

## 护理园地

## 应用术前预康复降低日间手术临时取消率的应用效果

刘亚萍, 嵇武, 叶向红

**【摘要】** 目的 分析与探讨术前预康复在降低日间手术临时取消率中的应用效果。方法 选取东部战区总医院 2018 年 1 月-2019 年 11 月期间预约日间手术的患者 2656 例为研究对象。1266 例设为对照组进行常规围手术期管理模式, 1390 例设为观察组进行术前预康复理念模式。比较 2 组患者手术取消率、术前等待时间以及术后并发症发生率。结果 观察组日间手术临时取消率(5.8%)、延迟出院率(0.14%)及术后并发症发生率(0.21%)显著低于对照组(13.4%、0.47%、0.63%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组手术前等待的时间( $92.4 \pm 10.06$ )h 优于对照组( $112.8 \pm 20.45$ )h, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 术前预康复能有效降低日间手术取消率及术前等待的时间, 提高工作效率, 要充分利用医疗资源, 确保患者医疗安全。

**【关键词】** 日间手术; 预康复; 取消率; 护理对策

**【中图分类号】** R472

**【文献标志码】** B

**【文章编号】** 1672-271X(2022)01-0080-03

**【DOI】** 10.3969/j.issn.1672-271X.2022.01.018

## 0 引言

手术取消不仅浪费医疗资源, 工作效率下降, 也会增加医疗隐患和医患矛盾。据报道, 国外日间手术取消率在 4.4%~22.3%<sup>[1]</sup>, 国内取消率在 2.27%~13.4%<sup>[2-3]</sup>。术前预康复是一种新兴的建立在加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)理念基础上的术前管理策略, 是以运动训练为核心, 包括营养支持及心理干预的术前康复方案, 强调在术前优化患者的生理机能储备, 使其以更好的生理及心理状态接受手术, 加快术后康复<sup>[4-5]</sup>。为提高日间手术质量及促进患者快速康复, 我科在日间手术患者应用术前预康复理念, 取得满意的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2018 年 1 月-2019 年 11 月预约日间手术的患者 2656 例为研究对象, 以 2019 年 2 月应用术前预康复为时间截点, 将 2018 年 1 月-2019 年 1 月的 1266 例设为对照组, 2019 年 2 月-2019 年 11 月 1390 例设为观察组, 对照组采用

常规围手术期管理模式, 观察组采用术前预康复理念模式。2 组患者年龄、性别、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。纳入标准: ①具有日间手术的手术指征; ②美国麻醉医学协会(ASA)评分 I~II 级; ③无严重心肺功能不全、等手术禁忌证; ④患者自愿接受日间手术; ⑤确保患者术后有完全责任能力成年人照顾, 并且保持通讯畅通; ⑥患者家庭环境符合术后护理要求。排除标准: ①年龄 < 18 周岁或 > 65 周岁; ②入院时即伴有严重的肝肾功能不全, 心力衰竭或者休克患者; ③意识障碍, 术前合并有下肢肌力障碍的基础疾病。本研究所有患者均签署知情同意书, 且经医院伦理委员会批准(批准号: 2017NZKY-012-02)。

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 按照我院围手术期常规护理模式进行术前准备, 包括术前评估, 术前宣教, 麻醉评估, 入院指导, 饮食指导, 心理护理等。

**1.2.2 观察组** 在对照组的基础上, 开具预康复运动处方, 从约手术当天开始实施, 具体方法如下: (1)参照文献[6-7]实施术前运动康复锻炼, 采用家庭自主训练模式: ①呼吸训练, 腹式呼吸, 利用腹肌力量进行有力地咳嗽, 呼吸训练器吹气球训练, 每组 10 次, 每日 4 组; ②抗阻训练, 原则上是从低强度的运动开始, 随着患者身体耐受力增强, 运动能力的增加, 逐渐增加运动的强度。根据手术的不同

基金项目: 江苏省重点研发计划-面上项目(BE2016746)

作者单位: 210002 南京, 东部战区总医院(原南京军区南京总医院) 日间手术管理中心(刘亚萍), 全军普通外科研究所(嵇武、叶向红)

通信作者: 叶向红, E-mail: icuyz@126.com

类型,选择可改善机体功能的特定锻炼,如膝关节手术患者选择无氧运动,如踝泵、股四头肌、腓绳肌、直抬腿,阻力带及举哑铃等训练,每次 20~30 次,3 次/d;其他手术患者可选择俯卧撑、下蹲和扭转仰卧起坐,3 次/d,每组 10 个;③有氧运动,可选择电磁制动式自行车、卧式自行车、爬楼梯机和跑步机等<sup>[8-9]</sup>,每次 20~30 min/次,3 次/周。(2)营养预康复:参照文献[3]简易营养评价法,营养不良患者定个体化营养方案并结合锻炼计划,遵医嘱首选口服和肠内营养支持,观察一周后再次评估,评分 $\geq 17.0$ 进行约手术。(3)心理预康复:因患者在短时间内接收大量的信息,心理调整和角色的转换,极易出现焦虑抑郁的情绪,术前可影响日间手术的取消率和当日停台率。护理人员应充分发挥“以病人为中心”的现代护理观念,关注患者感受,向患者详细介绍环境、医护人员及手术方式等,从而建立良好的医患关系,以达到身心同治的目的。

**1.3 评价指标** ①手术取消原因,患者因疾病,意外,心理,营养不达标等问题取消手术。②手术取消率,因各种原因导致的手术预约成功后手术取消。手术取消率=患者到达医院后手术取消例数/同期提交手术总例数 $\times 100\%$ 。③手术前等待时间,日间手术患者手取消手术后再次预约手术前等待的时间。④延迟出院,判断标准为全麻术后评分 $\leq 8$ 分或(和)住院时间超过 24 h 转到专科病房或社区进一步观察。⑤术后并发症,统计 2 组患者的术后并发症的发生率。

**1.4 统计学分析** 采用 SPSS 22.0 软件对数据进行统计学分析。正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,符合正态分布的计量资料采用  $t$  检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验或 Fisher 确切概率法。以  $P\leq 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 日间手术取消原因** 观察组取消率 5.8% ( $n=81$ )明显少于对照组 13.4% ( $n=170$ );因疾病因素而导致手术取消率的比例最高。见表 1。

**2.2 患者相关指标比较** 观察组日间手术临时取消率、延迟出院率及并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组手术前等待的时间优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 1 日间手术患者临时手术取消原因统计 [ $n$ (%) ]

取消原因分类	对照组 ( $n=170$ )	观察组 ( $n=81$ )
疾病因素		
患者突发病情变化	13(7.65)	9(11.12)
术前检查结果异常	7(4.12)	5(6.17)
患者既往史加重	65(38.23)	27(33.34)
患者因素		
患者未按约来医院	10(5.88)	6(7.41)
患者拒绝手术	28(16.47)	11(13.58)
术前指导没有正确执行	5(2.94)	3(3.70)
术前禁饮禁食时间不够	7(4.11)	2(2.47)
检查单未带全	8(4.71)	3(3.70)
患者未达停药手术指针	4(2.35)	2(2.47)
生理期	6(3.53)	5(6.17)
经济能力限制	7(4.12)	5(6.17)
医方因素		
手术方式或治疗方式变更	8(4.71)	3(3.70)
医疗器械准备不全	2(1.18)	0(0.00)

表 2 患者相关指标比较

指标	对照组( $n=1266$ )	观察组( $n=1390$ )
手术取消率(%)	13.4	5.8*
术前等待时间( $\bar{x}\pm s$ ,min)	112.8 $\pm$ 20.45	92.4 $\pm$ 10.06*
延迟出院率(%)	0.47	0.14*
并发症发生率(%)	0.63	0.21*

与对照组比较,\* $P<0.05$

3 讨 论

预康复理念是基于 ERAS 术前优化而提出的术前管理新策略,ERAS 提倡在多学科协作模式下,针对围手术期患者实施的一系列优化措施,加速患者的术后康复过程<sup>[10]</sup>。接受术前预康复的患者,术前生理储备得以提升,术后身体机能下降的幅度更小,速度更慢,术后功能状态能更快恢复到术前状态,甚至高于术前功能水平<sup>[11]</sup>。本组研究多以问题为导向,通过分析取消原因来制定针对性的措施。

**3.1 严格落实入院前管理规范** 日间手术整个管理流程中入院前管理尤为重要,管理效果直接影响日间手术的效率指标,为进一步提高入院前管理规范,需要加强医护人员责任心、较强的团队协作意识及沟通能力,院前由专科医师,日间手术管理中心医师、麻醉医师,预约护士四方把关。入院前评估包括术前准入制度、术前检查、基础疾病、心理及术前禁用药等,对手术产生恐惧患者采用多种方式加强患者心理和情绪的管理,减少手术恐惧感,消除患者的焦虑情绪。伴有基础疾病,身体对环境

敏感性、适应性下降,针对这些患者应监管规律用药,术前电话访视血压及血糖检测值。

**3.2 严格落实安全质量规范** 日间手术存在“短、频、快”的特点,导致患者存在潜在的安全隐患。安全质量是医院生存和发展的基础,要建立良好的规章制度,以患者安全为目标,严格落实医生准入、术式准入及患者准入制度,主要体现术前充分评估和准备,详细告知可选治疗方案及风险,术中仔细操作,术后严密观察,及时有效处理紧急情况。科室进行安全培训,提高风险防范意识,减少和避免纠纷,保障患者安全。

**3.3 严格落实健康教育规范** 日间手术患者预约时间快,在医院停留时间短,节奏快,使部分患者及家属缺乏对手术专业的认识。大部分术前准备都是在院外完成,部分患者依从性较差,干预措施缺乏个体化,因此建立个性化的健康管理模式,做到全员参与,需要改变健康宣教的方式,多渠道的综合健康管理模式能够明显提高健康教育效果,为提高患者对手术的认知度,在门诊就诊、评估、检查时为患者提供全方位、一对一多方式的健康教育,发放宣教单页导诊图,口头讲解、图纹三折页,PPT 演示及视频宣教等,可帮助患者认识疾病与手术,更积极的参与配合。

**3.4 严格落实康复训练规范** 预康复理念能有效减少手术患者的生理及心理创伤和应激,促进患者快速康复。预康复应以患者为关键成员,包括医护人员、服务人员在内的所有临床和非临床工作人员都应作为预康复小组的成员参与预康复实施,从而最大限度利用时间、空间来支持和帮助患者作出行为改变<sup>[12]</sup>。针对每位患者下达预康复套餐,而对膝关节手术患者术前 1 d 有针对性的学习关节功能康复训练,由康复治疗师及护士进行指导,做到人人过关。术后随访护士再进行电话访视术后训练的执行力,术后来院回访再进行跟踪并记录。

综上所述,术前预康复为日间手术患者提供了良好的思路,有利于降低了日间手术患者入院后

手术取消率,手术等待时间、延迟出院及术后并发症的发生,但医院仍须持续质量改进,排除不可控的因素外,日间手术需要多部门的工作人员合作,发现问题及时整改。

#### 【参考文献】

- [1] Kaddoum R, Fadlallah R, Hitti E, *et al.* Causes of cancellations on the day of surgery at a tertiary teaching hospital [J]. *BMC Health Serv Res*, 2016, 16(1): 1-8.
- [2] 殷宇,戴燕. 日间手术病房预约处爽约原因分析及对策[J]. *华西医学*, 2016, 31(4): 624-625.
- [3] 莫洋,陈亚玲. 开展品管圈活动降低日间手术爽约率的效果分析[J]. *华西医学*, 2017, 32(4): 488-492.
- [4] 邱田,刘子嘉,黄宇光. 预康复在加速术后康复中的价值[J]. *临床麻醉学杂志*, 2018, 34(3): 296-298.
- [5] Hijazi Y, Gondal U. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery [J]. *Int J Surg*, 2017, 39(1): 156-162.
- [6] 刘子嘉,黄宇光. “三联预康复”ERAS 的术前优化[J]. *医学与哲学*, 2017, 38(6B): 12-14.
- [7] 张一敏,戴燕. 日间手术临时取消原因分析及对策[J]. *华西医学* 2014, 29(10): 1943-1945.
- [8] Mayo NE, Feldman L, Scott S, *et al.* Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: argument supporting prehabilitation for colorectal surgery [J]. *Surgery*, 2011, 150(3): 505-514.
- [9] Boereboom C, Doleman B, Lund JN, *et al.* Systematic review of pre-operative exercise in colorectal cancer patients [J]. *Tech Coloproctol*, 2016, 20(2): 81-89.
- [10] 黎介寿. 对 Fast-track-Surgery (快速通道外科) 内涵的认识 [J]. *中华医学杂志*, 2007, 87(8): 515-517.
- [11] Minnella EM, Bousquet-Dion G, Awathi R, *et al.* Multimodal prehabilitation improves functional capacity before and after colorectal surgery for cancer: a five-year research experience [J]. *Acta Oncol*, 2017, 56(2): 295-300.
- [12] Durrand J, Singh SJ, Danjoux J. Prehabilitation [J]. *Clin Med (Lond)*, 2019, 19(6): 458-464.

(收稿日期: 2021-05-26; 修回日期: 2021-08-22)

(责任编辑: 刘玉巧)