

临床路径管理丛书

血液内科 临床 路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

临床诊疗指南

血液内科

临床
路径

第二版

人民卫生出版社

临床路径管理丛书

血液内科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

血液内科临床路径/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 978-7-117-15508-3

I. ①血… II. ①卫… III. ①血液病-诊疗 IV. ①R552

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037157 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!

血液内科临床路径

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: 4

字 数: 76 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 978-7-117-15508-3/R · 15509

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)

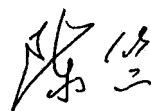
序

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 何春涤 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

特发性血小板减少性紫癜临床路径	1
急性早幼粒细胞白血病临床路径	5
初治 APL 临床路径	7
完全缓解的 APL 临床路径	13
骨髓增生异常综合征-难治性贫血伴原始细胞 过多(MDS-RAEB)临床路径	18
慢性髓细胞白血病临床路径	24
慢性淋巴细胞白血病(初诊)临床路径	29
弥漫性大 B 细胞淋巴瘤临床路径	34
血友病 A 临床路径	41
自身免疫性溶血性贫血临床路径	46
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	51
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	52

特发性血小板减少性紫癜临床路径

(2009 年版)

一、特发性血小板减少性紫癜临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为特发性血小板减少性紫癜(ITP)(ICD-10:D69.3)。

(二) 诊断依据

根据《血液病诊断和疗效标准》(张之南、沈悌主编,第3版,科学出版社,2008)和“美国血液学会关于ITP的指南”[Blood,1996,88(1):3-40],《临床诊疗指南 血液学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 病史。
2. 多次检查血小板计数减少(包括血涂片)。
3. 脾脏不大或轻度增大。
4. 骨髓检查巨核细胞数增多或正常,有成熟障碍。
5. 排除血小板减少的其他原因。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《邓家栋临床血液学》(邓家栋主编,上海科学技术出版社,2001)和“美国血液学会关于ITP的指南”[Blood,1996,88(1):3-40],《临床诊疗指南 血液学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2007)。

1. 糖皮质激素作为首选治疗:可常规剂量或短疗程大剂量给药。
2. 急症治疗:适用于严重、广泛出血;可疑或明确颅内出血;需要紧急手术或分娩者。

(1)静脉输注丙种球蛋白。

(2)输注血小板。

(四) 临床路径标准住院日为 14 天内

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:D69.3 特发性血小板减少性紫癜疾病编码。

2. 血液检查指标符合需要住院指征:血小板数 $<20\times 10^9/L$,或伴有出血表现或出血危险(如高血压、消化性溃疡等)。

3. 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) 明确诊断及入院常规检查需 2~3 天(指工作日)

1. 必须检查的项目

(1)血常规、尿常规、大便常规+隐血;

(2)肝肾功能、电解质、凝血功能、输血前检查、血沉、血涂片、血型、自身免疫系统疾病筛查;

(3)X线胸片、心电图、腹部B超;

2. 发热或疑有感染者可选择 病原微生物培养、影像学检查。

3. 骨髓形态学检查

(七) 治疗开始于诊断第 1 天

(八) 治疗选择

1. 糖皮质激素作为首选治疗:注意观察皮质激素的副作用并对症处理;防治脏器功能损伤,包括抑酸、补钙等。

(1)常规剂量[泼尼松 $1\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$]。

(2)短疗程大剂量给药(甲泼尼龙 $1.0\text{g}/\text{d}\times 3$ 天,或地塞米松 $40\text{mg}/\text{d}\times 4$ 天)。

2. 急症治疗:适用于严重、广泛出血;可疑或明确颅内出血;需要紧急手术或分娩者。

(1)静脉输注丙种球蛋白: $0.4\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})\times 5$ 天或 $1.0\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})\times 2$ 天。

(2)输注血小板。

(九) 出院标准

不输血小板情况下,血小板 $>20\times 10^9/L$ 并且持续 3 天以上。

(十) 变异及原因分析

经治疗后,血小板仍持续低于 $20\times 10^9/L$ 并大于 2 周,则退出该路径。

二、特发性血小板减少性紫癜临床路径表单

适用对象:第一诊断特发性血小板减少性紫癜(ICD-10:D69.3)

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 14 天内

时间	住院第 1 天	住院第 2 天
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完成病历书写 ☐ 开化验单 ☐ 上级医师查房,初步确定诊断 ☐ 对症支持治疗 ☐ 向患者家属发病重或病危通知,并签署病重或病危通知书(必要时) ☐ 患者家属签署输血知情同意书、骨髓穿刺同意书	☐ 上级医师查房 ☐ 完成入院检查 ☐ 骨髓穿刺术(形态学检查) ☐ 继续对症支持治疗 ☐ 完成必要的相关科室会诊 ☐ 完成上级医师查房记录等病历书写 ☐ 向患者及家属交代病情及其注意事项
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 血液病护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 饮食 ☐ 视病情通知病重或病危 ☐ 其他医嘱 临时医嘱: ☐ 血常规、尿常规、大便常规+隐血 ☐ 肝肾功能、电解质、血沉、凝血功能、血涂片、血型、输血前检查、自身免疫系统疾病筛查 ☐ X线胸片、心电图、腹部 B 超 ☐ 输注血小板(有指征时) ☐ 其他医嘱	长期医嘱: ☐ 患者既往基础用药 ☐ 其他医嘱 临时医嘱: ☐ 血常规 ☐ 骨髓穿刺 ☐ 骨髓形态学 ☐ 输注血小板(有指征时) ☐ 其他医嘱
主要护理工作	☐ 介绍病房环境、设施和设备 ☐ 入院护理评估 ☐ 宣教	☐ 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.
护士签名		
医师签名		

时间	住院第 3~13 天	出院日
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房 ☐ 复查血常规 ☐ 观察血小板变化 ☐ 根据体检、骨髓检查结果和既往资料,进行鉴别诊断和确定诊断 ☐ 根据其他检查结果进行鉴别诊断,判断是否合并其他疾病 ☐ 开始治疗 ☐ 保护重要脏器功能 ☐ 注意观察皮质激素的副作用,并对症处理 ☐ 完成病程记录	☐ 上级医师查房,进行评估,确定有无并发症情况,明确是否出院 ☐ 完成出院记录、病案首页、出院证明书等 ☐ 向患者交代出院后的注意事项,如:返院复诊的时间、地点,发生紧急情况时的处理等
重点 医 嘱	长期医嘱(视情况可第二天起开始治疗): ☐ 糖皮质激素:常规剂量[泼尼松 1mg/(kg · d)]或短疗程大剂量给药(甲泼尼龙 1.0g/d×3 天或地塞米松 40mg/d×4 天) ☐ 丙种球蛋白 0.4g/(kg · d)×5 天或 1.0g/(kg · d)×2 天(必要时) ☐ 重要脏器保护:抑酸、补钙等 ☐ 其他医嘱 临时医嘱: ☐ 复查血常规 ☐ 复查血生化、电解质 ☐ 输注血小板(有指征时) ☐ 对症支持 ☐ 其他医嘱	出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 定期门诊随访 ☐ 监测血常规
护理 工作	☐ 观察患者病情变化	☐ 指导患者办理出院手续
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		

急性早幼粒细胞白血病临床路径

(2009 年版)

急性早幼粒细胞白血病(APL)临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为急性早幼粒细胞白血病(ICD-10:C92.4,M9866/3)。

(二) 诊断依据

根据 *World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetic of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissue* (2008),《血液病诊断及疗效标准》(张之南、沈悝主编,第3版,科学出版社,2008)。

1. 体检有或无以下体征:发热、皮肤黏膜苍白、皮肤出血点及瘀斑、淋巴结及肝脾肿大、胸骨压痛等。

2. 血细胞计数及分类。

3. 骨髓检查:形态学(包括组化检查)。

4. 免疫分型。

5. 细胞遗传学:核型分析[t(15;17)及其变异型],FISH(必要时)。

6. 白血病相关基因(PML/RAR α 及其变异型)。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《急性早幼粒细胞白血病(APL)治疗的专家共识》(中华医学会血液学分会,白血病学组)。

1. 诱导治疗

(1)单独使用全反式维A酸(ATRA)或联合使用柔红霉素(DNR):

ATRA:25~45mg/(m²·d),28~40天;

如联合DNR,DNR在ATRA治疗后第4天开始,最大量可达135mg/m²,至少拆分为3天给予。

(2) ATRA 联合三氧化二砷(ATO):

ATRA: $25 \sim 45 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 28~40 天;

ATO: $10 \text{mg}/\text{d}$, 连用 28~35 天。

可根据治疗过程中白细胞数量变化适量加用 DNR、羟基脲等细胞毒药物。

2. 缓解后巩固治疗, 可行 3 疗程化疗, 分别为 DA, MA, HA 方案:

(1) DA 方案: DNR ($40 \sim 45 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$), 连用 3 天; Ara-C $100 \sim 200 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 7 天。

(2) MA 方案: 米托蒽醌(MTZ) $6 \sim 10 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 3 天; Ara-C $100 \sim 200 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 7 天。

(3) HA 方案: 高三尖杉酯碱(HHT) ($2.0 \sim 2.5 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$), 7 天; Ara-C $100 \sim 200 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 7 天。

如为高危患者(初诊时 $\text{WBC} \geq 10 \times 10^9/\text{L}$), 可将 DA 或 MA 方案中的 Ara-C 换为 $1 \sim 2 \text{g}/\text{m}^2$, 每 12 小时 1 次, 3 天。

3. 中枢神经白血病(CNSL)的防治: 腰椎穿刺及鞘内注射至少 4 次, 确诊 CNSL 退出本路径。鞘内注射方案如下:

甲氨蝶呤(MTX) $10 \sim 15 \text{mg}$, Ara-C $40 \sim 50 \text{mg}$, 地塞米松(DXM) 5mg 。

4. 缓解后维持治疗, 序贯应用 ATO、ATRA、6-巯基嘌呤(6-MP) + 甲氨蝶呤(MTX)三方案, 每方案 1 个月, 3 个月为一周期, 共 5 周期。

(1) ATO $10 \text{mg}/\text{d}$, 21~28 天。

(2) ATRA $25 \sim 45 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 28 天。

(3) 6-MP + MTX: 6-MP 100mg , 第 1~7 天, 第 15~21 天; MTX 20mg , 第 9、12、23、26 天。

(四) 根据患者的疾病状态选择路径

初治 APL 临床路径和完全缓解的 APL 临床路径(附后)。