

ICS 11.020  
C 05  
备案号: 457408-2015

**DB11**

北 京 市 地 方 标 准

DB11/T 3002—2015

---

## 老年护理常见风险防控要求

Prevention and control requirements to common risks in the elderly care

2015 - 06 - 01 发布

2015 - 07 - 01 实施

北京市质量技术监督局 发布



目 次

前言 ..... II

1 范围 ..... 1

2 规范性引用文件 ..... 1

3 常见风险 ..... 1

4 基本要求 ..... 1

5 防控要求 ..... 2

    5.1 跌倒 ..... 2

    5.2 坠床 ..... 3

    5.3 烫伤 ..... 3

    5.4 压疮 ..... 4

    5.5 误吸 ..... 5

    5.6 窒息 ..... 6

    5.7 管路滑脱 ..... 6

附录 A（资料性附录） 跌倒评估 ..... 8

附录 B（资料性附录） 压疮评估 ..... 9

附录 C（资料性附录） 营养评估 ..... 11

附录 D（资料性附录） 吞咽功能评估 ..... 12

附录 E（资料性附录） 痰液粘稠度评定 ..... 13

## 前 言

为推进京津冀协同发展战略实施，北京市质量技术监督局、天津市市场和质量监督管理委员会、河北省质量技术监督局共同组织制定本地方标准，在京津冀区域内适用，现予发布。

本标准按照GB / T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准由北京市卫生和计划生育委员会提出并归口。

本标准由北京市卫生和计划生育委员会组织实施。

本标准起草单位：北京护理学会、北京市卫生和计划生育委员会、天津护理学会、天津市卫生和计划生育委员会、河北省护理学会、河北省卫生和计划生育委员会。

本标准主要起草人：孙红、李春燕、张建华、彭嘉琳、刘芳、李德娟、路明、张涛、黄高平、卢岳青、吴秋香、王俊清、王洪瑛、王英、辛胜利、李菲菲、秦爱红、侯惠如、席延荣、张莺、应岚、徐涛、陈静、贾春雨、张克森、高荣花。

# 老年护理常见风险防控要求

## 1 范围

本标准规定了老年护理的常见风险、基本要求和防控要求。  
本标准适用于医疗机构中的老年护理常见风险的防控工作。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 50763 无障碍设计规范

GB/T 13800 手动轮椅车

GB/T 50340 老年人居住建筑设计标准

YY 0003 病床

YY 0571 医用电气设备 第2部分：医院电动床安全专用要求

## 3 常见风险

常见风险主要包括跌倒、坠床、烫伤、压疮、误吸、窒息、管路滑脱七类。

## 4 基本要求

### 4.1 应建立风险防控管理制度，至少包括以下内容：

- a) 风险评估；
- b) 风险标识；
- c) 风险告知；
- d) 健康宣教；
- e) 风险上报。

### 4.2 应识别老年人发生跌倒、坠床、烫伤、压疮、误吸、窒息、管路滑脱的风险因素，并告知老年人或家属可能发生的风险、不良后果及预防措施。

### 4.3 应指导老年人选择适宜的运动，进行平衡、步态、肌力和关节灵活性的训练。

### 4.4 有肢体活动不便、感知觉障碍的老年人，应有专人照顾起居。

### 4.5 使用轮椅、平车转运老年人时，应使用固定带或护栏。

### 4.6 对于风险评估为高度危险的老年人，应建立动态的评估观察记录。

### 4.7 对护理人员的风险防控知识培训及考核每年不应少于 1 次。

4.8 供老年人使用的设施应符合 GB/T 50340、GB 50763 的要求，设备应符合 YY 0003、YY 0571、GB/T 13800 的要求，宜配备老年人安全防护辅助用具，应定期检查、维修并记录。

4.9 对已发生的风险事件应有原因分析、改进措施及效果评价。

## 5 防控要求

### 5.1 跌倒

#### 5.1.1 常见风险因素

应根据表 1 的内容判断跌倒的常见风险因素。

表1 跌倒的常见风险因素

项 目	内 容
生理功能	视力障碍、眩晕、肢体功能障碍和自控体位能力下降等。
既往史	有跌倒史；患有心脑血管病、帕金森氏病、骨关节病、精神疾病等。
药物应用	使用镇静安眠药、降压药、降糖药、抗精神疾病药等。
环境	地面不平、湿滑、有障碍物；灯光昏暗或刺眼等。
老年人或照顾者的认知及行为	对跌倒认知不足或无认知；手杖、助步器、轮椅使用不当；着装过于肥大等。

#### 5.1.2 跌倒风险评估

确认跌倒风险因素后，宜使用附录 A 进行评估，并判断风险程度。

#### 5.1.3 防控措施

5.1.3.1 协助老年人改变体位时，宜做到醒后卧床 1 分钟再坐起、坐起 1 分钟再站立、站立 1 分钟再行走。

5.1.3.2 应指导老年人穿合体的衣服，不宜穿拖鞋外出。

5.1.3.3 应指导老年人正确使用助步器、拐杖等辅助器具。

5.1.3.4 对使用药物的老年人，应观察用药后的反应及给予相应的护理措施：

- a) 使用降压药应观察血压变化；
- b) 使用降糖药应观察有无低血糖反应；
- c) 每次使用镇静、安眠药后应立即卧床休息；
- d) 使用精神药物应观察意识状况和肌力，更换体位时应按 5.1.3.1 执行。

5.1.3.5 沐浴时水温宜控制在 39℃～41℃，沐浴时间宜控制在 10 分钟～20 分钟。

5.1.3.6 睡前应开启夜间照明设备。

5.1.3.7 地面应保持干燥无障碍，擦拭地面时应置警示牌。

5.1.3.8 浴室内应铺防滑垫。

## 5.2 坠床

### 5.2.1 常见风险因素

应根据表2的内容判断坠床的常见风险因素。

表2 坠床的常见风险因素

项 目	内 容
生理功能	部分肢体活动功能障碍和自控体位能力下降等。
既往史	有坠床史；患有心脑血管病、癫痫、帕金森氏病等。
精神因素	存在谵妄、恐惧、躁动等症状。
环境	床、平车未使用护栏，未采取固定措施。
老年人或照顾者的认知	对坠床认知不足或无认知。

### 5.2.2 防控措施

5.2.2.1 应将呼叫器及常用物品放在老年人易取处。

5.2.2.2 卧床老年人出现躁动或癫痫发作时，应有专人陪护，并经告知老年人或家属后给予保护性约束。

5.2.2.3 老年人在卧床状态下，应固定床档；电动床床面应保持最低位，使用后应及时复位。

## 5.3 烫伤

### 5.3.1 常见风险因素

应根据表3的内容判断烫伤的常见风险因素。

表3 烫伤的常见风险因素

项 目	内 容
生理功能	意识模糊、温痛觉下降、视力障碍、部分生活不能自理等。
现病史	患有阿尔茨海默氏症、帕金森氏病、糖尿病、脑中风偏瘫等。
环境	设施、设备放置位置不合理。
医源性因素	热物理治疗仪器、药物热疗、热水袋等使用方法不正确。
老年人或照顾者的认知	对烫伤认知不足或无认知。

### 5.3.2 防控措施

- 5.3.2.1 使用热水袋，不应直接接触皮肤，水温应低于 50℃。
- 5.3.2.2 使用各种热物理治疗仪器时，应按说明书要求，保持安全有效距离。老年人出现谵妄、烦躁不安、不合作时，应有专人陪护下进行治疗。
- 5.3.2.3 药物热疗时，应观察皮肤颜色并询问其感觉。
- 5.3.2.4 暖水瓶放置位置合理，并有固定装置。
- 5.3.2.5 管饲喂养前，流食温度控制在 38℃～40℃，应执行护理操作技术规范。
- 5.3.2.6 进行灌肠时，应按照护理操作技术规范测量灌肠液温度。

## 5.4 压疮

### 5.4.1 常见风险因素

应根据表4的内容判断压疮的常见风险因素。

表4 压疮的常见风险因素

项 目	内 容
对压力的感知能力	有感知觉障碍，对皮肤受压有反应，但不能表达不适；应用鼻导管、面罩、夹板、石膏等医源性干预治疗。
皮肤情况	潮湿、水肿、压疮等。
摩擦力和剪切力	身体移动、体位改变及坐位时所产生的摩擦力和剪切力。
身体的活动方式	需卧床或坐轮椅活动；因疾病或治疗需要强迫体位。
营养状况	进食少于需要量；摄食能力受限；营养指标异常等。
现病史	低蛋白血症、慢性消耗性疾病等。
老年人或照顾者的认知	对压疮认知不足或无认知。

### 5.4.2 压疮风险评估

确认压疮风险因素后，宜使用附录 B 和附录 C 进行评估，并判断风险程度。

### 5.4.3 防控措施

- 5.4.3.1 应给长期卧床、活动受限或感知觉障碍的老年人每 2 小时变换体位 1 次，压疮风险程度评估为严重危险时应增加翻身频次，可使用气垫床或在骨隆突处采取局部减压及预防压疮措施。
- 5.4.3.2 应保持老年人皮肤清洁干燥，对出汗、大小便失禁的老年人应及时更换潮湿被服。
- 5.4.3.3 搬运卧床老年人时，应采用双人及以上人员搬运法，或采用提单式、过床易等搬运法。
- 5.4.3.4 应观察老年人受压处皮肤情况，不应按摩局部压红皮肤，宜应用预防压疮敷料保护皮肤。
- 5.4.3.5 改善老年人全身营养状况，每月测量体重不应少于 1 次，可计算体重指数。

5.4.3.6 应保持床单位平整、清洁、干燥、无碎屑。

5.4.3.7 使用鼻导管、面罩、夹板、石膏等医源性干预治疗的老年人，应对局部皮肤观察与防护。

5.4.3.8 卧床老年人使用便器时，应抬起老年人的臀部，防止拖拽。

## 5.5 误吸

### 5.5.1 常见风险因素

应根据表5的内容判断误吸的常见风险因素。

表5 误吸的常见风险因素

项 目	内 容
生理功能	吞咽功能异常、咽反射减弱等。
既往史	有显性误吸史；患有脑血管病、阿尔茨海默氏症、帕金森氏病、慢性阻塞性肺部疾病、返流性食管炎等。
医源性因素	人工气道的建立；大量镇静药应用；管饲喂养等。
老年人或照顾者的认知	对误吸认知不足或无认知。

### 5.5.2 吞咽功能评估

确认误吸风险因素后，宜使用附录 D 进行评估，并判断吞咽功能异常程度。

### 5.5.3 防控措施

#### 5.5.3.1 进餐护理要求

5.5.3.1.1 护理老年人进餐时，应以松软的食物为主。

5.5.3.1.2 对评定为Ⅲ级、Ⅳ级、Ⅴ级吞咽功能异常的老年人，应遵医嘱进食或给予管饲饮食。

5.5.3.1.3 应保证老年人在清醒状态下进餐，进餐时应取坐位或半卧位，颈、胸、腰部骨折或手术等不能采取坐位的患者，可采取侧卧位。

5.5.3.1.4 老年人进餐时应保持安静，不宜讲话，进餐速度不宜过快，出现呛咳应立即停止进餐。

5.5.3.1.5 老年人进餐后应保持原位 30 分钟以上。

5.5.3.1.6 出现一侧舌肌瘫痪、失语能够吞咽的老年人，应协助进餐。

#### 5.5.3.2 管饲护理要求

5.5.3.2.1 管饲喂食物前，应给老年人翻身、吸痰，无禁忌症时床头抬高不应小于 30°，喂养后 30 分钟内不宜吸痰、翻身、降低床头。

5.5.3.2.2 喂食物时饮食入量应从少到多、速度不宜过快，顿服前后给予温水冲管。

5.5.3.2.3 喂食物前应确定胃管在胃内并观察胃潴留量、颜色、性质。

5.5.3.2.4 胃潴留量大于 100ml，应遵医嘱暂停管饲喂食。

5.5.3.2.5 持续管饲喂养的老年人，翻身、吸痰时应暂停营养液滴注。

## 5.6 窒息

### 5.6.1 常见风险因素

应根据表6的内容判断窒息的常见风险因素。

表6 窒息的常见风险因素

项 目	内 容
生理功能	吞咽功能异常、咽反射减弱等。
既往史	有显性误吸史；患有脑血管病、阿尔茨海默氏症、帕金森氏病、慢性阻塞性肺部疾病、返流性食管炎、肺、食道出血性疾病等；发生过严重的过敏反应。
医源性因素	人工气道的建立、大量镇静药应用、管饲喂养等。
痰液粘稠情况	痰液粘稠不易咳出。
气管内异物	食物、药物、呕吐物、痰液吸入气管堵塞气道，引起呼吸困难。
老年人或照顾者的认知	对显性误吸认知不足或无认知。

### 5.6.2 痰液粘稠度评定

确定窒息风险因素存在痰液粘稠者，宜使用附录 E 进行评估，并判断痰液粘稠程度。

### 5.6.3 防控措施

5.6.3.1 进餐护理应按 5.5.3.1 执行，管饲护理应按 5.5.3.2 执行。

5.6.3.2 对评定为III度痰液粘稠者或不能自行咳痰的老年人，应及时吸痰，定时予以翻身、叩背，遵医嘱给予雾化吸入，促进排痰。

5.6.3.3 卧床老年人出现呕吐时，应立即将其头偏向一侧，吸净口腔内食物。

5.6.3.4 给老年人服用药物或静脉用药时，应观察药物反应，有无喉头水肿等症状，发现异常及时报告医生并给予处理。

5.6.3.5 有窒息风险因素者宜床旁备好负压吸引装置。

## 5.7 管路滑脱

### 5.7.1 常见风险因素

应根据表7的内容判断管路滑脱的常见风险因素。

表7 管路滑脱的常见风险因素

项 目	内 容
-----	-----

表 7 (续)

项 目	内 容
意识及认知	意识模糊、有幻觉（幻视、幻听等），认知与配合能力下降。
管路	固定不牢；位置不合适；部分脱出。
各种引流液	颜色、量异常。
照顾者的认知	对管路滑脱的认知不足或无认知。

### 5.7.2 防控措施

- 5.7.2.1 应观察管路位置，固定牢固，标识明确，定时进行评估。
- 5.7.2.2 发现管路扭曲、移位、堵塞、打折、受压时，应及时给予妥善固定。
- 5.7.2.3 应观察引流管的通畅性及引流液的颜色、量，发现异常应及时给予处理。
- 5.7.2.4 应检查置管长度、管路衔接处有无松动及液体外渗。
- 5.7.2.5 老年人翻身、排便、转运时应妥善固定管路，防止牵拉。
- 5.7.2.6 老年人出现谵妄、烦躁不安、不合作时，应有专人陪护，并经告知老年人或家属后给予保护性约束。
- 5.7.2.7 对使用机械通气的老年人，气囊压力应保持在 25cmH<sub>2</sub>O -30cmH<sub>2</sub>O，出现躁动时应遵医嘱给予镇静药物。

附 录 A  
(资料性附录)  
跌倒评估

### A.1 跌倒风险评估量表

跌倒风险评估可按表 A.1 执行。

表A.1 Morse 跌倒风险评估量表

项目	评分标准	得分
近三个月内跌倒史	否=0	
	是=25	
超过一个医疗诊断	否=0	
	是=15	
行走是否使用辅助用具	不需要/卧床休息/护士协助=0	
	拐杖/手杖/助行器=15	
	轮椅、平车=30	
是否接受药物治疗	否=0	
	是=20	
步态/移动	正常/卧床不能移动=0	
	双下肢虚弱乏力=10	
	残疾或功能障碍=20	
认知状态	自主行为能力=0	
	无控制能力=15	
总 得 分		

### A.2 跌倒风险程度评价量表

跌倒风险程度评价可按表A.2执行。

表A.2 Morse 跌倒风险程度评价量表

危险程度	分值
高度危险	≥45
中度危险	25~45
低度危险	0~24

## 附 录 B

### (资料性附录)

### 压疮评估

#### B.1 压疮评估量表

压疮风险评估可按表B.1执行。

B.1 Braden 压疮评估量表

项目	评分标准			
感觉(对压力导致的不适感觉的反应能力)	完全受损 1 分	非常受损 2 分	轻微受损 3 分	无受损 4 分
	由于知觉减退或使用镇静剂而对疼痛刺激无反应;或大部分体表对疼痛感觉能力受损。	仅对疼痛有反应,除了呻吟或烦躁外不能表达不适;或者是身体的 1/2 由于感觉障碍而限制了感觉疼痛或不适的能力。	对言语指令有反应,但不是总能表达不适;需要翻身或 1-2 个肢体有感觉障碍,感觉疼痛或不适的能力受限。	对言语指令反应良好,无感觉障碍,感觉或表达疼痛不适的能力不受限。
湿度(皮肤潮湿的程度)	持续潮湿 1 分	经常潮湿 2 分	偶尔潮湿 3 分	很少潮湿 4 分
	皮肤持续暴露在汗液或尿液等引起的潮湿状态中;每次翻身或移动时都能发现潮湿。	皮肤经常但不是始终潮湿,每班需更换床单。	皮肤偶尔潮湿,每天需更换一次床单。	皮肤一般是干爽的,只需常规换床单。
活动(身体的活动程度)	卧床 1 分	坐位 2 分	偶尔行走 3 分	经常行走 4 分
	限制卧床	不能行走或行走严重受限;不能负荷自身重量;必须借助椅子或轮椅。	白天可短距离行走,伴或不伴辅助,大部分时间需卧床或坐轮椅活动。	每天至少可在室外行走 2 次,在室内 2 小时活动一次。
移动(改变和控制体位的能力)	完全不自主 1 分	非常受限 2 分	轻微受限 3 分	不受限 4 分
	没有辅助身体或肢体不能够改变位置。	可偶尔轻微改变身体或肢体位置,但不能独立、经常或大幅度改变。	可独立、经常、轻微改变身体或肢体位置。	没有辅助可以经常进行大的身体或肢体位置改变。
营养(日常进食方式)	非常缺乏 1 分	可能缺乏 2 分	充足 3 分	营养丰富 4 分
	从未吃过完整的一餐;每餐很少吃完 1/3 的食物;每天吃两餐,且缺少蛋白质(肉或奶制品)摄入;缺少液体摄入;不能进食水或食物;禁食或进食全流或静脉输液 5 天以上。	很少吃完一餐,通常每餐只能吃完 1/2 的食物;蛋白质摄入仅是每日 3 餐中的肉或奶制品;偶尔进食;或进食少于需要量的流食或管饲。	每餐能吃完大多数食物;每日吃四餐含肉或奶制品的食物;偶尔会拒吃一餐,但通常会进食;行管饲或胃肠外营养,能够提供大部分的营养需要。	吃完每餐食物;从不拒吃任一餐;通常每日吃四餐或更多次含肉或奶制品的食物;偶尔在两餐之间加餐;不需要额外补充营养。
摩擦力和剪切力	有问题 1 分	潜在的问题 2 分	无明显问题 3 分	

## B.2 压疮风险程度评分量表

压疮风险程度评价可按表B.2执行。

B.2 Braden 压疮风险程度评分量表

压疮风险程度分级	Braden 六项得分
严重危险	≤9 分
高度危险	10 分~12 分
中度危险	13 分~14 分
轻度危险	15 分~18 分

## 附 录 C

### (资料性附录)

### 营养评估

#### C.1 营养评估量表

营养状况评估可按表C.1执行。

##### C.1 微型营养评价量表 (MNA-SF)

项目	评分标准			
过去三个月内没有因为食欲不振、消化不良、咀嚼或吞咽困难而减少食量	0 分	1 分	2 分	
	食量严重减少	食量中度减少	食量没有减少	
过去三个月内体重下降情况	0 分	1 分	2 分	3 分
	体重下降大于 3KG (6.6 磅)	不知道	体重下降 1 KG ~3KG (2.2 磅~6.6 磅)	体重没有下降
活动能力	0 分	1 分	2 分	
	需长期卧床或坐轮椅	可以下床或离开轮椅, 但不能外出	可以出去	
过去三个月内有没有受到心理创伤或患上急性疾病	0 分	2 分		
	有	没有		
精神心理问题	0 分	1 分	2 分	
	严重痴呆或抑郁	轻度痴呆	没有精神心理问题	
F1: 质量指数 (BMI) (KG/米 <sup>2</sup> , Kg/m <sup>2</sup> ) <sup>a</sup>	0 分	1 分	2 分	3 分
	BMI<19	BMI 19~21	BMI 21~23	BMI≥23
F2: 腿围 (CC) (公分. cm)	0 分	3 分		
	CC<31	CC 相等或≥31		
<sup>a</sup> 如不能取得身体质量指数 (BMI), 请以问题 F2 代替 F1。如已完成问题 F1, 请不要回答问题 F2。				

#### C.2 营养评价量表

营养状况评价可按表C.2执行。

##### C.2 微型营养状况评价量表 (MNA-SF)

营养状况评价分级	分值 (总分 14 分)
营养不良	0 分~7 分
有营养不良的风险	8 分~11 分
正常营养状况	12 分~14 分

附 录 D  
(资料性附录)  
吞咽功能评估

吞咽功能评估可按表D执行。

表 D 洼田饮水试验

级别	评定标准
I 级	坐位，5 秒之内能不呛的一次饮下 30ml 温水
II 级	分两次咽下，能不呛地饮下
III级	能一次饮下，但有呛咳
IV级	分两次以上饮下，有呛咳
V 级	屡屡呛咳，难以全部咽下
I 级	正常
I 级，5秒以上或 II 级	可疑吞咽功能异常
III、IV、V 级	吞咽功能异常

附 录 E  
(资料性附录)  
痰液粘稠度评定

痰液粘稠度评估可按表E执行。

表 E 痰液粘稠度评定量表

级 别	临床判断
I度	痰如米汤或泡沫状，吸痰后玻璃接头或吸痰管内壁无痰液滞留
II度	痰的外观较I度黏稠，吸痰后有少量痰液在玻璃接头或吸痰管内壁滞留，易被水冲洗干净
III度	痰的外观明显黏稠，呈黄色；吸痰管常因负压过大而塌陷，玻璃接头或吸痰管内壁上滞有大量痰且不宜用水冲净