

儿童急性淋巴细胞白血病临床路径

(2010年版)

儿童急性淋巴细胞白血病 (ALL) 临床路径标准住院流程

一、适用对象

第一诊断为儿童急性淋巴细胞白血病 (ICD-10:C91.0) 的标危、中危组患者。

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),《诸福棠实用儿科学(第七版)》(人民卫生出版社),《血液病诊断及疗效标准(第三版)》(张之南、沈悝主编著,科学出版社)。

(一) 体检:可有发热、皮肤粘膜苍白、皮肤出血点及瘀斑、淋巴结及肝脾肿大、胸骨压痛等。

(二) 血细胞计数及分类。

(三) 骨髓检查:形态学(包括组化检查)。

(四) 免疫分型。

(五) 细胞遗传学:核型分析, FISH(必要时)。

(六) 白血病相关基因。

三、危险度分组标准

(一) 标危组:必须同时满足以下所有条件:

1. 年龄 1岁且 < 10岁;

2. WBC < $50 \times 10^9 / L$;

3. 泼尼松反应良好 (第 8 天外周血白血病细胞 < $1 \times 10^9 / L$);

4. 非 T-ALL;

5. 非成熟 B-ALL;

6. 无 t(9;22) 或 BCR/ABL 融合基因 ; 无 t(4;11) 或 MLL/AF4 融合基因 ; 无 t(1;19) 或 E2A/PBX1 融合基因 ;

7. 治疗第 15 天骨髓呈 M1 (原幼淋巴细胞 < 5%) 或 M2 (原幼淋巴细胞 5%-25%), 第 33 天骨髓完全缓解。

(二) 中危组 : 必须同时满足以下 4 个条件 :

1. 无 t(9;22) 或 BCR/ABL 融合基因 ;

2. 泼尼松反应良好 (第 8 天外周血白血病细胞 < $1 \times 10^9 / L$);

3. 标危诱导缓解治疗第 15 天骨髓呈 M3 (原幼淋巴细胞 > 25%) 或中危诱导缓解治疗第 15 天骨髓呈 M1/M2;

4. 如有条件进行微小残留病 (MRD) 检测 , 则第 33 天 MRD < 10^{-2} 。

同时至少符合以下条件之一 :

5. WBC $\geq 50 \times 10^9 / L$;

6. 年龄 ≥ 10 岁 ;

7. T-ALL;

8. t(1;19) 或 E2A/PBX1 融合基因阳性 ;

9.年龄 < 1岁且无 MLL基因重排。

(三) 高危组：必须满足下列条件之一：

- 1.泼尼松反应不良（第 8 天外周血白血病细胞 $> 1 \times 10^9 / L$ ）；
- 2.t(9;22) 或 BCR/ABL融合基因阳性；
- 3.t(4;11) 或 MLL/AF4融合基因阳性；
- 4.中危诱导缓解治疗第 15天骨髓呈 M3；
- 5.第 33天骨髓形态学未缓解（ $> 5\%$ ），呈 M2/M3；
- 6.如有条件进行 MRD检测，则第 33天 MRD 10^2 ，或第 12周 MRD 10^3 。

四、选择治疗方案的依据

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)，《诸福棠实用儿科学（第七版）》(人民卫生出版社)

(一) 初始诱导化疗方案：

VDLP(D) 方案：

长春新碱 (VCR) $1.5mg \cdot m^2 \cdot d^1$ ，每周 1次，共 4次，每次最大绝对量不超过 2mg；

柔红霉素 (DNR) $30mg \cdot m^2 \cdot d^1$ ，每周 1次，共 2-4次；

左旋门冬酰胺酶 (L-asparaginase) $5000-10000u \cdot m^2 \cdot d^1$ ，共 6-10次；

泼尼松 (PDN) $45-60mg \cdot m^2 \cdot d^1$ ，d1-28，第 29-35 天递减至停。或者 PDN $45-60mg \cdot m^2 \cdot d^1$ ，d1-7，地塞米松 (DXM)

6-8mg· m²· d¹ , d8-28, 第 29-35天递减至停。

PDN试验 d1-7,从足量的 25%起,根据临床反应逐渐加至足量,7天内累积剂量 >210mg· m²,对于肿瘤负荷大的患者可减低起始剂量(0.2-0.5mg· kg¹· d¹),以免发生肿瘤溶解综合征,d8评估。

(二) 缓解后巩固治疗:

1. CAM方案:

环磷酰胺 (CTX) 800-1000mg· m²· d¹ , 1次;

阿糖胞苷 (Ara-C) 75-100mg· m²· d¹ , 共 7-8天;

6-巯基嘌呤 (6-MP) 60-75mg· m²· d¹ , 共 7-14天。

中危组患者重复一次 CAM方案。

2. mM方案:

大剂量甲氨喋呤 (MTX) 3-5g· m²· d¹ ,每两周 1次,共 4-5次;

四氢叶酸钙 (CF) 15mg· m² , 6小时 1次, 3-8次,根据 MTX血药浓度给予调整;

6-MP 25mg· m²· d¹ ,不超过 56天,根据 WBC调整剂量。

上述方案实施期间需要进行水化、碱化。

(三) 延迟强化治疗:

1. VDLP(D) 方案:

VCR 1.5mg· m²· d¹ ,每周 1次,共 3次,每次最大绝对量不超过 2mg;

DNR或阿霉素 (ADR) 25-30mg· m²· d¹ ,每周 1次,共 1-3次;

L-asparaginase 5000-10000u·m²·d⁻¹，共 4-8次；

PDN 45-60mg·m²·d⁻¹或 DXM 6-8mg·m²·d⁻¹，d1-7, d15-21

2. CAM方案：

CTX 800-1000mg·m²·d⁻¹，1次；

Ara-C 75-100mg·m²·d⁻¹，共 7-8天；

6-MP 60-75mg·m²·d⁻¹，共 7-14天。

中危组患者插入 8周维持治疗（即用 8周 6-MP+MTX方案，具体方案见下）。

中危组患者重复一次上述 VDLP(D) 和 CAM方案。

（四）维持治疗方案：

1. 6-MP+MTX方案：

6-MP 50mg·m²·d⁻¹，持续睡前空腹口服；

MTX 15-30mg·m²，每周 1次，口服或肌注，持续至终止治疗（男 2.5-3年，女 2-2.5年）。

根据 WBC调整方案中的药物剂量。

2. VD方案（6-MP+MTX方案期间每 4-8周插入）：

VCR 1.5mg·m²·d⁻¹，1次，每次最大绝对量不超过 2mg；

DXM 6-8mg·m²·d⁻¹，d1-7。

（五）中枢神经白血病（CNBL）的防治：腰穿及鞘内注射至少 16-24次。根据危险度分组可单用 MTX或三联鞘注，具体药物剂量如下：

MTX: 年龄 <12月 6mg, 年龄 12-36月 9mg, 年龄 >36月 12.5mg;

Ara-C:年龄 <12月 15mg,年龄 12-36月 25mg,年龄 >36月 35mg;

DM: 年龄 <12月 2.5mg,年龄 12-36月 2.5mg,年龄 >36月 5mg

初诊时即诊断 CNSL的患儿,年龄 <1岁不放疗,年龄 1岁者,需接受相应剂量头颅放疗。

五、根据患者的疾病状态选择路径

初治儿童 ALL临床路径和完全缓解 (CR) 的儿童 ALL临床路径 (附后)。

六、参考费用标准

(一) 标危组患者平均全程参考费用标准控制在 8万元内。

(二) 中危组患者平均全程参考费用标准控制在 15万元内。

初治儿童 ALL临床路径

一、初治儿童 ALL临床路径标准住院流程

(一) 标准住院日为 35天内。

(二) 进入路径标准。

1.第一诊断必须符合儿童急性淋巴细胞白血病 (ALL) 疾病编码 (ICD10: C91.002)的标危、中危组患者。

2.当患者同时具有其他疾病诊断时，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。

(三) 明确诊断及入院常规检查需 3-5天 (指工作日)。

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、凝血功能、血型、输血前检查；

(3) 胸部 X线平片、心电图、超声检查 (包括颈、纵隔、心脏和腹部、睾丸等) 眼底检查；

(4) 发热或疑有感染者可选择：病原微生物培养、影像学检查；

(5) 骨髓检查 (形态学包括组化) 免疫分型、细胞遗传学、白血病相关基因检测；

(6) 脑脊液常规、生化和细胞形态学检查，在治疗开始 4天内，鞘内注射化疗药物；

2 根据情况可选择的检查项目 :头颅、颈胸部 MRI 或 CT 脊柱侧位片、脑电图、血气分析等。

3 患者及家属签署以下同意书 : 病重或病危通知书、骨穿同意书、腰穿及鞘内注射同意书、化疗知情同意书、输血知情同意书、静脉插管同意书 (有条件时)。

(四) 化疗前准备。

1. 发热患者建议立即进行病原微生物培养并使用抗菌药物，可选用头孢类 (或青霉素类) 抗炎治疗，3 天后发热不缓解者，可考虑更换为碳青霉烯类和 / 或糖肽类和 / 或抗真菌治疗；有明确脏器感染患者应根据感染部位及病原微生物培养结果选用相应抗菌药物。

2 对于 $Hb < 80g/L$ ， $PLT < 20 \times 10^9 /L$ 或有活动性出血的患者，分别输浓缩红细胞、单采或多采血小板，若存在弥散性血管内凝血 (DIC) 倾向则当 $PLT < 50 \times 10^9 /L$ 即应输注单采或多采血小板，并使用肝素等其他 DIC 治疗药物。有心功能不全者可放宽输血指征。

3. 有凝血功能异常的患者，输注相关血液制品。纤维蛋白原 $< 1.5g/L$ ，输新鲜血浆或浓缩纤维蛋白原。

(五) 化疗开始于诊断第 1-5 天。

(六) 化疗方案。

VDLP(D) 方案：

长春新碱 (VCR) $1.5mg \cdot m^2 \cdot d^{-1}$ ，每周 1 次，共 4 次，每次最大绝对量不超过 2mg；

柔红霉素 (DNR) $30\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^{-1}$, 每周 1 次, 共 2-4 次;
左旋门冬酰胺酶 (L-asparaginase) $5000-10000\text{u} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^{-1}$, 共 6-10 次;
泼尼松 (PDN) $45-60\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^{-1}$, d1-28, 第 29-35 天
递减至停。或者 PDN $45-60\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^{-1}$, d1-7, 地塞米松 (DXM)
 $6-8\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^{-1}$, d8-28, 第 29-35 天递减至停。

PDN 试验 d1-7 从足量的 25mg 起, 根据临床反应逐渐加至足量, 7 天内累积剂量 $>210\text{mg} \cdot \text{m}^2$, 对于肿瘤负荷大的患者可减低起始剂量 ($0.2-0.5\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$), 以免发生肿瘤溶解综合征, 第 8 天评估。

(七) 化疗后必须复查的检查项目。

1. 血常规、尿常规、大便常规。
2. 化疗第 8 天外周血涂片中幼稚细胞计数。
3. 化疗第 15 天和第 33 天骨髓形态学, 有条件者做微小残留病变检测。
4. 脑脊液检查。
5. 肝肾功能、电解质和凝血功能。
6. 脏器功能评估。
7. 治疗前有白血病细胞浸润改变的各项检查。
8. 出现感染时, 需多次重复各种体液或分泌物培养、病原学检查、相关影像学检查。

(八) 化疗中及化疗后治疗。

1 感染防治:

- (1) 给予复方磺胺异噁唑预防卡氏肺孢子虫肺炎。

(2) 发热患者建议立即进行病原微生物培养并使用抗菌药物，可选用头孢类（或青霉素类）抗炎治疗，3天后发热不缓解者，可考虑更换碳青霉烯类和/或糖肽类和/或抗真菌治疗；有明确脏器感染的患者，应根据感染部位及病原微生物培养结果选用相应抗菌药物。

(3) 严重感染时可静脉输注丙种球蛋白。

2. 脏器功能损伤的相应防治：止吐、保肝、水化、碱化、防治尿酸肾病（别嘌醇）、抑酸剂等。

3. 成分输血 适用于 $Hb < 80g/L$, $PLT < 20 \times 10^9/L$ 或有活动性出血的患者，分别输浓缩红细胞、单采或多采血小板，若存在 DIC 倾向则 $PLT < 50 \times 10^9/L$ 即应输注血小板，并使用肝素等其他 DIC 治疗药物。有心功能不全者可放宽输血指征。

4. 造血生长因子：化疗后中性粒细胞绝对值 (ANC) $< 1.0 \times 10^9/L$ ，可使用粒细胞集落刺激因子 (G-CSF) $5 \mu g \cdot Kg^{-1} \cdot d^{-1}$ 。

(九) 出院标准。

1. 一般情况良好。

2. 没有需要住院处理的并发症和 (或) 合并症。

(十) 变异及原因分析。

1. 治疗前、中、后有感染、贫血、出血及其他合并症者，需进行相关的诊断和治疗，可能延长住院时间并致费用增加。

2. 诱导缓解治疗未达完全缓解者退出路径。

二、初治儿童 ALL临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为初治儿童急性淋巴细胞白血病（ICD-10: C91.002）拟行诱导化疗

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 35天内

时间	住院第 1天	住院第 2天
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 上级医师查房与化疗前评估 根据血象及凝血功能决定是否成分输血 向家属告病重或病危并签署病重或病危通知书 患者家属签署骨穿同意书、腰穿同意书、输血知情同意书、静脉插管同意书（条件允许时）	上级医师查房 完成入院检查 骨穿：骨髓形态学检查、免疫分型、细胞遗传学、和预后相关基因突变检测（有条件时） 根据血象及凝血工作决定是否成分输血 控制感染等对症支持治疗 完成必要的相关科室会诊 完成上级医师查房记录等病历书写
重要医嘱	长期医嘱： 儿科血液病护理常规 饮食 抗菌药物（必要时） 补液治疗（水化、碱化） 其他医嘱 临时医嘱： 血常规、尿常规、大便常规 肝肾功、电解质、凝血功能、血型、输血前检查 胸部 X线平片、心电图、B超（多部位） 头颅、颈胸部 MRI 或 CT 脊柱侧位片、脑电图、血气分析（必要时） 静脉插管术（条件允许时） 病原微生物培养（必要时） 输血医嘱（必要时） 眼底检查 其他医嘱	长期医嘱： 患者既往基础用药 防治尿酸肾病（别嘌醇） 抗菌药物（必要时） 补液治疗（水化、碱化） 其他医嘱 临时医嘱： 骨穿 骨髓形态学、免疫分型、细胞遗传学、和预后相关基因突变检测（有条件时） 血常规 输血医嘱（必要时） 其他医嘱
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（血液病知识）
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	住院第 3-5天	
主要诊疗工作	根据初步骨髓结果制定治疗方案 患者家属签署化疗知情同意书 住院医师完成病程记录 上级医师查房	化疗 重要脏器保护 止吐
重要医嘱	<p>长期医嘱：</p> <p>化疗医嘱 (以下方案选一)</p> <p>VDP: VCR 1.5 mg· m²· d¹, QW, 共 4次, 每次最大绝对量不超过 2mg; DNR 30 mg· m²· d¹, QW, 共 2-4次; L-asp 5000-10000 u· m²· d¹, 共 6-10次; PDN 45-60 mg· m²· d¹, d1-28, 第 29-35天递减至停。 (PDN试验 d1-7,d8评估)</p> <p>VLDL: VCR 1.5 mg· m²· d¹, QW, 共 4次, 每次最大绝对量不超过 2mg; DNR 30 mg· m²· d¹, QW, 共 2-4次; L-asp 5000-10000 u· m²· d¹, 共 6-10次; PDN 45-60 mg· m²· d¹, d1-7; DMX 6-8mg· m²· d¹, d8-28, 第 29-35天递减至停。 (PDN试验 d1-7,d8评估)</p> <p>止吐、抗感染等对症支持治疗医嘱 重要脏器功能保护：防治尿酸肾病 (别嘌醇) 保肝、抑酸等</p> <p>临时医嘱：</p> <p>输血医嘱 (必要时) 心电监护 (必要时) 复查肝肾功、电解质 隔日复查血常规 (必要时可每天复查) 血培养 (高热时) 出现感染时, 需多次重复各种体液或分泌物病原学检查及相关影像学检查 静脉插管护理、换药 腰穿, 鞘内注射 (具体剂量见住院流程) 脑脊液常规、生化和细胞形态学检查 其他医嘱</p>	
主要护理工作	观察患者病情变化 心理与生活护理 化疗期间嘱患者多饮水	
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 6-34天	出院日
主要诊疗工作	上级医师查房，注意病情变化 住院医师完成病历书写 复查血常规 注意观察体温、血压、体重等，防治并发症 成分输血、抗感染等支持治疗（必要时） 造血生长因子（必要时） 骨髓检查 腰穿，鞘内注射	上级医师查房，进行化疗（根据骨穿）评估，确定有无并发症情况，明确是否出院 完成出院记录、病案首页、出院证明书等 向患者交代出院后的注意事项，如：返院复诊的时间、地点，发生紧急情况时的处理等
重要医嘱	长期医嘱： 洁净饮食 抗感染等支持治疗（必要时） 其他医嘱 临时医嘱： 血常规、尿常规、大便常规 肝肾功、电解质、凝血功能 输血医嘱（必要时） 第 8天查外周血涂片中幼稚细胞计数 第 15天和 33天查骨髓形态学 腰穿，鞘内注射（具体剂量见住院流程） 脑脊液常规、生化和细胞形态学检查 复查治疗前有白血病细胞浸润改变的各项检查 G-CSF $5\mu\text{g Kg}^{-1}\text{d}^{-1}$ （必要时） 影像学检查（必要） 病原微生物培养（必要时） 血培养（高热时） 静脉插管维护、换药 其他医嘱	出院医嘱： 出院带药 定期门诊随访 监测血常规、肝肾功、电解质等
主要护理工作	观察患者情况 心理与生活护理 化疗期间嘱患者多饮水	指导患者办理出院手续
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		

完全缓解的儿童 ALL临床路径

一、完全缓解的 ALL临床路径标准住院流程

(一) 临床路径标准住院日为 21天内。

(二) 进入路径标准。

1.第一诊断必须符合儿童急性淋巴细胞白血病 (ALL) 疾病编码 (ICD10: C91.002)的标危、中危组患者。

2.经诱导化疗达完全缓解 (CR)。

3.当患者同时具有其他疾病诊断时,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。

(三) 完善入院常规检查需 2天 (指工作日)。

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、凝血功能、血型、输血前检查;

(3) 胸部 X线平片、心电图、腹部 B超;

(4) 发热或疑有某系统感染者可选择:病原微生物培养、影像学检查;

(5) 骨髓涂片或 /及活检 (必要时) 微小残留病变检测 (有条件时);

2.复查治疗前有白血病细胞浸润改变的各项检查。

3 患者及家属签署以下同意书：化疗知情同意书、骨穿同意书、腰穿及鞘内注射同意书、输血知情同意书、静脉插管知情同意书。

(四) 治疗开始于入院第 3 天内。

(五) 治疗方案。

1 缓解后巩固治疗

(1) CAM 方案：

环磷酰胺 (CTX) $800-1000\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^1$ ，1 次；

阿糖胞苷 (Ara-C) $75-100\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^1$ ，共 7-8 天；

6-巯基嘌呤 (6-MP) $60-75\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^1$ ，共 7-14 天。

中危组患者重复一次 CAM 方案。

(2) mM 方案：

大剂量甲氨喋呤 (MTX) $3-5\text{g} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^1$ ，每两周 1 次，共 4-5 次；

四氢叶酸钙 (CF) $15\text{mg} \cdot \text{m}^2$ ，6 小时 1 次，3-8 次，根据 MTX 血药浓度给予调整。

6-MP $25\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^1$ ，不超过 56 天，根据 WBC 调整剂量。

上述方案实施期间需要进行水化、碱化。

2 延迟强化治疗

(1) VDLP(D) 方案：

VCR $1.5\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^1$ ，每周 1 次，共 3 次，每次最大绝对量不超过 2mg；

DNR 或阿霉素 (ADR) $25-30\text{mg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{d}^1$ ，每周 1 次，共 1-3 次；

L-asparaginase 5000-10000u·m²·d⁻¹，共 4-8次；

FDN 45-60mg·m²·d⁻¹或 DXM 6-8mg·m²·d⁻¹，d1-7, d15-21。

(2) CAM方案：

CTX 800-1000mg·m²·d⁻¹，1次；

Ara-C 75-100mg·m²·d⁻¹，共 7-8天；

6-MP 60-75mg·m²·d⁻¹，共 7-14天。

中危患者可插入 8周维持治疗（即用 8周 6-MP+MTX方案，具体方案见下）。

中危组患者重复一次上述 VDLP(D) 和 CAM方案。

3 维持治疗方案

(1) 6-MP+MTX方案：

6-MP 50mg·m²·d⁻¹，持续睡前空腹口服；

MTX 15-30mg·m²，每周 1次，口服或肌注，持续至终止治疗（男 2.5-3年，女 2-2.5年）。

根据 WBC调整方案中的药物剂量。

(2) VD方案（6-MP+MTX方案期间每 4-8周插入）：

VCR 1.5mg·m²·d⁻¹，1次，每次最大绝对量不超过 2mg；

DXM 6-8mg·m²·d⁻¹，d1-7。

4.中枢神经白血病（CNLS）的防治：腰穿及鞘内注射至少 16-24次。根据危险度分组可单用 MTX或三联鞘注，具体药物剂量如下：

MTX:年龄 <12月 6mg,年龄 12-36月 9mg,年龄 >36月 12.5mg;

Ara-C:年龄 <12月 15mg,年龄 12-36月 25mg,年龄 >36月 35mg;

DM:年龄 <12月 2.5mg,年龄 12-36月 2.5mg,年龄 >36月 5mg

初诊时即诊断 CNSL的患儿,年龄 <1岁不放疗,年龄 1岁者,需接受相应剂量头颅放疗。

(六) 治疗后恢复期复查的检查项目。

1.血常规、肝肾功能、电解质。

2.脏器功能评估。

3.骨髓检查(必要时)。

4.微小残留病变检测(必要时)。

(七) 化疗中及化疗后治疗。

1.感染防治:

(1) 给予复方磺胺异噁唑预防卡氏肺孢子虫肺炎;

(2) 发热患者建议立即进行病原微生物培养并使用抗菌药物,可选用头孢类(或青霉素类)抗炎治疗,3天后发热不缓解者,可考虑更换碳青霉烯类和/或糖肽类和/或抗真菌治疗;有明确脏器感染患者应根据感染部位及病原微生物培养结果选用相应抗菌药物;

(3) 严重感染时可静脉输注丙种球蛋白。

2.脏器功能损伤的相应防治:止吐、保肝、水化、碱化。

3.成分输血:适用于 Hb< 80g/L,PLT< 20×10^9 /L 或有活动性出血的患者,分别输浓缩红细胞、单采或多采血小板。有心功能不全者可放宽输血指征。

4 造血生长因子 :化疗后中性粒细胞绝对值(ANC) $1.0 \times 10^9 /L$, 可使用 G-CSF $5\mu g \cdot Kg^{-1} \cdot d^1$ 。

(八) 出院标准。

1. 一般情况良好。
2. 没有需要住院处理的并发症和 /或合并症。

(九) 有无变异及原因分析。

- 1 治疗中、后有感染、贫血、出血及其他合并症者，进行相关的诊断和治疗，可能延长住院时间并致费用增加。
- 2 若治疗过程中出现 CNSL,退出此路径 ,进入相关路径。
- 3 治疗期间髓内和 /或髓外复发者退出此路径。

二、完全缓解的儿童 ALL临床路径表单

适用对象：**第一诊断**为儿童急性淋巴细胞白血病达 CR者（ICD-10: C91.002）拟行缓解后续化疗

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 21 天内

时间	住院第 1天	住院第 2天
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 上级医师查房与化疗前评估 患者家属签署输血同意书、骨穿同意书、腰穿同意书、静脉插管同意书	上级医师查房 完成入院检查 骨穿（骨髓形态学检查、微小残留病变检测） 腰穿-鞘内注射 根据血象决定是否成分输血 完成必要的相关科室会诊 完成上级医师查房记录等病历书写 确定化疗方案和日期
重要医嘱	长期医嘱： 儿科血液病护理常规 饮食：普食 其他 抗菌药物（必要时） 其他医嘱 临时医嘱： 血常规、尿常规、大便常规 肝肾功能、电解质、血型、凝血功能、输血前检查 胸部 X线平片、心电图、腹部 B超 头颅、颈胸部 MRI或 CT 脊柱侧位片、脑电图、血气分析、超声心动（视患者情况而定） 复查治疗前有白血病细胞浸润改变的各项检查 静脉插管术（有条件时） 病原微生物培养（必要时） 输血医嘱（必要时） 其他医嘱	长期医嘱： 患者既往基础用药 抗菌药物（必要时） 其他医嘱 临时医嘱： 骨穿（需要时） 骨髓形态学、微小残留病检测（有条件并需要时） 腰穿，鞘内注射（具体剂量见住院流程） 脑脊液常规、生化、细胞形态 输血医嘱（必要时） 其他医嘱
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（血液病知识）
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	住院第 3天	
主要诊疗工作	患者家属签署化疗知情同意书 上级医师查房，制定化疗方案 住院医师完成病程记录	化疗 重要脏器保护 止吐
重要医嘱	长期医嘱： 化疗医嘱 (以下方案选一) VDLP: VCR 1.5 mg· m ² · d ¹ , QW, 共 3次 ; DNR或 ADR 25-30 mg· m ² · d ¹ , QW, 共 1-3次 ; L-aspl 5000-10000 u· m ² · d ¹ , 共 4-8次 ; PDN 45-60 mg· m ² · d ¹ , d1-7, d15-21 VDLD: VCR 1.5 mg· m ² · d ¹ , QW, 共 3次 ; DNR或 ADR 25-30 mg· m ² · d ¹ , QW, 共 1-3次 ; L-aspl 5000-10000 u· m ² · d ¹ , 共 4-8次 ; DM 6-8mg· m ² · d ¹ , d1-7, d15-21 mM: MTX 3-5g· m ² · d ¹ ,两周一次 ,共 4-5次 ; CF 15 mg· m ² , 6小时一次 , 3-8次 , 根据 MTX血药浓度给予调整。 6-MP 25 mg· m ² · d ¹ ,不超过 56天 ,根据 WBC调整剂量。 补液治疗 (水化、碱化) 止吐、保肝、抗感染等医嘱 复方磺胺异噁唑 其他医嘱 临时医嘱： 输血医嘱 (必要时) 心电监护 (必要时) 血常规 血培养 (高热时) 静脉插管维护、换药 其他医嘱	
主要护理工作	观察患者病情变化 心理与生活护理 化疗期间嘱患者多饮水	
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 4-20天	出院日
主要诊疗工作	上级医师查房，注意病情变化 住院医师完成常规病历书写 复查血常规、肝肾功能、电解质、凝血功能 注意血药浓度监测（必要时） 注意观察体温、血压、体重等，防治并发症 成分输血、抗感染等支持治疗（必要时） 造血生长因子（必要时）	上级医师查房，确定有无并发症情况，明确是否出院 完成出院记录、病案首页、出院证明书等，向患者交代出院后的注意事项，如：返院复诊的时间、地点，发生紧急情况时的处理等
重要医嘱	长期医嘱： 洁净饮食 抗感染等支持治疗 其他医嘱 临时医嘱： 血常规、尿常规、大便常规 肝肾功能、电解质 输血医嘱（必要时） G-CSF $5\mu\text{g Kg}^{-1}\text{d}^{-1}$ （必要时） 血培养（高热时） 出现感染时，需多次重复各种体液或分泌物病原学检查及相关影像学检查 血药浓度监测（必要时） 静脉插管维护、换药 腰穿，鞘内注射（具体剂量见住院流程） 脑脊液常规、生化、细胞形态 其他医嘱	出院医嘱： 出院带药 定期门诊随访 监测血常规、肝肾功能、电解质等
主要护理工作	观察患者情况 心理与生活护理 化疗期间嘱患者多饮水	指导患者办理出院手续
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		