

- 一、晚期血吸虫病并发肝性脑病临床路径标准住院流程
- (一) 适用对象
- 第一诊断为晚期血吸虫病并发肝性脑病。

- (二) 诊断依据
- 根据血吸虫病诊断标准 (WS261 —2006) 要求, 符合晚期血吸虫病并发肝性脑病
- 1、有长期反复的血吸虫疫水接触史或血吸虫病治疗史。
- 2、排除肝炎肝硬化、酒精肝硬化及其他病因。
- 3、症状和体征: 有神志改变, 伴或不伴烦躁、扑翼样震颤。
- 4、实验室检查: 血吸虫病原或血清学诊断阳性, 血胆红素升高、白/球蛋白比例倒置等肝功能严重受损表现。
- 5、特殊检查: 脑电图、血氨异常, 结合超声、CT结果明确。

- (三) 路径选择
- 1. 合并其他疾病或并发症，但不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施者，进入流程。
- 2. 若合并其他严重疾病或严重并发症，需特殊处理或影响第一诊断者，进入其他路径流程。

	入院当天	持续期治疗	缓解期治疗	(出院日)
主要诊疗工作	<ol style="list-style-type: none"> 1.询问病史及体格检查 2.完成病历书写 3.安排入院常规检查 4.上级医师查房及病情评估 5.病情无法控制者，须请相关科室会诊，必要时转入其他流程 	<ol style="list-style-type: none"> 1.上级医师查房 2.完成入院检查 3.完成上级医师查房记录等病历书写 4.根据病情及检查结果调整治疗方案 5.与家属谈话，交代病情及预后判断，取得家属的理解与配合 	<ol style="list-style-type: none"> 1.上级医师查房，制定后续诊治方案 2.住院医师完成病程记录 3.继续监测重要脏器功能 4.调整降氨药物的剂量 5.继续护肝、支持、对症治疗 	<ol style="list-style-type: none"> 1.上级医师查房，确定出院 2.通知患者及其家属出院 3.向患者及其家属交待出院后注意事项，预约复诊时间 4.完成出院小结，将“出院小结”的副本交给患者或其家属 5.完成病历书写
重点医嘱	<p>长期医嘱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.内科护理常规 2.一级/特级护理 3.病重/病危通知 4.禁食蛋白质（不能进食者鼻饲） 5.支链氨基酸治疗 6.降氨治疗 7.护肝、支持及对症治疗 <p>临时医嘱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立静脉通路， 2.心电监护 3.灌肠或导泻（必要时） 4.血常规、尿常规、大便常规+潜血 5.血氨（有条件医院）、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） 6.脑电图（有条件医院） 7.胸片、心电图、腹部超声 8.血气分析 9.吸氧（必要时） 	<p>长期医嘱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.内科护理常规 2.一级/特级护理 3.病重/病危通知 4.禁食蛋白质（不能进食者鼻饲） 5.支链氨基酸治疗 6.更换降氨药物或调整剂量 7.护肝、支持及对症治疗 <p>临时医嘱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.灌肠或导泻（必要时） 2.抗生素（必要时） 3.吸氧（必要时） 4.反复查血氨（有条件医院） 5.复查血常规、尿常规、肝肾功能、电解质、凝血功能（必要时） 8.心电监护（必要时） 9.复查脑电图（有条件医院） 	<p>长期医嘱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.内科护理常规 2.二级护理 3.限制蛋白质饮食 4.监测重要脏器功能（必要时） 5.渐减小降氨药物的剂量 6.支链氨基酸治疗 7.继续护肝、支持、对症治疗 8.减少静脉输液 <p>临时医嘱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.抗生素治疗（必要时） 2.复查血氨（有条件医院） 3.复查脑电图（有条件医院） 4.复查血常规、肝肾功能、电解质 	<p>出院医嘱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.今日出院 2.注意饮食（以低蛋白为宜） 3.出院带药 4.门诊随访
护理	<ol style="list-style-type: none"> 1.介绍病房环境、设施和设备 2.入院护理评估 3.昏迷病人的口腔护理 4.加强监护，预防病人坠床 	<ol style="list-style-type: none"> 1.宣教（肝性脑病的知识） 2.昏迷病人的口腔护理 	<ol style="list-style-type: none"> 1.观察患者病情变化 2.心理与生活护理 	

谢谢！

临床表现

- 肝性脑病的临床表现往往因原有肝病的性质、肝细胞损害的轻重缓急以及诱因的不同而很不一致。晚血多并发慢性肝性脑病，为门体分流性脑病。以慢性反复发作性木僵与昏迷为突出表现。
- 常有摄入大量蛋白食物、上消化道出血、感染、放腹水、大量排钾利尿等诱因。
- 在其终末期所见的肝性脑病起病缓慢，昏迷逐步加深，最后死亡。
- 根据意识障碍程度、神经系统表现和脑电图改变，将肝性脑病自轻微的精神改变到深昏迷分为四期。

- I 期：(又叫前驱期)。轻度性格改变，举止反常。如有的病人寡言不语，有的多语；平时非常稳重，突然出现幼稚轻率的动作，或衣冠不整，或随地吐痰，随处大小便、脱衣服等；反应和回答问题尚正确，但有时吐字不清，动作缓慢等。此期一般无神经体征，多无扑翼震颤。脑电图无明显异常，波的频率可减少。

- **Ⅱ期：**(又叫昏迷前期)。以精神错乱、意识模糊、睡眠障碍、行为异常为主要表现。定向力和理解力减低，如对人员的姓名、年龄、自己居住何处、当时是什么时间等概念模糊；不能完成简单的智力动作，如1+1等于几？此物是什么形状？语言不清，书写障碍，举止反常如寻衣摸床、手舞足蹈；有时幻觉、狂躁，类似轻微精神病表现。常出现扑翼震颤，腱反射亢进，肌张力增高，锥体束征阳性。脑电图常出现异常的慢波。

- **Ⅲ期：**(又叫昏睡期)。木僵、昏睡为主。病人大部分时间处在昏睡中，呼之可醒，然后又入睡，答话不准、幻觉。如病人合作可引出扑翼震颤。各种神经病理征陆续出现。脑电图出现明显异常的日波和三相慢波。

- **IV期**：(又叫昏迷期)。病人丧失神志，进入昏迷期，呼之不醒，对疼痛刺激尚有反应。浅昏迷时腱反射亢进，肌张力增高，查体不合作，不能引出扑翼震颤。进入深昏迷，各种反射消失，对各种刺激无反应，瞳孔散大，过度换气，脑电图出现S波。

- 以上各期的分界不很清楚，前后期临床表现可有重叠，病情发展或经治疗好转时，程度可进级或退级。少数慢性肝性脑病患者由于中枢神经不同部位有实质性损害而出现智能减退、共济失调、锥体束征阳性或截瘫，这些表现可能暂时存在，也有成为永久性的。

实验室和其它检查

- 一、血氨 正常人空腹静脉血氨为 $40\sim 70\mu\text{g}/\text{dl}$ ，动脉血氨含量为静脉血氨的0.5-2倍。空腹动脉血氨比较稳定可靠。慢性肝性脑病尤其是门体分流性脑病患者多有血氨增高。急性肝功能衰竭所致脑病的血氨多正常。
- 二、脑电图检查 脑电图不仅有诊断价值，且有一定的预后意义。典型的改变为节律变慢，主要出现普遍性每秒4-7次的 θ 波或三相波，有的也出现每秒1-3次的 δ 波。

三、心理智能测验 目前认为心理智能测验对于诊断早期肝性脑病包括亚临床肝性脑病最有用。常规使用的是数字连接试验和符号数字试验，其结果容易计量，便于随访。

四、影像学检查：

- **CT/MRI**：脑水肿、脑萎缩、基底神经节改变
- 磁共振波谱分析

五、临界视觉闪烁频率检测：

- 轻度星形细胞肿胀
- 胶质---神经元的信号传导
- 视网膜胶质细胞的形态学变化

诊断

- 肝性脑病的主要诊断依据为：
- ①严重肝病(或)广泛门体侧支循环；
- ②精神紊乱、昏睡或昏迷；
- ③肝性脑病的诱因；
- ④明显肝功能损害或血氨增高。
- 扑翼(击)样震颤和典型的脑电图改变有重要参考价值。
- 对患者进行常规的心理智能测验可发现亚临床肝性脑病。

鉴别诊断

- 以精神症状为惟一突出表现的肝性脑病易被误诊为精神病，因此凡遇精神错乱患者者，应警惕肝性脑病的可能性。
- 肝性脑病还应与可引起昏迷的其他疾病，如糖尿病、低血糖、尿毒症、脑血管意外、脑部感染和镇静剂过量等相鉴别。
- 进一步追问肝病史，检查肝脾大小、肝功能、血氨、脑电图等将有助于诊断与鉴别诊断。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/395304342324011134>