

临床路径管理丛书

神经内科 临床路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

最新临床指南

神经内科



2015版指南

人民卫生出版社

临床路径管理丛书

神经内科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经内科临床路径/卫生部医政司编著. —北京:人民卫生出版社, 2012. 9

(临床路径管理丛书)

ISBN 978-7-117-15512-0

I. ①神… II. ①卫… III. ①神经系统疾病-诊疗
IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037155 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

神经内科临床路径

编 著: 卫生部医政司

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 5.5

字 数: 105 千字

版 次: 2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15512-0/R · 15513

定 价: 18.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

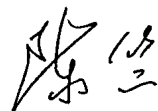
序

实施临床路径管理是公立医院改革工作的重要任务之一。推进临床路径管理工作,对于促进医院管理向科学化、规范化、专业化、精细化、信息化发展,规范诊疗服务行为,提高医疗质量,控制医疗费用等都具有十分重要的作用。

临床路径是应用循证医学证据,针对某种疾病,按照时间顺序,对入院检查、诊断、用药、治疗、护理、饮食指导、宣教、出院计划等,形成的疾病医疗服务计划。临床路径管理起源于西方发达国家,至今已有 20 余年的发展历史,上世纪 90 年代中期,临床路径管理的理念逐步引入我国。按照深化医药卫生体制改革有关工作安排,卫生部于 2009 年启动了临床路径管理试点工作。经过近 3 年的试点,实施临床路径管理,医疗服务效率进一步提高,医疗服务质量与安全明显改善,医疗费用趋于下降,患者满意度进一步提高,试点工作取得明显成效。

国内外的实践证明,实施临床路径管理是医院实现现代化管理的重要体现;是持续改进医疗服务质量,保障医疗安全的重要举措;是控制医疗费用不合理增长的有效途径,为支付制度改革奠定了基础;是引导医院由粗放式向科学化、精细化管理模式转变,由重外延向加强内涵建设的发展方式转变,由单体机构扩张向集团化、分工协作的发展方向转变,实现提高社会效益和经济效益,提高管理水平和医疗服务水平的重要手段。

《临床路径管理丛书》收录了临床路径管理工作启动以来,至 2011 年底,卫生部下发的 22 个专业 331 个病种的临床路径。卫生部将按照深化医药卫生体制改革的工作要求,继续推进临床路径管理工作,组织专家制定部分病种的临床路径。本丛书将根据卫生部临床路径制定情况,收录后续下发的临床路径,适时出版相应分册,帮助医务人员更好地掌握、使用临床路径,进一步规范诊疗行为,保障医疗质量与安全,最终实现为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务的目标。



二〇一二年七月

前言

临床路径是应用循证医学证据,综合多学科、多专业主要临床干预措施所形成的“疾病医疗护理计划标准”,是医院管理进一步精细化,逐步深入到单病种管理的体现。它既包含了循证医学理念,具有科学性、规范性、可操作性的特点,又融入了“以病人为中心”等现代医疗质量管理理念和模式,贴近临床、贴近患者,对于保障医疗质量与安全、规范诊疗行为、控制医疗费用具有重要的现实意义。

按照深化医药卫生体制改革有关工作要求,卫生部于2009年启动了临床路径管理工作,组织专家陆续制定下发了部分常见病、多发病、对群众健康危害较大的疾病病种的临床路径,并在全国范围内开展了临床路径管理试点工作。截至2011年底,卫生部已制定下发22个专业331个病种的临床路径;全国已有3467家医疗机构,共计25503个科室开展了临床路径管理工作,整体工作稳步推进。临床路径管理工作开展3年以来取得的成效证明,实施临床路径管理,医疗服务效率进一步提高,医疗服务质量与安全得到保障,医疗费用趋于下降,患者满意度进一步提高。

临床路径管理工作对于绝大多数医院来说,是一项全新、有挑战性的工作,在实际开展过程中也会遇到不同的问题。这些问题既有临床方面的,也有管理方面的;产生问题的原因既有技术能力方面的,也有思想认识方面的。这就需要我们进一步统一思想,在实践中探索解决问题的最佳方案。为帮助医院管理人员和医护人员更好地掌握、运用临床路径,卫生部医政司委托人民卫生出版社出版《临床路径管理丛书》,将已下发的22个专业331个病种的临床路径按专业汇编成册,具有科学性、指导性的鲜明特点,供全国各级医疗机构及其医务人员在临床诊疗工作中使用。

本丛书将根据卫生部临床路径制定情况,收录后续下发的临床路径,适时出版相应分册。书中难免存在不足之处,欢迎同行批评指正。

卫生部医政司

二〇一二年七月

编写委员会

主任委员 马晓伟

副主任委员 王羽 赵明钢

编委会办公室

主任：焦雅辉

秘书：胡瑞荣

临床路径技术审核专家委员会（按姓氏笔画排序）

（一）首席专家组

刘志红 吴孟超 邱贵兴 陈赛娟 陈香美 郝希山 钟南山 高润霖
曾益新 樊代明

（二）呼吸内科专业

组长：刘又宁

成员：王辰 白春学 林江涛 姚婉贞 高占成 康健
孙铁英（兼秘书）

（三）消化内科专业

组长：许国铭

成员：张澍田 刘新光 杨云生 周丽雅 房静远 唐承薇 钱家鸣
秘书：邹多武

（四）神经内科专业

组长：吕传真

成员：蒲传强 崔丽英 贾建平 胡学强 周东 王拥军
秘书：赵重波

（五）心血管内科专业

组长：胡大一

成员：张澍 杨跃进 沈卫峰 黄德嘉 葛均波 霍勇
秘书：袁晋青

(六) 血液内科专业

组长：王建祥

成员：王健民 吴德沛 邵宗鸿 邹 萍 赵永强 黄晓军

秘书：王 迎

(七) 肾病学专业

组长：刘志红

成员：丁小强 李学旺 余学清 陈 楠 梅长林 章友康

秘书：蔡广研

(八) 内分泌科专业

组长：宁 光

成员：王卫庆 母义明 纪力农 李光伟 陈璐璐 赵家军

秘书：徐 焰

(九) 普通外科专业

组长：赵玉沛

成员：王 杉 刘永锋 刘玉村 张忠涛 姜洪池 秦新裕

秘书：孙 阳

(十) 神经外科专业

组长：赵继宗

成员：江基尧 张力伟 李新钢 凌 锋 黄峰平 游 潮

秘书：李京生

(十一) 骨科专业

组长：姜保国

成员：王以朋 邱 勇 田 伟 陈仲强 金大地 曾炳芳 裴福兴

秘书：杨 波

(十二) 泌尿外科专业

组长：那彦群

成员：孔垂泽 叶章群 孙 光 陈 山 金 杰 黄 健 谢立平

秘书：许克新

(十三) 胸外科专业

组长：支修益

成员：刘伦旭 何建行 张 逊 李 辉 姜格宁 赵 珩

秘书：陈东红

(十四) 心脏大血管外科专业

组长：胡盛寿

成员：王春生 刘 苏 刘建实 庄 建 黄方炯 甄文俊

秘书：罗新锦

(十五) 妇科专业

组长：郎景和

成员：尹 玲 乔 杰 朱 兰 沈 铿 张震宇 周应芳 段 华
崔 恒

秘书：曹冬焱

(十六) 产科专业

组长：张为远

成员：王山米 边旭明 李小毛 杨慧霞 段 涛 靳家玉
杨 孜（兼秘书）

(十七) 小儿内科专业

组长：沈 颖

成员：申昆玲 许 峰 杜立中 张 欣 金润铭 闻德亮 秦 炯
曹 丽 魏 珉

秘书：刘小梅

(十八) 小儿外科专业

组长：李仲智

成员：王维林 叶 辉 孙 宁 肖现民 金先庆 夏慧敏 袁继炎

秘书：李小松

(十九) 眼科专业

组长：黎晓新

成员：王 薇 刘奕志 何守志 施玉英 姚 克 唐罗生

秘书：申屠形超

(二十) 耳鼻喉科专业

组长：韩德民

成员：孔维佳 周 梁 姜学钧 高志强 黄志刚 韩东一

秘书：徐 文

(二十一) 口腔科专业

组长：王 兴

成员：许天民 张富强 俞光岩 高学军 章锦才 葛立宏

秘书：陈 铭

(二十二) 皮肤性病科专业

组长：张学军

成员：王宝玺 何春滌 张建中 郑 捷 郑 敏 曾凡钦

秘书：崔 勇

(二十三) 肿瘤科专业

组长：赵 平

成员：姜文奇 唐平章 顾 晋 蒋国梁 赫 捷 樊 嘉

秘书：董恒磊

(二十四) 综合组

组长：张振忠 梁铭会

成员：马谢民 王 怡 王 敏 左晓春 田常俊 白剑峰 石应康

刘春玲 刘爱民 何梦乔 吴永佩 吴良明 宋文舸 张 炜

李 岩 李少冬 杨连春 邱大龙 武广华

目 录

短暂性脑缺血发作临床路径	1
脑出血临床路径	5
吉兰-巴雷综合征临床路径	9
多发性硬化临床路径	14
癫痫临床路径	18
重症肌无力临床路径	22
病毒性脑炎临床路径	26
成人全面惊厥性癫痫持续状态临床路径	35
肌萎缩侧索硬化临床路径	41
急性横贯性脊髓炎临床路径	46
颈动脉狭窄临床路径	52
颅内静脉窦血栓形成临床路径	57
视神经脊髓炎临床路径	63
亚急性脊髓联合变性临床路径	68
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	73
附件 2 卫生部办公厅关于进一步加强临床路径管理 试点工作的通知	74

短暂性脑缺血发作临床路径

(2009 年版)

一、短暂性脑缺血发作临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为短暂性脑缺血发作:椎基底动脉综合征(ICD-10:G45.0),颈动脉综合征(大脑半球)(ICD-10:G45.1)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 神经病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 起病突然,迅速出现局灶性神经系统症状和体征。
2. 神经系统症状和体征多数持续十至数十分钟,并在 1 小时内恢复,但可反复发作。
3. 神经影像学未发现任何急性梗死病灶。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 神经病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 进行系统的病因学检查,制定治疗策略。
2. 抗血小板聚集治疗。
3. 频发短暂脑缺血发作者应予抗凝治疗。
4. 病因、危险因素、并发症的治疗。
5. 明确有血管狭窄并达到手术标准者予手术治疗。

(四) 标准住院日为 5~7 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合短暂性脑缺血发作:椎基底动脉综合征(ICD-10:G45.0),颈动脉综合征(大脑半球)(ICD-10:G45.1)疾病编码。
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,可以进入临床路径。

(六) 住院后的检查项目

1. 必须检查的项目

(1)血常规、尿常规、大便常规;

(2)肝肾功能、电解质、血糖、血脂、凝血功能、抗“O”、抗核抗体、ENA、类风湿因子、纤维蛋白原水平、蛋白C、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等);

(3)X线胸片、心电图;

(4)头颅MRI或CT,颈动脉血管超声。

2. 根据具体情况可选择的检查项目:超声心动图、同型半胱氨酸、抗凝血酶Ⅲ, TCD,CTA、MRA或DSA,灌注CT或灌注MRI。

(七) 选择用药

1. 抗凝药物:排除抗凝治疗禁忌证后可给予①肝素加华法林;②单独口服华法林;③单独用低分子肝素。

2. 抗血小板聚集药物:肠溶阿司匹林、氯吡格雷等。

3. 必要时可予他汀类降血脂药。

(八) 出院标准

1. 患者病情稳定

2. 没有需要住院治疗的并发症

(九) 变异及原因分析

1. 辅助检查异常,需要复查和明确异常原因,导致住院治疗时间延长和住院费用增加。

2. 住院期间病情加重,出现并发症,需要进一步诊治,导致住院治疗时间延长和住院费用增加。

3. 既往合并有其他系统疾病,短暂性脑缺血发作可能导致合并疾病加重而需要治疗,从而延长治疗时间和增加住院费用。

4. 短暂性脑缺血发作病因明确,反复发作并且有手术指征者转外科或介入科进一步治疗,转入相应治疗路径。

5. 若住院期间转为脑梗死者转入脑梗死临床路径。

二、短暂性脑缺血发作临床路径表单

适用对象:第一诊断为短暂性脑缺血发作;椎基底动脉综合征(ICD-10:G45.0),颈动脉综合征(大脑半球)(ICD-10:G45.1)

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
主要诊疗工作	☐ 询问病史,体格检查 ☐ 查看既往辅助检查:头颅 CT 或 MRI ☐ 初步诊断,确定药物治疗方案 ☐ 向患者及家属交代病情 ☐ 开化验单及相关检查单 ☐ ABCD 评价 ☐ 神经功能状态评价 ☐ 完成首次病程记录和病历记录	☐ 上级医师查房,完成上级医师查房记录 ☐ 评估辅助检查结果,分析病因 ☐ 向患者及家属介绍病情 ☐ 根据病情调整治疗方案 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 必要时相应科室会诊	☐ 上级医师查房,完成上级医师查房记录 ☐ 根据患者病情调整诊断和治疗方案 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 根据患者病情及辅助检查结果等,决定是否请外科或介入科会诊 ☐ 记录会诊意见 ☐ 必要时向患者及家属介绍病情变化及相关检查结果
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 神经科护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 饮食 ☐ 既往基础用药 ☐ 抗凝药物或抗血小板药物 临时医嘱: ☐ 血常规、尿常规、大便常规 ☐ 肝肾功能、电解质、血糖、血脂、凝血功能、感染性疾病筛查 ☐ 抗“O”、抗核抗体、ENA、类风湿因子、纤维蛋白原水平、蛋白 C ☐ X 线胸片、心电图、头颅 MRI 或 CT,颈动脉血管超声 ☐ 根据情况可选择:超声心动图、同型半胱氨酸、抗凝血酶 III, TCD, CTA、MRA 或 DSA, CT 灌注或功能 MRI	长期医嘱: ☐ 神经科护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 饮食 ☐ 既往基础用药 ☐ 抗凝药物或抗血小板药 临时医嘱: ☐ 必要时复查异常的检查 ☐ 如果使用华法林,每日测 PT/INR;若使用普通肝素,每日监测 APTT ☐ 根据特殊病史选择相应检查 ☐ 相关科室会诊	长期医嘱: ☐ 神经科护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 饮食 ☐ 既往基础用药 ☐ 抗凝药物或抗血小板药 临时医嘱: ☐ 必要时复查异常的检查 ☐ 如果使用华法林,每日测 PT/INR,若使用普通肝素,每日监测 APTT ☐ 依据病情需要下达
主要护理工作	☐ 入院宣教及护理评估 ☐ 正确执行医嘱 ☐ 观察患者病情变化	☐ 正确执行医嘱 ☐ 观察患者病情变化	☐ 正确执行医嘱 ☐ 观察患者病情变化
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 4~6 天	住院第 5~7 天 (出院日)
主要诊疗工作	☐ 三级医生查房 ☐ 评估辅助检查结果,评价神经功能状态 ☐ 有手术指征者转科治疗 ☐ 通知患者及其家属明天出院 ☐ 向患者交代出院后注意事项,预约复诊日期 ☐ 如果患者不能出院,在“病程记录”中说明原因和继续治疗的方案。	☐ 再次向患者及家属介绍病人出院后注意事项 ☐ 患者办理出院手续,出院 ☐ 转科病人办理转科手续
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 神经科护理常规 ☐ 一/二级护理 ☐ 饮食 ☐ 既往基础用药 ☐ 抗凝药物或抗血小板药 临时医嘱: ☐ 如果使用华法林,每日测 PT/INR,若使用普通肝素,每日监测 APTT ☐ 通知明日出院或转科	出院医嘱: ☐ 出院带药
主要护理工作	☐ 正确执行医嘱 ☐ 观察患者病情变化	☐ 出院带药服用指导 ☐ 特殊护理指导 ☐ 告知复诊时间和地点 ☐ 交代常见的药物不良反应,嘱其定期门诊复诊
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		

脑出血临床路径

(2009 年版)

一、脑出血临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为脑出血(ICD-10:I61)

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 神经病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 临床表现:急性起病,出现头痛伴或不伴意识障碍,并伴有局灶症状和体征者。
2. 头颅 CT 证实脑内出血改变。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《临床诊疗指南 神经病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 一般治疗:卧床休息,维持生命体征和内环境稳定,防治感染。
2. 控制血压。
3. 控制脑水肿、降低颅内压。
4. 控制体温。
5. 防治癫痫。
6. 必要时外科手术。
7. 早期康复治疗。

(四) 临床路径标准住院日为 8~14 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:I61 脑出血疾病编码。
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,可以进入临床路径。

(六) 住院后检查的项目

1. 必须检查的项目

(1)血常规、尿常规、大便常规;

(2)肝肾功能、电解质、血糖、血脂、心肌酶谱、凝血功能、血气分析、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等);

(3)头颅 CT、X 线胸片、心电图。

2. 根据具体情况可选择的检查项目:头颅 MRI,CTA、MRA 或 DSA,骨髓穿刺(继发于血液系统疾病脑出血者)。

(七) 选择用药

1. 脱水药物:甘露醇、甘油果糖、呋塞米等。

2. 降压药物:按照《中国脑血管病防治指南》执行。

3. 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。

4. 缓泻药。

5. 纠正水、电解质紊乱药物。

6. 继发于出血性疾病的脑出血酌情应用止血药,根据实际情况选用胰岛素、抑酸剂等对症治疗药物。

(八) 监测神经功能和生命体征

1. 生命体征监测。

2. NIH 卒中量表和 GCS 量表评分。

(九) 出院标准

1. 患者病情稳定。

2. 没有需要住院治疗的并发症。

(十) 变异及原因分析

1. 脑出血病情危重者需转入 ICU 或 NICU,转入相应路径。

2. 辅助检查结果异常,需要复查,导致住院时间延长和住院费用增加。

3. 住院期间病情加重,出现并发症,需要进一步诊治,导致住院时间延长和住院费用增加。

4. 既往合并有其他系统疾病,脑出血可能导致既往疾病加重而需要治疗,导致住院时间延长和住院费用增加。