

医院版临床路径管理丛书

外科

临床
路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

县医院版临床路径管理丛书

外科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科临床路径/卫生部医政司编著. —北京:人民卫生出版社, 2012. 9

(县医院版临床路径管理丛书)

ISBN 978-7-117-15572-4

I. ①外… II. ①卫… III. ①外科-疾病-诊疗
IV. ①R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037143 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

外科临床路径

编 著: 卫生部医政司

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 4.5

字 数: 86 千字

版 次: 2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15572-4/R · 15573

定 价: 18.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

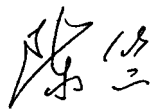
序

实施临床路径管理是公立医院改革工作的重要任务之一。推进临床路径管理工作,对于促进医院管理向科学化、规范化、专业化、精细化、信息化发展,规范诊疗服务行为,提高医疗质量,控制医疗费用等都具有十分重要的作用。

临床路径是应用循证医学证据,针对某种疾病,按照时间顺序,对入院检查、诊断、用药、治疗、护理、饮食指导、宣教、出院计划等,形成的疾病医疗服务计划。临床路径管理起源于西方发达国家,至今已有 20 余年的发展历史,上世纪 90 年代中期,临床路径管理的理念逐步引入我国。按照深化医药卫生体制改革有关工作安排,卫生部于 2009 年启动了临床路径管理试点工作。经过近 3 年的试点,实施临床路径管理,医疗服务效率进一步提高,医疗服务质量与安全明显改善,医疗费用趋于下降,患者满意度进一步提高,试点工作取得明显成效。

国内外的实践证明,实施临床路径管理是医院实现现代化管理的重要体现;是持续改进医疗服务质量,保障医疗安全的重要举措;是控制医疗费用不合理增长的有效途径,为支付制度改革奠定了基础;是引导医院由粗放式向科学化、精细化管理模式转变,由重外延向加强内涵建设的发展方式转变,由单体机构扩张向集团化、分工协作的发展方向转变,实现提高社会效益和经济效益,提高管理水平和医疗服务水平的重要手段。

《临床路径管理丛书》收录了临床路径管理工作启动以来,至 2011 年底,卫生部下发的 22 个专业 331 个病种的临床路径。卫生部将按照深化医药卫生体制改革的工作要求,继续推进临床路径管理工作,组织专家制定部分病种的临床路径。本丛书将根据卫生部临床路径制定情况,收录后续下发的临床路径,适时出版相应分册,帮助医务人员更好地掌握、使用临床路径,进一步规范诊疗行为,保障医疗质量与安全,最终实现为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务的目标。



二〇一二年七月

前 言

临床路径是应用循证医学证据,综合多学科、多专业主要临床干预措施所形成的“疾病医疗护理计划标准”,是医院管理进一步精细化,逐步深入到单病种管理的体现。它既包含了循证医学理念,具有科学性、规范性、可操作性的特点,又融入了“以病人为中心”等现代医疗质量管理理念和模式,贴近临床、贴近患者,对于保障医疗质量与安全、规范诊疗行为、控制医疗费用具有重要的现实意义。

按照深化医药卫生体制改革有关工作要求,卫生部于2009年启动了临床路径管理工作,组织专家陆续制定下发了部分常见病、多发病、对群众健康危害较大的疾病病种的临床路径,并在全中国范围内开展了临床路径管理试点工作。截至2011年底,卫生部已制定下发22个专业331个病种的临床路径;全国已有3467家医疗机构,共计25503个科室开展了临床路径管理工作,整体工作稳步推进。临床路径管理工作开展3年以来取得的成效证明,实施临床路径管理,医疗服务效率进一步提高,医疗服务质量与安全得到保障,医疗费用趋于下降,患者满意度进一步提高。

临床路径管理工作对于绝大多数医院来说,是一项全新、有挑战性的工作,在实际开展过程中也会遇到不同的问题。这些问题既有临床方面的,也有管理方面的;产生问题的原因既有技术能力方面的,也有思想认识方面的。这就需要我们进一步统一思想,在实践中探索解决问题的最佳方案。为帮助医院管理人员和医护人员更好地掌握、运用临床路径,卫生部医政司委托人民卫生出版社出版《临床路径管理丛书》,将已下发的22个专业331个病种的临床路径按专业汇编成册,具有科学性、指导性的鲜明特点,供全国各级医疗机构及其医务人员在临床诊疗工作中使用。

本丛书将根据卫生部临床路径制定情况,收录后续下发的临床路径,适时出版相应分册。书中难免存在不足之处,欢迎同行批评指正。

卫生部医政司

二〇一二年七月

编写委员会

主任委员 马晓伟

副主任委员 王 羽 赵明钢

编委会办公室

主任：焦雅辉

秘书：胡瑞荣

临床路径技术审核专家委员会（按姓氏笔画排序）

（一）首席专家组

刘志红 吴孟超 邱贵兴 陈赛娟 陈香美 郝希山 钟南山 高润霖
曾益新 樊代明

（二）呼吸内科专业

组长：刘又宁

成员：王 辰 白春学 林江涛 姚婉贞 高占成 康 健
孙铁英（兼秘书）

（三）消化内科专业

组长：许国铭

成员：张澍田 刘新光 杨云生 周丽雅 房静远 唐承薇 钱家鸣
秘书：邹多武

（四）神经内科专业

组长：吕传真

成员：蒲传强 崔丽英 贾建平 胡学强 周 东 王拥军
秘书：赵重波

（五）心血管内科专业

组长：胡大一

成员：张 澍 杨跃进 沈卫峰 黄德嘉 葛均波 霍 勇
秘书：袁晋青

(六) 血液内科专业

组长：王建祥

成员：王健民 吴德沛 邵宗鸿 邹 萍 赵永强 黄晓军

秘书：王 迎

(七) 肾病学专业

组长：刘志红

成员：丁小强 李学旺 余学清 陈 楠 梅长林 章友康

秘书：蔡广研

(八) 内分泌科专业

组长：宁 光

成员：王卫庆 母义明 纪力农 李光伟 陈璐璐 赵家军

秘书：徐 焰

(九) 普通外科专业

组长：赵玉沛

成员：王 杉 刘永锋 刘玉村 张忠涛 姜洪池 秦新裕

秘书：孙 阳

(十) 神经外科专业

组长：赵继宗

成员：江基尧 张力伟 李新钢 凌 锋 黄峰平 游 潮

秘书：李京生

(十一) 骨科专业

组长：姜保国

成员：王以朋 邱 勇 田 伟 陈仲强 金大地 曾炳芳 裴福兴

秘书：杨 波

(十二) 泌尿外科专业

组长：那彦群

成员：孔垂泽 叶章群 孙 光 陈 山 金 杰 黄 健 谢立平

秘书：许克新

(十三) 胸外科专业

组长：支修益

成员：刘伦旭 何建行 张 逊 李 辉 姜格宁 赵 珩

秘书：陈东红

(十四) 心脏大血管外科专业

组长：胡盛寿

成员：王春生 刘 苏 刘建实 庄 建 黄方炯 甄文俊

秘书：罗新锦

(十五) 妇科专业

组长：郎景和

成员：尹 玲 乔 杰 朱 兰 沈 铿 张震宇 周应芳 段 华
崔 恒

秘书：曹冬焱

(十六) 产科专业

组长：张为远

成员：王山米 边旭明 李小毛 杨慧霞 段 涛 靳家玉
杨 孜（兼秘书）

(十七) 小儿内科专业

组长：沈 颖

成员：申昆玲 许 峰 杜立中 张 欣 金润铭 闻德亮 秦 炯
曹 丽 魏 珉

秘书：刘小梅

(十八) 小儿外科专业

组长：李仲智

成员：王维林 叶 辉 孙 宁 肖现民 金先庆 夏慧敏 袁继炎

秘书：李小松

(十九) 眼科专业

组长：黎晓新

成员：王 薇 刘奕志 何守志 施玉英 姚 克 唐罗生

秘书：申屠形超

(二十) 耳鼻喉科专业

组长：韩德民

成员：孔维佳 周 梁 姜学钧 高志强 黄志刚 韩东一

秘书：徐 文

(二十一) 口腔科专业

组长：王 兴

成员：许天民 张富强 俞光岩 高学军 章锦才 葛立宏

秘书：陈 铭

(二十二) 皮肤性病科专业

组长：张学军

成员：王宝玺 何春涤 张建中 郑 捷 郑 敏 曾凡钦

秘书：崔 勇

(二十三) 肿瘤科专业

组长：赵 平

成员：姜文奇 唐平章 顾 晋 蒋国梁 赫 捷 樊 嘉

秘书：董恒磊

(二十四) 综合组

组长：张振忠 梁铭会

成员：马谢民 王 怡 王 敏 左晓春 田常俊 白剑峰 石应康
刘春玲 刘爱民 何梦乔 吴永佩 吴良明 宋文舸 张 炜
李 岩 李少冬 杨连春 邱大龙 武广华

目 录

腹股沟疝临床路径	1
急性阑尾炎临床路径	6
下肢静脉曲张临床路径	11
胆总管结石临床路径	17
良性前列腺增生临床路径	22
肾结石临床路径	27
股骨干骨折临床路径	32
腰椎间盘突出症临床路径	38
凹陷性颅骨骨折临床路径	44
高血压脑出血临床路径	51
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	59
附件 2 卫生部办公厅关于进一步加强临床路径管理 试点工作的通知	60

腹股沟疝临床路径

(县医院版)

一、腹股沟疝临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为腹股沟疝(ICD-10:K40.2,K40.9)。

行择期手术治疗(ICD-9-CM-3:53.0-53.1)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 外科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007),《成人腹股沟疝、股疝修补手术治疗方案(修订稿)》(中华外科分会疝与腹壁外科学组,2003)。

1. 症状:腹股沟区可复性肿块,可伴有局部坠胀感、消化不良和便秘症状。
2. 体征:病人站立时,可见腹股沟区肿块,可回纳或部分不能回纳。
3. 鉴别诊断:阴囊鞘膜积液,交通性鞘膜积液,精索鞘膜积液,睾丸下降不全等。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 外科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007),《成人腹股沟疝、股疝修补手术治疗方案(修订稿)》(中华外科分会疝与腹壁外科学组,2003)。

1. 非手术治疗:1周岁以内的婴儿可暂不手术,可用棉织束带捆绑法堵压腹股沟管内环;年老体弱或其他原因而禁忌手术者,可使用医用疝带。
2. 手术治疗
 - (1)疝囊高位结扎。
 - (2)疝修补术。
 - (3)疝成形术。

(四) 标准住院日为 5~7 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10 K40.2, K40.9 腹股沟疝疾病编码。
2. 当患者合并其他疾病,但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时,可以进入临床路径。

(六) 术前准备 1~2 天(指工作日)

1. 必须检查的项目

- (1)血常规、尿常规。
- (2)肝功能、肾功能、血糖、凝血功能、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)。

(3)心电图及正位 X 线胸片。

2. 根据患者病情可选择检查项目:立位阴囊和腹股沟 B 超、前列腺彩超等。

(七) 预防性抗菌药物选择与使用时机

1. 预防性抗菌药物:按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行。建议使用第一代头孢菌素,明确感染患者,可根据药敏试验结果调整抗菌药物。推荐使用头孢唑林钠肌内注射或静脉注射:

(1)成人:每次 0.5~1.5g,一日 2~3 次。

(2)儿童:一日量为 20~30mg/kg,分 3~4 次给药。

- (3)对本药或其他头孢菌素类药过敏者,对青霉素类药有过敏性休克史者禁用;肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用。

(4)使用本药前须进行皮试。

2. 预防性用抗菌药物,时间为术前 0.5 小时,手术超过 3 小时加用 1 次抗菌药物;总预防性用药时间一般不超过 24 小时,个别情况可延长至 48 小时。

(八) 手术日为入院第 2~3 天

1. 麻醉方式:局部浸润麻醉联合监测麻醉(MAC),或硬膜外麻醉。
2. 手术内固定物:人工合成疝修补网片。
3. 术中用药:麻醉常规用药。
4. 输血:通常无须输血。

(九) 术后住院恢复 2~4 天

1. 必须复查的检查项目:血常规。
2. 术后用药:按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行。

(十) 出院标准

1. 切口对合好,无红肿、渗液、裂开及大面积皮下淤血情况。

2. 没有需要住院处理的手术并发症。

(十一) 变异及原因分析

1. 腹股沟嵌顿疝和绞窄疝因病情严重且变化快,可能有疝内容物坏死,需要急诊手术治疗,进入其他相应路径。

2. 合并有影响腹股沟疝手术治疗的疾病,或发生其他严重疾病,退出本路径。

3. 出现手术并发症,需要进行相关的诊断和治疗,可导致住院时间延长和费用增加。

(十二) 参考费用标准:2000~4000 元(单侧)

二、腹股沟疝临床路径表单

适用对象:第一诊断为腹股沟疝(ICD-10:K40.2,K40.9)

行择期手术治疗(ICD-9-CM-3:53.0-53.1)

患者姓名:_____ 性别:_____ 年龄:_____ 门诊号:_____ 住院号:_____

住院日期:_____年____月____日 出院日期:_____年____月____日 标准住院日:5~7天

时间	住院第 1 天	住院第 2 天	住院第 2~3 天 (手术日)
主要 诊疗 工作	☐ 病史询问与体格检查 ☐ 完成病历 ☐ 上级医师查房,指导诊断及制订治疗方案 ☐ 伴随疾病会诊	☐ 上级医师查房,观察病情变化,行术前病情评估,根据评估结果确定手术方案 ☐ 完成术前准备 ☐ 签署手术知情同意书、自费/贵重用品协议书 ☐ 向患者及其家属交代围手术期注意事项	☐ 手术 ☐ 完成手术记录和术后病程记录 ☐ 上级医师查房 ☐ 向患者及家属交代病情及术后注意事项 ☐ 确定有无术后并发症
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 外科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 普食 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 血常规、尿常规 ☐ 肝肾功能、血糖、凝血功能、感染性疾病筛查 ☐ 心电图及正位 X 线胸片 ☐ 必要时行立位阴囊/腹股沟 B 超	长期医嘱: ☐ 外科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 普食 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 拟明日在硬膜外或局麻+监测麻醉下行左/右侧腹股沟疝手术 ☐ 术前禁食水 ☐ 常规皮肤准备 ☐ 青霉素及普鲁卡因皮试 ☐ 预防性抗菌药物应用 ☐ 其他特殊医嘱	长期医嘱: ☐ 今日在硬膜外或局麻+监测麻醉下行左/右侧腹股沟疝手术 ☐ 普通外科术后护理常规 ☐ 一/二级护理 ☐ 饮食:根据病情 临时医嘱: ☐ 心电监护、吸氧(必要时) ☐ 切口处沙袋加压 ☐ 观察伤口情况 ☐ 其他特殊医嘱
主要 护理 工作	☐ 介绍病房环境、设施和设备 ☐ 入院护理评估 ☐ 护理计划 ☐ 指导患者到相关科室进行心电图、X 线胸片等检查 ☐ 静脉取血(当天或次日晨)	☐ 宣教、备皮等术前准备 ☐ 手术前心理护理 ☐ 手术前物品准备 ☐ 提醒患者术前禁食、水	☐ 观察患者病情变化 ☐ 术后心理与生活护理 ☐ 指导并监督患者手术后活动 ☐ 夜间巡视
病情 变异 记录	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.
护士 签名			
医师 签名			

时间	住院第 3~4 天 (术后第 1 天)	住院第 4~5 天 (术后第 2 天)	住院第 5~7 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房,观察病人情况,进行手术及伤口评估,确定下一步治疗方案 ☐ 对手术及手术切口进行评估,检查有无手术并发症 ☐ 完成病程、病历书写	☐ 手术及伤口评估 ☐ 对手术及手术切口进行评估,检查有无手术并发症 ☐ 完成常规病程、病历书写	☐ 上级医师查房,明确是否出院 ☐ 通知患者及其家属今天出院 ☐ 完成出院记录、病案首页、出院证明书 ☐ 向患者及其家属交代出院后注意事项,预约复诊日期及拆线日期 ☐ 将出院小结及出院证明书交患者或其家属
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 普通外科术后护理常规 ☐ 一/二级护理 ☐ 普食(流食/半流食) 临时医嘱: ☐ 止痛 ☐ 伤口换药 ☐ 抗菌药物	长期医嘱: ☐ 普通外科术后护理常规 ☐ 一/二级护理 ☐ 普食(流食/半流食) ☐ 抗菌药物;如体温正常,伤口情况良好,无明显红肿时可以停止抗菌药物治疗 临时医嘱: ☐ 伤口换药(酌情)	出院医嘱: ☐ 出院带药
主要 护理 工作	☐ 观察患者病情变化 ☐ 手术后心理与生活护理 ☐ 指导并监督患者手术后活动 ☐ 夜间巡视	☐ 观察患者病情变化 ☐ 手术后心理与生活护理 ☐ 指导并监督患者手术后活动 ☐ 夜间巡视	☐ 指导患者术后康复锻炼 ☐ 帮助患者办理出院手续、交费等事项
病情 变异 记录	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.
护士 签名			
医师 签名			

急性阑尾炎临床路径

(县医院版)

一、急性阑尾炎临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为急性阑尾炎(单纯性、化脓性、坏疽性及穿孔性)(ICD-10:K35.902/K35.101/K35.003)。

行阑尾切除术。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 外科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 病史:转移性右下腹痛(女性包括月经史、婚育史)。
2. 体格检查:体温、脉搏、心肺查体、腹部查体、直肠指诊、腰大肌试验、结肠充气试验、闭孔内肌试验。
3. 实验室检查:血常规、尿常规,如可疑胰腺炎,查血、尿淀粉酶。
4. 辅助检查:腹部立位 X 线片除外上消化道穿孔、肠梗阻等;有右下腹包块者行腹部 B 超检查,明确有无阑尾周围炎或脓肿形成。
5. 鉴别诊断:右侧输尿管结石、妇科疾病等。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 外科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 诊断明确者,建议手术治疗。
2. 对于手术风险较大者(高龄、妊娠期、合并较严重内科疾病等),需向患者或家属详细交代病情;如不同意手术,应充分告知风险,给予加强抗炎保守治疗。
3. 对于有明确手术禁忌证者,给予抗炎保守治疗。

(四) 标准住院日为 7~10 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断符合 ICD-10:K35.902/K35.101/K35.003 急性阑尾炎(单纯性、化脓性、坏疽性及穿孔性)疾病编码。

2. 有手术适应证,无手术禁忌证。

3. 当患者合并其他疾病,但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时,可以进入临床路径。

(六) 术前准备(术前评估)1 天

1. 必须检查的项目

(1)血常规、尿常规+镜检。

(2)电解质、血糖、凝血功能、肝功能、肾功能、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)。

(3)心电图。

2. 根据患者病情可选择检查项目:血淀粉酶、尿淀粉酶、胸透或胸部 X 线片、腹部立位 X 线片、腹部 B 超、妇科检查等。

(七) 选择用药

抗菌药物:按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行。建议使用第二代头孢菌素或头孢噻肟,可加用甲硝唑;明确感染患者,可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

(1)推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射

1)成人:0.75~1.5g/次,一日 3 次;

2)儿童:平均一日剂量为 60mg/kg,严重感染可用到 100mg/kg,分 3~4 次给予;

3)肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案:肌酐清除率 $>20\text{ml/min}$ 者,每日 3 次,每次 0.75~1.5g;肌酐清除率 $10\sim20\text{ml/min}$ 患者,每次 0.75g,一日 2 次;肌酐清除率 $<10\text{ml/min}$ 患者,每次 0.75g,一日 1 次;

4)对本药或其他头孢菌素类药过敏者,对青霉素类药有过敏性休克史者禁用;肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用;

5)使用本药前须进行皮试。

(2)可加用甲硝唑静脉滴注:0.5g/次,一日 3 次。

(八) 手术日为住院当天

1. 麻醉方式:连续硬膜外麻醉或联合麻醉。

2. 手术方式:顺行或逆行切除阑尾。

3. 病理:术后标本送病理检查。

4. 实验室检查:术中局部渗出物宜送细菌培养及药敏试验检查。

(九) 术后住院恢复 ≤ 9 天

1. 术后回病房平卧 6 小时,继续补液、抗感染治疗。

2. 术后 6 小时可下床活动,肠功能恢复后即可进流食。