

文章编号:1009-6612(2026)09-0690-06

DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2026.09.690

· 论 著 ·

日间腹腔镜胆囊切除术推广模式的探讨

秦伊彤¹, 潘华峰¹, 江志伟¹, 王海锋¹, 王 刚¹, 翟雪筠²

(1. 南京中医药大学附属医院普外科, 江苏 南京, 210029; 2. 南京中医药大学附属南京中医院肛肠科)

【摘要】 目的:基于单中心临床实践,对日间腹腔镜胆囊切除术(DCLC)的推广模式进行探讨,并初步验证其安全性、有效性。**方法:**回顾分析 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日连续收治的 159 例腹腔镜胆囊切除患者的临床资料,均遵循加速康复外科模式,并自动进入 DCLC 管理,依据术后恢复情况决定是否终止 DCLC。**结果:**118 例患者符合日间模式纳入日间组,41 例患者退出 DCLC 作为非日间组。DCLC 成功率为 74.21%。两组患者性别、BMI、术前 ASA 分级差异无统计学意义($P>0.05$),非日间组患者年龄大于日间组($P=0.032$),日间组手术时间[65(55,75)min vs. 75(55,106)min, $P=0.001$]、术后排气时间[(9.76±1.78)h vs. (15.48±2.89)h, $P<0.001$]、腹腔引流管拔除时间[(15.26±3.89)h vs. (24.18±4.63)h, $P<0.001$]、住院时间[(28.1±10.3)h vs. (72.5±48.6)h, $P<0.001$]均短于非日间组,术后疼痛评分[(1.12±0.32)分 vs. (2.03±0.67)分, $P<0.001$]、白细胞、ALT、GGT、住院费用均低于非日间组。两组均无严重并发症发生。**结论:**加速康复外科的核心措施适用于 DCLC,不额外设置入选标准的 DCLC 模式是安全、可行的,可扩大受益人群,并能有效缩短住院时间、降低医疗费用,且不增加严重并发症的发生风险。

【关键词】 胆囊结石病;胆囊炎;胆囊切除术,腹腔镜;日间手术;推广模式

中图分类号:R657.4 文献标识码:A

Exploration of the promotion model of day case laparoscopic cholecystectomy

QIN Yitong, PAN Huafeng, JIANG Zhiwei, et al.

Department of General Surgery, Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China

【Abstract】 Objective: To explore the promotion model of day case laparoscopic cholecystectomy (DCLC) based on single-center clinical practice, and to preliminarily verify its safety and efficacy. **Methods:** A retrospective analysis was performed on clinical data of 159 consecutive patients who underwent laparoscopic cholecystectomy from Jan. 1, 2025 to Dec. 31, 2025. All patients followed the enhanced recovery after surgery model and were automatically enrolled in DCLC management. The termination of DCLC was determined based on postoperative recovery conditions. **Results:** Finally, 118 patients who met the day case criteria were included in the DCLC group, and 41 patients who withdrew from DCLC were included in the non-DCLC group. The success rate of DCLC was 74.21%. There were no statistically significant differences in gender, BMI, or preoperative ASA classification between the two groups ($P>0.05$). The age of patients in the non-DCLC group was older than that in the DCLC group ($P=0.032$). The DCLC group had shorter operative time [65(55,75)min vs. 75(55,106)min, $P=0.001$], postoperative flatus time [(9.76±1.78)h vs. (15.48±2.89)h, $P<0.001$], abdominal drainage tube removal time [(15.26±3.89)h vs. (24.18±4.63)h, $P<0.001$] and hospital stay [(28.1±10.3)h vs. (72.5±48.6)h, $P<0.001$], and lower postoperative pain score [(1.12±0.32) vs. (2.03±0.67), $P<0.001$], white blood cell, ALT, GGT and hospitalization expenses compared with the non-DCLC group. No severe complications occurred in either group. **Conclusions:** The core measures of enhanced recovery after surgery are applicable to DCLC. The DCLC model without additional inclusion criteria is safe and feasible, which can expand the beneficiary population, effectively shorten hospital stay, reduce medical costs, and does not increase the risk of severe complications.

【Key words】 Cholelithiasis; Cholecystitis; Cholecystectomy, laparoscopic; Day-case surgery; Promotion model

日间手术基于加速康复外科策略,通过优化围术期诊治流程,使患者在 24 h 内完成入院、手术、出

院^[1]。参照中国日间手术合作联盟及国家卫健委相关规范,因病情需延长住院但不超过 48 h 者,亦纳入

基金项目:江苏省重点学科项目(ZDXK202251);国家卫生健康委医院管理研究所资助项目(DSZ20251048)

通信作者:江志伟

作者简介:秦伊彤(2001—)女,南京中医药大学附属医院硕士研究生在读,主要从事胃肠外科的学习。

日间手术范畴,称“延期恢复”模式^[2]。日间手术目前以择期手术为主要适用对象。腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)是治疗胆囊结石、胆囊息肉的首选术式^[3]。LC 因具有创伤小、术后恢复快等优势,已被国内外医疗机构纳入常规日间管理范围^[4]。英国日间手术协会指南将 75% 设为 LC 日间手术率的国家标准^[5],欧美等国家日间腹腔镜胆囊切除术(day case laparoscopic cholecystectomy, DCLC)约占全部 LC 的 50% 以上^[6],而我国 2014 年仅占 26.7%。2018 年解放军总医院大样本报告显示,经严格筛选,日间手术完成率可达 83.34%^[7]。近年我国日间手术发展迅速,2023 年已有 83.27% 的三级公立医院开展日间手术,但仅占择期手术的 16.40%^[8]。制约 DCLC 推广的核心瓶颈在于管理模式的选择,传统模式虽能保证较高的成功率,但排除了复杂病例,限制了日间手术的覆盖面。基于此,本研究尝试建立一种“放宽准入、后置判断”的 DCLC 推广模式,并对其初步效果进行验证。

1 资料与方法

1.1 研究对象与围术期管理

连续收集 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日江苏省中医院普外科某诊疗组收治的 159 例 LC 患者的临床资料。符合 LC 手术指征的患者于门诊或入院后完善相关检验、检查,排除绝对手术禁忌后择期入院,自动进入日间管理程序,签署日间病房知情同意书。围术期处理均遵循加速康复外科“五大核心要素”,即术前宣教、不常规放置鼻胃尿管、术中控制性输液、多模式镇痛(静脉氟比洛芬酯+静脉甲泼尼龙+切口皮下罗哌卡因浸润)、术后清醒即可恢复流质饮食及术后早期下床活动^[9]。

1.2 手术方法

常规三孔法施术。脐上缘穿刺 1 cm Trocar,建立气腹,压力维持在 12~15 mmHg,置入腹腔镜探查,

患者体位调整为头高足低、左低右高,初步显露病灶位置,分别于剑突下 2 cm、右锁骨中线肋缘下 3 cm 穿刺 1.2 cm、0.5 cm Trocar。LC 术中关键环节在于 Calot 三角的解剖,这也是胆道损伤等严重并发症的高发区。整个手术流程可拆解为以下关键环节:进入腹腔后纱布推开周围组织并填塞纱布阻挡,清晰暴露胆囊三角区域;钝锐结合法游离胆囊管、胆囊动脉,离断管道前,必须清晰确认胆囊管、肝总管、胆总管的“Y”形汇合关系。笔者经验,可先将胆囊向适当方向牵拉,使胆囊管张力增加(图 1),随后迅速放松,此时胆囊管与胆管汇合部会出现折痕或成角改变(图 2)。该征象有助于术者明确识别胆囊管与胆总管的交界位置,是预防胆总管误损伤的有效技巧之一。在 1 例因粘连导致解剖不清的手术中,笔者不慎分离至胆总管后方(图 3~图 6)。准备离断前,通过此技巧观察汇合部折痕位置,发现折痕位于拟离断平面上方,提示当前目标并非胆囊管,从而避免了胆总管损伤。胆囊经胆囊床完整剥离,镜下电凝止血。胆囊装入标本袋取出,检查确认分离面无胆漏、无活动性出血后结束手术。术中充分吸除腹腔积液,化脓性或坏疽性胆囊炎术中常规于肝下留置引流管,术后依据血常规、肝功能结果及引流液性状酌情拔除。

1.3 术后治疗

清醒后如无恶心呕吐,即可饮水、进流质饮食,6 h 后尝试半流质。心电监护 2 h 后撤除,并嘱患者坐位 5 min,若无头晕、胸闷等不适即可尝试下床活动。术后 2 h 采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评估疼痛程度。急诊 LC、手术困难、高龄等病例术后常规予以一次静脉抗生素预防性抗感染治疗,出院后口服抗生素 1~3 d。出院时开具塞来昔布胶囊一盒备用。

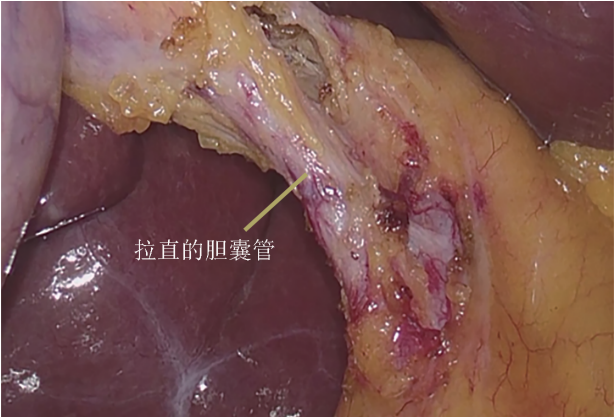


图 1 拉直的胆囊管

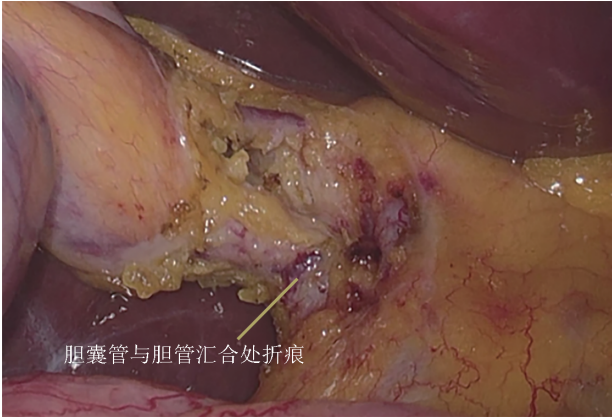


图 2 胆囊管与胆总管之间的折痕

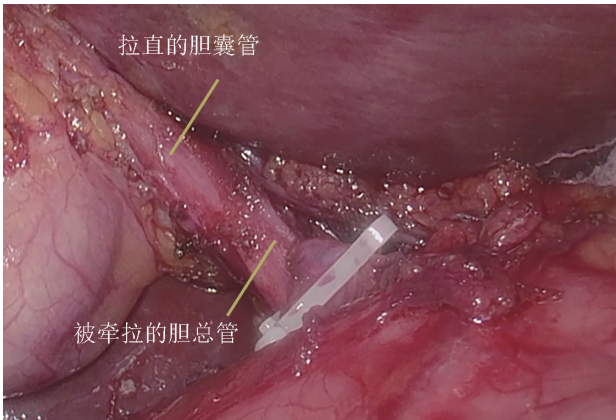


图3 分离粘连后拉直的胆囊管及胆总管

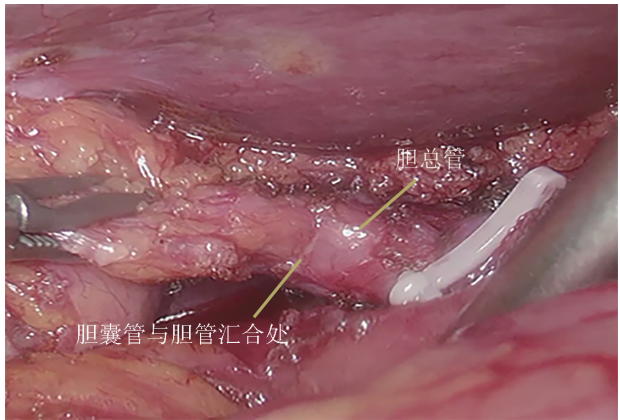


图4 解除张力后显露的汇合处

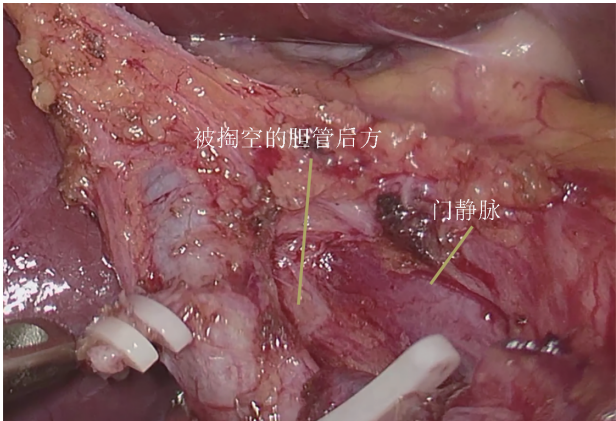


图5 被掏空的胆囊后方

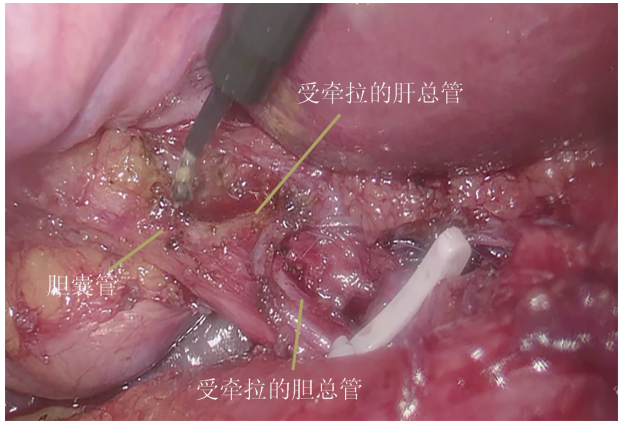


图6 胆囊管-肝总管-胆总管汇合部

1.4 出院标准

(1)生命体征平稳;(2)肛门恢复排气;(3)术后VAS评分≤3分;(4)白细胞、肝功能无明显异常;(5)半流质饮食,能自主行走;(6)无腹痛、恶心、呕吐等症状;(7)无腹腔出血、胆漏、黄疸、切口感染等严重并发症^[10]。若48 h内达到出院标准,则判定DCLC成功,其中≤24 h出院者为标准日间,24~48 h出院者为延期恢复日间;反之判定DCLC终止,进入常规住院程序。

1.5 随 访

自出院起自动进入随访程序,以微信为主要沟通载体,嘱患者出院后1~2周复查血常规及肝功能,并将结果发至微信,同时告知饮食、活动、排便等情况,以便了解术后恢复状态。本研究依据现有文献的随访经验,将随访时间设定为术后30 d,评估术后并发症及康复情况。

1.6 统计学处理

应用SPSS 27软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,组间采用独立样本 t 检验;同组手术前后的比较采用配对 t 检验;非

正态分布的计量资料以中位数和上下四分位数 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用 Mann-Whitney U 检验,同组手术前后的比较采用 Wilcoxon 符号秩检验。分类数据组间采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 一般资料

118例患者符合DCLC标准,纳入日间组,其中标准日间(≤24 h)85例,延期恢复日间(24~48 h)33例;41例退出DCLC作为非日间组,其中因主观因素要求退出7例;炎症指标异常升高6例,抗感染治疗3~6 d后恢复正常;反复腹痛2例;恶心呕吐1例;术后肝功能明显升高5例,保肝治疗后3~5 d缓解;因手术等待时间过长,造成术后观察时间不足(<12 h),被动退出13例;术前合并冠心病、糖尿病、脑梗死、高血压等基础疾病,经麻醉科评估须完善术前检查而延长住院时间5例;术后因高龄或合并多种基础疾病恢复时间较长2例。DCLC成功率为74.21%。两组患者性别、BMI、术前ASA分级差异无统计学意义($P>0.05$),非日间组患者年龄大于日间组,差异有

统计学意义($P=0.032$)。见表 1。其中亚组分析显示,ASA Ⅲ级患者中 15 例(75%)完成日间手术,坏疽性胆囊炎患者中完成 14 例(70%)。

2.2 术中及术后指标的比较

日间组手术时间较短($P=0.001$),术中出血量较少($P=0.039$)。两组术后病理以胆囊结石伴慢性胆囊炎为主,其中日间组 1 例患者术后病理提示胆管型腺癌,嘱术后 1 周专科进一步治疗。日间组术前白细胞低于非日间组($P=0.005$),术后两组白细胞均高于术前($P<0.001$),日间组仍低于非日间组($P=0.014$)。两组术前 ALT、AST 差异无统计学意义($P>0.05$),非日间组术前 GGT 高于日间组($P<0.001$);

表 1 两组患者相关指标的比较

组别	性别(<i>n</i>)		年龄 (岁)	BMI (kg/m ²)	ASA 分级(<i>n</i>)		手术时间 (min)	住院时间 (h)
	男	女			Ⅱ级	Ⅲ级		
日间组	49	69	51.30±13.05	24.95(22.88,26.81)	103	15	65.0(55.0,75.0)	28.1±10.3
非日间组	24	17	60(46,69)	24.57(23.26,26.23)	36	5	75.0(55.0,106.0)	72.5±48.6
<i>t</i> / χ^2 / <i>Z</i> 值	3.546		2.149	0.521	0.007		3.287	9.390
<i>P</i> 值	0.060		0.032	0.603	0.932		0.001	<0.001

续表 1

组别	术中出血量 (mL)	术后 VAS 评分 (分)	术后排气时间 (h)	引流管拔除时间 (h)	白细胞($\times 10^9$ /L)	
					术前	术后
日间组	5(2,10)	1.12±0.32	9.76±1.78	15.26±3.89	6.12(4.87,7.61)*	9.85±2.33*
非日间组	5(3,15)	2.03±0.67	15.48±2.89	24.18±4.63	6.59(5.22,8.87)*	11.01±3.19#
<i>t</i> / χ^2 / <i>Z</i> 值	2.236	5.929	5.212	6.739	2.825	2.518
<i>P</i> 值	0.039	<0.001	<0.001	<0.001	0.005	0.014

续表 1

组别	ALT(U/L)		AST(U/L)		GGT(U/L)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
日间组	22(16,32)*	26(19,40)*	23(19,26)*	27(23,39)*	21(15,48)	21(14,48)
非日间组	32(14,66)*	43(23,78)*	27(19,58)*	34(23,44)*	61(23,151)	60(20,212)
<i>t</i> / χ^2 / <i>Z</i> 值	1.411	3.183	1.912	1.779	3.952	3.721
<i>P</i> 值	0.158	0.001	0.056	0.075	<0.001	<0.001

续表 1

组别	费用(元)	
	住院	自付
日间组	16086(14915,16889)	5622(3978,8528)
非日间组	18527(17291,20269)	6353.8±3838.21
<i>t</i> / χ^2 / <i>Z</i> 值	7.152	0.758
<i>P</i> 值	<0.001	0.449

注: *同组手术前后相比,ALT: $Z=2.377,P=0.017$;AST: $Z=5.791,P<0.001$;白细胞:日间组 $Z=8.563,P<0.001$,非日间组 $t=4.754,P<0.001$ 。

2.4 术后并发症情况

术后 30 d 内,非日间组出现 1 例切口感染,1 例

术后两组 ALT、AST 均较术前升高($P<0.05$),日间组 ALT、GGT 低于非日间组($P<0.05$)。日间组 VAS 评分低于非日间组($P<0.001$),术后排气时间、腹腔引流管拔除时间、住院时间短于非日间组($P<0.05$)。见表 1。

2.3 住院费用的比较

大部分患者入院后以急查方式完成术前检查,少部分于门诊预检,其费用均归入住院总费用结算。日间组住院总费用低于非日间组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组自付费用差异无统计学意义($P=0.449$)。见表 1。

反复腹痛,分别经换药、对症治疗后康复出院。两组均无黄疸、胆漏、术后腹腔出血、再次手术、死亡等严重并发症发生。

2.5 术后随访

术后随访期间两组患者均恢复良好,日间组患者术后 5~14 d 恢复工作或正常生活,非日间组为 13~30 d。少部分患者反馈术后存在腹泻(12.58%)、肩膀疼痛(2.51%),经对症治疗后改善。

3 讨论

传统 DCLC 普遍采用“严进严出”的筛选策略,入组标准涉及年龄、影像学指征、基础疾病、ASA 分

级、术后陪护等多方面的要求^[3]。这一策略虽然保证了较高的成功率与安全性,但部分复杂病例如急诊、高龄且基础疾病较多、急性或坏疽性炎症的患者被排除,限制了 DCLC 的推广。近年,国内学者开始探索急诊 DCLC,但术前严格筛选审慎入组^[11]。本研究尝试建立一种“放宽准入、后置判断”的 DCLC 推广模式,即不设置额外入选标准,默认所有接受 LC 的患者自动进入日间管理程序,依据患者术后恢复情况,判断是否终止日间手术流程^[12]。这一模式的核心优势在于最大限度地扩大日间手术的潜在受益人群。本研究以 48 h 内出院作为 DCLC 成功的判定基础,该标准源于中国日间手术合作联盟发布的日间手术定义,并被国家卫健委采纳为全国日间手术管理规范。在此政策框架下,DCLC 完成率达 74.21%,与英国日间手术协会推荐的 75% 目标率较为接近^[5];其中坏疽性胆囊炎患者完成率达 70%,ASA Ⅲ级患者完成率达 75%。复杂病例同样具备成功完成日间手术的能力,且国内已有研究证实此类患者甚至可完成日间手术^[13]。这表明“放宽准入”策略使传统模式下被排除的患者获得了日间管理的机会。

本研究结果显示,日间组在手术时间、术后 VAS 评分、腹腔引流管拔除时间、术后排气时间、术后炎症、肝功能指标等方面均优于非日间组。两组患者性别、BMI、ASA 分级差异无统计学意义($P>0.05$),仅年龄存在差异($P=0.032$),ASA 分级作为手术风险的综合评估指标,两组间无显著差异,故基线总体可比。手术时间、术中出血量主要反映手术难度,非日间组术前炎症指标、GGT 水平更高,提示胆囊炎症更重、解剖条件更差,手术时间更长,术者也更倾向于在复杂病例中留置腹腔引流管。术后 VAS 评分体现了加速康复外科多模式镇痛方案的有效性,良好的疼痛控制是患者早期下床活动、早期进食的重要前提。引流管拔除时间、术后排气时间的缩短亦可一定程度上反映加速康复外科核心措施在日间管理框架下的有效落实^[14]。术后白细胞、ALT 较术前升高,日间组低于非日间组,结合非日间组术前 GGT、白细胞已高于日间组,提示非日间组术前即存在更明显的胆汁淤积及炎症状态。由于本研究采用置后分组,组间围术期指标的差异可能部分源于选择性偏倚,上述组间差异仅可作为辅助性参考。本组 41 例退出 DCLC 的患者中,被动退出占 82.9%,其中因手术流程问题 13 例(31.7%)、疾病相关因素 14 例(34.1%)、基础疾病或高龄因素 7 例(17.1%)。手术

排程问题作为首要退出原因,与英国 DCLC 的多中心审计结果高度一致^[5]。提示手术资源配置不足是制约 DCLC 推广的共性障碍^[15]。值得关注的是,因炎症重或术后并发症导致的退出比例仅为 34.1% (14 例),说明即便纳入复杂病例,大多数患者仍可在加速康复外科框架下成功完成日间手术^[16],这一发现支持了“放宽准入、后置判断”策略的合理性。

验证本策略有效性的核心终点为 DCLC 完成率与术后严重并发症发生率。本研究完成率与英国国家标准基本持平;研究指出,DCLC 的严重并发症发生率为 0~5%^[17]。本研究中,非日间组发生 1 例切口感染、1 例反复腹痛,均未发生胆管损伤、出血、胆漏等严重并发症。并发症多与术者操作密切相关,避免胆漏、出血的核心在于规范操作与明确解剖层次。解剖胆囊三角时,应充分松解壶腹与胆囊床的附着部,以扩展操作空间,并达成关键安全视野^[18]。上述数据表明,即便不设置准入标准,该策略的整体可行性与安全性依然可靠,其价值在于使更多患者获得日间手术的机会,该模式在拓宽受益人群方面具有一定优势。

在疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)支付方式改革全面推行的政策背景下^[19]，“放宽准入、后置判断”策略展现出超越传统日间模式的优势。传统模式由于入组人数有限,对科室整体 DRG 收支的改善作用较弱^[20]。而新模式将所有 LC 患者纳入日间管理流程,受益面显著扩大。从费用控制角度看,日间组住院总费用低于江苏省中医院 LC 病种的 DRG 支付额度(约 17 853 元),终止日间程序的非日间组亦未出现显著超支;说明“宽进”策略并未因纳入更多复杂病例而破坏 DRG 的收支平衡。于患者而言,日间组住院费用低于非日间组,两组自付部分差异无统计学意义($P=0.449$),通过此模式获益的患者能更快地恢复正常生活。于医保而言,日间组住院费用低于非日间组,若将该模式在更大范围内推广,医保基金会实现系统性节流。此外,本中心术前检查费用已全部纳入住院总费用,即使患者因恢复不佳终止日间程序,其检查费用仍属合规医疗支出,从流程设计上消除了因转归导致费用核销障碍的顾虑。

本研究亦存在一定局限。首先,为单中心回顾性研究,样本量有限,可能存在选择偏倚,未来需通过多中心前瞻性研究进一步验证。其次,两组年龄差异有统计学意义($P=0.032$),提示年龄可能影响日间手术的成功率,但本研究中 ASA Ⅲ级患者的完成

仍达 75%,说明年龄并非绝对的排除因素,未来需进一步探讨不同年龄段的适宜性^[21]。第三,手术等待时间过长导致被动退出的比例较高,此问题的解决有赖于医院层面优化资源配置^[22]。

综上所述,本研究基于“放宽准入、后置判断”的策略,有效克服了传统日间管理模式的弊端,使更多

患者获得了日间手术的机会,且不增加手术风险,在缩短住院时间、降低医疗费用、优化 DRG 收支方面具有一定优势。因此,“放宽准入、后置判断”策略较传统日间手术模式更具普适性与推广价值,为 DCLC 在我国规模化开展提供了可行的实践路径。

参考文献：

[1] 《中华消化外科杂志》编辑委员会. 日间手术肝胆疾病标准化流程中国专家共识 (2022 版) [J]. 中华消化外科杂志, 2022, 21 (2): 185-190.

[2] 刘蔚东. 日间手术管理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2025: 1-4.

[3] 中国研究型医院学会微创外科学专业委员会. 日间腹腔镜胆囊切除术专家共识[J]. 腹腔镜外科杂志, 2023, 28 (8): 561-567.

[4] Vaughan J, Gurusamy K S, Davidson B R. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, 2013 (7): CD006798.

[5] Bailey C R, 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.

[6] Planells Roig M, Garcia Espinosa R, Cervera Delgado M, et al. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy. A cohort study of 1, 600 consecutive cases[J]. Cir Esp, 2013, 91 (3): 156-162.

[7] 赵森峰, 李向军, 豆松萌, 等. 5771 例日间腹腔镜胆囊切除术的安全性和经济效益分析[J/CD]. 中华肝脏外科手术学电子杂志, 2018, 7 (3): 193-196.

[8] 国家卫生健康委, 国家发展改革委, 教育部, 等. 关于印发 2023 年度全国三级公立医院绩效监测分析情况的通报: 国卫医政函[2025]55 号[R]. 2025-03-10.

[9] 江志伟, 黎介寿. 我国加速康复外科的研究现状[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19 (3): 246-249.

[10] 中国研究型医院学会加速康复外科专业委员会, 中国日间手术合作联盟. 胆道外科日间手术规范化流程专家共识 (2018 版) [J]. 中华外科杂志, 2018, 56 (5): 321-327.

[11] 谢天歌, 孙嘉, 马祖焱, 等. 急诊日间腹腔镜胆囊切除术可行性及影响因素分析[J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43 (4): 411-415.

[12] 潘华峰, 成汇, 董艳平, 等. 探讨日间腹腔镜阑尾切除术的推广模式[J]. 腹腔镜外科杂志, 2023, 28 (6): 444-448.

[13] 曹俊秋, 熊桓, 宋应寒, 等. 日间模式腹腔镜胆囊切除术的可行性及安全性[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2025, 32 (11): 1437-1442.

[14] 侯潇峰, 梅孝臣, 张缙莉, 等. 加速康复外科理念联合日间手术模式对腹腔镜胆囊切除术的临床效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 34 (12): 97-99.

[15] 魏薇, 孙振涛, 何士凤, 等. 基于霍恩-米特模型的日间手术开展瓶颈及突破策略分析[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32 (9): 57-60.

[16] Nair A, Al-Aamri H H M, Borkar N, et al. Application of Enhanced Recovery After Surgery Pathways in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy With and Without Common Bile Duct Exploration: A systematic review and meta-analysis[J]. Sultan Qaboos Univ Med J, 2023, 23 (2): 148-157.

[17] Abuahmed M, Rashid R. Day-case laparoscopic cholecystectomy in the management of gallbladder disease: a literature review [J]. Langenbecks Arch Surg, 2024, 409 (1): 292.

[18] 中华医学会外科学分会胆道外科学组, 全志伟中国医师协会外科医师分会胆道外科专家工作组, 全志伟. 腹腔镜胆囊切除术中胆管及血管损伤防范中国专家共识 (2024 版) [J]. 中国实用外科杂志, 2024, 44 (3): 244-253.

[19] 管俊杰, 邓正明, 江志伟, 等. 加速康复外科助力疾病诊断相关分组实现多方共赢[J]. 加速康复外科杂志, 2024, 7 (3): 102-106.

[20] 赵楠, 马艳良. 日间手术绩效管理体系的构建与实证研究[J]. 医院管理论坛, 2026, 43 (1): 29-33.

[21] Orabi A, Di Mauro D, Njere I, et al. Can Preoperative Characteristics Predict the Outcomes of Laparoscopic Cholecystectomy?[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2022, 32 (5): 532-537.

[22] 雷甜甜, 黄明君, 梁鹏, 等. 日间手术精准排程的研究现状及进展[J]. 华西医学, 2024, 39 (2): 308-312.

(收稿日期:2026-06-02)
(英文编辑:梁貽泽)