

老年患者的营养护理

老年患者的营养护理

主要内容

老年患者易发生营养不良

老年患者营养治疗

营养筛查

营养评估

营养干预

营养监测

主要内容

老年患者易发生营养不良

老年患者营养治疗

营养筛查

营养评估

营养干预

营养监测

基本概念

营养不良

因能量、蛋白质及其他营养素缺乏或过度，导致机体功能乃至临床结局发生不良影响

营养风险

指因现存或潜在的营养因素导致患者出现不良临床结局的风险

营养风险筛查

采用评分的方法对营养风险加以量度筛查,用于评定住院患者是否存在营养不良以及在院内发生营养不良的风险

营养不良患者



基本概念

营养支持

经消化道或各种静脉途径为患者提供较全面的营养素。目前临床上包括肠内营养和肠外营养两种方式

肠内营养

指通过消化道途径为机体提供各种营养素，肠内营养制剂按氮源分为3类：氨基酸型、短肽型、整蛋白质型。根据给予肠内营养方式的不同，分为口服和管饲

肠外营养

经静脉途径为无法经消化道摄取或摄取营养物不能满足自身代谢需要的患者，提供机体所需营养素，以期维护器官功能，改善患者结局。

各科老年患者营养不良发生率

| 分组 | NRS2002 | | MNA-SF | |
|------|---------|------------|--------|------------|
| | 营养不良 | 营养不良 风险 | 营养不良 | 营养不良 风险 |
| 普通外科 | 11.3 | 53.74 | 13.72 | 53.40 |
| 心内科 | 4.99 | 28.53 | 5.84 | 32.40 |
| 呼吸内科 | 17.2 | 58.26 | 20.96 | 63.36 |
| 消化内科 | 20.26 | 64.66 | 22.09 | 65.98 |
| 骨科 | 5.09 | 22.88 | 7.31 | 35.14 |
| 神经内科 | 5.21 | 44.44 | 19.38 | 47.28 |
| 老年科 | 9.13 | 46.18 | 20.33 | 53.50 |
| 胸外科 | 8.79 | 46.58 | 9.59 | 48.97 |
| 其他科室 | 7.91 | 35.40 | 9.73 | 39.38 |

老年患者的生理学变化

| | 生理学变化 | 与营养相关的后果 |
|------|--------------------------------------|--------------------|
| 口腔 | 牙齿功能减退，唾液分泌少，味觉和嗅觉敏感度降低，口渴减轻 | 咀嚼、吞咽困难，口腔溃疡、脱水、厌食 |
| 胃肠道 | 绒毛减少，消化酶分泌减少 | 营养素消化吸收不良 |
| 肝脏 | 肝细胞减少40%，肝脏合成功能减退 | 蛋白合成减少 |
| 肾脏 | 肾小球滤过率减少46% 肌酐清除率下降35% 药物代谢率降低 | 药物副作用、药物-营养素相互作用增多 |
| 神经系统 | 认知功能降低 | 自行进食能力降低 |
| 骨骼肌 | 骨骼肌质量减少，力量和功能减退 | 基础代谢率减慢，脂肪增多，胰岛素抵抗 |

老年患者营养代谢特点

基础
代谢率

维生素
矿物质
微量元素

碳水
化合物



脂肪

蛋白质

老年患者营养不良的后果

并发症增多

住院时间延长

营养不良
的后果

医疗费用增加

死亡率增加

营养治疗的步骤



主要内容

老年患者易发生营养不良

老年患者营养治疗

营养筛查

营养评估

营养干预

营养监测

老年患者营养风险筛查工具

MNA-SF
微型营养
评定法

NRS-2002
营养风险
筛查



中国老年患者肠外肠内营养支持专家共识

MNA-SF微型营养评定法

| 指标 | | 分值 | | | |
|----|-----------------------------|-----------|-----------------|---------|-----|
| | | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| A | 近三月因食欲减退、消化不良、咀嚼吞咽困难引起进食减少吗 | 严重摄食量减少 | 中度摄食量减少 | 摄食量没有减少 | |
| B | 近三月体重丢失 | >3kg | 不知道 | 1-3kg | 无 |
| C | 活动能力 | 卧床或只坐在椅子上 | 能下床或坐在椅子上,但不能走动 | 能走动 | |
| D | 近三月有应激或急性疾病 | 否 | | 是 | |
| E | 精神疾病 | 严重痴呆或抑郁 | 轻度痴呆 | 无精神疾病 | |
| F1 | BMI(kg/m ²) | <19 | 19-21 | 21-23 | >23 |
| F2 | 小腿围 (cm) | <31 | | | ≥31 |

总分共计14分：12-14分，正常营养状况；8-11分，有营养不良风险；0-7分，营养不良

NRS2002营养风险筛查

--初步筛查

初步筛选

BMI < 18.5 kg/m²?

患者过去3个月体重下降吗?

患者过去1周内摄食减少吗?

患者有严重疾病（如ICU治疗）?

前白蛋白 < 0.2 g/L

回答“是” 下步筛查

回答“否” 每周筛查



最终筛查

| 营养状态 受损评分 | 营养状态 | 疾病严重 程度评分 | 患者营养需求 |
|--------------|---|--------------|---|
| 没有 (0分) | 正常营养状态 | 没有 (0分) | 正常营养需要量 |
| 轻度 (1分) | 3个月体重丢失>5% ，或摄食量比 正常低25%~50% | 轻度 (1分) | 需要量轻度增加：髌关节骨折，慢性疾病有 急性并发症，COPD，血液透析，肝硬化， 一般肿瘤患者 |
| 中度 (2分) | 一般情况差，或2月 体重丢失>5%， 或摄食量比正常 低50%~75% | 中度 (2分) | 需要量中度增加：腹部大手术，脑梗死，重 度肺炎，血液恶性肿瘤 |
| 重度 (3分) | 一般情况差，BMI < 18.5，或1个月 体重丢失5%， (或3个月内体 重下降15%) 或 前1周摄食量比 正常低75%~100% | 重度 (3分) | 需要量明显增加；颅脑损伤，骨髓移植， APACHE>10分的ICU患者 |
| 年龄 | >70岁者，加1分 | | |

疾病严重程度的说明

1分：慢性疾病患者因出现并发症而住院治疗。患者虚弱但不需卧床。蛋白质需要量略有增加，但可以通过口服和补充剂来弥补

2分：患者需要卧床，如腹部大手术后，蛋白质需要量相应增加，但大多数人仍可以通过人工营养得到恢复

3分：患者在加强病房中靠机械通气支持，蛋白质需要量增加且不能被人工营养支持所弥补，但是通过人工营养可以使蛋白质分解和氮丢失明显减少

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/516050003031011003>