

临床路径管理丛书

眼科

临床
路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

临床路径管理丛书

眼科

临床 路径

王卫平 主编

人民卫生出版社

临床路径管理丛书

眼科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

眼科临床路径/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 978-7-117-15565-6

I. ①眼… II. ①卫… III. ①眼病-诊疗

IV. ①R77

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037153 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!

眼科临床路径

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 978-7-117-15565-6/R · 15566

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)

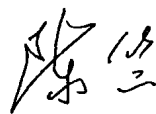
序

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

原发性急性闭角型青光眼临床路径	1
单纯性孔源性视网膜脱离临床路径	5
共同性斜视临床路径	11
上睑下垂临床路径	15
白内障囊外摘除联合人工晶体植入术临床路径	20
慢性泪囊炎鼻腔泪囊吻合术临床路径	26
急性虹膜睫状体炎临床路径	30
角膜白斑穿透性角膜移植术临床路径	36
角膜裂伤临床路径	40
难治性青光眼睫状体冷冻术临床路径	44
经巩膜二级管激光睫状体光凝术临床路径	48
翼状胬肉切除手术临床路径	52
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	57
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	58

原发性急性闭角型 青光眼临床路径

(2009 年版)

一、原发性急性闭角型青光眼临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为原发性急性闭角型青光眼(ICD-10:H40.203)。

行小梁切除术(ICD-9-CM-3:12.64)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 眼科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007),《临床技术操作规范眼科学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2006),《我国原发性青光眼诊断和治疗专家共识》[中华眼科杂志,2008(9):862-863]。

1. 症状:眼痛、头痛,恶心、呕吐,视力下降等。

2. 体征:眼压高,前房浅,结膜充血,角膜水肿,色素 KP,青光眼斑,虹膜节段萎缩,前房角狭窄或关闭等。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 眼科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007),《临床技术操作规范 眼科学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2006),《眼科临床指南(PPP)》(美国眼科学会编),《我国原发性青光眼诊断和治疗专家共识》(中华眼科杂志,2008(9):862-863)]

1. 小梁切除术:房角关闭超过 1/2 圆周。

2. 激光/手术周边虹膜切除术:房角关闭小于 1/2 圆周,无青光眼性视神经损害。

(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:H40.203 原发性急性闭角型青光眼疾病编码。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断,但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。
- (2)肝肾功能,凝血功能,感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)。
- (3)心电图,X线胸片。

2. 眼部常规检查:视力、眼压、前房、晶体、视盘情况,前房角镜检查。

3. 根据病情选择 AB 超、UBM、视野。

(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,根据患者病情合理使用抗菌药物。

2. 选用抗菌药物滴眼液,预防性用药时间可 1~3 天。

(八) 手术日为入院第 2~3 天

1. 麻醉方式:局部麻醉或表面麻醉。

2. 术内固定物:无。

3. 术中用药:麻醉常规用药。

(九) 术后住院恢复 3~4 天

1. 必须复查的检查项目:前房形成及反应、瞳孔状况、滤过泡情况,结膜切口缝合情况,眼压,视力(矫正)。

2. 抗菌药物应按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行,结合患者病情合理使用。

(十) 出院标准

1. 高眼压得到控制。
2. 前房基本恢复正常。
3. 结膜切口愈合好,无感染征象。

(十一) 变异及原因分析

1. 患者术前存在持续性眼压高或眼轴短,真性小眼球等因素,容易出现恶性青光眼或脉络膜脱离等并发症,术后可能出现前房形成迟缓,需药物治疗甚至手术处理,导致住院时间相应延长。

2. 出现手术并发症,如结膜伤口愈合不良、滤过泡渗漏、前房形成迟缓、脉络膜渗漏、驱逐性脉络膜出血等,转入相应路径。

3. 第一诊断为原发性急性闭角型青光眼,又合并老年性白内障,需行“青白联合”手术者,不进入临床路径。

4. 需行全麻手术者不进入本路径。

二、原发性急性闭角型青光眼临床路径表单

适用对象:第一诊断为原发性急性闭角型青光眼(ICD-10:H40.203)

行小梁切除术(ICD-9-CM-3:12.64)

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	☐ 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 ☐ 药物处理高眼压 ☐ 初步确定手术方式和日期 ☐ 眼科特殊检查:前房角镜检查,AB超,UBM,视野检查	☐ 上级医师查房 ☐ 完善术前检查和术前评估 ☐ 住院医师完成术前小结、术前讨论、上级医师查房记录等 ☐ 向患者及家属交代病情,签署手术同意书、自费用品协议书	☐ 手术:眼压控制正常下尽快进行手术治疗 ☐ 术者完成手术记录 ☐ 住院医师完成术后病程 ☐ 上级医师查房 ☐ 向病人及家属交代病情及术后注意事项
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 眼科二级护理常规 ☐ 饮食 ☐ 抗菌药物滴眼液 ☐ 高渗剂降眼压(甘露醇或甘油盐水) ☐ 口服碳酸酐酶抑制剂(醋甲唑胺) ☐ β 受体阻断剂 ☐ α 受体激动剂 ☐ 缩瞳剂 临时医嘱: ☐ 血、尿常规 ☐ 肝肾常规,凝血功能,感染性疾病筛查,心电图,X线胸片 ☐ 眼部AB超、UBM、视野(必要时) ☐ 眼压控制不满意,必要时前房穿刺	长期医嘱: ☐ 同第一日 临时医嘱: ☐ 常规准备明日在局麻下行小梁切除术 ☐ 备皮、洗眼 ☐ 术前1小时肌注止血针 ☐ 术前晚口服镇静药(必要时)	长期医嘱: ☐ 眼科术后二护理常规 ☐ 普食 ☐ 抗菌药物+激素眼水 ☐ 非甾体类消炎药水 ☐ 散瞳剂(必要时) ☐ 口服抗菌药物 ☐ 口服肾上腺糖皮质激素(必要时) ☐ 口服非甾体类消炎药(必要时) ☐ 口服止血药 临时医嘱: ☐ 今日在局麻下行小梁切除术
主要护理工作	☐ 病区环境介绍 ☐ 入院护理评估、介绍主管医护人员 ☐ 医院相关制度介绍 ☐ 饮食宣教、生命体征监测 ☐ 介绍相关治疗、检查、用药等应注意的问题 ☐ 心理与生活护理 ☐ 执行医嘱,完成护理记录单	☐ 指导患者熟悉病区环境 ☐ 执行医嘱 ☐ 介绍有关疾病的护理知识 ☐ 介绍相关治疗、检查、用药等护理中应注意的问题 ☐ 宣教:围术期注意事项 ☐ 执行手术前医嘱 ☐ 完成术前护理记录单书写	☐ 健康宣教:术后注意事项 ☐ 术后心理与生活护理 ☐ 执行术后医嘱 ☐ 完成手术当日护理记录单书写 ☐ 观察动态病情变化,及时与医生沟通,执行医嘱 ☐ 介绍相关治疗、检查、用药等护理中应注意的问题
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 (术后第3~4天, 出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房 ☐ 注意眼压、伤口、滤过泡、前房等情况 ☐ 住院医师完成常规病历书写	☐ 上级医师查房 ☐ 注意眼压、伤口、滤过泡、前房等情况 ☐ 住院医师完成常规病历书写 ☐ 如果出现浅前房、脉络膜脱离或恶性青光眼, 及时进行相应处理	☐ 上级医师查房 ☐ 注意眼压、伤口、滤过泡、前房等情况 ☐ 根据术后伤口、前房、滤过泡情况决定术后出院时间 ☐ 完成出院志、病案首页、出院诊断证明书等病历资料 ☐ 向患者交代出院后的后续治疗及相关注意事项, 如: 复诊时间等
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 同术后当日 临时医嘱: ☐ 如果滤过强、前房浅, 必要时包扎、散瞳	长期医嘱: ☐ 根据并发症情况予相应治疗 ☐ 恶性青光眼: 高渗剂, 阿托品散瞳, 复方托比卡安散瞳, 口服激素, 醋甲唑胺, 眼局部抗感染治疗 ☐ 脉络膜脱离: 阿托品散瞳, 复方托比卡安散瞳, 口服激素, 眼局部抗感染治疗 临时医嘱: ☐ 出现并发症: 局部注射 ☐ 如果滤过强, 前房浅, 包扎	长期医嘱: ☐ 出院带药 ■ 抗菌药物+激素眼水 ■ 非甾体类消炎药水 ■ 必要时散瞳剂 ☐ 门诊随诊
主要 护理 工作	☐ 执行术后医嘱 ☐ 健康宣教: 手术后相关注意事项, 介绍有关康复锻炼方法 ☐ 术后用药知识宣教 ☐ 监测患者生命体征变化、术眼情况变化 ☐ 术后心理与生活护理 ☐ 完成术后护理记录单	☐ 执行术后医嘱 ☐ 健康宣教: 手术后相关注意事项, 介绍有关康复锻炼方法 ☐ 术后用药知识宣教 ☐ 监测患者生命体征变化、术眼情况变化 ☐ 术后心理与生活护理 ☐ 完成术后护理记录单	☐ 执行术后医嘱、出院医嘱 ☐ 进行出院指导: 生活指导、饮食指导、用药指导 ☐ 监测患者生命体征变化、术眼情况变化 ☐ 完成术后及出院护理记录单
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			

单纯性孔源性视网膜脱离临床路径

(2009 年版)

一、单纯性孔源性视网膜脱离临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为单纯性孔源性视网膜脱离(ICD-10: H33.001)。

行视网膜脱离复位巩膜扣带术(ICD-9-CM-3: 14.4)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 眼科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007),《临床技术操作规范 眼科学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2006),《眼科临床指南》(美国眼科学会编,中华医学会眼科学分会编译,人民卫生出版社,2006)。

1. 症状:视力突然下降伴视物遮挡。
2. 体征:眼底检查可见脱离的视网膜及视网膜裂孔。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 眼科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007),《临床技术操作规范 眼科学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2006)。

视网膜脱离复位巩膜扣带术指征:

1. 视网膜脱离不合并严重的增生性玻璃体视网膜病变。
2. 视网膜脱离不合并后极部视网膜裂孔。
3. 视网膜脱离不合并脉络膜脱离。

(四) 标准住院日为 7~12 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: H33.001 单纯性孔源性视网膜脱离疾病编码。
2. 当患者同时具有其他疾病诊断,但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)1~3 天

1. 必须检查的项目

- (1)血常规、尿常规。
- (2)肝肾功能、血糖,凝血功能,感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)。
- (3)心电图,X线胸片。
- (4)眼部 AB 超。

2. 根据患者病情需要可选择行眼底照相、OCT 及 FFA 等检查。

(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,根据患者病情合理使用抗菌药物。

2. 选用抗菌药物滴眼液,预防性用药时间可 1~3 天。

(八) 手术日为入院第 2~4 天

1. 麻醉方式:局部麻醉,可行局部麻醉联合神经安定镇痛。
2. 手术内固定物:硅胶或硅海绵。
3. 术中用药:利多卡因、罗派卡因或布比卡因。
4. 术中用耗品:巩膜缝线,冷凝用气,激光探头,膨胀气体。

(九) 术后住院恢复 5~8 天

1. 术后需要复查的项目:视力、眼压、结膜伤口、眼前节、视网膜相关检查,根据患者病情变化选择检查项目。

2. 选择用药

(1)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,结合患者病情合理使用抗菌药物,用药时间为 1~2 天。

(2)抗菌药物滴眼液。

(3)甾体激素滴眼液。

(4)散瞳剂。

(十) 出院标准

1. 眼压正常范围。
2. 裂孔封闭,视网膜复位。
3. 伤口愈合好。

(十一) 变异及原因分析

1. 术前评估为严重的增殖性玻璃体视网膜病变、巨大或多发或后部视网膜裂孔需行玻璃体切割术,出现眼部(如结膜炎)或全身感染(感冒等)者,不进入临床路径。