

牙列缺失行种植体支持式固定义齿 修复临床路径 (2019 年版)

一、临床路径标准门诊流程

(一) 适用对象

第一诊断为牙列缺失 (ICD-10:K08.101 或 K08.104)。

行牙列缺失种植体支持式固定义齿修复治疗:

牙列缺失种植体植入术 (ICD-9-CM-3: 23.5)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南·口腔医学分册 (2016 修订版)》
(中华口腔医学会编著, 人民卫生出版社, 2016)。

1. 全口牙缺失, 或单颌牙列缺失。
2. 全身健康状况能满足常规牙槽突外科手术。
3. 口腔软硬组织健康, 上下颌骨局部形态及殆关系、颌间距离等均满足种植固定义齿要求。
4. X 线片显示拟种植区的上下颌骨局部骨量满足种植修复要求。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床技术规范·口腔医学分册 (2017 修订版)》
(中华口腔医学会编著, 人民卫生出版社, 2017)。

1. 临床及影像学检查符合上述诊断依据。
2. 患者本人要求并自愿接受种植治疗。

3. 种植体植入后以固定义齿方式修复。

4. 无手术禁忌证。

(四) 临床路径标准治疗次数为 13 次

1. 术前准备 3 次。

2. 种植体植入手术 1 次, 二期手术 1 次, 术后复查 3 次。

3. 修复治疗 5 次。

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:K08.101 或 K08.104 牙列缺失疾病编码。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断, 但在门诊治疗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

必需的检查项目:

1. 血常规、凝血功能、肝肾功能、感染性疾病筛查。

2. 单颌牙列缺失者, 行对颌牙周健康状况检查及基础治疗。

3. X 线片 (曲面体层片、根尖片、锥形束 CT)。

4. 双侧颞下颌关节检查。

5. 取研究模型, 行模型分析。

(七) 抗菌药物选择与使用时机

1. 按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2015〕

43 号) 执行, 并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。

2. 建议使用第一代头孢菌素, 可加用甲硝唑。使用口腔抗菌含漱液, 预防性用药时间为术前 30 分钟。

(八) 手术日为第 4 次门诊日

1. 麻醉方式: 局部麻醉, 必要时镇静下治疗。
2. 术中用药: 局部麻醉用药。
3. 输血: 无。

(九) 术后复查

1. 必须复查的项目
 - (1) 曲面体层片、根尖片或锥形束 CT。
 - (2) 术区愈合情况。
2. 根据患者当时病情决定其他检查项目。

(十) 术后用药

1. 第一代头孢菌素, 可加用甲硝唑。
2. 应用口腔抗菌含漱液。

(十一) 种植修复治愈标准

1. X 线片显示种植体位置、轴向良好, 周围无透射区。
2. 种植体无动度。
3. 种植修复体能正常行使功能。
4. 伤口愈合良好。
5. 无持续性或不可逆的症状, 无需要临床处理的并发症

和（或）合并症。

（十二）变异及原因分析

1. 患有全身性疾病者，必要时请相关学科会诊及检查。
2. 解剖结构异常。
3. 种植术区伴有骨量不足，需要同期行骨增量手术，或先行骨增量手术二期种植。
4. 拔牙即刻种植治疗。
5. 种植后，需种植体支持过渡义齿修复。

二、牙列缺失临床路径表单

适用对象：第一诊断为牙列缺失（ICD-10:K08.101 或 K08.104）

行牙列缺失种植体植入术（ICD-9-CM-3：23.5）

患者姓名：_____ 性别：____ 年龄：_____ 门诊号：_____

初诊日期：_____年_月_日 修复完成日期：_____年_月_日 疗程_____月

日期	诊疗第 1 次 (初次门诊)	诊疗第 2 次 (术前准备第 1 次)	诊疗第 3 次 (术前准备第 2 次)
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"/> 影像学检查 <input type="checkbox"/> 牙周检查 <input type="checkbox"/> 颞下颌关节检查 <input type="checkbox"/> 留存临床影像资料 <input type="checkbox"/> 预约会诊（根据病情需要） <input type="checkbox"/> 向患者交代诊疗过程和注意事项 <input type="checkbox"/> 取研究模型 <input type="checkbox"/> 确定殆关系 <input type="checkbox"/> 咬合记录	<input type="checkbox"/> 确定手术方案和治疗计划 <input type="checkbox"/> 术前讨论（视情况而定） <input type="checkbox"/> 完成必要的相关科室会诊 <input type="checkbox"/> 签署治疗计划和治疗费用知情同意书 <input type="checkbox"/> 开术前实验室检查单 <input type="checkbox"/> 预约手术日期 <input type="checkbox"/> 模型分析 <input type="checkbox"/> 制作外科引导模板 <input type="checkbox"/> 制作过渡义齿 <input type="checkbox"/> 牙周治疗	<input type="checkbox"/> 试戴外科引导模板 <input type="checkbox"/> 试戴过渡义齿 <input type="checkbox"/> 确认实验室检查结果
重点 医嘱	临时医嘱 <input type="checkbox"/> 曲面断层片 <input type="checkbox"/> 牙片 <input type="checkbox"/> 牙科 CT（视情况而定）	临时医嘱 <input type="checkbox"/> 血常规、凝血功能 <input type="checkbox"/> 肝肾功能、感染性疾病筛查 <input type="checkbox"/> 术前口腔清洁 <input type="checkbox"/> 牙周治疗	长期医嘱
主要 护理 工作	<input type="checkbox"/> 介绍门诊环境、设施及设备 <input type="checkbox"/> 指导进行影像学检查 <input type="checkbox"/> 配合口腔卫生宣教	<input type="checkbox"/> 执行医嘱 <input type="checkbox"/> 晨起空腹静脉取血	<input type="checkbox"/> 指导饮食 <input type="checkbox"/> 术前注意事项指导
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			

日期	诊疗第 4 次 (手术日)	诊疗第 5 次 (术后第 1 次) 术后 7 天	诊疗第 6 次 (术后第 2 次) 术后 30 天	诊疗第 7 次 (二期手术) 上颌术后 6 个月 下颌术后 3 个月
主要 诊疗 工作	<input type="checkbox"/> 完成手术 <input type="checkbox"/> 向患者和(或)家属口头及书面交代术后注意事项 <input type="checkbox"/> 术者完成手术记录 <input type="checkbox"/> 曲面断层片 <input type="checkbox"/> 牙片 <input type="checkbox"/> 牙科 CT (视情况而定)	<input type="checkbox"/> 观察伤口及术区清洁情况 <input type="checkbox"/> 检查伤口愈合情况 <input type="checkbox"/> 病历记录	<input type="checkbox"/> 观察伤口及术区清洁情况 <input type="checkbox"/> 检查伤口愈合情况 <input type="checkbox"/> 调改过渡义齿 <input type="checkbox"/> 病历记录	<input type="checkbox"/> 检查种植区愈合情况 <input type="checkbox"/> 种植体骨结合状况 <input type="checkbox"/> 完成二期手术 <input type="checkbox"/> 留存临床影像资料 <input type="checkbox"/> 向患者和(或)家属口头及书面交代术后注意事项 <input type="checkbox"/> 术者完成手术记录 <input type="checkbox"/> 病历记录
重点 医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 饮食: 普通饮食/半流质饮食/流质饮食 <input type="checkbox"/> 抗菌药物 3~5 天 <input type="checkbox"/> 漱口液含漱 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 种植术后护理常规 <input type="checkbox"/> 曲面断层片 <input type="checkbox"/> 牙片 <input type="checkbox"/> 牙科 CT <input type="checkbox"/> 抗菌药物: 术前 30 分钟 <input type="checkbox"/> 镇静药物	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 术后 1 个月复查	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 术后 3 个月复查 <input type="checkbox"/> 预约二期手术	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 预约修复 <input type="checkbox"/> 饮食: 普通饮食/半流质饮食/流质饮食 <input type="checkbox"/> 漱口液含漱 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 牙片 <input type="checkbox"/> 曲面断层片 <input type="checkbox"/> 牙科 CT <input type="checkbox"/> 术后护理常规
主要 护理 工作	<input type="checkbox"/> 术前更衣, 遵医嘱给药 <input type="checkbox"/> 口腔清洁 <input type="checkbox"/> 观察术后病情变化 <input type="checkbox"/> 观察术后出血情况 <input type="checkbox"/> 指导术后饮食	<input type="checkbox"/> 指导饮食	<input type="checkbox"/> 指导饮食	<input type="checkbox"/> 术前更衣, 遵医嘱给药 <input type="checkbox"/> 口腔清洁 <input type="checkbox"/> 观察术后病情变化 <input type="checkbox"/> 观察术后出血情况 <input type="checkbox"/> 指导术后饮食
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.	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 原因: 1. 2.
护士 签名				
医师 签名				

日期	诊疗第 8 次 (二期术后 1 周复查)	诊疗第 9 次 (修复第 1 次)	诊疗第 10 次 (修复第 2 次)
主要 诊疗 工作	<input type="checkbox"/> 检查种植区愈合情况 <input type="checkbox"/> 种植体骨结合状况 <input type="checkbox"/> 调改过渡义齿 <input type="checkbox"/> 病历记录	<input type="checkbox"/> 取印模 <input type="checkbox"/> 颌位记录 <input type="checkbox"/> 面弓转移, 上殆架	<input type="checkbox"/> 试排牙
重点 医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 预约修复 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 曲面断层片 <input type="checkbox"/> 牙片	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 预约下次复查	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 预约下次复查
主要 护理 工作	<input type="checkbox"/> 配合临床操作	<input type="checkbox"/> 配合临床操作 <input type="checkbox"/> 交接印模、设计单等资料	<input type="checkbox"/> 配合临床操作 <input type="checkbox"/> 模型盒保管交接
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			

日期	诊疗第 11 次 (修复第 3 次)	诊疗第 12 次 (修复第 4 次)	诊疗第 13 次 (修复第 5 次)
主要 诊疗 工作	<input type="checkbox"/> 基底冠于口内再连接 <input type="checkbox"/> 二次取模	<input type="checkbox"/> 试支架或基底冠 <input type="checkbox"/> 比色	<input type="checkbox"/> 戴牙 <input type="checkbox"/> 戴骀垫 <input type="checkbox"/> 留存临床影像资料 <input type="checkbox"/> 曲面断层片 <input type="checkbox"/> 牙片 <input type="checkbox"/> 向患者和（或）家属口头及书面交代术后注意事项 <input type="checkbox"/> 预约复查时间
重点 医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 预约下次复查	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 预约下次复查	修复医嘱 <input type="checkbox"/> 口腔卫生维护 <input type="checkbox"/> 咬合力控制 <input type="checkbox"/> 定期复查 <input type="checkbox"/> 不适随诊
主要 护理 工作	<input type="checkbox"/> 配合临床操作 <input type="checkbox"/> 模型盒保管交接	<input type="checkbox"/> 配合临床操作 <input type="checkbox"/> 模型盒保管交接	<input type="checkbox"/> 配合临床操作 <input type="checkbox"/> 配合口腔卫生宣教 <input type="checkbox"/> 配合整理、保管患者相关资料
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			