

Interpretation  
of Clinical Pathways

消化系统 | 肾脏内科 | 泌尿外科 | 小儿内科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 口腔科 | 产科

# 临床路径释义

## 第二卷

《临床路径释义》专家组 编



中国协和医科大学出版社

R4  
201316  
2

阅 览


Interpretation of Clinical Pathways

# 临床路径释义

第二卷

《临床路径释义》专家组 编



 中国协和医科大学出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

临床路径释义. 第2卷/《临床路径释义》专家组编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2013. 1  
ISBN 978 - 7 - 81136 - 790 - 4

I. ①临… II. ①临… III. ①临床医学 - 技术操作规程 IV. ①R4 - 65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 309503 号

### 临床路径释义 (第二卷)

---

主 编:《临床路径释义》专家组  
责任编辑:谢 阳 许进力 杨小杰

---

出版发行: 中国协和医科大学出版社  
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: [www.pumcp.com](http://www.pumcp.com)  
经 销: 新华书店总店北京发行所  
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

---

开 本: 889 × 1194 1/16 开  
印 张: 32.25  
字 数: 1200 千字  
版 次: 2013 年 5 月第一版 2013 年 5 月第一次印刷  
印 数: 1—5000  
定 价: 158.00 元

---

ISBN 978 - 7 - 81136 - 790 - 4/R · 790

---

(凡购本书,如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题,由本社发行部调换)

## 《临床路径释义》丛书指导委员会

主任委员 马晓伟

副主任委员 (按姓氏笔画排序)

王羽	刘志红	李立明	吴孟超
邱贵兴	陈香美	陈赛娟	郎景和
赵玉沛	郝希山	钟南山	高润霖
曹雪涛	曾益新	詹启敏	樊代明

委员 (按姓氏笔画排序)

马晓伟	王兴	王羽	王宝玺
王建祥	支修益	宁光	吕传真
刘又宁	刘志红	许国铭	那彦群
李立明	李仲智	吴孟超	邱贵兴
沈颖	张为远	张学军	张振忠
陈香美	陈赛娟	郎景和	赵平
赵玉沛	赵明钢	赵继宗	胡大一
胡盛寿	姜保国	郝希山	钟南山
高润霖	曹雪涛	梁铭会	曾益新
韩德民	詹启敏	樊代明	黎晓新

指导委员会办公室

主任 焦雅辉 王海涛

秘书 胡瑞荣 俞桑丽

# 《临床路径释义》丛书编辑委员会名单

## 主任委员

赵玉沛 中国医学科学院北京协和医院

## 副主任委员

于晓初 中国医学科学院北京协和医院

袁 钟 中国医学科学院北京协和医学院

高文华 中国医学科学院北京协和医院

王海涛 中国医学科学院北京协和医学院

刘爱民 中国医学科学院北京协和医院

## 委 员

俞桑丽 中国医学科学院北京协和医学院

韩 丁 中国医学科学院北京协和医院

王 怡 中国医学科学院北京协和医院

吴欣娟 中国医学科学院北京协和医院

孙 红 中国医学科学院北京协和医院

李志远 中国医学科学院阜外心血管病医院

李 琳 中国医学科学院阜外心血管病医院

李庆印 中国医学科学院阜外心血管病医院

郝云霞 中国医学科学院阜外心血管病医院

王 艾 中国医学科学院肿瘤医院

何铁强 中国医学科学院肿瘤医院

徐 波 中国医学科学院肿瘤医院

李 睿 中国医学科学院血液病医院

马新娟 中国医学科学院血液病医院

吴信峰 中国医学科学院皮肤病医院

曹春燕 中国医学科学院皮肤病医院

## 《临床路径释义》第二卷

### 编审专家名单（以姓氏笔画为序）

- 孔垂泽 中国医科大学附属第一医院  
王松灵 首都医科大学附属北京口腔医院  
刘新光 北京大学第一医院  
沈颖 首都医科大学附属北京儿童医院  
陈香美 中国人民解放军总医院  
赵平 中国医学科学院肿瘤医院  
韩德民 首都医科大学附属北京同仁医院  
黎晓新 北京大学人民医院

## 《临床路径释义》第二卷

### 参编人员名单 (以姓氏笔画为序)

万伟琳	于伟泓	尤瑞玉	方秀才	毛进	王青
王文达	王冬军	王惠君	付晨薇	冯国栋	叶文玲
石冰冰	边旭明	关玉霞	刘彤	刘小伟	刘广华
刘爱民	吕威	孙静	孙晓红	朱峰	纪志刚
严维刚	吴晰	吴艳芳	宋红梅	宋英娜	宋晓楠
张丽	张潇	张玉石	张学斌	李航	李辉
李滢	李蕊	李冀	李小青	李五一	李汉忠
李明喜	李雪梅	杨红	杨爱明	沈菁	肖河
连冬梅	陈永宁	陈兴明	周炼	周晓鸽	林润台
范欣荣	郑可	姚芳	姚佳	费贵军	赵继志
钟勇	徐滔	徐冬冬	秦安京	秦雪莲	袁群生
钱家鸣	高志强	高瑞通	戚庆炜	舒慧君	董方田
谢丹	蔡永华				

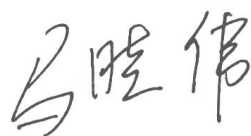
# 序 言

---

作为公立医院改革试点工作的重要任务之一，实施临床路径管理对于促进医疗服务管理向科学化、规范化、专业化、精细化发展，落实国家基本药物制度，降低不合理医药费用，和谐医患关系，保障医疗质量和医疗安全等都具有十分重要的意义，是继医院评审、“以病人为中心”医院改革之后第三次医院管理的新发展。

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“疾病医疗服务计划标准”，是医院管理深入到病种管理的体现，主要功能是规范医疗行为、增强治疗行为和时间计划、提高医疗质量和控制不合理治疗费用，具有很强的技术指导性。它既包含了循证医学和“以病人为中心”等现代医疗质量管理概念，也具有重要的卫生经济学意义。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。美国、德国等发达国家以及我国台湾、香港地区都已经应用了大量常见病、多发病的临床路径，并取得了一些成功的经验。20 世纪 90 年代中期以来，我国北京、江苏、浙江和山东等部分医院也进行了很多有益的尝试和探索。国内外的实践证明，实施临床路径管理，对于规范医疗服务行为，促进医疗质量管理从粗放式的质量管理，进一步向专业化、精细化的全程质量管理转变具有十分重要的作用。

经过两年多临床路径试点工作，对适合我国国情的临床路径管理制度、工作模式、运行机制以及质量评估和持续改进体系进行了探索。希望通过《临床路径释义》一书，对临床路径相关内容进行答疑解惑及补充说明，帮助医护人员和管理人员准确地理解、把握和正确运用临床路径，起到一定的作用。



2012 年 3 月



# 前 言

开展临床路径工作是我国医药卫生改革的重要举措。临床路径在医疗机构中的实施为医院管理提供标准和依据，是医院管理的抓手，是实实在在的医院内涵建设的基础，是一场重要的医院管理革命。

为更好地贯彻国务院办公厅医疗卫生体制改革的有关精神，帮助各级医疗机构开展临床路径管理，保证临床路径试点工作顺利进行，受卫生部委托，中国医学科学院承担了组织编写《临床路径释义》的工作。

在医院管理实践中，提高医疗质量、降低医疗费用、防止过度医疗是世界各国都在努力解决的问题。重点在于规范医疗行为、抑制成本增长与有效利用资源。研究与实践证明，临床路径管理是解决上述问题的有效途径，尤其在整合优化资源、节省成本、避免不必要检查与药物应用、建立较好医疗组合、提高患者满意度、减少文书作业、减少人为疏失等诸多方面优势明显。因此，临床路径管理在医改中扮演着重要角色。卫生部今年1月公布的《2011年卫生工作要点》中特别把“继续制定常见病、多发病临床路径，增加实施病种数量，扩大临床路径实施覆盖面”作为一项公立医院的改革任务来布置。

到目前为止，临床路径试点工作已进行一年多，对绝大多数医院而言，这是一项全新的、有挑战性的工作，不可避免地会遇到若干问题，既有临床方面的问题，也有管理方面的问题，最主要是对临床路径的理解一致性问题。这就需要统一思想，在实践中探索解决问题的最佳方案。临床路径释义是对临床路径的答疑解惑及补充说明，目的是帮助试行临床路径医疗单位的医护人员和管理人员，能够准确地理解、把握和正确运用临床路径，解读每一个具体操作流程，合理配置医疗资源规范医疗行为，提高医疗质量，保证医疗安全。

本书的编写专家大多亲自参与了临床路径的制订，编写前认真研讨了临床路径在试行过程中各级医院所遇到的有普遍性的问题，在专业与管理两个层面，从医师、护士、患者多个角度进行了释义和补充，供临床路径管理者和实践者参考。

对于每个病种，我们补充了“疾病编码”和“检索方法”两个项目，将临床路径表单细化为“医师表单”、“护士表单”和“患者表单”，并对疾病编码进行了补充和修改。

疾病编码可以看作适用对象的释义，兼具标准化意义，使全国各医疗机构能够有统一标准，明确进入临床路径的范围。对于2009版临床路径公布时个别不准确的

编码我们也给予了修正和补充。例如，原临床路径文件中的“肝硬化腹水”，其 ICD-10 编码“K74 伴有 R18”。这组编码虽然表明肝硬化腹水，但它把一些特定病因的肝硬化腹水排除在外，因此在释义中给予修改，增加了特定病因的肝硬化腹水编码，使其更加准确。增加“检索方法”是为了使医院运用信息化工具管理临床路径时，可以全面考虑所有因素，避免漏检、误检数据。这样医院检索获取的数据能更完整，也有助于卫生行政部门的统计和考核。

依国际惯例，表单细化为“医师表单”、“护士表单”和“患者表单”，责权分明，便于使用。这些仅为专家的建议方案，具体施行起来，各医疗单位还需根据实际情况修改。

根据最新公布的《医疗机构抗菌药物管理办法》，2009 年版路径中涉及的抗生素均应按照要求进行调整，本书中为叙述简洁，我们在附录中统一进行了说明。

实施临床路径管理意义重大，但也艰巨而复杂。在组织编写这套释义的过程中我们对此深有体会。因时间和条件限制，书中的不足之处难免，欢迎同行诸君批评指正。

编 者  
2013 年 3 月

# 目 录

## 第一章 消化系统

- 第一节 肝硬化腹水临床路径释义 ..... ( 3 )
- 第二节 轻症急性胰腺炎临床路径释义 ..... ( 17 )
- 第三节 胆总管结石临床路径释义 ..... ( 30 )
- 第四节 胃十二指肠溃疡临床路径释义 ..... ( 43 )
- 第五节 大肠息肉临床路径释义 ..... ( 57 )
- 第六节 反流食管炎临床路径释义 ..... ( 70 )

## 第二章 肾脏内科

- 第一节 终末期肾脏病临床路径释义 ..... ( 83 )
- 第二节 狼疮性肾炎行肾穿刺活检临床路径释义 ..... ( 96 )
- 第三节 急性肾损伤临床路径释义 ..... ( 111 )
- 第四节 IgA 肾病行肾穿刺活检临床路径释义 ..... ( 124 )

## 第三章 泌尿外科

- 第一节 肾癌临床路径释义 ..... ( 141 )
- 第二节 膀胱肿瘤临床路径释义 ..... ( 155 )
- 第三节 良性前列腺增生临床路径释义 ..... ( 168 )
- 第四节 肾结石临床路径释义 ..... ( 181 )
- 第五节 输尿管结石临床路径释义 ..... ( 194 )

## 第四章 小儿内科

- 第一节 轮状病毒肠炎临床路径释义 ..... ( 209 )
- 第二节 支原体肺炎临床路径释义 ..... ( 217 )
- 第三节 麻疹合并肺炎临床路径释义 ..... ( 226 )
- 第四节 母婴 ABO 血型不合溶血病临床路径释义 ..... ( 236 )

## 第五章 眼科

- 第一节 原发性急性闭角型青光眼临床路径释义 ..... (253)
- 第二节 单纯性孔源性视网膜脱离临床路径释义 ..... (267)
- 第三节 共同性斜视临床路径释义 ..... (283)
- 第四节 上睑下垂临床路径释义 ..... (296)
- 第五节 老年性白内障临床路径释义 ..... (309)

## 第六章 耳鼻咽喉科

- 第一节 慢性化脓性中耳炎临床路径释义 ..... (325)
- 第二节 声带息肉临床路径释义 ..... (338)
- 第三节 慢性鼻-鼻窦炎临床路径释义 ..... (351)
- 第四节 喉癌临床路径释义 ..... (364)

## 第七章 口腔科

- 第一节 舌癌临床路径释义 ..... (379)
- 第二节 唇裂临床路径释义 ..... (392)
- 第三节 腭裂临床路径释义 ..... (405)
- 第四节 下颌骨骨折临床路径释义 ..... (419)
- 第五节 下颌前突畸形临床路径释义 ..... (432)
- 第六节 腮腺多形性腺瘤临床路径释义 ..... (447)

## 第八章 产科

- 第一节 胎膜早破行阴道分娩临床路径释义 ..... (463)
- 第二节 自然临产阴道分娩临床路径释义 ..... (471)
- 第三节 计划性剖宫产临床路径释义 ..... (479)

## 附 录

- 1. 抗菌药物预防性应用的基本原则 ..... (494)
- 2. 临床路径释义编审专家委员会第一批名单 ..... (496)

## 本 章 目 录

---

- 第一节 肝硬化腹水临床路径释义 ..... ( 3 )
- 第二节 轻症急性胰腺炎临床路径释义 ..... ( 17 )
- 第三节 胆总管结石临床路径释义 ..... ( 30 )
- 第四节 胃十二指肠溃疡临床路径释义 ..... ( 43 )
- 第五节 大肠息肉临床路径释义 ..... ( 57 )
- 第六节 反流食管炎临床路径释义 ..... ( 70 )

## 第一节 肝硬化腹水临床路径释义

### 一、肝硬化腹水编码

疾病名称及编码：梅毒性肝硬化 A52.7  
血吸虫病性肝硬化 B65.2  
酒精性肝硬化 K70.3  
中毒性肝硬化 K71.7  
原发性胆汁性肝硬化 K74.3  
继发性胆汁性肝硬化 K74.4  
未特指的胆汁性肝硬化 K74.5  
其他和未特指的肝硬化 K74.6  
心源性肝硬化 K76.1  
腹水 R18

### 二、临床路径检索方法

第一诊断编码查找 A52.7/B65.2/K70.3/K71.7/K74.3 - K74.6/K76.1；伴有其他诊断 R18，排除消化道出血 K92.2、原发性腹膜炎 K65.9、原发性肝癌 C22.9、肝性脑病 K72.9、肝肾综合征 K76.7、肝性胸水 J94.8 等编码。注：因肝硬化的病因还有梅毒性、血吸虫病性、酒精性、中毒性、心源性等，故增加编码 A52.7、B65.2、K70.3、K76.1。

### 三、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：A52.7/B65.2/K70.3/K71.7/K74.3 - K74.6/K76.1 + R18）

#### 释义

■ 适用对象编码参见第一部分。

■ 本路径适用对象为各种原因肝硬化所导致的腹水。肝硬化按病因分类包括：病毒性肝炎所致肝硬化、酒精性肝硬化、非酒精性脂肪性肝硬化、中毒性及药物性肝炎肝硬化、原发性或继发性胆汁淤积性肝硬化、代谢性肝硬化、淤血性肝硬化、自身免疫性肝炎所致肝硬化及各种隐源性肝硬化。

■ 本路径不适用于非肝硬化所致腹水，包括：急性肝衰竭、心力衰竭、肾病综合征、布-加综合征、胰腺炎、结核性腹膜炎、肿瘤（包括腹膜肿瘤、肝癌、肿瘤肝转移等）、术后淋巴瘘、黏液性水肿、混合性腹水（如在肝硬化的基础上合并其他病因）等。

## (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),《实用内科学(第12版)》(复旦大学上海医学院编著,人民卫生出版社)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、门静脉高压的临床表现、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检查证实存在腹水。

### 释义

■ 肝硬化的起病和病程一般缓慢,按照是否出现肝功能减退和门静脉高压症表现可划分为代偿期和失代偿期。

■ 失代偿期肝硬化的临床表现包括:食欲减退、乏力、消瘦、腹胀、腹水、黄疸、贫血、出血倾向和性功能减退等。体格检查可表现为皮肤巩膜黄染、皮肤黏膜淤斑或出血点、胸腹壁静脉显露和怒张(血流以脐为中心向四周流向)、脾肿大、腹部移动性浊音阳性,晚期双下肢可出现凹性水肿等。

■ 肝功能失代偿期的肝功能损伤主要是指血清清蛋白降低、胆红素升高及凝血酶原时间延长。门静脉高压脾功能亢进时,血白细胞及血小板计数均可降低,以血小板减少尤为明显。

■ 失代偿期肝硬化的影像学特点为:腹部超声、CT或MRI检查显示肝脏缩小,肝门扩大,纵裂增宽,肝右叶萎缩,左叶及尾叶代偿性增大,肝脏表面凸凹不平。门静脉高压者有脾肿大、门静脉直径 $>15\text{mm}$ 和腹水,多普勒超声可显示门静脉血流速度减慢,门静脉分支内同时存在向肝和逆肝血流,胃镜或增强CT检查可见食管胃底静脉曲张。

## (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),《实用内科学(第12版)》(复旦大学上海医学院编著,人民卫生出版社)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、清蛋白等。

### 释义

■ 肝硬化失代偿期患者的一般治疗包括休息、高热量、高蛋白质、富含维生素而易消化饮食。有食管胃底静脉曲张者,应避免粗糙、坚硬食物。有腹水者,应限制钠盐摄入,钠的摄入量应限制在 $88\text{mmol/d}$ ( $2000\text{mg/d}$ )。关于是否需要限制水的摄入量,《美国肝病学会肝硬化腹水的治疗指南》中认为,除非血钠低于 $120\sim 125\text{mmol/L}$ ,限水并非必需(Ⅲ

级);《实用内科学(第12版)》指出水的摄入量应限制在1L/d,如有稀释性低钠血症( $\text{Na}^+ < 120\text{mmol/L}$ ),应限制水的摄入量在300~500ml/d。

■ 肝硬化腹水出现或加重的诱因包括:各种原因导致的肝功能减退、过量摄入钠盐、感染、门静脉血栓形成、并发原发性肝癌等。《美国肝病学会肝硬化腹水的治疗指南》指出,酒精性肝硬化严格戒酒,乙型病毒性肝炎肝硬化抗病毒治疗、自身免疫性肝炎免疫抑制治疗,可部分逆转肝硬化失代偿。后两类治疗超出本路径范围,若确定需要治疗,应转入其他路径。入院后检查确定腹水系并发原发性肝癌或并发感染所致,且需要针对性治疗,亦应退出本路径,转入其他路径。

■ 利尿剂的利用是肝硬化腹水主要的治疗方法之一,可采用螺内酯或联合应用呋塞米。螺内酯的起始剂量为100mg/d,依据利尿反应,每3~5天增加100mg,直至最大剂量400mg/d。呋塞米的起始剂量为40mg/d,可增加至160mg/d。采用上述方案需密切监测,避免水电解质紊乱、肾衰竭、肝性脑病等。顽固性肝硬化腹水患者,可选择改善肝脏微循环药物如前列地尔。

■ 肝硬化腹水患者是否需要输注清蛋白或血浆,仍存在争议。《美国肝病学会肝硬化腹水的治疗指南》建议一次放腹水小于4~5L,不必输注清蛋白,大量放腹水时,每放1L腹水输注8~10g清蛋白。《实用内科学(第12版)》认为,对伴有低蛋白血症的腹水患者,每周定期输注清蛋白或血浆可促进腹水的消退。临床上可根据患者的一般情况及利尿剂治疗的疗效酌情采用上述方案。

■ 门静脉高压脾功能亢进患者,白细胞及血小板计数均可降低,以血小板降低尤为明显。应用造血生长因子如重组人粒细胞巨噬细胞刺激因子(rhGM-CSF)及重组人白介素-11(rhIL-11)等药物维持血象,可避免感染及出血风险,减少反复输注血小板导致同种抗体的产生。应用重组人白介素-11后血小板开始增加时间为用药第7~15天,达峰时间为用药第15天,一般连续用7~10天。重组人白介素-11每天2mg,不仅可增加血小板,同时ALT、AST也可明显减少,减轻肝功能损伤。

#### (四) 标准住院日为10~14天

##### 释义

患者入院后第1~2天,完善检查、确定诊断;第2~10天,开始治疗并进一步评价疗效、调整治疗方案、监测治疗的副作用;第10~14天,观察疗效稳定,准予出院。总住院时间不超过14天均符合路径要求。若肝硬化腹水出现的诱因未能有效控制,可适当延长住院时间。

#### (五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合ICD-10:A52.7/B65.2/K70.3/K71.7/K74.3-K74.6/K76.1+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,可以进入路径。

### 释义

■ 经入院检查发现伴有其他基础疾病,其对患者健康的影响严重,应优先治疗基础疾病,暂不宜进入本路径,如原发性肝癌或其他部位恶性肿瘤、肝性脑病、消化道出血、肾功能不全、冠心病不稳定型心绞痛等。

■ 经入院检查发现伴有其他基础疾病,其诊断和治疗可以与本路径疾病同时进行,不影响本路径的实施,则可同时进入两种疾病的临床路径,如原发性高血压、糖尿病、慢性心功能不全等。

■ 既往有基础疾病者,经合理治疗后达到稳定,或尚要持续用药,不影响本路径的实施,则可进入本路径。但可能增加医疗费用,延长住院时间,如原发性高血压、冠心病、糖尿病、高脂血症等。

## (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、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,超声心动检查。
- (2) 24小时尿钠排出量或尿钠/钾比值。

### 释义

■ 入院后必须完成的检查目的是全面评价肝功能,进行Child-Pugh分级,评价肝硬化的并发症,如脾功能亢进、原发性肝癌、消化道出血、肝肾综合征、门静脉血栓形成等。

■ 腹水常规检查项目包括颜色、比重、细胞计数和分类、清蛋白和总蛋白,血清-腹水清蛋白梯度(SAAG)。可选择检查的项目包括应用血培养瓶进行细菌培养、糖、乳酸脱氢酶、淀粉酶、甘油三酯、抗酸染色或结核菌培养、细胞学检查。

■ 怀疑腹水感染(患者有发热、腹痛、酸中毒、氮质血症、低血压、低体温)者,应进行腹水培养。

■ 血AFP升高或腹部超声发现肝脏可疑占位性病变,需行腹部CT平扫加增强或腹部MRI检查,进一步明确诊断。高度怀疑原发性肝癌者,则不宜进入本路径。

■ 怀疑为淤血性肝硬化者,需行超声心动检查,评价心脏形态及功能,进行血管彩超检查了解有无布-加综合征等血管疾病。

■ 中-大量腹水患者,可检测24小时尿钠排出量或尿钠/钾比值,以协助选择适当的治疗方案,评估疗效及预后。尿钠90~50mmol/24h,尿钠/尿钾>2者,提示患者对水、钠