

# 《心力衰竭口渴痛苦量表》在急、慢性心力衰竭患者容量管理中的应用

赵佳媛 王立纹<sup>(通讯作者)</sup> 高佩云  
(宁夏医科大学总医院)

**摘要:** 心力衰竭是目前世界范围内日趋严重的复杂临床综合征,具有预后差、病死率高的特点,由于本病会不断恶化,患者体能受限以及出现药物反应会让患者在心理和生理上出现明显的变化,严重降低了患者的生活质量。我国成年人心衰的总体患病率为0.9%,目前35岁~74岁成年人中约有400万心衰患者,容量超负荷是急、慢性心衰发生发展的重要病理生理过程,控制容量超负荷在心衰治疗中举足轻重[1]。正确的容量评估是心衰治疗成功的关键,因此实施综合护理干预对心衰患者容量管理具有十分重要的意义。  
**关键词:** 心力衰竭;容量管理;口渴痛苦

心力衰竭(HF)是一个主要的公共卫生问题,由于人口老龄化和心血管疾病的更好治疗,其发病率正在上升。除了高发病率、频繁再入院和仍然是高死亡率等关键问题外,心衰患者往往意味着减少与健康相关的生活质量和遭受大量的症状,如呼吸困难、周围水肿、运动不耐受和疲劳。最近的研究表明,口渴[5]是心衰患者所经历的另一常见症状。口渴是一种生理上的稳态反应,它使一个饮用水恢复身体的液体平衡。这是一种与对水的渴望有关的主观感觉,它会给人带来很多痛苦。口渴被描述为一种痛苦的症状,被认识,但很少解决。急、慢性心力衰竭认为口渴是一种强烈和沉重的症状,这往往对他们的生活质量产生负面影响,文献报道63%的住院患者和41%的门诊患者存在中毒至重度口渴困扰。稳定型的心力衰竭患者的早期有19%的人感到持续口渴,此外,研究表明,频繁口渴的患者的口渴程度更强烈,持续时间更长,2018年沃尔德鲁斯制定了《心力衰竭患者口渴痛苦量表》[6]。

口渴的痛苦是指一个人被口渴困扰的程度,《心力衰竭患者口渴痛苦量表》量表的总分在0-40之间,得分越高表示口渴程度越高;采用李克特5分制进行评分,从“非常不同意”(1分)到“非常同意”(5分),评估时间5分钟完成。是第一个测量心衰口渴痛苦的工具,是一种新的维量表,用于评估心力衰竭的口渴程度;评估心力衰竭患者口渴困扰方面具有良好的信度和效度,是识别口渴患者的基石,有助于评估心力衰竭在日常护理中的口渴困扰,并进行适当的干预措施,对慢性心力衰竭患者进行容量精细化管理。

心力衰竭口渴痛苦量表

|                      | 1 非常不同意 | 2 不同意 | 3 中立 | 4 同意 | 5 非常同意 |
|----------------------|---------|-------|------|------|--------|
| 1 没有口渴或口渴程度较轻        |         |       |      |      |        |
| 2 口渴程度中等但不严重         |         |       |      |      |        |
| 3 口渴程度严重,需要频繁饮水或静脉补液 |         |       |      |      |        |
| 4 口渴程度非常严重,影响睡眠和生活   |         |       |      |      |        |
| 5 口渴程度非常严重,影响日常生活    |         |       |      |      |        |
| 6 口渴程度非常严重,影响工作      |         |       |      |      |        |
| 7 口渴程度非常严重,影响社交      |         |       |      |      |        |
| 8 口渴程度非常严重,影响情绪      |         |       |      |      |        |

注:1. 量表总分在0-40之间,得分越高表示口渴程度越高;2. 量表采用李克特5分制进行评分,从“非常不同意”(1分)到“非常同意”(5分);3. 评估时间5分钟完成。

容量超负荷是急、慢性心衰发生发展的重要病理生理过程,是心衰患者住院的主要原因。尽管控制容量超负荷在心衰治疗中举足轻重,但是对于心衰的容量管理仍旧缺乏前瞻性研究。而且现今许多基层及社区医院对于慢性心力衰竭这个疾病的认识还不够,尚不能够做出一些有效的措施来早期发现老年心衰患者并对其做出个体化干预,而其中老年慢性心衰患者的容量管理是比较复杂,比较容易忽视,并且难实施,患者依从性较差的一环。容量超负荷是急、慢性心力衰竭(心衰)发生发展的重要病理生理过程。容量超负荷和淤血导致多器官生理功能异常,因此,控制液体潴留,减轻容量超负荷,是缓解心衰症状、降低再住院率、提高生活质量的重要措施,是治疗充血性心衰的基石之一。尽管控制容量超负荷在心衰治疗中举足轻重,但心衰患者容量状态复杂且动态变化,心衰

的容量管理含义更加广泛,容量管理的目的是使心衰患者达到个体化的最佳容量平衡状态。容量管理是急、慢性心衰[4]治疗中的关键环节之一。完整的容量管理流程为:(1)准确评估容量状态。(2)确定容量管理目标。(3)选择合适的治疗措施。(4)制定个体化的容量管理方案。

**容量状态及口渴评估:** 心衰病因复杂患者的疾病状态、体质、合并症不同,增加了容量评估的复杂性。应多维度、多层次进行分析,首先判断总体容量状态,分为容量正常、容量超负荷、容量不足;根据症状、体征;检查和化验辅助判断等判断容量状态,使用《心力衰竭患者口渴痛苦量表》进行评估,评估心力衰竭的口渴程度[7]。

**确定容量管理目标:** 急性失代偿性心衰的主要治疗目标是有效纠正容量超负荷,慢性心衰则是长期维持较稳定的正常容量状态。

关于急性心衰容量控制的目标,可采用如下方法确定:(1)将患者目前的体质量与干体质量做比较,将其差值作为减容目标。干体质量即出现淤血症状和体征前的体质量。(2)可通过尿量或液体平衡作为治疗目标:①如果评估容量负荷重,每日尿量目标可为3 000~5 000 ml,直至达到最佳容量状态;②保持每天出入量负平衡约500 ml,体质量下降0.5 kg,严重肺水肿者负平衡为1000~2 000 ml/d甚至可达3 000~5 000 ml/d [37]。3~5d后,如肺淤血、水肿明显消退,应减少液体负平衡量,逐渐过渡到出入量大体平衡。慢性心衰容量控制目标以不出现短期内体质量快速增加或无心衰症状和体征加重为准。

**容量管理护理措施:** 1. 疾病知识干预向患者和家属讲解疾病相关知识,了解心衰是一个需要长期用药和管理的慢性疾病以及心衰引起的严重后果,强调自我管理的重要性,教会患者及家属对重要体征正确执行并记录,指导患者改变不良生活习惯及行为方式,根据自身情况进行适当的锻炼,提高抵抗力[4]。

2. 健康指导 (1)教会患者及家属正确记录24 h出入量:正常成人每日水的出入量平衡约为入量2500 ml,包括来源量:饮料或水1200 ml,食物1000 ml,内生水300 ml;出量2500 ml,包括排出器官:肾脏(尿液)1500 ml,皮肤(蒸发)350 ml,

肺(呼吸)500 ml,大肠(粪便)150 ml。出入量记录时应注意:①用有刻度的水杯,用来测量饮水的量,不渴不喝水;②使用有刻度的量杯或尿壶;③每班记录,24 h总结,如记录昨日7:00至今晨7:00尿量,应排空尿液测量后再总结记录;④尽量测量为整数记录,如100 ml或200 ml,少于50 ml用5~20 ml注射器测量或累积到下次排尿时再一起测量,可用尿壶接尿后倒入量杯内,尽可能将倒出的尿液达到量杯测量刻度在记录,以提高记录准确性。⑤对尿失禁的患者留置尿管记录或使用尿不湿称重的方式记录,先称干的尿不湿,再称湿的,将增加的重量记录为患者的尿量。⑥记录后护士要与患者或家属核对记录信息,防止漏记、少记。⑦在病人床尾悬挂有纸笔、病房内粘贴食物含水量表、护士每班记录后划一横线在最后一行字下面做好标记,以免下班重复记录,并告知患者及家属下次从横线下面继续记录。(2)监测体重:教会患者及家属重视

及正确监测体重以早期发现液体滞留，为合理使用利尿剂提供依据，并且在使用利尿剂的过程中每日监测体重变化有利于及时了解利尿效果和评估病情变化。测量体重定在早餐前、穿相同的衣服、排空二便，通常使体重每日下降 0.5~1 Kg 左右，如果 3 天内体重突然增加 2 公斤以上，说明体内有较多的水没有排出来。告知患者不仅在住院时要监测体重，出院在家中也应准备电子秤每天监测体重并如实记录，发现体重增长应及时电话咨询医生或门诊随访。(3)教会患者及家属每天检查腿或身体其他部位是否存在水肿增长；监测运动耐力，记录胸闷、气促症状：如：没有胸闷、气促，胸闷、气促在稍用力后，胸闷、气促在剧烈用力后或胸闷、气促在静息时等，还要记录夜间呼吸：能平卧、需要 2 个枕头或更多、端坐呼吸或被夜间气短憋醒等；注意头晕：从不头晕、站立后头晕、几乎晕厥或晕厥等都应详细记录或做到医生查房时或门诊随访时都能表述清楚，(4)限钠：①告知患者及家属心衰患者的储钠能力明显增强，限制钠盐摄入很重要。要避免成品食物，因这种食物含钠量较高。②钠盐摄入：如轻微活动后就有气短或喘得很重，不能下床(中-重度心衰)，钠盐摄入 < 2 g/d；如活动后没有症状(轻度心衰)钠盐摄入 2~3 g/d。③告知患者及家属慎用盐代用品(尤其肾功能不全者)，因富含钾盐，可致高钾血症。④告知患者及家属也不要过严控制钠盐摄入，过分严格控制钠盐摄入，可导致低钠血症，在轻度或稳定期不必限钠。(5)限水：①告知患者及家属“不渴不喝，喝了不渴”就行，但是严重低钠血症、血钠 < 130 mmol/L 时，液体摄入量应限制在 1.5~2.0 L/d。②心衰严重时，教会患者及家属严格控制液体摄入量：24 h 总入量宜控制在 < 1500 ml，尿量 > 1500 ml，24 h 补液量宜控制在 < 800 ml，尿量 > 补液量+800 ml。(6)特别强调告知患者及家属避免劳累和受凉，避免情绪激动和精神紧张等应激状态；不可随意停药、减量，擅自加用其他药物；戒烟、限酒，少量多餐、保持大便通畅。急慢性心衰容量控制目标以不出现短期内体质量快速增加或无心衰症状和体征加重为准；在整个减容过程中动态评估患者口渴程度。根据患者的口渴程度合理分配每日进水量，更换饮水方式[7]，确定进水时间，控制钠摄入 (<6g/d)，心衰急性发作伴有容量负荷过重的患者，要限制钠摄入 < 2 g/d，减少口渴的发生率，且进行动态评估，随时进行调整干预措施。



在整个临床实践过程中，使用的医用设备以及辅助材料有，刻度量杯、喷雾饮水器、NICaS 机。

阻抗心输出量测量机 (NICaS)：心输出量是人体重要的心血管指标之一，阻抗法测心输出量因其具有无创性、使用简便和基本可靠等优点；即在人体上加一高频电流，然后检测出测量段因血管容积波动造成的阻抗变化，据此算出心脏每搏排血量。

通过监测患者血流排量(心输出量，每搏输出量)，阻力，体液容量，心肌收缩力和输氧量等重要血流动力学信息的新技术。意义 1.指导心衰的治疗；2.指导血管活性药物调整；3.心脏功能基线评估：对急危重症患者或疑似心血管疾病患者住院期间进行心脏功能评估，降低医疗风险，保障医疗安全。

2. 优势总结：无创(无并发症)；准确，可靠(SFDA,FDA & 众多研究)；唯一获得美国 FDA 关于生物等价性要求的设备；快速出数据，方便鉴别诊断，无需标定；操作简便(任何人都使用-适合普通护理)；高性价比(只需要 2 片专用传感器，在医保收费目录)；减少住院天数，规避医疗风险。

3. 目的及意义

1.患者完成减容目标(目前体质量-干体质量(出现淤血症状和体征前的体质量)=减容目标)，合理给分配饮水时间，量及方法，使慢性心力衰竭口渴发生率<20%；

2.护理措施干预：生活方式管理、药物的治疗的监测(最低有效利尿剂剂量维持“干体质量”)、容量关口前，减少口渴的发生；

3.对心衰患者进行延续护理，采取有效干预，减少居家时口渴的发生率。

《心力衰竭口渴痛苦量表》是第一个测量心衰口渴痛苦的工具，是一种新的维量表，用于评估心力衰竭的口渴程度；评估心力衰竭患者口渴困扰方面具有良好的信度和效度，是识别口渴患者的基石，有助于评估心力衰竭在日常护理中的口渴困扰，并进行适当的干预措施，对慢性心力衰竭患者容量进行精细化管理。

《心力衰竭患者容量状态评估量表》与《心力衰竭口渴痛苦量表》在国外文献中广泛应用；评估是一个动态多次过程，随时调节我们的护理干预，控制体液滞留、减轻容量超负荷是缓解心衰症状、改善器官功能、降低再住院率、提高生活质量的重要措施，提高患者的满意度和护理效果，更好的服务与临床，为患者减轻心理和财务负担，而且能更好的完成慢性心力衰竭的延续护理。

科室建立心衰心衰医患群；对患者问题及时解决已经开始对心衰患者进行容量管理，使用《心力衰竭口渴痛苦量表》进行健康指导，更好的提升生活质量。通过制定个体化的容量管理方案来帮助临床患者提高生活质量，改善症状，减少患者的在住院率。使用 NICaS 机，动态评估容量管理状态，调整治疗方案。科室人员具有较强的工作热情、强烈的求知欲望和勇于创新的精神，所以在原有基础上的优化改进容易被接受和掌握。

参考文献：

[1]中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心力衰竭和心肌病杂志编辑委员会.心力衰竭容量管理中国专家建议[J].中华心力衰竭和心肌病杂志,2018,2(1):8-16.

[2]张健.心力衰竭容量管理的再认识[J].中华心力衰竭和心肌病杂志(中英文),2018,2(1):2-3.

[3]波尼科夫斯基 P, Voors AA, 安克尔 SD, 等. ESC 对急性和慢性心力衰竭的诊断和治疗指南. Eur J 心脏失败. 2016;18:891-975. 2.

[4]沃德鲁斯, HahnRG, Jaarsma T. 心力衰竭中的口渴：不稳定的文献综述. Eur J 心脏失败. 2013;15:141-149. 3.

[5]托托 KH. 血浆渗透压的调节：口渴和血管加压素。在护理护理在护理。1994;6:661-674. 4.

[6]里瓦, 塞萨纳, 阿奇利, 斯科多, 塞萨纳。“口渴的水肿”：医学和非医学作者对口渴作为慢性心力衰竭症状的早期描述. Int J Cardiol.2017;245:187-189. 5.