# 心律失常—房性心动过速临床路径

（2017年县医院适用版）

一、心律失常—房性心动过速临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为房性心动过速（ICD-10:I47.101）。

经导管心内电生理检查及消融治疗（ICD-9-CM-3: 37.34/37.26）。

**（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年）、《ACC/AHA/ESC 2003年室上性心律失常治疗指南》(JACC 2003，42卷，第8期)等国内外治疗指南。

1.局灶性房性心动过速。

局灶性房性心动过速（简称房速）定义为激动起源自心房内较小区域，然后离心性扩布，并于此后心动周期内较长的时间内无心内膜的激动。此类心动过速多为自律性增高机制，心房率通常在100–250次/分。部分患者可以是多灶性起源，表现为房速频率不一致以及心电图P波形态多变。

（1）临床表现：包括心悸、眩晕、胸痛、呼吸困难、疲乏及晕厥等。儿童可出现进食困难、呕吐及呼吸急促。局灶性房速多呈短阵性、持续性，部分呈无休止性。呈短阵性发作或持续时间短的房速，如果合并窦性心动过缓或者在房性心动过速终止时有窦性停搏，可导致晕厥或黑矇。局灶性房速患者的临床一般为良性过程，但无休止性发作可以导致心动过速心肌病或加重原有心血管疾病，引起心力衰竭。儿茶酚胺水平增高往往可以加重发作。

（2）心电图表现：心电图常表现为长RP’。PR间期的变化一般与房速的频率有关。如表现为室上速伴房室传导阻滞，一般可以排除AVRT。

（3）根据局灶性房速时体表心电图的P波形态，可以初步判定其起源部位。P波在Ⅰ和AVL导联呈负相，或V1导联呈正相，一般提示为左房起源。此外，下壁导联P波呈负相，提示激动由下向上传导；下壁导联P波呈正相，提示激动由上向下传导。起源于高位终末嵴或右上肺静脉的房速的P波形态可以与窦律的P波形态相似。然而前者的P波在V1导联多呈正相。偶见起源于主动脉根部的房速。

2.折返性房速。

其机制是绕固定解剖障碍或功能性障碍区的折返。原发性的折返性房速多见于老年患者且多发于右房，心脏外科术后以及心房颤动消融术后容易产生折返性心动过速，其频率多在180－300次/分，房室传导以2：1多见但也可以出现1：1传导，严重时可导致血流动力学不稳定或心力衰竭。心电图显示P波与窦性者形态不同，多数情况下心房激动连续存在，产生锯齿样心房波。三维电生理标测以及拖带标测有助于明确折返性房速的机制和折返路径。此外，部分有器质性心脏病（尤其各种原因导致右心房明显扩大者）手术史的患者可能合并窦性心动过缓甚至窦性静止，在转复或导管消融术后需要进行起搏器植入术。

**（三）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10:I47.101房性心动过速疾病编码。

2.除外洋地黄过量、电解质或代谢紊乱和慢性肺部疾病等造成的房速。

3.当患者同时具有其他疾病诊断，但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。

**（四）标准住院日为5-7天。**

**（五）住院期间的检查项目。**

**1.必需的检查项目**

1.心电图；

2.血常规＋血型、尿常规、便常规；

3.肝肾功能、血电解质、血糖、血气分析、凝血功能、心肌损伤标记物、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）、甲状腺功能；

4.超声心动图、胸片，对于持续性局灶性房速和折返性房速，应当排除左房血栓的存在。

**2.根据患者病情进行的检查项目**

1.胸部CT、经食道超声心动图、颅脑CT、心脏MRI、24小时动态心电图（Holter）

2.感染相关检查（CRP、ESR、PCT等）

3.CTPA、肺通气/灌注扫描、肺功能

4.洋地黄血药浓度检测

**（六）治疗方案的选择。**

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年）、《ACC/AHA/ESC 2003年室上性心律失常治疗指南》(JACC 2003，42卷，第8期)等国内外治疗指南。

1.明确房速的诊断，向患者及家属交待病情，签署抢救、治疗等知情同意。

2.明确患者血流动力学状态，确定终止或缓解房速的方式：

（1）血流动力学不稳定、出现意识不清者，立即给予同步直流电复律，终止房速；

（2）血流动力学不稳定、但意识尚清楚者，给予静脉诱导麻醉后同步直流电复律；

（3）血流动力学稳定者，可采用抗心律失常药物复律或暂时观察，心室率过快时可应用药物控制心室率。

3.初步筛查引起房速的基础疾病，确定治疗方案：

（1）存在洋地黄过量、代谢或电解质紊乱、慢性肺部疾病等诱因的患者，房速终止后给予停药观察，补充电解质等治疗后进入“药物治疗流程”；

（2）符合导管消融适应证的房速患者进入“电生理检查＋经导管消融手术流程”；

（3）对于多源性房速，抗心律失常药物往往效果较差。治疗一般针对原发的疾病。

4.药物治疗（抗心律失常药物治疗）。

5.经导管消融，适应证：

适应证：

（1）反复发作症状性房速，推荐级别I；

（2）症状性或无症状性的无休止房速,推荐级别I；

（3）非持续性的无症状性房速，推荐级别Ⅲ。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

抗菌药物使用：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行，并根据患者的病情决定抗菌药物的选择与使用时间。

**（八）手术日为入院第2-3天。**

明确患者房速的基础疾病后，可选择电生理检查＋经导管消融术。部分患者对药物反应差且心功能障碍，可行紧急消融术。

1.麻醉方式：局部麻醉。

2.术中用药：局部麻醉药，诱导麻醉药（需行直流电复律者）。

**（九）术后恢复3-4天。**

1.需复查心电图。

2.必要时复查Holter和超声心动检查。

**（十）出院标准。**

1.生命体征平稳。

2.无其他需要继续住院的并发症。

**（十一）变异及原因分析。**

1.消融术部分成功，另需药物治疗。

2.消融术后因患者窦房结功能不良需植入永久起搏器。

3.其他情况，包括手术并发症等。

二、心律失常—房性心动过速临床路径表单

适用对象：第一诊断房性心动过速（ICD-10：I47.101）；

行经导管心内电生理检查及消融治疗（EPS＋RFCA）（ICD-9-CM-3: 37.34/37.26）

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 5-7 天

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 急诊处理 | 住院第1-2天 |
| 诊  疗  工  作 | * 描记12导联心电图 * 评价心电图 * 询问病史 * 检查生命体征，体格检查 * 完成血流动力学评估 * 向家属交代病情，签署相关知情同意书如患者因血流动力学不稳定，出现意识丧失，则迅速给予直流电复律 * 如果血流动力学尚稳定，未出现意识丧失，可等待会诊后决定治疗措施 * 如患者出现休克症状，但意识尚清可给予镇静药物后电复律 * 评价病史及基础病，分析各项化验结果，对症处理 * 准备收入相关病房 | □上级医师查房  □分析病因、危险分层、监护强度、治疗效果评估  □确定下一步治疗方案  □完成病历书写  □向家属交代可能的风险，所需诊治方案，并获得家属的知情同意签字  □确定患者是否需要进行电生理检查+经导管消融术  □完成术前准备  □继续调整抗心律失常药 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱：**   * 特级护理 * 每小时测量记录生命体征 * 卧床、禁食水（必要时） * 心电、血压和血氧监测   **临时医嘱：**   * 描记12导联心电图 * 血清心肌标记物测定 * 血常规＋电解质 * 尿常规、便常规； * 肝肾功能、血糖、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；甲状腺功能 * 动脉血气分析 * 凝血功能 * 麻醉机吸氧（如需直流电转复） * 静脉予麻醉药物（如需直流电复律） * 直流电复律（按需） * 描记12导联心电图（转复后） * 静脉应用抗心律失常药（直流电转复后按需或血流动力学稳定者首选） * 口服/静脉抗心律失常药物 * 针对异常化验指标进行复查 * 超声心动检查、胸片。 | **长期医嘱**  □心内科护理常规  □一级护理  □心电、血压和血氧监测  **临时医嘱**  □描记12导联心电图  □甲状腺功能  Holter（按需）  □心脏CT或MRI（按需）  □抗心律失常药（按需）   * 经食道超声检查（按需）   □明日局麻下行EPS+RFCA术  □备皮  □手术前晚可口服镇静药物   * 继续调整抗心律失常药（按需） |
| 护理工作 | * 特级护理 * 协助患者或家属完成挂号、交费等手续 * 取血、并建立静脉通道，记录患者一般情况和用药 * 准确记录治疗过程（时间、病情变化） | □入院宣教  □病房设施及相关规定介绍  □心理及生活护理  指导患者相关治疗和检查活动 |
| 变异 | □无□有，原因： | □无□有，原因： |
| 护士  签名 |  |  |
| 医师  签名 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第3天（手术日）  术前术后 | | 住院第4-5天  （手术后第1-2天） |
| 诊  疗  工  作 | □完成术前准备  □术前心电图 | □术后观察血压、心率和心电图的变化以及有无心包填塞、气胸、血管并发症的发生。有并发症发生则及时处理  □术后穿刺部位观察   * EPS+RFCA术后患者有植入永久起搏器指征，转入“永久起搏器植入术流程” | □安排术后相关检查  □术后向患者交代注意事项  □术后伤口观察，换药等相关治疗  □术后血小板活化剂或抗凝治疗（必要时）  □   * 确定行EPS+RFCA术的患者是否可以出院 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**  □心内科护理常规  □一级护理  **临时医嘱**   * 今日行EPS+RFCA手术 | **长期医嘱**：   * 心内科护理常规 * 一级护理   □ EPS+RFCA术后护理  □卧床  □心电、血压监测  □吸氧（必要时）  □血小板活化剂或抗凝治疗（必要时）  **临时医嘱：**  □继续调整抗心律失常药（按需）  □描记12导联心电图   * 超声心动图（必要时） | **长期医嘱**   * 心内科护理常规 * 一级护理   □心电、血压监测  □血小板活化剂或抗凝治疗（必要时）  **临时医嘱**  □换药1次（EPS+RFCA术后6小时解除包扎，局部听诊有无杂音）  □   * 继续使用抗心律失常药（按需） * Holter |
| 护理工作 | * 心理及生活护理 * 术前宣教 | □穿刺静脉者，术后加压包扎，沙袋压迫2小时，平卧4–6小时后可下地活动   * 如穿刺动脉，术后加压包扎，可延长至8小时，平卧12小时后解除包扎 | □术后心理及生活护理  □配合医师伤口换药   * 指导并监督患者术后的治疗与活动 |
| 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6天  （出院日） |
| 诊  疗  工  作 | **如果患者可以出院：**  □通知出院处  □通知患者及其家属出院  □将“出院总结”交给患者  □向患者交代出院后注意事项  □告知随访相关内容及联系方式   * □如果患者不能出院，请在“病程记录”中说明原因和继续治疗 |
| 重  点  医  嘱 | **出院医嘱：**  □出院医嘱  □出院带药：血小板活化剂或抗凝治疗（必要时）；继续使用抗心律失常药（按需）   * 预约复查 |
| 护理工作 | □帮助患者办理出院手续   * 出院指导 |
| 变异 | □无□有，原因： |
| 护士  签名 |  |
| 医师  签名 |  |