

■ 本期关注

10月24日,在“2020中国医院医疗质量大会ERAS(加速康复外科)与围手术期安全管理”分论坛上,笔者介绍了河南省肿瘤医院ERAS项目实施情况和体会。在准备课件的过程中,笔者和河南省肿瘤医院医务部主任李祥、副主任张萌进行了比较充分的沟通,对这项工作有了系统的了解,现整理如下,分享给大家。

多学科协作 优化流程 ERAS项目实践及体会

河南省肿瘤医院 韩斌斌

由来

1997年,丹麦外科医生Kehlet(凯莱特,音译)教授对于围术期死亡率和并发症进行了研究,发现围术期死亡率和并发症是由多种因素所致,而单因素模式干预措施无法解决。基于此背景,Kehlet首先提出了multimodel surgical care和Fast track surgery的理念,其最初的含义为“快车道、康复、早期出院”。2001年,Kehlet等人在共同发表的《采用多模式策略改善患者术后康复》的论文中,首次提出了ERAS概念。

2006年,黎介寿院士率先将加速康复外科理念引进中国,他也因此被称为中国ERAS之父。2007年,在黎介寿院士的指导下,江志伟教授率领团队开展ERAS研究,并在《中华外科杂志》发表了世界上第一篇有关胃癌ERAS临床应用的研究论文。随后,他们在结直肠癌ERAS等领域,不断探索和实践,使ERAS在中国得到飞速发展。

内 涵

ERAS是以循证医学为基础,以减少患者的生理及心理创伤应激反应为目的,通过多学科协作,对围手术期处理的临床路径给予优化,可减少围手术期应激反应和术后并发症,促进患者康复、缩短住院时间、降低医疗费用。

ERAS包括做好患者术前心理和生理上的准备,选择最佳手术方案、减少创伤应激和强化术后康复治疗。

从医学的角度来说,ERAS模式推广的本质,是贯彻“以患者为中心”的理念,遵循“个性化、标准化、精细化”的执业理念,基于多学科的深度协作,在围手术期对患者的心理、营养、管道、液体、用药、体温、疼痛7个方面进行深化管理,形成系统的多项措施,有效降低患者损伤、减少患者应激,促进患者快速康复。

ERAS模式的推行,需要外科医生来牵头,临床护士、麻醉医师、手术护士、营养师、心理师、临床药师及患者家属多方共同努力,整合规则,从而形成有利于降低患者损伤、减少患者应激、加速患者康复的医疗新模式。

从管理学的角度来看,ERAS模式的推广,是涉及多部门、多团队、多流程、标准及分工改变的组织变革项目。而组织变革,有它独有的逻辑和套路——需要持续学习和多次沟通实现理念的改变,需要通过数据反馈、定期复盘持续优化工作,通过信息化、专项设备、制度和政策等平台建设和激励机制来支撑。

当下开展ERAS的意义

首先是政策的要求。2019年,国家卫生健康委员会下发了《关于开展加速康复外科试点工作的通知》,鼓励各地科学建立快速康复外科诊疗模式,提高外科诊疗效果和医疗服务效率,保障医疗质量和安全。

其次是医者的使命。“有时去

治愈,常常去帮助,总是去安慰”,从希波拉底誓言到特鲁多的墓志铭,都指引着医务工作者要“以患者为中心”,在治疗技术、医学模式等方面不断探索,让患者受益。

最后是医改带来的挑战。分级诊疗政策引导更多的患者留在基层,省、市级医院要想吸引患者,

就必须技术在技术、模式领先和患者体验上下功夫。DRGs(疾病诊断相关分组)支付制度改革,引导医院在做好患者救治的同时,尽量减少并发症、提高床位周转率,从而减少医疗费用。ERAS的实施,能够有效改进患者体验,降低医疗费用,提高医院运营效率。

实践与应用

2017年,河南省肿瘤医院启动了以“战略地图”“平衡计分卡”为主导的科学管理项目,在项目实施过程中,提炼出了具有河南省肿瘤医院特色的“OMC”(目标、量化、协同)管理思维。

该思维包括三大要素、五大步骤。目前,在河南省肿瘤医院,基于“OMC”管理思维的思想统一、方法统一、行动统一、语言统一的医院科学管理新范式正在形成。ERAS项目也是基于“OMC”管理思维来规划、推动的。

首先,明确推行ERAS项目的目标(包括医疗方面的目标和项目管理的目标)。医疗方面的目标包括开展例数、疗效反馈。项目管理的目标是建立一个体系,建立若干个病种工作标准,在医疗方面和经

济学方面取得明显改进。每项目标都有明确的指标来衡量,各项指标值都可以被监测。

其次,分6步实施ERAS项目。

第一步:充分发动,营造氛围,包括邀请业内专家作报告、组织相关科室学习讨论,组成核心小组逐科进行宣教等。

第二步:正式启动,出台方案。我们成立了行政实施团队和按病种分类的专家小组,出台了工作实施方案。

第三步:试点先行,按月复盘。我们选取有开展经验的胸外科团队为试点,定期交流,分享经验。

第四步:以信息化为支撑,提高效率。我们开发了APP(手机软件),打通HIS(医院信息系统)、移动护理、医生工作站等信息系统,力

争让医务人员顺利开展工作。目前,信息化建设在持续优化中。

第五步:宣传推广,扩大范围。医院已先后有14个病种启动了ERAS项目,并制定了全流程项目措施。

第六步:多措并举,深化应用。医院成立外科发展中心,提高外科医生微创技术能力,并给予物质激励,采购相关设备,提高工作效率。

最后,总结工作成效。综合看来,项目启动之初,我们设定的医疗目标和管理目标都不同程度得以实现。ERAS理念得到越来越多外科医生的认可,外科医生、麻醉医师、营养师、临床药师、临床护士的协作也越来越密切,患者受益颇多。同时,多个病种的卫生经济学指标明显向好。

实施体会

第一,这是一把手工程。不管是宣传发动阶段,还是项目实施推动阶段,一把手的关注、参与和支持都起到了重要作用。ERAS项目被列入医院战略事项,由业务院长专门负责,定期反馈实施情况。同时,我们也争取了外部资源的支持。

第二,需要强有力的执行团队。ERAS理念改变了医疗模式,

需要多学科同频共振的改变,难度可想而知。这就需要项目团队有科学的思维、高效的执行力、强大的沟通力和持久的耐受力。

第三,用好青年力量。青年人思维活跃、精力旺盛、勇于尝试新事物,可以筛选出优秀青年骨干参与进来,进而以点带面,用好的成效鼓舞大家。

第四,重视信息化建设。科学

的信息化可以有效提高工作效率,减少工作障碍,还可以为临床和科研积累数据。

第五,进行多维度激励,包括经济激励、精神激励、成长激励、晋升激励等。

第六,营造包容文化。新的理念、新的实践难免会有失误,对新模式带来的暂时性问题要充分包容,用时间换空间。

后 记

11月份,笔者和ERAS项目小组到医院胸外科现场参与了讨论,并和几名患者进行了交流。其中一名参与了ERAS项目、即将出院的患

者竖起拇指,对着我们连连称赞,说医院这样做真是为患者着想,让患者充分受益,他们对住院期间医务人员的服务也非常满意。患者的赞

扬感染了项目小组的每一个人,大家当时就做了复盘,成立了ERAS信息优化小组,每周召开例会,助力医务人员更便捷地实施ERAS项目。

□张文广 毕永华 韩新巍

区域性门静脉高压大出血的介入治疗

几年前,爱结交朋友的李先生与朋友大吃大喝后差点被胰腺炎要了命,近期又因为大量呕血、生命危在旦夕被当地120救护车急转转运至郑州大学第一附属医院。经过CT检查等,李先生被诊断为区域性门静脉高压、胃底静脉曲张破裂大出血。经介入治疗后,李先生转危为安、康复出院。

那么,大吃大喝、胰腺炎、区域性门静脉高压、消化道出血,这一连串的事儿有关联吗?

什么是区域性门静脉高压

胃肠道吸收的营养物质和血液一起汇集于门静脉,经门静脉输送至肝脏这个化工厂进行加工,将营养素合成人体需要的物质经心脏输送到全身,将有毒物质代谢分解并排泄。肝硬化时门静脉血液进入肝脏困难,导致门静脉瘀血性高压,引发一系列危害,如胃底食管静脉曲张破裂大出血。

区域性门静脉高压又称胰源性门静脉高压、胃脾区门静脉高压或局限性门静脉高压症等,是门静脉高压中

唯一能够彻底治愈的亚型。因此,对该病早期诊断和治疗尤为重要。

区域性门静脉高压多因胰腺炎的消化液损伤、破坏脾静脉,引起脾静脉曲张形成,导致脾静脉回流受阻、脾胃区门静脉局部高压状态。

按脾静脉阻塞的原因,该病可分为胰源性、腹膜后源性和脾源性3种,80%左右是由胰腺疾病引起的。

区域性门静脉高压的诊断

区域性门静脉高压出现的临床症状有以下几种:1.腹痛,反复上腹部疼痛,多为胰腺炎、胰腺肿瘤等原发病的临床表现;2.脾大,脾功能亢进;3.上消化道出血,内镜检查可发现食管静脉曲张、胃底静脉曲张;4.脾亢和反复消化道出血可引起中到重度贫血;5.无肝病体征,多无肝大、黄疸、腹水等迹象,无皮肤色素沉着、蜘蛛痣等慢性肝病体征。

影像学可确诊本病,彩超可发现脾静脉管腔变细,管腔内絮状、不规则或条索状低回声,血流消失。但彩超易受肠道气体等多种因素影响,漏诊率较高。

CT及MRI(磁共振成像)平扫与增强检查,在显示胰腺原发病的同时,还可见脾脏肿大,脾静脉受压、血管壁增厚、狭窄或闭塞,脾胃区可见粗大的侧支血管建立,食管下段和/或胃底静脉曲张。

DSA(数字减影血管造影)经脾穿刺脾静脉造影或经脾动脉进行间接脾静脉造影是诊断该病的“金标准”,可直接显示脾静脉阻塞和脾静脉侧支血管—胃底曲张静脉;但DSA是有创检查,不再作为单纯诊断手段,已逐渐被CTA(非创伤性血管成像技术)或MRA(磁共振血管造影)取代。

区域性门静脉高压的介入治疗

原发病治疗。对于胰腺炎后继发胰腺假性囊肿者,可经皮穿刺置管进行负压持续引流,直到囊肿愈合,以消除假性囊肿对脾静脉的压迫。胰腺或腹膜后占位者可采用动脉栓塞术或经皮穿刺消融术等,尽量消除肿瘤占位效应,减轻对脾静脉的压迫。

脾功能亢进治疗。对出现明显的脾功能亢进者,比如血小板严重减少而容易出血或顽固性出血者,白细胞

严重减少容易出现感染或顽固性感染者,宜进行部分性脾动脉栓塞术。脾功能出现亢进时,主要是由皮质的红髓功能亢进引起的,而髓质的白髓功能并没有亢进。介入治疗在栓塞亢进的皮质时,能保留正常的髓质功能,以保护人体的正常免疫力。微创介入治疗在局部麻醉下即可完成,经股动脉穿刺插管至脾动脉,缓慢注入直径50微米~200微米的栓塞微粒栓塞皮质动脉。以往基本采用外科的脾切除术治疗,同时切除皮质和髓质,不仅手术创伤大,还会极大地损伤免疫力,导致门静脉血栓、门静脉海绵样变等严重并发症,现已被介入治疗替代。

脾静脉曲张的治疗。脾静脉主干无论是严重狭窄或是完全闭塞,都需解除阻塞以恢复脾脏正常血流。可采用球囊扩张或/和支架植入术即脾静脉曲张成形术。短段局限性狭窄可行单纯脾静脉球囊扩张成形术,对于长段阻塞者应在球囊扩张成形后植入内支架。操作途径有3种:其一,经皮肝穿刺进入门静脉,引入导管导丝至脾静脉,二者配合将导丝引入脾静脉曲张

分支,沿导丝引入球囊导管,扩张阻塞段脾静脉,造影复查若发现扩张后的原阻塞段脾静脉明显回缩,应植入内支架。其二,经颈静脉肝内穿刺进入门静脉、脾静脉。其三,经皮直接穿刺脾静脉。内支架植入术近期疗效确切,但存在支架再狭窄风险,宜严格掌握适应证。

门静脉高压出血的治疗。即胃底食管曲张静脉栓塞术,可单独进行或与脾静脉曲张成形术同步进行。操作途径与脾静脉曲张成形术一样,选择最佳的穿刺入路进入门静脉后,进行脾静脉—门静脉高压造影,显示出孤立的胃底静脉曲张、胃底食管下段静脉曲

张、胃—肾分流及胃—脾—肾分流等,导管导丝配合,依次插入上述异常血管内,应用各种弹簧圈、外科胶及泡沫硬化剂等栓塞硬化曲张的静脉团。不少此类患者往往找到消化内科或急诊科,而接受消化内镜套扎或注射胶治疗,但与微创介入治疗相比存在以下不足:活动性出血患者生命体征不稳,麻醉风险极高,无痛胃镜无法进行,而介入在局部麻醉下即可完成;若采用普通胃镜下治疗,由于患者烦躁不安,配合差,术野出血可视性差等也无法完成;内镜须进入出血的食管进行操作,在操作过程中可能诱发出血,而介入栓塞无须进入食管,不存在此风险;介入可栓塞完整的曲张静脉,而内镜只能套扎曲张静脉的表面,可谓“冰山一角”,大量曲张血栓无法彻底阻断;与介入栓塞的全程可视不同,内镜下注胶无法显示,存在异位栓塞和栓塞不彻底的情况。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

医疗机构诊疗科目是《医疗机构执业许可证》重要登记事项之一。

依据《医疗机构管理条例》第十八条:“医疗机构执业登记的主要事项:(一)名称、地址、主要负责人;(二)所有制形式;(三)诊疗科目、床位;(四)注册资金。”第二十七条:“医疗机构必须按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动。”原卫生部《医疗机构诊疗科目名录》将诊疗科目分为一级科目与二级科目。

一级科目一般相当于临床一级学科,如“内科”“外科”等;二级科目一般相当于临床二级学科,如“呼吸内科”“消化内科”等。在每个专业的二级科目中都有个“其他”。

有人认为“其他”含义不明,没有具体使用规则,实属多余,应当删除。这个观点对不对?该怎么理解“其他”呢?

《医疗机构管理条例》《医疗机构管理条例实施细则》《医疗机构诊疗科目名录》等文件下发已近30年,当年制定这些法规的人早已星散,无法直接咨询,但我们通过合理推理,仍可得到或接近政策原意。笔者认为,关于“其他”,有以下两层含义:

一是“未知”。人类在不断探索世界,人造航天器已经接近银河系边缘,微观上研究到分子、原子,但对于人体自身仍有许多未解之谜。作为综合各学科之大成的医学,虽然近代以来发展迅速,但仍是一门发展中的学科,还有很多空白领域需要研究探索。

二是“未尽”。《医疗机构诊疗科目名录》规定“一般只需填写一级科目”,即一级科目可开展相关专业所有执业行为。但细化二级科目后,可能产生新的问题。例如,一级科目内科专业有10个二级科目(分别是呼吸内科专业、消化内科专业、神经内科专业、心血管内科专业、血液内科专业、肾病学专业、内分泌专业、免疫学专业、变态反应专业、老年病专业)和“其他”。

如果删除“其他”,就意味着卫生健康行政部门认为内科只分为这10个二级科目,没有其他新专业的空间。

再例如某家医院原来只核定内科一级科目,可以开展全部内科专业执业活动,后来细化出3个二级科目,可以开展其他未细化专业的执业活动吗?如果在3个二级科目后面加上“其他”,含义就不言而喻了。

“未知”与“未尽”,都意味着人类面对自然,医生面对疾病,不可狂妄自大,必须实事求是、尊重规律,时刻保持谦卑与敬畏之心。

遗失声明

郑州市惠济区人民医院河南省医疗住院收费票据因管理不善丢失54份,票据代码:豫财410214,票据批次:OC(2017),起止票号:0231001-0231054,特此声明作废。

AI智能体质分析与调理



★微信直播课
★18种体质分析
★200种证型分析
★对应360味中药
★零元合作/代理
报名微信:mcn1168
联系人:焦老师 15801679829
世界中联(北京)中医科学研究院

