着临床分期的增加 CEA、CA125 的阳性率逐渐增加,Ⅲ、Ⅳ期较Ⅰ、Ⅱ期显著增加($P<0.05$)。

表 2 宫颈癌患者 CEA、CA125 阳性情况比较[$n(\%)$]

临床分期	<i>n</i>	CEA	CA125
Ⅰ期	11	0(0.0)	2(18.2)
Ⅱ期	25	6(24.0)	10(25.0)
Ⅲ期	17	12(70.6)	14(82.4)
Ⅳ期	7	6(85.7)	7(100.0)

注:各临床分期比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。