

1 例老年患者慢性心力衰竭急性发作的护理个案

潘改云

(河南大学淮河医院南院急诊科 河南开封 475000)

【摘要】总结一例老年患者心力衰竭急性发作的护理经验。护理要点：注重患者体位护理、预防静脉血栓和压疮护理、氧疗护理、心理护理、用药护理和出院指导，注意患者痰液性质和排痰量变化，指导患者饮食，改变患者不良生活习惯。

【关键词】心力衰竭；老年患者；急性发作；护理

A Nursing Case Report on Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure in an Elderly Patient

Pan Gaiyun

(Emergency Department, South Campus of Huaihe Hospital, Henan University Kaifeng, Henan 475000)

[Abstract] This article summarizes the nursing experience of an elderly patient with acute heart failure exacerbation. Key nursing points include: attention to patient positioning care, prevention of venous thrombosis and pressure ulcers, oxygen therapy management, psychological care, medication administration, and discharge guidance; monitoring changes in sputum characteristics and volume; providing dietary guidance; and modifying unhealthy lifestyle habits.

[Key words] Heart failure; Elderly patients; Acute exacerbation; Nursing care

心力衰竭(简称心衰)属于临床常见的心脏疾病,是指心脏舒张或收缩功能出现障碍,引起心肌结构异常、静脉回心血量降低以及动脉血液灌注不足,从而诱发的心脏循环障碍。该病好发于老年患者,患者若长期处于心衰状态,不但会降低其生活质量,而且会诱发多种疾病,引发残疾甚至死亡^[1]。目前,临床主要采取强心利尿剂等药物治疗心衰,能有效缓解症状,但仍需配合有效的护理方法以改善患者的耐受度及睡眠质量,提升心功能。综合的护理服务在心衰治疗中可起到重要作用,是促进病情好转的重要环节^[2],心力衰竭的综合护理将有助于降低出院患者病死率和再住院率,因此针对本例心衰患者采取综合护理干预措施。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者某某,女性,79岁,因“双下肢水肿10余天”为主诉入院。现病史:10余天前无明显诱因出现双下肢水肿,急性起病,双侧呈对称凹陷性水肿,改变体位水肿无明显改变,早晚无明显改变,伴胸闷,活动后加重,伴咳嗽咳痰,无胸痛、咯血、头痛、头晕、黑矇、晕厥、肢体活动障碍、感觉异常,无腹痛、腹泻、腹胀、恶心、呕吐、反酸等。今为求进一步诊治来我院,门诊以“心力衰竭”收入我科。发病以来,神志清,精神欠佳,食欲睡眠欠佳,大小便正常,

体重无明显变化。既往史:20余年前行“结肠肿瘤切除术”,“心脏瓣膜病 主动脉瓣生物瓣置换+二尖瓣成形术后心功能不全”病史,“心房颤动”病史1年余,目前口服“华法林0.625mg/天,芪历强心胶囊、盐酸地尔硫卓”治疗;否认“冠心病、糖尿病、高血压”等慢性疾病史,否认“肝炎、结核”等传染病史;否认输血史、献血史;否认外伤史;否认药物或食物过敏史;预防接种不详。体格检查:体温36.6℃,脉搏84次/分,呼吸16次/分,血压94/64mmHg,查体合作,眼睑无黄染,苍白,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心率不齐,第一心音强弱不等,未闻及病理性杂音,腹软,无压痛,双下肢膝盖以下中度水肿,余未见异常。辅助检查:入院心电图:房颤。N-末端B型钠尿肽原:2762.3pg/ml,血气分析:氧分压:67.0mmHg,凝血五项:PT:25.5秒,PTA:32%,INR:2.25,D二聚体:760ng/ml,肾功能三项:总胆红素:34.46umol/L,直接胆红素:14.2umol/L,间接胆红素:20.26umol/L,乳酸脱氢酶:391U/L,a-羟丁酸脱氢酶:345U/L,胸部CT:1.胸骨呈术后改变。2.右肺上叶、左肺下叶多发实性结节,考虑慢性炎症,建议定期复查。3.右肺中下叶及左肺上叶舌段少量慢性炎症。4.心脏明显增大,主动脉及冠状动脉硬化。5.心脏瓣膜区条形致密影并放射状伪影,考虑术后改变可能。心脏彩超:主动脉瓣生物瓣置换+二尖瓣成形术后、主动脉瓣反流(大量)、二尖瓣反流(大量)、双房、左室扩大、三尖瓣反流(中量)、

肺动脉压增高、左室舒张功能不全。初步诊断：1.心力衰竭。2.心房颤动。3.心脏瓣膜病 主动脉瓣生物瓣置换+二尖瓣成形术后。

1.2 治疗及转归

患者心力衰竭诊断明确，遵医嘱给予一级护理、告病重、心电监护、氧气吸入。治疗上给予西地兰、速尿等强心利尿，降低心脏负荷，环磷腺苷葡胺营养心肌，改善心肌代谢、倍他乐克控制心室率、稳定血压。患者于入院第2天体温高至38-39℃，检验结果：降钙原 $<0.1\text{ng/ml}$ 、C反应蛋白 18.50mg/L 。患者咳嗽、咳痰，伴发热，C反应蛋白偏高，给予热毒宁注射液清热、疏风、解毒，应用羧甲司坦片口服，布地奈德、乙酰半胱氨酸雾化吸入等药物止咳化痰。入院第4天患者症状有所好转，遵医嘱停止心电监护、停病重，体温降至正常，入院第6天患者胸闷症状好转，遵医嘱停氧气吸入，于入院第9天患者双下肢水肿明显好转，于入院第11天遵医嘱给予出院。

2 护理

2.1 一般护理

2.1.1 体位护理

在急性发作期时，患者手脚冰凉、末梢循环较差以及褥疮、肺部感染等并发症发生风险较高的患者，我们应指导其调整为斜坡卧位或半坐卧位，斜坡角度需控制在 15° - 30° ，每隔2-3h调整一次体位，防止局部受压影响血液循环。维持这一体位可对静脉回流加以改善，促使患者的心脏负担得到减轻，肺部通气有所改善，肺部感染风险可显著降低。在稳定期时，可指导其保持舒适体位并在其腰背部放置软枕，缓解患者气喘、呼吸不畅等症状，提升其舒适度^[9]。

2.1.2 预防静脉血栓和压疮护理

由于患者处于高凝状态，且年龄较大，又有房颤病史，所以预防静脉血栓尤为重要，卧床期间可给予双下肢气压泵按摩双下肢，嘱患者床上勾脚尖，口服抗凝药，若患者胸闷、水肿等心衰症状有所缓解，应尽早让患者下床活动，预防静脉血栓的形成。护理人员可定期开展评估，评估内容为患者的凝血功能及抗凝药物的使用情况，以此可对患者的安全加以保障，确保治疗科学开展。由于本例患者年纪较大，身形瘦弱，双下肢水肿，皮肤弹性差，需定时翻身，应注意患者身体下垂部位，如急性发作期需要卧床或取半卧位时应观察骶尾部、双侧髋部、双侧足跟部等经常受力的部位，应保持床铺干燥、平整、清洁，定时翻身，观察患者皮肤，住院后

期可下床活动时则应注意踝部及足等处，防止压疮形成。

2.1.3 氧疗护理

给氧原则一般是低流量持续给氧（ 2L/min ），但对于重度或急性左心衰者应高流量、高浓度给氧，可达 $6-8\text{L/min}$ ，并在湿化瓶内加入适量酒精以降低肺泡表面张力，提高动脉血氧分压和氧饱和度水平，改善机体缺氧问题。在进行氧疗时，需要对患者的血氧饱和度加以严密监测，确保其维持在安全的水平区间，一般目标确定为 $>94\%$ 。在氧疗开展过程中，定期对患者的呼吸状态进行评估，如呼吸的深度、频率以及有无出现呼吸困难等。若有需要可使用脉搏血氧仪，对患者进行持续监测，以便对氧流量及浓度加以科学调整。在开展氧疗过程中，患者可能会出现一些并发症，如氧中毒等，应确保湿化装置可正常运行，维持气体的湿润状态，以免对患者的呼吸道造成过度刺激。

2.1.4 注意痰液性质及量的变化

由于本例患者咳嗽伴有痰，粘稠，不易咳出，患者身体虚弱，无力咳嗽排痰，应协助翻身拍背，给予雾化，化痰药物应用促进痰液排出，若出现张口呼吸应保持唇及口腔的湿润。

2.2 用药护理

早期建立静脉通道，这是进行药物干预、有效抢救的前提。药物应用：1.强心剂应用以5%葡萄糖液20ml加入西地兰 0.4mg 静脉推注，要注意推注时速度一定要慢，我们可以选择微量泵，一般20分钟泵完，但要注意患者的心率和心律变化，若节律不规则或心率 <60 次/min应暂缓使用。2.利尿剂应用呋塞米 40mg 静脉注射，缓解水肿，降低心脏负荷，利尿与强心剂合用时应注意血钾浓度，并及时补钾。3.应用热毒宁时，要注意药物的配伍禁忌，使用前用 0.9% 氯化钠注射液冲管。4.心衰患者一定要注意液体的出入量，原则上出量大于入量，一定要精细化管理患者的输液量。

2.3 指导患者正确饮食和改变不良生活方式

饮食宜以低脂易消化清淡饮食为主^[4]，少量多餐，不宜过饱，一定告知患者避免水的摄入量过多，水分过多会造成体液量增加，属于心衰指标升高的重要诱发因素，需要严格控制水分摄入量，可以通过动画模拟机体摄入动态变化情况，提升患者控水意识，记录24h患者出入量，保证患者每日维持出量大于入量^[9]，饭要以稠、软饭为主；钠摄入过多会导致慢性心衰患者血清钠及血浆晶体渗透压逐步升高，对于机体存在的口渴中枢产生刺激性作用，患者口渴症状逐步加重，加重体液滞留现象，病情逐步恶化，可以通过PPT形式向患者详细说明钠摄入量控制的重要性，遵循个性化原

则^[6],依照患者病情及营养状态,将钠摄入量控制于4-8g/d^[7]。宜多吃蔬菜、水果,禁烟酒、浓茶、咖啡;为保持大便通畅,饮食中应增加粗纤维食物。患者活动程度可根据心力衰竭程度而定,心功能Ⅰ级者体力活动不受限,增加休息;心功能Ⅱ级者限制活动,适当注意休息即可;心功能Ⅲ级者应卧床休息,协助护理;心功能Ⅳ级者绝对卧床休息。

2.4 心理护理

心衰患者的情感状态与心功能状态之间存在密切关系^[8-9],有焦虑情绪的心力衰竭患者死亡率显著增加,心理舒适护理就是注重患者的心理感受,尽可能地让患者心理放松、愉悦、舒适^[10],通过护理干预,对患者多加安慰、解释和开导,同时稳定家属情绪,减少对患者的不良刺激,并动员家属一起做好患者的心理疏导工作,这不仅可以减少心力衰竭发作概率,也有助于把握最佳治疗时机,提高临床治疗有效率。心理治疗或疏导已经成为一个受到广泛重视的关键环节。在开展心理护理时,护理人员需要耐心倾听,对患者表示理解,为其提供必要的情感支持,同时引导患者将自己的想法表达出来,以便针对性开展疏导。

2.5 出院指导

由于用药时间较长,患者绝大部分时间需在家疗养,所以出院指导尤为重要。应注意加强卫生宣教,使患者对心力

衰竭的病因、诱因、临床表现及注意事项有全面的了解和认识。强调严格按医嘱坚持服药的重要性,不可擅自停药或增减剂量。合理饮食、保持良好的精神状态及养成规律的生活习惯^[11];同时注意保暖,预防感冒的发生。应定期复查,若出现症状加重需及时到医院就诊治疗。

3 小结

慢性心力衰竭的患病人群以老年群体为主,随着近些年人口老龄化问题的加剧,慢性心力衰竭的患病率亦呈现逐渐增加的趋势,对老年群体的生存质量构成了较为严重的威胁,有数据指出,我国≥60岁老年人的心衰患病率高达60%,该病是影响老年人群寿命的重要因素^[12]。本案例对老年慢性心力衰竭患者实施综合护理干预的护理措施更系统全面,不仅对患者进行出院指导和饮食护理,还对其实施心理干预,使患者意识到不良心态对疾病康复的不利影响,引导其自主调节心态,同时,还可使患者意识到不良饮食习惯对疾病恢复的负面影响,从而调整其饮食习惯。因此针对老年慢性心力衰竭患者,应给予积极治疗,同时重视配合护士实施综合护理进行干预,可有效改善患者的症状和体征,促进病情的有效控制和稳定,效果较好。

参考文献:

- [1]李晗,冯茹,陈红琢.运动训练在心力衰竭患者心脏康复中的研究进展[J].中国康复,2020,35(4):208-211.
- [2]邓小英,陈巧松,李滢,等.多学科康复干预联合叙事心理护理在慢性心力衰竭合并衰弱患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(05):61-64.
- [3]张熠,张文红.专项呼吸训练联合体位指导护理对老年心衰患者心功能及运动耐受性的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(14):153-155,195.
- [4]谢淑红.标准化护理干预对老年慢性心力衰竭患者心功能的影响[J].中国标准化,2025(10):237-240.
- [5]虞彬,段咏梅,芦颜美.舒适护理干预在老年慢性心衰患者护理中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(7):1259-1262.
- [6]沈玺玺,孙文蓉,刘姣.针对性护理在慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].兵团医学,2025,23(01):106-108.
- [7]林焰,林琼,龚莹莹.专病一体化饮食护理在慢性心衰的DM患者中对营养状态评分的效果[J].糖尿病新世界,2021,24(17):138-142.
- [8]马向南,焦宁冀,牛娅.人文关怀联合动机性访谈干预对慢性心力衰竭患者心理状态及应对方式的影响[J].中华养生保健,2025,43(09):113-117.
- [9]贾彦娟,何战斌.积极综合护理模式用于老年慢性心力衰竭患者治疗效果的综合评价[J].临床研究,2025,33(04):172-175.
- [10]王雅娟.认知行为干预联合心理护理在老年慢性心衰患者护理中的应用[J].心理月刊,2020,15(23):150-151.
- [11]胡莉娟.精细化护理在心房颤动合并慢性心力衰竭患者中的应用[J].基层医学论坛,2025,29(10):149-152.
- [12]刘晶晶,白怀生.主动呼吸循环技术联合常规药物治疗慢性心力衰竭的疗效及对患者运动耐量的影响[J].海南医学,2019,30(5):552-555.