**乳房肿物微创旋切术临床路径**

(2016年版)

一、乳房肿物微创旋切术临床路径标准住院流程

（一）适用对象。

第一诊断为乳房肿物（N64.901）

行乳房肿物微创旋切术

（二）诊断依据。

1.病史：乳房肿块。

2.体征：未及肿块，或可及质韧、边界清、活动度可的肿块。

3.辅助检查：彩超、钼靶、MRI等。

（三）治疗方案的选择。

1.行局麻下乳房肿物微创旋切术。

2.若术中血肿较大或刺破皮肤，为尽量保持乳房外形，必要时加行肿块切除术。

（四）标准住院期间为≤7天。

（五）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合N64.901乳房肿物编码。

2.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。

（六）术前准备1-3天。

1．血常规、尿常规、粪常规、凝血实验、血糖、肝功能、肾功能、电解质、血脂、传染病四项、甲状腺功能、性激素六项；

2．胸片、肝胆胰脾彩超、甲状腺彩超、盆腔彩超、心电图、心脏彩超、双肾输尿管膀胱彩超；

3．双乳彩超、钼靶，必要时行双乳MRI检查等；

（七）手术日为第3-4天。

1.麻醉方式：局麻。

2.术中用药：利多卡因针、肾上腺素针。

（八）术后住院恢复4-7天。

（九）出院标准。

1.快速病理及常规病理提示无恶变。

2.没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

（十）变异及原因分析。

1.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。

2.出现伤口血肿，需要继续治疗，将延长住院时间，增加治疗费用。

3.术后常规病理示癌变，需二次手术者，不进入本路径。

二、乳房肿物微创旋切术临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**乳房肿物（N64.901）行乳房肿物微创旋切术

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：4-6天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2-4天 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 询问病史及体格检查 * 完成病历书写 * 完善检查 * 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 * 完成术前准备与术前评估 * 完成必要的相关科室会诊 * 完成术前小结、上级医师查房记录等病历书写 * 签署手术知情同意书 * 签署自费用品协议书、输血同意书（必要时） * 向患者及家属交待围手术期注意事项 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 外科护理常规 * 二级护理 * 饮食 * 患者既往基础用药   **临时医嘱：**   * 血常规、尿常规、粪常规 * 血糖、血脂、肝肾功能、电解质、甲状腺功能、性激素六项、凝血功能、传染病四项 * 胸片、肝胆胰脾彩超、甲状腺彩超、心脏彩超、心电图、双肾输尿管膀胱彩超 * 双乳彩超、钼靶、MRI * 肺功能、24小时动态心动图（视情况而定） | **长期医嘱：**   * 患者既往基础用药   **术前医嘱：**   * 拟明日/下周一局麻下行乳房肿物微创旋切术 * 备皮 * 预约术中快速冰冻 |
| 主要  护理  工作 | * 介绍病房环境、设施及设备 * 入院护理评估 * 执行入院后医嘱 * 指导进行相关检查等 | * 晨起静脉取血 * 卫生知识及手术知识宣教 * 嘱患者禁食、水时间 * 备皮 |
| 病情  变异  记录 | * 无□有，原因：   1.  2. | * 无□有，原因：   1.  2. |
| 护士  签名 |  |  |
| 医师  签名 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第3-5天  （手术日） | 住院第4-6天  （术后第1-3天） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 手术 * 术者完成手术记录 * 完成术后病程 * 上级医师查房 * 向患者及家属交代病情及术后注意事项 | * 上级医师查房，进行手术及伤口评估，确定有无手术并发症和切口愈合不良情况，明确是否出院 * 完成出院记录、病案首页、出院证明书等 * 向患者交代出院后的注意事项 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 一级护理 * 术后3小时内监测血压   **临时医嘱：**   * 必要时给予止吐、镇痛药物 * 给予止血等对症支持治疗 * 必要时给予补液治疗 | **长期医嘱：**   * 今日出院   **临时医嘱：**   * 换药 * 必要时给予止血药物应用 * 病例复印 |
| 主要  护理  工作 | * 术前更衣 * 观察术后病情变化 * 观察外层敷料有无渗血 * 保持各种管路通畅 * 给予术后饮食指导 * 指导并协助术后活动 | * 指导办理出院手续 * 指导复查时间和注意事项 |
| 病情  变异  记录 | * 无□有，原因：   1.  2. | □无□有，原因：  1.  2. |
| 护士  签名 |  |  |
| 医师  签名 |  |  |