

# 下颌前突畸形临床路径

(2009 年版)

## 一、下颌前突畸形临床路径标准住院流程

### (一) 适用对象。

第一诊断为下颌前突畸形 (ICD-10: K07.107)

行下颌前突畸形矫治术 (ICD-9-CM-3: 76.62-76.64)

### (二) 诊断依据。

根据《临床诊疗指南-口腔医学分册》(中华医学会编著, 人民卫生出版社)

1. 下颌向前突出, 前牙反合, 后牙近中关系 (Angle III 类)。

2. 面下 1/3 较长, 软组织颏前点前移。

3. X 线头影测量:  $\angle SNA$  正常,  $\angle SNB$  大于正常,  $\angle ANB$  小于正常或为负角。

### (三) 治疗方案的选择。

根据《临床诊疗指南-口腔医学分册》(中华医学会编著, 人民卫生出版社)

选择下颌前突畸形矫治术, 其适应证为:

1. 骨性 III 类错合畸形;
2. 全身无手术禁忌证。

### (四) 标准住院日为 $\leq 10$ 天。

### (五) 进入路径标准。

药源网  
YAOPINNET.COM

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: K07.107 下颌前突畸形疾病编码。

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）3 天。

必须检查的项目：

1. 线头影测量、模型外科设计；
2. 术前正畸结束，符合手术要求；
3. 血常规、尿常规、便常规、血型；
4. 凝血功能；
5. 肝肾功能；
6. 感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；
7. 胸片和心电图；
8. X 线头颅正侧位定位片、全口曲面断层片、双侧颞下颌关节薛氏位片或锥形束 CT 片。

#### （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〔2004〕285 号）执行。

2. 选择青霉素类或其他类抗菌素，预防性用药时间为手术开始前 30 分钟。

#### （八）手术日为入院第 4 天。

1. 麻醉方式：经鼻气管插管全身麻醉。

2. 手术内固定物：小型/微型钛板、钛钉。
3. 术中用药：麻醉常规用药、抗菌药物和止血药。
4. 输血：视术中情况和出血量而定。

#### （九）术后住院恢复 5-6 天。

1. 必须复查的检查项目：血常规，X 线头颅正侧位定位片，全口曲面断层片，双侧颞下颌关节薛氏位片或锥形束 CT 片。

2. 术后使用抗菌药物，止血、消肿类及镇痛类药物，用药时间 3-5 天。

#### （十）出院标准。

1. 一般情况良好、可进流食、活动自如；面部肿胀逐渐消退。
2. 上下牙列就位于咬合导板内，咬合关系稳定。
3. X 线片显示：无意外骨折，各骨段位置符合设计要求；各骨内固定物就位良好；髁突位置在正常范围。
4. 手术创口在愈合中，无脓性分泌物；手术区无明显积液。

#### （十一）变异及原因分析。

1. 若有影响手术的全身情况，需要进行相关会诊，除外手术禁忌证。
2. 对极少数下颌前突畸形患者，应行神经外科会诊，以排除脑垂体瘤等病因，避免术后复发。

## 二、下颌前突畸形临床路径表单

适用对象：**第一诊断为** 下颌前突畸形（ICD-10：K07.107）

行下颌前突畸形矫治术（ICD-9-CM-3：76.62-76.64）

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：≤12 天

| 时间     | 住院第 1 天                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住院第 2 天                                                                                                                                                                                                               | 住院第 3 天                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主要诊疗工作 | <input type="checkbox"/> 询问病史、体格检查<br><input type="checkbox"/> 完成入院病历和首次病程记录的书写<br><input type="checkbox"/> 请示上级医师<br><input type="checkbox"/> 确定手术日期                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 上级医师查房<br><input type="checkbox"/> 牙周洁治<br><input type="checkbox"/> 根据术前化验及检查除外手术禁忌证<br><input type="checkbox"/> 必要时完成相关会诊<br><input type="checkbox"/> 取工作模型<br><input type="checkbox"/> 上合架 | <input type="checkbox"/> 完成 x 线头影测量和分析<br><input type="checkbox"/> 完成模型外科设计<br><input type="checkbox"/> 上级医师确认手术方案<br><input type="checkbox"/> 完成术前小结、上级医师查房纪录<br><input type="checkbox"/> 签署麻醉、手术同意书和输血同意书<br><input type="checkbox"/> 向患者及家属说明手术效果预测和围手术期注意事项<br><input type="checkbox"/> 完成咬合导板制作、试戴<br><input type="checkbox"/> 颌间牵引钩就位                                        |
| 重点医嘱   | <b>长期医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 三级护理<br><input type="checkbox"/> 普食<br><b>临时医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 血尿便常规检查、血型、凝血功能、血生化、感染性疾病筛查<br><input type="checkbox"/> 胸片和心电图<br><input type="checkbox"/> X 线头颅正侧位定位片、全口曲面断层片、双侧颞下颌关节薛氏位片或锥形束 CT 片<br><input type="checkbox"/> 牙周洁治 | <b>长期医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 三级护理<br><input type="checkbox"/> 普食                                                                                                                                          | <b>长期医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 三级护理<br><input type="checkbox"/> 普食<br><b>临时医嘱：（术前医嘱）</b><br><input type="checkbox"/> 明日在全麻下行下颌前突畸形矫治术（说明具体术式）<br><input type="checkbox"/> 面部、口腔清洁<br><input type="checkbox"/> 术前 6 小时禁食水<br><input type="checkbox"/> 术前插胃管<br><input type="checkbox"/> 术中插尿管<br><input type="checkbox"/> 抗菌药物术前 30 分钟<br><input type="checkbox"/> 其他特殊医嘱 |
| 主要护理工作 | <input type="checkbox"/> 介绍病房环境、设施及设备<br><input type="checkbox"/> 入院护理评估<br><input type="checkbox"/> 执行入院后医嘱<br><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<br><input type="checkbox"/> 卫生知识宣教                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 手术知识宣教<br><input type="checkbox"/> 手术区域皮肤准备及口腔清洁<br><input type="checkbox"/> 嘱患者禁食、水时间<br><input type="checkbox"/> 药敏试验                                                                                                                                                                                                                                   |
| 病情变异记录 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 护士签名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 医师签名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 时间             | 住院第 4 天<br>(手术日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 住院第 5 天<br>(术后第 1 天)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主要<br>诊疗<br>工作 | <input type="checkbox"/> 手术<br><input type="checkbox"/> 术者完成手术记录<br><input type="checkbox"/> 完成术后病程记录<br><input type="checkbox"/> 上级医生查房<br><input type="checkbox"/> 向患者家属说明手术过程和病情                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 上级医师查房<br><input type="checkbox"/> 密切注意病情变化<br><input type="checkbox"/> 常规完成术后病程的记录<br><input type="checkbox"/> 观察面部肿胀、呼吸情况和创口渗血情况<br><input type="checkbox"/> 注意体温、进食量等<br><input type="checkbox"/> 根据病情，鼓励患者下床活动                                                                                                           |
| 重点<br>医嘱       | <b>长期医嘱：(术后)</b><br><input type="checkbox"/> 全麻术后护理常规<br><input type="checkbox"/> 保留胃管<br><input type="checkbox"/> 视情况保留插管<br><b>临时医嘱：(术后)</b><br><input type="checkbox"/> 禁食水 1 日<br><input type="checkbox"/> 保留尿管 1 日<br><input type="checkbox"/> 持续胃肠减压 1 日<br><input type="checkbox"/> 生命体征监护、必要时吸氧<br><input type="checkbox"/> 输液（根据需要计算输入量）<br><input type="checkbox"/> 抗菌药物<br><input type="checkbox"/> 激素<br><input type="checkbox"/> 止血药物 | <b>长期医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 一级护理<br><input type="checkbox"/> 鼻饲流食<br><input type="checkbox"/> 雾化吸入（视情况而定）<br><input type="checkbox"/> 口腔冲洗<br><b>临时医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 根据需要量输液<br><input type="checkbox"/> 抗菌药物<br><input type="checkbox"/> 激素<br><input type="checkbox"/> 止血药（必要时）<br><input type="checkbox"/> 止吐药（必要时） |
| 主要<br>护理<br>工作 | <input type="checkbox"/> 观察患者病情变化<br><input type="checkbox"/> 观察创口出血情况<br><input type="checkbox"/> 心理与生活护理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 观察病情变化<br><input type="checkbox"/> 观察术后进食情况并给予指导<br><input type="checkbox"/> 遵医嘱口腔冲洗，保持口腔清洁<br><input type="checkbox"/> 心理与生活护理                                                                                                                                                                                              |
| 病情<br>变异<br>记录 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 护士<br>签名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 医师<br>签名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 时间             | 住院第 6 天<br>(术后第 2 天)                                                                                                                                                                                                                       | 住院第 7-8 天<br>(术后第 3-4 天)                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 住院第 9-10 天<br>(出院日)                                                                                                                                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主要<br>诊疗<br>工作 | <input type="checkbox"/> 上级医师查房<br><input type="checkbox"/> 注意病情变化<br><input type="checkbox"/> 完成病程记录<br><input type="checkbox"/> 换药、去除加压包扎敷料<br><input type="checkbox"/> 开始颌间牵引                                                           | <input type="checkbox"/> 上级医师查房<br><input type="checkbox"/> 注意病情变化<br><input type="checkbox"/> 完成病程记录<br><input type="checkbox"/> 调整颌间牵引至上下牙列进入咬合导板<br><input type="checkbox"/> 复查 X线头颅正侧位定位片、全口曲面断层片、双侧颞下颌关节薛氏位片或锥形束 CT 片                                                                                              | <input type="checkbox"/> 上级医师查房，检查咬合关系、创口愈合、面部肿胀和术后 X 线片等，明确可以出院<br><input type="checkbox"/> 完成出院小结、病历首页和出院诊断证明书等<br><input type="checkbox"/> 向患者说明出院注意事项、复查时间，以及发生情况及时复诊等 |
| 重点<br>医嘱       | <b>长期医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 鼻饲流食<br><input type="checkbox"/> 雾化吸入（视情况而定）<br><input type="checkbox"/> 口腔冲洗<br><b>临时医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 根据需要量输液<br><input type="checkbox"/> 抗菌药物<br><input type="checkbox"/> 激素 | <b>长期医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 鼻饲或口饲流食<br><input type="checkbox"/> 雾化吸入（视情况而定）<br><input type="checkbox"/> 口腔冲洗<br><input type="checkbox"/> 拔除胃管<br><input type="checkbox"/> 流食<br><b>临时医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 根据需要量输液<br><input type="checkbox"/> 抗菌药物（必要时）<br><input type="checkbox"/> 激素（必要时） | <b>出院医嘱：</b><br><input type="checkbox"/> 出院带药<br><input type="checkbox"/> 避免创伤<br><input type="checkbox"/> 注意口腔卫生<br><input type="checkbox"/> 及时复诊                         |
| 主要<br>护理<br>工作 | <input type="checkbox"/> 观察病情变化及饮食情况<br><input type="checkbox"/> 心理与生活护理<br><input type="checkbox"/> 口腔卫生宣教                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 观察病情变化及饮食情况<br><input type="checkbox"/> 心理与生活护理                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 指导办理出院手续<br><input type="checkbox"/> 指导复查时间及注意事项                                                                                                  |
| 病情<br>变异<br>记录 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因：<br>1.<br>2.                                                                                                      |
| 护士<br>签名       |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                            |
| 医师<br>签名       |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                            |