

识经济时代的到来,信息科学技术高速度、高效率发展,指导教师必然要加强外语知识的学习才能适应知识的传播与更新,才能将国外护理观念、模式应用在教学和实践中使培训护士及时了解国际临床护理工作模式和最新护理发展前沿。

**3.5.3 根据规范化护士培训教学要求,针对性对指导教师进行培训** 我国《教师资格条例》规定:取得教师资格需补修高等教育学、高等教育心理学等课程<sup>[8]</sup>。近年来,虽然对规范化护士培训中指导教师能力资质尚未见报道,但对临床教师的资格认定和培养学术界有许多讨论<sup>[9]</sup>,其中以能力为基础的教师培训与考核受到越来越多的重视,尤其是评判性思维能力、领导能力已成为护理教师能力研究的重要方向<sup>[10-11]</sup>。2003 年国际护士会设立了护士能力架构<sup>[12]</sup>,这些研究对规范化护士培训中指导教师能力资格的研究提供了理论基础,应重视教师这一角色的知识结构,探索适合规范化护士培训的教学方法和手段等,促进规范化护士培训教学的发展。

**3.5.4 将指导教师和专业护士培养有机结合,促进职业生涯的成长** 指导教师应能够透彻地理解专业理论,并准确地进行表达,准确熟练地示范临床护理操作技能,通过运用评判性思维技巧和应用专业理论知识去分析和解决患者的问题。目前,专业护士的培养工作已引起业内的重视,规范化护士培训质量调查结果也显示出医院在实行规范化护士培训中强化指导教师的教育意识和教学能力是保证培训质量的关键<sup>[13]</sup>,规范化护士培训的医院,应将指导教师和专业护士培养有机结合,建立其职业生涯规划促进护理专业化发展。

#### 参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中国护理事业发展规划纲要(2005-2010 年)[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(10): 721-723.
- [2] 田丽. 韩国伤口造口失禁培训课程介绍及启示[J]. 中华临床护理.

护理杂志, 2007, 42(7): 610-612.

- [3] 储爱琴. 临床护理教师规范化培训体系的构建与实施[J]. 中华护理教育, 2008, 5(2): 67-69.
- [4] 赵素琴, 郭庆峰, 徐湘. 高年资护士职业规划探讨[J]. 护理研究, 2010, 24(12): 1104-1105.
- [5] 齐艳, 玄英哲, 李春玉. 我国护士专业化培训中指导教师资质现状与培养方向[J]. 护理研究: 中旬版, 2009, 23(5): 1226-1228.
- [6] 沈勤, 高菲菲. 高等护理临床教师职业素养现状及其对学生的影响[J]. 中国护理管理, 2006, 6(3): 38-39.
- [7] 赵丽华. 我国临床护理专家的现状与发展方向[J]. 家庭护士: 下旬刊, 2008, 6(21): 1966-1967.
- [8] 宋宇, 王欣然, 韩斌如. ICU 专科护士临床教师教育理念的探讨[J]. 现代护理, 2005, 11(20): 1709-1710.
- [9] 宋春燕, 沈宁. 临床护理教师评价量表的研制[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(12): 888-890.
- [10] Linda S. Leadership characteristics as sign if I cant predictors of clinical teaching effectiveness [J]. Human Kinetics Journal, 2002, 7(5): 34-39.
- [11] Lau AK, Chuk KC, So WK. Reflective practise in clinical teaching[J]. Nurs Health Sci, 2002, 4(4): 201-208.
- [12] Alexander MF, Runciman PJ. ICN framework of competencies for the generalist nurse: Report of the development process and consultation[M]. Geneva: International Council of Nurses, 2003.
- [13] 李继平, 申文武, 黄丹莉. 综合医院护士规范化培训质量调查分析[J]. 华西医学, 2009, 24(2): 476-478.

(收稿日期: 2013-10-18 修回日期: 2013-11-22)

## 穿透性心脏损伤护理干预比较分析

肖霞, 李永秀, 万小娅, 向生娟

(重庆市急救医疗中心创伤科 400014)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2014.07.050

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)07-0893-04

穿透性心脏损伤在美国等一些国家中以火器伤为主, 占 45%~65%, 由于损伤较广泛, 常为贯通伤或多心腔损伤, 病死率较高。而我国和南非等地以锐器刺伤为主, 占 85%~95%, 损伤较局限, 只要早期诊断, 及时手术, 并在手术前后实施正确的护理干预, 就可获得较高的生存率<sup>[1-5]</sup>。本科自 1998 年 1 月至 2012 年 2 月收治穿透性心脏损伤患者 48 例, 现对是否实施规范护理干预的不同结局作回顾性比较分析。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 1998 年 1 月至 2012 年 2 月本科收治的穿透性心脏损伤患者 48 例, 分为研究组(33 例)和对照组(15 例), 研究组为中伤后立即由本科首诊的患者, 对照组为伤后先在外院经早期诊治后转入本科患者。

研究组采用规范护理方法干预, 男 30 例, 女 3 例; 年龄

13~57 岁, 平均 26.5 岁; 22 例(66.7%)院前时间小于 1 h, 33 例均为锐器刺伤; 心脏伤部位: 右心室 13 例, 左心室 5 例, 右心房 8 例, 左心房 4 例, 心包 3 例; 心脏压塞型 10 例, 失血休克型 9 例, 联合型 11 例, 隐匿型 3 例。对照组采用传统护理方法干预, 男 14 例, 女 1 例; 年龄 17~55 岁, 平均 24.8 岁; 9 例(60.0%)院前时间小于 1 h; 15 例均为锐器刺伤; 心脏伤部位: 右心室 6 例, 左心室 3 例, 右心房 3 例, 左心房 2 例, 心包 1 例; 心脏压塞型 6 例, 失血休克型 4 例, 联合型 4 例, 隐匿型 1 例。两组患者在性别、年龄和治疗前主要病情参数上, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

**1.2.1 护理干预方法** 研究组伤后早期即实施规范化护理干预, 包括: (1) 术前限制性液体复苏, 将收缩压控制在 80~85

mm Hg, 术前输液总量均小于 1 000 mL; 不经上肢和中心静脉输液, 中心静脉导管只用于监测中心静脉压(CVP), 以了解心包填塞情况和术后心功能恢复情况, 而另经下肢远端输液。输失血差控制在 600~1 000 mL。防止心力衰竭和过负荷补液, 护理观察注意生命体征, CVP 是否超过正常值, 有无脉搏增快、浅静脉怒张、胸闷气促、咳白泡沫痰、全肺湿啰音和呼吸音降低, 有无球结膜水肿、全身非凹陷性水肿等。(2) 术后及时发现和处理复发血胸, 保持胸腔闭式引流通畅, 固定好接头, 防止引流管扭曲或受压, 注意液柱的波动, 认真观察记录胸腔引流量和性质。若原已引尽的血胸又突然引出, >200 mL/h 并超过 3 h, 应判断为再出血并及时报告医生。(3) 警惕再出血引起复发心脏压塞和手术操作后心肌水肿致“相对性心脏压塞”, 尤其对有过负荷补液者; 护理观察上除监测 CVP 外, 注意意识已清醒的患者又转为烦躁不安, 诉心前区有压榨感, 脉搏增快, 甚至又出现贝克(Beck)三联征。CT 或超声心动图排除心包复发积血后, 立即限液并使用利尿剂和激素。(4) 严重失血性休克患者, 注意是否并发“致死三联征”, 即凝血病、低体温、酸中毒。注意胸腔引流和伤口是否渗血不止, 采集患者血样时是否不凝固; 每 6 小时查凝血象, 有凝血障碍时补充凝血因子, 包括 24 h 内采集的鲜血、新鲜冰冻血浆、冷沉淀、血小板等。重视体温、血气分析变化, 低体温用升温毯、热水袋, 大量输血输液经升温篮加热至 38 ℃ 输入; 纠正酸中毒, 输库血时增加碳酸氢钠和钙剂。(5) 术后用自控镇痛静脉泵 1~3 d, 然后口服非甾体类止痛药 3~5 d。休克纠正后尽早低半卧位, 避免膈肌升高影响呼吸和循环; 鼓励和协助咳痰、吸痰, 用祛痰剂和高频雾化吸入; 后期指导患者深呼吸、吹气球或水瓶, 促进肺膨胀。

对照组在转入本科前, 已经接受传统的护理方法, 包括采用传统或标准液体复苏, 术前输液总量均大于 2 000 mL; 经上肢和中心静脉输液; 输失血差小于 200 mL。未注意心力衰竭

和过负荷补液等的防治, 也未在早期注意“致死三联征”的发现和积极防治。

**1.2.2 评价指标** 两组间评价指标的比较: 死亡例数; 术后早期并发症的异常指标并需要处理的例数, 包括 CVP ≥ 18 cm H<sub>2</sub>O 需限液或使用西地兰, 氧合指数(OI) ≤ 300 mm Hg 需呼吸机治疗, 过负荷补液表现需脱水治疗, 少尿或无尿需利尿或血透析, 并发“致死三联征”, 均做凝血象检查, 包括凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(Fbg)、血小板计数(PLT); 其他护理临床指标如液体需要量、术后 5 项主要生命体征(体温、脉搏、血压、呼吸、氧饱和度)、重症监护病房(ICU) 滞留时间与住院天数等。

**1.2.3 监测与随访** 术后 24 h 内心电监护, 尤其连续测定 CVP, 做血气分析并计算 OI; 观察有无过负荷补液表现(临床体征结合 CT 和实验室检查); 异常指标连续监测。存活患者随访 6 个月以上。

**1.3 统计学处理** 使用 SPSS13.0 统计软件进行分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以率表示, 采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 患者转归** 死亡 4 例(8.3%) 均属对照组, 其中 1 例失血量大于 4 000 mL, 输血不足并发“致死三联征”, 术后死亡; 另 3 例均术前补液过多、过快, 突发急性心脏压塞和心搏骤停, 复苏失败。44 例(91.7%) 存活患者术后早期并发症: 6 例轻度急性心力衰竭经限液和 2 例使用西地兰后纠正; 5 例急性肺损伤呼吸机治疗 1~3 d; 5 例过负荷补液限液并使用利尿剂和激素后纠正; 7 例少尿或无尿除对照组 1 例做血液透析, 其余使用利尿剂纠正; 另 2 例“致死三联征”治愈。存活病例随访 6 个月至 8 年, 平均 28.6 个月。4 例心肌损害 1 个月内恢复, 其余正常。

**2.2 分组结果比较** 两组比较结果见表 1~4。

表 1 两组死亡和术后早期并发症及异常指标比较[n(%)]

组别	n	死亡	CVP ≥ 18 cm H <sub>2</sub> O	OI ≤ 300 mm Hg	过负荷补液	致死三联征	少尿或无尿
研究组	33	0	0	0	0	0	2(6.1)
对照组	15	4(26.7)	6(40.0)	5(33.3)	5(33.3)	3(20.0)	5(33.3)
$\chi^2$		9.600	15.090	12.280	12.280	7.040	6.160
P		0.002	0.000	0.000	0.000	0.008	0.013

表 2 两组术后早期凝血象比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	Fbg(g/L)	PLT( $\times 10^9 \text{ L}^{-1}$ )
研究组	33	13.3 ± 1.8	33.5 ± 2.6	20.3 ± 2.6	3.1 ± 0.8	242.1 ± 11.2
对照组	15	19.7 ± 6.1	48.7 ± 8.2	25.1 ± 2.9	1.6 ± 0.4	96.5 ± 17.6
<i>t</i>		8.984	17.186	11.199	16.642	68.868
P		0.036	0.021	0.028	0.022	0.004

表 3 两组输血输液需要量比较( $\bar{x} \pm s$ , mL)

输血输液量	n	术前输血量	术前静脉注射总量	术毕输血量	术毕静脉注射总量
研究组	33	132.2 ± 14.6	538.2 ± 45.6	1 322.5 ± 142.2	3 155.3 ± 332.4
对照组	15	864.8 ± 31.2	2 843.6 ± 156.8	2 450.8 ± 416.6	6 225.3 ± 483.5
<i>t</i>		66.018	63.898	10.215	11.106
P		0.004	0.005	0.031	0.028

表 4 两组术后生命体征、ICU 时间和住院天数比较[n(%)]

组别	n	5 项生命体征均正常	ICU 时间 小于或等于 7 d	住院天数 小于或等于 21 d
研究组	33	19(57.6)	32(97.0)	23(69.7)
对照组	15	2(13.3)	8(53.3)	4(26.7)
$\chi^2$		8.200	14.140	7.760
P		0.004	0.000	0.005

### 3 讨 论

#### 3.1 术前护理

**3.1.1 警惕心脏损伤高危穿透部位** 心前区、剑突下穿透伤是心脏损伤的高危部位,无论有无临床和影像学表现,均应怀疑心脏损伤并严密观察。护理观察要点是患者有无心脏压塞和(或)失血性休克这两方面的表现。前者观察是否有 Beck 三联征,即颈静脉怒张(静脉压增高)、脉搏微弱(动脉压降低)、心音遥远,以及无原发病的情况下心电图提示心率失常;病情允许时结合超声心动图和 CT 等影像学检查。后者应观察患者是否有结膜、口唇、甲床苍白,口渴,烦躁或表情淡漠,是否开始有意识障碍,脉搏变快变弱,甚至已有血压下降,是否出现少尿、无尿(记录每小时尿量)等;并结合 CVP 测定,以及血、尿常规和血气分析等实验室检查,判断有无失血性休克及其程度。特别指出对有高危部位伤口但入院时无心脏压塞和休克表现的隐匿型患者,应警惕和连续观察,及时发现心脏伤口复发出血引起的延迟性心脏压塞或休克。

**3.1.2 术前限制性液体复苏** 国内学者高劲谋<sup>[5]</sup>1990 年即指出,心脏损伤手术前,传统的大量快速补液纠正休克有害无益;并率先提出限制性液体复苏概念。此概念认为,能到院的的心脏损伤,出血量趋减缓或暂止。主要原因:(1)凝块;(2)心脏压塞及血胸对伤口的压力;(3)低血压。因此,为创造手术条件,对这三者在允许范围内应暂保持。过大纠正可能重新促成致死性出血,断送手术时机。心脏压塞时过多补液并不能改善心排出量,反增加心脏负担,也可因心内压增高使本已暂停或减缓的出血加重。故术前扩容应适度,不应过多地提升血压。大量快速输血宜在迅速开胸控制心脏出血后立即进行。止血后及时补足血容量,避免长时低灌注造成的损害,故又称延迟性液体复苏。本科按此原则作心脏损伤术前扩容的指导,实践证明其显著提高了抢救的生存率。手术控制出血前采取限制性液体复苏,又称低压性复苏,近年来已在国内外形成共识<sup>[1,5-11]</sup>。这一原则对心脏损伤尤显重要,也是初始动因。作者在手术止血前将收缩压控制在 80~85 mm Hg,既能保证心、脑、肾、肺等生命器官供血,又减少复发致命性出血的危险。与传统(标准)的强制性液体复苏、大量快速输血输液提升血压相比,限制性复苏既明显提高抢救存活率,也减少术后并发症(表 1、2)。但有作者仍主张在抢救失血性休克时,采用快速足量输血,以保持血压大于 80 mm Hg,是紧急救治成功的关键<sup>[12]</sup>。对此作者必须强调,这一提法不适用于非控制性失血性休克<sup>[1,5-11]</sup>。尤其本组 4 例死亡病例中,3 例均因在外院早期救治时,术前过多过快补液导致急性心脏压塞和心搏骤停,心脏按压复跳并完成心脏修补术后转入本科,但终因脑复苏失败死亡,文献亦不乏类似报道<sup>[13]</sup>。

#### 3.2 术后护理

#### 3.2.1 输液注意事项

**3.2.1.1 速度和途径** 右心房或右心室修补术后,若输液总量和速度较大,右心房内压明显增加和血液稀释,对刚修补的心脏伤口将构成威胁,可能导致急性心脏压塞或休克造成死亡;这种可能性在经中心静脉导管输液时更增加。基于以上理由,心脏修补术后或怀疑心脏损伤的患者严禁经中心静脉导管输液。正确做法应是两管分别使用,即中心静脉导管监测 CVP,另经下肢远端输液。这一特殊护理要求,与其他创伤失血性休克患者有时需要经中心静脉置管输血液液作为重要抢救手段,有着颠覆性区别。另外,心脏手术后有不同程度心肌水肿,经中心静脉输液增加心脏负担,可诱发急性心力衰竭。本组 1 例术后经中心静脉导管输液,20 h 内心率持续每分钟 120~130 次,CVP 28 cm H<sub>2</sub>O,轻度颈静脉怒张。改经下肢远端输液并减速,1 h 后心率降至每分钟 90 次以下,CVP 降至 9 cm H<sub>2</sub>O,氧饱和度和患者自觉症状也明显改善。

**3.2.1.2 过负荷补液** 实施限制性液体复苏的患者很少发生过负荷补液,但对曾做传统大量快速输液的患者,应密切注视这一问题。过负荷补液有毛细血管渗漏综合征表现,其结果将带来肺水肿、急性肺损伤、急性呼吸窘迫综合征、脑水肿、急性心力衰竭、腹腔间室综合征,直至多器官功能障碍综合征等严重并发症,故应尽量避免,早期发现及时处理。

**3.2.2 复发血胸和心脏压塞** 术后再出血可导致复发血胸和心脏压塞,也可因手术操作后心肌水肿致相对性心脏压塞,这在过负荷补液时更容易出现。因此应重视术后对输液总量、速度和含钠液的限制。本组 3 例均及时发现和经正确的护理干预转危为安。

**3.2.3 防治“致死三联征”** “致死三联征”是大出血和大量输血的严重并发症<sup>[6-11,14-18]</sup>。凝血病:大失血丢失凝血因子,大量输库血凝血因子已消耗,故称消耗性凝血病;低体温:休克时无氧代谢 ATP 不足,大量输入未升温库血和液体加重低温;酸中毒:休克时糖酵解致代谢性酸中毒,大量输酸化库血使之加重。三者互为影响,凝血病加重失血和低温、酸中毒;异常物理、生化环境破坏凝血机制,故称三联征。本组 3 例患者除 1 例术后死亡,另 2 例早期发现给予准确治疗和护理干预,包括及时补充凝血因子、纠正酸中毒,并注意输液和体表的升温护理,患者获救。

**3.2.4 综合护理干预** 剖胸术后胸壁和肺顺应性下降,加上伤口疼痛,可造成呼吸和咳嗽抑制,增加肺部感染、肺不张等并发症,应同时做好疼痛护理和呼吸道管理。突发伤害的惊吓、生命威胁的顾虑,均造成患者心理压力,影响与医护的配合,甚至出现创伤后应激障碍<sup>[19]</sup>。应加强护患沟通,告知穿透性心脏损伤的高生存率;并进行剖胸术后和心脏修补术后自身护理和功能恢复锻炼指导,以保障治疗护理的实施和患者早日康复。

#### 参考文献:

- [1] Gao JM, Gao YH, Wei GB, et al. Penetrating cardiac wounds: principles for surgical management[J]. World J Surg, 2004, 28(10): 1025-1029.
- [2] Tokur M, Ergin M, Kurkuoglu C. Penetrating heart injuries and common difficulties encountered during emergency surgery[J]. J Curr Surg, 2012, 2(3): 89-95.
- [3] 何明, 李向东, 周灵飞, 等. 心脏穿透伤 23 例的诊治体会[J]. 重庆医学, 2006, 35(4): F0003.

- [4] 陈旭,罗晖. 穿透性心脏损伤 41 例救治分析[J]. 重庆医学, 2008, 37(4): 412.
- [5] 高劲谋. 心脏损伤 16 例救治报告[J]. 实用外科杂志, 1990, 10(1): 35-36.
- [6] Morrison CA, Carrick MM, Norman MA, et al. Hypotensive resuscitation strategy reduces transfusion requirements and severe postoperative coagulopathy in trauma patients with hemorrhagic shock; preliminary results of a randomized controlled trial[J]. J Trauma, 2011, 70(3): 652-663.
- [7] 刘良明,李涛,刁有芳,等. 不同复苏压力对非控制性出血休克复苏效果的影响[J]. 重庆医学, 2009, 38(17): 2180-2183.
- [8] 张爱华,陶红,徐燕,等. 创伤非控制失血性休克大鼠限制性液体复苏的实验研究[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(8): 763-765.
- [9] 方国美. 创伤失血性休克患者限制性液体复苏的探讨[J]. 护士进修杂志, 2007, 22(13): 1200-1201.
- [10] 郑世成,陈君长,王坤正,等. 创伤性休克术前限制性液体复苏对患者的影响[J]. 第四军医大学学报, 2009, 30(7): 652-654.
- [11] Hachimi-Idrissi S, Yang X, Nguyen DN, et al. Combination of therapeutic mild hypothermia and delayed fluid resuscitation improved survival after uncontrolled haemorrhagic shock in mechanically ventilated rats[J]. Resuscitation, 2004, 62(3): 303-310.
- [12] 黄静雅,华小雪,李玉乐,等. 应用紧急输血绿色通道救治 60 例失血性休克患者[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(5): 469-470.
- [13] Hashim R, Frankel H, Tandon M, et al. Fluid resuscitation-induced cardiac tamponade[J]. J Trauma, 2002, 53(6): 1183-1184.
- [14] 高劲谋. 多发伤的早期救治[J]. 中华创伤杂志, 2010, 26(1): 80-82.
- [15] Sihler KC, Napolitano LM. Complications of massive transfusion[J]. Chest, 2010, 137(1): 209-220.
- [16] Martini WZ. Coagulopathy by hypothermia and acidosis; mechanisms of thrombin Generation and fibrinogen availability[J]. J Trauma, 2009, 67(1): 202-208.
- [17] Macleod JB. Trauma and coagulopathy: a new paradigm to consider[J]. Arch Surg, 2008, 143(8): 797-801.
- [18] 王硕,王欣然,韩斌如. 大量输血病人并发出血的护理进展[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(2): 167-169.
- [19] 皮红英,张黎明. 创伤后应激障碍的护理支持[J]. 解放军护理杂志, 2004, 21(5): 49-51.

(收稿日期: 2013-10-17 修回日期: 2013-11-20)

(上接第 886 页)

素主要源于 3 个方面: (1) 检验结果异常; (2) 住院期间病情加重, 出现并发症, 需要进一步诊治; (3) 合并其他疾病导致病情加重。根据本研究可知, 脑出血患者的住院天数明显降低, 两组平均值差值约为 4.0 d, 说明推行临床路径后, 对住院时间的控制是有效的。

**3.3 抗菌药物使用的评价分析** 抗菌药物是临床中使用最为广泛的药品之一, 在治疗感染性疾病方面发挥着极其重要的作用<sup>[10]</sup>。合理应用抗菌药物是提高疗效、降低不良反应及减少或减缓细菌耐药发生的关键<sup>[11]</sup>。感染病原需在患者用药前查明, 依据病原菌种类及细菌药敏试验结果选择抗菌药物。本次研究显示, 非路径组抗菌药物的使用率为 41.67%, 路径组抗菌药物的使用率为 33.33%, 表明临床路径的运行加强了抗菌药物合理应用的管理力度, 使医务工作者充分认识到过度使用抗菌药物容易导致医院耐药菌株出现与流行, 导致药物疗效降低等不良反应<sup>[12]</sup>。临床医师开具抗菌药物处方时要严格按照卫生部抗菌药物临床应用分级管理的使用权限, 根据患者细菌病原学诊断, 正确选择抗菌药物的品种, 多选用安全、有效, 对细菌耐药性影响较小, 价格相对较低的一线抗菌药物, 少选择不良反应明显, 不宜随意使用或临床需要倍加保护, 以免细菌过快产生耐药而导致严重后果、药品价格昂贵的三线药物, 杜绝滥用或超疗程使用药物的发生。

#### 参考文献:

- [1] 李明子. 临床路径的基本概念及其应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(1): 59-61.
- [2] 秦琳. 临床路径在急性脑出血治疗中的应用[J]. 中国实

用神经疾病杂志, 2011, 14(17): 70-71.

- [3] 刘爱民. 国际疾病分类(ICD-10)应用指导手册[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2001: 36-45.
- [4] Congress SS. Clinical Pathways for general surgeons: partial or total thyroidectomy [J]. Am Surg, 1998, 64(11): 1118-1120.
- [5] 戴靖华,刘沫. 结节性甲状腺肿手术路径质量管理成效研究[J]. 医学与哲学: 临床决策论坛版, 2011, 32(10): 74-77.
- [6] 何雅. 临床路径在脑出血患者中的应用[J]. 医学理论与实践, 2008, 21(4): 473-474.
- [7] 孙林霞,朱虹,刘秀英,等. 脑出血患者临床路径护理路径的研究与应用[J]. 实用临床医药杂志, 2006, 10(12): 37-39.
- [8] 占校平,陈芳梅. 临床路径在脑梗死患者护理中的应用[J]. 中国医药指南, 2010, 8(19): 315-317.
- [9] 王振宇,冷明祥. 临床路径管理对缩短子宫平滑肌瘤患者平均住院日研究[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2011, 11(4): 324-326.
- [10] 杨亚莉,金少鸿. 抗生素质量分析研究的新进展[J]. 中国抗生素杂志, 2002, 27(8): 508-512.
- [11] 刘晓军,车薇,吴芳. 615 例外科住院患者抗菌药应用频度及合理性分析[J]. 中国药师, 2008, 11(1): 119-120.
- [12] 韦仕勇. 我院门诊抗感染药物应用现状分析[J]. 中国药师, 2008, 11(3): 358-359.

(收稿日期: 2013-11-06 修回日期: 2013-12-20)