

老年常见疾病中期照护 实施手册

主编 秦明照 王 云

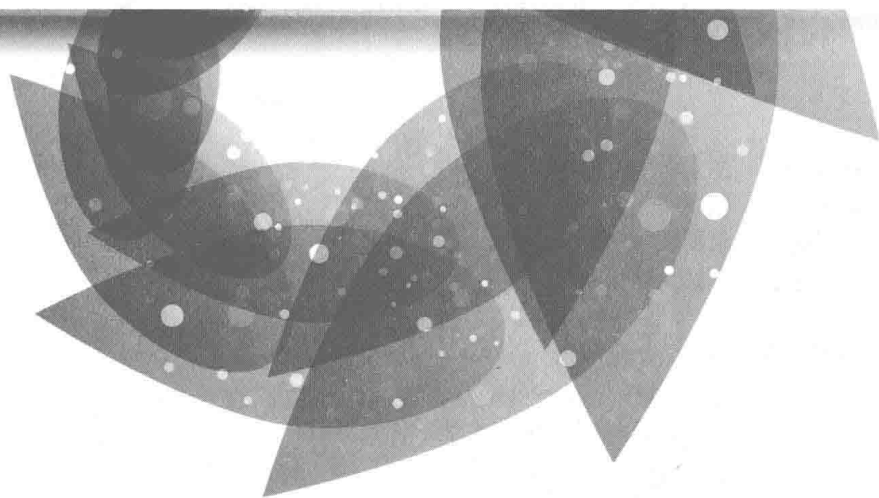


清华大学出版社



老年常见疾病中期照护 实施手册

主编 秦明照 王 云



清华大学出版社

北 京

内 容 简 介

本书依据多学科团队 (interdisciplinary team) 工作模式、以老年综合评估 (comprehensive geriatric assessment, CGA) 为主要技术, 结合老年常见急性病、多发病的具体专业特点, 将以上三方面进行整合, 建立因急性病入院、病情控制进入中期照护后的关键技术及实施流程。包括老年中期照护的基本概念及主要内容、多学科团队组成及职责、相关的老年综合评估技术、老年急性常见病如急性冠脉综合征、慢性心力衰竭急性加重、急性脑血管病、慢性阻塞性肺病急性加重、髋膝关节置换术的具体中期照护模式及实施流程。本书适用于二、三级医院老年医学科医护人员以及一级、社区医院全科医护人员, 应用范围较广泛。

本书封面贴有清华大学出版社防伪标签, 无标签者不得销售。

版权所有, 侵权必究。侵权举报电话: 010-62782989 13701121933

图书在版编目 (CIP) 数据

老年常见疾病中期照护实施手册 / 秦明照, 王云主编. — 北京: 清华大学出版社, 2016

ISBN 978-7-302-42748-3

I. ①老… II. ①秦… ②王… III. ①老年病 - 常见病 - 护理 - 手册 IV. ①R473-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 009898 号

责任编辑: 李 君 王 华

封面设计: 戴国印

责任校对: 赵丽敏

责任印制: 李红英

出版发行: 清华大学出版社

网 址: <http://www.tup.com.cn>, <http://www.wqbook.com>

地 址: 北京清华大学学研大厦A座 邮 编: 100084

社 总 机: 010-62770175 邮 购: 010-62786544

投稿与读者服务: 010-62776969, c-service@tup.tsinghua.edu.cn

质量反馈: 010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn

印 装 者: 北京嘉实印刷有限公司

经 销: 全国新华书店

开 本: 185mm×260mm 印 张: 8.75 字 数: 238千字

版 次: 2016年11月第1版 印 次: 2016年11月第1次印刷

印 数: 1~2000

定 价: 39.80元

产品编号: 067109-01

编者名单

主 编 秦明照 王 云

副主编 陈亚平 刘金平

编 委 (按姓氏拼音排序)

安丹蕾	曹秋梅	陈 莹	陈晓燕	陈亚平
陈一文	崔 瑶	冯若璇	高 璐	侯银静
胡志伟	金建敏	李 莹	李淑娟	刘 琦
刘 谦	刘金平	刘淼冰	刘伟萍	刘晓芳
路 童	乔 松	秦明照	沈 琦	孙 瑜
孙云川	佟 刚	王 静	王 宁	王 云
王旭东	肖 洁	于海荣	于惠贤	张 敬
张 谦	张 冉	张 蕴	张瑞华	赵 雪
周 健				



前言

中国和世界均面临人口快速老龄化问题，国家及各省市均重视现代老年医学的发展。老年医学的宗旨是预防和治疗与老年相关的疾病，采取以患者为中心的个体化诊治，连续性的医护照料，最大程度维持和恢复老年人的功能状态，提高其生活质量。由于老年人身体及疾病的特殊性，急性病本身、治疗或卧床可能导致患者出现功能退化，因此进行相关的干预非常必要。中期照护（intermediate care）是指通过可行的并具有积极治疗意义的住院替代方案，让患者在急性病控制出院之后（6~8周）继续接受适当的治疗，以恢复其最佳的功能状态。中期照护在我国刚刚起步，其涉及的具体内容及流程亟待探讨、规范及推广。我们通过申请实施市科委《老年中期照护关键技术研究》项目积累了一定的经验，结合我国医疗现状及目前国内外中期照护的发展，撰写《老年常见疾病中期照护实施手册》一书，以利于各级医院从事老年医学专业的人员更进一步了解中期照护的关键技术。本书是推广老年连续性医疗的媒介，是二、三级医院老年医学科医护人员以及一级、社区医院全科医护人员共同维护我国老年人群健康状况、推动我国老年医学发展的有利工具。因此，本书涉及的中期照护模式有较好的应用前景。

秦明照

2016年7月



目 录

第 1 章 老年中期照护	1	第 2 节 呼吸康复	57
第 2 章 老年综合评估	6	第 3 节 肺炎康复	61
第 3 章 老年中期照护多学科团队 及职责	20	第 4 节 骨损伤与骨关节病康复 ...	62
第 1 节 中期照护中营养师的 职责	20	第 5 节 脑卒中康复	72
第 2 节 中期照护中临床药师的 职责	27	第 6 节 下肢静脉栓塞的康复	77
第 4 章 老年中期照护护理技术	38	第 7 节 老年综合症的康复	80
第 1 节 护理标准与方法	38	第 6 章 老年常见急性病中期照护 ...	83
第 2 节 进食护理	39	第 1 节 急性心肌梗死急性期后 中期照护	83
第 3 节 皮肤护理	41	第 2 节 冠状动脉旁路移植术后 中期照护	88
第 4 节 排泄照护	43	第 3 节 慢性心力衰竭急性加重 期的中期照护	92
第 5 节 常见管路的护理	45	第 4 节 急性脑卒中的中期照护 ...	100
第 6 节 肺部护理	46	第 5 节 慢性阻塞性肺病的中期 照护	111
第 7 节 氧疗	47	第 6 节 老年肺部感染后的中期 照护	116
第 8 节 常见疾病中期照护的 护理措施	48	第 7 节 髌膝关节置换术后中期 照护	120
第 5 章 老年中期照护康复技术	53		
第 1 节 心脏康复	53		



第1章

老年中期照护

护

一、老年中期照护的需求

我国是人口老龄化发展较快的国家,根据国家统计局的数据显示,截至2014年底,全国60岁以上人口数量已达21 242万人,占全国总人口的15.5%;65岁以上人口数量达到13 755万人,占全国总人口的10.1%。预计未来20年平均每年增加1000万老年人,到2050年左右,老年人口将达到全国人口的三分之一。正处于加速期的人口老龄化将在今后几十年内对我国经济发展、社会稳定带来巨大的影响。而老龄化社会的一个重要问题就是老年人的健康问题,是医疗卫生服务体系必须面对和关注的问题。随着人寿命的延长,老年人出现活动能力衰退、生活自理能力下降,老年疾病患病率和残疾率也随之升高。老年人患病的主要特点:多种疾病共存;多为复杂性疾病,参与因素多,缺乏有效的治愈手段;存在明显的机体功能减退和残疾;经常使用门诊、急诊和住院服务。从发生的医疗费用而言,次均门诊费用和住院费用也相对较高。如何降低医疗负担,降低老年人机体功能丧失和残疾率,改善老年患者功能及生活自理能力,提高老年人生活质量,具有重要的社会意义。

中期照护正是应老年患者所需而孕育出来的医疗照护方式。由于老年人在身体及疾病上的特殊性,急性疾病缓解后其身心功能经常不足以立即返家,往往需要一段恢复过程。对于急性患病期间因为疾病本身或是卧床所产生的身体功能退化,需要针对老年患者身体功能与认知功能的恢复、营养状况的调整、心理支持等方面建立一个整合性的医疗健康照护服务体系,通过整合性服务来协助其“独立生活”,这就是目前需要建立的中期照护体系。中期照护单位的设立可以补足急性医疗与长期照护之间的不足,这也是我们现有医疗体系较为欠缺的一部分。许多发达国家和华人地区如:英国、美国、澳大利亚、挪威、加拿大、新加坡、中国香港、中国台湾均已建立和完善中期照护的相关制度和具体实施方案。研究显示,有效的老年中期照护医疗,不但可以减少住院老年患者功能的退化及医疗资源的浪费,也可避免多余的医疗护理机构闲置,提高患者满意度,改善老年患者生活品质甚至降低病死率。

二、中期照护的概念

中期照护(intermediate care)医疗体系最早出现在20世纪90年代中期,在2000年英国的“国家病床调查”(National Beds Inquiry)中被首次正式提出,此后即成为英国健康照护服务体系(National Health Service)的主要政策,并通过英国卫生署制定的“老年人国家健康服务框架”(National Service Framework for Older People)得以实施。此框架定义了老年人健康照护服务的八大标准:①排除年龄歧视;②以患者为中心;③中期照护;④急性照护;⑤预防脑卒中;⑥预防跌倒;⑦促进老年人心智健康;⑧促进老年人的健康与预防丧失功能。中期照护力图整合医院、社区及社会上的多种资源,在较短的时间范围内,通过各种替代方案,让患者在急性疾病出院之后仍能接受适当的治疗,以恢复最佳的健康状态,降低再次入院的风险,并尽可能地恢复患者的生活自理能力。这个理念的出现源于解决英国急性期医疗资源相对短缺的问题以

达到更好地整合各方面资源,提高患者生活质量的目的。目前,绝大部分中期照护服务是针对老年人的。

英国老年医学会(The British Geriatrics Society)对中期照护的定义如下:①中期照护是一种健康照护模式,旨在帮助患者从疾病期过渡至恢复期,预防原本可在家中照顾的慢性病患者转变为需要住院,或是协助终末期患者在生命的最后阶段维持尽可能舒适的状态。②中期照护是多种服务的组合,旨在协助患者由医院平安返家,从医疗自主到功能自主。照护的主要目标不一定是医疗,但患者必须是具有出院可能性且照护结果是有可能进步的。③中期照护服务无须动用大型综合医院的资源,但可能超越传统基层医生的工作范围,其内容包括“替代性治疗”和“满足患者的多重需要”。英国老年医学会还指出,中期照护的目标是给经过认真筛选的患者提供一种非住院的治疗方式,并为准备出院的患者提供支持。两种目标都需要对患者进行进一步评估及康复治疗。中期照护应满足以下5个条件:①服务对象主要针对那些可能面对不必要延长住院时间或是不应当急性入院、长期住院的患者。②服务应以全面的评估为基础,并根据评估结果制定个体化的治疗及康复方案。③服务应最大限度地提高患者自主生活的能力。④服务具有时间限制,一般不超过六周,通常控制在一至两周以内。⑤服务需要多专业协作,照护涵盖跨领域的专业治疗,且有独特的评估系统、专业病历记录及可共享的照护标准。

中期照护又称亚急性照护(sub-acute care)或急性后期照护(post-acute care)。美国目前推行的健康照护模式中提出的亚急性照护及急性后期照护的概念与中期照护的目标有共通之处,其宗旨是通过个体化的医护支持和康复服务,以恢复患者的功能,减少由急性病引起的功能减退以及功能丧失。亚急性照护是以技术性护理的照护机构作为提供服务的场所,这些亚急性的后期照护中心(stepdown unit)主要目的是完成急性期医院未完成的医疗照护,其目标在于缩短急性医院的住院日,并持续提供在急性医院尚未完成的医疗照护。急性后期照护是以急性病房出院后的照护为主,主要协助患者能尽快恢复功能并顺利回到社区,避免短期再入院。根据Medline对于中期照护的定义,将其局限于美国传统上所界定的亚急性照护,也就是一种专业的医疗机构给亚急性期患者提供技术性的医疗和护理。与英国的中期照护略有区别。

中国台湾地区自2005年起积极推行中期照护服务模式,将老年中期照护定义为一个医疗健康照护服务模式。其服务内容包括:①针对老年患者急性病后进行综合评估,特别围绕功能性评估,根据评估结果制定个体化的治疗,给予整合式功能恢复的医护服务。②中期照护对象主要针对老年患者,因急性病打击而出现生活自主功能减退,但具有康复潜能。如果不具有康复潜能的患者则归为长期照护患者。③中期照护服务应有时间限制,一般为4周,个案可视病情适当延长至8~12周,如12周后依旧无法达到预期目标,则需转入长期照护服务。④中期照护服务涵盖各治疗专业。急性病可为单一病历记载,单一评估机制,但急性病后,需要各专业整合跨专业医疗团队参与中期照护服务。

三、中期照护发展现状

近年来国内外学者通过中期照护研究提出了许多有意义的见解。美国学者通过比较转入专门护理中心的急性后期照护患者与仅在普通病房的急性后期照护患者,结果显示入住护理中心的患者比住在普通病房的患者住院时间相对延长,提示老年患者急性病后需要更长时间的恢复,然而因为保险的问题老年患者无法延长在综合医院的住院日而被迫出院,因此研究者呼吁保险公司应该提供更多的中期照护基金支持。英国学者Griffiths等研究发现,接受中期照护与一般照护的患者出院时患者功能的独立性并无明显差异,但接受中期照护患者90天再入院率却有下降且入住长期照护机构比例下降。中期照护模式降低患者的再住院率,延

长其住院后再入院的时间,即使再入院的患者,其住院天数也比预计的短,减少医疗卫生保健领域的总费用,提高了患者和其家庭照顾者的满意度,改善患者出院后的健康结局和生活质量。Parker 等人指出,老年患者在患急性疾病后最佳的照护场所取决于主要的治疗目标,单一的照护场所未见得是最好的选择,因此,中期照护是以各种健康照护服务模式的组合,以“像家的照护”(care closer to home)为概念,提供综合性的健康照护,而主要达成的方法是通过医疗服务的延伸与以社区为基础的卫政-社政整合。中期照护的两大主要目标是促进自主(promotion of independence)与预防不必要住院(prevention of unnecessary hospital admission),并且提供崭新且完整的服务构架,包括医院、社区医院、照护机构与社区式照护来实现目标。加拿大学者 Rockwood 提到老年医学应关注老年衰弱(frailty)的预防和处置。通过全面老年评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)筛选有高衰弱风险因素的老年患者,对这些患者进行各种训练与护理以降低老年死亡率,改善生活质量等。日本京都大学人类健康科学研究所荒井秀典教授研究提出急性医疗之后的出院准备,应考虑功能状态以制定适合的后续治疗计划书,以完整的中期照护医疗来延续照护,然后再根据需求接续家庭或机构的长期照护。挪威学者研究提示:中期照护医院可有效缩短住院天数,减少再住院和死亡风险,中期照护医疗机构与亚急性医疗机构的水平是相当的。另一项来自挪威的研究提出,早期开展中期照护可以减少患者入住护理院人数,并能减少患者的家庭护理需求。中国台湾地区学者也提出中期照护可以恢复高龄病患急性病后最佳的身体功能,减少不必要的再入院或入住长期照护机构人数。中期照护的对象应该为急性医疗后病情稳定并具有功能恢复及康复潜能的高龄病患。院内建立慢性病个案管理咨询系统,结合 CGA 筛选适合的中期照护病患,并辅导转接给具有中期照护资质的院所。研究文献中期照护个案需求最多为康复治疗(97.7%),其余依次为营养照护需求(95.1%)、失智评估(53.3%)、视力障碍(53.2%)等。转介中最常见的问题是:家属及患者拒绝,其次是中期照护机构距离太远、费用太高等。

四、中期照护的服务模式及内容

中期照护的模式有多种,包括:社区医院(community hospitals)、居家医院(hospital-at-home)、快速反应小组(rapid response teams)、支持性出院准备服务团队(hospital supported discharge teams)、社区评估与康复团队(community assessment and rehabilitation teams, CART)、私人/志愿者/社会护理/机构式康复服务(private/voluntary/social services sector nursing/residential home rehabilitation)、卒中康复外展团队(stroke rehabilitation outreach teams)、护理单位(nurse-led units)、日间医院(day hospitals)等。以下针对几种服务模式略作说明:

1. 居家医院 在患者家中提供医疗服务,包括一般在基层医院能提供的检查与治疗,降低患者住院率,亦可提供患者出院后的后续治疗服务。

2. 快速反应小组 能提供迅速评估与诊断的专家组。能迅速拟订治疗计划,降低住院率。必要时可以让患者 24 小时内在家中得到短期的照护和治疗。

3. 支持性出院准备服务团队 短期的居家护理或其他治疗,以及生活照顾服务,旨在让患者可以尽早从综合医院出院,且出院后仍能得到完整的照护直至恢复自主生活能力。

4. 机构式康复服务 针对病情相对稳定但还需要短期康复治疗的患者,提供在某些机构内居住的服务,以达到身体机能恢复能自主生活的目的。入住机构可以是社区医院、康复中心或者护理机构、养老院等。

5. 日间医院 可提供日间康复治疗的医院。

中期照护机构无论是大型综合医院的老年病房,还是社区医院或服务机构,其主要的设备及人员配置应包括:

(1) 设备配置

- 1) 建筑设计符合老年科的要求。
- 2) 走道、楼梯及平台应设有扶手、栏杆。
- 3) 楼梯、走道、浴厕地板应有防滑措施。
- 4) 主要走道台阶, 应有推床或轮椅的专用斜坡无障碍通道。
- 5) 浴厕应有扶手, 并设有紧急呼叫系统。
- 6) 要求有基本的急救设备。
- 7) 有氧气、鼻管、氧气面罩、负压吸引抽吸设备。
- 8) 病床需要有护栏, 如有可能配备有升降功能的病床。
- 9) 护士站设置可因地制宜; 床位不宜过多, 最好在 50 张床以下。
- 10) 康复器材的配备由各中期照护单位依据自身需求及条件配备。

(2) 人员配置及职能分工

- 1) 医师: 负责协调跨专业团队, 负责中期照护病患的中期照护医疗服务计划。
- 2) 康复师: 负责拟定中期照护病患的康复治疗方案、执行方案、随访等工作。
- 3) 精神科医师: 负责拟定中期照护病患心智状况的医护照护计划, 执行方案、随访等工作。
- 4) 营养师: 负责执行中期照护患者的营养评估, 给予营养建议, 随访患者营养状况。
- 5) 药师: 指导多重用药, 精简患者用药。避免药物相互作用。
- 6) 护师: 协助医护完成生活照护、常规护理工作。
- 7) 个案管理师: 进行病案管理, 规划患者出院前的准备工作、出院后的治疗方案、病例随访, 了解治疗计划执行情况、家庭护理指导等工作。

综上所述, 中期照护必须有明确的目的(“避免住院”与“亚急性照护”)、对患者的全面评估、有功能恢复性治疗、提供有明确时间限制的服务, 并有不同单位(医院、基层、公共卫生及社会福利机构)的专业人士共同参与。中期照护不应被误解为美国过去所推动的亚急性照护, 将度过急性期的老年病患者直接转至技术性护理照护中心, 而是要更为全面和积极地整合大型综合医院、社区医院、基层医疗、社区公共卫生与社会福利平台, 这样不但可以减少大型综合医院的床位压力, 更可以提高老年患者的生活质量, 改善疾病的预后。

五、中期照护的展望

英国肯特大学标准化组织对“中期照护”发展进程进行评估, 发现存在以下问题: ①如何进入中期照护; ②具体流程和关键步骤: 多学科团队合作尚存在问题, 各机构未形成固定的合作关系; ③转诊的程序需要改进; ④改善管理和评估过程; ⑤评估认知功能障碍者是否可接受治疗和护理。这些与目前国内中期照护开展以来所遇到的问题相似。当大量老年患者涌向综合医院或专科医院时, 综合医院或医疗机构在诊治上往往重视疾病本身, 而忽视患者整体; 重视疾病的症状, 而忽视老龄化带来的躯体和认知功能障碍。老年患者看病难和转诊难的问题仍然得不到解决; 医疗开支失控, 老年人和政府都不满意。因此, 建立切实可行的老年中期照护管理规范, 指导可提供中期照护的医疗机构及社区医疗中心系统性管理老年患者急性病后的康复治疗, 提高整体的老年健康管理水平, 具有重要的社会意义和经济学效益。

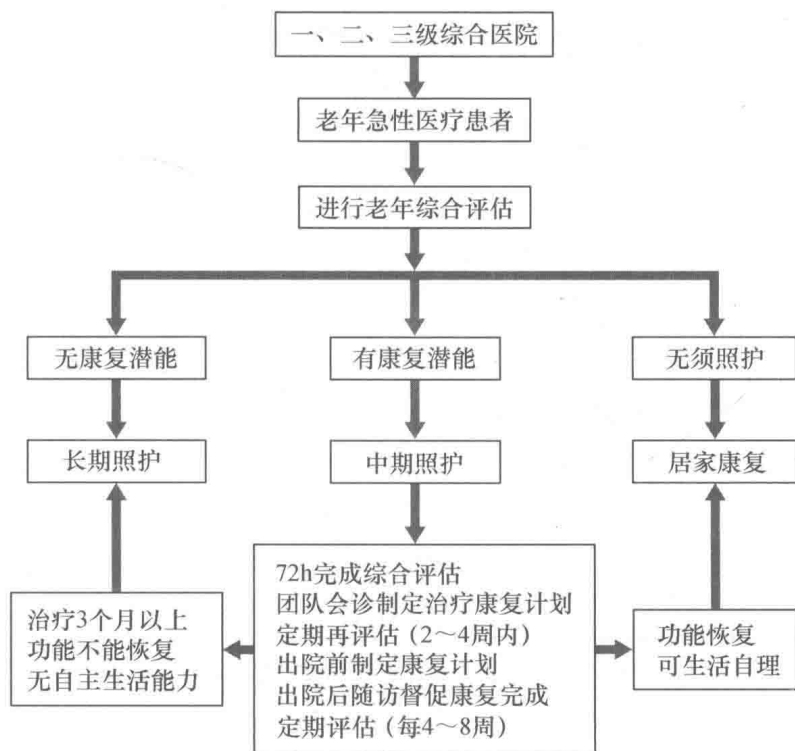
我国已进入老龄化社会, 但是在老年医疗服务和老年疾病管理研究方面还处于起步阶段。老年患者和老年疾病存在其特殊性, 可能出现多种器质性疾病、营养问题、心理问题、衰弱、多重用药等情况共存, 因此需要结合老年患者病理、心理和社会支持系统等方面全方位进行干预。总体来看, 中期照护为延缓急性医疗的全人性照护。如何合理地评估老年患者中期照护的相关因素, 制定相应的转诊标准, 构建转诊流程, 指导转诊医院及社区进行进一步系统性康复

治疗,并在现有的医疗模式基础上建立和完善老年中期照护的管理体系是老年医学发展的主要目标之一。

参 考 文 献

- 陈亮恭, 黄信彰. 2007. 中期照护: 架构老年健康服务的关键 [J]. 台湾老年医学杂志, 3 (1): 1-11.
- DAHL U, STEINSBEKK A, JOHNSEN R. 2015. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older—a controlled observational study [J]. BMC Health Serv Res, 15: 351-361.
- Department of Health. 2012. National service framework for older people [EB/OL]. <http://www.doh.gov.uk/nsf/older—people.htm>.
- Department of Health. 2012. Shaping the future NHS: Long—term planning for hospitals and related services—consultation document on the findings of the National Beds Inquiry—supporting analysis[EB/OL]. http://www.dh.gov.uk/en/Publications and statistics/Public—lications/Publications Policy And Guidance/DH_4009640.
- GRIFFITHS P D, EDWARDS M H, FORBES A, et al. 2007. Effectiveness of intermediate care in nursing—led in patient units(Review)[J]. The Cochrane Library, 1:1-41.
- HERFJORD J K, HEGGESTAD T, ERSLAND H, et al. 2014. Intermediate care in nursing home after hospital admission: a randomized controlled trial with one year follow-up [J]. BMC Res Notes. 7: 889-898.

附：中期照护实施流程



(王 云 秦明照 张瑞华 孙 瑜)



第2章

老年综合评估

一、老年综合评估的概述

(一) 定义

老年综合评估 (comprehensive geriatric assessment, CGA) 是全面关注与老年人健康和功能状态相关的问题,从医学问题、躯体和认知功能、心理状态和社会支持等多层面对老年患者进行全面的评估。

(二) 临床意义

随着世界老龄化的步伐,我国已进入老龄化社会,中国老年疾病负担沉重,高龄、丧失功能等形势严峻,如何改善老年人群的生活质量、最大可能地维持功能独立、降低入院率及病死率、减少疾病经济支出是老年医学极其关注的问题。1988年提出“老年评估”的概念,经过20多年的发展及循证医学支持,CGA被认为是现代老年医学的基石,是老年人群进行诊疗的重要过程之一,是老年医学专业医生必须掌握的核心工具。

CGA从不同维度发现老年个体的问题从而制定全面的个体化的干预计划,从“疾病为中心”转变为“患者为中心”的诊疗模式;其次,在进行医疗决策的过程中,CGA也起到了非常重要的作用。老年人群与非老年人群相比,罹患肿瘤、面临外科手术、介入治疗等的几率更高,而老年人群是个体差异性非常大的群体,同年龄不同功能状态的情况极其多见,不能仅根据年龄进行决策,还要根据患者的整体状况包括获益风险比、预期寿命、个人治疗目标等情况进行综合判断,有多项研究提示CGA可以改变21%~49%老年患者的治疗方案。

(三) 开展现况

CGA目前在美国、英国等国家广泛应用于临床,包括住院、门诊、护理院长期照护机构或居家照护中,并且有很多相关的临床研究探讨不同机构应用CGA对预后的影响。我国老年医学发展相对滞后,开展CGA的医疗机构凤毛麟角,因此我们应该好好把握学科发展的契机,把老年医学重要的工具——CGA积极开展并推广,使更多的老年患者从中获益。

二、老年综合评估的获益人群及团队组成

(一) 获益人群

在进行CGA之前,首先需要确定获益人群,其包括:

- (1) 高龄人群;
- (2) 可能存在老年综合征患者;
- (3) 需要住院、反复住院、门诊患者居家生活需要照料的患者;
- (4) 住院期间出现骨折、恶病质、肺炎反复发作或新发压疮患者;
- (5) 衰弱、新发跌倒、认知功能障碍或精神障碍患者;
- (6) 实体肿瘤患者;
- (7) 拟行外科手术患者。

(二) 团队组成

进行 CGA 一般有两种模式,第 1 种是多学科团队 (multidisciplinary team) 对不同科室需要进行 CGA 的患者进行评估和康复指导;第 2 种是不固定团队的多专科会诊模式 (interdisciplinary geriatric consultation), 专科医生将建议提供给主管医生。不同医疗机构可以根据自己的实际情况选择不同的团队模式。进行 CGA 的核心成员包括:老年科医师、护士和社工;参加人员:眼科医师、听力学医师、口腔科医师、心理医师、精神科医师、康复医师、营养科医师、临床药师等。

三、老年综合评估

(一) 老年综合评估的主要内容 (表 2-1)

表 2-1 老年综合评估

评估内容		初 筛	进一步筛查和评估
疾病评估		病史、体格检查	有针对性的化验检查及治疗 (要充分评估获益和风险)
一般老年评估	用药管理	完整的用药记录,包括非处方药 (OTC)、保健品和中药	有无多重用药及不合理用药 (临床药师参与,参考中国老年患者潜在不适当用药 (PIM) 目录及美国老年医学会 (AGS) 颁布的 Beers 标准)
	营养	有无体重减轻,进食情况	微营养评价法 (MNA-SF), 营养风险筛查评估表 (NRS2002)。营养师指导
	牙齿	有无牙齿缺失,咀嚼情况,有无呛咳	口腔科诊治,佩戴义齿。必要时吞咽功能检查
	听力	就诊交谈中观察,是否听力下降影响生活	耳科会诊,电测听检查,佩戴助听器
	视力	是否视力下降影响生活,视力测查	眼科会诊,纠正视力
	尿失禁	在过去的 3 个月中是否漏尿? 在什么情况下发生? 夜尿情况	3 个尿失禁问题 (3IQ) 和国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表 (ICI-Q-SF), 去除可逆原因,妇科、泌尿外科会诊
	便秘	排便次数和性状,是否费时、费力	去除可逆原因,行为/药物治疗
	慢性疼痛	疼痛部位、程度和持续时间, VAS 疼痛评分	寻找原因,对因及对症治疗
	睡眠	有无入睡困难、早醒及打鼾,次日精神状态	必要时睡眠监测,助眠药物
	衰弱	有无体重下降 (1 年内体重非意愿性下降 > 5%); 在不扶扶手的情况下,能不能从座椅上连续坐起 5 次;是否觉得精力充沛 (SOF 衰弱量表)	Fried 衰弱量表,寻找原因治疗 (营养、康复等)
躯体功能	日常生活能力	日常生活活动能力 (ADL) (Katz Index 或 Barthel) 工具性日常生活活动能力 (IADL) (Lawton Index)	康复、陪伴或照护
	平衡和跌倒评估	近 1 年有无跌倒史? 询问和观察有无步态异常	卧立位血压、肌力、平衡和步态评估,跌倒宣传教育和居住环境改造
认知功能		有无记忆力下降? 简易智力状态评估量表 (Minicog)	简易精神状态量表 (MMSE)、蒙特利尔认知评估量表 (MoCA), 神经内科会诊
情绪		近 2 周是否情绪低落、兴趣减退或焦虑	老年抑郁量表 (GDS)、患者抑郁自评工具 (9 条目患者健康问卷) (PHQ-9), 心理科会诊
社会/环境		和谁一起居住? 经济状况和居住环境如何	社工参与,居家防跌倒改造
治疗目标、预后及预先医疗计划		就诊最想解决的问题? 期望的治疗效果? 自己不能表达时的医疗代理人? 对生命支持治疗的选择倾向	预先医疗计划宣传教育

CGA 主要包括疾病评估、功能状态、认知、情绪、社会支持、经济问题、营养、共病、多重用药、老年综合征、照护目标和预先医疗计划 (advanced care planning, ACP)。功能状态评估是整个 CGA 的核心,反映了老年患者总体的健康状况,是衡量老年患者疾病治疗效果的主要标准,是随访慢性失能或急性疾病患者的最好方法。

(二) 不同医疗场所实施老年综合评估的主要原则

在不同医疗地点评估内容有所不同,例如门诊、住院、护理院或居家。但大体原则一致,包括:

- (1) 由于衰弱的老年患者更易出现不良结局,能够从综合评估中获益,因此应快速识别衰弱;
- (2) 在每位老年患者中均应警惕常见的老年综合征,如跌倒、谵妄、认知功能障碍、失能、尿失禁;
- (3) 熟悉老年综合评估的工具;
- (4) 在检查和治疗前结合患者的医疗目标、预期寿命以及功能状态做出决定;
- (5) 熟悉老年患者不适当用药标准;
- (6) 在衰弱患者中注意有无情绪问题。

(三) 不同老年人群进行老年综合评估的主要内容

1. 基层医疗机构和门诊患者 基层医疗机构和门诊最常见的老年综合征:跌倒、衰弱、认知功能障碍、尿失禁。因此除了疾病评估、生活能力评估外,应重点评估以上 4 种老年综合征。

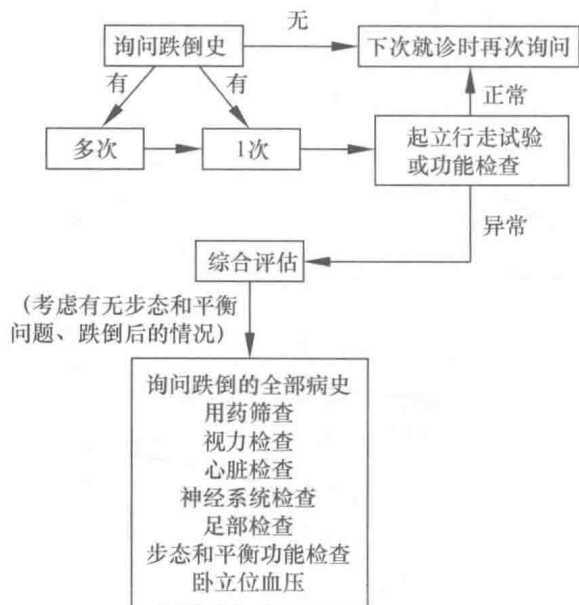


图 2-1 跌倒筛查流程图

包括 MMSE、MoCA 和 Mini-cog。实验室检查应除外代谢性疾病 (如甲状腺功能减低、高钙血症)、梅毒、维生素 B₁₂ 缺乏。如果近期未进行神经系统影像学检查,可查头颅 CT 或 MRI 除外脑水肿、硬膜下血肿及肿瘤。认知功能评估对于患者今后的照护及制定预先医疗计划有指导性作用。

(4) 尿失禁:社区老年人群尿失禁的患病率报道为 15%~30%,由于该问题涉及患者隐私,实际患病率可能更高。尿失禁大致可分为两类:急性或可逆性尿失禁、慢性尿失禁。急性尿失禁的潜在原因:感染、老年性阴道炎、谵妄、精神障碍、活动减少、多尿、粪嵌塞和药物因素。慢性尿失禁的常见类型:压力性尿失禁、急迫性尿失禁、混合型尿失禁、充盈性尿失禁、失能导致的不能及时如厕。

(1) 跌倒筛查流程 (图 2-1)。

(2) 衰弱筛查:衰弱与老年患者的预后密切相关,如住院时间延长、30d 再入院率和病死率升高,对衰弱的早期识别有非常重要的临床意义。来自加拿大健康和老化研究的虚弱指数 (Frailty Index, FI),共包含 92 个项目,涉及症状、体征、功能情况及实验室检查,随着分值的增高死亡风险增加,但由于条目众多不宜在门诊开展。来自于心血管健康研究 (Cardiovascular Health Study) 的 Fried 衰弱诊断标准包括 5 条,但某些条目不易量化,比如活动量。FRAIL 量表和 SOF 衰弱量表更容易在临床应用。

(3) 认知功能评估:痴呆在老年人群中常见,71~79 岁人群患病率为 5%,80~89 岁为 24%,90 岁以上高达 37%。最常用的筛查工具

可应用 3IQ 问卷进行筛查,应用 ICI-Q-SF 问卷了解尿失禁的程度。详细询问尿失禁病史,患者的排尿日记很有帮助。识别可逆性因素非常重要,首先筛查用药情况,除外药物所致尿失禁。其次进行心脏、腹部体格检查,除外充血性心力衰竭、扩张的膀胱、腹部异常包块,行直肠指诊了解前列腺情况、直肠张力除外脊髓或神经源性疾病。老年女性需要妇科检查。实验室检查包括尿常规、尿培养以除外感染,查电解质评估肾功能、相关检查以除外代谢性疾病。

2. 住院患者 已有循证学证据提示老年住院患者可从 CGA 中获益,建议住院老年患者均进行 CGA。2014 年美国急诊室指南建议急诊入院患者应评估谵妄、痴呆、不合理用药、跌倒、留置尿管适应证、是否需要缓和医疗 (palliative care)。入住老年病房的患者根据病情及主要问题逐步分层进行全面的 CGA,有数据提示住院的老年患者有大约 25% 发生谵妄和激越,谵妄增加病死率、延长住院时间、增加束缚及护理需求、增加功能减退的速度,因此需要识别谵妄风险并纠正可逆因素,应用 CAM 量表评估是否存在谵妄并给予适当处理。对于严重痴呆失能患者重点评估谵妄、营养、压疮、不合理用药、留置胃管和尿管的必要性、社会支持、和代理人商议生命支持的水平。

老年住院患者评估流程如图 2-2 所示。

3. 外科手术前患者 老年患者术前应考虑预期寿命和围术期病死率,整体治疗目标是决定是否手术的重要因素。拟行外科手术的患者应由老年科医师会诊,首先要评估患者是否具有独立医疗决定能力,其次与手术科室共同评估手术的获益和风险,最后,术前进行老年综合评估识别可通过干预纠正的危险因素,从而尽可能避免不良后果的发生。

术前评估流程 (图 2-3)。

术前重点评估内容:

(1) 功能评估:患者术前功能状态与围术期死亡相关,术前进行 ADL、IADL、起立行走试验有助于了解是否需要物理治疗、辅助器具及术后康复。

(2) 认知功能评估:多项研究提示认知功能障碍与术后 90 天及 1 年的病死率相关,同时认知功能障碍是术后发生谵妄的危险因素,术前进行认知功能评估可使老年患者获益。可以应用 Mini-cog 进行筛查,为了减少术后谵妄的发生,同时评估有无视力听力障碍、多重用药、酒精药物滥用,提醒患者将助听器、眼镜、假牙等辅助器具带至医院。

(3) 营养评估:营养不良与老年患者术后不良后果密切相关,MNA-SF 问卷是简便易行的营养筛查工具。有严重营养风险的患者需术前营养支持。

(4) 多重用药:外科住院期间约有一半的患者存在不恰当用药,为减少围术期药物不良反应的风险,术前应对多重用药进行核查。

(5) 衰弱评估:同前。

(6) 预后评估:预后评估包括两方面,一是根据患者的个体特点,评估某个特定时间的生存可能性,涵盖了从评估开始到另一个特定时间 (如 100 岁) 的全过程,eprognosis.ucsf.edu 是一个提供多种计算器的网站,可以为社区、护理院、住院、门诊晚期肿瘤患者计算不同时间 (如 1 年、2 年、3 年等) 生存的可能性;预后评估的第二方面是预期寿命,美国有根据年龄、性别

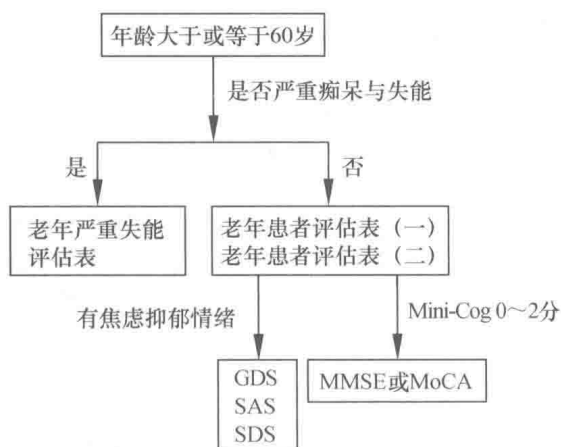


图 2-2 老年患者住院评估流程

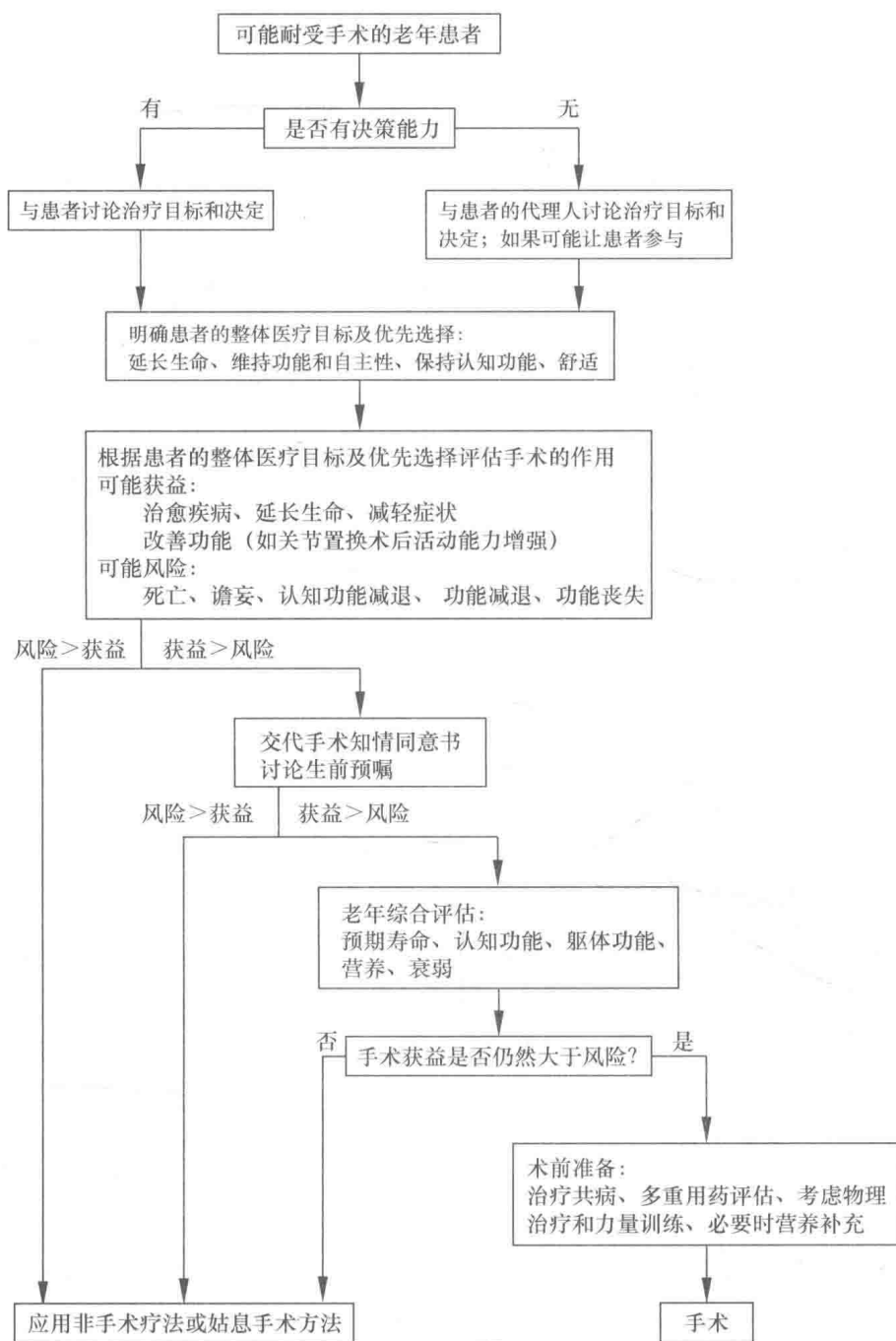


图 2-3 术前评估流程

和功能状态进行预期寿命的判断表。尽管实际情况经常与预期寿命有差异，但仍然对治疗方案有指导性作用。

4. 实体肿瘤患者 来自美国和欧洲的数据提示，肿瘤患者中大于 65 岁的老年人群占 60%，未来的 30 年预期达到 70%，因此老年肿瘤患者的照护问题是一项医疗挑战。失能、营养不良、抑郁、共病与实体肿瘤老年患者的生存独立相关。研究提示 21%~49% 的患者进行老年综合评估后改变了治疗方案。老年综合评估同时对于肿瘤患者进一步的医疗决策（如标准抗肿瘤治疗、根据全身状况调整治疗方案、支持治疗）可能有指导性作用，但相关随机对照研究较少。

参 考 文 献

- 董碧蓉. 2015. 新概念老年医学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社.
- 刘晓红, 朱鸣雷. 2014. 老年医学速查手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社.
- CAILLET P, LAURENT M, BASTUJI-GARIN S, et al. 2014. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the comprehensive geriatric assessment[J]. Clin Interv Aging, 9:1645-1660.
- CARLSON C, MEREL S E, YUKAWA M. 2015. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist[J]. Med Clin North Am, 99:263-279.
- ELLIS G, MARSHALL T, RITCHIE C. 2014. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department[J]. Clin Interv Aging. 24:2033-2043.
- ELLIS G, WHITEHEAD M A, O'NEILL D, et al. 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital[J]. Cochrane Database Syst Rev, 6: CD006211.
- ORESANYA L B, LYONS W L, FINLAYSON E. 2014. Preoperative assessment of the older patient: a narrative review[J]. JAMA, 311:2110-2120.
- PARTRIDGE J S, HARARI D, MARTIN F C, et al. 2014. The impact of pre-operative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: a systematic review[J]. Anaesthesia, 69(Suppl1): 8-16.
- PILOTTO A, SANCARLO D, DARAGJATI J, et al. 2015. Perspective: the challenge of clinical decision-making for drug treatment in older people. The role of multidimensional assessment and prognosis[J]. Front Med (Lausanne), 14:61-68.

(刘 谦 高 璐 冯若璇)

附表:

日常生活活动能力评估表——ADL (Katz)

项 目		评 分
如厕	能完全独立上厕所, 无失禁	1
	需要提醒如厕, 或需要帮助清洁, 或有失禁	0
进食	能独立吃饭	1
	进餐需要帮助	0
穿衣	能自己穿衣、脱衣, 并能从衣橱中自己挑选衣服	1
	穿脱衣或选衣服需要帮助	0
梳洗 (整洁、头发、指甲、手、 脸、衣服)	能独立保持整洁和穿着得体	1
	需要帮助	0
躯体活动	能在各种地面和城市中随意走动	1
	能在住处附近活动、行走需要帮助、超过多半时间卧床	0
洗澡	能独立洗澡	1
	能自己洗澡但出入浴缸需要帮助、不能洗澡	0

总分6分。评价标准: 6分—完全独立; 3~5分—部分功能依赖; ≤2分—严重功能依赖