

## 老年心力衰竭患者合并谵妄一例

赵斐, 赵悦, 黄镇河

华中科技大学协和深圳医院 广东深圳

**【摘要】目的** 分析讨论老年心力衰竭合并谵妄患者的干预方法。**方法** 选择我院1例因“呼吸困难4小时”入院的老年心力衰竭患者合并谵妄患者为对象,对于本例患者借助老年综合评估,评估患者存在谵妄的危险因素,对其诊疗及后续干预进行观察总结。**结果** 该例患者治疗后1周,患者谵妄改善,神志清楚,应答切题,计算力和定向力恢复明显。**结论** 对于老年心力衰竭合并谵妄患者的治疗中需进行去除诱因、营养干预、睡眠干预、定向刺激以及早期康复锻炼等方面治疗,能有效改善患者症状,提高治疗效果。

**【关键词】** 谵妄; 心力衰竭; 老年人

**【收稿日期】** 2024年8月16日 **【出刊日期】** 2024年9月27日 **【DOI】** 10.12208/j.jnmn.20240421

### A case of elderly patients with heart failure complicated with delirium

Fei Zhao, Yue Zhao, Zhenhe Huang

Huazhong University of Science and Technology Union Shenzhen Hospital, Shenzhen, Guangdong

**【Abstract】Objective** To analyze and discuss the intervention methods of elderly patients with heart failure complicated with delirium. **Methods** An elderly patient with heart failure and delirium who was admitted to our hospital due to "dyspnea for 4 hours" was selected as the object. The risk factors of delirium in this patient were assessed by comprehensive assessment of the elderly, and the diagnosis, treatment and follow-up intervention were observed and summarized. **Results** One week after treatment, the patient's delirium improved, the consciousness was clear, the response was relevant, and the calculation and orientation were recovered obviously. **Conclusion** In the treatment of senile patients with heart failure complicated with delirium, it is necessary to remove the inducement, nutrition intervention, sleep intervention, targeted stimulation and early rehabilitation exercise, which can effectively improve the symptoms of patients and improve the therapeutic effect.

**【Keywords】** Delirium; Heart failure; Old people

#### 1 临床资料

患者,女,80岁,因“呼吸困难4小时”入院。入院前4小时患者无明显诱因出现恶心、呕吐,呕吐为胃内容物,伴有气促、呼吸困难,伴咳嗽等,家属发现后送至我院急诊就诊,急诊完善提示:急诊氨基末端B型利钠肽前体(N-terminal pro-B-type Natriuretic Peptide, NT-proBNP):8800.0pg/ml。床边心脏彩超射血分数EF44%。当日收住心血管内科病房治疗。既往有原发性高血压、糖尿病及老年性痴呆、冠状动脉性心脏病等病史,血压、血糖控制稳定。入院查体:体温36.5℃,脉搏105次/min,呼吸25/min,血压168/78 mmHg(1mmHg=0.133kPa)。意识清楚,人物、时间、地点定向正常。双肺呼吸音粗两肺满布湿性啰音。心脏

查体无特殊,腹部查体无特殊,双下肢轻度水肿。

入院诊断:①急性心力衰竭NYHA心功能IV级;②高血压病2级很高危组;③2型糖尿病;④老年性痴呆;⑤冠状动脉粥样硬化性心脏病辅助检查:急诊肾功能三项:尿素氮(Blood Urea Nitrogen, BUN)13.2mmol/L,肌酐(Creatinine, Cre)106.4μmol/L,肾小球滤过率(Estimated Glomerular Filtration Rate, GFR)42.5ml/minBUN/CRE30.78。床边心脏彩超射血分数EF44%。胸部CT未见明显异常。诊疗经过:心内科住院期间予以抗心衰治疗、改善心室重构、抗血小板聚集、稳定斑块调脂、控制血压、血糖等对症治疗,心衰症状好转,住院第10天出现发热伴咳嗽,胸部电子计算机断层扫描(Computed Tomography, CT)示双肺下叶慢

性炎症, 并出现嗜睡、反应淡漠, 并存在意识状态波动、注意力障碍以及思维混乱的表现。期间请完善头颅 MRI 提示脑萎缩, 期间予以尿管、深静脉置管、心电监护。患者第 13 天症状无缓解, 转入老年医学科治疗。

转入老年医学科后针对谵妄的处置: 对于本例患者借助老年综合评估, 评估患者存在谵妄的危险因素。老年综合评估是基于生物-心理-社会医学模式的全面诊疗理念, 针对营养状态、躯体功能、情绪、多重用药、社会支持等方面对患者进行老年综合评估 (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)。

对于本例患者完善 CGA。患者存在高龄、认知功能障碍、营养不良、衰弱、睡眠障碍、多病共存等多种危险因素。存在心力衰竭、感染、电解质紊乱、睡眠障碍等多种诱发因素。

对于老年谵妄患者, 可采取以下干预措施:

①去除诱因, 选用合理抗生素、纠正电解质紊乱、执行手卫生、拔除尿管及深静脉置管等。

②营养干预, 在营养师参与下纠正营养不良, 给予肠内营养剂。对于昏迷和吞咽困难的患者, 可以通过抬起病床床头后鼻胃通道进食和持续泵送营养液等方法降低吸入不当的风险。同时监测气管插管的压力, 清理呼吸道出口, 防止肺部感染。

③睡眠干预, 保证病人睡眠质量, 白天增加活动, 调整夜间给药时间。

④定向刺激, 提供清晰的钟表或日历, 发挥家属功能, 加强病人和家属的互动, 护理人员引导病人回忆和表达。

⑤早期康复锻炼, 如调整卧位, 增加床上活动, 逐渐下床活动, 引入康复师床边锻炼, 鼓励家属陪伴, 提高病人主动或被动活动能力。身体护理方面, 护士应促使患者及其家人进行正确的关节运动, 以减少关节损伤的发生, 增加患者关节运动的范围, 但不能超过正常运动范围。责任护士将清除患者的呼吸道所分泌的液体, 保持开放的呼吸道, 将患者转移到半坐位。慢慢地用嘴呼吸保持三秒钟。呼气时使腹部肌肉压缩并感受膈膜向上推。呼气时, 保持最小范围的锻炼或轻度活动, 早上和晚上各开展 10 次。可以下床活动, 比如走路、气功和太极, 但活动量必须控制。当他们的脉搏超过每分钟 110 次或比休息快 20 次, 并且出现心跳、呼吸急促、风发作或脉搏异常时, 需要停止训练和休息。可以停止插管后沟通也可以通过创建简单的肢体比划、文字信息等来实现。了解患者的需求, 稳定患者的整体状况, 改善患者的心理状况, 促进患者的预后和康复。

治疗后 1 周, 患者谵妄改善, 神志清楚, 应答切题, 计算力和定向力恢复。医务人员和护士共同制定出院和康复计划, 实施出院培训和满意度评估。在一周后通过电话监控跟踪患者的家庭康复准备情况, 并提供高质量的康复服务, 将医疗服务与患者护理相结合。

## 2 讨论

心力衰竭是一种由心脏泵衰竭引起的疾病, 导致心脏无法满足身体的基本代谢需求。因为一般包括心脏病发作、心肌炎等。最大的风险是 70 岁以上的老年人, 发病率超过 10%, 五年死亡率可能达到 50%。心力衰竭可分为左心衰、右心衰和完全性心力衰竭, 这取决于损伤的位置。心力衰竭的主要症状是呼吸困难、能力有限和液体滞留。当情况恶化时, 可能会出现症状, 如肺出血、呼吸急促、胸痛、脚踝肿胀、虚弱和头晕。心力衰竭的主要症状是呼吸困难、能力有限和液体滞留。

当情况恶化时, 可能会出现症状, 如肺出血、呼吸急促、胸痛、脚踝肿胀、虚弱和头晕。谵妄是急性发作的意识混乱, 伴注意力不集中, 思维混乱、不连贯, 以及感知功能异常<sup>[1]</sup>。谵妄的发病机制目前认为有神经递质和应激反应、细胞代谢等学说。国外研究报道心力衰竭合并谵妄的发生率 15%~35%<sup>[2-4]</sup>。

心力衰竭合并谵妄患者的生活质量受到很大程度的危害, 比其他任何疾病都严重。在心力衰竭的过程中, 神经内分泌系统被激活, 交感神经活动增加, 肾上腺素、去甲肾上腺素分泌升高, 应激状态也会进一步释放这些活性物质, 造成多巴胺水平异常高, 乙酰胆碱水平低。灌注不足、中枢缺氧性代谢产物增加, 可能破坏脑细胞代谢功能, 影响细胞间信息传递和从非皮质结构接收信息, 这可能是心力衰竭导致谵妄的机制<sup>[5]</sup>。老年心力衰竭患者谵妄发生的病理机制不明, 谵妄的发生存在许多易感因素和诱发因素, 易感因素包括高龄、认知功能下降、营养不良、多共存疾病以及肝肾功能衰竭等; 谵妄的诱发因素包括感染、急性疾病、重大手术、脱水、导尿管和约束、多重用药以及医源性事件等。高龄多病共存患者可能因单一风险导致谵妄, 受病理生理和环境多种因素影响<sup>[6]</sup>。

美国精神病学协会版《精神疾病诊断统计手册第 5 版》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, DSM-V) 是诊断谵妄的金标准<sup>[7]</sup>, 但由于谵妄其特点为突然发病且病程波动, 难以采用 24 小时床旁评估。因此, 使用金标准在实际临床工作中诊断谵妄的可行性低。在实际临床工作中, 老年患者谵妄的关

键是正确诊断, 使用意识模糊评估法 (Confusion Assessment Method, CAM) 进行快速有效评估。

根据谵妄发生的表现形式, 可分为安静型、焦虑型和混合型, 我国 58.6% 的老年谵妄病人表现为安静型<sup>[8]</sup>, 而安静型谵妄且与认知障碍重叠, 又伴有视听、活动等障碍, 其潜在的隐匿性, 使其被发现与诊断相对困难, 易发生遗漏或误判, 且这种状况容易引发压疮和院内感染, 从而提高患者的死亡风险。该患者表现为嗜睡、反应淡漠, 并存在意识状态波动、注意力障碍以及思维混乱, 为安静型谵妄。

谵妄治疗的重点在于预防和早期识别。预防是主动消除引发谵妄的因素, 从源头避免谵妄出现。早期识别是在症状初期, 通过观察患者言行举止, 尽早发现和及时处理, 以防止病情恶化。因此建议对老年患者进行谵妄的日常评估, CGA 作为关注老年人躯体功能、心理状态以及社会环境支持方面问题的新型评估工具, 已经越来越受到认可, 并在临床上推广使用。

本组患者高龄老年心力衰竭患者, 心功能为 NYHA IV 级, 借助老年综合评估发现患者存在高龄、认知功能障碍、营养不良、衰弱、多病共存等多种易感因素。存在心力衰竭、肺部感染、多重用药、导尿管和约束等多种诱发因素。心力衰竭是谵妄发生的高危因素之一, 感染容易诱发加重心衰, 也是导致老年谵妄发生的常见诱因。本组患者存在心力衰竭、感染、营养不良、肾功能不全、认知障碍、衰弱、睡眠障碍等多种疾病和老年综合征, 以上提示老年心力衰竭出现谵妄为病情危重或存在严重合并症的标志。

根据英国国家卫生与临床优化研究所 (NICE) 指南<sup>[9]</sup>提出预防谵妄要求: 纠正诱因、针对危险因素, 同时强调借助多学科协作手段, 通过非药物手段来进行疾病预防。首先, 医疗工作者需对病人进行全面且深入地评估, 准确识别患者存在的具体危险因素, 个体化地提供相应多学科团队干预方案。

对于本例患者心力衰竭合并谵妄患者, 我们采用老年医学科多学科综合的干预措施, 包括加强相关危险因素的纠正、营养干预、认知训练、睡眠干预以及早期康复锻炼等措施, 患者获得了较好的治疗结果。通过对患者进行不同程度的渐渐加强训练, 制定科学的训练计划, 可以帮助患者加快肌肉恢复, 快速恢复日常生活。适当的呼吸训练可以提高身体呼吸肌肉的耐性与力量和协调, 从而增加胸部的运动和呼吸功能, 改善身体的心血管功能。结果显示, 该例患者治疗后 1 周, 患者谵妄改善, 神志清楚, 应答切题, 计算力和定向力

恢复明显。

鉴于老年心衰患者合并谵妄发生率较高, 有必要引起重视。对于高风险的谵妄患者, 预先制定防护措施显得尤为重要。通过老年综合评估, 我们能够识别可能导致谵妄的易感因素和诱发因素。对于已经出现谵妄的患者, 我们需要辨识出导致谵妄的诱因, 并针对危险因素采取措施。此外, 我们应强调以非药物方式进行多学科干预的重要性, 旨在预防心衰患者的谵妄发生。医护人员应密切关注那些可能导致心衰患者出现谵妄的高危因素, 并制定相应的干预措施, 以有助于减少谵妄的发生, 从而改善患者的预后<sup>[10]</sup>。

### 参考文献

- [1] Mattison M. Delirium[J]. Ann Intern Med, 2020,173(7): ITC49-ITC64.
- [2] Honda S, Nagai T, Sugano Y, et al. Prevalence, determinants, and prognostic significance of delirium in patients with acute heart failure[J]. Int J Cardiol, 2016,222: 521-527.
- [3] Rizzi MA, Torres Bonafonte OH, Alquezar A, et al. Prognostic value and risk factors of delirium in emergency patients with decompensated heart failure[J]. J Am Med Dir Assoc, 2015,16(9): 799.e1-6.
- [4] Ampadu J, Morley JE. Heart failure and cognitive dysfunction[J]. Int J Cardiol, 2015,178:12-23.
- [5] Correale M, Altamura M, Carnevale R, et al. Delirium in heart failure[J]. Heart Fail Rev, 2020,25(5):713-723.
- [6] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people[J]. Lancet, 2014,383(9920):911-922.
- [7] Meagher DJ, Morandi A, Inouye SK, et al. Concordance between DSM-IV and DSM-5 criteria for delirium diagnosis in a pooled database of 768 prospectively evaluated patients using the delirium rating scale-revised-98[J]. BMC Med, 2014,12:164.
- [8] 中华医学会神经病学分会神经心理与行为神经病学学组. 综合医院谵妄诊治中国专家共识(2021)[J]. 中华老年医学杂志,2021,40(10):1226-1233.
- [9] Chinese experts consensus on diagnosis and treatment of delirium in general hospital(2021)[J]. Chinese Journal of

Geriatrics,2021,40(10):1226-1233.

安徽卫生职业技术学院学报,2011,10(4):20-21.

[10] Young J, Murthy L, Westby M, et al. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance[J]. BMJ, 2010,341:c3704.

[11] 单黎丽.老年心力衰竭合并谵妄患者的临床特点分析[J].

**版权声明:** ©2024 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**