

腮腺多形性腺瘤临床路径

(2019 年版)

一、腮腺多形性腺瘤临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为腮腺多形性腺瘤 (ICD-10: D11.0, M8940/0)。

行腮腺肿物及浅叶切除+面神经解剖术 (或部分腮腺切除术):

1. 腮腺肿物及浅叶切除术 (ICD-9-CM-3: 26.2901)。
2. 面神经解剖术 (ICD-9-CM-3: 04.0401)。
3. 部分腮腺切除术 (ICD-9-CM-3: 26.3101)。

(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. 腮腺区无痛性肿块, 生长缓慢, 无明显自觉症状。
2. 肿块质地中等, 呈球状或分叶状, 周界清楚, 与周围组织无粘连, 无面神经功能障碍。
3. 超声或 CT 显示腮腺内有界限清楚的占位病变。

(三) 治疗方案的选择

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)。

选择腮腺肿物及浅叶切除+面神经解剖术或包括腮腺

肿瘤及瘤周正常腮腺切除的部分腮腺切除术，其适应证为：

1. 腮腺浅叶多形性腺瘤。
2. 患者全身状况可耐受手术。
3. 患者无明显手术禁忌证。

(四) 标准住院日为 5~7 天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断符合 ICD-10: D11.0, M8940/0 腮腺多形性腺瘤疾病编码。

2. 患者同时具有其他疾病诊断，如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 天

1. 必须检查的项目

- (1) 血常规、尿常规、便常规、血型。
- (2) 凝血功能。
- (3) 血生化。
- (4) 感染性疾病筛查（乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、梅毒等）。

(5) 胸片。

(6) 心电图。

(7) 腮腺超声。

2. 选择性检查的项目

- (1) 超声心动图。
- (2) 肺功能/动脉血气分析。
- (3) 腮腺 CT（建议首选增强 CT）/MRI 检查。

（七）预防性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。

2. 必要时可预防性使用抗菌药物。抗菌药物选用青霉素类或其他类抗菌药物，用药时间为术前 30 分钟。

（八）手术日为入院第 3 天

1. 麻醉方式：全身麻醉或局部麻醉。
2. 手术植入物：必要时可植入口腔生物膜，以预防涎瘘和味觉出汗综合征。
3. 术中用药：除麻醉用药外无特殊用药。

（九）术后住院恢复 2~4 天

术后用药：术后出现面神经损伤症状者，酌情选用神经营养药物。

（十）出院标准

1. 生命体征平稳。
2. 手术切口无红、肿、热、痛等炎症表现，无新鲜渗血。
3. 伤口无明显唾液渗漏等需要住院治疗的并发症。

（十一）变异及原因分析

1. 位于腮腺深叶的肿瘤不进入该路径。

2. 如肿瘤生长时间长，特别巨大（直径 $>8\text{cm}$ ），有生长迅速、疼痛或出现面瘫症状等恶变倾向时不进入该临床路径。

3. 复发性腮腺多形性腺瘤的手术方式根据具体情况酌定。

二、腮腺多形性腺瘤临床路径表单

适用对象：第一诊断为腮腺多形性腺瘤（ICD-10：D11.0，M8940/0）

行腮腺肿物及浅叶切除+面神经解剖术（或部分腮腺切除术）（ICD-9-CM-3：26.2901 或 26.3101 和 04.0401）

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：5~7 天

时间	住院第 1 天	住院第 2 天	住院第 3 天（手术日） （术前）
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 询问病史、体格检查 <input type="checkbox"/> 完成入院病历和首次病程记录 <input type="checkbox"/> 腮腺超声 <input type="checkbox"/> 腮腺 CT 或 MRI（选择性） <input type="checkbox"/> X 线胸片 <input type="checkbox"/> 心电图 <input type="checkbox"/> 超声心动图（选择性） <input type="checkbox"/> 肺功能/动脉血气分析（选择性） <input type="checkbox"/> 交待住院注意事项	<input type="checkbox"/> 上级医师查房，明确手术方案 <input type="checkbox"/> 血常规、血凝、血型、血生化 <input type="checkbox"/> 尿常规、大便常规 <input type="checkbox"/> 完成术前准备 <input type="checkbox"/> 完成术前小结 <input type="checkbox"/> 术前谈话，签署手术同意书 <input type="checkbox"/> 签署麻醉同意书 <input type="checkbox"/> 签署自费项目同意书 <input type="checkbox"/> 向患者及家属交待围手术期注意事项后下手术医嘱 <input type="checkbox"/> 全身麻醉术前准备	<input type="checkbox"/> 检查备皮情况 <input type="checkbox"/> 术前 30 分钟静滴抗菌药物（必要时） <input type="checkbox"/> 嘱患者术前 6 小时禁食、禁水 <input type="checkbox"/> 必要时准备术中冰冻活检
重点医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 三级护理/二级护理 <input type="checkbox"/> 普通饮食 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 血常规、血凝、血型、尿常规、大便常规、血生化 <input type="checkbox"/> X 线胸片、心电图 <input type="checkbox"/> 腮腺超声 <input type="checkbox"/> 腮腺 CT/MRI（必要时） <input type="checkbox"/> 超声心动图（必要时） <input type="checkbox"/> 肺功能/动脉血气分析（必要时）	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 三级护理/二级护理 <input type="checkbox"/> 普通饮食 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 明日全身或局部麻醉下行腮腺肿物及浅叶切除+面神经解剖术（或部分腮腺切除术） <input type="checkbox"/> 术前 6 小时禁食、禁水 <input type="checkbox"/> 术前肠道准备 <input type="checkbox"/> 耳后、发际上备皮 <input type="checkbox"/> 抗菌药物术前 30 分钟 静滴（必要时）	
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 介绍病房环境、设施及设备 <input type="checkbox"/> 入院护理评估 <input type="checkbox"/> 执行入院后医嘱 <input type="checkbox"/> 指导进行心电图、影像学检查等	<input type="checkbox"/> 晨起静脉取血 <input type="checkbox"/> 卫生知识及手术知识宣教 <input type="checkbox"/> 嘱禁食、禁水时间 <input type="checkbox"/> 药敏试验（必要时） <input type="checkbox"/> 术前肠道准备（必要时） <input type="checkbox"/> 术前手术区域皮肤准备	<input type="checkbox"/> 术前更衣 <input type="checkbox"/> 遵医嘱给药（必要时）
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3天（手术日） （术后）	住院第4天 （术后第1天）	住院第5~7天 （术后第2~4天，出院日）
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 完成手术记录及术后病程 <input type="checkbox"/> 向患者家属交待手术情况及术后注意事项 <input type="checkbox"/> 复苏室观察、治疗2小时 <input type="checkbox"/> 患者转运回病房继续观察、治疗	<input type="checkbox"/> 观察并记录引流 <input type="checkbox"/> 手术创口换药、包扎 <input type="checkbox"/> 交待勿进食刺激性食物 <input type="checkbox"/> 完成病程记录 <input type="checkbox"/> 营养神经药物治疗（必要时）	<input type="checkbox"/> 撤除引流 <input type="checkbox"/> 上级医师查房 <input type="checkbox"/> 完成出院小结及出院记录 <input type="checkbox"/> 完成所有病历并填写首页 <input type="checkbox"/> 通知患者出院 <input type="checkbox"/> 向患者及家属交待出院注意事项
重点医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 回病房后一级护理 <input type="checkbox"/> 流食（术后6小时后，禁忌刺激性食物） 临时医嘱： <input type="checkbox"/> 全身麻醉术后护理常规2小时 <input type="checkbox"/> 禁食、禁水6小时 <input type="checkbox"/> 持续低流量吸氧（持续时间视病情而定） <input type="checkbox"/> 持续心电、血氧饱和度监护（持续时间视病情而定） <input type="checkbox"/> 酌情补液及预防性应用抗菌药物 <input type="checkbox"/> 雾化吸入1~2次	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 停一级护理 <input type="checkbox"/> 二级护理 <input checked="" type="checkbox"/> 普通饮食（禁忌刺激性食物） <input type="checkbox"/> 营养神经药物治疗（必要时） 临时医嘱： <input type="checkbox"/> 雾化吸入每天2次 <input type="checkbox"/> 局部换药 <input type="checkbox"/> 适量补液 <input type="checkbox"/> 必要时实验室检查	出院医嘱 <input type="checkbox"/> 今日出院 <input type="checkbox"/> 撤除负压引流、创口换药 <input type="checkbox"/> 患侧腮腺区加压包扎1~2周。 <input type="checkbox"/> 5~7日后拆线 <input type="checkbox"/> 1个月内勿食刺激性食物 <input type="checkbox"/> 有面神经损伤症状者给予面肌功能训练指导和院外营养神经药物治疗 <input type="checkbox"/> 术后定期复查 <input type="checkbox"/> 出院后有任何不适及时就诊
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 观察术后病情变化 <input type="checkbox"/> 观察创口出血情况 <input type="checkbox"/> 观察术后进食情况并给予指导 <input type="checkbox"/> 指导并协助术后活动 <input type="checkbox"/> 术后心理与生活护理	<input type="checkbox"/> 观察病情变化及饮食情况 <input type="checkbox"/> 心理与生活护理 <input type="checkbox"/> 指导勿食刺激性食物	<input type="checkbox"/> 指导办理出院手续 <input type="checkbox"/> 指导复查时间及注意事项
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.
医师签名			
护士签名			