**膀胱癌临床路径**

（2016版）

一、膀胱癌临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为膀胱恶性肿瘤（ICD-10：C67.900）

行膀胱肿瘤灌注化疗、血管栓塞治疗术

**（二）诊断依据。**

根据《2014版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），《NCCN膀胱癌临床实践指南》（中国版，2013年）

1.症状及体征：血尿、膀胱刺激征、排尿困难，体格检查有或无腹股沟等处肿大淋巴结等；

2.影像学：主要依靠CT诊断，其他如彩超、MRI及SPECT等可提供参考；

3.病理： 膀胱镜活检组织病理诊断

**（三）治疗方案的选择。**

根据《2014版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），《NCCN膀胱癌临床实践指南》（中国版，2013年）

1.适合膀胱动脉灌注化疗、血管栓塞治疗

2.能够耐受该手术。

**（四）标准住院日≤12天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：C67.900膀胱恶性肿瘤疾病编码。

2.当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

**（六）术前准备（术前评估）2-3天。**

1.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、艾滋病、梅毒等）；

（3）胸部X线检查，心电图检查；

（4）膀胱CT检查

（5） 膀胱镜活检组织病理诊断 包括（1）切片诊断（分类、分型、分期）；（2）免疫组化（必要时）；（3）分子生物学指标（必要时）。

2.根据患者病情可选择：全腹部CT/MRI，PET-CT，超声心动图，心功能测定（如B型钠尿肽(BNP)测定，B型钠尿肽前体(PRO-BNP)测定等），肺功能，血气分析，放射性核素肾功能检查，放射性核素骨扫描等。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

 不需应用抗生素。

**（八）手术日为入院第4-5天。**

1.麻醉方式：局麻。

2.手术方式：膀胱动脉造影、灌注化疗、血管栓塞术

3.术中用药：利多卡因，化学治疗药物等。

4.输血：必要时。输血前需行血型鉴定、抗体筛选和交叉配血实验。

**（九）术后住院恢复 （7-10天）**

1.必须复查的检查项目：血常规、肾功能。

2.根据病情需要，可复查膀胱彩超及CT、X线胸片等。

 不需应用抗生素。

**（十）出院标准。**

1.术后不良反应消失。

2.没有需要住院处理的并发症。

**（十一）变异及原因分析。**

1.术中、术后出现并发症，需要进行相关的诊断和治疗，导致住院时间延长、费用增加。

2.术后原伴随疾病控制不佳，需请相关科室会诊和治疗，进一步诊治。

3.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。

二、膀胱癌临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**膀胱恶性肿瘤（ICD-10：C67.900）

行膀胱肿瘤灌注化疗、血管栓塞治疗术

患者姓名：性别：年龄：门诊号：住院号：

住院日期：年月日 出院日期：年月日 标准住院日：12天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2天 | 住院第3天（手术准备日） |
| 主要诊疗工作 | * 询问病史及体格检查
* 完成病历书写
* 开化验单、检查单
* 上级医师查房与术前评估
* 初步确定手术方式和日期
 | * 上级医师查房，完善诊疗方案
* 根据体检、检查等进行术前分期
* 完成必要的相关科室会诊
* 住院医师完成上级医师查房记录等病历资料
 | * 术前讨论，确定手术方案
* 完成病历记录
* 向患者及其家属交待围手术期注意事项，签署各项知情同意书
* 完成“术前准备”
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 介入科护理常规
* 二级护理
* 饮食

**临时医嘱：*** 血常规、尿常规、大便常规
* 肝肾功能、电解质、血糖、血型、凝血功能、感染性疾病筛查
* 胸部X线检查，心电图检查
* （膀胱镜活检）组织病理学检查与诊断或会诊病理
* 膀胱CT检查，必要时：全腹部CT/MRI，超声心动图，心功能测定（如B型钠尿肽(BNP)测定，B型钠尿肽前体(PRO-BNP)测定等），肺功能，血气分析，放射性核素肾功能检查，放射性核素骨扫描等
 | **长期医嘱：*** 同前
* 患者既往基础用药（糖尿病、心脑血管疾病等）

**临时医嘱：*** 必要时行PET-CT检查
* 其他特殊医嘱
 | **长期医嘱：*** 同前
* 患者既往基础用药（糖尿病、心脑血管疾病等）

**临时医嘱：*** 术前医嘱（如留置针置入）
* 拟明日在局麻下行膀胱动脉造影、灌注化疗、血管栓塞术
* 留置尿管（必要时）
* 双侧腹股沟区皮肤准备
* 备血（必要时）
* 其他特殊医嘱
 |
| 主要护理工作 | * 介绍环境、设施及相关制度
* 入院护理评估、实施相应级别护理
* 告知相关检验项目及注意事项
* 指导并协助患者到相关科室进行检查
 | * 晨起空腹留取化验
* 实施相应级别护理
* 指导并协助患者到相关科室进行检查
* 告知特殊检查的注意事项
* 给予心理疏导
 | * 手术前心理疏导及手术相关知识的指导
* 告知患者注意事项
* 指导患者掌握有效咳痰的方法
 |
| 病情变异记录 | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第4-5天（手术日） | 住院第5-6天（术后第1日） | 住院第6-7天（术后第2天） |
| 主要诊疗工作 | * 手术
* 术者完成手术记录
* 完成术后病程记录和上级医师查房记录
* 确定有无手术并发症
* 向患者及家属交代术中情况及术后注意事项
 | * 上级医师查房，检查股动脉穿刺点有无异常，确定有无手术并发症和穿刺点感染
* 完成病历书写
* 嘱患者活动右下肢，防止静脉血栓形成
* 注意观察有无下腹痛、恶心、呕吐、发热，观察体温、血压等生命体征
 | * 上级医师查房，进行手术后评估，决定处理措施
* 完成病历书写
* 注意观察患者有无下腹痛、恶心、呕吐、发热
* 注意观察体温、血压等生命体征
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 介入科术后护理常规
* 一级护理
* 半流质饮食
* 记出入量

**临时医嘱：*** 术后6小时活动右下肢
* 心电监护
* 吸氧
* 补液
* 止痛（必要时）
 | **长期医嘱：*** 介入科术后护理常规
* 二级护理
* 半流质饮食
* 记出入量

**临时医嘱：*** 心电监护（必要时）
* 止痛（必要时）
* 补液
* 拔尿管，停记出入量
* 根据情况决定是否需要复查血常规、肝肾功能等
 | **长期医嘱**：* 介入科术后护理常规
* 二级护理
* 普食
* 记出入量

**临时医嘱**：* 测HR、BP
* 补液
* 止痛（必要时）
* 根据情况决定是否需要复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖、胸片、超声、CT等
 |
| 主要护理工作 | * 晨起完成术前常规准备
* 手术物品准备
* 与医生进行术后患者的交接
* 执行介入科术后护理常规
* 观察患者病情变化，预防并发症的发生
* 书写术后护理记录
* 右股动脉穿刺点的观察护理
 | * 执行级别护理
* 观察患者病情变化，预防并发症的发生
* 书写护理记录
* 右股动脉穿刺点的观察与护理
* 鼓励患者早期下床活动
* 术后心理护理和生活护理
 | * 执行级别护理
* 饮食指导
* 观察患者病情变化，预防并发症的发生
* 书写护理记录
* 用药及相关治疗的指导
 |
| 病情变异记录 | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第7-8天（术后第3天） | 住院第8-10天（术后第4-6日） | 住院第11-12天（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房，确定有无手术并发症、患者不适情况，决定处理措施
* 完成病历书写
* 注意观察有无下腹痛、恶心、呕吐、发热等症状
* 注意观察体温、血压等生命体征
 | * 上级医师查房，确定有无手术并发症、患者不适情况，决定处理措施
* 住院医师完成常规病历书写
 | * 上级医师查房，进行治疗评估，决定是否出院
* 根据病理进行最终病理分期，制订进一步治疗计划
* 完成出院记录、病案首页、出院证明书等
* 向患者交代出院后的注意事项
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 普食

**临时医嘱：*** 测HR、BP
* 酌情补液
* 根据情况决定是否需要复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能等
* 根据情况行胸片、肾脏超声、CT检查等
 | **长期医嘱：*** 二级护理
* 普食

**临时医嘱：*** 复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖（必要时）
* 测HR、BP
* 酌情补液
 | **临时医嘱：*** 测HR、BP
* 酌情补液
* 出院医嘱：
* 出院带药：基础药
* 门诊随诊：3-6月后随访
 |
| 主要护理工作 | * 执行级别护理
* 饮食指导
* 观察患者病情变化，预防并发症的发生
* 书写护理记录用药及相关治疗的配合及指导
 | * 执行级别护理
* 饮食指导
* 观察患者病情变化
* 书写护理记录
* 用药及相关治疗的指导
 | * 出院康复指导
* 出院用药指导
 |
| 病情变异记录 | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. | □无 □有，原因：1.2. |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |