

临床路径管理丛书

泌尿外科 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

泌尿外科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

泌尿外科临床路径/卫生部医政司编著. —北京:人民
卫生出版社, 2012. 9

(临床路径管理丛书)

ISBN 978-7-117-15501-4

I. ①泌… II. ①卫… III. ①泌尿外科学-诊疗
IV. ①R699

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 040051 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!

泌尿外科临床路径

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: 中国农业出版社印刷厂

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 978-7-117-15501-4/R · 15502

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)

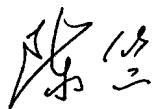
序

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

肾癌临床路径(一)	1
膀胱肿瘤临床路径	6
良性前列腺增生临床路径	10
肾结石临床路径	14
输尿管结石临床路径	18
肾癌临床路径(二)	22
肾盂癌临床路径	27
输尿管癌临床路径	32
前列腺癌临床路径	36
肾上腺无功能腺瘤临床路径	41
睾丸鞘膜积液临床路径	46
精索鞘膜积液临床路径	49
精索静脉曲张临床路径	52
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	55
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	56

肾癌临床路径(一)

(2009 年版)

一、肾癌临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为肾癌(ICD-10: C64, D09. 101), 行腹腔镜肾癌根治术(ICD-9-CM-3: 55. 5107)。

(二) 诊断依据

根据《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》(中华医学会泌尿外科学分会编著, 人民卫生出版社, 2007)。

1. 病史。
2. 体格检查。
3. 实验室检查及影像学检查。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》(中华医学会泌尿外科学分会编著, 人民卫生出版社, 2007)。

1. 适合腹腔镜手术。
2. 能够耐受手术。

(四) 标准住院日为≤12 天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: C64, D09. 101 肾癌疾病编码。
2. 当患者合并其他疾病, 但住院期间无需特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时, 可以进入路径。

(六) 术前准备(术前评估)≤3 天

必须检查的项目:

1. 血、尿常规。
2. 电解质、肝肾功能、血型、凝血功能。
3. 感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)。
4. X线胸片、心电图。

(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 ≤ 3 天

1. 麻醉方式:全麻或联合硬膜外麻醉。
2. 手术方式:腹腔镜肾癌根治术。
3. 术中用药:麻醉用药,必要时用抗菌药物。
4. 输血:必要时。

(九) 术后住院恢复 ≤ 9 天

1. 必须复查的检查项目:血、尿常规;根据患者病情变化可选择相应的检查项目。
2. 术后抗菌药物用药: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. 一般情况良好。
2. 切口愈合好。

(十一) 变异及原因分析

1. 术中、术后出现并发症,需要进一步诊治,导致住院时间延长、费用增加。
2. 术后原伴随疾病控制不佳,需请相关科室会诊,进一步诊治。
3. 住院后出现其他内、外科疾病需进一步明确诊断,可进入其他路径。

时间	住院第 5 天(术后第 2 天)	住院第 6 天(术后第 3 天)	住院第 7 天(术后第 4 天)
主要 诊疗 工作	☐ 观察病情 ☐ 观察引流量 ☐ 完成病程记录	☐ 观察病情 ☐ 观察切口情况 ☐ 完成病程记录	☐ 观察病情 ☐ 完成病程记录
重 点 医 嘱	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 可拔切口引流管 临时医嘱: ☐ 输液 ☐ 抗菌药物 ☐ 必要时用抑酸剂	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 半流食 ☐ 拔尿管 ☐ 切口换药 ☐ 恢复其他基础用药 临时医嘱: ☐ 输液 ☐ 抗菌药物	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 普食 ☐ 酌情使用抗菌药物 临时医嘱: ☐ 酌情复查化验项目
主要 护理 工作	☐ 术后病情观察 ☐ 术后饮食指导 ☐ 术后活动指导 ☐ 观察拔尿管后排尿情况 ☐ 用药指导	☐ 术后病情观察 ☐ 用药指导 ☐ 观察拔尿管后排尿情况 ☐ 术后活动指导 ☐ 术后饮食指导	☐ 术后病情观察 ☐ 用药指导 ☐ 术后活动指导 ☐ 术后饮食指导
病情 变异 情况	☐ 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 5~6 天)	住院第 10~11 天(术后第 7~8 天)	住院第 12 天(出院日)
主要诊疗工作	☐ 观察病情 ☐ 完成病程记录	☐ 观察病情 ☐ 观察切口情况 ☐ 完成病程记录	☐ 观察病情 ☐ 上级医师查房 ☐ 出院 ☐ 向患者及家属交代出院后注意事项 ☐ 完成出院病程记录 ☐ 病理结果告知患者 ☐ 根据病理结果决定是否辅助治疗 ☐ 定期复查
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 普食 临时医嘱: ☐ 酌情复查化验项目	长期医嘱: ☐ 二级/三级护理 ☐ 普食 临时医嘱: ☐ 切口拆线	出院医嘱: ☐ 今日出院 ☐ 出院带药:基础药,酌情使用抗菌药物
主要护理工作	☐ 术后病情观察 ☐ 术后饮食指导 ☐ 术后活动指导 ☐ 用药指导	☐ 术后病情观察 ☐ 用药指导 ☐ 术后活动指导 ☐ 术后饮食指导 ☐	☐ 指导办理出院手续 ☐ 出院带药指导 ☐ 出院后活动、饮食注意事项 ☐ 遵医嘱按时回院拆线 ☐ 遵医嘱按时复查
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			

膀胱肿瘤临床路径

(2009 年版)

一、膀胱肿瘤临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为膀胱肿瘤(ICD-10:C67,C79.1,D09.0,D30.3,D41.4),行经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT)(ICD-9-CM-3:57.4901)。

(二) 诊断依据

根据《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》(中华医学会泌尿外科学分会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 病史。
2. 体格检查。
3. 实验室检查、影像学检查及(或)内镜检查。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》(中华医学会泌尿外科学分会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 适合经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT)。
2. 能够耐受手术。

(四) 标准住院日为≤8 天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:C67,C79.1,D09.0,D30.3,D41.4 膀胱肿瘤疾病编码。
2. 当患者合并其他疾病诊断,但住院期间无需特殊处理也不影响第一诊断临床路径实施时,可以进入路径。

(六) 术前准备(术前评估)≤3 天

必须检查的项目:

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

(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 ≤ 3 天

1. 麻醉方式:腰麻或硬膜外麻醉或全麻。
2. 手术方式:经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT)。
3. 术中用药:麻醉用药,必要时用抗菌药物。
4. 输血:必要时。

(九) 术后住院恢复 ≤ 5 天

1. 必须复查的检查项目:血常规、尿常规;根据患者病情变化可选择相应的检查项目。

2. 术后抗菌药物应用: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. 一般情况良好。
2. 拔除尿管。

(十一) 变异及原因分析

1. 术中、术后出现并发症,需要进一步诊治,导致住院时间延长、费用增加。
2. 电切手术效果不满意,需进一步治疗(如膀胱全切、动脉化疗等)。
3. 术后原伴随疾病控制不佳,需请相关科室会诊,进一步诊治。
4. 住院后出现其他内、外科疾病需进一步明确诊断,可进入其他路径。

二、膀胱肿瘤临床路径表单

适用对象:第一诊断膀胱肿瘤(ICD-10: C67, C79.1, D09.0, D30.3, D41.4),行经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT)(ICD-9-CM-3:57.4901)

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:≤8天

时间	住院第 1~2 天	住院第 3 天(手术日)	住院第 4~5 天(术后第 1~2 天)
主要诊疗工作	☐ 询问病史,体格检查 ☐ 完成病历及上级医师查房 ☐ 完成医嘱 ☐ 向患者及家属交代围术期注意事项 ☐ 签署手术知情同意书	☐ 术前预防使用抗菌药物 ☐ 实施手术 ☐ 术后标本送病理 ☐ 术后向患者及家属交代病情及注意事项 ☐ 完成术后病程记录及手术记录	☐ 观察病情 ☐ 上级医师查房 ☐ 完成病程记录 ☐ 嘱患者下地活动,预防下肢静脉血栓形成 ☐ 嘱患者多饮水
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 泌尿外科疾病护理常规 ☐ 三级护理 ☐ 饮食○普食○糖尿病饮食○其他 ☐ 基础用药(糖尿病、心脑血管疾病等) 临时医嘱: ☐ 血常规、尿常规 ☐ 肝肾功能、电解质、凝血功能、血型 ☐ 感染性疾病筛查 ☐ X线胸片、心电图 ☐ 手术医嘱 ☐ 准备术前预防用抗菌药物 ☐ 备术中使用的三腔尿管	长期医嘱: ☐ TURBT 术后护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 6 小时后恢复术前饮食 ☐ 6 小时后恢复基础用药 ☐ 尿管接无菌盐水冲洗 临时医嘱: ☐ 输液 ☐ 静脉使用抗菌药物 ☐ 必要时使用抑制膀胱痉挛药 ☐ 酌情使用止血药 ☐ 必要时使用抑酸剂 ☐ 酌情 24 小时内膀胱灌注化疗药物 ☐ 酌情使用止血药	长期医嘱: ☐ 二级护理 ☐ 停冲洗 临时医嘱: ☐ 输液 ☐ 静脉使用抗菌药物 ☐ 必要时使用抑制膀胱痉挛药 ☐ 酌情使用止血药 ☐ 必要时使用抑酸剂 ☐ 酌情拔尿管
主要护理工作	☐ 入院介绍 ☐ 术前相关检查指导 ☐ 术前常规准备及注意事项 ☐ 术后所带尿管及膀胱冲洗指导	☐ 麻醉后注意事项及膀胱冲洗观察 ☐ 术后尿管护理 ☐ 术后饮食饮水注意事项 ☐ 术后活动指导	☐ 术后引流管护理 ☐ 术后饮食饮水注意事项 ☐ 术后膀胱痉挛护理指导
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			