# 心肌炎临床路径

（2017年县医院适用版）

一、心肌炎临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为心肌炎（ICD-10：I51.403）。

**（二）诊断依据。**

根据《内科学（第七版）》（人民卫生出版社），1999年全国心肌炎心肌病专题研讨会提出的成人急性心肌炎诊断参考标准,以及《2013ESC：心肌炎的病因、诊断、管理和治疗立场声明》

1. 临床表现：

(1) 急性胸痛，心包炎，或心肌缺血类似表现；

(2)发病前1-3周有上呼吸道、消化道等前驱感染症状；

(3) 3个月内新发或加重的：静息或运动时呼吸困难，和/或乏力，伴或不伴心衰表现；

(4) 亚急性/慢性(>3月)或加重的：静息或运动时呼吸困难，和/或乏力，伴或不伴心衰表现；

(5) 心悸，和/或不能解释的心律失常症状(或晕厥)，和/或“流产的”心脏性猝死，不能解释的心源性休克。

2. 辅助检查：

(1) ECG/Holter：

新发的异常心电图和Holter：I度-III度房室传导阻滞，束支阻滞，ST/T改变，窦性停搏，室速/室颤和心脏停搏，房颤，R波递增不良，室内传导阻滞，异常Q波，低电压，频发早搏，室上性心动过速。

(2) 心肌损伤标记物

TnI/TnT升高

(3) 心脏影像学显示心脏结构和功能异常(超声/CMR/血管造影)

新发的，不能解释的左室或右室结构和功能异常；局灶性室壁运动异常或收缩功能异常或舒张功能异常，伴或不伴心室扩张、室壁增厚、心包积液、附壁血栓。

(4) 具有心脏核磁的典型表现

心肌水肿和/或典型的心肌炎延迟性增强表现。

满足以下条件可诊断为临床可疑心肌炎：有≥1的临床表现和≥1个的辅助检查阳性，且(1)无冠脉造影证实的冠心病(冠脉狭窄≥50%);(2)或既往有其他心血管病或其他心血管病可解释目前的症状（如:瓣膜病，先天性心脏病，甲亢）。如患者满足的诊断标准越多，越倾向于心肌炎的诊断

如果患者没有临床表现，仅符合≥2的辅助检查结果阳性也应考虑可疑心肌炎。

建议所有临床怀疑心肌炎的患者行冠脉造影和心内膜心肌活检。

**（三）治疗方案的选择。**

根据《内科学（第七版）》（人民卫生出版社）。

1.应卧床休息，进食富含维生素及蛋白质的食物。

2.对症支持治疗。

3. 积极治疗心衰、心律失常等。

4. 免疫调节治疗，必要时可考虑使用抗病毒、静脉用IVIG等药物。

5．非药物治疗：临时起搏器、体外膜肺氧合治疗（ECMO）、心室辅助装置。

**（四）标准住院日为14天。**

**（五）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10：I51.403心肌炎疾病编码。

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）入院后第1-2天。**

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）C反应蛋白（CRP）、ASO、红细胞沉降率；

（3）肝肾功能、电解质；

（4）心肌酶谱及肌钙蛋白检测；

（5）病毒IgM检测：柯萨奇病毒及其他肠道病毒；流感病毒；肝炎病毒及HIV等；

（6）血气分析；

（7）心电图、胸部X线、超声心动图检查、Holter动态心电图。

2.根据患者病情可选择的检查项目：病原学指标、免疫学指标、心脏核磁、心内膜活检等。

**（七）治疗方案与药物选择。**

1.减轻心脏负荷和改善心功能药物：利尿剂、血管扩张剂、血管紧张素转化酶抑制剂等。

2.抗氧化剂：根据病情可考虑使用大剂量维生素C静脉注射。

3.抗病毒治疗：可考虑使用黄芪、干扰素等，不作常规用药。

4.抗心律失常药物：如有频发期前收缩或快速性心律失常可采用。

5.免疫抑制剂：出现房室传导阻滞、难治性心力衰竭、重症患者或考虑有自身免疫的情况下可谨慎使用糖皮质激素，如有抗心肌相关抗体阳性，可慎重使用免疫抑制剂

6.供给能量药物：根据病情可考虑选用辅酶Q10、肌酸磷酸钠、左卡尼汀等。

**（八）必须复查的检查项目。**

1.血常规、CK–MB和心肌肌钙蛋白；

2.心电图、超声心动图、Holter动态心电图。

**（九）出院标准。**

1.临床症状好转。

2.心律失常控制。

3.心功能不全恢复。

4.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.存在使心肌炎进一步加重的其他疾病，需要处理干预。

2.入院时已发生心源性休克、严重心律失常者，需积极对症处理，完善相关检查，向家属解释并告知病情、导致住院时间延长，增加住院费用的原因，必要时转入重症监护病房等。

二、心肌炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**心肌炎（ICD-10：I51.403）。

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 |
| 主要  诊疗  工作 | □询问病史及体格检查  □制定初步诊疗方案  □如病情重，应及时请示上级医师  □病情告知 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**  □心内科护理常规  □饮食：限液限钠  □病重者予心电、血压监护，必要时吸氧  □抗感染药物治疗  □大剂量维生素C静脉注射  □营养心肌药物  □抗心律失常药物  □改善心功能药物  **临时医嘱：**  □血、尿、大便常规  □血CRP、血沉、肝肾功能、电解质、血CK-MB、肌钙蛋白  □血气分析  □病毒抗体检测  □胸片，心电图，超声心动图，24小时心电图  □心脏核磁（必要时）  □免疫学指标（必要时）  □对症药物治疗 |
| 主要  护理  工作 | □入院宣教  □入院护理评估  □卧床休息，定时测量体温、心率、血压、心律  □严格记录出入液量 |
| 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2–7天 | 住院第8–13天 | 住院第14天  （出院日） |
| 主  要  诊  疗  工  作 | □上级医师查房  □整理送检项目报告，有异常者应当及时向上级医师汇报，并予相应处置  □注意防治并发症 | □上级医师查房  □根据结果调整治疗药物 | □上级医师查房，同意其出院  □完成出院小结  □出院宣教：向患者家属交代出院注意事项，如随访项目、间隔时间、观察项目等 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**  □心内科护理常规  □饮食  □病重者予心电监护，吸氧  □抗感染药物  □大剂量维生素C静脉注射  □营养心肌治疗  □抗心律失常药物  □改善心功能药物  **临时医嘱：**  □必要时复查血气分析  □必要时复查心电图、超声心动图  □对症处理  □其他医嘱 | **长期医嘱：**  □心内科护理常规  □饮食  □抗感染药物  □营养心肌治疗  □抗心律失常药物  □改善心功能药物  **临时医嘱：**  □复查血常规  □复查CK-MB和肌钙蛋白  □复查心电图、超声心动图、胸片、Holter动态心电图  □其他医嘱 | **出院医嘱：**  □出院带药  □门诊随诊 |
| 主要  护理  工作 | □每日护理评估  □定时测量体温、心率、血压  □严格记录出入液量 | □护理评估  □生活护理 | □出院宣教 |
| 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 |  |  |  |