

SHIYONG LINCHUANG YILIAO HULI JISHU

实用临床医疗护理技术

沈兴艳 刘淑艳 单晓红 主编

黑龙江科学技术出版社

实用临床医疗护理技术

沈兴艳 刘淑艳 单晓红 主编

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目(CIP)数据

实用临床医疗护理技术/沈兴艳,刘淑艳,单晓红主编.
—哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,2009.2
ISBN 978-7-5388-5998-0

I.实… II.①沈…②刘…③单… III.常见病-护理-技术 IV.R472

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 194552 号

责任编辑 张丽生

封面设计 刘 洋

实用临床医疗护理技术

SHIYONG LINCHUANG YILIAO HULI JISHU

沈兴艳 刘淑艳 单晓红 主编

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150090 哈尔滨市南岗区湘江路 77 号)

电话 (0451)53642106 电传 53642143(发行部)

印 刷 哈尔滨市工大节能印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 880×1230 1/16

印 张 38

字 数 950 000

版 次 2009 年 6 月第 1 版·2009 年 6 月第 1 次印刷

印 数 1-1 000

书 号 ISBN 978-7-5388-5998-0/R·1542

定 价 68.00 元

《实用临床医疗护理技术》编委会

主 编： 沈兴艳¹ 刘淑艳¹ 单晓红²
副主编： 栾卫红³ 曹 艳⁴ 马英君⁵
编 委： 杨 维³ 刘晓静⁴ 张秀杰⁶ 温玉荣³
张亚凡⁴ 尹相华³ 王宏云³ 王 静⁷
周卫红⁸ 吴 君⁸ 刘金凤¹ 李 娟¹
刘晓霞¹ 刘毛辉¹ 马荣芹¹ 张秋佳¹
冯艳秋⁹ 徐原驰¹ 李春艳⁶ 曾风艳⁶
王春华⁶ 孙长平¹⁰ 何正光⁶

作者单位：1. 佳木斯市肿瘤（结核）医院

2. 佳木斯精神病人福利院

3. 佳木斯市中心医院

4. 佳木斯市妇幼保健院

5. 佳木斯大学附属第二医院口腔医院

6. 佳木斯市传染病院

7. 佳木斯大学附属第一医院

8. 佳木斯市中医院

9. 黑龙江省桦川县人民医院

10. 佳木斯市医保医院

目 录

第一编 内科疾病诊治与护理.....	1
第一章 循环系统疾病.....	3
第一节 概 述.....	3
第二节 高血压病.....	10
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病.....	14
第四节 心力衰竭.....	21
第五节 心脏骤停.....	26
第六节 休 克.....	28
第七节 循环系统疾病常用诊疗技术的护理.....	31
第二章 呼吸系统疾病.....	39
第一节 呼吸系统疾病常见症状及护理.....	39
第二节 急性呼吸道感染.....	43
第三节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿.....	46
第四节 支气管哮喘.....	49
第五节 支气管扩张病人的护理.....	53
第六节 慢性肺源性心脏病.....	56
第七节 肺 炎.....	59
第八节 原发性支气管肺癌.....	64
第九节 肺结核.....	69
第十节 肺脓肿.....	74
第十一节 自发性气胸病人的护理.....	76
第十二节 呼吸衰竭病人的护理.....	78
第十三节 严重急性呼吸综合征病人的护理.....	85
第十四节 禽流感性感冒.....	93
第十五节 呼吸系统疾病常用诊疗技术的护理.....	97
第三章 脑血管神经肌肉系统疾病病人的护理.....	103
第一节 血栓形成病人的护理.....	104
第二节 脑栓塞病人的护理.....	107
第三节 脑出血病人的护理.....	108
第四节 蛛网膜下隙出血病人的护理.....	113
第五节 癫痫病人的护理.....	115
第六节 肌肉疾病病人的护理.....	119
第七节 帕金森病病人的护理.....	124
第八节 神经系统疾病常用诊疗技术的护理.....	128
第四章 内分泌代谢性疾病病人的护理.....	134
第一节 概 述.....	134
第二节 内分泌代谢性疾病病人常见症状体征的护理.....	141
第三节 腺垂体功能减退症.....	143
第四节 甲状腺疾病.....	146
第五节 糖尿病.....	160
第六节 肾上腺皮质疾病.....	173
第七节 嗜铬细胞瘤.....	179
第八节 肥胖症.....	183
第九节 痛 风.....	186

第十节 骨质疏松症	189
第二编 外科疾病诊治与护理	195
第一章 体液代谢与酸碱平衡失调病人的护理	197
第一节 概 述	197
第二节 水、电解质代谢失调	199
第三节 酸碱平衡失调	205
第四节 体液代谢与酸碱失衡的观察与护理	207
第二章 外科病人的营养支持	211
第一节 概述	211
第二节 病人营养状态的评估	215
第三节 胃肠内营养	217
第四节 胃肠外营养	218
第三章 外科重症监护	222
第一节 外科重症监护收治病人的标准	222
第二节 外科重症监护基本技能	222
第三节 外科重症监护病人的护理	226
第四节 外科重症监护室管理	227
第四章 手术病人全程管理	229
第一节 手术室护理程序	229
第二节 麻醉的配合	233
第五章 手术室急救护理技术	239
第一节 常备急救药品及急救仪器	239
第二节 休 克	244
第三节 心脏骤停的抢救	246
第六章 手术室整体护理	250
第一节 手术室整体护理概述	250
第二节 手术室整体护理工作	252
第七章 手术室感染控制与管理	258
第一节 概 述	258
第二节 手术感染	260
第三节 手术室无菌技术及无菌管理	262
第四节 隔离技术与消毒原则	263
第五节 手术室危害因素对工作人员的影响	267
第八章 食管癌	269
第一节 食管癌蔓延及转移途径	269
第二节 食管癌的诊断	270
第三节 食管癌的分期	273
第四节 治疗原则	274
第五节 护 理	285
第六节 放射治疗副反应的处理	289
第七节 放射治疗中注意事项	290
第九章 肺 癌	292
第一节 解剖及淋巴引流	292
第二节 病理分型及肿瘤的蔓延、转移和播散	293
第三节 非小细胞肺癌的临床分期及检查	295
第四节 诊断及鉴别诊断	297
第五节 放射治疗	300

第六节 护 理	307
第七节 展 望	313
第八节 小细胞肺癌的放射治疗	314
第十章 纵隔肿瘤	319
第一节 概 述	319
第二节 常见纵隔肿瘤	323
第十一章 原发气管癌的放射治疗	330
第十二章 肺的放射性损伤	332
第十三章 脓胸支扩病人的护理	341
第一节 急性脓胸	341
第二节 慢性脓胸	342
第三节 护 理	343
第四节 支气管扩张的外科治疗	344
第三编 传染性疾病诊治与护理	347
第一章 总 论	349
第一节 感染与免疫	349
第二节 传染病的发病机制	352
第三节 传染病的流行过程及影响因素	353
第四节 传染病的特征	355
第五节 传染病的诊断	358
第六节 传染病的治疗	359
第七节 传染病的预防	360
第八节 传染病的护理	362
第二章 病毒感染性疾病	366
第一节 病毒性肝炎	366
第二节 流行性乙型脑炎病人的护理	400
第三节 流行性出血热病人的护理	405
第四节 艾滋病病人的护理	410
第五节 狂犬病病人的护理	416
第三章 细菌感染性疾病	420
第一节 伤寒病人的护理	420
第二节 细菌性食物中毒病人的护理	424
第三节 细菌性痢疾病人的护理	426
第四节 霍乱病人的护理	430
第五节 流行性脑脊髓膜炎病人的护理	434
第四章 螺旋体原虫蠕虫感染	438
第一节 钩端螺旋体病病人的护理	438
第二节 疟疾病人的护理	441
第三节 阿米巴病病人的护理	445
第四节 日本血吸虫病病人的护理	449
第五节 钩虫病病人的护理	453
第六节 抗菌药物的临床应用	455
第七节 预防接种	463
第四编 妇产科疾病诊治与护理	469
第一章 女性生殖系统解剖与生理	471
第一节 女性生殖系统解剖	471
第二节 女性生殖系统生理	473

第二章 产前的护理管理	476
第一节 孕妇管理	476
第二节 产前检查	477
第三节 孕期卫生宣教	480
第四节 产褥期护理	482
第三章 妇产科手术病人的护理	484
第一节 产科手术受术者的护理	484
第二节 妇科病史及检查的配合	485
第四章 分娩期产妇的护理	489
第一节 正常分娩	489
第二节 产褥期妇女的护理	494
第三节 妊娠并发症孕产妇的护理	497
第四节 异常分娩产妇的护理	499
第五节 分娩期并发症产妇的护理	502
第六节 剖宫产	505
第五章 妇产科常见疾病的诊治	506
第一节 子宫肌瘤	506
第二节 宫颈癌	508
第三节 卵巢肿瘤	510
第四节 尿 瘘	511
第五节 异位妊娠	512
第六节 妇科内窥镜检查技术	514
第七节 计划生育手术	520
第五编 儿科疾病诊治与护理	523
第一章 住院儿童的护理	525
第一节 儿童医疗机构的设置及护理管理	525
第二节 住院小儿的心理反应与护理	527
第三节 小儿健康评估的特点	529
第四节 与患儿的沟通	533
第五节 小儿用药特点及护理	535
第六节 小儿体液平衡特点和液体疗法	538
第二章 新生儿及新生儿疾病患儿护理	545
第一节 新生儿分类	545
第二节 正常足月儿的特点及护理	546
第三节 早产儿的特点及护理	549
第四节 新生儿重症监护及气道护理	551
第五节 新生儿窒息	553
第六节 新生儿颅内出血	556
第七节 新生儿肺炎	558
第八节 新生儿缺氧缺血性脑病	560
第九节 结核病	562
第六编 放射技术	573
第一节 X线摄影的基本知识	575
第二节 各部位常见病X线摄影体位选择	578
第三节 常见摄影体位的标准影像所见	581
第四节 X线造影检查	589
第五节 乳腺X线摄影检查	595

第一编

内科疾病诊治与护理

第一章 循环系统疾病

第一节 概述

循环系统疾病包括心脏和血管疾病,合称心血管病,是危害人民健康和影响社会劳动力较大的疾病。病因分两大类:先天性心血管病,系心脏大血管在胎儿期中发育异常所致,可累及心脏各组织和大血管;后天性心血管病,可因动脉粥样硬化、风湿热、高血压、感染、肺及胸腔疾病、内分泌代谢功能异常、自主神经功能失调、药物、理化因素、肿瘤、遗传等致病因素引起,并受心理、社会和环境因素的影响。随着我国人民生活水平逐步提高、传染病逐步得到控制及人口老龄化的到来,心血管病的发病率不断上升,且已成为首要的死因。近年来,心血管病分子、细胞生物学及流行病学研究成果,使人们对心血管病的发病机制及防治措施的认识发生了很大的变化;新的诊断手段,如实时三维超声、多普勒超声、心血管内超声、核素体层显像、磁共振、血管镜、动态血压监测、心率变异性测定、肌钙蛋白及肌球蛋白测定、病毒和细菌的DNA和RNA测定等,提高了心血管病的诊断水平;新的治疗方法不断涌现,如溶栓疗法、介入疗法、自动起搏复律除颤器及外科手术治疗心律失常等;新的药物品种不断问世,如调节血脂药物、扩血管药物、降血压药物、抗心律失常药物、溶血栓药物等,使心血管病的治疗水平进一步提高;冠心病监护病房的建立、护理程序的应用和心血管专科护理技术的推广,显著提高了对心血管病病人的护理水平。

一、循环系统的解剖结构和生理功能

循环系统由心脏、血管和调节循环系统的神经体液组成,主要功能是为全身组织器官运输血液,通过血液将氧、营养物质和激素等供给组织,并将组织产生的代谢废物运走,以保证人体的新陈代谢正常进行。

(一) 心脏

心脏是一个圆锥形、中空的、由肌肉构成的器官,分四个腔室,即左心房、左心室、右心房、右心室。左心房、室之间有二尖瓣相通,右心房、室之间有三尖瓣相通,两侧的房室瓣均有腱索与心室乳头肌相连;左心室与主动脉之间有主动脉瓣相通,右心室与肺动脉之间有肺动脉瓣相通;心瓣膜的功能是防止心房和心室在收缩或舒张时出现血液返流。左右心房之间、左右心室之间各有肌性的房间隔和室间隔相隔,左右心之间互不相通。心脏壁分为3层,由内向外依此为心内膜、肌层、心外膜,心外膜即心包的脏层紧贴于心脏表面,与心包壁层形成心包腔,腔内含少量浆液起润滑作用。冠状动脉是营养心脏的血管,起源于主动脉根部,围绕在心脏的表面并渗透到心肌内,有左、右2支,左冠状动脉又分成前降支和回旋支,主要负责左心房、左心室前壁、侧壁及室间隔前2/3部位心肌的血液供应,右冠状动脉主要供养右心房、右心室、左心室后壁、室间隔后1/3部位的心肌和窦房结、房室交界区等处。

心脏始终不停地进行着有节律的收缩和舒张活动,具有驱动血液流动的泵血功能,这与心脏内的特殊结构即心脏传导系统的作用密切相关的。心脏传导系统包括窦房结、结间束、房室结、希氏束、左右束支及其分支和普肯耶纤维,负责心脏正常冲动的形成和传导。

(二) 血管

循环系统的血管分动脉、静脉、毛细血管。动脉是引导血液出心脏的管道,主要功能是输送血液到组织器官,其管壁有肌纤维和弹性纤维,能在各种血管活性物质的作用下收缩和舒张,改变外周血管的阻力,又称“阻力血管”;静脉的主要功能是汇集从毛细血管来的血液,是从组织器官将血液送回心脏的管道,其容量大,循环系统中的血液约有60%~70%存在于静脉中,又称“容量血管”;毛细血管位于小动脉与小静脉之间,呈网状分布,其管壁由单层的内皮细胞和基膜组成,是血液与组织液进行物质交换的场所,又称“功能血管”。

（三）调节循环系统的神经体液

调节循环系统的神经是交感神经和副交感神经，交感神经兴奋时，心率加快、心肌收缩力增强、外周血管收缩、血管阻力增加、血压升高；副交感神经兴奋时，心率减慢、心肌收缩力减弱、外周血管扩张、血管阻力减小、血压下降。

调节循环系统的体液因素有：肾素-血管紧张素醛固酮系统，对调节钠钾平衡、血容量和血压起重要作用；血管内皮细胞生成的血管收缩物质（内皮素、血管收缩因子等）和血管舒张物质（前列环素、内皮依赖舒张因子等），是维持正常循环功能的重要因素；电解质、某些激素和代谢产物等，也是调节循环系统的体液因素。

二、循环系统疾病常见症状和体征的护理

循环系统疾病的常见症状和体征有：心源性呼吸困难、心源性水肿、心悸、心前区疼痛、心源性晕厥等。

（一）心源性呼吸困难

心源性呼吸困难（cardiac dyspnea）主要是由左心及（或）右心衰竭引起的呼吸困难，病人在休息或较轻的体力活动时自觉空气不足、呼吸费力，表现为呼吸频率加快，严重时出现鼻翼扇动、皮肤黏膜紫绀、端坐呼吸。

1. 护理评估

应从病因和诱发因素，起病的缓急，与活动、体位的关系，表现形式，呼吸困难减轻的方法及心理反应等方面进行评估。

（1）健康史。

最常见的病因是冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压性心脏病、风湿性心瓣膜病等引起的左心衰竭，也可由各种原因引起的右心衰竭，以及心肌病、心包积液等所致。心源性呼吸困难的发生常有体力活动、精神紧张和感染等诱发情况。

（2）身体状况。

身体状况为：

①心源性呼吸困难的表现形式。

a. 劳力性呼吸困难，呼吸困难在轻度体力活动时出现或加重，休息后缓解或减轻；

b. 夜间阵发性呼吸困难，病人夜间睡眠中突感胸闷、气急而憋醒，被迫坐起，有窒息感或惊恐不安，下床开窗通风后数分钟至数十分钟症状消失，轻者伴咳嗽、咯痰，重者气喘、有哮鸣音、紫绀、咯粉红色泡沫痰，两肺底闻及湿啰音，又称“心源性哮喘”；

c. 端坐呼吸，病人完全休息时也感气急，不能平卧，迫使其取半卧位或端坐位以减轻呼吸困难。

②伴随状况。可有咳嗽、咯痰、心悸、胸痛、紫绀、水肿、尿少、上腹胀痛、恶心、呕吐，及疲乏无力、精神不振、烦躁、嗜睡、意识障碍等。

③护理体检：应注意呼吸、血压的变化，体位，皮肤黏膜有无水肿、紫绀，颈静脉充盈程度，两肺湿啰音和哮鸣音，心律、心率、心音的改变，有无交替脉、奔马律、肝大等。

（3）心理社会资料。

病人常有紧张、焦虑和忧郁，严重者可出现恐惧感。

（4）实验室及其他检查。

血气分析可协助评估缺氧的程度和酸碱平衡失调的状况，常有低氧血症、高碳酸血症、氧饱和度降低；胸部X线检查可了解心脏病变和肺淤血、肺水肿的情况。

2. 护理诊断及合作性问题

气体交换受损与肺淤血、肺水肿或体循环淤血有关。

诊断依据：呼吸困难及缺氧表现；低氧血症。

3. 护理目标

能维持在良好的气体交换状态，呼吸困难明显改善或消失。

4. 护理措施

(1) 一般护理。

向病人解释心源性呼吸困难的原因和诱因，指出紧张、焦虑等不良心理状态可兴奋呼吸中枢，加重呼吸困难；而稳定的情绪可降低交感神经兴奋性，使心率减慢、心肌耗氧量减少，减轻呼吸困难；以利于病人减轻紧张、焦虑和恐惧心理。保持室内空气新鲜，指导病人做深缓呼吸，协助其咳嗽、排痰，被褥宜轻软，衣服应柔软、宽松，以减轻其憋闷感。

(2) 休息。

嘱病人卧床休息，可减少组织的需氧量，减轻心脏负荷；根据病情抬高床头或取半卧位、端坐位，以利肺的扩张，增加肺通气量，并可减少静脉回心血量，减轻肺淤血或肺水肿。注意体位的舒适与安全，用软垫支托臂、肩、骶、膝部，以防受压，床尾使用垂足板，防止病人滑坡，也可用床上小桌，让病人的头和手臂伏在桌上休息。

(3) 给氧。

按医嘱给氧和选择合适的湿化液，氧流量一般为 2~4 L/min。急性左心衰竭病人应高流量（4~6 L/min）鼻管给氧或以面罩加压给氧；肺心病病人宜低流量（1~2 L/min）持续给氧，经鼻管吸入。

(4) 病情观察。

密切观察和记录生命征、意识状态、皮肤黏膜色泽、咳嗽、咯痰、肺部啰音等情况，按医嘱监测动脉血气分析，备妥气管插管及呼吸器等，必要时配合抢救。

(5) 用药护理。

按医嘱给予强心、利尿、扩血管、止痉平喘等药物，目的是增强心功能、改善肺泡通气。静脉输液时要严格控制滴速一般为每分钟 20~30 滴，防止诱发肺水肿。注意观察疗效及不良反应。

5. 护理评价

呼吸频率是否正常，皮肤黏膜紫绀有无减轻，心悸、乏力及肺部啰音等症状、体征是否已消失，血气分析结果是否已恢复正常，

6. 健康指导

指导病人积极治疗原发病，注意休息，保持良好的心态。避免过度劳累、情绪激动、摄钠过多，预防感染，以免诱发或加重心源性呼吸困难。

(二) 心源性水肿

心源性水肿（cardiac edema）是指因体循环淤血使机体组织间隙有过多的液体积聚而出现肿胀。

1. 护理评估

应评估水肿的原因、特征及病人患病后的心理状态。

(1) 健康史。

最常见的病因是各种心脏病引起的右心衰竭或全心衰竭，也可见于渗出性或缩窄性心包炎，钠、水摄入过多是常见的诱因。

(2) 身体状况。

①心源性水肿的特征：水肿发展缓慢，首先出现于身体下垂部位，如足踝部、胫骨前，长期卧床者可先见于骶尾部、会阴部，严重者可发生全身性水肿，并合并胸水、腹水和心包积液；活动后出现或加重，休息后减轻或消失；水肿呈对称性、凹陷性，水肿部位皮肤紫绀；水肿区皮肤感觉迟钝，易发生溃破、压疮及感染。

②伴随状况可有乏力、腹胀、食欲不振、恶心、呕吐、便秘、腹泻、呼吸困难、紫绀、黄疸、尿量减少、体重增加，及水肿处肿胀疼痛、肢体运动障碍、形象改变等。

③护理体检主要检查水肿的程度，水肿部位皮肤的完整性，体重，腹围，颈静脉充盈程度，肝大小等。

(3) 心理社会资料。

病人常因水肿久不消退和引起形象改变而出现焦虑、烦躁。

(4) 实验室及其他检查。

可有血液稀释、低蛋白血症及电解质紊乱等。

2. 护理诊断及合作性问题

①体液过多与体循环淤血及钠、水潴留有关。

诊断依据：皮肤水肿，有压痕；尿量减少，体重增加；血液稀释，电解质紊乱。

②有皮肤完整性受损的危险与水肿所致组织营养不良有关。

诊断依据：有下列危险因素存在：水肿部位皮肤营养不良、感觉减退；躯体活动障碍，局部皮肤受压。

3. 护理目标

①水肿减轻或消退。

②皮肤保持完整，未发生压疮。

4. 护理措施

(1) 一般护理。

病人应卧床休息，伴胸水或腹水者宜取半卧位，并抬高下肢，以利静脉回流，消除水肿。告知病人水肿消退后，形体可恢复正常，以减轻其焦虑和烦躁不安心理。向病人说明限制钠水摄入及补充蛋白质的重要性，给予低钠、高蛋白、易消化、少产气的饮食，以减轻腹胀和胃肠道的负担。严重水肿者且利尿剂疗效不佳时，每日进液量应控制在前1d尿量加500mL左右。

(2) 皮肤护理。

保持床褥平整、干燥，内衣柔软、宽松，定时更换体位，翻身时动作轻柔，勿强行推、拉，防止擦伤皮肤，骶、踝、足跟等处经常按摩，严重水肿者可用气垫床，防止压疮发生；保持皮肤黏膜清洁卫生，防止感染和外伤；用热水袋时水温不宜太高，防止烫伤；肌肉注射时应严密消毒后做深部注射，拔针后用无菌棉球按压以免药液外渗，如有外渗，局部用无菌巾包裹，防止继发感染；发生会阴部水肿时，应保持局部皮肤清洁、干燥，男病人可用托带支托阴囊部。一旦皮肤发生压疮或破损、溃烂时，按医嘱进行治疗并采取相应的护理措施。

(3) 病情观察。

记录出入液量，每日测体重、腹围1次；观察水肿的部位、范围，用手指压水肿部位5s后放开，观察压陷程度，观察水肿严重程度的变化。

(4) 用药护理。

遵医嘱使用强心剂、利尿剂、清蛋白，观察、记录疗效和不良反应；按医嘱定期检测血清电解质。使用利尿剂补充钾盐时，口服宜在饭后或将水剂与果汁同饮，以减轻胃肠道不适；静脉补钾时，每500mL液体中氯化钾含量不宜超过1.5g，以免刺激血管引起疼痛，诱发静脉炎。

5. 护理评价

水肿有无减轻或已消退，尿量是否已恢复正常，腹胀等症状是否已消失；皮肤是否完整，有无红肿、破损，或已发生压疮。

6. 健康指导

指导病人合理安排活动和休息，避免过度劳累，遵医嘱适当控制钠、水的摄入，摄取高蛋白、高维生素、清淡、易消化饮食，注意保护水肿部位皮肤，积极治疗原发疾病。

三、心悸

心悸 (palpitation)，也就是通常所说的心慌，乃是由于人们主观感觉上对心脏跳动的一种不适感觉。心悸可以由心脏活动的频率、节律或收缩强度的改变而导致，也可以在心脏活动完全正常的情况下产生，后者系因人们对自己心脏活动特别敏感而致。健康人一般仅在剧烈运动、精神高度紧张或高度兴奋时才会感觉到心悸，属于正常情况，而在某些病理情况下，如心率过快、过慢以及有过早搏动时，患者的主要症状即为心悸。少数情况下，如心脏神经官能症或过度焦虑的患者，虽然没有心律失常或器质性心脏病，但由于交感神经张力增高，心跳有力，患者也常以心慌而就诊。

1. 护理评估

应重点评估心悸的原因和对病人的心理影响。

(1) 健康史。

最常见的病因是心动过速、心动过缓、期前收缩等心律失常，也可因器质性心血管病或全身性疾病（如发热、贫血、甲亢、低血糖等）致心搏增强，或心血管神经症等引起。健康人剧烈活动、精神紧张、吸烟、饮酒、饮咖啡或浓茶，或使用阿托品、肾上腺素类、氨茶碱等药物时，可引起心率加快、心肌收缩力增强而出现心悸。

(2) 身体状况。

①心悸的特点。心悸的严重程度并不一定与病情成正比，初发、敏感者、安静或注意力集中时心悸明显，持续较久者因逐渐适应而减轻；心功能代偿期，心悸感较明显，失代偿期因心肌收缩力下降及出现其他症状分散注意力，而使心悸感减轻。心悸本身无危险性，但严重心律失常时，可能发生晕厥或猝死。

②伴随状况。可有胸痛、呼吸困难、黑蒙、晕厥、抽搐等症状。

③护理体检。主要检查脉搏、心率、心律、心音、血压和体温、皮肤黏膜色泽，以及有无突眼、甲状腺肿大等。

(3) 心理社会资料。

病人因突然出现心悸或心悸长期不消失，而常有紧张、焦虑感。

(4) 实验室及其他检查。

心电图检查可确定有无心律失常；心酶谱、血红蛋白、血糖、血 T₃、T₄ 测定和超声心动图、胸部 X 线检查等，可协助判断心悸的病因。

2. 护理诊断及合作性问题

不舒适：心悸与心律失常、心脏搏动增强有关。

诊断依据：自觉心前区不适感；心律失常；心搏增强。

3. 护理目标

心悸感减轻或消失，情绪稳定。

4. 护理措施

(1) 一般护理。

向病人解释心悸的原因，说明紧张、焦虑可加重心悸，并阐明其严重程度不一定与病情成正比，以减轻病人的紧张和焦虑不安情绪。告知无器质性心血管病的良性心律失常者，应保持情绪稳定，建立良好的生活习惯，进食宜少量多餐，避免过饱及刺激性食物，戒烟，禁饮浓茶、酒和咖啡，以免诱发心悸。

(2) 休息。

严重心律失常病人应绝对卧床休息，可取半卧位，但应避免左侧卧位，以减轻心悸感；保持环境安静、舒适，协助做好生活护理，避免和减少不良刺激；睡眠障碍者按医嘱给予少量镇静剂。

(3) 病情观察。

密切观察心率和心律的变化，必要时遵医嘱实施心电监护，发现严重心律失常或晕厥、抽搐时，立即通知医生，并配合抢救。

(4) 治疗配合。

按医嘱应用抗心律失常药物，观察疗效及不良反应；做好起搏、电复律、消融术等治疗的术前准备和术后护理。

5. 护理评价

心悸感是否减轻或已消失，心率和心律是否恢复正常，情绪是否稳定。

6. 健康指导

指导良性心律失常病人正确对待心悸症状。鼓励其正常工作和生活。保持乐观、稳定的情绪，积极参加文体活动，调整自主神经功能，以利减轻或消除心律失常。告知器质性心律失常病人，应建立

良好的生活秩序，避免不良刺激诱发心律失常，并按医嘱使用抗心律失常药物，定期到医院随访。

四、心前区疼痛

心前区疼痛（precordial pain）是指循环系统病变引起的缺血、缺氧、炎症等刺激了支配心脏、主动脉的交感神经及肋间神经，所致的心前区或胸骨后疼痛。

1. 护理评估

主要评估心前区疼痛的部位、性质、严重程度和持续时间，诱因和缓解方式，是首发还是复发，以及发作给病人带来的心理影响。

（1）健康史。

最常见的病因是冠心病心绞痛、急性心肌梗死；也可由重度主动脉瓣狭窄或关闭不全、梗阻性肥厚型心肌病、心包炎、心血管神经症等所致。器质性心血管病引起的心前区疼痛发作常有诱因，如体力活动、情绪激动等；而心血管神经症病人的心前区疼痛发作，常与环境刺激、精神紧张、工作压力等因素有关。

（2）身体状况。

①心前区疼痛的特点。冠心病心绞痛多在活动或情绪激动时发作，位于胸骨后或心前区，向左肩臂内侧放射，呈压榨样剧痛伴窒息感，休息或含用硝酸甘油可获缓解；急性心肌梗死引起者，疼痛较心绞痛更为严重，且经休息或用硝酸甘油不能缓解。心包炎引起的心前区疼痛，于吸气、咳嗽、变换体位、吞咽时加剧。心血管神经症引起的心前区疼痛，部位常不固定，为短暂几秒钟的针刺样疼痛或为持续几小时的隐痛，在静息时发作，含用硝酸甘油无效，常伴多汗、手足冷、两手震颤等自主神经功能紊乱症状。

②伴随状况。可有心悸、胸闷、呼吸困难、晕厥、休克、低热、乏力、失眠、多梦等表现。

③护理体检。主要检查生命征及心率、心律的变化等。

（3）心理社会资料。

病人常有焦虑、抑郁或恐惧感。

（4）实验室及其他检查。

心电图、超声心动图、胸部X线检查等，可协助判断心前区疼痛的原因。

2. 护理诊断及合作性问题

疼痛；心前区疼痛与冠状动脉供血不足导致心肌缺血、缺氧，或炎症累及心包有关。

诊断依据：主诉心前区疼痛；焦虑、烦躁及痛苦表情；不能继续先前的活动。

3. 护理目标

心前区痛减轻或消失。

4. 护理措施

（1）一般护理。

向心血管神经症病人解释其心前区疼痛并非器质性心血管病所致，不会影响人的寿命，以解除其思想顾虑。向器质性心血管病病人解释心前区疼痛的原因和诱因，指导病人避免诱因以减少发作，指导病人疼痛发作时立即停止活动，卧床休息，以减少心肌耗氧量，防止病情加重；陪伴在病人身旁，以减轻其紧张、恐惧感。

（2）病情观察。

密切观察病情变化，尤其是疼痛发作时的心率与心电图变化。

5. 用药护理

按医嘱给器质性心血管病人用氧和使用硝酸酯类、吗啡、溶栓剂、复方丹参、β受体阻滞剂、钙拮抗剂等药物解除疼痛；疼痛缓解后继续给药或采用非药物疗法，改善心肌供血，减少心前区疼痛的发作。对心血管神经症病人，遵医嘱给予镇静剂、β受体阻滞剂、抗抑郁剂等药物对症治疗。

6. 护理评价

心前区疼痛发作的次数是否减少或已消失、发作程度是否减轻；心理障碍有无消除。

7.健康指导

告知器质性心血管病病人,必须积极治疗原发病,养成良好的生活习惯,避免劳累和激动,以减少发作。鼓励心血管神经症病人积极参加运动锻炼,进行心理咨询,消除思想障碍。

五、心源性晕厥

心源性晕厥(cardiac syncope)是指心脏疾病引起的心排血量骤减或中断,使脑组织一时性缺血、缺氧而导致的突发短暂意识丧失。一般认为,脑血流中断2~4s可产生黑蒙,中断5~10s可出现意识丧失,中断10s以上除意识丧失外,尚可出现抽搐。反复发作的晕厥是病情严重和危险的征兆。由于心排血量突然下降所致的晕厥称心源性脑缺血综合征或阿-斯综合征(Adams-Stokes syndrome)。

1.护理评估

应从心源性晕厥的原因、诱因、先兆症状、发作频率、持续时间和对晕厥发作的心理反应等方面进行评估。

(1)健康史。

心源性晕厥多因病态窦房结综合征、房室传导阻滞、阵发性室性心动过速等心律失常引起;也可因梗阻性肥厚型心肌病、主动脉瓣狭窄、左房黏液瘤等引起急性心排血量受阻所致。多因活动或用力而诱发。

(2)身体状况。

①心源性晕厥的特点。在活动或用力时发生短暂意识丧失或伴有抽搐,一般在1~2min内恢复,部分病人发作前可有心悸、乏力、出汗、头昏、黑蒙等先兆症状。严重者可猝死。

②伴随状况。可有紫绀、呼吸困难、心律不齐、血压下降等。

③护理体检。主要检查心率、心律、心音、血压及意识状态。

(3)心理社会资料。

病人清醒后自觉病情严重,而常出现紧张、焦虑不安或恐惧心理。

(4)实验室及其他检查。

心电图、动态心电图、超声心动图等检查,有助于心源性晕厥的病因诊断。

2.护理诊断及合作性问题

患者有受伤的危险与晕厥发作有关。

诊断依据:有下列危险因素存在:突然发生的脑组织缺血、缺氧;短暂的意识丧失或伴有抽搐。

3.护理目标

医护人员应了解晕厥的原因、诱因及防止发作的方法;发作减少或不再发作;发作时未受伤。

4.护理措施

(1)一般护理。

医护人员应解释晕厥的原因、诱因和介绍预防发作、防止外伤的方法,嘱病人避免剧烈活动、情绪激动,以免诱发晕厥和发生意外;告知病人如有头昏、黑蒙等晕厥先兆时,应立即下蹲或平卧,以免摔伤。晕厥频繁发作的病人应卧床休息,加强生活护理,病室应靠近护理站。加强心理疏导,安定病人情绪,给病人以心理支持,减轻其精神压力。

(2)应急处理。

晕厥发作时,安置病人平卧于空气流通处,头低位,松开衣领,以改善脑供血、促使病人苏醒。

(3)治疗配合。

按医嘱给予抗心律失常药物;配合医生做好心脏起搏、电复律、消融术及左房黏液瘤、主动脉瓣狭窄等治疗的术前准备和术后护理。

5.护理评价

对晕厥的发作有无正确的认识,能否掌握避免各种诱发因素和防止受伤的方法,发作次数有无减少和发作时有无受伤。