



国家职业教育护理专业教学资源库配套教材



高等职业教育新形态一体化教材

老年护理

(第3版)

主编 唐萍 林雪峰 杨木兰

高等教育出版社



国家职业教育护理专业教学资源库配套教材



高等职业教育新形态一体化教材

老年护理

(第3版)

主编 唐 萍 林雪峰 杨术兰

HEEP

高等教育出版社·北京

内容提要

本书为国家职业教育护理专业教学资源库配套教材,内容分为老年人护理基本知识和老年人护理基本技术两个部分,涵盖了老年人生理、心理、社会等层面的常用护理知识和技能。内容结构按老年人衣、食、住、行、病、救、终的逻辑顺序来排列。本套教材注重知识与技术的前后衔接,将理论知识与实践技能有机结合,充分反映了护理领域的新知识、新技术、新标准和新规范,体现了教材内容的先进性和适用性,力争在适应我国国情的基础上实现与国际老年护理教育的接轨。

本书配套建设有一体化的数字资源,包括微视频、思维导图和在线测试习题等,可通过扫描教材中的二维码学习,在提升学习便利性的同时,也为学习者提供更多自主学习空间。此外,本书还配有数字课程,可登录“智慧职教”网站,在“养老护理基础”课程页面参加在线学习;教师也可利用“职教云”一键导入该数字课程,开展线上线下混合式教学(具体步骤详见“智慧职教”服务指南)。

本书适用于高等职业教育护理、老年保健与管理等相关专业教学,亦可供养老护理工作阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

老年护理 / 唐萍, 林雪峰, 杨术兰主编. --3版
--北京: 高等教育出版社, 2022.2
ISBN 978-7-04-058237-6

I. ①老… II. ①唐… ②林… ③杨… III. ①老年医学 - 护理学 - 高等教育 - 教材 IV. ①R473.59

中国版本图书馆CIP数据核字(2022)第026667号

LAONIAN HULI

策划编辑 夏宇
责任绘图 于博

责任编辑 夏宇
责任校对 高歌

封面设计 马天驰
责任印制 刘思涵

版式设计 张杰

出版发行 高等教育出版社
社址 北京市西城区德外大街4号
邮政编码 100120
印刷 北京玥实印刷有限公司
开本 787mm×1092mm 1/16
印张 15.25
字数 290千字
购书热线 010-58581118
咨询电话 400-810-0598

网 址 <http://www.hep.edu.cn>
<http://www.hep.com.cn>
网上订购 <http://www.hepmall.com.cn>
<http://www.hepmall.com>
<http://www.hepmall.cn>
版 次 2012年12月第1版
2022年8月第3版
印 次 2022年8月第1次印刷
定 价 39.00元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换
版权所有 侵权必究
物料号 58237-00

《老年护理》(第3版)编写人员

主 编 唐 萍 林雪峰 杨术兰

副主编 吕 颖 付 平 梁 珣

编 者 (按姓氏笔画排序)

付 平 河南护理职业学院

吕 颖 江苏医药职业学院

任冬梅 雅安职业技术学院

刘 蓉 永州职业技术学院

刘善丽 重庆医药高等专科学校

李燕萍 重庆医药高等专科学校

杨术兰 重庆三峡医药高等专科学校

宋晓燕 辽宁医药职业学院

陈颖丽 联合(深圳)医疗咨询有限公司

林雪峰 天津医学高等专科学校

竺 静 浙江舟山群岛新区旅游与健康职业技术学院

郑秀花 河南护理职业学院

郭春红 山东医学高等专科学校

唐 萍 永州职业技术学院

梁 珣 江苏护理职业学院

程东阳 黑龙江护理高等专科学校

谭 庆 重庆三峡医药高等专科学校

“智慧职教”服务指南

“智慧职教”（www.icve.com.cn）是由高等教育出版社建设和运营的职业教育数字教学资源共建共享平台和在线课程教学服务平台，与教材配套课程相关的部分包括资源库平台、职教云平台和 App 等。用户通过平台注册，登录即可使用该平台。

● 资源库平台：为学习者提供本教材配套课程及资源的浏览服务。

登录“智慧职教”平台，在首页搜索框中搜索“养老护理”，找到对应作者主持的课程，加入课程参加学习，即可浏览课程资源。

● 职教云平台：帮助任课教师对本教材配套课程进行引用、修改，再发布为个性化课程（SPOC）。

1. 登录职教云平台，在首页单击“新增课程”按钮，根据提示设置要构建的个性化课程的基本信息。

2. 进入课程编辑页面设置教学班级后，在“教学管理”的“教学设计”中“导入”教材配套课程，可根据教学需要进行修改，再发布为个性化课程。

● App：帮助任课教师和学生基于新构建的个性化课程开展线上线下混合式、智能化教与学。

1. 在应用市场搜索“智慧职教 icve”App，下载安装。

2. 登录 App，任课教师指导学生加入个性化课程，并利用 App 提供的各类功能，开展课前、课中、课后的教学互动，构建智慧课堂。

“智慧职教”使用帮助及常见问题解答请访问 help.icve.com.cn。

第3版前言

“老年护理”是护理专业一门重要专业拓展课程,是从老年人生理、心理、社会文化以及发展角度出发,研究自然、社会、文化教育和生理、心理因素对老年人健康的影响,通过护理手段或措施解决老年人健康问题的一门课程。

《老年护理》第3版是国家职业教育护理专业教学资源库建设配套教材之一,其建设思想与护理专业教学资源库建设一脉相承,即以临床护理岗位任务引领为出发点,以技术应用为重点,注重临床技术与教学过程有效对接,数字教学资源与教学内容有效对接,打破传统教学的固定思维,努力改变护理职业教育的教学形态,是护理职业教育教学改革的一次创新体验。

全书共两个部分。第一部分为老年护理基础知识,共四个单元。单元一,人口老龄化;单元二,老年照护体系建设;单元三,老年人的健康保健;单元四,老年人的健康评估。第二部分为老年护理基本技术,共十二个单元。单元五,老年人的个人卫生;单元六,老年人营养与饮食;单元七,老年人的居住环境;单元八,老年人活动的护理;单元九,老年人排泄护理;单元十,老年人睡眠的护理;单元十一,老年人用药的护理;单元十二,老年人常见疾病的护理;单元十三,偏瘫老年人的护理;单元十四,老年人急救护理;单元十五,老年人常见心理问题的护理;单元十六,临终关怀与护理。

本教材在内容结构安排方面注重循序渐进、深入浅出、图文并茂,提供了大量临床案例,设置了学习目标、情景案例、知识拓展、情景再现和单元测验等特色栏目,以知识点为基础,紧密结合纸质教材内容,按照“重技能、强练习、拓视野”的原则,以“互联网+护理专业教学资源库+精品在线开放课程”教学资源共享为背景构建新形态一体化教材,将思维导图、PPT、同步练习、微课、演示视频等数字资源,以二维码形式与教材内容相结合,学习者通过扫描二维码即可观看教学资源、拓展资源,一书在手,实现多媒体学习,体现教材新颖性,培养学生的临床思维能力和综合职业能力。

本教材由 13 所院校的老年护理教师共同编写具体分工如下：梁珣负责单元一，刘善丽负责单元二和单元十五，杨术兰负责单元三和单元十二，唐萍和刘蓉负责单元四，谭庆负责单元五，吕颖负责单元六，李燕萍负责单元七和单元十三，宋晓燕负责单元八，程东阳负责单元九，竺静负责单元十，郭春红负责单元十一，杨术兰、付平和郑秀花负责单元十二，任冬梅、付平和郑秀花负责单元十四，林雪峰负责单元十六。在编写中，将老年护理新知识、新技术、新标准，经过精选、优化，补充进本教材，同时参考了大量国内外资料及教材，在此对本教材所有参考文献的作者表示诚挚的感谢和敬意。

为了保证教材的质量，使教材更能满足临床护理和护士执业资格考试的要求，编者进行了反复的斟酌与修改，但由于时间与水平有限，书中难免存在不足之处，恳请使用本教材的广大师生和读者谅解并予以批评指正。

编者

2021 年 12 月

第1版前言

人口老龄化已成为 21 世纪一个世界性的问题。我国是世界上拥有老龄人口最多的国家,也是老龄人口增长最快的国家,因此社会对老年护理专业人才的需求激增。如何尽快培养出专业能力强、具有良好职业道德的实用型老年护理人才已迫在眉睫。恰在此时,在全国高职高专医药类专业教学资源建设专家委员会的指导下,借助高等职业教育护理专业教学资源库建设契机,我们依照教育部、卫生部相关教学计划及大纲,参阅国内外有关老年护理学的专著和教材,在临床一线的老年护理专家指导下,走访了多家养老院,学习国内外老年护理经验,结合多年的实际教学经验编写了这本《老年护理》教材。

本教材编写以现代整体护理观为指导,以老年人为主体,从老年人心理、生理、社会的需要出发,遵循自护护理的原则。医疗上的护理不等同于单纯的疾病护理,生活护理也不仅仅是让老年人吃饱、穿暖即可,在尽可能保持老年人独立及自尊的情况下提供协助,适时给予全补偿、部分补偿的护理服务,帮助老年人适应慢性疾病和老化所带来的种种变化,尽可能地维持其功能。护理濒死患者并保持其舒适及尊严,把提高老年人的生活质量作为最终和最高目标。

本教材共分 6 章,第一章介绍了有关老化、老年保健、老年护理的概念以及原则。第二章阐明广泛的老年人健康评估,不仅评估其身体情况,更重要的在于评估生活功能,同时老年人的生存质量更有赖于其心理和社会联系,还需进行心理和社会状态的评估。第三章着重日常生活护理,以大量图表深入浅出地介绍如何营造日常生活环境,如何进行进餐护理、排泄护理、梳洗护理,老年人活动和睡眠的护理特点以及老年人服药护理。第四章从老年各系统生理性老化入手,叙述常见老年疾病的特点以及护理措施要点,以体现老年的特点而尽量避免与其他课程重复。第五章重点讨论老年人心理特点、常见心理问题和心理健康的维护与促进,通过心理护理满足老年人的精神需求。第六章临终护理,不仅重视减轻生理层面的痛苦,更重视精神层面的灵性护理,以帮助老年人平和地迎接死亡。为了便于学生抓住重点,巩固和灵活使用所学

的知识,全书各节前列有学习内容,以案例情景为导向,节后有思考题。为学生进一步拓展知识和查阅相关资源,节后有知识拓展,并在教材中链接护理专业教学资源库相关课程路径。书末附有常用老年人评估量表和老年人居住设施参考图片。

本教材在编写过程中,得到了全国高职高专医药类专业教学资源建设专家委员会的指导及各位编者所在单位的大力支持,上海交通大学医学院附属仁济医院护理部、上海中医药大学附属曙光医院护理部、上海浦东新区南码头社区敬老院等也给予了积极支持,在此一并表示真诚的致谢。

编者

2014年6月



HEP

目 录

第一部分 老年护理基础知识

单元一 人口老龄化	1
知识 1 老化与老化理论	3
知识 2 人口老龄化	5
知识 3 老年护理学概述	8
单元二 老年照护体系建设	13
知识 1 养老服务体系建设	15
知识 2 居家养老	18
知识 3 机构养老	20
知识 4 养护机构运作的质量监控	23
单元三 老年人的健康保健	27
知识 1 健康老龄化	29
知识 2 老年保健	29
单元四 老年人的健康评估	38
知识 1 躯体健康评估	40
知识 2 心理健康评估	44
知识 3 社会健康评估	51
知识 4 生活质量评估	55
技术 老年人健康评估技术	59

第二部分 老年护理基本技术

单元五 老年人的个人卫生	65
知识 1 皮肤清洁	67
知识 2 衣服卫生	68
技术 1 协助老年人清洁身体	69
技术 2 口腔及义齿的护理	71
技术 3 协助老年人穿脱衣服	73
单元六 老年人营养与饮食	76
知识 1 老年人的合理营养	78
知识 2 老年人的饮食原则	82
技术 1 协助老年人进餐	83
技术 2 鼻饲技术	85
单元七 老年人的居住环境	88
知识 1 老年人的住宅环境	90
知识 2 老年人的家具选择	93
技术 老年人生活居室的布置	96
单元八 老年人活动的护理	98
知识 1 老年人跌倒的防护	100
知识 2 老年人的活动指导	104
技术 1 协助老年人活动	106
技术 2 轮椅的使用方法	107
单元九 老年人排泄护理	111
知识 1 排尿异常的护理	113
知识 2 排便异常的护理	114
技术 1 一次性导尿术	116
技术 2 留置导尿术	117
技术 3 灌肠术——小量不保留灌肠	119

单元十 老年人睡眠的护理	121
知识 1 老年人睡眠的特点	123
知识 2 影响老年人睡眠的因素	123
知识 3 老年人常见的睡眠问题	124
技术 协助老年人入睡技术	125
单元十一 老年人用药的护理	128
知识 1 老年人用药特点	130
知识 2 老年人用药原则	135
技术 老年人安全用药指导(口服给药法)	138
单元十二 老年人常见疾病的护理	141
知识 1 老年性白内障的预防	144
知识 2 老年性聋的预防	146
知识 3 老年慢性阻塞性肺疾病的护理	148
知识 4 老年高血压的护理	150
知识 5 老年痴呆的护理	154
知识 6 老年糖尿病的护理	159
知识 7 老年骨质疏松症的护理	165
技术 1 血压的测量	169
技术 2 血糖的测量	170
技术 3 老年人认知功能训练	172
单元十三 偏瘫老年人的护理	176
知识 1 神经系统的评估	178
知识 2 偏瘫老年人的护理要点	180
技术 1 着装式老年人行动模拟训练	183
技术 2 偏瘫老年人康复技术	184
单元十四 老年人急救护理	188
知识 1 心肺复苏	191
知识 2 噎食	194
技术 1 心肺复苏技术	197

技术 2	氧气吸入疗法	199
技术 3	噎食急救技术	200
技术 4	止血包扎技术	201
技术 5	疼痛护理技术	204
技术 6	低血糖护理技术	206
单元十五 老年人常见心理问题的护理		211
知识 1	老年人心理活动特征	213
知识 2	老年人心理健康的维护	215
知识 3	老年人常见的心理问题	216
技术	老年人沟通技术	217
单元十六 临终关怀与护理		219
知识 1	死亡教育推广	221
知识 2	临终关怀	223
知识 3	死亡和濒死	224
技术	尸体护理	226
参考文献		228



第一部分 老年护理基础知识

单元一 人口老龄化



名言 夕阳无限好,人间重晚晴。

译文 这两句均是唐朝诗人李商隐的诗句。首句出自《乐游原 / 登乐游原》——夕阳无限好,只是近黄昏。现多用“夕阳”代指老年人。后句出自《晚晴》——天意怜幽草,人间重晚晴。原指人们珍视晚晴天气,后多用以比喻社会上尊重德高望重的老前辈。清朝康熙皇帝首次将这两句组合运用,赋予了诗句新的丰富内涵。如今中国已进入老龄化社会,人间重晚情的风尚正广泛流传。

启示 老年人在其还是青年、壮年的时候,曾对这个社会做出伟大的贡献。为祖国的伟大复兴,他们把自己最美的青春年华,奉献给了我们的祖国。如今,祖国的繁荣昌盛是他们用勤劳的双手、辛勤的劳动建造起来的。时隔多年,他们年纪大了,逐渐丧失劳动能力,理应受到社会的尊重,更需要专业的医务工作者去帮助他们、照顾他们,让他们感受到社会的温暖,幸福地度过晚年。

情景案例一

两名小学生玲玲和丽丽在聊天。玲玲说:“妈妈很辛苦,不但要上班还要忙于照顾外婆、外公,没有时间陪我玩,因为外婆、外公总是生病”。丽丽不同意,说:“我的外婆、外公可好啦,会做很好吃的饭菜,总是带我一起出去旅游,又不用上班,是最开心的啦。”

案例任务:

1. 老年人的定义是什么?
2. 人为什么会变老?
3. 老年护理可以为老年人提供哪些帮助?

情景案例二

2021年5月11日,国家统计局公布《第七次全国人口普查公报》,普查的数据显示

我国老年人口规模庞大。目前,我国 60 岁及以上人口有 2.6 亿人,其中,65 岁及以上人口 1.9 亿人,未来的养老需求空间巨大。中国有近 84% 的老年需求还未得到满足,预计到 2023 年我国养老产业规模将达到 12.8 万亿元,潜力巨大,正迎来发展的黄金机遇期。

案例任务:

1. 人口老龄化的主要原因有哪些?
2. 庞大的老年人群会给社会带来哪些挑战?
3. 护士应如何促进老年人的健康老龄化?

学而思

作为未来的医务工作者,面对庞大的养老需求市场,你想过往老年护理专业化方向发展吗? 你觉得医护人员未来可以在哪些养老领域有所拓展? 具备的优势、机遇和面临的困难、挑战有哪些? 请查阅资料,谈谈你的看法:怎样应对中国老龄化社会?

3

知识 1 老化与老化理论

(一) 老化与老化的特点

老化(aging)又称衰老(senescence, senility),是指机体在成熟期后随时间进展而表现出来的形态和功能不断衰退、恶化直至死亡的过程。老化具有如下特征。

1. **累积性(cumulative)** 老化不是一朝一夕形成的,而是一个漫长的过程,是机体一些轻度或微量变化长期逐步积累的结果。这些变化一旦表现出来,则不可逆转。

2. **渐进性(progressive)** 老化是一个持续渐进的演变过程且逐步加重。机体往往是在不知不觉中出现了老化的现象,而且同一种物种所表现出来的衰老征象相同。

3. **普遍性(universal)** 老化是多细胞生物普遍存在的,是同种生物在大致相同的时间范围内都可表现出来的现象。

4. **内在性(intrinsic)** 老化源于生物本身固有的特性(如遗传),环境因素只能影响老化的进度,或加速老化,或延缓老化,但不能阻止老化。

5. **危害性(deleterious)** 老化过程往往对生存不利,使机体功能下降乃至丧失,机体越来越容易感染疾病,最终导致死亡。

(二) 老化的理论

关于老化的理论很多,目前尚无一个理论能完整地解释所有的衰老现象。早期的老化理论多数只注重生物学观点的研究,直到 20 世纪初,才逐渐出现社会及心理方面的理论。近年来,随着老年人健康问题的日益严重,有关老化理论的研究也迅速发展起来。

1. **老化的生物学理论(biological theories of aging)** 老年学家列奥那多·海佛烈

克(Leonard Hayflick)在1988年首次提出该理论,这一理论主要研究年龄增长与重要生命器官功能水平变化之间的关系。其代表理论有:基因学说、细胞损耗学说、免疫理论、神经内分泌理论、自由基理论及分子串联理论等。

(1) 基因学说:基因学说是生物学观点的主要理论。其中,程序衰老学说认为衰老如同生长、发育、成熟一样,都是由某种遗传程序决定、按时表达出来的生命现象,即这种遗传程序像一个“生物钟”支配着这些生命现象循序展开。细胞定时老化理论认为,生物的寿命是由基因程序决定的,基因程序预先设定了生物的生命周期,即每种生物体内细胞的基因有固定的生命周期,并以细胞分化次数来决定个体的寿命,平均复制次数越多的生物,其预期寿命也越长。基因突变理论则认为老化是体细胞突变或细胞DNA修复机制的改变,造成老年人体内细胞特性的改变,从而使细胞功能受到影响。

(2) 细胞损耗学说:细胞损耗学说认为衰老是机体组织细胞长期耗损而修复功能不断下降的最终结果,机体的死亡是由于细胞耗损后不能再生所导致的结果。

(3) 免疫理论:免疫理论认为,随着年龄增长,机体免疫系统功能下降对疾病的抵抗力降低,对外来异物的辨认与反应降低,导致感染与癌症患病率增加。

(4) 神经内分泌理论:神经内分泌理论认为,老化现象是由于大脑和内分泌腺体(下丘脑、垂体、肾上腺等)的改变所致。随着大脑的改变,脑内神经递质出现不平衡,尤其是腺垂体激素干扰体细胞功能,机体出现老化现象。也有学者认为,下丘脑、垂体、肾上腺是调节老化过程的主要场所,提出“老化钟”在下丘脑。

(5) 自由基理论:自由基理论认为,性质高度不稳定的自由基一旦产生即可与其他物质发生反应,导致细胞结构出现异常。自由基引起DNA损伤,特别是线粒体DNA,可能是影响衰老进程的重要因素。

(6) 分子串联理论 分子串联理论认为,正常的各分子结构是分隔的,过多的大分子交联可能破坏DNA分子链,导致细胞突变、代谢废物无法排出、铁质无法运转、胶原蛋白丧失弹性和功能,最终导致组织和器官功能衰竭,机体产生不可修复的损伤。

将上述理论观点在老年护理学中加以应用,有助于护士了解老年人的生理功能变化,理解老年人的高度易感性,以便从老年学的观点进行护理评估和设计各种干预措施,帮助老年人延缓衰老进程和维持最佳生理功能。

2. 老化的心理学理论(psychological theories of aging) 主要研究老年人的心理行为变化、角色发展、行为控制和自我调节适应能力。这一理论认为,老化过程是人随环境需要而改变的适应性反应。其代表理论有:人类需求理论、生命过程发展理论、适应理论和人格发展理论等(见基础护理学)。

老化的心理学理论有助于护士理解和合理解释老年人的各种心理行为和心理健

康需求,关注老年人对丧亲、丧友、社会角色变化、生理功能下降等各种变化的反应,关注老年人情感的持续心理发展和反应,理解老年人终身发展的潜能。

3. 老化的社会学理论(social theories of aging) 这一理论主要研究老年人的角色发展、群体行为、社会制度和社会价值对老化适应的影响。其中,隐退、活跃、角色、次文化和连贯理论均属于这一领域。从20世纪70年代起,老化的社会学理论得以扩展,将重点研究转向更广泛的社会和结构因素以及这些因素如何影响老年人的生活质量,从而产生年龄阶层和社会环境适应等各种理论。

(1) 隐退理论:该理论认为老年人从社会角色与社会系统中隐退,是成功老化必须经历的过程,也是促进社会进步、安定祥和及人类生命代代相传的完善途径。

(2) 活跃理论:该理论认为老年人因年龄大而失去原有角色功能,会使老年人失去生活的信心与意义,如果能让老年人有机会参与社会活动,贡献自己的所能,他们对晚年生活的满意度就会增加,而不会觉得自己是没有用的人,从而能正向协助老年人适应老年生活。

(3) 角色理论:该理论主张老年人如能对角色理论有所认识,并对角色改变的自然过程有所认知并接受,将有助于对老年生活的适应。

(4) 次文化理论:该理论提出老年人在社会团体中是一群非主流人群,他们有自己的特有的文化特质,自成一个次文化团体。

(5) 连贯理论 该理论认为一个人的人格及行为特征是由环境影响与社会增强结果所塑造出来的。人的人格会随着年龄的增加而持续地动态改变。

(6) 年龄阶层理论 该理论把人群按一定的年龄间隔分成不同的年龄阶层,老年人的人格与行为特点是一种群体相互影响的社会化结果。

(7) 社会环境适应理论 该理论认为不同的环境背景,会塑造出不同的人格行为特点的老年人群。老年人为了适应生理、心理及社会改变,而产生出老年团体特有的行为特点。由于不同老年团体所处的环境有所不同,所以不同的老年团体会表现出自己团体特有的行为模式。

老化理论有助于护士从“生活在社会中的人”这个角度看待老年人,以及了解老年人生活的社会与他们之间的相互影响,应用这些理论来评估老年人的应对机制,设计干预措施帮助老年人适应老年期的变化,适应晚年生活状态。

知识 2 人口老龄化

随着社会的进步和经济的发展,人口老龄化席卷全球,这是社会发展的必然结果,也是当今世界人们普遍关心的重要公共问题和重大社会问题。研究老年人的健康问题,满足老年人的健康需求,提高老年人的生活质量,维护和促进老年人的身心



老龄化
大趋势

健康,实现健康老龄化的战略目标,无疑是护理领域的重要课题。

(一) 老年人的年龄划分

1. 人的寿命 寿命是指生物个体从出生开始,经过发育、成长、成熟、衰老直至死亡结束时,机体所生存的时间。衡量人类寿命的指标有3种:人类自然寿命、最高寿命、平均期望寿命。

(1) 人类自然寿命(natural life-span of human)指不受外界因素影响的情况下,遗传学意义上人类生存的最高年限。科学家按照人性成熟的8~10倍、按生长期5~7倍,按人类二倍体细胞平均每次分裂周期为24年等方法计算人的自然寿命应该是110~175岁。

(2) 最高寿命(maximum life-span)指同种生物的一个群体中最后一个或最后一批死亡的生存时间。由于受到环境、疾病等因素的影响,人类不能尽终天年者大量存在。

(3) 平均期望寿命(average life expectancy)简称平均寿命,是指某一地区或国家总人口的平均生存年限。平均期望寿命和死亡率是同一件事情的两个相反方面,死亡率降低,平均期望寿命便提高,所以平均期望寿命也是一个综合反映人口死亡率水平的指标。

2. 老年人的年龄划分标准

(1) 世界卫生组织(WHO)老年人的年龄划分标准 1955年,WHO规定:发达国家年龄 ≥ 65 岁为老年人,发展中国家年龄 ≥ 60 岁为老年人。另外,规定:44岁以下为青年人;45~59岁为中年人;60~74岁为年轻老年人(the young old);75~89岁为老老年人(the old old);90岁以上为非常老的老年人或长寿老年人(the very old)。

这个标准兼顾发达国家和发展中国家,既考虑到人类平均期望寿命不断延长的发展趋势,又是人类健康水平日益提高的必然结果。

(2) 我国老年人的年龄划分标准 我国关于年龄的划分界限自古说法不一。民间多用三十而立,四十而不惑,五十而知天命,六十花甲,七十古稀,八十为耄,九十为耄。1996年我国颁布的《中华人民共和国老年人权益保障法》(2018年第三次修订)第2条规定老年人的年龄起点标准是60周岁。现阶段我国老年人按时序年龄的划分标准为:45~59岁为老年前期,即中老年人;60~89岁为老年期,即老年人;90~99岁为长寿期,100岁以上为寿星,即长寿老年人。

(二) 人口老龄化

人口老龄化(aging of population)简称人口老化,是人口年龄结构的老龄化。它是指老年人口与总人口的比例不断上升的一种动态过程。WHO对老龄化社会划分有两种标准(表1-1)。



老年人与
人口老龄化

表 1-1 老龄化社会的划分标准

老龄化社会	老年人年龄界限	
	发达国家(65 岁以上)	发展中国家(60 岁以上)
青年型(老年人口系数)	<4%	<8%
成年型(老年人口系数)	4%~7%	8%~10%
老年型(老年人口系数)	>7%	>10%

联合国规定：一个国家或地区，年满 65 岁的老年人口占总人口数的 7% 以上，或年满 60 岁的老年人口占总人口数的 10% 以上，即可定为老年型老龄化社会。

(三) 我国人口老龄化趋势及特点

21 世纪是人口老龄化时代。现在世界上所有发达国家都已进入老龄社会，很多发展中国家也正在步入老龄社会。中国已于 1999 年进入老龄化社会，是较早进入老龄化社会的发展中国家之一，是世界上老年人口最多的国家。中国的人口老龄化不仅是中国自身的问题，而且关系到全球人口老龄化的进程，备受世界关注。

1. 我国人口老龄化发展趋势分为 3 个阶段

(1) 第 1 阶段 2001—2020 年是快速老龄化阶段。2020 年，老年人口达到 2.64 亿，老龄化水平达到 18.7%。

(2) 第 2 阶段 2021—2050 年是加速老龄化阶段。伴随着 20 世纪 60—70 年代中期第二次生育高峰人群进入老年，到 2050 年，老年人口数量将超过 4 亿，老龄化水平推进到 30% 以上。

(3) 第 3 阶段 2051—2100 年是稳定的重度老龄化阶段。老年人口规模将稳定在 3 亿~4 亿，老龄化水平基本稳定在 31% 左右(图 1-1)。

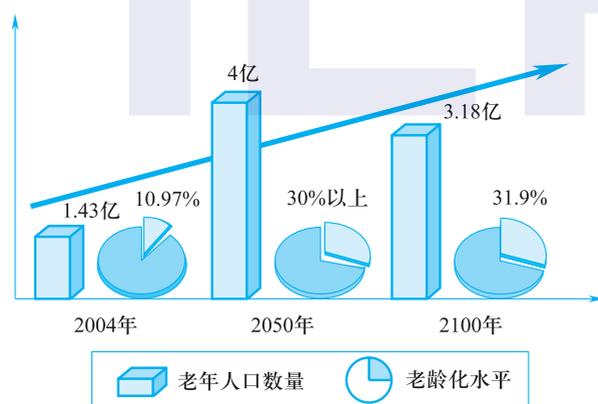


图 1-1 我国人口老龄化发展趋势

2. 我国人口老龄化特点

(1) 老龄人口规模大 据第七次全国人口普查公报，2020 年中国大陆 60 岁及以上老年人口数为 2.64 亿，预计到 2050 年中国的老年人口将接近 5 亿，约占中国总人

口的 1/3, 占世界老年人口的 1/5, 老龄人口绝对数量居世界第二位, 仅次于印度。

(2) 人口老龄化发展速度快 发达国家老龄化进程长达几十年至一百多年, 如法国用了 115 年, 瑞士用了 85 年, 英国用了 80 年, 美国用了 60 年, 而我国仅用了 18 年 (1981—1999) 时间就进入了老龄化社会, 而且老龄化速度还在加快。

(3) 老龄人口高龄化显著 在人口老龄化的同时, 老龄人口也在高龄化。2010 年 80 岁及以上老龄人口已达到 2 132 万人, 2020 年达到 3 067 万人, 预计至 2040 年将达到 5 600 万人, 至 2050 年将达到 9 448 万人, 占老龄总人口的 21.78%。

(4) 人口“未富先老” 发达国家的人口老龄化都是在经济发达时期, 社会经济承受能力强, 而且及时建立了养老保险、医疗保险制度等完善的社会保障体系下出现的, 而中国人口老龄化是在社会进步和经济发展的时期出现的, 人均国内生产总值 (GDP)、经济发展质量等方面与发达国家相比存在很大差距。预计到 21 世纪中叶, 中国人口老龄化达到峰值时, 人均 GDP 也只能达到目前中等发达国家的水平。这表明中国人口老龄化必然会给中国社会经济发展带来严峻挑战。

(5) 地区之间人口老龄化程度发展很不平衡 中国人口老龄化呈现中东部经济发达的省市较西部一些经济欠发达地区老龄化程度严重的现状, 地区之间老龄化程度的差异, 预示着未来人口流动的加剧。如果劳动力从不发达地区向发达地区流动速度过快, 也可能出现不发达地区老龄化程度更加严重的情况。

(四) 人口老龄化对护理服务的需求

老年人是家庭护理的主要服务对象。老年人对家庭护理的主要需求是对其日常生活能力的帮助。由于传统赡养模式的影响, 经济条件的限制及老年人固有的地缘、亲缘情结而不能或不愿进入养老机构, 大多数老年人均由家属照顾, 所以家属的负担很重。无论从老年人自身还是从照顾者方面来讲, 都急需来自医疗、社区等方面的服务机构的支持和帮助。因此, 为老年人提供更为全面、系统、规范的护理服务是护理人员研究的重要课题及努力方向。随着护理服务的发展和我国医疗保健体系的不断完善, 老年护理事业必将得到更快的发展。

知识拓展

有时我想, 要是人们把活着的每一天都看作是生命的最后一天该有多好啊! 这就更能显出生命的价值。——海伦·凯勒

没有人永远活着, 没有东西可以经久。——泰戈尔

生命的意义是在于活得充实, 而不是在于活得长久。——马丁·路德·金

知识 3 老年护理学概述

老年护理学源于老年学, 是一门跨学科、多领域, 同时又具有其独特性的综合性



学科,与老年学、老年医学关系密切。

(一) 老年护理学及相关概念

1. 老年学(gerontology) 是一门研究老年及相关问题的学科,是包括自然科学和社会科学的新兴综合性交叉学科,是老年生物学、老年医学、老年社会学、老年心理学及老年护理学的总称。

2. 老年医学(geriatrics) 是研究人类衰老的机制、人体老年性变化、老年人卫生和保健,以及老年病防治的科学,是医学中的一个分支,也是老年学的主要组成部分。它包括老年基础医学、老年临床医学、老年康复医学、老年流行病学、老年预防保健医学和老年社会学等内容。

3. 老年护理学(gerontological nursing) 是研究老年人和老年病护理的学科,研究、诊断和处理老年人对自身现存的和潜在的健康问题的反应。它是老年医学的一个学科,也是护理学的一个分支。它和其他学科有一定的横向联系,是和社会科学、自然科学相互渗透的综合性应用科学。老年护理学有一般护理学的基础,但又区别于一般护理学。老年人在生理、心理、社会适应能力方面的特殊性以及老年疾病的特殊性,决定了老年护理学有其特殊的规律。

老年护理学研究的对象是老年人,包括老年患者和未患病的老年人。老年护理学强调保持和恢复、促进健康,预防和控制由急、慢性疾病引起的残疾,发挥老年人的日常生活能力,实现老年机体的最佳功能,保持老年人的尊严和舒适生活直至死亡。

(二) 老年护理的目标与原则

1. 老年护理的目标 每个人进入老年期后,身心功能都会逐渐走向衰亡。老年护理的最终目标是提高老年人的生活质量,保持最佳功能(图 1-2)。

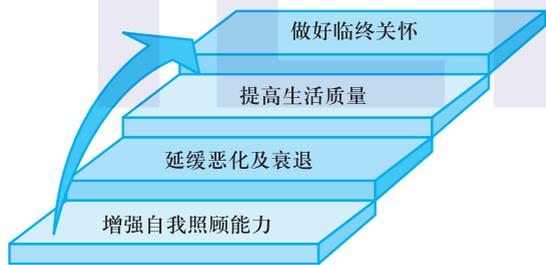


图 1-2 老年护理的目标

(1) 增强自我照顾能力(increase self-care capacity) 面对老年人的虚弱和需求,医护人员应善于运用老年人自身资源,采取不同的措施,尽量维持其自我照顾能力,避免老年人以被动的形式生活在依赖、无价值、丧失权利的感受中,进而加速其自理能力的丧失。应充分认识到巩固和强化老年人自我护理能力,对增强老年人生活的信心、保持老年人自尊的重要性。

(2) 延缓恶化及衰退(delay deterioration and decline) 广泛地开展健康教育,依

据三级预防策略,通过改变老年人不良的生活方式和行为等,避免和减少健康危险因素的危害,做到早发现、早诊断、早治疗、积极康复,对疾病进行干预,预防并发症的发生,防止伤残。

(3) 提高生活质量(promote the quality of life) 护理的目标不仅仅是疾病的转归和寿命的延长,还应促进老年人在生理、心理和社会适应方面的完美状态,提高其生活质量,体现自身生命意义和价值。老年人要在健康基础上长寿,做到年高不老,寿高不衰。

(4) 做好临终关怀(hospice care) 对待临终老年人,护理工作者应从生理、心理和社会方面全方位为他们服务。对其进行综合评估分析,识别、预测并满足其需求,以确保老年人能够舒适地度过生命的最后时光。

2. 老年护理的原则 由于老年护理有其特殊的规律和专业的要求,在护理实践中除了遵循一般护理原则外,还应遵循以下原则。

(1) 满足需求 老年人的生理、心理和社会适应能力随着增龄而退化,疾病的发生率也显著增高,所以较其他任何时期都需要更多层次的需求满足。护理人员应增强对老化过程的认识,将正常老化及病态身体状况、老年人独特的心理及社会特性与护理知识相结合,及时发现老年人现存的和潜在的健康问题,使护理活动能满足老年人的各种需求。

(2) 社会护理 老年护理的对象不仅是老年患者,还应包括健康的老年人、老年人照顾者(主要为家庭成员)。因此,老年护理必须兼顾到医院、家庭和人群,护理工作地点应包括社区和全社会。从某种意义上讲,家庭和社会参与护理更有其重要性,因为不但可使老年人受益,还可大大地减轻家庭和社

(3) 整体护理 由于老年人在生理、心理、社会适应能力等方面与其他人群有不同之处,护理人员必须树立整体护理的理念,研究多种因素对老年人健康的影响,注重患者身心健康的统一,解决患者的整体健康问题,提供多层次、全方位的整体护理。

(4) 个体化护理 老年人个体状况差别很大,老化程度因人而异,影响衰老和健康的因素也错综复杂。老年人往往有多种疾病共存,疾病之间彼此交错和相互影响。因此,既要遵循一般性护理原则,又要注意因人施护,执行个体化护理的原则,做到针对性和实效性护理。

(5) 早期防护 衰老是全身性的、多方面的、复杂的、渐进性退化过程,老化伴随着人生的整个过程。故一级预防应该及早进行,做到了解老年人常见病的病因、危险因素和保护因素,于青、中年时期及时采取有效的干预措施,防止老年疾病的发生和发展,根据情况实施康复和护理的开始时间也越早越好。

(6) 持之以恒 老年人需要连续性和多方面照顾,老年人随着老化,生活自理能力下降,有的甚至伴有生理功能障碍,老年疾病具有病程长、并发症多、后遗症多等特

点,因此,开展长期护理是必要的。对各年龄段健康老年人和患病老年人均应做好细致、耐心、持之以恒的护理,减轻老年人生理和心理的痛苦,缩短临终依赖期,使其在生命的最后阶段能够得到系统的护理和社会支持。

(三) 老年护理的道德准则和执业标准

1. 老年护理道德准则 老年人作为社会的弱势群体,使得老年护理工作更具社会意义和人道主义精神,因而对护理人员的道德修养提出了更高的要求。

(1) 尊老爱老,扶病解困 尊老养老历来是中华民族的优良传统,是老年护理人员奉行的美德。广大护理工作者应倾心于此、尽力于此,应将尊老、敬老、助老的工作落到实处,为老年人分忧解难,扶病解困。

(2) 热忱服务,一视同仁 热忱服务是护理人员满足患者需要的具体体现。在护理工作中应始终贯穿诚心、爱心、细心、耐心的原则,尽量保证患者的安全和舒适。对老年人应一视同仁,无论职位高低、病情轻重、贫富如何、远近亲疏及自我护理能力强弱,都要以诚相待,尊重人格,体现公平、公正的原则,并提供个性化护理。

(3) 高度负责,技术求精 老年人患病时症状和体征不典型,又拙于表达自己的感受,很容易延误病情。这不仅要求护理人员要具有较高的专科护理知识水平,更重要的是要有强烈的责任心,在工作中做到仔细、审慎、周密,不能因为工作中的疏忽而延误了老年患者的治疗。

2. 老年护理执业标准 护理人员必须通过学校教育、在职教育、继续教育和岗前培训等增加老年护理的知识和技能。我国尚无老年护理执业标准,目前主要参照美国的老年护理执业标准,该标准是1967年由美国护士协会提出,1987年修改而成。它是根据护理程序制订的,强调增加老年人的独立性及维持其最高程度的健康状态。

知识拓展

美国护士协会(ANA)制订的《老年护理执业标准》,具体内容参考如下。

1. 老年护理服务的组织 所有的老年护理服务是有计划、有组织的,且由护理人员执行管理。执行者必须具有学士以上学历且有老年护理及老年长期照料或急性救护机构的工作经验。

2. 老年护理服务的理论 护理人员参与理论的发展和研究,护理人员以理论的研究及测试作为临床的基础,用理论指导有效的老年护理活动。

3. 收集资料 老年人的健康状态必须定期、完整、详尽、正确且有系统的评估。在健康评估中所获得的资料可以和健康照护的成员分享,包括老年人和其家属。

4. 护理诊断 护理人员使用健康评估资料以决定其护理诊断。

5. 护理计划及持续护理 护理人员与老年人及其家属共同制订护理计划。计划包括共同的目标、优先顺序、护理方式以及评价方法,以满足老年人治疗性、预防性、恢复性和康复性需求。护理计划可协助老年人达到及维持最高程度的健康、安

宁、生活质量和平静的死亡,并帮助老年人得到持续的照顾,即使老年人转到不同环境也能获得继续照顾,且在必要时修改。

6. 护理措施 护理人员依据护理计划的指引提供护理措施,以恢复老年人的功能性能力并且预防并发症和残疾的发生。护理措施源自护理诊断且以老年护理理论为基础。

7. 护理评价 护理人员持续的评价老年人和家属对护理措施的反应,已决定目标完成的进度,并根据评价结果修正护理诊断和护理计划。

8. 医疗团队合作 护理人员与健康保健小组成员合作,在各种不同的情况下给予老年人照顾服务。小组成员定期开会以评价对老年人及其家属护理计划的有效性,并依需要的改变调整护理计划。

9. 健康教育 护理人员参与研究设计以发展有组织的老年人护理知识宣传,并在临床运用。

10. 护理伦理 护理人员依据“护理人员守则”作为伦理抉择的指标。

11. 专业成长 护理人员不仅对护理专业的发展负有责任,而且应该对健康保健人员的专业成长做出贡献。

情景再现

某位于城郊接合部的新建社区,楼房刚刚交付使用,生活配套设施尚不完善,据物业部门统计,目前已入住 1 200 户,其中 18 岁以下居民 1 400 人,18~60 岁居民 3 600 人,60 岁以上居民 600 人,80 岁以上的高龄占 60 岁以上人口的 20%。

1. 请计算

- (1) 该社区的老年人口系数。
- (2) 80 岁以上的高龄老年人口有多少人?

2. 请分析

- (1) 该社区是否进入老龄化社会?
- (2) 为保障老年人安心在此居住,解除老年人家庭成员的后顾之忧,在未来的生活配套设施建设中,作为老年护理人员,请你献计、献策。

(梁 珣)



单元测验



单元二 老年照护体系建设



学先知

名言 亲亲，仁也；敬长，义也。

译文 这是孟子的《孟子·尽心上》中的诗句，这句诗的意思是：敬爱父母，就是仁；尊敬长辈，就是义。仁义是一个人乃至一个社会追求和提倡的目标，亲亲是仁爱的源头，敬长是义的源头。所以做到仁义要先从孝敬父母、尊敬长辈开始，进而推衍到整个人类社会，通行于天下。

启示 古语云：树欲静而风不止，子欲养而亲不待。敬爱父母，尊敬长辈，是中华民族的传统美德，是现代人在家庭和社会生活中的一项基本准则。无论是敬爱父母，还是尊敬长辈，都必须以仁爱和道义为底蕴。这种恭敬，是发自我们内心的真情流露，是有道德、有礼貌的表现。

情景案例一

王大妈，62岁，教师，退休多年，老伴前年因病去世，儿子儿媳工作繁忙，偶尔来看望她。王大妈平素身体健康，有舞蹈特长，除在家种种花草外，还是社区老年大学的忠实学员，晚上在小区领着老太太们跳“坝坝舞”，生活过得也还丰富多彩。前不久，王大妈在家洗澡不慎滑倒致手臂骨折，儿子非常担心她一个人生活。请你分析王大妈目前的养老服务需求，并给出合理化的建议。

案例任务：

1. 老年人有哪些养老服务需求？
2. 怎样完善社区居家养老服务体系？

情景案例二

张爷爷，84岁，与女儿女婿同住。因有高血压、糖尿病病史，每天需按时服用药物，某日，张爷爷忘记服药，致头昏摔倒，幸而未发生大事故。女儿想着父亲年纪越来越大，记忆及身体也越来越差，自己工作忙又无暇顾及老人，故特去咨询养老事宜。

案例任务：

1. 按张爷爷目前的情况,需要提供哪些方面的照护?
2. 我国养老服务体系包括哪几个类型?
3. 分析各种养老方式的特点并为张爷爷选择合适的养老方式。

学而思

我们作为年轻人,应该在生活中的哪些方面体现敬爱父母、尊敬长辈?谈谈你对“亲亲,仁也;敬长,义也”思想在养老服务体系建设中进行运用的理解。

随着我国人口老龄化的加速,党和政府高度重视,结合我国的实际情况,初步形成了具有中国特色的政府主导、社会参与、市场推动的老年照护体制机制,努力满足老年人日益增长的多层次、多样化的健康养老服务需求。

知识 1 养老服务体系建设

(一) 养老服务体系概述

随着城市化、工业化和市场化带来人口大规模流动和家庭小型化及类型的多样化,家庭养老功能衰弱,养老问题逐步演变为广泛关注的社会问题。建设现代化养老服务体系,使老年人“老有所养、老有所医、老有所教、老有所学、老有所为、老有所乐、老有所居、老有所依”,成为国家发展的重中之重。养老服务体系主要是指老年人在生活中获得的全方位服务支持的系统,既包括家庭提供基本生活设施和生活环境,也包括社区提供的各种服务和条件,更包括政府和社会提供的有关服务的形式、制度、政策、机构等各种条件。具体来讲,就是面向所有老年群体,与经济社会发展水平相适应,为老年人提供必要的基本生活服务,满足其物质和精神生活的基本需要,提升老年人生活质量,包括基本日常生活照料、医疗保健、心理支持、文化娱乐、紧急救援和社会参与的设施、组织、人才与技术,以及相配套的服务标准和运行监管机制。我国养老服务体系可分为三类:居家养老、社区养老和机构养老(图 2-1)。

(二) 我国养老服务体系建设现状

我国从 1999 年进入老龄化社会以来,近 20 年老龄化人口急速增长,2021 年第七次全国人口普查最新数据显示,我国 60 岁及以上人口为 26 402 万,占全国总人口的 18.7%,其中 65 岁及以上人口达 19 064 万,占总人口的 13.5%。失能老年人和慢性病老年人不断增多。养老院、福利院等单纯性的养老模式已不能满足社会的需求,养老服务体系建设显得尤为急迫和重要。党和政府高度重视,及时把握发展要求,出台多项政策和法规,加大资金支持力度,鼓励民办养老机构发展,以此弥补公办养老机构在数量和质量上的不足,多措并举满足社会日益增长的养老需求。经过多年发展,提

供日间照料、家政服务、康复护理、医疗保健等服务的居家养老服务网络初步形成,养老服务体系建设获得了长足进步。

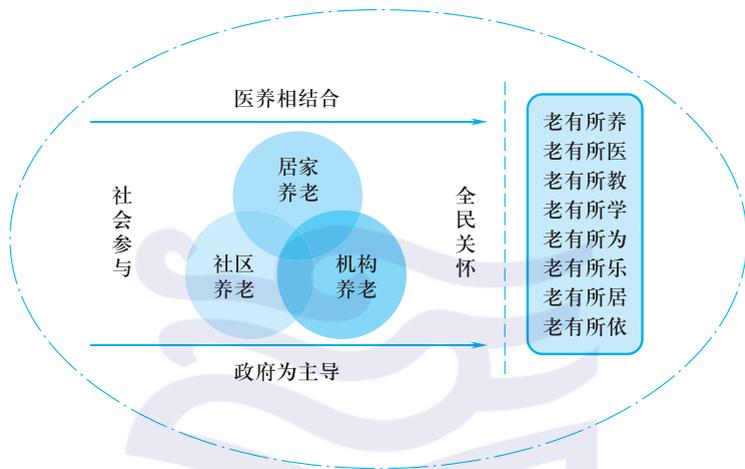


图 2-1 养老服务体系

在“十二五”“十三五”时期,国家提出的养老服务体系是“以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的养老服务体系”。经过多年的发展,我国老龄事业和养老体系建设取得可喜成绩,老年人相关政策和法规不断完善,基本养老、基本医疗保障覆盖面不断扩大,以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的养老服务体系初步形成。

在取得发展进步的同时,我们应该认识到,我国正快速步入深度老龄化国家,养老体系建设仍然处于起步阶段,在发展过程中还存在着诸多问题需不断完善。主要表现在以下方面:① 养老体系建设基础薄弱。养老体系的构建是以家庭养老为基础,而随着家庭结构逐渐小型化,家庭养老功能在弱化,基础地位受到动摇,而养老院数量大幅增加却没有相应措施巩固家庭养老的地位。② 管理运作机制还不健全。当前,民政部是养老服务的主管部门,但做好养老服务还需要政府众多部门配合,形成相对应的管理体系。③ 养老服务队伍建设薄弱。相关专业人才缺乏。据调查,受过专业培训的护理员不超过 30%,取得养老护理员资格证书的不足 1/3。④ 社会养老规模有限。民办养老机构的发展受到较多的制约因素,导致民间资本不愿进入养老服务业,因此养老服务社会化程度仍然较低。⑤ 养老服务供需矛盾突出。调查显示,约 50% 的老年人有各种个性化、多元化的养老服务需求,而与之相关的各类服务及人才供给等不匹配、不充分,需求满足率仅为 16%。

(三) 我国养老服务体系建设目标

《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》对我国养老体系建设的指导思想、基本原则和发展目标做了全面说明,提出了一系列导向性和约束性指标,规划明确提出,“十三五”时期是我国全面建成小康社会决胜阶段,也是我国老龄事业

改革发展和养老体系建设的重要战略窗口期。《中华人民共和国国民经济和社会发展的第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》(以下简称《十四五规划纲要》)设专节对养老服务进行了安排,这是指导未来五年内国家养老服务体系建设的纲领性要求。《十四五规划纲要》在“完善养老服务体系”一节中,有这样的表述:推动养老事业和养老产业协同发展,健全基本养老服务体系,大力发展普惠型养老服务,支持家庭承担养老功能,构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。这两个方面的新变化:一是提出居家社区机构相协调,这是从量的要求到质的要求的转变。二是提出了医养康养相结合。十来年养老服务发展的实践表明,养老服务市场选择了医养康养相结合。无论是居家社区养老服务,还是养老机构的服务,都需要医养康养相结合。《十四五规划纲要》以55%的明确数额要求提升机构护理型床位占比,意味着能够提供满足更多老年人护理需求的养老机构未来几年还会有继续扩张的前景。《十四五规划纲要》还提到,要完善社区居家养老服务网络,推进公共设施适老化改造,推动专业机构服务向社区延伸,整合利用存量资源发展社区嵌入式养老。强化对失能、部分失能特困老年人的兜底保障,积极发展农村互助幸福院等互助性养老。由上可见,养老体系建设是我国人口战略中的重要一环。让老年人老有所养、老有所乐、安然度过晚年,是响应国家人口长期均衡发展规划的重要目标。

我国养老服务体系的发展尚处于起步和探索阶段,特别是发展面临“未富先老”“中等收入陷阱”等特殊严峻形势,因此,必须强化顶层设计,发挥政府的保障和引导作用,逐步构建多元参与、多层次养老服务体系。具体措施有:①加强基本架构建设,提高养老服务质量。一是对高龄和独居老年人提供日常照料、紧急呼叫、安全援助服务和一定的免费服务等,全面优化居家养老服务体系;二是加强社区信息综合服务网络建设,全面化实现信息流通;三是养老机构与社区紧密配合,促进机构养老体系社区化发展,增强老年人社会融入感。②完善运作机制,促进养老服务体系可持续发展。一是政府与市场有机结合,政府既是提供者,也是组织协调者;二是完善相关政策,鼓励各地制定适宜的养老服务发展制度;三是规范标准,健全养老服务质量评估和监督体系。③加强养老服务人才队伍建设。一是规范从业人员准入标准;二是依托医学院校加强老年人才培养和在岗职工技能培训。

知识拓展

什么是“三边四级”养老服务体系?

“三边四级”养老服务体系是指在政府主导下,通过构建市级指导、区级统筹、街乡落实、社区参与的四级居家养老服务网络,实现老年人在其周边、身边和床边就近享受居家养老服务。

知识2 居家养老

(一) 居家养老概述

世界卫生组织调查显示,居家养老可以和周围环境融为一体,延续以往的社会网络,使老年人的心理更健康,所以他们会更倾向于传统的居家养老。所谓居家养老,就是指老年人在家中居住的一种养老方式。此种方式以家庭为核心,由政府和社会力量依托社区,为居家的老年人提供社会化服务(图2-2)。具体服务类型有三个层次:首先是物质生活方面的需求,如生活照料、家政服务等衣食住行用;其次是精神文化方面的需求,如学习教育、健身娱乐、医疗保健等;第三是情感和心理慰藉方面的需求,如精神关爱和心理沟通,为社会发挥余热来实现自身价值的要求等。养老空间是在家中,但其享受养老服务的提供主体是社区,或者是社会中专业的养老服务机构等。它是对传统家庭养老模式的补充与更新,是我国发展社区服务,建立养老服务体系的一项重要内容。



图2-2 家庭病床

(二) 居家养老服务形式

居家养老服务可分为福利性和市场性两个基本部分。福利性居家养老服务主要由政府负担,政府通过财政补贴或直接购买服务来履行责任;市场性居家养老服务主要由市场主导,由需要提供服务者个人或家庭直接在市场上购买所需服务。居家养老服务主要形式有三种:第一种是由居家养老服务站(社)派出经过专业培训的服务人员上门为老年人开展照料服务;第二种依托养老机构和社区服务中心在社区创办老年人日间照顾服务中心,为老年人提供日托服务(日托所);第三种是与社区服务相结合,开展针对高龄独居老年人的爱心助老活动。居家养老除了满足老年人家庭及社会的获得感、融入感外,最大的特点是解决了社会养老机构不足的困难,将大龄下岗女职工和缺乏生活照顾、需要居家看护的孤残老年人这两个困难群体的需要相结合,充分调动社会和企业力量出资建立家庭养老院,形成老年人、护理员、政府多方受益的良好模式。但是,居家养老如果只长期采用大龄下岗女职工作为服务者而不引进年轻化的相关专业人才,将制约此种模式发展到新的高度。

（三）居家养老发展思路

居家养老服务的发展,须注意四个坚持:一是坚持以人为本。与老年人实际需求相匹配,为老年人提供人性化、高质量的服务。二是坚持依托社区。在社区建立居家养老服务机构、场所和队伍,充分整合社会资源,调动各方积极性,大力营造良好的社会环境。三是坚持因地制宜。结合本地区实际,与当地经济社会发展水平相适应,与社区人文环境和老年人需求相适应,循序渐进地稳步开展居家养老服务。四是坚持社会化方向。采用政策导向、制度保障、资金投入等方式,多措并举,调动社会各方面力量支持和参与居家养老服务。

全面推进居家养老服务,尊重老年人情感和心理需求,弘扬中华民族尊老敬老的优良传统美德,可以促进家庭和谐、社区和谐以及代际和谐,推动社会主义和谐社会建设,破解我国日趋凸显的人口老龄化养老服务难题,提高老年人生命、生活质量。

知识拓展

智能居家养老

智能居家养老是现在流行的一种养老概念。最早由英国生命信托基金会提出,称其为全智能化老年系统,即老年人在日常生活中可以不受时间和地理环境的束缚,在自己家中过上高质量高享受的生活。智能居家养老服务实际上是在远程科技的体系上建立的一个支持家庭温情养老的新型社会化服务体系,是其他养老模式的补充与完善,不仅解决了我国家庭养老资源弱化的问题,也符合我国一向提倡的“孝”文化。

智能居家养老系统采用计算机技术、无线传输技术等现代信息技术手段,植入电子芯片装置在居家养老设备中,远程监控老年人日常生活。如老年人走出规定范围或跌倒时,智能居家养老系统中的手表式提醒设备能立即通知医护人员或亲属,及时为老年人提供救助服务;当老年人发生消化不良、睡眠障碍等各种亚健康隐患时,智能居家养老设备的服务中心也能第一时间知晓并发出提醒;智能居家养老系统还可提醒老年人按时吃药和日常生活中的健康事项。最重要的是,智能居家养老可以在老年人身上安装全球定位系统(GPS),子女再也不用担心老年人走失。

智能居家养老是最适合老年人的亲情养老,它是传统居家养老的升级和优化,既体现了家庭成员的亲情,满足老年人对“家”的需要,又融合高科技辅助功能,利用网络远程技术和实时健康管理优势,配合智能居家系统让子女随时了解父母的出行情况及健康状况,父母出现意外时更能第一时间得到通知,充分满足了子女对老年人的呵护需要与管理。全国各地区的老龄办都开始积极提倡智能居家养老,让老年人在足不出户的情况下通过现代化科技手段完善居家养老质量(图 2-3)。

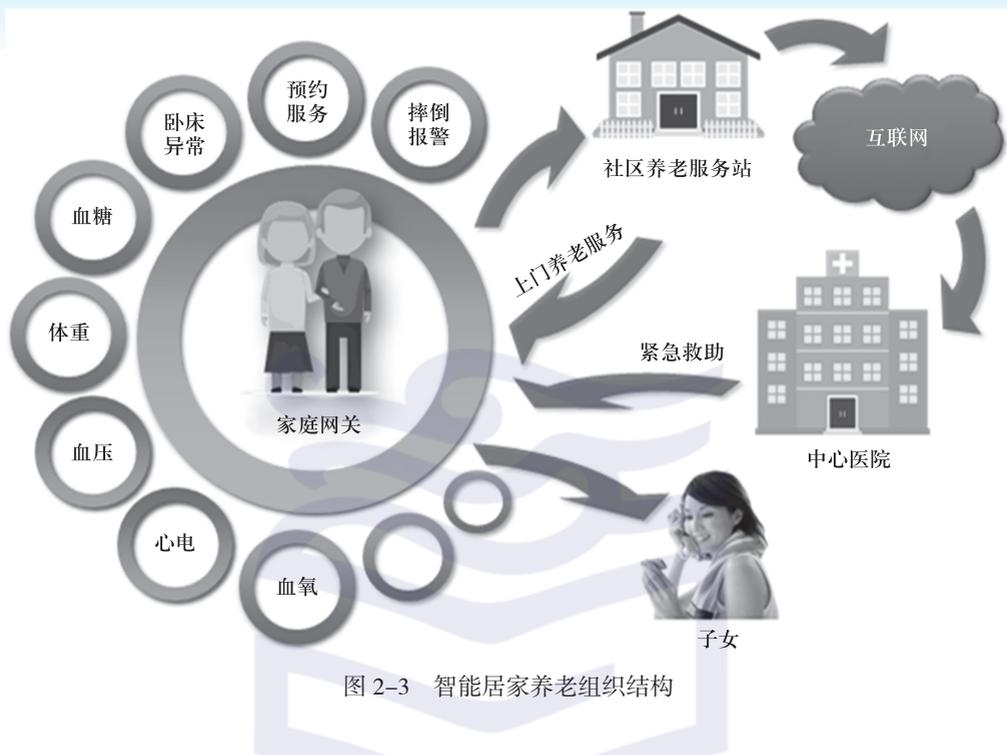


图 2-3 智能居家养老组织结构

知识 3 机构养老

(一) 机构养老概述

机构养老指依靠国家资助、亲人资助或老年人自助的方式,将老年人集中到国家、企业、个人等依法设立的养老机构中接受免费的或有偿的专业性养老服务的养老模式。机构养老主要体现在如下两点:第一,养老资金来源于集体、企事业单位、国家等,区别于来自子女、本人、亲属或者配偶供给的家庭养老,属于社会资源。第二,养老的空间地点不在原有居住地,而是集中居住在一定的区域。

养老机构是机构养老的重要载体和依托,是指依照《养老机构设立许可办法》设立并依法办理登记的为老年人提供集中居住和照料服务的机构。具体来讲,是为老年人提供生活照料、康复护理、精神慰藉和文娱活动等全人、全员、全程的养老综合性服务机构。“全人”服务是指养老机构不仅要满足入住老年人的衣、食、住、行、用等基本生活照料需求,还要满足老年人预防保健、医疗卫生、护理康复以及心理与社会、精神文化等需求。而做好“全人”养老服务一定需要养老机构全体员工的共同努力,这就是“全员”服务。养老机构是绝大多数入住老年人人生最后的归宿,从老年人入住起,养老机构工作人员就将一直陪伴老年人直至其走完人生最后的旅程,这就是“全程”服务。民政部 2020 年 11 月 1 日起施行的《养老机构管理办法》第三章里对养老机构的服务内容有明确表述:养老机构应当为老年人提供饮食、起居、清洁、卫生等生活照料服务,应当根据需要提供老年人提供情绪疏导、心理咨询、危机干预等

精神慰藉服务,开展适合老年人的文化、教育、体育、娱乐活动,丰富老年人的精神文化生活。

（二）养老机构类型

养老机构可以是独立法人,也可以是附属于医疗机构、企事业单位、社会团体或组织、综合性社会福利的一个部门或分支机构。按性质可分为福利性、非营利性和营利性养老机构三大类;按所有制类型可分为公办养老机构(主要指由民政部门管理的社会福利院)、集体办养老机构(包括城镇集体举办的福利院和农村集体举办的敬老院)和民办养老机构等。我国养老机构类型目前包括以下几类:① 社会福利院。这是民政部门在城镇设立的社会福利事业单位,所有费用由政府承担。主要收养对象是城镇丧失劳动能力、无依无靠、无生活来源的“三无”老年人、孤儿、弃婴和残疾儿童。② 养老院(养老中心)。收住居家养老有困难的老年人,入住者一切费用自理。养老院属于自负盈亏的养老服务机构,大多为民办,但也有公办民营、民办公助的养老院。③ 敬老院。这是农村“五保老年人”集中供养场所,为国家举办的农村福利事业的组成部分。主要以集体供养为主,辅之国家和社会必要的援助,所有费用由农村集体经济组织支付或予以国家最低生活保障。④ 老年公寓。实行家庭式的生活方式,符合老年人体能心态特征的公寓式老年住宅。按照市场原则,由政府和社会力量兴建的专供老年人居住的单元楼,单元房面积大小不等,可租可买。老年公寓内相关设施齐全,设有食堂、医务室、活动室、健身房等,并配备相应服务人员。⑤ 老年护理院。此类养老机构一般集治疗、护理、康复、养老和临终关怀为一体,主要针对身患疾病而又缺人照顾的老年人而设,综合了医院和老年公寓的优点,弥补了医院和老年公寓的缺陷,尤其是一些患慢性疾病和卧床不起的老年人住在这里不但能享受专业员工提供的日常照护和医疗服务,而且相对医院来说费用也不高(图 2-4)。



图 2-4 机构养老

（三）机构养老存在的问题及对策

我国在“未富先老”的国情下进入老龄化社会,在党和政府的高度重视下,社会养老服务体系取得可喜的进步,养老事业得到快速发展,养老机构数量不断增加,规模不断扩大,呈现良好的发展态势,但机构养老还存在一些问题有待解决。表现在:我国总体养老资源不足,分布不均。优质公办养老机构常常出现一床难求的局面,而民办养老机构因自身服务质量不高和缺乏严格的外部监管等原因,造成有效需求不足,入住率偏低;养老设施规划与当前形势不相称,特别是针对失能、半失能老

年人的机构建设标准不完善,存在无障碍设施设备不匹配,服务功能不全等问题;养老服务还较单一,老年人多元养老需求难以得到有效满足;养老机构专业服务人员缺乏,队伍极不稳定。对策:坚持政府为主导,积极为民办养老机构提供政策支持,切实推进养老服务主体的多元化发展;建立健全养老机构的规范与标准,促进养老制度创新,尤其是促进城乡基本养老保障制度的创新;加强研究机构与养老机构的有效结合,加大养老产品研发力度;与时俱进创新养老老年人才培养途径,打造高素质人才队伍。

知识拓展

世界知名三大养老院

在日本蒲公英介护所,老年人“老有所用”,重新发现并肯定自我价值,主动进行身体活动;在尼德兰的 Humanitas home 养老院以及美国的西雅图代际学习中心,老年人通过和年轻人、孩子们的交往接触重新融入社会,获得了更多认同感和有如家庭般的乐趣和欢笑,同时,老年人以丰富的生活智慧和经验,帮助孩子们更好地成长。通过以下三个案例,我们可以发现,养老不仅仅是让老年人衣食无忧,有一个健康的体魄,更重要的是给予精神慰藉和心理关爱,让老年人肯定自我价值,重拾对生活的热爱(图 2-5)。

1. 日本蒲公英介护所 该介护所是位于日本爱知县的一家养老中心,被盛赞为“老人迪斯尼”,是日本规模最大的养老院,集合了 250 多位老年人,90 位员工负责照顾他们。这里除了常见的餐饮、康复设施外,还有天然温泉、娱乐场所、兴趣教室,完全像个游乐园。最神奇的地方,是养老院神奇的内部货币“SEED 币”,其外观与真实货币相似,每人初始资金为 5 000 SEED 币,之后只要参加各种活动、进行康复训练,或者配合护工工作,就可以获得几百至几千不等的 SEED 币。由于老人们的储蓄都由家人管理,养老院又衣食无忧,很多老年人都处于毫无活力的悲观状态,而 SEED 币的出现,却神奇地燃起了老人们的激情!散步 100 m 能获得 100 SEED 币,自己洗脸、刮胡子等也能增加“收入”,仿佛又回到了熟悉的“赚钱、存钱、花钱”人生模式。很多以前事事需要他人照顾的老年人,开始主动要求做一些力所能及的事情,一些“高收入”的康复项目,甚至需要排队才能轮上。攒下一定数量的 SEED 币后,老人们可以购买各种用品,外出游玩等,有很多机会“一掷千金”。自从 SEED 币使用流通以来,老人们的康复状况明显改善,老年痴呆症状有所减轻,让很多老年人再次找到了人生的意义。

2. 尼德兰 Humanitas home 养老院 与温馨和睦的家庭、青春活力的校园,以及

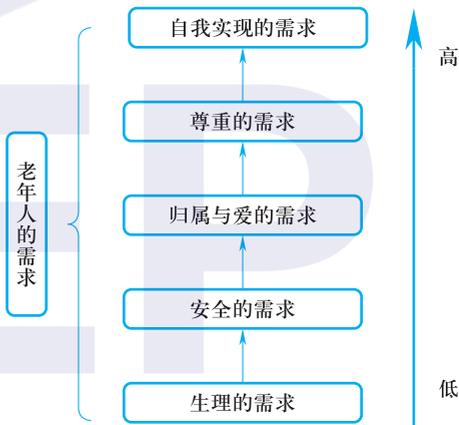


图 2-5 马斯洛需求层次论

五彩缤纷的世界相比,养老院那么地容易被忽略,很多老年人就在这里消耗完余生的时间。但尼德兰 Humanitas home 养老院为这些老年人做出了绝佳的改变。2012年,政府停止了80岁以上老年人非迫切需要的护理费用,而此时阿姆斯特丹高涨的房价令学生租房成本大增。在面临护理经费严重短缺的情况下,养老院想到了一个主意:把多余的房间租给学生,不收房租,但每月需花30h陪护老年人。可以陪老年人聊天、阅读、散步、骑车,或者教他们玩计算机,甚至各种涂鸦……,这让死气沉沉的养老院发生了改变。这种良好的隔代沟通模式,很快受到大家欢迎,入住养老院的学生越来越多,老人们脸上每天都带着笑颜。学生们却不得不近距离地面对死亡,这给他们带来了很大“冲击”。生命如此的脆弱,转瞬即逝,让许多学生开始反思自己的所作所为,他们懂得了活着的意义,更加珍惜当下。

在这里,年轻人为老人们注入活力,带来快乐和新鲜的世界,帮助他们排解孤寂,老人们则分享自己宝贵的人生经验和智慧,提醒年轻人珍爱生命。

3. 美国代际学习中心 西雅图西部普罗维登斯山圣文森特的一家养老院住有400多位高龄老年人,而这里也是一所幼儿园。它的名字叫“代际学习中心”,就是让年龄差距巨大的老年人和幼童在一起“学习”。中心每周向孩童开放五天,与老爷爷老奶奶共同开展形式多样的活动,如唱歌、跳舞、画画、讲故事或做饭,甚至只是参观一下也行。养老院在孩子们出现前后有天壤之别,孩子们进入养老院前,感觉老人们就是吃了睡、睡了吃,看起来只有半条命,毫无生机可言;可孩子们走进养老院,开始跟老人们一起唱歌、跳舞、画画,或者开展其他活动时,老人们神采飞扬,完全活了过来。有趣的是,很多父母最初把孩子送到这家幼儿园只是冲着它有非常优秀的师资,并非奔着老人而来。可是,一年下来,父母们发现,让孩子跟老年人在一起,收获太大了。孩子从这种模式收获了很多,他们比之前更能接受残障老年人,更清楚地懂得人的衰老过程,从老人那里收获了无条件付出的爱,还意识到“大人有时也是需要帮助的”。“代际学习中心”也让老年人获得了更多人生乐趣和欢笑。

知识4 养护机构运作的质量监控

(一) 养护机构质量监控概述

随着我国养老服务领域的快速发展,养护机构数量大大增加。2016年年底,习近平主席在中央财经领导小组会议上的讲话中指出:“提高养老院服务质量,关系2亿多老年人口特别是4000多万失能老年人的晚年幸福,也关系他们子女工作生活,是涉及人民生活质量的大事,要按照适应需要、质量优先、价格合理的思路,尽快在养老院服务质量上有个明显改善,加快建立全国统一的服务质量评价体系,加强养老机构服务质量监管,坚决依法依规从严惩处欺老、虐老行为。”养护机构的服务质量监控成为一个重要的议题。

“质量”二字是一个多维度的、非常复杂的概念,是公共服务评估与发展研究中的一个关键词。对于管理者、质量管理咨询专家、服务使用者而言,质量都会有不同

的意义和内涵,在衡量和实施上也相应存在着不同的方式。养护机构质量监控是指通过建立起系统的、完善的、科学的、以服务老年人需求为中心的养护机构质量体系,依托规范的服务流程,有效控制质量风险,从而保证养护机构服务质量的稳定性。它是规范养老服务机构行业市场,推进养老服务机构专业化管理,促进养老服务机构自身发展的重要手段。

（二）养护机构服务质量标准建设

早在 20 世纪 80 年代后期,随着针对“三无”人员的社会福利院和敬老院逐渐对社会开放,民政部和各地方政府都有制定养老相关服务标准和管理办法。但是随着社会经济的发展,管理实施与现实之间的矛盾越来越突出,党中央、国务院高度重视,出台了一系列措施,将养老机构质量标准建设推上新的发展阶段。2011 年,国务院发布《社会养老服务体系规划建设(2011—2015 年)》,明确提到“健全服务标准,大力推动养老服务业标准化”等内容。2013 年 9 月,《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》明确指出“行业标准科学规范”的目标,“健全市场规范和行业标准,确保养老服务和产品质量”的任务。2013 年 12 月 25 日,民政部发布《养老服务业标准化建设规划(2013—2017 年)》提出“形成养老服务业标准化工作机制;初步形成规范运转和养老服务业标准化建设的工作格局;标准化试点项目和专业人才队伍建设等工作有力开展。”2017 年 12 月 29 日,由民政部编制,国家质量监督检验检疫总局和国家标准化委员会联合发布的《养老机构服务质量基本规范》正式施行,填补了养老机构服务质量国家标准的空白。

（三）养护机构内、外部质量监督

1. 养护机构内部质量监督 养护机构内部质量管理和监督意义作用非常大。主要方法为机构上层领导和各职能部门开展全院(所)的监督检查,机构内部各部门分别进行自查、自纠、自改,还可让入住老年人及其亲属进行监督,多措并举,使服务质量不断改进,稳步提高。主要内容如下:① 护理质量监督,依据护理规范、流程、服务质量与考核标准进行检查评估。主要有场所清洁卫生、老年人生活护理、老年人康复护理、老年人临床护理、心理护理、安全护理、交接班及护理记录等。② 医疗服务质量监督,依据医疗机构管理办法、临床诊疗规范制定的服务与考核标准进行检查评估。③ 膳食服务质量监督,依据食品卫生管理办法制定的服务与考核标准进行检查评估。④ 财务管理监督,依据会计法和财务工作管理条例制定的服务质量与评价标准进行监督。⑤ 其他后勤服务质量监督,依据相关的规章制度进行监督,重点是采购管理、维修管理和车辆管理。

评价老年养护机构服务质量有一个简易且实用的标准:① 无异味;② 无压疮;③ 老年人脸上有笑容。这三点看似简单,但实际上还是有很高的要求,一要闻一闻气味,二要看一看记录,三要问一问老年人。还有一个更简易的方法,就是评估者或

检查者扪心自问,本人或是自己的父母是否愿意入住这家机构?这两种简易方法的准确性不亚于通过烦琐的评估指标来做出的判断(图2-6)。



图2-6 服务质量评价

2. 养护机构外部质量监督 养护机构外部质量监督是保证养护机构合法合规、安全有序经营的前提。主要涉及以下部门:

- ① 民政部门,是养护机构最主要的监督管理部门。负责新改扩建养老机构论证申报、审批、注册登记、经营管理、指导和年审等。
- ② 消防部门,负责消防安全检查、安全隐患整改、消防安全教育、指导等。
- ③ 卫生部门,负责医疗服务质量监督、指导、药品采购、使用、保管、医疗事故鉴定等。
- ④ 卫生防疫部门,负责食品卫生、环境卫生、传染病预防等监督指导。
- ⑤ 财务审计部门,负责财务制度执行监督、财务审计。
- ⑥ 工商税务部门,负责监管是否存在偷税漏税,违规经营等问题。
- ⑦ 其他,如公众舆论、新闻媒体等。

知识拓展

机构养老服务质量管控经验——发达国家案例

西方发达国家有5%~15%的老年人选择机构养老,其中北欧国家为5%,英国大约为10%,美国大约为20%。

发达国家老龄化社会到来较早,社会保障较完善,养老服务体系较成熟,养老机构入住率高,在养老机构服务质量等级评定方面积累了丰富的经验。

(1) 英国:侧重政府引导,强化养老机构服务评定。

英国共发布了3项养老服务业国家标准,分别是《考虑老年人的住宅设计指南》《标准制定考虑老年人及残疾人的需求》《老年人家庭看护质量》。英国政府对于养老服务质量控制和监督管理主要依照财政部等颁布的《家庭生活标准》《居家服务机构指南》《老年居家服务标准指南》《残疾人居家服务标准指南》《健康技术备忘录》等规范性文件进行,内容主要涉及服务质量、服务机构要求、针对养老机构的评估规范等。

(2) 美国:运用市场调节功能,完善养老机构服务等级评定。

美国卫生部医疗保险和医疗救助中心发布了两项养老服务标准,分别规定了养老服务传统和新兴评价指标。养老机构实行准入及标准化报告制度,获取顾客满意度、评价和检测照料机构的服务质量,作为对养老机构进行监督检查的手段和依据。同时,对养老机构开展星级评估,内容主要包括服务质量、从业人员、老年人健康检查等方面,根据评估结果评定等级,作为顾客选择养老机构的依据之一。各养老机构制定服务标准、服务流程、服务规范、服务技术、设备设施和质量监控等方面。

(3) 德国:依法制定服务评定规范,层层监督落实。

德国中央长期照料社会保险基金联合会和联邦长期照料服务机构联合会根据法律共同制定了养老服务原则和标准,对服务质量、质量担保及措施、机构内服务质量管理制度等进行具体规定。德国各州均建立了养老院护理质量监督机构,负责监督养老机构服务质量。

(4) 澳大利亚:从质量入手,细化养老机构服务评定。

澳大利亚健康与老年部制定老年服务标准和认证代理有限公司,专门从事养老机构资格认证工作。该机构围绕管理体系、人员配置、组织发展等方面,根据健康和人员服务、老年人生活方式、实际环境和安全系统4项标准44项要求对养老机构进行质量认证。

(5) 日本:政府统一制定养老服务评定标准,强调评定的可操作性。

日本养老服务业标准具有极高的全国统一性,在养老服务业标准化建设工作方面共发布了29项国家标准。日本主要实施由厚生省老年人保健福祉局制定的养老服务评定标准,涉及日常生活服务、特殊服务、其他服务、与相关业务单位的协作、设施设备与环境5方面内容,根据这5方面设定各种问题,组成服务评定项目。

(刘善丽)



HEEP



单元三 老年人的健康保健



学先知

名言 爱亲者,不敢恶于人;敬亲者,不敢慢于人。

译文 这是《孝经·天子章》中的句子,这句话的意思是说,一个懂得热爱自己父母的人,就不敢厌恶别人的父母;一个懂得敬奉自己父母的人,就丝毫不敢怠慢别人的父母。

孝敬老年人一直以来都是我们中华民族的传统美德,古时的人们都有这样的觉悟,那么,新时代的我们不更应该如此吗?

启示 “谁言寸草心,报得三春晖”,幼时的我们被父母捧在手心,悉心浇灌,那么,在父母年迈后,我们应该让父母“老有所养、老有所乐、老有所医”。人生首要之事莫过于尽孝,所谓“树欲静而风不止,子欲养而亲不待”,故行孝当及时,错过机会,将是终生的遗憾。作为一名与老年人打交道的护理人员,我们更应拥有大爱精神,不仅要关爱自己的长辈,也要关爱老年群体,要有敬老、爱老、孝老的职业素养,用科学的方法促进老年人的健康。

情景案例

李爷爷今年 70 岁了,患有高血压,一直长期服药,目前和唯一的儿子一家生活在一个小区,住同栋楼不同单元。

案例任务:

1. 怎样对该老年人进行健康管理?
2. 对该老年人进行健康管理的流程是怎样的?

学而思

作为一名新时代的老年护理人员,说说你会用什么方法让老年群体达到健康老龄化?谈谈你对“爱亲者,不敢恶于人;敬亲者,不敢慢于人”思想在老年人健康保健中运用的理解。

随着年龄的增长,老年人健康状况日益衰退,做好老年人保健工作,为老年人提

供满意和适宜的医疗护理保健服务,有利于老年人健康长寿,延长生活自理的年限,提高生活质量,促进健康,同时还促进社会的稳定与发展。

知识 1 健康老龄化

健康老龄化(healthy aging)是在1987年5月召开的世界卫生大会上首先提出的,WHO于1990年9月在哥本哈根的第40届会议上正式提出“健康老龄化”的目标。1996年3月中国老龄协会提出“面向21世纪,积极倡导和促进健康老龄化是我国老龄化的战略方向”。

健康老龄化,即在老龄化社会中,多数老年人的生理、心理和社会功能均处于健康状态,同时社会 and 经济发展不受过度人口老龄化的影响。我国学者何慧德教授提出,健康老龄化有两层含义:其一,是个体的健康老龄化,即老年阶段健康时期延长,伤残或功能丧失只在生命晚期出现且持续时间很短;老年人生存质量提高,晚年生活更加有意义。其二,是群体的健康老龄化,即健康者在老年人中所占的比例越来越大,老年人口的健康预期寿命延长。健康老龄化的外延包括老年人个体健康、老年人群体健康与人文环境健康三个部分,也就是说老年人具有良好的身心健康和社会适应能力;健康预期寿命延长,并与社会整体相协调;有良好的老龄化社会氛围以及社会发展的持续性、有序性、并符合规律。

知识拓展

健康老龄化的标准

健康老龄化的标准目前有3种论述。

1. Rowe 观点 Rowe 等从生物-心理-社会医学模式,提出健康老龄化的标准,包括3方面内容:①低患病率及疾病相关残疾率。②高水平认知功能和躯体功能。③积极参与社会活动。

2. Jorm 观点 Jorm 等将健康老龄化具体定义为:①生活在社区的老年人。②自我健康评价良好。③日常生活能力(ADL)评价无损害。④简易智力检查分数28分以上。

3. 我国学者观点 学者吴文元结合我国的文化背景,对健康老龄化下的定义是:良好的日常生活能力、认知能力、心理状态,并且无疾病相关的躯体残疾。

知识 2 老年保健

(一) 老年保健的概念

WHO 老年卫生规划项目认为,老年保健是指在平等享用卫生资源的基础上,充分利用现有的人力、物力,以维护和促进老年人健康为目的,发展保健事业,使老年人



得到基本的医疗、护理、康复、保健等服务。延长健康预期寿命,实现健康老龄化是老年保健的目标。

老年保健事业是以维持和促进老年人健康为目的,为老年人提供疾病的预防、治疗、功能训练等综合性服务,促进老年保健和老年福利事业的发展。例如,建立健康手册、健康教育、健康咨询、健康体检、功能训练等保健活动都属于老年保健范畴。

实施老年保健需要在医院、中间机构、社区、家庭及临终关怀机构等多系统中进行,充分利用社会资源,重视长期保健护理的需要,把“老有所养,老有所医”的要求落在实处。其中,护理人员在保障老年人的健康和生活中具有重要的意义。

(二) 老年保健的重点人群

1. 高龄老年人 根据老年学划分,高龄老年人是指80岁以上的老年人,随着人们生活水平的逐步改善,高龄老年人比例将会增高。高龄老年人是体质脆弱的人群,其中60%~70%有慢性疾病,常有多种疾病并存,易出现多系统功能衰竭,住院时间也较其他人群长。随着年龄增长,老年人的健康状况不断下降,同时心理健康状况也令人担忧。因此,高龄老年人对医疗、护理、健康保健等方面的需求加大。

2. 独居老年人 随着社会的发展和人口老龄化、高龄化及我国过去几十年推行的计划生育政策,家庭结构小型化,空巢家庭或独居老年人家庭比例在逐渐增高。特别是我国农村,青年人外出打工的人数越来越多,导致老年人单独生活的现象比城市更加严重。独居老年人很难外出看病,对医疗保健在内的社区卫生服务的需求量增多。因此,帮助老年人购置生活必需品,定期巡诊、送医送药上门,提供健康咨询或开展社区老年人保健服务具有重要的意义。

3. 丧偶老年人 丧偶老年人随年龄增高而增加,丧偶对老年人的生活影响很大,女性丧偶的概率高于男性。丧偶使多年的夫妻生活所形成的互相关爱、互相支持的平衡状态突然被打破,使夫妻中的一方失去关爱和照顾。丧偶老年人常感到孤独、寂寞、绝望、乏味,甚至积郁成疾。据世界卫生组织报告,丧偶老年人的孤独感和心理问题发生率均高于有配偶者,这种情况严重影响了老年人的健康,尤其是近期丧偶者,常导致疾病发生或原有疾病的复发。

4. 患病的老年人 老年人患病后身体状况差,生活自理能力下降,需要全面系统的治疗,因而加重了老年人的经济负担。为缓解经济压力,部分老年人会自行购药、服药,易导致延误诊断和治疗。因此应做好老年人健康检查、健康教育、保健咨询,使其配合医生治疗,促进康复。

5. 新近出院的老年人 近期出院的老年人,因身体并未完全康复,常需要继续治疗和及时调整治疗方案,如遇到影响康复的不利因素,疾病易复发甚至导致死亡。因此,从事社区医疗保健的人员,应定期随访,根据老年患者的身体情况,及时调整治疗方案,提供健康指导等。

6. 精神障碍的老年人 老年人中的精神障碍者主要是痴呆老年人,包括血管性痴呆和老年性痴呆。随着老年人口和高龄老年人的增多,痴呆老年人也会不断增加。痴呆使老年人生活失去规律,严重时生活不能自理,常伴有营养障碍,从而加重原有的躯体疾病。因此,痴呆老年人需要的医疗和护理服务明显高于其他人群,应引起全社会的高度重视。

知识拓展

中华医学会老年医学分会提出健康老年人的十条标准

1. 躯体无明显畸形,无明显驼背等。
2. 无偏瘫、老年性痴呆及其他神经系统疾病,神经系统检查基本正常。
3. 心脏基本正常,无高血压、冠心病(心绞痛、冠状动脉供血不足、陈旧性心肌梗死)及其他器质性心脏病。
4. 无慢性肺部疾病,无明显肺功能不全。
5. 无肝肾疾病、内分泌代谢疾病、恶性肿瘤及影响生活功能的严重器质性疾病。
6. 有一定的视听功能。
7. 无精神障碍,性格健全,情绪稳定。
8. 能恰当地对待家庭和社会人际关系。
9. 能适应环境,具有一定的社会交往能力。
10. 具有一定的学习、记忆能力。

(三) 老年保健的对象及特点

老年人患多种慢性疾病,就诊率和住院率高,住院时间长,医疗费用高。据美国一项调查表明:住院患者中的31%为老年人,占住院总天数的42%,老年人医疗费用是一般人群的3倍,高昂的治疗费成为老年人医疗费上涨的主要因素。因此,随着老龄化的加剧,对医疗保险的需求会进一步增加,医疗费用成本也会随之进一步扩大。

1. 对医疗服务的需求增加 老龄化对健康的影响极其显著,老年人对医疗服务需求显著增加。一方面,老年人由于生理功能衰退和机体抵抗力下降,患病率和发病率增高,导致对医疗服务需求的显著增加;另一方面,老年人慢性疾病的患病率增加,通常是总人口的2~3倍,这使老年人的医疗服务需求比一般人群明显增高。据统计,在美国医疗费用增长中7%是由人口老化所致。日本65岁以上老年人的医疗费用是一般人群的4.6倍。中国的调查也显示,一个60岁以上的老年人所支付的医药费用占其一生医药费用的80%以上;65岁以上人口的人均医疗费用是65岁以下人口的3~5倍。据中国的老龄化趋势预测,在医疗服务价格不变的情况下,人口老龄化导致医疗费用负担每年将以1.54%的速度递增。

2. 对保健服务机构和福利设施需求加大

(1) 老年人保健服务业发展滞后 目前,相对于快速到来的老龄化社会,老年人保健服务业发展滞后,难以满足庞大的老年人群,特别是迅速增长的“失能、高龄、空巢”老年人的服务需求。以养老机构和床位数为例,目前,我国共有各类老年社会福利机构 3.8 万个,养老床位 120.5 万张,平均每千名老年人占有床位仅有 8.6 张,与发达国家平均每千名老年人占有养老床位数 50~70 张的水平相差甚远。其他生活照料、精神慰藉等许多为老年人服务的项目或产业存在发展缓慢的问题,不能满足老年人群日益增长的需求。因此,针对我国的基本国情,借鉴先进国家的经验,制定实施老年人照顾服务项目,鼓励地方丰富照顾服务项目、创新和优化照顾服务提供方式,着力保障特殊困难老年人的养老服务需求,确保人人能够享有基本养老服务,是我国老年保健及服务机构面临的主要问题。

(2) 社区是实施老年保健最主要的场所 老年人患有不同的疾病,需要长期医疗、预防、保健、康复等照顾,且多数老年人愿意留在家中,不愿意住进老年保健机构。所以,社区是老年人生活的场所,也是实施老年保健最主要的场所。

(3) 家庭养老是老年人保健的主要方式 为满足老年人的医疗保健需求,解决老年人就医不便的困难,家庭将成为社会最基本的卫生保健机构单位。家庭老年保健的拓展不仅可降低社会对医疗的负担,而且有利于满足老年人不脱离熟悉的社区及家庭环境的心理需求。鼓励老年人在家养老,依托在社区服务基础上的家庭养护,是解决老年人保健最主要、最具有操作性的形式之一。

3. 老年人对社会福利服务的需求增加 首先,老年人由于老化、疾病和伤残而妨碍了正常社会交往,活动或独立生活能力有所下降;其次,实际收入减少,参与社会和经济生活的机会减少,社会地位降低,导致情感空虚,出现孤独感、多余感;另外,由于身体状况的变化会对住房和环境产生新的需要等。因此,老年人希望社会福利能尽力填补由于社会和经济发展造成的差距,让自己在家庭或其他环境中有所作为,尽快从身体和精神上的困境中解脱出来。

4. 老年人的精神慰藉需求加大 大多数的年轻老年人在平时生活中,基本上没有孤独或寂寞的心理状况。随着年龄增长,老年人对亲人关怀陪伴的需求也随之增大。有研究资料显示,经常寂寞的老年人多集中在 70~79 岁。经常孤独和总是孤独的老年人占 17.1%,有时孤独、寂寞的老年人占 40.2%,说明近 50% 的老年人有潜在的精神慰藉需求。因此,应重视精神养老,健全老年人精神关爱、心理疏导、危机干预服务网络,为老年人精神关爱提供活动场地、工作条件等支持。

(四) 老年保健的任务

开展老年保健工作的目的,就是要运用老年医学知识开展老年病的防治工作,加强老年病的监测,控制慢性病和伤残的发生;开展健康教育,指导老年人日常生活和健

身锻炼,提高健康意识和自我保健能力,延长健康期望寿命,提高老年人的生活质量,为老年人提供满意的医疗保健服务。因此,要充分利用社会资源,做好老年保健工作。

基于上述的老年保健任务,应实现老年医疗服务和养老服务的无缝衔接,社区卫生服务中心、老年医疗服务机构和综合医院的老年病科,与社区托老所进行合作,实现老年人在养老机构和医疗机构之间享受医疗、健康保健等服务,需要依赖完善的医疗保健服务体系,充分利用社会资源,做好老年保健工作。

1. 老年医院或老年病房的保健护理 医院内医护人员应掌握老年患者的临床特征,运用老年医学和护理知识配合医生,有针对性地做好住院老年患者的治疗、护理和健康教育工作。

2. 中间服务机构中的保健护理 介于医院和社区家庭的中间老年服务保健机构,如老年人护理院、老年人疗养院、日间老年护理站、养(敬)老院、老年公寓等可指导老年人每日按时服药和康复训练,帮助老年人满足生活需要,增进老年人对所面临健康问题的了解,同时提升其调节能力。

3. 社区家庭中的医疗保健护理 社区家庭医疗保健服务是老年保健的重要工作内容之一,是方便老年人的主要医疗服务形式,可以减轻社会对医疗的负担,有利于满足老年人不脱离社区、家庭环境的心理需求,并能为老年人提供基本的医疗、护理、健康和保健康复服务等需求。

(五) 老年保健的策略

根据老年保健目标,针对老年人的特点和权益,可将我国的老年保健策略归纳为六个有所,即“老有所医”“老有所养”“老有所乐”“老有所学”“老有所为”和“老有所教”。

1. 老有所医——老年人的医疗保健 大多数老年人的健康状况随着年龄的增长而下降,健康问题和疾病逐渐增多。可以说“老有所医”关系到老年人的生活质量。要改善老年人的医疗状况,就必须首先解决好医疗保障问题。通过深化医疗保健制度的改革,逐步实现社会化的医疗保险,运用立法的手段和国家、集体、个人合理分担的原则,将大多数的公民纳入这一体系中,随之改变目前支付医疗费用的被动局面,真正实现“老有所医”。

2. 老有所养——老年人的生活保障 由于家庭养老功能的逐渐弱化,养老必然由家庭转向社会,特别是社会福利保健机构。建立完善社区老年服务设施和机构,增加养老资金的投入,确保老年人的基本生活和服务保障,将成为老年人安度幸福晚年重要方面。

3. 老有所乐——老年人的文化生活 国家集体和社区都有责任为老年人的“所乐”提供条件,积极引导老年人正确和科学地参与社会文化活动,提高身心健康水平和文化修养。“老有所乐”的内容十分广泛,如社区内可建立老年活动站,开展琴棋

书画、阅读、体育文娱活动,饲养鱼虫花草,组织观光旅游,参与社会活动等。老年人的文化生活见图 3-1。



图 3-1 老年人的文化生活

4. 老有所学和老有所为——老年人的发展与成就 老年人虽然在体力和精力上不如青年人和中年人,但老年人在人生岁月中积累了丰富的经验和广博的知识,是社会的宝贵财富。因此,老年人仍然存在着一个继续发展的问題。“老有所学”和“老有所为”是两个彼此相关的不同问题,随着社会的发展,老年人的健康水平逐步提高,这两个问题也就更加显得重要。

(1) 老有所学 老年人可根据自己的兴趣爱好,选择学习内容,如医疗保健、少儿教育、绘画、烹调、缝纫等,这些知识又给“老有所为”创造了条件或有助于其潜能的发挥。

(2) 老有所为 可分为以下两类。① 直接参与社会发展:将自己的知识和经验直接用于社会活动中,如从事各种技术咨询服务、医疗保健服务、人才培养等;② 间接参与社会发展:如献计献策、参加社会公益活动、编史或写回忆录、参加家务劳动、支持子女工作等。在人口老龄化日益加剧的今天,不少国家开始出现了劳动力缺乏的问题,“老有所为”将在一定程度上缓和这种矛盾;同时,“老有所为”也为老年人增加了个人收入,对提高老年人在社会和家庭中的地位及进一步改善自身生活质量起到了积极的作用。

5. 老有所教——老年人的教育及精神生活 一般来说,老年群体是相对脆弱的群体,经济脆弱、身体脆弱、心理脆弱。由于经济上分配不公、政治上忽视老年人、情感上淡漠老年人、观念上歧视老年人等都可能造成老年人的心理不平衡,不利于社会的发展,甚至会造成社会的不安定因素。国内外研究表明,科学的、良好的教育和精神

文化生活是提高老年人生活质量和健康状况的前提和根本保证。因此,社会有责任对老年人进行科学的教育,帮助老年人建立健康的、丰富的、高品位的精神文化生活。

知识拓展

美国老年学会推荐的老年保健标准

1. 锻炼 一是体能,每天做操或散步,活动每一个关节和每一块肌肉;二是头脑,每天要看书报或学习一门新课;三是精神,回忆过去或幻想未来,探讨一个新问题或新概念,尽量使自己融入多彩的世界,而不脱离于生活之外。
2. 娱乐 要学会“玩”,玩得投入、放松、痛快、潇洒。要心情愉快,开怀大笑。
3. 睡眠 定时睡眠,尽量不用镇静催眠药,睡眠时间因人而异,不必固定,以醒来感觉舒服为标准,白天也要注意休息。
4. 氧气 使生活环境充满新鲜空气,室内要经常通风换气。要常到大自然中去呼吸新鲜空气。
5. 营养 定时定量摄取合适营养的膳食,提倡平衡饮食,包括奶、蛋、肉、水果、蔬菜和五谷杂粮,做到低脂肪、少盐、高蛋白质。
6. 目的 生活要有目的性,做到“老有所为”,精神有所寄托。

(六) 老年人健康管理的步骤和流程

1. 健康管理的对象 辖区内 65 岁及以上的常住居民。
2. 服务内容 每年为老年人提供一次健康管理服务,包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。
 - (1) 生活方式和健康状况评估 通过问诊及老年人健康状态自评,了解其基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性病常见症状、既往所患疾病、治疗及目前用药和生活自理能力等情况。
 - (2) 体格检查 包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查,并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。
 - (3) 辅助检查 包括血常规、尿常规、肝功能(血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素)、肾功能(血清肌酐和血尿素氮)、空腹血糖、血脂(总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇)、心电图和腹部 B 超(肝、胆、胰、脾)检查。
 - (4) 健康指导 ① 对发现已确诊的原发性高血压和 2 型糖尿病等纳入相应的慢性病患者健康管理。② 对患有其他疾病的(非高血压或糖尿病),应及时治疗或转诊。③ 进行健康生活方式以及疫苗接种、骨质疏松预防、防跌倒措施、意外伤害预防和自救、认知和情感等健康指导。④ 对体检中发现有异常的老年人建议定期复查或向上级医疗机构转诊。⑤ 告知或预约下一次健康管理服务的时间。
3. 服务流程 按《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》规定的对辖区内 65 岁及以上的常住居民健康管理流程,老年人健康管理流程见图 3-2。

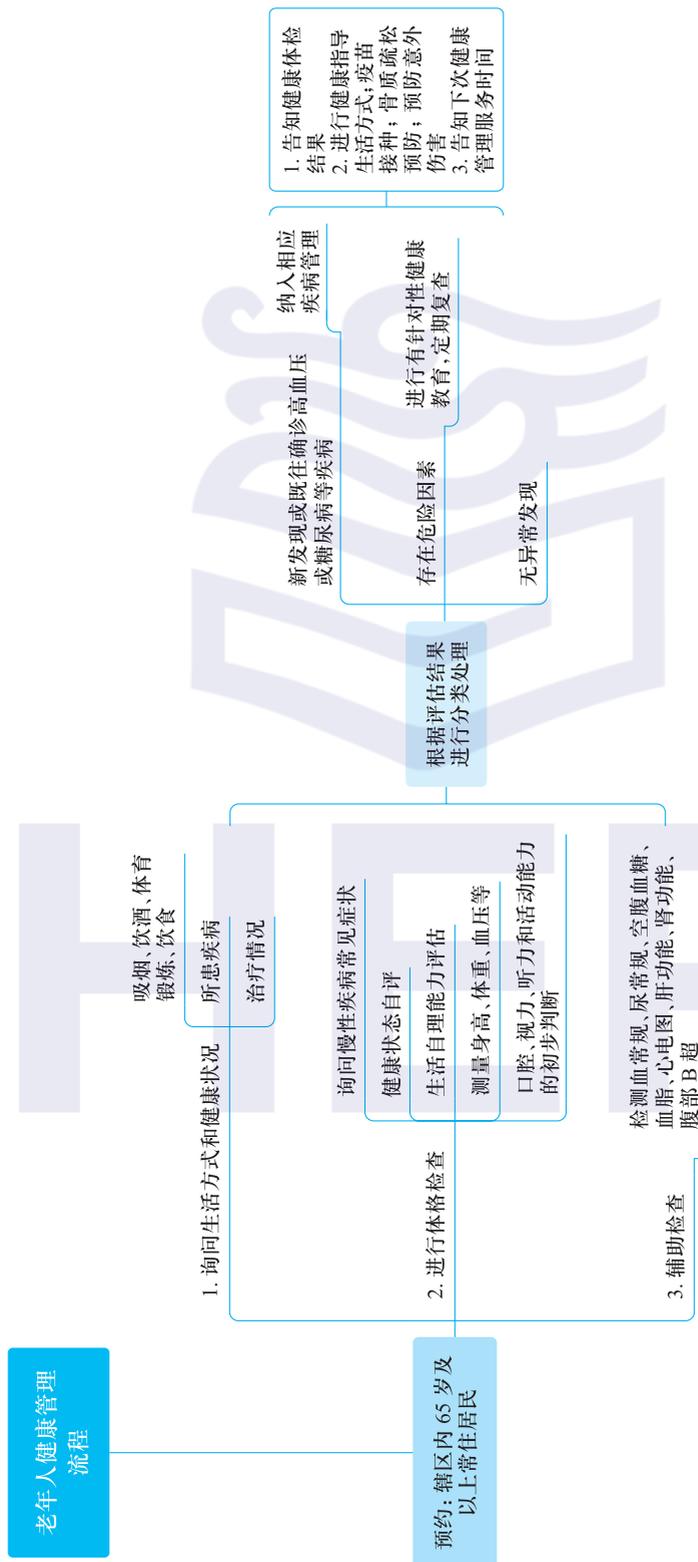


图 3-2 老年人健康管理流程

4. 服务要求

(1) 加强与村(居)委会、派出所等相关部门的联系,掌握辖区内老年人口信息变化。

(2) 加强宣传,告知服务内容,使更多的老年居民愿意接受服务。

(3) 预约 65 岁及以上居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)接受健康管理。对行动不便、卧床居民可提供预约上门健康检查。

(4) 每次健康检查后及时将相关信息记入健康档案,具体内容详见《城乡居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

(5) 积极应用中医药方法为老年人提供养生保健、疾病防治等健康指导。

5. 工作指标 老年人健康管理的工作指标主要是看本年度辖区内接受健康管理人数的多少,具体的指标用老年人健康管理率来表示。

老年人健康管理率 = 年内接受健康管理人数 / 年内辖区内 65 岁及以上常住居民数 × 100%。

注:接受健康管理是指建立了健康档案,接受了健康体检、健康指导,健康体检表填写完整。

情景再现

1. 活动情景 李爷爷今年 70 岁了,患有高血压,一直长期服药,目前和唯一的儿子一家生活在一个小区,住同栋楼不同单元。小王作为一名社区护士为老年人进行健康管理。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每 2 人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握健康管理的操作流程。

(2) 活动要求

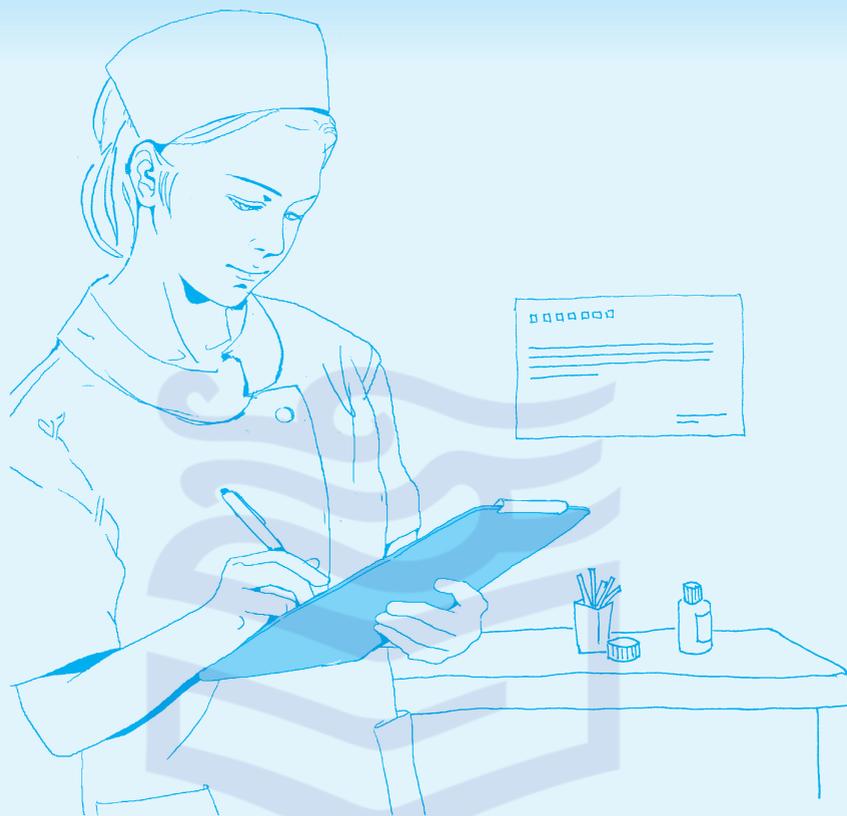
1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 服务流程正确。

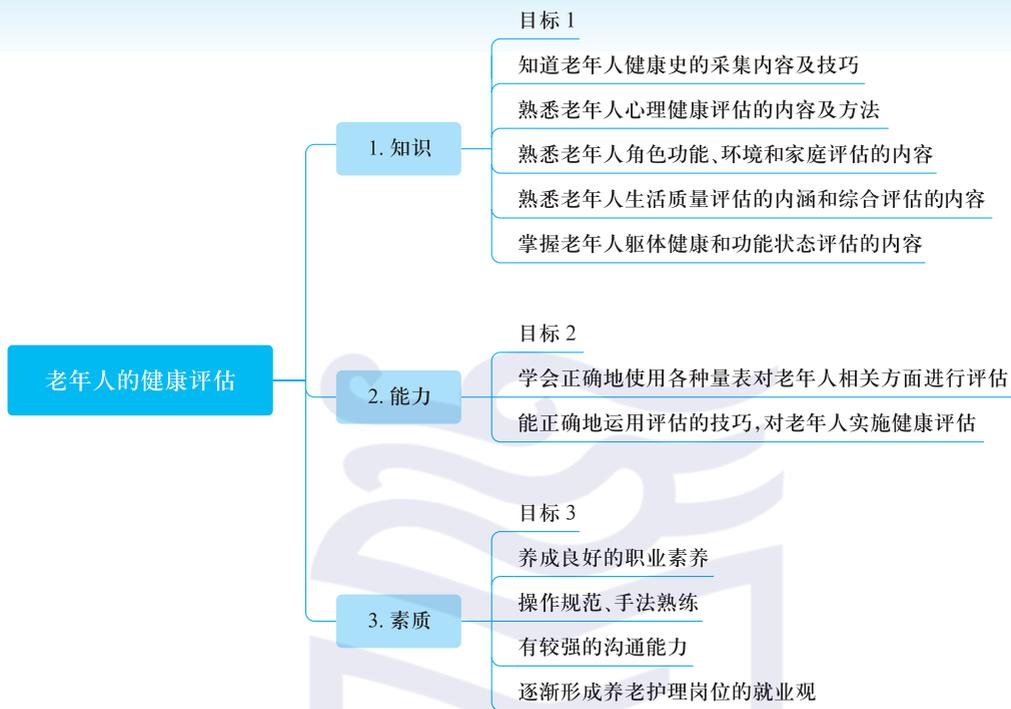
4. 老年人健康管理的基本过程 见二维码。

(杨木兰)





单元四 老年人的健康评估



学先知

名言 老吾老,以及人之老。

译文 这是孟子的《孟子·梁惠王上》中的诗句,这句诗的意思是:我们在赡养孝敬自己的长辈时不应忘记其他与自己没有亲缘关系的老年人。孝敬老年人一直以来都是我们文明古国的传统美德,古时的人们都有这样的觉悟,那么,新时代下的我们不更应该如此吗?

启示 “慈母手中线,游子身上衣”,幼时的我们被父母捧在手心,悉心浇灌,那么,在父母年迈后,我们应该让父母“老有所养、老有所依”。作为一名医务工作者,我们更应拥有大爱精神,不仅要关爱自己的长辈,也要关爱老年群体,用耐心、爱心、责任心去关注老年人,用科学的方法促进老年人的健康。

情景案例一

张大爷,男,80岁,主诉活动时轻度呼吸困难3天,活动剧烈时偶有干咳、无痰,无发热,性情急躁。体检发现两肺呼吸音减弱,有少量湿性啰音。请对这位老年人进行健康评估。

案例任务:

1. 老年人躯体健康评估包括哪些内容?
2. 老年人健康史采集包括哪些内容?
3. 怎样对老年人进行身体体格和功能状态的评估?

情景案例二

黄奶奶,78岁,老伴去世后,情绪一直很低落,对自己喜欢的唱歌、跳舞也不感兴趣,觉着生活没有意义,经常失眠。

案例任务:

1. 老年人认知状态评估的内容有哪些?
2. 老年人情感评估的内容有哪些?
3. 老年人人格评估的方法有哪些?

情景案例三

刘某,男性,76岁,与妻子、女儿一家三口住在一起。

案例任务:

1. 请叙述老年人角色功能评估的内容。
2. 怎样对老年人居家环境的安全进行评估?
3. 家庭评估的重点是什么?

学而思

作为新时代的沟通者,说说你会用到哪些沟通方式和老年人进行有效引导和沟通,提高工作效率?谈谈你对“老吾老,以及人之老”思想在老年人健康保健技术中进行哲学运用的理解。

评估是有计划、有目的、有系统地收集患者资料的过程。评估是整个护理程序的基础,同时也是护理程序中最为关键的步骤。良好的评估能力,能帮助护理人员尽早地确认问题,使患者的问题在尚未达到很严重时即可被纠正;正确地评估,也可以在患者问题发生前便找出危险因子,阻止问题的产生。

老年人是一个独立的个体。老年人对于生理、心理、社会层面的需求不同于一般的成年人,老年问题绝不是将成年人问题放大或缩小即可以处理。因此,评估老年人所需要使用的评估技巧与评估成年人不完全相同,所需评估的重点和范围,也和成年人不完全一致。对老年人来说,影响重大的不是疾病本身,而是因为功能和认知改变所造成的冲击。

知识 1 躯体健康评估

护理人员通过向老年人详细地询问健康史,认真地观察和全面而有重点的身体检查,可以更好地了解其身体状况,为进一步形成护理诊断、制订护理计划提供依据。对老年人进行躯体健康评估时,除了生理功能以及疾病本身以外,还要对其日常生活能力(即自理程度)进行评估。

（一）健康史的评估

1. **老年人健康史采集内容** 包括一般资料、目前的健康状况、既往健康状况、目前用药和药物过敏史、成长发育史、家族健康史以及日常生活活动能力。

2. **老年人健康史采集技巧** 老年人因衰老常常出现记忆力下降、反应迟缓、表达不清等现象,对收集健康资料造成很大的困难。因此,采取交谈法结合观察法来进行老年人健康史的采集,包括以下 6 点。

(1) 建立良好的护患关系 向老年人自我介绍,说明目的,取得老年人的配合;保持尊重、友善和诚恳的交谈态度,询问确实需要了解的健康内容;有足够的耐心,仔细询问、倾听,适时反馈;避免与老年人争辩,以防其沉默不语或趋向自卫等。

(2) 谈话方法 按收集资料的内容有目的、有顺序地进行。提问一般选择易于回答的开放性问题,如“您近来感到哪儿不舒服?”“您对这件事有什么看法?”“这样的情况持续多长时间了?”等,然后耐心倾听。

(3) 运用非语言沟通 轻拍老年人的肩膀、点头认同、握住老年人的手等,传递对老年人的支持、关心。

(4) 核实 对含糊不清、存有异议或矛盾的内容加以核实。

(5) 求助亲属或照顾者 对有记忆功能障碍或语言表达功能障碍的老年人,可向其亲属或照顾者了解详细情况。

(6) 运用书面沟通 对仅有语言表达障碍而思维功能正常的老年人,可采用文字或图画等书面形式沟通。

（二）身体评估

老年人衰老与疾病共存,其身体一般情况常常十分复杂,对老年人进行身体评估时,应充分考虑其生理、心理特点,可以询问老年人是否要求一位亲戚或顾问陪同。让老年人取舒适体位。常用的体格检查方法同成年人,包括视诊、触诊、叩诊、听诊。

1. **生命体征** 老年人基础体温较成年人低,70 岁以上的老年人感染时常无发热表现,如果午后体温比清晨高 1°C 以上,应视为发热。老年人脉搏较慢,一般为 55~60 次/min,测脉搏的时间不应少于 30 s,不规律的脉搏应测量 1 min。老年人正常呼吸频率为 16~25 次/min,在其他临床症状和体征出现之前,老年人呼吸频率 >25 次/min,可能是下呼吸道感染的信号。高血压和直立性低血压在老年人中较常见,平卧 10 min 后测量血压,然后直立 1 min、3 min、5 min 后各测血压一次,如直立时任何一次收缩压比卧位降低 ≥ 20 mmHg 或舒张压降低 ≥ 10 mmHg,称为直立性低血压。

2. **营养状况** 测量身高、体重。正常人从 50 岁开始,身高逐渐缩短。由于肌肉和脂肪组织减少,80~90 岁的老年人体重明显减轻。

3. **智力和意识状态** 通过评估老年人对周围环境的认识和对身体所处状况的识别能力,判断有无颅内病变。通过评估老年人的记忆力和定向力,有助于阿尔茨海



身体健康
评估



默病的诊断。

4. **视力** 随着年龄增长,老年人的视力都有不同程度地进行性下降,主要病因依次为:白内障、沙眼、角膜病、青光眼和屈光不正等。

5. **听力** 老年人会出现双耳对称、缓慢、进行性的听力减退,甚至出现老年性聋。

6. **语言** 语言是思维和意识的表达形式,由语言中枢支配,当大脑受损可致发音不清或失语。

7. **四肢** 四肢运动由神经系统支配,神经系统发生损害将影响四肢运动,如脑梗死、脑出血、脑肿瘤会导致一侧肢体偏瘫;脊髓病变会引起截瘫;帕金森病会出现手指震颤和关节强直。

(三) 功能状态的评估

功能状态评估包括日常生活活动功能、工具性日常生活活动功能、高级日常生活活动能力等。

1. 日常生活活动功能

(1) 日常生活能力(activities of daily living, ADL) 指个体具备每日需执行的衣、食、住、行等活动的的能力。正常人能在毫无帮助的情况下独立完成,老年人或是因疾病造成身体功能受限的人,需要依赖他人或辅助器方能完成这些活动。日常生活能力是老年人最基本的自理能力,是每日必需的生活能力。

(2) 常用评估量表 在医院、社区、康复中心等开展老年护理时,有多种标准化的评估量表可供护理人员使用。目前使用最广泛之一的是 Katz ADL 量表(表 4-1)。

表 4-1 Katz ADL 量表

生活能力	项目	分值
进食	进食自理,无需帮助	2
	需要帮助备餐,能自己进食	1
	进食或经静脉给营养时需要帮助	0
更衣	完全独立完成	2
	仅需要帮助系鞋带	1
	取衣、穿衣需要协助	0
沐浴	独立完成	2
	仅需要部分帮助	1
	需要帮助	0
移动	自如	2
	需要帮助	1
	不能起床	0

续表

生活能力	项目	分值
如厕	无需帮助,或能借助辅助器具进出厕所	2
	需帮助进出厕所、便后清洁或整理衣裤	1
	不能自行进出厕所完成排便活动	0
控制大、小便	能完全控制	2
	偶尔大、小便失禁	1
	排尿、排便需别人帮助,需用导尿管或大、小便失禁	0

注:总分值的范围是0~12分,分值越高,提示被测者的日常生活能力越高。12分表示功能完好,不需要住进养老院;6分表示中度损害;4分表示严重损害,生活上需要护理人员帮助或入住养老院。

2. 工具性日常生活活动功能

(1) 工具性日常生活活动(instrumental activities of daily living, IADL) 是指个体单独生活应具备的一些基本能力或要素,包括购物、家庭清洁和整理、使用电话、做饭、洗衣、大众交通工具、服药和处理金钱等,强调的是独居生活能力。

(2) 常用评估量表 比较常用的是 Lawton IADL 量表(表 4-2)。

表 4-2 Lawton IADL 量表

日常生活活动	项目	分值
1. 您能打电话吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能打电话	1
2. 您能走一段路吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能走路,除非做特别安排	1
3. 您能出去购物吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能购物	1
4. 您能自己做饭吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能自己做饭	1
5. 您能自己做家务吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能做家务	1
6. 您能做勤杂工所做的工作吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能做任何勤杂工所做的工作	1

		续表
日常生活活动	项目	分值
7. 您能自己洗衣服吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能自己洗衣服	1
8. 您能自己服药吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能自己服药	1
9. 您能自己理财吗	不需要帮助	3
	需要一些帮助	2
	完全不能理财	1

注: 每个问题的第一个回答表示有独立能力,第二个回答表示帮助之下有潜力,第三个回答表示依赖别人。总分最高分为 27 分,分数下降表示日常生活能力退化。第 4~7 题有性别的特异性,评估者可酌情考虑。

3. 高级日常生活活动能力

(1) 高级日常生活活动能力(advanced activities of daily living, AADL) 反映老年人的智力能动性和社会角色功能,包括主动参与社交、娱乐活动、职业等,不包括满足个体保持独立生活的活动。高级日常生活活动能力的缺失一般比日常生活能力和工具性日常生活活动能力的缺失较早出现。一旦出现,预示着更严重的功能下降,需进一步进行其他功能状态评估(如日常生活能力和工具性日常生活活动能力的评估)。

(2) 常用的日常生活活动能力评估量表 见表 4-3。

表 4-3 评估日常生活活动力量表

量表	功能
Katz ADL 量表(Katz ADL scale)	基本自理能力
Barthel 量表(Barthel index)	自理能力和行走能力
Kenny 自护量表(Kenny selfcare scale)	自理能力和行走能力
IADL 量表(IADL scale)	烹饪、购物、家务等复杂活动
Lawton IADL 量表(Lawton IADL scale)	IADL 能力

知识 2 心理健康评估

进入老年期,在面对和适应各种压力事件的过程中,老年人常有一些特殊的心理活动,出现一些个性心理特征。老年人的心理健康直接影响躯体健康和社会功能状态,是实现健康老龄化不可缺少的维度之一。

(一) 老年人认知状态的评估

认知(cognition)是人们认识、理解、判断、推理事物的过程,通过行为、语言表现

出来,反映了个体的思维能力。

1. 评估内容 认知包括感觉、知觉、记忆、思维、想象和语言等,认知功能评估包括语言能力、记忆力、判断力、定向力、计算力和推理力等的评估。认知状态的评估包括一个人的心智和行为能力(表 4-4)。

表 4-4 认知状态的评估范围和内容

评估范围	评估内容
外观与行为	意识状态、姿势、穿着、打扮等
语言	音量、语速、流畅性、理解力和复述力等
思考与知觉	判断力、思考内容、知觉等
记忆力与注意力	短程记忆、长程记忆、学习新事物的能力、定向力等
高等认知功能	知识、计算力、抽象思考力、结构力等

2. 常用认知状态评估量表 目前,临床上常用的老年人认知状态评估量表有简易智力状态量表及简短操作智力状态问卷等。

(1) 简易智力状态量表 是由 Folsten 1975 年编制的最具影响的认知缺损筛选工具之一,适合于社区和人群调查(表 4-5)。

表 4-5 中文版简易智力状态量表

日常生活活动	分值	
	正确	错误
1. 今年的年份	1	5
2. 现在是什么季节	1	5
3. 今天是几号	1	5
4. 今天是星期几	1	5
5. 现在是几月份	1	5
6. 您能告诉我现在我们在哪里	1	5
7. 您住在什么区(县)	1	5
8. 您住在什么街道	1	5
9. 我们现在在第几层	1	5
10. 这里是什么地方	1	5
11. 现在我要说三种物品的名称,在我讲完之后,请您复述一遍(请仔细说清楚,每种物品 1 s)。 “皮球”“国旗”“树木”,请您把这三种物品说一遍(以第一次答案计分)		
	正确	错误 拒绝回答
皮球_____	1	5 9
国旗_____	1	5 9
树木_____	1	5 9



心理健康
评估

日常生活活动	分值				
12. 现在请您从 100 减去 7,然后将所得的数目再减去 7,如此一直计算,把每个答案告诉我,直到我说停为止(若错了,但以下答案都是对的,只记一次错误)					
	正确	错误	说不会做	其他原因不做	
93_____	1	5	7	9	
86_____	1	5	7	9	
79_____	1	5	7	9	
72_____	1	5	7	9	
65_____	1	5	7	9	
13. 现在请您告诉我,刚才我要您记住的三种物品是					
	正确	错误	说不会做	其他原因不做	
皮球_____	1	5	7	9	
国旗_____	1	5	7	9	
树木_____	1	5	7	9	
14. 请问这是什么(评估者手指手表)					
	正确	错误	拒绝		
手表_____	1	5	9		
请问这是什么(评估者手指铅笔)					
	正确	错误	拒绝		
铅笔_____	1	5	9		
15. 现在我说句话,请您清楚地复述一遍,“四十四只石狮子”(只能说一遍,咬字清楚的记 1 分)					
	正确	错误	拒绝		
四十四只石狮子_____	1	5	9		
16. 请按照卡片上的要求做(评估者把写有“闭上您的眼睛”大字的卡片交给被评估者)					
	有	没有	说不会做	拒绝	文盲
闭眼睛_____	1	5	7	9	8
17. 请您用右手拿这张纸,再用双手把纸对折,然后将纸放在您的大腿上					
	正确	错误	说不会做	拒绝	
用右手拿纸_____	1	5	7	9	
把纸对折_____	1	5	7	9	
放在大腿上_____	1	5	7	9	
18. 请您说一句完整的有意义的句子(句子必须有主语、动词),记录所述句子的全文_____					
句子合乎标准_____	1	句子不合乎标准_____	5		
不会做_____	7	拒绝_____	9		
19. 照这张图把它画出来(两个五边形的图案,交叉处形成小五边形)					
正确_____	1	错误_____	5		
说不会做_____	7	拒绝_____	9		

1) 量表结构与内容 该量表共 19 项,项目 1~5 是时间定向;项目 6~10 为地点定向;项目 11 为语言即刻记忆,分 3 小项;项目 12 检查注意力和计算能力,共 5 小项;项目 13 检查短期记忆,分 3 小项;项目 14 为物品命名,分 2 小项;项目 15 为语

言复述;项目 16 为阅读理解;项目 17 为语言理解,分 3 小项;项目 18 检测语言表达;项目 19 为描图。共 30 个小项。

2) 评定方法 评定时,向被评估者直接询问,一次检查需 5~10 min。被评估者回答或操作正确记 1 分,错误记 5 分,拒绝或说不会做记 9 分和 7 分。全部答对总分为 30 分。主要统计量为所有记“1”的项目(和小项)的总和,即回答/操作正确的项目(和小项)数,称为 MMSE 总分,范围为 0~30 分。

3) 结果 MMSE 总分与受教育程度有关,按受教育程度划分分界值,未受教育(文盲)组 17 分,受教育年限 ≤ 6 年组 20 分,受教育年限 >6 年组 24 分;低于分界值的,则认为有认知功能缺失。

(2) 简短操作智力状态问卷(SPMSQ) 是由 Pfeiffer 编制的,共包括 10 个问题,非常容易操作,花费时间少。所问的内容包括:定向感、个人基本资料、短程记忆、长程记忆和注意力。如“今天星期几?”“今天几号?”“您在哪儿出生?”“您家的电话号码是多少?”“您今年多大?”“您的家庭地址在哪儿?”以及让被评估者进行 20 减 3 并一直减下去的计算。此评估满分为 10 分,错 0~2 项表示认知功能完整,错 3~4 项为轻度认知功能损害,错 5~7 项为中度认知功能损害,错 8~10 项为严重的认知功能损害。此问卷较注重对定向力的测验,对于注意力和记忆能力方面的测量项目少,适用于评定老年人认知状态前后的改变。

无论老年人是否出现认知功能损害,都要进行认知功能的筛查,以作为今后比较老年人有无认知功能改变的基本材料。

(二) 老年人情感状态的评估

老年人的情绪往往变得不太稳定,较易出现动情、反复无常、固执、焦虑和抑郁等表现,其中焦虑和抑郁是最常见的也是最需要护理干预的情感状态。

1. 焦虑状态的评估

(1) 常用评估量表 老年人因退休、丧偶、患慢性疾病等而对自己未来的生活感到担忧,常会产生焦虑情绪。最容易使用、最广泛采纳的是汉密尔顿于 1959 年编制的焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA),见表 4-6。

表 4-6 汉密尔顿焦虑量表

项目	主要症状	分数
1. 焦虑心境	担心、担忧,感到有最坏的事情将要发生,容易激惹	0 1 2 3 4
2. 紧张	紧张感,易疲劳,不能放松,情绪反应,易哭、颤抖、感到不安	0 1 2 3 4
3. 害怕	害怕黑暗、陌生人、一人独处、购物、乘车或旅行及人多的场合	0 1 2 3 4
4. 失眠	难以入睡,易醒,多梦、梦魇,夜惊,醒后感到疲倦	0 1 2 3 4
5. 认知功能	注意力不能集中,记忆力差	0 1 2 3 4

续表

项目	主要症状	分数
6. 抑郁心境	丧失兴趣,忧郁,早醒,昼重夜轻	0 1 2 3 4
7. 肌肉系统	肌肉酸痛、抽动,活动不灵活,声音发抖	0 1 2 3 4
8. 感觉系统	视物模糊,发冷发热,软弱无力感,浑身刺痛	0 1 2 3 4
9. 心血管系统	心动过速,心悸,胸痛,血管跳动感,昏倒感,心搏脱漏	0 1 2 3 4
10. 呼吸系统	胸闷,窒息感,叹息,呼吸困难	0 1 2 3 4
11. 消化系统	吞咽困难,消化不良,肠蠕动感,腹泻,体重减轻,便秘	0 1 2 3 4
12. 生殖泌尿系统	尿意频繁,尿急,停经,性冷淡,阳痿	0 1 2 3 4
13. 自主神经系统	口干,潮红、苍白,易出汗,起“鸡皮疙瘩”等	0 1 2 3 4
14. 会谈时行为表现	(1) 一般表现 紧张,面肌抽动,不宁顿足,手发抖,皱眉,肌张力高,叹息样呼吸,面色苍白 (2) 生理表现 吞咽、呃逆,安静时心率快、呼吸快(>20次/min),腱反射亢进,震颤,瞳孔放大,眼睑跳动,易出汗,眼球突出	0 1 2 3 4

1) 量表的结构与内容 该量表包括 14 个项目,分为精神性和躯体性两大类,各由 7 个项目组成。前者为 1~6 项和第 14 项,后者为 7~13 项。

2) 评定方法 量表除第 14 项需结合观察外,其余各项均根据被评估者的口头叙述进行评分。由经过训练的两名专业人员对被评估者进行联合检查,分别评分,特别强调被评估者的主观体验。做一次评定需 10~15 min。采用 0~4 分的 5 级评分法,各级评分标准为:0= 无症状;1= 轻度,2= 中等,有肯定的症状,但不影响生活和劳动;3= 重度,症状重,需要进行处理或影响生活和劳动;4= 极重度,症状极重,严重影响生活。

3) 结果 总分超过 29 分,提示为严重焦虑;超过 21 分,提示有明显焦虑;超过 14 分,提示有肯定的焦虑;超过 7 分,可能有焦虑;小于 7 分,提示没有焦虑。将第 1~6 项以及第 14 项分数相加,除以 7,得到精神性焦虑因子分;第 7~13 项分数相加,除以 7,得到躯体性焦虑因子分。因子分提示焦虑症状的特点。

(2) 焦虑可视化标尺技术 请被评估者在可视化标尺相应位点上标明其焦虑程度(图 4-1)。

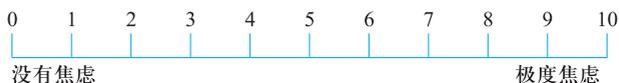


图 4-1 焦虑可视化标尺

2. 抑郁状态的评估 抑郁(depression)是个体失去某种其重视或追求的东西时产生的情绪状态,特征是情绪低落,甚至出现失眠、悲哀、自责及性欲减退等表现。

(1) 常用评估量表 在临床上应用简便并被广泛接受的是老年抑郁量表、汉密尔

顿焦虑量表(见表 4-6),在社区人群健康调查中广泛应用的是流调中心用抑郁量表。老年抑郁量表由 Brink 等于 1982 年创制,是老年人专用的抑郁筛查表(表 4-7)。

表 4-7 老年人抑郁量表

指导语:请选择最切合您最近 1 周感受的答案。

项目	回答	
1. 您对生活基本满意吗	是	否
2. 您是否已放弃了许多活动和兴趣	是	否
3. 您是否觉得生活空虚	是	否
4. 您是否常感到厌倦	是	否
5. 您觉得未来有希望吗	是	否
6. 您是否因为脑子里一些想法摆脱不掉而烦恼	是	否
7. 您是否大部分时间精力充沛	是	否
8. 您是否害怕会有不幸的事落到自己头上	是	否
9. 您是否大部分时间感到幸福	是	否
10. 您是否常感到孤立无援	是	否
11. 您是否经常坐立不安、心烦意乱	是	否
12. 您是否希望待在家里而不愿去做些新鲜事	是	否
13. 您是否常常担心将来	是	否
14. 您是否觉得记忆力比以前差	是	否
15. 您觉得现在活得很惬意吗	是	否
16. 您是否常感到心情沉重、郁闷	是	否
17. 您是否觉得像现在这样活着毫无意义	是	否
18. 您是否总为过去的事忧愁	是	否
19. 您觉得生活很令人兴奋吗	是	否
20. 您开始一件新的工作很困难吗	是	否
21. 您觉得生活充满活力吗	是	否
22. 您是否觉得自己的处境已毫无希望	是	否
23. 您是否觉得大多数人比自己强得多	是	否
24. 您是否常为一些小事伤心	是	否
25. 您是否常觉得想哭	是	否
26. 您集中精力有困难吗	是	否
27. 您早晨起来很快活吗	是	否
28. 您希望避开聚会吗	是	否
29. 您做决定很容易吗	是	否
30. 您的头脑像往常一样清晰吗	是	否

1) 量表的结构与内容 该量表共 30 个条目,包含以下症状:情绪低落,活动减少,易激惹,退缩痛苦的想法,对过去、现在和将来的消极评价。

2) 评定方法 每个条目要求被评估者回答“是”或“否”,其中第 1、5、7、9、15、19、21、27、29、30 条用反向计分(回答“否”表示抑郁存在)。每项表示抑郁的回答得 1 分。

3) 结果 该表可用于筛查老年抑郁症,但其临界值仍然存在疑问。用于一般筛查目的时建议采用:总分 0~10 分,正常;11~20 分,轻度抑郁;21~30 分,中、重度抑郁。

(2) 抑郁可视化标尺技术 请被评估者在可视化标尺相应位点上标明其抑郁程度(图 4-2)。



图 4-2 抑郁可视化标尺

3. 老年人人格的评估 人格(personality)是个体在适应社会化过程中,经遗传与环境交互作用形成的、具有一定倾向的、比较稳定的心理特征的总和。一般而言,老年人的人格总体上是稳定而连续的。老年人人格特征通常分为五个类型:成熟型、安乐型、装甲型、愤怒型和自我谴责型。

常用的评估量表包括艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnaire,EPQ)。艾森克人格问卷是英国心理学家艾森克等编制的。其问卷有两种形式,即青少年问卷(81 题)和成人问卷(90 题)。成人问卷也适用于老年人。每种形式都包含 4 个量表(表 4-8)。

表 4-8 艾森克人格量表的名称和意义

名称	意义
内外向量表(E)	高分数表示外向:易冲动、好冒险、善交际、喜刺激 低分数表示内向:好静、冷淡、善内省、忌刺激和喜欢有秩序的生活方式
神经质量表(N) (情绪稳定性量表)	高分数表现:焦虑、担忧、闷闷不乐,对各种刺激无反应,情绪低沉 低分数表现:情绪稳定
精神质量表(P)	高分数表现:孤独、残忍,不人道,有敌意,有攻击性,感觉迟钝,缺乏同情心,常制造麻烦,行为异常,难以适应周围环境
效度量表(L)	测定被评估者的人格功能、掩饰程度

知识拓展

一般来说,心理健康的人都能够善待自己,善待他人,适应环境,情绪正常,人格和谐。心理健康的人并非没有痛苦和烦恼,而是他们能适时地从痛苦和烦恼中解脱出来,积极地寻求改变不利现状的新途径。

美国心理学家马斯洛和米特尔曼提出的心理健康的十条标准被公认为是“最经典的标准”。

- (1) 充分的安全感。
- (2) 充分了解自己,并对自己的能力作适当的评估。
- (3) 生活的目标切合实际。
- (4) 与现实的环境保持接触。
- (5) 能保持人格的完整与和谐。
- (6) 具有从经验中学习的能力。
- (7) 能保持良好的人际关系。
- (8) 适度的情绪表达与控制。
- (9) 在不违背社会规范的前提下,对个人的基本需要做恰当的满足。
- (10) 在集体要求的前提下,较好地发挥自己的个性。

知识3 社会健康评估

全面认识和衡量老年人的健康水平,除了评估其生理、心理功能外,还应评估其社会状况。社会健康评估是对老年人的社会健康状况和社会功能进行评定,具体包括角色功能、所处环境、文化背景、家庭状况等方面。

(一) 角色功能的评估

老年人角色功能的评估,可以通过交谈、观察两种方法收集资料。评估的内容如下。

1. 角色的承担

(1) 一般角色 了解老年人过去的职业、离退休年份和现在有无工作,有助于防范退休所带来的不良影响,也可以确定目前的角色是否适应。评估角色的承担情况,可询问:最近一周内做了什么事?哪些事占了大部分时间?对他(她)而言什么事情是重要的,什么事情很困难?

(2) 家庭角色 老年人离开工作岗位后,家庭成为主要的生活场所,并且大部分家庭有了第三代。老年人由父母到祖父母,增加了家庭角色,也需要承担起照料第三代任务。老年期又是丧偶的主要阶段,若老伴去世,则要失去一些角色。另外,对性生活的评估可以了解老年人的夫妻角色功能,有助于评定老年人社会角色和家庭角色型态。评估时要求评估者持非评判、尊重事实的态度,询问老年人过去以及现在的情况。

(3) 社会角色 社会关系型态的评估,可提供有关自我概念和社会支持资源的信息。收集老年人每日活动的资料,对其社会关系型态进行评价。如果被评估者对每日活动不能明确表述,提示社会角色的缺失或不能融入社会活动中去;不明确的反应,也可提示有无认知或其他精神障碍。

2. 角色的认知 让老年人描述对自己角色的感知和别人对其所承担角色的期



望,进入老年后,对其生活方式、人际关系方面的影响。同时,还应询问是否认同别人对他(她)的角色期望。

3. 角色的适应 让老年人描述对自己承担的角色是否满意及与自己的角色期望是否相符,观察有无角色适应不良的身心行为反应,如头痛、头晕、疲乏、睡眠障碍、焦虑、抑郁、忽略自己和疾病等。

(二) 环境评估

老年人的健康与其所生存的环境有着密切的联系,如果环境因素的变化超过老年人机体的调节范围和适应能力,就会引起疾病。通过对环境进行评估,可以更好地去除妨碍生活行为的因素,创造发挥补偿机体功能缺损的有利因素,促进老年人生活质量的提高。

1. 物理环境 物理环境是指一切存在于机体外环境的物理因素的总和。由于人口老龄化,“空巢”家庭日益增多,大量老年人面临着独立居住生活的问题。居住环境是老年人的主要生活场所,是学习、社交、娱乐、休息的地方,评估时应了解其生活环境中的特殊资源及其对目前生活环境的特殊要求,其中居家安全环境因素是评估的重点(表 4-9)。通过家访可以获得这方面的资料。

表 4-9 老年人居家环境安全评估要素

部位	评估要素
一般居室	
光线	是否充足
温度	是否适宜
地面	是否平整、干燥、无障碍物
地毯	是否平整、不滑动
家具	放置是否稳固、固定有序,有无阻碍通道
床	高度是否在老年人膝盖下,与其小腿长基本相符
电线	安置如何,是否远离火源、热源
取暖设备	设置是否妥善
电话	紧急电话号码是否放在易见、易取的地方
厨房	
地板	有无防滑措施
燃气	“开”“关”的按钮标志是否醒目
浴室	
浴室门	门锁是否内外均可打开
地板	有无防滑措施
便器	高低是否合适,有无扶手
浴盆	高度是否合适,盆底是否垫防滑胶毡
楼梯	
光线	是否充足
台阶	是否平整无破损,高度是否合适,台阶之间色彩差异是否明显
扶手	有无扶手

2. 社会环境 社会环境包括经济、文化、教育、法律、制度、生活方式、社会关系和社会支持等诸多方面。本节着重于对经济、生活方式、社会关系和社会支持的评估。

(1) 经济 在社会环境因素中,对老年人的健康以及患者角色适应影响最大的是经济。老年人因退休固定收入减少、给予经济支持的配偶去世所带来经济困难,可导致其失去家庭、社会地位和生活独立性。护理人员可通过询问以下问题了解老年人的经济状况:① 您的经济来源有哪些?单位工资福利如何?对收入低的老年人,要询问这些收入是否足够支付食品、生活用品和部分医疗费用?② 家庭有无经济困难?是否有失业、待业人员?③ 医疗费用的支付形式是什么?

(2) 生活方式 通过交谈或直接观察,评估老年人饮食、睡眠、活动、娱乐等方面的习惯及有无吸烟、酗酒等不良嗜好。若有不良生活方式,应进一步了解给老年人带来的影响。

(3) 社会关系和社会支持 评估老年人有无支持性的社会关系网络,如家庭关系是否稳定,家庭成员是否相互尊重,家庭成员向老年人提供帮助的能力及对老年人的态度,与邻里、老同事的关系。将社会关系网络和支持性服务情况提供给老年人的护理人员。

3. 家庭评估 家庭是社会的基本构成单位,是基于婚姻、血缘或收养关系而形成的社会共同体。家对每个人都很重要,它是个体生活的主要场所,家庭功能健全与否、家庭关系和谐与否,关系着每个人的身心健康。

(1) 评估内容

1) 家庭基本资料 主要包括老年人家庭成员的基本情况、家庭经济状况、家庭健康状况。

2) 家庭结构 是指家庭成员组成的类型及成员间的相互关系,分为人口结构和内在结构。

人口结构:即家庭的规模或类型。家庭一般分为主干型(一对夫妇与父母、祖父母及子女一起生活)、核心型(一对夫妇和婚生或领养的子女一起生活)、单身型(一人生活)和空巢家庭(仅老年夫妇,其婚生或领养的子女离家)等。目前涌现出越来越多的核心型家庭,老年人面临着家庭无人照顾的情况,给社会养老带来巨大的挑战。

内在结构:包括权利结构、角色结构、沟通过程及价值观,可以反映家庭成员之间的相互关系和亲密程度。家庭成员的关系在主干型家庭中较复杂,在核心型家庭中主要表现为赡养矛盾。

3) 家庭功能 家是可为家庭成员提供遮风避雨、释放自我的场所,是家庭成员心灵的避风港湾。家庭功能是否健全与老年人的心身健康密切相关,其对老年人的作用主要有:提供经济支持、提供日常生活照顾和提供精神支持。

4) 家庭资源 是指家庭为维持其基本功能和应付各种生活事件所需的物质、精神和信息等方面的支持。家庭资源包括内部资源和外部资源。内部资源包括家庭为其成员提供的经济支持、精神和情感支持、信息支持、健康照顾等。外部资源包括社会的支持、文化背景、宗教信仰、工作收入、受教育水平、居住环境及社区内的医疗保健机构等。

(2) 评估方法

1) 问询法 通过与被评估者交谈,了解其家庭成员基本资料、家庭结构、家庭成员关系等。

2) 量表评估法 常用的量表有 Procidano 与 Heller 的家庭支持量表(表 4-10)和 APGAR 家庭功能评估表(表 4-11)。

表 4-10 家庭支持量表

家庭支持度	是	否
1. 我的家人给予我所需的精神支持		
2. 遇到棘手的事时,我的家人帮我出主意		
3. 我的家人愿意倾听我的想法		
4. 我的家人给予我情感支持		
5. 我与我的家人能开诚布公地交谈		
6. 我的家人分享我的爱好与兴趣		
7. 我的家人能时时觉察我的需要		
8. 我的家人善于帮助我解决问题		
9. 我与家人感情深厚		

注:评分方法为“是”=1分,“否”=0分,总分越高,支持越多。

表 4-11 APGAR 家庭功能评估表

项目	经常	有时	很少
1. 当我遇到问题时,可以从家人处得到满意的帮助 补充说明:			
2. 我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式 补充说明:			
3. 当我希望从事新的活动或发展时,家人都能接受且给予支持 补充说明:			
4. 我很满意家人对我的情绪(喜、怒、哀、乐)表示关心和爱护的方式 补充说明:			
5. 我很满意家人与我共度时光的方式 补充说明:			

注:被评估者回答“经常”,记“2分”;回答“有时”,记“1分”;回答“很少”,记“0分”。总分为10分。结果:将5个问题的得分相加为总分。总分为7~10分,表示家庭功能良好;4~6分,表示家庭功能中度障碍;0~3分,表示家庭功能严重障碍。

知识 4 生活质量评估

人类追求健康不再是单纯为了生命的维持和延续,而是要提高生活的质量,即保持和提升老年人在生理、心理、社会功能诸多方面的完好状态。

(一) 生活质量的内涵

生活质量作为生理、心理和社会功能的综合指标,可用来评估老年人群的健康水平、临床疗效和疾病预后。

1. 生活质量的内涵 生活质量(quality of life, QOL)是在生物-心理-社会医学模式下产生的一种新的健康测量技术。中国老年医学学会的定义为:老年人生活质量是指 60 岁或 65 岁以上的老年人群对身体、精神、家庭和社会生活满意的程度和老年人对生活的全面评价。

2. 生活质量的特点 生活质量是一个包含生理、心理、社会功能的综合概念,从单一地强调个体生活的客观状态发展到同时注意其主观感受。生活质量具有文化依赖性,其评价是根植于个体所处的文化和社会环境中的,既测量个体健康的不良状态,又反映健康良好的方面。老年人生活质量测量中公认的是躯体健康、心理健康、社会功能、综合评价 4 个维度。本节重点介绍生活质量的综合评估。

(二) 生活质量的综合评估

生活质量可以采用生活满意度量表、幸福度量表及生活质量综合问卷进行评估。

1. 生活满意度的评估 生活满意度是指个人对生活总的观点,以及现在实际情况与希望之间、与他人之间的差距。生活满意度指数是老年研究中的一个重要指标,用来测量老年人心情、兴趣、心理、生理主观完美状态的一致性。常用的量表是生活满意度指数(life satisfaction index, LSI)(表 4-12),它从对生活的兴趣、决心和毅力、知足感、自我概念及情绪等方面进行评估。

表 4-12 生活满意度指数

指导语:下面是一些陈述涉及人们对生活的不同感受的项目。请阅读每个问题的陈述,如果您同意该观点,请在“同意”下面画“√”;如果您不同意该观点,请在“不同意”下面画“√”;如果无法肯定是否同意,请在“?”下面画“√”。请务必回答所有问题。

项目	同意	不同意	?
1. 当我老了以后发现事情似乎要比原先想象得好			
*2. 与我所认识的多数人相比,我更好地把握了生活中的机遇			
3. 现在是我一生中最为沉闷的时期			
*4. 我现在和年轻时一样幸福			
5. 我的生活原本应该更好些			
*6. 现在是我一生中最为美好的时光			

续表

项目	同意	不同意	?
7. 我所做的事多半是令人厌烦和单调乏味的			
8. 我估计最近能遇到一些有趣的令人愉快的事			
*9. 现在做的事和以前做的事一样有趣			
10. 我感到老了,有些累了			
11. 我感到自己确实上了年纪,但我并不为此而烦恼			
12. 回首往事,我相当满足			
*13. 即使能改变自己的过去,我也不愿有所改变			
14. 与其他同龄人相比,我曾做出较多愚蠢的决定			
15. 与其他同龄人相比,我的外表较年轻			
*16. 我已经为1个月甚至1年后该做的事制订了计划			
*17. 回首往事,我有许多想得到的东西均未得到			
18. 与其他人相比,我惨遭失败的次数太多了			
*19. 我在生活中得到了相当多我所期望的东西			
20. 不管人们怎样说,许多普通人是越过越糟,而不是越过越好			

注:①“同意”得2分,“?”得1分,“不同意”得0分;②有“*”为反向计分项目。

2. 主观幸福感的评估 主观幸福感是反映某一社会中个体生活质量的重要心理学参数,包括认知和情感两个基本成分。Kozma于1980年制定的纽芬兰纪念大学幸福度量表(Memorial University of Newfoundland scale of happiness, MUNSH)(表4-13),作为老年人精神卫生状况恒定的间接指标,已经成为老年人精神卫生测定和研究的有效工具之一。

表4-13 纽芬兰纪念大学幸福度量表(MUNSH)

指导语:我们想问一些关于您的日子过得怎么样的问题。如果符合您的情况,请回答“是”;如果不符合您的情况,请回答“否”;如果无法确定,请回答“不知道”。最近几个月里,您感到:

项目	是	否	不知道	备注
1. 满意到极点				PA
2. 情绪很好				PA
3. 对您的生活特别满意				PA
4. 很走运				PA
5. 烦恼				NA
6. 非常孤独或与人疏远				NA
7. 忧虑或非常不愉快				NA
8. 担心,因为不知道将会发生什么情况				NA
9. 感到您的生活处境变得艰苦				NA
10. 一般来说,生活处境变得使您感到满意				PA

续表

项目	是	否	不知道	备注
11. 这是您一生中最难受的时期				NE
12. 您像年轻时一样高兴				PE
13. 您所做的大多数事情都令人厌烦或单调乏味				NE
14. 您所做的事像以前一样使您感兴趣				PE
15. 当您回顾自己的一生时,您感到相当满意				PE
16. 随着年龄的增加,一切事情更加糟糕				NE
17. 您感到孤独				NE
18. 今年有些事情使您烦恼				NE
19. 如果您能到您想住的地方去住,您愿意到那儿去住吗				PE
20. 有时您感到活着没意思				NE
21. 您现在像您年轻时一样高兴				PE
22. 大多数时候您感到生活是艰苦的				NE
23. 您对您当前的生活满意吗				PE
24. 您的健康情况和您的同龄人比相同,甚至还好些				PE

注:① PA:正性情感;NA:负性情感;PE:一般正性体验;NE:一般负性体验。② 回答“是”记2分,“不知道”记1分,“否”记0分;第19项答“否”记2分,“是”记0分;第23项答“是”记2分,“否”记0分。③ 总分=PA-NA+PE-NE,得分范围-24~+24分。为了便于计算,加上常数24,则计分范围0~48分。

3. 生活质量的综合评估 老年人的生活质量不能单纯从躯体、心理、社会功能等方面获得,评估时最好以老年人的体验为基础进行评价,即不仅要评定被评估者生活的客观状态,同时还要注意其主观评价。常用的适合老年人群生活质量评估的量为老年人生活质量评定表(表4-14)。

表4-14 老年人生活质量评定表

项目	得分
一、身体健康	
1. 疾病症状	
(1) 无明显病痛	3
(2) 间或有病痛	2
(3) 经常有病痛	1
2. 慢性疾病	
(1) 无重要慢性疾病	3
(2) 有,但不影响生活	2
(3) 有,影响生活功能	1

续表

项目	得分
3. 畸形残疾	
(1) 无	3
(2) 有(轻、中度驼背),不影响生活	2
(3) 畸形或因病致残,部分丧失生活能力	1
4. 日常生活功能	
(1) 能适当劳动、爬山、参加体育运动,生活完全自理	3
(2) 做饭、管理钱财、料理家务、上楼和外出坐车等有时需人帮助	2
(3) 丧失独立生活能力	1
本项共计得分:	
二、心理健康	
5. 情绪、性格	
(1) 情绪稳定,性格开朗,生活满足	3
(2) 有时易激动、紧张、抑郁	2
(3) 经常抑郁、焦虑、压抑、情绪消沉	1
6. 智力	
(1) 思维能力、注意力、记忆力都较好	3
(2) 智力有些下降,注意力不集中,遇事易忘,但不影响生活	2
(3) 智力明显下降,说话无重点,思路不清晰,健忘、呆板	1
7. 生活满意度	
(1) 夫妻、子女、生活条件、医疗保健和人际关系等都基本满意	3
(2) 某些方面不够满意	2
(3) 生活满意度差,到处看不惯,自感孤独苦闷	1
本项共计得分:	
三、社会适应	
8. 人际关系	
(1) 夫妻、子女、亲戚朋友之间关系融洽	3
(2) 某些方面虽有矛盾,仍互相往来,相处尚可	2
(3) 家庭矛盾多,亲朋往来少,孤独	1
9. 社会活动	
(1) 积极参加社会活动,在社会团体中任职,关心国家、集体大事	3
(2) 经常参加社会活动,有社会交往	2
(3) 不参加社会活动,生活孤独	1
本项共计得分:	

续表

项目	得分
四、环境适应	
10. 生活方式	
(1) 生活方式合理,无烟、酒嗜好	3
(2) 生活方式基本合理,已戒烟,酒不过量	2
(3) 生活无规律,嗜烟,酗酒	1
11. 环境条件	
(1) 居住环境、经济收入、医疗保障较好,社会服务日臻完善	3
(2) 居住环境不尽如人意,有基本生活保障	2
(3) 因住房、经济收入、医疗费用等造成生活困难	1
	本项共计得分:
共计得分:	

59

技术 老年人健康评估技术

(一) 老年人躯体健康评估技术

1. 评估

- (1) 评估老年人目前的健康状态、生命体征、意识状态等。
- (2) 评估老年人有无紧张、恐惧心理,对评估的要求及合作程度。
- (3) 评估老年人对自身健康状态和将要进行的评估的了解程度。

2. 计划

- (1) 老年人准备 据病情和检查需要取合适的体位。
- (2) 环境准备 清洁、安静,光线充足,室温适宜,准备布帘/屏风,关好门窗。
- (3) 护士准备 衣帽整洁、举止端庄、态度和蔼,用手消毒剂消毒双手。
- (4) 用物准备 手消毒剂、评估记录单、笔。

3. 实施 老年人躯体评估技术流程见图 4-3。

4. 评价

- (1) 在规定的时间内完成操作和对资料的收集。
- (2) 操作规范,动作熟练、轻柔。
- (3) 沟通有效,配合良好,健康教育内容和方式合适。



图 4-3 老年人躯体评估技术流程

(二) 老年人心理健康评估技术

1. 评估

- (1) 评估老年人目前的健康状态、生命体征、意识状态。
- (2) 评估老年人有无紧张、恐惧心理,对评估的要求及合作程度。
- (3) 评估老年人对自身心理状态和将要进行的评估的了解程度。

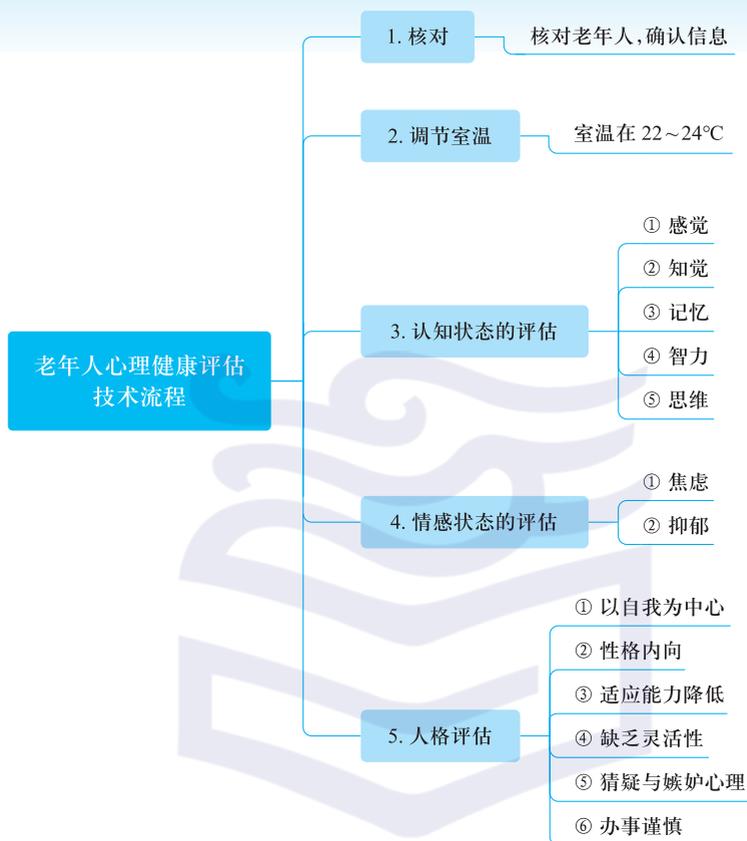
2. 计划

- (1) 老年人准备 据病情和检查需要取合适的体位。
- (2) 环境准备 清洁、安静,光线充足,室温适宜,准备布帘 / 屏风,关好门窗。
- (3) 护士准备 衣帽整洁、举止端庄、态度和蔼,用手消毒剂消毒双手。
- (4) 用物准备 手消毒剂、评估记录单、笔。

3. 实施 老年人心理健康评估技术流程见图 4-4。

4. 评价

- (1) 在规定时间内完成。
- (2) 操作规范。
- (3) 沟通有效,心理健康教育内容和方式合适。
- (4) 态度和蔼,言语亲切,关爱老年人。



老年人心理
健康评估技
术考核标准

图 4-4 老年人心理健康评估技术流程

(三) 老年人社会健康评估技术

1. 评估

- (1) 了解老年人目前的健康状态、生命体征、意识状态等。
- (2) 了解老年人有无紧张、恐惧心理,对评估的要求及合作程度。
- (3) 了解老年人对将要进行的评估的了解程度。

2. 计划

- (1) 老年人准备 根据身体状况取合适的体位。
- (2) 环境准备 安静、舒适,光线充足,温湿度适宜。
- (3) 护士准备 衣帽整洁、举止端庄、态度和蔼,用手消毒剂消毒双手。
- (4) 用物准备 手消毒剂、评估记录单、笔。

3. 实施 老年人社会健康评估技术流程见图 4-5。

4. 评价

- (1) 在规定时间内完成。
- (2) 方法正确,问题设计合理,资料准确有效。
- (3) 沟通有效,配合良好,健康指导有效。
- (4) 语言亲切,态度和蔼,关爱老年人。

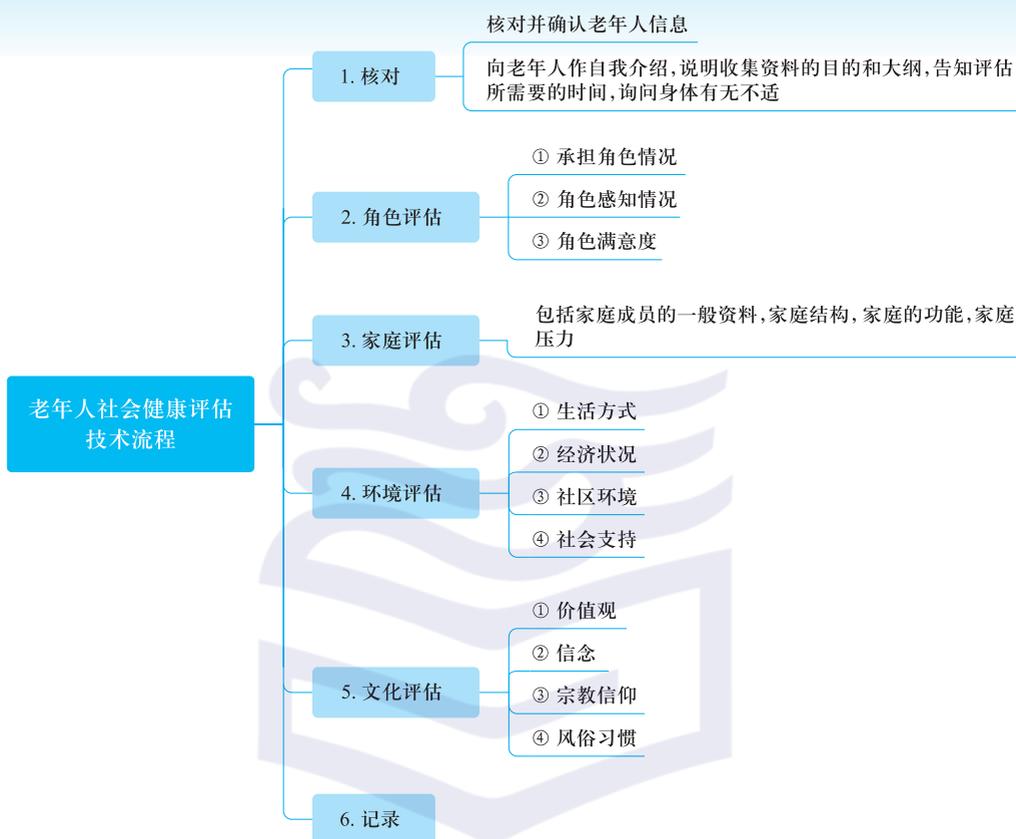


图 4-5 老年人社会健康评估技术流程

(四) 老年人生活质量评估技术

1. 评估

- (1) 了解老年人目前的健康状态、生命体征、意识状态等。
- (2) 了解老年人有无紧张、恐惧心理,对评估的要求及合作程度。
- (3) 了解老年人对自身健康状态和将要进行的评估的了解程度。

2. 计划

- (1) 老年人准备 根据身体状况取舒适的体位。
- (2) 环境准备 安静、舒适,光线充足,温湿度适宜。
- (3) 护士准备 衣帽整洁、举止端庄、态度和蔼,用手消毒剂消毒双手。
- (4) 用物准备 手消毒剂、评估记录单、笔。

3. 实施 老年人生活质量评估技术流程见图 4-6。

4. 评价

- (1) 在规定时间内完成。
- (2) 方法正确,问题设计合理,资料准确有效。
- (3) 沟通有效,配合良好,健康指导有效。
- (4) 语言亲切,态度和蔼,关爱老年人。



图 4-6 老年人生活质量评估技术流程

情景再现

- 活动情景** 李奶奶,65岁,丧偶,儿女均在国外,现独居于家,特别思念儿女,近1年来常沉默寡言,情绪低落,自诉“活着没什么意思,还不如早点死好”,曾经有一次自杀行为。辅助检查无明显阳性体征。请为李奶奶进行心理健康评估。
- 活动要求** 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。
- 活动指导**
 - 活动目的** 掌握心理健康评估的方法及老年人心理健康指导措施。
 - 活动要求**
 - 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。
 - 按护理程序进行活动;操作前资料准确、有效,操作中检查方法正确,沟通时注意心理健康教育内容和方式,对评估资料汇总,健康评估记录准确、完整。
- 效果评价** 见二维码。

(唐 萍 刘 蓉)



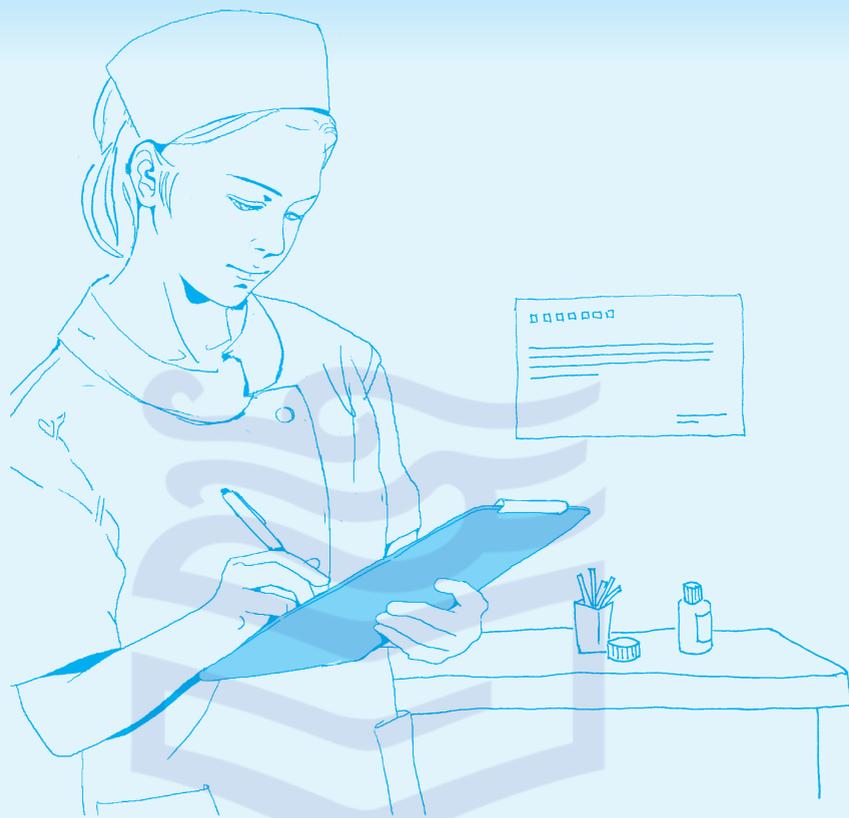
老年人生活质量评估技术考核标准



老年人心理健康评估评价表



单元测验



第二部分 老年护理基本技术

单元五 老年人的个人卫生



学先知

最美养老护理员——用真情劳动打动人心

四川省某养老康复中心护理员蒲某, 43岁, 已在养老康复中心工作了6年, 她6年如一日, 把养老康复中心当成自己的家, 像老年人的儿女一样撑起百余名老年人的晚年幸福, 每日6点她开始为老年人进行洗脸擦身, 换纸尿裤, 全身更衣, 喂饭, 为老年人理发、剃胡须、剪指甲等, 细心照料每一位老年人的日常生活。在养老护理岗位上的1800余天里, 蒲某热爱着这份在别人眼里脏、苦、累的工作, 用她的爱心、耐心、关心换来老年人、家属的高度认同, 为入住的老年人奉献自己的劳动, 让老年人感受到养老护理员的挚爱和温暖。2019年, 蒲某荣获巴中市第二届“巴山工匠杯”技能大赛一等奖, 巴中市2019年“金牌工人”称号和2020年四川省“优秀养老护理员”。

2020年11月24日, 习近平在全国劳动模范和先进工作者表彰大会上指出, 新形势下, 我国工人阶级和广大劳动群众要继续学先进赶先进, 自觉践行社会主义核心价值观, 用劳动模范和先进工作者的崇高精神和高尚品格鞭策自己, 焕发劳动热情, 厚植工匠文化, 恪守职业道德, 将辛勤劳动、诚实劳动、创造性劳动作为自觉行为。

情景案例一

邓奶奶, 86岁, 右上肢骨折后卧床, 生活不能自理。需要照护人员协助其保持口腔清洁。

案例任务:

1. 为邓奶奶进行口腔护理时的擦洗顺序是怎样的?
2. 在操作过程中, 照护人员需要注意哪些事项?

情景案例二

黄婆婆,90岁,脑卒中后左侧肢体偏瘫11个月。今日入住养老公寓非自理区。入住评估时发现,黄婆婆身体清洁度较差,有异味。

案例任务:

1. 照护人员应该采用何种方式为黄婆婆进行皮肤清洁?
2. 在操作中,照护人员应该注意哪些事项?
3. 如何协助黄婆婆穿脱衣服?

学而思

作为新时代的健康照护者,说说你会如何设计老年人的照护方案,在活动中如何做到安全防护?谈谈你对《中华人民共和国老年人权益保障法》在老年人照护工作中如何体现的看法。

皮肤是指覆盖身体表面的组织,由表皮、真皮和皮下组织组成。一般成年人皮肤总面积为 $1.5\sim 2\text{ m}^2$ 。完整的皮肤具有天然屏障作用,它使体内各种组织和器官免受物理性、机械性、化学性、病原微生物性的侵袭,具有保护机体、调节体温、吸收、分泌、排泄和感觉冷热与压力等多项重要生理功能。

知识 1 皮肤清洁

1. 老年人的皮肤特点

(1) 萎缩 具体表现为皮肤光泽度下降、变软、变薄、弹性减少、干燥起皱。真皮萎缩对真皮血管有很大影响,皮肤容易破损、出血,磕碰后容易出现紫癜(出血斑点),皮肤发凉等。

(2) 敏感 老年人皮肤容易发痒且受到外界因素刺激后反应比较强烈,会引起疼痛或者起疱疹等过敏反应,对病原体反应较敏感。

(3) 增生 老年人皮肤上会有老年斑产生,还有一些皮脂腺的增生造成老年疣和血管硬化。

(4) 反应减退 对冷、热的感觉能力较差。

2. 皮肤清洁的目的

(1) 去除皮肤污垢,缓解疲劳,使老年人心情舒畅,维护老年人的自尊。

(2) 有利于检查老年人的身体健康状况,也能使照护人员和老年人有更多的接触与沟通。

(3) 增强老年人的皮肤免疫力,减轻外界因素对局部皮肤的刺激,有利于老年人身体健康和疾病的康复。

(4) 有助于维持身体的完整性,减少卧床老年人压疮等并发症的发生率。

(5) 促进老年人皮肤的血液循环,加强新陈代谢,增加皮肤的排泄功能。

常用的皮肤清洁护理方法包括淋浴法、盆浴法、床上擦浴法和压疮的预防措施。前两种方法适用于可以自理的老年人,后两种方法适用于长期卧床的失能老年人。

知识 2 衣服卫生

衣服的作用是保护皮肤抵御外界带来的刺激。根据温度变化适当地增减衣物,可以调整 and 保持体温。对于老年人来讲,如果能够穿上吸湿性和吸附性较好的衣服,可以吸附皮肤排出的汗液、分泌物和洒落的食物碎屑等。吸湿性和吸附性好的衣服需要经常更换,如长时间不换会有很多弊病,如汗液中排出的尿素逐渐分解会使衣服发霉;衣服上附着的皮脂逐渐酸化,会使衣服上产生黄斑、污垢,发出异味等。老年人在活动中会弄脏衣服,睡眠中出汗或不感蒸发也会使衣服产生污渍,虽然不明显,但不卫生。对于长期卧床的老年人,也要养成勤换衣服的良好生活习惯。

由于老年人皮肤的特点,老年人的服装选择首先必须考虑实用性,要求宽大、柔软,穿起来感觉舒适,不宜过紧,更不要压迫胸部。衣服样式要简单、穿脱方便,不要穿套头衣服、纽扣多的衣服,宜穿对襟服装。贴身衣服最好用棉布材料或棉织品,不宜穿用化纤织物制成的服装。衣服款式的选择应考虑安全,避免过长的裙子或裤子以免绊倒,老年人体温调节功能降低,在寒冷时节要特别注意衣着的保暖功效。在保证舒适与保暖的同时,老年人的衣服要适合其个性及社会活动,衣服款式还应考虑时尚元素,以增加自信和保持心情愉悦。

清洁、合体的着装是老年人人际交流和满足自尊的基本需求,清洁、无刺激的内衣裤也是老年人身体舒适的基本需要。着装服务要求如下。

(1) 保持老年人的衣着得体、清洁、舒适。

(2) 能自理的老年人,衣着由老年人自行选择和穿戴,护理员在老年人穿脱有困难时提供协助,帮助扣扣子和整理衣物等,或提供方便穿着的衣裤、扣扣子的辅助用具等,协助老年人自理。督促老年人及时换洗衣服。

(3) 老年人每晚在会阴清洁护理后更换内裤,在皮肤清洁护理(擦浴或洗澡)后更换干净内衣,外衣视情况进行换洗。

(4) 按服务计划提供衣服的清洁服务,不能水洗的毛料、丝绸衣服按要求送洗。

(5) 穿衣照顾到老年人的习惯,鼓励老年人根据自身的经济状况穿合适、得体、舒适的衣服,鼓励“老来俏”。

(6) 内衣、内裤宜采用棉质和丝绸类,忌用化纤织物,避免刺激皮肤或导致皮肤过敏。

(7) 协助卧床老年人尽量在晨间护理后或会客时穿上得体的外衣,以满足老年人

的心理需求。

(8) 保护老年人隐私。

知识拓展

对于有条件的养老机构,可以选择使用洗澡机(图 5-1),由照护人员为老年人进行清洁卫生护理,在清除体表污垢的同时又可护肤杀菌。目前,市场上的洗澡机外观多样,有卧式、半卧式、立式等。多数机器由机壳体、门、蒸汽发生器、循环水泵、臭氧发生器、超声换能器、装有微电脑控制电路的控制盒、按摩喷水嘴、喷雾嘴、溢流阀、排水嘴、回水嘴、冷热水开关、进水口、水力调节钮、空气开关等部件组成,在主体、上部、正面、门等处设置多处淋浴喷头。洗澡机可以自动调节人体姿势,防止老年人在洗浴过程中因保持一个姿势而造成腰痛,与传统的洁身方式有较大的区别。



图 5-1 洗澡机

技术 1 协助老年人清洁身体

1. 评估

- (1) 了解老年人的一般情况,病情、年龄,清洁习惯及自行完成沐浴的能力等。
- (2) 了解老年人的皮肤状况,如颜色、温度、感觉、柔软性、厚度、弹性、有无损伤等。
- (3) 了解老年人及其家属对皮肤清洁卫生知识的了解程度。

2. 计划

- (1) 环境准备 室内环境清洁,光线充足,调节室温至 24~26℃,关闭门窗。
- (2) 用物准备 水盆,水桶两个(一桶盛有 40~45℃的温水,另一桶放污水),小毛巾,浴巾,浴皂,润肤霜,梳子,清洁的衣裤等。
- (3) 护士准备 服装整洁,洗净并温暖双手,必要时戴手套。

(4) 老年人准备 协助老年人取舒适卧位。

3. 实施 老年人床上擦浴见图 5-2。擦浴流程见图 5-3。



为老年人
床上擦浴



图 5-2 床上擦浴

70



老年人床上
擦浴评分
标准

老年人床上擦浴流程

- 1. 核对**
 - 携用物至床边,核对床号、姓名
 - 老年人的身体状况、自理能力、四肢活动情况及配合能力
- 2. 评估**
 - 询问是否需要协助使用便盆
- 3. 调节床高度**
 - 调节护理床高度,便于操作
 - 面部清洁:按照面部清洁的方法擦洗面部
 - 手臂清洁:脱去老年人一侧衣袖,暴露手臂,浴巾铺于手臂下,小毛巾浸湿后包裹在手上,分别用浴液、清水由老年人前臂向上臂擦拭,擦洗完毕后用浴巾擦干,同法擦拭另一侧,然后清洁老年人双手
 - 胸部清洁:将被子向下折叠,暴露老年人胸部,用浴巾遮盖胸部,小毛巾浸湿后包裹在手上,分别用浴液、清水由老年人颈部向下擦拭胸部及两侧,擦净皮肤褶皱处(如腋下、乳房)
 - 腹部清洁:将被子向下折至大腿上部,用浴巾遮盖胸、腹部,浸湿的小毛巾包裹在手上,分别用浴液、清水由老年人上腹部向下腹部擦拭,擦净肚脐褶皱处,擦洗中随时掀开与遮盖浴巾
 - 背、臀清洁:协助老年人翻身侧卧,使其背部朝向照护人员,暴露背部及臀部,浴巾铺于背、臀下,浸湿小毛巾包裹在手上,分别用浴液、清水由老年人腰骶部螺旋形向上至肩部擦洗背,再擦洗臀部,然后用浴巾擦干,更换清洁上衣
 - 下肢清洁:协助老年人取平卧位,暴露双腿,浴巾遮盖一侧下肢,另一侧下肢屈膝,一手包裹浸湿的小毛巾,另一手扶住老年人屈膝下的踝部(呈固定状),分别用浴液、清水由小腿向大腿方向擦洗,再用浴巾擦干。同法擦洗另一侧下肢
 - 足部清洁:将被尾向上折,取一软垫在老年人膝下,将橡胶单和浴巾铺于足下,水盆放浴巾上,将一足浸于水中,用小毛巾清洗各部位(注意足趾缝),洗后放在浴巾上,同法清洗另一侧,撤去水盆,用浴巾擦干双足,更换清洁裤子
 - 会阴部清洁:按照会阴清洁的方法清洁会阴部位
- 4. 全身各部位擦浴**
- 5. 整理记录**
 - 安置老年人于舒适卧位,整理床位
 - 整理用物,洗手,做好记录

图 5-3 老年人床上擦浴流程

4. 评价

- (1) 老年人满意,感觉清洁、舒适、安全、身心愉快。
- (2) 护士操作规范、流程熟练、安全、无意外发生。
- (3) 沟通有效,老年人合作,理解身体清洁的重要性。

技术2 口腔及义齿的护理

1. 评估

- (1) 老年人的病情及口腔卫生状况。
- (2) 老年人的自理能力、心理接受程度和合作程度。

2. 计划

- (1) 环境准备 室内环境清洁,光线充足,温湿度适宜。
- (2) 用物准备 大棉棒1包或口腔护理包1个:弯盘内盛16~18个无菌棉球、弯血管钳、镊子、压舌板、漱口杯1个(内盛温漱口水,必要时备吸管1根),毛巾1条,污物碗或弯盘1个,手电筒1支,必要时备润唇膏。

要根据老年人的口腔情况,适当选择具有不同作用的漱口水。

- 1) 生理盐水 可以清洁口腔、预防感染,通常为老年人口腔护理的首选溶液。
- 2) 3% 复方硼酸溶液或复方硼砂溶液 具有轻度抑菌作用,可以消除口臭,适用于接受放疗的老年人及口腔溃疡、口腔 pH 为碱性者。
- 3) 1%~3% 过氧化氢溶液(双氧水) 有抑菌防臭作用,适用于口腔感染有溃烂坏死组织者,以及有中度口腔炎的老年人。
- 4) 0.2% 甲硝唑 口臭者,常提示有厌氧菌感染,可给予 0.2% 甲硝唑漱口。
- 5) 0.25% 碘伏 可以预防口腔溃疡、去除口臭,为危重老年人首选口腔护理液。
- 6) 1% 制霉菌素或 1%~4% 碳酸氢钠液 适用于有真菌感染的老年人。
- 7) 0.1% 柠檬液 可以增加唾液的分泌。

(3) 护士准备 衣帽整洁,洗净并温暖双手,必要时戴口罩。

(4) 老年人准备 协助老年人取侧卧位或半坐卧位(图 5-4)。

3. 实施 口腔护理流程见图 5-5。

4. 评价

(1) 操作方法正确,动作轻巧,无口腔黏膜及牙龈损伤。

(2) 老年人口唇润泽,感觉口腔清洁、舒适,能主动配合。



图 5-4 口腔护理



(3) 老年人的基本清洁需求得到满足。



口腔护理
技术操作
评分标准

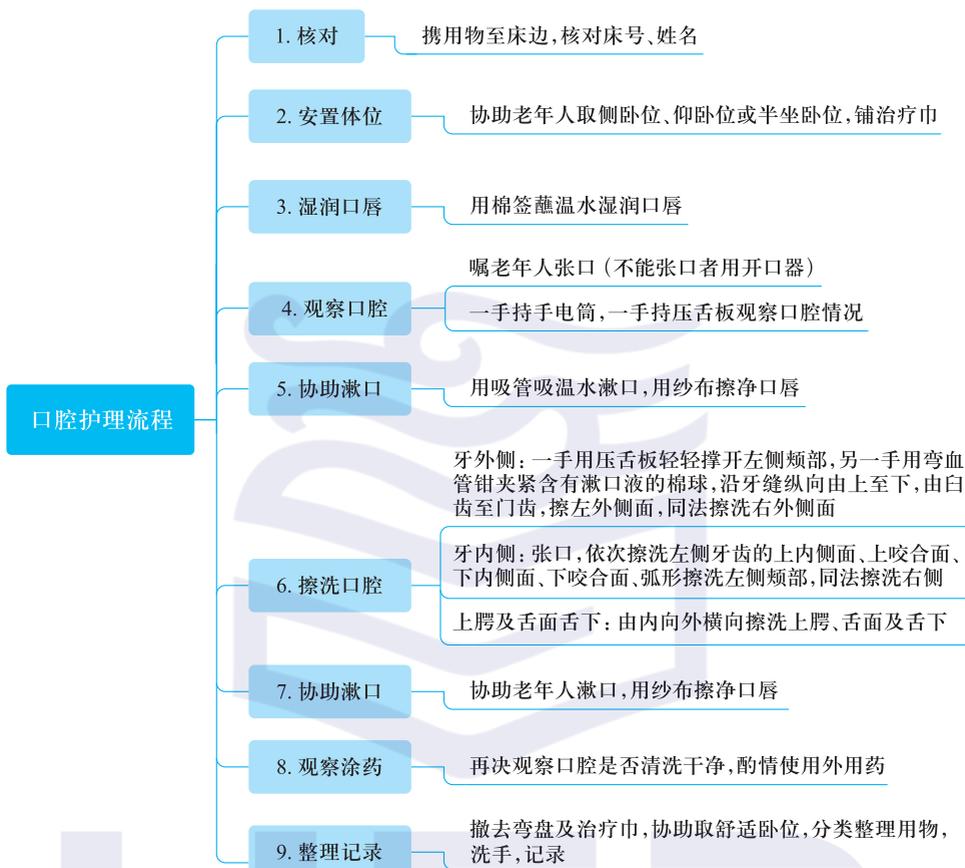


图 5-5 口腔护理流程

5. 义齿的清洁与护理 因各种原因造成牙齿缺失时,需合理戴义齿,以保持良好的口腔外观,维持正常的口腔功能,并防止牙龈萎缩变形。与真牙一样,义齿也会积聚一些食物残渣,会有牙菌斑和牙石等,同样需要每日清洁与护理。

(1) 活动义齿需白天戴,晚上取下,以使牙龈得到充分休息。不能自理者,护士需协助清洁义齿。取下义齿按刷牙方法刷洗,然后用清水冲洗干净。患者漱口后,用质软的小牙刷或纱布擦洗口腔各部及舌面,再戴上义齿。

(2) 暂时不戴的义齿需浸泡在冷水中(图 5-6),每日换水 1 次。义齿不可放在热水中,也不可用乙醇等消毒液浸泡和擦拭,以免变色、变形和老化。

(3) 义齿是患者住院期间的贵重物品,需妥善保管。如遇义齿松动、脱落、破裂、折断,



图 5-6 义齿保存

但未变形,应将损坏部件保存好,请专业人员修复。

情景再现 1

1. 活动情景 刘爷爷,75岁,因脑外伤入院,昏迷,大小便失禁,口腔有活动义齿,有异味。
2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。
3. 活动指导
 - (1) 活动目的 掌握口腔及义齿的清洁方法及身体清洁的操作。
 - (2) 活动要求
 - 1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。
 - 2) 按护理程序进行活动;操作前加强对患者的操作配合指导,擦洗动作轻柔、老年人配合,操作中方法正确,擦洗期间注重安全护理及老年人的健康教育。
 4. 效果评价 见二维码。



口腔护理操作评价表

技术 3 协助老年人穿脱衣服

1. 评估
 - (1) 老年人的病情、意识状态及肢体活动情况。
 - (2) 老年人的心理反应及合作程度,以往习惯,是否了解协助穿脱衣服的目的及配合方法,能否主动配合。
2. 计划
 - (1) 环境准备 安静、整洁、光线充足,调节室温至 22~26℃,必要时用屏风遮挡。
 - (2) 用物准备 清洁、干燥的衣裤,盛放脏衣物的容器。
 - (3) 护士准备 衣帽整洁,洗净并温暖双手,必要时戴口罩。
 - (4) 老年人准备 协助老年人取平卧位。
3. 实施 见图 5-7,具体流程如图 5-8。



图 5-7 协助老年人穿脱衣裤



协助老年人脱衣服



协助老年人穿
脱衣裤流程

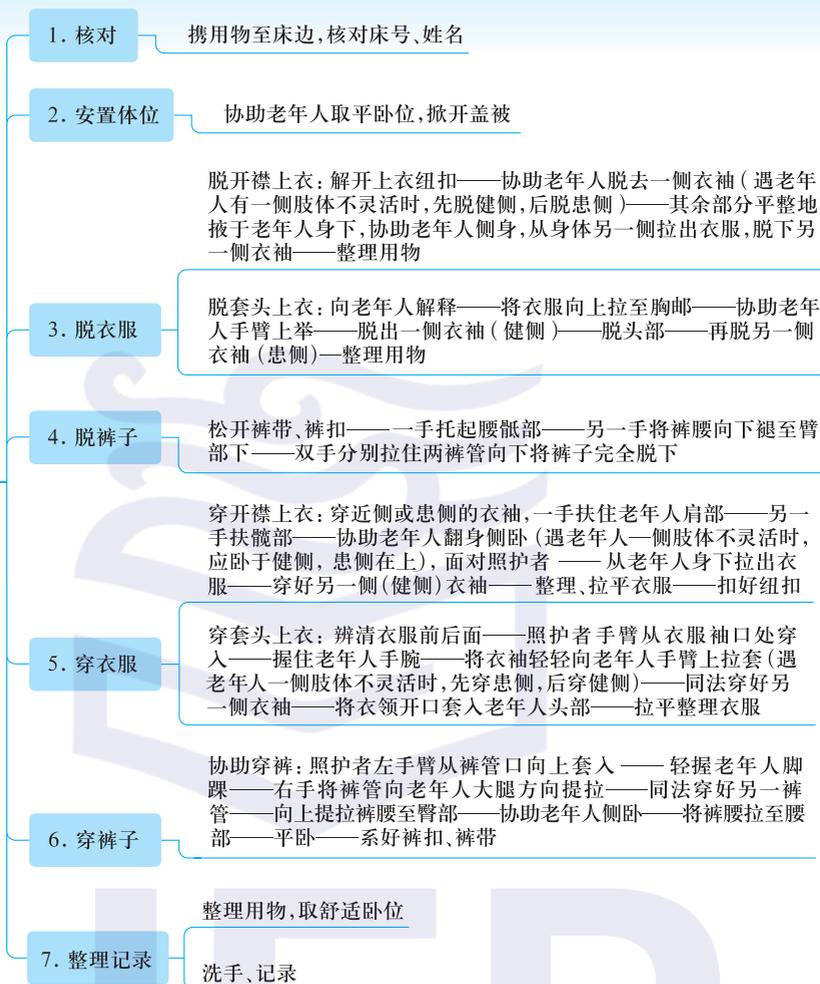


图 5-8 协助老年人穿脱衣裤流程

4. 评价

- (1) 操作方法正确,动作轻稳,操作过程中始终保护老年人隐私,脱衣服后观察老年人的皮肤情况。
- (2) 与老年人沟通有效,老年人能配合操作。对老年人的配合及时给予鼓励,增强老年人的自信心
- (3) 老年人的基本需求得到满足。

情景再现 2

1. 活动情景 刘奶奶,85岁,两年前脑卒中后左侧肢体偏瘫,生活不能自理,目前基本生活需要护士帮助。护士小王为刘奶奶更换清洁衣裤。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

- (1) 活动目的 掌握清洁衣裤更换的方法及健康教育内容。

(2) 活动要求

- 1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。
- 2) 按护理程序进行活动;操作前加强对患者的操作配合指导,操作动作轻柔、老年人配合,操作中方法正确,注重安全护理及老年人的健康教育。
4. 效果评价 见二维码。

(谭 庆)



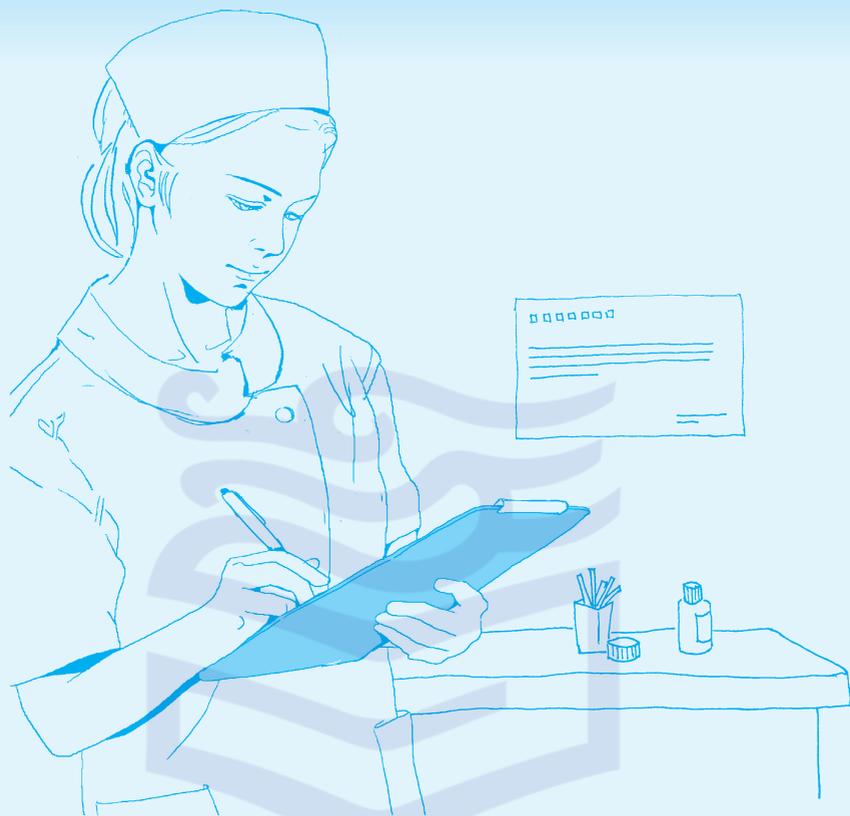
协助老年人
穿脱衣服操
作评价表



单元测验



HEP



单元六 老年人营养与饮食



学先知

名言 子贡问：“师与商也孰贤？”子曰：“师也过，商也不及。”曰：“然则师愈与？”子曰：“过犹不及。”

译文 这是孔子《论语·先进》中的诗句，这句诗的意思是：子贡问孔子：“颛孙师（子张）和卜商（子夏）两个人，谁强一些？”孔子道：“师呢，有些过分；商呢，有些赶不上。”子贡道：“那么，师强一些吗？”孔子道：“过分和赶不上同样不好。”

启示 过犹不及是说在处理问题时，要考虑和把握好度的问题，可以透彻但是不能太彻底或者绝对，否则就会起反作用；事缓则圆，是说碰上紧急事件的时候，自己首先不能慌乱，要考虑好全局，找到好的切入点再放手施为，这样才能够圆满解决。作为一名医务工作者，我们更应考虑和把握好度的问题。

情景案例一

刘大伯，83岁，患慢性阻塞性肺疾病。最近因天气变化，刘大伯咳嗽症状加重，社区体检时发现身高168 cm的刘大伯体重为42 kg。请你评估刘大伯目前的营养状况和潜在的健康问题，并给出有针对性的饮食建议。

案例任务：

1. 老年人的营养需求包括哪些方面？
2. 老年人的饮食如何合理搭配？
3. 如何为身体状况不同的老年人调整饮食？

黄婆婆,78岁,老年痴呆中度认知障碍,轻度高血压,精神尚可,能沟通。近期饮水时经常出现呛水,吃饭时出现噎食,曾两次发生噎食而窒息,因害怕再次出现窒息而拒绝进食。入院后遵医嘱给黄婆婆进行鼻饲饮食。

案例任务:

1. 按黄婆婆目前的情况,最适宜的进食方式是什么?
2. 如何指导行动不便的老年人自己进食?
3. 如何协助不能自己用餐的老年人经口进食?

学而思

说说你会用到哪些方式对老年人进行饮食指导,提高工作效率?谈谈你对“过犹不及”思想在老年人饮食护理中进行哲学运用的理解。

饮食与营养是维持生命的基本需要和恢复、促进健康的基本手段。饮食是人体获得营养的最主要来源,合理营养是人体健康的物质基础,营养不足或营养过剩都会对机体功能产生不良影响,甚至发生疾病。老年人由于自身的生理改变或者一些疾病,可导致不同程度的吞咽障碍或吞咽不畅,造成食物摄入结构的不合理,导致营养的不平衡。在相对单调的老年生活中,饮食的制作和摄入过程可以给老年人带来生理和精神上的双重满足和享受,与家人或亲朋好友同桌就餐,也为增加交流提供了条件。因此,饮食质和量的选择是影响老年人健康长寿的重要因素之一。在老龄化的今天,老年人的营养问题已经越来越受到人们的关注和重视。

知识 1 老年人的合理营养

老年人在身体组成、生理功能与营养代谢方面均有其特点,对营养需要形成了特殊要求。老年人的能量代谢,具有以下特点:总热能消耗减少,热能浪费增大。联合国粮食及农业组织和世界卫生组织能量与蛋白质需要量联合委员会推荐,以20~39岁男子和女子能量为基础,60~69岁减少20%,70岁以上减少30%。老年人基础代谢能量消耗较年轻时期减少约20%,这是由于老年人瘦体重(lean body mass, LBM,又称去脂体重)减少以及甲状腺素(T_3)分泌减少,血管对去甲肾上腺素的反应性减弱, Na^+ 、 K^+ -ATP酶的活性降低。老年人体力活动的强度和频率都较年轻时有较大幅度的降低,适量地活动包括运动锻炼有助于老年人增加能量消耗,减少脂肪合成,改善胰岛素抵抗,降低血脂,减缓骨质疏松的进程。

(一) 老年人热量需求

随着年龄的不断增长,老年人的活动逐渐减少,能量消耗降低,机体内脂肪组织

增加而肌肉组织和器官功能减退,机体代谢过程明显减慢。老年人基础代谢一般要比青壮年时期降低 10%~15%,75 岁以上老年人可降低 30% 以上。因此,老年人应当控制热量的摄入。世界卫生组织建议热量摄入量如表 6-1。

表 6-1 世界卫生组织热量摄入建议表

年龄组	男性 / (kJ·d ⁻¹)	女性 / (kJ·d ⁻¹)
60~64 岁	9 957.9	7 949.6
65~74 岁	9 748.7	7 949.6
75 岁以上	8 786.4	7 573.0

老年人热能供给量是否合适,可通过观察体重变化来衡量。一般可用下列公式粗略计算:男性老年人标准体重(kg)=[身高(cm)-100]×0.9;女性老年人标准体重(kg)=[身高(cm)-105]×0.9。体重在上述标准值 5% 以内上下浮动属正常体重,低于或高于正常体重的应考虑调整热能摄入量。

(二) 老年人食物的合理搭配

食物中含有的可被人体消化、吸收、利用的成分称为营养素。一般可分为七大类:糖类、蛋白质、脂肪、无机盐、维生素、膳食纤维和水。营养素存在于五大类食物中:第一类为主食;第二类为蔬菜、水果;第三类为动物性食物;第四类为大豆及奶制品;第五类为动、植物油脂。老年人的日常饮食中应注意各类食物的合理搭配,如图 6-1。



图 6-1 老年人平衡膳食宝塔

1. 糖类 糖类是提供热能的主要来源,所供给能量应占总热量的 55%~65%,按我国的饮食习惯糖类主要来自米、麦、面等。糖类包括单糖(葡萄糖、果糖、半乳糖等六碳糖)、双糖(蔗糖、乳糖、麦芽糖)、寡糖(如棉籽糖、水苏糖)和多糖(淀粉、糖原及纤维素)。老年人对糖类的利用率降低,如果摄入比例过高,特别是单糖可能直接引起血糖的波动。

老年人摄入糖类过多,使饱和脂肪酸增加,还可引起蛋白质和其他营养不足;摄入糖类过少,又会使蛋白质分解增加以供给热能。对于老年人,果糖较适宜,容易吸收,能迅速地转化为氨基酸,转化为脂质的可能性比葡萄糖要小得多。所以在老年人的饮食中,可供给一定量含果糖的蜂蜜、果酱等。对老年性肥胖和冠心病患者,应限制糖类的摄入。建议老年人主食多选择粗粮(如杂粮、薯类),粗粮在提供热量的同时,还能提供蛋白质、脂肪、矿物质、维生素,尤其还能提供食物纤维。

2. 蛋白质 原则上应该优质少量,蛋白质供给能量应占总热量的 15%。老年人体内的代谢以分解代谢为主,因此需要丰富的优质蛋白质补充组织蛋白消耗。老年人对于蛋白质的吸收、利用低于青年人。中国营养学会推荐每日膳食中蛋白质的供给量为 1.0~1.2 g/kg;若低于 0.7 g/kg,就可能发生负氮平衡;如果摄入过多,则增加消化系统和肾的负担,有肝肾疾患时更应注意控制蛋白质的供给量。我国的饮食结构中以谷类为主食,大多数人摄入的蛋白质中 60%~70% 为植物蛋白。在植物蛋白中,除黄豆外,其他植物蛋白的生物效价均较低,而奶类、蛋类、瘦肉的蛋白质为优质蛋白,所以建议老年人每日要摄入一定量的含动物蛋白的食物,且优质蛋白质的摄入量应占总蛋白质摄入量的 50% 以上。建议荤素搭配、粗细搭配,以发挥蛋白质互补作用,提高蛋白质的生物效价。

3. 脂肪 供给能量占总热量不超过 20%。老年人体内肌肉组织减少,脂肪组织逐渐增加。过多的脂肪,不利于消化系统的吸收;但过分限制脂肪的摄入,又会影响脂溶性维生素的吸收,对健康不利,因此主张脂肪供给量按每日 1.0 g/kg 为宜。脂肪的供给量固然很重要,但其性质更重要,尤其是饱和脂肪酸与多价饱和脂肪酸的比值。动物脂肪除鱼外,以饱和脂肪酸为主;植物脂肪除椰子油外,以不饱和脂肪酸为主。不饱和脂肪酸可以降低血清胆固醇及其他脂质的含量,有预防动脉粥样硬化的作用,并能抑制血栓的形成,所以老年人膳食脂肪应以植物油为主。但是不饱和脂肪酸过高时,易诱发胆结石、恶性肿瘤,并引起早衰。总的原则是脂肪的供给量以满足生理需要为限,建议用含不饱和脂肪酸较多的植物油,以减少膳食中饱和脂肪酸和胆固醇的摄入。提倡食用玉米油、花生油、豆油、芝麻油,少吃油煎食品及含油脂多的食品,身体肥胖的人更应限量。

4. 无机盐和微量元素 对人体非常重要,是人体所必需的营养素,在人体内是制造热能、建造和修复身体等过程的控制物质。老年人容易出现钙代谢的负平衡,尤

其是老年女性,绝经后由于内分泌功能的衰退,骨质疏松发病率将会上升。因此,应增加户外活动促进钙的吸收,同时适当增加富含钙的食物摄入。老年人胃酸减少,消化功能减退,因此应该选择容易吸收的钙质,如奶类、奶制品,豆类、豆制品,干果类等。老年人铁储备下降,缺铁可引起贫血,应注意补充富含铁的食物,如瘦肉、动物肝脏、动物血制品、鱼、禽、蛋、豆类、黑木耳、海带、绿色蔬菜等。

5. 维生素 作为某些辅酶的主要成分,具有维持身体健康,调节生理功能,延缓衰老等作用。大多数维生素,特别是水溶性维生素在人体内不能合成和储存,必须由食物供给。有些维生素,如维生素 K 在肠内虽可少量合成,但不能满足机体需要。因此,老年人摄入的总热量减少,维生素的供给却不能减少,其需要量并不因年龄增长而变化,要提倡均衡适量补充维生素。

维生素 A 对于维持老年人上皮组织健康、正常视力和免疫力,对抗癌、抗氧化损伤等多方面均很重要。维生素 E 有较强的抗氧化损伤作用,能防止不饱和脂肪酸的氧化,有一定的延缓衰老作用。老年人容易缺乏维生素 D,导致钙、磷代谢失调,尤其对于食量少、户外活动少的老年人,应适当进食含维生素 D 丰富的食物,如动物肝脏、蛋黄、乳类、海鱼等。同时,应坚持适量的户外活动和体育锻炼。维生素 C 对于抗氧化损伤、促进伤口愈合、防癌、防止动脉硬化等有重要的意义。老年人应适量补充维生素 C,但并不是越多越好,因长期大量服用,一旦骤停反而易导致缺乏。另外,过量服用可导致泌尿系尿酸及草酸结石的形成。新鲜蔬菜和瓜果中含量比较多,但是在烹调或储存的过程中应注意防止损失。老年人普遍存在低胃酸和内因子缺乏,所以容易发生维生素 B₁、维生素 B₂、叶酸及维生素 E 等的缺乏。肝脏、酵母、细糠、麦麸中此类维生素含量较多。

6. 膳食纤维 膳食纤维是一种多糖类物质,是不能被人体消化吸收的非营养成分,包括纤维素、半纤维素、木纤维素、戊糖、树胶、果胶等。膳食纤维可以吸收水分,加快肠蠕动,促进粪便排出,还可以降低血清低密度脂蛋白水平,抑制肠内厌氧菌活动,促进需氧菌生长,有预防便秘、痔、结肠癌等疾病的作用。饮食中添加适量的膳食纤维,对动脉粥样硬化、糖尿病、肥胖症、胆结石的防治有良好的效果,这与纤维素能减少胆固醇吸收,使血清胆固醇水平降低有关。成年人每日需 6 g 左右的膳食纤维。

7. 水分 水是生命中最重要营养物质,约占老年人体重的 45%。由于老年人结肠、直肠排便功能减退,肠道中黏液分泌减少,所以容易发生便秘,严重时可导致水、电解质紊乱、脱水等。每日饮水量以 1 500 mL 左右为宜,或维持尿量在 900 mL 以上。但是饮水不宜过多,过多会增加心脏和肾的负担,也不利于食物中营养素的吸收和利用。一次性饮水不要过多,水分的摄入形式可多样化,如采用牛奶、水果汁、汤羹类及其他,既补充营养又补充水分。

知识 2 老年人的饮食原则

饮食与营养是维持机体各种生理功能、提高免疫力等生命活动的基本条件。均衡的饮食和充足的营养是促进老年人健康生活的有效手段。因此,老年人的饮食计划应以老年人营养需求为基础,平衡饮食并注意食物的种类与烹调方式,以配合老年人现有的生活状况、生活环境及营养需求。护士必须掌握饮食原则,才能给予合适的饮食指导与护理,从而满足老年人对营养的需求。

1. 科学膳食 根据老年人营养需要和代谢特点,老年人的膳食结构大致安排如下。① 主食:以米、面、薯类为主,摄入量为 300 g/d 左右;食用糖(包括蜂蜜) <25 g/d。② 蛋白质类食物:以动物蛋白为主,如瘦肉 75 g/d,鱼类(鱼、虾、贝) 75 g/d,两者可交替食用。其他如鲜奶 225 g/d,豆制品 100 g/天,蛋类 50 g/d。③ 脂肪类:包括植物油 <25 g/d。④ 维生素及食物纤维类:蔬菜 250~300 g/d,水果 100~150 g/d。⑤ 食盐(包括酱油和腌制品) <8 g/d。按上述建议的食物量进餐,其营养基本能满足老年人的每日需要量,可根据不同的年龄、性别和劳动强度适当增减。

2. 均衡营养 在保证摄入适当的糖类、蛋白质、脂肪三大营养素的同时,应注意水分的摄入和各种维生素、膳食纤维的供给。不吃烟熏、烧焦、腌制、发霉或过烫的食物,以防肝癌、食管癌等消化系统疾病。适当进食含纤维素多的食物,预防便秘、结肠癌等。

3. 合理分配 老年人保持理想的体重非常重要,应当适当限制热量的摄入。食量分配上提倡“早上要吃好,中午要吃饱,晚上要吃少”的原则。根据老年人的生理特点,少吃多餐较为合理,要避免暴饮暴食、过饥过饱,膳食内容的改变也不宜太快,要照顾到个人爱好。由于老年人肝中储存肝糖原的能力较差,对低血糖的耐受能力不强,容易产生饥饿感,所以在两餐之间适当增加点心是必要的。因为夜间的热能消耗较少,如果多吃富含热能而又较难消化的蛋白质和脂肪会影响睡眠,晚餐宜选择清淡、易消化的食物。

4. 合理烹调 老年人由于牙齿松动和脱落影响咀嚼功能,造成消化能力下降。在配料上应选择既适合老年人咀嚼又便于消化、易于吸收的食物。此外,食物加工应细、软、松,烹调宜采取烩、蒸、煮、炖、煨等方式,同时应注意色、香、味,食物加工后既易于消化又促进食欲。另外,食物的温度也要适合于老年人。由于老年人消化道对食物的温度较为敏感,因此饮食宜温偏热,两餐之间或入睡前可加用热饮料,以解除疲劳,增加睡眠。

5. 舒适进餐 愉快而舒适的就餐环境对老年人更为重要。① 提供干净整洁、通风良好的进餐环境。② 尽可能地安排老年人与家人或其他老年人一起进餐,有利于改善情绪,增加食欲。③ 遵循尽量让老年人自行进餐的原则,部分自理老年人,借助一些自制餐具,如边缘加高的餐盘、粗柄的汤匙等,使老年人能自行进食,保护其尊

严;完全不能自理的老年人,应给予喂饭,注意喂食的速度,防止噎呛。④ 根据老年人体能情况,采取适宜的进餐体位。

老年人个体差异较大,即使是同一年龄阶段的老年人,由于饮食习惯、劳动强度、遗传因素、患病状况等方面综合影响,在膳食需求上也各有不同。在安排膳食时要综合考虑个人的嗜好、习惯和疾病等因素,使饮食既满足营养的需要又符合活动强度。如果患者在营养方面存在健康问题,护理人员要采取适宜的护理措施,帮助老年患者恢复和改善营养状况,促进患者康复。

知识拓展

科技发展的目的是为了带给人类更好的生活,一款专为患帕金森病等手抖用户设计的智能防抖勺(图 6-2)可以通过柄端的高速伺服控制系统,提供主动防抖功能,抵消手部的抖动从而让食物稳定在勺子里,它基于的是无人机的姿态解算技术。

——主动防抖:智能高速伺服控制系统,基于无人机的姿态解算技术,精准快速地主动防抖,更加稳定地控制效果,可有效地抵消 85% 的手部抖动;自动识别并区分有意识运动和无意识抖动。

——安全无害:医用 Tritan 外壳,不含双酚 A(BPA),耐高温;医用超薄硅胶,无刺激性、无毒性、无过敏反应,保证安全无害地使用。

——轻松便捷:全自动启用,拿起手柄自动开启,放下设备自动休眠;仅 130 g 的重量,轻松拿放;可替换餐头(勺、叉)便捷应对不同食物。

——云端管理:内置系统自动上传手抖轨迹到云端系统,自适应算法优化,自动更新内置软件,更好地配合患者的抖动轨迹,改善防抖性能。

它是一款能够智能识别并主动抵消手部抖动的智能餐具,可帮助震颤患者避免因就餐时手抖而带来的尴尬和不便,解决患者的一些实际问题,有真正的辅助或诊疗功能。

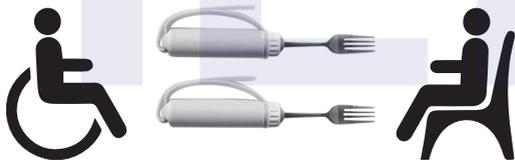


图 6-2 智能防抖勺

技术 1 协助老年人进餐

1. 评估

- (1) 了解老年人的一般情况,年龄,饮食习惯,有无缺牙、义齿等。
- (2) 了解老年人的健康状况,有无心血管疾病、糖尿病、脑血管疾病等。
- (3) 了解老年人的生活活动度,能否行走、坐立,手的握力,视力,能否自己准备食物,能否自己进食,老年人的吞咽功能。

2. 计划

(1) 环境准备 调整餐桌和椅子的高度,以老年人能看见食物及上肢容易取到食物为宜。确保老年人进餐时上半身能自然稍微前倾,可在老年人腰下放置软垫以减轻背肌、腹肌的负担;座椅的高度应以老年人双腿自然下垂后能着地为宜,虚弱的老年人还可在脚下垫软垫,以利于其保持身体平衡。

(2) 用物准备 温度适宜的食物、餐巾、食具、围裙、水、调味料、餐后药等。食物安全烹饪的温度要求如图 6-3。

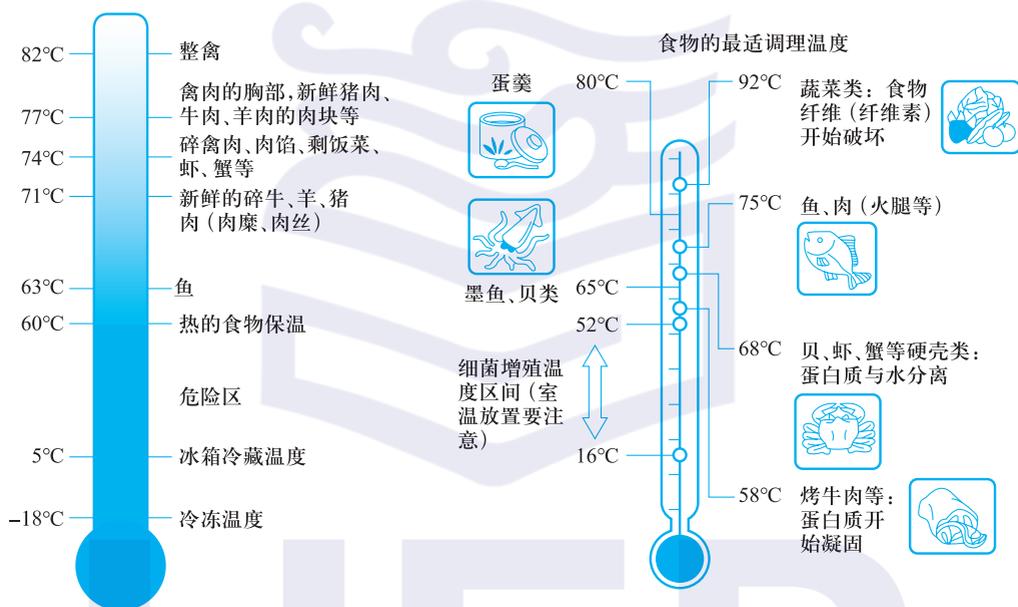


图 6-3 食物安全烹饪的温度要求

(3) 护士准备 着装整洁,洗手。

(4) 老年人准备

1) 对有便意的老年人,先提醒或协助其排净大、小便。

2) 老年人衣着要整齐,避免头发散乱。

3) 协助老年人清洁双手。

4) 对于吞咽有困难的老年人,应在征得其同意的情况下帮助系上用餐的围裙或毛巾,以免食物沾污衣服。

5) 协助能坐起的老年人转移至餐椅,对于卧床不起的老年人,将其置于仰卧位后调高床头超过 60°,使其处于坐位。

3. 实施 协助老年人进餐流程见图 6-4。

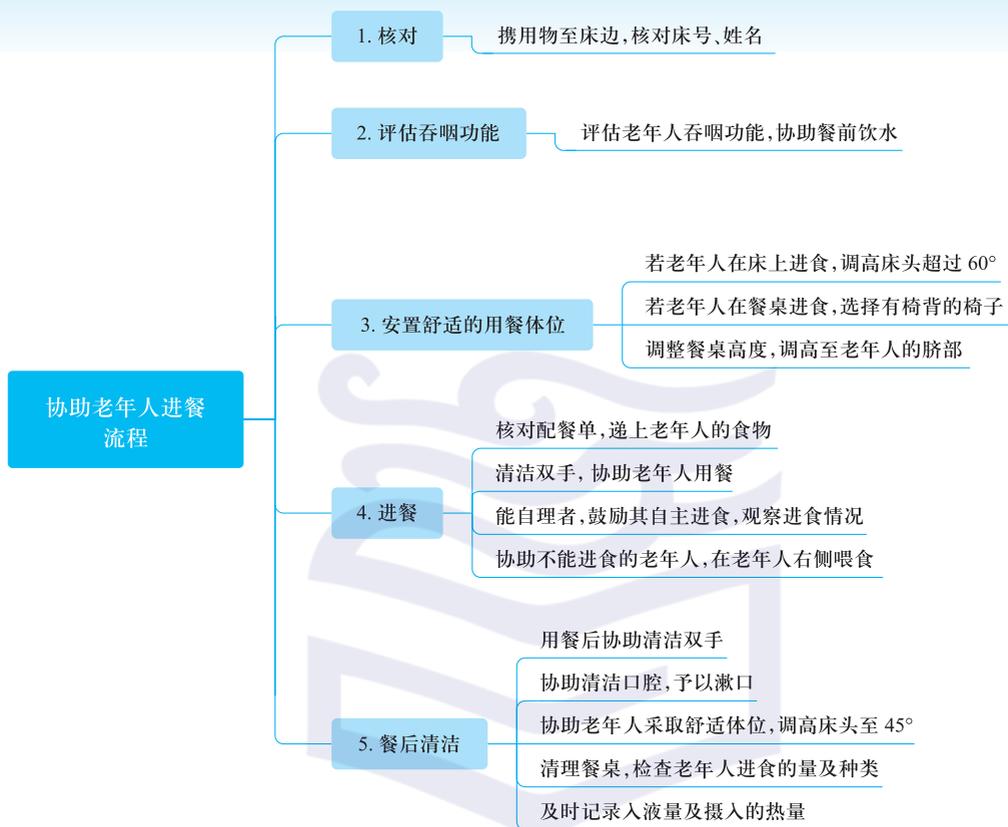
4. 评价

(1) 老年人满意,感觉清洁、舒适、安全。

(2) 护士操作规范,流程熟练。

(3) 沟通有效,老年人合作,理解饮食治疗的重要性。





协助老年人
进餐操作
考核标准

图 6-4 协助老年人进餐流程

技术 2 鼻饲技术

1. 评估

- (1) 老年人的病情、意识状态及营养状况。
- (2) 老年人的心理反应及合作程度,以往是否接受过类似治疗,对插入胃管是否紧张,是否了解鼻饲的目的及配合方法,能否主动配合。

(3) 老年人有无鼻中隔偏曲、鼻腔息肉,鼻腔黏膜有无肿胀及损伤,食管及胃的情况等。

2. 计划

(1) 环境准备 安静、整洁、光线充足,必要时用屏风遮挡。

(2) 用物准备 治疗碗、压舌板、镊子或止血钳、胃管(图 6-5)、

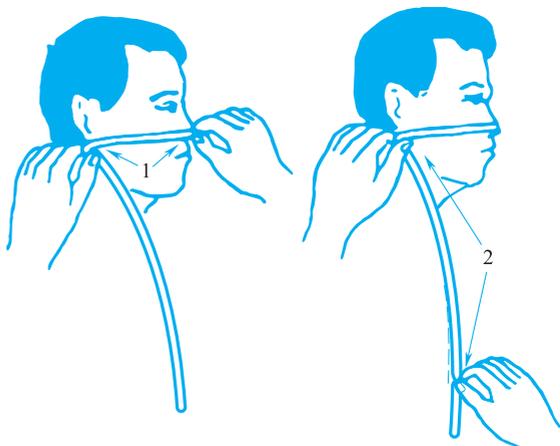


图 6-5 胃管插入长度的测量方法

50 mL 注射器、治疗巾、纱布、液状石蜡、棉签、胶布、夹子、别针、听诊器、弯盘、温开水、流质饮食(38~40℃)、手消毒液、生活和医用垃圾桶及垃圾袋、治疗车、75% 乙醇等。

3. 实施 鼻饲法流程见图 6-6。



图 6-6 鼻饲法流程

4. 评价

- (1) 操作方法正确, 动作轻稳, 患者无黏膜损伤及其他并发症发生。
- (2) 跟老年人沟通有效, 老年人能配合操作。
- (3) 老年人的基本营养需求得到满足。



情景再现

1. 活动情景 胡奶奶,65岁,食管癌术后,存在高位食管气管痿,为补充患者营养,遵医嘱需进行鼻饲。护士小王为胡奶奶实施鼻饲。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握鼻饲的方法及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀。

2) 按护理程序进行活动;操作前加强对患者的操作配合指导,插管的动作轻柔、老年人配合,操作中方法正确,保留胃管期间注重安全护理及对老年人的健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

(吕 颖)



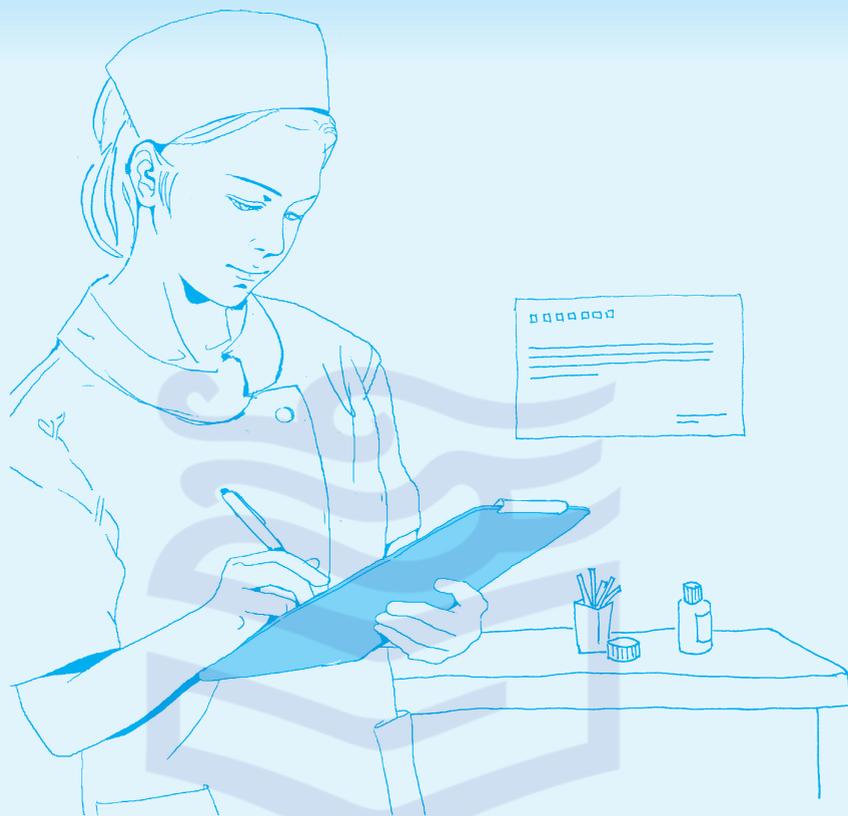
模拟鼻饲法
评价表



单元测验

87

HEP



单元七 老年人的居住环境



学先知

名言 户庭无尘杂，虚室有余闲。

译文 这是陶渊明《归园田居》中的诗句，这句诗的意思是：庭院内没有尘杂干扰，静室里有的是安适悠闲。安静舒适的居住环境一直是每个人所向往的，对古人来说如此，对因快节奏生活而各种空巢的老年人更是如此。

启示 无障碍的居住环境是最适合老年人居住的，如何借助当今的科学技术及信息化手段为老年人营造适老化、温馨的居住环境是老年工作者的一项重要工作，也是一项必备技能。

89

情景案例

张大妈，62岁，退休工人，患高血压8年，1个月前突发脑梗死，现病情好转出院，其右下肢肌力为2级。请你根据张大妈目前的身体状况，结合其身体和心理的能力，为其进行居家环境设计，以达到其最大程度的生活自理。

案例任务：

1. 老年人居家环境有什么要求？
2. 如何进行居家环境设计，如何进行家具的选择？

学而思

作为新时代的老年护理者，说说在老年人居家环境布置和老年人家具的选择上，你会给予哪些建议？谈谈你对“适老化环境、无障碍环境”理念在老年人居住环境设计中的应用。

人口老龄化现象已成为当今世界各国共同关注的重要问题。目前，我国人口老龄化日趋严峻，对于大多数老年人而言，居家养老是主要的一种养老方式，因此作为老年人休息和活动的住宅环境是至关重要的场所，如何为日益增多的老年人创造具有安全性、科学性、舒适性和便利性的居住环境是一个亟待解决的重要问题，对于提高老年人生活自理能力，促进健康老龄化具有重要的意义。

知识 1 老年人的住宅环境

(一) 老年人室内居住环境

老年人的室内居住环境要充分考虑老年人的心理、生理和行为特征,充分结合科技化、信息化技术手段,从环境的舒适性、便利性、安全性、稳定性和安全感进行设计,实现家居智能化、无障碍化。

1. 住宅的安全性原则 老年人住宅的安全性主要考虑是否能有效地预防老年人发生跌倒,以及是否影响老年人的日常活动。

(1) 防跌倒设计 防跌倒设计主要从地面的防滑措施,居室的空间尺寸,居家环境中的防滑扶手等方面进行预防设计。

防滑地砖、防滑剂、防滑垫都可以在一定程度上防止滑倒。防滑地砖表面有褶皱或者凹凸点,能增加地面与人体足底或者鞋底的摩擦力,从而防止滑倒;防滑剂可以运用在天然石材或硬瓷砖表面,如瓷砖、地砖、马赛克地砖、陶瓷及陶瓷浴缸、沐浴间地面以及其他石材或无机材料表面,达到防滑的效果。各墙面做好安全性措施,除了墙角设计为圆角造型外,可在适当高度处增加硬度较小的材料作为护墙板,防止老年人意外摔倒、磕碰导致老年人受伤。

空间尺寸设计合理,主要针对使用轮椅代步的老年人。如居家通道要以能通过轮椅为宜,对于居家的入口处,内外应留有至少 $1.5\text{ m} \times 1.5\text{ m}$ 的轮椅回旋面积,入口门的理想宽度是 $80\sim 86\text{ cm}$,厨房的操作台间的距离应保证轮椅的回转要求(图 7-1,图 7-2),卫生间及浴室的空间要足够,以方便轮椅回转或护理员协助,同时卫生间的门要设置为双开门。老年人居室的窗户要宽大,窗台高度不高于 60 cm ,利于通风换气的同时,可减少老年人独居室内的烦闷。

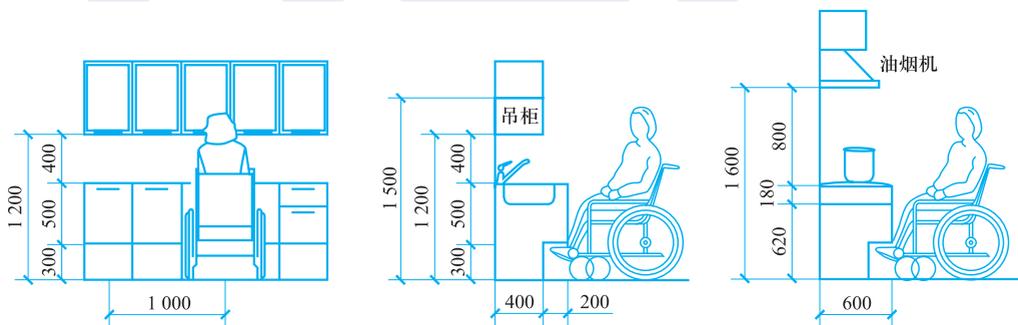


图 7-1 使用轮椅老年人适用的橱柜尺寸/mm

居家环境中的防滑扶手设计能有效地预防老年人发生跌倒。在居家的走廊、厕所、楼梯边上、浴室(图 7-3)等老年人经常走动的通道墙面,安装固定的扶手,以帮助



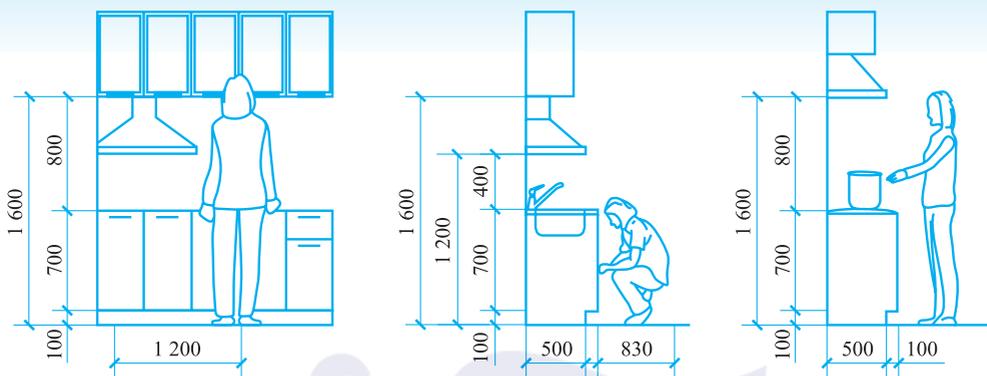


图 7-2 可站立老年人适用的橱柜尺寸/mm

老年人维持平衡,防止跌倒。扶手根据老年人的自身情况进行设计,如可行走的老年人的扶手高度为 70~79 cm,坐轮椅的老年人的扶手高度为 50~60 cm,淋浴喷头、浴缸旁边应设置 L 形扶手,可辅助老年人进入淋浴区域,以及在洗浴中进行转身、起坐等。

(2) 智能家居防卫设备(图 7-4) 随着年龄的增长,老年人的记忆力开始衰退,一些智能家电的自动开关设计十分适合老年人使用,如感应灯、定时开关、自动冲洗马桶,可以有效保证其使用便捷和安全,甚至避免因遗忘关闭某些电器带来的隐患和尴尬。智能型坐便器的温水冲洗等功能,对治疗老年人的便秘、痔疾有很好的疗效。



图 7-3 老年人浴室扶手设置

厨房燃气泄漏报警、火灾报警等安全保障措施,可帮助老年人应对紧急事件;卫生间、卧室及厨房的紧急呼叫装置,可帮助老年人在发生意外时紧急求救,以达到最快的紧急救护;独居老年人的携带型紧急呼叫器,可使紧急救助更加有效及时。

2. 住宅的色彩设计 老年人的居室设计宜用温暖的色彩,整体颜色不宜太暗,应选用高雅宁静的色调,表现出亲近祥和的意境,如偏暖的米黄色、浅橘黄色或藕荷等素雅的颜色,忌用红、橙等易使人兴奋和激动的颜色,要避免使用大面积的深色,防止有闷重的感觉。

3. 住宅的光线设计

(1) 室内采光 老年人的居住环境要利于采光,尤其是老年人的卧室采光要好,冬日阳光照射对老年人尤为重要。日光照射,红外线被皮肤吸收,深部组织受到温热作用,从而产生舒适感。卧室窗帘的设计最好为两层,薄的纱层既透光又可遮挡室内情况,厚的可遮住阳光利于睡眠。



图 7-4 全屋智能系统

(2) 光源设计 老年人一般视力不好,因而室内光源要明亮一些,在走廊、卫生间和厨房的局部、楼梯、床头等处都要尽可能地安排一些灯光,但光源不能太复杂,不要装彩灯以及明暗对比强烈或颜色过于明艳的灯。老年人的卧室安装光线柔和的小夜灯及智能感应灯,卧室通往卫生间的走道安装地脚灯,方便照明。

4. 住宅的装式设计 老年人居住环境整体格调应该讲究深浅搭配,从而使整个空间看起来和谐雅致,各种装饰点缀应与空间、家具造型及风格相协调,形成一种整体舒适、安逸、安静的氛围。老年人卧室内的窗帘、床单、被罩以及陈设装饰的颜色,可以采用幽静又不显紧张的中冷色调,使室内显得宽敞幽静。卧室陈设应简单,除必需的床、桌外,炊具、电器、铁器、玻璃制品、童车等,都不宜存放在老年人卧室内。

(二) 老年人室外居住环境

社区内应建立完善的服务设施和户外活动空间,并为老年人提供健康咨询、卫生保健、文化娱乐等服务,根据老年人的特点,设置晨练场,各种形式的休息空间、交往空间、娱乐空间,让老年人融入社会大环境中,避免造成心理上的隔离感。同时,应注意室外环境的无障碍设计,以保障老年人室外活动时的安全,如居住小区建筑入口设计两侧设置无障碍坡道(图 7-5),能让轮椅通过;小区车道和人行道分开,人行道进行无障碍设计;小区照明不仅要达到相应亮度和广度,还应在道路及台阶两侧设立高、低不同类型的路灯,具备提示与照明的功能;地面铺贴以安全性为主要设计原则,地面铺装材料宜选用光洁又具有防滑功能的材质,避免老年人在行走时因湿滑发生

危险。此外,社区应在住宅楼电梯、过道等处设置电话和报警灯,以帮助老年人在周围无人时进行紧急求助。

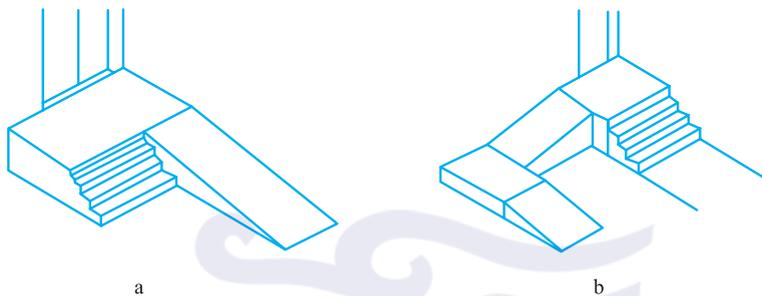


图 7-5 无障碍坡道

a. 一字形;b. L形

知识拓展

1. “长寿住宅” 在日本,人们着眼于把住宅作为全寿命过程中适应老年人居住的模式,把住宅作为人的终身伴侣。在建设过程中,要考虑老年人的需要,采取必要的措施,一旦有老年人居住,或者主人变老时,可以变更为适合老年人需要的建筑,此类建筑称为“长寿住宅”。具体做法很多,设计时应留足门洞宽度、过道、轮椅回转尺寸。另外,也可以做一些潜伏设计,需要时可在墙上开洞,安装扶手,紧急呼叫系统等。目前,这种长寿住宅非常受中青年家庭的青睐。

2. 智能家居系统 又称智能住宅,英文名为 **smart home**。相似的叫法还有数码家庭、数码家居、数字家园(庭)(**digital family**)、网络家庭、电子家庭、**E-HOME**、家庭自动化等。智能家居系统是以家为平台,兼备建筑、网络通信、信息家电、网络家电、自动化和智能化,集系统、结构、服务、管理、控制于一体的高效、舒适、安全、便利、节能、健康、环保的家居环境。智能家居系统也是一个过程或一个系统,利用先进的网络通信技术、电力自动化技术、计算机技术、无线电技术,将与居家生活有关的各种设备有机地结合在一起,通过网络化的综合管理,让居家生活更轻松。智能家居系统不仅具有传统的居住功能,而且具有能动性智能化的工具,提供全方位的信息交换功能,优化我们的生活方式和居住环境,帮助我们有效地安排时间,节约各种能源,提供优质、高效、舒适、安全的生活空间。

知识 2 老年人的家具选择

老年人在选择家具时总体上要遵循几大原则:家具材料要环保、轻便,普遍来说天然的木、竹、藤等材料是比较环保的,有利于老年人的身体健康;为了避免磕碰,选择家具时避免方正有棱角,最好是边角圆滑的;家具颜色要淡雅、自然,低纯度,调和统一和清新淡雅的颜色更能给老年人营造宁静、舒适、典雅的生活氛围,所以老年人

在家具选择上以清新淡雅的自然色彩更合适；家具设计边角要圆滑，可以降低伤害。家具要高低适宜。家具要软硬适宜，不宜太软。太软的床垫透气性差，长期睡卧，会使人脊柱呈弧形，劳损症状加重，腰部发生疼痛。对老年人来说，床以硬床垫或硬床板加厚褥子为好。家具要有靠背、扶手，靠背可以托住人体脊柱，保持全身肌肉用力平衡，减轻劳累。有扶手的家具不仅可以降低摔倒的风险，而且扶手也可以给老年人带来心理安全感。

（一）客厅区域

1. **沙发** 老年人不宜使用过于柔软的沙发坐垫和靠垫，老年人使用的沙发应具有实用性和便利性，有利于老年人从坐姿状态起身。沙发高度也要注意，最好坐下后，老年人大腿与小腿间的夹角在 90° 左右，以利于老年人下肢的血液循环。

2. **休闲椅** 老年人休闲椅要具有功能性和舒适性的特点。功能性方面，可在扶手两侧增加置物袋，方便物品的取放。另外，休闲椅的角度可调整，解决老年人在改变体位时的困难。舒适性方面，休闲椅座面应宽大，同时配置扶手，方便抓扶的同时，也为起身提供辅助作用。

3. **餐桌** 餐桌大小便于使用，太大不利于老年人夹菜，太小放不开太多餐具，老年人最好选择可放可收的折叠桌，平时将桌面收小，方便一位或两位老年人使用；人多时，拉伸桌面，添加备用椅子，即可与子女一起进餐。

（二）卧室区域

1. **床** 老年人应当选择具有舒适性和安全性的大尺寸床，采用可调节角度的床头来达到对床靠舒适性的需求。床的高度要根据老年人的实际需求，不要过高或过低，以老年人膝盖的高度作为参考数据。对于下肢有障碍的老年人，需在床的两侧或其中一侧设置扶手便于老年人下床活动和借助扶手进行翻身；对于轮椅使用者，床面与轮椅座面的高度差应在 500 mm 左右；对于下肢功能障碍的老年人，可为床具安装升降装置，实现床头高度和角度的调节，便于起身。该设备有手动与电动两种模式，可根据老年人的需求进行选择。如果老年人需自行调整此设备，宜选用电动的方式进行操作。床周围设置呼叫器，呼叫器设在老年人手能触及的地方，以方便老年人求助呼叫（图 7-6）。

2. **衣柜** 老年人卧室衣柜门宜选用推拉门。衣柜内部安装照明装置方便老年人选取衣物。抽屉高度应接近老年人双膝高度，上柜高度不宜超过头顶，可考虑安装升降衣架，避免老年人爬高摔伤和弯腰扭伤，既可以省力也减少不安全事件的发生。

3. **床头柜** 床头柜上不要放置玻璃台灯或陶瓷等易碎品，以免老年人起夜时碰到。床头柜上层可采用格栅式抽屉，内部设有多个功能模块，便于物品的分类与整理。

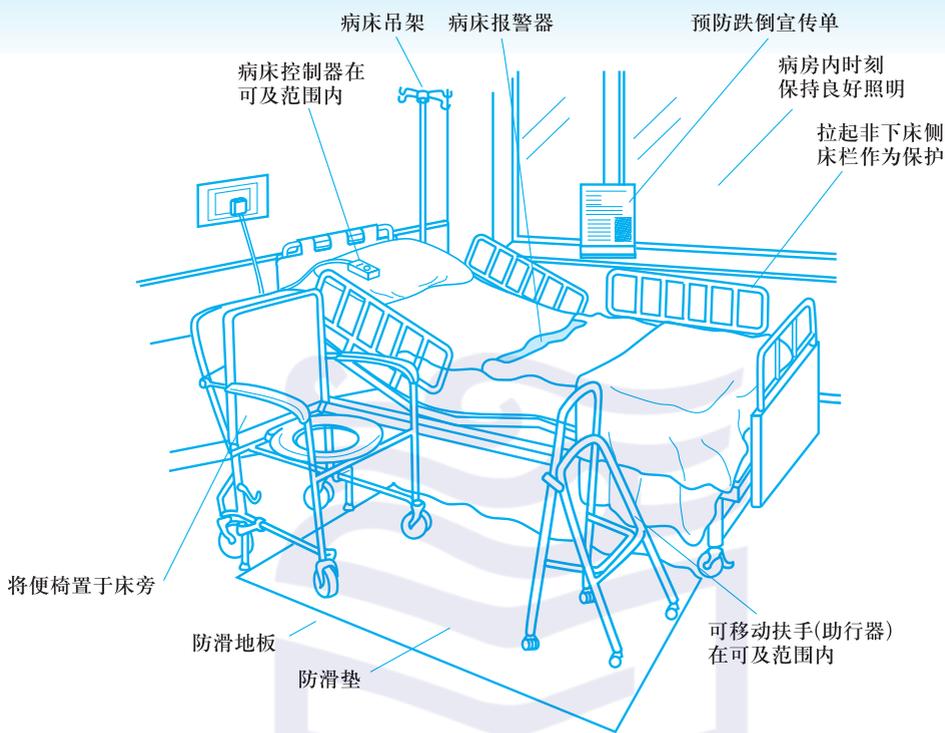


图 7-6 老年人可调节床配置要点

(三) 厨房区域

厨房空间是老年人或残障人士必需的生活功能区域,是居住空间必不可少的一部分。宽敞、舒适、无障碍的烹饪环境对老年人尤为重要,可以增强老年人的愉悦感和满足感,帮助老年人快乐生活。

厨房操作台为“L”形或“U”形,紧凑方便以减少老年人往返活动。老年人厨房空间橱柜建议使用整体橱柜。整体橱柜可以将烹饪、洗涤、储藏等功能融为一体,节约空间,功能性强。老年人专用的厨房空间要保证轮椅进出有足够的回转空间,操作台台面距离地面的高度应该在 750~800 mm,台面宽度不应小于 500 mm。厨房应设置吊柜,为方便轮椅使用者使用,应预留足够的空间容纳轮椅脚踏和双腿。对轮椅使用者或坐姿进行操作的老年人,各个尺寸则需要特殊调整,必要时,可安装一台针对残疾人及老年人使用的无障碍整体升降装置来实时调节操作高度。

(四) 卫浴区域

老年人居住环境室内空间中,最容易发生危险的区域就是卫浴间,以往老旧小区的卫浴间空间较为狭窄,需要达到的功能要求繁多,容易给老年人带来安全隐患,使其失去部分生活自理能力,造成不可逆的伤害。适用于老年人使用的卫浴间应具有充足的空间,横向与纵向尺寸不小于 1.5 m,在功能布局上要实现干湿分离。通过将淋浴区与洗漱区分隔可以避免老年人因地面湿滑发生意外,加装扶手可避免老年人摔倒。

1. 门窗 门窗宜采用轻质材料与灵活的滑轨道,以方便老年人开启或关闭,卫生间的门设计为可以实现双向推动的无障碍转轴门,双向开启或者关闭的功能可以为紧急状况下的施救提供方便。

2. 卫生间设备 水龙头的冷热水标志应清晰可见,手把的款式应采用最省力的升降杆或杠杆式。为了防止水溅到地面上导致湿滑,即使水龙头打开最大水量也应保持缓慢出水的状态。另外,水龙头出水口应与水槽边缘保持一定距离,以免水溅出。洗脸台应为圆润的悬挑型,其设计主要以拄拐或轮椅使用者使用无障碍为目标,以满足其需要。洗脸台下方的净空进深尺寸以 650 mm 为宜,常规洗脸盆高度尺寸以 760 mm 为宜,通过预埋架安装在墙体內的洗脸盆高度尺寸以 850 mm 为宜,可以避免自理型老年人使用时因过度弯腰给身体带来健康隐患。对于轮椅使用者来说,轮椅脚踏位置常与洗脸台存水弯位置发生冲突,宜使用短管或者横向弯管的形式解决此问题。鉴于老年人行动不便,在洗脸时常常需单手抓扶洗脸台以保持身体平衡。

技术 老年人生活居室的布置

1. 评估

- (1) 了解老年人的一般情况,年龄,生活习惯,是否需要轮椅、拐杖等。
- (2) 了解老年人的健康状况,有无骨关节疾病、心血管系统疾病等。
- (3) 了解老年人的生活自理能力现状,能否独立起床、行走、坐立、如厕,能否自己准备食物,能否外出。
- (4) 评估老年人的居住环境。
- (5) 评估老年人的心理特点及兴趣爱好。

2. 计划

- (1) 环境准备 老年人的居家环境及室外活动区域。
- (2) 用物准备 评估量表、尺子、手册、居室物品。
- (3) 护士准备 着装整洁,洗手。
- (4) 老年人准备 了解老年人对居住环境的需求,老年人的心理、生理、行为特征,老年人对住宅适老化改造的接受程度。

3. 实施 老年人生活居室的布置流程见图 7-7。

4. 评价

- (1) 沟通有效,老年人合作,理解居室布置的重要性。
- (2) 老年人及其家属对生活居室的布置满意。
- (3) 老年人及其家属依从性高,后续随访居室的布置具有安全性、舒适性、稳定性的特点。



老年人生活
居室的布置
评价标准

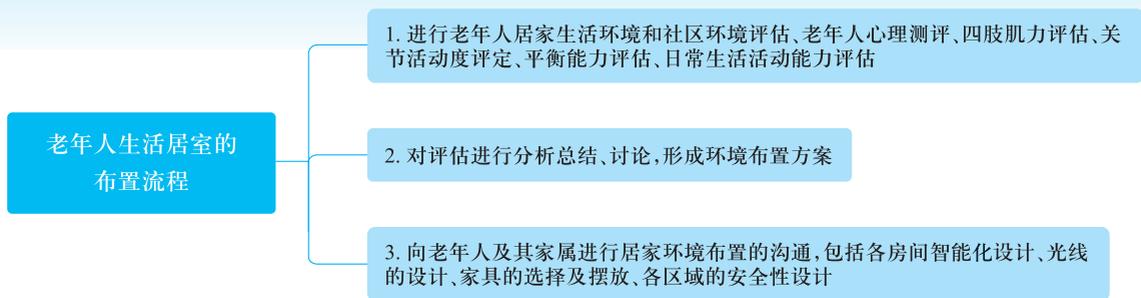


图 7-7 老年人生活居室的布置流程

情景再现

1. 活动情景 林奶奶,62岁,膝关节置换术后,为实现其居家环境的最大自理能力,遵医嘱对林奶奶及其家属进行居家环境指导。护士小王为林奶奶一家实行有效的环境评估及居家布置指导。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每三人为一组,分别轮流扮演护士、老年人、家属。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握老年人居室环境的布置。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;操作前加强对老年人居家环境的评估,居家布置时充分考虑老年人的需求及个人习惯,在尊重老年人一家习惯的基础上,进行合理的居家环境布置及老年人的健康教育。

4. 效果评价

(1) 老年人在家的活动无障碍、无潜在危险。

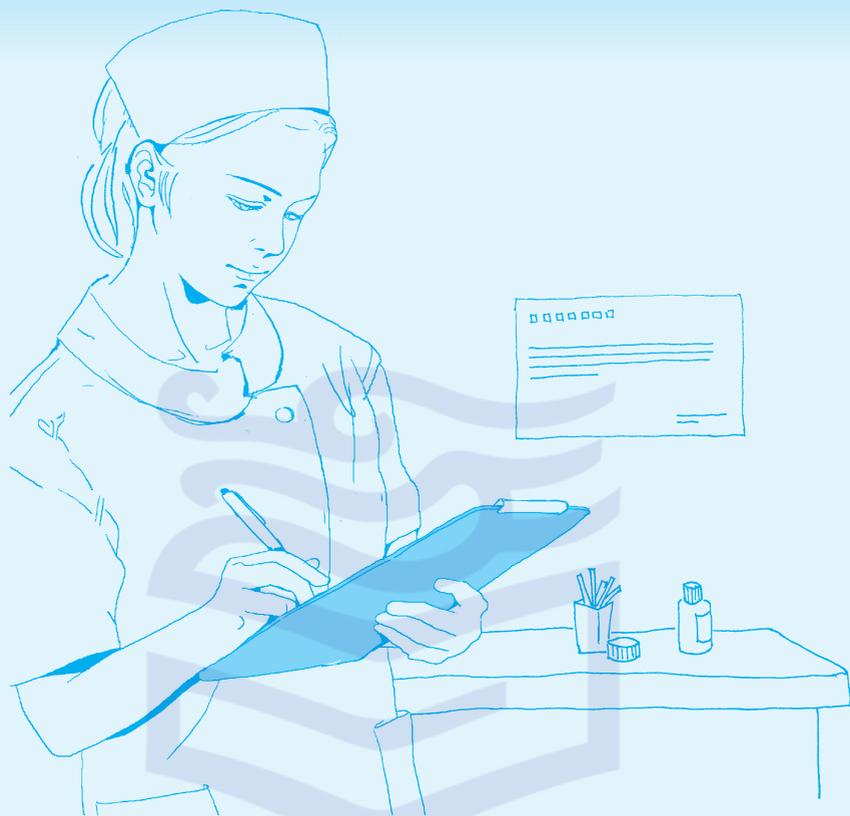
(2) 老年人能实现大部分的自理。

(3) 老年人及其家属需求得到满足并感到满意。

(4) 环境的布置适合老年人的居室布置原则。

(李燕萍)





单元八 老年人活动的护理



学先知

名言 父母呼,应勿缓。父母命,行勿懒。

译文 该句出自清代李毓秀《弟子规》,意思是如果听到父母呼唤,应该及时应答,不要故意拖延迟缓;如果父母交代自己去做事情,应该立刻动身去做,不要故意拖延或推辞偷懒。我们应该把孝敬父母,尊老爱幼的传统美德代代相传。

启示 子游问孔子:以很丰厚的生活奉养父母,这个算不算是尽孝呢? 孔子说:“至于犬马,皆能有养。不敬,何以别乎?”意思是如果对父母没有恭敬心,那么养父母跟养狗、养马有什么区别呢? 哪能叫尽孝呢? 所以孝最重要的是“敬”,一切人伦之道都是以爱敬心为基础的。作为护理人员,我们也要满怀爱心,利用自己的专业知识和技能尽全力帮助每一位老年人,切实提高老年人群的生活质量。

情景案例一

刘奶奶,81岁,有高血压病史10年,无并发症。半年前晨起外出买菜时,没注意身后地上的物品,不小心摔了一跤,臀部着地,起身后自觉无明显不适便自行回家,第二天出现腰腿轻度不适、疼痛,卧床休息半月余。近日出现腰部酸痛进行性加重,到医院就诊。临床诊断:腰椎压缩性骨折。

案例任务:

1. 导致老年人跌倒的危险因素有哪些?
2. 如何预防老年人再次发生跌倒?

情景案例二

李大爷,67岁,身高170 cm,体重80 kg,与儿子、儿媳和孙女同住,平时承担家中的家务劳动和接送孙女上幼儿园的任务。李大爷有高血压病史10年,左侧踝部骨质增生,疼痛程度反复不定,平地行走尚可,下楼梯困难,因踝部疼痛一直没有进行任何运动锻炼。近日,踝部疼痛减轻,想通过运动锻炼改善健康状况,咨询护士有关运动的相关事项。

案例任务:

1. 按李大爷目前的情况,适宜的运动方式有哪些?
2. 老年人的活动指导都包括哪些方面?
3. 该老年人运动时有哪些注意事项?

学而思

作为新时代的健康管理者,说说你会如何设计老年人的活动方案,在活动中如何做到安全防护?你觉得“爱敬心”在老年人活动指导和安全防护工作中该如何体现?

老年期由于视力下降、反应迟钝、疾病用药、环境等因素的影响,更易发生跌倒,由此引发生理和心理上的影响会直接降低老年人的生活质量。护理人员及其照顾者应采取有效的措施积极预防跌倒,并能够在老年人发生跌倒时给予及时恰当的护理,尽可能地减少其影响。

适当的活动是老年期生活必不可少的部分,不仅有利于维护和促进老年人各器官系统的生理功能,丰富老年生活,增加老年人幸福指数,也可以降低老年人跌倒的发生率。护理人员应根据老年人的具体情况,指导其进行合理的活动,提高老年人的生活质量。

知识 1 老年人跌倒的防护

跌倒是指在平地行走或从稍高处摔倒在地并造成伤害,是影响老年人健康和病情观察的重要因素。跌倒是老年期最常见的意外事故,且年龄越大,其跌倒的发生率越高。老年人跌倒后可发生软组织损伤、关节脱位、骨折等,严重者可出现肢体瘫痪、意识障碍,甚至死亡。跌倒是老年人死亡的常见原因之一。

老年人跌倒多数发生在室内,尤其是浴室、厨房和卧室;少数发生在室外,主要是街沿和台阶处。

(一) 危险因素

引起老年人跌倒的危险因素包括内因和外因两个方面。

1. 内因 感觉器官、中枢神经系统和骨骼肌肉系统的协调合作是维持机体姿势

稳定性的3个环节,任何能够引起某一环节出现问题而破坏稳定性的因素,都可成为跌倒的内因。

(1) 生理因素 老年人视觉、听觉、本体觉等衰退,对近远物体的距离判断能力下降;神经传导速度减慢,反应迟钝;神经递质减少,动作缓慢;骨密度降低,易骨折;肌纤维萎缩、变细,韧带弹性下降,步态不稳。

(2) 心理因素 认知功能障碍、不服老、焦虑、抑郁等因素会增加跌倒的危险性。有跌倒史的老年人往往会害怕再次跌倒,因此缩小活动范围,减少活动量,或借助辅助工具过分保护,这样反而加速了机体功能的衰退性变化,增加跌倒的危险性。

(3) 病理因素 可能增加跌倒风险的常见疾病有神经系统疾病如帕金森病、癫痫、脑萎缩、脑卒中、重症肌无力等;循环系统疾病如原发性高血压、冠心病、心力衰竭等;骨关节疾病如颈椎病、骨质疏松症、骨质增生症、类风湿性关节炎等;感官系统疾病如白内障、青光眼、视网膜脱离等。

(4) 药物因素 某些药物可以影响老年人的意识、精神、视觉、步态、平衡等方面而增加跌倒的风险。如镇静催眠药、镇痛药(特别是阿片类药物)、抗抑郁药、抗焦虑药、抗高血压药、抗心律失常药、利尿药、氨基糖苷类抗生素、降血糖药、吩噻嗪类药物等,其中以抗抑郁药引起跌倒的危险性最大。

2. 外因

老年人生活和活动的环境各因素都可能诱发其跌倒。

(1) 地面过滑、积水、不平,地板松动,地毯不平整,过道有障碍物,门口有门槛等。

(2) 生活区物品杂乱,位置不固定,床、椅过高或过低,床垫过软,燃气具过高,台阶过高、边界不清,楼梯无扶手,采光不足,夜间光线过明或过暗等。

(3) 卫生间地面积水,坐便器过低、无扶手,浴缸过高,浴缸或浴室内无防滑垫等。

(4) 鞋底不防滑、鞋袜大小不合适、鞋带过长,裤腿或睡裙下摆过长,衣着款式限制肢体活动等。

(5) 轮椅、拐杖等辅助工具不合适或使用不当,床档、扶手松动等其他可诱发跌倒的因素。

(二) 老年人发生跌倒常见的护理问题

1. 有受伤的危险 与跌倒引起的外伤、骨折等因素有关。

2. 自理缺陷 与跌倒损伤导致的如厕困难等因素有关。

3. 疼痛 与跌倒损伤有关。

4. 恐惧 与害怕再跌倒有关。

(三) 老年人发生跌倒的预防措施

随着年龄的增长,老年人发生跌倒和再跌倒的危险性增加,由此引发的后果也可能更加严重,通过综合控制危险因素可有效地降低老年人跌倒的发生率。

1. 针对内因的预防措施

(1) 日常活动防护 改变体位(卧位转坐位、坐位转立位等)时速度要缓慢,改变体位后应稍事休息。便后起身、弯腰、转身、爬楼梯时动作应缓慢,幅度不可过大。老年人应避免从事重体力劳动,避免提重物或登高取物等危险活动。

(2) 治疗相关疾病,合理用药 积极防治可诱发跌倒的疾病。严格遵医嘱用药,用药期间注意观察药物的不良反应,高血压和糖尿病患者注意预防直立性低血压、低血糖的发生,服药后应休息 15~30 min 后再活动。对已经发生过跌倒的老年人,应尽量减少服用增加跌倒危险的药物,或减少药物的剂量和种类。急救药品应随身携带并备有急救信息卡。

(3) 坚持适当运动 运动锻炼能增强老年人的肌肉力量、柔韧性、协调性、平衡能力、步态稳定性及灵活性,减少跌倒的发生。应根据老年人的个人兴趣、年龄、所患疾病及活动能力等情况选择恰当的运动方式,适宜的运动有步行、慢跑、游泳、打太极拳、做老年人健身操等。

(4) 生活规律,心态平和 做到饮食有节、起居有常,日常起居应做到“3个30s”(即起床前先在床上躺30s,坐起来坐30s,双腿放到床沿下再坐30s,然后再活动)。善于调整和控制情绪,切忌大喜大悲,正确地认识自身的年龄和身体状况,克服不服老、不麻烦人的心理,在需要时能够主动寻求帮助,减少跌倒的发生。

(5) 患病老年人的预防 有眩晕症状的老年人,应指导其充分认识疾病与跌倒的关系,以及可能引起的后果,积极配合治疗原发病,一旦出现不适症状,应立即就近坐下,轻症者可靠扶坚固支撑物,或寻求他人帮助;行动不便的老年人可借助手杖、助步器、轮椅等辅助器具;平衡功能不良的老年人应加强监护;视力下降的老年人可佩戴老花镜;听觉障碍的老年人可选择适宜的助听设备;意识障碍的老年人睡眠时应使用床档;有直立性低血压的老年人夜间可将便器置于床旁。

2. 针对外因的预防措施

(1) 熟悉环境,布局固定 帮助老年人熟悉日常生活环境,加深对方位、布局、设施的记忆。家具摆放位置应固定,尤其是视力下降或障碍的老年人更应注意。在房屋出入口、走廊、过道等老年人经常活动的区域不要堆放杂物。物品放置应符合老年人习惯,并根据使用频率放置在适合老年人取放的位置。

(2) 地面平整防滑 居家地板、地砖具有防滑性,应经常检查,如出现翘起、活动等情况应及时处理。使用地毯时应注意其是否平整、稳固。老年人居家应着软底、防滑、舒适的室内鞋。

(3) 有安全设施、采光适宜 坐便器、浴缸、浴室、走廊、楼道等位置应设置安全扶手,老年人在使用前应先确定其稳定性。

(4) 合适的衣裤鞋袜 老年人不适合穿过长、肥大、限制其活动的长衣、长裤、睡裙等。不穿过大的鞋子或拖鞋。应坐着穿脱鞋、裤、袜。

(5) 跌倒后起身的正确方法 先从仰卧位转为俯卧位,再缓慢匍匐移动至坚实、可支撑的平面,再从上到下依次缓慢起身。

(四) 跌倒后的干预措施

发现老年人跌倒后不要急于扶起,以免加重伤情。应分情况进行处理。

1. 意识清楚老年人的护理

(1) 指导、监护老年人正确起身,确认其身体无碍后方可离开。

(2) 如休息后仍无法自行起身,不可强求,应立即拨打 120 急救电话,联系家属;应询问老年人跌倒时的情况、是否用药、所患疾病等情况;如有外伤、出血、骨折,应立即止血、包扎,必要时进行简单固定;不要随便搬动老年人,以免伤情加重;注意保暖;条件允许可根据需要给予吸氧,建立至少两条静脉通道。

2. 意识不清老年人的护理

(1) 家属或目击者应立即拨打急救电话,联系家属。

(2) 检查现场环境有无危险因素;如老年人呼吸、心搏停止,应立即行心肺复苏术;有外伤、出血者,应立即止血、包扎;有呕吐者,将其头偏向一侧,取下义齿,清除口鼻呕吐物,保持呼吸道通畅;抽搐患者做好安全防护;注意保暖;如需搬动,应保证平稳,尽量平卧。

3. 预防养老机构老年人跌倒的护理

(1) 完善日常生活基础设施的建设,并加强检修及保养工作。

(2) 对存在跌倒危险因素的老年人,应充分了解老年人的日常习惯、跌倒的危险因素、有无跌倒史等情况,做好记录。必要时在床头及病房做相应标识。

(3) 指导老年人积极预防跌倒,克服心理障碍,减少跌倒的发生率。

(4) 制定运动计划,并督促、指导其长期坚持。

(5) 制定老年人跌倒应急预案。

知识拓展

世界卫生组织推荐伤害预防四步骤公共卫生方法(图 8-1)可用于跌倒的干预流程和工作模式。

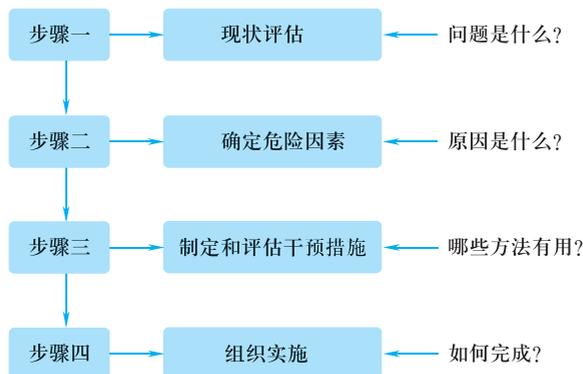


图 8-1 伤害预防四步骤公共卫生方法



老年人跌倒
的护理

知识 2 老年人的活动指导

活动锻炼不仅可以促进血液循环、新陈代谢,维持和促进老年人各系统的生理功能,而且还有助于保持充沛精力,增强防病抗病能力,增进老年群体间的互动,提高老年人的生活满意度。

(一) 老年人活动的种类、活动量

老年人的活动种类、活动量应根据个人的身体状况及能力选择。一般认为老年人每天活动所消耗的能量,如果达到 4 180 kJ(1 000 kcal)以上,就可以起到预防某些疾病及强身健体的作用。

1. 老年人的活动种类 老年人的活动种类包括日常生活活动、家务活动、职业活动、娱乐活动和运动锻炼 5 个方面。老年期除了必要的日常生活活动和家务活动外,职业活动有助于发挥个人潜能,增强个人生活价值感,适当的运动锻炼也是必不可少的。老年人宜选择安全柔和、简便易学、适合长期坚持的全身运动项目,如步行、慢跑、游泳、做老年人健身操、跳广场舞、打太极拳、打门球等。

2. 活动强度 老年人的活动强度应根据个人身体的承受能力、所患疾病和躯体状态来选择。

判断运动量是否适宜,最简便的方法是监测心率(测 10 s 乘以 6): ① 运动后心率达到最宜心率,适宜心率(次/min)=170 - 年龄。身体健壮者运动后最宜心率(次/min)=180 - 年龄。② 运动后心率恢复至运动前心率所需时间。少于 3 min 恢复,说明运动量较小;3~5 min 恢复,说明运动量适宜;大于 10 min,说明运动量过大。

除了监测心率外,还应结合自我感受进行综合判断。如运动后身体微微出汗、神清气爽、心情愉悦、食欲改善、睡眠质量提高等,说明运动量适宜;如运动后无汗,心率增加不明显,说明运动量小;如运动后大汗淋漓、呼吸困难、疲劳乏力、睡眠不良,甚至有头晕、心悸等症状,说明运动量过大。如果在运动过程中出现胸闷、气喘、心绞痛或心率减慢、心律失常等情况应立即停止运动,并及时就医。

3. 老年人的活动量 可消耗 355 kJ(80 kcal)能量的活动有:做体操 20~30 min,沐浴 20~30 min,扫除 20 min,洗衣服 50 min,读书 6 h,写作 40~50 min,游泳 5 min,慢跑 10~15 min。

(二) 老年人活动应遵循的基本原则

1. 因人而异,选择适宜 老年人在选择活动项目及运动量时,应充分考虑自身的身体状况、年龄、承受能力等情况,一般选择速率均匀、动作缓慢,低、中等强度的全身活动。体力劳动不能替代运动锻炼。



2. 循序渐进,持之以恒 运动锻炼应遵循运动量由小到大,运动时间逐渐延长,动作由简单到复杂的原则,且贵在坚持。运动效果与单次运动时间、运动量没有正比关系,相反,如果一开始就长时间或高强度地运动,可能会增加受伤或意外的发生率,不利于机体健康。

3. 时间恰当,场地平坦 老年人运动时间以每次 30 min 左右,每天 1~2 次,每天累计不超过 2 h,每周不少于 3 天为宜。可根据老年人的具体情况进行调整,冬季最好安排在上 10:00—11:00,下午 14:00—16:00;夏季应避免中午炎热的时间段进行。场地尽量选择空气新鲜、安全幽静、平坦开阔的场所。如遇恶劣天气或老年人行动不便时,也可选择在室内活动。

4. 自我监护,安全第一 达到一定活动量是确保运动效果的重要前提。在开始运动前,老年人应学会自己监测运动量的方法,并充分了解运动的注意事项,量力而行,切勿因要完成运动计划而勉强为之,增加意外的发生率。

(三) 老年人活动时的注意事项

(1) 不宜立即运动的情况,如糖尿病患者空腹、晨起或使用降血糖药后,饭后,睡前 2 h 均不宜立即运动。

(2) 根据季节调整活动时间,以免中暑及着凉,如遇雾霾、大风、雨雪、空气污染较重的天气,不宜进行室外活动。

(3) 以下情况应在医生指导下进行活动,如高龄体弱、患有多种慢性病,运动时出现胸闷、心慌、气促或全身不适等异常情况,应在医生指导下进行活动锻炼,以免发生意外。

(4) 下列情况应暂停运动锻炼,如患有急性疾病,心绞痛或呼吸困难,精神受刺激,情绪波动较大等。

(四) 患病老年人的活动

患病老年人常常因缺乏活动锻炼而造成功能的失用性萎缩,加速自理能力的障碍,甚至缺失。适当地活动锻炼是维持和促进机体生理功能,提高生活自理能力的重要措施。

1. 偏瘫老年人 可借助辅助工具进行活动。常用的有手杖、轮椅(详见技术 2)和助行器(图 8-2)。老年人手杖宜选多脚手杖,以增加稳定性;助行器分提抬式、四轮式和前轮式 3 种类型。提抬式助行器稳定性较好,但对老年人肢体能力要求较高;四轮式助行器灵活度较高,使用时尤其应注意安全;前轮式助行器兼具稳定性和灵活性的特点。

2. 制动老年人 根据治疗所需最小的制动范围,确定活动的部位及方式,在不影响治疗的前提下,尽可能地采取被动运动或按摩等方式,预防肌力下降、肌肉萎缩、关节挛缩等并发症。



图 8-2 助行器的种类

3. 痴呆老年人 增加社会参与机会,鼓励其进行力所能及的活动,有利于延缓病情发展。

技术 1 协助老年人活动

1. 评估

- (1) 了解老年人的活动能力,年龄,意识状态,合作程度等。
- (2) 了解老年人的健康状况,有无偏瘫、残疾、治疗制动等情况。
- (3) 了解老年人的听力、理解能力和表达能力。

2. 计划

- (1) 环境准备 环境安全,温、湿度适宜,地面整洁平坦、无障碍物。
- (2) 用物准备 座椅、靠垫等,根据需要准备手杖、助行器等。
- (3) 护士准备 着装整洁,洗手。了解老年人情况,与老年人及家属充分沟通。
- (4) 老年人准备 身体状况允许,有意愿活动,服装、鞋袜适合活动。

3. 实施 协助老年人活动流程见图 8-3。

4. 评价

- (1) 老年人满意,老年人心情、食欲、睡眠情况有改善,无病情变化。
- (2) 与老年人沟通有效,指导明确,老年人能积极配合。
- (3) 老年人的基本活动需求得到满足。



协助老年人
活动的操作
考核标准

协助老年人
活动流程

1. 核对解释 核对床号、姓名,解释操作目的及具体步骤、取得合作
2. 准备环境 清除活动范围内的杂物及安全隐患,温湿度和光线适宜,在台阶、门槛等处做明显标识
3. 协助坐起 仰卧位坐起:护士站在老年人侧前方,双手扶住老年人双肩辅助用力,并注意保护老年人;老年人双侧肘关节放在身体两侧,屈曲支撑于床面上,利用双肘支撑抬起躯干后,逐渐改用双手支撑身体坐起,调整坐姿,稍事休息,再将两腿垂至床边
侧卧位坐起:护士面对老年人站在一侧,协助老年人将双腿垂放到床边,然后双手托住老年人肩部辅助用力;老年人用一侧上肢支撑身体坐起
4. 协助站立 护士根据老年人的身体状况选择适宜的站起方法,必要时可使用保护性腰带或站立辅助器
5. 协助行走 手杖:患侧手持杖
行走时,按照先手杖再患肢,再健肢的顺序循环进行
上楼梯时,应先健肢,再手杖,再患肢
下楼梯时,先手杖,再患肢,再健肢
助行器:先将助行器前移适当距离,再患肢,再健肢。助行器不能用于上下楼梯
6. 结束活动 活动结束后,协助老人坐回床上,取舒适卧位
7. 整理记录 整理用物,记录活动方式及时间、感受、有无不适等
8. 活动时的注意事项 手杖、助行器每次使用前,都应检查支点处橡胶帽是否完好,手刹是否灵敏,高度调节按钮是否锁紧等
改变体位时两个动作之间要有间歇,不可操之过急,防止发生直立性低血压
活动过程中要随时询问和观察老年人反应,如出现头晕、恶心、呼吸困难等不适症状应暂停活动,必要时请医生做检查,防止意外
活动前要充分与老年人沟通,确保老年人理解动作要领后再进行
活动时动作要轻柔,速度要缓慢

图 8-3 协助老年人活动流程

技术 2 轮椅的使用方法

1. 评估

- (1) 老年人的年龄、病情、用药情况、意识状态、病变部位及躯体功能状态。
- (2) 老年人对轮椅使用方法的认识、心理状态及合作程度。
- (3) 轮椅的种类、各部件(图 8-4)的性能是否良好。

2. 计划

- (1) 环境准备 整洁宽敞,光线充足,无障碍物,地面平坦、防滑。

(2) 用物准备 选择适合老年人的轮椅,必要时备毛毯、别针、软枕等。

(3) 护士准备 了解老年人的身体状况,熟悉轮椅使用的操作方法,向老年人解释轮椅使用过程中的注意事项。

(4) 老年人准备 身体状况允许,能够主动配合,如有需要,协助老年人排便。



老年人自行
使用轮椅

108



图 8-4 轮椅的基本构造

知识拓展

轮椅的选择应考虑老年人的年龄、上下肢功能状态、关节活动度、使用场所等,也可根据老年人实际需要进行适当改良。轮椅一般分为普通轮椅、特殊轮椅和护理轮椅3种(图8-5)。

普通轮椅主要适用于上肢功能正常,下肢残疾、偏瘫、行走不便及高龄的老年人。



护理人员使用
轮椅方法

第二部分
老年护理基本技术



图 8-5 轮椅的种类

特殊轮椅是根据老年人肢体功能状态,在普通轮椅的基础上发展出的各式轮椅,如截瘫有直立性低血压的患者宜选择高靠背轮椅;手的握力不足但肩、肘部肌力尚可时,可适当增加手推轮的摩擦力或在手轮上安装抓手;双上肢肌力差者,可安装延长杆以便于操纵手刹;偏瘫老年人可选择单侧驱动轮椅或电动轮椅等。

完全不能操纵轮椅者,只能选用护理轮椅,由他人推动。

3. 实施 轮椅的使用方法流程见图 8-6。

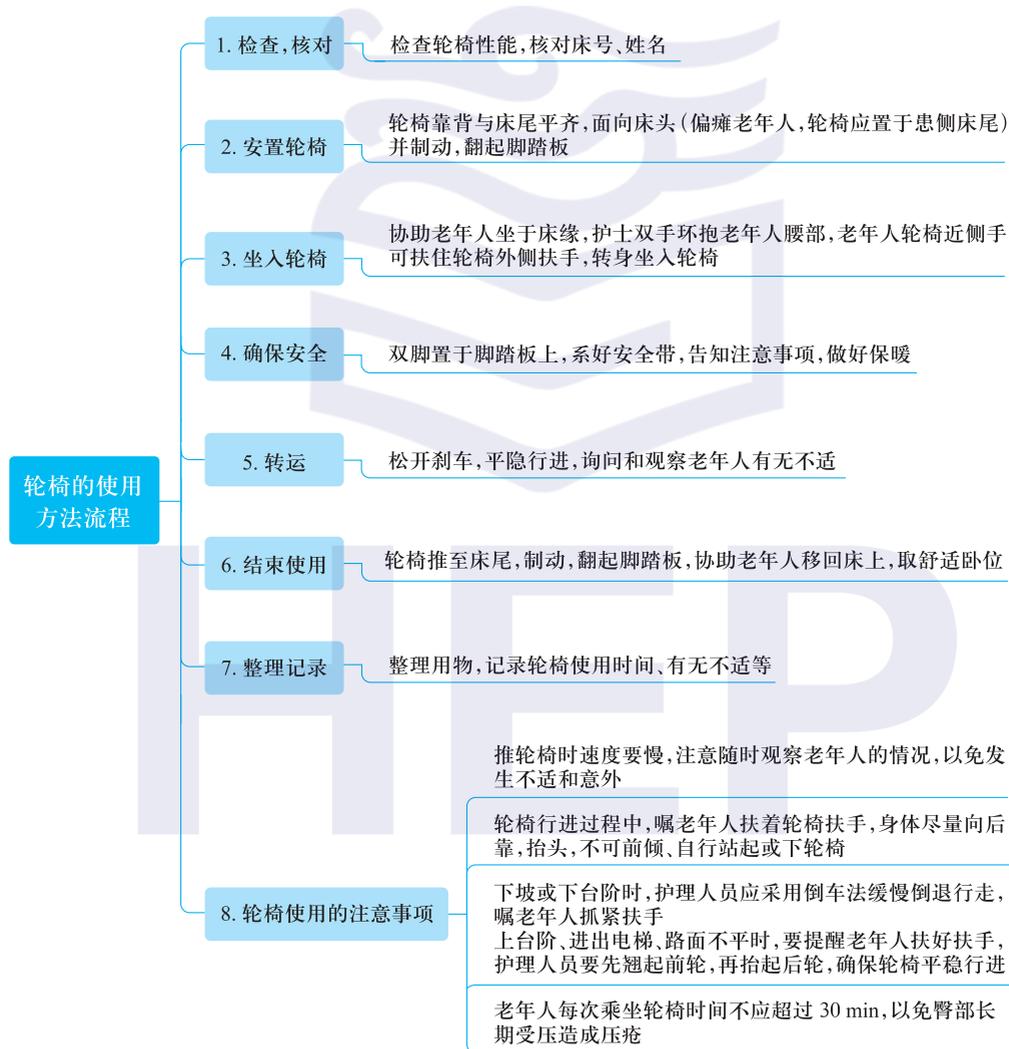


图 8-6 轮椅的使用方法流程

4. 评价

- (1) 操作方法正确,动作轻柔,老年人无疲劳、不适及病情变化。
- (2) 与老年人沟通有效,老年人能积极配合。
- (3) 老年人的基本活动需求得到满足。



床椅转移

109



轮椅的使用
方法操作
考核标准

情景再现

1. 活动情景 周奶奶,85岁,丧偶,无子女,左侧肢体偏瘫,能够站立片刻,听力、理解能力、表达能力均有不同程度衰退。今天天气晴朗,气温适宜,护士吴青使用轮椅陪周奶奶外出活动。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握轮椅的使用方法及相关注意事项。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及有效沟通。

2) 按护理程序进行活动;操作前注重对患者进行操作目的、合作情况、注意事项的解释和指导;老年人能够配合,操作方法规范,轮椅使用过程中老年人感觉安全舒适,无不良事件、意外事故及病情变化。

4. 效果评价 见二维码。

(宋晓燕)

HEEP



模拟轮椅的
使用方法评
价表

110



单元测验



单元九 老年人排泄护理



学先知

名言 出入扶持需谨慎,朝夕伺候莫厌烦。

译文 这是《劝报亲恩篇》中的诗句,意思是父母出入要小心搀扶,早晚伺候父母不要厌烦。孝敬老年人一直以来都是中华民族的传统美德,古时的人们都有这样的觉悟,那么,新时代下的我们不更应该如此吗?

启示 作为老年照护者,我们应掌握技巧,科学合理地照护老年人,在对老年人排泄问题进行照护时应注意保护其隐私,尊重其选择,调动老年人自身的积极性和主动性,培养学生同理心、代入感。

情景案例一

张爷爷,78岁,因右侧股骨颈骨折入院治疗,活动受限,张爷爷不能下床如厕,他觉得很不方便。另外,在医院花销很大,他焦躁不安,感觉没有食欲。入院5天,一直未排大便,感觉腹胀、腹部不适。请你评估张爷爷目前的健康状况和潜在健康问题,给出合理化的建议。

案例任务:

1. 目前张爷爷主要的健康问题是什么?
2. 张爷爷健康问题的影响因素有哪些?
3. 如何帮助张爷爷解决便秘的困扰?

情景案例二

王奶奶,80岁,患阿尔茨海默病5年,近半年来症状加重,认知障碍进一步发展,难以沟通,生活不能自理。近期王奶奶在咳嗽、打喷嚏时尿液不自主地溢出,故经常

尿裤子、尿床,因王奶奶很少站立行走,大部分时间卧床,致泌尿系统感染,外阴及臀部皮肤红肿、疼痛。其女儿照顾王奶奶,心理压力加大,患上了焦虑症。

案例任务:

1. 按王奶奶的情况,考虑其属于哪种排尿异常?
2. 如何对其进行护理?如何对家属进行心理疏导?
3. 如果需要导尿,请叙述其操作要点及注意事项。

学而思

作为新时代的老年照护者,说说你在照护老年人排泄时,怎样判断其有无排泄障碍及程度,如何运用照护技术帮助其顺利排便。你觉得“尊重隐私”在老年人排泄照护中应该如何体现?

排泄是机体将新陈代谢的产物排出体外的生理过程,顺利排泄是维持机体健康的必备条件,排泄行为的自理能力则是保持尊严和生活自理的重要因素。

排泄问题是机体老化过程中无法避免的,老年期消化系统与泌尿系统不同程度地退化,可引起老年人出现尿频、尿急或排便时间延长等,甚至出现排泄障碍即尿失禁、尿潴留和便秘等现象,给其生理、心理造成很大的压力。因此,护理人员应运用专业知识和技能,为其提供指导,消除心理障碍。

知识 1 排尿异常的护理

(一) 老年人尿失禁的评估

尿失禁是指排尿失去控制,尿液不自主流出。尿失禁包括完全性尿失禁、充溢性尿失禁和压力性尿失禁。老年人尿失禁的发生常是多种因素共同作用的结果,护士在评估时应全面收集患者的资料,如患者的年龄、性别、疾病及用药情况,以分析尿失禁原因,询问其尿失禁发生时间、诱发因素及伴随症状等,配合医生进行相应的辅助检查,重视和关注老年患者的心理问题,遵循个体化原则,养成护理人的为老情怀。

(二) 老年人尿失禁的护理

护理总目标是老年尿失禁患者失禁状况改善,建立信心,不发生并发症,因此应通过积极的心理调适和行为训练改善尿失禁状况,必要时遵医嘱用药、留置导尿或手术治疗。

1. **心理护理** 尊重、理解老年人,给予安慰和鼓励,建立互信的护患关系,向患者讲解尿失禁问题的处理,增强其信心,消除患者的焦虑、紧张和自卑心理,舒缓压力。

2. **皮肤清洁护理** 保持会阴部清洁干燥,经常用温水清洗会阴部,勤换尿垫、衣裤、床单,必要时加铺一次性中单;经常翻身,按摩受压部位,预防压疮发生。



3. 尿失禁用具的选择及护理 ① 失禁护垫或纸尿裤: 更换时用温水冲洗会阴, 预防感染及尿湿疹。② 高级透气接尿器(图 9-1): 适用于卧床不能自理的老年人, 可以避免生殖器糜烂、感染及湿疹问题。③ 避孕套式接尿袋、保鲜膜接尿袋: 适合老年男性患者, 注意尿袋高度适宜, 防止尿液反流。



图 9-1 高级透气接尿器

4. 健康教育 ① 指导患者每天日间摄入 2 000~3 000 mL 液体, 增加对膀胱的刺激促进排尿反射恢复, 并可预防泌尿系统感染。② 建立规律的排尿习惯, 进行膀胱训练, 延长排尿间隔时间, 以促进排尿功能的恢复。③ 盆底肌肉锻炼: 又称凯格尔运动(Kegel exercises), 方法是收缩夹紧肛门周围、阴道及尿道口的肌肉 5~10 s, 然后慢慢地放松 5~10 s; 也可以利用小便时中断尿流体会收缩骨盆底肌肉的感觉。

5. 留置导尿 长期尿失禁的患者, 采用留置导尿, 并根据患者情况定时夹闭或引流尿液, 锻炼膀胱肌肉张力, 重建膀胱储存尿液的功能。

知识 2 排便异常的护理

(一) 老年人便秘的评估

老年人便秘主要与肠蠕动减慢和药物不良反应引起排便不畅有关, 也有的老年人是因便秘治疗效果不佳导致焦虑, 加重便秘。因此, 护理人员应分析老年人便秘的原因, 评估其表现, 如是否存在腹痛、腹胀、消化不良、乏力、食欲不佳, 粪便是否干硬、触诊腹部是否较硬实紧张, 是否触及包块, 以便采取相应的护理方式帮助其缓解便秘。

(二) 老年人便秘的护理

1. 饮食护理 鼓励老年人多饮水, 每天清晨可饮一杯温开水或盐水; 根据老年人的情况食用含粗纤维丰富的食物, 如芹菜、豆角、白菜等。另外, 水果或其他多渣食物如笋类、麦片等也利于通便。

2. 排便环境 提供隐蔽环境, 保护老年人的隐私。如需床上排便, 则应抬高床头, 训练便盆的使用。



便秘护理



3. 养成良好的排便习惯 嘱咐老年人不管有无便意,早晨起床后或早餐后坚持准时如厕,每次坚持 10~20 min。

4. 适当运动与腹部按摩 全身状况欠佳的老年人或腹肌衰弱者,应加强活动和体育锻炼,也可采用排便动作,即正常排便时一收一放的动作,以锻炼提肛肌的收缩。此外,顺结肠走行方向作环行按摩,也可刺激肠蠕动,帮助排便。

5. 心理疏导 嘱老年人保持乐观的精神状态,消除紧张因素,克服焦虑。

6. 遵医嘱用药

(1) 简易通便法 指导或协助老年人使用开塞露、甘油栓等。

(2) 指导老年人正确使用轻泻药 遵医嘱选择轻泻药,并告知老年人长期使用轻泻药的危害,防止造成生理、心理上的依赖。注意使用容积性泻药应多饮水,脂溶性泻药不宜长期应用,因其可干扰脂溶性维生素及钙、磷的吸收,且不宜临睡时服用,以免吸入肺内发生脂性肺炎;而渗透性泻药可引起腹胀不适,糖尿病患者应慎用,尤其是应用刺激性泻药时,应注意其作用强,易引起腹泻,故应密切观察老年人的反应。

7. 手术治疗的护理 对老年顽固性、慢通过性便秘患者,手术治疗可缓解症状。术前做好心理护理,增强老年人治疗便秘的信心,术前一天给予半流质饮食,术前晚及术晨清洁灌肠,必要时给予镇静药物。术后应密切观察生命体征,告知老年人或家属便秘术后可能出现肛门坠痛、小腹胀、小便困难、排便时出血等情况,缓解其紧张、焦虑情绪。

8. 健康教育 指导老年人及其家属准确地评估便秘的原因,并应用正确的方法缓解老年便秘,如饮食调节、适当运动、腹部按摩、心理疏导等,同时注意预防老年便秘者发生意外,如有高血压、心脑血管疾患的老年人要避免用力排便。

知识拓展

凯格尔运动

凯格尔运动又称会阴收缩运动,可以增强盆腔底部肌肉强度,减少失禁次数。训练时排空膀胱,站立位时,双足分开与肩同宽,尽量收缩骨盆底肌肉并保持 10 s,然后放松 10 s,重复收缩与放松 15 次;坐位时,双足平放于地面,双膝微分开,与肩同宽夹紧肛门周围,双手放于大腿上,身体微前倾,收缩骨盆底肌肉并保持 10 s,然后放松 10 s,重复收缩与放松 15 次;仰卧位时,双膝微屈 45°,收缩骨盆底肌肉保持 10 s,然后放松 10 s,重复收缩与放松 15 次。

注意事项:先排空膀胱;饭后 1 h 内应避免进行此运动;尽量避免双腿、腹部与臀部的肌肉协同收缩;如有阴道或泌尿系统感染的情形应暂停练习;执行运动训练时,如有头晕、胸闷、心悸或呼吸急促的症状应立即停止练习;训练须重视运动的质量。

(来源:胡亦新,余小平.中国老年医疗照护.北京:人民卫生出版社,2017.)

技术 1 一次性导尿术

1. 评估

- (1) 了解老年人的一般情况,年龄、意识状态、生命体征、排尿和治疗情况等。
- (2) 了解老年人的健康状况,有无下腹部胀痛、排尿困难等,膀胱充盈度,会阴部皮肤黏膜情况及清洁程度。
- (3) 了解老年人的心理状态,对导尿的认知和合作程度。
- (4) 了解老年人的活动能力,如能否自行如厕、坐起或抬高上身等。

2. 计划

(1) 环境准备 环境整洁,温、湿度适宜,关闭门窗,必要时用屏风遮挡保护隐私。

(2) 用物准备 ① 治疗车上层:一次性导尿包(图 9-2)(初步消毒用物即小方盘、消毒液棉球袋、镊子、纱布、手套;再次消毒和导尿用物即弯盘、气囊导尿管、消毒液棉球袋、镊子、自带液体的 10 mL 注射器、润滑液棉球袋、标本瓶、纱布、集尿袋、方盘、洞巾、手套、外包治疗巾);手消毒液、弯盘、一次性垫巾或小橡胶单及治疗巾 1 套,浴巾。② 治疗车下层:便盆及便盆巾、生活垃圾桶、医用垃圾桶。



图 9-2 一次性导尿包

(3) 护士准备 着装整洁,洗手,戴口罩。

(4) 老年人准备 了解导尿的目的、方法、注意事项及配合操作的要求,根据其自理能力嘱其自行清洗或协助清洗外阴。

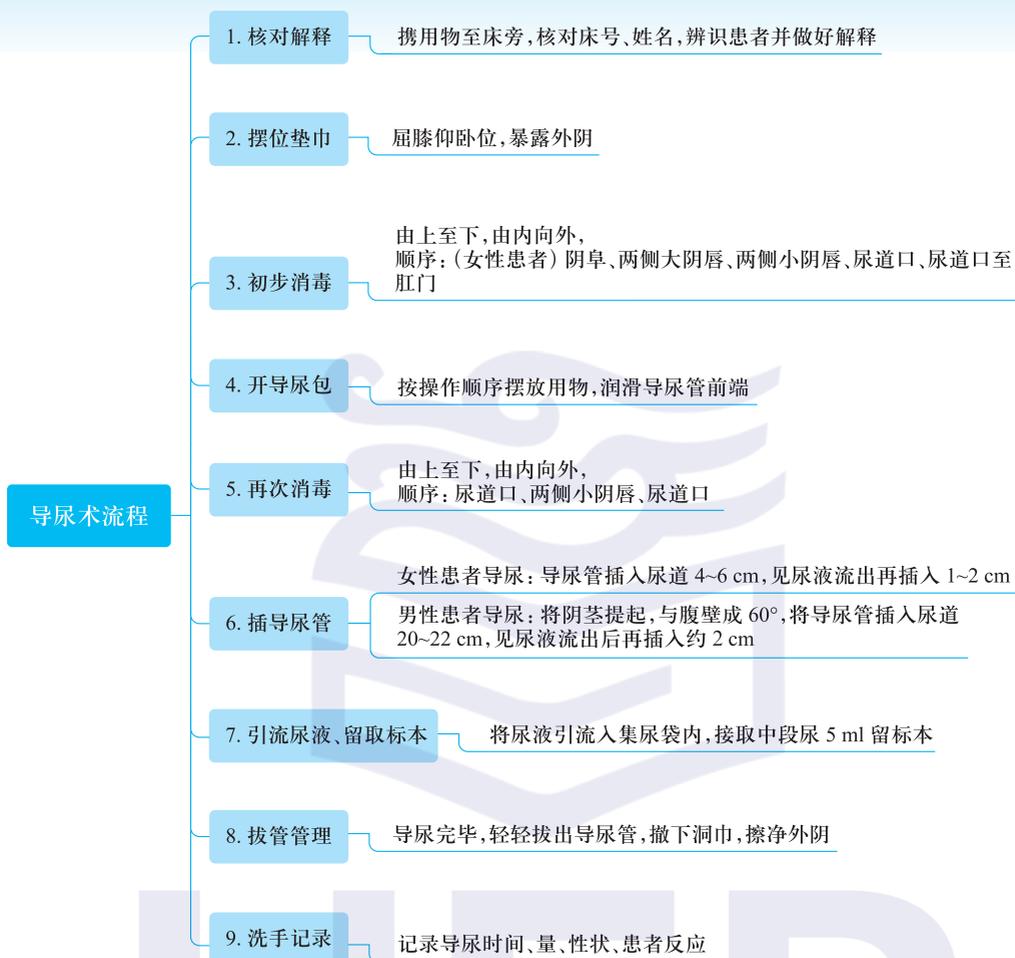
3. 实施 导尿术流程见图 9-3。老年患者导尿示意图 9-4。

4. 评价

- (1) 老年患者身心痛苦减轻,并未因导尿发生黏膜损伤。
- (2) 护士严格按照无菌技术操作原则,未因导尿致患者发生泌尿系统感染。
- (3) 沟通有效,老年患者积极配合操作。



导尿术操作
考核标准



117

图 9-3 导尿术流程

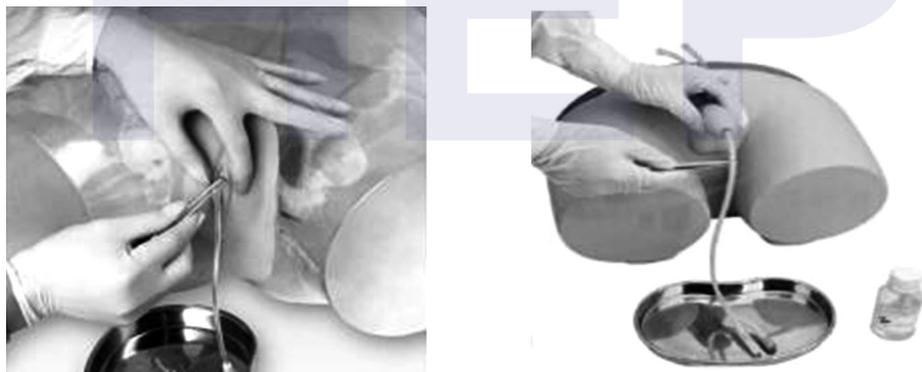


图 9-4 老年患者导尿术

技术 2 留置导尿术

1. 评估

(1) 了解老年人的一般情况,年龄、意识状态、生命体征、排尿和治疗情况等。

(2) 了解老年人的健康状况,有无不自主排尿现象,有无下腹部胀痛、排尿困难等,膀胱充盈度,会阴部皮肤黏膜情况及清洁程度。

(3) 了解老年人的心理状态,对留置导尿的认知和合作程度。

2. 计划

(1) 环境准备 环境整洁,温、湿度适宜,关闭门窗,必要时用屏风遮挡保护患者隐私。

(2) 用物准备 ① 治疗车上层:同一次性导尿术,双腔、三腔气囊导管(图 9-5),防反流的集尿袋(图 9-6),另备橡皮圈 1 个,别针 1 枚。② 治疗车下层:便盆及便盆巾、生活垃圾桶、医用垃圾桶。

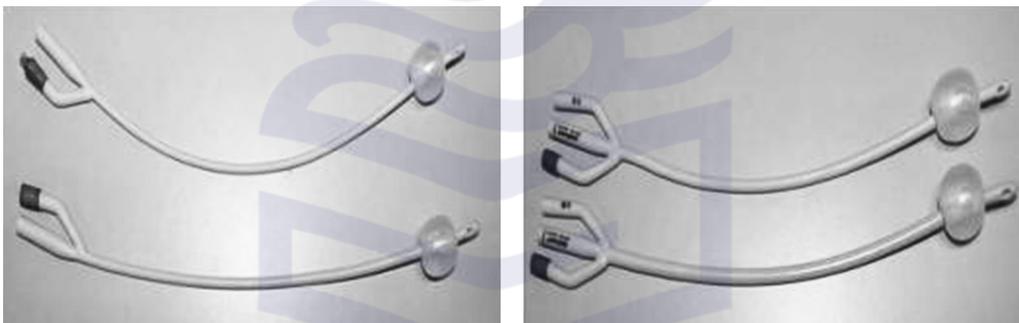


图 9-5 双腔、三腔气囊导管



图 9-6 防反流集尿袋

(3) 护士准备 着装整洁,洗手,戴口罩。

(4) 老年人准备 老年人了解留置导尿的目的、方法、注意事项及配合操作的要求,根据其自理能力清洗外阴。

3. 实施 留置导尿术流程见图 9-7。

4. 评价

(1) 老年人身心痛苦减轻,引流通畅,并未因导尿发生黏膜损伤。

(2) 护士严格按照无菌技术操作原则,未因留置导尿致患者发生泌尿系统逆行感染。

(3) 沟通有效,老年人积极配合操作,并能训练膀胱反射功能。

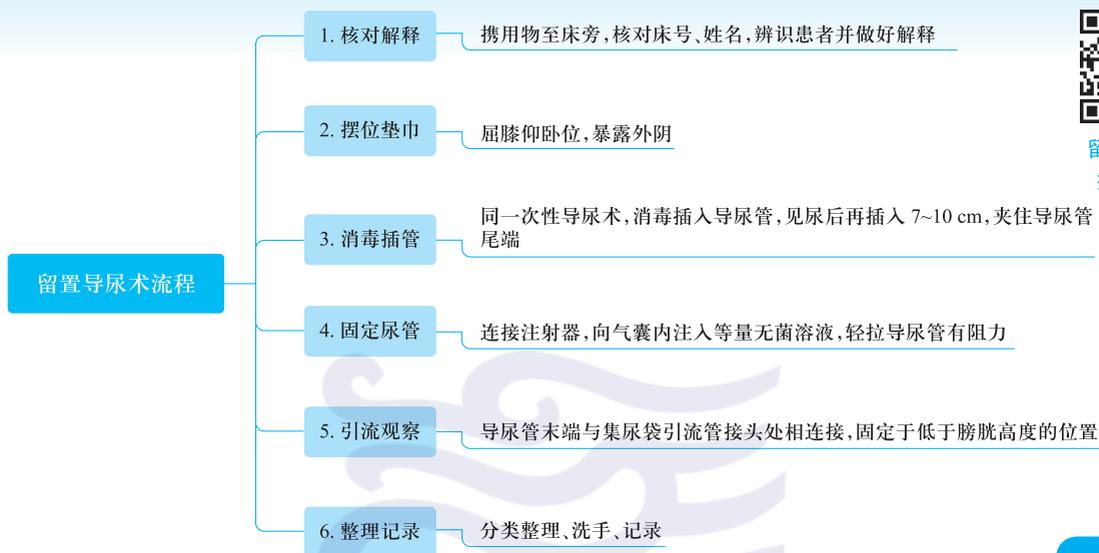


图 9-7 留置导尿管流程

技术 3 灌肠术——小量不保留灌肠

1. 评估

- (1) 老年人的临床诊断、病情、意识状态、肛门皮肤黏膜情况、有无禁忌证等。
- (2) 老年人的心理状况及对灌肠的理解、配合程度。

2. 计划

- (1) 环境准备 整洁、室温适宜,关闭门窗,必要时用屏风遮挡。
- (2) 用物准备 ① 治疗车上层:一次性灌肠包(或注洗器、量杯、肛管、温开水 5~10 mL、止血钳、润滑剂、棉签、弯盘、卫生纸、小橡胶单及治疗巾、手套)、水温计、手消毒液,医嘱执行本。② 治疗车下层:便盆及便盆巾、生活垃圾桶、医用垃圾桶。③ 输液架、屏风。④ 灌肠溶液:根据医嘱备灌肠液,常用溶液有“1·2·3”溶液(50%硫酸镁 30 mL、甘油 60 mL、温开水 90 mL)、甘油或液状石蜡 50 mL 加等量温开水、各种植物油 120~180 mL,溶液温度为 38℃。

- (3) 护士准备 着装整洁,洗手,戴口罩。
- (4) 老年人准备 了解小量不保留灌肠的目的、方法、注意事项及配合方法。

3. 实施 小量不保留灌肠操作流程见图 9-8。

4. 评价

- (1) 老年人排出肠道内积气和粪便。
- (2) 护士动作轻稳、规范,具有人文关怀理念。
- (3) 每次抽吸灌肠液时,夹闭肛管尾端,防止空气进入肠道引起腹胀。



小量不保留
灌肠操作
考核标准



图 9-8 小量不保留灌肠流程

情景再现

1. 活动情景 王奶奶, 80 岁, 因脑血管疾病致肢体活动障碍, 患者生活完全不能自理, 近两日出现尿失禁状况, 为避免感染及压疮的发生, 遵医嘱给予留置导尿, 护士小张为其实施留置导尿。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演, 每两人为一组, 分别轮流扮演护士和老年人(注: 操作时使用模型人)。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握留置导尿的操作方法及注意事项。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动; 操作前加强对患者的操作配合指导, 严格无菌技术原则进行导尿, 动作轻柔、老年人配合, 操作中方法正确, 保留尿管期间注重安全护理及对老年人的健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

(程东阳)



留置导尿管
评价



单元测验



单元十 老年人睡眠的护理



名言 人生须知负责任的苦处,才能知道尽责任的乐趣。

含义 梁启超,清朝光绪年间举人,中国近代思想家、政治家、教育家、史学家、文学家。梁公这句话提醒人们,对生活要充满信心,勇敢承担起责任和义务。一个充满责任感的人,一个勇于承担责任的人,会因为这份承担而让生命更有力量。

启示 健康所系,性命相托。这是每个医务工作者应该时刻谨记的誓言,是我们肩上沉甸甸的责任。责任是对工作的勇敢担当,是对自己所负使命的忠诚和信守。我们的义务是救死扶伤,治病救人。我们要关爱老年人,苦练操作技术,用熟练的操作技能,热心体贴的服务,解除老年人的病痛,还老年人以健康的身体。

情景案例一

张大爷,65岁,退休后在家,睡眠一直不好,近日来失眠加重,表现为入睡困难,半夜经常多次醒来,醒后难以入眠,白天精神萎靡,记忆力减退,脾气也不好,常与老伴及子女争吵,同时伴头晕、心悸,胃纳欠佳,最近老伴又生病住院,张大爷更是情绪低落,整天唉声叹气。

案例任务:

1. 老年人的睡眠出现了哪些问题?
2. 影响老年人睡眠的因素有哪些?
3. 如何做好老年人的睡眠照护?

情景案例二

王爷爷,85岁,丧偶,于6月中旬入住市中心的一家养老机构。养老机构室温30℃,湿度80%,王爷爷夜间入睡困难,易醒,多梦,每晚必须服用镇静催眠药才能入睡,夜间睡眠时间不足3h,白天精神萎靡,时而烦躁不安。

案例任务:

1. 王爷爷的睡眠出现了什么状况?
2. 请你识别王爷爷的睡眠问题可能与哪些因素有关?
3. 假如你是夜间值班人员,应如何应对?

睡眠是人体基本的生理需要。睡眠可以帮助人们消除疲劳,保护大脑神经细胞的生理功能,保持神经系统的平衡,延缓衰老,保持身体健康。缺乏睡眠,人的生活质量就会降低,身体免疫力下降,容易患心脏病、高血压和糖尿病等,甚至可导致早期死亡。随着年龄的增长,老年人的睡眠能力和质量会越来越差,帮助老年人改善睡眠质量,是促进老年人健康长寿的重要因素。

知识 1 老年人睡眠的特点

123

健康的睡眠,是指能完全解除身心疲劳并能使身心恢复到次日所需能量的睡眠。成年人的睡眠时间是每天 7~8 h。老年人相对青年时期而言,由于身体生理、病理等原因睡眠质量会有所下降。中国人有一句俗语:“后三十年睡不着”,这句话的意思是老年人的睡眠能力是随着年龄的增长逐渐下降的。老年人的睡眠常表现以下特点。

1. 睡眠时间减少 老年人的睡眠时间一般比青壮年人少,主要是因为老年人脑皮质功能减弱,新陈代谢减慢,体力活动减少,所需睡眠时间也随之减少,一般老年人每天睡眠时间约 6 h,70 多岁的老年人每晚需要睡觉的时间比 20 多岁的年轻人少 30~60 min。

2. 入睡时间延长 老年人入睡前的觉醒期有所延长,由青壮年期的 5~15 min 延长为 10~25 min。

3. 容易被唤醒 睡眠中醒来的次数增加,青壮年人在睡眠中可醒来 1~2 次,而老年人醒来的次数可超过 5 次。

4. 睡眠程度浅 老年人的睡眠程度浅,易唤醒,男性老年人深睡眠的消失要较女性老年人早。

5. 睡眠效率低 睡眠效率是指睡眠中睡着时间占总卧床时间的百分比。睡眠效率随年龄增长而下降,青年人的睡眠效率一般达 95%,而老年人为 80%~85%。

6. 睡眠昼夜重新分布 老年人白天易打瞌睡。由于老年人深睡眠减少,睡眠中醒来次数增多,夜间睡着时间约为 6 h,睡眠效率下降,致使精力恢复不佳,势必要以白天打盹和午睡小憩来弥补。

知识 2 影响老年人睡眠的因素

1. 生理因素 ① 年龄:通常人类睡眠的需要量与其年龄成反比,年龄越大,对睡

眠的需要量越少,到老年期,一般每天只需 6~7 h 即可。随着年龄的增长,老年人的睡眠能力下降,睡眠的质和量随之降低,睡眠的生理节律发生了变化。虽然卧床时间延长,但觉醒次数增多、时间延长,白天经常打盹以补充晚上的睡眠不足,总的睡眠时间不变。② 性别:大多数研究表明,老年女性的睡眠质量普遍低于老年男性。③ 不良行为习惯:睡前打扫卧室卫生、睡前不洗脚、睡前想事情,对难以入睡的担忧等。④ 其他生理因素:如过度疲劳、夜间上厕所、咳嗽、打鼾、做噩梦等也会影响老年人的睡眠质量。

2. 疾病的影响 ① 躯体疾病:是影响老年人睡眠质量的重要原因,包括疾病自身的困扰,对疾病的担忧以及老年人患病期间运动量减少等。常见影响睡眠的疾病有慢性支气管炎、肺气肿、支气管哮喘、心力衰竭、糖尿病、冠心病等。② 心理疾病:各种心理、精神疾病均可导致睡眠障碍,常见有老年性抑郁症、焦虑症等,有报道指出,约 80% 抑郁症患者存在睡眠问题,常表现为入睡困难、不能维持睡眠、早醒、醒后难以重新入睡和醒后心境恶劣等。焦虑症导致的睡眠障碍主要表现为入睡困难,夜间觉醒次数增多,多梦,睡眠时间缩短。研究表明,老年人的睡眠质量与抑郁和焦虑均呈正相。

3. 睡眠环境改变 睡眠环境的改变是影响老年人睡眠质量的主要因素之一。由于老年人入睡潜伏期长、深睡眠减少,所以老年人对睡眠环境的要求较高。特别是住院的老年人,病房的声音、温度、湿度及光线等的改变,均可影响老年人的睡眠质量。

4. 心理社会因素 老年人的睡眠质量受多种心理社会因素的影响。生活中的事件,如退休、丧偶、社会角色改变、慢性病折磨、经济拮据、生活困难等会给老年人造成心理上的压力,直接导致老年人情绪不良,进而引起包括睡眠在内的各种适应性障碍。研究表明,孤独感较强的老年人睡眠质量较差,文化程度低的老年人比文化程度高的老年人睡眠质量差。

5. 其他因素 睡前抽烟,喝酒、浓茶、咖啡、可乐等刺激性液体,过饱过饥及睡前长时间看情节恐怖的电视、书籍等都可以导致睡眠质量的下降。

知识 3 老年人常见的睡眠问题

1. 入睡和维持睡眠困难 由于多种疾病或干扰因素的影响,老年人常入睡困难和不能维持睡眠;表现为睡眠潜伏期延长,有效睡眠时间缩短。由于白天活动减少或小睡导致夜间睡眠-觉醒周期缩短,早起或猫头鹰式的夜间活动在老年人中十分常见。再者,随增龄或疾病影响,睡眠的昼夜节律障碍更加明显:表现为昼夜颠倒、时间差性等睡眠的昼夜节律紊乱。

2. 睡眠呼吸障碍 主要包括睡眠呼吸暂停、睡眠加重呼吸疾病、夜间阵发性呼吸困难。睡眠呼吸暂停综合征(SAS)是老年人最常见的睡眠呼吸障碍,占睡眠疾患的70%,且发病率随年龄而增加,男女发病之比为(5~10):1。SAS又分3型,即阻塞性睡眠呼吸暂停(OSA)、中枢性睡眠呼吸暂停(CSA)和混合性睡眠呼吸暂停(MS)。OSA的特点是鼾声响、呼吸间歇>10s后发生喘息或鼻音、梗阻缓解。OSA反复出现,可使血氧含量显著减少、血压升高,轻者表现为打鼾,即使不是呼吸暂停,也可加重心脏病或高血压,重者则可出现夜间睡眠中心律失常、猝死、卒中、肺动脉高压、抽搐及认知功能下降等。有SAS发生者,其脑血管病发病率升高,尤其是缺血性卒中的发生机会增多。

3. 嗜睡 嗜睡是老年人睡眠障碍的另一常见现象,其原因有脑部疾病(脑萎缩、动脉硬化、脑血管病、脑肿瘤等)、全身病变(肺部感染、心力衰竭、甲状腺功能减退等)、药物因素(服用镇静催眠药)及环境因素等。由于老年人对身体病变的反应迟钝或症状不明显,有时仅表现为嗜睡。

4. 药源性睡眠障碍 ① 马来酸氯苯那敏、苯海拉明、奥美拉唑,这几种药物容易导致老年人困倦。② 反跳性失眠,为镇静催眠药、抗精神病药戒断症状,因为这些镇静催眠药的长期应用使机体对药物产生了耐受性,停药很难。一旦撤药,精神就会极度不安,引起一系列精神和躯体症状,如兴奋、不安、失眠、肌肉抽搐等。

5. 睡眠异常行为 噩梦、夜惊、梦游、肢体动作幅度较大的打梦拳等,睡眠麻痹(即人们通常说的“鬼压床”),还有夜里突然出现大喊大叫的状态,都是睡眠的异常行为表现。

学而思

作为新时代的医务工作者,在面对需要实施护理技术的患病老年人时,说说你怎样运用护理程序为老年人实施护理技术?谈谈你对“人生须知负责任的苦处,才能知道尽责任的乐趣”的思想在老年常见疾病护理技术中的哲学运用的理解。

技术 协助老年人入睡技术

1. 评估

- (1) 了解老年人的一般情况,年龄,性别,睡眠习惯,活动和运动状况等。
- (2) 了解老年人的健康状况,有无心脑血管疾病、呼吸系统疾病、糖尿病;有无失眠、早睡早醒、嗜睡以及特殊类型的呼吸障碍;用药情况。
- (3) 了解老年人的心理社会状况,有无焦虑、抑郁等不良情绪,社会支持是否良好。
- (4) 评估睡眠环境,卧室的温度、湿度、光线和音响是否适宜,寝具是否舒适。



老年人睡眠的护理

2. 计划

(1) 环境准备 为老年人布置睡眠环境。

1) 环境安静、无杂音,关闭门窗,拉上窗帘,调节灯光使其柔和。

2) 寝具清洁、无异味,桌椅摆放有序,通道无杂物。

3) 根据季节变化准备被褥、枕头,床铺无渣屑,床垫软硬度适宜,展开被褥,使其松软适中,整理枕头至蓬松、高度适宜。

4) 调节适宜温、湿度:在北方,夏季室温以 23~26℃ 为宜,相对湿度控制在 40%~50%,冬季室温为 18~22℃,相对湿度控制在 60%~70%;在南方,夏天室温为 26~28℃,冬天室温为 18℃,湿度为 60%。

(2) 用物准备 水盆、热水、毛巾、牙膏、牙刷、呼叫器、便器、床刷等。

(3) 护士准备 着装整洁,洗手。

(4) 老年人准备

1) 晚餐应清淡不宜过饱,并且应在睡前 2 h 完成。忌饮大量含兴奋剂的饮料,如咖啡、浓茶、可乐等。

2) 身体清洁,协助洗漱,排便,为卧床老年人更换纸尿裤及辅助便具。用 40~45℃ 的温水泡脚 20 min。

3) 睡前进行松弛身心的活动,如读一些消遣性的报纸、听轻音乐。也可以教老年人进行正念冥想,避免能引起兴奋性的活动。

4) 协助采用舒适的睡姿,最佳的睡姿为右侧卧位,既可避免心脏受压,又有利于血液循环。可采用右侧卧位和平卧交替位。

3. 实施 老年人入睡准备流程见图 10-1。

4. 评价

(1) 老年人满意,感觉清洁、舒适、安全。

(2) 护士操作规范,流程熟练,动作轻柔。

(3) 沟通有效,体现人文关怀,老年人合作,理解睡眠的重要性。

知识拓展

芳香疗法改善失眠

芳香疗法,是利用精油通过触觉上的按摩及嗅觉上的薰香,在生理上减少肌肉的紧张、安定神经,并让疼痛得到暂时的舒缓,也能让人产生平静的感觉,进而影响心理和情绪,如减轻焦虑、舒缓压力、松弛紧张,所以可以用来帮助睡眠。

使用精油助眠的方式有:① 沐浴泡澡;② 熏蒸;③ 喷香;④ 按摩;⑤ 枕头滴洒。精油配方:① 檀香 2 滴 + 佛手柑 2 滴 + 薰衣草 4 滴;② 安息香 4 滴 + 玫瑰精油 2 滴 + 罗勒精油 3 滴。

老年人入睡准备流程

1. 照护人员轻敲房门后进入老年人房间,告知老年人准备休息
2. 照护人员协助老年人关闭门窗,拉上窗帘
3. 调节卧室温、湿度
夏季室温以 25℃为宜,相对湿度在 40%~50%
冬季室温保持在 18~22℃为宜,相对湿度在 50%~60%
4. 检查床铺无渣屑,床垫软硬度适宜,展开被褥,松软适中,整理枕头至蓬松、高度适宜
5. 协助老年人排便,为卧床老年人更换纸尿裤及辅助便具、洗漱、泡脚后上床就寝,盖好被子
6. 常用物品放置老年人床头便于取用的位置,如拐杖、水杯、点心、速效救心丸、呼叫器等
7. 询问老年人是否还有需求,及时满足
8. 开启夜灯,关闭大灯
9. 说“晚安”,关门退出
10. 记录入睡状况

图 10-1 老年人入睡准备流程

情景再现

1. 活动情景 张奶奶,85岁,卒中后一侧肢体活动障碍,现 19:30,张奶奶需要上床休息了,护理员小王要为张奶奶布置睡眠环境,协助张奶奶上床入睡。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握老年人睡眠环境的布置及协助老年人入睡的操作流程,学会对老年人进行促进睡眠的健康教育。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序和操作流程进行活动,操作中加强对老年人进行健康教育指导,注重安全护理。

4. 效果评价 见二维码。

(竺 静)



协助老年人
睡眠评分
标准

127

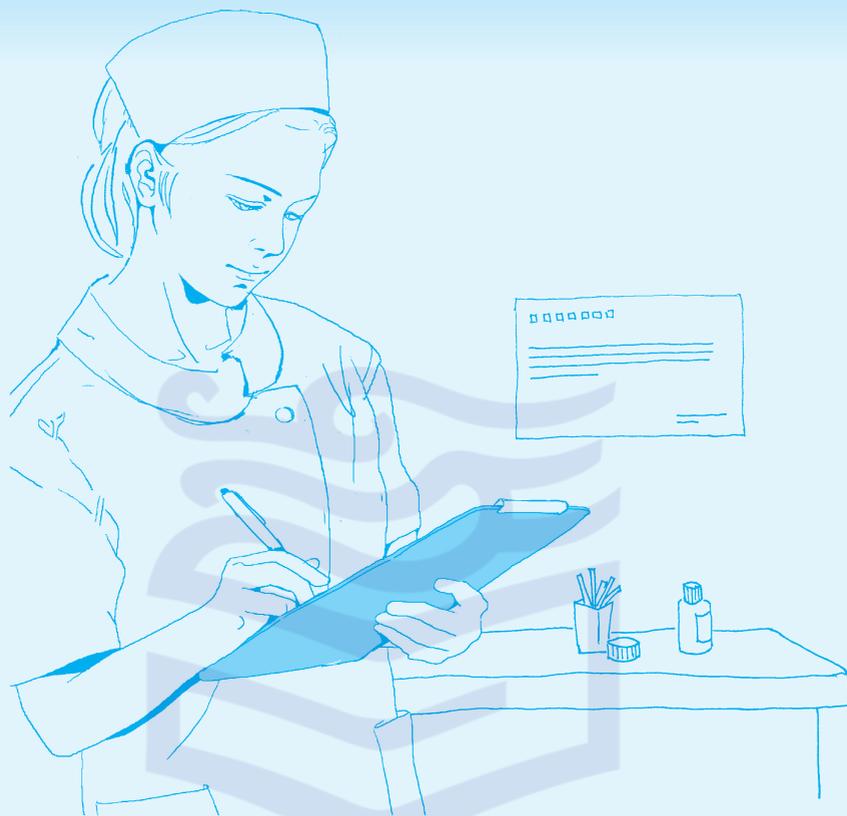


协助老年人
睡眠评价表

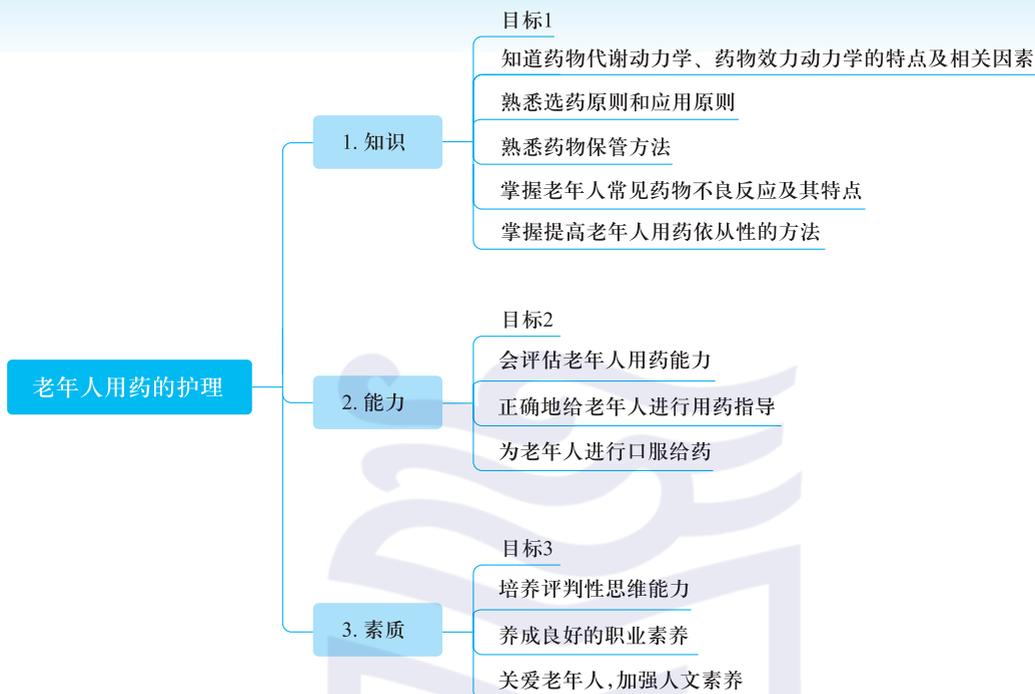


单元测验

单元十
老年人睡眠的护理



单元十一 老年人用药的护理



学先知

典故 负米养亲。西汉刘向《说苑·建本》中有记载：“子路曰：‘昔者由事二亲之时，常食藜藿之实，而为亲负米百里之外。亲没之后，南游于楚，从车百乘，积粟万钟，累茵而坐，列鼎而食，愿食藜藿为亲负米之时，不可复得也。’”

内容 子路，春秋末年鲁国人。在孔子的弟子中以政事著称。子路小的时候家里很穷，长年靠吃粗粮野菜等度日。有一次，年老的父母想吃米饭，可是家里一点米也没有，于是，小小的子路翻山越岭走了十几里路，向亲戚借了一袋米并背回家，让父母吃上了香喷喷的米饭，子路忘记了疲劳。父母去世以后，子路南游到楚国，当了官，家中积余下来的粮食达到万石之多，坐在垒叠的锦褥上，吃着丰盛的筵席，子路却感叹即使想过“吃野菜、给父母背米”的生活也不可能了。

启示 敬老爱老不是靠物质或语言来衡量的，而是要看你对老年人是不是发自内心地诚敬。在看似条件并不允许的情况下，子路的父母想吃米饭，子路并没有嫌弃或拒绝，而是尽自己最大的努力去想办法解决问题。在照护老年人的过程中，也需要多理解老年人的需求，用多种方法提升老年人的生活质量。比如，面对老年人不遵医嘱行为时，不可以粗暴地批评老年人，而要通过非暴力沟通、团队协作等方式找到科学的解决方法。

情景案例

张奶奶，68岁，生活基本能自理，患有慢性阻塞性肺疾病、高血压、脂肪肝等。长期服用降压、降脂类药物，日常服药比较随意，经常漏服药物。近期因天气变化，张奶奶咳嗽症状加重，体温升高，张奶奶自行到药店买了降温药和消炎药服用，为了增强

抵抗力,又服用了人参。张奶奶自行加服药物后出现尿少、头痛、恶心等症状,来医院治疗。

案例任务:

1. 张奶奶的行为说明其用药中存在何种问题?
2. 如何针对这种现象对张奶奶进行健康教育?

学而思

有哪些生理特点和心理特点会影响老年人的用药效果呢?如何保证老年人用药的安全呢?如何才能提高老年人的遵医行为?

随着年龄的增长,人体各组织器官逐渐出现退行性变化,从而影响对药物的吸收、分布、代谢和排泄过程,导致机体对药物的处理能力和耐受性下降。此外,由于老年人常罹患多种疾病,治疗方案中应用药物种类多,发生药物不良反应的概率相应增加,因此,应重视老年人用药安全与护理。

知识 1 老年人用药特点

正常情况下,药物通过肝代谢,肾排泄,其产物通过泌尿道或胃肠道排出体外,部分药物可通过皮肤汗腺排泄。随着年龄的增长,老年人机体的各项功能减退,故老年人在用药时,药物在体内的代谢特点和药效学特点与年轻人有一定的差异。

(一) 老年人药物代谢动力学特点

药物代谢动力学(pharmacokinetics),简称药动学或药代动学,是定量研究药物在生物体内的吸收、分布、代谢和排泄过程及血药浓度随时间变化动态规律的科学,为确定给药剂量和间隔时间提供依据。

老年药动学改变的特点:对绝大多数通过被动扩散方式吸收的口服药物吸收不变,对经主动转运机制吸收的药物吸收减少,药物代谢能力减弱、排泄能力降低,药物消除半衰期延长。

1. 药物的吸收 是指药物从用药部位转运至血液的过程。药物本身的理化性质、给药途径、药物浓度、吸收面积、局部血液循环情况、胃排空速度及肠蠕动等均可影响药物的吸收。口服用药是老年人常用的给药途径,与年轻人相比,老年人胃肠道功能发生改变,可能会影响药物在胃肠道的吸收。

(1) 胃酸分泌减少 老年人胃黏膜萎缩,胃酸分泌减少,导致胃液 pH 升高,影响药物离子化程度。

(2) 胃排空速度减慢 胃肌肉萎缩,蠕动减慢,使老年人胃排空速度减慢,药

物在胃内的停留时间延长,到达小肠的时间推迟。因此,药物的吸收延缓、速率降低,有效血药浓度到达的时间推迟,特别对在小肠远端吸收的药物或肠溶片有较大影响。

(3) 肠道肌张力下降 老年人肠道肌张力和括约肌功能降低,肠蠕动减慢,导致肠内容物的排空延缓,药物与肠道表面接触时间延长,可使药物吸收增加。

(4) 胃肠道和肝血流量减少 胃肠道和肝血流量随年龄增长可减少 40%~50%。胃血流量减少可影响药物吸收速率。肝血流量减少使药物首过效应减弱,对主要经肝氧化消除的药物消除减慢,使血药浓度升高。

(5) 胃肠道吸收细胞功能降低 胃肠道吸收细胞和吸收表面可能减少 30%,细胞吸收功能降低,影响主动转运吸收的过程。老年人胆汁和消化酶分泌减少且活性降低等因素都可影响药物的吸收。

2. 药物的分布 药物分布是指药物吸收进入体循环后向各组织器官及体液转运的过程。药物的分布与药物的储存、蓄积和消除有关,同时影响药物的效应。影响药物在老年人体内分布的主要因素如下。

(1) 心输出量减少 一般在 30 岁以后,心输出量每年递减 1%,血流灌注减少,影响药物到达组织器官的浓度。

(2) 血浆蛋白含量减少 老年人血浆蛋白含量减少,导致与血浆蛋白结合率高的药物(如磺胺嘧啶、地高辛、苯妥英钠等)的游离型药物浓度增加,效应增强,易发生毒性反应。当几种结合型药物联合使用时,由于不同药物对血浆蛋白的结合具有竞争性置换作用,可影响游离型药物的作用强度和持续时间。

(3) 脂肪组织增加 老年人细胞内液减少,脂肪组织增加,因此,水溶性强的药物(如吗啡、头孢类等)在组织中的分布容积减少,血药浓度增加,从而容易出现副作用或毒性反应。脂溶性药物(如地西洋、苯巴比妥、利多卡因等)在组织中的分布容积增大,药物作用持续较久,半衰期延长,易引起蓄积中毒。

3. 药物的代谢 药物代谢又称生物转化,是指药物在体内发生的化学变化。肝是药物代谢的主要器官。老年人肝血流量减少、肝药酶活性下降、功能性肝细胞减少,导致代谢能力下降,若药物使用不当容易在体内造成蓄积。因此,老年人在应用洋地黄、氨茶碱、利多卡因、普萘洛尔等主要由肝代谢的药物时,应减少用药剂量,延长给药间隔时间。

4. 药物的排泄 药物的排泄是指药物在体内经吸收、分布、代谢后,最后以药物原形或其代谢物的形式通过排泄器官或分泌器官排出体外的过程。肾脏是药物排泄的主要器官。老年人的肾血流量减少、肾小球数目减少且滤过率降低、肾小管主动分泌和重吸收功能降低等,使肾功能减退,药物排泄延缓,容易造成药物在体内蓄积。因此,在使用青霉素 G、地高辛、氨基糖苷类抗生素、苯巴比妥等主要由肾排泄的药物

时,应注意调整用药剂量和给药间隔时间。

(二) 老年人药物效应动力学特点

药物效应动力学(pharmacodynamics)简称药效学,主要研究药物的效应、作用机制以及剂量与效应之间的规律。药物效应可因个体、病原体、环境条件、联合用药等原因,发生效应增强、减弱或质的变化及毒副反应变化。

老年药效学改变的特点:对大多数药物的敏感性增高,对少数药物的敏感性降低,药物耐受性下降,药物不良反应发生率增加。老年人往往用药依从性降低,也是影响药物效应的重要因素之一。

1. 对中枢神经抑制药和镇痛药敏感性增高

(1) 由于中枢神经系统功能的退行性变,老年人对中枢神经系统抑制药(如抗抑郁药、镇静催眠药等)敏感性增强,药物半衰期延长,不良反应发生率增加。

(2) 由于肝、肾的解毒和排泄功能减退,老年人对中枢性镇痛药(如吗啡、哌替啶等)的敏感性增高。

2. 对心血管系统药物反应的改变

(1) 由于心血管系统的结构和功能发生明显改变,老年人对洋地黄类强心药的正性肌力作用的敏感性降低,而对其毒性反应的敏感性增高,治疗安全范围缩窄,易发生中毒反应。

(2) 由于血压调节功能减退,老年人使用降压药、利尿药、 β 受体阻滞药、亚硝酸酯类及吩噻嗪类药物时,易发生直立性低血压。

3. 其他

(1) 使用糖皮质激素时,不良反应发生率明显增高,较年轻人更易出现消化性溃疡、出血和骨质疏松症等。

(2) 对胰岛素和口服降血糖药的敏感性增高,易发生低血糖反应。

(3) 因凝血功能减弱,对抗凝血药的敏感性增高。

(4) 抗感染类药物疗效下降,易引起耐药。

(5) 老年人对药物反应的个体差异增大,如不注意用药个体化问题,必然导致不良反应发生率增高或者达不到治疗效果。用药剂量的个体差异性主要与病因、病种、病情、年龄、遗传因素、体质和精神状况等有关。

(三) 老年人用药的不良反应

药物不良反应(adverse drug reaction, ADR)是指常规剂量的药物用于预防、诊断、治疗疾病或调节生理功能时出现的与用药目的无关,对机体不利或有害的反应,包括药物副作用、毒性反应、继发反应、变态反应及与特异性遗传素质有关的反应等。老年人药物不良反应发生率高,程度和后果较严重,表现特殊。护理人员要密切观察和预防不良反应,提高老年人用药安全性。



1. 老年人用药常见不良反应

(1) 精神症状 老年人中枢神经系统对某些药物敏感性增高,可引起焦虑、抑郁、精神错乱和痴呆等精神症状。

(2) 直立性低血压 老年人血管运动中枢的调节功能下降,压力感受器功能障碍,即使没有药物的影响,也会因为体位的突然改变而产生头晕等症状,在使用降压药、利尿药、血管扩张药等药物时,更易发生直立性低血压。

(3) 耳毒性 老年人由于内耳毛细胞数目减少,听力有所下降,易受药物影响,损害前庭时可表现眩晕、头痛、恶心和共济失调等。损害耳蜗时主要症状是耳鸣、耳聋。因此应尽量避免应用卡那霉素、庆大霉素等有耳毒性的药物。

(4) 尿潴留 老年人使用三环类抗抑郁药和抗帕金森病药时可引起尿潴留,尤其是伴有前列腺增生和膀胱颈纤维病变的老年人更易发生。因此,使用该类药物时,应以小剂量分次服用开始,逐渐加量,密切观察。强效利尿药(如呋塞米等)若用于患有前列腺增生的老年人,也可引起尿潴留。

(5) 药物中毒 老年人各脏器生理功能减退,尤其是心、肝、肾功能减退,容易产生药物蓄积性中毒反应。

2. 老年人用药不良反应的特点

(1) 发生率高 老年人 ADR 发生率为 15%~27%,比年轻人高 3 倍以上,女性高于男性。ADR 发生率与年龄成正比。其原因主要包括以下几种。① 生理因素:老年人肝、肾功能衰退,药物代谢和药效反应发生改变,用药反应剂量个体差异大。② 病理因素:老年人常患多种疾病,脏器功能减退,药物耐受性差,易发生 ADR。③ 药物因素:研究显示,药物不良反应的发生率与用药种类成正相关。老年人常同时患多种疾病,联合用药机会多,因而发生 ADR 的概率高。④ 服药依从性差:服药依从性(drug compliance)是指患者服药行为与医嘱的符合程度。老年人未按医嘱准确服药的比例高达 40%,表现为随意增减药量、诊断不明自行用药、不按时间规则服药、擅自停药或停药过快,服药时未遵医嘱限制饮食、饮酒或吸烟不节制等。老年人服药依从性下降,主要与年龄大、理解力下降、记忆力减退;对遵医嘱用药的认识不足;同时服用多种药;经济收入低,无力购买药物;照顾者的支持、关心不够等因素有关。

(2) 程度和后果较严重 老年人发生药物不良反应的程度往往较高,后果也较严重。很多药物会导致老年人发生直立性低血压,出现晕厥、跌倒,甚至死亡。调查显示,在我国因药物不良反应而住院治疗的老年人占 1/3,与 ADR 有关的死亡患者中,1/2 是老年人。

(3) 表现特殊

1) 症状常不典型,与原发病不易鉴别 老年人 ADR 的表现常不典型,如精神症状、直立性低血压、便秘、尿失禁、尿潴留、共济失调致跌倒等,易与老年病症状相混淆。

2) 药物矛盾反应多见 老年人用药后较易出现与用药治疗效果相反的特殊不良反应,如用硝苯地平治疗心绞痛,反而诱发心绞痛;应用激素抗过敏,反而引起过敏反应等。

3. 不良反应的预防和处理

(1) 严格遵医嘱用药。不可随意增减用药或停药,不可无诊断自行用药,不可听信广告用药或迷信名、贵、新药或保健品。

(2) 尽量不用或少用药。

(3) 不滥用维生素、滋补药、保健品等,保持合理饮食、乐观心态、适宜运动等良好生活习惯。

(4) 遵循选药原则及应用原则,在明确诊断的基础上,选择疗效肯定、最小有效剂量的药物。

(5) 根据老年人生理特点、各器官功能状况,结合所患疾病的种类、严重程度,制订个体化的给药方案。

(6) 用药期间控制好烟、酒、糖、茶等摄入,严格按照药品说明注意饮食,以免影响药效。

(7) 定期监测肝、肾等脏器功能,及时调整用药种类和剂量。

(8) 密切观察用药反应和病情变化,一旦发现异常,立即停药,保存好残余药,马上报告医生,及时入院就诊。发生严重不良反应时,应在医生到来前,协助老年人平卧,头偏向一侧以防止呕吐时误吸,保持呼吸道通畅。密切观察生命体征、尿量,注意保暖。如发生呼吸、心搏停止,立即进行心肺复苏,有条件的立即吸氧。

知识拓展

一、用药依从性的评价

用药依从性的评价见表 11-1。

表 11-1 Morisky 用药依从性问卷 (MMAS-8)

请您根据真实情况选择正确的答案,在答案前的“□”内打钩或涂黑。	
1. 您是否曾有忘记用药的经历?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 在过去的 2 周内,是否曾有一天或几天您忘记服药?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 治疗期间,当您觉得症状加重或出现其他症状时,您是否未告知医生而自行减少药量或停止服药?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 当您外出旅行或长时间离家时,您是否有时忘记随身携带药物?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 昨天您服药了吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 当您觉得自己的肿瘤已经得到控制时,您是否停止过服药?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您是否觉得坚持治疗计划有困难?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 您觉得要记住按时按量服药很难吗?	<input type="checkbox"/> 从不 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 所有时间

注:① 1~7 题的备选答案为“是”“否”,答“是”记 0 分,答“否”记 1 分,其中第 5 题为反向计分。② 第 8 题备选答案为“从不”“偶尔”“有时”“经常”“所有时间”,分别记 1 分、0.75 分、0.50 分、0.25 分和 0 分。③ 量表满分为 8 分,得分 <6 分为依从性差,得分 6~8 分为依从性中等,得分 8 分为依从性好。

二、提高老年人用药依从性的方法

1. 建立伙伴式护患关系 引导老年人主动参与治疗方案的讨论和制订,鼓励老年人表达意愿、提出问题,可根据老年人意愿和实际情况,适当调整治疗方案,增强老年人参与的积极性和信心,关注老年人心理状况,及时解决存在的问题。

2. 应用简单易执行的用药方案,指导简单易记

(1) 用药方案力求简单易懂,减少服药种类、次数,缩短疗程,选择适合的药物剂型。

(2) 以通俗易懂、简单明了的语言或老年人能接受的方式解释用药必要性、方法、注意事项等,并附书面说明。

(3) 在药品标签上以醒目的颜色和大气标明药品名称、剂量、用法。

(4) 与老年人一起制定个体化用药方法,将老年人服药行为与日常生活习惯联系起来,将药物放在固定、易见处,固定服药时间。

(5) 可应用闹铃、服药提醒器等辅助设备(图 11-1),不同颜色的药袋或药瓶,醒目的标签等巧妙的方法,使老年人更易遵医嘱服药。



图 11-1 智能电子提醒药盒

3. 实行行为监测 对老年人的服药行为进行监督,教会和鼓励老年人或其照顾者写服药记录、病情观察记录,及时了解是否存在用药依从性差的情况。

4. 促进家庭有效应对 加强对老年人家属的指导和沟通,使其参与督促和协助老年人遵医嘱用药,帮助检查用药是否存在不当情况。

5. 定期随访 做好跟踪随访工作,经常评估老年人用药依从性情况并分析依从性差的原因,及时解决问题,不断强化好的用药习惯,有利于老年人服药依从性的提高。

知识 2 老年人用药原则

WHO 将合理使用药物定义为:“患者能得到适合自身的临床需要和符合其个体

需要的药品以及正确的用药方法(剂量、给药间隔时间和疗程),这些药物须质量可靠,可获得且可负担,对患者和社会的费用最低。”由此可见,合理使用药物包含安全、有效和经济3个基本要素。老年人由于各器官功能衰退,对药物的耐受程度明显下降,要求在为老年人用药时,一定要权衡利弊,确保用药对老年人有益,即受益原则作为老年人用药的总指导原则。

(一) 选药原则

1. 做到六先六后

(1) 先明确诊断,后用药 用药前必须了解老年人的健康史、既往用药史以及目前用药情况,仔细分析引起老年人机体异常的原因,评估是老化还是病理性损害所致,然后做出正确诊断,根据用药指征选择疗效确切、毒副反应小的药物。

(2) 先非药物治疗,后药物治疗 俗话说“是药三分毒”,因此老年人治疗疾病,能用非药物治疗解决的,首选非药物治疗,包括物理疗法、饮食疗法和心理疗法等。除急症和器质性病变外,老年人应尽量不用药物。

(3) 先老药,后新药 用药时应首选老药。因新药的临床预实验往往未将老年人群纳入,有可能对老年人有意外的毒副反应,老药则相对安全。

(4) 先外用药,后内服药 为了减少对老年人机体的毒副反应,能用外用药治疗的疾病(如皮肤病、扭伤等),最好不用内服药物治疗。

(5) 先内服药,后注射药 由于老年人心、肝、肾等脏器功能减退,为安全起见,能用内服药使疾病缓解时,最好不用注射药。

(6) 先中药,后西药 中药大多数属于天然药物,毒副反应明显低于化学药物,对老年人来说相对更安全。

2. 种类宜少勿多 给老年人用药应抓主要矛盾,尽量给予单种药物。必须联合用药时,应遵循少而精、先重急、后轻缓的基本原则,尽量选用疗效协同、毒副作用相拮抗的药物,避免合并使用有相同作用或相同副作用的药物,用药种类以不超过5种为宜。

3. 用药个体化,方案简单化 不同老年人衰老的程度不同,患病史和药物治疗史也不同,因此应根据老年人的具体情况量身定制适合的药物、剂量和给药途径。如可的松必须在肝代谢为氢化可的松才能发挥疗效,因此有肝功能障碍的患者,不应使用可的松,而应当直接使用氢化可的松。尽可能地选择简洁明了的用药方案,减少用药种类和给药次数,避免间歇或交替服药,药物标识清晰,包装开启容易、方便,提高用药依从性。

4. 不滥用维生素、滋补药或抗衰老药 应严格掌握老年人应用维生素的适应证,注意维生素与其他药物间的相互作用。根据老年人的机体状况,科学选用滋补药、保健药,符合辨证施补、合理配伍的原则。



(二) 应用原则

赛在金教授推荐的老年人用药五大原则如下。

1. 受益原则 给老年人用药时必须权衡利弊,以确保用药对患者有益。当用药的受益/风险比值 >1 时,认为用药对患者有益,则可用。反之,如果受益/风险比值 <1 者,则不用药。目前,许多老年病无相应的药物治疗或药物治疗无效,如此时仍坚持用药,则药物不良反应对老年人的危害大于疾病本身,故这类疾病应避免使用药物治疗。例如,对于老年性心律失常,如果既无器质性心脏病又无血流动力学障碍,则发生心源性猝死的概率很小,而长期使用抗心律失常药反而可能发生药源性心律失常,增加死亡率,因此,对这类患者应尽可能地不用或少用抗心律失常药。选择药物时应注意选疗效确切而毒副反应小的药物,同时还要考虑既往疾病史及各器官的功能情况,可以不用药物治疗的则不要急于用药,可先通过改变不良生活习惯、调节饮食、疏导心理情绪等方式处理。

2. 5种药物原则 老年人同时用药尽量控制在5种以下。过多使用药物,不仅增加经济负担,减少用药依从性,还增加了ADR的发生率。虽然并非所有药物相互作用都能导致ADR,但药物种类越多,潜在的危险性越大。当用药超过5种时,应考虑是否都是必要用药,以及用药依从性和ADR等问题。要具体分析老年人现阶段的病情变化,明确治疗目标,抓主要矛盾,选择主要药物进行治疗。如果病情危重确需使用多种药物,当病情稳定后,仍应遵守5种药物原则。

3. 小剂量原则 由于老年人肝、肾功能减退,药代动力学和药效学发生改变,应用常规成年人药物剂量治疗疾病时,药物的毒副反应有可能增加,所以用药剂量应小。《中华人民共和国药典》(2020年版)规定老年人用药量为成年人量的 $3/4$ 。小剂量原则是老年人开始和维持治疗的重要策略,尤其是肝素、华法林、阿米替林、地高辛、庆大霉素等药物。小剂量原则包含两层含义,一是能用较小剂量达到治疗目的的,就没必要使用大剂量;二是从小递增,由于老年人个体差异特别大,为安全起见,用药可从小剂量开始,通过密切观察分析等,逐渐增至最佳剂量。

4. 择时原则 根据时间生物学和时间药理学原理,选择最合适的用药时间进行治疗,以提高疗效和减少不良反应。许多疾病的发作、加重有昼夜规律的变化,如脑血栓、哮喘、变异异性心绞痛常在夜间出现,急性心肌梗死和脑出血的发病高峰在上午,类风湿性关节炎常在清晨出现关节僵硬;药物代谢也有昼夜节律变化,如白天肠蠕动快,用药吸收快;药效动力学也同样有昼夜节律变化,如胰岛素的降糖作用,上午大于下午。因此,进行用药治疗时,要掌握这些规律变化,确定最佳用药时间和间隔时间。

5. 暂停用药原则 老年人用药期间,应密切观察,一旦出现新的症状,应评估是药物的不良反应还是病情进展所致。因为这两种情况的处理截然不同,宜先在监护下停药观察。对于服药的老年人出现新症状,停药受益明显多于加药受益。暂停用药是现代老年病学中简单、有效的干预措施之一。

技术 老年人安全用药指导(口服给药法)

1. 评估

(1) 评估老年人用药史 仔细询问老年人以往及目前用药情况,包括药物名称、剂量、用法、服用时间、用药效果、有无发生副作用情况、有无药物过敏史以及老年人对药物的了解情况,建立完整的用药记录。

(2) 评估老年人的服药能力 要定期评估老年人的服药能力并做好记录。评估内容包括视力、听力、理解力、阅读力、记忆力、口腔情况、吞咽功能、手足运动功能等。通过评估,判断老年人了解用药目的、区别药物种类、自行取药、遵医嘱准时准确用药、坚持用药、及时发现不良反应、识别停药时机的能力,以确定合理的给药途径、辅助手段和观察方法。

(3) 评估老年人各脏器功能及其他并存疾病情况 详细评估老年人各脏器的功能情况,特别是肝、肾功能指标,以判断用药的合理性,避免药物蓄积而造成中毒。长期用药者,建议每隔 1~2 个月复查肝、肾功能。评估老年人有无其他并存疾病,并了解用药情况,防止因多种药物同时服用而导致药效受影响或毒副反应加重等危险情况。了解是否存在需要禁食等影响给药的情况。

(4) 评估老年人的饮食习惯 评估老年人的饮食是否规律,进食时间、饮食习惯、种类等,以了解是否对服药方法产生影响,并为制订科学、合理、人性的服药方案提供帮助。

(5) 评估心理、社会情况 ① 评估老年人的经济能力是否会影响药物的选择和使用。② 评估老年人对目前治疗方案的了解、认知程度和接受程度,对药物本身的理解,是否存在用药依赖或恐惧心理,是否存在滥用药物等用药依从性问题。③ 评估老年人文化程度,饮食习惯,有无烟、酒、茶嗜好。④ 评估老年人的家属支持情况,是否存在影响用药的因素。

2. 计划

(1) 环境准备 环境整洁,光线、温度、湿度适宜,安全,空气清新无异味。

(2) 用物准备 药物、温开水、服药单。酌情准备量杯、汤匙、滴管等。

(3) 护理人员准备

1) 着装整洁,洗手,必要时戴口罩。

2) 根据医嘱备药。

3) 熟悉老年人治疗方案,设计个体化的服药方案,提高老年人用药依从性。

4) 熟悉口服药常用剂型及正确服用方法。

(4) 老年人准备

1) 了解用药方案、方法等。



- 2) 取舒适体位。
 - 3) 身体状况允许口服给药时,必要时提前如厕。
3. 实施 协助老年人口服给药流程见图 11-2。

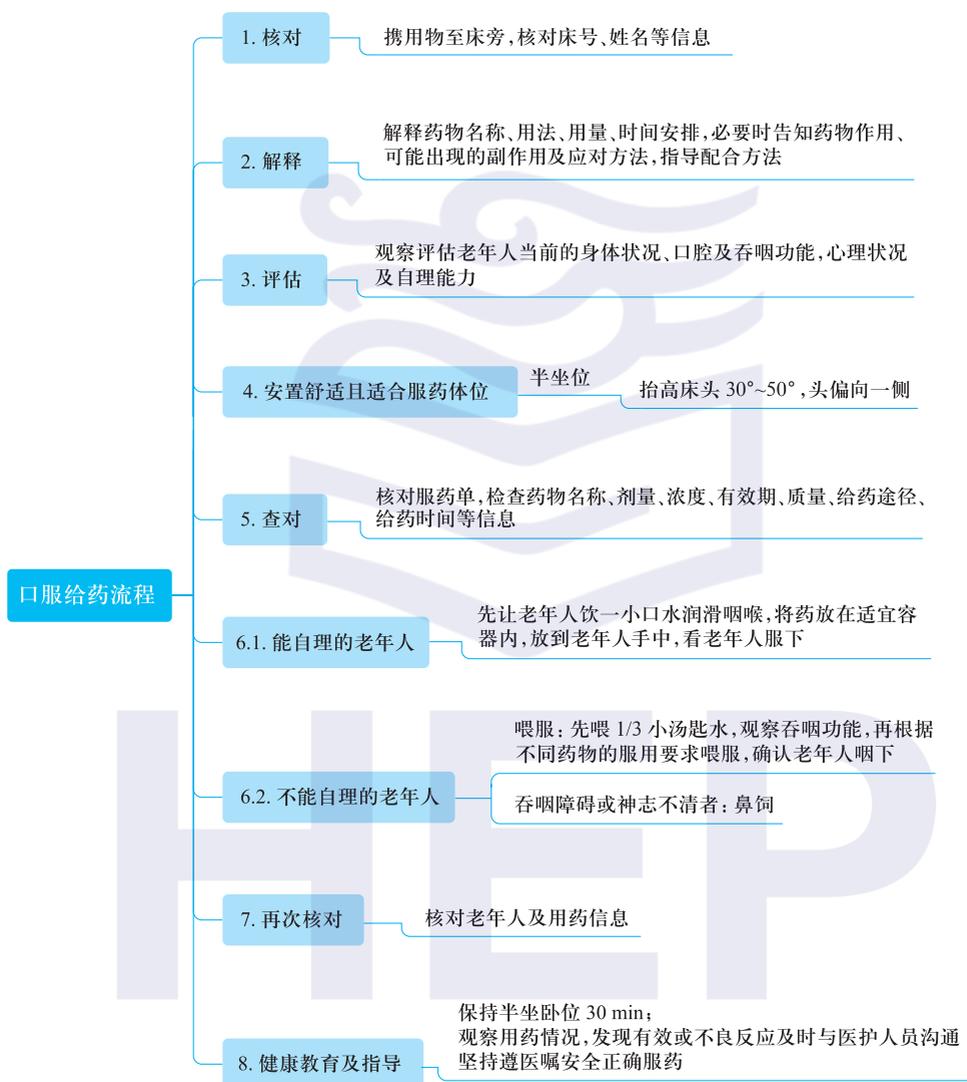


图 11-2 协助老年人口服给药流程

4. 评价

- (1) 老年人满意,用药安全、有效。
- (2) 护理人员操作规范、流程熟练。
- (3) 护患沟通有效,老年人理解遵医嘱用药的重要性。

情景再现

1. 活动情景 李爷爷,68岁,体型较胖,因患有高血压、心脏病、脂肪肝,每天需服用3种药物,其中一种为每日1次、每次1片,其他两种是每日3次、每次1片。李



爷爷有时嫌每日3次服药太麻烦,会改成两次。近日,李爷爷因尿路感染入院治疗,医嘱给予复方磺胺甲基异噁唑口服。护士小张执行协助李爷爷口服用药的任务。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握口服给药的流程及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动。操作前正确评估老年人的用药情况,操作中方法正确,安全、有效,注重人文关怀,操作后有针对性地对李爷爷进行健康教育,以提高其服药依从性。期间应设计李爷爷自理、非自理等不同情景。

4. 效果评价 见二维码。

(郭春红)

HEEP



口服给药法
评价表



单元测验



单元十二 老年人常见疾病的 护理

老年人常见疾病的护理

1. 知识

目标1

- 了解老年人常见疾病的概述和辅助检查
- 熟悉老年人常见疾病的临床特点
- 掌握老年人常见疾病的护理措施和健康指导要点

2. 能力

目标2

- 能为老年患者实施疾病知识的健康教育
- 能正确地指导老年患者进行基本的病情监测
- 能正确地指导老年患者进行康复锻炼

3. 素质

目标3

- 养成良好的职业素养
- 具有高度的责任心, 尊重、关心、善待老年人
- 逐步树立养老护理岗位的就业观

学先知

名言 莫道桑榆晚, 为霞尚满天。

译文 这是唐代诗人刘禹锡的《酬乐天咏老见示》中的诗句, 这句诗的意思是桑榆虽然已是晚景, 但仍然可以像晚霞一样满天通红、灿烂无比。

启示 人到老年也需要勇敢地面对衰老和疾病, 不消极, 不悲观, 从嗟老叹老的情绪中解脱出来, 以此映照出一种旷达乐观、积极进取的人生态度, 树立积极的老年健康观, 老有所乐, 老有所为。

情景案例一

李奶奶, 64岁, 以“双眼视物模糊、无痛性视力下降1年余”为主诉入院。专科检查: 双眼结膜无充血, 角膜透明, 前房深、清。晶状体浑浊明显, 玻璃体浑浊, 诊断为“白内障”。李奶奶住院准备接受白内障摘除术及人工晶状体植入术。

案例任务:

1. 怎样对李奶奶做术前指导?
2. 术后如何指导李奶奶或家属滴眼药水?

情景案例二

王大爷, 85岁, 退休工人。听力下降2~3年, 原因不明, 最近半年有所加重, 无明显耳鸣症状。专科检查: 双耳外耳道有少量油性分泌物, 无先天性和创伤性耳朵畸形。纯音听力测试提示双耳听力下降。诊断为“老年性聋”。

请问:

1. 怎样为王大爷选择助听器?
2. 怎样指导王大爷使用助听器?

情景案例三

李伯伯,男,72岁,患高血压15年。平时情绪波动时常感觉头晕、头痛,血压波动在150~170/70~90 mmHg。近3年来,每次于劳累后出现胸闷、气短。2天前,步行至5楼时出现头晕、胸闷、气短,无胸痛,卧床休息症状未缓解。体检:血压180/80 mmHg,意识清楚,双下肢无水肿,病理反射未引出。心脏超声:左心室轻度增厚,左房增大。

案例任务:

1. 李伯伯患了什么病?
2. 针对李伯伯胸闷、气短,护士应采取哪些护理措施?
3. 应该怎样对李伯伯进行健康指导?

情景案例四

张伯伯,75岁,高中文化,有高血压病史25年。3年前,家人发现张伯伯的记忆力出现了问题,常常对刚刚做过的事情不能回忆;总怀疑别人偷他的东西;打麻将输赢算不清钱;经常询问时间。近1年来,多次走失,对熟悉的人常常叫不出名字或认错。护理体检:体温36.4℃,脉率68次/min,血压150/80 mmHg,呼吸18次/min。营养中等,意识清楚。

案例任务:

1. 张伯伯发生了什么情况?
2. 根据张伯伯的表现,请总结其所患疾病的特点。
3. 针对以上特点应采取哪些护理措施?

情景案例五

赵奶奶,71岁,身体肥胖。10年前因去医院健康体检偶然发现血糖高,空腹血糖为7.5 mmol/L,餐后血糖为15.6 mmol/L,诊断为糖尿病,自服降血糖药物治疗。赵奶奶认为药物完全可以控制血糖,所以对饮食不加控制,并且很少活动。平时既没有监测血糖,也没有去医院定期复查。

案例任务:

1. 总结这位老年人所患疾病的特点。
2. 根据赵奶奶的患病情况,制订切实可行的健康教育计划。

学而思

作为专业的护理人员,说说你在工作中应该怎样跟老年患者进行有效的沟通,如何体现敬老爱老,使老年人积极乐观地面对疾病。谈谈你对“莫道桑榆晚,为霞尚满天”这句话的理解,并且说一说在护理老年患者时如何运用。

随着老年人生理功能的退化,免疫功能及抵抗力也在不断下降,老年人患各种疾

病的风险也越来越高。老年疾病具有发病率高、慢性病多、病情复杂、住院时间长、医疗需求高等特点,在医疗、护理及保健方面有特殊需求,需要给予特别关注。因此,老年疾病护理应以老年人为主体,从其身心、社会文化的需要出发去考虑其健康问题及护理措施,解决其实际需要,让老年人及其照顾者共同参与护理活动,满足其护理需求。照护者应该对老年疾病护理工作引起足够重视,以减轻家庭和社会负担。

知识 1 老年性白内障的预防

(一) 疾病概要

人眼正常的晶状体是透明的,光线通过它的聚焦到达视网膜,从而清晰地看到外界物体。晶状体浑浊即白内障。许多原因均可引起晶状体囊膜损伤或导致晶状体代谢紊乱,使晶状体蛋白发生变性,造成浑浊。老年性白内障(senile cataract, SC)指中年以后因晶状体蛋白变性浑浊引起的视功能障碍,是后天白内障最常见的类型,发病率随年龄增长而上升,故又称年龄相关性白内障,是我国老年人致盲最主要的原因。白内障多见于40岁以上的人群,随着年龄增加,患病率明显增高,80岁以上的老年人,白内障的患病率为100%。在我国,西藏地区白内障的发病率最高。年龄、职业、紫外线照射、过量饮酒、吸烟、营养状况以及糖尿病、心血管疾病(尤其是高血压)等均是引起老年性白内障的危险因素。晶状体的位置见图12-1。

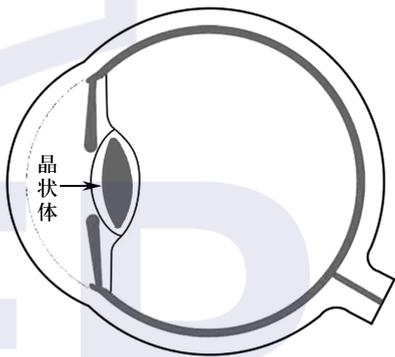


图 12-1 晶状体的位置

(二) 临床特点

老年性白内障早期常出现眼前固定不动的黑点,可有单眼复视、屈光改变等表现,无痛性、进行性视力减退,最后只剩光感。老年人因视力障碍影响工作、学习、日常生活,继而影响他们的饮食起居以及外出、社会交往等,严重妨碍老年患者的日常生活能力,从而使其产生消极悲观的情绪。

(三) 辅助检查

1. **眼压检测** 正常值应在 10~20 mmHg,如眼压测定高于正常值,提示有可能患白内障。
2. **视力检查** 了解老年人视力是否正常,是否需要换配眼镜。
3. **视野检查** 了解视野有无缺损。
4. **眼底检查** 观察眼的屈光介质有无浑浊,观察视网膜和脉络膜红光反射,若

出现黑色轮廓像为晶状体浑浊,提示患白内障。

(四) 护理措施

1. 生活护理 根据视力障碍程度给予帮助和支持,帮助其制订适宜的生活方式方案。对老年人居住环境及其用品适当调整,有跌倒危险的老年人床头悬挂“防跌倒”标识,活动空间不留障碍物,加强巡视,防止碰撞;厕所必须安置方便设施,如坐便器、扶手等,并教会老年人使用;日常生活用品固定摆放,不随意改变周围的环境;阅读时选择印刷字体大,对比度强,间距宽的书籍,增加光线的亮度,看电视、读书、看报时间不宜过长,减少视疲劳;教会老年人使用传呼系统,鼓励其寻求帮助。

2. 用药护理 早期白内障老年人的护理,根据医嘱使用谷胱甘肽滴眼液、白内停滴眼液、口服维生素 C 等药物,可能会延缓白内障的进展。

3. 病情观察 老年人如出现头痛、眼痛、视力下降、恶心、呕吐等青光眼的早期症状,应立即到医院检查,可能为急性青光眼先兆;突然出现流泪、畏光、睫状体充血提示出现葡萄膜炎;慎用散瞳剂如阿托品,尤其在膨胀期,容易诱发急性闭角型青光眼。

4. 术前护理 ① 了解老年人对手术的心理接受程度,给予心理疏导。② 协助老年人进行各项术前检查,并说明检查目的、意义。③ 双眼泪道冲洗和术眼结膜囊冲洗。④ 用散瞳滴眼液将术眼充分散瞳。

5. 术后护理 ① 手术后嘱老年人卧床休息。② 术眼用硬质眼罩保护。③ 防止外力碰撞;严密观察有无并发症,及时给予处理。④ 按医嘱正确使用滴眼液。

6. 心理护理 关心和鼓励老年患者,积极治疗,鼓励老年患者生活自理,战胜恐惧、悲观情绪。

7. 健康指导

(1) 疾病相关知识指导 向老年人及家属讲解有关眼部的自我护理常识,保持眼部卫生,生活用具专人专用,洗脸时用清洁柔软的毛巾,勿用力揉术眼,洗头洗澡时,不要让脏水进入眼睛等,教会老年人正确使用滴眼液或涂眼药膏的方法。

(2) 生活指导 饮食宜选择清淡、易消化的食物,忌食辛辣、刺激性食物,多进食富含维生素、纤维素食物,保持大便通畅。

8. 白内障的预防

(1) 避开强光紫外线 太阳光紫外线对晶状体损害明显,要科学地正确佩戴太阳镜。

(2) 用眼时间不要太长 看书、看报、看电视,每次用眼时间不要超过 30 min,避免眼睛疲劳。

(3) 避免机体缺水 老年人体内缺水,是导致晶状体变浑浊的原因之一,要养成多饮水的习惯。



(4) 合理膳食 长期接触紫外线及氧气会使晶状体变浑浊,而维生素 C 有一定的抵御作用,故应多吃富含维生素 C 的食物如西红柿、猕猴桃、柠檬等。多吃富含硒的食物如菇类、谷物、鱼、虾等。常饮茶,茶叶含有丰富的鞣酸,具有抗氧化作用。有人研究,每日饮茶 5 杯,对防止白内障的发生和发展具有良好的效果。

(5) 减少辐射 手机在接通开始 3~5 s 不要立即通话,看电视的距离应适当,最佳距离为屏幕对角线长度的 3~4 倍。

(6) 控制血糖 糖尿病患者,白内障的发展速度较快,所以糖尿病患者必须要控制好血糖。

(7) 戒烟 大家都知道长期吸烟会增加患肺癌的风险,有研究表明吸烟也会导致白内障。长期吸烟者白内障的发生率明显高于不吸烟者。

(8) 避免外伤 生活及运动中要保护好眼睛,因为眼部外伤也可以导致白内障的发生。

知识 2 老年性聋的预防

(一) 疾病概要

随着年龄的增长,人体的许多组织和器官都在缓慢地老化,如神经细胞减少,神经递质及神经活性物质异常,神经纤维传导速度减慢,自由基代谢障碍,酶的活性下降,结缔组织变性等,在临床上则表现为记忆力衰退、毛发变白、牙齿脱落、肌肉萎缩以及血管硬化等衰老现象。人的听觉系统在敏感性、感知度以及对微小刺激的辨别力上都比其他感觉系统优越,当衰老累及听觉系统时便会出现听力减退,言语分辨率下降,这便是老年性聋(presbycusis)。老年性聋是指随着年龄增长,双耳听力进行性下降,以高频听力下降为主的感觉神经性耳聋。老年性聋是由多种因素共同作用引起的,遗传、饮食、环境、精神因素等与老年性聋密切相关,高血压、动脉硬化、高脂血症和糖尿病等是加速老年性聋的重要因素。老年性聋多先从高频开始发生,逐渐向低频音域扩展,当耳聋涉及主要言语频率后,便会引起听觉障碍。

老年性聋的发病率有以下共同规律:城市高于农村;工业从业人员高于农业从业人员;心血管疾病患者高于一般居民;有慢性病灶的人高于普通健康居民;嗜烟酗酒者高于一般老年人。

(二) 临床特点

60 岁以上出现双侧对称性听力下降,原因不明,以高频听力下降为主。表现为听人说话时,喜慢怕快,喜安静怕嘈杂;常有“低音听不见,高音又感觉刺耳难受”的听觉重振现象;言语理解不连贯,常常打岔,有音素衰减现象;常伴有高频性耳鸣,开始为间歇性,渐渐发展成持续性,严重影响老年患者的睡眠。

听力下降影响老年患者的正常交流,导致老年人性情急躁,易产生抑郁、焦虑情绪,时间久了不愿意与人交往,产生与社会隔绝感和孤独感。

(三) 辅助检查

1. **听力测试** 按照我国的标准,听力在 26~40 dB 为二级重听;听力在 41~55 dB 为一级重听;听力在 56~70 dB 为二级聋;听力在 71~90 dB 为一级聋。如果双侧听力均在 56~70 dB,沟通会发生明显障碍。

2. **外耳道检查** 检查耳郭、耳周外形、鼓膜等。

(四) 护理措施

1. **生活护理** 创造良好的沟通环境,交谈时说话吐字清楚且速度稍缓,不高声喊叫。对老年患者不理解的语言,多用眼神或身体语言交流。对视力较好的老年患者可借助写字板或其他辅助器具与其交谈。适度使用触摸传递信息,以表示对老年患者的热情和关爱。鼓励老年患者适当运动,可选择打太极拳、八段锦和慢走等,以促进全身的血液循环。

2. **饮食护理** 限制脂肪的摄入,增加维生素的摄入,戒烟限酒,不喝浓茶、咖啡或者避免摄入其他刺激性食物。

3. **用药指导** 遵医嘱服用改善内耳的药物,如他巴唑、双嘧达莫等,注意避免服用耳毒性药物,注意观察药物不良反应。

4. **心理护理** 由于老年人听力下降,造成与人交流困难,逐渐与朋友、家人疏远,与社会隔绝,易产生抑郁情绪。因此,要耐心地给予老年患者帮助,加强与老年患者的沟通交流,同时要帮助老年患者接受听力减退的现实,寻找积极的生活方式,增强其生活乐趣和社会交往能力。

知识拓展

助听器的使用

1. **佩戴助听器的适应证** 验配助听器前,必须由专业医生全面检查,根据听力损害程度,选择合适的助听器。不可自行选购、随意佩戴,以免损害残存的听力。耳背式助听器见图 12-2,盒式助听器见图 12-3。

2. **佩戴时间及调整** 首先指导老年患者掌握助听器的各种开关功能。老年患者佩戴助听器有一个适应过程,一般为 3~5 个月。适应期内,助听器的音量应尽量小,使用 2~3 个月后重新调整音量和各种控制装置。注意初戴助听器时,应每天先戴 1~2 h,几天后逐渐延长佩戴时间,而且上、下午应分开,待完全适应后全天佩戴。

3. **对话训练** 开始时,先在安静的环境中训练听自己的声音,适应后练习听电视或收音机里播音员的讲话,逐步收听其他节目,然后训练对话。训练时,开始要在安静环境下一对一地进行,适应后可进入较多人的环境中练习。



图 12-2 耳背式助听器



图 12-3 盒式助听器

5. 健康指导

(1) 疾病知识指导 对有听力异常的老年患者早期进行听力检查,早发现以采取必要措施,主要是改善老年患者的居住环境,避免噪声,积极治疗和预防某些老年性全身性疾病,如高血压、动脉硬化、糖尿病等。

(2) 运动指导 适度增加锻炼,避免过度劳累,遇事乐观,保持心情舒畅;教会老年患者用手掌按压耳朵和用示指按压环揉耳屏,每日 3~4 次,以增加耳膜活动,促进局部血液循环,防止听力下降。

6. 老年性聋的预防

- (1) 尽量避免噪声 力求有一个比较安静的工作和生活环境。
- (2) 不随便挖耳朵 防止外耳道和鼓膜的损伤。
- (3) 节制饮食 少吃含有高脂肪、高胆固醇的食物,减少心血管病的发生。
- (4) 戒除烟酒 以免其中的尼古丁、乙醇成分对内耳的损害。
- (5) 劳逸结合 适当参加一些力所能及的劳动,避免精神紧张和情绪激动。
- (6) 适宜运动 如郊游、散步、打太极拳和练气功等,促进全身血液循环,加强内耳器官的血液供应,改善内耳器官的代谢功能。
- (7) 按摩 经常用手按摩耳郭并轻轻地用掌心向内耳挤压和放松,或用手指不停地挤压耳屏,可以对鼓膜起到按摩作用。
- (8) 保护鼓膜 遇到巨响,或燃放鞭炮时,用手捂耳。
- (9) 避免使用对耳有毒性的药物 如链霉素、卡那霉素、新霉素等。

知识 3 老年慢性阻塞性肺疾病的护理

(一) 疾病概要

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)简称慢阻肺,是一种呈进行性发展、不可逆、持续的以气流受限为特征的疾病。本病是可以预防 and 治疗的,其发展与气道和肺组织对香烟、烟雾等有害气体的异常炎症反应有关。COPD



是呼吸系统常见病和多发病,其患病率和死亡率均居高不下,且有逐年增加之势。COPD居全世界死亡原因的第4位,居我国死亡原因的第3位。由于COPD患者人数多、死亡率高,社会和经济负担过重,已成为一个重要的公共卫生问题,世界银行/世界卫生组织公布,至2020年COPD已占世界疾病经济负担的第5位。

慢阻肺与慢性支气管炎和肺气肿关系密切。慢性支气管炎(简称慢支)是指支气管壁的慢性、非特异性炎症。患者每年咳嗽、咳痰3个月以上并连续2年,排除其他已知原因的慢性咳嗽,即可诊断为慢性支气管炎。肺气肿是指肺部终末细支气管远端气腔出现异常持久的扩张,并伴有肺泡壁和细支气管的破坏而无明显肺纤维化。当慢性支气管炎、肺气肿患者肺功能检查出现持续气流受限,并且不完全可逆时,则诊断为COPD。如患者只有慢性支气管炎和肺气肿表现,而无气流受限,则不能诊断为COPD。支气管哮喘也具有气流受限,但大多数哮喘患者的气流受限具有显著可逆性,故不属于COPD。

(二) 临床特点

与一般成年人相比,老年COPD具有以下特点:呼吸困难更严重,在日常生活甚至休息时也感到气促;机体反应能力差,典型症状弱化或缺如,表现为厌食、胸闷、少尿、精神萎靡、颜面发绀、呼吸音低或肺内啰音密集等。在炎症发作时体温不升、白细胞不高,咳嗽不重、气促不显著;易反复感染,肺源性心脏病、休克、呼吸性酸中毒、肺性脑病、弥散性血管内凝血(DIC)等并发症的发生率增高。老年人因明显的呼吸困难导致自理能力下降,从而产生焦虑、孤独等消极反应,病情反复可造成忧郁症及失眠,对治疗缺乏信心。

(三) 辅助检查

1. **肺功能检查** 是判断气流受限的主要客观指标。对COPD诊断、严重程度评价、预后判断等有重要的意义。第一秒用力呼气容积(FEV_1)和一般用力肺活量(FVC)分别为评价气流受限的敏感指标和评估COPD严重程度的良好指标。吸入舒张剂后, $FEV_1 < 80%$ 预计值及 $FEV_1/FVC < 70%$ 时,可确定为气流受限不能完全可逆。

2. **胸部X线检查** 早期可无变化,以后可出现肺纹理增粗、紊乱等非特异性改变,也可出现肺气肿改变。

3. **血气分析** 对确定低氧血症、高碳酸血症、酸碱失衡以及判断呼吸衰竭的程度及类型有重要价值。

4. **其他** COPD并发细菌感染时,外周血白细胞增高,核左移。痰培养可检出病原菌。当 $PaO_2 < 55$ mmHg时,血红蛋白及红细胞可增高。

(四) 护理措施

1. **休息与活动** COPD急性期应卧床休息,协助患者采取舒适体位。稳定期根据病情安排适当的活动,以不感到疲劳、不加重症状为宜。



2. 病情观察 观察咳嗽、咳痰及呼吸困难的程度,监测动脉血气分析和水、电解质、酸碱平衡等情况。

3. 氧疗护理 对晚期严重的 COPD 患者应给予控制性氧疗,一般采用鼻导管持续低流量吸氧,每日湿化吸氧 15 h 或以上。

4. 用药护理 COPD 反复感染多需长期应用抗生素,治疗方案应根据感染严重程度或根据病原菌药物敏感试验及时调整。选用抗生素时,应考虑到老年人肾功能减退慎用氨基糖甙类药物。因老年人对药物的耐受性差、药物在体内的半衰期长,易产生毒副反应,故用药过程中需密切监测各种药物的不良反应。如氨茶碱类有恶心、呕吐等胃肠道反应;抗胆碱能药可出现口干、口苦反应;大剂量 β_2 受体激动剂可引起心动过速、心律失常,长期使用可发生肌肉震颤;糖皮质激素可引起老年人高血压、白内障、糖尿病、骨质疏松症及继发性感染等。

5. 心理护理 抑郁会使老年 COPD 患者变得畏缩,与外界隔离,对自己的生活满意度下降,同时会进一步加重失眠。医护人员应与家属相互协作,指导与老年人互动的技巧,鼓励老年人参加各种团体活动,发展个人的社交网络。情绪的改善和社交活动的增加可有效地改善睡眠的质与量。

6. 健康指导

(1) 疾病预防指导 教育和督促老年人戒烟;避免或减少有害粉尘、烟雾及气体吸入,防寒保暖,防治呼吸道感染。

(2) 康复锻炼指导 向老年人及其家属介绍疾病相关知识,使之能理解康复锻炼的意义,并发挥其主观能动性;根据老年人情况制订个体化锻炼计划,进行腹式呼吸或缩唇呼吸训练及步行、慢跑、打太极拳等体育锻炼。

(3) 饮食指导 指导老年人进食高热量、高蛋白、高维生素食物,避免摄入导致产气或便秘的食物。

知识 4 老年高血压的护理

(一) 疾病概要

高血压(hypertension)是指以体循环动脉压升高为主要表现的心血管综合征。发病原因不明的高血压称为原发性高血压(primary hypertension),约占高血压患者的 95%;由某些明确病因或独立疾病引起的血压升高,称为继发性高血压(secondary hypertension),约占高血压患者的 5%。

老年高血压(elderly hypertension)是指年龄 ≥ 65 岁,在未使用抗高血压药物的情况下,体循环动脉压持续或非同日 3 次以上超过正常血压诊断标准,即收缩压(SBP) ≥ 140 mmHg (18.6 kPa) 和 / 或舒张压(DBP) ≥ 90 mmHg (12 kPa) 者。若收缩

压(SBP) ≥ 140 mmHg, 而舒张压(DBP) ≤ 90 mmHg 则定义为老年单纯收缩期高血压(isolated systolic hypertension, ISH)。老年人长期血压增高, 可使微循环毛细血管扭曲、稀疏, 致使重要的脏器如心、脑、肾的结构损害和功能减退, 显著增加老年人患脑卒中、冠心病、肾衰竭与外周动脉疾病等危险, 是老年人致残和致死的主要原因之一。

(二) 临床特点

老年高血压患者与中青年高血压患者相比, 具有其独特的生理特点。

1. **单纯收缩压增高伴脉压增大** 老年人由于大动脉粥样硬化, 导致血管弹性降低, 血管顺应性下降, 出现收缩期血压增高, 舒张期血压正常或偏低, 脉压增大。

2. **血压波动的范围增大** 由于老年人压力感受器的敏感性降低, 体内各种血压调节因素失衡, 致使老年高血压患者血压的昼夜节律性消失, 表现为夜间血压下降幅度小于 10% 或超过 20%, 血压波动明显不稳, 且常出现晨峰高血压现象, 可导致心、脑、肾等器官受损。

3. **易发生直立性低血压** 老年高血压患者由低位快速转换至高位时, 血压会发生突然下降, 出现头晕、视物模糊, 甚至跌倒现象。这可能与老年人压力感受器调节血压的功能减退、血压波动范围增大、餐后低血压、长期卧床等多种因素有关系。

4. **症状不典型且并发症多** 由于老年人感觉功能减退, 反应迟钝, 加之某些老年高血压患者临床表现与血压值的高低并不一定成正比, 因此, 在靶器官明显损害前, 50% 以上患者无症状或症状不典型。随着血压持续升高, 可导致病情进一步发展, 相继出现各种并发症。其中, 冠心病、脑卒中是最常见和最严重的并发症。

知识拓展

血压测量的常见方式

1. **诊室血压** 由医护人员在标准条件下按统一的规范进行测量, 是目前临床诊断高血压、对血压水平分级以及观察降压药物疗效的常用方法。

2. **家庭血压** 适用于一般高血压患者的血压监测、白大衣高血压的识别、难治性高血压的鉴别、评价血压波动情况及辅助降压疗效、预测心血管疾病风险及预后等。家庭测血压可增强患者参与疾病观察的积极性, 提高治疗依从性。

3. **动态血压** 适用于诊断隐蔽性高血压、顽固难治性高血压、发作性高血压或低血压等, 评估血压短时变异、昼夜节律变化以及治疗效果。但不能取代诊室血压测量。

(三) 辅助检查

1. **实验室检查** 血常规、尿常规、血糖、血脂、肾功能、尿酸、电解质等。

2. **24 h 动态血压监测** 24 h 动态血压监测可观察患者血压动态变化, 了解血压的波动范围。



3. 内分泌检测 老年高血压多为低肾素型,表现为血浆肾素活性、醛固酮水平、 β 受体数目及反应性均降低等现象。

(四) 护理措施

1. 一般护理

(1) 休息与活动 帮助患者制订合理的休息与运动计划。患者合适的运动方式有慢跑、步行、打太极拳、练气功等,避免登高、提取重物 and 剧烈运动。活动强度、时间和频度应根据患者高血压危险分层(同内科护理学)标准进行选择。低危组患者不限制一般的体力活动,但要避免重体力活动;中危组患者以运动后自我感觉良好为宜;高危组患者以休息为主,可根据身体的耐受情况做适量的运动;极高危组患者,应绝对卧床休息。

(2) 环境 流行病学调查表明,不良环境因素的刺激是引起血压增高的病因之一。因此,应为老年人创造一个安静、舒适的环境;避免精神紧张、情绪激动、劳累等。同时治疗和护理操作应相对集中,以利于患者充分休息。

(3) 饮食 老年高血压患者以低盐、低脂、低热量、高纤维素饮食为宜。每日钠盐摄入应少于 6 g,限制钠盐可减少水、钠潴留,达到降低血压和改善心功能的目的;低脂饮食可减少胆固醇在血管壁的沉积,延缓动脉粥样硬化;老年人的基础代谢率较低,低热量饮食可降低体重,促进心血管功能;鼓励患者戒烟、限酒,少饮咖啡;多食含纤维素丰富的食物,因食物中的纤维素可与胆汁酸相结合,降低血清胆固醇,增加胆盐在粪便中的排泄,保持大便通畅。

2. 疾病管理 老年高血压患者每天血压波动较大,应定时、多次测量血压,建议一天内测 2~3 次;老年高血压患者易发生直立性低血压,所以测量血压时除需测量卧位血压外,还应测量站立位血压,以掌握患者不同体位时的血压变化情况。同时,应密切观察患者有无出现头晕、意识改变、肢体活动不灵活等靶器官损害的征象。

3. 用药护理 抗高血压药物治疗的目的是控制血压,最大限度地降低心血管疾病的发病率和致死致残率。

(1) 用药原则 ① 小剂量:从小剂量开始,根据病情需要逐渐递增。② 应用长效制剂:长效制剂有 24 h 持续降压作用,可有效地控制夜间及晨峰血压,减少血压大幅度波动,有效地预防心脑血管并发症的发生。③ 联合用药:在低剂量单药治疗疗效不理想时,可采用联合用药。应用既增加降压效果又不增加不良反应的药物,如 β 受体阻滞剂与钙通道阻滞剂联合,但避免使用降压机制相近的药物,如 β 受体阻滞剂与血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂联合使用。④ 个体化:根据患者的病情、耐受性及经济状况等因素选择合适的降压药物。

(2) 抗高血压药物及不良反应 目前用于降压治疗的一线药物主要有六大类,老年高血压患者选用药物受很多因素影响,如高血压危险分层、血压水平、血压升高的

机制、靶器官的损害状态、并存的疾病、降压药物的作用机制等。老年高血压患者常用药物、适应证及不良反应见表 12-1。

表 12-1 老年高血压患者常用药物、适应证及不良反应

药物分类	适应证	不良反应
利尿药	低剂量利尿药,尤其是噻嗪类药物是治疗老年高血压的首选药,特别适用于 ISH 患者	低钾血症、胃肠道反应、高血糖、高尿酸血症
钙通道阻滞药 (CCB)	对老年高血压有效,可作为一线降压药物	下肢水肿、头晕、头痛、心动过速等。心脏传导阻滞和心力衰竭患者禁用非二氢吡啶类钙拮抗药
血管紧张素转换酶抑制药 (ACEI)	可降低心脏的前后负荷,不增加心率,不降低心脑肾血流量,不引起直立性低血压,无停药反跳现象	皮疹、咳嗽、血管性水肿、味觉异常等。肾动脉狭窄者禁用,同时用保钾利尿药应谨慎
血管紧张素 II 受体拮抗药 (ARB)	具有强效、长效、平稳降压的特点,对老年 ISH 有效	不良反应少,极少发生咳嗽
β 受体阻滞药	对老年高血压疗效差。但适用于老年高血压合并心绞痛且心率偏快者,尤其适用于心肌梗死的二级预防	疲乏、耐受力降低。心脏传导阻滞、周围血管病、呼吸道阻塞性疾病慎用或禁用
α 受体阻滞药	适用于老年高血压合并血脂异常、糖耐量异常及周围血管疾病,尤其是有前列腺增生、排尿障碍者	直立性低血压、晕厥、心悸等

4. 心理护理 老年高血压患者的情绪波动会进一步加重病情,故应根据其不同的性格特征给予相应的心理疏导,或采用放松疗法、听音乐、兴趣培养等方法,以减轻患者的精神压力。同时,指导患者家属尽量避免导致患者精神紧张的因素,尽量减少与其矛盾冲突,使其保持稳定的情绪和良好的心态。

5. 健康指导

(1) 疾病知识指导 高血压治疗的长期性决定了防治的重点在于提高患者治疗的依从性,因此,应对患者进行高血压知识培训,提高其对高血压的正确认识,避免出现不愿服药、不难受不服药、不按医嘱服药等现象,养成定时、定量服药,定时、定部位、定部位、定血压计测量血压的习惯。

(2) 生活指导 非药物治疗在老年高血压的治疗过程中起着非常重要的作用。

① 改善生活方式:调整不健康的生活习惯,保持规律的作息时间,避免精神紧张,保持心理平衡。② 合理膳食:低盐、低脂饮食,补充优质蛋白质,增加含钾、钙高的食物,多食蔬菜和水果。③ 坚持有氧运动:长期有氧运动有利于血压降低。老年高血压患者运动时最大心率应保持在(170-年龄)次/min为宜,每周运动3~5次,每次持续30~60 min。④ 控制体重:一是减少总热量的摄入,选择低脂肪、低碳水化合物食物;二是加强体育锻炼,减轻体重,建议将体重指数控制在24以下,其中体重指数

$BMI = \text{体重(kg)} / [\text{身高(m)}]^2$ 。

(3) 用药指导 告知患者及家属有关抗高血压药物的名称、剂量、用法及不良反应等,强调规律性服药、不可随意增减药量和停药及漏服者不可补服的重要性。在服用降压药后最好静卧 1~2 h,起床时不要突然站立,站立后有头晕现象时应继续卧床休息。平时改变体位应缓慢,从而避免直立性低血压的发生。

(4) 定期复查 根据高血压危险分层决定复诊时间。低危和中危者每 1~3 个月随诊一次;高危者至少每月随诊一次。并定时监测血压变化,若出现血压升高或病情异常应及时就诊。

知识 5 老年痴呆的护理

(一) 疾病概要

老年痴呆(dementia in the elderly)是指发生在老年期由多种病因所致的以痴呆为主要临床特点的一组慢性进展性疾病,是老年人特别是高龄老年人易患的智力致残性疾病。主要表现为患者在意识清醒的状态下出现的进行性、不可逆的中枢性退行性病变,如认知障碍、语言障碍、记忆障碍、视空间能力障碍、人格及行为异常等,并导致其日常生活能力下降。

老年痴呆主要包括老年性痴呆(又称阿尔茨海默病,AD)、血管性痴呆(VD)、混合性痴呆(MD)和其他类型痴呆(如脑外伤、酒精依赖、帕金森病等引起的痴呆)。AD是一种中枢神经系统原发性退行性疾病,病因至今不明,一般认为与老龄化(明确的危险因素)、遗传因素、脑血管疾病、脑外伤、内分泌、酒精中毒、丧偶、文化水平低下、不参加社交活动等有关。AD的神经病理改变表现为大脑皮质弥漫性萎缩、沟回增宽、脑室扩大(图 12-4)。下面重点介绍 AD。



图 12-4 左边为正常人的大脑,右边为同龄阿尔茨海默病患者的大脑

(二) 临床特点

1. 记忆力障碍 是 AD 早期最突出或核心症状。主要累及短时记忆、记忆保存和学习新知识困难。其特点是近事遗忘,患者记不住新近发生的事,甚至刚刚发生的事不能记忆,表现为好忘事、丢三落四,反复说同样的话或问同样的问题;随着病情进展,逐渐出现远期记忆受损,记不住自己的生日、家庭住址和生活经历(图 12-5)。

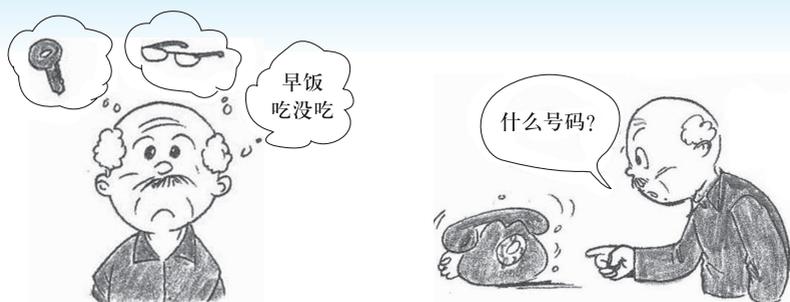


图 12-5 记忆力障碍

2. 视空间和定向力障碍 是 AD 的早期症状之一。患者出现地点、人物、时间定向均受损。最常见的为地点定向障碍,如常在熟悉环境或家中迷失方向,找不到卫生间、走错房间等(图 12-6a)。人物定向障碍和失用,如经常认错人、穿反衣服,不会使用筷子、汤匙等(图 12-6b)。随着病情进展,会出现时间定向障碍,如不知道今天是何年、何月、何日,分不清春夏秋冬等状况(图 12-6c)。



图 12-6 定向力障碍

a. 地点定向障碍;b. 人物定向障碍;c. 时间定向障碍

3. 认知障碍 认知障碍是 AD 的特征性表现,对 AD 诊断有决定性意义。AD

是一种全面性智力减退、抽象思维和判断力均受损,出现失写、失算、失认等表现(图 12-7)。

4. **语言障碍** 语言改变是大脑皮质功能障碍的敏感指标,也是 AD 的特征性症状。表现为找词困难,可以理解他人语言但不知如何回答,也可出现命名障碍(图 12-8)。



图 12-7 失计算、失认症



图 12-8 语言障碍

5. **情感障碍** 情感障碍的表现形式有以下几种。① 抑郁状态:情绪低落,淡漠少言。② 情感失衡:喜怒无常、好管闲事、攻击性情绪等。③ 焦躁不安:坐立不安、恐怖感,微不足道的小事都会引起情绪的大波动。④ 欣快:莫名的愉快、易激惹、情感幼稚等。许多老年人在傍晚或日落时分其激惹症状会更加突出,其破坏性行为加重(图 12-9)。



图 12-9 情绪改变

6. **行为及人格障碍** 出现与患者身份及受教育程度不相符的行为,如不讲卫生,不知羞耻,不修边幅,甚至打骂人。

7. **精神障碍** 以妄想为主,表现为被窃妄想和嫉妒妄想。幻觉以幻听、幻视较为多见。

(三) 心理社会评估

老年痴呆患者大多数被限制在家里,因而常感到孤独、寂寞,甚至出现自杀行为。因老年人患病时间长、自理缺陷、人格障碍等,需要家人付出更多的时间、耐心、精力去照顾,常给家庭带来很大烦恼。评估时应注意老年人的情绪及其家属对老年人的照顾情况。

(四) 辅助检查

1. **常用认知状态评估量表** 简易智力状态量表(mini-mental state examination,

MMSE)及简短操作智力状态问卷等,通过量表检查可判断老年人是否痴呆、痴呆程度及类型。

2. 影像学检查 CT和MRI检查可显示脑萎缩,表现为脑室扩大、脑回变窄、脑沟变宽变深等。

(五) 护理措施

1. 一般护理

(1) 休息与活动 作息要规律。根据患者的病情选择合适的活动方式进行锻炼,以提高其平衡和协调能力;鼓励患者参加综合性的娱乐活动,如跳广场舞、绘画、唱歌等;陪患者外出时要给其携带联系卡,以防人流量大时走散。保证患者夜间睡眠,提高其睡眠质量。

(2) 环境 提供相对安全固定的生活环境,不得不变换环境时,如搬家或入住养老机构等,尽量安排与原来环境相似的地方,并携带老年人熟悉的物品,如熟悉的被褥或枕头、老照片、宠物等,以增加老年人的安全感。

(3) 饮食 应选择富含卵磷脂、乙酰胆碱的食物,如鸡蛋、鱼、坚果、牛奶、维生素A、维生素E、锌、硒等,有助于大脑内核糖核酸的补充,提高记忆力。限制含铝食物(如油条)的摄入。尽量保持老年人平时的饮食习惯,一日三餐应定量、定时。鼓励其自行缓慢进食,防止噎食,必要时予以喂食;若患者拒食,家属不应勉强喂食,可以转移其注意力后再劝其进食。

(4) 穿着 衣服按穿着的先后顺序叠放。说服患者选择合适的衣着,衣服应避免太多纽扣,可用弹性裤带取代皮带;选择成型、不用系带的鞋子。

(5) 如厕 指导患者按时如厕,对有定向力障碍者,可在厕所门上贴彩色标识,并提醒其定时排便、排尿,对尿失禁患者可用接尿袋或让其穿纸尿裤。

(6) 清洁 痴呆老年人由于自知力减退,不愿意洗脸或不会洗脸,家属可协助其擦洗;对不肯刷牙或不会刷牙者,可用棉棒蘸一点盐在其牙上搓拭,并教其漱口;对不主动洗澡或自己不会洗澡的患者,应将洗澡时间调至老年人最平静、最合作的时候。总之,老年人要定期洗澡,勤剪指甲,勤洗头,让其保持良好的个人卫生。

2. 对症护理 针对患者的病情做相应的指导训练,鼓励其做力所能及的事情,以保留尚存的功能。

(1) 记忆障碍的护理 强化记忆锻炼,增加信息的刺激量。引导患者回忆过去的生活经历,帮助其认识目前生活中的人物和事件,督促其看电视、读报纸、听熟悉的音乐等;鼓励患者参加力所能及的社交活动,通过动作、语言、声音、图像等信息刺激,提高其记忆力;对容易忘记的事或经常出错的程序,设立提醒标识,以帮助记忆,如经常协助其确认卧室、厕所、餐厅位置等。

(2) 睡眠障碍的护理 睡眠障碍的常见原因包括身体不适(疼痛、便秘、发热等)、



老年痴呆患
者的护理

157

更换陌生环境、人际关系紧张、白天睡眠时间过长等。针对原因采取相应的照护措施。① 积极治疗患者身体不适,减少陌生环境的刺激,建立良好的人际关系,减少白天睡眠时间等。② 安排丰富的日间活动,适时给予肯定和奖励,睡前避免不良事件、声、光等刺激,提供有助于睡眠的环境。③ 定时作息,保持患者睡眠的规律性。④ 多食核桃、花生、豆腐、鱼肉、胡萝卜、西红柿、牛奶等食物,减少睡前饮用咖啡、浓茶等。尽量减少镇静催眠药的使用。

(3) 尿失禁的护理 评估患者尿失禁的原因,并采取相应的措施。① 要体贴关心患者,尊重其人格,采用安慰、鼓励、暗示等方法给予开导,帮助其树立信心。② 清楚地标示出厕所的地点或将便器放在易取处,疑有便意时应尽早引导去厕所或每天对其进行诱导排便。③ 使用短裤类型的尿布或舒适的纸尿裤。④ 指导患者进行骨盆底部肌肉的锻炼,以增强控制排尿的能力。

(4) 行为异常的护理 常见的行为异常表现有攻击行为(推、踢、抓、破坏物品、语言攻击等)、非攻击行为(徘徊、坐卧不安、不恰当的处理物品等)及语言激越行为(抱怨、尖叫等),针对患者的异常行为应采取相应的措施。① 尽量避免或消除应激源,遇有破坏行为的患者应保持镇定,尽量满足其合理的需求,并尝试转移患者的注意力。② 当患者出现徘徊时,应为其提供一个安全的地方,陪在患者身边,适时把兴趣转移到其他事情上。

3. 用药护理

(1) 全程陪伴 老年痴呆患者常有忘记服药、服错药或拒绝服药的情况,应陪伴其服药。对拒绝服药者要耐心解释,必要时将药研碎拌在饭里。昏迷患者可由胃管注入药物。

(2) 密切观察药物不良反应 痴呆患者表达能力有限,服药后常不能诉说不适,医护人员要细心观察,以便调整给药方案。

(3) 尽量减少镇静药的使用 对于兴奋躁动的患者,使用镇静药可导致其肌肉松弛,活动中应注意预防跌倒。同时使用镇静药还会导致患者咳痰能力下降,引发肺炎。

4. 安全护理

(1) 提供相对安全、固定的生活环境,尽可能地避免搬家,家里的摆设尽量简洁,少放镜子,尽量摆放老年人熟悉的物件和习惯使用的生活用品;外出要有人陪伴并佩戴标识以防走失。

(2) 应避免接触刀、剪、电源等,并防止跌倒、烫伤、烧伤、误服、骨折等,对居住在高层楼房的患者要防止其不慎坠楼。对伴有抑郁症、幻觉和自杀倾向的患者,最好安排专人陪伴,以防意外发生。

5. 心理护理

(1) 维护老年人的自尊 尊重和关心患者,了解患者的爱好,与其进行良好的沟

通,进行耐心疏导,安排患者做一些其感兴趣的活动,并及时给予赞赏和鼓励。

(2) 照顾者的支持指导 教会照顾者自我放松方法,疏解长期照顾患者导致的身心不适。组织有老年痴呆患者的家庭相互交流和学习。

6. 健康教育 老年性痴呆是危害老年人身心健康的疾病之一。随着人寿命的延长,其发病率越来越高,因此对此病的预防非常重要。

(1) 一级预防 一级预防的重点是在发病前干预危险因素,如预防病毒感染、减少头部外伤、加强文化修养等。要及早开展老年性痴呆相关知识的学习。指导老年人注意营养搭配,科学用脑,劳逸结合;培养老年人广泛的兴趣爱好及维护其社交能力。

(2) 二级预防 二级预防的重点是早发现、早诊断、早治疗。因 AD 确诊困难,故需加强早期诊断技术,可通过老年患者的临床表现,结合常用认知状态评估量表的评估、CT 和 MRI 的检查,及早确诊和治疗,争取获得良好的预后,预防复发。

(3) 三级预防 三级预防的重点是延缓疾病的进展,减少功能残疾,提高生活质量。具体措施有遵医嘱服药;鼓励患者参与社会日常活动,包括脑力和体力活动;进行多方面的功能训练等,最大限度地恢复患者的社会功能。

知识 6 老年糖尿病的护理

(一) 疾病概要

糖尿病(diabetes mellitus, DM)是老年人常见的内分泌疾病之一,它是一组因胰岛素分泌绝对或相对不足,导致以血糖升高为主,同时出现脂肪、蛋白质、水与电解质等一系列物质的代谢紊乱。

老年糖尿病是指 60 岁以后发病者和早年发病而延续至 60 岁以上的患者,且 95% 以上是 2 型糖尿病。患病率随年龄增加而增高,40 岁以上的人,每增加 10 岁,患病率增加 3%,60~70 岁达高峰。国内外研究发现,空腹和餐后血糖均随年龄增长而有不同程度的升高,平均每增加 10 岁,空腹血糖上升 0.05~0.12 mmol/L,餐后 2 h 血糖上升 1.67~2.78 mmol/L。老年糖尿病病因尚不完全清楚,是内在因素(遗传)和外在因素(胰腺疾病、肥胖和环境等)相互作用而引起的。老年人胰岛 B 细胞逐渐减少,胰岛素释放延迟,糖耐量减低;靶细胞上胰岛素受体数目减少,组织对胰岛素的敏感性降低,肌肉组织对糖的利用减少;胰高血糖素分泌增加等都是老年人易发糖尿病的原因。

(二) 临床特点

1. 症状隐匿且不典型 由于老年人反应和防御机能的下降,“三多一少”的症状轻微、隐匿,因渴觉减退,血糖虽高,但口渴多饮并不明显,多无消瘦,反而表现为肥



胖,原因是老年人基础代谢率低,葡萄糖代谢及在周围组织的利用能力都明显下降,故进食过多和运动不足容易发胖,而且肥胖使细胞膜上的胰岛素受体减少,加重胰岛素抵抗。多数患者是在健康体检或因其他疾病做生化检查时偶然发现。

2. 并发症多且严重 老年糖尿病常以感染为首发症状,病情重而症状轻,常并发皮肤、呼吸、消化、泌尿生殖等各系统的感染。此外,老年糖尿病患者更易发生高渗性非酮症糖尿病昏迷和乳酸酸中毒,老年糖尿病还易并发各种大血管或微血管疾病,如冠心病、脑卒中、糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变等。

3. 与多种老年病共存 如原有心脑血管病、白内障等基础疾病,使病情更加严重。

4. 易发生低血糖 自身保健能力及依从性差,可使血糖控制不良或用药不当引起低血糖。部分老年患者进食后胰岛素分泌高峰延迟,餐后 3~5 h 血浆胰岛素水平升高,可引起反应性低血糖。

5. 致残率和病死率高 病史超过 2 年的患者约 60% 合并周围神经病变,主要表现为糖尿病足,是截肢、致残的主要原因。病史超过 10 年的老年糖尿病患者,约 50% 出现视网膜病变,是致盲的主要原因。

(三) 辅助检查

1. 葡萄糖测定 老年糖尿病患者的血糖诊断标准与其他成年人组相同(表 12-2),但对老年人必须重视餐后 2 h 血糖测定,因为餐后 2 h 血糖增高明显多于空腹血糖。

表 12-2 糖尿病的诊断标准

糖尿病症状(多尿、烦渴和不能解释的体重下降)
随机(或餐后)血浆葡萄糖水平 ≥ 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/L)。随机是指一天中的任何时候,不考虑距最后一餐多长时间
或
空腹血浆葡萄糖水平 ≥ 126 mg/dl (≥ 7.0 mmol/L)。空腹是指至少 8 h 未进碳水化合物
或
口服葡萄糖耐量试验(OGTT):用 75 g 葡萄糖溶解在 250 mL 水中的葡萄糖负荷试验,2 h 血浆葡萄糖 ≥ 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/L)

2. 尿糖测定 老年人因为肾动脉硬化使肾小球滤过率降低,尿糖阳性率低,表现为血糖与尿糖阳性程度不符。

3. 胰岛素和胰岛素释放试验 老年人多存在胰岛素功能低下和胰岛素抵抗。

4. 糖化血红蛋白 此指标可反映 8~12 周血糖的变化情况,其特异度高,但敏感性差。

(四) 护理措施

治疗和护理的目标是按照老年患者的血糖标准控制血糖,防止及延缓各种并发

症的发生,提高老年患者的生活质量。

1. 一般护理

(1) 饮食护理 饮食治疗是老年糖尿病的基本疗法,方法、原则与其他成年人无异。饮食疗法是根据患者的具体情况,合理搭配饮食结构,控制食物摄入的总热量,控制体重在理想范围内。需要注意的是,低血糖对老年人可能是一种致命的并发症,为预防低血糖的发生,其饮食最好按一日5餐或6餐分配,主食以糙米、玉米等为主,副食中蛋白质宜选择瘦肉、鱼类等,蔬菜宜选择含糖量少、纤维素多的品种,多食用植物油,限制胆固醇的摄入。

(2) 运动护理 适当的运动有助于肌肉对糖的利用,提高胰岛素的敏感性,使糖代谢紊乱得到改善。应进行长期有规律的体育锻炼,运动最好选择有氧运动,如步行、慢跑、做健身操、打太极拳及做家务劳动等,建议锻炼在餐后1~1.5 h进行,时间为20~30 min,可有效控制餐后血糖。运动时注意携带糖果或点心,以防止低血糖的发生。

2. 用药护理 老年糖尿病患者宜选用控释片和缓释片,因其作用时间长,能较好地控制和稳定血糖。选择口服降血糖药时,应注意以下几个方面:①安全第一,有效第二;②注意个体差异;③小剂量,联合用药;④注意保护脏器功能;⑤用药过程中要观察药物的疗效及不良反应,包括低血糖反应、消化系统损害以及肾损害等;⑥按医嘱掌握正确的服药方法(表12-3)。

表 12-3 口服降血糖药的选择

药物分类	降血糖机制	常用药物	适应证	不良反应	禁忌证
双胍类	抑制肠道对葡萄糖的吸收,减少肝糖原异生,增加周围组织对葡萄糖的摄取利用	二甲双胍 注:老年人最好不用苯乙双胍	肥胖、胰岛素抵抗为主的糖尿病患者	胃肠道反应如厌食、腹泻、腹胀	消瘦的糖尿病患者胃肠道不适应者
糖苷酶抑制剂	主要通过抑制肠道 α -葡萄糖苷酶的活性,使葡萄糖吸收减少	阿卡波糖 米格列酮	降低餐后血糖,不引起低血糖	腹胀,排气多	胃肠手术后有胃肠功能异常者
胰岛素促泌剂	直接刺激胰岛B细胞释放胰岛素,改善胰岛素在细胞中的作用	磺脲类 格列美脲	B细胞功能者或合用胰岛素治疗	低血糖反应	胰岛B细胞功能差者
胰岛素增敏剂	通过增强骨骼肌、肝和脂肪组织对胰岛素的敏感性,促进葡萄糖的利用和吸收而降低血糖	罗格列酮	胰岛素抵抗为主	水、钠潴留 血容量增加 水肿 体重增加	心功能不全有水肿病史者

3. 胰岛素治疗的护理 对老年糖尿病患者主张积极、尽早应用胰岛素,推荐白天给予口服降血糖药,睡前注射胰岛素。由于老年患者自己配制混合胰岛素容易出错,故适合选择单一剂型,因其易发生低血糖,加用胰岛素时应从小剂量开始逐步



糖尿病患者
如何吃

增加。血糖控制不可过分严格,空腹血糖宜控制在 9 mmol/L 以下,餐后 2 h 血糖在 12.2 mmol/L 以下即可。

4. 并发症的护理

(1) 感染 观察有无感染的症状和体征,做到及早发现,及时报告医生并处理。

(2) 低血糖反应及护理 胰岛素使用剂量过大、饮食失调或运动过量均可引起低血糖反应,如血糖低于 2.8 mmol/L 时,患者即有饥饿感、头昏、心悸、多汗等表现,若低血糖持续较久或继续下降,患者会有意识改变,甚至昏迷。患者发生低血糖反应时,应及时进食含糖类食物如糖果、饼干、含糖饮料或静脉注射 50% 葡萄糖 20~30 mL 等。

(3) 糖尿病足及护理 糖尿病足的护理关键是预防皮肤损伤和感染,因此对糖尿病患者要选择合适的鞋子(图 12-10);清除鞋内的杂物,鞋子有问题及时修补,不可赤脚(图 12-11);穿着平整、宽松、合适的袜子(图 12-12)。预防感染要做到每日进行皮肤的清洗(图 12-13),防止足部皮肤受损(图 12-14)。勤剪趾甲,注意防止皮肤破损,若有皮肤破损、破溃或感染时,及时到医院处理(图 12-15,图 12-16)。



图 12-10 糖尿病患者鞋的选择



图 12-11 糖尿病患者穿鞋要点



图 12-12 糖尿病患者袜子的选择



每天换洗袜子



检查足部,发现问题
及时处理



干毛巾吸干水



涂擦润肤膏

图 12-13 糖尿病患者足部的清洁和护理



温水泡脚



不可用热水泡脚



忌用热水袋
以免烫伤皮肤



脚汗多时,用乙醇涂
于趾缝间,用纱布分
隔,保持干燥



勿用毛刷以免
皮肤破损

图 12-14 防止足部皮肤受损



用消毒液清洗伤口



用消毒纱布擦干,涂药



盖上消毒纱布



贴上胶布

图 12-15 糖尿病患者足部伤口的处理



切勿用胶布或绷带
捆扎伤口



勿自行弄破水疱,如
水疱破溃,消毒后用
纱布包好



不可乱涂药物



观察伤口有无红肿,流脓变
色等变化,如有立即去医院

图 12-16 糖尿病患者足部伤口处理注意事项

5. 心理护理 老年糖尿病患者早期症状不典型,易被忽视。此时应帮助患者了解糖尿病的相关知识,引起患者及其家属重视。后期随病程延长、病情加重及出现并发症时,患者常存在焦虑、抑郁心理,此时应理解和关心患者,告知患者及其家属,该病虽不能根治,但通过有效地控制血糖,患者能和正常人一样生活,帮助其树立战胜

疾病的信心。

6. 健康教育

(1) 定期复查监测 为防止并发症的发生,注意做好定期复查,一般每3~6个月门诊复查1次,每年全身检查1次,必须在专科医生指导下检查餐后血糖、血脂、糖化血红蛋白、尿常规、血压、心电图等,以便出现异常情况时及时发现并处理。为控制血糖掌握第一手资料,患者最好自备血糖仪,教会其血糖仪的使用方法,方便患者随时观察血糖变化。糖尿病各项检查指标及控制目标见表12-4。

表 12-4 糖尿病各项检查指标及控制目标

检查指标	控制目标			
	良好	一般	不良	
血浆葡萄糖/(mmol·L ⁻¹)	空腹	4.4~6.1	7.0	>7.0
	随机	4.4~8.0	10.0	>10.0
糖化血红蛋白/%	<6.5	6.5~7.5	>7.5	
血压/mmHg	<130/80	130~160/80~95	>160/95	
体重指数/(kg·m ⁻²)	男	<25	<27	>27
	女	<24	<26	>26
总胆固醇/(mmol·L ⁻¹)	<4.5	>4.5	>6.0	
三酰甘油/(mmol·L ⁻¹)	<1.7	1.7~2.2	>20.2	
高密度脂蛋白/(mmol·L ⁻¹)	>1.1	1.1~0.9	<0.9	
低密度脂蛋白/(mmol·L ⁻¹)	<2.6	2.6~4.0	>4.0	

(2) 调整生活方式 指导患者积极预防危险因素,改变不良的生活方式,合理膳食,戒烟限盐,积极参加适当的运动锻炼。

(3) 疾病指导 给患者讲述口服降血糖药的不良反应,注射胰岛素的方法及低血糖反应的处理。

(4) 避免诱发因素 教育患者避免糖尿病加重的诱发因素,如急性感染,精神紧张及情绪不稳,麻醉、外伤或手术,胰岛素及口服降血糖药使用不当,低血糖频繁发作,过度劳累,天气突然变冷等。

(5) 其他 指导家属关心和帮助患者,督促患者遵守饮食计划,并给予精神支持和生活照顾。外出时让患者随身携带识别卡(姓名、年龄、疾病、用药等),以便发生昏迷时及时处理。



血糖仪的使用
方法

无针注射胰岛素

北京医院内分泌科主任郭立新教授研究的“有关无针注射器和传统胰岛素笔对胰岛素吸收与血糖控制研究”结果显示,不同注射装置会影响胰岛素的吸收和血糖的控制,无针注射在胰岛素入血速度及餐后 1 h 内的血糖控制上要明显优于传统有针注射。

传统有针注射方法的弊端在于长期注射胰岛素的患者经常会出现因针头导致的皮下严重损伤,突出表现为皮下脂肪增生及皮下脂肪缺失(皮下硬结)。皮下的损伤不仅会导致胰岛素的吸收不稳定,无法有效地控制血糖,还可能会使患者对于胰岛素的吸收产生抵抗(药物抵抗)。

无针不是简单地更换针头,减少恐惧,它是真正能够起到辅助治疗的作用。无针注射器可以实现一次取药,多次注射,它采用透皮弥散给药技术,不借助针头,药液从 0.17 mm 孔径中高速喷出达到皮下组织,有效地解决了胰岛素抵抗的问题,并且用药量减少 15%~20%。这一产品特别适合需要重复注射胰岛素进行治疗的患者。

知识 7 老年骨质疏松症的护理

(一) 疾病概要

骨质疏松症(osteoporosis, OP)是一种以骨量降低和骨组织的细微结构破坏为病理特征,导致骨骼强度降低、脆性增加,轻微外力即可引起骨折的代谢性疾病。骨质疏松症多见于 60 岁以上的老年人,尤其是绝经后的女性,到目前为止,中国老年骨质疏松症患者约 9 000 万人,且女性的发病率为男性的 3 倍以上。骨质疏松症属于全身性骨病,不可逆转,积极防治可延缓其发生发展。

老年人骨骼的大小和外形无明显变化,但重量减轻。骨骼中的有机物质如骨胶原、骨黏蛋白质含量减少,骨质发生进行性萎缩,其韧性降低,脆性增加。骨骼中的矿物质不断减少,导致骨质密度降低,出现身高缩短、脊柱弯曲等变化。进入老年期,性腺功能减退,性激素分泌减少,导致骨吸收与骨生成失去原有平衡,当这种负平衡发展到一定程度则表现为骨皮质变薄,骨小梁减少变细,骨量减少,骨骼的持重能力明显减退,甚至不能承受正常的生理负荷,骨骼容易发生变形和骨折(图 12-17)。同时,又因骨骼的新陈代谢缓慢,造成老年人骨的修复与再生能力逐渐减退,骨折不愈合的比例明显增加。

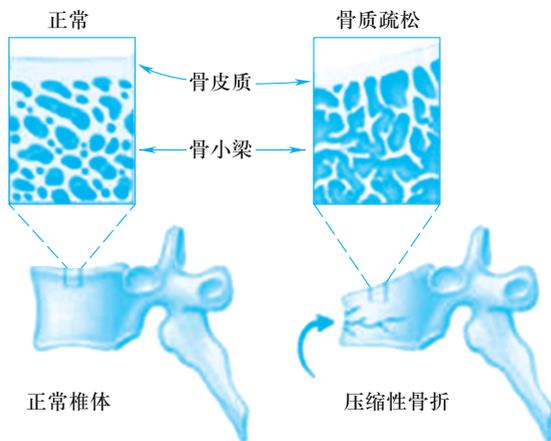


图 12-17 正常骨与骨质疏松

老年骨质疏松症的发生除了与遗传、增龄老化、营养摄入不足、不良生活方式等因素有关外,还与体内性激素水平的下降有密切关系,尤其是女性绝经以后,雌激素水平下降,这时破骨作用大于成骨作用,骨钙大量释放,而钙的吸收和沉积降低,出现骨质疏松症。另外,血液中降钙素减少、甲状旁腺激素增加等都会影响钙的代谢导致骨质疏松症。

(二) 临床特点

1. **骨痛和肌无力** 早期无症状,称为“寂静之病”,多数患者在骨痛或骨折后才发现患上该病,骨痛是最常见的症状,以腰背部常见,白天疼痛轻,夜间和清晨醒来时加重;卧位或坐位时疼痛减轻,站立时后伸或久立、久坐时加剧;大幅度伸展肢体时各关节疼痛加重。

2. **身高缩短、畸形** 可因椎体压缩性骨折导致椎体变形,身材变矮,严重者可发生弯腰、驼背。

3. **骨折** 是老年骨质疏松症的主要并发症,常因轻微活动、弯腰、创伤或摔倒诱发。老年骨质疏松症骨折好发部位如下。① 髋部:包括股骨颈骨折、股骨转子间骨折等;② 桡骨:桡骨远端的骨质以松质骨为主,是骨质疏松症骨折较早发生且程度较为严重的部位;③ 脊柱:椎体压缩性骨折;④ 肱骨:肱骨外髁颈也是以松质骨为主,松质骨与皮质骨的交界处极易发生骨折,此处骨折也较为常见(图 12-18,图 12-19)。

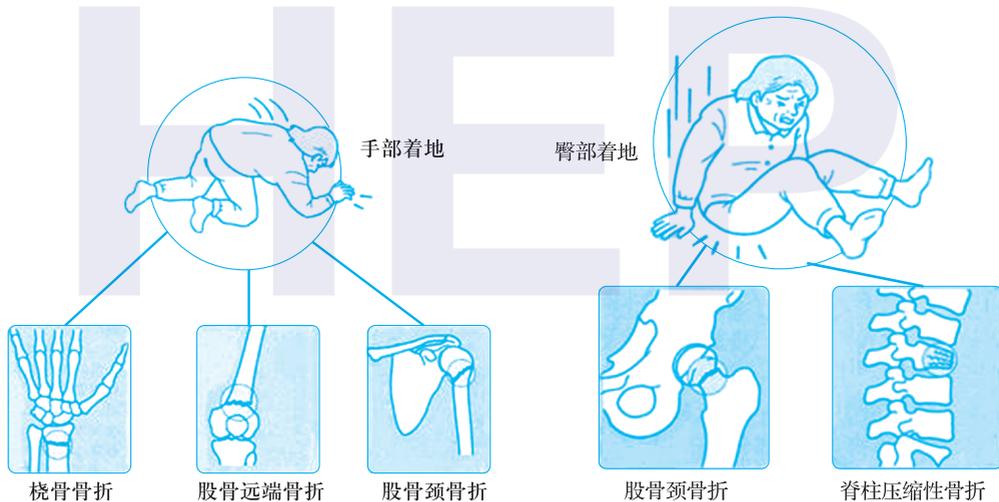


图 12-18 手部着地易引起的骨折

图 12-19 臀部着地易引起的骨折

由于创伤、制动而造成的骨关节功能障碍恢复较慢,长期卧床易导致压疮、肺炎、精神错乱、尿失禁等并发症,甚至遗留功能障碍,所以一旦骨折,可造成病变器官进一步损害,导致或加重骨折并发症,死亡率高。

(三) 辅助检查

1. **生化检查** 包括骨形成指标、骨吸收指标,血、尿骨钙成分。老年人发生改变

的主要有以下指标。① 骨钙素：是骨更新的敏感指标，可有轻度升高；② 尿羟赖氨酸糖苷：是骨吸收的敏感指标，可升高。

2. X线检查 当骨量丢失超过 30% 时才能在 X 线片上显示出骨质疏松，表现为骨质变薄、骨小梁减少变细，骨密度降低、透明度加大，晚期出现骨变形及骨折。

3. 骨密度检查 WHO 采用处于峰值骨量阶段的年轻成年女性的骨密度作为确定骨质疏松症的诊断标准。骨密度每低于峰值骨量的一个标准差，骨折的危险度就会增加 1 倍，若骨密度低于同性别峰值量的 2.5 个标准差以上，即为骨质疏松症。可采用单光子骨密度吸收仪 (SPA)、双能 X 线吸收仪 (DEXA)、定量 CT 检查等测定骨密度。

知识拓展

哪些人需要测骨密度？

1. 女性 65 岁以上和男性 70 岁以上，无其他危险因素。
2. 女性 65 岁以下和男性 70 岁以下，1 项危险因素。
3. 各种原因引起的性激素水平低下者。
4. 影响骨矿代谢的疾病或服用有该作用药物者。
5. 有脆性骨折史和 / 或脆性骨折家族史者。
6. X 线摄片已有骨质疏松改变者。
7. 接受骨质疏松症治疗进行疗效监测者。
8. 孕妇在妊娠期 3、6 个月时各测一次。

(四) 护理措施

1. 一般护理

(1) 饮食与营养 进食含有高热量、高维生素、适量蛋白质的食物，摄入充足的钙。老年人膳食中钙每日不应少于 850 mg，已发生骨质疏松者，每日不少于 1 000 mg，选择含钙丰富且钙磷比例适当 [1:(1.5~2)] 的食物，如牛奶、虾皮、海带、鱼类、坚果及豆制品等，同时补充富含维生素 D 的食物，如鱼肝油、沙丁鱼等，维生素 D 也可由皮肤中 7-脱氢胆固醇经紫外线照射后形成。低盐、低脂饮食，增加新鲜蔬菜及水果的摄入。少喝浓茶、咖啡等，戒烟、限酒。还应注意避免不合理的搭配，如菠菜会影响钙的吸收。

(2) 休息与活动 根据老年人的身体状况制订活动计划。① 对有活动能力的患者，建议其每天进行适当的户外体育活动(如散步、慢跑、打太极拳等)以增加和保持骨量；增加皮肤日照利于维生素 D 的合成。② 对因疼痛而活动受限的患者，维持关节的功能位，同时进行肌肉的收缩训练，以维持肌张力。③ 对因骨折固定或牵引的患者，身体的未固定部位应尽量保持活动如扭动足趾、甩动臂膀等。



(3) 安全护理 骨折是骨质疏松症的主要并发症,其致残、致死率很高。为老年患者提供安全的生活环境很重要,如地面平整、干燥、无障碍物,室内光线充足但要避免耀眼的强光,卫生间安装扶手,必要时可使用助行器和步行车,同时嘱咐老年患者改变体位时动作要慢,尽量避免弯腰、负重等行为。

2. 对症护理

(1) 疼痛的护理 骨质疏松症引起疼痛的原因主要与腰背部肌肉紧张度增高和椎体压缩性骨折有关,可以通过睡硬板床,让腰部的肌肉得到放松,缓解疼痛症状,必要时可使用背架、紧身衣等限制脊柱的活动度,给予脊柱支持;增加卧床休息时间,可减轻疼痛;温热敷、按摩等可促进血液循环,也可减轻疼痛;对疼痛严重者可遵医嘱使用非甾体镇痛药、肌肉松弛药等药物;对于骨质疏松性椎体压缩性骨折引起的疼痛,可采用一种新的脊柱微创手术介入治疗,又称椎体成形术。

(2) 预防并发症 尽量预防患者发生骨折。对已发生骨折的患者,应每 2 h 翻身一次,保护和按摩受压部位。指导患者进行呼吸和咳嗽训练,做被动和主动的关节活动训练,定期检查,防止出现并发症。

3. 用药护理

(1) 钙制剂和维生素 D 如碳酸钙、葡萄糖酸钙等,钙摄入可减缓骨的丢失,改善骨矿化。服用钙制剂应多喝水,增加尿量,减少泌尿系统结石的发生。钙应避免和含有鞣酸的食物同服,如茶、咖啡等,鞣酸与钙会形成钙螯合物而影响钙的吸收。维生素 D 有利于钙在胃肠道的吸收,维生素 D 主要来自动物性食物,如肝类,尤其是由海产类的鱼肝中提炼的鱼肝油;也可由皮肤中的 7-脱氢胆固醇经紫外线照射后形成。服用维生素 D 的过程中要监测血清钙和肌酐的变化。

(2) 抑制骨吸收的药物 ① 降钙素:抑制骨吸收,缓解骨痛;使用降钙素时要观察有无低钙血症和甲状腺功能亢进的表现。② 性激素:雌激素是女性绝经后骨质疏松症的首选药,女性在绝经后有一段骨密度快速下降的时期,要注意补充雌激素,补充雌激素前应详细了解患者家族中有关肿瘤及心血管疾病病史,严密监测子宫内膜增殖变化,定期做乳腺检查,防止肿瘤和心血管疾病的发生。雄激素用于男性老年患者。③ 双磷酸盐类:如依替膦酸二钠、阿仑膦酸钠,此类药物的消化道反应较多见,故应在清晨空腹时以 200 mL 温开水送服,服药后应取立位或坐位,服药后至少 30 min 内不能平卧和进食,以减轻药物对食管的刺激。

4. 心理护理 老年人易产生焦虑情绪,应与其进行良好沟通,鼓励其表达内心的感受,明确心理问题所在并做好耐心的疏导,使其情绪稳定。同时,介绍以往患者的恢复情况,帮助其树立起战胜疾病的信心,使患者处于接受、配合治疗的最佳状态。鼓励老年人穿有修饰作用的衣服,改变人的视觉效果。强调老年人在阅历、学识方面的个人优势,积极参加社会活动,重拾对生活的信心。



5. 健康教育

(1) 疾病预防指导 随年龄增长,机体均有不同程度的骨量丢失,对于骨质疏松症,应在达到峰值骨量前就开始预防,包括青少年、成年人、老年人。

(2) 日常生活指导 均衡饮食,要指导老年人多摄入含钙制及维生素 D 丰富的食物,每天最好坚持喝一袋牛奶,戒烟限酒,少喝浓茶和咖啡。多参加户外活动,多晒太阳,选择适合自己的活动项目如散步、慢跑、打太极拳、做健身操等,活动中要注意安全,防止跌倒。

(3) 用药指导 指导老年人选择吸收较好的钙制剂和维生素 D,明确服药时间、剂量、疗程,教会老年人观察各种药物的不良反应。

(4) 康复训练 应尽早实施,在急性期应注意卧、坐、立姿势,卧位时应平卧、低枕,背部尽量伸直,坚持睡硬板床。坐位或立位时应伸直腰背,收缩腰肌和臀肌,增加腹压。在慢性期应选择性地对骨质疏松症好发部位的相关肌群进行运动训练,如通过仰卧位抬腿动作做腹肌训练,采用膝胸卧位做背肌训练等,同时可配合有氧运动增强体质,通过翻身、起坐、单腿跪位等动作训练,维持和增加老年人肢体的功能水平。

技术 1 血压的测量

1. 评估

- (1) 了解老年人的一般情况,如年龄、职业、平时活动量等。
- (2) 了解老年人的健康状况,如心理状态、病情、基础血压值、用药情况、合作程度等。
- (3) 了解老年人的肢体功能状况,偏瘫、一侧肢体外伤或手术患者测血压时,应选择健侧肢体测量。

2. 计划

- (1) 环境准备 选择安静、温度及湿度适宜的环境。
- (2) 用物准备 血压计、听诊器、笔、纸。如果选用的是汞柱式血压计,测量前要检查血压计汞柱是否位于零位,检查袖带、气球有无漏气。
- (3) 护士准备 着装整洁,洗手。
- (4) 老年人准备
 - 1) 嘱老年人坐正,将双足平放于地面。
 - 2) 体位舒适、情绪稳定、精神放松。测量前安静休息 5~10 min,避免在应激状态下测量,如膀胱充盈、吸烟、饮酒、受寒、喝咖啡后等。
 - 3) 测量时手掌向上,肘部伸直,暴露上臂,如果上衣较厚或较紧,应将被测肢体衣服脱掉。保证血压计零点与被测肢体的肱动脉、心脏三者处于同一水平。

3. 实施 测血压流程见图 12-20。



血压测量考
核标准

170

测血压流程

1. 打开血压计,垂直放妥,开启水银槽开关
2. 驱尽袖带内空气,平整地置于上臂中部,下缘距肘窝 2~3 cm,松紧以能插入一指为宜
3. 听诊器胸件置肱动脉搏动最明显处,一手固定,另一手握加压气球关气门,充气至肱动脉搏动消失后继续升高 20~30 mmHg
4. 以水银柱每秒下降 4 mmHg 速度缓慢放气,放气过程中仔细辨别肱动脉声音的变化
 - 当听到第一声搏动音时水银柱所示刻度值为收缩压
 - 当搏动音突然变弱或消失时,水银柱所示的刻度值为舒张压
5. 测量结束,排尽袖带内余空气,松解袖带。协助患者穿好衣袖
6. 将血压计右倾 45°,使水银全部流回槽内,关闭水银槽开关;将袖带平整地放入盒内,盖上盒盖
7. 整理用物,及时记录

图 12-20 测血压流程

4. 评价

- (1) 老年人感觉舒适、安全。
- (2) 护士操作熟练、规范。
- (3) 测量方法正确,结果准确。

技术 2 血糖的测量

1. 评估

(1) 评估患者的身体状况,包括:意识状态、合作程度及穿刺手指末梢循环及皮肤情况(有无瘢痕、炎症、硬节等),了解手指皮肤的颜色、温度、污染及感染情况。

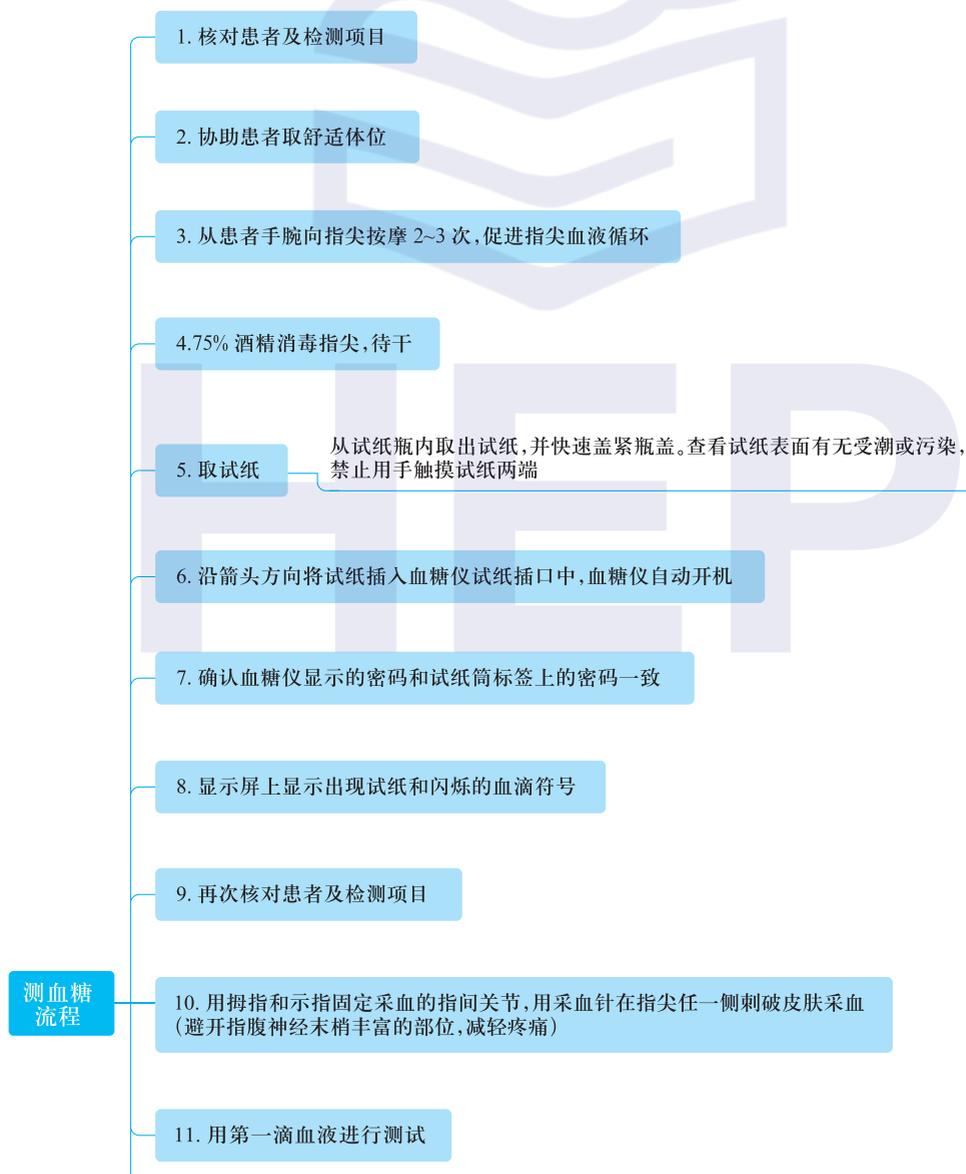
(2) 了解患者进食、进水情况,是否符合空腹或餐后 2 h 血糖以及其他血糖测定要求。

(3) 评估血糖仪的工作状况,检查血糖仪性能是否完好,仪器表面是否干净、清洁,注意检查试纸是否在有效期内,有无裂缝和折痕,血糖试纸的插口处是否干燥。

2. 计划

- (1) 环境准备 选择清洁干燥的工作台。
- (2) 用物准备 治疗盘内置 75% 乙醇、棉签、弯盘、血糖仪、同型号血糖试纸、采血针、执行单、污物杯、锐器盒、手套。
- (3) 护士准备 着装整洁,洗手,戴口罩。
- (4) 老年人准备
 - 1) 对有便意的老年人,先督促或协助其排净大、小便。
 - 2) 指导或协助患者用温水或肥皂水清洗双手。
 - 3) 对清醒患者,要告知血糖监测的目的、方法及配合方式。

3. 实施 测血糖流程见图 12-21。



12. 将血滴接触试纸黄色窗口的前沿位置,血液自动吸入黄色窗内,直至填满整个黄色窗口。看到有图标闪烁说明试纸已经有足够的血样,如果未看到图标闪烁,可在 5 s 内补充血滴,约 30 s 后显示测量结果

13. 指导患者用干棉签按压采血部位 1~2 min

14. 将测得的血糖值告诉患者并交待注意事项

15. 取出血糖试纸,血糖仪会在 5 s 内自动关机

16. 整理用物(按医疗垃圾分类处理)及床单位

17. 协助患者取合适体位

18. 洗手,再次核对患者及检测项目,执行单上记录血糖监测结果、测量日期及时间并签名

19. 将血糖结果通知医生并录入血糖监测记录单上,如果血糖过高或过低,注意观察患者的临床反应

图 12-21 测血糖流程

4. 评价

- (1) 老年人满意,感觉舒适、安全。
- (2) 护士操作规范、流程熟练。
- (3) 沟通有效,老年人合作,理解测血糖对监测病情及指导治疗的重要性。

技术 3 老年人认知功能训练

1. 评估

- (1) 了解老年人的一般情况,如年龄、职业、文化程度、经济收入、家庭组成等。
- (2) 了解老年人认知功能障碍的程度、用药情况、可能的病因等。

2. 计划

- (1) 环境准备 选择安静、温度及湿度适宜的环境。
- (2) 用物准备 数字卡片、动物及植物卡片、钥匙、笔、电话号码等。
- (3) 护士准备 衣帽整洁,修剪指甲,洗手,戴口罩。
- (4) 老年人准备 更衣、如厕等。
- (5) 原则 遵循个性化和标准化相结合、独立训练与群体训练相结合、传统医疗和现

代医疗相结合、家庭和社会相结合、专业医疗与日常生活相结合、训练与评定相结合的原则。认知训练建议每周 5~6 次,每次 1 h,时间和强度以患者不感到疲惫和烦躁为宜。

3. 实施

(1) 记忆力训练 陪患者一起看老照片、回忆一些趣事或讲述自己有成就感的故事等,帮助其维持远期记忆,消除老年人哀伤和抑郁情绪;引导患者将图片、词组或者实物进行归类,提高其逻辑推理能力;采取记数字、询问日期、重述电话号码等方法,以提高其瞬间记忆能力;通过展示数种日常用品如手机、水杯、遥控器等,5 min 后让患者回忆之前所看到的物品名称;或引导患者记忆一段信息,按一定时间间隔复述信息。反复进行训练并逐渐延长间隔时间,锻炼其延迟记忆能力。

(2) 定向力训练 建议将定向力训练融入日常生活中,选择患者有感情和感兴趣的时间、地点、人物的常识性记忆进行训练和强化,可以获得事半功倍的效果。

(3) 语言交流能力训练 提倡以患者能够接受的方式进行交谈和互动,帮助维持其口语和交流能力,在此过程中注重鼓励与表扬,遵循从易到难的原则,可利用图卡命名和看图说话等方式锻炼其表达能力;通过抄写、听写、看图写字、写日记等锻炼书写能力;也可以通过朗读和歌唱激活其大脑相应功能。

(4) 视空间与执行能力训练 参考日常生活力量表,结合生活技能相关的条目进行针对性的训练,如穿衣、如厕、洗浴、识别钱币、接打电话、开关电视等,也可以练习更复杂的项目,如使用洗衣机、去银行取钱等;如果患者在训练中出现错误,应用鼓励的方式正确示教,避免责备。

(5) 计算能力训练 根据病情选择难易程度,循序渐进,以简单算数运算为佳。

4. 评价

- (1) 老年人情绪稳定,精神愉快。
- (2) 护士操作熟练、规范,有爱心、耐心。

情景再现 1

1. 活动情景 李奶奶,64 岁。以“双眼视物模糊、无痛性视力下降 1 年余”为主诉入院。李奶奶人工晶状体植入术后,护士小王为李奶奶滴眼药水。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握滴眼药水的方法。

(2) 活动要求

- 1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。
- 2) 按护理程序进行活动;操作前加强对患者的操作配合指导,操作中方法正确,注重安全护理及老年人的健康教育。

4. 效果评价 见二维码



认知功能评
估考核标准

173



滴眼药水操
作步骤



滴眼药水操
作评价表

情景再现 2

1. 活动情景 李奶奶,72岁,患高血压15年。现因头晕、头痛到医院就诊。遵医嘱为李奶奶测血压。护士小王为李奶奶实施血压测量。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握血压测量的方法,监测患者血压变化,了解其循环系统的功能。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;操作前对患者做好解释,使之配合操作;操作中测量方法正确,注重安全护理;操作后及时对老年人进行健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

情景再现 3

1. 活动情景 赵奶奶,66岁,肥胖。3年前因多饮、多尿、体重下降去医院检查,发现血糖增高,空腹血糖 9.4 mmol/L,餐后血糖 17.1 mmol/L,诊断为糖尿病。不规律口服降血糖药,近来因家务劳动加重,自感胸闷、头晕、乏力,心电图示心肌缺血,患者担心病情发展,因此入院,为监测患者目前病情,遵医嘱进行指测血糖。护士小王为赵奶奶实施指测血糖。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握指测血糖的方法及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;操作前加强对患者的操作配合指导;操作中方法正确,注重安全护理;操作后及时对老年人进行健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

情景再现 4

1. 活动情景 王伯伯,78岁。目前表现有记忆力减退、定向力障碍、认知功能下降、行为及人格障碍。诊断为老年痴呆。遵医嘱为患者实施认知功能训练。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和患者。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握认知功能训练的方法,尽可能地达到维持老年痴呆患者目前



血压测量评价表



血糖测量评价表

的认知状态,恢复或者部分恢复受损的认知功能,从而延缓疾病的进展,提高其生活质量。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行认知功能训练;训练前对患者进行认知功能的评估,根据评估结果予以个性化的认知训练;训练中对患者认真指导、有耐心,并注意保护患者安全和情绪稳定;训练后及时对患者进行健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

(杨术兰 付 平 郑秀花)



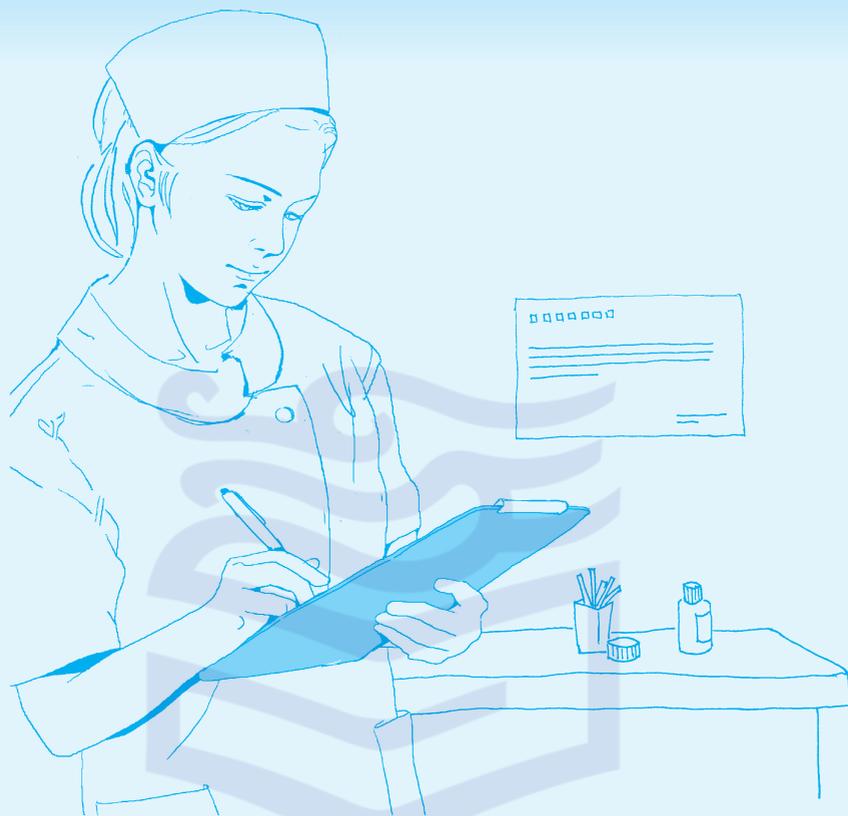
认知功能考
核评价表

175

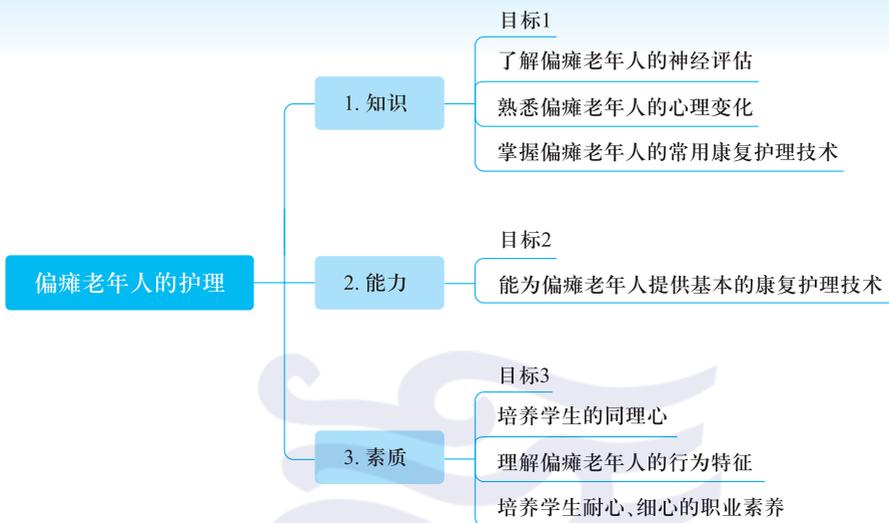


单元测验

HEP



单元十三 偏瘫老年人的护理



学先知

名言 老色头鬓白,病形支体虚。衣宽有剩带,发少不胜梳。

译文 这是白居易的《沐浴》中的诗句,这句诗的意思是:年老的头发鬓角都白了,病怏怏的样子身体很虚弱,衣服都变宽了,腰带都富余很多,头发很少都经不起梳子梳了。偏瘫老年人通常伴有不同类型、不同程度的功能障碍,导致其生理-心理-社会功能下降,因此在护理偏瘫老年人时,应该加倍细心、耐心地进行照护。

启示 “早期康复”提倡在疾病的初期及时进行康复以更好恢复机体功能,对偏瘫老年人要尽早地给予正确的、科学的康复护理,以提高老年人的机体功能状态,提高自理能力,从而提高其生活质量。

情景案例一

林老伯,83岁,患高血压20年,1个月前突发脑出血,现病情好转出院。目前病人右侧肢体偏瘫,右侧上肢肌力3级,下肢肌力2级,偏身感觉障碍,平衡功能障碍。请你评估林老伯目前的身体健康状态和潜在的健康问题,给出有针对性的康复指导建议。

案例任务:

1. 林老伯的神经功能评估包括哪些方面?
2. 如何为老年人提供康复护理指导?

情景案例二

黄婆婆,68岁,患冠心病15年,2个月前突发脑梗死,现左侧肢体偏瘫,肌力0级。

案例任务:

1. 按黄婆婆目前的情况,如何给予正确的护理措施?

2. 如何指导偏瘫老年人进行正确的康复护理?
3. 如何协助偏瘫老年人进行日常的康复训练?

学思

作为新时代的老年护理者,说说你会用哪些方式科学地指导老年人及家属进行康复护理,提高其生活质量?谈谈你对“早期康复”理念在偏瘫老年人护理及健康教育中的运用的理解。

偏瘫是指同一侧上下肢、面肌和舌肌下部的运动障碍,是急性脑血管病的常见症状。偏瘫病因多样复杂,常见的原因包括动脉粥样硬化、高血压、脑血管疾病、代谢性疾病、气候、情绪等。轻度偏瘫老年人虽然尚能活动,但走起路来,往往上肢屈曲,下肢伸直,瘫痪的下肢走一步划半个圈,这种特殊的走路姿势,叫作偏瘫步态。严重者常卧床不起,丧失生活能力。对偏瘫老年人,如何科学地评价,并早期积极干预,给予正确的康复指导措施,可以最大程度地恢复改善老年人的生活自理能力,对提高其生活质量,重返社会具有深远的意义。

知识 1 神经系统的评估

(一) 意识

意识评估常用 Glasgow 昏迷评分量表(表 13-1)。

表 13-1 Glasgow 昏迷评分量表

检查项目	临床表现	评分
A 睁眼反应	自动睁眼	4
	呼之睁眼	3
	疼痛引起睁眼	2
	不睁眼	1
B 言语反应	言语正常	5
	言语不当	4
	言语错乱	3
	言语难辨	2
	不语	1
C 运动反应	按吩咐动作	6
	定位性反应	5
	屈曲性反应	4
	过屈反应	3
	过伸反应	2
	无反应	1

注:总分 15 分,14 分以上为正常,7 分以下为昏迷,3 分以下为脑死亡或预后不良。



(二) 运动功能

1. 肌力评定 见表 13-2。

表 13-2 肌力评估量表

级别	评级标准
5	抗最大阻力达关节最大活动度
4	抗中等度阻力达关节最大活动度
3	抗重力达关节最大活动度
2	减重达关节最大活动度
1	可触及肌肉收缩,但无关节活动
0	没有可测到的肌肉收缩

2. 痉挛评定(改良 Ashworth 法) 见表 13-3。

表 13-3 改良 Ashworth 法痉挛评定量表

级别	痉挛程度
0	无肌张力的增加
I	肌张力轻度增加;受累部分被动屈伸时,在关节活动范围(ROM)之末时呈现最小的阻力或出现突然卡住和释放
I+	肌张力轻度增加;在 <50%ROM 内出现突然卡住,或呈现最小的阻力
II	肌张力较明显地增加,在 >50%ROM,肌张力较明显地增加,但受累部分仍能较易地移动
III	肌张力严重增高;全 ROM 被动运动困难
IV	僵硬;受累部分被动屈伸时呈现僵硬状态而不能动

3. 关节活动范围评定 关节活动范围(range of motion, ROM)是指关节运动时所通过的运动弧或转动的角度。偏瘫老年人因中枢神经病损、随意运动障碍、肌张力增高、关节挛缩等原因常常导致关节活动范围受限,而关节活动范围受限又反过来影响老年人的运动功能。因此,应对其肩、肘、腕、髋、膝、踝等主要关节活动范围进行评定。测量关节活动范围的指标包括:主动运动的角度、被动运动的角度。

4. 平衡功能评定 平衡分为三级,依次是一级静态平衡、二级自动态平衡、三级他动态平衡,对平衡的评估包括坐位平衡、站立平衡和行走能力等 12 个项目,根据受检者的完成情况计分,每通过 1 个项目计 1 分,不通过计 0 分,满分为 12 分。

5. 步行能力 见表 13-4。

表 13-4 步行能力评估表

级别	分级标准
1	不能步行
2	非功能性步行(治疗性步行):训练时用膝-踝-足矫形器或拐等辅助具能在治疗室内行走。耗能大、速度慢、距离短、无功能性功能,但有预防压疮、促进血液循环、改善骨质疏松等治疗意义
3	家庭型步行:用踝-足矫形器、手杖等可在家行走,但不能在室外长时间行走
4	社区型步行:用或不用踝-足矫形器、手杖可在室外和所在社区内行走,并进行散步,以及去公园、诊所,从事购物等活动。但时间不长,如超出社区范围仍需乘坐轮椅

(三) 吞咽功能评估

吞咽功能的评估包括吞唾液试验、吞钡造影试验,对临床护理而言,最常用的方法是洼田饮水试验。

1. 方法 先让老年人单次饮下 2~3 茶匙水,如无问题,再让老年人像平常一样饮下 30 mL 水,然后观察和记录饮水时间、有无呛咳、饮水状况等。饮水情况的观察包括啜饮、含饮、水从嘴角流出、边饮边呛、小心翼翼地饮等表现,饮后声音变化、老年人反应、听诊情况等。

2. 分级 I 级,可一次饮完,无噎呛;II 级,分两次以上饮完,无噎呛;III 级,能一次饮完,但有噎呛;IV 级,分两次以上饮完,且有噎呛;V 级,常常呛住,难以全部饮完。

3. 诊断标准 正常,在 5 s 内喝完,分级在 I 级;可疑,饮水时间超过 5 s 以上,分级在 I~II 级;异常,分级在 III~V 级。用茶匙饮用,每次饮 1 茶匙,连续两次均呛住属异常。



知识 2 偏瘫老年人的护理要点

(一) 体位的摆放

偏瘫老年人的良肢位摆放有助于防止其发生痉挛、预防畸形。良肢位的摆放主要包括健侧卧位、患侧卧位、仰卧位、坐位,四种体位中首选患侧卧位。在进行良肢位摆放时注意每 2 h 更换体位,防止其发生皮肤的损伤。在冬天为老年人更换体位时,应该特别注意老年人的保暖情况,翻身之后应该为老年人盖好被子,做好保暖措施,切勿出现受凉等情况。在摆放体位时,注意动作要轻柔,避免拖、拉、拽,造成老年人骨折或损伤,注意拉起床档,防止发生坠床。

1. 患侧卧位 即患侧在下,健侧在上。躯干稍向后旋转,后背用枕头支撑;患侧上肢前伸,使肩部向前,以避免肩部受压和后缩;患肘伸展,前臂旋后;手指张开,掌心向上。手掌中不应放置任何东西,否则易诱发抓握反射而抓握掌中的物体。健侧

上肢置稍后倾,避免整个躯干向前而引起患侧肩胛骨后缩。患髋伸展,膝略屈曲。健侧下肢屈曲置于前面的枕头上。患侧卧位可增加对患侧的知觉刺激输入,并使整个患侧被拉长,从而减少痉挛的发生(图 13-1)。

2. 健侧卧位 健侧在下,患侧在上,老年人头部垫枕。患侧上肢下垫一个枕头,患侧肩胛带充分前伸。患侧髋、膝关节呈自然半屈曲位,置于另一枕上,患侧踝关节处于背伸 90° 中立位,必要时使用矫形器,足不要悬空。身后可放置枕头支撑,身体略前倾。健侧下肢平放在床上,轻度伸髋,稍屈膝(图 13-2)。



图 13-1 患侧卧位



图 13-2 健侧卧位

3. 仰卧位 该体位容易引起紧张性颈反射和紧张性迷路反射所致的异常反射活动,压力性损伤的危险性增加,应尽量少用或与健侧卧位、患侧卧位交替使用。仰卧时头下置一枕头,使颈处于中立位,面部朝向患侧;患肩稍垫高与健侧平齐,上肢伸展稍外展置于枕上,防止肩后缩,前臂保持中立位,手掌心向上,手指伸开;患髋及大腿下垫枕,以防止患侧骨盆后缩,枕头外缘卷起可防止髋关节外展、外旋,枕头角支撑膝关节呈轻度屈曲位;足底不应放置任何东西,防止诱导不必要的伸肌模式的反射活动,踝关节背伸 90° 中立位(图 13-3)。

4. 坐位 上肢良肢位:上身直立,患侧前臂和手用软枕支撑,前臂中立位,手指自然伸展,避免过度



图 13-3 仰卧位



健侧卧位



体位转换

181



仰卧位

屈曲。下肢良肢位：双腿自然下垂，在患侧下肢外侧垫软枕，防止患侧腿的外旋，达到两侧足尖对称，避免患侧足尖外旋。

（二）饮食护理

根据老年人的身体健康状况及疾病情况，选择合适的饮食，合理调配膳食，保证食品多样化，多吃含纤维素多的蔬菜、水果，科学合理地饮水，保证每日所需的营养。对伴有吞咽功能障碍的老年人要定期评估其吞咽功能，并根据吞咽功能障碍的类型选择稀流质、流质食物，在进行喂食时保持环境的安静，不随意转移老年人的注意力，注意防止出现误吸，导致吸入性肺炎。选择坐位或半坐位，选取大小合适的勺子，一口进食量不宜过多，以勺子的 $1/2 \sim 2/3$ 为宜，从老年人的健侧进食，将食物送到舌根部。对有吞咽困难的老年人，必要时行管道喂食。

（三）环境管理

保证室内空气的流通，有利于灰尘等及时散发出去，避免因为粉尘过多而引发的咳嗽等现象。注意室内温度、湿度、噪声、亮度及色彩的控制，营造舒适的、安静的、温馨的老年人居住环境。对于偏瘫老年人，在后期进行转移、站立训练、步行训练时，进行环境的无障碍管理，保持环境宽敞、明亮，保持地面干燥，以预防其出现跌倒。

（四）皮肤护理

偏瘫老年人宜选择肥大柔软、穿脱方便的衣服，穿脱衣服时遵循先穿患侧，后穿健侧，先脱健侧，后脱患侧的原则。定时为老年人翻身、按摩，至少 2 h 翻身 1 次，翻身后立即按揉受压突出部位，或热敷、理疗，以改善局部血液循环。及时给卧床老年人换洗床单，必要时选择减压材料帮助减少皮肤受压，如气垫床、局部减压支具、泡沫敷料等，采取各种材料保持皮肤的滋润，如皮肤干燥的老年人选择润肤剂，皮肤潮湿的老年人选择皮肤保护剂。

（五）大小便管理

对于偏瘫伴有大小便失禁的老年人要进行大小便的科学管理。对于有神经源性膀胱及神经源性直肠的老年人，要尽早地进行早期的膀胱及直肠功能评估，并尽早地根据其功能障碍的类型，选择合适的康复训练方式，如进行间歇性清洁导尿、盆底肌功能训练、膀胱功能训练、诱导排便等，以帮助其恢复自主排尿及排便的功能。同时，要指导老年人科学饮水，注意局部皮肤的保护，防止发生失禁性皮炎导致皮肤损伤，严重者可发生局部及全身感染。对于由于长期卧床导致肠蠕动减慢所致的便秘，指导老年人合理饮食，并做肠道蠕动训练，必要时遵医嘱给予灌肠药物帮助排便，切勿用力排便。

知识拓展

神经源性膀胱是指控制排尿功能的中枢神经系统或周围神经受到损害而引起的

膀胱尿道功能障碍。神经源性膀胱常见的病因包括中枢神经系统因素、外周神经系统因素、感染性疾病因素、医源性因素,如脑血管意外疾病、智力障碍、多发性硬化、糖尿病、酗酒、带状疱疹等。其常见的症状为尿不畅或尿潴留,患者易发生泌尿系统并发症,上尿路损害及肾衰竭等是其死亡的主要原因。所有可能影响储尿和排尿神经调控的疾病都有可能造成膀胱和尿道功能障碍。对神经源性膀胱的治疗主要以非手术治疗为主,减少残余尿量,改善排尿障碍,保护上尿路功能,防止发生肾盂肾炎、肾积水导致慢性肾衰竭,减少尿路并发症。非手术治疗中间歇性清洁导尿是常见的有效技术之一。

间歇性清洁导尿术是指在清洁条件下,定时将尿管经尿道插入膀胱,规律排空尿液的方法。间歇性清洁导尿术能有效地排空膀胱,减少残余尿量,有效地保护肾功能,促进膀胱功能的恢复,同时间歇性清洁导尿术操作简单,操作过程不需要进行消毒,为居家需要实行该技术的人提供了便利性,为其回归社会创造了条件。

(六) 心理护理

偏瘫老年人由于其存在功能障碍,肢体活动受限,易产生悲观失望、精神抑郁等各种心理。因此,针对这类老年人,在护理时要有同情心和耐心,尊重和关心他们,避免有刺激和损伤老年人自尊的言行。指导老年人及其家属正确地面对疾病,克服急躁的心理和悲观情绪,增强老年人日常生活的自我照顾能力与信心,使他们鼓起生活的勇气,主动配合治疗和进行自我锻炼。

技术 1 着装式老年人行动模拟训练

1. 评估

- (1) 了解老年人的身体情况,肢体的运动功能,包括肌力、肌张力、关节活动范围、平衡能力、步行能力等。
- (2) 了解老年人的健康状况,如有无高血压及其他心血管系统疾病,有无糖尿病等。
- (3) 了解老年人的心理状态,老年人及其家属对疾病的认知程度及对疾病的应对状态。

2. 计划

- (1) 环境准备 调整操作环境,使环境无障碍,在行走区域设置扶手,确保老年人在进行活动及训练时的安全。
- (2) 用物准备 着装式老年行动模拟训练整套服装部件,包括体验服、体验靴、耳塞、耳罩、特制眼镜、拐杖、负荷袋。
- (3) 护士准备 着装整洁,洗手。
- (4) 老年人准备



高龄体验着装式老年人行动模拟训练



着装式老年行动
模拟训练流程

1. 核对,携用物至床边,核对床号、姓名

2. 评估神经功能、运动功能、吞咽功能

3. 根据评估结果选择合适的服装部件

4. 进行着装式老年行动模拟训练装置的穿戴,调节调节带的大小,调节服装配件的大小及高度,使其适应

5. 穿戴结束后协助其脱下服装部件;根据老年人具体情况协助其进行关节活动、眼球运动等;协助其洗手休息,及时进行训练后感受的分享,及时感知相关的功能情况,为后期的有效训练提供帮助

图 13-4 着装式老年行动模拟训练流程

4. 评价

- (1) 沟通有效,老年人合作,理解模拟训练的意义。
- (2) 操作过程中老年人感觉舒适、安全。

技术 2 偏瘫老年人康复技术

1. 评估

- (1) 了解老年人的身体情况,肢体的运动功能,包括肌力、肌张力、关节活动范围、平衡能力等。
- (2) 了解老年人的健康状况,如有无高血压及其他心血管系统疾病,有无糖尿病等。
- (3) 了解老年人的心理状态,老年人及其家属对疾病的认知程度及对疾病的应对状态。

2. 计划

- (1) 环境准备 安静、整洁、光线充足,地面防滑,周围无障碍。
- (2) 用物准备 治疗床、翻身枕、毛巾、轮椅、病员服、评估量表、手消毒液、治疗车等。

3. 实施 偏瘫老年人康复技术操作流程见图 13-5。

(1) 偏瘫的良肢位摆放流程

- 1) 携用物至床旁, 核对。
- 2) 询问老年人是否舒适, 被子是否太重, 体位是否安全、稳固, 查看床单位周围的安全状况。
- 3) 进行仰卧位、健侧卧位、患侧卧位、坐位的摆放。
- 4) 安好床档, 告知老年人及家属注意事项。
- 5) 再次核对老年人, 签翻身卡, 置翻身卡于床尾, 整理用物, 洗手, 在护理记录单上记录老年人体位。

(2) 偏瘫的床椅转移技术

- 1) 选择并调整好合适的轮椅, 携用物至床旁, 核对。
- 2) 解释, 取得配合。
- 3) 轮椅到床的转移。
- 4) 床到轮椅的转移。
- 5) 安好床档, 告知老年人及家属注意事项。
- 6) 再次核对老年人, 指导老年人及家属进行正确的转移, 整理用物, 洗手, 在护理记录单上记录老年人转移情况。

(3) 穿脱衣服

- 1) 操作准备 环境准备: 关闭门窗, 温、湿度适宜; 护理员准备: 衣着整洁, 洗净双手, 保持双手温暖; 老年人准备: 取合适体位; 用物准备: 备干净衣物, 必要时备保暖用的小毛毯或披肩。
- 2) 评估 老年人身体状况、自理程度、肢体活动情况、偏瘫程度等。
- 3) 核对 向老年人解释, 取得配合。
- 4) 穿脱对襟上衣 偏瘫者和卧床者的穿脱。
- 5) 穿脱套头上衣 偏瘫者和卧床者的穿脱。
- 6) 再次核对老年人, 整理床铺 协助老年人取舒适卧位, 确保老年人衣服平整。洗手, 在护理记录单上记录老年人穿脱衣服情况。

(4) 体位转换

- 1) 操作准备 护理员准备: 衣着整洁, 言语和蔼; 老年人准备: 有意愿且身体状况可; 物品准备: 软枕或体位枕、毛毯。
- 2) 操作评估 全面评估老年人的身体状况、疾病的程度等, 与老年人及家属充分沟通, 了解老年人生活习惯。
- 3) 核对, 解释。
- 4) 操作 仰卧位至坐位转换; 仰卧位至起立应转换。
- 5) 观察记录老年人的状态, 询问老年人体位转换的感受。



偏瘫患者肢体良肢位摆放操作考核标准



床轮椅转移操作考核标准

186

偏瘫老年人康复技术操作流程



穿脱衣训练评分标准



体位转换操作考核标准

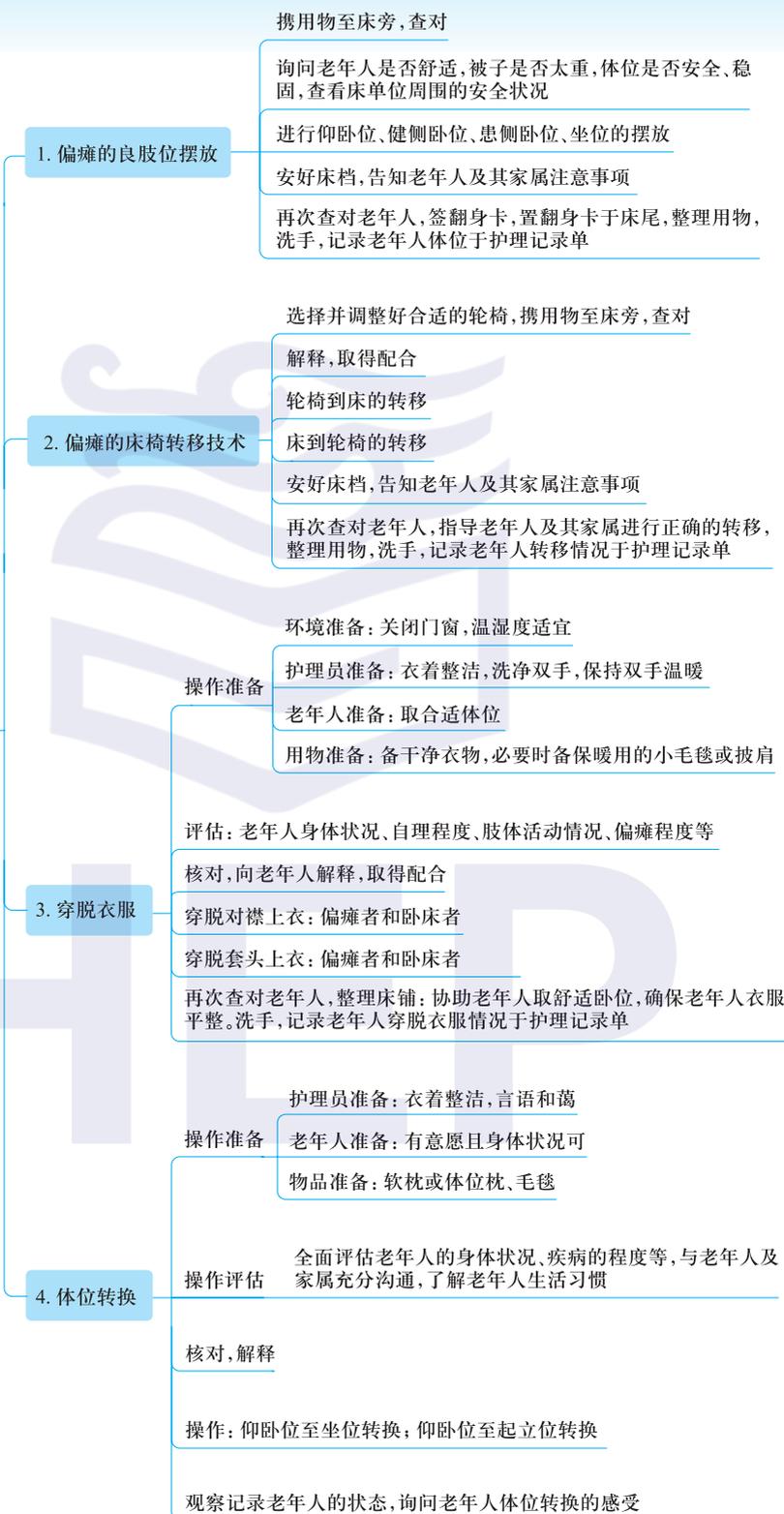


图 13-5 偏瘫老年人康复技术操作流程

4. 评价

- (1) 操作方法正确,动作轻稳,老年人未出现操作不当引起的并发症。
- (2) 跟老年人沟通有效,老年人能配合操作。
- (3) 老年人的基本需求得到满足。

情景再现

1. 活动情景 刘奶奶,75岁,脑出血术后,存在右侧偏瘫,为改善其活动状态,遵医嘱给予康复护理指导。护士小王为刘奶奶实施健康教育指导。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握偏瘫老年人日常护理技术及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;操作前加强对老年人的操作配合指导,包括床上体位摆放、床椅转移、穿脱衣服、体位转换的正确操作。

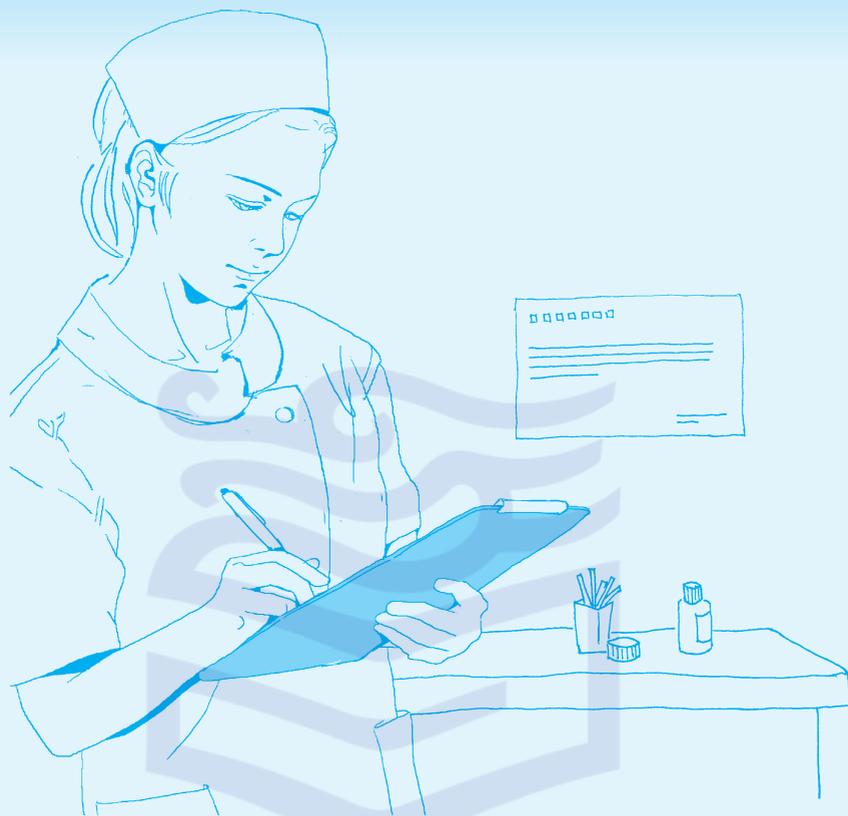
4. 效果评价

(1) 老年人对健康教育的掌握程度。

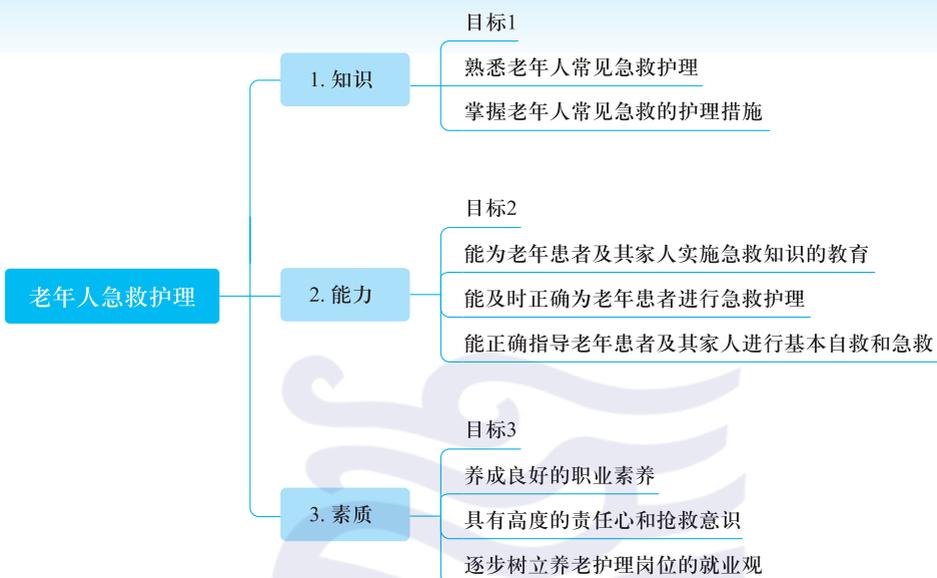
(2) 老年人对健康教育过程的满意度。

(李燕萍)





单元十四 老年人急救护理



学先知

名言 老骥伏枥,志在千里;烈士暮年,壮心不已。

译文 这是汉代诗人曹操的《龟虽寿》中的诗句,这句诗的意思是年老的千里马伏在马棚里,它的雄心壮志仍然是一日驰骋千里。有远大志向的人士到了晚年,奋发思进的雄心不会止息。

启示 有志干一番事业的人,即使到了晚年,一颗勃勃雄心也不会消沉,对宏伟理想的追求也不会停息。老年人也能拥有锐意进取的精神面貌,自强不息的进取精神,热爱生活的乐观态度。人寿命的长短不完全决定于天,只要保持身心健康,就能延年益寿。老年人可以不甘衰老,不信天命,奋斗不息,保持对伟大理想的追求和永不停止的壮志豪情。

情景案例一

小王是一名护士,某日郊游路遇一老年人突然手捂左前胸倒地,呼之不应,颈动脉不能触及。请考虑该老年人发生了什么情况?该如何急救?

案例任务:

1. 该老年人患了什么病?
2. 针对该老年人目前情况,护士应采取哪些护理措施?

情景案例二

张奶奶,72岁,咳嗽、咳痰30年,呼吸困难8年。患者30年来反复咳嗽、咳痰,每年发作持续3个月以上;近8年来出现呼吸困难。3天前因受凉后出现发热、咳嗽加重。体格检查:体温38.5℃,脉搏98次/min,呼吸25次/min,血压140/80 mmHg。意识清楚,口唇发绀,桶状胸,呼吸运动减弱,语颤减弱,叩诊呈过清音,双肺散在干、湿性啰音。血常规:白细胞计数 $11.3 \times 10^9/L$,无吸烟史。初步诊断为慢性支气管炎、

慢性阻塞性肺气肿。

案例任务：

1. 张奶奶目前存在哪些护理问题？
2. 应该如何缓解患者呼吸困难的表现？

情景案例三

刘大伯,83岁。因脑梗死后左侧肢体活动障碍住院两个多月。今天是正月初二,女儿带了年糕来看望他。刘大伯很是开心,女儿一边喂年糕给父亲,一边和他聊天。刘大伯吃着吃着突然面色涨红,一手呈V字状紧贴于颈部前喉部,表情痛苦,女儿在一旁吓得不知该怎么办。

案例任务：

1. 该老年人发生了什么情况？
2. 护士应该立即采取什么急救技术？
3. 该如何预防这种情况的发生？

情景案例四

王老伯,68岁,自行如厕时不慎滑倒,肘部撞在洗手台边,右侧肘部皮肤擦伤、肿胀,表面有少量出血,皮下有少量淤血。王老伯自行站起后,护士问其有何不适,主诉右侧肘部疼痛,右手不能翻转。

案例任务：

1. 该老年人发生了什么情况？
2. 护士应该立即采取什么急救技术？
3. 为老年人止血包扎时有哪些注意事项？

情景案例五

张爷爷,78岁,吸烟40余年,1年前发现肺癌晚期并多处转移,目前在肿瘤科进行保守治疗。现张爷爷感觉身体疼痛难忍,正在呻吟并有痛苦面容,手指湿冷,烦躁不适。请为张爷爷制订疼痛护理的方案。

案例任务：

1. 按张爷爷目前的情况,为其评估疼痛的程度。
2. 护士应采取哪些方法,缓解老年人的疼痛？

情景案例六

李奶奶,糖尿病住院治疗病情好转,家属办理了出院手续。出院时带口服降血糖药和胰岛素回家治疗。她担心血糖高再住院,自行增加了降血糖药的剂量。结果,服药后,李奶奶突然感到头晕、心慌、出汗、全身发抖,精神恍惚,急诊收入院。

案例任务：

1. 按李奶奶目前的情况,请判断她发生了什么？

2. 护士应采取哪些方法,对李奶奶进行抢救与护理?

学而思

作为专业的护理人员,说说你在工作中应该怎样跟老年患者进行有效的沟通,如何体现敬老爱老,使老年人积极乐观地面对疾病。谈谈你对“老骥伏枥,志在千里;烈士暮年,壮心不已”在护理老年患者中的理解和运用。

老年人常有心、脑血管病变,易发生心绞痛、心肌梗死、心律失常及卒中等,甚至可能发生心搏骤停。老年人吞咽反射减弱,牙齿松动、脱落,咀嚼能力差,吞咽时易发生噎、呛,阻塞气道导致窒息等,当发生危及生命状况时应进行及时的急救和自救。现场的黄金抢救时间只有短短的4 min,即急救中常说的“黄金4 min”。每耽误1 min,患者的生存概率就会急速下降,死亡率直线上升。

知识 1 心肺复苏

心肺复苏(cardio-pulmonary resuscitation, CPR)是针对心搏、呼吸骤停所采取的急救措施,包括采用胸外心脏按压或其他方法形成暂时的人工循环并最终恢复心脏自主搏动,用人工呼吸代替自主呼吸并最终恢复自主呼吸,达到挽救生命的目的。现场心肺复苏又称基本生命支持(basic life support, BLS),关键步骤包括立即识别心搏骤停和启动急救反应系统(emergency medical service system, EMSS)、尽早实施心肺复苏、快速除颤终止室颤。心肺复苏适用于因各种原因所造成的呼吸、循环骤停(包括心搏骤停、心室颤动及心搏极弱)。

(一) 现场心肺复苏的基本程序

1. 快速判断心搏骤停并启动 EMSS

(1) 迅速判断 在确定环境安全的前提下,采用“轻拍重喊”的方法,轻拍患者双肩,靠近耳边大声呼叫:“喂,你怎么了?”,观察患者有无反应。如无反应,判断为意识丧失,立即呼叫,请周围人前来帮忙抢救和拨打120急救电话启动EMSS。检查应在10 s内完成。注意摇动患者肩膀时不可用力过重,以防加重骨折等损伤。

(2) 安置体位 置老年人于复苏体位,即放在地面或硬板床上,头、颈部应与躯干保持同一轴面上,将双上肢放置在身体两侧,解开衣领、腰带,暴露胸壁。

(3) 检查大动脉搏动和呼吸 检查颈动脉,方法是并拢右手的示指和中指,从患者的气管正中部位向旁滑移2~3 cm,在胸锁乳突肌内侧轻触颈动脉(图14-1)。在触摸大动脉搏动的同时,通过观察口唇、鼻翼和胸腹部起伏等情况判断有无呼吸或是否为无效呼吸,时间控制在5~10 s,如果不能触及大动脉搏动,呼吸停止或无效呼吸则

立即实施 CPR。

2. 心肺复苏的基本程序

(1) 建立有效循环(circulation,C) 即胸外心脏按压,是指用人工的方法对胸骨下段有节律地按压,挤压心脏,产生血液流动,目的是为心、脑和其他重要器官提供血液灌注。按压部位及手法:操作者采取跪姿,一只手的掌根部紧贴患者两乳头连线中点胸骨处(胸骨中下 1/3 处),另一只手掌根叠放其上,两手手指交叉相扣,手指尽量向上翘,避免触及胸壁和肋骨。操作者身体稍前倾,双肩在患者胸骨正上方,肩、肘、腕关节成一条直线,按压时以髋关节为支点,应用上半身的力量垂直向下、用力快速按压。按压的频率和深度:频率为 100~120 次/min,胸骨下陷 5~6 cm。按压和放松时间:按压和放松时间之比为 1:1,要保证每次按压后胸部回弹到正常位置,操作者不能倚靠在患者身上,且手掌根部不能离开胸壁(图 14-2)。



图 14-1 触摸颈动脉搏动

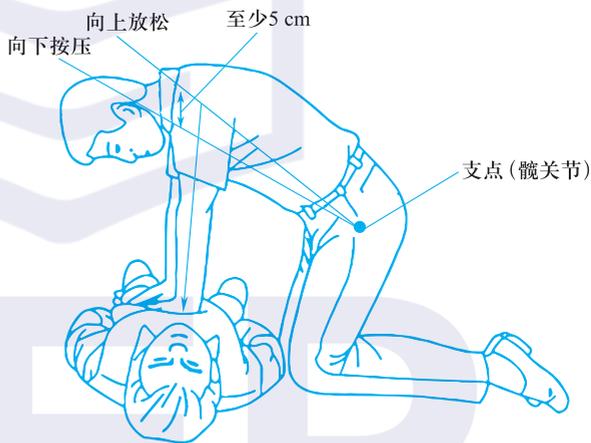


图 14-2 胸外心脏按压

(2) 畅通呼吸道 (airway,A) 畅通呼吸道是进行人工呼吸的首要步骤。患者呼吸心搏停止后,全身肌张力下降,舌肌松弛后坠而阻塞呼吸道。采用开放气道的方法可使阻塞呼吸道的舌根上提,使呼吸道畅通。在开放气道前应首先迅速清除患者口鼻内的污泥、土块、痰、呕吐物等异物,然后再将气道打开。常用开放气道的方法有仰面举颏法、仰头抬颈法及双手抬颌法三种。① 仰面举颏法:适用于头和颈部没有创伤的患者,操作者左手置于患者额部,手掌向后向下用力,使其头后仰,右手手指放在下颌骨下方,同时用力将颏部向前向上举起。头部后仰的程度为下颌角和耳垂的连线与地面垂直(图 14-3)。② 仰头抬颈法:适用于头和颈部没有创伤的患者,操作者一只手从颈下托



图 14-3 仰面举颏法

住患者颈部向上抬颈,另一只手按患者前额向后加压,使头后仰,颈部抬起(图 14-4)。

③ 双手抬颌法:适用于疑似头、颈部创伤者,操作者双手在患者头部两侧、握住下颌角,双肘支撑在患者平躺平面,用力向上托下颌,同时拇指分开口唇(图 14-5)。



图 14-4 仰头抬颈法



图 14-5 双手抬颌法

(3) 人工呼吸(breathing,B)指用人工方法借外力来推肺、膈肌或胸廓的活动,使气体被动进入或排出肺,以保证机体氧的供给和二氧化碳的排出。方法有口对口人工呼吸、口对鼻人工呼吸、口对口鼻人工呼吸、口对面罩人工呼吸等。其中,最简单、常用和有效的方法是口对口人工呼吸,具体方法是将干净纱布或 CPR 呼吸膜覆盖在患者口唇上,操作者一只手放在下颌角处,抬起患者的头部保持气道通畅,另一只手的拇指和示指捏紧患者的鼻孔(防止吹气时气体从鼻孔逸出),操作者正常吸气后,将口张大,以双唇包紧患者口部,缓慢将气体吹入气道,每次吹气至患者胸部上抬后,即与患者口部脱离,轻轻抬起头部,同时放松捏紧患者鼻部的手指,让患者胸廓依其弹性回缩致使气体呼出;当患者口周外伤或牙关紧闭、张口困难时,可用口对鼻呼吸,吹气时要使上下唇合拢。

(二) 心肺复苏效果的判断

(1) 神志 复苏有效时,可见患者有眼球运动,睫毛反射与对光反射出现,甚至手足开始抽动,发出呻吟声等。

(2) 面色及口唇 复苏有效时可见面色及口唇由发绀变为红润,若变为灰白,则说明复苏无效。

(3) 颈动脉搏动 按压有效时,每一次按压可以产生一次颈动脉搏动,若停止按压,搏动亦消失,此时应继续进行心脏按压。若停止按压后,脉搏仍然存在,并且上肢收缩压高于 60 mmHg,则说明患者已恢复心搏。

(4) 瞳孔 复苏有效时,可见瞳孔由大变小,同时出现对光反射;若瞳孔由小变大、固定,则说明复苏无效。

(5) 自主呼吸出现 患者出现较强的自主呼吸,说明复苏有效,但如果自主呼吸微弱,仍应坚持人工辅助呼吸。

自动体外除颤器(AED)是一种便携式、易于操作,稍加培训即能熟练使用,专为现场急救设计的医疗设备,它用以诊断特定的心律失常,并且给予自动除颤。操作方法:急救者在除颤前必须确定被抢救者具有“三无征”,即无意识、无脉搏、无呼吸。除颤时首先打开电源开关;之后将两个电极固定在患者胸前,机器可自动采集和分析心律失常;一经明确为致命心律失常(室性心动过速、心室颤动),语音即提示急救者按除颤按钮。电击后,立即进行5轮CPR(约2 min),再检查脉搏。

知识2 噎食

随着年龄增长,老年人的咀嚼吞咽功能逐渐退化,使吞咽变得更为困难,尤其是患有卒中、痴呆等疾病的老年人。吞咽困难轻者使人发生噎食,重者会引发窒息,危及生命。

(一) 概述

噎食是指进食时食物卡在食管某一狭窄处或呛到咽喉部、气管而引起呛咳,呼吸困难,甚至窒息(图14-6),是老年人猝死的常见原因之一,又称老年性食噎。噎食的临床表现与冠心病类似,容易被误诊而延误抢救的最佳时机。据报道,美国每年有4000多人因噎食猝死,占猝死病因的第6位。因此,当老年人发生噎食时,应及时采取正确的急救技术,保持呼吸道通畅,挽救生命。

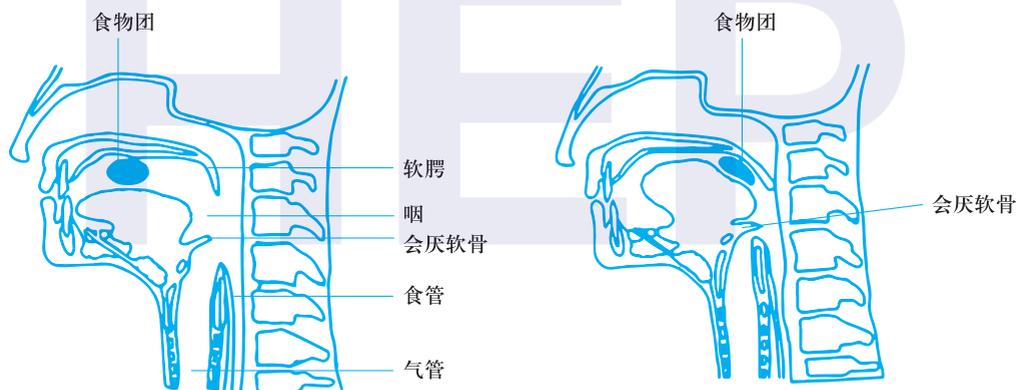


图14-6 食物吞咽过程

(二) 病因

1. 衰老 随着老年人生理形态及功能发生退行性变化,咽喉部感觉减退,神经反射活动降低,吞咽肌群互补协调功能下降,容易引起吞咽障碍。细胞的老化及细胞之间的联系失调,对食物的刺激不灵敏,兴奋性减弱,感觉和传递信息速度减弱。同时,因老年人消化功能降低,唾液分泌少,牙齿残缺,咀嚼困难,不宜将食物嚼碎,容易在进食过程中发生噎食。

2. 疾病 患有动脉硬化、脑梗死等脑血管病变的老年人,咽反射迟钝,容易造成吞咽动作不协调而发生噎食。有食管癌、食管裂孔疝、贲门痉挛、反流性食管炎、舌咽及迷走神经的双侧运动纤维或神经核受损等疾病的老年人,容易引起吞咽功能障碍而发生噎食。精神障碍的老年人,受幻觉妄想支配,导致行为紊乱,常常出现暴饮暴食、抢食和狼吞虎咽,食物咀嚼不充分及强行快速吞咽容易导致大块食物堵塞呼吸道。

3. 药物 抗精神类的药物,老年人服用后有一定的副作用,一方面引起咽喉肌功能失调,抑制吞咽反射,出现吞咽困难;另一方面,由于药物的作用,使老年人出现饥饿感及不知饥饱而抢食的精神症状,易造成急性食管堵塞。

4. 食物 易引起噎食的食物有馒头、煮鸡蛋、排骨、汤圆等。馒头、煮鸡蛋、排骨的水分少,不宜咀嚼;而汤圆、粽子、年糕的黏附性强,吞咽时容易引起哽噎。若进食大块的食物,不嚼碎,囫圇吞下也容易引起噎食。有噎食风险的老年人,进食时应注意以下事项:①尽量取坐位,上身前倾 15° ;②卧床老年人进餐后,不要过早放低床头,进食完成后继续坐30 min,以免发生食物反流;③对于进食慢的老年人,不要催促,鼓励少食多餐、细嚼慢咽;④对于发生呛咳的老年人,间隙时可用汤匙将少量食物送至舌根处,让老年人吞咽,待老年人完全咽下,张口确认无误后再送入第二口食物;⑤频繁呛咳,严重者应停止进食。

5. 体位 卧床老年人,平卧于床上进食时,食管处于水平位,若进食太干或太黏稠的食物,吞服时易黏附于喉部引起梗阻。

6. 其他 进食过快,吞食过快,饮酒过量,边进食边说话,注意力下降等。

(三) 临床表现

1. 早期表现 老年人进食时,突然出现不说话、欲说无声。因大量食物积存于口腔、咽喉前部,阻塞气管,老年人面部涨红,并有呛咳反射。由于异物吸入气管时,老年人感到极度不适,大部分老年人常常有特殊的表现:不由自主地一手呈“V”字状(图14-7)紧贴于颈前喉部,表情痛苦。



图14-7 手呈“V”字状

2. 中期表现 食物卡在咽喉部,老年人有胸闷窒息感,食物吐不出,手乱抓,两眼发直。

3. 晚期表现 老年人满头大汗、面色苍白、口唇发绀、晕倒在地,提示食物已误入气管;重者出现大小便失禁,鼻出血、抽搐、呼吸停止、全身发绀等。

(四) 辅助检查

老年人意识障碍,不能取坐位、半坐卧位,或者无法维持坐位、半坐卧位15 min以

上时,则有可能存在噎食风险。老年人意识水平正常和坐姿控制程度正常,可进行下列噎食风险的评估:EAT-10 吞咽筛查量表评估、反复吞咽唾液试验、洼田饮水试验。

1. EAT-10 吞咽筛查量表(表 14-1) 评估中,症状发生越多,老年人发生噎食的可能性越大。一般每项评分 ≥ 3 分,老年人可能在吞咽的安全和效率方面存在问题。

表 14-1 EAT-10 吞咽筛查量表

1. 我的吞咽问题已经使我体重减轻	0	1	2	3	4
2. 我的吞咽问题影响我在外就餐	0	1	2	3	4
3. 吞咽液体费力	0	1	2	3	4
4. 吞咽固体费力	0	1	2	3	4
5. 吞咽药片(丸)费力	0	1	2	3	4
6. 吞咽有疼痛	0	1	2	3	4
7. 我的吞咽问题影响我享用食物的乐趣	0	1	2	3	4
8. 我吞咽时有食物卡在喉咙里	0	1	2	3	4
9. 我吃东西有时会咳嗽	0	1	2	3	4
10. 我吞咽时感到紧张	0	1	2	3	4

2. 反复吞咽唾液试验 具体做法:① 检查者取坐位,卧床者宜取放松体位,先用人工唾液或 1 mL 水让老年人湿润口腔;② 检查者将手指横置于老年人的喉结与舌骨处,让其尽量快速反复吞咽唾液;③ 观察 30 s 内喉结及舌骨随着吞咽越过手指,向前上方移动再次复位的次数。判断标准如表 14-2。

表 14-2 反复吞咽唾液试验判断标准

判断标准	结果
30 s 内吞咽 3 次	正常
30 s 内吞咽 2 次或小于 2 次	有噎呛风险

3. 洼田饮水试验 具体做法:① 试验时,老年人采取坐位;② 让其先试饮下两三口水;如无问题,让老年人如往常一样饮 30 mL 温水;③ 饮水的时候,注意观察饮水时间以及呛咳情况,并对老年人的吞咽能力进行分级。判断标准如表 14-3。

表 14-3 洼田饮水试验判断标准

判断标准	结果
能顺利 1 次不呛地将水咽下	I 级
分 2 次以上,能不呛地将水咽下	II 级
能 1 次咽下,但有呛咳	III 级
分 2 次以上咽下,也有呛咳	IV 级
全程咽下困难,多次呛咳,不能将水喝完	V 级



(五) 急救措施

海姆立克急救法又名“海氏急救法”，是美国医生亨利·海姆立克于1974年发明的。老年人进食时，有可能出现被食物卡住呼吸道进而窒息的危险情况。一旦呼吸道被卡住，那么分分秒秒都面临死亡，这时候再往医院跑就来不及了。意识清醒者，可采用海姆立克急救法(图14-8)。意识不清或卧床者，可采用腹部手拳冲击法(图14-9)：①患者仰卧，施救者骑跨在患者腰部；②左手握拳，拳心朝前，腕部顶在患者上腹部中线上；③右手按压在左拳上，双手同时用力，向患者腹腔内上方挤压；④如果无效，隔几秒再重复一次。



图 14-8 海姆立克急救法

老年人发生噎食的情况比较紧急，如果意识清醒，有能力自救，可采取以下自救方法(图14-10)。自己取立位姿势，下颌抬起，使气管变直；一只手握拳，轻放在自己的肚脐上方；另一只手也握拳，并俯身压在坚硬的物体上，如椅子或工作台上；用自己的拳头快速由内向外挤压。噎食的急救应及早进行，而不是等待医护人员，应该一边急救，一边呼救。



图 14-9 腹部手拳冲击法



图 14-10 自救方法

技术 1 心肺复苏技术

1. 评估

(1) 了解老年患者的胸壁情况，有无胸壁开放性损伤、肋骨骨折、胸廓畸形或心脏

压塞等心肺复苏禁忌证。

- (2) 了解老年患者的面色、口唇、瞳孔情况。
- (3) 评估患者的心搏、呼吸情况,以确定是否进行心肺复苏。

2. 计划

(1) 环境准备 若环境安全可以进入现场救人,若环境不安全,先解除不安全因素或将患者脱离危险环境,同时根据现场条件尽可能地做好自身防护。

(2) 用物准备 干净纱布或 CPR 呼吸膜。

3. 实施 心肺复苏流程见图 14-11。

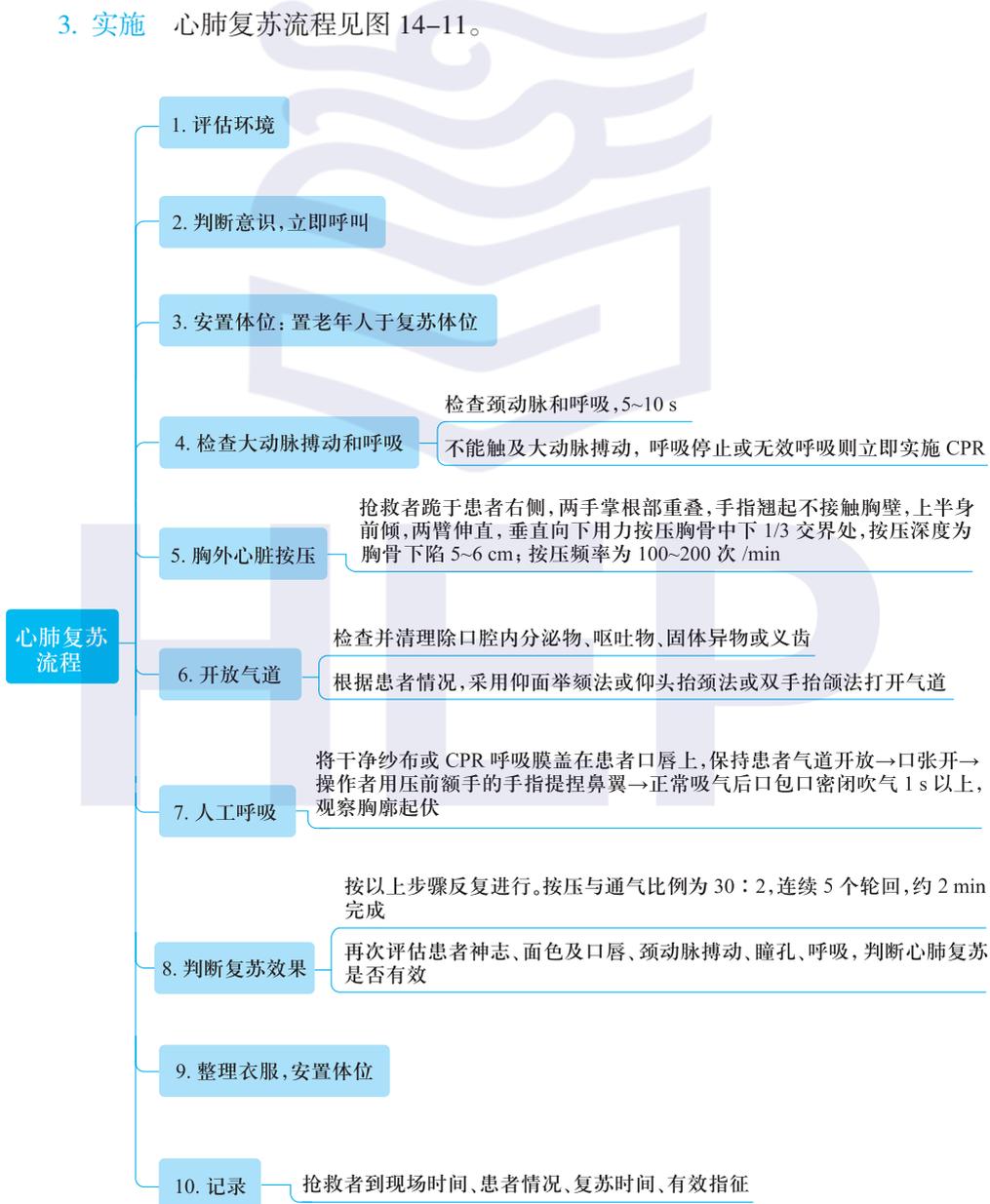


图 14-11 心肺复苏流程



4. 评价

- (1) 按时完成。
- (2) 程序正确,操作规范,动作迅速。
- (3) 正确地完成5个循环复苏,人工呼吸与心脏按压指标显示有效(以打印单为准)。
- (4) 注意保护患者安全和做好职业防护。

技术2 氧气吸入疗法

氧气吸入法是指通过给氧,提高动脉血氧分压和动脉血氧饱和度,增加动脉血的氧含量,纠正各种原因造成的缺氧状态,促进组织的新陈代谢,维持机体生命活动的一种治疗方法。

1. 评估

- (1) 老年人的病情、意识状态、治疗情况、心理状态及合作程度。
- (2) 向老年人及其家属解释吸氧的目的、方法、注意事项及配合要点。
- (3) 根据老年人所患疾病的特点、临床表现及血气分析结果确定吸氧方式和体位。

2. 计划

- (1) 环境准备 安静、整洁、光线充足,必要时用屏风遮挡。
- (2) 护士准备 着装整齐,洗手,戴口罩。
- (3) 老年人准备
 - 1) 对有便意的老年人,根据病情先督促或协助其排净大、小便。
 - 2) 协助老年人取舒适体位。
- (4) 用物准备
 - 1) 小药杯(内盛冷开水)、纱布、弯盘、鼻导管或面罩、棉签、扳手、吸氧记录单、笔。
 - 2) 供氧装置:氧气筒和氧气压力表、管道氧气装置(中心供氧装置)两种。

3. 实施 吸氧流程见图14-12。

4. 评价

- (1) 操作方法正确,动作轻稳,无并发症发生。
- (2) 跟老年人沟通有效,老年人能配合操作。
- (3) 老年人的缺氧症状得到改善,基本生理需求得到满足。



吸氧
流程

1. 携用物至老年人床旁,核对床号、姓名、腕带

2. 检查患者鼻腔有无异常,并用湿棉签清洁两侧鼻腔

3. 准备氧气设备

氧气筒供氧装置:用扳手打开氧气筒总开关(逆时针转1/4周),使少量气体从气门处流出,之后迅速关好总开关(顺时针);安装氧气表,连接湿化瓶。确认流量表呈关闭状态下,打开氧气筒总开关,再打开流量表开关备用

中心供氧装置:打开氧气管道总开关,连接特制的流量表,打开流量表开关备用

4. 将鼻导管与装有湿化瓶的流量表出口相连接,根据病情调节吸氧流量

5. 将鼻导管前端放入小药杯冷开水中湿润,并检查鼻导管是否通畅

6. 轻轻地将鼻导管插入患者鼻孔约1 cm,将鼻导管环绕患者耳部向下放置,并调节其松紧度

7. 记录给氧时间、氧流量及患者反应,告诉患者及其家属勿随意调节流量,并注意用氧安全

8. 停止用氧时,先取下鼻导管,协助患者取舒适体位,并整理床单位

9. 按序卸表

氧气筒:关闭总开关,放出余气后,关闭流量开关,卸下流量表

中心供氧:关流量表开关,取下流量表

10. 清理用物,洗手,记录

图 14-12 吸氧流程

技术 3 噎食急救技术

1. 评估

- (1) 了解老年人的进食情况,周围环境是否安全。
- (2) 根据老年人噎食的临床表现,判断有无严重的气道阻塞等问题;有无意识不清;是否能够站立或坐起。

2. 计划

- (1) 环境准备 环境安全,光线适宜。
- (2) 用物准备 手套或纱布、毛巾、手帕、塑料袋等,必要时准备吸氧装置、吸痰器、听诊器、心电监护仪、心脏按压板。

(3) 护士准备 着装整洁,戴医用手套或用纱布、毛巾、手帕、塑料袋等替代。站在清醒老年人身后或者双腿跪在昏迷老年人大腿两侧。

(4) 老年人准备 ① 意识清醒者,为其简单讲解急救的目的和配合要点,减轻紧张、焦虑的情绪,指导其站在护士身前,弯腰稍向前倾,头部略低并张口。② 意识不清或卧床者采取仰卧位,头偏一侧。

3. 实施 噎食急救技术流程见图 14-13。

4. 评价

- (1) 老年人噎食能够得到及时救助,没有发生生命危险。
- (2) 护士抢救时动作熟练,用力适度,没有发生肋骨骨折或内脏损伤。
- (3) 做好心理护理,消除老年人焦虑、恐惧的心理。

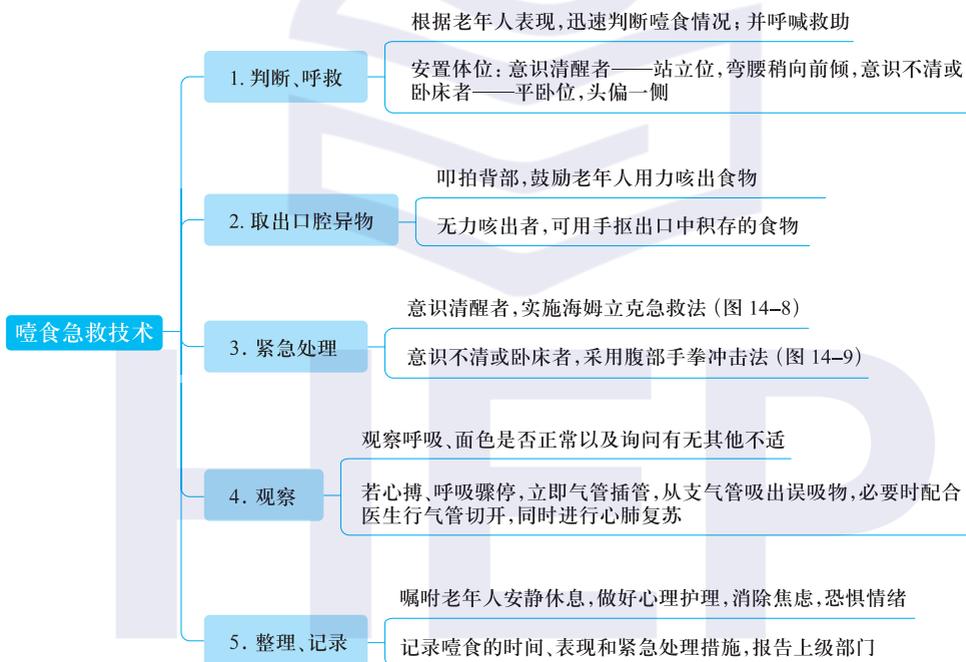


图 14-13 噎食急救技术流程

技术 4 止血包扎技术

外伤是身体由于外界物体的打击、碰撞或化学物质的侵蚀等造成的外部损伤,常有出血的表现。如果老年人由于某些原因导致外伤,其血管、淋巴管、肌肉、筋膜等组织硬化、脆弱,损伤后往往比年轻人更严重。因此,正确地采用止血包扎技术,最快、最安全地为伤者止血并保护伤口至关重要。



1. 评估

- (1) 评估老年人的情绪状态,并安慰老年人。
- (2) 评估老年人的出血部位及血管,选择合适的止血包扎方法。根据血管种类不同,出血常常分为以下3种:毛细血管出血、静脉出血和动脉出血(表14-4)。

表 14-4 出血种类

出血血管	血液颜色	血流速度	血流量	危险性
动脉出血	鲜红色	快,喷射状出血	多	大
静脉出血	暗红色	慢,缓慢流出	较多	较大
毛细血管出血	鲜红色	慢,缓慢流出	少	小

根据出血的部位及血管种类选择止血方法,常有直接压迫止血法和加压包扎止血法。①直接压迫止血法:对皮肤小伤口,用消毒纱布或清洁布块直接压迫出血部位,持续压迫8~10 min止血的方法。适用于出血的初步止血处理,能有效达到快速止血的目的,但这只是一种临时性止血方法(图14-14)。②加压包扎止血法:用于小动脉以及静脉或毛细血管出血,是最常用的止血方法之一(图14-15)。但关节脱位、伤口内有碎骨片时,禁用此法,以免加重损伤。先进行伤口消毒,再将消毒纱布或清洁布块等敷在出血处,用绷带或者三角巾缠绕数圈后加压包扎固定。加压强度以达到止血但又不影响血液循环为宜。

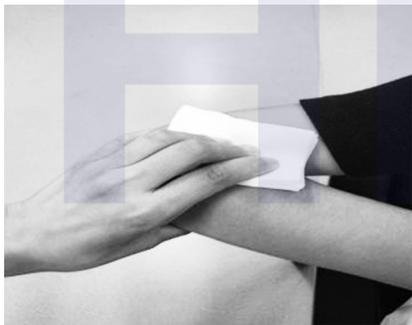


图 14-14 直接压迫止血法

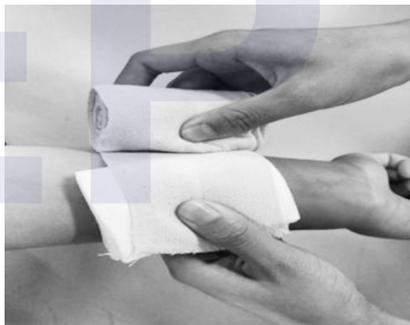


图 14-15 加压包扎止血法

包扎是外伤现场应急处理的重要环节。通过包扎可以达到压迫止血、减少感染、保护伤口、减轻疼痛以及固定敷料和夹板等目的。包扎方法错误可导致出血增加、感染加重、造成新的伤害、遗留后遗症等不良后果。最常用的材料有绷带、三角巾等。绷带包扎是包扎技术的基础,常用绷带有棉布、纱布、弹力及石膏绷带等多种类型且宽窄长度规格多样。常用绷带包扎方法及适用范围见表14-5。



绷带包扎法

表 14-5 绷带包扎方法、适用范围及操作方法

包扎方法	适用范围	操作方法
环形包扎法 	包扎开始或结束时,以及用于粗细相等部位,如颈、腕、腰等小伤口的包扎	绷带呈环形缠绕数周,每周盖住前一周,最后固定,将绷带末端剪开打结或以胶布固定
蛇形包扎法 	用于夹板固定,或在紧急情况下做简单的固定	绷带呈环形缠绕数周后,以绷带宽度为间隔,斜形向上缠绕,各圈相互不遮盖。最后环形缠绕 2 周后,固定(同环形包扎法)
螺旋形包扎法 	用于直径基本相同的部位,如手指、上臂、躯干等的包扎	绷带呈环形缠绕数周后,螺旋形由下向上缠绕,每后一圈遮盖前一圈的 1/3~1/2。最后环形缠绕 2 周后,固定(同环形包扎法)
螺旋反折包扎法 	用于直径不等的部位,如前臂、小腿等的包扎	绷带呈环形缠绕数周后,螺旋形由下向上缠绕,每一圈均应向下反折,逐圈遮盖上圈的 1/3~1/2。最后环形缠绕 2 周后,固定(同环形包扎法)
“8”字形包扎法 	用于直径不等的部位或屈曲关节处,如肘、髌、膝等的包扎	绷带呈环形缠绕数周后,在关节下方作一环形带,然后自下而上,再自上而下与伤处重复呈“8”字形缠绕,遮盖上圈的 1/3~1/2。最后环形缠绕 2 周后,固定(同环形包扎法)
回返式包扎法 	用于头部、肢体末端或断肢部位的包扎	绷带呈环形缠绕数周后,在后部固定绷带,将绷带反折,从后向前覆盖肢体顶端,再反折向后,每次来回遮盖前次的 1/3~1/2,如此反复循环,直到包住整个伤处,最后将绷带环形缠绕数周压住反折处后固定

2. 计划

- (1) 环境准备 环境安全,光线适宜。
- (2) 用物准备 治疗车、治疗盘、快速消毒洗手液、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、无菌纱布、绷带、胶布、剪刀、消毒剂、棉签、记录单、笔,必要时准备止血带或支腿架等。
- (3) 护士准备 着装整齐,清洗双手。
- (4) 老年人准备 理解止血包扎的目的和配合要点。

3. 实施 止血包扎流程见图 14-16。

4. 评价

- (1) 老年人外伤出血减少或停止,没有发生休克等生命危险。



止血包扎
流程

图 14-16 止血包扎流程

技术 5 疼痛护理技术

疼痛是伴随现有的或潜在的组织损伤而产生的主观感受,是最常见、最严重的一种不舒适的感觉。疼痛也是临终老年人最常见的症状之一。老年人的生理特点及并发症多个系统的疾病决定了他们的慢性疼痛治疗有其自身的特点。作为一名护士,应掌握疼痛的相关知识,协助老年人避免或减轻疼痛。

1. 评估

(1) 评估老年人疼痛的程度 进行疼痛评估是为老年人避免或减轻疼痛的前提。常用的疼痛评估方法有数字评分法(NRS)、面部表情疼痛评分量表法(FPS-R)、文字

描述法 (VDS)、视觉模拟评分法 (VAS), 以及口头评分法 (VRS), 如表 14-6。

表 14-6 常用的疼痛评估方法

名称	操作方法
数字评分法 (NRS) 	将一条直线平均分成 10 段, 0 分表示无痛, 10 分表示剧痛, 中间次序表示不同程度的疼痛。患者选择一个可以表示自己疼痛的数字来表示疼痛的程度
面部表情疼痛评分量表法 (FPS-R) 	用了微笑、悲伤至哭泣的 6 种面部表情图。患者可以从中选择一个面孔来表示自己疼痛的程度
文字描述法 (VDS) 	一条直线其中一端表示无痛, 另一端表示无法忍受的疼痛, 中间依次为微痛、中度疼痛、重度疼痛、剧痛无法忍受, 让患者按照自身程度选择合适的文字
视觉模拟评分法 (VAS) 	用一条直线不做任何划分, 在直线的两端分别注明无痛和剧痛, 让患者选择直线中的一个点表示疼痛程度。这种方法最方便, 没有年龄、性别、文化背景的要求
口头评分法 (VRS) 	0 分表示无痛, 10 分满分表示剧烈疼痛, 随着分值增加, 疼痛的程度随之增加, 由患者自己用不同分值来量化疼痛程度

(2) 评估控制老年人疼痛方法的有效性。

2. 计划

(1) 环境准备 环境清洁、安静, 光线适宜。

(2) 用物准备 疼痛评分表、笔、记录单等。

(3) 护士准备 着装整齐, 清洗双手。

(4) 老年人准备 向老年人解释操作目的、注意事项及配合要点, 减轻其紧张、焦虑情绪, 指导其采取舒适体位。

3. 实施 疼痛护理流程见图 14-17。

4. 评价

(1) 老年人疼痛减轻或停止, 感到满意。

(2) 护士操作流程正确, 动作规范、熟练。

(3) 解释合理、有效, 体现人文关怀。

1. 评估

(1) 评估老年人出现低血糖的原因 ① 药物,如胰岛素、磺酰脲类降血糖药等。② 严重疾病,如肝衰竭、心力衰竭、肾衰竭、脓毒症或营养不足等导致升糖激素缺乏。③ 垂体、肾上腺皮质功能低下。④ 内源性胰岛素分泌过多,如胰岛素瘤、功能性胰岛 B 细胞病、自身免疫性低血糖等。⑤ 乙醇的影响,乙醇是胰岛素增敏剂,还能抑制糖原异生。⑥ 其他因素,人为、蓄意或偶发的低血糖,如运动过度、不合理的饮食等。

(2) 根据老年人出现低血糖的临床表现,评估病情的严重程度 见表 14-7。

表 14-7 低血糖的临床表现及病情严重程度

程度	临床表现
轻度低血糖	饥饿感、心慌、出汗、面色苍白、发抖、乏力、情绪和行为改变、交感神经兴奋症状
中度低血糖	在轻度低血糖症状的基础上,生活不能自理,自己进食和 / 或饮水困难,头痛、腹痛、恶心、头晕、精神恍惚等
重度低血糖	无法站立,对周围事物反应淡漠或无反应,定向力丧失,无法进食和进水,肢体面部痉挛,甚至昏迷

2. 计划

(1) 环境准备 环境清洁、安静,光线适宜。

(2) 用物准备 治疗车、治疗盘、快速消毒洗手液、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、锐气盒、皮肤消毒液、血糖检测仪、血糖试纸、吸氧装置,50% 葡萄糖或者胰高血糖素、注射器、记录单、笔等。

(3) 护士准备 着装整齐,清洗双手。

(4) 老年人准备 向老年人解释操作目的、注意事项及配合要点,指导其采取舒适体位。

3. 实施 低血糖护理流程见图 14-18。

4. 评价

(1) 老年人血糖控制良好,感到满意。

(2) 护士操作流程正确,动作规范、熟练。

(3) 解释合理、有效,体现人文关怀。



低血糖护理
评分标准

低血糖护理
流程

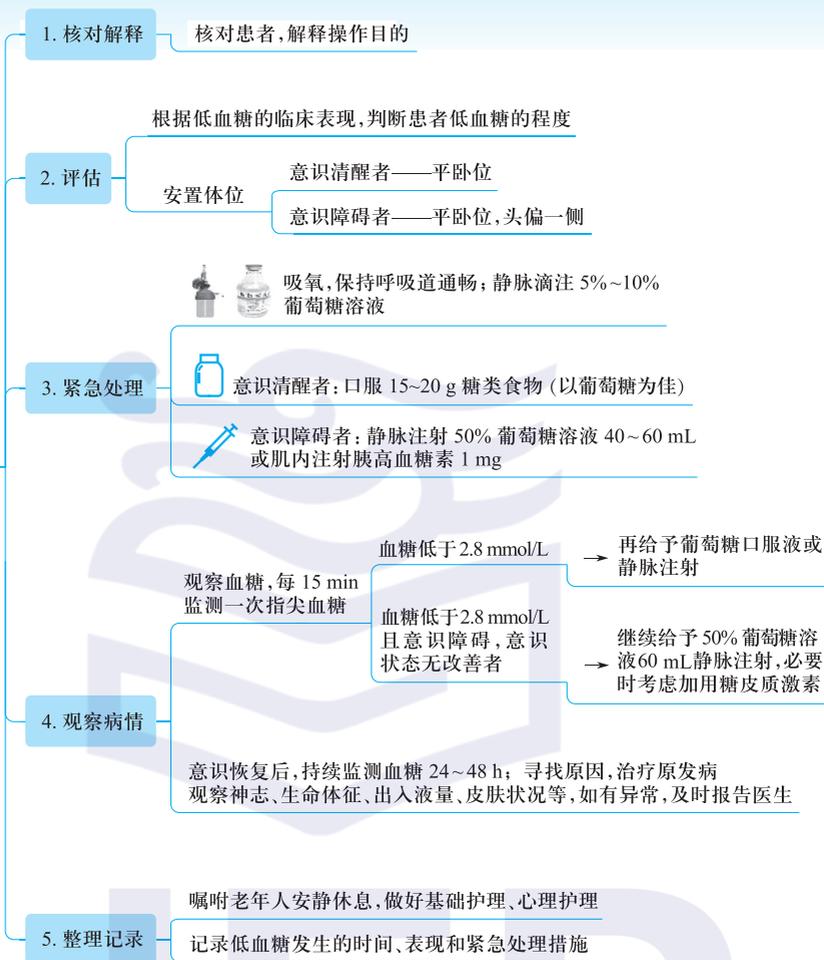


图 14-18 低血糖护理流程

情景再现 1

1. 活动情景 胡爷爷, 75 岁, 慢性阻塞性肺疾病十余年。今因上呼吸道感染呼吸困难加重来院就诊, 医嘱给予氧气吸入。护士小王为胡爷爷实施氧气吸入。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演, 每两人为一组, 分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握氧气吸入的方法及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行操作; 操作前加强对老年人的操作配合指导; 吸氧方法正确, 动作轻柔, 吸氧期间注重用氧安全; 操作后对老年人实施健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

情景再现 2

1. 活动情景 张爷爷, 62 岁, 是一个足球迷。今天在家和儿子一起一边吃饭, 一



氧气吸入评
价表

边看球赛。在吃馒头的时候,他突然面色涨红,表情痛苦,一手呈“V”字状紧贴于颈部前喉部,儿子在一旁不知该怎么办。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演儿子和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握海姆立克急救法及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;操作前加强对患者的操作配合指导,急救的动作轻柔、老年人配合,操作中方法正确,注重安全护理及对老年人的健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

情景再现 3

1. 活动情景 李爷爷,61岁,快过年了,自己在家打扫清洁卫生,擦窗户的时候不小心从板凳上摔下来,膝关节部位皮肤擦伤、肿胀,表面有少量出血。护士小王为李爷爷实施止血包扎。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每两人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握止血包扎的方法及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;操作前加强对患者的操作配合指导,止血包扎的动作轻柔、老年人配合,操作中方法正确,注重安全护理及对老年人的健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

情景再现 4

1. 活动情景 消化内科病房一位80岁的李奶奶,肝癌晚期患者,退休职工,入院已有3天。护士小李在做晚间护理时,李奶奶告诉护士疼痛难忍,不能入睡。如果你是这位护士应该怎样处理呢?

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每2人为一组,分别轮流扮演护士和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握疼痛护理的方法及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;首先进行疼痛评估,根据病情选择合适的疼痛测量方法进行测量;去除或减少引起疼痛的因素;采取适当解除疼痛的方法;适当进行药物



噎食急救技术评价表



止血包扎评价表



疼痛护理评价表



低血糖护理评价表



单元测验

或心理护理,注重安全护理及对老年人的健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

情景再现 5

1. 活动情景 张奶奶,65岁,2型糖尿病患者。在家里口服降血糖药进行血糖管理。今天晚上,由于多吃了一点食物,担心血糖升高,自行增加了降血糖药的剂量。结果夜间睡觉时,突然感到头晕、心慌、出汗、全身发抖、精神恍惚,急诊收入院。护士小王为张奶奶进行急救。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演,每3人为一组,分别轮流扮演护士、医生和老年人。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握低血糖急救的方法及健康教育内容。

(2) 活动要求

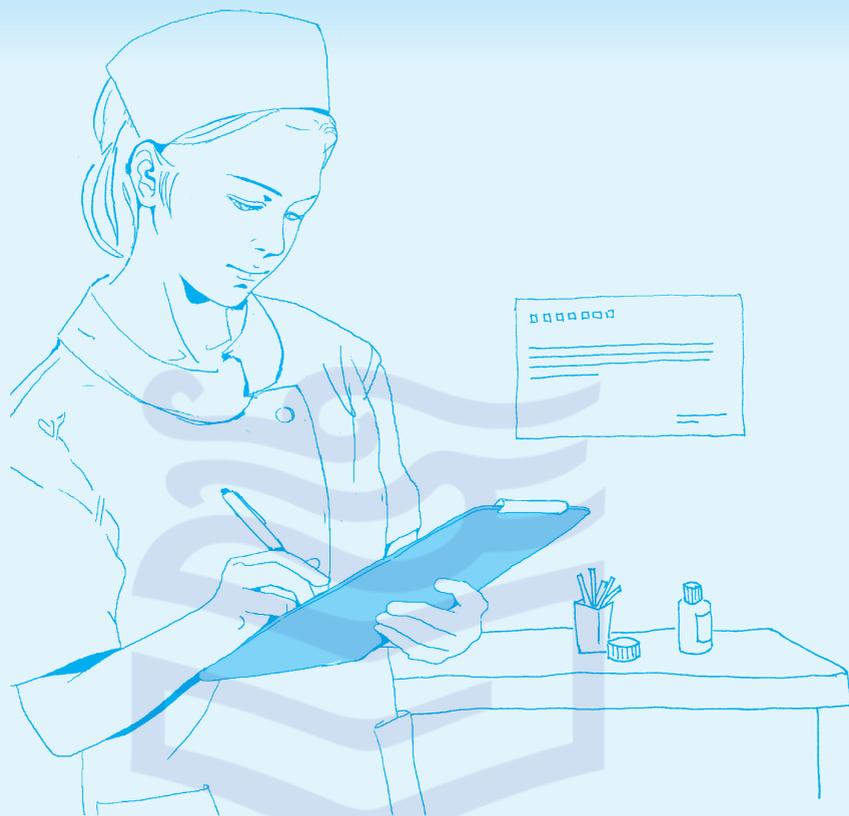
1) 活动中注重人文关怀及提高沟通能力。

2) 按护理程序进行活动;评估低血糖的严重程度;根据患者意识,安置体位;吸氧,保持呼吸道通畅;配合医生进行急救;操作的动作轻柔、老年人配合;操作中方法正确,注重安全护理及对老年人的健康教育。

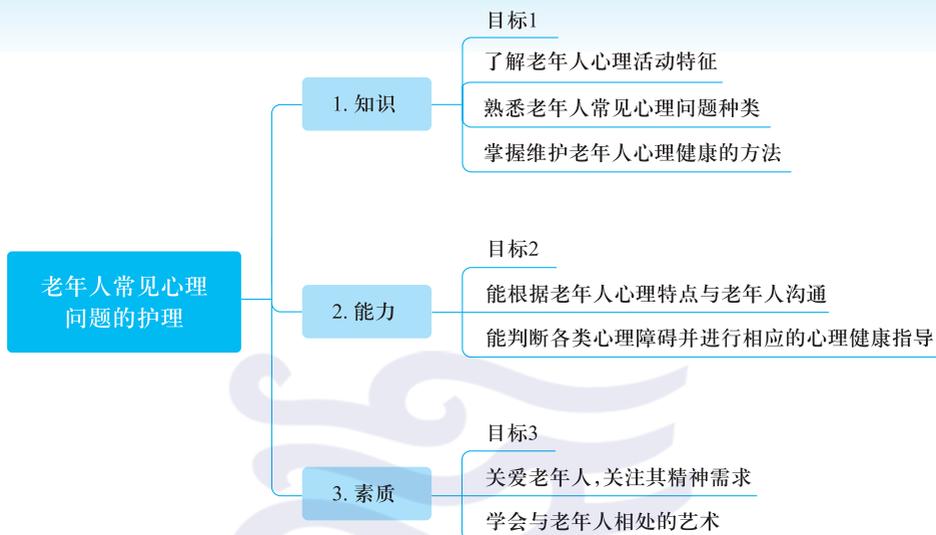
4. 效果评价 见二维码。

(任冬梅 付平 郑秀花)

HEEP



单元十五 老年人常见心理问题的护理



名言 灵明无着,物来顺应,未来不迎,当时不杂,即过不恋。

译文 这句话出自蔡锷的《曾胡治兵语录》,意思是:心中没有牵挂,事情来了就顺应它,事情没来就不要主动去寻求;事情来的时候一心一意,心无杂念,事情过去了就不要再想着它。这其实是中国传统文化思想的体现,从某种程度上来说,是顺应了历史和自然规律。以天地为根本,以人为主体,继往开来,不断进步。

启示 “事从容则有余味,人从容则有余年”,对于任何事物的发生和出现,不必惊慌逃避,要顺其自然;未来还没到来,却又一定会到来,不是你我能控制的,不必过分担忧,既然来了,那就欢迎;我们拥有的唯有现在,即当下的力量和时光;既然过去的,就让它过去吧,我们不必留恋。

做到内心宁静,才可以延年益寿。作为医务工作者,我们应该具备敏锐的观察力,及时洞察老年人心灵深处的变化,给予相应的心理支持和辅导,让老年人拥有快乐的老年生活。

情景案例一

李婆婆,72岁,退休后住女儿家养老。一直以来精神尚好,与家人相处融洽。近1年来,李婆婆行为表现异常,有时大半夜起床活动,常常忘记自己的东西放在哪里,忘记刚说过的话和做过的事,经常给家人念叨往事,有时还莫名对家人发脾气。请思考李婆婆有哪些心理活动特征,出现了哪些心理问题,并进行相应的心理健康指导。

案例任务:

1. 老年人的心理活动特征包含哪些方面?
2. 老年人的常见心理问题有哪些?
3. 如何指导老年人及其家人维护心理健康?

情景案例二

成爷爷,61岁,去年从事业单位领导岗位退休,与同样退休在家的老伴共同照顾孙女,买买菜、散散步、种种花,开始时很享受轻松下来的生活,可一段时间后,渐渐感觉空虚失落,心烦意乱,伴头痛、失眠、食欲减退等症状。连续去医院检查了两次均未发现器质性病变。最近1周以来,自我感觉症状加重,再次到医院老年科就诊。

案例任务:

1. 成爷爷目前心理问题有哪些?
2. 怎样为成爷爷进行心理健康指导?

学而思

作为具备医学知识,掌握心理常识的护理人员,谈谈你会怎么疏导刚退休即将步入老年人阶段的长辈。老年人心理活动特征有哪些?谈谈你对“物来顺应,未来不迎,当时不杂,即过不恋”思想在老年人心理健康指导中进行哲学运用的理解。

老年人的心理健康问题不仅是心理学研究的重要内容,更是一个严峻的社会问题。步入老年后,身体机能发生退行性变化,加上社会生活环境的改变等,导致老年人产生许多特有的心理问题。因此,必须重视老年心理健康,为老年人提供必要的心理支持,才能实现健康老龄化的目标。

知识1 老年人心理活动特征

(一) 记忆特征

1. **长时记忆能力减退,短时记忆保持较好** 老年人长时记忆的减退并不绝对,许多老年人对远期经历记忆犹新,进入老年后发生的事遗忘较快,主要以近事遗忘为主。

2. **再认能力减退** 指过去感知过的事物再次出现在眼前时可以辨认出来。再认能力一般在进入小学末期或初中阶段达到高峰,进入成年后开始减退,老年期明显下降。

3. **回忆能力明显下降** 回忆指事物不在眼前而再现出来。与再认相比,回忆下降更显著。从记忆内容来看,意义识记和逻辑记忆尚好,机械识记减退较快。

4. **记忆速度和效率衰退** 老年人在限定时间内完成某项识记效果不如年轻人。

老年人心理活动特征见图15-1。

(二) 智力特征

智力是综合的心理特征,与个体因素、社



图15-1 老年人心理活动特征



会环境密切相关。心理学家卡特尔认为智力可分为“液态智力”和“晶态智力”。液态智力与大脑神经、感觉和器官的生理结构和功能有关,指人类与物体、图形、空间关系等形象思维有关的智力,它随着年龄增加而下降;晶态智力是后天获得的,与知识、文化、经验累积有关,如常识、词汇的理解能力和逻辑推理等抽象思维能力,晶态智力可随着年龄增加有所提高,可持续到八九十岁才缓慢减退。

(三) 思维特征

思维能力服从“用进废退”原则,个体差异明显,有的老年人能始终保持在较高的水平。

1. **创造性思维下降** 长期形成的思维方式和习惯,导致对新生事物兴趣不高,缺乏创造性和想象。

2. **解决问题时思维转换困难** 老年人在解决问题时选用策略比年轻人退步,一是记忆力减退,二是对事物的处理总是“老做法”,跟不上时代的发展。

(四) 情绪情感特征

进入老年期后,随着生理功能的老化、社会角色的改变、社交圈子的缩小以及各种负性事件的冲击等主客观因素影响,老年人会出现一系列消极情绪体验和反应。常见的情绪情感特征如下。

1. **衰老感和怀旧感** 衰老感是指老年人面临正常心理衰老现象或退休、丧偶等生活事件而产生的“老了,不中用了”的心理体验;怀旧感是老年人面对老年期处境而产生的对年轻时代或故人、故物怀念和留念的心理体验。

2. **空虚感和孤独感** 空虚感是指老年人不知如何打发过多的空闲时间而产生的无聊感。孤独感是指老年人社会交往需求未得到满足而产生的一种寂寞、冷落甚或被遗弃的内心体验。空虚感和孤独感多见于子女离家后独守“空巢”的老年人。

3. **焦虑感和抑郁感** 老年人因不适应新角色或者没有及时退出旧角色而引起角色冲突,产生焦虑感;抑郁感是指老年人因某些目标追求受挫而引起的郁闷伤感,如得不到他人的理解和体谅,身体不适等。

4. **自尊感和自卑感** 老年人一般都有较强的自尊感,当不能得到应有的满足时,往往会以愤怒的情绪表现出来,或者走向反面产生自卑感。自卑感是指老年人觉得跟不上社会和年轻人的节奏,从而过低地评价自己,或者自尊需求得不到满足而产生的一种情感。

(五) 人格特征

人格是先天和后天结合形成,包括思想、情感、行为等。老年人的人格特征主要有以下表现。

1. **适应性差** 老年人依恋已有习惯,拘泥刻板,不容易接受新事物,较少主动体

验和接受新的生活方式。

2. **保守固执** 老年人注重经验,保守不易冲动,并希望将经验传授给子女,对由此产生的矛盾不理解,从而爱发牢骚,执拗固执。

3. **回忆往事** 老年人开放经验和外向人格降低,很容易联想到往事,越是高龄,这种趋势越明显。

4. **其他** 警戒多疑,灵活性低,还幼稚,依赖性强,易上当受骗等。

知识 2 老年人心理健康的维护

人进入老年期,身体功能的减退及工作和生活环境转变,导致生理、心理出现一系列的变化。中国科学院心理研究所吴振云老师研究认为,老年人心理健康主要有 5 个标准:认知功能正常;情绪稳定;性格健全;社会适应良好,能应对各种应激事件;人际关系和谐,有一定的交往能力。

(一) 心理调适的指导

1. 指导老年人学会应付和减轻心理压力。面对压力时,制定合理的目标,量力而行,劳逸结合,主动宣泄不良情绪,使心情舒畅。

2. 指导老年人培养健康的心理、健全的人格,切忌感情用事;扩大人际交往范围,提高自信心;学会关心别人和培养幽默感。

(二) 心理健康维护的方法

1. **接受现实,调节心理平衡** 生老病死是人生的自然规律,健康长寿才是追求的目标。树立正确的人生观,养成良好的生活习惯,避免产生消极心理,做法有“知足常乐”“豁达超脱”“宣泄疏导”“排遣自娱”等。

2. **坚持老有所学,做到老有所为** 坚持学习,活到老学到老,不断获取新知识,紧跟时代前进的步伐,同时也防止大脑功能退化;让老年人做一些力所能及的事情,使其感到内心充实,精神有寄托,保持心情愉快。

3. **培养兴趣爱好,体验老有所乐** 积极参加各种社会活动,培养广泛的兴趣爱好。如散步或慢跑、练太极拳、种植、垂钓、下棋、书法、绘画等,既可填补生活上的空白,增添生活的情趣,又可协调平衡神经系统的功能活动,对延缓衰老具有积极作用。

4. **妥善处理家庭关系,建立和睦的家庭环境** 家庭是老年人晚年生活的主要场所。夫妻相亲相爱,全家敬老爱老,成员间相互理解、支持和照料,建立起一个和睦的家庭环境,是老年人健康长寿的良药。

5. **重建人际关系,保持良好的沟通** 多结识新朋友,主动帮助别人,尊重别人的意见,保持良好的人际关系,常言道,同龄相嬉,乐而忘老。



6. **正确对待疾病,取得良好疗效** 老年人易患躯体疾病,积极预防和适当治疗,增强与疾病作斗争的意志,防止自我消极暗示,安心、平静、乐观是取得良好疗效的重要因素。

知识3 老年人常见的心理问题

1. **老年疑病症** 突出表现为对自身健康状况过多关切,紧张担忧程度与实际不相符。老年人有各种主观症状,反复到医院做检查也未发现器质性疾病,医生的解释也不能消除其疑虑,老年人精神较痛苦,生活质量下降。

2. **老年抑郁症** 主要特征为明显的情绪低落和社会功能受损。伴有精力减退或疲乏感,睡眠障碍等躯体不适症状,兴趣丧失、无愉快感,自我评价过低、自责,或有内疚感,出现想死的念头或自杀行为。

3. **老年焦虑症** 焦虑是一种内心紧张不安、似乎感觉到会发生某种不利情况而又无法应付的不愉快情绪。焦虑情绪持续过久,会损害老年人的社会功能和心理健康,让老年人心烦意乱、提心吊胆或行为暴躁忙乱。

4. **老年物质依赖** 指老年人反复使用成瘾物质引起的生理症状和认知、情绪、行为方面的症状。常见的成瘾物质有酒精、麻醉镇痛药和镇静催眠类药物,明知这类物质有害仍不得不持续使用,突然中断使用会产生极为痛苦的戒断症状。

5. **老年精神分裂症** 表现为个体的精神活动与周围环境及个体内心体验不协调,严重脱离现实。典型症状有幻觉、妄想、病理性思维、怪异的言行等。

6. **老年睡眠障碍** 各种因素引起的非器质性睡眠与觉醒障碍。包括失眠症、嗜睡症、睡眠质量低下等,以早醒后不能再睡多见。严重的睡眠障碍导致老年人精神不足、疲倦乏力、头晕、头痛、烦躁及生活质量下降等。

7. **阿尔茨海默病(AD)** 也称老年痴呆症。表现为记忆渐进性缺损、认知功能障碍、人格特征改变及语言功能障碍等神经精神症状,严重影响生活能力,阻断人际沟通及其他社会功能。

知识拓展

老年抑郁症是老年期最常见的精神障碍之一,据世界卫生组织统计,抑郁症老年人占老年人口的7%~10%,患有躯体疾病的老年人,其发生率可达50%。临床主要表现为以抑郁综合征为特征的疾病,随着人均寿命的延长和老年性疾病发病率逐渐增高,老年抑郁症的患病率也相应增高,严重危害了老年人的身心健康。

老年抑郁症在症状上有其特殊性,具体表现为以下几方面:① 兴趣丧失,无愉快



感;精力减退、精神不振、疲乏无力。②言行减少,好独处,不愿与人交往。③自我评价下降,自责自罪,有内疚感。④反复出现想死的念头或有自杀倾向。据研究,患抑郁症的老年人有10%以上会采取自杀行为;对前途悲观失望,有厌世心理。⑤自觉病情严重,有疑病倾向。据调查,60%的老年抑郁症患者会出现疑病症状。⑥睡眠欠佳,失眠早醒。⑦食欲缺乏或体重明显减轻。⑧记忆力明显下降、反应迟钝,80%左右的老年患者会出现记忆力衰退。⑨思维迟缓,主要表现为患者在患病后思维联想过程受抑制,反应迟钝,自觉脑子不转了,表现为主动性言语减少,语速明显减慢,思考问题费力,反应慢,需等待很久。

技术 老年人沟通技术

1. 评估

(1) 了解老年人的一般情况,年龄、文化程度、社会文化背景、情绪、性格特点、家庭情况等。

(2) 了解老年人的健康状况,有无认知功能障碍、失语症、听力障碍、定向力障碍、其他躯体疾病影响语言表达及理解的能力等。

(3) 了解老年人的沟通意愿、理解力,沟通环境是否安静、安全。

2. 计划

(1) 环境准备 清洁、安静,不受干扰,能保护隐私的环境。

(2) 用物准备 床单位、桌椅、纸笔(必要时备画板)、记录单、助听器。

(3) 护士准备 着装整洁,熟悉老年人的心理、生理特征,掌握沟通、扶抱技巧,准备谈话内容、所需资料及所需时间的分配。

(4) 老年人准备 老年人取舒适的体位。

1) 为有听力障碍的老年人佩戴助听器。

2) 为失语症老年人准备纸笔或画板。

3. 实施 老年人沟通技术流程见图 15-2。

4. 评价

(1) 老年人满意,感觉愉快、轻松。

(2) 护士操作规范、流程熟练。

(3) 沟通有效,老年人合作,理解沟通交流的重要性及相关内容。

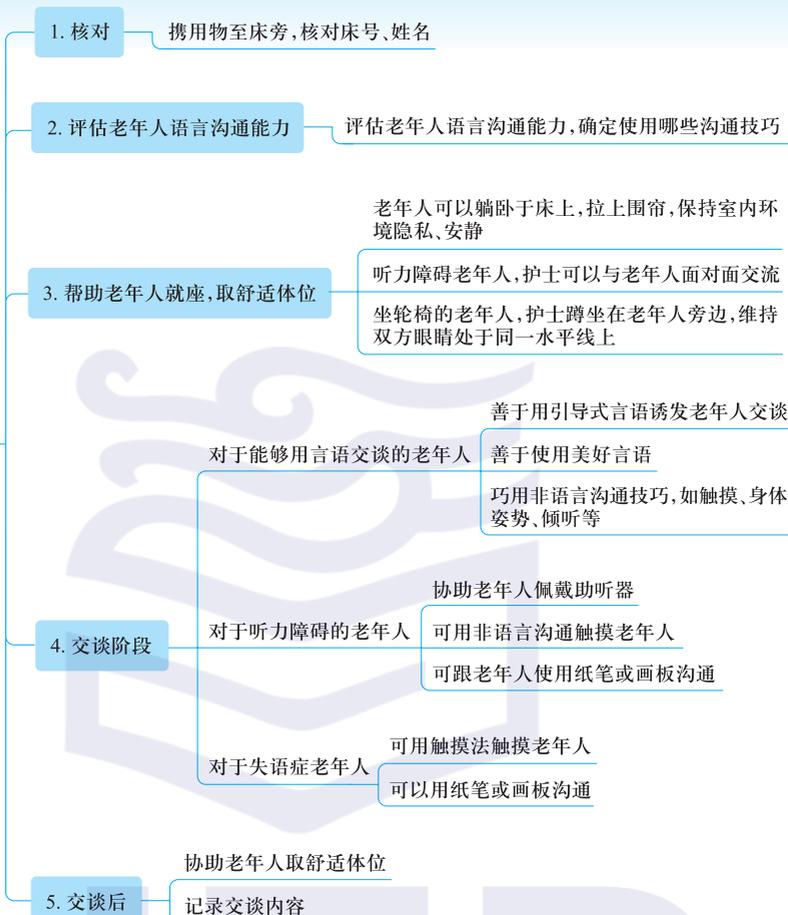
老年人沟通
技术流程

图 15-2 老年人沟通技术流程

情景再现

1. 活动情景 王奶奶, 79岁, 摔倒致左股骨颈骨折, 行股骨头置换术后1个月。因儿女工作繁忙, 无法长期照顾, 故将老年人送入某老年护理院继续行康复治疗, 但老年人不喜欢让其他人照顾自己, 入院后一直闷闷不乐, 康复治疗也不太积极。今天是护士小李值班, 她去查看王奶奶功能锻炼情况。

2. 活动要求 学生分组进行角色扮演, 每两人为一组, 分别轮流扮演护士小李和王奶奶。

3. 活动指导

(1) 活动目的 掌握沟通技巧及健康教育内容。

(2) 活动要求

1) 活动中体现尊重关爱, 注意沟通的有效性。

2) 按护理程序进行活动, 评估老年人一般情况和交谈能力, 沟通技巧适当, 牢记“以老年人为中心”的原则, 正确地指导老年人进行康复锻炼并对老年人进行健康教育。

4. 效果评价 见二维码。

(刘善丽)



角色扮演
评分表



单元测验



单元十六 临终关怀与护理



学先知

名言 人生自古谁无死。

译文 这是文天祥的《过零丁洋》中的诗句,这句诗的意思是:人生自古以来有谁能够长生不死呢?这是人们都明白的道理,但要做到很安定地对待死亡,从心理上接受死亡,战胜死亡,是不容易的。

启示 作为一名医务工作者,我们应该运用生死学知识,帮助老年人解决对死亡的焦虑、恐惧和各种思想负担,使其能坦然面对可能的死亡,同时使老年人家属有准备地接受丧亲之痛。

情景案例一

王奶奶,71岁,退休工人,直肠癌晚期。目前,王奶奶已出现肝、脑、骨转移,再次入院,当患者知晓病情后,内心崩溃,在病房发脾气,指责医护人员不尽力,责怪家属不关心自己并拒绝治疗。

案例任务:

1. 王奶奶发生了什么情况?
2. 该老年人的心理反应处于哪一期?

情景案例二

李老伯,68岁,丧偶,一儿一女,个性坚强,胃癌术后3年,目前已出现肝、肺、骨及肾上腺转移,再次入院,子女要求全力治疗,尽量延长父亲的生命。近几日,患者出现恶心、呕吐、上腹部隐痛,身体日渐消瘦,痛苦不堪。作为护士,经过与李老伯的沟通,了解到老年人自知无好转的希望,想放弃治疗回家度过自己最后的人生旅程。

案例任务:

1. 什么是临终关怀?
2. 作为一名护理人员,应该如何为临终老年人实施临终关怀?

护理工作被视为是对“生命的守候”，作为护理人员，说说你会用到哪些语言和非语言沟通，提升临终老年人生命最后阶段的生存质量，维护其尊严，使其从容、平静、安详、无痛苦地完成人生的最后旅程。

人有生必有死，临终和死亡是人类生命发展的最后一个乐章。对临终老年人进行临终关怀和护理是近代医学领域中新兴的一门边缘性交叉学科，是社会的需求和人类文明发展的标志。尽管不同文化赋予死亡的含义有所不同，但当死亡悄悄地临近之际，人们不免有一种无名的恐惧和孤独。作为护理人员，应该在老年人即将到达人生终点的时刻，了解老年人心理和生理反应，提供身心两方面恰当、正确的护理，提高临终老年人的生命质量，使其能够坦然、安详、无憾、有尊严地走完最后的旅程。

知识 1 死亡教育推广

（一）老年人对待死亡的心理类型

老年人对待死亡的态度受到许多因素的影响，如年龄、性格、健康状况、文化程度、社会地位、经济情况、心理成熟程度、宗教信仰、家庭氛围和身边重要人物的态度等。老年人对死亡的心理类型主要有以下几种表现。

1. 理智型 这类老年人一般文化程度比较高，心理成熟程度也比较高。当老年人意识到死亡即将来临时，能从容地面对死亡，并在临终前安排好自己的工作、家庭事务及后事。他们能比较镇定地对待死亡，能意识到死亡对配偶、子女以及其他亲人带来的痛苦和影响。往往在精神还好时，就已经认真地写好了遗嘱，交代自己死后的财产分配、遗体的处理等身后事宜。

2. 积极应对型 这类老年人有强烈的生存意识，他们能从人的自然属性来认识死亡，能意识到通过医疗手段和自身的努力可以与死亡抗争，有效地延长生命。因此，他们能用顽强的意志与病魔作斗争，如忍受着病痛的折磨和诊治带来的痛苦，寻找各种治疗方法以赢得生机。这类老年人往往是性格开朗、乐观、意志力强、家庭关系和谐的低龄老年人。

3. 接受型 这类老年人是无可奈何地接受死亡的事实，通常是没有受过教育的老年人。如他们大多生活在农村，受风俗习惯影响较深。当年龄稍大些，家里的子女就开始为其准备后事。子女并未考虑到老年人真正的内心感受，反而认为是孝顺。老年人自己也把此事看得很正常，无可奈何被动地接受。

4. 恐惧型 这类老年人极端害怕死亡，十分留恋人生。这样的情况多发生在经济条件好、社会地位高和家庭关系良好的老年人身上。根据其程度，可出现抑郁寡

欢、患得患失、寝食难安等表现。往往表现为不惜代价地寻找包治百病的灵丹妙药等行为。

5. 解脱型 此类老年人不惧怕死亡,甚至希望早点结束自己的生命,认为死了可以避免烦恼,摆脱痛苦。这样的老年人大多有着极大的生理、心理问题。往往是家境穷困,长时间受病痛折磨,缺乏子女关爱的人群。他们对生活已毫无兴趣,觉得活着是一种痛苦,因而希望早些了结人生。

6. 无所谓型 这类老年人不在乎死亡,对死亡持无所谓的态度。这样的老年人心理稳定,对生活抱有信心,一般是身体比较健康,忙碌的老年人。

(二) 老年人的死亡教育

在我国,死亡教育无论是在文化还是制度层面多存在空白,很多知识是无法从课本中学到的。比如,如何正确地看待死亡、理解死亡。死亡教育是每个人必须接受的教育。

1. 死亡教育的内容

(1) 了解与死亡相关的知识 死亡教育的第一步是认识死亡。老年人只有对死亡有了正确的认识,才能减轻对死亡的恐惧和绝望,才能从容地面对死亡。人们只有懂得生命过程的复杂、生命历程的艰难和生命的不易,才能更容易理解与死亡相关的知识。任何不实、夸大、扭曲的关于死亡报道的影响,都会使人们易产生错误或片面的认识,产生负面且复杂的情绪,这种不正确的认知有时会一直延续到老年期,从而发生一些生命的悲剧。因此,老年人只有对死亡有了正确的认识,才能减轻对死亡的恐惧和绝望,才能从容地面对死亡。

(2) 端正对死亡的态度 在中国传统生死文化中死亡是禁忌的,中国人忌讳死,尽管死亡随时都可能发生,但我们仍不愿意直视它。对“死”的思考,实际上是对整个人生观的思考。对于死亡,不管是家庭、学校还是社会,都不应该采取回避的态度,否则会让人们对死亡始终处于无知状态,最终会导致无视生命的结果出现。良好的死亡心理需要教育,开展全民死亡教育迫在眉睫,这对临终老年人也是非常重要的。应充分利用广播、电视、网络等各种宣传媒介进行广泛的死亡宣传与教育,使人们正确认识死亡,不再忌讳死亡,以全新的价值观、伦理观和生死观来看待生命与死亡。

2. 死亡教育的意义 死亡教育不仅让人们懂得如何活得有价值、活得健康、活得无痛苦,而且还要死得有尊严。目前,我国已进入老龄化社会,人口老龄化问题已经引起社会的广泛关注。老年人生理功能的减退和社会关系的变化均使得他们承受着沉重的心理负担,很多老年人感受不到生活的意义。死亡教育让他们学会调适不健康、趋向死亡的心理,重新认识生命的意义,可从容地面对死亡。同时,死亡教育可帮助家属接受死亡现实,了解悲伤与沮丧,尽快适应亲人去世后的生活,缩短悲伤过程,顺利度过沮丧期,保持身心健康。

总之,在我国进行死亡教育是十分必要的。我们要克服中国传统文化的“重生忌死”观念,动员全社会参与死亡教育。我国需要一支懂医学、社会学、哲学、教育学和心理学等方面知识的专业队伍,来推动死亡教育理论的研究及知识的普及。

知识 2 临终关怀

(一) 临终关怀的定义

临终关怀是一种特殊的卫生保健服务,是指由社会各层次人员组成的团队向临终老年人及其家属提供包括生理、心理和社会等方面的全面性支持和照料,使临终患者生命得到尊重,无痛苦、舒适、安宁地度过人生的最后旅程。

(二) 老年人临终关怀的现状

现代临终关怀的建立,是以 1967 年英国西西里·桑德斯博士在伦敦创办的世界上第一所临终关怀院——圣·克里斯多弗临终关怀医院为标志的。该临终关怀医院使垂危患者在人生旅途的最后一段过程得到需要的满足和舒适的照顾。在过去的半个世纪里,英国是对老年人的临终关怀伦理学提出最早和实践最多的国家,它于 2004 年首次提出把 2005 年 10 月 8 日作为第一个世界临终关怀及舒缓治疗日,其临终关怀是以慈善为主。之后,在其影响和带动下,临终关怀在世界许多国家和地区开展了临终关怀服务,并进行了相关理论和实践研究。自 20 世纪 70 年代起,临终关怀传入美国,80 年代后期被引入中国。1988 年 7 月 15 日,中国第一个临终关怀研究机构——天津医学院临终关怀研究中心成立,该中心是中国第一家临终关怀专门研究机构,同年 10 月上海南汇成立第一家临终关怀医院。中国临终关怀事业起步较晚,在发展过程中还存在比较大的困难和障碍,如机构和人员的充实大多停留在表面的工作上,服务理念和方法等与国际水平相比,还有一定的差距。为了进一步推进临终关怀事业的发展,满足人民群众对健康的需求,2017 年原国家卫生计生委家庭发展司启动北京、上海、河南、四川和吉林 5 个省市的安宁疗护试点项目,在全国推进临终关怀(安宁疗护)的合法性。这是把临终关怀列入我国卫生体系政策和制度中的新举措,使临终关怀成为卫生系统中的重点工作,为全国开展临终关怀提供支持。

(三) 老年人临终关怀的意义

我国进入老龄化社会后,家庭规模的缩小、功能的弱化,使老年人的照护尤其是临终关怀问题日益凸显。老年人对临终关怀的需求更为普遍、更为迫切。因而发展老年人临终关怀事业对老年人、临终老年人家属均具有重要的意义。

1. 提高生存质量,维护生命尊严 临终关怀是从提高临终老年人生命质量出发,通过对老年人实施整体护理,用科学的心理关怀方法、高超精湛的临床护理手段,以及姑息、支持疗法,最大限度地帮助临终老年人减轻和解除躯体上的痛苦,缓解心



理上的恐惧,提升临终老年人生命最后阶段的生存质量,使其平静、从容、安详、有尊严、无痛苦地抵达人生的终点。

2. 安抚家属,减轻家属照料困难 对临终老年人的照顾,不仅是老年人自身的需要,同时也是其家属和子女的需要。对于一些家庭,特别是低收入的家庭来说,临终关怀将家庭成员的照护转移到社会,既让家属摆脱沉重的医疗负担,也注重临终老年人家属的心理支持,使其家属坦然面对老年人的临终过程,较好地协调自己的工作与照顾临终者之间的关系。因此,临终关怀是解决临终老年人家庭照料困难的一个重要途径。

3. 节省费用,合理分配医疗资源 在我国医疗资源有限的情况下,临终关怀不追求可能给患者增添痛苦的或无意义的治疗,而是要求医务人员以熟练的业务和良好的服务来控制患者的症状。对于那些身患不治之症且救治无效的患者,对家庭而言接受临终关怀服务可以减少医疗费用。因此,临终关怀为节约、利用有限的医疗资源提供了可能。

4. 转变观念,彰显人道主义精神 临终关怀是人们在观念上的一场革命。给予临终患者全面的关怀与照顾,使之欣慰地走向生命的终点,这是医学人道主义精神的真正体现,也是伦理道德的高度体现。不仅如此,还有专业的团体指导和帮助家属完成应尽的义务,使患者家属的心灵得到慰藉。这些不仅彰显了医学的人道主义精神,更体现了以人为本的精神,是社会发展与进步的标志。

知识 3 死亡和濒死

(一) 死亡和濒死

1. 死亡的定义 迄今为止,仍然没有一种客观、科学的方法来定义任何形式的死亡。对死亡有多种描述,如死亡是一个不可逆的自然现象,是生命轮回的一种体现;死亡是机体整体永久性功能的停止,是机体生命活动和新陈代谢的终止;死亡是生命的一切征兆永久的消失;死亡是机体生命活动的一个过程,是生命的必经阶段,不可避免。习惯上,死亡是通过没有心搏和呼吸来确定的。

2. 濒死的定义 濒死,即临终,指患者已接受治疗性和姑息性的治疗后,虽然意识清楚,但病情加速恶化,各种迹象显示生命要结束。濒死是生命活动的最后阶段。死亡是生命活动不可逆的终止,是人的本质特征的永久消失,是机体完整性的破坏和新陈代谢的永久停止。死亡和濒死的区别是:濒死还有救活的可能,而死亡等于没有复活的可能。

3. 死亡的标准 自古以来,人们对死亡的认识都保持着这样一个概念:一个人只要心脏停止搏动,自主呼吸消失,就是死亡。把心脏视为维持生命的中心,这一概

念一直指导着传统医学与法律。目前,死亡标准分为心死亡与脑死亡两种。

(1) 心死亡 指人的血液循环完全停止,脉搏、呼吸停止,这是最容易观察和判定的形式,也是人类公认的死亡标准。

(2) 脑死亡 指脑组织或脑细胞全部死亡,包括大脑、小脑、脑干在内的全部功能完全、永久、不可逆地丧失和停止,它是判定人死亡的科学标准。脑死亡是包括脑干在内的全脑功能丧失的不可逆转的状态。

我国脑死亡的标准:①昏迷原因明确,排除各种原因的可逆性昏迷。②深昏迷,脑干反射全部消失,无自主呼吸(靠呼吸机维持,呼吸暂停试验阳性)。③脑电图平直,经颅脑多普勒超声呈脑死亡图形。④首次确诊后,观察 12 h 无变化,方可确认为脑死亡。

知识拓展

姑息治疗又称为舒缓治疗。依据世界卫生组织(WHO)的定义,姑息治疗是指为无治疗希望的末期患者提供积极的、人性化的服务,主要通过控制疼痛、缓解躯体上的其他不适症状和提供心理、社会和心理上的支持,为患者和家属赢得尽可能好的生活质量。姑息治疗体现了人类对生命的尊重与珍惜,让人生的最后一段旅程过得舒适、平静、有尊严、少痛苦。姑息(舒缓)治疗的主要服务对象之一是癌症晚期患者,服务的重点是改善癌症晚期患者的生活质量,减轻其躯体的痛苦与情绪的困扰。

(二) 死亡的过程

当老年患者知道自己即将离开人世,对生的渴求和死的恐惧,会产生一系列强烈而复杂的心理变化。这种变化随着老年人的年龄、文化程度、性格和社会家庭背景、经济状况等因素的不同而有所差别。美国心理学家罗斯博士提出临终患者通常要经历 5 个心理反应阶段,即否认期、愤怒期、协议期、忧郁期及接受期。根据国内的临床观察,临终老年人心理行为的各个阶段并不一定按顺序出现。

1. 否认期 此期老年人还没有接受自己有严重性疾病的心理准备,对即将来临的死亡感到恐惧和震惊。当老年人间接或直接听到自己可能会死亡时,第一个反应就是否认:“不可能”“他们一定是搞错了”,否认病情恶化的事实,希望出现奇迹。有的老年人到临终前一刻仍乐观地谈论未来的计划及病愈后的设想。

2. 愤怒期 由于病情加重,随之而来的心理反应是愤怒、暴躁,遇到不顺心的事会大发脾气。或当老年人经过短暂的否认而确定无望时,一种愤怒、妒忌、怨恨的情绪油然而起,“为什么是我?这太不公平了!”于是把不满情绪发泄在接近他的亲属及医护人员身上。

3. 协议期 随着时间的延长,老年人逐渐开始接受事实,求生的欲望使得他们愿意配合治疗,以求延长生命。老年人会提出种种“协议性”的要求,希望能缓解症



状。有些老年人认为许愿或做善事能扭转死亡的命运；有些老年人则对所做过的事表示悔恨。

4. 抑郁期 当进入临终期,临终老年人身心承受着巨大的打击,由于身体功能的不断减弱,加上频繁的治疗,以及经济负担和家人负担的加重,使得老年人陷入深深的悲哀之中,出现退缩、沉默、哭泣等反应。尽管采取多方努力,但病情日益恶化,老年人已充分认识到自己接近死亡,心情极度伤感,郁郁寡欢。此时老年人可能很关心死后家人的生活,同时急于交代后事。

5. 接受期 在经历了一切努力与挣扎之后,精神、体力极为疲乏,情绪变得平和、镇定,产生“好吧,既然是我,那就去面对吧”的心理,接受即将面临死亡的事实。此时常常喜欢独处,处于昏睡状态,对外界反应淡漠,情感减退,静待死亡的到来。

临终老年人的心理复杂,各心理阶段的顺序及时间,其实没有一定的规律,并非每一位老年人都会经历这5个时期,有时也无法完全明显地区分出来。况且,一个人的死亡不只包含生理性的衰退过程,还包含个体对死亡的认知过程、对死亡意义的理解和濒死过程中的行为反应。

技术 尸体护理

1. 评估与沟通

- (1) 评估 老年人的意识状态,由医生确认老年人已经死亡,方可进行尸体料理。
- (2) 沟通 向家属解释,劝慰其离开房间。

2. 计划

- (1) 环境准备 环境清洁,安静肃穆。
- (2) 护士准备 服装整洁,戴口罩、手套。

3. 实施 尸体护理流程见图 16-1。

4. 评价

- (1) 尸体清洁,表情安详,无渗出液,位置良好,易于辨认。
- (2) 操作规范、流程熟练。
- (3) 与家属沟通有效,提供精神安慰支持,家属对服务满意。

5. 注意事项

- (1) 医生确认老年人已经死亡,方可进行遗体料理。
- (2) 老年人死亡后,遵照家属意愿进行或协助进行尸体清洁工作。
- (3) 填塞七窍时,避免填塞物外露。
- (4) 传染病患者死亡后,应按消毒隔离制度进行隔离。

尸体护理
流程

图 16-1 尸体护理流程

(林雪峰)



单元测验

参 考 文 献

- [1] 章荣,张慧.社区康复[M].3版.北京:人民卫生出版社,2019.
- [2] 冯丽华,史铁英.内科护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2018.
- [3] 肖新丽,储奕.老年护理[M].2版.北京:高等教育出版社,2017.
- [4] 化前珍,胡秀英.老年护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2017.
- [5] 姚蕴伍.老年疾病护理学[M].杭州:浙江大学出版社,2017.
- [6] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2017.
- [7] 燕铁斌,尹安春.康复护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2017.
- [8] 邓科穗,钟清玲.老年护理学[M].北京:中国医药科技出版社,2016.
- [9] 张小燕,王春先.老年护理[M].3版.北京:人民卫生出版社,2015.
- [10] 吴红宇,王春霞.老年护理[M].北京:高等教育出版社,2015.
- [11] 王春霞,汪芝碧.老年护理学[M].北京:中国医药科技出版社,2015.
- [12] 孙建萍,张先庚.老年护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2018.
- [13] 李玲.老年护理学[M].北京:北京大学医学出版社,2013.
- [14] 卢霞,周良才.老年服务与管理概论[M].北京:北京大学出版社,2014.
- [15] 孔卫东.居家养老服务[M].青岛:中国海洋大学出版社,2017.
- [16] 江苏民康老年服务中心.养老机构服务与管理实务[M].南京:东南大学出版社,2017.
- [17] 吴玉霞.养老机构服务规范和质量标准管理[M].银川:阳光出版社,2015.
- [18] 郭宏.老年护理学[M].北京:中国医药科技出版社,2018.
- [19] 宋岳涛,刘运湖.临终关怀与舒缓治疗[M].北京:中国协和医科大学出版社,2014.

郑重声明

高等教育出版社依法对本书享有专有出版权。任何未经许可的复制、销售行为均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人将承担相应的民事责任和行政责任；构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。为了维护市场秩序，保护读者的合法权益，避免读者误用盗版书造成不良后果，我社将配合行政执法部门和司法机关对违法犯罪的单位和个人进行严厉打击。社会各界人士如发现上述侵权行为，希望及时举报，本社将奖励举报有功人员。

反盗版举报电话 (010) 58581999 58582371 58582488

反盗版举报传真 (010) 82086060

反盗版举报邮箱 dd@hep.com.cn

通信地址 北京市西城区德外大街4号

高等教育出版社法律事务与版权管理部

邮政编码 100120



HEP

高等教育出版社 高等职业教育出版事业部 综合分社

地址: 北京朝阳区惠新东街4号富盛大厦1座19层

邮编: 100029

联系电话: 010-58556151

高职医药卫生QQ群: 191320409



扫描下载反馈表

国家职业教育护理专业教学资源库配套教材

- ◇ 正常人体结构
- ◇ 正常人体功能
- ◇ 病理与病理生理
- ◇ 病原生物与免疫 (第2版)
- ◇ 护理药理学 (第3版)
- ◇ 健康评估 (第2版)
- ◇ 基本护理技术导学
- ◇ 基本护理技术 (第2版)
- ◇ 人际沟通与交往 (第2版)
- ◇ 护理礼仪 (第2版)
- ◇ 妇产科护理
- ◇ 儿科护理 (第2版)
- ◆ 老年护理 (第3版)
- ◇ 社区护理 (第2版)
- ◇ 急救护理 (第2版)
- ◇ 急危重症护理
- ◇ 内科护理
- ◇ 外科护理 (第2版)
- ◇ 护理伦理与卫生法规
- ◇ 护理管理 (第2版)
- ◇ 护理心理 (第3版)
- ◇ 精神卫生护理 (第2版)
- ◇ 中医护理 (第2版)
- ◇ 康复护理 (第2版)
- ◇ 营养与膳食 (第2版)
- ◇ 社区卫生服务
- ◇ 基础医学与护理
- ◇ 护理综合技能训练
- ◇ 成人护理 (上册)
- ◇ 成人护理 (下册)
- ◇ 儿童护理 (第2版)
- ◇ 母婴护理

ISBN 978-7-04-058237-6



9 787040 582376 >

定价: 39.00 元