

耳鼻咽喉科 3 种疾病临床路径治疗的变异因素分析及对策*

方利, 卞韶景, 陶春花, 龚敏, 李朝军, 方红雁(重庆市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科 400014)

【摘要】 目的 分析耳鼻咽喉科 3 种疾病在临床路径实施过程中的变异因素及对策, 以提高临床路径的管理水平。方法 对 2012 年 6 月至 2013 年 9 月本科 813 例开展临床路径治疗的 3 种疾病患者的变异原因进行总结、归类并对变异事项进行分析统计。结果 131 例患者出现不同程度的变异, 变异率 16.1%, 有 36 例因变异而终止临床路径, 路径变异终止率 4.4%。在变异分类中以负性变异为主, 疾病因素变异率高于其他 3 类; 对 3 种疾病变异率和变异终止率比较, 慢性化脓性中耳炎均显著高于慢性鼻-鼻窦炎和声带息肉, 后两种疾病之间差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 分析耳鼻咽喉科临床路径中变异因素, 制订及实施相应的对策, 可减少其实施过程中的可控变异现象, 以期建立完善的变异管理系统。

【关键词】 耳鼻咽喉科; 临床路径; 变异管理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.21.037 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)21-3031-03

临床路径是指针对某一疾病建立一套标准化的治疗模式与治疗程序, 是一个有关临床治疗的综合模式, 以循证医学证据和指南为指导促进疾病治疗和管理的办法^[1], 临床路径的变异是指医务人员的行为或患者的结果与临床路径规定的预期结果不相符^[2]。原卫生部于 2009 年在发布的《临床路径管理试点工作方案》中, 下发了包含耳鼻咽喉科的慢性化脓性中耳炎、声带息肉、慢性鼻-鼻窦炎等病种的临床路径。本科系重庆市医学重点学科, 率先在医院开展临床路径, 通过对 3 种疾病患者在实施临床路径过程中发生变异的现象进行分析, 以提高对变异的认识, 探索出专科临床路径的变异管理方案, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本科 2012 年 6 月至 2013 年 9 月先后开展临床路径治疗的患者 813 例的临床资料, 均符合 2009 年原卫生部临床路径指南要求。其中男 376 例, 女 437 例; 年龄 10~84 岁, 平均 47.4 岁; 慢性化脓性中耳炎 141 例, 慢性鼻-鼻窦炎 294 例, 声带息肉 378 例。变异例数 131 例, 其中慢性化脓性中耳炎 59 例, 慢性鼻-鼻窦炎 37 例, 声带息肉 35 例。

1.2 方法

1.2.1 成立 CP 管理小组, 明确职责 本科自开展临床路径以来, 成立由科主任、护士长、主管医生、责任组长等骨干组成项目管理及实施小组, 在科内开展全员培训, 要求掌握临床路径的工作模式及变异管理。主管医生、责任护士负责临床路径的实施及变异记录, 责任组长负责协助及督导实施, 专人负责资料的收集、整理, 科主任、护士长负责全面质量管理及持续改进。

1.2.2 变异记录 本科参照原卫生部临床路径指南, 制订各病种在医院信息系统的临床路径文本, 并在患者住院时间(慢性中耳炎住院时间 12~14 d, 慢性鼻-鼻窦炎 7 d, 声带息肉 5 d), 护理级别(慢性鼻-鼻窦炎、慢性中耳炎术后第 1 天由一级护理改为二级护理)上进行调整, 作为临床路径流程的完善及

补充, 且运行良好。在执行路径的过程中, 各组经治医师、责任护士及时将变异情况记录在临床路径表单中, 主要包括患者信息, 疾病编码, 路径变异的时间、内容、原因、编号及变异对住院时间的影响等, 由上级医师、护士长审核。患者出院后, 由经过培训的专人从统计报表查询模块将其导入 Excel 表中, 再次核查, 分类整理, 以保证资料的完整性与准确性。

1.2.3 变异标准及分类 根据文献^[3], 本研究确定变异标准为进入临床路径的患者住院时间大于计划时间或未按临床路径计划进行的患者。将变异分为 3 类: (1) 变异性质。正性和负性变异; (2) 变异来源。医院系统、医务人员、疾病因素、患者及家属; (3) 变异管理。可控变异和不可控变异。其变异记录内容均由医院信息化系统自动提取, 由经专门培训的项目组人员完成统计、分类。

1.2.4 变异事项的统计和处理 科室专人每周对入、出路径率, 变异事项进行统计、归类。每月科室质量总结会对临床路径进行专项总结、分析变异原因, 通报当月的入、出路径率, 变异情况, 统计分析各种变异因素所占构成比之间的差异性; 统计 3 种疾病的变异率和变异终止率, 并比较不同疾病之间的差异性。

2 结果

在实施临床路径的 3 种疾病 813 例患者中, 有 131 例患者出现不同程度的变异, 共归纳统计 18 个项目(表 1); 各种变异因素所占构成比比较(表 2); 负性变异率明显高于正性变异率, 差异有统计学意义($P<0.01$), 变异来源中, 疾病因素变异率高于其他 3 类。但变异管理类, 变异率差异无统计学意义($P=0.412$); 3 种疾病之间的变异率和变异终止率比较, 差异有统计学意义($P<0.01$); 经两两比较发现(表 3), 慢性化脓性中耳炎的变异率和变异终止率均显著高于慢性鼻-鼻窦炎和声带息肉, 后两组变异率和变异终止率比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。

* 基金项目: 重庆市卫生局医学科研计划基金资助项目(2012-2-220)。

表 1 变异事项发生情况[n 或 n(%)]

变异项目	慢性化脓性中耳炎	慢性鼻-鼻窦炎	声带息肉	合计
1. 周末及假日推迟手术	3	0	0	3(2.3)
2. 医院系统故障	3	3	1	7(5.3)
3. 医嘱、执行医嘱延迟	1	1	1	3(2.3)
4. 会诊延迟	1	1	2	4(3.1)
5. 检查、检验结果延迟	1	1	0	2(1.5)
6. 部门间沟通不良	1	0	1	2(1.5)
7. 入院时合并其他疾病转科治疗	5	3	3	11(8.4)
8. 合并症治疗推迟手术	5	4	4	13(9.9)
9. 合并症治疗停止手术	4	3	3	10(7.6)
10. 术前病情变化推迟手术	3	2	2	7(5.3)
11. 术前病情变化停止手术	5	2	3	10(7.6)
12. 一个以上部位的手术延长住院*	3	4	5	12(9.2)
13. 术后并发症延长住院	7	2	1	10(7.6)
14. 患者术后病情变化延长住院	5	1	3	9(6.9)
15. 患者月经期推迟手术	5	3	3	11(8.4)
16. 患者工作、经济等原因推迟手术	3	2	3	8(6.1)
17. 患者经济等原因提前出院	3	2	0	5(3.8)
18. 患者要求延长住院	1	1	2	4(3.1)
合计	59	35	37	131(100.0)

注：* 表示慢性中耳炎手术须作双耳手术，患者一次住院中分别作声带息肉、慢性鼻-鼻窦炎手术。

表 2 变异事项分类情况

变异分类	n	构成比 (%)	变异率 (%)	χ^2	P
变异性质					
正性	5	3.82	0.62	121.557	<0.01
负性	126	96.18	15.50		
变异来源					
医院系统 1~2,12 项	20	15.27	2.46	58.883	<0.01
医务人员 3~6,15 项	21	16.03	2.58		
疾病因素 7~11,13~14 项	70	53.44	8.61*		
患者及家属需求 16~18 项	20	15.27	2.46		
变异管理					
可控 1~6,12,15~18 项	61	46.56	7.50	0.673	0.412
不可控 7~11,13~14 项	70	53.44	8.61		

注：与其他变异来源比较，* P<0.01。

表 3 3 种疾病的变异及终止情况[n(%)]

疾病名称	n	变异情况	变异终止情况
慢性化脓性中耳炎	141	59(41.8)	17(12.1)
慢性鼻-鼻窦炎	294	37(12.6)*	10(3.4)*
声带息肉	378	35(9.3)*	9(2.4)*
合计	813	131(16.1)	36(4.4)
χ^2		84.908	23.865
P		<0.01	<0.01

注：与慢性化脓性中耳炎比较，* P<0.01。

3 讨 论

3.1 加强临床路径的变异管理是保证其实施效果的重要环

节^[4]。本研究中，在实施路径过程中 131 例患者出现不同程度的变异，变异率 16.1%，与文献^[5]报道接近，其中有 36 例因变异而终止临床路径，变异终止率 4.4%。按变异来源分类，变异因素涵盖了医院系统、医务人员、患者及疾病等因素，而发生变异是临床路径实施过程中不可避免的一个现象，变异研究有助于发现临床路径需要完善的细节，故分析变异原因及提出对策是保证临床路径实施效果的一个重要方面^[4,6]。

3.2 在变异分类中以患者病情变化、负性变异为主。由表 2 可见，在变异性质类中，负性变异率显著高于阳性变异率；而变异来源类中，疾病因素变异率高于其他 3 类(P<0.01)。本研究表明，由医院系统、人员、疾病因素引起的变异多属于负性变异，由于部门之间沟通协调障碍、设备故障等；电子病历医院信息系统的文本设计问题；如未涉及两种以上手术及双耳手术的临床路径的文本，周末、节假日不手术等医院因素占 15.3%；与医务人员的工作态度、主观认知、技术水平有关因素占 16.2%，与文献^[7-8]报道较接近；患者个体差异、心理状态有关因素占 15.3%；这多属于可控变异，通过医院和科室重视，优化系统流程、对其电子文本进行改进，提高医、护、患者对临床路径的认识及加强沟通交流，该变异显著下降。疾病因素变异与患者病情变化、合并症、并发症等因素有关，其发生率高于前 3 类(P<0.01)，占 53.4%。多属于不可控的变异，通过严格执行入、径标准，完善流程，严格围术期的管理，以减少不可控变异的发生率。

3.3 3 种疾病之间的变异率和变异终止率比较，差异有统计学意义(P>0.05)，重点加强慢性化脓性中耳炎的临床路径变异管理。由表 3 可见，慢性化脓性中耳炎、慢性鼻-鼻窦炎和声带息肉 3 组的变异率和变异终止率比较，差异有统计学意义(P<0.01)，经两两比较发现，慢性化脓性中耳炎的变异率和变异终止率均显著高于慢性鼻-鼻窦炎和声带息肉，后两组变异率和变异终止率差异无统计学意义(P>0.05)。而慢性化脓性中耳炎由于疾病因素发生变异占该病种变异事项的

57.6%, 远高于其他两个病种, 这与该类患者的疾病特点、医护人员认识、费用支付方式等有关^[9]。本科收治多为老年患者, 入院时病情较重而复杂, 合并症多, 其中多合并高血压、糖尿病; 同时与目前门诊检查不能报销、患者要求住院检查医保体制; 入院时未详细评估病情, 未严格把握入径的标准等有关。因此, 应严格把握入、出路径标准, 对有合并症、病情比较复杂的患者应暂缓入径, 同时细化临床路径运行流程, 即同病种、不同病情、医疗处置不同, 应采用不同的临床路径^[7], 应完善实施不同的临床路径, 制订详细的纳入和排除标准, 有效地减少不可控的变异。

总之, 临床路径能科学、有效、合理地控制医疗成本, 提高医院运行效率, 提高患者满意度^[10-11]。变异管理是实施临床路径管理的重点^[4], 本科在临床路径执行上仍需不断完善, 细化临床路径运行流程, 以有效地解决不可控的变异性及重点疾病的变异控制。目前, 新加坡的 Cheah^[12]对变异分析与持续质量改进的关系进行研究, 提出重点控制和追踪影响医疗质量的相关因素, 减少变异发生。国外有学者提出了由变异资料的记录、收集、报告和分析构成变异管理系统这一概念^[12], 国内也将信息系统应用于临床路径的变异管理^[13], 尚未建立变异分析软件。因此, 建立科学、严格的变异分析管理制度, 是临床路径管理模式融入现代医学质量管理体系的重要保证^[12-14]。应进一步探索建立变异管理信息系统; 加强多学科、多部门的统筹协调及多方配合, 以共同促进临床路径的完善及实施。

参考文献

[1] 吴袁, 剑云, 英立平. 临床路径实施手册[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2002.

[2] 刘鹏珍, 陶红兵, 武广华, 等. 国内外临床路径变异管理的现状分析[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(2): 100-103.

[3] 孙玉红, 杨永清. 临床路径的变异研究进展[J]. 全科护

(上接第 3030 页)

抗菌药物应用强度的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(1): 99-101.

[2] 刘广洲, 刘晓敏. 某院普外科专项整治前后抗菌药物的使用分析[J]. 中国医药指南, 2013, 10(29): 70-72.

[3] 赵磊. 抗菌药物临床合理应用原则[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(20): 51-52.

[4] 梁陈方, 肖萍, 吴敏, 等. 围手术期预防性使用抗菌药物分析[J]. 医药导报, 2009, 28(8): 1088-1091.

[5] 韩润凤, 徐建华, 刘洪凤, 等. 综合干预围手术期预防应用抗菌药物效果评价[J]. 天津药学, 2011, 23(2): 36-39.

[6] 刘璐, 姜维, 李丽华. 我院 240 例单纯性甲状腺手术患者围手术期预防性应用抗菌药物分析[J]. 中国药房, 2008, 19(14): 1063-1064.

[7] 杨传家, 宫建, 周晓明, 等. 三级甲等医院甲状腺疾病住院患者的临床特征分析[J]. 实用药物与临床, 2012, 15(4): 193-195.

[8] 宫建. 药物流行病学研究中的无应答问题及解决方案[J]. 药物流行病学杂志, 2012, 03(3): 142-145.

[9] 区林华. 某院甲状腺患者围术期预防用药情况调查分析

理, 2010, 8(10): 909-911.

[4] 陈忠兰, 宁宁, 邓悟, 等. 临床路径变异研究新理念[J]. 护理研究, 2012, 26(5): 388-390.

[5] 徐锡武, 张献文, 窦婧婧. 临床路径变异原因分析[J]. 中国病案, 2012, 13(6): 40-41.

[6] 马丽和, 刘晓英. 临床路径的变异研究进展[J]. 护理研究, 2006, 20(13): 1142-1144.

[7] 杨志英, 胡嘉乐, 阮洪. 全髋关节置换术临床路径的变异情况分析[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(10): 729-730, 742.

[8] 王银环, 魏金文, 王晓燕, 等. 消化内科 6 种疾病临床路径变异原因分析及措施[J]. 中国卫生质量管理, 2012, 19(5): 16-17, 20.

[9] 张莹, 赵琨, 齐雪然, 等. 临床路径试点工作推广中的问题、成因与对策研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(10): 1160-1162.

[10] 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.

[11] 董叶丽. 新加坡樟宜综合医院的临床路径[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(7): 560.

[12] Cheah J. Clinical pathways--an evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore[J]. Singapore Med J, 2000, 41(7): 335-346.

[13] 邓悟, 陈忠兰, 邓波, 等. 利用信息技术处理临床路径中变异相关问题的探讨[J]. 中国医院管理, 2012, 32(6): 47-48.

[14] 胡鹏, 王羽, 卢建华, 等. 影响临床路径实施的因素分析及对策建议[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(1): 15-18.

(收稿日期: 2014-02-14 修回日期: 2014-05-16)

[J]. 中国当代医药, 2011, 18(18): 201-202.

[10] 叶伟红, 傅军霞, 华俊彦, 等. 外科围术期预防用抗菌药调查分析[J]. 药物流行病学杂志, 2011, 08(8): 411-414.

[11] 陈威, 张书存, 董剑云. 外科手术患者抗菌药物应用调查分析[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(16): 2062-2063.

[12] 刘广洲, 刘晓敏. 某院普外科专项整治前后抗菌药物的使用分析[J]. 中国医药指南, 2013, 10(29): 70-72.

[13] 刘蕾, 邵文博, 刘策时, 等. 我院围手术期抗菌药合理应用干预措施及其效果[J]. 中国药学杂志, 2011, 1(1): 71-74.

[14] 张亮, 左改珍, 张莉莉. 210 例甲状腺手术患者抗菌药物预防性使用调查[J]. 安徽预防医学杂志, 2010, 4(4): 322-323.

[15] 曲秀娟, 郭伟明, 陈玲, 等. 某院甲状腺手术患者围手术期抗菌药物应用调查分析[J]. 中国实用医药, 2009, 4(27): 35-36.

[16] 崔霞, 何晓锋, 吴楠. 170 例 I 类切口手术预防性使用抗菌药物分析[J]. 空军总医院学报, 2009, 25(2): 64-66.

(收稿日期: 2014-02-10 修回日期: 2014-04-25)