

· 论著 ·

医康护一体化模式在全膝关节置换患者临床路径中的应用*

北京大学深圳医院运动医学与康复科 (广东 深圳 518036)

李九群 王凤卿 肖银贵 胡会英 高心灵 张洪雷

【摘要】目的 探讨医康护一体化模式在全膝关节置换患者临床路径中的应用效果。**方法** 将150例患者按入院的先后顺序随机分为实验组、对照Ⅰ组和对照Ⅱ组。实验组在医康护一体化模式下通过整合治疗计划实施临床路径,对照Ⅰ组实施常规护理,对照Ⅱ组实施单纯临床护理路径。比较三组患者病人满意度、住院费用(除人工关节材料)、住院时间、膝关节功能评分(HSS)、术后并发症发生率。**结果** 实验组术后并发症发生率明显低于对照Ⅰ组和对照Ⅱ组,而对照Ⅱ组明显低于对照Ⅰ组($P<0.05$);术前膝关节功能评分无明显差异性($P>0.05$),术后实验组膝关节功能评分明显高于其他两组,而对照Ⅱ组明显高于对照Ⅰ组($P<0.05$);实验组与对照Ⅰ组、对照Ⅱ组比较,对照Ⅱ组与对照Ⅰ组比较,病人住院时间缩短,费用大幅降低,病人满意度提高(均 $P<0.05$)。**结论** 在全膝关节置换患者中应用医康护一体化模式,能缩短患者住院日、降低住院费用,有效预防术后并发症,促进患者的功能康复,提高患者满意度,是值得推广的一种工作模式。

【关键词】 医康护一体化模式;全膝关节置换;临床路径

【中图分类号】 R658.3; R49

【文献标识码】 A

【基金项目】 深圳市科技创新研发资金基础研究项目(JCYJ20140415162338793)

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2018.03.026

The Application of Doctor-therapist-nurse Mode in the Clinical Pathway of Total Knee Arthroplasty*

LI Jiu-qun, WANG Feng-qing, XIAO Yin-gui, et al., Department of Sports Medicine and Rehabilitation, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518036, Guangdong Province, China

[Abstract] **Objective** The study was to discuss the effect of the application of doctor-therapist-nurse mode in the clinical pathway for total knee arthroplasty. **Methods** 150 patients were divided into the test group, the first control group and the second control group. The test group was carried out clinical pathway by the integrated therapy process under doctor-therapist-nurse mode. While the first and the second control group was practised the routine nursing and the clinical pathway nursing respectively. Then, the incidence of postoperative complication, the hospital for special surgery knee score (HSS), the hospital stay, the hospital charge (except the artificial prosthesis), and the patient satisfaction were compared among the three groups. **Results** The second control group was lower than the first control group but higher than the test group in the incidence of postoperative complication, the hospital stay and the hospital charge obviously ($P<0.05$). The HSS had no difference among the three groups preoperatively ($P>0.05$), however, it was evident that the second control group got a higher score than the first control group but lower than the test group postoperatively ($P<0.05$). The second control group was higher than the first control group but lower than the test group in the patient satisfaction obviously ($P<0.05$). **Conclusion** The doctor-therapist-nurse mode could shorten the hospital stay, reduce the hospital charge, prevent the incidence of postoperative complication, promote the functional recovery and improve the satisfaction in total knee arthroplasty, which is a worth spreading mode.

[Key words] Doctor-therapist-nurse Mode; Total Knee Arthroplasty; Clinical Pathway

关节置换术是上个世纪骨科学界的一次里程碑式进展。众所周知,人工关节置换术需要一个可持续的、高质量的护理模式,随着人口逐渐老龄化,这种需要将会越来越迫切。文献报道,预计到2030年,美国的人工髋关节置换术将增长174%,而人工膝关节置换术更是增长达673%^[1]。我国目前尚无这方面的数

据,但即将迎来一次大规模增长却是不争的事实。研究表明,即使是简单的临床路径如早期活动、避免留置导尿管、多通道给药策略等,也能够减少全膝关节置换术(TKA)的并发症,降低30天内的再入院率,缩短住院时间(HLOS)^[2-12]。但遗憾的是,我国原有的临床路径都是由单学科成员(如管理者、护士等)开

作者简介:李九群,女,副主任护师,护理部副主任,骨科专科护理,主要研究方向:护理管理

通讯作者:李九群

展,工作模式仍然禁锢在传统的医患、护患两条平行线模式,没有真正实践全面健康管理^[13-14]。

本研究将为在医康护一体化模式下实施的临床路径,这样一个有别与单一的临床护理路径模式的推广应用提供有价值的参考,从而探索能促进患者康复,提高满意度,有效利用资源的新型医疗护理工作模式。

1 资料和方法

1.1 基本资料 本研究共纳入150名在我科接受全膝关节置换术(单侧)的患者,依照入院的时间顺序随机分为实验组、对照Ⅰ组和对照Ⅱ组,每组各为50例。150例中男性63例,女性87例,平均年龄(62.1 ± 11.3)岁。其中实验组男性23例,女性27例;对照Ⅰ组男21例,女29例;对照Ⅱ组男19例,女31例。纳入临床路径的标准: <75 岁,血糖控制在 7.3mmol/L 以下,无严重心血管疾病的骨关节炎患者。一旦在研究过程中发生路径变异(病情变化),则立即中止。三组患者均采用硬膜外麻醉下行手术治疗,三组在合并基础疾病(糖尿病、高血压、心脏病)、BMI、主力侧、性别、年龄的差异上无统计学意义($P>0.05$),说明是具有可比性的。

1.2 方法

1.2.1 对照Ⅰ组实施常规护理,对照Ⅱ组实施单纯临床护理路径,实验组在医康护一体化模式下通过整合疗理计划实施临床路径。

1.2.2 制定全膝关节置换术护理的临床路径的方案,按时间先后顺序(患者入院—手术—康复—出院),将健康教育、康复及护理的内容制表,由责任组长进行质量控制,并督导责任护士按要求、按时完成。

1.2.3 医康护一体化模式

1.2.3.1 成立医康护一体化小组,由主任、护士长担任统筹、协调督导。医生、康复师、护理组长对全膝关节置换术患者进行评估、共同制定TKA临床路径的一体化方案,即整合疗理计划单。

1.2.3.2 整合疗理计划完全遵照患者从入院到出院的时间顺序,制定TKA医康护一体化团队成员的工作流程和内容(医师、康复医师、护士、医务社工)。具体内容有术前准备、心理社会评估、术前化验检查、身体全面评估、麻醉师评估、手术计划、术后治疗、康复训练、护理并发症预防、回归社会的评估

等。一体化的最终目标是患方所有成员,包括患者本人、患者家属、照料者均知晓手术的相关情况,完善手术的准备,合理的超前镇痛,手术顺利,体力恢复,ADL活动,无并发症,术后6-7天肌力 $>\text{III}$ 级,主动屈膝 >1100 ,术后2周行走 $>100\text{m}$,膝关节被动达伸直,患者知晓出院、康复、随访注意事项。

1.2.3.3 医康护的一体化模式培训,依照一体化的临床路径的内容(TKA整合疗理的计划单)进行系统培训,由科室主任以及护士长进行协调和督导。

1.2.3.4 在医康护一体化模式下,实施以医生、康复师、责任护士为主导的分工合作,从而达到一体化目标。

1.2.3.5 采用“医康护一体化”共同交接班和查房形式,提供动态交流,评价实施路径的效果。

1.3 评价指标 ①并发症发生率(肺部感染、深静脉血栓、尿潴留、切口感染);②膝关节功能评分,采用美国特种外科医院HSS评分系统;③住院时间:从入院到出院的天数;④住院费用(不含人工关节的材料费用);⑤病人的主观满意度(在出院时,每个病人均发放一份满意度调查表,每份问卷以百分数计算)。

1.4 统计学处理 数据处理采用SPSS13.0统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用t检验。

2 结果

2.1 实验组术后并发症发生率明显低于对照Ⅰ组和对照Ⅱ组,而对照Ⅱ组明显低于对照Ⅰ组($P<0.05$),见表2。

2.2 术前膝关节功能评分无明显差异性($P>0.05$),术后实验组膝关节功能评分明显高于其他两组,而对照Ⅱ组明显高于对照Ⅰ组($P<0.05$),见表3。

2.3 实验组与对照Ⅰ组和对照Ⅱ组,对照Ⅱ组与对照Ⅰ组比较,病人住院时间缩短,住院费用降低,病人满意度提高(均 $P<0.05$),见表4。

3 讨论

临床路径(Clinical Pathway, CP)是指医生、护士、其他专业人员以及医院管理者等共同参与制定的、针对某个病种或手术的标准化照护计划。临

表1 三组患者基本情况

组别	例数	年龄	性别(男/女)	主力侧	BMI	合并症
实验组△	50	60.9±7.9	23/27	41/50	23.4±3.1	29/50
对照Ⅰ组※	50	64.1±13.7	21/29	38/50	23.1±3.2	31/50
对照Ⅱ组※	50	61.5±9.4	19/31	37/50	22.6±2.6	33/50
P值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表2 三组术后的并发症对比(例)

	例数	切口感染	尿潴留	静脉血栓	肺部感染	发生率%
实验组△	50	0	0	0	1	2%
对照Ⅰ组※	50	2	1	2	3	16%
对照Ⅱ组※	50	1	0	1	1	6%
P值						<0.05

注: ※与※比较, $P<0.05$; △与※比较, $P<0.05$

表3 三组手术前后膝关节HSS评分对比

	术前HSS评分	术后2周HSS评分
实验组△	40±20.7	77.0±12.5
对照Ⅰ组※	40±19.2	66.4±10.2
对照Ⅱ组※	42±21.3	70.3±11.3
t值	0.421	4.25
P值	>0.05	<0.05

注: 术前△与※比较, $P>0.05$; ※与※比较, $P>0.05$; 术后△与※比较, $P<0.05$; ※与※比较, $P<0.05$

表4 三组病人满意度、住院费用和住院时间对比

组别	病人满意度 (%)	住院时间 (天)	住院费用 (元)
实验组△	98.07±0.10	14.13±1.19	15553.96±11.5
对照Ⅰ组※	91.23±0.03	23.83±1.25	24568.68±15.7
对照Ⅱ组※	94.12±0.01	17.21±1.13	18845.21±14.9
P值	<0.05	<0.05	<0.05

注: 住院时间、住院费用、满意度△与※比较, $P<0.05$; ※与※比较, $P<0.05$

床路径以当前最佳的循证医学证据为基础, 以预期的治疗效果和成本控制为目的, 将全面质量管理和持续质量改进作为监控手段整合其中, 从而减少康复延迟及资源浪费, 使患者获得最佳的医疗护理服务。它改变以往传统的, 以经验为指导的护理模式, 将一系列行之有效的证据和措施变为标准化、规范化的护理计划。欧美等国家对CP概念的确定较早, 发展成熟。在美国, 大约有60%的医疗机构实施临床路径的管理模式。国内对临床路径模式的应用研究起步较晚, 涉及手术、病种较单一。在骨科、关节置换领域的临床路径大多为单一的临床护理路径, 整合医、康、护一体化的全面性、综合性临床路径很少, 且目前的临床路径仍然禁锢在传统的医患、护患两条平行线模式, 没

有真正实践全面健康管理。

按照ANA(美国护士协会)对于合作的定义, Jones提出^[15]医护合作应至少包含4个要素: ①对病人的共同目标; ②相互理解; ③相互独立而又有合作的实践领域; ④通力协作。由此可见, 要想获得共同的治疗护理目标, 医护双方应该具有良好的分工合作和有效的沟通交流, 只有这样才能够提高护理质量、改善病人满意度。这与专科专病中实施临床路径的目的是完全吻合的。

因为全膝关节置换术讲究七分手术三分康复, 对于康复医师的要求很高。因此, 我们创造性地采用医康护一体化的模式, 此模式破解了医患、护患“两条平行线”的旧格局, 重新构建起医、康、护、患四位一体的崭新工作格局, 将整合照顾团队的成员锁定在医生、护士、康复师、社工、临床路径管理者之间, 使TKA患者按临床路径从入院—手术—康复—出院—随访整个疗理过程, 得到专业化、精细化的整体护理。实践证明, 在全膝关节置换患者中应用医康护一体化模式, 优于单一的临床护理路径模式。此模式能明显缩短患者住院日、降低住院费用, 有效预防术后并发症, 促进患者的功能康复, 提

高患者满意度。

在全膝关节置换术临床路径中应用医康护一体化模式, 先进行医康护一体化的查房, 再实施整合疗理计划, 能有效提高护士分析和解决专科护理难题的水平, 使护士主动学习和参与科研的意识得到增强。同时, 医康护一体化模式促进了护理专业化进程, 拓展了护士的工作职能, 充分调动了护士的主观能动性, 使其职业的发展具备了更多可能性^[16]。

作为探索性研究, 本文还存在一些局限性。本研究的结果与医康护一体化整合疗理模式之间确切的关系还无法建立起来, 因为还有很多其他混杂因素没有包含在此次研究中。

(下转第 78 页)