·老年人共病专栏·

老年人“共病”问题概述

张可可，朱鸣雷，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】 老年人同时患多种疾病和/或老年综合征，统称为“共病”。共病发生率高，增加医疗资源的消耗，增加发生不良事件、失能和死亡的风险。老年人“共病”概念的提出，提示老年医务工作者的临床工作应由针对疾病的亚专科诊疗模式转向老年医学的综合评估及个体化治疗模式。本文针对共病的概念、流行病学、影响、诊治策略等方面进行简要阐述。

【关键词】 老年人；共病；诊治
【中图分类号】 R592 【文献标识码】 A 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2016.08.139

A brief overview of “multiple chronic conditions” in the elderly

ZHANG Ke-Ke, ZHU Ming-Lei, LIU Xiao-Hong*
(Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China)

【Abstract】 The elderly often suffer from more than one disease and/or geriatric syndrome, and these are named as multiple chronic conditions (MCC). Being of high prevalence in older adults, MCC costs more medical resources, and increases the risks of adverse events, disability and mortality. The concept of MCC indicates that the focus of clinical work for elder patients should be transformed from the traditional disease-centered medical model to the geriatrics model, which includes comprehensive assessment and individualized intervention. This review generally described the concept, epidemiology, influences of MCC, as well as the strategies for diagnoses and interventions.

【Key words】 aged; multiple chronic conditions; diagnoses and treatment
This work was supported by the Project of Beijing Municipal Science and Technology Commission (Z131107002213120).
Corresponding author: LIU Xiao-Hong, E-mail: xhliu41@medmail.com.cn

1 概 念

老年人共病最初是指老年人同时患有≥2种慢性疾病（简称“慢病”）的情况，简称为“共病”。其中慢病是指病情持续≥1年、需要持续治疗，或伴有形态学改变、影响日常生活能力的疾病，如老年人常见的高血压、糖尿病、冠心病等。

随着老年医学的发展，老年医学工作者对于老年综合征/问题日益重视。老年综合征/问题是指由多种因素造成的一种临床表现、一组症候群、或相关的社会问题，是衰老、疾病、心理以及社会环境等多种因素累加的结果，如老年人的跌倒、认知功能下降、尿失禁、营养不良、衰弱等，在老年人中发生率较高。因此，目前国际上更倾向于用慢性（健康）情况来表示老年人的“慢性问题”。“慢性问题”同时包括躯体疾病和老年综合征/问题，二者均可损害功能，需长期治疗并予以关注和干预。所以“共病”的概念也相应地更新为“多种病态”（multimorbidity，MM）或“多种慢性状况”（multiple chronic conditions，MCC）。后文所述的“共病”，均指MCC或MM；慢病则指慢性疾病。

共病的表现形式包括：（1）躯体－躯体疾病共存，如高血压与糖尿病；（2）躯体－精神心理疾病共存、精神心理疾病叠加，如冠心病与抑郁；（3）躯体疾病－老年综合征共存，如骨关节炎与便秘。共病之间可以相互联系，是并发症的关系，如糖尿病与冠心病，肺癌与肺炎，痴呆、抑郁、谵妄等；也可以无关联、互相平行、互不干扰，如冠心病与胃癌[1]。

收稿日期：2016－04－29；修回日期：2016－05－23
基金项目：北京市科学技术委员会课题（Z131107002213120）
通信作者：刘晓红，E-mail：xhliu41@medmail.com.cn

2 流行病学

共病在老年人群中更多见，但目前由于不同国家和地区对老年人共病的概念理解不同以及调查方法不同，统计老年人共病的患病率存在一定差异。美国的统计数据显示[2]，82%的老年人存在≥1种的慢性问题，其中65%的老年人有共病的情况，43%的老年人有≥3种慢性问题；德国数据显示[3]，62%的老年人患有≥3种的慢性问题；澳大利亚数据显示[4]，在≥75岁的老年人中，93%有≥1种慢性疾病，73%存在≥2种慢病。而国内此前有关共病的调查多以小样本为主，且对于共病的认识多局限于慢性疾病，并未包括老年综合征。我们在北京城市社区的小样本调查数据显示，在>65岁老年人中，≥1种慢病的发生率为85.6%，≥2种慢病的发生率为57.0%，患有≥3种慢病者占29.1%[5]。关于慢病种类常见的组合类型，一项来自美国的随机对照试验（$n=8782$）表明[6]，最常见的慢病组合为高血压病+骨关节炎（$n=1167$）、高血压病+骨关节炎+心血管疾病（$n=510$）、高血压病+骨关节炎+糖尿病（$n=430$）；仅有1个常见组合包括抑郁（$n=129$），该组合为高血压病+骨关节病+抑郁。国内尚缺乏慢病组合类型的相关调查数据。

整体而言，由于此前国内对于慢病、老年综合征、慢性情况、共病等概念的认识并不一致，相关调查数据存在很大的差别，因此较早期的数据对于了解老年人共病情况可能帮助并不大。随着老年医学的发展，相关概念逐渐清晰，应该进一步规范化的开展老年共病的流行病学研究，以便推进老年医学的发展、进一步改善老年人健康水平。

3 影响及危害

共病所带来的影响是多方面的，首先是医疗资源使用的增加。美国数据表明[7]，相比仅有单一慢性问题的患者，患有2种或3种慢性问题的患者，其医疗花销高出19%，患有4种或5种慢性问题的则高出32%。在一项包含5 233 994名老年退伍军人中的研究中[8]，约1/3的患者有≥3种慢病，而这些患者的医疗花销则占总医疗花销的67%。国内目前缺乏相关数据的统计。其次，共病所带来的是对老年人群健康的影响。来自美国“健康和退休研究”2010～2012年的数据显示[9]，患有共病的老年人，发生不良事件的风险显著增加，包括死亡率增加、功能状态下降、生活质量下降等。来自比利时的数据也表明患共病者致残率增加[10]。一项美国的随机研究数据表明，共病中包含抑郁的患者较其他共病患者的躯体功能下降更明显[6]。最后，共病所带来的是对医疗的影响。共病不仅使医疗决策变得复杂、困难，而且共病的老年人往往会去多个专科多方就诊，在现有的专科诊治模式下，经常会造成多重用药（指用药≥5种，会显著增加发生药物不良反应的风险）、治疗不连续、过度医疗等医源性的问题。

4 共病的诊疗策略

目前大多数的慢病诊治指南即便包括了老年患者，仍侧重于对单一疾病的诊断和治疗，如老年房颤治疗指南、老年高血压治疗指南等。但是，患有共病的老年人往往因为其具有“多个问题”且存在多重用药的风险，而被排除在相关的临床研究之外，因此依照单病种指南制定的医疗方案，对于疾病本身而言可能是一个较好的方案，但是对于共病、高龄的老年人而言，却未必是最好的选择[11]。老年医学的宗旨是改善老年人的功能状态和生活质量，因此老年医学对于共病的处理，不是将治疗疾病的方案简单的叠加，而是需要根据老年人的具体情况来进行全人管理，进行综合干预。

2012年美国老年医学协会（American Geriatric Society，AGS）在整理、总结了众多关于共病的研究、文献之后，提出了处理老年人共病的指导原则，包括了制定原则的依据、原则的内容及处理老年人共病的流程；并且制作了名为“3 or more”的简易卡片，指出≥3种的慢性问题，就需要考虑该指导原则。指导原则用流程图和表格的形式，详细说明了每一步的目的和操作方法，用于指导临床工作者处理老年人的共病问题（图1）。指导原则可总结为5条。（1）了解患者的意愿，并在制定决策的时候考虑到患者的意愿。西方国家大多有明确的法律，确认患者医疗自主决策的权利，我国目前尚无相关的法律，在老年人的医疗决策上，多为家属代替做出决策，尤其是对于肿瘤等疾病的治疗。然而，在北京社区的一项调查显示[11]，80.9%的老年人希望能够真实了解他们的病情，52.4%的老年患者希望能够对自己的疾病来做医疗选择，说明多数中国老年人仍希望自己做主。（2）在处理老年人共病的时候，要了解循证医学证据的适用人群，选用适合老年人的循证医学研究。比如了解相关的随机对照试验（randomized controlled trial，RCT）研究是否包括了患共病的老年人，以及是否有关于老年共病人群的指导意见等等。（3）在制定临床决策时，需充分考虑风险、负担、获益及预后，综合比较治疗干预的起效时间与老年患

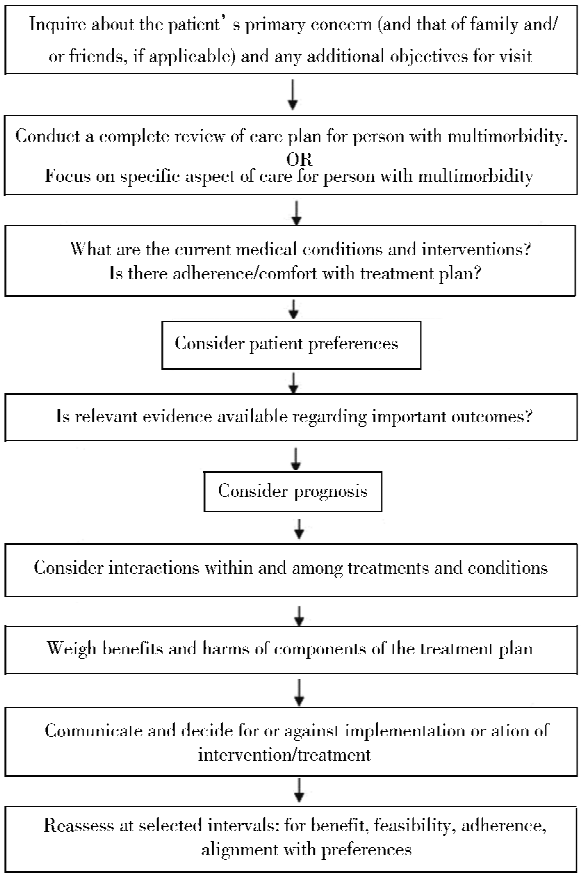


图1 老年人共病处理流程

Figure 1 Intervention procedure of multiple chronic conditions for the elder people

者的预期寿命。比如AGS在控制血糖上的建议是：对于健康、几乎没有并存的慢性疾病、且认知和功能状态完好的老年人，糖化血红蛋白（glycosylated hemoglobin，HbA1c）可控制在7.5%以下；对于中等健康，存在多种慢性合并疾病，或≥2项日常活动受限，或轻－中度认知功能受损的，HbA1c可控制在8%以下；对于健康较差，需长期护理，或伴有终末期慢性疾病，或中－重度认知功能受损，或≥2项日常活动无法自理的，HbA1c可控制在8.5%以下[12]。(4)在制定决策时，考虑治疗方案本身的复杂性和可行性，是否能够为老年人接受，并有效实施。比如让有认知功能障碍的老年糖尿病患者使用胰岛素，患者自己能否掌握，是否有照顾者辅助，都决定了患者能否有效执行干预方案；再如让老年患者增加运动，也要考虑患者有无关节病变会影响其活动，是否需要采取其他的锻炼方式等等。(5)优先选择那些能使获益最大化、损害最小化，且能够改善生活质量的治疗方案[13]。其中，老年综合征/问题往往对老年人生活质量影响更大，如视力问题对老年人的生活影响很大，白内障或屈光不正等造成的视力障碍，通过简单干预，手术或配眼镜即可改善，应优先考虑干预。

5 处理共病的特殊考虑

5.1 处理老年综合征

来自波士顿的一项研究显示，老年综合征数量对于日常生活活动能力（activities of daily life，ADL）受损的影响较慢病更明显[14]。美国妇女健康倡议研究组（Women's Health Initiative Observational Study，WHI-OS）的长期随访也有同样的结果[15]。我们的研究也显示了老年综合征数量与老年人ADL评分呈负相关，而慢病数量的相关性则较小[5]。日本社区老年人的调查显示，老年人ADL评分下降与常规的临床检查如高血压病、血液检查等并无相关性，而与老年综合征如听力下降、尿失禁等密切相关[16]。上述结果也说明了与慢病相比，老年综合征对于老年患者功能的影响更加明显。故老年医学工作者更应优先考虑老年综合征，在诊疗过程中应注重老年综合征的筛查及相应评估，并及时干预。运用全面的老年综合评估（comprehensive geriatric assessment，CGA）可以有效地筛查、评估老年综合征，有利于从整体考虑老年患者的问题，进行全人管理[17]。

5.2 注意医疗的连续性

老年人的慢性问题是不可治愈的，需要连续管理；且老年共病患者往往会就诊于很多专科，更容易发生医疗不连续的情况，包括治疗的重复、矛盾、不衔接等，也容易发生多重用药的问题。来自巴塞罗那的一项研究表明[18]，连续的家庭医疗能够减少慢病患者的住院日和医疗花销，提高患者满意度。美国的数据也表明，注重医疗连续性的“转诊医疗”能够有效降低老年患者的再住院率[19]。因此在处理老年人共病时，在从整体看待问题、考虑老年综合征的同时，还需要考虑转诊医疗的情况，确保医疗的“无缝隙”衔接，确保连续性。而国内目前尚无规范的转诊制度和流程。

5.3 做“减法”而不是“加法”

患共病老年人的多重用药问题也是很常见的。采用合理的管理措施，进行适当的“减法”，避免不合理的用药，可以有效处理多重用药的问题[20]。AGS在2015年发布了最新的“Beers标准”，可以作为老年人用药的参考指导。

总之，老年医学的宗旨是维护老年人的功能状态，尽量使老年人保持独立生活的基本能力，以维持其生活质量。老年人共病多见，严重影响老年患者

的功能和生活质量、并增加医疗费用。共病的处理与老年医学宗旨一致,均强调以患者为中心,从患者的整体来考虑问题,进行个体化的治疗,其最终的目标都是为了能够让老年人获益。除了常见慢病的处理以外,对于老年人而言,CGA 的评估与干预也极为重要;同时,做好转诊医疗、保证连续性,关注多重用药,也是共病处理中需要注意的问题。

【参考文献】

[1] Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design[J]? Public Health Rev, 2010, 32(2): 451-474.

[2] Wolff JL, Starfield B, Anderson G, *et al*. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly[J]. Arch Intern Med, 2002, 162(20): 2269-2276.

[3] van den Bussche H, Koller D, Kolonko T, *et al*. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany[J]. BMC Public Health, 2011, 11: 101.

[4] Islam MM, Valderas JM, Yen L, *et al*. Multimorbidity and comorbidity of chronic diseases among the senior Australians: prevalence and patterns[J]. PLoS One, 2014, 9(1): e83783.

[5] Zhang KK, Zhu ML, Liu XH, *et al*. Investigation of multimorbidity and geriatric syndromes in the elder people in Beijing communities[J]. Chin J Pract Intern Med, 2016, 5(36): 419-421.[张可可, 朱鸣雷, 刘晓红, 等. 北京部分社区老年人共病及老年综合征的调查分析[J]. 中国实用内科杂志, 2016, 5(36): 419-421.]

[6] Quinones AR, Markwardt S, Botoseneanu A, *et al*. Multimorbidity combinations and disability in older adults[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2016, 71(6): 823-830.

[7] Skinner HG, Coffey R, Jones J, *et al*. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study[J]. BMC Health Serv Res, 2016, 16(1): 77.

[8] Yoon J, Zulman D, Scott JY, *et al*. Costs associated with multimorbidity among VA patients[J]. Med Care, 2014, 52(Suppl 3): 31-36.

[9] Fortin M, Bravo G, Hudon C, *et al*. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care[J]. Qual Life Res, 2006, 15(1): 83-91.

[10] Barile JP, Mitchell SA, Thompson WW, *et al*. Patterns of chronic conditions and their associations with behaviors and quality of life, 2010[J]. Prev Chronic Dis, 2015, 12: E222.

[11] Zhang N, Ning XH, Zhu ML, *et al*. Attitudes towards advance care planning and healthcare autonomy among community dwelling older adults in Beijing, China[J]. Biomed Res Int, 2015, 2015: 453932.

[12] Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, *et al*. Diabetes in older adults: a consensus report[J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60(12): 2342-2356.

[13] Zeng P, Zhu ML, Liu XH. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity from American Geriatric Society[J]. Chin J Geriatr, 2013, 32(2): 237-239.[曾 平, 朱鸣雷, 刘晓红. 美国老年医学会发布共病老年患者的诊疗指导原则[J]. 中华老年医学杂志, 2013, 32(2): 237-239.]

[14] Brown RT, Kiely DK, Bharel M, *et al*. Factors associated with geriatric syndromes in older homeless adults[J]. J Health Care Poor Underserved, 2013, 24(2): 456-468.

[15] Rosso AL, Eaton CB, Wallace R, *et al*. Geriatric syndromes and incident disability in older women: results from the Women's Health Initiative Observational Study[J]. J Am Geriatr Soc, 2013, 61(3): 371-379.

[16] Nishi M, Shinkai S, Yoshida H, *et al*. Prevalence and characteristics of frailty among community-dwelling older people in Japan[J]. Nihon Ronen Igakkai Zasshi, 2012, 49(3): 344-354.

[17] Kang L, Zhu ML, Liu XH. Standardization and preliminary effect of comprehensive geriatric assessment for elderly inpatients[J]. Chin J Mult Organ Dis Elderly, 2015, 14(2): 84-88.[康 琳, 朱鸣雷, 刘晓红. 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.]

[18] Vilà A, Villegas E, Cruanyes J, *et al*. Cost-effectiveness of a Barcelona home care program for individuals with multimorbidity[J]. J Am Geriatr Soc, 2015, 63(5): 1017-1024.

[19] Kim H, Thyer BA. Does transitional care prevent older adults from rehospitalization? A review[J]. J Evid Inf Soc Work, 2015, 12(3): 261-271.

[20] Yan XL, Wang QM, Liu XH. Management of rational use of medication in elders[J]. Clin Med J, 2012, 10(1): 24-27.[闫雪莲, 王秋梅, 刘晓红. 老年人合理用药的管理[J]. 临床药物治疗杂志, 2012, 10(1): 24-27.]

(编辑:吕青远)