

临床路径管理丛书

消化内科

临床
路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

中国医药出版社

消化内科

临床
路径

第二版

人民卫生出版社

临床路径管理丛书

消化内科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化内科临床路径/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 978-7-117-15509-0

I. ①消… II. ①卫… III. ①消化系统疾病-诊疗
IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037160 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!

消化内科临床路径

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: 6.5

字 数: 124 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 978-7-117-15509-0/R·15510

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)

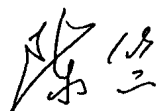
序

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

肝硬化腹水临床路径	1
轻症急性胰腺炎临床路径	5
胆总管结石临床路径	10
胃十二指肠溃疡临床路径	14
大肠息肉临床路径	18
反流性食管炎临床路径	22
贲门失弛缓症内镜下气囊扩张术临床路径	26
肝硬化并发肝性脑病临床路径	32
肝硬化合并食管胃静脉曲张出血(内科治疗) 临床路径	38
经内镜胆管支架置入术临床路径	48
溃疡性结肠炎(中度)临床路径	54
上消化道出血临床路径	62
十二指肠溃疡出血临床路径	67
胃溃疡合并出血(药物治疗)临床路径	73
内镜下胃息肉切除术临床路径	79
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	85
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	87

肝硬化腹水临床路径

(2009 年版)

一、肝硬化腹水临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为肝硬化腹水(ICD-10:K74+R18)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 消化系统疾病分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《实用内科学》(陈灏珠主编,第12版,人民卫生出版社,2005)及《2004年美国肝病学会肝硬化腹水的治疗指南》等国内、外临床诊疗指南。

1. 符合肝硬化失代偿期诊断标准:包括肝功能损害、门脉高压的临床表现、实验室检查及影像学检查。

2. 有腹水的体征和影像学结果:腹胀、腹部移动性浊音阳性等;腹部超声或CT检查证实存在腹腔积液。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 消化系统疾病分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《实用内科学》(陈灏珠主编,第12版,人民卫生出版社,2005)及《2004年美国肝病学会肝硬化腹水的治疗指南》等国内、外临床诊疗指南。

1. 一般治疗(休息、控制水和钠盐的摄入)。

2. 消除病因及诱因(如戒酒、停用有损肝功的药物、限制过量钠盐摄入等)。

3. 药物治疗:利尿剂、白蛋白等。

(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:K74+R18肝硬化腹水疾病编码。

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) 住院期间检查项目

1. 入院后必须完成的检查

- (1)血常规、尿常规、大便常规+潜血;
- (2)肝肾功能、电解质、血糖、血型、凝血功能、甲胎蛋白(AFP)、HBV、HCV;
- (3)腹水检查;
- (4)腹部超声、胸部正侧位 X 线片。

2. 根据患者具体情况可选择

- (1)腹水病原学检查,腹部 CT 或 MRI,超声心动图;
- (2)24 小时尿钠排出量或尿钠/钾比值。

(七) 腹腔穿刺术

1. 适应证:新发腹水者;原有腹水迅速增加原因未明者;疑似并发自发性腹膜炎者。

2. 术前准备:除外合并纤溶亢进或 DIC。

3. 麻醉方式:局部麻醉。

4. 术后处理:观察病情变化,必要时补充白蛋白(大量放腹水时,应于术后补充白蛋白,按每升腹水补充 8~10g 白蛋白计算)。

(八) 保肝及利尿剂的应用

1. 按肝硬化治疗要求,选用保肝药物。

2. 利尿剂:呋塞米单用或联合应用螺内酯。

(九) 出院标准

1. 腹胀症状缓解。
2. 腹围减小。
3. 体重稳步下降。
4. 无严重电解质紊乱。

(十) 变异及原因分析

1. 出现并发症(如消化道出血、原发性腹膜炎、原发性肝癌、肝性脑病、肝肾综合征、肝性胸腔积液等)转入相应路径。

2. 合并结核性腹膜炎、肺部感染等转入相应路径。

3. 顽固性腹水,需进一步诊治,导致住院时间延长、费用增加。

二、肝硬化腹水临床路径表单

适用对象:第一诊断为肝硬化腹水(ICD-10:K74+ R18)

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 天
主要诊疗工作	☐ 完成询问病史和体格检查 ☐ 完成入院病历及首次病程记录 ☐ 拟定检查项目 ☐ 制订初步治疗方案 ☐ 对患者进行有关肝硬化腹水的宣教	☐ 上级医师查房 ☐ 明确下一步诊疗计划 ☐ 完成上级医师查房记录 ☐ 向患者及家属交代病情,并签署腹腔穿刺检查同意书 ☐ 对腹水量不大或肥胖患者行超声腹水定位 ☐ 腹腔穿刺术 ☐ 观察腹腔穿刺术后并发症(出血、血肿等) ☐ 完成腹腔穿刺记录
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 消化内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐饮食 ☐ 记录 24 小时液体出入量 ☐ 测体重+腹围 Qd 临时医嘱: ☐ 血、尿、大便常规+潜血 ☐ 肝肾功能、电解质、血糖、血型、凝血功能、AFP、HBV、HCV ☐ 腹水检查 ☐ 腹部超声、胸部正侧位 X 线片 ☐ 必要时行:腹水病原学检查,腹部 CT 或 MRI,超声心动图,24 小时尿钠排出量或尿钠/钾比值 ☐ 其他检查(酌情)	长期医嘱: ☐ 消化内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐饮食 ☐ 记录 24 小时液体出入量 ☐ 测体重+腹围 Qd ☐ 利尿剂 临时医嘱: ☐ 腹腔穿刺术 ☐ 腹水常规、总蛋白、白蛋白、细胞学检查 ☐ 腹水需氧菌及厌氧菌培养(必要时) ☐ 白蛋白静滴(必要时) ☐ 其他检查(酌情)
主要护理工作	☐ 入院宣教 ☐ 健康宣教:疾病相关知识 ☐ 根据医生医嘱指导患者完成相关检查 ☐ 完成护理记录 ☐ 记录入院时患者体重和腹围	☐ 基本生活和心理护理 ☐ 监督患者进行出入量及体重测量 ☐ 腹腔穿刺术后观察患者病情变化:神志变化、生命体征、穿刺点渗血及渗液情况,发现异常及时向医师汇报并记录 ☐ 正确执行医嘱 ☐ 认真完成交接班
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 3~5 天	住院第 6~9 天	住院第 10~14 天
主要诊疗工作	☐ 上级医师查房 ☐ 完成病历记录 ☐ 评价治疗疗效,调整治疗药物(无水肿者每天体重减轻 300~500g,有下肢水肿者每天体重减轻 800~1000g 时,无须调整药物剂量) ☐ 根据腹部血管彩超结果决定是否请相关科室会诊 ☐ 根据腹水检测结果调整治疗方案(如加用抗感染治疗等)	☐ 上级医师查房 ☐ 完成病历记录 ☐ 评价治疗疗效,若评价为难治性腹水,可选择: 1. 系列性、治疗性腹腔穿刺术 2. 转诊行 TIPS 治疗 3. 转外科治疗	☐ 上级医师查房,确定患者可以出院 ☐ 完成上级医师查房记录、出院记录、出院证明书和病历首页的填写 ☐ 通知出院 ☐ 向患者交代出院注意事项及随诊时间 ☐ 若患者不能出院,在病程记录中说明原因和继续治疗的方案
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 消化内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐饮食 ☐ 记录 24 小时液体出入量 ☐ 测体重+腹围 Qd ☐ 利尿剂 临时医嘱: ☐ 根据病情需要下达 ☐ 酌情复查:24 小时尿钠排出量测定、尿钠/钾比值测定、肾功能、电解质测定	长期医嘱: ☐ 消化内科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐饮食 ☐ 记录 24 小时液体出入量 ☐ 测体重+腹围 Qd ☐ 利尿剂 临时医嘱: ☐ 根据病情需要下达	出院医嘱: ☐ 今日出院 ☐ 低盐饮食 ☐ 出院带药 ☐ 嘱定期监测肾功能及血电解质 ☐ 门诊随诊
主要护理工作	☐ 基本生活和心理护理 ☐ 监督患者进行出入量及体重测量 ☐ 正确执行医嘱 ☐ 认真完成交接班	☐ 基本生活和心理护理 ☐ 监督患者进行出入量及体重测量 ☐ 正确执行医嘱 ☐ 认真完成交接班	☐ 帮助患者办理出院手续、交费等事宜 ☐ 出院指导
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			

轻症急性胰腺炎临床路径

(2009 年版)

一、轻症急性胰腺炎临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为轻症急性胰腺炎(ICD-10: K85.001/K85.101/K85.201/K85.301/K85.801/K85.802/K85.901)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 消化系统疾病分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《实用内科学》(陈灏珠主编,第12版,人民卫生出版社,2005),《临床消化病学》(姚希贤主编,天津科学技术出版社,1999)。

1. 临床表现:急性、持续性腹痛(偶无腹痛)。
2. 实验室检查:血清淀粉酶活性增高 $\geq$ 正常值上限3倍。
3. 辅助检查:影像学提示胰腺有或无形态学改变。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南 消化系统疾病分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2005),《实用内科学》(陈灏珠主编,第12版,人民卫生出版社,2005),《临床消化病学》(姚希贤主编,天津科学技术出版社,1999)。

1. 内科治疗

- (1)监护、禁食、胃肠减压;
- (2)维持水电解质平衡、营养支持治疗;

(3)药物治疗:抑酸治疗、抑制胰腺分泌药物、胰酶抑制剂;无感染征象的患者不建议使用抗菌药物;必要时谨慎使用镇静和镇痛药物。

2. 内镜治疗:对于胆源性胰腺炎,有条件的医疗机构可采用内镜治疗。

(四) 标准住院日为 7~10 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:K85.001/K85.101/K85.201/K85.301/K85.801/K85.802/K85.901 轻症急性胰腺炎疾病编码。
2. 排除急性重症胰腺炎及有严重并发症的患者(合并心、肺、肾等脏器功能损害,合并胰腺脓肿、胰腺囊肿等)。
3. 排除其他急腹症:急性肠梗阻、消化性溃疡穿孔、胆石症和急性胆囊炎、肠系膜血管栓塞、心绞痛或心肌梗死者。
4. 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) 住院期间检查项目

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、甘油三酯、电解质、血糖、血淀粉酶、脂肪酶、C 反应蛋白(CRP)、凝血功能;
- (3)血气分析;
- (4)心电图、腹部超声、腹部及胸部 X 线片。

2. 根据患者病情可选择检查项目

- (1)血型及 RH 因子,肿瘤标记物筛查(CA19-9、AFP、CEA),自身免疫标志物测定(ANA、ENA、IgG);
- (2)腹部 CT、磁共振胰胆管造影(MRCP)、内镜下逆行性胰胆管造影(ERCP)、超声内镜(EUS)。

(七) 选择用药

1. 抑酸药(质子泵抑制剂、H₂受体拮抗剂)。
2. 生长抑素及其类似物。
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,并结合患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。

(八) 出院标准

1. 腹痛、腹胀缓解,开始进食。
2. 血淀粉酶稳定下降,或进食后无明显升高。

(九) 变异及原因分析

1. 患者由轻症急性胰腺炎转为重症急性胰腺炎,退出本路径。