

海南医学院第一附属医院文件

海医一附院〔2016〕160号

海南医学院第一附属医院 关于印发日间手术管理相关制度的通知

各部、科、室：

为进一步推进创建人民满意医院工作，缩短平均住院日，减轻患者就诊负担，缩短入院等待时间，缓解病人住院难问题，提高医院运行效率，我院组织开展日间手术。为确保日间手术有序开展，保证医疗安全、医疗质量，特制定《海南医学院第一附属医院日间手术管理制度》《海南医学院第一附属医院日间手术病种及操作规范》《海南医学院第一附属医院日间手术流程》，现印发给你们，请遵照执行。

海南医学院第一附属医院

2016年12月18日



海南医学院第一附属医院日间手术管理制度

一、日间手术的范围和准入

1. 根据国际日间手术的概念结合我院实际情况，确定试点日间手术的范围如下：

- (1) 择期手术病人当天入院手术后 24 小时内出院；
- (2) 需要使用全套的手术室设备和/或实行全身麻醉；
- (3) 不包括门诊小手术和内镜；

2. 日间手术的准入

(1) 手术项目准入原则为风险小、恢复快、安全性高的项目。具体为：术后出血风险小，气道受损风险小，能快速恢复饮食和饮水，术后疼痛可用口服药缓解，不需要特殊术后护理，手术时间不超过 2 小时（最好在 1 小时内），术后 24 小时内可离院。

(2) 手术医生准入原则为能力强、手艺精、医德好的医生。具体为：高年资主治医生及以上职称、在本学科有较深造诣，具有丰富临床经验，具有良好的医德，具有较强的医患沟通能力，愿意开展日间手术。

(3) 手术病人准入原则为病情不复杂、身体条件好、服务半径小的病人。具体为：意识清晰、有成人或家属陪伴，愿意接受日间手术，有固定联系电话、在海南省有住所，手术麻醉风险评估 1-2 级、能满足疾病的特殊要求。

三、日间手术的流程

1. 接诊患者，做入院安排。经门诊就诊后有日间手术指征的患者，经医患沟通后对其术前检查作出安排。

2. 在门诊进行术前检查。

3. 通知入院。

4. 术前评估。包括：①评估病人的一般状况和麻醉的适宜性；②告知病人日间手术的注意事项。

5. 手术。

6. 出院，包括：①评估病人出院的适宜性；②确保病人掌握术后的注意事项；③提供书面的注意事项；④做出术后随访的安排。

7. 术后支持：提供术后 24 小时的支持，保证随访电话畅通。

四、日间手术的管理

1. 日间手术在统计分析、费用结算等方面按照住院进行管理。

2. 各科室要高度重视医疗安全的管理，细化日间手术病人入选标准，增强日间手术支持保障，加强医疗质量监督与评估。由医务科负责对日间手术质量进行定期检查，需要复核事宜由医务科组织医院医疗质量与安全委员会进行讨论审核。

3. 加强病人的术后随访管理。病人术后 3 天，由主管医生定时电话随访，根据手术类别的不同调整随访频度。同时，在病人情况稳定后，进行病人满意度调查，以查找工作中可能存在的问题。

题和漏洞，并及时解决。有条件的患者，科室可帮助其与所在社区卫生服务中心联系，获得服务。

4. 护理工作前移后延。根据日间手术模式特点，由于日间手术病人在院时间较短，更多的护理工作需在院外完成。患者在院期间的护理工作更应细致、全面，使之能延伸到病人家庭之中。

5. 各科针对本学科进行的日间手术各个病种特点，编撰通俗易懂的宣教资料及家庭护理指南，帮助日间手术病人更好、更快地康复。

日间手术病种及操作规范

一、日间病种

科室	日间病种
眼科	白内障、翼状胬肉
乳腺胸部肿瘤外科	乳腺良性肿瘤

二、日间病种操作规范

1.1 白内障超声乳化吸除术

【适应证】

各种类型的白内障患者，视力下降已影响日常生活和工作时。

【禁忌证】

1. 晶状体全脱位或大部分脱位者。
2. 老年性白内障有棕黑色硬核者。
3. 白内障伴有角膜内皮细胞严重变性、角膜内皮细胞数明显减少者。
4. 眼部活动性炎症者。
5. 前房极浅者。
6. 角膜浑浊者。
7. 有器官移植史，如角膜移植、肾移植等，以及有出血倾向者。

8. 眼球先天发育异常, 以及所有严重影响手术操作的其他情况。

【准备事项】

同白内障囊外摘出术。

【麻醉】

1. 表面麻醉, 对于合作的患者在表面麻醉下即可完成手术。
2. 球后阻滞麻醉或球周麻醉。

【操作方法及程序】

1. 以显微开睑器或缝线开睑。
2. 可做上直肌牵引缝线, 使眼球固定以及随时调整眼球位置。也可不做上直肌牵引线。
3. 做以穹隆为基底的角膜缘结膜切口。
4. 距角膜缘后 2-3mm 处做平行于角膜缘巩膜板层切开, 深度约为 $1/2$ 巩膜厚度。
5. 用巩膜隧道刀自切口向角膜缘方向潜行分离, 直至透明角膜, 做巩膜隧道。
6. 于 3 点钟位角膜缘穿刺前房, 以供左手持器械进入前房操作。
7. 用三角刀经巩膜隧道越过角膜缘倾斜进入前房, 使内切口上缘呈活瓣状, 以便保持前房。
8. 向前房内注入黏弹剂, 以连续环行撕囊法截晶状体前囊, 大小为 5mm 左右。

9. 以注水针头自前囊膜下注入平衡盐水，进行囊下水分离术，使囊膜与囊膜下皮质分离。并进行层间水分离术，使晶状体核从包绕的皮质中充分游离。

10. 将超声乳化头从巩膜隧道切口伸入前房内，以表面蚀刻、原位碎核技术、刻槽分块清除、拦截劈核、乳化-劈裂等技术，将晶状体核粉碎吸除。

11. 换灌吸手柄，吸除晶状体皮质。

12. 前房及晶状体囊袋内注入黏弹剂，植入人工晶状体。如植入折叠式人工晶状体，一般无需扩大角巩膜切口。如植入硬性人工晶状体，则需扩大角膜切口。

13. 从前房内吸除黏弹剂。

14. 检查角巩膜伤口是否渗漏。通常巩膜隧道伤口无需缝合。但是如有渗漏存在，则应缝合。

15. 结膜下注射抗菌药物及糖皮质激素，涂抗菌药物眼膏后遮盖。

【术后处理】

同白内障囊外摘出术。

【注意事项】

1. 长期服用阿司匹林者，术前至少停药 10d。

2. 对于虹膜后粘连者或其他原因不能散大瞳孔者，可在术中应用显微虹膜拉钩扩大瞳孔，便于操作。

3. 做巩膜隧道切口时，除了做平行于角膜缘巩膜板层切开

外，还可做反眉状切口，有可能减少术后的角膜散光程度。

4. 除了巩膜隧道切口外，还可选择透明角膜切口。

5. 术者在晶状核超声乳化时，应了解手术过程中不同的阶段需要调节的参数，注意运用好超声能最、负压和流速，根据自己的经验尽量快速、安全地完成晶状体核的乳化吸除过程。

6. 患者需注意休息，防止术眼受到碰撞。避免剧烈咳嗽。

2.2 人工晶状体植入术

【适应证】

1. 白内障摘出术后 I 期植入。

(1) 成人单侧白内障摘出术后。

(2) 成人双侧白内障摘出术后。

(3) 3 岁以上的幼儿及儿童白内障摘出术后。

2. 无晶状体眼的 II 期植入。

【禁忌证】

1. 虹膜红变者。

2. 眼内肿瘤患者。

3. 活动性葡萄膜炎患者。

【准备事项】

1. 同白内障囊外摘出术。

2. 根据角膜曲率、眼轴等资料，确定选择的人工晶状体屈光度。

【麻醉】

同白内障囊外摘出术。

【操作方法及程序】

1. 完成白内障囊外摘出术、超声乳化吸除术或小切口非超声乳化吸除术后，如晶状体后囊膜完整，可选择植入后房型人工晶状体。一般尽量选择囊袋内植入。如果晶状体后囊膜不完整，可选择睫状沟植入。

2. 向晶状体囊袋内注入黏弹剂，并形成前房，使植入人工晶状体时有足够的操作空间。

3. 植入硬性人工晶状体。

(1) 先植入人工晶状体下襻：用人工晶状体镊夹住人工晶状体，将其下襻送往晶状体囊袋内下方，当人工晶状体光学面位于前房内或囊袋内。松开人工晶状体镊。此时仅人工晶状体上襻在角巩膜切口之外。

(2) 植入人工晶状体上襻：用镊子夹住人工晶状体上襻，往下方推移。当上襻与光学部相连接处及大部分上襻进入晶状体囊袋后松开镊子，使上襻进入晶状体囊袋内。

(3) 将人工晶状体襻旋转至水平位。

4. 植入折盒式人工晶状体。可用特制的折叠镊或注入器，将软性人工晶状体植入到晶状体囊袋内。

5. 植入前房型人工晶状体。

(1) 用人工晶状体镊夹持前房型人工晶状体的上襻，通过角巩膜切口将下襻送入下方前房角处。

(2)用镊子提起角巩膜缘切口的后唇，将人工晶状体上襻送入上方前房角。

(3)调整人工晶状体位置，使支撑点都位于前房角，瞳孔呈圆形，位置居中。

6. 人工晶状体缝线固定术。

(1)不做巩膜瓣的直接缝线固定法：用于术中发现一襻固定不确切时，作为补充固定方式而使用。以双针缝线穿过人工晶状体襻膝部线孔，然后以针从内向外通过睫状沟，从巩膜表面出针，两针相距1~2mm，然后采用边收线边植入晶状体的方法，将人工晶状体植入到后房，结扎两缝线，并将线结转入组织内埋藏。

(2)做巩膜瓣由内向外缝线固定法：先在预定固定的位置上做两个三角形巩膜瓣，然后以双长针线，由内向外穿通睫状沟，自巩膜瓣底部出针。同样在对侧做好预置缝线，形成两个线套。以环套形式分别将人工晶状体两襻系紧。然后边收线，边植入人工晶状体，当人工晶状体位置调正后，结扎缝线。最后将巩膜瓣复位缝合。

(3)长针由内向外缝线固定法：做好小三角形巩膜瓣后，以长针从一侧自外向内穿过睫状沟部位，进针点应在睫状沟相对应的巩膜板层表面。对侧则以锐针头由外向内穿过睫状沟，然后将长针插入针头内，长针被引导通过对侧睫状沟。以切口将眼内的缝线勾出。从中间剪断缝线，每一端穿过人工晶状体襻膝部线孔后结扎。然后以边收线边植入的方法，将人工晶状体植入，固定

到睫状沟。

7. 灌吸前房内的黏弹剂。
8. 结膜伤口一般可不需缝合。
9. 结膜下注射抗菌药物及糖皮质激素，涂抗菌药物眼膏后遮盖。

【术后处理】

1. 同白内障囊外摘出术。
2. 观察人工晶状体的位置，如不正，应及时调整。

【注意事项】

1. 根据不同的人工晶状体，决定角巩膜切口的大小。
2. 植入人工晶状体时不能损伤角膜内皮。
3. 尽量减少对眼内组织的搅动，故应用足量黏弹性物质是必要的，特别对后囊不完整有玻璃体溢出倾向者。

4. 前房型人工晶状体构形与后房型人工晶状体差别较大，植入方法略有不同。植入下襻时要确证抵在前房角处，避免虹膜根部被挤压。必要时可借助滑板技术将人工晶状体植入，以避免虹膜受到损伤。

5. 前房型人工晶状体调整位置时，切忌使晶状体襻沿前房角滑旋，应以调位钩将襻拉（推）离前房角后移位，每一次位移不要过大。

2. 翼状胬肉手术

【适应证】

1. 进行性翼状胬肉，其头部已侵入角膜 2mm 以上者。
2. 静止性翼状胬肉部分或全部遮盖瞳孔，影响视力者。
3. 翼状胬肉妨碍眼球运动时。
4. 翼状胬肉妨碍角膜移植或白内障等内眼手术时。

【禁忌证】

1. 眼睑、结膜或角膜有急性炎症者。
2. 明显睑内翻者。
3. 急、慢性泪囊炎患者。
4. 眼前节活动性炎症者。

【准备事项】

1. 眼部滴抗菌药物眼药水 1~3d。
2. 检查凝血功能。
3. 向患者充分解释术后翼状胬肉复发及发生散光的可能。
4. 洗脸，清洁脸部。

【麻醉】

1. 表面麻醉。
2. 结膜下浸润麻醉。

【操作方法及程序】

1. 术眼常规消毒，铺无菌巾。
2. 根据胬肉情况选择手术类型：埋藏术、单纯切除术、联合

手术等。

3. 埋藏术将胬肉头颈分离，头部用 7-0 丝线做褥式缝合，并转移至上或下穹隆结膜下缝合固定。

4. 单纯切除术将胬肉分离，剪除头颈部及体部结膜下增生组织。

5. 联合手术是在胬肉分离的基础上联合结膜移植、黏膜移植、角结膜干细胞移植、羊膜移植或角膜移植，以此处理术中暴露的巩膜或浑浊的角膜，防止结膜再度增生。

6. 如有条件，手术最好在手术显微镜下进行。切除翼状胬肉的深度要适宜，清除病灶应彻底，切除胬肉的角膜表面尽量保持光滑，以便减少术后角膜散光及翼状胬肉复发。

7. 术毕滴用抗菌药物滴眼液，以无菌纱布遮盖。

【术后处理】

1. 术后第 2 天起每日换药。如有组织移植片，则隔日换药 1 次。

2. 眼部滴抗菌药物和糖皮质激素滴眼液，每日 3 次，持续 1~3 周。

3. 术后 5d 拆除结膜缝线。

【注意事项】

1. 如有条件，术中局部应用%~%丝裂霉素 C，术毕时和术后 1、2 周时应用 β 射线照射手术区，可降低术后翼状胬肉复发率。

2. 翼状胬肉明显充血时，应暂缓手术，以防复发。

3. 翼状胬肉合并活动性沙眼者,应充分治疗沙眼后再进行手术,以防复发。

4. 术后翼状胬肉复发,不宜在短期内施行二次手术,以免加速胬肉发展。

3. Mammotome 乳腺肿物微创旋切术操作规范

【概述或定义】

乳房肿块在女性极为常见,传统的治疗方案是一旦发现,即予以手术切除。此法难免在胸部遗留手术切口瘢痕,影响外观;术区残存瘢痕,影响术后复查。应用 Mammotome 微创旋切系统诊治乳房病变,既切除病灶,又有极好的美容效果,医患双方满意。

【适应症】

高度恶性可疑的乳腺实性或囊实性肿块的诊断性活检,尤其适用于一些部位较深而肿块又较小的患者,因此类肿块触诊效果欠佳,局部浸润麻醉后用传统手术方法较难寻找。本法活检的精确性是 97.3,敏感性 94.7%,特异性 100%;阴性预测值为 94.6%,阳性预测值为 100%,且较传统手术外的其他方法活检更易发现微钙化灶。

【禁忌症】

肿瘤直径大于 2cm (非绝对禁忌症)

【患者评估】

包括病情评估、营养状况评估、深静脉血栓风险评估、心理状态评估等

【准备事项】

1. 术前需完善三大常规+血型、血生化、凝血四项、传染病筛查、乳腺彩超，胸部 CT、心电图等
2. 术前要仔细评估患者一般情况，评估有无手术禁忌症。
3. 术前需完善安全核查及风险评估。与患者及家属积极沟通并签写手术同意书、医患沟通记录。
4. 提前一天送呈手术通知单并通知手术室准备手术相关器械

【操作步骤】

(1) 常规消毒铺单，再次行高频超声检查，探澜，定位乳腺病灶并预设最佳穿刺点和进针路径，尤其是乳房有内置假体的患者应谨慎和仔细地选择刀头穿刺点和进针途径。(2) 一般在较隐蔽的部位选择穿刺点，高度怀疑乳腺癌时，穿刺点与途径应设计在切除部位。(3) 穿刺点局部用 1%利多卡因溶液局部浸润麻醉，在超声引导下再以长注射针对穿刺创道和病灶基底部进行局部浸润麻醉，选择合适角度、注意避开血管。(4) 尖刀切开皮肤约 3 mm，在 B 超引导下将 11G 或 8G 旋切刀轻柔插入到病灶基底部，使该刀头的凹槽正对病灶。(5) 按穿刺针上按钮转换成“取样状态”(sample mode)，并进行连续的真空抽吸和旋切，被切割的组织自动输出，停留在穿刺针柄前部，呈长条状，用镊子取出。在 B 超的实时监控下不断的调整旋切深度和角度，切割取样可反复进行，直至超声图象上病灶被完全切除。(6) 如果为多发性病灶患

者,可再次进行引导、定位和旋切另外一处乳房肿块,直至超声探测明确乳房内无肿块残留后终止手术。每次旋切过程均应在超声引导下进行。(7)操作完成后,使穿刺针重新位于“位置模式”缓缓拔出。旋切过程中以及拔出旋切刀前采用间断真空抽吸清除局部积血。(8)术后局部压迫10分钟,皮肤微切口用无菌创可贴粘合,再以绷带加压包扎患侧乳房24小时。(9)活检手术完毕,切除的组织条块进行冷冻切片病理学检查,根据其报告结果决定手术方式。

【注意事项】(包括操作结束后需观察的情况、患者需注意的事项)

(1)每次旋切结束时应及时用镊子取出条状标本,否则遗留在旋切刀标本槽中的标本可能会马上被真空吸入引流管中,导致引流管堵塞,降低真空抽吸力,影响旋切术的顺利进行。(2)手术间隙期应使系统进入静息期状态,以减少噪音和机器的产热量,达到减轻患者的焦虑恐惧心理和维护机器的双重作用。(3)部分乳房丰满、乳腺质地非常柔软的患者,以及超声图象上显示乳腺肿块及其周围血流丰富、瘤体较大、部位深、月经期前后患者,容易发生术中出血较多、术后肿瘤残腔积液和乳房皮下瘀血等情况,因此应注意压迫止血,尤其是使用8G旋切刀时,可通过旋切创道局部喷洒生物蛋白胶或放置引流管达到止血、引流的目的。(4)术中注意多与患者交流,以减轻患者紧张和精神负担,并观察和了解有无其他不良反应等。(5)手术后局部压迫和加压包扎要

确实、可靠,这是预防和减少局部积液、血肿、瘀血和感染等并发症的关键,尤其是采用 8G 旋切刀更应格外注意术后压迫止血和加压包扎,压迫和加压包扎应观察 10 分钟方可遣返患者。(6) 术后嘱患者适当休息,局部制动,尽量减少患侧上肢运动和深度胸式呼吸(以腹式呼吸为主)。注意观察敷料和加压包扎、绷带的情况,如出现渗血较多、绷带松脱等应及时就诊。

【不同情形的抢救预案】

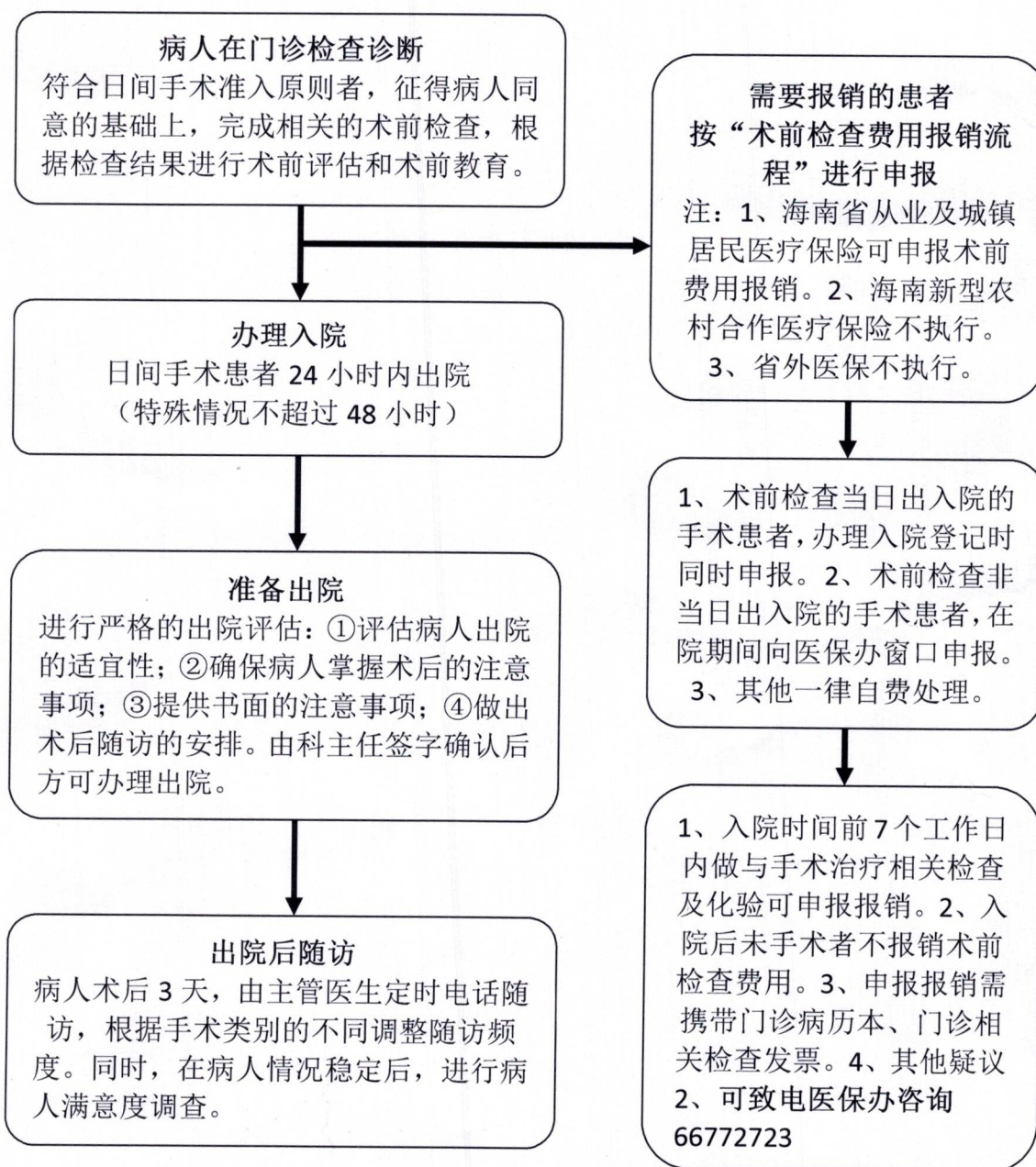
1. 晕厥的抢救预案

部分患者术后出现晕厥,立即让患者平卧,吸氧,监测生命体征及血糖水平,予以补液,若为低血糖及时补充糖分,通知手术医生及二线医生及时进行治疗。

2. 术后出血的抢救预案

(1) 若出血量不大,可对术野适当加压包扎,出血多能停止。
(2) 若出血量较大且不能控制或皮下有大量血块积存,则应拆开切口,清除积血,找到出血点,予以电凝或结扎止血,若腋静脉破裂则予修补,止血后妥善放置引流管。(3) 有出血性休克表现者,应迅速补足血容量,可予以输血或给予晶体和胶体液。(4) 有凝血机制障碍的患者,应针对病因及时处理。

日间手术流程



海南医学院第一附属医院院长办公室

2016 年 12 月 18 日印发