

临床路径管理丛书

耳鼻喉科 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

耳鼻喉科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻喉科临床路径/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 978-7-117-15566-3

I. ①耳… II. ①卫… III. ①耳鼻咽喉病-诊疗
IV. ①R76

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037177 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!

耳鼻喉科临床路径

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 978-7-117-15566-3/R · 15567

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)

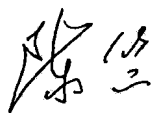
序

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

慢性化脓性中耳炎临床路径	1
声带息肉临床路径	6
慢性鼻-鼻窦炎临床路径	10
喉癌临床路径	15
鼻出血临床路径	20
鼻腔鼻窦恶性肿瘤临床路径	24
鼻中隔偏曲临床路径	29
分泌性中耳炎临床路径	33
甲状腺肿瘤临床路径	38
慢性扁桃体炎临床路径	42
双侧感音神经性耳聋(人工耳蜗植入)临床路径	46
突发性耳聋临床路径	51
下咽癌临床路径	56
腺样体肥大临床路径	60
阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征临床路径	64
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	69
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	71

慢性化脓性中耳炎临床路径

(2009 年版)

一、慢性化脓性中耳炎临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为慢性化脓性中耳炎(ICD-10:H66.1-H66.3/H71)。

行手术治疗(ICD-9-CM-3:19.3-19.5/20.2/20.4)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 耳鼻咽喉头颈外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2009),《临床技术规范 耳鼻咽喉-头颈外科分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2008),《中耳炎的分类和分型》(中华医学会耳鼻咽喉科学分会,2004)。

1. 症状:有间断性或持续性耳溢脓病史;不同程度的听力下降。
2. 体征:具备下列项目之一者:
 - (1)鼓膜穿孔,鼓室内可见有脓性分泌物,黏膜可见肿胀、增厚、肉芽形成。
 - (2)鼓膜内陷,伴中耳胆脂瘤。
3. 听力检查:传导性或混合性听力损失。
4. 颞骨 CT 扫描:提示炎性改变。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床治疗指南 耳鼻咽喉头颈外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2009),《临床技术规范 耳鼻咽喉-头颈外科分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2008),《中耳炎的分类和分型》(中华医学会耳鼻咽喉科学分会,2004)。

手术:

1. 鼓室探查+鼓室成形术。
2. 开放式乳突根治+鼓室成形术(伴或不伴耳甲腔成形术)。
3. 完壁式乳突根治+鼓室成形术。

4. 酌情行二期听骨链重建术。

(四) 标准住院日为 ≤ 12 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: H66. 1-H66. 3/H71 慢性化脓性中耳炎疾病编码。

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 ≤ 3 天

1. 必须检查的项目

(1)血常规、尿常规。

(2)肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能。

(3)感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)。

(4)X 线胸片、心电图。

(5)临床听力学检查(酌情行咽鼓管功能检查)。

(6)颞骨 CT。

2. 视情况而定:中耳脓液细菌培养+药敏,面神经功能测定等。

(七) 预防性抗菌药物选择与使用时机

抗菌药物:按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发[2004]285 号)合理选用抗菌药物。

(八) 手术日为入院后 4 天内

1. 麻醉方式:全身麻醉或局麻。

2. 术中植入耗材:听骨植入。

3. 术中用药:必要时糖皮质激素、非耳毒性抗菌药物冲洗术腔。

4. 术中酌情行面神经监测。

5. 术腔填塞。

6. 标本送病理检查。

(九) 术后住院治疗 ≤ 10 天

1. 必须复查的检查项目:根据病人情况而定。

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)合理选用抗菌药物。

3. 伤口换药。

(十) 出院标准

1. 一般情况良好,无伤口感染。

2. 没有需要住院处理的并发症。

(十一) 变异及原因分析

1. 伴有影响手术的合并症,需进行相关诊断和治疗等,导致住院时间延长,治疗费用增加。
2. 出现手术并发症,需进一步诊断和治疗,导致住院时间延长,治疗费用增加。

二、慢性化脓性中耳炎临床路径表单

适用对象:第一诊断为慢性化脓性中耳炎(ICD-10:H66.1-H66.3/H71)

行手术治疗(ICD-9-CM-3:19.3-19.5/20.2/20.4)

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:≤12天

时间	住院第 1 天	住院第 1~3 天(术前日)	住院第 2~4 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 ☐ 上级医师查房与术前评估 ☐ 初步确定手术方式和日期	☐ 上级医生查房 ☐ 完成术前准备与术前评估 ☐ 根据检查结果等,行术前讨论,确定手术方案 ☐ 完成必要的相关科室会诊 ☐ 签署手术知情同意书、自费用品协议书等 ☐ 向患者及家属交代围术期注意事项	☐ 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: ☐ 耳鼻咽喉科护理常规 ☐ 二/三级护理 ☐ 普食 临时医嘱: ☐ 血常规、尿常规 ☐ 肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能 ☐ 感染性疾病筛查 ☐ X线胸片、心电图 ☐ 临床听力学检查(酌情行咽鼓管功能检查) ☐ 颞骨 CT ☐ 视情况而定;中耳脓液细菌培养+药敏,面神经功能测定	长期医嘱: ☐ 耳鼻咽喉科护理常规 ☐ 二/三级护理 ☐ 普食 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 术前医嘱:明日全身麻醉或局麻下行鼓室成形术* ☐ 术前禁食水 ☐ 术前抗菌药物 ☐ 术前准备 ☐ 其他特殊医嘱	长期医嘱: ☐ 全麻后常规护理 ☐ 鼓室成形术*后护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 术后 6 小时半流饮食 ☐ 抗菌药物 临时医嘱: ☐ 标本送病理检查 ☐ 酌情心电监护 ☐ 酌情吸氧 ☐ 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	☐ 宣教、备皮等术前准备 ☐ 提醒患者明晨禁水	☐ 观察患者病情变化 ☐ 术后心理与生活护理
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 3~11 天 (术后第 1~9 天)	住院第 11~12 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医生查房 ☐ 住院医师完成常规病历书写 ☐ 注意病情变化 ☐ 注意观察生命体征 ☐ 注意有无并发症如面瘫、眩晕、突聋等 ☐ 完壁式手术注意引流量 ☐ 根据引流情况明确是否拔除引流皮条	☐ 上级医生查房,进行手术及伤口评估 ☐ 完成出院记录、出院证明书 ☐ 向患者交代出院后的注意事项
重要 医嘱	长期医嘱: ☐ 半流食或普食 ☐ 一/二级护理 ☐ 可停用抗菌药物 临时医嘱: ☐ 换药 ☐ 其他特殊医嘱	出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 门诊随诊
主要 护理 工作	☐ 观察患者情况 ☐ 术后心理与生活护理	☐ 指导患者办理出院手续
病情 变异 记录	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.
护士 签名		
医师 签名		

* 实际操作时需明确写出具体的术式

声带息肉临床路径

(2009 年版)

一、声带息肉临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为声带息肉(ICD-10:J38.102)。

行支撑喉镜下手术(ICD-9-CM-3:30.0901/30.0902)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 耳鼻咽喉头颈外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2009),《临床技术规范 耳鼻咽喉-头颈外科分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2008)。

1. 病史:声音嘶哑。
2. 体征:单侧或双侧声带带蒂或广基的息肉样增生物。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 耳鼻咽喉头颈外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2009),《临床技术规范 耳鼻咽喉-头颈外科分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2008)。

手术:

- (1)支撑喉镜下声带息肉切除手术,或显微(激光)手术等。
- (2)可行声带成形,黏膜缝合等修复手术。

(四) 标准住院日为≤7 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:J38.102 声带息肉疾病编码。
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≤3 天**1. 必须检查的项目**

- (1)血常规、尿常规。
- (2)肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能。
- (3)感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)。
- (4)X线胸片、心电图。
- (5)喉镜检查。

2. 有条件者行发声功能检测。**(七) 预防性抗菌药物选择与使用时机**

抗菌药物:按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285号)合理选用抗菌药物。

(八) 手术日为入院后 4 天内

1. 麻醉方式:全身麻醉。
2. 手术方式:见治疗方案的选择。
3. 标本送病理检查。

(九) 术后住院治疗≤3 天

1. 根据病人情况确定复查的检查项目。
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)合理选用抗菌药物;可行雾化吸入;酌情给予糖皮质激素。
3. 让声带得到适当休息。

(十) 出院标准

1. 一般情况良好,咽喉部无明显感染征象。
2. 没有需要住院处理的并发症。

(十一) 变异及原因分析

1. 伴有影响手术的合并症,需进行相关诊断和治疗等,导致住院时间延长,治疗费用增加。
2. 出现手术并发症,需进一步诊断和治疗,导致住院时间延长,治疗费用增加。