**消化道出血临床路径**

（2017年县医院适用版）

一、消化道出血临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为“消化道出血”（ICD-10：K92.208）

**（二）诊断依据。**

根据“非静脉曲张性上消化出血（NVUGIB）亚太共识意见”（北京，2014）；“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；“肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南”（北京，2015）《临床肝胆病杂志》2016，32 (2)：203-219

1.呕血和/或黑便和/或便血

2.可伴有心悸、恶心、软弱无力或眩晕、昏厥和休克等表现

**（三）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：K92.208消化道出血疾病编码。

2.有呕鲜血、呕吐咖啡渣样物、黑便等表现，怀疑上消化道出血，同意胃镜检查且无胃镜禁忌者。

3.有暗红色血便、鲜血便或者洗肉水样便，怀疑下消化道出血，同意肠镜和腹部增强CT检查者。

4.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。

**（四）标准住院日。**

8-9日

**（五）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＋潜血；

（2）肝肾功能、电解质、血型、凝血功能、感染指标筛查（乙型、丙型肝炎病毒，HIV,梅毒）；

（3）胸片、心电图、腹部超声；

（4）胃镜检查和/或者肠镜检查；

（5）腹部增强CT检查。

**2.根据患者病情进行的检查项目**

（1）抗核抗体、ANCA等自身抗体检查；

（2）DIC相关检查；

（3）超声心动图。

**（六）治疗方案的选择。**

1.根据年龄、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。

2.建立快速静脉通道，补充血容量。

3.对有活动性出血或出血量较大的患者，必要时应置入胃管。

4.怀疑急性肠炎（细菌性）或者缺血性肠炎的患者，需用抗生素

5.输血指征：

（1）收缩压<90mmHg，或较基础收缩压降低≥30mmHg，或心率>120次/分。

（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。

5.抑酸药物（仅用于上消化道出血）：

（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)仅用于出血量不大、病情稳定的患者。

6.生长抑素和血管加压素：必要时选用。

7.止血药使用（上消化道和下消化道出血均可使用）。

8.内镜检查：

（1）系消化道出血病因的关键检查，须争取在出血后24–48小时内进行。

（2）应积极稳定循环和神志状况，为内镜治疗创造条件，检查过程中酌情监测心电、血压和血氧饱和度。

9.三腔二囊管压迫止血：适用于食管胃底静脉曲张药物或内镜治疗失败或无条件进行内镜/TIPS的挽救治疗方法。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

1.考虑肝硬化门脉高压食管胃底静脉曲张或者异位静脉曲张破裂出血者，5-7天短期使用三代头孢类抗生素；头孢过敏者可选用喹诺酮类抗生素。

2．明确是急性肠炎（细菌性）引起，必须早期及时使用针对肠道病原菌的抗生素。

**（八）手术日。**

无

**（九）术后恢复。**

无

**（十）出院标准。**

1. 无呕血黑便或者便血，粪隐血转阴

2. 经内镜检查发现出血已经停止，但未明确出血病灶者，全身情况允许时可出院继续观察。

3.生命体征平稳，尿量正常。

4.恢复饮食，无再出血表现。

**（十一）变异及原因分析。**

1.因内镜检查而造成并发症（例如穿孔、误吸），造成住院时间延长。

2.因消化道出血而诱发其他系统病变（例如肾功能衰竭、缺血性心脏病），建议进入该疾病的相关途径。

3.重要器官功能障碍、生命体征不稳定、休克、意识障碍等均属高危患者，在内镜检查后可能需要特殊治疗手段。

4.通过内镜检查已明确出血病因，转入相应临床路径。

5.入院后72小时内不能行内镜检查或患者拒绝内镜检查者，应转出本路径。

二、消化道出血临床路径执行表单

适用对象：**第一诊断**\_\_消化道出血\_\_\_\_\_\_\_\_\_（ICD-10：k92.208）；

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 标准住院日天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第１天 | 住院第２天 | 住院第３-4天 |
| 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、内镜和抢救同意书* 仍有活动性出血，无法控制者，须请相关科室（外科、介入科、ICU）会诊，必要时转入其他流程或上一级医院治疗
 | □上级医师查房□完成入院检查□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□考虑非静脉曲张性上消化道出血者完成内镜检查，必要时内镜下止血* 考虑下消化道出血者，以止血、输液治疗为主，预约肠镜检查
* 仍有活动性出血，无法控制者，须请相关科室（外科、放射科、ICU）会诊，必要时转入其他流程
 | * 上级医师查房
* 完成腹部超声检查
* 肝硬化者完成肝脏血管CT三维重建检查
* 下消化道出血者，考虑肠道准备，肠镜前检查
* 继续止血、输液治疗
* 仍有活动性出血，无法控制者，须请相关科室（外科、放射科、ICU）会诊，必要时转入其他流程
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：**□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：**生长抑素/垂体后叶素（必要时）□抗生素（必要时）□止血药（必要时）□输血医嘱（必要时）□心电监护（必要时）□吸氧（必要时）□监测中心静脉压（必要时）□保留胃管记量（必要时）□血常规、尿常规、大便常规+潜血□肝肾功能、电解质、凝血功能、输血前检查（血型、Rh因子，可经输血传播的常见病相关指标）□胸片、心电图、腹部超声□胃镜检查前感染筛查项目□建立静脉通路，必要时插中心静脉导管□血气分析* 吸氧（必要时）
 | **长期医嘱**：□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：**抗生素（必要时）□止血药（必要时）□吸氧（必要时）□血常规、尿常规、大便常规+潜血、肝肾功能、电解质、凝血功能。□输血医嘱（必要时）□保留胃管记量（必要时）□心电监护（必要时）□监测中心静脉（必要时）□胃镜检查，必要时内镜下止血* 抗生素（必要时）
 | **长期医嘱**：内科护理常规□ 一级/特级护理□ 病重□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：**针对上消化道出血的病因治疗（必要时）□ 止血药（必要时）□ 抗生素（必要时）□心电监护（必要时）□血常规、肝肾功、电解质□记24小时出入量□ 上腹部CT（必要时）* □ 吸氧（必要时）
 |
| 护理工作 | * 一级/特级护理
* 协助患者及家属办理入院手续，介绍医院相关制度、病房环境、设施和设备
* 入院护理评估（包括入院护理评估、自理能力评估、跌倒危险因素评估、压疮风险因素评估、危重患者MEWS预警评估以及内科住院患者静脉血栓栓塞症风险评估）
* 入院宣教
* 密切监测患者生命体征，遵医嘱给予心电监护
* 观察并记录患者呕吐物及大便色质量
* 密切观察患者病情变化，定期巡视
* 药物指导，遵医嘱给药
* 输血指导，告知患者输血注意事项，遵医嘱并按照输血规章制度完成输血工作（必要时）
* 饮食指导，嘱患者及家属禁食禁水，记出入量
* 做好导管护理
* 取静脉抽血化验
* 检查指导（告知目的、时间地点及注意事项，重点指导胃镜和肠镜检查）
* 心理护理，缓解患者焦虑、恐惧心理
* 生活护理
* 按需准备急救用品及药物，配合抢救
 | * 一级/特级护理
* 密切监测患者生命体征，遵医嘱给予心电监护
* 观察并记录患者呕吐物及大便形态
* 密切观察患者病情变化，定期巡视患者
* 遵医嘱给药，做好药物指导
* 观察有无胃镜并发症
* 嘱禁食饮食，记出入量
* 输血指导，解释并告知患者输血注意事项，遵医嘱并按照输血规章制度完成输血工作（必要时）
* 导管护理（胃管、氧气、中心静脉导管、留置针等）
* 静脉抽血化验
* 疾病指导，告知患者消化道出血的基本知识，各项治疗及检查的原因及重要性，疾病的预防和诱因
* 心理护理，缓解患者焦虑、恐惧心理
* 生活护理
* 按需准备急救用品及药物，配合抢救
 | * 一级/特级护理
* 密切监测患者生命体征，遵医嘱给予心电监护
* 观察并记录患者呕吐物及大便形态
* 密切观察患者病情变化，定期巡视患者
* 遵医嘱给药，做好药物指导
* 指导患者流质饮食，记出入量
* 导管护理（胃管、氧气、中心静脉导管、留置针等）
* 静脉抽血化验
* 心理护理，缓解患者焦虑、恐惧心理
* 生活护理
* 腹部CT检查指导，告知目的，时间地点及注意事项
 |
| 变异 | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第5-6天 | 住院第7-8天 | 住院第9天 |
| 诊疗工作 | □上级医师查房□根据病情决定是否肠镜检查，并肠镜下止血□根据病情决定是否可以行内镜下食管胃底静脉曲张治疗（胃底组织胶注射和食管静脉曲张套扎术）* 仍有活动性出血，无法控制者，须请相关科室（外科、介入科、ICU）会诊，必要时转入其他流程
 | □上级医师查房□逐步开放饮食（流质）□若突发出血反复，无法控制者，须请相关科室（外科、放射科、ICU）会诊，必要时转入其他流程 | * 上级医师查房
* 逐步开放半流质
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：**□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）□静脉止血、抑酸药**临时医嘱：**生长抑素/垂体后叶素（必要时）□抗生素（必要时）□输血医嘱（必要时）□心电监护（必要时）□吸氧（必要时）□监测中心静脉压（必要时） | **长期医嘱**：□内科护理常规□二级护理□流质（出血已止者），记出入量□静脉输液（方案视患者情况而定）□静脉止血、抑酸药**临时医嘱：**抗生素（必要时）□吸氧（必要时）□血常规、尿常规、大便常规+潜血、肝肾功能、电解质、凝血功能。 | **长期医嘱**：内科护理常规□三级护理□开始进半流食**临时医嘱：**□针对消化道出血的病因口服药物治疗（必要时）□口服抑酸药止血药（必要时）□ 口服胃粘膜保护剂（必要时）□肠粘膜保护剂，肠道益生菌（必要时） |
| 护理工作 | * 一级/特级护理
* 密切监测患者生命体征，遵医嘱给予心电监护
* 观察并记录患者呕吐物及大便形态
* 密切观察患者病情变化，定期巡视患者
* 遵医嘱给药，做好药物指导
* 饮食指导，记出入量
* 导管护理（胃管、氧气、中心静脉导管、留置针等）
* 心理护理，缓解患者焦虑、恐惧心理
* 生活护理
* 检查并观察各项检查的准备工作，完成情况及有无并发症
 | * 二级护理
* 观察患者病情变化，

积极询问患者主诉* 根据病情进行饮食

指导* 遵医嘱留取静脉血

及标本化验* 药物指导，遵医嘱给

药* 遵医嘱予氧气吸入

（必要时）* 疾病康复期注意事

项指导* 生活及心理护理
 | * 三级护理
* 继续观察患者病情变化，积极询问患者主诉
* 指导患者饮食（半流质）
* 遵医嘱给药并进行药物指导
* 出院指导（饮食、用药、运动、戒烟限酒、情绪调节、疾病自我监控）
* 协助患者及家属办理出院手续
* 制定门诊随访计划
 |
| 变异 | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |