

• 指南 • 标准 •

儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术规范化建设实践指南

中国妇幼保健协会妇幼微创专业委员会儿童耳鼻咽喉头颈外科微创学组

[摘要] 随着微创外科与麻醉技术的发展,日间手术已发展为提升医疗效率、优化资源配置的重要模式。本指南旨在为国内医疗机构开展儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术,提供系统、可操作、同质化的建设标准。指南依据循证医学原则,综合国内外最新文献与多学科专家共识,围绕日间手术中心的组织架构、硬件设施、信息化建设、多学科团队组建、患者与术式准入标准、围手术期流程管理及质量控制等方面提出具体建议。其核心目标是保障手术安全与质量,并推动儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术的规范化与可持续发展。

[关键词] 儿童;日间手术;耳鼻咽喉头颈外科;指南

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2026.01.001

[中图分类号] R762 **[文献标志码]** C

Practice guideline for standardized construction of ambulatory surgery in pediatric otorhinolaryngology and head and neck surgery

China Maternal and Child Health Association Minimally Invasive Chapter Pediatric ORL Group

Corresponding author: LIU Dabo, E-mail: daboliu@126.com; LI Xiaoyan, E-mail: chhshent@163.com

Abstract With the advancement of minimally invasive surgery and anesthesiology, ambulatory surgery has become a pivotal model for enhancing healthcare efficiency and optimizing resource allocation. This guideline seeks to establish a systematic, operable, and standardized framework for implementing ambulatory surgery in pediatric otorhinolaryngology and head and neck surgery across healthcare institutions in China. Formulated based on evidence-based medicine principles and integrating the latest literature and multidisciplinary expert consensus, it provides detailed recommendations pertaining to organizational structure, hardware configuration, information system development, multidisciplinary team building, patient and procedure selection criteria, perioperative process management, and quality control. The primary objectives are to ensure surgical safety and quality, and to promote the standardized and sustainable development of ambulatory surgery within this pediatric subspecialty.

Key words children; ambulatory surgery; otorhinolaryngology and head and neck surgery; guidelines

1 前言与概述

1.1 背景与必要性

1909 年英格兰小儿外科医师 Nicoll^[1]首次提出日间手术的概念,近年来随着微创外科的兴起与麻醉学的发展,日间手术在发达国家得到迅速发展^[2]。日间手术作为一种创新医疗模式,成功实现了国家、医院与患者三方共赢。2019 年,日间手术占择期手术比例被纳入国家卫生健康委员会三级公立医院绩效考核体系,标志着我国日间手术发展进入了一个新阶段。2022 年,中华人民共和国国家卫生健康委员会印发的日间手术推荐目录列举了普通外科、骨科、口腔科、眼科、耳鼻喉科、整形外科、儿科、胸外科、血管外科、泌尿外科、妇产科和心

血管内科等科室的 708 个日间手术操作项目,以供医疗机构开展日间手术时使用^[3]。随着医疗技术的不断进步,耳鼻咽喉头颈外科开展的儿童相关疾病的日间手术也日益增多,但由于当前国内各地区发展不平衡,在日间手术中心建立和质量安全监管指标方面缺少严格的标准,因此迫切需要一部权威、详细的指南来规范这一领域。

1.2 日间手术的定义

2003 年国际日间手术协会(International Association for Ambulatory Surgery, IAAS)正式定义日间手术为患者从入院、手术到出院,在 1 个工作日内完成的手术,不含医院开展的门诊手术^[4]。

2015 年,中国日间手术合作联盟(Chinese

通信作者:刘大波,南方医科大学深圳医院(广东深圳,518101),E-mail:daboliu@126.com;

李晓艳,上海市儿童医院/上海交通大学医学院附属儿童医院(上海,200062),E-mail:chhshent@163.com

引用本文:中国妇幼保健协会妇幼微创专业委员会儿童耳鼻咽喉头颈外科微创学组. 儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术规范化建设实践指南[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2026, 40(1): 1-9. DOI: 10.13201/j.issn.2096-7993.2026.01.001.

Ambulatory Surgery Alliance, CASA) 提出中国日间手术的定义: 患者在 24 h 内从入院到出院期间完成的手术或操作, 因病情需要延期住院的患者, 其住院最长时间不超过 48 h。日间手术是指针对患者进行有计划的手术和操作, 不包含门诊手术^[5]。

2022 年国家卫生健康委印发《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》, 该规定所称日间医疗, 是指医疗机构在保障医疗质量安全前提下, 为患者提供 24 h 内完成住院全流程诊疗服务的医疗服务模式^[6]。

1.3 指南目的

本指南撰写的目的是为全国各级医疗机构开展儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术提供一套科学、系统、可操作的同质化建设标准。核心目的在于保障医疗安全与质量, 提升患者体验, 推动日间手术模式的健康、可持续发展。

1.4 适用范围

适用于所有设立儿科、儿童专科或妇幼专科医院的医疗机构, 有耳鼻咽喉头颈外科、麻醉科、日间手术管理机构, 且有意或正在开展儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术的医疗单位。

1.5 指南制定方法

基于循证医学原则, 综合参考了国内外最新文献、国内相关政策、指南与共识。通过多学科专家团队(包括耳鼻咽喉头颈外科、麻醉科、护理部及管理人员)的多轮深入讨论与德尔菲法专家共识形成。

2 日间手术中心的组织与硬件建设

儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术中心的建设是保障医疗质量, 提升运行效率与保障患者安全的核心基础。其规划设计应严格遵循“以患者为中心、以安全为底线、以流程为导向”的原则, 打造一个功能完备、流程顺畅、环境友好的物理空间与高效协同的管理体系^[7-8]。

2.1 中心模式与设置

日间手术中心的组织架构是实现高效安全运行的首要前提。结合国内医疗机构的实际情况与资源条件, 主要推荐 2 种建设模式。其一为独立单元模式, 即建立一个功能齐全的独立物理单元, 拥有专属的出入通道和完整的医疗流程, 能够独立完成从接待、手术、观察到出院的全流程闭环管理。此模式能最大程度避免与住院患者的交叉, 是理想的首选模式。其二为模块式管理模式, 适用于暂时无法实现完全独立的机构, 通过在院内或专科内划定明确的专属区域, 在共享部分医技资源的同时, 必须确保日间手术核心流程的独立性与完整性。本指南建议采用独立或模块式管理, 核心目标在于确保流程闭环, 实现精细化运营^[9-10]。

为确保中心的规范运行, 应建立完善的组织管

理架构。医院层面需设立日间手术管理委员会, 由院领导、医务、护理、麻醉、外科等关键部门组成, 负责制度审定与质量监督。中心日常运营由专职主任与护士长负责, 领导由专科医师、麻醉医师、护理团队组成的多学科团队共同运营, 确保统一调度与规范执行^[11]。

在空间规划上, 中心总面积需根据手术室数量与手术量科学规划, 确保各功能区布局合理、流程顺畅。功能区必须明确划分术前准备区、手术室、麻醉复苏室、术后观察休息区及家属等候区。其中, 麻醉复苏室床位数量应充分考虑手术周转和患者安全需求, 配备充足的床位资源; 术后观察区应尽可能设置便于家长陪护的家庭化单元, 营造温馨舒适的康复环境。各功能区域的面积配比和空间布局应遵循日间手术工作负荷和医疗服务需求为基本原则^[12]。

2.2 硬件设施配置要求

硬件设施作为保障手术安全与患者舒适度的物质基础, 中心需实施清晰的功能分区, 每个区域都需满足特定需求。术前准备区应具备接待、评估和更衣功能^[13]。

手术室是日间手术中心的核心区域, 建议配备完整系列的儿童耳鼻咽喉专用微创手术设备。基础设备应包括高清内镜系统以及图文工作站, 配备不同直径的硬质内镜(如 0°、30°、70°镜), 以适应儿童鼻腔和耳道。根据手术需要推荐配备鼻科切削钻、耳科电钻、等离子手术系统、激光手术系统、手术显微镜、支撑喉镜、食管镜、支气管镜等设备, 具体设备配置清单见附录 7.1。

观察区构成围术期安全管理重点区域, 每张床位应配备具备呼气末二氧化碳监测功能的多功能监护仪, 持续监测心电、血氧、无创血压等生命体征^[14]。应配置小儿专用困难气道车, 车内应包含各型号儿童喉镜片(包括直镜片和弯镜片)、各尺寸喉罩、小儿可视喉镜, 有条件的医院建议配置光棒、小儿支气管镜等全套气道管理设备等。此外, 每床均应配备中心供氧、负压吸引及雾化吸入设备。急救药品库应按照患者体重梯度分类存放, 药品配备应覆盖心肺复苏、过敏性休克抢救、支气管痉挛、恶性高热等紧急情况, 并配备快速计算贴纸, 确保紧急情况下能迅速准确地用药。

2.3 信息化建设

信息化建设构成日间手术中心高效运行与精细化管理的关键支撑。中心应构建一体化的日间手术管理信息系统, 实现从术前预约、评估审核、智能排班、手术执行、麻醉复苏、术后观察流转到出院随访的全流程数字化管理。该系统需与医院 HIS、LIS 等核心系统实现无缝链接, 确保医疗数据在各环节间实时、准确流转, 从而构成完整的闭环管理^[15]。

在系统功能设计中,重点强化 4 大核心模块,以提升日间手术效率与安全。电子化临床路径模块固化标准诊疗流程,自动监控执行与变异,支撑质量管控。智能排班模块整合手术室、医师、麻醉及护理资源,根据手术类型、时长与资质智能匹配,实现资源高效利用与流程顺畅衔接。自动化出院评估模块内置标准化评分,通过结构化数据自动生成评估结果与个性化指导。结构化随访模块按病种设定方案,系统自动触发随访并收集康复信息,对异常实时预警,构建术后安全防护网^[8]。

3 多学科团队的资质与建设

多学科团队(multidisciplinary team,MDT)模式在头颈外科疾病管理中能显著提高诊断准确性和治疗计划合理性。在儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术中,MDT 应涵盖专科、麻醉、护理及管理专家,以确保高效、安全的诊疗流程。

3.1 核心人员资质与岗位职责

耳鼻咽喉头颈外科医师资质要求:手术医师须取得相应的手术授权,完成日间手术规范化培训,培训内容涵盖患者筛选、微创技术应用及并发症应急处理。

岗位职责:负责围手术期评估、手术执行及术后出院决策,确保符合日间手术安全标准。

麻醉医师岗位要求:需熟悉小儿麻醉与气道管理,经过儿科高级生命支持培训,并取得相应授权^[16]。

岗位职责:涵盖术前评估(如营养状态筛查,麻醉分级等)、术中麻醉管理、手术后镇痛、以及参与出院决策。主导术前麻醉风险评估,优化术中镇痛方案,并确认患者麻醉复苏后达到离院标准^[17]。

术前评估/宣教护士:具备儿科护理经验,完成儿童沟通技巧培训,负责健康教育和术前筛查。

手术室护士:经过儿科高级生命支持培训,需熟悉耳鼻喉科微创器械操作,协助完成准备,负责复苏期监测及并发症初步处理。

病房观察护士:负责术后观察和出院指导,确保居家护理衔接。

3.2 人员培训与认证体系

所有 MDT 成员须接受强制性培训,内容包括日间手术流程、应急预案(如出血或呼吸事件处理)及儿童沟通技巧。

建立考核机制,通过模拟演练和笔试评估能力,合格者授予岗位准入授权。培训内容应基于共识指南。

3.3 管理架构与运行机制

推荐由外科、麻醉、护理及医院管理专家组成的“日间手术管理委员会”进行管理和监督日间手术团队的运营。

职责:监督质量指标(例如手术时间合规)、审

批新术式流程,并管理不良事件,确保 MDT 决策的标准化与持续性改进^[18]。评估复杂手术门诊化的安全性和适用范围,结合成本效益分析,促进医疗资源优化。

3.4 日间手术的标准化流程

基于日间手术中心条件,制定标准化术式清单和日间转住院流程,遇突发病情应启动应急预案及快速转移机制,由 MDT 共同决策,确保患者安全。

4 患者、病种与术式的准入标准

4.1 患者准入标准(需同时满足)

年龄:全身麻醉患者通常建议年龄 ≥ 3 岁,低龄婴儿需个体化严格评估^[19];全身麻醉日间手术的患者 ASA 分级需为 I ~ II 级,全身状况稳定^[20];社会与家庭因素:患者意识清晰,无精神疾病史,围手术期有家属陪伴。患者家属理解并愿意接受日间手术模式,对手术和麻醉方式知情同意,并且有能力完成出院后的照护工作^[21]。

4.2 医疗团队准入

医师资质:手术医师需具备相应级别手术的操作资质^[22];多学科协作:日间手术需要由外科、麻醉、护理等多学科团队共同支持与协作。

4.3 术式准入标准

推荐纳入技术成熟、时间短、并发症风险低的患者,具体病种见附录 7.2。

绝对排除的术式:术中术后可能发生严重并发症(如大出血、气道水肿)的手术;术后需特殊监护或剧烈疼痛需持续静脉镇痛者;合并严重系统性疾病(ASA IV ~ V 级)的患者。

4.4 疫苗接种时间限制

麻醉前 3 d 应避免接种灭活疫苗,包括百日咳、破伤风、白喉等;前 12 d 应避免接种减毒活疫苗,包括麻疹、腮腺炎、风疹和脊髓灰质炎病毒疫苗等;而流感疫苗有灭活疫苗和减毒活疫苗 2 大类,应分别对待。若接种灭活疫苗和减毒活疫苗后,择期手术应分别推迟 1 周和 3 周。

4.5 病历管理

日间手术病历应符合医务医政管理的要求,包含住院病案首页、24 h 内入出院记录、手术记录、麻醉记录、各类知情同意书、术前检查报告等。若患者因病情需要延期出院,需及时将日间病历转为普通住院病历,并在病程记录中说明原因。同时需加强质量评估,定期统计和分析日间手术总例数、非计划再次手术率、并发症发生率、术后 48 h 内重返率等指标,持续改进质量^[23]。

5 围手术期规范化流程管理

5.1 术前评估与准备

时机:手术前由手术医师、麻醉医师及护理团队共同完成。

专科评估:患者在耳鼻咽喉头颈外科门诊就

诊,经病情评估后,明确诊断与手术指征,确定手术方式,如确定其病种为日间手术范畴,并符合微创手术要求,则进入手术预约流程,术前完成全麻手术的要求术前检查内容。预约手术时间,告知手术风险,完成手术同意书签署。

麻醉评估:由麻醉医师执行,建议进行 2 次麻醉评估,第一次评估可在患者到院进行术前检查后进行,麻醉医师应全面评估病史、对患者进行详细的体格检查(重点关注气道、心肺)、重点关注血常规、凝血功能、胸片、心电图是否存在异常。注意发现和辨别围手术期可能增加麻醉风险的问题,包括困难气道、呼吸系统疾病、恶性高热家族史、过敏体质、病理性肥胖、先天性心脏病、血液系统疾病、胃食管反流性疾病等。第一次评估的目的是及早识别潜在风险,并对可能影响手术的潜在危险因素进行及时的干预。第二次评估建议在手术当天进行,旨在确认患者的身体状况是否发生改变,并制定个性化麻醉方案,降低围手术期风险^[24]。

护理评估:患者入院后,首先应采用标准化评估表,对患者基本情况、过敏史、心理状态、家庭支持度等信息做详细了解,进行针对性护理。

健康教育:围手术期针对患者及其监护人实施多模式的心理干预与健康教育,其核心目标是减轻心理焦虑与应激反应,提升治疗依从性与就医体验。宣教内容需涵盖诊疗流程、康复计划及术后护理要点,尽量以适合患者认知水平的方式呈现,使患者主动加入到诊疗过程中。除传统口头与书面形式外,建议采用多元化宣教手段,如视频动画、微信公众号、医疗游戏、麻醉或手术模型器具体验、手术室环境预参观,输液及换药预演等。这些措施通过增加环境熟悉度与过程可控感,能显著降低患者恐惧感与监护人焦虑水平,从而提升诊疗配合度^[25-26]。对存在术前焦虑高危因素或不合作的患者,给予口服咪达唑仑糖浆或鼻喷右美托咪啶等药物进行干预,可达到明显的镇静效果。

为了预防麻醉诱导期及苏醒期胃内容物的反流误吸,推荐在麻醉前遵循“2-4-6-8”禁食禁饮原则(表 1)。

表 1 麻醉前禁食禁饮时间

饮食种类	麻醉前禁食禁饮时间
清饮料(清水、无渣果汁、碳水化合 物饮料、茶类、无奶咖啡等)	≥2 h
新生儿和婴幼儿母乳	≥4 h
配方奶或牛奶	≥6 h
淀粉类固体食物	≥6 h
脂肪及肉类固体食物	≥8 h

在日间手术模式下,患者及低龄患者的家属需全面了解围手术期全过程。医护人员需提前告知麻醉的类型,手术团队的手术方案。并告知术后早

期可能出现会咽喉不适、术区疼痛、术腔分泌物及嗜睡等症状,需重点警惕活动性出血征象。颈部手术还需密切关注呼吸困难、颈部肿胀等气道受压症状。另外,还需明确术后恶心呕吐是常见并发症,其预防已纳入标准化麻醉方案,除术中预防性使用止吐药物外,建议术后早期采取少量分次饮水方式,必要时可使用备用止吐药物^[27]。

术后疼痛易导致患者哭闹和烦躁,可能会增加术后出血、脱水的风险,因此术前评估时应告知患者术后疼痛的可能程度和持续时间。术后需动态进行疼痛评估,并及时进行术后疼痛管理^[28]。建议遵循按时给药原则,根据疼痛程度采用阶梯化镇痛方案,避免疼痛加剧后再行处理。

出院后一旦出现应急事件,可提供下列处理方式:设置 24 h 应急联系电话,确保全天候畅通;安排应急处理专员(由经过专项培训、熟悉日间手术并发症的资深耳鼻喉科护士或住院总医师担任,负责首诊应答与远程指导),指导家属进行简单的处理、救治或就近急诊科诊疗;急诊开设绿色通道就诊,必要时收住院;及时报告主诊医生协调处理^[27]。

5.2 手术日流程

入院办理:设置办理入院快速通道,精简入院流程。患者在手术日的手术时间前住进日间病房,入院后由专科医生完成病史询问、体检、完成病历内容,完善相关术前检查,申请手术,并联系麻醉医生进行最后一次术前访视及评估。由于医务人员需要术前检查患者,住院时间完全错开可能会导致流程效率低下。

手术安排:术前完善病历书写、手术评估、知情同意书等,按预约的时段安排手术,保证日间手术室顺利且连贯运行,同时最大限度地减少延误和对患者的干扰^[2]。

术前核对:“Time-out”手术安全核查最早由美国医疗机构评审联合委员会于 2004 年提出,是确保对正确的患者,在正确的部位,实施正确的手术的关键。儿童日间微创手术也应严格按照“Time-Out”程序执行术前核对。

麻醉:可参考中华医学会麻醉学分会日间手术麻醉指南^[28],在确保患儿安全与医疗质量的前提下,优化流程,倡导舒适化医疗,推荐使用七氟醚、丙泊酚、瑞芬太尼等药物,以及外周神经阻滞,术中常规静脉输液,注意术中保温,考虑术后镇痛,有效预防术后恶心呕吐,提高患儿日间手术的舒适度^[29]。

手术:日间手术应严格遵循微创原则,手术医师在术中需密切监测患者生命体征与出血量,力求精确控制并减少失血;同时应注意精细操作,最大限度减轻组织损伤,保护正常生理结构。

麻醉复苏(Post-Anesthesia Care Unit, PACU):儿童日间微创手术麻醉应根据相关指南

在 PACU 持续监测生命体征、呼吸功能,确保呼吸道通畅、体温稳定;评估意识、疼痛与恶心呕吐,及时给予镇痛止吐;待患者意识清醒、疼痛可耐受、无并发症且生命体征平稳后,方可转出,并指导家属继续观察^[30]。

5.3 出院评估与标准(核心安全环节)

建议使用标准化的出院评分系统,出院患者应达到以下标准^[31]:①生命体征:稳定且在年龄正常范围内;②活动水平:能恢复到术前水平(如年龄相符);③恶心呕吐:轻微或无,或已有效控制;④疼痛:轻微且可通过口服药物有效控制(VAS<4分或行为观察评分低);⑤手术出血:轻微或无活动性出血;⑥口服摄入:能够饮用液体无呛咳。

5.4 出院后随访与应急支持

随访机制:建议实行主动、结构化随访。术后6~8 h内进行首次电话随访,术后24~48 h进行第2次随访,重点评估疼痛、出血、进食、活动情况。

应急通道:提供24 h畅通的应急专线,确保在紧急情况下能够第一时间获得帮助。设立便捷通道,由值班医生迅速接诊,若病情变化需入院治疗,确保能快速办理住院手续,及时获得所需的医疗支持。

记录与反馈:所有随访信息需标准化记录,并反馈至质量管理委员会^[2]。

6 质量控制与持续改进

6.1 关键绩效指标监测

医疗质量与安全评价是保障医疗服务质量的核心环节,也是落实医疗质量安全管理根本手段。对于儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术而言,这一环节尤为重要。患者具有生理、心理及沟通上的特殊性,其手术流程、麻醉管理及术后康复均与成人存在显著差异。因此,通过对日间手术全过程的系统性监测与关键绩效指标(Key Performance Indicators, KPI)评估,能够精准识别儿童专科诊疗中的特殊风险,并给与及时的防范和干预,确保手术安全,推动医疗质量的持续改进^[32-36]。

为进一步提升儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术的技术水平与服务能力,需建立并定期执行一套针对性强、科学全面的质量考核体系。儿童耳鼻咽喉头颈外科日间手术的质量控制应贯穿于术前、术中、术后及随访全流程,其考核内容具体包括以下KPI。

6.1.1 术前准备与流程效率指标 患者爽约率与手术当日取消率,此指标直接反映术前评估与宣教的成效。儿童手术易因感冒、发烧、家庭等突发情况取消,需深入分析取消原因,针对性地加强术前访视(尤其是麻醉评估),采用图画、视频等儿童易理解的方式进行宣教,可有效降低该比率。

6.1.2 平均入院等候时间 缩短患者在医院的无

效等待时间,是减轻其焦虑、提升家庭满意度的关键。优化办理入院、术前准备的流程,精确计算本中心手术时间、前后手术衔接时间等,实现“无缝衔接”,能显著改善就医体验。

6.1.3 手术准点开台率 手术延迟会延长患者禁食禁水时间,增加哭闹和家属焦虑。保障首台手术准点开台,并加强手术间之间的衔接,对儿童患者而言至关重要。

6.2 术中与术后安全质量指标

6.2.1 并发症发生率 儿童耳鼻喉手术需重点关注术中出血、病变外的副损伤,术后恶心呕吐、呼吸道事件(如喉痉挛、支气管痉挛)、出血、疼痛等。建立标准的并发症定义与记录规范,并定期进行分析,做好专项持续改进是推动日间手术改进和麻醉管理优化的基础。

6.2.2 转入普通病房率与延迟出院率 患者术后可能因术中出血量多、术后出血、呼吸不畅、疼痛控制不佳、呕吐、嗜睡或家长严重焦虑等因素而转入普通病房或延迟出院。需制定清晰、量化的儿童出院标准(如进食情况、活动水平、疼痛评分、精神状态),并加强术后观察与支持,确保安全离院。

6.2.3 非计划再入院率与非计划再手术率 非计划再入院率与非计划再手术率是衡量手术质量与术后管理效果的关键指标。对于扁桃体、腺样体切除术后出血、中耳炎术后感染等常见问题,需通过细致的出院指导和畅通的24 h咨询渠道主动干预,防范于未然。

6.3 术后随访与患者体验指标

6.3.1 随访完成率 对于儿童患者,术后随访不仅是了解并发症,更是评估远期疗效的关键。应采用多元化随访方式(电话、微信、线上平台),提高随访依从性,确保数据完整。

6.3.2 患者满意度 由于患者无法直接表达,家属的体验成为重要评价依据。满意度调查应涵盖医护沟通、环境设施、疼痛管理、出院指导等方面,从中发现服务短板,提升人文关怀质量。

6.4 临床路径变异率

监测实际诊疗过程与既定儿童耳鼻喉临床路径的偏差。分析变异原因(如术中发现特殊情况、术后出现预期外反应),可以不断优化路径本身,促进诊疗服务的标准化和规范化,减少不必要的医疗资源浪费。

6.5 资源利用与运营效率指标

衡量科室将适合的择期手术纳入日间模式的能力。在保障安全的前提下,积极拓展日间手术病种范围,是提升医疗服务效率的体现。

6.6 常见并发症管理预案

针对术后出血、疼痛等制定清晰的预防与处理流程图(图1~2)^[32,36-40]。

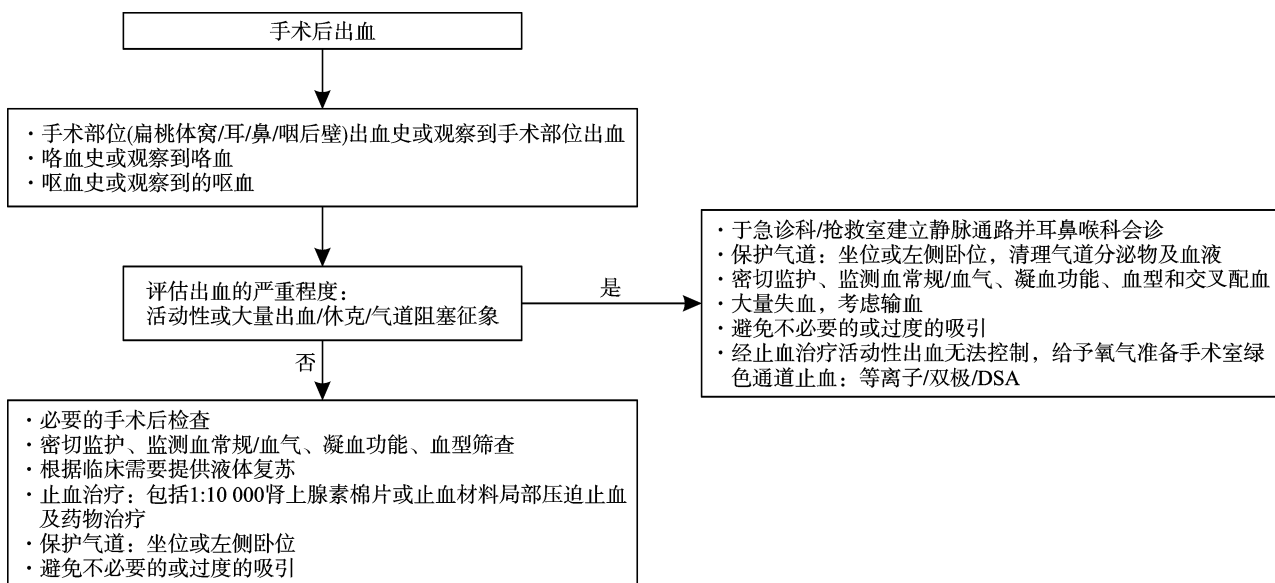


图 1 术后出血处理流程图

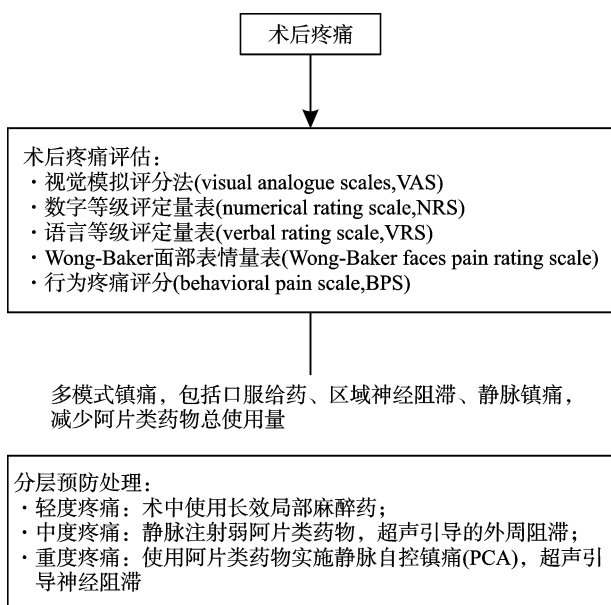


图 2 术后疼痛处理流程图

6.7 持续质量改进机制

为构建系统化、可持续的质量管理体系,应建立完善的持续质量改进机制。通过对日间手术全过程的动态监测与数据分析,持续识别并改进影响医疗质量与安全的关键环节,推动质量管理的科学化、规范化与精细化^[41]。

应建立非计划事件的根本原因分析制度,对考核指标中涉及的不良事件进行系统梳理和原因追溯,深入分析制度性、流程性及人员因素等潜在根源,制定针对性的改进措施,并落实整改与反馈,形成“发现问题—分析原因—改进措施—评估成效”的闭环管理模式^[42]。

7 附录

7.1 日间手术常用设备和器械清单

①高清鼻内镜系统(含不同角度和直径的硬质内镜);②耳内镜系统(含超细内镜);③鼻科动力系统(儿童专用切削钻);④耳科动力系统(儿童专用电钻);⑤低温等离子手术系统(含儿童专用刀头);⑥激光治疗仪;⑦手术显微镜;⑧支撑喉镜系统;⑨小儿食管镜、支气管镜;⑩全套耳鼻喉科显微手术器械;⑪儿童专用开口器,鼻咽镜;⑫特殊手术包(含气管切开包)。

7.2 推荐病种

7.2.1 耳部疾病 耳前瘻管(耳前瘻管切除术);副耳(副耳切除术);耳廓囊肿(耳廓囊肿切除术);分泌性中耳炎(鼓膜切开置管术);耳廓畸形(无创矫正术)

7.2.2 鼻部疾病 鼻出血(内镜下电凝止血术);鼻中隔新生物(鼻中隔病损切除术);下鼻甲肥大(内镜下鼻甲射频消融术);鼻中隔偏曲(内镜下鼻中隔成形术);鼻骨骨折(鼻骨骨折复位术);鼻腔粘连(内镜下鼻腔粘连松解术);鼻腔鼻窦新生物(内镜下鼻腔鼻窦活检术)。

7.2.3 咽喉部疾病 扁桃体/腺样体肥大(针对轻中度阻塞性睡眠呼吸暂停,采用低温等离子等微创技术);鼻咽部病损(内镜下鼻咽部病损切除术);会厌囊肿(支撑喉镜下会厌病损切除术);声带息肉(支撑喉镜下声带息肉切除术)。

7.2.4 头颈部疾病 头颈颌面部皮样囊肿(颈部肿物切除术);头颈颌面部钙化上皮瘤(颈部肿物切除);颈部胸壁瘻管(颈部鳃裂瘻管切除术)。

7.3 日间手术详细流程

日间手术详细流程见图 3。

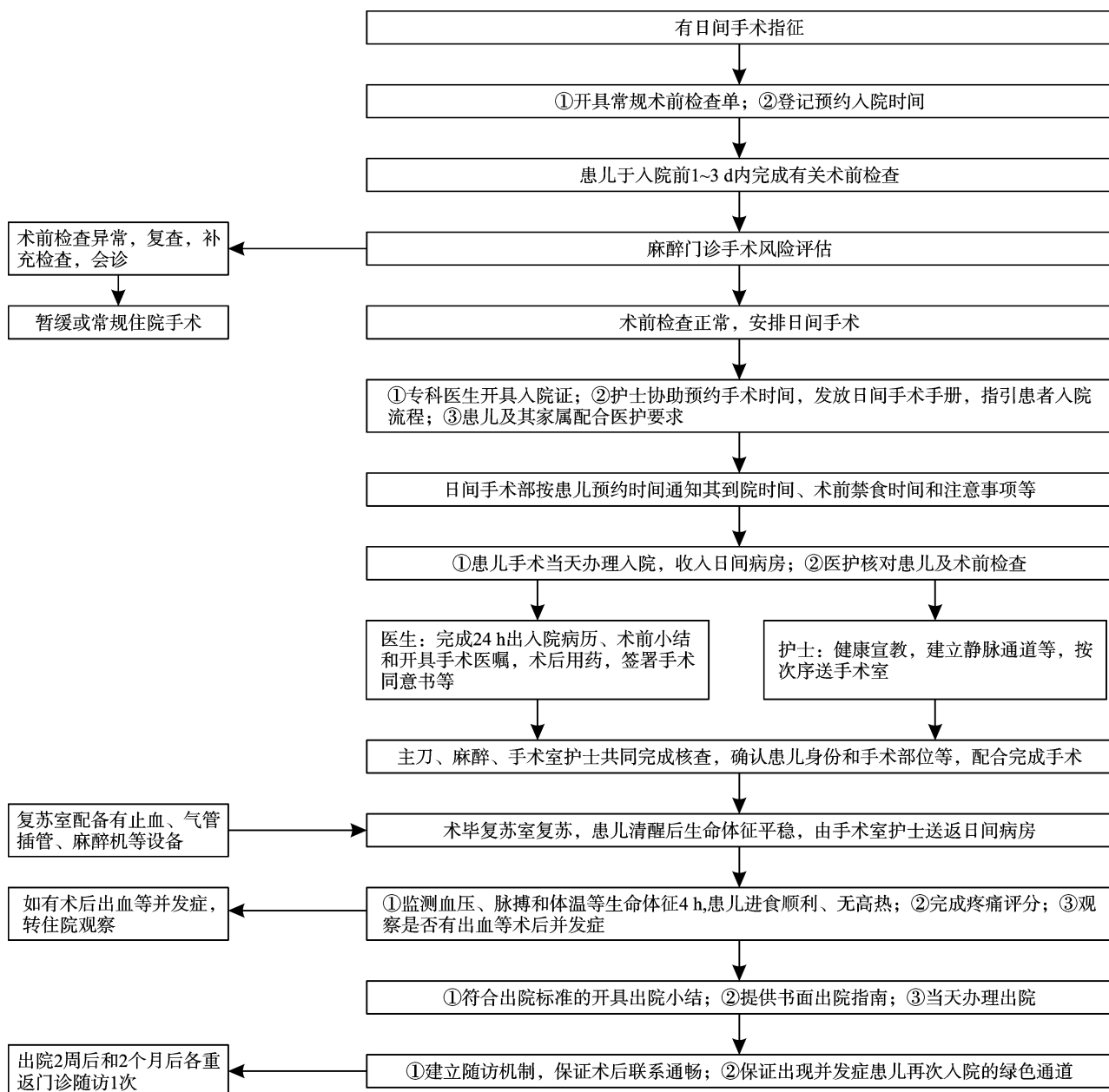


图3 日间手术流程图

撰写专家:

刘大波 南方医科大学深圳医院

李晓艳 上海市儿童医院/上海交通大学医学院附属儿童医院

陈 颀 华中科技大学同济医学院附属协和医院

张 杰 首都医科大学附属北京儿童医院

陈 超 复旦大学附属儿科医院

姚红兵 重庆医科大学附属儿童医院

刘广平 天津市儿童医院/天津大学儿童医院

邹 剑 四川大学华西医院

夏忠芳 华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院

马 静 昆明市儿童医院/昆明医科大学附属儿童医院

潘宏光 深圳市儿童医院

宋 伟 大连市妇女儿童医疗中心(集团)

僧东杰 郑州大学附属儿童医院/河南省儿童医院

牟 鸿 山东大学附属儿童医院

徐宏鸣 上海市儿童医院/上海交通大学医学院附属儿童医院

钟建文 南方医科大学深圳医院

张恩东 威海市妇幼保健院

苒 江 东莞市儿童医院

李幼瑾 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心

寇 巍 四川大学华西第二医院/四川大学华西妇产儿童医院

吕 丹 四川大学华西医院

邹 宇 广东省妇幼保健院
黄 敏 湖南省儿童医院
魏 嵘 上海市儿童医院/上海交通大学医学院附属儿童医院
刘学军 温州医科大学附属第二医院
刘金柱 天津市儿童医院/天津大学儿童医院
唐 鸣 宁波大学附属妇女儿童医院
智 敏 南方医科大学深圳医院

讨论专家:

程 超 深圳龙岗耳鼻喉医院
耿江桥 河北省儿童医院/河北省第五医院
杨 柳 湖北省妇幼保健院
李莉萍 长春市儿童医院
郭 锋 吉林市儿童医院/吉林市第七人民医院
黄 群 南京市儿童医院
何君玲 常州市儿童医院
尹德佩 苏州大学附属儿童医院
纪尧峰 徐州市儿童医院
王 彤 江西省儿童医院
雷盛钦 江西省妇幼保健院
于海玲 青岛大学附属妇女儿童医院
王勤学 山西省儿童医院/山西省妇幼保健院
颜 斌 乌鲁木齐市第一人民医院/乌鲁木齐儿童医院
袁洛花 四川省妇幼保健院
刘 敏 成都市妇女儿童医院
徐 浪 四川大学华西第二医院/四川大学华西妇产儿童医院
孙晓卫 山东大学附属儿童医院
唐新业 重庆医科大学附属儿童医院
周玉萍 济南市第二妇幼保健院
林宗通 福建省福州儿童医院/福建医科大学附属福州儿童医院
姜 岚 郑州大学附属儿童医院/河南省儿童医院
易新华 广州市妇女儿童医疗中心

秘书:

仇书要 南方医科大学深圳医院
陈佳瑞 上海市儿童医院/上海交通大学医学院附属儿童医院

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Nicoll JH. The surgery of infancy[J]. BMJ, 1909, 2 (2542): 753-754.
- [2] Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, et al. Guidelines for day-case surgery 2019: guidelines from the association of anaesthetists and the British association of day surgery[J]. Anaesthesia, 2019, 74(6): 778-792.
- [3] 国家卫生健康委办公厅. 关于印发日间手术推荐目录(2022 年版)的通知: 国卫办医函〔2022〕38 号[EB/OL]. (2022-02-25).
- [4] Schäfer MK, Wittenmeier E. Ambulante und tageschirurgische eingriffe[J]. Der Anaesthesist, 2003, 52 (11): 1046-1054.
- [5] 中国日间手术合作联盟, 中华疝和腹壁外科杂志(电子版)编委会, 中国医师协会外科医师分会疝和腹壁外科医师委员会, 等. 腹股沟疝日间手术规范化流程专家共识(2019 版)[J/OL]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2019, 13(3): 193-197.
- [6] 国家卫生健康委办公厅. 医疗机构日间医疗质量管理暂行规定: 国卫办医政发〔2022〕16 号[EB/OL]. (2022-11-20)
- [7] 陈菲, 王寿勇, 刘巍, 等. 探讨儿童日间手术麻醉管理规范[J]. 重庆医学, 2018, 47(8): 1130-1132.
- [8] 李灿萍, 黄寿奖, 王东披, 等. 小儿日间手术标准化管理实践与探索[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(3): 209-212.
- [9] 雷东旭, 陈柳妹, 潘永英, 等. 小儿日间手术集中管理模式探讨[J]. 中华小儿外科杂志, 2020, 41(8): 698-703.
- [10] 何炜婧, 柳龚堡, 陆毅群, 等. 儿童专科医院日间手术混合管理模式探讨[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(3): 3-5.
- [11] Robinson H, Engelhardt T. Ambulatory anesthetic care in children undergoing myringotomy and tube placement: current perspectives [J]. Local Reg Anesth, 2017, 10: 41-49.
- [12] 顾硕, 顾松, 许文妍, 等. 儿童专科医院日间手术标准化管理[J]. 解放军医院管理杂志, 2010, 17(7): 662-663.
- [13] de Luca U, Mangia G, Tesoro S, et al. Guidelines on pediatric day surgery of the Italian Societies of Pediatric Surgery (SICP) and Pediatric Anesthesiology (SARNePI)[J]. Ital J Pediatr, 2018, 44(1): 35.
- [14] Briggs J, Laha S. Intra-operative patient monitoring [M]. CRC Press, 2018.
- [15] 王森, 魏明月, 黄一敏, 等. 以信息化闭环构建儿童日间手术安全管理体系[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(3): 6-8.
- [16] Walther-Larsen S, Aagaard GB, Friis SM, et al. Structured intervention for management of pain following day surgery in children[J]. Paediatr Anaesth, 2016, 26(2): 151-157.
- [17] Mossetti V, Boretsky K, Astuto M, et al. Persistent pain following common outpatient surgeries in children: a multicenter study in Italy[J]. Paediatr Anaesth, 2018, 28(3): 231-236.
- [18] Crute W, Wofford A, Powers J, et al. Comprehensive review of a large cohort of outpatient versus inpatient open renal and bladder surgery in children[J]. J Pediatr Urol, 2023, 19(4): 432. e1-432.
- [19] Jo FH. The ASA classification and peri-operative risk

- [J]. *Annals*, 2011, 93(3):185-187.
- [20] 顾炜琚, 赵列宾, 郭薇薇. 儿科日间手术开展现状及风险管理探索[J]. *中国卫生资源*, 2017, 20(4): 352-355.
- [21] 深圳市医师协会等离子医疗专业委员会. 低温等离子辅助下儿童扁桃体、腺样体手术技术标准(2023版)[S]. 深圳: 深圳市医师协会, 2023.
- [22] 蒋丽莎, 谢晓兰, 戴燕, 等. 四川大学华西医院日间手术入院前管理规范[J]. *华西医学*, 2019, 34(2): 133-136.
- [23] 中国医院协会病案专业委员会. 日间诊疗病历书写基本规范[S]. 2022.
- [24] 涂真真, 徐颖. 儿童日间微创手术的麻醉前评估[J]. *临床小儿外科杂志*, 2024, 23(10): 906-909.
- [25] West N, Christopher N, Stratton K, et al. Reducing preoperative anxiety with Child Life preparation prior to intravenous induction of anesthesia; a randomized controlled trial[J]. *Paediatr Anaesth*, 2020, 30(2): 168-180.
- [26] Kassai B, Rabilloud M, Dantony E, et al. Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children[J]. *Br J Anaesth*, 2016, 117(1): 95-102.
- [27] 中华医学会儿科分会, 中华医学会麻醉学分会小儿麻醉学组. 加速康复外科指导下的儿童围手术期处理专家共识[J]. *中华小儿外科杂志*, 2021, 42(12): 1057-1065.
- [28] 中华医学会麻醉学分会. 日间手术麻醉指南[J]. *中华医学杂志*, 2023, 103(43): 3462-3471.
- [29] Yogendran S, Asokumar B, Cheng DCH, et al. A prospective randomized double-blinded study of the effect of intravenous fluid therapy on adverse outcomes on outpatient surgery[J]. *Anesth Analg*, 1995, 80(4): 682-686.
- [30] Jackson I, McWhinnie D, Skues M. The pathway to success; management of the day surgical patient[M]. London: British Association of Day Surgery, 2010.
- [31] Palumbo P, Tellan G, Perotti B, et al. Modified PADSS(Post Anaesthetic Discharge Scoring System) for monitoring outpatients discharge[J]. *Ann Ital Chir*, 2013, 84(6): 661-665.
- [32] 国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅医院), 国家科技部内镜微创技术装备与标准国际联合研究中心. 综合医院日间手术室运行和管理中国专家共识(2022版)[J]. *中华消化外科杂志*, 2022, 21(9): 1173-1179.
- [33] Pinto J, Sá L, Amaral A. Consensus on quality indicators in ambulatory surgery: a Delphi survey conducted in Portugal[J]. *Ambul Surg*, 2024, 30(1): 3.
- [34] 陈炜. 中国日间手术质量控制体系的建设与发展[J]. *肿瘤*, 2024, 44(2): 110-116.
- [35] 徐瑞, 邓志梅, 陈进军. 梭形日间管理模式儿童腺样体切除术日间手术的全流程质量管理[J]. *临床小儿外科杂志*, 2024, 23(10): 929-934.
- [36] 中国医师协会耳鼻咽喉头颈外科医师分会小儿学组, 中国医师协会儿科医师分会耳鼻咽喉学组, 中国医师分会变态反应医师分会鼻眼过敏学组, 等. 儿童扁桃体腺样体日间手术临床实践指南[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2025, 39(9): 789-797.
- [37] 中国心胸血管麻醉学会日间手术麻醉分会, 中华医学会麻醉分会小儿麻醉学组. 儿童加速康复外科麻醉中国专家共识[J]. *中华医学杂志*, 2021, 101(31): 2425-2432.
- [38] Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council[J]. *J Pain*, 2016, 17(2): 131-157.
- [39] Gonçalves AI, Rato C, de Vilhena D, et al. Evaluation of post-tonsillectomy hemorrhage and assessment of risk factors[J]. *Eur Arch Oto Rhino Laryngol*, 2020, 277(11): 3095-3102.
- [40] Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting[J]. *Anesth Analg*, 2020, 131(2): 411-448.
- [41] Endalamaw A, Khatri RB, Mengistu TS, et al. A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact[J]. *BMC Health Serv Res*, 2024, 24(1): 487.
- [42] Charles R, Hood B, Derosier JM, et al. How to perform a root cause analysis for workup and future prevention of medical errors: a review[J]. *Patient Saf Surg*, 2016, 10: 20.

(收稿日期: 2025-11-21)