

老年长期住院患者营养不良和营养风险评估分析

袁永丽 胡晓亮 丰 琴 秦华兰 牟 月

(四川省雅安市第四人民医院 四川 雅安 625000)

【摘要】目的：评估并分析老年长期住院患者的营养不良以及营养风险。方法：选取老年长期住院患者共 260 例，其中男性患者 121 例，女性患者 139 例，年龄在 70 ~ 90 岁之间，平均年龄 (71.20 ± 5.63) 岁。计算患者的营养风险出现率。营养风险筛查使用 NRS2002 筛查法，筛查出患者的 NRS 得分为 3 分及以上与 3 分以下两大类，分别计算获得 BMI 患者的营养风险出现率与未获得 BMI 而采用 Alb 患者的营养风险出现率。计算患者生化检测的营养不良出现率，营养不良的判断标准是患者的身体质量指数，即 $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ，或者前白蛋白，即 $PA < 200 \text{ mg/L}$ ，或者血清白蛋白，即 $Alb < 30 \text{ g/L}$ 。比较城市与农村的患者营养风险出现率结果：选取的 260 例老年患者中，NRS 得分在 3 分及以上的患者共有 91 例，则营养风险出现率为 35%；共有 189 例患者获得 BMI，其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 63 例，则营养风险出现率为 33.3%；共有 71 例患者未获得 BMI 而采用 Alb，其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 27 例，则营养风险出现率为 38%。患者的生化检测的营养不良出现率为： $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ 为 8.5%； $PA < 200 \text{ mg/L}$ 为 14.2%； $Alb < 30 \text{ g/L}$ 为 15%。城市户籍患者共有 180 例，其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 50 例，则营养风险出现率为 27.8%；农村籍患者共有 80 例，其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 38 例则营养风险出现率为 47.5%。结论：在老年长期住院的患者中，其营养不良以及营养风险的出现所占比例相对于其他年龄段的住院患者较大一些。主要原因是由于老年人的身体状况较差，各个器官功能正在逐渐衰弱，同时老年患者患有各种疾病以及其他相关病症均可能引起营养不良，导致营养高风险出现。而且农村户籍的老年住院患者营养不良以及营养风险的出现比例要比城市户籍的老年住院患者的营养不良以及营养风险的出现比例大一些，因此，应对农村户籍的老年住院患者给予重视。针对老年住院患者的营养情况，应及早监测，及早筛查，同时及早采取积极有效的营养护理措施，改善老年住院的营养状况，以此加快患者的健康恢复速率，并且提高患者的生活品质。

【关键词】老年长期住院；营养不良；营养风险评估

Analysis of malnutrition and nutritional risk assessment in elderly long-term hospitalized patients

Yongli Yuan Xiaoliang Hu Qin Feng Hualan Qin Yue Mou

(The Fourth People's Hospital of Ya'an City, Sichuan Province, Ya'an, Sichuan, 625000)

【Abstract】Objective: To evaluate and analyze malnutrition and nutritional risk in elderly long-term hospitalized patients. Methods: A total of 260 elderly long-term hospitalized patients were selected, including 121 male patients and 139 female patients, aged between 70 and 90 years old, with an average age of (71.20 ± 5.63) years old. The incidence of nutritional risk in patients was calculated. Nutritional risk screening uses the NRS2002 screening method. The NRS scores of the screened patients are divided into two categories: 3 points and above and 3 points below. The nutritional risk occurrence rate of patients with BMI and the nutritional risk of Alb patients without BMI were calculated respectively. Risk occurrence rate. The incidence rate of malnutrition detected by biochemical tests was calculated. The criteria for judging malnutrition were the patient's body mass index, namely $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$, or prealbumin, namely $PA < 200 \text{ mg/L}$, or serum albumin, namely $Alb < 30 \text{ g/L}$. Comparing the incidence rate of nutritional risk in urban and rural patients: Among the selected 260 elderly patients, there were 91 patients with NRS score of 3 or above, and the incidence of nutritional risk was 35%; a total of 189 patients obtained BMI, of which There were 63 patients with NRS score of 3 and above, and the nutritional risk occurrence rate was 33.3%; a total of 71 patients did not obtain BMI and adopted Alb, of which 27 patients had NRS score of 3 and above, the nutritional risk The occurrence rate was 38%. The incidence of malnutrition in patients with biochemical tests: $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ was 8.5%; $PA < 200 \text{ mg/L}$ was 14.2%; $Alb < 30 \text{ g/L}$ was 15%. There are 180 patients with urban household registration, among which 50 patients have NRS score of 3 points and above, and the nutritional risk occurrence rate is 27.8%; there are 80 patients with rural household registration, of which 38 patients have NRS score of 3 points and above. The incidence of nutritional risk was 47.5%. Conclusion: The proportion of malnutrition and nutritional risk in elderly patients who have been hospitalized for a long time is higher

than that of hospitalized patients of other age groups. The main reason is that due to the poor physical condition of the elderly, the functions of various organs are gradually weakening, and the elderly patients suffering from various diseases and other related diseases may cause malnutrition, resulting in high nutritional risk. Moreover, the proportion of malnutrition and nutritional risk in elderly inpatients with rural household registration is higher than that of elderly inpatients with urban household registration. Therefore, attention should be paid to elderly inpatients with rural household registration. The nutritional status of elderly hospitalized patients should be monitored and screened early, and active and effective nutritional care measures should be taken as soon as possible to improve the nutritional status of elderly hospitalized patients, so as to speed up the recovery rate of patients and improve the quality of life of patients.

[Key words] Long-term hospitalization in the elderly; Malnutrition; Nutritional risk assessment

随着社会的发展,人们的生活水平越来越好,极少出现长期营养不良的情况。但是部分老年患者在长期住院后由于种种因素会造成营养不良的情况。营养不良是指因摄入不足、吸收不良或者过度消耗营养素等所造成的营养不足。常见的营养不良包括蛋白质能量营养不良和微量养分营养不良,也包含由于暴饮暴食或者过度摄入特定的营养素,从而造成营养过剩。而营养风险不是指发生营养不良的风险概率,其定义为营养因素对患者的疾病治疗所造成的不良影响。老年长期住院患者由于其年龄较大以及存在多种疾病等原因,其发生营养不良以及营养风险的可能性较大,不利于老年长期住院患者的健康恢复。对老年长期住院患者的营养不良以及营养风险进行评估分析需进一步研究,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 资料

采用随机抽样法筛选 2020 年 3 月至 2020 年 9 月期间于我院就诊的住院卧床高龄患者共 260 例,其中男性患者 121 例,女性患者 139 例,年龄在 70 ~ 90 岁之间,平均年龄 (71.20 ± 5.63) 岁。所选取的患者年龄均为 60 岁以上,排除患有严重的肝肾病症以及恶性肿瘤患者,住院时间均在 24 小时以上。患者均意识清楚,能够清晰准确地表达自己的想法,且都自愿参加,知晓并同意本次实验要求,已签署知晓同意书。将患者的基本资料作比较, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 询问调查患者的户籍所在地,由此可将患者分为城市和农村两大类。

1.2.2 在患者入院的第一天,统一发放住院服,同时测量患者的身高和体重,均精确到 0.1 厘米以及 0.1 克,并计算患者的身体质量指数,即 BMI。

1.2.3 在患者住院的第二天于早晨空腹抽血,检验患者的血清白蛋白,即 A1b; 前白蛋白,即 PA; 血红蛋白,即 Hb; 淋巴细胞计数,即 LY。第四,在患者入院的两天内完成 NRS2002 营养风险的筛查。当患者的 NRS2002 营养筛查法得分为 3 分及以上时,则表明

患者有营养风险,应根据患者的情况为进行营养调理。当患者的 NRS2002 营养筛查法得分为 3 分以下时,则需每周复查营养风险筛查。

1.3 观察指标

1.3.1 患者的营养风险出现率。营养风险筛查使用 NRS2002 筛查法,由于部分患者因为无法站立等原因无法获得身体质量指数,因此这部分患者可使用血清白蛋白,即 A1b 来代替身体质量指数,即 BMI 进行计算营养风险。筛查出患者的 NRS 得分为 3 分及以上与 3 分以下两大类,而使用血清白蛋白,即 A1b 进行计算的患者,当 A1b < 30g/L 记为 3 分。

1.3.2 患者生化检测的营养不良出现率,营养不良的判断标准是患者的身体质量指数,即 BMI < 18.5kg/m²,或者前白蛋白,即 PA < 200mg/L,或者血清白蛋白,即 A1b < 30g/L。

1.3.3 比较城市与农村的患者营养风险出现率。

1.4 统计学方法

研究材料经过 SPSS19.2 程序数据分析后, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的营养风险出现率

根据实验数据可知,选取的 260 例老年患者中, NRS 得分在 3 分及以上的患者共有 91 例,则营养风险出现率为 35%; 共有 189 例患者获得 BMI, 其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 63 例,则营养风险出现率为 33.3%; 共有 71 例患者未获得 BMI 而采用 A1b, 其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 27 例,则营养风险出现率为 38%。具体数据如表 2-1 所示:

2.2 患者生化检测的营养不良出现率

根据实验数据可得,患者的生化检测的营养不良出现率为: BMI < 18.5kg/m² 为 8.5%; PA < 200mg/L 为 14.2%; A1b < 30g/L 为 15%。具体数据如表 2-2 所示:

2.3 比较城市与农村的患者营养风险出现率

根据实验数据可知,城市户籍患者共有 180 例,其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 50 例,则营养风险出现率为 27.8%; 农村籍患者共有 80 例,其中 NRS

表 2-1 患者的营养风险出现率 (%)

NRS 得分	病例数	获得 BMI	未获得 BMI 而采用 Alb
≥ 3	91 (35)	63 (33.3)	27 (38)
<3	169	126	44

表 2-2 患者生化检测的营养不良出现率 (%)

检测指标	BMI<18.5kg/m ²	PA<200mg/L	Alb<30g/L
例数	22	37	39
出现率	8.5	14.2	15

表 2-3 比较城市与农村的患者营养风险出现率 (%)

户籍	例数	出现率
城市	180	50 (27.8)
农村	80	38 (47.5)

得分在 3 分及以上的患者有 38 例则营养风险出现率为 47.5%。具体数据如表 2-3 所示:

3 结论

营养不良包括营养不足和营养过剩,但是人们习惯将营养不良看作为营养不足。营养不足则是指各种营养素的摄入没有达到人体所需的水平,对人们的心理和生理健康以及人体的各项功能产生不利影响。营养不足在世界上依旧是一个大问题,全世界因营养不足而死亡的儿童所占比例超过 40%。而在中国,随着人们的生活水平逐渐提高,营养不足的问题已经明显改变,但是农村人口营养不足的出现率高于城市人口的营养不足出现率。营养不良是一种可以单独出现的疾病,但是往往也和多种疾病一并出现。年龄大、身体弱以及患有多种疾病等因素很容易引起营养不良。通过调查显示,在老年住院患者中,营养不良的出现率远远高于其他年龄段的患者。在本次研究中,选取的 260 例老年患者中,NRS 得分在 3 分及以上的患者共有 91 例,则营养风险出现率为 35%;共有 189 例患者获得 BMI,其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 63 例,则营养风险出现率为 33.3%;共有 71 例患者未获得 BMI 而采用 Alb,其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 27 例,则营养风险出现率为 38%。患者的生化检测的营养不良出现率为: BMI<18.5kg/m² 为 8.5%; PA<200mg/L 为 14.2%; Alb<30g/L 为 15%。城市户籍患者共有 180 例,其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 50 例,则营养风险出现率为 27.8%;农村籍患者共有 80 例,其中 NRS 得分在 3 分及以上的患者有 38 例则营养风险出现率为 47.5%。根据本次研究所获得的数据可知,在老年住院患者中,存在着一部分的患者有

高的营养风险,并且农村籍的老年患者存在的营养风险概率远远大于城市户籍的老年患者存在的营养风险概率。因此,在关注老年患者疾病治疗的同时,其健康护理也是非常重要的。对于营养素的摄取,最有效的途径就是通过饮食。对于任何一种疾病的患者来说,饮食的调节是非常重要的一个环节,而不同疾病的患者,拥有不同的饮食调节。比如对于慢性阻塞性肺病老年患者来说,患者除了要多食纤维和蛋白质含量较高以及胆固醇浓度较少的食品外,还应多食鲜嫩青菜和果品,以提高维生素的摄食量,并尽可能地不进食辛辣刺激度较重、容易油腻的食品。如果患者出现尿少、水肿的情况,则患者的饮食中应减少钠元素的摄取。对于老年糖尿病患者来说,饮食是非常重要的一个环节。患者每餐的主食要定量,按照需求摄入;每餐应有新鲜蔬菜,但是注意要少油;减少肥肉的摄入,可吃鱼类、禽类;餐后可选食低糖水果;同时患者每日应饮用足够的白开水,但不能喝糖类饮料,可少喝些淡茶水或一些咖啡。老年糖尿病患者的饮食是以全谷类食物为主,高膳食纤维、低盐、低糖、低脂肪的摄入为辅。不建议患者饮酒,也少吃腌制等加工肉类产品。患者在饮食的时候注意按时按量,慢慢咀嚼,建议先吃素食再吃主食。对于老年结肠癌患者来说,老年结肠癌患者的膳食可少食多餐,适当增补营养,多食新鲜蔬菜以及果品,以此提高维生素的摄入量,也可多吃海带、紫菜等食品,其可以平肝风润肠和通便,但尽量不食用辛辣刺激性重的食品。并且严禁吸烟,注意饮食卫生,以免引起胃肠感染以及腹泻的情况发生。患者的常规生活中除了饮食要注意以外,锻炼也是必须的。应告诉患者和家属身体锻炼的

好处,适量的身体锻炼可增强患者的身体素质,提高患者的自身机体代谢能力以及免疫力。建议患者在每日的饭后一小时进行适量的有氧锻炼,但运动时间不宜过长。患者家属也可跟着患者一起锻炼,以此来调动患者锻炼的积极性。但是运动之前应询问医生患者是否适合运动,避免因盲目运动而造成不可挽回的伤害。同时,老年住院患者的心理防线相对于低一些,极易产生不良的治疗情绪。应用言语鼓励患者,使得患者能正确对待自身疾病,不要畏惧,增强患者治疗的信心,使患者产生信任感,以此使得患者保持良好的心情。

综上所述,在老年长期住院的患者中,其营养不良以及营养风险的出现所占比例相对于其他年龄段的住院患者较大一些。主要原因是由于老年人的身体状况较差,各个器官功能正在逐渐衰弱,同时老年患者患有各种疾病以及其他相关病症均可能引起营养不良,导致营养高风险出现,而且农村户籍的老年住院患者的营养状况与城市户籍的老年住院患者的营养状况相比较要差一些,因此,应对农村户籍的老年住院患者给予重视。针对老年住院患者的营养情况,应及早监测,及早筛查,同时及早采取积极有效的营养护理措施,改善老年住院的营养状况,以此加快患者的健康恢复速率,并且提高患者的生活品质。

参考文献:

- [1] 饶阿敏. interRAI-PAC 营养筛查模块和 NRS-2002 在脑卒中住院患者中的应用比较 [D]. 昆明医科大学,2021.DOI:10.27202/d.cnki.gkmyc. 2021. 000 453
- [2] 周红侠,吴伟利,薛玲. 微型营养评估表对老年心血管内科住院患者营养不良风险的评价 [J]. 河北医药,2021,43(08):1183-1187
- [3] 朱娅鸽,吴宇超,王娟,陈天艳,杨媛. 两种营养不良风险筛查工具在原发性肝癌住院患者中的应用比较 [J]. 医学综述,2021,27(08):1616-1620
- [4] 王晓丝,岳建新,栗雪琪,柳学华,王涌. 营养不良通用筛查工具对酒依赖住院患者营养不良风险的评估 [J]. 实用临床医药杂志,2021,25(05):30-32+44
- [5] 钱艳,何英姿,孙林芳,金燕萍. 老年慢病住院患者营养不良风险评估系统的建立 [J]. 护士进修杂志,2020,35(19):1729-1733.DOI:10.16821/j.cnki.hsjx.2020.19.001
- [6] 符春妹,盛修贵,周启明,李峻岭,陈丽萍,李淑雯. 肿瘤住院患者营养不良风险筛查及认知度调查 [J]. 癌症进展,2020,18(17):1750-1753
- [7] 陈海燕. 老年长期住院患者营养不良和风险评估分析 [J]. 名医,2020(07):21+23
- [8] 司龙妹,刘飞,高尚谦,郭杰,李野,王琤,姬书瑶,刘卓,丁炎明,刘霞,邓俊,李晶. 住院成人患者营养不良风险筛查的指南证据总结 [J]. 中华现代护理杂志,2019(36):4708-4712
- [9] 沈雅君. 老年长期住院患者营养不良和风险评估分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4(26):167
- [10] 杨慕峰. 内科老年住院患者营养不良和营养风险评估分析 [J]. 结直肠肛门外科,2018,24(S1):76-77. DOI:10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2018.S1.033
- [11] 石国梁. 消化内科老年住院患者营养不良和营养风险评估分析 [J]. 中国实用医药,2014,9(21):247-248.DOI:10.14163/j.cnki.11-5547/r.2014.21.073
- [12] 孙惠杰,赵英凯,赵勇,王桂贤. 老年长期住院患者营养不良和营养风险评估分析 [J]. 中外医学研究,2013,11(22):139.DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2013.22. 028
- [13] 肖琼怡,郭致平,殷芳,杨兰艳,刘海,郑盛. 消化内科老年住院患者营养不良和营养风险评估分析 [J]. 实用老年医学,2012,26(06):491-493
- [14] 文建. 消化内科老年住院患者营养不良及营养风险评估分析 [J]. 中外医疗,2012,31(27):9-11.DOI: 10. 16662/j.cnki.1674-0742.2012.27.011
- [15] 黄蕾,张继红,邱琛茗,卓芝燕. 心血管内科老年住院患者营养不良及营养风险评估分析 [J]. 西南国防医药,2011,21(01):116-117

课题项目:雅安市科学技术和知识产权局 (2019yyj skf09)

作者简介:

胡晓亮:副主任医师,研究方向:老年医学。