

临床路径管理丛书

口腔科 临床 路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

最新临床指南

口腔科

临床
路径

中国医师协会

人民卫生出版社

临床路径管理丛书

口腔科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

口腔科临床路径/卫生部医政司编著. —北京:人民卫生出版社, 2012. 9

(临床路径管理丛书)

ISBN 978-7-117-15563-2

I. ①口… II. ①卫… III. ①口腔疾病-诊疗

IV. ①R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037165 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!

口腔科临床路径

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: 5.5

字 数: 105 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 978-7-117-15563-2/R · 15564

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)

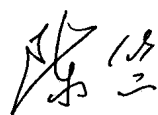
序

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

舌癌临床路径	1
唇裂临床路径	5
腭裂临床路径	9
下颌骨骨折临床路径	14
下颌前突畸形临床路径	18
腮腺多形性腺瘤临床路径	23
牙列缺损临床路径	27
牙列缺失行种植体支持式固定义齿修复 临床路径	33
牙列缺失行种植体支持式可摘义齿修复 临床路径	40
复发性口腔溃疡临床路径	47
口腔扁平苔藓临床路径	51
口腔念珠菌病临床路径	55
单纯疱疹临床路径	59
乳牙中龋临床路径	63
乳牙慢性牙髓炎临床路径	66
个别乳磨牙早失临床路径	69
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	73
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	74

舌癌临床路径

(2009 年版)

一、舌癌临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为舌癌(ICD-10:C01-C02)。

行舌癌扩大切除术或舌癌扩大切除术+颈淋巴清扫术。

1. 舌癌扩大切除术(ICD-9-CM-3:25.3/25.4);
2. 颈淋巴清扫术(ICD-9-CM-3:40.4)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 口腔医学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005)。

1. 病史:局部常有慢性刺激因素(如锐利牙尖或残根);也可有白斑等癌前病损;或无明显诱发因素,病变发展较快。
2. 体征:舌体局部溃疡或浸润块,也可外突呈菜花状,常有明显自发痛或触痛。
3. 实验室检查:活组织检查病理明确为癌瘤。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床技术操作规范 口腔医学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2004)。

选择舌癌扩大切除术或舌癌扩大切除术+颈淋巴清扫术,其适应证为:

1. 在肿瘤边界外 1.5~2cm 正常组织内扩大切除肿瘤;
2. 根据不同情况,颈部淋巴结可予以观察,或行选择性或治疗性颈淋巴结清扫术;
3. 病理明确颈部淋巴结转移的患者,建议行术后放疗。

(四) 标准住院日≤14 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断符合 ICD-10:C01-C02 舌癌疾病编码。
2. 患者同时具有其他疾病诊断,如在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。

3. TNM 分类:原发灶 T₁ 或 T₂,淋巴结 N₀ 或 N₁,远处转移 M₀。

(六) 术前准备(术前评估)1~3 天

1. 术前必须检查的项目

- (1)血常规、尿常规、大便常规、血型。
- (2)凝血功能。
- (3)肝肾功能。
- (4)感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)。
- (5)X 线胸片、心电图。

2. 根据病情可选择的项目

- (1)超声心动图和肺功能检查(老年人或既往有相关病史者)。
- (2)必要时行曲面断层、CT、MRI 检查。

(七) 预防性抗菌药物选择与使用时机

1. 按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行。
2. 青霉素类或其他类抗菌药物,预防性用药时间为术前 30 分钟。

(八) 手术日为入院第 3~4 天

1. 麻醉方式:全麻或局麻。
2. 术中用药:麻醉常规用药、术后镇痛泵的应用。
3. 输血:视术中情况而定。
4. 术后标本冰冻加石蜡切片送病理。

(九) 术后住院恢复 7~10 天

1. 术后根据当时病人情况复查相关检查项目。
2. 术后使用青霉素类或其他类抗菌药物,用药时间 3~5 天。

(十) 出院标准

1. 患者一般情况良好,伤口愈合好,引流管拔除,伤口无感染,无皮下积液(或门诊可处理的少量积液),无组织坏死。
2. 没有需要住院处理的并发症和(或)合并症。

(十一) 变异及原因分析

1. 有影响手术的全身疾病或合并症,需要进行相关的诊断和治疗。
2. 必要时需要进行 CT、MRI 等检查以明确肿瘤范围。
3. 越过中线的舌癌,根据情况可以行双侧颈淋巴结清扫术。
4. 侵及口底接近下颌骨的舌癌,扩大切除肿瘤时可能需要切除部分下颌骨。
5. 舌体局部切除后需要皮瓣修复者不进入该路径。

二、舌癌临床路径表单

适用对象:第一诊断为舌癌(ICD-10:C01-C02)

行舌癌扩大切除术+颈淋巴清扫术(ICD-9-CM-3:25.3/25.4+40.4)

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:≤14天

时间	住院第1天	住院第2~3天	住院第3~4天(手术日)
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完成病历书写 ☐ 开化验单 ☐ 上级医师查房与术前评估 ☐ 初步确定手术方式和日期	☐ 上级医师查房 ☐ 完成术前准备与术前评估 ☐ 活检(即入院前未行活检者) ☐ 根据体检、活检病理结果、影像学检查等,进行术前讨论,确定手术方案 ☐ 完成必要的相关科室会诊 ☐ 住院医师完成术前小结、上级医师查房记录等病历书写 ☐ 向患者及家属交代围手术期注意事项,签署手术知情同意书 ☐ 签署自费用品协议书、输血同意书(必要时)	☐ 手术 ☐ 术者完成手术记录 ☐ 住院医师完成术后病程 ☐ 上级医师查房 ☐ 向患者及家属交代病情及术后注意事项
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 外科三/二级护理常规 ☐ 饮食:◎普食◎糖尿病饮食◎其他 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 血尿便常规检查、血型、凝血功能、肝肾功能、感染性疾病筛查 ☐ X线胸片、心电图 ☐ 肺功能、超声心动图(视情况而定)必要时行曲面断层、CT、MRI检查	长期医嘱: ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 牙齿洁治 术前医嘱: ☐ 拟明日◎局麻+监测◎局麻+强化◎全麻下行◎舌癌扩大切除术◎舌癌扩大切除+颈淋巴清扫术◎舌癌扩大切除术+颈淋巴结清扫术+下颌骨方块切除术 ☐ 口腔清洁 ☐ 术前6小时禁食水 ☐ 术前30分钟肌注抗菌药物 ☐ 术前插胃管 ☐ 其他特殊医嘱	长期医嘱: ☐ 术后6小时流食 ☐ 保留胃管、禁食水1日 ☐ 间断胃肠减压 ☐ 保留颈部负压引流管 临时医嘱: ☐ 心电监护、吸氧 ☐ 补液 ☐ 青霉素类或其他类抗菌药物 ☐ 其他特殊医嘱
主要护理工作	☐ 介绍病房环境、设施及设备 ☐ 入院护理评估 ☐ 执行入院后医嘱 ☐ 指导进行心电图、影像学检查等	☐ 晨起静脉取血 ☐ 卫生知识及手术知识宣教 ☐ 口腔清洁 ☐ 嘱患者禁食、水时间 ☐ 药敏试验	☐ 术前更衣、遵医嘱插胃管、给药 ☐ 观察术后病情变化 ☐ 观察创口出血及引流情况 ☐ 保持各种管路通畅 ☐ 给予术后饮食指导 ☐ 指导并协助术后活动
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 4~6 天 (术后第 1~2 天)	住院第 6~10 天 (术后第 3~6 天)	住院第 10~14 天 (术后第 7~10 天, 出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房, 注意病情变化 ☐ 住院医师完成常规病历书写 ☐ 注意引流量和引流液性状 ☐ 注意观察体温、血压等 ☐ 根据需要复查血常规、电解质等	☐ 上级医师查房 ☐ 住院医师完成常规病历书写 ☐ 更换颈部伤口敷料, 观察伤口愈合情况 ☐ 根据引流情况决定是否拔除引流管 ☐ 根据患者进食情况调整补液量	☐ 上级医师查房, 进行手术及伤口评估, 确定有无手术并发症和切口愈合不良情况, 明确是否出院 ☐ 根据伤口愈合情况, 逐步拆除缝线(◎外伤口 5~7 天, ◎内伤口 7~10 天) ☐ 完成出院记录、病案首页、出院证明书等, 向患者交代出院后的注意事项, 如: 返院复诊的时间、地点, 发生紧急情况时的处理, 是否需要配合术后放疗等
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 一/二级护理 ☐ 饮食: 流食、鼻饲流食 ☐ 雾化吸入 ☐ 口腔冲洗 ☐ 青霉素类或其他类抗菌药物 临时医嘱: ☐ 止痛 ☐ 补液(视情况而定)	长期医嘱: ☐ 二/三级护理 ☐ 饮食: 流食、鼻饲流食 ☐ 抗菌药物(根据病情停用) 临时医嘱: ☐ 换药 ☐ 拔除负压引流管(引流量<30ml/24h)	出院医嘱: ☐ 拆线 ☐ 出院(带药)
主要 护理 工作	☐ 观察病情变化 ☐ 观察创口出血情况 ☐ 遵医嘱口腔冲洗, 保持口腔清洁 ☐ 观察进食情况并给予指导 ☐ 心理与生活护理	☐ 观察病情变化及饮食情况 ☐ 心理与生活护理 ☐ 指导功能锻炼	☐ 指导办理出院手续 ☐ 指导复查时间和注意事项
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			

唇裂临床路径

(2009 年版)

一、唇裂临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为唇裂(ICD-10:Q36)。

行唇裂修复术(ICD-9-CM-3:27.54)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 口腔医学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005)。

1. 上唇裂开,可为完全性裂,也可为不完全性裂;可为单侧裂,也可为双侧裂。
2. 有的上唇皮肤与黏膜完整,但肌发育或连接不全,称为唇隐裂。
3. 可同时伴有鼻孔、鼻翼、鼻小柱、牙槽嵴不同程度的畸形。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 口腔医学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005)。

选择唇裂修复术,其适应证为:

1. 单侧唇裂年龄一般在 3 个月左右,双侧唇裂年龄在 6 个月左右。
2. 体重应在 5 公斤以上。
3. 血尿常规以及其他化验检查应在正常范围。
4. 无发热和上呼吸道感染以及腹泻等症状。
5. X 线胸片无异常,胸腺大小在正常范围。
6. 无其他脏器的先天性异常,如:先天性心脏病,心血管系统等疾病。
7. 口、鼻唇区皮肤、黏膜无糜烂和皮疹。

(四) 标准住院日为≤10 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:Q36 唇裂疾病编码。

2. 患者同时具有其他疾病诊断,如在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)1~2 天

1. 必须检查的项目

- (1)血常规、尿常规、大便常规、血型。
- (2)凝血功能。
- (3)肝肾功能。
- (4)感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)。
- (5)X线胸片、心电图。

2. 根据具体情况选择的项目 超声心动图(心脏杂音/先天性心脏病)。

(七) 预防性抗菌药物选择与使用时机

1. 按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285号)执行。
2. 用青霉素类及其他类抗菌药物,预防性用药时间为术前 30 分钟。

(八) 手术日为入院第 3~4 天

1. 麻醉方式:气管内插管全麻。
2. 手术内固定物:无。
3. 术中用药:麻醉常规用药。
4. 输血:视术中情况定。

(九) 术后住院恢复 5~6 天

1. 必须复查的检查项目:根据当时病人情况而定。
2. 术后用药:青霉素类或其他类抗菌药物,用药时间 ≤ 3 天。

(十) 出院标准

1. 伤口愈合良好,拆线后出院。
2. 没有需要住院处理的并发症和(或)合并症。

(十一) 变异及原因分析

1. 有影响手术的综合征,需要进行相关的检查、诊断和治疗,必要时需要行 CT、MRI 和超声心动图等检查。
2. 上颌骨段移位严重的唇裂必要时需要正畸辅助复位移位的骨段、缩小裂隙。
3. 裂隙过宽的双侧唇裂可能需要二次手术来分别关闭两侧的唇裂裂隙。