

LAONIAN CHANGJIANBING HULI ZHIYIN

老年营养不良的护理 老年痴呆的护理 老年肾功能不全的护理
老年睡眠障碍的护理 老年肺炎的护理 老年糖尿病的护理

老年常见病 护理指引

◎主编 张盈 杨磊 石英

云南出版集团公司
云南科技出版社

LAONIAN CHANGJIANBING HULI ZHIYIN

老年常见病 护理指引

◎主编 张盈 杨磊 石英

云南出版集团公司
云南科技出版社
· 昆 明 ·

图书在版编目 (C I P) 数据

老年常见病护理指引 / 张盈, 杨磊, 石英主编. --
昆明: 云南科技出版社, 2015. 12
ISBN 978-7-5416-9547-6

I. ①老… II. ①张… ②杨… ③石… III. ①老年病
—常见病—护理 IV. ①R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 007220 号

责任编辑 陈明英

封面设计 娄 倭

责任校对 叶水金

责任印制 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

云南灵彩印务包装有限公司印刷 全国新华书店经销

开本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 21.75 字数: 505 千字

2016 年 8 月第 1 版 2016 年 8 月第 1 次印刷

定价: 52.00 元



老年常见病护理指引

LAONIAN CHANGJIANBING HULI ZHIYIN

编委名单

主 审：李 燕 金丽芬

主 编：张 盈 杨 磊 石 英

副主编：陈 宇

编 委：李 岑 周 黎 徐 珺 马 燕

刘翠芬 王 静 廖玉琼 毕琼英

时 波 窦 薇 洪 熙 杨海燕

徐雨微 张 倩 赵 蓉 朱旭英

韩坤萍 太荣芬 保维莉 邓小丽

普妍霏 覃 芳 王致炜 洪晶安

张爱玲 李卫媛 麦 垚



序

PREFACE

我国老年人中常见的衰弱、残障、共病，各种老年慢性疾病，再入院现象普遍，造成医疗费用高，照护负担重等突出问题。特别是随着老龄化时代的快速到来，积极应对人口老龄化，不断满足老年人持续增长的老年护理服务需求，引起了党和政府的极大关注。2013年，国务院发布关于加快发展养老服务业的若干意见，2014年教育部等九部门发布关于加快推进老年护理人才培养的意见，鼓励发展老年护理专业人才，党的十八大五中全会提出了“推进健康中国建设”的新目标，加快发展养老服务业，成为全面建成小康社会的一项紧迫任务。

为积极应对人口老龄化带来的我国老年护理专业人才的供需矛盾，指导老年专业护理人才的培养，我院长期从事老年护理的临床专业人员组织编写了《老年常见病护理指引》一书。该书凝聚着她们对老年护理工作的深刻理解和丰富经验，同时结合了我省老年人的现状，着重从护理角度阐明如何为老年患者及照顾者提供专业指导，旨在为老年护理实践提供理论依据，推动老年专科护理工作的进一步发展，让更多的老年患者享受到更加高效、优质、便捷的服务。

希望通过该书的编写，从老年护理发展的长远规划上，引起各级老年专业护理人员加强学习、刻苦钻研，积极探索老年慢病护理，一起参与到老年健康事业中来，提高老年人群的健康水平，为我国老年健康事业贡献我们的微薄之力。

蒋虹

2016年8月



前言

FOREWORD

进入 21 世纪,人口老龄化已成为全球关注的重大公共卫生问题和社会问题。我国于 1999 年进入老龄化社会,老年人口基数大、增速快、高龄化、失能化、空巢化趋势明显,对老年人特别是高龄老人和失能老人的生活照料、临床护理、康复治疗、医疗保健、人文关怀等需求日益凸显。如何能让老年人老而无病、老而少病、病而少残,做到“成功老龄化”,最大限度地维护老年人的尊严,保持老年人较好的功能状态,提高老年人的生活质量,实现老年人的独立自主。

在各级领导的支持与鼓励下,由我院长期从事老年护理的专业人员编写《老年常见病护理指引》,旨在推动老年专科护理工作的进一步发展,为老年护理实践提供理论依据。同时结合我国老年人的现状,着重从护理角度阐明如何给老年患者及照顾者提供专业指导。该书内容分为上、下两篇:上篇内容主要涉及老年营养不良、老年常见精神心理异常、老年睡眠障碍、老年认知障碍、老年骨质疏松、老年肿瘤等老年常见问题及其护理;下篇内容主要为老年科常见呼吸系统、循环系统、消化系统、神经系统、血液系统、内分泌系统等各系统常见疾病及护理。具有科学性、指引性和可操作性,可作为临床护士、老年专科护士、养老院护士、护理员、家庭照顾者的参考用书。

由于编写时间有限,且编者的能力和水平有限,难免存在疏漏与不恰当之处,敬请各位专家、读者及使用本书的同仁不吝指正。

编 者

2015 年 8 月



➤ 目 录 ➤

上 篇

第一章 老年营养不良的护理	(3)
第二章 老年谵妄的护理	(21)
第三章 轻度认知障碍的护理	(33)
第四章 老年痴呆的护理	(45)
第五章 老年期常见精神心理异常的护理	(55)
第一节 概 述	(55)
第二节 老年期抑郁	(63)
第三节 老年期焦虑	(71)
第六章 老年睡眠障碍的护理	(79)
第一节 概 述	(79)
第二节 失 眠	(81)
第三节 老年阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	(85)
第七章 老年骨质疏松症的护理	(90)
第一节 概 述	(90)
第二节 老年性骨质疏松症	(92)
第三节 老年骨质疏松性骨折	(99)
第四节 脆性骨折的预防网络建立	(109)
第八章 老年肿瘤的护理	(112)
第一节 概 述	(112)
第二节 老年肿瘤的多学科治疗及护理	(115)
第三节 老年癌痛	(127)
第四节 老年恶性肿瘤家庭照顾者的需求	(134)



下 篇

第一章	老年肺炎的护理	(141)
第二章	老年慢性阻塞性肺疾病的护理	(148)
第三章	老年原发性高血压的护理	(162)
第四章	老年冠心病的护理	(174)
第五章	老年心力衰竭的护理	(183)
第六章	老年常见心律失常的护理	(193)
第七章	老年胃食道反流病的护理	(203)
第八章	老年消化性溃疡的护理	(209)
第九章	老年急性胰腺炎的护理	(217)
第十章	老年脑卒中的护理	(227)
第十一章	老年帕金森病的护理	(252)
第十二章	老年糖尿病的护理	(260)
第十三章	老年高尿酸血症及痛风的护理	(272)
第十四章	老年肾功能不全的护理	(278)
第十五章	老年良性前列腺增生的护理	(293)
第十六章	老年常见血液系统疾病的护理	(302)
第一节	老年贫血	(302)
第二节	老年多发性骨髓瘤	(309)
第十七章	肌肉骨骼疾病及异常的护理	(316)
第一节	骨关节炎	(316)
第二节	类风湿关节炎	(321)
第十八章	年龄相关性白内障的护理	(328)
参考文献		(333)



老年常见病护理指引

LAONIAN CHANGJIANBING HULI ZHIYIN

上篇



第一章 老年营养不良的护理

一、概 述

老年人营养状况与健康状况密切相关。营养不良可导致机体出现免疫功能减退及组织器官萎缩等，增加感染率，延迟手术切口愈合时间，降低患者的生活质量。老年人是易于发生营养不良的高危人群，尤其当患有慢性精神或躯体疾病时。营养支持对营养不良的纠正效果显著。因此，对老年人进行营养不良的筛查，制定合理营养支持计划非常重要。有证据显示，良好的营养支持，对老年人疾病的恢复、保持身体健康和生活质量的提高都能起到重要的作用。

(一) 定 义

1. 营养不良 (malnutrition)

是指营养的不充足状态，以食物摄入不足、食欲差、体质消瘦、体重下降及不能满足机体所需能量与蛋白质为特征的营养低下状态。营养不良包括营养不足和营养过量（超重）。

2. 老年人营养不良

是指在老年人人群中，由于机体需要与营养素摄入之间不平衡而引起的一系列症状。严格地说，任何一种营养素失衡，均可称为营养不良。

3. 一些常用的老年患者营养不良的定义

包括以下方面：

(1) 社区老年人

- ①非自主体重下降：如6个月内体重下降 ≥ 10 磅（4.5kg），1年内体重下降 $\geq 4\%$ ；
- ②体重指数（BMI）异常：如BMI >27 或BMI <22 ；
- ③低血清蛋白血症：如血清白蛋白 $\leq 3.8\text{g/dL}$ ；
- ④低胆固醇血症：如胆固醇 $<160\text{mg/dL}$ ；
- ⑤特殊的维生素或微量元素缺乏：如VitB₁₂、VitA、叶酸、钙、铁、锌等。

(2) 住院患者

- ①饮食摄入不足：如摄入 $<$ 预计需要量的50%；
- ②低血清蛋白血症：如血清白蛋白 $<3.5\text{g/dL}$ ；
- ③低胆固醇血症：如胆固醇 $<160\text{mg/dL}$ 。



(3) 护理院患者

- ①一月内体重下降 $\geq 5\%$ 或半年内体重下降 $\geq 10\%$;
- ②绝大多数情况下, 饮食摄入 $<$ 正常食量的75%。

(二) 老年人营养不良的类型

1. 消瘦型营养不良 (marasmus)

以能量不足为主。表现为严重的脂肪和肌肉消耗, 常见于长期饥饿或慢性疾病的患者。

2. 水肿型营养不良 (kwashiorkor)

以蛋白质缺乏为主。常见于长期蛋白质摄入不足或应激状态下。

3. 混合型营养不良 (marasmic kwashiorkor)

既缺乏能量又缺乏蛋白质。临床最为常见, 常见于晚期肿瘤和消化道等消耗性疾病患者。

4. 原发性营养不良

多为食物中蛋白质或(和)能量摄入量不能满足身体的生理需要。

5. 继发性营养不良

多为器质性疾病导致能量和蛋白质摄入不足所致。多与疾病有关, 多为病后食欲减低, 吸收不良, 分解代谢亢进, 消耗增加, 合成代谢障碍所致。

(三) 流行病学

在国外, 有独立生活能力的老年人营养不良的发病率为 $5\% \sim 10\%$, 在养老机构和医院这一比例则高达 $30\% \sim 60\%$ 。欧洲最近一项调查指出: 虽然在健康老年人中营养不良的发生率较低, 但是蛋白质能量营养不良和微量营养素缺乏是亚健康老年人的主要问题。

在我国, 2010年60岁及以上老年人群低体重营养不良发生率为 5.4% , 与2002年和1992年相比分别下降了 7.0% 和 12.0% 。2010年60~、65~、70~、75~岁年龄组低体重营养不良发生率分别为 3.7% 、 4.7% 、 6.3% 和 8.0% 。2010年男性老年人群低体重营养不良发生率为 5.5% , 女性为 5.3% ; 城市老年人群低体重营养不良发生率为 3.3% , 农村为 6.4% 。目前我国老年人群低体重营养不良发生率为 5.4% , 随着年龄的逐渐增高, 老年人群低体重营养不良发生率呈升高趋势; 农村高于城市。李缨等利用微型营养评价法(MNA)对306例住院老年人进行营养评估, 发现住院老年人营养不良患病率为 11.1% , 营养不良危险患病率为 46.7% 。

由此可见, 老年人的营养不良发病率高已经成为世界性的问题。

二、老年人营养状况评价工具

(一) 传统的营养风险筛查方法

包括膳食调查、人体测量、实验室检测、机体组成测定等。膳食调查需要患者提供详细的饮食情况, 因老年人记忆力减退、行动迟缓, 使膳食调查存在误差较大的问题。人体



测量的指标包括体重、三头肌皮褶厚度、上臂中点周径等检测。由于老年人机体组成发生改变,这些指标在老年人营养筛查中存在一定局限性。实验室检测指标含血清白蛋白、前白蛋白、淋巴细胞总数、转铁蛋白和视黄醇结合蛋白等。胰岛素样生长因子(IGF)-I 能敏感反映人体营养状态,是评价老年人营养状态的良好指标。机体组成测定有生物电阻抗法、双能 X 射线吸收法、放射性核素稀释法和中子活化法。生物电阻抗法、双能 X 射线吸收法无创、快速、准确,较客观地提示人体组成成分(人体脂肪、瘦体脂肪群和瘦体重),是临床老年人营养评价较好的测定方法。

(二) 老年人营养状况系统评价方法

1. 欧洲营养风险筛查 2002 (European nutrition risk screening 2002, NRS2002)

由欧洲肠外肠内营养学会(ESPEN)于 2002 年发表的一种新型营养评定工具,是第一个在循证医学的基础上发展起来的营养风险筛查工具。与其他营养风险筛查不同,NRS2002 筛查的目标为“是否有发生临床不利结局的风险”。

NRS2002 可结合近期体重变化、近期营养摄入变化、人体测量及疾病严重程度等 4 项指标来进行评分,总评分由 3 项评分相加:

即:①营养状态受损评分+②疾病严重程度评分+③年龄评分(超过 70 岁者加 1 分)。

总评分 ≥ 3 分者,具有营养风险,需开始营养支持;

总评分 < 3 分者,不具有营养风险。

与传统指标相比,NRS2002 能够前瞻性地动态判断患者营养状况的变化,能更及时地反馈患者营养状况,且评分考虑了年龄老化问题,因而在评价老年患者营养状况中具有较好的适用性。但该量表筛查后不能准确判断出患者营养不良的类型,若要制定具体的营养干预方案,还需做进一步的生化指标检测。

2. 主观营养评价法 (subjective global assessment, SGA)

德国的 Detsky 于 1987 年首次提出,其特点是以详细的病史与临床检查为基础,省略了人体测量和生化检查,主要用于住院患者术后营养状况评估,但后来也用于评估老年人的营养状况。

其内容由 8 个部分组成,分别为:近期体重改变、饮食变化、消化道症状、活动能力改变、三头肌皮褶厚度、肌肉消耗程度、踝部水肿和腹水。

该量表并没有具体的评分标准,而是综合所评估的指标,8 个选项中,至少 5 项为 B 或 C 级,可定为轻中度营养不良或重度营养不良,反之为营养状况良好。

其中如饮食变化及肌肉消耗程度等指标并无客观评价指标和标准,因此该量表在很大程度上依赖于评估者的主观判断,这种半定量的特点也降低了 SGA 的准确性与特异性。

3. 老年人营养量表 (nutritional form for the elderly, NUFEE)

由瑞典的 Soderhamn 等于 2001 年制定的用于评估临床老年患者是否存在营养不良和营养不良风险状况的量表。NUFEE 不包括任何人体测量指标或复杂计算过程,评估、计分、解释等易于操作。

该量表包括 15 个指标,分别为:体重的改变、饮食摄入的改变、食欲的变化、熟食的摄入、水果蔬菜的摄入、食物的体积、获得食物的能力、进餐的环境、机体的活动能力、咀嚼或吞咽问题、流质的摄入、消化道症状、进食能力、服用药物量和健康状况。



该量表总分为 30 分，每个指标的得分为 0~2 分，得分越高表示出现营养不良的风险越高。

4. 微型营养评分法 (mini nutritional assessment, MNA)

由 Guigoz 等于 20 世纪 90 年代创立的一种适合对老年人进行营养状态评价的简易方法。

该量表除了能预测营养不良外，还能作为营养干预和饮食评估的衡量指标。

量表内容包括 4 个方面：

(1) 人体测量 (体重指数、上臂肌围、小腿肌围及体重下降情况)。

(2) 综合评价 (药物摄入情况、活动能力、独立生活能力、应激情况、神经精神及皮肤情况)。

(3) 膳食情况 (每日餐次、食物摄入量的改变、蛋白质食物和果蔬、饮料摄入情况及自主进食能力)。

(4) 主观评定 (自我营养状况评价及与同龄人健康状况比较)。

总分为 30 分，总评分 >23.5 分为营养状况良好；

17.0~23.5 分之间为潜在营养状况不良；

<17.0 分为营养不良。

MNA 具有专为老年人设计、可靠的评分标准、明确的衡量指标、操作简便和花费低廉等特点，在临床上使用十分广泛，可作为非肠内营养和危重住院患者营养状况评价的金标准。

Barone 等研究发现，MNA 比 SGA 更适合于发现 65 岁以上严重营养不足的患者。Murphy 等研究证明该工具既可用于有营养风险的患者，也可用于已经发生营养不足的住院患者。可用于预测健康结局、社会功能、死亡率、就诊次数和住院花费。

(三) 老年人营养不良筛查方法

1. 新版老年营养危险指数 (the new geriatric nutritional risk index, GNRI)

由法国的 Bouillanne 等于 2005 年对 NRI 做修订而成。GNRI 只是营养不良的危险指数，但其能预测住院老年人的发病率和死亡率。其计算公式为： $GNRI = [1.519 \times \text{白蛋白值 (g/L)} + 41.7 \times (\text{现在体重} / \text{理想体重})]$ 。

其评价标准为：GNRI >100 为无营养不良风险；

GNRI 处于 92~98 为营养不良低度危险；

GNRI 处于 82~92 为营养不良中度危险；

GNRI <82 为营养不良高度危险。

Cereda 等的研究表明，与 MNA 相比，GNRI 对营养状况评估的一致性相对较差，但其在发病率与死亡率的预测方面有明显优势。建议 GNRI 是养老机构老人营养筛查的首选评估工具。

2. 营养筛查量表 (nutrition screening initiative, NSI)

由美国膳食协会于 20 世纪 90 年代编制的用于筛查社区老年人营养状况的量表。

该量表内容包括 10 个方面，分别为：每日用餐次数、近期饮食改变、水果蔬菜或奶制品的摄入频次、饮酒频次、是否有影响用餐的牙齿或口腔疾病、就餐环境、经济状况对



食物购买力的影响、每日服药情况、半年内体重变化及能否自己购物、下厨和用餐。

其评分标准为：0~2 分为营养状况良好；

3~5 分为营养不良中度风险，需改善生活方式和饮食习惯；

≥6 分为营养不良高度风险，需向营养师咨询。

NSI 具有内容简单、操作简便和容易计分等特点，可有效识别社区老年人是否存在营养不良的危险。但该量表并不是临床诊断工具，不能代替其他量表对老年人营养状况的综合评估。Sahyoun 等研究表明，与营养状况筛查相比，NSI 更适合用作健康教育工具。

3. 老年人营养风险评分量表 (nutrition risk score, NRS)

由英国的 Reilly 等于 1995 年编制的筛查社区老年人营养不良状况的工具。

其包括 5 个方面的内容：体重指数、最近 3 个月体重改变、食欲、进食和获得食物的能力及应激因素。

其评分标准为：0~3 分为营养不良的低风险状态；

4~5 分为营养不良的中度风险状态；

6~15 分为营养不良的高风险状态。

该量表简单易操作，每份量表的完成时间平均为 4min，可用作筛查社区和养老机构老年人营养状况危险程度的专业工具。但当筛查对象为长期卧床或体形改变的老年人时，评估者使用该量表时可能无法准确获得筛查对象的体重指数，因此该量表还需做进一步的修改与完善。

(四) 国内评价工具

国内对老年人营养状况的研究起步较晚，所采用的评价工具大多翻译自国外的一些量表，但由于文化背景的差异导致其准确性降低，且由于存在种族特异性，西方国家的部分营养状况评价量表的内容及评分界值并不适用于亚洲老人。

1. 中文版的营养筛查量表 (Chinese nutrition screen, CNS)

有香港研究者在 MNA 的基础上进行修订后设计了中文版的营养筛查量表 (Chinese nutrition screen, CNS)。

该量表总分为 32 分，共包括 16 个方面，得分 ≤20 分为营养不良；

得分 ≥21 分为营养状态良好。

研究者将 CNS 应用于香港和上海的老年人群，但量表的测试结果并不满意。

何夏阳和刘雪琴对 112 例住院老年患者用 MNA 和 CNS 等量表进行调查，发现 MNA 和 CNS 的内部一致性信度 Cronbach's α 系数分别为 0.711 和 0.695，CNS 营养良好截断界值的曲线下面积和 Youden 指数低于 MNA。

2. 改良版 MNA (modified min-nutritional assessment, MMNA)

何夏阳在对 MNA 和 CNS 的研究分析基础上，编订了一个适合本地区老年住院患者的营养筛查及评估表。

该量表以 MNA 为基础，修改了 MNA 不理想的条目，删除了 MNA 不适合的条目，并增加了经济负担所导致的心理压力和自理能力 2 个条目。MMNA 具有较好的内部一致性信度和可靠性，其 Cronbach's α 系数为 0.723，其截断曲线下面积和 Youden 指数均高于 MNA。但由于该研究的样本均取自当地，存在地域的局限性，若要在全国各地区推广



使用,还需其他地区研究人员的进一步验证和改良。

总之,从国外的研究进展来看,NRS2002、SGA、MNA和NUFFE这几种评价工具都具有较高的信度和效度,且都具有可靠的评分标准、明确的衡量指标及操作简便等特点,可以作为老年人营养状况的评价工具推广使用。国内学者虽然在这方面也做了大量的研究尝试,但大多还都是采用的国外量表,且缺乏大量试验证明其有效性,因此在以后的研究过程中大家可以考虑引进一些适合老年人营养状况评价的工具,如NRS2002、SGA、MNA和NUFFE,并根据中国老年人群人体测量指标的数值及饮食习惯等方面存在的特异性研制修订版量表,也可在国外量表已经相对成熟的基础上研制一个适合中国老年人营养状况评价的专用量表,以更好地为临床医务人员对老年人营养不良的干预提供指导。而临床医务人员也应根据老年患者的实际情况选择适当的营养评价方法,从而了解老年患者营养状况并采取相应治疗及护理措施。

三、营养风险与营养评估

营养风险(nutritional risk)是指因营养因素对患者的临床结局,如感染相关并发症和住院日等发生负面影响,并非指发生营养不良的风险。通过对患者进行营养风险筛查,有助于判断是否需要给患者营养支持。有研究结果发现恶性肿瘤、心力衰竭、呼吸衰竭或肾功能不全、肺部感染、COPD及老年期痴呆患者营养风险的发生率明显高于其他疾病组,尤其以老年期痴呆患者最为突出。

营养评估(nutritional assessment)是指临床营养专业人员通过膳食调查、人体组成测定、人体测量、生化检查、临床检查及复合营养评定等,对患者营养代谢和机体功能等进行检查和评估,用于为特殊患者制定营养支持计划,考虑适应证和可能的不良反应,并监测营养支持疗效。

营养评估与营养风险筛查既有区别,又有联系。对所有老年住院患者均应在24h内进行营养风险筛查,以判断是否存在营养风险和营养不良。对有营养风险或营养不良的老年患者,应结合其临床情况,制定营养支持计划。在制定和实施临床营养计划的过程中,如有困难和疑问,应对老年患者进行营养评估。

四、老年人营养不良的原因

营养不良是老年人的一个常见并十分严重的问题,它会增加患者的病死率及感染的危险性,降低患者的生存质量。许多因素都能降低老年人的饮食质量,导致营养不良。

1. 生理因素

老年人的身体组成发生了改变,肌肉和矿物质减少,牙齿脱落,咀嚼困难,味蕾数量减少,胃肠功能降低,胆汁酸合成减少,胰酶活性降低等这些生理变化,让老年人在食物的摄取、消化、吸收等方面受到影响,导致营养不良。其次,错误的饮食观念也让很多老人营养状况不佳。比如很多老人认为多吃粗粮就健康,或者为了图方便,饮食往往会很简单,长时间进食简单、单调的饮食,就会导致营养失衡。另外很多老年人行动不便,使其买东西、做饭、进餐能力下降,从而让老年人忽视营养,导致营养不良。



2. 心理因素

老年人由于各种慢性病的困扰以及智力、视力、听力、运动耐力、生理机能等均呈不同程度的退行性减退,加之孤独、独居、丧偶等,往往产生悲观、消极、焦虑、恐惧、抑郁等情绪,而致进食量减少,造成营养及多种维生素缺乏。

3. 社会因素

有的老年人由于经济原因无法获取食物,或者是不能获取足够的高质量的食物;有的老年人由于宗教文化信仰、偏食导致食物摄入量不足等。不合理的膳食结构烹调方法和进食习惯也是导致老年人营养不良的原因。

4. 药物因素

老年人慢性病的发病率高于正常人群,常患有多种慢性疾病,需经常服药,且服用药物的种类较多,药物的相互作用及副作用也相应增多,许多药物能直接影响机体对营养的吸收和利用,某些药物的副反应也能够影响患者的食欲,使老年人出现厌食或食欲下降而致营养失调。

5. 疾病因素

老年人由于各脏器功能衰退,很多疾病会乘虚而入,各种慢性病的发病率相应增加,这些疾病对于老年人的营养状况的影响通常是负面的。例如:如果患关节炎或帕金森氏病可影响老年患者的自食能力;患糖尿病可影响维生素吸收和矿物质代谢;患念珠菌食管炎和中风则会引起吞咽困难和营养吸收障碍;癌症病变会使体内耗能增加,造成营养不良。而营养不良也会使病情变得更加复杂,如免疫力下降、伤口愈合延迟、身体质量减轻等,导致老年人的营养状况越来越差,低蛋白血症的发生率也随之升高。李娟等调查显示恶性肿瘤患者营养不良的发生率最高,老年肿瘤患者尤为明显,患者更易出现体质下降和营养耗竭。肠道微生态的改变也是导致老年人营养不良的原因之一。

五、老年人营养不良的预防干预

长期营养不良会对患者的治疗和预后带来严重影响,因此早期发现并进行积极治疗有着重要意义。在对老年营养不良患者进行积极治疗干预的同时,预防干预更为重要。积极治疗原发疾病,解除患者的痛苦;给予患者积极的心理安慰,消除其焦虑心情;为患者提供色香味俱全的食物,增进患者食欲;注意营养的合理搭配,并充分考虑到患者咀嚼功能和胃肠功能的耐受性。尽量使患者愿意进食,并在食物中获得足够而合理的营养。

(一) 干预措施

1. 生理因素的干预措施

针对老年人牙齿脱落、消化功能减弱等不利的生理问题,建议牙齿不好的老年人,应尽快安装合适的义齿或多做炖汤、菜泥等营养丰富的食物。针对胃肠功能减退,可少量多餐,每天进餐4~5次,这样既可以保证能量和营养素的需要,又可以使食物得到充分吸收利用。选择容易吸收的食物,植物性的食物一般较容易消化,在肉类方面,鸡肉和鱼肉最适合老年人消化。在食物的烹调加工方面,要注意适合老年人消化系统的特点,结合患者不同年龄、性别、嗜好、生活饮食习惯和个体营养状况,采用多种烹调方式或变换食