

新护士规范化培训教材系列

临床急危重症 典型案例护理解析

主编 张 萍



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

新护士规范化培训教材系列

临床急危重症典型案例 护理解析

主 编 张 萍

副主编 赖红梅 韩清萍 邱 立

陈 松 郑 聪

编 委 (按姓氏笔画排列)

丁 燕 王 鹏 王莹莹

叶君红 刘红梅 刘冬莲

杜秋兰 李 斌 肖 娟

汪花兰 陈卓敏 郑 薇

洪 玲 饶 丽 袁亚南

桂筱玲 晏 兰 莫 晔

廖 浩 谭 洁 管丽红



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本书在内容编排上采用引领医学教育发展趋势的案例编写形式,图文并茂,理论联系实际,一方面通过提问的方式引导新护士如何判断各专科可能发生的急危重症情况,学习其处置程序和护理方法;另一方面通过对问题解答进行解析,引导新护士学习和领会与这些急危重症相关的专科知识,使新护士不仅做到知其然,而且要知其所以然。本书适合作为实习护士进入临床阶段以及新护士在岗培训的专科教材使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床急危重症典型案例护理解析/张萍主编. —上海:第二军医大学出版社,2011.6

ISBN 978-7-5481-0201-4

I. ①临… II. ①张… III. ①急性病—护理②险症—护理 IV. ①R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 042648 号

出 版 人 陆小新

责任编辑 单晓巍

临床急危重症典型案例护理解析

主 编 张 萍

第二军医大学出版社出版发行

<http://www.smmup.cn>

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏南通印刷总厂有限公司印刷

开本:787×1092 1/16 印张:9.75 字数:208 千字

2011 年 6 月第 1 版 2011 年 6 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0201-4/R·1003

定价:25.00 元

序

人才是立院强护之本。人才的成分、结构、总量和职业素质对医院护理队伍的发展有着决定性作用。借助规范化培训,强化、优化人才培养途径,是医院广泛采用且行之有效的办法。同时,培训是医院最有价值的一种投资,较之其他投入更具综合性、长远性。新护士是医院未来发展的动力和源泉,她们在给医院带来专业活力的同时,也带来了责任。如何使她们尽快适应并胜任岗位,是我们培训的根本着眼点,任重而道远。

新护士刚刚完成学校的理论学习,进入临床工作后往往对单独上班有害怕心理,究其原因还是对专科病人可能发生哪些急症情况不够了解,对如何处置这些病人感到无从下手。为促进新护士更快地适应临床工作,学会分析和判断病情,提高新护士的临床应急能力和护理急危重症病人的能力,特编写此教材。

本书以实用性为目标,以经典性为导向,收集、整理了大量来自临床一线带教教师及新护士、实习护士的宝贵意见,从新的视角向同行们再现了专科护理中急危重症的典型病例。我们所看到的不仅仅是一个个典型案例的展示、专科知识的演绎,更是专科与基础的有机融合、问题与答案的灵动交错。因而,这是一本值得新护士一读的好书。



2011年2月

目 录

心血管内科

案例一 高血压危象	1
案例二 病毒性心肌炎	5
案例三 急性心肌梗死	9
案例四 永久性起搏器安置术	16
案例五 急性左心衰竭	21
案例六 主动脉夹层	25
案例七 心搏骤停	29

呼吸内科

案例一 慢性阻塞性肺疾病急性加重期	34
案例二 呼吸衰竭	37
案例三 老年肺部感染、老年呼吸衰竭、老年多器官功能衰竭	40

消化内科

案例一 上消化道大出血	47
案例二 肝硬化并发肝性脑病	51

肾内科

透析中的低血压休克	54
-----------------	----

神经内科

癫痫持续状态	58
--------------	----

神经外科

案例一 脑疝	62
案例二 脑膜瘤并发癫痫	65
案例三 垂体瘤并发尿崩症	67
案例四 意外脱管致气道堵塞	69
案例五 颅底骨折并发气颅	70

耳鼻咽喉科

案例一 气管异物	73
----------------	----

案例二 急性会厌炎伴Ⅱ度吸气性呼吸困难	76
心胸外科	
案例一 心脏破裂	81
案例二 甲状腺亢进术后并发甲状腺危象	82
案例三 肋骨骨折并胸腔积液	84
普外科	
案例一 脾破裂、失血性休克	88
案例二 嵌顿性疝	90
案例三 急性阑尾炎	93
案例四 胃十二指肠溃疡穿孔伴大出血	95
骨科	
案例一 骨折后并发脂肪栓塞综合征	100
案例二 人工全髋关节置换术后并发肺动脉血栓栓塞症	102
案例三 急性颈髓损伤	106
案例四 胫骨骨折后骨筋膜室综合征	111
案例五 骨盆骨折合并尿道损伤	113
案例六 胸椎骨折后并发迟发性血胸	116
案例七 断指再植	118
妇儿科	
案例一 妊娠高血压综合征并发胎盘早剥	125
案例二 异位妊娠	129
案例三 上呼吸道感染合并高热惊厥	131
烧伤科	
重度烧伤合并呼吸道烧伤	135
重症监护室	
严重多发伤	139
手术室	
穿透性心脏外伤	143

心血管内科

案例一 高血压危象

患者,男性,78岁。因与人争吵后出现头痛、心悸由轮椅推行入院。既往有高血压病史20年,间断头昏、头胀,血压最高达190/100 mmHg。护理查体:体温36.5℃、脉搏106次/分、呼吸20次/分、血压240/125 mmHg。辅助检查:心电图示偶发房性期前收缩。

【问题】

- 一、该患者的诊断是什么?诊断依据有哪些?
- 二、护士应如何接诊及处置此类急诊患者?
- 三、值班护士如何观察病情?
- 四、此类患者常用药的不良反应有哪些?
- 五、如何进行健康教育?

【解答】

一、该患者诊断是什么?诊断依据有哪些?

1. 根据以上情况,该患者诊断为高血压病3级,高血压危象,属于高血压急诊。
2. 主要诊断依据:
 - (1) 高血压病史20年,间断头昏、头胀,最高血压为190/100 mmHg。
 - (2) 入科时血压为240/125 mmHg。

【解析】 18岁以上成年人高血压的定义为:在未用抗高血压药情况下,收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg。按血压水平将高血压分为1、2、3级。收缩压 ≥ 140 mmHg和舒张压 < 90 mmHg为单纯性收缩期高血压。若患者既往有高血压史,目前正在用抗高血压药,血压虽然低于140/90 mmHg,亦应该诊断为高血压。

血压水平的定义和分类

类 别	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
正常血压	< 120	< 80
正常高值	120~139	80~89
高血压:	≥ 140	≥ 90
1级高血压(轻度)	140~159	90~99
2级高血压(中度)	160~179	100~109
3级高血压(重度)	≥ 180	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	< 90

高血压急症临床表现

急 症	血 压	症 状
高血压危象	260/120 mmHg	短期内血压骤升,并出现头痛、烦躁、心悸、恶心、视物模糊等征象
急进型恶性高血压	收缩压常>130 mmHg	视网膜出血、渗出和视神经乳头水肿,可造成视力急剧减退甚至失明。患者的心、脑、肾损害出现迅速,预后不佳,多死于肾衰竭、脑卒中或心力衰竭
高血压脑病	血压在短期内或突然明显升高	出现中枢神经系统功能障碍,脑水肿和颅内压增高,表现为严重头痛、呕吐、神志改变,严重可出现抽搐、昏迷

二、护士应如何接诊及处置此类急症患者?

1. 首先评估是否存在需急救处理的情况:①伴胸痛或背痛;②伴呼吸困难;③伴头痛、呕吐、颈强直;④伴肢体运动障碍;⑤高血压孕妇等。
2. 卧床休息,抬高床头 30°,氧气吸入。
3. 心电+血压监护,建立静脉通道(套管针)。
4. 根据医嘱给予降血压药治疗。快速降压可静脉注射硝酸甘油或硝普钠等,并使用输液泵严格控制输液速度;依据血压变化随时调整输液速度。待血压稳定后,可继续使用口服降血压药。
5. 了解药物治疗后的血压变化,密切观察血压、神志、心率的动态变化并记录。
6. 有抽搐、躁动不安者遵医嘱使用镇静药物,注意安全防护,防舌咬伤、坠床等意外伤害。
7. 保持病房环境安静,避免各种刺激。

【解析】迅速降压是救治高血压危象的关键,常用的注射用降血压药及其疗效见下表。

高血压急症注射用降血压药物

降压药	起效时间	持续时间	不良反应
硝普钠	立即	1~2 min	恶心、呕吐、肌肉颤动、出汗
硝酸甘油	2~5 min	5~10 min	心悸、头痛、心动过速、呕吐
酚妥拉明	1~2 min	10~30 min	心动过速、头痛、潮红
尼卡地平	5~10 min	1~4 h	
艾司洛尔	1~2 min	10~20 min	低血压、恶心
乌拉地尔	15 min	2~8 h	头晕、恶心、疲倦
地尔硫草	15 min		低血压,心动过缓
二氮嗪	1 min	1~2 h	低血压、心绞痛、心动过速
利舍平	1~2 h	4~6 h	鼻塞、心动过缓、精神抑郁

三、值班护士如何观察病情？

1. 观察患者有无头昏、头晕、肢体麻木、三偏症状(偏瘫、偏盲、偏身感觉障碍)、呕吐。
2. 观察患者神志、面色、表情、血压、脉搏,15~30 min 1 次。
3. 观察降血压药物效果,注意药物的不良反应。
4. 注意可能危及生命的事件,如高血压危象。

【解析】 密切观察病情是为了及早发现和救治高血压危象。

高血压危象的症状与体征

项 目	表 现
症状	胸、背部撕裂样疼痛(主动脉夹层) 胸痛、恶心、出汗(心肌缺血或心肌梗死) 气促、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难(肺水肿、左心衰竭) 头痛、颈项强直(蛛网膜下隙出血) 头痛、呕吐、昏迷或抽搐(高血压脑病) 肢体感觉、运动异常(脑血管意外) 妊娠 20 周后血压升高、水肿、蛋白尿(先兆子痫或子痫)
体征	眼底改变、视神经乳头水肿(恶性高血压、高血压脑病) 湿啰音、胸腔积液(肺水肿、充血性心力衰竭) 颈静脉压升高、S3(充血性心力衰竭) 昏睡或昏迷(高血压脑病、脑血管意外) 肢体运动、感觉异常(脑血管意外)

四、此类患者常用药的不良反应有哪些？

大多数高血压患者需要终身服用降血压药。根据患者的情况综合分析,合理用药,不良反应是可以避免的。

常用降压药的不良反应

类 别	不 良 反 应
利尿剂	低血钾、高尿酸血症、高钙血症、高血糖和高血脂
β 受体阻滞剂	心动过缓、诱发支气管哮喘、高血糖、高血脂等
钙拮抗剂	硝苯地平可产生面部潮红、眩晕、头痛、心率加快、心悸、踝部水肿、咳嗽。维拉帕米和地尔硫草对心脏传导及窦房结功能有抑制
α 受体阻滞剂	症状性体位性低血压,尤其首剂服药时容易发生“首剂效应”,表现为晕厥、心悸、意识消失等,因此首次服药时常在入睡前半量服用,并注意夜间尽量避免起床
血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)	咽痒、干咳;偶见低血压(见于开始剂量过大);高血钾(伴有肾功能不全或服用保钾利尿剂; β 受体阻断药及补钾的患者);对孕妇可引起羊水减少,胎儿颅盖发育不全,肺发育不全,生长迟缓,甚至胎儿死亡;血管神经性水肿;肾功能受损
血管紧张素 II 受体拮抗	除不引起干咳及血管神经性水肿外,其余不良反应与 ACEI 相似

【解析】 护士在观察高血压药物不良反应的同时还应注意：①不要用量过大引起血压骤降；②突然停药可引起血压反复；③睡前服药可诱发脑血管意外；④用药前后监测血压。

正确测量血压的要点有：

1. 测量金标准为医护人员应用水银柱血压计和柯氏音法测量血压。
2. 患者坐安静的房间内休息 5 min 后开始测量，至少测量 2 次，间隔 1~2 min。若两次测量结果相差比较大，应再次测量。
3. 采用标准袖带(长 12~13 cm, 宽 35 cm)；当患者上臂较粗或较细时，应分别采用较大或较小的袖带；儿童应采用较小的袖带(理想袖带囊长度为臂围的 80%，宽度至少为臂围的 40%)。袖带下缘应在肘弯上 2.5 cm。
4. 无论患者采取何种体位，上臂均应置于心脏水平。测量标准位置为上臂听诊器置于肱动脉，分别采用柯氏音第 I 音和第 V 音(消失音)确定收缩压和舒张压。
5. 测量时快速充气，将袖带充气至桡动脉脉搏消失点之上 30 mmHg，然后以恒定的速度放气(2~6 mmHg/s)。心率缓慢者，放气速度应更慢些。
6. 首诊时应当测量双臂血压，因为外周血管病可以导致左右两侧血压的不同；以听诊方法测量时应以较高一侧的读数为准。
7. 对老人、糖尿病患者或其他常有或疑似体位性低血压的患者，应测量直立位 1 min 和 5 min 后的血压。
8. 第二次测量坐位血压时，应触诊测量脉率(30 s)。

五、如何进行健康宣教？

1. 建议普通高血压患者的血压(收缩压/舒张压)均应严格控制在 140/90 mmHg 以下；糖尿病和肾病患者的血压则应降至 130/80 mmHg 以下；老年人收缩压降至 150 mmHg 以下，如能耐受，还可以进一步降低。
2. 告知高血压发病的危险因素为超重、高盐膳食及中度以上饮酒。
 - (1) 体重超重和肥胖或腹型肥胖：中国成人正常体质指数(BMI, kg/m²)为 19~24，体质指数≥24 为超重，≥28 为肥胖。腹型肥胖为男性腰围≥85 cm、女性≥80 cm。
 - (2) 膳食高钠盐：北方人群食盐摄入量每人每天为 12~18 g，南方人群为 7~8 g。平均每人每天摄入食盐增加 2 g，则人群的收缩压和舒张压分别升高 2.0 mmHg 及 1.2 mmHg。
 - (3) 饮酒：按每周至少饮酒一次为饮酒计算，男性持续饮酒者比不饮酒者 4 年内高血压发生危险增加 40%。
3. 运用高血压非药物方法防治高血压。

措 施	目 标	收缩压下降范围
减重	减少热量，膳食平衡，BMI 保持 20~24 kg/m ²	2~20 mmHg/减重 10 kg
膳食限盐	每人日均食盐量降至 8 g，以后再降至 6 g 以下	2~8 mmHg

(续表)

措 施	目 标	收缩压下降范围
减少膳食脂肪	总脂肪<总热量的 30%,饱和脂肪<10%,每日新鲜蔬菜增加 400~500 g、水果 100 g、肉类 50~100 g、鱼虾类 50 g,蛋类每周 3~4 个,奶类每日 250 g,每日食油 20~25 g,少吃糖类和甜食	—
增加及保持适当体力活动	一般每周运动 3~5 次,每次持续 20~60 min。如运动后自我感觉良好,且保持理想体重,则表明运动量和运动方式合适	4~9 mmHg
保持乐观心态,提高应激能力	通过宣教和咨询,提高人群自我防病能力。提倡选择适合个体的体育、绘画等文体活动,增加老年人社交机会,提高生活质量	—
戒烟、限酒	不吸烟,不提倡饮酒,男性每日饮酒精量不超过 25 g,即葡萄酒小于 100~150 ml(2~3 两),或啤酒小于 250~500 ml(0.5~1 斤),或白酒小于 25~50 ml(0.5~1 两);女性则减半量,孕妇不饮酒。不提倡饮高度烈性酒。高血压及心脑血管病患者应戒酒	2~4 mmHg

【参考文献】

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2005 年修订版)[J]. 高血压杂志, 2005,12(13)(增刊).
- [2] 郭航远,叶志弘. 临床护士值班手册[M]. 上海: 复旦大学出版社,2002,10.
- [3] 陈柏培,荆国杰,刘庆荣,等. 心脑血管急症学[M]. 北京: 人民军医出版社,2005.
- [4] 竹村节子,横井和美. 临床护理危险防范指导[M]. 刘瑞霜,郭红译. 北京: 科学出版社,2007.
- [5] 玉顺子,马春玉. 药物与临床合理使用抗高血压药物[J]. 现代医药卫生,2005,21(4): 482-483.
- [6] 李秀华. 护士临床“三基”实践指南[M]. 2 版. 北京: 北京科学技术出版社,2008,5: 167.
- [7] 黄体钢. 原发性高血压个体化治疗的历史与现状[J]. 现代医药卫生,2003,19(3): 253.
- [8] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社,2008.

案例二 病毒性心肌炎

患者,女性,18 岁。因“腹胀、腹泻 8 d 伴心悸、乏力 3 d,加重 3 h”于 22:00 急诊入院。患者 8 d 前出现全身酸痛、腹胀、纳差、腹泻,在卫生所以“肠炎”治疗,效果差。3 d 前伴心慌、胸闷、全身乏力,无发热、咳嗽、胸痛。3 h 前出现大汗,神志恍惚,四肢发凉,被家人急送入院。查体:体温 36.3℃,脉搏 120 次/分,呼吸 18 次/分,血压 80/60 mmHg,反应迟钝,精神萎靡。双肺呼吸音低,右侧为著。心浊音界向左下扩大,心音低钝。双下肢轻度凹陷性水肿,四肢末梢皮温低。心电图示:①窦性心动过速,心率为 120 次/分;②T 波改变。

【问题】

- 一、该患者的主要诊断是什么？诊断依据是什么？
- 二、该病的临床表现怎样？
- 三、该患者护理要点怎样？
- 四、如何对患者进行出院指导？

【解答】

一、该患者的主要诊断是什么？诊断依据是什么？

1. 主要诊断为急性重症病毒性心肌炎，心源性休克。
2. 主要诊断依据：
 - (1) 上呼吸道感染史。
 - (2) 胸痛，全身乏力，心浊音界向左下扩大，心音低钝。
 - (3) 心电图示：窦性心动过速，心率为 120 次/分，体温 36.3℃，心率增速与体温不相称。
 - (4) 血压 80/60 mmHg，四肢发凉，反应迟钝，精神萎靡。

【解析】 病毒性心肌炎(viral myocarditis, VMC)是感染性心肌疾病的一个亚类，指人体感染嗜心性病毒，对心肌产生的直接损伤，或通过自身免疫性反应引起局灶性或弥漫性炎性渗出和心肌纤维变性、坏死或溶解的一种疾病，有的可伴有心包或心内膜炎症的改变，可导致心肌损伤、心功能障碍、心律失常等急症及周身症状。各种病毒都可以引起心肌炎，其中以肠道病毒和呼吸道病毒感染较常见。病毒经呼吸道、胃肠道或借助虫媒进入人体，在有诱发因素时，如疲劳、妊娠、缺氧、受冷、营养不良、长期服用激素等，容易引起病毒性感染，发生急性心肌炎。

病毒性心肌炎急症表现为：猝死、严重心律失常，心源性休克及心力衰竭，常可导致急性期猝死发生。

心源性休克：大面积急性心肌梗死、弥漫性心肌炎、心脏压塞、严重心律失常等疾病均可使心泵功能严重障碍，心输出量严重减少，有效循环血量和组织灌流量下降而引起的休克。

二、该病的临床表现怎样？

病毒性心肌炎临床表现差异很大，轻者无明显症状，重者可并发严重心律失常、心力衰竭、心源性休克。

1. 病毒感染症状：在发现心肌炎前 1~3 周，常有发热，全身倦怠感等“感冒”样症状或呕吐、腹泻等消化道症状。
2. 心脏受累症状：常出现心悸、胸闷、呼吸困难、心前区隐痛、乏力等表现。严重者甚至出现阿-斯综合征、心源性休克。
3. 主要体征：可见与发热程度不平行的心动过速，各种心律失常，心尖部第一心音减弱，出现第三心音、舒张期奔马律。或有颈静脉怒张、水肿、肺部啰音及肝大、心脏扩大等心力衰竭体征。

【解析】 从临床症状、病程及转归分类，病毒性心肌炎可分为以下几型：

病毒性心肌炎分型

分 型	临 床 症 状	病 程	转 归
亚临床型心肌炎	无自觉症状,心电图示 ST-T 改变或房性期前收缩	数周	自行消失或遗留心律失常
轻症自限型心肌炎	1~3 周胸前区不适、心悸,心电图示 ST-T 改变或各种期前收缩	1 个月	恢复
隐匿进展型心肌炎	一过性心肌炎表现	数年	心脏扩大
急性重症型心肌炎	1~2 周胸痛、气短、心悸,心动过速、室性奔马律、心力衰竭、心脏扩大等体征	数日	死亡或严重心律失常
猝死型心肌炎	无心脏病表现	数分钟	死亡

三、该患者护理要点怎样?

1. 安置入 CCU,保持病室安静、整洁,限制探视,减少不必要的干扰,保证患者充分的休息和睡眠。
2. 患者绝对卧床休息,取仰卧中凹卧位,以增加回心血量,保证心、脑、肾等重要脏器的血液供应。
3. 吸氧 3~4 L/min,定时更换给氧装置。
4. 给予心电监护,严密监测神志、末梢循环、尿量变化,每 5~10 min 动态监测血压,并做好记录。
5. 建立静脉留置针,遵医嘱给予升压、补液、保护心肌药物。
6. 皮肤护理:保暖,防止烫伤,经常按摩受压部位,定时翻身。
7. 保持大、小便通畅,切勿用力排便。
8. 饮食护理:给予高蛋白、高维生素、清淡易消化食物,补充富含维生素 C 的食物,如新鲜蔬菜、水果,以促进心肌代谢与修复。少食多餐,避免过饱及刺激性食物,如浓茶、咖啡、辣椒等,戒烟酒。
9. 心理护理:应多与患者沟通,宣教急性期积极治疗的重要性,调整心态,积极乐观配合治疗。

【解析】

1. 病毒性心肌炎患者的休息:病毒性心肌炎患者休息相当重要,活动和疲劳都可使病情加重。
 - (1) 急性期,卧床休息到退热后 3~4 周,心影恢复正常方能下床轻微活动。
 - (2) 恢复期,继续限制活动,待病情稳定,再逐步增加活动量。
 - (3) 病情较重,心脏增大者,卧床 6 个月左右,如心脏未明显缩小,应适当延长卧床时间。
 - (4) 有心功能不全者,应绝对卧床休息,以减轻心脏负担,心脏情况好转后能轻度活动。
 - (5) 重症小儿需卧床休息半年以上,轻症患儿如仅有期前收缩等心律失常,则可适当

缩短卧床休息时间。

2. 病毒性心肌炎出现心源性休克时的抢救治疗要点:

(1) 快速静脉滴注大剂量激素。

(2) 大剂量维生素 C 即刻静脉推注,如血压上升不稳定,1~2 h 后重复使用,以后每 4~8 h 一次,第一天可用 3~5 次,以后改为 1~2 次/日。

(3) 升压药多巴胺和间羟胺并用,每 200~300 ml 液体中各加 10~20 mg,静脉滴注,根据血压,随时调整浓度及速度。

(4) 若有房室传导阻滞或心率缓慢可予异丙肾上腺素 0.25~1 mg 加入 5%~10% 葡萄糖溶液 250 ml 中滴注。用药前可输全血或血浆补充血容量,但必须慎防肺水肿。

(5) 保证液体量,按 $1\,000\sim1\,200\text{ ml}/(\text{m}^2\cdot\text{d})$ 给予,若有酸中毒应及时纠正。

(6) 氧气吸入。

四、如何对患者进行出院指导?

急性心肌炎患者病情稳定,出院时护士应对患者进行如下健康指导。

1. 活动:出院后继续休息,3~6 个月可考虑进行以下活动:

(1) 继续日常活动,避免过劳,活动量以不引起心悸、劳累、气急为宜。

(2) 适当锻炼,如散步、太极拳、体操。

(3) 多从事有益于健康的娱乐,如听音乐、看电视、读报、下棋,保持心情愉快。

2. 饮食:指导患者进食营养丰富,易消化食物,尤其是补充富含维生素 C 的食物,如新鲜蔬菜、水果,促进心肌代谢与恢复,戒烟酒。

3. 服药:遵医嘱按时服药,不可随意增减药量或突然撤换药物。

4. 特别指导:

(1) 预防上呼吸道感染,冬季或流感流行季节可行室内食醋熏蒸。

(2) 饭前、饭后漱口,保持口腔清洁,防龋齿。

(3) 有病灶如扁桃体炎应及时到耳鼻喉科就诊治疗。

(4) 任何外科手术或拔牙前应告诉医生曾患过心肌炎。

(5) 每日自测脉搏数次,并注意其节律。

5. 随访:

(1) 遵医嘱定期到心血管内科门诊复查。

(2) 出现以下情况应及时就诊:脉搏低于 60 次/分、超过 100 次/分、节律不整齐、任何持续存在的不适症状。

【解析】病毒性心肌炎防治策略:积极预防感冒是防范病毒性心肌炎的首要环节,通常应做到以下几点:

1. 避开感染源:避免到拥挤嘈杂、空气污浊的地方去,尽可能不与患感冒者接触。同时注意环境卫生,定期开窗通风,保持居室空气清新,减少感冒的发生。

2. 避免过度劳累:过度疲劳容易发生感冒,也是病毒性心肌炎的诱因之一。因此,根据不同年龄,安排好规律的生活日程,按时学习、工作、锻炼、休息与睡眠,做到劳逸结合。

3. 保证足够营养:在膳食中供给足够的热量、蛋白质、维生素及适量的矿物质和脂肪,保证全面的营养供给。

4. 避免受凉:任何季节,衣着都要适宜,不应过多或过少。平时要加强体育锻炼、增强体质,充分利用外界自然条件如空气、日光和水锻炼身体,以提高人体对外界环境的适应能力。

5. 预防接种预防:接种是提高人体某些特异免疫力的有效措施,对防止病毒性心肌炎的发生有积极的作用。

6. 提高对本病的认识,做到早就诊、早治疗,以防病情发展和加重。

心肌炎的治疗最为重要的是去除病因,严格休息,尤其是急性病毒性心肌炎。

【参考文献】

- [1] 尤黎明. 内科护理学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [2] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008.
- [3] 陈柏培,荆国杰,刘庆荣,等. 心脑血管急症学[M]. 北京:人民军医出版社,2005.
- [4] 王云娟. 9例急性重症病毒性心肌炎的观察和护理[J]. 护理实践与研究,2008,5(3): 29-30.

案例三 急性心肌梗死

患者,男性,54岁。心绞痛病史5年。夜间突感心前区剧痛,含服硝酸甘油后不能缓解,且伴恶心、呕吐、大汗淋漓3h急诊入院。入科后查体:神志清楚,痛苦面容,体温37.2℃,脉搏60次/分,呼吸17次/分,血压110/70 mmHg,心、肺、腹部及各系统检查未见异常。心电图检查:Ⅱ、Ⅲ、aVF导联ST呈弓背向上抬高。

【问题】

- 一、患者的诊断是什么? 诊断依据是什么?
- 二、护士如何接诊此类急诊患者?
- 三、如何观察专科病情变化?
- 四、患者如需行经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)及支架置入术,如何做好术前准备、术后护理?
- 五、如何对冠状动脉支架置入术患者进行健康教育?

【解答】

一、患者的诊断是什么? 诊断依据是什么?

1. 根据以上情况,该患者诊断为急性冠脉综合征,急性心肌梗死。
2. 主要诊断依据:
 - (1) 心绞痛病史。
 - (2) 夜间突感心前区剧痛,含服硝酸甘油后不能缓解。
 - (3) 心电图检查:Ⅱ、Ⅲ、aVF导联ST呈弓背向上抬高。

【解析】

1. 急性冠脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)的定义:急性冠脉综合征是因冠状动脉内粥样斑块破裂或不稳定,引起冠状动脉内血栓形成导致心肌缺血而产生的一组严重进展性的疾病谱,包括不稳定性心绞痛(UA)、非ST段抬高型心肌梗死(NSTEMI)和ST段抬高型心肌梗死(STEMI),是造成致死和致残的严重心血管事件,尤其在早期各种严重并发症的发生率很高。

2. 冠心病定义: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、缺氧或坏死而引起的心脏病,统称冠状动脉粥样硬化性心脏病,简称冠心病,也称缺血性心脏病。

3. 冠心病急症:主要有急性冠脉综合征、急性心肌梗死、猝死型冠心病等。

4. 诊断冠心病的“金标准”:经皮冠状动脉造影检查术。

5. 心肌梗死的定义:是由于冠状动脉急性闭塞导致部分心肌严重而持久的缺血坏死所形成的一组综合征。其基本病因是冠状动脉粥样硬化。

6. 心肌梗死诊断标准(以下3项中具备2项即可确诊):

(1) 典型临床表现:持久的胸骨后剧烈疼痛。

(2) 心电图特点:ST段抬高呈弓背向上型;宽而深的Q波(病理性Q波);T波倒置。

(3) 实验室检查见下表:

类 别	正常值(U/L)	升高时间(h)	达高峰时间(h)	恢复正常时间
肌酸激酶(CK)	0~190	<6	<24	3~4 d
肌酸激酶同工酶(CK-MB)	0~25	<4	16 ~324	3~4 d
乳酸脱氢酶(LDH)	109~245	8~10	48~72	1~2 周
天冬氨酸氨基转移酶(AST)	5~20	6~12	24~48	3~6 d
肌红蛋白(Mb)	定性: 阴性	0.5~2	5~12	18~30 h
肌钙蛋白 I(cTnI)	0.02~0.13 $\mu\text{g/L}$	3~4	11~24	7~10 d
肌钙蛋白 T(cTnT)	<0.2 $\mu\text{g/L}$	3~4	24~48	10~14 d

肌酸激酶同工酶一直是诊断心肌梗死的标准标记物,但近来研究证明,与CK-MB相比较,肌钙蛋白的敏感性和特异性均明显增高,其在症状发作10 h后诊断心肌梗死的敏感性可达到100%。

二、护士如何接诊此类急诊患者?

1. 首先评估是否存在需急救处理的情况:①心室颤动;②心源性休克;③左心衰竭;④心脏骤停等。对胸痛患者进行快速评估(10 min内完成)和紧急心电图检查,即刻分类。

2. 收入 CCU, 连续心电监测, 绝对卧床休息, 定时监测血压、心率、心律、呼吸、体温等生命指标。

3. 吸氧。用面罩或鼻导管吸入浓度为 40% 的氧气, 开始数小时流量为 4~6 L/min。

4. 迅速有效止痛, 常用吗啡或哌替啶镇静止痛。

5. 保持环境安静。

6. 建立可靠静脉通道(套管针), 抽血做酶学分析; 使用输液泵静脉滴注硝酸甘油。

7. 遵医嘱给予溶栓治疗(常用药物有尿激酶、链激酶、重组组织型纤溶酶原激活剂)或行急诊介入手术术前准备(备皮, 给予阿司匹林、氯吡格雷口服)。

8. 备好急救药品、除颤装置、临时起搏器, 防治心律失常、低血压、休克、心力衰竭及心脏骤停。应特别注意: 大多数患者刚入院时有中度高血压, 随后几小时血压逐渐下降, 出现严重的低血压或休克是不详预兆, 应及时报告医生, 积极处理。

【解析】

1. 心室颤动临床表现: 突然意识丧失、抽搐, 继之呼吸停止甚至死亡。听诊心音消失, 脉搏触不到, 血压无法测到。其心电图特征为波形、振幅与频率极不规则, 无法辨认 QRS 波群、ST 段与 T 波。

2. 心源性休克临床表现: 收缩压低于 80 mmHg, 伴有面色苍白、皮肤湿冷、脉细而快、大汗淋漓、烦躁不安甚至昏迷。

3. 左心衰竭临床表现: 呼吸困难、咯粉红色泡沫痰、烦躁、发绀等。

4. 冠心病危险因素类别见下表:

冠心病危险因素类别

类别	描述	主要危险因素
I	已经证明干预该类危险因素	吸烟, 胆固醇, 高脂饮食, 糖尿病, 糖耐量异常
II	可以减少冠脉疾病的发生 干预该类危险因素 可能减少冠脉疾病的发生	高血压, 左心室肥厚, 血栓形成因子 体力活动减少, 肥胖, 妇女绝经后状态 心理社会因素, 饮酒, 应激
III	无法干预的因素	年龄, 男性, 家族

三、如何观察专科病情变化?

专科病情观察应注意以下几点:

1. 胸痛性质、持续时间、发生频率及疼痛规律。

2. 定时描记心电图, 室颤或持续多形室性心动过速, 立即通知医生, 采用非同步或同步直流电除颤或复律, 消除心律失常, 如室性期前收缩或室性心动过速, 立即用利多卡因 50~100 mg 静脉给药。

3. 出现心源性休克的表现, 应立即控制休克, 包括补充血容量。

4. 急性缺血心肌再灌注时, 可出现再灌注损伤, 常表现为再灌注性心律失常, 各种快