

# 临床路径的应用现状

潘克勤 尤桂凤 杨江森 (综述)

**【摘要】** 临床路径是在美国 20世纪 80年代后期, 医疗保险的支付方式发生了变更的背景下产生的。临床路径是旨在提高医疗、护理质量的工具表。与传统医学模式相比, 临床路径在提高医疗护理质量的同时, 提高了团队协作, 增加了患者本人的介入, 使医疗护理更加合理化、人性化。临床路径的关键是达到医疗护理标准化, 包括医疗团队的共识和循证医疗/护理。临床路径的应用是改善医疗、护理的持续活动, 医生努力提高自身的诊断技术, 熟悉手术前后的管理; 护士按照临床路径执行护理, 在执行中发现偏差并及时与医疗团队其他人员沟通, 纠正偏差; 药剂师、营养师等根据临床路径要求, 同医生、护士互相协调; 患者通过临床路径能够充分了解自己的病情, 积极配合, 最终使医疗护理质量提高, 患者满意度提高。

**【关键词】** 临床路径; 护理; 标准;

**The Application Status of Clinical Pathway** PAN Ke-qin, YOU Gui-feng, YANG Jiang-miao. Nursing Department of Tumor Hospital of Jiling Province, Changchun 130021, China

**【Abstract】** Clinical pathway was introduced in the late 1980s in America which occurred in the background of changed medical insurance payment mode. Its goal is to increase the instrument chart. Compared with traditional practice patterns, clinical pathway has the merit of increasing healthcare and nursing quality. Apart from this, a clinical pathway takes all the persons concerned into consideration in order to get standardization of clinical practice. It is suggested that the key point of the implementation of a standardized clinical pathway for patients should be a standardized healthcare and nursing based on the medical team and evidence based medicine/nursing. The implementation of a clinical pathway is the maintenance of improving healthcare and nursing. The clinical pathway is effective to use the hospital resources and all the persons concerned with clinical pathway cooperate with each other eventually clinical efficiency is improved.

**【Key words】** Clinical pathway; Nursing; Standardization

## 1 临床路径及产生背景

临床路径 (Clinical pathway, CP, 又称 Critical pathway, Care map, Care guide, Coordinated care plan) 是旨在提高医疗、护理质量的工具表, 其内容包括从患者入院到出院期间需进行的检查、化验、医生和护士的说明、围手术期所进行的处置、术后饮食指导、出院指导等大量信息, 涉及到的相关人员除医生和护士外, 还有营养师、药剂师、护理助手以及患者本人等, 以计划表的形式并辅以形象的图标, 使应用者对诊治计划一目了然。与传统管理模式相比, CP在提高医疗护理质量的同时, 提高了团队协作, 增加了患者本人的介入, 使医疗护理更加合理化、人性化。现在 CP是目前发达国家不可缺少的医疗工具, 作为现代化医院管理模式风靡于欧美和

日本。美国在 20世纪 80年代后期, 医疗保险的支付方式发生了变化, 由传统的消费支付方式转变为疾病群别支付方式 (Diagnosis related groups/Prospective payment systems, DRG/PPS)。消费支付方式是根据医疗服务的种类和量而进行的支付方式。与此相对应, DRG/PPS是根据疾病的诊断类别、事前设定的预期结果 (预期的服务和住院日数) 为基准的支付方式。CP正是在此背景下从缩短住院时间, 控制医疗费用立场出发而建立的管理工具并迅速普及应用。

## 2 临床路径的作用

CP有多种功能和作用, 主要为使医疗护理标准化; 改善医疗护理质量 (高水平的医疗护理标准化, 循证医疗、护理的采用); 有利于以患者为中心的医疗和护理; 提高患者的满意度; 提高患者自身管理意识; 充实病情告知 (Informed cor-

sent 患者自己可利用 CP所提供的详细医疗计划和信息充分了解自己的病情); 有利于提高医疗效率 (使医疗合理化、省力化); 术前、术后管理的系统化; 推动团队医疗, 加强医务人员之间的沟通; 增强安全管理 (避免医疗差错); 缩短住院时间; 节约医疗费用和资源; 改变全体工作人员的观念等。

## 2.1 CP在医疗护理上的作用

由于有了统一的 CP, 医务人员可根据 CP提供有计划性的标准医疗和护理; 医生、护士工作量减轻 (医嘱、记录系统的简化等); 减少因疏忽所致误差, 即使医生、护士换班后也可维持同样的医疗和护理; 医生、护士以及相关人员的责任分担明确; 偏离标准后易于发现, 可以及早对症处理; 依据 CP的制定、实施, 使医务人员的协调性增高; 入院期间缩短; 治疗费用缩减; 可以利用此对新就业人员、学生进行教育和指导; 易于归纳、整理各种临床资料。

## 2.2 CP对患者的作用

患者通过了解住院中的治疗计划, 可对自己的疾病治疗有相应的心理准备 (病情告知); 减少初次入院的不安感; 提高患者的自身管理意识; 增加同医务人员的沟通, 提高对医生、护士的信任感; 可以确定预计出院时间; 可以事前推测入院费用; 可以利用此进行医院间的比较。CP的特点是不仅从医生、护士的立场, 而且从患者、其他工作人员的立场对医疗护理重新认识和评价。

## 3 CP的 3个阶段

Zander将 CP分为 3个阶段。第 1阶段是总结归纳现行的医疗护理项目, 将其罗列在计划表中阶段。第 2阶段是改善医疗和护理, 使之达到标准化阶段。此阶段是探讨医疗护理的内容、护理介入的时间、效果和效率, 建立更恰当的护理体系。例如, 若比传统治疗早一日进行康复训练就可能更有利于患者出院后的康复; 术前而不是术后给予抗生素, 感染就可减少等。根据分析, 制定预期的医疗护理观察项目。第 3阶段是使用 CQI (Continuous quality improvement CQI 持续质量改善)、TQM (Total quality management TQM: 全面质量管理), 至系统改善, 达到理想的标准化阶段。Zander指出, 即使在美国, 达到此阶段的也很少。虽然在美国 90%以上的医院曾一度试行了 CP, 但在第 1阶段就失败的医院很多。CP的引入也是一种医学模式的改革, 有许多不可逾越的障碍存在。CP的实现需要团队的协作, 在日本有许多地方只是护理引入了 CP, 实际上, CP与医生的医嘱若不统一则医疗护理的标准化很难实现。

## 4 CP与医疗护理标准化

为了进入 CP的第 2个阶段, 有必要使医疗护理达到标准化。需要强调的是, 标准化的护理是“目标值”而非“平均值”。为了达到标准化, 医生、护士以及其他医疗团队人员之间的共识和循证医疗/护理 (Evidence based medicine/Nursing EBM/N) 是关键。

### 4.1 医疗团队的共识

如前所述, CP与医生的医嘱若不统一则医疗护理的标准化很难实现。同样, 与患者相关的医疗护理人员必须理解标准化医疗护理的内容。对一些特定疾病为对象制定 CP时医护人员同医疗团队内的共识可表现为如下 3个方面: ① 所有医生与所有医疗团队人员之间的共识。② 数名医生或一名医生与其他医疗团队人员之间的共识。③ 仅是护士或仅一部分医疗团队人员之间的共识。当然, 所有医生与所有医疗团队人员之间达成共识最重要。在 CP的第 2阶段, 对于特殊疾病能达到何种水平的共识也不尽相同。

### 4.2 CP与 EBM/N

为了达到 CP的第 2阶段, 实现医疗护理标准化, 采用 EBM/N 是最好的方法。EBM/N 同既往的医疗护理模式不同, 是有科学根据基础上的医疗和护理。第 2阶段并非是既往医疗护理内容或项目的平均, 而是与 EBM/N 确立的明确医疗目标相一致的标准化医疗护理。需根据 CP的医疗护理正确与否与既存的研究结果对比证实。临床上, 边护理边收集既存的研究结果几乎是不可能的。应用互联网等情报技术, 通过 Cochrane Library 或 Medline 等很容易检索到相关的医疗情报。如英国医保局 325个诊疗指南 (<http://www.nhs.gov/acc/default.html>), 美国的健康政策研究所 (AHCPR) 制定的指南 (<http://www.ahrp.gov>) 均包括与护理相关的指南。

## 5 CP偏差的含义与处理方法

如果偏离 CP“预期的医疗护理目标”则定义为偏差 (Variance)。因为 CP的偏差是与预期的与实际的医疗护理不一致, 所以, 更能显示患者的特殊性及系统的问题点。CP的不同阶段, 偏差的含义也不尽一致。第 1阶段 CP的偏差是 CP未标准化时期出现的, 因此, 可作为标准化指标的基础资料。由于患者的特殊性所致偏差较多出现时, 则有必要制定除外标准。例如, 因特定的基础疾病患者群 (如糖尿病) 反复出现偏差时, 应将这些患者设定为除外标准, 重新建立考虑合并症在内的灵活性大的 CP。另外, 医务人员所致的偏差, 如忘记医嘱反复发生的话, 则将医嘱再次纳入 CP内, 并标明“只要医生不停医嘱就继续执行”, 则可减少医务人员所致偏差。第 2阶段的偏差因是从标准化 CP产生的偏差, 可以利用其作为系统改善的 TQM 或 CQI 资料, 并且, 这些资料可以用于费用分析使用。第 2阶段标准化 CP的偏差不仅使患者的特殊性显著地表现出来, 而且, 使系统中有改善余地的部分也明确地显现出来。收集偏差的本来目的也是在此阶段, 也就是说, 所谓的“医疗护理标准化”CP也起到了检查护理质量指标的作用。CP如不进入到第 2阶段, 则其作用就不显著。根据此阶段的偏差分析, 系统很容易改善, 患者的特殊性也可明确, 对患者的服务质量也会相应提高。第 2阶段的偏差有: ① 患者的偏差: 因患者行动所致偏差, 也有其他原因如患者的配合与否, 预期计划取消等所致偏差。② 护理提供者所致偏差: 如因护理提供者的知识、技术不足不能提供 CP所要求的护理而产生的偏差。③ 系统偏差: 设施、系统上的问题产生的偏差, 如员工不足、设备不足等产生的偏差。

## 6 问题与展望

曾经有人指出,一旦有了 CP,医务人员就有了依赖思想,变成了不善思考的医生和护士,这需要个别对待;一旦有了偏差,就会担心患者不安感增强,耐心地解释、说明可获得患者的理解和配合。另外,有因住院期间缩短、患者满意度未提高等意见,实际上,最近希望早期出院、早期回到工作岗位的患者呈增多趋势。21世纪没有 CP 的医院将被淘汰,现在,顺应患者、社会和医院的自身需求,CP 也成了不可缺少的工具。实际上,CP 的应用是为了改善医疗、护理的持续活动。CP 的应用过程中,能促进医生努力提高自身的诊断技术,熟悉手术前后的管理;护士按照 CP 执行护理,在执行中发现偏差并及时与医疗团队其他人员沟通,纠正偏差;药剂师、营养师等根据 CP 要求,同医生、护士互相协调;患者通过 CP 能够充分了解自己的病情,积极配合,最终使医疗护理质量提高,患者满意度提高。

### 参考文献

- 1 Saint S, Hofer TP, Rose J, et al. Use of critical pathways to improve efficiency: a cautionary tale. *Am J Manag Care* 2003; 9 (11): 758-65.
- 2 Noie T, Konishi T, Nara S, et al. Development of clinical pathway in S-1 chemotherapy for gastric cancer. *Gastric Cancer* 2003; 6 Suppl 1

58-65.

- 3 Dy SM, Gang PP, Nyberg D, et al. Are critical pathways effective for reducing postoperative length of stay? *Med Care* 2003; 41 (5): 637-48.
- 4 Stephen AE, Berger DL. Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. *Surgery* 2003; 133 (3): 277-82.
- 5 Gutierrez Duenas M, Lozano FJ, Diez Pascual R, Ardeñá Diaz E, Garcia Arca D, Domínguez Vallejo FJ. A cute appendicitis: Usefulness of a evidence-based critical pathway. *Cir Pediatr* 2002; 15 (4): 156-61.
- 6 針原康, 小西敏郎. 消化器疾患のクリニカルパス. *外科*, 2004; 66 (1): 1-5.
- 7 阿部佳子. クリニカルパスの3段階. *看護管理*, 2000; 10 (4): 304-307.
- 8 尾形裕也. 21世紀の医療改革と病院経営. *日病院会誌*, 2001; 48: 839-864.
- 9 針原康, 小西敏郎. クリニカルパスの目的と効用. *胆と膵*, 2003; 24: 149-153.
- 10 須古博信. クリニカルパス導入の手順と戦略. *臨外*, 2003; 58: 12-17.

(本文编辑: 赵中升)

# 国内外护士职业压力研究

孙晓颖 (综述)

**【摘要】** 随着社会的发展,健康的概念已扩展为生理健康、心理健康以及良好的社会适应能力;同时,随着生活节奏的加快,竞争日益激烈,人们的心理压力也逐渐增加,更多的心理问题和心理疾病也应运而生。与健康关系密切的护理工作已成为卫生保健行业中压力最大的职业之一。该文从护士的职业压力表现、压力源以及对职业压力的干预模式等方面,就目前国内外关于护士职业压力的研究进行了综合性述评,并在此基础上展望了该领域的发展趋势,希望能以此加强我国对护士职业压力研究的重视。

**【关键词】** 职业压力; 护士; 职业倦怠

职业压力 (Occupational stress) 已严重影响到个体的生产力、工作满意感和健康<sup>[1]</sup>, 受到越来越多的社会学家、生理学家、心理学家以及政府部门的关注。护士是活动在护理服务对象的地域环境以及与他们的关系之中, 并与其共存的环境和个体或群体进行着双向和多向的交流<sup>[2]</sup>。护士的工作对象包括患病的人和健康的人, 他们必须经常面对病人、家属、医生及其他的健康工作者, 这些复杂的人际关系都会导致工作压力的产生。有研究表明, 护理是卫生保健行业中压力最大的职业之一<sup>[3]</sup>。

职业压力一方面会直接影响到护士的成就和健康, 同时也会间接影响到其所服务的对象——患者及家属; 另一方面,

政府和社会也承担着由职业压力带来的严重后果, 如因旷工、工作质量下降、赔偿、健康保险以及医疗而支付的巨额开支。因此, 只有在保障护士心理健康的前提下, 才能为患者提供高效的身心护理, 才能促进我国的医疗护理事业向更高质量的方向健康发展。

## 1 职业压力及表现

Folkman 和 Lazarus 认为压力是个体与超过他们的能力之外, 并危及到他们身心健康的环境间的交互关系。压力包括压力源和压力反应。压力源主要包括环境、认知、应对方式以及个体自身的特质因素。压力会导致心理和生理上的疾病, 在生活压力及其对心理、生理疾病易感性关系的研究中, 结果表明生活压力和生理疾病有显著的相关<sup>[4]</sup>。

作者单位: 215021 江苏省苏州市, 苏州大学心理学系