下睑眼袋矫正术临床路径

（2016年版）

一、下睑眼袋矫正术临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

下睑眼袋形成

行双侧下睑眼袋矫正术

**（二）诊断依据。**

根据《整形外科学》（王炜等主编，浙江科学技术出版社，1999年，第1版），《美容外科学》（刘林嶓等主编，人民卫生出版社，2011年，第2版）。

1.症状：双侧下睑突出。

2.体征：双侧下睑明显隆起，眼角处形成皱纹。

3.顾客有强烈眼袋矫正的要求。

4.无其它疾病。

**（三）治疗方案的选择。**

根据整形外科学》（王炜等主编，浙江科学技术出版社，1999年，第1版），《美容外科学》（刘林嶓等主编，人民卫生出版社，2011年，第2版）。

行双侧下睑眼袋矫正术。

**（四）标准住院日为1-4天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合双侧下睑眼袋突出。

2.当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

**（六）术前准备0.5-1天。**

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（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）心电图；

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

按照《2015年抗菌药物临床应用指导原则》执行。通常不需预防用抗菌药物。

**（八）手术日为入院1-4天。**

1.麻醉方式：局麻

2.手术方式：睑缘下切口，打开眶隔取出部分框隔脂肪，修补眶隔，切除多余皮肤。

3.术中用药：止血药（酌情）。

4.手术内固定物：无。

**（九）术后住院恢复2-3天。**

1、术后用药：抗菌药物：按照《2015年抗菌药物临床应用指导原则》执行。通常不需预防用抗菌药物。

2.眼部给予冰敷，严密观察有无出血等并发症，并作相应处理。

**（十）出院标准。**

1.伤口愈合好：无积血，无感染征象。

2.没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

**（十一）变异及原因分析。**

有影响手术的合并症，需要进行相关的诊断和治疗。

二、双侧下睑眼袋矫正术临床路径表单

适用对象：双侧下睑眼袋形成；**行**矫正术术。

顾客姓名： 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：3天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 住院第1天（手术日） | 住院第2天  （术后第1日） | 住院第3天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 询问病史及体格检查 * 完成住院病历和首次病程记录 * 开检查检验单 * 上级医师查房 * 初步确定诊治方案和特殊检查项目 * 手术医嘱 * 完成术前准备与术前评估 * 根据检查检验结果，确定手术方案 * 住院医师完成上级医师查房记录、术前小结 * 完成术前总结 * 签署手术知情同意书、麻醉同意书或授权委托书 * 向患者及家属交待病情、手术安排及围手术期注意事项 | * 麻醉医师完成麻醉记录 * 完成术后首次病程记录 * 完成手术记录 * 向患者及家属说明手术情况 | * 上级医师查房 * 明确是否符合出院标准 * 完成出院记录、病案首页、出院证明书等 * 通知出入院处 * 通知患者及家属 * 向患者告知出院后注意事项，如康复计划、返院复诊、后续治疗，及相关并发症的处理等 * 出院小结、诊断证明书及出院须知交予患者 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 外科二级护理常规 * 普食 * 抗菌素眼水点眼4次/天 * 患者既往基础用药   **临时医嘱：**   * 血常规+血型、尿常规 * 凝血功能、肝肾功能、心电图 * 术前医嘱： * 常规准备明日在/局麻/全麻下行下睑袋矫正术 * 术前禁食水 * 药敏试验 * 相应治疗（视情况） | **长期医嘱**：   * 按相应麻醉术后护理 * 饮食（禁食水6小时，全麻后） * 心电监测6小时（全麻后） * 抗菌素眼膏点眼2次/天   **临时医嘱：**   * 酌情镇痛 * 观察术后病情变化 * 观察创口出血情况 * 给予术后饮食指导 * 指导并协助术后活动 | **临时医嘱：**   * 切口换药（酌情）   **出院医嘱：**   * 出院后相关用药 * 伤口门诊拆线 |
| 主要  护理  工作 | * 入院介绍 * 入院评估 * 静脉抽血 * 健康教育 * 饮食指导 * 顾客相关检查配合的指导 * 执行入院后医嘱 * 心理支持 | * 术后活动：自动体位 * 密切观察顾客情况 * 疼痛护理 * 生活护理 * 术后饮食指导 * 心理支持 | * 出院指导 * 办理出院手续 * 复诊时间 * 作息、饮食、活动 * 服药指导 * 日常保健 * 清洁卫生 * 疾病知识 |
| 病情变异记录 | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. |
| 护士  签名 |  |  |  |
| 医师  签名 |  |  |  |