

二、全膝关节置换术加速康复临床路径表单

适用对象：第一诊断为：类风湿性关节炎（ICD-10：M06.906）；原发性双侧膝关节病（ICD-10：M17.000）；原发性单侧膝关节病（ICD-10：M17.101）；创伤后双侧膝关节病（ICD-10：M17.200）；创伤后单侧膝关节病（ICD-10：M17.301）；继发性双侧膝关节病（ICD-10：M17.400x001）；继发性单侧膝关节病（ICD-10：M17.501）；膝关节退行性病变（ICD-10：M17.900x002）；双侧膝关节骨性关节炎（ICD-10：M17.900x003）；单侧膝关节骨性关节炎（ICD-10：M17.900x004）。

拟行全膝关节置换术（置换或不置换髌骨）（ICD-9-CM-3：81.54）。

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：2~8天

时间	住院第 1 天	住院第 2 天至术前 1 天	住院第 1~3 天（手术日）
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 询问病史及体格检查 <input type="checkbox"/> 完成病历书写 <input type="checkbox"/> 上级医师查房与术前评估 <input type="checkbox"/> 初步确定手术方式和日期 <input type="checkbox"/> 进行功能量表评分 <input type="checkbox"/> 指导患者进行功能训练	<input type="checkbox"/> 上级医师查房 <input type="checkbox"/> 完成术前准备与术前评估 <input type="checkbox"/> 完成术前讨论,确定手术方案 <input type="checkbox"/> 完成必要的相关科室会诊 <input type="checkbox"/> 完成签署手术知情同意书、自费用品协议书、输血同意书 <input type="checkbox"/> 向患者及家属讲解围术期注意事项	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 术前禁饮、禁食及输液（必要时） <input type="checkbox"/> 切皮前或松止血带前使用氨甲环酸（禁忌者除外） <input type="checkbox"/> 术中切口局部浸润麻醉和/或术后神经阻滞麻醉 <input type="checkbox"/> 术后 3、6、12 小时可重复使用氨甲环酸 <input type="checkbox"/> 完成手术记录 <input type="checkbox"/> 完成术后病程记录 <input type="checkbox"/> 上级医师查房和术后评估 <input type="checkbox"/> 向患者及家属交讲解手术过程及术后注意事项 <input type="checkbox"/> 指导患者进行功能锻炼
重要医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 骨科护理常规 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 血常规、尿常规、粪便常规+隐血 <input type="checkbox"/> 肝肾功能、电解质、血糖、凝血常规、血源传染性疾病筛查（乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病等） <input type="checkbox"/> 胸部 X 线片（胸部 CT）、心电图、下肢静脉彩色多普勒超声 <input type="checkbox"/> 术侧膝关节正侧位 X 线片，双下肢全长 X 线片（有条件者） <input type="checkbox"/> 红细胞沉降率、C 反应蛋	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 骨科护理常规 <input type="checkbox"/> 患者既往基础用药 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 术前医嘱：明日全身或椎管内麻醉下行全膝关节置换术 <input type="checkbox"/> 术前禁食、禁饮 <input type="checkbox"/> 术前应用抗菌药物 <input type="checkbox"/> 术前准备 <input type="checkbox"/> 氨甲环酸带入手术室	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 术后常规护理 <input type="checkbox"/> 一级护理 <input type="checkbox"/> 心电监护 <input type="checkbox"/> 吸氧 <input type="checkbox"/> 抗菌药物 <input type="checkbox"/> 物理抗凝：下肢静脉泵、弹力袜等 <input type="checkbox"/> 术后 6~12 小时开始药物抗凝（有禁忌者除外） <input type="checkbox"/> 镇痛药物 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 酌情应用镇吐药 <input type="checkbox"/> 酌情追加镇痛药

	<input type="checkbox"/> 白、白介素-6（有条件者） <input type="checkbox"/> 根据病情选择：下肢动脉彩色多普勒超声、血气分析、甲状腺/肾上腺皮质激素、肺功能、超声心动图、心肌核素灌注、冠状动脉CT、冠状动脉造影等		
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 介绍病房环境、设施和设 备 <input type="checkbox"/> 入院护理评估 <input type="checkbox"/> 疼痛评分（VAS） <input type="checkbox"/> 皮肤清洁	<input type="checkbox"/> 宣教、心理评估 <input type="checkbox"/> 疼痛评分（VAS） <input type="checkbox"/> 手术前物品准备 <input type="checkbox"/> 手术前心理护理 <input type="checkbox"/> 告知患者手术当日禁饮、禁 食时间	<input type="checkbox"/> 随时观察患者病情变化 <input type="checkbox"/> 术后心理与生活护理 <input type="checkbox"/> 麻醉清醒后指导患者逐渐喝 水、进食 <input type="checkbox"/> 疼痛评分（VAS） <input type="checkbox"/> 指导术后患者进行功能锻炼
病情变异记录	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因： 1. 2.	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因： 1. 2.	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因： 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 1~7 天 (术后第 1~6 天)	住院第 2~8 天 (出院日)
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 上级医师查房 <input type="checkbox"/> 完成常规病历书写 <input type="checkbox"/> 注意患者病情变化 <input type="checkbox"/> 注意患者观察生命体征 <input type="checkbox"/> 评估术后 X 线片 <input type="checkbox"/> 术后个体化多模式镇痛 <input type="checkbox"/> 指导完成主动伸、屈膝，下地扶助行器行走，上下床及日常生活功能锻炼	<input type="checkbox"/> 上级医师查房，进行手术及伤口评估 <input type="checkbox"/> 完成出院记录、出院证明书 <input type="checkbox"/> 向患者讲明出院后的康复锻炼及注意事项，如复诊的时间、地点，发生紧急情况时的处理等
重要医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 骨科护理常规 <input type="checkbox"/> 继续内科基础疾病用药和监测 <input type="checkbox"/> 抗凝(无禁忌情况下常规药物抗凝) <input type="checkbox"/> 镇痛药 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 复查血常规、肝肾功能、血糖、电解质 <input type="checkbox"/> 血糖复查膝关节正侧位 X 线片、双下肢全长 X 线片 <input type="checkbox"/> 复查下肢静脉彩色多普勒超声(出院当天或前 1 天) <input type="checkbox"/> 换药 <input type="checkbox"/> 其他特殊医嘱	出院医嘱 <input type="checkbox"/> 出院带药 <input type="checkbox"/> 今日出院
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 随时观察患者情况 <input type="checkbox"/> 术后心理与生活护理 <input type="checkbox"/> 疼痛评分(VAS) <input type="checkbox"/> 指导患者功能锻炼	<input type="checkbox"/> 疼痛评分(VAS) <input type="checkbox"/> 指导患者办理出院手续 <input type="checkbox"/> 出院前宣教，告知门诊复诊时间 <input type="checkbox"/> 嘱出院后继续功能锻炼及注意事项 <input type="checkbox"/> 强调出院后预防感染 <input type="checkbox"/> 告知发生紧急情况时的处理
病情变异记录	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因： 1. 2.	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因： 1. 2.
护士签名		
医师签名		