

慢性胆囊炎临床路径

(2019 年版)

一、慢性胆囊炎临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为慢性胆囊炎或合并胆囊结石 (ICD-10: K80.1/K81.1), 行腹腔镜胆囊切除术 (ICD-9-CM-3: 51.23)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南·普通外科分册》(中华医学会编著, 人民卫生出版社, 2006 年, 第 1 版)、全国高等学校教材《外科学》(陈孝平, 汪建平主编, 人民卫生出版社, 2014 年, 第 8 版)、《黄家驷外科学》(吴孟超, 吴在德主编, 人民卫生出版社, 2013 年, 第 7 版)。

1. 症状: 右上腹持续性隐痛或胀痛, 可放射到右肩胛区, 高脂餐后加剧; 反复发作的胃灼热, 嗝气, 反酸, 腹胀, 恶心等消化不良症状。

2. 体征: 大多无症状, 部分患者有胆囊点的压痛或叩击痛。

3. 实验室检查: 白细胞计数可不升高, 少数患者转氨酶升高。

4. 影像学检查: 超声检查可明确诊断, 合并胆囊结石且发生过黄疸、胰腺炎的患者应行 MRCP 检查了解肝内外胆管情况。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《临床诊疗指南·普通外科分册》(人民卫生出版社, 2006 年, 第 1 版)、全国高等学校教材《外科学》(陈孝平, 汪建平主编, 人民卫生出版社, 2014 年, 第 8 版)、《黄家驷外科学》(吴孟超, 吴在德主编, 人民卫生出版社, 2013 年, 第 7 版)。

拟行腹腔镜胆囊切除术。

(四) 标准住院日为 4~5 天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: K80.1/K81.1 慢性胆囊炎或合并胆囊结石疾病。
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 2 天 (指工作日)

1. 必需的检查项目:

- (1) 血常规、尿常规、大便常规+隐血;
- (2) 肝功能、肾功能、电解质、凝血功能、感染性疾病筛查、血型;
- (3) 腹部超声;
- (4) 心电图、胸部 X 线平片。

2. 根据患者病情选择的检查项目: 消化肿瘤标志物 (CEA、CA19-9)、MRCP 或上腹部 CT、血气分析、肺功能、

超声心动图检查。

（七）抗菌药物选择与使用时机

1. 抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》2015版执行。可考虑使用第一代或第二代头孢菌素术前 0.5~1 小时预防感染；明确存在感染患者，可经验性选用覆盖肠道革兰氏阴性杆菌，肠球菌属等需氧菌属和脆弱拟杆菌等厌氧菌属抗菌药，后期可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

2. 在给予抗菌药物治疗时应尽可能留取相关标本送培养，获病原菌后进行药敏试验，作为可能调整用药的依据。

（八）手术日为入院第 3 天

1. 麻醉方式：气管插管全身麻醉。
2. 手术方式：腹腔镜胆囊切除术。
3. 术中用药：麻醉常规用药。
4. 输血：根据术前血红蛋白状况及术中出血情况而定。
5. 病理学检查：切除标本解剖后作病理学检查，必要时行术中冰冻病理学检查。

（九）术后住院恢复 1~2 天

1. 可选择复查项目：血常规、肝肾功能、电解质。
2. 术后用药：抗菌药物使用按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2015〕43 号）执行）。如有继发感染征象，尽早开始抗菌药物的经验治疗。经验治疗需选用能覆盖肠道革兰阴性杆菌、肠球菌属等需氧菌和脆弱拟杆菌等厌氧菌的

药物。

3. 严密观察有无胆漏、出血等并发症，并作相应处理。
4. 术后饮食指导。

（十）出院标准

1. 一般状况好，体温正常，无明显腹痛。
2. 进饮食无不适，可以自由活动，无明显腹部体征。
3. 实验室检查基本正常。
4. 切口愈合良好：引流管拔除，伤口无感染，无皮下积液（或门诊可处理的少量积液），可门诊拆线。

（十一）变异及原因分析

1. 术前合并其他基础疾病影响手术的患者，需要进行相关的诊断和治疗。
2. 术中发现意外胆囊癌、肝癌等，则进入相应路径。
4. 术后出现并发症（胆漏、出血等）的患者，住院时间延长，费用增加。
5. 合并不可逆转的凝血酶原时间异常。

二、慢性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除临床路径表单

适用对象：第一诊断为慢性胆囊炎或合并胆囊结石（ICD-10：K80.1/K81.1）

行腹腔镜胆囊切除术（ICD-9-CM-3：51.23）

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：4~5 天

日期	住院第 1 天	住院第 2 天 (手术准备日)
主要诊疗工作	☐ 询问病史与体格检查 ☐ 完成住院病历和首次病程记录 ☐ 开具实验室检查单 ☐ 上级医师查房 ☐ 初步确定诊治方案和特殊检查项目	☐ 上级医师查房 ☐ 手术医嘱 ☐ 完成术前准备与术前评估 ☐ 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、术前小结等 ☐ 完成术前总结 ☐ 向患者及家属交待围术期注意事项 ☐ 签署手术知情同意书（含标本处置）、自费用品协议书、输血同意书、麻醉同意书或授权委托书
重点医嘱	长期医嘱 ☐ 外科护理常规 ☐ 二级或三级护理 ☐ 饮食：根据患者情况而定 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱 ☐ 血常规、血型、尿常规、大便常规+隐血 ☐ 凝血功能、电解质、肝肾功能、感染性疾病筛查 ☐ 心电图、胸部 X 线平片 ☐ 腹部超声 ☐ 必要时上腹部 CT ☐ 必要时行血气分析、肺功能、超声心动图	长期医嘱 ☐ 外科护理常规 ☐ 二级或三级护理 ☐ 饮食：根据患者情况而定 ☐ 患者既往基础用药 ☐ 其它相关治疗 临时医嘱 ☐ 术前医嘱： ☐ 拟明日全身麻醉下行 LC 术 ☐ 术前禁食 4~6 小时，禁水 2~4 小时 ☐ 药物过敏皮肤试验 ☐ 麻醉前用药（术前 30min） ☐ 术中特殊用药带药 ☐ 带影像学资料入手术室
主要护理工作	☐ 介绍病房环境、设施 ☐ 入院护理评估 ☐ 健康教育 ☐ 患者活动：无限制 ☐ 饮食：半流质饮食或全流质饮食 ☐ 执行入院后医嘱 ☐ 心理支持 ☐ 指导进行相关检查等 ☐ 静脉采血	☐ 患者活动：无限制 ☐ 饮食：禁食（术前常规禁食 6 小时、禁水 2 小时） ☐ 静脉采血 ☐ 配血、胃肠道准备、药敏试验等备皮、配血、胃肠道准备、药敏试验等 ☐ 健康教育、心理支持、卫生知识及手术知识宣教 ☐ 饮食：术前禁食、禁水 ☐ 术前更衣，取下义齿、饰物告知患者及家属术前流程及注意事项 ☐ 术前手术患者用物准备 ☐ 促进睡眠（环境、药物）
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		

日期	住院第 3 天（手术日）	
	术前、术中	术后
主要诊疗工作	☐ 送患者入手术室 ☐ 麻醉准备，监测生命体征 ☐ 施行手术 ☐ 保持各引流管通畅 ☐ 解剖标本，送病理检查	☐ 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
重点医嘱	长期医嘱 ☐ 慢性胆囊炎常规护理 ☐ 一级护理 ☐ 禁食 临时医嘱 ☐ 术前 0.5~1 小时 30 分钟使用预防性抗菌药物 ☐ 液体治疗 ☐ 相应治疗（视情况）	长期医嘱 ☐ 胆囊切除术后常规护理 ☐ 一级护理 ☐ 禁食 ☐ 监测生命体征 ☐ 记录 24 小时液体出入量 ☐ 常规雾化吸入，一天两次 ☐ 监测血糖（视情况） ☐ 必要时测定中心静脉压 ☐ 必要时使用制酸剂 临时医嘱 ☐ 吸氧 ☐ 液体治疗 ☐ 必要时查血尿淀粉酶、出凝血功能等 ☐ 明晨查血常规、电解质或肝功能等
主要护理工作	☐ 一级护理 ☐ 心理支持 ☐ 术前更衣 ☐ 饮食指导：禁饮禁食 ☐ 健康教育 ☐ 安排陪护送患者入手术室	☐ 一级或特级护理 ☐ 吸氧、心电监护、血氧饱和度监测 ☐ 密切观察患者情况，包括神志、生命体征、伤口敷料、腹部体征、尿量等 ☐ 术后去枕平卧 6 小时，清醒后平卧，头偏一侧 ☐ 协助患者床上改变体位及足部活动 ☐ 禁食、禁水、术后 8 小时流质饮食 ☐ 心理支持（患者及家属） ☐ 疼痛护理 ☐ 生活护理：口腔护理、女性会阴冲洗 ☐ 留置管道护理及指导（留置腹腔引流管） ☐ 营养支持护理 ☐ 鼓励患者自行排尿 ☐ 遵医嘱用药 ☐ 静脉采血
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		

日期	住院第 4 天 (术后第 1 天)	住院第 5 天 (术后第 2 天或出院日)
主要 诊 疗 工 作	☐ 上级医师查房 ☐ 观察病情变化 ☐ 观察引流量和性状 ☐ 检查手术伤口，更换敷料 ☐ 分析实验室检验结果 ☐ 维持水电解质平衡 ☐ 住院医师完成常规病程记录	☐ 上级医师查房 ☐ 观察腹部、肠功能恢复情况 ☐ 观察引流量和颜色 ☐ 住院医师完成常规病程记录 ☐ 必要时予相关特殊检查
重 点 医 嘱	长期医嘱 ☐ 二级或三级护理（视情况） ☐ 患者既往基础用药 ☐ 无感染征象时停用抗菌药物 临时医嘱 ☐ 液体治疗及纠正水电解质失衡 ☐ 更换手术伤口敷料	长期医嘱 ☐ 二级或三级护理（视情况） ☐ 肛门排气后改流质饮食 ☐ 停止记 24 小时出入量 ☐ 减少或停止肠外营养或液体治疗 临时医嘱 ☐ 复查血常规、生化、肝功能 ☐ 必要时行 X 线胸片、超声
主要 护 理 工 作	☐ 一级护理 ☐ 严密观察患者生命体征、腹部体征、黄疸情况以及引流管的情况 ☐ 心理支持（患者及家属） ☐ 饮食：流食 ☐ 活动：指导床边活动 ☐ 康复指导 ☐ 遵医嘱静脉采血	☐ 二级护理 ☐ 观察患者腹部体征及肠道功能恢复的情况 ☐ 胃肠功能恢复，指导清流质饮食，协助或指导生活护理 ☐ 体位与活动：自主体位，鼓励离床活动 ☐ 营养支持护理 ☐ 康复指导
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		

慢性胆囊炎临床路径（日间手术版）

（2018 年版）

一、慢性胆囊炎临床路径标准住院流程

（一）适用对象

第一诊断为慢性胆囊炎或合并胆囊结石（ICD-10：K80.1/K81.1），行腹腔镜胆囊切除术（ICD-9-CM-3：51.23）。

（二）诊断依据

根据《临床诊疗指南·普通外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2006 年，第 1 版），全国高等学校教材《外科学》（陈孝平，汪建平主编，人民卫生出版社，2014 年，第 8 版），《黄家驷外科学》（吴孟超，吴在德主编，人民卫生出版社，2013 年，第 7 版）。

1. 症状：右上腹持续性隐痛或胀痛，可放射到右肩胛区，高脂餐后加剧；反复发作的胃灼热，嗝气，反酸，腹胀，恶心等消化不良症状。

2. 体征：大多无症状，部分患者有胆囊点的压痛或叩击痛。

3. 实验室检查：白细胞计数可不升高，少数患者转氨酶升高。

4. 影像学检查：超声检查可明确诊断，合并胆囊结石且发生过黄疸、胰腺炎的患者应行 MRCP 检查了解肝内外胆管

情况。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《临床诊疗指南·普通外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2006年,第1版),全国高等学校教材《外科学》(陈孝平,汪建平主编,人民卫生出版社,2014年,第8版),《黄家驷外科学》(吴孟超,吴在德主编,人民卫生出版社,2013年,第7版)。

拟行腹腔镜胆囊切除术。

(四) 标准住院日为 2 天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: K80.1/K81.1 慢性胆囊炎或合并胆囊结石疾病。

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) 院前准备

1. 必需的检查项目:

(1) 血常规、尿常规、大便常规+隐血;

(2) 肝功能、肾功能、电解质、凝血功能、感染性疾病筛查、血型;

(3) 腹部超声;

(4) 心电图、胸部 X 线平片。

2. 根据患者病情选择的检查项目: 消化肿瘤标志物

(CEA、CA19-9)、MRCP 或上腹部 CT、血气分析、肺功能、超声心动图检查。

3. 麻醉科门诊随诊排除麻醉禁忌，专科门诊随诊确认手术适应征并排除手术禁忌。

(七) 抗菌药物选择与使用时机

1. 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。可考虑使用第一代或第二代头孢菌素术前 0.5~1 小时预防感染；明确存在感染患者，可经验性选用覆盖肠道革兰阴性杆菌，肠球菌属等需氧菌属和脆弱拟杆菌等厌氧菌属抗菌药，后期可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

2. 在给予抗菌药物治疗之前应尽可能留取相关标本送培养，获病原菌后进行药敏试验，作为可能调整用药的依据。

(八) 手术日为入院当日

1. 麻醉方式：气管插管全身麻醉。
2. 手术方式：腹腔镜胆囊切除术。
3. 术中用药：麻醉常规用药。
4. 输血：根据术前血红蛋白状况及术中出血情况而定。
5. 病理学检查：切除标本解剖后作病理学检查，必要时行术中冰冻病理学检查。

(九) 术后住院恢复 1 天

1. 可选复查的检查项目：血常规、肝肾功能、电解质。

2. 术后用药：抗菌药物使用按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2015〕43号）执行。如有继发感染征象，尽早开始抗菌药物的经验治疗。经验治疗需选用能覆盖肠道革兰阴性杆菌、肠球菌属等需氧菌和脆弱拟杆菌等厌氧菌的药物。

3. 严密观察有无胆漏、出血等并发症，并作相应处理。

4. 术后饮食指导。

（十）出院标准

1. 一般状况好，体温正常，无明显腹痛。

2. 可进半流质饮食，可以自由活动，无明显腹部体征。

3. 实验室检查基本正常。

4. 切口愈合良好：引流管拔除，伤口无感染，无皮下积液（或门诊可处理的少量积液），可门诊拆线。

（十一）变异及原因分析。

1. 术前合并其他基础疾病影响手术的患者，需要进行相关的诊断和治疗。

2. 术中发现意外胆囊癌、肝癌等，则进入相应路径。

4. 术后出现并发症（胆漏、出血等）的患者，住院时间延长，费用增加。

5. 合并不可逆转的凝血酶原时间异常。

二、慢性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除的临床路径表单

适用对象：第一诊断为慢性胆囊炎或合并胆囊结石（ICD-10：K80.1/K81.1）

行腹腔镜胆囊切除术（ICD-9-CM-3： 51.23）

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 天

日期	住院前 2 天	住院第 1 天（手术日）
主要诊疗工作	☐ 开具实验室检查单 ☐ 初步确定诊治方案和特殊检查项目 ☐ 完成术前评估 ☐ 完成必要的相关科室会诊 ☐ 向患者及家属交待围术期注意事项	☐ 询问病史与体格检查 ☐ 完成住院病历和首次病程记录 ☐ 上级医师查房 ☐ 手术医嘱 ☐ 完成术前准备 ☐ 住院医师完成上级医师查房记录、术前小结等 ☐ 完成术前总结 ☐ 签署手术知情同意书（含标本处置）、自费用品协议书、输血同意书、麻醉同意书或授权委托书 ☐ 送患者入手术室 ☐ 麻醉准备，监测生命体征 ☐ 施行手术 ☐ 保持各引流管通畅 ☐ 解剖标本，送病理检查 ☐ 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
重点医嘱	门诊检查 ☐ 血常规、血型、尿常规、大便常规+隐血 ☐ 凝血功能、电解质、肝肾功能、感染性疾病筛查 ☐ 心电图、胸部 X 线平片 ☐ 腹部超声 ☐ 必要时上腹部 CT 或 MRCP ☐ 必要时行血气分析、肺功能、超声心动图、 ☐ 术前禁食 4~6 小时，禁水 2~4 小时	术前长期医嘱 ☐ 外科护理常规 ☐ 二级或三级护理 ☐ 饮食：禁食、禁水 ☐ 患者既往基础用药 ☐ 其它相关治疗 术前临时医嘱 ☐ 拟今日全身麻醉下行 LC 术 ☐ 药物过敏皮肤试验 ☐ 术中特殊用药带药 ☐ 带影像学资料入手术室 ☐ 术前 0.5~1 小时使用预防性抗菌药物 ☐ 液体治疗，相应治疗（视情况） 术后长期医嘱 ☐ 胆囊切除术后常规护理 ☐ 一级护理 ☐ 禁食 ☐ 监测生命体征 ☐ 记录 24 小时液体出入量 ☐ 常规雾化吸入（视情况），一天两次 ☐ 监测血糖（视情况） ☐ 必要时测定中心静脉压 ☐ 必要时使用制酸剂

		术后临时医嘱 ☐ 吸氧（视情况） ☐ 液体治疗 ☐ 必要时查血尿淀粉酶、出凝血功能等 ☐ 明晨查血常规、电解质或肝功能等
主要护理工作	☐ 患者活动：无限制 ☐ 饮食：半流质饮食或全流质饮食 ☐ 心理支持 ☐ 指导进行相关检查等 ☐ 静脉采血 ☐ 饮食：禁食（术前常规禁食 6 小时、禁水 2 小时） ☐ 告知患者及家属术前流程及注意事项	☐ 术前： ☐ 介绍病房环境、设施 ☐ 入院护理评估 ☐ 配血、药敏试验等 ☐ 健康教育、心理支持、卫生知识及手术知识宣教 ☐ 术前更衣，取下义齿、饰物 ☐ 术前手术患者用物准备 ☐ 二级或三级护理 ☐ 心理支持 ☐ 饮食指导：禁食、禁水 ☐ 安排陪护送患者入手术室 ☐ 术后： ☐ 一级/特级护理 ☐ 吸氧、心电监护、血氧饱和度监测 ☐ 密切观察患者情况，包括神志、生命体征、伤口敷料、腹部体征、尿量等 ☐ 术后去枕平卧 6 小时，清醒后平卧，头偏一侧协助患者床上改变体位及足部活动 ☐ 禁食、禁水、术后 8 小时流质饮食 ☐ 心理支持（患者及家属） ☐ 疼痛护理 ☐ 生活护理：口腔护理、女性会阴冲洗 ☐ 留置管道护理及指导（如留置腹腔引流管） ☐ 营养支持护理 ☐ 鼓励患者自行排尿 ☐ 遵医嘱用药 ☐ 静脉采血（视情况）
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		

日期	住院第 2 天 (出院日)
主要诊疗工作	☐ 观察病情变化，观察腹部、肠功能恢复情况 ☐ 观察引流量和性状 ☐ 检查手术伤口，更换敷料 ☐ 分析实验室检验结果，必要时予相关特殊检查 ☐ 维持水电解质平衡 ☐ 住院医师完成常规病程记录 ☐ 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 ☐ 二级或三级护理（视情况） ☐ 流质饮食 ☐ 患者既往基础用药 ☐ 无感染征象时停用抗菌药 ☐ 停止肠外营养或液体治疗（视情况） 临时医嘱 ☐ 更换手术伤口敷料 ☐ 必要时行 X 线胸片、超声等 出院医嘱 ☐ 出院后相关用药 ☐ 术后 7 日门诊拆线
主要护理工作	☐ 二级或三级护理 ☐ 严密观察患者生命体征、腹部体征、黄疸情况以及引流管的情况 ☐ 心理支持（患者及家属） ☐ 饮食：流质饮食 ☐ 活动：指导床边活动 ☐ 康复指导 ☐ 遵医嘱静脉采血（视情况） ☐ 出院指导（复诊时间，饮食、活动、作息及注意事项） ☐ 协助办理出院手续 ☐ 日常保健 ☐ 清洁卫生 ☐ 疾病知识及后续治疗
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
护士签名	

医师 签名	
----------	--