



模块二 循环系统疾病病人的护理

一单元 循环系统疾病常见症状体征的护理

主要内容

心源性呼吸困难

心源性水肿

心悸

心源性晕厥

心前区疼痛

一、心源性呼吸困难 (cardiogenic dyspnea)

重点和难点

重点知识

心源性呼吸困难、心源性水肿、心悸、心源性晕厥、心前区疼痛的概念、特点和护理措施

技能

用护理程序的方法对循环系统疾病病人实施整体护理

概念与病因

- 心源性呼吸困难（cardiogenic dyspnea）是指由于各种心血管疾病引起病人呼吸时感到呼吸费力，并有呼吸频率、深度与节律的异常；
- 最常见的病因是左心衰竭，亦见于右心衰竭、心包积液、心脏压塞征。

护理评估

健康史

- 询问有无高血压、冠心病、心肌炎等病史；
- 了解呼吸困难发生与发展的特点，引起呼吸困难的诱因；
- 了解呼吸困难缓解方式，是否有咳嗽、咳痰、乏力等伴随症状，以及痰液的颜色、性状及量；
- 评估呼吸困难对日常生活的影响等。

护理评估

身体评估

- 心源性呼吸困难特点
 - 劳力性呼吸困难：左心衰最早出现的症状；
 - 夜间阵发性呼吸困难：夜间入睡后因胸闷、气急而突然憋醒，被迫采取坐位，轻者于端坐休息后自行缓解；
 - 端坐呼吸：严重心功能不全的表现。

护理评估

身体评估

➤ 评估要点

- 了解呼吸频率、节律、深度，脉搏、心率、血压；
- 意识状态、面容与表情、营养状况、体位、皮肤黏膜有无水肿、发绀、颈静脉充盈程度等；
- 两侧肺底是否闻及湿啰音及哮鸣音，有无心率、心律、心音改变及奔马律等。

护理评估

心理 - 社会支持状况

- 评估病人是否有紧张、焦虑和抑郁；
- 评估病人家庭情况、经济状况、文化程度，以及家庭、社会对病人的支持情况等。

护理评估

辅助检查

评估血氧饱和度（ SaO_2 ）、血气分析，胸部 X 线检查及心电图检查结果，判断病人缺氧的程度及酸碱平衡状况，了解病人疾病的性质和变化。

常用护理诊断 / 问题

1

气体交换
功能受损

与肺淤血、肺水肿或伴肺部
感染有关

2

活动无耐力

与组织供氧不足有关

护理目标

- 病人自觉呼吸困难能够减轻或消失；
- 病人自诉活动耐力逐渐能够增加，活动后无明显不适。

护理措施

一般护理

➤ 休息与活动

- 明显呼吸困难时卧床休息，减轻心脏负担，利于心功能恢复；
- 劳力性呼吸困难者，减少活动量，以不引起症状为度；
- 夜间阵发性呼吸困难者，加强夜间巡视，协助坐起；
- 端坐呼吸者，加强生活护理，协助大小便，衣服宽松，盖被轻软，减轻憋闷感。

护理措施

一般护理

➤ 体位

- 高枕卧位或端坐位可使横膈下移，增加肺活量；双腿下垂可减少回心血量，有利于改善呼吸困难。

➤ 氧疗

- 遵医嘱选择合适的氧流量和湿化液。一般为 2 ~ 4L/min；急性左心衰竭病人高流量（ 6 ~ 8L/min ）鼻导管给氧或面罩加压给氧，咯粉红色泡沫痰时，用 20% ~ 30% 酒精作湿化液；肺心病病人宜低流量（ 1 ~ 2L/min ）持续给氧。

护理措施

病情观察

- 密切观察生命体征和病情变化，如呼吸困难、皮肤发绀，肺部湿啰音等是否好转；监测血气分析等，若病情加重，及时通知医生。

护理措施

增强活动耐力

- 制定活动目标和计划 遵循**循序渐进的原则**确定活动量和持续时间，根据病人情况随时调整活动计划；
- 监测活动过程中反应 若出现心悸、胸前区不适、呼吸困难、头晕眼花等时，停止活动，就地休息，并以此作为限制最大活动量的指征；
- 协助生活自理。

护理措施

心理护理

- 积极沟通，适时安慰，稳定情绪，促进其与康复病友交流，鼓励病人采取积极的态度面对疾病；
- 劝慰家属面对现实，了解病人心理状态，掌握缓解病人紧张、焦虑和抑郁状态的技巧。

护理措施

健康指导

- 疾病知识指导
- 角色转化指导

护理评价

- 病人呼吸困难是否减轻或消失；
- 病人活动耐力是否增加，活动后有无明显不适。
 -

二、心源性水肿 (cardiogenic edema)

概念与病因

- 心源性水肿（cardiogenic edema）是由于心功能不全引起体循环静脉淤血，致使机体组织间隙有过多的液体积聚。
- 最常见的病因是右心衰竭或全心衰竭，也见于渗液性心包炎或缩窄性心包炎。

护理评估

健康史

- 水肿发生的时间，首发部位及发展顺序，加重或减轻的因素；
- 体重是否发生变化；皮肤有无水疱、溃疡及感染；
- 有无与水肿相关的疾病史或用药史。

护理评估

身体评估

- 心源性水肿特点
 - 首先出现在身体下垂部位；用指端加压水肿部位，局部出现凹陷，称为凹陷性水肿；
 - 重者水肿延及全身，出现胸腔积液、腹腔积液。

护理评估

身体评估

➤ 评估要点

- 询问水肿出现的部位、时间、程度、发展速度；
- 了解饮水量、摄盐量、水肿与饮食、体位及活动的关系；评估尿量、是否使用利尿剂等；
- 检查水肿程度、部位、范围，压之是否凹陷，观察生命体征、体重、颈静脉充盈程度，有无胸水、腹水。

护理评估

心理 - 社会支持状况

- 评估病人是否出现焦虑、烦躁，或因病情反复而失去信心；
- 评估病人对疾病的认知情况，家庭关系情况、经济状况、文化程度，以及家庭、社会对病人的支持状况等。

护理评估

辅助检查

血常规、尿常规、血液生化学等检查，了解有无低蛋白血症及电解质紊乱等。

常用护理诊断 / 问题

1

体液过多

与水钠潴留、低蛋白血症有关

2

有皮肤完整性
受损的危险

与水肿所致组织细胞营养不良、局部长时间受压有关

护理目标

- 病人水肿能够逐渐减轻或消失；
- 病人皮肤完整，无压疮发生。

护理措施

一般护理

➤ 休息与体位

- 卧床休息，伴胸水或腹水者采取半卧位；
- 下肢水肿者，可抬高下肢，以利于静脉回流，增加回心血量，从而增加肾血流量，提高肾小球滤过率，促进水钠排出；
- 保证病人体位舒适，注意安全，必要时加床档保护。

护理措施

一般护理

➤ 饮食护理

- 给予低盐低钠、高蛋白、清淡易消化饮食，少食多餐，减轻腹胀和胃肠道负担；
- 强调低盐低钠饮食的重要性，钠盐摄入量控制在5g/d 以下为宜，限制摄入腌熏制品、香肠、罐头、苏打饼干等含钠高的食物；
- 通过糖、醋等调味品增进、调节病人食欲。

护理措施

一般护理

➤皮肤护理

- 保持床褥柔软、清洁、平整、干燥，加用海绵垫，严重水肿者使用气垫床；
- 协助病人更换体位，膝部、踝部及足跟等部位，垫软枕以减轻局部压力；

护理措施

一般护理

➤ 皮肤护理

- 会阴部水肿时，保持局部皮肤清洁、干燥，男病人用托带支托阴囊部；
- 使用便器时，动作轻巧，勿强行推、拉，以免损伤皮肤。

护理措施

病情观察

- 严格记录 24 h 液体出入量，如果尿量 $< 30\text{ml/h}$ ，及时通知医生。每天于同一时间、同样着装、用同一体重计测量体重，腹水者每天测腹围 1 次；
- 观察水肿部位、范围和程度，用手指按压水肿部位 5 s 后放开，观察凹陷程度。观察水肿部位皮肤，如发红、破溃、感染等现象。

护理措施

用药护理

- 遵医嘱使用利尿剂，观察用药后尿量、血压、心率、体重变化及水肿消退情况，以及电解质紊乱。利尿剂尽量在白天给药，防止夜间频繁排尿而影响休息与睡眠。

护理措施

心理护理

- 讲解疾病相关知识，帮助病人认识水肿久不消退、病情反复或形象改变等，可以通过积极治疗与护理达到缓解、减轻或康复；鼓励家属帮助和支持病人，提高病人的信心。

护理措施

健康指导

- 根据病人的原发病进行相关知识指导，避免加重水肿的诱因；
- 指导家属给予病人积极支持，帮助病人建立与疾病抗争的信心；
- 指导病人及家属正确用药；每天测量体重，定期随访；发现水肿加重，及时就诊。

护理评价

- 病人水肿是否逐渐减轻或消失；
- 病人皮肤是否完整，无压疮发生。

三、心悸 (palpitation)

概念与病因

- ◆ 心悸（ palpitation ）是指病人自觉心跳或心慌并伴心前区不适感；
- ◆ 常见于各类型心绞痛、急性心肌梗死、急性主动脉夹层、急性心包炎、心血管神经症等。

护理评估

健康史

- 询问疾病相关病史；
- 了解是否使用肾上腺素、麻黄碱、咖啡因、阿托品等药物；
- 询问有无饮浓茶、咖啡、烟酒等嗜好；有无精神病史；
- 了解心悸对病人日常生活、工作有无影响及程度。

护理评估

身体评估：

➤ 心悸特点

- 生理性心悸：持续时间较短、伴有胸闷等不适，一般不影响正常活动；
- 病理性心悸：持续时间长或反复发作，常有胸闷、气急、心前区疼痛、晕厥等表现；
- 心悸严重程度与病情：心悸的严重程度并不一定与病情成正比。

护理评估

身体评估：

➤ 评估要点

- 了解心悸发作的诱因、频率、持续时间、发作特点；
- 每次发作时有无心前区疼痛、发热、头晕、头痛、晕厥、抽搐、呼吸困难、消瘦及多汗等伴随症状。

护理评估

心理 - 社会支持状况

:

- 由于反复发作，造成心理上的紧张，甚至会产生焦虑。
评估每次发作时的主观感受和发作后的心理状态。

辅助检查：

- 心电图

常用护理诊断 / 问题

1

活动无耐力

与心悸有关

2

焦虑

与心悸反复发作、疗效欠佳有关

护理目标

- 病人自诉活动耐力能够逐渐增强；
- 病人焦虑减轻，能够积极配合治疗和护理。

护理措施

一般护理

- 休息与体位：心悸发作时取高枕卧位、半卧位或其他舒适体位，尽量避免左侧卧位；
- 活动：无器质性心脏病的病人，鼓励其正常工作和生活，建立健康生活方式，避免过度劳累；逐渐增加活动量，以不引起心悸为宜。

护理措施

病情观察

- 密切观察生命体征，同时测量脉率和心率，时间不少于1分钟。严密监测心率、心律、心电图、生命体征、血氧饱和度的变化，出现异常变化，立即报告医生，及时处理。

护理措施

心理护理

- 帮助病人正确面对疾病，提高对疾病的应对能力，减轻紧张，积极配合治疗。鼓励家属关心、陪伴病人，稳定病人情绪，保持良好的心理状态。

护理措施

健康指导

- 疾病知识指导：向病人及家属介绍常见病因、诱因及防治知识；保持乐观、稳定情绪，分散病人的注意力；
- 生活指导：指导病人生活规律，保证充足的休息与睡眠，保持大便通畅；改变不良的饮食习惯，避免摄入刺激性食物和饮料。

四、心源性晕厥 (cardiac syncope)

概念

- ◆ 心源性晕厥 (cardiac syncope) 是指心脏疾病引起的心排血量骤减或中断, 使脑组织一时性缺血、缺氧而导致的突发短暂意识丧失。
- ◆ 一般认为, 心脏供血暂停 2~4 s 产生黑蒙, 5~10 s 出现昏厥, 10 s 以上除意识丧失外, 出现抽搐, 称阿 - 斯综合征 (Adams-Stokes syndrome), 是病情严重而危险的征兆。

护理评估

健康史

- 询问有无器质性心脏病、肺栓塞、心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、甲状腺功能减退等病史；
- 询问晕厥发作前有无诱因及先兆症状；
- 有无情绪激动、烟酒嗜好。

护理评估

身体评估

- 心源性晕厥特点
 - 突出表现为劳累性晕厥，发作时先兆症状不明显，持续时间甚短。大部分晕厥预后良好，反复发作的晕厥系病情严重和危险的征兆。

护理评估

身体评估

➤ 评估要点

- 了解晕厥发作前的情况，如体位、活动情况、诱发因素；有无先驱症状；
- 了解发作时摔倒的方式、皮肤颜色、意识丧失持续时间、伴随症状等；
- 发作结束时有无后遗症等。

护理评估

心理 - 社会支持状况

- 评估病人是否有焦虑、恐惧等心理。评估病人及家属对疾病的认知程度，家庭及社会支持状况等。

辅助检查

- 了解病人心电图、动态心电图、运动试验、食管心电图等检查，评估引发心源性晕厥的病因。

常用护理诊断 / 问题

1

有受伤的危险

与晕厥发作有关

2

恐惧

与晕厥反复发作、疗效欠佳有关

护理目标

- 病人晕厥发作时未发生损伤；
- 病人自诉恐惧能够减轻或消失，对治疗有信心。
 - 。

护理措施

一般护理

- 休息与活动：有晕厥及跌倒史者在频繁发作时应卧床休息，协助病人生活护理；一旦有头晕、黑蒙等先兆表现时，立即平卧，以免跌伤；
- 饮食护理：给予低热量、低脂、高蛋白、高维生素、易消化饮食，少量多餐，避免过饱；戒烟酒，禁食刺激性食物、浓茶、咖啡。

护 理 措 施

病 情 观 察

- 密切观察病情变化，阿 - 斯综合征病人要做心电监护，监测生命体征，做好抢救准备；观察心电图变化，及时发现严重心律失常。

护理措施

心理护理

- 讲解疾病相关知识，介绍病情发展，消除焦虑和恐惧；鼓励病人参与制定护理计划，增强其信心；操作前给予解释，操作中保持冷静，增加病人安全感；鼓励家属适当探视，给予病人心理安慰和信心。

护理措施

健康指导

- 避免从事危险性工作，头晕时平卧，以免摔伤；遵医嘱用药，不可随意停用、增减或更换药物；学会自测脉搏，学会自我监测病情；对反复发生严重心律失常、危及生命者，教会家属心肺复苏术，以备应急；定期随诊。

护理评价

- 病人有无晕厥发作时损伤；
- 病人是否自诉恐惧减轻或消失，对治疗有信心。

五、心前区疼痛

概念与病因

- ◆ 心前区疼痛是循环系统疾病的常见症状之一，是由于各种原因所引起的心前区不适；
- ◆ 常见于各类型心绞痛、急性心肌梗死、急性主动脉夹层、急性心包炎、心血管神经症等。

护理评估

健康史

- 有无心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层、心包炎、心血管神经症等病史；
- 有无肥胖、高血压、糖尿病等危险因素。

护理评估

身体评估

➤心前区疼痛特点

- 典型心绞痛→胸骨后，呈阵发性压榨样痛；
- 急性心肌梗死呈持续性剧痛，伴心律、血压等改变；
- 急性主动脉夹层动脉瘤→胸骨后或心前区撕裂性剧痛或烧灼痛，向背部放射。

护理评估

身体评估

➤心前区疼痛特点

- 急性心包炎引起的疼痛可因呼吸或咳嗽而加剧；
- 心血管神经症者也出现心前区疼痛，但与劳累、休息无关，且活动后减轻，常伴神经衰弱症状。

护理评估

身体评估

➤ 评估要点

- 评估胸痛的部位、性质、范围、有无放射、持续时间，疼痛程度及对病人的影响；
- 有无伴随症状，疼痛发生的诱因及加重与缓解方式；
- 了解生命体征、心率、心律、心音的变化，有无心脏杂音及肺部湿啰音。

护理评估

心理 - 社会支持状况

- 评估病人是否产生焦虑、恐惧感。评估病人对疼痛的耐受程度，对疾病认知情况，以及家庭、社会对病人的支持情况等。

辅助检查

- 了解心电图检查、心肌酶谱检查、CT 或核磁共振等检查，必要时连续监测心电图的动态变化。

常用护理诊断 / 问题

1

疼痛 心前区疼痛

与心肌缺血、缺氧或心肌坏死有关

护理目标

- 病人自觉疼痛能够减轻或消失

护理措施

一般护理

- 避免诱因，减少发作；疼痛发作时卧床休息，协助取舒适体位。安慰病人，解除不安情绪，减少心肌耗氧量。保持大便通畅，避免增加腹压，必要时使用轻泻药。

护理措施

病情观察

- 密切观察疼痛发作时间、性质及伴随症状等；必要时心电监护，描记疼痛时心电图；严密监测心率、心律、血压变化，发现异常及时通知医生。

护理措施

疼痛护理

- 休息：除了心血管神经症病人外，疼痛发作时立即卧床休息以减轻疼痛；
- 避免诱因：心绞痛病人避免劳累、情绪激动、寒冷刺激、用力排便等因素，心肌梗死者避免重体力劳动、饱餐尤其是进食多量高脂肪餐、情绪激动等诱发因素；
- 用药：服用硝酸酯类等，改善心肌供血，缓解疼痛。

护 理 措 施

心 理 护 理

- 疼痛发作时专人陪伴，安慰病人，指导病人深呼吸等放松技术，解释疾病过程与治疗配合，减轻病人心理负担，缓解焦虑、恐惧心理；鼓励病人表达内心感受，给予相应的心理支持，使病人树立战胜疾病的信心。

护理措施

健康指导

- 避免各种诱发因素，避免精神紧张和长时间工作；合理膳食，少量多餐，戒烟限酒，忌浓茶、咖啡、辛辣等刺激性饮食，避免再发；鼓励病人适当参与运动，提高活动耐力。

护理评价

- 病人是否自觉疼痛减轻或消失。



Thank You!