

胸痛中心急性冠状动脉综合征随访管理方案

（试行版）

一、前言

急性冠状动脉综合征（ACS）患者是胸痛中心实际运行过程中核心关注的患者群体，约占胸痛中心病例总量的 1/3。随着胸痛中心建设在全国范围内持续建设并不断深化，区域性协同救治网络逐步形成，胸痛中心单位的 ACS 患者院内死亡率已得到积极控制，个别地区已呈现逐年下降的趋势。但 ACS 患者出院后再发心血管事件和死亡风险仍较高^[1-2]。因此，ACS 患者除急性期血运重建、抗血小板、抗凝等治疗外，长期的二级预防随访管理同样至关重要^[3-7]。按照国家卫生健康委办公厅发布的《关于印发急性冠状动脉综合征分级诊疗技术方案的通知》的有关要求，对于 ACS 患者应充分发挥分级诊疗的作用，为患者提供连续性诊疗服务。但是，临床实践中 ACS 患者随访脱落的比例较高，失访导致的随访信息缺失将影响医生对病程的判断，病情信息交互的缺失亦将影响患者治疗依从性，从而增加患者再发心血管事件和死亡风险^[8-10]。

为进一步落实胸痛中心“全程管理”理念和心血管疾病管理体系建设的相关要求，在胸痛中心认证标准中，增加了针对 ACS 患者开展随访的工作机制，并对随访率提出了具体要求。为更好地帮助各胸痛中心建立和完善 ACS 患者随访制度，规范和提高 ACS 患者随访管理水平，推动 ACS 的分级诊疗，特制定胸痛中心 ACS 随访管理方案。各单位应在本方案指导下，结合本地区和本单位实际情况，制定相应随访管理实施方案细则。

二、随访管理团队

（一）随访管理团队人员配置

1. 随访主要负责人：至少有 1 名熟悉 ACS 全方位诊疗策略的医师，建议由胸痛中心医疗总监或行政总监兼任；负责根据危险分层为 ACS 患者制定相应的心脏康复及二级预防随访方案；负责主持其他重要的随访管理工作及重大决策。推动落实双向转诊要求，制定下级医疗机构转诊的随访患者和向下级医疗机构转诊病情稳定的随访患者的管理流程。

2. 随访医生：至少有 1 名熟悉 ACS 心脏康复和二级预防策略的医师；如本院已设有随访门诊，建议由现有的随访团队成员担任，如本院无专门的随访门诊，建议新增符合条件的人员担任；负责实施 ACS 患者危险分层及随访工作，并在随访管理系统平台填报患者随访信息；协助医疗总监，实施与下级医疗机构之间的双向转诊随访工作。

3. 随访护士：至少有 1 名熟悉 ACS 防治知识的护士，协助随访医生开展随访工作及填报随访信息，并为 ACS 患者提供防治宣教。

4. 数据管理员：至少有 1 名专职或兼职的数据管理员，建议由胸痛中心数据管理员兼任，负责做好数据库系统的合理配置、测试、调整、维护及安全检查等工作；定期收集数据库的统计数据，将随访管理数据运行情况及时汇报随访医生及中心主任。

5. 基层医疗机构医生：每家胸痛救治单元至少有 1 名基层医疗机构医生，在上级医疗机构指导下对患者实施二级预防和长期随访管理。

（二）随访管理团队人员的培训

1. 随访医生：在目前胸痛中心的各类培训会议中，增加随访相关内容，包括 ACS 危险分层和心脏康复及二级预防策略，与不同层级医疗机构之间的双向转诊条件及流程，随访数据库使用方法等。

2. 随访护士：在目前胸痛中心的各类培训会议中，增加随访相关内容，包括 ACS 防治知识，随访数据库使用方法等。

3. 数据管理员：在目前胸痛中心的各类培训会议中，增加随访相关内容，包括 ACS 相关知识，随访数据库使用方法和相关制度，随访数据库统计分析及成果汇报等。

4. 基层医疗机构医生：在目前胸痛救治单元的全员培训会议中，增加随访相关内容，包括 ACS 心脏康复及二级预防方案，与上级医疗机构之间的双向转诊条件及流程等。可结合“心电一张网”平台开展基层医生心电图读图培训，提高基层诊疗水平。

三、出院前评估及随访计划

（一）出院前风险评估

ACS 患者出院前进行风险评估(附录 1),分为低危患者和中、高危患者两类,作为分级随访的依据。建议低危患者优先在基层医疗机构随访管理,中、高危患者建议优先在二、三级医院随访管理。

ACS 患者制定出院后长期抗血小板治疗策略时,应进行缺血(DAPT 评分)和出血风险(PRECISE-DAPT 评分)评估。ACS 患者出院前还应评估合并的心血管危险因素及控制情况。对于大多数合并高血压的患者,推荐降压目标为 $<140/90$ mm Hg,如果能耐受可降至 $<130/80$ mm Hg,应注意舒张压不宜降至 60 mmHg 以下;高龄、存在冠状动脉严重狭窄病变的患者,血压不宜过低。对大多数合并糖尿病的患者,推荐将 HbA_{1c}控制在 7%以下,老年患者宜采取更宽松的血糖控制目标。血脂异常管理的主要依据是动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)危险分层(附录 2)^[11]。依据共识^[11]将 ASCVD 危险分层分为低危/中危、高危、极高危和超高危。综合目前多项临床研究结果^[12-14],共识建议将 ASCVD 患者并存以下情况之一者列为超高危人群:复发的 ASCVD 事件(下列事件 2 年内发作两次或以上:ACS、缺血性卒中/TIA 和急性肢端缺血);心、脑或外周动脉多血管床动脉粥样硬化性血管疾病;糖尿病;近期 ACS(1 年内);LDL-C ≥ 4.9 mmol/L(190 mg/dl);冠状动脉多支血管病变(两支或以上主要冠状动脉狭窄超过 50%)^[11]。因此,所有近期 ACS(发病 1 年内)患者可直接列为 ASCVD 超高危人群,调脂治疗目标值为:LDL-C <1.4 mmol/L(55 mg/dl)且较基线降幅 $\geq 50\%$ 。

(二) 随访计划

ACS 患者出院前,应根据风险评估结果制定详细、清晰的出院后随访计划和指导^[3-7]。根据出院前风险评估进行分级随访,为 ACS 患者提供院前、院中、院后一体化全程管理服务。出院后积极控制心血管危险因素,进行科学合理的二级预防和以运动为主的心脏康复治疗,以改善患者的生活质量和远期预后^[3-7]。随访管理计划包括院外监测(含常规监测及心电监测)、非药物治疗措施^[3-7,15]、抗血小板治疗^[3-4]、血脂管理^[3,11,16]、血压管理^[3-5,15]、血糖管理^[3,17-18]、心力衰竭管理^[19-20]及心功能正常的 ACS 患者管理^[3-5,15]等(附录 3)。

出院后 1 年内进行随访:原则上出院后 1、3、6、12 个月必须随访,必要时可根据患者情况适当增加随访频率。若因再次发病住院治疗的以最近一次出院时

间作为基准，确定随访周期：第 1 个月随访周期为出院后 1 个月±10 天，第 3 个月随访周期为出院后 3 个月±10 天，第 6 个月随访周期为出院后 6 个月±30 天，第 12 个月随访周期为出院后 12 个月±60 天。随访时根据患者症状、体征和辅助检查结果，评估并监控 ACS 患者病情，及时调整治疗策略。随访信息填写和编辑的时间窗为随访周期截止日期+30 日。

完成出院后 1 年内随访的 ACS 患者：每年均需进行随访评估，病情稳定者可每 3-6 个月随访一次。若二、三级医院患者病情由中、高危转为低危（附录 1），建议转至基层医疗机构管理，由基层医疗机构医生进行长期随访，若仍为中、高危（附录 1），应继续在二、三级医院进行随访管理（附录 4）。若基层医疗机构随访患者病情由低危转变为中、高危（附录 1），应转至二、三级医院进行随访管理（附录 4），可根据患者情况适当增加随访频率。

四、随访流程及随访内容

（一）随访流程

ACS 患者需要多学科合作的全程管理，涉及院前、院中、院后、社区管理多个环节，除了急性期的救治外，还包括合并症的诊治、长期随访、运动康复、生活方式干预、健康教育、患者自我管理。出院后长期随访流程见附录 4。

（二）随访内容

随访时辅助检查包括超声心动图、24 小时动态心电图（特别是心肌梗死伴严重心衰或/和心律失常患者）、脑钠肽、血脂水平、空腹血糖、糖化血红蛋白（HbA_{1c}）、肝功能、肾功能及肌钙蛋白等。ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者每 3-6 个月应检查超声心动图，非 ST 段抬高型 ACS（NSTEMI-ACS）患者可每年检查一次超声心动图^[3-4,7]。行 PCI 治疗患者术后 12 个月结合患者症状、心电图变化及运动平板试验等检查综合评估后，选择性行冠状动脉 CT 血管造影或冠状动脉造影评估冠脉通畅情况^[5,15]。

随访时应优化用药方案，提高药物治疗达标率^[3-4]。抗血小板治疗、血脂管理、血压管理及血糖管理策略见附录 3。原则上，所有 ACS 患者血脂管理以 LDL-C 水平作为干预目标，达标后应维持治疗，不应停药或盲目减少剂量；降压及降糖达标后，同样不应停药或盲目减少剂量；对于合并 2 型糖尿病的患者，不论其

HbA_{1c}是否达标，如无禁忌证，都应使用具有 ASCVD 获益证据的胰高糖素样肽-1 受体激动剂（GLP-1RA）或钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂（SGLT2i）^[17-18]；评估患者治疗依从性^[3-4]。

随访时应采集的信息包括患者个人信息、随访信息获取途径、随访状态、心血管不良事件、是否加入心脏康复计划、危险因素控制、躯体症状及心功能评估、检查项目、用药情况等（附录 5）。如条件允许，应加强出院患者的随访预约管理。

（三）随访质量评价指标

1. 随访工作评价指标

指标分类	评价指标	对象	出院后时间				
			1 个月	3 个月	6 个月	1 年	1 年后每年
随访管理	随访率	所有 ACS	≥ 90%	≥ 80%	≥ 75%	≥ 50%	≥ 50%
	双联抗血小板治疗比例	所有 ACS	100%	100%	≥ 90%	≥ 80%	
	他汀类药物使用率	所有 ACS	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	联合降胆固醇：PCSK9 抑制剂/依折麦布	他汀治疗不达标的 ACS	≥ 30%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 50%
二级预防	β 受体阻滞剂	无禁忌症的 ACS	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 80%
	ACEI/ARB/ARNI	无禁忌症的 ACS	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 80%	≥ 70%
	GLP-1RA 或 SGLT2i 使用率	ACS+糖尿病	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 70%
	LDL-C 达标率	ACS+血脂异常	≥ 30%	≥ 40%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 40%
	血压达标率	ACS+高血压	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
	HbA _{1c} 达标率	ACS+糖尿病	≥ 40%	≥ 55%	≥ 60%	≥ 65%	≥ 60%

注：LDL-C 达标定义为 LDL-C<1.4 mmol/L（55 mg/dl）且较基线降幅≥50%，血压达标定义为收缩压/舒张压<140/90 mm Hg，HbA_{1c} 达标定义为 HbA_{1c}<7%；ACEI 为血管紧张素转化酶抑制剂，ACS 为急性冠状动脉综合征，ARB 为血管紧张素受体拮抗剂，GLP-1RA

为胰高糖素样肽-1 受体激动剂，HbA_{1c} 为糖化血红蛋白，LDL-C 为低密度脂蛋白胆固醇，SGLT2i 为钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂

2. 分级诊疗评价指标			
指标分类	评价指标		要求
风险评估	出院前风险评估的患者比例	所有 ACS	≥ 90%
	上级医疗机构随访评估为低危的患者每年向下级医疗机构转诊的比例	所有 ACS	≥ 50%
	下级医疗机构随访评估为中、高危的患者每年向上级医疗机构转诊的比例	所有 ACS	≥ 50%

注： ACS 为急性冠状动脉综合征

五、随访管理平台

ACS 随访管理是一个系统性工程，应充分利用各种现有的资源，实现对 ACS 患者多方位的长期随访管理。

（一）胸痛中心 ACS 患者随访信息采集平台

随访信息采集平台主要用于辅助各单位对胸痛中心云平台数据库中填报的所有出院诊断为 ACS 的存活患者进行随访信息登记。随访信息采集平台上的患者基本信息与胸痛中心数据填报平台互通，将自动关联相关信息。每份 ACS 住院病例将派生 4 份随访表单，即出院后第 1、3、6、12 个月（附录 5）。终止随访的情况包括再入院、死亡或失访。胸痛中心 ACS 患者随访相关信息均应上报随访信息采集平台。

（二）医院信息化随访平台

对于既往已有 ACS 信息化随访平台且目前仍在运行的医院，如采集的随访信息字段与胸痛中心 ACS 患者随访信息采集平台有相同的部分，建议采用技术手段实现两个平台的数据对接，减少重复工作。

（三）其他信息化随访平台

其他可协助进行 ACS 随访管理的平台包括胸痛中心随访小程序、社群管理平

台（微信）、远程医疗平台或互联网医院及可穿戴设备等。

建议有条件的医疗机构或医生可利用远程医疗平台或互联网医院对 ACS 患者进行随访管理。远程医疗平台或互联网医院依托于现代信息技术，构建网络化信息平台，联通不同地区的医疗机构与患者，进行跨机构、跨地域医疗诊治等医疗活动。远程医疗平台或互联网医院可实现的随访功能包括随访记录、安排随访计划、随访记录查询、随访提醒、预约挂号、预约检查等。

可穿戴设备可在院外实现对患者血压、血糖、心电等健康信息的持续监测，建议有条件的医疗机构可根据患者病情特征，提供个性化穿戴式健康监测服务。

附录

附录 1. ACS 患者出院前风险评估表

评估内容	低危	中危	高危
GRACE 评分 (出院前一周)	≤ 108	109-140	≥ 140
症状及心电图改变(动态或运动心电图)	日常体力活动中无心绞痛症状或心电图缺血改变	日常体力活动中出现心绞痛或心电图缺血改变	低水平运动中出现心绞痛或心电图缺血改变
心律失常(动态或运动心电图)	无休息或运动所致心律失常	休息或运动偶发心律失常	休息或运动所致复杂室性心律失常
血运重建并发症	急诊 PPCI 血运重建完全(无 70%以上的残余狭窄)且无合并症	溶栓后未行血运重建或血运重建不完全(遗留 70%以上的残余狭窄)或有并发症	未进行血运重建或血运重建后仍有心绞痛发作
心理障碍	无心理障碍(抑郁、焦虑等)	轻度心理障碍(抑郁、焦虑等)	严重心理障碍
心功能评估	LVEF ≥ 50%且 NYHA 心功能 I 级	LVEF 40%-49%或 NYHA 心功能 II 级	LVEF ≤ 40%或者 NYHA ≥ III 级

注：以上评估以 GRACE 评分为基础，结合后 5 项综合评定，分为低危、中危、高危；ACS 为急性冠状动脉综合征，LVEF 为左心室射血分数，NYHA 为纽约心功能分级，PPCI 为直接经皮冠状动脉介入治疗

附录 2. ASCVD 血脂管理危险分层

危险分层	临床疾患和/或危险因素
------	-------------

超高危	ASCVD 患者并存以下情况之一： (1) 复发的 ASCVD 事件 (2) 冠状动脉多支血管病变 (3) 近期 ACS (1 年内) (4) 心、脑或外周多血管床动脉粥样硬化性血管疾病 (5) LDL-C ≥ 4.9 mmol/L (190 mg/dl) (6) 糖尿病
极高危	• ASCVD • 糖尿病+高血压 • 糖尿病 + 1 项其他危险因素^a且 LDL-C ≥ 3.4 mmol/L (130 mg/dl)
高危	• 糖尿病 • 高血压 + 2 项其他危险因素^a且 LDL-C ≥ 2.6 mmol/L (100 mg/dl) • 慢性肾脏疾病 (3 或 4 期) • LDL-C ≥ 4.9 mmol/L (190 mg/dl)
低危/中危	高血压或 0-3 项其他危险因素 ^a

注：ACS为急性冠状动脉综合征，ASCVD为动脉粥样硬化性心血管病，LDL-C为低密度脂蛋白胆固醇；^a其他危险因素包括：年龄（男性 ≥ 45 岁或女性 ≥ 55 岁）、吸烟、低高密度脂蛋白胆固醇、体重指数 ≥ 28 kg/m²、早发缺血性心血管病家族史

附录 3：ACS 患者随访计划内容

措施	内容
院外监测	• 常规监测：血压，血糖，血脂；药物治疗依从性 • 心电监测：心肌缺血的复发或心律失常的并发 • 具备可穿戴心电监测设备进行心电监测条件的中危、高危患者出院后可根据情况佩戴心电检测设备进行监测 • 出院后 1 个月内每天至少监测心电一次，3 个月内每周至少两次，6 个月内每周至少一次，1 年内可根据自身症状和随

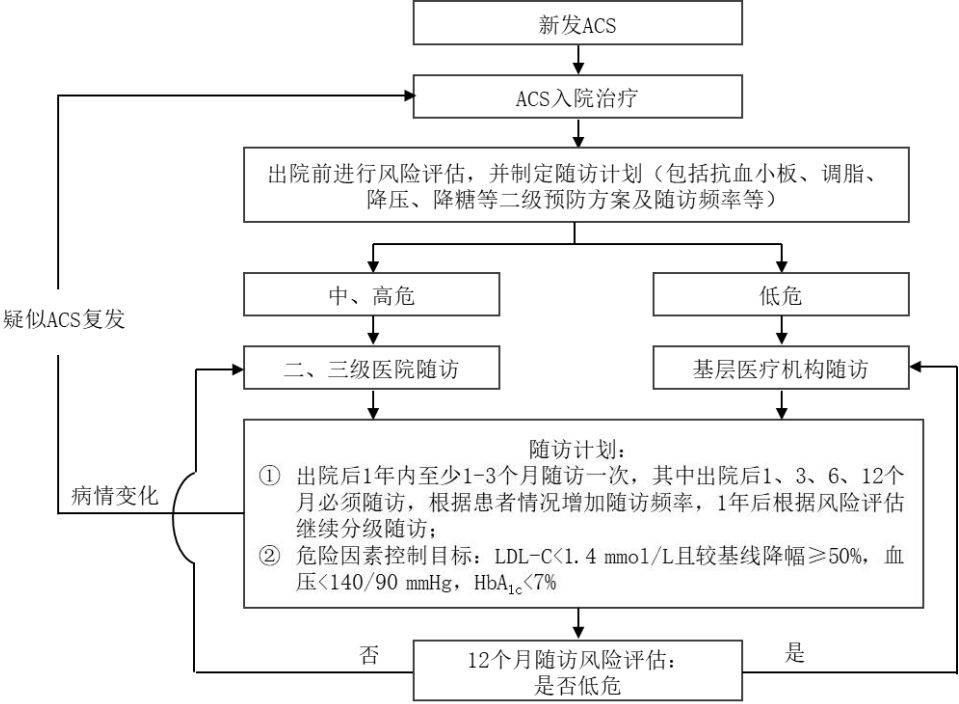
	访状况调整监测频率 - 有胸痛、胸闷、心悸等不适时，立即使用可穿戴设备进行心电图监测 - 不具备可穿戴心电检测设备条件者，应定期到医院接受心电图、动态心电图或运动心电图进行监测评估。
非药物措施	- 应实施以合理运动为主的心脏康复治疗，同时应注意合理膳食、控制总热量和减少饱和脂肪酸、反式脂肪酸及胆固醇摄入 - 控制体重：超重和肥胖患者在 6-12 个月内减重 5%-10%，使体重指数 $\leq 25 \text{ kg/m}^2$；腰围控制在男性 $\leq 90 \text{ cm}$、女性 $\leq 85 \text{ cm}$ - 不吸烟：严格戒烟，包括被动吸烟 - 限制饮酒：严格控制酒精摄入（男性 $\leq 20 \text{ g/d}$，非孕期女性 $\leq 10 \text{ g/d}$） - 心理调整：对患者进行多次、耐心的程序化教育，使患者充分了解自己的疾病及程度，缓解紧张情绪，提高随访和治疗依从性，加强自我管理；需识别患者的精神心理问题，并给予对症处理 - 运动：应根据出院前对心肌缺血和心功能评估结果为患者制定相应的运动指导，原则上所有康复期 ACS 应坚持在不诱发心肌缺血和心功能耐受范围内逐步增加运动量，应在定期中通过运动心电图或心肺功能测定或 6 分钟步行距离以及动态心电图等方式进行再次评估，并指导运动量调整。
抗血小板治疗	- 所有无阿司匹林禁忌证的 ACS 患者均应长期服用阿司匹林 $75 \sim 100 \text{ mg/d}$。 - 在阿司匹林基础上，联合应用一种 P2Y_{12}受体抑制剂 - 无禁忌证时 P2Y_{12}受体抑制剂首选替格瑞洛 90 mg/次，2 次/d。 - 替格瑞洛无法获得或有禁忌证时，可选用氯吡格雷 75 mg/次，1 次/d。 - 出院时应根据患者存在的出血风险确定是采用 6 个月短程（Precise-DAPT ≥ 25）还是 12 个月（Precise-DAPT ≤ 24）标准双抗时程。 - 对于双抗维持治疗满 12 个月的患者，应根据缺血风险评分决定是否延长双抗时程，若 DAPT 评分 ≥ 2，可延长至 30 个月，否则，改为单一抗血小板

	板抗治疗。 • 对于有消化道出血高风险的患者，可在双联抗血小板治疗的基础上，加用质子泵抑制剂。 • 长期服用抗血小板药物尤其是双抗治疗期间应要求患者注意观察大便颜色并定期进行大便潜血检测，及时发现消化道出血。
血脂管理	• 血脂异常管理的主要依据是 ASCVD 危险分层 • 所有近期 ACS 患者（发病 1 年内）可列为 ASCVD 超高危人群，调脂治疗目标值为：LDL-C<1.4 mmol/L（55 mg/dl）且较基线降幅≥50% • 他汀类药物（如阿托伐他汀、瑞舒伐他汀等）是超高危ASCVD患者二级预防的基石；在可耐受的最大剂量他汀治疗后血脂仍无法达标的情况下，预计他汀类药物联合胆固醇吸收抑制剂（如依折麦布）治疗可以达标（LDL-C<1.4 mmol/L且较基线降幅≥50%）的患者，建议他汀类药物联合胆固醇吸收抑制剂（如依折麦布）治疗；如果他汀类药物联合依折麦布治疗4~6周LDL-C不达标（不能达到LDL-C <1.4 mmol/L且较基线降幅≥50%）建议联合PCSK9 抑制剂治疗 • 预计他汀类药物联合依折麦布治疗不达标（预计不能达到LDL-C<1.4 mmol/L 且较基线降幅≥50%）的患者，建议他汀类药物联合PCSK9抑制剂治疗 • 对于接受他汀治疗后 TG 水平仍然在 1.5~5.6 mmol/L 的 ASCVD 高危和极高危患者，推荐他汀治疗基础上联合使用贝特类、烟酸或二十碳五烯酸乙酯（IPE）进一步降低 ASCVD 风险
血压管理	• 控制血压<140/90 mm Hg，如能耐受可降至<130/80 mmHg • 无禁忌证的 ACS 患者（所有 STEMI 和存在持续缺血症状或左室射血分数降低的 NSTEMI-ACS 患者），建议使用β受体阻滞剂，以静息心率为参照，逐步调整至目标剂量和最大可耐受剂量 • ACEI/ARB 类药物用于无禁忌症的 STEMI 患者和左室射血分数降低的 NSTEMI-ACS 患者，逐步调整至目标剂量和最大可耐受剂量

血糖管理	• 对于大多数 1 型或 2 型糖尿病患者，推荐在无禁忌症时制定以二甲双胍为基础的糖尿病治疗方案，将 HbA_{1c} 控制在 7% 以下 • 对于 2 型糖尿病患者，无论 HbA_{1c} 是否达标，推荐使用有 ASCVD 获益证据的 GLP-1RA（如司美格鲁肽，利拉鲁肽等）或 SGLT2i • 对于 2 型糖尿病合并 CKD 的患者，推荐使用 GLP-1RA（如司美格鲁肽，利拉鲁肽等）或 SGLT2i • 对于 2 型糖尿病合并 HFrEF 的患者，推荐使用 SGLT2i（如达格列净等）
心力衰竭管理	• HFrEF 患者中应用 ACEI 或 ARB 或 ARNI，联合应用 β 受体阻滞剂 • 已接受 ACEI/ARB/ARNI+β 受体阻滞剂治疗后仍有症状的患者，加用醛固酮受体拮抗剂 • 除非有禁忌证或不能耐受，否则建议所有已接受 ACEI/ARNI、β 受体阻滞剂和 MRA 治疗的 HFrEF 患者使用 SGLT2i（如达格列净），无论是否患有糖尿病
心功能正常的 ACS 患者管理	• 心功能正常的 ACS 患者，PCI 后服用 β 受体阻滞剂持续至少 3 年，至最大可耐受剂量，以降低 PCI 后心肌梗死及心源性死亡发生率

注：ACEI 为血管紧张素转化酶抑制剂，ACS 为急性冠状动脉综合征，ARB 为血管紧张素受体拮抗剂，ARNI 为血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂，ASCVD 为动脉粥样硬化性心血管病，GLP-1RA 为胰高糖素样肽-1 受体激动剂，HbA_{1c} 为糖化血红蛋白，HFrEF 为射血分数降低的心力衰竭，LDL-C 为低密度脂蛋白胆固醇，NSTEMI-ACS 为非 ST 段抬高型急性冠状动脉综合征，PCI 为经皮冠状动脉介入治疗，PCSK9 为前蛋白转化酶枯草溶菌素 9，SGLT2i 为钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂，STEMI 为 ST 段抬高型心肌梗死

附录 4. 胸痛中心 ACS 患者随访管理流程图



注：ACS 为急性冠状动脉综合征，HbA_{1c}为糖化血红蛋白，LDL-C 为低密度脂蛋白胆固醇

附录 5. 胸痛中心随访内容

(1) 人口基本信息

姓名：				性别：	☐ 男 ☐ 女	
证件类型：	☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 军官证 ☐ 未知			证件号码：		
年龄：		出生日期：		民族：		
联系电话：						
职业：	☐ 国家机关、党群组织、企事业单位负责人 ☐ 各类专业技术人员 ☐ 办事人员和有关人员 ☐ 商业及服务型工作人员 ☐ 农、林、牧、渔、水利业生产人员 ☐ 生产工人，运输工人和相关人员 ☐ 下岗或无业 ☐ 离退休 ☐ 学生 ☐ 军人 ☐ 不便分类的其他从业人员					
文化程度：	☐ 没上过学 ☐ 小学 ☐ 初中 ☐ 高中或中专（中技） ☐ 大专 ☐ 本科及以上 ☐ 不详					

婚姻状况:	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 丧偶 ☐ 离异 ☐ 不详				
身高:		体重:			
病历归属日期:					
出院前风险评估:	☐ 否 ☐ 是 (☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危)				

(2) 随访信息

随访时间

随访时间	☐ 1 个月 ☐ 3 个月 ☐ 6 个月 ☐ 12 个月, 风险评估: ☐ 否 ☐ 是 (☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危) ☐ 2 年, 风险评估: ☐ 否 ☐ 是 (☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危) ☐ 3 年, 风险评估: ☐ 否 ☐ 是 (☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危)
------	---

基本信息

是否随访:	☐ 已随访 ☐ 未随访		
选择“已随访”请填写以下内容			
信息获取途径:	☐ 门诊 ☐ 电话 ☐ 其他	实际评估日期:	
随访状态:	☐ 存活 ☐ 死亡 ☐ 失访		
选择“死亡”请填写以下内容			
心血管死亡:	☐ 急性心肌梗死 ☐ 心源性猝死 ☐ 心力衰竭 ☐ 卒中 ☐ 心血管手术 ☐ 心血管出血 ☐ 其他心源性原因		
非心血管死亡:	☐ 肺脏原因 ☐ 胃肠原因 ☐ 感染性致死 (包括败血症) ☐ 事故/创伤 ☐ 其他非心血管器官衰竭 ☐ 恶性肿瘤 ☐ 其他非心血管原因		
不明原因的死亡:	☐ 不明原因的死亡		
死亡日期:			

选择“存活”请填写以下内容		
目前状况:	☐ 正常工作生活 ☐ 日常生活轻度受限 ☐ 日常生活严重受限 ☐ 卧床为主	
加入心脏康复计划:	☐ 否 ☐ 是	开始日期
出院后主要不良心血管事件:	☐ 非致死性心肌梗死 ☐ 缺血性卒中 ☐ 因心绞痛再次入院 ☐ 因心力衰竭再次入院 ☐ 再次血运重建术 ☐ 死亡 ☐ 无	
出血	☐ 是（出血部位： ☐ 皮肤黏膜 ☐ 消化道 ☐ 泌尿道 ☐ 呼吸道 ☐ 脑 ☐ 其他） ☐ 否	
实施日期:		

危险因素控制

高血压:	☐ 否 ☐ 是	控制是否达标:	☐ 否 ☐ 是
高脂血症:	☐ 否 ☐ 是	控制是否达标:	☐ 否 ☐ 是
糖尿病:	☐ 否 ☐ 是	控制是否达标:	☐ 否 ☐ 是
吸烟:	☐ 否 ☐ 是	吸烟:	☐ 已戒烟 ☐ 当前仍吸烟
饮酒:	☐ 否 ☐ 是		
身高:		体重:	
BMI:			

躯体症状与心功能评价

躯体症状:	☐ 胸痛/胸闷 ☐ 肌肉酸痛 ☐ 其他症状
胸痛/胸闷症	☐ 典型心绞痛症状 ☐ 不典型心绞痛症状 ☐ 非特异胸痛

状:	
心绞痛 CCS 分级:	☐ I 级（一般体力活动不受限，仅在强、快或持续用力时发生心绞痛） ☐ II 级（一般体力活动轻度受限，快步、饭后、寒冷、精神刺激或醒后数小时内发生心绞痛，平地步行 200m 以上或登楼一层以上受限） ☐ III 级（一般体力活动明显受限，平地步行 200m 内或登楼一层引起心绞痛） ☐ IV 级（轻微活动或休息时即可发生心绞痛）
心脏纽约分级 (NYHA) :	☐ I 级（体力活动不受限，日常活动不引起过度的乏力、呼吸困难或心悸，即心功能代偿期） ☐ II 级（体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛，亦称 I 度或轻度心衰） ☐ III 级（体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起上述症状，亦称 II 度或中度心衰） ☐ IV 级（不能从事任何体力活动，休息时亦有充血性心衰或心绞痛症状，任何体力活动后加重，亦称 III 度或重度心衰）

检查项目

心电图:	☐ 否 ☐ 是	检查次数	
心电图文件:			
CKMB:	☐ 否 ☐ 是	数值:	
肌钙蛋白:	☐ 否 ☐ 是 (☐ TnT ☐ TnI)	数值:	
脑钠肽:	☐ 否 ☐ 是 (☐ BNP ☐ Pro-BNP)	数值:	
血脂:	☐ 否 ☐ 是 (☐ TC ☐ TG ☐ LDL-C ☐ HDL-C)	数值:	
空腹血糖:	☐ 否 ☐ 是	数值:	
糖化血红蛋白:	☐ 否 ☐ 是	数值:	
超声心动图:	☐ 否 ☐ 是	LVEF 数值:	

	室壁瘤:	☐ 否 ☐ 是	局 部 室 壁 活 动 异常:	☐ 否 ☐ 是
冠脉造影:	☐ 否 ☐ 是			
冠脉 CTA:	☐ 否 ☐ 是			

用药情况

抗血小板药物:	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:	阿司匹林	服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			
药物名称:	☐ 替格瑞洛 ☐ 氯吡格雷	服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			
药物名称:	其他请填写:	服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			
调脂药物	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:		服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			

ACEI/ARB 类	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:		服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			
ARNI	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:		服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			
β 受体阻滞剂:	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:		服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			
GLP-1RA/SGLT2i	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:		用药情况:	☐ 正在使用 ☐ 已停药 ☐ 从未使用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			
抗凝:	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:		服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 4 次	单次剂量:	

	☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月		
停药日期:			
利尿剂:	☐ 否 ☐ 是		
药物名称:		服药情况:	☐ 正在服用 ☐ 已停药 ☐ 从未服用
频度:	☐ 1次 ☐ 2次 ☐ 3次 ☐ 4次 ☐ 每日 ☐ 每周 ☐ 每月	单次剂量:	
停药日期:			

参考文献

- [1] Huo Y, Lee SW, Sawhney J, et al. Two-year outcomes post-discharge in Asian patients with acute coronary syndrome: Findings from the EPICOR Asia study[J]. Int J Cardiol, 2020,315:1-8.
- [2] Vora AN, Wang TY, Hellkamp AS, et al. Differences in Short- and Long-Term Outcomes Among Older Patients With ST-Elevation Versus Non-ST-Elevation Myocardial Infarction With Angiographically Proven Coronary Artery Disease[J]. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2016,9(5):513-522.
- [3] Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation[J]. Eur Heart J, 2021,42(14):1289-1367.
- [4] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 (2019)[J]. 中华心血管病杂志, 2019,47(10):766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783.
- [5] 韩雅玲. 中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志, 2016,44(05):382-400.
- [6] Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. Eur Heart J, 2018,39(2):119-177.
- [7] 非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志, 2017,45(05):359-376.
- [8] Atkins ER, Du X, Wu Y, et al. Use of cardiovascular prevention treatments after acute coronary syndrome in China and associated factors[J]. Int J Cardiol, 2017,241:444-449.
- [9] Jackevicius CA, Li P, Tu JV. Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction[J]. Circulation, 2008,117(8):1028-1036.
- [10] 葛均波, 戴宇翔. 中国非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗现状[J]. 中华心血管病杂志, 2017,45(05):355-358.
- [11] 中国胆固醇教育计划(CCEP)工作委员会, 中国医疗保健国际交流促进会动脉粥样硬化血栓性疾病防治分会, 中国老年学和老年医学学会心血管病分会, 等. 中国胆固醇教育计划调脂治疗降低心血管事件专家建议(2019)[J]. 中华内科杂志, 2020,59(01):18-19-20-21-22.

- [12] Robinson JG, Huijgen R, Ray K, et al. Determining When to Add Nonstatin Therapy: A Quantitative Approach[J]. J Am Coll Cardiol, 2016,68(22):2412-2421.
- [13] Rallidis LS, Triantafyllis AS, Tsirebolos G, et al. Prevalence of heterozygous familial hypercholesterolaemia and its impact on long-term prognosis in patients with very early ST-segment elevation myocardial infarction in the era of statins[J]. Atherosclerosis, 2016,249:17-21.
- [14] Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease[J]. N Engl J Med, 2017,376(18):1713-1722.
- [15] Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization[J]. Eur Heart J, 2019,40(2):87-165.
- [16] Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk[J]. Eur Heart J, 2020,41(1):111-188.
- [17] Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD[J]. Eur Heart J, 2020,41(2):255-323.
- [18] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南（2020 年版）[J]. 中华糖尿病杂志,2021,13(4):315-409.
- [19] Maddox TM, Januzzi JL Jr, Allen LA, et al. 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee[J]. J Am Coll Cardiol, 2021,77(6):772-810.
- [20] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.