

# 一体化管理的老年综合评估护理模式 对前列腺癌患者心理因素和生活质量的影响

杨希澜, 宋思霖

南京医科大学附属南京医院 南京市第一医院泌尿外科, 江苏 南京 210006

**摘要:** **目的** 探讨对前列腺癌患者采用一体化管理老年综合评估(CGA)护理模式对其心理因素和生活质量的影响。**方法** 选取2020年3月至2021年3月在南京市第一医院就诊,确诊为前列腺癌,且首次行腹腔镜下前列腺癌根治术的患者96例,随机分为对照组、观察1组、观察2组,各32例。对照组为住院后采用常规护理模式进行护理,观察1组为入院后行CGA干预组,观察2组为一体化管理的CGA干预组。三组患者分别在干预前、出院时,进行焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)测评;在干预前、术后30d,进行生活质量核心量表QLQ-C30(V3.0)和前列腺癌特异性补充量表QLQ-PR25测评。**结果** 出院时,观察2组SAS、SDS评分显著优于对照组及观察1组( $P<0.05$ );术后30d,观察2组生活质量QLQ-C30、QLQ-PR25评分显著优于对照组及观察1组( $P<0.05$ )。**结论** 一体化管理CGA护理模式可有效改善前列腺癌患者的心理状态,提高其术后生活质量。

**关键词:** 老年综合评估; 一体化管理; 前列腺癌; 心理因素; 生活质量

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2022)01-0144-05

## Effect of integrated management and comprehensive geriatric assessment nursing model on psychological factors and quality of life in patients with prostate cancer

YANG Xi-lan, SONG Si-lin

Department of Urology, Nanjing First Hospital (Affiliated Nanjing Hospital of Nanjing Medical University), Nanjing, Jiangsu 210006, China

**Abstract: Objective** To explore the effects of integrated management and comprehensive geriatric assessment (CGA) nursing model on psychological factors and quality of life of patients with prostate cancer. **Methods** A total of ninety-six patients diagnosed with prostate cancer and underwent laparoscopic radical prostatectomy (LRP) for the first time in Nanjing First Hospital from March 2020 to March 2021 were selected and randomly divided into control group, observation group 1 and observation group 2 ( $n=32$ , each). The routine nursing mode was given after admission in control group, CGA intervention was performed in observation group 1, and CGA intervention with integrated management was performed in observation group 2. All patients were evaluated by self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS) before intervention and at discharge, and evaluated by core quality of life questionnaire QLQ-C30 (V3.0) and prostate cancer-specific module supplementary scale (QLQ-PR25) before intervention and 30 days after operation. **Results** SAS and SDS scores in observation group 2 were significantly better than those in control group and observation group 1 at discharge ( $P<0.05$ ). At 30 days after operation, the QLQ-C30 and QLQ-PR25 scores of quality of life in observation group 2 were obviously better than those in control group and observation group 1 ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The integrated management and CGA nursing model can effectively improve the psychological state and postoperative quality of life for patients with prostate cancer.

**Keywords:** Comprehensive geriatric assessment; Integrated management; Prostate cancer; Psychological factors; Quality of life

近年来,前列腺癌的发生率呈现逐年攀升态势<sup>[1]</sup>,其发病率随着年龄的增长而增长<sup>[2]</sup>,这一老年男性疾病,具有较高的异质性。目前手术治疗仍为前列腺癌的主要治疗方法之一<sup>[3]</sup>,但在治疗时患者容易产生对疾病的发展和预后的不明确感,并会长期伴随很大的精神压力<sup>[4-5]</sup>,从而影响患者回归社会。探讨前列腺癌患者的情绪障碍、社会支持等心理社会因素状况,可为其临床综合诊治、个体化康复方案的制订及生活质量的提高提供帮助。在对这些老年患者进行护理干预时,本中心采用老年综合评估(CGA)的护理模式,其主要依据生理-心理-社会的医学模式,采取多学科方法对老年人日常生活能力、身体状况、疾病情况等综合评估,并制定个性化干预计划,最大程度改善老年人生活质量<sup>[6]</sup>。同时,将前列腺癌患者的围术期管理战线向前延伸,形成“院前-院内”一体化,在有条件的筛查时期,即刻对患者进行护理干预,引导其自我管理,进行癌前预康复,最大限度地满足患者的身心需要,改善其身心状态,积极面对治疗,提高其术后生活质量。本研究将CGA为基础的护理干预和一体化管理模式相结合,指导前列腺癌患者的护理,取得了满意效果。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年3月至2021年3月在南京市第一医院泌尿外科就诊并且行前列腺癌根治术患者96例,随机分成三组,对照组、观察1组和观察2组各32例,三组患者在病程、年龄、前列腺特异抗原(PSA)水平、Gleason评分等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表1。本研究通过医院伦理委员会同意,所有患者均已签署知情同意书。纳入标准:(1)均经前列腺穿刺病理检查确诊为前列腺癌,无盆腔淋巴结侵犯或远处转移;(2)首次行腹腔镜下前列腺癌根治术,无手术及麻醉禁忌证;(3)小学及以上文化程度,认知、理解、沟通能力正常;(4)知情同意并自愿参与本研究。排除标准:(1)肿瘤终末期,出现多个脏器衰竭;(2)合并其他原发恶性肿瘤;(3)合并心、脑、肝、肺、血液系统等严重原发性疾病;(4)伴有尿道外伤性狭窄、尿道结石、膀胱颈硬化、膀胱憩室、神经源性膀胱;(5)意识障碍、精神疾病患者;(6)认知水平异常者;(7)无家属或朋友陪伴者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理模式,患者确诊收治

入院后给予腹腔镜下前列腺癌根治术围术期专科护理。(1)健康宣教:出入院及术前术后,住院期间的健康宣教;(2)护理评估:应用医院现行各护理评估工具对患者围术期进行整体评估,包括Braden评分、跌倒坠床评分、Autar评分、管道滑脱评分、数字疼痛评分、自理能力Barthel评分等;(3)护理措施:根据评估结果给予相应的护理措施,包括病情观察、管道护理、饮食与活动、疼痛护理、心理护理、并发症的预防及护理等。

1.2.2 观察1组 采取CGA护理模式。(1)CGA工具的制定:根据本科老年患者特点整合CGA量表<sup>[7]</sup>,内容包括能力评估[日常活动能力评估表(Barthel指数)]、认知功能评估[简易精神状态评估量表(MMSE)]、情感评估[老年抑郁量表(GDS)]、社会支持评估[社会支持量表(SSRS)]和营养评估[微型营养评估表(MNA-SF)],并最终形成CGA手册。各项评分表经由科室多学科协作诊治小组共同筛选、制定并经过老年科专家的审核指导与修改。CGA评估工具和CGA手册见表2、表3。(2)CGA护理模式内容:①建立CGA档案,入院当天,责任护士根据CGA各项评估量表评估患者,记录结果,同时收集其一般资料、临床疾病资料等,为其建立CGA档案。档案包括CGA手册、入院评估表、CGA护理记录单,出院时取出科室存档。②CGA护理干预,住院期间,责任护士根据CGA评估结果进行针对性的护理干预,对评估结果需要干预的风险护理问题,在患者床头插入风险标志,提醒关注。根据评估项目的要求,每天或每班对患者实施针对性护理措施和个性化健康知识宣教,护士记录在CGA护理记录单中并签名,确保护理干预服务内容有效执行。护理措施的实施由护理组长及护士长负责质控,针对没有达到护理服务目标的情况,定期组织讨论,提出改进建议。③随访,出院前1天,责任护士根据患者住院期间的CGA档案内容为患者进行针对性的健康出院指导,告知患者及其家属注意事项,指导出院后每日写排尿日记。根据患者习惯选用微信、QQ、短信、电话等方式随访,首次随访时间为出院3d后,第1个月内每周随访1次。出院1个月复诊。

1.2.3 观察2组 采取一体化管理CGA护理模式。院前管理:(1)门诊筛查时期,专科护士根据CGA手册,对患者进行即刻评估,建立CGA档案,同时根据CGA护理相关表格中的风险护理问题进行护理干预方案制定,予以个性化健康知识宣教,并形成健康教育手册,方便患者及家属随时查阅。专科护士实施护

**表 1** 三组患者一般资料比较 (n=32,  $\bar{x}\pm s$ )  
**Tab. 1** Comparison of general data of three groups of patients (n=32,  $\bar{x}\pm s$ )

| 组别                 | 年龄(岁)      | PSA(ng/L)   | Gleason 评分(分) | 文化程度(例) |       |       |
|--------------------|------------|-------------|---------------|---------|-------|-------|
|                    |            |             |               | 小学      | 初中    | 高中及以上 |
| 对照组                | 72.78±5.12 | 16.48± 9.92 | 7.09±0.78     | 9       | 14    | 9     |
| 观察 1 组             | 73.25±5.39 | 16.88±11.50 | 6.97±0.74     | 8       | 16    | 8     |
| 观察 2 组             | 71.97±6.25 | 17.24± 9.81 | 6.94±0.76     | 9       | 13    | 10    |
| F/χ <sup>2</sup> 值 | 0.428      | 0.043       | 0.380         |         | 0.625 |       |
| P 值                | 0.653      | 0.958       | 0.685         |         | 0.960 |       |

**表 2** CGA 评估工具  
**Tab. 2** CGA evaluation tools

| 评估内容 | 评估工具       | 得分  |
|------|------------|---|
| 生活能力 | Barthel 指数 | 正常 100 分;轻度依赖 61~99 分;中度依赖 41~60 分;重度依赖 ≤40 分 |
| 营养状况 | MNA-SF     | 0~14 分(≤11 营养不良)                              |
| 情感   | GDS-15     | 0~15 分(≥8 存在抑郁症状)                             |
| 并发症  | MCIRS-G    | 根据疾病严重程度分为 5 个等级,总分为各项累计加分                    |
| 社会支持 | SSRS       | 正常 ≥20 分;分数越高,社会支持度越高                         |
| 认知功能 | MMSE       | 正常 27~30 分;<27 分存在认知功能障碍                      |

**表 3** CGA 评估手册  
**Tab. 3** CGA Evaluation Manual

| 评估项目 | 使用评分表      | 评估结果                          | 启动干预(勾选) |
|------|------------|-------------------------------|----------|
| 活动能力 | Barthel 指数 | <90                           | ✓        |
| 认知功能 | MMSE       | 文盲 ≤17 分,小学 ≤20 分,初中及以上 ≤24 分 | ✓        |
| 情感   | GDS-15     | ≥5                            | ✓        |
| 社会支持 | SSRS       | <20 分                         | ✓        |
| 营养   | MNA-SF     | ≤11 分                         | ✓        |
| 合并症  | MCIRS-G    | 3 级及以上                        | ✓        |

理干预服务前在护理问题表格上打钩。(2)确诊期,专科护士根据患者习惯,微信、QQ、短信、电话等方式随访,确保患者个性化健康教育知识有效掌握,及时评价护理干预服务完成情况,有效执行的护理干预服务内容在表格上打钩,并体现在 CGA 档案上。护士长负责质控,针对没有达到护理服务目标的情况,每周组织讨论,提出改进建议。院内管理同 1.2.2 CGA 护理模式。

**1.2.4 评价方法** (1)干预前、出院时测评心理状况:采用 Zung 焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)<sup>[8]</sup>。SAS 和 SDS 均包含 20 个选项,采用 4 级评分法,总分乘以 1.25 取整数,即得标准分,分值越高则焦虑、抑郁程度越重。(2)干预前、术后 30 d 测评生活质量情况:采用欧洲癌症研究与治疗组织(EORTC)开发的 EORTC QLQ-PR55 量表<sup>[9]</sup>,注意表是由生活质量核心量表 LQ-C30(V3.0)中文版和前列

腺癌生活质量特异量表 QLQ-PR25 两者结合的特异性量表。其中,QLQ-C30(V3.0)分为 15 个亚量表一共 30 个条目,分别为 1 个总体健康状况/生存质量量表;3 个症状子量表为恶心与呕吐、疼痛、疲乏;5 个功能子量表为躯体功能、认知功能、情绪功能、角色功能及社会功能;6 个单一条目为失眠、气促、食欲缺乏、腹泻、便秘及经济困难;30 个条目中,除了条目 29、30 为 7 个等级,其它条目分为 4 个等级。QLQ-PR25 分为 4 个领域一共 25 个条目,分别为 3 个症状子量表,即泌尿症状 9 个条目,肠道症状 4 个条目及治疗相关症状 6 个条目;2 个性功能子量表,即性功能 6 个条目,每个条目分为 4 个等级<sup>[10]</sup>。QLQ-C30(V3.0)和 QLQ-PR25 的各项原始得分经线性公式转换为 0~100 分。总健康状况和功能子量表得分越高表明生活质量越好;症状子量表和单一条目得分越高表明生活质量状况越差,性功能子量表得分越高,表明性生活质量越好,本研究中性功能子量表不适用于前列腺癌根治术后 30 d 患者,故被排除在分析之外。

**1.2.5 资料收集方法** 挑选 3 名主管护师为本课题量表调查研究人员,调查前接受有关量表知识培训,掌握调查量表有关知识、调查方法。调查前由门诊护士、责任护士采用统一指导语向患者及家属阐述本次调查的目的、意义,获其同意后,分别于干预前、出院时采用 SAS、SDS 对三组患者焦虑、抑郁状况进行测评;干预前、术后 30 d 采用 QLQ-C30(V3.0)和 QLQ-PR25 对三组患者生活质量进行测评。研究者现场发放量表,患者逐项填写,不能独立填写者或对量表条目理解困难者,由研究者协助完成,填写完毕当场回收并检查,回收率及有效率均为 100%。

**1.3 统计学方法** 采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理。计数资料采用例(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。计量资料符合正态分布且方差齐性者以  $\bar{x}\pm s$  表示,组间比较采用单因素方差分析及两两比较的 LSD-t 检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 三组患者干预前、出院时心理状况比较 干预前三组 SAS、SDS 评分差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；经过干预,三组 SAS、SDS 评分均显著下降 ( $P<0.01$ )。出院时三组 SAS、SDS 评分差异有统计学意义 ( $P<0.05, P<0.01$ ),且得分以对照组→观察1组→观察2组之序递减 ( $P<0.01$ )。见表4。

2.2 三组患者干预前后生活质量比较 干预前三组 QLQ-C30、QLQ-PR25 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；经过干预,三组 QLQ-C30、QLQ-PR25 评分均有显著改善 ( $P<0.01$ )。出院时三组 QLQ-C30、QLQ-PR25 得分差异均有统计学意义 ( $P<0.05, P<0.01$ )。见表5。

表4 干预前后 SAS、SDS 比较 ( $n=32$ , 分,  $\bar{x}\pm s$ )  
Tab. 4 Comparison of SAS and SDS before and after intervention ( $n=32$ , point,  $\bar{x}\pm s$ )

| 组别   | SAS        |                           | SDS        |                           |
|------|------------|---------------------------|------------|---------------------------|
|      | 干预前        | 出院时                       | 干预前        | 出院时                       |
| 对照组  | 59.50±5.78 | 53.44±5.90 <sup>a</sup>   | 62.44±5.85 | 56.38±5.86 <sup>a</sup>   |
| 观察1组 | 60.25±5.83 | 45.81±4.19 <sup>ab</sup>  | 62.88±5.96 | 48.34±4.26 <sup>ab</sup>  |
| 观察2组 | 61.03±5.95 | 39.28±5.74 <sup>abc</sup> | 63.94±5.92 | 40.88±6.18 <sup>abc</sup> |
| F值   | 0.548      | 56.520                    | 0.546      | 63.634                    |
| P值   | 0.580      | <0.001                    | 0.581      | <0.001                    |

注:与同组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.01$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ ;与观察1组比较,<sup>c</sup> $P<0.05$ 。

表5 干预前后 QLQ-C30、QLQ-PR25 比较 ( $n=32$ , 分,  $\bar{x}\pm s$ )  
Tab. 5 Comparison of QLQ-C30 and QLQ-PR25 before and after intervention ( $n=32$ , point,  $\bar{x}\pm s$ )

| 组别   | QLQ-C30    |                           | QLQ-PR25   |                           |
|------|------------|---------------------------|------------|---------------------------|
|      | 干预前        | 术后30d                     | 干预前        | 术后30d                     |
| 对照组  | 64.69±4.23 | 70.31±4.25 <sup>a</sup>   | 61.13±5.99 | 51.09±6.00 <sup>a</sup>   |
| 观察1组 | 64.91±5.25 | 76.41±5.28 <sup>ab</sup>  | 60.22±5.00 | 44.41±6.31 <sup>ab</sup>  |
| 观察2组 | 63.94±4.26 | 80.31±5.87 <sup>abc</sup> | 61.63±5.89 | 38.38±5.24 <sup>abc</sup> |
| F值   | 0.390      | 30.338                    | 0.511      | 37.598                    |
| P值   | 0.678      | <0.001                    | 0.602      | <0.001                    |

注:与同组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.01$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ ;与观察1组比较,<sup>c</sup> $P<0.05$ 。

## 3 讨论

前列腺癌老年患者具有多病共存、生理性衰退和病理性改变同时存在且相互影响、难以区分的特点,传统单一维度的医学评估已难以满足老年群体的需要,因此,需对老年人进行有效的综合评估<sup>[11]</sup>。CGA是针对老年患者的多学科方法,包括识别、管理和针对已发现问题的后续行动的综合计划<sup>[12]</sup>,研究表明其在临床治疗和护理干预方面具有良好的指导价值<sup>[13]</sup>。本研究中CGA的护理干预模式将多个学科

的护理方法综合用于对老年患者的健康维护,通过对患者身体各方面状况的评估,制定相应的护理方案,从患者生理、认知、心理等维度最大限度促进患者术后康复,与常规护理模式相比,CGA模式能够扩展优质护理服务理念,使老年患者的整体护理效果得到有效提高。一体化管理又被称为“综合管理体系”、“整合型管理体系”等,就是指两个或三个管理体系并存,将公共要素整合在一起,在统一的管理构架下运行的模式。目前多项研究表明一体化管理模式在急救及慢病管理中具有良好的临床应用前景<sup>[14-16]</sup>,而本研究将前列腺癌患者纳入一体化管理模式中,继续贯彻该模式“战略前移、引导自我管理、癌前预康复”的方针,让患者了解自身主要健康危险因素及其发展的后果,进行癌前预康复,最大程度预防控制危险因素,体会自我管理的效果,使患者以最佳的身心状态,积极面对治疗,提高生活质量。

研究结果发现,在心理干预方面,基于一体化管理的CGA护理模式能明显降低患者焦虑、抑郁程度。本研究根据CGA评估的相关内容,结合一体化管理,在患者院前即刻进行心理干预,明确患者在不同阶段的诉求以及相应的生理、情感特点,开展针对性的管理与干预,可以促进患者病情的整体性转归与康复,与吴云鸿等<sup>[17]</sup>研究结果一致。本研究通过CGA评估及护理措施的实施,让护理人员与患者建立亲密的关系,取得患者的信任,鼓励陪护人员共同加强对其心态的监测、评估及预警,给予心理疏导,促进其社会情绪交流通畅,避免不良心态的积累;关注患者的感受及需求,满足其基本需要;提供心理健康教育,引导患者用和谐的思维方式认识事物、处理问题,协助指导培育患者乐观、豁达、宽容的精神,培养自尊自信、理性平和、健康向上的社会心态,以开阔的心胸和积极的心境面对疾病。在生活质量核心量表评估方面,干预后观察1组、观察2组与对照组比较有统计学意义,且观察2组与观察1组的比较有统计学意义。而QLQ-PR25评分中由于30d内性生活的缺失,所以总分暂排除性功能的评分,仅包含尿路、肠道、治疗等相关症状,研究结果显示干预前三组差异无统计学意义,干预后观察1组、观察2组与对照组比较差异有统计学意义,且观察2组与观察1组的比较差异也有统计学意义。较常规护理干预,研究组可以明显提高患者术后生活质量,且一体化管理的CGA护理模式效果更为显著。在CGA干预中,护理人员能够有针对性地对患者的每项评估结果及时进行护理干预和专科指导,而进行一体化的管理后,将干

预提前,能够更容易增加后期患者入院后的依从性,且保证护理干预的有效延续性,形成闭环式的护理管理,使护士更利于进行靶向管理,提高护理成效。

综上所述,本研究的一体化管理 CGA 护理模式,从生理、心理、社会的健康角度出发,确保了 CGA 的可行性和评估的准确性,有利于护士掌握前列腺癌患者的个性化特征,制定针对性的护理措施,最大程度预防、控制危险因素,有效改善患者的心理状态,提高其术后生活质量。

### 参考文献

- [1] 孙鹏,吴海啸,郭晓华,等.前列腺动脉栓塞联合腹腔镜前列腺癌根治术治疗大体积前列腺癌的研究[J].中华全科医学,2019,17(6):955-958.  
Sun P, Wu HX, Guo XH, et al. Primary research on prostatic arterial embolization combined with laparoscopic radical prostatectomy for prostate cancer patients with large prostate glands [J]. Chinese Journal of General Practice, 2019, 17(6): 955-958.
- [2] 彭琳,李云飞,孙娟.腹腔镜前列腺癌根治术结合精神心理干预治疗局限性前列腺癌的临床研究[J].国际泌尿系统杂志,2019,39(2):203-206.  
Peng L, Li YF, Sun J. Clinical study of laparoscopic radical prostatectomy combined with psycho-psychological intervention in the treatment of localized prostate cancer [J]. Int J Urol Nephrol, 2019, 39(2): 203-206.
- [3] 曹洁,孙彩红,丁艳,等.前列腺癌病人手术决策类型及其影响因素[J].护理研究,2020,34(11):1878-1881.  
Cao J, Sun CH, Ding Y, et al. Types of surgical decision-making of patients with prostate cancer and its influencing factors [J]. Chin Nurs Res, 2020, 34(11): 1878-1881.
- [4] Drummond FJ, Kinneer H, O'Leary E, et al. Long-term health-related quality of life of prostate cancer survivors varies by primary treatment. Results from the PiCTure (Prostate Cancer Treatment, your experience) study [J]. J Cancer Surviv, 2015, 9(2): 361-372.
- [5] Hilger C, Otto I, Hill C, et al. "Dr. Google"-information-seeking behavior and disease-specific anxiety among men with localized prostate cancer [J]. Urologe A, 2019, 58(9): 1050-1056.
- [6] Lin RJ, Shahrokni A, Dahi PB, et al. Pretransplant comprehensive geriatric assessment in hematopoietic cell transplantation: a single center experience [J]. Bone Marrow Transplant, 2018, 53(9): 1184-1187.
- [7] 中华医学会老年医学分会,陈旭娇,严静,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.  
Geriatric Branch of Chinese Medical Association, Chen XJ, Yan J, et al. Chinese experts consensus on application of comprehensive geriatric assessment [J]. Chin J Geriatr, 2017, 36(5): 471-477.
- [8] 汪向东,王希林,马弘,等.心理评定量表手册[M].增订版.北京:中国心理卫生杂志社,1999:127-133.  
Wang XD, Wang XL, Ma H, et al. Rating Scales for Mental Health [M]. Updated Edition. Beijing: China Journal of Mental Health, 1999: 127-133.
- [9] 罗赛美,罗家洪,李志强,等.前列腺癌老年患者生活质量与社会支持的相关性研究[J].中国肿瘤,2016,25(5):404-408.  
Luo SM, Luo JH, Li ZQ, et al. Study on the relationship of social support and life quality of prostate cancer elderly patients [J]. China Cancer, 2016, 25(5): 404-408.
- [10] 罗赛美,孟琼,王绍孝,等.基于QLQ-C30与QLQ-PR25量表的前列腺癌患者生命质量影响因素[J].昆明医科大学学报,2018,39(7):27-32.  
Luo SM, Meng Q, Wang SX, et al. Influence factors of life quality of prostate cancer patients based on QLQ-C30 and QLQ-PR25 [J]. J Kunming Med Univ, 2018, 39(7): 27-32.
- [11] 程娅楠,吴红霞,徐凤麟.我国老年综合评估护理研究文献计量学分析[J].中国实用护理杂志,2018,34(21):1664-1669.  
Cheng YN, Wu HX, Xu FL. Bibliometrics analysis of comprehensive geriatric assessment nursing research in China [J]. Chin J Pract Nurs, 2018, 34(21): 1664-1669.
- [12] Ørum M, Eriksen SV, Gregersen M, et al. The impact of a tailored follow-up intervention on comprehensive geriatric assessment in older patients with cancer-a randomised controlled trial [J]. J Geriatr Oncol, 2021, 12(1): 41-48.
- [13] Mueller YK, Monod S, Locatelli I, et al. Performance of a brief geriatric evaluation compared to a comprehensive geriatric assessment for detection of geriatric syndromes in family medicine: a prospective diagnostic study [J]. BMC Geriatr, 2018, 18(1): 72.
- [14] 杨利娟,朱记芬,祝巾玉,等.医院-社区-家庭一体化护理管理方案的构建与实施[J].护理研究,2020,34(3):519-521.  
Yang LJ, Zhu JF, Zhu JY, et al. Construction and implementation of hospital-community-family integrated nursing management plan [J]. Chin Nurs Res, 2020, 34(3): 519-521.
- [15] 罗国英,陈秀芳.危机管理结合无缝隙一体化急救模式在急性缺血性脑卒中患者中的应用[J].中华全科医学,2020,18(11):4.  
Luo XY, Chen XF. Prognosis of acute ischemic stroke patients by crisis management combined with seamless integrated first aid model [J]. Chinese Journal of General Practice, 2020, 18(11): 4.
- [16] 李春雨.无缝隙一体化急救护理对急诊颅脑损伤患者并发症及家属护理满意度的影响[J].中国药物与临床,2021,21(1):172-174.  
Li CY. Effect of seamless integrated emergency nursing on complications and nursing satisfaction of family members of patients with emergency craniocerebral injury [J]. Chin Remedies Clin, 2021, 21(1): 172-174.
- [17] 吴云鸿,许小平,胡雪萍.过程性分阶段管理应用于前列腺癌手术患者对其心理及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(11):1653-1657.  
Wu YH, Xu XP, Hu XP. Effect of process phased management on psychology and quality of life of patients undergoing prostate cancer surgery [J]. Int J Nurs, 2019, 38(11): 1653-1657.

收稿日期:2021-06-01 编辑:叶小舟