

临床路径管理丛书

呼吸内科 临床路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

临床路径管理丛书

呼吸内科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

呼吸内科临床路径/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 978-7-117-15511-3

I. ①呼… II. ①卫… III. ①呼吸系统疾病-诊疗
IV. ①R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037156 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!

呼吸内科临床路径

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: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 5

字 数: 95 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 978-7-117-15511-3/R · 15512

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)

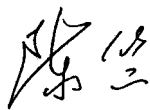
序

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

肺血栓栓塞症临床路径	1
社区获得性肺炎临床路径	7
慢性阻塞性肺疾病临床路径	11
支气管扩张症临床路径	15
支气管哮喘临床路径	19
自发性气胸临床路径	23
肺脓肿临床路径	27
急性呼吸窘迫综合征临床路径	31
结核性胸膜炎临床路径	35
慢性肺源性心脏病临床路径	40
慢性支气管炎临床路径	44
特发性肺纤维化临床路径	48
胸膜间皮瘤临床路径	52
原发性支气管肺癌临床路径	58
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	65
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	66

肺血栓栓塞症临床路径

(2009 年版)

一、肺血栓栓塞症临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为肺血栓栓塞症(ICD-10:I26.001/I26.901)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 呼吸病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2008),
《肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)》(中华医学会呼吸病学分会,2001)。

1. 临床表现可有呼吸困难、胸痛和咯血等。
2. 可有肺血栓栓塞症的危险因素如深静脉血栓等。
3. 下列检查一项或以上阳性,可以确诊:

(1)CT 肺动脉造影(CTPA):表现为肺动脉内的低密度充盈缺损,部分或完全包围在不透光的血流之间,或者呈完全充盈缺损;

(2)磁共振肺动脉造影(MRPA):发现肺动脉内的低密度充盈缺损,部分或完全包围在不透光的血流之间,或者呈完全充盈缺损;

(3)核素肺通气灌注扫描:呈肺段分布的肺灌注缺损,并与通气显像不匹配,即至少一个或更多叶段的局部灌注缺损而该部位通气良好或 X 线胸片无异常;

(4)选择性肺动脉造影:发现 PE 的直接征象,如肺血管内造影剂充盈缺损,伴或不伴轨道征的血流阻断;

(5)超声心动图:发现肺动脉近端的血栓。

4. 须排除以下疾病:如原发性肺动脉肉瘤,羊水栓塞,脂肪栓塞、空气栓塞,感染性血栓等。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 呼吸病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2008),

《肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)》(中华医学会呼吸病学分会,2001)。

1. 一般处理,血流动力学及呼吸支持。
2. 抗凝、溶栓治疗。
3. 其他治疗措施:外科取栓、经静脉导管碎栓和抽吸血栓、置入腔静脉滤器等。

(四) 标准住院日

(高危)10~4天,(中、低危)7~10天。

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: I26.001/I26.901 肺血栓栓塞症疾病编码。
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。
3. 有明显影响肺血栓栓塞症常规治疗的情况,不进入肺血栓栓塞症临床路径。

(六) 入院后第1~3天

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、血气分析、血型、凝血功能、D-二聚体(D-dimer)、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等);
- (3)肌钙蛋白 T 或 I;
- (4)X线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声。

2. 下列相关检查之一可确诊:CT 肺动脉造影、核素肺通气灌注扫描、磁共振肺动脉造影、选择性肺动脉造影。

3. 根据患者病情,有条件可选择:BNP、免疫指标(包括心磷脂抗体)、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ等。

(七) 选择用药

1. 溶栓治疗:尿激酶、链激酶、重组组织型纤溶酶原激活剂。
2. 抗凝治疗:肝素、低分子肝素、华法林等。

(八) 出院标准

1. 生命体征平稳。
2. 调节国际标准化比值达标(2.0~3.0)。
3. 没有需要继续住院处理的并发症。

(九) 变异及原因分析

1. 治疗过程中出现并发症。
2. 伴有其他疾病,需要相关诊断治疗。

二、肺血栓栓塞症(中低危)临床路径表单

适用对象:第一诊断为肺血栓栓塞症(ICD-10:I26.001/I26.901)

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:7~10天

时间	住院第 1 天	住院期间 (第 2~6 天)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 进行病情初步评估,病情严重程度分级 ☐ 上级医师查房 ☐ 明确诊断,决定诊治方案 ☐ 开化验单,完成病历书写	☐ 上级医师查房 ☐ 评估辅助检查的结果 ☐ 病情评估,根据患者病情调整治疗方案 ☐ 观察药物不良反应 ☐ 确认有无并发症 ☐ 住院医师书写病程记录
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 呼吸内科护理常规 ☐ 一/二/三级护理(根据病情) ☐ 卧床休息 ☐ 吸氧(必要时) ☐ 心电、呼吸、血压、血氧监测(必要时) ☐ 抗凝治疗 临时医嘱 ☐ 血常规、尿常规、大便常规 ☐ 电解质、肝肾功能、血糖、凝血功能、血型、血气分析、D-二聚体、感染性疾病筛查、肌钙蛋白 T 或 I ☐ X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 ☐ CT 肺动脉造影、核素肺通气灌注扫描、磁共振肺动脉造影或选择性肺动脉造影 ☐ 有条件行:BNP、免疫指标、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ、抗心磷脂抗体等	长期医嘱 ☐ 呼吸内科护理常规 ☐ 一/二/三级护理(根据病情) ☐ 卧床休息 ☐ 吸氧(必要时) ☐ 心电、呼吸、血压、血氧监测(必要时) ☐ 抗凝治疗 临时医嘱 ☐ 复查血常规、凝血功能、D-二聚体、心电图 ☐ 异常指标复查 ☐ 必要时复查 BNP、肌钙蛋白 T 或 I、血气分析
主要 护理 工作	☐ 介绍病房环境、设施和设备 ☐ 入院护理评估,护理计划 ☐ 观察患者情况、监测生命体征 ☐ 观察各种药物疗效和副作用 ☐ 静脉取血,用药指导 ☐ 协助患者完成实验室检查及辅助检查	☐ 定时监测生命体征 ☐ 观察患者一般情况及病情变化 ☐ 观察疗效和药物反应 ☐ 疾病相关健康教育
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	出院前 1~3 天	住院第 7~10 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房,治疗效果评估 ☐ 进行病情评估,确定华法林是否达到治疗水平,确定是否符合出院标准、是否出院 ☐ 确定出院后治疗方案 ☐ 完成上级医师查房记录	☐ 完成出院小结 ☐ 向患者交代出院后注意事项 ☐ 预约复诊日期
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 呼吸内科护理常规 ☐ 二/三级护理(根据病情) ☐ 卧床休息 ☐ 吸氧(必要时) ☐ 心电、呼吸、血压、血氧监测(必要时) ☐ 抗凝治疗 临时医嘱: ☐ 根据需要,复查有关检查	出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 门诊随访
主要 护理 工作	☐ 观察患者一般情况 ☐ 观察疗效、各种药物作用和副作用 ☐ 恢复期生活和心理护理 ☐ 出院准备指导	☐ 告知复诊计划,就医指征 ☐ 帮助患者办理出院手续 ☐ 出院指导
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		

三、肺血栓栓塞症(高危)临床路径表单

适用对象:第一诊断为肺血栓栓塞症(ICD-10:I26.001/I26.901 伴有 R57.9 或 I95)

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:10~14 天

时间	住院第 1~3 天	住院期间
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 进行病情初步评估,病情严重程度分级 ☐ 上级医师查房 ☐ 明确诊断,决定治疗方案 ☐ 开化验单,完成病历书写 ☐ 签署相关通知书、同意书等	☐ 上级医师查房 ☐ 评估辅助检查的结果 ☐ 病情评估,根据患者病情调整治疗方案 ☐ 观察药物不良反应、确认有无并发症 ☐ 住院医师书写病程记录
重点医嘱	长期医嘱 ☐ 呼吸内科护理常规(根据病情) ☐ 特级护理 ☐ 告病危(重) ☐ 卧床休息 ☐ 吸氧、心电、呼吸、血压、血氧监测 ☐ 抗凝治疗 临时医嘱 ☐ 血、尿、便常规 ☐ 电解质、肝肾功能、血糖、凝血功能、血型、血气分析、D-dimer、感染性疾病筛查、BNP、肌钙蛋白 T 或 I ☐ X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 ☐ CT 肺动脉造影或核素肺通气灌注扫描或磁共振肺动脉造影或选择性肺动脉造影 ☐ 有条件行:免疫指标、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ、抗心磷脂抗体等 ☐ 溶栓治疗、导管取栓碎栓治疗、血栓摘除术 ☐ 血管活性药物(必要时)	长期医嘱 ☐ 特级护理 ☐ 卧床休息 ☐ 吸氧、心电、呼吸、血压、血氧监测 ☐ 抗凝治疗 临时医嘱 ☐ 复查血常规、凝血功能、D-二聚体、心电图 ☐ 异常指标复查 ☐ 必要时复查 BNP、肌钙蛋白 T 或 I、血气分析
主要护理工作	☐ 介绍病房环境、设施和设备 ☐ 入院护理评估,护理计划 ☐ 随时观察患者情况、监测生命体征 ☐ 观察各种药物疗效和副作用 ☐ 静脉取血,用药指导 ☐ 协助患者完成实验室检查及辅助检查	☐ 定时监测生命体征 ☐ 观察患者一般情况及病情变化 ☐ 观察疗效和药物反应 ☐ 疾病相关健康教育
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	出院前 1~3 天	住院第 10~14 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房,治疗效果评估 ☐ 进行病情评估,确定华法林是否达到治疗水平,确定是否符合出院标准、是否出院 ☐ 确定出院后治疗方案 ☐ 完成上级医师查房记录	☐ 完成出院小结 ☐ 向患者交代出院后注意事项 ☐ 预约复诊日期
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 一/二/三级护理 ☐ 卧床休息 ☐ 吸氧、心电、呼吸、血压、血氧监测(必要时) ☐ 抗凝治疗 ☐ 根据病情调整 临时医嘱: ☐ 根据需要,复查有关检查	出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 门诊随诊
主要 护理 工作	☐ 观察患者一般情况 ☐ 观察疗效、各种药物作用和副作用 ☐ 恢复期生活和心理护理 ☐ 出院准备指导	☐ 告知复诊计划,就医指征 ☐ 帮助患者办理出院手续 ☐ 出院指导
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:高、中、低危患者的诊断标准

肺栓塞相关早期 死亡风险		危险分层指标		
		临床表现 (休克或低血压)	右心室 功能不全	心肌损伤
高危>15%		+	+	+
非高危	中危 3%~15%	—	+	+
			+	—
			—	+
	低危 <1%	—	—	—

诊断的临床路径流程实施时,可以进入临床路径。

(六) 入院后第 1~3 天

1. 必须检查的项目

- (1)血常规、尿常规、大便常规;
- (2)肝肾功能、血糖、电解质、血沉、C 反应蛋白(CRP)、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等);
- (3)病原学检查及药敏;
- (4)胸部正侧位 X 线片、心电图。

2. 根据患者情况进行:血培养、血气分析、胸部 CT、D-二聚体、血氧饱和度、B 超、有创性检查等。

(七) 治疗方案与药物选择

1. 评估特定病原体的危险因素,入院后尽快(4~8 小时内)给予抗菌药物。
2. 药物选择:根据《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)和《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》(中华医学会呼吸病学分会,2006 年),结合患者病情合理使用抗菌药物。
3. 初始治疗 2~3 天后进行临床评估,根据患者病情变化调整抗菌药物。
4. 对症支持治疗:退热、止咳化痰、吸氧。

(八) 出院标准

1. 症状好转,体温正常超过 72 小时。
2. 影像学提示肺部病灶明显吸收。

(九) 变异及原因分析

1. 伴有影响本病治疗效果的合并症,需要进行相关诊断和治疗,导致住院时间延长。
2. 病情较重,符合重症肺炎标准,转入相应路径。
3. 常规治疗无效或加重,转入相应路径。