

临床路径与烧伤外科

贾赤宇 邱亚斌

临床路径 (clinical pathway) 是针对某一疾病建立的一套标准化治疗模式与程序, 是以循证医学证据和指南为指导, 由医师、护士及医院其他工作人员针对某一可预测治疗结果的救治群体或某项临床症状设立并制订的特殊文件、教育方案、患者调查表、焦点问题讨论议案、独立观察报告以及标准化规范等^[1]。临床路径作为一种既能贯彻持续质量改进, 又能节约资源的标准化治疗模式, 为医院质量管理提供了一种切实可行的手段, 有利于医疗资源的合理配置, 从而提高医院医疗服务质量与整体竞争力^[2]。本文针对临床路径与烧伤外科的关系进行了初步探讨。

1 临床路径的发展与优势

近年来随着我国医疗卫生体制改革的发展, 政府已开始有部分省市设立试点医院调研, 在此基础上对某些常见病的临床路径进行了初步尝试。临床路径作为一种新的医疗工作模式具有以下优势。

1.1 降低医疗成本

临床路径作为一种有效的医疗质量目标管理模式, 通过明确医疗职责, 使各部门人员分工合作, 从而提高工作效率; 通过医院相关专家共同研究最佳处理方式, 确定合理的住院时间、诊疗用药和检查标准, 识别和清除过度或无效行为, 使临床诊疗过程程序化, 避免各种原因造成的时间和资源浪费, 从而有效减少住院患者的平均住院日和降低住院费用^[3]。

1.2 提高医疗质量

实施临床路径可以提高医疗质量, 减少医疗差错发生。临床路径强调临床诊疗方案标准的制订, 严格按标准执行并实施标准化管理。诊疗标准化能够避免制订治疗方案时的随意性, 快速识别变异并加以处理, 有利于及时修订医疗护理计划和明确系统中存在的问题, 为医疗护理工作质量的持续改进创造条件。此外临床路径使各级各类人员职责得到

细化, 使医务人员工作有章可循, 有利于提高医疗质量, 减少医疗差错的发生^[4]。

1.3 加强医患沟通

实施临床路径可促进医患沟通, 提高双方满意度。由于临床路径是医院专家针对某些疾病共同制订的最佳处理方式, 即使低年资医师也可通过实施临床路径为患者提供医院当前的最佳治疗方案, 并在不影响治疗效果的基础上减少医疗成本^[5]。患者通过患者版临床路径对医疗过程有所了解, 在一定程度上满足其知情权, 可显著减少医疗纠纷^[6]。

1.4 提升医院品牌

临床路径是医院科学化、正规化和先进化管理的重要措施, 同时也是合理应用医疗资源、减少医疗浪费、实现低碳医疗、降低国家和个人医疗费用的关键举措。其实施不仅可显著提升医院品牌, 对加强学科建设及医学后备人才的正规化培养也有推动和促进作用^[7]。

1.5 利于宏观调控

特别是在公共突发事件和战争发生时, 临床路径的实施将有助于卫生资源的宏观规划, 确保成批伤员救治所需经费和物资的投向、投量^[8]。

2 现阶段我国烧伤外科实施临床路径的相关问题

2.1 实施临床路径的可行性

理论上临床路径适用于绝大多数临床科室, 但作为一种人为设定的标准化诊疗流程, 对于不同患者, 由于其个人体质、病情严重程度、经济承受能力不同, 所选择的处理方式也不尽相同。因此, 临床路径所指的标准化只是一个相对的概念, 并非所有病种都适用。

在临床路径的具体实施过程中, 还应考虑我国目前医疗体制下各临床科室工作的特殊性和复杂性。我国的烧伤救治特点是专科性强、病种相对单一, 但病情复杂多变, 并发症多, 治疗方法和治愈标准不统一、费用差距大、康复过程慢。这些特点造成目前我国尚缺少临床路径在烧伤外科应用的报道。临床路径在现阶段能否应用, 关键在于实施后是否对烧伤患者真正有益, 并有效促进学科的发展和进步。具体则要看其是否能提高救治成功率, 特别是

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2013.01.033

基金项目: 国家重点基础研究发展计划 (2012CB518104); 全军医学科技“十二五”重点课题 (BWS11C061); 中国博士后科学基金 (2012M512081); 北京市自然科学基金 (7122179、7123229)

作者单位: 100091 北京, 解放军第三〇九医院烧伤整形科

1146.

[3] Nicasio AM, Eagye KJ, Kuti EL, et al. Length of stay and hospital costs associated with a pharmacodynamic-based clinical pathway for empiric antibiotic choice for ventilator-associated pneumonia. *Pharmacotherapy*, 2010, 30(5):453-462.

[4] 戴力辉,赵亮,姚园,等.对公立医院改革背景下临床路径管理模式的若干认识与思考. *现代医院管理*,2010,8(3):10-12.

[5] Ayalon O, Liu S, Flics S, et al. A multimodal clinical pathway can reduce length of stay after total knee arthroplasty. *HSS J*, 2011,7(1):9-15.

[6] 赵欣松,刘茜,石红凤.以“病例分型”为基础的临床路径应用研究. *现代预防医学*,2010,37(12):2246-2248.

[7] 赵希平,余丽君.临床路径的应用效果和存在的问题. *中国医院管理*,2010,30(2):31-32.

[8] 王海林,王晓霞,包思明.应用临床路径测算烧伤复合伤病种医疗费用研究. *解放军医院管理杂志*,2007,14(3):179-180.

[9] Nakanishi M, Sawamura K, Sato S, et al. Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2010,64(1):99-103.

(收稿日期:2012-06-28)

(本文编辑:梁光萍)

烧伤瘢痕治疗中支具的应用

侯春胜

1 烧伤瘢痕康复治疗现状

瘢痕防治是现代医学的难题^[1-2]。瘢痕导致的外形及功能损害严重影响患者生存质量及回归社会,康复治疗质量是影响烧伤患者最终疗效的一个重要方面。瘢痕康复治疗发展滞后主要表现为起步晚,专业化程度不高,与相关学科相互渗透不足、衔接差。近年来发表的文章中,有关康复概念、康复原则的论述较多,关于康复措施的探讨较少。现有一些康复治疗手段及其细节没有经过充分论证,临床缺乏操作性强、行之有效、效果容易观察的康复手段。烧伤瘢痕患者需要原则性的康复指导,更需要具体可行的康复措施。

临床医师一直期待瘢痕基础研究能够取得突破,阻断瘢痕发生。现阶段只能对症处理瘢痕,手术松解植皮或皮瓣移植是主要手段,但术后皮片(瓣)回缩、畸形复发,严重影响疗效,辅以弹性敷料压迫、支具固定、药物治疗等,可以改善手术效果。

2 烧伤瘢痕治疗支具与骨科夹板

烧伤瘢痕治疗支具的合理、有效应用需要一定的骨科、手外科基础,需要借鉴骨科夹板的一些理念和技巧,但简单照搬骨科夹板的做法不能满足烧伤患者需要,甚至可能适得其反。烧伤瘢痕治疗支具与骨科夹板有别:首先,治疗目的不同,骨科夹板一般用于骨折、关节脱位复位后的制动,此期间组织粘连逐渐强化,利于骨折愈合;烧伤瘢痕治疗支具通过固定或牵引,拮抗或松解瘢痕等组织粘连。其次,烧伤后畸形一般不合并骨折、脱位,对位、对线要求不

高,对制动的要求也不高;但烧伤患者皮肤条件差,对支具舒适合体性及表面光滑程度的要求高于骨科患者。再次,除手部屈肌腱粘连者外,骨科夹板一般仅用于制动,使用过程中不需太多调整;烧伤瘢痕治疗支具一般需要随瘢痕畸形的演变作调整。

3 烧伤瘢痕治疗支具的应用与开发

颌颈胸烧伤后瘢痕增生挛缩常见,后果严重,若行手术松解创伤较大且术后复发率高,是烧伤临床救治重点与难点之一。笔者曾进行过多种支具的尝试。采用保护颈椎的颌颈托,治疗30余例颌颈部瘢痕,基本无效。该颈托以肩胸及下颌骨为支撑点维持头颈部后仰,不能对颌下至锁骨上瘢痕增生挛缩区形成有效压迫,不能拮抗局部瘢痕增生挛缩。在颌颈部瘢痕挛缩早期应用这类颈托容易贻误病情。

用热塑夹板制作下颌缘-颈部-胸锁区全覆盖式颌颈托防治颌颈部瘢痕增生挛缩(图1),虽能起到一定效果但不理想。该支具以下颌骨及胸锁骨为支撑点维持头颈部后仰,因为设计缺陷(下颌骨及胸锁骨阻碍支具向后移动),其最佳疗效是维持现状,不能使颞颈角加深或使颈部皮肤纵向延长。应用结果显示:该支具对下颌骨及胸锁骨区压力较大,且头颈部位置固定,限制了头部正常的侧偏及旋转运动,使用者比较痛苦;易导致骨性解剖标志表面皮肤破溃;可能造成小儿或青春期患者下颌骨发育障碍,表现为小颌畸形,牙量大于骨量,牙齿拥挤、错位,若同时应用弹性头套则风险更大。

应用海绵制作围脖状颈托时,将热塑材料及钢丝制成颌-胸弹簧式支具(图2)治疗颌颈部瘢痕,效果也不太理想。应用颌-胸弹簧式支具要求患者有一定的颞颈角,否则固定不牢,易脱落。该支具可维