
日间手术手册

Ambulatory Surgery Handbook

国际日间手术学会

International Association for Ambulatory Surgery, IAAS

中国日间手术合作联盟

China Ambulatory Surgery Alliance, CASA

人民卫生出版社

译者名录

主 校

- 林建华 复旦大学附属华山医院
江 芹 国家卫生计生委卫生发展研究中心

主 审

- 于丽华 国家卫生计生委卫生发展研究中心
高解春 上海申康医院发展中心
程南生 四川大学华西医院
伍冀湘 首都医科大学附属北京同仁医院
王卫民 武汉市妇女儿童医疗保健中心
雷光华 中南大学湘雅医院
赵 蓉 上海申康医院发展中心
马洪升 四川大学华西医院
张庆余 首都医科大学附属北京同仁医院
卞红强 武汉市妇女儿童医疗保健中心
刘蔚东 中南大学湘雅医院

译 者 (按姓氏拼音首字母排序)

- 戴 燕 四川大学华西医院
黄茂华 武汉市妇女儿童医疗保健中心
李 欣 上海市胸科医院
李志超 四川大学华西医院

日间手术手册

- 刘 军 上海市第一人民医院
缪 鹏 首都医科大学附属北京同仁医院
莫 洋 中南大学湘雅医院
瞿宏颖 中南大学湘雅医院
杨 丽 上海申康医院发展中心
叶 辉 四川大学华西医院
朱 涛 四川大学华西医院

编者名录

| | |
|-------------------|--------------------------|
| Ian Jackson | President |
| Jan Eshuis | Honorary Secretary |
| Luc Van Outryve | Honorary Treasurer |
| Gamal Mohamed | President Elect |
| Carlo Castoro | Immediate Past President |
| Paulo Lemos | Past President |
| Arnaldo Valedon | USA |
| Jost Brökelmann | Germany |
| Douglas McWhinnie | UK |
| Jan Jakobsson | Sweden |
| Svenn Felsby | Denmark |
| Wendy Adams | Australia |
| Naresh Row | India |

This handbook arises from the IAAS 2013 WORK PLAN EASTERN EUROPEAN YEAR which has received funding, in the form of an operating grant, from the European Union, in the framework of the Health Programme.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



Executive
Agency for
Health and
Consumers

Preface to Chinese Edition



The mission of the International Association for Ambulatory Surgery is to promote the worldwide development of high quality ambulatory surgery. This Ambulatory Surgery Handbook has been developed by surgeons, anaesthetists, nurses and managers who serve on the General Assembly of the IAAS.

It is designed to support the IAAS training programme and so support the development of ambulatory surgery in countries where this is still in its infancy.

Ambulatory surgery is an essential component of any modern health service and it is increasingly important in providing efficient and safe healthcare to our populations. It is being driven by advances in surgery and anaesthesia that have shortened lengths of stay and by the need to manage the costs of healthcare provision. However, it is important to realise that it is also being driven by our patients- they expect to spend less time in hospital.

Success in ambulatory surgery requires a team effort and this team includes surgeons, anaesthetists, nurses and managers. The contact time each member of the team has with the patient is short and so it is essential that they are knowledgeable about the process and can provide the education and support the patient needs. It is important that the patient receives a consistent message from all involved from the start of the pathway until they are discharged home. This handbook should be used as an aid to developing the knowledge of your staff and as an aid to the development of your own consistent approach to ambulatory surgery.

I hope that this handbook will support the development of high quality ambulatory surgery in China.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ian Jackson', written in a cursive style.

Dr Ian Jackson
Immediate Past President
IAAS
September, 2015

序



国际日间手术学会的任务是推动国际范围内高质量日间手术的发展。《日间手术手册》由国际日间手术学会中的外科医师、麻醉师、护士及管理人员撰写，用于国际日间手术学会的培训项目，并为日间手术处于发展初期的国家提供参考。

日间手术是现代医疗服务中的重要组成部分，且在提供高效、安全的医疗服务中变得越来越重要。由于有效缩短住院日的外科手术及麻醉技术快速发展，以及对降低医疗成本的需求越来越高，使得日间手术得以迅猛发展。同时，病人希望在医院花时更少的需求也是推动日间手术发展的重要因素。

日间手术的成功需要团队合作，团队成员包括外科医师、麻醉师、护士及管理人员。由于每个团队成员和病人接触的时间都很短，因此，熟知日间手术流程、为病人提供术前教育并能满足病人需求非常必要。病人从入院到出院能够持续接受一致的信息也非常重要。希望这本手册不

仅可以丰富医务人员的知识，也能帮助你们建立自己的日间手术方法。

我希望这本手册可以推动高质量日间手术在中国的发展。

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ian Jackson'.

伊恩·杰克逊博士
国际日间手术学会前任主席
二零一五年九月

前 言



《日间手术手册》是由国际日间手术学会（International Association of Ambulatory Surgery, IAAS）时任主席 Ian Jackson 教授和执行委员会委员们共同编写而成。本手册在各国实践的基础上阐述了临床实施日间手术的相关标准

和规定，对实践及质量考核指标、实施步骤及应用表格等都进行了详细的描述，内容丰富详实，可操作性强，是各国日间手术工作者学习国际经验的必备手册。

本手册由“中国日间手术合作联盟”组织编译。“中国日间手术合作联盟”是由国家卫生计生委卫生发展研究中心于2012年3月发起，组织了上海申康医院发展中心、四川大学华西医院、北京同仁医院、武汉儿童医院等单位共同组建，并于2013年5月正式加入国际日间手术学会（IAAS）。近年来，在IAAS历届主席的支持下，连续举办了三届“全国日间手术学术年会”，大会主题由普及日间手术，推进医改进程到加强规范化建设，促进日间手术健

康发展，全国日间手术学术年会在医学界影响日益增强，与此同时中国日间手术合作联盟积极开展日间手术相关的规范化研究推动了中国日间手术的发展。

《日间手术手册》是国际日间手术学会培训教材，具有很强的操作指南作用。中国日间手术合作联盟在第三届年会召开之际，将此手册译文出版，希望能够为中国日间手术工作者的临床实践提供参考，进而促进中国日间手术规范化建设的健康发展。

值此《日间手术手册》出版发行之际，感谢中国日间手术合作联盟成员的共同努力，使中国临床医务者能有机会分享本手册。特别感谢复旦大学附属华山医院林建华教授担当了本手册的主校，感谢 Ian Jackson 主席专门为本书作序，感谢人民卫生出版社对本书的大力支持。

本书翻译的文字，难免有疏漏和措词不当之处，尚祈读者不吝赐教。



中国日间手术合作联盟 主席
国际日间手术学会执行委员会 委员
二零一五年九月 于北京

目 录

| | |
|----------------------|----|
| 第1章 总论 | 1 |
| 第2章 日间手术设施的设置 | 5 |
| 诊所内的手术 | 6 |
| 医院内设日间手术中心 | 6 |
| 配置专用手术室的日间手术病房 | 7 |
| 无专用手术室的日间手术病房 | 7 |
| 第3章 日间手术的组织管理 | 9 |
| 临床负责人 | 9 |
| 护理领导 | 9 |
| 运行管理团队 | 9 |
| 第4章 术前评估 | 11 |
| 社会方面 | 12 |
| 医疗方面 | 12 |
| 年龄 | 13 |
| 血压 | 13 |
| 体重指数 (BMI) | 13 |
| 睡眠呼吸暂停 | 14 |

| | |
|----------------------------|-----------|
| 糖尿病 | 14 |
| 第5章 病人信息 | 16 |
| 第6章 日间手术的手术类型 | 18 |
| 第7章 手术当日 | 19 |
| 围术期处理 | 19 |
| 疼痛控制 | 19 |
| 局部浸润麻醉 | 20 |
| 区域麻醉 | 20 |
| 第8章 恢复过程 | 22 |
| I 期恢复 | 22 |
| II 期恢复 | 22 |
| 第9章 病人出院和支持 | 25 |
| 第10章 出院镇痛 | 27 |
| 目标 | 27 |
| 药物 | 27 |
| 局部麻醉 | 28 |
| 表面麻醉 | 28 |
| 镇痛药物的供应 | 28 |
| 信息 | 29 |

| | |
|---|----|
| 第 11 章 质量监控——评审和标准的运用 | 30 |
| 监控 | 30 |
| 电话随访服务 | 31 |
| 附录 A 麻醉医师在日间手术中心的双重作用： 日间手术中心组织运行的一种可行模式 | 33 |
| 附录 B 病人信息提供：指南和实际应用 | 41 |
| 引言 | 41 |
| 病人信息提供标准 | 42 |
| 信息提供三阶段 | 43 |
| 儿科日间手术 | 48 |
| 信息手册制定指南 | 48 |
| 调查问卷 | 53 |
| 信息资料范本 | 54 |
| 附件 1 日间手术病人须知 | 56 |
| 附件 2 陪护人员手册 | 64 |
| 附件 3 手术专门信息手册 | 68 |
| 附件 4 日间手术调查问卷 | 72 |
| 附件 5 日间手术病人信息范例和书面材料 制作指南的链接 | 76 |
| 附录 C 知情同意 | 79 |
| 附录 D 日间手术的手术类型 | 83 |

附录 E 预防疼痛和术后恶心呕吐，提高日间

手术医疗服务质量 89

疼痛管理 89

预防术后恶心呕吐 91

附录 F 医疗质量/临床指标 95

引言 95

临床指标 96

投入指标 101

可及性指标 101

过程指标 101

产出指标 102

结果指标 102

病人安全指标 103

成本与效率指标 104

病人满意度指标 104

附录 G 护理在日间手术中的作用 109

术前评估和病人教育 109

入院 111

手术室 112

恢复 112

出院 113

出院后随访 114

| | |
|---------------------------|------------|
| 胜任能力 | 114 |
| 附录 H 建立正式的学会 | 117 |
| 印度的卫生保健系统 | 117 |
| 建立学会的必要性 | 118 |
| 怎样建立 | 119 |
| 面临的挑战 | 120 |

第 1 章 总论

日间手术在全世界有多种定义，国际日间手术学会推荐的日间手术定义是“病人在同一天完成手术或操作并出院的，不包括那些在诊所或门诊进行的手术或操作”。另外一组重要的人群是那些需要过夜观察的病人，我们建议将其称之为“日间手术-延期恢复病人”，其定义是“在日间手术中心/单元（独立或在医院内）治疗的病人，需要延期过夜恢复，次日出院。”

表 1-1 国际日间手术学会的定义汇总

| | |
|------------------|--|
| 日间手术 | 病人在同一天完成手术或操作并出院的，不包括在处置间或门诊进行的手术或操作 |
| 日间手术病人 | 接受日间手术的病人，在同一天入院和出院 |
| 日间手术中心（场所） | 日间手术病人专用，便于管理的中心或场所 |
| 日间手术 - 延期恢复病人 | 在日间手术中心/单元（独立或在医院内）治疗的病人，延期恢复需要过夜，次日出院 |
| 日间手术 - 延期恢复中心/单元 | 专设或改建的用于日间手术 - 延期恢复病人的医疗单元 |
| 提供有限服务的住所 | 日间手术病人居住的酒店或招待所，可电话召唤专业医疗服务 |
| 酒店或招待所 | 不提供专业医疗服务的住所，日间手术病人因其个人、社会或交通便利等原因而入住 |

比较各国开展某项手术的日间手术比率时，必须要认识到日间手术的定义在全世界依然不尽相同，一些国家认为住院时间小于 24 小时才是日间手术。考虑到本手册的国际性，日间手术 Day Surgery 和 Ambulatory Surgery 这两个术语在本手册里可以互换通用。

日间手术并非新鲜事物，早在 1909 年，James Nicoll 就报道了他在英国格拉斯哥皇家儿童医院为近 9000 名患唇裂、疝、畸形足、乳突疾病的儿童开展日间手术。这是一个超越时代的、天生乐观主义者的贡献。在那个时候，他就强调适宜的居家环境和与全科医生共同合作的重要性。

三个主要因素推动着日间手术的发展。

1. 临床实践的变化——在过去 10 年间，得益于强调术后早期活动的强化康复的发展，术后住院时间稳步缩短。

2. 麻醉学与外科技术的进步使适合于日间手术的手术类型不断增多，并使那些以前因各种合并症不适合日间手术的病人亦能开展日间手术。很多医院现在将更多的手术默认为日间手术，外科医生不再问“该病人适合日间手术吗？”现在他们假定所有病人都适合日间手术，而是问“有什么理由需要把这个病人收住院？”

3. 很多国家都在努力控制医疗服务费用上涨和因人口老龄化带来的急诊入院的剧增。通过较少的床位治疗更多的外科手术病人展示出日间手术优异的性价比，促使推广这种服务模式成为首要的政治议题。

然而在很多国家中增加日间手术比率仍然需要相当长

的时间。其原因复杂，但重要的是已经知道开展日间手术将必然面临这些问题。

缺乏日间手术场所

没有专用的日间手术场所也可以开展日间手术，但那些在日间手术上成绩突出的医院都设有专门的日间手术医疗单元——这将在本手册中进一步讨论。

临床医务人员的偏好

必须要认识到，大多数外科医师、麻醉医师及护理人员对住院手术有很强的偏好，很多人认为日间手术是“小手术”，不具备挑战性。甚至有些国家的外科医师担心失去对医院床位或者“住院病房”的控制。

病人的偏好

医务人员常说病人不愿意接受日间手术，这在日间手术处于萌芽阶段是事实，重要的是要对病人宣教日间手术的优点。当病人了解日间手术优势的时候，无论在哪个国家都会发现绝大多数病人更愿意在家庭环境中康复。

日间手术的发展壮大需要临床医生、护理人员、管理人员和病人转变理念，亦需要在国家政策和监管制度上进行必要调整，如去除那些导致不必要住院的激励机制等。然而，只有那些真正为病人着想，去推动改变的人才能成功开展日间手术。绝大多数医院在初期阶段只能利用现有条件来开展日间手术，在这种情况下关键是建立临床路径，从入径的开始就让病人及所有医务人员明白，病人需

要在完成手术的当天回家。

一旦日间手术在医院内得以推广，就可以逐渐探索如何来改造医院设施，以便适应越来越多的病人进行当天手术，为他们提供更好的支持。本手册希望能为日间手术发展的各个阶段提供帮助。

在本手册的最后我们收录了论文附录。附录是由国际日间手术学会执行委员会委员们奉献的，收集了关于日间手术管理等诸方面的真知灼见，包含大量可供借鉴的思路与信息，涵盖临床路径的方方面面，希望对读者有用。我们还列出了相关人员的详细联系方式，以便于有问题时联系。

第 2 章 日间手术设施的设置

日间手术可以有多种服务模式：

- 独立的日间手术中心
- 诊所内手术
- 医院内设独立的日间手术中心，属于医院的整体

设置

- 医院内有独立的日间手术病房，主手术室内配置专用手术室

- 医院内有独立的日间手术病房，但与住院病人统一安排手术

致力于推进日间手术的文献往往关注医院内设独立的日间手术中心的效率，尤其是那些拥有专用日间手术室的运营效率。医院内设独立的日间手术中心以及配置专用手术室的日间手术病房是欧洲最常见的日间手术服务模式，在美国独立的日间手术中心所占比例最高。这两类服务模式各有利弊，但重要的只要有明确的临床路径，团队组织严密，任何模式的变通都是可行的。

独立的日间手术中心

美国这种模式的优点是降低管理成本，英国的独立治疗中心，境况与此相似。但在欧洲，这种不归属于大医院、独立的日间手术中心较少，因此，他们不得不分摊医院内所有的信托管理成本。停车难存在于欧洲很多医院，而在这里并不是一个问题。然而，独立日间手术中心存在

的问题是它们远离能够提供辅助医疗服务及相关医学团队的支持。距离越远，问题越多，如理疗、检验、重症监护和放射科等项目都遥不可及。日间手术中心是否有配套的门诊服务？倘若没有，病人就不得不为了进行院前评估与检查而往返折腾；医护人员往来于日间手术中心的交通时间也是对宝贵资源的浪费；病人的选择变得更加严格，手术范围受到限制。假如日间手术中心能够配备提供医疗服务的住院设施，则可大大降低日间手术后仍需观察的病人转运到大医院的概率，从而能够治疗那些更具挑战性的病人。

诊所内的手术

“外科医生诊所”内某个合适的区域进行手术在有些国家相当普遍。对外科医生而言，这使他们对诊所的投入得到最大的回报。然而，适合开展的手术类型及可以选择的病人是其限制因素，对这类设施的监管与病人安全问题令人担忧。

医院内设日间手术中心

很多人认为这是理想的模式。日间手术可以获得全套医疗服务支持，病人在完成门诊术前评估的当天即可进行日间手术，对病人而言十分方便。医务人员无需把时间浪费在交通上。万一发生意外，例如病人在腹腔镜手术时出现无法控制的出血需要剖腹探查，马上就可以进行手术。同时，根据病人的需要，可以将其收治到相应的医疗科室，如病房、血液透析或者监护病房。

配置专用手术室的日间手术病房

在这种模式下，病房到主手术室区域的距离很重要。日间手术的效率取决于病人在手术室内快速周转。为了保证不浪费宝贵的手术室时间，病人转运效率则显得非常重要。倘若手术室与病房分属不同区域，保障病人转运就变得十分困难。在手术室附近设病人等待区可以解决这个问题。但人们往往会忘记复苏室或术后监护室的功能，病人早期复苏管理是日间手术成功的重要因素，沿用住院病人管理的模式可能会延误甚至影响日间病人的及时出院。

无专用手术室的日间手术病房

必须明白，这是提供日间手术服务最不满意的一种模式，国际日间手术学会不予推荐。这种设置不仅仅降低日间手术的效率，而且也对日间手术病人的服务质量造成严重影响。日间手术如果是排在大手术之后，病人就不得不等待很长时间才能手术；把日间手术放在手术排班单最后是不恰当的，因为日间手术应该尽早完成以保证病人有最佳的恢复时间，且排在大手术后面会增加取消手术的风险；优先安排日间手术虽然令人满意，但也可能因超时而对整个手术排班带来问题——这在手术室工作中司空见惯。所以，日间手术管理的重点是如何避免医务人员重视程度不足并由此引发的手术成功率降低。

我们充分理解上述状况难以避免，尤其是在日间手术开展初期。这个问题可以通过精心组织管理而得到解决。

制定明确的临床路径可以让病人、病房护士及手术室人员都知道该病人是日间手术病人，有助于解决这个问题。术后复苏室中工作的护士如果接受过日间手术培训并成为日间手术的团队成员，则可使境况大不相同。

第3章 日间手术的组织管理

临床负责人

每个日间手术中心都应设有一位临床负责人或主任，他对日间手术特别关注，负责引领该中心的发展，制订并完善临床指南及管理制度。富有管理经验的高年资麻醉医师或外科医师是该岗位的理想人选。该人选应该付出足够的时间和精力来履行合同规定的职责。本手册后附的论文中会有一篇深入探讨麻醉医师作为临床负责人的作用，但表明了这同样适用于对日间手术有兴趣的外科医师。

护理领导

每个日间手术中心需要由一名高年资护师带领的人员配置充分的团队，该高年资护师协助主任负责日间手术中心的日常管理。她应该把大部分时间投入到该中心的管理。团队中高年资成员应熟悉了解日常临床活动中可能出现的任何问题，并能够迅速地应对解决问题。其他成员则根据日间手术中心的管理架构、承担的工作职责及当地实际情况而定。日间手术中心应聘请高素质前台接待并有自己的护理人员。我们建议每个日间手术中心根据当地需求构建自己的员工结构。

运行管理团队

每个日间手术中心都应设立负责监管中心日常运行的

管理团队。该管理团队包括麻醉、外科、医院护理、社区护理、全科医师、药学、行政管理、财务、审计及辅助医疗科室的代表。该管理团队应该制定统一的管理制度、确定时间表，解决实际运行中的问题并完成审计。他们应该定期召开会议并及时处理医院管理团队要求解决的任何问题。

附录 A 中有专门章节讨论麻醉医师管理日间手术中心的优势。

第4章 术前评估

日间手术的成功取决于对病人的仔细选择并考虑到手术团队的经验。因此，在一定条件下适合某个专业开展的项目（或某项手术）也许并不适合另一个专业。例如：与肩关节镜检查相比，局部麻醉下行白内障摘除术可以适合在年龄更大或身体更虚弱的病人施行；又如，在不具备儿科门诊条件的场所不宜开展儿童日间手术，尽管术前评估显示其病情稳定且手术风险较小。

进行适当的术前评估是日间手术顺利实施的根本。有效的术前评估标准是：规范、有效、信息完整、相对简单（但需全面）。充分的术前评估可以防止在日间手术中发生意外，避免手术延误或取消。术前评估可有两种方式，病人到门诊接受评估或通过电话访谈获取病史。两种方法均有利弊，不少国家联合应用这两种方法也很有效。

在门诊评估病人有利于医患之间沟通交流，进行体检或开展必要的术前检查，但缺点是病人需要亲自到诊所，可能会不太方便。典型的英国模式是门诊评估由经过培训的护理人员完成，所有病人在手术前都需要完成评估，而其他国家是由麻醉医师来完成门诊评估。

术前电话访谈是美国最常用的方式，这种方法证明是简单有效，但它依赖于病人熟悉了解自己的病史，同时还取决于他已在其他医疗机构中完成体检及术前检查，检查结果已经齐备。无论采用哪种方法，术前评估管理最好由

麻醉科负责，关键是他们制定的病人筛选标准能被麻醉同行所接受，同时也需要建立一种机制，解决病人在筛查过程中发现的问题。

一般来说，术前实验室检查应仅限于其结果会影响病人治疗及预后的项目。虽然各国都建立了自己的临床指南，但是英国国家卫生与临床优化研究所（NICE）、美国麻醉医师学会和日间麻醉学会制定的指南已经被许多国家广泛采用。

评估时应安排好所有必要的术前检查（如电话评估时应在访谈前后），同时要建立制度对检查结果进行审核。要记住，术前评估也是对病人及其陪护人员进行手术与术后护理教育的重要时机。

评估主要包括两个方面：①社会方面；②医疗方面。

社会方面

病人必须愿意接受日间手术，一般情况下需要一位有责任能力的成年人在术后至少 24 小时内进行陪护。病人和（或）陪护人员应保持电话畅通，病人家庭环境适合于开展术后护理。从手术中心到家庭的路途取决于手术类型，一般认为不宜超过 1 小时。

医疗方面

病人和陪护人员应知晓准备进行的手术及随后的术后护理。病人身体健康，如有慢性疾病如哮喘、糖尿病、高血压或癫痫等应得到良好控制。病人的选择根据评估时健康状况决定。多项研究显示，常规实验室检查并没有减少

日间手术病人围术期并发症的发生，因而术前检查应着重于那些可改变病人围术期管理的项目。如前文所述，临床主任与麻醉医师须对病情筛查达成共识，这是很重要的。

年龄

不应设定年龄限制，而应综合考虑生理状态和健康状况。唯一例外是早产儿出生后 60 周内，一般认为这类病人由于早产伴有呼吸暂停的风险，术后应入院观察。

血压

对血压控制和麻醉的重要性过去已有很多论述，然而，近期的文献把作为病人健康状况目标的高血压长期控制与麻醉和手术相关风险区分开来，现在没有证据支持轻、中度高血压病人不可进行择期手术。但仍须向病人的家庭医生强调这一点，保证使高血压得到评估和治疗。

体重指数 (BMI)

体重指数是许多日间手术中心的选择指标之一，其计算公式是以病人的体重 (kg) 除以身高 (m) 的平方，它是肥胖的一个指标。该领域近期内变化很大：多年前认为病人 BMI 大于 30 就不适合日间手术，随着外科手术与麻醉技术的进步，现在许多 BMI 高得多的病人只要身体健康也可以接受日间手术。现在有些中心可以接受 BMI ≥ 40 的病人，但谨慎的做法是从 BMI 较低病人开始，通过积累对这类病人管理的经验和信心，逐步扩大到 BMI 较高的病人。

睡眠呼吸暂停

许多国家对这类病人是否适合日间手术一直是争论的焦点，尤其是许多病人在手术时并没有得到确诊。有意思的是，一些研究表明，阻塞性睡眠呼吸暂停综合征（OSA）与非阻塞性睡眠呼吸暂停综合征病人在日间手术并发症方面没有差别，但以下几种睡眠呼吸暂停病人不推荐日间手术：

- 中枢性睡眠呼吸暂停症的病人
- 没有稳定控制合并症的严重 OSA 病人
- 病人无法遵从出院医嘱，包括配合使用持续气道正压（CPAP）通气装置
- 出院后拒绝夜间使用持续气道正压通气的病人
- 需要服用长效阿片类药物的病人

此类病人管理比较复杂，需要协调安排相关设备如持续气道正压通气给病人。

糖尿病

2% ~ 3% 人群受糖尿病影响，但不应是日间手术的禁忌证。然而，如考虑对糖尿病病人施行日间手术时，评估病情的稳定和病人对糖尿病控制的了解非常重要。英国日间手术学会编写的关于管理这类病人的手册非常有用。

最后，本节再次强调对病人的评估非常重要。日间手术中心对病人选择也会受到以下因素影响：

- 团队的经验
- 日间手术中心模式：独立的、有无可过夜的病床等
- 可开展手术的类型

经验表明，初始阶段按照严格标准选择那些最可能取得成功的病人，在取得经验后逐步扩展。术前评估是对病人进行术前教育包括拟行手术、手术日会发生什么、术后预期的一个绝佳机会。也可通过书面信息强化，将在下一节中涵盖。

这个阶段护理的作用参见附录 G。

第5章 病人信息

与传统手术相比，日间手术会强化病人在术前准备与术后居家恢复的责任。日间手术中心病人的术前准备时间远低于住院病人。因此，向病人提供手术过程各阶段的适宜信息非常重要，不仅是为了保证手术的成功，也是为了病人安全。有效的信息提供目的是：

- 帮助病人做好心理准备
- 对病人宣教准备进行的手术、术前及术后护理
- 降低术后的风险
- 帮助病人减少焦虑，提升病人对日间手术的总体满意度
- 获取手术知情同意

充分知情的病人能够更好地适应手术，不易发生手术取消和延误，减少术后急诊就医或再次入院。应给病人提供结构化的医学知识和组织管理方面信息，基本上采取口头与书面的形式，口头告知、书面强化，反之亦然。其他媒体形式，如视频剪辑或互联网也可以考虑。提供的信息必须要保持一致，贯穿日间手术的全过程，包括转诊医生、日间手术中心员工以及术后护理人员，这些信息有助于病人尽可能参与并主导自己的治疗。最后，应该明确并协调信息提供时各员工的作用并把握信息提供的时机，因为病人需要在不同时间在行政、护理和外科团队接触并获取信息。

附录 B 的文献中包括大量有关病人与陪护人员书面宣教信息的重要性及良好的信息设计范例，包括：宣传资料与可以访问的网页链接。

第 6 章 日间手术的手术类型

适合开展日间手术的类型是那些术后症状能得到满意控制，术后短期内病人能恢复正常进食能力的手术。需要控制疼痛、恶心、呕吐等症状，且患者最好能够适度活动。热衷于日间手术的人不断拓展日间手术范围：前列腺根治术、腹腔镜肾切除术、甚至髋关节置换术都被纳入日间手术，新的手术方法比如内镜下手术及其他微创入路手术也得以开展，外科医生愈来愈意识到重点在于病人选择与围术期管理。归根结底，日间手术选择的基本原则是：已被证明是能够保障质量与病人安全的手术。因此，日间手术中心在开展新的手术类型时必须谨慎。

起初，日间手术仅限于在 60 分钟内能完成的手术，但基于严格的病人选择、新型麻醉药物使用和精细的术后护理，更长时间的日间手术现亦得以常规开展。许多日间手术中心都不限定日间手术的最长时间，有些医院为支持大型日间手术的开展及处理术后并发症而专门设立了 23 小时病房。这有助于将更多的手术病人从住院转移到日间手术中心，并将日间手术室的使用时间延长到傍晚。

有关日间手术的类型文献参见附录 D。

第7章 手术当日

病人收入日间手术中心当天，需复查确保病人健康状况及家庭环境没有变化。同时，外科医生与麻醉医生需对病人进行再次评估。

围术期处理

疼痛控制

日间手术的成功取决于术后疼痛处理，病人在院期间应展开疼痛评估。成人疼痛评估通常采用视觉模拟评分量表（VAS评分）。该量表使用一条10cm长线，一端表示无痛，另一端表示剧烈疼痛，让病人在线上某个点标志代表其目前疼痛程度，测量并记录起点至标志点距离，小于3cm表示疼痛程度可以接受。疼痛处理可以采用多模式联合镇痛即平衡镇痛，包括局部麻醉、非甾体抗炎药（NSAIDs）、对乙酰氨基酚、短效阿片类药物（阿芬太尼、芬太尼），尽可能避免使用长效阿片类药物（吗啡）。

疼痛处理需要整个团队的共同努力，包括外科医生、麻醉医生和护理人员。例如腹腔镜手术的疼痛可以通过以下途径来遏制：

- 穿刺孔部位操作前局部浸润麻醉
- 尽量排尽腹腔内二氧化碳

- 术后用生理盐水反复冲洗腹腔

局部浸润麻醉

对大多数手术而言，手术切口局部浸润麻醉是一种简单、安全的方法，能够提供满意的术后镇痛。证据表明切皮前局部浸润麻醉可以提供更好的术后镇痛，并减少术中镇痛药的需求。表面麻醉剂如滴眼液或局部麻醉乳膏 EMLA 可为斜视或包皮环切提供有效的术后镇痛。

非甾体抗炎药 (NSAIDS)

只要没有禁忌证，就应给予 NSAIDS，不必通过静脉或直肠途径给药。有证据表明术前一小时口服首剂 NSAIDS 可提供更好、更长的术后镇痛。

对乙酰氨基酚

对乙酰氨基酚的安全性和镇痛效果已确立，它可减少强效阿片类药物的需求从而避免阿片类药物不必要的不良反应。许多国家现在都有静脉用对乙酰氨基酚，但价格比较昂贵，因此术前口服合适剂量的对乙酰氨基酚应成为多模式镇痛的一部分。

区域麻醉

外周神经阻滞可以为日间手术提供完美的镇痛效果。即使带有残余感觉或运动阻滞，病人也可以出院，只要对肢体进行有效保护，且在家中有人看护即可。

小剂量脊髓麻醉的引入，增加了中枢阻滞在日间手术中的应用。此种方法可用于下肢、会阴部及下腹部手术，

使更多伴有合并症的病人可以接受日间手术。采用细针穿刺使硬膜穿刺后的头痛发生率低于1%。

有关术后疼痛管理及恶心呕吐预防的文献参见附录 E，其中护士所起的作用见附录 G。

第 8 章 恢复过程

I 期恢复

包括麻醉后初期恢复，从病人转交给复苏室护士始，直到病人转回病房。此期间应确保日间手术病人苏醒后无疼痛、无恶心且具有迅速定向能力，从而减少病人在复苏室内停留的时间。

即使在最有经验的护理人员手中，病人在复苏室也可能发生种种问题，因此，制定术后恶心、呕吐和疼痛操作规程，并经麻醉科审核同意，规范护理操作流程，这是非常重要的。其目的是尽快控制上述症状，保证病人顺利转回病房，开始后期复苏。必须强调的是日间手术复苏室的设置应与住院部手术室相同，转出病人的标准也应该相同。

II 期恢复

这是日间手术中非常重要的一个阶段，此阶段对病人及其陪护人员的管理和教育对日间手术的成功至关重要。与其他任何时候相比，该阶段是否做好决定了能否提供优质医疗服务，而不仅仅是“流水线”或“传送带”的一个过程。而且，该阶段的成功能够显著提高日间手术病人的收治率。必须牢记，给病人充分的恢复时间，不要让病人感到被迫过早出院是非常重要的。另一方面，建立医护人员病人转运常规也非常重要，不仅仅要根据不同的专业

和手术，有时候在相同专业不同医师或不同病人也要因人而异。

环境

日间手术不推荐使用病床，因为这会强化病人、其陪护人员、甚至医护人员心目中的“病人角色”。而使用转运推床则会让所有人感觉到这只是对医院的一次短暂访问。合适的转运推床有助于：

- 减少病人的人工搬动（在这个周转量很高的区域，能够降低病人及医护人员的风险）

- 病人术后的转运

日间手术中心需要对市场上的转运床进行评估，确定适合自己病人和手术类型的转运推床。理想的转运推床应该具有以下特点

- 配有合适厚度、舒适的床垫（病人可能需要在上面躺几个小时）
- 可以很好地调节高度（上下推床不需要复杂步骤的推车更加安全）
- 满足外科各种需求（宽度、高度调整、附属配件）
- 满足麻醉各种需求（方便设定头低位，容易推动）
- 满足安全的需求（合适的栏杆防止病人坠床、能承载日间手术中最大体重的病人、并可调节适合儿童患者使用）

所以，考虑麻醉方面的需求仅仅只是设计日间手术转运推床的成功要素之一。仔细认真的选择推床可使所有使用者都能获益，遗憾的是总有一定程度的妥协。

日间手术中心同时需要备有足够数量的躺椅，可让病

人过渡到半卧位，因为这有利于病人准备出院。日间病房同时还应该配备：

- 足够的工作人员以便于病人监护和教育
- 安静舒适的氛围
- 隐私保护
- 足够的盥洗室/卫生间设施
- 方便提供饮料和食物

提示与注意要点

选择合适的食物和饮料，方便病人在复苏过程中饮用，将有助于提升手术成功率，并让病人感受到优异的服务质量。在孕妇产房工作的人都知道烤面包香味会对味蕾产生影响，这同样适合日间手术的病人，值得考虑。麻醉后病人通常会感到口干，吃三明治难以下咽，而涂抹黄油的烤面包则更容易吞咽。其他有用的提示：对术后的儿童采用注意力转移的方法是有效的，电视/录像、适合儿童的电影或卡通漫画可以让哭闹的儿童（他们可能感到困惑、不舒服或是疼痛）变得安静而温顺。

该阶段护理的作用参见附录 G。

第 9 章 病人出院和支持

日间手术的麻醉医生和外科医生都应在术后查看每一个手术病人。然而在很多国家，评估病人健康状况或准备出院时，最后评估是由护理人员完成的。每个日间中心都要有明确的出院标准，作为所有人员必须遵守的书面规章制度之一，其中需要考虑社会因素以及病人是否康复能够出院的医疗评估，应包括以下内容：

- 生命体征至少稳定 1 小时以上
- 对时间、地点、人物具有定向能力
- 充分控制疼痛，备有口服镇痛药
- 了解如何服用口服镇痛药，并有相关书面宣教材料
- 必要时能够穿衣并走动
- 恶心呕吐和头晕症状轻微
- 已经能够口服流质
- 出血或伤口渗出轻微
- 已经能够排尿（限于某些手术）
- 有成年人负责护送回家
- 保证 24 小时内有人陪护
- 有书面或口头的术后护理宣教
- 知道何时随访（必要时）
- 提供紧急联系电话号码

所有病人都应接受口头或书面的出院指导，包括在术后 24 小时内可能出现症状的详细情况。虽然会因不同手

术而要求不同，但建议至少术后 24 小时内不要自己驾车。向病人提供其他信息如相关器具的使用、法律文书签署、什么时候重返工作及拆线的时间等。所有病人都应了解碰到紧急情况该如何应对，并提供一个紧急联系电话，供病人在急需时使用。

关注这些细节会使病人感到有人支持，提供联系电话可以减少看全科医生的病人数量。

出院评分系统可以作为出院流程的一部分，可参见附件 A 中部分内容。此阶段护理的作用参见附录 G。

第 10 章 出院镇痛

目标

保证日间手术病人在出院后维持可以接受的镇痛水平，同时不良反应最小。

药物

日间手术病人出院之后的镇痛主要依赖于：

- 对乙酰氨基酚
- 非甾体抗炎药（NSAIDs）
- 阿片类药物
- 局部镇痛
- 表面镇痛

对乙酰氨基酚

由于安全性和不良反应较少，对乙酰氨基酚是主要使用的镇痛药物。但它作用有限，经常需要其他更强效药物支持。由于直肠给药的吸收效果通常不可预测，如有可能，最好是口服给药。

非甾体抗炎药

非甾体抗炎药是第二线选择，布洛芬和萘普生心脏风险最小。非甾体抗炎药可以按需或按固定间隔时间给药，布洛芬起效较快，适合按需给药。选择性 COX-2 抑制药几乎不引起血小板抑制，但心血管并发症的风险较大。对老年体弱患者，必须考虑肾功能，尤其是服用 ACE 抑制

药的病人，非甾体抗炎药剂量和持续时间必须相应减少，质子泵抑制药的给药指征要放宽。

阿片类药物

当其他措施不能够提供充分镇痛时，则需考虑使用阿片类药物。口服吗啡制剂和羟考酮应用广泛。虽然可待因仍常规使用，约有 5% 白种人缺乏可待因转换为吗啡所必需的酶，而另一部分人则是超快代谢从而不良反应风险增加，因此许多日间手术中心不再使用可待因。

病人出院时，可给予限量的阿片类药物和通便药物，供需要时在家使用。

局部麻醉

可以沿外周神经或顺着创口留置导管并连接到一次性机械泵来延长局部麻醉的时间。经过指导，病人可以在规定时间拔除导管。

表面麻醉

利多卡因制剂对眼科手术、包皮环切术以及那些有局部黏膜疼痛的手术后有效。

镇痛药物的供应

这将取决于当地医疗服务的惯例。如果不提供镇痛药物，术前必须告知病人术后需要止痛药，这样病人才能在术前储备镇痛药。如果能提供镇痛药，在出院时发给病人预期数量的镇痛药和辅助药物，发放的数量必须记录。

信息

出院信息必须包括对乙酰氨基酚和非甾体抗炎药的每天可服最大剂量，服用阿片类药物时需服用通便剂，以及可能需要使用质子泵抑制药。

该部分的更多信息参见附件 A 和 E。

第 11 章 质量监控——审查和标准的运用

质量监控对于日间手术的成功极其重要。反之，没有设立标准并实施有效的监控、审查和质量管理的将会对病人、全科医生、最终是日间手术中心带来众多问题。随着我们把医疗活动从住院部转移到日间手术中心，对这些医疗活动实施监控和审查，以确保病人和家庭医生所碰到的问题能够迅速发现并予以整改，这是非常重要的。向日间手术转型是医疗服务中最大的变革，必须要实施有效的管理。一旦医疗质量受到损害，病人受到影响，不管程度如何，我们必须尽快识别并采取有效的应对处理。

监控

这可定义为维持常规监测，甚至也可包括监管的概念。监测和监管的结合对于我们的讨论很有用。监测可以让日间手术中心判断其医疗行为是否违背规定的标准。本章节中标准的定义是：判断医疗行为及其效果的指标或共识，所谓标准可以是地方性的（日间手术中心自己制定）、全国性的（政府制定）或国际性的（国际日间手术学会标准），这些都为评判医疗行为及其效果提供了考量尺度。

适合监控的因素包括如下：

- 因不适合做日间手术而当日取消的例数
- 过夜病人的比例

- 1周内再次入院病人的比例
- 病人失约率
- 每位外科医生日间手术室的使用时间
- 日间手术与住院择期手术的比例
- 出院后有问题而联系医院的例数
- 出院后需要全科医生处理的例数
- 手术当日患者取消手术例数

手术当日取消手术的例数可以明确提示术前评估的有效性，过夜病人比例早期警示我们需要关注的问题，所有收住过夜病人的原因都要仔细分析，是没有正确评估病人、还是在日间手术中心做了不合适的手术？同样，因手术并发症而再次入院的病人数量亦很重要，是外科医生选择的病人不合适吗？如有病人失约，就意味着丧失利用宝贵资源的机会，即：为该病人预备的护理和医生时间；出院后有问题联系日间手术中心或者需要全科医生处理的病例数表明在病人选择、麻醉技术、外科技术、出院安排等方面存在问题。

这只是设立部分监测指标的一些理由，也可以根据需要对所在日间手术中心设定其他重要的监测指标。

电话随访服务

电话随访服务对于日间手术的开展非常重要。该项服务目的有两个：

- 为病人提供出院后支持
- 为准备审查而收集术后早期的相关资料

这种服务看来对病人很有帮助，很难想象有病人不愿

意被随访并询问他们的术后情况。但是，与其他治疗或护理一样，病人有权拒绝接受。因此，在出院前征求病人的许可才能对他们进行随访。虽然随意聊天能够保持轻松的对话，但是采用结构化问卷能为日间手术中心取得更好的反馈效果。问卷应包括的内容有：术后不良反应的严重程度，如嗜睡、喉痛、头痛、肌肉痛、恶心与呕吐等。再补充一些问题来评估疼痛的程度以及镇痛情况。

有关标准、临床指标和质量的全面综述参见附录 F。

附录 A 麻醉医师在日间手术中心的双重作用：日间手术中心组织运行的一种可行模式

Jan H Eshuis, MD, 麻醉医师

阿姆斯特丹大学医学中心日间手术中心主任

[j. h. eshuis@ amc. nl](mailto:j.h.eshuis@amc.nl)

传统意义上讲，我们知道麻醉医师经常在手术室内控制手术病人的意识状态、防止病人在手术过程中感觉疼痛、进行神经束周围的精准注射、提升病人或外科医师的信心、并通过所具备的急救技能和果断的决策能力来应对最复杂和最困难的内、外科突发情况，这是麻醉医师最基本的职责。然而，在日间手术中这只是最常规最基本的，麻醉医师还可以承担更多的任务。

从 20 世纪 80 年代早期开始，麻醉医师的工作范围逐渐扩大，这与日间手术的兴起和壮大发展并非只是偶然巧合。在同一时期，麻醉医师作为围术期医师的观念开始出现，他们的职责范围扩展出手术室，涉及门诊开展术前评估、院外镇静、疼痛治疗会诊、重症监护、院内、外急救以及日间手术等诸方面，特别是近年来日间手术在许多国家都得到了迅速发展。

在同一时期，荷兰日间手术例数增加到占有手术例数的 50% 以上，由于并没有统计所有的私人诊所，该比

例可能会达到 55% 或更高。日间手术在其他国家发展更快：据估计在美国日间手术占有所有手术的比例高达 75% ~ 80%。在这种情况下，许多麻醉医师必须把日间手术作为他们日常工作的一部分。

在我看来，麻醉医师在日间手术中心可以担任两种角色：一是作为医务主任起到组织管理者的作用，第二是作为临床专业医务人员。正是由于麻醉医师拥有上述宽泛的业务范围以及传统上在手术室内领导和组织管理者的角色，使麻醉医师的临床与管理行为有着越来越多的相互交织。

关于领导能力：每个日间手术中心都应设有一位临床带头人或主任，他/她要对日间手术有特别兴趣，能够促进并完善医院内规章制度及临床指南，加强与医院进行沟通，及与其他专科、医院临床主管部门或人力资源部门的协调交流。

而具有临床管理经验、同时对日间手术颇感兴趣的麻醉医师是该职位的理想人选。在日间手术中心没有任何其他一类医学专家能够像麻醉师这样持续关注日间手术中心的全程运作，这将在后面更详细地解释。同样也没有其他医学专家能从术前评估到手术过程、再到术后恢复，统管病人就医的全过程，并与如此多的其他专业医生及辅助人员进行合作。麻醉医师也习惯于管理手术排程。这个岗位可以（并通常是）由外科医生承担，但他们缺乏每天与其他医生、尤其是非本专业医师日常接触，对超越本专业的问题缺乏认识与掌控能力。医务主任应该负责日间手术中心的组织管理、指导选择病人、组建专业团队和配置相

应的手术室设备。每个中心需要配备足够的人员，在医务主任领导下由高年资护士进行日常管理，他们组成核心的管理团队，定期向所有参与日间手术的外科专家进行报告，最好指定一位发言人报告。他们也负责日间手术中心的人力资源管理，组织教育培训及安排每周的外科手术大排程。根据实际情况，可能需要第三人加入日间手术中心的管理团队，即财务兼行政管理。这在很大程度上取决于所在医院的组织架构：附属大医院的日间手术中心通常是由医院管理架构中一名财务主管进行管理，而在独立的日间手术中心，管理团队中设有一名财务主管则可能是相当明智的。

是什么使麻醉医师的角色如此特别？麻醉医师参与由全科医师推荐的病人从转诊、入院到最后出院的所有环节，看看这些参与度就能明白麻醉医师所发挥着显著核心作用，他几乎参与了日间手术流程的所有环节。

当病人由全科医师转到任何外科医师手中时，手术医师一般都认为病人是适合日间手术的。在护士协助下，病人在门诊由麻醉医师评估其是否适合日间手术，并根据病情决定是否需要进一步实验室检查（但不应该成为常规），适合日间手术的病人就会安排手术。有些日间手术中心医务主任会对外科医师的手术安排进行总体调控，使日间手术中心的效率最优化。在许多情况下，麻醉医师通常会参与手术安排和病人管理。

最终进行手术时，麻醉医师再次密切参与全过程，他/她的专业技能在很大程度上决定日间手术的成功。术后病人或是通过“快速通道”返回病房或进入 PACU（麻

醉后监测治疗或复苏室), 通常也是由麻醉科管理。然后, 根据规定的转科标准或麻醉后出院评分系统, PACU 护士安排病人转入下一站。在观察病房 (日间手术中心的病房), 护士同样也是根据出院标准即麻醉后出院评分 (Francis Chung 评分) 来判断病人是否可以出院。而由 PACU 到日间手术病房采用的是 White/Aldrete 评分, 由病房出院回家则采用的是 Chung 评分, 这是由专家主导、护士执行的一种简便、可靠的日间手术运行模式, 麻醉医师必须对此负责。通过 2、1 或 0 的简单评分, 护士评估病人的生命体征、意识水平、血流动力学参数、疼痛、术后恶心呕吐等, 为病人提供相关的健康宣教与信息, 最后病人出院回家, 在最初 24 小时内必须由一位有责任能力的成年人陪护。这样, 训练有素的护理人员才能安全地安排管理病人从恢复室转科出院的过程。

假如病人在手术结束时已经达到这些标准, 那他可以跳过复苏室通过“快速通道”直接回病房, 病房护士采用类似的标准流程安排病人出院回家。

关于专业知识和技能的几点看法

管理一个日间手术中心的运行意味着要成为一个积极主动的围术期医师。提前计划、在术前 2 小时做好外周神经阻滞 (这为后期赢得时间!)、使用短效麻醉药物、镇痛效果良好、尽可能减少术后恶心呕吐 (PONV) 发生率都非常重要。每个麻醉医师必须提高技术, 使病人能在紧张压力最小、舒适度最大的情况下进行日间手术, 并通过促进 I 期和 II 期恢复速度和质量来为病人尽快出院创造

条件。

这已经不是一篇论文所能全部涵盖的，它将涉及日间手术麻醉所需的专业知识和技能，在此仅仅探讨一些引人关注或发人深思的问题。首先我们关注日间手术病人的选择问题，每一位计划进行日间手术病人都需要考虑以下几个经典的主要问题：手术、病人因素、社会因素以及设施能力的可行性，每一项因素都应与日间手术相匹配。从20世纪80年代早期日间手术刚兴起时，就已经看到病人选择的限定范围不断趋向宽松，对越来越多有合并症的病人施行越来越复杂的日间手术，时间变迁改变着以上各个因素的限定范围。一个经典范例就是手术时间——过去手术时间限定为90分钟，而现在3~4个小时的日间手术并不少见。目前本中心已经取消了最高年龄限制；而作为过度肥胖唯一限制标准的体重指数（BMI）亦已放宽至40~45。就以ASA分级为例作为消除日间手术病人选择限制的证据。许多医师仍认为只有ASA 1—2级才适合日间手术，尽管早在20世纪90年代的许多教科书已经提到允许ASA 3级病人实施日间手术，但仍有许多医师拒绝这种观念。

以下一些研究报告或许对我们有帮助：

1. 在 Warner 的一项经典 Mayo 研究（JAMA 1993；270：1437）中，追踪了日间手术后30天主要并发症发病率和死亡率。共有38 598名18岁及以上病人接受连续的45 090例日间手术和麻醉，其中1/4病人为ASA 3级，术后1周内没有病人死于并发症，主要并发症发生率非常低：31名病人发生了主要并发症（1:1455）。心肌梗死、

中枢神经损害、肺栓塞发生率都很低，且通常发生在术后 48 小时或更长时间。结论：在这个大样本量日间手术人群中，并发症发生率和死亡率都很低，且在 ASA 1 级、2 级和 3 级病人内平均分布。

2. 多伦多 Chung 和 Mazei (BJA 1999; 83: 262-70) 对伴有合并症的日间手术病人围术期的风险进行了评估。他们前瞻性对连续的 17 638 例日间手术病人进行了研究，收集了病人术前、术中和术后资料。18 种合并症纳入统计，在校正了年龄、性别、手术时间与手术类型后，发现其中 7 种术前伴有合并症与围术期并发症之间存在明显的统计学关系，高血压可以预测术中并发症和术后心血管事件发生率，肥胖预测术中及术后呼吸系统事件的发生，而吸烟与哮喘预测术后呼吸系统事件的发生，胃食管反流预测气管插管相关事件的发生。

3. 利用已有的计算机病人信息系统，Ansell 和 Montgomery (BJA 2004; 92: 71-4) 对 1998 年 1 月至 2002 年 6 月期间 896 名接受日间手术的 ASA 3 级病人进行了回顾性病例对照研究。该系统记录了病人再次入院率、与医疗机构计划外联系和出院 24 小时内并发症。与 ASA 1 或 2 级的病人相比，ASA 3 级病人在出院 24 小时内再次入院率、与医疗机构计划外联系和术后并发症等方面没有明显差异。结论：在开展良好术前评估和充分准备下，ASA 3 级病人可以安全地接受日间手术治疗。

我们都在普遍使用 ASA 分级，也许我们自己都没有意识到这也需要谨慎评估！

另一个例子是有太多的主观判断，测试了 100 个麻醉

医师使用 ASA 身体状况评分的一致性，要求这些麻醉医师评估 10 个模拟病人的 ASA 分级，结果没有一个病例的 ASA 评分完全相同，且只有一个病例的 ASA 分级限于 5 个分级中 2 个，可见麻醉医生之间存在的差异如此之大。在对病人常见临床问题进行评估时，单用 ASA 分级不能对病人的身体状况进行满意的描述。（*Anaesthesia* 1995；50：195）

如有疑惑您应该自问，例如一个 ASA 4 级（心脏）伴剧烈疼痛的肛裂病人，住院治疗和日间手术的差别是什么？有哪些会做得不一样吗？小剂量脊髓麻醉技术不太可能使病情恶化。反而，术中良好的镇痛，几乎没有血流动力学干扰，手术影响轻微，且镇痛良好。

因此，我们说稳定的 ASA 3 级不是日间手术的禁忌证，ASA 4 级则必须根据手术类型进行个体化的仔细评估。

重要的是避免将日间手术与其他手术混合安排，手术混合排班可能会因为急诊和危重病例的干扰而影响日间手术的顺利进行。

微创技术已经显著减少了组织损伤和失血，随着对手术并发症特点及发生时间的深入了解及麻醉药物和技术的不断改进，日间手术范围已经得到很大的扩展。往往是由领先团队首开先例，随后其他更多的团队逐渐跟进。

小结

日间手术曾被认为是一种特殊治疗方式，只适用于最简单手术和精心挑选的病人，而现在日间手术则被认为是

除了病人有明确禁忌以外的许多手术治疗的一种选择，因此医疗风险必须根据手术的侵入程度进行划分：低、中和高难度手术，同时根据病人的个体健康状况以及日间手术机构的能力范围等情况对日间手术进行综合考量。随着多种适宜的麻醉技术问世、病人选择标准的放宽和机构设施的准入条件提高，我们很有可能实现英国国民健康保险制度（NHS）提出的双重目标。NHS 和英国政府非常积极地促进日间手术开展，提出以下两个目标：

1. 日间手术是外科手术常规方式。
2. 75% 手术均应采用日间手术方式。

参考文献

1. Anesth Analg 2007; 104: 1380-96 White, PF, Kehlet H et al The Role of the Anesthesiologist in Fast-Track Surgery: From Multimodal Analgesia to Perioperative Medical Care
2. Can J Anest 2006; 53: 9, 858-72 Imad Awad, T, Chung F Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery
3. Anaesthesia 2006, 61, pages 1191-1199, Smith I, Cooke T, Jackson I and Fitzpatrick R Rising to the challenges of achieving day surgery targets

附录 B 病人信息提供：指南和实际应用

Christina Ann Drace, Gamal Eldin Mohamed 和 Carlo Castoro, MD, 医学博士, 肿瘤外科, 威尼托区肿瘤研究所, 格泰梅拉达 64 号, 35100 帕多瓦

E-mail: carlo.castoro@unipd.it

引言

开展日间手术时, 与病人的交流要简明又强化, 这与住院病人做相同的手术准备所用的时间是无法相比的, 而且日间手术病人需要自己负责术前准备和在家中术后恢复, 这也给日间手术病人的信息提供带来挑战。通常认为, 为病人提供有关日间手术及具体手术方式的信息是日间手术管理的重要组成部分^[1-2], 有效的信息提供方式可提升病人对日间手术经历的整体满意度并帮助病人减轻焦虑。实际上, 知情的病人发生焦虑较少, 因而能更好地适应手术。与之相应的是这也能增加病人对员工总体满意度, 避免延误, 有利于日间手术中心工作运行流畅。提供的信息必须是以规范化、结构化的模式, 且在整个日间手术保持一致。此外, 提供的信息量是另外一个重要问题, 因为有些病人要求比其他病人更多的信息, 信息量太少会引起困惑和拖延, 病人和陪护者不知道要求他们做什么; 另一方面, 信息量太多会引起病人不必要的焦虑。最后一

点，由于病人会在不同时期通过管理人员、护士、外科医生等途径获取信息，因而每个医务人员在信息提供方面的作用应该明确，信息提供的时机应统一协调^[1,3-5]。

理论上病人一般只能记住口头信息的 20%，所以确保病人能获得并记住必要信息的最简单办法是提供清晰的、可随时参阅的书面资料。良好的语言沟通技巧同样重要，因为口头信息易强化，可保证病人对手术的依从性。因此，在提供书面信息同时应辅以口头上沟通交流。

病人信息提供标准

在各日间手术中心，病人信息提供的组织管理可能因各中心特点而有所不同，如日间中心的地区差异、医院的规章制度等，然而大体的政策制定标准应能确立。与日间手术病人的沟通交流可分解成不同步骤，具体多少依不同的日间手术中心而定。附录 B 表 1 显示从病人转诊到术后检查的 8 个步骤，每一步均对沟通地点、交流方式、交流对象及信息内容等进行了阐述。在这 8 个步骤中向病人提供两类信息，即一般信息及手术相关信息。信息提供时机可分为入院前、入院及出院三个阶段。

信息类型

需要向病人提供两种类型信息，即一般信息与手术相关信息。一般信息指日间手术中心的基本情况及服务信息，包括地理位置、电话号码、交通、停车场位置等，也包括日间手术中心的相关规定如入院时间等。根据这些信息病人可了解中心的基本情况以及对他们有什么期望和要求。

手术相关信息是指有关病情及手术的相关临床信息。此外，最近有研究表明并非所有病人都要求获得同等的信息量^[4]，而是根据他们的接受能力而有所不同。向病人提供与其需要的、符合要求的信息量有助于减轻病人焦虑。因此，可把信息提供分成基本型和全套型两种模式。

信息提供三阶段

提供给病人的信息可归纳为三个阶段：入院前、入院和出院。有些信息可能需要重复，这有助于病人对一些重要问题的理解和掌握。

第一阶段—入院前

这个阶段重点告知病人手术情况、可能的经历及技巧训练（术后锻炼、疼痛管理）。术前评估访谈时，病人和护士一起选择提供适量的信息，并邀请病人参观日间手术中心。

第二阶段—入院

该阶段要点是“支持”。这时病人应知道会发生什么，应该向病人反复强调重要信息，给予支持，减少病人焦虑。出院前，提供信息时陪护人员应在场。

第三阶段—出院

出院后前两周非常关键，因这期间病人正在努力恢复正常。信息包里应涵盖如何帮助病人尽可能迅速、安全地恢复正常生活，包括术后疼痛管理、疼痛缓解、恶心、伤口常规护理、睡眠影响、个人卫生、肢体拉伸与力量锻炼、重返工作、驾驶、房事等注意事项，以及发生并发症

附录 B 表 1 日间手术病人信息提供步骤

| | 地点 | 面对面参与 | 电话联络 | 内容 |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|--|
| 第一步: 决定日间手术 | 全科医师诊所、门诊、日间手术中心 | 全科医师、专科医师、日间手术中心员工 | | 日间手术中心介绍、口头信息、手术相关信息、术前准备流程 |
| 第二步: 预约 | | | 日间手术中心 文秘人员 | 预约术前检查、交通指导、病人期望、更多信息: 通过传真、邮件、网址等 |
| 第三步 A: 术前评估 | 医院门诊、日间手术中心、私人医疗机构 | 专科医师、外科医师、护士 | | 日间手术中心介绍和相关规定介绍小册子手术相关综合信息, 手术排程, 术前检查单, 知情同意书 |
| 第三步 B: 术前检查-术前 2 周 (如果 1 月前排定手术) | 日间手术中心 | 麻醉师、护士 | | 口头信息、手术相关知情同意宣教材料, 病人对以往材料的问答与反馈, 问卷调查 |

续表

| | 地点 | 面对面参与 | 电话联络 | 内容 |
|------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|----------------------------------|
| 第四步:术前 2~3天 | | | 护士、文秘人 员? | 确认手术、口头信息 |
| 第五步:手术当 日 | 日间手术中 心 | 麻醉师、护士、外科 医生 | | 口头信息,病人对以往材 料问答与反馈,陪护人员 宣教 |
| 第六步:出院 | 日间手术中 心 | 麻醉师、护士、外科 医生 | | 出院及恢复流程口头宣 教,分发问卷,提问与解答 |
| 第七步:随访(当 天及1周内) | | | 外科医生、护士 | 口头信息-指导 |
| 第八步:术后检 查(根据手术方 式确定时间) | 日间手术中 心、全科医生 诊所 | 外科医生、全科医生 | | 口头信息-指导、收集填好 的问卷 |

时联系人详细信息等。

应向病人的陪护人员提供上述同样信息。

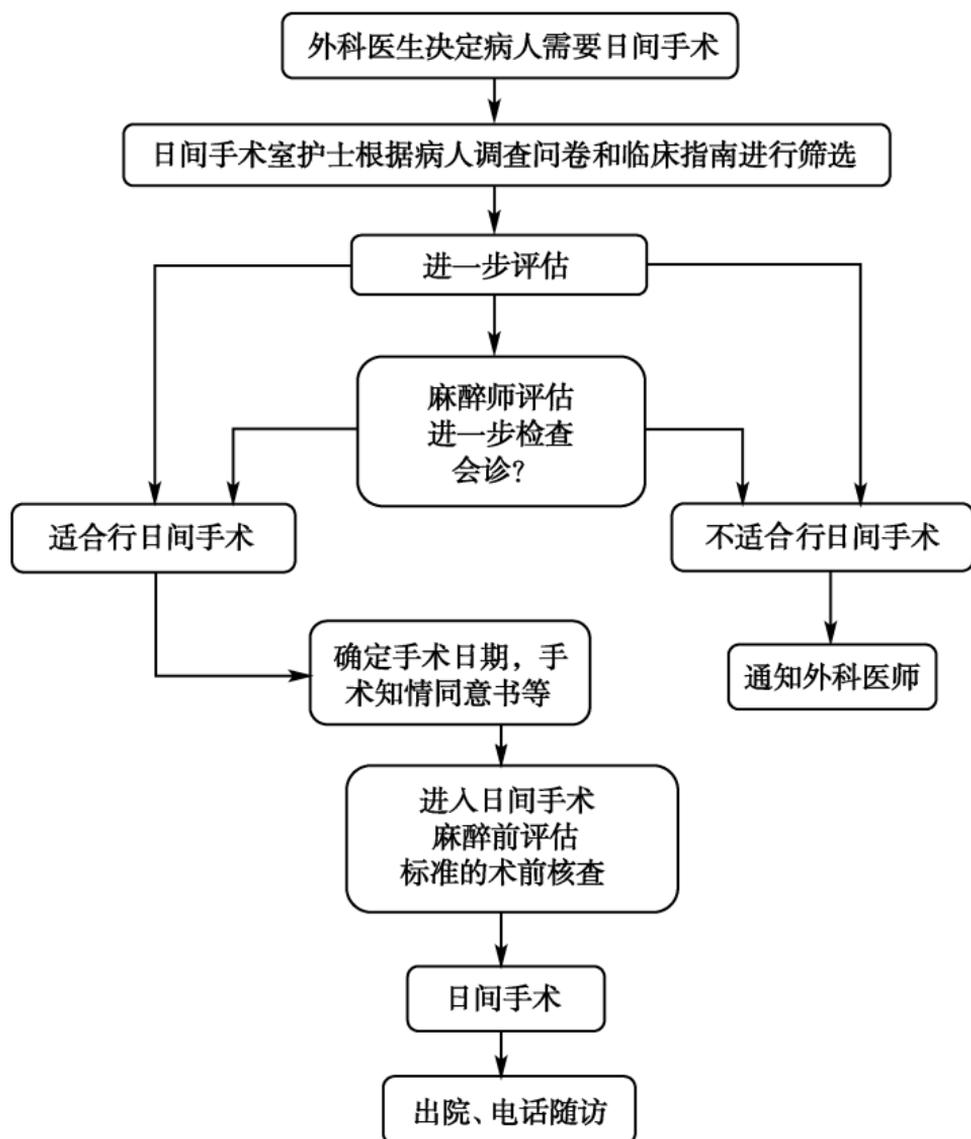
规范化工作框架

在日间手术中心病人信息提供的规范化工作框架中，必须重视所有员工的角色分工并确认信息提供的顺序。对病人而言，在适当时间、从适当的人手中获得适当量的信息非常重要，反之，病人得到一些自相矛盾或互相冲突的信息，会导致病人迷茫不安及总体满意度的下降。附录 B 表 2 中阐述了日间手术中心员工职责分工。附录 B 图 1 显示了信息提供的一般流程。

附录 B 表 2 日间手术中心员工的职责分工

| | |
|------|---|
| 全科医生 | <ul style="list-style-type: none">● 向日间手术中心转诊病人● 初步介绍日间手术基本信息和手术相关信息 |
| 外科医生 | <ul style="list-style-type: none">● 评估病人是否适合日间手术● 提供咨询● 说明病情与手术等信息及手术的可能结果● 获取知情同意书● 术后电话随访 |
| 麻醉师 | <ul style="list-style-type: none">● 术前评估● 告知日间手术有关流程 |
| 护士 | <ul style="list-style-type: none">● 术前评估时和手术日接待并照护病人● 与病人建立联系● 提供信息，确保相关信息已经传递● 倾听病人要求，回答病人问题 |

| | |
|---------|--|
| 文秘、行政人员 | <ul style="list-style-type: none"> ● 电话联系、手术排程、联系协调医务人员 ● 收集信息参考资料 ● 行政管理流程：办理出入院 |
|---------|--|



附录 B 图 1 常规评估流程

儿科日间手术

儿科日间手术的病人信息与成人略有不同。许多儿童医院办理入院非常困难，尽可能让家长参与治疗环节可以减缓这种压力。必须设法降低家长的焦虑，因为只有家长自己放松、知情且心情愉悦方可使患儿放松并愉悦。家长需要日间手术的所有相同信息，但这些信息是专门提供给儿童患者的，以他们为对象而写的。“勇敢者证书”可在出院时颁发给患儿。谈到晚上禁食时，可以采用这样的措辞：限制饮食与饮水——您目前能为孩子做的最重要的事情就是遵从这些指导，否则您孩子的手术可能会被延迟或取消。

信息手册制定指南

引言

书面信息内容和设计非常重要。日间手术中心应为制备信息指南及其更新划出一部分预算。法律问题也应考虑，因为有些法律会规定病人必须获得哪些信息^[5]。此外，最近研究表明病人的健康认知能力与他的健康结果相关^[6]，因此应确保提供的信息与日间手术病人的能力相适应。因此，推荐4种不同的信息手册，详见下表。

1. 附录 B 表 3 的信息资料描述日间手术及其使命，可作为日间手术中心的介绍。

附录 B 表 3 手册制作：日间手术常规信息资料

| | |
|--------|--|
| 日间手术 | 什么是日间手术？ 为什么我要做日间手术？ 日间手术安全吗？ 我能做日间手术吗？ 手术后结果怎么样？ 我在家要准备什么？ |
| 日间手术中心 | 日间手术中心在哪里？介绍相关设施和服务范围 地址、电话、工作时间 介绍服务质量 日间手术如何转诊 方位图、公共及私人交通路线、停车场、简明的 医院信息 |

2. 附录 B 表 4 更详细地描述日间手术中心、相关手术和病人指导等信息。

3. 针对不同手术、术后情况、病人指导及准备流程的资料（附录 B 表 5）。

4. 给陪护人员或病人家属的信息资料：介绍日间手术中心情况，要求他们做些什么和其他有用的信息（如：哪里去购买食物、饮料）（附录 B 表 6）。

附录 B 表 4 手册制作：日间手术中心病人指导和手术流程

| |
|----------------------------------|
| 欢迎来到日间手术中心 |
| 日间手术中心介绍 员工、设施和相关服务介绍 联系方式 |

日间手术的流程步骤介绍：

1. 评估前检查
2. 术前检查
3. 手术当日
4. 出院
5. 恢复

应该说明：病人期待什么？期待病人做什么？

其他：应该怎么穿着？需要携带什么物品？包括等待过程中做些什么？

评估前检查指南和术前准备核查清单

风格

制作形式和语言非常重要。书面信息应尽量简洁扼要，宣教资料应便于手持和使用，语言简明、通俗易懂，使用短句、易于理解，不要使用术语，避免主观语言。根据日间手术中心所在地区，可能需要翻译准备适合少数族裔的信息资料（同时也应考虑聋哑人和盲人的需求）。要确保信息的准确并及时更新，可以注明宣传资料印刷、修订日期，方便病人、陪护人员与员工评估出版物的及时性。

附录 B 表 5 手册制作：手术相关信息资料

相关医学信息

描述病情：什么病情？为何需要手术？

手术简介

手术流程：

1. 术前准备，禁食，药物……

2. 麻醉
 3. 并发症
 4. 出院
 5. 恢复
 - 正常/异常情况
 - 缓解疼痛和药物
 - 伤口护理
 - 陪护人员的职责
 - 精神状态
 - 个人卫生
 - 恢复正常生活：工作，驾驶、操作工具、体育运动和性生活
 - 饮食
 6. 术后流程和复查
- 知情同意书
- 针对病人的特殊说明：（书写空白区域）
- 预约日期和时间：（书写空白区域）
- 联系方式

附录 B 表 6 手册制作：给陪护人员的信息

涵盖要点

日间手术陪护人员的职责

术前、术中和术后陪护人员可能遇到的事件

停车场——方位图、停车费用

提供的餐饮等

| |
|-----------------------|
| 周边设施信息，如商店等 |
| 日间手术中心的常规，包括出入院时间 |
| 联系方式 |
| 同时提供陪护人员需要了解的相关病人手术信息 |
| 说明需要陪护人员的大概时间 |
| 所用药物信息 |

所有印刷资料应选用统一的风格，设计、排版与色彩应一致，加上日间手术中心的介绍和图片。适宜的排版包括：12号或更大印刷字体比如 Times Roman, Trebuchet or Garamond；serif 字体是一种主体字母粗线后用精细线结尾的字体，可用于内容文字，方便阅读；sans serif 字体没有精细线结尾，可用于所有的标题和副标题；文本应左侧对齐，使用粗体字以强调重点。此外，信息组织要有逻辑，使用标题、列表和摘要来帮助病人识别并记住内容要点（附录 B 表 7）。

附录 B 表 7 手册制作：格式指南

| | |
|----|---|
| 语言 | 适合 12 岁的阅读水平 方便阅读、简单明了 使用短句、表达清晰，无专业术语 只包括最基本信息 可翻译成多种语言 适合聋哑人和盲人阅读的替代方式 |
|----|---|

| | |
|----------|---|
| 封面 | 统一设计 统一颜色 医院标志和（或）日间手术中心图片 |
| 字体、风格与排版 | 至少使用 12 号字体，对眼科病人和儿童使用较大字体 连贯、清晰的字体，如 Times Roman serif 字体用于正文，sans serif 字体用于标题 采用副标题、列表和摘要 文本左对齐 使用黑体、子弹体或不同的字体来强调要点 |

“提问和解答”是设计信息资料的有用方式，互联网使信息更容易获取，值得考虑。

调查问卷

信息提供最后一步是征求病人和陪护人员的反馈意见，可以通过调查问卷加留白评论方式进行，便于评估总体满意度并收集对日间手术各个方面的反馈。也可设计针对特定领域的调查问卷，例如疼痛管理或病人信息提供（附录 B 表 8）。

附录 B 表 8 手册制作：病人和陪护人员满意度调查问卷

| |
|------------------|
| 简介 |
| 病人问卷的概要介绍，解释其必要性 |
| 格式 |

| |
|--|
| 是否题 1~5 评分 自由评论 |
| 避免问题太多太长 |
| 了解病人信息提供相关的问题 |
| 您收到过关于日间手术口头或书面信息和病人指导吗? 哪些信息比较有用? 宣传资料是否清楚, 是否含有足够量的信息? 还需要添加哪些信息? 需要删掉哪些信息? 对改进宣传资料您什么建议? |

从一开始就应告知病人会通过调查问卷征求他们意见, 他们的回答将有助于改进日间手术的服务质量, 对完成的调查表应定期审核, 提出的建议应尽快改进。

信息资料范本

在此提供了多种信息资料范本, 其目的是为制作信息宣传资料提供指导。此外, 从互联网也可查询到许多主要日间手术中心的范本以及书面材料制作指南(见附件5)。在制定信息规划方案时, 应该把握每个日间手术中心都不一样。本节提供的材料可以按各中心的需要修改后采用, 所有材料在全面实施前都需要在病人中进行测试和试用。信息资料也应根据病人建议或投诉以及日间手术规范和流程的变化定期修订并更新。

附件 1：日间手术：基本信息

附件 2：日间手术：陪护人员信息指南

附件 3：日间手术：腹股沟疝修补术信息指南

附件 4：日间手术：问卷调查

附件 5：链接-日间手术病人信息和书面材料制作的
范例

参考文献

1. Penn S, Davenport HT, Carrington S et al. Principles of Day Surgery Nursing, Blackwell Science, Oxford, 1996.
2. Gilmartin J. Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. J Clin Nurs 2004; 13: 243-250.
3. Mitchell MJ. Patient's perceptions of day surgery: a literature review. Ambul Surg 1999; 7: 65-73.
4. Mitchell MJ. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. Ambul Surg 2000; 8: 19-29.
5. Mitchell MJ. Constructing information booklets for daycase patients. Ambul Surg 2001; 9: 37-45.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Ann Int Med 2011; 155: 97-107.

附件1 日间手术病人须知

亲爱的患者：

感谢您选择我们的日间手术中心进行治疗。请仔细阅读本手册的所有信息，遵循这些指导非常重要，否则可能会导致您的手术或治疗被取消。

我们中心的治疗对象包括需要接受手术治疗、但不需要住院过夜的患者，但如在此期间发生任何手术或非手术并发症，我们将会负责照顾您直到顺利出院。本手册包含的信息可以帮助您舒适、安全地接受治疗并为手术做好准备。请耐心等待本手册，因为它包含以下重要信息：

- 如何为治疗/手术做好准备
- 您在日间手术时会发生什么
- 您出院后应该做什么
- 对陪护者的建议

另外，我们中心有专人负责病人咨询并提供信息和帮助。它位于中心旁边的.....。

联系电话：

传真：

电子邮件：

到我们中心的交通安排

日间手术中心周围公共交通便利，乘坐公共汽车、地铁或出租车可能比自驾车更加便捷，尤其是在早高峰时

候。我们中心最近的车站是在.....，
地址为：.....

请记住，如果您开车前来很可能会因早上交通繁忙而被延误，另外医院附近的车位非常有限，我们不能保证您能有合适的车位，停车费需自费。停车场接受电话预定，但如果没有空位，请记得带上硬币付费，标记的车位是针对注册过的残疾人士，收费一样。

在您来日间手术中心之前

您已经由门诊外科医生和工作人员接诊并决定进一步实行日间手术。请带上外科医生开具的转诊材料，在接待处预约安排进行术前评估。在外科门诊和麻醉门诊，需要您填写一张身体状况评估和详细病史的表格，同时签署手术同意书，请不要忘记携带这些文书。

术前评估是为了确保您的身体状况可以接受日间手术。完成术前评估后表明您适合日间手术，我们将通过电话或电子邮件告知。您会收到入院处的电话信息，请与他/她联系安排术前评估的预约时间，并预定可能的手术日期。

我们将为您准备此阶段需要的所有相关文件。遵从文件上的指导非常重要，如果您不能按时到达或未经事前电话联系，我们可能把您从手术等待名单中删除。

请安排他人照顾好您的小孩，在全身麻醉后 24 小时内，您不能把孩子留在身边照料。

手术中心的儿童设施只提供给需要进行手术的孩童。

如果您接受全身麻醉，必须安排一名能负起责任的成年人陪同您回家，并在至少 24 小时之内负责照顾您。如果您打车回家，亦必须有一个成年人陪同。

即使您只进行了局部麻醉，也建议有人陪同您回家。如果您手术后活动受到限制，请避免开车。

如在手术前您感到身体不适（如感冒或流感），请事先打电话咨询我们。

我们建议在手术前 2 天不要抽烟。

请告知您的一个亲人或朋友联系号码。

在来做手术之前请洗澡或冲淋。

请去除所有化妆品和指甲油。

请勿带贵重物品、珠宝、大量现金、信用卡或手机来院。如果必须携带，请让您的亲戚/朋友帮忙保管。

请携带：

- 您正在服用的药片、药品或雾化吸入剂
- 帮助您打发时间的东西（书，杂志等）
- 眼镜/隐形眼镜和眼镜盒
- 牙杯
- 为了舒适，您可能愿意带上自己的晨衣和拖鞋；因为有浴室，您也可以带上毛巾和洗浴用品

赴约前请空腹：

如果您的手术是安排在早晨，从前一天午夜 12 点起不要有任何进食，包括口香糖。喝水是唯一例外，手术当

天凌晨五点半前可以喝水。

如果您的手术是安排在下午，早上七点半前可进食一些清淡早餐（茶和烤面包），上午十点半前可以喝水。

如果您有糖尿病或对进食方面存有疑问，请致电本中心咨询。

抵达日间手术中心：

- 请在接待处报到并出示您的个人文件（身份证、保险卡，转诊证明、和既往的病历报告）给护士，她将进行核查确认，并帮助您填写护理表单；
- 您会收到印有您名字和其他信息的腕带
- 您将被引领到病房及您的病床
- 开始准备手术
- 请按时服用日常药物，除非在术前评估时麻醉师另有要求
- 请记住您是在日间手术中心，而不是在门诊。手术顺序是在入院后才确定的，所以您在手术前不得等候一段时间。同时，您的手术及术后复苏也需要时间，因此您要准备手术当天的大部分时间会和我们一起
- 一旦接待人员进入病房，不再允许有亲戚、朋友或陪护在院陪伴。我们的治疗空间有限，如果您确有学习障碍或残疾，可允许那些直接参与日常护理人员留在您身边。欢迎亲戚、朋友或陪护人员使用等候区
- 18 岁以下儿童病人例外，父母中一人或监护人可

一直陪护孩子在一起，兄弟姐妹不能带到日间手术中心

- 在完成治疗并经过一段时间恢复后，您将出院回家。请让您的陪同人员联系日间手术中心确定什么时间来接您，上午的手术请在上午 11:30 后打电话，下午手术请在 3:30 后打电话。如果您的条件允许提前回家，护理人员可能会提前通知您的陪同人员

我什么时候能开始治疗？

您可能会需要等待 4 小时，因为我们需要时间完成各项准备工作。我们尽量提高手术室使用效率，护理人员会帮您准备好手术，并回答您提出的任何问题。麻醉师和外科医师通常会在手术之前来看您，解释需要进行什么类型麻醉和计划的手术。如果手术是在身体某个特定部位，工作人员会在那里标一个箭头。每个病人都对我们很重要，工作人员将始终为您服务。请随时提出问题，如有困惑请告诉我们。护士在护送您进手术室前会再次核查您的个人信息，在手术开始前将会重复核查。请带一些东西在等待期间打发时间。

手术之后

手术后，如果是全身麻醉，您会被转到复苏室，在那里我们会处理您可能出现的疼痛或不适。有人会监测您病情变化，定期测定血压和脉搏。最初您会感到昏昏欲睡、不舒服、手术的部位酸痛，也可能感到口干、喉咙轻微疼

痛（因为麻醉时会气管插管）。

一旦清醒后您将被转回病房，在这里可以稍作放松并吃点东西后回家。恢复期长短因人而异，一般为1~6小时，护士会建议什么时候可以离开。如果是局部麻醉，术后您会直接转回病房，吃一点东西（饮料和饼干），然后回家。请注意恢复时间因人而异，取决于个人体质和手术类型，护士会告知什么时候可以安全离开。

麻醉药物会在您体内存留数小时，这期间您的反应会比较缓慢，因此容易出意外。请不要开车，因为您反应太慢而无法紧急刹车。您可能要请几天假在家休息。

出院之后

如果是全身麻醉，外科医生和麻醉医生在手术当天晚些时候会探访您，告知手术情况，为今后几天怎么做提出建议。会让您携带一些镇痛药回家，或者根据不同手术给您一些其他药物。必须有个能负责的成人陪同您坐车或打车回家，最好不要乘坐公共交通。请参阅术前评估时发给您的小册子中关于术后的一些信息，如果您没有小册子，请找护士再拿一份。将会给您和您的家庭医生一份手术记录/出院证明。如果您和您的家属在离院前有任何问题，请询问我们的护士。我们会根据手术中情况为您开具在家恢复期间需要的药物（如：止痛药、抗生素等）。

在家

您可能会感到疲乏，所以一定要量力而行，做些您力所能及的事。

- 全身麻醉后 48 小时内不要使用工具或开车
- 如果是局部麻醉，护士会告诉您什么时候能开车或使用工具
- 充分饮水，保持清淡饮食，24 小时内切勿喝酒
- 如果是局部麻醉，护士会告诉您什么时候能够喝酒
- 请遵从医嘱服药，包括止痛药
- 洗澡时请找人帮忙，因为您可能在进出浴室时感到头重脚轻或站立不稳
- 全身麻醉后至少 24 小时内不要做任何重要决定或签合同

陪护者指南

陪护者须明确自己的职责：

- 坐车或打车（不坐公共交通）陪您回家
- 在家陪您 24 小时
- 帮做家务，比如做饭、打扫卫生
- 提供饮料（非酒精性）
- 帮助洗漱、洗澡、穿衣
- 确认服药
- 帮您做事
- 识别常见手术并发症，如出血、渗液、感染，并知道做什么

24 ~ 48 小时后您会感到好得多，需要的帮助较少。您的陪护可以不用晚上陪您，但白天可能还是需要帮助，比如帮您购物、做饭、吸尘、洗头。

应急联系电话

如果您术后发生什么问题，请联系日间手术中心：

电话：

值班护士： 电话：

您的外科医生： 电话：

附件2 陪护人员手册

亲爱的陪护者：

您的亲人将要在本日间手术中心接受手术治疗。日间手术对病人很有益处，手术后几个小时病人就可回家在熟悉的环境中恢复，不必在医院过夜。作为他/她的陪护者，您需要请几天假照顾他，照护时间长短取决于不同手术类型，如有任何问题请随时咨询护士或医生。

U. Feelbetter 医生

日间手术中心主任

综合信息：

- 病人陪护：每个病人只能有2个陪护人员或亲属朋友，年龄需要在14岁以上。小孩请安置在等候区，但不建议带小孩来院。陪护者需要在术前和术后恢复期陪伴病人，大多数病人术后4小时可以出院
- 为了您的方便，等候区有自动售货机出售零食，医院门口外有咖啡店
- 医院内禁止吸烟
- 只能在等候区和院外使用手机
- 出院时医生会进行术后护理专门指导
- 手术当晚和术后第一天，手术中心医务人员会打电话了解病人情况。如有必要，请随时使用应急值班电话（见后）

术前准备核查清单

病人：

- 准时作息
- 术前午夜后禁止进食
- 手术当日清晨用一小口水吃药
- 衣着宽松、舒适
- 术前几天请勿抽烟、喝酒
- 带好术前检查材料、医保卡和身份证
- 安排人接送和术后 24 小时在家的陪护
- 告知工作人员术前 1 周内所患疾病（如感冒）

手术当日来医院前：

- 洗澡
- 去除所有化妆品、指甲油、首饰

可携带的物品

- 等候时读物或可消耗时间的物品
- 隐形眼镜或假牙盒子

不能携带的物品：

- 贵重物品，如珠宝、大量现金

术后：

- 确认已经获得所有信息和药物，如尚未获得请咨询医生或中心工作人员

- 遵循医嘱，按时服药、饮食、休息
- 不让病人开车
- 禁止病人饮酒
- 禁止病人操作工具
- 禁止病人经营生意或签署重要文件
- 确认病人带回从院外带来的所有检查资料

日间手术中心

日间手术中心的位置？

日间手术中心位于：

从医院一楼正门到中央通道的尽头，右侧依次为：

- 检查室（A、B、C、D、E号房间）；
- 秘书办公室（F号房间）；
- 医生办公室（G号房间）；
- 卫生间（H号房间）。

大学医院旁有收费停车场。

具体行走路线。

在家中

应急值班电话

值班医生

电话号码

“我有问题”

为满足病人需求，特设立术后咨询服务，如果您有任何问题请致电：

怀特女士（护士长），电话号码

周一至周五，9am-12pm

如果您想咨询医务人员，请致电：

史密斯女士（主任秘书），电话号码

周一至周五，9am-11pm 2pm-6pm

日间手术中心

大学医院（地址）

工作时间：周一至周五

7:30am-1pm, 2pm-7:30pm

电话号码

附件3 手术专门信息手册

腹股沟疝修补术

大学医院

日间手术中心

亲爱的病人：

欢迎来到日间手术中心。

为确保您的手术成功，请严格遵守我们医疗团队为您精心准备的指导，同时也希望您认真阅读所提供的资料并提出问题。

正如医生已向您说明，腹股沟疝修补术可在日间手术中心进行。您将于手术当日早晨到达，手术约需1个小时，下午完成术后检查就可回家。

Dott. U. Feelbetter, 日间手术中心主任

什么是腹股沟疝？

腹部肌肉内层薄弱时就可能发生疝，腹壁内层连同部分肠管及腹壁组织膨出至一个小囊中。有些病人没有相应症状，而有些人则表现为肿胀甚至剧烈疼痛。疝可能引起一些严重的问题（如感染，肠梗阻），由于疝不能自己复原，故手术是唯一的修复方式。

如何做疝修补术？

疝修补术大约要 1 个小时，一般采用局部麻醉或硬膜外麻醉，后者又称为脊髓麻醉，可以使疝的周围大部分区域失去知觉。在疝部位表皮做一个小切口，将突出组织回纳至腹腔，将形成的疝囊切除，然后通过周围肌肉缝合修补腹壁的薄弱或缺失，有时需使用一种称为“网补片”的复合材料加强腹壁，它与人体有很好的组织相容性。

有哪些并发症？

疝修补术很少出现并发症，也可能出现如下情况：

- 切口肿胀疼痛
- 麻醉后头痛及恶心
- 术后切口感染，可用抗生素治疗
- 切口周围失去知觉
- 麻醉过敏反应
- 尽管很少见，但还是有 5% 的疝在术后复发，可在术后多年发生

术后要做什么？

术后您会被送至病房恢复，在医生确认您可以站立和行走后通常下午即可出院。手术医生会给您进行回家后术后指导并提醒您避免提重物、长跑和做剧烈运动。一般情况下，在术后前几个小时内您可能会行走困难，在术后前几天不能爬楼梯，洗澡时要小心避免弄湿切口，术后 1 ~

2 周内性生活很不舒服，几天后可以开车。根据各人的不同职业，一般术后 1~6 周可以恢复工作。

手术当日

- 准时到达，半夜 12 点之后禁止进食
- 用少量水服用常用药物及医师给你开的抗生素
- 告知医生家族中是否有血栓性静脉炎病史
- 按指导行腹股沟区域备皮
- 带术前检查资料、医保卡和身份证
- 安排接送的人和术后 24 小时在家陪护

在家中

- 充分休息、足量饮水、清淡饮食、避免饮酒
- 腹股沟区疼痛是正常的，可服用医生开的止痛药
- 伤口处的肿胀及疼痛是正常的
- 术后一周拆线
- 如果疼痛加重，有搏动或伤口出现变化，请及时联系医生
- 有些低热是属正常，若体温超过 38℃，请及时联系医生
- 术后一周复查并拆线，术后 3 周、6 个月、1 年、2 年和 3 年定期复查
- 倘若有任何疑问，联系手术医生或值班医生，术后咨询服务电话

需记住的日期：

麻醉检查： 日期： 时间：

手术： 日期： 时间：

药物：

其他说明：

如果您需要帮助，请拨打：

怀特女士（护士长），电话号码

周一至周五 9am-12pm

如果您想咨询医务人员，请咨询：

威尔斯女士，电话号码

周一至周五，9am-11pm 2pm-6pm

工作时间：周一至周五

7:30am-1pm, 2pm-7:30pm

电话号码

附件4 日间手术调查问卷

亲爱的先生/女士：

请您花点时间回答下面问题，了解您作为病人或陪护者对我们日间手术中心的看法非常重要。您的建议可以帮助我们改进服务，从而更好地满足病人的需求，您的看法和建议会严格保密。感谢您的合作！

Dott. U. Feelbetter，日间手术中心主任

1. 年龄：

- 18岁及以下 51—60岁
19—30岁 61—70岁
31—50岁 大于71岁

2. 性别：

- 男 女

3. 文化程度：

- 初中 高中 大学及以上

4. 职业：

- 在职 无业
学生 家庭主妇
退休 其他

5. 谁建议您来日间手术中心：

- 朋友 家庭医生
专科医生 其他

6. 是否为初次来日间手术中心：

是

不是，是第二次

不是，是第三次或三次以上

7. 您是如何预约就诊的：

通过电话 自己来中心就诊

8. 在使用电话服务时是否遇到问题：

否 是，需要拨打很多次

其他

9. 如果是自己前来就诊，您如何评价指路标牌？

很困惑

很清楚

1

2

3

4

5

10. 您就诊前需等待多长时间？

少于2周 1~2个月

2周到1个月 大于2个月

11. 您如何评价等待时间？

太长

刚好

太短

1

2

3

4

5

12. 您在第一次就诊时是否被告知需要等待时间？

是 否

13. 您认为关于日间手术、术前准备、病人告知及手术程序的信息是否清晰充足？

不清晰

非常清楚

1

2

3

4

5

不充分

充分

1

2

3

4

5

14. 您如何评价我们提供给您的书面材料?

没有用

非常有用

1

2

3

4

5

14a. 如果书面材料不充分, 还需添加和修改哪些信息?

14b. 如果书面材料太多, 哪些需要删除?

15. 哪类信息对您最有用?

口头信息 书面信息 两者都有

16. 我们的小手册还有哪些地方可以改进?

17. 您如何评价为您做手术的医生态度?

冷淡

非常热情

1

2

3

4

5

18. 您在等待区是否舒适?

不舒适

非常舒适

1

2

3

4

5

18a. 哪些方面让您感到舒适/不舒适?

19. 您在手术前, 谁最让您放心?

手术医生 护士

麻醉医生 无

其他

20. 您如何评价您术后及复查时得到的指导?

难以理解

很清楚

1

2

3

4

5

21. 当您出院时, 工作人员是否予以帮助?

一点也没有

很有用

1

2

3

4

5

22. 以下哪一方面最使您满意?

组织结构 环境舒适和整洁度

护理人员 医疗服务

文秘管理 设施设备

23. 以下哪一方面使您不满意?

组织结构 环境的舒适和整洁度

护理人员 医疗服务

文秘管理 设施设备

24. 您如何整体评价日间手术中心?

不好

好

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. 您还有哪些建议以提高我们的服务质量?

附件5 日间手术病人信息范例和 书面材料制作指南的链接

日间手术病人信息范例

King's College Hospital, London UK

<http://www.kch.nhs.uk/patientsvisitors/patients/day-surgery-patients>

TriHealth, Cincinnati OH, USA

<http://www.trihealth.com/institutes-and-services/tri-health-surgical-institute/patient-information/outpatient-surgery/>

WOMEN AND NEWBORN HEALTH SERVICE, King Edward Memorial Hospital, Western Australia

<http://www.kemh.health.wa.gov.au/brochures/consumers/wnhs0474.pdf>

North Bristol NHS Trust, UK

<http://www.nbt.nhs.uk/our-services/a-z-services/day-surgery-unit/day-surgery-unit-patient-information-leaflets>

Brigham and Women's Hospital, Boston MA, USA

http://www.brighamandwomens.org/patients_visitors/yourvisit/daysurg.aspx

书面材料制作指南

Centers for Medicare & Medicaid Services. U. S. Department of health and Human Services. 2012. Toolkit for Making Written Material Clear and Effective - Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS. gov.

[http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/index.html? redirect =/WrittenMaterialsToolkit/](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/index.html?redirect=/WrittenMaterialsToolkit/)

附录 C 知情同意

Dr Ian Jackson, 国际日间手术学会主席
ian.jackson@york.nhs.uk

探讨知情同意之问题很有必要，尤其是日间手术从获得知情同意到实际手术要间隔相当长的时间。有争议认为医务人员对于知情同意的知识和理解仍属片面，这种情况下，不仅使人身自主与合作的核心价值观仅仅流于惠及口头，且将使医务人员置于民事或刑事指控。

从道德角度看，知情同意有两个基本内容：

- 提供相关信息
- 获取治疗同意

前者需要沟通技巧，而后者需要理解。

知情同意有三个基本衡量标准：

- 能力：患者具有理解建议实施的治疗方案能力

信息披露：①患者能够大致理解建议实施的治疗方案特性及为什么要这么做；②公开披露或未披露的潜在不良反应-患者必须理解治疗的主要收益和风险，以及不治疗的可能后果。

- 自愿：知情同意必须是自愿的，处于镇静状态下的患者不算自愿

应该记住，知情同意可以是口头的、书面的和隐含的，只要具备以上 3 个基本要素都是合法的。

关于知情同意一种颇为实用的观点认为，知情同意远远不止是让病人签字，而且还强化了医护人员与病人的关系 - 英国医学总会（General Medical Council, GMC）称其为“合作关系”。

因此，知情同意不仅仅局限于参与科学研究或同意治疗，还应涵盖医务人员与病人之间的关系。这种对知情同意的认识能够在一定程度上提高医务人员责任心，在获取知情同意时做到以下几点：

1. 尊重病人自主权。
2. 保护病人。
3. 避免谎言、强迫或紧张。
4. 促进合理决策。

手术知情同意书只适用于特定病人、特定手术。书面知情同意只代表签署者当时的想法，不保证签署者以后一直如此认为。同样，当病人到日间手术中心时，不能假设他们现在的想法与知情同意书签署时仍然一致，最好是由外科医师在术前访视病人时再次予以确认，并向病人解释手术特性包括手术的效果和局限性。

提供的信息应该充分完备，方便病人做出知情决策。以前，部分医生认为他们知道病人最需要什么，给予过多的信息对病人并无好处。现在很明确这种看法是错误的。虽然许多国家的法律并没有规定医生要向病人解释所有可

能的不良反应，但是来自多个国家的许多案例清楚地显示忽略告知病人可能的不良反应或风险常会使医生输掉官司。

英国 GMC 指南要求医务人员做到以下几点。

1. 使用病人可以理解的表达方式，清晰、准确地向病人提供任何有关检查或治疗的风险信息，方便病人做出知情决策。信息量多少取决于病人的个人情况以及病人希望知道什么或需要知道什么。与病人讨论的重点在于病人本人的具体情况以及对该病人的风险。
2. 为了和病人有效地探讨风险，你还必须说明其他备选方案可能的不良后果，包括如果不治疗可能导致的后果。风险有很多种类型，但常分为以下几种：
 - 不良反应
 - 并发症
 - 治疗不能达到预期效果
3. 必须告知病人该检查或治疗可能会引起严重后果，即使发生概率很小。还须告知病人那些经常发生的轻微不良反应或并发症，说明发生时如何应对。

针对特定手术的信息资料对那些积极使用的病人知情同意过程有所帮助，但医生不能假定所有病人都完成了阅读，也可用这些信息资料在知情告知时向病人讲解。事先

准备好包括治疗风险的知情同意书在知情告知过程中也很有帮助。

病人拒绝了解风险及不良反应

在病人拒绝了解风险及并发症时，重要的是：

- 了解为什么病人会如此反应
- 告知病人不了解潜在风险的后果

如果病人执意拒绝，应告知病人他们可以在任何时间改变自己的想法并再次进行咨询，并记录下所有讨论内容，最好是由自己和病人共同签名。

其他阅读

在 UK GMC 网站上还有很多关于知情同意的信息。

http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_index.asp.

Similarly the American College of Surgeons has useful information

http://www.facs.org/public_info/operation/consent.html

附录 D 日间手术的手术类型

Mr Gamal Eldin Mohammed, 国际日间手术学会候任主席

E-mail: gamal13@gmail.com

此日间手术的手术名录并不全面，但能让读者了解哪些可以开展日间手术。英国日间手术学会（British Association of Day Surgery, BADS）制定的BADS日间手术名录（<http://www.daysurgeryuk.net/en/shop/publications/>）是一个很有用的指南，它包含了10个专科的190种手术，并提供了在理想状态下日间手术和短程住院手术所占的比例。

耳鼻喉科

喉部

扁桃体手术，尤其是儿童扁桃体肿大切除手术是适合日间手术的最常见手术类型。有些国家建议成人扁桃体手术需要住院，是因为存在出血风险，然而值得注意的是许多国家已将其作为日间手术很多年也没有问题。但是病人对日间手术的评价差别很大，可能会影响各地开展日间手术的决策。

耳部

经外耳道入路的手术，如鼓室置管术或鼓膜成形术，

通常是做日间手术。过去往往需要术后卧床休息的手术，如经乳突入路手术，现也可做日间手术，但应强调这取决于当地的实际情况。

鼻部

几乎所有的鼻部手术（内镜下鼻窦手术和鼻重建术）均可做日间手术。

普外科

常推荐的日间手术技术包括：

- 无不必要的组织牵拉
- 无不必要的组织张力
- 微创技术
- 止血彻底
- 最少的组织缺血坏死
- 无不必要的操作

疝手术

成人腹股沟疝的治疗已从住院过夜、缝合、全身麻醉或脊髓麻醉的传统手术方法（Bassini 法及其改良方法）进展为常见的日间手术，采用镇静加局部麻醉的开放网片技术（Lichtenstein 手术）。

肛肠手术

大约 90% 的肛肠手术可行日间手术。包括肛裂的内括约肌侧切术、瘻管切除术；痔切除术，HAL 痔动脉结

扎术，采用 LONGO 技术的Ⅲ期或Ⅳ期痔切除术；肛周脓肿切开引流术。

需要在院过夜的肛肠手术（减轻疼痛和伤口管理）：高位瘘管、Ⅳ期痔切除术（Eisenhammer 术）。

注意：应尽量避免肛管填塞，因易引起尿潴留。

腹腔镜胆囊切除术（LC）

适应证：有症状的胆囊结石。

禁忌证：急性胆囊炎，（怀疑或确诊）的胆总管结石（可能发生扭转）。

ASA Ⅲ（除外特殊情况）；ASA Ⅳ。

如病人能达到常规出院标准可以当天出院，建议病人在可提供 23 小时住院服务的日间手术中心手术，以免再入院。

甲状腺手术

具有癌变风险的甲状腺结节行单侧切除术可在日间手术中心完成。术后血肿形成是致命的并发症，因此要求术后观察 6 小时才能出院。

乳腺外科

良性病变：囊肿切除、纤维腺瘤切除、可触及或不可触及病变的活检、导管切除、男性乳房发育矫正。

恶性病变：由于早期乳腺癌的前哨淋巴结活检技术取代了腋窝淋巴结清扫，乳腺癌的日间手术逐渐增多。

妇科

适合日间手术的常见妇科手术包括：

- 诊断性宫腔镜检查
- 宫腔内突出性病变的宫腔镜手术（子宫肌瘤）
- 宫腔镜 + 经尿道的子宫内膜异位症消融术
- 子宫肌瘤血管造影栓塞术
- 女性绝育术
- 诊断性腹腔镜检查
- 注水腹腔镜检查

腹腔镜手术：

禁忌证：子宫过大，附件病变（卵巢囊肿）可疑恶性。

适应证：异位妊娠，卵巢小囊肿切除术，子宫切除术，子宫肌瘤切除术，子宫脱垂手术。

眼科

白内障手术：是最常见的日间手术，一般用表面麻醉或局部麻醉。

眼部整形手术、斜视手术、青光眼、泪囊鼻腔造瘘术、屈光不正手术。

口腔颌面外科

约 90% 的口腔颌面外科手术可在局部麻醉下做日间手术。儿童龋齿拔出、阻生牙拔出、埋伏尖牙手术。

需要全身麻醉的日间手术：牙囊肿、滤泡囊肿、角化

囊肿的摘除术，口腔底部黏液潴留囊肿切除术，舌下腺切除术，前磨牙、磨牙自体移植、牙种植等。

骨科

膝：膝关节镜检查（诊断性）、关节镜微小病变治疗（半月板病变、游离软骨取出、软骨微小病变清除）、关节镜内固定取出、关节镜前交叉韧带重建。

肩：全身麻醉下关节镜检查、关节镜或小切口喙突成形术、锁骨外侧切除术、关节镜关节固定术（如 Bankart 修复）。

肘：全身麻醉下关节镜检查、关节镜微小病变治疗、伸肌腱松解治疗“网球肘”、尺神经转位、钢板/螺丝钉或环扎钢丝取除术。

腕部/手（95%的日间手术在局部麻醉下完成）：关节镜微小病变治疗（如游离软骨、滑膜活检）、腕管松解、骨关节炎 CMC-I 关节成形、类风湿手指关节手术、Dupuytren's 挛缩手术。

足：拇指外翻手术、锤状趾畸形切除关节成形或关节融合术。

踝：关节镜微小病变治疗（如游离软骨、滑膜活检）、韧带重建、内固定取出。

脊柱：内固定取出术、椎间盘突出微创治疗。

髌：内固定取出术。

小儿外科

儿童只有在所需治疗不能在家中或日间手术中心顺利

完成时，才需要入院治疗。日间手术的医疗、护理、心理和服务标准应与住院相当。

常见小儿外科日间手术：腹股沟疝和精索鞘膜积液、脐疝、睾丸固定、包皮环切、皮样囊肿皮肤病变切除。

整形外科

腕部/手部手术：与骨科相同，由整形外科医生施行。

美容手术：眼睑成形、隆胸、面部除皱、吸脂或不吸脂的腹部整形（次日早晨拔出引流）、重建手术（Z-整形、V-Y 整形）。

泌尿外科

普通泌尿外科手术：输精管结扎、精索囊肿切除、精索静脉曲张结扎、输精管重建、包皮环切术。

微创手术：经尿道膀胱肿瘤切除、输尿管镜治疗输尿管结石、体外震波碎石。

血管外科

最常见的是静脉曲张手术（外科手术，射频、激光血管闭塞术）。

微创手术：静脉交通支功能不全的内镜下交通支离断术（SEPS）、胸交感干切除术（多汗症或 Reynaud 病治疗）、血管腔内手术如颈内动脉支架置入术。

附录 E 预防疼痛和术后恶心呕吐， 提高日间手术医疗服务质量

Dr Jan Jakobsson，麻醉与重症监护副教授
卡罗林斯卡大学生理和药理研究所，瑞典
Email: Jan. Jakobsson@ki.se

疼痛管理

预防性、均衡多模式、非阿片类药物的镇痛模式已成为改善围术期疼痛管理的金标准。其目的是降低阿片类止痛药物的用量，减少相关不良反应，如嗜睡、恶心/呕吐、呼吸抑制等，这些不良反应都是延缓快速、安全出院的因素。

近 20 年来，联用不同机制的镇痛药物以达到更好的镇痛效果、同时最大程度减少不良反应这一理念已为大家普遍认可。联合局部麻醉、对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药 (NAIDs) 和最小有效剂量的阿片类药物的镇痛方法已广泛应用。

年轻的麻醉医师越来越多地采用超声引导的局部阻滞技术，目前多种神经干和外周阻滞技术已经应用于术中和术后的疼痛管理。

局部浸润麻醉是一种简单安全的方法。有充分证据表明，即使在全身麻醉下切开皮肤之前使用局部麻醉，

既可以减少术中镇痛药物用量，也有利于术后疼痛管理。建议使用标准剂量的长效局部麻醉药物以延长维持时间，如布比卡因或左布比卡因。如果切皮前和缝皮后在手术区域联合应用浸润麻醉，可获得术中和术后良好的镇痛效果。

对乙酰氨基酚是安全的止痛药，可作为基础镇痛药物使用。在儿童的初始剂量可以达到 30mg/kg；健康成年人在麻醉开始前 60 ~ 90 分钟口服 2g，在手术时可达到有效血药浓度。对乙酰氨基酚每次 1g、每天 4 次口服是术后镇痛管理的安全基础用药。

非甾体类镇痛药（NSAIDs）具有公认的镇痛效果，业已证实其在多模式均衡镇痛中的重要地位。口服给药价廉、安全而有效，术前 60 ~ 90 分钟标准剂量与乙酰氨基酚联合服用可以起到预防性镇痛的作用；口服布洛芬每次 800mg、每天 3 次是对对乙酰氨基酚的有效补充。

昔布类药物是 NSAIDs 很有吸引力的替代品，研发这类药物的目的是减少 NSAIDs 的消化道出血风险并降低其抗血小板作用，昔布类药物可降低药物诱导的出血风险。术前口服塞来昔布 400mg，术后每次 200mg、每天 2 次，或首次口服依托昔布负荷剂量 120mg，继之 90mg 每天 1 次，是替代布洛芬的两种方案。

必须了解病人是否有对 NSAIDs/阿司匹林过敏史、消化道出血或心血管疾病史等类似的危险因素。昔布类药物联用质子泵抑制药可以降低消化道出血的风险。已证明萘普生诱发心血管疾病和血栓性疾病的风险最低。原则上，术后这些药物应短期使用，这样不会引起大问题。

地塞米松单次静脉给药 4mg 越来越多的用于预防术后恶心呕吐，如剂量增加到 0.1mg/kg，还具有额外镇痛效果。类固醇类药物应及早给予，最好是在麻醉状态下给药，如果在病人清醒时给药会导致明显的会阴部不适。

术前单次静脉用地塞米松的相关风险很低，最近有指南建议控制稳定的糖尿病患者也可使用类固醇药物，但应有效处理其短暂的升血糖作用。

应该必备阿片类药物中毒的抢救药物，很多国家习惯使用羟考酮，但使用时应根据各地习惯选择，建议使用最小有效剂量。

预防术后恶心呕吐

前述的各种技术可以一定程度的预防术后恶心呕吐 (PONV)，使用下述方法则可有效降低 PONV 发生率。严重的 PONV 会降低其对医疗服务质量的感受，并引起延迟出院。现在标准的做法是进行 PONV 危险评分，然后根据风险制定相应的预防策略。

在英国日间手术学会的网站 <http://www.daysurgeryuk.net/en/resources/ponv-calculator/> 可以找到免费的 PONV 危险评分表，同时还免费提供这些工具产生的背景资料。<http://videos.bads.101test1.co.uk/SWF/PONV/PONV.html/>。

每个日间手术中心应考虑常规预防性应用止吐药物，许多日间手术中心只对 PONV 风险高的病人预防性使用止吐药物。

表 1. 术后镇痛建议方案

| | 手术 当日 | 术后 第 1 天 | 术后 第 2 天 | 术后 第 3 天 | 术后 第 4 天 | 术后 第 5 天 | 术后 第 6 天 |
|------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 对乙酰 氨基酚 | 负荷量 2g 1g × 3 | 1g × 4 |
| 依托昔布 | 120mg × 1g | 90mg × 1 | 90mg × 1 | 90mg × 1 | 需要时 | 需要时 | |
| 羟考酮 | 10mg × 2 | 10mg × 2 | 10mg × 2 | | | | |

参考文献:

1. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M et al (2004) A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med* 350; 2441-2451.
2. Apfel CC, Philip BK, Cakmakkaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB, Allard M, Turan A, Windle P, Odom-Forren J, Hooper VD, Radke OC, Ruiz J, Kovac A. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery? *Anesthesiology*. 2012 Sep; 117 (3): 475-86.
3. Warren-Stomberg M, Brattwall M, Jakobsson JG. Non-opioid analgesics for pain management following ambulatory surgery, a review. *Minerva Anestesiol*. 2013 Mar 19. [Epub ahead of print]
4. Jakobsson J. Preoperative single-dose intravenous dexamethasone during ambulatory surgery: update around the benefit versus risk. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2010 Dec; 23 (6): 682-6.
5. De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Ahmad S, Kendall MC, McCarthy RJ. Dexamethasone to prevent postoperative nausea and vomiting: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*. 2013 Jan; 116 (1): 58-74.

6. Franck M, Radtke FM, Baumeyer A, Kranke P, Wernecke KD, Spiess CD. Adherence to treatment guidelines for postoperative nausea and vomiting. How well does knowledge transfer result in improved clinical care?. *Anaesthesist*. 2010 Jun; 59 (6): 524-8.
7. Voigt M, Fröhlich CW, Waschke KF, Lenz C, Göbel U, Kerger H. Prophylaxis of postoperative nausea and vomiting in elective breast surgery. *J Clin Anesth*. 2011 Sep; 23 (6): 461-8.

附录 F 医疗质量/临床指标

Paulo Lemos, MD, with collaboration of DSDP partners

引言

现在越来越认识到评估并报告医疗质量的能力是全面提升医疗系统服务能力，改善医疗服务结果的重要组成部分。

常常要求医疗服务机构提供运营方面的各种数据，临床指标结果为评估医疗服务效果提供了重要参数。绩效管理由于竞争激烈而备受关注，最近更关注医疗质量和患者安全的改进，因此更加需要绩效数据。

除了澳大利亚医疗标准委员会（ACHS）自1989年以来开展的工作外，在世界范围内临床指标尚未成为评估医疗质量的常规工具。日间手术因其在医疗、经济、社会方面的诸多益处而越来越盛行，术后及围术期不良反应或并发症发生率较低进一步促进了日间手术的快速增长。

然而，为了确保为病人提供高质量的服务，应持续监控日间手术。临床指标特别是效果评价应该纳入其中，以保证日间手术的安全、及时、有效。

国际日间手术学会（IAAS）一个重要目标就是为日间手术建立得到广泛认同、稳定可靠的临床指标体系，其实质是在推广日间手术同时，能够确保提供高质量的日间

手术服务，这是其最主要的贡献之一。

最近，在欧盟委员会资助下，IAAS 在欧洲启动了一项名为“日间手术数据计划”（*Day Surgery Data Project, DSDP*）的项目。其目的是确定并验证一系列指标用以欧洲日间手术信息系统的开发，该项目还将分析国际组织和各会员国的日间手术数据以及各类医疗指标。

临床指标

临床指标就是规范或标准，或其他能够衡量医疗服务质量的定量或定性标准，从而能够反映对病人或人群提供医疗服务的效果。这些指标应该是易于界定和分析、有效可靠，方便定期测量并从多方面反映服务质量。

为了涵盖所有质量问题，DSDP 确立了日间手术效能的不同要素，比如：投入、病人特点、可及性、过程、产出、结果、安全、满意度/反响、成本与效率等。用于评价日间手术中心的相关指标分为必要指标（附录 F 表 1）和理想指标（附录 F 表 2），这些指标是根据 IAAS 对日间手术、诊所手术、短程住院手术的定义而制定的，在国际上报告时也应参考使用（附录 F 表 3）。

附录 F 表 1 日间手术中心的必要指标

| | |
|-----|--|
| 可及性 | 所有日间手术和单项日间手术的平均等待时间 |
| 过程 | 病人在术前完成麻醉前评估比率 |
| 产出 | 各日间手术中心（包括非独立日间手术中心）完成的日间手术占择期手术的总体数量及比例和单项手术的比率 |

| | |
|----------|--|
| 结果 | 术后 30 天内死亡率，非计划过夜住院率 7 天内非计划再入院率或急诊就诊率 |
| 安全 | 门诊手术中错误患侧、错误部位、错误患者、 错误术式、错误植入物的发生比率 手术切口感染率 |
| 病人满意度/投诉 | 病人总体满意度比例 |
| 成本与效率 | 病人未事先通知的手术取消率（“病人未到”） 病人到达后计划手术的取消率 |

附录 F 表 2 日间手术中心的理想指标

| | |
|-----|---|
| 投入 | 日间手术床位数和其占外科病床总数的比例 (限非独立的日间手术中心) |
| 可及性 | 日间手术中心各类手术的平均等待时间 |
| 过程 | 术前标准化评估和检查的百分比 术前完成麻醉评估的百分比 |
| 产出 | 各单项日间手术的年手术量和年日间手术总量 各单项日间手术占其择期手术的比例和日间手术总 量占择期手术的比例（择期手术日间化率，限非 独立的日间手术中心） |
| 结果 | 术后 30 天内死亡率 以下原因造成的非计划过夜住院率：手术、麻醉、 医疗、社会、管理 24 小时内非计划再手术率 非计划再入院率或急诊就诊率（24 小时内或 7 天内） |

| | |
|--------------|--|
| 安全 | <p>手术和麻醉不良事件的发生率：</p> <p>术后 2 小时和 24 小时内需要处理的术后出血 非计划输血</p> <p>心跳呼吸骤停</p> <p>2 小时和 24 小时内无法控制的恶心</p> <p>2 小时和 24 小时内无法控制的疼痛</p> <p>门诊手术中错误患侧、错误部位、错误患者、 错误术式、错误植入物的发生比率</p> <p>日间手术中心病人跌倒率</p> <p>手术切口感染率</p> <p>术后败血症发生率</p> <p>用药错误发生率</p> |
| 病人满意度/ 投诉 | <p>因以下原因的出院病人书面投诉率：</p> <p>临床医疗</p> <p>工作人员态度和行为</p> <p>医院管理</p> |
| 成本与效率 | <p>病人未事先通知的手术取消率（“病人未到”）</p> <p>病人到达后计划手术的取消率：</p> <p>病人的疾病因素</p> <p>医院安排原因：手术室实际利用率与每周计划 手术比率</p> <p>手术延误率（手术开始时间比计划时间推迟 30 分 钟以上）</p> <p>各单项日间手术的平均手术时间</p> |

附录 F 表 3 经济合作与发展组织 (OECD) 外科手术框架内“日间手术数据计划”(DSDP) 纳入手术清单

| | |
|-----------|--------------------|
| 13.2-13.7 | 白内障手术 |
| 28.2-28.3 | 扁桃体切除术, 伴或不伴腺样体切除术 |
| 38.5 | 曲张静脉结扎术或剥脱术 |
| 51.23 | 腹腔镜胆囊切除术 |
| 53.0-53.1 | 腹股沟疝、股疝修补术 |
| 60.2 | 经尿道前列腺切除术 |
| 68.51 | 经阴道子宫切除术 |
| 85.21 | 部分乳房切除术 |
| 85.4 | 乳房切除术 |
| 80.26 | 膝关节镜检查术 |

最后,“日间手术数据计划(DSDP)”还为国家/地区层面设计了必要指标(附录 F 表 4)和理想指标(附录 F 表 5),其主要目的是能够在不同国家之间进行比较。

附录 F 表 4 日间手术在国家/地区间比较的必要指标

| | |
|-----|---|
| 投入 | 公立和私立日间手术中心的数量和所占比例,包括 综合性医院的日间手术中心 小型综合性医院的日间手术中心 独立的日间手术中心 |
| 可及性 | 所有日间手术和各单项手术的平均等待时间 |
| 产出 | 择期日间手术总量占择期手术的比例和各单项日间手术占其择期手术的比例(择期手术日间化率) |

| | |
|-------|--|
| 结果 | 术后 30 天内死亡率 非计划过夜住院率 术后 7 天内再入院手术率 |
| 安全 | 门诊手术中错误患侧、错误部位、错误患者、错误术式、错误植入物的发生比率率 |
| 成本与效率 | 日间手术的直接费用及其占医疗总费用的比例 |

附录 F 表 5 日间手术在国家/地区间比较的理想指标

| | |
|--------------|---|
| 投入 | 日间手术专用手术室数量及其占手术室总数的比例 |
| 可及性 | 所有纳入日间手术和每个手术的平均等待时间 |
| 过程 | 接受术前麻醉评估的病人比例 |
| 产出 | 择期日间手术总量占择期手术的比例和各单项日间手术占其择期手术的比例（择期手术日间化率） |
| 结果 | 术后 30 天内死亡率 以下原因造成的非计划过夜住院率：手术、麻醉、医疗、社会、管理 24 小时内非计划再手术率 7 天内非计划再入院率 |
| 安全 | 门诊手术中错误患侧、错误部位、错误患者、错误术式、错误植入物的发生比率 手术切口感染再入院率 术后败血症再入院率 |
| 病人满意度/ 投诉 | 日间手术的病人满意率 |
| 成本与效率 | 日间手术的直接费用及其占医疗总费用的比例 |

日间手术质量指标的使用原理

投入指标

可利用的资源是提供服务的先决条件。在国家层面，评价日间手术资源分配的简单方法是有关日间手术中心数量和比例的数据，包括综合医院的日间手术中心数量和独立日间手术中心数量，以及专用日间手术室数量。以上评估指标可以清晰地表明促进日间手术发展的政策和实施是否成功。与之相反，是忽略日间手术在安全、病人满意度和效率方面的优势，仍将日间手术作为一门生意。

可及性指标

可及性指标关注的是在一个特定的地理区域或人口范围内日间手术中心的可利用性，重点评估从诊断到手术的等待时间。平均等待时间用于评价从确定手术到实际手术的等待时间。由于老龄人口的增长，手术需求增加以及公共财政萎缩，术前等待已是一个不可回避的问题。术前等待时间与相关的政策有关系，有些国家卫生服务体系规定在病人等候最长时间范围内选择病人何时入院的权力，因而必须有效监管这种权利。

过程指标

过程是指医务人员提供给病人的医疗服务，对病人来

说就是诊断性的检查或手术。应收集和分析医疗服务中的临床过程指标，这些数据仅限于与顶层管理有关的信息。日间手术术前“麻醉评估率”表示医疗服务是否组织良好、是否对病人的潜在危险有所了解，防止手术禁忌证仅在手术开始前或手术中甚至手术后才得以发现，从而导致手术取消和手术并发症。病人接受规范化术前评估和检查的比例指标也具有类似价值。

产出指标

产出指标显示一个日间手术中心或一个医疗体系医疗活动的绝对量，它同样评价已实施的日间手术占应行日间手术的比例。“择期手术日间化率（择期日间手术总量占择期手术的比例和每个纳入日间手术占其择期手术的比例）”也是评价医疗服务适宜性的一个指标，以此来评价是否达到了日间手术应占所有手术 80% 的目标。

结果指标

结果指标评价医疗服务对病人健康状态的改善程度或反之造成病人健康状况损害程度。换句话说，结果指标是评价效果的好坏以及近期、远期健康状态变化的指标，例如术后 1 周内死亡；及术后健康问题，如腹股沟疝术后 5 年仍是治愈的。

“术后 30 天内死亡率”是所有公立和私立的日间手术中心必须统计的数据，应根据不同专科和不同手术而分别统计，比如白内障手术和膝关节置换术的风险显然是不同

的。表中所列的其他效果指标都是替代指标，也就是采用更容易获得和分析的间接指标，比如非计划再入院率、术后1周内再次手术率，但同样是反映结果（和安全）的要素。非计划住院、术后24小时或术后1周内返院或再次手术清晰表明日间手术的医疗和管理过程有问题。在实际评估时，替代指标要比病人死亡率更常用，表明其作用更大。非计划住院或返院应视作一种不可忽视的不良过程的警告、必须加以管理。类似事件频繁发生则提示管理者和医务人员要深入研究日间手术服务，重新考虑其组织构架、流程、手术类型选择和对医务人员再培训。

病人安全指标

安全性是指在医疗服务提供过程中避免发生可以防范的不良事件，这从希波克拉底誓言时代以来就一直是医疗服务的一个重要组成部分。从1999年美国医学科学院发表“是人总会犯错的”的研究开始，病人安全就成为现代医疗体系不可忽视的主题。大量研究表明，医疗服务过程中的差错和不良事件比过去想象的要多得多且大约一半以上是可以防范的。除了给病人造成伤害外，这些可以防范的不良后果还会增加住院时间和医疗费用，明显增加医疗机构和包括日间手术在内的整个医疗系统的经济负担，这些差错常常会损害医务人员个人、团队和整个日间手术中心的声誉。差错导致重复工作、费用受限、继而因处理差错及其后果而形成恶性循环，比如重复手术、住院时间延长等所产生的费用使其财务困难更加雪上加霜。这

种恶性循环在那些无力应对或不愿系统地解决病人安全问题的医院或日间手术中心已经成为常态，而那些对可能出现问题的环节持续关注并制定可靠服务措施的医疗机构并非如此。总而言之，必须监控医疗差错和不良事件。

病人跌倒和错误部位、错误患侧、错误患者是有据可循的医疗服务中严重的安全问题。日间手术的特点是手术量大、日程安排紧张，应严格监控这类不良事件的隐患。因此，“门诊手术中发生错误患侧、错误部位、错误患者、错误术式、错误植入物百分比”均列入上述4个表中，“日间手术中心病人跌倒率”也列入日间手术中心的理想指标中。除了国家层面的必须指标外，亦须监测切口感染指标。

成本与效率指标

成本指标是日间手术的实际费用所占绝对数或相对医疗总投入的比例，及时有效的服务应该是没有浪费的。例如评价浪费程度的指标包括“病人未事先告知的手术取消率（病人未到）”和“病人到达后计划手术的取消率”，这方面另外的指标是“手术延误率”“手术室实际利用占每周计划手术的比率”。管理者的主要目标是在有限投入下使效率最大化，用经济学家的语言就是在额定的可用资源条件下永远要努力做得更好。

病人满意度指标

医疗服务体系和医疗服务机构存在的目的是解决民众

的健康问题，医疗机构持续质量改进的核心就是以满足病人需要和期望为导向。某些民众和专家不喜欢使用“消费者”这个术语，但是与为用户提供服务核心价值观相比名字就不重要了。创建并维持优质医疗服务的根本就是充分了解消费者及其需求，一个以消费者为中心的医疗机构必须承诺，要持续不断地了解、评估并满足消费者的期望。当医疗机构实现再定位时，需要把以消费者为中心的理念融入医院文化中，把握其来龙去脉，并付诸实践。官僚家长制式医疗机构对病人的需求仍不敏感，依然习惯于用量表评估病人的满意度，其服务也就是嘴上说说而已。

DSPD 提出的国家层面必要指标没有纳入病人满意度是有道理的，因为不同地区不同日间手术中心之间差异甚大，一个平均指标可能会掩盖这些差异。日间手术中心必要指标涵盖了总体满意度评价，建议在国家层面理想指标中纳入这项指标，因为出院病人对临床医疗、工作人员态度和医疗机构书面投诉率对日间手术中心来说相当有用。很明显，在医疗服务体系和日间手术中心之间对病人进行满意度调查应该实现标准化，并且需要根据具体情况制定相应指标以便于分析，比如一个有用的指标就是病人向朋友推荐同样服务的比例。

总结

随着日间手术的迅速发展，为构建一个安全、有效、优质、以病人为中心的日间手术系统，满足人群的需求，从不同纬度来总体评价日间手术愈来愈重要。在日间手术

运行管理中引入临床评价指标，为实现这些目标起到了决定性作用。为了不断提高医疗服务质量，今后需要深入研究开发新的日间手术效果评价指标。

参考阅读

Day Surgery Data Project. Final Report, 2012. (<http://www.dsdp.eu>)
Lemos P, Barros F (2011). Outcome measures. In: Day Case Surgery, Smith I, McWhinnie D, Jackson I (eds), Oxford University Press (OUP), United Kingdom. Chap 16.

Lemos P, Regalado AM (2006). Patient Outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. Day Surgery, Development and Practice, International Association for Ambulatory Surgery, Porto. Chap 12. Day Surgery Handbook

Australian Council on Healthcare Standards (2008). Australasian Clinical Indicator Report 2001-2007: determining the potential to improve quality of care, 9th edn. (http://www.achs.org.au/pdf/Australasian-ClinicalIndicatorReport_9thEdition_FullReport.pdf)

British Association of Day Surgery (2009). BADS Directory of Procedures, 3rd edn.

Healthcare Commission (2005). Acute hospital portfolio review, Day Surgery. (<http://www.healthcarecommission.org.uk>)

Ministerio de Sanidad Y Consumo. España (2008). Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación.

Shnaider I, Chung F. Outcomes in day surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2006; 19: 622-9.

Wu CL, Berenholtz SM. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. Anesthesiology 2002; 96: 994-1003.

Deutsch N, Wu CL Patient outcomes following ambulatory anesthesia. Anesthesiology Clin N Am 2003; 21: 403-15.

Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R. Rising to the challenges of achieving day surgery targets. Anaesthesia 2006; 61: 1191-9

附录 G 护理在日间手术中的作用

术前评估和病人教育

在入院前评估和病人宣教中，护士能够帮助并支持外科医生和麻醉师，发挥着极其重要的作用。护士能可靠地采集和记录病史，这对医疗团队很有帮助。同样重要的是，通过宣教说明手术及在术中、术后可能会发生的情况，为病人及其陪护人员（如果有的话）提供帮助，这有助于术后顺利恢复出院，缩短住院时间。

在理想情况下，评估和宣教工作最好在入院前完成，这有助于安排手术。有些日间手术中心是在外科医生评估后进行，但也可以安排在入院前门诊“面对面”沟通或者通过电话完成。护士的入院前评估在麻醉评估完成之前或之后均可。

正如本手册前面提到的，术前评估需要涉及许多方面：

社会评估

家中有谁能提供帮助？许多妇女在接受妇科手术后出院回家就交给孩子们。随着微创手术的发展，病人没有明显的伤口和敷料，由于只有极少或者根本没有可见的手术征象，家庭成员也就可能不理解妈妈病情的严重程度。

如果是老年病人（比如：白内障手术），他们的陪护人员会不会年纪更大、也有视力减退？护士需要经常去了解情况，鼓励他们另做安排，以便于病人出院回家就能有个帮手。入院时间也要确认，病人迟到需要调整手术顺序的情况并非少见。护士在入院前评估时，应了解一些特殊情况，比如是否有打针恐惧症。

病史评估

护士要确认病人已经提供所有必要的信息，比如了解病人是否患有高血压、以及是否持续服用降压药。护士还可以获取病人更多的信息，包括手术和麻醉史、过敏史、自己及家人是否患有感染性疾病，再次强调病人提供用药全部情况的重要性（包括赠药、非处方药、保健药）。

宣教

病人在整个护理过程中，需要很多系统的信息，包括入院前阶段。该阶段最重要的信息是有关医院设施的，包括医院位置和停车场。最好是病人能够收到一本带有地图的小册子，这样只需确认他们能否理解小册子上的信息。同样重要的是，向家属或陪护人员解释进入手术室前是否可以陪伴病人等待，以及多少家属陪同最合适。

这个时候制定出院计划最方便。制定出院计划前需要的信息包括：离家距离、交通方式、预计出院时间（比如天黑、季节影响）。究竟多远不能出院回家有很多的讲究，正如本手册前面提到的，有些机构的出院计划规定如果病人回家路程时间大于1小时，病人就不能单独出院回家。

还需要提供的其他信息包括：确认陪护人员、疼痛管理、出院后活动程度（比如驾驶）、出院时衣着。早期确定有可靠的陪护人员十分重要，这可能要耗费相当的精力。这时还可讨论疼痛管理和备用替代方法，比如冰袋、吊腕带、休息，病人往往觉得这些措施有效，但往往被外科医师和麻醉医师忽视。重要的是病人和家属要认识到虽然出院回家，但仍需要好好休息和调养。护士可与病人讨论（评估）恢复预期及逐渐恢复正常活动的时间表，建议老年病人不要穿西装、背带、领带、腰带、衬裙，而要穿休闲装或运动装。上肢神经阻滞麻醉的病人或者手部手术的病人会发现穿裤子或裙子相对容易，头面部手术的病人会发现穿有扣子的上装比套衫容易，穿无带的鞋要比穿有带的容易，但这可能不太适合需要拐杖的人。其他与手术相关的信息，比如敷料、引流、出院后随访在这个时期也可提及。禁食时间和其他术前准备也要告知并且要强调，可以实施或者强调禁食和其他的术前准备。病人如果明白禁食的理由和重要性，他们会更好的配合。

上述情况记录非常重要，日期、时间和参与者的个人信息必须记录以备日后核查。入院前的核查清单是确保不会遗留的一种有效方式，该表设有一个备注域，应该注明是否需要进一步随访以及由谁执行。这些记录也是病历的重要组成部分，是病人入院和住院期间医护人员需要参考的重要资料。

入院

这是一个非常简单的过程，入院护士需要确认一系列

的事项，包括在病人入院前评估后身体状况是否发生变化、禁食的时间、服用的药物及出院计划，还需进行一系列基线评估并记录。病人随后换上合适的手术服，进行适当的术前准备，这个时候可进行安抚和宣教。

再次强调，记录非常重要，简单的核查清单对提高依从性很有用。

手术室

日间手术室护士的工作有少许不同，包括确认病人是在局部麻醉还是在轻度镇静下手术，以及选择敷料。护士常常会参与处理敷料和引流管，她们应该明白病人会很快出院，要在家中自己管理敷料和引流管。防水敷料方便病人返回家中后可以洗澡。

恢复

I 期恢复与术后在医院过夜的病人一样。正如本手册前面提到的，疼痛控制需要采用多模式均衡方法，常常使用局部麻醉药、非甾体类抗炎药、短效阿片类药物。然而，对于是否需要镇痛，护士应该考虑到病人会在短期内出院，与麻醉师协商十分重要。术后恶心呕吐的处理在这个时候也很重要。

从 I 期恢复到 II 期恢复（躺椅或日间病房）的正式转科标准可以帮助护士做出判断，而不需要由麻醉师来评估，根据评分而不是根据时间标准可以保证那些真正需要更多关注的病人得到帮助，而那些恢复良好的病人可以早期进入下一个恢复期。再次强调，记

录很重要。

Ⅱ期恢复可以与Ⅰ期恢复在同一个地方或在不同地方，根据医院的设施条件，既可以在日间手术病房，也可以在医院的其他地方。病人可以在躺椅上或在病床上，两种方式各有利弊。

护士在负责处理术后疼痛和术后恶心呕吐中扮演重要角色。这时，病人的陪护人员可能进入病房，可以给病人和陪护人员做进一步宣教。再次强调，根据评分而不是根据时间标准可以保证那些真正需要更多关注的病人得到帮助，而那些恢复良好的病人则可以准备出院。这有助于“护士主导”出院、而不必等到医生在当天手术结束后再来评估病人情况。这样，既可以提高床位利用率，也会提高病人满意度，使他们尽快回到自己熟悉的家中。

正如前面提到的，这个时候可以提供茶点，护士可以评估病人是否充分饮水，以及病人对于出院后饮食问题是否有足够的理解。必须注意的是，尽管病人具备麻醉后出院条件，但手术本身可能要求病人在医院停留更长时间，此时护士团队对此要有明确的医嘱。

再次强调，记录很重要。

出院

一旦认为病人可以出院，护士必须确认病人和（或）陪护人员能在家接收继续恢复所必需的信息，对病人出院的要求和相关支持已在本手册前面列出。重要的是要意识到病人可能记不住谈话内容，陪伴人员也有可能不知所

措，入院前评估和宣教的方式会决定在现阶段是否需要给予一些信息强化（这是理想的情形），或者需要再次全面的宣教。

在任何时候，只要护士对病人的恢复和出院条件有疑问都要咨询医生团队。再次强调，记录很重要。

出院后随访

在出院后随访中，护士可以通过电话随访或术后门诊发挥非常重要的作用。如前所述，这不仅有助于监测医疗质量，也让护士有机会来评估病人是否需要进一步宣教和支持。护士可以确认病人能进食进水、疼痛得到有效处理，询问敷料方面问题，以及病人能否适应自己的环境。

胜任能力

最后，怎样成为一个好的日间手术护士？手术室和I期恢复的护士只需要学习一些前面提到的日间手术的不同之处，以及从医生团队获取关于日间手术种类和适当的麻醉方式的知识，就可以很容易地管理日间手术病人。

具有外科护理经验的护士只要经过指导就可管理日间手术病人，她们不需要像传统的住院护士那样做大量的工作，她们的同事（医生和护士）已经对病人准入进行了充分的评估。

从事入院前、出院、出院后随访的护士往往是经验丰富的外科护士，她们拥有出色的沟通技巧和宣教的热情，

她们需要在短时间内评估很多方面内容，通常是采用无法通过身体语言来帮助的电话方式。

我相信一位好的日间手术护士会是您遇到的最好的护士之一，一位出色的日间手术护士价值千金。

附录 H 建立正式的学会

T. Naresh Row, MS, PhD, 普外科医生和日间手术专家, 孟买日间手术中心

印度日间手术学会主席, 印度

E-mail: nareshrow@hotmail.com

筹建正式的学会, 有必要考虑当地的医疗保健政策, 然后与 IAAS 建立联系。在此, 结合我们的历程, 准备从以下几个方面阐述:

1. 印度的医疗保健系统。
2. 建立学会的必要性。
3. 怎样建立。
4. 面临的挑战。
5. 国际亮相。
6. 未来规划。

印度的卫生保健系统

首先, 要搞清楚印度的医疗保健系统。总体来说, 分为公立机构 (政府投资), 可以是地方、省、中央政府出资, 现在大概占 GDP 的 1.9%, 服务于大约 40% 的人口。私立机构满足 60% 病人的需求, 大概占 GDP 的 4%。

印度医疗保险仍处于初级阶段, 只覆盖 5% 的人口。大约 10% 的人口有其他的报销方式。也就是说 85% 的病

人需要自费看病，这使印度有着世界上最私有化的医疗保健体系。

没有人能免于生活成本上涨。随着通货膨胀屡创历史新高，医疗保健也无法幸免于难，大部分病人在寻求可负担的医疗服务。因为医疗保健费用使他们苦苦挣扎，越来越多的印度人生活在贫困线以下。政府针对穷人的医疗计划已经启动并初见成效，但并不是成功，这仅仅是开始。因此，优质、优惠、择期的日间手术方式是必然的选择。

建立学会的必要性

日间手术对于我们来说不是新东西。早在不可追溯的年代，日间手术就以某种方式用于多种疾病的治疗。然而，如果从整体上来看，目前日间手术只占择期手术的大约 10%。

数字如此之低的原因是缺乏认识。病人不知道有日间手术，外科医生也认为日间手术只限于小手术。虽然很多有经验和阅历的外科医生实施日间手术，但没办法影响病人接受这个观念，大部分外科医生尝试后又放弃了，他们觉得既然病人住院舒服，就那样吧，为什么要逼他们呢？然而越来越多的病人因为各种原因要求早日出院回家，这是对外科医生最大的鼓舞。外科医生也在寻求支持，期待所做的是正确的，渴望有一个可以分享和交流经验的平台，一个比冷冰冰的博客和 Facebook 更好的平台。由此可见建立学会的重要性。

学会的目的是把有相同想法的人汇集到一面旗帜下，让它成为思想交会碰撞的学术俱乐部。您能很欣慰地知道

也有人和您一样开展日间手术，您不是孤立的，支持体系正在形成，自己的想法得到认可，法律认同像您一样日间手术医生组成的团队。您成为会员，拥有归属感。您有好的想法，可以付诸实践，通过学会传播。对于那些您已付出了巨大个人努力的事情，现在可以转变为集体的努力，让大家明白，医生认可，病人知晓。

怎样建立

当创立学会想法形成后，就会遇到一些问题：怎样建立？目标是什么？目标能实现吗？最重要的是决定要成立学会，有了这个决定， these 问题是预料之中的。

所以，我们要一步一步地来。

第一步是决定成立学会。在经过一些电话和其后的几次会议后，30位不同专业的、赞成成立学会的外科医生取得了共识并急切成立学会。设计了学会会徽，确定了学会名称，建立了一个30人的执行委员会！

第二步是筹集资金。我们设计了会员表，收取会费。在印度会费是一次性缴纳、而不是按年度，所以每个执行委员同时行动去寻找捐助者/赞助者，其难度超出预期。

第三步是制定章程。由于已有基本的目标，我们决定参照不同学会已有的章程，采用其中一个进行修改，然后在执行委员中传阅并进行适当的更改。

第四步是学会注册。学会到政府部门注册说起来容易做起来难，有困难但并非不可能，只是需要花时间。与官员们几次会面之后，我们就正式注册成立了。现每个会员作为非盈利公司的股东，是可信任的。

第五步是发展更多的会员。我们获得了已有专业组织的会员名单和住址，然后给他们发邮件。通过口头方式来发展会员更有效，每名执行委员负责发展至少 5 名新会员。

第六步是开展学术活动。我们讨论举办第一次全国性学术大会、确定了会议日期和地点，成立了组委会，一切准备就绪。第一次学术大会会有 100 名会员参会，开幕式上庞大的执行委员会就职，同时发布了《印度日间手术杂志》和《日间手术中心规范》（一本关于规范的手册）。在全体会员大会上，我们通过了学会章程，通过了向执行委员会授权 5 年的决议。在那时这是非常必要的，因为在执行委员会换届前有很多事情要做，现行执委会能使许多纳入日程的想法和目标更快地实现。

会议期间在学术信息交流的同时，也对提高医生和病人认识日间手术的方式和方法进行了讨论。

面临的挑战

长期以来，“外科手术”非常严重，这种认识坚不可摧，病人和家属形成了根深蒂固的观念。因此要改变原来需要住院 3 ~ 5 天甚至住到拆线的做法使病人难以接受。如何改变这种思维定式的确是个问题。

建立安全可行的日间手术变得是一种挑战。

随着有人一次又一次的提出“是否需要成立另外一个组织”的问题，使更多的会员难以认同日间手术的理念，甚至有人质疑“手术当天回家和第二天回家有什么大不了的”，也同样难以回答。接受日间手术理念、并大力推广

是个挑战。随后我们决定面对这些挑战，组织更多的学术大会、研讨会和宣传活动。

鼓励执行委员尽可能多的参加学术会议，向他们的同事介绍日间手术理念，鼓励会员举办讲座和发展新会员。

《印度日间手术杂志》为年刊，在学术会议期间散发。起初很难找到可以发表的文章，因为在日间手术领域研究工作不多。我们向国外作者约稿，以此了解世界各地的日间手术。这项工作令人鼓舞，慢慢地，数据丰富的日间手术论文开始稳定地寄给我们。我们成功了！

国际亮相

在 BADS 上发表的一篇文章让我们在国际日间手术舞台上亮相，应邀参加 IASS 的学术会议以及其后的 IAAS 会员组织的特邀演讲对我们帮助极大，IAAS 通过其资深会员对我们举办国内学术会议给予了非常大的支持。

加入 IAAS，刚开始作为观察员及后来成为正式成员，这本身就是一个挑战。新增的任务是筹措资金来支付每年的会费（这对于我们来说从未遇到过）以及每年选派两名代表参会并将资料带回与我们的会员分享。

总之，作为一个组织合法、规范地运行非常重要，也是作为 IAAS 成员必须完全承担的责任。

未来规划

通过与地方和中央政府部门协商沟通，将一些择期手术常规作为日间手术正在进行中，也充满了挑战。

与周边国家开展日间手术的区域合作，将对在国家之

间日间手术病人选择的外科管理方法学方面产生积极的影响。

医疗旅游是一项即将到来和极具挑战的产业，将获益于建立国际化的外科服务。由于急诊优先，已发现一些常规的外科手术在很多国家都被迫等待。

现阶段，由认证机构建立统一的医疗服务标准和优化全国的日间手术中心是必要的，现着手成立一个由日间手术学会会员和质量管理组织成员组成的理事会，为所有有意建立日间手术中心的机构制定规范标准。