# 缺血性心肌病临床路径

（2017年县医院适用版）

一、缺血性心肌病临床路径标准住院流程

1. **适用对象。**

第一诊断为缺血性心肌病患者（ICD-10：I25.501），由冠心病引起的严重心肌功能失常的心肌病（由缺血性功能障碍及冬眠心肌所致的心力衰竭，广泛心肌纤维化，多次心肌梗死单独或联合产生的症状），不包括孤立的室壁瘤和与冠状动脉病变有关的其它结构异常或并发症如乳头肌功能失常（二尖瓣关闭不全），室间隔穿孔和心律失常等。

1. **诊断依据。**

根据《冠心病》（陈在嘉高润霖编著，人民卫生出版社）《Bround心脏病学》（陈灏珠译第十版）相关章节。

1临床症状:心绞痛，劳累性呼吸困难，严重者可有端坐呼吸和夜间阵发性呼吸困难等急性左心衰竭的症状。晚期可有外周水肿和腹胀等症状。

2体征：查体可见颈静脉充盈，肺部啰音，心界扩大，外周水肿，多可闻及收缩期杂音、奔马律。

3辅助检查：

ECG：可见窦性心动过速，室早、房颤，同时常有ST-T异常和陈旧性心肌梗死的异常Q波，。

X线：左室或全心扩大，肺淤血，间质水肿，肺泡性肺水肿或胸膜渗出。

超声心动图检查：可见心脏扩大，左室舒张末径增大，节段性室壁运动异常。还可见右室增大和心包积液。

放射性核素检查：可见心脏扩大，室壁运动障碍及射血分数的下降。可检测到存活的冬眠心肌。

心导管检查：冠脉造影可见冠脉多支血管弥漫性病变（几乎100%累及前降支），左心室造影可见左心室增大，左室舒张末期压力增加，射血分数下降及二尖瓣反流等。

1. **进入路径标准。**

1.第一诊断为由冠心病引起的严重心肌功能失常的缺血性心肌病患者（ICD-10：I25.501）。

2.除外孤立的室壁瘤和与冠状动脉病变有关的其它结构异常或并发症如乳头肌功能失常（二尖瓣关闭不全），室间隔穿孔和心律失常等。

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，可以进入路径。

1. **标准住院日。**

标准住院日为7～14天

1. **住院期间的检查项目。**

1.必需的检查项目:

( 1 )血常规、尿常规、便常规+隐血；

（2）血气分析、肝功能、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）、D-二聚体、脑钠肽

（3）胸部影像学检查、心电图、24h动态心电图、超声心动图。

（4）心肌缺血评估，冬眠心肌的检测。

（5）冠状动脉造影检查。

2.根据患者具体情况可查：

（1）红细胞沉降率、C-反应蛋白或高敏C-反应蛋白；

（2）四肢血压ABI测定；

1. **选择治疗方案的依据。**

根据《冠心病》（陈在嘉高润霖编著，人民卫生出版社），《Bround 心脏病学》（陈灏珠译第十版）、《2014中国心力衰竭诊断和治疗指南》相关章节。

一般治疗：吸氧，监测，心电图检查，血氧饱和度监测，出入量管理，限水1.5-2L/日，限钠<2g/日。

药物治疗：

1. 利尿药物：对于水钠潴留患者、尤其是急性心力衰竭的患者早期应用利尿剂可控制肺淤血和外周水肿，明显改善症状。
2. 洋地黄类药物：对于改善心功能有益，尤其是对尚有心肌储备能力的心肌作用更为明显，而且对于控制患者的室上性心律失常（包括房颤等）也有一定的价值。
3. 血管扩张剂：可以降低心脏的前负荷，减轻肺淤血的症状，降低心脏后负荷增加心排出量。虽然从长期看对提高存活率和预后影响不显著，但对于缺血性心肌病急性心力衰竭和慢性心力衰竭急性加重的患者，临床应用后可明显改善症状。
4. 抗心肌缺血药物：β受体阻滞剂、硝酸酯类、钙离子拮抗剂等。

（1）β受体阻滞剂：无禁忌证者24h内常规口服。

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

（3）钙离子拮抗剂

5.抗凝药物：抗凝治疗对于防止血栓栓塞有效，除非有禁忌，一般可考虑给予抗凝剂。

5.抗心律失常药物：有心律失常时应用，使用时应充分考虑它们的负性肌力作用对缺血性心肌病心力衰竭的影响，以及抗心律失常药物的致心律失常作用。室性和室上性心律失常十分常见，胺碘酮对室性心律失常等的治疗效果较好，负性肌力作用小。

6.调脂药物：早期应用他汀类药物

7.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，可皮下或静脉注射吗啡。

8.对于拟行介入治疗的患者抗血小板药物常规联用阿司匹林+氯吡格雷。

9．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24h内口服。不能耐受者可选用ARB治疗。

10.合并明确感染的患者，抗菌素的应用按照《抗菌药物临床应用指导原则》卫医发(2004)285号文件结合临床微生物培养结果选择用药。

11.其他药物：伴随疾病的治疗药物等。

血运重建治疗：

1.对于有存活心肌、冬眠心肌的患者在强化药物治疗的基础上，可优先选择经皮冠状动脉介入治疗（PCI）改善心肌血供，进行血运重建。

2.对于有心肌收缩储备，有冬眠心肌、有大量顿抑心肌患者，心功能中度受损行外科冠状动脉旁路移植手术治疗后冠脉血流有所恢复，冬眠、顿抑心肌“苏醒”，心功能获得改善。

3.近年来，对于心脏扩大、收缩无力、且无存活心肌的患者年龄在65岁以下，可以考虑心脏移植。

1. **出院标准。**

1.生命体征平稳，血流动力学稳定。

2.心力衰竭的症状得到明显的改善和有效的控制，BNP水平较入院下降>50%。

3.心肌缺血症状得到有效控制。

4.无其他需要继续住院的合并症。

1. **变异及原因分析。**

1.病情危重，合并多器官衰竭。

2.出现严重合并症或并发症。

二、缺血性心肌病临床路径表单

适用对象：第一诊断为缺血性心肌病（ICD-10：I25.501）；

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 时间 | | 住院第１天 | | 住院第２天 | | 住院第３天 | |
| 诊  疗  工  作 | | * 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 * 明确初步诊断 * 完成病例书写及上级医师查房记录。 * 明确记录24小时出入量 | | * 上级医师查房 * 确定诊疗方案 * 完成病例书写及查房记录 * 复查异常指标 * 明确记录24小时出入量 | | * 上级医师查房 * 完成三级医师查房记录 * 根据病情调整方案 * 完成病例书写 * 复查异常指标 * 记录24小时出入量 | |
| 重  点  医  嘱 | | **长期医嘱：**   * 重症监护 * 特级护理 * 持续呼吸、心电、血压和血氧饱和度监测等 * 吸氧（必要时） * 卧床 * 记录24小时出入量、体重 * 抗血小板药物 * 利尿、扩管、强心药物（无禁忌症） * 血管活性药物 * 抗心律失常药 * β受体阻滞剂 * ACEI/ARB类药物 * 合并感染者应用抗生素 * 他汀类药物   **临时医嘱：**   * 描记“18导联”心电图，胸部影像学检查 * 血清心肌损伤标志物测定 * 血常规、血糖、肝功能、肾功能、电解质、凝血功能、血脂 * 感染性疾病筛查 * 建立静脉通道 * BNP * 血气 * 其他特殊医嘱 * 床旁胸片 * 超声心动图检查 * 尿常规 * 便常规+潜血 | | **长期医嘱**：   * 重症监护 * 特级护理 * 持续呼吸、心电、血压和血氧饱和度监测等 * 吸氧（必要时） * 卧床 * 记录24小时出入量、体重 * 抗血小板药物 * 利尿、扩管、强心药物（无禁忌症） * 血管活性药物 * 抗心律失常药 * β受体阻滞剂 * ACEI/ARB类药物 * 合并感染者应用抗生素 * 他汀类药物   **临时医嘱：**   * 复查胸片 * 电解质、肾功能 * D二聚体，凝血功能 * 血沉 * 血常规、尿常规、血糖及异常指标复查 | | **长期医嘱**：   * 重症监护 * 特级护理 * 持续呼吸、心电、血压和血氧饱和度监测等 * 吸氧（必要时） * 卧床 * 记录24小时出入量、体重 * 抗血小板药物 * 利尿、扩管、强心药物（无禁忌症） * 血管活性药物 * 抗心律失常药 * β受体阻滞剂 * ACEI/ARB类药物 * 合并感染者应用抗生素 * 他汀类药物   **临时医嘱：**   * 血常规、血糖、肝功能、肾功能、电解质、凝血功能 * BNP | |
| 护理工作 | | * 重症护理常规 * 特级护理 * 静脉取血 * 健康宣教 | | * 重症冠心病护理常规 * 特级护理 * 观察病情变化 * 控制出入量宣教 | | * 重症冠心病护理常规 * 特级护理 * 防止皮肤压疮护理 * 心理生活护理辅导 | |
| 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4～6天 | | 住院第7～9天  （普通病房第4～6天） | | 住院第8～10天  （出院日） | |
| 主  要  诊  疗  工  作 | * 上级医师查房：心功能和治疗效果评估 * 确定下一步治疗方案 * 完成上级医师查房记录 * 评估心肌存活 * 心功能再评价 | | * 上级医师查房与诊疗评估 * 完成上级医师查房记录 * 预防并发症 * 是否血运重建治疗评估，包括PCI、CABG * 完成择期PCI * 治疗效果、预后和出院评估 * 确定患者是否可以出院 * 康复和宣教 | | **如果患者可以出院：**   * 通知出院处 * 通知患者及其家属出院 * 向患者交待出院后注意事项，预约复诊日期 * 将“出院总结”交给患者 * 如果患者不能出院，请在“病程记录”中说明原因和继续治疗 * 二级预防的方案 | |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 重症监护 * 一级护理 * 持续心电、血压和血氧饱和度监测等 * 吸氧（必要时） * 床旁活动 * 记录24小时出入量、体重 * 抗血小板药物 * 利尿、扩管、强心药物（无禁忌症） * 血管活性药物 * 抗心律失常药 * β受体阻滞剂 * ACEI/ARB类药物 * 合并感染时使用抗生素 * 他汀类药物   临时医嘱：  □ 复查心电图、  □胸部X线片、血常规、肝功能、肾功能、电解质、尿常规、便常规、凝血功能  □心肌存活PET-CT检查 | | **长期医嘱：**   * 冠心病护理常规 * 二级护理 * 床旁活动 * 抗血小板药物 * 利尿、扩管、强心药物（无禁忌症） * 血管活性药物 * 抗心律失常药 * β受体阻滞剂 * ACEI/ARB类药物 * 合并感染时使用抗生素 * 他汀类药物   **临时医嘱：**   * 完善血运重建PCI或CABG前各项准备工作 | | **出院医嘱：**   * 低盐低脂饮食、适当运动、改善生活方式（戒烟） * 控制出入量 * 高血压、高血脂、糖尿病等危险因素 * 出院带药（根据情况）：强心利尿剂，他汀类药物、抗血小板药物、β受体阻滞剂、ACEI、钙拮抗剂等 * 定期复查 | |
| 主要  护理  工作 | * 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 * 二级预防教育 | | * 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 * 二级预防教育 * 出院准备指导 | | * 帮助患者办理出院手续、交费等事项 * 出院指导 | |
| 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 |  | |  | |  | |