

临床路径管理丛书

肿瘤科 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

肿瘤科

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

肿瘤科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤科临床路径/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 978-7-117-15562-5

I. ①肿… II. ①卫… III. ①肿瘤-诊疗
IV. ①R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037164 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!

肿瘤科临床路径

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: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 2.5

字 数: 48 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 978-7-117-15562-5/R · 15563

定 价: 15.00 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

甲状腺癌临床路径	1
结肠癌临床路径	7
胃癌临床路径	14
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	21
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	23

甲状腺癌临床路径

(2009 年版)

一、甲状腺癌临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为甲状腺癌(ICD-10:C73,D09.301)。

行腺叶及峡部切除或全甲状腺切除术,同期颈淋巴结清除术(ICD-9-CM-3:06.2-06.4)。

(二) 诊断依据

根据《UICC 甲状腺癌诊疗规范(2008 年版)》,《AJCC 甲状腺癌诊疗规范(2008 年版)》,《NCCN 甲状腺癌临床实践指南(中国版)》(2008 年)。

1. 症状及体征:声音嘶哑,体格检查有甲状腺结节,有或无颈部肿大淋巴结。
2. 影像学:主要依靠彩超诊断,其他如 CT、MRI 及 SPECT 等可提供参考。
3. 病理:组织病理诊断或术中冰冻活检诊断,有条件者提倡针吸细胞学检查(滤泡癌除外)。

(三) 治疗方案的选择

根据《UICC 甲状腺癌诊疗规范(2008 年版)》,《AJCC 甲状腺癌诊疗规范(2008 年版)》,《NCCN 甲状腺癌临床实践指南(中国版)》(2008 年)。

甲状腺癌可以分为乳头状癌(PTC)、滤泡癌(FTC)、髓样癌(MTC)和未分化癌(ATC),根据不同类型实施治疗方案。

1. 原发灶处理

(1)一侧腺叶及峡部切除,及同侧Ⅵ区探查,清扫转移淋巴结。

(2)全甲状腺切除及双侧Ⅵ区清扫(双侧有癌灶,或高危病例)。

2. 颈部淋巴结处理:颈淋巴结证实有转移者行同侧或双侧颈淋巴结清扫(Ⅱ~Ⅵ区),N₀者可以观察。

3. 姑息性手术和(或)气管造瘘术:适用于肿瘤晚期无法彻底切除者。

4. 其他术式:如具备手术条件,对累及周围组织、器官的患者,行扩大切除及修复术。

5. 其他治疗

(1)¹³¹I 治疗:适用于全甲状腺或近全甲状腺切除后的 PTC 及 FTC,大多用于已有肺转移及骨转移者。

(2)TSH 抑制治疗:TSH 应控制在 0.1μU/L 以下。

(3)骨转移者可用:双磷酸盐。

(四) 标准住院日为 15~20 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:C73 ,D09.301 甲状腺癌疾病编码。

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)4~5 天

1. 必须检查的项目

(1)血常规、尿常规、大便常规。

(2)肝肾功能、电解质、血糖、血型、凝血功能、血钙、血磷、甲状腺功能、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)。

(3)甲状腺及颈部彩超,颈部及胸部 X 线片,喉镜检查。

(4)针吸病理或会诊病理。

2. 根据患者病情可选择:甲状腺和颈部 CT 或 MRI,胸部 CT,PET-CT,上消化道造影,肺功能,超声心动图等。

(七) 预防性抗菌药物选择与使用时机

按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行,并结合患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。

(八) 手术日为入院第 5~6 天

1. 麻醉方式:全身麻醉。

2. 术中用药:麻醉常规用药。

3. 术中病理:冰冻(必要时)。

4. 术后病理:病理学检查与诊断包括:①切片诊断(分类、分型、分期);②免疫组化(必要时);③分子生物学指标(必要时)。

(九) 术后住院恢复 10~14 天

1. 必须复查的检查项目:血常规、甲状腺功能。

2. 根据需要可复查颈部彩超及 CT、X 线胸片。

3. 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,并结合患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。

(十) 出院标准

1. 伤口愈合好。

2. 没有需要住院处理的并发症。

(十一) 变异及原因分析

1. 有影响手术的合并症,需要进行相关的诊断和治疗。

2. 不能耐受规范根治性手术的患者,酌情适当缩小手术范围。

3. 晚期已有远处转移的 PTC 及 FTC 患者,行全甲状腺切除术,术后给予¹³¹I 治疗。

4. 甲状腺癌通常对外照射放疗不敏感。但对于有术中无法彻底切除的残余癌灶者,不能经手术或¹³¹I 治疗的局部晚期患者,以及有骨和肺转移灶患者,可考虑采用外照射放疗。

二、甲状腺癌临床路径表单

适用对象:第一诊断为甲状腺癌(ICD-10:C73 ,D09.301)

行部分腺体及峡叶切除或全甲状腺切除术,同期淋巴结清除术(ICD-9-CM-3:06.2-06.4)

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:15~20 天

时间	住院第 1 天	住院第 2~3 天	住院第 4~5 天 (手术准备日)
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、检查单 ☐ 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,完善诊疗方案 ☐ 根据体检、检查等进行术前分期 ☐ 完成必要的相关科室会诊 ☐ 住院医师完成上级医师查房记录等病历资料	☐ 术前讨论,确定手术方案 ☐ 完成病历记录 ☐ 向患者及其家属交代围手术期注意事项,签署各项知情同意书 ☐ 完成“术前准备”
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 外科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 饮食 临时医嘱: ☐ 血常规、尿常规、大便常规 ☐ 肝肾功能、电解质、血糖、血型、凝血功能、血钙、血磷、甲状腺功能、感染性疾病筛查 ☐ 甲状腺、颈部彩超,颈部及胸部 X 线,喉镜检查 ☐ 针吸病理或会诊病理 ☐ 甲状腺和颈部 CT 或 MRI,胸部 CT,上消化道钡餐,肺功能,超声心动图等(必要时)	长期医嘱: ☐ 同前 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 必要时行 PET-CT 检查 ☐ 其他特殊医嘱	长期医嘱: ☐ 同前 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 术前医嘱 ☐ 拟明日在全麻下行甲状腺叶加峡部切除或全甲状腺切除,淋巴结清除术 ☐ 明晨禁食水 ☐ 明晨留置尿管 ☐ 手术区域皮肤准备 ☐ 抗菌药物皮试,术前 30 分抗菌药物静脉输注 ☐ 备血(必要时) ☐ 其他特殊医嘱
主要 护理 工作	☐ 介绍环境、设施及相关制度 ☐ 入院护理评估,实施相应级别护理 ☐ 告知相关检验项目及注意事项 ☐ 指导并协助患者到相关科室进行检查	☐ 晨起空腹留取化验 ☐ 实施相应级别护理 ☐ 指导并协助患者到相关科室进行检查 ☐ 告知特殊检查的注意事项 ☐ 给予心理疏导	☐ 手术前心理疏导及手术相关知识的指导 ☐ 告知患者注意事项 ☐ 指导患者掌握有效咳痰的方法
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 5~6 天 (手术日)	住院第 6~7 天 (术后第 1 天)	住院第 7~8 天 (术后第 2 天)
主要 诊疗 工作	☐ 手术 ☐ 术者完成手术记录 ☐ 完成术后病程记录和上级医师查房记录 ☐ 确定有无手术并发症 ☐ 向患者及家属交代术中情况及术后注意事项	☐ 上级医师查房,对手术及手术切口进行评估,确定有无手术并发症和手术切口感染 ☐ 完成病历书写 ☐ 注意观察引流液的量、颜色、性状 ☐ 注意观察体温、血压等生命体征	☐ 上级医师查房,进行手术及伤口评估,决定处理措施 ☐ 完成病历书写 ☐ 注意颈部引流液的量、颜色、性状 ☐ 注意观察体温、血压等生命体征
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 外科全麻后护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 禁食水 ☐ 颈部引流接袋记量 ☐ 尿管接袋记量 ☐ 记录出入量 临时医嘱: ☐ 术后__小时后半卧位 ☐ 心电监护 ☐ 吸氧 ☐ 止痛(必要时) ☐ 补液 ☐ 抗菌药物,手术时间超过 2 小时者,术中追加使用一次	长期医嘱: ☐ 外科全麻后护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 半流质饮食 ☐ 颈部引流接袋记量 临时医嘱: ☐ 心电监护(必要时) ☐ 止痛(必要时) ☐ 补液 ☐ 补钙(必要时) ☐ 抗菌药物 ☐ 拔尿管,停记出入量 ☐ 根据情况决定是否需要复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖、甲状腺功能、血钙、血磷、甲状旁腺素	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 普食 ☐ 颈部引流接袋记量 临时医嘱: ☐ 测 HR、BP ☐ 补液 ☐ 补钙(必要时) ☐ 根据情况决定是否需要复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖、X 线胸片、超声、CT 等
主要 护理 工作	☐ 晨起完成术前常规准备 ☐ 全麻复苏物品准备 ☐ 与医生进行术后患者的交接 ☐ 执行一级护理及麻醉术后护理常规,禁食水 ☐ 观察患者病情变化,预防并发症的发生 ☐ 书写重症护理记录 ☐ 负压引流管的观察与护理	☐ 执行级别护理 ☐ 半卧位 ☐ 观察患者病情变化,预防并发症的发生 ☐ 书写护理记录 ☐ 负压引流管的观察与护理 ☐ 鼓励患者早期下床活动 ☐ 术后心理护理和生活护理 ☐ 指导术后患者功能锻炼	☐ 执行级别护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察患者病情变化,预防并发症的发生 ☐ 书写护理记录 ☐ 负压引流管的观察与护理 ☐ 用药及相关治疗的指导 ☐ 指导术后患者功能锻炼
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 8~9 天 (术后第 3 天)	住院第 9~14 天 (术后第 4~9 天)	住院第 15~20 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房,确定有无手术并发症和切口愈合不良情况,决定处理措施 ☐ 完成病历书写 ☐ 注意观察引流液的量、颜色、性状 ☐ 注意观察体温、血压等生命体征	☐ 上级医师查房,确定有无手术并发症和切口愈合不良情况,决定处理措施 ☐ 住院医师完成常规病历书写 ☐ 根据颈部引流液情况,拔除引流管	☐ 上级医师查房,进行手术及伤口评估,决定是否出院 ☐ 根据术后病理进行最终病理分期,制订进一步治疗计划 ☐ 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
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 普食 ☐ 颈部引流接袋记量 临时医嘱: ☐ 测 HR、BP ☐ 酌情补液 ☐ 根据情况决定是否需要复查 ☐ 根据情况行 X 线胸片、颈部 B 超、CT 检查 ☐ 酌情更换抗菌药物治疗,并进行血、引流液、痰等细菌培养+药敏	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 普食 临时医嘱: ☐ 复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖(必要时) ☐ 伤口换药 ☐ 拔引流管(24 小时引流量≤50ml)	临时医嘱: ☐ 拆线 出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 门诊随访
主要 护理 工作	☐ 执行级别护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察患者病情变化,预防并发症的发生 ☐ 书写护理记录 ☐ 负压引流管的观察与护理 ☐ 用药及相关治疗的配合及指导 ☐ 指导术后患者功能锻炼	☐ 执行级别护理 ☐ 饮食指导 ☐ 观察患者病情变化 ☐ 书写护理记录 ☐ 拔除负压引流管后的观察与护理 ☐ 用药及相关治疗的指导 ☐ 指导术后患者功能锻炼	☐ 告知拆线后相关注意事项 ☐ 出院康复指导 ☐ 出院用药指导
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			