**十二指肠溃疡出血临床路径**

（县级医院2012年版）

一、十二指肠溃疡出血临床路径标准住院流程

**（一）适用对象**。

第一诊断为十二指肠溃疡出血（ICD-10：K26.001/K26.401）。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南-消化系统疾病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南（草案）》（中华消化内镜杂志,2009,26（9）:449–52）等。

1.慢性、周期性、规律性上腹疼痛。

2.有呕血和/或黑便。

3.胃镜检查确诊为十二指肠溃疡出血且仅需药物治疗者。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《临床诊疗指南-消化系统疾病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南（草案）》（中华消化内镜杂志,2009,26（9）:449–52）等。

1.维持生命体征平稳。

2.选择各种止血药物及抗溃疡药物治疗。

3.本临床路径治疗方案不包括内镜止血、介入或手术止血等治疗措施。

**（四）标准住院日为7–8天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断符合ICD-10：K26.001/K26.401十二指肠溃疡出血疾病编码。

2.已经通过胃镜检查确诊为十二指肠溃疡出血，仅用药物治疗的患者。

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）肝功能、肾功能、电解质、凝血功能；

（3）胸部X线检查、心电图、腹部超声；

（4）胃镜检查。

2.根据患者病情可选择的检查项目：腹部CT（增强）；血型、输血前检查（需要输血患者）；幽门螺旋杆菌检测。

**（七）治疗方案和药物选择。**

1.建立快速静脉通道，补充晶体液（生理盐水、葡萄糖、等渗液），出血量较大的患者可适当补充胶体液（血浆、血浆代用品）。

2.必要时置入胃管、心电监护。

3.下列患者应考虑输血治疗：

（1）收缩压<90mmHg，或较基础收缩压降低≥30mmHg；

（2）血红蛋白<70g/L，高龄、有基础心脑血管疾病者输血指征可适当放宽；

（3）心率>120次/分。

4.抑酸药物。

（1）质子泵抑制剂(PPI)是最重要的治疗药物，有利于止血和预防出血。

（2）H2受体拮抗剂(H2RA)类药物仅用于出血量不大，病情稳定的患者。

（3）必要时生长抑素及其类似物静脉输入。

5.内镜检查。

（1）经过积极内科治疗72小时仍有活动性出血者，根据病情复查胃镜，必要时转入其他相应路径。

（2）积极纠正循环衰竭，为内镜检查创造条件，检查过程中应酌情监测心电、血压和血氧饱和度。

6.住院期间止血后处理。

（1）幽门螺杆菌感染者应抗幽门螺杆菌治疗。

（2）血止后24–48小时可逐步恢复进食。

7.出院后处理。

（1）所有患者服用标准剂量质子泵抑制剂达6–8周，或H2受体阻断剂8周。

（2）幽门螺杆菌感染者须完成标准方案的抗幽门螺杆菌治疗（10–14天）。

（3）黏膜保护。

（4）门诊随访，鼓励改变生活方式，戒烟酒，健康饮食。

**（八）出院标准。**

1.活动性出血已止。

2.已经开始进食，一般情况良好。

3.没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

**（九）变异及原因分析。**

1.根据患者年龄、基础疾病、出血量、生命体征和血红蛋白变化情况估计病情严重程度。对于生命体征不稳定、休克、意识障碍、血红蛋白降至70g/L以下的高危患者，应转其他路径。

2.需要药物以外的其他治疗方式，如内镜、介入或手术治疗者应转相应路径。

3.因消化道出血而诱发其他系统病变，例如吸入性肺炎、肾功能衰竭，缺血性心脏病等，建议进入相关疾病的临床路径。

4.收治十二指肠溃疡出血的医院应具备：设施完备的内镜室和有经验的内镜医师；可提供24小时服务的血库；具备中心静脉插管和气管插管技术的急救人员。

**（十）参考费用标准：2500-5000元。**

二、十二指肠溃疡出血临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**十二指肠溃疡出血的患者（ICD-10：K26.001/K26.401）

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：7–8日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日期 | 住院第1天 | 住院第2天 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □ 询问病史及体格检查  □ 完成病历书写  □ 安排入院常规检查  □ 上级医师查房及病情评估  □ 根据病情决定是否输血  □ 签署输血同意书、抢救同意书 | □ 上级医师查房  □ 完成入院常规检查  □ 根据病情决定是否输血  □ 完成上级医师查房记录等病历书写 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**  □ 消化内科护理常规  □ 一级/特级护理  □ 病重/病危  □ 禁食水，记出入量  □ 静脉输液（方案视患者情况而定）  □ 静脉抑酸药  **临时医嘱：**  □ 血常规、尿常规、大便常规+潜血  □ 肝肾功能、电解质、凝血功能  □ 胸片、心电图、腹部超声  □ 胃镜检查，必要时内镜下止血  □ 静脉生长抑素及其类似物（必要时）  □ 静脉或口服给予止血药（必要时）  □ 输血医嘱（必要时）  □ 血型、输血前检查（必要时）  □ 监测中心静脉压（必要时）  □ 保留胃管记量（必要时）  □ 心电监护（必要时） | **长期医嘱**：  □ 消化内科护理常规  □ 一级/特级护理  □ 病重  □ 禁食水，记出入量  □ 静脉输液（方案视患者情况而定）  □ 静脉抑酸药  **临时医嘱：**  □ 静脉生长抑素及其类似物（必要时）  □ 静脉或口服给予止血药（必要时）  □ 输血医嘱（必要时）  □ 心电监护（必要时）  □ 监测中心静脉压（必要时）  □ 保留胃管记量（必要时）  □ 腹部CT（必要时）  □ 监测血色素变化 |
| 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（溃疡病的知识） |
| 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 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 时间 | 住院第3天 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □ 活动性出血已停止。仍有活动性出血，无法控制者，可考虑复查胃镜，请相关科室会诊，必要时转入其他路径  □ 上级医师查房，评估病情，制定后续治疗方案  □ 了解幽门螺杆菌检查结果，活动性出血已止且需要抗菌治疗者可开始用药，选择阿莫西林者须做青霉素皮试  □ 恢复患者既往基础用药  □ 决定能否拔除胃管，允许患者进流食  □ 住院医师完成病程记录，继续监测重要脏器功能 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**  □ 消化内科护理常规  □ 一级/特级护理  □ 静脉抑酸药  □ 既往用药  □ 开始进流食（出血已止者）  □ 静脉输液（出血已止者可适当减少输液量）  **临时医嘱：**  □ 抗幽门螺杆菌治疗（必要时）  □ 静脉生长抑素及其类似物（必要时）  □ 心电监护（必要时）  □ 监测中心静脉压（必要时）  □ 血常规、肝肾功能、电解质  □ 记24小时出入量  □ 其他医嘱 |
| 主要  护理  工作 | □ 观察患者病情变化  □ 心理与生活护理  □ 指导患者饮食 |
| 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4–7天 | 住院第8天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □ 上级医师查房，评估病情变化  □ 住院医师完成病程记录  □ 观察生命体征、腹部症状/体征及大便颜色等，确认出血已止，病情稳定  □ 病情不稳定者必要时复查胃镜（家属谈话，签署同意书），证实仍有活动性出血者须转入其他路径  □ 根据一般状况和进食情况决定能否出院 | □ 上级医师查房，确定有无并发症以及可否出院  □ 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：**  □ 消化内科护理常规  □ 二级护理  □ 流食、半流食  □ 静脉抑酸药  **临时医嘱：**  □ 抗幽门螺杆菌治疗（必要时）  □ 根据患者病情复查：血常规、尿常规、大便常规+潜血、肝肾功能、电解质  □ 胃镜检查（必要时） | **出院医嘱：**  □ 口服PPI/H2RA （总疗程6–8周）  □ 治疗幽门螺杆菌药物（必要时，疗程10–14天）  □ 粘膜保护剂  □ 定期门诊随访  □ 调整生活方式 |
| 主要  护理  工作 | □ 观察患者情况  □ 心理与生活护理 | □ 指导患者办理出院手续 |
| 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 |  |  |