

# 中华中医药学会诊疗方案

---

## 老年人谵妄中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus on Integrated Traditional Chinese and Western

Medicine for the diagnosis and treatment of Delirium in Elderly People

T/CACM 公示稿

2022-×-×发布

2022-×-×实施

中华中医药学会

---

# 目次

前 言.....	1
引 言.....	2
1 范围 .....	4
2 规范性引用文件.....	4
3 术语和定义.....	4
4 诊断 .....	4
4.1 DSM-V 谵妄诊断标准 .....	5
4.2 意识模糊评估量表 (CAM) .....	5
4.3 4A 测试量表 (4AT) .....	5
4.4 中医证候诊断.....	5
5 危险因素.....	6
5.1 易患因素.....	6
5.2 触发因素.....	7
6 临床治疗与推荐意见.....	7
6.1 防治总策略.....	7
6.2 老年人谵妄高危人群中西医结合干预方案.....	8
6.3 老年人谵妄中西医结合治疗方案.....	10
7 谵妄高危人群调护方案.....	13
附录 A.....	14
附录 B.....	15
参考文献.....	21

## 前 言

本诊疗方案参照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分:标准的结构和编写》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022 版)》有关规则起草。

本诊疗方案由中华中医药学会提出并归口。

本诊疗方案负责人:伍文彬,岳冀蓉。

本诊疗方案执笔人:伍文彬、岳冀蓉、关雪峰、顾耘、郭蓉娟、李黔云、葛宁。

本诊疗方案主审人:王飞、王平、董碧蓉、项颖、李怡。

本诊疗方案讨论专家(按姓氏笔画为序):丁红、马元、王华、王昌俊、王勉、王海峰、王辉、王蕾、韦玲、孔繁一、古远云、白明华、仝战旗、冯尧伟、吕仕超、朱晓峰、乔利军、任毅、向阳、向海、刘永惠、刘波、刘学政、刘玲、刘菊、刘毅、安丽萍、孙莉、苏凯、杜义斌、李天禹、李求兵、李虹霖、杨雨民、杨春雷、杨静、杨蕊琳、肖军、吴群励、何迎春、沈其霖、张亚军、张泽、张洪、张海涛、张葵、陈川、陈怀红、陈建宏、陈咸川、陈晓宏、罗斌、孟繁甦、郝振华、胡跃强、段灵芳、侯杰军、侯思怡、姚欣艳、姚凝、骆天炯、秦扬、袁有才、顾小琼、倪敬年、徐玉振、高展、高翊、郭明冬、郭家娟、唐伟、黄宏强、黄源鹏、曹利民、崔延超、蒋莉君、韩艳萍、谢雪皎、谢毅强、楼丹飞、雷亚玲、蔡标、蔡清艳、蔡晶、廖为民、廖涛、魏明清。

# 引 言

## 1 背景信息

本共识旨在针对老年综合征中老年人谵妄的诊断和治疗提供中西医结合的建议。该共识的目的是有效规范老年人谵妄的中西医结合治疗方案，以指导临床实践，并满足老龄化社会对老年综合征防治的需求。

谵妄发生率呈不断升高趋势，主要原因之一是人口老龄化加剧，老年人群在谵妄发生人群中占比最高<sup>[1]</sup>。流行病学调查研究发现，老年人谵妄主要发病科室为外科、重症监护病房，其中重症监护室发病率最高为33.1%<sup>[2]</sup>。随着年龄增加，谵妄发病率逐渐增高，70岁及以上老年住院患者中的发生率为25%~56%，社区老年人谵妄发生率相对较低约1%~2%，护理院老年人谵妄发生率为20%~22%，内科老年患者谵妄发生率为11%~29%，感染后谵妄的发生率为27%<sup>[1, 3-5]</sup>，机械通气患者谵妄发生率为80%。卫生经济学研究发现，2011年统计报告显示，美国每年在谵妄治疗中花费超过1640亿美元，而欧洲每年在谵妄治疗中花费超过1820亿美元<sup>[5]</sup>。

谵妄是一种常见的老年综合征，主要症状包括急性意识混乱、注意力不集中、思维混乱、不连贯以及感知功能异常。谵妄可能因单病因引发，但常常是易患因素和触发因素相互作用的结果。主要病因与七情内伤、饮食不节、老年体弱、脾胃渐虚、外伤术后等因素有关，病位在心、脑，与肝、脾、肾相关。病理因素以气、痰、火、瘀、虚为主，之间互为因果、兼夹的关系。中医的辨证论治，有较强的灵活性和针对性，疗效确切，常用于疾病治疗、康复，尤其对术后康复有独特的疗效。目前国际上尚无中西医结合防治老年人谵妄的临床实践专家共识。因此，整合和吸纳中西医防治老年人谵妄的研究成果和成功经验，形成具有指导意义的中西医结合防治老年人谵妄的临床实践专家共识，对于规范使用中医药，提高中西医结合治疗老年人谵妄的临床疗效具有重要的作用。

本共识由中华中医药学会组织，在中医临床指南编制修订专家总指导组和中医内科专家指导组的指导、监督下实施，文献评价小组确定筛选证据的标准，并通过检索中国期刊全文数据库(CNKI)、中文科技期刊数据库(维普)、万方全文数据库、PubMed、Clinical Trial、Agency for Healthcare Research and Quality、COCHRANE 图书馆，最终筛选出符合纳入标准的文献共 58 篇，并进行文献质量评价及证据分级，根据证据级别达成专家组共识，并提出推荐意见，初步制定出针对老年人谵妄的中西医临床实践专家共识。

该共识基于中西医对老年人谵妄的临床研究成果和专家经验制定，旨在为 60 岁及以上

老年患者提供以中医为主要内容的中西医结合的诊疗建议。

## 2 构建临床问题

在本共识制定初期通过问卷调查和专家深度访谈以及专家共识会议的形式构建了以下主要临床问题：

老年人谵妄的中医辨证分型及其临床意义？

针对老年人谵妄患者，如何选定治疗策略？

中医药单用或者联合西医常规治疗老年人谵妄相关的疗效和安全性如何？

## 3 资金资助及利益冲突情况

本共识受国家重点研发计划《基于中医体质辨识和多模态技术的老年心身健康评估体系及服务模式研究》（项目编号：2020YFC2003104）、四川省“十四五”生命健康重大科技专项《儿童和老年人群重点疾病防治研究》（项目编号：2022ZDZX0021）资助。

本共识项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本诊疗方案制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本共识制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本共识制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

# 老年人谵妄中西医结合诊疗专家共识

## 1 范围

本共识提出了老年人谵妄的诊断标准、病因病机、中医治疗、西医治疗、预防与调护的建议。

本共识适用于 60 周岁及以上人群谵妄的诊断和防治。

本共识适合老年病科、全科医学科、干部保健科、骨科、普外科、重症医学科、神经内科（脑病科）等相关科室临床医师及护士使用。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本共识的应用是必不可少的。本共识出版时，所示版本均为有效，包括其他的共识或者规范性文件，如下：

GB/T 16751.2-2021《中医临床诊疗术语 第 2 部分：证候》

GB/T 16751.2-2021《中医临床诊疗术语 第 3 部分：治法》

《老年患者术后谵妄防治中国专家共识》（2016 年，《中华老年医学杂志》）

《重症患者谵妄管理专家共识》（2019 年，《中华内科杂志》）

《综合医院谵妄诊治中国专家共识（2021）》（2021 年，《中华老年医学杂志》）

《中华人民共和国药典（2020 年版）》

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本共识。

**谵妄 (Delirium)**：是一种严重的急性神经精神综合征，主要表现为注意力不集中和整体认知障碍，伴有精神运动和睡眠周期障碍，有日轻夜重的波动特点。谵妄可由多种原因诱发，常于躯体疾病加重、感染、缺血和缺氧状态、手术时或术后发生。

**老年人谵妄 (Delirium in the elderly)**：老年人谵妄是指发生在老年期的谵妄状态或意识模糊状态。伴有注意力、认知能力、精神运动和睡眠周期障碍。由于老年人常伴有脑或躯体的各种疾病，遇有突发因素，即使是轻微的感冒、低热、便秘或脱水等问题也可能导致谵妄。若不及时治疗，这可能会威胁生命，因此死亡率很高。

## 4 诊断

谵妄是一种急性脑功能异常疾病，其诊断标准相对复杂。为了早期快速筛查，可以使用谵妄筛查工具，如意识模糊评估量表 (Confusion Assessment Method, CAM) 和 4A 测试量表 (4 "A" s Test, 4AT)。确诊需按照精神障碍诊断与统计手册第五版 (The Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders-V, DSM-V) 中的谵妄诊断标准进行。<sup>[6]</sup>

#### 4.1 DSM-V 谵妄诊断标准

符合 5 项可以诊断谵妄, 见表 1。

表 1 DSM-V 谵妄诊断标准

编号	内容
A	注意(指向、聚焦、维持和转移注意力的能力)减弱和意识(对环境的定向力减弱)障碍。
B	该障碍在较短的时间内发生(通常为数小时至数天), 表现为与基线相比注意和意识状态发生变化, 以及在 1d 的病程中出现严重程度的波动。
C	伴有认知障碍(如记忆力、定向障碍、语言, 视空间能力或知觉障碍)。
D	诊断标准 A 和 C 的障碍不能用其他已患的、已确诊的或逐渐进展的神经认知障碍来更好地解释, 也不是适用于觉醒水平严重降低的背景下(如昏迷)。
E	根据病史、体格检查和实验室检查结果, 该障碍可能是由其他身体疾病、物质滥用或戒断(即由于滥用毒品或药物)、毒素接触或多种病因直接引起的。

#### 4.2 意识模糊评估量表(CAM)

CAM 根据美国精神障碍诊断与统计手册第三版(DMS-III-R)谵妄的诊断标准建立, 由非精神心理专业的医生护士筛查谵妄, 是使用最广泛的谵妄筛查工具。CAM 针对谵妄的 4 个特征分别对应 4 个问题条目: (1) 急性起病或精神状态的波动性改变; (2) 注意力集中困难; (3) 思维混乱; (4) 意识状态的改变。诊断要求必须满足 (1) 和 (2) 这 2 条, 并且至少满足 (3) 或者 (4) 其中的 1 条或 2 条。该量表具有较高的敏感性(94%~100%)和特异性(90%~95%)。

#### 4.3 4A 测试量表(4AT)

4AT 对警觉性、定向力、注意力、急性改变和波动性病程等 4 个方面进行评估。评分  $\geq 4$  分为可能谵妄合并/不合并认知损害, 1~3 分为可能认知功能损害, 0 分为无谵妄或无严重认知功能损害(确保第 4 项问题完成的前提下)。其敏感性为 90%; 特异性为 84%。4AT 目前有 12 种语言版本(含简体中文版本), 经多中心验证, 简便易行, 不需要特殊培训即可进行。

#### 4.4 中医证候诊断

#### 4.4.1 病因病机

本病病机为七情内伤，肝失疏泄，气郁痰结，化火或结瘀，闭阻清窍，或扰动心神，久病或术后，饮食失宜，脾胃虚弱，运化失常，生化乏源，气血不足，形神失养。

本病病位在心、脑，与肝、脾、肾相关。病理因素以气、痰、火、瘀、虚为主，五者互为因果兼夹的关系。情志久郁，郁而生痰，痰气互结，痹阻心神；气郁化火，炼液为痰，痰火内盛，或痰因火动，上扰心神；久病气机阻滞，生痰生瘀，痰瘀互结，闭阻清窍。此外，因年老或操劳烦神，脏腑虚损，虚火上浮，扰动心神。

#### 4.4.2 辨证分型

主要通过中医临床望、闻、问、切四诊合参，并采用中医辨证体系中的气血阴阳精髓津液证候分型、及病因证候分型，结合文献报道及专家意见，总结老年人谵妄临床常见的证候为痰气郁结证、痰火扰神证、痰瘀阻窍证、气血亏虚证、虚火扰心证。

**痰气郁结证：**精神抑郁，神情呆滞，反应迟钝，独处不语，表情淡漠，或喃喃自语，忧虑多疑，伴有痰多，自觉咽中有物梗阻，咽之不下，吐之不出，不思饮食，胸闷、胁痛、善太息等，舌质淡，舌苔白腻，脉弦滑。

**痰火扰神证：**烦躁易怒，兴奋激动，意识欠清，多动、多语，詈骂号叫，不避亲疏，注意力不集中，冲动任性，难于约束，或表情肌、颈肌、四肢等肌肉迅速、反复、不规则的运动性抽动，伴有头痛，少寐或不眠，颜面红赤，喜食肥甘，喉间痰鸣，大便秘结，小便短赤等，舌质红绛，舌苔黄腻，脉弦滑数。

**痰瘀阻窍证：**精神兴奋，烦躁不安，妄闻妄见，视物不清，健忘，行步不正，伴有头晕、头痛，失眠，肌肤甲错，肢体麻木，大便干结等，面唇暗红或紫暗，舌质紫暗，舌边尖有瘀点、瘀斑，脉涩。

**气血亏虚证：**神思恍惚，神情痴呆，神疲乏力，少气懒言，健忘，伴有头晕、目眩，心悸，失眠，面色淡白或萎黄，唇甲色淡等，舌质淡，脉弱或细。

**虚火扰心证：**时作心烦、惊悸，心神不安，幻视、幻听，躁扰不宁，哭笑不休，记忆力减退，伴有梦多纷扰，甚则彻夜不寐，颧红、潮热，头昏、眼花，耳鸣等，舌质嫩红，脉细数。

### 5 危险因素

危险因素包括易患因素和触发因素两部分，识别易患因素与触发因素是谵妄评估的重要环节，有利于谵妄防治策略的制定。

#### 5.1 易患因素

易患因素主要是指患者在入院前就已经存在的危险因素。如高龄、认知障碍、睡眠障碍、听力或视力障碍，其中认知障碍的影响是最明显的，认知障碍程度越重，发生谵妄的风险越高<sup>[7]</sup>。

## 5.2 触发因素

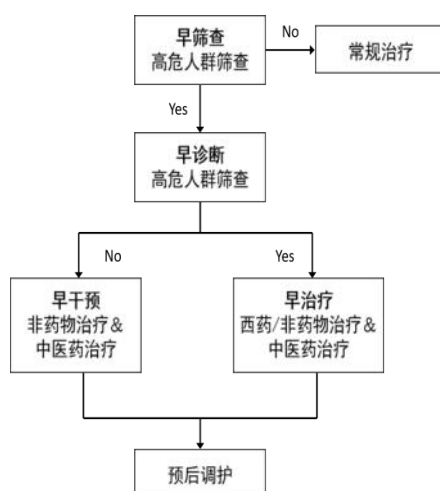
谵妄的触发因素，包括系统性疾病、生物因素、理化因素、环境因素、药物因素。(1) **系统性疾病**：包括神经系统疾病（如：脑卒中、硬膜下血肿、脑炎、癫痫等）、呼吸系统疾病（如：低氧、二氧化碳增高）、营养及代谢疾病（如：贫血、低血糖、脱水、电解质紊乱、酸中毒）、心血管疾病（如：低血压、心肌梗死）、消化系统疾病（如：便秘等）、泌尿系统疾病（如：尿潴留）；(2) **生物因素**：感染（如：泌尿系、肺部、关节、瓣膜等部位感染）；(3) **理化因素**：外伤（骨折）、手术、中毒或戒断（如：酒精、毒品）、疼痛、医疗技术操作不规范（如：导尿管）等。(4) **环境因素**：包括噪音、活动受限、居住环境改变等。(5) **药物因素**：以下药物会增加谵妄的发生风险（如：阿片类药物、苯二氮草类药物、非苯二氮草类安眠药物、抗组胺药、二氢吡啶类药物、H<sub>2</sub>受体拮抗剂、三环类抗抑郁药等）。

## 6 临床治疗与推荐意见

### 6.1 防治总策略

谵妄的多元防治总策略：(1) 积极治疗基础病；(2) 识别并处理潜在诱因；(3) 寻求老年科或精神科专家的协助，并由医护人员进行随访；(4) 跨专业团队针对危险因素进行评估并实施多元化非药物干预措施；(5) 及时评估治疗效果。

首先，评估入院患者的谵妄危险因素，对于非谵妄高危人群的患者给予常规治疗；其次，对于谵妄高危人群，进行量表评估以确诊谵妄；对未确诊谵妄的患者，进行中西医结合干预以预防谵妄的发生；对已确诊谵妄的患者，进行中西医结合治疗，并动态评估谵妄病情的变化；最后，对谵妄高危人群进行中西医结合调护，以避免不良预后。



## 6.2 老年人谵妄高危人群中中西医结合干预方案

### 6.2.1 针对易患因素的干预方案

针对不同易患因素进行多重干预，（1）**认知障碍改善**：为患者提供适宜的环境，保证患者居住环境明亮，进行定向提醒及认知刺激，标识清晰，可提供大号数字的时钟和挂历，介绍环境和工作人员，床旁放置家人或纪念照片，避免不必要的房间变化，清晰地向患者传达信息，避免应用影响认知功能的药物，鼓励患者进行益智活动如音乐游戏，鼓励患者的亲属和朋友探访，或可进行脑功能锻炼其主要包括注意力训练、工作记忆、习惯纠正训练等，避免不必要的隔离、感观剥夺和感观超负荷；（2）**睡眠障碍**：制定睡眠计划，避免在夜间睡眠时间医护活动，调整夜间给药时间避免打扰睡眠，避免午后饮用咖啡类饮料，睡眠时间减少走廊的噪音；（3）**听力或视力障碍**：积极治疗可逆性视听障碍，对于不可逆者，鼓励其佩戴助听器或眼镜。

### 6.2.2 针对触发因素的干预方案

针对谵妄触发因素的干预是谵妄预防的重点，谵妄高危人群触发因素干预方案<sup>[6]</sup>：（1）**积极治疗原发病**：如心脑血管病、营养代谢病等，根据相应诊疗方案进行常规诊治，对于存在水电解质紊乱和便秘的患者，鼓励患者多饮水，记录出入量，保持出入量平衡，必要时考虑静脉输液，维持血钠、钾正常，控制血糖，及时发现并处理脱水或液体过负荷，鼓励患者进食高纤维食物，定时排便，必要时可进行结肠指诊来排除结肠嵌塞；及时发现患者低氧血症，可以给予吸氧、雾化治疗，必要时滴定氧疗，保持氧饱和度 $>90\%$ ；对于营养不良的患者，保证患者足够的营养摄入，佩戴合适的假牙，饮食均衡，保证足够的维生素D摄入，避免误吸，必要时营养科介入治疗；（2）**治疗感染**：积极寻找感染源，并予以相应治疗，尤其注意耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染，避免不必要的置管；（3）**疼痛及活动管理**：常规检查是否存在皮肤压伤、背痛，定期评估疼痛，对不能言语沟通者通过肢体语言、表情等进

行评估，对任何怀疑有疼痛的患者均要控制疼痛，避免治疗不足及治疗过度；慎用约束，尽量减少可能限制老年人活动或功能的医疗设备（如静脉通路、导管）的使用，鼓励活动，包括散步、下床活动、太极、八段锦、活动范围练习、自理活动，可根据情况提供适当的助行器，根据需要进行术后物理治疗和专业治疗；（4）**改善环境因素**：起居环境明亮，舒适卫生，光控制（白天尽可能用自然光或打开室内灯光，而夜晚关灯落下窗帘）；声控制（如夜间提供耳塞及眼罩，关闭电视，减少病区噪音）；（5）**合理用药**：定期对患者进行药物回顾，评估所有治疗药物，减少用药种类，避免使用可引起谵妄加重的药物，减量或停用苯二氮草类、抗胆碱能药物、抗组胺药和哌替啶等药物，以减少药物相互作用和副作用。

### 6.2.3 高危人群的中医预防方案

#### 耳穴压豆疗法（证据级别：II级）

方法：用75%酒精消毒耳部皮肤，取王不留行籽置于0.5cm×0.5cm医用胶布中间，贴于神门、枕穴、皮质下、交感、肾上腺、内分泌、肝、肾、心耳穴上，以拇指、食指指腹在压豆处耳穴适度对压，若有酸、麻、胀、热等感觉为得气，若无则需微调寻找敏感点。每4小时按压1次，单次单穴揉按约60s，按压以自觉出现酸、麻、胀、热为准。

#### 经皮穴位电刺激法（证据级别：II级）

方法：采用低频脉冲治疗仪持续刺激患者双侧的内关穴、合谷穴，电刺激参数：疏密波，频率2~100Hz，刺激强度以患者能耐受的最大电流为宜，约6~10mA。

原理：经皮穴位电刺激法可抑制炎症反应，增加重要器官对减轻缺血再灌注损伤的程度。

注意事项：该方法不能用于埋置有按需式心脏起搏器的患者，以免诱发心律失常。

#### 穴位贴敷法（证据级别：III级）

方法：取适量调制完成的药膏置于无菌敷贴中心，用75%酒精消毒贴敷处皮肤，贴敷于双侧涌泉，每日1次，连续贴敷3日。

推荐用药：桃仁、红花、大黄、芒硝、川芎、冰片，以蜂蜜调制成膏状。

注意事项：贴敷后不得进行剧烈运动，防止出现移位或脱落；敷贴后要密切关注不良反应，有无局部红疹、水泡等，有无瘙痒、疼痛症状，若出现过敏现象，立刻暂停用药，并向医师汇报给予对应处理，严禁搔抓，防止局部皮肤感染；穴位敷贴治疗期间应保持清淡饮食，忌食辛辣、刺激性以及油腻食物，多食用新鲜水果、蔬菜等富含维生素食品，补充蛋白质，提高身体免疫力、抵抗力。

#### 中医五音疗法（证据级别：III级）

原理：角、徵、宫、商、羽、五音对应五志、五脏及五行，其中五志包括怒、喜、思、悲、恐，五脏包括肝、心、脾、肺、肾，五行包括木、火、土、金、水。该方法依照五行相克、五行相生、五志相胜的规律，在辨证的基础上播放曲目，具有解郁、悦心、调神、调脏腑气血阴阳的作用。方法：选取《天韵五行乐》，使用手机、MP3或电脑等工具进行乐曲播放。医护人员需控制音量在40~60dB，避免患者听不清楚或耳膜不适。选择巳时（9~11时）播放角调式阳韵，选择酉时（17~19时）播放羽调式阳韵，一日2次，单次半小时。予以患者舒适体位，注意维持周围环境的安静，再引导患者依照音乐律动对自身呼吸进行调整。

注：存在听力障碍患者不适宜使用本法。

### 6.3 老年人谵妄中西医结合治疗方案

#### 6.3.1 非药物治疗策略及方案<sup>[6, 8, 9]</sup>

非药物治疗策略：（1）医疗机构对医务工作者开展正式的谵妄教育项目和正式（非正式）的知识更新课程，以提高对谵妄的流行病学、评估、预防及治疗的认识；（2）维持患者内环境稳定，如体温、氧合、体液、电解质平衡等；（3）提供外部支持，如疼痛/镇静监测、心理支持、认知功能训练、视听觉辅助、经颅磁刺激治疗、呼吸功能训练、早期活动、物理/职业治疗、睡眠优化、减少环境改变、避免社会隔离等；（4）持续应用非药物干预措施，主要纠正引起谵妄的潜在原因。

#### 6.3.2 中医非药物治疗

##### 针灸治疗

**调神益智针刺法：**取百会穴、关元穴、中极穴以及双侧内关穴、外关穴、神门穴、三阴交穴、太溪穴。常规消毒后，用0.25mm×40mm规格毫针，使用泻法，留针15min，每天1次。针刺印堂与百会具有显著加快麻醉后苏醒时间、抑制谵妄躁动频率的作用。（证据级别：III级）

**手十二井穴放血法：**取仰卧位，放松患者双手，轻揉患者指端1min，常规消毒后，用1.6mm×62mm规格三棱针，依次点刺一侧少商穴、少冲穴、中冲穴、商阳穴、少泽穴、关冲穴，迅速放血，每日1次，次日选取另一侧。（证据级别：II级）

注意事项：若患者气血亏虚则不宜使用本法。

**电针疗法：**取百会、印堂及神庭穴。常规消毒后，用0.25mm×40mm规格毫针，使用捻转平补平泻法，有针感后，停止手法刺激，百会穴、印堂穴连接电针仪，电针仪选择2~15Hz疏密波，依据病人可耐受的程度调节电流刺激参数。（证据级别：II级）

注意事项: 根据患者体质情况选择是否进行操作, 若患者体质虚弱则不宜使用电针刺激, 以免发生晕针等不良反应, 患有严重心脏病的患者应用电针时应注意避免电流回路经过心脏, 在延髓、脊髓部位使用电针时, 不可应用强电刺激, 以免发生意外。

### 6.3.3 中医辨证论治

#### 痰气郁结证

病机: 因情志久郁, 痰气互结痹阻心神所致。

治法: 理气解郁, 化痰醒神。

推荐方药:

温胆汤或四逆散合温胆汤加味(出自《三因极一病证方论》)加减。(证据级别: III级)

组成: 半夏、竹茹、枳实、陈皮、甘草、茯苓、柴胡、白芍等。

加减: 若有发热, 心烦严重者, 加黄连清心热; 若气促气粗, 胸中烦热者, 加栀子、淡豆豉宣发心中郁热; 失眠、健忘者, 加远志、琥珀粉安神益智, 倦怠乏力者, 加黄芪。

#### 痰火扰神证

病机: 因痰火内盛, 或痰因火动, 上扰心神所致。

治法: 化痰清热, 镇惊安神。

推荐方药:

菖蒲郁金汤(出自《温病全书》)加减。(证据级别: II级)

组成: 石菖蒲、栀子、淡竹叶、牡丹皮、郁金、连翘、灯心草、木通、淡竹沥等。

加减: 心悸、失眠加五味子、酸枣仁养心安神; 心胸闷痛, 痛较甚, 加柴胡、枳壳、瓜蒌皮合用畅通气机。

#### 痰瘀阻窍证

病机: 因痰瘀互结, 闭阻清窍所致。

治法: 化痰通窍, 益气豁痰。

推荐方药:

癫狂梦醒汤(出自《医林改错》)加减。(证据级别: III级)

组成: 桃仁、柴胡、香附、木通、赤芍、半夏、大腹皮、青皮、陈皮、桑白皮、紫苏子、甘草等。

加减: 气虚乏力者, 加黄芪补脾益气; 术后血虚兼血瘀者, 加当归尾活血兼养血, 化痰而不伤血; 瘀血重者, 加三棱、莪术破血逐瘀; 疼痛甚者, 延胡索、川楝子、香附合用行气止痛。

### 气血亏虚证

病机：因久病或术后，气血不足，形神失养所致。

治法：益气补血，养心安神。

推荐方药：

人参养荣汤（出自《太平惠民和剂局方》）加减。（证据级别：II级）

组成：人参、熟地黄、当归、川芎、白术、茯苓、黄芪、陈皮、赤芍、白芍、远志、肉桂、五味子、桃仁、红花、炙甘草、栀子等。

加减：痰湿壅甚者，加川贝母、石菖蒲化痰开窍；中腑内阻者，加番泻叶、大黄泻下通便；肝气郁结者，加青皮、木香疏肝解郁。

### 虚火扰心证

病机：因年老或操劳烦神，虚火上浮，扰动心神所致。

治法：滋阴养脏，除烦安神。

推荐方药：

甘麦大枣汤（出自《金匱要略》）加减或甘麦大枣汤合镇肝熄风汤加减。（证据级别：II级）

组成：柴胡、枳实、甘草、浮小麦、大枣、怀牛膝、龙骨、牡蛎、白芍等。

加减：阵发性身热、面赤、汗出者，加麦冬、竹叶滋阴清热除烦；心烦不眠者，加百合、酸枣仁养心安神；呵欠频作者，加茯苓、白术、山茱萸、党参培补元气。

### 6.3.4 西药治疗策略及方案<sup>[6, 8]</sup>

药物治疗策略：首选非药物治疗，结合抗精神病类药物。缓解谵妄症状的药物治疗策略：（1）单药治疗比联合药物治疗好；（2）小剂量开始；（3）选择抗胆碱能活性低的药物；（4）治疗有效后应逐渐停药。

药物治疗方案：抗精神病药物可用于治疗谵妄，如氟哌啶醇、奥氮平、喹硫平、利培酮等。（1）氟哌啶醇：氟哌啶醇为治疗谵妄的常用药物，可采用小剂量口服或肌肉注射的方法，推荐剂量为0.5~2.0mg/2~12h；（2）奥氮平：奥氮平的锥体外系不良反应小于氟哌啶醇，可选择口服或舌下含服，口服起始量1.25~2.50mg/d；（3）利培酮：小剂量短期使用建议选择利培酮，可从小剂量开始，根据谵妄病情改善情况和不良反应逐渐加减药量。治疗周期一般1~2周，谵妄消失2天后可逐渐停药，在服药期间监测锥体外系不良反应，心电图QT间期及意识水平状态。经药物治疗后，若仍不能改善，建议重新评估谵妄诱因并给予治疗，或随访判断是否存在痴呆。苯二氮草类如：咪达唑仑、劳拉西泮等药物有诱发谵妄

的可能，故除药物戒断或酒精戒断引起的谵妄外，不推荐使用。

## 7 谵妄高危人群调护方案

谵妄调护方案<sup>[10, 11]</sup>：（1）照护人员能够使用谵妄筛查工具做到早发现，警惕高龄、髌部骨折、认知障碍、重病和大范围手术等谵妄高风险人群；（2）对患者及家属进行安抚、讲解和教育，医生应将谵妄的结果告知患者和家属，鼓励家属参与，并对患者家属或照护者进行谵妄预防和照护相关的健康教育，主要内容包括如何对谵妄进行预防及照护，协助提高应对谵妄发生的能力；（3）保证患者一般的生理需求（如充足的氧气、营养、睡眠等），预防谵妄并发症，如行动不便、跌倒、压力性损伤、脱水、营养不良等；（4）提供一个有利于患者康复的舒适环境，重视患者周围环境，注意房间灯光环境对病情的影响，房间内放置时钟和日历，减少人员和环境变化、减少噪音、保持通风和卫生，保持室内温度在22℃～26℃之间的舒适水平；（5）为患者提供支持和指导，照护患者时应遵医嘱，注意用药；（6）和患者保持良好的沟通和耐心，可多次向患者介绍熟悉的事物、亲朋和周围环境，邀请患者加入谈话，谈话内容与患者的过去保持联系；（7）识别和纠正潜在的风险因素，了解导致患者发生谵妄的原因，医源性因素或非医源性因素，如药物副作用、发烧、便秘、尿路阻塞、丧亲之痛、社会心理问题、文化和宗教问题；（8）医生应进一步调查以排除更严重的医疗问题；（9）必要时给予患者药物治疗；（10）转诊，医生应监测谵妄患者的恢复情况，如果没有好转，可以考虑转诊并进一步随访。

## 附录 A

(资料性)

### 编制说明 (列举)

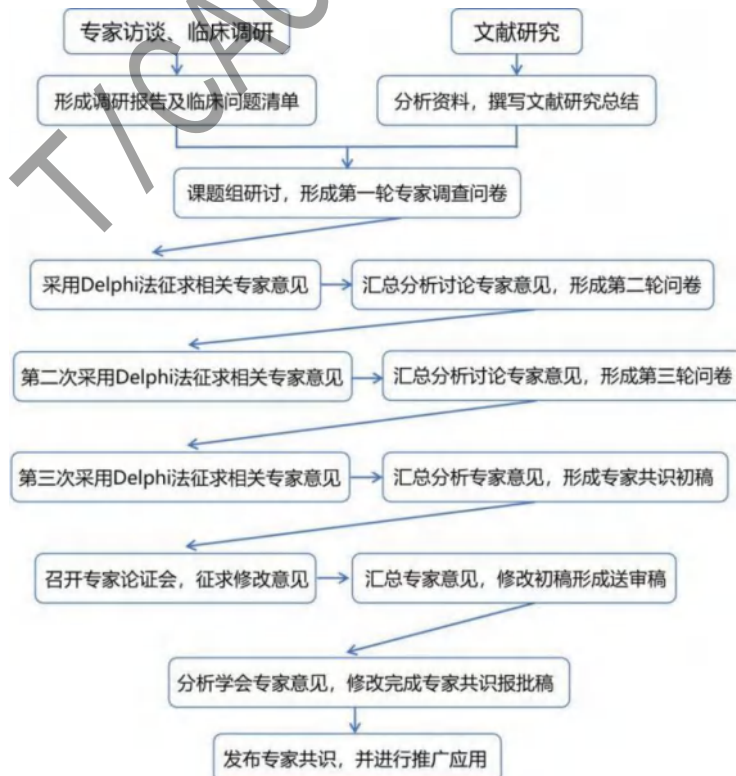
#### A1 编制依据和原则

(1) 本诊疗方案依据《中华中医药学会中医指南技术方案》的制定程序进行编制。

(2) 方案编制遵循的原则：主要以 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分：标准的结构和编写》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022 版）》有关规则为指导原则。具体制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及其相应的推荐意见形成、专家共识形成方法、共识初稿的自我评价等遵循相应的原则或标准。

(3) 技术内容：本共识的关键技术内容包括范围、规范性引用文件、术语和定义、诊断、危险因素、临床治疗与推荐意见、预防与调护等内容，详见本共识文本部分。本共识的编制严格按照规范步骤进行，首先成立项目组，开展 1 轮针对将近 100 名相关领域中西医临床一线医生的问卷调查，遴选出重要的临床问题，对临床问题进行 PICO 结构化；根据凝练出的问题开展证据的检索、评价和综合，基于所形成的证据体，分别开展老年人谵妄的证据质量评价和分级；基于分级结果，再次召开专家组共识会议，形成推荐意见和确定推荐强度。

#### A2 编制过程



## 附录 B

(资料性)

### 共识质量方法学策略

#### B1 临床证据的检索策略

电子检索中文和英文数据库。中文选用中国期刊全文数据库(CNKI)、中文科技期刊数据库(维普)、万方全文数据库,分别以“老年人谵妄”、“谵妄”、“急性脑综合征”为检索词,检索年限从建库到2021年8月的文献。外文选用PubMed、Clinical Trial、Agency for Healthcare Research and Quality、COCHRANE图书馆,以“delirium in older adults”、“delirium”等作为关键词,检索年限近15年内(2006年1月1日-2021年8月15日)的文献。选择中医及中西医结合治疗性文献作为评价对象,对于来自同一单位同一时间段的研究和报道以及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道,则选择其中一篇作为目标文献。

#### B2 证据评价分级

文献分级方法按“陈薇,方赛男,刘建平.基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J].中国中西医结合杂志,2019,39(03):358-364.”提出的“中医药临床研究证据的分级标准”实施。

中医药临床研究证据的分级标准

证据等级	有效性	安全性
I级	随机对照试验及其系统综述、N-of-1 试验系统综述	随机对照试验及其系统综述、队列研究及其系统综述
II级	非随机临床对照试验、队列研究、N-of-1 试验	上市后药物流行病学研究、IV期临床试验、主动监测(注册登记、数据库研究)
III级	病例对照研究、前瞻性病例系列	病例对照研究
IV级	规范化的专家共识 1、回顾性病例系列、历史性对照研究	病例系列/病例报告
V级	非规范化专家共识 2、病例报告、经验总结	临床前安全性评价,包括致畸、致癌、半数致死量、致敏和致毒评价

#### B3 证据等级升降级标准

证据等级升降级标准按“陈薇,方赛男,刘建平.基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J].中国中西医结合杂志,2019,39(03):358-364.”中提出实施。

##### B3.1 系统综述质量评价标准

降级的标准为:总分 9~10 分,不降级;3~8 分,降一级;0~2 分,降两级。

条目	评价指标
1	有明确的临床问题，并正确按照 PICO 原则进行结构化（2分）
2	纳入标准恰当（1分）
3	纳入研究的选择和数据提取具有可重复性（1分）
4	检索全面、提供了明确的检索策略（1分）
5	描述纳入研究的特征（1分）
6	评价和报道了纳入研究的方法学质量（1分）
7	数据综合方法正确（2分）
8	无相关利益冲突（1分）

### B3.2 RCT 方法学质量评价标准

降级的标准为：总分 7~8 分，不降级；5~6 分，降一级；0~4 分，降两级。

条目	评价项目	评价指标
		计算机产生的随机数字或类似方法（2分）
1	随机序列的产生	未描述随机分配的方法（0分） 采用交替分配的方法如单双号（0分） 中心或药房控制分配方案、或用序列编号一致的容器、现场计算机控制、密封不透光的信封或其他使临床医生和受试者无法预知分配序列的方法（1分）
2	随机化隐藏	未描述随机隐藏的方法（0分） 交替分配、病例号、星期日数、开放式随机号码表、系列编码信封以及任何不能防止分组可预测性的措施（0分） 未使用（0分） 采用了完全一致的安慰剂片或类似方法，且文中描述表明不会被破盲（2分）
3	盲法	未施行盲法，但对结果不会产生偏倚（2分） 只提及盲法，但未描述具体方法（1分） 未采用双盲或盲的方法不恰当，如片剂和注射剂比较（0分）
4	不完整结局报告	无研究对象失访（1分）虽然有研究对象失访，但与总样本对比，失访人数小且失访理由与治疗无关，失访情况对结果不会造成影响（1分） 未报告失访情况或失访情况会对结果造成偏倚（0分）
5	选择性报告结局	研究方案可及，未改变研究方案中的结局指标（1分）

		研究方案不可及，但是报告了该疾病公认的重要结局（1分）
		研究方案不可及，未报告该疾病公认的重要结局（0分）
		文章的结果部分与方法学部分的结局指标不符（0分）
6	样本含量	提供了样本含量估算公式，样本含量计算正确，保证足够的把握度（1分）
		未提及如何计算样本含量（0分）

### B3.3 N-of-1 试验方法学质量评价标准

降级的标准为：总分 7~9 分，不降级；0~6 分，降一级。

条目	评价项目	评价指标
1	随机序列的产生	计算机产生随机数字或类似方法（2分） 未描述随机分配的方法（0分） 采用交替分配的方法如单双号（0分）
2	随机化隐藏	中心或药房控制分配方案、或用序列编号一致的容器、现场计算机控制、密封不透光的信封或其他使临床医生和受试者无法预知分配序列的方法（1分） 未描述随机隐藏的方法（0分） 交替分配、病例号、星期日数、开放式随机号码表、系列编码信封以及任何不能防止分组可预测性的措施（0分） 未使用（0分）
3	盲法	采用了完全一致的安慰剂片或类似方法，且文中描述表明不会被破盲（2分） 未施行盲法，但对结果不会产生偏倚（2分） 只提及盲法，但未描述具体方法（1分） 未采用双盲或盲的方法不恰当，如片剂和注射剂比较（0分）
4	选择性报告结局	研究方案可及，未改变研究方案中的结局指标（1分） 研究方案不可及，但是报告了该疾病公认的重要结局（1分） 研究方案不可及，未报告该疾病公认的重要结局（0分） 文章的结果部分与方法学部分的结局指标不符（0分）
5	试验周期	试验周期 3 个及以上（1分） 试验周期 3 个以下（0分）
6	试验设计适合度	干预措施与疾病适合该设计类型（如试验药物进入体内能迅速起效，停药后可快速被清除；慢性疾病，在一段时期

		内症状稳定；罕见病等）（1分）
		干预措施或疾病不适合该设计类型（0分）
		洗脱期充足，前面干预对后面干预（残留效应）的影响较小（1分）
7	洗脱期	洗脱期不足，前面干预对后面干预（残留效应）的影响较大（0分）
		无洗脱期（0分）

#### B3.4 非随机对照试验质量评价标准

总分 8~10 分，不降级；0~7 分，降一级。

条目	评价指标
1	所定义的问题应该是精确的且与可获得文献有关（1分）
2	所有具有潜在可能性的患者（满足纳入标准）都在研究期间被纳入了（无排除或列出了排除的理由）（1分）
3	终点指标能恰当地反映研究目的（1分）
4	对客观终点指标的评价采用了评价者单盲法，对主观终点指标的评价采用了评价者双盲法。否则，应提出未行盲法评价的理由（1分）
5	随访时间足够长，以使得能对终点指标进行评估（1分）
6	失访率低于 5%（1分）
7	提供了样本含量估算公式，样本含量计算正确，保证足够的把握度（1分）
8	对照组应是能从已发表研究中获取的最佳干预措施（1分）
9	对照组与试验组应该是同期进行的（非历史对照）（1分）
10	对照组与试验组起点的基线标准应该具有相似性，没有可能导致结果解释产生偏倚的混杂因素（1分）

#### B3.5 非队列研究质量评价标准

降级的标准为：总分 7~8 分，不降级；0~6 分，降一级。

条目	评价项目	评价指标
1	样本含量	提供了样本含量估算公式，样本含量计算正确，保证足够的把握度（1分） 未提及如何计算样本含量（0分） 暴露组可以代表目标人群中的暴露组特征（1分）
2	暴露组的选择	未描述暴露组来源（0分） 暴露组与目标人群存在差异，会对结果产生偏倚（0分）

		非暴露组可以代表目标人群中的非暴露组特征 (1分)
3	非暴露组的选择	未描述非暴露组来源 (0分) 非暴露组与目标人群存在差异, 会对结果产生偏倚 (0分) 是否已经发生
4	研究开始时结局	否 (1分) 是 (0分) 研究控制了可能的混杂因素, 并使用一些手段使两组基线可比 (1分)
5	组间可比性	研究未报告可能存在哪些混杂因素及采取的手段 (0分) 两组基线指标不可比 (0分)
6	随访时间	随访时间足够长 (1分) 随访时间不充分, 可能观测不到某些结局的发生 (0分) 无研究对象失访 (1分)
7	失访情况	虽然有研究对象失访, 但与总样本对比, 失访人数小且失访理由与治疗无关, 失访情况对结果不会造成影响 (1分) 未报告失访情况或失访情况会对结果造成偏倚 (0分) 盲法评价结局 (1分) 客观结局, 不容易受评价者主观影响 (1分)
8	结局评价方法	档案记录 (0分) 主观结局, 且容易受到评价者或被评价者主观影响 (0分) 未报告评价方法 (0分)

### B3.6 病例对照研究质量评价标准

降级的标准为: 总分 7~8 分, 不降级; 0~6 分, 降一级。

条目	评价项目	评价指标
1	样本含量	提供了样本含量估算公式, 样本含量计算正确, 保证足够的把握度 (1分) 未提及如何计算样本含量 (0分)
2	病例的确定	有明确的诊断标准 (1分) 诊断标准不明确或缺失 (0分)
3	病例组的选择	病例组可以代表目标人群中的暴露组特征 (1分) 未描述病例组来源 (0分) 病例组与目标人群存在差异, 会对结果产生偏倚 (0分)
4	对照组的选择	对照组可以代表目标人群中的非暴露组特征 (1分) 未描述对照组来源 (0分) 对照组与目标人群存在差异, 会对结果产生偏倚 (0分)

5	组间可比性	研究控制了可能的混杂因素，并使用一些手段使两组基线可比（1分） 研究未报告可能存在哪些混杂因素及采取的手段（0分） 两组基线指标不可比（0分） 可靠的记录（如手术记录），不会受回忆偏倚影响（1分） 在盲法的情况下，采用结构化调查获得（1分）
6	暴露因素的测量	在非盲的情况下进行的调查（0分） 书面的自我报告或病例记录（0分） 无描述（0分）
7	暴露的确定方法	病例和对照采用了相同的方法确定（1分） 病例和对照未采用相同的方法确定（0分） 两组的无应答相同（1分）
8	无应答率	无描述（0分） 两组的无应答率不同且没有说明原因（0分）

---

T/CACM 公示稿

## 参考文献

- [1] 董碧蓉, 于普林. 重视老年人谵妄的识别和管理[J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(10):1113-1115.
- [2] 李艳艳, 原大江, 李小雅, 等. ICU 流行病学参考文献 ICU 患者谵妄及谵妄持续时间危险因素分析[J]. 中华危重病急救医学, 2020, 32(1):62-66.
- [3] 廖玉麟, 岳冀蓉, 董碧蓉, 等. 老年住院患者发生谵妄的危险因素[J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(12):1386-1389.
- [4] Lima B R D, Nunes B K G, Guimarães L C D C, et al. Incidence of delirium following hospitalization of elderly people with fractures: risk factors and mortality[J]. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2021, 55.
- [5] Inouye S K, Westendorp R G, Saczynski J S. Delirium in elderly people[J]. The Lancet, 2014, 383(9920):911-922.
- [6] 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.
- [7] 罗爱林, 张杰. 2017 版欧洲麻醉学会《基于循证和专家共识的术后谵妄指南》解读[J]. 临床外科杂志, 2018, 26(01):29-33.
- [8] 中华医学会老年医学分会. 老年患者术后谵妄防治中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2016, 35(12):1257-1262.
- [9] 汤铂, 王小亭, 陈文劲, 等. 重症患者谵妄管理专家共识[J]. 中华内科杂志, 2019, 58(2):108-118.
- [10] 孔婵, 王玫, 徐嘉琦, 等. “老年人谵妄、痴呆和抑郁的评估和护理”临床实践指南(2016 版)谵妄部分解读[J]. 护理研究, 2021, 35(15):2633-2636.
- [11] 田家利, 张素. 从谵妄管理指南谈成人住院患者谵妄的评估及非药物干预[J]. 中华急危重症护理杂志, 2020, 1(03):212-215.