基础营养指导在老年住院患者护理中的应用价值

章　璐

武汉市东湖医院消化内科 湖北 武汉 430074

【摘　要】：目的：探讨基础营养指导在合并营养风险的老年住院患者护理中的应用价值。方法：选取 2025 年 1 月至 12 月本院老年综合科及内科患者 38 例，按是否接受基础营养指导分为观察组和对照组各 19 例。以首次入院空腹血为干预前值，以短期再次入院空腹血为干预后观察值，比较 RBC、PLT、Hb、ALB、Na 及 K。结果：两组一般资料及干预前各指标差异均无统计学意义（P＞0.05）；干预后六项指标及其变化值组间差异亦均无统计学意义（P＞0.05），其中 Na 变化值观察组为（0.53±2.12）mmol/L，对照组为（-0.78±1.80）mmol/L（P=0.054）。结论：本组数据未显示基础营养指导在短期实验室指标方面具有统计学显著优势，其护理价值仍需扩大样本并采用标准化随访进一步验证。

【关键词】：基础营养指导；老年住院患者；营养风险；实验室指标；护理干预

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.073

老年住院患者是营养风险的高发群体，其机体代谢功能减退、基础疾病多样，叠加食欲下降、活动受限及多病共存等因素，容易出现营养摄入不足，并进一步影响疾病恢复与生活质量[1]。本研究所纳入患者主要涉及血管性痴呆、2 型糖尿病周围性神经病、高血压三级及营养不良等老年慢性疾病，患者年龄高、病情复杂，营养管理在日常护理中具有重要意义[2]。

基础营养指导以营养风险评估和个体化饮食管理为核心，通过饮食方案、健康宣教、执行监督及动态调整等方式改善患者营养管理过程，已在多类患者护理中得到应用[3]。但在高龄、多病共存且存在营养风险的住院患者中，其短期实验室指标改善程度仍受基础疾病及再次入院病情变化等因素影响。本研究依据 38 例患者实际资料，按是否接受基础营养指导分组，比较首次入院与短期再次入院时的血常规、白蛋白及电解质指标，以期更客观评价基础营养指导的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月—12 月本院老年综合科及内科合并营养风险的老年慢性病患者 38 例，按是否接受基础营养指导分为观察组和对照组各 19 例。观察组男 10 例、女 9 例，年龄 70～99（87.74±7.78）岁，BMI（23.21±4.25）kg/m²；对照组男 8 例、女 11 例，年龄 60～99（86.53±9.69）岁，13 例有效 BMI 为（24.96±4.26）kg/m²，另 6 例卧床未记录 BMI。两组性别、年龄及可获得 BMI 比较差异均无统计学意义（P＞0.05）。主要病种包括血管性痴呆、2 型糖尿病周围性神经病、高血压三级及营养不良等。38 例均在出院后短期内因病情需要再次入院。患者知情同意，本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①年龄≥60 岁；②2025 年 1 月—12 月在本院老年综合科或内科住院；③临床评估存在营养风险；④患者本人或主要照护者能够配合护理指导及资料收集；⑤首次入院及短期再次入院均留有可供比较的空腹血实验室资料，允许个别指标缺失；⑥自愿参与本研究。

排除标准：①合并恶性肿瘤、严重心肺功能不全、终末期肝肾疾病；②存在严重认知障碍或精神疾病无法有效沟通；③住院期间须行全肠外营养支持，无法经口进食；④合并严重吞咽障碍或消化道出血活动期；⑤入组前已接受其他形式的系统营养干预。

1.3 干预方法

对照组给予老年综合科及内科常规护理，包括遵医嘱用药、病情观察、一般饮食口头宣教及常规健康教育等，饮食指导以日常进食注意事项和基础饮食建议为主。

观察组在常规护理基础上实施系统性基础营养指导干预，具体措施如下：

①营养筛查与评估：入院后由经过专业培训的护士完成营养风险评估，同步采集患者饮食习惯、饮食偏好、基础疾病、活动能力及既往营养相关情况，结合实验室指标进行综合判断，建立个人营养档案。

②个体化营养方案制定：联合营养相关专业人员，依据患者年龄、体重、基础疾病、活动能力、进食能力及营养风险情况制定针对性膳食方案。方案兼顾每日能量和蛋白质摄入、维生素与矿物质补充，并结合血管性痴呆、2 型糖尿病周围性神经病、高血压及营养不良等基础疾病进行个体化调整。

③营养知识宣教：以图文并茂的营养手册为载体，结合床旁“一对一”宣教，向患者及家属讲解营养不良的危害、食物营养价值比较、食物搭配原则及简易营养食谱，鼓励家属积极参与，强化患者营养意识与自我管理能力。

④饮食执行监督与动态调整：护士每日记录患者实际饮食摄入量，评估方案执行情况；每周复查营养指标，若发现偏差及时与主管医师及营养师沟通，调整营养方案；对食欲极差患者优先采用少量多餐、选择高营养密度食物等策略，必要时添

加口服营养补充剂（ONS）。

⑤出院营养延伸指导：出院前制定个性化居家营养计划并提供饮食指导要点，强调患者及照护者持续执行。患者出院后短期因病情需要再次入院时，复核其营养相关情况并采集空腹血实验室指标作为干预后观察值。

1.4 观察指标

（1）一般资料：记录两组患者性别、年龄、BMI及主要疾病情况。卧床患者未形成有效BMI数值时按缺失资料处理，不以文字记录“卧床”替代BMI数值参与均值计算。

（2）实验室指标：以首次入院空腹血检测结果作为干预前值，以出院后短期再次入院时空腹血检测结果作为干预后观察值，比较红细胞（RBC）、血小板（PLT）、血红蛋白（Hb）、白蛋白（ALB）、血清钠（Na）及血清钾（K）。

（3）指标变化值：计算各实验室指标变化值Δ=干预后值－干预前值，用于比较两组在观察期间的变化幅度。

（4）数据完整性：对再次入院时未检测或原始记录缺失的指标不进行主观补值，各指标均按实际可获得病例数进行统计分析。

1.5 统计学方法

运用SPSS 25.0统计软件进行数据分析，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本t检验，组内干预前后比较采用配对t检验；计数资料以例数或率表示，性别构成比较采用χ^2检验。BMI及实验室缺失值按实际有效例数纳入相应分析，不进行插补。$P<0.05$为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后血常规相关指标比较

干预前，两组RBC、PLT及Hb水平比较差异均无统计学意义（$P>0.05$）。观察组1例再次入院实验室资料缺失，因此干预后血常规指标按18例统计；对照组19例资料完整。干预后两组三项指标组间差异均无统计学意义（$P>0.05$），两组组内干预前后比较亦均未达到统计学意义（$P>0.05$）。见表1。

表1 两组干预前后血常规相关指标比较（$\bar{x}\pm s$）

指标	观察组前	观察组后	对照组前	对照组后	干预后P
RBC（×10¹²/L）	3.80±0.62	3.73±0.65	5.52±7.89	3.71±0.59	0.922
PLT（×10⁹/L）	178.37±70.90	175.44±82.57	184.05±34.53	213.16±71.93	0.147
Hb（g/L）	119.21±16.94	116.33±15.76	113.89±22.45	111.26±20.47	0.406

2.2 两组干预前后白蛋白及电解质指标比较

干预前，两组ALB、Na及K水平比较差异均无统计学意义（$P>0.05$）。干预后观察组按18例统计；对照组因1例ALB、Na及K结果缺失，三项指标亦按18例统计。干预后两组ALB、Na及K组间差异均无统计学意义（$P>0.05$），组内前后比较同样未达到统计学意义（$P>0.05$）。见表2。

表2 两组干预前后白蛋白及电解质指标比较（$\bar{x}\pm s$）

指标	观察组前	观察组后	对照组前	对照组后	干预后P
ALB（g/L）	38.37±5.24	39.06±5.34	38.37±5.63	40.47±5.30	0.430
Na（mmol/L）	139.79±2.97	140.26±2.37	139.53±2.83	139.04±2.84	0.170
K（mmol/L）	4.06±0.25	4.13±0.34	4.13±0.34	4.16±0.34	0.784

2.3 两组实验室指标变化值比较

以干预后值减去干预前值计算变化值。两组RBC、PLT、Hb、ALB、Na及K变化值比较差异均无统计学意义（$P>0.05$）。其中Na变化值观察组为（0.53±2.12）mmol/L，对照组为（-0.78±1.80）mmol/L，组间$P=0.054$，接近统计学界值但仍未达到$P<0.05$。见表3。

表3 两组实验室指标变化值比较（Δ=干预后－干预前，$\bar{x}\pm s$）

指标	观察Δ	对照Δ	t值	P值	观察n	对照n
RBC	-0.05±0.46	-1.81±7.75	0.96	0.343	18	19
PLT	2.44±57.88	29.11±75.72	-1.20	0.239	18	19
Hb	-2.00±12.76	-2.63±12.95	0.15	0.882	18	19
ALB	1.06±3.69	2.03±5.80	-0.60	0.552	18	18
Na	0.53±2.12	-0.78±1.80	1.99	0.054	18	18
K	0.07±0.41	0.03±0.47	0.30	0.768	18	18

3 讨论

本研究38例患者中，基础营养指导组与未指导组在干预前后各实验室指标及变化值方面均未见统计学差异（$P>0.05$）。因此，现有数据尚不能支持基础营养指导可在短期内显著改善血常规、白蛋白或电解质指标，其作用更适合作为老年患者综合营养管理的辅助措施。

营养相关指标方面，观察组ALB平均变化（1.06±3.69）g/L，对照组为（2.03±5.80）g/L（$P=0.552$）；Hb变化值分别为（-2.00±12.76）g/L和（-2.63±12.95）g/L（$P=0.882$）。两项指标均未体现组间优势，提示高龄、多病共存及再次入院时病

情波动可能削弱短期营养干预效应的可观察性[4]。

电解质方面，观察组 Na 变化为（0.53±2.12）mmol/L，对照组为（-0.78±1.80）mmol/L（P=0.054），接近但仍未达到统计学意义；K 变化差异亦不显著（P=0.768）。这一结果仅提示可能存在维持电解质稳定的趋势，尚不能作为确定性获益解释[5]。

RBC 与 PLT 同样未见显著差异。对照组 RBC 干预前离散度较大（5.52±7.89）×10¹²/L；观察组 1 例再次入院实验室资料缺失，对照组另有 1 例 ALB、Na 及 K 缺失。个别高离散值及缺失数据均可能降低小样本统计结果的稳定性。

本研究样本仅 38 例，按是否接受营养指导分组而非随机分配，且为单中心资料；部分卧床患者缺少 BMI，个别再次入院实验室指标缺失，病种构成亦未逐例标注。以短期再次入院空腹血作为干预后观察值还可能受到病情变化影响。未来应扩大样本、完善病种分层及营养风险量化，并采用统一时间点前瞻性随访。总之，本组数据未证实基础营养指导在短期实验室指标方面具有统计学显著优势，其护理价值仍需进一步评价。

参考文献：

[1] 李静.个性化营养指导在妊娠糖尿病患者护理中的应用研讨[J].糖尿病新世界,2024,27(06):140-143.

[2] 陈金妮,谢敏琴,谢晓敏,等.NRS2002 营养筛查有营养风险的老年住院患者给予针对性饮食指导及护理的效果分析[J].医药前沿,2022(12):120-121.

[3] 王婷婷,李莉.老年患者护理中营养问题及食疗分析——评《老年营养护理》[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(04):322-322.

[4] 鲍明华,马红玲.基于营养指导护理模式在慢性肾衰竭血液透析患者中的护理效果分析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(02):25-26.

[5] 陈金妮,谢敏琴,谢晓敏,赵惠智.NRS2002 营养筛查有营养风险的老年住院患者给予针对性饮食指导及护理的效果分析[J].医药前沿,2022(12):68-70.