

免责和版权声明：本临床路径内容仅作为学术研究目的的参考资料，发布方不为其内容的真实性和有效性负任何责任，使用临床路径即表示了解并接受此约定；此外，未经发布方的书面同意，任何人不可将本临床路径内容用于约定以外的任何其它目的包括商业目的，否则会被视为侵犯发布方的版权而受到法律追究。

肾囊肿去顶减压术 ERAS 实施流程

实施时间	实施项目	项目内容	介绍	负责人
入院	患者教育 评估	生活方式教育	通过门诊宣教，宣传小册子等，告知患者戒烟戒酒	护士/外科 医师
术前一个月 (4周)		入院宣教及 护理/优化身 体情况	1. 患者在术前应接受专门的咨询服务，全面了解围术期治疗的相关知识，包括术式、麻醉方式、术后镇痛、术后早期进食和早期下床活动等目的、意义 2. 行肺功能锻炼（爬楼梯、吹气球）；如何进行有效咳嗽排痰；术后进食介绍；如何预防误吸（床头抬高30度、进食后下床活动）；注意口腔卫生（刷牙、漱口液）；做好对患者及其家属的教育，减轻患者的精神压力，并告知术后康复的详细步骤 3. 入院需麻醉医生和外科医生共同评估入组标准进入ERAS通道，口头	护士

			或书面告知患者围手术期各项相关事宜，告知患者预设的出院标准，告知患者随访时间安排等	
术前7-10天/ 根据实际情况直至术前	术前营养支持	入院后营养状况评估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 严重营养不良的患者行营养支持治疗后再进入 ERAS 2. 术前接受全量放疗或新辅助放化疗的患者，重要脏器功能不全或严重糖尿病等系统性疾病患者，进入快速康复路径应慎重 3. 患者严重营养不良，则应该给予口服营养补充剂或术前肠内营养 	护士 / 营养师
		营养支持指征	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6 月内体重下降>10% 2. 患者进食量低于推荐摄入量的 60%长达 10 天以上 3. BMI< 18.5 kg/m² 4. 白蛋白<30g/L(无肝肾功能障碍) 	
		营养支持目标	白蛋白>35g/L 如条件允许，建议术前营养支持 7-10 天 如条件不允许，营养支持至术前	
术前	肠道准备	术前肠道准备	术前口服泻药/不提倡术前晚常规灌肠	护士
术前6h-术前2h	禁食禁饮	术前禁食禁饮	避免长时间术前禁食，择期手术前 6h 禁食，术前 2h 之前可饮用指定碳酸饮料 200-400ml	护士
术前	体液管理	术前体液管理	术前纠正患者的液体与电解质平衡	护士 / 外科医师
术前 15 分钟	预防性镇痛	术前镇痛	在麻醉诱导前采用 NSAIDs 类药物（如氟比洛芬酯 50mg iv）及打孔前	护士 / 外科

			给予罗哌卡因局麻防止痛觉过敏，减轻术后疼痛 诱导时可用地塞米松或 H2 受体阻滞剂预防恶心呕吐	医师
切开皮肤前 30min 使用	预防性抗生素的使用	术前预防性 抗生素的使 用	术前 30min 预防性应用抗生素，依据《抗菌药物临床应用指导原则》 (2015 年版)，可预防使用第一、二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类药物， 若已有泌尿系感染，根据尿常规、尿培养等选择合适的抗生素 若手术时间超过 3h，可在术中补充预防性抗生素。	护士 / 外科 医师
术中管理目标				
切皮前	麻醉	麻醉方案	气管插管全身麻醉	麻醉医师
术中	切口和术式 选择	手术方式	肾囊肿去顶减压术，优先选用腹腔镜技术	外科医师
	体温控制	避免术中低 体温	常规监测体温，目标体温不低于 36℃，通过调节室温、使用输液加热装 置等方法，避免患者术中低体温	麻醉医师
	体液管理	控制术中液 体输入量	术中进行平衡容量管理，或进行目标导向液体治疗。	麻醉医师
	医用管道放 置	放置鼻胃管	1. 肾囊肿去顶减压术中不应常规放置鼻胃管减压，这样可以降低术后发 热、肺不张及肺炎的发生率 2. 如果在气管插管时有气体进入胃中，可以插入胃管排出气体，但应在 病人麻醉清醒前予以拔除	外科医师
腹腔引流		留置腹腔内引流管，48h 内酌情尽早拔除	外科医师	

		尿道引流	在手术室麻醉后安置，术后 24h 内酌情尽早拔除	外科医师
	手术结束前	术中镇痛	以前述非甾体类药及局麻药局部浸润为主，如术中延长手术切口，术毕可酌情留置镇痛泵	麻醉医师
术后管理目标				
术后第1天			<ol style="list-style-type: none"> 1. 发生呕吐的病人应追加使用止吐药如昂丹司琼、地塞米松等 2. 提倡早期活动，术后 6h 建议下床活动 3. 术后 2h 饮水，若无明显腹胀、腹痛等，待患者排气后，术后第 1 天可进流食，少食多餐，根据患者情况逐渐增加量 4. 术后镇痛以 NSAIDs 为基础用药，如氟比洛芬酯 50-100 mg iv bid，术后常规每 2h 由护士评估记录疼痛分值，报告医生后酌情处理 	护士/外科医师/护士
术后第2天			<ol style="list-style-type: none"> 1. 腹腔内引流管引流量少于 20ml，无发热，可拔除引流管 2. 术后 24h 内拔尿管 3. 根据胃肠耐受量逐渐增加进食量，逐渐过渡到软食 4. 术后镇痛同术后第一天 5. 根据患者情况指导患者离床活动 4-6 次，每次 30min ~ 1h 	护士/外科医师

术后第3天-出院日			符合下列标准可以出院 1. 恢复进食固体食物，无须静脉补液；可以自由活动到卫生间 2. 病人达到以上全部要求并愿意出院时,应给予出院 3. 患者出院当日，完善效果评价，回收自评表	护士/外科 医师
出院后	随访及结果 评估	出院后随访 及结果评估	术后 3 月应来门诊进行回访，计划进一步的治疗等	外科医师/ 护士