

<<数字化临床路径建设>>

图书基本信息

书名：<<数字化临床路径建设>>

13位ISBN编号：9787030356109

10位ISBN编号：7030356101

出版时间：2012-10

出版时间：科学出版社

作者：郑树森、张珉、邢美园

页数：304

字数：482000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<数字化临床路径建设>>

内容概要

《数字化临床路径建设》系“十一五”国家科技支撑计划重点项目“国家数字卫生关键技术和区域示范应用研究”成果——《数字卫生丛书》之第六册。

全书围绕数字化临床路径建设，分别就临床路径技术和管理、临床护理路径、电子病历、临床路径的实施控制、临床路径的组织管理和培训、临床路径系统实施应用的软硬件配置、临床路径的评估与反馈，以及疾病知识系统建设等，结合作者自身的实践经验进行了描述，并在最后对慢性乙型病毒性肝炎（非肝衰竭期）和胃癌根治术的数字化临床路径做了介绍。

《数字化临床路径建设》内容新颖、实用，可供卫生行政管理人员、数字化临床路径研究人员及临床医务工作者参考。

<<数字化临床路径建设>>

作者简介

郑树森、张珉、邢美园

<<数字化临床路径建设>>

书籍目录

《数字卫生丛书》序《数字卫生丛书》前言第一章 临床路径概述第一节 临床路径的定义第二节 临床路径的目的及作用第三节 临床路径的发展史第四节 临床路径国内外现状第二章 临床路径技术框架第一节 临床路径的基本功能规范第二节 临床路径的信息标准化第三章 临床路径关键技术第一节 临床路径管理模式第二节 临床路径关键技术第三节 疑难、复杂疾病路径处理技术第四章 临床路径的路网化管理第一节 路网化临床路径概述第二节 路网化临床路径设计和实施第三节 典型案例——病毒性肝炎临床路径的路网化管理第四节 路网化临床路径发展前景第五章 临床护理路径第一节 临床护理路径发展史及现状第二节 数字化临床护理路径系统设计的基础思想第三节 数字化临床护理路径系统功能模块构建第四节 数字化临床护理路径的组织实施第五节 数字化临床护理路径的优势和实施意义第六章 临床路径与电子病历第一节 电子病历及电子病历系统的概念第二节 电子病历的基本内容与信息来源第三节 电子病历的功能与应用价值第四节 临床路径与电子病历的整合第七章 临床路径的实施控制第一节 临床路径实施控制的理论基础第二节 临床路径实施管理第三节 临床路径实施培训体系第四节 临床路径实施评价第八章 临床路径的组织管理和培训第一节 临床路径组织管理体系的构建第二节 临床路径组织管理体系的职责第三节 临床路径知识系统的培训第九章 临床路径系统实施应用的软硬件配置第一节 系统软硬件总体结构第二节 硬件配置第三节 软件配置第四节 系统接口方案第五节 医院数字化临床路径软硬件配置案例第六节 数字化临床路径系统软硬件发展趋势第十章 临床路径的评估与反馈第一节 临床路径评估的意义及对象第二节 临床路径评估框架的构建第三节 临床路径评估指标体系的内容及实施方案第四节 临床路径的反馈第十一章 疾病知识系统第一节 疾病知识系统第二节 疾病知识系统的技术架构第三节 疾病知识库第四节 疾病知识库的建设第十二章 医学专题知识库第一节 检验知识库第二节 药物知识库第三节 循证证据库第四节 护理知识库第五节 患者教育知识库第十三章 临床路径和疾病知识系统展望第一节 中国医疗信息化建设现况第二节 中国临床路径和疾病知识系统研究现况第三节 临床路径和疾病知识系统展望参考文献附录一 慢性乙型病毒性肝炎(非肝衰竭期)附录二 胃癌根治术

<<数字化临床路径建设>>

章节摘录

第一章 临床路径概述 随着医疗技术日新月异的发展、老龄化问题的日渐突出和人民群众对医疗卫生的需求不断增加,我国医疗费用逐年增加,并逐渐成为最受关注的民生问题和亟待解决的严重问题。

据统计,我国2000年卫生总费用为4586.8亿元,其后逐年增长,2009年已增至17541.1亿元,增长282%。但我国医疗资源呈“倒三角”形分布,医疗资源相对过剩,大医院超负荷运转,中小医院面临生存危机。

2010年我国三级医院病床数为1065047张,而一级医院仅为256573张,不到三级医院病床数的1/4;三级医院卫生人员数为1426470人,一级医院则为290633人,仅为三级医院卫生人员数的1/5。

为寻求一种能够保证医疗质量,并能有效控制医疗成本、降低医疗费用的途径,从1996年起,我国开始引入已被欧美一些国家证明是在保证医疗服务质量的前提下能够有效降低平均住院日、减少医疗费用的有效工具——临床路径。

相关的临床路径研究实践自2001年起开始陆续报道,2009年卫生部启动了临床路径编制工作,组织有关专家开始编写、审核部分病种的临床路径,并成立了卫生部临床路径技术审核专家委员会。

经过10余年的实践与发展,临床路径的理论和实践在我国已形成了初步规模。

发展符合我国国情的临床路径,对我国顺利进行医疗体制改革、合理使用有限的卫生资源、提高效率和服务质量、降低医疗费用意义重大。

第一节 临床路径的定义 临床路径 (clinical pathway) 这个名词现已被国际各医疗管理机构广泛认可,但是临床路径在各个地区使用也有许多其他的名词,如路径 (pathway)、关键路径 (critical path-way)、照护图示 (care map)、协作照顾 (collaborative care)、整体照顾 (integrated care)、预期康复计划、康复路径 (recovery paths)、照顾要径 (critical paths of care)、临床指南 (clinical guidelines)、治疗标杆等。

在我国最常用的是临床路径。

英国威尔士的国会将临床路径定义为:基于适当的时间范围,由多学科医护小组制定和批准,临床干预的标准化流程。

Bryan等则描述为:管理一般临床状况和工作的流程图。

它应该详细描述做什么,什么时候做,由谁执行操作,任务在哪里完成。

Billie Hunter等提出,临床路径制定了两个具体的途径:医务工作者规范的医疗行为计划表和患者的诊疗流程。

医务人员也可根据当地的具体情况制定路径。

临床路径是一种。

特殊的临床指南,其规定诊疗护理程序中的每一个步骤,而不是简单陈述医生应该遵守的宽泛原则。

作为临床决策的指导体系,并且提供诊疗护理的书面记录等功能,临床路径变得尤为重要。

在DeBleserL的研究中,入选263篇文章,其中有82篇对临床路径进行了定义。

经过概念分析方法,DeBleserL得出结论:临床路径是对患者治疗过程进行管理的一种方法。

但这种管理方法仅局限于在一个规定的时期内对一组有明确入选标准的患者进行管理。

临床路径应明确地表明治疗方案的目标和治疗过程中的重要步骤,而这种治疗方案是建立在循证医学基础上的,是建立在最佳临床实践和尽量实现患者期待基础上的最佳方案。

临床路径能促进医患沟通,协调医疗团队、病患及其亲属之间的关系,有序地安排医疗团队的工作;能对治疗过程中的变异进行阐述、监督及评估;能提供治疗过程中必需的医疗资源,得到病患及医务人员都期望的结果。

实施临床路径的目标是为了提高医疗质量,减少医疗风险,增加患者满意度,提高资源利用率。

国内学者则有以下几种定义:(1)临床路径指医生、护士及其他专业人员等多个相关学科研究者针对某个国际疾病分类对应病种或手术,以循证医学为基础,以预期的治疗效果和成本控制为目的,制定的有严格工作顺序和准确时间要求的程序化、标准化诊疗计划,以规范医疗服务行为、减

<<数字化临床路径建设>>

少康复延迟及资源浪费,使患者获得最佳的医疗护理服务。

(2) 临床路径是一组人员共同针对某一病种的治疗、护理、康复、检测等所制订的一个最适当的、能够被大部分患者所接受的照护计划,既能缩短单病种平均住院日和降低医疗费用,又能达到预期治疗效果的诊疗标准。

与传统管理模式相比,在提高医疗护理质量的同时,还提高了团队协作,增加了患者本人的参与,使医疗护理更加合理化、人性化,是目前许多发达国家普遍使用的医疗工具。

目前比较公认的概念:临床路径是指医生、护士和其他专业人员共同制订的针对某个诊断或手术所做的最适当的、有顺序和时间性的整体服务计划,以减少康复的延迟和资源的浪费,使服务对象获得最佳的照顾质量。

具体地说,它用简单明了的计划方式,将常见的治疗、检查与护理活动立项、细化和标准化,根据住院天数设计表格,使其活动的顺序及时间的安排尽可能达到最优化,使大多数的服务对象由入院到出院都依流程接受照顾,以使其获得最佳的服务,缩短平均住院日,减少医疗费用。

临床路径是医疗卫生机构的一组成员共同制定的一种照顾模式,它使患者从入院到出院都按一定模式接受治疗、护理。

临床路径是针对某种疾病(或手术),以时间为横轴,以入院指导、诊断、检查、用药、治疗、护理、饮食指导、教育、出院计划等理想医护手段为纵轴,制定标准化的治疗、护理流程(临床路径表),其功能是运用图表的形式来提供有时间的、有序的和有效的照顾,以控制质量和经费,是一种跨学科、综合的整体医疗护理工作模式。

临床路径在其发展过程中有不同的定义,但其共有的内涵包括了“多专业的协调合作”、“预期结果的制定”、“服务的时限”、“服务的连续性”、“持续的服务品质改进”等。

不难发现,临床路径中外的定义都包含了以下特点: 1.临床路径具有规范化、标准化及特殊指南的特性 临床路径必定要能规范医疗行为,贯穿诊断和治疗(检查、检验、用药、手术、康复等其他医疗操作)、护理、健康宣教等医疗行为的各个环节。

临床路径必定有一个较为宽泛的临床指南指导,但又和纯粹的临床指导不同,其规定诊疗护理程序中的每一个步骤,而不是简单陈述医生应该遵守的宽泛原则。

临床路径作为临床决策的指导体系,还提供诊疗护理的书面记录等功能。

为了更好地推广实施,根据当地医院实际情况及医疗习惯,在不违背临床指南指导的情况下,对临床路径进行调整,使之更合理、人性化。

2.在保证医疗服务质量的同时,临床路径以控制医疗成本、降低医疗费用和缩短平均住院日为目的 控制医疗成本、降低医疗费用和缩短平均住院日是临床路径产生的最根本的目的。

20世纪80年代后期,美国政府为了遏制医疗费用不合理增长,提高卫生资源利用率,医疗保险支付由传统的后付制改为按疾病诊断相关组支付。

医院出于自身效益考虑,将临床路径应用于护理管理,作为缩短住院日的手段。

国内外不少有关临床路径的随机对照研究、回顾性队列研究及临床对照研究等文献报道指出,临床路径有降低医疗费用和缩短平均住院时间方面的作用,而在国内不少护理临床路径的文献中,提出临床路径能一定程度地提高患者的满意度。

3.临床路径是为多学科的专业医疗人员制订的特定病种或操作的工作计划或方法“临床路径”的上述概念是一种工作计划或工作方法,其主体是由多学科的专业人员组成的一个协作组织,包括临床、护理、药剂、检验、麻醉、营养、康复、心理及医院管理工作人员,甚至有时包括法律、伦理等工作人员。

协调各部门通过临床路径保持一致性,并提高效率。

在实施临床路径的初期,往往选择那些发病率高、手术或处置方式差异小的病种。

随着临床路径研究的不断深入,其研究和实施病例范围也逐渐扩大,已不再局限于外科患者,而是从急性病向慢性病、从外科向内科、从临床医疗服务向社区家庭医疗服务 扩展4。

临床路径具有一定的变异率,包含了严格的变异分析管理 变异是实际进行诊疗活动时与原定临床路径不一致的偏差。

临床路径不是一种行为标准,而是一种指导或建议,它适合大多数患者,但并不适合所有患者。

<<数字化临床路径建设>>

在使用路径时，也允许专业人员根据患者实际情况偏离路径，做出自主决策。

变异代表了个体的差异，任何变异都是有价值的，有利于工作的改进。

在执行过程中出现变异时，路径小组对其进行收集、记录和分析。

通过对变异的分析，可以改良和优化不合理的诊疗护理措施，有利于临床路径的完善与实施。

实施临床路径，要求在实际应用中，不断遵循疾病指南、循证医学的进展调整路径的实施细则，使之符合医学科学的发展，从而给患者提供最新的治疗手段与最优化的治疗方案。

实施临床路径，可以加强学科之间、医护之间、部门之间的交流，保证治疗项目精细化、标准化和程序化，减少治疗过程的随意化，加强对医院资源的管理和利用，加强对临床治疗的风险控制，缩短住院周期、减少费用。

实施临床路径，还可以为无相关经验人员提供教育学习机会，同时，改善患者教育，提高患者及家属参与治疗过程的主动性。

第二节 临床路径的目的及作用 虽然实施临床路径的初衷是为了适应医疗保险支付制度的变革，但随着临床路径的不断发展，其目的逐渐外延，作用不断扩展，目前已成为一种有效的医院质量管理工具，甚至成为某种疾病的诊疗及评估标准。

从各地对临床路径的应用来看，临床路径应该强调医疗行为的规范和医疗质量的保证，能实现以下目的：

- (1) 可确定病种必要的诊疗方案及检验检查项目，保证医疗质量。
- (2) 缩短患者住院天数，将诊疗、护理标准化，规范医疗行为。
- (3) 寻找符合成本效益的最佳治疗、护理模式。
- (4) 提高服务质量和患者满意度。
- (5) 协调各部门通过临床路径保持一致性，提高效率，降低医疗成本和住院费用。

临床路径对于医疗、护理和患者都会产生有利的作用。

对于医护人员来说，由于有了统一的临床路径，医护人员通过有计划的标准医疗和护理，从而减轻医生、护士的工作量，并减少失误；明确医生、护士及相关人员的责任；及早发现和处理偏离标准的治疗或护理。

由于各种处理措施是依据临床路径制定的，可以使医护人员在医疗、护理过程中的协调性增强。

对于患者而言，通过了解住院中的治疗计划，可对自身的疾病治疗有相应的心理准备，减少入院后的不安感；提高患者的自身管理意识，使治疗效果更好；可以增加患者同医护人员的沟通，提高患者对医生、护士的信任感；由于可以大致预计出院时间，因此患者可以对费用进行预测。

对医院来说，实行临床路径便于医院对资料进行归纳整理，对于改进诊疗方法、提高医疗水平都是十分有利的。

临床路径的实施不仅关注决策的质量，而且关注准确实施的质量。

临床路径作为一种诊疗活动标准化管理的质量控制工具，为诊疗质量实时控制提供了监控与管理较为理想的条件，也为单病种付费提供了较为可行的实施依托保障，两两结合，可以有效缩短住院时间及降低住院费用，提高患者满意度。

第三节 临床路径的发展史 1976年，美国耶鲁大学卫生研究中心的Robert Fetter和John Thompson等经过近十年的努力，研究出一种新型的住院患者方案，并首次定名为疾病诊断相关组（diagnosis-related group system, DRGs）。

疾病诊断相关组是一种病例组合方式，设计病组时主要考虑了反映病例特征的一些因素，如患者的主要诊断、次要诊断、主要手术、重要的并发症或伴随病、年龄、昏迷时间、是否死亡等。

每个DRGs组内的患者具有相似的临床特点，可以根据病情的严重程度和医疗服务资源的消耗程度对每个DRGs分别指定价格，患者在诊疗全过程中按比例一次性向医院支付该指定价格的费用。

还可以将传统的实报实销的后付制度改为依据DRGs分组的预付款拨款制度，用以指导并规范医院和医务人员合理利用医疗卫生资源，控制医疗服务中的不合理消费，从而控制医疗费用增长过快的趋势。

通过控制DRGs的平均住院日和住院费用来达到充分调动医疗服务提供方进行医疗费用控制的积极性、促使医院挖掘潜力、保证医疗服务质量、提高医院效益和效率、减少医疗资源浪费的目的。

20世纪60年代初，美国人均医疗费用为80美元，到80年代末，人均医疗费用上涨到1710美元，增

<<数字化临床路径建设>>

加至20多倍。

20世纪80年代中期,美国政府为了遏止医疗费用不断上涨的趋势和提高卫生资源的利用率,用法律的形式实行了以耶鲁大学研究者提出的诊断相关分类为付款基础的定额预付款制(DRGs-PPS)。

医院在提供每一种DRGs患者医疗服务前已知道付款的数额,即DRGs的费用,患者接受的医疗服务均按相同费用支付。

这对参加DRGs-PPS的医院而言,最明显的影响是所承担的经济风险。

只有医院能使提供的实际服务费用低于DRGs-PPS的标准费用时,医院才能从中盈利,否则,医院就会出现亏损。

在这种情况下,医院为了生存,必须考虑每一项医疗服务的成本和每一种治疗方案对患者恢复健康所得到的实际效益,并且去探索和研究低于DRGs-PPS标准费用的服务方法与模式,以保证医疗质量的持续改进和成本的有效控制。

临床路径最早称“关键路径法”(criticalpathsmethod, CPM),是美国杜邦公司在1957年为新建一所化工厂而提出的用网络图判定计划的一种管理技术,这在当时是应用比较广泛的管理基本技术之一。

20世纪70年代,Shoemaker最早提出将“路径”应用于临床医疗护理工作中,并指出:将医疗护理标准化是有益的,可促进服务的完整性,还能评估患者的病程及治疗的效果,同时也是一种教育的工具。20世纪80年代,美国护士Karen Zander将“路径”应用于急症护理,在不降低护理质量的同时,减少了护理费用。

美国波士顿的新英格兰医疗中心医院(BostonNewEnglandMedicalCenterHospital, NEMC)是公认的第一家采用临床路径概念和做法的医院。

1990年,该中心的研究表明:低劣质量的医疗服务往往与不合理、不规范的临床治疗行为有关,新英格兰医疗中心医院选择了DRGs中的某些病种,在住院期间按照预定的诊疗计划开展诊疗工作,即以护理部为发展中心,参加人员主要为临床护理人员,以临床路径来代替护理计划(nursingcareplan),使临床路径作为护理人员照顾患者的标准。

既可缩短平均住院天数和节约费用,又可达到预期的治疗效果。

此种模式提出后受到了美国医学界的高度重视,并逐步得到应用和推广。

后来,人们将这种模式称为临床路径。

而美国俄克拉荷马州(Oklahoma)土耳其沙市(Tulsa)的HillcrestMedicalCenter则是另一个较早开发临床路径的医院,他们也是以护理管理为中心来发展的,但发展临床路径委员会还包括了医生及各相关职能部门的人员。

早期开发的临床路径多仅侧重于护理干预,后期不同学科间治疗的协调、成本及质量的控制逐渐受到重视,临床路径逐步完善起来,并不断发展成既能确保医院质量的管理标准、又能节约资源的治疗标准化模式。

目前国外对临床路径的研究与应用已处于成熟阶段。

美国已有60%以上的医疗机构相继采用了临床路径方法。

然而在发展中国家和亚洲某些国家及地区,临床路径还只是零星开展。

而中国的台湾、日本、新加坡已经运用了这个服务模式,并都取得了很好的效果。

台北的PheiLangchang等报道1995年长庚纪念医院成功开展了“经尿道前列腺切除术的临床路径”,

结果平均住院日从5.9天减少到5.0天,平均住院费用从43624美元下降到36236美元。

日本自1995年从美国引进该模式后现已被许多医院采纳应用。

1996年新加坡樟宜综合医院首先在新加坡开展临床路径,到2000年已应用近30个病种,例如,内科的急性心肌梗死、哮喘、糖尿病、消化道出血等,普外科的阑尾切除术、疝气修补术、腹腔镜胆囊切除术、经尿道前列腺切除术等,骨科的胫腓骨骨折内固定、尺桡骨骨折切开复位内固定、股骨颈骨折DHS内固定、全髋关节置换术等。

临床路径自1996年引入我国大陆,当时并未获得足够的重视,只有北京协和医院和四川华西医院等少数几家大医院开展了临床路径的尝试。

直到2001年,才开始陆续出现关于临床路径的应用报道。

<<数字化临床路径建设>>

1996年第四军医大学研究人员在国内较早报道了关键路径法在美国医院中的应用,包括临床路径的起源、发展,针对美国医院应用临床路径的一次调查报告,临床路径在实际应用中遇到的问题及其应用前景。

1998年四川华西医院开始以护理人员为中心试行临床路径,现已有33个病种/手术在6个科室开展,并取得良好的效果。

2001年2~7月华西医院对膝关节镜手术的住院患者实施临床路径,结果患者满意度提高了23.13%,平均住院日从7.82天下降到3.48天,平均住院费用从4532元下降到3578元。

从2003年起,国内对临床路径的关注程度逐渐提高,各地专家学者开始致力于临床路径的研究,全国范围内开展临床路径实践的医院也逐渐增多。

卫生部于2009年8月成立临床路径技术审核专家委员会,宣布将从2009年开始试行100个病种的临床路径,并在全国范围内选择50所医院作为试点。

而2003~2009年,有文献报道的实施临床路径的医院仅有162家,占全国医院总数的0.82%,占全国公立医院总数的1.01%。

有国内学者对临床护理路径文献做了相关研究统计,印证了临床路径在我国逐步兴起直至繁荣的过程。

从1999年起的11年来,在中国知网数据库中检索到的临床路径相关的文献所占的比例还不是很,仅为0.03%,但是从文献的年代分布来看,临床路径相关研究真正成为关注热点是在2002~2004年,仅仅2年,发表文献的数量由41篇增加到114篇,增长至近3倍,2004年后,文献数量以每年30~60篇的数量逐年上升,仅2009年发表的文献量就达到334篇,占临床路径相关文献总数的21.76%。

至此,临床路径相关的文献在我国的学术研究领域已经占有一席之地。

2001年,卫生部委托中华医学会开始组织编写?

临床诊疗指南?

和?

临床技术操作规范?

,目前已出版了40余个专业分册,对医疗机构相关诊疗工作起到了规范和指导作用。

这些规范和指南为实施临床路径提供了重要的基础和技术保证。

从2009年开始,卫生部启动了临床路径编制工作,组织有关专家开始编写、审核部分病种的临床路径

。截至2010年12月,全国已有30个省(区、市)共计1383家三级、二级医院开展了临床路径管理试点,共计8292个临床科室开展临床路径管理。

部分试点医院在前期经验积累的基础上,逐步扩大试点专业范围,进一步扩大临床路径覆盖的病种数量,丰富临床路径的内涵,并为单病种付费、按疾病诊断相关组付费等付费方式的改革奠定了基础。

发展初期,临床路径以纸为媒介,将路径所有需要进行的操作和患者的数据资料以图表和文字的方式记录在纸张上,但随着临床路径应用深度和广度的增加,纸质化临床路径越来越难以满足临床需求,其弊端也越发显著:

1.纸质化临床路径记录的数据有限,其静态特点无法反映病情的动态变化性纸质化临床路径往往是细化的疾病诊疗指南,通常以图表的形式展现,路径内容有限,无法详细记录并反映患者的真实病情或动态变化趋势,临床路径机动性差,路径变异率高,路径退出率高,从而导致路径实施条件狭窄,病种选择范围狭窄等。

2.纸质化临床路径缺乏有效评估及统计分析路径变异的能力纸质化临床路径难以做到根据路径对纳入患者病情进行实时指导及评估,一旦出现变异,往往只能终止路径,无法实现真正的临床指导作用。

而记录在不同纸张和表格内的数据难以进行系统分析及统计,难以建立准确的趋势信息,变异分析困难,路径改善及进化能力较差。

3.纸质化临床路径往往较为单一,各路径间难以关联互动简单的纸质化临床路径只是相互独立的路径组,其病种选择只能是操作性及可预测性较好、变异率较少的外科术式及内科操作病种。

纸质化临床路径限制了路径之间的关联互动,简单的纸质路径的设计无法顾及患者在住院过程中可能出现的其他伴发情况。

<<数字化临床路径建设>>

如外科手术路径中患者出现血糖升高的情况，简单的纸质化临床路径可能就因没有设计伴发血糖升高的情况而不得不退出或终止路径。

4.纸质化临床路径操作繁复，管理不便，推行阻力较大纸质化临床路径增加了路径使用的医务工作者负担，难以提高路径的使用率，推广困难。

而路径记录的数据及内容难以进行统计整理和分析利用，容易出现数据遗失及数据纳入错误等情况。

而随着信息时代的发展及数字化医院的建设（包括医院管理信息化、临床管理信息化及区域医疗卫生信息化），电子化临床路径取代纸质化临床路径成了必然的趋势。

与传统的纸质化临床路径相比，电子化临床路径具有诸多优势：临床信息实时反馈性强；与电子病历、HIS等结合，路径灵活、智能化，指导应用能力强；具有归档、评估及变异分析的能力；操作简便，与电子病历结合，可减少部分医务工作者的工作量，可推广性强；可实现路径间互通及联系，降低路径退出率，扩大路径使用范围和路径病史选择范围。

临床路径电子化已广泛推开和应用，我国不少临床路径试点医院也积极开发应用电子化临床路径，但医院往往各自独立开发，自成体系，鲜有标准。

电子化临床路径在医院间推广仍较为困难。

总之，经过20多年的发展，临床路径这种有效的医疗管理方式在国外已取得了显著成效，美国医疗机构联合评审委员会国际部已把临床路径列入医院评审的核心标准之一。

近几年临床路径已逐渐被引入国内并开始被借鉴，如戴之春的？

临床路径、目的与实现？

、董叶丽的？

新加坡樟宜综合医院的临床路径？

、何瑞仙的？

欧美护理发展新概念：临床路径？

、张宏雁的？

临床途径在医院管理中的应用？

等文充分证明了国外应用所取得的效果。

2002年5月25日在北京召开了“临床路径研讨会”，说明这一模式已开始被我国医疗界重视。

但总的说来，在国内临床路径的实施还处于试点阶段，随着医疗服务逐步走向由第三方付费，同时由于各种原因致使医疗费用快速上涨等问题的凸现，我国医疗系统必须寻求高效的医疗管理理念。

临床路径作为以缩短平均住院日、合理支付医疗费用为特征的医疗质量管理新模式，必将被采纳并在临床实践中不断发展。

.....

<<数字化临床路径建设>>

编辑推荐

郑树森主编的《数字化临床路径建设》的全部作者均为参加“十一五”国家科技支撑计划重点项目、目前尚工作在临床一线的医务人员、医院管理人员和软件工程技术人員。
围绕数字化临床路径建设，本书分别就临床路径、电子病历、临床路径的实施应用及疾病知识系统建设等，结合作者自身的实践经验做了介绍。
相信本书能够给正在和即将准备开展临床路径工作的读者提供一定的参考和帮助。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>