

慢性稳定型心绞痛介入治疗临床路径

(2019 年版)

一、慢性稳定型心绞痛介入治疗临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为慢性稳定型心绞痛（ICD-10：I20.806）。

行冠状动脉内支架置入术（ICD-9-CM-3:36.06/36.07）。

(二) 诊断依据

根据《慢性稳定型冠状动脉疾病管理指南》（ESC，2013年）、《稳定型缺血性心脏病的诊断和管理指南》（ACC，2014年）。

1. 临床发作特点：由运动或其他增加心肌需氧量的情况所诱发，短暂的胸痛或胸闷（<10 分钟），休息或含服硝酸甘油可使之迅速缓解。

2. 心电图变化：静息心电图通常正常，症状发作时相邻 2 个或 2 个以上导联心电图 ST 段和（或）T 改变，症状缓解后 ST-T 改变恢复。运动平板试验有助于诊断，并可进行危险分层。

3. 心肌损伤标志物（心脏特异的肌钙蛋白 T 或 I 或肌酸激酶 CK、CK-MB）不升高。

4. 临床症状稳定在 1 个月以上。

(三) 治疗方案的选择及依据

根据《慢性稳定型冠状动脉疾病管理指南》(ESC, 2013 年)、《稳定型缺血性心脏病的诊断和管理指南》(ACC, 2014 年)、《中国经皮冠状动脉介入治疗指南》(中华医学会心血管病学分会, 2016 年)、《冠心病合理用药指南(第 2 版)》(国家卫生计生委合理用药专家委员会, 中国药师协会, 2018 年)。

1. 危险度分层: 根据临床评估、对负荷试验的反应(Duke 运动平板试验评分)、左心室功能及冠状动脉造影显示的病变情况综合判断, 推荐采用 EuroSCORE II 评分。

2. 基础药物治疗: 改善心肌缺血的药物治疗和改善预后的药物治疗。

3. 冠状动脉造影检查: 适应证为:

(1) 严重心绞痛(CCS 分级III级或以上者), 特别是药物治疗不能缓解症状者。

(2) 经无创方法评价为高危患者(不论心绞痛严重程度)。

(3) 发生过心脏猝死或有持续性室性心律失常的患者。

(4) 血运重建(PCI 或 CABG)的患者, 有早期的中等或严重程度的心绞痛复发。

(5) 有慢性心力衰竭伴或不伴左心室射血分数下降的心绞痛患者。

4. 经皮冠状动脉介入治疗（PCI）：对药物难以控制的心绞痛，或无创检查提示较大面积心肌缺血，且冠状动脉病变适合 PCI 者，可行冠状动脉支架术（包括药物洗脱支架）治疗。

5. 冠状动脉旁路移植术（CABG）：糖尿病伴多支血管复杂病变、严重左心功能不全和无保护左主干病变者，CABG 疗效优于 PCI。

6. 改善不良生活方式，控制危险因素。

（四）标准住院日为≤5 天

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合 ICD-10：I20.806 慢性稳定型心绞痛疾病编码。

2. 除外不稳定型心绞痛、急性心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞、急性心包炎或心肌炎等疾病。

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

4. 适用于择期 PCI 者。

（六）术前准备（术前评估）1~2 天

1. 必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规+酮体，大便常规+隐血。

（2）肝功能、肾功能、电解质、血糖、血脂、血清心肌损伤标志物、凝血功能、感染性疾病筛查（乙型肝炎、丙

型肝炎、艾滋病、梅毒等)。

(3) 心电图、胸部影像学检查、超声心动图。

2. 根据患者具体情况可查的项目：

(1) 脑钠肽、D-二聚体、血气分析、红细胞沉降率、C反应蛋白或高敏C反应蛋白。

(2) 24小时动态心电图、心脏负荷试验。

(七) 选择用药

1. 抗心肌缺血药物：包括 β 受体阻滞剂、硝酸酯类药物、钙通道阻滞剂、钾通道开放剂及心脏代谢性药物。

2. 改善预后的药物：包括抗血小板药物、调脂类药物及血管紧张素转化酶抑制剂。

(1) 抗血小板药物：①无用药禁忌证的患者均应长期服用阿司匹林，如使用阿司匹林有禁忌或不能耐受者，可改用其他抗血小板药物替代；②行介入治疗者，常规联用阿司匹林+氯吡格雷，如对阿司匹林胃肠道不耐受者可改用西洛他唑或吲哚布芬等替代药物+氯吡格雷；③对介入治疗术中的高危病变患者，可考虑静脉应用GP IIb/IIIa受体拮抗剂，对高出血风险患者可考虑应用比伐芦定。

(2) 调脂药物：无用药禁忌证的患者均应长期服用他汀类药物，必要时需加用其他种类的调脂药物。

(3) 血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)：所有合并高血压、糖尿病、心力衰竭

或左心室收缩功能不全的高危患者均应使用 ACEI，不能耐受者可选用 ARB 治疗。

3. 其他药物：伴随疾病的治疗药物等。

（八）手术时间为入院后 1~2 天

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 GP II b/IIIa 受体拮抗剂或比伐芦定）、血管活性药、抗心律失常药等。
5. 术后处理：

（1）介入术后即刻需检查项目：生命体征检查、心电图、穿刺部位的检查，必要时心电监测。

（2）介入术后必要时住 CCU。

（九）术后住院恢复 1~2 天

（1）介入术后第 1 天需检查项目：心电图、心肌损伤标志物、肾功能、电解质。必要时查：血常规、大便常规+隐血、尿常规、肝功能、血糖、凝血功能、超声心动图、胸部 X 线检查、血气分析。

（2）观察患者心肌缺血等不适症状，及时发现和处理并发症。

（3）继续严密观察穿刺部位出血情况。

（十）出院标准

1. 生命体征稳定
2. 无心肌缺血发作。
3. 穿刺部位愈合良好。
3. 无其他需要继续住院的并发症。

（十一）变异及原因分析

1. 冠状动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. PCI 术中出现并发症转入 CCU。
4. 冠状动脉造影结果正常，需进一步检查明确诊断。
5. 药物保守治疗，观察治疗效果。

二、慢性稳定型心绞痛介入治疗临床路径表单

适用对象：第一诊断为慢性稳定型心绞痛（ICD-10：I20.806）

行冠状动脉内支架植入术（ICD-9-CM-3:36.06/36.07）

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 天

时间	住院第 1 天	住院第 1~2 天（术前准备）
主要 诊疗 工作	☐ 病史询问和体格检查 ☐ 完成住院病历书写 ☐ 安排相应检查 ☐ 上级医师查房 ☐ 完善治疗方案 ☐ 完成上级医师查房记录 ☐ 病情的观察和动态评价 ☐ 变异情况的判断及与其他路径的衔接	☐ 日常查房，完成病程记录 ☐ 上级医师查房：确定冠状动脉造影和支架置入方案 ☐ 完成上级医师查房记录 ☐ 完善术前常规检查，复查异常的检查结果 ☐ 向家属及患者交代冠状动脉造影和介入手术风险，签署知情同意书 ☐ 检查抗血小板药物剂量 ☐ PCI 术前准备，术前医嘱 ☐ 术者术前看患者，确认手术指征、禁忌证，决定是否手术 ☐ 变异情况的判断及与其他路径的衔接
重点 医嘱	长期医嘱： ☐ 冠心病护理常规 ☐ 一级护理或二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ β 受体阻滞剂（无禁忌证者常规使用） ☐ 口服硝酸酯类药物（酌情） ☐ 阿司匹林或吲哚布芬或西洛他唑+氯吡格雷联合应用 ☐ 调脂治疗：以他汀类药物为主 ☐ ACEI 或 ARB（酌情） ☐ 钙通道阻滞剂（酌情） ☐ 必要时加用曲美他嗪 临时医嘱： ☐ 血常规、尿常规，大便常规+隐血 ☐ 血清心肌损伤标志物、凝血功能、肝功能、肾功能、电解质、血糖、血脂、甲状腺功能、感染性疾病筛查 ☐ 心电图、胸部 X 线检查、超声心动图 ☐ 必要时检查：BNP/NT-proBNP、D-二聚体、血气分析、红细胞沉降率、C 反应蛋白、24 小时动态心电图、心脏负荷试验	长期医嘱： ☐ 冠心病护理常规 ☐ 一级护理或二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ β 受体阻滞剂（无禁忌证者常规使用） ☐ 口服硝酸酯类药物（酌情） ☐ 阿司匹林或吲哚布芬或西洛他唑+氯吡格雷联合应用 ☐ 调脂治疗：以他汀类药物为主 ☐ ACEI 或 ARB（酌情） ☐ 钙通道阻滞剂（酌情） ☐ 必要时加用曲美他嗪 临时医嘱： ☐ 拟明日行冠状动脉造影+支架置入术 ☐ 术前禁食 ☐ 术前镇静（必要时） ☐ 足量使用抗血小板药物（阿司匹林或吲哚布芬或西洛他唑+氯吡格雷） ☐ 术前水化（肾功能不全时） ☐ 术前晚可适当使用镇静药物
主要 护理 工作	☐ 入院宣教 ☐ 完成患者心理与生活护理 ☐ 安排各项检查时间 ☐ 完成日常护理工作	☐ 完成患者心理与生活护理 ☐ 安排各项检查时间 ☐ 完成日常护理工作
病情	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：

变异 记录	1. 2.	1. 2.
护士 签名		
医师 签名		

时间	住院第 2~3 天（手术日）	
	术前	术后（当日）
主要诊疗工作	☐ 住院医师查房，检测心率、心律、血压、心电图，完成术前病程记录 ☐ 稳定型心绞痛常规治疗 ☐ 检查抗血小板药物剂量	☐ 住院医师接诊术后患者，检查心率、心律、血压、心电图，并书写术后病程记录 ☐ 严密观察穿刺部位有无出血征象 ☐ 观察患者有无不适症状，及时发现和处理 PCI 术后并发症 ☐ 稳定型心绞痛常规治疗 ☐ PCI 术后常规治疗
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 冠心病护理常规 ☐ 一级护理或二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ β 受体阻滞剂（无禁忌证者常规使用） ☐ 口服硝酸酯类药物（酌情） ☐ 阿司匹林或吲哚布芬或西洛他唑+氯吡格雷联合应用 ☐ 调脂治疗：以他汀类药物为主 ☐ ACEI 或 ARB（酌情） ☐ 钙通道阻滞剂（酌情） ☐ 必要时加用曲美他嗪 临时医嘱： ☐ 今日行冠状动脉造影+支架置入术 ☐ 术前水化（肾功能不全时）	长期医嘱： ☐ PCI 术后护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 药物治疗同前 ☐ PCI 术后常规治疗 临时医嘱： ☐ 心肌损伤标志物（TNT、TNI、CK-MB）、血常规、肾功能及异常指标复查 ☐ 心电图 ☐ 术后水化（肾功能不全时）
主要护理工作	☐ 完成患者心理与生活护理 ☐ 完成日常护理工作 ☐ 完成术前护理工作 ☐ 执行术前医嘱，建立静脉通道，术前药物	☐ 完成患者心理与生活护理 ☐ 安排各项检查时间 ☐ 完成日常护理工作 ☐ 观察患者穿刺部位出血、渗血情况 ☐ 记录尿量，术后 4~6 小时 >800ml
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
护士签名		
医师签名		

时间	住院第 3~4 天 (术后第 1 天)	住院第 3~5 天 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 上级医师查房 ☐ 完成上级医师查房记录 ☐ 观察穿刺部位 ☐ 严密观察病情，及时发现和处理 PCI 术后并发症	☐ 住院医师查房，监测心率、心律、血压、心电图，并完成出院前病程记录 ☐ 书写出院小结、诊断证明，填写住院病历首页 ☐ 向患者及家属交代出院后注意事项，预约复诊时间 ☐ 如果患者不能出院，在病程记录中说明原因和继续治疗的方案 ☐ 二级预防的方案
重点 医嘱	长期医嘱： ☐ PCI 术后护理常规 ☐ 一级护理或二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 药物治疗同前	出院医嘱： ☐ 低盐低脂饮食、适当运动、改善生活方式（戒烟） ☐ 控制高血压、高血脂、糖尿病等危险因素 ☐ 出院带药（根据情况）：他汀类药物、抗血小板药物、 β 受体阻滞剂、ACEI 或 ARB、钙通道阻滞剂等 ☐ 定期复查
主要 护理 工作	☐ 完成患者心理与生活护理 ☐ 完成日常护理工作 ☐ 观察穿刺部位情况	☐ 帮助办理出院手续 ☐ 出院指导 ☐ 出院后冠心病二级预防宣教
病情 变异 记录	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
护士 签字		
医师 签名		