# 心律失常—阵发性室上性心动过速

# 介入治疗临床路径

（2017年县医院适用版）

一、心律失常—阵发性室上性心动过速介入治疗临床路径标准住院流程

**（一）适用对象。**

第一诊断为阵发性室上性心动过速（ICD-10:I47.102）。

经导管行心内电生理检查及射频消融术（ICD-9-CM-3: 37.34/37.26）。

**（二）诊断依据。**

根据《临床诊疗指南－心血管内科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）、《临床技术操作规范－心血管病学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社，2007年）及2007年ACC/AHA与ESC相关指南。

1.临床发作特点：表现为突发突止的心悸，即心动过速呈突发突止的特点，轻者可有心悸、胸闷、紧张、焦虑或头晕，重者可出现心绞痛甚至休克，如果发作时心室率过快，或心动过速终止时未能及时恢复窦性心律可发生晕厥。如果心房颤动或心房扑动经旁路前传可出现宽大畸形的心动过速，重者可发生心室颤动。抗心律失常药如腺苷、普罗帕酮、维拉帕米可以终止其发作。

2.心电图表现：QRS波群形态正常，R－R间期规整的快速心律，心率150–250次/分，成人多为150–200次/分。合并束支阻滞、差异性传导或经旁道前传者可以出现QRS波宽大畸形的心动过速。

3.临床类型：大部分阵发性室上性心动过速是由折返机制引起的，折返可以发生在窦房结、房室结与心房水平，分别称为窦房折返性心动过速、房室结折返性心动过速与心房折返性心动过速，此外房室旁路参与的房室折返性心动过速也归属室上性心动过速的范畴。临床习惯称的阵发性室上性心动过速主要分为如下两个临床类型。

（1）房室结折返性心动过速:其发病机制是由于房室交界区存在着电生理特性不同的两条以上传导通路，即房室结双径路，通常可分为慢快型和快慢型两种类型，慢快型者激动沿慢径路下传，经快径路逆传；快慢型者经快径路下传，经慢径路逆传。慢快型者P波常埋于QRS波内不易辨认，或在QRS 终末形成假性s波或r波；快慢型者可见逆行p波，RP>PR。

（2）房室折返性心动过速：包括预激综合症和隐匿性旁路参与的阵发性室上性心动过速。

**（三）进入路径标准。**

1.第一诊断必须符合ICD-10:I47.102阵发性室上性心动过速疾病编码，经导管行心内电生理检查及射频消融术（ICD-9-CM-3：37.34/37.26）。

2.除外心房颤动、心房扑动、房性心动过速等心律失常性疾病。

3.如患有其他疾病，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。

**（四）标准住院日为2-5天。**

**（五）住院期间的检查项目。**

**1.必需的检查项目**

（1）血常规+血型、尿常规+酮体、大便常规+潜血；

（2）肝肾功能、电解质、血糖、血脂、血清心肌损伤标记物、凝血功能、甲状腺功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）胸片、心电图、24小时动态心电图、超声心动图。

**2.根据患者病情进行的检查项目**

（1）血气分析、D－二聚体、血沉、C－反应蛋白或高敏C－反应蛋白；

（2）心脏负荷试验；

（3）心肌缺血评估。

**（六）治疗方案的选择。**

根据《临床诊疗指南－心血管内科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009年）、《临床技术操作规范－心血管病学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社，2007年）及2007年ACC/AHA与ESC相关指南。

导管射频消融根治阵发性室上性心动过速的方法具有安全迅速和有效的特点，根治率达到95%以上，其主要风险是房室传导阻滞和心包压塞，这些并发症在有经验的心脏中心已极少发生，因此可以作为频繁发作、症状明显患者的首选治疗方法。抗心律失常药物只用于有射频消融禁忌症、不愿接受导管射频消融治疗或心动过速偶发的患者。

**（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。**

必要时术前使用预防性抗菌药物（参照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号））。

**（八）手术日为入院第2-4天。**

1.麻醉方式：局部麻醉。

2.手术方式：心内电生理检查+射频消融。

3.术中用药：抗血栓药（肝素化）、血管活性药、抗心律失常药物等。

4.介入术后即刻检查项目：生命体征检查、心电监测、心电图、穿刺部位的检查。

5.必要时，介入术后转入重症监护病房。

6.介入术后第一天的检查项目：心电图。

**（九）术后恢复2-5天。**

必须复查的检查项目：

1.及时发现和处理并发症；

2.继续严密观察穿刺部位出血、渗血情况；

3.心电图

**（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.病情危重。

2.出现严重并发症。

二、心律失常—阵发性室上性心动过速介入治疗临床路径表单

适用对象：第一诊断阵发性室上性心动过速（ICD-10：I47.102）；

行心内电生理检查及射频消融术（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 2-5 天

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 住院第１天 | 住院第2-3天（手术日）  术前术后 | |
| 诊  疗  工  作 | □完成病史采集与体格检查  □描记12导联心电图  □复印患者发作时心电图，放入病历  □明确诊断   * 开始常规治疗 | □向患者及家属交代病情和治疗措施  □签署手术知情同意书  □签署紧急情况外科知情同意书  □完成常规术前医嘱 | □心内电生理检查及监测血压、心律、心率、呼吸、尿量  □观察穿刺点及周围情况变化、血色素变化  □心电图变化  □  □穿刺部位沙袋压迫（必要时）  □卧床时间   * 观察药物的不良反应 |
| 重  点  医  嘱 | **长期医嘱**  □心内科护理常规  □二级护理（必要时）  **临时医嘱**  □ 12导联心电图、超声心动图、胸片  □血常规+血型  □尿常规+镜检  □便常规+潜血  □血脂、血糖、肝肾功能、电解质、凝血功能、甲状腺功能、心肌损伤标志物  □感染性疾病筛查   * 其他特殊医嘱 | **长期医嘱**  □心内科护理常规  □二级护理  **临时医嘱**  □术前镇静药物 | **长期医嘱**：  □心内科护理常规  □一级护理  □持续心电监测  **临时医嘱：**  □沙袋压迫静脉2–4小时，动脉6–8小时  □卧床（穿刺为静脉时6小时,穿刺为动脉卧床12小时），特殊情况延长  □描记12导联体表心电图 |
| 护理工作 | □协助患者或家属办理入院手续等工作  □健康宣教和手术宣教 | □各种检查结果回报  □手术宣教 | □穿刺部位护理  □卧床护理  □卧床期心理与生活护理 |
| 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3-5天（出院日）  （术后第2-3天） |
| 诊  疗  工  作 | □观察穿刺部位并发症  □观察心脏并发症  □观察肺、胸廓并发症  **如果患者符合出院条件**  □通知出院处  □通知患者及家属  □向患者交待出院后注意事项  □将出院总结交给患者  □如果患者不能出院，在病程记录中说明原因和继续治疗 |
| 重  点  医  嘱 | **出院医嘱**  □预约复查 |
| 护理工作 | □协助患者办理出院手续等事项  □出院指导 |
| 变异 | □无□有，原因： |
| 护士  签名 |  |
| 医师  签名 |  |