

# 上消化道出血县级医院版临床路径的运用

叶莹<sup>1</sup>, 蔡春调<sup>1</sup>, 孙相钊<sup>1</sup>, 梁艳芳<sup>2</sup>, 张俐<sup>1</sup>, 莫如聪<sup>1</sup>, 陈虾妹<sup>1</sup>

1. 廉江市人民医院消化内科, 广东 湛江 524400; 2. 东莞市第五人民医院消化内科, 广东 东莞 523900

**摘要:** **目的** 探讨上消化道出血(UGIB)县级医院版临床路径(CP)的运用价值。**方法** 选取 2016 年 7 月至 2018 年 7 月廉江市人民医院消化内科收治的 120 例 UGIB 患者作为研究对象。采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组各 60 例。对照组采用常规治疗,观察组采用 UGIB 县级医院版 CP 治疗。统计比较两组的疗效、卧床时间、禁食时间、入院第 3 天大便潜血阴性率、主要住院费用、住院时间、满意度和出院后医嘱执行情况。**结果** 观察组的疗效明显好于对照组( $U=2.216, P=0.034$ )。观察组的卧床时间、禁食时间、住院时间均明显短于对照组( $P$  均  $<0.01$ )。观察组大便潜血阴性率为 91.67%,明显高于对照组的 78.33% ( $P < 0.05$ )。观察组的检查费、药费、其他费和总住院费用均明显低于对照组( $P$  均  $<0.01$ )。观察组患者和患者家属满意度均明显高于对照组( $P < 0.05$ )。观察组按时按量服药、合理作息和复诊的发生率均高于对照组( $P$  均  $<0.05$ )。**结论** UGIB 县级医院版 CP 可提高疗效,缩短患者的卧床时间、禁食时间和住院时间,同时可降低住院费用,提高患者和患者家属满意度及出院后医嘱的执行度。

**关键词:** 上消化道出血; 临床路径,县级医院版; 满意度; 住院费用; 住院时间

**中图分类号:** R 573.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)10-1380-04

## Application of county hospital version clinical pathway in upper gastrointestinal bleeding

YE Ying\*, CAI Chun-diao, SUN Xiang-zhao, LIANG Yan-fang, ZHANG Li, MO Ru-cong, CHEN Xia-mei

\* Department of Gastroenterology, Lianjiang People's Hospital, Zhanjiang, Guangdong 524400, China

Corresponding author: CAI Chun-diao, E-mail: caichundiao@163.com

**Abstract: Objective** To investigate the application value of county hospital version clinical pathway (CP) in upper gastrointestinal bleeding (UGIB). **Methods** A total of 120 UGIB patients who received treatment from July 2016 to July 2018 in Lianjiang People's Hospital were selected and divided into observation group and control group randomly ( $n=60$ , each). The control group patients received regular treatment, and observation group patients received UGIB county hospital version CP treatment. The curative effect, bedridden time, fasting time, negative constituent ratio of fecal occult blood on the third day of admission, main hospitalization expense, hospitalization time, satisfaction and implementation of medical orders after discharge were compared between the two groups. **Results** The curative effect in observation group was significantly better than that in control group ( $U=2.216, P=0.034$ ). The bedridden time, fasting time and hospitalization time in observation group were significantly shorter than those in control group (all  $P < 0.01$ ). The negative rate of fecal occult blood in control group was significantly higher than that in observation group (91.67% vs 78.33%,  $P < 0.05$ ). The examination expense, medicine expense, other expense and total hospitalization expense of observation group were significantly lower than those of the control group (all  $P < 0.01$ ). The satisfaction of patients and their families in the observation group was significantly higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). The incidence of taking medicine on time and in quantity, reasonable work and rest, and re-examination in the observation group was higher than that in the control group (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** UGIB county hospital version CP could improve the curative effect, shorten the bedridden time, fasting time and hospitalization time of patients, reduce hospitalization costs, improve patient satisfaction, family satisfaction and the implementation of doctor's advice after discharge.

**Key words:** Upper gastrointestinal bleeding; Clinical pathway, county hospital version; Satisfaction; Hospitalization expense; Hospital stay

**Fund program:** Guangdong Medical Research Fund Program (A2018123); Zhanjiang Science and Technology Program (2017B01122)

上消化道出血(UGIB)是消化内科常见的疾病之一,其起病急、发展快,病情严重者可危及生命<sup>[1]</sup>。近年来,我国 UGIB 发病率呈大幅上升趋势,占据大量的社会医疗资源,也给家庭及社会带来很大经济负担,因此如何提高诊治水平、降低医疗费用、缩短住院时间、提高医患满意度均是消化内科的研究热点<sup>[2]</sup>。临床路径(CP)由于其可降低医疗成本、规范医疗行为、提高医疗质量,因而可以满足医院和患者等多方面的需求而被引入国内,并迅速得到推广与发展,逐渐显现出其特有的优势<sup>[3]</sup>,然而卫生部前三批 CP 管理试点的 110 家医院中,绝大多数为地级市三级医院,直至 2012 年 12 月卫生部才出台 UGIB 等内科 12 个病种县级医院版 CP,目前有关 UGIB 县级医院版 CP 的基础理论和应用研究均较少,尚未形成系统、完整的医疗管理理论体系<sup>[4-5]</sup>。本研究通过探讨 UGIB 县级医院版 CP 的运用价值,以期为 UGIB 的诊治和 UGIB 县级医院版 CP 的优化等提供新依据。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究经医院伦理委员会审核通过(批准号:LJY2016023)且患者签署知情同意书。选取 2016 年 7 月至 2018 年 7 月廉江市人民医院消化内科收治的 120 例 UGIB 患者作为研究对象。所有对象均符合 2012 年国家卫生计生委颁布的 UGIB 县级医院版 CP 条件:(1)第一诊断必须符合 UGIB 疾病的编码(ICD-10:K92.204);(2)有呕鲜血、呕吐咖啡渣样物、黑便等表现,并同意胃镜检查且无胃镜禁忌者。(3)胃镜检查确诊为 UGIB。(4)仅需药物治疗者。(5)当患者同时具有其他疾病诊断,但在住院期间不需要特殊处理,也不影响 UGIB 的 CP 流程实施。排除标准:(1)第一诊断有误;(2)UGIB 患者入组后,因其他疾病需转科;(3)因各种因素未完成 CP 流程或改变治疗方案;(4)患者为非初治病例。采用随机数字表法将 UGIB 患者分为观察组和对照组,各 60 例。两组间一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

**1.2 方法** 观察组实施 UGIB 县级医院版 CP 方案:设立 CP 管理小组,个案管理员由廉江市人民医院消化内科 1 位副主任医师担任。在 UGIB 患者入院 24 h 内,课题组参考 2012 年国家卫生计生委颁布的 UGIB 县级医院版 CP 方案、十二指肠溃疡出血县级医院版 CP 方案、胃溃疡合并出血县级医院版 CP 方案等<sup>[4]</sup>,连同本院(消化内科专家、护理专业专家、医院管理专家等)专家共同制定个体化的 UGIB 县级医院版 CP 方案,随后严格执行制定出来的医师 UGIB 县级医院版 CP 程序和护理 UGIB 县级医院版 CP 护理程序。对照组接诊后则给予卧床休息、补液、质子泵抑制剂、止血及监测生命体征等常规治疗。两组出院后均给予埃司奥美拉唑肠溶胶囊(重庆莱美药业,国药准字 H20130095)20 mg/次,每天两次,疗程为 8 周,如幽门螺旋杆菌阳性,则需抗幽门螺旋杆菌治疗 2 周。出院 8 周后门诊复查胃镜。

**1.3 评价标准** 评价两组的疗效。统计两组的卧床时间、禁食时间、入院第 3 天大便潜血阴性构成比、主要住院费用和住院时间。采用本院自制的满意度调查表调查患者、患者家属、医生和护理人员的满意度。在出院 8 周患者复诊时,调查两组出院后医嘱执行情况,如患者不回来复诊,则通过电话随访的方式完成相关调查。疗效判定标准<sup>[6]</sup>:治疗后 1~2 d 活动性出血停止为显效;治疗后 2~3 d 活动性出血停止为有效;治疗后 3 d 仍可见活动性出血为无效。

**1.4 统计学分析** 处理数据的软件为 SPSS 22.0。计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用成组  $t$  检验;计数资料和有序分类资料均采用频数和百分比表示,采用 Yates  $\chi^2$  检验、Pearson  $\chi^2$  检验或秩和检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组疗效比较** 观察组的疗效明显好于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.2 两组的卧床时间、禁食时间和大便潜血阴性情况比较** 入院第 3 天,所有患者均大便标本送检,观

表 1 两组的一般情况比较 ( $n = 60, \bar{x} \pm s$ )

组别	男(例)	年龄(岁)	出血原因(例)			入院血红蛋白(g/L)	Forrest 分级(级)	
			胃溃疡	十二指肠球部溃疡	食管溃疡		II c	III
观察组	47	52.64 ± 7.15	15	39	6	96.08 ± 5.74	42	18
对照组	41	51.27 ± 6.38	13	42	5	95.46 ± 6.83	49	11
$\chi^2/t$ 值	1.534	1.107		0.345		0.538		2.228
$P$ 值	0.216	0.270		0.842		0.591		0.136

察组和对照组大便潜血阴性分别为 91.67% (55/60) 和 78.33% (47/60), 两组比较差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 4.183, P = 0.041$ )。观察组的卧床时间和禁食时间明显短于对照组 ( $P$  均  $< 0.01$ )。见表 3。

2.3 两组主要住院费用和住院时间比较 观察组的检查费、药费、其他费和总住院费用均明显低于对照组 ( $P$  均  $< 0.01$ )。观察组的住院天数明显短于对照组 ( $P < 0.01$ )。见表 4。

2.4 两组满意度比较 观察组患者和患者家属的满意度明显高于对照组 ( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 5。

2.5 两组出院后医嘱执行情况比较 观察组按时按量服药、合理作息和复诊发生率均高于对照组 ( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 6。

表 2 两组疗效比较 例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效
观察组	60	42(70.00)	18(30.00)	0
对照组	60	32(53.33)	23(38.33)	5(8.34)
$U$ 值			2.126	
$P$ 值			0.034	

表 3 两组的卧床时间和禁食时间情况比较 ( $h, \bar{x} \pm s$ )

组别	例数	卧床时间	禁食时间
观察组	60	20.26 $\pm$ 2.58	22.46 $\pm$ 2.53
对照组	60	24.19 $\pm$ 3.07	27.52 $\pm$ 3.10
$t$ 值		7.591	9.795
$P$ 值		$< 0.001$	$< 0.001$

表 4 两组主要住院费用和住院时间比较 ( $n = 60, \bar{x} \pm s$ )

组别	检查费(元)	药费(元)	其他费(元)	总住院费用(元)	住院天数(d)
观察组	2298.05 $\pm$ 186.50	2846.17 $\pm$ 360.35	702.48 $\pm$ 71.61	5864.45 $\pm$ 721.58	5.98 $\pm$ 1.71
对照组	2392.67 $\pm$ 207.28	3076.34 $\pm$ 383.71	785.55 $\pm$ 82.43	6259.38 $\pm$ 864.43	7.04 $\pm$ 2.02
$t$ 值	2.629	3.387	5.893	2.717	3.102
$P$ 值	0.010	0.001	$< 0.001$	0.008	0.002

注:检查费包括化验费、内镜和放射费等;其他费用包括床位费、护理费、治疗费、吸氧费和材料费等。

表 5 两组满意度比较 例 (%)

组别	例数	患者	患者家属	医生	护理人员
观察组	60	55(91.67)	57(95.00)	58(96.67)	56(93.33)
对照组	60	46(76.67)	49(81.67)	55(91.67)	53(88.33)
$\chi^2$ 值		5.065	5.175	0.607	0.901
$P$ 值		0.024	0.023	0.436	0.343

表 6 两组出院后医嘱执行情况比较 [ $n = 60, \text{例}(\%)$ ]

组别	按时按量服药	合理膳食	合理作息	运动锻炼	复诊
观察组	57(95.00)	58(96.67)	55(91.67)	53(88.33)	58(96.67)
对照组	50(83.33)	56(93.33)	46(76.67)	49(81.67)	50(83.33)
$\chi^2$ 值	4.227	0.175	5.065	1.046	5.926
$P$ 值	0.040	0.675	0.024	0.307	0.015

### 3 讨论

观察组的疗效明显好于对照组,这可能与 CP 方案是信息化和科学化的治疗系统,其明确要求在指定时间需要完成的诊治任务,因此可提高医护人员的临床工作效率从而使 UGIB 患者得到恰当和及时的诊治有关<sup>[7-8]</sup>。张勤俭等<sup>[9]</sup>将 CP 应用于溃疡性结肠炎诊治中也得到类似结果。对 UGIB 患者要求在出血原因明确而且无继续出血,同时患者生命体征平稳、无明显头晕和乏力时才可下床活动和放开饮食。本研究观察组的卧床时间和禁食时间明显短于对照组,提示 UGIB 县级医院版 CP 有利于尽早明确出血原因,其原因可能与 CP 主要是针对某种手术或者某种疾病制定的具有时间顺序性和科学性的患者医疗

照护计划,其核心是将某种手术或者某种疾病所涉及的关键检查、治疗和护理等活动标准化,以确保患者在正确的时间和地点得到正确的诊疗服务<sup>[10-11]</sup>,因此可确保 UGIB 患者尽早行内镜检查有关。观察组入院第 3 天的大便潜血阴性率明显高于对照组,反映观察组的疗效明显好于对照组。

医疗费用上涨过快、降低医疗费用压力是我国医疗目前面临的主要问题之一<sup>[12]</sup>。观察组的检查费、药费、其他费和总住院费用均明显低于对照组,提示 UGIB 县级医院版 CP 可降低 UGIB 的诊治费用,分析原因可能如下:CP 的干预可规范诊疗流程而减少不必要的检查,因此有利于降低检查费用;CP 的干预可促进药物的合理使用和减少资源浪费,因此有利于减低药费和其他费用;在各种因素的综合作用下,观察组的总费用必然也会明显降低<sup>[12]</sup>。住院天数可以直接反映医疗系统的服务效率和资源的有效利用程度,同时也可间接反映医疗服务质量<sup>[13-14]</sup>。观察组的住院天数明显少于对照组,提示 UGIB 县级医院版 CP 在提高服务效率、医疗资源利用程度和服务质量方面均有优势,与复旦大学得出的结果类似<sup>[15]</sup>。

观察组患者和患者家属的满意度明显高于对照组,分析原因可能如下:(1)提高疗效,缩短住院时间,减少实验室检查次数、会诊次数、影像学操作次数等均会提高观察组患者和患者家属的满意度<sup>[16]</sup>,而观察组的疗效好、住院时间短、费用低,因此观察组患

者和患者家属的满意度也比较高。(2) CP 的实施需要医护人员、患者及家属共同参与,因此医患交流更加频繁,医患之间的理解和信任明显增加,医患关系明显改善<sup>[7]</sup>。值得注意的是,医生和护理人员的满意度在两组间的差别不大,分析原因可能如下:(1) CP 方案的疗效较好、费用较低、住院时间短等优点虽然可提高医护人员的满意度,但 CP 方案在诊治疾病的过程中有固有限制,诊治方案的灵活性相对比较差,可影响医护人员对 UGIB 患者进行个体化诊治,因而在一定程度上影响医护人员的满意度<sup>[17]</sup>。(2) 目前医护人员对 CP 的认识和掌握有待提高,而且一些医疗政策与医护人员工作积极性存在矛盾(例如 CP 的工作量相对较大等),从而导致医护人员实施 CP 原动力下降而使满意度下降<sup>[18-19]</sup>。

UGIB 患者出院医嘱执行程度与 UGIB 患者是否再出血关系密切。观察组按时按量服药、合理作息和复诊的发生率均明显高于对照组,提示 UGIB 县级医院版 CP 可提高 UGIB 患者出院医嘱的执行程度,这对于目前患者出院后服药依从性较低的现状来说<sup>[20]</sup>,非常有临床意义,分析原因可能与 UGIB 县级医院版 CP 的健康教育使患者掌握更多的 UGIB 知识,并了解出院医嘱的益处有关。

综上所述,UGIB 县级医院版 CP 可明显提高 UGIB 患者的疗效,缩短卧床时间、禁食时间和住院时间,同时可明显降低住院费用,提高患者满意度、患者家属满意度和出院后医嘱执行程度。值得注意的是,因为卫生部出台的 UGIB 县级医院版 CP 规定它的诊治对象只能是仅需药物治疗者,因此本研究的研究对象仅限于 II c ~ III 级(Forrest 分级)的胃溃疡、十二指肠球部溃疡或食管溃疡出血患者,至于如何优化 UGIB 县级医院版 CP 在其他类型或 Forrest 分级 UGIB 中的应用,值得下一步探讨。

## 参考文献

[1] Franco MC, Nakao FS, Rodrigues R, et al. Proposal of a clinical care pathway for the management of acute upper gastrointestinal bleeding [J]. *Arq Gastroenterol*, 2015, 52(4): 283-92.

[2] 刘少志,严鹏科,许俊,等.白眉蛇毒血凝酶治疗上消化道出血的临床疗效观察[J].*中国医院药学杂志*, 2013, 33(8): 638-640.

[3] Huang ZX, Dong W, Duan HL, et al. Similarity measure between patient traces for clinical pathway analysis: problem, method, and applications [J]. *IEEE J Biomed Health Inform*, 2014, 18(1): 4-14.

[4] 卫办医政发[2012]156号.卫生部办公厅关于印发上消化道出血等内科 12 个病种县级医院版临床路径的通知[J].卫生部办

公厅, 2012, <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s3586/201301/ed400eba00de4166a2e20913cb14bc04.shtml>.

- [5] 路阳.新疆阿勒泰地区县级医院临床路径实施策略研究——以 3 家县级医院为例[D].济南:山东大学,2015.
- [6] Lee SH, Jung JT, Lee DW, et al. Comparison on endoscopic hemoclip and hemoclip combination therapy in non-variceal upper gastrointestinal bleeding patients based on clinical practice data: is there difference between prospective cohort study and randomized study? [J]. *Taehan Sohwagi Hakhoe Chi*, 2015, 66(2): 85-91.
- [7] 李山林,刘学进,周洪涛.肝硬化合并上消化道出血采用临床路径管理的体会[J].*世界华人消化杂志*, 2015, 23(2): 278-280.
- [8] Fleury N, Chevalley F, Rubli E, et al. Efficiency of the lausanne clinical pathway for proximal femoral fractures [J]. *Front Surg*, 2015, 2(5): 1-5.
- [9] 张勤俭,刘丽红,咸洪伟,等.临床路径实施于溃疡性结肠炎疗效观察[J].*现代消化及介入诊疗*, 2016, 21(5): 763-765.
- [10] 白洁,薛迪.临床路径的发展与我国实践[J].*中国卫生资源*, 2018, 21(5): 378-382.
- [11] Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review [J]. *BMC Med*, 2016, 14(1): 35-39.
- [12] 刘阳,魏旭锐,洪泽华,等.降钙素原联合临床路径在儿童社区获得性肺炎中的应用[J].*广东医科大学学报*, 2018, 36(2): 182-185.
- [13] 汪洋,刘义超,马骏.全膝关节置换临床路径与效果分析[J].*中国组织工程研究*, 2015, 19(9): 1340-1344.
- [14] Duncan CM, Moeschler SM, Horlocker TT, et al. A self-paired comparison of perioperative outcomes before and after implementation of a clinical pathway in patients undergoing total knee arthroplasty [J]. *Reg Anesth Pain Med*, 2013, 38(6): 533-538.
- [15] Bai J, Bai F, Zhu H, et al. The perceived and objectively measured effects of clinical pathways' implementation on medical care in China [J]. *PLoS One*, 2018, 13(5): e0196776.
- [16] Fakhri-Movahedi A, Soleimani M, Ghazvininejad R, et al. Effect of patient-focused clinical pathway on anxiety, depression and satisfaction of patients with coronary artery disease: a quasi-experimental study [J]. *Iran Red Crescent Med J*, 2015, 17(9): e29933.
- [17] Kim TK, Chang MJ, Kim SJ, et al. Continuous improvements of a clinical pathway increased its feasibility and improved care providers' perception in TKA [J]. *Knee Surg Relat Res*, 2014, 26(4): 199-206.
- [18] 赵红梅,赵越,邓芒,等.影响临床路径完成率因素分析与对策建议[J].*中国医院管理*, 2015, 35(5): 27-29.
- [19] 倪阳,王魁平,龚睿婕,等.带状疱疹患者对临床路径诊疗的满意度研究[J].*上海交通大学学报(医学版)*, 2015, 35(6): 892-895.
- [20] 林白浪,王曙红,符小玲,等.全程分期健康教育对消化道出血患者遵医行为及生活质量的影响[J].*中国健康教育*, 2016, 32(8): 739-742.