

■ 专科护理

高龄老人营养需求特点及干预策略

□孔永霞

消化系统的衰老特征为老年人食欲降低,牙齿易松动脱落,吞咽功能、胃肠蠕动功能减退,胃排空时间延迟,胃肠道细菌过度增殖,小肠动力减慢,肠黏膜萎缩且面积减少,消化液分泌量降低,这些变化都会影响营养物质的吸收和利用;泌尿系统主要表现为肾血流量和肾小管滤过率的下降,血液中的肾上腺素、血管紧张素、醛固酮水平降低,使肾脏的尿浓缩和维持体内离子恒定的功能减退,再加上膀胱排尿功能紊乱,可能会导致维生素和无机盐丢失,引发肾结石和膀胱结石。

神经内分泌系统对外界的反应会变得迟钝,对体内代谢功能的调节能力减弱,对营养素的吸收和利用效率也会降低。老年人免疫系统的衰老体现在胸腺发生萎缩,T细胞数量减少,免疫功能减退,对外源性微生物的清除能力下降,抗感染能力随之降低,一旦发生感染,病死率会明显增高。老年人因身体各种机能减退,对营养素的吸收效果较差,易造成微量元素缺乏和蛋白质-能量营养不良,进而引发包含维生素缺乏在内的整体营养不良问题。

代谢方面,老年人基础能量代谢率降低,蛋白质合成与更新速度减慢;胰岛素分泌量减少,糖耐量降低;脂肪代谢能力下降;调节体液以及酸碱平衡的能力降低;若存在日照不足和维生素D缺乏的情况,会出现维生素D转换障碍,钙的吸收率下降至50%,磷的吸收能力也会减退,可能发生低磷血症,还可能合并低镁、低钙血症等,再加上糖的利用障碍,老年人容易出现

低血糖等问题。

老年人的生理变化体现在多个方面,核心包括代谢功能降低、消化功能减退,其基础代谢率会逐渐降低,降幅为15%~20%,合成与分解代谢失衡,对能量的需求也随之减少。

在日常生活中,老年人常会出现早饱的情况,胃酸分泌量减少易引发消化不良,还可能出现便秘、腹泻等肠道问题。老年人体内氧化损伤会加重,抗氧化物质减少、抗氧化酶功能低下,这会加速衰老的进程。

体内成分也会发生明显改变,肌肉量下降,体内水分减少且以细胞内液减少为主,骨矿物质减少,脂肪呈向心性分布。免疫功能的下降,则让老年人更容易受到病原体感染,患病的风险也相应增加。

在营养需求方面,老年人需要在《中国居民膳食指南(2022)》平衡膳食八准则的基础上遵循专属要求,针对65岁以上的老年人,有4条重要推荐,分别是食物品种丰富,动物性食物充足,常吃大豆制品;鼓励共同进餐,保持良好食欲,享受食物美味;积极开展户外活动,延缓肌肉衰减,保持适宜体重;定期进行健康体检,测评营养状况,预防营养不良。

老年人营养补充需要遵循特定原则:首先,要合理搭配、平衡膳食,保证蛋白质、碳水化合物、脂肪、维生素和矿物质等各类营养素的均衡摄入。其次,要控制饮食,避免摄入过多的热量和脂肪,防止身体负担过重;同时,要保证食物多样化,涵盖蔬菜、水果、全谷类、各类蛋白质来源等,其中粗杂粮的摄入量不超过主食的1/3,通

过多样化饮食满足身体全面的营养需求;还要注重补钙和微量元素补充,以此维持骨骼健康,坚持适度运动、多晒太阳促进钙的吸收,注意补充维生素和膳食纤维保障身体正常机能。最后,烹饪方式要合理,做到简单明了,避免使用过多的调料和加工食品,少油、少盐、少糖,避免摄入辛辣刺激的食物,主要以蒸、煮、炖、烧、汆、溜为主,减少煎、炸、烤的方式,兼顾食物的口感和质地,适配老年人消化系统和口腔的需求。

健康的营养素养对老年人同样重要,要定时足量用餐,避免暴饮暴食,尤其是晚餐不宜吃得过饱,减轻胃肠道负担,维持血糖稳定。老年人定时用餐能调整生物钟,改善睡眠质量,保障身体的正常代谢。

老年人要学会选择食材,做到粗细合理搭配,优选鱼、瘦肉、蛋类、奶类和豆类等富含优质蛋白质的食物,增加蔬菜摄入量(避免选择粗纤维过多的食材,烹调时将蔬菜切细煮烂,方便消化吸收)。

老年人要多选择牛奶、豆腐等富含钙质的食物预防骨质疏松,控制脂肪(尤其是饱和脂肪和反式脂肪)的摄入量,降低心血管疾病的发生风险。此外,老年人坚持适度运动是必不可少的。适度运动有助于消化,促进胃肠道蠕动,帮助食物更好地消化和吸收,还能提高老年人的心肺功能,增强身体的耐力和免疫力,增加骨密度,预防骨质疏松,降低骨折的风险。

老年人要缓解焦虑和抑郁情绪,提高心理健康水平。老年人要积极参与户外活

动时量力而行,适当进行抗阻运动锻炼肌肉力量。

老年人要合理使用营养补充剂。此举能改善老年患者的营养状况,降低并发症的发生率和再入院率。出院后,患者持续使用营养补充剂,能显著增加体重。患者使用营养补充剂时,需要综合考虑自己的实际情况。

老年人要做好营养筛查和评估,临床上多与营养师配合,制定贴合个体的补充方案;其要明确适用人群,主要包括体重下降、食量减少、白蛋白偏低等存在营养风险或营养不良的老年人,糖尿病、慢性肾病、肿瘤等慢性病患者,无法正常进食固体食物的咀嚼吞咽困难者,日常饮食摄入量不足的虚弱或食欲不振者,以及需要额外营养支持的术后患者或放化疗患者。

老年人选择营养补充剂时,要根据肝肾功能、血糖、吞咽能力等健康状况,选择合适的类型,匹配身体需求。全营养补充剂适合多数老年人,糖尿病型、肾病型等特殊配方则针对特定疾病或特殊营养需求设计;同时,要关注成分,避免选择含糖量高、不适合自身疾病的营养补充剂。使用时,老年人要将其作为膳食补充,在两餐之间或餐后服用,不能替代正餐,小口啜饮避免一次大量摄入引发身体不适,从少量开始服用观察身体耐受性,再逐渐增加剂量,且需要规律使用,通常持续补充1个月~3个月或更长时间才能显现明显效果。

老年人在使用营养补充剂过程中也有诸多注意事项,要

定期检查体重、血常规、白蛋白、骨密度等指标,评估营养补充的效果;避免过量补充(如钙摄入过量可能增加结石风险,维生素A摄入过量可能导致中毒);注意营养补充剂与抗凝药、降糖药等药物的相互作用,服用前告知医生;明确营养补充剂不能替代营养均衡的饮食,尽量通过多样化的食物满足身体的营养需求。

常见的营养补充剂类型包括钙与维生素D,主要用于预防骨质疏松,老年人每日钙摄入量应为800毫克~1000毫克,维生素D摄入量应为600单位~1000单位;蛋白质补充剂如乳清蛋白,适合肌肉量减少或术后恢复期老年人;复合维生素矿物质,用于补充B族维生素、维生素C、锌、镁、硒等各类营养素。

高蛋白乳液及均衡营养固体饮料也有其适用场景,目前市场上一些蛋白质含量超过6%的高蛋白乳液,食用方便、营养质量指数高,适合高龄老人作为营养补充剂;吞咽功能障碍的老人,应进食适合其进食能力的增稠食品,方便吞咽且避免呛咳;对于需要进食糊状食品的老人,除特殊医学用途配方食品外,还可选择市场上多款高蛋白、强化营养的固体饮料;有便秘问题的老人,可选择高膳食纤维营养粉作为营养补充剂,提供足够的膳食纤维,改善便秘症状。

需要特别提示的是,营养补充剂需要科学使用,不可盲目跟风,建议在医务人员和营养师的指导下,制定个性化的补充方案。

(作者供职于濮阳市人民医院)

■ 小发明

笔者设计的静脉留置针避光手套,针对临床输注避光药物时,留置针穿刺部位遮光不全的痛点,依托人性化结构与医用环保材料完成创新,兼顾医疗安全、操作便捷与佩戴舒适。

这种静脉留置针避光手套主体采用以聚丙烯为原料的医用无纺布,材料可自然降解,符合医院感染防控及环保管理要求。这种面料柔软亲肤、透气性佳,长时间包裹手背不易闷汗,可保持穿刺处皮肤干爽,减少因潮湿诱发的皮肤过敏、静脉炎、局部感染等并发症,夯实临床安全基础。

结构设计贴合临床护理实际需求:手背设置6厘米×7厘米方形观察窗口,搭配可开合魔术贴。护士无须摘除手套,撕开魔术贴即可查看穿刺部位,及时识别红肿、渗血、药液外渗、皮肤过敏等异常,实现穿刺部位全程避光,不干扰输液巡视观察,简化护理操作。

手套两侧设有对称拇指开口,不分左右手(可通用),减少科室耗材储备品类,减轻物资管理负担。佩戴时拇指可外露活动,既固定手套防止滑脱,又保留手部基础活动度,降低过度束缚带来的酸胀压迫感。腕部采用拉绳松紧收口,可依据患者腕围、手部肿胀情况调节松紧度,既封堵手腕缝隙避免漏光,又防止过紧压迫血管,适配成年人、老年人、手部水肿等不同患者,兼顾防护效果与佩戴舒适度。

应用价值及意义

在临床上,部分药物的光稳定性差,受自然光、室内灯光照射易氧化分解,造成药效降低;还会出现药液变色、沉淀,产生毒性物质,引发输液不良反应,危及患者安全。

目前,临床已有避光瓶套、避光输液器,可保护药瓶与管路,但手背留置针穿刺部位属于遮光盲区,光线照射针座及穿刺处仍会引发药液光降解,存在用药安全隐患。

这种静脉留置针避光手套补齐留置针部位的避光防护短板,佩戴后对手背穿刺区域实现全封闭避光,构建从输液管路到穿刺部位的完整避光防护体系,保护避光药物药效,规避药物光照变质风险,保障静脉用药安全与治疗效果。

护理层面,无须多层避光纱布缠绕手背,改善传统缠绕松紧度不易把控、遮挡观察视野、易滑脱漏光的问题,节约纱布、胶带等耗材;观察窗口可缩短输液巡视操作时间,提升护理效率。对患者而言,透气舒适的材质与可活动结构,规避胶布反复粘贴带来的皮肤损伤,减轻手部束缚等不适,改善患者就医体验,有利于提高护理满意度。产品单人单套一次性使用,规避交叉感染,符合院感防控规范,适合各临床科室、急诊、住院病房推广,临床应用价值较高。

材料经费预算

这种静脉留置针避光手套主要原材料为医用无纺布、魔术贴、尼龙拉绳,均为常见医用耗材;裁剪缝制工序简单,普通医务人员即可加工,无须复杂设备,制作门槛低、生产效率高。单只手套耗材消耗少,原料价格低廉,单件成本低,可减少科室耗材经费投入。一次性即用即弃,杜绝重复使用导致的交叉感染,契合院感管理制度,兼具批量推广的经济可行性与安全合规性。

这种静脉留置针避光手套立足临床护理痛点,以微小结构创新解决用药安全难题,成本低、实用性强,人性化设计完善避光输液防护体系,兼顾患者用药安全与护理流程优化,具备良好的临床推广前景。

(作者供职于郑州市中心医院)

征稿启事

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!

邮箱:xulin.lin@qq.com

■ 叙事护理

读懂假发里的母亲心事

□马钰琳

我在肿瘤科当护士快9年了,见过不少患者。可是李女士把一顶刚拆封的假发塞进床头柜最里层的那一幕,我现在都还记得。

38岁的李女士,生病前有一个幸福的小家庭,丈夫跑运输,儿子上小学2年级。但是,今年3月,李女士被确诊左乳浸润性癌后,整个家庭的节奏一下子被打乱了,4月初做保乳手术,5月开始辅助化疗。第一次化疗2周后,李女士的头开始一把一把地脱落。李女士的丈夫为了筹集治疗费用只能继续在老家跑运输,每次都是李女士的妈妈陪她来住院。

那天晨间护理时,我帮李女士收拾床单,看见她把一顶刚拆封的假发塞进了床头柜最里层。我问李女士:“您怎么不试

试假发呢?”她垂着眉眼,指尖无意识摩挲着床单,声音压得又轻又闷,藏着一层化不开的窘迫:“戴上终究是假的,怎么看都别扭。以后我不敢再去学校接孩子了,只能让孩子的爸爸来回跑。”

李女士没有往下说,可我懂她怕什么。她怕的从来不是头上没头发,是怕接送孩子时,让家长一眼认出“这是一个得了癌症的患者”,怕孩子被同学议论。当母亲的人都明白,李女士想把这点儿难堪藏起来,不让孩子跟着受委屈。

像李女士这样怕掉头发、怕被认出来的化疗患者,并不少见。尤其是三四十岁,还在上班或者要带孩子的女性患者,最怕的就是外在形象的变化了。每当这时,我们都会跟患者

说:“脱发是暂时的,头发还会长回来的。”可这话李女士听不进去,她总是问:“今天出门接孩子,怎么样才能不被人看出来?”

我没跟李女士讲大道理,几天后,针对李女士这样的患者,我们组织了一场患者沟通会。活动当天,我们准备了丝巾、帽子,教大家不同的丝巾围法,把脖子一封,戴上假发再搭个鸭舌帽,整个人利落不少,一点儿都看不出假发的痕迹。李女士的脸上有了久违的笑容。

而真正让李女士放下心结的,是“情绪日记”。科室里的医务人员会给患者准备一个“情绪日记本”,我让李女士每天写“3句话”:今天最难受的一件事,一个想感谢的人,一件小而确定幸福的事;写不出来,画下来也行。第一周,她写下:“不想照镜

子”“谢谢夜班护士帮我掖被角”“今天喝到丈夫熬的小米粥”。第三周,她写下:“戴丝巾去楼下晒了太阳”“孩子说妈妈戴帽子像一个探险家”。

有一天查房,李女士主动从抽屉取出那顶搁置许久的假发,凑到窗边迎着光线反复比对,眼底不再是往日的躲闪与自卑,多了几分犹豫又释然的柔软:“要不这次出院回去,我戴着它去接孩子放学试试?”

我没有急着夸赞李女士勇敢,只是轻声回应:“您愿意坦然让孩子看见真实的妈妈,已经很好了。”话音落下,李女士鼻尖微微发酸,眼眶一下子漫上一层薄泪。这些日子,李女士压在心底的羞怯、惶恐、焦虑,在这一刻都松了几分。

以前,李女士拼命遮掩身上

所有变化,害怕残缺示人;如今,慢慢接纳了生病的自己,也敢直面生活里那些细碎的目光。

上个月复查,李女士头上长出许多小绒毛,戴着那顶假发来门诊,给我们塞了一袋自家种的核桃。李女士现在加入科室的病友微信群,还主动教病友怎么系丝巾。

看着李女士的模样,我慢慢懂了:当初陪李女士围上那条丝巾、陪她写的“情绪日记”,比替她把难堪藏起来有用。她现在能跟镜子里的自己和解了。

这些事小得写不进论文,可就是那顶塞进抽屉又拿出来的假发和那本写满“3句话”的日记,让我觉得这身护士服没白穿。

(作者供职于山西白求恩医院,本文由于志宁整理)

持续2年的耐药性结核病“攻坚战”

□郑丹薇

漫长的咳嗽

52岁的老张是一位退休矿工。2年前,他被确诊肺结核,服药2个月后感觉病情好转,便擅自停药,也没去医院复查。今年年初,老张开始出现持续性咳嗽、咯痰,伴随午后低热和夜间盗汗。老张以为自己是感冒,自行服用止咳药和感冒药,2个多星期过去了,症状反而加重,甚至痰中带血。惊慌之下,老张在家人陪同下赶往医院。

检查结果令人揪心:老张再次确诊肺结核,且对一线抗结核药物异烟肼和利福平同时耐药。医生解释:“您这属于耐药性结核病。之前体内的病菌

没被彻底杀死,反而练成了‘金刚不坏之身’,常用、有效的两种主力药物对您已经没用了。”

耐药的原因

老张十分不解:“我之前感觉已经好了,这次以为是感冒,怎么就成了耐药性结核病?”医生分析,罪魁祸首正是2年前的不规范治疗。结核分枝杆菌较为狡猾,在治疗过程中,一旦漏服药物、联合用药不合理、剂量不足或擅自停药,体内的结核分枝杆菌就无法被彻底清除。那些抵抗力较强的结核分枝杆菌存活下来,并对药物产生适应性,这就是耐药性。若进一步对氟喹诺酮类药物也耐药,

就会升级为更凶险的难广泛耐药性结核病,甚至广泛耐药性结核病,治疗难度更大。

耐药性结核病治疗挑战

老张被收治入院,医生解释了耐药性结核病的可怕之处,这将是一场持续2年的“攻坚战”。普通肺结核采用常规药物即可起效,治疗周期仅6个月~8个月,治疗费用相对较低,医保覆盖程度高。与之截然不同,耐药性结核病治疗难度较高,只能选用二线药物治疗,药物的副作用较大;治疗周期拉长,可达18个月~20个月;治疗费用高昂,约为普通肺结核治疗费用的100倍。无论是治疗

难度、时间成本还是经济负担,耐药性结核病都远远超过普通肺结核,对患者身心与家庭都带来沉重考验。

如何战胜耐药性结核病

在医院接受2个月强化治疗后,老张的症状得到控制,转为居家治疗。但是仅仅这只是开始,医生对老张提出了严格要求:必须遵循“早期、联合、适量、规律、全程”的治疗原则,中途停药会导致病情迁延不愈。此外,每隔1个月~2个月,必须回医院复查痰涂片和肝肾肾功能,以便医生监测疗效;一旦发现药物无效或出现严重的副作用,及时调整方案。

高危警示

老张的遭遇并非个例。医生提醒,以下4类人群是耐药性结核病的高危人群,需要格外警惕:一是过去有明确的结核病史但是已治愈,现在又复发的患者;二是已经治疗≥1个月,但是中断治疗≥2个月的患者;三是治疗失败的肺结核患者,包括长期慢性咳嗽排菌患者;四是耐药性结核病患者的密切接触者等。

老张住院期间,老伴和家人也进行了筛查,幸运的是并未感染结核分枝杆菌。但是对于筛查出感染却未发病的密切接触者,医生通常会建议进行预防性治疗。

漫长的胜利

经过长达20个月的规范治疗,老张终于拿到了康复诊断书。医生总结了预防耐药性结核病的关键步骤,也是给所有人的警示。

一是早发现。咳嗽、咯痰2周以上或痰中带血,务必及时就医。普通肺结核患者必须进行耐药筛查(特别是分子生物学检测),以便快速识别耐药性结核病。

二是早治疗。一旦确诊耐药性结核病,需要由专科医师根据患者的实际情况制定规范的个体化治疗方案,尽早开始抗结核治疗,避免造成更广泛的耐药。

三是规范、全程。肺结核

治疗最忌“见好就收”。患者必须坚持服药完成全部疗程,哪怕症状完全消失也不能擅自停药,否则容易导致复发和耐药,不仅害己,而且危害公众健康。

耐药性结核病虽然凶险,但是并非不治之症。只要经过规范、合理、全程的治疗,大多数患者是可以治愈的。切勿重蹈自行改变药物剂量、停药的覆辙,给结核分枝杆菌以可乘之机。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心结核病所)



全面行动 全力投入 全民参与 终结结核

结防那些事

开展终结结核行动 共建共享

