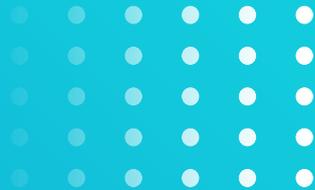




中等职业教育护理专业“双元”新形态教材



老年护理

L A O L I A N H U L I



主编：高竹林 曾慧 敖琴英

主讲：杨慧娟 盛丽娟



老年护理



第六章

常见老年综合征的评估与护理



目录

- > 第一节 概述
- > 第二节 跌倒
- > 第三节 吞咽障碍
- > 第四节 营养不良
- > 第五节 衰弱
- > 第六节 尿失禁
- > 第七节 便秘
- > 第八节 睡眠障碍
- > 第九节 疼痛
- > 第十节 压力性损伤

第一节 概述

一、老年综合征概念及特点

1. 概念

老年综合征（geriatric syndrome, GS）是指老年人因老化、多种疾病或多种原因导致同一临床表现的非典型症状或非特异性症候群。常见老年综合征包括：抑郁症、睡眠障碍、尿失禁、认知障碍、谵妄、疼痛、药物不合理应用和跌倒等。

一、老年综合征概念及特点

(1) 年龄相关性

(2) 非特异性



特点

(3) 隐匿性

(4) 多因一果

二、老年综合征的护理评估

A

整体评估量表

系统、全面地评估多种老年综合征的量表

B

单一评估量表

单个老年综合征的评估量表

三、老年综合征的管理

1. 评估结果提示躯体活动能力良好、无焦虑和抑郁、营养状况良好、认知功能正常、非衰弱、无肌少症的老年人，可进入传统的老年慢性疾病管理模式，或单科会诊模式。

2. 评估结果提示合并跌倒高风险、躯体活动能力明显下降、焦虑、抑郁、谵妄、营养不良、认知功能减退、尿失禁、大便失禁、衰弱或肌少症的老年综合征高危人群，建议启动多学科团队管理模式，以多学科团队为支撑，制定出有效的管理方案，全面又个体化的实施老年病治疗新模式。

三、老年综合症的管理

3. 对老年综合评估结果提示高危人群，但考虑由于某种急性疾病引起老年综合症加剧，建议进一步专科诊治解决急性病问题。
4. 合并老年综合症的老年人经多学科团队处理后，症状加剧、功能恶化，考虑由系统疾病状态加剧引起的，也建议转专科进一步处理急性事件。

第二节 跌倒

一、跌倒的概念

跌倒 (falling down) 指突发不自主的、非故意的体位改变, 包括倒在地上或更低的平面上, 但不包括靠在墙壁或家具上的情况。按照国际疾病分类 (ICD-10) 跌倒分为两类, 在同一平面的跌倒和从一个平面至另一个平面的跌倒。、睡眠障碍、尿失禁、认知障碍、谵妄、疼痛、药物不合理应用和跌倒等。



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



健康史

01

一般资料：评估老年人有无跌倒史、疾病情况、近期有无急性疾病或慢性疾病急性发作、有无视力障碍、有无使用特殊药物

02

危险因素：跌倒的危险因素可分内在危险因素和外在危险因素



环境因素

包括室内环境和公共环境。室内光线不良、地面湿滑、台阶或地面有落差、过道有障碍物、无扶手、床或座椅过低等均是老年人跌倒的危险因素。



环境因素

老年人的教育水平、经济水平、卫生保健水平、享受社会服务和卫生服务的途径、公共环境安全设计、是否独居、社会交往都会影响老年人跌倒的发生



跌倒前表现

跌倒前可能出现前驱症状，如头晕、眩晕、失衡感、心悸等。



跌倒后表现

老年人跌倒后会导致各种损伤，其中50%会引起软组织损伤及内脏损伤，10%出现严重损伤，5%出现骨折。



辅助检查

01

体格检查



02

实验室及其他检查



03

筛查量表





(1) Morse跌倒风险评估量表

项目	评分标准	分值
跌倒史	无=0 有=25	
超过一个医学诊断	无=0 有=15	
使用行走辅助工具	否、卧床=0 拐杖、助步器、手杖=15 扶靠家具行走=30	
静脉输液或使用肝素	否=0 是=20	
步态	正常、卧床不能移动=0 双下肢软弱乏力=10 残疾或功能障碍=20	
认知状态	量力而行=0 高估自己或忘记自己受限制=15	
总得分		

结果：0~24分提示无跌倒风险；25~45分为跌倒低风险；>45分为跌倒高风险



(2) 托马斯跌倒风险评估表

序号	项目	得分	
1	最近一年内或住院中发生过跌倒	否=1	是=2
2	意识不清、无定向感、躁动不安（任一项）	否=1	是=2
3	主观视觉不佳，影响平时生活能力	否=1	是=2
4	有无尿失禁或尿频	否=1	是=2
5	活动无耐力，只能短暂站立，需协助或使用辅助器 下床	否=1	是=2
总分			

结果：得分越高，提示跌倒风险越大，得分大于2分，为跌倒高危病人。

心理-社会评估

心理、社会因素可增加跌倒的风险，需要注意评估病人是否存在沮丧、抑郁、焦虑、情绪不佳、害怕跌倒的情况。另外需要评估老年人的经济状况、教育文化、卫生保健水平、就医途径、是否独居、与社会交往联系的程度、居住环境等社会因素。

三、常见护理诊断/问题

1. 有受伤的危险 与跌倒有关。
2. 疼痛 与跌倒后损伤有关。
3. 恐惧 与害怕再跌倒有关。
4. 移动能力障碍 与跌倒后损伤有关。
5. 如厕自理缺陷 与跌倒后损伤有关。
6. 健康维护能力低下 与缺乏跌倒相关知识有关。

四、护理计划与实施

及时识别发生跌倒的原因。应积极开展老年人跌倒的干预，去除危险因素，预防跌倒的发生

去除危险因素

安全转移
病情观察
完善相关检查
症状处理
骨折后处理
急救处理

跌倒后的处理

跌倒可导致严重的并发症，识别并减少跌倒危险因素，预防跌倒发生非常重要

安全防范

应鼓励老年人保持乐观情绪，适当娱乐，保持良好的人际交往，调整和控制不良情绪

心理护理

知识宣教
生活指导
合理用药
适当的辅助工具
合适的生活环境

健康教育

第三节 吞咽障碍

一、吞咽障碍的概念

吞咽障碍（dysphagia）是由于多种原因导致不能安全有效地把食物由口送到胃内的一种临床表现，是临床常见的老年综合征之一。吞咽过程包括认知期/口腔前期、口腔准备期、口腔推进期/口腔期、咽期和食管期5个阶段，任何阶段发生功能障碍都会导致吞咽运动受阻，发生进食困难。



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



01

一般资料：评估病人基本情况，了解口腔功能，评估进餐习惯，评估全身情况

02

危险因素：包括年龄、疾病因素、进食情况、食物的质地



临床表现

吞咽障碍常见的临床表现有：进食速度减慢、口水或食物从口中流出、长时间将食物停留在口腔内不吞咽、食物或水从鼻腔流出（鼻腔返流）、食物粘在口腔或喉部、进食或喝水时出现呛咳；进食习惯改变、不能进食某些食物、需要额外液体将食物湿化或帮助吞咽；声音嘶哑、咳嗽、喘鸣、哽咽、频繁清理口腔；咀嚼困难或疼痛；反复发作的肺炎、不明原因的发热、体重下降等



辅助检查

01

吞咽障碍筛查：EAT-10、洼田饮水试验、反复唾液吞咽试验、染料测试



02

吞咽功能临床评估：
进食评估、其他吞咽
功能评估



03

仪器类检查：吞咽造影录像检查、吞咽纤维内镜检查等



进食评估工具-10中文版量表 (EAT-10)

问题	得分			
	0没有	1轻度	2中度	3重度 4严重
1. 我的吞咽问题已经使我体重减轻				
2. 我的吞咽问题影响到我在外就餐				
3. 吞咽液体费力				
4. 吞咽固体食物费力				
5. 吞咽药片（丸）费力				
6. 吞咽时有疼痛				
7. 我的吞咽问题影响我享用食物时的快感				
8. 我吞咽时有食物卡在喉咙里的感觉				
9. 我吃东西时会咳嗽				
10. 我吞咽时感到紧张				

结果：评估结果大于2分需要进一步进行评估



洼田饮水试验

分级	判断
I. 可一次喝完，无噎呛	正常：Ia级，5秒内完成
II. 分两次以上喝完，无噎呛	可疑：Ib级，5秒以上完成； II级
III. 能一次喝完，但有噎呛	异常：III、IV、V级
IV. 分两次以上喝完，且有噎呛	
V. 常常呛住，难以全部喝完	

反复唾液吞咽试验

病人端坐位，检查者将手指放在病人的喉结及舌骨处，病人快速反复的做吞咽动作，感受舌骨随吞咽的运动，观察30秒内病人吞咽的次数和喉上提的幅度，30秒内吞咽少于3次确认为吞咽功能异常



染料测试

适用于气管切开的病人，方法是给病人进食一定量的蓝色染料混合食物，吞咽后观察或用吸痰器在气管套管中抽吸，确认是否有蓝色染料食物。

进食评估

操作方法：选择合适的测试容积，分为少量（5ml）、中量（10ml）、多量（20ml）；选择合适稠度，分为低稠度（水样）、中稠度（浓糊状）、高稠度（布丁状）。按照不同的组合方式进行测试，共需要进行9次进食，通过观察病人的吞咽情况，从安全性和有效性指标判断进食有无风险

进食评估

安全性指标包括：①咳嗽，提示部分食物进入呼吸道，可能发生误吸。②音质变化，吞咽后声音变得湿润或沙哑，提示可能发生了渗漏或误吸。③血氧饱和度水平下降，当基础血氧饱和度下降5%，提示发生误吸。

有效性指标包括：①唇部闭合，闭合不完全导致部分食物漏出。②口腔残留，提示舌的运送能力受损，导致吞咽效率低。③咽部残留，提示咽部食物清除能力受损。④分次吞咽，提示摄取有效性降低



心理-社会评估

评估病人及照护人员对疾病的认知及接受程度，判断有无焦虑抑郁、社交隔离等情况

三、常见护理诊断/问题

1. 吞咽障碍 与老化、进食过快、食物过硬或过黏、疾病原因等有关。
2. 有窒息的危险 与摄食-吞咽功能减弱有关。
3. 有急性意识障碍的危险 与有窒息的危险有关。
4. 焦虑 与担心窒息而紧张有关。
5. 恐惧 与担心窒息而害怕有关。

四、护理计划与实施

海姆立克手法

环甲膜穿刺

急性期噎食的处理

确认管道位置

鼻饲营养液要求

喂食体位

喂食的温度和速度

并发症的观察与护理

鼻饲护理

进食环境选择、食物选择及调配、餐具选择、调整进食的量和速度、进食体位等

恢复期护理

指导病人及照护人员掌握噎食的救护方法

吞咽功能锻炼指导

健康教育

海姆立克手法

对于意识清醒病人急救时嘱病人头部略低、嘴张开，施救者立于病人身后双臂环绕病人腰部，一手握拳，将拳头的拇指侧顶在病人的上腹部（肚脐上方两横指），另一手包住握拳的手，向后上方用力冲击、挤压上腹部，压后随即放松，重复5~6次；对于意识不清醒病人，置病人平躺于地板上，仰卧，头偏一侧并后仰，充分开放气道。施救者骑跨于病人髋部或病人一侧，一手掌跟置于病人脐和剑突之间，另一手置于其上，迅速有力向内上方冲击 5~6次。

环甲膜穿刺

意识不清醒的病人发生异物堵塞呼吸道时，还可以选择环甲膜穿刺。将病人置于平卧位，肩胛下方垫高，颈部伸直，摸到环甲韧带（在喉结下），稳准的刺入一个粗针头（12~18号）于气管内，暂时缓解缺氧状态，争取抢救时间，必要时配合医生行气管切开术。

鼻饲护理

(1) 确认管道位置：每次注食前，先确定胃管位置，可以用注射器经胃管回抽胃液，或置听诊器于老年人胃部，快速经胃管注入10ml空气，听气过水声。如不能抽出胃内容物或管端在十二指肠或空肠时，X射线是证实鼻饲管位置首选的检测手段。持续鼻饲病人，每4h评估1次胃管的位置。

鼻饲护理

(2) 鼻饲营养液要求：鼻饲营养液最好现配现用，冷藏保存（<24h）。

(3) 喂食体位：如病情允许，鼻饲时床头应抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ ，并至少保持半卧位到鼻饲结束后30min。

鼻饲护理

(4) 喂食的温度和速度：鼻饲食物温度以 $38^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 为宜，避免过冷、过热。每次鼻饲量不超过200ml；鼻饲完后用温开水冲净胃管；喂食间隔时间大于2h。胃内连续性喂养时，鼻饲喂养速度从慢到快，根据耐受量逐步增量，第一日以 $20\sim 50\text{ml/h}$ 速度开始，次日逐渐加至 $80\sim 100\text{ml/h}$ ，当日喂养量约12~24h内输注完毕。注意定时冲洗导管，防止堵管，定期更换导管。连续鼻饲时，每4h用 $20\sim 30\text{ml}$ 温水脉冲式冲管一次。

(5) 并发症的观察与护理：鼻饲营养是一种简便、安全、有效的营养支持方法。但如果使用不当，也会发生一些并发症，增加痛苦，影响疗效。主要表现为腹泻、恶心、呕吐、倾倒综合征、便秘、吸入性肺炎、代谢性并发症等，临床中需要注意观察和预防，及时处理。

恢复期护理

(1) 进食评估：评估病人的意识状态和吞咽功能。病人需意识清醒，全身状态稳定，能产生吞咽反射，少量误咽能通过随意咳嗽咳出。

(2) 环境准备：进餐的环境宜安静、舒适，让病人尽量保持轻松、愉快的心情，进餐时不要大声说话，以促进食欲，减少呛咳，增加进食的安全性。

恢复期护理

(3) 食物选择：食物的种类及比例选择，以均衡营养为主，可根据实际情况考虑特殊营养成分的补充，需要避免有刺、干硬、黏性较强、过冷、过热的食物，少食辛辣、刺激食物，不过量饮酒。对于食物质地选择应根据容积黏度测试的结果，选择适合病人稠度的食物，吞咽障碍病人容易吞咽的食物应符合以下要求：①密度均匀；②黏性适当、不易松散；③有一定硬度，通过咽和食管时易变形且很少在黏膜上残留；④稠的食物比稀的安全，因为它能较满意地刺激触、压觉和唾液分泌，使吞咽变得容易；⑤兼顾食物的色、香、味及温度等。

恢复期护理

(4) 餐具选择：根据病人的功能情况尽量选用适宜的餐具，应充分考虑安全性、方便、实用性，以便顺利地完成进食。餐具选择应注意：

- ①勺：选择加粗手柄、勺面光滑、边缘钝厚，容量5~10ml的勺子，便于抓握，可以准确舀取食物及控制每勺食物量，不会损伤口腔黏膜。
- ②杯：选择切口杯等杯口不会接触病人鼻部的杯子，可以方便病人饮水。
- ③碗：选择广口平地碗或边缘倾斜的盘子，在碗底放置防滑垫，避免病人舀取食物时碰翻碗。

恢复期护理

(5) 进食的要求：进食时应把食物放在口腔最能感觉食物的位置，最好把食物放在健侧舌后部或健侧颊部，这样有利于食物的吞咽。

对病人进行摄食训练时，需要进行一口量的确定，如果一口量过多，食物将从口中漏出或引起咽残留导致误咽；过少，则会因刺激强度不够，难以诱发吞咽反射。一般正常人每口量：①稀液体5~20ml；②果酱或布丁5~7ml；③浓稠泥状食物3~5ml；④肉团平均为2ml。也可以根据VVST的评估结果分级酌情增加。



老年吞咽障碍病人协助喂食的方法

项目	具体内容
辅助用具	确保有义齿、眼镜、助听器或其他辅助工具以方便进食
照护者和老年人位置	照护者与病人座椅保持同一水平面，视线与病人接触
喂食速度相当	调整进食的速度和每口喂食的量，避免过快或强迫进食
促进老年人张口进食	流质和固体食物交替
喂食到恰当位置	根据病人情况，调整喂食到口腔的不同位置（如病人左边面瘫，从右边进食）；对于频繁发生呛咳的病人，可用汤匙将少量食物送至舌根处，让病人吞咽，待完全咽下，张口确认后再送食物
确保安全	病人发生呛咳时立即暂停进食，待呼吸平稳后，再喂食；若病人频繁呛咳且严重，停止进食

恢复期护理

(6) 进食前后护理：①口腔与咽的清洁：进食前后口腔与咽的清洁对于吞咽障碍病人预防肺部感染非常重要，在进食前应及时清理痰液及分泌物。体位引流、机械辅助排痰也能预防肺部感染，促进病人康复。②进食记录：了解病人进食前后情况，追踪进食效果，了解病人进食的动态变化，从而更精准地实施个体化治疗方案，达到病人安全有效进食的目的。

健康教育

吞咽功能锻炼指导：①面部肌肉锻炼：包括皱眉、鼓腮、露齿、吹哨、龇牙、张口、咂唇等。②舌肌运动锻炼：伸舌，使舌尖在口腔内左右用力顶两颊部，并沿口腔前庭沟做环转运动。③软腭的训练：张口后用压舌板压舌，用冰棉签于软腭上做快速摩擦，以刺激软腭，病人发“啊”“喔”声音，使软腭上抬，利于吞咽。通过吞咽功能锻炼促进吞咽功能的康复或延缓吞咽功能障碍的恶化，预防噎呛的再发生。

第四节 营养不良

一、营养不良的概念

营养不良 (malnutrition) 指人体从食物中获取蛋白质、能量或其他营养素等不足或过量而导致的营养不足或营养过剩的状态，对机体组成、功能和临床结局有害。老年人群是营养不良的高危人群，多为营养不足，主要表现为蛋白质-能量营养不良或微营养素缺乏，中华医学会肠外肠内营养学分会提出营养不良诊断标准为体重指数 (body mass index, BMI) $<18.5\text{kg}/\text{m}^2$



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



01

一般资料：了解病人的年龄、性别、身高、体重、受教育程度、饮酒情况、经济水平、生活环境、居住情况、宗教信仰、疾病史、饮食习惯等

02

危险因素：包括生理因素、病理因素、药物因素、社会经济与心理因素



临床表现

1

体质量下降

病人体质量下降，逐渐消瘦，抵抗力和应激能力下降，易反复感冒

2

肌肉力量下降

肌力的减弱往往不易察觉且不易量化，老年人自感乏力，生活中容易被忽视

3

日常生活活动能力下降

表现为活动无耐力，活动范围减少，日常生活能力下降甚至失能

4

其他特殊表现

如微量元素缺乏引起的眼睛干涩、视物不清，皮肤干燥脱屑，指甲缺乏光泽，头发干燥易断等

辅助检查

01

实验室检查：包括血清白蛋白、血红蛋白、免疫功能测定等



02

人体测量指标：体重、BMI、上臂围、小腿围、腰围、上臂肌围、肱三头肌皮褶厚度等



03

量表评估：简易微型营养评定法、营养风险筛查2002



实验室检查

(1) 血清白蛋白：血清白蛋白对营养不良时合成蛋白质前体的氨基酸缺乏反应比较敏感。35~55g/L为正常值，30~35g/L为轻度营养不良，25~30g/L为中度营养不良，<25g/L为重度营养不良。

(2) 血红蛋白：男性120~160g/L为正常，<120g/L为贫血；女性110~150g/L为正常，<110g/L为贫血。

(3) 免疫功能测定：免疫系统的变化可以测定是否有免疫功能缺陷。体液免疫功能测定和细胞免疫功能测定是常用的两类测定指标。

(4) 其他：尿素氮、肌酐、维生素及微量元素等测定也可为营养不良的诊断提供依据。

人体测量指标

(1) 体重：体重是营养评定最简单且常用的可靠指标。标准体重 (kg) 为身高 (cm) - 105, BMI 为体重 (kg) / 身高² (m²)。在我国成人 BMI < 18.5 kg/m² 为体重过低, 结合临床情况判断是否为营养不足, 18.5 kg/m² ≤ BMI < 24.0 kg/m² 为体重正常, 24.0 kg/m² ≤ BMI < 28.0 kg/m² 为超重, BMI ≥ 28.0 kg/m² 为肥胖

人体测量指标

(2) 皮褶厚度：皮褶厚度是判断皮下脂肪含量的一项重要指标。肱三头肌皮褶厚度代表四肢，肩胛下皮褶厚度代表躯体。①肱三头肌皮褶厚度：被测者立位，用左手拇指和食指将上臂背侧中点（肩峰至尺骨鹰嘴的中点）以上约1cm处的皮肤和皮下组织轻轻捏起，皮褶与上臂纵轴平行，右手持卡尺在3秒内测定中点处皮褶厚度，放松皮褶后再次测量，连测三次，取平均值。我国参考标准男性为8~10mm，女性为12~16mm。②肩胛下皮褶厚度：用左手拇指和食指将肩胛角边缘处的皮肤和皮下组织轻轻捏起，皮褶与水平线成45度角，并向上斜向体中线，右手持卡尺测量肩胛角下1cm处的皮褶，方法同上。

人体测量指标

(3) 上臂围：手臂自然下垂，上臂松弛，上臂中点（肩峰至尺骨鹰嘴突连线中点）处用软尺测量臂围。上臂围标准值男性为27.5cm，女性为25.8cm。测量值大于标准值的90%为营养正常，80%~90%为轻度营养不良，60%~80%为中度营养不良，低于60%则为重度营养不良。

人体测量指标

(4) 腰围：自然站立，被测者双脚分开25~30cm，测量位置在水平位髂前上棘和第12肋下缘连线的中点，沿水平方向围绕腹部一周，紧贴而不压迫皮肤，在正常呼气末测量腰围的长度，准确至1mm

简易微型营养评定法

条目	描述	得分
1. 过去3个月内有没有因为食欲不振、消化问题、咀嚼或吞咽困难而减少食量?	0: 食量严重减少; 1: 食量中度减少 2: 食量没有减少	
2. 过去3个月内体重下降的情况	0: 大于3kg; 1: 不知道 2: 1~3kg; 3: 体重没有下降	
3. 活动能力	0: 需长期卧床或坐轮椅; 1: 可以下床或离开轮椅, 但不能外出 2: 可以外出	
4. 过去3个月内有没有受到心理创伤或患急性疾病?	0: 有; 2: 没有	
5. 精神心理问题	0: 严重痴呆或抑郁; 1: 轻度痴呆 2: 没有精神心理问题	
6A. BMI (kg/m ²)	0: <19; 1: 19≤BMI<21 2: 21≤BMI<23; 3: BMI≥23	
6B. 小腿围 (cm)	0: <31cm; 3: ≥31cm	
总分		

结果：12~14分为正常营养状况，8~11分为有营养不良的风险，0~7分为营养不良

营养风险筛查2002

疾病严重程度	营养状况	年龄	评分
	正常营养状况	≤70岁	0
髌骨骨折、慢性疾病有急性并发症；肝硬化、慢性阻塞性肺病、长期血液透析、糖尿病、恶性肿瘤	3个月内体重丢失大于5%，或前一周的食物摄入量低于正常食物需求的50%~75%	>70岁	1
腹部大手术、脑卒中、重症肺炎、血液系统恶性肿瘤	2个月内体重丢失大于5%，或者体重指数为18.5~20.5，且基本营养状况差；或前一周的食物摄入量为正常食物需求量的25%~50%		2
头部损伤、骨髓移植、重症监护的病人（APACHE II >10）	1个月内体重丢失大于5%（3个月内大于15%）；或体重指数小于18.5且基本营养状况差；或前一周的食物摄入量为正常食物需求量的0%~25%		3

结果：三个部分，评分相加，如总分>3分，评定为具有营养风险，予营养干预；如总分<3分，每周进行1次营养筛查

心理-社会评估

老年人退休、收入下降、社交隔离、孤独、焦虑、抑郁等因素都可导致营养不良的发生，营养不良发生后会增加疾病发生的风险，影响疾病的预后和转归，也会增加病人及照护者的焦虑、抑郁等情绪。

三、常见护理诊断/问题

1. 营养失调：低于机体需要量 与热量和/或蛋白质摄入不足或消耗过多有关。
2. 活动无耐力 与营养不良有关。
3. 焦虑 与进食减少、生活质量受影响有关。
4. 知识缺乏 缺乏营养不良的病因及防治相关知识。

四、护理计划与实施

定期评估营养不良程度及其对老年人的影响

病情观察

促进食欲
均衡营养
少食多餐
足量饮水

饮食护理

治疗应该遵循五阶梯治疗原则：
首先选择营养教育，然后依次向上晋级选择口服营养补充、全肠内营养、部分肠外营养、全肠外营养

营养支持

营养干预
坚持运动锻炼
调节不良心理
定期健康体检

健康教育

饮食护理

1. 促进食欲 准备适合就餐的环境，空气新鲜，温度适宜，就餐前做好清洁卫生。食物提供合适的烹饪方式，建议采取烩、蒸、煮、炖、煨等方式，少用煎炸、熏烤等方法制作食物，同时注意食物搭配，可以根据老年人的饮食习惯和个体营养状况搭配，采用多种烹饪方式或变换食谱，以提高老年人的食欲。

饮食护理

2. 均衡营养 推荐老年人每天摄入12种以上的食物，其中总能量的20%~30%来自脂肪，45%~60%来自碳水化合物，15%~20%来自蛋白质。根据中国居民平衡膳食餐盘（2016）指导意见，膳食中应包含谷类、蔬菜、水果、鱼肉、豆类及奶制品，老年人更应注意多进食富含优质蛋白质的动物性食物，如红肉、鱼类、乳类及大豆制品。根据中国老年病人肠外肠内营养应用指南（2020）建议，对于肾脏功能正常的老年病人每天应增加1.2~1.5g/kg的蛋白质目标摄入量，能量维持在20~30kcal/（kg·d）。

饮食护理

3. 少食多餐 老年人容易出现牙齿松动和缺失的情况，对此应尽快安装合适的假牙，更好的进餐。有自理能力的老年人鼓励自己进餐，自理受限的老年人可以协助进餐，完全不能自理的老年人可以由照护人员喂饭。注意少食多餐，老年人可以采用三餐两点制或三点制，其中正餐占全天能量的20%~25%，每次加餐占5%~10%。

饮食护理

4. 足量饮水 老年人每天保证足够的饮水量在1500~2000ml，可以少量多次，主动饮水，首选温热的白开水，每次50~100ml。

营养支持

1. 口服营养补充 当病人进食量不足目标需要量的80%时，推荐使用口服营养补充，在两餐间使用，摄入量至少400kcal/d，蛋白质至少30g/d。
2. 管饲喂养护理 对于昏迷、吞咽障碍经口摄入不能或不足、经口摄入低于目标需要量50%~60%的病人需要考虑使用管饲。鼻胃管/鼻肠管适用于短期内接受肠内营养的老年病人，超过4周需要考虑长期置管进行营养支持。

营养支持

3. 肠外营养护理措施 肠外营养 (parenteral nutrition, PN) 指经中心静脉或周围静脉置管, 为无法经胃肠道摄取营养物质或摄取的营养物质不能满足自身代谢需要的病人提供营养要素, 包括碳水化合物、氨基酸、脂肪乳、水溶性及脂溶性维生素、微量元素等。当病人肠道不耐受或者各种原因不能进行肠内营养时可考虑使用肠外营养。在肠外营养输注过程中应密切监测病人临床表现、摄入量、出入水量、输液管道、体重等。

第五节 衰弱

一、衰弱的概念

衰弱 (frailty) 是指老年人身体储备能力下降, 导致易感、易损性显著上升, 抵抗应激状况的功能衰退的持续性、非特异性病理状态, 它是一种与增龄相关的老年综合征, 核心是老年人生理储备减少或者多系统异常, 外界较小的刺激如感染、服用新药、便秘或尿潴留等, 即可引起负性临床事件的发生, 这一非特异性状态显著增加老年人发生多种不良健康事件的风险, 包括失能、跌倒、骨折、急性疾病、恢复缓慢甚至死亡等。



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



01

一般资料：评估老年人年龄、性别、婚姻状况、教育程度、职业、饮食习惯、生活方式等，同时注意评估老年人的生长发育史、疾病史、有无多重用药问题、家族史等。

02

危险因素：危险因素可分为不可干预危险因素和可干预危险因素



危险因素

01

不可干预危险因素：包括遗传、年龄和性别，其中不同种族基因的多态性可能影响衰弱的临床表现，年龄增加衰弱发生率增高，女性的衰弱发生率高于男性。

02

可干预危险因素：主要包括社会经济状况、不良生活方式、跌倒、营养不良、不合理用药、心理状况等

临床表现

1

非特异性表现

包括疲劳、无法解释的体重降低和反复感染等。衰弱是缓慢、逐渐发展的，早期表现为疲劳和步速减慢。

2

跌倒

平衡和步态受损是衰弱的主要特征，衰弱的老人即使轻度疾病也会导致肢体平衡受损，不足以维持完整的步态，易出现跌倒等情况

3

谵妄

衰弱老人多伴有脑功能下降，应激时可导致脑功能失调加剧而出现谵妄。

4

波动性失能

病人可出现功能状态的急剧变化，常常表现为功能独立和需要他人照顾交替出现



辅助检查

01

整体评估



02

Fried衰弱表型



03

FRAIL量表



04

其他



整体评估

如果出现一种或一种以上下述症状，怀疑患有衰弱，需进行重点筛查：

- (1) 跌倒：如轰然跌倒、骨折、被发现躺在地上。
- (2) 不能动：突然不能动、无力感、在厕所出不来等。
- (3) 谵妄：急性意识改变、较前恶化或短期记忆下降。
- (4) 失禁：有新发现或较前恶化的大、小便失禁。
- (5) 对某些药物的不良反应敏感等。

Fried衰弱表型

序号	项目	男性	女性
1	体重下降	过去1年中，不明原因出现体重下降 >4.5kg或>5%体重	
2	行走速度下降 (4.6米)	身高≤173cm: ≥7s 身高>173cm: ≥6s	身高≤159cm: ≥7s 身高>159cm: ≥6s
3	握力 (kg)	BMI≤24.0: ≤29 BMI 24.1~26.0: ≤30 BMI 26.1~28.0: ≤30 BMI>28.0: ≤32	BMI≤23.0: ≤17 BMI 23.1~26.0: ≤17.3 BMI 26.1~29.0: ≤18 BMI>29.0: ≤21
4	体力活动少 (MLTA)	<383kcal/周 (约散步2.5h)	<270kcal/周 (约散步2h)
5	疲乏	CES-D的任一问题得分2-3分 您过去一周内以下现象发生几次? (1) 我感觉到每件事都需要经过努力 (2) 我不能向前行走 0分: <1天; 1分: 1~2天; 2分: 3~4天; 3分: >4天	

结果：符合3条及以上者可诊断为衰弱，1~2条为衰弱前期，0条为无衰弱



FRAIL量表

项目	问题	Yes	No
疲劳 (Fatigue)	上周多数时间您感到做每件事都很费力?	1分	0分
阻力 (Resistance)	您能上一层楼梯吗?	0分	1分
步行 (Ambulation)	您能行走一个街区的距离 (500米) 吗?	0分	1分
疾病 (Illness)	您患有5种以上的疾病吗?	1分	0分
体重下降 (Loss)	您在最近一年内体重下降超过5.0%了吗?	1分	0分

结果：得分3分及以上为衰弱，1-2分为衰弱前期。

其他评估工具

衰弱评估工具有很多种，其他常见的评估方法包括衰弱指数、蒂尔堡衰弱评估量表、加拿大临床衰弱评估量表等

心理-社会评估

对于衰弱老年人还需要评估病人有无焦虑、抑郁等情绪，经济情况，是否独居等。

三、常见护理诊断/问题

1. 活动耐力下降 与衰弱导致的疲劳感有关。
2. 自理缺陷 与增龄、多种疾病共存等有关。
3. 营养失调：低于机体需要量 与日常能量摄入不足有关。
4. 有跌倒的危险 与平衡功能和步态受损有关。

四、护理计划与实施

日常生活护理

基础疾病的护理

去除诱因及一些可
逆性促发因素

运动锻炼

营养干预

一般护理

对衰弱老年人进行全
面评估

制订个体化的照料和
支持策略

老年综合评估
和多学科干预

药物干预不是衰弱的
最佳干预方式，不推荐使
用

药物治疗

早发现、早诊断、
早干预

进行老年综合评估，
制定个性化的照料
和支持策略，

健康教育

一般护理

1. 日常生活护理 戒烟限酒，摄入充足的营养物质，包括微量元素和矿物质等，合理运动，防跌倒，保证充足的睡眠。
2. 基础疾病的护理 关注潜在的、未控制的、终末期疾病继发的衰弱，积极治疗基础疾病如心力衰竭、糖尿病、慢性感染、恶性肿瘤、抑郁和痴呆等，做好疾病相关护理措施。

一般护理

3. 去除诱因及一些可逆性促发因素 去除可纠正的危险因素，如多重用药、住院手术及其他应激，尤其是可治的疾病或环境管理。各种侵入性检查和治疗会带来更多的并发症，甚至有时会增加病人的负担并损害其生活质量。因此，对衰弱的老人应该仔细评估身体状况，避免过度医疗。

一般护理

4. 运动锻炼 运动锻炼有助于改善衰弱症状，改善认知状况和情绪，降低跌倒发生率。美国运动医学协会推荐老年人通过抗阻力运动锻炼肌肉的力量，可以根据病人身体状况制定抗阻力训练计划，规划每天的锻炼时间及强度，运动的时间和强度需要循序渐进。此外，可以选择传统运动疗法，如太极拳、五禽戏、八段锦、易筋经、奥塔戈运动等，有助于促进平衡能力和肌肉力量的改善，减轻慢性疼痛。

一般护理

5. 营养干预 营养干预可以改善衰弱老年人的营养失调和体重减轻。针对衰弱老年人营养干预的建议包括调整膳食结构、增加营养补充剂、纠正不良的饮食习惯等。日常饮食注意荤素搭配，多吃新鲜蔬菜水果，保证摄入足量的优质蛋白质，尤其是保证动物蛋白的摄入量。衰弱合并肌少症的老年人推荐每日蛋白质摄入量为1.2g/kg，应激状态时需要1.3g/kg，营养不良者1.2~1.5g/kg，慢性肾功能不全的老年人推荐每日蛋白质摄入量0.8~1.0g/kg。

对于饮食情况差、缺乏阳光照射的衰弱老人，建议每日补800~1000IU的维生素D，注意监测血维生素D水平，避免过量。应注意的是营养干预和运动锻炼需要配合进行，二者缺一不可。

第六节 尿失禁

一、尿失禁的概念

尿失禁 (urinary incontinence, UI) 是指由于尿道括约肌损伤或神经功能障碍而丧失排尿自控能力, 尿液不自主地流出的状态。老年人常见的尿失禁包括急迫性尿失禁、压力性尿失禁、混合性尿失禁、充溢性尿失禁等, 其中压力性尿失禁为老年女性最常见的类型。



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



一般资料：评估病人的一般情况，评估病人是否有神经系统的损伤或病变、肾脏的病变、泌尿系的肿瘤、结石、狭窄等。评估膀胱容量及压力，尿失禁的类型、频次、程度及伴随症状。评估会阴部及肛周皮肤情况。

02

危险因素：包括暂时性尿失禁的相关因素和永久性尿失禁的相关因素

危险因素

01

暂时性尿失禁的相关因素：感染、药物、精神性尿失禁、膀胱过度充盈、活动受限等

02

永久性尿失禁的相关因素：逼尿肌作用亢进、逼尿肌活动过弱、尿道出口关闭不全、尿道梗阻、膀胱局部手术后等



临床表现

尿液不受主观控制自尿道口溢出或流出。尿失禁常伴有尿频、尿急和夜尿增多。

并发症：尿失禁的人会阴部皮肤易出现皮疹、压力性损伤，容易发生跌倒和反复尿路感染等并发症

尿失禁分型：压力性尿失禁、急迫性尿失禁、混合性尿失禁、充溢性尿失禁、其他

尿失禁分型

01

压力性尿失禁

又称张力性尿失禁，是由于腹压升高尿液不自主从尿道流出，此时尿道括约肌或盆底肌及尿道周围的肌肉松弛，膀胱逼尿肌功能正常，常不伴尿意。

02

急迫性尿失禁

因膀胱病变引起膀胱收缩并产生急迫的排尿感觉的情况下，尿液快速溢出，典型症状表现为尿频、尿急、不自主控制排尿、夜尿等

03

混合性尿失禁

指同时具有压力性和急迫性尿失禁的症状，症状间具有相互影响，相互加重倾向

04

充溢性尿失禁

又称假性尿失禁，是指由于尿道梗阻和膀胱收缩无力等原因导致慢性尿潴留后，膀胱在极度充盈的情况下，膀胱内压力超过正常尿道括约肌的阻力时，尿液从尿道溢出。

05

其他

症状不能单纯归结为压力性尿失禁或急迫性尿失禁，但也可以由类似的情况引起，包括无意识尿失禁、持续性尿失禁、夜间遗尿、排尿后滴沥、尿道外尿失禁等

辅助检查

01

国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表



02

压力性尿失禁尿垫试验



03

实验室检查：尿常规、尿沉渣和细菌培养



04

排尿日记：详细记录病人3天内液体摄入时间、摄入量、漏尿时间、量及漏尿时从事的活动



05

其他：残余尿量，排尿期膀胱尿道造影，站立膀胱造影，膀胱测压，IPSS，动力性尿道压力图





国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表

评估内容	评分细则	得分
1. 您溢尿的次数？	0分：从来不溢尿 1分：一星期大约溢尿≤1次 2分：一星期溢尿2~3次 3分：大约溢尿1次/天 4分：溢尿数次/天 5分：始终溢尿	
2. 在通常情况下，您的溢尿量是多少（不管您是否使用了防护用品）？	0分：不溢尿 2分：少量溢尿 4分：中等量溢尿 6分：大量溢尿	
3. 总体上来看，溢尿对您的生活影响程度如何？	请在0（表示没有影响）~10（表示有很大的影响）之间选择某个数字 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 没有影响 有很大影响	
4. 什么时候发生溢尿？（请在与您情况相符合的空格打√）		
(1) 从来不溢尿 <input type="checkbox"/> (2) 在睡着时溢尿 <input type="checkbox"/> (3) 在活动或者体育运动时溢尿 <input type="checkbox"/> (4) 在无明显理由的情况下溢尿 <input type="checkbox"/> (5) 未到厕所就会有尿液漏出 <input type="checkbox"/> (6) 在咳嗽或者打喷嚏时溢尿 <input type="checkbox"/> (7) 在小便完和穿好衣服时溢尿 <input type="checkbox"/> (8) 在所有的时间内溢尿 <input type="checkbox"/>		

结果：
0分为正常，
1~7分为轻度尿失禁，
8~14分为中度尿失禁，
15~21分为重度尿失禁

压力性尿失禁尿垫试验

试验开始前排空膀胱，穿上已称重的纸尿裤或卫生巾，在15min内饮水500ml，然后散步和爬楼30min，最后在15min内进行以下活动：下蹲起立10次，原地跑步1min，剧烈咳嗽10次，弯腰在地板上拾小物品5次，洗手1min。试验结果判断，尿垫增重 $>2\text{g}$ 为阳性。

心理-社会状况

尿失禁会对病人的社交产生障碍，导致病人出现自卑、抑郁、焦虑、失眠等情况，对心理产生严重危害。需要评估尿失禁对病人及其照顾者日常生活能力、人际关系、整体生活质量的影响，以及对其家庭的经济负担等

三、常见护理诊断/问题

1. 压力性尿失禁 与老年退行性变化（尿道括约肌松弛）、手术等因素有关。
2. 急迫性尿失禁 与老年退行性变化、局部膀胱刺激（感染、结石、炎症、肿瘤）、中枢或周围神经病变等有关。
3. 有皮肤完整性受损的危险 与尿液刺激局部皮肤、辅助用具使用不当等有关。
4. 社会交往障碍 与尿频、异味引起的不适、困窘和担心等有关。
5. 知识缺乏 缺乏尿失禁治疗、护理及预防等知识。

四、护理计划与实施

改善环境
定时排尿，
适量饮水

一般护理

生活方式干预
盆底肌锻炼
膀胱训练

行为干预

皮肤清洁
护理用具选择

皮肤护理

遵医嘱针对
性用药，注
意用药不良
反应

用药护理

与病人多沟通
有针对性的制
定专属计划
询问是否有尿
失禁的情况
注意保护隐私

心理护理

日常生活指导
避免使用不当
的药物
指导功能训练

健康教育

一般护理

01

改善环境：卫生间靠近老人卧室；马桶旁和走道应有扶手，光线良好；房间内的座椅不能太低，要方便老人及时站立

02

定时排尿，适量饮水：根据老人的排尿记录制定排尿计划，定时提醒，帮助养成规律排尿习惯。调整每日饮水的时间、量，白天分次摄入，睡前适当限制饮水。

行为干预

1. 生活方式干预：合理膳食，增加富含纤维的食物，多吃蔬菜水果，多饮水，定时排尿，控制液体量的摄入，戒烟，减少饮用含有咖啡因的饮料，控制体重（尤其是 $BMI > 30\text{kg}/\text{m}^2$ 者），避免或减少腹压增加的活动等。

行为干预

2. 盆底肌锻炼：适用于压力性尿失禁病人和以压力性尿失禁为主的混合性尿失禁病人，通过锻炼提高盆底肌肉力量改善病人症状。具体方法：嘱病人快速有力地收缩盆底肌，并维持至少3s，然后快速放松肌肉，维持放松状态2~6s；依次重复收缩与放松动作：连续做15~30min，每天重复3遍，可在3种不同体位下（站立位、坐位、仰卧位）进行，持续3个月或更长时间。

行为干预

3. 膀胱训练：通过控制尿急和减少排尿次数，对自身排尿行为进行修正，从而增加膀胱容量，改善膀胱过度活动，使病人重新获得控尿能力。指导病人记录每周饮水和排尿情况，结合排尿日记，鼓励病人有意识地延长排尿间隔时间，学会通过抑制尿意延长两次排尿之间的时间，以期重新恢复排尿节律，最后达到每2~3h排尿一次。

皮肤护理

1. 皮肤清洁：注意病人会阴部清洁卫生，每日用温水擦洗，保持会阴部皮肤清洁干燥。定期变换体位，减轻局部受压，加强营养，预防失禁相关性皮炎、压力性损伤等皮肤问题的发生。会阴部皮肤清洁干燥后，注意保湿，可以选用甘油外擦、氧化锌或鞣酸软膏外涂保护皮肤。



皮肤护理

2. 护理用具选择 根据病人病情、性别、活动性、经济状况等结合产品特点，选择合适的护理用具，并指导病人及其照护者正确使用护理用具。

护理用具选择

用具	适用对象	护理注意事项
失禁护垫 (纸尿裤)、便盆	无会阴部及臀部局部皮肤受损者、神志清楚者	每次更换时,用温水清洗会阴、阴茎、龟头、臀部; 及时更换纸尿裤,保持会阴皮肤清洁干燥; 指导病人正确使用便盆; 切忌拉、拽、扯,防止皮肤破损
留置导尿管	有局部难治性压力性损伤者	每日行尿道口护理; 严格无菌操作; 保持尿管通畅; 缩短尿管留置时间; 尿管勿从腿上通过,尿袋不能等于或高于膀胱水平,防止尿液反流
避孕套式尿袋	男性病人	选择适合阴茎大小的尿袋; 使用前清洁会阴,保持干燥; 尿袋固定高度适宜,防止尿液反流; 涂爽身粉保持皮肤干燥,每日2次
保鲜袋式尿袋	男性无烦躁者	松紧适度,避免过紧引起阴茎缺血; 及时更换,防止侧漏; 保持会阴皮肤清洁、干燥,每次排尿后及时更换保鲜袋,每次更换时用温水清洁会阴部皮肤,阴茎、龟头包皮等处的尿液及污垢清洗干净; 每日会阴冲洗2次,保持会阴皮肤清洁、干燥
高级透气接尿器	无会阴部及臀部局部皮肤受损者	接尿器应在通风、干燥、清洁的地方保存,冲洗晾干,严禁暴晒; 注意会阴皮肤清洁,每日用温水擦洗; 观察局部皮肤情况,保持局部皮肤干燥; 使用时排尿管不能从腿上通过,防止尿液反流
尿套管	中度到严重尿失禁者	注意会阴皮肤清洁,每日用温水擦洗; 观察局部皮肤情况,保持局部皮肤干燥

用药护理

- 对逼尿肌不稳定者最常用的药物是抗胆碱能的丙胺太林，但应注意对青光眼、流出道梗阻的老人禁用，对冠心病、前列腺病老人慎用。
- 对括约肌功能不全者，最常用的是能使括约肌张力增加的麻黄碱和去甲麻黄碱，对有高血压和冠心病的老人慎用。
- 对无张力性膀胱最有效的药物是乌拉胆碱，注意用药前排除机械性梗阻，且哮喘老人禁用，冠心病及心动过缓老人慎用。
- 对神经源性、功能性或药物原因引起的括约肌协同失调最有效的办法是用 α 受体拮抗药降低括约肌的张力，常用药物是苯氧苄胺，注意大剂量使用可导致直立性低血压和反射性心动过速。
- 当保守治疗无法控制病人症状时，可采用外科手术治疗。

心理护理

- 尿失禁病人容易产生羞耻、焦虑的情绪，平时医务工作者要注意与病人多沟通，向病人解释尿失禁的诱因、病因，了解病人的真实心理，有针对性的制定专属计划，减少病人对尿失禁的恐惧和害羞心理，缓解精神紧张，用心聆听病人的困扰，给予相应的帮助。询问是否有尿失禁的情况，进行相关方面的评估时，应为病人保密。为病人更换尿袋或导尿时，注意保护隐私，如拉窗布、关门等

健康教育

1. 日常生活指导 为病人提供方便的排尿环境与条件，包括厕所、便器、衣裤设计等；压力性尿失禁者避免大笑、咳嗽、打喷嚏等使腹压增加的因素；养成定时排尿的习惯；每天保证摄入足够的水分1500~2000ml，不可为控制漏尿量而减少饮水量。
2. 避免使用不当的药物 要注意慎用或禁用各种能够引起尿失禁的药物，如因心、肾疾病需用利尿药时，尽可能早晨顿服，减少夜间尿失禁的发生。
3. 指导功能训练 鼓励老年人坚持做盆底肌训练、膀胱训练、健身体操等活动，减缓肌肉松弛，促进尿失禁的康复。

第七节 便秘

一、便秘的概念

1. 概念

便秘 (constipation) 是指一种 (组) 临床症状, 表现为排便困难和/或排便次数减少、粪便干硬。排便困难包括排便费力、排出困难、肛门直肠堵塞感、排便不尽感、排便费时以及需手法辅助排便。排便次数减少指每周排便 < 3 次。慢性便秘 (chronic constipation) 指病程 ≥ 6 个月。



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



健康史

便秘症状：详细询问病史，询问老年人便秘的症状及严重程度，包括病程时间、伴随症状及排便频率、粪便性状、有无排便费力感、排便不尽感、排便梗阻或阻塞感、排便费时、手法辅助排便、使用通便药物等。

危险因素：评估老年人是否患有导致或加重便秘的疾病、有无使用引起便秘的药物、是否存在不合理饮食、不良情绪及其他不良的生活习惯



临床表现

1. **排便次数减少** 每周排便少于3次、粪便干硬、排便费力、排便不尽感、排便时肛门直肠堵塞感，甚至需手法辅助排便等。
2. **排便时间延长** 排便时间长达30min以上或每天排便多次但排出困难，粪便干硬如羊粪状，且每次排出的量很少。
3. 可出现腹痛、腹部不适感，排便后可缓解。
4. 长期便秘可伴全身症状，食欲缺乏、乏力、睡眠障碍、焦虑和抑郁。

辅助检查

大便常规和**隐血试验**应作为慢性便秘的常规检查，肛门直肠指检、结肠镜、钡剂灌肠、直肠肛门压力测定、球囊排出试验等检查可以辅助检查便秘。

心理-社会评估

老年人常面临多病、丧偶或独居等问题，需要注意评估老年人是否存在焦虑、抑郁等心理问题，不良心理会影响胃肠道的感觉、运动和分泌功能，可诱发或加重便秘。同时应该注意评估老年人社会交往情况。与老年人其他慢性疾病一样，老年人慢性便秘与社会支持关系密切。

三、常见护理诊断/问题

1. 便秘 与活动减少、不合理饮食、药物的副作用等有关。
2. 焦虑 与病人对便秘恐惧、担心预后有关。
3. 舒适的改变 与排便时间延长、排便困难、便后无舒畅感等有关。
4. 知识缺乏 缺乏合理饮食、健康生活方式及缓解便秘方法等相关知识。

四、护理计划与实施

预防

1. 足够的水分摄入
2. 足够膳食纤维的摄入
3. 合理运动
4. 建立良好的排便习惯
5. 保证良好的排便环境及正确的排便姿势

发生便秘的管理

1. 口服药物
2. 灌肠和使用栓剂
3. 人工取便法

健康教育

1. 知识宣教
2. 指导老年人建立健康的生活方式

第八节 睡眠障碍

一、睡眠障碍的概念

睡眠障碍 (sleep disorder) 是指睡眠的**数量**或**质量异常**, 或是在睡眠中或睡眠-觉醒交替时发生**异常的行为或生理事件**。

随着年龄的增长, 老年人大脑皮质功能减退, 新陈代谢减慢, 体力活动减少, 睡眠时间比青壮年减少, 一般约5~7 h/d。除了睡眠时间减少, 夜间觉醒次数增加、睡眠潜伏期延长、早醒, III期睡眠明显减少等也是老年人常见的睡眠问题。



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



(一) 健康史

1. 了解老年人的睡眠情况，是否存在睡眠障碍史。
2. 评估老年人睡眠障碍的危险因素：
 - (1) 年龄
 - (2) 生活习惯及睡眠环境
 - (3) 躯体疾病
 - (4) 精神疾病的影响
 - (5) 药物



（一）临床表现

老年人睡眠障碍主要有以下表现：白天容易打盹，夜间睡眠时间缩短；入睡困难，入睡时间延长，睡眠变浅、容易觉醒，早醒，醒后难以入睡。其中白天打盹是老年人最常见的睡眠问题，其中老年男性较老年女性更容易出现白天过度嗜睡。有研究认为，白天过度嗜睡与慢性疾病、早醒、夜间打鼾、严重抑郁等因素相关。



临床上，老年人睡眠障碍主要包括以下几种类型：

失眠是指尽管有合适的睡眠机会和睡眠环境，病人依然对睡眠时间和（或）质量不满足并影响日常社会功能的主观体验

失眠

睡眠呼吸暂停
综合征

是以睡眠中发生异常呼吸事件为特征的一组疾病，伴或不伴清醒期呼吸功能异常

不宁腿
综合征

睡眠紊乱的
重叠现象

老年人睡眠障碍往往几种类型并存

添加教学内容

老年不宁腿综合征病人日间犯困，晚间强烈腿动需求，常伴异样不适感，安静或卧位时严重，活动时缓解，夜间入睡前加重



（三）辅助检查

1. 睡眠评估量表：匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）、Athens失眠量表、失眠严重程度指数量表（ISI）
2. 睡眠相关辅助检查：多导睡眠监测（PSG）、其他检查（包括老年人近期血压、血糖、肝功能、肾功能、凝血功能、心电图、脑电图等情况）。



（四）心理-社会评估

评估老人是否因退休、工作变动或收入减少而产生心理不适应感、失落感，另外，老年人常面临多病、丧偶或独居、环境变化等，这些都会导致老年人产生焦虑、抑郁等不良情绪，从而影响老年人睡眠。

三、常见护理诊断/问题

1. 睡眠形态紊乱 与老化、躯体疾病、精神刺激有关。
2. 焦虑/恐惧 与睡眠障碍导致精神过度紧张有关。
3. 有跌倒的危险 与失眠引起的头痛、头晕有关。
4. 潜在并发症 高血压、高血糖、心脑血管障碍和性功能障碍等。

四、护理计划与实施

老年人睡眠障碍护理的目标是尽可能地改善老年人的睡眠质量，缓解症状，保持正常睡眠结构，维持和恢复社会功能，提高生活质量。

（一）改善外界因素

1. 维持良好的睡眠环境
2. 保持规律的白天活动
3. 养成良好的睡眠习惯
4. 积极治疗基础疾病

(二) 睡眠行为干预

1. 放松训练
2. 刺激控制疗法
3. 睡眠限制疗法

(三) 药物治疗

治疗睡眠障碍的理想药物应具有迅速催眠、维持充足睡眠时间、提高睡眠质量且无成瘾性和宿醉反应。可使用的药物包括非苯二氮卓类药物、褪黑素类药物、唑吡坦类药物等。

(四) 持续气道正压通气 (CPAP)

中重度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征老年人运用CPAP治疗具有显著疗效。

(五) 健康教育

1. 睡眠卫生教育
2. 睡眠认知干预
3. 睡眠行为干预
4. 睡眠环境

第九节 疼痛

一、疼痛的概念

疼痛是一种复杂的生理心理活动，它由伤害性刺激所引起机体的痛感觉和机体对伤害性刺激产生的疼痛反应两部分组成，可同时伴有呼吸、循环、代谢、内分泌以及心理和情绪的改变，目前疼痛已经引起社会的高度重视，被称为第五生命体征。



二、护理评估



健康史



疼痛评估



辅助检查



心理社会评估



(一) 健康史

1. 评估疼痛症状 详细询问病史，询问老年人疼痛的症状及严重程度，
2. 评估老年人疼痛的危险因素：
 - (1) 年龄、性别
 - (2) 不良的心理状态
 - (3) 社交活动减少和孤立
 - (4) 疾病
3. 既往史 评估老年人入院前是否存在痴呆、是否发生过精神症状的急性改变等。



（二）疼痛评估

各种疼痛量表可量化评价老年人的疼痛情况：包括视觉模拟疼痛量表（VAS）、数字疼痛评分（NRS）、Wong-Banker面部表情量表（FRS）、词语等级量表（VRS）、疼痛日记评分法（PDS）等。

（三）辅助检查

根据疼痛原因及部位等选择辅助检查，如影像学（X线、CT、MRI、造影等）以及实验室检查等。

（四）心理-社会状况

疼痛常伴有不同程度的焦虑、恐惧、抑郁等不良情绪。

三、常见护理诊断/问题

1. 疼痛 与疾病本身、生理心理状况等有关。
2. 焦虑 与疼痛引起的紧张、担心治疗预后有关。
3. 抑郁 与长期慢性疼痛、对治疗丧失信心等有关。
4. 舒适度减弱 与疼痛有关。
5. 睡眠形态紊乱 与疼痛影响正常睡眠有关。

四、护理计划与实施

护理目标是最大限度地缓解、控制疼痛，最大程度地减少不良结果和降低医疗费用，减轻或消除老年人焦虑、恐惧、抑郁等不良情绪，恢复、重建老年人因疾病缺失的功能，达到生活基本自理、睡眠良好的目标。

(一) 药物镇痛的护理

(二) 非药物镇痛的护理：物理治疗、微创介入治疗

(三) 运动锻炼

(四) 心理护理

(五) 健康教育：用药指导、减轻疼痛的方法

第十节 压力性损伤

一、压力性损伤的概念

压力性损伤（pressure injury）是一种临床常见的皮肤损伤，是指发生在皮肤和/或皮下软组织的局限性损伤，通常发生于骨隆突处或皮肤与医疗设备接触处。损伤是由于存在强烈的和/或长期压力或压力联合剪切力导致，可表现为完整的皮肤或开放性溃疡，可能会伴有疼痛。



二、护理评估



健康史



临床表现



辅助检查



心理社会评估



（一）健康史

是否合并基础疾病，包括瘫痪、身体虚弱、神经损伤、脑卒中、糖尿病、营养不良或昏迷等，不能活动或活动受限。

（二）危险因素

压力、剪切力、摩擦力和潮湿是压力性损伤发病机制中四个重要的物理因素。压力性损伤的发生与个体的全身和局部状况、医疗和物理环境等多种因素有关，其危险因素可分为内源性因素和外源性因素。



老年人压力性损伤的危险因素

外源性因素	内源性因素
<ol style="list-style-type: none"> 1. 压力：翻身不及时；石膏、绷带、夹板、衬垫使用不当，松紧不适等 2. 剪切力：不适当翻动、移位 3. 摩擦力：衣服不平整、床单位皱褶或有碎屑；鞋子不合脚；翻身时拖拉；使用不合适便器等 4. 潮湿：大小便失禁、汗液、伤口引流及渗出物等 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 活动受限或活动减少 2. 高龄 3. 其他：营养不良、心血管疾病、骨折、神经系统疾病、认知功能障碍、糖尿病、失禁（大小便）等



(三) 临床表现

老年人出现压力性损伤时可伴随出现疼痛、瘙痒、局部皮损，严重者可发生脓毒血症、败血症、贫血及坏疽等并发症。压力性损伤多发生在受压和缺乏脂肪组织保护、无肌肉包裹或肌层较薄的骨隆突及受压部位，90%以上压力性损伤出现在腰部以下，好发部位见于骶骨、髂棘、股骨大转子、足跟及外踝等处，其他部位也可发生，主要取决于老年人的体位。

各体位常见发生压力性损伤的部位如下：

- ①**仰卧位**：好发于枕骨隆突、肩胛骨、肘、脊椎体隆突处、骶尾部、足跟。
- ②**侧卧位**：好发于耳部、肩峰、肘部、髌部、膝关节的内外侧、内外踝。
- ③**俯卧位**：好发于耳廓、颊部、肩部、乳房（女性）、生殖器（男性）、膝部、足趾。
- ④**半坐卧位**：好发于枕骨隆突、肩胛骨、肘部、骶骨、坐骨结节、足跟。
- ⑤**坐位**：好发于坐骨结节。

美国国家压力性损伤咨询委员会根据皮肤组织不同表现，将压力性损伤分为以下：

骨隆突处皮肤出现压之不褪色的局限红斑，但局部皮肤完整

表皮和真皮缺失，可表现为完整或破裂的血清性水疱，或基底面呈粉红色或红色表浅伤口，但不暴露脂肪层和更深的组织，无肉芽组织、腐肉和焦痂

皮肤全层缺损，创面可见皮下脂肪组织、肉芽组织和伤口边缘上皮内卷，可能有腐肉和/或焦痂、潜行和窦道，但筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨和骨未暴露



骨隆突处强压力和/或持续压力和剪切力会致使局部皮肤出现持久性、指压不变白的深红色、褐红色或紫色，或表皮分离后出现暗红色伤口床或充血性水疱，颜色发生改变前往往会有疼痛和温度变化

全层皮肤和组织缺损，创面的腐肉或焦痂掩盖了组织损伤的程度，去除腐肉和坏死组织后，将会呈现3期或4期压力性损伤

全层皮肤和组织损失，创面可见筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨或骨溃疡。创面可能有腐肉或焦痂，通常有上皮内卷、潜行和窦道



（四）辅助检查

1. 评估工具 压力性损伤危险性评估表是用来预测、筛选压力性损伤高危人群的一种工具。通过评估，可筛选出高危人群，针对性地采取护理措施，有效预防压力性损伤的发生。应用较多的有Braden评估表、Norton评估表、Waterlow评估表。
2. 其他检查 包括细菌培养、X线检查等。



三、常见护理诊断/问题

1. 皮肤完整性受损 与压力性损伤有关。
2. 舒适的改变 与疼痛有关。
3. 焦虑 与病人担心预后有关。
4. 潜在并发症 出血、感染、骨髓炎等。
5. 知识缺乏 缺乏有关压力性损伤预防和护理的知识。

四、护理计划与实施

（一）预防

预防压力性损伤的关键在于消除诱发因素，做到六勤，勤观察、勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤整理、勤更换。

1. 皮肤护理

2. 定期改变体位 避免局部长时间受压，应定时改变体位，一般每2小时翻身一次，避免床头抬高 $>30^{\circ}$ 。

3. 加强营养



（二）处理

1. 评估
2. 缓减局部压力
3. 皮肤护理
4. 疼痛管理
5. 改善营养状况
6. 局部伤口处理

（三）健康教育



谢谢观看

