

心科實施臨床路徑的情況分析

楊運勤 羅少霞 林麗珠 伍小娟

臨床路徑是醫院裏的一組人員共同針對某一病種的檢測、治療、康復和護理所制定的一個有嚴格的工作順序、有準確的時間要求的照顧計劃，以減輕康復的延遲及資源的浪費，使服務對象獲得最佳的醫療護理質量(李源德、朱樹勛、范碧玉, 2002)。在健康照護體系中，臨床路徑的概念最早起源於 20 世紀 70 年代早期，Shomaker 指出將醫療照護標準化是有益處的，可促進服務的完整性，並可評估病人的病程及治療效果，同時也是一種教育工具(引自吳袁劍雲、英立平 2002)。

臨床路徑對醫療範圍服務具有重要性，在美國、歐洲和亞洲已被廣泛應用，美國大約有 60% 的醫院應用臨床路徑。實施臨床路徑的病例選擇應首選那些發病率、費用高而手術或處置方式差異小的病種(Dennis, 1997)。臨床路徑是一種既可保證醫療質量，又可降低醫療成本，還能增加病人及家人滿意度的醫療模式。

作為一種先進的臨床服務模式，臨床路徑具有理順醫療護理程式、規範診療行為、減少重複勞動、提高醫療質量和工作效率、縮短住院日數、節約醫療成本、減少病人住院費用等特點，並通過“以最低廉的收費讓病人獲得最佳的醫療服務”，同時患者及家屬預知所接受的照顧，主動參與治療護理，使病人的滿意度上升，有效地改進醫患關係，提升患者對醫療服務的滿意度，為醫院帶來良好的社會效益，使醫院能通過增加服務人次和服務專案來增加經濟收入，這是醫院生存與發展的策略之舉。

我院心內科於 2004 年 5 月制定並實施了冠狀動脈造影術(CAG)與經皮穿刺冠狀動脈球囊擴張成形術(PTCA)臨床路徑服務模式，以觀察臨床路徑對病人的影響，通過調查醫護人員和病人對臨床路徑的看法及實施情況，以探討實施的可行性、效果和存在的問題。

方法

1. 建立臨床路徑推行小組，確定實施臨床路徑的模式病房及工作人員，形成多專業的合作團隊；
2. 收集 2004 年 1 月至 11 月在心內科 CAG 及 PTCA

病人實施臨床路徑前後的臨床資料，分為有無實施臨床路徑的兩種情況；根據病人來源不同，分為 3 組(政府病人組，政府心科組及自費組)；

3. 制定臨床登記表格和檔，確定觀察指標為平均住院日數；

4. 採用 SPSS 11 版軟體進統計分析。

結果

從表 1 可見：CAG 病人有無實施臨床路徑服務模式的平均住院天數不盡相同，政府心科組有實施臨床路徑比無實施臨床路徑的平均住院天數縮短 2.52 天，差別有極顯著意義；自費組有實施臨床路徑比無實施臨床路徑的平均住院天數縮短 1.52 天，差別有極顯著意義；山頂記帳組有實施臨床路徑比無實施臨床路徑的平均住院天數縮短 1.0 天，差別無顯著意義。

表 1 CAG 病人有無實施臨床路徑的平均住院日數比較

分組	實施	例數	平均數	標準差	差異顯著性檢驗
政府心科組					
	有	37	4.73	0.45	$P < 0.01$
	無	24	7.25	1.09	$t = 12.552^{**}$
山頂記帳組					
	有	2	5.00	1.52	$P > 0.05$
	無	7	6.00	1.60	$t = 0.784$
自費組					
	有	16	4.73	0.45	$P < 0.01$
	無	8	6.25	1.09	$t = 4.886^{**}$

從表 2 可見：PTCA 病人有無實施臨床路徑服務模式的平均住院天數也不盡相同，政府心科組有實施臨床路徑比無實施臨床路徑的平均住院天數縮短 3.62 天，差別有極顯著意義；山頂記帳組有實施臨床路徑比無實施臨床路徑的平均住院天數縮短 2.33 天，差別無顯著意義；自費組有實施臨床路徑比無實施臨床路徑的平均住院天數相反增長 2.0 天，因病例太少，沒能進行比較。

表 2 PTCA 病人有無實施臨床路徑的平均住院日數比較

分組	實施	例數	平均數	標準差	差異顯著性檢驗
政府心科組	有	19	7.47	0.93	$P < 0.01^{**}$ $t = 11.369$
	無	23	11.09	1.10	
山頂記帳組	有	3	8.00	0.00	$P > 0.05$ $t = 1.934$
	無	9	10.33	2.02	
自費組	有	1	9.00	0.00	
	無	3	7.00	0.59	

討論與體會

臨床路徑對病人的影響：

1.1 思想及觀念的轉變：患者改變了傳統的在盲目焦慮恐懼中接受治療，在參與臨床路徑的病人中，大部分病人都知道自己所患的疾病的名稱、所進行的檢查、瞭解相關檢查治療的知識和藥物，患者認為住院期間基本生活需要能得到滿足。

1.2 行動上並積極配合治療的進行：如床上小便功能的訓練及配合減輕術後不適的護理活動等。

1.3 實施臨床路徑後，患者的住院日數有明顯下降。從而降低醫療成本，減少醫療糾紛的發生。

1.4 從病人的角度進行持續的質量管理改善。自費病人減少了醫療費用，對使用政府資助醫療費用的病人來講，節省了醫療成本及開支。

2. 醫護人員對臨床路徑的看法：

2.1 有利於醫生對該疾病或手術實施最佳的治療，可以促進醫療團隊之間的協作。

2.2 可使護理人員預先知道病人所需的服務，可以減少醫療護理中不必要的差異。

2.3 按照臨床路徑的標準流程，醫生根據病人的疾病情況可以較快的將各種檢查開出；護理人員由

於預先知道病人的治療和護理活動，減少了過程中的差異；減少了併發症的發生率。

2.4 臨床路徑還需要各科之間的密切配合才能順利進行，大部份的人認為不能將所有的合併症納入臨床路徑中，可能會使專業受限。

大家認為臨床路徑這種醫療模式，是符合我院的宗旨。有利於促進醫生對該疾病或手術實施最佳治療，可以促進醫療團隊成員間的協作；可提供以病人為導向的高品質醫療服務；在質量方面，臨床路徑能維持和增加質量，它提供了標準化的流程管理，有利於服務品質的控制與改進(吳袁劍雲、英立平,2002)。

3. 變異的處理及存在的問題：

當病人伴有其他合併症時，我們進行個案護理。由於我院臨床路徑的實施尚在摸索階段，目前只有提供給醫護人員的臨床路徑單，使臨床路徑的某些優點不能體現出來，如增進醫患關係。臨床路徑的制定最好有兩份路徑單，一份由醫護人員填寫，一份交給病人，這樣可以增強醫患之間的溝通，避免不必要的誤會，減少醫患間的矛盾，因為文字性的東西可以給病人留下更加深刻的印象。

目前，臨床路徑的實施是由護士擔任監督者的角色，增加了護士的工作量，個人認為，臨床路徑若要大規模開展需要有專門的路徑監督者，才能保證路徑的順利和正確執行。

參考文獻

- 李源德、朱樹勛、范碧玉(2002). 臨床路徑理論與實務. 臺北：翰蘆圖書出版有限公司.
- 吳袁劍雲、英立平(2002). 臨床路徑實施手冊. 北京：北京醫科大學出版社.
- Dennis, E., & Weiland, M. D.(1997). Why use clinical pathways rather than practice guidelines. *Am J Surg*, (174), 54-55.

(接 18 頁)

heparin and saline flush solutions. *Pediatr Nurs*, 24, 142-5.

Niesen, K. M., Harris, D.Y., Pardin, L.S., & Henn L.T.(2003). The Effects of Heparin Versus Normal Saline for Maintenance of Peripheral Intravenous Locks in Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(4), 503-508.

Paisley, M.K., Stamper, M., Brown, J., Brown, N., & Ganong, L.H.(1997). The use of heparin and normal saline flushes in neonatal intravenous catheters. *Pediatr Nurs*, 23, 521-7.

Treas, L.S., Latinis-Bridges, B.(1992) Efficacy of heparin in peripheral venous infusion in neonates. *JOGNN*, 21, 214-9.