

临床路径管理丛书

心血管内科 临床路径

卫生部医政司



人民卫生出版社

临床路径管理精品库

心血管内科

临床
路径

2014 年度版

人民卫生出版社

临床路径管理丛书

心血管内科临床路径

卫生部医政司

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管内科临床路径/卫生部医政司编著. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 9

(临床路径管理丛书)

ISBN 978-7-117-15506-9

I. ①心… II. ①卫… III. ①心脏血管疾病-诊疗
IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 037135 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中
医
师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

心血管内科临床路径

编 著: 卫生部医政司

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 7

字 数: 133 千字

版 次: 2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15506-9/R · 15507

定 价: 20.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

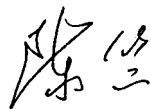
序

实施临床路径管理是公立医院改革工作的重要任务之一。推进临床路径管理工作,对于促进医院管理向科学化、规范化、专业化、精细化、信息化发展,规范诊疗服务行为,提高医疗质量,控制医疗费用等都具有十分重要的作用。

临床路径是应用循证医学证据,针对某种疾病,按照时间顺序,对入院检查、诊断、用药、治疗、护理、饮食指导、宣教、出院计划等,形成的疾病医疗服务计划。临床路径管理起源于西方发达国家,至今已有 20 余年的发展历史,上世纪 90 年代中期,临床路径管理的理念逐步引入我国。按照深化医药卫生体制改革有关工作安排,卫生部于 2009 年启动了临床路径管理试点工作。经过近 3 年的试点,实施临床路径管理,医疗服务效率进一步提高,医疗服务质量与安全明显改善,医疗费用趋于下降,患者满意度进一步提高,试点工作取得明显成效。

国内外的实践证明,实施临床路径管理是医院实现现代化管理的重要体现;是持续改进医疗服务质量,保障医疗安全的重要举措;是控制医疗费用不合理增长的有效途径,为支付制度改革奠定了基础;是引导医院由粗放式向科学化、精细化管理模式转变,由重外延向加强内涵建设的发展方式转变,由单体机构扩张向集团化、分工协作的发展方向转变,实现提高社会效益和经济效益,提高管理水平和医疗服务水平的重要手段。

《临床路径管理丛书》收录了临床路径管理工作启动以来,至 2011 年底,卫生部下发的 22 个专业 331 个病种的临床路径。卫生部将按照深化医药卫生体制改革的工作要求,继续推进临床路径管理工作,组织专家制定部分病种的临床路径。本丛书将根据卫生部临床路径制定情况,收录后续下发的临床路径,适时出版相应分册,帮助医务人员更好地掌握、使用临床路径,进一步规范诊疗行为,保障医疗质量与安全,最终实现为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务的目标。



二〇一二年七月

前 言

临床路径是应用循证医学证据,综合多学科、多专业主要临床干预措施所形成的“疾病医疗护理计划标准”,是医院管理进一步精细化,逐步深入到单病种管理的体现。它既包含了循证医学理念,具有科学性、规范性、可操作性的特点,又融入了“以病人为中心”等现代医疗质量管理理念和模式,贴近临床、贴近患者,对于保障医疗质量与安全、规范诊疗行为、控制医疗费用具有重要的现实意义。

按照深化医药卫生体制改革有关工作要求,卫生部于2009年启动了临床路径管理工作,组织专家陆续制定下发了部分常见病、多发病、对群众健康危害较大的疾病病种的临床路径,并在全国范围内开展了临床路径管理试点工作。截至2011年底,卫生部已制定下发22个专业331个病种的临床路径;全国已有3467家医疗机构,共计25503个科室开展了临床路径管理工作,整体工作稳步推进。临床路径管理工作开展3年以来取得的成效证明,实施临床路径管理,医疗服务效率进一步提高,医疗服务质量与安全得到保障,医疗费用趋于下降,患者满意度进一步提高。

临床路径管理工作对于绝大多数医院来说,是一项全新、有挑战性的工作,在实际开展过程中也会遇到不同的问题。这些问题既有临床方面的,也有管理方面的;产生问题的原因既有技术能力方面的,也有思想认识方面的。这就需要我们进一步统一思想,在实践中探索解决问题的最佳方案。为帮助医院管理人员和医护人员更好地掌握、运用临床路径,卫生部医政司委托人民卫生出版社出版《临床路径管理丛书》,将已下发的22个专业331个病种的临床路径按专业汇编成册,具有科学性、指导性的鲜明特点,供全国各级医疗机构及其医务人员在临床诊疗工作中使用。

本丛书将根据卫生部临床路径制定情况,收录后续下发的临床路径,适时出版相应分册。书中难免存在不足之处,欢迎同行批评指正。

卫生部医政司

二〇一二年七月

编写委员会

主任委员 马晓伟

副主任委员 王 羽 赵明钢

编委会办公室

主任：焦雅辉

秘书：胡瑞荣

临床路径技术审核专家委员会（按姓氏笔画排序）

（一）首席专家组

刘志红 吴孟超 邱贵兴 陈赛娟 陈香美 郝希山 钟南山 高润霖
曾益新 樊代明

（二）呼吸内科专业

组长：刘又宁

成员：王 辰 白春学 林江涛 姚婉贞 高占成 康 健
孙铁英（兼秘书）

（三）消化内科专业

组长：许国铭

成员：张澍田 刘新光 杨云生 周丽雅 房静远 唐承薇 钱家鸣
秘书：邹多武

（四）神经内科专业

组长：吕传真

成员：蒲传强 崔丽英 贾建平 胡学强 周 东 王拥军
秘书：赵重波

（五）心血管内科专业

组长：胡大一

成员：张 澍 杨跃进 沈卫峰 黄德嘉 葛均波 霍 勇
秘书：袁晋青

(六) 血液内科专业

组长：王建祥

成员：王健民 吴德沛 邵宗鸿 邹 萍 赵永强 黄晓军

秘书：王 迎

(七) 肾病学专业

组长：刘志红

成员：丁小强 李学旺 余学清 陈 楠 梅长林 章友康

秘书：蔡广研

(八) 内分泌科专业

组长：宁 光

成员：王卫庆 母义明 纪力农 李光伟 陈璐璐 赵家军

秘书：徐 焰

(九) 普通外科专业

组长：赵玉沛

成员：王 杉 刘永锋 刘玉村 张忠涛 姜洪池 秦新裕

秘书：孙 阳

(十) 神经外科专业

组长：赵继宗

成员：江基尧 张力伟 李新钢 凌 锋 黄峰平 游 潮

秘书：李京生

(十一) 骨科专业

组长：姜保国

成员：王以朋 邱 勇 田 伟 陈仲强 金大地 曾炳芳 裴福兴

秘书：杨 波

(十二) 泌尿外科专业

组长：那彦群

成员：孔垂泽 叶章群 孙 光 陈 山 金 杰 黄 健 谢立平

秘书：许克新

(十三) 胸外科专业

组长：支修益

成员：刘伦旭 何建行 张 逊 李 辉 姜格宁 赵 珩

秘书：陈东红

(十四) 心脏大血管外科专业

组长：胡盛寿

成员：王春生 刘 苏 刘建实 庄 建 黄方炯 甄文俊

秘书：罗新锦

(十五) 妇科专业

组长：郎景和

成员：尹 玲 乔 杰 朱 兰 沈 铿 张震宇 周应芳 段 华
崔 恒

秘书：曹冬焱

(十六) 产科专业

组长：张为远

成员：王山米 边旭明 李小毛 杨慧霞 段 涛 靳家玉
杨 孜（兼秘书）

(十七) 小儿内科专业

组长：沈 颖

成员：申昆玲 许 峰 杜立中 张 欣 金润铭 闻德亮 秦 炯
曹 丽 魏 珉

秘书：刘小梅

(十八) 小儿外科专业

组长：李仲智

成员：王维林 叶 辉 孙 宁 肖现民 金先庆 夏慧敏 袁继炎

秘书：李小松

(十九) 眼科专业

组长：黎晓新

成员：王 薇 刘奕志 何守志 施玉英 姚 克 唐罗生

秘书：申屠形超

(二十) 耳鼻喉科专业

组长：韩德民

成员：孔维佳 周 梁 姜学钧 高志强 黄志刚 韩东一

秘书：徐 文

(二十一) 口腔科专业

组长：王 兴

成员：许天民 张富强 俞光岩 高学军 章锦才 葛立宏

秘书：陈 铭

(二十二) 皮肤性病科专业

组长：张学军

成员：王宝玺 何春涤 张建中 郑 捷 郑 敏 曾凡钦

秘书：崔 勇

(二十三) 肿瘤科专业

组长：赵 平

成员：姜文奇 唐平章 顾 晋 蒋国梁 赫 捷 樊 嘉

秘书：董恒磊

(二十四) 综合组

组长：张振忠 梁铭会

成员：马谢民 王 怡 王 敏 左晓春 田常俊 白剑峰 石应康

刘春玲 刘爱民 何梦乔 吴永佩 吴良明 宋文舸 张 炜

李 岩 李少冬 杨连春 邱大龙 武广华

目 录

不稳定性心绞痛介入治疗临床路径	1
慢性稳定性心绞痛介入治疗临床路径	9
急性非 ST 段抬高性心肌梗死介入治疗临床路径	15
急性左心功能衰竭临床路径	21
病态窦房结综合征临床路径	26
持续性室性心动过速临床路径	31
房性心动过速临床路径	41
肥厚型梗阻性心肌病临床路径	48
原发性肺动脉高压临床路径	55
风湿性二尖瓣狭窄(内科)临床路径	60
主动脉夹层(内科)临床路径	64
肾血管性高血压临床路径	69
心房颤动介入治疗临床路径	77
原发性醛固酮增多症临床路径	84
阵发性室上性心动过速介入治疗临床路径	89
附件 1 卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知	95
附件 2 卫生部办公厅关于进一步加强临床路径管理 试点工作的通知	96

不稳定性心绞痛介入治疗临床路径

(2009 年版)

一、不稳定性心绞痛介入治疗临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为不稳定性心绞痛(ICD-10:I20.0/20.1/20.9);
行冠状动脉内支架置入术(ICD-9-CM-3:36.06/36.07)。

(二) 诊断依据

根据《临床诊疗指南 心血管分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2009),
《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高性心肌梗死诊断与治疗指南》(中华医学会心血管病学分会,2007)及 2007 年 ACC/AHA 与 ESC 相关指南。

1. 临床发作特点:表现为运动或自发性胸痛,休息或含服硝酸甘油可迅速缓解。
2. 心电图表现:胸痛发作时相邻两个或两个以上导联心电图 ST 段压低或抬高 $>0.1\text{mV}$,或 T 波倒置 $\geq 0.2\text{mV}$,胸痛缓解后 ST-T 变化可恢复。
3. 心肌损伤标记物不升高或未达到心肌梗死诊断水平。

4. 临床类型

(1)初发心绞痛:病程在 1 个月内新发生的心绞痛,可表现为自发性与劳力性发作并存,疼痛分级在Ⅲ级以上。

(2)恶化劳力型心绞痛:既往有心绞痛史,近 1 个月内心绞痛恶化加重,发作次数频繁,时间延长或痛阈降低(即加拿大劳力型心绞痛分级[CCS I-IV]至少增加 1 级,或至少达到Ⅲ级)。

(3)静息心绞痛:心绞痛发生在休息或安静状态,发作持续时间通常在 20 分钟以上。

(4)梗死后心绞痛:指急性心肌梗死发病 24 小时后至 1 个月内发生的心绞痛。

(5)变异型心绞痛:休息或一般活动时发生的心绞痛,发作时心电图显示 ST 段一

过性抬高,多数患者可自行缓解,仅有少数可演变为心肌梗死。

(三) 治疗方案的选择及依据

根据《临床诊疗指南 心血管分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2009),《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高性心肌梗死诊断与治疗指南》(中华医学会心血管病学分会,2007)及 2007 年 ACC/AHA 与 ESC 相关指南。

1. 危险度分层:根据 TIMI 风险评分或患者心绞痛发作类型及严重程度、心肌缺血持续时间、心电图和心肌损伤标记物测定结果,分为低、中、高危三个组别。

2. 药物治疗:抗心肌缺血药物、抗血小板药物、抗凝药物、调脂药物。

3. 冠脉血运重建治疗:在强化药物治疗的基础上,中高危患者可优先选择经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或冠状动脉旁路移植术(CABG)。

(1)PCI:有下列情况时,可于 2 小时内紧急冠状动脉造影,对于没有严重合并疾病、冠状动脉病变适合 PCI 者,实施 PCI 治疗:①在强化药物治疗的基础上,静息或小运动量时仍有反复的心绞痛或缺血发作;②心肌标志物升高(TNT 或 TNI);③新出现的 ST 段明显压低;④心力衰竭症状或体征,新出现或恶化的二尖瓣反流;⑤血流动力学不稳定;⑥持续性室性心动过速。无上述指征的中高危患者可于入院后 12~48 小时内进行早期有创治疗。

(2)CABG:对于左主干病变、3 支血管病变或累及前降支的 2 支血管病变,且伴有左室功能不全或糖尿病患者首选。

4. 主动脉内球囊反搏术:在强化药物治疗后仍有心肌缺血复发,在完成冠状动脉造影和血运重建前血流动力学不稳定的患者,可应用主动脉内球囊反搏术。

5. 保守治疗:对于低危患者,可优先选择保守治疗,在强化药物治疗的基础上,病情稳定后可进行负荷试验检查,择期冠脉造影和血运重建治疗。

6. 改善不良生活方式,控制危险因素。

(四) 标准住院日为 7~10 天

(五) 进入临床路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10:I20.0/20.1/20.9 不稳定性心绞痛疾病编码。
2. 除外心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞、急性心包炎等疾病。
3. 如患有其他非心血管疾病,但在住院期间不需特殊处理(检查和治疗),也不影响第一诊断时,可以进入临床路径。

(六) 术前准备(术前评估)0~3 天

1. 必须检查的项目

- (1)血常规+血型、尿常规+酮体、大便常规+潜血;
- (2)肝肾功能、电解质、血糖、血脂、血清心肌损伤标记物、凝血功能、感染性疾病筛

查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等);

(3)X线胸片、心电图、超声心动图。

2. 根据患者具体情况可查

(1)血气分析、脑钠肽、D-二聚体、血沉、C反应蛋白或高敏C反应蛋白;

(2)24小时动态心电图、心脏负荷试验;

(3)心肌缺血评估(低危、非急诊血运重建患者)。

(七) 选择用药

1. 双重抗血小板药物:常规联用阿司匹林+氯吡格雷。对拟行介入治疗的中、高危患者,可考虑静脉应用GPⅡb/Ⅲa受体阻滞剂。

2. 抗凝药物:低分子肝素或普通肝素等。

3. 抗心肌缺血药物:β受体阻滞剂、硝酸酯类、钙阻滞剂等。

(1)β受体阻滞剂:无禁忌证者24小时内常规口服。

(2)硝酸酯类:舌下含服硝酸甘油后静脉滴注维持,病情稳定后可改为硝酸酯类药物口服。

(3)钙阻滞剂:对使用足量β受体阻滞剂后仍有缺血症状或高血压者,如无禁忌可应用非二氢吡啶类钙阻滞剂。

4. 镇静止痛药:硝酸甘油不能即刻缓解症状或出现急性肺充血时,可静脉注射吗啡。

5. 抗心律失常药物:有心律失常时应用。

6. 调脂药物:早期应用他汀类药物。

7. 血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI):用于左心室收缩功能障碍或心力衰竭、高血压,以及合并糖尿病者。如无低血压等禁忌证,应在24小时内口服。不能耐受者可选用ARB治疗。

8. 其他药物:伴随疾病的治疗药物等。

(八) 手术日为入院第0~7天(如需要进行手术)

1. 麻醉方式:局部麻醉。

2. 手术方式:冠状动脉造影+支架置入术。

3. 手术内置物:冠状动脉内支架。

4. 术中用药:抗血栓药(肝素化,必要时可使用GPⅡb/Ⅲa受体阻滞剂)、血管活性药、抗心律失常药等。

5. 介入术后即刻需检查项目:生命体征检查、心电监测、心电图、穿刺部位的检查。

6. 必要时,介入术后住重症监护病房。

7. 介入术后第1天需检查项目:血常规、尿常规、心电图、心肌损伤标记物。必要时根据病情检查:大便潜血、肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能、超声心动图、X线胸片、血气分析等。

(九) 术后住院恢复3~5天,必须复查的检查项目

1. 观察患者心肌缺血等不适症状,及时发现和处理并发症。
2. 继续严密观察穿刺部位出血、渗血情况。

(十) 出院标准

1. 生命体征平稳。
2. 血流动力学稳定。
3. 心肌缺血症状得到有效控制。
4. 无其他需要继续住院的并发症。

(十一) 变异及原因分析

1. 冠脉造影后转外科行急诊冠状动脉旁路移植术。
2. 等待二次PCI或择期冠状动脉旁路移植术。
3. 病情危重。
4. 出现严重并发症。

二、不稳定性心绞痛介入治疗临床路径表单

适用对象:第一诊断为不稳定性心绞痛(ICD-10:I20.0/20.1/20.9)

行冠状动脉内支架置入术(ICD-9-CM-3:36.06/36.07)

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 7~14 天

发病时间:_____年____月____日____时____分 到达急诊科时间:_____年____月____日____时____分

时间	到达急诊科(0~10 分钟)	到达急诊科(0~30 分钟)
主要诊疗活动	☐ 完成病史采集与体格检查 ☐ 描记“18 导联”心电图,评价初始 18 导联心电图 ☐ 明确诊断,立即口服阿司匹林及氯吡格雷(有禁忌除外) ☐ 开始常规治疗(参见不稳定性心绞痛诊断与常规治疗)	☐ 心血管内科专科医师急会诊 ☐ 迅速危险分层,评估尽早血运重建治疗或保守治疗的适应证和禁忌证 ☐ 确定急诊冠脉造影及血运重建(直接 PCI 和急诊 CABG)治疗方案 ☐ 对于在急诊科未行早期有创治疗者,尽快将患者转入 CCU 继续治疗,再次评估早期血运重建的必要性及风险
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 重症监护 ☐ 持续心电、血压和血氧饱和度监测等 ☐ 吸氧 临时医嘱: ☐ 描记“18 导联”心电图,X 线胸片 ☐ 血清心肌损伤标志物测定 ☐ 血常规+血型 ☐ 尿常规+镜检 ☐ 便常规+潜血 ☐ 血脂、血糖、肝肾功能、电解质 ☐ 凝血功能 ☐ 感染性疾病筛查 ☐ 建立静脉通道 ☐ 其他特殊医嘱	长期医嘱: ☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 一级护理或特级护理 ☐ 记录 24 小时出入量 ☐ 卧床 ☐ 重症监护(持续心电、血压和血氧饱和度监测等) ☐ 吸氧 ☐ 镇静止痛:吗啡(酌情) ☐ 静脉滴注硝酸甘油
主要护理工作	☐ 协助患者或其家属完成急诊挂号、交费 and 办理“入院手续”等工作 ☐ 静脉取血	☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 特级护理
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	到达急诊科(0~60 分钟)	住院第 1 天(CCU)
主要诊疗活动	对需要进行“急诊冠脉造影和血运重建”治疗的高危患者: ☐ 向患者及家属交代病情和治疗措施 ☐ 签署“手术知情同意书” ☐ 行“急诊冠脉造影和血运重建”治疗 ☐ 术前服用足量的抗血小板药物(阿司匹林及氯吡格雷) ☐ 术前水化(肾功能不全者) ☐ 维持合适的血压、心率、心功能和重要脏器功能,能承受急诊冠脉造影及血运重建 ☐ 完成常规术前医嘱(预防性抗生素) ☐ 手术后将患者转入 CCU 或外科恢复室继续治疗	☐ 监测血压、心率、尿量、呼吸、药物反应等情况 ☐ 观察穿刺点及周围情况;观察有无心电图变化;检查有无血红蛋白下降及心肌损伤标志物升高 ☐ 上级医师查房:危险性分层,监护强度和治疗效果评估,制订下一步诊疗方案 ☐ 完成病历及上级医师查房记录 ☐ 不稳定性心绞痛常规药物治疗 ☐ 预防手术并发症 ☐ 预防感染(必要时) ☐ 对于在急诊科未行早期有创治疗者,再次危险分层,评价手术必要性及风险,对于中、高危患者应在入院后 12~48 小时内完成冠脉造影和血运重建
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 一级护理或特级护理 ☐ 卧床 ☐ 重症监护(持续心电、血压和血氧饱和度监测等) ☐ 吸氧 ☐ 记录 24 小时出入量 ☐ 镇静止痛:吗啡(酌情) ☐ 静脉滴注硝酸甘油 ☐ 急诊血运重建治疗 临时医嘱: ☐ 备皮 ☐ 造影剂皮试 ☐ 术前镇静 ☐ 预防性抗感染 ☐ 足量使用抗血小板药物(阿司匹林+氯吡格雷)	长期医嘱: ☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 一级护理或特级护理 ☐ 吸氧 ☐ 病危通知 ☐ 卧床或床旁活动 ☐ 流食或半流食 ☐ 重症监护(持续心电、血压和血氧饱和度监测等) ☐ 保持大便通畅 ☐ β受体阻滞剂(无禁忌证者常规使用) ☐ ACEI(如无禁忌证:低血压、肺淤血或 LVEF$\leq$0.40、高血压或糖尿病者,应在 24 小时内口服。不能耐受者可选用 ARB 治疗) ☐ 硝酸酯类药物 ☐ 阿司匹林+氯吡格雷联合应用 ☐ 术后应用低分子肝素 2~8 天 ☐ 调脂治疗:他汀类药物 ☐ 钙阻滞剂(酌情) 临时医嘱: ☐ 心电图 ☐ 动态监测心肌损伤标志物 ☐ 床旁 X 线胸片 ☐ 床旁超声心动图
主要护理工作	☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 特级护理	☐ 疾病恢复期心理与生活护理 ☐ 根据患者病情和危险性分层,指导并监督患者恢复期的治疗与活动
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		