临床路径管理记录档案

科　室：___儿科_____

年　度：__2022-2023_____

目　录

1. 临床路径小组成员及分工表
2. 科室实施的临床路径病种及临床路径文本
3. 临床路径操作手册、信息登记表
4. 临床路径管理患者满意度调查表
5. 科室临床路径月分析评价表
6. 职能部门的监管记录（医院监管下发）

7. 科室临床路径季度实施情况分析报告

一、临床路径小组成员及分工表（已下发）

二、科室实施的临床路径病种及临床路径文本（已下发）

三、临床路径操作手册（各科室已下发）、信息登记表（医院下发登记本）

四、临床路径管理患者满意度调查表（附后）

五、科室临床路径月分析评价表（附后）

六、职能部门的监管记录（医院监管下发）

七、科室临床路径季度实施情况分析报告

一、儿科科室临床路径实施小组成员、职责及分工

组长：
管理员：
护士长：
成员：
临床路径实施小组职责：

（一）负责临床路径相关资料的收集、记录和整理；

（二）负责提出科室临床路径病种选择建议，会同药学、临床检验、影像及财务等部门制订临床路径文本；

（三）结合临床路径实施情况，提出临床路径文本的修订建议；

（四）参与临床路径的实施过程和效果评价与分析，并根据临床路径实施的实际情况对科室医疗资源进行合理调整。

临床路径实施小组分工：

组长：

1.负责提出科室临床路径病种选择建议，会同药学、临床检验、影像及财务等部门制订临床路径文本；2.结合临床路径实施情况，提出临床路径文本的修订建议；3.参与临床路径的实施过程和效果评价与分析，并根据临床路径实施的实际情况对科室医疗资源进行合理调整。4.组织科内讨论，找出变异的原因，提出处理意见；也可以通过讨论、查阅相关文献资料探索解决或修正变异的方法；对于复杂而特殊的变异，组织相关的专家进行重点讨论；

管理员：会同经治医师对住院患者进行临床路径的准入评估；会同经治医师根据当天诊疗项目完成情况及病情的变化，对当日的变异情况进行分析，并制订处理措施。负责临床路径相关资料的收集、记录和整理；每月常规统计病种评价相关指标的数据，并上报指导评价小组。根据指导评价小组提出的质量改进建议制订质量改进方案，并及时上报指导评价小组。

医师成员：完成患者的检诊工作后，会同科室管理员对住院患者进行临床路径的准入评估；符合准入标准的，按照临床路径确定的诊疗流程实施诊疗，根据医师版临床路径表开具诊疗项目，向患者介绍住院期间为其提供诊疗服务的计划，并将评估结果和实施方案通知相关护理组；会同管理员根据当天诊疗项目完成情况及病情的变化，对当日的变异情况进行分析、处理，并做好记录；及时向实施小组报告变异原因和处理措施，并与科室相关人员交换意见，并提出解决或修正变异的方法。医师版临床路径表中的诊疗项目完成后，执行人应当在相应的签名栏签名。

护理成员：为患者作入院介绍，向其详细介绍其住院期间的诊疗服务计划（含术前注意事项）以及需要给予配合的内容；执行经治医师的诊疗计划，对患者及家属进行护理指导、生活指导、心理指导、药物应用指导；对患者及家属对医护工作的满意度进行调查；执行人应当在相应的签名栏签名。

支气管肺炎临床路径

（2010 年版）

一、支气管肺炎临床路径标准住院流程

（一）适用对象。

第一诊断为支气管肺炎（ICD－10：J18.0）。

（二）诊断依据。

根据《临床诊疗指南－小儿内科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.一般临床表现：起病或急或缓，常伴有发热，热型不定，新生儿或体弱儿亦可不发热。患儿常有烦躁不安、精神萎靡、食欲减退或呕吐、腹泻等症状。

2.呼吸道症状与体征：咳嗽、气促，重症表现为鼻翼扇动、口周和指（趾）端发绀及三凹征。部分患儿两肺可闻及固定性细湿罗音。叩诊多正常，但当病灶融合累及部分或整个肺叶时，可出现肺实变体征。

3.其他系统症状与体征：重症肺炎可出现呼吸困难、三凹征及紫绀，并伴发其他系统功能异常，如心率增快、烦躁不安、意识障碍、昏迷、惊厥、肠鸣音消失等临床表现时，警惕在支气管肺炎过程中发生心力衰竭、呼吸衰竭、DIC、中毒性脑病、胸腔并发症等情况。

4.胸部X线：沿支气管分布的小斑片状肺实质浸润阴影，以两肺底部、中内带及心膈角较多，由于细支气管的阻塞，可发生局部肺不张或肺气肿。也可以表现为节段性和大叶性肺部实变或不张。

5.实验室检查：

（1）外周血常规和CRP：细菌感染时，白细胞总数和中性粒细胞增多，CRP有不同程度升高；病毒性肺炎时，白细胞总数正常或减少，CRP正常或轻度升高。

（2）呼吸道病原学检测：本病可由不同病原所致，需要进行常见的呼吸道病毒检测、支原体、衣原体、细菌培养和药敏试验。

（三）治疗方案的选择。

根据《临床诊疗指南－小儿内科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.一般治疗：保持适当的室温（18－20℃）及湿度（55%）注意休息，保持呼吸道通畅。如患儿烦躁不安，可给适量镇静药物。供给充足水分，给热量丰富、易于消化的食物。

2.支持疗法：病情较重、病程较久、体弱、营养不良者可考虑输血浆等支持疗法，提高机体抵抗力。

3.抗生素治疗：合理选用敏感抗生素，选择最佳给药方案，及时、足量、必要时联合应用。

4.对症治疗：高热者可用物理降温或药物降温；咳嗽者可用止咳祛痰剂；气喘者可用解痉平喘药；有低氧症状者吸氧；腹胀者可用肛管排气、胃肠减压；并发脓胸、脓气胸者进行胸腔抽气、抽脓、闭式引流。

（四）标准住院日为 4—14 天。

（五）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合 ICD-10：J18.0 支气管肺炎编码。

2.当患儿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）入院后第 1—2 天。

1.必需的检查项目：

（1）血常规、CRP、尿常规、粪常规；

（2）胸片；

（3）呼吸道病毒、细菌病原学检查；

（4）血支原体、衣原体测定；

（5）血气分析；

（6）心肌酶谱及肝肾功能；

（7）心电图。

2.必要的告知。

入选临床路径、加强拍背等护理、注意观察肺部症状变化。

（七）入院后 3—5 天。

1.根据患者情况可选择的检查项目：

（1）复查血常规、尿常规、粪常规；

（2）血气分析检查；

（3）心电图检查;超声检查；

（4）各种呼吸道病原学复查；

（5）肺功能检查；

（6）肺 CT；

（7）支气管镜检查。

2.必要的告知：

在支气管肺炎过程中如出现心力衰竭、呼吸衰竭、DIC、中毒性脑病等临床表现，及时出支气管肺炎临床路径。

（八）药物选择与使用时间。

抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)执行。

（九）出院标准。

1.咳嗽明显减轻；

2.连续 3 天腋温<37.5℃；

3.肺体征改善；

4.X 线胸片示炎症明显吸收。

（十）变异及原因分析。

1.难治性肺炎：即对常规抗感染治疗不能控制疾病，包括以下几个方面：

（1）体温不退、肺炎体征没有明显缓解，需要改用其他抗菌药物。

（2）病情进行性加重，出现肺外并发症，需要加用其他治疗方案。

（3）肺炎吸收不明显。

2.由于上述原因导致治疗费用和延长住院时间。

二、支气管肺炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**支气管肺炎（ICD-10：J18.0）

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： 4－14 天

日期	住院第 1 天	住院第 2 天	住院第 3 天
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 上级医师查房	□ 上级医师查房	□ 收集并追问各类实验室检查报告，向上级医师汇报重要实验室检查结果 □ 上级医师查房
重要医嘱	**长期医嘱：** □ 儿内科一级护理常规 □ 饮食 □ 抗生素 □ 祛痰镇咳剂 □ 吸氧（必要时） □ 吸痰（必要时） □ 雾化吸入 □ 其他治疗 **临时医嘱：** □ 血尿便常规 CRP □ 血支原体测定 □ 呼吸道病毒、细菌病原检查 □ 血气分析（必要时） □ 心肌酶谱及肝肾功能 □ 心电图（必要时） □ 胸片 □ 其他检查	**长期医嘱：** □ 儿内科一级护理常规 □ 饮食 □ 抗生素 □ 祛痰镇咳剂 □ 吸氧（必要时） □ 吸痰（必要时） □ 雾化吸入 □ 其他治疗 **临时医嘱：** □ 血气分析（必要时） □ 胸部 CT（酌情） □ 肺功能（酌情） □ 其他检查	**长期医嘱：** □ 儿内科一级护理常规 □ 饮食 □ 抗生素 □ 祛痰剂 □ 吸氧（必要时） □ 吸痰（必要时） □ 雾化吸入 **临时医嘱：** □ 支气管镜（必要时） □ 血清过敏原检查（必要时） □ 其他检查
主要护理工作	□ 入院护理评估 □ 入院宣教 □ 叮嘱患儿卧床休息，定时测量体温	□ 观察体温波动 □ 观察咳嗽程度 □ 保持呼吸道畅通，及时清除呼吸道分泌物 □ 协助患儿排痰	□ 观察体温波动 □ 保持皮肤清洁、口腔清洁 □鼓励患儿少食多餐，多饮水，保证液体摄入量
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	住院第 4 天	住院第 5－9 天	住院第 10 天 （出院日）
主要诊疗工作	□ 观察患儿病情（体温波动、肺部体征） □ 分析各项实验室检查结果 □ 详细记录实验室检查结果 □ 根据病情变化给予进一步处理（营养心肌、保护肝脏等）	□完成病程录，详细记录医嘱变动 情况（原因和更改内容） □ 上级医师查房	□ 进行体格检查 □ 完成出院小结 □向患儿及其家长交代出院后注意事项，如来院复诊时间、预防交叉感染等
重要医嘱	**长期医嘱：** □ 儿内科护理常规 □ 饮食 □ 抗生素 □ 祛痰镇咳剂 □ 吸氧（必要时） □ 吸痰（必要时） □ 雾化吸入 □ 其它治疗 **临时医嘱：** □ 复查血清支原体抗体（必要时） □ 其他	**长期医嘱：** □ 儿内科护理常规 □ 饮食 □ 抗生素 □ 祛痰镇咳剂 □ 吸氧（必要时） □ 吸痰（必要时） □ 雾化吸入 □ 保护肝脏、心脏(必要时) □ 其它治疗 **临时医嘱：** □ 复查胸片（必要时） □ 其他	**出院医嘱：** □ 出院带药
主要护理工作	□ 观察体温波动 □ 观察药物副作用（皮疹、胃肠道反应）	□ 观察患者一般状况 □ 观察体温波动 □ 观察咳嗽程度	□ 详细告知各注意事项（勤洗手、减少公众地带活动，如咳嗽加剧等及时就诊） □ 告知药物使用方法 □ 出院宣教
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			

儿童呼吸道感染临床路径

（一）适用对象。

第一诊断为呼吸道感染（ICD-10：J98.800x002）

（二）诊断依据。

根据《诸福棠实用儿科学（第八版）》（人民卫生出版社）

1.上部呼吸道的鼻和咽部的急性感染，病情轻重程度相差大，一般年长儿轻，婴幼儿重。鼻部症状如鼻塞、鼻涕、发热、咽痛，婴幼儿可有呕吐、腹泻。重症为高热、头痛、乏力、咳嗽，可引起高热惊厥、急性腹痛。

2.查体咽喉壁淋巴组织充血、淋巴结肿大，疱疹性咽炎咽部可有疱疹、溃疡。急性扁桃体炎扁桃体表面可见斑点状白色渗出物。

3.病毒感染一般白细胞数偏低或正常，细菌感染时白细胞数多增高，严重者可减低，但是中性粒细胞百分数仍增高。

（三）治疗方案的选择。

根据《诸福棠实用儿科学（第八版）》（人民卫生出版社）

1.充分休息、解表、清热、预防并发症。

2.病毒感染多用中药，细菌感染应用抗生素，支持疗法、局部治疗。

（四）标准住院日为 3-8 天。

（五）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合 ICD-10：J98.800x002 呼吸道感染疾病编码。

2.当患者同时具有其他疾病诊断，只要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.必须检查的项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）C 反应蛋白（CRP）、病毒抗体；

（3）肝肾功能、血电解质、心肌酶谱；

2.根据患儿的病情，怀疑脓毒症时做降钙素原（PCT）、血培养；怀疑 EBV 感染时做外周血细胞形态；有反复呼吸道感染者细胞免疫、体液免疫等。

3. 必须复查的检查项目。

（1）血常规、CRP

（2）肝肾功能、电解质（必要时）。

（七）药物选择与使用时机。

抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2015〕43 号)执行

（八）出院标准。

1.一般状况良好。

2.连续3天腋温＜37.5℃。

（九）变异及原因分析。

1.合并以下并发症，导致住院时间延长：

（1）感染自鼻咽部蔓延至附近器官，如鼻窦炎、喉炎、中耳炎、颈部淋巴结炎、上颌骨骨髓炎、支气管炎、支气管肺炎等。

（2）病原菌通过血液循环播散到全身，细菌感染并发败血症时可导致化脓性病灶，如皮下脓肿、心包炎、腹膜炎、关节炎、骨髓炎、脑膜炎、脑脓肿、泌尿系感染等。

（3）由于感染和变态反应，可发生风湿热、肾炎、肝炎、心肌炎、紫癜、类风湿病及其他结缔组织病等。

2. 诊断时须与其他疾病鉴别，如流感、过敏性鼻炎、急性气管支气管炎、细菌性肺炎、传染性单核细胞增多症、及各种发疹性疾病等，还要与重症感染早期鉴别。

二、呼吸道感染临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**呼吸道感染（ICD-10：J98.800x002）

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：3-8 天

时间	住院第 1 天	住院第 2-3 天	住院第 3-8 天 （出院日）
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完成病历书写 ☐ 开化验单 ☐ 上级医师查房，初步确定诊断 ☐ 对症支持治疗 ☐ 病情初步评估，有可能出现的并发症并向患者家属告知病情	☐ 上级医师查房 ☐ 完成入院检查 ☐ 观察病情鉴别诊断，了解是否有严重并发症 ☐ 完成上级医师查房记录等病历书写 ☐根据检查结果及治疗反应再次评估病情 ☐ 向患者及家属交待病情及其注意事项	☐ 上级医师查房，同意其出院 ☐ 完成出院小结 ☐ 出院宣教：向患儿家属交代出院注意事项，如加强护理、改善营养以及环境等，避免诱发因素
重点医嘱	**长期医嘱：** ☐ 儿科护理常规 ☐ 根据病情饮食 ☐ 对症处理 ☐合并细菌感染时抗菌药物 ☐ 其他医嘱 **临时医嘱：** ☐ 血、尿、便常规 ☐ 肝肾功能、电解质、心肌酶、 ☐ 病毒抗体、CRP ☐ 必要时 PCT、血培养、细胞免疫、体液免疫、外周血细胞形态等 ☐ 必要时心电图 ☐ 其他医嘱	**长期医嘱：** ☐ 儿科护理常规 ☐ 根据病情饮食 ☐ 对症处理 ☐ 合并细菌感染时抗菌药物 ☐ 其他医嘱 **临时医嘱：** ☐复查异常化验指标，必要时血培养、骨穿等检查 ☐其他医嘱	**出院医嘱：** ☐ 出院 ☐ 门诊随诊
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	☐ 观察患者病情变化	☐ 出院宣教
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			

急性喘息性支气管炎

一，路径标准住院流程

- （一）适用对象

  第一诊断为急性喘息性支气管炎(ICD10-10:J21.901)

  行(ICD-9-CM-3:)

- （二）诊断依据

  体征：喘憋发作时呼吸加速，呻吟并伴呼气延长和呼气性喘憋。胸部检查可见胸廓饱满，叩诊呈鼓音（或过清音），听诊可闻及哮鸣音。当喘憋缓解时，可有细湿罗音、中湿罗音。部分患儿可有明显呼吸困难，出现烦燥不安、鼻翼扇动、三凹征及口唇发绀。

  症状：初始出现上呼吸道感染的症状，多表现为低热、流涕、鼻塞、咳嗽，部分可有高热、精神不振、食欲减退。2－3 天出现下呼吸道症状，症状轻重不等，咳嗽明显加重，并有喘息发作，重者出现发作性喘憋及紫绀。

  胸部 X 线：表现不均一，大部分病例变现为全肺程度不等的阻塞性肺气肿，约半数表现为肺纹理增厚，可出现小点片阴影，小部分病例出现肺不张。

  外周血象：外周血白细胞多偏低或正常，合并细菌感染时多增高。

  血气分析：血气分析显示 PaO2 不同程度下降，PaCO2 正常或增高，pH 值与疾病严重性相关，病情较重的患儿可有代谢性酸中毒，可发生 I 型或 II 型呼吸衰竭。

  呼吸道病原学检测：本病可由不同病原所致，呼吸道合胞病毒（RSV）最常见，其次为副流感病毒、腺病毒等。

  肺功能：患儿急性期小气道存在阻塞，在恢复期，小气道阻塞缓解。

  病史：多见于 2 岁以内，尤其以 6 个月左右婴儿最为多见。大多数有接触呼吸道感染病人的病史。

- （三）治疗方案选择

  喘憋的治疗：喘憋较重者，根据病情吸入支气管扩张药物(如沙丁胺醇、博利康尼、溴化异丙托品等)和糖皮质激素。喘憋严重者可短期静脉使用糖皮质激素。烦躁明显者可酌情镇静。

  抗感染治疗：抗病毒药物可选用利巴韦林（病毒唑）(以雾化吸入为主)、干扰素及中成药等；合并细菌感染时，可用相应抗生素（遵循儿科用药的方法）。

吸氧：喘憋明显患儿应当给予鼻导管吸氧、面罩等方式。

加强呼吸道护理：增加室内空气湿度，合理应用雾化吸入，雾化后及时予以拍背、吸痰，以保持呼吸道通畅。

对症治疗：脱水的治疗：可给予口服或静脉补液，如有代谢性酸中毒，可予碳酸氢钠补碱。心力衰竭、呼吸衰竭按相应危重症治疗，必要时行气管插管进行机械通气。病情危重者，可静脉注射免疫球蛋白（IVIG）400mg/kg.d 连用 3-5 天。恢复期可用祛痰药:氨溴索等。

- （四）标准住院日

  标准住院日 为 4 天 - 10 天

- （五）进入路径标准

  第一诊断必须符合 ICD-10：J21.901 急性喘息性支气管炎疾病编码。

  当患儿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。

  不存在下列情况：（1）年龄小于 3 个月；（2）胎龄小于 34 周的早产儿；（3）伴有基础疾病，如先天性心脏病、支气管肺发育不良、先天免疫功能缺陷。

- （六）必需的检查项目： （1）血常规与 CRP、尿常规、大便常规；（2）心肌酶谱、肝肾功能及电解质； （3）呼吸道合胞病毒检测； （4）胸片检查；（5）血气分析检测或经皮血氧饱和度监测。

  必要的告知：入选临床路径、加强拍背等护理、注意观察肺部症状变化。

- （七）入院后的第 3-4 天

  根据患者病情可选择的检查项目： （1）血气分析检测或经皮血氧饱和度监测。（2）心电图检查； （3）血清过敏原检查；（4）超声心动图；（5）检查血支原体、衣原体及其他呼吸道常见相关病原；

  必要的告知：如出现心力衰竭、呼吸衰竭等并发症时应当及时退出急性喘息性支气管炎临床路径。

- （八）出院标准

  肺部体征明显改善。

  喘息消失，咳嗽明显减轻。

连续 3 天腋温<37.3℃。

- （九）变异及原因分析

急性喘息性支气管炎患儿住院经综合治疗 10 天，仍有反复咳、喘发作，迁延难愈，称为难治性喘息性支气管炎，应当及时退出急性喘息性支气管炎临床路径。

二，临床路径表单

急性喘息性支气管炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**急性喘息性支气管炎（ICD-10：J21.901）

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：4－10 天

日期	住院第 1 天	住院第 2 天	住院第 3 天
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 上级医师查房	□ 上级医师查房	□ 收集并追问各类实验室检查报告，向上级医师汇报重要实验室检查结果 □ 上级医师查房
重要医嘱	**长期医嘱：** □ 儿内科一级护理常规 □ 饮食 □ 抗病毒药物 □ 止咳平喘剂 □ 吸氧（必要时） □ 吸痰（必要时） □ 雾化吸入 □ 其他治疗 **临时医嘱：** □ 血尿便常规 □ 胸片 □ 血气分析 □ 心肌酶谱及肝肾功能 □ 呼吸道病毒检测、呼吸道细菌培养和药敏 □ 血支原体、衣原体检测 □ 其他检查	**长期医嘱：** □ 儿内科一级护理常规 □ 饮食 □ 抗病毒药物 □ 止咳平喘剂 □ 吸氧 □ 吸痰 □ 压缩雾化吸入 □ 其他治疗 **临时医嘱：** □ 酌情肺功能检查 □ 复查血气分析（必要时） □ 其他检查	**长期医嘱：** □ 儿内科一级护理常规 □ 饮食 □ 抗病毒药物 □ 抗生素（必要时） □ 止咳平喘剂 □ 吸氧 □ 吸痰 □ 压缩雾化吸入 □ 其他治疗 **临时医嘱：** □ 胸片拍摄（必要时） □血清过敏原检查(必要时) □ 心电图（必要时） □ 其他检查
主要护理工作	□ 入院护理评估 □ 入院宣教 □ 叮嘱患儿卧床休息，定时测量体温	□ 观察体温波动 □ 观察咳嗽和喘息程度 □保持呼吸道畅通，及时清除呼吸道分泌物 □ 协助患儿排痰	□ 观察体温波动 □保持皮肤清洁、口腔清洁 □鼓励患儿少食多餐，多饮水，保证液体摄入量
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			

儿童过敏性紫癜临床路径

（2016 年版）

一、过敏性紫癜临床路径标准住院流程

（一）适用对象。

第一诊断为过敏性紫癜（ICD-10：D69.004）。

（二）诊断依据。

根据《临床诊疗指南·小儿内科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社 2005）、《诸福棠实用儿科学（第八版）》（人民卫生出版社 2015）。

1.病史：多见于儿童和青少年,尤其 5-10 岁儿童。病因尚不完全清楚，部分患儿发病前可有呼吸道感染或接触过敏原等诱发因素。

2.症状体征：典型皮疹为高出皮面的出血性紫癜，以四肢伸侧面为主，常为对称性。可伴关节肿痛、腹痛、便血等关节及消化道受累表现。部分患儿出现浮肿、血尿及蛋白尿等肾脏受累表现。

3.实验室检查：本病无特异性实验室检查异常指标。部分患儿出现白细胞及 CRP 等炎症指标增高；红细胞沉降率可增快；血小板增高及其他凝血指标异常；消化道受累时大便潜血可阳性。

（三）治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南·小儿内科分册》(中华医学会编著，人民卫生出版社)、《诸福棠实用儿科学（第八版)》(人民卫生出版社)。

1.普通型紫癜（单纯皮肤紫癜)：注意休息及对症治疗(可用抗血小板凝聚药物如双密达莫片、维生素C、维生素P等)。

2.出现关节受累表现：严重者可应用糖皮质激素治疗。

3.出现消化道受累表现：给暂予无渣或少渣免动物蛋白饮食；如出现严重腹痛或消化道出血时，需禁食，可应用糖皮质激素治疗。

3.出现肾脏症状：按过敏性紫癜肾炎治疗（判断临床类型，必要时行肾组织活检，根据病理类型作分型治疗)。

（四）标准住院日。

普通型3—5天，关节型或腹型一般7—10天。

（五）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合ICD—10：D69.004过敏性紫癜疾病编码。

2.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）入院后检查

1.必需的检查项目：

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/477020144144010043