

对肿瘤临终患者的常见症状管理可开展循证护理及课题研究。

保证患者安全是护理管理工作的首要任务和内容。死亡病例讨论过程中发现医院管理存在不同程度的薄弱环节,如褥疮管理,防跌倒、坠床的管理,管道滑脱的管理,用药安全、自杀防范的管理等。虽然这些因素不是造成患者死亡的直接原因,却值得管理者关注与深思。针对以上问题,科室除了加强患者的安全教育外,还采取了相应的举措。(1)强迫体位褥疮的管理:死亡病例中有 3 例由于癌痛等原因,采取了强迫体位,患者不愿翻身,对褥疮的防治工作造成了影响。为此,科室进行了褥疮管理方面的培训,积极查找文献,对强迫体位的褥疮管理提出对策。(2)管道固定方法:针对部分患者存在管道滑脱的风险,讨论后规定对易滑脱的腹腔引流管、胸腔引流管采用思乐扣固定的方法。(3)自杀防范管理:死亡病例中有 1 例因知晓病情后投河,自杀未遂。值得管理者重视的是,告知患者病情的方法需因人而异,同时应密切关注肿瘤患者住院期间的心理状况,对患者的心理健康进行有效评估,及时发现存在自杀倾向的患者,并给予高度关注。为此,本院借鉴相关研究结论,在新设计的肿瘤专科护理评估表中纳入了患者心理状况、近期是否有重大应激性事件等评估项目^[11-12]。(4)保证用药安全:针对抢救患者,在使用多巴胺、生长抑素、奥曲肽等血管活性药物时,需小剂量、稳定地输注,以保证用药的效果;在可调节输液器、输液泵无法实现精准给药时,可采用注射泵,以保证特殊用药的安全。

医护团队的紧密配合、团结协作,是保证整体医疗护理质量水平提高的重要因素。开展死亡病例讨论,邀请医师讲课,开展医护人员共同进行业务学习及培训等活动,是目前本院加强医护沟通与配合所采用的主要方式。针对如何进一步促进医护之间的分工与协作,有效推进医护一体化的进程,实现共同学习与成长,是护理管理者与医疗管理者需要共同思考的问题。

综上所述,开展死亡病例讨论是提高护理质量的有效方式,有利于护理管理者从中发现管理的薄弱环节,总结经验与不足,提升自身业务水平及管理能力;有利于增进医护工作之间的理解与衔接,提高护理质量管理水平。

参考文献

- [1] 胡敏,王敏,李玉梅. 通过病例讨论有效规范临床护理行为的探讨[J]. 上海护理, 2005, 5(4): 61-62.
- [2] 杜淑英,韩景璐,穆红,等. 基于案例剖析对护理安全管理对策的思考[J]. 护理管理杂志, 2009, 9(9): 51-52.
- [3] 王奔,许剑锋,王亚丽. 死亡病历护理记录 294 份质量检查结果分析[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(7): 693-694.
- [4] 吴焰,郑晓芳,张晶. 心内科监护室开展死亡病例护理讨论的体会[J]. 中华护理教育, 2008, 5(2): 86-87.
- [5] 金丽红,潘华,赵素玉,等. 死亡案例模拟急救在低年资护士应急能力培训中的应用[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(12): 1074-1075.
- [6] 严勤,施永兴. 中国临终关怀服务现状与伦理探讨[J]. 生命科学, 2012, 24(11): 1295-1301.
- [7] Dixon H, Hordern A, Borland R. The breast cancer distance education program: development and evaluation of a course for specialist breast care nurses[J]. Cancer Nurs, 2001, 24(1): 44-52.
- [8] Brown CG. Symptom cluster research offers new efforts in patient symptom management[J]. ONS News, 2004, 19(12): 4-5.
- [9] Lorenz K, Lynn J, Dy S, et al. Cancer care quality measures, symptoms and end-of-life care[J]. Evid Rep Technol Assess, 2006, 137(1): 1-77.
- [10] Hsiao CP, Loescher LJ, Moore IM. Symptoms and symptom distress in localized prostate cancer[J]. Cancer Nurs, 2007, 30(6): 19-32.
- [11] Nasser K, Mills PK, Mirshahidi HR, et al. Suicide in cancer patients in California, 1997-2006[J]. Arch Suicide Res, 2012, 16(4): 324-333.
- [12] Muehlbauer P. Screen for psychosocial distress in patients with cancer[J]. ONS Connect, 2013, 28(1): 34-36.

(收稿日期: 2014-02-12 修回日期: 2014-05-16)

临床护理路径在 2 型糖尿病患者中的应用效果研究^{*}

林媛¹, 孟俊华^{2△}, 张红¹, 陈越¹ (1. 广西医科大第四附属医院内分泌科, 广西柳州 545005; 2. 北京市海淀区解放军总医院内分泌科 100853)

【摘要】 目的 探讨临床护理路径在 2 型糖尿病患者中的应用效果。方法 将广西医科大第四附属医院 2010 年 1 月至 2013 年 1 月收治 680 例的 2 型糖尿病患者随机分为观察组、对照组, 每组各 340 例。观察组患者按照临床路径护理模式进行护理, 对照组给予糖尿病患者常规护理。比较两组患者对护理工作的满意率、平均住院时间、人均住院费用。结果 观察组患者对护理工作的满意率为 96.3%, 明显高于对照组的 78.0%, 观察组患者平均住院时间为 (8.75±2.22)d 明显低于对照组的 (12.00±3.91)d, 观察组患者人均住院费用为 (4 124.53±1 043.12) 元明显低于对照组的 (4 824.00±2 809.08) 元, 比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 应用临床护理路径可有效利用资源, 降低运营成本, 缩短患者住院时间, 提高患者对护理工作的满意率。

【关键词】 糖尿病; 临床护理路径; 满意度; 平均住院时间; 人均住院费用

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)18-2626-03

糖尿病是慢性非感染性疾病, 随着生活水平的提高, 发病率呈逐年上升的趋势。糖尿病不仅影响患者的生活质量、身心

健康, 而且给家庭与社会造成了巨大的负担^[1-3]。本研究选取广西医科大第四附属医院 2010 年 1 月至 2013 年 1 月收治 680

* 基金项目: 广西柳州市科学技术局科技攻关项目(1202097)。

△ 通讯作者, E-mail: pianpianqiwu13@163.com。

例的 2 型糖尿病患者为研究对象,旨在探讨临床护理路径在 2 型糖尿病患者中的应用效果,为加强医院经营管理、有效运用资源、降低运营成本、缩短患者住院时间、降低人均住院费用提供依据^[4-5]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将广西医科大第四附属医院 2010 年 1 月至 2013 年 1 月收治 680 例 2 型糖尿病患者随机分为观察组、对照组,每组各 340 例。观察组患者按照临床路径护理模式进行护理,对照组给予糖尿病患者常规护理。纳入标准:(1)符合糖尿病诊断标准,有糖尿病症状,随机血糖达到或超过 11.1 mmol/L 或采用口服葡萄糖耐量试验,服糖 2 h 后血糖达到或

超过 11.1 mmol/L;(2)年龄大于 18 岁;(3)对本研究知情同意。排除标准:(1)妊娠;(2)合并严重糖尿病足感染、脑血管意外、肾衰竭、肿瘤等疾病;(3)对本研究理解与依从性不够。

1.2 方法

1.2.1 临床护理路径 患者入院后经医生判断,开具医嘱后进入临床途径,护理人员按照临床路径表所列的内容依次执行各项教育并进行结果评价。如能达到预期目标,在该项措施处打钩并签名,以示完成该项措施。如不能达到预期目标,则针对变异情况,及时与临床医师等相关人员进行沟通,商讨处理意见,并做完整的记录,必要时退出路径^[6]。患者出院后将临床路径表收入病历。临床护理路径表见表 1。

表 1 2 型糖尿病住院患者临床护理路径表

时间	项目	内容	方式	签名
入院第 1 天	入院指导	(1)介绍病区环境;(2)介绍分管医生和护士;(3)介绍作息制度和安全制度	讲解、指导、阅读相关制度	××
入院第 2~3 天	糖尿病健康教育	(1)糖尿病病因及临床表现;(2)饮食和运动指导;(3)自我检测血糖;(4)低血糖的症状及防范措施	个别讲解或集体讲解	××
入院第 4~5 天	糖尿病健康教育	(1)指导患者合理用药,特别是餐前 30 min 口服和第 1 口饭同时嚼服的药注意区分,做好指导;(2)口腔及皮肤的护理;(3)糖尿病足的预防及足的保健指导(4)心理精神的护理	个别讲解或集体讲解	××
入院第 6~7 天	指导患者自行注射胰岛素	(1)介绍胰岛素的剂型及如何使用普通一次性注射器注射胰岛素;(2)诺和笔的安装和使用;(3)胰岛素的保存和注射部位的选择	个别讲解或集体讲解	××
出院时	出院指导	(1)详细讲解出院带药的名称、剂量、用法及不良反应,定期复查;(2)生活规律、适应社会、自我调节的方法;(3)发放糖尿病出院指导及内分泌专家出诊时间、联系电话	个别讲解	××
退出路径原因	××	××	××	××

注:××表示根据实际情况填写。

1.2.2 观察指标 统计分析患者对护理工作的满意率、平均住院时间、人均住院费用。患者满意率=表示满意患者例数/患者总例数×100%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件进行数据处理与统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 *t* 检验。计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验。*P* < 0.05 为比较差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者对护理工作的满意率明显高于对照组患者,观察组患者平均住院时间及人均住院费用明显低于对照组患者,比较差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患者各项指标比较

组别	患者满意率(%)	平均住院时间($\bar{x} \pm s, d$)	人均住院费用($\bar{x} \pm s, 元$)
观察组	96.3	8.75 ± 2.22	4 124.53 ± 1 042.12
对照组	78.0	12.00 ± 3.91	4 824.00 ± 2 809.08
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

护士是能够独立应用科学思维、决策和行动为服务对象解决健康问题的专业人员。而能够熟练应用护理程序解决临床问题是临床护士专业角色的集中体现。因此,学习、研究和应用护理程序是近代护理工作的发展方向^[1]。临床护理路径是

患者在住院期间的护理模式,是指由各种背景的医疗专家,根据某种疾病或某种手术方法,制订出的一种大家认可的护理模式。临床护理路径是实现医疗保险的预付制度的一种保证措施^[2-3]。患者由住院到出院都在临床护理路径模式下完成治疗,依据治疗结果来评估及总结每个患者的差异,以避免护理工作中犯同样的错误或失误,从而控制医疗成本,提高医疗质量^[4-5]。

随着糖尿病的发病率增高^[6],糖尿病患者人数也在逐年增加,导致内分泌科护理任务繁重,部分患者被迫在急诊留观或暂时在其他科室治疗。内分泌科的护理工作也因为没有足够合理的护理程序,常出现疏漏,如没有及时向患者讲解糖尿病相关知识,以及患者自我注射胰岛素、胰岛素的保存和使用温度、诺和笔的安装及使用、低血糖的防范等知识,导致患者住院时间延长,住院费用增加,给患者带来苦恼的同时,也使患者对医护工作的满意度降低,严重影响医患关系。因此,制订具有内分泌专科特色的护理路径有助于解决糖尿病患者住院难、住院贵的问题。已有很多医学专业在应用临床路径解决临床实际问题方面获益,如陈涪容^[7]介绍的临床路径在护理实习带教中的应用研究,杨静等^[8]介绍的临床护理路径在经桡动脉介入治疗患者中的应用等。

本研究结果表 2 显示,观察组患者对护理工作的满意率高于对照组患者,且观察组患者平均住院时间、人均住院费用均低于对照组患者(*P* < 0.05)。由此可见,糖尿病临床护理路径模式护理效果优于常规护理。实施临床护理路径能够解决城

城镇职工基本医疗保险的经费困难,加强医院经营管理,有效利用资源,降低运营成本,缩短患者住院时间,提高服务水平,是适应城镇职工基本医疗保险制度改革,提高医院经营效益的切实有效的措施之一。

在 2012 年临床路径管理工作会议中,卫生部副部长马晓伟指出:“‘十二五’期间,所有三级医院和有条件的二级医院都要开展临床路径管理,符合进入临床路径标准的患者中,至少 50% 要进入临床路径管理,入径后完成率不能低于 70%”^[9]。可见临床路径的重要性和必要性。临床护理路径已经作为一种新的护理标准化模式在临床中广泛开展,能有效地协调护理人员的工作,使护理工作都沿着路径的内容和图示进行,从而有计划、有目的地进行治疗和护理,促进医、护、患三者的信息交流与情感沟通,确保治疗和护理的连续性和完整性,使护理行为更为规范化,保证护理效果更加安全有效,并有效地提高护理工作质量及患者对护理工作的满意度^[10]。应用临床护理路径可以促进个性化健康教育的开展,充分体现健康教育的系统化和规范化,患者对健康知识的掌握程度也有了较大的提高,促进了患者身心康复^[11]。临床护理路径的实施,加强了护患交流,使患者关于糖尿病的理论知识不断增加,及时纠正错误观念,提高了患者对治疗的依从性,以及自我管理能力和提高了护理工作效率及护理质量。病案质量监控是检查临床路径落实的标准,临床路径的管理思想,是通过规范医疗过程,以减少同一病种不同患者、不同医生的医疗差异为目的,把患者病情和诊疗过程用图表的方式直观地表现出来,并通过计算机管理信息系统实现对某一疾病患者从入院到出院整个诊疗过程的全程监控,使质量管理从终末管理向过程管理转变^[12]。卫生部在两年左右时间对 50 家医院的临床路径进行研究,结果显示,患者对临床护理工作的满意度明显提高,患者平均住院时间和人均住院费用明显下降,临床护理路径的实施使糖尿病患者享受到了护理的实惠,疾病得到有效治疗^[13]。本研究显示临床路径的护理模式可以为糖尿病患者切实解决经费问题,减轻医保负担,加快医院床位运转,提高了医疗质量。

参考文献

[1] 袁剑云,曾熙媛,李庆功. 我国建立临床护理实践标准的

意义[J]. 中华护理杂志, 2001, 36(1): 5-9.

[2] Wang YG, Qiu FZ, He XT. Minimally invasive medicine: new theoretical system of medicine[J]. Chin Med J, 2004, 117(1): 4-5.

[3] 王永光,何兴图. 建立“微创临床路径”、发展微创医院[J]. 中国医刊, 2004, 39(11): 52-53.

[4] 吴进军,徐德志. 实施临床路径 提高经营效益——介绍一种医疗经营管理方法[J]. 现代医院, 2003, 4(8): 68-69.

[5] 王晓东,杨璞,马军. 单病种管理在新型农村合作医疗制度住院补偿中的运用[J]. 中国全科医学, 2007, 6(18): 706-709.

[6] 孙丹丹,江有琴,陈艳. 临床护理路径在胰岛素注射患者健康教育中的应用[J]. 海军医学杂志, 2012, 3(33): 205-207.

[7] 陈溶容. 临床路径在护理实习带教中的应用研究[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(14): 1202-1203.

[8] 杨静,周维艳,徐玲,等. 临床护理路径在经桡动脉行 PCI 患者中的应用[J]. 中华全科医学, 2013, 1(11): 148-156.

[9] 霍添琪,靳峰,韩杰,等. 临床路径管理试点工作实施现状分析[J]. 中国医院, 2011, 18(2): 2-5

[10] 张丽萍,黄萧,廖明芬. 临床路径护理在子宫切除患者中的应用[J]. 海南医学院学报, 2010, 2(14): 73-74.

[11] 孙玲红,孙琦,龚有红,等. 我国临床护理路径的研究现状[J]. 护理管理杂志, 2008, 8(3): 24-26.

[12] 李素萍. 病案管理在临床路径推广中的作用[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(17): 2173-2175.

[13] 张慧力. 加强医德医风建设 提升医疗服务品质[J]. 中外医疗, 2009, 28(17): 112-114.

(收稿日期:2014-02-16 修回日期:2014-05-10)

颈前路椎体次全切除内固定术治疗颈椎后纵韧带骨化症围术期护理研究*

高爱芹,周玉军(河北省邯郸市中心医院骨二科 056001)

【摘要】 目的 探讨颈前路椎体次全切除内固定术治疗颈椎后纵韧带骨化症的围术期护理方法。**方法** 分析 2009 年 6 月至 2010 年 11 月行颈前路椎体次全切除固定术治疗的 26 例颈椎后纵韧带骨化症患者围术期护理方法、治疗效果及并发症处理情况。**结果** 26 例患者术中均未出现脊髓损伤,术后神经功能有不同程度改善。5 例患者发生脑脊液漏,4 例患者出现一过性咽痛和吞咽困难,采用针对性护理措施后均好转。**结论** 在颈前路椎体次全切除内固定手术前后采取规范化护理措施,对术中、术后可能导致并发症的因素进行针对性护理干预,既有利于保证手术效果,也有利于避免并发症的发生。

【关键词】 颈椎后纵韧带骨化症; 颈前路椎体次全切除内固定术; 围术期护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 18. 060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)18-2628-03

颈椎后纵韧带骨化症(OPLL)是指颈椎后纵韧带发生异位骨化,进而导致颈椎管狭窄,压迫脊髓产生的一系列临床症

状。手术是治疗 OPLL 的最有效方法,其中颈前路椎体次全切除内固定术的应用较为广泛^[1]。然而,颈前路椎体次全切除

* 基金项目:河北省邯郸市科技计划项目(1223108148)。