

·标准与规范探讨·

我国眼科日间手术流程专家共识(2018年)



扫一扫下载指南原文

解放军医学科学技术委员会眼科学分会

近年来,住院治疗向非住院治疗的转变已成为医疗服务模式的重大变革,日间手术正是这一变化的集中体现。随着医学技术的不断发展、医疗支付方式的转变、人口老龄化所致医疗需求的增长,日间手术在许多国家得到了推广和普及^[1],近20年在我国也得到了蓬勃发展。

2003年国际日间手术协会(International Association for Ambulatory Surgery, IAAS)推荐的日间手术定义为患者入院、手术和出院在1个工作日内完成的手术,不包括在医师诊所或医院开展的门诊手术^[2]。在此基础上,国内广泛采用24 h内留院观察的日间手术模式。

眼科手术多采用局部麻醉,即表面麻醉和(或)神经阻滞麻醉,手术时间较短,术中、术后出血风险小,术后并发症易发现,适宜开展日间手术。国外研究结果表明,日间白内障摘除手术与住院手术同样安全且花费更少^[3-5]。欧洲健康老龄化与退休状况调查结果提示,欧洲十国的日间白内障摘除手术占到所有白内障摘除手术的68.5%,在丹麦、荷兰、瑞典和西班牙等国家,几乎所有的白内障摘除手术均以日间手术模式完成^[6]。2001至2014年,美国行白内障摘除手术53万余例患者,其中69.5%在日间手术中心或综合医院的门诊手术部门完成手术^[1]。

经国家卫生健康委员会批准,中国日间手术合作联盟在第3届全国日间手术学术年会上首批推荐了56个适宜日间手术的术种,其中眼科手术6种,即翼状胬肉切除联合组织移植术、外路经巩膜激光睫状体光凝术、睫状体冷冻术、超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入术、小瞳孔超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入术、超声乳化白内障吸除术。国内外研究结果显示,目前已开展的眼科日间手术包括超声乳化白内障联合人工晶状体植入术、虹膜周边切除术、小梁切除术、斜视矫正术、玻璃体切除术、巩膜扣带术、玻璃体腔注药术、

睑内翻矫正术、鼻腔泪囊造口术等^[7-8]。

结合国家卫生健康委员会推荐、国内外研究报道及我国实际工作情况,建议纳入我国眼科日间手术的手术种类(2011年版国际疾病分类编码ICD-9-CM-3):(1)超声乳化白内障吸除或联合人工晶状体植入术(13.4102+13.7001);(2)虹膜周边切除术(12.1408);(3)小梁切除术(12.6402);(4)玻璃体切除术(14.7401);(5)巩膜外加压术(12.8801)或巩膜环扎术(14.4908);(6)硅油取出术(16.7107);(7)斜视矫正术(15.9001);(8)儿童睑内翻矫正术(08.4902);(9)鼻内镜下泪囊鼻腔造口术(21.6903/09.8102)。

由于不同手术的难度及并发症不一,医疗机构的诊疗水平参差不齐,患者全身状况等可直接影响手术的情况不同,因此以上9种手术种类虽然可以纳入眼科日间手术,但日间手术对患者的全身情况、手术方式及难易程度、手术医师的水平等均有具体要求,可否开展日间手术须根据眼科医疗机构的实际情况而定。为了规范并指导临床开展眼科日间手术,解放军医学科学技术委员会眼科学分会联合中华医学会眼科学分会各相关专业学组以及正在开展日间手术的眼科医疗机构,共同对眼科日间手术的操作流程进行了讨论,经过充分征求意见,形成以下共识。

一、准入制度

开展日间手术的眼科医疗机构应具备手术所必需的基本医疗条件及24 h应急抢救体系,设立专用的日间手术随诊电话。相关场所内必须配备除颤仪、困难气道抢救车等抢救设备,并应符合以下准入标准。

(一)手术准入

1. 为治疗相关疾病的标准手术,疗效确切,流程安全,且是术者已熟练掌握的手术。手术程序相对固定,便于统一标准和管理^[8]。

2. 手术时间不超过3 h^[9]。

3. 围手术期出血及感染风险小,术后不需要持续静脉输液治疗。

4. 局部麻醉和(或)全身麻醉。如需全身麻醉,

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2018.12.002

通信作者:叶剑,400038 重庆,陆军军医大学大坪医院眼科,

Email: yejian1979@163.com

请麻醉医师评估麻醉风险,排除全身麻醉禁忌证。

5. 术后不需要特殊护理。

6. 术后症状如疼痛、恶心和呕吐可以良好控制。

7. 术后可迅速恢复进食进饮能力^[8,10],24 h 内可以离院。

(二) 医护人员准入

1. 经过日间手术流程相关岗前培训^[11],熟练掌握心肺复苏等急救技术。

2. 聘任主治医师职称 3 年及以上的手术医师,具备相应级别手术的操作资质,且手术操作技能熟练,已完成一定数量的手术(各专业自行设定数量),可以完成手术相关并发症的处理^[8]。

3. 具备良好的医患沟通能力。

(三) 患者准入

1. 相应眼科疾病诊断明确;手术风险评估为常规非复杂和疑难病例。

2. 排除相关手术禁忌证。

3. 未合并严重全身性疾病,重要脏器功能无明显异常。

4. 有重大疾病或重大手术史者,应有麻醉医师或相应科室会诊意见,原则上美国麻醉医师协会(American Society of Anesthesiologists, ASA) I、II 级者(即有轻度并存疾病,功能代偿健全)可行日间手术,ASA III 级者(并存疾病较严重,体力活动受限,但尚能应付日常工作)需由麻醉医师及手术医师会诊决定^[10]。近期有卒中史者,择期手术应至少推迟 2 周,最好 6 周^[12]。美国心脏病协会建议,心肌梗死后 6 个月才可行择期手术^[13]。

5. 合并全身疾病如高血压、糖尿病、慢性肺部疾病等且病情稳定患者继续用药,由手术医师评估是否可行日间手术。(1)高血压:继续服用降压药物至术晨,控制血压 $<160/100$ mmHg(1 mmHg $=0.133$ kPa),血压过高者($>180/100$ mmHg)术日选用合适降压药物,使血压稳定在低于 $160/100$ mmHg^[12];(2)糖尿病:控制空腹血糖浓度 <8.3 mmol/L,无酮症和酸中毒^[14];(3)稳定性心绞痛^[13];(4)慢性阻塞性肺疾病近期无急性感染症状^[12];术前控制症状,戒烟 6~8 周,以减少术后肺部并发症^[8,10];(5)肝肾功能异常:轻度异常对于日间手术无影响,但是严重肝肾疾病患者,须由相应专科医师和手术医师决定是否行日间手术^[8]。

6. 凝血功能障碍患者,结合凝血功能检查结果,决定是否请血液科会诊,与眼科手术医师共同

评估出血风险,确定术前用药方案^[8]。若用药后仍无法达到正常功能标准,则应由手术医师评估出血风险,决定是否手术。使用阿司匹林、华法林、氯吡格雷等抗凝药物者,根据病种不同考虑是否停药及术前停药时间。

7. 意识清醒、行动方便;具有便利门诊复诊条件;能够接受日间手术方式;有家属陪伴和护理,可以协助患者术后用药及日常生活。

8. 有联系电话并保持通畅,离院后能方便快捷回院就诊,便于随访及处理应急事件。

二、常规流程

1. 手术医师根据准入标准、患者初步检查结果及患者意愿,合理选择适宜行日间手术的患者。

2. 向患者宣教日间手术的特点和目的,告知具体手术风险及并发症,使患者明确若日间手术过程中出现眼部和(或)全身并发症,可能转入住院病房进行后续治疗,解答患者及家属的问题。

3. 术前全身检查,包括血尿常规项目、空腹血糖浓度、凝血功能、传染病学、肝肾功能、胸片、心电图等检查。患者持所有检查结果再次到门诊就诊,医师根据结果评估手术风险,为符合手术条件患者拟定手术方式,签署手术同意书,开具日间手术病房入院证。

4. 患者持日间手术病房入院证到日间预约中心预约登记,护士等医务辅助人员向患者说明术前用药情况。

5. 手术当日患者办理入院手续,由家属陪同按时到达日间手术病房。

6. 手术医师及日间手术病房医师共同查看患者,再次评估手术指征,询问病史,做好手术标记,完善病历,进行手术前宣教。

7. 日间手术病房护士接诊患者,测量生命体征,完成术前准备:(1)是否剪除睫毛或冲洗结膜囊由手术种类决定;(2)根据手术种类及患者一般情况确定是否建立静脉通道,若血压高于 $160/100$ mmHg,须通知手术医师进行对症处理,用药后血压仍不能平稳降至 $160/100$ mmHg 以下者,建议有条件的眼科医疗机构请麻醉医师会诊,待血压控制平稳后再行手术。

8. 接诊完毕后由日间手术病房护士等医务辅助人员为患者及家属行相关手术健康教育及康复指导。

9. 手术医师完成手术操作及手术记录。

10. 患者回到日间手术病房休息。局部麻醉患

者若病情稳定无特殊情况,2~3 h 后在有家属陪同的情况下可办理出院手续并离院休息;若出现眼部或全身不适,如眼压高、恶心、呕吐等,应及时对症处理,病情稳定后可办理出院手续并离院休息;发生眼部严重并发症或全身情况不佳者,转入住院病房进行后续治疗。夜间出现不适的患者,可直接就诊于日间手术病房,由日间手术病房值班医师予以及时诊治。根据患者情况,也可安排在日间手术病房留观一晚,病情稳定无特殊情况者,第 2 天早上办理出院手续。

11. 术后第 1 天复查,根据不同手术种类给予抗菌、抗炎、止血、人工泪液等药物进行对症治疗,向患者说明术后注意事项。

三、离院标准

1. 患者生命体征至少平稳 1 h。
2. 患者能穿衣、避让和自主行走。
3. 患者无恶心、呕吐,无剧烈疼痛,伤口无明显出血和渗出。
4. 由日间手术医师评估后方可出院,并告知术后回家注意事项。

5. 患者必须由有负责能力的成人护送并在家中照看。

四、转出机制

1. 门诊检查不符合日间手术条件的患者,眼部疾病由门诊医师对症处理,合并的其他全身急、慢性疾病由相关科室会诊,予以对症治疗,待病情平稳后再次就诊于眼科,评估手术指征。

2. 若日间手术过程中出现眼部和(或)全身严重并发症,转入住院病房进行后续治疗。

3. 日间手术后若发生眼部严重并发症或全身情况不佳,有需要的患者转入住院病房进行后续治疗。

4. 术后第 1 天复查,患者若出现严重眼部并发症,转入住院病房继续治疗。

五、日间手术病历

日间手术病历内容包括病案首页、入出院证、24 h 入出院记录、手术知情同意书、手术安全核查表、手术记录、麻醉记录及评估表,实验室检查及特殊检查、医嘱、护理、特殊病程等需有相关记录,全身麻醉手术需有全身麻醉知情同意书及相关记录。

日间手术需取得患者书面同意后方可进行,由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字,应当由其授权的人员签字。

日间手术医师 24 h 内完成手术记录,日间手术病房医师在患者出院后 24 h 内完成日间手术病历的整理及审签^[15]。

六、全身麻醉手术的注意事项

1. 需行全身麻醉的患者,由麻醉医师评估手术风险,排除手术禁忌证。

2. 综合患者手术种类和手术时长,麻醉医师确定具体麻醉方式(监测下麻醉管理或气管插管静脉-吸入复合麻醉)^[10]。

3. 全身麻醉手术后恢复应达到改良 Aldrete 评分标准要求^[9]。手术当日夜间应留观,术后次日离院(在院时间不超过 24 h);或根据医院及患者具体情况,由麻醉医师决定是否可以当日离院(按照麻醉后离院评分标准)^[9]。

4. 全身麻醉术前须禁食水,糖尿病、高血压患者需用药至手术当日^[10]。

近年来,关于日间手术的益处、标准设置、组织及运作程序、麻醉技术、质量、效果、安全性、满意度等文献陆续发表在一系列医学期刊。虽然经过多方讨论,对眼科日间手术的流程达成共识,但由于各眼科医疗机构实际情况不一,可在操作过程中根据情况对整体流程进行适当调整。希望在今后的临床工作中,更多的眼科医疗机构将日间手术纳入临床,不断提出合理化建议,完善眼科日间手术流程,让日间手术在更多眼科医疗机构全面、规范开展,发挥作用。

形成共识意见的专家组成员:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 叶 剑 | 陆军军医大学大坪医院眼科(解放军医学科学技术委员会眼科学分会主任委员) |
| 彭秀军 | 解放军海军总医院眼科(解放军医学科学技术委员会眼科学分会副主任委员) |
| 高晓唯 | 解放军第四七四医院眼科(解放军医学科学技术委员会眼科学分会副主任委员) |
| 魏锐利 | 海军军医大学长征医院眼科(解放军医学科学技术委员会眼科学分会副主任委员) |
| 王雨生 | 空军军医大学西京医院眼科(解放军医学科学技术委员会眼科学分会副主任委员) |
| 魏世辉 | 解放军总医院眼科(解放军医学科学技术委员会眼科学分会副主任委员) |
| (以下解放军医学科学技术委员会眼科学分会常务委员按姓氏拼音排序) | |
| 高明宏 | 解放军沈阳总医院眼科 |
| 黄振平 | 解放军南京总医院眼科 |
| 姜彩辉 | 解放军空军总医院眼科 |

蒋 华 解放军济南总医院眼科
 蒋 炜 解放军成都总医院眼科
 李学喜 解放军第一八〇医院眼科
 李朝辉 解放军总医院眼科
 刘太平 解放军第二五五医院眼科
 吴志鸿 武警总医院眼科
 阴正勤 陆军军医大学西南医院眼科
 赵世红 海军军医大学长海医院眼科
 周和政 解放军武汉总医院眼科
 (参与讨论的解放军医学科学技术委员会眼科学分会部分委员按姓氏拼音排序)
 胡 丹 空军军医大学西京医院眼科
 袁容娣 陆军军医大学新桥医院眼科
 邹玉平 解放军广州总医院眼科
 刘 玮 陆军军医大学大坪医院眼科
 孙 敏 陆军军医大学大坪医院眼科(非委员,秘书)
 刘 佩 陆军军医大学大坪医院眼科(非委员,秘书)
 (参与讨论的其他专家)
 姚 克 浙江大学附属第二医院眼科中心(中华医学会眼科学分会主任委员,白内障及人工晶状体学组组长)
 王宁利 首都医科大学附属北京同仁医院北京同仁眼科中心(中华医学会眼科学分会前任主任委员,青光眼学组组长)
 许 迅 上海交通大学附属第一医院眼科(中华医学会眼科学分会副主任委员,眼底病学组组长)
 史伟云 山东省眼科医院(中华医学会眼科学分会角膜病学组组长)
 魏文斌 首都医科大学附属北京同仁医院北京同仁眼科中心(中华医学会眼科学分会眼底病学组副组长)
 汤 欣 天津市眼科医院(中华医学会眼科学分会白内障及人工晶状体学组副组长)
 陈伟蓉 中山大学中山眼科中心(中华医学会眼科学分会白内障及人工晶状体学组副组长)
 卢 奕 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院眼科(中华医学会眼科学分会白内障及人工晶状体学组副组长)
 钟 勇 中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院眼科(中华医学会眼科学分会神经眼科学组副组长)
 徐 雯 浙江大学附属第二医院眼科中心(中华医学会眼科学分会白内障及人工晶状体学组秘书)
 王 薇 北京大学第三医院眼科

声明 本文为专家意见,为临床医疗服务提供指导,不是在各种情况下都必须遵循的医疗标准,也不是为个别特殊个人提供的保健

措施;本文内容与相关产品的生产和销售厂商无经济利益关系

参 考 文 献

- [1] Stagg BC, Talwar N, Mattox C, et al. Trends in use of ambulatory surgery centers for cataract surgery in the United States, 2001-2014[J]. JAMA Ophthalmol, 2018, 136(1):53-60. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2017.5101.
- [2] Jarrett PEM. The International association for ambulatory surgery (IAAS)[J]. Ambulatory Surgery, 2003, 10(3): 113. DOI: 10.1016/j.ambur.2003.10.001.
- [3] Lemanski C. Day care versus in-patient surgery for age-related cataract[J]. J Perianesth Nurs, 2017, 32(3): 245 - 246. DOI: 10.1016/j.jopan.2017.04.002.
- [4] Chen CL, Clay TH, McLeod S, et al. A revised estimate of costs associated with routine preoperative testing in medicare cataract patients with a procedure-specific indicator[J]. JAMA Ophthalmol, 2018, 136(3):231-238. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2017.6372.
- [5] Ianchulev T, Litoff D, Ellinger D, et al. Office-based cataract surgery: population health outcomes study of more than 21 000 cases in the United States[J]. Ophthalmology, 2016, 123(4): 723-728. DOI: 10.1016/j.ophtha.2015.12.020.
- [6] Mojon-Azzi SM, Mojon DS. The rate of outpatient cataract surgery in ten European countries: an analysis using data from the SHARE survey[J]. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2007, 245(7): 1041-1044. DOI: 10.1007/s00417-007-0550-4.
- [7] Vaziri K, Moshfeghi DM, Hernandez-Boussard T, et al. Ambulatory surgery center utilization by vitreoretinal surgeons: 1999-2011[J]. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina, 2015, 46(3): 355 - 361. DOI: 10.3928 / 23258160-20150323-10.
- [8] 马洪升, 叶辉. 日间手术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 61, 69-73, 75-77, 157-159, 179-192.
- [9] 中华医学会麻醉学分会. 日间手术麻醉专家共识[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(10): 1017-1022.
- [10] 杨拔贤, 李文志. 麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 8-16.
- [11] 闫沛, 王宇, 胡雪慧, 等. 日间手术患者护理管理模式应用效果分析[J]. 护士进修杂志, 2016, (2): 130-133. DOI: 10.16821/j.cnki.hsjx.2016.02.011.
- [12] 陈孝平, 汪建平. 外科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 99-106.
- [13] 刘金东. 2007年ACC/AHA非心脏手术患者围术期心血管评估指南解读[EB/OL]. (2010-03-12)[2018-05-15]. http://www.wanfangdata.com.cn/details/detail.do?_type=conference&id=7147690.
- [14] 惠延年. 眼科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 126.
- [15] 国家卫生和计划生育委员会. 病历书写基本规范[EB/OL]. (2010-02-04)[2018-05-15]. <http://www.nhfp.gov.cn/zwgkzt/wsbysj/201002/45871.shtml>.

(收稿日期:2018-08-21)

(本文编辑:黄翊彬)