

专家共识

DOI: 10.19538/j.fk2022060112

妇科手术术前评估与准备的中国专家共识 (2022年版)

中国医师协会整合医学分会妇产疾病整合专业委员会

中国医师协会微无创专业委员会妇科肿瘤学组

关键词: 妇科手术; 术前评估与准备; 专家共识

Keywords: gynecologic operation; ;preoperative evaluation and preparation; expert consensus

中图分类号: R713 文献标志码: A

规范的妇科手术术前评估和术前准备能够有效避免或减少术中、术后并发症及降低术后病率,是维护患者生命安全的重要保障。充分的评估和准备能够准确预判术中和术后可能出现的问题,识别潜在风险,针对性地制定相应处理措施和预案。中国医师协会整合医学分会妇产疾病整合专业委员会、中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤学组组织专家通过充分讨论达成本共识,旨在促进和提高妇科手术术前评估及相关准备工作质量,提供规范化的评估依据。本共识推荐级别及其代表意义见表1。

表1 本共识推荐级别及其代表意义

推荐级别	代表意义
1类	基于高级别临床研究证据,专家意见高度一致
2A类	基于低级别临床研究证据,专家意见高度一致;或基于高级别证据,专家意见基本一致
2B类	基于低级别临床研究证据,专家意见基本一致
3类	不论基于何种级别临床证据,专家意见明显分歧

1 术前评估内容

1.1 系统的病史回顾 在术前评估中,需要重视常规病史采集的内容^[1]。在此基础上,还包括以下有关要素:手术指征的再确认、评估体能状态(performance status, PS)对手术的耐受性^[2]、围手术期并发症发生的相关危险因素、麻醉相关并发症的高危因素、既往血栓性疾病史以及是否有易栓的潜在风险。

1.2 体格检查 术前术者须对患者亲自进行全面系统的妇科检查,客观评估患者病情以及对手术和麻醉的耐受情况^[3]。特殊疾病应进行相应的补充检查,如宫颈癌和累及子宫颈的子宫内膜癌患者,妇科检查需明确肿瘤与阴

道、盆腔组织器官及盆壁之间的关系;盆腔器官脱垂患者必要时行棉签试验,存在后盆腔器官脱垂者需进行直肠阴道指诊、肛肠动力学检查;深部浸润型子宫内膜异位症如累及直肠,行直肠指检。

恶性肿瘤、老年患者需特别重视全身体格检查,尤其重视心肺功能检查。除了心肺的功能评估,还要注意重要器官及腹部的全面检查。恶性肿瘤患者注意浅表淋巴结的触诊。

推荐意见: 术前进行全面系统的妇科检查,恶性肿瘤、老年患者重视全面的体格检查,尤其心肺功能的检查(推荐级别2A类)。

1.3 实验室检查 患者术前需完成血常规、尿常规、凝血功能、血型、肝功能、肾功能、血糖、免疫学(乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病等)等常规实验室检查,考虑恶性肿瘤者行肿瘤标志物检查。此外,还需要根据手术的种类和并发症的风险,追加个体化的检查项目:有性生活的育龄期患者,伴有经期不规律、末次月经不详或有异常阴道流血者应进行血人绒毛膜促性腺激素(hCG)检测以排除妊娠的可能;老年、恶性肿瘤及易栓症患者检测抗凝血酶、蛋白C、蛋白S;心率异常者检查甲状腺功能等。有特殊疾病史者应追加某些实验室检查,如糖尿病患者检测糖化血红蛋白,高血压者必要时行类固醇激素的实验室检查,心脏病者进行心肌损伤标志物、心肌酶、脑利钠肽(BNP)检测等。

推荐意见: 患者需要进行基础的实验室检查和必要的特殊检查,根据手术的种类和并发症的风险,补充个体化的检查项目(推荐级别2B类)。

1.4 生殖道感染的检测 有阴道分泌物异常、瘙痒等症状患者,需进行生殖道感染的实验室检查。细菌性阴道病与妇科手术术后并发症(子宫切除术后阴道残端感染、子宫内膜炎等)相关,推荐术前妇科检查时对可疑细菌性阴道病患者进行筛查。研究表明,术前至少4d阴道局部给予甲硝唑片,术后补充直肠给药治疗细菌性阴道病,能够有效降低阴道残端感染率^[4],干预性治疗后感染率可下降10%~

基金项目:山东省自然科学基金(ZR2021QH011)

通讯作者:向阳,中国医学科学院北京协和医院肿瘤妇科中心,北京 100730,电子信箱:xiangy@pumch.cn;张师前,山东大学齐鲁医院,山东 济南 250012,电子信箱:r370112@126.com

75%。沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染增加术后子宫内膜炎的风险,尤其是有生育要求者,要做好排检。生殖道感染需进行细菌培养及药敏试验,严重生殖道感染者,应暂停择期手术。有性生活史的妇科良性疾病患者,术前常规进行子宫颈癌筛查,以排除子宫颈病变,如检查异常,则按照子宫颈病变的管理策略进行分流处理。

推荐意见:对可疑生殖道感染的患者进行分泌物实验室检查,必要时进行药敏试验,根据结果针对性地用药,治疗后再行手术,尤其是可疑细菌性阴道病患者。急性生殖道感染者禁行择期手术(推荐级别2B类)。

1.5 影像学检查 超声检查是妇科疾病的基本检查手段,建议所有妇科手术患者,术前均完成盆腔超声检查,尤其是妇科检查与既往超声检查不符、或患者主诉变化较大者,应重新复查。对于盆腔器官脱垂患者,术前超声检查的重点是评估膀胱尿道后角变化值、尿道近端旋转角变化值和漏斗状尿道的长度,评估患者隐匿性尿失禁可能性。MRI检查较其他影像学检查的软组织分辨率高,主要适用于恶性肿瘤如子宫内膜癌、子宫颈癌和深部浸润型子宫内膜异位症,可以清晰、多平面地显示病变浸润范围及与周围组织的关系。CT检查能辨别有密度差的组织,可以用于淋巴结转移等的辅助检查。恶性肿瘤患者行MRI或CT检查均建议行增强扫描。针对复杂的盆腔疾病,从已有的MRI和(或)CT影像中提取数据,利用软件创建盆腔三维重建模型,可从不同维度对盆腔病灶进行观察和测量,展示病灶和周围组织器官及血管的解剖关系。PET-CT在恶性肿瘤患者初始治疗前及复发时均有重要意义,能够准确提示肿瘤是否有远处转移。

1.6 营养状态评估 营养状态是影响患者术后恢复的关键因素,因此围手术期的营养状态评估十分重要,尤其是针对肿瘤患者和低体重患者。评估发现存在营养不良风险的患者,可以针对性地给予干预,改善营养状态。目前针对患者的营养状态评估尚缺乏全面系统的方法,通常是通过视学指标、实验室检查综合性评估:视学指标包括BMI、臂肌围、肱三头肌皮褶厚度和机体组成测定等;实验室检查包括血清白蛋白(ALB)、前白蛋白(PAB)、转铁蛋白(TRF)等。营养风险筛查法(nutritional risk screening, NRS)2002是最常用的综合评估方法,当评分 ≥ 3 分时表明存在营养不良风险^[5]。

1.7 其他检查和评估 妊娠或哺乳期患者、肿瘤患者或存在其他血栓高危因素患者,术前需行双下肢动静脉超声检查,既往有脑梗死史者推荐行颅内血管超声及双侧颈动脉彩超检查,必要时行脑血管造影。心肺功能的评估是确保麻醉和手术能否顺利进行的关键,除常规心电图检查外,针对高危人群,还应结合心脏彩超检查和心功能分级,必要时行24h动态心电图检查和冠脉造影检查。极高危或高危原发性高血压患者行24h动态血压监测,慢性肺部疾病患者如慢性阻塞性肺病、慢性支气管炎、哮喘等进行肺功

能检查及血气分析。有下肢静脉血栓且合并D-二聚体升高的高危患者建议增加肺CT血管造影(CTA)检查,排除肺栓塞;盆腔器官脱垂合并压力性尿失禁者,应行尿动力学检查,评估膀胱的静息状态功能、稳定性及顺应性。

推荐意见:术前评估应包括详细并认真核对手术指征和实验室检查结果,针对异常结果进行多学科会诊,评估麻醉并发症(推荐级别2A类)。

2 术前准备

2.1 预防和控制生殖道和(或)手术部位感染 手术部位感染是手术相关病死率升高、住院费用增加及住院时间延长的常见原因。针对手术部位感染的预防,全球已经颁布了多个指南,2018年世界卫生组织(WHO)发布了《全球预防手术部位感染指南》^[6],这一指南的发布为外科预防手术部位感染的临床操作提供了重要的依据。之后美国妇产科医师学会(American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG)对《妇科手术感染预防》指南进行了更新^[7],2020年国内有关社会组织发表了《妇科手术部位感染防控的专家共识》^[8],以上指南和专家共识的制订及不断更新为妇科手术前预防手术部位的感染提供了新的规范。

2011年中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组制订了《妇产科抗生素使用指南》^[9],该指南对妇产科手术前抗菌药物的预防用药做了相应的指导,2021年中国药学会医院药学专业委员会妇产科药理学组牵头制订了《妇产科围手术期抗菌药物预防使用指导方案》^[10],该指导方案对抗菌药物预防使用的时机、抗菌药物种类的选择、预防应用的时间以及给药途径等方面给予了推荐意见。推荐意见根据切口的类别、手术可能需要的时间、可能感染的细菌类型、手术创伤的程度、感染发生概率以及抗菌药物预防效果等多方面因素来综合考虑是否预防应用抗菌药物及选择抗菌药物的类别。当妇科手术的范围或手术选择的入路涉及到阴道,有发生腹腔感染的可能(如子宫切除术、人工流产或可疑生殖道感染的子宫输卵管造影术)时,术前30min应使用抗生素预防感染,如手术时间超过3h或术中失血量超过1500mL,术中应追加1次。除抗菌药物预防感染外,还可通过以下干预措施减少手术部位感染的发生。

2.1.1 控制合并感染 择期手术前应排除非手术部位的感染,如皮肤或尿路感染等;如合并非手术部位的感染,应由专科医生制定合理规范的治疗措施,待感染控制后实施择期手术。

推荐意见:合并非手术部位感染的择期手术患者,应待感染控制后再进行手术(推荐级别2B类)。

2.1.2 监控血糖 糖尿病患者血糖波动幅度大,会增加手术部位切口感染的风险。围手术期应严密监测血糖变化,避免过高或过低,推荐血糖控制在7.8~10.0mmol/L。正常饮食患者餐前血糖控制 ≤ 7.8 mmol/L,餐后血糖 ≤ 10.0 mmol/L。

当血糖 > 10.0mmol/L时推荐给予胰岛素治疗。对于禁食的普通患者,血糖高于7.8mmol/L时即需降糖治疗^[11]。同时还要警惕低血糖的发生,术前可酌情佩戴胰岛素泵。部分非糖尿病患者手术后可能会出现应激性高血糖,故手术后需要常规监测血糖,若发现异常,需及时调整。

推荐意见:围手术期需加强对糖尿病患者及可能出现应激性高血糖患者血糖的监测(推荐级别2A类)。

2.1.3 术前皮肤准备 术前皮肤准备的目的是减少手术部位感染的发生,皮肤的准备包括全身淋浴、备皮和使用皮肤消毒液等。既往认为,术前淋浴能够减少皮肤表面细菌总数,降低手术部位感染的发生率。ACOG在2018年《妇科手术感染预防》指南中推荐,经腹部手术患者,手术前夜应全身淋浴或沐浴,但未推荐最佳洗涤剂及洗浴时间^[7]。

传统观点认为,术前手术部位备皮能够减少手术部位感染的发生,但近年来一些研究提出了不同的意见,认为术前备皮不仅不能减少手术部位感染的发生,而且会增加手术部位感染的风险。Cochrane首次综述发表于2006年,并于2011年和2019年两度更新^[12],该研究纳入19项随机对照试验和6项半随机试验,共计8919名受试者,结论认为,使用剪刀或脱毛膏备皮的患者,手术部位感染风险与不脱毛者相比,差异无统计学意义;使用剃刀剃毛者相比于不脱毛者,手术部位感染可能性会更高。该证据表明,应尽量避免剃刀剃毛备皮,如果术前必须要进行备皮脱毛,可以使用剪刀或脱毛膏,并且脱毛时间选择在手术当日。

推荐意见:结合我国具体国情,手术前推荐全身淋浴,洗涤剂可选用含氯已定洗剂、抗菌皂、普通香皂或洗剂(推荐级别2B类)。推荐手术日备皮,使用剪刀剪掉毛发,避免使用剃毛刀(推荐级别2B类)。

2.1.4 术前阴道消毒准备 经阴道为手术入路或者有阴道切口者,术前均建议进行阴道准备。碘伏溶液最为常用,也可使用碘伏凝胶。应用碘伏溶液30min后,阴道细菌数量几乎接近基线水平,碘伏凝胶则需3h以上。有研究表明,术前3d开始行阴道消毒准备可有效降低子宫切除等手术的术后感染风险。经腹子宫切除术前使用0.125%碘伏溶液^[13]或者碘伏凝胶^[14],均能够有效降低手术部位感染的风险。碘伏过敏者可选用氯己定,不过氯己定为阴道冲洗的非适应症用药,安全性存有争议^[15],ACOG指南提出,含高浓度乙醇的葡萄糖酸氯己定溶液禁用于阴道的术前准备,但含低浓度乙醇(如4%)的溶液是安全有效的,可用于阴道手术准备^[16]。目前临床上也有应用苯扎氯氨溶液及3%过氧化氢溶液进行阴道消毒的情况。

推荐意见:涉及阴道手术者推荐术前进行阴道准备,消毒溶液推荐0.125%碘伏溶液或碘伏凝胶;碘过敏者可根据术者经验选用适当的消毒剂(推荐级别2B类)。

2.2 术前贫血的管理 贫血常见于妇科患者,以缺铁性贫血最为多见,术前贫血患病率可达20%以上^[17],常见于子宫肌瘤、子宫腺肌病和妇科恶性肿瘤。贫血会增加围手术期

的并发症风险,住院时间延长,还与恶性肿瘤预后不良有关。

异体输血是传统的纠正贫血的方法,但目前循证医学证据并未证实异体红细胞输注可使患者获益,异体输血有输血反应、潜在传播疾病的风险,还可能发生输血相关急性肺损伤、免疫功能抑制等。因此,异体输血需慎重考虑。

缺铁性贫血可以通过补充铁剂进行治疗,对于储铁不足(铁蛋白 < 100μg/L)、预计手术失血量多(预计血红蛋白下降 > 30g/L)患者,建议联合应用促红细胞生成素(EPO)和铁剂^[18]。常见的补充铁剂方法是口服或静脉输注,口服相对方便,但生物利用度低,铁剂的吸收受食物和药物的影响,胃肠道副反应明显,患者的依从性相对较差;静脉应用铁剂能够完全吸收,见效快,不刺激胃肠道,可以更快达到血红蛋白预期值。

使用EPO可以降低输血率,但其能否改善患者结局尚待证实,目前仅推荐适用于慢性贫血患者,当血红蛋白 < 120g/L,铁蛋白 > 100μg/L,转铁蛋白饱和度 < 0.2和(或)C反应蛋白(CRP) > 5mg/L时,可以应用。需注意EPO有引发血栓的风险,故血液高凝状态及未控制的严重高血压患者不推荐使用。文献报道,EPO能够促进肿瘤生长,妇科恶性肿瘤患者应慎用^[19]。

由妇科良性疾病引发的贫血,首先应明确病因,如为子宫腺肌病或子宫肌瘤引发的贫血,可以使用促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)或米非司酮治疗。除了能够纠正贫血,还可缩小子宫体积,减少血供,降低手术的难度和风险,减少术中失血量。

妇科恶性肿瘤患者手术前应常规准备同型洗涤红细胞及血浆。术前无贫血的特殊血型、对输血有顾虑、全子宫切除、重度子宫内膜异位症等患者,可考虑自体备血,备血后给予铁剂治疗。

推荐意见:对于缺铁性贫血患者,术前可静脉补充铁剂。子宫肌瘤、子宫腺肌病等妇科良性疾病相关贫血,可使用GnRH-a或米非司酮治疗(推荐级别2B类)。

2.3 血栓风险评估和预防 静脉血栓栓塞症(VTE)是妇科术后常见的术后并发症,包括深静脉血栓形成(DVT)和肺栓塞(PE)。在我国,妇科手术后无预防血栓措施患者DVT发生率为9.2%~15.6%,DVT患者中高达46%的患者发生PE,严重者危及生命^[20]。推荐患者入院24h内完成血栓风险评估,并根据风险等级给予相应的预防措施。国际上常用的VTE风险评估是Caprini评分,即根据危险因素和赋值计算的总分区分为低危(0~1分)、中危(2分)、高危(3~4分)和极高危(>5分)^[21]。国内也有妇科手术后深静脉血栓形成及肺栓塞预防的专家共识,即G-Caprini模型^[22]。该模型确定了6个妇科手术后DVT发生的独立危险因素,每项赋值均为1分,根据评分总值分为4个风险等级:低危、中危、高危、极高危,不同风险等级采取不同预防措施。

推荐意见:入院后24h内进行血栓风险评估,根据相应风险等级采取对应的预防措施(推荐级别2A类)。

2.4 术前肠道准备 妇科手术范围主要涉及盆腹腔器官,传统的观点认为,术前灌肠能减少术中肠管胀气,利于术野的暴露,避免手术区域的污染。随着加速康复理念的提出,发现术前不进行机械性肠道准备并不影响手术野的暴露,也未增加术后感染的风险。国际快速康复外科(ERAS)协会^[23]和《妇科手术加速康复的中国专家共识》^[24]推荐,妇科微创手术和良性病变的开腹手术不建议常规行术前肠道准备。对于可疑或确定妇科恶性肿瘤累及肠管、深部浸润型子宫内膜异位症或长期便秘者,需肠道准备,并建议同时口服覆盖肠道菌群的抗生素如甲硝唑等,同时注意补充钾离子和肠道益生菌。

推荐意见:基于ERAS的理念,妇科良性疾病手术前肠道准备并非必须;可能涉及肠道的手术,推荐术前肠道准备和口服覆盖肠道菌群的抗生素(推荐级别2B类)。

2.5 术前粘连风险的评估 粘连不仅增加手术的难度,还会使手术副损伤发生的概率增加。欧洲防粘连妇科专家组(ANGEL)制订了粘连风险评分体系,对患者进行术前、术中粘连风险评分,识别粘连高风险的患者,术前行风险告知,从而减少医疗纠纷的发生,指导合理的应用防粘连产品^[25]。我国专家于2020年发布了《妇科手术后盆腹腔粘连预防及诊断的专家共识》^[26],可以作为参考。

推荐意见:对既往有手术史的患者术前应进行粘连风险评估(推荐级别2B类)。

2.6 特殊人群的术前准备 本共识所指特殊人群包括老年人、肥胖患者及存在营养不良风险的人群。

老年患者手术目标和决策的制定,应兼顾患者的健康状况和家属意愿,由医患双方共同决策。手术目的基于远期结局,延长患者的健康预期寿命,维持患者的生理状态,避免手术导致生存质量下降,做到手术目的与治疗目标协同一致。老年患者可能同时合并几种慢性疾病,择期手术前建议多学科会诊,诊治过程遵循多学科团队(MDT)诊疗意见。

肥胖是指BMI≥30,患者容易合并原发性高血压、冠心病、糖尿病、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征和高胆固醇血症等疾病。术后发生切口并发症、手术部位感染、静脉血栓的风险均较体重正常者明显升高。为减少并发症、缩短住院时间和术后恢复时间,推荐选择最小侵入性的手术路径,如阴式手术或腹腔镜手术,但须告知中转开腹的可能。对怀疑有阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、冠心病、气道困难或高血压控制不良的肥胖患者,应于术前行麻醉评估^[27]。

术前存在营养不良风险的人群,需请营养或胃肠内科专家指导术前营养支持。可选择高蛋白口服营养补充,不能接受口服者,推荐肠内营养,如肠内营养仍然达不到蛋白质或热卡要求,建议进行肠外营养支持。

推荐意见:肥胖、老年人及存在营养不良风险等特殊人群要进行个体化的术前准备,推荐MDT诊疗模式,商请麻醉评估(推荐级别2A类)。

2.7 围手术期特殊药物应用者的管理

2.7.1 口服肾上腺糖皮质激素患者 肾上腺糖皮质激素(glucocorticoids, GCs)属于甾体类化合物,其分泌受下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴调节,长期服用GCs(泼尼松>20mg/d,持续3周以上),HPA轴会受到严重抑制,手术中可能出现肾上腺皮质功能不足。

糖皮质激素具有调节糖、脂肪和蛋白质的合成及代谢的作用,还具有抗炎的作用,是围手术期患者康复、避免严重感染的重要保障。因此,维持围手术期糖皮质激素水平的平稳十分重要。对于长期口服GCs的患者术前要进行内分泌科的会诊。因相应疾病需持续服用GCs患者,原则上不停药,可改为等效剂量的静脉制剂,待麻醉诱导后补给,或根据内分泌科的会诊意见酌情处理^[28]。

2.7.2 应用抗凝药物患者 部分妇科手术患者同时服用抗凝药物,常见原因包括血栓病史、房颤、冠心病支架置入、心脏瓣膜置换术等。抗凝药物可能会导致凝血功能障碍,影响围手术期安全,不恰当的停药还可能增加术后血栓栓塞(如卒中或机械性心脏瓣膜血栓形成)风险。术前评估该类患者血栓形成风险和手术出血风险(见表2),决定围手术期是否需要暂停抗凝药物以及停用期间是否需要药物桥接等。

表2 常见手术及操作的出血风险

风险等级	手术及操作
低风险	内镜检查无外科操作
	皮肤浅表手术
	脓肿切开引流、皮肤活检
中等风险	经内镜取组织活检
	子宫内膜或宫颈活检
高风险	脊髓或硬膜外麻醉
	腹部外科手术
	肝脏活检

低出血风险手术患者可继续口服华法林,但需确保国际标准化比值(INR)在治疗范围内。高出血风险的妇科手术需在术前5d停用华法林,同时评估血栓形成风险,如为低危患者,可不进行桥接抗凝,但手术过程中伴有明显的血栓形成风险增加,应使用桥接抗凝;如为中危患者,建议给予低剂量或中间剂量的低分子肝素或普通肝素桥接;如为高危患者,建议采用治疗剂量的低分子或普通肝素进行桥接抗凝,如患者评估需要进行桥接,具体用药原则商请血管外科会诊决定。停用华法林患者均需在术前1d检测INR,若INR仍延长(>1.5),且患者需接受限期手术,则可口服小剂量维生素K(1~2mg)使INR尽快恢复正常。

桥接药物通常选择普通肝素或低分子肝素治疗,一般在华法林停用2d后使用,术前20~24h停用低分子肝素,术前4~6h停用普通肝素。如果患者术后血流动力学稳定,应

在12~24h后恢复华法林治疗(常用剂量,一般在手术当晚或次日),当INR达到2或以上时,停用肝素类药物^[29]。

常见的新型口服抗凝剂有两类:直接凝血酶抑制剂(如达比加群酯)和Xa因子抑制剂(如阿哌沙班、利伐沙班),此类药物半衰期短,生物活性具有明确的“开关”效应,因此服用此类药物患者大多不需要进行肝素桥接治疗。停药时间需要根据手术创伤大小和出血的风险决定。对于一般出血风险患者,手术应在停药48h后进行;高出血风险手术患者,应延长停药时间至术前72h。对于肾功能减退的患者,停药时间需视情况延长更久。

推荐意见:对于长期口服抗凝药物的患者,术前需充分评估出血和血栓风险,根据相应风险等级选择是否停用抗凝药及是否需要药物桥接(推荐级别2A类)。

3 手术知情同意书的签署

良好的术前沟通能够提高患者及家属的配合度,提升治疗效果,减少医患纠纷的发生。术前沟通的内容应包括关于目前疾病的情况、治疗可选择的替代治疗方案(包括期待治疗)、手术的相关风险和可能的获益。向患者具体说明病情和医疗措施、医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得明确同意;如果向患者说明可能会造成患者悲观、恐惧、心理负担沉重,不利于治疗,就不能或者不宜向患者说明,这种情况下应当向患者亲属说明,并取得明确同意。如子宫腺肌病的患者可以选用药物治疗等;对于盆腔器官脱垂患者要详细了解患者对手术的期待和治疗的目的,重建性手术效果差异大,对生活质量的改善不一定十分明显。术前谈话内容还包括术后需要的恢复时间、术后可能出现的不适症状、家属需要配合的具体事宜等。术前谈话还需要涉及术后可能出现的意外,详细的沟通能够增加患者对术后可能意外的接受度和顺从性,有助于术后恢复。术前沟通内容应记录在病程及手术治疗知情同意书中,并请患者本人及授权委托人共同签字。

推荐意见:重视术前的医患沟通及手术知情同意书的签署,得到患者及家属的明确同意(推荐级别2B类)。

4 结语与声明

“三基三严”是提高医务人员整体素质和医疗水平的重要途径。基本理论、基本知识和基本技能是医务人员为患者服务的基本要求,是医疗质量的基本要素。严格要求、严密组织和严谨作风所构成的“三严”是达“三高”(高标准、高效率、高质量),实现“全优”(全程优质服务)的前提和保证。

“安全有效”是患者和社会对手术最基本的期望和要求。目前,各级医疗机构都有一整套与手术相关的规章制度,如患者知情同意、风险评估、手术分级管理、重大疑难手术多学科会诊讨论等。在手术技术与风险管理方面,有人员岗前培训、技术准入管理以及术中、术后技术监管等

规范。惟一尚未形成共识或规范的细化条目就是手术前的评估与术前准备。规范妇科手术术前评估与准备可以有效减少医患矛盾、手术意外、手术并发症并加速术后康复。为此,本共识就妇科手术术前评估的详细内容、术前准备的逐项要求进行“清单化”推荐,以期达到同质化管理,为患者的手术安全提供有力保障。

本共识的制订基于循证医学证据,旨在为妇科手术术前评估与术前准备提供规范化指导性意见,但具体方案的实施需建立在共识基础上的个体化。部分共识的推荐还需进行高质量的临床研究验证。本共识不排除其他学术组织有关指南、共识或建议的合理性。共识制订专家委员会一致声明本共识的制订与任何商家无利益冲突。

执笔专家:许天敏(吉林大学第二医院);张师前(山东大学齐鲁医院);向阳(中国医学科学院北京协和医院)

参与讨论专家(按姓名笔画排序):于云海(山东大学第二医院);于浩(山东第一医科大学附属肿瘤医院);马晓欣(中国医科大学附属盛京医院);王小元(山东第一医科大学第一附属医院);王丹波(辽宁省肿瘤医院);王玉东(上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院);王世军(首都医科大学宣武医院);王永军(首都医科大学附属北京积水潭医院);王延洲(陆军军医大学第一附属医院);王志启(北京大学人民医院);王沂峰(南方医科大学珠江医院);王武亮(郑州大学第二附属医院);王建东(首都医科大学附属北京妇产医院);王莉(河南省肿瘤医院);王晓红(山东第一医科大学附属济南市人民医院);王悦(河南省人民医院);王继东(山东省妇幼保健院);王颖梅(天津医科大学总医院);王静(湖南省肿瘤医院);韦德英(山东第一医科大学附属省立医院);牛菊敏(沈阳市妇幼保健院);孔为民(首都医科大学附属北京妇产医院);卢淮武(中山大学孙逸仙纪念医院);田小飞(陕西省肿瘤医院);师伟(山东中医药大学附属医院);朱前勇(河南省人民医院);朱根海(海南省人民医院);任琛琛(郑州大学第三附属医院);向阳(中国医学科学院北京协和医院);刘乃富(山东第一医科大学附属肿瘤医院);刘木彪(珠海市人民医院);刘新秀(中山大学附属第一医院);刘建华(上海交通大学医学院附属第九人民医院);刘淑娟(空军军医大学西京医院);许天敏(吉林大学第二医院);孙力(中国医学科学院肿瘤医院深圳医院);孙阳(福建省肿瘤医院);孙蓬明(福建省妇幼保健院);阳志军(广西医科大学附属肿瘤医院);李俊东(中山大学肿瘤防治中心);李斌(中国医学科学院肿瘤医院);杨英捷(贵州省肿瘤医院);杨慧娟(复旦大学附属肿瘤医院);吴强(江苏省肿瘤医院);邹冬玲(重庆大学附属肿瘤医院);沈杨(中南大学中大医院);张师前(山东大学齐鲁医院);张英丽(浙江省肿瘤医院);张国楠(电子科技大学附属肿瘤医院/四川省肿瘤医院);张瑜(中南大学湘雅医院);张颐(中国医科大学附属第一医院);张燕(武汉大学人民医院);陆安伟(南方

医科大学附属深圳医院);陈友国(苏州大学附属第一医院);陈丽宏(陕西省人民医院);陈佩芳(福建医科大学附属协和医院);陈琼华(厦门大学附属第一医院);范江涛(广西医科大学第一附属医院);林蓓(中国医科大学附属盛京医院);罗喜平(广东省妇幼保健院);屈庆喜(山东大学齐鲁医院);胡元晶(天津市中心妇产科医院);姜阁(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院);洪莉(武汉大学人民医院);贺红英(广西医科大学附属柳铁中心医院);袁勇(吉林省肿瘤医院);夏百荣(安徽省肿瘤医院);徐惠成(贵州省黔墨医院);郭瑞霞(郑州大学第一附属医院);梁静(中日友好医院);程文俊(南京医科大学第一附属医院/江苏省人民医院);程晓东(浙江大学医学院附属妇产科医院);蔡红兵(武汉大学中南医院);谭文华(哈尔滨医科大学附属第二医院);熊光武(北京大学国际医院);熊员焕(江西省妇幼保健院)

参考文献

- [1] 张师前.基础为本,夯实基本功:病史采集的刍议与商榷[J].中国实用妇科与产科杂志,2022,38(1):73-77.
- [2] Zubrod CG, Schneiderman M, Frei III E, et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide[J]. J Chronic Dis, 1960, 11(1):7-33.
- [3] 张师前.基础为本,夯实基本功:对盆腔检查的临床建议[J].中国实用妇科与产科杂志,2020,36(12):1132-1136.
- [4] Larsson PG, Carlsson B. Does pre- and postoperative metronidazole treatment lower vaginal cuff infection rate after abdominal hysterectomy among women with bacterial vaginosis? [J]. Infect Dis Obstet Gynecol, 2002, 10(3):133-140.
- [5] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials[J]. Clin Nutr, 2003, 22(3):321-336.
- [6] WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva: World Health Organization 2018, 2018.
- [7] Practice Bulletin No. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures [J]. Obstet Gynecol, 2018, 131(6):e172-e189.
- [8] 山东省疼痛医学会. 妇科手术部位感染防控的专家共识(2020年版)[J]. 北京医学, 2020, 42(12):1223-1230.
- [9] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 妇产科抗生素使用指南[J]. 中华妇产科杂志, 2011, 46(3):230-233.
- [10] 中国药学会医院药专业专业委员会妇产科药理学组, 中国妇幼保健协会药事管理专业委员会, 浙江省药学会医院药专业专业委员会妇儿药理学组. 妇产科围手术期抗菌药物预防使用指导方案[J]. 中国药理学杂志, 2021, 56(3):250-256.
- [11] 中华医学会麻醉学分会. 围术期血糖管理专家共识(快捷版)[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(1):93-95.
- [12] Tanner J, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2021, 8(8):CD004122.
- [13] Buppasiri P, Chongsomchai C, Wongproamas N, et al. Effectiveness of vaginal douching on febrile and infectious morbidities after total abdominal hysterectomy: a multicenter randomized controlled trial[J]. J Med Assoc Thai, 2004, 87(1):16-23.
- [14] Eason E, Wells G, Garber G, et al. Antisepsis for abdominal hysterectomy: a randomised controlled trial of povidone-iodine gel[J]. BJOG, 2004, 111(7):695-699.
- [15] Shippey SH, Malan TK. Desquamating vaginal mucosa from chlorhexidine gluconate[J]. Obstet Gynecol, 2004, 103(5 Pt 2):1048-1050.
- [16] American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians, Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No. 571: Solutions for surgical preparation of the vagina[J]. Obstet Gynecol, 2013, 122(3):718-720.
- [17] Richards T, Musallam KM, Nassif J, et al. Impact of Preoperative Anaemia and Blood Transfusion on Postoperative Outcomes in Gynaecological Surgery[J]. PLoS One, 2015, 10(7):e0130861.
- [18] Muñoz M, Acheson AG, Auerbach M, et al. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency[J]. Anaesthesia, 2017, 72(2):233-247.
- [19] Kimáková P, Solár P, Solárová Z, et al. Erythropoietin and Its Angiogenic Activity[J]. Int J Mol Sci, 2017, 18(7):1519.
- [20] Qu H, Li Z, Zhai Z, et al. Predicting of Venous Thromboembolism for Patients Undergoing Gynecological Surgery [J]. BMC Med, 2015, 94(39):e1653.
- [21] Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care[J]. Dis Mon, 2005, 51(2-3):70-78.
- [22] 郎景和, 王辰, 瞿红, 等. 妇科手术后深静脉血栓形成及肺栓塞预防专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(10):649-653.
- [23] Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations—Part I[J]. Gynecol Oncol, 2016, 140(2):313-322.
- [24] 中华医学会妇产科学分会加速康复外科协作组. 妇科手术加速康复的中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2019, 54(2):73-79.
- [25] Lundorff P, Brölmann H, Koninckx PR, et al. Predicting formation of adhesions after gynaecological surgery: development of a risk score[J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 292(4):931-938.
- [26] 中国研究型医院学会妇产科专业委员会. 妇科手术后盆腹腔粘连预防及诊断的专家共识(2020年版)[J]. 中国微创外科杂志, 2020, 26(6):481-488.
- [27] Committee opinion no. 619: Gynecologic surgery in the obese woman[J]. Obstet Gynecol, 2015, 125(1):274-278.
- [28] 中华医学会麻醉学分会. 肾上腺糖皮质激素围手术期应用专家共识(2017版)[J]. 临床麻醉学杂志, 2017, 33(7):712-716.
- [29] 王乔宇, 武明芬, 柳鑫, 等. 2021中国静脉血栓栓塞症防治抗凝药物的选用与药学监护指南[J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37(21):2999-3016.

(2022-04-17收稿)