**中山市医疗保障局**

**文件**

**中山市卫生健康局**

中山医保发〔2020〕16号

关于进一步完善日间手术工作的通知

各相关定点医院：

　　为进一步做好日间手术工作，根据《中山市人民政府办公室关于加快推进中山市医疗保障相关工作的通知》（中府办函〔2019〕133号）工作要求，减少患者住院天数，减轻其就医经济负担，提高定点医院床位周转率及医保基金使用效率，经研究，决定进一步开展更多日间手术病种。现就有关事项通知如下：

　　一、开展医院

　　我市目前符合开展日间手术要求的医院为中山市人民医院、中山市中医院、中山市博爱医院、中山市小榄人民医院、中山积水潭骨科医院。

　　二、日间手术结算病种

　　实施日间手术病种如乳房良性肿瘤（传统手术）治疗等共有110个病种（详见附件1），110个日间手术病种的医疗费用，纳入我市社会医疗保险支付范围。开展日间手术的医院应提前向市卫健部门报备其实施的具体病种。

　　三、医保结算

　　（一）结算方式、病种分值、诊治方式和诊治编码库

　　日间手术病种结算定点医疗机构等级系数，按照我市现行定点医疗机构等级系数执行；日间手术的病种分值按照中山市社会医疗保险日间手术病种分值库（详见附件1）执行，原则上不高于中山市社会医疗保险住院病种分值库对应病种分值，中山市社会医疗保险日间手术病种分值库随中山市社会医疗保险住院病种分值库修订而修订。其诊治方式、手术项目名称及编码详见附件2，病种诊治编码库详见附件3 。

　　（二）医保支付范围

　　日间手术病种所发生的相关医疗费用中（包含按日间手术临床路径诊疗相关的术前检查化验、围手术期应急处理、出院带药和术后如拆线、换药、复诊等费用），属医保支付范围内的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准，其具体医保支付比例按照我市社会医疗保险有关规定执行。与日间手术无关的门诊费用和有关病种临床路径术前准备标有“※”检查项目的费用，按社会医疗保险相应险种门诊报销待遇执行。

　　（三）结算起付额标准及医保支付比例

基本医疗保险参保人在日间手术期间，按规定登记备案后，发生符合医保支付范围的医疗费用，纳入基本医疗保险住院基本医疗保险待遇结算，起付额标准为800元，并按规定享受社会医疗保险其他险种报销待遇。

（四）医疗费用结算

　　市社会保险（医疗保障）经办机构与开展日间手术医院结算日间手术病种医疗费用，按照我市现行的住院病种分值结算管理。

　　四、日间手术就医管理

　　（一）开展日间手术医院应按《中山市日间手术管理导则》（详见附件4）开展日间手术。

　　（二）我市基本医疗保险参保人患上述病种，按规定诊治方式在开展日间手术医院就医管理：

　　1.符合日间手术病种准入条件的，按日间手术进行诊治并进行医保结算。

　　2.不符合日间手术病种准入条件的，应由主诊医生和二线主管医生共同确认后，收治住院并按医保有关规定进行结算。

3.参保人日间手术期间出现手术并发症或术后并发症及其他意外情况，经主诊及二线主管医生共同确认，登记备案后转入相应专科病房，退出临床路径，不纳入日间手术管理。其中属日间手术发生的费用与在专科病房的住院费用合并，医保支付按我市社会医疗保险住院的有关规定执行。

参保人日间手术后出现不符合住院条件的并发症，其发生的医疗费用按照门诊就医处理，不纳入日间手术管理。

　　4.就医的其他管理，按照社会医疗保险有关规定执行。

　　五、有关要求

（一）市社会保险（医疗保障）经办机构严格按照《中山市社会医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》加强对日间手术病种的监管，做好统计监测工作。

（二）实施日间手术的定点医院不得将日间手术病种相关费用转移至门诊。

（三）市卫健部门将日间手术工作情况纳入医疗质量控制体系，按照国家和我市日间手术管理有关要求和相关专业诊疗规范等开展医疗质量控制工作。

（四）开展日间手术医院应完善日间手术中心的医疗设施及人员配备，建立病房管理制度，制定日间手术的工作流程。同时，各医院应建立急救体制，对出院后发生紧急情况的病人，设立急救绿色通道，确保术后病人安全。

（五）开展日间手术医院应按治疗原则和临床路径、医疗技术操作规范开展医疗服务，严格按照市卫健部门制定的病种标准化诊疗方案、临床路径、临床指南和门诊、住院流程执行。

（六）开展日间手术医院应做好相关程序改造工作，确保与社会保险（医疗保障）经办部门实时联网结算。

　　六、本通知自2020年5月1日正式实施。《关于开展将部分病种日间手术医疗费用纳入医保支付范围试点工作的通知》（中人社发〔2016〕370号）同时废止。日后增加日间手术病种另行发文。

附件：1.中山市社会医疗保险日间手术病种分值库

2.日间手术病种诊治方式和手术操作表

3.日间手术病种诊治编码表

4.中山市日间手术管理导则

5.日间手术各病种临床路径

中山市医疗保障局 中山市卫生健康局

2020年4月13日

附件1

|  |
| --- |
| 中山市社会医疗保险日间手术病种分值库 |
| 序号 | ICD-10亚目 | 疾病名称 | 诊治方式代码 | 诊治方式 | 分值 | 备注 |
| 1 | D24.x | 乳房良性肿瘤 | 1 | 传统手术 | 58 |  |
| 2 | D24.x | 乳房良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 95 |  |
| 3 | N60.2 | 乳房纤维囊性乳腺病 | 1 | 传统手术 | 86 |  |
| 4 | N60.2 | 乳房纤维囊性乳腺病 | 2 | 微创手术 | 120 |  |
| 5 | H25.0 | 老年性初期白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 6 | H25.1 | 老年核性白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 7 | H25.2 | 老年性白内障，莫尔加尼型 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 8 | H25.8 | 其他的老年性白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 9 | H26.0 | 婴儿、幼年和老年前期白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 10 | H26.1 | 外伤性白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 11 | H26.2 | 并发性白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 12 | H26.3 | 药物性白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 13 | H26.4 | 后发性白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 14 | H26.8 | 其他特指的白内障 | 8 | 超声乳化 | 101 |  |
| 15 | I84.3 | 血栓性外痔 | 1 | 传统手术 | 54 |  |
| 16 | I84.3 | 血栓性外痔 | 2 | 微创手术 | 107 |  |
| 17 | I84.5 | 外痔不伴有并发症 | 1 | 传统手术 | 54 |  |
| 18 | D12.0 | 盲肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 95 |  |
| 19 | D12.0 | 盲肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 85 | △ |
| 20 | D12.2 | 升结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 95 |  |
| 21 | D12.2 | 升结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 85 | △ |
| 22 | D12.3 | 横结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 95 |  |
| 23 | D12.3 | 横结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 85 | △ |
| 24 | D12.4 | 降结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 95 |  |
| 25 | D12.4 | 降结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 85 | △ |
| 26 | D12.5 | 乙状结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 95 |  |
| 27 | D12.5 | 乙状结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 85 | △ |
| 28 | D12.7 | 直肠乙状结肠连接处良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 95 |  |
| 29 | D12.7 | 直肠乙状结肠连接处良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 85 | △ |
| 30 | D12.8 | 直肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 135 |  |
| 31 | D12.8 | 直肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 125 | △ |
| 32 | D14.1 | 喉良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 105 |  |
| 33 | D27.x | 卵巢良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 188 |  |
| 34 | H11.0 | 翼状胬肉 | 1 | 传统手术 | 39 |  |
| 35 | H44.5 | 眼球的变性情况（绝对期青光眼） | 1 | 传统手术 | 122 |  |
| 36 | H66.1 | 慢性咽鼓管及鼓室化脓性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 123 |  |
| 37 | H66.1 | 慢性咽鼓管及鼓室化脓性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 162 |  |
| 38 | H66.2 | 慢性鼓窦隐窝化脓性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 123 |  |
| 39 | H66.2 | 慢性鼓窦隐窝化脓性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 162 |  |
| 40 | H66.3 | 其他慢性化脓性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 123 |  |
| 41 | H66.3 | 其他慢性化脓性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 162 |  |
| 42 | H71.x | 中耳胆脂瘤 | 1 | 传统手术 | 123 |  |
| 43 | H71.x | 中耳胆脂瘤 | 2 | 微创手术 | 162 |  |
| 44 | I83.9 | 下肢静脉曲张不伴有溃疡和炎症 | 1 | 传统手术 | 102 |  |
| 45 | I86.1 | 阴囊静脉曲张 | 1 | 传统手术 | 85 |  |
| 46 | J35.0 | 慢性扁桃体炎（儿童） | 1 | 传统手术 | 85 |  |
| 47 | J38.1 | 声带和喉的息肉 | 2 | 微创手术 | 97 |  |
| 48 | K40.2 | 双侧腹股沟疝，不伴有梗阻或坏疽 | 1 | 传统手术 | 172 |  |
| 49 | K40.9 | 单侧或未特指的腹股沟疝，不伴有梗阻或坏疽 | 1 | 传统手术 | 97 |  |
| 50 | K51.4 | 炎性息肉 | 2 | 微创手术 | 74 |  |
| 51 | K51.4 | 炎性息肉 | 2 | 微创手术 | 64 | △ |
| 52 | K60.3 | 肛瘘 | 1 | 传统手术 | 85 |  |
| 53 | K62.1 | 直肠息肉 | 2 | 微创手术 | 70 |  |
| 54 | K62.1 | 直肠息肉 | 2 | 微创手术 | 60 | △ |
| 55 | K63.5 | 结肠息肉 | 2 | 微创手术 | 70 |  |
| 56 | K63.5 | 结肠息肉 | 2 | 微创手术 | 60 | △ |
| 57 | M17.0 | 原发性双侧膝关节病 | 2 | 微创手术 | 138 |  |
| 58 | M17.1 | 其他的原发性膝关节病 | 2 | 微创手术 | 138 |  |
| 59 | M17.2 | 创伤后双侧膝关节病 | 2 | 微创手术 | 138 |  |
| 60 | M17.3 | 其他的创伤后膝关节病 | 2 | 微创手术 | 138 |  |
| 61 | M17.4 | 其他的继发性双侧膝关节病 | 2 | 微创手术 | 138 |  |
| 62 | M17.5 | 其他的继发性膝关节病 | 2 | 微创手术 | 138 |  |
| 63 | M51.0 | 腰和其他椎间盘疾患伴有脊髓病 | 2 | 微创手术 | 262 |  |
| 64 | M51.1 | 腰和其他椎间盘疾患伴有神经根病 | 2 | 微创手术 | 262 |  |
| 65 | M51.2 | 其他特指的椎间盘移位 | 2 | 微创手术 | 184 |  |
| 66 | M67.4 | 腱鞘囊肿 | 1 | 传统手术 | 51 |  |
| 67 | M71.2 | 腘间隙滑膜囊肿［贝克］ | 1 | 传统手术 | 77 |  |
| 68 | N20.0 | 肾结石 | 2 | 微创手术 | 207 |  |
| 69 | N20.1 | 输尿管结石 | 2 | 微创手术 | 147 |  |
| 70 | N39.3 | 压力性尿失禁 | 1 | 传统手术 | 253 |  |
| 71 | N43.3 | 睾丸鞘膜积液 | 1 | 传统手术 | 65 |  |
| 72 | N70.1 | 慢性输卵管炎和卵巢炎 | 2 | 微创手术 | 167 |  |
| 73 | N83.0 | 卵巢滤泡囊肿 | 2 | 微创手术 | 187 |  |
| 74 | N83.1 | 黄体囊肿 | 2 | 微创手术 | 159 |  |
| 75 | N83.2 | 其他和未特指的卵巢囊肿 | 2 | 微创手术 | 122 |  |
| 76 | N83.8 | 卵巢、输卵管和阔韧带的其他非炎性疾患 | 2 | 微创手术 | 168 |  |
| 77 | Q18.1 | 先天性耳前瘘管 | 1 | 传统手术 | 66 |  |
| 78 | Q43.0 | 麦克尔憩室 | 1 | 传统手术 | 133 |  |
| 79 | Q53.1 | 单侧睾丸未降 | 1 | 传统手术 | 101 |  |
| 80 | Q53.2 | 双侧睾丸未降 | 1 | 传统手术 | 102 |  |
| 81 | Q68.0 | 胸锁乳突肌先天性变形 | 1 | 传统手术 | 70 |  |
| 82 | Q69.0 | 副指 | 1 | 传统手术 | 76 |  |
| 83 | Q69.1 | 副拇指 | 1 | 传统手术 | 76 |  |
| 84 | Q69.2 | 副趾 | 1 | 传统手术 | 73 |  |
| 85 | S42.3 | 闭合性肱骨干骨折 | 1 | 传统手术 | 200 |  |
| 86 | S52.0 | 闭合性尺骨上端骨折 | 1 | 传统手术 | 147 |  |
| 87 | S52.4 | 闭合性尺骨和桡骨骨干均骨折 | 1 | 传统手术 | 179 |  |
| 88 | S82.0 | 闭合性髌骨骨折 | 1 | 传统手术 | 142 |  |
| 89 | H35.0 | 背景性视网膜病变和视网膜血管改变 | 1 | 传统手术 | 88 |  |
| 90 | H35.3 | 黄斑和后极变性 | 1 | 传统手术 | 85 |  |
| 91 | H47.1 | 未特指的视神经盘水肿 | 1 | 传统手术 | 85 |  |
| 92 | H35.7 | 视网膜层分离 | 1 | 传统手术 | 54 |  |
| 93 | H35.1 | 早产儿视网膜病 | 1 | 传统手术 | 85 |  |
| 94 | H65.0 | 急性浆液性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 58 |  |
| 95 | H65.0 | 急性浆液性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 79 |  |
| 96 | H65.3 | 慢性粘液样中耳炎 | 1 | 传统手术 | 90 |  |
| 97 | H65.3 | 慢性粘液样中耳炎 | 2 | 微创手术 | 63 |  |
| 98 | I20.0 | 不稳定性心绞痛 | 19 | 冠脉造影 | 155 |  |
| 99 | I20.1 | 心绞痛伴有确证的痉挛 | 19 | 冠脉造影 | 156 |  |
| 100 | I20.8 | 其他类型的心绞痛 | 19 | 冠脉造影 | 156 |  |
| 101 | J33.0 | 鼻腔息肉 | 2 | 微创手术 | 133 |  |
| 102 | J33.1 | 鼻窦息肉样退行性变 | 2 | 微创手术 | 133 |  |
| 103 | J33.8 | 其他的鼻窦息肉 | 2 | 微创手术 | 201 |  |
| 104 | L90.5 | 皮肤瘢痕情况和纤维化 | 1 | 传统手术 | 173 |  |
| 105 | N87.0 | 轻度宫颈发育不良 | 1 | 传统手术 | 60 |  |
| 106 | N87.1 | 中度宫颈发育不良 | 1 | 传统手术 | 66 |  |
| 107 | N87.9 | 未特指的宫颈发育不良 | 1 | 传统手术 | 66 |  |
| 108 | D06.9 | 宫颈未特指的原位癌 | 1 | 传统手术 | 66 |  |
| 109 | Z43.6 | 泌尿道其他人工造口的维护 | 1 | 传统手术 | 65 |  |
| 110 | Z47.0 | 涉及骨折板和其他内固定装置的随诊医疗 | 1 | 传统手术 | 78 |  |

备注说明：标有“△”的病种是指参保人行肠镜体检时发现有良性肿物，并立即手术切除，即转为按日间手术处理。

附件2

|  |
| --- |
| 日间手术病种诊治方式和手术操作表 |
| 序号 | ICD-10亚目 | 疾病名称 | 诊治方式代码 | 诊治方式 | 手术操作名称 | 手术操作编码 |
| 1 | D24.x | 乳房良性肿瘤 | 1 | 传统手术 | 乳腺病损切除术 | 85.2101 |
| 2 | D24.x | 乳房良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 乳腺病损微创旋切术(麦默通) | 85.2102 |
| 3 | N60.2 | 乳房纤维囊性乳腺病 | 1 | 传统手术 | 乳腺病损切除术 | 85.2101 |
| 4 | N60.2 | 乳房纤维囊性乳腺病 | 2 | 微创手术 | 乳腺病损微创旋切术(麦默通) | 85.2102 |
| 5 | H25.0 | 老年性初期白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 6 | H25.1 | 老年核性白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 7 | H25.2 | 老年性白内障，莫尔加尼型 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 8 | H25.8 | 其他的老年性白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 9 | H26.0 | 婴儿、幼年和老年前期白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 10 | H26.1 | 外伤性白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 11 | H26.2 | 并发性白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 12 | H26.3 | 药物性白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 13 | H26.4 | 后发性白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 14 | H26.8 | 其他特指的白内障 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) | 13.4101 |
| 人工晶状体植入术，Ⅰ期 | 13.7101 |
| 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 | 13.7102 |
| 15 | I84.3 | 血栓性外痔 | 1 | 传统手术 | 痔切除术 | 49.4601 |
| 16 | I84.3 | 血栓性外痔 | 2 | 微创手术 | 痔环切术(PPH) | 49.4603 |
| 17 | I84.5 | 外痔不伴有并发症 | 1 | 传统手术 | 痔切除术 | 49.4601 |
| 18 | D12.0 | 盲肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 结肠病损切除术，经肠镜 | 45.4301 |
| 19 | D12.2 | 升结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 结肠病损切除术，经肠镜 | 45.4301 |
| 20 | D12.3 | 横结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 结肠病损切除术，经肠镜 | 45.4301 |
| 21 | D12.4 | 降结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 结肠病损切除术，经肠镜 | 45.4301 |
| 22 | D12.5 | 乙状结肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 结肠病损切除术，经肠镜 | 45.4301 |
| 23 | D12.7 | 直肠乙状结肠连接处良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 结肠病损切除术，经肠镜 | 45.4301 |
| 直肠病损切除术，经肠镜 | 48.3504 |
| 24 | D12.8 | 直肠良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 直肠病损切除术，经肠镜 | 48.3504 |
| 25 | D14.1 | 喉良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 声带病损切除术，经喉镜 | 30.0902 |
| 声带病损激光烧灼术，经喉镜 | 30.0903 |
| 会厌病损激光烧灼术，经喉镜 | 30.0905 |
| 会厌病损切除术，经喉镜 | 30.0906 |
| 26 | D27.x | 卵巢良性肿瘤 | 2 | 微创手术 | 卵巢病损切除术，经腹腔镜 | 65.2501 |
| 卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 | 65.3101 |
| 卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 | 65.5301 |
| 27 | H11.0 | 翼状胬肉 | 1 | 传统手术 | 翼状胬肉切除伴角膜移植术 | 11.3201 |
| 翼状胬肉切除伴羊膜移植术 | 11.3202 |
| 翼状胬肉切除伴自体结膜移植术 | 11.3203 |
| 翼状胬肉切除伴同种异体结膜移植术 | 11.3204 |
| 翼状胬肉切除伴自体干细胞移植术 | 11.3205 |
| 翼状胬肉切除伴异体干细胞移植术 | 11.3206 |
| 28 | H44.5 | 眼球的变性情况（绝对期青光眼） | 1 | 传统手术 | 睫状体光凝固术 | 12.7301 |
| 睫状体冷冻疗法 | 12.7201 |
| 29 | H66.1 | 慢性咽鼓管及鼓室化脓性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术） | 19.4 01 |
| 30 | H66.1 | 慢性咽鼓管及鼓室化脓性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术），经耳镜 | 19.4 02 |
| 31 | H66.2 | 慢性鼓窦隐窝化脓性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术） | 19.4 01 |
| 32 | H66.2 | 慢性鼓窦隐窝化脓性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术），经耳镜 | 19.4 02 |
| 33 | H66.3 | 其他慢性化脓性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术） | 19.4 01 |
| 34 | H66.3 | 其他慢性化脓性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术），经耳镜 | 19.4 02 |
| 35 | H71.x | 中耳胆脂瘤 | 1 | 传统手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术） | 19.4 01 |
| 36 | H71.x | 中耳胆脂瘤 | 2 | 微创手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术），经耳镜 | 19.4 02 |
| 37 | I83.9 | 下肢静脉曲张不伴有溃疡和炎症 | 1 | 传统手术 | 下肢静脉曲张血管内激光治疗 | 38.5906 |
| 大隐静脉曲张高位结扎剥脱术 | 38.5902 |
| 38 | I86.1 | 阴囊静脉曲张 | 1 | 传统手术 | 精索静脉高位结扎术 | 63.1 01 |
| 39 | J35.0 | 慢性扁桃体炎（儿童） | 1 | 传统手术 | 扁桃体切除术 | 28.2 01 |
| 扁桃体激光切除术 | 28.2 02 |
| 40 | J38.1 | 声带和喉的息肉 | 2 | 微创手术 | 声带病损切除术，经喉镜 | 30.0902 |
| 声带病损激光烧灼术，经喉镜 | 30.0903 |
| 会厌病损激光烧灼术，经喉镜 | 30.0905 |
| 会厌病损切除术，经喉镜 | 30.0906 |
| 41 | K40.2 | 双侧腹股沟疝，不伴有梗阻或坏疽 | 1 | 传统手术 | 腹股沟直疝修补术，单侧 | 53.0101 |
| 腹股沟斜疝修补术，单侧 | 53.0201 |
| 腹股沟直疝修补术，双侧 | 53.1101 |
| 腹股沟斜疝修补术，双侧 | 53.1201 |
| 腹股沟直疝补片修补术，单侧 | 53.0301 |
| 腹股沟斜疝补片修补术，单侧 | 53.0401 |
| 腹股沟复合疝补片修补术，单侧(单侧直疝和斜疝同时行补片修补术) | 53.0501 |
| 腹股沟直疝补片修补术，双侧 | 53.1401 |
| 腹股沟斜疝补片修补术，双侧 | 53.1501 |
| 腹股沟斜疝修补术，双侧(一侧补片，一侧非补片） | 53.1503 |
| 腹股沟疝补片修补术，双侧(一侧直疝，一侧斜疝) | 53.1601 |
| 腹股沟复合疝补片修补术，双侧 | 53.1701 |
| 42 | K40.9 | 单侧或未特指的腹股沟疝，不伴有梗阻或坏疽 | 1 | 传统手术 | 腹股沟直疝修补术，单侧 | 53.0101 |
| 腹股沟斜疝修补术，单侧 | 53.0201 |
| 腹股沟直疝补片修补术，单侧 | 53.0301 |
| 腹股沟斜疝补片修补术，单侧 | 53.0401 |
| 腹股沟复合疝补片修补术，单侧(单侧直疝和斜疝同时行补片修补术) | 53.0501 |
| 43 | K51.4 | 炎性息肉 | 2 | 微创手术 | 大肠息肉切除术，经肠镜 | 45.4201 |
| 44 | K60.3 | 肛瘘 | 1 | 传统手术 | 肛瘘挂线疗法 | 49.7301 |
| 45 | K62.1 | 直肠息肉 | 2 | 微创手术 | 直肠息肉切除术，经肠镜 | 48.3601 |
| 46 | K63.5 | 结肠息肉 | 2 | 微创手术 | 大肠息肉切除术，经肠镜 | 45.4201 |
| 47 | M17.0 | 原发性双侧膝关节病 | 2 | 微创手术　 | 膝关节其他病损切除术，经关节镜 | 80.8602 |
| 膝关节其他病损消融术，经关节镜 | 80.8604 |
| 48 | M17.1　 | 其他的原发性膝关节病 | 2 | 微创手术 | 膝关节其他病损切除术，经关节镜 | 80.8602 |
| 膝关节其他病损消融术，经关节镜 | 80.8604 |
| 49 | M17.2 | 创伤后双侧膝关节病 | 2 | 微创手术 | 膝关节其他病损切除术，经关节镜 | 80.8602 |
| 膝关节其他病损消融术，经关节镜 | 80.8604 |
| 50 | M17.3 | 其他的创伤后膝关节病 | 2 | 微创手术 | 膝关节其他病损切除术，经关节镜 | 80.8602 |
| 膝关节其他病损消融术，经关节镜 | 80.8604 |
| 51 | M17.4 | 其他的继发性双侧膝关节病 | 2 | 微创手术　 | 膝关节其他病损切除术，经关节镜 | 80.8602 |
| 膝关节其他病损消融术，经关节镜 | 80.8604 |
| 52 | M17.5 | 其他的继发性膝关节病 | 2 | 微创手术 | 膝关节其他病损切除术，经关节镜 | 80.8602 |
| 膝关节其他病损消融术，经关节镜 | 80.8604 |
| 53 | M51.0 | 腰和其他椎间盘疾患伴有脊髓病 | 2 | 微创手术 | 椎间盘切除术，后路法，经椎间盘镜 | 80.5903 |
| 椎间盘切除术，侧路法，经椎间盘镜 | 80.5904 |
| 椎间盘切除术，侧路法，经椎间孔镜 | 80.5906 |
| 椎间盘切除术，后路法，经椎间孔镜 | 80.5907 |
| 54 | M51.1 | 腰和其他椎间盘疾患伴有神经根病 | 2 | 微创手术 | 椎间盘切除术，后路法，经椎间盘镜 | 80.5903 |
| 椎间盘切除术，侧路法，经椎间盘镜 | 80.5904 |
| 椎间盘切除术，侧路法，经椎间孔镜 | 80.5906 |
| 椎间盘切除术，后路法，经椎间孔镜 | 80.5907 |
| 55 | M51.2 | 其他特指的椎间盘移位 | 2 | 微创手术 | 椎间盘切除术，后路法，经椎间盘镜 | 80.5903 |
| 椎间盘切除术，侧路法，经椎间盘镜 | 80.5904 |
| 椎间盘切除术，侧路法，经椎间孔镜 | 80.5906 |
| 椎间盘切除术，后路法，经椎间孔镜 | 80.5907 |
| 56 | M67.4 | 腱鞘囊肿 | 1 | 传统手术 | 手部腱鞘病损切除术 | 82.2101 |
| 腱鞘囊肿切除术 | 83.3101 |
| 57 | M71.2 | 腘间隙滑膜囊肿［贝克］ | 1 | 传统手术 | 腘窝囊肿切除术(贝克氏囊肿切除术) | 83.3901 |
| 58 | N20.0 | 肾结石 | 2 | 微创手术 | 肾造口结石去除术，伴碎石，经肾镜(PCNL) | 55.0401 |
| 肾盂结石去除术，经输尿管镜 | 56.0 03 |
| 59 | N20.1 | 输尿管结石 | 2 | 微创手术 | 输尿管结石去除术，经输尿管镜 | 56.0 01 |
| 60 | N39.3 | 压力性尿失禁 | 1 | 传统手术 | 尿道无张力悬吊术，经阴道 | 59.5 03 |
| 61 | N43.3 | 睾丸鞘膜积液 | 1 | 传统手术 | 鞘膜切除术 | 61.2 01 |
| 鞘膜部分切除术 | 61.2 02 |
| 鞘状突高位结扎术 | 61.2 03 |
| 鞘膜翻转术 | 61.4901 |
| 62 | N70.1 | 慢性输卵管炎和卵巢炎 | 2 | 微创手术 | 卵巢病损切除术，经腹腔镜 | 65.2501 |
| 卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 | 65.3101 |
| 卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 | 65.5301 |
| 输卵管卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 | 65.4101 |
| 输卵管卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 | 65.6301 |
| 63 | N83.0 | 卵巢滤泡囊肿 | 2 | 微创手术 | 卵巢病损切除术，经腹腔镜 | 65.2501 |
| 卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 | 65.3101 |
| 卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 | 65.5301 |
| 64 | N83.1 | 黄体囊肿 | 2 | 微创手术 | 卵巢病损切除术，经腹腔镜 | 65.2501 |
| 卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 | 65.3101 |
| 卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 | 65.5301 |
| 65 | N83.2 | 其他和未特指的卵巢囊肿 | 2 | 微创手术 | 卵巢病损切除术，经腹腔镜 | 65.2501 |
| 卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 | 65.3101 |
| 卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 | 65.5301 |
| 66 | N83.8 | 卵巢、输卵管和阔韧带的其他非炎性疾患 | 2 | 微创手术 | 卵巢病损切除术，经腹腔镜 | 65.2501 |
| 卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 | 65.3101 |
| 卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 | 65.5301 |
| 67 | Q18.1 | 先天性耳前瘘管 | 1 | 传统手术 | 耳前病损切除术(耳前瘘管切除术) | 18.2101 |
| 68 | Q43.0 | 麦克尔憩室 | 1 | 传统手术 | 腹壁脐尿管囊肿切除术（卵黄管未闭切除，脐窦切除） | 54.3 05 |
| 69 | Q53.1 | 单侧睾丸未降 | 1 | 传统手术 | 睾丸固定术 | 62.5 01 |
| 睾丸扭转复位伴固定术 | 62.5 03 |
| 70 | Q53.2 | 双侧睾丸未降 | 1 | 传统手术 | 睾丸固定术 | 62.5 01 |
| 睾丸扭转复位伴固定术 | 62.5 03 |
| 71 | Q68.0 | 胸锁乳突肌先天性变形 | 1 | 传统手术 | 肌肉松解术(切断术) | 83.1901 |
| 胸锁乳突肌松解术(切断术) | 83.1902 |
| 72 | Q69.0 | 副指 | 1 | 传统手术 | 多余指切除术，不含拇指 | 84.0104 |
| 73 | Q69.1 | 副拇指 | 1 | 传统手术 | 多余拇指切除术 | 84.0203 |
| 多余拇指结扎术 | 86.2601 |
| 74 | Q69.2 | 副趾 | 1 | 传统手术 | 多余趾切除术，不含踇指 | 84.1104 |
| 多余踇指切除术 | 84.1105 |
| 多余趾结扎术 | 86.2602 |
| 75 | S42.3 | 闭合性肱骨干骨折 | 1 | 传统手术 | 肱骨骨折切开复位内固定术 | 79.3101 |
| 76 | S52.0 | 闭合性尺骨上端骨折 | 1 | 传统手术 | 尺骨骨折切开复位内固定术 | 79.3202 |
| 77 | S52.4 | 闭合性尺骨和桡骨骨干均骨折 | 1 | 传统手术 | 尺骨骨折闭合性复位内固定术 | 79.1201 |
| 桡骨骨折闭合性复位内固定术 | 79.1202 |
| 桡尺骨骨折切开复位内固定术 | 79.3203 |
| 78 | S82.0 | 闭合性髌骨骨折 | 1 | 传统手术 | 髌骨骨折闭合性复位内固定术 | 79.1607 |
| 79 | H35.0 | 背景性视网膜病变和视网膜血管改变 | 1 | 传统手术 | 玻璃体药物注射治疗 | 14.7901 |
| 80 | H35.3 | 黄斑和后极变性 | 1 | 传统手术 | 玻璃体药物注射治疗 | 14.7901 |
| 81 | H47.1 | 未特指的视神经盘水肿 | 1 | 传统手术 | 玻璃体药物注射治疗 | 14.7901 |
| 82 | H35.7 | 视网膜层分离 | 1 | 传统手术 | 玻璃体药物注射治疗 | 14.7901 |
| 83 | H35.1 | 早产儿视网膜病 | 1 | 传统手术 | 玻璃体药物注射治疗 | 14.7901 |
| 84 | H65.0 | 急性浆液性中耳炎 | 1 | 传统手术 | 鼓膜切开置管引流术 | 20.0101 |
| 85 | H65.0 | 急性浆液性中耳炎 | 2 | 微创手术 | 鼓膜切开引流术 经内窥镜 | 20.0102 |
| 86 | H65.3 | 慢性粘液样中耳炎 | 1 | 传统手术 | 鼓膜切开置管引流术 | 20.0101 |
| 87 | H65.3 | 慢性粘液样中耳炎 | 2 | 微创手术 | 鼓膜切开引流术 经内窥镜 | 20.0102 |
| 88 | I20.0 | 不稳定性心绞痛 | 19 | 冠脉造影 | 冠状动脉造影，一根导管 | 88.5501 |
| 89 | I20.1 | 心绞痛伴有确证的痉挛 | 19 | 冠脉造影 | 冠状动脉造影，一根导管 | 88.5501 |
| 90 | I20.8 | 其他类型的心绞痛 | 19 | 冠脉造影 | 冠状动脉造影，一根导管 | 88.5501 |
| 91 | J33.0 | 鼻腔息肉 | 2 | 微创手术 | 鼻腔病损切除术，经鼻镜 | 21.3102 |
| 92 | J33.1 | 鼻窦息肉样退行性变 | 2 | 微创手术 | 额窦病损切除术，经鼻镜 | 22.4202 |
| 上颌窦病损切除术，经鼻镜 | 22.6202 |
| 上颌窦病损破坏术（含激光、冷冻、电灼等），经鼻镜 | 22.6206 |
| 筛窦病损切除术，经鼻镜 | 22.6304 |
| 蝶窦病损切除术，经鼻镜 | 22.6403 |
| 蝶窦病损破坏术，经鼻镜 | 22.6405 |
| 93 | J33.8 | 其他的鼻窦息肉 | 2 | 微创手术 | 额窦病损切除术，经鼻镜 | 22.4202 |
| 上颌窦病损切除术，经鼻镜 | 22.6202 |
| 上颌窦病损破坏术（含激光、冷冻、电灼等），经鼻镜 | 22.6206 |
| 筛窦病损切除术，经鼻镜 | 22.6304 |
| 蝶窦病损切除术，经鼻镜 | 22.6403 |
| 蝶窦病损破坏术，经鼻镜 | 22.6405 |
| 94 | L90.5 | 皮肤瘢痕情况和纤维化 | 1 | 传统手术 | 头皮病损切除术(伴松解） | 86.3 01 |
| 面.颈皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 02 |
| 上肢皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 03 |
| 下肢皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 04 |
| 手皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 05 |
| 足皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 06 |
| 腹壁皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 08 |
| 胸壁皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 09 |
| 躯干皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） | 86.3 10 |
| 95 | N87.0 | 轻度宫颈发育不良 | 1 | 传统手术 | 子宫颈锥形切除术 | 67.2 01 |
| 子宫颈锥形电切除(LeepLLETZ) | 67.3202 |
| 96 | N87.1 | 中度宫颈发育不良 | 1 | 传统手术 | 子宫颈锥形切除术 | 67.2 01 |
| 子宫颈锥形电切除(LeepLLETZ) | 67.3202 |
| 97 | N87.9 | 未特指的宫颈发育不良 | 1 | 传统手术 | 子宫颈锥形切除术 | 67.2 01 |
| 子宫颈锥形电切除(LeepLLETZ) | 67.3202 |
| 98 | D06.9 | 宫颈未特指的原位癌 | 1 | 传统手术 | 子宫颈锥形切除术 | 67.2 01 |
| 子宫颈锥形电切除(LeepLLETZ) | 67.3202 |
| 99 | Z43.6 | 泌尿道其他人工造口的维护 | 1 | 传统手术 | 去除输尿管内支架(引流管) | 97.6201 |
| 100 | Z47.0 | 涉及骨折板和其他内固定装置的随诊医疗 | 1 | 传统手术 | 颌骨内固定去除术 | 76.9701 |
| 眶骨内固定去除术 | 76.9703 |
| 颧骨内固定去除术 | 76.9704 |
| 锁骨内固定装置去除术 | 78.6101 |
| 胸廓内固定装置去除术 | 78.6102 |
| 肩胛骨内固定装置去除术 | 78.6103 |
| 肱骨内固定装置去除术 | 78.6201 |
| 桡骨内固定装置去除术 | 78.6301 |
| 尺骨内固定装置去除术 | 78.6302 |
| 掌骨内固定装置去除术 | 78.6401 |
| 腕骨内固定装置去除术 | 78.6402 |
| 股骨内固定装置去除术 | 78.6501 |
| 股骨金属棒去除术(钽棒去除术） | 78.6503 |
| 髌骨内固定装置去除术 | 78.6601 |
| 胫骨内固定装置去除术 | 78.6701 |
| 腓骨内固定装置去除术 | 78.6702 |
| 足骨内固定装置去除术(不含趾骨) | 78.6801 |
| 踝内固定装置去除术 | 78.6802 |
| 脊柱内固定装置去除术 | 78.6901 |
| 指骨内固定装置去除术 | 78.6902 |
| 趾骨内固定装置去除术 | 78.6903 |
| 髂骨内固定装置去除术 | 78.6905 |
| 骨盆内固定装置去除术 | 78.6906 |

附件3

|  |
| --- |
| 日间手术病种诊治编码表 |
| 序号 | 手术操作编码 | 诊治方式代码 | 诊治方式 | 名称 |
| 1 | 11.3201 | 1 | 传统手术 | 翼状胬肉切除伴角膜移植术 |
| 2 | 11.3202 | 1 | 传统手术 | 翼状胬肉切除伴羊膜移植术 |
| 3 | 11.3203 | 1 | 传统手术 | 翼状胬肉切除伴自体结膜移植术 |
| 4 | 11.3204 | 1 | 传统手术 | 翼状胬肉切除伴同种异体结膜移植术 |
| 5 | 11.3205 | 1 | 传统手术 | 翼状胬肉切除伴自体干细胞移植术 |
| 6 | 11.3206 | 1 | 传统手术 | 翼状胬肉切除伴异体干细胞移植术 |
| 7 | 12.7201 | 1 | 传统手术 | 睫状体冷冻疗法 |
| 8 | 12.7301 | 1 | 传统手术 | 睫状体光凝固术 |
| 9 | 13.4101 | 8 | 超声乳化 | 晶状体囊外摘除术，经乳化吸出(phaco) |
| 10 | 13.7101 | 8 | 超声乳化 | 人工晶状体植入术，Ⅰ期 |
| 11 | 13.7102 | 8 | 超声乳化 | 人工晶状体植入术，伴囊膜张力环植入 |
| 12 | 14.7901 | 1 | 传统手术 | 玻璃体药物注射治疗 |
| 13 | 18.2101 | 1 | 传统手术 | 耳前病损切除术(耳前瘘管切除术) |
| 14 | 19.4 01 | 1 | 传统手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术） |
| 15 | 19.4 02 | 2 | 微创手术 | 鼓室成形术，I型（鼓膜修补术），经耳镜 |
| 16 | 20.0101 | 1 | 传统手术 | 鼓膜切开置管引流术 |
| 17 | 20.0102 | 2 | 微创手术 | 鼓膜切开引流术 经内窥镜 |
| 18 | 21.3102 | 2 | 微创手术 | 鼻腔病损切除术，经鼻镜 |
| 19 | 22.4202 | 2 | 微创手术 | 额窦病损切除术，经鼻镜 |
| 20 | 22.6202 | 2 | 微创手术 | 上颌窦病损切除术，经鼻镜 |
| 21 | 22.6206 | 2 | 微创手术 | 上颌窦病损破坏术（含激光、冷冻、电灼等），经鼻镜 |
| 22 | 22.6304 | 2 | 微创手术 | 筛窦病损切除术，经鼻镜 |
| 23 | 22.6403 | 2 | 微创手术 | 蝶窦病损切除术，经鼻镜 |
| 24 | 22.6405 | 2 | 微创手术 | 蝶窦病损破坏术，经鼻镜 |
| 25 | 28.2 01 | 1 | 传统手术 | 扁桃体切除术 |
| 26 | 28.2 02 | 1 | 传统手术 | 扁桃体激光切除术 |
| 27 | 30.0902 | 2 | 微创手术 | 声带病损切除术，经喉镜 |
| 28 | 30.0903 | 2 | 微创手术 | 声带病损激光烧灼术，经喉镜 |
| 29 | 30.0905 | 2 | 微创手术 | 会厌病损激光烧灼术，经喉镜 |
| 30 | 30.0906 | 2 | 微创手术 | 会厌病损切除术，经喉镜 |
| 31 | 38.5902 | 1 | 传统手术 | 大隐静脉曲张高位结扎剥脱术 |
| 32 | 38.5906 | 1 | 传统手术 | 下肢静脉曲张血管内激光治疗 |
| 33 | 45.4201 | 2 | 微创手术 | 大肠息肉切除术，经肠镜 |
| 34 | 45.4301 | 2 | 微创手术 | 结肠病损切除术，经肠镜 |
| 35 | 48.3504 | 2 | 微创手术 | 直肠病损切除术，经肠镜 |
| 36 | 48.3601 | 2 | 微创手术 | 直肠息肉切除术，经肠镜 |
| 37 | 49.4601 | 1 | 传统手术 | 痔切除术 |
| 38 | 49.4603 | 2 | 微创手术 | 痔环切术(PPH) |
| 39 | 49.7301 | 1 | 传统手术 | 肛瘘挂线疗法 |
| 40 | 53.0101 | 1 | 传统手术 | 腹股沟直疝修补术，单侧 |
| 41 | 53.0201 | 1 | 传统手术 | 腹股沟斜疝修补术，单侧 |
| 42 | 53.0301 | 1 | 传统手术 | 腹股沟直疝补片修补术，单侧 |
| 43 | 53.0401 | 1 | 传统手术 | 腹股沟斜疝补片修补术，单侧 |
| 44 | 53.0501 | 1 | 传统手术 | 腹股沟复合疝补片修补术，单侧(单侧直疝和斜疝同时行补片修补术) |
| 45 | 53.1101 | 1 | 传统手术 | 腹股沟直疝修补术，双侧 |
| 46 | 53.1201 | 1 | 传统手术 | 腹股沟斜疝修补术，双侧 |
| 47 | 53.1401 | 1 | 传统手术 | 腹股沟直疝补片修补术，双侧 |
| 48 | 53.1501 | 1 | 传统手术 | 腹股沟斜疝补片修补术，双侧 |
| 49 | 53.1503 | 1 | 传统手术 | 腹股沟斜疝修补术，双侧(一侧补片，一侧非补片） |
| 50 | 53.1601 | 1 | 传统手术 | 腹股沟疝补片修补术，双侧(一侧直疝，一侧斜疝) |
| 51 | 53.1701 | 1 | 传统手术 | 腹股沟复合疝补片修补术，双侧 |
| 52 | 54.3 05 | 1 | 传统手术 | 腹壁脐尿管囊肿切除术（卵黄管未闭切除，脐窦切除） |
| 53 | 55.0401 | 2 | 微创手术 | 肾造口结石去除术，伴碎石，经肾镜(PCNL) |
| 54 | 56.0 01 | 2 | 微创手术 | 输尿管结石去除术，经输尿管镜 |
| 55 | 56.0 03 | 2 | 微创手术 | 肾盂结石去除术，经输尿管镜 |
| 56 | 59.5 03 | 1 | 传统手术 | 尿道无张力悬吊术，经阴道 |
| 57 | 61.2 01 | 1 | 传统手术 | 鞘膜切除术 |
| 58 | 61.2 02 | 1 | 传统手术 | 鞘膜部分切除术 |
| 59 | 61.2 03 | 1 | 传统手术 | 鞘状突高位结扎术 |
| 60 | 61.4901 | 1 | 传统手术 | 鞘膜翻转术 |
| 61 | 62.5 01 | 1 | 传统手术 | 睾丸固定术 |
| 62 | 62.5 03 | 1 | 传统手术 | 睾丸扭转复位伴固定术 |
| 63 | 63.1 01 | 1 | 传统手术 | 精索静脉高位结扎术 |
| 64 | 65.2501 | 2 | 微创手术 | 卵巢病损切除术，经腹腔镜 |
| 65 | 65.3101 | 2 | 微创手术 | 卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 |
| 66 | 65.4101 | 2 | 微创手术 | 输卵管卵巢切除术，单侧，经腹腔镜 |
| 67 | 65.5301 | 2 | 微创手术 | 卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 |
| 68 | 65.6301 | 2 | 微创手术 | 输卵管卵巢切除术，双侧，经腹腔镜 |
| 69 | 67.2 01 | 1 | 传统手术 | 子宫颈锥形切除术 |
| 70 | 67.3202 | 1 | 传统手术 | 子宫颈锥形电切除(LeepLLETZ) |
| 71 | 76.9701 | 1 | 传统手术 | 颌骨内固定去除术 |
| 72 | 76.9703 | 1 | 传统手术 | 眶骨内固定去除术 |
| 73 | 76.9704 | 1 | 传统手术 | 颧骨内固定去除术 |
| 74 | 78.6101 | 1 | 传统手术 | 锁骨内固定装置去除术 |
| 75 | 78.6102 | 1 | 传统手术 | 胸廓内固定装置去除术 |
| 76 | 78.6103 | 1 | 传统手术 | 肩胛骨内固定装置去除术 |
| 77 | 78.6201 | 1 | 传统手术 | 肱骨内固定装置去除术 |
| 78 | 78.6301 | 1 | 传统手术 | 桡骨内固定装置去除术 |
| 79 | 78.6302 | 1 | 传统手术 | 尺骨内固定装置去除术 |
| 80 | 78.6401 | 1 | 传统手术 | 掌骨内固定装置去除术 |
| 81 | 78.6402 | 1 | 传统手术 | 腕骨内固定装置去除术 |
| 82 | 78.6501 | 1 | 传统手术 | 股骨内固定装置去除术 |
| 83 | 78.6503 | 1 | 传统手术 | 股骨金属棒去除术(钽棒去除术） |
| 84 | 78.6601 | 1 | 传统手术 | 髌骨内固定装置去除术 |
| 85 | 78.6701 | 1 | 传统手术 | 胫骨内固定装置去除术 |
| 86 | 78.6702 | 1 | 传统手术 | 腓骨内固定装置去除术 |
| 87 | 78.6801 | 1 | 传统手术 | 足骨内固定装置去除术(不含趾骨) |
| 88 | 78.6802 | 1 | 传统手术 | 踝内固定装置去除术 |
| 89 | 78.6901 | 1 | 传统手术 | 脊柱内固定装置去除术 |
| 90 | 78.6902 | 1 | 传统手术 | 指骨内固定装置去除术 |
| 91 | 78.6903 | 1 | 传统手术 | 趾骨内固定装置去除术 |
| 92 | 78.6905 | 1 | 传统手术 | 髂骨内固定装置去除术 |
| 93 | 78.6906 | 1 | 传统手术 | 骨盆内固定装置去除术 |
| 94 | 79.1201 | 1 | 传统手术 | 尺骨骨折闭合性复位内固定术 |
| 95 | 79.1202 | 1 | 传统手术 | 桡骨骨折闭合性复位内固定术 |
| 96 | 79.1607 | 1 | 传统手术 | 髌骨骨折闭合性复位内固定术 |
| 97 | 79.3101 | 1 | 传统手术 | 肱骨骨折切开复位内固定术 |
| 98 | 79.3202 | 1 | 传统手术 | 尺骨骨折切开复位内固定术 |
| 99 | 79.3203 | 1 | 传统手术 | 桡尺骨骨折切开复位内固定术 |
| 100 | 80.5903 | 2 | 微创手术 | 椎间盘切除术，后路法，经椎间盘镜 |
| 101 | 80.5904 | 2 | 微创手术 | 椎间盘切除术，侧路法，经椎间盘镜 |
| 102 | 80.5906 | 2 | 微创手术 | 椎间盘切除术，侧路法，经椎间孔镜 |
| 103 | 80.5907 | 2 | 微创手术 | 椎间盘切除术，后路法，经椎间孔镜 |
| 104 | 80.8602 | 2 | 微创手术 | 膝关节其他病损切除术，经关节镜 |
| 105 | 80.8604 | 2 | 微创手术 | 膝关节其他病损消融术，经关节镜 |
| 106 | 82.2101 | 1 | 传统手术 | 手部腱鞘病损切除术 |
| 107 | 83.1901 | 1 | 传统手术 | 肌肉松解术(切断术) |
| 108 | 83.1902 | 1 | 传统手术 | 胸锁乳突肌松解术(切断术) |
| 109 | 83.3101 | 1 | 传统手术 | 腱鞘囊肿切除术 |
| 110 | 83.3901 | 1 | 传统手术 | 腘窝囊肿切除术(贝克氏囊肿切除术) |
| 111 | 84.0104 | 1 | 传统手术 | 多余指切除术，不含拇指 |
| 112 | 84.0203 | 1 | 传统手术 | 多余拇指切除术 |
| 113 | 84.1104 | 1 | 传统手术 | 多余趾切除术，不含踇指 |
| 114 | 84.1105 | 1 | 传统手术 | 多余踇指切除术 |
| 115 | 85.2101 | 1 | 传统手术 | 乳腺病损切除术 |
| 116 | 85.2102 | 2 | 微创手术 | 乳腺病损微创旋切术(麦默通) |
| 117 | 86.2601 | 1 | 传统手术 | 多余拇指结扎术 |
| 118 | 86.2602 | 1 | 传统手术 | 多余趾结扎术 |
| 119 | 86.3 01 | 1 | 传统手术 | 头皮病损切除术(伴松解） |
| 120 | 86.3 02 | 1 | 传统手术 | 面.颈皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 121 | 86.3 03 | 1 | 传统手术 | 上肢皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 122 | 86.3 04 | 1 | 传统手术 | 下肢皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 123 | 86.3 05 | 1 | 传统手术 | 手皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 124 | 86.3 06 | 1 | 传统手术 | 足皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 125 | 86.3 08 | 1 | 传统手术 | 腹壁皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 126 | 86.3 09 | 1 | 传统手术 | 胸壁皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 127 | 86.3 10 | 1 | 传统手术 | 躯干皮肤皮下组织病损切除术(伴松解） |
| 128 | 88.5501 | 19 | 冠脉造影 | 冠状动脉造影，一根导管 |
| 129 | 97.6201 | 1 | 传统手术 | 去除输尿管内支架(引流管) |

附件4

中山市日间手术管理导则

一、日间手术的概念

日间手术是指临床诊断明确的患者在24小时内完成计划性住院、手术、术后短暂观察并出院的一种手术模式，不包括在医师诊所或医院开展的门诊手术。因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。

二、日间手术管理模式

开展日间手术的定点医院应建立日间手术管理委员会，由医务管理部门在委员会的指导下负责医院日间手术的统筹管理，做好日间手术管理制度的制定并组织实施。鼓励建立日间手术院内绿色通道和与社区医疗机构无缝化对接的双向转诊通道，确保日间手术流程规范、运行顺畅，全面做好日间手术的监管工作。

各定点医院可结合实际情况参考以下两种日间手术管理模式：

一是设立独立的日间手术中心，由日间手术中心对全院日间手术进行集中管理；二是分散设立各临床专科日间手术病床，由各临床专科对各科室日间手术进行直接管理。

三、准入标准

开展日间手术的定点医院应具备手术所需基本医疗条件及24小时应急抢救体系，设立专用的日间手术随诊电话。相关场所内必须配备除颤仪、困难气道抢救车等抢救设备。并符合以下准入标准：

（一）术式准入标准

1.临床诊断明确；

2.为本医院已开展成熟的术式；

3.手术时间预计不超过2小时；

4.围手术期出血风险小；

5.气道受损风险小；

6.术后疼痛可用口服药缓解；

7.能快速恢复饮食；

8.不需要特殊术后护理；

9.术后经短暂恢复能够达到出院标准。

（二）手术医师准入标准

1.聘任主治医师职称3年以上，具备相应级别手术的操作资质；

2.相关手术操作技能熟练，并已完成一定数量（建议担任手术者100例或担任第一助手200例以上）；

3.具备良好的医德及沟通能力。

（三）患者准入标准

1.意识清醒，无精神疾病史，围手术期有成人陪伴；

2.愿意接受日间手术，对手术方式、麻醉方式理解并认可；患者和家属理解围手术期护理内容，愿意并有能力完成出院后照护；

3.非全麻手术：ASA分级I-II级，ASA分级III级但全身状况稳定三个月以上；全麻手术：ASA分级I-II级，年龄65岁以下；

4.符合各病种手术的相关要求；

5.有联系电话并保持通畅，建议术后72小时内居住场所距离医院不超过1小时车程，便于随访和应急事件的处理。

四、日间手术管理流程及内容

（一）入院前环节

1.医生进行病种筛选，开具相应检查项目；

2.患者完成相关检查；

3.完成手术、麻醉术前评估，符合条件的患者预约入院；

4.入院前宣教：通识教育、健康教育、心理疏导、饮食指导、用药指导及手术注意事项的强化；

5.确认手术日期，并通知患者入院。

（二）住院环节

1.常规诊疗护理；

2.手术前签署知情同意书等相关医疗文书；

3.实施手术；

4.麻醉医师决定是否送麻醉恢复室，达到麻醉恢复标准后送回病房；

5.术后病情观察与护理；

6.出院评估：医生依据PADS评分量表（附件1），结合患者实际情况完成出院评估（附件2），符合出院条件者方可出院；

7.出院指导：对患者进行出院指导及宣教。对出院后尚需治疗者，医生应开具治疗方案，以出院医嘱形式明确告知患者，患者理解并签字确认。

（三）出院后环节

1.出院随访

（1）随访频次：出院后第一天务必随访，第一周内不少于2次，第二周不少于1次，2周后根据患者情况确定。

（2）随访内容：按疾病专科要求随访，医疗服务满意度调查随访。

2.出院随诊：确保随诊电话24小时开通，开启随诊、转诊绿色通道，鼓励患者到就近社区医疗机构随诊。

五、日间手术病历要求

（一）日间手术病历是医务人员在日间手术医疗活动过程中形成的文字、符号、图标、影像、切片等资料的总和。

（二）基本要求：日间手术病历书写要求原则上依据原卫生部《住院病历书写规范》，为提高工作效率，可以由制式表单化病历代替完整病历。

（三）病历内容：病案首页、日间手术入出院记录、授权委托书、知情同意书、手术安全核查表，手术风险评估表、手术记录、麻醉记录及评估表，出院评估表、实验室检查及特殊检查、医嘱单等。

（四）日间手术患者出院评估不符合出院标准，或有其它原因延迟出院者，于决定延长住院时起书写病程记录，将日间手术病历转为普通住院病历，并说明原因。

**六、**日间手术患者管理流程图



附件1：PADS评分量表

附件2：日间手术患者出院评估表

附件1

**PADS评分量表**

|  |  |
| --- | --- |
| **出院评估** | **评分** |
| **5.4.1生命体征：生命体征（完全恢复至基础水平）平稳，并且考虑患者的年龄和术前的基线（必须是2分）** |  |
| 呼吸及意识状况恢复至基础水平，血压和脉搏与术前基线比较变化＜20 | **2** |
| 呼吸及意识状况未恢复至基础水平或血压和脉搏与术前基线比＞20% | **0** |
| **5.4.2活动能力：患者恢复到术前生理水平** |  |
| 步态平稳，无头晕或接近术前的水平 | **2** |
| 活动需要帮助 | **1** |
| 不能走动 | **0** |
| **5.4.3恶心呕吐：患者出院前仅有轻微的症状** |  |
| 轻度：口服药物可以控制 | **2** |
| 中度：需要使用肌肉注射药物 | **1** |
| 重度：需要反复用药 | **0** |
| **5.4.4疼痛：患者出院前应当无痛或轻微疼痛，疼痛程度为患者可以接受的水平** |  |
| 疼痛可以通过口服镇痛药物控制，疼痛的部位、类型与术后不适的预期等 | **2** |
| 可以耐受 | **1** |
| 不能耐受 | **0** |
| **5.4.5外科性出血：术后出血应当和预期的失血具有一致性** |  |
| 轻度：不需要更换敷料 | **2** |
| 中度：需要换药≤2次 | **1** |
| 重度：需要换药＞2次 | **0** |

**注：满分10分，评分≥9分的患者可以出院。**

附件2

**日间手术患者出院评估表**

患者姓名： 性别：🞏男 🞏女 年龄：岁 住院号：

患者生命体征平稳，且血压、脉搏与术前基线比较变化＜20%：🞏是 🞏否

患者PADS评分：🞏 ≥9分 🞏 ＜9分

是否存在需要延长住院时间的情况：🞏否 🞏是，具体原因：

患者是否符合出院标准：

🞏否，于20 年 月 日 时 分转为常规住院（以下项目忽略）

🞏是（继续完成以下内容）

出院后是否需要继续治疗：🞏否 🞏是，治疗方案具体见医嘱

是否完成出院指导： 🞏是 🞏否

随诊要求：🞏无特殊

🞏天内当地医院随诊

🞏天内本院随诊

🞏天后本院查询病理结果

随诊电话：

医生签名： 时间：20 年 月 日 时 分

患方声明：

患者及家属对以上内容无异议；

🞏自愿出院，理解并配合出院后的治疗方案及随诊要求。

🞏理解患者需继续住院治疗。

患者/家属签名： 时间：20 年 月 日 时

附件5

日间手术各病种临床路径

血栓性外痔/外痔临床路径

一、适用对象

第一诊断为血栓性外痔（ICD-10：I84.3）/外痔不伴有并发症（ICD-10：I84.5），行外痔切除术(ICD-9-CM-3：49.4601，49.4603)。

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，2006年，第1版）。

（一）临床表现：肛门疼痛、肿物突出肛缘、肛门出血，肛门瘙痒、潮湿不洁；发生炎症水肿时，肛门局部剧痛，起病突然。

（二）体格检查：直肠指检，肛门镜检查。

（三）鉴别诊断：肛裂、肛门尖锐湿疣等。

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，2006年，第1版）。

（一）一般治疗：包括增加水分摄入及膳食纤维，保持大便通畅，防治便秘和腹泻，温热坐浴，保持肛周清洁等。

（二）手术治疗：血栓性外痔/出血性外痔通常伴有明显的疼痛或出血表现，应手术切除病灶。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合血栓性外痔（ICD-10：I84.3）/外痔不伴有并发症（ICD-10：I84.5）疾病编码，且外痔痔核≤2处。

（二）有手术适应证，无手术禁忌证，征得患者及家属同意。

（三）当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不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。

（四）检查评估可于局部浸润麻醉下完成外痔切除术。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、尿常规、大便常规+隐血；

2.凝血功能、肝功能、肾功能、感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）、血型；

3.心电图；

4.胸片。

（二）根据患者病情进行的检查项目：电解质、心脏彩超等。

六、抗菌药物选择与使用时机

预防性抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2015〕43号）执行，并结合患者的病情决定抗菌药物的选择。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：局部浸润麻醉。

（二）手术方式：外痔切除术。

（三）术中用药：麻醉常规用药（如利多卡因或罗哌卡因）。

（四）病理学检查：标本常规送病理学检查。

八、术后住院恢复

（一）术后送回病房。

（二）术后用药：抗菌用药物使用，止痛及止血药物使用，局部外用药使用，手术切口处微波治疗。

（三）严密观察切口有无出血、水肿，保持大便通畅。

（四）术后饮食指导。

九、出院标准

患者一般情况良好，正常流食或半流质饮食，排便通畅，无明显肛门周围疼痛、伤口出血，体温正常，无需要住院的并发症或合并症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医师共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术前检查发现合并其他基础疾病影响手术的患者，需要进一步明确诊断。

（二）手术后出现继发切口感染、发热或活动性出血等其他并发症的患者。

肛瘘临床路径

一、适用对象

第一诊断为高位复杂性肛瘘（ICD-10：K60.3）,行高位复杂肛瘘挂线治疗（ICD-9-CM-3：49.7301）。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编着，人民卫生出版社）。

（一）病史：反复发作的肛周肿痛、流脓，查体可及肛周窦道，急性期可发热。

（二）体格检查：体温、脉搏、肛周及会阴部查体、直肠指诊。

（三）实验室检查：血常规、分泌物培养。

（四）辅助检查：肛周彩超、直肠腔内彩超，必要时瘘管造影、盆腔CT、盆腔MRI。

（五）鉴别诊断：肛周皮脂腺感染、肛周毛囊腺感染、大汗腺炎等。

三、进入路径标准

（一）第一诊断符合高位复杂性肛瘘（ICD-10： K60.3）疾病编码。

（二）有手术适应证，无手术禁忌证，且患者要求手术治疗。

（三）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。

（四）手术方式仅行高位复杂肛瘘挂线治疗，不包括肛瘘切除+挂线治疗。

（五）肛瘘病因明确。

（六）可局部浸润麻醉下操作。

四、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、尿常规、大便常规+隐血；

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

3.心电图；

4.胸片。

（二）根据患者病情进行的检查项目：肛周彩超、直肠腔内彩超，必要时瘘管造影，盆腔CT、盆腔MRI。

五、抗菌药物选择与使用时机

（一）抗菌药物：一般使用第二代头孢菌素（头孢呋辛，头孢孟多），也可选用头孢曲松、头孢哌酮钠他唑巴坦或头孢哌酮/舒巴坦，可配合奥硝唑/甲硝唑；或据药敏试验调整抗菌药物。

（二）诊断明确即可开始使用抗生素治疗。

六、麻醉评估

麻醉医师对入路径的病人进行评估。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：局部浸润麻醉。

（二）手术方式：高位复杂肛瘘挂线治疗，不包括肛瘘切除+挂线治疗。

（三）术中用药：麻醉常规用药。

（四）病理学检查：标本送病理学检查。

八、术后住院恢复

（一）术后送回病房。

（二）术后用药：抗菌用药物使用、止血药物使用、局部外用药使用、微波治疗。

（三）严密观察切口有无出血、水肿，保持大便通畅。

（四）术后饮食指导。

九、出院标准

（一）患者一般情况良好，正常流食或半流质饮食，排便通畅，无明显肛门周围疼痛，体温正常，无需要住院的并发症或合并症。

（二）肛门部伤口周围无明显红肿，挂线引流通畅，无活动性出血。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医师共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术前合并其他基础疾病影响手术的患者，需要进一步明确诊断。

（二）肛瘘病因不明确，不排除炎症性肠病、肠道肿瘤、肠结核继发所致可能。

（三）手术后出现继发切口感染、发热或活动性出血等其他并发症的患者。

下肢静脉曲张临床路径

一、适用对象

第一诊断为单纯性下肢静脉曲张（ICD-10：I83.9）（不能合并静脉炎、不能合并静脉溃疡），行手术治疗(ICD-9-CM-3：38.5906/38.5902)。

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）。

（一）明显的临床症状：肢体沉重感、乏力、胀痛、瘙痒等。

（二）典型体征：静脉迂曲扩张、皮肤硬化等。

（三）排除下肢深静脉功能不全及下肢深静脉血栓病史。

（四）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）。

（一）手术：大隐静脉或小隐静脉高位结扎+抽剥/腔内激光治疗+曲张静脉点式抽剥术。

（二）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、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10:I83.9单纯性下肢静脉曲张疾病编码。

（二）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。

五、术前准备

（一）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、凝血四项、感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

3.胸片、心电图、※下肢静脉彩超。

（二）根据患者病情选择：下肢深静脉造影、心脏彩超和肺功能检查等。

六、选择用药

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，通常不需要使用抗生素。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）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。

（二）术中用药：麻醉常规用药、术后必要时镇痛用药、必要时改善微循环或者抗凝药物。

（三）输血：一般不需要，视术中情况而定。

八、术后住院恢复

必须复查的检查项目：无特殊检查，根据患者具体情况而定。

九、出院标准

（一）患者体温正常，伤口无感染迹象，能正常下床活动。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊以及二线医师共同确认，退出临床路径、不纳入日间手术管理。

（一）术前检查，发现患者深静脉有病变。

（二）术后出现深静脉血栓、肺栓塞等并发症。

（三）其他可能导致住院时间延长的情况。

腹股沟疝临床路径

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-3：53.0101/53.0201/53.0301/

53.0401/53.0501/53.1101/53.1201/53.1401/53.1501/

53.1503/53.1601/53.1701）。

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）。

（一）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。

（二）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。

（三）影像学检查：腹股沟区彩超或者盆腔CT检查明确。

（四）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）。

（一）手术方式：

1.传统腹股沟疝修补术。

2.无张力腹股沟疝修补术。

（二）手术途径：前入路传统开放式修补。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：K40.2,K40.9腹股沟疝疾病代码。

（二）当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不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。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

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、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。

（二）根据患者病情可选择检查项目：肺功能、超声心动图、立位阴囊和腹股沟彩超及盆腔CT检查。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

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，并结合患者的病情决定抗菌药物的选择，预防性用药时间为手术前0.5小时。

七、办理住院日即为手术日

（一）麻醉方式

1.全麻。

2.局部浸润麻醉联合监测麻醉（MAC）。

3.硬膜外麻醉。

4.腰硬联合麻醉。

（二）手术内固定物：人工合成疝修补网片。

（三）术中用药：麻醉常规用药。

（四）输血：通常无需输血。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：根据患者症状体征而定。

（二）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。

九、出院标准

（一）切口对合好，无红肿、渗液、裂开及大面积皮下淤血情况。

（二）没有需要住院处理的手术并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）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，须急诊手术治疗，进入其他相应路径。

（二）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。

（三）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。

乳腺良性肿瘤临床路径

一、适用对象

第一诊断为乳腺良性肿瘤（ICD-10：D24.x）, 乳房纤维囊性乳腺病（ICD-10：N60.2）,行乳腺肿瘤/病变导管切除术或微创手术（ICD-9-CM-3：85.2101/85.2102)。

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，2006年12月，第1版），本组疾病包括乳房纤维腺瘤、乳管内乳头状瘤等。

（一）症状：乳房肿物，乳头溢液或溢血。

（二）体征：乳房单发或多发肿物，质地韧，表面光滑，活动度可；边界清楚，可呈分叶状；挤压乳晕周围，病变乳管可出现溢液。

（三）影像学检查：乳腺超声、钼靶检查。

（四）病理检查：乳头溢液细胞学检查未见恶性细胞。

三、治疗方案的选择

根据《临床技术操作规范·普通外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社，2007年，第1版）。

（一）乳房肿物切除术：体检可扪及或影像学检查发现的乳房肿物。

（二）乳腺病变导管切除术：适合乳管内乳头状瘤。

（三）也可根据病情或实际需要选择微创手术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断为乳腺良性肿瘤（ICD-10：D24.x）,乳房纤维囊性乳腺病（ICD-10：N60.2）疾病编码。

（二）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。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、尿常规；

2.肝功能、肾功能、电解质、凝血功能、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、胸部X线检查；

4.※乳腺彩超及术前定位。

（二）根据患者病情可选择

1.钼靶检查或乳腺MRI；

2.乳管镜检查或乳管造影；

3.肺功能、超声心动图等。

六、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〔2015〕43号）执行。通常不需预防用抗菌药物。

七、手术日为入院当天

（一）麻醉方式：局部麻醉（必要时区域阻滞麻醉或全身麻醉）。

（二）手术方式：乳腺肿物切除术或病变导管切除术或微创手术。

（三）术中用药：麻醉常规用药。

（四）手术内固定物：无。

（五）输血：根据术前血红蛋白状况及术中出血情况而定。

（六）病理: 术后标本送病理学检查（视术中情况行术中冷冻病理检查）。

八、术后住院恢复

（一）必要时复查的检查项目：血常规。

（二）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〔2015〕43号）执行。通常不需预防用抗菌药物。

（三）严密观察有无出血等并发症，并作相应处理。

九、出院标准

（一）伤口愈合好：无积血，无感染征象。

（二）没有需要住院处理的并发症和（或）合并症。

十、如患者出现以下情况，经主诊以及二线医师共同确认，退出临床路径、不纳入日间手术管理。

（一）有影响手术的合并症，需要进行相关的诊断和治疗。

（二）病理报告为恶性病变，需要按照乳腺癌进入相应路径治疗。

腰椎间盘突出症临床路径

一、适用对象

第一诊断为腰椎间盘突出症（包括侧别、节段）（ICD-10：M51.0/M51.1/M51.2），行经皮椎间盘镜下/经皮椎间孔镜下腰椎间盘髓核摘除术（ICD-9-CM-3：80.5903/80.5904/

80.5906/80.5907）。

二、 诊断依据

根据《临床诊疗常规-骨科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

（一）病史：主要症状包括腰腿痛，单侧或双侧神经根受损或马尾神经受损的症状。

（二）体征：下肢感觉、运动、反射改变；直腿抬高试验阳性；无下肢缺血的阳性体征。

（三）影像学检查：影像学检查有相应节段的退变、神经压迫的表现。

三、治疗方案的选择及依据

根据《临床诊疗常规-骨科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

（一）腰椎间盘突出症诊断明确。

（二）手术治疗指征：经保守治疗3-6个月无效、严重影响到患者生活质量、患者及家属选择手术治疗。

（三）无手术禁忌证。

（四）手术治疗：经皮椎间盘镜下腰椎间盘髓核摘除术或者行经椎间孔镜下腰椎间盘髓核摘除术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合腰椎间盘突出症（ICD-10：M51.0，M51.1，M51.2）。

（二）如合并有其他疾病，但住院期间不需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查项目

1.血常规+血型、尿常规、大便常规；

2.肝肾功能、电解质、血糖；

3.凝血功能；

4.感染八项（乙肝、丙肝、AIDS、梅毒等）；

5.胸片、心电图；

6.腰椎正侧位片、腰椎过屈过伸动力位片、※MRI或※CT。

（二）根据患者病情可选择：骨密度、肺功能、超声心动图。

 六、术前应用

（一）使用非甾体类抗炎药物，术前用药1天，口服，2次。

（二）抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）及相关规定执行。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：局麻或气管插管全身麻醉。

（二）手术方式：经皮椎间盘镜下腰椎间盘髓核摘除术或者行经椎间孔镜下腰椎间盘髓核摘除术。

（三）术中用药：麻醉用药、激素（甲强龙、地塞米松），必要时使用止血药。

（四）根据情况决定是否使用术中脊髓功能监测。

（五）输血：无。

八、术后复查

（一）术后必须复查的检查项目：腰椎正侧位片、血常规。

（二）术后处理

1.抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行。如果发生脑脊液漏可适当延长用药时间，并做好记录。

2.术后镇痛：术后给予口服非甾体类消炎镇痛药1周。

3.术后康复：术后即可开始，双下肢被动抬高，减轻神经根的粘连。

九、出院标准

（一）体温正常，血常规无明显异常。

（二）伤口无感染征象。

（三）腰椎正侧位片无异常。

（四）没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现并发症（硬膜撕裂致脑脊液漏、术中出血较多，或出现其他意外情况）。

（二）围手术期并发症：伤口感染、神经血管损伤、硬膜外血肿、脑脊液漏等造成住院日延长和费用增加。

（三）合并全身其他系统疾病需住院观察以及转科治疗者。

（四）患者其他原因。

闭合性肱骨干骨折临床路径

一、适用对象

第一诊断为闭合性肱骨干骨折（ICD-10:S42.3），行肱骨干骨折切开复位钢板螺钉内固定术（ICD-9-CM-3：79.3101）。

二、诊断依据

根据《外科学（下册）》（8年制和7年制临床医学专用教材，人民卫生出版社，2005年8月第1版）。

（一）病史：外伤史。

（二）体格检查：患肢肿胀、疼痛、活动受限、畸形、反常活动等。

（三）辅助检查：X线检查发现肱骨干骨折。

三、选择治疗方案的依据

根据《外科学（下册）》（8年制和7年制临床医学专用教材，人民卫生出版社，2005年8月第1版）。

（一）年龄在16岁以上。

（二）伤前生活质量及活动水平。

（三）全身状况允许手术。

（四）首选钢板螺钉内固定，也可根据具体情况选择其他治疗方式。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：S42.3闭合性肱骨干骨折疾病编码。

（二）外伤引起的单纯性、新鲜肱骨干骨折。

（三）除外病理性骨折。

（四）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（五）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，可进入日间手术路径。

（六）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、血型、尿常规、大便常规；

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

3.胸部X线平片、心电图；

4.※骨科X线检查。

（二）根据患者病情可选择的检查项目：CT检查、肌电图、血气分析、肺功能检查、超声心动图等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

（二）术前30分钟预防性用抗菌药物；手术超过3小时加用1次抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：臂丛神经阻滞或/和全麻。

（二）手术方式：肱骨干骨折内固定术。

（三）手术内固定物：钢板螺钉或带锁髓内针。

（四）术中用药：麻醉用药、抗菌药。

（五）输血：视术中具体情况而定。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：血常规、X光检查。

（二）可选择的检查项目：电解质、肝肾功能、CT。

（三）术后用药

1.抗菌药物使用：抗菌药物使用按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

2.术后镇痛：参照《骨科常见疼痛的处理专家建议》。

3.其他药物：消肿、促骨折愈合，必要时营养神经等。

（四）保护下功能锻炼。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，规化验检查无明显异常切口愈合好无积血、感染等。

2.胸片呈正常术后改变，无明显异常。

3.没有需要住院处理的并发症。

4.常规化验检查无明显异常。

5.术后X线片证实复位固定满意。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）并发症：本病可伴有其他损伤，应当严格掌握入选标准。部分患者因骨折本身的合并症而延期治疗，如合并桡神经损伤需要一期探查或二期治疗，骨折本身对骨的血循环破坏较重，术后易出现骨折延迟愈合、不愈合等。

（二）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。

（三）内固定物选择：根据骨折类型选择适当的内固定物。

（四）开放性骨折不进入本路径。

（五）术后出现肺部感染、植入物移位、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

闭合性尺骨鹰嘴骨折临床路径

一、适用对象

第一诊断为闭合性尺骨鹰嘴骨折（ICD-10：S52.0），行尺骨鹰嘴骨折切开复位内固定术（ICD-9-CM-3：79.3202）。

二、诊断依据

根据《外科学（下册）》（8年制和7年制临床医学专用教材，人民卫生出版社，2005年8月第1版）。

（一）病史：外伤史。

（二）体格检查：患肢肿胀、疼痛、活动受限、畸形，反常活动。

（三）辅助检查：X线检查发现尺骨鹰嘴骨折。

三、选择治疗方案的依据

根据《外科学（下册）》（8年制和7年制临床医学专用教材，人民卫生出版社，2005年8月第1版）。

（一）年龄在16岁以上。

（二）伤前生活质量及活动水平。

（三）全身状况允许手术。

（四）首选克氏针张力带固定，也可根据具体情况选择其他治疗方式。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：S52.0闭合性尺骨鹰嘴骨折疾病编码。

（二）外伤引起的单纯性、新鲜尺骨鹰嘴骨折。

（三）除外病理性骨折。

（四）除外合并其他部位的骨折和损伤。

（五）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）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（七）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、血型、尿常规、大便常规；

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

3.胸部X线平片、心电图；

4.※骨科X线检查。

（二）根据患者病情可选择的检查项目：CT检查、肌电图、血气分析、肺功能检查、超声心动图等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

（二）术前30分钟预防性用抗菌药物；手术超过3小时加用1次抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：臂丛神经阻滞或全麻。

（二）手术方式：尺骨鹰嘴骨折内固定术。

（三）手术内固定物：克氏针张力带。

（四）术中用药：麻醉用药、抗菌药。

（五）输血：视术中具体情况而定。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的项目：血常规、X光检查。

（二）可选择的检查项目：电解质、凝血功能、肝肾功能、CT。

（三）术后用药

1.抗菌药物使用：抗菌药物使用按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

2.术后镇痛：参照《骨科常见疼痛的处理专家建议》。

3.其他药物：消肿、促骨折愈合，必要时营养神经等。

（四）保护下功能锻炼。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，切口愈合好无积血、感染等。

2.术后X线片证实复位固定满意。

3.没有需要住院处理的并发症。

4.术后X线片证实复位固定满意。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）并发症：本病可伴有其他损伤，应当严格掌握入选标准。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。

（二）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。

（三）开放性骨折不进入本路径。

（四）后出现肺部感染、置入物移位、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

闭合性尺桡骨干骨折临床路径

一、适用对象

第一诊断为闭合性尺桡骨干骨折（ICD-10：S52.4），行尺桡骨干骨折内固定术（ICD-9-CM-3：79.1201/79.1202/

79.3203）。

二、诊断依据

根据《外科学（下册）》（8年制和7年制临床医学专用教材，人民卫生出版社，2005年8月第1版）。

（一）病史：外伤史。

（二）体格检查：患肢肿胀、疼痛、活动受限、畸形，反常活动。

（三）辅助检查：X线检查发现尺桡骨干骨折。

三、选择治疗方案的依据

根据《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，2005年8月第1版）。

（一）年龄在16岁以上。

（二）伤前生活质量及活动水平。

（三）全身状况允许手术。

（四）首选钢板螺钉内固定，也可根据具体情况选择其他治疗方式。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：S52.4尺桡骨干骨折疾病编码。

（二）外伤引起的单纯性、新鲜尺桡骨干骨折。

（三）除外病理性骨折。

（四）除外合并其他部位的骨折和损伤。

（五）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）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（七）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、血型、尿常规、大便常规；

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

3.胸部X线平片、心电图；

4.※骨科X线检查。

（二）根据患者病情可选择的检查项目：CT检查、肌电图、血气分析、肺功能检查、超声心动图等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

（二）术前30分钟预防性用抗菌药物；手术超过3小时加用1次抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：臂丛神经阻滞或全麻。

（二）手术方式：尺桡骨干骨折内固定术。

（三）手术内固定物：钢板螺钉或髓内钉。

（四）术中用药：麻醉用药、抗菌药、止血药物。

（五）输血：视术中具体情况而定。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的项目：血常规、X光检查。

（二）可选择的检查项目：电解质、肝肾功能、CT。

（三）术后用药

1.抗菌药物使用：抗菌药物使用按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

2.术后镇痛：参照《骨科常见疼痛的处理专家建议》。

3.其他药物：消肿、促骨折愈合，必要时营养神经等。

（四）保护下功能锻炼。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，切口愈合好无积血、感染等。

2.术后X线片证实复位固定满意。

3.没有需要住院处理的并发症。

4.常规化验检查无明显异常。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）并发症：本病可伴有其他损伤，应当严格掌握入选标准。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，骨折本身对骨的血循环破坏较重，术后易出现骨折延迟愈合、不愈合等。

（二）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。

（三）内固定物选择：根据骨折类型选择适当的内固定物。

（四）开放性骨折不进入本路径。

（五）术后出现肺部感染、置入物移位、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

先天性肌性斜颈临床路径

一、适用对象

第一诊断为先天性肌性斜颈（ICD–10：Q68.0），
用对象：行胸锁乳突肌切断松解术(ICD-9-CM-3：83.1901/83.1902)。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《小儿外科学》（施诚仁等主编，人民卫生出版社，2009年，第4版）。

（一）临床表现：头颈歪斜、生后2周左右颈部包块。

（二）体格检查：头向患侧歪斜、下颌转向健侧、患侧胸锁乳突肌明显增粗挛缩或触及条索感。

（三）辅助检查：双侧胸锁乳突肌超声检查，颈椎X线摄片。

（四）其他专科检查：症状不典型时要排除眼源性和骨性疾病。

三、治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《小儿外科学》（施诚仁等主编，人民卫生出版社，2009年，第4版）。

用对象：行胸锁乳突肌切断松解术(ICD-9-CM-3：83.1901/

83.1902)。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：Q68.0先天性肌性斜颈疾病编码。

（二）患儿大于1岁。

（三）当患儿合并其他疾病，但住院期间不需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径实施时，可以进入路径。

（四）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（五）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、血型、尿常规、大便常规；

2.肝肾功能、凝血功能；

3.感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

4.心电图；

5.胸片。

（二）根据患者情况可选择的检查项目：颈椎平片、颈部超声、CT。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）选择用药（推荐用药及剂量）。

（二）推荐药物治疗方案（使用《国家基本药物》的药物）。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：全身麻醉。

（二）手术方式：胸锁乳突肌切断松解术。

（三）手术内置物：无。

（四）术中用药：预防性抗菌药物应用。

（五）输血：无。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：无。

（二）术后用药：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号），选择广谱抗菌药物1次。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，切口愈合好无渗出、无积血、感染等。

2.没有需要住院处理的并发症。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）如术中出现血管或神经损伤、可能要输血，术后住院时间需要延长。

（二）存在其他原因所致斜颈。

（三）存在影响手术的合并症，术前需要进行相关的诊断和治疗。

（四）术后出现肺部感染、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

腱鞘囊肿临床路径

一、适用对象

第一诊断为腱鞘囊肿（ICD10：M67.4），行腱鞘囊肿切除术（ICD9CM-3：82.2101/83.3101）。

二、诊断依据

根据《手外科学》（第三版，2011年，王澍寰编著，人民卫生出版社）、《手外科手术学》（第二版，2010年，复旦大学出版社）、《格林手外科手术学》（第6版，北京积水潭医院译，人民军医出版社）。

（一）病史：腕部或手指的肿物，可伴有疼痛。

（二）体格检查：多发生于关节附近和腱鞘囊性肿物，最常见部位为：腕背桡侧、腕掌部桡侧、掌指关节及手指近节掌侧的屈肌腱腱鞘上；一般边界清楚，表面光滑。发生于腕部的囊肿多有活动度，质软或韧，大小不等；发生于掌指关节或手指掌侧的囊肿多呈米粒大小，质硬。多数囊肿局部有压痛，亦可引起腕部力量减弱或压迫神经导致感觉或运动障碍。

（三）辅助检查：彩超检查、MRI有助于明确诊断。

三、治疗方案的选择及依据

根据《手外科学》（第三版，2011年，王澍寰编著，人民卫生出版社）、《手外科手术学》（第二版，2010年，复旦大学出版社）、《格林手外科手术学》（第6版，北京积水潭医院译，人民军医出版社）。

（一）腕及手部的腱鞘囊肿。

（二）观察或保守治疗无效，或引起疼痛、无力、麻木等症状者行手术治疗。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD10：M67.4腱鞘囊肿疾病编码。

（二）位于腕背、腕掌侧或手指部位的腱鞘囊肿，但除外粘液囊肿。

（三）除外多次复发、局部瘢痕严重的囊肿。

（四）除外病变范围广泛，引起严重畸形、或肢体功能障碍，或切除后影响可能导致严重功能障碍者。

（五）除外对手术治疗有较大影响的疾病 (如心脑血管疾病、糖尿病等) 。

（六）需要进行手术治疗，且患者及家属同意手术治疗。

（七）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（八）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备（术前评估）

（一）血常规、血型、尿常规、大便常规、肝肾功能、血糖、凝血功能检查、感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（二）胸部X光片、心电图；

（三）※囊肿彩超检查，必要时行MRI检查；

（四）其他根据患者情况需要而定：如超声心动图、动态心电图等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）按《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2015〕43号）选择用药。

（二）预防性用药时间为术前30分钟。

（三）手术超时3小时加用一次。

（四）术后3天内停止使用预防性抗菌药物，可根据患者切口、体温等情况适当延长使用时间。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：局部麻醉、臂丛阻滞麻醉或全麻。

（二）手术方式：囊肿切除术。

（三）术中用药：麻醉用药。

（四）术后病理：所切除肿瘤组织送病理科做病理检查。

八、术后住院恢复

（一）无必须复查的项目。

（二）必要时复查的项目：彩超，血常规，肝肾功能，血糖、凝血功能检查等。

（三）术后用药：对症药物：止血、营养神经、改善循环、消肿、止痛等。

（四）保护下手部功能锻炼。

九、出院标准（根据一般情况、切口情况、第一诊断转归）

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，切口愈合好无积血、感染、伤口干燥，无明显红肿等。

2.没有需要住院处理的并发症。

3.常规化验无明显异常。

4.病理回报符合腱鞘囊肿诊断。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）并发症：尽管严格掌握入选标准，但仍有一些患者因肿瘤累及范围超过预期，手术后出现一些并发症而延期治疗，如局部神经血管损伤、关节囊或韧带损伤、感染、皮肤坏死等情况。

（二）合并症：如患者自身有及较多合并症，如糖尿病、心脑血管疾病等，手术后这些疾病可能加重，需同时治疗，或需延期治疗。

（三）病理情况：若病理回报结果与腱鞘囊肿不符合，则需要退出临床路径。

（四）术后出现肺部感染、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

闭合性髌骨骨折临床路径

一、适用对象

第一诊断为闭合性髌骨骨折（ICD-10：S82.0），行髌骨骨折内固定术（ICD-9-CM-3：79.1607）。

二、诊断依据

根据《外科学（下册）》（8年制和7年制临床医学专用教材，人民卫生出版社，2005年8月第1版）。

（一）病史：外伤史。

（二）体格检查：患膝肿胀、疼痛、活动受限。

（三）辅助检查：X线检查发现髌骨骨折。

三、选择治疗方案的依据

根据《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，2005年8月第1版）。

（一）年龄在16岁以上。

（二）伤前生活质量及活动水平。

（三）全身状况允许手术。

（四）首选克氏针张力带固定，也可根据具体情况选择其他治疗方式。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：S82.0髌骨骨折疾病编码。

（二）外伤引起的单纯性、新鲜髌骨骨折。

（三）除外病理性骨折。

（四）除外合并其他部位的骨折和损伤。

（五）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）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（七）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必须的检查项目

1.血常规、血型、尿粪常规；

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

3.胸部X线平片、心电图；

4.※骨科X线检查。

（二）根据患者病情可选择的检查项目：CT、MR 下肢血管超声、血气分析、肺功能检查、超声心动图等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

（二）预防性用药时间为术前30分钟；手术超时3小时加用一次；术中出血量大于1500ml时加用一次。

（三）术后2天内停止使用预防性抗菌药物，可根据患者切口、体温等情况适当延长使用时间。

七、手术日为入院当天

（一）麻醉方式：椎管内麻醉或全麻。

（二）手术方式：髌骨骨折内固定术。

（三）手术内固定物：克氏针张力带、空心钉等。

（四）术中用药：麻醉用药、抗菌药。

（五）输血：视术中具体情况而定。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的项目：血常规、X光检查。

（二）可选择的检查项目：电解质、凝血功能、肝肾功能、CT。

（三）术后用药

1.抗菌药物使用：抗菌药物使用按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。建议使用第一、二代头孢菌素，头孢曲松。

2.术后镇痛：参照《骨科常见疼痛的处理专家建议》。

3.预防静脉血栓栓塞症：参照《中国骨科大手术后静脉血栓栓塞症预防指南》。

4.其他药物：消肿、促骨折愈合等。

（四）保护下功能锻炼。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，切口愈合好，引流管拔除无积血、感染等。

2.术后X线片证实复位固定满意。

3.没有需要住院处理的并发症。

4.规化验检查无明显异常。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）并发症：本病可伴有其他损伤，应当严格掌握入选标准。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，骨折本身对骨的血循环破坏较重，术后易出现骨折延迟愈合、不愈合等。

（二）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。

（三）开放性骨折不进入本路径。

（四）术后出现肺部感染、置入物移位、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

腘窝囊肿临床路径

一、适用对象

第一诊断为腘窝囊肿（ICD-10：M71.2），行腘窝囊肿切除术（ICD-9-CM-3：83.3901）。

二、诊断依据

（一）病史：有膝关节酸痛等症状。

（二）体格检查：出现膝关节活动障碍的阳性体征。

（三）辅助检查：彩超检查、MRI有助于明确诊断。

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》（第一版，北京大学医学出版社）。

（一）有肉眼所见明显的包块，膝关节酸痛的症状。

（二）观察或保守治疗无效时行手术治疗，征得患者及家属同意。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD10：M71.2腘窝囊肿疾病编码。

（二）当患者同时具有其他疾病，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，可以进入路径。

（三）需要进行手术治疗，且患者及家属同意手术治疗。

（四）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（五）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）血常规、血型、粪尿常规、肝肾功能、血糖、凝血功能检查、感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）。

（二）胸部X光片、心电图。

（三）※囊肿彩超检查，必要时行MRI检查。

（四）其他根据患者情况需要而定：如超声心动图、动态心电图等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

按《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2015〕43号）选择用药。

七、手术日为入院当天

（一）麻醉方式：局部麻醉、椎管内麻醉、神经阻滞麻醉或全麻等。

（二）手术方式：囊肿切除术。

（三）术中用药：麻醉用药。

（四）术后病理：所切除肿瘤组织送病理科做病理检查。

八、术后住院恢复

（一）无必须复查的项目。

（二）必要时复查的项目：彩超，血常规，肝肾功能，血糖、凝血功能检查等。

（三）术后用药：对症药物：止血、营养神经、改善循环、消肿、止痛等。

（四）保护下肢体功能锻炼。

九、出院标准（根据一般情况、切口情况、第一诊断转归）

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，切口愈合好，引流管拔除，无积血、感染等。

2.没有需要住院处理的并发症。

3.病理回报符合腘窝囊肿诊断。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）并发症：尽管严格掌握入选标准，但仍有一些患者因肿瘤累及范围超过预期，手术后出现一些并发症而延期治疗，如局部神经血管损伤、关节囊或韧带损伤、感染、皮肤坏死等情况。

（二）合并症：如患者自身有较多合并症，如糖尿病、心脑血管疾病等，手术后这些疾病可能加重，需同时治疗，或需延期治疗。

（三）病理情况：若病理回报结果与腘窝囊肿不符合，则需要退出临床路径。

（四）术后出现肺部感染、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

膝关节骨关节炎临床路径

一、适用对象

第一诊断为膝关节骨关节病（ICD-10：M17.0/M17.1/M17.2/M17.3/M17.4/M17.5）。行膝关节镜下关节镜检病灶清理术(ICD-9-CM-3：80.8602/80.8604）。

二、诊断依据

（一）病史：膝关节疼痛，保守治疗无效。

（二）体检：股四头肌常萎缩，关节间隙压痛，压髌试验阳性，过伸过屈痛等。

（三）辅助检查：X片或核磁共振可以确定关节退变、骨赘形成的部位及程度。

三、治疗方案的选择及依据

（一）诊断明确的膝关节骨关节病，症状明显，保守治疗后持续不缓解，影响正常生活和运动。

（二）无手术禁忌证。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合膝关节骨关节病。

（二）当患者同时具有其他疾病诊断时，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，可以进入路径。

（三）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（四）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必须的检查项目

1.血常规、尿常规、粪便常规；

2.肝肾功能、电解质、血糖；

3.凝血功能；

4.感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等,可在门诊完成）；

5.※膝关节正侧位X线片；

6.※膝关节MRI；

7.胸片、心电图。

（二）根据患者病情可选择：超声心动图、血气分析和肺功能（高龄或既往有心、肺部病史者）。

六、选择用药

抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2015〕43号）执行。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：神经阻滞麻醉、椎管内麻醉或全麻。

（二）手术方式：膝关节镜下病灶清理术。

（三）手术内植物：无。

（四）输血：无。

八、术后住院恢复

（一）无必须复查的检查项目。

（二）必要时查血常规、血沉、CRP、凝血II号、电解质。

（三）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〔2015〕43号）执行。

2.术后镇痛：参照《骨科常见疼痛的处理专家建议》。

3.术后康复：根据手术状况按相应康复计划康复。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，关节疼痛及肿胀程度缓解，切口愈合好无积血、感染等。

2.化验指标好转，没有需要住院处理的并发症。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）围手术期并发症：深静脉血栓形成、伤口感染、关节感染、神经血管损伤等，造成住院日延长和费用增加。

（二）内科合并症：老年患者常合并内科疾病，如脑血管或心血管病、糖尿病、血栓等，手术可能导致基础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。

（三）治疗出现肺部感染、呼吸功能衰竭、心脏功能衰竭等，需要延长治疗时间。

多指、趾畸形临床路径

一、适用对象

第一诊断为多指（趾）畸形（ICD-10：Q69.0/ Q 69.1/

Q 69.2），行多指/趾切除矫形术（ICD-9-CM-3：84.0104/

84.0203/84.1104/84.1105/86.2601/86.2602）。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《小儿外科学》（施诚仁等主编，人民卫生出版社，2009年，第4版）、《小儿外科学》2006年第三版（卫生部规划教材－高等医药院校教材，人民卫生出版社），《实用小儿骨科学Practice of Pediatric Orthopaedics》2006年版（Lippincott Williams&Wilkins)。

（一）临床表现：出生时即有单侧或双侧手（足）存在多指（趾）畸形。

（二）体格检查：单侧或双侧手（足）存在多指（趾）畸形等。

（三）影像学检查：X线检查，CT平扫+三维重建。

三、选择治疗方案的依据

根据《临床诊疗指南-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）、《小儿外科学》（施诚仁等主编，人民卫生出版社，2009年，第4版）、《小儿外科学》2006年第三版（卫生部规划教材－高等医药院校教材，人民卫生出版社），《实用小儿骨科学Practice of Pediatric Orthopaedics》2006年版（Lippincott Williams&Wilkins)。

适用对象：行多指（趾）切除术（包括指/趾关节成形术、筋膜组织瓣成形术、关节囊修补术、肌腱转移固定术）。

（一）不包括合并并指（趾）、短指（趾）和其他畸形。

（二）不包括合并掌骨/跖骨重复畸形。

（三）不包括合并局部畸形、局部病变、瘢痕增生等需植皮者。

（四）不包括合并其他手（足）骨关节疾病者。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合（ICD-10：Q69.0/ Q 69.1/ Q 69.2）多指（趾）畸形疾病编码且需行多指/趾切除矫形术。

（二）当患者合并其他疾病，但住院期间不需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径实施时，可以进入路径。

（三）合并并指（趾）、短指（趾）和其他畸形者不进入路径。

（四）合并掌骨/跖骨重复畸形者不进入路径。

（五）合并局部畸形、局部病变、瘢痕增生等需植皮者不进入路径。

（六）合并其他手（足）骨关节疾病需手术治疗者不进入路径。

（七）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（八）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规、血型、尿常规、大便常规；

2.肝肾功能、凝血功能；

3.感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

4.心电图；

5.※手/足部X线；

6.胸片。

（二）根据患者病情可选择的检查项目：手/足部CT平扫+三维重建。

六、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（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号），在术前0.5-2小时内给药，预防使用时间不超过24小时。结合患者病情，选择第一代头孢菌素；如应用人工植入物，可选择第一、二代头孢菌素，或者头孢曲松。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：气管插管全身麻醉或复合全麻。

（二）手术方式：多指（趾）切除术（包括指/趾关节成形术、筋膜组织瓣成形术、关节囊修补术、肌腱转移固定术）。

（三）手术内置物：克氏针（正常指/趾弯曲严重，或发育差）。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：X线检查，必要时行手/足部CT平扫+三维重建。

（二）术后用药：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，脚趾、手指血供良好，切口愈合好无积血、感染等。

2.X片手指、趾外形正常术后改变。

3.没有需要住院处理的并发症。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）存在影响手术的合并症，术前需要进行相关的诊断和治疗。

（二）术后出现肺部感染、切口有红肿痛热等感染征象，需要延长治疗时间。

肾结石临床路径

一、适用对象

第一诊断为肾结石（ICD-10：N20.0），行经皮肾镜碎石术（PCNL）（ICD-9-CM-3：55.0401/56.0 03）。

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，2014年）。

（一）病史：腰痛、血尿、尿频、尿急、尿痛、体检发现等。

（二）体格检查：肋脊点及肋腰点压痛、肾区叩痛、输尿管行径压痛等。

（三）实验室检查、影像学检查：泌尿系彩超、CT等。

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，2014年）。

（一）诊断明确。

（二）适合行经皮肾镜碎石术（PCNL）（激光、气压弹道、超声碎石）。

（三）能够耐受手术。

（四）征得患者及家属的同意。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合（ICD-10：N20.0）肾结石疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

（三）无手术禁忌症。

五、术前准备

（一）术前所必须检查的项目

1.血常规、尿常规、尿培养；

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.胸片、心电图；

5.※泌尿系彩超或泌尿系CT。

（二）根据病情可选择

1.肺功能、超声心电图；

2.CT泌尿系成像、肾ECT。

六、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。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：腰麻或硬膜外麻醉或局麻或神经阻滞或全麻。

（二）手术方式：经皮肾镜碎石术（PCNL）（激光、气压弹道、超声碎石）。

（三）术中用药：麻醉用药，必要时用抗菌药物。

（四）输血：必要时。

（五）视情况决定是否留置肾造瘘管及拔管时间。

（六）手术植入物：输尿管内支架或外支架（视术中及术后恢复情况决定术后取出时间）。

八、术后住院恢复

（一）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。

（二）KUB。

（三）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。

九、出院标准

（一）一般情况良好，没有需要住院处理的并发症或合并症。

（二）肾造瘘无漏尿。

（三）D-J管位置正常。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）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。

（二）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。

（三）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（四）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。

输尿管结石临床路径

一、适用对象

第一诊断为输尿管结石（ICD-10：N20.1），行经输尿管镜碎石取石术（ICD-9-CM-3：56.001）。

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，2014年）。

（一）病史:腰痛、血尿、尿频、尿急、尿痛、体检发现等。

（二）体格检查：肋脊点及肋腰点压痛、肾区叩痛、输尿管行径压痛等。

（三）实验室检查、影像学检查：泌尿系彩超、CT等。

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，2014年）。

（一）诊断明确。

（二）适合行经输尿管镜碎石取石术（激光、气压弹道、超声碎石）。

（三）能够耐受手术。

（四）征得患者及家属的同意。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合（ICD-10：N20.1）输尿管结石疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

（三）无手术禁忌症。

五、术前准备

（一）术前所必须检查的项目

1.血常规、尿常规、尿培养；

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.胸片、心电图；

5.※泌尿系彩超或泌尿系CT。

（二）根据病情可选择

1.肺功能、超声心电图；

2.CT泌尿系成像、肾ECT。

六、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。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：腰麻或硬膜外麻醉或全麻。

（二）手术方式：经输尿管镜碎石取石术（激光、气压弹道、超声碎石）。

（三）术中用药：麻醉用药，必要时用抗菌药物。

（四）手术植入物：输尿管内支架或外支架（视术中情况决定术后取出时间）。

（五）输血：必要时。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：KUB，根据患者病情变化可选择相应的检查项目。

（二）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。

九、出院标准

（一）一般情况良好，没有需要住院处理的并发症或合并症。

（二）D-J管位置正常。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）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。

（二）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。

（三）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（四）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。

睾丸鞘膜积液临床路径标准

一、适用对象

第一诊断为睾丸鞘膜积液（ICD-10：N43.3），行睾丸鞘膜翻转术（ICD-9-CM-3：61.4901）或睾丸鞘膜切除术（ICD-9-CM-3：61.201/61.202/61.203）。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-泌尿外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

（一）病史及体格检查。

（二）超声检查。

三、选择治疗方案的依据

根据《临床技术操作规范-泌尿外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

（一）符合手术适应症。

（二）能够耐受手术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10:N43.3睾丸鞘膜积液疾病编码。

（二）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。

五、术前准备

（一）术前必须检查的项目

1.血常规、尿常规；

2.电解质、肝功能测定、肾功能测定、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、※阴囊和睾丸彩超。

（二）根据患者病情可选择的检查项目：甲胎蛋白（AFP）测定、性激素测定等。

六、抗菌药物选择与使用时间

抗菌药物使用：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43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。建议使用第一、二代头孢菌素，环丙沙星。

七、手术日为入院当天

（一）麻醉方式：根据患者具体情况决定。

（二）手术方式：睾丸鞘膜翻转术或睾丸鞘膜切除术。

（三）术中用药：麻醉用药、抗菌药物等。

八、术后住院恢复

（一）根据患者病情变化可选择相应的检查项目。

（二）术后用药

1.术后抗菌药物用药：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行，建议使用第一、二代头孢菌素，环丙沙星。

2.止痛药物。

九、出院标准

（一）一般情况良好。

（二）伤口无异常。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）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。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需进一步明确诊断。

单侧隐睾(腹股沟型)临床路径

一、适用对象

第一诊断为单侧腹股沟型隐睾(ICD-10：Q53.1/Q53.2) ，行单侧睾丸下降固定术(ICD-10-CM-3：62.501/62.503)。

二、诊断依据

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

隐睾是指男婴出生后单侧或双侧睾丸未降至阴囊而停留在其正常下降过程中的任何一处。

（一）典型的单侧腹股沟型隐睾体格检查：患侧阴囊发育较差，空虚，阴囊内无法触及睾丸组织，可在腹股沟区触及睾丸样组织，但是不能推送进入阴囊。

（二）辅助检查：对于体检触诊不满意的患者，可以行彩超检查明确睾丸位置。

三、治疗方案的选择

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

单侧睾丸下降固定术或腹腔镜睾丸下降固定术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：Q53.1/Q53.2隐睾疾病编码。

（二）单侧、体表可触及睾丸的隐睾，可以进入路径。

（三）已排除睾丸发育不良、性别畸形。

（四）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实施时，可以进入路径。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.实验室检查：血常规、尿常规、肝肾功能、电解质、凝血功能、感染性疾病筛查；

2.心电图、胸片(正位)，※腹股沟和阴囊超声。

（二）根据病情选择的项目

1.泌尿系超声；

2.超声心动图(心电图异常者)。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

抗菌药物使用：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行。原则上不应用抗生素。

七、手术日为入院当天

（一）麻醉方式：全麻。

（二）手术方式：睾丸下降固定术或腹腔镜睾丸下降固定术。

（三）术中用药：麻醉常规用药。

八、术后住院恢复

术后需要复查的项目：根据患者病情决定。

九、出院标准

（一）一般情况良好，伤口无出血，无感染。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）围手术期并发症等造成住院日延长和费用增加。

（二）术后有明显阴囊血肿、持续高热、切口感染等并发症。

精索静脉曲张临床路径

一、适用对象

第一诊断为精索静脉曲张（ICD-10: I86.1），行精索静脉高位结扎术（ICD-9-CM-3：63.1 01）。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-泌尿外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

（一）病史及体格检查。

（二）彩色多普勒超声检查。

（三）精液常规。

三、选择治疗方案的依据

根据《临床技术操作规范-泌尿外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

（一）符合手术适应症

1.精索静脉曲张不育者，存在精液检查异常，病史与体检未发现其他影响生育的疾病，内分泌检查正常。

2. 度精索静脉曲张伴有明显症状者，如多站立后即感阴囊坠胀痛等，体检发现睾丸明显缩小，即使已有生育，患者有治疗愿望也可考虑手术。

3.临床观察发现前列腺炎、精囊炎在精索静脉曲张患者中的发病率明显增加，为正常人的两倍，因此若上述两病同时存在，而且前列腺炎久治不愈者，可选择行精索静脉曲张手术。

4.对于青少年期的精索静脉曲张，由于往往导致睾丸病理性渐进性的改变，故目前主张对青少年期精索静脉曲张伴有睾丸容积缩小者应尽早手术治疗，有助于预防成年后不育。

5.对于轻度精索静脉曲张患者，如精液分析正常，应定期随访（每1－2年），一旦出现精液分析异常、睾丸缩小、质地变软应及时手术。

6.对于精索静脉曲张同时伴有非梗阻性因素所致的少精症的患者，建议同时施行睾丸活检和精索静脉曲张手术，有助于施行辅助生殖。

（二）能够耐受手术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10:I86.1精索静脉曲张疾病编码。

（二）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。

五、术前准备（必须检查的项目）

（一）血常规、尿常规、精液常规。

（二）电解质、肝肾功能、血型、凝血功能。

（三）感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）。

（四）X线胸片，心电图，※阴囊+精索静脉彩超，※肾静脉彩超。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

抗菌药物使用：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43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。建议使用第一、二代头孢菌素，环丙沙星。

七、手术日为入院当天

（一）麻醉方式：根据患者具体情况决定。

（二）手术方式：精索静脉高位结扎术。

（三）术中用药：麻醉用药，抗菌药物（必要时）等。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：血常规、尿常规。

（二）根据患者病情变化可选择相应的检查项目。

（三）术后用药

1.术后必要时使用抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行，建议使用第一、二代头孢菌素，环丙沙星。

2.止痛药物。

九、出院标准

（一）一般情况良好。

（二）伤口无异常。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）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。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需进一步明确诊断。

压力性尿失禁临床路径

一、适用对象

第一诊断为压力性尿失禁（ICD-10：N39.3）,行经阴道闭孔尿道中段悬吊延长术（ICD-9-CM-3：59.503）。

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，2014年）。

（一）病史：压力性尿失禁症状、血尿、排尿困难、尿路刺激征等。

（二）体格检查：外生殖器有无盆腔脏器膨出及程度、盆底肌收缩力、肛门扩张肌张力等。

（三）尿动力学检查。

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，2014年）

（一）诊断明确。

（二）适合行经阴道闭孔尿道中段悬吊延长术。

（三）能够耐受手术。

（四）征得患者及家属的同意。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合（ICD-10：N39.3）压力性尿失禁疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

（三）无手术禁忌症。

五、术前准备

（一）术前所必须检查的项目

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.胸片、心电图；

5.※尿流动力学检查。

（二）根据病情可选择

1.尿培养及鉴定（含真菌）；

2.[女]肿瘤系列（含SCC）；

3.[男]肿瘤系列（含SCC）；

4.泌尿系彩超或泌尿系CT；

5.子宫附件彩超；

6.男性生殖系统彩超；

7.肺功能、超声心电图。

六、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。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：腰麻或硬膜外麻醉或全麻。

（二）手术方式：经阴道闭孔尿道中段悬吊延长术。

（三）术中用药：麻醉用药，必要时用抗菌药物。

（四）手术植入物：有。

（五）输血：必要时。

八、术后住院恢复

（一）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。

（二）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。

九、出院标准

（一）尿失禁消失。

（二）排尿通畅。

（三）切口愈合良好。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）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。

（二）手术效果不满意，需进一步治疗（如无法排尿等）。

（三）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（四）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。

结直肠息肉临床路径

一、适用对象

第一诊断为结肠腺瘤样息肉（ICD-10：D12.0/D12.1/D12.2/D12.3/D12.4/D12.5），直肠腺瘤样息肉（ICD-10：D12.7/D12.8），直肠息肉（ICD-10：K62.1），结肠息肉（ICD-10：K63.5/K51.4），行内镜下大肠息肉切除术（ICD-9-CM-3：45.4201/45.4301），经内镜直肠良性肿物切除术（ICD-9-CM-3：48.3601/45.4301/48.3504）。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南·消化系统疾病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2017年，第2版）；《实用内科学》（复旦大学医学院编著，人民卫生出版社，2017年，第15版）；《消化内镜学》（李益农、陆星华主编，科学出版社，2004年，第2版）；Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): Europe Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) [Endoscopy, 2017，49(3): 270-297.]；《中国大肠肿瘤筛查、早诊早治和综合预防共识意见(摘要) 》[中华医学会消化病学分会编著，中华消化内镜杂志, 2012, 29(2): 61-64.]等国内外临床诊疗指南。

（一）病史：腹痛、腹胀、腹泻、便秘、便血。

（二）体格检查：部分患者直肠指检触及肿物。

（三）辅助检查：钡剂灌肠造影存在充盈缺损，提示结肠和（或）直肠息肉；结肠镜检查发现结肠和（或）直肠息肉。

三、治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南·消化系统疾病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2017年，第2版）；《实用内科学》（复旦大学医学院编著，人民卫生出版社，2017年，第15版）；《消化内镜学》（李益农、陆星华主编，科学出版社，2004年，第2版）；Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): Europe Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) [Endoscopy, 2017，49(3): 270-297.]；《中国大肠肿瘤筛查、早诊早治和综合预防共识意见(摘要) 》[中华医学会消化病学分会编著，中华消化内镜杂志, 2012, 29(2): 61-64.]等国内外临床诊疗指南。

（一）内科基本治疗（包括生活方式、饮食等）。

（二）内镜下治疗。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合第一诊断为结肠腺瘤样息肉（ICD-10：D12.0/D12.1/D12.2/D12.3/D12.4/D12.5），直肠腺瘤样息肉（ICD-10：D12.7/D12.8），直肠息肉（ICD-10：K62.1），结肠息肉（ICD-10：K63.5/K51.4）疾病编码。

（二）当患者同时具有其他疾病诊断时，但在住院时间不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。

（三）纳入标准（日间可切除标准）：肠息肉直径介于5mm至1cm之间（5mm≤息肉直径＜1cm），并且息肉数量少于3粒，或细蒂息肉（蒂直径＜1cm）。

（四）排除标准

1.息肉直径＜5mm，且息肉数量＜3个，可于门诊肠镜检查时直接予钳除术。

2.多发息肉、大息肉或复杂情况：多发息肉≥3枚以上，或息肉直径≥1cm；或广基息肉；或粗蒂息肉（蒂直径≥1cm）；或侧向生长型息肉等，需住院行息肉内镜下治疗。

3.患者年龄＜18岁，或＞65岁者，或存在肠道特殊疾病患者。

4.合并严重心、肺、肝、肾等其他脏器基础疾病或凝血功能障碍者。

（五）女性患者非月经期。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规+血型、尿常规、大便常规+潜血；

2.肝肾功能、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.消化道肿瘤标志物（CEA、CA19-9等）；

4.X线胸片、心电图、腹部超声；

5.钡剂灌肠检查或结肠镜检查。

（二）根据患者病情选择的检查项目

1.心脏彩超检查、24小时动态心电图、心脏平板实验；

2.肺功能；

3.腹部CT检查。

患者在行肠镜体检过程中实施大肠息肉切除术的，术前准备在体检时已完成。

六、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。通常不需预防用抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：静脉麻

（二）手术方式：根据病情实际情况选择肠镜下息肉电切除术、电凝除术、氩气凝除等。

（三）术中用药：麻醉常规用药。

（四）病理学检查：标本行快速石蜡病理学检查。

八、术后住院恢复

（一）术后送复苏室，再送回病房。

（二）监测生命体征，大便情况，腹部情况。

（三）禁食、补液。

（四）若有腹部不适，予对症处理。

（五）若出现并发症，可内镜下治疗或外科手术治疗。

（六）追踪病理结果。

九、出院标准

（一）患者一般情况良好，无出血、穿孔、感染等并发症。

（二）没有需要住院处理的并发症。

（三）麻醉后出院评分系统（PADS）评分总分≥9分。

（四）恢复流质饮食。

（五）快速石蜡病理结果示良性息肉。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）患者年龄＜18岁，或＞65岁者，或存在肠道特殊疾病患者。

（二）合并严重心、肺、肝、肾等其他脏器基础疾病或凝血功能障碍者。

（三）息肉不符合内镜治疗指征，或患者存在内镜治疗禁忌症，需出院或转外科治疗者。

（四）出现出血、穿孔、感染等并发症，可能导致延长治疗时间及增加医疗费用。

（五）合并有其他疾病较严重时，可能导致延长住院时间及增加医疗费用。

（六）多发息肉、大息肉或复杂情况：多发息肉≥3个以上，或息肉直径≥1cm；或广基息肉；或粗蒂息肉（蒂直径≥1cm）；或侧向生长型息肉等。

（七）病理结果示息肉癌变并侵犯基底部，需追加外科手术。

附件囊肿及良性肿瘤手术临床路径

一、适用对象

第一诊断为卵巢良性肿瘤、卵巢非肿瘤性囊肿（ICD-10：D27/N83.0/N83.1/N83.2）、输卵管积水（ICD-10：N70.1）、输卵管系膜囊肿（ICD-10：N83.8）。行腹腔镜下卵巢肿瘤剥除术、附件切除、输卵管切除或输卵管系膜囊肿剥除术（ICD-9-CM-3：65.2501/65.4101/65.6301/65.3101/

65.5301）。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-妇产科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），本组疾病包括卵巢良性肿瘤、卵巢非瘤性囊肿、输卵管积水、输卵管系膜囊肿等。

（一）症状：多无症状，腹胀，腹部扪及包块，压迫症状如尿频、便秘、气急、心悸等。

（二）体征：妇科检查可在子宫一侧或双侧触及圆形或类圆形肿块，多为囊性、表面光滑、活动，与子宫相连。

（三）影像学检查：腹部及阴道B超提示肿块囊性，为液性暗区，边缘清晰，无杂乱光团及乳头等。MRI、CT、PET检查进一步证实为良性的。

（四）肿瘤标志物检查：血清CA125、CA199、AFP、HE4检查不支持恶性肿瘤。

（五）病理检查：宫颈TCT和诊断性刮宫（必要时）。

三、治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南-妇产科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

（一）手术方式：卵巢囊肿剥除术或卵巢肿瘤剥除术或输卵管系膜囊肿剥除术或输卵管切除术或附件切除术。

（二）手术途径：经腹腔镜。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合卵巢良性肿瘤（ICD-10：D27/N83.0/N83.1/N83.2）、输卵管积水（ICD-10：N70.1）、输卵管系膜囊肿（ICD-10：N83.8）。

（二）单个囊肿或肿瘤直径大于5cm，或同侧囊肿或肿瘤半年内多次复查B超仍然存在者，符合手术适应证，无手术禁忌证。

（三）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，可以进入路径。

五、术前准备

（一）必需的检查项目

1.血常规及血型、尿常规、大便常规+OB；

2.肝肾功能、电解质、凝血功能、血糖；

3.血清肿瘤标记物：血清CA125、CA199、AFP、HE4；

4.感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

5.宫颈筛查：TCT或HPV；

6.心电图、胸部X片、※盆腔超声。

（二）根据患者病情可选择的项目：盆腔MRI检查，诊刮性刮宫等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

抗菌药物使用：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，这类患者属于Ⅰ类切口不需要使用抗生素。

七、手术日（办理入院并手术）

（一）麻醉方式：全身静吸复合麻醉。

（二）手术方式：腹腔镜下囊肿或肿瘤剥除术或输卵管系膜囊肿剥除术或输卵管切除术或附件切除术。

（三）输血：一般无需输血，特殊时视术中情况而定。

（四）病理：术后石蜡切片或免疫组化明确诊断，必要时术中冰冻切片。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：血常规。

（二）术后用药：根据情况予镇痛、止吐、补液、维持水和电解质平衡治疗。

（三）按照快速康复理念：尽早拔除尿管（如有停留尿管）。

（四）抗菌药物使用：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行。通常不需预防用抗菌药物。

（五）严密观察有无出血等并发症，并作相应处理。

九、出院标准

（一）病人一般情况良好，体温正常，完成复查项目。

（二）伤口干洁，无积血及感染征象。

（三）没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术前检查、准备过程中发现肿瘤具有恶性倾向的。

（二）有影响手术的合并症，需要进行相关的诊断和治疗。

（三）因手术并发症需要进一步治疗。

（四）术后病理提示为恶性肿瘤，则转入相应的路径治疗。

（五）其他可导致住院时间延长的情况。

适用对象：**第一诊断为**慢性扁桃体炎（ICD-10：J35.0）

**行**扁桃体切除术（ICD-9-CM-3:28.2）

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：

|  |  |
| --- | --- |
| 时间 | 住院第１天 |
| 主要诊疗工作 | * 通知手术医生病人到达和预计手术时间；初步确定手术时间
* 询问病史、体格检查
* 向患者及家属交待病情及围术期注意事项；
* 访视患者，完成术前准备及评估、制定手术方案
* 签署授权委托书、知情同意书、手术同意书、自费药品同意书、输血同意书等文书
* 日间病历书写
* 手术
* 术者完成手术记录
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 患者既往基础用药
* 全麻术后护理常规
* 一级护理

**临时医嘱：*** 全麻下行扁桃体切除术相关医嘱
* 术前禁饮禁食8小时
* 术前补液
* 一次性导尿包（必要时）
 |
| 主要护理工作 | * 责任护士入院宣教
* 入院护理评估
* 术前健康宣教
* 执行术前医嘱
* 心理护理
 |
| 病情变异记录 | □无 □有，原因： |
| 护士签名 |  |
| 医师签名 |  |

慢性扁桃体炎临床路径

一、适用对象

第一诊断为慢性扁桃体炎（ICD-10：J35.0）。行扁桃体切除术(ICD-9-CM-3：28.201/28.2 02)。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南－耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范－耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

（一）症状：有反复发作咽痛，发热。

（二）体征：扁桃体和腭舌弓呈慢性充血，表面可凹凸不平，隐窝口可有潴留物。

三、治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南－耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范－耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）行扁桃体切除术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：J35.0慢性扁桃体炎疾病编码。

（二）当患者同时具有其他疾病诊断，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。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查项目

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、艾滋等）；

4.胸片、心电图；

5.标本送病理学检查。

（二）根据患者情况可选择的检查项目：PSG检查。

六、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）合理选用抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：全身麻醉或局麻。

（二）手术方式：扁桃体切除术。

（三）标本送病理检查。

八、术后复查

（一）术后3天内需首次复诊，根据病人的情况确定复查的检查项目，如血常规等。

（二）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；酌情使用止血药，可用含漱液漱口。

九、出院标准

（一）一般情况良好，局部无感染征象。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现手术并发症，需要进一步诊断和治疗，导致住院时间延长，治疗费用增加。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需要进一步明确诊断。

脐窦手术临床路径

一、适用对象

第一诊断为脐窦（ICD-10 ：Q43.0）静脉麻下行脐窦烧灼术或脐窦手术切除术或脐窦切除术（ICD-9-CM3：54.3 05）。

二、诊断依据

（一）病史：脐部肿物，有粘液渗出，常常反复感染。

（二）体征：脐部可见瘘口，有粘液渗出。

（三）辅助检查：彩超、窦道造影等、消化道造影。

三、治疗方案的选择

（一）脐窦烧灼术。

（二）脐窦手术切除术。

（三）脐窦切除术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合脐窦（ICD-10 ：Q43.0）编码。

（二）无局部感染表现。

（三）排除了脐肠瘘及脐尿管瘘等症状相似疾病。

（四）无手术禁忌症。

（五）当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不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。

五、术前准备

（一）必须检查项目

1.血常规、尿常规、凝血功能、肝功能、肾功能、电解质、传染病四项；

2.胸片、心电图、※体表包块彩超、※窦道造影。

（二）根据患者病情可选择：消化道碘水造影等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

根据患者病情选择，通常不需要预防用抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：静脉麻。

（二）手术方式：脐窦烧灼术或脐窦手术切除术或脐窦切除术。

（三）术中用药：麻醉常规用药。

（四）手术内固定物：无。

（五）病理：术后标本送病理学检查。

八、术后住院恢复

（一）观察患者有无麻醉后相关并发症：如呕吐、晕眩等。

（二）严密观察有无出血等并发症，并作相应处理。

九、出院标准

（一）伤口愈合好，无出血，无感染征象。

（二）没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）有影响手术的其他疾病，需要进行相关的诊断和治疗，住院时间延长。

（二）术前检查、准备过程中发现脐窦合并感染甚至脓肿形成、消化道造影或者窦道造影证实为脐肠瘘或者为脐肠瘘。

（三）其他可导致延长住院时间的情况。

翼状胬肉临床路径

一、适用对象

第一诊断为翼状胬肉（ICD-10：H11.0），行翼状胬肉切除加结膜瓣移植术（ICD-9-CM-3：11.3201/11.3202/

11.3203/11.3204/11.3205/11.3206）。

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）。

（一）症状：一般无自觉症状或稍有异物感。可有眼红，如胬肉长入角膜，可因散光而影响视力；若侵及瞳孔区，视力可有明显减退。

（二）体征：睑裂部球结膜充血、肥厚隆起，略成三角形，头部形成翼状的纤维血管组织长入角膜。

三、治疗方案的选择依据

根据《临床诊疗指南》眼科学分册（中华医学会编著）。符合以下条件者可选择行翼状胬肉切除加结膜瓣移植术。根据裂隙灯检查确定损害范围和相邻角膜完整性、厚度变化。

（一）进行性翼状胬肉。

（二）胬肉已近瞳孔区影响视力。

（三）翼状胬肉影响眼球运动。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：H11.0翼状胬肉疾病编码。

（二）当患者合并其他疾病，但住院期间不需特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径实施时，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查、检验项目

1.手术前常规检查：胸片、心电图；

2.专科检查:视力、※裂隙灯、※眼压检查、眼球运动、验光、眼前节照相、泪液分泌试验（Shirmer试验）、角膜曲率。根据患者病情需要进行的检查项目角膜地形图、眼前节OCT；

3.血型+血常规报告、凝血四项、血糖、感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）。

（二）术前冲洗结膜囊和泪道冲洗。

六、术前用药

术眼滴用抗生素或抗生素激素滴眼液1–3天。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：表面麻醉或联合局部浸润麻醉。

（二）手术方式：翼状胬肉切除术或翼状胬肉切除加结膜瓣移植术。

（三）手术内置物：对于胬肉较大较深者可依据患者症状使用角膜绷带镜保护角结膜创面。

（四）术中用药：无。

（五）输血：无。

八、术后复查

（一）必需复查的检查项目:视力、裂隙灯检查角膜上皮缺损的修复情况、眼球运动。

（二）术后用药：局部用抗生素、糖皮质激素眼液、人工泪液或其他促进角膜修复滴眼液5-7天。

九、出院标准

（一）手术后反应较轻，病情稳定。

（二）切口无异常，缝线无松脱。眼球运动无异常。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）出现手术并发症（伤及泪阜和眼外肌肌腱、角膜穿通），需要手术处理者，或采用其它术式者。

（二）出现严重手术并发症（继发切口感染、角膜溃疡形成、暴露巩膜坏死等）。

（三）合并全身疾病、住院期间需要继续治疗。

（四）患者其他原因。

难治性青光眼临床路径

一、适用对象

第一诊断为青光眼绝对期（ICD-10：H44.5）或经其它抗青光眼治疗无效者。行睫状体光凝术（ICD-9-CM-3：12.7301）或睫状体冷冻术（ICD-9-CM-3：12.7201）。

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）。

（一）病史：有原发性或各种原因引起的继发性青光眼病史，多为青光眼晚期或绝对期，经其它抗青光眼治疗无效者。

（二）临床表现：长期高眼压，伴眼红、流泪、眼胀痛、头痛，视功能严重减退或丧失。

（三）辅助检查：B超等。

三、治疗方案的选择依据

根据《临床诊疗指南》眼科学分册（中华医学会编著），符合以下条件者可选择行睫状体光凝术或睫状体冷冻术。

（一）各种类型的青光眼晚期或绝对期，伴有严重高眼压不适症状，视功能减退显著，药物控制不佳，有积极要求手术保留眼球的愿望。

（二）多次滤过性抗青光眼手术后结膜广泛瘢痕，难以建立有效滤过通道者，或者已经历经睫状体光凝术或睫状体冷凝术，术后眼压再升高者。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：H44.5青光眼绝对期疾病编码或经其它抗青光眼治疗无效者。

（二）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，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查、检验项目

1.手术前常规检查：胸片、心电图。

2.手术前常规检验：血型+血常规、凝血四项、血糖、感染八项筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）。

3.专科检查：视力、※眼压检查、※裂隙灯、眼部超声（A/B超）。根据患者病情选择超声生物显微镜（UBM）、眼前段照相、前房角镜、眼底镜或光学相干断层扫描（OCT）检查。

（二）术前冲洗结膜囊。

六、术前用药

（一）局部滴用抗青光眼液，必要时全身使用降眼压药。

（二）术前使用抗生素眼液，酌情使用糖皮质激素类或非甾体类眼液。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：表面麻醉或联合球后阻滞麻醉。

（二）手术方式：睫状体光凝术或睫状体冷冻术。

（三）手术内置物：无。

（四）术中用药：无。

（五）输血：无。

八、术后复查

（一）必需复查的检查项目：视力、眼压、裂隙灯。

（二）术后用药：（推荐用药及剂量）眼部抗生素眼液、糖皮质激素眼液、非甾体抗炎眼液、阿托品眼液（膏）、降眼压眼液，酌情加用角膜营养眼液、全身降眼压药、止血药、止痛药。

九、出院标准

（一）手术后反应较轻，病情稳定。

（二）症状较前缓解，眼压有所下降。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术后眼压控制不满意，需继续手术处理，其住院时间相应延长。

（二）出现手术并发症（前房积血不吸收等），需要手术处理者。

（三）出现严重手术并发症（葡萄膜炎、视网膜损伤）。

（四）合并全身疾病、住院期间需要继续治疗。

（五）患者其他原因。

白内障临床路径

一、适用对象

第一诊断为白内障（ICD-10：H25.0/H25.1/H25.2/

H25.8,H26.0/H26.1/H26.2/H26.3/H26.4/H26.8），行白内障超声乳化摘除术+人工晶状体植入术（IOL）（ICD-9-CM-3：13.4101/13.7101/13.7102）。

二、诊断依据

根据《眼科临床指南》（中华医学会眼科学分会编译，人民卫生出版社，2018年，第3版）。

（一）病史：无痛性、渐进性视力下降。

（二）专科检查：晶状体出现不同部位及程度的混浊；眼底像不清晰。

三、治疗方案的选择依据

根据《眼科临床指南》（中华医学会眼科学分会编译，人民卫生出版社，2018年，第3版）。

（一）诊断明确。

（二）视力下降影响患者生活质量。

（三）患者及家属同意手术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合白内障疾病编码（ICD10：H25.0/H25.1/H25.2/H25.8,H26.0/H26.1/H26.2/H26.3/

H26.4/H26.8）。

（二）当患者同时具有其他疾病诊断，如住院期间不需特殊处理也不影响第一诊断临床路径流程的实施时，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）视力检查，※裂隙灯检查

（二）※眼压检查，检查泪道。

（三）感染性疾病筛查（包括乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、梅毒）。

（四）心电图、胸片。

（五）血常规、凝血功能、血糖、血压。

（六）眼科A+B超+角膜曲率。

（七）人工晶状体度数测量。

（八）角膜内皮细胞计数。

（九）眼底光学相干断层成像（OCT）主要了解黄斑情况，扫描激光眼底检查（SLO）。

（十）其他根据病情需要而定：血生化（肝功能、肾功能）、验光、角膜地形图、角膜厚度、视觉电生理检查、视功能等。

六、术前用药

术前抗菌药眼液，4-6次/天，用药1-3天。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：局部表面麻醉或球后/球周阻滞麻醉。

（二）手术方式：白内障超声乳化摘除术+人工晶状体植入术。

（三）眼内植入物：人工晶状体。

（四）术中用耗品：粘弹剂、一次性手术刀、缩瞳剂(必要时)、眼内灌注液或平衡液、显微手术缝线(必要时)。

（五）手术用设备：显微镜、超声乳化仪。

（六）输血：无。

八、术后复查

（一）裂隙灯检查。

（二）视力。

（三）眼压。

（四）术后用药：抗菌药、糖皮质激素眼液，必要时加用非甾体抗炎眼液。

九、出院标准

（一）手术后眼部反应较轻，病情稳定。

（二）切口闭合好，前房形成稳定。

（三）眼压正常，人工晶状体位置正常。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术前检验结果异常影响手术或需要特殊治疗。

（二）术后炎症反应或并发症。

（三）患者其他原因。

先天性耳前瘘管临床路径

一、适用对象

第一诊断为先天性耳前瘘管（Q18.1），行手术治疗(ICD-9-CM-3：18.2101)。

二、诊断依据

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

（一）症状：出生后即有的单侧或者双侧耳前小孔，反复红肿疼痛伴流脓史。

（二）体征：单侧或者双侧耳轮脚前瘘口，另一端为盲端，耳前皮肤可有手术疤痕，目前无红肿热痛等感染体征。

三、治疗方案的选择

根据《临床治疗指南-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《临床技术操作规范-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

手术：耳前瘘管切除术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合Q18.1先天性耳前瘘管疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估，必需的检查项目）

（一）血常规、尿常规。

（二）肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能。

（三）感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋等）。

（四）胸片、心电图。

六、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。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：全身麻醉或局麻。

（二）手术方式：详见治疗方案选择。

（三）术中用药：抗菌药物等。

（四）标本送病理检查。

八、术后复查

（一）术后3天内需首次复诊，根据患者病情变化可选择相应的检查项目。

（二）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，止痛药物。

（三）伤口换药。

九、出院标准

（一）一般情况良好，无伤口感染。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现手术并发症，需要进一步诊断和治疗，导致住院时间延长，治疗费用增加。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需要进一步明确诊断。

慢性化脓性中耳炎临床路径

一、适用对象

第一诊断为慢性化脓性中耳炎（ICD-10：H66.1/H66.2/

H66.3/H71.x），行手术治疗(ICD-9-CM-3: 19.4 01/19.4 02)。

二、诊断依据

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

（一）症状：有间断性或持续性耳溢脓病史；不同程度的听力下降。

（二）体征：鼓膜紧张部穿孔，鼓室内干洁，无脓性分泌物及胆脂瘤样新生物。

（三）听力检查：传导性或混合性听力损失。

（四）颞骨CT扫描：听骨链正常，乳突、鼓窦、上鼓室正常，中上鼓室无阻塞，无需开放乳突。

三、治疗方案的选择

根据《临床治疗指南-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《临床技术操作规范-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社），《中耳炎的分类和分型》 （中华医学会耳鼻咽喉科学分会，2004年）。手术：

（一）显微镜下Ⅰ型鼓室成形术。

（二）经耳内镜Ⅰ型鼓室成形术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：H66.1/H66.2/H66.3/

H71.x，慢性化脓性中耳炎疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查项目

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、艾滋等）；

4.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。

（二）视情况而定：中耳脓液细菌培养＋药敏，面神经功能测定等。

六、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。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：全身麻醉或局麻。

（二）术中用药：必要时糖皮质激素、非耳毒性抗菌药物冲洗术腔。

（三）术腔填塞。

（四）标本送病理检查。

八、术后复查

（一）术后3天内需首次复诊，复查的检查项目：耳内镜、纯音听阈测听。

（二）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。

（三）伤口换药。

九、出院标准

（一）一般情况良好，无伤口感染。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现手术并发症，需要进一步诊断和治疗，导致住院时间延长，治疗费用增加。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需要进一步明确诊断。

会厌良性肿瘤临床路径

一、适用对象

第一诊断为会厌良性肿瘤（ICD-10：D14.1），行支撑喉镜下会厌病变切除手术(ICD-9-CM-3：30.0902/30.0903/

30.0905/30.0906)。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《临床技术操作规范-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

（一）病史：咽部异物感，或吞咽不适等。

（二）体征：会厌喉面或舌面光滑新生物。

三、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：D14.1会厌良性肿瘤疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

四、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查项目

1.血常规；

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、艾滋等）；

4.胸片、心电图；

5.※电子喉镜检查。

（二）根据患者病情进行的检查项目：发音功能检测。

六、治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《临床技术操作规范-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

手术：支撑喉镜下会厌良性肿瘤切除手术，或显微（激光、等离子）手术等。

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

（一）麻醉方式：全身麻醉。

（二）手术方式：见治疗方案的选择。

（三）标本送病理检查。

九、术后复查

（一）术后3天内需首次复诊，根据病人情况确定复查的检查项目，如电子喉镜。

（二）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。

十、出院标准

（一）一般情况良好，咽喉部无明显感染征象。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十一、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现手术并发症，需要进一步诊断和治疗，导致住院时间延长，治疗费用增加。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需要进一步明确诊断。

声带息肉临床路径

一、适用对象

第一诊断为声带息肉（ICD-10：J38.1），行支撑喉镜下手术(ICD-9-CM-3：30.0902/30.0903/30.0905/30.0906)。

二、诊断依据

根据《临床诊疗指南-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《临床技术操作规范-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

（一）病史：声音嘶哑，多发生于教师、歌唱者和儿童等过度用声者。

（二）体征：单侧或双侧声带前中1/3交界处对称性结节状隆起。声带息肉可呈局限性小突起，也可呈广基梭型增厚。

三、治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《临床技术操作规范-耳鼻喉科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。

手术：支撑喉镜下声带息肉切除手术，或显微（激光）手术等。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：J38.1声带息肉疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查项目

1.血常规、尿常规、粪常规；

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、艾滋等）；

4.胸片、心电图；

5.※电子喉镜检查。

（二）有条件者行发音功能检测。

（三）年龄≥60岁者行头颅MRI、心肺功能检查。

六、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（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）合理选用抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：全身麻醉。

（二）手术方式：见治疗方案的选择。

（三）标本送病理检查。

八、术后复查

（一） 术后3天内需首次复诊，根据病人情况确定复查的检查项目，如电子喉镜。

（二）术后用药：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）合理选用抗菌药物；可行雾化吸入；酌情给予糖皮质激素。

（三）适当声休。

九、出院标准

（一）一般情况良好，咽喉部无明显感染征象。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现手术并发症，需要进一步诊断和治疗，导致住院时间延长，治疗费用增加。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

玻璃体腔注药术临床路径

一、适用对象

第一诊断为渗出性年龄相关性黄斑变性/黄斑视网膜变性，未特指/黄斑下新生血管性形成/视网膜水肿/黄斑水肿/视网膜层间分离，未特指（ICD10：H35.0/H35.3/H47.1/

H35.7/H35.1/H47.1）者。行玻璃体腔注药术（ICD-9-CM-3：14.7901）。

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）。

（一）症状：双眼可先后发病，视力下降，可有视物变形，中心或周边视野出现暗点。

（二）眼底改变：可有黄斑部玻璃膜疣融合，脉络膜新生血管，视网膜神经上皮及/或色素上皮有浆液及/或出血性脱离，视网膜下出血、渗出，晚期形成机化瘢痕，眼底后极部可见橘红色结节样病灶/或可见黄斑水肿，反光增强。FFA检查见黄斑区毛细血管渗漏/或新生血管膜渗漏呈强荧光。

三、治疗方案的选择依据

根据《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），符合以下条件的患者可选择行行玻璃体腔注药术。

（一）诊断明确。

（二）征得患者及家属的同意。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合渗出性年龄相关性黄斑变性/黄斑视网膜变性，未特指/黄斑下新生血管性形成/视网膜水肿/黄斑水肿/视网膜层间分离，未特指（ICD10：H35.0/

H35.1/H35.3/H35.7/H47.1）疾病编码。

（二）当患者同时具有其他疾病诊断，如住院期间不需特殊处理也不影响第一诊断临床路径流程的实施时，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）检查视力、眼压、眼底、泪道。

（二）感染性疾病筛查（包括乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒）。

（三）心电图，胸片。

（四）血常规、凝血功能、血糖。

（五）眼科检查：OCT、SLO、角膜内皮镜检查。

（六）其他根据病情需要而定：※眼底荧光血管造影，※光学相干断层成像OCT。

六、术前用药

（一）术前抗菌药物眼药，4-6次/日，用药1-3天。

（二）根据病情需要必要时应用活血化瘀和/或营养神经药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：表面麻醉或球后/球周阻滞麻醉，必要时联合神经阻滞麻醉。

（二）手术方式：玻璃体腔注药术。

（三）眼内注射药物：抗新生血管药物和/或糖皮质激素。

（四）术中用耗品：一次性注射器。

（五）手术用设备：显微镜、眼科手术显微器械。

（六）输血：无。

八、术后复查

（一）视力检查、眼压检查、裂隙灯检查、眼底检查。根据患者病情变化选择必要的检查项目。

（二）术后眼部用药：抗菌药物+类固醇激素+非甾体抗炎眼药。根据病情需要必要时应用活血化瘀和/或营养神经药物。

九、出院标准

（一）手术后反应较轻，病情稳定。

（二）切口闭合好，无感染征象。

（三）眼底检查无明显改变。

（四）眼压正常，裂隙灯检查无明显异常。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）玻璃体积血混浊。

（二）存在眼部活动性感染性疾病。

（三）出现严重并发症（脉络膜、视网膜脱离、白内障加重、低眼压、高眼压、感染性眼内炎等），需要手术处理者。

（四）合并全身疾病需住院观察或转科治疗者。

（五）患者依从性差或其他个人原因。

鼻息肉临床路径

一、适用对象

诊断为鼻息肉（ICD-10：J33.0/ J33.1/ J33.8），行内镜下鼻息肉切除术（ICD-9-CM-3：21.3102/22.4202/

22.6202/22.6206/22.6304/22.6403/22.6405）。

二、诊断依据

根据《实用耳鼻咽喉头颈外科》（第2版） （黄选兆、汪吉宝、孔维佳主编，人民卫生出版社）。

（一）症状：渐进性持续性鼻塞，单侧或双侧。可有鼻涕、嗅觉下降、头痛，甚至听力下降。

（二）体征：鼻腔内可见1个或多个表面光滑、呈灰白色、半透明的新生物，状如新鲜荔枝肉，触之甚软，可移动，不易出血，无触痛。后鼻孔息肉需间接鼻咽镜检查，常在一侧后鼻孔发现上述典型病变，多为单个。

（三）影像学检查（CT）：提示鼻腔局限性占位性病变，鼻窦粘膜无炎症性病变或病变较轻微。

三、选择治疗方案的依据

根据《临床技术操作规范 耳鼻咽喉头颈外科分册》（中华医学会编著，人民军医出版社）。有明显症状和体征鼻腔息肉、鼻中隔息肉或后鼻孔息肉行鼻内镜下鼻息肉切除术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：J33.0/ J33.1/ J33.8鼻息肉疾病编码，如鼻腔息肉、鼻中隔息肉、后鼻孔息肉，不需要行功能性鼻窦手术的。

（二）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，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查项目

1.血常规、尿常规；

2.肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能、血型；

3.感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋等）；

4.胸片、心电图；

5.鼻腔鼻窦CT、※鼻内镜检查。

（二）根据患者病情，可选择检查项目

1.过敏原及相关免疫学检测；

2.鼻功能测试。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（卫办医发〔2015〕43号）执行，合理选用预防用抗菌药物。

（二）糖皮质激素：鼻内局部喷雾，酌情口服或静脉使用。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：全身麻醉或局部麻醉。

（二）术中用药：全身止血药物，局部减充血剂。

（三）手术：见治疗方案的选择。

（四）鼻腔填塞止血，保持引流通气。

（五）标本送病理检查。

八、术后复查

（一）术后3天内需首次复诊，根据病情可选择复查部分检查项目，如鼻内镜。

（二）术后用药：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）中各类抗菌药物的适应症和注意事项要求，合理选用抗菌药物；糖皮质激素鼻内局部喷雾，酌情口服或静脉使用；抗组胺药；酌情使用黏液促排剂。

（三）鼻腔冲洗。

（四）清理术腔。

九、出院标准

（一）一般情况良好。

（二）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现手术并发症，需要进一步诊断和治疗，导致住院时间延长，治疗费用增加。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需要进一步明确诊断。

分泌性中耳炎临床路径

一、适用对象

第一诊断为分泌性中耳炎（ICD-10：H65.0/ H65.3），行手术治疗：鼓膜切开术伴置管，内镜下鼓膜置管术。(ICD-9-CM-3：20.0101/20.0102)。

二、诊断依据

根据Clinical Practice Guideline:Otitis Media with Effusion(美国儿科学会、家庭医生学会和美国耳鼻咽喉-头颈外科学会)、《儿童中耳炎诊断和治疗指南（草案）》（中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会，中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会小儿学组）。

（一）症状：听力下降，耳内闭塞感，部分有耳痛、耳鸣。

（二）体征

1.耳部：鼓膜色泽异常，呈淡黄、橙红、琥珀色、灰蓝或乳白色。鼓膜内陷，鼓室积液多时外凸，粘连明显时为不张态，光椎弥散或消失，鼓室内可见液平、气泡。鼓室耳镜检查见鼓膜活动受限。

2.鼻咽部：可有腺样体肥大或新生物。

（三）纯音听阈测试：传导性听力损失，高频气骨导听力亦可下降，少数患者合并感音神经性听力损失。

（四）纯音听阈测试（6岁以下小儿可采用小儿行为测听）骨气导阈值升高。

（五）声导抗检查 鼓室导抗图为B型或C型，声反射引不出。

（六）内镜检查 成人排除鼻咽癌，儿童可了解腺样体对咽鼓管咽口阻塞情况。

（七）根据患者情况可选择影像学检查 颞骨CT、鼻咽CT或鼻咽侧位X线摄片。

三、治疗方案的选择

根据Clinical Practice Guideline:Otitis Media with Effusion(美国儿科学会、家庭医生学会和美国耳鼻咽喉-头颈外科学会)、《儿童中耳炎诊断和治疗指南（草案）》（中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会，中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会小儿学组）。

鼓膜置管术：适用于中耳乳突积液3-6个月未愈。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：H65.0/ H65.3分泌性中耳炎疾病编码，并有下列情况之一：有较高危险发生言语发育障碍（原有感音神经性耳聋、颅面部发育异常及神经和认识障碍、精神运动发育迟缓和腭裂）；已有言语发育延迟；复发性急性中耳炎伴分泌性中耳炎；鼓膜有严重的内陷袋形成伴或不伴粘连；分泌性中耳炎持续3个月以上。

（二）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，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必需的检查项目

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、艾滋等）；

4.胸片、心电图；

5.纯音听阈测试或小儿行为测听、听觉诱发电位、※声导抗测试。

6. 纤维鼻咽喉镜检查。

（二）根据患者情况可选择的检查项目

1.内镜检查。

2.颞骨CT、鼻咽CT或鼻咽侧位X线摄片。

六、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（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行，预防性用药时间为1天。

2.其余用药参照相关疾病及其术后用药。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：全身麻醉或局麻。

（二）手术方式：见治疗方案选择。

八、术后复查

（一）术后3天内需首次复诊，必须复查的检查项目：根据病人情况而定。

（二）术后用药：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）合理选用抗生素。

（三）伤口换药。

九、出院标准

（一）一般情况良好，无耳流脓液。

（二）通风管位置好。

（三）没有需要住院处理的并发症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术中、术后出现手术并发症，需要进一步诊断和治疗，导致住院时间延长，治疗费用增加。

（二）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需要进一步明确诊断。

取出输尿管支架管临床路径

一、适用对象

第一诊断为取除输尿管支架管（ICD-10：Z43.6），行手术操作：去除输尿管内支架（引流管）（ICD-9-CM-3：97.6201）。

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，2014年）。

（一）病史:输尿管支架置入史，腰痛、血尿、尿频、尿急、尿痛等。

（二）体格检查：肋脊点及肋腰点压痛、肾区叩痛、输尿管行径压痛等。

（三）实验室检查、影像学检查：腹部平片、泌尿系彩超、CT平扫等。

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，2014年）。

（一）诊断明确。

（二）适合行输尿管镜输尿管支架取出术或膀胱镜输尿管支架取出术。

（三）能够耐受手术。

（四）征得患者及家属的同意。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合（ICD-10：Z43.6）取除输尿管支架管疾病编码。

（二）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，可以进入路径。

（三）无手术禁忌症。

五、术前准备

（一）术前所必须检查的项目

1.血常规、尿常规、尿培养；

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.胸片、心电图；

5.※腹部平片、※泌尿系彩超或※泌尿系CT。

（二）根据病情可选择

1.肺功能、超声心电图；

2.IVP、CT泌尿系成像、肾ECT。

六、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。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：静脉全麻或腰麻或局麻。

（二）手术方式：输尿管镜输尿管支架取出术或膀胱镜输尿管支架取出术。

（三）术中用药：麻醉用药，必要时用抗菌药物。

（四）手术植入物：无。

（五）输血：无。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：根据患者病情变化可选择相应的检查项目。

（二）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。

九、出院标准

一般情况良好，没有需要住院处理的并发症或合并症。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）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。

（二）术中支架管嵌顿或断裂，需要进一步诊治，导致住院时间延长、费用增加。

（三）术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊，进一步诊治。

（四）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。

宫颈病变临床路径

一、适用对象

第一诊断为 CIN Ⅲ（ICD-10：D06.9）、CIN Ⅱ（ICD-10：N87.1）、CINⅠ（ICD-10：N87.0），未特指的宫颈发育不良（ICD-10：N87.9）拟行子宫颈锥形切除术+子宫颈成形术 （ICD-9-CM3：67.2 01）、子宫颈锥形电切除术/或+子宫颈成形术 （ICD-9-CM3：67.3202）。

二、诊断依据

（一）病史：可无症状，或仅阴道排液增多，接触性出血；阴道镜（或直视）下提示CIN病变。

（二）体征：宫颈光滑，或见局部红斑、白色上皮，或宫颈柱状上皮异位表现。

（三）辅助检查：阴道镜（或直视）下宫颈活检病理为“CIN Ⅲ”、“CIN Ⅱ”、 “CIN Ⅰ”。

三、选择治疗方案的依据

根据《临床诊疗指南-妇产科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《妇产科学》第9版（人民卫生出版社）。

（一）手术方式：子宫颈锥形切除术+子宫颈成形术，子宫颈锥形电切除术/或+子宫颈成形术。

（二）手术途径：经阴道。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合 CIN Ⅲ（ICD-10：D06.9）、CIN Ⅱ（ICD-10： N87.1）、CIN Ⅰ（ICD-10：N87.0）未特指的宫颈发育不良（ICD-10：N87.9）疾病编码。

（二）当患者同时具有其他疾病诊断时，但在住院期间不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。

五、术前准备

（一）血常规五分类+血型；

（二）尿液分析+尿沉渣分析；

（三）大便常规+OB；

（四）妇检，※阴道分泌物常规+BV、HPV；

（五）住院生化：肝功八项、肾功五项、空腹血糖、电解质三项；

（六）凝血4项；

（七）感染八项；

（八）心电图、胸片；

（九）※B超(盆腔)；

（十）其它根据病情需要而定（SCC等）。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

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

（二）可使用预防性抗菌药物。

（三）预防性用药时间为术前30分钟。

（四）总预防用药时间不能超过24小时。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）术晨禁食禁饮，术前排空膀胱。

（二）麻醉方式：静脉全身麻醉或硬膜外麻醉。

（三）手术内置物：无。

（四）术中用药：止血药物（必要时）；局部用碘仿纱或其它止血药物（必要时）。

（五）输血：一般无需输血，特殊时视术中情况而定。

（六）病理：石蜡切片或免疫组化明确诊断。

八、术后复查

（一）必要时复查的检查项目：血常规。

（二）术后用药：药物治疗可为口服用药。

（三）预防性抗菌药物：必要时用；总预防用药时间不能超过24小时。

九、出院标准

（一）术后恢复良好，无术后并发症。

（二）体温正常。

（三）能独立完成起居活动。

（四）阴道流血不多。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）住院后突发意外情况需要进一步明确诊断，导致住院时间延长。

（二）术后出血多，需要留院处理。

取除骨折内固定装置临床路径

一、适用对象

第一诊断为取除骨折内固定装置（ICD10：Z47.0）行骨置入装置去除（ICD-9-CM-3：76.9701/76.9703/76.9704/

78.6101/78.6102/78.6103/78.6201/78.6301/78.6302/

78.6401/78.6402/78.6501/78.6503/78.6601/78.6701/

78.6702/78.6801/78.6802/78.6901/78.6902/78.6903/

78.6905/78.6906）。

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。

（一）病史：外伤史手术史。

（二）体格检查：患处有手术疤痕、活动正常、无反常活动。

（三）辅助检查：X线检查发现骨折骨性愈合。

三、治疗方案的选择依据

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）。

（一）伤前生活质量及活动水平。

（二）全身状况允许手术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合骨折内固定术后（ICD10：Z47.0）疾病编码。

（二）骨折骨性愈合。

（三）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。

（四）原则上ASA分级Ⅱ级及以下。

（五）需经过术前麻醉评估。

五、术前准备

（一）必需的检查项目：血常规、血型、尿常规+镜检、肝功能、肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查、乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等；胸部X光片、心电图；※患处X光片。

（二）根据患者病情可选择检查项目：如腹部超声等。

六、预防性抗菌药物选择与使用时机

（一）抗菌药物按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43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。 （二）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。

七、手术日（办理住院并手术）（一）麻醉方式：神经阻滞麻醉加局部麻醉，必要时全身麻醉。（二）手术方式：骨内固定物取出术。（三）术中用药：麻醉用药、抗菌药物。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的项目：血常规、X光检查。

（二）必要时复查的项目：电解质、肝功能、肾功能。

（三）术后用药

1.抗菌药物，按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43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。

（四）保护下功能锻炼。

九、出院标准

（一）麻醉后出院评分系统（PADS）：评分总分≥9时，方可准予患者离院。

PADS评分项目包括

1.基本生命体征；

2.活动能力；

3.疼痛；

4.术后恶心和呕吐；

5.切口出血。

各单项评分0-2分，相加后总分10为满分。

（二）专科情况

1.患者体温正常，规化验检查无明显异常切口愈合好无积血、感染等。

2.胸片呈正常术后改变，无明显异常。

3.没有需要住院处理的并发症。

4.常规化验检查无明显异常。

5.术后X线片证实内固定取出满意。

十、如患者出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）并发症：本病可伴有其他疾病，应严格掌握入选标准。部分患者因合并症而延期治疗如血栓形成、血肿引起体温增高等。

（二）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，合并症可能加重，需同时治疗，住院时间延长。

（三）若患者拆线前要求出院，切口无明显感染迹象时可提前结束路径。

（四）术后出现肺部感染、切口愈合不良等并发症，需要延长治疗时间。

瘢痕/增生性瘢痕临床路径

一、适用对象

第一诊断为瘢痕/增生性瘢痕(大于5厘米)（L90.5），行瘢痕切除缝合术（ICD-9-CM-3：86.301/86.302/86.303/

86.304/86.305/86.306/86.307/86.308/86.309/86.310）。

二、诊断依据

根据《整形外科学（上册）》王炜编著，浙江科学技术出版社）。

（一）病因：烧伤、长期慢性溃疡，以及皮下组织较少部位如头皮、胫前区等受电击伤, 其损伤累及皮肤全层.愈合后形成增生性、萎缩性或挛缩性瘢痕。

（二）体征：瘢痕坚硬、平坦或略高于皮肤表面，或与深部组织如肌肉、肌腱、神经等粘连。

三、治疗方案的选择及依据

根据《整形外科学（上册）》王炜编著，浙江科学技术出版社）。

（一）瘢痕增生，诊断明确。

（二）经严格正规非手术治疗6个月无效。

（三）瘢痕明显外观及功能。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合瘢痕L90.5诊断编码。

（二）如患有其他疾病，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。

（三）不需要植皮及皮瓣移植，不合并瘢痕癌。

五、术前准备

（一）必须的检查项目

1.血常规、尿常规、大便常规；

2.肝肾功能、血电解质、血糖；

3.凝血功能；

4.感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

5.胸片、心电图。

（二）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.有相关疾病者必要时请相应科室会诊。

六、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（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。通常不需预防用抗菌药物。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：局部侵润麻醉、神经阻滞麻醉、腰麻或全麻。

（二）手术方式：瘢痕切除缝合术。

（三）术中用药：麻醉常规用药。

（四）输血：视术中情况而定（一般不需输血）。

八、术后住院恢复

（一）必须复查的检查项目：视病人情况而定。

（二）术后处理

抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医发〔2015〕43号）执行。

（三）严密观察有无出血等并发症，并作相应处理。

九、出院标准

（一）体温正常，伤口愈合良好：伤口无感染征象（或可在门诊处理的伤口情况）。

（二）没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

十、如患者出现一下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）术前检查，准备过程中发现有恶性可能。

（二）有影响手术并发症，需要进行相关的诊断及治疗。

（三）其他可能导致住院时间延长的情况。如切除后视术中情况需要植皮及皮瓣移植。

心绞痛临床路径

一、适用对象

第一诊断为心绞痛（ICD-10：I20.0/ I20.1/ I20.8）。行单根导管的冠状动脉造影术（ICD-9-CM-3：88.5501）。

二、 诊断依据

心绞痛包括稳定型心绞痛和不稳定型心绞痛。根据《慢性稳定型冠状动脉疾病管理指南》（ESC，2013年）、《稳定型缺血性心脏病的诊断和管理指南》（ACC ，2014年）、《非ST 段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南》（中华医学会心血管病学分会，2016年）及《非ST 段抬高型急性冠状动脉综合征管理指南》（ESC，2015年）。

（一）稳定型心绞痛

1.临床发作特点：由运动或其他增加心肌需氧量的情况所诱发，短暂的胸痛或胸闷（＜10分钟），休息或含服硝酸甘油可使之迅速缓解。

2.心电图变化：静息心电图通常正常，症状发作时相邻2个或2个以上导联心电图ST段和（或）T改变，症状缓解后ST-T改变恢复。运动平板试验有助于诊断，并可进行危险分层。

3.心肌损伤标志物（心脏特异的肌钙蛋白T或I或肌酸激酶CK、CK-MB）不升高。

4.临床症状稳定在1个月以上。

（二）不稳定型心绞痛

1.患者的临床特点包括：长时间(>20 min)静息性心绞痛；新发心绞痛，表现为自发性心绞痛或劳力型心绞痛(CCS Ⅱ或Ⅲ级)；过去稳定性心绞痛最近1个月内症状加重，且具有至少CCSⅢ级的特点(恶化性心绞痛)；心肌梗死后1个月内发作心绞痛。

2.心电图表现：症状发作时相邻两个或两个以上导联心电图ST段压低或抬高＞0.1mV，或T波倒置≥0.2mV，症状缓解后ST-T变化可恢复。

3.心肌损伤标记物（心脏特异的肌钙蛋白T或I或肌酸激酶CK、CKMB）不升高。

三、治疗方案的选择及依据

（一）稳定型心绞痛

根据《慢性稳定型冠状动脉疾病管理指南》（ESC，2013年）、《稳定型缺血性心脏病的诊断和管理指南》（ACC ，2014年）、《中国经皮冠状动脉介入治疗指南》（中华医学会心血管病学分会，2016年），《冠心病合理用药指南（第2 版）》（国家卫生计生委合理用药专家委员会，中国药师协会，2018年）。

1.危险度分层：根据临床评估、对负荷试验的反应（Duke运动平板试验评分）、左心室功能及冠状动脉造影显示的病变情况综合判断，推荐采用EuroSCORE Ⅱ评分。

2.基础药物治疗：改善心肌缺血的药物治疗和改善预后的药物治疗。

3.冠状动脉造影检查：适应证为：

（1）严重心绞痛（CCS分级Ⅲ级或以上者），特别是药物治疗不能缓解症状者。

（2）经无创方法评价为高危患者（不论心绞痛严重程度）。

（3）发生过心脏猝死或有持续性室性心律失常的患者。

（4）血运重建（PCI或CABG）的患者,有早期的中等或严重程度的心绞痛复发。

（5）有慢性心力衰竭伴或不伴左心室射血分数下降的心绞痛患者。

4.经皮冠状动脉介入治疗（PCI）：对药物难以控制的心绞痛，或无创检查提示较大面积心肌缺血，且冠状动脉病变适合PCI者，可行冠状动脉支架术（包括药物洗脱支架）治疗。

5.冠状动脉旁路移植术（CABG）：糖尿病伴多支血管复杂病变、严重左心功能不全和无保护左主干病变者，CABG疗效优于PCI。

6.改善不良生活方式，控制危险因素。

（二）不稳定型心绞痛

根据《非ST 段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南》（中华医学会心血管病学分会，2016年）及《非ST 段抬高型急性冠状动脉综合征管理指南》（ESC，2015年）、《中国经皮冠状动脉介入治疗指南》（中华医学会心血管病学分会，2016年）、《冠心病合理用药指南（第2 版）》（国家卫生计生委合理用药专家委员会，中国药师协会，2018年）。

1.危险度分层：根据GRACE 评或TIMI风险评分和患者心绞痛发作类型及严重程度、心肌缺血持续时间、心电图和心肌损伤标志物测定结果进行缺血风险评估，分为低、中、高危和极高危。根据CRUSADE 评分进行出血风险评估。

2.药物治疗：抗心肌缺血药物、抗血小板药物、抗凝药物、调脂药物。

3.冠状动脉血运重建治疗：在强化药物治疗的基础上，中危、高危和极高危患者可优先选择经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或冠状动脉旁路移植术（CABG）。对于合并心力衰竭及LVEF≦35%的患者行心肌血运重建，优先考虑冠状动脉旁路移植术(CABG)，PCI可做为CABG的替代治疗。

（1）极高危标准：一血流动力学不稳定或心源性休克；二药物难治性胸痛复发或持续性胸痛；三危及生命的心律失常或心搏骤停；四急性心力衰竭伴顽固性心绞痛或ST 段下移；五ST 段或T波重复性动态演变，尤其是伴有间歇性ST 段抬高；六合并机械并发症无上述指征的中、高危患者可于入院后24～72小时内进行早期介入治疗。

（2）高危标准：一心肌梗死相关的肌钙蛋白上升或下降；二sT-T动态改变(有或无症状)；三GRACE评分＞140。

（3）中危标准：一糖尿病；二肾功能不全[(eGFR<60 ml/(min•1.73m2)]；三LVEF<40％或慢性心力衰竭；四早期心肌梗死后心绞痛；五PCI史或CABG史；六109＜GRACE评分＜140。

4.主动脉内球囊反搏术：在强化药物治疗后仍有心肌缺血复发，在完成冠状动脉造影和血运重建前血流动力学不稳定的患者,可应用主动脉内球囊反搏术。

5.保守治疗：对于低危患者，可优先选择保守治疗，在强化药物治疗的基础上，病情稳定后可进行负荷试验检查，择期冠状动脉造影和血运重建治疗。非阻塞性冠心病、冠状动脉血栓栓塞、冠状动脉痉挛、冠状动脉微血管病变、自发性冠状动脉夹层也应保守治疗。

6.控制危险因素。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合ICD-10：I20.0/ I20.1/ I20.8编码。

（二）除外急性心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞、急性心包炎或心肌炎等疾病。

（三）如患有其他非心血管疾病，但在住院期间不需特殊处理（检查和治疗），也不影响第一诊断时，可以进入路径。

五、术前准备（术前评估）

（一）必须的检查项目

1.血清心肌损伤标记物包括肌酸激酶同工酶、肌钙蛋白（TnT或TNI）；

2.心电图，常规12导联心电图，必要时18导联心电图；

3.血常规+血型、尿常规、大便常规+潜血、肝肾功能、电解质、血糖、血脂、凝血功能、感染八项（乙肝、丙肝、AIDS、梅毒等）；

4.超声心动图、胸部影像学检查。

（二）根据患者病情可选择

1.N末端前体脑利钠肽、D-二聚体、血气分析、红细胞沉降率、甲状腺功能、C反应蛋白或高敏C反应蛋白。

2. 24小时动态心电图、心脏负荷试验。

3. 心肌缺血评估（低危、非急诊血运重建患者）。

 六、术前用药

（一）抗血小板治疗：

1.稳定型心绞痛：（1）无用药禁忌证的患者均应长期服用阿司匹林，如使用阿司匹林有禁忌或不能耐受者,可改用其他抗血小板药物替代；（2）行介入治疗者，常规联用阿司匹林+氯吡格雷，如对阿司匹林胃肠道不耐受者可改用西洛他唑或吲哚布芬等替代药物+氯吡格雷；（3）对介入治疗术中的高危病变患者，可考虑静脉应用GPⅡb/Ⅲa受体拮抗剂，对高出血风险患者可考虑应用比伐芦定。

2.不稳定型心绞痛：阿司匹林是抗血小板治疗的基石，如无禁忌证，无论采用何种治疗策略，所有患者均应口服阿司匹林首剂负荷量150～300 mg(未服用过阿司匹林的患者)并以75～100 mg／d的剂量长期服用。除非有极高出血风险等禁忌证，在阿司匹林基础上应联合应用一种P2Y12 受体拮抗剂，并维持至少12 个月，P2Y12受体拮抗剂选择包括替格瑞洛（180mg负荷量，90mg、2次/天维持）或氯吡格雷（300mg~600mg负荷量，75mg/d维持），对于阿司匹林不耐受或胃肠道反应较大者，可考虑使用其他抗血小板药物替代。对介入治疗术中的高危病变患者，可考虑静脉应用GPⅡb/Ⅲa受体拮抗剂，但不常规推荐。

（二）抗凝药物：可用低分子肝素或普通肝素或磺达肝癸钠，对高出血风险患者可应用比伐芦定，除有其他用药指征，否则PCI术后都应停用抗凝药。

（三）抗心肌缺血药物：β受体阻滞剂、硝酸酯类、钙通道阻滞剂等。

1.β受体阻滞剂：无禁忌证者24小时内常规口服。

2.硝酸酯类：舌下或静脉使用。如患者有反复心绞痛发作，难以控制的高血压或心力衰竭，静脉使用硝酸酯类药物。

3.钙通道阻滞剂：在应用β受体阻滞剂和硝酸酯类药物后患者仍然存在心绞痛症状或难以控制的高血压，可加用长效钙通道阻滞剂。可疑或证实血管痉挛性心绞痛的患者，可考虑使用钙通道阻滞剂和硝酸酯类药物，避免使用β受体阻滞剂。也可作为持续或反复缺血发作、并且存在β受体阻滞剂禁忌患者的初始治疗。在无β受体阻滞剂治疗时，短效硝苯地平不用于不稳定型心绞痛患者。

4.钾通道开放剂尼可地尔：适用于对硝酸酯类不能耐受或效差的患者。

（四）镇静镇痛药：硝酸酯类不能缓解症状或出现急性肺充血时，可静脉注射吗啡。

（五）调脂药物：无禁忌证的患者均应早期和长期服用他汀类药物，必要时需加用其他种类的调脂药。

（六）血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）：所有合并高血压、糖尿病、心力衰竭或左心室收缩功能不全的高危患者，如无禁忌证，均应使用ACEI，不能耐受者可选用ARB治疗。

（七）抗心律失常药物：有心律失常时应用。

（八）质子泵抑制剂：有高胃肠出血风险的患者可以使用，优先选择泮托拉唑或雷贝拉唑。

（九）其他药物：伴随疾病的治疗药物等。

七、手术日（办理住院并手术）

（一）麻醉方式：局部麻醉。

（二）手术方式：单根导管的冠状动脉造影术。

（三）手术内置物：无。

（四）术中用药：抗血栓药（肝素化，必要时可使用GPⅡb/Ⅲa受体拮抗剂或比伐芦定）、血管活性药、抗心律失常药等。

（五）输血：无。

八、术后复查

（一）介入术后必须复查的检查项目：生命体征检查、心电图、穿刺部位的检查，必要时心电监测。

（二）术后处理

1.抗菌药物：无。

2.术口处理：加压止血压迫8-12小时。

3.术后镇痛：必要时口服非甾体类消炎镇痛药。

九、出院标准

（一）生命体征平稳。

（二）血流动力学稳定。

（三）心肌缺血症状得到有效控制。

（四）没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

十、如出现以下情况，经主诊及二线主管医生共同确认，退出临床路径，不纳入日间手术管理。

（一）冠状动脉造影需用两根或两根以上造影导管。

（二）冠状动脉造影后转外科行急诊冠状动脉旁路移植术。

（三）冠状动脉造影后需行PCI或择期冠状动脉旁路移植术。

（四）冠状动脉造影术中术后出现并发症（冠脉穿孔、心包填塞、主动脉撕裂、造影剂过敏、造影剂肾病、术口严重血肿、出血或出现其他意外情况等）。

（五）冠状动脉造影结果正常，需进一步检查明确诊断。

（六）患者其他原因。