

- [3] 李丛,陈嘉. 中西传统医德观的对比分析[J]. 中国医学伦理学,2008,21(2):73-74.
- [4] 陈明华. 论中国传统医学伦理思想的现代价值[J]. 中国医学伦理学,2007,20(5):68-70.
- [5] 王炜,裴传永. 从独尊医术到兼重德艺——传统良医论的历史演进[J]. 中国医学伦理学,2010,23(6):140-142.
- [6] 潘新丽. 传统医德思想探析[J]. 南昌大学学报,2011,42(4):23-27.
- [7] 曹刚. 安乐死是何种权利? ——关于安乐死的法伦理学解读[J]. 伦理学研究,2005(1):84-87.
- [8] 程雨. 安乐死的法律思考——关于安乐死在中国的立法建议[J]. 新财经,2011(5):330.
- [9] 张颖,李义庭. 安乐死的历史、现状与发展趋势[J]. 中国医学伦理学,2008,21(4):130-132.
- [10] 李志红. 安乐死的法理与伦理学探讨[J]. 医学与社会,2009,22(12):54-55.
- [11] 宋峰全. 我国安乐死与临终关怀现状的伦理审视[J]. 医学与社会,2009,22(10):38-39.
- [12] 康兰波. 安乐死与人生价值的哲学反思[J]. 青海社会科学,2006(5):60-64.
- [13] 黄丁全. 医疗法律与生命伦理[M]. 北京:法律出版社,2007.
- [14] 常爱华,张瑞军. 安乐死的复杂性及其对策探讨[J]. 中国医学伦理学,2010,23(1):47-50.
- [15] 刘日明. 法律实证主义与法哲学的安乐死[J]. 同济大学学报,2007,18(5):79-84.

(收稿日期:2012-08-15 修回日期:2012-10-24)

## · 卫生管理 ·

# 临床路径设计的关键环节与执行障碍因素研究

杨惠英,刘丽敏<sup>△</sup>,于秋滨,张丽娟

(哈尔滨医科大学附属第二医院,哈尔滨 150086)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.07.047

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)07-0829-02

随着现代医学诊疗技术的高速发展,各国的医疗水平也不断提高。然而,基于卫生资源的有限性,仅依附于高科技诊疗手段的医学发展模式不足以为居民提供高质量卫生服务。临床路径以缩短平均住院日、合理支付医疗费用为特征,按病种设计最佳的医疗和护理方案,根据病情合理安排住院时间和费用,实现对临床治疗关键环节进行质量监管的目标。临床路径是提高医疗服务质量、规范诊疗行为、控制医疗成本最为有效的途径之一<sup>[1-2]</sup>。无疑,在中国现行的医疗体制背景下,衍生出的诸如医疗费用过高、医疗质量下降、医疗安全状况令人担忧及医患关系紧张等问题均表明,中国急需临床路径这一科学的医疗质量管理方法来改变卫生事业发展的窘迫现状<sup>[3]</sup>。

## 1 临床路径发展的递嬗历程

关键路径分析法的产生可追溯到 20 世纪 50 年代,最初被应用于工业领域。在 20 世纪 80 年代,美国的内科医生开始使用路径分析法,尝试找出衡量卫生服务提供效果的标准。发展至 20 世纪 90 年代,临床路径法逐步发展成为控制医疗费用的主要手段。较之西方发达国家,临床路径的发展在中国起步较晚,2009 年卫生部研究制定了涉及 22 个专业,共计 112 个病种的临床路径方案,至此,由 86 家试点医院在全国范围内开展临床路径管理工作<sup>[4]</sup>。

## 2 临床路径的关键环节设计

**2.1 选取临床路径的实践领域** 通过构造选择矩阵,来选取需要实施临床路径的领域。选择矩阵中的变量应包括:需要支付高额医疗费用的临床诊断、包含大量高科技医疗仪器检查的临床诊断、高死亡率的疾病、住院时间长的疾病、诊疗结果差异性大的疾病。基于以上矩阵变量,本文拟选用 2 型糖尿病这一病情复杂的慢性疾病,来探讨其临床路径设计的关键环节。

**2.2 组建设计临床路径的专家团队** 设计临床路径的专家应

来自各个学科,一般情况下,团队应包含内科医生、护士、营养师、药剂师、复健师、心理咨询师、社工以及病历管理者(临床路径实施的协调者)<sup>[5]</sup>。结合中国大部分医院实际的行政组织结构,建议设计临床路径的专家团队应包含内分泌科主任、医院质量控制部负责人、医务部负责人、2 型糖尿病业务骨干、护士长及专门的临床路径管理人员。

**2.3 定义明确的临床诊断标准** 为每种疾病的诊断提供详细的临床选择标准,即制订明确、共享的疾病分期诊断标准。探究诊疗流程中,各步骤、各阶段之间的关系;制订相关策略与方法,协调并缩短在各诊疗步骤的时间。2 型糖尿病的诊断标准主要依据患者的血糖及血红蛋白水平。因此,应由专家团队制订不同治疗阶段上述 2 项诊断指标的标准。例如,当患者 HbA1c<8%和(或)FPG<200 mg/dL,CPG<250 mg/dL 时,该患者处于饮食干预合并小剂量口服降糖药物的治疗阶段<sup>[6]</sup>。

**2.4 按患者类型定义不同的临床路径** 在临床选择标准的基础上,制订临床路径时还应考虑非临床选择标准,例如,患者的社会经济因素、住房状况及患者的年龄等<sup>[7]</sup>。

**2.5 临床路径的文献研究** 基于循证医学的理论,应通过大量的文献研究与实践经验的借鉴,进行临床路径的设计,并确保临床路径的实践操作有可利用的卫生资源。大部分文献多集中于对单纯性的疾病进行临床路径设计的研究,对于 2 型糖尿病这一慢性疾病,病情的复杂性导致了变异因素过多,关于临床路径的可行性及操作性一直是关注的核心问题。因此,在设计 2 型糖尿病的临床路径时,应重点考虑其变异系统的建立与管理。

**2.6 设计临床路径** 首先,设定适当的目标以满足患者多方位的卫生服务需求。其次,将之前文献研究的成果与实际相结合,设计出适合本地区的临床路径。并根据疾病的种类不同,为诊疗过程中各领域的专家提供相应的临床路径设计方案。

**2.7 设计并建立临床路径变异管理系统** 关于临床路径变异性的管理是一项复杂的系统工程,设计过程中应考虑的问题有:谁来记录这些变异性;谁来收集并整合这些变异数据;如何存储这些变异数据;谁来分析这些数据;哪种类型的信息应该被视为变异性数据进行收集与分析;应多长时间向临床医生和管理者汇报临床路径的变异性?通常情况下,临床路径变异性的管理办法由管理者和护士协商共同制订。临床路径变异性的追踪与分析是由相关管理者在日常检查过程中进行收集,并直接手动录入数据。

同时,变异性的分类也至关重要。外部的变异性主要有与患者相关的变异、与家庭相关的变异、与卫生服务提供者相关的变异和与卫生系统相关的变异。而针对 2 型糖尿病临床路径制订过程中所发生的变异性,主要可分为以下几类:患者入径标准的变异性;患者住院时间的变异性(提前出院与延迟出院)及患者诊疗项目的变异性(医嘱与路径规定不一致的诊疗项目内容)<sup>[8]</sup>。

**2.8 临床路径的执行与监管** 为了使临床医护人员更加顺利地执行与贯彻临床路径,首先,应由临床路径管理委员会负责开展临床路径实施前的培训工作。培训的基本内容应包括:关于临床路径专业词汇的概念、临床路径的目标、实施范围、实施临床路径管理的优点,临床路径的变异管理以及医院内部执行路径的体系等。在进行 2 型糖尿病的临床路径培训中,应重点强调如何避免药物使用的变异性,当路径中多种规定的胰岛素药物均适用于患者病情时,应鼓励医生使用价格相对便宜的药物,充分的发挥临床路径对医疗费用的控制作用。

其次,收集有效的临床信息用以指导患者的诊疗与护理工作,并通过分析这些临床信息,来决定采用何种模式解决临床路径中的问题。最后,临床路径实施效果评估。医院负责临床路径管理的监管人员需要每天通过查房巡视来评估对于符合条件的患者,其临床路径的实施情况。构建临床服务绩效评估框架,用于收集临床诊疗过程中的相关数据,并用于绩效评估与分析,以供卫生服务提供者了解患者在住院期间并未收获预期治疗效果的原因。

### 3 临床路径执行过程中的障碍因素分析

临床路径作为一种新型的医疗质量管理方法,在中国的应用尚处于初期摸索阶段。结合中国医院临床路径实际的管理情况,对影响临床路径执行的难点问题及障碍性因素进行展开和讨论如下。

首先,临床医生认知与临床路径实施纲领之间的差异,是目前阻碍临床路径有效执行的最为普遍的原因。在实际的临床工作中,大部分医护人员是通过阅读临床路径的指导纲领来进行实践操作的。然而,由于医护人员在知识水平及临床经验有所差别,其对路径的指导纲领的理解程度也不尽相同。年轻医生在对 2 型糖尿病患者的用药剂量对临床路径出现误解,仅追求疗效,而忽视了治疗时间,导致住院时间发生变异性。在中国由于缺少临床路径执行前的系统培训,导致上述问题屡见不鲜。因此,应由专家对医护人员进行操作培训,明确每一个路径环节的具体含义及操作准则<sup>[9]</sup>。并随着临床路径的不断更新,以 6 个月为周期开展培训工作。此外,医护人员对临床路径的主观支持程度有所差别。这就需要在临床路径制订初期,通过德尔菲专家咨询法收集各层面临床专家对现有临床路径的意见,充分考虑批评的观点,并给予必要的改正,最终制定出操作性强、满意度高的临床路径实施方案。

其次,缺失变异信息支撑系统<sup>[10]</sup>。临床路径的变异是实际操作中最为复杂的问题。在初期,关于变异信息的收集与处理多半采用人工的方式。然而,随着变异信息量与数据分析复杂程度不断增大,人工录入与分析的方式显然已经不能满足临床路径实际操作的需要。因此,应开发适合地方医院的临床路径数据信息系统,用于变异数据的存储与分析,如检验指标动态变化、体温变化曲线、异常指标查询、出入量统计、药物使用情况等数据的记录,均可为临床路径的实施提供技术保障<sup>[8]</sup>。同时,该系统应与医院的患者信息系统相对接,可以避免对患者疾病编码及病案信息的重复录入。

在世界范围内,使用临床路径提高医疗质量管理,已经成为一种趋势。通过使用临床路径,来自于各领域的临床工作者可根据其严格的操作流程为患者提供高质量的诊疗与护理服务,使有限的卫生资源得到最大程度的有效利用,并达到最佳的诊疗效果。同时,临床路径是实现有效管理卫生资源的手段,亦为患者获知诊疗信息与医疗质量评估提供了便利。在中国未来发展临床路径的道路上,应鼓励各地方医院开展临床路径的试点工作,使临床路径步入形成使用、评估与发展的良性循环轨道。

### 参考文献:

- [1] Rotter T, Kinsman L, James E, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(3): CD006632.
- [2] Rotter T, Kinsman L, James E, et al. The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs; Cochrane systematic review and meta-analysis [J]. *Eval Health Prof*, 2012, 35(1): 3-27.
- [3] 宋琳琳, 马文江. 运用 PDCA 循环模式促进临床路径关键环节的持续改进 [J]. *中国卫生事业管理*, 2012(3): 179-181.
- [4] 郭淑岩. 临床路径管理的关键环节与控制策略研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2010.
- [5] Cheah J. Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in Singapore [J]. *Int J Qual Health Care*, 2000, 12(5): 403-412.
- [6] 朱晓华. 2 型糖尿病临床管理体系的可行性研究 [D]. 杭州: 浙江大学, 2007.
- [7] Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways; do pathways work [J]. *Int J Qual Health Care*, 2003, 15(6): 509-521.
- [8] 刘鹏珍. 2 型糖尿病临床路径管理效果及其变异分析 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [9] Little A, Whipple T. Clinical pathway implementation in the acute care hospital setting [J]. *J Nurs Care Qual*, 1996, 11(2): 54-61.
- [10] 张燕. 临床路径实施中病案管理的不足与对策 [J]. *中国病案*, 2012, 13(5): 51-53.