

# 术前检查：从个体化检查到风险管理

Lewis Reuven Pasternak, MD, MPH, MBA

Inova Fairfax Hospital and Campus, Inova Health System, Falls Church, Virginia

(*Anesth Analg* 2009; 108: 393-94)

近30年来,术前检查和评估在麻醉和其他医学文献中已经成为一个常常被议论的话题。这段时间内,风险评估的理论和实施方法已经稳定地发展成一种更加系统化的方法,其中包括一个根本转变:即从以往临床实践中的套餐式检查改变为可获得任何或者所有可能信息的方法。多伦多西部医院的Dr. Chung等<sup>[1]</sup>关于术前检查的文章为术前检查的问题增添了极其重要的内容。这篇文章中,门诊患者被随机分为两组,一组为每例患者进行规范化的术前检查(安大略省术前检查表格),另一组则不行术前检查。存在选定的严重疾病,尤其是有关心脏和呼吸系统疾病的患者被排除出该项研究。Dr. Chung和他的同事随后观察了术后第7天和第30天的围术期即时临床结果,发现两组间临床结果无显著差异。

该研究结果表明两组人群(术前检查组与非术前检查组)的临床结果相近,而且术前检查似乎并不具有任何保护作用或改变治疗方案。因此,该研究证实了文献资料中长久以来存在的一种观点,即可以减少择期手术前的检查。以Kaplan<sup>[2]</sup>和Kitz等<sup>[3]</sup>的研究为开端,众多文献资料都越来越支持以循证医学模式确立术前检查的观点。这些研究使得美国麻醉医师学会(American Society of Anesthesiologists, ASA)在2002年对麻醉前评估提出以下建议<sup>[4]</sup>:支持开展基于风险评估的术前检查,反对过去更常采用的没有针对性的撒网式评估方法。ASA的建议更确切地反映了美国心脏协会(American Heart Association, AHA)/美国心脏病学会(American College of Cardiology, ACC)颁布的心脏病患者实施手术的术前检查的建议。

虽然Chung等的研究和其他研究以及专业学会的建议都支持上述观点,但仍值得关注的是传统的术前检查方式已在该领域应用了近30年,在日常工

作中传播和采纳这些新知识存在一定的问题。正如作者所述:这是一项影响超过3千万例患者的话题,保守估计其直接经济耗费大于180亿美元。诸如美国医疗保障和医疗救助服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)、Leapfrog工作组、美国医疗卫生改善协会(Institute for Healthcare Improvement, IHI)等团体已经提出多种倡议,要求重视患者安全、医疗质量以及节省费用,但是这些倡议对于目前实施的择期手术的术前检查仍缺乏足够的证据。而且,作为麻醉与手术患者基本、客观、合理术前准备方案的外科诊疗改善计划规程文件中甚至并未包括任何上述倡议来引起大家的注意。日间麻醉协会以及近期围手术期评估与质量改善协会在麻醉与术前准备领域的研究保持着领先的地位。

Fischer<sup>[5]</sup>报道选择性检查还可减少会诊、手术延期和取消手术的数量。因此,合理的术前检查对医疗保健方面的影响已经超越了单纯的减少实施检查的数目。在评估现有研究结果时,向麻醉医师、其他临床医生以及相关的行政管理、协调、财务人员阐明这些研究的适用范围和人群也很重要。关于术前检查,Chung等重新评估了选择性检查的合理性。该研究仅选用临床结果作为评估指标,结果无术前检查组患者临床发病率并不增高。尽管该研究结果认为术前检查费用降低,但是结果并没有强调选择性检查是否提高了围手术期体系的效率,这是一个需要证实的重要指标。

Chung等的研究中还有很重要的几点值得注意:该研究中绝大多数患者属于ASA I级和II级,排除了存在严重基础疾病的病例,而且手术较小。由于这些患者接受的是日间手术,人们不得不推测,根据ASA和AHA/ACC的标准评判,这些患者都属于低复杂性病例,而不是中度和高度复杂性病例。所

以,患者病情的复杂程度和手术的复杂程度都处于同一水平。基于此,这些研究结论可能并不适用于其他患者群体,特别是需要住院治疗的手术患者。Schein等<sup>[6]</sup>也证实最简化的术前检查是可行的,且不影响临床诊疗质量。与Schein等一样,Dr. Chung和他的团队并没有夸大他们的研究结果。然而就像以前的研究一样,存在这样一种极大可能性(甚至是一定的概率),即读者可能过度解读该研究结果并试图将其用于不适当的患者人群。正如Schein等研究特别强调的,研究结果仅适用于较小手术(如白内障修复术),所以Chung等的研究结果适用于接受门诊手术的较健康患者。

相对于术前检查的结果,人们或许对研究所采用的术前评估体系更感兴趣。研究者要求所有患者来到一个术前评估中心,参与到一项术前评估过程,无论医疗问题的性质如何。通过建立一套严密的术前评估流程并且采集所有相关数据,研究者能够鉴定患者的病情,并为其手术提供更好的治疗措施。正如Fischer等<sup>[5]</sup>一样,人们感兴趣的是术前评估体

系减少可避免的手术延期与取消的程度。多数人常常面临这样的困境:如何使术前评估体系正确地评估患者情况,并且保证所获得的信息能够恰当地筛查患者。作者描述的这套术前评估流程可能并不适用于许多围手术期体系,然而也是优化患者术前准备的一个重要组成部分。正如麻醉医师在手术室内外面对同事一样,重要的是能够支持各部门同事明智地应用术前检查。然而同样重要的是应提倡建立更加组织严密的方法在围手术过程的早期应用这些研究结果、指南和建议来处理患者,这样能够显著降低不必要的费用,亦可提高安全性。正如我们在术前检查这个相对狭窄的领域里应用循证医学的方法进行研究一样,如果我们将精力投入到术前风险评估和术前改进的综合系统建设中,那么我们的患者或许能同样受惠。

(黄炎哲 译 邓小明 校)  
(本文编辑 薛庆生 陈 雯)

## 参 考 文 献

1. Chung F, Yuan H, Vairavanathan S, Wong D. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2009; 108:467-77.
2. Kaplan EB, Sheiner LB, Boeckmann AJ, Roizen MF, Beal SL, Cohen SN, Nicoll CD. The usefulness of preoperative laboratory screening. *JAMA* 2002;253:3576-81.
3. Kitz DJ, Slusarz-Ladden C, Lecky JH. Hospital resources used for inpatient and ambulatory surgery. *Anesthesiology* 1988;69:383-6.
4. American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for Preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002;96:485-96.
5. Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology* 1996;85:196-206.
6. Schein OD, Katz J, Bass EB, Tielsch JM, Lubomski LH, Feldman MA, Petty BG, Steinberg EP. The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. *N Engl J Med* 2000;342:168-75.