# 临床护理要点分析与个案点评

韦新芳　万淑科　林　飞　李红霞　陈金玉　丁兰兰　主　编

江西科学技术出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

**图书在版编目（CIP）数据**

临床护理要点分析与个案点评 / 韦新芳等主编 . --
南昌 : 江西科学技术出版社 , 2022.12
ISBN 978-7-5390-8389-6

Ⅰ . ①临… Ⅱ . ①韦… Ⅲ . ①护理学 – 临床 Ⅳ .
① R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2022) 第 194568 号

选题序号：ZK2022215
责任编辑：王凯勋

# 临床护理要点分析与个案点评

LINCHUANGHULI YAODIAN FENXI YU GEAN DIANPING

韦新芳　万淑科　林　飞　李红霞　陈金玉　丁兰兰　主编

**出版发行**　江西科学技术出版社
**社　　址**　南昌市蓼洲街 2 号附 1 号
　　邮编：330009　　电话：（0791）86623491　　86639342（传真）
**经　　销**　全国新华书店
**印　　刷**　郑州华之旗数码快印有限公司
**开　　本**　787mm × 1092mm　1/16
**字　　数**　667 千字
**印　　张**　31
**版　　次**　2022 年 12 月第 1 版　2022 年 12 月第 1 次印刷
**书　　号**　ISBN 978-7-5390-8389-6
**定　　价**　280.00 元

赣版权登字：-03-2022-350
版权所有，侵权必究
（赣科版图书凡属印装错误，可向承印厂调换）

# 编委会


**主编** 韦新芳　中山市人民医院

万淑科　深圳市龙华区中心医院

林　飞　佛山市第二人民医院

李红霞　郑州人民医院

陈金玉　南方医科大学附属东莞医院（东莞市人民医院）

丁兰兰　深圳市第三人民医院

# 主编简介



## 韦新芳

护理学本科毕业于右江民族医学院，现工作于中山市人民医院，副主任护师，主要研究方向：心血管疾病急危重症，多年从事心血管内科CCU护理工作，具有相当丰富的理论与实践经验。主持市卫生局级科研课题两项。发表论文7篇。



## 万淑科

主管护师，带教组长，广东省护士协会泌尿康复分会委员，泌尿外科专科护士，从事临床护理工作18年，擅长危急重，泌尿外科护理工作，及临床带教工作。多次荣获先进个人，市优秀护士，优秀带教老师等称号。



## 林　飞

毕业于南方医科大学，本科学历，现工作于佛山市第二人民医院，主管护师，主要从事临床医学重症康复护理，主要研究方向：气管切开套管的维护与康复护理，及难拔型气管切开套管的拔管时机观察，多年从事重症医学科临床护理工作，具有相当丰富的理论与临床实践经验。



## 李红霞

本科毕业于郑州大学网络教育学院，现就职于郑州人民医院，主管护师。发表论文 1 篇，论著 1 部，专利 2 项。



## 陈金玉

现工作于东莞市人民医院，主管护师，广东省护理学会第九届理事会新生儿护理专业委员会委员，高级儿科专科护士，PICC 置管护士，从事 NICU 工作 17 年。擅长：PICC 置管，危重新生儿抢救，深静脉导管维护，早产儿护理。



## 丁兰兰

本科毕业于九江学院，就职于深圳市第三人民医院。擅长：手术室护理 、器官移植方向，从事手术室护理工作 20 余年，有丰富的临床经验。目前方向为小儿活体肝移植的手术护理配合，曾进修于上海交通大学附属仁济医院，在院担任护理组长。科室院感组长多年，并多次获得医院优秀护士称号。目前担任广东省护理学会移植技术护理专委会委员。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

# 前　言

随着现代化科学技术应用于临床护理，促使临床护理向微细、快速、精细和高效能发展，加速了临床护理的现代化进程。护理岗位的知识技术含量大大增加，如各种电子监护仪的使用、ICU 的发展，使临床病情观察和危重患者的监护技术向微细、精确的方向发展，从而使护理工作能及时准确地为疾病的诊断、治疗提供依据。为了培养更多高素质护理专业人员，延伸护理服务内涵，为患者提供高质量、高水平的护理，编者们结合长期护理实践行之有效的经验，顺势应时合力为广大护理工作者编写了本书。

本书重点讲述了心内科护理、泌尿外科护理、新生儿科护理、康复科护理、手术室护理，全书始终贯彻实用性的宗旨，在相应章节后附入护理案例，内容选取与编写方式上力求实用、新颖，考虑到临床护理工作的特点，尽量通过详略得当的阐述，使护理学相关理论和护理理论通俗易懂，将护理理论与实践密切结合。希望本书能成为临床护士的良师益友，为日常护理工作提供一些借鉴和帮助。

在编写过程中，编者参阅了大量的有关书籍和文献资料，虽经反复讨论、修改和审阅，疏漏和不足之处仍在所难免，敬请读者提出宝贵意见，以期再版时进一步提高。

编　者

# 目　录


## 第一章　心内科护理 ---------- 1

第一节　病毒性心肌炎 ---------- 1

第二节　心力衰竭 ---------- 3

一例急性冠脉综合征患者的护理 ---------- 10

一例急性心肌梗死合并急性肾损伤患者的护理 ---------- 18

一例急性心力衰竭合并心律失常、高血压病患者的护理 ---------- 26

一例急性重症暴发性心肌炎患者的护理 ---------- 35

一例急性肺栓塞合并急性左心衰竭患者的护理 ---------- 43

一例心脏瓣膜病主动脉瓣狭窄重度患者的护理 ---------- 49

一例急性心肌梗死合并心源性休克患者的护理（1） ---------- 56

一例急性心肌梗死合并心源性休克患者的护理（2） ---------- 62

一例急性心肌梗死合并造影剂肾病（对比剂肾病）的护理 ---------- 69

一例冠心病合并消化道出血患者的护理 ---------- 74

## 第二章　泌尿外科护理 ---------- 84

第一节　肾损伤 ----------84

第二节　膀胱损伤 ----------90

第三节　尿道损伤 ----------94
第四节　肾结石 ----------99
第五节　输尿管结石 ----------103
第六节　膀胱结石 ----------108
第七节　尿道结石 ----------109
第八节　肾癌 ----------115
第九节　膀胱癌 ----------117
第十节　前列腺肿瘤 ----------121
第十一节　肾结核 ----------128
第十二节　前列腺增生症 ----------135
第十三节　泌尿系统梗阻 ----------139
一例肾结石的术后护理 ---------- 147
一例输尿管结石的术后护理 ---------- 151
一例膀胱结石的术后护理 ---------- 153
一例尿道结石的术后护理 ---------- 156
一例肾囊肿的术后护理 ---------- 158

第三章　新生儿科护理 ----------161
第一节　正常足月新生儿的护理 ----------161
第二节　新生儿窒息与复苏 ----------167
第三节　新生儿败血症 ----------173
第四节　新生儿肺炎 ----------177
第五节　新生儿黄疸 ----------181
第六节　早产儿 ----------187

第七节 新生儿产伤 ---------- 190
第八节 新生儿特发性呼吸窘迫综合征 ---------- 193
第九节 新生儿溶血症 ---------- 196
第十节 新生儿颅内出血 ---------- 203
第十一节 新生儿肺出血 ---------- 207
第十二节 新生儿坏死性小肠结肠炎 ---------- 209
第十三节 新生儿肺透明膜病 ---------- 214
第十四节 新生儿缺氧缺血性脑病 ---------- 218
一例极重度新生儿高胆红素血症合并脐炎的护理 ---------- 221
一例摩根氏摩根菌感染合并胸腔积液的极早产儿的护理 ---------- 225
一例Ⅲ级颅内出血的低出生体重儿植入 Ommaya 囊的护理 ---------- 232

第四章 康复科护理 ----------238
第一节 脑卒中的康复护理 ---------- 238
第二节 肿瘤患者放疗的康复护理 ---------- 253
第三节 气管切开的维护及康复护理 ---------- 261
一例高血压病并发基底节脑出血患者的康复护理 ---------- 266
一例脑出血恢复期患者的康复护理 ---------- 269
一例脑梗死后遗症患者的康复护理 ---------- 273
一例脑梗死并发高血压患者的康复护理 ---------- 278
一例脑梗死恢复期患者的康复护理 ---------- 284
一例鼻咽癌放疗后吞咽困难患者的康复护理 ---------- 289
一例心肺复苏术后患者的康复护理 ---------- 296
一例植入永久性起搏器术后患者的康复护理 ---------- 303
一例脑出血伴左侧偏瘫患者的康复护理 ---------- 307

## 第五章　手术室护理 ----------318

第一节　神经外科手术 ----------318

第二节　心脏外科手术 ----------343

第三节　胸外科手术 ----------361

第四节　普通外科手术 ----------375

第五节　泌尿外科手术 ----------418

第六节　器官移植手术护理 ----------440

一例恶性黑色素瘤、脑继发性恶性肿瘤的护理 ---------- 457

一例主动脉窦瘤破裂修补术的护理 ---------- 459

一例左侧颈动脉内膜斑块剥脱术的护理（口周麻木） ---------- 461

一例反酸的护理 ---------- 462

一例肝右前叶上段包膜下占位的护理 ---------- 464

一例腹腔镜下胆囊切除术＋肠粘连松解术＋腹腔脓肿切开引流术的护理 ---------- 466

一例胆囊结石伴胆囊炎的护理 ---------- 467

一例胎盘植入的护理 ---------- 469

一例脾部分切除＋门体静脉断流术的护理 ---------- 471

一例中期妊娠合并原发性肝细胞癌的护理 ---------- 474

一例肾盂输尿管连接处狭窄的护理 ---------- 476

一例肝肾联合移植的护理 ---------- 478

一例儿童肝移植的护理 ---------- 481

## 参考文献 ----------484

# 第一章 心内科护理

## 第一节 病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是病毒感染，尤其是柯萨奇 B 组病毒，引起的心肌局限性或弥漫性炎症病变。大多数患者可以自愈。部分患者因病情迁延而遗留各种心律失常，如期前收缩、房室传导阻滞等，严重者则需安装永久人工心脏起搏器。极少数患者病情演变为扩张型心肌病，可导致心力衰竭甚至猝死。

病毒性心肌炎可以发生任何年龄段，以儿童、青少年多见。一般发病率以夏季最高，冬季最少。但在居住条件拥挤的地区和国家，病毒性心肌炎的发生季节性不明显。

### 一、病因及发病机制

各种病毒均可引起，以可引起肠道和呼吸道感染的病毒最常见，如柯萨奇病毒 A、B 及艾柯病毒、脊髓灰质炎病毒、流感斑疹病毒。尤其是柯萨奇病毒 B。

当各种因素所致机体抵抗力降低时，病毒直接侵犯心肌，造成心肌细胞溶解，由于免疫反应主要是 T 细胞，以及细胞因子和一氧化氮等介导的心肌损伤和微血管的损害，均使心脏功能和结构受损。组织学特征为心肌细胞的溶解、间质水肿、炎性细胞浸润。

### 二、临床表现

#### （一）症状

病前 1 ~ 3 周患者常有发热、疲倦、呕吐、腹泻等呼吸道或肠道感染病史。轻者可无症状，多数患者可有疲乏、胸闷、心悸、心前区隐痛等心肌受累的表现。重症者可发生严重心律失常、心力衰竭、心源性休克，甚至猝死。

#### （二）体征

可有与体温不成比例的心动过速、各种心律失常。听诊可闻第一心音低钝，心尖区可



需要全本请访问 www.ertongbook.com

闻及舒张期奔马律，有交替脉。也可有水肿、颈静脉怒张、可闻及肺部湿啰音、心脏扩大。

## 三、辅助检查

### （一）实验室检查

血清心肌酸激酶增高、肌钙蛋白增高；白细胞计数升高、红细胞沉降率增快、C 反应蛋白增高；病毒中和抗体效价测定恢复期较急性期增高 4 倍。

### （二）心电图检查

常见心电图 ST–T 段改变和各种心律失常，特别是室性心律失常、房室传导阻滞。

## 四、治疗原则

### （一）一般治疗

急性期卧床休息，注意补充蛋白质、维生素等营养食物。

### （二）药物治疗

使用改善心肌营养与代谢的药物如大剂量维生素 C、ATP、辅酶 A、极化液、复方丹参等。

### （三）对症治疗

主要是针对心力衰竭、心律失常等情况，进行治疗。如心力衰竭可使用利尿药、血管紧张素转换酶抑制药、血管扩张药等；频发期前收缩或快速心律失常可使用抗心律失常药物；高度房室传导阻滞、快速室性心律失常或是窦房结功能损害，并出现晕厥、低血压时可使用临时心脏起搏器。

## 五、护理措施

### （一）一般护理

活动期或伴有严重心律失常、心力衰竭者要绝对卧床休息 4 周至 3 个月，限制探视，保证休息和睡眠。待症状消失、化验及体征恢复正常后，方可逐渐增加活动量，同时严密监测活动时心律、心率、血压变化，如果出现心悸、胸闷、呼吸困难、心律失常等，应立即停止活动，这个活动量作为最大活动量的限制指标。

### （二）饮食护理

给予高蛋白质、富含维生素和易消化的饮食，尤其补充维生素 C 的食物如新鲜蔬菜、水果，以促进心肌代谢与修复。心力衰竭者限制钠盐摄入，避免刺激性食物，戒烟、酒。

### （三）病情观察

1. 预防心律失常

注意有无心律失常的改变，必要时进行心电监护，注意心率、心律及心电图变化，作好急救物品的准备。

2. 预防心力衰竭

密切观察生命体征、意识、尿量、皮肤黏膜颜色，注意观察有无呼吸困难、咳嗽、咳痰、易疲劳、颈静脉怒张、水肿症状，注意检查有无肺部啰音、心脏有无奔马律的体征。一旦发生，立即报告医师，及时处理。

### （四）健康教育

1. 注意休息，1 年内避免重体力劳动。

2. 指导患者尽量避免呼吸道感染，剧烈运动、情绪激动、饱餐、妊娠、寒冷、用力排便等诱因。

3. 要食用高蛋白质、富含维生素和易消化的饮食，多食新鲜蔬菜、水果等高维生素 C 的食物。

4. 坚持药物治疗，定期随访。

（韦新芳）

## 第二节　心力衰竭

心力衰竭，是由于心脏器质性或功能性疾病损害心室充盈和射血能力而引起的一组临床综合征。心力衰竭（简称心衰）是一种渐进性疾病，其主要临床表现是呼吸困难、疲乏和液体潴留，但不一定同时出现。绝大多数情况下是指各种心脏疾病引起心肌收缩力下降，使心排血量不能满足机体代谢需要，器官、组织血液灌注减少，出现肺循环和（或）体循环静脉瘀血的临床综合征。少数情况下心肌收缩力尚可使心排血量维持正常，但异常增高的左心室充盈压使肺静脉回流受阻，导致肺循环瘀血。心力衰竭按发展速度可分为急性心衰和慢性心衰，以慢性居多；按发生的部位可分为左心、右心和全心衰竭；按左室射血分数是否正常可分为射血分数降低和射血分数正常两类，替代了以往收缩性心力衰竭和舒张性心力衰竭的概念。

### 一、慢性心力衰竭

慢性心力衰竭是大多数心血管疾病的最终归宿，也是最主要的死亡原因。在西方国家，引起慢性心力衰竭的基础心脏病以高血压、冠心病为主；在我国，过去以心瓣膜病为

主，如今冠心病和高血压也已成为心力衰竭的最常见病因，瓣膜病和心肌病位于其后。

### （一）病因

1. 基本病因

（1）原发性心肌损害。①缺血性心肌损害：冠心病心肌缺血和（或）心肌梗死是最常见的原因；②心肌炎和心肌病：各种类型的心肌炎和心肌病均可导致心衰，其中病毒性心肌炎及原发性扩张型心肌病最多见；③心肌代谢障碍性疾病：最常见于糖尿病心肌病，而维生素 $B_1$ 缺乏和心肌淀粉样变性等均属罕见。

（2）心脏负荷过重。①压力负荷（后负荷）过重：心脏收缩期射血阻力增加，常见原因有高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄等；②容量负荷（前负荷）过重：心脏舒张期所承受的容量负荷增加，常见于主动脉瓣或肺动脉瓣关闭不全、房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭等；③伴有全身血容量增多或循环血容量增多的疾病如慢性贫血、甲状腺功能亢进等，心脏的容量负荷也必然增加。

2. 诱因

据统计有 80% ~ 90%慢性心力衰竭是在原有心脏病的基础上，由一些增加心脏负荷的因素所诱发，常见的诱发因素有以下几种。

（1）感染：呼吸道感染是最常见、最重要的诱因，其次为感染性心内膜炎、全身感染等。

（2）心律失常：心房颤动是诱发心力衰竭的重要因素，亦可见于其他各种类型的快速性心律失常和严重的缓慢性心律失常。

（3）血容量增加：摄入钠盐过多，输液或输血过多、过快等。

（4）生理或心理压力过大：过度体力活动或情绪激动、妊娠和分娩、愤怒等。

（5）其他：合并贫血和甲状腺功能亢进，不恰当停用洋地黄类药物或降压药及原有心脏病变加重等，也可成为发生心力衰竭的诱因。

### （二）心功能分级

1. NYHA 心功能分级

（1）Ⅰ级：患者有心脏病，但体力活动不受限制。平时一般的体力活动不引起疲劳、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状。

（2）Ⅱ级：体力活动稍受限制。休息时无自觉症状，但平时一般的体力活动会引起疲劳、心悸、呼吸困难或心绞痛，休息后很快缓解。

（3）Ⅲ级：体力活动明显受限。休息时尚无症状，但一般的轻体力活动就会引起疲劳、心悸、呼吸困难或心绞痛，休息较长时间方可缓解。

（4）Ⅳ级：患者有心脏病，体力活动能力完全丧失，休息时仍可存在心力衰竭症状或心绞痛，进行任何体力活动都会使症状加重。

2. ACC/AHA 心功能分级

（1）A 期：有发生心力衰竭的高危险因素但无心脏结构异常或心衰表现。

（2）B 期：有心肌重塑或心脏结构的异常，但无心衰表现。

（3）C 期：目前或既往有心力衰竭表现，包括射血分数降低和射血分数正常两类。

（4）D 期：即难治性终末期心力衰竭。尽管采用了优化的药物治疗，患者症状仍未改善或迅速复发，典型表现为休息或轻微活动即有症状（包括明显的疲劳感），不能完成日常活动，常有心性恶病质表现，并且需要再次和（或）延长住院接受强化治疗。

### （三）临床表现

1. 左心衰竭

左心衰竭临床上最常见，主要表现为肺循环静脉瘀血和心排血量降低。

（1）症状：①呼吸困难是左心衰竭最重要和最常见的症状。劳力性呼吸困难最早出现，开始多发生在较重的体力活动时，休息后缓解，随着病情的进展，轻微体力活动时即可出现。发生机制是运动使回心血量增加，左心房压力升高，加重了肺瘀血，引起呼吸困难的运动量随心衰程度加重而减少；夜间阵发性呼吸困难是指患者入睡后突然因憋气而惊醒，被迫坐起，轻者端坐休息后可缓解，重者可有哮鸣音，称之为心源性哮喘。此为左心衰竭的典型表现。发生机制有睡眠平卧血液重新分布使肺血量增加，夜间迷走神经张力增高，小支气管收缩，横膈高位，肺活量减少等；端坐呼吸是严重心力衰竭的表现。当肺瘀血达到一定程度时，患者不能平卧，因平卧时回心血量增多，且膈肌上抬，使呼吸更为困难。高枕卧位、半卧位甚至端坐位方能使呼吸困难减轻；急性肺水肿是左心衰呼吸困难最严重的形式。②咳嗽也是较早发生的症状，咳嗽多在体力劳动或夜间平卧时加重，同时可咳出白色浆液性泡沫状痰，偶见痰中带血丝，当肺瘀血明显加重或有肺水肿时，可咳粉红色泡沫痰。发生机制为肺泡和支气管黏膜瘀血所致。肺静脉因长期慢性瘀血致压力升高，导致肺循环和支气管血液循环之间形成侧支，在支气管黏膜下形成扩张的血管，一旦破裂可引起大咯血。③低心排血量症状，如疲劳、乏力、头晕、嗜睡、心悸、发绀等，其原因主要是由于心排血量降低，器官、组织灌注不足及代偿性心率加快所致。④严重左心衰竭时肾血流量明显减少，患者可出现少尿，血尿素氮、肌酐升高，并可有肾功能不全的相关症状。

（2）体征：①呼吸加快、交替脉，血压一般正常，有时脉压减小，皮肤黏膜苍白或发绀；②由于肺毛细血管压增高，液体可渗出至肺泡而出现湿性啰音；开始两肺底闻及湿性啰音，有时伴哮鸣音，随病情加重，湿性啰音可遍及全肺；③除基础心脏病的固有体征外，多数患者有左心室增大，心率加快，心尖区可闻及舒张期奔马律，肺动脉瓣区第二心音亢进，亦可出现心律失常。

2. 右心衰竭

单纯右心衰竭较少见，右心衰竭主要表现为体循环静脉瘀血。

（1）症状。①胃肠道症状：食欲缺乏、恶心、呕吐、腹胀、便秘及上腹疼痛等症状，是右心衰竭最常见的症状，主要是由于胃肠道瘀血引起；②劳力性呼吸困难：右心衰竭可由左心衰竭发展而来，单纯性右心衰多由先天性心脏病或肺部疾病所致，两者均可有明显的呼吸困难。

（2）体征。①水肿：是右心衰的典型体征。水肿首先发生在身体的最低垂的部位，起床活动患者，足、踝及胫骨前水肿较明显，尤以下午为甚，为对称性压陷性水肿。卧床患者，则以骶部和大腿内侧水肿较显著。右心衰严重者，可呈全身性水肿。②颈静脉征：颈外静脉充盈、怒张，是右心衰竭的主要体征，并可出现明显搏动。肝颈静脉反流征阳性则更具有特征性。③肝脏体征：肝因瘀血肿大常伴有压痛。持续慢性右心衰可引起心源性肝硬化，晚期可出现肝功能受损、黄疸及大量腹腔积液。④心脏体征：除基础心脏病的相应体征外，单纯右心衰竭的患者，剑突下可见明显搏动，可闻及右室舒张期奔马律，亦可因三尖瓣相对关闭不全出现收缩期吹风样杂音。

3. 全心衰竭

左、右心衰的临床表现同时存在。全心衰竭时，肺瘀血可因右心衰竭、右心排血量减少而减轻，故表现为呼吸困难减轻而发绀加重。

### （四）护理

1. 护理目标

患者的呼吸困难减轻，血气分析维持在正常范围；心排血量增加；水肿、腹腔积液减轻或消失；活动耐力增强；无感染及洋地黄中毒和电解质紊乱发生，或一旦发生，能得以及时发现和控制。

2. 护理措施

（1）一般护理。①休息与活动：休息包括体力和精神休息两个方面，良好的休息可减轻心脏负担，但长期卧床易发生静脉血栓形成甚至肺栓塞，同时也使消化功能降低，肌肉萎缩。因此，应根据心衰患者的病情轻重安排休息。心功能Ⅰ级时，不限制一般的体力活动，积极参加体育锻炼，但避免剧烈运动及重体力劳动；心功能Ⅱ级时，适当限制体力活动，增加午睡时间，强调下午多休息，停止比较剧烈的运动，保证充足的睡眠；心功能Ⅲ级时，严格限制一般的体力活动，每天有充分的休息时间，但日常生活可自理或在他人协作下自理；心功能Ⅳ级时，绝对卧床休息，生活由他人照顾。定时改变体位，防止发生压力性损伤。为防止长期卧床引起静脉血栓形成甚至肺栓塞，便秘、虚弱、直立性低血压的发生，可根据患者病情安排床上肢体运动、床边活动等。②饮食：给予低盐、低热量、高蛋白、高维生素的清淡易消化饮食，避免产气的食物及浓茶、咖啡或辛辣刺激性食物；戒烟酒；多吃蔬菜、水果，少量多餐，不宜过饱，肥胖者更要适当限制饮食。限制水分和钠盐的摄入，根据患者的具体情况决定每天的饮水量，通常一半量在用餐时摄取，另一半量在两餐之间摄取。必要时行口腔护理，以减轻口渴感。食盐一般限制在每日 5 g 以下，告诉

患者及家属低盐饮食的重要性并督促其执行。中度心衰每日摄入量为 2.5 ~ 3 g，重度心力衰竭控制在 1 g 以下。除了低盐饮食外，还要控制腌制品、发酵的点心、味精、酱油、海产品、罐头、皮蛋、啤酒、碳酸饮料等含钠量高的食品。可用糖、醋、蒜调味以增进食欲。但在应用强效排钠利尿剂时，不宜过分严格限盐，以免引起低钠血症。③排便的护理：指导患者养成每天按时排便的习惯，预防便秘。排便时切忌过度用力，以免增加心脏负荷，甚至诱发严重的心律失常。长期卧床的患者定期变换体位，腹部做顺时针方向的按摩，或每日收缩腹肌数次，必要时使用缓泻剂。

（2）病情观察：密切观察患者呼吸困难程度，给氧后发绀情况，肺部啰音的变化、水肿变化情况、血气分析和血氧饱和度等，控制输液量及速度，滴速以 15 ~ 30 滴 / 分为宜，防止输液过多过快。详细记录 24 h 出入水量，准确测量体重并记录。

（3）吸氧：一般采用持续吸氧，流量 2 ~ 4 L/min，随时清除鼻腔分泌物，保持输氧管通畅。同时观察患者呼吸频率、节律、深度的改变，随时评估呼吸困难的改善情况并作好记录。

（4）用药护理：慢性心力衰竭有非药物治疗和药物治疗，前者如休息、限钠盐、吸氧、祛除诱因、避免刺激、加强营养等，后者包括利尿剂（是治疗心力衰竭最常用的药物）、血管扩张剂、正性肌理药物和其他如血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、抗醛固酮制剂、β – 受体阻滞剂等。

洋地黄类药物：①向患者讲解洋地黄类药物治疗的必要性及洋地黄中毒的表现；②给药前应检查心率、心律情况，若心率低于 60 次 / 分，或发生节律改变，应暂停给药，并通知医师；③静脉注射用药宜稀释后缓慢注射，一般需 10 ~ 15 min。注射后注意观察心率、心律改变及患者反应；④毒性反应的观察及护理。胃肠道症状最常见，表现为食欲缺乏、恶心、呕吐；神经精神症状，常见有头痛、乏力、烦躁、易激动；视觉异常，表现为视力模糊、黄视、绿视等。心脏表现主要有心律失常，常见室性期前收缩呈二联律或三联律、心动过缓、房室传导阻滞等各种类型的心律失常；用药后注意观察疗效，以及有无上述毒性反应，发现异常时应及时报告医师，并进行相应的处理；⑤洋地黄中毒的处理包括停用洋地黄、补充钾盐、纠正心律失常。立即停用洋地黄是治疗洋地黄中毒的首要措施。可口服或静脉补充氯化钾、门冬氨酸钾镁，停用排钾利尿剂。若有快速性心律失常，可用利多卡因或苯妥英钠。若心动过缓可用阿托品静脉注射或临时起搏器。地高辛中毒可用抗地高辛抗体。

利尿剂：①应用利尿剂前测体重，时间尽量在早晨或日间，以免夜间频繁排尿而影响患者休息；用药后准确记录出入量，以判断利尿效果；②观察各类利尿剂的不良反应。噻嗪类利尿剂主要不良反应有电解质紊乱（低钾、低钠、低氯）、高尿酸血症及高血糖；袢利尿剂主要不良反应有水与电解质紊乱、消化道症状、听力障碍等；潴钾利尿剂主要不良反应有胃肠道反应、嗜睡、乏力、皮疹等，不宜同时服用钾盐，高钾血症者禁用。

β – 受体阻滞剂：β – 受体阻滞剂可产生心肌收缩力减弱、心率减慢、房室传导时间延



需要全本请访问 www.ertongbook.com