败血症临床路径

（2016年版）

一、败血症临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为败血症（ICD-10：A41.900）。

**（二）诊断依据。**

根据《传染病学》第8版（卫生部“十二五”规划教材，）主审杨绍基，主编李兰娟、任红，人民卫生出版社），国际脓毒症论坛、美国重症医学会《严重脓毒血症和（或）感染性休克处理指南》（2012），败血症诊断标准为：

1. 急性发热，伴寒战、全身中毒症状。
2. 有胆道、尿路、皮肤等原发感染灶，或创伤、挤压疮疖史，或出现迁徙性感染病灶（如感染性心内膜炎等）。
3. 出现皮疹、肝脾肿大。
4. 白细胞总数及中性粒细胞明显升高。
5. 血培养及／或骨髓培养阳性。
6. 重症可出现低血压、急性肺损伤、肝损伤及尿量减少、意识状态改变等多脏器受损表现；血乳酸水平升高；凝血功能障碍(INR＞1.5)、血小板＜100,000/L。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《传染病学》第8版（卫生部“十二五”规划教材）主审杨绍基，主编李兰娟、任红，人民卫生出版社），国际脓毒症论坛、美国重症医学会《严重脓毒血症和（或）感染性休克处理指南》（2012），《抗菌药物临床应用指导原则》（2015版《抗菌药物临床应用指导原则》修订工作组，国卫办医发〔2015〕43 号）。

1.抗菌药物治疗。

2.一般治疗：休息，维持水、电解质、酸碱、能量和氮平衡。

3.对症治疗：高热时物理降温。维护重要器官的功能。

4.去除感染病灶：积极控制或去除原发与迁徙性感染病灶。

**（四）标准住院日为10～14天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：A41.900败血症编码。

2.当患者合并其他疾病，但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）住院期间检查项目。**

1.必需的检查项目：

（1）一般检查血常规、尿常规、大便常规；

（2）病原学检查血培养或（和）骨髓培养，酌情体液（如脓液、胸水、腹水、脑脊液、心包液、尿液、瘀点挤液等）培养，或静脉导管尖部等标本进行细菌培养，必要时进行厌氧菌培养或真菌培养，同时进行抗菌药物敏感试验。

（3）炎症相关指标、C反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）等。

（4）肝功能、肾功能、抗HIV、胸部X线、心电图检查；

2.根据患者病情可选择检查项目：

（1）鲎试验（LLT）；

（2）血清真菌细胞壁成分1,3-β-D葡聚糖(Glucan,G)检测（G试验）或血液半乳甘露聚糖（Galactomannan，GM）含量检测等；

（3）出现心脏、肝脏、肾脏等器官功能障碍或感染性休克时，应作相关检查。

（4）血气分析等；

（5）出血时间、凝血时间、凝血酶原时间、凝血活酶时间，纤维蛋白原，纤维蛋白原降解物（FDP），血浆鱼精蛋白副凝固试验（3P试验）；纤维蛋白降解产物D二聚体等。

（6）酌情超声（胸腔积液、腹腔积液、心包积液、肾盂积水等）、计算机断层扫描（CT）、磁共振成像（MRI）、超声心动图等检查。

（7）输血前病原检测(HBV-M、抗HCV、抗HEV IgM、抗HAV IgM、抗HIV、RPR)。

**（七）治疗方案与药物选择。**

1.评估病情严重程度。

2.分析致病菌种类（尚未获得病原学时），以及抗菌药物敏感性状态（尚未获得病原学敏感试验结果时）。

3.抗菌药物种类、剂量。

4.感染病灶引流。

5.基础疾病治疗。

6.其他治疗措施。

**（八）出院标准。**

败血症临床治愈，具体出院条件为：

1.治疗至体温正常及感染症状、体征消失后5～10天。

2.无严重基础疾病、无感染病灶患者，可在室内活动。

3.原发或迁徙性感染病灶未愈者，可在院外继续完成治疗方案。

**（九）变异及原因分析**

1.存在合并症或并发症需要相关诊断和治疗，考虑为变异因素，如并发症严重需要专科治疗则退出本路径。

2.病情明显加重，出现感染性休克或弥散性血管内凝血（DIC）等，需要退出路径。

3.需要手术治疗原发或转移性感染病灶，应退出路径。

4.同时具有其他疾病诊断，住院期间病情发生变化，需要特殊处理，影响第一诊断的临床路径流程实施时，需要退出临床路径。

二、败血症临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**败血症（ICD-10：A41.900)

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 | 第2-3天 | 住院第4-7天 |
| 主要诊疗工作 | * 询问病史及进行体格检查
* 完善必要检查，初步评估病情
* 完成病历书写
* 根据病情对症、支持治疗
* 上级医师查房，制定诊疗计划
* 确定抗菌药物治疗方案，签署药物治疗知情同意书，开始抗菌治疗
* 医患沟通，及时告知病情与相关问题
 | * 病例讨论，上级医师定期查房，完善诊疗计划
* 病情严重程度分级
* 处理基础疾病及对症治疗
* 评价抗菌治疗效果
* 根据病情及治疗效果调整、制定合理治疗方案
* 住院医师书写病程记录
 | * 上级医师定期查房，治疗效果评估
* 处理可能发生的并发症
* 根据病情及治疗效果调整治疗方案
* 完成三级医师查房记录
* 医患沟通
* 住院医师书写病程记录
* 其他
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 败血症护理常规
* 特级-一-二-三级护理
* 普食，或半流质饮食
* 抗菌药物治疗
* 吸氧（必要时）
* 吸痰（必要时）
* 制酸剂、胃肠黏膜保护剂（必要时）
* 持续心电、血压、血氧饱和度监测（必要时）
* 记出入量（必要时）
* 利尿剂（必要时）
* 祛痰剂、支气管扩张剂等（必要时）
* 其他对症治疗
* 基础疾病相关治疗

**临时医嘱：*** 血常规、尿常规、大便常规
* 肝肾功能检查、电解质、血糖、血尿酸、血沉（或C反应蛋白）、、降钙素原（PCT）抗HIV、RPR
* 血培养，或骨髓培养，或体液培养，或尿培养等，同时药敏试验
* 厌氧菌、真菌培养（必要时），同时药敏试验
* G试验（必要时）
* GM试验（必要时）
* 心电图、胸片
* 血气分析（必要时）
* B超（上腹部，胸腔积液或心包积液时）
* 并发症用药
* 对症治疗，酌情处理感染病灶（必要时外科处理）
* 其他相关检查，如CT或MRI（必要时）
* 基础疾病相关检查
* 并发症相关检查
 | **长期医嘱**：* 败血症护理常规
* 特级-一-二-三级护理
* 普食，或半流质饮食
* 抗菌药物治疗
* 吸氧（必要时）
* 吸痰（必要时）
* 制酸剂、胃肠黏膜保护剂（必要时）
* 持续心电、血压、血氧饱和度监测（必要时）
* 记出入量（必要时）
* 利尿剂（必要时）
* 祛痰剂、支气管扩张剂等（必要时）
* 其他对症治疗
* 基础疾病相关治疗

**临时医嘱：*** 并发症用药
* 纠正水、电解质、酸碱失衡
* 血气分析（必要时）
* 对症治疗，酌情处理感染病灶（必要时外科处理）
* 引流脓液或体液培养及药敏试验
* 支持治疗用药
* 重复异常的化验检查（必要时）
* 住院期间出现的异常症状根据需要安排相关检查
* 如治疗期间出现的异常反应根据需要进行相关检查
* 其他相关检查
 | **长期医嘱**：* 败血症护理常规
* 特级-一-二-三级护理
* 普食，或半流质饮食
* 抗菌药物治疗
* 吸氧（必要时）
* 吸痰（必要时）
* 制酸剂、胃肠黏膜保护剂（必要时）
* 持续心电、血压、血氧饱和度监测（必要时）
* 记出入量（必要时）
* 祛痰剂、支气管扩张剂等（必要时）
* 利尿剂（必要时）
* 强心剂（必要时）
* 其他对症治疗
* 其他支持治疗
* 基础疾病相关治疗

**临时医嘱：*** 并发症治疗用药
* 对症治疗，酌情处理感染病灶（必要时外科处理）
* 引流脓液或体液培养及药敏试验
* 抗菌治疗5-7天后复查血尿常规、肝肾功能、电解质、PCT等；
* 支持治疗用药
* B超（腹腔积液，胸腔积液或心包积液、肾积水患者等）
* 住院期间出现的异常症状根据需要安排相关检查
* 如治疗期间出现的异常反应根据需要进行相关检查
* G试验（必要时）
* GM试验（必要时）
* 重复异常的化验检查（必要时）
* 其他相关检查
 |
| 护理工作 | * 介绍病房环境、医院制度及医护人员，以及介绍设施、设备等
* 入院护理评估（生命体征测量，病史询问及体格检查）
* 随时观察病人情况
* 告知各项化验检查注意事项，并协助患者完成
* 指导留痰（必要时）
* 指导氧疗、雾化吸入方法、吸入装置使用等（必要时）
* 静脉取血
* 健康宣传、戒烟宣教
* 心理护理
* 完成护理病历书写
* 执行医嘱，用药指导
 | * 观察患者病情变化
* 疾病相关的健康教育

检验、检查前的宣教* 检验、检查前宣教
* 正确落实各项治疗性护理措施
* 密切观察治疗效果及药品不良反应
* 护理安全措施到位
* 给予正确的饮食指导
* 了解患者心理需求和变化，做好心理护理
* 指导氧疗、雾化吸入方法、吸入装置使用等（必要时）
 | * 观察患者病情变化
* 密切观察治疗效果及药品反应
* 做好住院期间的健康宣教
* 落实各项治疗性护理措施
* 护理安全措施到位
* 饮食指导
* 根据患者心理需求和变化，做好心理护理
* 根据患者病情指导康复治疗与活动（必要时）
* 指导氧疗、雾化吸入方法、吸入装置使用等（必要时）
 |
| 病情变异记录 | □无□有，原因：1.2.3． | □无□有，原因：1.2.3． | □无□有，原因：1.2.3． |
| 护士签名 | 白班 | 小夜班 | 大夜班 | 白班 | 小夜班 | 大夜班 | 白班 | 小夜班 | 大夜班 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第8-10天 | 住院第11-14天（出院日） |
| 主要诊疗工作 | * 上级医师查房，治疗效果评估
* 酌情调整治疗方案
* 医患沟通，向患者及家属交待疗效情况与相关问题
* 完成三级医师查房记录
 | 如果患者可以出院：* 完成出院小结
* 向患者及家属交待出院注意事项，预约复诊日期
* 基础疾病相关专科复诊建议
* 如患者不能出院，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：*** 败血症护理常规
* 护理二-三级
* 普食，或半流质饮食
* 抗菌药物治疗
* 基础疾病相关治疗
* 其他对症治疗

**临时医嘱：*** 重复异常的化验检查
* 住院期间出现的异常症状根据需要安排相关检查
* 如治疗期间出现的异常反应根据需要进行相关检查
* 基础疾病用药
* 对症治疗用药
 | **长期医嘱**：* 维持所开的长期医嘱

**临时医嘱：*** 血常规
* 肝、肾功能
* 电解质
* 其他相关化验检查复查

**出院医嘱：*** 出院带抗菌药物（必要时）
* 带恢复期康复用药（必要时）
* 带基础疾病用药（必要时）
 |
| 护理工作 | * 观察病情变化
* 密切观察药物疗效及不良反应
* 疾病恢复期心理与生活护理
* 根据患者病情指导患者恢复的治疗与活动
 | * 出院注意事项（坚持康复活动、加强营养等）
* 康复计划（必要时）
* 指导预防败血症的措施
* 帮助患者办理出院手续、交费等事项
 |
| 病情变异记录 | □无□有，原因：1.2.3． | □无□有，原因：1.2.3． |
| 护士签名 | 白班 | 小夜班 | 大夜班 | 白班 | 小夜班 | 大夜班 |
|  |  |  |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |