**慢性肺源性心脏病临床路径**

（2017年县医院适用版）

一、慢性肺源性心脏病临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为慢性肺源性心脏病（ICD–10：I27.9）。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南－呼吸病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），内科学第八版（人民卫生出版社）。

根据患者有严重的慢阻肺或其他胸肺疾病史，并有P2>A2，剑突下心音增强、颈静脉怒张、肝大及压痛、肝颈静脉反流征阳性、下肢水肿及体静脉升压升高等肺动脉高压、右心室增大或右心功能不全的表现，结合心电图、X线胸片、超声心动图、心电向量图有肺动脉高压及右心肥厚、扩大的征象，可以做出诊断。

**（三）选择治疗方案的依据。**

根据《临床诊疗指南－呼吸病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。

1.治疗原发病。

2.降低肺动脉高压。

3.纠正心力衰竭。

**（四）标准住院日为7–21天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD–10：I27.9慢性肺源性心脏病疾病编码。

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）住院期间的检查项目。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、粪常规；

（2）肝肾功能、电解质、血气分析、凝血功能、D-二聚体（D–dimer）、血沉、C反应蛋白（CRP）、脑钠肽（BNP）、心肌酶谱、肌钙蛋白；

（3）痰病原学检查，包括痰涂片（一般细菌及真菌）、痰培养及药物敏感性试验；

（4）胸部正侧位片、心电图、超声心动图。

2.根据患者病情进行：胸部CT、下肢静脉超声、血降钙素原（PCT）检测、非典型病原体（支原体、衣原体、军团菌抗体）或病毒检测、肺功能检查。

**（七）出院标准。**

1.症状明显缓解。

2.临床稳定72小时以上。

**（八）变异及原因分析。**

1.存在并发症，需要进行相关的诊断和治疗，延长住院时间。

2.病情严重，需要呼吸支持者，归入其他路径。

二、慢性肺源性心脏病临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**慢性肺源性心脏病（ICD-10：I27.9）

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：15–30天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第1-3天 | 住院期间 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □询问病史及体格检查  □进行病情初步评估，病情严重程度分级  □上级医师查房  □明确诊断，决定诊治方案  □完成必须的检查项目  □完成病历书写 | □上级医师查房  □评估辅助检查的结果  □根据患者病情调整治疗方案，处理可能发生的并发症  □观察药物不良反应  □指导吸入装置的正确应用  □住院医师书写病程记录 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**：  □呼吸内科护理常规  □一/二/三级护理常规（根据病情）  □控制性氧疗（根据病情）  □心电、血氧饱和度监测(必要时)  □吸痰（必要时）  □根据病情使用抗菌药物  □根据病情使用祛痰剂、支气管舒张剂、血管活性药、利尿剂  □纠正酸碱失衡和电解质紊乱  □根据病情使用糖皮质激素  □胃黏膜保护剂、强心药（必要时）  □纠正心律失常（必要时）  □根据病情调整药物  **临时医嘱：**  □血常规、尿常规、大便常规  □肝肾功能、电解质、血气分析、血沉、D-二聚体、C反应蛋白、脑钠肽、凝血功能、心肌酶学  □病原学检查（痰培养或涂片查菌）、胸片、心电图、超声心动图、肺功能  □胸部CT、B超、下肢静脉超声、心电向量、、肺通气灌注扫描、肺动脉CTA、PCT、病毒或非典型病原体检测（必要时）  □维持水、电解质、酸碱平衡、热量支持  □预防深静脉血栓（必要时） | **长期医嘱：**  □呼吸内科护理常规  □一/二/三级护理常规（根据病情）  □控制性氧疗（根据病情）  □心电、血氧饱和度监测(必要时)  □吸痰（必要时）  □抗菌药物、祛痰剂、支气管舒张剂、血管活性药、利尿剂  □纠正酸碱失衡和电解质紊乱  □糖皮质激素、胃黏膜保护剂、强心药（必要时）  □根据病情调整药物  **临时医嘱**：  □对症治疗  □复查血常规、血气分析（必要时）  □异常指标复查 |
| 主要护理  工作 | □介绍病房环境、设施和设备  □入院护理评估、护理计划  □观察患者情况  □指导氧疗、吸入治疗  □静脉取血、用药指导  □进行戒烟建议和健康宣教  □协助患者完成实验室检查及辅助检查 | □观察患者一般情况及病情变化  □观察疗效及药物反应  □指导患者有效的咳嗽排痰方法，指导陪护人员协助患者拍背排痰方法  □疾病相关健康教育（家庭氧疗等） |
| 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 | 出院前1–3天 | 出院日 |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □上级医师查房  □评估治疗效果  □确定出院日期及出院后治疗方案  □完成上级医师查房记录 | □完成出院小结  □向患者交待出院后注意事项  □预约复诊日期 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**  □呼吸内科护理常规  □二/三级护理常规（根据病情）  □控制性氧疗（根据病情）  □吸痰（必要时）  □根据病情使用、调整上述治疗药物  **临时医嘱：**  □根据需要复查有关检查 | **出院医嘱：**  □出院带药  □门诊随诊 |
| 主要  护理  工作 | □观察患者一般情况  □观察疗效、各种药物作用和副作用  □指导呼吸康复训练（根据需要）  □恢复期心理与生活护理  □出院准备指导 | □出院注意事项（戒烟、避免烟尘吸入、坚持康复锻炼、注意保暖、加强营养）  □帮助患者办理出院手续  □出院指导（家庭氧疗等） |
| 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 |  |  |