

构建日间手术围手术期全程管理服务模式

朱小冬 曾秋萍 杨锦河 廖莎 刘芷颖 陆奔 陈凤玲 谢海辉 罗杰鑫

(东莞市人民医院, 广东 东莞 523000)

〔摘要〕 目的: 构建日间手术围手术期全程管理服务模式。方法: 选取东莞市人民医院2021年4月至2022年3月日间病房收治的日间手术患者作为研究对象, 根据日间手术围手术期管理模式实施的时间将患者分为两组, 2020年4月至2021年3月收治的635例为对照组, 行常规护理模式; 2021年4月至2022年3月收治的600例为观察组, 行日间手术围手术期全程管理服务模式。比较两组患者手术取消率、延期出院率、转科发生率、并发症发生率、72 h急诊就诊率、7 d非计划再入院率、随访率及满意度。结果: 观察组患者手术取消率、24 h延期出院率、转科发生率、并发症发生率、72 h急诊就诊率、7 d非计划再入院率均低于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者随访率、出院后满意度均高于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 日间手术围手术期全程管理服务模式较常规管理模式可有效降低手术取消率、延期出院率、转科发生率、并发症发生率、72 h急诊就诊率、7 d非计划再入院率, 并可提高随访率及患者满意度。

〔关键词〕 日间手术; 围手术期; 全程管理模式

〔中图分类号〕 R 197.323 **〔文献标识码〕** B

日间手术指在1个工作日内, 患者完成手术及相关治疗并出院, 患者不需留院过夜治疗的方式, 该术式因不需住院、治疗费用低而广受推崇^[1]。随着国内医改的不断深入及快速康复外科理念的发展, 日间手术在国内逐步受到关注^[2]。但国内日间手术开展的时间尚短, 流程和制度有待完善, 各医院间尚未形成统一的标准^[3]。因此临床上急需一种操作简便、统一、高效的管理模式以规范日间手术患者术前、术中及术后的各项护理操作, 以提高护理质量保证手术效果^[4-5]。因此本研究旨在通过构建日间手术围手术期全程管理服务模式, 以期为国内日间手术围手术期全程管理服务提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取东莞市人民医院2021年4月至2022年3月日间病房收治的日间手术患者作为研究对象, 根据日间手术围手术期管理模式实施的时间将患者分为两组, 2020年4月至2021年3月收治的635例为对照组, 行常规护理模式; 2021年4月至2022年3月收治的600例为观察组, 行日间手术围手术期全程管理服务模式。对照组男性382例, 女性253例; 年龄23~73岁, 平均(46.17±8.19)岁; 美国麻醉医师协会(American Society

of Anesthesiologists, ASA) 分级^[6]: I级319例, II级316例。观察组男性373例, 女性227例; 年龄21~72岁, 平均(45.88±8.24)岁; ASA分级: I级313例, II级287例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 在东莞市人民医院行日间手术治疗; (2) ASA分级I或II级; (3) 术前凝血功能正常; (4) 意识清醒, 可有效沟通; (5) 患者知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 住院时间在2 d及以上者; (2) 二次手术者; (3) 失访者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 实施常规护理, 主要包括: 术前常规宣教, 术中常规护理及术后按计划回院随访。

1.3.2 观察组 实施日间手术全程管理^[6-9]。(1) 术前评估及健康宣教: 在术前采取专科医师、麻醉医师及护士三位一体评估模式对患者的身心状况进行评估, 对评估异常者先采取针对性干预, 待评估符合要求后再进行手术治疗。评估完成后由指定的护理人员采取集中宣教+个性化指导的模式对患者就术前准备事项、术中配合要点、术后快速康复外科相关知识、术中心理应激调

〔收稿日期〕 2023-03-21

〔基金项目〕 广东省护士协会科研课题基金项目(gdshsxh2021a085)

〔作者简介〕 朱小冬, 女, 主任护师, 主要研究方向是围手术期护理与加速外科康复。

整方法等相关内容进行指导,并要求患者添加项目微信公众号,公众号中以视频的方式向患者推送日间手术患者术前准备相关知识。术前 1 d,由预约护士与患者或其家属再次确认,并对患者进行 1 次加强健康宣教,指导患者完成术前准备,并了解患者心理状况,对于发现有焦虑、抑郁等负性情绪者及时进行心理干预以保证手术的顺利进行。(2)术中:参照快速康复外科理念进行术中干预,以加速患者术后康复,在常规护理基础上实施加速康复外科相关措施。主要包括:术中、术后对患者疼痛、恶心呕吐等应激情况进行评估,对于疼痛明显者执行多元化镇痛方案,有恶心、呕吐倾向者采取预防性止呕措施。由护理人员及日间病房医师采用麻醉后出院评分系统及改良早期预警评分对患者出院风险进行评估,若存在风险者针对风险项目进行针对性干预。(3)术后护理:在术后采用延续性护理的理念,由专人在患者出院后的 1 d、3 d、7 d、14 d、28 d 进行电话随访,随访期间对患者伤口愈合情况、术后康复训练情况及心理状况进行评估。视患者手术情况与身体机能制订个性化的康复方案,指导患者坚持进行术后康复。为保证沟通的有效率,在全程管理服务模式开展前先对护理人员进行标准化沟通模式的培训。

1.4 观察指标

(1)手术取消率=手术未按计划例数/总例数×100%。(2)延期出院率=医院停留时间超 24 h 例数/总例数×100%。(3)转科发生率=转送至其他科室例数/总例数×100%。(4)并发症发生率:指术后出现与手术相关并发症的病例数占总病例数的百分比。

(5)72 h 急诊就诊率、7 d 非计划再入院率:指患者在术后 72 h 到急诊就诊或 7 d 内各种原因再次入院治疗的病例数占总病例数的百分比。(6)随访率:指按要求完成随访的病例数占总病例数的百分比。(7)满意度:术后 1 周由 2 名未参与本研究的医护人员采用自制满意度调查表对患者进行调查,该表包括服务流程、等待时间、医患沟通、护理、术前宣教、日间手术认知情况、术后康复指导、手术费用、手术效果、就医体验 10 条,每条 0~10 分,总分 100 分,得分越高满意度越高。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术取消率、24 h 延期出院率和转科发生率比较

观察组患者手术取消率、24 h 延期出院率、转科发

生率均低于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者手术取消率、24 h 延期出院率和转科发生率比较 (n(%))

组别	n	手术取消	24 h 延期出院	转科发生
对照组	635	84(13.23)	66(10.39)	56(8.82)
观察组	600	31(5.17) ^a	22(3.67) ^a	18(3.00) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者出院后并发症发生率、72 h 急诊就诊率、7 d 非计划再入院率比较

观察组患者并发症发生率、72 h 急诊就诊率、7 d 非计划再入院率均低于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者出院后并发症发生率、72 h 急诊就诊率、7 d 非计划再入院率比较 (n(%))

组别	n	并发症发生	72 h 急诊就诊	7 d 非计划再入院
对照组	635	85(13.39)	51(8.03)	42(6.61)
观察组	600	36(6.00) ^b	17(2.83) ^b	9(1.50) ^b

注:与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者随访率及患者出院后满意度比较

观察组患者 600 例,随访患者 568 例;对照组患者 635 例,随访患者 550 例。观察组随访率(94.67%)高于对照组(86.61%),差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组出院后满意度为(88.96±14.08)分,高于对照组的(73.25±12.62)分,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

日间手术随着快速康复外科的发展而逐步得到广泛的应用,日间手术的术前检查、术前准备及术后康复的过程均不是在住院期间完成的,需要患者具有较高的自我护理能力^[10]。传统的护理模式主要以护理人员护理为主,缺乏对患者及其家属的自我护理能力的培养,已不能满足日间手术的要求^[11]。全程护理模式是涉及术前、术中及术后全流程的护理模式,也被广泛用于住院患者,但关于日间手术患者围手术期全程管理服务模式的文献较少,全程管理模式在国内日间手术患者中的应用还不成熟,效果也不明确,本研究旨在建立围手术期全程管理服务模式,践行分级诊疗以保障日间手术出院患者的安全,促进日间手术规范化开展^[12]。同时探讨如何保证日间手术医疗质量和安全,通过完善服务设施与管理功能、规范流程和制度、注重护理团队配合,达到与之相匹配的高质量的日间手术护理质量和安全目的,为日间手术开推广提供重要支撑和安全保障,以推动日间手术更好地发展^[13]。探讨实行日间手术全程管理模式对患者

安全、满意度和医疗护理质量的影响。

本研究结果显示：观察组患者手术取消率为 5.19%，低于对照组的 13.33%；24 h 延期出院率为 3.71%，低于对照组的 10.37%；转科发生率的 2.96%，低于对照组的 8.89%，这得益于观察组所采取的全程管理可使患者在就医全过程均得到规范化、流程化的管理，使就医过程各环节均能得到专业的医疗服务，并通过在各环节中加强与患者的沟通，并通过持续改进的方法使各环节的管理流程更细化、专业化，使患者接受的服务更具有针对性，保证日间手术的顺利进行，使手术取消、延期出院及转科的发生率均得到明显控制^[14]。本研究结果还显示：观察组患者并发症发生率为 5.93%，低于对照组的 13.33%；72 h 急诊就诊率为 2.96%，低于对照组的 8.15%；7 d 非计划再入院率为 1.48%，低于对照组的 6.67%。日间手术模式虽可有效简化就医流程，节约卫生资源，但因患者住院时间较短许多术后护理工作由患者或其家属完成，而此部分人群多缺乏足够的医疗护理知识，传统管理模式仅采用填鸭式的健康宣教，患者及其家属可真正掌握宣教内容者不多。全程管理让日间手术患者在院前、院中、院后的每个环节的管理均有一套标准化的操作流程，可使整个管理过程形成闭环，通过术前、术中、术后各环节中遇到相关问题时可得到专业的解答，可以促进患者自我管理，提高其依从性，在术后康复过程中通过自我管理可有效降低减少术后并发症、72 h 急诊就诊、7 d 非计划再入院的风险，同时还可提高随访率及患者满意度^[15]。

综上所述，日间手术围手术期全程管理服务模式较常规管理模式可有效降低手术取消率、24 h 延期出院率、转科发生率、并发症发生率、72 h 急诊就诊率及 7 d 非计划再入院率，并可提高随访率及患者满意度。

〔参考文献〕

- (1) 张良, 李振华, 尹黎, 等. 大隐静脉曲张的日间手术技术进展 (J). 国际外科学杂志, 2021, 48(6): 427-432.
- (2) Shi Y, Yan J, Wang S, et al. Efficacy of a new day surgery management mode based on WeChat: a study protocol for randomised controlled trials (J). BMJ open, 2022, 12(8): 58204-58207.
- (3) Romeiser JL, Cavalcante J, Richman DC, et al. Comparing email, SMS, and concurrent mixed modes approaches to capture quality of recovery in the perioperative period: retrospective longitudinal cohort study (J). JMIR Form Res,

2021, 5(11): 25209-25213.

- (4) Hong J. Design and Application of Nursing Record Sheet and Operation Registration Form for Ophthalmic Daytime Operation (J). Int J Stud Nurs, 2022, 7(1): 32-35.
- (5) Zhu G, Zhang Z, Zhao K, et al. Laparoscopic radical cystectomy with pelvic lymph node dissection and ileal orthotopic neobladder by a total extraperitoneal approach: Our initial technique and short-term outcomes (J). Invest Clin Urol, 2022, 63(5): 523-530.
- (6) Tønnesen H, Lydom LN, Joensen UN, et al. STRONG for Surgery & Strong for Life—against all odds: intensive prehabilitation including smoking, nutrition, alcohol and physical activity for risk reduction in cancer surgery—a protocol for an RCT with nested interview study (STRONG-Cancer) (J). Trials, 2022, 23(1): 1-13.
- (7) Kaçar Ö, Aygün M. Procedural Factors Affecting Nurses' Workload and Laboratory Efficiency in the Interventional Cardiology (J). J Edu Res Nurs, 2022, 19(2): 208-219.
- (8) Cao C, Chen Y, Ni Z, et al. Nursing after Accelerated Rehabilitation Surgery on Anxiety Level, Pain Control, Sleep and Intestinal Recovery in Patients with Liver Cancer (J). Invest Clin, 2020, 61(3): 1183-1191.
- (9) Blonde GD, Price RK, Roux CW, et al. Meal patterns and food choices of female rats fed a cafeteria-style diet are altered by gastric bypass surgery (J). Nutrients, 2021, 13(11): 3856-3861.
- (10) 公丕欣, 付春香. 快速康复外科在日间手术应用中的护理进展 (J). 泰山医学院学报, 2020, 41(2): 157-160.
- (11) Mignault A, Nguemeleu ÉT, Robins S, et al. Automated Intraoperative Short Messaging Service Updates: Quality Improvement Initiative to Relieve Caregivers' Worries (J). JMIR Periop Med, 2022, 5(1): 36208-36211.
- (12) Beyoglu CA, Koksall GM. Perioperative management of a patient with deventilation syndrome (J). Obes Res Clin Pract, 2020, 14(1): 103-105.
- (13) Shin S, Kim SH, Park KK, et al. Effects of anesthesia techniques on outcomes after hip fracture surgery in elderly patients: a prospective, randomized, controlled trial (J). J Clin Med, 2020, 9(6): 1605-1609.
- (14) Jong AD, Rollé A, Souche FR, et al. How can I manage anaesthesia in obese patients? (J). Anaesth Crit Care Pa, 2020, 39(2): 229-238.
- (15) Kaw R, Wong J, Mokhlesi B. Obesity and obesity hypoventilation, sleep hypoventilation, and postoperative respiratory failure (J). Anesth Analg, 2021, 132(5): 1265-1273.