

基于体质辨识中医老年综合评估 在养老照护中的应用

袁 野 杨威英 龙 驹 陈梦君 贾华楠

(成都中医药大学附属医院老年/干部科,成都,610072)

摘要 目的:研究基于体质辨识中医老年综合评估(CGA)在养老照护中的应用效果。方法:选取2017年1月至2018年3月于成都康馨缘颐养中心、成都静雅养老服务中心、成都市遐龄居颐养生态园三家养老院入住的老年人180例,随机分为干预组、对照组、空白组,每组60例。3组均开展基于体质辨识的中医CGA,干预组:向评估对象及照护人员公开全部评估结果,并在常规医养照护基础上根据基于体质辨识的中医CGA结果进行综合干预;对照组:隐藏中医体质辨识评估结果,仅在常规医养照护基础上根据评估结果进行综合干预;空白组:隐藏全部评估结果,仅给予常规医养照护,3组均连续养护12个月。分别在入组时、入组第3个月、第6个月和第12个月评估3组干预效果,比较其生命质量(WHOQOL)评分、日常生活能力(ADL)评分、血糖、血脂及血压水平,并统计12个月内3组住院率及体质辨识情况。结果:与入组时比较,入组第3个月、第6个月干预组WHOQOL评分及入组第12个月时3组WHOQOL评分均显著升高,且干预组各时间点均显著高于对照组与空白组($P < 0.05$);与入组时比较,入组第3个月、第6个月和第12个月后3组ADL评分均显著升高($P < 0.05$),且干预组在入组第6个月和第12个月的评分均显著高于对照组与空白组($P < 0.05$);与入组时比较,入组第12个月3组收缩压、TC、TG、FBG及干预组舒张压均显著下降,且干预组各指标水平显著低于对照组与空白组($P < 0.05$),且对照组收缩压、TG及FBG水平显著低于空白组($P < 0.05$);12个月内干预组住院率显著低于对照组及空白组($P < 0.05$),但对照组与空白组住院率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:基于体质辨识的中医CGA可有效控制老年人群疾病进展,提升其生命质量与生活能力,在养老照护中应用效果显著。

关键词 体质辨识;中医;老年综合评估;养老照护

Study on the Application of Traditional Chinese Medicine Comprehensive Geriatric Assessment Based on Constitution Identification in Elderly Care

Yuan Ye, Yang Weiyang, Long Ju, Chen Mengjun, Jia Huanan

(Geriatrics Department/Cadre Administration Section, Affiliated Hospital of Chengdu University
of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610072, China)

Abstract Objective: To study the application effects of Traditional Chinese Medicine (TCM) Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) based on constitution identification in elderly care. **Methods:** A total of 180 cases elderly people in Chengdu Kangxinyuan maintenance center, Chengdu Jingya pension service center, Chengdu Xialingju maintenance of Ecological Park were selected and randomly divided into intervention group, control group and blank group, with 60 cases in each group. All the groups conducted TCM CGA based on constitution identification, intervention group: all the assessment results were released to the evaluated subjects and the caregivers, and the results were adjusted based on the TCM CGA results on the basis of routine medical care; control group: the evaluation results of TCM constitution were hidden, comprehensive intervention based on the evaluation results only on the basis of conventional nursing care; blank group: all the hidden evaluation results, only given routine care. At the time of enrollment, at the 3rd month, the 6th month and the 12th month of enrollment, the effects of intervention were evaluated, and the WHOQOL, ADL scores of 3 groups were compared. The hospitalization rate within 12 months of 3 groups was counted. **Results:** Compared with the time of enrollment, the WHOQOL score of intervention group at the 3rd month and the 6th month and the WHOQOL scores of the 3 groups at the 12th month significantly increased, and intervention group were significantly higher than that of control group and blank group at all time points ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Compared with the time of enrollment, the ADL scores of 3 groups at the 3rd month, the 6th month and the 12th month significantly increased ($P < 0.01$), and the scores of intervention group at the 6th month and the 12th month were significantly higher than that of control group and blank group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Compared with the time of enrollment, the systolic blood pressure, TC, TG, FBG of 3 groups and the diastolic pressure of intervention group significantly decreased at 12th month of enrollment, and the above indexes in intervention group were

significantly lower than those in control group and blank group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$); the systolic blood pressure, TG and FBG levels in control group were significantly lower than those in blank group ($P < 0.05$). The hospitalization rate in intervention group was significantly lower than that of control group and blank group within 12 months ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), but there was no significant difference between control group and blank group ($P > 0.05$). **Conclusion:**TCM CGA based on constitution identification can effectively control the progress of the disease in the elderly, improve their life quality and ability to live, and the application effect is remarkable in the elderly care.

Key Words Constitution identification; Traditional Chinese medicine; Comprehensive Geriatric Assessment; Elderly care
中图分类号:R228 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.07.054

随着社会老龄化的不断加剧,老年人慢性疾病发病率增加,加之生理功能的逐渐衰退,最终可造成不同程度的功能丧失甚至残疾。老年综合评估(CGA)围绕老年人生活的多方面开展工作,通过全面获取老年人群躯体、精神和社会需求等信息,制定针对性的干预方案,进而帮助老年人群改善生命质量并融入社会生活,但目前 CGA 在国内的应用研究尚处于探索阶段^[1-4]。“亿万苍生,九种体质,人各有质,体病相关;体质平和,健康之源,体质偏颇,百病之因”。中医体质辨识提倡综合运用中医“天人合一”的整体观,以期实现“未病先防、既病防变”的目的,本研究以中医体质辨识为切入点发挥中医整体辨证论治观念,开展中医 CGA 在长期养老照护中的应用价值较高^[5],重点观察基于体质辨识的中医 CGA 在养老照护中的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 3 月期间于成都康馨缘颐养中心、成都静雅养老服务中心、成都市遐龄居颐养生态园 3 家养老院入住的 180 例老年人为研究对象,随机分为干预组、对照组、空白组,每组 60 例。3 组间年龄、性别、体重指数(BMI)、基础疾病等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 3 组间一般资料比较

组别	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	男/女 (例)	BMI ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	高血压 (例)	糖尿病 (例)
干预组($n=60$)	74.28 $\pm$ 6.21	35/25	20.28 $\pm$ 2.25	31	18
对照组($n=60$)	75.11 $\pm$ 6.30	37/23	20.34 $\pm$ 2.16	29	16
空白组($n=60$)	74.29 $\pm$ 5.86	40/20	20.10 $\pm$ 2.09	27	20

1.2 纳入标准 1)固定居住于上述 3 家养老中心。2)患者自愿加入本研究并签署知情同意书。3)年龄 ≥ 65 周岁。

1.3 排除标准 1)不符合上述纳入标准者。2)患有精神疾病、存在意识行为障碍而无法配合研究者。3)基础疾病病情严重者。

1.4 脱落与剔除标准 1)研究过程中发生严重不

良事件需退出研究者。2)研究中途失去联系者,或主动退出研究者。

1.5 研究方法 搜集入组人群的临床资料,并于入组后次日清晨检测其空腹血压、血糖、血尿酸、血常规及肝肾功能等,分别于入组时、入组第 3 个月、第 6 个月和第 12 个月进行 CGA:入院伊始即参照《中医体质学》^[6]对所有入组人员进行综合体质判定,可分为平和体质与偏颇体质,偏颇体质可细分为痰湿质、湿热质、阳虚质、阴虚质、气虚质、血瘀质、气郁质、特禀质等 8 种类型;同时选用生命质量量表(WHO-QOL)、日常生活能力量表(ADL)、Barthel 评定量表(BI)、简易智力精神状态检查量表(MMSE)、老年抑郁量表(GDS)、跌倒/坠床危险因素评估量表、褥疮危险因素评估量表、营养评估量表(SGA)、急性生理与慢性健康评分(APACHE)等量表共同组成评估体系。

干预组:由体质评估人士向评估对象及照护人员公开全部评估结果,采取常规医养照护,包括饮食调摄、情志调节、培养良好生活习惯、用药指导、心理慰藉、防跌倒及卧床护理等,并根据中医 CGA 结果进行综合干预,如由专业医师、理疗师进行针刺、按摩及推拿等,结合基础疾病严重程度及具体中医体质等内服中药或穴位注射治疗。

对照组:隐藏中医体质辨识评估结果,仅向评估对象及照护人员公开其他评估结果,并在常规医养照护基础上根据评估结果进行综合干预。

空白组:隐藏全部评估结果,仅给予常规医养照护。

1.6 观察指标 分别在入组时、入组第 3 个月、第 6 个月和第 12 个月比较 3 组 WHOQOL 评分、ADL 评分,分数越高标表示老年人群生命质量与生活能力越好;分别在入组时与入组第 12 个月检测并比较 3 组血压、血脂及血糖水平;统计 12 个月内 3 组住院率及体质分类情况。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件对上述指标进行分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)

表示,采用 t 检验;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组 WHOQOL 评分、ADL 评分比较 与入组时比较,入组第 3 个月、第 6 个月干预组 WHOQOL 评分及入组第 12 个月时 3 组 WHOQOL 评分均显著升高,且干预组各时间点均显著高于对照组与空白组($P < 0.05$);与入组时比较,入组第 3 个月、第 6 个月和第 12 个月后 3 组 ADL 评分均显著升高($P < 0.05$),且干预组在入组第 6 个月和第 12 个月的评分均显著高于对照组与空白组($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 3 组血压、血脂及血糖水平比较 与入组时比较,入组第 12 个月 3 组收缩压、胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、空腹血糖(FBG)及干预组舒张压均显著下降,干预组各指标水平显著低于对照组与空白组($P < 0.05$),对照组收缩压、TG 及 FBG 水平显著低于空白组($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 3 组 WHOQOL 评分、ADL 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)		
组别	WHOQOL 评分	ADL 评分
干预组($n = 60$)		
入组时	60.36 $\pm$ 20.74	43.11 $\pm$ 18.17
入组第 3 个月	68.74 $\pm$ 21.79 * Δ $\square$	53.25 $\pm$ 16.85 *
入组第 6 个月	73.76 $\pm$ 19.12 * Δ $\square$	62.07 $\pm$ 17.03 * Δ $\square$
入组第 12 个月	81.54 $\pm$ 19.26 * Δ $\square$	66.12 $\pm$ 16.45 * Δ $\square$
对照组($n = 60$)		
入组时	60.21 $\pm$ 20.03	43.14 $\pm$ 17.62
入组第 3 个月	60.52 $\pm$ 20.63	53.41 $\pm$ 16.92 *
入组第 6 个月	65.11 $\pm$ 19.30	55.48 $\pm$ 16.50 *
入组第 12 个月	72.61 $\pm$ 18.48 *	59.14 $\pm$ 16.45 *
空白组($n = 60$)		
入组时	60.02 $\pm$ 20.95	43.11 $\pm$ 18.17
入组第 3 个月	60.20 $\pm$ 20.11	53.15 $\pm$ 15.75 *
入组第 6 个月	65.76 $\pm$ 20.04	55.07 $\pm$ 17.10 *
入组第 12 个月	68.13 $\pm$ 19.27 *	57.20 $\pm$ 12.47 *

注:与本组入组时比较,* $P < 0.05$;与对照组入组第 12 个月比较, Δ $P < 0.05$;与空白组入组第 12 个月比较, $P < 0.05$

2.3 3 组干预 12 个月内住院率比较及体质分类情况 干预 12 个月内,干预组有 8 例住院,住院率为 13.33%;对照组 17 例住院,住院率为 28.33%;空白组 24 例住院,住院率为 40.00%,干预组住院率显著低于对照组及空白组($P < 0.05$),但对照组与空白组住院率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

本研究选取的 180 例老年人群中,平和体质者 50 例(27.78%)、痰湿质 43 例(23.89%)、阳虚质 36 例(20.00%)、阴虚质 20(11.11%)、气虚质 18(10.00%)、气郁质 7 例(3.89%)、血瘀质 3(1.67%)、特禀质 2 例(1.11%)、湿热质 1 例(0.55%)。

3 讨论

近年来随着全球经济的迅速发展,人口老龄化已成为全球范围内的普遍现象。据相关调查数据显示,全球老年人口数量至 2050 年预计将增至 20 亿,而我国目前 60 岁及以上人口占比高达 13%~15%,其中 65 岁及以上人口约占 8%~9%,老年医学的发展面临着前所未有的挑战^[7-8]。CGA 旨在考察并了解老年人群存在的能力障碍与相关问题,以便为个体化的预防保健、疾病诊治及康复照护方案提供准确依据。尽管 CGA 在国外老年人群的养老照护中应用广泛,但其在我国的起点较晚,且群众认同度与接受度尚不理想,因此探究更加适合本国国情与老年人群身心发展特点的养老照护方式尤为重要^[9]。

CGA 与中医的整体观念、辨证论治及个体化治疗原则相合。体质是生命过程中在先天遗传和后天获得基础上表现出的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的特质^[10-11]。研究表明,体质类型与机体和对某些疾病的易患性和病变过程中的倾向性密切相关^[12-13]。传统中医的“治未病”理念由来已久,以中医体质辨识为切入点,在中医理论基础上,研究人体不同体质类型的生理和病理特征,

表 3 3 组血压、血脂及血糖比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	FBG(mmol/L)
干预组($n = 60$)					
入组时	130.36 $\pm$ 5.74	88.74 $\pm$ 5.79	6.45 $\pm$ 1.28	3.15 $\pm$ 0.64	7.06 $\pm$ 0.24
入组第 12 个月	110.15 $\pm$ 5.63 * Δ $\square$	84.36 $\pm$ 4.91 * Δ $\square$	4.59 $\pm$ 1.02 * Δ $\square$	2.69 $\pm$ 0.35 * Δ $\square$	5.66 $\pm$ 0.71 * Δ $\square$
对照组($n = 60$)					
入组时	129.57 $\pm$ 5.92	89.15 $\pm$ 5.52	6.48 $\pm$ 1.23	3.10 $\pm$ 0.69	7.10 $\pm$ 0.28
入组第 12 个月	118.18 $\pm$ 5.52 * $\square$	87.31 $\pm$ 5.64	5.37 $\pm$ 1.16 *	2.91 $\pm$ 0.18 * $\square$	5.87 $\pm$ 0.21 * $\square$
空白组($n = 60$)					
入组时	131.02 $\pm$ 5.60	89.04 $\pm$ 5.58	6.49 $\pm$ 1.22	3.24 $\pm$ 0.17	7.05 $\pm$ 0.24
入组第 12 个月	120.23 $\pm$ 5.19 *	88.10 $\pm$ 5.57	5.58 $\pm$ 1.26 *	2.97 $\pm$ 0.08 *	5.95 $\pm$ 0.18 *

注:与本组入组时比较,* $P < 0.05$;与对照组入组第 12 个月比较, Δ $P < 0.05$;与空白组入组第 12 个月比较, $P < 0.05$

分析疾病发生、发展过程中所反映的状态,以此判断其性质及预后,从而指导疾病防治和康复,因此开展中医 CGA 可充分发挥中医整体观念,有助于综合判断、分析研究对象的中医证候或体征,丰富和充实 CGA 的内涵及实用性,有助于中老年人群得到更好的养老照护^[14-15]。此外中医体质辨识理念在我国群众基础较为良好,且操作简便,应用可行性高。本研究结果中,与入组时比较,入组第3个月、第6个月干预组 WHOQOL 评分及入组第12个月时3组 WHOQOL 评分均显著升高,且干预组各时间点均显著高于对照组与空白组;与入组时比较,入组第3个月、第6个月和第12个月后3组 ADL 评分均显著增加,且干预组在入组第6个月和第12个月的评分均显著高于对照组与空白组,提示不论是常规养护还是依据 CGA 结果进行综合干预均可有效提升老年人群的日常生活能力及生命质量,但基于体质辨识结果的中医 CGA 对老年人群的生命质量及日常生活能力的提升效果更为明显。

中医体质辨识体系构建的关键是利用体质学资料、体征和辅助检查指标将老年人群按中医阴阳五行标准分类,然后遵循八纲辨证结合脏腑辨证原则分型,分型后仍按中医传统辨证对应选方治疗^[16]。中医体质学说正是以生命个体的“人”为研究出发点,以中医理论为指导,将中医体质辨识应用与 CGA 结合,有助于发现老年潜在风险,从饮食、情志、生活习惯等多方面调护和指导老年患者偏颇体质,有助于控制其基础疾病的进展,控制血压、血糖及血脂水平^[17-18]。赵帅^[19]的研究表明,高血压疾病人群主要为气虚质、阴虚质、痰湿质及湿热质等,且血压分级与血脂水平可能是影响气虚质、痰湿质及阴虚质的主要危险因素,因此依据体质类型进行养老照护对基础疾病的治疗存在重要意义。本研究结果中,与治疗前比较,治疗后3组收缩压、TC、TG、FBG 及干预组舒张压均显著下降,干预组各指标水平显著低于对照组与空白组,对照组收缩压、TG 及 FBG 水平显著低于空白组;12个月内干预组住院率显著高于对照组及空白组,提示基于体质辨识结果的中医 CGA 有助于控制老年人群慢性疾病进展,提升其健康水平,降低住院率。

综上所述,基于体质辨识结果的中医 CGA 在老年人群中的应用效果突出,可有效控制其基础疾病

进展,提升日常生活能力与生命质量。

参考文献

- [1]李秀娟.以中医体质辨识养生为特色的社区非药物干预对血压正常高值老年人群的影响[J].世界中医药,2012,7(4):345-347.
- [2]康琳,朱鸣雷,刘晓红,等.住院患者老年综合评估规范及初步效果分析[J].中华老年多器官疾病杂志,2015,14(2):84-88.
- [3]Luciani A, Dottorini L, Battisti N, et al. Screening elderly cancer patients for disabilities: evaluation of study of osteoporotic fractures (SOF) index and comprehensive geriatric assessment (CGA) [J]. Ann Oncol, 2013, 24(2):469-474.
- [4]程燕,吴晶晶,孙尧.老年综合评估及干预在改善老年住院患者营养状态中的作用[J].中国医科大学学报,2015,44(10):945-947.
- [5]陈燕丽,曹建平,李跃平,等.中医体质辨识在社区老年高血压患者健康管理中的应用分析[J].中国初级卫生保健,2015,29(9):26-28.
- [6]王琦.中医体质学(2008)(精)[M].北京:人民卫生出版社,2009.
- [7]何柳,石文惠.人口老龄化对中国人群主要慢性非传染性疾病死亡率的影响[J].中华疾病控制杂志,2016,20(2):121-124.
- [8]王秋梅,刘晓红.老年综合评估在老年医学工作中的应用[J].中华老年多器官疾病杂志,2016,15(8):561-564.
- [9]杨帆,陈庆伟.老年健康综合评估指标-衰弱状态评估及相关研究[J].国际老年医学杂志,2015,10(4):179-182.
- [10]郭威堂,汪鸣,韩琦,等.论阳虚体质与肿瘤的发病关系[J].中医药信息,2016,33(6):17-19.
- [11]杨俊丽,郭文海,李海涛,等.中医体质辨识与亚健康调控[J].中医药学报,2013,41(3):12-13.
- [12]郑燕飞,焦招柱,王济,等.从中医体质角度防治慢性病探讨[J].云南中医学院学报,2013,36(4):82-84.
- [13]王俊,王雪君,赵兰芳,等.中老年居民慢性病及相关因素与中医体质类型的关系研究[J].浙江预防医学,2014,26(9):872-875.
- [14]章晓君,卢艳丽,王元利,等.中医体质辨识及调护用于老年综合评估的临床应用研究[J].中国医药导报,2016,13(35):131-133,146.
- [15]陈燕,林静,洪净.构建个性化老年中医体质辨识重要性的探讨[J].中国医药导报,2016,22(23):25-28.
- [16]王玉霞,任翠梅,李润杰,等.中医体质辨识融入社区健康管理对代谢综合征的防治效果分析[J].中国全科医学,2012,15(4):459-461.
- [17]姚为华.行为转变理论对高血压患者血压、血脂水平及生存质量的影响[J].贵阳医学院学报,2015,40(7):769-771,775.
- [18]杨欢,顾勤,花海兵.中医体质辨识在老年常见慢性病中的应用现状[J].西部中医药,2017,30(2):140-142.
- [19]赵帅.高血压分级与血脂、血糖水平及中医体质的相关研究[D].广州:广州中医药大学,2013.

(2018-04-23 收稿 责任编辑:杨觉雄)