**脾破裂临床路径**

（县级医院2012年版）

一、脾破裂临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为脾破裂（ICD-10：D73.5/S36.0）

行脾破裂修补、部分脾切除及脾切除术（ICD-9-CM-3：41.43/41.5/41.95）。

**（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）、《黄家驷外科学》（第7版，人民卫生出版社出版）等。

1.有外伤史，也可无明确外伤史。

2.左上腹疼痛，可伴有内出血表现（脾被膜下或中央型破裂，内出血表现可不明显）。

3.腹部B超或CT扫描可有阳性发现。

4.诊断性腹腔穿刺或腹腔灌洗可能有阳性发现。

**（三）选择治疗方案的依据。**

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）、《黄家驷外科学》（第7版，人民卫生出版社出版）等。

经保守治疗无效行脾破裂修补、部分脾切除及脾切除术。

**（四）标准住院日为8-15天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：D73.5/S36.0脾破裂疾病编码。

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）术前准备1-2天。**

1.急诊必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规；

（2）肝功能、肾功能、电解质、凝血功能、血型、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）腹部B超或腹部CT；

（4）胸片、心电图（休克时可行床边心电图，必要时待血流动力学稳定后行胸片检查）。

（5）诊断性腹腔穿刺或腹腔灌洗。

2.根据病情可选择的检查项目：血、尿淀粉酶，头颅CT等。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

1.抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行。建议使用第一、二代头孢菌素。明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（1）推荐使用头孢唑林钠肌内或静脉注射：

①成人：0.5g-1g/次，一日2-3次；

②儿童：一日量为20-30mg/Kg体重，分3-4次给药；

③对本药或其他头孢菌素类药过敏者，对青霉素类药有过敏性休克史者禁用；肝肾功能不全者、有胃肠道疾病史者慎用；

④使用本药前须进行皮试。

（2）推荐头孢呋辛钠肌肉注射或静脉滴注：

①成人：1.5g-3.0g/次，2-3次/日；

②儿童：平均一日剂量为60mg/Kg，严重感染可用到100mg/Kg，2-3次/日；

③ 肾功能不全患者按肌酐清除率制定给药方案：肌酐清除率>20ml/min者，每日3次，每次0.75-1.5g；肌酐清除率10-20ml/min者，每日2次，每次0.75g；肌酐清除率<10ml/min者，每次0.75g，一日一次；

④对本药或其他头孢菌素过敏者，对青霉素类药有过敏性休克者禁用；肝肾功能不全者，有胃肠道疾病史者慎用；

⑤ 使用本药前必须进行皮试。

2.预防性用抗菌药物，时间为术前0.5小时，手术超过3小时加用1次抗菌药物；总预防性用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

3.如有继发感染征象，尽早开始抗菌药物的经验治疗。

**（八）手术日为入院第1-2天。**

1.麻醉方式：气管内插管全身麻醉或硬膜外麻醉。

2.手术方式：根据脾破裂损伤情况选择脾破裂修补、部分脾切除及全脾切除术等。

3.术中用药：麻醉常规用药和补充血容量药物（晶体、胶体）、止血药、血管活性药物。

4.输血：根据术前血红蛋白状况及术中出血情况而定。

5.病理学检查：术后标本送病理学检查。

**（九）术后住院恢复7-14天。**

1.生命体征监测，严密观察有无再出血等并发症发生。

2.术后用药：

（1）抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）选用药物；明确感染患者，可根据药敏试验结果调整抗菌药物。

（2）可选择用药：如制酸剂、止血药、化痰药等。

3.根据患者病情，尽早拔除胃管、尿管、引流管、深静脉穿刺管。

4.指导患者术后饮食。

5.伤口处理。

6.实验室检查：必要时复查血常规、血生化等。

**（十）出院标准。**

1.切口无明显感染，引流管拔除。

2.生命体征平稳，可自由活动。

3.饮食恢复，无需静脉补液。

4.无需要住院处理的其它并发症或合并症。

**（十一）变异及原因分析。**

1.观察和治疗过程中发现合并其他腹腔脏器损伤者，影响第一诊断的治疗时，需同时进行治疗，进入相关路径。

2.手术后出现伤口脂肪液化或感染、腹腔感染、胰瘘等并发症，可适当延长住院时间，费用增加。

3.非手术治疗患者住院时间可延长至2-3周。

**（十二）参考费用标准：8000-15000元。**

二、脾破裂临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为脾破裂（ICD-10：D73.5/S36.0）

**行**脾破裂修补、部分脾切除及脾切除术（ICD-9-CM-3：41.43/41.5/41.95）

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：8-15天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日期 | 住院第1天 | |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 询问病史及体格检查 * 开化验单及B超检查（或CT扫描） * 诊断性腹腔穿刺或腹腔灌洗 * 配血及输血 * 补液及抗休克治疗 * 完成必要的相关科室会诊 * 上级医师查房并判断是否需要急诊手术，并作术前评估 * 申请急诊手术并开手术医嘱 * 完成住院病历、首次病程记录、上级医师意见及术前小结 * 完成术前总结、手术方式、手术关键步骤、术中注意事项等 * 向患者及家属交代病情及手术安排，围手术期注意事项 * 签署手术知情同意书、自费用品协议书、输血同意书、麻醉同意书或签授权委托书 | |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 脾脏损伤护理常规 * 一级护理 * 禁食 * 其他医嘱   **临时医嘱：**   * 血常规、尿常规 * 血型、肝肾功能、电解质、凝血功能、感染性疾病筛查 * 配血及输血 * 胸片和心电图（视情况） * 腹部B超（或腹部CT） * 深静脉置管 * 腹腔穿刺或腹腔灌洗 | * 扩容、补液 * 心电、血压、血氧饱和度监测 * 术前医嘱： * 1)拟急诊气管内全麻下行剖腹探查、脾切除术 * 2)备皮 * 3)术前禁食、禁饮 * 4)麻醉前用药 * 5)术前留置胃管和尿管 * 术中特殊用药 * 带影像学资料入手术室 |
| 主要  护理  工作 | * 入院介绍 * 入院评估 * 治疗护理 * 静脉抽血、配血（必要时） * 建立静脉通道，补液、扩容 * 密切观察患者情况 | * 健康教育 * 活动指导：限制 * 饮食指导：禁食 * 疾病知识指导 * 用药指导 * 患者相关检查配合的指导 |
| 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1天（手术日） | | 住院第2-3天  （术后第1-2天） |
| 术前与术中 | 术后 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 陪送患者入手术室 * 麻醉准备，监测生命体征 * 施行手术 * 保持各引流管通畅 | * 麻醉医师完成麻醉记录 * 完成术后首次病程记录 * 完成手术记录 * 向患者及家属说明手术情况 * 监测生命体征 * 保持腹腔引流管通畅引流 * 术后切除脾脏标本送病理学检查 | * 上级医师查房 * 观察病情变化 * 观察引流量和性状，视引流情况拔除引流管及尿管 * 观察手术伤口 * 分析实验室检验结果 * 维持水电解质平衡 * 住院医师完成常规病程记录 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 脾脏损伤护理常规 * 一级护理 * 禁食   **临时医嘱：**   * 术前0.5小时开始滴抗菌药物 | **长期医嘱：**   * 按剖腹探查、脾切除术后常规护理 * 一级护理 * 禁食 * 心电监护 * 常规雾化吸入Bid * 胃管接负压瓶吸引并记量（根据手术情况决定） * 尿管接尿袋 * 腹腔引流管接负压吸引并记量 * 记录24小时出入总量 * 化痰药、制酸剂（必要时） * 抗菌药物   **临时医嘱：**   * 吸氧 * 急查血常规和血生化 * 补液治疗 * 使用止血药 * 使用血管活性药物（必要时） | **长期医嘱：**   * 医嘱同左   **临时医嘱：**   * 葡萄糖液和盐水液体支持治疗 * 肠外营养支持（根据患者和手术情况决定） * 伤口换药 * 停心电监护 * 复查血常规和血生化等检查 * 无感染证据时停用抗菌药物 |
| 主要  护理  工作 | * 术前健康教育 * 术前禁食、禁饮 * 指导术前更衣、取下假牙等饰物 * 告知患者及家属术前流程及注意事项 * 进行备皮、配血、停留胃管、尿管等术前准备 * 术前手术物品准备 * 安排陪送患者入手术室 * 心理支持 | * 平卧，去枕6小时，协助改变体位及足部活动 * 吸氧（必要时） * 禁食、禁饮 * 密切观察患者病情 * 疼痛护理、皮肤护理 * 管道护理及指导 * 生活护理（一级护理） * 记录24小时出入量 * 营养支持护理 * 用药指导 * 静脉抽血（遵医嘱） * 心理支持 | * 体位：协助改变体位、协助取斜坡卧位 * 密切观察患者情况 * 疼痛护理 * 管道护理 * 生活护理（一级护理） * 皮肤护理 * 记录24小时出入量 * 饮食：禁食、禁饮 * 营养支持护理（遵医嘱） * 用药指导 * 心理支持（患者及家属） * 康复指导（运动指导） |
| 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 |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 住院第 4-6 天  （术后第3-5天） | 住院第 7 天  （术后第6天） | 住院第 8-15天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 上级医师查房 * 观察病情变化 * 引流量减少后拔除引流管 * 拔除深静脉置管 * 住院医师完成常规病程记录 * 伤口换药 * 拔除胃管（视情况） * 拔除尿管（视情况） | * 上级医师查房 * 观察有无手术并发症和切口愈合不良情况 * 观察腹部情况 * 住院医师完成常规病程记录 | * 上级医师查房 * 伤口拆线 * 明确是否符合出院标准 * 完成出院记录、病案首页、出院证明书等 * 通知出入院处 * 通知患者及家属 * 向患者告知出院后注意事项，如康复计划、返院复诊、后续治疗及相关并发症的处理等 * 出院小结、诊断证明书及出院须知交予患者 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 二级护理 * 流质或半流饮食   **临时医嘱：**   * 减少营养支持或液体支持 * 伤口换药 * 拔胃管、尿管和引流管 | **长期医嘱：**   * 半流质饮食   **临时医嘱：**   * 换药 * 血常规、血液生化、肝功能组合（出院前） * 必要时行腹部B超 | **临时医嘱：**   * 伤口拆线   **出院医嘱：**   * 出院后相关用药 |
| 主要  护理  工作 | * 体位与活动：取半坐或斜坡卧位，指导床上或床边活动 * 饮食：拔除胃管后指导流质或半流饮食 * 密切观察患者情况，包括观察腹部体征、胃肠功能恢复情况、伤口敷料等 * 疼痛护理 * 遵医嘱拔除胃管、尿管等 * 记录腹腔引流量，遵医嘱拔除深静脉置管、引流管 * 生活护理（一或二级护理） * 皮肤护理 * 营养支持护理 * 用药指导 * 心理支持（患者及家属） * 康复指导 | * 体位与活动：自主体位，指导下床活动 * 饮食：指导半流饮食 * 观察患者病情变化，包括生命体征、伤口敷料、腹部体征 * 协助或指导生活护理 * 静脉抽血 * 营养支持护理 * 康复指导 * 心理支持 | * 出院指导 * 办理出院手续 * 复诊时间 * 作息、饮食、活动 * 服药指导 * 日常保健 * 清洁卫生 * 疾病知识及后续治疗 |
| 病情  变异  记录 | □无 □有，原因：  1.  2. | □无 □有，原因：  1.  2. | □无 □有，原因：  1.  2. |
| 护士  签名 |  |  |  |
| 医师  签名 |  |  |  |