

胃十二指肠溃疡临床路径

(2009 年版)

一、胃十二指肠溃疡临床路径标准住院流程

(一) 适用对象。

第一诊断为胃十二指肠溃疡 (ICD-10: K25-K27)

行胃大部切除术、迷走神经切断加胃窦切除术、胃空肠吻合加迷走神经切断术 (ICD-9-CM-3: 43.6-43.8, 44.39)

(二) 诊断依据。

根据《临床诊疗指南-外科学分册》(中华医学会编著, 人民卫生出版社),《外科学》(第七版, 人民卫生出版社),《胃肠外科学》(人民卫生出版社)

1. 病史: 慢性、节律性和周期性的上腹疼痛伴消化不良症状。

2. 体征: 上腹局限性轻压痛。

3. 辅助检查: HP 检测试验阳性, 上消化道 X 线钡餐检查和/或内镜检查明确。

(三) 选择治疗方案的依据。

根据《临床诊疗指南-外科学分册》(中华医学会编著, 人民卫生出版社),《外科学》(第七版, 人民卫生出版社),《胃肠外科学》(人民卫生出版社)

胃十二指肠溃疡病人手术适应证:

1. 严格内科治疗 (包括根治 HP 措施) 无效的顽固性溃

疡，表现为溃疡不愈合或短期内复发。

2. 胃溃疡巨大（直径 $>2.5\text{cm}$ ）或高位溃疡。

3. 胃十二指肠复合性溃疡。

4. 溃疡不能除外恶变者。

（四）标准住院日为 9-18 天。

（五）进入路径标准。

1. 第一诊断必须符合 ICD-10：K25-K27 胃十二指肠溃疡疾病编码。

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）术前准备 2-6 天。

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、凝血功能、血型、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）胃镜（可门诊完成）、腹部超声、上消化道钡剂造影（必要时门诊完成）；

（4）心电图、胸部正位片。

2. 根据患者病情选择：肺功能测定、超声心动图等。

（七）选择用药。

1. 口服制酸剂：H₂ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂。

2. 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，并结合患者的病情决定抗菌药物的选择，预防性用药时间为1天。

（八）手术日为入院第3-7天（门诊已完成胃镜和/或X线钡餐检查）。

1. 麻醉方式：气管插管全麻或硬膜外麻醉。
2. 手术内固定物：无。
3. 术中用药：麻醉常规用药、术后镇痛泵的应用。
4. 输血：视术中情况定。

（九）术后住院恢复6-11天。

1. 必须复查的检查项目：
 - （1）血常规、肝肾功能、电解质；
 - （2）出院1个月后门诊复诊；
 - （3）出院3个月后复查胃镜。

2. 术后用药：

抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）选用药物，用药时间1天。

3. 术后饮食指导。

（十）出院标准。

1. 无发热，恢复肛门排气排便，可进半流食。
2. 切口愈合良好：引流管拔除，伤口无感染，无皮下积液（或门诊可处理的少量积液）。

3. 没有需要住院处理的并发症和/或合并症。

(十一) 变异及原因分析。

1. 术前合并其他基础疾病影响手术的患者，需要进行相关的诊断和治疗。

2. 术前需确定手术方式（迷走神经切断+胃引流术，胃大部切除术），视术中情况定胃肠道重建方式。

3. 胃溃疡病人术中活检提示胃癌，则按胃癌处理，进入相应路径。

4. 有并发症（穿孔、瘢痕性幽门梗阻、出血、恶变等）的胃十二指肠溃疡患者，则转入相应临床路径。

二、胃十二指肠溃疡临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**胃十二指肠溃疡（ICD-10：K25-K27）

行胃大部切除术、迷走神经切断加胃窦切除术、胃空肠吻合加迷走神经切断术
(ICD-9-CM-3: 43.6-43.8, 44.39)

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：9-18 天

时间	住院第 1 天	住院第 2-6 天 (术前准备日)	住院第 3-7 天 (手术日)
主要诊疗工作	☐ 询问病史，体格检查，完善病历 ☐ 开检查、化验单 ☐ 上级医生查房与手术前评估	☐ 上级医生查房并确定有手术指征，确定手术方案 ☐ 疑难病例需要全科讨论 ☐ 改善一般情况，完善术前准备 ☐ 请相应科室会诊 ☐ 完成病历书写 ☐ 向患者及家属交待围手术期注意事项、签署各种医疗文书	☐ 手术 ☐ 完成手术记录、麻醉记录和术后当天的病程记录 ☐ 上级医师查房 ☐ 开术后医嘱 ☐ 向患者及家属交代病情及术后注意事项 ☐ 确定有无麻醉、手术并发症
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 普通外科护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 饮食：按病情 ☐ 制酸剂口服 临时医嘱： ☐ 血常规、尿常规、大便常规+潜血 ☐ 肝肾功能、电解质、凝血功能、血型、感染性疾病筛查 ☐ 胃镜、腹部超声、上消化道钡剂造影 ☐ 心电图、胸部正位片 ☐ 肺功能测定和超声心动图（必要时）	长期医嘱： ☐ 同前 ☐ 至术前全停 临时医嘱： ☐ 既往基础用药临时下达 ☐ 拟明日在硬膜外麻醉或全麻下行◎胃大部切除术◎迷走神经切断加胃窦切除术◎胃空肠吻合加迷走神经切断术 ☐ 今日流食，术前禁食水 ☐ 明晨留置胃管 ☐ 幽门梗阻者术前三天留置胃管温盐水洗胃 ☐ 明晨留置尿管 ☐ 常规皮肤准备 ☐ 术前麻醉辅助药 ☐ 预防性抗菌药物	长期医嘱： ☐ 今日在硬膜外麻醉或全麻下行◎胃大部切除术◎迷走神经切断加胃窦切除术◎胃空肠吻合加迷走神经切断术 ☐ 普通外科术后常规护理 ☐ 一级护理 ☐ 禁食、水 ☐ 记 24 小时出入量 ☐ 留置胃管、胃肠减压、记量 ☐ 腹腔引流记量、尿管接袋记量 ☐ 静脉予以 H ₂ 受体阻断剂或 PPI 抑制剂 临时医嘱： ☐ 术后急查肝肾功能、血常规 ☐ 心电监护、吸氧 ☐ 抗菌药物、补液 ☐ 其他特殊医嘱
主要护理工作	☐ 环境介绍、护理评估 ☐ 制定护理计划 ☐ 静脉取血（明晨取血） ☐ 指导病人到相关科室进行检查 ☐ 饮食、心理、生活指导 ☐ 服药指导	☐ 饮食、心理指导 ☐ 静脉抽血 ☐ 术前指导 ☐ 术前准备：备皮、肠道准备等 ☐ 告知患者及家属术前流程及注意事项 ☐ 术前手术物品准备	☐ 清洁肠道、保留胃管、尿管 ☐ 术后密切观察患者情况 ☐ 术后心理、生活护理 ☐ 疼痛护理及镇痛泵使用 ☐ 留置管道护理及指导 ☐ 记录 24 小时出入量
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 4-8 天 (术后第 1 日)	住院第 5-9 天 (术后第 2 日)	住院第 6-10 天 (术后第 3 日)
主 要 诊 疗 工 作	☐ 上级医师查房 ☐ 注意观察生命体征 ☐ 观察胃管、腹腔引流量及性状 ☐ 观察肠功能恢复情况 ☐ 观察切口情况 ☐ 评估辅助检查结果 ☐ 完成常规病历书写	☐ 上级医师查房 ☐ 注意胃管、腹腔引流量及性状 ☐ 注意观察体温、血压等生命体征 ☐ 观察肠功能恢复情况 ☐ 观察切口情况 ☐ 完成常规病历书写	☐ 上级医师查房 ☐ 住院医师完成病历书写 ☐ 注意病情变化、引流量 ☐ 注意观察体温、血压等 ☐ 根据引流情况明确是否拔除引流管
重 点 医 嘱	长期医嘱: ☐ 普通外科术后常规护理 ☐ 一级护理 ☐ 禁食、水 ☐ 记 24 小时出入量 ☐ 留置胃管、胃肠减压、胃管护理记量 ☐ 腹腔引流记量及护理 ☐ 尿管接袋记量 ☐ 会阴擦洗 ☐ 心电监护、吸氧 ☐ 补液 临时医嘱: ☐ 切口换药	长期医嘱: ☐ 普通外科术后常规护理 ☐ 一级护理 ☐ 禁食、水 ☐ 记 24 小时出入量 ☐ 留置胃管、胃肠减压、胃管记量 (视情况早期拔除) ☐ 腹腔引流记量 ☐ 尿管接袋记量 (视情况早期拔除) ☐ 心电监护、吸氧 ☐ 补液 临时医嘱: ☐ 视情况早期拔除胃管、尿管	长期医嘱: ☐ 普通外科术后常规护理 ☐ 一~二级护理 ☐ 禁食、水 ☐ 停引流记量 ☐ 停尿管接袋记量 ☐ 停胃肠减压、胃管记量 ☐ 测 BP、P ☐ 补液 临时医嘱: ☐ 切口换药 ☐ 复查血常规、肝肾功能、电解质 ☐ 拔除胃管、尿管 (酌情)
主要 护理 工作	☐ 体位: 协助改变体位、取斜坡卧位 ☐ 密切观察患者病情变化 ☐ 观察胃肠功能恢复情况 ☐ 留置管道护理及指导 ☐ 生活、心理护理 ☐ 记录 24 小时出入量 ☐ 疼痛护理指导 ☐ 营养支持护理	☐ 体位: 协助改变体位、取斜坡卧位或半坐卧位 ☐ 密切观察患者病情变化 ☐ 观察胃肠功能恢复情况 ☐ 留置管道护理及指导 ☐ 生活、心理护理 ☐ 记录 24 小时出入量 ☐ 疼痛护理指导 ☐ 营养支持护理	☐ 活动: 斜坡卧位, 协助下地活动 ☐ 密切观察患者病情变化, ☐ 静脉取血 ☐ 心理支持、饮食指导、协助生活护理 ☐ 按医嘱拔除胃管、尿管、镇痛泵管 ☐ 营养支持护理
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 7-12 天 (术后第 4-5 日)	住院第 9-13 天 (术后第 6 日)	住院第 10-18 天 (术后第 7-11 日, 出院日)
主要诊疗工作	☐ 上级医师查房, 确定有无手术并发症和手术切口感染 ☐ 住院医师完成病历书写 ☐ 根据肠功能恢复情况, 逐步恢复到流质饮食、减少补液 ☐ 注意观察体温、血压等	☐ 上级医师查房, 确定有无手术并发症和手术切口感染 ☐ 完成日常病程纪录	☐ 上级医师查房, 进行手术及伤口评估, 确定有无手术并发症和切口愈合不良情况, 明确是否出院 ☐ 通知患者及其家属出院 ☐ 向患者及其家属交待出院后注意事项, 预约复诊日期及拆线日期 ☐ 完成出院记录、病案首页、出院证明书 ☐ 将“出院小结”的副本交给患者或其家属
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 普通外科术后常规护理 ☐ 二级护理 ☐ 清流半量 ☐ 补液 临时医嘱: ☐ 伤口换药	长期医嘱: ☐ 普通外科术后常规护理 ☐ 二级护理 ☐ 半流 临时医嘱: ☐ 复查血常规、电解质、肝肾功能	临时医嘱: ☐ 根据病人全身状况决定检查项目 ☐ 拆线、换药 ☐ 出院带药
主要护理工作	☐ 观察患者病情变化 ☐ 心理支持、饮食指导、协助生活护理 ☐ 营养支持护理 ☐ 留置深静脉导管护理	☐ 指导半流质饮食 ☐ 观察患者生命体征、伤口敷料、腹部体征 ☐ 协助生活护理 ☐ 按医嘱拔除深静脉导管 ☐ 静脉取血 ☐ 按二级护理常规护理	☐ 指导对疾病的认识及日常保健 ☐ 指导按时服药 ☐ 指导作息、饮食及活动 ☐ 指导复诊时间 ☐ 指导办理出院手续、结账等事项 ☐ 进行出院宣教
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			

