

北京社区医务人员对于老年综合评估的评价分析

朱鸣雷¹, 刘晓红¹, 刘谦², 刘喆³, 肖敏⁴

(1. 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院老年医学科, 北京 100730; 2. 北京同仁医院老年医学科; 3. 北京大学第三医院老年内科; 4. 北京市隆福医院老年病科)

[摘要] **目的** 从医务人员的评价角度, 探讨社区医务人员开展老年综合评估(CGA)的可行性, 分析社区开展CGA的效果。**方法** 对北京市608名社区医务人员进行CGA相关培训; 调查参加培训者开展CGA的情况及对CGA的评价。**结果** 在社区培训前, 接受过正规老年医学培训的人员仅占16.6%, 对于CGA及部分老年综合征掌握普遍较差。在培训及社区开展CGA工作后, 对93名社区医务人员的调查显示: 社区进行CGA大多耗时20~30 min, 94.5%的社区医务人员认为CGA对其工作有帮助, 87%的人赞同CGA丰富了老年医学工作内容, 限制社区开展CGA的因素主要为评估花费时间长、缺乏上级医院指导、缺乏开展评估的技能。**结论** 在社区开展CGA能够得到社区医务人员的认可、并在实践中进行干预; 进一步的培训、上级医院的支持、以及适合的评估干预策略, 有望提高社区CGA的效率、落实具体干预措施。

[关键词] 健康状况指标; 社区卫生工作者; 在职培训; 可行性研究; 老年医学

DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2020.04.008

The evaluation and analysis about comprehensive geriatric assessment practiced in community health care professionals Zhu Minglei*, Liu Xiaohong, Liu Qian, Liu Zhe, Xiao Min(* Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Peking Union Medical College, Beijing 100730, China)

Corresponding author: Liu Xiaohong, Email: xhliu41@163.com

[Abstract] **Objective** To explore the possibility of carrying comprehensive geriatric assessment (CGA) in Beijing communities, from the view of community healthcare staves, and evaluate the attitude and effect. **Methods** The healthcare staves in some communities in Beijing were investigated, to understand their baseline of geriatric practice, before the CGA related training. And after their practicing of CGA in communities, an investigation was carried to know the status of CGA practice and the comment about CGA from the community staves. **Results** Before our geriatric training, only 16.6% of the community healthcare staves had received such training, also the skills about CGA and knowledge about geriatric syndromes were insufficient for most of the staves. After our training and CGA practicing in the communities, the survey of 93 community healthcare staves provided the information as below. The time spent on CGA was mostly 20–30 minutes, and 94.5% of the subjects believed that CGA was helpful to their work, 87% subjects agreed that CGA enriched the content of geriatric medicine. The main limiting factors for CGA practice in the community were the costing of time on CGA, the lack of guidance from the superior hospital, and the lack of CGA skills. **Conclusion** CGA can be accepted by the community healthcare staves and intervention after CGA could also be practiced. Further training, supporting from the superior hospital and appropriate assessment strategies may improve the efficiency of CGA in communities and promote individualized interventions.

[Keywords] Health status indicators; Community health workers; Inservice training; Feasibility studies; Geriatrics

老年综合评估(CGA)是针对老年人群的一项多维度、多学科的评估, 涵盖了疾病、老年综合征与用药, 内在能力(躯体功能、认知功能与心理), 社会

环境及自我意愿等, 并可发现多种影响因素、对生活质量的影响程度, 以及不良预后的风险。通过CGA, 可以协助临床更好的发现老年人的问题, 辅助

基金项目:北京市科委十大疾病科技成果推广项目(Z171100001017251); 米尔斯汀亚美医学基金会厄玛和保罗米尔斯坦老年健康专项

作者简介:朱鸣雷, 副主任医师, Email: yidazhuml@126.com

通信作者:刘晓红, 主任医师, 教授, Email: xhliu41@163.com

决策,给予合理干预,从而实现维持老年人功能、改善生活质量的最终目标^[1]。

目前国内老年医务工作者对于 CGA 的理念已逐步接受,已经广泛开始关于 CGA 的实践。在某些方面应用 CGA 已经证实有较好的效果,如 CAG 在药物管理中可有效减少老年人群中的药物不良反应;更好的进行慢病管理,如降压目标设置;更好的脑梗急性期康复;以及肿瘤患者的诊疗决策等。已经发表的文章多为医疗机构实践 CGA 的情况汇总,将 CGA 结果与老年患者预后指标进行相关性分析;但是社区医务人员对于 CGA 的看法与实践情况则未见报道。我们对北京市社区医务人员进行 CGA 的培训,并对其后续运用情况进行调查,分析接受调查者的评价情况,旨在了解在社区医疗中实施 CGA 是否获益、可行。

1 对象与方法

1.1 开展 CGA 培训与实践 2018 年,北京协和医院组织了北京市部分医院及社区医务人员共 608 人,参加了老年医学“微信课堂”学习。对社区医务人员发放老年医学相关教材,组织上级医院老年科医师对所辖社区医务人员开展 CGA 实践指导,并带动开展 CGA。

1.2 社区医务人员对 CGA 了解情况及评价的调查 在学习前,通过编制问卷进行了老年医学理论与知识掌握情况的调查。在社区开展 CGA 工作半年后,通过自制问卷,调查收集社区医务人员开展工作的情况及其对 CGA 评价。共 93 名社区医务人员接受了调查。

2 结果

2.1 培训及实施 CGA 前的基础情况 在接受调查的 608 人中,过去 1 年内参加过老年医学继续教育(GCME)活动的情况:从未参加过 GCME 者占 27.1%,仅参加过 1~2 次占 54.8%,3~5 次占 9.9%,5 次以上占 8.2%。接受调查人员中老年医学知识来源,以片段的学术讲座(316 人)和网络(268 人)为主;而接受过老年医学正规专业培训者仅 101 人,占 16.6%。

在掌握老年医学内容方面的调查显示,受调查者对于老年慢病管理、药物及压疮方面的内容掌握较好,答题正确率约 70%;而对于常见老年综合征(如头晕、跌倒)以及共病管理的内容正确率仅在 30%~50%;对于 CGA 相关评估工具、评估对象,部分老年综合征(如便秘、尿失禁、多重用药、痴呆)以

及健康查体等方面知识掌握较差,正确率均在 30% 以下。

2.2 社区医务人员开展老年综合评估的情况 93 位受调查者中,87 人(93.5%)亲自在社区做过 CGA,72 人(77.4%)在接受调查的近半年内做过 CGA。68 人(73.1%)在对老年患者进行老年医学干预方面接受过上级医院指导;27 人(29%)在 CGA 培训之外,还额外学习了社区常见老年综合征(认知/痴呆、营养、跌倒、抑郁等)。在社区进行 CGA 评估的场所见表 1。近半年内 CGA 评估花费时间见表 2。

表 1 社区开展评估的场所情况

场所	计数	比例
社区老人的家中	33	35.5%
社区的固定场所(活动室、阅读室等)	26	28.0%
社区的医务站或社区医院	81	87.1%
没有做过评估	6	6.5%

表 2 社区老年综合评估的花费时间

每例评估耗时	计数	比例
<10 min	7	9.72%
10~<20 min	26	36.11%
20~<30 min	30	41.67%
30~<40 min	7	9.72%
≥40 min	2	2.78%
总计	72	100%

72 位社区评估者中 71 人(98.6%)会将 CGA 评估结果告诉老人或家属;65 人(90.3%)会针对评估发现的问题给出干预建议。

评估者对于老年人是否接受 CGA 的评价中,仅有 5 人(7%)反馈接受评估的老人觉得不耐烦;而 33.3%的评估者反馈老人对评估较认可,觉得能考虑到更多问题;59.7%的反馈是老年人没有特别反应。

2.3 社区医务人员对于老年综合评估的评价 认为 CGA 对自身工作帮助很大者占 51.4%,认为帮助一般者占 43.1%,认为帮助很小者占 5.6%,认为没帮助的为 0。

CGA 是否丰富了老年医学工作内容,87% 受调查者持赞同态度(见表 3)。

表 3 对于“CGA 丰富了老年医学的工作内容”观点的认同情况

认同情况	计数	比例
非常赞同	34	36.6%
赞同	47	50.5%
没有感觉	11	11.8%
不同意	1	1.1%
完全不同意	0	0%

对于 CGA 对社区老年人有无帮助,多数人认为有帮助,其中 48.4% 的人(45 例)认为“帮助很大”,45.2% 的人(42 例)认为“帮助一般”,仅 3.2% 的人(3 例)认为“帮助很小”,还有 3.2% 的人(3 例)认为“没什么帮助”。

社区医务人员感觉限制 CGA 开展的因素中排在前 4 位的依次为:评估耗时太长(58.1%)、需要上级医院指导和支持(47.3%)、缺乏具体评估的技能(46.2%)、缺乏统一的评估工具(44.1%)。见表 4。

表 4 社区医务人员认为限制老年评估开展的因素

因素	计数	比例
评估花费太长时间	54	58.06%
评估不能收费	15	16.13%
评估对于老年人起不到什么帮助效果	24	25.81%
缺乏统一的评估工具	41	44.09%
缺乏评估的技能	43	46.24%
评估完以后不知道下一步要干什么	32	34.41%
缺乏上级医院的指导和支持	44	47.31%

3 讨论

我国的医疗模式长期以来是以疾病为中心的专科诊疗模式,对于老年患者多注重高血压、糖尿病、脑卒中等慢性疾病的管理,对老年人的功能状态、老年综合征等维度则关注不足。单纯控制慢病难以满足高龄、共病、衰弱老年患者的需求^[2]。我们的调查显示,社区老年医务人员接受正规老年医学培训的较少,对于慢病知识掌握较好,但是对于老年综合征等知识仍需提高。林逸飞等^[3]针对老年科医师的调查也显示,大部分老年科医师在从业前没有接受过专科训练,不了解 CGA 约占 1/5,接受过 CGA 培训者仅占 8.2%。所以,我国目前老年医学工作

人员大多缺乏相关 CGA 培训,缺乏识别和干预老年综合征的能力,需要规范化老年医学培训,以有效掌握 CGA 的技能并有效运用。2017 年发布的《老年综合评估技术应用中国专家共识》^[4]可作为开展 CGA 的参考。

老年综合评估是老年医学的核心技能之一。发达国家的经验显示,无论是在医院还是在社区,针对适宜的老年人群开展 CGA 并给予多学科干预,可以有效的改善老年人群的功能状态、延长其生活自理时间、减少住院及住护理院、减少死亡风险^[5]。我国目前 CGA 相关实践多在医院进行,相关研究证实取得一定效果,但是社区开展 CGA 实践仍缺乏数据。社区是老年人进行健康管理的最适宜场所,可以进行连续性的有效干预,获得较好效果。本研究显示 CGA 也获得了社区医务人员认可,认为 CGA 及后续干预可以“丰富工作内容”“让老年人获益”,说明在社区开展 CGA 是可行的;而在社区以何种形式开展更有效,仍需进一步研究。

开展 CGA 耗时、耗人、需要培训成本。及时了解限制 CGA 开展的因素也有助于推进 CGA 实践。在调查中收集的限制 CGA 开展的因素,主要为“评估耗时较长”。一方面,可能评估的针对性不强,从通常的经验看,CGA 更适合衰弱、共病的老年人群,而社区老年居民可能不需要“面面俱到”的评估,采用对常见社区老年问题的筛查-评估、自评-他评相结合的策略有望进一步提高评估效率;中华医学会老年医学分会也建议根据老年人所处的环境和所具有的风险高低,进行分级评估、分层管理、从多学科角度进行干预^[6];另一方面,社区医务人员觉得耗时,也反映了他们杂事较多,可能人力不足、难以花费更多时间进行 CGA;谢冬梅等针对医院开展 CGA 的调查也显示,床护比高、医务人员学历、接受 CME 与开展 CGA 成正相关^[7],其中床护比恰恰也反映的是人力是否充裕。

其他限制 CGA 开展的因素还包括“评估对于老年人起不到帮助效果”“评估以后不知道要干什么”“缺乏上级医院支持”等,集中反映的是社区医务人员在评估后给予有效的干预不足。在社区医务人员列出的自我感觉最需要掌握的技能中,反映最多的是心理情绪知识、沟通技能、营养知识、膳食指导、切实的具体干预等,说明 GCA 培训与实践是一个多次提升的过程,需要上级医院的具体指导和进一步技能培训,才可能将评估-干预-再评估开展下去,形

成“闭环”。目前蓬勃发展的远程医疗、远程培训与咨询、以及智能化的信息系统,有望有效衔接医院-社区的医务人员^[8],促进社区开展CGA。Silva等^[9]将CGA相关工具、指导等做成手机APP,可更方便非老年医学专业者开展CGA。

综上所述,在社区开展CGA能得到社区医务人员的认可,并在其工作中进行相应干预。通过进阶培训、上级医院支持、以及采用“分层”“分级”的系统性评估干预策略,有望提高社区CGA的可行性,促进老年医学综合干预措施的落实。

参考文献

- [1] 朱鸣雷,王秋梅,刘晓红.老年人综合评估[J].中华老年医学杂志,2015,34(7):709-710.
- [2] 张可可,朱鸣雷,刘晓红,等.北京部分社区老年人共病及老年综合征调查分析[J].中国实用内科杂志,2016,36(5):419-421.
- [3] 林逸飞,丁群芳,曾理,等.临床老年科医师对老年综合评估的认知与运用现状[J].中国老年学杂志,2017,37(8):2050-2051.

- [4] 陈旭娇,严静,王建业,等.老年综合评估技术应用中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2017,36(5):471-477.
- [5] ELLIS G, WHITEHEAD M A, O'NEILL D, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, (7): CD006211. DOI:10.1002/14651858.
- [6] 陈旭娇,严静.《中国老年综合评估技术应用专家共识》解读[J].中华老年医学杂志,2018,37(2):123-124.
- [7] 谢冬梅,董碧蓉,岳冀蓉.四川省综合性医院老年科开展老年综合评估影响因素探讨[J].中华老年医学杂志,2018,37(12):1407-1411.
- [8] 张军跃,陈梓尧,卢清君.“互联网+远程医疗”推动基层学科发展的构想和实践[J].中国医院,2018,22(1):56-58.
- [9] SILVA S, FELGUEIRAS R, OLIVEIRA I C. Geriatric helper: anmhealth application to support comprehensive geriatric assessment[J]. Sensors, 2018, 18(4):1285.

(收稿日期:2020-04-10)

• 论著 •

红细胞体积分布宽度对维持性血液透析患者心血管事件预测作用

张梅,孙晓媚,岳英,姜立萍

(首都医科大学附属北京同仁医院肾内科,北京 100730)

[摘要] 目的 观察红细胞体积分布宽度对维持性血液透析患者心血管事件的预测作用。**方法** 选取2018年4月至2019年3月首都医科大学附属北京同仁医院西区血液透析中心行维持性血液透析患者76例作为研究对象,根据透析期间是否发生心血管事件分为心血管事件组(21例)和非心血管事件组(55例)。记录两组患者心血管事件和外周血红细胞体积分布宽度(RDW),采用独立样本 t 检验,探讨心血管事件和RDW、血红蛋白、年龄、性别、总胆固醇、低密度脂蛋白、血磷、血钙、甲状旁腺激素等之间的关系。采用多因素logistic回归分析心血管事件的独立影响因素。绘制受试者工作特征(ROC)曲线,评价RDW对心血管事件的诊断价值。**结果** 两组患者在性别、年龄、血清白蛋白、血肌酐、C反应蛋白(CRP)、RDW、血红蛋白、透前收缩压和B型钠尿肽(BNP)等方面差异有统计学意义($P<0.05$)。多因素logistic回归分析显示:收缩压(SBP)、BNP对数及RDW是心血管事件的独立危险因素($P<0.05$),ROC曲线显示,曲线下面积AUC为0.771,95%CI为0.645~0.897。**结论** RDW升高是心血管事件的重要危险因素,具有较好的预测价值。

[关键词] 肾功能不全;肾透析;红细胞指数;危险因素

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2020.04.009