

临床路径管理丛书

肾病学

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

肾病学临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

肾病学临床路径/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 978-7-117-15507-6

I. ①肾… II. ①卫… III. ①肾疾病-诊疗
IV. ①R692

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037136 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!

肾病学临床路径

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 978-7-117-15507-6/R · 15508

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)

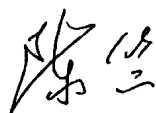
序

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

终末期肾脏病临床路径	1
狼疮性肾炎行肾穿刺活检临床路径	5
急性肾损伤临床路径	10
IgA 肾病行肾穿刺活检临床路径	15
I 型新月体肾炎血浆置换治疗临床路径	20
腹膜透析并发腹膜炎临床路径	25
急性肾盂肾炎临床路径	28
急性药物过敏性间质性肾炎临床路径	32
终末期肾脏病常规血液透析治疗临床路径	37
慢性肾脏病贫血临床路径	41
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	45
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	47

终末期肾脏病临床路径

(2009 年版)

一、终末期肾病临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为终末期肾脏病(ICD-10:N18.0),
行自体动脉-静脉内瘘成形术(ICD-9-CM-3:39.27)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 肾脏病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2011)和《临床技术操作规范 肾脏病学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2009)进行诊断。

1. 有或无慢性肾脏病史。
2. 实验室检查:肾小球滤过率或 eGFR 小于 $15\text{ml}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$,残余肾功能每周 Kt/V 小于 2.0。

(三) 选择治疗方案的依据

根据《临床诊疗指南 肾脏病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2011)和《临床技术操作规范 肾脏病学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2009)进行治疗。

1. 血液透析:有腹膜透析绝对禁忌证,需要建立血液透析通路。对于糖尿病肾病、伴严重心血管并发症等患者,可酌情提早建立血管通路。
2. 征得患者或其代理人的同意,自愿选择。

(四) 标准住院日为 10~14 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:N18.0 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) 术前准备 2~7 天(工作日)完善检查

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、血型、凝血功能、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)、铁代谢、iPTH;

(3)X 线胸片、心电图、超声心动图;

(4)双上肢动脉、深静脉彩超(血液透析)。

2. 根据患者病情,必要时行浅静脉 DSA、MRA 或 CTA。

(七) 选择用药

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,预防性使用抗菌药物。

(八) 手术日为入院第 3~8 天(视病情决定)

1. 麻醉方式:局部麻醉。

2. 术中用药:常规局部麻醉用药,肝素,生理盐水。

3. 输血:视术中出血情况而定。

(九) 术后住院恢复 2~6 天

术后用药:根据患者情况选择抗菌药物,按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行,用药时间 1~2 天。

(十) 出院标准

1. 伤口愈合好。

2. 无需要继续住院诊治的手术并发症或合并症。

3. 指导患者学会内瘘的保养(血液透析)。

(十一) 变异及原因分析

1. 有紧急透析指征的慢性肾脏病患者,需要紧急透析,不进入本路径。

2. 达到慢性肾脏病 5 期,但尿量不少、营养不良、没有症状,预计 1 年内不会进入透析者,不进入本路径。

3. 出现手术并发症,需要进行相关的诊断和治疗。

4. 伴有合并症时,需要进行相关的诊断和治疗。

二、终末期肾脏病的临床路径表单

适用对象:第一诊断为终末期肾脏病(ICD-10:N18.0)

行自体动脉-静脉内瘘成形术(ICD-9-CM-3:39.27)

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 天	住院第 2~7 天	住院第 3~8 天 (手术日)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完成病历书写 ☐ 上级医师查房与术前评估 ☐ 初步确定内瘘建立部位和日期 ☐ 向患者及其家属或委托人交代病情	☐ 上级医师查房 ☐ 完成术前准备与术前评估 ☐ 根据彩超检查结果确定手术 方案 ☐ 完成必要的相关科室会诊 ☐ 完成病历书写 ☐ 签署手术知情同意书、自费用 品协议书 ☐ 向患者及家属交代围手术期注 意事项	☐ 手术 ☐ 术者完成手术记录 ☐ 住院医师完成术后病程记录 ☐ 上级医师查房 ☐ 向患者及家属交代病情及术 后注意事项
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 肾脏病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐、优质低蛋白、低磷、低嘌呤 饮食 ☐ 患者既往的基础用药 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、血 型、凝血功能、感染性疾病筛查、铁 代谢、iPTH ☐ X线胸片、心电图、超声心动图 ☐ 双上肢动脉、深静脉彩超 ☐ 浅静脉 DSA、MRA 或 CTA(必要时)	长期医嘱: ☐ 肾脏病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐、优质低蛋白、低磷、低嘌 呤饮食 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 术前医嘱: 1)常规准备明日在局部麻醉下 行上肢动脉-静脉内瘘成形术 2)药品及物品准备 ☐ 备术前抗菌药物 ☐ 其他特殊医嘱	长期医嘱: ☐ 自体动脉-静脉内瘘成形术 后护理常规 ☐ 一/二级护理 ☐ 低盐、优质低蛋白、低磷、低 嘌呤饮食 ☐ 明日恢复因手术停用的药物 ☐ 抗菌药物 临时医嘱: ☐ 其他特殊医嘱
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、备皮等术前准备	☐ 观察患者病情变化 ☐ 术后心理与生活护理
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 4~9 天 (术后第 1 天)	住院第 5~10 天 (术后第 2 天)	住院第 10~14 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房,注意病情变化 ☐ 住院医师完成病历书写 ☐ 注意观察体温、血压、动脉静脉内瘘部位血管杂音等	☐ 上级医师查房 ☐ 住院医师完成病历书写 ☐ 换药	☐ 上级医师查房,进行手术及伤口评估,确定有无手术并发症和切口愈合不良情况,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
重点 医嘱	长期医嘱: ☐ 自体动脉-静脉内瘘成形术后护理常规 ☐ 一/二级护理 ☐ 低盐、优质低蛋白、低磷、低嘌呤饮食 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 止痛(根据情况) ☐ 抗菌药物(根据情况)	长期医嘱: ☐ 自体动脉-静脉内瘘成形术后护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐、优质低蛋白、低磷、低嘌呤饮食 ☐ 患者既往基础用药 临时医嘱: ☐ 换药	出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 门诊随诊 ☐ 拆线
重点 护理工作	☐ 观察患者病情 ☐ 术后心理与生活护理 ☐ 指导术后患者功能锻炼	☐ 观察患者病情 ☐ 术后心理与生活护理 ☐ 指导术后患者功能锻炼	☐ 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.	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.
护士 签名			
医师 签名			

狼疮性肾炎行肾穿刺活检临床路径

(2009 年版)

一、狼疮性肾炎行肾穿刺活检临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为系统性红斑狼疮伴肾病综合征、慢性肾炎综合征或急进性肾炎综合征。

病理诊断为狼疮性肾炎(ICD-10:M32.1+N08.5*)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 肾脏病学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2011)、《临床技术操作规范 肾脏病学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社,2009)和《继发性肾小球疾病的诊断及其分类标准》进行诊断。

1. 临床表现为多系统损害,符合 1997 年美国风湿病学会制定的 SLE 诊断标准。
2. 不同程度的蛋白尿或镜下血尿,蛋白尿可达肾病综合征程度,亦可见肉眼血尿或白细胞尿和管型尿,可伴有高血压和不同程度肾功能减退。
3. 肾活检病理诊断为狼疮性肾炎。

(三) 标准住院日为 12~16 天

(四) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合系统性红斑狼疮伴肾病综合征、慢性肾炎综合征或急进性肾炎综合征,病理诊断为狼疮性肾炎(ICD-10:M32.1+N08.5*)。
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,可以进入本路径。

(五) 住院后 1~7 天(指工作日)完善检查

1. 必须检查的项目

(1)血常规+网织红细胞计数、尿常规、大便常规、外周血涂片；

(2)肝肾功能、电解质、肌酶、血糖、血脂、凝血功能、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)；

(3)抗核抗体、抗 dsDNA 抗体、抗心肌磷脂抗体、抗 Sm 抗体、ENA 多肽抗体谱，补体 C3、C4，免疫球蛋白(包括 IgG、IgA、IgM)，RF、CRP、ESR、ASO，直接和间接抗人球蛋白试验；

(4)24 小时尿蛋白定量、尿沉渣检查；

(5)B 超(双肾、肝胆脾胰)、X 线胸片、心电图、超声心动图。

2. 根据患者病情，必要时检查：

(1)外周血 CD4⁺ 和 CD8⁺ 细胞、ANCA、抗 GBM 抗体、血清蛋白电泳、甲状腺功能；

(2)双肾血管彩超、头颅 MRI、骨髓穿刺、骨盆 X 线片、肌电图、脑电图、眼底检查等。

3. 对系统性红斑狼疮疾病活动性指数(SLE-DAI)进行评分。

4. 如患者无禁忌，应行肾活检病理检查，明确病理类型，以指导治疗，估计预后。

(六) 肾穿刺前用药

1. 控制系统性红斑狼疮活动，可使用糖皮质激素等免疫抑制剂。

2. 根据病情，积极纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱(可使用利尿剂、碱剂或扩容治疗)。

3. 控制血压，保护肾功能。

4. 加强对症支持治疗：必要时酌情使用促红细胞生成素、粒细胞集落刺激因子或他汀类降脂药。

5. 肾穿刺术前停用抗凝药物。

6. 必要时抗感染治疗。

(七) 肾穿刺病理检查

如果患者入院前已完成穿刺前的检查和准备，住院后即可进行肾活检。如果患者住院后开始安排肾活检前的检查和准备，则在完成评估后行肾活检。

1. 麻醉方式：局部麻醉。

2. 术前准备：停用一切抗凝药物后，复查凝血功能正常；血红蛋白 8g/dl 以上，血小板 $80 \times 10^9/L$ ；血压控制在 140/90mmHg 以下。

3. 术中用药：麻醉常规用药。

4. 取材方式：经皮肾活检。

5. 输血：视术中情况而定。

6. 组织病理:冰冻切片行免疫荧光检查、石蜡切片光镜检查及电镜检查,并对肾组织活动性指数(AI)、慢性指数(DI)进行评分。

(八) 穿刺后用药

1. 肾穿刺术后根据情况选择性使用止血药。

2. 根据临床情况可选择性使用无肾毒性抗菌药物,按《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285号)执行。

3. 根据肾活检病理诊断,确定病理类型后实施治疗方案:

(1)重型狼疮性肾炎,疾病明显活动者,可考虑大剂量激素静脉冲击治疗,环磷酰胺冲击治疗或麦考酚吗乙酯、普乐可复治疗;如伴免疫功能缺陷可以考虑大剂量丙种球蛋白冲击治疗或血浆置换;

(2)病情相对稳定,无明显狼疮活动者,可考虑激素联合雷公藤总苷、硫唑嘌呤或来氟米特等治疗;

(3)在肾穿刺7天后,无活动性出血,可酌情予抗凝药、抗血小板药治疗(促纤维蛋白溶解药慎用);

(4)保护肾功能、对症支持治疗。

(九) 出院标准

1. 没有需要住院处理的并发症和(或)合并症。

2. 肾穿刺伤口愈合好。

3. 临床症状(血压、蛋白尿、血尿和肾功能)稳定或者好转。

(十) 变异及原因分析

1. 出现肾功能急剧恶化、恶性高血压等严重并发症,需要在住院期间处理。

2. 新出现其他系统合并症,如血液系统、神经系统症状需要住院治疗。

3. 出现治疗相关的并发症如感染、血糖升高或肾穿刺并发症,需要住院期间处理。

4. 虽然诊断为狼疮性肾炎,但出现持续少尿、急性肾衰或存在慢性肾功能不全,需要替代治疗的患者,以及伴有严重感染、心功能衰竭的患者,不适合本途径。