

CGA 综合护理干预在老年脑卒中患者康复中的应用效果

蔡 晔¹ 张 静¹ 刘 敏¹ 段旒妹¹ 曹 莉¹ 缪兆斌² 李 雯¹ (通讯作者)

(1. 控江医院康复科, 上海 200092; 2. 控江医院神经内科, 上海 200092)

【摘要】目的: 探讨 CGA 综合护理干预在老年脑卒中患者康复中的应用效果。**方法:** 选择 2020.8 - 2021.6 住院期间符合入选标准的老年脑卒中患者 150 例, 按照时间顺序 2020 年 8-12 月的 75 例患者设为对照组, 2021 年 1-6 月的 75 例患者设为观察者。分别于入选当天、入院第 14 天、出院后 1 个月前对入选患者进行老年综合评估, 其中对照组按照传统护理, 干预组应用老年综合评估后有针对性的进行个性化的护理。**结果:** 干预前, 2 组认知缺陷例数、基本日常生活活动能力评分、家庭与社会功能评分及抑郁评分之间的对比差异较小, 各指标对比所得 P 值 > 0.05, 并无统计学意义。干预后, 干预组认知缺陷例数明显少于对照组, 基本日常生活活动能力评分、家庭与社会功能评分高于对照组, 抑郁评分低于对照组, 同时干预组患者的尿失禁发生率低于对照组, 各指标对比所得 P 值 < 0.05, 有统计学意义。**结论:** 通过前期的综合评估, 制定有效的护理干预, 联合治疗加康复, 全程化连续照顾, 提升老年脑卒中患者对疾病的积极应对能力, 从而促进老年人达到最理想的功能状态, 提高老年人的生存质量。

【关键词】 CGA; 护理干预; 康复

【中图分类号】 R542

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-3783 (2022) 03-09-163-01

老年综合评估 (CGA) 是近年来在国外广泛应用的从全面医疗、躯体功能、认知心理功能及社会 / 环境因素多维角度检测评估老年人健康功能水平, 从而制定一套个性可行的治疗护理计划工具^[1-2]。CGA 是老年医学的重要工作方法, 能体现老年医学的服务宗旨和现代医疗理念^[3], 对老年患者的病情及医疗需求进行综合评估和预后判断, 从而继续制定全面可行的个体化治疗与护理方案, 有助于老年患者最大限度维持功能, 使生活质量得到提高。通过综合评估, 能发现潜在问题, 给予针对性护理措施。老年患者常存在多种生理、心理、经济及社会环境问题, 这些因素共同影响患者的健康状况并增加临床医师的诊疗难度。通过 CGA 可以帮助临床医师发现老年患者潜在的多种问题, 做到早期全面干预并有效地帮助老年患者维持或恢复自我生活照顾能力。现将研究报道如下:

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2020.8-2021.6 住院期间符合入选标准的老年脑卒中患者 150 例。

纳入标准: 年龄 ≥ 60 岁的老年患者; 可以配合协助完成系列量表及问卷调查; 患者及照顾者均知情同意并愿意参加; NIHSS 量表评分 5-15 分 (中度卒中)。排除标准: 重度痴呆及精神言语沟通障碍者、重度失语者; 伴有不可逆严重并发症、疾病晚期致长期卧床者。按照时间顺序分组, 将 2020 年 8-12 月的 75 例患者设为对照组, 2021 年 1-6 月的 75 例患者设为观察者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

其中对照组按照传统遵护理, 并于入选当天、入院第 14 天、出院后 1 个月前对入选患者进行老年综合评估,

1.2.2 观察者

干预组入选当天应用老年综合评估, 评估后有针对性的进行个性化的护理。入院第 14 天、出院后 1 个月对入选患者再次进行老年综合评估。

1.2.3 护理干预方案

(1) 听、视力障碍: a 保证病人安全, 消除活动范围的障碍物、

保持地面干燥, 加护床档。b 视力检测, 纠正视力障碍, 积极协助眼科会诊。c 交流时放低语速、放低音调, 必要时利用播放机进行音频安全宣教或备白板书写方式。d 每日交接班重点检查床边地面, 消除潜在安全隐患。e 允许病人活动时, 应将病人经常使用的物品放在病人易取的地方。

(2) 认知障碍: a 鼓励患者及照顾者正确看待评估结果。b 积极治疗, 早期干预减缓进程。c 避免患者独自服药与离床活动。d 与病人沟通, 倾听病人的疾病与心理感受。e 发放老年认知障碍宣教资料或手册等。f 协助患者头面按摩。g 指导做手指操。

(3) 尿失禁: a 指导膀胱训练, 规律排尿, 控制排尿冲动。b 指导盆底肌锻炼 c 保持会阴部清洁及床单位的整洁与干燥, 鼓励每日清洗外阴, 防止尿路感染。d 根据尿失禁程度提前备中单、座便椅。e 认真听取患者主观描述, 教会照顾者与患者自己记尿量。f 对久卧病床的患者及时检查更换内衣。

(4) 营养不良: a 予以耐心的心理护理。b 对静脉补充营养。c 积极预防压疮的发生, 卧床消瘦病人予以气垫床, 按时翻身拍背。d 检查牙齿松动与义齿佩戴、护理情况, 帮助科学调配饮食谱。

(5) 抑郁: a 对失独与空巢家庭加强巡视与沟通, 关心、体贴病人, 减少心理压力, 予以力所能及的帮助。b 耐心介绍病区环境与管床医生、责任护士、同室病友。鼓励患者增强自信、c 反馈管床医生, 积极联系会诊, 对重度抑郁患者进行专科药物干预。d 各项检查处置前进行耐心必要的解释, 争取得到病人的积极配合。

(6) 睡眠障碍: a 尽量满足有助于病人睡眠的以往生活习惯要求, 备好壁灯。b 检查心电图监护及静脉输液泵、微量泵的程序设置, 尽量避免夜间出现仪器蜂鸣。c 科学安排呋塞米或其他利尿药物的使用, 减少夜间频繁排尿。d 睡前音乐催眠放松训练。e 指导缓慢呼吸、全身肌肉放松等自我放松术。f 尽量集中治疗与护理操作, 以防影响病人的休息和睡眠。g 限制晚餐后的饮水量, 忌饮咖啡、浓茶等兴奋性饮料。

1.2.3 评价工具

1.2.3.1 一般资料调查

一般资料调查表由研究者自行设计, 包括年龄、文化程度、月收入、婚姻状况、家庭成员等。

1.2.3.2 简易智能精神状态评估表 (MMSE)

评价标准: 总分范围 0-30 分, 正常与不正常的分界值与受教育程度有关, 分界值以下有认知功能缺陷, 分界值以上为正常。认知功能缺陷分界值: 文盲组 (未受学校教育) 为 17 分; 小学组 (教育年限 ≤ 6 年) 为 20 分; 中学或以上组 (教育年限 > 6 年) 为 24 分。

作者简介: 蔡晔 (1978.1-) 女, 汉族, 籍贯江苏省大丰市, 本科, 主管护师, 研究老年护理方面。

通讯作者: 李雯 (1967.9-) 女, 汉族, 籍贯上海市, 本科, 副主任医师, 研究小卒中诊断及静脉溶栓相关研究方面, 邮箱: liyuedr@163.com。

1.2.3.3 基本日常生活活动能力评估表 (Barthel 指数量表)

评分标准: 生活自理: 100分, 不需他人帮助; 轻度功能障碍: 61~99分, 能独立完成部分日常活动, 但需一定帮助; 中度功能障碍: 41~60分, 需要极大帮助才能完成日常生活活动; 重度功能障碍: ≤40分, 大部分日常生活活动不能完成或完全需人照料

1.2.3.4 尿失禁评估表 (ICI-Q-SF) ICI-Q-SF 得分:

第1、2、3个问题的分数之和评分标准: 正常: 0分; 轻度尿失禁: 1~7分; 中度尿失禁: 8~14分; 重度尿失禁: 15~21分。

1.2.3.5 家庭与社会评估 (APGAR 量表) 评分结果:

家庭功能不全: 低于3分; 中度功能不全: 4-6分; 目前无需家庭功能问题: 7分以上。

1.2.3.6 老年抑郁评估表 (GDS-15)

将15个条目的各个得分相加即得总分, 其中1, 5, 7, 11, 13条5个项目的计分, 需反向计算, 采用0~1级计分。总分值为0~15分, ≥8分为有抑郁问题, 得分越高表明抑郁程度越高。评分标准: 正常: <8分; 抑郁: ≥8分。

1.2.4 统计学方法

该项研究中所涉及的资料以计量和计数类为主, 分别由均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$)、百分率 (%) 的形式体现, 同时以 t 值、 χ^2 值实施检验。最终由统计学软件 SPSS 23.0 进行处理后所得 P 值 < 0.05 为有意义对比, 表明所对比数据间的差异比较大。

2 结果

2.1 一般资料对比

如下表1所示: 2组性别、年龄等一般资料之间的对比差异较小, 并无统计学意义, 所得 P 值 > 0.05。

表1 一般资料对比

项目	对照组 (n=75)	干预组 (n=75)	t/ χ^2 值
性别	男	39	0.027
	女	36	0.027
年龄 (岁)	68.95 ± 3.06	68.89 ± 3.14	0.119
文化程度	文盲	6	0.084
	小学	46	0.111
	中学及以上	23	0.031
月收入	4053.03 ± 500.46	4061.85 ± 500.69	0.108
婚姻状况	已婚	68	0.883
	未婚	7	0.883
家庭成员	6 ± 1	6 ± 2	0.000

2.2 干预前后认知缺陷例数对比

如下表2所示: 干预前, 2组认知缺陷例数相差较少, 对比所得 P 值 > 0.05, 并无统计学意义; 干预后, 干预组认知缺陷例数明显少于对照组, 且对比所得 P 值 < 0.05, 有统计学意义。

表2 干预前后认知缺陷例数对比 (n/%)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	75	62 (82.67)	19 (25.33)
干预组	75	63 (84.00)	8 (10.67)
χ^2 值	-	0.048	5.465
P 值	-	0.827	0.019

2.3 干预前后基本日常生活活动能力评分对比

如下表3所示: 干预前, 2组患者的基本日常生活活动能力评分差异较小, 对比所得 P 值 > 0.05, 并无统计学意义; 干预后, 干预组基本日常生活活动能力评分明显高于对照组, 且对比所得 P 值 < 0.05, 有统计学意义。

表3 干预前后基本日常生活活动能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	75	45.05 ± 6.43	72.46 ± 8.02
干预组	75	45.12 ± 7.02	84.06 ± 7.65
t 值	-	0.064	9.064
P 值	-	0.949	0.000

2.4 干预后尿失禁情况对比

如下表4所示: 干预后, 干预组患者的尿失禁发生率明显低于对照组, 且对比所得 P 值 < 0.05, 有统计学意义。

表4 干预后尿失禁评分对比 (n/%)

组别	例数	正常	轻度	中度	重度	总发生率
对照组	75	61 (81.33)	4 (5.33)	7 (9.33)	3 (4.00)	14 (18.67)
干预组	75	70 (93.33)	3 (4.00)	2 (2.67)	0 (0.00)	5 (6.67)
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.882
P 值	-	-	-	-	-	0.027

2.5 干预前后家庭与社会功能评分对比

如下表5所示: 干预前, 2组患者的家庭与社会功能评分差异较小, 对比所得 P 值 > 0.05, 并无统计学意义; 干预后, 干预组家庭与社会功能评分明显高于对照组, 且对比所得 P 值 < 0.05, 有统计学意义。

表5 干预前后家庭与社会功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	75	4.18 ± 2.09	6.19 ± 1.62
干预组	75	4.20 ± 2.11	7.08 ± 1.07
t 值	-	0.058	3.970
P 值	-	0.954	0.000

2.6 干预前后抑郁评分对比

如下表6所示: 干预前, 2组患者的抑郁评分差异较小, 对比所得 P 值 > 0.05, 并无统计学意义; 干预后, 干预组患者的抑郁评分明显低于对照组, 且对比所得 P 值 < 0.05, 有统计学意义。

表6 干预前后抑郁评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	75	10.02 ± 2.84	7.05 ± 1.46
干预组	75	10.46 ± 2.57	5.42 ± 2.01
t 值	-	0.995	5.682
P 值	-	0.321	0.000

3 讨论

脑血管病分为缺血性脑血管病和出血性脑血管病, 急性缺血性脑卒中 (急性脑梗死) 是最主要的缺血性脑血管病形式 (其他包括短暂性脑缺血发作、脑动脉盗血综合征和慢性脑缺血等)^[4], 占我国脑卒中的 69.6%~70.8%^[5-6] 急性缺血性脑卒中发病后 1 年的致死 / 残疾率为 33.4%~33.8%^[7-8], 缺血性脑卒中急性期的治疗对改善神经功能、降低病死率有重要作用, 是脑血管病治疗的核心。

1990 年世界卫生组织提出了“健康老龄化”战略, 主张对老年人的服务不仅仅是延长其寿命, 而且更重要的是提高其晚年生活质量, 并且引入了“独立, 照顾, 自我实现, 尊严”4 大原则与理念。这些观念的引入使老年服务工作从临床疾病护理扩展到老年人的生理健康、心理健康、生活自理能力及社会功能等多方面, 使护士的工作地点也从医院扩展到社区、家庭及相关社会机构。

目前, 无论是护士还是社会对老年护理都存在一定误解, 认为老年护理服务是对老年人提供生活照顾。“老年综合征”一词在我国更是一个较新的概念, 还没有被广大医务工作者、老年照护人员和老年人所认识、理解和应用。例如: 常见老年综合征之首——老年跌倒仍然被许多人简单地认为是意外、责任心不够或环境的不当所致。只有不断地进行宣传教育, 让每名从事老年照护的工作者、每名老年人及其家庭都参与进来, 老年综合征才能得以有效地防护。

4 小结

CGA 是老年医学的重要工作方法, 能体现老年医学的服务宗旨和现代医疗理念^[9], 对老年患者的病情及医疗需求进行综合评估和预后判断, 从而继续制定全面可行的个体化治疗与护理方案, 有助于老年患者最大限度维持功能, 使生活质量得到提高。

(下转第 166 页)

透析过程更加顺利,同时也使患者不良情绪得到改善,患者遵医行为得到提升,进而提高整体临床疗效^[8]。延续性护理干预是将患者作为护理服务的中心而形成的一种新型护理服务模式,其可以对患者院外延续治疗状况予以及时了解,并且有针对性地处理治疗及护理问题,对患者病情恢复有重要意义,同时也体现了临床护理服务的人性化优势^[9-10]。在本次研究中,因慢性肾功能衰竭患者需要长期甚至终身血液透析治疗,所以出院之后仍需要继续治疗,对于此护理人员在患者出院之前,以患者住院期间的实际情况为准,并结合其健康状况,全面评估患者病情,为患者制定护理计划,并由丰富经验的护士及护士长组成延续护理小组,为患者及家属提供心理护理及健康教育,增加其对疾病及治疗知识的认识,使患者学会自我监测,另外在患者出院之后进行定期随访,对其恢复情况进行及时了解,以便为患者提供专业、科学的指导服务。据本次研究显示,实施延续性护理干预的研究组患者SAS评分明显低于对照组,可见延续性护理干预的实施可以有效改善患者的焦虑情绪,使患者心理负担减轻。

因慢性肾功能衰竭患者需要长期接受血液透析治疗,所以容易产生不良心理情绪,对遵医行为也会有不良影响,而遵医行为也会对患者生活质量产生影响,使患者生活质量下降,所以要想保障患者院外的生活质量,提高患者的遵医行为非常重要^[11]。在延续性护理干预中,护理人员定期对患者电话随访以及家庭随访,对患者饮食起居进行了解,并了解患者规律透析等情况,监督并督促患者定期复查,让患者对自身健康状况进行密切监测,使护理服务有效性及连续性得到保障,患者延续治疗依从性也得到明显提升^[12]。据本次研究结果显示,实施延续性护理干预的患者在规律生活、合理饮食、规律透析三项遵医行为上明显优于对照组,说明延续性护理干预的实施可以使患者遵医行为得到改善。另外在并发症发生情况分析,实施延续性护理干预的患者并发症发生率低于对照组,说明延续性护理干预的实施可以有效避免并发症的发生。这主要是因为延续性护理的实施可以使患者的护理需求得到更加充分满足,同时完善了护理细节,同时强调心理护理,也将人文关怀理念体现出来,可以使患者保持良好心态,对患者生活质量提升有重要意义。

综上所述,对于慢性肾功能衰竭血液透析患者来说,延续性护

理干预的实施可以改善心理状态,提高患者遵医行为,预防并发症发生,具备显著临床价值。

参考文献

- [1] 罗秀娟,陈翠清,陈丽醒.延续性护理干预对慢性肾衰竭血液透析患者疗效、生活质量及遵医行为的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(09):1341-1344.
- [2] 梁小华,冯洁霞,许叶含,等.激励式延续性护理对慢性肾功能衰竭腹膜透析患者负性情绪与自我管理行为的影响[J].护理实践与研究,2019,16(18):53-55.
- [3] 周曼,王玉.基于微信平台的健康教育延续性护理对慢性肾衰竭患者治疗效果的影响[J].贵州医药,2020,44(07):1167-1168.
- [4] 黄艳秋,王惠萍,熊司琦,等.腹膜透析患者延续护理方法和评价工具研究进展[J].中华现代护理杂志,2019,25(07):921-924.
- [5] 王增香.延续性护理干预对慢性肾功能衰竭血液透析患者负性情绪及自我管理能力的的影响[J].中国医药指南,2020,18(14):235-236.
- [6] 许晴.延续性护理在慢性肾功能衰竭血液透析患者中的应用效果[J].中华养生保健,2020,38(08):134-136.
- [7] 王华英.延续性护理服务对肾衰竭血液透析患者自护能力、营养状况及预后的影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2020,30(04):122-124.
- [8] 陈秀玉,罗怡欣,何晓瑜,等.分层分级延续性护理在中青年腹膜透析患者容量状态管理中的应用效果研究[J].当代医药论丛,2020,18(13):12-14.
- [9] 罗莉萍.延续性护理在慢性肾功能衰竭血液透析患者中的应用[J].中国卫生标准管理,2019,10(20):137-139.
- [10] 侯艳华.延续性护理干预对维持性血液透析患者钙磷代谢及营养状况的影响观察[J].现代诊断与治疗,2020,31(16):2672-2674.
- [11] 王凤君,张晶,赵新玲.延续性护理干预对慢性肾功能衰竭血液透析患者负性情绪及自我管理能力的的影响[J].饮食保健,2019,06(48):193-194.
- [12] 赵娟.延续性护理干预对慢性肾功能衰竭血液透析患者负性情绪及自我管理能力的的影响[J].医学食疗与健康,2019,01(02):188.
- [1] Suijker JJ, Buurman BM, ter Riet G, et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial[J].BMC Health Serv Res, 2012, 12: 85.
- [2] Hurria A, Cirrincione CT, Muss HB, et al. Implementing a Geriatric Assessment in Cooperative Group Clinical Cancer Trials: CALGB 360401[J]. J Clin Oncol, 2011, 29(10): 1290-1296.
- [3] Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years[J].Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2002, 5(1):19-24.
- [4] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑血管疾病分类2015[J].中华神经科杂志,2017,50(3):168-171.
- [5] Wang W, Jiang B, Sun H, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China: results from a nationwide population based survey of 480 687 adults[J]. Circulation, 2017, 135(8): 759 771.
- [6] Wang D, Liu J, Liu M, et al. Patterns of stroke between university hospitals and nonuniversity hospitals in mainland China: prospective multicenter hospital based registry study [J]. World Neurosurg, 2017, 98: 258 265.
- [7] 陈艳,胡发云,吴波.《中国脑血管疾病分类2015》解读[J].中国现代神经疾病杂志,2017,17(12):865-868.
- [8] 郝子龙,刘鸣,李伟,等.成都卒中登记方法及3123例患者基本特征和功能结局[J].中华神经科杂志,2011,44(12):826-831.
- [9] 秋梅,刘晓红.老年人综合评估的实施[J].中华老年医学杂志, 2012, 31(1): 13-15.
- [10] A poor performance in comprehensive geriatric assessment is associated with increased fall risk in elders with hypertension: a cross-sectional study[J]. 老年心脏病学杂志(英文版), 2015,12(2):113-118.
- [11] 黄凤梅. CGA 护理模式在 COPD 患者中的应用[J].医药前沿, 2016;6(1):221-3

(上接第 164 页)

参考文献

- [1] Suijker JJ, Buurman BM, ter Riet G, et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial[J].BMC Health Serv Res, 2012, 12: 85.
- [2] Hurria A, Cirrincione CT, Muss HB, et al. Implementing a Geriatric Assessment in Cooperative Group Clinical Cancer Trials: CALGB 360401[J]. J Clin Oncol, 2011, 29(10): 1290-1296.
- [3] Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years[J].Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2002, 5(1):19-24.
- [4] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑血管疾病分类2015[J].中华神经科杂志,2017,50(3):168-171.
- [5] Wang W, Jiang B, Sun H, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China: results from a nationwide population based survey of 480 687 adults[J]. Circulation, 2017, 135(8): 759 771.
- [6] Wang D, Liu J, Liu M, et al. Patterns of stroke between university hospitals and nonuniversity hospitals in mainland China: prospective multicenter hospital based registry study [J]. World Neurosurg, 2017, 98: 258 265.
- [7] 陈艳,胡发云,吴波.《中国脑血管疾病分类2015》解读[J].中国现代神经疾病杂志,2017,17(12):865-868.
- [8] 郝子龙,刘鸣,李伟,等.成都卒中登记方法及3123例患者基本特征和功能结局[J].中华神经科杂志,2011,44(12):826-831.
- [9] 秋梅,刘晓红.老年人综合评估的实施[J].中华老年医学杂志, 2012, 31(1): 13-15.
- [10] A poor performance in comprehensive geriatric assessment is associated with increased fall risk in elders with hypertension: a cross-sectional study[J]. 老年心脏病学杂志(英文版), 2015,12(2):113-118.
- [11] 黄凤梅. CGA 护理模式在 COPD 患者中的应用[J].医药前沿, 2016;6(1):221-3