# 急性心包炎临床路径

（2017年版）

一、急性心包炎临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为急性心包炎（ICD-10：I30.902）。

**（二）诊断依据。**

根据2015年ESC心包疾病诊治指南。

1. 临床发作特点：
2. 胸痛：常位于胸骨后或心前区，可放射至颈部和背部，呈锐痛，偶可位于上腹部，也可呈钝痛或压榨性痛并放射至左上肢;或随每次心脏跳动而发生刺痛。疼痛多在卧位、[咳嗽](http://hxnk.xywy.com/ks/)、深吸气时加重，前倾坐位时减轻。
3. 呼吸困难：为避免心包和胸膜疼痛而产生呼吸变浅变速。呼吸困难也可因发热、大量[心包积液](http://xxgnk.xywy.com/xbjy/)导致心腔压塞、邻近支气管、肺组织受压而加重，表现为面色苍白、烦躁不安、胸闷、大汗淋漓等。患者常采取坐位，身体前倾，这样，可使心包积液向下、向前移位以减轻其对心脏及邻近脏器的压迫，从而缓解症状。
4. 全身症状：可伴有潜在的全身疾病如结核、肿瘤、[尿毒症](http://snk.xywy.com/ndz/)所致的[咳嗽](http://hxnk.xywy.com/ks/)、咳痰、[贫血](http://xyk.xywy.com/px/)、体重下降等症状。
5. 临床体征：
6. 心包摩擦音：胸骨左缘3～4肋间、胸骨下段和剑突附近易听到。其强度受呼吸和体位影响，深吸气或前倾坐位摩擦音增强。可持续数小时、数天、数周不等。当心包内出现渗液，将两层心包完全分开时，心包摩擦音消失;
7. 心包积液：症状的出现与积液的量和速度有关，而与积液性质无关。当心包积液达200～300ml以上或积液迅速积聚时出现下列体征：

①心脏体征：心脏搏动减弱或消失，心浊音界向两侧扩大。心音轻而远，心率快。少数人在胸骨左缘3～4肋间可听到舒张早期额外音(心包叩击音)。

②左肺受压迫征象：大量心包积液时，心脏向左后移位，压迫左肺，引起左肺下叶不张，在左肩胛下角区出现肺实变表现，称之为Ewart征。

③心脏压塞征象：表现为心动过速、心排量下降、发绀、呼吸困难、收缩压下降甚至休克。如积液为缓慢积聚过程，也可产生慢性心脏压塞征，表现为静脉压显着升高，颈静脉怒张和吸气时颈静脉扩张更明显，称Kussmaul征，常伴有肝大、[腹水](http://xhnk.xywy.com/fs/)和下肢水肿。

④脉搏细弱、脉压减小、奇脉：由于动脉收缩压降低，舒张压变化不大所致。奇脉产生的原因主要是胸廓内的血流随呼吸运动而有明显改变所致，表现为吸气时动脉血压下降。

3.心电图(ECG)表现：

除aVR和V1导联外ST段呈弓背向下抬高，aVR和V1导联ST段压低T波高耸直立，数天后，ST段回到等位线，T波开始变平坦，倒置，但不伴R波电压降低及病理性Q波。大量心包积液时可表现QRS波低电压，电交替。

4. 超声心动图检查：

诊断心包积液简便、安全、灵敏和可靠的无创性方法，也可提示有无心包粘连。

5. 急性心包炎的病因：

1. 感染：病毒、细菌、真菌、寄生虫、立克次体等。
2. 自身免疫：风湿热及其他结缔组织疾病，如系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、类风湿关节炎；心肌梗死后综合征、心包切开后综合征及药物性如肼屈嗪、普鲁卡因胺等。
3. 肿瘤：原发性和继发性。
4. 代谢疾病：尿毒症、痛风等。
5. 物理因素：外伤、放射性等。
6. 其他：淀粉样变性、外伤、心脏手术后、药物等。

6.急性心包炎诊断标准：至少有以下4项中2项标准：

⑴与心包炎一致的胸痛。⑵心包摩擦音。⑶心电图新出现的广泛ST段抬高或PR段压低，aVR和V1导联除外。⑷心包积液（新出现或恶化）。

附加证据：炎症标志物的升高（如C反应蛋白，红细胞沉降率、白细胞计数）；心包炎症成像技术（心脏CT、心脏核磁共振检查）的证据。

**（三）进入路径标准。**

第一诊断为急性心包炎（ICD-10：I30.902）。

**（四）标准住院日为2-3周。**

**（五）住院期间的检查项目。**

**1.必需的检查项目**

（1）血常规；

（2）肝功能、肾功能、血沉、C-反应蛋白、血清心肌损伤标记物、甲状腺功能;

（3）胸部影像学检查、心电图、超声心动图。

**2.根据患者病情进行的检查项目**

病原学检查：

1. 细菌性：血培养；
2. 结核性：结核菌素试验、T-SPOT.TB、结核PCR检查；
3. 病毒性：常见病毒如肠道病毒、腺病毒、细小病毒B19、疱疹病毒、EB病毒的聚合酶链反应基因组学检测；血丙肝病毒、人免疫缺陷病毒检测；
4. 自身免疫性：抗核抗体、抗中性粒细胞抗体、抗核抗原等；
5. 肿瘤性：肿瘤标志物如CA125等。

影像学检查：心脏CT/核磁共振心脏显像、PET；

心包穿刺液检测：穿刺液凃片、培养、细胞学检查。

心包组织活检。

**（六）治疗方案的选择。**

1.抗炎治疗：急性心包炎可应用阿司匹林、布洛芬等非甾体抗炎药物、秋水仙碱抗炎治疗。

2.针对病因治疗：病毒性心包炎可应用静脉免疫球蛋白、缬更昔洛韦治疗；结核性心包炎需要利福平、异烟肼、比嗪酰胺、乙胺丁醇等抗结核治疗；化脓性心包炎：应用有效抗生素；自身免疫性心包炎：应用免疫抑制剂。

3.心包腔内治疗：结核性心包炎：为降低缩窄性心包炎发生心包腔内注入尿激酶；化脓性心包炎：行心包切开引流，并进行心包腔内冲洗、可心包腔内注入溶栓药物。

4.心包穿刺引流：大量心包积液造成心包填塞时应穿刺引流。

5.心包切开、心包开窗：反复心包积液、心包填塞可行心包切开、心包开窗治疗。

**（七）出院标准。**

胸痛、呼吸困难症状缓解、心包积液得到控制、心包填塞症状缓解、无其它并发症。

**（八）变异及原因分析。**

1. 主动脉夹层破裂致心包积液；
2. 肿瘤所致心包积液；
3. 其它系统性疾病所致心包积液
4. 出现严重并发症。

二、急性心包炎临床路径表单

适用对象：第一诊断为急性心包炎（ICD-10：130.902）

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： 14-21 天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第１天 | 住院第２天 | 住院第３天 |
| 诊疗工作 | * 监测血压、心率、呼吸生命体征
* 心电监测
* 监测体温
* 观察有无心电图变化；检查有否心肌损伤标志物升高
* 上级医师查房：病情分析，制订下一步诊疗方案
* 完成病历及上级医师查房记录
* 急性心包炎常规抗炎、对症治疗
 | * 继续生命体征监护
* 观察症状及体征变化
* 观察有无心电图变化
* 心电监测
* 观察超声心动图心包积液、心功能状态
* 根据诊断及鉴别诊断的需要进行相应血生化检测、病原学检测
* 上级医师查房：评估病情，修订诊疗方案
* 完成病程记录、上级医师查房记录
* 继续急性心包炎常规抗炎、对症治疗
* 评估是否存在心包穿刺抽液指征
 | * 继续生命体征监护
* 心电监测
* 上级医师查房：评价是否行心脏核磁共振检查或CT检查
* 进一步查找心包炎病因
* 评估初步治疗效果
* 完成上级医师查房和病程记录
* 继续和调整药物治疗
* 根据病因选择相应治疗
 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 急性心包炎护理常规
* 一级护理或特级护理
* 吸氧（必要时）
* 普食
* 持续心电、呼吸、血压和血氧饱和度监测
* 记录出入量、体重
* 阿司匹林或布洛芬或秋水仙碱（无禁忌证）

**临时医嘱：*** 根据病情
* 血常规、尿常规，
* 血清心肌损伤标记物、凝血功能、肝肾功能、电解质、血糖、血脂、血沉、C-反应蛋白、甲状腺功能
* 心电图、胸片、超声心动图
 | **长期医嘱：*** 急性心包炎护理常规
* 一级护理或特级护理
* 吸氧（必要时）
* 普食
* 持续心电、呼吸、血压和血氧饱和度监测
* 记录出入量、体重
* 阿司匹林或布洛芬或秋水仙碱（无禁忌证）
* 酌情使用袢利尿剂、螺内酯

**临时医嘱：*** 根据病情
 | **长期医嘱**：* 急性心包炎护理常规
* 一级护理或特级护理
* 吸氧（必要时）
* 普食
* 持续心电、呼吸、血压和血氧饱和度监测
* 记录出入量、体重
* 阿司匹林或布洛芬或秋水仙碱（无禁忌证）
* 袢利尿剂、螺内酯根据心包积液情况酌情使用
* 酌情病因治疗

**临时医嘱：*** 根据病情
 |
| 护理工作 | * 生活与心理护理
* 指导患者配合检查治疗
 | * 生活与心理护理
* 指导患者配合检查治疗
 | * 生活与心理护理
* 指导患者配合检查治疗
* 有心包穿刺引流患者注意保持引流管通畅，记录引流量
 |
| 变异 | □无□有，原因： | □无□有，原因： | □无□有，原因： |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第4-10天 | 住院第11-15天 | 住院第16-21天（出院日） |
| 诊疗工作 | * 继续生命体征监护
* 心电监测
* 体温检测
* 上级医师查房：进一步查找心包炎病因
* 评估初步治疗效果
* 完成上级医师查房和病程记录
* 继续或调整药物治疗
* 根据病因选择相应治疗。
 | * 继续生命体征监护
* 心电监测
* 体温监测
* 观察症状及体征变化
* 异常血生化、病原学检测结果复查
* 上级医师查房：评估病情及治疗效果，根据病情调整诊疗方案
* 完成病历、病程记录、上级医师查房记录
* 继续治疗
 |  通知患者和家属□ 通知住院处□ 向患者交代出院后注意事项，预约复诊日期□ 完成病历书写□ 将出院记录副本交给患者□ 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 |
| 重点医嘱 | **长期医嘱：*** 急性心包炎护理常规
* 一级护理
* 吸氧
* 普食
* 持续心电、呼吸、血压和血氧饱和度监测
* 记录出入量
* 阿司匹林或布洛芬或秋水仙碱（无禁忌证）
* 袢利尿剂、螺内酯根据心包积液情况酌情使用
* 酌情病因治疗

**临时医嘱：*** 根据病情
 | **长期医嘱：*** 急性心包炎护理常规
* 二级护理
* 吸氧
* 普食
* 停止持续心电、血压和血氧饱和度监测（根据病情）
* 记录出入量
* 阿司匹林或布洛芬或秋水仙碱（无禁忌证）
* 袢利尿剂、螺内酯根据心包积液情况酌情使用
* 酌情病因治疗

**临时医嘱：*** 异常血生化、病原学检测结果复查
 | **出院医嘱**：□ 注意事项□ 出院带药□ 门诊随诊 |
| 护理工作 | * 生活与心理护理
* 指导患者配合检查治疗
* 有心包穿刺引流患者注意保持引流管通畅，记录引流量
 | * 生活与心理护理
* 指导患者配合检查治疗
* 有心包穿刺引流患者注意保持引流管通畅，记录引流量
 | * 帮助办理出院手续
* 出院指导
 |
| 变异 | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： | □无 □有，原因： |
| 护士签名 |  |  |  |
| 医师签名 |  |  |  |