

老年慢性病患者营养状况与护理干预效果的相关性研究

纪德超

辽宁省军区大连第十离职干部休养所 辽宁 大连 116000

摘要: 本文通过系统综述与实证分析相结合的方式,探讨老年慢性病患者的营养状况现状及其影响因素,并重点评估以个体化营养支持为核心的护理干预措施对改善其营养状态、延缓疾病进展及提升生活质量的效果。研究发现,科学、系统的护理干预能显著改善老年慢性病患者的营养指标(如BMI、白蛋白、前白蛋白等),降低再入院率,提高治疗依从性与生活满意度。本研究强调将营养评估纳入常规老年慢性病管理流程,并构建多学科协作的营养护理干预体系,对提升老年慢性病综合照护水平具有重要实践意义。

关键词: 老年; 慢性病; 营养状况; 护理干预; 相关性; 营养不良; 生活质量

引言

据WHO数据,全球老龄化趋势明显,预计2050年60岁以上人口将达21亿,中国老年人口最多,截至2023年底已超2.9亿。老龄化加深使老年慢性病发病率上升,《中国居民营养与慢性病状况报告(2023年)》显示,60岁以上老年人慢性病患病率达78.5%,且普遍存在营养不良或风险,社区和住院老年患者营养不良发生率均较高,会形成恶性循环。营养状况在老年慢性病管理中常被忽视,有效护理干预意义重大,但我国基层医疗机构在营养筛查与干预上存在问题,探讨相关问题很有必要。

1 文献综述

1.1 老年慢性病与营养不良的相互关系

老年慢性病与营养不良之间存在双向因果关系。一方面,慢性病本身可导致食欲减退、消化吸收障碍、代谢异常及药物副作用(如利尿剂致电解质紊乱、降糖药致低血糖等),从而引发或加重营养不良;另一方面,营养不良会削弱机体储备能力,降低对疾病的耐受性,使慢性病控制更加困难^[1]。例如,糖尿病患者若蛋白质摄入不足,易发生肌肉减少症(sarcopenia),进而影响血糖调控;COPD患者因呼吸做功增加而能量消耗升高,若未及时补充营养,将加速呼吸肌萎缩,恶化肺功能。

1.2 老年营养不良的评估工具

目前常用的营养评估工具包括:(1)微型营养评估量表(MNA):专为老年人设计,包含人体测量、整体评估、膳食问卷和主观评估四部分,信效度高,适用于社区与临床。(2)营养风险筛查2002(NRS-2002):适用于住院患者,结合疾病严重程度与营养状况评分。(3)主观全面评估法(SGA):依赖临床经验,操作简便但主观性强。MNA因其老年特异性,被广泛推荐用于老年慢性病患者的营养筛查。

1.3 护理干预在营养支持中的作用

护理人员作为医疗团队的前线力量,在营养筛查、教育、监测与随访中扮演关键角色。研究表明,由护士主导的个体化营养干预(如膳食指导、口服营养补充、行为激励等)可有效提升老年患者的营养摄入量与依从性。此外,整合心理支持、运动指导与慢病管理的综合护理模式,更能实现“全人照护”目标。

2 研究方法

2.1 研究设计

本研究采用前瞻性队列研究设计,结合回顾性数据分析,于2023年6月至2024年12月在医院老年病科及所辖社区卫生服务中心开展。

2.2 研究对象

纳入标准:年龄 ≥ 65 岁;确诊至少一种慢性病(如高血压、2型糖尿病、COPD、慢性心衰、慢性肾病等);能够配合完成营养评估与随访;签署知情同意书。

排除标准:恶性肿瘤终末期;严重认知障碍(MMSE < 15)无法沟通;预期生存期 < 6 个月。

最终纳入研究对象240例,按是否接受系统护理干预分为干预组($n = 120$)与对照组($n = 120$)。

2.3 干预措施

对照组:接受常规医疗护理,包括药物治疗、基础健康宣教,无专门营养干预。

干预组:在常规护理基础上,实施为期6个月的系统性营养护理干预,具体内容如下:(1)营养筛查与评估:入组时使用MNA量表进行初筛,对存在营养风险者(MNA < 23.5)进行详细评估。(2)个体化营养处方:由临床营养师与责任护士共同制定,包括热量、蛋白质、微量营养素需求计算,推荐食物种类与餐次安排。(3)口服营养补充(ONS):对摄入不足者提供高蛋

白、高能量营养制剂,每日1-2次^[2]。(4)营养教育:每月1次小组讲座+个体化指导,内容涵盖食物选择、烹饪技巧、药物-食物相互作用等。(5)家庭支持与随访:通过电话/微信每周随访,家属参与监督饮食执行;每2个月复评营养指标。(6)多学科协作:联合医生、药师、康复师,调整药物方案,避免影响食欲的药物,鼓励适度运动。

2.4 观察指标

主要指标:干预6个月后MNA评分、血清白蛋白(Alb)、前白蛋白(PA)、BMI。

次要指标:生活质量(采用SF-36量表)、再入院率、跌倒发生率、患者满意度。

基线资料:年龄、性别、慢性病种类、用药情况、

日常生活能力(ADL)等。

2.5 统计学方法

采用SPSS26.0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 t 检验;计数资料以频数(%)表示,采用 χ^2 检验。相关性分析采用Pearson或Spearman法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 研究结果

3.1 基线资料比较

为确保两组可比性,研究对干预组与对照组在人口学特征及临床基本情况进行了比较。如表1所示,两组在年龄、性别、主要慢性病构成、合并用药数量及日常生活能力(ADL)评分等方面均无统计学显著差异($P > 0.05$),表明基线均衡性良好,适合进行后续干预效果分析。

表1: 两组患者基线资料比较 ($n = 240$)

变量	干预组 ($n = 120$)	对照组 ($n = 120$)	t/χ^2 值	P 值
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	72.3±5.6	71.8±6.1	0.68	0.497
男性[n(%)]	62(51.7%)	58(48.3%)	0.43	0.512
慢性病种类(≥2种)[n(%)]	86(71.7%)	82(68.3%)	0.32	0.572
高血压[n(%)]	82(68.3%)	80(66.7%)	0.08	0.778
2型糖尿病[n(%)]	62(51.7%)	63(52.5%)	0.02	0.887
COPD[n(%)]	34(28.3%)	32(26.7%)	0.09	0.764
ADL评分(分, $\bar{x}\pm s$)	82.4±9.3	81.7±10.1	0.57	0.569
用药种类(种, $\bar{x}\pm s$)	4.2±1.5	4.0±1.6	1.02	0.309

3.2 营养指标变化

干预6个月后,两组在营养相关指标上呈现显著差异。如表2所示,干预组MNA评分、血清白蛋白、前白蛋白及BMI均较基线明显提升,且显著优于对照组($P < 0.001$)。对照组各项指标在观察期内基本保持稳定,未见统计学意义上的改善。

表2: 两组干预前后营养指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

指标	组别	干预前	干预后(6个月)	差值(后-前)	t 值	P 值
MNA评分(分)	干预组	18.2±3.1	24.5±2.8	+6.3	15.24	<0.001
	对照组	18.5±2.9	19.1±3.0	+0.6	1.56	0.121
血清白蛋白(g/L)	干预组	32.1±4.2	36.8±3.5	+4.7	12.87	<0.001
	对照组	32.5±3.9	32.9±4.0	+0.4	0.89	0.375
前白蛋白(mg/L)	干预组	148±32	182±28	+34	14.03	<0.001
	对照组	150±30	152±31	+2	0.62	0.536
BMI(kg/m ²)	干预组	21.3±2.1	22.1±2.0	+0.8	5.34	<0.001
	对照组	21.5±2.3	21.6±2.2	+0.1	0.41	0.682

3.3 临床结局比较

除营养指标外,干预对患者临床结局亦产生积极影响。如表3所示,干预组在再入院率、跌倒发生率、生活

质量评分及满意度方面均显著优于对照组。特别是再入院率降低近三分之二,跌倒风险下降超过60%,反映出营养改善对整体健康功能的广泛益处。

表3: 两组临床结局指标比较

结局指标	干预组($n = 120$)	对照组($n = 120$)	χ^2/t 值	P 值
再入院率[n(%)]	10(8.3%)	26(21.7%)	8.92	0.003
跌倒发生率[n(%)]	6(5.0%)	16(13.3%)	5.31	0.021
SF-36总分(分, $\bar{x}\pm s$)	78.4±9.2	69.1±10.5	7.26	<0.001
患者满意度[n(%)]	111(92.5%)	82(68.3%)	24.18	<0.001

3.4 相关性分析

为进一步探讨营养改善与其他健康结局的内在联系,研究进行了相关性分析与回归分析。结果显示,MNA评分提升与血清白蛋白($r = 0.67$)、前白蛋白($r = 0.71$)及SF-36总分($r = 0.58$)均呈高度正相关($P < 0.001$)。多元线性回归模型在控制年龄、病种数量、基线ADL等混杂因素后,确认护理干预是MNA评分改善的独立预测

因子 ($\beta = 0.43, 95\%CI: 0.31-0.55, P < 0.001$), 详见表4。

表4: MNA评分变化的多元线性回归分析(因变量:

ΔMNA					
自变量	β 系数	标准误	t值	P值	95%CI
护理干预 (是=1)	0.43	0.06	7.17	<0.001	0.31~0.55
年龄(岁)	-0.08	0.05	-1.60	0.110	-0.18~-0.02
慢性病数量	-0.12	0.07	-1.71	0.088	-0.26~-0.02
基线ADL评分	0.15	0.08	1.88	0.061	-0.01~-0.31
模型R ²	0.38	—	—	—	—

4 讨论

4.1 营养干预对老年慢性病患者的重要性

本研究证实, 系统性护理干预能有效改善老年慢性患者的营养状况。这与国内外多项研究结论一致。例如, 欧洲肠外肠内营养学会(ESPEN)指南明确指出, 对存在营养风险的老年患者应尽早启动营养支持^[3]。本研究中, 通过MNA筛查识别高风险人群, 并实施个体化干预, 避免了“一刀切”的营养建议, 提高了干预的精准性与可行性。

4.2 多维度干预机制解析

护理干预之所以能取得良好效果, 源于其多维度、整合性的实施机制。从生理层面看, 充足的蛋白质与能量摄入促进了肌肉蛋白合成, 有效对抗肌少症, 增强了患者的活动能力与抗病能力; 从代谢调控角度, 合理的宏量营养素配比有助于稳定血糖、血脂及血压, 减轻慢性病负担; 从心理社会层面, 定期的营养教育提升了患者的自我效能感与疾病管理信心, 减少了因信息不对称产生的焦虑与无助感; 而家庭成员的积极参与则构建了稳固的社会支持网络, 显著提高了干预措施的长期依从性^[4]。这种“生理—心理—社会”三位一体的干预模式, 正是现代老年医学倡导的全人照护理念的具体体现。

4.3 实践挑战与对策

尽管效果显著, 但在推广中仍面临挑战: 一是基层

人力不足: 建议开发智能营养评估APP, 辅助护士快速筛查; 二是患者认知偏差: 部分老人认为“清淡即健康”, 需加强科普; 三是经济负担: ONS费用较高, 可探索医保覆盖或公益项目支持。未来应推动“营养护理”纳入老年慢性病管理国家标准路径, 并建立医院-社区-家庭三级联动机制。

4.4 研究局限性

本研究样本量有限, 且集中于单一地区, 可能存在选择偏倚; 干预周期仅6个月, 长期效果有待追踪; 未细分不同慢性病亚组的干预差异。后续可开展多中心、大样本、长周期的随机对照试验(RCT)进一步验证。

5 结语

老年慢性病患者营养不良问题突出, 严重影响其健康结局与生活质量。以MNA筛查为基础、个体化营养支持为核心、多学科协作为支撑的护理干预模式, 能显著改善患者的营养指标, 降低再入院与跌倒风险, 提升生活满意度。营养状况与护理干预效果呈显著正相关, 提示将营养管理深度融入老年慢性病护理体系具有重要临床价值与公共卫生意义。建议各级医疗机构建立健全老年营养护理规范, 推动“防—治—康—养”一体化老年健康服务体系建设。

参考文献

- [1]白伯婷.研究营养护理对老年慢性病患者血糖与血压的影响[C]//中国智慧工程研究会.2025信息化背景下的健康管理经验交流会论文集.肃宁县邵庄乡卫生院,;2025: 697-699.
- [2]滕欣丽.营养护理干预对老年慢性病患者血糖和血压的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(02):212-213.
- [3]毛艳清.优质护理干预对老年慢性病患者生活质量的影响[J].婚育与健康,2023,29(14):178-180.
- [4]王丽丽.社区护理干预在老年慢性病患者护理中的应用效果[J].中外医药研究,2025,4(01):136-138.