**乙型肝炎肝硬化代偿期临床路径**

（2016年版）

一、乙型肝炎肝硬化代偿期临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为肝硬化（ICD-10：K74.100）伴慢性乙型活动性肝炎疾病编码。

**（二）诊断依据。**

根据《实用内科学》（陈灏珠主编，人民卫生出版社，2005年，第十二版）、《内科学》（王吉耀主编，人民卫生出版社，2013年，第二版）和中华医学会肝病分会，中华医学会感染病学分会2015年版《慢性乙型肝炎防治指南》（中华肝脏病杂志,2015,23(12):888-905）。《欧洲营养指南》（临床营养2006,25(2)285-294）。

1.根据影像学诊断或肝组织病理学诊断，肝脏弹性扫描检查、肝功能生化学、凝血功能以及Child-Turcotte-Pugh评分等检查评估肝脏功能。影像学、生物化学或血液学检查有肝细胞合成功能障碍或门静脉高压症证据，或肝组织学符合肝硬化诊断，不伴有食管胃底静脉曲张破裂出血、腹水或肝性脑病等并发症。

2.乙肝病毒标志物阳性，可伴或不伴HBV DNA阳性和肝功能异常。

3.排除其他原因引起的肝硬化。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《实用内科学》（陈灏珠主编，人民卫生出版社，2005年，第十二版）、《内科学》（王吉耀主编，人民卫生出版社，2013年，第二版）和中华医学会肝病分会，中华医学会感染病学分会2015年版《慢性乙型肝炎防治指南》（中华肝脏病杂志,2015,23(12):888-905）。《欧洲营养指南》（临床营养2006,25(2)285-294）。

1. 隔离：血液与体液消毒隔离。

2.评估肝硬化为代偿期（Child-Pugh分级为A级）；或按五期分类法评估肝硬化并发症情况，1期：无静脉曲张，无腹水；2期：有静脉曲张，无出血及腹水。

3.评估乙型肝炎病毒复制状态。

4.若HBVDNA阳性，应用核苷（酸）类药物抗病毒治疗。

5.中医中药。

**（四）标准住院日为9–10日。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合肝硬化（ICD-10：K74）伴慢性乙型活动性肝炎疾病编码。

2.符合需要住院的指征：乙肝肝硬化出现炎症活动（ATL显著升高伴或不伴胆红素异常）。

3.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。

**（六）住院期间检查项目。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规+潜血；

（2）肝肾功能、胆碱酯酶、电解质、血糖、血脂、凝血功能、血氨；

（3）AFP、CEA、CA199、肝纤维化指标（PⅢP、Ⅳ型胶原、层连蛋白、透明质酸）；

（4）HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HbcAb；HBV DNA；

（5）抗HCV；

（6）胸片、心电图、腹部B超。

（7）食管钡餐检查或胃镜检查。

2.根据患者情况可选择：

（1）铜蓝蛋白、抗HIV、RPR、甲状腺功能、自身免疫性肝病检查。腹部增强CT或MRI；

（2）肝脏瞬时弹性成像；

（3）怀疑肝性脑病者可查血氨等；

（4）发现腹水者，需行腹水诊断性穿刺检查，包括腹水常规、生化、需氧和厌氧血培养瓶腹水细菌培养；

（5）肝硬化诊断有怀疑者，在血小板和凝血功能合格条件下，可行超声引导下肝穿刺活检术。

**（七）治疗方案与药物选择。**

1.一般治疗：

（1）休息，注意血液与体液隔离；

（2）热量供应：30-40kcal/Kg/d，蛋白质0.8-1.2g/kg.d，高维生素、易消化食物。

2.针对病因治疗：

存在肝硬化的客观依据时，无论ALT和HBeAg情况，若HBVDNA阳性，需要长期抗病毒治疗，初治治疗推荐选用恩替卡韦或替诺福韦酯。

酌情应用干扰素抗病毒治疗。

3. 其他对症支持治疗：

包括静脉输注护肝药物、维持水、电解质、酸碱平衡；酌情应用血浆、白蛋白支持治疗等。避免肾损伤药物使用。

4.中医中药。

**（八）出院标准。**

病情稳定，治疗方案确定。

**（九）变异及原因分析。**

1.经治疗后，乙肝肝硬化患者肝功能严重障碍或进行性恶化，伴失代偿期并发症，如不能控制的自发性腹膜炎、肝肾综合征、食管胃底静脉曲张合并出血、肝性脑病等，则退出该路径，进入相应的临床路径。

2.经检查发现原发性肝癌，则退出该路径，进入相应的临床路径。

二、乙型肝炎肝硬化代偿期临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**肝硬化（ICD-10：K74）伴慢性乙型活动性肝炎

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：9–10日

|  |  |
| --- | --- |
| 日期 | 住院第1天 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □询问病史及体格检查  □完成病历书写  □开化验单  □上级医师查房，初步确定诊断  □根据急查的辅助检查结果进一步确定诊断  □签署自费药品使用同意书 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**  □内科护理常规  □一级或二级或三级护理  □少渣软食  □记24小时出入量（必要时）  □记大便次数及量  □对症及支持治疗，纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱等  □保肝药物  □  **临时医嘱**：  □血常规、尿常规、大便常规＋潜血  □肝肾功能、胆碱酯酶、电解质、血糖、凝血功能、血氨、血气分析（必要时）  □ AFP、CEA、CA199、肝纤维化指标（PⅢP、Ⅳ型胶原、层连蛋白、透明质酸）  □HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb；HBV DNA、抗HCV  □胸片、心电图、腹部B超  □必要时查铜蓝蛋白、甲状腺功能、自身免疫性肝病检查、抗HIV、RPR等。 |
| 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  □做好饮食指导 |
| 病情  变异  记录 | □无□有，原因：  1.  2. |
| 护士  签名 |  |
| 医师  签名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日期 | 住院第2–3天 | 住院第4–6天 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □上级医师查房  □完成入院检查  □继续治疗  □评价是否需要抗病毒治疗  □评价是否需要腹部增强CT或MRI、血气分析、食管吞钡或胃镜检查  □肝脏瞬时弹性成像  □必要时向患者家属告知病情通知，并签署病情通知书  □完成上级医师查房记录等病历书写 | □上级医师查房  □继续治疗  □根据检查结果进行鉴别诊断，判断是否合并其他肝硬化并发症  □调整治疗方案  □视病情变化进行相关科室会诊  □完成病程记录 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**：  □内科护理常规  □一级/二级护理  □少渣软食／伴低钠饮食  □记24小时出入量  □记大便次数及量  □视病情通知病重或病危  □对症及支持治疗，纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱等  □抗病毒治疗  □护肝药物  **临时医嘱：**  □血氨（必要时）  □血气分析（必要时）  □电解质（必要时）  □肝肾功、凝血功能、血常规（必要）  □心电监护（必要时）  □其他医嘱 | **长期医嘱：**  □内科护理常规  □根据病情确定饮食类型  □记24小时出入量  □记大便次数及量  □继续抗病毒治疗和护肝治疗  □对症及支持治疗  □酌情通知病危或病重  □酌情更改护理级别  □其他医嘱  **临时医嘱：**  □复查血常规、大便常规+潜血  □复查肝肾功能、胆碱酯酶、电解质、血糖、凝血功能、血氨、血气分析  □吸氧（必要时）  □心电监护（必要时）  □其他医嘱 |
| 主要护理  工作 | □观察患者病情变化  □监测患者生命体征变化  □心理护理 | □观察患者病情变化  □做好用药的指导  □心理护理 |
| 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 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日期 | 住院第7–8天 | 住院第9-10天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □上级医师查房  □观察并发症情况  □调整治疗方案  □完成病程记录 | □上级医师查房，进行评估，明确是否可出院  □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，如：返院复诊的时间、地点，发生紧急情况时的处理等 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**  □饮食：根据病情逐步调整饮食  □继续抗病毒或护肝治疗  □其他医嘱  **临时医嘱：**  □复查血常规、大便常规+潜血  □复查肝肾功能、胆碱酯酶、电解质、血糖、血氨  □其他医嘱 | **出院医嘱：**  □出院带药  □其他医嘱  □定期门诊随访 |
| 主要护理  工作 | □观察患者病情变化  □满足患者的各种生活需要  □做好用药的指导 | □指导患者办理出院手续  □做好患者出院后的饮食指导  □指导肝炎的家庭防护 |
| 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 |  |  |