

视网膜分支动脉阻塞中医临床路径 (2018年版)

路径说明：本路径适合于西医诊断为视网膜分支动脉阻塞的住院患者。

一、视网膜分支动脉阻塞中医临床路径标准住院流程

(一) 适用对象

西医诊断：第一诊断为视网膜分支动脉阻塞（ICD-10 编码：H34.202）。

(二) 诊断依据

1. 疾病诊断

西医诊断标准 参照“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材《眼科学》（赵堪兴、杨培增主编，人民卫生出版社，2013年出版）。

2. 证候诊断

参照全国中医药行业规划教材《中医眼科学》和《中西医结合眼科学》、国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》及中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》。

视网膜分支动脉阻塞临床常见证候：

气血瘀阻证

痰热上壅证

肝阳上亢证

气虚血瘀证

(三) 治疗方案的选择

参照 2016 年中国中医药出版社出版的全国中医药行业规划教材《中医眼科学》中络阻暴盲章节、全国中医药行业规划教材《中西医结合眼科学》中视网膜分支动脉阻塞章节中中医诊疗方案。

1. 诊断明确，第一诊断为视网膜分支动脉阻塞。

2. 患者适合并接受中医治疗。

(四) 标准住院日为≤28 天

(五) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合视网膜分支动脉阻塞的患者。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在治疗期间不需特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可进入本路径。

(六) 中医证候学观察

本病在进行中医证候学观察时要注意早期证候与晚期证候的区别，四诊合参时要把握该病从早期的瘀证到晚期的虚证之间的转化。

（七）入院检查项目

1. 必需的检查项目

视力检查、验光、裂隙灯检查、眼压检查、眼底镜检查、FFA 检查、肝肾功能、电解质、血脂、血糖、血常规、尿常规、粪便常规及潜血试验、传染性疾病筛查。

2. 可选择的检查项目

根据病情需要，可选择 ICGA 检查、血压、视野检查、颈部血管彩超、视觉电生理检查、OCT 检查、凝血功能、D-二聚体、心电图、胸部 X 线片等。

（八）治疗方法

1. 辨证选择口服中药汤剂、中成药

- （1）气血瘀阻证：行气活血，通窍明目。
- （2）痰热上壅证：涤痰通络，活血开窍。
- （3）肝阳上亢证：滋阴潜阳，活血通络。
- （4）气虚血瘀证：补气养血，化瘀通络。

2. 辨证选择静脉滴注中药注射液

3. 其他中医特色治疗

- （1）针灸治疗
- （2）耳穴丸压
- （3）穴位注射

4. 饮食疗法

5. 西医治疗

6. 健康指导

（九）出院标准

1. 病情稳定，视物模糊等主要症状有所改善或无恶化。
2. 视力稳定或改善。
3. 无需继续住院治疗的并发症和/或合并症。

（十）变异及原因分析

1. 病情变化，需要延长治疗时间，增加治疗费用。
2. 合并有心血管疾病、内分泌疾病等其他系统疾病者，病情加重，需要特殊处理，退出本路径。
3. 治疗过程中发生了病情变化，出现视网膜脱离、视网膜裂孔、脉络膜新生血管等并发症时，退出本路径。
4. 因患者及其家属意愿而影响本路径的执行时，退出本路径。

二、视网膜分支动脉阻塞-非急性期中医临床路径标准住院表单

适用对象：第一诊断为视网膜分支动脉阻塞-非急性期（ICD-10 编码：H34.201）

患者姓名：_____性别：____年龄：____门诊号：_____住院号：_____

发病时间：____年__月__日__时__分 住院日期：____年__月__日 出院日期：____年__月__日

标准住院日≤28 天

实际住院日：____天

时间	____年__月__日（入院第 1 天）	
目标	初步诊断，评估病情，选择治疗方案。	
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 完成病史采集与体格检查 <input type="checkbox"/> 采集中医四诊信息 <input type="checkbox"/> 西医诊断（病因、病理生理诊断等） <input type="checkbox"/> 中医诊断（病名和证型） <input type="checkbox"/> 完成住院病例和首次病程记录 <input type="checkbox"/> 初步拟定诊疗方案 <input type="checkbox"/> 向患者家属交待病情 <input type="checkbox"/> 辅助检查项目 <input type="checkbox"/> 中医治疗	
重点医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 视网膜分支动脉阻塞常规护理 <input type="checkbox"/> II 级护理 <input type="checkbox"/> 间断吸氧 <input type="checkbox"/> 低盐低脂饮食 <input type="checkbox"/> 视力检查 <input type="checkbox"/> 裂隙灯检查 <input type="checkbox"/> 测体重 <input type="checkbox"/> 测量血压 <input type="checkbox"/> 中药汤剂辨证论治 <input type="checkbox"/> 中药静脉注射剂（ <input type="checkbox"/> 行气类 <input type="checkbox"/> 化痰类 <input type="checkbox"/> 潜阳类 <input type="checkbox"/> 活血类） <input type="checkbox"/> 口服中成药 <input type="checkbox"/> 其它中医特色疗法（ <input type="checkbox"/> 针灸治疗 <input type="checkbox"/> 耳穴丸压 <input type="checkbox"/> 穴位注射） <input type="checkbox"/> 饮食疗法 <input type="checkbox"/> 激光	临时医嘱 必须检查医嘱 <input type="checkbox"/> 验光 <input type="checkbox"/> 眼压检查 <input type="checkbox"/> 眼底镜检查 <input type="checkbox"/> FFA 检查 <input type="checkbox"/> 肝肾功能 <input type="checkbox"/> 电解质 <input type="checkbox"/> 血脂 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 血常规 <input type="checkbox"/> 尿常规 <input type="checkbox"/> 粪便常规及潜血试验 <input type="checkbox"/> 传染性疾病筛查。 可选择的检查医嘱 <input type="checkbox"/> ICGA 检查 <input type="checkbox"/> 颈部血管彩超 <input type="checkbox"/> 视觉电生理检查 <input type="checkbox"/> 视野检查 <input type="checkbox"/> OCT 检查 <input type="checkbox"/> 凝血功能 <input type="checkbox"/> D-二聚体 <input type="checkbox"/> 心电图 <input type="checkbox"/> 胸部 X 线片等。 发病在 2 小时内者予以急救治疗 <input type="checkbox"/> 西药 <input type="checkbox"/> 亚硝酸异戊酯 <input type="checkbox"/> 原剂量 <input type="checkbox"/> 剂量减少 <input type="checkbox"/> 剂量增加 <input type="checkbox"/> 三硝酸甘油酯片 <input type="checkbox"/> 原剂量 <input type="checkbox"/> 剂量减少 <input type="checkbox"/> 剂量增加 <input type="checkbox"/> 乙酰唑胺

		<input type="checkbox"/> 原剂量 <input type="checkbox"/> 剂量减少 <input type="checkbox"/> 剂量增加 <input type="checkbox"/> 球后注射 <input type="checkbox"/> 间歇性按摩眼球 <input type="checkbox"/> 前房穿刺 <input type="checkbox"/> 吸氧
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 入院宣教 <input type="checkbox"/> 发放临床路径告知书 <input type="checkbox"/> 饮食指导	<input type="checkbox"/> 生命体征监测、出入量记录 <input type="checkbox"/> 根据医嘱指导患者完成相关检查
病情变异记录	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有， 原因： 1. 2.	
责任护士签名		时间
医师签名		时间

时间	__年__月__日 (第 2~3 天)	__年__月__日 (住院第 4~7 天)
目标	完善检查,明确原发病及诱因并予纠正。	初步评估治疗效果,调整治疗方案。
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 上级医师查房 <input type="checkbox"/> 完成主治医师查房记录 <input type="checkbox"/> 确认检查结果并制定相应处理措施 <input type="checkbox"/> 明确原发病及诱因予纠正 <input type="checkbox"/> 中医治疗	<input type="checkbox"/> 上级医师查房 <input type="checkbox"/> 完成主任医师查房记录 <input type="checkbox"/> 根据病情调整方案 <input type="checkbox"/> 中医治疗
重点医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 视网膜分支动脉阻塞常规护理 <input type="checkbox"/> II 级护理 <input type="checkbox"/> 间断吸氧 <input type="checkbox"/> 低盐低脂饮食 <input type="checkbox"/> 视力检查 <input type="checkbox"/> 裂隙灯检查 <input type="checkbox"/> 测体重 <input type="checkbox"/> 测量血压 <input type="checkbox"/> 中药汤剂辨证论治 <input type="checkbox"/> 中药静脉注射剂 (<input type="checkbox"/> 行气类 <input type="checkbox"/> 化痰类 <input type="checkbox"/> 潜阳类 <input type="checkbox"/> 活血类) <input type="checkbox"/> 口服中成药 <input type="checkbox"/> 其它中医特色疗法 (<input type="checkbox"/> 针灸治疗 <input type="checkbox"/> 耳穴丸压 <input type="checkbox"/> 穴位注射) <input type="checkbox"/> 饮食疗法 <input type="checkbox"/> 激光 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 继续完善入院检查	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 视网膜分支动脉阻塞常规护理 <input type="checkbox"/> II 级护理 <input type="checkbox"/> 间断吸氧 <input type="checkbox"/> 低盐低脂饮食 <input type="checkbox"/> 视力检查 <input type="checkbox"/> 裂隙灯检查 <input type="checkbox"/> 测体重 <input type="checkbox"/> 测量血压 <input type="checkbox"/> 中药汤剂辨证论治 <input type="checkbox"/> 中药静脉注射剂 (<input type="checkbox"/> 行气类 <input type="checkbox"/> 化痰类 <input type="checkbox"/> 潜阳类 <input type="checkbox"/> 活血类) <input type="checkbox"/> 口服中成药 <input type="checkbox"/> 其它中医特色疗法 (<input type="checkbox"/> 针灸治疗 <input type="checkbox"/> 耳穴丸压 <input type="checkbox"/> 穴位注射) <input type="checkbox"/> 饮食疗法 <input type="checkbox"/> 激光 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 复查异常指标等

主要护理工作	<input type="checkbox"/> 生命体征监测 <input type="checkbox"/> 根据医嘱指导患者完成相关检查 <input type="checkbox"/> 饮食指导	<input type="checkbox"/> 生命体征监测 <input type="checkbox"/> 根据医嘱指导患者完成相关检查 <input type="checkbox"/> 饮食指导
病情变异记录	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因： 1. 2.	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，原因： 1. 2.
责任护士签名	时间	时间
医师签名	时间	时间

时间	__年__月__日 (住院第7~24天)	__年__月__日 (住院第25~28日内, 出院日)
目标	巩固治疗效果	安排出院
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 住院医师查房, 上级医师定期查房 <input type="checkbox"/> 书写病程记录 <input type="checkbox"/> 根据病情调整诊疗方案 <input type="checkbox"/> 中医治疗	<input type="checkbox"/> 上级医师查房确定出院 <input type="checkbox"/> 完成查房、出院记录及出院诊断书 <input type="checkbox"/> 评估疗效 <input type="checkbox"/> 出院后门诊复诊及药物指导 <input type="checkbox"/> 主管医师拟定随访计划 <input type="checkbox"/> 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。
重点医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 视网膜分支动脉阻塞常规护理 <input type="checkbox"/> II级护理 <input type="checkbox"/> 间断吸氧 <input type="checkbox"/> 低盐低脂饮食 <input type="checkbox"/> 视力检查 <input type="checkbox"/> 裂隙灯检查 <input type="checkbox"/> 测体重 <input type="checkbox"/> 测量血压 <input type="checkbox"/> 中药汤剂辨证论治 <input type="checkbox"/> 中药静脉注射剂 (<input type="checkbox"/> 行气类 <input type="checkbox"/> 化痰类 <input type="checkbox"/> 潜阳类 <input type="checkbox"/> 活血类) <input type="checkbox"/> 口服中成药 <input type="checkbox"/> 其它中医特色疗法 (<input type="checkbox"/> 针灸治疗 <input type="checkbox"/> 耳穴丸压 <input type="checkbox"/> 穴位注射) <input type="checkbox"/> 饮食疗法 <input type="checkbox"/> 激光 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 继续完善入院检查	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 停长期医嘱 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 出院带药
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 生命体征监测、出入量记录 <input type="checkbox"/> 疾病进展教育 <input type="checkbox"/> 治疗教育 <input type="checkbox"/> 指导运动	<input type="checkbox"/> 出院宣教 <input type="checkbox"/> 发放出院健康教育手册 <input type="checkbox"/> 药物指导 <input type="checkbox"/> 指导患者门诊复诊 <input type="checkbox"/> 帮助患者或家属办理离院手续

病情 变异 记录	□无 □有， 原因： 1. 2.		□无 □有， 原因： 1. 2.	
责任 护士 签名		时间		时间
医师 签名		时间		时间

牵头分会：中华中医药学会眼科分会

牵头人：彭清华（湖南中医药大学第一附属医院）

主要完成人：

彭清华（湖南中医药大学第一附属医院）

陈向东（湖南中医药大学第一附属医院）

姚小磊（湖南中医药大学第一附属医院）