**腹股沟疝临床路径**

（县医院版）

一、腹股沟疝临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为腹股沟疝（ICD-10：K40.2,K40.9）

行择期手术治疗(ICD-9-CM-3：53.0-53.1)。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《成人腹股沟疝、股疝修补手术治疗方案（修订稿）》（中华外科分会疝与腹壁外科学组，2003年）。

1.症状：腹股沟区可复性肿块，可伴有局部坠胀感、消化不良和便秘症状。

2.体征：病人站立时，可见腹股沟区肿块，可回纳或部分不能回纳。

3.鉴别诊断：阴囊鞘膜积液，交通性鞘膜积液，精索鞘膜积液，睾丸下降不全等。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《成人腹股沟疝、股疝修补手术治疗方案（修订稿）》（中华外科分会疝与腹壁外科学组，2003年）。

1.非手术治疗：1周岁以内的婴儿可暂不手术，可用棉织束带捆绑法堵压腹股沟管内环；年老体弱或其他原因而禁忌手术者，可使用医用疝带。

2.手术治疗：

（1）疝囊高位结扎；

（2）疝修补术；

（3）疝成形术。

**（四）标准住院日为5-7天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：K40.2,K40.9腹股沟疝疾病编码。

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

**（六）术前准备1-2天（指工作日）。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规；

（2）肝功能、肾功能、血糖、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等）；

（3）心电图及正位胸片。

2.根据患者病情可选择检查项目：立位阴囊和腹股沟B超、前列腺彩超等。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

1.预防性抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行。建议使用第一代头孢菌素，明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

（1）成人：0.5g-1.5g/次，一日2-3次；

（2）儿童：一日量为20-30mg/Kg体重，分3-4次给药；

（3）对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

（4）使用本药前须进行皮试。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

 **（八）手术日为入院第2-3天。**

1.麻醉方式：局部浸润麻醉联合监测麻醉（MAC），或硬膜外麻醉。

2.手术内固定物：人工合成疝修补网片。

3.术中用药：麻醉常规用药。

4.输血：通常无需输血。

**（九）术后住院恢复2-4天。**

1.必须复查的检查项目：血常规。

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）执行。

**（十）出院标准。**

1.切口对合好，无红肿、渗液、裂开及大面积皮下淤血情况。

2.没有需要住院处理的手术并发症。

**（十一）变异及原因分析。**

1.腹股沟嵌顿疝和绞窄疝因病情严重且变化快，可能有疝内容物坏死，需要急诊手术治疗，进入其他相应路径。

2.合并有影响腹股沟疝手术治疗实施的疾病，或发生其他严重疾病，退出本路径。

3.出现手术并发症，需要进行相关的诊断和治疗，可导致住院时间延长和费用增加。

**（十二）参考费用标准：2000-4000元（单侧）。**

二、腹股沟疝临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**腹股沟疝（ICD-10：K40.2,K40.9）

**行**择期手术治疗（ICD-9-CM-3：53.0-53.1）

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 | * 病史询问与体格检查
* 完成病历
* 上级医师查房，指导诊断及制订治疗方案
* 伴随疾病会诊
 | * 上级医师查房，观察病情变化，行术前病情评估，根据评估结果确定手术方案
* 完成术前准备
* 签署手术知情同意书、自费/贵重用品协议书
* 向患者及其家属交待围手术期注意事项
 | * 手术
* 完成手术记录和术后病程记录
* 上级医师查房
* 向患者及家属交代病情及术后注意事项
* 确定有无术后并发症
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱**：* 外科疾病护理常规
* 二级护理
* 普食
* 患者既往基础用药

**临时医嘱**：* 血常规、尿常规
* 肝肾功能、血糖、凝血功能、感染性疾病筛查
* 心电图及正位胸片
* 必要时行立位阴囊/腹股沟B超
 | **长期医嘱**：* 外科疾病护理常规
* 二级护理
* 普食
* 患者既往基础用药

**临时医嘱*** 拟明日在硬膜外或局麻+监测麻醉下行左/右侧腹股沟疝手术
* 术前禁食水
* 常规皮肤准备
* 青霉素及普鲁卡因皮试
* 预防性抗菌药物应用
* 其他特殊医嘱
 | **长期医嘱**：* 今日在硬膜外或局麻+监测麻醉下行左/右侧腹股沟疝手术
* 普通外科术后护理常规
* 一级/二级护理
* 饮食：根据病情

**临时医嘱：*** 心电监护、吸氧（必要时）
* 切口处沙袋加压
* 观察伤口情况
* 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
* 护理计划
* 指导患者到相关科室进行心电图、胸片等检查
* 静脉取血（当天或此日晨）
 | * 宣教、备皮等术前准备
* 手术前心理护理
* 手术前物品准备
* 提醒患者术前禁食、水
 | * 观察患者病情变化

□ 术后心理与生活护理* 指导并监督患者手术后活动
* 夜间巡视
 |
| 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（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房，观察病人情况，进行手术及伤口评估，确定下一步治疗方案
* 对手术及手术切口进行评估，检查有无手术并发症
* 完成病程、病历书写
 | * 手术及伤口评估
* 对手术及手术切口进行评估，检查有无手术并发症
* 完成常规病程、病历书写
 | * 上级医师查房，明确是否出院
* 通知患者及其家属今天出院
* 完成出院记录、病案首页、出院证明书
* 向患者及其家属交待出院后注意事项，预约复诊日期及拆线日期
* 将出院小结及出院证明书交患者或其家属
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱**：* 普通外科术后护理常规
* 一级/二级护理
* 普食（流食/半流食）

**临时医嘱**：* 止痛
* 伤口换药
* 抗菌药物
 | **长期医嘱**：* 普通外科术后护理常规
* 一级/二级护理
* 普食（流食/半流食）
* 抗菌药物：如体温正常，伤口情况良好，无明显红肿时可以停止抗菌药物治疗

**临时医嘱**：* 伤口换药（酌情）
 | **出院医嘱**：* 出院带药
 |
| 主要护理工作 | * 观察患者病情变化
* 手术后心理与生活护理
* 指导并监督患者手术后活动
* 夜间巡视
 | * 观察患者病情变化
* 手术后心理与生活护理
* 指导并监督患者手术后活动
* 夜间巡视
 | * 指导患者术后康复锻炼
* 帮助患者办理出院手续、交费等事项
 |
| 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 |  |  |  |

**急性阑尾炎临床路径**

（县医院版）

一、急性阑尾炎临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为急性阑尾炎（单纯性、化脓性、坏疽性及穿孔性）（ICD-10：K35.902／K35.101／K35.003）

行阑尾切除术。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.病史：转移性右下腹痛（女性包括月经史、婚育史）。

2.体格检查：体温、脉搏、心肺查体、腹部查体、直肠指诊、腰大肌试验、结肠充气试验、闭孔内肌试验。

3.实验室检查：血常规、尿常规，如可疑胰腺炎，查血、尿淀粉酶。

4.辅助检查：腹部立位X光片除外上消化道穿孔、肠梗阻等；有右下腹包块者行腹部超声检查，明确有无阑尾周围炎或脓肿形成。

5.鉴别诊断：右侧输尿管结石、妇科疾病等。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.诊断明确者，建议手术治疗。

2.对于手术风险较大者（高龄、妊娠期、合并较严重内科疾病等），需向患者或家属详细交待病情；如不同意手术，应充分告知风险，予加强抗炎保守治疗。

3.对于有明确手术禁忌证者，予抗炎保守治疗。

**（四）标准住院日为7-10天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断符合ICD-10：K35.902／K35.101／K35.003急性阑尾炎（单纯性、化脓性、坏疽性及穿孔性）疾病编码。

2.有手术适应证，无手术禁忌证。

3.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

**（六）术前准备（术前评估）1 天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规+镜检；

（2）电解质、血糖、凝血功能、肝功能、肾功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）心电图。

2.根据患者病情可选择检查项目：血淀粉酶、尿淀粉酶、胸透或胸部X光片、腹部立位X光片、腹部超声检查、妇科检查等。

**（七）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。建议使用第二代头孢菌素或头孢噻肟，可加用甲硝唑；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②儿童：平均一日剂量为60mg/kg,严重感染可用到100 mg/kg，分3-4次给予；

③肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

④对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

⑤使用本药前须进行皮试。

（2）可加用甲硝唑静脉滴注：0.5g/次，一日三次。

**（八）手术日为住院当天。**

1.麻醉方式：连续硬膜外麻醉或联合麻醉。

2.手术方式：顺行或逆行切除阑尾。

3.病理：术后标本送病理检查。

4.实验室检查：术中局部渗出物宜送细菌培养及药敏试验检查。

**（九）术后住院恢复≤9天。**

1.术后回病房平卧6小时，继续补液抗炎治疗。

2.术后6小时可下床活动，肠功能恢复后即可进流食。

3.术后用药：应用广谱抗菌药物和抗厌氧菌药物,预防用药时间亦为24小时，必要时延长至48小时；污染手术可依据患者情况酌量延长。如手术后继发切口感染、腹腔内感染或门脉系统感染等并发症，可根据具体情况使用抗菌药物。

4.术后2-3天切口换药，如发现切口感染，及时进行局部处理。

5.术后复查血常规。

**（十）出院标准。**

1.患者一般情况良好，恢复正常饮食。

2.体温正常，腹部无阳性体征，相关实验室检查结果基本正常。

3.切口愈合良好（可在门诊拆线）。

**（十一）变异及原因分析。**

1.对于阑尾周围脓肿形成者，先予抗炎治疗，如病情不能控制，行脓肿引流手术，或行超声引导下脓肿穿刺置管引流术，必要时行Ⅱ期阑尾切除术，术前准备同前。

2.手术后继发切口感染、腹腔内感染或门脉系统感染等并发症，导致围手术期住院时间延长与费用增加。

3.住院后出现其他内、外科疾病需进一步明确诊断，导致住院时间延长与费用增加。

**（十二）参考费用标准：2000-4000元。**

二、急性阑尾炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为急性阑尾炎（单纯性、化脓性、坏疽性及穿孔性）（ICD-10：K35.902／K35.101／K35.003）

**行**阑尾切除术

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：≤7-10天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天（急诊手术） | 住院第2天（术后第1天） | 住院第3天（术后第2天） |
| 主要诊疗工作 | * 询问病史，体格检查
* 书写病历
* 上级医师、术者查房
* 制定治疗方案
* 完善相关检查和术前准备
* 向患者或家属交代病情、签署手术知情同意书
* 通知手术室，急诊手术
* 完成手术记录和术后病程记录
* 向患者及家属交代病情及术后注意事项
 | * 上级医师查房
* 汇总辅助检查结果
* 完成术后第1天病程记录
* 观察肠功能恢复情况，酌情开始进食
 | * 观察切口情况
* 切口换药
* 完成术后第2天病程记录
* 抗菌药物：如体温正常，伤口情况良好，无明显红肿时可以停止抗菌药物治疗
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 一级护理

**临时医嘱：*** 术前禁食水
* 手术医嘱
* 急查血、尿常规（如门诊未查）
* 急查凝血功能
* 肝功能、肾功能
* 感染性疾病筛查
* 心电图
* 胸透或者胸部X光片、腹部立位X光片（必要时）
 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 术后半流食
 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 术后半流食

**临时医嘱：*** 根据患者情况决定检查项目
 |
| 主要护理工作 | * 入院评估：一般情况、营养状况、心理变化等
* 术前准备
* 术前宣教
 | * 观察患者病情变化
* 嘱患者下床活动以利于肠功能恢复
 | * 观察患者一般状况、切口情况
* 患者下床活动，观察患者是否排气
* 饮食指导
 |
| 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 | 　 | 　 | 　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第4天（术后第3天） | 住院第5天（术后第4天） | 住院第6-10天（术后第5-9天） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房
* 复查血常规及相关生化指标
* 完成术后第3天病程记录
* 观察患者切口有无血肿、渗血
* 观察患者进食情况、生命体征
 | * 观察切口情况，有无感染
* 检查及分析化验结果
 | * 检查切口愈合情况与换药
* 切口一期愈合，7天可拆线出院；继发切口感染的,可开放切口，局部换药并延长住院时间
* 确定患者出院时间
* 向患者交代出院注意事项、复查日期和拆线日期
* 开具出院诊断书
* 完成出院记录
* 通知出院处
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 半流食

**临时医嘱：*** 复查血常规及相关指标
 | **长期医嘱：*** 三级护理
* 普食
 | **临时医嘱：*** 通知出院
 |
| 主要护理工作 | * 观察患者一般状况及切口情况
* 鼓励患者下床活动，促进肠功能恢复
 | * 观察患者一般状况及切口情况
* 鼓励患者下床活动，促进肠功能恢复
 | * 协助患者办理出院手续
* 出院指导
 |
| 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 | 　 | 　 | 　 |

**下肢静脉曲张临床路径**

（县医院版）

一、下肢静脉曲张临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为下肢静脉曲张（ICD-10：I83）

行手术治疗(ICD-9-CM-3：38.59)。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.明显的临床症状：肢体沉重感、乏力、胀痛、瘙痒等。

2.典型体征：静脉迂曲扩张、色素沉着、血栓性浅静脉炎、皮肤硬化、溃疡等。

3.排除下肢深静脉功能不全及下肢深静脉血栓病史。

4.血管彩色多普勒超声检查或下肢静脉造影检查明确。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.手术：大隐静脉或小隐静脉高位结扎+抽剥/腔内激光烧灼术。

2.手术方式：根据小腿静脉曲张的范围和程度以及患者意愿选择曲张静脉切除、环形缝扎、透光刨吸、电凝、激光闭锁等不同手术方式。

**（四）标准住院日为8-14天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10:I83下肢静脉曲张疾病编码。

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

**（六）术前准备2-3天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）肝功能、肾功能、电解质、血糖、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）胸片、心电图、下肢静脉彩超。

2.根据患者病情选择：下肢深静脉造影、超声心动图和肺功能检查等。

**（七）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，并结合患者的病情决定抗菌药物的选择，可选用革兰氏阳性菌敏感的抗菌药物，建议使用第一、二代头孢菌素，明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

③使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

**（八）手术日为入院第3-4天。**

1.麻醉方式：硬膜外麻醉、硬膜外蛛网膜下腔联合阻滞麻醉或腰麻。

2.术中用药：麻醉常规用药、术后镇痛用药。

3.输血：视术中情况而定。

**（九）术后住院恢复5-10天。**

1.必须复查的检查项目：根据患者具体情况而定。

2.术后用药：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，可选用革兰氏阳性菌敏感的抗菌药物，用药时间2天。

**（十）出院标准。**

1.患者体温正常，伤口无感染迹象，能正常下床活动。

2.没有需要住院处理的并发症。

**（十一）变异及原因分析。**

1.严重基础疾病可能对手术造成影响者，术前准备时间会延长。

2.术后出现伤口感染、下肢深静脉血栓形成等并发症时，住院恢复时间相应延长。

**（十二）参考费用标准。**

单侧患肢手术3000-4000元，双侧患肢手术4000-5000元。

二、下肢静脉曲张临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**下肢静脉曲张（ICD-10：I83）

**行**手术治疗（ICD-9-CM-3：38.59）

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：8-14天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2-3天 |
| 主要诊疗工作 | * 询问病史、体格检查
* 病历书写
* 开具化验和检查单
* 上级医师查房及术前评估
* 初步确定手术日期
 | * 上级医师查房
* 完成术前准备及评估
* 完成术前小结、上级医师查房记录等
* 根据体检以及辅助检查结果讨论制订手术方案
* 必要的相关科室会诊
* 签署手术同意书、自费用品同意书、输血同意书等文件
* 向患者及家属交代围手术期注意事项
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 外科疾病护理常规
* 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、凝血功能、感染性疾病筛查
* 胸片、心电图、下肢血管彩超
* 必要时下肢静脉造影
 | **长期医嘱：*** 患者既往基础用药

**临时医嘱：*** 必要的会诊意见及处理
* 明日准备于◎硬膜外麻醉◎硬膜外蛛网膜下腔联合阻滞麻醉下行◎大隐静脉/小隐静脉高位结扎、抽剥或腔内激光烧灼术◎小腿曲张静脉切除/环缝/刨吸/电凝/激光闭锁治疗
* 术前禁食水
* 备皮
* 术前用药（鲁米那，阿托品）
* 准备预防性抗菌药物
* 一次性导尿包（必要时）
 |
| 主要护理工作 | * 介绍病房环境及设施
* 告知手术相关注意事项
* 告知医院规章制度
* 入院护理评估
 | * 宣传教育及心理护理
* 执行术前医嘱
* 心理护理
 |
| 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 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第3-4天（手术日） | 住院第4-5天（术后第1天） |
| 主要诊疗工作 | * 手术
* 完成手术记录
* 术后病程记录
* 上级医师查房
* 向患者及家属交代术后注意事项
 | * 上级医师查房
* 完成术后病程记录
* 查看患肢情况及伤口
* 观察生命体征变化
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱:*** 今日在硬膜外麻醉◎腰硬联合麻醉下行◎大隐静脉/小隐静脉高位结扎、抽剥或腔内激光烧灼术◎小腿曲张静脉切除/环缝/刨吸/电凝/激光闭锁治疗
* 下肢静脉曲张术后护理常规
* 一级护理
* 6小时后普食
* 抬高患肢30度
* 口服肠溶阿司匹林
* 观察患肢血运情况

**临时医嘱:*** 吸氧（酌情）
* 补液（酌情）
* 抗菌药物
 | **长期医嘱:*** 普食
* 二级护理

**临时医嘱:*** 止呕、止痛药物
* 根据情况决定是否补液
* 抗菌药物：如体温正常，伤口情况良好，无明显红肿时可以停止抗菌药物治疗
 |
| 主要护理工作 | * 观察生命体征、胃肠道反应及麻醉恢复情况
* 观察患肢情况
* 伤口渗出情况
* 心理和生活护理
 | * 指导患者术后功能锻炼
* 观察患肢情况
* 伤口渗出情况
* 心理和生活护理
 |
| 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 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第5-6天（术后第2天） | 住院第6-7天（术后第3-4天） | 住院第8-14天（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房
* 术后病程记录
* 查看患肢情况及伤口
* 观察生命体征变化
 | * 上级医师查房
* 术后病程记录
* 查看患肢情况及伤口
* 观察生命体征变化
 | * 上级医师查房，进行伤口评估，决定是否可以出院
* 完成出院记录、病案首页、出院证明等文件
* 交代出院后注意事项，如复查时间、出现疾病意外情况时的处理等
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 普通饮食

**临时医嘱：*** 伤口换药
 | **长期医嘱：*** 二/三级护理
* 根据患者情况治疗

**临时医嘱：*** 视具体情况而定
 | **临时医嘱：*** 拆线、换药
* 出院带药
 |
| 主要护理工作 | * 指导患者术后功能锻炼
* 观察患肢情况
* 伤口渗出情况
* 心理和生活护理
 | * 指导患者术后功能锻炼
* 观察患肢情况
* 伤口渗出情况
* 心理和生活护理
 | * 指导办理出院手续
 |
| 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 |  |  |  |

**胆总管结石临床路径**

（县医院版）

一、胆总管结石临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为胆总管结石（ICD-10:K80.5）

行胆总管切开取石+T管引流术。

**（二）诊断依据。**

根据《实用内科学（第12版）》（复旦大学医学院编著，人民卫生出版社），《消化内镜学（第2版）》（科学出版社）等国内、外临床诊疗指南。

⒈胆绞痛、梗阻性黄疸、急性胆管炎（即Charcot三联征：腹痛、黄疸、发热）或胆源性胰腺炎。

⒉辅助检查（超声、CT或MRCP）怀疑或提示胆总管结石。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《临床技术操作规范-消化内镜学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社），《实用内科学（第12版）》（复旦大学医学院编著，人民卫生出版社），《消化内镜学（第2版）》（科学出版社）等国内、外临床诊疗指南。

1.急诊手术：并发急性胆管炎的急诊行胆总管切开取石+T管引流术。

2.择期手术：患者本人有手术治疗意愿；生命体征稳定；无重要脏器衰竭表现的可择期行胆总管切开取石+T管引流术或内镜下取石术。

**（四）标准住院日为14-16天。**

**（五）进入路径标准。**

⒈第一诊断必须符合ICD-10:K80.5胆总管结石疾病编码。

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

**（六）入院第1-3天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规，尿常规，大便常规＋潜血；

（2）肝肾功能、电解质、血糖、血淀粉酶、血型+RH因子、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒）；

（3）腹部超声、心电图、胸部X线平片、腹部X线平片。

2.根据患者病情可选择检查项目：腹部CT 、MRCP等。

**（七）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。建议使用第二代头孢菌素，有反复感染史者可选头孢曲松或头孢哌酮或头孢哌酮/舒巴坦；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②儿童：平均一日剂量为60mg/kg,严重感染可用到100 mg/kg，分3-4次给予；

③肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

④对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

⑤使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢曲松钠肌内注射、静脉注射或静脉滴注：

①成人：1g/次，一次肌内注射或静脉滴注；

②儿童：儿童用量一般按成人量的1/2给予；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

3.造影剂选择：碘过敏试验阴性者，选用泛影葡胺；碘过敏试验阳性者，选用有机碘造影剂。

**（八）手术治疗日为入院第1-3天。**

1.麻醉方式：全身麻醉。

2.术中用药：麻醉常规用药。

3.输血：视术中情况而定。

**（九）术后住院恢复13-15天。**

1.必须复查的检查项目：血常规、肝肾功能、电解质、血淀粉酶。

2.术后用药：应用覆盖革兰氏阴性杆菌和厌氧菌，并主要从胆汁排泄的广谱抗菌药物。

3.严密观察有否胰腺炎、胆道感染、穿孔、出血等并发症，并作相应处理。

**（十）出院标准。**

1.一般状况好，体温正常，无明显腹痛。

2.实验室检查基本正常。

3.胆总管造影，肝内外肝管通畅。

4.无需要住院治疗的并发症。

**（十一）变异及原因分析。**

1.出现并发症（胰腺炎、胆道感染、出血、穿孔及麻醉意外者）等转入相应临床路径。

2.合并胆道狭窄、占位者转入相应临床路径。

3.合并胆囊结石、肝内胆管结石者转入相应临床路径。

**（十二）参考费用标准：5000-8000元。**

二、胆总管结石临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**胆总管结石（ICD-10:K80.5）

**行**胆总管切开取石术+T管引流术

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14-16天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2天 | 住院第1-3天（手术日） |
| 主要诊疗工作 | * 询问病史与体格检查
* 完成病历书写
* 完善检查
* 上级医师查房
* 完成上级医师查房记录
* 确定诊断和初定手术日期
 | * 上级医师查房，明确下一步诊疗计划
* 术前讨论，确定手术方案
* 完成必要的相关科室会诊
* 患者及/或其家属签署手术知情同意书、自费用品协议书、输血知情同意书
* 术前小结和上级医师查房记录
* 向患者及其家属交待围手术期注意事项
 | * 手术
* 术者完成手术记录
* 麻醉师完成麻醉记录
* 完成术后病程记录
* 上级医师查房
* 向病人及/或其家属交待手术情况和术后注意事项
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 普通外科护理常规
* 二级护理
* 低脂半流食

**临时医嘱：*** 血常规、尿常规、大便常规+潜血
* 肝肾功能、电解质、血糖、血淀粉酶、凝血功能、血型、RH因子、感染性疾病筛查
* 腹部超声、心电图、胸片
* 超声心动、腹部CT、MRCP（必要时）
 | **长期医嘱**：* 患者既往基础用药
* 改善肝脏储备功能的药物

**临时医嘱：*** 术前医嘱：常规准备明日在全麻下行：胆总管切开取石+T管引流术
* 术前禁食水
* 明晨留置胃管、尿管
* 抗菌药物：术前30分钟使用
 | **长期医嘱：*** 普通外科术后护理常规
* 一级护理
* 禁食水
* 胃肠减压接负压吸引记量
* 尿管接袋记量
* T管引流腹腔引流管接袋记量
* 记24小时出入量
* 抗菌药物

**临时医嘱：*** 心电监护、吸氧（必要时）
* 补液
* 复查血常规、血氨、凝血功能（必要时）
* 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
* 护理计划
* 指导患者到相关科室进行心电图、胸片等检查
* 静脉取血（当天或次日晨）
 | * 宣教、备皮等术前准备
* 手术前心理护理
* 手术前物品准备
* 提醒患者术前禁食、水
 | * 观察患者病情变化
* 观察T管引流情况
* 术后心理与生活护理
* 指导并监督患者手术后活动
* 夜间巡视
 |
| 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2-4天（术后第1天） | 住院第3-8天（术后第2-5天） | 住院第8-14天（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房，观察病人情况，进行手术及伤口评估，确定下一步治疗方案
* 观察T管引流情况
* 对手术及手术切口进行评估，检查有无手术并发症
* 完成常规病程、病历书写
 | * 观察患者排气情况、腹部症状和体征变化
* 观察T管引流情况
* 上级医师查房，明确下一步诊疗计划
* 复查异常化验指标
 | * 术后12天,闭T管2-3天后拨除,拨管前先行T管造影
* 上级医师查房、确定能否出院
* 通知患者及家属出院
* 向患者及家属交代出院后注意事项
* 准备出院带药
* 通知出院处
* 将出院记录副本交给患者
* 如果患者不能出院，在病程记录中说明原因和继续治疗的方案。
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱**：* 普通外科术后护理常规
* 一级/二级护理
* 禁食水

**临时医嘱**：* 止痛
* 伤口换药
 | **长期医嘱**：* 普通外科术后护理常规
* 一级/二级护理
* 普食（流食/半流食）

**临时医嘱：*** 血常规、肝功能、电解质（必要时）
* 复查血淀粉酶
* 腹部超声
 | **长期医嘱：*** 出院带药
* 门诊随诊
 |
| 主要护理工作 | * 观察患者病情变化
* 手术后心理与生活护理
* 指导并监督患者手术后活动
* 夜间巡视
 | * 观察患者病情变化
* 基本生活和心理护理
* 监督患者用药
 | * 帮助患者办理出院手续、交费等事宜
* 领取出院带药
 |
| 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 |  |  |  |

**良性前列腺增生临床路径**

（县医院版）

一、良性前列腺增生临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为良性前列腺增生（ICD-10：N40）

行经尿道前列腺电切术（TURP）（ICD-9-CM-3：60.2901）

**（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年）。

1.病史：IPSS、QOL评分。

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年）。

1.适合经尿道前列腺电切术（TURP）。

2.良性前列腺增生合并膀胱其他病变者（如结石）可行开放式前列腺切除术。

3.能够耐受手术。

**（四）标准住院日为≤12-14天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：N40良性前列腺增生疾病编码。

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

**（六）术前准备（术前评估）≤2天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规+镜检；

（2）电解质、肝功能、肾功能、血型、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）、PSA检查；

（3）胸片、心电图；

（4）尿动力学检查、尿流率、残余尿量检查。

2.根据患者病情可选择：血脂、肺功能、前列腺穿刺检查等。

**（七）抗菌药物选择与使用时机。**

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。建议使用第一、二代头孢菌素，环丙沙星；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

③使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

（3）推荐环丙沙星静脉滴注：100-200mg/次，一日2次，缓慢静脉滴注，滴注时间不少于30分钟。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；清洁-污染手术预防用药时间亦为24小时，必要时延长至48小时。

**（八）手术日为入院≤3天。**

1.麻醉方式：腰麻、硬膜外麻醉或全身麻醉。

2.手术方式：经尿道前列腺电切术（TURP）。

3.术中用药：麻醉用药，术前半小时用抗菌药物。

4.输血：根据出血情况决定。

**（九）术后住院恢复≤9-11天。**

1.必须复查的检查项目：血常规、尿常规。

2.术后根据患者病情复查残余尿量、尿流率。

3.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.拔除尿管后，排尿通畅。

3.耻骨上造瘘口无漏尿。

**（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.术后出现排尿功能异常，需要进一步诊治，导致住院时间延长、费用增加。

3.术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊。

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。

**（十二）参考费用标准：6000-8500元。**

二、良性前列腺增生临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**良性前列腺增生（ICD-10：N40）

**行**经尿道前列腺电切术（TURP）术（ICD-9-CM-3：60.2901）

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1-2天 | 住院第3天（手术日） | 住院第4-6天（术后第1-3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
* 下达医嘱
* 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、输血同意书
 | * 术前预防用抗菌药物
* 手术
* 术后标本送病理
* 术后向患者及家属交待病情及注意事项
* 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
* 嘱患者多饮水
* 嘱患者保持大便通畅
* 尿管水囊放水（必要时）
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱**：* 泌尿外科疾病护理常规
* 三级护理
* 饮食
* 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、血型
* 感染筛查、凝血功能、PSA
* 胸片，心电图
* 手术医嘱
* 备血400ml（酌情）
* 准备术中预防用抗菌药物
* 备术中使用三腔尿管
 | **长期医嘱**：* TURP术后护理常规
* 一级护理
* 排气后恢复术前饮食
* 6小时后恢复基础用药
* 尿管或/及造瘘管接无菌盐水冲洗

**临时医嘱**：* 输液
* 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
 | **长期医嘱**：* 二级护理
* 停冲洗
* 如有耻骨上造瘘，酌情术后第7-10天拔出

**临时医嘱**：* 输液
* 抗菌药物：如体温正常，伤口情况良好，无明显红肿时可以停止抗菌药物治疗
* 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
 |
| 主要护理工作 | * 入院介绍
* 术前相关检查指导
* 术前常规准备注意事项
* 术后所带尿管及膀胱冲洗指导
 | * 麻醉术后及膀胱冲洗注意事项
* 术后引流管注意事项
* 术后饮食饮水指导
* 术后活动指导
 | * 术后引流管注意事项
* 术后饮食饮水指导
* 术后活动指导
* 术后排尿问题（膀胱痉挛）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 |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第7-8天（术后第4-5天） | 住院第9-14天（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 观察病情
* 观察排尿情况
* 完成病程记录
 | * 观察病情
* 观察排尿情况
* 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
* 告知患者病理结果
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 酌情拔除尿管，夹闭膀胱造瘘管，酌情拔除膀胱造瘘管

**临时医嘱*** 输液
* 必要时使用抑制膀胱痉挛药物
 | **出院医嘱：*** 今日出院
* 耻骨上造瘘伤口换药
* 出院带药：抑制膀胱痉挛药（必要时）、基础药
* 定期复查
 |
| 主要护理工作 | * 拔管后排尿问题护理指导
* 饮食饮水指导
* 活动指导
 | * 指导患者办理出院
* 出院后活动饮食指导
* 用药指导
* 嘱出现发热、血尿急诊就诊
* 遵医嘱定期复查
 |
| 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 |  |  |

**肾结石临床路径**

（县医院版）

一、肾结石临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为肾结石（ICD-10：N20.0, N13.201）

行经皮肾镜碎石术（PCNL）（ICD-9-CM-3：55.0402）。

**（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年）

1.病史。

2.体格检查。

3.实验室检查、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年）

1.适合行经皮肾镜碎石术（PCNL）；

2.能够耐受手术。

**（四）标准住院日为≤10天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：N20.0, N13.201肾结石疾病编码。

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

**（六）术前准备（术前评估）≤3天。**

1.必需检查的项目：

（1）血常规、尿常规；

（2）肝肾功能、电解质、血型、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）胸部X线平片、心电图。

2.根据患者病情可选择项目：腹部X线平片、泌尿系静脉造影、顺行肾盂-输尿管造影、泌尿系超声等。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

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。建议使用第一、二代头孢菌素，环丙沙星；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②儿童：一日量为20-30mg/Kg体重，分3-4次给药；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②儿童：平均一日剂量为60mg/kg,严重感染可用到100 mg/kg，分3-4次给予；

③肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

④对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

⑤使用本药前须进行皮试。

（3）推荐环丙沙星静脉滴注：100-200mg/次，一日2次，缓慢静脉滴注，滴注时间不少于30分钟。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；清洁-污染手术预防用药时间亦为24小时，必要时延长至48小时。

**（八）手术日为入院第≤3天。**

1.麻醉方式：硬膜外麻醉或全麻。

2.手术方式：经皮肾镜碎石术（PCNL）。

3.术中用药：麻醉用药，术前半小时应用抗菌药物。

4.输血：必要时。

**（九）术后住院恢复≤7天。**

1.必须复查的检查项目包括血常规、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.肾造瘘无漏尿。

3.D-J管位置正常。

**（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.术后出现结石残留，需要进一步诊治，导致住院时间延长、费用增加。

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。

**（十二）参考费用标准：8000-12000元。**

二、肾结石行经皮肾镜碎石术临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**肾结石（ICD-10：N20.0, N13.201）

**行**经皮肾镜碎石术（PCNL）（ICD-9-CM-3：55.0402）

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≤10天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1-2天 | 住院第3天（手术日） | 住院第4天（术后第1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手术期注意事项
* 签署手术知情同意书
 | * 术前预防用抗菌药物
* 手术
* 术后标本送结石分析
* 术后向患者及家属交待病情及注意事项
* 完成术后病程记录及手术记录
 | * 观察病情
* 瞩患者下地活动，拍腹部平片
* 上级医师查房
* 完成病程记录
* 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、血型
* 感染筛查、凝血功能
* 胸部X线平片、心电图
* 手术医嘱
* 手术用抗菌药物
* 备术中使用尿管、D-J管
 | **长期医嘱：*** PCNL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
* 肾造瘘管接无菌袋
* 尿管接无菌袋

**临时医嘱：*** 输液
* 静脉使用抗菌药物
* 酌情使用止血药
* 必要时使用抑酸剂
 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 夹闭肾造瘘管

**临时医嘱：*** 输液
* 静脉使用抗菌药物
* 酌情使用止血药
* 必要时使用抑酸剂
 |
| 主要护理工作 | * 入院介绍
* 相关检查指导
* 术前常规准备及注意实现
* 手术体位练习指导
 | * 麻醉后注意事项及病情观察
* 术后引流管护理方法
* 术后饮食饮水指导
* 术后生活指导
 | * 病情观察
* 术后饮食饮水指导
* 术后活动指导
* 指导引流管护理方法
 |
| 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（术后第2-3天） | 住院第7-8天（术后第4-5天） | 住院第9-10天（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 观察病情
* 上级医师查房
* 观察肾造瘘部位是否漏尿
* 完成病程记录
* 嘱患者多饮水
* 根据患者病情，考虑停用抗菌药物；有感染征象患者，根据药敏试验结果调整药物
 | * 观察病情
* 上级医师查房
* 完成病程记录
* 嘱患者多饮水
 | * 观察病情
* 上级医师查房
* 出院（不需二次手术）
* 向患者及家属交代出院后注意事项
* 完成出院病程记录
* 嘱患者1个月左右拔D-J管（如果留置）
* 待结石分析结果后告知患者，指导饮食
 |
| 重要医嘱 | **长期医嘱**：* 二级护理
* 酌情拔肾造瘘管

**临时医嘱**：* 输液
 | **长期医嘱**：* 酌情拔肾造瘘管
* 酌情拔尿管
 | **出院医嘱**：* 今日出院
* 出院带药：基础药
* 酌情应用预防结石及排石药物
 |
| 主要护理工作 | * 病情观察
* 术后饮食饮水指导
* 术后活动指导
* 指导引流管护理方法
 | * 病情观察
* 术后饮食饮水指导
* 术后活动指导
 | * 观察病情变化
* 指导引流管护理方法
* 指导办理出院手续
* 用药指导
* 遵医嘱定期复查
 |
| 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 |  |  |  |

**股骨干骨折临床路径**

（县医院版）

一、股骨干骨折临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为股骨干骨折（ICD-10:S72.30）

行股骨干骨折内固定术（ICD-9-CM-3:79.35）。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.病史：外伤史。

2.体格检查：患肢肿胀、疼痛、活动受限、畸形、反常活动。

3.辅助检查：X线检查发现股骨干骨折。

**（三）治疗方案选择的依据。**

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.年龄在16岁以上。

2.伤前生活质量及活动水平。

3.全身状况允许手术。

4.首选髓内针固定，也可根据具体情况选择其他固定方式。

**（四）标准住院日为≤16天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10:S72.30股骨干骨折疾病编码。

2.外伤引起的单纯性、闭合性、新鲜股骨干骨折。

3.除外病理性骨折。

4.除外合并其他部位的骨折和损伤。

5.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

**（六）术前准备（术前评估）3-7天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、血型、尿常规+镜检；

（2）肝功能、肾功能、电解质检查、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等）；

（3）胸部X光片、心电图；

（4）骨科X线检查（需包括骨折上、下关节）。

2.根据患者病情可选择检查项目：如骨科CT检查、双下肢血管彩色超声等。

3.根据患者病情，使用预防下肢深静脉血栓形成的药物（术前24-48小时停止用药）。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

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。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

③使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

（3）推荐头孢曲松钠肌内注射、静脉注射或静脉滴注：

①成人：1g/次，一次肌内注射或静脉滴注；

②对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

**（八）手术日为入院第3-7天。**

1.麻醉方式：椎管内麻醉或全身麻醉。

2.手术方式：股骨干骨折内固定术，必要时植骨。

3.手术内固定物：带锁髓内针或钢板螺钉。

4.术中用药：麻醉用药、抗菌药物。

5.输血：根据出血情况决定。

**（九）术后住院恢复9-13天。**

1.必须复查的项目：血常规、凝血功能、X光检查。

2.必要时复查的项目：电解质、肝功能、肾功能、CT。

3.术后用药：

（1）抗菌药物：按《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行；

（2）预防下肢静脉血栓形成药物：参照《中国骨科大手术后静脉血栓栓塞症预防指南》，根据患者病情酌情使用；

（3）其他对症药物：消肿、止痛、预防应激性溃疡等。

4.保护下功能锻炼。

**（十）出院标准。**

1.体温正常、常规化验无明显异常。

2.术后X线片证实复位固定满意。

3.切口无异常。

4.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.并发症：本病可伴有其他损伤，应严格掌握入选标准。部分患者因骨折本身的合并症而延期治疗，如大量出血需术前输血、血栓形成、血肿引起体温增高等。

2.合并症：老年患者易有合并症，如骨质疏松、糖尿病、心脑血管疾病等，骨折后合并症可能加重，需同时治疗，住院时间延长。

3.内固定物选择：根据骨折类型选择适当的内固定物。

**（十二）参考费用标准：5000-15000元。**

二、股骨干骨折临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**股骨干骨折（ICD-10：S72.30）

**行**股骨干骨折内固定术（ICD-9-CM-3：79.35）

患者姓名： 性别： 年龄： 住院号： 门诊号：

住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日 标准住院日 ≤16天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2-4天 | 住院第3-5天 |
| 主要诊疗工作 | * 询问病史与体格检查
* 完成首次病程记录
* 上级医师查房
* 完成病历书写
* 开具检查、化验单
* 确定诊断
* 行患肢牵引或制动
 | * 上级医师查房与手术前评估
* 确定诊断和手术方案
* 完成上级医师查房记录
* 完善术前检查项目
* 收集检查检验结果并评估病情
* 请相关科室会诊
 | * 完成所需检查
* 对影响手术进行的异常检查结果进行复查
* 上级医师查房与术前评估
* 有并发症时请相关科室会诊
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 骨科常规护理
* 一级护理
* 饮食医嘱（普食/流食/糖尿病饮食）
* 患肢牵引、制动

**临时医嘱：*** 血常规、血型
* 尿常规＋镜检
* 凝血功能
* 电解质、肝肾功能
* 感染性疾病筛查
* 胸部X光检查
* 心电图
* 血气分析（必要时）
* 肢体拍片（必要时）
 | **长期医嘱**： * 骨科护理常规
* 二级护理
* 饮食
* 患者既往内科基础疾病用药

**临时医嘱：*** 根据会诊科室要求安排检查和化验单
* 镇痛等对症处理
* 双下肢血管彩色超声（必要时）
 | **临时医嘱：*** 对影响手术进行的异常检查结果进行复查
 |
| 主要护理工作 | * 入院介绍（病房环境、设施等）
* 入院护理评估
* 观察患肢牵引、制动情况及护理
* 指导功能锻炼
 | * 观察患者情况
* 心理与生活护理
* 指导功能锻炼
* 术前宣教
* 夜间巡视
 | * 观察患者情况
* 心理与生活护理
* 指导功能锻炼
* 术前宣教
* 夜间巡视
 |
| 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日 | 住院第5-7日（手术日） | 住院第6-8日（术后第1日） |
| 主要诊疗工作 | * 向患者及其家属交待术前注意事项
* 签署手术知情同意书
* 麻醉师术前访视并签署知情同意书
* 签署自费项目协议书
* 签署输血知情同意书
* 完成手术前各项准备
 | * 实施手术
* 完成术后病程记录
* 24小时内完成手术记录
* 向患者及其家属交待手术后注意事项
* 检查有无手术并发症
* 麻醉科医师随访，检查麻醉并发症
 | * 查看患者
* 上级医师查房
* 完成术后病程记录
* 向患者及其家属交待手术后注意事项
* 复查血常规
* 复查电解质（必要时）
* 指导患肢功能锻炼
 |
| 重点医嘱 | **临时医嘱：*** 明日在椎管内麻醉或全麻下行股骨干骨折内固定术
* 术晨禁食水
* 术区备皮
* 抗菌药物皮试
* 配血（必要时）
 | **长期医嘱：*** 骨科常规护理
* 一级护理
* 普食或流食（术后6小时后）
* 切口引流
* 心电监护或生命体征监测
* 补液+抗菌药物应用

**临时医嘱：*** 急查血常规（必要时）
* 输血（必要时）
 | **长期医嘱：*** 骨科常规护理
* 一级护理
* 普食或流食
* 切口引流
* 补液+抗菌药物应用
* 抗凝治疗

**临时医嘱：*** 复查血常规及生化检查
* 输血（必要时）
 |
| 主要护理工作 | * 术前患者准备（手术前沐浴 更衣备皮）
* 手术前物品准备
* 手术前心理护理
* 提醒患者术晨禁食水
* 肠道准备（必要时）
 | * 术前给予麻醉前用药
* 观察患者情况
* 手术后心理与生活护理
* 指导功能锻炼
* 观察并记录引流情况
* 夜间巡视
 | * 观察患者情况
* 手术后心理与生活护理
* 指导并监督患者活动
* 观察并记录引流情况（必要 时）
* 夜间巡视
 |
| 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7-9日（术后第2日） | 住院第8-12日（术后第3-7日） | 住院第13-14日（术后第8-9日） | 住院第15-16日（术后第10-12日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房
* 切口换药，拔除引流
* 术后病程记录
* 必要的化验项目进行复查
* 指导患肢功能锻炼
* 根据病情决定停用静脉抗菌药物
 | * 上级医师查房
* 术后行X光检查
* 术后病程记录
* 指导并检查患肢功能锻炼情况
 | * 上级医师查房
* 切口换药
* 查看术后X线片
* 确定患者是否可以出院
 | * 向患者交待出院注意事项复
* 查日期和拆线日期
* 开出院诊断书
* 完成出院记录
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 骨科常规护理
* 一级护理
* 普食
* 抗凝治疗
 | **长期医嘱：*** 骨科常规护理
* 二级护理
* 普食
 | **长期医嘱：*** 骨科常规护理
* 二级护理
* 普食

**临时医嘱：*** 通知出院
 | **临时医嘱：*** 通知出院
* 必要的出院带药
 |
| 主要护理工作 | * 观察患者情况
* 手术后心理与生活护理
* 指导并监督患者活动
* 夜间巡视
 | * 观察患者情况
* 手术后心理与生活护理
* 指导并监督患者活动
* 夜间巡视
 | * 手术后心理与生活护理
* 指导并监督患者活动
* 夜间巡视
 | * 协助患者办理出院手续
* 出院宣教
 |
| 病情变异记录 | □无 □有，原因：1.2. | □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 | 　 |  |  | 　 |

**腰椎间盘突出症临床路径**

（县医院版）

一、腰椎间盘突出症临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为腰椎间盘突出症（ICD-10：M51.0↑G99.2\*/M51.1↑ G55.1\*/M51.2）

行椎间盘切除术（ICD-9-CM-3:80.51）。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-骨科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《外科学（下册）》（8年制和7年制教材临床医学专用，人民卫生出版社）。

1.病史：单侧或双侧神经根损伤或马尾神经损伤的症状。

2.体征：单侧或双侧神经根损伤或马尾神经损伤的阳性体征。

3.影像学检查：有椎间盘突出或脱出压迫神经根或马尾神经的表现。

**（三）治疗方案的选择及依据。**

根据《临床诊疗指南-骨科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《外科学（下册）》（8年制和7年制教材临床医学专用，人民卫生出版社）。

1.腰椎间盘突出症诊断明确。

2.经严格正规非手术治疗3个月无效。

3.尿便障碍或单根神经麻痹，需急诊手术。

**（四）标准住院日为9-17天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：M51.0↑ G99.2\* /M51.1↑ G55.1\*/M51.2腰椎间盘突出症疾病编码。

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径。

3.不合并腰椎管狭窄及腰椎不稳定。

**（六）术前准备2天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规;

（2）肝功能、肾功能、血电解质、血糖、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）胸片、心电图；

（4）腰椎正侧位及伸屈侧位片、CT和/或MRI。

2.根据患者病情可选择：

（1）肺功能、超声心动图（老年人或既往有相关病史者）；

（2）对于部分诊断不明确的患者，术前可能需要肌电图、诱发电位检查、椎间盘造影、小关节封闭、神经根封闭或硬膜外封闭以确诊；

（3）有相关疾病者必要时请相应科室会诊。

**（七）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。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②儿童：一日量为20-30mg/Kg体重，分3-4次给药；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②儿童：平均一日剂量为60mg/kg,严重感染可用到100 mg/kg，分3-4次给予；

③肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

④对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

⑤使用本药前须进行皮试。

（3）推荐头孢曲松钠肌内注射、静脉注射或静脉滴注：

①成人：1g/次，一次肌内注射或静脉滴注；

②儿童：儿童用量一般按成人量的1/2给予；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

**（八）手术日为入院第3天。**

1.麻醉方式：全麻或硬膜外麻醉、腰麻。

2.手术方式：开窗或半椎板切除髓核摘除术者，原则上不使用内植物；如需要做全椎板切除，可选用内植物。

3.输血：视术中情况而定。

**（九）术后住院恢复6-14天。**

1.必须复查的检查项目：腰椎正侧位片、血常规、凝血功能、电解质。

2.术后处理：

（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；

（2）术后镇痛：参照《骨科常见疼痛的处理专家建议》；

（3）激素、脱水药物和神经营养药物；

（4）术后康复：支具保护下逐渐进行功能锻炼。

**（十）出院标准。**

1.体温正常，常规化验指标无明显异常。

2.伤口愈合良好：引流管拔除，伤口无感染征象（或可在门诊处理的伤口情况），无皮瓣坏死。

3.术后复查内植物位置满意。

4.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.围手术期并发症：伤口感染、神经血管输尿管损伤、硬膜外血肿、内植物松动等造成住院日延长和费用增加。

2.内科合并症：老年患者常合并基础疾病，如脑血管或心血管病、糖尿病、血栓等，手术可能导致这些疾病加重而需要进一步治疗，从而延长治疗时间，并增加住院费用。

3.内植物的选择：由于病情不同，使用不同的内植物，可能导致住院费用存在差异。

**（十二）参考费用标准：5000-8000元。**

二、腰椎间盘突出症临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为腰椎间盘突出症（ICD-10：M51.0↑ G99.2\* /M51.1↑ G55.1\*/M51.2）

**行**椎间盘切除术（ICD-9-CM-3:80.51）

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9-17天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2天 | 住院第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
* 开化验单及相关检查单
* 上级医师查房与术前评估
 | * 上级医师查房
* 继续进行相关检查
* 根据化验和相关检查结果，评估患者手术风险
* 必要时请相关科室会诊
* 根据病史、体检、平片、CT/MRI等，行术前讨论，确定手术方案
* 完成术前准备与术前评估
* 完成术前小结、上级医师查房记录等病历
* 签署手术知情同意书、自费用品协议书、输血同意书
* 向患者及家属交待病情及围手术期注意事项
 | * 手术
* 术者完成手术记录
* 完成术后病程
* 上级医师查房
* 注意神经功能变化
* 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：*** 骨科护理常规
* 二级护理
* 饮食
* 患者既往基础用药

**临时医嘱：*** 血常规、尿常规、大便常规
* 凝血功能、肝肾功能、电解质、血糖、感染性疾病筛查
* 胸片、心电图
* 腰椎平片、CT/MRI
* 肺功能、超声心动（酌情）
* 消炎止痛药物（酌情）
 | **长期医嘱：*** 骨科护理常规
* 二级护理
* 饮食
* 患者既往基础用药

**临时医嘱：*** 请相关科室会诊
* 术前医嘱：常规准备明日在

全麻或硬膜外麻醉/腰麻下行◎腰椎间盘切除术* 术前禁食水
* 抗菌药物皮试
* 配血
* 一次性导尿包
* 备皮
* 术前晚灌肠
 | **长期医嘱**：* 麻醉后护理常规
* 腰椎术后护理常规
* 一级护理
* 明日饮食
* 轴线翻身
* 伤口引流记量
* 留置尿管
* 抗菌药物
* 激素
* 神经营养药物

**临时医嘱：*** 心电血压、血氧监护
* 吸氧
* 补液
* 其他特殊医嘱
 |
| 主要护理工作 | * 入院宣教：介绍病房环境、设施和设备
* 入院护理评估
* 疼痛评估
 | * 宣教、备皮等术前准备
* 观察患者病情变化
* 心理和生活护理
* 提醒患者明晨禁水、禁食
 | * 观察患者病情变化
* 术后心理与生活护理
* 术后疼痛评估
 |
| 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天（术后第1天） | 住院第5天（术后第2天） | 住院第6天（术后第3天） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房，注意术后病情变化
* 完成病历书写
* 注意引流量
* 注意观察体温
* 注意神经功能变化
 | * 上级医师查房
* 完成病历书写
* 根据引流情况，明确是否拔除引流管
* 注意观察体温
* 注意神经功能变化
* 注意伤口情况
 | * 上级医师查房
* 完成病历书写
* 注意观察体温
* 注意神经功能变化
* 注意伤口情况
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 腰椎术后护理常规
* 一级护理
* 饮食
* 伤口引流记量
* 留置尿管
* 抗菌药物
* 激素
* 神经营养药物
* 脱水（酌情）
* 消炎止痛药物

**临时医嘱：*** 通便
* 镇痛
* 补液（根据情况）
 | **长期医嘱：*** 腰椎术后护理常规
* 一/二级护理
* 饮食
* 停留置尿管
* 抗菌药物：如体温正常，伤口情况良好，无明显红肿时可以停止抗菌药物治疗
* 神经营养药物
* 脱水（酌情）
* 消炎止痛药物
* 拔除引流，停引流记量（根据情况）
* 停激素

**临时医嘱：*** 换药
* 查血常规
* 查电解质
 | **长期医嘱**：* 腰椎术后护理常规
* 一/二级护理
* 饮食
* 神经营养药物
* 脱水（酌情）
* 消炎止痛药物

**临时医嘱：*** 拍摄术后腰椎平片
* 查凝血分析
 |
| 主要护理工作 | * 观察患者情况
* 术后心理与生活护理
* 指导患者术后功能锻炼
* 疼痛评估
 | * 观察患者情况
* 术后心理与生活护理
* 指导患者术后功能锻炼
* 疼痛评估
 | * 观察患者情况
* 术后心理与生活护理
* 指导患者术后功能锻炼
* 疼痛评估
 |
| 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7-8天（术后第4-5天） | 住院第8-16天（出院前日） | 住院第9-17天（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房
* 完成病历书写
* 注意观察体温
* 注意神经功能变化
* 注意伤口情况
* 注意肢体肿胀与活动情况
 | * 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
* 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等
 | * 患者办理出院手续，出院
 |
| 重点医嘱 | * 腰椎术后护理常规
* 二级护理
* 饮食
* 神经营养药物
* 脱水（根据情况）
* 消炎止痛药物
* 停抗菌药物

**临时医嘱：*** 换药
* 血常规
* 尿常规
 | **出院医嘱：*** 出院带药：神经营养药物、消炎止痛药
* 嘱 日后拆线换药（根据出院时间决定）
* 一月后门诊复查
* 不适随诊
 |  |
| 主要护理工作 | * 观察患者情况
* 术后心理与生活护理
* 指导患者术后功能锻炼
* 疼痛评估
 | □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. | □无 □有，原因：1.2. |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |

**凹陷性颅骨骨折临床路径**

（县医院版）

一、凹陷性颅骨骨折临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为凹陷性颅骨骨折（开放性、闭合性）（ICD-10:S02.902）

行开颅凹陷性颅骨骨折清除术或骨折复位术。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-神经外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-神经外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《王忠诚神经外科学》（王忠诚主编，湖北科学技术出版社）、《神经外科学》（赵继宗主编，人民卫生出版社）。

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《临床诊疗指南-神经外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-神经外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《王忠诚神经外科学》（王忠诚主编，湖北科学技术出版社）、《神经外科学》（赵继宗主编，人民卫生出版社）。

1.开颅凹陷骨折清除及骨折复位术手术原则：

（1）闭合性颅骨骨折：

①儿童乒乓球样凹陷骨折，不伴有神经机能障碍，无需手术治疗；

②儿童颅骨凹陷骨折较大较深，在全麻下行钻孔、凹陷骨折撬起复位术；

③成人颅骨凹陷骨折≤5cm，深度≯0.5cm，不伴有神经缺损症状和体征的患者，无需手术治疗；

④成人颅骨凹陷骨折>5cm,深度>1cm的患者，行手术治疗；

⑤患者出现意识障碍，双侧瞳孔不等大等脑疝表现，行急诊手术。

（2）开放性颅骨骨折：

①有开放性伤口的患者，立即手术治疗 ；

②颅骨骨折参考闭合性颅骨骨折适应症处理。

2.禁忌症：

（1）有严重心脏病或严重肝肾功能不全等，全身状况差，不能耐受手术者;

（2）有凝血功能障碍的患者。

3.手术风险较大者（高龄、妊娠期、合并较严重内科疾病），需向患者或家属交待病情；如不同意手术，应当充分告知风险，履行签字手续，并予严密观察。

**（四）标准住院日为≤14天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合（ICD-10:S02.902）凹陷性颅骨骨折疾病编码；

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径；同时合并脑挫裂伤、硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿等患者不进入此路径。

**（六）术前准备（入院当天）。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、血型、尿常规；

（2）肝功能、肾功能、血电解质、凝血功能、血糖、感染性疾病筛查（乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、梅毒等）；

（3）心电图、正位胸片、头颅正侧位X线平片。

2.根据患者病情可以选择：头颅CT扫描。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

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。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②儿童：一日量为20-30mg/Kg体重，分3-4次给药；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②儿童：平均一日剂量为60mg/kg,严重感染可用到100 mg/kg，分3-4次给予；

③肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

④对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

⑤使用本药前须进行皮试。

（3）推荐头孢曲松钠肌内注射、静脉注射或静脉滴注：

①成人：1g/次，一次肌内注射或静脉滴注；

②儿童：儿童用量一般按成人量的1/2给予；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

3.开放性颅骨骨折的患者及时肌注破伤风抗毒素。

**（八）手术日为入院当天。**

1.麻醉方式：全身麻醉。

2.手术方式：开颅颅骨骨折撬起复位术，碎骨片清除术或骨折复位固定术。

3.手术置入物：颅骨固定材料、引流管系统。

4.术中用药：脱水药、降压药、抗菌药物，酌情使用抗癫痫药物。

5.输血：根据手术失血情况决定（如骨折碎片刺破矢状窦合并大出血）。

**（九）术后住院恢复≤14天。**

1.必须复查的检查项目：术后24小时之内及出院前根据具体情况复查头颅CT，了解颅内情况；化验室检查包括血常规、肝肾功能、血电解质等。

2.根据患者病情，可行血气分析、胸部X线平片、B超等检查。

3.每2-3天手术切口换药1次。

4.术后7天拆除手术切口缝线，或根据病情酌情延长拆线时间。

**（十）出院标准。**

1.患者病情稳定，生命体征平稳。

2.与手术相关各项化验检查结果无明显异常。

3.手术切口愈合良好。

**（十一）变异及原因分析。**

1.术中或术后继发手术部位或其他部位的颅内血肿、脑水肿、脑梗塞等并发症，严重者需要二次手术，导致住院时间延长、费用增加。

2.术后出现切口或颅内感染、严重神经系统并发症，导致住院时间延长、费用增加。

3.术后继发其他内、外科疾病，如肺部感染、下肢深静脉血栓、应激性溃疡等，需进一步诊治，导致住院时间延长。

**（十二）参考费用标准：**

1.未用颅骨固定材料的单病种费用6000-8000元。

2.用颅骨固定材料的单病种费用9000-11000元。

二、凹陷性颅骨骨折临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为 凹陷性颅骨骨折（ICD-10:S02.902）

**行**开颅颅骨骨折撬起复位术，碎骨片清除术或骨折复位固定术

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日（手术当天） | 住院第2日（术后第1天） | 住院第3日（术后第2天） |
| 主要诊疗工作 | * 病史采集，体格检查
* 完成病历书写、相关检查
* 制定治疗方案
* 术前准备
* 向患者和/或家属交代病情，签手术知情同意书
* 准备急诊手术
* 临床观察神经系统功能情况
 | * 临床观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 复查头CT，评价结果并行相应措施
* 复查血生化及血常规
* 观察切口敷料情况，伤口换药
* 完成病程记录
 | * 临床观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况，手术切口换药
* 如果有引流，观察引流液性状及引流量，若引流不多，应予以拔除
* 完成病程记录
* 根据患者病情，考虑停用抗菌药物；有感染征象患者，根据药敏试验结果调整药物
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 颅骨骨折护理常规
* 一级护理
* 术前禁食水
* 监测血压

**临时医嘱：*** 血常规、血型、尿常规
* 凝血功能、肝肾功能、血电解质、血糖、感染性疾病筛查
* 胸部X线平片，心电图
* 头颅CT
* 心、肺功能检查（酌情）
 | **长期医嘱：*** 颅骨骨折术后护理常规
* 一级护理
* 术后流食或鼻饲肠道内营养
* 监测生命体征

**临时医嘱：*** 头颅CT
* 血常规及血生化
 | **长期医嘱：*** 颅骨骨折术后护理常规
* 一级护理
* 术后流食或鼻饲肠道内营养
* 监测生命体征
 |
| 主要护理工作 | * 入院宣教
* 观察患者一般状况及神经系统状况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
* 完成术前准备
 | * 观察患者一般状况及神经系统状况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
* 观察引流液性状及记量
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
* 观察引流液性状及记量
 |
| 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日（术后第3天） | 住院第5日（术后第4天） | 住院第6日（术后第5天） | 住院第7日（术后第6天） |
| 主要诊疗工作 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况
* 完成病程记录
 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况，手术切口换药
* 完成病程记录
 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况
* 完成病程记录
 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况
* 完成病程记录
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 颅骨骨折术后护理常规
* 一级护理
* 根据病情更改饮食及增加肠道内营养
* 监测生命体征

  | **长期医嘱：*** 二级护理
* 根据病情更改饮食及增加肠道内营养
* 监测生命体征

  | **长期医嘱：*** 二级护理
* 根据病情更改饮食及增加肠道内营养
* 监测生命体征

  | **长期医嘱：*** 二级护理

  |
| 主要护理工作 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 |
| 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日（术后第7天） | 住院第9-13日（术后第8-12天） | 住院第14日（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 根据切口情况予以拆线
* 临床观察神经功能恢复情况
* 复查头部CT
* 完成病程记录
 | * 观察神经功能恢复情况
* 完成病程记录
* 查看化验结果
 | * 观察神经功能恢复情况
* 观察切口情况
* 完成病程记录
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 术后普食

**临时医嘱：*** 血常规、肝肾功能、凝血功能
* 头颅CT
 | **长期医嘱：*** 二级护理
 | * 通知出院
 |
| 主要护理工作 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况
* 观察神经系统功能恢复情况
* 如果病情允许患者可下床活动
 | * 观察患者一般状况及切口情况
* 观察神经系统功能恢复情况
* 如果病情允许患者可下床活动
 |
| 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 |  |  |  |

**高血压脑出血临床路径**

（县医院版）

一、高血压脑出血外科治疗临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为高血压脑出血（ICD-10：I61.902）

行开颅血肿清除术（ICD-9-CM-3：01.24）。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-神经外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-神经外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《王忠诚神经外科学》（王忠诚主编，湖北科学技术出版社）、《神经外科学》（赵继宗主编，人民卫生出版社）。

1.病史：明确的高血压病史和急性颅内压增高症状，常出现剧烈头痛、头晕及呕吐，严重患者可出现意识障碍。

2.体格检查：根据不同的出血部位，可以出现一些相应的神经系统症状，如不同程度的偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、瞳孔改变等：

（1）壳核出血：高血压脑出血最好发部位，先出现对侧肢体偏瘫，严重时可进展为昏迷，甚至死亡；

（2）丘脑出血：一般出现对侧半身感觉障碍，当内囊出血时也出现偏瘫症状；

（3）小脑出血：由于出血对脑干的直接压迫，患者先出现昏迷而非先出现偏瘫；

（4）脑叶出血：症状因血肿所在脑叶不同而有所差异，如额叶可出现对侧偏瘫，多发生于上肢，而下肢和面部较轻；顶叶可出现对侧半身感觉障碍；枕叶可出现同侧眼痛和对侧同向偏盲；颞叶出血如发生在优势半球，可出现语言不流利和听力障碍。

3.辅助检查：

（1）头颅CT扫描：高血压脑出血的首选检查，明确出血部位和体积，血肿呈高密度影;

（2）头颅MRI扫描：不作为首选检查，有助于鉴别诊断。

**（三）选择治疗方案的依据。**

根据《临床诊疗指南-神经外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-神经外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《王忠诚神经外科学》（王忠诚主编，湖北科学技术出版社）、《神经外科学》（赵继宗主编，人民卫生出版社）。

1.开颅血肿清除术手术适应征：

（1）患者出现意识障碍，双侧瞳孔不等大等脑疝表现;

（2）幕上血肿量＞30ml，中线构造移位＞5mm，侧脑室受压明显;

（3）幕下血肿量＞10ml，脑干或第四脑室受压明显;

（4）经内科保守治疗无效，血肿量逐渐增加，无手术绝对禁忌症。

2.禁忌症：

（1）有严重心脏病或严重肝肾性能不全等，全身状况差，不能耐受手术者;

（2）脑疝晚期。

3.手术风险较大者（高龄、妊娠期、合并较严重内科疾病），需向患者或家属交待病情；如不同意手术，应当充分告知风险，履行签字手续，并予严密观察。

**（四）标准住院日为≤22天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：I61.902 高血压脑出血疾病编码。

2.当患者合并其他疾病，但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，可以进入路径；脑疝晚期患者不进入此路径。

**（六）术前准备（入院当天）。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规；

（2）血型、凝血功能、肝功能、肾功能、血电解质、血糖、感染性疾病筛查（乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、梅毒等）；

（3）心电图；

（4）头颅CT扫描。

2.根据患者病情，必要时DSA、MRI、胸部X线平片进行鉴别诊断。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

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）选择用药。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松等；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

③使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌内或静脉注射：

①成人：0.75g-1.5g/次，一日三次；

②肾功能不全患者按照肌酐清除率制订给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率<10ml/min患者，每次0.75g，一日1次；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

（3）推荐头孢曲松钠肌内注射、静脉注射或静脉滴注：

①成人：1g/次，一次肌内注射或静脉滴注；

②对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

**（八）手术日为入院当天。**

1.麻醉方式：全身麻醉。

2.手术方式：开颅血肿清除术，有条件医院在显微镜下行血肿清除，如血肿破入脑室，阻塞脑脊液循环，发生脑积水，同时行脑室外引流术。

3.手术置入物：颅骨固定材料、引流管系统；

4.术中用药：脱水药、降压药、抗菌药物，酌情使用抗癫痫药物及激素。

5.输血：根据手术失血情况决定。

**（九）术后住院恢复≤21天。**

1.必须复查的检查项目：术后24小时之内及出院前根据具体情况复查头颅CT，了解颅内情况；化验室检查包括血常规、肝肾功能、血电解质等。

2.根据患者病情，可行血气分析、胸部X线平片、B超等检查。

3.每2-3天手术切口换药1次。

4.术后7天拆除手术切口缝线，或根据病情酌情延长拆线时间。

5.术后根据患者病情行气管切开术。

6.术后早期患肢被动功能锻炼。

**（十）出院标准。**

1.患者病情稳定，生命体征平稳。

2.体温正常，与手术相关各项化验无明显异常。

3.手术切口愈合良好。

4.仍处于昏迷状态的患者，如生命体征平稳，经评估不能短时间恢复者，没有需要住院处理的并发症和/或合并症，可以转院继续康复治疗。

**（十一）变异及原因分析。**

1.术中或术后继发手术部位或其他部位的颅内血肿、脑水肿、脑梗塞等并发症，严重者需要二次手术，导致住院时间延长、费用增加。

2.术后切口、颅内感染，出现严重神经系统并发症，导致住院时间延长、费用增加。

3.术后继发其他内、外科疾病，如肺部感染、下肢深静脉血栓、应激性溃疡等，需进一步诊治，导致住院时间延长。

**（十二）参考费用标准：**

单纯血肿清除费用15000-20000元。

二、高血压脑出血临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为高血压脑出血（ICD-10：I61.902）

**行**开颅血肿清除术（ICD-9-CM-3：01.24）

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：≤21天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1日（手术当天） | 住院第2日（术后第1天） | 住院第3日（术后第2天） |
| 主要诊疗工作 | * 病史采集，体格检查
* 完成病历书写、相关检查
* 制订治疗方案
* 术前准备
* 向患者和/或家属交代病情，签手术知情同意书
* 准备急诊手术
* 临床观察神经系统功能情况
 | * 临床观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 复查头CT，评价结果并行相应措施
* 复查血生化及血常规
* 根据病情考虑是否需要气管切开
* 观察切口敷料情况，伤口换药
* 完成病程记录
 | * 临床观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况，手术切口换药
* 如果有引流，观察引流液性状及引流量，若引流不多，应予以拔除
* 完成病程记录
* 根据患者病情，考虑停用抗菌药物；有感染征象患者，根据药敏试验结果调整药物
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 一级护理
* 术前禁食水
* 监测血压

**临时医嘱：*** 血常规、尿常规
* 血型、凝血功能、肝肾功能、血电解质、血糖、感染性疾病筛查
* 胸部X线平片、心电图
* 头颅CT
* 心、肺功能检查（酌情）
 | **长期医嘱：*** 一级护理
* 术后流食或鼻饲肠道内营养
* 监测生命体征
* 脱水等对症支持治疗

**临时医嘱：*** 头颅CT
* 血常规及血生化
 | **长期医嘱：*** 一级护理
* 术后流食或鼻饲肠道内营养
* 监测生命体征
* 脱水等对症支持治疗
 |
| 主要护理工作 | * 入院宣教
* 观察患者一般状况及神经系统状况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
* 完成术前准备
 | * 观察患者一般状况及神经系统状况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
* 观察引流液性状及记量
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
* 观察引流液性状及记量
 |
| 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日（术后第3天） | 住院第5日（术后第4天） | 住院第6日（术后第5天） |
| 主要诊疗工作 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况
* 完成病程记录
 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况，手术切口换药
* 完成病程记录
 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况
* 完成病程记录
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 一级护理
* 根据病情更改饮食及增加肠道内营养
* 监测生命体征
* 脱水等对症支持治疗

  | **长期医嘱：*** 一级护理
* 根据病情更改饮食及增加肠道内营养
* 监测生命体征
* 脱水对症支持治疗

  | **长期医嘱：*** 一级护理
* 根据病情更改饮食及增加肠道内营养
* 监测生命体征
* 脱水对症支持治疗

  |
| 主要护理工作 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 |
| 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7日（术后第6天） | 住院第8日（术后第7天） | 住院第9-14日（术后第8-13天） |
| 主要诊疗工作 | * 观察生命体征变化及神经功能恢复情况
* 观察切口敷料情况
* 完成病程记录
 | * 根据切口情况予以拆线
* 临床观察神经功能恢复情况
* 复查头部CT
* 完成病程记录
 | * 观察神经功能恢复情况
* 完成病程记录
* 查看化验结果

  |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 一级护理
* 根据病情更改饮食及增加肠道内营养
* 监测生命体征
* 脱水对症支持治疗

  | **长期医嘱：*** 一级或二级护理
* 术后普食或继续肠道内营养

**临时医嘱：*** 血常规、肝肾功能、凝血功能
* 头颅CT
 | **长期医嘱：*** 一级或二级护理
* 术后普食或继续肠道内营养

  |
| 主要护理工作 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况及神经系统功能恢复情况
* 观察记录患者神志、瞳孔、生命体征
 | * 观察患者一般状况
* 观察神经系统功能恢复情况
* 如果病情允许患者可下床活动
 |
| 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15日（术后第14天） | 住院第16日（术后第15天） | 住院第17-20日（术后第16-19天） | 住院第21日（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 观察神经功能恢复情况
* 酌情复查头颅CT
* 复查实验室检查，如血常规、血生化、肝肾功能
* 完成病程记录
 | * 观察神经功能恢复情况
* 评估头颅CT结果
* 查看实验室检查结果
* 完成病程记录
 | * 观察神经功能恢复情况
* 完成病程记录
 | * 确定患者能否出院
* 向患者交代出院注意事项、复查日期
* 通知出院处
* 开出院诊断书
* 完成出院记录
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 一级或二级护理
* 术后普食或继续肠道内营养

**短期医嘱：*** 头颅CT（酌情）
* 血常规
* 血生化、肝肾功能
 | **长期医嘱：*** 一级或二级护理
* 术后普食或继续肠道内营养
 | **长期医嘱：*** 一级或二级护理
* 术后普食或继续肠道内营养
 | * 通知出院
 |
| 主要护理工作 | * 观察患者一般状况及切口情况
* 观察神经系统功能恢复情况
* 如果病情允许患者可下床活动
 | * 观察患者一般状况及切口情况
* 观察神经系统功能恢复情况
* 如果病情允许患者可下床活动
 | * 观察患者一般状况及切口情况
* 观察神经系统功能恢复情况
* 如果病情允许患者可下床活动
 | * 帮助患者办理出院手续
 |
| 病情变异记录 | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. |  |
| 护士签名 |  |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |  |