

日间手术全程人文护理的护理管理路径与质量改进策略

张敏, 谢咏莲, 邹春霞

(长江大学附属第一医院, 湖北荆州 434000)

[摘要] 日间手术以“同日入院—手术—出院”为特征,在提升效率、减少住院日的同时,也压缩了护患互动窗口并将大量康复与自我照护任务迁移至院外。患者需在短时间内完成术前决策与准备、围术期配合、麻醉复苏、出院决策以及回家后的自我监测与症状管理,易出现信息理解不足、焦虑应激、隐私与尊严受损、疼痛/恶心等不适控制不足、出院准备不足与随访断点等风险。本文从护理管理视角出发,提出“流程节点—人文护理干预包—组织保障—质量指标”闭环:以结构化沟通与 Teach-back 复述核对、尊严与隐私保护、舒适管理、出院准备评估、连续随访与安全网为核心,通过路径标准化、情景化培训、跨学科协作与信息化支撑,将人文护理从个体经验升级为组织能力。文章以泌尿外科日间手术为例给出分层宣教与随访策略,并提供可直接落地的话术模板、随访内容清单与质量指标体系。建议以 Teach-back 完成率、出院准备评估完成率、关键不适处理达标率、72 小时随访完成率等过程指标牵引 PDSA 持续改进,并以焦虑/满意度、非计划再就诊/再入院等结果指标验证效果,为日间手术管理提供可复制、可推广的护理管理方案。

[关键词] 人文护理; 护理管理; 日间手术; 出院准备; Teach-back; 延续性护理; 质量改进

[作者简介] 张敏,女,长江大学附属第一医院护师。

[DOI] <https://doi.org/10.62662/kxwxz0305002>

[中图分类号] R473.6

[本刊网址] www.oacj.net

[投稿邮箱] jkw1966@163.com

引言:高周转环境中的“人文风险点”需要管理 化治理

日间手术的发展使“短住院、快周转”成为常态。与传统住院手术相比,日间手术在节约床位与时间成本的同时,也带来新的护理管理挑战:患者在院内停留时间缩短,护士与患者的互动被压缩到关键节点;患者出院更早,院外自我管理任务更重,任何信息误解、症状处理不当或求助路径不清,都可能迅速转化为再就诊与安全事件。在一些单位,日间手术护理仍沿用“常规住院模式”的宣教与交接方式,易出现口头宣教多、书面清单少;告知多、确认少;出院看生理指标、忽视理解与能力;随访靠个人热心、缺少制度支撑等。

因此,护理管理必须把关怀做成制度:把“应该做的关怀”写进流程、表单与质控,让每位护士在最短时间内做对最关键的事。本文主张将人文护理视为一种可设计、可复制、可审计的护理干预,通过

“节点—干预包—组织保障—指标反馈”的闭环,使其成为日间手术质量管理体系的一部分。

一、概念界定与理论支撑:人文护理的管理学含义

人文护理强调以人为本、尊重个体、关注情绪与意义体验,其价值不仅是“让患者舒服”,更与安全、依从性与治疗结局相关。在护理管理语境中,人文护理可被理解为一类“降低不确定、恢复控制、提供支持”的过程性干预。对日间手术而言,患者最常见的体验困境包括:对流程与风险的不确定、对疼痛/恶心等不适的恐惧、对隐私暴露的羞耻感以及对出院后无人可问的担忧。管理者需要将这些困境映射为可执行的护理动作:用结构化沟通把未知变为可预期,减少猜测与恐惧;用尊严与隐私保护降低羞耻与被动,增强信任与合作;用舒适管理减少生理应激,减少负性情绪与不配合;用 Teach-back 确认患者真正听懂并做得到,避免“听过=会做”;用随访安全网迁移并识别院外风险,把问题解

决在变严重之前。这些动作可被写入路径、表单、核对单与随访系统,形成可追踪的组织能力。

二、证据综述:可转化为管理措施的研究线索

(一)国内证据:日间病房与手术室人文关怀护理的效果提示

国内日间手术病房研究显示,实施人文关怀护理后,患者负性情绪减少,护理质量与舒适度、生活质量等指标改善,同时手术配合度与满意度提升。人文关怀理念指导下的护理可降低焦虑/抑郁、疼痛与疾病不确定感,提高依从性并减少术后并发症。上述结果说明,人文护理可以作为“可复制的护理干预”被嵌入流程,而非仅依赖个人风格。

(二)多中心调查:短接触场景与延续性护理是提升重点

全国多中心调查提示,护理人文关怀感知总体处于中上水平,但在门诊、急危重症等短接触场景以及部分手术患者中仍存在短板。研究建议从流程优化、资源支持、创新服务模式与强化延续性护理等方面入手。对日间手术而言,这一结论意味着:越是停留时间短、信息量大、决策密集的场景,

越需要标准化的人文护理路径来兜底,并用制度化随访把关关怀延伸到院外。

(三)国际线索:沟通核对、团队协作与出院把关

国际研究显示,结构化术前护士对话可降低术前焦虑并提升满意度;WHO手术安全核查清单强调通过团队沟通与协作减少差错。麻醉复苏与出院评分如 Aldrete、PADSS 可以量化生命体征与恢复状态,但日间手术的真实结局还取决于患者对院外自我管理的理解与执行能力。以 Teach-back 为代表的沟通核对技术与出院准备评估理念,为日间手术人文护理的管理化落地提供了关键抓手。

三、管理框架:五节点流程+人文护理干预包

将人文护理管理化,首先要把“关怀行为”绑定到“流程节点”。建议以五节点为主线:(1)术前预约/评估;(2)日间病房准备;(3)入室与术中配合;(4)复苏与出院准备;(5)院外随访与复诊。每个节点嵌入同一套干预包,形成“同一语言、同一标准、同一记录”,减少人员更替与班次不同导致的体验波动(表1)。

表1 日间手术全程人文护理干预包:管理落地清单

节点	必做动作	责任人	记录载体	关键风险	过程指标(例)
术前预约/评估	预期管理;风险筛查; 材料发放	门诊/病房护士	评估单/宣教单	误解/焦虑	宣教完成率
病房准备	Teach-back;家属同步; 情绪支持	责任护士	Teach-back 记录	信息缺口	Teach-back 达标率
入室/术中	隐私遮挡;提示; 表达通道	巡回护士	核对单	羞耻/恐惧	隐私达标率
复苏	舒适管理;解释性沟通	PACU 护士	复苏单	疼痛/PONV	不适达标率
出院	出院准备评估;行动清单; 安全网	病房护士	出院单	准备不足	评估完成率
院外	72h 随访;风险分层; 必要时回诊	随访护士	系统记录	再就诊/并发症	随访完成率

(一)干预包内容:少而关键,强调“确认”而非“告知”

1. 结构化沟通与预期管理:采用“三句式预期管理”——“将发生什么—你可能感觉什么—出现什么怎么办”,并提供一页纸的行动清单。建议把“患者最关心的10个问题”固化在清单上:疼痛、恶心、出血、进食饮水、排尿、活动、睡眠、用药、复诊、

紧急求助。

2. Teach-back 复述核对:对“用药、活动、饮食/饮水、红旗症状、求助电话、复诊时间”六要点进行复述核对,让患者/照护者用自己的话说一遍。管理者应明确:宣教不以“我说完了”为结束,而以“患者能复述并能做”为结束。对健康素养不足者,可采用“分段复述+图标提示”的方式降低难度。

3. 尊严与隐私保护:暴露最小化、操作前提示、称呼确认;设置遮挡用品可及性标准;对隐私敏感操作使用统一话术,减少尴尬与误解。建议在病区制定“隐私保护三步法”:先说明目的一再征得同意—最后实施操作,并在操作中持续告知进度。

4. 舒适管理:将疼痛、恶心呕吐、寒战/畏冷、口渴、尿意/排尿不适等纳入“必查必处置”清单,先处置再解释,避免不适叠加放大焦虑。对既往 PONV 史、焦虑高、疼痛敏感者,建议在术前完成风险评估并与麻醉团队协同制定预案。

5. 出院准备评估与安全网:出院前用简明条目评估患者是否具备回家能力;是否有照护者、能否按时用药、是否识别红旗症状、是否清楚求助路径、是否明确复诊/拔管时间。同时提供可触达的安全网:24~72小时随访、固定咨询电话/线上入口、必要时快速回诊通道。管理上可采用“红黄绿”分层(表2):红色(疑似并发症)立即就医;黄色(症状加重但未达急危)加密随访或门诊加号;绿色(恢复正常)按常规随访。

表2 出院后风险分层与随访频次建议

风险等级	判定要点(例)	随访安排	管理动作
绿(常规)	症状轻、理解好、有照护者	72小时随访1次	答疑+强化自我管理
黄(关注)	疼痛/恶心控制一般;健康素养低;路途远;留置物	72小时+第7天随访	加密随访+门诊协同
红(高危)	发热寒战、严重出血/血块、呼吸困难、排尿困难明显等	立即联系并指导就医	启动绿色通道+不良事件上报

(二) 出院把关:硬标准+软标准的“双闸门”

硬标准指生命体征稳定、意识与活动能力恢复、疼痛/恶心与出血可控等,可参考出院评分体系;软标准指患者理解与执行能力达标;Teach-back 达标、红旗症状清楚、复诊已确认、照护者到位。护理管理应明确:未通过软标准者不宜“带病带困惑出院”,可采取延长观察、补教、联系家属、增加随访频次或转介专科门诊等方式补齐短板。对独居或交通不便者,应把“是否能及时返回医院”纳入出院评估。

(三) 管理话术模板:让团队用同一套语言完成高价值沟通

1. 三句式预期管理示例:(1)“接下来我们会……(说明流程)”;(2)“你可能会感觉……(说明感受与正常反应)”;(3)“如果出现……请立即……(说明红旗症状与求助路径)”。

2. 隐私敏感操作示例:(1)“为了……需要……,我会尽量遮挡,只暴露必要部位”;(2)“现在开始操作,如果你不舒服或想暂停,请告诉我”;(3)“操作完成,我会帮你整理好,确保你感觉舒适”。

3. 疼痛/恶心沟通示例:(1)“0到10分你现在疼痛几分?”;(2)“我们先把不舒服控制住,再一起复盘原因与注意事项”;(3)“回家后如果疼痛达到×

分以上或持续加重,请按清单联系”。

4. 出院 Teach-back 提问示例:(1)“你回去后药怎么吃?”(2)“今天回家活动怎么安排?”(3)“出现哪些情况需要马上联系或就医?”(4)“复诊时间和地点是什么?”

四、专科化落地:泌尿外科日间手术的管理要点

泌尿外科日间手术常涉及隐私敏感操作、症状体验强;尿频尿急、血尿、腰痛、排尿不适与留置物管理;导尿管/输尿管支架等,院外依从性与求助路径的清晰度对结局影响更大。建议在标准干预包基础上强化三类要点:(1)尊严与隐私:暴露最小化、征得同意、避免“围观式”沟通,必要时同性交接;(2)正常与异常边界:用简明语言界定血尿程度、疼痛范围、发热阈值、排尿困难等红旗症状;(3)院外安全网:把紧急电话、门诊时间、复诊/拔管安排写入清单,并在 Teach-back 中逐条核对。

随访内容建议按“症状—行为—资源”三块结构化:(1)症状:疼痛评分、血尿程度、排尿情况、发热与寒战、恶心呕吐;(2)行为:用药是否按时、饮水是否达标、活动与休息是否合理、留置物护理是否正确;(3)资源:是否记得求助电话、是否清楚复诊/拔管时间、是否有照护者支持。对“黄区”患者,可进一步追问影响生活的关键情境,如夜间尿频导致

睡眠差、腰痛影响活动、对支架异物感焦虑等,并给出可操作的应对建议。

五、组织保障:把关怀变成“组织能力”的四个抓手

(一)路径标准化

将干预包写入路径单、核对单、复苏评估单、出院单与随访表,明确每个节点的“必做动作”与完成时点,并设定“未完成不能跳过”的硬性规则;例如出院前必须完成 Teach-back 记录。

(二)人力与排班

日间手术峰值集中,管理者应依据台量与峰值时间进行弹性排班;设立“宣教/出院专岗”或“随访专岗”可显著降低断点。同时,将高风险患者识别与强化随访纳入岗位职责,避免“人人负责=无人负责”。对新护士可采取“搭班+清单”模式,让其在清单指引下完成关键沟通,逐步提高稳定性。

(三)情景化培训

以标准话术与情景模拟为核心,围绕焦虑高、隐私敏感、听力/语言障碍、疼痛/恶心高风险、拒绝配合等场景开展演练,并把 Teach-back、隐私遮挡、出院准备评估纳入能力考核与新护士准入。建议建立“同伴督导”机制:由骨干护士定期抽查 Teach-back 记录质量与话术使用情况,形成反馈闭环。

(四)跨学科协作与信息化

与麻醉、手术医师统一信息口径;在关键节点强化交接;通过电话/短信/小程序实现随访、风险分级与自动提醒,形成数据可回收的闭环。对再就诊病例建立回溯机制,将教训反馈到路径与培训中;对高风险共性问题,如疼痛控制不足,可与麻醉团队共同制定改进包。

六、质量指标与持续改进:用可衡量推动可持续

建议建立“结构—过程—结果”三类指标并与质控会议绑定。结构指标可包括培训覆盖率、标准化表单可用率、遮挡用品与宣教材料可及率、随访工具可达率;过程指标建议至少覆盖 Teach-back 完成率与达标率(可抽样评估“复述完整性”)、出院准备评估完成率(含高风险触发率与处置率)、关键不适控制达标率(疼痛、恶心、寒战等的目标达标)、72小时随访完成率(含联系失败率与二次联系率)、风险分层准确率(随访结局回溯)。

结果指标除满意度外,建议重点监测“非计划再就诊/再入院”。同时,可补充患者体验指标;如

对隐私保护、解释性沟通、求助路径清晰度的评分。改进方法建议采用 PDSA 循环:先选择 1~2 个高频术式试点,优化话术与表单;再扩大到全病区;每月发布质量看板并做根因分析。例如对再就诊病例回溯其 Teach-back 是否达标、出院清单是否发放、随访是否完成,找出最常见断点并优先修复。

七、讨论与展望:从“做得到”到“做得稳、做得精”

日间手术的人文护理并不必然增加沟通时间,而是提高沟通的命中率与一致性。管理者应警惕两种误区:一是把人文护理等同于礼貌服务,忽视其对依从性与安全的影响;二是只看结果满意度而缺乏过程审计,导致改进不可持续。在资源有限的现实情境下,管理者更应优先把“高价值动作”标准化:Teach-back、出院准备评估、安全网随访。未来可进一步开展基于风险分层的随访模型、基于患者体验的流程再设计,以及信息化工具在提醒、预警与转介中的作用评估,并结合真实世界数据评价其对再就诊、并发症与成本的影响。

八、结论

日间手术高周转环境下,人文护理必须从“态度”升级为“制度与路径”。通过五节点流程与干预包设计、组织保障与可审计指标闭环,可在不显著增加时间成本的前提下同时提升患者安全与体验,为日间手术管理提供可复制、可推广的护理管理方案。

参考文献:

- [1] 庄磊雪,杨建超,李志超,等.基于复合韧性视角的日间手术协同发展体系构建与实施路径探讨[J]. 华西医学, 2023, 38(2): 165-169.
- [2] Parmentier G. Le Concept de Chirurgie Ambulatoire (The Concept of Ambulatory Surgery) [J]. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2001, 185(6): 1027-1035.
- [3] 李姝萍,张宇,谢佳,等.基于信息化和 Teach-back 法构建眼科日间手术健康教育模式[J]. 眼科学报, 2022, 37(7): 550-557.
- [4] 郭莉萍,朱利明,黄蓉,等.中国叙事医学专家共识(2023)[J]. 叙事医学, 2023, 6(6): 381-411.
- [5] 钟锴,鲁发顺,穆热艾合买提江·穆塔里夫,等.加速康复外科理念在日间腹腔镜腹股沟疝修补术中的应用[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2021, 15(1): 84-87.
- [6] 贾若雅,常芸,郑雪梅. Teach-back 方法在患者健康

教育管理中的应用研究现状[J]. 护理管理杂志, 2018, 18(6): 433-437.

[7]刘毅,王静,皮湘鄂,等. 采用握手联合信息支持对腹腔镜胆囊切除术患者麻醉诱导前心理和生理状态的影响研究[J]. 临床医药实践, 2025, 34(8): 612-615.

[8]张丰健,张海鑫,刘义兰,等. 30个省份医院患者对护理人文关怀感知的现状及影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(3): 324-330.

[9]Berry W. R., Edmondson L., Gibbons L. R., et al. Scaling Safety: The South Carolina Surgical Safety Checklist Experience[J]. *Health Affairs*, 2018, 37(11): 1779-1786.

[10]李芸,李天佐. 日间手术麻醉离院标准[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2011(6): 742-746.

[11]杨珍,张宝珍,上官美琴,等. 结构化沟通模式在急诊抢救室护理人员交接班中的应用及效果评价[J]. 护理研究, 2018, 32(11): 1770-1773.

[12]郭薇,蒲霞敏,王锦苹,等. Teach-back 健康教育对脑卒中病人康复效果影响的 Meta 分析[J]. 循证护理, 2023, 9(1): 9-15.

[13]李娜,黄玉婷,张惠婷,等. 乳腺癌病人住院期间隐私保护构建与评价研究[J]. 全科护理, 2020, 18(11): 1397-1401.

[14]徐婷,袁艳芳,刘成思. 个性化护理模式应用于泌尿外科手术患者护理观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(23): 91-95.

Nursing Management Pathways and Quality Improvement Strategies for Ambulatory (Day) Surgery

ZHANG Min, XIE Yong-lian, ZOU Chun-xia

(The First Affiliated Hospital of Yangtze University, Jingzhou Hubei 434000, China)

Abstract: Ambulatory (day) surgery improves hospital efficiency but shortens nurse-patient interaction time and shifts much of recovery and self-care to the home. Within hours, patients must understand the procedure and anesthesia recovery, manage pain and nausea, monitor warning signs, and adhere to follow-up, which increases the risk of misunderstanding, anxiety, inadequate discharge readiness, and unplanned healthcare use. Drawing on evidence from perioperative nursing, patient experience research, teach-back communication, discharge readiness concepts, and continuity-of-care models, this argumentative review proposes a nursing management framework that integrates workflow nodes with a humanistic care bundle: structured anticipatory guidance, teach-back verification, dignity and privacy protection, comfort management, discharge readiness assessment, and a post-discharge safety-net. Implementation relies on standardized pathways and documentation, scenario-based training, interdisciplinary coordination, and digital-enabled follow-up. Auditable process indicators and outcome indicators are recommended to drive continuous improvement through PDSA cycles, with special attention to urologic day surgery involving indwelling devices such as ureteral stents.

Key words: humanistic nursing; nursing management; ambulatory surgery; discharge readiness; teach-back; continuity of care; quality improvement