



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

第九节 心肌病病人的护理

主讲人：XXX



病人，男，21岁，因劳力性呼吸困难，伴胸痛5天，晕到一次入院。查体：体温 36.8℃，脉搏 106次/分，呼吸20次/分，血压90/60mmHg。心脏轻度增大，胸骨左缘第3、4肋间闻及粗糙的喷射性收缩期杂音。超声心动图可见室间隔非对称性肥厚。
临床诊断：肥厚型心肌病

1. 该病人最有可能的医疗诊断是什么？请列出诊断依据。
2. 该病人的主要护理诊断/ 问题有哪些？



知识目标:

1. 掌握心肌疾病病人的护理评估要点、 护理措施。
2. 熟悉心肌疾病病人的辅助检查、 常见护理诊断/ 问题。
3. 了解心肌疾病病人的病因、 护理目标、 护理评价。

能力目标: 能为心肌病病人实施正确的用药护理及健康教育。

素质目标: 具有科学严谨的工作态度, 尊重、 关爱病人。



重点难点

重点

- 心肌病病人的身体状况，护理措施。

难点

- 心肌病病人的护理措施。



- 心肌病是由不同病因引起心肌病变导致心肌机械和（或）心电功能障碍。常表现为心室肥厚或扩张。





分类



类型	代表疾病
遗传性心肌病	肥厚型心肌病、右心室发育不良心肌病、左心室致密化不全、先天性传导阻滞、线粒体肌病、离子通道病（包括QT间期综合症、Brugada综合症、短QT间期综合症、儿茶酚胺敏感室速）
混合性心肌病	扩张型心肌病、限制型心肌病
获得性心肌病	感染性心肌病、心动过速心肌病、心脏气球样变、围生期心肌病

心血管疾病继发的心肌病理理性改变不属于心肌病的范畴，如心脏瓣膜病、高血压性心脏病、先天性心脏病、冠心病所导致的心肌病变。



- 扩张型心肌病DCM：是一类以左心室或双心室扩大伴收缩功能障碍为特征的心肌病。
- 临床表现为心脏扩大、心力衰竭、心律失常、血栓栓塞及猝死。



- 1.遗传因素 25%-50%的DCM病例有基因突变或家族遗传背景,遗传方式主要为常染色体显性遗传。
- 2.感染 以病毒最常见。
- 3.炎症。
- 4.中毒、内分泌和代谢异常。
- 5.其他 嗜酒是我国 DCM 的常见病因。





(一) 健康史

询问病人有无心肌病家族史；

发病前有无病原体感染、中毒、内分泌和代谢异常等情况。



(二) 身体状况

1. 症状

活动时呼吸困难或运动耐力下降。

左心衰的症状

右心功能不全

心律失常、头晕、黑矇、猝死、血栓栓塞。

顽固性低血压

2. 体征 左心室或双心室扩大，收缩功能障碍。





(三)心理-社会状况

病程长，病人长期承受病痛의折磨，影响工作、学习和生活，病人易出现烦躁，易怒、抑郁甚至轻生的表现。



(四) 辅助检查

- 1.胸部X线 心影明显增大，心胸比 $>50\%$ 。
- 2.心电图 常见ST段压低和T波倒置。可见R波递增不良、室内传导阻滞。
- 3.超声心动图 是诊断和评估DCM最常用的检查手段。早期可仅表现为左心室轻度扩大，后期各心腔均增大，以左心室扩大为著，室壁运动减弱，LVEF明显降低，心肌收缩功能下降。
- 4.其他





(五) 治疗要点

1. 病因及加重诱因的治疗。
2. 防治心力衰竭 在疾病早期应积极药物干预治疗，包括 β 受体拮抗药、ACEI或ARB。
3. 抗凝治疗。
4. 心律失常和心脏性猝死的防治。



概念

肥厚型心肌病（HCM）是一种**遗传性心肌病**，以**心室非对称性肥厚**为解剖特点，是青少年运动猝死的最主要原因之一。

分类：根据左心室流出道有无梗阻，可分为梗阻性和非梗阻性HCM。

病因：HCM为常染色体显性遗传，具有遗传异质性。



(一) 健康史

询问病人有无心肌病家族遗传史，有无情绪激动、高强度运动、高血压等诱因。



(二) 身体状况

1. 症状

最常见的症状是劳力性呼吸困难和乏力。1/3的病人可有劳力性胸痛。最常见的持续性心律失常是房颤。部分病人有晕厥。

2. 体征

流出道梗阻的病人可于胸骨左缘第3、4肋间闻及喷射性收缩期杂音。增加心肌收缩力或减轻心脏后负荷的药物和动作，可使杂音增强；减弱心肌收缩力或增加心脏后负荷的因素，可使杂音减弱。



(三)心理-社会状况

病人反复出现呼吸困难、胸痛、晕厥等症状，病人会产生紧张、恐惧、抑郁等心理。

同时生活自理能力下降，丧失劳动能力，让病人更加绝望。



(四) 辅助检查

1.胸部X线检查 心影可正常大小或左心室增大。

2.心电图 变化多端。主要表现为左心室高电压、ST段压低、倒置T波和异常Q波。

3.超声心动图 是临床最主要的诊断手段。**心室非对称性肥厚而无心室腔增大为其特征。**

4.其他



(五) 治疗要点

1.药物治疗 药物治疗为基础治疗。常用的药物为 β 受体拮抗药和非二氢吡啶类钙通道阻滞药。其中 β 受体拮抗药为梗阻性HCM一线治疗药。

2、非药物治疗

- 室间隔部分心肌切除术
- 无水乙醇化学消融术
- 右心室心尖部起搏

3.猝死的风险评估和ICD预防



(五) 治疗要点

3. 猝死的风险评估和ICD预防

高危风险因素包括曾出现过心搏骤停、一级亲属中有一个或多个 HCM 猝死发生、左室严重肥厚 ≥ 30 mm、动态心电图证实反复非持续性室速、运动时低血压、不明原因晕厥等。

ICD(植入型心律转复除颤器)能有效预防猝死





常见护理诊断/问题



1. 气体交换受损
2. 活动无耐力
3. 疼痛:胸痛
4. 有受伤的危险
5. 潜在并发症
6. 焦虑
7. 知识缺乏



- 1.病人呼吸困难减轻或消失。
- 2.病人活动耐力增强。
- 3.病人疼痛症状减轻或消失。
- 4.病人能判断自己是否有晕厥的风险。
- 5.能有效防治并发症。
- 6.病人积极配合治疗以及护理
- 7.病人能了解疾病的相关知识。

一、一般护理

1. 休息与活动 DCM 病人一般按心功能分级进行活动。HCM 病人应避免竞技性运动或剧烈的体力活动, 避免情绪激动、持重或屏气用力等, 减少晕厥和猝死的危险。

2. 饮食护理 饮食上给予高蛋白、高维生素、清淡易消化饮食。戒烟酒, 保持两便通畅。心肌疾病患者一旦发生心力衰竭, 应低盐低脂饮食, 限制含钠量高的食物。



二、病情观察

- ♥ 密切观察病人生命体征，尤其观察病人心率、心律、心电图、血压的变化。
- ♥ 观察病人有无心悸、乏力、呼吸困难、胸痛、晕厥等表现及原有症状的变化，尤其是患者突然站立、运动或应用硝酸酯类药物时，可导致上述症状加重。
- ♥ 注意识别高危猝死病人，如有家族史的青少年。

三、用药护理

1.DCM病人应遵医嘱服用 β 受体拮抗药、ACEI或ARB类药物，应从小剂量开始，逐渐加量。

2.HCM病人避免使用洋地黄药物，硝酸酯类药物，以减少加重左室流出道梗阻。



三、用药护理

3.HCM 病人坚持服用 β 受体拮抗药或钙通道阻滞药, 以提高存活年限。应用钙通道阻滞药时, 注意观察血压,防止血压降得过低。应用 β 受体阻滞药时注意有无头晕、嗜睡等不良反应, 并监测心率,观察有无心动过缓、房室传导阻滞等不良反应。

4. 应用抗心律失常药物时, 要密切观察心律、心率和不良反应。发现异常应立即报告医生并协助处理。

5.使用抗凝药物时观察有无出血情况。



四、胸痛护理

当胸痛发作时，应立即停止活动，卧床休息。给予吸氧，根据病情调节氧流量。建立静脉通道。遵医嘱使用 β 受体拮抗药或钙通道阻滞药，以减轻心肌收缩力。安慰病人，解除患者紧张情绪。告知患者避免诱发胸痛的因素。



五、心理护理

心肌病尚无特殊治疗方法，只能对症治疗，且患者多正值青壮年，担心疾病影响将来的学习、工作和家庭生活，思想负担大，可产生明显的焦虑或恐惧心理，家属也有较大的心理压力和经济负担。

护理人员应经常与患者及其家属沟通、交流，做好解释、安慰工作，解除其思想顾虑，帮助患者树立战胜疾病的信心。



六、健康教育

1. 生活指导 DCM 病人应避免劳累、感染、酗酒, 注意休息, 减轻心脏负担。HCM 病人应切忌跑步和各种球类比赛等剧烈体能运动、避免情绪激动、提取重物、突然用力、屏气、寒冷、饱餐。

2. 疾病知识指导 预防晕厥和猝死, 有晕厥病史或猝死家族史者应避免单独外出, 以免发生意外。HCM 病人的一级亲属应接受心电图、超声心动图检查和基因筛查, 以协助早期诊断。指导教会病人自测脉率、节律, 发现异常或有胸闷、心悸等不适及时就诊。定期门诊复查心电图、超声心动图等。病人有猝死风险者, 应教会家属心肺复苏术(CPR)。



病人呼吸困难、活动能力有无改善；

病人疼痛是否减轻；

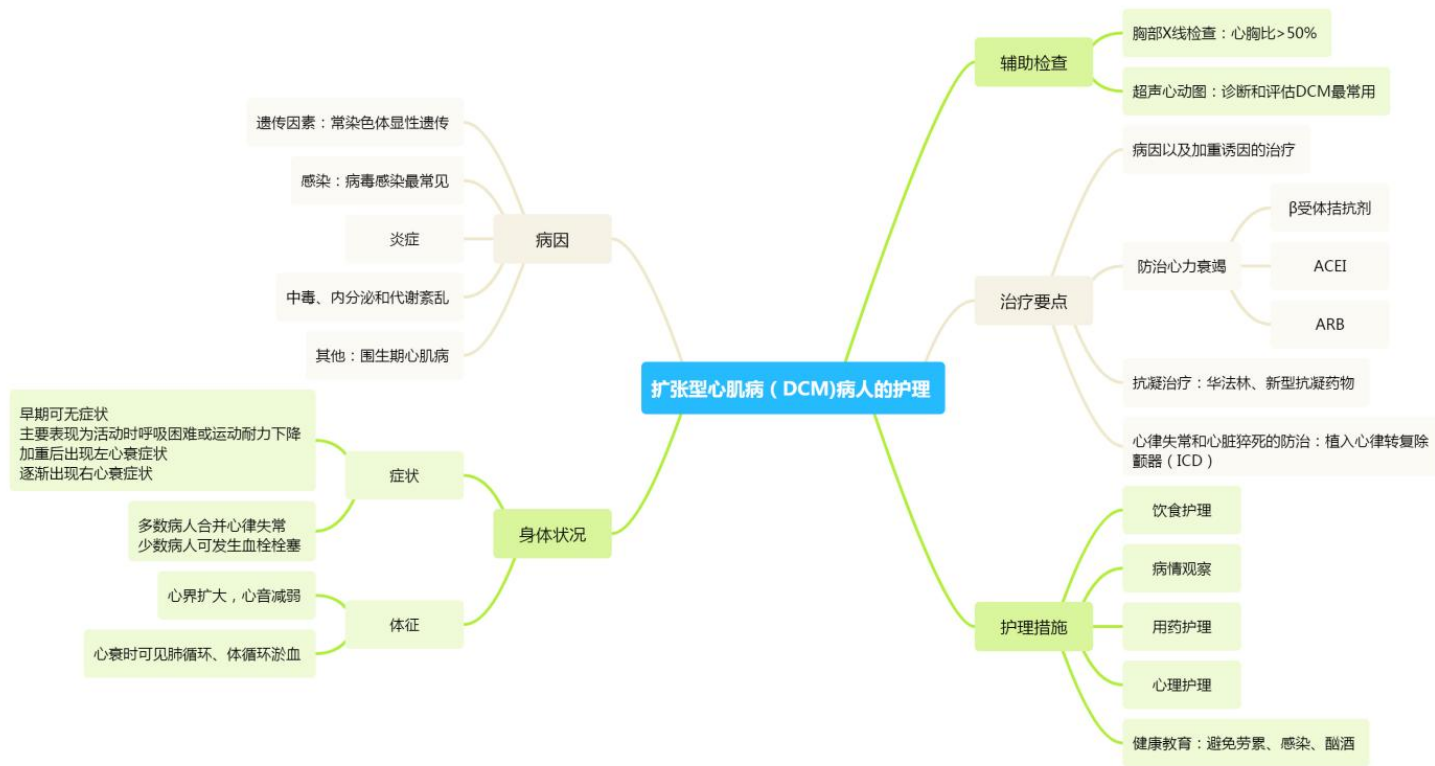
病人有无外伤发生；

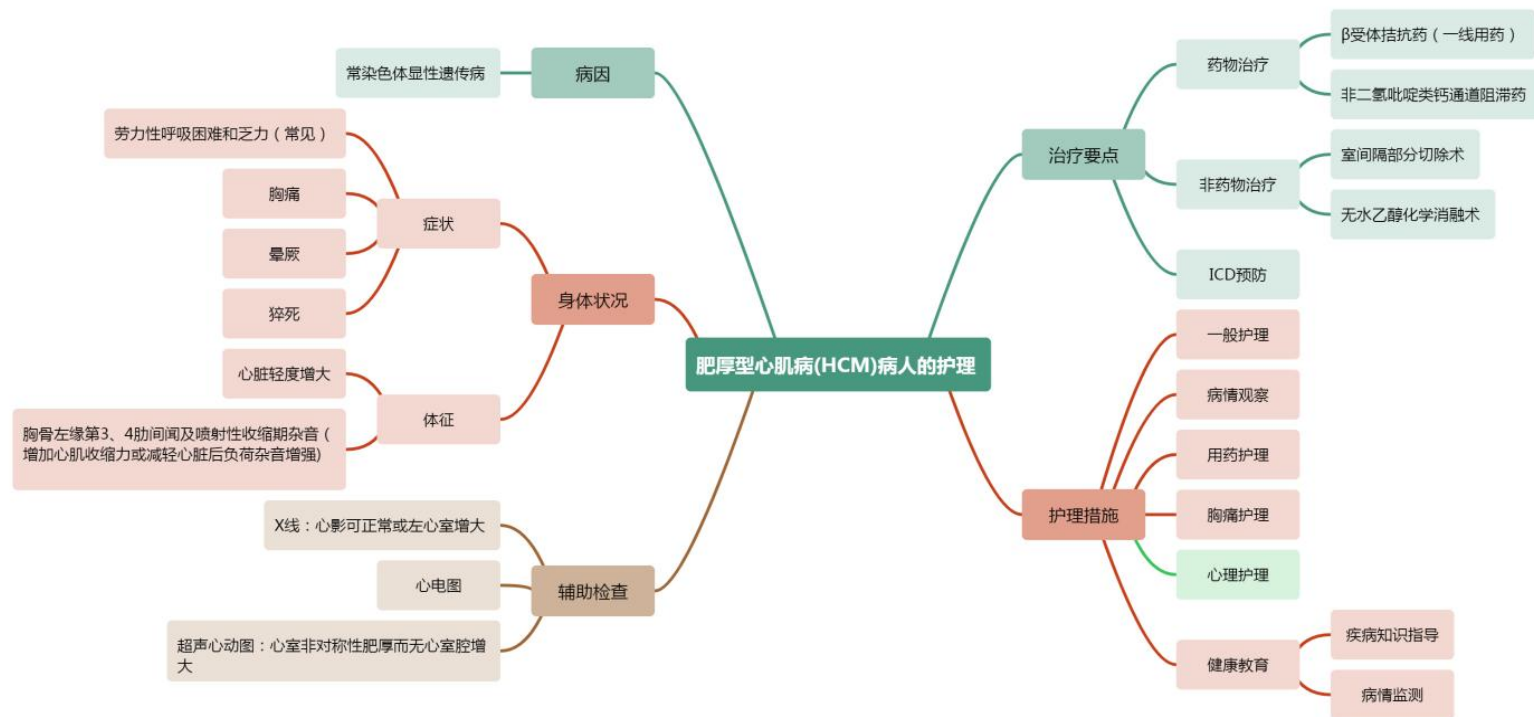
有无并发症发生；

是否了解疾病的相关知识；

能否积极配合治疗及护理。









谢谢观看

