

老年综合评估 (CGA) 指导下失能老人误吸风险的循证护理实践

邓迎梅 屈欣

重庆市第十三人民医院 重庆 400050

【摘要】：失能老人误吸风险防控是老年护理的重点课题，老年综合评估 (CGA) 指导下的循证护理是其有效防控路径。本文梳理该护理模式实践中的现存问题，主要包括 CGA 评估维度未充分覆盖误吸相关风险、循证护理证据与失能老人适配性不足、CGA 与循证护理衔接缺乏扎实理论支撑。针对上述问题，提出以下优化方案：拓展 CGA 评估维度、建立适配失能老人的循证证据筛选标准、强化二者衔接理论研究的优化方法，有效完善护理实践体系，实现误吸风险精准识别与科学干预，为提升失能老人误吸防控质量、保障其生命安全及生活质量提供支撑。

【关键词】：老年综合评估 (CGA)；失能老人；误吸风险；循证护理；护理实践

DOI:10.12417/3041-0630.26.09.023

引言

随着人口老龄化进程加快，失能老人群体规模持续扩大，误吸作为其临床常见并发症，不仅增加肺部感染、窒息等不良事件发生率，还严重威胁老人生命安全与生活质量，成为老年护理领域亟待破解的难题。老年综合评估 (CGA) 作为多维度、多学科的老年健康评估模式，可全面捕捉失能老人的健康隐患，循证护理则依托科学证据为护理实践提供支撑，二者结合为失能老人误吸风险防控提供了新路径。当前，CGA 指导下的循证护理在失能老人误吸防控中虽具有理论优势，但在实践层面仍存在关键障碍。本文针对这些障碍进行系统梳理，并提出相应优化方案，为提升失能老人误吸风险护理质量、推动老年护理规范化发展提供实践参考。

1 CGA 指导下失能老人误吸风险循证护理的现存问题梳理

1.1 CGA 评估维度未充分覆盖失能老人误吸相关风险因素

当前临床所用老年综合评估 (CGA) 体系，评估维度多局限于失能老人躯体功能、认知状态、营养状况及社会支持等常规内容，对误吸相关风险因素覆盖不足、存在片面性，无法全面囊括失能老人误吸的多元诱因。现有评估仅简单开展基础吞咽功能筛查，忽视长期卧床带来的体位性误吸风险，以及口腔卫生不良诱发的分泌物误吸隐患，口腔不洁滋生细菌所引发的分泌物误吸，也是隐性误吸的重要诱因。CGA 常规评估尚未纳入药物影响因素，失能老人长期服用的镇静、安眠类药物会抑制吞咽保护反射，显著升高误吸风险却未被重点评估。同时，针对胃食管反流、咳嗽无力等隐性误吸相关因素，现有体系也缺乏专项评估指标，难以全面识别潜在风险，致使后续循证护理干预缺少完整精准的评估依据，无法实现失能老人误吸风险的全方位防控。

1.2 循证护理证据筛选与失能老人群体适配性不足

循证护理证据筛选与失能老人群体适配性不足，是 CGA 指导下失能老人误吸风险循证护理实践的突出短板。现有循证护理证据大多依托普通老年人或单一疾病老年患者研究建立，缺少面向失能老人的专属筛选标准与群体适配考量。目前证据检索筛选普遍套用通用循证框架，未能结合 CGA 涵盖的身体功能、认知水平、营养状况、社会支持等多维度评估要素，筛选所得证据难以契合失能老人群体的异质性特点^[1]。现有证据多聚焦误吸风险通用预防手段，忽视不同失能等级、吞咽障碍程度、认知障碍类型带来的个体差异，部分国外研究证据也未贴合国内失能老人生活习惯、照护模式及本土国情，与实际临床照护需求存在明显脱节。同时证据筛选环节缺乏 CGA 评估工具的应用支撑，进一步削弱了循证证据应用于失能老人误吸风险护理的适配度与临床可操作性。

1.3 CGA 与循证护理衔接的理论支撑较为薄弱

CGA 作为多维度、多学科老年综合评估模式，能够全面排查失能老人躯体、功能、心理及社会层面健康隐患，循证护理注重将优质研究证据、临床专业经验与实际照护场景有机结合，二者有效衔接是提升失能老人误吸风险护理质量的关键。当前二者融合应用仍缺乏成熟完善的理论体系支撑，现有研究多单独探讨 CGA 单一评估维度或循证护理独立实践，尚未建立专门的系统性衔接框架，难以理清吞咽功能、认知状态、营养状况等评估模块，与循证护理证据检索、评价、转化各环节的内在关联^[2]。相关研究多照搬通用护理理论，未结合失能老人误吸风险特质与 CGA 多维评估特性做针对性建构，缺乏明确理论指引与统一衔接标准。现有理论成果较为零散碎片化，未能形成规范化体系，阻碍 CGA 评估结果向循证护理决策转化，也难以以为此类护理衔接实践提供稳固理论依据。

2 CGA 指导下失能老人误吸风险循证护理的优化方案

2.1 拓展 CGA 评估维度完善误吸风险识别体系

拓展 CGA 评估维度以完善失能老人误吸风险识别体系，需突破传统单一躯体功能评估局限，依托循证研究将误吸专项维度纳入 CGA 框架。在原有躯体功能评估基础上强化吞咽功能评估，从吞咽反射完整性、食物运送效率及气道保护能力等维度识别隐患。增设营养与口腔功能评估，识别营养不良所致吞咽肌力下降风险，从口腔清洁度、牙齿完好程度及唾液分泌状态等方面判断食物塑形及吞咽启动水平。同步纳入认知功能与用药评估，筛查认知障碍对进食配合度的影响，梳理镇静剂、抗胆碱类药物对吞咽功能的抑制效应，由此构建多维度立体化风险识别体系，实现失能老人误吸风险的早期甄别与分层评估。

2.2 建立适配失能老人的循证护理证据筛选标准

以老年综合评估（CGA）多维度评估为核心导向，构建失能老人循证护理证据筛选标准，紧扣失能老人生理机能衰退、吞咽障碍、认知水平异质性等核心特征，兼顾证据科学性、临床适用性与本土化适配性。明确证据来源层级准入规则，优先纳入指南、系统综述、专家共识等高等级文献，剔除翻译版文献及研究计划书类资料，保障证据来源规范可靠。筛选过程聚焦失能老人群体适配性，围绕误吸风险防控主线，结合 CGA 包含的吞咽功能、认知状态、躯体活动能力等关键评估维度，剔除与失能老人生理特征及实际照护场景不符的证据。依照循证护理评价规范，运用标准化评价工具，从方法学质量、真实性、实践适用性进行综合甄别，确保纳入证据精准契合 CGA

框架下失能老人误吸风险护理实际需求，为制定规范化循证护理措施提供科学支撑。

2.3 强化 CGA 与循证护理衔接的理论研究与完善

强化 CGA 与循证护理的衔接理论研究与体系完善，立足 CGA 多维度、多学科核心特质和循证护理证据导向原则，破解二者衔接中理论支撑不足、逻辑关联松散的突出问题。系统梳理 CGA 各评估维度与失能老人误吸风险循证证据的内在联系，厘清误吸风险评估指标与循证护理证据的对应逻辑，规避评估与护理相互脱节的理论短板^[1]。着力完善 CGA 评估结果向循证护理决策转化的理论框架，细化评估信息筛选、证据匹配、方案适配的实施路径，补齐现有研究缺乏专项衔接机制的短板。整合护理学、伦理学、卫生管理学等多学科理论资源，拓展丰富衔接理论内涵与外延，构建系统完备、靶向性强的理论体系，为 CGA 与循证护理高效衔接筑牢理论根基，推动衔接流程走向规范化、科学化。

3 结语

失能老人误吸风险防控是老年护理工作的重点与难点，CGA 指导下的循证护理为此提供了科学可行的实践路径。目前该护理模式仍存在评估维度不全、证据适配性不足、理论衔接薄弱等现实问题，制约了误吸防控成效。通过拓展 CGA 误吸专项评估维度、建立适配失能老人的循证证据筛选标准、夯实二者衔接理论基础，能够完善护理实践体系，实现误吸风险精准识别与科学干预。今后应深化多学科协作，推动理论与临床深度融合，持续优化护理方案，提升失能老人误吸防控水平，守护其生命安全与生活质量，助力老年护理事业高质量发展。

参考文献：

- [1] 杨燕,吴立新,方秀花,等.误吸风险评估结合约翰霍普金斯循证护理对 ICU 老年鼻饲病人误吸及营养状况的影响[J].护理研究,2022,36(05):910-914.
- [2] 梁春香.基于老年综合评估的个体化护理在老年冠心病患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(25):103-105.
- [3] 杨沛兰.综合评估护理对老年慢性阻塞性肺疾病患者的影响[J].中外医药研究,2025,4(19):140-142.