**单纯性孔源性视网膜脱离临床路径**

一、单纯性孔源性视网膜脱离临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为单纯性孔源性视网膜脱离（ICD-10: H33.001）；

行视网膜脱离复位巩膜扣带术ICD-9-CM-3:14.4（环扎加压术；环扎术；巩膜外加压术）

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-眼科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2007年），《临床技术操作规范-眼科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社，2007年），《眼科临床指南》（美国眼科学会编，中华医学会眼科学分会编译，人民卫生出版社，2013年）

1.症状：视力突然下降伴视物遮挡。

2.体征：眼底检查可见脱离的视网膜及视网膜裂孔。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《临床诊疗指南-眼科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2007年），《临床技术操作规范-眼科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社，2007年）

视网膜脱离复位巩膜扣带术指征：

1.视网膜脱离不合并严重的增生性玻璃体视网膜病变；

2.视网膜脱离不合并后极部视网膜裂孔；

3.视网膜脱离不伴有玻璃体视网膜牵引；

4.视网膜脱离不合并脉络膜脱离。

**（四）标准住院日为9-14天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合单纯性孔源性视网膜脱离疾病编码（ICD-10: H33.001）。

2.当患者同时具有其他疾病诊断，但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）1-3天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规；

（2）肝功能、肾功能、血糖、凝血功能，感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）心电图，胸部X线片；

（4）眼部B超。

2.根据患者病情需要可选择行眼底照相、光学相干断层扫描技术（OCT）及荧光素眼底血管造影术（FFA）等检查。

**（七）预防性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（2015年版）》执行，根据患者病情合理使用抗菌药物。

2.选用抗菌药物滴眼液，局部预防性用药时间可1-3天。

**（八）手术日为入院第4-5天。**

1.聚维酮碘消毒。

2.麻醉方式：局部麻醉，可行局部麻醉联合神经安定镇痛。

3.手术内固定物：硅胶或硅海绵。

4.术中用药：利多卡因、罗派卡因或布比卡因。

5.术中用耗品：巩膜缝线，冷凝用气,消毒气体等。

**（九）术后住院恢复5-14天。**

1.术后需要复查的项目：视力、眼压、结膜伤口、眼前节、视网膜相关检查，根据患者病情变化选择检查项目。

2.选择用药：

（1）抗菌药物：按照《2015抗菌药物临床应用指导原则》执行，结合患者病情合理使用抗菌药物，用药时间为：术前及术后预防用药不超过24h。

（2）抗菌药物滴眼液；

（3）糖皮质激素滴眼液；

（4）散瞳剂。

**（十）出院标准。**

1.眼压正常范围。

2.裂孔封闭，视网膜复位。

3.伤口愈合好。

**（十一）变异及原因分析。**

1.术前评估为严重的增殖性玻璃体视网膜病变、巨大裂孔、多发裂孔、后部视网膜裂孔、视网膜存在玻璃体牵引需行玻璃体切割术、屈光间质混浊影响手术；出现眼部（如结膜炎）或全身感染（感冒等）者，不进入路径。

2.黄斑裂孔性视网膜脱离，或同时合并黄斑裂孔者不进入路径。

3.复发性、牵拉性或渗出性视网膜脱离者，不进入路径。

4.伴严重玻璃体积血、脉络膜脱离、先天性脉络膜缺损、脉络膜脱离等眼部异常，不进入路径。

5.出现严重手术并发症（脉络膜驱逐性出血，巩膜穿孔，严重玻璃体积血，眼内炎等），转入相应路径。

6.需行全麻手术者不进入路径。

二、单纯性孔源性视网膜脱离临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**单纯性孔源性视网膜脱离（ICD-10：H33.001）

**行**视网膜脱离复位巩膜扣带术（ICD-9-CM-3：14.4）

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：9-14天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2天 | 住院第3天 |
| 主要诊疗工作 | * 询问病史及体格检查,包括裂隙灯、三面镜和间接检眼镜检查
* 完成病历书写
* 开实验室检查单
* 上级医师查房与术前评估
* 初步确定手术方式和日期
* 术眼抗菌药物滴眼液清洁结膜囊
 | * 上级医师查房
* 完善术前检查和术前评估
* 术眼完成眼科特殊检查：A、B超
* 如有必要，完成相关检查：如FFA，OCT等
* 对侧眼检查并制定治疗方案
* 裂隙灯和间接检眼镜检查
* 术眼抗菌药物滴眼液清洁结膜囊
 | * 完成必要的相关科室会诊
* 调整全身用药，控制血压、血糖等
* 裂隙灯和间接检眼镜检查
* 住院医师完成术前小结和术前讨论，上级医师查房记录等
* 签署手术同意书、自费用品协议书
* 抗菌药物滴眼液清洁结膜囊
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 眼科二级护理常规
* 饮食
* 抗菌药物滴眼液
* 散瞳剂

**临时医嘱：*** 血常规、尿常规，血糖、肝功能、肾功能，凝血功能，感染性疾病筛查
* 心电图，胸部X线片
* 眼B超
* 眼底照相（必要时）
 | **长期医嘱：*** 眼科二级护理常规
* 饮食
* 抗菌药物滴眼液
* 散瞳剂

**临时医嘱：*** FFA，OCT（必要时）
 | **临时医嘱：**（术前一日）* 常规准备明日在局麻下行视网膜脱离复位巩膜扣带术
* 术前洗眼、备皮
* 术前一小时充分散瞳
* 术前口服镇静药
* 术前1小时给予止血药
 |
| 主要护理工作 | * 病区环境及医护人员介绍
* 医院相关制度介绍
* 入院评估
* 执行医嘱
* 饮食宣教
* 观察生命体征
* 介绍相关治疗、检查、用药等护理中应注意的问题
* 体位介绍
* 完成护理记录单书写
 | * 指导患者尽快适应病区环境
* 按医嘱执行护理治疗
* 介绍有关疾病的护理知识
* 介绍相关治疗、检查、用药等护理中应注意的问题
* 饮食宣教
* 观察生命体征
* 完成护理记录单书写
 | * 按医嘱执行护理治疗
* 饮食宣教
* 观察生命体征
* 健康宣教：术前、术中注意事项
* 执行手术前医嘱
* 完成术前护理记录单书写
 |
| 病情变异记录 | □无 □有，原因：1.2. | □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4-5天﹡（术日） | 住院第5-6天 （术后1日）  |
| 主要诊疗工作 | * 手术：有手术指征，无手术禁忌可手术治疗
* 术者完成手术记录
* 住院医师完成术后病历书写
* 上级医师查房
* 向病人及家属交代病情及术后注意事项
 | * 上级医师查房
* 裂隙灯和间接检眼镜检查
* 注意眼压，手术切口、玻璃体、视网膜
* 住院医师完成常规病历书写
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 眼科术后二级护理常规
* 饮食
* 抗菌药物滴眼液
* 激素滴眼液
* 散瞳剂
 | **长期医嘱：*** 同术后当日
* 眼部换药，每天一次

**临时医嘱：*** 如眼压高，应用降眼压药物
* 如炎症反应重，可使用糖皮质激素
 |
| 主要护理工作 | * 健康宣教：术后注意事项
* 执行术后医嘱
* 完成手术当日护理记录单书写
* 观察动态病情变化，执行医嘱
* 介绍术后正确体位
* 介绍相关治疗、检查、用药等护理中应注意的问题
 | * 执行术后医嘱
* 观察动态病情变化，执行医嘱
* 健康宣教：手术后相关注意事项，介绍有关患者康复锻炼方法
* 术后用药知识宣教
* 监测患者生命体征变化、术眼情况变化
* 完成术后第一日护理记录单
 |
| 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 |  |  |

﹡注：如入院前已按要求完成部分术前检查，则手术前准备时间可适当缩短。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第6-8天（术后2-3日） | 住院第9-14天 （出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房
* 裂隙灯和间接检眼镜检查
* 注意眼压、手术切口、玻璃体、视网膜
* 住院医师完成常规病历书写
* 如果眼压增高，或玻璃体混浊则进行相应处理
 | * 上级医师查房
* 裂隙灯和间接检眼镜检查
* 注意眼压、切口、玻璃体、视网膜
* 住院医师完成常规病历书写
* 根据术后切口、玻璃体腔、视网膜情况，并发症是否控制等决定术后出院时间
* 完成出院记录、病案首页、出院诊断证明书等病历材料
* 向患者交代出院后的后续治疗及相关注意事项，如：复诊时间等
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 同术后当日
* 根据并发症情况予相应治疗
* 眼压增高：噻吗洛尔，酒石酸溴莫尼定、醋甲唑胺
* 玻璃体混浊：碘制剂

**临时医嘱：*** 炎症反应：局部抗炎治疗
 | **长期医嘱：*** 出院带药
	+ 抗菌药物滴眼液
	+ 激素滴眼液
	+ 非甾体类抗炎滴眼液
	+ 散瞳剂
* 门诊随诊
 |
| 主要护理工作 | * 执行术后医嘱
* 观察动态病情变化，执行医嘱
* 健康宣教：手术后相关注意事项，介绍有关患者康复锻炼方法
* 术后用药知识宣教
* 监测患者生命体征变化、术眼情况变化
* 完成术后护理记录单
 | * 执行术后医嘱、出院医嘱
* 观察动态病情变化，执行医嘱
* 进行出院指导：生活指导、饮食指导、用药指导
* 监测患者生命体征变化、术眼情况变化
* 完成术后相关护理记录单
 |
| 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 |  |  |