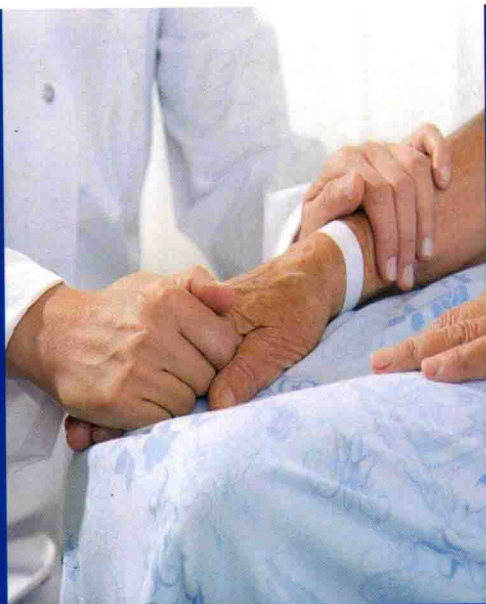


「专科护理」 「教案」



主 编 马燕兰 严清红



科学出版社

专科护理教案

主 编 马燕兰 严清红

副主编 王 曼 程凌燕 周 体

编 者 (以姓氏笔画为序)

于大玲	王 旭	王 葳	王 聪
王文君	王荣珍	孔维真	吕 艳
刘亭茹	刘艳霞	闫立格	李 倩
李晓会	肖明子	宋艳杰	张 妍
张 喆	张宁宁	张亚红	张慧慧
陈兵阳	林英芬	封丽敏	赵红梅
赵灵燕	赵若辛	郝秀霞	荆 花
姚冬芳	姚念园	高丽娟	郭艳艳
黄福秀	曹 莉	梁 敏	程凌燕
詹 燕	鲍 珍		

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书由临床护理和教学经验丰富的专家编写,分为两篇:上篇为“专科疾病护理教案”,涵盖了内科、外科及妇产科等 47 种临床常见疾病的护理教案;下篇为“专科护理技术”,包括 11 项临床常见护理技术教案,每个教案按经典教案形式撰写,包括教案首页(课程名称、授课对象、参考书及文献、目的与要求、难点与重点、教学方法等)、教学具体内容和教学手段。

本书紧贴临床护理实践,教学思路清晰,由浅入深,形式新颖多样,实用性和可操作性强。适合医院培训临床护士,以及院校指导实习生教学参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

专科护理教案/马燕兰,严清红主编. —北京:科学出版社,2017.1

ISBN 978-7-03-051661-9

I. 专… II. ①马… ②严… III. 护理学—教案(教育) IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 018466 号

责任编辑:马 莉 / 责任校对:刘亚琦

责任印制:赵 博 / 封面设计:bp 柏平工作室

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

天津市新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017 年 1 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2017 年 1 月第一次印刷 印张:24 3/4

字数:610 000

定价:85.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前言

随着社会的进步和医学的发展,护理学科已发展成为一级学科。护理学科的发展进步,既要求学科的专业性更强,又要求护理教育更加完善。临床教学是护理学生成为临床护士的重要桥梁,如何利用临床资源进行贴近实际的临床教学,对临床一线的护理教师提出了更大的挑战。在临床护理教学中,广大临床一线的护理教学人员非常需要一部规范实用的专科临床护理教学指导用书。在这个背景下,我们利用教学医院的优势,组织具有多年带教经验的临床一线优秀护理教师精心编写了《专科护理教案》,既便于具有双重身份的临床护理教师学习、借鉴,也适合在职护士、护理院校师生参考使用。

本书从临床实际出发,以巩固理论知识,强化临床实践和技能为原则,选择各专科常见疾病及护理技术编写了教案。本书具有以下特点。一是形式新。以教案的形式展现,易于临床教学。教案是教师为顺利而有效地开展教学活动,根据教学大纲和教科书要求及学生的实际情况,以课时或课题为单位,对教学内容、教学步骤、教学方法等进行的具体设计和安排的一种实用性教学文书。在临床护理教学中使用教案教学,更加科学、严谨、规范、有计划性,不仅有助于提升教师教学水平,也有助于学生掌握学习方法。二是内容新。及时将学科发展的新理念和新技术引入教案内容中。三是理念新。突出“以病人为中心”“身心并护”的护理理念,将护理程序的工作方法融汇于各专科护理教学。

在实际教学活动中,教案起着十分重要的作用。编写教案有利于教师理通教学内容,准确把握教学的重点与难点,进而选择科学、恰当的教学方法,有利于教师科学、合理地支配课堂时间,更好地组织教学活动,提高教学质量,收到预期的教学效果。本书在教学内容和教学方法的选择上,精心设计课堂提问、讨论等互动环节,步骤清晰,操作性强,切合学生实际,便于临床教师学习借鉴。同时能够使学生举一反三,培养自主学习的习惯和能力。

临床护理教学工作任重道远,希望此书能为提高临床护理教师的教学能力提供有力的帮助,培养出一代适应学科发展的专业化护理人才。本书虽经反复讨论、修改和审阅,但仍有疏漏和不足之处,敬请广大读者提出宝贵意见。

解放军总医院护理部副主任
兼第一附属医院护理部主任

马燕兰

2017年1月

目 录

上篇 专科疾病护理教案

第1章 心血管内科.....	(3)
第一节 心律失常患者的护理.....	王荣珍(3)
第二节 急性心肌梗死患者的护理.....	陈兵阳(9)
第三节 急性左心功能衰竭患者的护理	陈兵阳(16)
第四节 高血压患者的护理	宋艳杰(22)
第2章 呼吸内科	(27)
第一节 ARDS患者的护理	吕 艳(27)
第二节 支气管哮喘患者的护理	荆 花(35)
第三节 慢性阻塞性肺疾病患者的护理	高丽娟(43)
第3章 消化内科	(50)
第一节 消化性溃疡患者的护理	梁 敏(50)
第二节 胃癌患者的护理	梁 敏(57)
第三节 肝硬化患者的护理	梁 敏(63)
第四节 原发性肝癌患者的护理	张宁宁(69)
第五节 上消化道出血患者的急救与护理	梁 敏(77)
第4章 肾内科	(85)
第一节 慢性肾衰竭患者的护理	林英芬(85)
第二节 肾病综合征患者的护理	姚冬芳(92)
第5章 神经内科	(98)
第一节 病毒性脑炎患者的护理	赵红梅(98)
第二节 脑梗死患者的护理.....	赵红梅(103)
第6章 内分泌科.....	(109)
第一节 糖尿病患者的护理.....	王 聪(109)
第二节 甲状腺功能减退症患者的护理.....	于大玲(120)
第三节 甲状腺功能亢进症患者的护理.....	于大玲(128)

第 7 章 风湿免疫科.....	(136)
第一节 系统性红斑狼疮患者的护理.....	郝秀霞(136)
第二节 强直性脊柱炎患者的护理.....	张 喆(145)
第 8 章 血液科.....	(151)
第一节 淋巴瘤患者的护理.....	赵若辛(151)
第二节 再生障碍性贫血患者的护理.....	赵若辛(156)
第 9 章 骨科.....	(163)
第一节 腰椎间盘突出症患者的护理.....	张慧慧(163)
第二节 老年股骨颈骨折股骨头置换术围术期的护理.....	程凌燕(173)
第 10 章 普外肝胆科	(182)
第一节 胆囊结石患者的护理.....	孔维真(182)
第二节 原发性肝癌患者围术期护理.....	王文君(187)
第三节 胰腺癌患者的护理.....	王 旭(197)
第四节 胃癌患者围术期的护理.....	张 妍(204)
第五节 甲状腺癌患者的护理.....	张 妍(210)
第六节 乳腺癌患者的护理.....	张 妍(216)
第七节 肠梗阻患者的护理.....	张 妍(223)
第 11 章 泌尿外科	(229)
第一节 膀胱癌患者的护理.....	肖明子(229)
第二节 前列腺增生患者的护理.....	肖明子(236)
第三节 肾癌围术期的护理.....	姚念园(242)
第 12 章 胸外科	(247)
第一节 肺癌患者围术期的护理.....	詹 燕(247)
第二节 食管癌患者的护理.....	詹 燕(254)
第 13 章 神经外科	(261)
第一节 垂体瘤患者的护理.....	张亚红(261)
第二节 高血压脑出血患者的护理.....	封丽敏(266)
第三节 颅骨骨折脑脊液鼻漏患者的护理.....	闫立格(273)
第 14 章 妇产科	(279)
第一节 正常分娩的护理.....	王 葳(279)
第二节 妊娠期糖尿病患者的护理.....	王 葳(292)
第三节 宫颈癌患者的护理.....	刘艳霞(298)

第四节	卵巢癌患者的护理·····	刘艳霞(303)
第五节	子宫肌瘤患者的护理·····	刘艳霞(309)
第 15 章	急诊科·····	(314)
第一节	毒蛇咬伤患者的急救与护理·····	李 倩(314)
第二节	急性胰腺炎患者的急救与护理·····	赵灵燕(320)

下篇 专科护理技术

第 16 章	护理操作技术·····	(331)
第一节	结肠镜检查的护理·····	黄福秀(331)
第二节	胃镜检查的护理·····	黄福秀(336)
第三节	鼻饲的护理·····	赵红梅(340)
第四节	肝动脉化疗栓塞术(TACE)的护理·····	郭艳艳(344)
第五节	经皮冠状动脉介入治疗的护理·····	陈兵阳(350)
第六节	气管插管术的护理·····	曹 莉(355)
第七节	气管切开患者的护理·····	鲍 珍(361)
第八节	腔内肿瘤热灌注术的护理·····	李晓会(367)
第九节	骨牵引的护理·····	刘亭茹(373)
第十节	皮牵引的护理·····	刘亭茹(378)
第十一节	石膏固定的护理·····	刘亭茹(382)

上篇 专科疾病护理教案

第 1 章 心血管内科

第一节 心律失常患者的护理

教案首页

课程名称	心律失常患者的护理	授课对象	一年资护士,护理实习生		
教员姓名	王荣珍	专业技术职务	主管护师		
课型	理论	授课学时	2	授课日期	
授课教材及参考书	《内科护理学》,人民卫生出版社,2002 年 《实用心血管疾病护理》,人民卫生出版社,2009 年 《阜外心血管内科手册》,人民卫生出版社,2006 年				
教学目的与要求	1. 陈述异常心电图的特征及治疗原则 2. 辨识正常心电图 3. 陈述心律失常的护理措施				
重点与难点	1. 异常心电图的特征及治疗原则 2. 心律失常的护理措施				
教学方法	1. 病例导入,提问以启发思考 2. 采用 PPT、图片等方式进行讲解				

一、导入

【病例介绍】

患者女性,58 岁,主因突发心悸 2d,伴呼吸困难,不能平卧入院。患者于 2014 年 9 月 7 日约 20 时,与家人发生口角后突发心悸,呼吸困难,不能平卧,于 21:00 来我院就诊。既往有冠心病、心功能不全病史。来诊时患者心率 150 次/min,血压 95/75mmHg,口唇发绀,双肺较多湿啰音,第一心音强弱不等,节律绝对不规则,心尖部舒张期隆隆样杂音,查心电图示心房颤动。初步诊断:冠心病、心房颤动、心功能不全。立即建立静脉通路,协助患者坐位休息,吸氧 3L/min,遵医嘱给予毛花苷 C(西地兰)、呋塞米等药物治疗,给予心电监测,观察患者意识、生命体征、尿量,查心电图。次晨患者病情平稳,呼吸困难症状减轻,继续给予对症治疗,2 周后患者不适症状消失,活动耐力增强出院。

【讲解时间及提问】

1. 时间 10min。
2. 提问 心房颤动的心电图特征是什么? 心电图表现为 P 波消失,代之以大小及形态均不等的 f 波,心室律绝对不规整,f 波频率 300~500 次/分,QRS 波形态正常。

二、概述

心律失常是指心脏冲动的频率、节律、起源部位、传导速度与激动次序的异常。

心律失常的发病机制包括冲动形成的异常和(或)冲动传导的异常。

【讲解时间及提问】

1. 时间 10min。
2. 知识分析 心律失常概念是重点。

三、心电图特征(讲解时间 10min)

1. 正常心电图特征

(1)P波规律出现,钝圆形,在I、II、V₅导联直立,aVR导联倒置。

(2)P-R间期 0.12~0.20s。

(3)频率 60~100次/min。

(4)大部分左侧壁和下壁导联,QRS波群是大而高的R波,心前导联从V₁-V₅ R波逐渐增高。在左侧壁导联的一个或多个导联,有时可有小Q波。

(5)T波变化较大,但在高R波的导联常直立。

2. 常见异常心电图特征及临床表现

(1)期前收缩:是临床上常见的心律失常,按部位可分为房性、室性和交界性。按照频率可分为偶发和频发。

①心电图特征:A. 房性期前收缩:a. 提前出现的P波,形态与窦性P波稍有差别。b. P-R间期 ≥ 0.12 s。c. P波后的QRS波多正常。d. P波后代偿间歇多不完全。B. 室性期前收缩:提前发生的宽大畸形的QRS波,QRS波的时限超过0.12s,QRS波前无P波,提前的QRS波后面有完全的代偿间歇,室性期前收缩的T波与主波方向相反。

②临床表现:A. 偶发可无症状,部分可有漏跳或心跳暂停感。B. 频发使心排出量减少,出现重要器官供血不足症状,如头晕、晕厥、心悸、胸闷、憋气、心绞痛。

(2)阵发性室上性心动过速

①心电图特征:A. QRS形态与窦性相同;B. 频率绝对规整;C. 频率范围 150~250次/min。

②临床表现:心悸、胸闷、头晕、焦虑、心室率过快,可使心输出量和脑血流量骤减导致晕厥,并可诱发心绞痛、心功能不全或休克等。

(3)室性心动过速

①心电图特征:室性期前收缩连续出现三个以上,就称为室性阵发性心动过速。波形特征和室性期前收缩相同,室性阵发性心动过速的频率在 120~200次/min。

②临床表现:常见的有心慌、胸闷、气促、眩晕和低血压等,严重者可出现昏厥、休克、急性左侧心力衰竭或心室纤颤而猝死。

(4)心房扑动

①心电图特征:A. 无P波,连续的大锯齿状F波;B. 波幅一致,间隔规整;C. 频率为 250~350次/min;D. 心室律一般规则(2:1、3:1或4:1下传);E. QRS波不增宽。伴有室内差异性传导或原有束支传导阻滞者可增宽。

②临床表现:房扑不稳定,心室率不快时,无症状;快时,可诱发心绞痛和充血性心力衰竭。

(5)心房纤颤

①心电图特征:A. 无P波,大小及形态均不等的F波;B. 心室律绝对不规整;C. F波频率为300~500次/min;D. QRS波一般不增宽。

②临床表现:患者恐惧不安、心悸不适,心室率极快时可出现心绞痛、昏厥或心功能不全的表现。心音强弱不等、心律极不规则和脉搏短绌是心房颤动的主要体征。

(6)心室扑动和心室纤颤

①心电图特征:心室扑动:P波消失,出现连续宽大和比较规则的正弦波状的心室扑动波,QRS波与P波难以分辨;心室扑动波频率150~130次/min;心室纤颤:P-QRS-T波消失,代之以形态、振幅和间隔完全不规则的小波、波幅常 $<0.2\text{mV}$,纤颤波频率为250~500次/min。

②临床表现:患者意识丧失、抽搐、呼吸缓慢不规则或停止,大血管搏动消失、血压无法测出及瞳孔散大、对光反射消失。如不及时抢救,迅即死亡。

(7)房室传导阻滞

①心电图特征:一度房室传导阻滞:P-R间期延长,成年人超过0.20s,儿童超过0.18s;或者P-R间期超过相应心率的P-R间期的正常值的最高值;或者P-R间期动态变化超过0.04s以上(心率大致相同的情况下);二度I型房室传导阻滞:P-R间期逐渐延长以致最后出现“心室脱落”(即P波之后不继有QRS波群),然后P-R间期又恢复至较短的间期,这样周而复始。二度II型房室传导阻滞:P-R间期恒定,间断或周期性出现P波后QRS波脱落,可呈2:1或3:1脱落;三度房室传导阻滞:房室分离,P-P间期和R-R间期有各自规律,P波与QRS波无关。

②临床表现:一度房室传导阻滞常无症状;二度房室传导阻滞常有心动、疲乏与心搏脱漏;二度II型或三度房室传导阻滞心室率缓慢者常有眩晕、黑矇、昏厥、心绞痛甚至发生阿-斯综合征或猝死。

四、治疗要点

1. 期前收缩 病因治疗;祛除诱因;不治疗或镇静药; β 受体阻滞药;其他抗心律失常药物。

2. 阵发性心动过速

(1)室上性心动过速:兴奋迷走神经的机械性方法和药物。

抗心律失常药物;食道调搏或电复律;射频消融或手术根治。

(2)室性心动过速:电复律;药物,一般首选利多卡因;埋藏式自动除颤器;射频消融或手术根治。

3. 心房扑动和心房颤动 病因及诱因治疗;控制心室率;药物转复;同步直流电转复;药物防止复发;并发症的防治。

4. 心室扑动和心室颤动 按心搏骤停抢救;立即电除颤;埋藏式自动除颤器。

5. 传导阻滞 病因治疗;不治疗;药物治疗;起搏器。

【讲解时间及知识讲解】

1. 时间 15min。

2. 知识讲解

(1)治疗要点:各种心律失常的治疗原则。

(2)注意事项:给予心电监测,测量生命体征,建立静脉通路,注意观察药物不良反应。

五、护理评估

1. 健康史

- (1)评估患者有无冠心病、心律失常等基础心脏病病史。
- (2)有无呼吸道感染、吸烟、喝酒、饮用咖啡、运动及精神刺激等诱发因素。
- (3)有无心悸、胸闷、憋气、甚至晕厥的症状。
- (4)相关检查结果、用药情况及效果。
- (5)目前病情及一般情况。
- (6)心理-社会状况。

2. 身体评估

- (1)评估患者一般状态:生命体征、意识与精神状态、体位。
- (2)评估患者心律失常的症状。
- (3)患者大小便情况、睡眠情况、皮肤情况、自理能力评估、跌倒风险评估等。

3. 常见辅助检查 根据心律失常不同类型,进行不同项目检查。

- (1)心电图、24h 动态心电图、心脏彩超,必要时行运动试验、食管内超声、头颅 CT 等。
- (2)实验室项目:血常规、肝肾功能、血脂、血糖、甲状腺功能、电解质、肿瘤标志物等。
- (3)必要时行心脏电生理检查、冠状动脉造影或其他可能引起心律失常的原发病检查。

4. 心理-社会评估

- (1)评估患者是否了解疾病发生的原因及治疗方法。
- (2)评估患者对疾病的反应,有无焦虑、恐惧等。
- (3)评估患者的社会支持情况。评估能够为患者提供支持的关键人物,对患者病情、治疗方案、预后的了解程度及其反应。

六、护理问题

1. 活动无耐力 与心律失常致心悸或心排血量减少有关。
2. 潜在并发症 猝死。
3. 有受伤的危险 与心律失常引起的头晕、晕厥有关。

七、护理措施(讲解时间 25min)

1. 一般护理 ①休息。②环境:保持环境清静,禁止喧哗、嘈杂。③饮食:按心血管系统疾病护理常规。④心理护理。⑤体位:患者的衣服不要太紧;喘息不能平卧者,应半坐卧位。⑥生命体征:严密观察患者症状及血压、心率的变化,及时报告医生处理。⑦用药护理:根据不同抗心律失常药物的作用及不良反应,给予相应的处理。洋地黄制剂,服药前应测脉搏,若 ≥ 160 次/min或 ≤ 60 次/min,需报告医生;利多卡因可致头晕、嗜睡、视物模糊、抽搐及呼吸抑制,静脉注射累积每2小时不超过300mg;普罗帕酮易致恶心、头痛、口干等,宜饭后服用。

2. 病情观察

(1)心律:心电图发现以下任何一种心律失常,应及时与医生联系,做好急救准备:①频发室性期前收缩或室性期前收缩呈二联律。②连续出现2个以上多源性期前收缩或反复发作的短阵。③室上性心动过速。④室性期前收缩落在前一搏动的T波之上。⑤心室颤动或不同

程度的房室传导阻滞。

(2)心率:发现心音、脉搏消失,心率 ≤ 40 次/min或 ≥ 160 次/min及时报告医生处理。

(3)血压: ≤ 80 mmHg,脉压 ≤ 20 mmHg,出现休克症状,立即给予抗休克处理。

(4)阿-斯综合征:患者意识丧失,昏迷或抽搐,此时大动脉搏动消失,心音消失,血压测不到,呼吸停止或发绀,瞳孔放大。

(5)心搏骤停。

3. 对症处理

(1)阿-斯综合征抢救配合:①叩击心前区和进行心脏按压,通知医生,备齐抢救药物及用品。②静脉推注异丙肾上腺素或阿托品。③心室颤动时积极配合医生除颤或安装起搏器。

(2)心搏骤停抢救配合:①同阿-斯综合征抢救配合。②保证给氧,保持呼吸道通畅。③脑缺氧时间较长者,头部可置冰袋或冰帽。④监测生命体征及24h出入量,必要时留置尿管。

⑤严密观察病情变化,防止并发症,及时填写特别护理记录单。

(3)电击复律:持续24h心电监护,注意电击部位皮肤有无灼伤。

(4)人工心脏起搏。

4. 健康教育

(1)积极治疗各种器质性心脏病,调整自主神经功能失调。

(2)避免情绪波动,戒烟、酒,不宜饮浓茶、咖啡;保证充足的睡眠与休息,防止诱发心力衰竭。

(3)饮食宜多食纤维素丰富的食物,保持大便通畅。

(4)加强锻炼,预防感染,定期随访。

(5)安装人工起搏器的患者应随身携带诊断卡。

八、小结(讲解时间 10min)

心律失常患者病情复杂,变化快,预后难料,恶性心律失常如不能及时抢救,可出现休克、猝死等并发症,病死率高。针对不同的心律失常有相应的治疗方法。护理措施包括一般护理、对症护理及病情观察。

九、复习思考题

1. 正常心电图特征是怎样的?

答:①P波规律出现,钝圆形,在I、II、V₅导联直立,aVR导联倒置。②P-R间期0.12~0.20s。③频率60~100次/min。④大部分左侧壁和下壁导联,QRS波群是大而高的R波,心前导联从V₁-V₅R波逐渐增高。在左侧壁导联的一个或多个导联,有时可有小Q波。⑤T波变化较大,但在高R波的导联常直立。

2. 心律失常如何护理?

答:(1)一般护理:①休息。②环境:保持环境清静,禁止喧哗、嘈杂。③饮食:按心血管系统疾病护理常规。④心理护理。⑤体位:患者的衣服不要太紧;喘息不能平卧者,应半坐卧位。⑥生命体征:严密观察患者症状及血压、心率的变化,及时报告医生处理。⑦用药护理:根据不同抗心律失常药物的作用及不良反应,给予相应的处理。洋地黄制剂,服药前应测脉搏,若 ≥ 160 次/min或 ≤ 60 次/min,需报告医生;利多卡因可致头晕、嗜睡、视物模糊、抽搐及呼吸抑制,静脉注射累积每2小时不超过300mg;普罗帕酮易致恶心、头痛、口干等,宜饭后服用。

(2)病情观察

①心律:心电图发现以下任何一种心律失常,应及时与医生联系,做好急救准备:A. 频发室性期前收缩或室性期前收缩呈二联律。B. 连续出现 2 个以上多源性室性期前收缩或反复发作的短阵。C. 室上性心动过速。D. 室性期前收缩落在前一搏动的 T 波之上。E. 心室颤动或不同程度的房室传导阻滞。

②心率:发现心音、脉搏消失,心率 ≤ 40 次/min 或 ≥ 160 次/min 及时报告医生处理。

③血压: ≤ 80 mmHg,脉压 ≤ 20 mmHg,出现休克症状,立即给予抗休克处理。

④阿-斯综合征:患者意识丧失,昏迷或抽搐,此时大动脉搏动消失,心音消失,血压测不到,呼吸停止或发绀,瞳孔放大。

⑤心搏骤停。

(3)对症处理

①阿-斯综合征抢救配合:A. 叩击心前区和进行心脏按压,通知医生,备齐抢救药物及用品。B. 静脉推注异丙肾上腺素或阿托品。C. 心室颤动时积极配合医生除颤或安装起搏器。

②心搏骤停抢救配合:A. 同阿-斯综合征抢救配合。B. 保证给氧,保持呼吸道通畅。C. 脑缺氧时间较长者,头部可置冰袋或冰帽。D. 监测生命体征及 24h 出入量,必要时留置尿管。E. 严密观察病情变化,防止并发症,及时填写特别护理记录单。

③电击复律:持续 24h 心电监护,注意电击部位皮肤有无灼伤。

④人工心脏起搏。

科室审阅意见	备课准备较充分。授课深入浅出、形式多样、注重互动、调动学生参与。教案重点突出,各部分内容时间分配较合理。 护士长签名:陈兵阳
教学实施情况总结 分析与改进措施	1. 学生对重点内容掌握较好。 2. 教学中能够做到师生互动,提高学生的兴趣。

第二节 急性心肌梗死患者的护理

教案首页

课程名称	急性心肌梗死患者的护理	授课对象	一年资护士,护理实习生		
教员姓名	陈兵阳	专业技术职务	主管护师		
课型	理论	授课学时	2	授课日期	
授课教材及参考书	《内科护理学》,人民卫生出版社,2002 年 《实用心血管疾病护理》,人民卫生出版社,2009 年 《2015 中国急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》,中华心血管病杂志,2015 年 6 月				
教学目的与要求	1. 陈述急性心肌梗死患者的急救治疗 2. 陈述急性心肌梗死患者护理目标 3. 陈述急性心肌梗死患者的急救护理措施				
重点与难点	1. 急性心肌梗死患者的急救治疗 2. 急性心肌梗死患者的护理目标 3. 急性心肌梗死患者的急救护理措施				
教学方法	1. 病例导入,提问以启发思考 2. 采用 PPT、图片等方式进行讲解				

一、导入

【病例介绍】

患者男性,65 岁,主因胸骨后压榨样疼痛并向左臂放射,伴烦躁不安、出汗来诊。患者 2014 年 10 月 5 日约 19 点与家人聚餐后突感胸骨后压榨性疼痛,不能忍受,向左臂放射,伴烦躁不安、出汗,自服硝酸甘油 4 次,疼痛稍有减轻,症状持续存在,呼叫 120 送至我院。既往有冠心病、高血压病病史。来诊时患者神志清楚,急性痛苦面容,行心电图检查示Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联呈弓背样抬高,V₁-V₃ 导联 ST-T 压低,心肌梗死三项及心肌酶化验结果均异常。初步诊断:急性下壁心肌梗死。立即建立静脉通路,吗啡镇痛、吸氧 3L/min,行急诊支架植入术后转入心内监护室监护治疗。行心电监测,观察有无心律失常的发生,观察患者意识、生命体征、复查心肌梗死三项及心肌酶等生物学指标,观察心电图的变化,2 天后患者病情平稳,转入普通病房继续给予对症治疗,1 周后患者病情稳定出院。

【讲解时间及提问】

1. 时间 10min。
2. 提问
- (1)此患者发病诱因是什么?
- 饱餐、激动、冠心病、高血压病史。

(2)心梗三项及心肌酶的变化是什么?

①心梗三项:肌钙蛋白 I(cTnI) $<1\text{ng/ml}$ 、肌红蛋白(Mb) $<50\text{ng/ml}$ 、肌酸磷酸激酶同工酶(CK-MB) $<5\text{ng/ml}$ 。

②心肌酶:谷草转氨酶(AST)8~40U/L;乳酸脱氢酶(LDH)100~240U/L;肌酸磷酸激酶(CK)24~195U/L。

二、概述

急性心肌梗死(Acute Myocardial Infarction, AMI),在冠状动脉病变的基础上,发生冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应的心肌发生严重、持久的急性缺血而导致的心肌坏死,是冠心病的严重类型。

依据国际标准,临床上只要符合持续胸痛 $>30\text{min}$ 的典型缺血症状、心电图特征性改变和心肌酶学的异常升高三项指标中的任何两项即可诊断为 AMI。若心电图有相应导联 ST 段上抬则诊断为 ST 段抬高型心梗(STEMI),否则诊断为非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)。

【讲解时间及列举病例】

1. 时间 5min。

2. 列举病例及表现,解释病因 患者,男,44岁。5h前无明显诱因突发胸痛,程度剧烈,不能缓解,伴大汗淋漓,乏力。入院。神志清楚,BP 90/60mmHg,CK 190U/L,AST 30U/L,LDH 300U/L,心电图: V_1-V_4 导联 ST 段弓背样抬高。临床诊断:急性下壁心肌梗死。患者有冠心病病史,冠状动脉粥样硬化造成一支或多支冠状动脉痉挛,导致心肌供血不足,且侧支循环未充分建立。一旦发生粥样斑块破裂等突发情况,就会造成冠状动脉阻塞,使心肌供血急剧减少或中断,若急性缺血严重而持久达 1h 以上,即可发生心肌坏死。

三、临床表现和并发症

1. 急性心肌梗死的临床表现 与梗死的面积大小、部位、冠状动脉侧支循环情况密切相关。

(1)AMI 的典型症状是持续性心前区、胸骨后或剑突下难以忍受的压榨样剧烈疼痛超过 30min,口含硝酸甘油 1~3 片仍不能缓解,伴有出汗、面色苍白和恶心呕吐。通常胸痛可放射到左上肢尺侧,也可向双肩、双上肢、颈部、颊部或双肩胛间区放射。与心绞痛相比,AMI 的胸痛程度更重,持续时间更长,休息或硝酸甘油舌下含服无效。

(2)AMI 的不典型症状可表现为胃部、背部、左上肢酸胀和不适;特别是某些老年或糖尿病患者,AMI 有时可无胸痛,仅有周身不适、疲乏和恶心、呕吐等非特异性症状及出汗、面色苍白等体征。某些老年 AMI 患者可以急性左侧心力衰竭、高度房室传导阻滞、反复晕厥,甚至心源性休克为首发表现,这些表现往往都伴有恶心呕吐、面色苍白和大汗淋漓等特征性症状和体征。

2. 急性心肌梗死的并发症

(1)心律失常:因心肌缺血和坏死所致,可有室性期前收缩、室性心动过速、心室颤动、心房扑动、心房颤动、传导阻滞、束支阻滞等室性、房性或缓慢性心律失常。许多为恶性心律失常,如不及时处理,可随时发生猝死。

(2)心力衰竭和心源性休克:因心肌大面积透壁坏死所致。表现为低血压、呼吸困难、大