

麻醉门诊进行术前评估对手术科室术前平均住院日的影响

严蓉¹ 高巨¹ 陈啸*

(1.江苏省苏北人民医院, 麻醉科; 2. 整形美容中心 江苏扬州 225001)

通讯作者: 陈啸

摘要: 目的: 麻醉门诊进行麻醉术前评估对手术科室术前平均住院日的影响。方法: 2018年7月起拟行手术患者在麻醉门诊进行麻醉术前评估, 将2018年7月至12月手术科室术前平均住院日以及术前临时手术取消率与2017年同期进行比较。结果: 2018年与2017年比较, 疝外科、妇科、泌尿外科及甲乳外科2018年下半年平术前住院日与2017年同期比较, 明显缩短, 有统计学差异 ($P < 0.05$), 五官科2018年下半年平术前住院日与2017年同期比较, 没有统计学差异 ($P > 0.05$)。2018年下半年与2017年同期比较, 术前临时手术取消率下降, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。结论: 在麻醉门诊进行麻醉术前评估, 可减少术前平均住院日, 有利于加快床位周转, 节约医疗资源。

关键词: 麻醉门诊; 术前评估; 术前住院日

麻醉门诊的主要工作即根据患者的病史、体检和化验检查进行麻醉风险评估, 提请会诊, 对患者进行麻醉教育以及术前麻醉相关指导^[1]。其根本目的是使患者术前状态达最理想水平, 降低围术期麻醉手术相关发病率和死亡率。麻醉门诊可规范麻醉前访视, 完善麻醉前准备, 提高麻醉前评估质量, 减轻患者焦虑^[2]。

我院自2018年7月开始, 成立围术期管理中心, 将麻醉门诊与入院服务中心、围术期管理中心的工作进行了整合, 麻醉门诊的工作内容增加了, 规模也扩大了, 每天的门诊量稳定在70至100例, 随着信息系统的逐步完善, 麻醉门诊的运行流程基本已经梳理通畅, 包括与入院服务中心、麻醉科手术室、病房、专科门诊等单元的工作衔接, 以及与患者、外科医生、麻醉医生、护士的沟通, 已形成一套多学科协作、高效运转的服务体系。经医院伦理委员会同意, 现就我科麻醉门诊实施进行回顾性分析, 旨在分析评价麻醉门诊在保障手术安全进行, 提高手术科室工作效率中所发挥的作用。

1. 人员及设备配置

麻醉门诊专职人员包括两名专职麻醉学高级职称医师、两名轮转受训住院医师(1个月轮换)、一名护士。麻醉学高级职称负责会诊, 特殊患者处理, 筛选和危重患者谈话, 住院医师对普通患者术前访视评估, 护士负责测量血压、脉搏、脉搏氧饱和度, 发会诊单。麻醉门诊通过麻醉信息系统链接数据库实时查阅患者的住院证、化验检查结果以及影像学照片和结果、长期和临时医嘱等。

2. 麻醉门诊工作内容

2.1 入院前会诊及评估

对患者病情、身体状况等的评估, 确定患者是否处于适宜手术的最佳时间。了解患者个人史、家族史、生长发育情况及过敏史, 对有麻醉史的患者还应侧重于询问患者麻醉、镇静药物的过敏史。体格检查: 体格检查过程中注意患者血压、脉搏、体温、呼吸、凝血功能等情况, 还应全面检查患者心、肝、肾、脑等器官的功能状况。有合并症的患者, 特别是合并症较复杂的老年患者至麻醉门诊, 麻醉医生就术前检查所需的项目提出建议。保证手术医师与患者在麻醉及手术风险方面达成共识, 对患者进行麻醉相关知识的教育。

对于已预约手术, 已行术前检查的患者, 针对化验和辅助检查不全的患者, 补充相关检查; 对有异常的检查结果, 判断是否影响手术, 是否需要相关专科会诊; 通过病史询问及体格检查后, 对于一些不确定的情况, 提出进一步的实验室检查, 如肺功能, 动态血压监测, 心脏超声检查等。对于存在心血管、呼吸系统等内科疾病且术前控制不理想的患者, 给予会诊建议和专科诊治, 以调整治疗方式和药物剂量。基础疾病较多且平时控制不佳的患者可以在手术

前就诊咨询并提前调整身体状态, 避免因不适于手术麻醉引起的手术推迟或取消。鉴于大部分患者合并心血管疾病, 在围术期管理中心内同时设立麻醉门诊及心血管内科门诊, 不用转诊, 简化了流程, 方便了患者。

2.2 可行走患者拟行择期手术麻醉访视、签署麻醉知情同意书

住院当天, 患者到麻醉门诊, 由护士再次测量血压等生命体征, 麻醉门诊医生通过麻醉信息系统, 浏览检查、化验等资料, 根据每位到麻醉门诊患者的现病史、既往史、体格检查(主要有气道、心血管系统和呼吸系统评估)、化验和辅助检查(如心电图、心脏超声、胸片、肺功能等)结果, 对患者耐受麻醉的情况进行评估, 给出美国麻醉医师协会(ASA)体格状态分级, 填写术前访视评估记录单, 普通患者交与两名住院医师, 特殊患者交与麻醉高级职称医师处理; 在麻醉术前访视记录单的备注栏, 列出该患者的主要问题, 提醒负责麻醉的麻醉医师应该注意的事项; 根据患者的身体情况、手术方式、手术部位、外科医师申请麻醉方式综合考虑, 向患者和家属解释该手术可能采取的麻醉方式, 并让其选择麻醉方式, 告知其相关麻醉风险, 回答其相关问题, 让其充分了解麻醉及其相关问题, 以减轻其担心麻醉问题而出现的焦虑不安情绪, 最后患者和家属签署麻醉知情同意书等相关文书, 并嘱咐签字患者及家属复印身份证以备办理授权委托书。患者签署过麻醉知情同意书便去病房行术前准备, 第二天便可手术。

2.3 日间手术麻醉访视评估、签署麻醉知情同意书

拟接受日间手术的患者在术前两天左右完善必须的检查如心电图、胸片、化验检查, 检查有异常的同样由麻醉门诊安排相关专科会诊治疗调整至正常, 手术当天在麻醉门诊接受访视、签署麻醉知情同意书。手术当日入院, 手术结束后出院。

评价指标: 分别比较疝儿外科、妇科、泌尿外科、甲乳外科、五官科2018年下半年与2017年同期术前住院日; 比较2018年下半年与2017年同期术前临时手术取消率。

2.4 统计学分析

采用SPSS 10.0软件统计分析, 计量资料用均数±标准差表示, 组间比较采用t检验, 计数资料组间比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

疝儿外科、妇科、泌尿外科及甲乳外科2018年下半年平术前住院日与2017年同期比较, 明显缩短, 有统计学差异 ($P < 0.05$), 五官科2018年下半年平术前住院日与2017年同期比较, 没有统计学差异 ($P > 0.05$)。见表。

平术前住院日					
	疝儿外科	妇科	泌尿外科	甲乳外科	五官科
2017年	1.0 ± 0.9	2.3 ± 1.9	5.3 ± 4.6	1.7 ± 1.6	1.4 ± 0.8
2018年	0.9 ± 1.4 ^a	1.5 ± 1.1 ^a	4.2 ± 4.5 ^a	1.4 ± 1.5 ^a	1.5 ± 1.1

a 2018年下半年与2017年同期比较有统计学差异 ($P < 0.05$)

2018年下半年术前临时手术取消率为4%, 低于2017年同期8%,

比较有统计学差异 ($P < 0.05$)。

4 讨论

根据于布为教授总结的麻醉评估内容主要作以下评估^1对患者重要脏器(如心、肺、肝、肾、脑等功能)进行评估,判断患者对麻醉、手术的耐受能力;(2)预测手术出现出血、不良反射、过度应激等损害的可能性及引发心、脑并发症的风险;(3)预测术后恢复过程中可能发生恶心呕吐、疼痛、烦躁等并发症的概率及其预防和应对措施;(4)预测患者术后发生脑功能障碍的可能性及其预防和应对措施;(5)判断患者是否适合进入术后快速康复(ERAS)流程;(6)判断患者术后是否需要进入ICU。

疝儿外科、妇科、泌尿外科及乳腺外科2018年第三季度平诊术前住院日与2017年同期比较,明显缩短,主要是因为麻醉门诊医生在患者入院前即对其进行麻醉评估,筛查异常的术前检查,补充进一步术前检查,组织专科会诊治疗患者合并症,使患者入院前即达到了最佳的状态,无需住院后再完善检查,调整合并症,所以术前住院日明显缩短。特别是泌尿外科,泌尿外科患者大多是高龄患者,基础疾病多,泌尿系结石的患者大多合并高血压,在患者预约住院的同时,麻醉门诊医生对其进行评估,组织会诊,大大缩短患者等待手术的时间,解决了床位紧张的问题。

我国大力发展医疗保险制度,已经基本实现医疗保险全覆盖。以往,由于门诊产生费用的报销比例相对住院较低,因此就导致很多不需要住院的患者采用住院检查治疗的方式,使得患者对开设麻醉门诊的需求度不高。随着保险制度的进一步完善,医保覆盖住院前的术前检查费用,因此也解除了对麻醉门诊发展的不利影响。新加坡中央医院于麻醉门诊评估的患者占全部手术患者的48%^[4],目前我院麻醉门诊访视患者例数约占全部手术患者的65%左右。

术日手术取消的主要原因分析:血压控制不佳,上呼吸道感染,中国作为发展中国家,与发达国家相比,由于预防医疗相对薄弱,患者前来手术时各类合并疾病控制不理想的比例更高。同为发展中国家,一项在印度进行的调查研究显示,麻醉术前门诊中6%的患者具有合并疾病,以心血管(45%)、内分泌疾病(18%)和呼吸系统疾病(5%)最为常见^[5]。中国目前还没有相关数据。但从我国的临床经验看,心脑血管疾病仍然是患者术前的主要合并疾病,且疾病治疗不规范,缺乏相关检查随访信息,用药不规律或未遵医嘱停用相关药物等屡见不鲜,亟待麻醉术前评估时进行优化和改善。

麻醉门诊工作遇到的问题:

信息支持的要求越来越高,开设患者术前评估中心的技术基础是数字化医疗系统。目前我们围绕数字化医疗系统所提供的技术基础,将门诊病历内容纳入住院病史,实现门诊、住院病房的医疗记

录互通,但是患者近期住院的病历资料以及院外就诊情况还不能进入数字化医疗系统,患者可能二次手术,但近期的辅助检查有些项目不能在信息系统中查询,如果再次检查,势必增加患者经济负担。

麻醉门诊亦有一定的局限,如有部分麻醉医师不能当面了解患者情况,对患者病情依赖麻醉门诊、依赖信息系统等。目前我们的做法是对于ASA评分Ⅲ级及以上的患者,对于高危的患者,我们会通知责任麻醉医生再次与患者家属沟通,再次交代麻醉风险。

正如邓硕曾教授曾经提出:麻醉医生不仅在手术室内要做好麻醉,还要为生命保驾护航,不仅担负着术前评估、宣教、缓解患者焦虑和参与无痛诊疗,还要负责术后镇痛和随访,提高患者生活质量。因此我们要践行围术期医学理念,优化麻醉门诊工作。麻醉门诊的良好运作也是实现手术当日入院这种现代医疗模式的前提条件。通过缩短住院时间,医疗费用得以降低,医院病床周转得以加速,医疗资源的利用得以实现效益最大化。因此麻醉门诊很快能成为国内业界的重要发展方向之一。国外在麻醉门诊内设立外科问诊室,提前签署手术同意书,从而更加精简术日入院流程,在外科医生充足的情况下,我们也可以借鉴这种方式。

麻醉门诊显著节约医疗成本,提高医院医疗资源使用效率,近年来国内大型三甲医院已相继设立麻醉门诊。但麻醉门诊在国内仍处于起步阶段,急需建立麻醉门诊管理规范,改进和提高麻醉门诊工作流程,探索适合中国国情的麻醉门诊管理模式,提高患者满意度。

参考文献:

- [1]Fischer S P.Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology*,1996,85(1):196-206.
- [2]王古岩,麻醉医生如何成为围术期医生——机遇与挑战. *医学与哲学* 2016,37(549):16-19.
- [3]丁布为. 麻醉,决不仅仅是麻醉. *上海医学*, 2015, 38(4): 269-271.
- [4]宋琳琳,蔡明辉,王东信等.新加坡中央医院麻醉前评估门诊实施概况. *临床麻醉学杂志*.2010,26(4): 366-367.
- [5]Haq ZA,Murthy P,Malik I,etal.Detection of comorbid illnesses during pre- anaesthesia evaluation in a university teaching hospital:A prospective observational study. *Natl Med J India*,2014,27(5):256-258.
- [6]Farasatkish R. Aghdaii N.Azarfarin R, et al. Can preoperative anesthesia consultation clinic help to reduce operating room cancellation rate of cardiac surgery on the day of surgery Middle East J Anesthesiol, 2009, 20: 93-96.