

新进医师
之
首选

XINNEIKE
YIZHU SUCHA SHOUCHE

心内科

医嘱速查手册

陈步星 郭彩霞 主编

- ▶ 病种全面
- ▶ 真实医嘱格式
- ▶ 检查、用药等解释详尽



化学工业出版社

心内科

医嘱速查手册

陈步星 郭彩霞 主编



化学工业出版社

·北京·

初入临床的医师开医嘱时往往不知道怎么开,或开不全面。本书列出心血管内科常见疾病的医嘱及特殊情况下的医嘱,并采用注的形式对医嘱中重要检查、治疗及注意事项、其他可选方案等内容进行详细讲解,可以帮助年轻医师弥补这些不足。本书病种全面,包括分期、分型、并发症、合并症的医嘱;医嘱内容丰富,介绍常规检查、特殊检查、常规治疗、替代方案及其他可选药物。采用真实医嘱格式,简洁,内容一目了然。

适合低年资心血管内科或内科医师、研究生、实习医师阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

心内科医嘱速查手册/陈步星,郭彩霞主编. —北京:化学工业出版社,2018.4
ISBN 978-7-122-31586-1

I. ①心… II. ①陈…②郭… III. ①心脏血管疾病-医嘱-手册 IV. ①R54-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第038010号

责任编辑:戴小玲
责任校对:边涛

文字编辑:赵爱萍
装帧设计:关飞

出版发行:化学工业出版社
(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)
印刷:大厂聚鑫印刷有限责任公司
装订:三河市宇新装订厂
787mm×1092mm 1/32 印张13 字数312千字
2018年7月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686)
售后服务:010-64518899
网 址:<http://www.cip.com.cn>
凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价:39.80元

版权所有 违者必究

编者名单

主 编 陈步星 郭彩霞

编 者 (按姓名汉语拼音排序)

陈步星 付 强 龚洪涛 郭彩霞

郭晓彬 马 岩 林 涛 刘杰昕

田俊萍 魏 欣 王 蕊 王德昭

杨承志 杨升华 赵 敏 赵黎佳

前 言

医学是一门基础理论和临床实践相结合的学科，对初涉临床工作的年轻医师们如何把理论用于实践，如何正确诊治变化多端的疾病成为亟待解决的难题。仅仅拥有教科书上的理论知识往往无法应对复杂的临床问题，面对的最直接的问题是在临床工作中如何为患者制订诊疗的具体措施，即如何给患者“开医嘱”这一临床医疗工作的关键环节。《心内科医嘱速查手册》正是基于年轻医师们的这种迫切需求而编写的，它为临床医师提供了临床实践的指南和参考。

本书的编写注重在临床工作中的实用性和便捷性，内容简洁明了、操作性强，适合包括心血管内科或内科年轻医师、进修医师及实习的本科生、研究生在内的广大人群阅读。力求年轻医师在诊治患者时能够从此书中得到正确的指导，能够全面快速地给予患者合理的医嘱。同时此书关注了临床医生在解决临床问题时临床思维能力的培养。

本书包括了十八个章节的内容，涵盖了心血管系统的各种常见病、多发病及危重疾病及其心血管系统的相关疾病。不仅有常规医嘱，同时列出了特殊情况下的医嘱，并在标注中具体说明。本书的编者均为从事临床心血管疾病诊疗多年的医师，拥有丰富的临床经验和专业造诣。医嘱内容既有心血管疾病的最新进展和指南，又结合老一辈心血管病学专家诊治的宝贵经验，力求做到全面、实用。但由于疾病的个体化差异，诊疗方案也应个体化，希望年轻医师在借鉴本书

内容处理临床疾病时，不能生搬硬抄，应结合患者具体病情制订出最合理、有效的医嘱。

医学的发展日新月异，随着对疾病更加深入的了解，新的药物和技术不断涌现，新的诊疗指南不断更新，本书可能有不足之处，在此恳请广大读者谅解，希望读者朋友们多提宝贵意见。期待此书成为年轻医师朋友们成长过程中的良师益友。

编者

2018年2月

目 录

第一章 休克	/1
第一节 心源性休克	1
第二节 低血容量性休克	4
第三节 过敏性休克	6
第四节 神经源性休克	8
第二章 水、电解质和酸碱平衡	/10
第一节 低钠血症	10
第二节 高钠血症	11
第三节 低钾血症	12
第四节 高钾血症	13
第五节 低钙血症	14
第六节 高钙血症	15
第七节 低镁血症	16
第八节 高镁血症	17
第九节 代谢性酸中毒	18
第十节 代谢性碱中毒	19
第三章 心脏性猝死	/20
第四章 晕厥	/24
第五章 心力衰竭	/32
第一节 急性左心衰竭	32
第二节 慢性左心衰竭	39
第三节 急性右心衰竭	48
第四节 慢性右心衰竭	55

第六章 心律失常

/63

- | | | |
|-------|------------------------|-----|
| 第一节 | 窦性心动过速 | 63 |
| 第二节 | 窦性心动过缓 | 66 |
| 第三节 | 病窦综合征, 不伴阿-斯发作 | 69 |
| 第四节 | 病窦综合征, 伴有阿-斯发作 | 74 |
| 第五节 | 房性期前收缩 | 77 |
| 第六节 | 阵发性心房颤动 | 80 |
| 第七节 | 慢性心房颤动 | 86 |
| 第八节 | 心房扑动 | 89 |
| 第九节 | 阵发性室上性心动过速 | 94 |
| 第十节 | 室性期前收缩 | 100 |
| 第十一节 | 室性心动过速 | 108 |
| 第十二节 | 心室扑动与心室颤动 | 112 |
| 第十三节 | 高度房室传导阻滞 | 115 |
| 第十四节 | 室内传导阻滞 | 120 |
| 第十五节 | 预激综合征 | 127 |
| 第十六节 | Brugada 综合征 | 133 |
| 第十七节 | 长 Q-T 间期综合征 | 137 |
| 第十八节 | 短 Q-T 间期综合征 | 140 |
| 第十九节 | 儿茶酚胺敏感性多形性室速 (CPVT) | 143 |
| 第二十节 | 导管射频消融术医嘱 | 147 |
| 第二十一节 | 心脏起搏器/自动转复除颤器置入术
医嘱 | 148 |
| 第二十二节 | 左心耳封堵术医嘱 | 149 |

第七章 高血压

/150

- | | | |
|-----|--------------|-----|
| 第一节 | 原发性高血压 | 150 |
| 第二节 | 继发性高血压 | 157 |
| 第三节 | 高血压危象 | 161 |
| 第四节 | 原发性醛固酮增多性高血压 | 164 |

第五节	嗜铬细胞瘤性高血压	167
第六节	肾性高血压	170

第八章 血脂异常 /174

第一节	脂蛋白胆固醇代谢紊乱	174
第二节	高甘油三酯血症	179
第三节	混合型高脂血症	180
第四节	家族性高胆固醇血症	182

第九章 冠状动脉粥样硬化性心脏病 /185

第一节	稳定型心绞痛	185
第二节	急性 ST 段抬高型心肌梗死	187
第三节	非 ST 段抬高型急性冠状动脉综合征	193
第四节	急性心肌梗死并发症	196
一、	急性心肌梗死并发室壁瘤形成、室间隔穿孔、乳头肌断裂或亚急性心脏破裂	196
二、	急性心肌梗死并发上消化道出血	198
三、	急性心肌梗死伴心源性休克或低血压	200
四、	急性心肌梗死伴Ⅲ度房室传导阻滞	201
五、	急性心肌梗死伴室上性心动过速	201
六、	急性心肌梗死伴心力衰竭	203
第五节	急性心肌梗死静脉溶栓治疗	204
第六节	急性心肌梗死介入治疗术前、术后	206
第七节	无症状性心肌缺血和缺血性心肌病	207

第十章 心脏瓣膜病 /209

第一节	二尖瓣狭窄	209
第二节	二尖瓣关闭不全	216
第三节	主动脉瓣狭窄	220
第四节	主动脉瓣关闭不全	228
第五节	三尖瓣狭窄	233

第六节	三尖瓣关闭不全	238
第七节	肺动脉瓣狭窄	241
第八节	联合瓣膜病	248
第九节	二尖瓣脱垂	249
第十节	老年退行性心脏瓣膜病	253
第十一节	慢性风湿性心脏瓣膜疾病合并心力衰竭	258

第十一章 心肌病 /261

第一节	心肌病的临床分类	261
第二节	扩张型心肌病	263
第三节	肥厚型心肌病	270
第四节	限制型心肌病	275
第五节	酒精性心肌病	280
第六节	围生期心肌病	284
第七节	心动过速型心肌病	285
第八节	致心律失常右室心肌病	289
第九节	放射性心肌损害	294
第十节	心肌淀粉样变	298
第十一节	应激性心肌病	302
第十二节	化疗药物所致心肌病	305

第十二章 先天性心脏病的介入治疗 /308

第一节	房间隔缺损封堵术	308
一、	封堵术前医嘱	308
二、	封堵术后医嘱	309
第二节	卵圆孔未闭封堵术	311
一、	封堵术前医嘱	311
二、	封堵术后医嘱	313
第三节	动脉导管未闭封堵术	317
一、	封堵术前医嘱	317
二、	封堵术后医嘱	318

第四节 室间隔缺损封堵术	319
一、封堵术前医嘱	319
二、封堵术后医嘱	320
第五节 经皮肺动脉瓣球囊成形术	321
一、术前医嘱	321
二、术后医嘱	322
第六节 经皮主动脉瓣植入术	323
一、术前医嘱	323
二、术后医嘱	323

第十三章 病毒性心肌炎 /325

第十四章 心包疾病 /328

第一节 急性心包炎	328
第二节 缩窄性心包炎	330
第三节 心包积液	331
第四节 心脏压塞	335
附 心包穿刺术医嘱	337

第十五章 感染性心内膜炎 /339

第一节 自体瓣膜心内膜炎	339
第二节 人工瓣膜和静脉药瘾者心内膜炎	344

第十六章 心脏神经官能症 /346

第十七章 血管疾病 /347

第一节 肺栓塞	347
第二节 肺动脉高压	351
第三节 主动脉夹层	353
第四节 胸腹动脉瘤	355
第五节 深静脉血栓形成	357

第六节	主动脉窦瘤破裂	359
第七节	闭塞性周围动脉粥样硬化	361

第十八章 相关疾病与心血管病变 /363

第一节	肺源性心脏病	363
一、	原发性肺动脉高压	363
二、	慢性肺源性心脏病	364
第二节	甲状腺功能亢进性心脏病	367
第三节	甲状腺功能减退性心脏病	369
第四节	糖尿病性心脏病	371
第五节	妊娠和心脏疾病	372
第六节	应激性溃疡合并心血管病	374
第七节	慢性肾功能衰竭合并心血管病	375
第八节	睡眠呼吸暂停综合征与心血管病	376
第九节	马方综合征	378
第十节	雷诺现象	379
第十一节	小心脏综合征	381
第十二节	贫血性心脏病	382
第十三节	脑血管病与冠心病	383

附录A 临床常用化验正常参考值 /386

附录B 处方常用外文缩略表 /397

参考文献 /398

休克 (shock) 是机体有效循环血容量减少、组织灌注不足、神经-体液因子失调, 细胞代谢紊乱和功能受损的病理过程, 它是由多种病因引起的一种临床综合征。如不及时、恰当地进行抢救, 休克可逐渐发展到不可逆阶段甚至引发死亡。因此, 临床必须采取紧急处理。休克分为低血容量性休克、感染性休克、心源性休克、神经源性休克和过敏性休克五类。

第一节 心源性休克

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规 特级护理 禁食水 胃管内流质饮食 ^① 平卧位(腿部抬高 30°) ^② 病危通知 ^③ 吸氧 ^④ 心电、血压、血氧饱和度监测 记 24h 出入量 ^⑤	血常规 生化全套 血清心肌标志物 ^⑥ 动脉血气分析 ^⑦ 尿常规 ^⑧ 心电图 ^⑨ 超声心动图 ^⑩ 胸部 X 线片 血流动力学监测 建立静脉通道 ^⑪ 0.9%氯化钠 3ml iv (慢) ^⑫ 吗啡 5mg

续表

长期医嘱	临时医嘱
	电复律/临时心脏起搏 ^①
	5%葡萄糖 50ml iv(泵入) ^②
	多巴胺 180mg
	和(或)5%葡萄糖 50ml iv(泵入) ^②
	去甲肾上腺素 4mg
	和(或)0.9%氯化钠 50ml iv(泵入) ^②
	多巴酚丁胺 180mg
	0.9%氯化钠 50ml iv(泵入) ^②
	硝酸甘油 5mg
	5%碳酸氢钠 125~250ml iv gtt ^③
	主动脉内球囊反搏 ^④
	左心室辅助装置 ^⑤

① 根据休克持续时间、是否出现应激性溃疡确定。

② 目的是增加脑部等重要器官的血流灌注。平卧时不用枕头。如患者同时伴有心功能不全，喘憋不能平卧，可予半卧位。

③ 待血压回升、稳定，尿量增多且意识状态明显好转后，可停病危护理，改为一级护理。

④ 保持气道通畅，立即给予高流量鼻导管吸氧或面罩给氧。必要时，可依据肺内呼吸音、胸部 X 线检查及动脉血气分析情况，如动脉血氧分压仍低而二氧化碳分压仍高时，宜及时采用气管内插管或气管切开，用呼吸机辅助呼吸，以加强气体交换。

⑤ 应留置尿管连续观察尿量，维持尿量大于 30ml/h。

⑥ 血清心肌标志物包肌钙蛋白 T、肌钙蛋白 I、CK-MB 等。心肌标志物升高说明有引起心肌损伤的疾病，如心肌梗死。

⑦ 动脉血气分析对了解肺功能、体内酸碱平衡至关重

要。休克发生后，动脉血氧饱和度会明显下降；如存在肺功能障碍，动脉血氧分压可显著降低，同时，在酸中毒状态下，心肌功能也可能明显减弱。

⑧ 随着休克的进展，尿中可能出现蛋白、管型及红细胞等。

⑨ 在急性心肌梗死引发的心源性休克中，最常见的心电图表现是ST段抬高。心源性休克可以加重终末期心力衰竭患者的心电图变化，出现房室传导阻滞、束支传导阻滞等。

⑩ 在急性心肌梗死引发的心源性休克中，超声心动图检查可发现乳头肌功能失调或断裂、室间隔穿孔、心室游离壁破裂等机械并发症，发现局部室壁活动异常。同时，超声心动图检查可用于左心室功能的评估。有创血压监测、中心静脉压监测、肺动脉漂浮导管监测等，适用于血流动力学不稳定的患者。

⑪ 除周围静脉外，可行锁骨下静脉、颈内静脉等深静脉穿刺置管。

⑫ 急性心肌梗死时若胸痛剧烈，可用吗啡、哌替啶等药物镇痛。吗啡5~10mg静脉缓慢注射，必要时可每15min重复1次，共2~3次，总量不超过15mg。若病情不十分危急，可予吗啡5~10mg皮下或肌肉注射，每3~4h重复1次。同时，可予镇静药以减轻患者的紧张、焦虑以及因躁动而造成的额外心脏负担。

⑬ 心动过速或过缓都会加重休克，应积极进行纠正。

⑭ 剂量为：体重(kg)×3mg，加到50ml 5%葡萄糖中，起始速度5ml/h[即 $5\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$]，最大速度为20ml/h。

⑮ 剂量为：体重(kg)×0.3mg，加到50ml 5%葡萄糖中，起始速度1ml/h[即 $0.1\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$]，而后迅速加量以尽快提升血压至预期值，最大速度为20ml/h。

⑯ 用量同多巴胺。

⑰ 起始剂量为 $2\sim 5\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ，逐渐增加。血管扩



张药可减轻心脏的后负荷，降低左心室射血阻力，增加心脏排血量，改善休克状态。只宜用于肺毛细血管楔压大于15mmHg的患者。

⑮ 根据动脉血气分析纠正酸碱平衡失调。

⑯ 增加心脏排血量，减轻左心室后负荷。可改善大部分心源性休克患者的血流动力学状态，目前作为心源性休克患者进行外科或介入治疗的辅助和支持治疗方法。但主动脉球囊反搏并不能降低心源性休克患者的总病死率。

⑰ 可用于主动脉球囊反搏无效的患者。

注：1. 心源性休克是由于各种原因引起的心脏泵功能障碍、心排血量急剧下降、有效循环血量严重不足所引起的休克。其血流动力学改变包括持续性低血压（收缩压 $< 90\text{mmHg}$ ，或收缩压较基线水平下降 $> 30\text{mmHg}$ ，持续超过30min）、肺动脉楔压 $> 18\text{mmHg}$ 、心脏指数 $< 2.2\text{L}/(\text{min} \cdot \text{m}^2)$ 。其临床表现包括低血压伴组织灌注不足（少尿、意识障碍、四肢湿冷等）以及一系列心肌功能障碍的体征。

2. 急性心肌梗死的左心衰竭是引发心源性休克最常见的原因。

3. 心源性休克的治疗必须争分夺秒，在去除病因的前提下，综合处理，提高血压、改善微循环及细胞代谢，预防并发症的出现。



第二节 低血容量性休克

长期医嘱	临时医嘱
内科护理常规	血常规 ^②

续表

长期医嘱	临时医嘱
特级护理 胃管内流质饮食 平卧位(腿部抬高 30°) ^① 病危通知 ^① 吸氧 ^① 心电、血压、血氧饱和度监测 记 24h 出入量 ^①	生化全套 尿常规 ^② 粪常规 凝血功能(PT、APTT、ACT、INR) ^④ 动脉血气分析 ^⑤ 心电图 超声心动图 胸部 X 线片 血流动力学监测 ^④ 建立静脉通道 ^⑦ 0.9%氯化钠 500ml iv gtt(快) ^⑧ 右旋糖酐-40 500ml iv gtt(快) ^⑧ 全血 400ml iv gtt(快) ^⑧ 5%葡萄糖 50ml 多巴胺 180mg iv (泵入) ^⑧ 和(或)0.9%氯化钠 50ml 多巴酚丁胺 180mg iv (泵入) ^⑧ 和(或)5%葡萄糖 50ml 去甲肾上腺素 4mg iv (泵入) ^⑧ 5%葡萄糖 250ml 阿托品 1mg iv (泵入) 5%碳酸氢钠 250ml iv

① 同“心源性休克”一节。

② 大量失血后数小时，血红蛋白及红细胞计数明显下降；大量失水后，可出现红细胞计数及血细胞比容上升；有出血倾向及弥漫性血管内凝血（DIC）患者，血小板计数可出现下降。

③ 肾功能衰竭患者的尿比重可由初期的偏高转为降低。

④ 包括血小板计数、凝血酶原时间、活化部分凝血酶原时间、国际标准化比值（INR）及 D-二聚体等。

⑤ 动脉血气分析中的 pH 值、碱剩余等指标与组织灌注、体内酸碱平衡高度相关，可指导补液及纠正酸碱平衡