

内科护理

第三章 循环系统疾病病人的护理





第三章 循环系统疾病病人的护理

第三节 心律失常病人的护理

主讲人：XXX





病人，男，74岁。近1年来常感乏力，间断黑矇2个月入院，既往高血压病史5年。
护理体检：T 36.4℃，P 36次/分，R 18次/分，BP 172/93mmHg，意识清楚。心尖搏动在左侧第五肋间锁骨中线内0.5cm处，无抬举性心尖搏动，触无震颤，心界不大，心率36次/分，心律齐，心音可，无杂音。

辅助检查：心电图提示窦性心律，三度房室传导阻滞

临床诊断：三度房室传导阻滞





- 1.列出该病人的主要护理诊断/问题。
- 2.说出病人的护理措施。
- 3.为病人进行出院后的健康宣教。



学习目标

知识目标:

- 1.掌握常见心律失常的的护理评估要点和护理措施。
- 2.熟悉常见心律失常的心电图特点和病人的主要护理诊断/问题。
- 3.了解常见心律失常的分类和对应症状、体征的病因，护理目标、护理评价。

能力目标:

- 1.能根据心律失常的症状、体征列出护理诊断/问题。并实施正确的护理措施。
- 2.能为心律失常的病人实施正确的护理措施，安全给药、监护和配合抢救。

素质目标:

具有有效的沟通能力，面对抢救沉着冷静，关爱、理解病人及家属，敬畏生命。



重点难点

重点

- 心律失常病人的身体状况、护理措施及健康教育。

难点

- 常见心律失常的心电图特点。



心律失常 (cardiac arrhythmia) 是指各种原因引起心脏冲动的频率、节律、起源部位、传导速度或激动次序的异常。心律失常根据发生部位分为室上性 (包括窦性、房性、房室交界性) 和室性心律失常两类; 根据发生时心率的快慢, 分为快速型 (包括期前收缩、心动过速、扑动和颤动等) 与缓慢型 (包括窦性心动过缓、房室传导阻滞等) 心律失常两大类。



概念

本章对心律失常的介绍主要根据发生机制分为冲动形成异常和冲动传导异常两大类

机制	类别	心律失常
冲动形成异常	窦性心律失常	①窦性心动过速；②窦性心动过缓；③窦性心律不齐；④窦性停搏。
	异位心律（被动性异位心律）	逸搏及逸搏心律（房性、房室交界区性、室性）。
	异位心律（主动性异位心律）	①期前收缩（房性、房室交界区性、室性）；②阵发性心动过速（房性、房室交界区性、房室折返性、室性）；③心房扑动、心房颤动；④心室扑动、心室颤动。
冲动传导异常	干扰和干扰性房室分离	常为生理性。
	心脏传导阻滞	①窦房传导阻滞；②房内传导阻滞；③房室传导阻滞；④室内阻滞（左、右束支和分支传导阻滞）。
	折返性心律	阵发性心动过速，常见房室结折返、房室折返、心室内折返。
	房室间传导途径异常	预激综合征。



1 器质性心脏病

是指因心脏血管致病因素的作用，导致组织结构发生变化所引起的心血管疾病。

2 全身性疾病

如发热、贫血、休克、甲亢、甲减等。

3 电解质紊乱

如低钾血症、低钙血症、高钾血症等。

4 药物因素

如应用洋地黄、肾上腺素、阿托品等。

5 生理因素

如情绪激动、精神紧张、过度疲劳、大量吸烟、饮酒、喝浓茶或咖啡等。



(一) 健康史

- 询问既往是否有类似心律失常发作史；
- 有无器质性心脏病、全身性疾病；
- 有无电解质紊乱、心脏手术、中暑、电击伤等病史；
- 是否有服药史，尤其是抗心律失常药物和影响电解质的药物；
- 询问病人有无情绪激动、过度疲劳、大量吸烟、饮酒、喝浓茶或咖啡等诱因。





(二) 身体状况

- 有无心悸、头晕、晕厥的症状，症状严重程度取决于心律失常对血流动力学的影响；
- 轻者可无症状或仅有心悸、头晕；
- 重者可诱发心绞痛、心衰、晕厥，甚至猝死。





(三)心理-社会状况

伴有器质性心脏病或其他疾病的严重心律失常的病人，因病情反复发作、长期病痛折磨导致病人及家属均存在不同程度的心理压力，易产生消极、焦虑、抑郁、恐惧等不良心理。





(四) 辅助检查

1. 心电图检查

是**诊断心律失常**最重要的一项无创性检查技术

2. 其他辅助检查

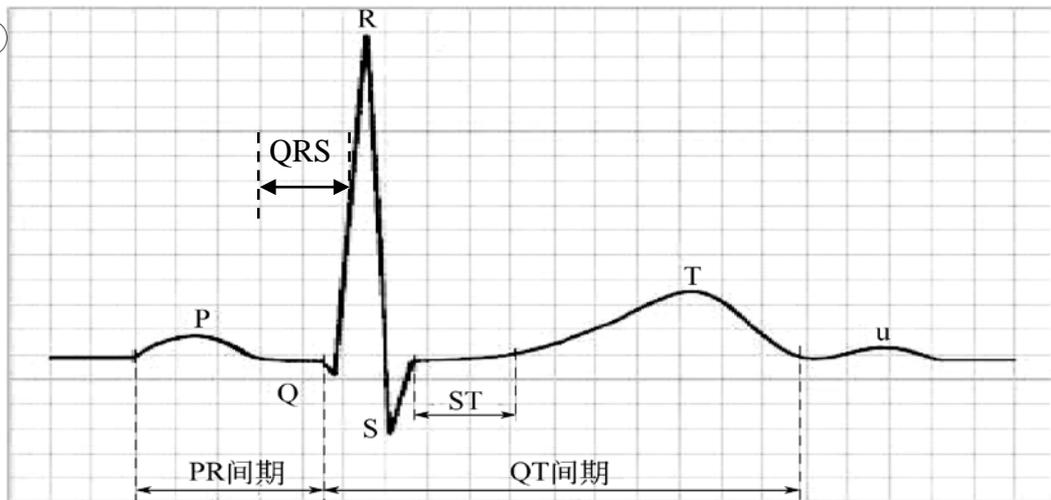
定期复查，观察病情进展。动态心电图、食管心电生理检查、心腔内心电生理检查和食道超声心动图等检查项目



(五) 常见心律失常

正常心脏起搏点位于窦房结，心脏传导系统包括窦房结、结间束、房室结、房室束、左右束支及浦肯野纤维网。激动传播引起一系列电位变化，形成了心电图相应的波、段和间期

成人正常窦性心律的心电图特征为：① P波规律出现，频率为60~100次/分，呈钝圆形，在I、II、aVF导联直立，aVR导联倒置；② P-R间期为0.12~0.20秒；③ P-P间距固定，同一导联上P-P间距相差<0.12秒。④ QRS波群时限在0.06~0.10秒。⑤ ST段在等电位线上，亦可轻度偏移。⑥ T波方向与QRS主波一致，形态呈顶端圆钝型。





(五) 常见心律失常

1. 窦性心律失常 是由于窦房结冲动发放频率的异常或窦性冲动向心房的传导受阻所导致的心律失常。根据心电图及临床表现分为窦性心动过速、窦性心动过缓、窦性停搏、窦房传导阻滞以及病态窦房结综合征



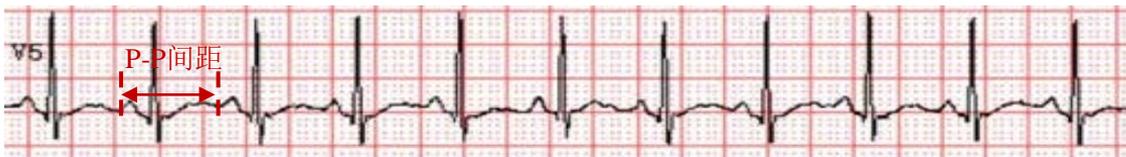
(五) 常见心律失常

(1) 窦性心动过速 (窦速)：成人窦性心律的频率超过100次/分。

1) 病因：①生理性：运动、情绪激动、饮酒与咖啡等；②病理性：高热、贫血、休克、心功能不全、剧烈疼痛、甲亢等；③药物作用：应用阿托品、肾上腺素等药物。

2) 身体状况：可无症状或主诉心悸。

3) 心电图特征：①窦性P波规律出现；②心率 (HR) >100次/分，P-P间隔<0.6秒 (0.6秒即3个大格子)；③成人心跳频率多为100~150次/分。



4) 治疗要点：一般无需特殊治疗。去除病因和诱因，必要时可应用 β 受体拮抗药 (如美托洛尔) 减慢心率。

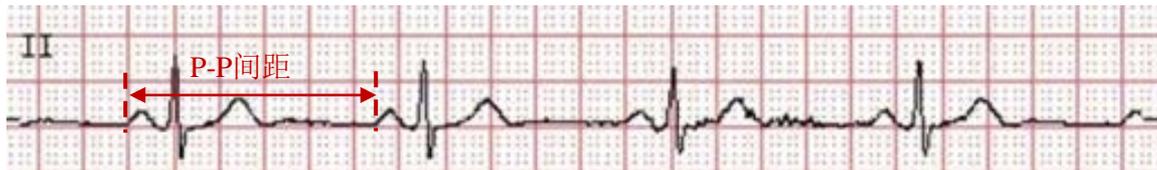
(五) 常见心律失常

(2) 窦性心动过缓(窦缓)：成人窦性心律的频率低于60次/分。

1) 病因：①生理性：健康的青年人、老人、运动员、睡眠状态等；②病理性：可见于病态窦房结综合征、颅内压增高、胆汁淤积性黄疸、甲减等；③药物作用：应用 β 受体拮抗药、钙通道阻滞药、洋地黄、胺碘酮或拟胆碱药等。

2) 身体状况：多无自觉症状，心率过慢，心排血量不足者可有胸闷、头晕甚至晕厥等。

3) 心电图特征：①窦性P波规律出现；② $HR < 60$ 次/分，P-P间隔 > 1.0 秒（1.0秒即5个大格子）。



4) 治疗要点：常无需治疗；心排血量不足者可予阿托品、异丙肾上腺素等药物短时间治疗，症状不能缓解者可考虑心脏起搏治疗。

(五) 常见心律失常

(3) 窦性停搏或窦性静止(sinus pause or sinus arrest)

1) 病因：①迷走神经张力增高或颈动脉窦过敏均可发生窦性停搏。②急性下壁心肌梗死、窦房结变性与纤维化、脑血管病变。③应用洋地黄或乙酰胆碱等药物。

2) 身体状况：长时间的窦性停搏后，低位的潜在起搏点如房室交界区或心室可发出单个逸搏或出现逸搏心律控制心室。一旦窦性停搏时间过长而无逸搏，病人可发生头晕、黑朦、晕厥，严重者可发生阿-斯综合征，甚至死亡。

3) 心电图特征：比正常PP间期显著长的时间内无P波发生或P波与QRS波群均不出现，长的PP间期与基本的窦性PP间期无倍数关系。



4) 治疗要点：①无症状者不必治疗。②心动过缓-心动过速综合征病人发作心动过速时，应先应用起搏治疗，病人仍有心动过速发作，则可同时应用抗心律失常药物。



(五) 常见心律失常

2.期前收缩 又称过早搏动，简称早搏，是指窦房结以外的异位起搏点兴奋性增高，过早发出冲动引起的心脏搏动。根据异位起搏点部位不同分为房性、房室交界性、室性期前收缩。临床上将期前收缩 >5个/分，称为频发性早搏。



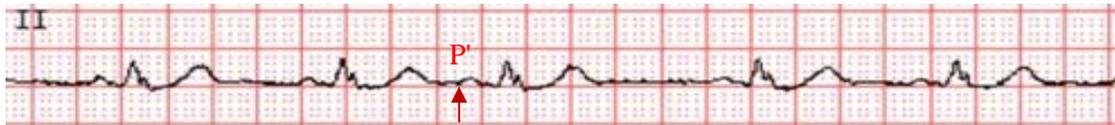
(五) 常见心律失常

(1) 房性期前收缩(房早): 是起源于窦房结以外心房任何部位的心房激动, 是临床常见的心律失常。正常成人24小时动态心电监测, 约60%的人群有房早。

1) 病因: 各种器质性心脏病均可发生房早, 并可能是快速房性心律失常的先兆。

2) 身体状况: 病人多无症状, 频发房早者可感心悸、胸闷, 自觉心脏有停跳感。

3) 心电图特征: ①提前出现的P'波, 形态与窦性P波略不同; ②P'-R间期 >0.12 秒; ③下传的QRS波群形态多正常; ④多为不完全代偿间歇(即包括期前收缩在内前后两个窦性P波间期短于窦性PP间期两倍)。



4) 治疗要点: 通常无需治疗, 应劝告病人戒烟、限酒, 避免饮用浓茶和咖啡; 对症状明显或触发室上速时, 可选用 β 受体拮抗药、普罗帕酮(心律平)等治疗。

(五) 常见心律失常

(2) 室性期前收缩(室早)：是指在希氏束分叉以下部位过早发生的，提前使心室肌除极的心搏。是临床最常见的心律失常。

1) 病因：①生理性：见于精神紧张、情绪激动、过量吸烟等生理情况下，正常人室早发生随年龄增长而增加；②器质性心脏病病人，如冠状动脉粥样硬化性心脏病、风湿性心脏病、心肌炎、心肌病等；③其他：麻醉、手术、电解质紊乱及洋地黄等药物中毒引起。

2) 身体状况：常无与室早直接相关的症状，是否出现症状或症状的轻重与室早的频发程度不一定直接相关。可有心悸，频发室早时可出现乏力、头晕等。听诊室早的第二心音减弱，仅能听到第一心音，其后有较长间歇；桡动脉搏动减弱或消失。

3) 心电图特征：①提前出现宽大畸形的QRS波群，时限 >0.12 秒；其前无相关的P波。②T波方向与QRS波群主波方向相反；③多为完全性代偿间歇（即包括期前收缩在内前后两个窦性P波之间的时限等于2个窦性PP间期）。



(五) 常见心律失常

4) 室早类型：每一次窦性搏动后出现一次室性期前收缩为室早二联律；每两次窦性搏动后出现一次期前收缩为三联律；连续发生两个期前收缩称成对室早；室早的R波落在前一个T波上称R on T现象；同一导联内室早形态相同者为单形性室早，形态不同者称多形性或多源室早。

5) 治疗要点：

无器质性心脏病

症状不明显者不建议常规应用抗心律失常药，更不应该静脉用药；症状明显者以对症治疗为主，减轻焦虑，避免诱因如烟酒、浓茶咖啡；药物治疗可选择利多卡因、 β 受体拮抗药、美西律、普罗帕酮。

急性心肌梗死 并发室早

不主张预防性应用利多卡因等抗心律失常药物，若病人发生窦性心动过速与室早，早期应用 β 受体拮抗药可能减少心室颤动的危险。

急性肺水肿或严重心衰并发室早

应针对性改善血流动力学障碍，并注意有无洋地黄中毒或低钾、低镁。

心肌梗死后或心肌病伴室早

应避免使用I类抗心律失常药物，因其本身有致心律失常作用，虽能有效减少室早，但总死亡率和猝死风险反而增加。

β 受体拮抗药

对室早疗效不显著，但能降低心肌梗死后猝死发生率、再梗死率及总死亡率。





(五) 常见心律失常

3.阵发性心动过速 心脏的异位起搏点连续出现3次或3次以上的期前收缩，称为阵发性心动过速。临床常见室上性心动过速（房性和交界性阵发性心动过速）和室性心动过速。



(五) 常见心律失常

(1) 室上性心动过速（室上速）

1) 病因：多见于无器质性心脏病的正常人，青少年至30岁的年轻人多见，女性多见。

2) 身体状况：大多数突发、突止，持续时间长短不等，发作时可有心悸、头晕、头痛、乏力、胸闷，听诊心尖部第一心音强度恒定，心律绝对规则。

3) 心电图特征：①连续3个或3个以上快速匀齐QRS波群，形态与时限和窦性心律QRS波群相同，若伴有室内差异传导或原有束支传导阻滞时，QRS波群可宽大畸形；②心率为150~250次/分，P波为逆行性，节律规则。



(五) 常见心律失常

(1) 室上性心动过速 (室上速)

4) 治疗要点:

如按压眼球 (高度近视及青光眼禁用)、刺激咽后壁诱导恶心、Valsalva动作 (深吸气后屏气, 再用力做呼气动作)、按摩颈动脉窦 (病人仰卧, 先按摩右侧, 每次5~10秒, **切勿双侧同时按摩**)、将面部浸入冰水等。**老人、急性心肌梗死者禁用。**

刺激迷走神经
终止发作

首选腺苷, 无效可选用维拉帕米或地尔硫草, 合并心功能不全者毛花苷丙静注可首选; 伴低血压者可给予去甲肾、间羟胺等; 还可用艾司洛尔、普罗帕酮等。

药物治疗

上述治疗无效或出现严重心绞痛、低血压、心衰时, 应实施**同步直流电复律**。

同步直流电复律 导管射频消融术

导管射频消融术可达到**根治**的目地, 应优先考虑。



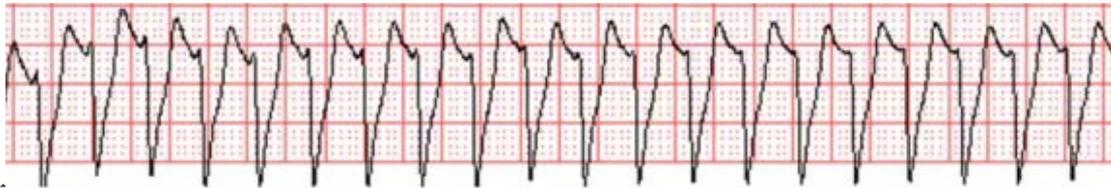
(五) 常见心律失常

(2) 室性心动过速 (室速)

1) 病因：常发生于器质性心脏病病人，最常见于冠状动脉粥样硬化性心脏病，特别是心肌梗死，其次为心肌病、心衰、二尖瓣脱垂、风湿性心瓣膜病等，也包括代谢障碍、电解质紊乱、长QT综合征等，偶发于无器质性心脏病者。

2) 身体状况：非持续性室速（室速发作持续时间短于30秒）者，通常无症状；持续性室速（室速发作时间超过30秒）常伴血流动力学障碍，可出现低血压、晕厥、心绞痛、气促、少尿等。听诊心律轻度不规则，若完全性房室分离，则第一、二心音分裂，收缩期血压随心搏变化。

3) 心电图特征：①3个或3个以上的室早连续出现，起始突然。②QRS波群畸形，时限 >0.12 秒；T波与QRS波群主波方向相反；③心室率100~250次/分，心律规则或略不规则。④如能发现P波，P波与QRS波群无关，形成房室分离。⑤心室夺获或室性融合波，是确立室速诊断的重要证据。



(五) 常见心律失常

(2) 室性心动过速 (室速)

4) 治疗要点:

1) 终止发作

室速**无血流动力学障碍**者，首选胺碘酮、利多卡因。静注普罗帕酮也十分有效，但不宜用于心肌梗死或心衰病人。

胺碘酮、利多卡因

药物治疗无效时。已发生低血压、休克、心绞痛、脑血流灌注不足等应迅速电复律。但洋地黄中毒引起的室速不宜电复律。

电复律

采用导管射频消融术根治心律失常

导管射频消融术

采用植入型心律转复除颤器 (ICD) 进行治疗

ICD

2) 预防复发：积极寻找并治疗可逆病变，如缺血、低血压、低血钾等。





(五) 常见心律失常

4.心房扑动（房扑）与心房颤动（房颤）

1) 病因：常发生于器质性心脏病病人，**风湿性心脏病二尖瓣狭窄最常见**，还可见于冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压性心脏病、风湿性心瓣膜病、心肌病、缩窄性心包炎、肺源性心脏病等。②正常人如情绪激动、运动、手术后或大量饮酒时亦可发生。③发生于无心脏病的中青年者，称孤立性房颤



(五) 常见心律失常

4.心房扑动（房扑）与心房颤动（房颤）

2) 身体状况：症状的轻重受心室率快慢的影响。心室率不快时，病人可无症状，心室率超过150次/分时，可引起心绞痛与心力衰竭。房颤并发体循环栓塞的危险性甚大，脑栓塞发生率更高。房扑时可见快速的颈静脉扑动，房颤时心脏听诊第一心音强弱不等，心室律绝对不规则，心室率快时可有脉搏短绌。



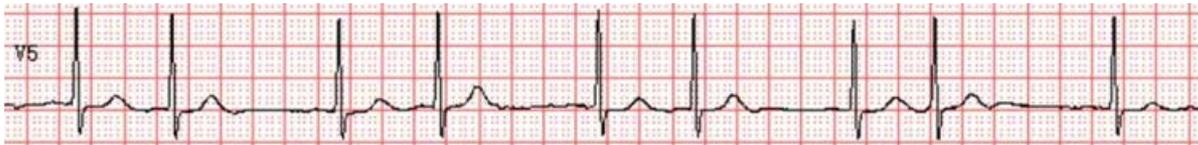
(五) 常见心律失常

4.心房扑动（房扑）与心房颤动（房颤）

3) 心电图特征：房扑：P波消失，代之以振幅、间距相同的有规律的锯齿状扑动波，称为F波，心房率通常为250~350次/分；心室律规则或不规则，取决于房室传导比例是否恒定；QRS波群形态一般正常，伴有室内差异性传导者或原有束支传导阻滞者QRS波群增宽、变形。



房颤：P波消失，代之以大小形态及规律不一的f波，心房率为350~600次/分；R-R间期极不规则，心室率通常在100~160次/分；QRS波群形态和时限一般正常，当心室率过快，发生室内差异性传导时，QRS波群增宽、变形。





(五) 常见心律失常

4.心房扑动（房扑）与心房颤动（房颤）

治疗要点：

房扑

应针对原发病进行治疗，终止发作最有效的方法是同步电复律。





(五) 常见心律失常

4.心房扑动（房扑）与心房颤动（房颤）

治疗要点：

房颤

- 积极寻找和治疗基础心脏病，控制诱发因素。
- **心室率的控制**，可采用 β 受体拮抗药、钙通道阻滞药、洋地黄制剂和胺碘酮等药物。**转复心律**，常用的药物为胺碘酮；持续发作伴血流动力学障碍者宜首选同步电复律；对于药物治疗无效的可选择导管射频消融术。
- **抗凝治疗**，华法林是房颤预防脑卒中和外周血管栓塞的一线药物，阿司匹林仅适用于无危险因素者。



(五) 常见心律失常

5.心室扑动（室扑）与心室颤动（室颤）是致命性心律失常。

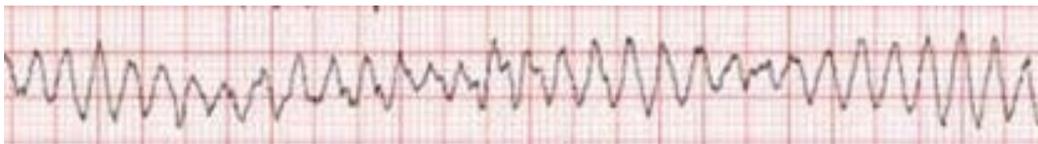
1) 病因：多见于缺血性心脏病，此外抗心律失常药、严重缺氧、电解质紊乱、电击伤等可以引起。

2) 身体状况：病人可立即出现意识丧失、抽搐、大小便失禁、呼吸停止甚至死亡，听诊心音消失，触摸大动脉脉搏消失，血压无法测出。

3) 心电图特征 室扑：呈正弦波图形，波幅大而较规则，频率为150~300次/分。



室颤：波形、振幅与频率均极不规则，无法辨认QRS波群、ST段与T波。

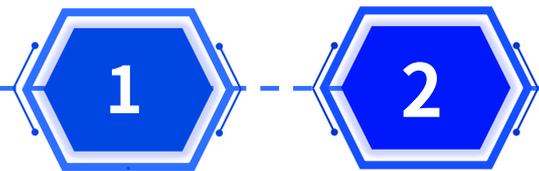


(五) 常见心律失常

5.心室扑动（室扑）与心室颤动（室颤）是致命性心律失常。

4) 治疗要点:

待病情稳定后，必要时，
采用ICD 进行治疗



首选非同步电除颤治疗，出现心脏
停搏时，应立即行心肺复苏

(五) 常见心律失常

6.房室传导阻滞 (atrioventricular block, AVB) 简称房室阻滞, 是指房室交界区脱离了生理不应期后, 心房冲动传导延迟或不能传至心室。按照病情严重程度可分为一度房室传导阻滞、二度房室传导阻滞及三度房室传导阻滞。

(1) 病因: ①正常人或运动员可出现一度或二度 I 型房室阻滞, 常发生在夜间, 与迷走神经张力增高有关; ②器质性心脏病: 更多见, 如急性心肌梗死、心肌炎、心内膜炎、心肌病、先心病、高血压病等; ③其他, 如洋地黄中毒、电解质紊乱、心脏手术等。

(2) 身体状况:

一度房室阻滞常无症状;

二度房室阻滞可有乏力、头晕、心悸和心搏脱漏感;

三度房室阻滞是一种严重心律失常, 可出现晕厥、心绞痛、心衰、阿-斯综合征等。



(五) 常见心律失常

6.房室传导阻滞

(3) 心电图特征

2) 二度房室阻滞

I型（文氏型）：P波规律出现，P-R间期逐渐延长，直至一个P波后脱漏1个QRS波群，心房冲动传导受阻，不能下传至心室，周而复始；最常见的房室传导比率为3：2和5：4。



II型：P-R间期固定不变，部分P波后无QRS波群，心房冲动传导突然阻滞，QRS波群形态一般正常，亦有异常。

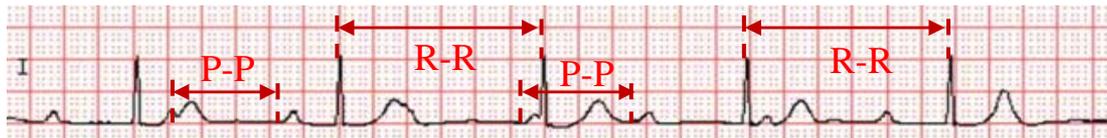


(五) 常见心律失常

6.房室传导阻滞

(3) 心电图特征

3) 三度房室阻滞：P波与QRS波群各自独立，互不相关。P-P距离和R-R距离各自相同，P-P距离 < R-R距离，心房率 > 心室率。



(4) 治疗要点：针对病因进行治疗。

一度或二度I型房室阻滞心室率不太慢者无需治疗。

二度II型与三度房室传导阻滞症状明显，甚至出现阿-斯综合征者，应采用**心脏起搏治疗**，阿托品、异丙肾上腺素仅适于无心脏起搏条件的应急情况。



常见护理诊断/问题



- 1.活动耐力下降 与心律失常致心排血量减少、组织缺血缺氧有关。
- 2.有受伤的危险 与心律失常引起的头晕、晕厥有关。
- 3.焦虑 与心律失常反复发作，对治疗缺乏信心有关。
- 4.潜在并发症：心力衰竭、脑栓塞、猝死。





护理目标



- 1.病人活动耐力增加。
- 2.病人未因头晕、晕厥而受伤。
- 3.病人焦虑情绪减轻或控制。
- 4.病人心律失常的危险征兆能被及时发现并得到有效处理，未发生阿-斯综合征。



(一) 一般护理

休息与活动

无症状或症状较轻的者，鼓励其正常工作和生活。出现症状时可采取舒适体位，尽量避免左侧卧位。有头晕、晕厥发作或曾有跌倒病史者应注意安全。发生影响心脏排血功能者，应绝对卧床休息，协助完成日常生活。心动过缓者避免屏气用力的动作。

吸氧

胸闷、气促时给予吸氧，根据缺氧程度调整给氧方式和氧流量，改善病人因血流动力学不稳定所致的机体缺氧。

饮食护理

给予清淡易消化、低脂、低热量和富含营养的饮食，少量多餐，避免过饱，避免刺激性食物、浓茶、咖啡等。心衰病人应用排钾利尿剂时应进食富含钾盐的食物，避免低钾血症诱发心律失常。





(二) 病情观察

- 观察心悸、乏力、胸闷及头晕等心律失常的症状有无变化，定时测量脉率、心率和心律。
- 严重心律失常的病人，应立即报告医生，持续进行心电监护，严密观察其心率、心律、血压变化并做好记录。
- 对于高危病人，应留置静脉导管，备好抗心律失常药物及其他抢救药品、除颤器、临时起搏器等。
- 突发室扑室颤者，应立即施行非同步电除颤。
- 发生心脏骤停，立即进行心肺复苏。



(三) 用药护理

药名	分类	心脏的不良反应	心外的不良反应	注意事项
奎尼丁	ⅠA类, 阻滞快速钠通道	窦性停搏、房室传导阻滞、QT间期延长与尖端扭转型室速、晕厥、低血压	食欲下降、恶心、呕吐、腹痛腹泻; 视、听觉障碍及意识模糊; 皮疹、发热、血小板减少、溶血性贫血	给药前测血压、心率、心律, 避免夜间给药; 白天给药剂量较大时, 夜间应注意观察血压
普罗帕酮	ⅠC类, 阻滞快速钠通道	中毒浓度抑制心肌收缩力, 低血压、房室传导阻滞、QT间期延长与多形性室速、室颤	胃肠道反应较奎尼丁少见; 中枢神经系统反应较利多卡因多见; 发热、粒细胞减少症; 药物性狼疮	餐时或餐后服用可减少胃肠道刺激; 增加剂量时要监测血药浓度
利多卡因	ⅠB类, 阻滞快速钠通道	少数引起窦房结抑制、室内传导阻滞	眩晕、感觉异常、意识模糊、谵妄、昏迷	用药期间监测血压、心电图及血清电解质; 过敏、肝肾功能障碍者禁用

(三) 用药护理

药名	分类	心脏的不良反应	心外的不良反应	注意事项
美托洛尔	Ⅱ类, 阻断β肾上腺素能受体	低血压、心动过缓、心力衰竭	乏力; 加重哮喘与COPD; 间歇性跛行、雷诺现象; 精神抑郁; 糖尿病病人可能引起低血糖	给药前测量病人心率, 当心率低于50次/min时及时停药; 有哮喘病史者禁用
胺碘酮	Ⅲ类, 阻滞钾通道	心动过缓, 致心律失常很少发生, 偶有尖端扭转型室速	最严重的心外毒性为肺纤维化、转氨酶升高, 偶致肝硬化; 甲状腺功能亢进或减退; 光过敏、角膜色素沉着; 胃肠道反应	静脉给药时选择大血管, 浓度不宜过高, 严密观察穿刺局部情况; 用药期间观察血压、心电图、肝功能、肺功能、甲状腺功能及进行眼科检查
维拉帕米	Ⅳ类, 阻滞慢钙通道	已应用β受体拮抗药或有血流动力学障碍者易引起低血压、心动过缓、房室传导阻滞、心搏停顿	偶有肝毒性, 使地高辛血浓度增高	严重心衰, 二、三度房室传导阻滞及低血压者禁用, 肝肾功能障碍者慎用
腺苷		可有短暂窦性停搏、室性期前收缩或非持续性室性心动过速	面部潮红、呼吸困难、胸部压迫感, 通常持续短于1分钟	使用时需静脉快速注射给药



（四）心理护理

精神紧张或情绪激动时，可引起自主神经功能紊乱，诱发或加重心律失常，因此护士应根据疾病的情况给予必要的解释和安慰。提供舒适的环境，解除病人的焦虑。病情允许时，鼓励家属多探视病人，帮助病人树立战胜疾病的信心。护理操作及特殊治疗前向病人做好必要的解释，指导病人采用放松技术，如全身肌肉放松、缓慢深呼吸，鼓励病人参加力所能及的活动或适当的娱乐，以分散其注意力。经常巡视病房，了解病人的需要，帮助其解决问题，使其保持情绪稳定。





(五) 健康教育

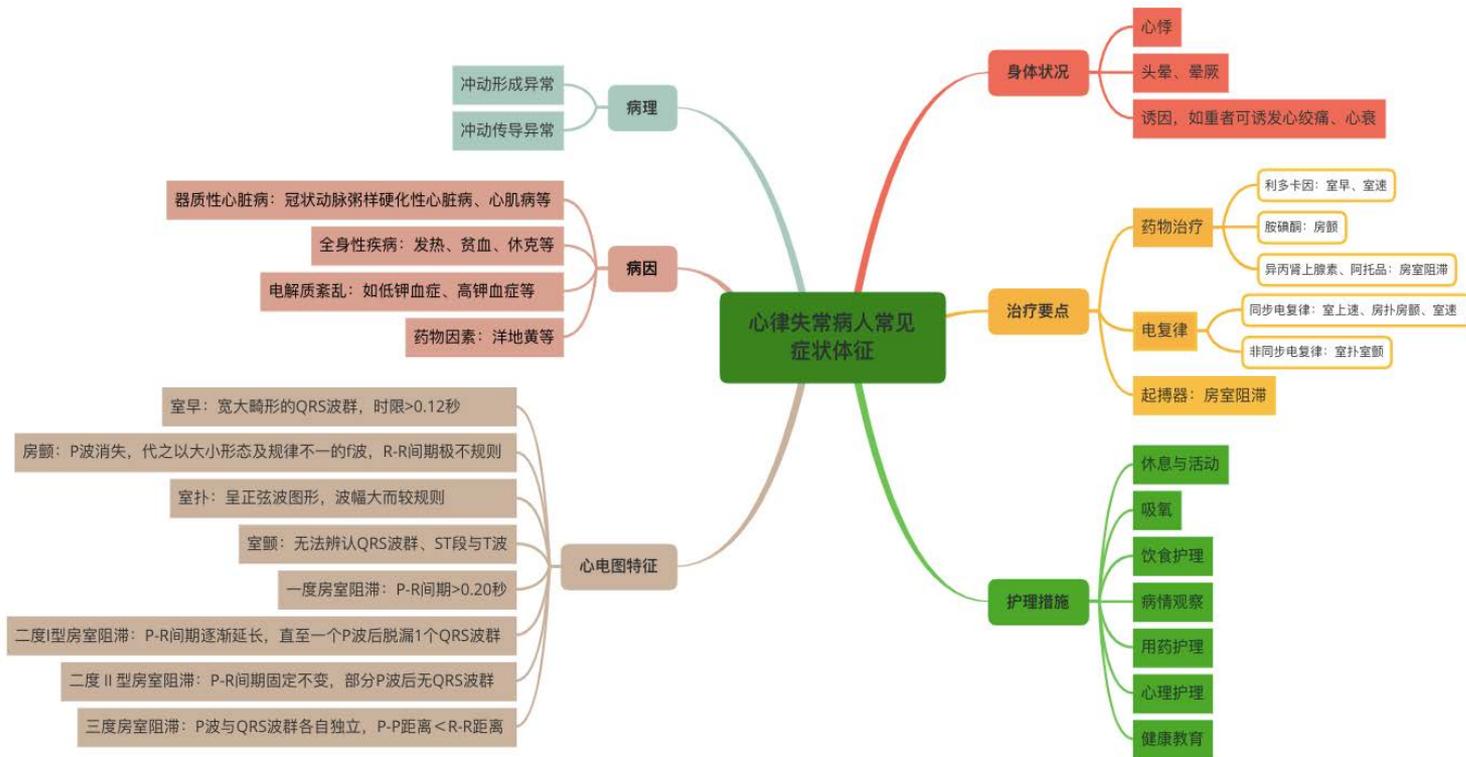


护理评价

- 病人活动耐力是否增加;
- 焦虑等不良情绪是否减轻或缓解;
- 病人是否因头晕、晕厥而受伤;
- 心律失常的危险征兆是否及时发现, 并得到有效控制, 是否发生阿-斯综合征。



小结





谢谢观看

