

慢性心力衰竭中西医结合临床路径多中心实施效果研究

邹旭¹ 潘光明¹ 盛小刚¹ 姚耿圳¹ 朱明军² 吴旻³ 陈晓虎⁴ 王永霞² 崔杰³ 陈建东⁴

摘要 **目的** 评估慢性心力衰竭中西医结合临床路径多中心实施的效益。**方法** 采用非同期历史对照研究与同期临床对照研究相结合的方法,全国 4 家医院实施临床路径规范化管理后,评估其对患者住院天数、住院费用、临床疗效、患者满意度、生活质量的影响。**结果** 非同期历史对照研究结果表明:路径组较回顾组住院天数明显缩短(12.59 天 vs 18.44 天),住院总费用明显降低(9 051.90 元 vs 11 978.40 元),差异有统计学意义($P < 0.05$);路径组与回顾组心功能疗效比较,路径组显效率和总有效率均高于回顾组(45.60% vs 21.90%, 96.80% vs 86.10%),差异有统计学意义($P < 0.01$)。同期对照研究表明路径组与常规组的住院天数(11.19 天 vs 13.21 天)比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);路径组平均住院总费用低于常规组(8 656.80 元 vs 11 609.70 元),差异有统计学意义($P < 0.01$);两组中医证候疗效比较,路径组总有效率高于回顾组(97.10% vs 93.62%),差异有统计学意义($P < 0.05$);路径组与常规组心功能疗效比较路径组显效率高于常规组(49.30% vs 38.30%),差异有统计学意义($P < 0.05$);路径组整体满意度高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。两组患者出院后 3 个月内的病死率、因心衰发作再次入院率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),生活质量比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 该临床路径能够缩短住院时间,降低住院费用,提高临床疗效,提高患者生活质量,提高患者满意度,可供全国推广应用。

关键词 慢性心力衰竭;临床路径

Effect of Clinical Pathways Based on Integrative Medicine for Patients with Chronic Heart Failure: a Multi-center Research ZOU Xu¹, PAN Guang-ming¹, SHENG Xiao-gang¹, YAO Geng-zhen¹, ZHU Ming-jun², WU Yang³, CHEN Xiao-hu⁴, WANG Yong-xia², CUI Jie³, and CHEN Jian-dong⁴

1 Department of Cardiovascular Diseases, Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510120), China; 2 Heart Center, First Affiliated Hospital, Henan College of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou (450000), China; 3 Department of Cardiovascular Diseases, Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing (100078), China; 4 Department of Cardiovascular Diseases, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing (210029), China

ABSTRACT **Objective** To assess a multi-center study effectiveness of clinical pathways based on integrative medicine (IM) for chronic heart failure (CHF) patients. **Methods** A combined method of historical control study and clinical study on concurrent control was used. After the standard management for clinical pathways was carried out in four hospitals at home, the effects on hospitalization days, medical expenses, clinical efficacy, patient satisfaction, and quality of life were assessed. **Results** Results of non-concurrent historical control study showed that: the hospital stay was significantly shorter in the pathways group than in the retrospective group (12.59 days vs 18.44 days), and the total cost of hospitalization was significantly reduced in the pathways group (¥9 051.90 vs ¥11 978.40), showing statistical difference ($P < 0.01$). Moreover, the effect on the heart function was better in the pathways group than in the retrospective group (the markedly effective rate: 45.60% vs 21.90%; the total effective rate: 96.80% vs 86.10%), showing statistical difference ($P < 0.01$). Results of clinical study on concurrent control showed that the hospital stay was significantly shorter in the pathways group than in

基金项目:国家中医药管理局公益性行业科研专项资助项目(No. 200707004)

作者单位:1. 广东省中医院心血管科(广州 510120); 2. 河南中医学院第一附属医院心脏中心(郑州 450000) 3. 北京中医药大学东方医院心内科(北京 100078); 4. 江苏省中医院心血管内科(南京 210029)

通讯作者:潘光明, Tel: 13527858566, E-mail: panguam@163.com

the control group (11.19 days vs 13.21 days), showing statistical difference ($P < 0.05$). The average total cost of hospitalization was significantly lower in the pathways group than in the control group (¥8 656.80 vs ¥11 609.70), showing statistical difference ($P < 0.01$). As for clinical efficacy of Chinese medical syndrome, the total effective rate was higher in the pathways group than in the control group (97.10% vs 93.62%), showing statistical difference ($P < 0.05$). The markedly effective rate of heart function was better in the pathways group than in the control group, showing statistical difference (49.30% vs 38.30%, $P < 0.05$). The overall satisfaction was higher in the pathways group than in the conventional group ($P < 0.01$). There was no statistical difference in the mortality within 3 months after discharge from hospital, and the readmission rate due to heart failure between the two groups ($P > 0.05$). But there was statistical difference in the quality of life ($P < 0.05$). Conclusion The pathway could shorten the hospitalization time, decrease the cost of hospitalization, improve the clinical efficacy, improve patients' quality of life and satisfaction, therefore, it could be spread nationwide.

KEYWORDS chronic heart failure; clinical pathway

慢性心力衰竭是临床上常见的危重病症,亦是大多数心脏疾患的最终结局及主要死因,近年来其发病率呈上升趋势,严重威胁人类生命健康。心衰患者再次住院率高,生活质量差,医疗费用高,已成为严重的公共卫生学问题和临床医学重点研究的难题。临床路径是近 30 年产生、发展起来的一种新型的单病种质量管理模式,是一种标准化的诊疗方法,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。业已证实临床路径能显著提高医疗服务质量,受到各国医学界的重视^[1]。2009 年 7 月国务院办公厅发布《医药卫生体制五项重点改革 2009 年工作安排》明确提出由卫生部负责制定 100 种单病种临床路径并在全 50 家医院开展试点工作。然而,中医院如何构建中西医结合临床路径,尚未见大规模临床研究报道。广东省中医院在全国中医院最早开展慢性心力衰竭中西医结合临床路径研究,前期通过文献回顾、病例调查研究、专家共识基础上构建慢性心力衰竭中西医结合临床路径^[2],本研究采用非同期历史对照和同期临床对照的研究设计对临床路径的实施效果进行评估,结果报道如下。

资料与方法

1 诊断标准

1.1 慢性心力衰竭西医诊断标准 参照修改的 Framingham 心衰诊断标准^[3]。心功能分级标准参照美国纽约心脏协会(NYHA)分级。

1.2 心衰中医辨证和分型标准 参照《慢性心力衰竭中西医结合临床路径专家共识》^[4]制订,急性加重期分为:(1)气虚血瘀水停证;(2)阳虚水泛,瘀血

阻络证。稳定期分为:(1)气虚血瘀证;(2)气阴两虚血瘀证;(3)气阳两虚血瘀证。

2 纳入及排除标准 纳入标准:符合慢性心力衰竭西医诊断标准,因慢性心力衰竭急性加重住院, NYHA 功能分级 II ~ IV 级。排除标准:急性心肌梗死、不稳定性心绞痛;终末期心衰;肺源性心脏病;合并严重肝、肾功能损害:血清 ALT > 正常上限的 2 倍和(或)血浆 Cr > 178 $\mu\text{mol/L}$;合并恶性肿瘤、血液、消化道、内分泌或神经等其他系统严重疾病;

3 临床路径退出标准 (1)在实施临床路径的过程中,患者出现了严重的并发症,需要转入其他科室实施诊疗的患者。(2)在实施过程中,由于某种原因,患者需要出院、转院或改变治疗方式而不得不中止路径诊疗流程的患者。(3)由于入院前检查、检验结果报告不准确或其他原因导致非心衰患者进入临床路径诊疗流程的患者。

4 一般资料

4.1 非同期历史对照 连续纳入 2009 年 10 月—2010 年 10 月广东省中医院(大德路本部、芳村分院、大学城分院)、河南中医学院第一附属医院、北京中医药大学东方医院、江苏省中医院按路径流程诊疗的慢性心力衰竭急性加重的住院患者,作为临床路径组(简称“路径组”)。连续选取 2008 年 1 月—2009 年 7 月在上述四家中医院住院接受本院心衰常规治疗的心衰患者病历进行信息采集,作为回顾性病案组(简称“回顾组”)。

4.2 同期临床对照 将 2009 年 10 月—2010 年 10 月广东省中医院(二沙岛分院)的慢性心力衰竭急性加重的住院患者按照传统常规治疗作为常规组,与广东省中医院(大德路本部、芳村分院、大学城分

院)实施临床路径的病例进行同期临床对照。

5 病例纳入情况

5.1 路径组 四家医院共纳入临床路径病例 271 例,退出病例 21 例,最后共有 250 例进入分析。其中广东省中医院纳入 142 例,有 2 例因病情需要转科、4 例因病情需要行起搏器植入术、冠脉支架置入术(PCI)等原因退出路径,最后共有 136 例进入分析;河南中医学院第一附属医院纳入 47 例,1 例因肺栓塞退出路径,1 例因病情需要转外科手术退出路径,6 例因出现严重变异导致未按诊疗方案执行,退出路径,最后共有 39 例进入分析;北京中医药大学东方医院纳入 45 例,其中 1 例因出现急性冠脉综合征,予以剔除,1 例因病情需要行起搏器植入术、2 例因病情需要行 PCI 术、2 例因病情需要转科、1 例因住院第 2 天自动出院等原因退出路径,最后共有 38 例进入分析;江苏省中医院共纳入病例 37 例,37 例均进入分析。原发病方面,冠心病 151 例,高血压性心脏病 32 例,风湿性心脏病 16 例,扩张性心肌病 33 例,老年性瓣膜病 5 例,先天性心脏病 4 例,肥厚性心肌病 3 例,心律失常 3 例,甲亢性心脏病 3 例。

5.2 回顾组 四家医院共纳入 333 例。其中广东省中医院纳入 100 例,河南中医学院第一附属医院纳入 135 例,北京中医药大学东方医院纳入 55 例,江苏省中医院纳入 43 例。其中原发病方面,冠心病 142 例,高血压性心脏病 49 例,风湿性心脏病 54 例,扩张性心肌病 52 例,老年性瓣膜病 5 例,先天性心脏病 3 例,肥厚性心肌病 4 例,心律失常 6 例,甲亢性心脏病 12 例,酒精性心肌病 3 例,原因不明 3 例。

5.3 同期对照组 广东省中医院二沙岛分院常规组符合纳入标准者共 51 例,其中因病情需要 1 例转科、3 例行起搏器植入术、PCI 等原因退出研究,最后共有 47 例进入分析。原发病方面,冠心病 30 例,高血压性心脏病 5 例,风湿性心脏病 5 例,扩张性心肌病 6 例,老年性瓣膜病 1 例。

6 治疗方法 路径组采用慢性心力衰竭中西医结合临床路径方案^[2]进行治疗,常规组和回顾性病案组所用治疗方法均为各医院传统诊疗方案。

7 评价指标

7.1 效率评价指标 主要包括住院时间、住院费用。由于物价上涨等原因,回顾病例费用与前瞻病例费用之间必然差异,为了减少这种差异性,根据卫生部年物价上涨指数为 3.3%,回顾性研究在原费用基础上均乘以 1.033。下面各组资料分别给出物价参数调整前后相关费用比较情况。

7.2 疗效评价指标

7.2.1 心功能疗效 显效:心衰基本控制或心功能提高 2 级以上者。有效:心功能提高 1 级,但不足 2 级者。无效:心功能提高不足 1 级者。恶化:心功能恶化 1 级或 1 级以上。

7.2.2 心衰中医症候积分 采用中医症状的半定量计分法,以总积分值较验证前降低≥90%为临床痊愈;总积分值降低 70%~89%为显效;总积分值降低 30%~69%为有效;达不到有效标准为无效。

7.2.3 生活质量量表评分 采用明尼苏达心衰生活质量量表^[5]评分。

7.2.4 3 个月内再次入院率与病死率。

7.3 人文评估 患者满意度比较:采用患者满意度量表^[6]进行评价。

8 统计学分析 采用 SPSS 17.0 统计分析软件包。分类资料用 $\bar{x} \pm s$ 检验或精确概率法。计量资料满足正态性和方差齐性要求者,两样本均数比较用 t 检验;未满足要求者两样本均数比较用 Wilcoxon 秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 非同期历史对照研究结果

1.1 路径组与回顾组住院天数比较(表 1) 经正态性检验,路径组住院天数资料符合正态分布,回顾组住院天数资料为非正态分布,采用秩和检验,结果显示,路径组与回顾组住院天数比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),路径组平均住院天数与住院天数中位值(M)均低于回顾组(12.59 天 vs 18.44 天,12.00 天 vs 16.00 天)。此结果提示,实行临床路径后,住院时间缩短 5.85 天。

表 1 路径组与回顾组住院天数比较 (天, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	$\bar{x} \pm s$	M	Z	P
路径	250	12.59 ± 5.45	12.00	-6.97	0.000
回顾	333	18.44 ± 10.99	16.00		

1.2 路径组与回顾组住院费用比较

1.2.1 路径组与回顾组住院总费用比较(表 2) 经正态性检验,两组住院总费用分布属非正态分布,采用秩和检验。结果显示:无论物价参数调整前还是调整后,两组住院总费用比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。调整前路径组住院平均总费用与住院费用中位数(M)均低于回顾组(9 051.90 元 vs 11 595.80 元;8 116.60 元 vs 10 026.60 元),调整后路径组住院平均总费用与住院费用中位数均低于回

顾组(9 051.90 元 vs 11 978.40 元;8 116.60 元 vs 10 357.40 元),提示执行临床路径后,患者住院总费用有所下降。

表 2 路径组与回顾组住院总费用比较 (元, $\bar{x} \pm s$)						
组别	例数	时间	$\bar{x} \pm s$	M	Z	P
路径	250	调整前	9 051.90 $\pm$ 4 755.40	8 116.60	-5.796	0.000
		调整后	9 051.90 $\pm$ 4 755.40	8 116.60	-5.110	0.000
回顾	333	调整前	11 595.80 $\pm$ 6 463.80	10 026.60		
		调整后	11 978.40 $\pm$ 6 677.10	10 357.40		

1.2.2 路径组与回顾组费用综合评价比较(表 3) 在费用总评价方面,实施临床路径后,单病种次均费用降低2 926.50 元,日均费用增加 69.39 元,治疗费用比例增加 7.33%,药物费用比例降低 8.37%,中药费用占药物费用比例提高 7.58%,检查费用比例增加 3.49%,但检查费绝对值平均降低 465.10 元。

1.3 路径组与回顾组心功能疗效比较(表 4) 对路径组与回顾组出院时 NYHA 心功能分级改善情况进行疗效评价显示,路径组与回顾组心功能疗效效率和总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$),提示执行临床路径能提高心功能疗效,提高医疗质量。

2 同期对照研究结果

2.1 路径组与常规组住院天数比较(表 5) 经正态性检验,常规组住院天数属正态分布,而路径组住院天数属非正态分布,采用秩和检验。路径组与常规组住院天数比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),路径组平均住院天数低于常规组(11.19 天 vs 13.21 天)。

提示广东省中医院执行临床路径后,住院时间较常规组平均缩短 2.02 天。

表 5 路径组与常规组住院天数比较 (天, $\bar{x} \pm s$)						
组别	例数	$\bar{x} \pm s$	Min ~ Max	M	Z	P
路径	136	11.19 $\pm$ 4.30	(3 ~ 29)	11.00	-2.36	0.018
常规	47	13.21 $\pm$ 5.10	(6 ~ 26)	12.00		

2.2 住院费用比较

2.2.1 路径组与常规组住院总费用比较 经正态性检验,两组总费用分布属非正态分布,行秩和检验,两组住院总费用比较,路径组住院平均总费用低于常规组(8 656.8 元 vs 11 609.7 元),差异有统计学意义($Z = -3.18, P < 0.01$),提示执行临床路径后,患者住院总费用平均下降 2 952.9 元。

2.2.2 路径组与常规组住院费用综合评价比较(表 6) 路径组与常规组比较,单病种次均费用降低 2 952.90 元,日均费用降低 105.24 元,治疗费用比例增加 5.61%,药物费用比例降低 9.00%,中药费用占药物费用比例提高 10.01%,检查费用比例平均增加 2.56%。

2.3 路径组与常规组患者出院时心功能疗效比较(表 7) 对路径组与常规组出院时 NYHA 心功能分级改善情况进行疗效评价,其结果显示路径组与常规组心功能疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),路径组显效率高于常规组(49.30% vs 38.30%),提示两组经治疗后心功能改善明显,而路径组心功能疗效较常规组更优。

表 3 路径组与回顾组费用总评价比较							
组别	例数	单病种次均费用 (总费用,元)	单病种日均费用 (总费用,元)	单病种治疗费用比例 (%)	单病种药物费用比例 (%)	单病种中药费用占药物费用比例 (%)	单病种检查费用比例 (%)
回顾	333	11 978.40	649.59	7.11	51.89	19.00	26.58
路径	250	9 051.90	718.98	14.44	43.52	26.58	30.07
路径组较回顾组降低		2 926.50	-69.39	-7.33	8.37	-7.58	-3.49 (绝对值降低 465.10 元)

表 4 路径组与回顾组心功能疗效比较 [例(%)]							
组别	例数	显效	有效	无效	总有效	Z	P
路径	250	114(45.60)*	128(51.20)	8(3.20)	242(96.80)*	-6.546	0.000
回顾	333	73(21.90)	214(64.20)	41(12.30)	287(86.10)		

注:与回顾组比较,* $P < 0.01$

表 6 路径组与常规组住院费用综合评价比较							
组别	例数	单病种次均费用(总费用) (元)	单病种日均费用(总费用) (元)	单病种治疗费用比例 (%)	单病种药物费用比例 (%)	单病种中药费用占药物费用比例 (%)	单病种检查费用比例 (%)
常规	47	11 609.70	878.86	14.19	43.42	27.64	28.54
路径	136	8 656.80	773.62	19.80	34.42	37.65	31.10
路径组较常规组降低		2 952.90	105.24	-5.61	9.00	-10.01	-2.56

表 7 路径组与常规组患者出院时心功能疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效	Z	P
路径	136	67(49.30)*	68(50.00)	1(0.70)	135(99.30)	-1.36	0.025
常规	47	18(38.30)	28(59.60)	1(2.10)	46(97.90)		

注:与常规组比较,*P<0.01

表 8 路径组与常规组患者中医证候疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效	Z	P
路径	136	4(2.94)	43(31.62)	85(62.50)	4(2.94)	132(97.06)*	-1.25	0.013
常规	47	0(0.00)	11(23.40)	33(70.20)	3(6.38)	44(93.62)		

注:与常规组比较,*P<0.01

表 9 路径组与常规组患者满意度调查分析 [例(%)]

组别	例数	评价内容	一般	较满意	很满意	Z	P
路径	136	对本次住院的治疗效果满意否	0(0.0)	33(24.26)	103(75.74)*	-4.17	0.000
		对本次住院服务的总体感觉	0(0.0)	20(14.71)	116(85.29)*	-4.28	0.000
常规	47	对本次住院的治疗效果满意否	0(0.0)	27(57.40)	20(42.60)		
		对本次住院服务的总体感觉	1(2.1)	20(42.60)	26(55.30)		

注:与常规组比较,*P<0.01

2.4 路径组与常规组患者中医证候疗效比较(表 8) 路径组与常规组心衰中医证候总有效率比较,差异有统计学意义(P<0.05),提示路径组在改善中医证候上疗效优于常规组。

2.5 路径组与常规组患者满意度调查分析(表 9) 从患者满意度调查表结果来看,无论路径组还是常规组,几乎很少有患者不满意或很不满意,因此,下列各表统计时,均将很不满意、较不满意、一般等 3 项合并为 1 项,而较满意、很满意则各自独立为 1 项,共 3 项,考虑资料属于单向有序资料,故统一采用秩和检验。可以看出,两组中均无不满意患者,较满意与很满意比例均高于 95%,提示两组患者整体满意度均相当高。对两组整体满意度进行比较,差异有统计学意义(P<0.01),路径组整体满意度高于常规组(75.74% vs 42.60%,85.29% vs 55.30%)。

2.6 患者出院后 3 个月再次入院率、病死率及生活质量比较 对路径组与常规组定期进行电话与门诊随访,并比较患者出院后 3 个月内病死率、再次因心衰发作入院率及生活质量评分。(1)病死率比较:出院后 3 个月内路径组死亡 4 例,常规组死亡 2 例,采用确切概率法比较,两组病死率比较差异无统计学意义(Z=0.18,P>0.05)。(2)再次入院率比较:出院后 3 个月路径组因心衰发作再次入院 33 例,常规组 11 例,两组比较差异无统计学意义(P>0.05)。(3)生活质量比较:路径组出院后 3 个月明尼苏达生活质量评分(35.83±15.42)较入院时生活质量评分(55.08±18.03)降低,说明生活质量有所提高,两者比较差异有统计学意义(P<0.05),常规组出院后 3 个月明尼苏达

生活质量评分(41.93±17.24)较入院时生活质量评分(59.21±18.53)降低,两者比较差异有统计学意义(P<0.05)。两组出院后 3 个月生活质量比较,差异有统计学意义(P<0.05)。提示路径组和常规组,出院后 3 个月与刚入院时生活质量比较均有改善,差异均有统计学意义,但路径组较常规组改善生活质量效果更佳。

讨 论

临床路径作为一种新型的规范化诊疗管理方式,通过综合多学科服务、建立标准化流程的方法来规范临床医疗行为,明确了临床医疗服务的技术路线流程以及实现医疗服务预期目标的途径、方法和基本准则。本研究结果显示,执行慢性心力衰竭中西医结合临床路径后,不仅可缩短患者住院时间和减少住院费用,并可在某种程度上提高临床疗效,初步说明了前期所构建的临床路径具有较高的科学性、实用性及合理性。

1 缩短住院时间 早在 1996 年 Jungkind K 等[7]的研究认为充血性心力衰竭临床路径缩短住院时间,此后多项研究均显示心力衰竭临床路径可以有效缩短住院时间。

同期对照研究中,广东省中医院路径组平均住院天数与住院天数中位值均低于常规组。此结果提示广东省中医院所制定的慢性心力衰竭中西医结合临床路径可有效地缩短患者住院时间。原因可能是临床路径规范了患者的住院天数及主要检查项目,减少了临床医师对患者住院时间及检查项目选择的随意性,进而缩短了住院时间。在各医院历史对照研究中,各医院的路径组与回顾组比较,平均住院天数均明显降低。

缩短住院天数可以减少患者和家属的负担,减少其在医院的生活费及其他相应的医疗费用,减少因病所致的误工费等。同时,缩短平均住院天数,加快病床周转,多收治患者亦有益于医院、科室的经济利益。

2 降低住院费用 在临床路径的应用中,应严格执行临床路径中规定的诊疗常规,不能随意增加与单病种关联度不高的检查与治疗等项目,同时由于合理、标准化流程的形成,住院时间缩短而使相应的床位费、药物费用等得以下降。在本研究中,从入院第 1 天起,就规定了要实施的检查项目和治疗,并规定要复查的检验项目,同时,亦对以上处理设定了较为明确的时间。本研究结果显示即使对慢性心力衰竭这种复杂的临床综合征,只要按照构建临床路径的方法和步骤,也能够达到降低医疗费用的目的。

在同期对照研究中,广东省中医院路径组与常规组比较,可见住院次均总费用降低,实施临床路径住院次均总费用节省 2 952.90 元。历史对照研究表明,在四家医院执行路径后,降低了西药费用、检查费和药物费用比例,同时有可能提高中药费用和治疗费,提高中医治疗率,从而降低了平均住院费用。

临床路径降低费用的原因,由于严格地规范了诊疗活动,优化了诊疗流程,缩短了住院时间,使不必要的检查费和西药费相应降低。同时加强了中医药治疗,突显中医药特色与优势,因而中成药费、中草药费等项目费用下降不明显,反而增加。

3 改善心功能与中医证候 越来越多的研究显示,在常规西医治疗的基础上加入中医药治疗,可能更有效地改善患者的心功能和中医证候。本研究所执行的中西医诊疗方案重点加入了具有中医药特色与优势的诊疗方案,其构建充分建立在循证基础之上,纳入临床研究中被认为效果较好的中成药及中药,理论上其效果可能较常规组更为明显。事实上,经过验证发现,新构建的慢性心力衰竭中西医结合临床路径改善心功能状况的疗效优于常规组,显效率明显高于常规组。然而,路径组与常规组心衰中医证候总疗效比较时发现,两组在改善证候上总疗效相当,路径组更有效地改善患者形寒肢冷与小便短少两个主要症状,按照常规的中医辨证,慢性心力衰竭患者出现形寒肢冷与小便短少多考虑为阳气不足所致,此结果提示路径组可能在改善患者阳虚症状上效果优于常规组,其原因在于路径组中医药诊疗方案中强调了慢性心力衰竭中医基本病机为本虚标实,气阳亏虚为本,水饮、瘀血及痰浊为标,处方用药着重在于改善气阳亏虚的状况。

4 提高患者满意度 患者满意度是反映医疗质

量的重要渠道。早在第 12 届国际医疗质量保证大会上,就把患者满意度的测量作为会议的重要内容之一,认为患者满意度可以作为评价医疗质量的有效手段,并明确指出,把患者满意度作为改进工作的标准。本研究结果证实,患者普遍有非常高的满意度。由于路径组制定了相应的慢性心力衰竭患者路径简要版本,并专门由护士对患者进行详细的健康宣教,由医生对患者进行更为详尽的解释,并且由于有了更优化的诊疗安排,加上住院时间缩短与住院费用下降等结果,路径组患者满意度总体而言高于常规组。这个结果表明,实施临床路径,可能会使患者满意度进一步提高。

5 提高患者的生活质量 广东省中医院同期对照研究中,出院后 3 个月内两组患者生活质量比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),同时出院后 3 个月生活质量均高于刚入院时的生活质量。说明执行临床路径可改善心衰患者的生活质量。

因此,通过全国多中心临床验证,该临床路径能够缩短住院时间,降低住院费用,提高患者生活质量,提高患者满意度,可供全国推广应用。

参 考 文 献

- [1] Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K, et al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries – an international survey by the European Pathway Association [J]. J Integr Care Pathways, 2006, 101: 28–34.
- [2] 潘光明,邹旭,盛小刚,等.慢性心力衰竭中西医结合临床路径构建与实施的经验与体会[J].实用医学杂志, 2011, 27(1):154–155.
- [3] 高润霖,吴宁,胡大一,等.心血管病治疗指南和建议[M].北京:人民军医出版社,2004:35–36.
- [4] 邹旭,潘光明,李松,等.基于 Delphi 法建立慢性心力衰竭诊疗方案及其结果分析[J].广州中医药大学学报, 2010, 27(5):520–524.
- [5] Rector T, Kubo S, Cohn J. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota living with heart failure questionnaire[J]. Heart Failure, 1987, 3: 198–209.
- [6] 夏萍,黄慧玲,吕玉波,等.广东省中医院顾客满意度测评管理体系的建立和完善[J].中国医院, 2010, 14(10): 43–47.
- [7] Jungkind K, Shaffer R. Congestive heart failure (CHF) path cuts length of stay, saves 2,300 per case[J]. Hosp Case Manag, 1996, 4(8): 119–122.

(收稿:2012-09-29 修回:2013-01-21)