

·调查研究·

新疆某三级医院及其医联体康复医学科患者重返其他科室原因分析*

陈 祎¹ 王宝兰^{1,2} 祖力飞亚·阿勒腾别克¹ 杨春生¹

摘要

目的:分析康复医学科患者重返其他科室的各类原因,探讨预警和防范不良重返因素的有效措施。

方法:收集新疆某三级医院及其医联体二级医院康复医学科近3年重返其他科室的病例资料,对重返原因进行统计分析。

结果:共纳入康复医学科重返其他科室患者326人,其中三级医院228人,二级医院98人。三级医院康复患者重返其他科室原因中以实施预期手术居首位(占比29.39%),各种感染加重居第二(占比25.00%),其中肺部感染加重的老年重症患者最多。医联体二级医院康复医学科重返其他科室原因中居首位的是难解决的康复相关问题(如关节活动度障碍、吞咽功能障碍改善不佳等),其他疾病加重是导致患者转科的第二位原因。

结论:综合医院康复医学科是患者出院前重要的“出口”科室,需要积极开展多学科合作顺畅科间转诊,同时预警和防范不良原因导致患者在康复过程中重返其他科室,确保患者尽快回归家庭和社会。

关键词 三级医院;医联体;康复医学科

中图分类号:R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2019)-04-0460-05

在2012年卫生部《“十二五”时期康复医疗工作指导意见》及2015年国务院《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》的推动下,“基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治”的分层级、分阶段康复诊疗服务体系逐渐建立健全,各级医院康复医学科分工定位明确^[1-3]:三级医院着重康复早期介入和急危重症康复;二级医院则着重稳定期及恢复期患者的康复。近年来,三级医院的重症康复患者数量普遍增加^[4-5],二级医院康复患者的病情越来越复杂,治疗期间因某些未预期事件或病情加重无法康复而转到其他科室的情况屡见不鲜,应予以重视。本文将患者以某种原因从康复阶段返回疾病治疗阶段的转科现象称为“重返”,并就新疆某三级医院及其医联体二级医院康复医学科在2014—2017年间所有重返的病例进行汇总,分析转科原因,探讨预警和防范的有效措施。

1 资料与方法

1.1 资料及来源

检索2014年1月—2017年12月间新疆医科大学第一附属医院康复医学科及其医联体二级医院重返其他科室病历。所有病历资料来源于新疆医科大学第一附属医院电子病案管理系统及乌鲁木齐市肢体残疾人医院-社区一体化健康管理网络平台。纳入标准:转入或新入康复科后因病情变化、手术需求、难以解决的特殊康复问题等原因重返其他科

室的患者。排除标准:因特殊原因非正常转科(如医疗事故、公共安全事件受害者)的患者;因特殊事件(如医疗事故、公共安全事件受害者)长期住院反复转科的患者。

1.2 观察指标

收集患者病历资料,包括患者一般情况(性别、年龄、病史、诊断、基础疾病),患者进入康复科前所住的科室情况、患者康复治疗期间情况(生命体征、运动功能、日常生活活动能力、认知功能、言语功能、吞咽功能、置管情况、感染指标、下肢深静脉血栓相关评估指标、跌倒风险等)、在康复科住院时间、转出科室、重返其他科室的具体原因及病情转归等。

1.3 统计学分析

应用SPSS 20.0进行数据分析,对于呈正态分布的计量、半计量资料,采用均数±标准差进行统计描述;对于呈非正态分布的资料则采用中位数进行统计描述;计数资料以实际例数和百分率表示。

2 结果

2.1 病例资料

2014年1月—2017年12月间,新疆医科大学第一附属医院康复医学科出院及转科患者共4482人,医联体二级医院康复医学科出院及转科患者共1602人。从中收集病例345例,最终符合纳入及排除标准共326例,其中三级医院康

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.04.017

*基金项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金项目(2015211C036);新疆维吾尔自治区自然科学基金项目(2015211C067)

1 新疆医科大学第一附属医院,830054;2 通讯作者

作者简介:陈祎,女,硕士,主治医师;收稿日期:2018-08-26

表1 重返其他科室患者一般情况

病区	出科总数(例)	重返例数	重返占比(%)	性别(例)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)
				男	女	
某三级医院康复医学科	4482	228	5.09%	141	87	55.18±16.32
其医联体二级医院康复医学科	1602	98	6.12%	65	33	48.77±17.63

复医学科228例,医联体二级医院康复医学科98例,患者一般情况见表1。

2.2 重返其他科室分布情况

见表2—3。三级医院康复医学科,患者住院期间因各种原因重返的科室中以重症医学科最多(占比25.44%),其次为神经内科,重返神经外科和骨科者也较多。重返重症医学科患者多以转入方式入住康复医学科,且脑血管疾病最多,重返原因以肺部感染居首位,最终58例患者死亡6人,自动出院6人。医联体二级医院康复医学科,因与三级医院有医联体关系,重返三级医院康复医学科者最多(占比47.96%),其次为骨科和神经外科。与三级医院康复科相比,重返重症医学科者相对较少(占比7.14%),多以转入方式入住康复医学科,脑血管疾病者最多,肺部感染加重也是重返重症的主要原因。

2.3 重返其他科室原因

见表3—7。

2.3.1 三级医院康复医学科:为完成各类预期手术而转科者居首位(占比29.39%),这些患者多因各种问题需先行康复再完成手术(表4—5),如:脑血管造影等介入检查及治疗的患者,在其脑血管病急性期先转康复科治疗,进入稳定阶段再重返其他科接受手术,这类患者在三级医院和二级医院术前康复住院天数的中位数(最大值—最小值)分别为11(4—21)天,15(12—18)天;骨关节疾病患者存在急性组织水肿、疼痛或感染,这类患者多在外科门诊就诊(表6),被转介到康复科住院,先行康复消肿、止痛或控制感染,不仅为手术提供

表2 康复医学科患者重返其他科室情况

重返科室	例数(%)	重返科室	例数(%)
某三级医院		其二级医院	
重症医学科	58(25.44%)	重症医学科	7(7.14%)
神经内科	52(22.81%)		
神经外科	33(14.47%)	神经外科	13(13.27%)
骨科	23(10.10%)	骨科	17(17.35%)
风湿免疫科	12(5.26%)		
肿瘤中心	12(5.26%)		
急诊内科	5(2.19%)		
泌尿外科	5(2.19%)		
肾病科	4(1.75%)		
疼痛科	4(1.75%)		
创伤外科	3(1.32%)		
其他内科	10(4.39%)	其他内科	8(8.16%)
其他外科	7(3.07%)	其他外科	6(6.12%)
三级医院康复科	47(47.96%)		

表3 康复医学科患者重返重症医学科病例资料

某三级医院 康复医学科患者		其二级医院 康复医学科患者	
年龄(岁)	64(23—85)	年龄(岁)	21(16—74)
入科方式(例)		入科方式	
新入	3	新入	0
转入	55	转入	7
主要诊断(例)		主要诊断	
脑血管病	38	脑血管病	5
脑外伤	6	脑外伤	1
脊髓损伤	7	视神经脊髓炎	1
颅内感染	1		
颅脑肿瘤	1		
创伤性休克	1		
帕金森综合征	1		
格林巴利综合征	1		
鼻咽癌	1		
会阴部坏死性筋膜炎	1		
重返科室(例)		重返科室(例)	
重症医学科	22	重症医学科	5
呼吸重症医学科	34	呼吸重症医学科	2
心脏重症医学科	1		
神经重症医学科	1		
重返原因(例)		重返原因(例)	
肺部感染加重	41	肺部感染加重	4
颅脑感染	4	视神经脊髓炎病 情加重	1
气管切开后相关问题	4	癫痫持续状态	2
肺栓塞	3		
急腹症	1		
过敏性休克	1		
急性心律失常	1		
肾衰	2		
转归(例)		转归(例)	
好转	46	好转	7
死亡	6	死亡	0
自动出院	6	自动出院	0

有利条件,也能减少术后并发症,这类患者在三级医院和二级医院术前康复住院天数的中位数(最大值—最小值)分别为6(5—12)天,8(6—14)天;去颅瓣减压患者在接受康复治疗的同时观察颅内压变化,待条件允许再行修补手术;有其他脏器病手术需求的患者,因处于脑血管病急性阶段,或者因呼吸功能欠佳,需要先行康复治疗稳定病情或改善肺功能,再转科手术。第二大重返原因是各种感染加重(占比25.00%),其中以肺部感染加重最多。分析这些肺部感染加重病例的相关资料可以发现(表7):多数患者在转入康复医

表4 康复医学科患者重返其他科室原因

重返原因	例数(%)	重返原因	例数(%)
某三级医院		其二级医院	
感染加重	57(25.00%)	感染加重	14(14.29%)
肺部感染	49	肺部感染	8
颅内感染	6	颅内感染	1
其他部位	2	其他部位	5
原有疾病加重	20(8.77%)	原有疾病加重	9(9.18%)
脑血管病	10	脑血管病	7
格林巴利综合征	7	多发性硬化	1
脊髓炎	3	视神经脊髓炎	1
其他疾病加重	24(10.53%)	其他疾病加重	18(18.37%)
肾脏疾病	6	肾脏疾病	1
心血管疾病	5	心血管疾病	4
内分泌系统疾病	2	内分泌系统疾病	3
风湿免疫性疾病	2	血液病	2
严重心理疾病	2	消化系统	8
血液病	2		
严重骨质疏松	2		
消化系统	2		
骨关节疼痛	1		
预期手术	67(29.39%)	预期手术	18(18.37%)
脑血管介入检查及治疗	25	脑血管介入检查及治疗	3
骨关节相关手术	23	骨关节相关手术	5
颅骨修补术	7	颅骨修补术	5
其他脏器手术	12	其他脏器手术	5
并发症需手术治疗	19(8.33%)	并发症需手术治疗	4(4.08%)
脑积水	13	脑积水	3
膀胱结石	3	肾积水	1
肾积水	1		
严重痉挛	1		
压疮	1		
难解决的康复相关问题	16(7.02%)	难解决的康复相关问题	23(23.47%)
神经病理性疼痛	7	骨关节疾病	9
风湿免疫性疾病	6	脑血管病	9
脑血管病	3	脊髓损伤	4
放化疗	12(5.26%)		
气管切开后相关问题	5(2.19%)	气管切开后相关问题	7(7.14%)
气道狭窄	4	气道狭窄	5
造瘘口不愈合	1	造瘘口不愈合	2
急性肺栓塞	4(1.75%)	周围神经病	1
非预期手术	3(1.32%)	非预期手术	2(2.04%)
严重不良安全事件	1(0.44%)	严重不良安全事件	3(3.06%)

学科前曾在或正在重症医学科治疗;平均年龄大,以脑血管病为主,很多既往并无肺部疾患;转入康复科时各类炎症指标及细菌培养均为异常,半数以上患者有多重耐药菌感染、带有气管切开插管;运动功能障碍(79.59%)及吞咽功能障碍(75.51%)者居多;日常生活活动能力评分(Barthel指数)低;49例因感染重返其他科室治疗的患者最终死亡7例,自动出院5例。居第三位的重返原因是其他脏器疾病加重(占比10.53%),其中肾脏疾病加重者居多。

其他重返原因:原有疾病加重而重返其他科室的病例以脑血管病再发病例为主,其余可见格林巴利综合征、脊髓炎病情反复加重者;因并发症手术的病例以脑出血、脑外伤后发生脑积水需手术的患者为主;有难解决的康复相关问题返回其他科室的患者中,神经病理性疼痛和风湿免疫性疾病的病例居多;气管切开后相关问题的病例虽少,但每年仍可见1—2例;另外还有4例因急性肺栓塞、3例因急腹症而进行非预期手术以及1例Ⅱ级不良安全事件的病例重返其他科室。

2.3.2 医联体二级医院康复医学科:重返其他科室病例中占比最多的是因难解决的康复相关问题而重返三级医院康复医学科或其他科室的病例,包括:7例关节损伤术后(包括:踝关节骨折术后、膝关节十字韧带损伤术后、膝关节髌骨脱位术后、肩袖损伤术后)康复过程中关节活动度改善不佳需要进一步康复评估甚至手术治疗,2例肩袖损伤康复治疗效果不佳需进一步评估,8例吞咽功能改善不佳重返三级医院行吞咽造影、吞咽球囊扩张术或胃造瘘治疗的脑血管病患者,1例脑出血后言语功能恢复不佳寻求进一步治疗,3例脊髓损伤后肢体痉挛重返三级医院行肉毒毒素注射治疗,1例脊髓损伤后康复治疗时体位性低血压难纠正而重返上级医院,1例臂丛损伤并肩胛骨骨折的患者康复中肩痛加重需重返三级医院进一步处理。因其他疾病加重转科的病例中6例患者均为长期鼻饲饮食后出现肠梗阻、消化道出血等问题而重返其他科室。为完成预期手术转科的患者需在二级医院先行康复的原因主要包括:脑血管病患者虽然已经病情稳定,但因肾功能异常、感染等原因不能立刻行手术,为不耽误康复又能为手术做准备,先行康复治疗;骨关节疾病患者因关节活动度障碍明显、组织肿胀及疼痛而先行康复。这些病例在重返外科前多由其他科室转入康复科(表6)。因感染加重的病例中肺部感染居首位,其他部位感染包括泌尿系统感染3例、生殖系统感染1例,术后伤口感染不愈合1例,泌尿和生殖系统感染者均与长期留置导尿有关。其他重返原因:9例因原有疾病加重而重返其他科室的病例中8例都是再发脑血管病的患者;发生气管切开后相关问题的患者7例,其中5例均为长期气管切开带管引发的气道狭窄;非预期手术有1例急腹症、1例肛周窦道;3例Ⅱ级不良安全事件中,2例为跌倒骨折需手术,1例为陪护人员护理不当导致烫伤。

3 讨论

3.1 借助多学科合作顺畅科间转诊,切实开展围手术期康复介入

加速康复外科提倡以患者为核心,将各种防治手段有机融合^[6],通过整合医学工作模式^[7]进行围术期康复干预,有效减少术后并发症,改善预后,缩短住院时间并减少住院费用^[8]。本文中重返其他科室接受预期手术的患者在术前需要

表5 康复医学科患者接受预期手术前先行康复的原因

重返原因	先行康复治疗的原因		重返原因	先行康复治疗的原因	
	原因(诊断)	例数		原因(诊断)	例数
某三级医院			其二级医院		
脑血管介入检查及治疗	脑血管病急性期	22	脑血管介入检查及治疗	肾脏功能不全	1
	大面积脑损伤	2		肺部感染	1
	肺部感染	1		下肢静脉血栓肿胀	1
骨关节相关手术	急性期软组织水肿	17	骨关节相关手术	关节活动度障碍	2
	局部疼痛严重	4		急性期软组织水肿	2
	软组织感染	2		局部疼痛严重	1
颅骨修补术	颅内压力不稳定	6	颅骨修补术	颅内压力不稳定	3
	头皮伤口愈合不良	1		肺部感染	2
其他脏器手术	脑血管病急性期	8	其他脏器手术	肺功能差	2
	肺功能差	2		吞咽困难	1
	肺部感染	2		肺部感染	2

表6 康复医学科重返其他科室患者来源

重返原因	来源		重返原因	来源	
	转入(例)	新人(例)		转入(例)	新人(例)
某三级医院			其二级医院		
感染加重	55	2	感染加重	14	0
原有疾病加重	13	7	原有疾病加重	8	1
其他疾病加重	20	4	其他疾病加重	16	2
预期手术	43	24	预期手术	14	4
脑血管介入检查及治疗	24	1	并发症需手术治疗	4	
骨关节相关手术	1	22			
颅骨修补术	5	2			
其他脏器相关手术	12	0			
并发症需手术治疗	13	6			0
难解决的康复相关问题	9	7	难解决的康复相关问题	12	11
放化疗	12	0	气管切开后相关问题	7	
气管切开后相关问题	5	0			0
肺栓塞	4	0			
非预期手术	2	1	非预期手术	0	2
严重不良安全事件	1	0	严重不良安全事件	2	1

康复的原因有:①患者因脑血管病急性期、大面积脑损伤、肾脏功能不全尚不能接受脑血管介入治疗,或颅内压不稳定、肺部感染等不能行颅骨修补术,为不耽误其功能恢复先行康复治疗;②骨关节病损的患者存在水肿、疼痛或感染,需先康复治疗以利后期手术;③有其他脏器疾病的患者术前要通过康复治疗解决手术禁忌证。这些病例多为转入或门诊收住,经康复治疗后重返其他科室接受预期手术。另外,也有术后“重返”的患者,如肿瘤术后先转科行康复治疗,待病情稳定再重返肿瘤科接受放、化疗。这种加速康复外科的工作方式(术前康复-手术-术后康复)^[9],使患者(特别是从偏远地区上转的患者)在一次住院期间既能安全完成手术,又不耽误康

复治疗,有效减少了重复住院次数和住院时间。

3.2 三级医院康复医学科需加强重症患者感染评估和管控

三级医院康复医学科收治的急危重症患者大多存在感染病史,其中肺部感染加重是导致重症患者重返其他科室的主要原因。这类患者转入康复医学科时多见以下情况:①炎症指标异常;②运动功能障碍;③吞咽功能障碍;④多重耐药菌感染;⑤气管切开插管。三级医院康复医学科应当对这类患者的病情进行充分评估并严密监控,医、护、治密切协作加强感染防控,减少患者新发感染或感染加重。

3.3 积极开展康复特色技术,提高二级医院疑难问题处理能力

表7 某三级医院康复医学科因肺部感染重返其他科室病例资料

临床指标	例(%)
主要诊断	
脑血管病	35(71.43%)
脑外伤	4(8.16%)
脊髓损伤	4(8.16%)
其他	6(12.25%)
既往史	
有肺部疾病史	5(10.2%)
有糖尿病病史	9(18.37%)
转入康复科前住重症医学科情况	
住在重症医学科	21(42.86%)
曾住重症医学科	13(26.53%)
转入康复科时情况	
转入前住院日数(天)	25(0—214)
炎症指标异常(血常规、炎症因子等)	42(85.71%)
有多重耐药菌感染	27(55.10%)
有真菌感染	24(48.98%)
有意识障碍	17(34.69%)
有运动功能障碍	39(79.59%)
有言语或认知功能障碍	29(59.18%)
吞咽功能障碍	37(75.51%)
气管切开	25(51.02%)
吞咽功能障碍合并气管切开	23(46.94%)
日常生活活动能力评分(Barthel指数)	0(0—70)
在康复科住院日数(天)	7(1—34)
重返科室	
重症医学科	41(83.67%)
其他科室	8(16.33%)
转归情况	
好转	37(75.51%)
死亡	7(14.29%)
自动出院	5(10.20%)

注:年龄:68岁(23—92岁)

下转二级医院的不少患者虽病情稳定,但疾病复杂,多有需要长期观察且难以解决的康复问题。因缺乏特色康复技术(如吞咽造影、吞咽球囊扩张、肉毒毒素注射技术等),二级医院康复医学科只能将其上转。另外,二级医院门诊收治的患者常见严重后遗症、并发症,如严重痉挛问题、长期吞咽困难、中枢或外周神经损伤后肌肉、关节挛缩等,解决这类问题的很多康复特色技术在二级医院尚未开展。因此,二级医院应密切与三级医院的康复技术合作,提高疑难问题处理能力,真正实现属地医疗。

3.4 康复期间密切观察患者原有疾病情况,防范其他脏器疾病的发生

三级医院的急危重症康复患者,不仅原有疾病常见再发或加重,也极易伴发其他重要脏器疾病。二级医院康复医学科患者病情复杂,其他脏器疾病也时常发生。因此,康复医学科应对此予以重视,积极控制危险因素,避免原有疾病加重,并对其他可能的脏器疾病进行扫描和干预。

3.5 减少康复期间各类并发症、严重不良安全事件的发生

康复期间患者出现并发症常直接影响其功能恢复,需要积极预防、干预,例如脑外伤或出血性卒中后脑积水对脑功能损害极大,应定期进行脑部影像学检查,必要时脑脊液测压;气管切开后发生气道狭窄多与各类刺激性因素有关,包括更换套管操作、气管插管固定不良、长期带管及反复感染等^[10],规范气管切开术后护理有助于减少这类并发症^[10];严重不良安全事件在康复医学科屡见不鲜且后果严重,例如烫伤、电击伤、管路意外脱落、跌倒坠床后骨折或脑外伤等^[11]。

参考文献

- [1] 杨坚,卢珊,金晶,等.基于系统思想的分级诊疗分析[J].中国医院管理,2016,(1):1—5.
- [2] 丁海云,张莹,刘嘉,等.我国三级综合医院康复学科建设现状调查[J].中华医院管理杂志,2015,(5):336—340.
- [3] 潘翠环,方杰,陈艳.康复医学科常见急重症的原因分析[J].现代医院,2015,15(12):147—149.
- [4] 刘玲,白定群.大型综合医院康复医学科分设急慢病房的探索[J].中国康复理论与实践,2014,(9):898—900.
- [5] 燕铁斌.重症康复,应与临床救治同步[J].中国康复医学杂志,2018,33(2):127—129.
- [6] Cannesson M, Kain Z. Enhanced recovery after surgery versus perioperative surgical home: is it all in the name?[J]. Anesth Analg, 2014, 118(5):901—902.
- [7] 尤培建.整合医学视野下康复医学几个问题的探讨[J].医学与哲学,2015,36(20):82—84.
- [8] 马洪升,戴燕.日间手术治疗模式国内外发展简述[J].中国医院管理,2012,32(1):47—48.
- [9] 蔡宇,周华军,程文俊,等.加速康复外科联合标准化康复路径在全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折患者中的应用[J].中华创伤骨科杂志,2016,18(8):673—678.
- [10] 兰美娟,景继勇.长期气管切开病人并发气道狭窄的因素分析及护理[J].中华护理杂志,2002,(7):505—507.
- [11] 许素香,王芳,沈建生,等.康复医院常见医疗安全(不良)事件原因分析及对策[J].按摩与康复医学,2017,(2):9—10.