

吉林市医疗保障局文件

吉市医保发〔2021〕39号

关于将相关日间手术纳入我市按病种收付费范围的通知

市社会医疗保险管理局、各定点医疗机构：

为深入推进医保支付改革，按照省医疗保障局下发的《关于将相关病种和日间手术纳入我省按病种收付费范围的通知》（吉医保发〔2020〕76号）文件相关规定，现就部分日间手术纳入我市按病种收付费管理范围相关具体事宜通知如下：

一、结算病种和定额标准

本次共遴选19种日间手术（详见附件1）纳入我市按病种收付费管理范围，并结合临床路径（详见附件2）及诊疗技术规范，确定了相应的收费标准。

二、实施范围及时间

日间手术暂限符合开展日间手术要求的三级医疗机构，其它级别医疗机构开展的日间手术暂不纳入按病种收付费管理。适用险种为城镇职工医保（仅限基本医疗保险部分）和城乡居民医保。本通知自 2022 年 1 月 1 日起执行。

三、收付费政策

1、日间手术病种收费标准中涵盖了术前检查及术后处理费用，具体包括按日间手术临床路径与诊疗相关的术前检查化验、围手术期应急处理、出院带药及术后（拆线、换药、复诊）等费用。

2、传染病患者加收费用未纳入日间手术收费标准，如遇传染病患者，可按《关于吉林市公立医疗机构取消医用耗材加成同步调整医疗服务价格有关问题的通知》（吉市医保联〔2019〕11 号）文件规定加收及支付。对临床路径外的部分治疗非必须的高值耗材、药品费用原则上不得再向患者另行收费。

3、日间手术付费算法、付费比例及结算政策等按省医疗保障局下发的《关于进一步做好我省按病种收付费工作的通知》（吉医保发〔2020〕43 号）文件执行。

四、相关要求

1、市社会医疗保险局负责每季度末按要求将纳入我市按病种收付费管理的日间手术开展情况报市医疗保障局备案，市医疗保障局将对日间手术开展情况进行监督检查。

2、市医疗保障局负责根据日间手术按病种收付费的开展情况以及医保基金收支情况，组织经办机构及医疗机构临床专家对日间手术病种及定额标准进行动态测算调整。

3、各定点医疗机构要严格按照临床路径开展诊疗工作，切实加强按病种收付费的标准化和精细化管理，规范诊疗，确保医疗质量、安全及参保群众切身利益。对符合临床路径规范，应实行按病种管理的，要严格纳入。

4、《关于开展日间手术按病种付费的通知》（吉市医保管字〔2018〕2号）自本通知实施之日起废止。

附件：1. 日间手术定额标准明细表

2. 日间手术临床路径

吉林市医疗保障局
2021年12月28日



附件 1

吉林市医保 2022 年开展日间手术病种及标准

序号	病种名称	手术名称	单双侧、多部位及其他	日间手术定额标准
1	肛瘘	肛门瘘管切除术	一	4000
2	下肢静脉曲张	大隐静脉高位结扎和剥脱术	单侧	5400
			双侧	6300
3	腹股沟疝	腹股沟疝修补术	传统	5400
		无张力腹股沟疝修补术	补片	5900
		腹股沟疝修补术	传统	6300
		无张力腹股沟疝修补术	补片	6800
4	腰椎间盘突出症	内镜下腰椎髓核切除术	一个椎间盘	14000
5	腱鞘囊肿	手部腱鞘囊肿切除术	一个	5000
6	腮窝囊肿	腮窝囊肿切除术	一个	4500
7	多指、趾畸形	多余指切除术/多余趾切除术	单个	6300
8	睾丸鞘膜积液	阴囊和睾丸鞘膜的其他修补术/ 睾丸鞘 膜积液切除术	单侧	5500
9	隐睾（睾丸可触及）	睾丸固定术	单侧	5500
10	精索静脉曲张	精索静脉高位结扎术	一	5900
11	压力性尿失禁	经阴道无张力尿道悬吊术（TVT）	一	5000
12	卵巢良性肿瘤、卵巢非 肿瘤性囊肿、输卵管积 水、输卵管系膜囊肿	单侧输卵管-卵巢切除术	单侧	7700
13	慢性扁桃体炎	扁桃体切除术	一	5000

序号	病种名称	手术名称	单双侧、多部位及其他	日间手术定额标准
14	会厌良性肿瘤/囊肿	支撑喉镜下会厌病损切除术	一	5400
15	外痔	痔切除术	一	5000
16	黄斑水肿或变性	黄斑水肿或变性	一	5300
17	取出骨折内固定装置	掌指骨内固定装置取出术	单一部位	4000
			多部位	5000
		四肢骨内固定装置取出术	单一部位	4500
			多部位	5400
		脊柱骨内固定装置取出术	单一部位	6800
18	白内障	白内障摘除伴人工晶体一期置入术/ 白内障超声乳化抽吸术	单侧	5400
19	包皮过长、包茎和嵌顿包茎	包皮环切术	一	2400

日间手术临床路径 肛瘘临床路径（1）

一、适用对象

第一诊断为低位肛瘘（ICD-10 码：K60.302），行肛门瘘管切除术治疗（ICD-9-CM3 码：49.1200）。

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）第一诊断符合低位肛瘘（ICD-10 码：K60.302）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）手术方式仅行低位肛瘘切除术治疗，不包括肛瘘切除+挂线治疗。

（五）肛瘘病因明确。

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：腰麻硬膜外联合阻滞。

（二）手术方式：低位肛瘘切除手术治疗，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、局部外用药物使用、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）肛痿病因不明确，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（2）

一、适用对象

第一诊断为单纯性下肢静脉曲张（ICD-10：I83）（不合并静脉炎、不合并静脉溃疡），行手术治疗（ICD-9-CM-3：激光闭合术/高位结扎和剥脱术 38.5900x003/38.59）。

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）。

（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：激光闭合术/高位结扎和剥脱术。

（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 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（3）

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-3：53.01/53.02/53.03/53.04/53.11/53.12/53.13/53.14/53.15/53.16）。

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

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。

腰椎间盘突出症临床路径（4）

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: M51.003+G99.2*、M51.101+G55.1*、M51.202），行经皮椎间盘镜下/经皮椎间孔镜下腰椎间盘突出髓核摘除术（ICD-9-CM-3: 80.5111）。

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突出髓核摘除术或者行经椎间孔镜下腰椎间盘突出髓核摘除术。

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: M51.003+G99.2*、M51.101+G55.1*、M51.202）。

（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. 腰椎正侧位片或MRI或CT、腰椎过屈过伸动力位片。

（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。

腱鞘囊肿临床路径（5）

一、适用对象

第一诊断为腱鞘囊肿（ICD-10：M67.4），行腱鞘囊肿切除术（ICD-9-CM3 码：82.2101）。

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；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。

（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）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。

腘窝囊肿临床路径（6）

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-3：83.3902）。

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: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. 病理回报符合腭窝囊肿诊断。

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：若病理回报结果与腮窝囊肿不符合，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。

多指、趾畸形临床路径（7）

一、适用对象

第一诊断为多指（趾）畸形（ICD-10: Q69），行多指/趾切除矫形术（ICD-9-CM-3: 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）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。

睾丸鞘膜积液临床路径标准（8）

一、适用对象

第一诊断为睾丸鞘膜积液（ICD-10: N43.300/N43.301），行睾丸鞘膜切除术（ICD-9-CM-3: 61.2/61.49）。

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: N43.300/N43.301 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（9）

一、适用对象

第一诊断为单侧腹股沟型隐睾（ICD-10：Q53.1），行睾丸固定术（ICD-10-CM-3：62.5x00/62.5x01）。

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 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（10）

一、适用对象

第一诊断为精索静脉曲张（ICD-10: I86.101），行精索静脉高位结扎术（ICD-9-CM-3: 63.1x01）。

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. 重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（11）

一、适用对象

第一诊断为压力性尿失禁（ICD-10：N39.300），行经阴道无张力尿道悬吊术（ICD-9-CM-3：59.7900x002）（注意医保版编码为59.5x01）。

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）适合行经阴道无张力尿道悬吊术。

（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：N39.300）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. 尿培养及鉴定（含真菌）；
6. 泌尿系彩超和残余尿量。

（二）根据病情可选择

1. [女]肿瘤系列（含 SCC）；
2. [男]肿瘤系列（含 SCC）；
3. 子宫附件彩超；
4. 男性生殖系统彩超；
5. 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。

附件囊肿及良性肿瘤手术临床路径（12）

一、适用对象

第一诊断为卵巢良性肿瘤/卵巢囊肿/输卵管积水/输卵管囊肿（ICD-10：D27.x00/N83.201/N70.103/N83.809），行单侧输卵管-卵巢切除术（ICD-9-CM-3：65.4900x001）。

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/卵巢囊肿/输卵管积水/输卵管囊肿（ICD-10：D27.x00/N83.201/N70.103/N83.809）。

（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 CA50、CA125、CA199、AFP、CEA、HE4、 β -HCG;
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。

慢性扁桃体炎临床路径（13）

一、适用对象

第一诊断为慢性扁桃体炎（ICD-10：J35.000）。行扁桃体切除术（ICD-9-CM-3：28.2）。

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：J35.000 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。

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/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。

会厌良性肿瘤/会厌囊肿临床路径（14）

一、适用对象

第一诊断为会厌良性肿瘤/会厌囊肿（ICD-10 码：D14.101/J38.715），行支撑喉镜下会厌良性肿瘤/会厌囊肿切除术（ICD-9-CM3 码：30.0900x041/30.0900x042/30.0903/30.0904）（注意医保版编码为 30.0903/30.0904）。

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 码：D14.101/J38.715 会厌良性肿瘤/会厌囊肿疾病编码。

（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。

五、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。

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

- (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》(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。

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。

（三）住院后出现其他内、外科疾病需要进一步明确诊断。

血栓性外痔/外痔临床路径（15）

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）（注意医保版编码为K64.806/K64.809），行外痔切除术（ICD-9-CM-3：49.4700/49.4701）。

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（注意医保版编码为K64.806/K64.809），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。

玻璃体腔注药术临床路径（16）

一、适用对象

第一诊断为黄斑水肿或变性（ICD-10: H35.804/H35.3），行玻璃体腔注药术（ICD-9-CM-3: 14.7903）。

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) 第一诊断必须符合黄斑水肿或变性 (ICD-10: H35.804/H35.3)。

(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。

取出骨折内固定装置临床路径（17）

一、适用对象

第一诊断为取除骨折内固定装置/取出内固定装置（ICD10：Z47.001/Z47.000x002）行骨置入装置去除（ICD-9-CM-3：①掌指 78.64/78.68/78.6903/78.6905；②脊柱 78.6900x010/78.6907；③四肢 78.61-78.67 除①②外的内固定装置取出，）。

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) 第一诊断必须符合取出骨折内固定装置/取出内固定装置 (ICD10: Z47.001/Z47.000x002) 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、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肉或静脉注射

(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; 对青霉素类药物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 $>20\text{ml/min}$ 者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率 $10-20\text{ml/min}$ 患者，每次0.75g，一日2次；肌酐清除率 $<10\text{ml/min}$ 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 对青霉素类药物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，对青霉素类药物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：掌指骨：局麻；脊柱骨：腰硬联合；
脊柱骨：全麻。

(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。

白内障临床路径（18）

一、适用对象

第一诊断为白内障（ICD-10：H25.0-H25.9），行白内障摘除伴人工晶体一期置入术/白内障超声乳化抽吸术（ICD-9-CM-3：13.7100x001/13.4100x001）。

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-H25.9)。

(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。

包茎或包皮过长日间手术临床路径（19）

一、适用对象

第一诊断为包皮过长、包茎和嵌顿包茎、包皮嵌顿、包皮粘连（ICD-10: N47. x），行包皮环切术（ICD-9-CM-3: 64. 0x00）。

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。

（二）体征。

三、选择治疗方案的依据

根据《临床技术规范-泌尿外科分册》（中华医学会编）。

（一）符合手术适应症。

（二）能够耐受手术。

四、进入路径标准

（一）第一诊断必须符合包皮过长、包茎和嵌顿包茎、包皮嵌顿、包皮粘连 N47. x 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) 血常规、尿常规;
- (二) 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。

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。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: 局部麻醉。
- (二) 手术方式: 包皮环切术。
- (三) 术中用药: 麻醉用药, 抗菌药物等。
- (四) 输血: 必要时。

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) 术后根据情况用药。
- (三) 术后抗菌药物: 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。
- (四) 止痛药物。

九、出院标准

- (一) 一般情况良好。

（二）伤口无异常。

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）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。

