**下肢淋巴性水肿临床路径**

（2016年版）

一、下肢淋巴性水肿临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为下肢淋巴性水肿（ICD-10：I89.000）

行保守治疗

（二）诊断依据。

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）

1.明显的临床症状：肢体沉重感、乏力、胀痛、瘙痒等。

2.典型体征：皮肤增厚、较健侧增粗、皮肤硬化等。

3.排除淋巴水肿合并炎症、下肢溃烂、重度肿胀，下肢慢性静脉功能不全及下肢深静脉血栓病史。

（三）治疗方案的选择。

根据《临床诊疗指南-外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.保守治疗。

2.治疗方式：血管活性药物应用，配合循环驱动治疗。

（四）标准住院日为不超过14天。

（五）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合ICD-10：I89.000下肢淋巴性水肿疾病编码。

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。

（六）检查项目。

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、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）胸片、心电图、下肢静脉彩超。

2.根据患者病情选择：下肢静脉造影、下肢淋巴造影、超声心动图、肿瘤标志物等。

（七）选择用药。

抗菌药物：一般不常规应用抗菌药物，除外有感染风险预防性应用。

药物：可选用活血、消肿中药及血管活性药物等。

（八）物理治疗

循环驱动治疗，每天两次，每次30分钟，疗程14天；循序减压袜治疗。

（九）出院标准。

1.患者肢体肿胀减轻，酸胀感减轻，下床活动较前好转。

2.没有需要住院处理的并发症。

（十一）变异及原因分析。

1.严重基础疾病可能对患者自身健康造成影响者。

2.治疗过程中出现其他系统疾病需要同时处理者

二、下肢淋巴水肿临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**下肢淋巴水肿（ICD-10：I89.000）

**行**保守治疗

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：7-10天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 第1天 | 第1-2天 | 第2-13天 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 询问病史、体格检查 * 常规实验室及辅助检查 * 初步诊断和病情评估 * 向患者本人及家属交代病   情   * 签署相关医疗文书 * 完成入院记录和首次病程   记录 | * 上级医师查房，确定诊断及治疗方案 * 完成入院检查 * 完成当日病程和查房记录 | * 上级医师查房 * 病情和疗效评估 * 配合添加口服消肿药物治   疗   * 完成当日病程和查房记录 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**   * 外科护理常规 * 分级护理 * 饮食 * 活血、消肿等药物应用 * 静脉点滴 * 循环驱动加压治疗   **临时医嘱**   * 血常规 * 尿常规 * 便常规+隐血 * 心电图 * 凝血功能+D-二聚体 * 肝功能、肾功能、血糖、电解质   根据病情进行下列检查   * 同型半胱氨酸、叶酸、维生素B12测定， * 叶酸基因检测。 * 肿瘤标志物等。 * 彩超多普勒超声 * 其他检查项目 | **长期医嘱**   * 外科护理常规 * 分级护理 * 普食 * 根据检查结果调整治疗方   案  **临时医嘱**  □继续完善入院检查，必要时请相关科室会诊，协助诊治 | **长期医嘱**   * 外科护理常规 * 分级护理 * 普食 * 活血消肿药物 * 其他治疗   **临时医嘱**   * 适时复查复查凝血指标、血小板、D-二聚体 |
| 主要  护理  工作 | * 入院介绍、入院评估 * 健康宣教 * 指导进行相关检查 * 饮食指导、心理护理 * 指导陪护工作 * 定时巡视并房 | * 观察患者病情变化 * 协助完成相关检查 * 生活及心理护理 * 指导陪护工作 * 定时巡视病房 | * 观察患者病情变化 * 协助完成相关检查 * 生活及心理护理 * 指导陪护工作 * 定时巡视病房 |
| 病情  变异  记录 | □无 □有，原因： | □无 □有，原因：  1.  2. | □无 □有，原因：  1.  2. |
| 护士  签名 |  |  |  |
| 医师  签名 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 时间 | 第8-15天  出院 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 交代出院住院事项、复查日期 * 开具出院诊断书 * 完成出院记录 * 通知出院 |
| 重  点  医  嘱 | * 停止所有长期医嘱 * 开具出院医嘱 * 出院带药 |
| 主要  护理  工作 | * 交代出院后注意事项 * 协助办理出院手续 |
| 病情  变异  记录 | □无 □有，原因：  1. 2. |
| 护士  签名 |  |
| 医师  签名 |  |