**神经梅毒临床路径**

（2017年版）

一、神经梅毒临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断神经梅毒（ICD-10： A52.301）

**（二）诊断依据。**

根据梅毒、淋病、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染 诊疗指南(2014)：

1.流行病学史：有不安全性行为，多性伴或性伴感染史，或有输血史;

2.临床表现：①无症状神经梅毒：无明显症状和体征；②脑膜神经梅毒：发热、头痛、恶心、呕吐、颈项强直、视乳头水肿等；③脑膜血管梅毒：偏瘫、截瘫、失语、癫痫样发作等；④脑实质梅毒：出现精神、神经症状、脊髓痨、感觉异常等;

3.实验室检查：①非梅毒螺旋体特异血清学试验（VDRL、RPR、TRUST、SPEA）阳性，极少数可阴性②梅毒螺旋体血清学试验（TPPA、FTA-ABS、TPHA）阳性。③脑脊液检查：白细胞计数≥5×106/L，蛋白量>500 mg／L，且无引起异常的其他原因。脑脊液荧光螺旋体抗体吸收试验(FTA-ABS)和(或)性病研究实验室(VDRL)试验阳性;

4.疑似病例：临床表现+实验室检查①、②、③中的脑脊液常规检查异常(排除引起异常的其他原因)，可有或无流行病学史；

5.确诊病例：疑似病例+实验室检查③中的脑脊液梅毒血清学试验阳性。

**（三）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD10：A52.301，神经梅毒;

2.当患者同时具有其他疾病诊断时，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。

**（四）标准住院日 。**

标准住院日14-21天。

**（五）住院期间的检查项目 。**

**1.必需的检查项目：**

1）血常规;

2）肝肾功能、电解质;

3）凝血功能;

4）非梅毒螺旋体特异血清学试验（VDRL、RPR、TRUST、SPEA）+梅毒螺旋体血清学试验（TPPA、FTA-ABS、TPHA），根据所在医院情况选择;

5）乙肝五项、HCV抗体、HIV抗体;

6）腰穿：脑脊液常规、生化、FTA-ABS、VDRL试验，头颅核磁共振成像。

**2.根据患者病情进行的检查项目**

考虑合并心血管梅毒：胸部X光片、心电图、超声心动图、心肌酶。

**（六）治疗方案的选择。**

治疗方案：（选择其一）

1.水剂青霉素G 1 800万-2 400万单位静脉滴注(300万一400万单位，每4小时1次)，连续10～14天。继以苄星青霉素G 240万单位，每周1次肌内注射，共3次；

2.头孢曲松2 g，每日1次静脉给药，连续10—14天；

3.对青霉素过敏者：多西环素100 mg，每日2次，连服30 天。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

不涉及。

**（八）出院标准 。**

1.完成每日静脉输液治疗疗程；

2.一般情况符合出院条件。

**（九）变异及原因分析 。**

1.治疗无效或病情进展，须核查患者治疗的依从性，以及性伴是否同时治疗。必要时重新开始治疗；

2.患者合并的基础疾病发生病情变化，需给予治疗。

二、神经梅毒临床路径表单

适用对象：第一诊断\_神经梅毒（ICD-10：A52.301）；

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 14-21 天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第１天 | 住院第２-20天 | 出院日 |
| 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 * 评估基础疾病等危险因素，进行对症支持治疗 * 开具化验单，完成病历书写 | * 进行病情初步评估 * 上级医师查房 * 完成病历书写 | * 完成出院小结 * 向患者交待出院后注意事项 * 预约复诊日期 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 内科护理常规 * 护级别理（根据病情） * 对症支持治疗   **临时医嘱：**   * 血常规 * 肝肾功能、电解质、凝血 * 梅毒相关血清学检查 * 头颅核磁 * 腰穿 * 心电图、胸部X线、超声心动图（怀疑心血管梅毒） * 对症处理 | **长期医嘱**：   * 内科护理常规 * 级别护理（根据病情） * 对症支持治疗   **临时医嘱：**   * 对症处理 * 按需给予抗生素 * 根据需要开具化验检查 | **出院医嘱：**   * 出院带药   门诊随诊 |
| 护理工作 | * 介绍病房环境、设施和设备 * 入院护理评估，护理计划 * 随时观察患者情况 * 静脉取血，用药指导 * 协助患者完成实验室检查及辅助检查 | * 观察患者一般情况及病情变化 * 观察治疗效果及药物反应 * 疾病相关健康教育 | * 帮助患者办理出院手续 * 出院指导 |
| 变异 | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： |
| 护士  签名 |  |  |  |
| 医师  签名 |  |  |  |