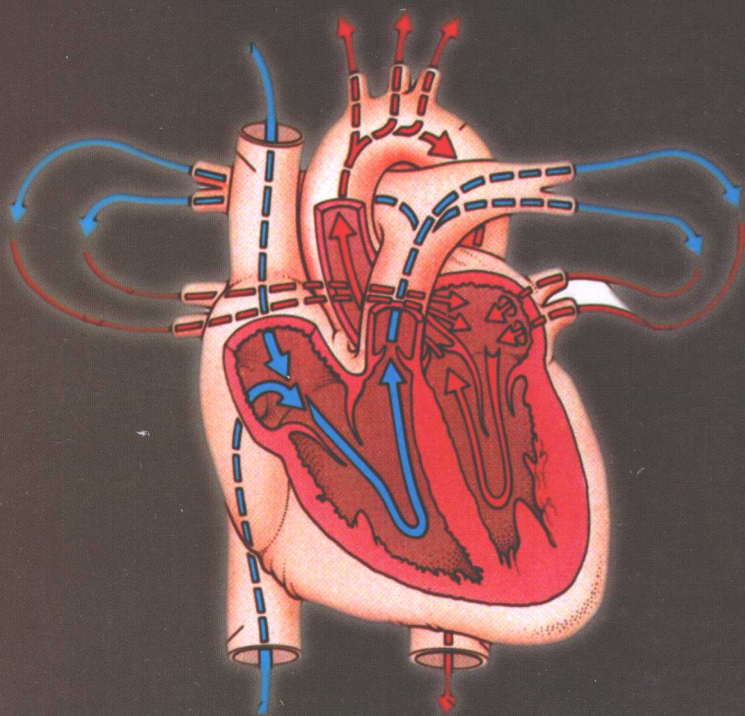


XINNAO XUEGUAN JIBING DE JIANKANG ZHIDAO

心脑血管疾病的健康指导

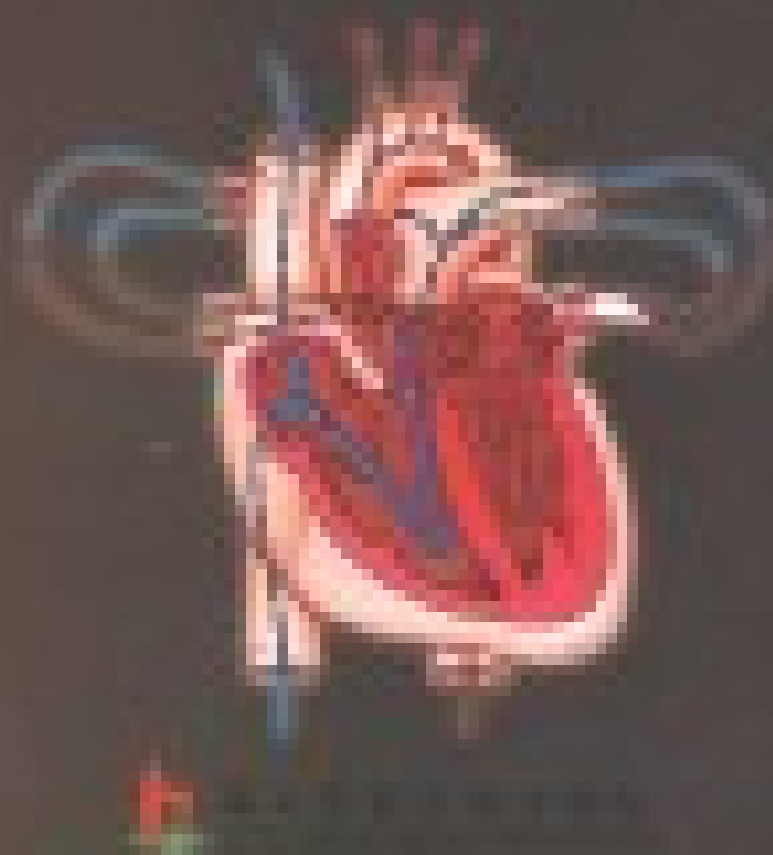
主编 王立国 刘景玲 李 彩



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

《中国居民膳食指南(2016)》、《中国居民膳食宝塔(2016)》、《中国居民膳食指南(2016)》、《中国居民膳食指南(2016)》

心脑血管疾病的健康指导



心脑血管疾病的健康指导

主 编 王文国 刘景玲 李 彩

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

心脑血管疾病的健康指导/王文国,刘景玲,李彩主编. —上海:第二军医大学出版社,2009.6

ISBN 978-7-81060-932-6

I. 心… II. ①王…②刘…③李… III. ①心脏血管疾病-诊疗 ②脑血管疾病-诊疗 IV. R54 R743

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 068044 号

出 版 人 石进英

责任编辑 陆义群

心脑血管疾病的健康指导

主 编 王文国 刘景玲 李 彩

第二军医大学出版社出版

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

临沂市第二印刷厂印刷

开本:850×1168 mm 1/32 印张:11.375 字数:300 千字

2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-932-6/R·743

定价:28.00 元

编写人员名单

主 编	王文国	刘景玲	李 彩
副主编	张秀卿	刘 卫	徐小琳
编 者	(按姓氏笔画为序)		
	亓卫东	王文国	刘 卫
	刘景玲	孙 峰	许学花
	宋淑香	张秀卿	张进轩
	张爱玲	李 彩	李延华
	辛学梅	徐小琳	龚迎秋
	魏 红		

前 言

随着改革开放深入和国民经济的发展,广大群众的生活水平有了很大提高,人们的饮食结构、生活环境也相应发生了变化,伴随而来是心脑血管疾病发病率的不断提高,严重影响了人们的生活质量,已成为不可忽视的社会问题。为了让广大人民群众了解这些疾病的预防知识,通过健康的生活方式,有效地减少疾病的发生是非常必要的。为此,我们组织编写了这本《心脑血管疾病的健康指导》一书,期望能对大家起到一定的指导作用。

全书分为上、下两篇,分别从心血管内、外科,神经内、外科等方面,系统地介绍了心、脑血管疾病的早期预防、诊断、治疗、饮食、康复等知识。本书内容丰富、通俗易懂,介绍的方法具体、实用,可供中、老年人,心脑血管疾病病人及基层医务人员阅读。

由于我们水平有限,掌握资料不全,加之编写时间仓促,书中可能存在不足,恳请读者谅解,欢迎提出批评指正。

编 者

2009年5月

目 录

上篇 基础知识

第一章 常见症状与体征	1
第一节 发热	1
第二节 心源性呼吸困难	6
第三节 咳嗽与咳痰	9
第四节 咯血	14
第五节 胸痛	18
第六节 发绀	21
第七节 恶心与呕吐	25
第八节 腹痛	29
第九节 腹泻	33
第十节 昏迷	37
第十一节 心源性水肿	40
第十二节 心悸	42
第十三节 心源性晕厥	43
第二章 心血管病介入性诊治及护理	45
第一节 心导管检查术	45
第二节 经皮穿刺球囊二尖瓣成形术	47
第三节 经皮穿刺球囊肺动脉瓣成形术	48
第四节 心导管射频消融术	48
第五节 冠状动脉造影术	49

第六节	经皮穿刺腔内冠状动脉成形术及冠状动脉内支架安置术	50
第七节	冠状动脉内粥样斑块消除术	54
第八节	先天性心血管病的心导管介入治疗	54
第三章	体外循环	55
第四章	内科诊疗护理技术	64
第一节	颈内静脉穿刺术	64
第二节	锁骨下静脉穿刺术	65
第三节	股动脉穿刺术	66
第四节	心包穿刺术	67
第五节	中心静脉压测定	69
第六节	心电图机操作	70
第七节	心电监护仪操作	71
第八节	微量泵的应用	72
第九节	输液泵的应用	74
第十节	高压氧治疗	75
第十一节	气囊尿管留置法	77
第十二节	腰椎穿刺	79
第十三节	脑血管造影	83
第十四节	脊髓造影	85
第十五节	脑室穿刺和持续引流术	86
第五章	脑血管病护理常规	89
第一节	脑血管病急诊护理常规	89
第二节	脑血管病重症监护护理常规	90
第三节	脑血管病上消化道出血护理常规	92
第四节	脑血管病昏迷护理常规	94
第五节	脑血管病瘫痪护理常规	95
第六节	脑血管病抽搐护理常规	97

第七节	脑血管病并发褥疮护理常规	99
第八节	脑血管病心理护理常规	100
第九节	脑血管病溶栓护理常规	101
第十节	气管切开术后护理常规	102
第十一节	脑室引流术后护理常规	103
第十二节	脑血管病康复护理常规	104

下篇 各 论

第一章	常见症状和体征	105
第一节	概述	105
第二节	心力衰竭	112
第三节	心律失常	130
第四节	心脏骤停	146
第五节	人工心脏起搏和心脏电复律	150
第六节	心脏瓣膜病	156
第七节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	166
第八节	原发性高血压	187
第九节	病毒性心肌炎	198
第十节	心肌病	201
第十一节	感染性心内膜炎	206
第十二节	心包炎	213
第十三节	先天性心脏病	218
第十四节	心脏损伤	232
第二章	脑血管疾病	236
第一节	概述	236
第二节	短暂性脑缺血发作	238
第三节	脑梗死	243

第四节	脑出血	255
第五节	蛛网膜下隙出血	263
第六节	脑血管性疾病	271
第七节	脑血管病的早期康复治疗	280
第八节	脑脓肿	287
第九节	颅内和椎管内肿瘤	289
第三章	小儿脑部疾病	295
第一节	小儿神经系统特征及检查	295
第二节	化脓性脑膜炎	296
第三节	病毒性脑膜炎、脑炎	303
第四节	小儿癫痫	306
第五节	脑性瘫痪	313
第六节	先天性脑积水	317
第四章	颅脑损伤	320
第一节	解剖概要	320
第二节	头皮损伤	321
第三节	颅骨骨折	324
第四节	脑损伤	327

上篇 基础知识

第一章 常见症状与体征

第一节 发 热

正常人在体温调节中枢的调控下,机体的产热和散热过程保持相对平衡,当机体在致热源的作用下或体温调节中枢的功能发生障碍时,使产热过程增加,而散热不能相应地随之增加,散热减少,体温升高超过正常范围,称为发热。当腋下温度高于 37°C ,口腔温度高于 37.2°C 。或直肠温度高于 37.6°C ,一昼夜间波动在 1°C 以上时,可认为发热。按发热的高低可分为:低热($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 40^{\circ}\text{C}$),超高热为 40°C 以上。

【常见病因】

发热的原因可分为感染性和非感染性两类,其中以感染性最为常见。

1. 感染性发热

各种病原体,如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等所引起的感染。由于病原体的代谢产物或毒素作用于单核-巨噬细胞系统而释放出致热源,从而导致发热。

2. 非感染性发热

(1)结缔组织与变态反应性疾病,如风湿热、类风湿病、系统性

红斑狼疮等。

(2)组织坏死与细胞破坏,如白血病、各种恶性肿瘤、大手术后、大面积烧伤、急性溶血等。

(3)产热过多或散热减少,如甲状腺功能亢进(产热过多)、重度脱水(散热减少)等。

(4)体温调节中枢功能障碍,如中暑、颅脑损伤、颅内肿瘤等。

【临床表现】

1. 发热的分度 按发热的高低可分为:低热 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$;中等高热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$;高热 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热 41°C 以上。

2. 发热的临床过程及特点 发热的临床经过一般分为以下三个阶段。

(1)体温上升期:体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。

(2)高热期:指体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间的长短可因病因不同而有差异。此期中体温已达到或略高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动,故寒战消失;皮肤血管由收缩转为舒张,使皮肤发红并有灼热感;呼吸加快变深;开始出汗并逐渐增多。产热与散热过程在较高水平上保持相对平衡。

(3)体温下降期:由于病因的消除,致热源的作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平,产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常水平。此期表现为出汗多,皮肤潮湿。

【热型及临床意义】

1. 稽留热 体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 的高水平,达数天或数周。24 小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

2. 弛张热 体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24 小时内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热 体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水

平,无热期(间歇期)可持续1天或数天。如此高热期与无热期反复交替出现,见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 不规则热 发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

【伴随症状】

1. 寒战 常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。

2. 结膜充血 常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

3. 单纯疱疹 口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病,常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。

4. 淋巴结肿大 常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤和转移癌等。

5. 肝脾肿大 常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

6. 出血 发热伴皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

7. 关节肿痛 常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病和痛风等。

8. 皮疹 常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病和药物热等。

9. 昏迷 先发热后昏迷者常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等;先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类中毒等。

【临床护理】

1. 一般护理

(1)休息:发热时卧床休息。保持环境整洁,空气清新,室温维持在 $20\sim 24^{\circ}\text{C}$,湿度以 $55\%\sim 60\%$ 为宜,经常通风换气。病人宜穿透气、棉质衣服,避免衣物过厚而阻碍散热,若有寒战应保暖。

(2)补充营养及液体:指导病人摄取足够液体与热量,如无心、肾功能损害,每天至少摄入 $2\,000\text{ ml}$ 水分以防脱水。能进食者,给予高热量、高维生素、营养丰富流质或半流质饮食,维持水和电解质平衡。必要时遵医嘱予静脉输液。

(3)口腔、皮肤护理:高热病人易发生口腔炎,可予生理盐水餐前、餐后、睡前漱口。病情重者,协助口腔护理。病人大量出汗后用温水擦拭身体,及时更换衣裤,保持皮肤清洁、干燥,防止感染。

2. 病情观察

(1)监测体温变化,根据病种及病情决定测量体温的时间间隔。注意热型、发热持续时间、伴随症状、身心反应,结合实验室检查,以综合评估病情。

(2)密切观察意识、生命体征变化并记录出入量:发热时神经系统的兴奋性增高,高热病人常表现烦躁不安、谵语,但重症或极度衰竭的病人,其神经系统呈抑制状态,表现为嗜睡,甚至昏迷。高热时病人由于致热原对心脏窦房结的刺激而使心率增快,随体温的升高而心率增加,体温每升高 1°C ,心率每分钟可增加 10 次左右。高热时血压也相对升高。但伤寒、严重毒血症等病人的心率则加快甚至减慢,血压下降,出现中毒性休克。退热时,由于副交感神经的兴奋性也有所加强,因而心率减慢、血管扩张、大量出汗及排尿,随体液的丧失而血压可能下降。所以,当高热骤退时极易发生虚脱。由于体温升高及酸性代谢产物蓄积,刺激呼吸中枢兴奋性增高而出现呼吸加快。当高热持续时,由于水钠潴留以及肾小管重吸收功能增强,病人表现为尿量减少,尿比重及血中非蛋白氮增加,病人表现为尿量减少,尿比重及血中非蛋白氮增加,尿中氯化物降低。退热期尿量增多,比重下降,尿中氯化物反而增多。

3. 对症护理

(1)发热时每4小时测量体温、脉搏、呼吸1次,体温突然升高或骤降可随时测量并记录,记录时应注意判断热型。

(2)体温在 39°C 以上者给头部冰袋或冰帽, 39.5°C 以上者给予酒精或温水擦浴,无效时按医嘱行药物降温或针刺降温。体温骤降时应予以保暖,及时测量血压、脉搏、心率等,严防虚脱。

(3)过高热出现谵妄、惊厥、昏迷时加用床挡,以防坠床,用压舌板裹以纱布放在上、下臼齿间,以防舌咬伤。

(4)当发热原因不明的病人疑似传染病时,先按疑诊进行预防性隔离,以免发生交叉感染。

4. 护理工作

(1)心理护理:由于高热或持续高热时可出现一系列临床表现,此时病人常有求医心切、担忧、恐惧等心理。医务人员应根据原发病种的不同给予心理疏导,运用简单易懂的医疗知识向病人讲明病情,增强信心,配合治疗,不可操之过急。对病人要多巡视、多询问、多交谈,尽早解除顾虑,消除恐惧心理。

(2)协助医师诊断与治疗:协助医师尽快查找高热原因,及时留取三大常规检验标本,抽血送细菌培养等。观察体温热型并及时向医师汇报。

(3)行诊断性穿刺:如腰穿、髂穿等应备好穿刺物品,配合操作,并观察病人在穿刺过程中的反应等。腰椎穿刺后嘱病人去枕平卧4~6小时,如病人出现头痛、呕吐或意识障碍,可能为低颅压所致,应通知医师给予相应处理。髂穿后应让病人平卧休息1~2小时,并观察局部有无出血现象。采取诊断性治疗时,应密切观察药物疗效,如病因明显,则应按医嘱严格掌握用药剂量及给药时间。

(4)降温处理:常用物理降温,可用冷敷头部或大动脉,25%~50%乙醇或 $32\sim 36^{\circ}\text{C}$ 温水擦浴,冷(温)盐水灌肠等。但要避免持续长时间冰敷同一部位,以防止局部冻伤。同时,注意周围循环状况,有脉搏细速、面色苍白、四肢厥冷者,禁用冷敷和酒精擦浴。全身发疹者,禁擦浴降温。持续高热物理降温效果欠佳者,可用药物

降温。退热药用量不宜过大,以免大汗导致虚脱。高热惊厥者,可遵医嘱采用冬眠疗法或亚冬眠疗法。用药之前应先补足血容量,用药过程中避免搬动病人,观察生命体征,保持呼吸道通畅。

(5)对症退热:常选用非甾体类抗炎药,护士应观察病人有无胃肠道反应及消化道出血等不良反应。退热致大汗时,应注意有无虚脱、低血压及其他副作用。在应用肾上腺皮质激素治疗时,应根据病情严格掌握药物剂量及给药时间;在应用免疫抑制剂治疗时,应每两周查白细胞、血小板和尿常规1次,嘱病人减少外出,预防感冒。

(王文国 张秀卿)

第二节 心源性呼吸困难

心源性呼吸困难,又称气促或气急,是病人在休息或较轻的体力活动中自我感觉到的呼吸异常。心血管系统疾病引起呼吸困难最常见的病因是左心衰竭,也可出现于右心衰竭、心肌病、心包炎、心脏压塞时。心源性呼吸困难常有下列表现形式:①劳力性呼吸困难:是最早出现也是病情最轻的一种。其特点是在体力活动时发生或加重,休息后缓解或消失。引起呼吸困难的体力活动类型如快步行走、爬楼梯、一般速度步行、吃饭、讲话、穿衣、洗漱等。②夜间阵发性呼吸困难:常发生在夜间,于睡眠中突然因憋气而惊醒,并被迫坐起,呼吸深快,重者可有哮鸣音,称为“心源性哮喘”。大多于端坐休息、下床、开窗通风后症状可自行缓解。③端坐呼吸:病人平卧时有呼吸困难,常需高枕卧位、半卧位甚至端坐时方可使憋气好转。

【护理评估】

(1)病史:询问呼吸困难发生与发展的特点,呼吸困难的表现形式或严重程度,引起呼吸困难的体力活动类型,睡眠情况,何种方法可使呼吸困难减轻,是否有咳嗽、咳痰、咯血、乏力等伴随症状。随着呼吸困难的逐步加重,对机体活动耐力的影响,能否生活自理,病

人是否有精神紧张和焦虑不安。

(2) 身体评估: 包括呼吸频率、节律及深度; 脉搏、血压; 意识状况; 面容与表情; 营养状况; 体位; 皮肤黏膜有无水肿、发绀; 颈静脉有无充盈怒张等。胸部体征: 双肺有无湿啰音或哮鸣音, 啰音的分布是否随体位而改变。心脏检查: 心率、心律、心音的改变, 有无奔马律。

(3) 实验室及其他检查: 评估血气分析, 判断病人缺氧的程度及酸碱平衡状况。胸部 X 线检查有助于判断肺淤血或肺水肿的严重程度。

【护理诊断】

(1) 气体交换受损: 与肺淤血、肺水肿或伴肺部感染有关。

(2) 活动无耐力: 与氧的供需失调有关。

(3) 焦虑: 与呼吸困难影响病人的日常生活及睡眠、病情加重趋势有关。

【护理措施】

1. 气体交换受损

(1) 休息与体位: 保持室内空气新鲜, 病人衣服宽松, 盖被轻软, 减轻病人憋闷感。嘱病人卧床休息, 根据病情需要取半卧位或端坐位, 注意体位的舒适与安全。

(2) 给氧: 氧气间断或持续吸入, 根据缺氧程度调节氧流量, 根据病情选择合适的湿化液。

(3) 遵医嘱用药: 如给予抗心衰、抗感染等药物治疗, 观察药物副作用。用药的目的是改善肺泡通气。静脉输液时严格控制滴速 (通常是 20~30 滴/分), 防止诱发急性肺水肿。

(4) 密切观察病情变化: 如呼吸困难有无改善, 皮肤发绀是否减轻, 血气分析结果是否正常等。

2. 活动无耐力

(1) 评估病人活动耐力: 了解病人过去和现在的活动型态, 评估病人恢复以往活动型态的潜力有多大。