

ICS 03.080.01
A 12
备案号：55182-2017

DB50

重 庆 市 地 方 标 准

DB 50/T 772—2017

养老机构老年人护理常见风险防控规范

Prevention and control specification to common risks in the elderly care of senior
care organization

2017 - 08 - 15 发布

2017 - 11 - 01 实施

重庆市质量技术监督局

发布

目 次

前 言.....	IV
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 常见风险因素识别.....	1
4 风险因素预防.....	2
5 常见风险的防控.....	3
附 录 A（资料性附录） Morse 跌倒风险评估量表	7
附 录 B（规范性附录） 约束带使用.....	8
附 录 C（资料性附录） 洼田饮水试验吞咽功能评定量表.....	9
附 录 D（资料性附录） Braden 压疮评估量表	10
参 考 文 献.....	12

前 言

本标准按照GB/T1.1-2009给出的规则起草。

本标准由重庆市民政局提出并归口。

本标准起草单位：重庆市第一社会福利院、重庆市质量和标准化研究院。

本标准主要起草人：杨胜普、刘利、钟新东、谢怡、潘智慧、邱克斌、谭皖、钟雪、黄顺才、吴红、彭道梅、曾静。

养老机构老年人护理常见风险防控规范

1 范围

本标准规定了养老机构老年人护理常见风险因素识别、预防和控制。
本标准适用于各类养老机构。

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/T 13800 手动轮椅车

GB/T 50340 老年人居住建筑设计标准

GB 50763 无障碍设计规范

YY 0003 病床

3 常见风险因素识别

3.1 内在风险因素

3.1.1 内在风险因素包括老年人的生理功能、精神状态、既往史、现病史、安全认知、生活习惯等，具体内容如下：

——生理功能包括视力、肢体、脏器功能等；

——精神状态包括心理及意识、认知功能等；

——既往史包括老年人既往的健康情况和曾经患过的疾病，以及是否有过跌倒、坠床、烫伤、噎食、压疮、外出走失等常见风险事故的发生；

——现病史是老年人当前的病证；

——安全认知主要是指老年人是否了解一些常见护理方法，掌握护理设备的操作使用；

——生活习惯包括老年人的饮食、作息习惯等。

3.1.2 除上述因素以外的其他风险因素，需根据不同情况具体分析。

3.2 外在风险因素

3.2.1 外在风险因素包括环境、设施设备、护理人员能力、药物应用、食物等，具体内容如下：

——环境包括养老机构为老年人提供的住宿条件、膳食条件、医疗条件、娱乐活动条件等；

——设施设备包括养老机构为老年人提供的扶手、护栏、拐杖、轮椅、助行器、康复器具等；

——护理人员能力包括护理人员对护理方法、操作技能、注意事项等方面的掌握情况，以及对一些常见风险的应急处理能力；

——药物应用包括使用镇静安眠药、降压药、降糖药、抗精神类疾病药等；

——食物是指食物软硬、味道、温度、营养搭配等，以及烟草、酒等。

3.2.2 除上述因素以外的其他风险因素，需根据不同情况具体分析。

4 风险因素预防

4.1 内在风险因素的预防

主要从建立老年人健康档案、指导老年人运动、了解并疏导老年人心理情绪、帮助老年人理解护理方法、指导老年人使用辅助器具、改善老年人生活习惯等可能存在的风险因素进行预防，具体内容如下：

- 建立老年健康档案，包括入院时身体情况、既往史、其他生活习惯和注意事项等各项风险因素的情况，若有特殊情况，养老机构宜与协议人签订书面材料，明确责任及责任豁免；
- 指导老年人选择适宜的运动，进行平衡、步态、肌力和关节灵活性等训练；
- 安排专职的社会工作者或心理咨询师关心陪伴老年人，了解老年人的思想变化，对其心理情绪进行疏导；
- 采取口头、制作展板等方式给老年人普及护理方法；
- 对需使用助步器、拐杖等辅助器具的老年人给予操作指导；
- 通过开展健康宣教的方式引导老年人养成良好的生活习惯；
- 对有疾病的老年人应给予特殊照料。

4.2 外在风险因素的预防

主要从加强巡查巡视、编制护理手册、对护理人员进行风险防控知识培训，执行设施设备、清洁卫生、饮食的相关标准或规定等可能存在的风险因素进行预防，具体内容如下：

- 护理人员在日常工作中应做到：
 - 坚守岗位，定时巡视老年人，观察老年人情况，将吸烟、喝酒的老年人作为重点巡查对象；
 - 对于风险评估危险程度较高的老年人，重点巡查，建立动态的评估观察记录；
 - 医护人员对老年人进行治疗后，护理人员加强巡视直至病情稳定，如发现病情变化，立即通知医护人员。
- 宜编制护理手册、宣传手册；
- 对护理人员进行风险防控知识培训，应每年不少于1次，内容包括老年人饮食起居安全护理，用药安全护理及康复护理等护理知识；
- 设施设备的布局、配置、安全要求等方面应做到：
 - 室内光线充足，地面平整，不设门槛，消除地面障碍，安全通道畅通，活动空间尽量宽松，家具杂物不宜过多，物品、设备、陈设应布局合理；
 - 老年人使用的设施符合 GB/T 50340 和 GB 50763 的要求，手动轮椅车符合 GB/T 13800 的要求，病床设备符合 YY 0003 的要求，配备呼叫设备，并放置在老年人随手易取处；宜配备老年防护辅助用具，定期检查维护并记录；
 - 在危险区域、设施设备处设置醒目的警示标识；
 - 浴室内安装扶手，铺设防滑垫。
- 清洁卫生方面应做到：
 - 保持老年人衣物、被单等用品干燥、整洁，定期清洗、更换；
 - 保持生活环境和物品的干净、整洁，定期保洁。
- 膳食方面应做到：
 - 为老年人提供的食物符合国家食品安全规定，制作过程安全、卫生，送餐保温、密闭；

- 根据老年人身体状况及需求，制定不同软硬和味道的食物，并注意营养搭配。

5 常见风险的防控

5.1 一般要求

- 5.1.1 老年人发生意外后应做好相应的应急处理，并根据情况及时送医。
- 5.1.2 使用约束用品应征询医护人员意见，并取得协议人（相关人）许可。
- 5.1.3 对已发生的风险事件应有原因分析、评价及预防和改进措施。
- 5.1.4 除本章列举的防控措施外，可根据老年人的实际情况制定相应预防措施。

5.2 跌倒

5.2.1 跌倒风险评估

判断跌倒风险因素可使用“Morse 跌倒风险评估量表”（附录 A）或其他科学测量工具。

5.2.2 预防措施

- 5.2.2.1 指导老年人穿舒适合体的衣服，不宜穿拖鞋外出。
- 5.2.2.2 协助老年人改变体位时，宜卧床 1 分钟再坐起，坐起 1 分钟再站立，站立 1 分钟再行走。
- 5.2.2.3 对使用药物的老年人，护理人员应做到：
 - 观察老年人反应；
 - 使用镇静、安眠药后协助老年人卧床休息。
- 5.2.2.4 对需转运的老年人，护理人员应做到：
 - 用轮椅转运老年人时，使用约束带和制动装置；
 - 用平车时，使用护栏和制动装置。
- 5.2.2.5 睡前应开启夜间照明设备。
- 5.2.2.6 地面应保持干燥且无障碍，擦拭地面时应放置警示标识。
- 5.2.2.7 浴室内应铺设防滑垫。

5.2.3 控制处理

- 5.2.3.1 发现老年人跌倒，护理人员应立即到老年人身边，观察老年人意识和受伤情况，根据情况通知医护人员；不应自行采取措施，避免造成二次伤害。
- 5.2.3.2 将疑似骨折或肌肉、韧带损伤的老年人抬至病床，做详细检查和治疗。

5.3 坠床

5.3.1 预防措施

- 5.3.1.1 对于意识不清并躁动不安的老年人，应加床档加以预防。
- 5.3.1.2 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，使用后及时复位。
- 5.3.1.3 对于极度躁动的老年人，应按照“约束带使用”（附录 B）实施保护性约束；必要时，医务人员可使用相应药物。

5.3.2 控制处理

5.3.2.1 发现老年人坠床，护理人员应立即到老年人身边，观察老年人意识和受伤情况，及时通知医护人员。

5.3.2.2 检查老年人坠床时的着力点，查看全身状况和局部受伤情况，初步判断有无危及生命的症状、骨折、肌肉或韧带损伤等情况，将老年人抬至病床，做详细检查和治疗。

5.4 烫伤

5.4.1 预防措施

5.4.1.1 老年人房间的暖水瓶放置位置应合理，宜有固定装置。

5.4.1.2 饭菜应凉到合适的温度才可进餐。

5.4.1.3 给老年人用热水沐浴、洗头、洗手足时，护理人员应试水温，水温宜控制在 41℃~46℃，如有需要可适当调整温度；沐浴时间一般控制在 20 分钟之内。

5.4.1.4 给老年人使用取暖设备时，应调好温度，并随时观察老年人。热水袋水温应不高于 50℃。

5.4.1.5 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。

5.4.1.6 药物热疗时，应观察皮肤颜色并询问其感受。

5.4.1.7 管饲喂食，流食温度宜控制在 38℃~40℃。

5.4.2 控制处理

5.4.2.1 应立即观察烫伤情况，初步确定烫伤级别，并通知医护人员。

5.4.2.2 属于一级烫伤立即进行以下处理：

- a) 在水龙头下用冷水持续冲洗烫伤处，为烫伤处降温；
- b) 可利用剪刀等工具小心除去覆盖在烫伤处的衣物，以免身上衣物等与伤口粘结；
- c) 持续在冷水中浸泡 30 分钟，无法直接冲洗和浸泡的部位给予冰水毛巾湿敷，湿敷时间一般不超过 30 分钟；
- d) 做进一步检查或治疗。

5.4.2.3 属于二级烫伤或三级烫伤，应立即就医，不应在创面上涂抹药物。

注1：烫伤分为三级：一级烫伤会造成皮肤发红有刺痛感；二级烫伤发生后看到明显的水泡；三级烫伤则会导致皮肤破溃变黑。

5.5 噎食

5.5.1 吞咽功能评估

判断误吸风险因素可使用“吞咽功能评定量表”（附录C）或其他科学测量工具。

5.5.2 预防措施

5.5.2.1 进餐护理

5.5.2.1.1 为老年人提供的食物应以松软的食物为主，便于老年人咀嚼。

5.5.2.1.2 应在老年人清醒状态下提供进餐服务，进餐应取坐位或半卧位，半卧位应抬高床头 30°，以免造成呛咳，误入气管。

5.5.2.1.3 进餐中不应与老年人讲话，并控制进餐速度，出现呛咳应立即停止。

5.5.2.1.4 老年人进餐后应保持坐位或半卧位 30 分钟以上。

5.5.2.1.5 出现一侧舌肌瘫痪、失语但是能够吞咽的老年人，应协助进餐。

5.5.2.1.6 对吞咽功能异常的老年人，应遵医嘱或给予管饲喂食。

5.5.2.2 管饲护理

5.5.2.2.1 管饲护理一般由医护人员进行操作，护理人员可在经过培训后承担简易的管饲喂食工作。

5.5.2.2.2 管饲喂食前，应给老年人翻身，必要时吸痰，无禁忌症时床头抬高不应小于 30°；喂食后 30 分钟内不宜吸痰、翻身、降低床头。

5.5.2.2.3 管饲喂食前应确定胃管在胃内且通畅。

5.5.2.2.4 管饲喂食前应做到饮食摄入量从少到多、速度不宜过快，顿服前后给予温水冲管。

5.5.2.2.5 持续管饲喂食的老年人，翻身、吸痰时应暂停营养液滴注。

5.5.3 控制处理

5.5.3.1 老年人发生噎食，护理人员应立即抢救并通知医护人员。

5.5.3.2 当食物阻塞在咽喉部时，可试用汤勺柄或直接用手指刺激老年人的舌根部，以引起呕吐，促使食物排出体外。

5.5.3.3 解除食道梗阻后，对有呼吸心跳停止的老年人应立即进行心肺复苏。

5.5.3.4 待老年人气道通畅后应安置其休息、漱口，医护人员应进行相应检查。

5.6 压疮

5.6.1 压疮风险评估

判断压疮风险因素使用“压疮评估量表（Braden）”（附录D）或其他科学测量工具。

5.6.2 预防措施

5.6.2.1 老年人未出现压疮时护理人员应做到：

- a) 常观察老年人皮肤受压情况；
- b) 常给老年人翻身、按摩、擦洗；
- c) 平整老年人衣物和床单，并根据情况及时更换。

5.6.2.2 对长期卧床、活动受限或感知觉障碍的老年人应每 2 小时变换体位 1 次，对压疮风险程度为严重危险的老年人应增加翻身频次，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。

5.6.2.3 搬运卧床老年人时，宜采取两人或多人搬运法。

5.6.2.4 应观察老年人受压处皮肤情况，不应按摩因受压而出现充血的皮肤组织，宜用预防压疮敷料保护皮肤。

5.6.2.5 卧床老年人使用便器时，应抬起老年人的臀部，防止拖拽。

5.6.3 控制处理

5.6.3.1 发现老年人出现压疮，应立即通知医护人员。

5.6.3.2 根据压疮的病理阶段和临床表现，进行相应治疗。

5.7 猝死

5.7.1 预防措施

5.7.1.1 应重点对新入住老年人巡查，发现老年人出现不适的症状应立即询问，根据情况通知医护人员。

5.7.1.2 生病老年人和危重老年人，医护人员宜定时巡视，护理人员应随时观察老年人情况，发现问题立即通知医护人员。

5.7.2 控制处理

5.7.2.1 发现老年人出现疑似猝死的现象，应立即做出判断，进行心肺复苏，通知医护人员或请护理人员、同室的老年人帮助呼叫医护人员。

5.7.2.2 第一个发现的工作人员不应离开老年人，应告知医护人员老年人情况。

5.7.2.3 在急救过程中，对同室老年人进行安慰，对有需要转移的及时转移安置，避免老年人受到刺激。

5.7.2.4 应做好与协议人（相关人）的沟通、安慰等工作。

5.8 管路滑脱

5.8.1 预防措施

5.8.1.1 应知晓老年人身上所有留置的医疗管路，包括鼻饲管、尿管等。

5.8.1.2 应检查管路的流通性和稳固性，确保管路无松动，无液体外渗、堵塞等情况。

5.8.1.3 当老年人在翻身、排便、转运时应妥善固定管路，防止牵拉和出现意外拔管等情况。

5.8.1.4 老年人出现谵妄、烦躁不安、不合作时，应征得老年人协议人同意后给予保护性约束。

5.8.2 控制处理

5.8.2.1 发现管路扭曲、移动、堵塞、脱落、受压，应立即通知医护人员处理。

5.8.2.2 应观察引流管的通畅性及引流液的颜色、流量，发现异常应立即通知医护人员处理。

5.9 外出走失

5.9.1 预防措施

5.9.1.1 应制定老年人外出管理制度。

5.9.1.2 在确认老年人具备外出条件的情况下，宜办理书面手续，并了解其去向及返回时间。

5.9.1.3 家属临时接走老年人应有书面手续。

5.9.1.4 设有门禁管理系统的管理人员应严格执行老年人外出管理制度。

5.9.1.5 主动帮助老年人解决日常生活需求，尽量减少老年人外出频次。

5.9.1.6 应严格控制认知功能有障碍的老年人单独外出活动，护理人员应加强照看。

5.9.2 控制处理

5.9.2.1 一旦发现老年人外出走失，应立即与协议人（相关人）取得联系，共同开展寻找工作，并逐级上报。

5.9.2.2 寻找无果应报案并协助警方寻找。

附 录 A
(资料性附录)
Mrse 跌倒风险评估量表

表A.1 Mrse 跌倒风险评估量表

项目	评分标准	得分
近三个月跌倒史	否=0	
	是=25	
超过一个医疗诊断	否=0	
	是=15	
行走是否使用辅助器具	不需要/卧床休息/护士协助=0	
	拐杖/手杖/助步器=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	
	双下肢虚弱无力=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		
风险程度		
程度	分值	
高度危险	≥45	
中度危险	25~45	
低度危险	0~24	
<p>注2：“超过一个医疗诊断”指该老年人有医疗诊断且是会增加老年人跌倒风险的医疗诊断。</p> <p>注3：“使用药物治疗”指用麻醉药、抗组胺药、抗高血压药、镇静催眠药、抗癫痫痉挛药、轻泻药、利尿药、降糖药、抗抑郁抗焦虑抗精神病药。</p> <p>注4：≥45分为高度危险，提示病人处于易受伤危险中，应采取相应的防护措施。</p>		

附 录 B
(规范性附录)
约束带使用

B.1 使用要求

B.1.1 对老年人使用约束带应由医护人员确定，并告知协议人（相关人）使用保护性约束的目的，获得同意且签订书面协议后方可使用。

B.1.2 约束带应在医护人员指导下使用。

B.2 约束带使用

B.2.1 在使用约束带期间，应尽量保证老年人安全和舒适。

B.2.2 应将约束带固定好，并尽量避免老年人自行解开。

B.2.3 对不能配合的老年人给予手脚约束应注意：

——用绷带和棉垫束缚手腕及踝部，绷带以及套结的形式套于腕部，并垫以棉垫；

——保护皮肤，在操作过程中要注意松紧度。

B.2.4 对于四肢躁动较剧烈、发生打人、蹬踹、双腿跨越床档的老年人，应使用特制约束带束缚肩部、上肢、膝部、下肢，内衬棉垫保护老年人皮肤。

B.2.5 在使用约束带期间，应观察约束部位的皮肤颜色；必要时，应进行局部按摩，以促进血液循环。

附 录 C
(资料性附录)

洼田饮水试验吞咽功能评定量表

表 C.1 洼田饮水试验吞咽功能评定量表

让患者端坐，喝 30ml 温开水，观察所需时间及呛咳情况：

级别	评定标准
I 级，5 秒之内	坐位，5秒之内能不呛的一次饮下30ml 温水
I 级，5 秒之上	坐位，5秒之上能不呛的一次饮下30ml 温水
II 级	分两次咽下，能不呛的饮下
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，5秒以内	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
注1：该量表适用于意识清楚并能够按照指令完成试验的老年人。	

附 录 D
(资料性附录)
Braden 压疮评估量表

表 D.1 Braden 压疮评估量表

项目	评分标准				得分
	完全受损 1 分	非常受损 2 分	轻微受损 3 分	无受损 4 分	
感觉 (对压力导致的不适感觉的反应能力)	由于直觉减退或适用镇静剂面对疼痛刺激无反应; 或大部分体表对疼痛能力受损。	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 个肢体有感觉障碍至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能力受限。	
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。经常需要更换床单。	皮肤偶尔潮湿, 每天需更换一次床单。	皮肤一般是干爽的, 只需常规更换床单。	
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, 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; 每日吃两餐, 且缺少蛋白质 (肉或奶制品) 摄入; 不能进食水或食物; 禁食或进食清流或静脉输液 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量或管饲。	每餐能吃完大多数食物; 每日吃四餐含肉或奶制品的食物; 偶尔会拒绝一餐, 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		
	需要协助才能移动病人; 移动病人时皮肤与床单表面没有完全托起会发生摩擦; 病人坐床上或椅子上时经常出现向下滑动; 肌肉痉	很费力地移动病人会增加摩擦; 在移动病人期间, 皮肤可能有某种程度上的滑动去抵抗床单、椅子、约束带或其他装置所产	在床上或椅子上能够独立移动; 移动期间有足够的肌力完全抬举身体及肢体; 在床上和椅子上都能保持良好的体位。		
总得分					

续表 D.1

风险程度	
程度	Braden 六项得分
严重危险	≤ 9
高度危险	10分~12分
中度危险	13分~14分
低度危险	15分~18分

参 考 文 献

- [1] 基础护理学（人民卫生出版社）
-