

· 医学护理信息 ·

# 基于老年综合评估的护理干预对改善老年脑卒中患者营养状态的效果评价

谢静文<sup>\*</sup>, 赖培云, 陈茂妹, 张锦玲

(汕头市中心医院(中山大学附属医院)老年医学科, 广东 汕头 515031)

**摘要:** 目的 探讨老年综合评估 (comprehensive geriatric assessment, CGA) 的护理干预对老年脑卒中合并营养风险 (或营养不良) 患者的改善效果。方法 选择 2019 年 12 月至 2021 年 5 月收住汕头市中心医院老年医学科的老年脑卒中合并营养风险 (或营养不良) 共 90 例患者作为研究对象, 随机分为研究组和对照组各 45 例。两组患者均予疾病常规的治疗护理及营养支持, 研究组由多学科 CGA 团队采用问卷形式, 从多维度、多层面筛查出老年脑卒中患者营养指标的影响因素, 制定个性化的护理干预计划措施并实施, 12 周后比较干预效果。结果 两组患者的营养评分、血清白蛋白、血红蛋白等水平及日常生活能力、生活质量均高于干预前, 说明营养干预对临床指导是有积极作用的, 并且, 研究组的改善情况较对照组明显, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 基于 CGA 的护理干预, 能更有效改善老年脑卒中患者营养状况及预后, 明显提高患者生存能力及生活质量。

**关键词:** 老年综合评估; 脑卒中患者; 营养状况; 生活质量; 效果评价

**中图分类号:** R743

**文献标识码:** B

**DOI:** 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.045.021

**本文引用格式:** 谢静文, 赖培云, 陈茂妹, 等. 基于老年综合评估的护理干预对改善老年脑卒中患者营养状态的效果评价 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(045): 93-97.

## Effect Evaluation of Nursing Intervention Through Comprehensive Geriatric Assessment in Improvement of Nutrition Status in Elderly Stroke Patients

XIE Jing-wen<sup>\*</sup>, LAI Pei-yun, CHEN Mao-mei, ZHANG Jin-ling

(The special ward, Shantou central hospital, Shantou Guangdong 515031)

**ABSTRACT: Objective** To explore the improvement effect of nursing intervention through comprehensive geriatric assessment (CGA) on elderly stroke patients with nutritional risk (or malnutrition). **Methods** The elderly patients were selected as the research subjects for those suffering from stroke complicated with nutritional risk (or malnutrition), who were admitted to the Department of Geriatrics of Shantou Central Hospital from December 2019 to May 2021. A total of 90 patients were included in the study, with 45 in the study group and 45 in the control group. These two groups were given routine treatment, nursing and nutritional support for diseases. The influencing factors of nutritional indicators were screened in elderly stroke patients in the form of questionnaire by the multidisciplinary CGA team, from multi-dimension and multi-level, to formulate and implement the personalized nursing intervention plans, and to compare the intervention effects after 12 weeks. **Results** The nutritional scores, serum albumin, hemoglobin, activities of daily living, and quality of life of the two groups of patients were all higher than those before the intervention, indicating that nutritional intervention had a positive effect on clinical guidance. Moreover, the improvement in the study group was significantly higher than that in the control group, with statistical significance ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Based on CGA, nursing intervention can effectively improve the nutritional status and prognosis of elderly stroke patients, and improve their survival ability and quality of life.

**KEY WORDS:** comprehensive assessment of the elderly; stroke patients; nutritional status; quality of life; effect evaluation

**基金项目:** 2019 年汕头市医疗卫生科技计划 (自筹经费类) 项目 (汕府科 [2020] 5 号)。

**作者简介:** 通信作者<sup>\*</sup>: 谢静文, 女, 汉族, 副主任护师, 护士长。

## 0 引言

老年综合评估( comprehensive geriatric assessment, CGA)是目前在国外广泛应用的专门针对老年患者的一种特殊的多层面多学科的综合评估干预模式,它通过已验证的老年健康量表或测试对老年患者进行全面评估,以确定老年患者医疗、躯体、心理和功能能力等,并制定一个协调和综合的治疗和长期随访计划。CGA包括:医疗评估(用药管理、营养状况、吞咽情况、疼痛管理等)、躯体功能评估(日常生活自理能力(ADL)、跌倒风险)、认知心理评估(心理问题和认知障碍评估)、社会和环境评估。由此产生的护理计划已被证明可以防止健康状况恶化,特别是对营养不良或者身体虚弱的患者<sup>[1]</sup>。

脑卒中是一种急性脑血管疾病,多发于中老年人群。调查显示,脑卒中已成为我国老年人第二位死亡原因<sup>[2]</sup>,也是中国成年人致残的首要原因,脑卒中具有高发病率、高死亡率和高致残率的临床特征。随着人口老龄化的提升,我国老年人口占比不断增多,老年脑卒中的发病率逐年升高,疾病的病程长,加之患者合并有吞咽障碍、偏瘫等神经功能缺损,对疾病治疗失去信心而发生心理状态改变等,易导致营养不良、身体虚弱、抵抗力下降,最终并发多重感染甚至死亡,严重影响患者卒中后的康复效果<sup>[3]</sup>。因此,本研究尝试基于CGA干预模式对45例脑卒中合并营养风险(或营养不良)患者实施针对性、有效的护理干预,防止患者健康状况恶化,提高患者康复效果及生活质量<sup>[4]</sup>,并以常规护理的45例脑卒中合并营养风险(或营养不良)患者作为对照组,取得明显的干预效果,现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2019年12月至2021年5月收住汕头市中心医院老年医学科的老年脑卒中患者90例,纳入标准:纳入研究的老年患者均通过颅脑磁共振检查确诊,年龄 $\geq 60$ 岁,愿意并能够配合CGA测试和评估,住院时间 $\geq 24$ 小时,采用微型营养评定量表( mini nutritional assessment, MNA)<sup>[5]</sup>作为营养筛查工具进行筛查:总分 $<24$ 分,表示存在营养不良风险或营养不良。排除年龄 $<60$ 岁、营养评分 $\geq 24$ 分、意识不清或严重痴呆无法配合测试和评估、危重症患者、合并肿瘤晚期恶液质患者及不愿

参与本次研究的患者。将90例老年脑卒中患者根据随机数字表法分为研究组与对照组各45例。研究组男性30例,女性15例,年龄60~95岁,平均 $(73.22 \pm 9.08)$ 岁。对照组男性33例,女性12例,年龄60~92岁,平均 $(75.71 \pm 8.63)$ 岁。两组患者在年龄、性别等方面差异无统计学意义。所有纳入研究的患者或他们的代理人都给予书面知情同意参加本次研究。医院伦理委员会批准了该研究协议。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 成立项目科研团队

成立一支多学科CGA干预管理小组,由老年医学科医师、老年专业评估师、营养师、药剂师、康复治疗师等组成。小组成员分工明确:由科室护士长担任项目负责人,负责协调各方面工作,指导及监督各项护理工作的开展;本科室5名老年专业评估师负责入组老年患者的资料收集、测试和评估,指导临床护士落实各项护理措施并追踪效果;专业营养师根据患者的营养状态,结合患者的食物偏好和食欲状况,制定营养干预计划,提供个人饮食咨询;主任担任技术指导,主治医师负责根据患者评估结果制定治疗计划,药剂师协助主治医师制定用药方案,并加强对患者的用药监督与管理;康复治疗师制定有针对性的康复计划并实施;文员负责整理统计数据资料。5名老年专业评估师均接受中华医学会老年医学分会培训并取得老年综合评估师资格,具有丰富的老年医学评估经验。多学科CGA干预管理小组共同负责协调评估、讨论和建议或实施治疗计划。

#### 1.2.2 对照组与研究组两组均给予营养评估

计算身体质量指数(Body Mass Index,BMI)、检测血液营养指标,了解患者血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HGB)等水平。同时给予疾病常规的治疗护理、营养支持及营养宣教。

#### 1.2.3 营养干预方案

作为一个饮食大国,中国的饮食文化是非常多元的,但中国的许多老年人有着根深蒂固的饮食文化,特别需要营养评估和饮食来指导老年人的日常饮食<sup>[6]</sup>。个体化干预策略是由专业营养师根据患者的医疗和营养特点设计的,主要目的是帮助患者改善他们的饮食健康。营养师及医生根据患者的MNA评分结果、体重指数、日常活动、胃肠道功能等多方面进行分析,根据其不同的基础疾

病、能量需求、饮食习惯、食欲状况对患者制订个性化膳食计划,加强对患者的饮食指导,增加膳食频率和/或在膳食中增加必要的能量和蛋白质,确保营养均衡。做好营养宣教,向患者及家属讲解自身发生营养不良的原因、明确营养干预对疾病预后有着积极的作用,向患者及家属提供图文并茂的宣教资料,医师、营养师、护士与入组的患者或家属建立“营养交流微信群”,利用实时微信交流、播放营养知识小视频等讲解营养干预方案,提高患者及家属配合为患者补充营养的依从性。营养师每周与医生联合查房至少一次,了解患者的营养状况及营养干预方案落实情况,并随时调整干预方案。

#### 1.2.4 确定 CGA 内容及干预措施

CGA 干预管理小组成员以循证医学理念为指导,根据前期的研究,通过查阅文献、会议商讨制定出 CGA 项目内容,对进入研究组患者,在患者入院 48 小时内完成 CGA 评估,并根据评估结果制订出有针对性的干预计划。研究组在对照组基础上实施 CGA 干预,持续时间为 12 周。见表 1。

#### 1.2.5 本科研团队在患者出院后,仍然做好延续性护理工作

患者出院前 3 天,老年专科护士会对家庭照护者进行喂养的技巧、管饲的护理、营养的搭配等多方面知识进行培训及考核,以便患者出院后营养干预的持续落实。我们建立出院患者随访登记本,定

期对患者及家属进行电话随访,了解患者居家饮食、护理等多方面情况,通过微信、视频等方式了解患者真实情况。必要时安排医生或护士上门随访及提供指导。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 营养状况

采用微型营养评定量表( mini nutritional assessment, MNA )作为评估工具对两组患者入院时及干预 12 周后进行营养评估:最高评分为 30 分;评分 30.0~24.0 表示正常营养状况,评分 23.5~17.0 为营养不良风险,16.5~0.0 为营养不良。同时计算身体质量指数( Body Mass Index, BMI ) BMI=体重(kg)/身高的平方(m<sup>2</sup>)、抽血检测血清白蛋白( ALB )、血红蛋白( HGB )等血液营养指标。

#### 1.3.2 日常生活能力

采用日常生活自理能力评估量表( ADL )<sup>[7]</sup> 进行评价,包括大小便、修饰、如厕、进食、活动、穿衣、上下楼梯、洗澡等项目,0~40 分为功能缺陷较严重,生活完全需要依赖或需要很大帮助;41~60 分为生活需要帮助;>60 分为生活基本自理。

#### 1.3.3 生活质量

采用生活质量评估量表( SF-12 )<sup>[8]</sup> 评价患者生活质量,该量表包括:健康状况、活动程度、情绪问题、躯体疼痛、情感问题等项目,80~100 分为生活质量正常;60~40 分为生活质量尚可;40~60 分为生活质量下降;<40 分为生活质量较差。

表 1 老年综合评估内容及干预措施

	评估项目	评估方式	干预措施
医疗评估	用药管理	详细询问既往病史	药剂师协助主治医师制定用药方案,并加强对患者的用药监督与指导
	牙齿影响进食	检查口腔、牙齿,询问是否牙齿问题影响进食	口腔科专科会诊,必要时安装义齿,选择合适食材及烹饪方法如烂糊面、稀饭、豆腐、菜泥等
	便秘	询问患者排便情况	明确患者便秘原因,通过饮食、腹部按摩、药物等促进排便
	慢性疼痛	简化 mcgill 疼痛问卷( Short-form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)	采用音乐疗法或者药物治疗减轻疼痛
	吞咽障碍	吞咽功能评定量表 SSA	留置胃管鼻饲流质及营养液;用凝固粉增加食物的粘稠度;康复理疗师为患者行喉部、会厌部神经肌肉低频电刺激治疗
躯体功能评估	日常生活能力	日常生活能力( ADL )评分表( Barthel 指数)	康复治疗师为患者制并实施康复治疗计划
	跌倒风险	跌倒风险评估量表	做好防跌倒健康宣教,采取必要的环境改造
认知与情感评估	心理问题	焦虑量表( SAS ) 抑郁量表( SDS )	给予药物治疗及心理护理,必要时请心理咨询师介入治疗
	认知障碍	简短精神状态量表( MMSE )	药物控制,加强对患者的认知功能训练
社会及环境	经济状况、子女照顾及支持	详细询问患者及家属	做好家属的思想工作,鼓励其给予患者更多的照顾与关怀

表2 两组患者护理干预前后 MNA、BMI、ALB、HGB、ADL、SF12 评分(指数)比较( $\bar{x} \pm s$ )

项目	研究组 (n=45)		t 值	P 值	对照组 (n=45)		t 值	P 值
	干预前	干预后			干预前	干预后		
MNA (分)	18.44 ± 3.98	24.81 ± 1.49	11.60	0.00	20.54 ± 2.36	22.84 ± 1.97	12.99	0.00
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21.38 ± 3.27	25.40 ± 2.14	11.63	0.00	20.68 ± 5.58	22.57 ± 3.39	3.34	0.02
ALB (g/L)	36.31 ± 6.26	45.72 ± 4.45	12.58	0.00	36.58 ± 4.19	38.67 ± 3.59	5.17	0.00
HGB (g/L)	123.04 ± 25.27	148.06 ± 14.81	11.53	0.00	117.57 ± 22.70	125.64 ± 18.91	5.71	0.00
ADL (分)	81.00 ± 23.07	93.77 ± 10.61	6.24	0.00	82.77 ± 19.26	86.22 ± 13.32	2.67	0.01
SF-12 (%)	48.04 ± 18.58	87.44 ± 8.50	16.85	0.00	49.16 ± 18.70	59.93 ± 15.86	5.93	0.00

表3 研究组患者护理干预前后 MNA、BMI、ALB、HGB ADL SF-12 评分与对照组比较( $\bar{x} \pm s$ )

项目	研究组 (n=45)	对照组 (n=45)	t 值	P 值	
MNA (分)	干预前	18.44 ± 3.98	20.54 ± 2.36	3.03	0.003
	干预后	24.81 ± 1.49	22.84 ± 1.97	5.36	0.00
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	干预前	21.38 ± 3.27	20.68 ± 5.58	0.72	0.47
	干预后	25.40 ± 2.14	22.57 ± 3.39	4.74	0.00
ALB (g/L)	干预前	36.31 ± 6.26	36.58 ± 4.19	0.24	0.81
	干预后	45.72 ± 4.45	38.67 ± 3.59	8.26	0.00
HGB (g/L)	干预前	123.04 ± 25.27	117.57 ± 22.70	1.07	0.28
	干预后	148.06 ± 14.81	125.64 ± 18.91	6.26	0.00
ADL (分)	干预前	81.00 ± 23.07	82.77 ± 19.26	0.39	0.69
	干预后	93.77 ± 10.61	86.22 ± 13.32	2.97	0.004
SF-12 (%)	干预前	48.04 ± 18.58	49.16 ± 18.70	0.28	0.77
	干预后	87.44 ± 8.50	59.93 ± 15.86	10.25	0.00

#### 1.4 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,用  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 同组干预前后营养状况、日常生活能力、生活质量等指标的比较

干预 12 周后,两组的 MNA、BMI、ALB、HGB、ADL、SF-12 评分等水平均高于干预前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

### 2.2 两组干预后营养状况、日常生活能力、生活质量等指标的比较

干预 12 周后,研究组的 MNA、BMI、ALB、HGB、ADL、SF-12 评分等水平均显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 3。

## 3 讨论

老龄化是全世界重要的公共卫生问题。随着人口老龄化的增长趋势,我国是世界上老年人口最多的国家之一,加之现代饮食生活方式改变,老年脑卒中患者发病率在逐年上升。由于老年脑卒中

病程长,常伴有运动、感觉、语言等障碍,加之老年患者身体机能减退,基础疾病较多,老年患者特别是高龄患者发生营养风险(或营养不良)的机率较高<sup>[9]</sup>,而营养不良又会影影响主要脏器的功能、影响治疗及康复效果,必须引起医务人员的重视。

老年综合评估(CGA)作为现代老年康复体系的核心技术,其可行性已得到证实。它是跨学科多维度的诊断过程,全面关注和实施老年综合评估可以使病人得到预见性、及时性、系统性、规范化的专业护理服务,提高专科护理质量<sup>[10]</sup>,还可最大限度维持老年患者功能状态并改善其生活质量<sup>[11]</sup>。有研究表明,老年住院患者发生营养不良的机率较高,应用 CGA 评估中的营养风险筛查工具对老年住院患者营养风险进行评估并及早进行营养干预很有必要<sup>[12]</sup>。另一项研究显示,CGA 结合多学科干预,改善了老年非恶性疾病<sup>[13]</sup>患者的生存和功能,降低再入院率和提高生活质量评分。因此,结合 CGA 和多学科干预可能是改善老年患者营养不良及虚弱的有效手段<sup>[14-15]</sup>。本研究由多学科团队内老年专业评估师使用多个量表,专业、客观地对患者进行全方位的测试及评估,可以更好地发现患者及主要照顾者不被重视的、隐蔽的问题,团队集

体根据每个个案特点制定个性化干预方案并实施,以帮助患者提高生存能力,改善功能及精神状态,确保临床治疗效果。CGA 既是一种诊断工具和治疗工具。它旨在确保所有问题都得到更精准的识别、量化和管理。

在前期研究中我们发现,老年脑卒中患者发生营养风险及营养不良的机率较高,但由于临床症状不典型,在治疗过程中不易被引起重视。通过使用 CGA 工具对患者进行多角度、全方位的综合评估,我们发现有许多原因引起老年脑卒中患者发生营养风险、营养不良,例如吞咽障碍、生活自理能力下降、不良的情绪、家庭成员的照顾、老年人便秘、慢性疼痛、牙齿缺失等问题,都有可能影响患者进食及营养摄入。有研究表明,住院可能导致老年患者功能下降,许多老年患者住院后无法完全恢复身体功能,增加了虚弱、残疾、依赖、再住院和死亡的风险<sup>[16]</sup>。对老年脑卒中患者除了给予常规治疗护理和药物的优化,以及营养干预外,及时实施个性化干预对策,以提高营养干预的有效性,从而使患者机体抵抗力增强,生存能力提高,功能状态改善,护理满意度大大的提高,充分体现了老年专科护理价值<sup>[17]</sup>。本多学科 CGA 科研团队从各专业、多角度的分析疾病,发表各自的观点,然后经全体专家共同研讨,为老年脑卒中患者量身打造科学严谨的诊疗策略和干预治疗方案,并准确掌握患者病情演化方向,定期对患者的治疗反馈进行质量评估和优化,本研究中两组患者的营养评分、血清白蛋白、血红蛋白等水平及日常生活能力、生活质量均高于干预前,说明个性化营养干预对临床指导是有积极作用的,并且,研究组的改善情况明显优于对照组,说明 CGA 综合干预效果更佳。

因此,在患者病情稳定及许可的情况下,尽早通过 CGA 工具对老年脑卒中患者进行全面评估,了解患者营养状况,制订个性化营养方案、有效沟通及专业综合评估团队的干预指导,能更好对老年脑卒中患者实施临床营养干预<sup>[18]</sup>,改善疾病的预后,缩短住院时间,节约社会公共医疗资源。本研究具有良好的推广价值。

#### 参考文献

[1] Ellis G,Gardner M,Tsiachristas A,et al. 入院老年人综合老年评估 [M]. 科克伦数据库系统修订版 2017 ;

- 9:CD006211.
- [2] 张薇,范宇威,高静,等.脑卒中流行病学调查相关文献复习 [J]. 中国临床神经科学,2014,22(6):699-703.
- [3] 肖卫红,吴碧玉.脑卒中后吞咽障碍的康复研究进展 [J] 中国康复理论与实践,2017,23(7):783-787.
- [4] 段永丽.基于老年综合评估的护理干预对老年脑梗死恢复期患者的康复效果研究 [D]. 安徽:安徽医科大学,2017.
- [5] 董文,蔡开灿,蔡瑞君,等.营养风险筛查量表及其在食管癌患者中的应用进展 [J]. 护理学报,2017,24(14):31-35.
- [6] Gomes F,Schuetz P,Bounoure L,et al. ESPEN 多病内科患者营养支持指南 [J]. 克莱因纽特,2018,37:336-53.
- [7] 赵丽蓉,陈琪,李莺.日常生活活动能力量表在分级护理管理中的应用效果 [J]. 护士进修杂志,2016,31(13):1184-1186.
- [8] 苏向妮,徐莎莎,尼春萍,等.社区老年人营养状况与生活质量的的相关性及其影响因素研究 [J]. 护理研究,2018,32(11):1794-1796.
- [9] 霍晓鹏,赖小星,朱宏伟,等.高龄老年患者营养风险、营养不足发生率及营养支持的调查研究 [J]. 现代临床护理,2018,17(10):22-27.
- [10] 刘艾红,彭颖洁,邹娟,等.老年综合评估的临床应用及研究进展 [J]. 全科护理,2019,17(8):931-933.
- [11] 凌慧芬,孙丽凯,杨剑霞.基于老年综合评估的延续护理方案在老年痴呆患者中的应用 [J]. 护理学杂志,2018,33(12):77-79.
- [12] 张燕,王利仙,吕晓华,等.微型营养评估简表在老年慢性病住院患者营养筛查中的应用 [J]. 中华老年多器官疾病杂志,2019,18(2):107-111.
- [13] 埃利斯,怀特黑德,奥尼尔,等.综合老年人的老年评估 [J]. 科克伦数据库系统,2011,7:CD006211.
- [14] Gill TM, Pahor M, Guralnik JM, 等. 结构化体育锻炼对预防 70~89 岁人群严重跌倒伤害的效果:一项随机对照试验 [J]. 中华预防医学杂志,2019,53(9):1.
- [15] Reeves GR,Wellan DJ,Duncan P, 等. 老年急性心力衰竭患者康复治疗 (REHAB-HF) 试验:设计与原理 [J]. 心脏,2017,185:130-9.
- [16] Lu RR,Goodlett SM,Fisher SR, 等. 老年人住院后改善功能恢复的干预措施的随机对照试验:可行性和依从性 [J]. 生物科学医学,2018,73:187-93.
- [17] 曹振华.探讨老年综合评估团队诊治老年人衰弱综合征的护理体会 [J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(79):366-368.
- [18] 肖璞,唐玲,涂芊茜.老年综合评估团队改善住院病人营养风险及营养不良的护理 [J]. 全科护理,2020,18(2):185-187.