**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 |  |  |

**艾滋病合并活动性结核病临床路径**

**（2012年版）**

一、艾滋病合并活动性结核病临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为活动性结核病（ICD-10：A15-A20），第二诊断为艾滋病的患者。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南（结核病分册）》（中华医学会，2005年）,《艾滋病诊疗指南》（中华医学会感染病学分会，2011年）。

1.病史：结核可累及全身各脏器，包括肺结核和肺外结核，导致相应表现，通常伴有发热、盗汗、体重减轻等全身症状。

2.影像学及病理学检查显示受累部位的异常改变。

3.随着HIV感染者免疫功能降低，结核病表现可不典型。

4.确诊依靠细菌学检测：结核杆菌培养和/或体液涂片找抗酸杆菌。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《临床诊疗指南（结核病分册）》（中华医学会，2005年）和《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册（2011版）》。

1.抗结核治疗遵循早期、规律、全程、联合、适量原则。

2.继续原有的或尽早开始一线抗HIV病毒治疗。

3.对症治疗。

**（四）标准住院日为28-56天。**

**（五）进入路径标准。**

1.HIV感染，诊断同时符合中枢神经系统结核（ICD -10：A17.1-17.2）、粟粒性肺结核（ICD-10：A19）、结核性心包炎（ICD-10：A18.8）或同时累及多器官系统，有病情恶化风险的患者。

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。

**（六）住院后第1-3天。**

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、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒）；

（3）完善痰病原学检查；

（4）胸部正侧位片、心电图。

2.根据患者病情进行：血气分析、胸部CT、头颅CT、超声心动图。

**（七）治疗原则。**

1.抗结核治疗：给予包括异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇（或氨基糖苷类药）的标准强化治疗方案。如有条件，可以根据结核分支杆菌药敏试验结果调整治疗方案。

2.对于未接受抗HIV治疗的患者，根据CD4+T淋巴细胞计数，在抗结核治疗2-8周后考虑开始抗病毒治疗。

3.对于结核性脑膜炎、心包炎、粟粒性结核患者，可以考虑应用糖皮质激素。

4.积极处理颅压升高、低氧血症、心力衰竭、及免疫重建炎症反应综合征等并发症

**（八）出院标准。**

1.症状缓解。

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.伴有影响本病治疗效果的合并症和并发症，需要进行相关诊断和治疗。

3.由于肺部空洞型结核出现大量咯血者，按照大咯血的临床路径处理。

**（十）参考费用标准。**

6000－10000元。

二、艾滋病合并结核病临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为活动性结核病（ICD-10：A15-A20），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：

住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日 标准住院日：28-56天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 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 * 确定治疗方案，进行抗结核治疗和对症处理 * 开化验单，完成病历书写 | * 上级医师查房 * 评估辅助检查的结果 * 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：**   * 内科护理常规 * 一～三级护理常规（根据病情） * 抗结核药物 * 抗HIV病毒药物（必要时）   **临时医嘱**：   * 血常规、尿常规、大便常规 * 肝肾功能、电解质、感染性疾病筛查 * 痰病原学检查及药敏 * 胸部正侧位片、心电图 * 血气分析、胸部CT、头颅CT（必要时） * 糖皮质激素（必要时） * 甘露醇（必要时） * 吸氧和呼吸支持（必要时） * 心包穿刺引流（必要时） | **长期医嘱：**   * 呼吸内科护理常规 * 一～三级护理常规（根据病情） * 抗结核药物 * 抗HIV病毒药物（必要时）   **临时医嘱：**   * 复查血常规、肝功能 * 复查胸片（必要时） * 异常指标复查 * 病原学检查（必要时） * 有创性检查（必要时） * 糖皮质激素（必要时） * 甘露醇（必要时） * 吸氧（必要时） |
| 主要护理  工作 | * 介绍病房环境、设施和设备 * 呼吸道隔离 * 入院护理评估，护理计划 * 观察患者情况 * 静脉取血，用药指导 * 指导正确留取痰标本 | * 观察患者一般情况及病情变化 * 观察药物不良反应 * 疾病相关健康教育 * 呼吸道隔离 |
| 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 | 出院前1-3天 | 住院第28-56天（出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 上级医师查房 * 评估治疗效果 * 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 * 二～三级护理常规（根据病情） * 抗结核药物 * 抗HIV药物（必要时）   **临时医嘱：**   * 根据需要，复查有关检查 | **出院医嘱：**   * 出院带药 * 门诊随诊 |
| 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 |  |  |

**艾滋病合并巨细胞病毒视网膜炎临床路径**

**（2012年版）**

一、艾滋病合并巨细胞病毒视网膜炎临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为巨细胞病毒视网膜炎（ICD-10：B25.901），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）、美国《艾滋病合并机会性感染诊疗指南（2009年）》及《实用内科学》（第13版）。

1.CD4+T淋巴细胞＜200/µL。

2.视物模糊、视力下降。

3.眼底表现为沿血管分布的浓厚黄白色病损，有片状出血，边缘为不规则的黄白色颗粒，晚期视网膜萎缩，视网膜血管硬化、狭窄。除外白塞病（Behcet）、视网膜血管炎等原因。

4.血清巨细胞病毒CMV-IgM阳性或血清CMV-IgG 4倍升高或外周血PCR检测CMV阳性。CMV PP65抗原、CMV DNA（体液）阳性有助于活动性感染的诊断。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《艾滋病诊疗指南》（中华医学会感染病分会，2011年）、美国《艾滋病合并机会性感染诊疗指南（2009年）》及《实用内科学》（第13版）。

1.支持、对症治疗。

2.抗巨细胞病毒治疗。

3.同时或尽早抗病毒治疗(ART)。

**（四）标准住院日为2-3周。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断为巨细胞病毒视网膜炎、第二诊断为艾滋病诊断。

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）入院后第1-3天。**

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；

（3）病原学检查（有条件）。

2.根据患者病情进行：胸部正侧位片、心电图、B超（有条件）、眼底检查。

**（七）治疗方案与药物选择。**

1.更昔洛韦：诱导期5 mg/kg体重/次，每日2次静脉注射，每次注射时间应超过1 小时，维持14-21天。维持期5 mg/kg体重/日，1-3个月。

2.膦甲酸钠：初始量为60mg/kg，每8小时1次，静滴时间不得少于1小时，根据疗效连用2-3周。维持治疗：维持剂量为90-120mg/kg/日（按肾功能调整剂量），静滴时间不得少于2小时。维持治疗期间，若病情加重，可重复诱导治疗及维持治疗过程。

**（八）出院标准。**

1.完成2-3周诱导治疗。

2.症状有所缓解。临床稳定24小时以上。

**（九）变异及原因分析。**

1.存在并发症，需要进行相关的诊断和治疗，延长住院时间。

2.病情严重，需要呼吸支持者，归入其他路径。

**（十）参考费用标准。**

2000-5000元。

二、艾滋病合并巨细胞病毒视网膜炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为巨细胞病毒视网膜炎（ICD-10：B25.901），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：

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1-3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 * 评估特定病原体的危险因素，进行初始抗巨细胞病毒感染治疗 * 开化验单，完成病历书写 * 必要时相关科室会诊 | * 上级医师查房 * 核查辅助检查的结果是否有异常 * 病情评估，维持原有治疗或调整抗巨细胞病毒药物 * 观察药物不良反应 * 住院医师书写病程记录必要时相关科室会诊 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 感染科护理常规 * 一～三级护理（根据病情） * 抗巨细胞病毒药物 * 既往基础治疗   **临时医嘱：**   * 血常规、尿常规、大便常规 * 肝肾功能、电解质 * 病原学检查 * 胸正侧位片、心电图 * B超（必要时） * 对症处理 | **长期医嘱**：   * 感染科护理常规 * 一～三级护理（根据病情） * 抗巨细胞病毒药物 * 根据病情调整抗巨细胞病毒药物 * 既往基础治疗   **临时医嘱：**   * 对症处理 * 复查血常规、肝肾功能 * 胸片检查（必要时） * 异常指标复查 * 病原学检查（必要时） * 眼底检查 |
| 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 * 进行健康教育 * 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 * 注意眼底变化 * 观察治疗效果及药物反应 * 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 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 出院前1-3天 | 住院第14-21天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 上级医师查房 * 评估治疗效果 * 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 * 向患者交待出院后注意事项 * 预约复诊日期 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 感染科护理常规 * 二～三级护理（根据病情） * 抗巨细胞病毒药物 * 根据病情调整   **临时医嘱：**   * 复查血常规、肝功能、肾功能胸片（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 |
| 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 * 依从性教育 |
| 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 |  |  |

**艾滋病合并马尼菲青霉菌病临床路径**

**（2012年版）**

一、艾滋病合并马尼菲青霉菌病临床路径标准住院流程。

**（一）适用对象。**

第一诊断为马尼菲青霉菌病（ICD-10：B20.5）、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）、美国《艾滋病合并机会性感染诊疗指南》（2009年），《重症患者侵袭性真菌感染诊断与治疗指南》（中华医学会重症医学分会，2007年)等。

1.流行地区或到过流行地区。

2.发热、乏力、体重减轻；面部、躯干及上肢皮疹，表现为丘疹、结节、坏死性丘疹，传染性软疣样丘疹。

3.咳嗽、胸痛、呼吸困难。听诊呼吸音减弱，呼吸音粗，可闻及湿啰音及胸膜摩擦音。

4.腹痛、腹泻、稀便或脓血便。肝脾大或肝脓肿，伴有肝功能异常。

5.X线胸片检查：肺纹理增粗，多片浸润性病变，肺门淋巴结肿大，单发或多发肺脓肿，可见液平面。

6.骨髓涂片、皮肤渗液压片瑞氏染色，显微镜下发现典型的圆形或卵形，有明显横隔的细胞。

患者出现第6项表现，或以上第2-5项表现任何一项加第1项，除外组织胞浆菌病、结核病、黑热病、肺炎等，可明确临床诊断。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《艾滋病诊疗指南》（中华医学会感染病学分会，2011年）、美国《艾滋病合并机会性感染诊疗指南》（2009年），《重症患者侵袭性真菌感染诊断与治疗指南》（中华医学会重症医学分会，2007年)等。

1.支持、对症治疗。

2.抗马尼菲青霉菌治疗。

**（四）标准住院日为14-21天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断为马尼菲青霉菌病（ICD-10：B20.5）、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。**（六）入院后第1-3天。**

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；

（3）胸部正侧位片、心电图、B超检查。

2.有条件可查：直接镜检取皮损刮取物、骨髓和淋巴结抽吸物、血培养、胸部、腹部CT。

**（七）治疗方案与药物选择。**

两性霉素B：常用剂量为0.6-1.0mg／kg/d，疗程2周。治疗显效后可改用伊曲康唑（400mg／d）继续使用6-10周。

**（八）出院标准。**

1.症状明显缓解。

2.临床稳定24小时以上。

**（九）变异及原因分析。**

1.存在并发症，需要进行相关的诊断和治疗，延长住院时间。

2.病情严重，出现其他问题者，归入其他路径。

**（十）参考费用标准。**

2500-6000元。

二、艾滋病合并马尼菲青霉菌病临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为马尼菲青霉菌病（ICD-10：B20.5）、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：

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1-3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 * 评估特定病原体的危险因素，进行初始抗青霉菌感染治疗 * 开化验单，完成病历书写 | * 上级医师查房 * 核查辅助检查的结果是否有异常 * 病情评估，维持原有治疗或调整药物 * 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：**   * 感染科护理常规 * 一～三级护理（根据病情） * 抗青霉菌药物   **临时医嘱：**   * 血常规、尿常规、大便常规 * 肝功能、肾功能、电解质、血糖 * 胸正侧位片、心电图、B超 * 对症处理 | **长期医嘱**：   * 感染科护理常规 * 一～三级护理（根据病情） * 抗青霉菌药物 * 根据病情调整药物   **临时医嘱：**   * 对症处理 * 复查血常规、电解质、肾功能 * 胸片检查（必要时） * 异常指标复查 |
| 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 * 健康教育 * 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 |
| 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 | 出院前1-3天 | 住院第14-21天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 上级医师查房 * 评估治疗效果、药物副作用 * 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 * 向患者交待出院后注意事项 * 预约复诊日期 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 感染科护理常规 * 二～三级护理（根据病情） * 抗青霉菌药物 * 根据病情调整   **临时医嘱：**   * 复查血常规、电解质、肾功、肝功能 * B超、胸片（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 |
| 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 |  |  |

**艾滋病合并细菌性肺炎临床路径**

**（2012年版）**

一、艾滋病合并细菌性肺炎临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为细菌性肺炎(ICD-10：J15.901)、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）、《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》及《医院获得性肺炎诊断和治疗指南》（中华医学会呼吸病学分会，2006年）等。

1.出现咳嗽、咳痰，或原有呼吸道疾病症状加重，并出现脓性痰，伴或不伴胸痛。

2.发热。

3.肺实变体征和(或)闻及湿性啰音。

4.白细胞数量>10×109/L或<4×109/L，或者白细胞计数在原基础上明显升高，伴或不伴细胞核左移。

5.胸部影像学检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变，可伴有胸腔积液或空洞性渗出。

患者出现第5项加第1-4项中任何一项，并除外肺部其他疾病后，可明确临床诊断。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《艾滋病诊疗指南》（中华医学会感染病学分会，2011年）、《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》及《医院获得性肺炎诊断和治疗指南》（中华医学会呼吸病学分会，2006年）等。

1.支持、对症治疗。

2.经验性抗菌治疗。

3.根据病原学检查及治疗反应，调整抗菌治疗用药。

4.如已开始抗HIV治疗的患者，则继续治疗，但要注意药物之间的相互影响。

**（四）标准住院日为7-14天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断为细菌性肺炎(ICD-10：J15.901)、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。**（六）入院后第1-3天。**

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、血糖、电解质、血沉、C反应蛋白（CRP）、结核抗体、PPD试验、T细胞亚群；

（3）痰涂片行抗酸染色、痰细菌培养、血培养；

（4）胸部正侧位片、心电图。

2.根据患者情况进行：血气分析、痰涂片找肺孢子菌、胸部CT、D-二聚体、B超、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、CMV、EBV、梅毒等）、有创性检查等。

**（七）治疗方案与药物选择。**

1.评估特定病原体的危险因素，考虑肺炎的诊断后尽快（4-8小时内）给予抗菌药物。

2.药物选择：根据《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）和《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》及《医院获得性肺炎诊断和治疗指南》（中华医学会呼吸病学分会，2006），结合患者病情合理使用抗菌药物。

3.初始治疗2-3天后进行临床评估，根据患者病情变化调整抗菌药物。

4.对症支持治疗：退热、止咳化痰、吸氧、营养支持。

**（八）出院标准。**

1.症状好转，体温正常超过72小时。

2.影像学提示肺部病灶明显吸收。

**（九）变异及原因分析。**

1.伴有影响本病治疗效果的合并症，需要进行相关诊断和治疗，导致住院时间延长。

2.病情较重，符合重症肺炎标准，转入相应路径。

3.常规治疗无效或加重，转入相应路径。

4.合并其他感染如PCP、TB感染者转入相应路径。

**（十）参考费用标准。**

约2000-8000元。

二、艾滋病合并细菌性肺炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为细菌性肺炎(ICD-10：J15.901)、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：

住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日 标准住院日：7-14天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 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 * 24小时内完成病历书写 * 进行病情初步评估 * 上级医师查房 * 评估可能病原体的危险因素，进行初始经验性抗感染治疗 * 开化验单 | * 三级医师查房 * 核查辅助检查的结果是否有异常 * 病情评估，维持原有治疗或调整抗菌药物 * 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**：   * 艾滋病肺炎护理常规 * 一～三级护理（根据病情） * 吸氧（必要时） * 抗菌药物 * 祛痰剂 * 基础用药（如ART药物）   **临时医嘱**：   * 血常规、尿常规、大便常规 * 血糖、电解质、血沉、C反应蛋白（CRP）、结核抗体、PPD试验、CD4 * 病原学（肺孢子菌、细菌、结核杆菌）检查及药敏 * 胸正侧位片、心电图 * 血气分析、胸部CT、B超、D-二聚体，感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、CMV、EBV、梅毒等）（必要时） * 对症处理 | **长期医嘱**：   * 艾滋病肺炎护理常规 * 一～三级护理（根据病情） * 吸氧（必要时） * 抗菌药物（根据病情调整） * 祛痰剂 * 基础用药（如ART药物）   **临时医嘱**：   * 对症处理 * 监测血常规 * 胸片检查（必要时） * 异常指标复查 * 病原学检查（必要时） * 有创性检查（必要时） |
| 护理  工作 | * 入院护理评估，护理计划 * 随时观察患者情况 * 进行AIDS的心理护理 * 进行戒烟、戒酒的建议和教育 * 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 * 注意痰液变化 * 观察治疗效果及药物反应 * 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 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 出院前1-3天 | 住院第7-14天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 三级医师查房 * 评估治疗效果 * 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 * 向患者交待出院后注意事项 * 预约复诊日期 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**：   * 艾滋病肺炎护理常规 * 二～三级护理（根据病情） * 吸氧（必要时） * 抗菌药物 * 祛痰剂 * ART药物 * 根据病情调整   **临时医嘱**：   * 复查血常规、胸片（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 |
| 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 * ART依从性教育 |
| 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 |  |  |

**艾滋病合并新型隐球菌脑膜炎临床路径**

**（2012年版）**

一、艾滋病合并新型隐球菌脑膜炎临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为新型隐球菌脑膜炎（ICD-10: B45.102＋）、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）,《重症患者侵袭性真菌感染诊断与治疗指南》（中华医学会重症医学分会，2007年)等。

1.临床表现：发热并具有中枢神经系统的症状或体征（剧烈头痛、恶心、呕吐、脑膜刺激征阳性或精神异常、癫痫、偏瘫等）。

2.脑脊液检查显示生化或细胞数异常，压力明显增高。

3.脑脊液墨汁染色见到新型隐球菌或隐球菌抗原检测阳性。

**（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）,《重症患者侵袭性真菌感染诊断与治疗指南》（中华医学会重症医学分会，2007年)。

1.一般治疗：卧床休息，维持生命体征和内环境稳定，防治感染。

2.积极降低颅内压治疗。

3.抗真菌治疗。

4.严密监测，预防脑疝的发生。

**（四）临床路径标准住院日为42-56天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断为新型隐球菌脑膜炎（ICD-10: B45.102＋）、第二诊断为艾滋病

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）住院后检查的项目。**

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、血沉、腰穿测脑脊液压力；

（3）脑脊液生化、常规、墨汁染色、抗酸染色、革兰氏染色。

（4）胸片、心电图。

2.根据患者具体情况选择的检查项目：脑脊液细菌、真菌培养；血培养、隐球菌抗原、头颅CT、头颅MRI。

**（七）选择用药。**

1.降颅压药物：甘露醇、甘油果糖、速尿、50%葡萄糖注射液等。

2.抗真菌药物：《按重症患者侵袭性真菌感染诊断与治疗指南》（中华医学会重症医学分会，人民卫生出版社，2007年)首选两性霉素B与5-FC联合应用。不能耐受或对标准治疗无反应的患者，使用氟康唑联合氟胞嘧啶替换治疗。

3.纠正水、电解质紊乱药物。

**（八）监测神经功能和生命体征。**

1.生命体征监测。

2.对精神异常、癫痫、偏瘫等神经功能进行监测

**（九）出院标准。**

1.患者病情稳定。

2.脑脊液检查显示脑脊液压力正常，脑脊液常规、生化正常，病原学检查阴性。

3.没有需要住院治疗的并发症。

**（十）变异及原因分析。**

1.病情危重者需转入ICU，转入相应路径。

2.辅助检查结果异常，需要复查，导致住院时间延长和住院费用增加。

3.住院期间病情加重，出现并发症，需要进一步诊治，导致住院时间延长和住院费用增加。

4.同时合并其他并发症，如结核性脑膜炎、肺部感染，导致住院时间延长和住院费用增加。

**（十一）参考费用标准。**

约8000-10000万。

二、艾滋病合并新型隐球菌脑膜炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为新型隐球菌脑膜炎（ICD-10: B45.102＋）、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：

住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日 标准住院日：42-56天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1天 | 住院第2天 | 住院第3天 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 询问病史与体格检查 * 评估神经系统受损情况 * 查看既往辅助检查 * 初步诊断，对症治疗 * 向患者及家属交待病情 * 开化验单及相关检查单 * 脱水后即行腰穿 * 早期脑疝积极考虑手术治疗 * 完成首次病程记录和病历记录 | * 主治医师查房，书写上级医师查房记录 * 评价神经功能状态 * 评估辅助检查结果 * 评估患者免疫功能状况 * 向患者及家属介绍病情 * 确定药物治疗方案 * 必要时相应科室会诊 * 需手术者转神经外科 | * 主任医师查房，书写上级医师查房记录 * 继续积极脱水、防治脑疝 * 评估抗真菌治疗的毒副作用并严密监测 * 必要时相应科室会诊 * 需手术者转神经外科 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**：   * AIDS合并新型隐球菌脑膜炎护理常规 * 一级护理 * 饮食 * 脱水药物 * 抗真菌药物 * 既往基础用药   **临时医嘱**：   * 血常规、尿常规、大便常规 * 腰穿 * 脑脊液生化、常规、墨汁染色、抗酸染色、革兰氏染色 * 脑脊液细菌、真菌培养（酌情） * 肝功能、肾功能、电解质、血沉、CD4、VL、其它感染性疾病筛查 * 胸片、心电图 * 根据病情选择：头颅CT 或MRI | **长期医嘱**：   * AIDS合并新型隐球菌脑膜炎护理常规 * 一级护理 * 饮食 * 脱水药物 * 抗真菌药物 * 既往基础用药   **临时医嘱**：   * 复查异常化验（除CD4、VL） * 监测血生化，防治低钾血症等 * 对症处理药物副作用 * 酌情腰穿放脑脊液 * 必要时复查脑脊液 | **长期医嘱**：   * AIDS合并新型隐球菌脑膜炎护理常规 * 一级护理 * 饮食 * 脱水药物 * 抗真菌药物 * 既往基础用药   **临时医嘱**：   * 复查异常化验（除CD4、VL） * 复查腰穿测脑脊液压力 * 依据病情需要下达 |
| 主要护理  工作 | * 入院宣教及护理评估 * 正确执行医嘱 * 严密观察患者病情变化 | * 正确执行医嘱 * 严密观察患者病情变化 | * 正确执行医嘱 * 严密观察患者病情变化 |
| 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 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院期间 | 出院前第1－3天 | 第42－56天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 三级医生查房 * 评估辅助检查结果 * 间断复查腰穿，评估抗真菌治疗效果，评价脑脊液压力状态 * 防治并发症 * 必要时相关科室会诊 | * 三级医生查房 * 评估辅助检查结果 * 间断复查腰穿，评估抗真菌治疗效果，必要时调整治疗方案 * 防治并发症 * 一至两周复查腰穿一次，了解抗真菌治疗效果，评价脑脊液压力状态 | * 三级医生查房 * 向患者及家属介绍出院后注意事项 * 患者办理出院手续，出院 * 转科病人办理转科手续 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**：   * AIDS合并新型隐球菌脑膜炎护理常规 * 一级护理 * 饮食 * 脱水药物 * 抗真菌药物 * 既往基础用药 * 既往如未抗病毒治疗，开始ART药物   **临时医嘱**：   * 异常检查复查 * 监测血常规、肾功能、血糖、电解质等 * 间断复查腰穿 * 依据病情需要下达 | **长期医嘱**：   * AIDS合并新型隐球菌脑膜炎护理常规 * 二-三级护理 * 饮食 * 脱水药物，酌情调整 * 抗真菌药物   **临时医嘱**：   * 异常检查复查 * 必要时复查腰穿 * 必要时复查CT | **出院医嘱**：   * 出院带药 * ART依从性教育 |
| 主要  护理  工作 | * 正确执行医嘱 * 观察患者病情变化 * 特殊护理指导 * 交待常见的药物不良反应 | * 正确执行医嘱 * 观察患者病情变化 | * 正确执行医嘱 * 观察患者病情变化 * 出院时嘱其定期门诊复诊 * 进行出院带药服用指导 * 告知复诊时间和地点 |
| 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 |  |  |  |