

医学护理规范 操作基础

上

王 芬等◎主编

医学护理规范操作基础

(上)

王 芬等◎主编

图书在版编目（CIP）数据

医学护理规范操作基础 / 王芬等主编. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2017.9
ISBN 978-7-5578-3309-1

I. ①医… II. ①王… III. ①护理—技术操作规程
IV. ①R472-65

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第229730号

医学护理规范操作基础

YIXUE HULI GUIFAN CAOZUO JICHU

主 编	王 芬等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陈绘新
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	550千字
印 张	40.5
印 数	1—1000册
版 次	2017年9月第1版
印 次	2018年3月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628
	85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-3309-1
定 价	160.00元（全二册）

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多，联系未果，如作者看到此声明，请尽快来电或来函与编辑部联系，以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话：0431-85677817

编委会

主 编:王 芬 王 蕊 汤 森
李雪梅 王 莉 董雪媚
副主编:胡学辉 阿娜古丽·司马义 常 红
张 弘 刘玉姣 于远航
朱红艳 路 鑫 阿米娜·曲海

编 委:(按照姓氏笔画)

于远航	中国人民解放军第四六三医院
王红霞	青岛大学附属医院
王 芬	济宁医学院附属医院
王 俊	青岛大学附属医院
王 莉	锦州医科大学附属第一医院
王 琳	青岛大学附属医院
王 晴	牡丹江医学院附属红旗医院
王 蕊	青岛市市立医院
朱红艳	新疆医科大学第一附属医院
刘玉姣	新疆医科大学附属中医医院
刘迎超	青岛大学附属医院
汤 森	大连医科大学附属第二医院
李雪梅	大连医科大学附属第二医院
张兰玲	济宁医学院附属医院
张 弘	中国人民解放军第五医院
阿米娜·曲海	新疆医科大学附属肿瘤医院
阿娜古丽·司马义	乌鲁木齐市第一人民医院分院
陈丽洁	中国人民解放军第 451 医院
林 宁	解放军第四六三医院
胡学辉	新疆乌鲁木齐市第一人民医院儿童医院
黄文静	青岛大学附属医院
常 红	新疆医科大学附属中医医院
董雪媚	大连疗养院付家庄医院
蒋俊玲	青岛大学附属医院
路 鑫	中国人民解放军第 401 医院
解秀玲	青岛市市立医院



王芬,女,1980年1月出生,山东省济宁医学院附属医院,主管护师,本科学历,毕业于泰山医学院护理系。2003年参加工作,先后在急诊科、呼吸内科、内分泌科,心内科从事临床护理工作,熟练掌握各种疾病的护理知识技能,多次被评为优秀护士,2011年担任心内科副护士长,2014年在北京协和医院心内科进修学习3个月,先后在国家级、省级医学期刊发表论文3篇,申请发明型专利2项。



王蕊,女,主管护师,大学本科学历,1992年参加工作,从事急诊护理及管理工作15年、干部保健工作8年,现任青岛市市立医院东院区门诊部护士长。2005年、2015年分赴新加坡管理学院、台湾双和医院学习现代医院管理课程。2006年取得心理咨询师三级资格。曾任青岛市护理学会消化内科护理专业委员会委员,现任青岛市护理学会科普专业委员会副主任委员,山东省医学会变态反应学分会护理学组成员。近年来共撰写护理论文10余篇,分别发表于中国护理管理、中华护理教育、现代消化及介入诊疗、齐鲁护理杂志等国家及省级期刊。参编著书一部,人民卫生出版社出版。获得实用新型专利两项。参与完成课题研究一项,获青岛市科技进步三等奖。



汤森,女,主管护师,1973年出生。现为大连医科大学附属第二医院重症医学科护士长。具有丰富的临床护理经验,熟练掌握各种无创监测技术,危重症患者的护理。擅长危重症患者的肠内营养、CRRT的护理与管理。发表论文一篇,参与省级项目一项。

前 言

护理是一门研究如何诊断和处理人类对存在的或潜在的健康问题反应的科学。随着医学科技的进步与发展,生活水平的提高,人民对医护服务的要求也不断提升,对护理学科的发展而言,正是机遇与挑战并存的时刻。护理学的相关理论基础以及更多人性化的护理方法技术层出不穷,目的则是为了更好地服务患者。本编委会鉴于护理学近年来的进展,为了更好地提高临床医护人员的护理水平,特编写此书,为广大临床医护人员提供参考。

本书共十五章内容,涉及临床各系统常见疾病的护理,包括:心血管内科疾病护理、心血管介入治疗护理、呼吸内科疾病护理、胸外科疾病护理、消化内科疾病护理、普通外科疾病护理、血液疾病护理、骨科疾病护理、妇产科疾病护理、老年病护理、口腔疾病护理、临床常见急危重症的护理、手术室常规护理及手术配合护理常规、儿科疾病护理以及消毒供应中心护理。

针对每个涉及的疾病都进行了详细叙述,包括疾病的介绍、护理评估、护理要点、护理目标、护理问题、护理措施、操作规范、注意事项以及对患者的健康教育等,内容丰富,重点强调临床实用价值。

为了进一步提高临床护理人员的护理水平,本编委会人员在多年临床护理经验基础上,参考诸多书籍资料,认真编写了此书,望谨以此书为广大医护人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多护理相关临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负一线护理临床工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,以起到共同进步、提高临床护理水平的目的。

《医学护理规范操作基础》编委会

2017年8月

目 录

第一章 心血管内科疾病护理	(1)
第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理	(1)
第二节 心律失常的护理	(13)
第三节 原发性高血压病的护理	(38)
第四节 心力衰竭的护理	(45)
第五节 心肌病的护理	(52)
第六节 病毒性心肌炎的护理	(62)
第七节 心包疾病的护理	(64)
第八节 心脏瓣膜病的护理	(68)
第九节 感染性心内膜炎的护理	(73)
第二章 心血管介入治疗护理	(76)
第一节 术前检查与手术安全	(76)
第二节 动脉穿刺护理	(88)
第三节 急性心肌梗死介入围术期护理	(100)
第四节 主动脉内球囊反搏护理	(108)
第三章 呼吸内科疾病护理	(114)
第一节 急性呼吸道感染的护理	(114)
第二节 慢性阻塞性肺疾病的护理	(117)
第三节 慢性肺源性心脏病的护理	(121)
第四节 支气管哮喘的护理	(124)
第五节 支气管扩张的护理	(128)
第六节 肺炎的护理	(131)
第七节 肺结核的护理	(135)
第八节 自发性气胸的护理	(141)
第九节 呼吸衰竭的护理	(146)
第四章 胸外科疾病护理	(151)
第一节 肋骨骨折的护理	(151)
第二节 气胸的护理	(152)
第三节 血胸的护理	(154)
第四节 支气管肺癌的护理	(156)
第五节 肺大疱的护理	(159)
第六节 支气管扩张的护理	(160)

第五章	消化内科疾病护理	(163)
第一节	慢性胃炎的护理	(163)
第二节	消化性溃疡的护理	(166)
第三节	溃疡性结肠炎的护理	(173)
第四节	肝硬化的护理	(177)
第五节	肝性脑病的护理	(185)
第六节	急性胰腺炎的护理	(191)
第六章	普通外科疾病护理	(196)
第一节	腹外疝的护理	(196)
第二节	胃、十二指肠疾病的护理	(200)
第三节	肠梗阻的护理	(208)
第四节	急性阑尾炎的护理	(213)
第五节	原发性肝癌的护理	(217)
第六节	胆石症与胆道感染的护理	(222)
第七章	血液疾病护理	(231)
第一节	巨幼细胞贫血的护理	(231)
第二节	溶血性贫血的护理	(234)
第三节	再生障碍性贫血的护理	(237)
第四节	缺铁性贫血的护理	(241)
第五节	血友病的护理	(246)
第八章	骨科疾病护理	(251)
第一节	骨科手术常规护理	(251)
第二节	锁骨骨折的护理	(260)
第三节	肱骨干骨折的护理	(262)
第四节	尺桡骨骨折的护理	(263)
第五节	股骨粗隆间骨折的护理	(265)
第六节	股骨颈骨折的护理	(266)
第七节	股骨干骨折的护理	(268)
第八节	胫骨平台骨折的护理	(269)
第九节	髌骨骨折的护理	(271)
第十节	胫腓骨骨折的护理	(272)
第十一节	踝关节骨折的护理	(274)
第十二节	跟骨骨折的护理	(276)
第十三节	寰枢椎疾病的护理	(278)
第十四节	颈椎疾病的护理	(282)

第十五节	胸椎疾病的护理	(288)
第十六节	腰椎疾病的护理	(293)
第十七节	脊柱畸形的护理	(299)
第十八节	脊柱肿瘤的护理	(304)
第十九节	脊柱创伤的护理	(309)
第九章	妇产科疾病护理	(316)
第一节	自然流产的护理	(316)
第二节	异位妊娠的护理	(319)
第三节	早产的护理	(324)
第四节	妊娠期高血压疾病的护理	(326)
第五节	前置胎盘的护理	(331)
第六节	产力异常的护理	(334)
第七节	产道异常的护理	(341)
第八节	胎位及胎儿发育异常的护理	(345)
第九节	产后出血的护理	(348)
第十节	羊水栓塞的护理	(352)
第十一节	子宫颈炎症的护理	(355)
第十二节	盆腔炎性疾病的护理	(359)
第十三节	功能失调性子宫出血的护理	(364)
第十四节	闭经的护理	(368)
第十五节	痛经的护理	(372)
第十六节	葡萄胎的护理	(374)
第十七节	妊娠滋养细胞肿瘤的护理	(377)
第十章	老年病护理	(381)
第一节	骨性关节炎的护理	(381)
第二节	骨质疏松症的护理	(383)
第三节	颈腰椎病的护理	(386)
第四节	帕金森病的护理	(388)
第五节	食管反流病的护理	(391)
第六节	高尿酸血症和痛风的护理	(394)
第十一章	口腔疾病护理	(397)
第一节	牙体硬组织疾病的护理	(397)
第二节	牙髓病和根尖周组织病的护理	(401)
第三节	牙周病的护理	(405)
第四节	口腔黏膜疾病的护理	(409)

第五节	颌面部感染的护理	(417)
第六节	口腔颌面部损伤的护理	(426)
第七节	口腔颌面部肿瘤的护理	(431)
第八节	口腔先天性唇、腭裂的护理	(439)
第九节	牙列缺损和牙列缺失的护理	(445)
第十二章	临床常见急危重症的护理	(450)
第一节	休克的急救护理	(450)
第二节	常见临床危象的急救护理	(459)
第三节	常见急症的急救护理	(476)
第四节	急性心力衰竭的护理	(496)
第五节	急性呼吸衰竭的护理	(499)
第六节	急性肾衰竭的护理	(501)
第七节	急性肝衰竭的护理	(506)
第八节	多器官功能障碍综合征的护理	(513)
第九节	脑出血的护理	(520)
第十节	三叉神经痛的护理	(523)
第十一节	病毒性脑膜炎的护理	(526)
第十三章	手术室常规护理及手术配合护理常规	(531)
第一节	术前访视	(531)
第二节	手术护理	(533)
第三节	特殊患者术中护理要点	(542)
第四节	麻醉护理配合	(544)
第五节	体位变化对机体的影响	(548)
第六节	手术体位的安置	(549)
第七节	神经外科手术配合护理常规	(549)
第八节	心脏外科手术配合护理常规	(558)
第十四章	儿科疾病护理	(565)
第一节	急性上呼吸道感染的护理	(565)
第二节	急性喉炎的护理	(566)
第三节	急性支气管炎的护理	(568)
第四节	小儿肺炎的护理	(569)
第五节	口炎的护理	(571)
第六节	小儿胃食管反流的护理	(575)
第七节	病毒性心肌炎的护理	(576)
第八节	原发性心肌病的护理	(579)

第九节 小儿贫血的护理	(580)
第十节 出血性疾病的护理	(585)
第十一节 先天性肺囊肿的护理	(588)
第十二节 隔离肺的护理	(590)
第十三节 先天性食管闭锁及气管食管瘘的护理	(592)
第十四节 胃食管返流的护理	(595)
第十五节 儿童脑积水的护理	(599)
第十六节 狭颅症的护理	(601)
第十七节 颅裂和脊柱裂的护理	(603)
第十八节 先天性食管狭窄的护理	(606)
第十九节 贲门失弛缓症的护理	(609)
第二十节 法洛四联症的护理	(611)
第十五章 消毒供应中心护理	(617)
第一节 消毒、灭菌	(617)
第二节 清洁类医疗物品的清洗消毒	(619)
第三节 高压蒸汽灭菌技术	(626)
第四节 低温等离子灭菌技术	(629)
参考文献	(633)

第一章 心血管内科疾病护理

第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理

冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary heart disease, CHD)简称冠心病,是指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞,和/或因冠状动脉功能性改变(痉挛)导致心肌缺血或坏死而引起的心脏病。冠心病是大多数工业化国家的首要死亡原因,也是威胁人类健康最主要的非传染性疾病。据世界卫生组织 2011 年资料显示,我国冠心病死亡人数位列世界第二。

冠心病的发生是多基因的遗传因素与复染的环境因素相互作用的结果,这些因素称为冠心病的危险因素。年龄(男性 ≥ 45 岁,女性 ≥ 55 岁,或未用雌激素替代治疗的过早绝经妇女)、脂代谢异常、高血压、吸烟、糖尿病和糖耐量异常是本病最重要的危险因素;肥胖、缺少体力活动、遗传因素及摄入过多动物脂肪、胆固醇、糖和钠盐等同样增加冠心病的发生风险;近年来发现血中同型半胱氨酸增高、胰岛素抵抗增强、血中纤维蛋白原及一些凝血因子增高等也可使发生本病的风险增加。

1979 年世界卫生组织将本病分为五型:无症状性心肌缺血、心绞痛、心肌梗死、缺血性心肌病以及猝死。近年,趋向于将本病分为急性冠脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)和慢性冠心病(chronic coronary artery disease, CAD)或称慢性缺血综合征(chronic ischemic syndrome, CIS)两大类。前者包括不稳定型心绞痛(unstable angina, UA)、非 ST 段抬高型心肌梗死(non-ST-segment elevation myocardial infarction, NSTEMI)、ST 段抬高型心肌梗死(ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI)和冠心病猝死;后者包括稳定型心绞痛、冠脉正常的心绞痛(如 X 综合征)、无症状心肌缺血和缺血性心力衰竭(缺血性心肌病)。

一、稳定型心绞痛

稳定型心绞痛(stable angina pectoris)是在冠状动脉狭窄的基础上,由于心脏负荷增加引起的心肌急剧、暂时缺血缺氧的临床综合征。其特点为劳力诱发的阵发性前胸压榨性或窒息样疼痛感觉,主要位于胸骨后,可放射至心前区与左上肢尺侧面,也可放射至右臂和两臂的外侧面或颈与下颌部,持续数分钟,往往经休息或舌下含服硝酸甘油后迅速消失。

(一)病因及发病机制

基本病因是冠状动脉粥样硬化。在心脏负荷增加时,心肌氧耗量增加,而冠状动脉的供血由于冠状动脉粥样硬化所致的冠状动脉狭窄不能相应增加,即可引起心绞痛。

(二)临床表现

1. 症状 以发作性胸痛为主要临床表现,典型疼痛特点为胸骨体中、上段之后,或心前区界限不清的压迫样、憋闷感或紧缩样感,也可有烧灼感,可放射至左肩、左臂尺侧,偶有至颈、咽或下颌部。发作时,患者可不自觉停止原来的活动。体力劳动、情绪激动、饱餐、受凉、心动过速等可诱发。一般持续 3~5min,休息或含服硝酸甘油可迅速缓解。

2. 体征 心绞痛发作时,可出现面色苍白、出冷汗、心率增快、血压升高。有时出现第三或第四心音奔马律。

(三)辅助检查

1. 心电图 是心肌缺血、诊断心绞痛最常用的检查方法。

(1)静息心电图检查:稳定型心绞痛患者静息心电图一般都是正常的,不能除外严重冠心病。常见异常改变有ST-T改变,包括ST段压低、T波低平或倒置,ST段改变更具特异性。

(2)心绞痛发作时心电图检查:发作时出现明显的、有相当特征的心电图改变,主要为暂时性心肌缺血所引起的ST段移位。

(3)心电图负荷试验:通过对疑有冠心病的患者增加心脏负荷(运动或药物)而诱发心肌缺血的心电图检查。最常用的阳性标准为运动中或运动后ST段水平型或下斜型压低0.1mV,持续超过2min。

(4)动态心电图:连续记录24h或24h以上的心电图,可从中发现ST-T改变和各种心律失常,可将出现心电图改变的时间与患者的活动和症状相对照。

2. 超声心动图 观察心室腔的大小、心室壁的厚度以及心肌收缩状态;另外,还可以观察到陈旧性心肌梗死时梗死区域的运动消失及室壁瘤形成。

3. 放射性核素检查 心肌灌注成像是通过药物静脉注射使正常心肌显影而缺血时不显影的“冷点”成像法,结合药物和运动负荷试验,可查出静息时心肌无明显缺血的患者。

4. 磁共振成像 可获得心脏解剖、心肌灌注与代谢、心室功能及冠状动脉成像的信息。

5. 心脏X线检查 可无异常发现或见主动脉增宽、心影增大、肺淤血等。

6. CT检查 可用于检测冠状动脉的钙化以及冠状动脉狭窄。

7. 左心导管检查 主要包括冠状动脉造影术和左心室造影术,是有创性造影检查。

(四)诊断

根据典型的发作特点,休息或含服硝酸甘油后缓解,结合年龄和存在的冠心病危险因素,除外其他疾病所致的心绞痛,即可确定诊断。发作不典型者需要依靠观察硝酸甘油的疗效、发作时心电图的变化以及辅助检查来明确诊断。

(五)治疗

原则是避免诱发因素、改善冠状动脉血供、治疗动脉粥样硬化、预防心肌梗死、改善生存质量。

1. 一般治疗 发作时立刻休息,尽量避免诱发因素;调整饮食结构,戒烟限酒;调整日常生活与工作量,减轻精神负担,保持适当运动;治疗相关疾病。

2. 药物治疗

(1)抗心绞痛和抗缺血治疗: β 受体拮抗剂、硝酸酯类、钙通道阻滞剂(CCB)、代谢类药物如曲美他嗪。

(2)预防心肌梗死的药物:抗血小板治疗、调脂药物(他汀类药物)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)。

3. 控制危险因素 控制血压、血糖等。

4. PCI 已成为冠心病治疗的重要手段。

5. 冠状动脉旁路手术(coronary artery bypass surgery, CABG) 对于复杂的冠心病患者,尤其是左主干病变、多支血管病变合并心功能不全和糖尿病的患者,CABG对缓解心绞痛和改善患者的生存有较好的效果。

6. 运动锻炼疗法。

(六) 护理

1. 护理评估

(1) 身体评估

1) 一般状态:评估患者精神应激状态、体力活动、饮食状况。评估患者体重指数(BMI)、腰围、腹围。

2) 生命体征:评估患者体温、血压、脉搏、呼吸、意识、末梢循环情况等。

(2) 病史评估:重点了解患者是否具有冠心病的危险因素,包括年龄、性别、工作性质、经济状况、家族史、既往史、生活方式、不良嗜好等因素;评估患者目前心绞痛发作的频次、诱因及发作时疼痛的部位、性质、持续时间、缓解方式、伴随症状、服药种类以及服药后反应;评估患者对疾病知识及诱因相关知识的掌握程度、合作程度、心理状况(如患者有无焦虑、抑郁等表现)。

2. 护理措施

(1) 一般护理

1) 心绞痛发作时嘱患者立即停止活动,卧床休息,并密切观察。缓解期一般不需卧床休息。嘱患者尽量避免各种已知的可以避免的诱因。

2) 给氧。

3) 遵医嘱给予低盐、低脂、低胆固醇、高维生素的治疗饮食,注意少量多餐,并告知患者其治疗饮食的目的和作用。

4) 运动指导:建议稳定型心绞痛患者每天进行有氧运动 30min,每周运动不少于 5d。

(2) 病情观察

1) 观察患者疼痛的部位、性质、持续时间、生命体征,必要时给予心电监护。注意 24h 更换电极片及粘贴位置,避免影响监测效果,减少粘胶过敏发生。按照护理级别要求按时记录各项指标参数,如有变化及时通知医生。

2) 心绞痛发作者遵医嘱给予药物治疗后,注意观察患者用药后反应。如需输液治疗,要保证输液管路通畅、按时观察输液泵工作状态,确保药液准确输注。观察穿刺部位,预防静脉炎及药物渗出。

3) 倾听患者主诉,注意观察患者胸痛改善情况。

4) 观察患者活动情况:根据患者的病情、活动能力制订合理的康复运动计划。

(3) 用药护理

1) 应用硝酸甘油时,应注意用法是否正确、胸痛症状是否改善;使用静脉制剂时,应遵医嘱严格控制输液速度,观察用药后反应,同时告知患者由于药物扩张血管会导致面部潮红、头部胀痛、心悸等不适,以解除患者顾虑。

2) 应用他汀类药物时,定期监测血清氨基转移酶及肌酸激酶等生化指标。

3) 应用阿司匹林时,建议饭后服用,以减少恶心、呕吐、上腹部不适或疼痛等胃肠道症状。观察患者是否出现皮疹、皮肤黏膜出血等不良反应,如发生及时通知医生。

4) 应用 β 受体拮抗剂时,监测患者心率、心律、血压变化。嘱患者在改变体位时动作应缓慢。

5) 应用低分子肝素等抗凝药物时,注意口腔、黏膜、皮肤、消化道等部位出血情况。

(4) 心理护理:心绞痛患者常反复发作胸痛,使其产生紧张不安或焦虑的情绪,而焦虑能

增加交感神经兴奋性,增加心肌需氧量,加重心绞痛。所以应向患者做好解释,减轻患者的心理压力;建立良好的护患关系,给予心理支持。

(5)健康教育

1)饮食指导:向患者及家属讲解饮食的治疗原则为低盐、低脂、少食多餐,避免暴饮暴食。合理膳食,指导选择血糖指数较低、适量优质蛋白质、高纤维食物,以达到既维持全身营养供给,又不给心脏增加负担的目的。

2)药物指导:心绞痛患者需要长期规律口服药治疗。患者在用药过程中需掌握各种药物的名称、作用、剂量,监测可能出现的不良反应等。如服硝酸甘油片后持续症状不缓解或近期心绞痛发作频繁,应警惕近期内发生心肌梗死的可能,及时就诊治疗。

3)休息与运动指导:发病时应卧床休息,保持环境安静,防止不良刺激。病情稳定后根据年龄、体质、病情,指导患者适当运动。应多选择中小强度的有氧运动,如步行,慢跑、登楼梯、太极拳等,每次 20~40min,要循序渐进,长期有规律锻炼。肥胖患者可根据自身情况适当增加活动次数。在运动中若出现心悸、头晕、无力、出冷汗等不适时应马上停止活动。

4)定期复查:监测血压、血脂、心电图。

5)预防并发症的指导:平时避免情绪激动、寒冷刺激、劳累、便秘、饱餐等诱因;养成良好的作息习惯,戒烟限酒;平时适当锻炼是预防疾病复发及并发症的重要方法。

二、非 ST 段抬高型急性冠脉综合征

急性冠脉综合征(ACS)指冠心病中急性发病的临床类型,包括不稳定型心绞痛(UA)、非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)和 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)。近年又将前两者合称为非 ST 段抬高型 ACS,约占 3/4,后者称为 ST 段抬高型 ACS,约占 1/4。其中 UA 和 NSTEMI 若未及时治疗,可能进展成 STEMI。

(一)发病机制

ACS 即在冠状动脉粥样硬化的基础上,发生斑块破裂或糜烂、溃疡,并发血栓形成、血管收缩、微血管栓塞等导致急性或亚急性的心肌供氧减少。不稳定型心绞痛(UA)指介于稳定型心绞痛和 AMI 之间的临床状态,它是 ACS 中的常见类型,若 UA 伴有血清心肌标志物明显升高,即可确诊为非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)。STEMI 的病理生理特征是由于心肌丧失收缩功能所产生的左心室收缩功能降低、血流动力学异常和左心室重构所致。

(二)临床表现

1. 症状 UA 和 NSTEMI 胸部不适的部位及性质与典型的稳定型心绞痛相似,但通常程度更重,持续时间更长,可达 30min,胸痛可在休息时发生。UA 和 NSTEMI 的临床表现一般具有以下 3 个特征之一:

(1)静息时或夜间发生心绞痛,常持续 20min 以上。

(2)新近发生的心绞痛(病程在 2 个月内)且程度严重。

(3)近期心绞痛逐渐加重(包括发作的频度、持续时间、严重程度和疼痛放射到新的部位)。发作时可有出汗、恶心、呕吐、心悸或呼吸困难等表现;而原来可以缓解心绞痛的措施此时变得无效或不完全有效。不稳定型心绞痛严重度分级见表 1-1。

表 1-1 Braunwald 不稳定型心绞痛严重程度分级

严重程度	定义	一年内死亡率或心肌梗死率
I 级	严重的初发型或恶化型心绞痛,无静息时疼痛	7.3%
II 级	亚急性静息型心绞痛(在就诊前 1 个月内发生),但近 48h 内无发作	10.3%
III 级	急性静息型心绞痛,在 48h 内有发作	10.8%

2. 体征 胸痛发作时可出现脸色苍白、皮肤湿冷;可闻及一过性收缩期杂音。

(三)辅助检查

1. 心电图 症状发作时的心电图有重要诊断意义,UA 患者症状发作时主要表现为 ST 段压低,其心电图变化随症状缓解而完全或部分消失,如心电图变化持续 12h,常提示发生 NSTEMI。NSTEMI 常有持续性 ST 段压低 $\geq 0.1\text{mV}$ 或伴对称性 T 波倒置,相应导联 R 波电压进行性降低,ST 段和 T 波的改变常持续存在。

2. 心肌标志物检查 心肌血清标志物是鉴别 UA 和 NSTEMI 的主要标准。UA 时,心肌标志物一般无异常增高,若 cTnT 及 cTnI 超过正常值,则可考虑 NSTEMI 的诊断。

3. 冠状动脉造影和其他侵入性检查。

(四)诊断

根据典型的胸痛症状和辅助检查尤其是心电图改变,结合冠心病危险因素,非 ST 段抬高型 ACS 可确诊。UA 与 NSTEMI 的鉴别主要参考心电图上 ST-T 改变的持续时间和血清心肌标志物检测结果。

(五)治疗

应及早发现、及早住院,连续监测心电图,以发现缺血和心律失常;多次测定血清心肌标志物。具体方案见以下流程图(图 1-1)。UA 或 NSTEMI 的治疗目标是稳定斑块、缓解心肌缺血以及改善长期预后。

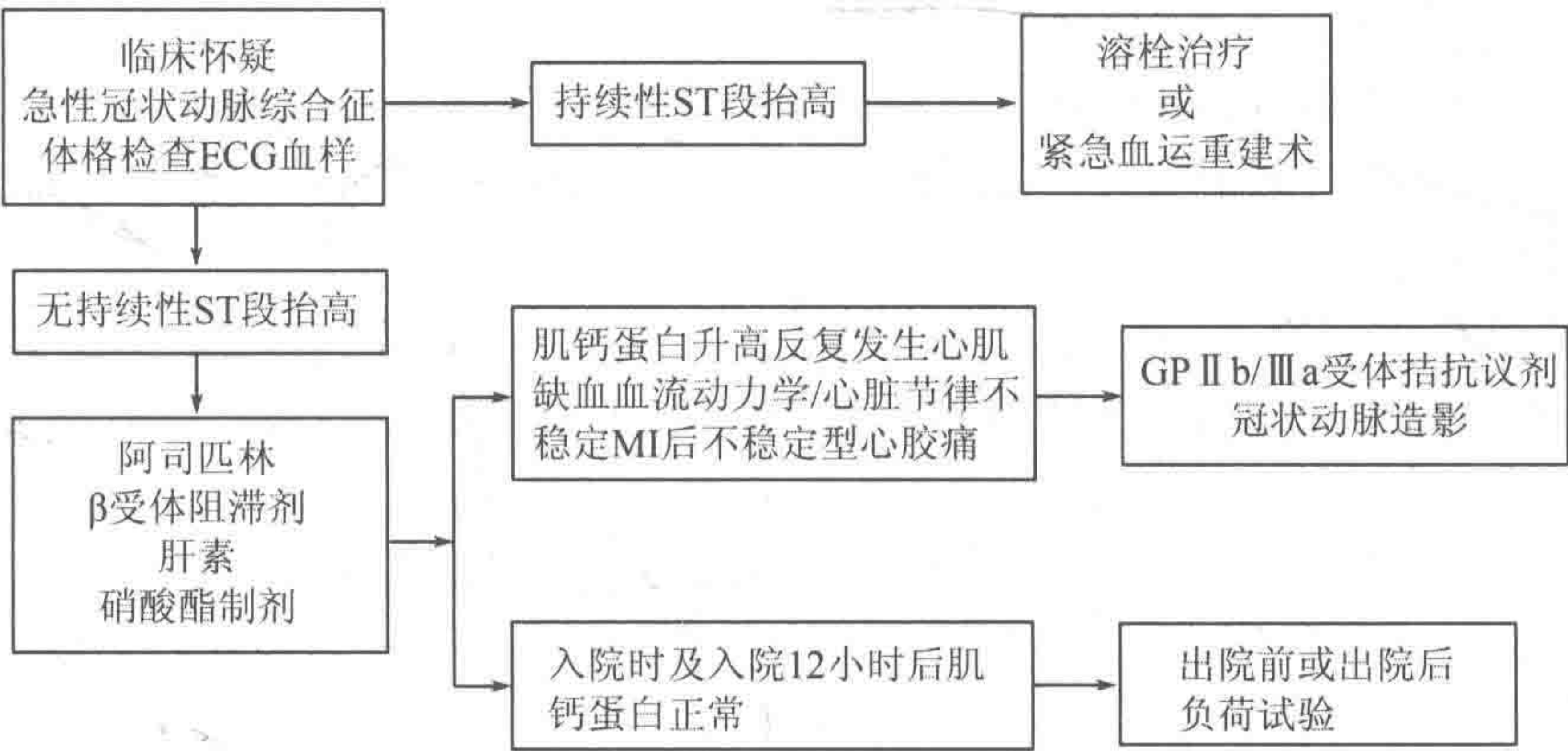


图 1-1 急性胸痛疑诊急性冠状动脉综合征患者的诊治流程

1. 一般治疗 不稳定心绞痛患者应收治 CCU,卧床休息 12~24h,给予心电监护。有明确低氧血症患者或存在左心室衰竭患者需给氧。病情稳定或血运重建后症状控制可建议循序渐进的活动。最初 2~3d 给予流食,症状缓解后可给予易消化的半流食,少量多餐。保持大便通畅,避免便秘,必要时可给予缓泻剂。

2. 抗栓治疗 可预防冠状动脉内进一步血栓形成、促进内源性纤溶活性溶解血栓,包括抗血小板和抗凝两部分。

3. 抗心肌缺血治疗 包括 β 受体拮抗剂、硝酸酯类药物、镇痛剂、钙离子通道阻滞剂。

4. 其他药物治疗 长期应用 ACEI 对预防再发缺血事件和死亡、改善心室重构有益；他汀类调脂药物除了对血脂的调节作用外，还可以稳定斑块、改善内皮细胞功能。

5. 血运重建治疗。

(六) 护理

1. 护理评估

(1) 身体评估

1) 一般状态：评估患者精神、活动耐力、饮食状况。评估患者体重、BMI、腰围、腹围。

2) 生命体征：评估患者体温、血压、脉搏、呼吸、意识、末梢循环情况等。

(2) 病史评估：除了解患者是否具有冠心病的危险因素外，重点评估心绞痛发作特点、心绞痛严重分级、心肌酶学的变化及危险分层。危险分层的内容包括病史、疼痛特点、临床表现、心电图、心脏标记物等。评估患者服药情况：既往是否服药、服药种类以及服药后反应。评估患者对疾病知识及诱因相关知识的掌握程度、合作程度、心理状况（如患者有无焦虑、抑郁等表现）。

2. 护理措施

(1) 一般护理

1) 患者应卧床休息 12~24h，给予持续心电监护。

2) 保持病室环境安静，使患者充分休息；对患者进行必要的解释和鼓励，使其积极配合治疗，解除其焦虑和紧张情绪，减轻其心脏负担。

3) 有明确低氧血症（动脉血氧饱和度 $\leq 92\%$ ）或存在左心室功能衰竭者，遵医嘱给氧。

4) 疾病最初 2~3d 以流质饮食为主，以后随症状减轻而逐渐增加易消化的半流食，宜少量多餐，钠盐和液体的摄入量应根据尿量、呕吐量及有无心衰症状而做调整，告知患者其治疗饮食的目的和作用。

5) 病情稳定或血运重建、症状控制后，鼓励患者早期、循序渐进地活动。

6) 告知患者排便时避免用力，可通过增加饮食中膳食纤维的含量或按摩腹部来促进肠蠕动，必要时遵医嘱给予缓泻剂。

(2) 病情观察

1) 遵医嘱每日和（或）出现症状时做心电图检查，标记胸前导联位置，观察心电图的动态演变。

2) 必要时给予心电监护，观察患者心率、心律、血压、血氧饱和度的情况。每 24h 更换电极片及粘贴位置，避免影响监护效果，减少粘胶过敏发生。按时记录各项指标数值，如有变化及时通知医生。

3) 准确记录患者出入量。

4) 保证输液管路通畅，按时观察输液泵工作状态，确保药液准确输注。观察穿刺部位，预防静脉炎及药物渗出。

(3) 用药护理

1) 应用硝酸甘油时，应注意用法是否正确、胸痛症状是否改善；使用静脉制剂时，应遵医嘱严格控制输液速度，观察用药后反应，同时告知患者由于药物扩张血管会导致面部潮红、头部胀痛、心悸等不适，以解除患者顾虑。