

# 当需求变化, 护士可以做得更多

医院里, 一些老年人反复辗转多个科室, 却始终说不清到底哪里不舒服; 病房外, 有的家庭为谁来照护反复商量, 却迟迟没有答案; 等到患者出院后, 本该持续进行的康复护理, 又常常因为老人行动不便、家属照护能力不足而被迫中断……这些细碎又无奈的日常, 正是当下许多老人及其家庭直面的困境。而要打破困境, 仅靠家属的奔波远远不够。护士队伍作为离老人最近的专业力量之一, 正成为破局的关键支撑。

□ 本报记者 孙艺

## 门诊里, 联合评估让看病更高效

中南大学湘雅三医院老年综合评估联合门诊, 78岁的李奶奶站在诊室门口语气轻松地“汤护士, 我现在敢一个人慢慢走到楼下晒太阳了。”就在几个月前, 她第一次走进这间诊室时, 还需要别人搀扶。此前半年内, 李奶奶两次意外跌倒, 血糖波动居高不下, 整日浑身乏力、不愿活动, 辗转多个科室就诊, 开具的药物越来越多, 身体状况却始终没有好转。经人推荐, 家属带着她来到了这里。

“家属提到的问题很多, 但彼此割裂, 没有关联。”接诊的老年科汤观秀副主任医师说, 这样的问题在老年患者中十分常见。对许多老年人而言, 身体不适不是单一疾病导致的, 而是多种共存、躯体功能衰退、心理情绪变化、家庭照护压力多重问题交织的结果。但在传统就诊模式中, 这些交织的问题被拆分到不同科室, 老人的整体状态始终缺少被全面看见、系统评估的机会。也正因此, 汤观秀第一次接诊李奶奶时, 听完家属的描述后, 并没有急于翻看检查报告, 而是俯身问了一句: “您最担心什么?”

李奶奶沉默了一会儿, 小声说: “我怕再摔。”说完这句话, 她下意识地点了点头。

这句“怕”, 成为整套评估干预的起点。在这里, 跌倒不被简单地当作一次意外, 而是被医护人员放进“老年综合征”的框架中去理解。生活能力评估随即展开: 医生一边翻看既往检查报告, 一边逐项询问用药和症状变化, 汤观秀坐在一旁, 不时放慢语速, 用更易理解的方式询问: “平时起身的时候, 会不会觉得头晕? 走路有没有觉得脚底发虚?” 老人有时答不上来, 她就耐心地引导。随着评估深入, 原本零散的问题慢慢被串联起来——李奶奶的身体已处于衰弱边缘, 肌力和平衡能力下降, 因害怕跌倒刻意减少活动, 反而进一步加速了躯体功能退化, 同时还存在营养不良和用药风险。

“一个‘走不稳’, 往往是多种因素叠加的结果。”汤观秀说。当问题被真正看清, 针对李奶奶的干预方案不再是“多开一味药”。诊室里, 医生和护士一边梳理慢性病用药方案, 一边针对评估结果制定能落实到日常起居的照护与康复计划。从扶椅站立等基础肌力训练, 到起身节奏调整, 再到居家环境和饮食结构的优化, 每一项都尽量简单、可执行。“我们不是一下子给很多要求, 而是帮她找到最容易开始的一步。”汤观秀说。

李奶奶选择了最简单的一项训练——每天扶着椅子慢慢站起、坐下, 每次几分钟, 一天分多次完成。一个月后复诊, 她已经可以自己慢慢走进诊室, 不再需要家人全程搀扶。李奶奶的女儿说, 妈妈每天都在夜里、起床不再慌张, 白天开始愿意出门走动, 最重要的是没有那么害怕了。之后的几次复诊, 方案始终根据老人的状态调整: 膝盖出现酸胀感, 就减小下蹲幅度, 改为更安全的坐位和扶椅训练; 饭量仍不理想, 就在控制血糖的前提下, 提醒家属多准备一些高蛋白食物, 少量多餐。一点点调整, 一天天坚持, 李奶奶慢慢恢复了体力, 活动意愿也越来越强。

这种持续的“评估—干预—再评估”模式, 让每一点改变都具体可感、清晰可见。几个月后再次走进诊室时, 李奶奶已经可以相对平稳地行走。她从包里拿出一张反复折叠的纸——那是第一次就诊时医护人员写下的注意事项, 纸的边缘已经磨损。“我每天照着做, 现在觉得自己在慢慢好起来。”李奶奶说。

李奶奶的变化并非偶然。这种评估方式, 中南大学湘雅三医院已经探索多年。早在2018年, 该院医护团队就尝试对住院患者开展老年综合评估, 并通过外出学习与反复实践逐渐完善方法。临床实践越多, 团队的认

知就越清晰: 老年患者的复杂问题, 既需要医生作出医学决策, 也离不开护士贯穿全过程——从评估执行、多学科协调、居家干预指导到效果追踪。

基于多年的临床实践, “医护共同坐诊”的模式逐渐成型。2023年, 该院老年综合评估联合门诊开诊。在这里, 医护共诊不只是分工, 更是一种协同: 医生负责诊断与用药, 护士负责识别肢体功能、营养状态、心理情绪、家庭照护情况, 把专业的医学建议转化为方便老人及其家属操作的方法。对于李奶奶这样的患者来说, 这意味着不用再在不同科室间反复奔波, 就能高效地获得全面、连续、易懂、可执行的照护方案。

最后一次复诊时, 李奶奶的女儿说: “我们最感动的, 不只是妈妈身体有了改善, 而是有人愿意耐心听她说话, 愿意告诉我们回家该怎么照护。以前我们觉得照护老人很慌, 现在心里有底了。”

走出门诊, 阳光正好。李奶奶说, 她现在每天都会慢慢走到楼下坐一会儿——不快, 但一步一步, 很稳。

## 病房内, 在照护中重新定义“陪伴”

安徽省蚌埠市中心医院(蚌埠市第二人民医院)老年医学科的办公室里, 挂着一面格外醒目的锦旗, 红底金字, 写着“精心诊疗献爱心, 免除照护暖人心”, 落款是一名90岁老年患者的家属。这面锦旗的背后, 记录着一名老年患者的住院经历。

去年10月, 90岁的华奶奶因多种基础疾病加重住院治疗。治疗本身并不是最难的部分, 真正让一家人陷入困境的, 是一个非常现实的问题——谁来陪护。华奶奶的儿子回忆, 当时一家人开了一次家庭会议, 反复讨论几种方案, 却始终无法商定。“请护工不放心, 儿女轮流又扛不住, 让家中老父亲陪护也不现实。”华奶奶的儿子说。

老人住院往往意味着整个家庭的节奏被打乱。就在华奶奶一家一筹莫展时, 该院向他们推荐了正在试点的新型照护模式——免陪照护。

2025年, 国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局联合印发《医院免陪照护服务试点工作实施方案》, 推动医疗机构在保障医疗质量的前提下, 探索由专业团队承担住院患者生活照护的新模式。蚌埠市中心医院老年医学科在这一背景下启动试点, 将原本由家属承担的陪护职责, 逐步纳入规范化、专业化的医疗服务体系中。

起初, 这个建议对家属来说并不容易接受。“说实话, 我们当时是带着疑虑来的。”华奶奶的儿子回忆道。

但入院当天, 这种不确定感就开始被一点点化解。主管医生带领责任护士刘瑰与医疗护理员闵红云一同进入病房, 了解华奶奶的具体情况。刘瑰一边听着医生询问病史与用药情况, 一边询问老人日常状态, 语气始终放得很慢: “起床需要搀扶吗? 夜里有没有不舒服?” 闵红云则在一旁同步记录生活能力与行动细节。短时间内, 一份涵盖病情评估、生活能力与风险判断的照护方案被迅速制定出来。

医生负责诊疗与用药调整, 护士负责护理执行与病情观察, 医疗护理员则承担生活起居照护, 三者形成分工明确的照护体系。

华奶奶的儿子记得, 有一次他临时来病房探视, 推开门就看到闵红云正蹲在地上, 小心翼翼地给华奶奶修剪指甲, 动作轻柔且专注。“那个画面我到现在都忘不了。”他说, “那不是在完成工作, 那是一个女儿在照顾妈妈。”也是从那一刻开始, 他心里的不安彻底消散了。

在随后的住院时间里, 刘瑰持续根据华奶奶的病情变化调整护理措施, 并不时与老人沟通生活感受; 闵红云在日常照护中逐渐摸清了老人的作息与习惯, 在饮食、休息和情绪照护上提供连续支持。

刘瑰回忆, 华奶奶起初总说“不麻烦别人”, 很多事情都想自己做。但在一天天的相处中, 老人慢慢放松下来, 开始主动和护理人员聊天。华奶奶思维清晰, 对很多事情都有自己的看法。闵红云就顺着她的兴趣, 从日常琐事聊到读过的书、年轻时的经历。在病房里的日子, 不再只是等待治疗, 而渐渐变成一种有人回应的日常。

在老年医学科, 类似的变化正在不断发生。科室自启动免陪照护服务试点以来, 在充分尊重患者及其家属意愿的前提下开展服务, 已为许多高龄患者提供专业照护, 其中最高龄患者达96岁, 患者及其家属满意度均达100%。

“我们希望通过自己的努力, 让每一名住进老年医学科的患者, 都能得

到有尊严、有温度、有质量的照护。”该院老年医学科护士长田敏表示。

## 在家中, 专业服务走进日常生活

“咚咚咚。”家住广东省深圳市福田区南园街道滨河社区的马大爷听到门口传来敲门声, 立刻抬起头说: “来了, 是园园来了。”马大爷的声音里带着藏不住的期待。

门被推开, 滨河社区健康服务站的护士何园园背着护理包走进家门。她在门口快速完成线上签到, 抬头笑着说: “大爷, 我来给您换药了。”这句再普通不过的问候, 却让马大爷多了几分安心。

但在几个月前, 换药这件事, 对这个家庭来说并不轻松。彼时, 72岁的马大爷正处于手术后的恢复期。左胫骨、腓骨骨折内固定拆除后, 伤口需要定期换药、持续观察, 还要配合康复训练。本该按部就班进行的术后护理, 卡在了一个现实的问题上——怎么去医院。

马大爷家住老旧小区, 楼里没有安装电梯, 楼梯成了难以跨越的障碍; 子女工作繁忙, 无法长期陪同就医; 而伤口换药、感染风险排查, 又必须按时完成、不能拖延。那段时间, 马大爷常常因为下楼困难, 把换药时间一拖再拖, 家属一边担心伤口感染、恢复不佳, 一边反复协调时间陪同就医。几次往返下来, 一家人都疲惫不堪。

对很多老年人来说, 最难的不是治疗本身, 而是治疗结束后, 让那些需要反复、持续完成的护理在日常生活中真正落地。

改变, 是从有人上门服务开始的。作为深圳市智慧家庭病床首批试点单位之一, 中山大学附属第八医院自2023年上线相关服务以来, 就把部分原本需要在医院完成的护理服务延伸到患者家中。该院下辖的滨河社区健康服务站在了解到马大爷的情况后, 很快就安排医护人员入户评估。医生和护士上门后, 没有急于换药, 而是先全面评估老人的身体状况、居家环境, 一套居家护理方案很快确定——原本需要反复往返医院完成的换药护理, 直接被搬到了家里。

从那之后, 何园园成了马大爷家的“常客”。每次上门前, 她都会先在系统里查看马大爷的护理记录: 上一次创面愈合情况、有无渗出、恢复是否稳定。这套系统连接着医院、社区医生和家属, 依托远程监测, 相关信息同步更新。核对完记录, 备好无菌敷料、消毒用品, 她出发上门。到达马大爷家后, 她先完成签到, 再进行护理。换药时, 她的动作始终很轻, 清理、消毒、更换敷料, 每一步都规范开展。她还不时低声询问: “大爷, 疼不疼?” 只要老人眉头轻轻一皱, 她就放慢动作, 或者改变处理方式。

每次上门服务结束后, 何园园会把伤口情况、生命体征情况和护理细节录入系统, 相关信息同步推送给床医生和患者家属; 知情同意、随访记录等流程均通过手机端完成。与此同时, 马大爷家中配备的智能设备可持续监测血压、心率、血氧等数据, 一旦出现异常, 系统会及时预警, 医护人员可以迅速进行干预。

但对马大爷来说, 最珍贵的不是系统里的数据。

每次护理结束后, 何园园总会搬个小凳子坐在老人床边, 把当天的伤口恢复情况、后续注意事项, 慢慢讲给老人及其家属听, 一边说还一边示范: “这条腿最近还是别用力, 起身要先坐稳再站, 伤口一定要保持干燥。”有时老人反复问同一个问题, 她也不急, 每次都重新解释一遍, 直到对方点头为止。时间久了, 马大爷慢慢习惯了这种节奏——什么时候会有人上门、换药需要多久、哪些事情自己可以配合完成, 他心里都有了数。

在持续规范的护理下, 马大爷的伤口逐渐愈合, 疼痛减轻, 他开始在家人的陪同下进行短距离活动。随着马大爷逐渐恢复, 护士上门的频率逐渐减少, 由密集护理转为定期随访。

从“人去找护理”到“护理走进家门”, 对许多老年患者及其家属来说, 改变是具体而直接的——原本难以持续的照护, 被嵌入日常生活。依托智能化、数字化手段, 居家护理逐渐成为了一种更稳定、可持续的服务方式。

而这些变化, 最终落在人与人的连接上。“每次听到马大爷喊我‘园园孙女’, 心里就格外温暖。”何园园说, “我们做的都是本职工作, 但被老人记在心里, 当成亲人, 这种信任很珍贵。”在她看来, 智慧家庭病床不只是一个系统, 更是一种把专业照护延伸到生活的方式, 让护理多了一份老人可以感受到的温度。



▲蚌埠市中心医院老年医学科医护人员把自己手写的“寿”字和蛋糕送给华奶奶。  
蚌埠市中心医院供图

▲中南大学湘雅三医院老年综合评估联合门诊的医护人员共同看诊。  
中南大学湘雅三医院供图



▲滨河社区健康服务站护士何园园为马大爷进行足部换药。  
滨河社区健康服务站供图



## 记者手记

# 从“围着疾病转”到“围着生活走”

这次采访中没有宏大的场面, 却有几个让人难忘的画面: 门诊里老人怯生生道出一句“我怕再摔”, 护士带着药箱上门为患者换药, 还有那声熟稔而亲切的“园园孙女”……这些细小的片段, 共同指向同一个变化——老年人的需求, 已经不再只是“把病看好”。

门诊里的变化, 体现在从“拆分看病”到“整合照护”的转变。过去, 老年患者常常在不同科室间辗转, 问题被拆分, 也容易被忽略。如今, 老年综合评估将零散的症状重新整合——躯体功能、营养状态、心理状况等都被纳入同一张评估表。护士正在成为评估与转化的关键纽带: 把专业的判断, 转化成老人回家后可以操作的每一个动作。

病房中的变化, 是让陪护从

“靠家属”到“有标准”。长期依赖家属的住院陪护模式, 在家庭结构变迁之下已难以为继。记者在采访中明显感受到, 免陪照护不只是替家属分担体力活, 更是在重塑照护服务模式——护士与医疗护理员协同配合, 让陪护从被动守候, 变成有标准、有温度的专业服务。

此外, 护理服务也正从“医院发生”延伸到“家中落地”。依托分级诊疗与“互联网+护理服务”, 家庭病床、上门护理正从试点走向日常。那些容易在出院后中断的康复和换药, 已被接续到居家生活场景里。真正让服务运转起来的, 依然是护士——他们把服务送到老人“家门口”, 也把安心送进千家万户。

这些发生在临床一线的变化, 可量化为沉甸甸的数字: 截至2025年底, 我国60岁及以上老年人口已达3.2亿, 占总人口的23%, 且这一数字

仍在增长。与此同时, 从老年健康服务体系构建, 到免陪照护、智慧家庭病床等政策试点, 释放的信号明确而紧迫——护理, 必须从医院内的一项服务, 成长为覆盖全程的一张网。

在老年健康服务体系重构中, 护士的角色正被重新定义。护士不再是单纯执行医嘱, 而是评估者、协调者, 是医院、社区与家庭的黏合剂。

记者在采访中看到的这些改变, 正在回应一个日渐清晰的现实: 老年护理, 正从“围着疾病转”走向“围着生活走”。而护士作为这场转变的关键践行者, 唯有主动适应变化、持续提升专业能力与人文素养, 才能真正提供有温度、有质量的照护服务, 进而更好地满足老龄化社会背景下老年人日益多样化的健康需求。