

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 25cmH₂O -30cmH₂O，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			
	0 分	1 分	2 分	
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	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 体重下降大于 3KG (6.6 磅)	1 分 不知道	2 分 体重下降 1 KG ~3KG (2.2 磅~6.6 磅)	3 分 体重没有下降
活动能力	0 分 需长期卧床或坐轮椅	1 分 可以下床或离开轮椅, 但不能外出	2 分 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 有	2 分 没有		
精神心理问题	0 分 严重痴呆或抑郁	1 分 轻度痴呆	2 分 没有精神心理问题	
F1: 质量指数 (BMI) (KG/米 ² , Kg/m ²) ^a	0 分 BMI <19	1 分 BMI 19~21	2 分 BMI 21~23	3 分 BMI ≥23
F2: 腿围 (CC) (公分. cm)	0 分 CC <31	3 分 CC 相等或 ≥31		
^a 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