不稳定性心绞痛治疗临床路径

一、不稳定性心绞痛治疗临床路径标准住院流程

〔一〕适用对象。

第一诊断为不稳定性心绞痛〔ICD-10: I20.0/20.1/20.9〕

〔二〕诊断依据。

依据《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，2023 年〕，《不稳定心绞痛及非 ST 段抬高性心肌梗死诊断与治疗指南》〔中华医学会心血管病学分会，2023 年〕及 2023 年 ACC/AHA 与 ESC 相关指南

1.临床发作特点：表现为运动或自发性胸痛，休息或含服硝酸甘油可快速缓解。

2.心电图表现：胸痛发作时相邻两个或两个以上导联心电图 ST 段压低或抬高＞0.1mV ，或 T 波倒置≥0.2mV，胸痛缓解后 ST-T 变化可恢复。

3.心肌损伤标记物不上升或未到达心肌梗死诊断水平。

4.临床类型：

（1）初发心绞痛：病程在 1 个月内发生的心绞痛，可表现为自发性与劳力性发作并存，苦痛分级在 III 级以上。

（2）恶化劳力型心绞痛：既往有心绞痛史，近 1 个月内心绞痛恶化加重，发作次数频繁，时间延长或痛阈降低〔即 加拿大劳力型心绞痛分级[CCS I-IV]至少增加 1 级，或至少到达 III 级〕。

（3） 静息心绞痛：心绞痛发生在休息或安静状态,发作持续时间通常在 20 分钟以上。

（4） 梗死后心绞痛：指急性心肌梗死发病 24 小时后至 1 个月内发生的心绞痛。

（5）变异型心绞痛：休息或一般活动时发生的心绞痛，发作时心电图显示 ST 段一过性抬高，多数患者可自行缓解，仅有少数可演化为心肌梗死。

〔三〕治疗方案的选择及依据。

依据《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，2023 年〕，《不稳定心绞痛及非 ST 段抬高性心肌梗死诊断与治疗指南》〔中华医学会心血管病学

分会，2023 年〕及 2023 年 ACC/AHA 与 ESC 相关指南

1.危急度分层：依据 TIMI 风险评分或患者心绞痛发作类型及严峻程度、心肌缺血持续时间、心电图和心肌损伤标记物测定结果，分为低、中、高危三个组别。

2. 药物治疗：抗心肌缺血药物、抗血小板药物、抗凝药物、调脂药物。

3.冠脉血运重建治疗：在强化药物治疗的根底上，中高危患者可优先选择经皮冠状动脉介入治疗〔 PCI〕或冠状动脉旁路移植术〔CABG〕。

（1） PCI：有以下状况时，可于2 小时内紧急冠状动脉造影，对于没有严峻合并疾病、冠状动脉病变适合 PCI 者，实施 PCI 治疗：①在强化药物治疗的根底上，静息或小运动量时仍有反复的心绞痛或缺血发作；②心肌标志物上升〔TNT 或 TNI〕；③消灭的 ST 段明显压低；④心力衰竭病症或体征，消灭或恶化的二尖瓣返流；⑤血流淌力学不稳定；⑥持续性室性心动过速。无上述指征的中高危患者可于入院后12-48 小时内进展早期有创治疗。

（2）CABG：对于左主干病变、3 支血管病变或累及前降支的 2 支血管病变，且伴有左室功能不全或糖尿病者首选。

1.保守治疗：对于低危患者，可优先选择保守治疗，在强化药物治疗的根底上，病情稳定后可进展负荷试验检查，择期冠脉造影和血运重建治疗。

2.改善不良生活方式，掌握危急因素。

〔四〕标准住院日为 7-14 天。

〔五〕进入路径标准。

1.第一诊断必需符合 ICD-10：I20.0/20.1/20.9 不稳定性心绞痛疾病编码。

2.除外心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞、急性心包炎等疾病。

3.如患有其他非心血管疾病，但在住院期间不需特别处理〔检查和治疗〕，也不影响第一诊断时，可以进入路径。

〔六〕术前预备〔术前评估〕0-5 天。

1.必需的检查工程：

（1）血常规、尿常规、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、十八导心电图、超声心动图。

2.依据患者具体状况可查：

〔1〕血气分析、脑钠肽、D-二聚体、血沉、C-反响蛋白或高敏 C-反响蛋白、糖化血红蛋白；

〔2〕24 小时动态心电图、心脏负荷试验；

〔3〕心肌缺血评估〔低危、非急诊血运重建患者〕。

〔七〕选择用药。

1.双重抗血小板药物：常规联用肠溶阿司匹林 +氯吡格雷或肠溶阿司匹林+替格瑞洛。对拟行介入治疗的中、高危患者，可考虑静脉应用 GPIIb/IIIa 受体拮抗剂〔替罗非班〕。

2.抗凝药物：低分子肝素或一般肝素等。

3.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 24 小时内常规口服。

（2）硝酸酯类：舌下含服硝酸异山梨酯片后静脉滴注维持，病情稳定后可改为硝酸酯类药物口服。

（3）钙拮抗剂：对使用足量/受体阻滞剂后仍有缺血症状或高血压者，如无禁忌可应用非二氢吡啶类钙拮抗剂。

4.冷静止痛药：硝酸酯类药物不能即刻缓解病症或消灭急性肺充血时，可静脉注射吗啡。

5.抗心律失常药物：有心律失常时应用。

6.调脂药物：早期应用他汀类药物。

7.血管紧急素转换酶抑制剂〔 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 血压等禁忌症，应在 24 小时内口服。不能耐受者可选用 ARB治疗。

8.中药治疗

9.PPI 药物：如合并消化道溃疡等疾病，可应用 PPI 类药物预防消化道出血。

9.其他药物：伴随疾病的治疗药物等。

〔八〕手术日为入院第 0-7 天〔如需要进展手术〕。

1.麻醉方式：局部麻醉。

2.手术方式：冠状动脉造影 + 支架置入术。

3.手术内置物：冠状动脉内支架。

4.术中用药：抗血栓药〔肝素化，必要时可使用 GPIIb/IIIa 受体拮抗剂〕、血管活性药、抗心律失常药等。

5.介入术后即刻需检查工程：生命体征检查、心电监测、 心电图、穿刺部位的检查。

6.必要时，介入术后住重症监护病房。

7.介入术后第 1 天需检查工程：血常规、尿常规、心电图、心肌损伤标记物。必要时依据病情检查：大便潜血、肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能、超声心动图、胸片、血气分析等。

〔九〕术后住院恢复 3-5 天，必需复查的检查工程。

1.观看患者心肌缺血等不适病症，准时觉察和处理并发症。

2.连续严密观看穿刺部位出血、渗血状况。

〔十〕未行 PCI 术 治疗的患者〔病情不允许、患者及

家属拒绝等缘由〕，病情稳定后，行安康教育及出院后长期口服药物治疗指导。

〔十一〕出院标准。

1.生命体征平稳。

2.血流淌力学稳定。

3.心肌缺血病症得到有效掌握。

4.无其他需要连续住院的并发症。

〔十二〕变异及缘由分析。

1.冠脉造影后转外科行急诊冠状动脉旁路移植术。

2.等待二次 PCI 或择期冠状动脉旁路移植术。

3.病情危重。

4.消灭严峻并发症。

二、不稳定性心绞痛治疗临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**不稳定性心绞痛〔ICD-10：I20.0/20.1/20.9

患者姓名：_____ 性别：___ 年龄：_____ 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	到达病房〔0—10 分钟〕	到达病房〔0—30 分钟〕
主要诊疗活动	□ 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 □ 明确诊断，马上口服阿司匹林及氯吡格雷〔有禁忌除外〕 □ 开头常规治疗〔参见不稳定性心绞痛诊断与常规治疗〕	□ 快速危急分层，评估尽早血运重建治疗或保守治疗的适应症和禁忌症 □ 确定急诊冠脉造影及血运重建〔直接 PCI 和急诊CABG〕治疗方案 □ 对于危重症患者〔合并休克、心力衰竭〕，将患者转入CCU 连续治疗。
重点医嘱	**长期医嘱：** □ 持续心电、血压和血氧饱和度监测等 □ 吸氧 □ 一级护理 **临时医嘱：** □ 描记“18 导联”心电图 □ 急查血清心肌损伤标志物测定 □ 急查血常规 □ 急查凝血功能 □ 急查电解质 □ 尿常规 □ 粪便常规 □ 血脂、血糖、肝肾功能 □ 感染性疾病筛查 □ 甲状腺功能 □ 建立静脉通道 □ 其他特别医嘱	**长期医嘱：** □ 不稳定性心绞痛护理常规 □ 一级护理 □ 记 24 小时出入量〔必要时〕 □ 卧床 □ 持续心电、血压和血氧饱和度监测等 □ 吸氧 □ 冷静止痛：吗啡〔酌情〕 □ 静脉泵入硝酸酯类药物
主要护理工作	□ 帮助患者或其家属完成急诊挂号、交费和办理“入院手续”等工作 □ 静脉取血	□ 不稳定性心绞痛护理常规 □ 一级护理
病情变异记录	□无 □有，缘由： 1. 2.	□无 □有，缘由： 1. 2.

护士签名		
医师签名		
时间	到达病房〔0—60 分钟〕	住院第 1 天
主要诊疗活动	**对需要进展“急诊冠造和血运重建”治疗的高危患者：** ☐ 向患者及家属交待病情和治疗措施 ☐ 签署“手术知情同意书” ☐ 行“急诊冠造和血运重建”治疗**要** ☐ 术前服用足量的抗血小板药物〔阿司匹林及氯吡咯雷〕 ☐ 术前水化〔肾功能不全者〕 ☐ 维持适宜的血压、心率、心功能和重要脏器功能，能承受急诊造影及血运重建 ☐ 完成常规术前医嘱 ☐ 手术后将患者转入 CCU 或外科恢复室连续治疗	☐ 监测血压、心率、尿量、呼吸、药物反响等状况 ☐ 上级医师查房：危急性分层，监护强度和治疗效果评估，制订下一步诊疗方案 ☐ 完成病历及上级医师查房记录 ☐ 不稳定性心绞痛常规药物治疗 ☐ 预防感染〔必要时〕 ☐ 对于在急诊科未行早期有创治疗者，再次危急分层,评价手术必要性及风险， **对于中、高危患者应在入院后 12-48 小时内完成冠脉造影和血运重建**
重点医嘱	**长期医嘱：** ☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 一级护理或特级护理 ☐ 卧床 ☐ 持续心电、血压和血氧饱和度监测 ☐ 吸氧 ☐ 记 24 小时出入量〔必要时〕 ☐ 冷静止痛：吗啡〔酌情〕 ☐ 静脉应用硝酸酯类药物、 ☐ 急诊血运重建治疗 **临时医嘱：** ☐ 备皮 ☐ 足量使用抗血小板药物〔阿司匹林+氯吡格雷〕	**长期医嘱：** ☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 吸氧 ☐ 病危通知 ☐ 卧床或床旁活动 ☐ 流食或半流食 ☐ 持续心电、血压和血氧饱和度监测等 ☐ 保持大便通畅 ☐ β阻滞剂〔无禁忌证者常规使用〕 ☐ ACEI〔如无禁忌症：低血压、肺淤血或 LVEF≤0.40、高血压或糖尿病者，应在 24 小时内口服。不能耐受者可选用ARB 治疗〕 ☐ 硝酸酯类药物 ☐ 阿司匹林+氯吡格雷联合应用 ☐ 低分子肝素 ☐ 调脂治疗：他汀类药物 ☐ 钙拮抗剂〔酌情〕 ☐ 中药治疗：活血化瘀药物 ☐ PPI 药物：泮托拉唑等〔必要时〕 **临时医嘱：** ☐ 心电图 ☐ 动态监测心肌损伤标志物 ☐ 床旁胸片、 ☐ 床旁超声心动图
主要护理工作	☐ 不稳定性心绞痛护理常规 ☐ 特级护理	☐ 疾病恢复期心理与生活护理 ☐ 依据患者病情和危急性分层，指导并监视患者恢复期的治疗与活动

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
https://d.book118.com/376003031011010145