·述 评·

老年综合评估在老年医学工作中的应用

王秋梅,刘晓红*
(中国医学科学院北京协和医院老年医学科,北京 100730)

【摘 要】 老年综合评估是老年医学的核心内容和基本工作方法,广泛应用于老年人连续医疗的各个环节。本文介绍了老年综合评估在老年人急性医疗、亚急性医疗、院内会诊、转诊医疗、门诊和居家健康管理中的应用。应用老年综合评估,并进行相应的干预,有助于最大程度地维持老年人的功能状态,提高其生活质量,并减轻社会负担。

【关键词】 老年人;老年综合评估;老年医学
【中图分类号】 R592 【文献标识码】 A 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2016.08.133

Application of comprehensive geriatric assessment in the practice of geriatrics

WANG Qiu-Mei, LIU Xiao-Hong*
(Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China)

【Abstract】 Comprehensive geriatric assessment(CGA) is one of the most important part of geriatrics, which is a multidisciplinary diagnosis and treatment process that identifies medical, psychosocial, and functional limitations of a frail older person in order to develop a coordinated plan to maximize overall health with aging. It has been implemented in all the process of the continuous care of the elderly. This article introduced the application and the efficacy of CGA in the practice of acute and sub-acute elderly care, geriatric consultation, transitional care, outpatient and home-based elderly care. As a whole, CGA and followed intervention produce a better health outcome for the older patient and reduce the burden of the society.

【Key words】 aged; comprehensive geriatric assessment; geriatrics
This work was supported by the Project of Beijing Municipal Science and Technology Commission (D121100004912002) *and the Milstein Medical Asian American Partnership Foundation.*

Corresponding author: LIU Xiao-Hong, E-mail: xhliu41@medmail.com.cn

老年人在躯体、脏器功能衰退的基础上,往往同时合并有多种疾病以及一些老年人特有的常见问题(也称为老年综合征),如跌倒、认知功能下降、尿失禁、营养不良、衰弱等,衰弱多病和失能的老年人对社会资源和环境因素的需求更大,更容易受外在因素的影响。现代老年医学的目标是全面管理老年人的健康问题,最终目标是维持和改善老年人的功能状态及生活质量。老年人的健康、功能状态和生活质量是上述衰老、疾病和老年综合征等多因素相互叠加和共同作用的结果。因此,针对老年人的健康服务已超出了传统的疾病诊疗范畴,需要对所有影响老年人健康的因素进行筛查和评估,从而发现各种可以干预的问题,以及和预后相关的风险因素。老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)是以老年患者为中心,全面关注与其健康和功能状态相关的所有问题,从疾病、体能、认知、心理、社会、经济、环境、愿望与需求等多维度进行全面评估,进而制定个体化的干预方案,是老年医学的核心内容。CGA实施过程需要耗费人力和时间成本,耗时过长也会使评估对象劳累,需要按照不同临床医护需求整合不同的项目,即"按需应用",达到解决临床问题的最适宜费-效比。下面简要介绍CGA在老年人连续医疗各个环节中的应用,包括急性和亚急性住院医疗、院内会诊、转诊医疗、门诊和居家管理等。

1 CGA在急性和亚急性住院患者中的应用

CGA在综合医院住院老年患者中的应用主要有3种形式。

收稿日期:2016-03-15
基金项目:北京市科学技术委员会课题(D121100004912002);米尔斯汀·亚美医学基金
通信作者:刘晓红,E-mail:xhliu41@medmail.com.cn

1.1 老年急性医疗单元

老年急性医疗单元(acute care of the elderly units,ACEUs)针对因急性病住院老年患者。ACEUs为老年人创建良好的硬件环境,甚至模拟居家环境,以利于活动及功能恢复;通过CGA,制定以患者为中心的"全人医护计划",降低普通老年急诊医疗中的谵妄、制动、跌倒等老年综合征的发生率;另外,与普通病房比较,更强调制定出院计划、进行更为详细的宣教,从而改善患者用药依从性和预防医源性并发症。一项纳入818例老年住院患者的研究显示,入住ACEUs老年患者的医疗花费较低,与入住普通医疗组老年患者的费用比为0.78(95% CI: 0.70~0.87),30 d再住院率也明显减少(7.9% *vs* 12.8%)[1]。

1.2 老年医学评估和管理单元

老年医学评估和管理单元(geriatric evaluation and management units,GEMUs)是由跨学科团队对高龄、衰弱老年患者进行综合评估和管理。主要目标是避免发生医院获得性问题,鼓励患者尽早活动,积极进行康复训练,避免疾病急性期后的功能下降,及时制定综合性出院计划,减少再住院率。有荟萃分析显示,GEMUs组患者出院时功能下降较少(RR=0.87, 95% CI:0.77~0.99),出院1年内入住护理院较少(RR=0.78,95% CI:0.66~0.92)[2]。另外包括22项研究的荟萃分析发现,对急诊入院的10 315例老年患者进行CGA,随访12个月发现,接受CGA的老人入住长期照护机构者较少(OR=0.79),死亡或病情恶化发生率较低(OR=0.76),认知功能改善者较多(OR=1.11)[3]。

1.3 老年康复单元

急性严重疾病或术后老年患者在恢复过程中需要转入老年康复单元(geriatric rehabilitation units),除了由跨学科医疗团队对其进行全面评估和管理外,同时会采取措施促进其功能康复。如膝关节置换术后患者会得到全面的医疗照护、康复和营养指导。一项纳入17个研究的荟萃分析显示,与普通医疗单元老年住院患者比较,转入老年康复单元的老年患者在出院时功能状态更好(OR=1.75),入住护理院者减少(RR=0.64),死亡率较低(RR=0.72)[4]。

2 CGA在住院会诊中的应用

老年患者是住院医疗的主要服务对象,他们分布于各个专科病房。衰弱老年人需要通过CGA来识别,并将评估结果作为医疗决策的依据;通过CGA也可以发现发生医院获得性问题的高风险患者,提前采取预防措施,从而提高病房医疗质量。目前,CGA在围手术期和肿瘤患者管理中应用较多。在老年人围手术期管理中,老年科会诊进行CGA,可以判断患者是否具有独立医疗决定的能力,与手术科室共同评估手术的获益和风险。术前进行CGA以识别那些通过干预可以纠正的风险因素,通过全程管理,有利于维持患者功能,减少手术并发症和死亡风险。在肿瘤患者的管理中,患者能否耐受化疗、是否需要调整剂量,以及是否进行缓和医疗,则需要综合评估患者的功能状态、共病,以及患老年综合征情况来做决策,如果患者日常生活活动能力已经受损、有≥3种较严重的慢性病、>85岁、伴有老年综合征或衰弱,则不能够耐受化疗,需要采取缓和医疗[5]。

实践经验显示,对老年科以外的专科住院患者行CGA会诊,基本不获益,因为没有得到相应的干预;而对于衰弱老年患者,采用共管(co-management)模式可使患者获益,如对髋部骨折患者,由骨科和老年医学科共管,进行老年综合管理、规范化术前评估、快速手术以及持续术后管理,患者入住ICU例数减少、ICU住院日减少(1.8 *vs* 8.1 d, $P=0.024$)、总住院日显著减少(7.1 *vs* 9.9 d, $P=0.021$)、住院费用明显减少(38 586 *vs* 52 323美元, $P=0.0183$)[6]、围手术期谵妄下降1/3,发生严重谵妄者减少1/2[7]。

3 CGA在转诊医疗中的应用

衰弱、共病老年患者在出院后会出现功能下降和机体脆性增加,即出院后综合征(post-hospital syndrome)。这与急性病治疗后不能短期恢复有关,也与在住院期间出现制动、院内感染、营养不良、谵妄等医院获得性问题有关。出院老年患者需要全面和连续的照护,以保证其进一步康复,涉及连续医疗与转诊医疗(transitional care)。需要出院即根据CGA的情况来设定出院目标、制定出院计划。出院计划是转诊医疗的关键环节,出院时的CGA要着重评估疾病状态、功能状态,出院时的用药调整;在出院前1~2 d开始实施,包括制定全面的出院后照护计划,形成文件便于交接和随访,并于出院后2周内进行随访,以确保医疗的连续和患者的依从性。纳入24项共8098例患者的荟萃分析显示,以CGA为基础的转诊医疗可以减少住院日(住院日-0.91 d, 10个研究)和再住院率(RR=0.82, 12个研究),但对死亡率、健康结果和花费影响尚不明确[8]。

4 CGA在居家照护中的应用

4.1 预防性家访项目

预防性家访项目(preventive home visitation

programs)是以CGA为基础,使社区衰弱老人接受标准的预防医疗、慢病及老年综合征管控。由培训后护士、康复治疗师、社会工作者、心理师等构成的团队对社区衰弱老人主动进行上门服务(家访),进行临床检查和CGA,≥1次/年。通过对老年人常见不良事件进行预防宣教和指导、发现潜在需要处理的问题,以及增加用药依从性等措施,预防衰弱老人认知功能和躯体功能的下降,维持自主性,预防失能和入住护理机构。尽管多项研究的结论不同,但荟萃分析发现,干预组死亡率较低(OR = 0.92, 95%CI:0.80 ~ 1.05),功能下降较少(OR = 0.89, 95%CI:0.77 ~ 1.03),入住护理机构较少(OR = 0.86, 95%CI:0.68 ~ 1.10)[9]。但是也有一项纳入64项研究28 642例患者的荟萃分析显示,无充分证据表明上门服务使死亡率降低,在入住机构或住院方面无总体获益,对跌倒无影响或仅有很小的影响(OR = 0.86,95%CI:0.73 ~ 1.01),没有表明干预组可提高独立生活率[10],推测其阴性结果可能与干预强度及其干预对象的健康状态较好等原因有关。

4.2 美国GRACE医疗模式

美国GRACE医疗模式(geriatric resources for assessment and care of elders model,GRACE)也是以居家CGA为基础,为低收入老年人和他们的初诊医师(primary care physician)设计的医疗模式。由处方护士和社会工作者到患者家中进行CGA,制定个体化的照护计划,每周召开团队会议(包括老年医师、药剂师、精神健康联络员),处方护士和社会工作者与全科医师面对面沟通;达成并落实统一的疗护计划,整合医疗和社会资源共同为患者提供服务,并持续跟进。GRACE方案包括生前预嘱、健康维护、药物管理、行走困难/跌倒、抑郁、痴呆、照护者负担、慢性疼痛、营养不良/体质量下降、尿失禁、视觉障碍、听觉障碍等老年综合征管理。保证医疗的连续和一致性,并且保证转诊医疗顺畅。GRACE医疗模式可以让患者拥有更高质量的医疗服务,享受更高质量的生活,减少总费用[11,12]。

5 CGA在老年门诊中的应用

5.1 老年医学评估管理门诊

关于老年医学评估管理门诊(geriatric evaluation and management clinic,GEM-clinic)的应用效果目前结论不一。针对失能、共病、反复住院老人干预的小样本(共128例患者)研究得到正向结果,在门诊进行CGA干预1年后,干预组老人自评健康情况更好,尽管诊断增多,但用药减少,功能状态更好,死亡率降低了54%[13]。另一项对1620位社区老人长达6.2年随访发现,由受训医学生进行CGA再由全科医师给出处理意见,与不进行CGA的老年人进行比较,CGA组老人的死亡率和入住护理机构率分别减少20%和22%[14]。然而也有一项较大样本(43 219位≥75岁的老人)研究显示,CGA组老人在生活质量、活动能力等方面无明显获益[15]。

5.2 简易健康筛查

CGA是一个耗时费力的过程,在社区健康管理中,台湾提出了一个可由老年医学团队医疗人员或非医疗人员负责实施的"10 min长者简易健康筛查",包括:4种老年综合征(抑郁、痴呆、尿失禁、跌倒)筛查、躯体功能、体质量改变、听力和视力筛查,通过快速筛查来发现老年人的问题。

总之,CGA是老年医学的基本工作方法,应用于老年人连续医疗的各个环节,衰弱、共病、失能的老年患者获益最大,可以根据不同需求采用适当的评估内容和量表。

【参考文献】

[1] Flood KL, Maclennan PA, McGrew D, *et al*. Effects of an acute care for elders unit on costs and 30-day readmissions[J]. JAMA Intern Med, 2013, 173(11): 981-987.

[2] Van Craen K, Braes T, Wellens N, *et al*. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis[J]. J Am Geriatr Soc, 2010, 58(1): 83-92.

[3] Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, *et al*. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011,(7): CD 006211.

[4] Bachmann S, Finger C, Huss A, *et al*. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials[J]. BMJ, 2010, 340: c1718.

[5] Pallisa AG, Fortpiedb C, Weddingc U, *et al*. EORTC elderly task force position paper: approach to the older cancer patient[J]. Eur J Cancer, 46(9): 1502-1513.

[6] Della Rocca GJ, Moylan KC, Crist BD, *et al*. Comanagement of geriatric patients with hip fractures: a retrospective, controlled, cohort study[J]. Geriatr Orthop Surg Rehabil, 2013, 4(1): 10-15.

[7] Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, *et al*. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial[J]. J Am Geriatr Soc, 2001, 49(5): 516-522.

[8] Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, *et al*. Discharge planning from hospital to home[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, 1: CD000313.

[9] Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, *et al*. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized

controlled trials[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2008, 63(3): 298-307.
[10] Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, *et al*. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis[J]. PLoS One, 2014, 9(3): e89257.
[11] Counsell SR, Callahan CM, Buttar AB, *et al*. Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): a new model of primary care for low-income seniors[J]. J Am Geriatr Soc, 2006, 54(7): 1136-1141.
[12] Leff B, Reider L, Frick KD, *et al*. Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report[J]. Am J Manag Care, 2009, 15(8): 555-559.
[13] Burns R, Nichols LO, Graney MJ, *et al*. Impact of continued geriatric outpatient management on health outcomes of older veterans[J]. Arch Intern Med, 1995, 155(12): 1313-1318.
[14] Frese T, Deutsch T, Keyser M, *et al*. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality—a randomized controlled trial[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2012, 55(3): 639-644.
[15] Fletcher AE, Price GM, Ng ES, *et al*. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial[J]. Lancet, 2004, 364(9446): 1667-1677.

（编辑：王雪萍）

·消 息·

《中华老年多器官疾病杂志》“临床病理讨论”栏目征稿

临床病理讨论(Clinicopathological Conference, CPC)是临床实践中的一个重要环节,是多个学科合作对患者进行个体化诊治的一种形式,尤其对于一些疑难和罕见病例更为重要。综合患者的临床表现、实验室检查、影像学检查和病理检查等各项结果,一方面可以明确疾病的诊断并制定治疗方案,使患者受益,另一方面亦有利于为临床医师提供更好的经验和更开阔的思路,提高医师的诊疗能力。一篇好的临床病理讨论,往往是教科书上找不到的活教材,也是其他文体难以取代的好形式。

"临床病理讨论"一直以来都是本刊的一个特色栏目,深受广大读者喜爱。所刊登的一般多为回顾性的病例讨论与总结,旨在总结经验、吸纳教训和传播知识。在工作实践中,我们根据广大读者和作者的建议,对临床病理讨论文章的格式进行了调整。(1)作者在文题下署名(而非仅在文末注明由何人整理),**作者拥有本文的著作权**。(2)文章正文为中文,正文前有言简意赅的中英文摘要。**论文性质等同于本刊“论著”**。(3)所选病例可以是疑难、罕见病例,也可以是诊断明确、但病情危重或有诸多并发症、治疗上甚为棘手的病例,亦可为其他对临床实践有指导或提示意义的病例。

本刊热忱欢迎广大专家学者为本刊撰写或推荐相关稿件。

具体格式请参考本刊近期发表的"临床病理讨论"文章。

地址：100853 北京市复兴路28号,《中华老年多器官疾病杂志》编辑部
电话：010-66936756
网址：www.mode301.cn
E-mail：zhlndqg@mode301.cn