

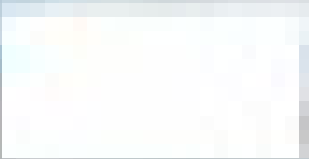
临床路径管理丛书

小儿内科 临床路径

卫生部医政司



人民卫生出版社



中华人民共和国卫生部
临床诊疗指南编写委员会

小儿内科

临床
路径

2011 年版

人民卫生出版社

临床路径管理丛书

小儿内科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

小儿内科临床路径/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 978-7-117-15558-8

I. ①小… II. ①卫… III. ①小儿疾病-内科-诊疗
IV. ①R725

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 040197 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、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

小儿内科临床路径

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: 9

字 数: 171 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 978-7-117-15558-8/R · 15559

定 价: 24.00 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)

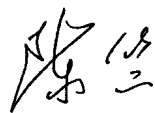
序

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,并在全中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

轮状病毒肠炎临床路径	1
支原体肺炎临床路径	4
麻疹合并肺炎临床路径	7
母婴 ABO 血型不合溶血病临床路径	10
儿童急性淋巴细胞白血病临床路径	14
儿童急性淋巴细胞白血病(ALL)临床路径标准	
住院流程	14
初治儿童 ALL 临床路径	19
完全缓解的儿童 ALL 临床路径	25
儿童急性早幼粒细胞白血病临床路径	31
儿童急性早幼粒细胞白血病(APL)临床路径	
标准住院流程	31
初治儿童 APL 临床路径	34
完全缓解的儿童 APL 临床路径	39
矮小症临床路径	45
病毒性心肌炎临床路径	49
川崎病临床路径	54
传染性单核细胞增多症临床路径	58
癫痫临床路径	62
1 型糖尿病临床路径	66

急性肾小球肾炎临床路径	71
免疫性血小板减少性紫癜临床路径	75
原发性肾病综合征临床路径	80
自身免疫性溶血性贫血临床路径	84
过敏性紫癜临床路径	89
毛细支气管炎临床路径	92
热性惊厥临床路径	97
胃食管反流病临床路径	101
消化性溃疡临床路径	104
新生儿呼吸窘迫综合征临床路径	107
新生儿胎粪吸入综合征临床路径	112
阵发性室上性心动过速临床路径	116
支气管肺炎临床路径	122
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知 ...	127
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	128

轮状病毒肠炎临床路径

(2009 年版)

一、轮状病毒肠炎临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为轮状病毒肠炎(ICD-10:A08.001)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 小儿内科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《诸福棠实用儿科学》(胡亚美、江载芳主编,第7版,人民卫生出版社,2002)。

1. 病史:6~24月龄小儿多见,腹泻,大便为黄稀便、水样或蛋花汤样,每天可达10余次,伴或不伴发热、呕吐。

2. 体征:有或无脱水征,肠鸣音活跃。

3. 实验室检查:大便常规镜检正常,或见少许白细胞,无吞噬细胞。血常规白细胞正常或轻度升高。大便轮状病毒检测阳性可确诊。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 小儿内科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《诸福棠实用儿科学》(胡亚美、江载芳主编,第7版,人民卫生出版社,2002)。

1. 消化道隔离至腹泻缓解。

2. 根据临床表现和实验室检查纠正脱水和电解质酸碱紊乱。

(四) 标准住院日为4~7天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合ICD-10:A08.001轮状病毒肠炎疾病编码。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断,只要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) 入院后第1~2天

1. 必须检查的项目

(1)血常规、尿常规、大便常规。

(2)C反应蛋白(CRP)。

(3)肝肾功能、血电解质。

(4)大便轮状病毒检测。

2. 根据患儿病情可选择:血气分析、大便乳糖检测等。

(七) 药物选择

1. 口服补液盐或静脉补液。

2. 肠道菌群调节剂。

3. 胃肠黏膜保护剂。

(八) 必须复查的检查项目

1. 血常规、尿常规、大便常规。

2. 血电解质。

(九) 出院标准

1. 体温正常,腹泻好转。

2. 无呕吐,脱水纠正。

3. 大便常规、电解质正常。

(十) 变异及原因分析

1. 存在使腹泻进一步加重的其他疾病,需要处理干预。

2. 患儿入院时已发生严重水、电解质紊乱,需进行积极对症处理,完善相关检查,向家属解释并告知病情,导致住院时间延长,增加住院费用等。

二、轮状病毒肠炎临床路径表单

适用对象:第一诊断为轮状病毒肠炎(ICD-10:A08.001)

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:4~7天

时间	住院第 1 天	住院第 2~3 天	住院第 4~7 天(出院日)
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 病情告知 ☐ 如患儿病情重,需及时请示上级医师	☐ 上级医师查房 ☐ 整理送检项目报告,有异常者应及时向上级医师汇报,并予相应处理 ☐ 注意防治并发症	☐ 上级医师查房,同意其出院 ☐ 完成出院小结 ☐ 出院宣教:向患儿家属交代出院注意事项,如随访项目,间隔时间,观察项目等
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 腹泻护理常规 ☐ 饮食:流质、半流质,乳糖不耐受者为低乳糖奶粉喂养 ☐ 病重者予呼吸、心电监护,吸氧 ☐ 口服补液盐:按需供给 ☐ 肠道菌群调节剂 ☐ 胃肠黏膜保护剂 临时医嘱: ☐ 血常规、尿常规、大便常规,CRP,肝肾功能,电解质 ☐ 大便轮状病毒检测 ☐ 必要时做血气分析、大便乳糖检测 ☐ 根据血气分析结果予以纠正酸碱失衡及电解质紊乱 ☐ 按照脱水程度予以补液 ☐ 高热时降温处理	长期医嘱: ☐ 腹泻护理常规 ☐ 饮食 ☐ 服补液盐:按需供给 ☐ 肠道菌群调节剂 ☐ 胃肠黏膜保护剂 临时医嘱: ☐ 必要时复查血气分析、电解质 ☐ 根据脱水程度、电解质及血气分析结果予以液体疗法 ☐ 高热时降温处理 ☐ 必要时查心电图、心肌酶谱	出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 门诊随访
主要护理工作	☐ 入院护理评估 ☐ 入院宣教 ☐ 定时测量体温 ☐ 严格记录出入液量	☐ 每日护理评估 ☐ 定时测量体温 ☐ 严格记录出入液量	☐ 出院宣教
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			

支原体肺炎临床路径

(2009 年版)

一、支原体肺炎临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为支原体肺炎(ICD-10:J15.7)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 小儿内科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《诸福棠实用儿科学》(胡亚美、江载芳主编,第7版,人民卫生出版社,2002)。

1. 多发年龄为5~18岁。
2. 咳嗽突出而持久。
3. 肺部体征少而X线胸片改变出现早且明显。
4. 使用青霉素无效,大环内酯类抗生素治疗效果好。
5. 外周血白细胞数正常或升高。
6. 血清肺炎支原体IgM抗体阳性或血清冷凝集滴度 $>1:32$ 或咽拭子分离支原体阳性,可作为临床确诊的依据。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 小儿内科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《诸福棠实用儿科学》(胡亚美、江载芳主编,第7版,人民卫生出版社,2002)。

1. 大环内酯类抗生素(遵循儿科用药的方法)。
2. 对症治疗(如雾化吸入)。

(四) 标准住院日为7~14天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合ICD-10:J15.7支原体肺炎疾病编码。
2. 当患者同时具有其他疾病诊断,只要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) 入院后第 1~2 天

1. 必须检查的项目

- (1)血常规、尿常规、大便常规。
- (2)C 反应蛋白(CRP)。
- (3)肝肾功能、血电解质。
- (4)血清肺炎支原体抗体测定或血清冷凝集试验或咽拭子分离支原体。
- (5)X 线胸片。

2. 根据患儿的病情,必要时做痰培养、血气分析、心肌酶谱、肺部 CT、支气管镜检查、呼吸道病毒和细菌检测等。

(七) 药物选择与使用时机

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。

(八) 必须复查的检查项目

1. 血常规、CRP、肝肾功能。
2. X 线胸片。

(九) 出院标准

1. 咳嗽明显减轻,一般状况良好。
2. 连续 3 天腋温 $<37.5^{\circ}\text{C}$ 。
3. X 线胸片显示炎症吸收好转。

(十) 变异及原因分析

1. 难治性支原体肺炎,即对大环内酯类抗生素反应不佳的支原体肺炎,包括三方面:

- (1)病情较重,有肺外并发症,单用大环内酯类抗生素不能控制病情。
- (2)大环内酯类抗生素治疗 2 周,仍有咳嗽,肺部阴影持续无吸收好转。
- (3)混合其他病原体感染,需要延长住院治疗时间。

2. 对于难治性支原体肺炎患儿,若病情重,可在炎症反应的极期加用肾上腺皮质激素或静脉注射丙种球蛋白,亦可合用利福平。导致住院时间延长,医疗费用增加。