

临床护理路径管理在重型颅脑损伤术后 康复护理中的应用

贾春燕¹, 牛瑞芳¹, 王凯¹, 郭春燕²

1. 内蒙古医科大学附属医院神经外科, 内蒙古 呼和浩特 010059;

2. 内蒙古医科大学附属医院麻醉科, 内蒙古 呼和浩特 010059

摘要: **目的** 探讨分析重型颅脑损伤术后康复患护理中的临床护理路径管理的临床效果和临床价值。**方法** 2013 年 1 月至 2015 年 12 月在神经外科进行重型颅脑损伤术的 110 例患者, 随机分为对照组和观察组, 每组 55 例, 对照组给予常规的术后护理, 观察组在常规护理的基础上实施临床护理路径管理, 对比两组患者的出院时间、住院费用、并发症发生率、再手术率、再入院率及患者满意度。**结果** 观察组患者住院时间短于对照组, 住院费用少于对照组, 差异均有统计学意义 (P 均 <0.05); 观察组患者的满意度 (94.55%) 显著高于对照组 (61.82%), 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 观察组患者的并发症发生率、再手术率、再入院率显著低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05, P < 0.01$); 术后康复第 2 周、第 4 周、第 8 周、第 12 周的生活质量评分观察组显著高于对照组, 差异均有统计学意义 (P 均 <0.05)。**结论** 在神经外科重型颅脑损伤术后康复患者护理中实施临床护理路径管理可以有效缩短住院时间, 减少住院费用, 降低并发症发生率、再手术率、再入院率, 提高生活质量和患者满意度。

关键词: 临床护理路径管理; 重型颅脑损伤; 康复; 住院时间; 住院费用; 满意度

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)11-1567-03

重型颅脑损伤的致残率和病死率均较高, 严重危害患者的健康, 临床上目前以综合救治为主, 尚无特效的治疗方法^[1-2]。重型颅脑损伤患者的术后康复护理对患者的预后有着重要的意义。在康复护理中实施临床护理路径管理不仅可以有效改善患者的预后, 还可以指导护理人员主动地、有预见性地工作, 避免患者康复的延迟和医疗资源的浪费。我院对 55 例接受重型颅脑损伤术的患者在康复护理中实施临床护理路径管理, 取得了良好的临床护理效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院神经外科 2013 年 1 月至 2015 年 12 月的 110 例行重型颅脑损伤术的患者, 男性 53 例, 女性 57 例, 年龄 26 ~ 61 (31.15 ± 1.10) 岁; 入院时格拉斯哥昏迷评分 GCS 评分: 3 分 28 例, 4 分 28 例, 7 分 40 例, 8 分 14 例。经神经外科常规治疗后病情均比较稳定, 转入康复理疗科治疗; 所有纳入研究的重型颅脑损伤患者主要存在颅内血肿、脑干损伤、广泛颅骨骨折和广泛脑挫裂伤等重型颅脑损伤, 其中

颅骨骨折伴随有硬膜外血肿开颅术患者 35 例, 脑挫裂伤脑内血肿行开颅术血肿清除术的患者 45 例, 脑挫伤合并硬膜下血肿的患者 30 例。其中合并有脑干损伤的患者 36 例, 弥漫性轴索损伤的患者 44 例, 脑室出血的患者 16 例, 行气管切开术的患者 14 例。随机分为对照组和观察组, 每组 55 例; 对照组中男性 27 例, 女性 28 例, 年龄 26 ~ 61 (31.01 ± 1.30) 岁; 观察组中男性 26 例, 女性 29 例, 年龄 27 ~ 61 (33.33 ± 1.26) 岁。所有 110 例患者均符合重型颅脑损伤诊断标准, 经脑 CT 或脑磁共振确诊为重型颅脑损伤; 受伤后昏迷 6 h 以上, 意识障碍未减轻或再次昏迷; 有显著的神经系统阳性体征; 呼吸频率、血压、体温和脉搏有显著改变^[3]。两组患者性别、年龄比较差异无统计学意义 (P 均 >0.05), 具有可比性。

1.2 方法 所有患者均在术后进行康复护理。观察组在常规护理的基础上实施临床护理路径管理。

1.2.1 常规护理 对照组重型颅脑损伤术后康复患者均给常规的康复训练护理, 对于康复训练的幅度和次数不具体要求, 按照常规的医嘱执行护理操作, 教育方式采取随机的方式进行。

1.2.2 临床护理路径管理 观察组患者依照卫生部于 2009 年制定的《临床路径管理指导原则(试行)》设计出颅脑外伤康复路径治疗表。组建康复临床路径组织管理体系, 成立临床路径小组: 临床路径管理

委员会、临床路径实施小组、临床路径指导评价小组、个案管理小组。临床路径小组成员均由护士长、科主任或者副高以上职称的医师、护理人员及康复治疗师组成,由临床路径小组成员制定出重型颅脑损伤后康复护理临床路径的具体管理内容。

患者入院后 4 h 内由首诊医师完成入院病史,安排相应的检查项目和化验项目,24 h 内获取检验报告,完成首日诊断,对疾病给予定性和分期。临床路径小组成员根据患者的具体病情分期制定相应的康复方案,并向患者及其家属说明诊断的结果、康复治疗的目标、健康教育的目的、预期的预后以及初步检查、治疗方案等事项。

患者入院后第 1 周制定康复治疗目标:经康复治疗后可最大限度地恢复感知能力、语言能力和运动功能等;可有效提高生活自理能力;可有效提高生存质量。临床路径小组成员在患者入院后第 1 周内应加强和医护人员及康复治疗师的沟通,及时根据治疗状况和治疗意见对治疗方案进行调整,并对患者及其家属进行监督给教育,提高患者的配合度,进而提高康复治疗的临床效果。

患者进入后遗症期后,临床路径小组成员应通过各种代偿技术和辅助技术以及环境的改造,帮助患者学会如何应付功能不全的情况,指导患者应用新的方法对后遗症所导致的功能不全进行代偿,提升患者的个体参与能力,增强患者在各种环境中的适应能力和独立性。具体所采取的措施如下:继续加强日常生活活动能力训练,提升生活质量;训练熟练使用轮椅和矫形器;维持并强化言语训练和认知训练;继续传统疗法和物理疗法的治疗。

患者出院前或者转入社区康复治疗前,临床路径小组成员应对患者进行后续康复指导和出院前评估,同时制定出近期的方案,并给予细化和量化,具体到每周所达到的康复目标。指导患者及其家属每天记录康复训练内容和病情变化,每周向责任医师汇报 1 次,每个月进行 1 次阶段性总结,在康复过程中发现病情有不良变化,及时到医院复诊。

1.3 评价指标和评价标准 观察患者住院时间、住院费用、并发症发生率、再手术率、再入院率。利用我院神经外科自制的患者满意度调查问卷对患者家属

满意度进行调查,满意度 = (基本满意患者家属例数 + 一般满意患者例数) / 总患者例数 × 100%。术后康复第 2、4、8、12 周后的生活质量评分使用 ADL 量表进行评价。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 19.0 软件进行数据分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验,检验水准取 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者住院时间和住院费用对比 观察组患者住院时间短于对照组,住院费用少于对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.05)。见表 1。

2.2 两组患者护理干预后满意度对比 护理干预后,观察组患者的满意度(94.55%)显著高于对照组(61.82%),差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

2.3 两组患者护理干预后并发症发生率、再手术率、再入院率比较 护理干预后,观察组患者的并发症发生率、再手术率、再入院率低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 3。

2.4 两组患者护理干预后生活质量对比 术后康复第 2 周、第 4 周、第 8 周、第 12 周的生活质量评分观察组显著高于对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.05)。见表 4。

表 1 两组患者住院时间和住院费用对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间(d)	住院费用(元)
观察组	55	11.23 ± 3.45	12864.66 ± 110.37
对照组	55	16.96 ± 3.63	22667.78 ± 100.01
P 值		< 0.05	< 0.05

表 2 两组患者护理干预后满意度对比 (例)

组别	例数	满意	基本满意	一般	不满意	满意度(%)
观察组	55	31	21	3	0	94.55
对照组	55	14	20	11	10	61.82
P 值						< 0.01

表 3 两组患者护理干预后并发症发生率、再手术率、再入院率对比 例(%)

组别	例数	并发症发生	再手术	再入院
观察组	55	1(1.82)	0	0
对照组	55	15(27.27)	7(12.73)	6(10.91)
P 值		< 0.01	< 0.05	< 0.05

表 4 两组患者护理干预后生活质量评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术后	康复第 2 周	康复第 4 周	康复第 8 周	康复第 12 周
观察组	55	8.69 ± 1.15	18.69 ± 2.21	38.69 ± 3.81	62.69 ± 5.21	72.69 ± 6.21
对照组	55	8.71 ± 1.16	11.56 ± 3.06	20.69 ± 3.21	44.69 ± 6.21	51.69 ± 7.01
P 值		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

临床路径是指医护人员及其他医疗专业人员针对某个手术或某个病种,以循证医学作为基础,以预期的成本控制和预期的治疗效果为目的,制定的有严格的准确时间要求和工作顺序要求的标准化、程序化医疗检测流程和医疗处置流程^[4]。临床路径可以对患者治疗过程中一定发生的关键事件根据时间发生的先后顺序进行规定,在一定时限内实现预期的效果^[5]。作为一种先进的临床护理模式,临床护理路径可以在降低医疗成本的同时保证医疗质量,能够通过特定的病例或者病种通过实施标准化医护计划,不断优化诊疗护理流程,降低医疗费用^[6]。赖海燕等^[7]研究显示,针对某一种手术或者病种采取临床路径可以有效改善患者满意度,提高医疗资源的利用率。重型颅脑损伤是一种致死率和致残率均较高且治疗费用高昂的疾病,部分患者会发生不同程度的神经功能损伤,若不及时进行康复治疗,会导致肢体偏瘫的发生^[8]。如何优化利用医疗资源,在康复阶段对患者进行科学有效的治疗,让患者最大程度地获益是康复临床中值得关注的问题。皮加^[9]指出对重型颅脑损伤患者积极进行康复治疗 and 科学的护理干预,能够让患者受损的肢体功能最大限度地恢复代偿。临床路径管理作为一种可以提升医疗护理效率、降低医疗费用的医疗管理策略,可以有效优化医疗服务流程和诊疗护理缓解,加强对临床医务人员的管理,实现最大的成本效益^[10-11]。另外,临床路径的管理还可以满足患者及其家属的知情权,提高患者及其家属对医护工作的满意度,促进医患关系的和谐。本文研究结果显示,临床护理路径管理在重型颅脑损伤术后康复护理中的实施能够有效缩短患者的康复治疗周期、减少患者的住院天数、降低患者的住院费用,和常规的护理模式相比具有显著的优势,和国外的一些结

论一致^[12-13]。综上所述,在神经外科重型颅脑损伤术后康复患者护理中实施临床护理路径管理可以有效缩短住院时间,减少住院费用,降低并发症发生率、再手术率及再入院率,提高生活质量和患者满意度。

参考文献

- [1] 黄良珍,陈宝智,刘朝晖,等. 重型颅脑损伤患者术中低血压及术后死亡的危险因素[J]. 广东医学,2015,36(24):3838.
- [2] 袁鹰,李建民,任丽梅,等. 对颅脑损伤恢复期患者实施中医临床路径治疗 60 例临床观察[J]. 河北中医,2015,37(11):1647.
- [3] 宋凌霄,张咏梅,王静静,等. 重型颅脑损伤患者肺部感染危险因素 Logistic 回归分析及护理对策[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(19):50-53.
- [4] 滕燕伊,孙岭梅,任汝仙,等. 腹腔镜子宫肌瘤切除术临床路径评价[J]. 重庆医学,2013,42(18):2153-2154.
- [5] 程兰,王伟荣,陈锦丽,等. 临床路径质量管理与控制体系构建[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(11):818-820.
- [6] 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.
- [7] 赖海燕,卢桂花,秦丽平,等. 临床护理路径在垂体瘤经鼻切除术患者中的应用[J]. 护士进修杂志,2013,28(19):1745.
- [8] 张淑新. 重型颅脑损伤患者术后偏瘫行康复护理的价值[J]. 现代中西医结合杂志,2014,23(31):3518-3519.
- [9] 皮加. 早期康复护理干预对重型颅脑损伤术后偏瘫肢体康复效果的影响[J]. 河北医学,2013,19(5):768-771.
- [10] 田平,黄爱萍,李鹏,等. 临床路径对单病种管理影响的 Meta 分析[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(2):122-124.
- [11] 王锴,林剑浩. 实施临床路径管理前后全髋关节置换术住院费用的对比研究[J]. 中华骨科杂志,2014,34(6):612-618.
- [12] Glaser JB, Castellano M. Using Clinical Pathways to Access Interventions to Prevent COPD Readmissions [J]. Chest, 2015, 148(4):e134.
- [13] Cho HY, Na S, Kim MD, et al. Implementation of a multidisciplinary clinical pathway for the management of postpartum hemorrhage: a retrospective study[J]. Int J Qual Health Care, 2015, 27(6):459.

收稿日期:2016-07-07 编辑:王娜娜

(上接第 1566 页)

- [18] Wang YK, Hwang DY, Wanng SS, et al. Terlipressin-induced hyponatremic Encephalopathy in a noncirrhotic patient[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2013, 29(12):691-694.
- [19] Koul PA, Khan UH, Jan RA, et al. Osmotic demyelination syndrome following slow correction of hyponatremia: possible role of hypokalemia[J]. Indian J Crit Care Med, 2013, 17(4):231-233.
- [20] 成俊,周亚魁,陈纪伟,等. TNF- α , IL-1 β 在胰性脑病发病机制中的作用[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(3):142-145.
- [21] Shi C, Andersson R, Zhao X, et al. Potential role of reactive oxygen species in pancreatitis-associated multiple organ dysfunction [J].

Pancreatolgy, 2005, 5(4/5):492-500.

- [22] 黄娟,陈东风. 胰性脑病的诊治进展[J]. 重庆医学, 2015, 44(11):1558-1561.
- [23] 王玉军. 44 例复发性急性胰腺炎的临床特征、病因分析及治疗研究[J]. 中国卫生产业, 2014(16):1-2.
- [24] 张昆鹏,张晓愉,贾军红,等. 重症急性胰腺炎并发胰性脑病的临床特点及相关影响因素分析[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(21):4109-4112.

收稿日期:2016-06-20 修回日期:2016-07-28 编辑:王国品