

## 临床路径管理模式应用于急性 ST 段抬高性心肌梗死治疗的重要性

黄宁玉, 刘 健, 普 鑫, 张红星, 瞿 秋  
(昆明医学院第一附属医院, 云南昆明 650032)

[关键词] 临床路径; 心肌梗死; 治疗

[中图分类号] R541.4; R197.323 [文献标识码] A [文章编号] 1003 - 4706 (2012) 04 - 0145 - 02

临床路径 (clinical pathway, CP) 是指对特定的患者做最适当的有顺序和时间性的照顾计划, 是以表格形式把医嘱、检查、护理等主要医疗过程进行规范, 使服务对象获得最佳的照顾品质, 它是管理学工具在医疗方式和医疗行为方面的全新应用, 其已成为一种提高医疗质量、减少资源浪费的有效途径<sup>[1]</sup>。作为一种单病种质量管理手段, 临床路径在缩短平均住院日, 降低平均住院费用, 提高医疗质量, 控制医疗成本, 合理配置医疗卫生资源等方面有着非常独特的优势。

随着医疗卫生体制改革步伐的加快, “以病人为中心”的新型医疗原则逐步确立。2010年1月, 卫生部正式确定在全国73家医院的22个专业, 开展112个病种的临床路径试点工作, 标志着临床路径已经进入实施阶段。在云南省正式确定进入临床路径的64个病种中, 急性ST段抬高心肌梗死 (acute ST-segment elevation myocardial infarction treatment, STEMI) 就是其中之一, 笔者对2008年至2011年昆明医学院第一附属医院心内科收治的STEMI患者1711例进行统计分析, 为进入路径的单病种管理提供依据。

### 1 资料与方法

#### 1.1 方法

数据来源于昆明医学院第一附属医院 HIS 系统中记录的2008年1月1日至2011年12月期间 STEMI 患者病历首页资料及相关报表, 根据国际疾病分类 (ICD-10) 编码标准进行分类。运用医院计算机信息管理系统及 SPSS 统计软件对数据进行整理分析。

#### 1.2 资料

临床路径适应对象第一诊断为急性 ST 段抬高

型心肌梗死, 笔者收集2008年1月至2011年12月昆明医学院第一附属医院心内科收治的 STEMI 患者1711例, 其中对照组为2008年1月至2009年12月收治患者783例 (男性672例, 女性111例), 年龄37~78岁, 平均 (61.1 ± 12.5) 岁; 急性前壁心梗429例, 急性下壁心梗262例, 急性后壁心梗106例, 急性广泛前壁心梗90例, 急性高侧壁心梗20例, 急性前间壁心梗28例。临床路径组为2010年1月至2011年12月开展临床路径后收治患者, 其中男763例, 女165例, 年龄32~75岁, 平均年龄 (59.4 ± 12.7) 岁; 急性前壁心梗408例, 急性下壁心梗352例, 急性后壁心梗87例, 急性广泛前壁心梗118例, 急性高侧壁心梗12例, 急性前间壁心梗28例。2组间性别、年龄及心肌梗死部位等基本情况差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 2 结果

比较临床路径组及对照组 STEMI 者治疗人数, 前者较后者增加145例, 增加了18.52%, 见表1表2。作为目前治疗的首选直接冠状动脉 (冠脉) 经皮介入治疗 (PCI) 或溶栓治疗, 进一步改善患者预后<sup>[2]</sup>, 根据临床路径的要求行 PCI 或溶栓治疗是冠脉的开通首选, 符合指南的要求。从表1也显示, 2组间 STEMI 患者的治愈好转率比例由92.5%上升至96.3%; 而死亡比例下降, 由3.6%降至2.4%, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表1、表2显示患者平均住院天数降低, 由11.52 d 下降至 8.78 d, 约减少 3 d。人均药费从5078.48元降至4965.03元, 其差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

[作者简介] 黄宁玉 (1965~), 女, 云南昆明市人, 大学本科, 主要从事病案信息技术与病案管理研究工作。

表1 2008至2011年收住心肌梗死患者主要指标分析 [n(%), ( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	n	疗效	死亡	住院天数(d)	手术人数
对照组	783	724(92.5)	28(3.6)	11.52 ± 6.66	647(82.63)
临床路径组	928	894(96.3)**	22(2.4)	8.78 ± 5.47**	776(83.62)

与对照组比较, \*\* $P < 0.01$ .

表1 2008至2011年收住心肌梗死患者主要指标分析 [n(%), ( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	n	溶栓人数	非手术人数	人均药费(元)	总住院费用(元)
对照组	783	65(8.30)	71(9.07)	5078.48	33 212.14 ± 25 941.84
临床路径组	928	95(10.24)	57(6.14)	4965.03**	35 631.01 ± 15 560.72

与对照组比较, \*\* $P < 0.01$ .

### 3 讨论

正如中国心血管病预防指南<sup>[3]</sup>指出, 随着我国经济发展和科学技术的进步, 人民的生活和医疗条件有了很大改善. 从总体看, 人民的健康水平明显提高, 人均寿命逐年延长. 但研究表明, 我国人群心血管病(主要是冠心病、脑卒中和周围血管病)的发病率逐年上升, 发病年龄提前. 就昆明医学院第一附属医院情况可以看出 STEMI 患者临床路径组较对照组增加了 18.52%, 尽管 2 组患者的年龄无差异, 但从发病平均年龄分析, 临床路径组较对照组偏低, 说明发病年龄提前, 这一点与心血管病预防指南所指一样.

急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南<sup>[4]</sup>指出 STEMI 发病 12 h 内、持续 ST 段抬高或新发生左束支传导阻滞者, 早期药物或机械性再灌注治疗获益明确. 而且, 应该强调“时间就是心肌, 时间就是生命”, 尽量缩短发病至入院和再灌注治疗的时间. 为此应建立“绿色通道”, 昆明医学院第一附属医院在 2006 年就建立了绿色通道, 医护人员缺乏共同认可的统一的临床路径, 每位医生常根据自己对 STEMI 指南的解读, 采用不同的流程化处理, 医护协调性差, 造成急诊静脉溶栓开始时间及直接 PCI 术前急诊留观时间明显延长<sup>[5]</sup>. 实施临床路径后, 心内科医护人员根据统一的工作流程图对患者

实施诊断和治疗, 提高了医疗质量.

治愈好转率的上升, 死亡比例的下降, 平均住院日降低, 人均药费的降低这些都是开展临床路径的共同优势, 同时提高病床使用率和周转率, 改善患者就医难的状况, 缩短住院天数, 促进医疗资源的合理利用. 总住院费用由 33 212.14 元上升至 35 631.01 元, 是由于材料费用的增加所致. 由此可以证实了临床路径管理是一种新的行之有效的服务管理模式.

#### [参考文献]

- [1] 董军, 刘亚平. 临床路径标准制订方法与实践[J]. 中国医院, 2009, 13(6): 11-15.
- [2] 祝振忠, 王海英, 程捷. 临床路径在急性 ST 段抬高型心肌梗死中的应用及效果[J]. 中外医疗, 2008, 31: 16-18.
- [3] 中国心血管病预防指南. 中华医学会心血管病学分会中华心血管病杂志编辑委员会[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(1): 3-22.
- [4] 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南. 中华医学会心血管病学分会中华心血管病杂志编辑委员会[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(8): 675-690.
- [5] 张奇, 沈卫峰. 急性 ST 段抬高型心肌梗死抗栓治疗临床研究进展及指南更新 [J]. 国际心血管病杂志, 2010, 37(6): 377-382.

(2012-02-19 收稿)