

- [2] 韩雷,全仁夫,孙观荣,等.经皮椎弓根螺钉结合伤椎置钉与骨水泥强化治疗中老年胸腰椎骨质疏松性压缩骨折的疗效比较[J].中华创伤杂志,2017,33(3):213-218.
- [3] 安娜,纪丽慧,孟海燕,等.2 型糖尿病患者 N-MID 和 3-CTX 与骨密度的相关性研究[J].中国骨质疏松杂志,2018,24(12):1591-1595.
- [4] 邱伟,黄朝靖,姜迪,等.骨质疏松性椎体压缩骨折行 PKP 术后骨延迟愈合的相关因素探讨[J].颈腰痛杂志,2019,40(1):46-48.
- [5] 黄志明,李松军,赵俊延,等.骨生化标志物的动态检测在预测下肢长骨骨折延迟愈合的临床意义[J].临床医学工程,2016,23(9):1173-1175.
- [6] 武博,朱宏刚.骨质疏松对颈前路减压椎间融合固定术后相邻节段异位骨化的影响[J].广西医科大学学报,2019,36(3):463-466.
- [7] 吴东生,苏先喆.复方中药强骨饮对骨质疏松性椎体压缩性骨折患者愈合程度及骨代谢指标的影响[J].世界中医药,2019,14(1):131-134.
- [8] 周萍,郭璇,武倩,等.西安地区更年期女性骨代谢指标预测骨质疏松效果评估[J].现代检验医学杂志,2017,32(2):149-152.
- [9] 唐永亮,张静怡.经皮椎体成形术后结合阿仑膦酸钠治疗在改善骨质疏松性椎体压缩骨折患者功能障碍中的应用[J].东南国防医药,2017,19(2):145-149.
- [10] 格日勒,刘鑫,杨鹏,等.经皮椎体成形和经皮椎体后凸成形治疗老年骨质疏松性椎体压缩性骨折的对比[J].中国微创外科杂志,2019,19(12):1084-1087.

(收稿日期:2021-04-11 修回日期:2021-07-29)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.23.028

“一病一品”理念下 EPC 路径在泌尿外科手术患者中的应用

赵香琴¹,刘素蓉^{2△}

四川省成都市第一人民医院:1. 手术室;2. 护理部,四川成都 610041

摘要:目的 探讨“一病一品”理念下“最优的证据-最优的路径-最优的关怀”路径(EPC 路径)在泌尿外科手术患者中的应用效果。方法 采用便利抽样法选择 200 例手术患者,为避免沾染效应,将 EPC 路径实施前的手术患者作为对照组($n=100$),EPC 路径实施后的手术患者作为观察组($n=100$)。对照组手术患者实施手术室护理常规操作,观察组手术患者在手术室护理常规基础上实施 EPC 路径,收集、比较两组手术患者术前 1 d、术后 3 d 焦虑状态、对手术室护理工作满意度、压力性损伤及低体温发生率及手术医生对手术室护理工作的满意度。结果 观察组手术患者术前 1 d、术后 3 d 焦虑状态评分、手术患者对手术室护理满意度、低体温发生率和手术医生对手术室护理工作满意度与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 “一病一品”理念下 EPC 路径缓解了泌尿外科手术患者术前及术后状态焦虑,降低了手术患者低体温发生率,提升了手术患者及手术医生对手术室护理工作的满意度,提高了手术室护理质量,值得推广使用。

关键词:一病一品; EPC 路径; 质量管理

中图分类号:R472

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)23-3459-04

“一病一品”理念提出了疾病护理品质需实现“最优的证据-最优的路径-最优的关怀”路径(EPC 路径),使“某疾病”的患者由入院到出院都能依照 EPC 路径接受遵循整体护理模式的照顾,即从结构层面,通过循证原则使得关键性护理活动能获得最优的实践证据;从过程层面,将从入院到出院的专科护理活动进行标准化,形成最优的临床护理路径;从结果层面,通过结构与过程两个层面的落实,满足患者对护理活动的期望与体验,体现最优的人文关怀^[1]。“一病一品”理念的原型虽是针对“某一疾病”,但其根本立足点是提升患者的护理品质。手术室作为外科手术患者医疗活动的重要一环,提升手术患者的护理品质是手术室工作人员的工作目标。在“一病一品”中 EPC 路径的启示下,本研究以泌尿外科手术患者为研究对象,

将 EPC 路径贯穿在手术患者术前访视到出室后随访整个过程中,取得一定效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法选择 200 例手术患者为研究对象,为避免沾染效应,将 EPC 路径应用前的手术患者作为对照组($n=100$),EPC 路径应用后的手术患者作为观察组($n=100$)。纳入标准:年龄 ≥ 18 岁;择期手术患者;全身麻醉手术患者;意识清楚,能明确表达自己的观点;愿意参与研究。排除标准:年龄 < 18 岁;急诊手术患者;非全身麻醉手术患者;存在沟通障碍;不愿意参与研究。两组手术患者在性别、年龄、文化程度、婚姻状况、职业、家庭支持态度、个人月收入、医疗费用支付方式、是否具有手术史、手术级别等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比

[△] 通信作者,E-mail:liusurong2004@163.com。

本文引用格式:赵香琴,刘素蓉.“一病一品”理念下 EPC 路径在泌尿外科手术患者中的应用[J].检验医学与临床,2021,18(23):3459-3462.

性,见表 1。

表 1 两组手术患者一般资料比较(n)

组别	n	性别		年龄(岁)			文化程度			职业			婚姻状况		
		男	女	<45	45~<59	≥60	初中及以下	高中	大专及以上	农民	工人	干部(包括医生、教师)	有配偶有子女	无配偶无子女	无配偶有子女
对照组	100	53	47	22	38	40	45	18	37	41	25	34	63	27	10
观察组	100	48	52	18	43	39	38	22	40	38	34	28	71	23	6
χ^2		0.500		0.721			1.107			2.067			1.798		
P		0.479		0.697			0.575			0.356			0.407		

组别	n	家庭支持状况			月收入(元)			医疗费用支付方式			手术经历		手术级别		
		支持	适当	过度	<1 000	1 000~<2 000	≥2 000	自费	医保	新农合	有	无	二级	三级	四级
对照组	100	82	17	1	15	25	60	12	50	38	12	88	17	48	35
观察组	100	75	23	2	20	12	68	8	60	32	20	80	12	45	43
χ^2		1.545			5.782			2.223			2.381		1.779		
P		0.462			0.056			0.329			0.123		0.411		

1.2 方法 成立以泌尿外科专科组长为组长,泌尿外科专科组为成员的 EPC 小组。按照“一病一品”理念实施 EPC 路径。EPC 小组的组长负责对小组成员进行专科手术护理实施方案及标准化手术室护理流程培训。理论培训与情景展示相结合,并对小组成员进行考核,考核合格方可参与专科组手术。对照组手术患者实施手术室护理常规操作,包括术前访视时进行相关知识、术前注意事项的宣教;根据患者情况做好术前准备、术中生命体征监测、病情观察及手术配合,以及做好术后随访与相关指导。观察组手术患者在手术室护理常规基础上实施 EPC 路径,分别在术前 1 d、手术日、术后 1~3 d 实施相应手术室护理措施。

1.2.1 术前 1 d (1)术前访视中手术护士详细讲解术前相关注意事项,图文并茂地介绍手术室环境布局、手术室流程信息等,发放术前访视单;(2)手术护士根据手术患者术前评估表评估患者的个人信息、身体状况、健康史、药物应用、辅助检查结果、手术一般信息、患者对手术的了解程度、心理状况及社会支持系统,将评估结果录入电脑。

1.2.2 手术日 分别在术前、术中、术毕实施相应护理。(1)术前:患者术前 30 min 左右接入手术室,“首台”手术患者由手术室护士到病房与病房护士交接后接入手术室,“接台”手术患者由病房护士将手术患者送入手术室与手术室护士交接,接患者入手术室前由手术室护士电话通知病房;患者入手术室后进入等候区,等候区配备音乐系统,高年资护士根据手术要求、患者实际情况建立静脉通路,结合术前评估结果予以心理支持。(2)术中:巡回护士与等候区护士再次核对患者相关信息,无误后将患者推入手术间,向患者介绍手术室仪器设备(包括仪器设备发出的声音)、解释安全性约束的目的,手术体位摆放的配合与注意事项等。与手术团队成员共同做好患者心理疏导,及时解答患者疑虑,做好皮肤、体温护理;协助麻醉医生做

好麻醉相关护理;巡回护士评估手术时间、患者情况,做好专科手术护理要点。手术过程中密切观察患者的生命体征、手术进程,如有问题及时报告手术医生,积极采取相应措施或者启动紧急预案。(3)术毕:结合患者术式、生命体征、麻醉恢复状况等恢复患者的体位、穿衣裤、检查敷料、管路等;根据麻醉医生评估结果,手术医生、麻醉医生及巡回护士共同将患者送入麻醉恢复室,与恢复室医护人员做好交接,手术医生向家属交代手术情况。

1.2.3 术后 1~3 d 根据专科术后随访单了解患者术后疼痛、睡眠、切口情况、肢体活动、管路情况等,结合随访结果予以科学、合理的护理指导,调查手术患者对手术室护理满意度,术后 3 d 完成手术患者焦虑状态调查。

1.3 观察指标

1.3.1 焦虑状态 采用状态-特质焦虑量表(STAI)进行评价,共计 40 个条目,分为 STAI-S 及 STAI-T 两个亚量表,选用反映患者目前感觉的 STAI-S 测量暂时焦虑状态。在术前 1 d、术后 3 d 测量手术患者焦虑状态得分,分值越高表示越焦虑。

1.3.2 压力性损伤及低体温发生率 比较两组手术患者手术过程中压力性损伤发生率、围术期低体温发生率。

1.3.3 手术患者对手术室护理工作满意度 术后 3 d 随访调查手术患者对手术室护理工作的满意度。满意度评价分为非常满意、满意、不满意,满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

1.3.4 手术医生对手术室护理工作满意度 患者送至麻醉恢复室后调查手术医生对手术室护理工作满意度。每例患者手术完成后均对手术医生进行调查,因此,对照组及观察组均完成 100 次调查。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 对数据进行统计学分析。计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检

验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者焦虑状态评分比较 观察组患者术前 1 d、术后 3 d 焦虑状态评分均低于对照组, 两组比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者焦虑状态得分情况比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术前 1 d	术后 3 d
对照组	100	50.62 ± 16.67	43.26 ± 14.38
观察组	100	45.36 ± 14.82	37.93 ± 12.04
<i>t</i>		2.358	2.842
<i>P</i>		0.019	0.005

2.2 两组压力性损伤及低体温发生率的比较 观察组低体温发生率低于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者压力性损伤发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但观察组压力性损伤发生率明显下降, 见表 3。

表 3 两组患者压力性损伤及低体温发生情况比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	低体温	压力性损伤
对照组	100	12(12.0)	4(4.0)
观察组	100	4(4.0)	1(1.0)
χ^2		4.348	1.846
<i>P</i>		0.037	0.174

2.3 两组对手术室护理工作满意度的比较 观察组手术患者对手术室护理工作满意度 [94.0% (94/100)] 高于对照组 [85.0% (85/100)], 两组比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.31, P < 0.05$); EPC 路径实施后手术医生对手术室护理工作的满意度 [97.0% (97/100)] 高于 EPC 路径实施前 [90.0% (90/100)], 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.031, P < 0.05$), 见表 4、5。

表 4 两组对手术室护理工作满意度比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	非常满意	满意	不满意
对照组	100	45(45.0)	40(40.0)	15(15.0)
观察组	100	64(64.0)	30(30.0)	6(6.0)

表 5 EPC 路径实施前后手术医生对手术室护理工作的满意度比较 [$n(\%)$]

时间	<i>n</i>	非常满意	满意	不满意	满意度
实施前	100	40(40.0)	50(50.0)	10(10.0)	90(90.0)
实施后	100	60(60.0)	37(37.0)	3(3.0)	97(97.0)

3 讨 论

本研究将 EPC 路径应用到手术患者术前随访到出院后随访, 将手术室护理过程分为术前 1 d、手术日、术后 1~3 d 共 3 个阶段。其中, 手术日又划分为术前、术中、术毕, 形成了手术室临床护理“最优路径”, 围绕“最优路径”列出护理问题, 循证后获得科学、合理的“最优证据”, 在“最优关怀”中按照“最优路径”实施“最优证据”。

手术作为一种特殊的应激源, 往往会导致患者产生较强的生理与心理应激反应, 对麻醉诱导、手术实施乃至术后恢复产生不良影响^[2]。焦虑是外科患者

术前最常见的负性心理反应。其中术前 1 d 和进入手术室时患者的应激反应最为强烈^[3]。研究表明, 术前 30 min 将手术患者接入手术室, 患者的焦虑程度最低^[4]。术前访视有助于缓解患者对手术的焦虑, 有利于增加患者对手术的认知程度^[5-7]。EPC 路径在循证的基础上使手术室临床护理路径得以科学开展, 详细规范了手术患者术前 1 d 到术后 3 d 每个时间点的工作内容, 并且要求手术室护士结合专科手术特点、患者情况拟定了个性化手术室专科护理要点。EPC 路径不仅展示了手术室护士扎实的手术室专科理论与熟练的实践技能, 更充分实现了“无缝隙”护理服务。本研究结果显示, EPC 路径实施后手术患者术前 1 d、术后 3 d 焦虑状态评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明 EPC 路径有助于缓解手术患者焦虑状态。

低体温是指患者的核心温度低于 36 °C^[8], 其在术后发生率为 25%~90%^[9]。围术期低体温的发生与麻醉方式、手术的复杂性、液体温度、手术室低温环境等有一定关系^[10]。手术压疮是指患者在术后几小时至 6 d 发生的压疮, 以术后 1~3 d 最为多见^[11]。借鉴文献, 本研究将手术过程中至术后 3 d 发生的压疮定义为手术压疮^[11]。有研究指出, 手术患者术中压力性损伤形成的危险因素与患者的年龄、性别、手术体位、手术时长、手术方式、术前血红蛋白水平、术中平均体温、术前血压值、吸烟史等有关^[12]。由此可见, 针对手术患者术前、术中乃至术后低体温及压力性损伤形成危险因素拟定相关医护措施对于预防其发生具有重要意义。手术患者压力性损伤及低体温发生率可在一定程度上反映手术室专科护理质量。“一病一品”理念下 EPC 路径从术前评估—术中个性化专科手术护理—术后随访追踪入手, 科学计划、实施, 手术患者低体温发生率下降。两组患者压力性损伤发生率比较差异虽无统计学意义, 但与对照组比较, 观察组压力性损伤发生率明显下降。

实施优质护理服务的目标是达到“六满意”, 即患者满意、护士满意、医生满意、医院满意、政府满意、社会满意。“一病一品”理念下 EPC 路径将循证护理与优质护理相结合, 为患者提供高品质的专科护理服务^[13]。本研究结果显示, EPC 路径实施后手术患者对手术室护理工作的满意度由 85.0% 提高到 94.0%。研究指出手术医生对手术室护士的角色要求集中体现在专业技能、专业态度与专业思想 3 个方面^[14]。EPC 路径的实施在夯实手术室护理人员专业知识与手术配合实践技能的同时, 更加科学地规范了临床护理行为。本研究结果显示, EPC 路径实施后手术医生对手术室护理工作的满意度由 90.0% 提高到 97.0%。因此, EPC 路径在一定程度上使医护配合更加顺畅, 提升了手术医生对手术室护理工作的满意度。

综上所述, “一病一品”理念下 EPC 路径将循证

护理与优质护理结合形成了科学的临床护理模式。本研究将 EPC 路径贯穿在手术患者术前访视到出室后随访整个过程中,缓解了患者术前、术后焦虑状态,降低了手术患者低体温发生率,提升了患者及手术医生对手术室护理工作的满意度,提高了手术室护理质量,值得推广使用。

参考文献

- [1] 邓俊,丁炎明,王兰,等.“一病一品”项目的构建与实施[J].中华现代护理杂志,2017,23(2):153-157.
- [2] 赵香琴,余红,侯艳,等.手术室临床护理路径对输尿管软镜碎石患者心理状态的影响[J].检验医学与临床,2018,15(13):1987-1989.
- [3] 彭雪娇,卞薇.老年青光眼患者术前焦虑的影响因素[J].中国老年学杂志,2016,36(2):447-448.
- [4] 王晓璐,郭秀梅.手术室路径式干预对手术患者家属状态焦虑的影响[J].中国卫生事业管理,2017,34(7):541-542.
- [5] 张丽娟,韩丽.女性普胸手术患者术前心理状态评估及术前访视效果观察[J].国际护理学杂志,2016,35(18):2536-2538.
- [6] 王彩霞,张梅,张书华,等.术前访视对冠状动脉造影患者术前焦虑情绪的影响分析[J].广州医科大学学报,2016,44(4):78-79.
- [7] 李霜,张红娇,刘丽敏.支持性心理治疗联合术前访视对胃肠道恶性肿瘤手术患者焦虑情绪及日常生活的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(7):97-98.
- [8] 董涛.老年腹部全身麻醉手术患者术中低体温的影响因素[J].中国老年学杂志,2020,40(6):1228-1231.
- [9] 方丹灵,田梅梅,鲍园园,等.不同保温装置在髋膝关节置换术中的应用进展[J].护士进修杂志,2020,35(3):251-254.
- [10] 朱佳,张琼.手术室术中患者低体温因素分析与复合保温措施效果观察[J].护理实践与研究,2020,17(1):122-124.
- [11] 陈沅,吴蓓雯,钱蓓健,等.成人心血管手术压疮高危预测模型的建立与验证[J].护理学杂志,2019,34(10):52-54.
- [12] 侯学峰,牛瑞红,戴靖华.手术室患者术中压力性损伤形成的危险因素及护理对策[J].中国药物与临床,2019,19(16):2887-2889.
- [13] 陈晓菊.“一病一品”护理在腰椎间盘突出症中的应用[J].安徽医药,2016,20(9):1794-1796.
- [14] 梁利芹.影响手术医生工作满意度的护士行为调查和对策[J].护理学报,2012,19(6):59-61.

(收稿日期:2021-03-26 修回日期:2021-07-26)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.23.029

微信手机 APP 平台下的延伸护理服务对分化型甲状腺癌患者术后康复锻炼依从性及生活质量的影响

汲冬冬

河南省人民医院甲状腺外科,郑州大学人民医院,河南郑州 450000

摘要:目的 探讨微信手机 APP 平台下的延伸护理服务对分化型甲状腺癌(DTC)患者术后康复锻炼依从性及生活质量的影响。方法 回顾性分析 2018 年 9 月至 2020 年 9 月该院收治的 90 例 DTC 患者的临床资料。根据护理方法不同分为两组。常规组 43 例,接受常规护理服务;研究组 47 例,在常规组的基础上接受微信手机 APP 平台下的延伸护理服务。比较两组术后 12 周康复锻炼依从性、健康知识知晓度,以及术后 4 周与术后 12 周生活质量[Spitzer 生活质量指数(SQOL)评分]、护理满意度。结果 术后 12 周,研究组健康知识总知晓度(93.62%)高于常规组(74.42%),差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 12 周,研究组术后康复锻炼依从性评价量表评分高于常规组($P < 0.05$);术后 4 周与术后 12 周,研究组 SQOL 评分均较常规组高($P < 0.05$);研究组护理总满意度(95.74%)高于常规组(72.09%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 将微信手机 APP 平台下的延伸护理服务应用于 DTC 患者,可提高其健康知识知晓度,增强术后康复锻炼依从性,改善生活质量,提高护理满意度,值得临床推广应用。

关键词:微信手机 APP; 延伸护理服务; 分化型甲状腺癌

中图分类号:R472

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)23-3462-04

甲状腺癌根治术是治疗分化型甲状腺癌(DTC)的常用术式,能有效杀灭肿瘤细胞,抑制疾病发展^[1]。但大部分患者由于缺乏一定的健康知识,出院后无法做好自我康复工作,不利于疾病康复,极大影响生活质量。常规护理模式忽视对甲状腺癌根治术后患者生活质量的干预,难以取得满意预后效果^[2]。微信手

机 APP 平台下的延伸护理服务借助微信这一交流互动新途径,指导患者居家康复锻炼,在增强依从性、提高生活质量方面发挥重要作用^[3]。本研究选取本院收治的 90 例 DTC 患者作为研究对象,为其提供微信手机 APP 平台下的延伸护理服务,取得良好效果。现报道如下。