**病毒性脑炎临床路径**

（2010年版）

一、病毒性脑炎临床路径标准住院流程

（一）适用对象。

第一诊断为病毒性脑炎（ICD-10：A86/G05.1）。

（二）诊断依据。

根据《临床诊疗指南-神经病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.急性或亚急性起病，病前1–3周有/无病毒感染史。

2.主要表现为发热、头痛、癫痫发作、精神改变、意识障碍和/或神经系统定位体征等脑实质受损征象。

3.脑电图（EEG）显示局灶性或弥散性异常。

4.头颅CT/MRI检查可显示脑水肿、局灶性或弥漫性病变。

5.腰穿检查脑脊液压力正常或升高，白细胞和蛋白质正常或轻度增高，糖和氯化物正常；无细菌、结核菌和真菌感染依据。

（三）治疗方案的选择。

根据《临床诊疗指南-神经病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.抗病毒治疗；

2.糖皮质激素治疗；

3.抗生素治疗；

4.对症支持治疗。

（四）标准住院日。

重症或并发症严重者6–8周，轻症3–4周。

（五）进入临床路径标准。

1.第一诊断必须符合ICD-10：A86/G05.1病毒性脑炎疾病编码。

2.具有其他疾病诊断，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断临床路径流程。

3.就诊时或治疗过程中出现昏迷者进入重症病毒性脑炎路径，否则进入轻症病毒性脑炎路径。

（六）住院期间检查项目。

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）肝肾功能、电解质、血糖、血沉、血气分析、感染性疾病筛查（乙肝、梅毒、艾滋病等）；

（3）心电图和X线胸片，并根据病情复查；

（4）脑电图；

（5）头颅CT/MRI；

（6）脑脊液病原学检查。

2.根据患者病情可选择的检查项目：

（1）肿瘤全项及相关免疫学检查；

（2）并发其他感染患者行分泌物或排泄物细菌/真菌培养及药敏试验；

（3）诊断有疑问者检测血液和尿液毒物。

（七）选择用药。

1.抗病毒药物：阿昔洛韦或更昔洛韦或利巴韦林等。

2.渗透性脱水利尿药物：甘露醇、甘油果糖和速尿等。

3.抗癫痫药物：依据癫痫发作类型选用。

4.糖皮质激素：地塞米松或甲基强的松龙等。

5.抗菌药物：经验性用药或根据病原学结果合理用药。

6.对症治疗和防治并发症相关药物。

（八）出院标准。

1.病情平稳，神经功能缺损表现有所好转或基本恢复。

2.并发症得到有效控制。

（九）变异及原因分析。

患者出现呼吸肌麻痹，需机械通气治疗；频繁癫痫持续发作；严重感染等并发症须进入ICU治疗。

二、病毒性脑炎临床路径表单（轻症患者）

适用对象：**第一诊断为**病毒性脑炎（ICD-10：A86/G05.1）

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：3–4周

|  |  |
| --- | --- |
| **时间** | **住院第1天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 询问病史及体格检查  □ 完善辅助检查  □ 评估既往腰穿、影像学结果及脑电图等结果，确定首次或复查时间  □ 初步确定治疗方案  □ 向患者及其家属告知病情、检查结果及治疗方案，签署各种检查知情同意书  □ 完成首次病程记录等病历书写  □ 必要时主任医师查房，明确诊断，指导治疗  □ 完成上级医师查房记录  □ 必要时向患者及家属介绍病情变化及相关检查结果 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 一级护理  □ 抗病毒药物  □ 其他用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 血常规、尿常规、大便常规  □ 血肝肾功能、血糖、血脂、电解质、凝血功能、血气分析，痰培养加药敏，感染性疾病筛查（乙肝五项、抗体三项）  □ 心电图、X线胸片  □ 脑电图  □ 头颅CT或头颅MRI（平扫+增强） |
| **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 |
| **病情**  **变异**  **记录** | □无 □有，原因：  1.  2. |
| **护士**  **签名** |  |
| **医师**  **签名** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **住院第2天** | **住院第3–7天** | **住院第8–14天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 上级医师查房  □ 书写病程记录  □ 继续观察病情变化，并及时与患者家属沟通  □ 患者复查抽血项目中异常的检查  □ 腰穿检查（首次或复查）  □ 病情稳定者预约康复科评估，并制订康复计划 | □ 三级医师查房  □ 根据患者病情调整治疗方案和检查项目  □ 完成上级医师查房记录  □ 向患者及家属介绍病情及相关检查结果  □ 相关科室会诊  □ 复查结果异常的化验检查 | □ 上级医师查房  □ 根据患者病情调整治疗方案和检查项目  □ 神经科查体，评价神经功能状态  □ 完成上级医师查房记录  □ 向患者及家属介绍病情及相关检查结果  □ 相关科室会诊  □ 复查结果异常的化验检查 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 一级护理  □ 抗病毒药物  □ 其他用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 脑脊液检查  □ 复查异常化验  □ 依据病情需要下达 | **长期医嘱：**  □ 一级护理  □ 抗病毒药物  □ 其他用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 复查异常化验  □ 依据病情需要下达 | **长期医嘱：**  □ 一级护理  □ 抗病毒药物  □ 其他用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 复查异常化验  □ 依据病情需要下达 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 |
| **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15–19天** | **住院第20–27天** | **住院第21–28天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 三级医师查房、神经功能评估  □ 根据患者具体病情调整治疗方案和检查项目  □ 完成上级医师查房记录  □ 向患者及家属介绍病情及相关检查结果  □ 相关科室会诊  □ 复查头颅CT或头颅MRI  □ 复查腰穿 | □ 主管医师查房、了解患者治疗反应  □ 通知患者及其家属明天出院  □ 向患者交待出院后注意事项，预约复诊日期  □ 如果患者不能出院，在“病程记录”中说明原因和继续治疗的方案 | □ 再次向患者及家属介绍病人出院后注意事项  □ 患者办理出院手续 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 神经科护理常规  □ 一级护理  □ 用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 必要时复查血常规、生化及异常化验项目  □ 复查腰穿 | **长期医嘱：**  □ 依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 通知明日出院 | □ 出院带药  □ 嘱病人在医生指导下服药 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 出院带药服用指导  □ 特殊护理指导  □ 告知复诊时间和地点  □ 交待常见的药物不良反应，嘱其定期门诊复诊 |
| **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** |  |  |  |

三、病毒性脑炎临床路径表单（重症患者）

适用对象：**第一诊断为**病毒性脑炎（ICD-10：A86/G05.1\*）

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：6–8周

|  |  |
| --- | --- |
| **时间** | **住院第1天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 询问病史及常规体格检查  □ 昏迷患者特殊查体及昏迷量表评分  □ 向患者家属告知病情、检查结果及治疗方案，并交待重症病房家属须知  □ 签署授权委托书、病重通知书及各种检查知情同意书  □ 评估既往腰穿、影像学结果及脑电图等结果，确定首次或复查时间  □ 气道管理：防治误吸，必要时行气管插管及呼吸机辅助通气  □ 上级医师查房，初步确定治疗方案  □ 完善辅助检查  □ 完成首次病程记录等病历书写  □ 必要时主任医师查房，明确诊断，指导治疗  □ 完成上级医师查房记录  □ 必要时向患者家属介绍病情变化及相关检查结果 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 特级护理  □ 留置鼻胃（肠）管  □ 肠内（外）营养支持治疗  □ 用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 血常规、尿常规、大便常规  □ 动脉血气分析  □ 血肝肾功能、血糖、血脂、电解质、凝血功能、痰培养加药敏，感染性疾病筛查（乙肝五项、抗体三项）  □ 心电图、X线胸片  □ 脑电图  □ 头颅CT或头颅MRI（平扫+增强） |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 入院宣教及护理评估  □ 向家属交待重症病房各项制度及注意事项  □ 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. |
| **护士**  **签名** |  |
| **医师**  **签名** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **住院第2天** | **住院第3–7天** | **住院第8–14天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 主管医师查房  □ 书写病程记录  □ 昏迷量表评分  □ 继续观察病情变化，并及时与患者家属沟通  □ 根据血气及病人情况调整呼吸机参数  □ 复查抽血项目中异常的检查  □ 腰穿检查（首次或复查） | □ 上级医师查房  □ 根据患者病情调整治疗方案和检查项目  □ 完成上级医师查房记录  □ 根据血气及病人情况调整呼吸机参数  □ 气管切开或拔管评估  □ 向患者家属介绍病情及相关检查结果  □ 相关科室会诊  □ 复查结果异常的化验检查 | □ 三级医师查房  □ 根据患者病情调整治疗方案和检查项目  □ 神经科查体，评价神经功能状态  □ 完成上级医师查房记录  □ 向患者家属介绍病情及相关检查结果  □ 气管插管拔管或气管切开  □ 相关科室会诊  □ 复查结果异常的化验检查 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 特级护理  □ 留置鼻胃（肠）管  □ 根据生化检查结果，调整肠内（外）营养支持治疗方法  □ 气道管理  □ 用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 脑脊液检查  □ 动脉血气分析  □ 复查异常化验  □ 依据病情需要下达 | **长期医嘱：**  □ 特级护理  □ 留置鼻胃（肠）管  □ 根据生化检查结果，调整肠内（外）营养支持治疗方法  □ 气道管理  □ 用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 复查异常化验  □ 动脉血气分析  □ 依据病情需要下达 | **长期医嘱：**  □ 特级护理  □ 营养支持治疗  □ 气道管理  □ 用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 复查异常化验  □ 必要时查动脉血气分析  □ 依据病情需要下达 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 |
| **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15–28天** | **住院第29–34天** | **住院第35–40天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 三级医师查房、神经功能评估  □ 根据患者具体病情调整治疗方案和检查项目  □ 完成上级医师查房记录  □ 气道管理（如气管切开患者，继续调整呼吸机参数）  □ 鼻胃（肠）管拔管评估  □ 抗癫痫药物方案调整  □ 向患者及家属介绍病情及相关检查结果  □ 相关科室会诊  □ 复查脑电图  □ 复查头颅CT或头颅MRI  □ 复查腰穿  □ 必要时行相关检查除外其他原因引起的脑炎 | □ 主管医师查房、了解患者治疗反应  □ 鼻胃（肠）管拔除  □ 根据病情调整呼吸机使用并评估  □ 气道管理 | □ 向患者及家属告知病情，作好出院前期准备  □ 气道管理 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 神经科护理常规  □ 特级护理或一级护理  □ 营养支持治疗  □ 用药依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 复查脑电图  □ 复查头颅CT或头颅MRI  □ 复查腰穿 | **长期医嘱：**  □ 依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 必要时撤除鼻胃（肠）管 | **长期医嘱：**  □ 依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 必要时撤除鼻胃（肠）管 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 观察病情变化同前  □按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊心理护理 |
| **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41–55天** | **住院第42–56天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 主管医师查房、了解患者治疗反应  □ 通知患者及其家属明天出院  □ 向患者家属交待出院后注意事项，预约复诊日期  □ 如果患者不能出院，在“病程记录”中说明原因和继续治疗的方案 | □ 再次向患者及家属介绍病情、出院后注意事项  □ 患者办理出院手续 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 依据病情下达  **临时医嘱：**  □ 通知明日出院 | □ 出院带药  □ 嘱病人在医生指导下服药 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 观察病情变化同前  □ 按时评估病情，相应护理措施到位  □ 特殊用药护理同前 | □ 出院带药服用指导  □ 特殊护理指导  □ 告知复诊时间和地点  □ 交待常见的药物不良反应，嘱其定期门诊复诊 |
| **病情变异**  **记录** | □无 □有，原因：  1.  2. | □无 □有，原因：  1.  2. |
| **护士签名** |  |  |
| **医生签名** |  |  |