**艾滋病合并肺孢子菌肺炎临床路径**

**（2012年版）**

一、艾滋病合并肺孢子菌肺炎临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为肺孢子菌肺炎（ICD-10：B20.651），第二诊断为艾滋病的患者。

**（二）诊断依据。**

根据《艾滋病诊疗指南》（中华医学会感染病学分会，2011年）。

1.隐匿或亚急性起病，干咳，气短和活动后加重，可有发热、紫绀，严重者发生呼吸窘迫。

2.肺部阳性体征少，或可闻及少量散在的干湿啰音。体征与疾病症状的严重程度往往不成比例。

3.胸部X线检查可见双肺自肺门开始的弥漫性网状结节样间质病变，有时呈毛玻璃状阴影。

4.血气分析提示低氧血症。严重病例动脉血氧分压（PaO2）明显降低，常在60 mmHg以下。

5.血乳酸脱氢酶常升高。

6.有条件的病例依靠病原学检查进行确诊，如痰液或支气管肺泡灌洗/肺组织活检等，可发现肺孢子菌的包囊或滋养体等。

**（三）选择治疗方案的依据。**

根据《艾滋病诊疗指南》（中华医学会感染病学分会，2011年）。

1.治疗。

（1）对症治疗：卧床休息，给予吸氧、改善通气功能，祛痰、止咳，解痉、平喘，注意水和电解质平衡。

（2）病原治疗。

（3）激素治疗。

（4）人工辅助通气：如患者进行性呼吸困难明显，可给予人工辅助通气。

2.并发症治疗：如气胸等。

3.预防：参照《国家免费艾滋病抗病毒治疗药物手册》第三版（人民卫生出版社）。

**（四）标准住院日为21-30天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合肺孢子菌肺炎（ICD-10：B20.651）疾病编码，第二诊断为艾滋病的患者。

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。

3.当患者在住院期间需要继续服用艾滋病抗病毒治疗药物，且不影响肺孢子菌肺炎治疗前提下可继续抗病毒治疗（ART）。

**（六）住院期间的检查项目。**

1.必需的检查项目。

（1）血常规、尿常规、大便常规。

（2）肝功能、肾功能、电解质、血糖、血气分析；血乳酸脱氢酶、心肌酶、C反应蛋白（CRP）、CMV检查、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒等）、CD4+T细胞计数。

（3）病原体检查：痰、支气管肺泡盥洗液等查肺孢子菌。

（4）胸部正侧位片、心电图。

2.根据患者情况可选择：胸部CT、肺功能、痰培养、血培养、有创性检查找病原菌等。

**（七）选择用药。**

1.按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，根据患者病情合理使用抗菌药物。

2.病原治疗：

（1）首选复方磺胺甲噁唑（SMZ-TMP），片剂含磺胺甲噁唑（SMZ）0.4g及甲氧苄啶（TMP）0.08g，轻-中度患者口服TMP 20mg/kg·d, SMZ 100mg/kg·d，分3-4次用，疗程3周。重症患者可给予静脉用药，剂量同口服。SMZ-TMP过敏者可给予脱敏疗法。

（2）替代治疗：克林霉素600-900mg，静注，每6-8h 给药1次，或450mg口服，每6h给药1次；联合应用伯氨喹15-30mg，口服，每日1次, 疗程21天。氨苯砜100mg，口服，每日1次；联合应用甲氧苄胺嘧啶200-400mg，口服，每日2-3次，疗程21天。

3.激素治疗：中重度患者（PaO2＜70mmHg或肺泡-动脉血氧分压差＞35mmHg），早期可应用激素治疗，强的松片40mg每日2次，口服5天；改为20mg每日2次，口服5天；20mg每日1次，口服至疗程结束；静脉用甲基强的松龙剂量为上述强的松剂量的75%。

4.祛痰、止咳药物。

5.解痉、平喘药物。

**（八）出院标准。**

1.症状明显缓解。

2.病情稳定。

3.没有需要住院治疗的合并症和/或并发症。

**（九）变异及原因分析。**

1.治疗无效或者病情进展，需复查病原学检查并调整抗菌药物，导致住院时间延长。

2.伴有严重合并症和并发症，如肺结核、呼吸衰竭，可转入相应临床路径。

**（十）参考费用标准。**

约3000-5000元。

二、艾滋病合并肺孢子菌肺炎临床路径表单

适用对象：第一诊断为肺孢子菌肺炎（ICD-10：B20.651），第二诊断为艾滋病的患者。

患者姓名： 性别： 年龄： 门诊号： 住院号：

入院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日 标准住院日：21-30天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日期 | 住院第1–3天 | 住院期间 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 询问病史及体格检查 * 进行病情初步评估 * 上级医师查房 * 完善入院检查 * 明确诊断，决定诊治方案 * 完成病历书写 | * 上级医师查房 * 评估辅助检查的结果 * 注意观察咳嗽、胸闷、气喘的变化 * 病情评估，根据患者病情变化调整治疗方案 * 观察药物不良反应 * 住院医师书写病程记录 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 传染病（血液、体液、呼吸）内科护理常规 * 一/二/三级护理常规（根据病情） * 吸氧 * 抗菌药物 * 祛痰剂 * 止咳药（必要时） * 激素（必要时） * HAART（住院前已开始））   **临时医嘱：**   * 血常规、尿常规、大便常规 * 肝肾功能、电解质、血沉、C反应蛋白（CRP）、血糖、心肌酶、CMV检查、凝血功能、感染性疾病筛查等 * 病原学检查及药敏 * 胸部正侧位片、心电图 * 超声检查（必要时） * 血气分析、胸部CT、肺功能（必要时） | **长期医嘱：**   * 传染病（血液、体液、呼吸）内科护理常规 * 一/二/三级护理常规（根据病情） * 吸氧 * 根据病情调整抗菌药物 * 祛痰剂 * 止咳药（必要时） * 激素（必要时） * HAART（住院前已开始）   **临时医嘱：**   * 复查血常规 * 复查胸片、CT（必要时） * 异常指标复查（血气分析） * 病原学检查（必要时） |
| 主要  护理  工作 | * 介绍病房环境、设施和设备， * 介绍科室主任护士长、主管医师、责任护士 * 入院护理评估，护理计划 * 观察患者病情变化 * 静脉取血，用药指导 * 指导正确留取痰、尿、大便标本，协助患者完成实验室检查及辅助检查 * 进行健康教育及安全教育 | * 观察患者一般情况及病情变化 * 注意血氧饱和度变化，观察吸氧效果 * 观察药物疗效及不良反应 * 指导患者有效的咳嗽排痰方法及痰液处理方法 * 疾病相关健康教育 |
| 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 | 出院前1–3天 | 出院日 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 上级医师查房 * 评价治疗效果 * 确定出院后治疗方案 * 完成上级医师查房记录 | * 完成出院小结 * 向患者交代出院后注意事项 * 及时开始HAART（入院前未开始HAART者） * 预约复诊日期（2-4周） |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 传染病（血液、体液、呼吸）内科护理常规 * 二/三级护理常规（根据病情） * 根据病情调整用药（SMZco减量维持等） * 祛痰剂 * 止咳药（必要时）   **临时医嘱：**   * 血常规、胸片检查（必要时） * 根据需要，复查有关检查 | **出院医嘱：**   * 出院带药 * 门诊随诊 * 及时开始HAART或继续HAART |
| 主要  护理  工作 | * 观察患者一般情况 * 观察疗效、各种药物作用和副作用 * 恢复期生活和心理护理 * 出院准备指导 | * 帮助患者办理出院手续 * 出院指导 |
| 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 |  |  |