

内科常见疾病 护理评估技能

主 编 王惠珍 周春兰



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

内科常见疾病 护理评估技能

主 编 王惠珍 周春兰
副主编 谭坚铃 罗艳华 史 蕾

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科常见疾病护理评估技能 / 王惠珍, 周春兰主编.

—北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-19843-1

I. ①内… II. ①王… ②周… III. ①内科—常见病—护理 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 039192 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

内科常见疾病护理评估技能

主 编: 王惠珍 周春兰

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 25

字 数: 462 千字

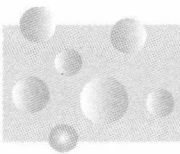
版 次: 2015 年 4 月第 1 版 2015 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19843-1/R · 19844

定 价: 58.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



前言

随着医学模式的转变与护理学的迅速发展,护理已由过去单纯的疾病护理转变为以人为中心、以护理程序为框架的责任制整体护理。在临床护理工作中,护理人员掌握临床护理评估技能的重要性日益凸显,正确运用护理评估技能,全面收集、整理和分析服务对象的健康资料是执行护理程序的关键环节。但目前我们缺乏具有护理学专业特点、符合临床护理工作需求、针对性强的护理评估实用书籍。鉴于此,我们组织了一批临床护理实践经验丰富的专家编写了《常见疾病护理评估技能》丛书。在编写过程中,编者们广泛参阅了国内外有关教材和专著,并结合中国国情及临床实践经验,在内容选择及编写上特别注重体现“以人为本”和临床实际需求,不仅强调必须掌握的基础理论、基本知识和基本技能,也反映临床各学科的新进展、新技术,故具有实用性、先进性、广泛性和系统性,是护理人员系统学习和实践护理评估技能的必备参考书。

《内科常见疾病护理评估技能》共分为八章,编写贯穿以整体护理观为指导,以护理程序为主线的思路,主要针对临床内科各系统专科、传染病以及神经系统专科各种常见病、多发病的实用护理评估技能进行编撰,全书内容力求精练、实用、重点突出、紧密结合临床工作,注重培养护士科学的临床思维、工作方法以及综合应用学科知识正确处理临床疾病的能力。

本教材主要面向已具有大专及以上学历,具有一定的医学、护理学基础知识和临床工作经验的护理工作者,亦可作为护士执业资格考试复习读本,对护理教师也有一定的参考价值。

在本书的编写过程中,尽管我们做了积极的努力,但水平和能力所限,难免有疏漏与错误之处,恳请使用本教材的读者,在学习与应用中批评指正,以便在本书再版时加以修正。

王惠珍 周春兰

2015年2月

目 录

第一章 循环系统疾病的护理评估	1
第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理评估.....	1
第二节 心力衰竭的护理评估.....	14
第三节 心律失常的护理评估.....	20
第四节 心脏瓣膜病的护理评估.....	27
第五节 心肌炎的护理评估.....	35
第六节 心源性猝死的护理评估.....	41
第七节 高血压的护理评估.....	47
第八节 心包疾病的护理评估.....	57
第二章 呼吸系统疾病的护理评估	64
第一节 急性呼吸道感染的护理评估.....	64
第二节 肺炎的护理评估.....	72
第三节 慢性阻塞性肺疾病的护理评估.....	84
第四节 慢性肺源性心脏病的护理评估.....	92
第五节 呼吸衰竭的护理评估.....	98
第六节 支气管扩张的护理评估.....	106
第七节 胸腔积液的护理评估.....	112
第三章 消化系统疾病的护理评估	120
第一节 消化性溃疡的护理评估.....	120
第二节 肝硬化的护理评估.....	126
第三节 肝癌的护理评估.....	131
第四节 上消化道大出血的护理评估.....	139
第五节 急性胰腺炎的护理评估.....	147

第四章 血液系统疾病的护理评估	154
第一节 贫血的护理评估.....	154
第二节 出血性疾病的护理评估.....	160
第三节 淋巴瘤的护理评估.....	166
第四节 多发性骨髓瘤的护理评估.....	171
第五章 内分泌系统疾病的护理评估	176
第一节 甲状腺疾病的护理评估.....	176
第二节 糖尿病的护理评估.....	191
第三节 肾上腺皮质疾病的护理评估.....	201
第四节 肥胖症的护理评估.....	209
第五节 痛风的护理评估.....	214
第六节 骨质疏松的护理评估.....	219
第六章 神经系统疾病的护理评估	226
第一节 脑血管疾病的护理评估.....	226
第二节 周围神经疾病的护理评估.....	245
第三节 脊髓疾病的护理评估.....	253
第四节 帕金森病的护理评估.....	264
第五节 癫痫的护理评估.....	270
第六节 重症肌无力的护理评估.....	277
第七章 泌尿系统疾病的护理评估	284
第一节 尿路感染的护理评估.....	284
第二节 肾小球肾炎的护理评估.....	288
第三节 肾病综合征的护理评估.....	297
第四节 肾衰竭的护理评估.....	302
第八章 传染病疾病的护理评估	313
第一节 病毒感染性疾病护理评估.....	313
第二节 细菌性疾病的护理评估.....	346
第三节 恙虫病的护理评估.....	364

第四节	钩端螺旋体病的护理评估.....	367
第五节	原虫感染疾病的护理评估.....	371
第六节	蠕虫感染疾病的护理评估.....	379
参考文献.....		387

第一章 循环系统疾病的护理评估

第一节 冠状动脉粥样硬化性 心脏病的护理评估

心 绞 痛

一、疾病概述

冠状动脉粥样硬化性心脏病指冠状动脉（冠脉）发生粥样硬化引起血管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病，简称冠心病，亦称缺血性心脏病。

冠心病是冠状动脉粥样硬化导致器官病变的最常见类型，也是严重危害人类健康的常见病。本病多发于40岁以上成人，男性发病早于女性。经济发达国家发病率较高，近年来发病呈年轻化趋势，已成为威胁人类健康的主要疾病之一。当冠脉的供血与心肌的需血之间发生矛盾，冠脉血流量不能满足心肌代谢的需要，就可以引起心肌缺血缺氧，急剧的、暂时的缺血缺氧引起心绞痛，而持续的、严重的心肌缺血可引起心肌坏死即为心肌梗死。本节主要介绍心绞痛和心肌梗死。

【稳定型心绞痛】

（一）概念和特点

稳定型心绞痛也称劳力性心绞痛，是在冠状动脉固定性严重狭窄基础上，由于心肌负荷的增加引起心肌急剧的、暂时的缺血缺氧的临床综合征。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛或憋闷感觉，主要位于胸骨后部，可放射至心前区和左上肢尺侧，常发生于劳力负荷增加时，持续数分钟，休息或用硝酸酯制剂后疼痛消失。疼痛发作的程度、频度、性质及诱发因素在数周至数月内无明显变化。

（二）相关病理生理

病人在心绞痛发作之前，常有血压增高、心律增快、肺动脉压和肺毛细血管压增高的变化，反映心脏和肺的顺应性减低。发作时可有左心室收缩力和收缩速度降低、射血速度减慢、左心室收缩压下降、心搏量和心排血量降

低、左心室舒张末期压和血容量增加等左心室收缩和舒张功能障碍的病理生理变化。左心室壁可呈收缩不协调或部分心室壁有收缩减弱的现象。

（三）主要病因及诱因

本病的基本病因是冠脉粥样硬化。正常情况下，冠脉循环血流量具有很大的储备力量，其血流量可随身体的生理情况有显著的变化，休息时无症状。当劳累、激动、心力衰竭等使心脏负荷增加，心肌耗氧量增加时，对血液的需求增加，而冠脉的供血已不能相应增加，即可引起心绞痛。

（四）临床表现

1. 症状 心绞痛以发作性胸痛为主要临床表现，典型疼痛的特点为：

（1）部位：主要在胸骨体中、上段之后，可波及心前区，界限不很清楚。常放射至左肩、左臂尺侧达无名指和小指，偶有至颈、咽或下颌部。

（2）性质：胸痛常有压迫、憋闷或紧缩感，也可有烧灼感，偶尔伴有濒死感。

（3）持续时间：疼痛出现后常逐步加重，持续 3~5 分钟，休息或含服硝酸甘油可迅速缓解，很少超过半小时。可数天或数周发作 1 次，亦可一天内发作数次。

2. 体征 心绞痛发作时，病人面色苍白、出冷汗、心率增快、血压升高、表情焦虑。心尖部听诊有时出现“奔马律”，可有暂时性心尖部收缩期杂音，是乳头肌缺血以致功能失调引起二尖瓣关闭不全所致。

3. 诱因 发作常由体力劳动、情绪激动、饱餐、寒冷、吸烟、心动过速、休克等。

（五）辅助检查

1. 心电图

（1）静息时心电图：约有半数病人在正常范围，也可有陈旧性心肌梗死的改变或非特异性 ST 段和 T 波异常。有时出现心律失常。

（2）心绞痛发作时心电图：绝大多数病人可出现暂时性心肌缺血引起的 ST 段压低（ $\geq 0.1\text{mV}$ ），有时出现 T 波倒置，在平时有 T 波持续倒置的病人，发作时可变为直立（假性正常化）。

（3）心电图负荷试验：运动负荷试验及 24 小时动态心电图，可显著提高缺血性心电图的检出率。

2. X 线检查 心脏检查可无异常，若已伴发缺血性心肌病可见心影增大、肺充血等。

3. 放射性核素 利用放射性铊心肌显像所示灌注缺损，提示心肌供血不足或血供消失，对心肌缺血诊断较有价值。

4. 超声心动图 多数稳定性心绞痛病人静息时超声心动图检查无异常，

有陈旧性心肌梗死者或严重心肌缺血者二维超声心动图可探测到坏死区或缺血区心室壁的运动异常,运动或药物负荷超声心动图检查可以评价心肌灌注和存活性。

5. 冠状动脉造影 选择性冠状动脉造影可使左、右冠状动脉及主要分支得到清楚的显影,具有确诊价值。

(六) 治疗原则

治疗原则是改善冠脉血供和降低心肌耗氧量以改善病人症状,提高生活质量,同时治疗冠脉粥样硬化,预防心肌梗死和死亡,以延长生存期。

1. 发作时的治疗

(1) 休息:发作时立即休息,一般病人停止活动后症状即可消失。

(2) 药物治疗:宜选用作用快的硝酸酯制剂,这类药物除可扩张冠脉增加冠脉血流量外,还可扩张外周血管,减轻心脏负荷,从而缓解心绞痛。如硝酸甘油 0.3~0.6mg 或硝酸异山梨酯 3~10mg 舌下含化。

2. 缓解期的治疗 缓解期一般不需卧床休息,应避免各种已知的诱因。

(1) 药物治疗:以改善预后的药物和减轻症状、改善缺血的药物为主,如阿司匹林、氯吡格雷、 β 受体阻滞剂、他汀类药物、血管紧张素转换酶抑制剂、硝酸酯制剂,其他如代谢性药物、中医中药。

(2) 非药物治疗:包括运动锻炼疗法、血管重建治疗、增强型体外反搏等。

【不稳定型心绞痛】

(一) 概念和特点

目前已趋向将典型的稳定型劳力性心绞痛以外的缺血性胸痛统称为不稳定型心绞痛。不稳定型心绞痛根据临床表现可分为静息型心绞痛、初发型心绞痛、恶化型心绞痛三种类型。

(二) 相关病理生理

与稳定型心绞痛的差别主要在于冠脉内不稳定的粥样斑块继发的病理改变,使局部的心肌血流量明显下降,如斑块内出血、斑块纤维帽出现裂隙、表面有血小板聚集和(或)刺激冠脉痉挛,导致缺血性心绞痛,虽然也可因劳力负荷诱发,但劳力负荷终止后胸痛并不能缓解。

(三) 主要病因及诱因

少部分不稳定型心绞痛病人心绞痛发作有明显的诱因:

1. 增加心肌氧耗 感染、甲状腺功能亢进或心律失常。
2. 冠脉血流减少 低血压。
3. 血液携氧能力下降 贫血和低氧血症。

(四) 临床表现

1. 症状 不稳定型心绞痛病人胸部不适的性质与典型的稳定型心绞痛

相似，通常程度更重，持续时间更长，可达数十分钟，胸痛在休息时也可发生。

2. 体征 体检可发现一过性第三心音或第四心音，以及由于二尖瓣反流引起的一过性收缩期杂音，这些非特异性体征也可出现在稳定性心绞痛和心肌梗死病人，但详细的体格检查可发现潜在的加重心肌缺血的因素，并成为判断预后非常重要的依据。

（五）辅助检查

1. 心电图

（1）大多数病人胸痛发作时有一过性 ST 段（抬高或压低）和 T 波（低平或倒置）改变，其中 ST 段的动态改变（ $\geq 0.1\text{mV}$ 的抬高或压低）是严重冠脉疾病的表现，可能会发生急性心肌梗死或猝死。

（2）连续心电监护 连续 24 小时心电监测发现，85%~90% 的心肌缺血，可不伴有心绞痛症状。

2. 冠脉造影剂其他侵入性检查 在长期稳定型心绞痛基础上出现的不稳定型心绞痛病人，常有多支冠脉病变，而新发静息心绞痛病人，可能只有单支冠脉病变。在所有的不稳定型心绞痛病人中，3 支血管病变占 40%，2 支血管病变占 20%，左冠脉主干病变约占 20%，单支血管病变约占 10%，没有明显血管狭窄者占 10%。

3. 心脏标志物检查 心脏肌钙蛋白（cTn）T 及 I 较传统的 CK 和 CK-MB 更为敏感、更可靠。

4. 其他 胸部 X 线、心脏超声和放射性核素检查的结果，与稳定型心绞痛病人的结果相似，但阳性发现率会更高。

（六）治疗原则

不稳定型心绞痛是严重、具有潜在危险的疾病，病情发展难以预料，应使病人处于监控之下，疼痛发作频繁或持续不缓解及高危组的病人应立即住院。其治疗包括抗缺血治疗、抗血栓治疗和根据危险度分层进行优创治疗。

1. 一般治疗 发作时立即卧床休息，床边 24 小时心电监护，严密观察血压、脉搏、呼吸、心率、心律变化，有呼吸困难、发绀者应给氧吸入，维持血氧饱和度达到 95% 以上。如有必要，重测心肌坏死标志物。

2. 止痛 烦躁不安、疼痛剧烈者，可考虑应用镇静剂如吗啡 5~10mg 皮下注射；硝酸甘油或硝酸异山梨醇酯持续静滴或微量泵输注，以 $10\mu\text{g}/\text{min}$ 开始，每 3~5 分钟增加 $10\mu\text{g}/\text{min}$ ，直至症状缓解或出现血压下降。

3. 抗凝（栓） 抗血小板和抗凝治疗是不稳定型心绞痛治疗至关重要的措施，应尽早应用阿司匹林、氯吡格雷和肝素或低分子肝素，以有效防止血栓形成，阻止病情进展为心肌梗死。

4. 其他 对于个别病情极严重病人,保守治疗效果不佳,心绞痛发作时 ST 段 $\geq 0.1\text{mV}$,持续时间 > 20 分钟,或血肌钙蛋白升高者,在有条件的医院可行急诊冠脉造影,考虑经皮冠脉成形术。

二、护理评估

(一) 一般评估

1. 病人有无面色苍白、出冷汗、心率加快、血压升高。
2. 病人主诉有无心绞痛发作症状。

(二) 身体评估

1. 有无表情焦虑、皮肤湿冷、出冷汗。
2. 有无心律增快、血压升高。
3. 心尖区听诊是否闻及收缩期杂音,或听到第三心音或第四心音。

(三) 心理 - 社会评估

病人能否控制情绪,避免激动或愤怒,以减少心悸耗氧量;家属能否做到给予病人安慰及细心的照顾,并督促定期复查。

(四) 辅助检查结果的评估

1. 心电图有无 ST 段及 T 波异常改变。
2. 24 小时连续心电监测有无心悸缺血的变化。
3. 冠脉造影检查结果有无显示单支或多支病变。
4. 心脏标志物肌钙蛋白 (cTn)T 的峰值是否超过正常对照值的百分位数。

(五) 常用药物治疗效果的评估

1. 硝酸酯类药物:心绞痛发作时,能及时舌下含化,迅速缓解疼痛。
2. 他汀类药物:长期服用可以维持 LDL-C 的目标值 $< 70\text{mg} / \text{dl}$,且不会出现肝酶和肌酶升高副作用。

三、主要护理诊断 / 问题

1. 胸痛 与心肌缺血、缺氧有关。
2. 活动无耐力 与心肌氧的供需失调有关。
3. 知识缺乏:缺乏控制诱发因素及预防心绞痛发作的知识。
4. 潜在并发症:心肌梗死。

四、护理措施

(一) 休息与活动

1. 适量运动 应以有氧运动为主,运动的强度和时间因病情和个体差异而不同,必要时在监测下进行。

2. 心绞痛发作时 立即停止活动,就地休息。不稳定型心绞痛病人,应卧床休息,并密切观察。

(二) 用药的指导

1. 心绞痛发作时 立即舌下含化硝酸甘油,用药后注意观察病人胸痛变化情况,如3~5分钟后仍不缓解,隔5分钟后可重复使用。对于心绞痛发作频繁者,静脉滴注硝酸甘油时,病人及家属不要擅自调整滴速,以防低血压发生。部分病人用药后出现面部潮红、头部胀痛、头晕、心动过速、心悸等不适,应告知病人是药物的扩血管作用所致,不必有顾虑。

2. 应用他汀类药物时 应严密监测转氨酶及肌酸激酶等生化指标,及时发现药物可能引起的肝脏损害和肌病。采用强化降脂治疗时,应注意监测药物的安全性。

(三) 心理护理

安慰病人,解除紧张不安情绪,改变急躁易怒性格,保持心理平衡。告知病人及家属过劳、情绪激动、饱餐、用力排便、寒冷刺激等都是心绞痛发作的诱因,应注意避免。

(四) 健康教育

1. 疾病知识指导

(1) 合理膳食:宜摄入低热量、低脂、低胆固醇、低盐饮食,多食蔬菜、水果和粗纤维食物如芹菜、糙米等,避免暴饮暴食,应少食多餐。

(2) 戒烟、限酒。

(3) 适量运动:应以有氧运动为主,运动的强度和时间因病情和个体差异而不同,必要时在监测下进行。

(4) 心理调适:保持心理平衡,可采取放松技术或与他人交流的方式缓解压力,避免心绞痛发作的诱因。

2. 用药指导 指导病人出院后遵医嘱用药,不擅自增减药量,自我检测药物的不良反应。外出时随身携带硝酸甘油以备急用。硝酸甘油遇光易分解,应放在棕色瓶内存放于干燥处,以免潮解失效。药瓶开封后每6个月更换1次,以确保疗效。

3. 病情检测指导 教会病人及家属心绞痛发作时的缓解方法,胸痛发作时应立即停止活动或舌下含服硝酸甘油。如连续含服3次仍不缓解,或心绞痛发作比以往频繁、程度加重、疼痛时间延长,应及时就医,警惕心肌梗死的发生。不典型心绞痛发作时,可能表现为牙痛、肩周炎、上腹痛等,为防治误诊,应尽快到医院做相关检查。

4. 及时就诊的指标

(1) 心绞痛发作时,舌下含化硝酸酯类药物无效或重复用药仍未缓解。

(2) 心绞痛发作比以往频繁、程度加重、疼痛时间延长。

五、护理效果评估

1. 病人能坚持长期遵医嘱用药物治疗。
2. 心绞痛发作时，能立即停止活动，并舌下含服硝酸甘油。
3. 能预防和控制缺血症状，减低心肌梗死的发生。
4. 能戒烟、控制饮食和糖尿病治疗。
5. 能坚持定期门诊复查。

心 肌 梗 死

一、疾病概述

(一) 概念和特点

心肌梗死是心肌长时间缺血导致的心肌细胞死亡。为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，使相应心肌严重而持久地急性缺血导致的心肌细胞死亡。急性心肌梗死临床表现有持久的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数和血清心肌坏死标志物增高，以及心电图进行性改变；可发生心律失常、休克或心力衰竭，属急性冠脉综合征的严重类型。

(二) 相关病理生理

主要出现左心室舒张和收缩功能障碍的一些血流动力学改变，其严重程度和持续时间取决于梗死的部位、程度和范围。心脏收缩力减弱、顺应性降低、心肌收缩不协调，左心室压力曲线最大上升速度（ dp/dt ）减低，左心室舒张末期压增高、舒张和收缩末期容量增多。射血分数减低，心搏量和心排血量下降，心率增快或有心律失常，血压下降。病情严重者，动脉血氧含量降低。急性大面积心肌梗死者，可发生泵衰竭—心源性休克或急性肺水肿。

(三) 主要病因及诱因

急性心肌梗死的基本病因是冠脉粥样硬化。造成一支或多支管腔狭窄和心肌血供不足，而侧支循环未建立。在此基础上，一旦血供急剧减少或中断，使心肌严重而持久地急性缺血达 20~30 分钟以上，即可发生急性心肌梗死。

促使斑块破溃出血及血栓形成的诱因：①晨起 6 时至 12 时，交感神经活动增加，机体应激反应增强，心肌收缩力、心率、血压增高，冠状动脉张力增高。②饱餐特别是进食多量高脂饮食后。③重体力劳动、情绪过分激动、血压急剧升高或用力排便。④休克、脱水、出血、外科手术或严重心律

失常。

（四）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. 先兆 50%~81.2%的病人在发病前数天有乏力、胸部不适、活动时心悸、气急、烦躁、心绞痛等前驱症状。以初发心绞痛或原有心绞痛加重为最突出。心绞痛发作较以往频繁、程度较剧、持续较久、硝酸甘油疗效差、诱发因素不明显。

2. 症状

（1）疼痛：出现最早、最突出，多发生于清晨，尤其是晨间运动或排便时。疼痛的性质和部位与心绞痛相似，但程度更剧烈，多伴有大汗、烦躁不安、恐惧及濒死感，持续时间可达数小时或数天，休息和服用硝酸甘油不缓解。部分病人疼痛可向上腹部放射，而被误诊为急腹症或因疼痛向下颌、颈部、背部放射而误诊为其他疾病。少数病人无疼痛，一开始即表现为休克或急性心力衰竭。

（2）全身症状：一般在疼痛发生后 24~48 小时出现发热、心动过速、白细胞增高或和血沉增快等。体温可升高至 38℃ 左右，很少超过 39℃，持续约 1 周。

（3）胃肠道症状：疼痛剧烈时常伴恶心、呕吐、上腹胀痛。也可有肠胀气或呃逆。

（4）心律失常：75%~95%的病人在起病 1~2 天内可发生心律失常，24 小时内最多见。

（5）低血压和休克：疼痛发作期间血压下降常见，但未必是休克，如疼痛缓解而收缩压仍低于 80mmHg，且病人表现为烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉细而快、大汗淋漓、少尿、神志迟钝，甚至晕厥者为休克表现。

（6）心力衰竭：发生率为 32%~48%，主要为急性左心衰。表现为呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁等症状，重者可发生肺水肿。随后可发生颈静脉怒张、肝大、水肿等右心衰竭表现，伴血压下降。

3. 体征 心率多增快，也可减慢，心律不齐。心尖部第一心音减弱，可闻及“奔马律”；除急性心肌梗死早期血压可增高外，几乎所有病人都有血压下降。

4. 并发症 乳头肌功能失调或断裂、心脏破裂、栓塞、心室壁瘤、心肌梗死后综合征等。

（五）辅助检查

1. 心电图

（1）特征性改变

1) ST 段抬高性心肌梗死心电图的特点: ① ST 段抬高呈弓背向上型, 在面向坏死区周围心肌损伤区的导联上出现; ②宽而深的 Q 波 (病理性 Q 波), 在面向透壁心肌坏死区的导联上出现; ③ T 波倒置, 在面向损伤区周围心肌缺血区的导联上出现。

2) 非 ST 段抬高性心肌梗死心电图的特点: ①无病理性 Q 波, 有普遍性 ST 段压低 $\geq 0.1\text{mV}$, 但 aVR 导联 ST 段抬高, 或有对称性 T 波倒置, 为心内膜下心肌梗死所致; ②无病理性 Q 波, 也无 ST 段变化, 仅有 T 波倒置变化。

(2) 动态性改变

ST 段抬高心肌梗死的心电图演变过程: ①在起病数小时内可无异常或出现异常高大两支不对称的 T 波, 为超急性期改变。②数小时后, ST 段明显抬高, 弓背向上, 与直立的 T 波连接, 形成单向曲线; 数小时至 2 天内出现病理性 Q 波同时 R 波减低, 为急性期改变。③如果早期不进行干预, 抬高的 ST 段可在数日至 2 周内逐渐回到基线水平, T 波逐渐平坦或倒置, 为亚急性期改变。④数周至数月后, T 波呈 V 形倒置, 两支对称, 为慢性期改变。T 波倒置可永久存在, 也可在数月至数年内逐渐恢复。

2. 超声心动图 二维和 M 型超声心动图有助于了解心室壁的运动和左心室功能, 诊断室壁瘤和乳头肌功能失调等。

3. 放射性核检查 可显示心肌梗死的部位与范围, 观察左心室壁的运动和左心室射血分数, 有助于判定心室的功能、诊断梗死后造成的室壁运动失调和心室壁瘤。

(六) 治疗原则

尽早使心肌血液再灌注 (到达医院后 30 分钟内开始溶栓或 90 分钟内行介入治疗), 以挽救濒死的心肌, 防止梗死面积扩大和缩小心肌缺血范围, 保护和维持心脏功能, 及时处理严重心律失常, 泵衰竭和各种并发症, 防治猝死, 注重二级预防。

1. 一般治疗

(1) 休息: 病人未行再灌注治疗前, 应绝对卧床休息, 保持环境安静, 防止不良刺激, 解除焦虑。

(2) 给氧: 常规给氧。

(3) 监测: 急性期应常规安置于心脏重症监护病房, 进行心电、血压、呼吸监测 3~5 天, 除颤仪处于随时备用状态。

(4) 建立静脉通道: 保持给药途径畅通。

2. 药物治疗

(1) 吗啡或哌替啶: 吗啡 2~4mg 或哌替啶 50~100mg 肌内注射解除疼痛, 必要时 5~10 分钟后重复。注意低血压和呼吸功能抑制。

(2) 硝酸酯类药物：通过扩张冠状动脉增加冠状动脉血流以增加静脉容量。但下壁心肌梗死、可疑右室心肌梗死或明显低血压（收缩压低于90mmHg）的病人，不适合使用。

(3) 阿司匹林：无禁忌者立即口服水溶性阿司匹林或嚼服肠溶性阿司匹林。一般首次剂量达到150~300mg，每天1次，3天后，75~150mg 每天1次长期维持。

3. 再灌注心肌

(1) 经皮冠状动脉介入治疗（percutaneous coronary intervention, PCI）：有条件的医院对具备适应证的病人应尽快实施PCI，可获得更好的治疗效果。

(2) 溶栓疗法：无条件实行介入治疗或延误再灌注时机者，无禁忌证应立即（接诊后30分钟之内）溶栓治疗。发病3小时内，心肌梗死溶栓治疗血流完全灌注率高，获益最大。年龄 ≥ 75 岁者选择溶栓应慎重，并酌情减少溶栓药物剂量。

二、护理评估

（一）一般评估

1. 本次发病特点与目前病情 评估病人此次发病有无明显的诱因，胸痛发作的特征，尤其是起病的时间、疼痛剧烈程度、是否进行性加重，有无恶心、呕吐、乏力、头晕、呼吸困难等伴随症状，是否有心律失常、休克、心力衰竭的表现。

2. 患病及治疗经过 评估病人有无心绞痛发作史，患病的起始时间，患病后的诊治过程，是否遵医嘱治疗，目前用药及有关的检查等。

3. 危险因素评估 包括病人的年龄、性别、职业；有无家族史；了解病人有无肥胖、血脂异常、高血压、糖尿病等危险因素；有无摄入高脂饮食、吸烟等不良生活习惯，是否有充足的睡眠，有无锻炼身体的习惯；排便情况；了解工作与生活压力情况及性格特征等。

（二）身体评估

1. 一般状态 观察病人的精神意识状态，尤其注意有无面色苍白、表情痛苦、大汗或神志模糊、反应迟钝甚至晕厥等表现。

2. 生命体征 观察体温、脉搏、呼吸、血压有无异常及其程度。

3. 心脏听诊 注意心率、心律、心音的变化，有无奔马律、心脏杂音及肺部啰音等。

（三）心理-社会评估

急性心肌梗死时病人胸痛程度异常剧烈，可有濒死感，或行紧急溶栓、