

· 病例报告 ·

基于老年综合评估的老年性厌食症多维度干预一例

金爽¹, 韩亮², 路菲¹, 刘晓红¹, 孙晓红^{1*}⁽¹⁾ 中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院老年医学科, 北京 100730; ⁽²⁾ 北京泰康燕园康复医院泰康之家燕园养老社区医务室, 北京 102200)

【关键词】 老年人; 厌食; 肌少症; 衰弱; 老年综合评估

【中图分类号】 R459.3

【文献标志码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2022.09.149

1 临床资料

患者女性, 85岁。因“纳差消瘦15年, 加重1年余伴乏力”, 于2021年6月在持续照料退休老年社区(continuing care retirement community, CCRC)中由家庭医师提请协助诊疗。患者多年来胃口不佳, 少量进食后即出现饱腹感, 无法足量饮食, 70岁时体质量为35 kg, 其后一直缓慢下降, 目前体质量32 kg, 身高149 cm, 体质量指数(body mass index, BMI) 14.4 kg/m²。近1年余患者纳差加重, 且出现双腿无力, 走路摇晃, 无法提拎1 kg左右的物品, 无力做饭, 独立洗澡亦较前艰难。除消瘦、纳差及乏力外, 患者还有多重主诉, 包括便秘、大便带血、腰背部疼痛、记忆力减退、睡眠质量差、疲劳等, 季节更替时易患肺炎。2020年1月, 患者曾因纳差在外院住院, 查白蛋白35 g/L, 超敏C反应蛋白0.36 mg/L, 血常规、血糖、糖化血红蛋白、血脂、肝肾功能、甲状腺功能、肿瘤标志物、胃镜、心脏彩超、肺部CT等未见明显相关异常, 简易精神状态评估量表(mini-mental state examination, MMSE)评分25分。外院诊断“痴呆/阿尔茨海默病不排除、消化不良、慢性胃炎、十二指肠息肉”, 予美金刚、雷贝拉唑、替普瑞酮口服。后患者因纳差反复门诊就诊, 加用不同药物, 症状未好转, 服药种类逐渐增加。本次就诊时查体: 全身消瘦, 除腹部呈舟状腹外, 心、肺、腹无其他明显异常, 双下肢无水肿, 双小腿围28 cm。

老年综合评估 基于生物-心理-社会医学模式的单人诊疗理念, 针对营养状态、躯体功能、情绪、多重用药、社会支持等方面对患者进行老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)。(1)营养: 患者存在老年牙列缺损, 义齿配合欠佳, 影响咀嚼功能, 并存在“老年人低盐、低脂、低糖饮食才健康”的观念。根据营养不良评定(诊断)共识(global leadership initiative on malnutrition, GLIM)^[1], 将患者评定为重度营养不良。(2)躯体功能: 患者除洗澡较前困难外, 日常生活活动能力基本维持; 步行需拄拐, 步速0.5 m/s, 5次起坐时间13.4 s, 3m起立-行走时间14.8 s, 右利手握力17.3 kg, 皆低于正常值; 衰弱评分(FRIL量表)为3分, 处于衰弱状态; 由

于同时满足功能减低、小腿围减少、肌肉力量减少, 根据亚洲肌少症工作组对社区医疗的诊断建议^[2], 诊断为肌少症可能。(3)情绪: 患者在访谈中自述情绪非常低落, 从前感兴趣的事现已无法提起兴趣, 对于生活充满悲观情绪, 认为自己“一生十分失败”, 谈话中数度哽咽落泪; 简版老年抑郁量表(15-item geriatric depression scale, GDS-15) 14分, 符合抑郁状态。(4)用药核查: 患者目前用药18种, 包括双歧杆菌、复方消化酶、复方阿嗝米特、替普瑞酮、雷贝拉唑、羟苯磺酸钙、迈之灵、叶酸片、骨化三醇、阿托伐他汀、双氯醋因、金荞麦片、金天格片、善存片、防风通圣颗粒、降钙素喷鼻剂、美金刚及艾司唑仑, 其中部分药物缺乏长期服用指征, 部分药物服用后出现不适, 部分药物无明显对症治疗效果, 符合多重用药。(5)社会支持: 患者大专文化, 以前从事药师工作, 目前在CCRC中与老伴居住, 家庭条件较好, 但与老伴、子女的交流欠佳; 由于症状加重, 近期较少参与社区活动。(6)患者意愿: 患者对自我健康的总体打分为0分, 认为“自己就要不行了”, 目前最想解决的问题是纳差和消瘦。

初步诊断 结合既往病史和老年综合评估结果, 患者诊断为: 老年性厌食症、重度营养不良、肌少症可能、衰弱、抑郁状态、睡眠障碍、功能性消化不良、多重用药、十二指肠息肉、椎管狭窄、骨质疏松、主观认知下降、老年牙列缺损、双耳混合性耳聋。

诊疗经过 对该患者的诊疗以老年性厌食症为中心, 利用社区医疗优势, 逐步推进, 针对以下5项可逆因素进行干预, 功能性消化不良、对营养的错误认知、咀嚼功能下降、抑郁状态及多重用药。最终治疗目标为饮食量达标、营养及功能状态改善、生活质量提高。首先针对患者的多重用药情况进行处方精简, 建议减停复方阿嗝米特、雷贝拉唑、替普瑞酮、羟苯磺酸钙、双醋醋因、阿托伐他汀、叶酸片、金天格、金荞麦等无明确指征或出现副作用的药品; 加用莫沙必利、乳果糖减轻消化道症状。营养方面对患者进行教育, 纠正其“少油少糖”的错误观念, 建议利用料理机打碎肉类和蔬菜; 对于咀嚼困难, 建议口腔科就诊, 调试假牙。经过以上初步干预, 1周后患者餐后不适症状好转, 食欲稍增。

收稿日期: 2021-11-17; 接受日期: 2022-01-04

基金项目: 国家重点研发计划(2018YFC2000300)

通信作者: 孙晓红, E-mail: sunxiaoh2010@126.com

第2周起,重点进行抑郁方面的治疗,予米氮平 7.5 mg 睡前服用,耐受后缓慢加量;制定饮食计划,规律增加鸡蛋、牛奶等优质蛋白摄入,补充安素 4 勺/d 起,耐受后加量。就诊 1 个月后(2021 年 7 月)随访,患者食量进一步增加,饮食结构已均衡,能够规律进餐并摄入口服营养补充剂;夜间睡眠明显改善,情绪好转,GDS-15 评分从 14 分下降至 6 分,复查 MMSE 27 分。在此基础上,考虑患者并无痴呆,逐步减停美金刚,并为患者设计运动处方,重点对核心力量、下肢力量及平衡能力进行训练^[3],鼓励患者每日运动。

就诊 3 个月后(2021 年 9 月)随访,患者食欲恢复,餐间出现饥饿感,每日摄入热量约 1300 kCal,蛋白质约 50 g,饮食量达标;复查白蛋白 42 g/L,体质量较前增加 7% (2.2 kg),小腿围较前增加 1.5 cm;5 次起坐时间 10.5 s,3 m 起立-行走时间 9.3 s,步速 1.1 m/s,皆进入正常范围;总体健康自评升高至 70 分。患者自述:“腿不但能站住,而且有一定的力量了,这点我很高兴。因为体质的改善,也带来了生活美好的感觉。”

2 讨论

老年性厌食症是一种常见的老年综合征,表现为老年人持续性食欲减退甚至丧失、摄食显著减少,不仅显著降低老年人的生活质量,还会造成营养不良、肌少症及衰弱,损害老年人抗逆力,导致不良结局。据国外文献报道,老年性厌食症的患病率在社区老人中约占 1%~22%,在护理院约占 30%,在医院中可更高^[4-6]。目前我国对老年性厌食症的关注度尚低,患病率未见报道。本例患者在就诊时躯体功能已有下降趋势,若任其发展,则不可避免出现跌倒、失能、反复住院、感染及死亡。因此,针对老年性厌食症必须进行及时干预。

与传统意义上的疾病不同,老年性厌食症的成因涉及到生理、病理、心理、社会等多个方面,包括增龄相关的味觉嗅觉减退、摄食相关激素异常、脑内奖赏系统的改变及胃肠道动力的不足,也常包括情绪、多重用药、慢病、低度炎症、摄食环境、生活方式、健康教育水平等多方面问题^[4-6]。多因素叠加导致老年性厌食症一般无法用一元论或单一疾病解释,这也符合生物-心理-社会医学模式。在这些因素中,有一些是无法改变的,而医师需要寻找可逆因素进行纠正,而不是只关注某一种慢病。该患者为高龄老人,既往诊疗过程中并未见到严重疾病,但健康状态较差,并伴有多重用药。我们充分利用了老年综合评估的优势,明确了患者存在 5 项可以纠正的因素,逐一进行多维度干预。在干预中,不仅满足于食欲的恢复,还致力于功能及总体生活质量的提高。这一系列的思维过程可以被老年医学 5M 模型所概括,即情绪认知(mind and mentation)、运动(mobility)、药物(medication)、复杂情况(multi-complexity)及患者意愿(matters most)^[7]。5M 模型代表了老年医学的工作特点,也恰好符合老年性厌食症的诊疗重点。

随着医学的发展,人类生存期显著延长,疾病谱也发生变化,以疾病为中心的时代即将终结^[8]。功能下降是老年人预后不良的高风险因素,因此现代老年医学将维护老年人的功能和生活质量作为重要的治疗目标^[9]。老年性厌食症作为一种高患病率、高风险、多因素但可逆的典型老年综合征,需得到充分的重视和治疗。基于老年综合评估,医师可开展多维度干预,这一诊疗模式值得在各级医疗机构中学习推广。

【参考文献】

- [1] 李娇娇, 刘晓红. GLIM 营养不良诊断标准临床实践[J]. 中国临床保健杂志, 2020, 23(6): 721-724. DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2020.06.001.
- [2] Li JJ, Liu XH. A review on clinical practice of GLIM malnutrition diagnostic criteria[J]. Chin J Clin Healthcare, 2020, 23(6): 721-724. DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2020.06.001.
- [3] Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment[J]. J Am Med Dir Assoc, 2020, 21(3): 300-307. e2. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.12.012.
- [4] 日本国家老年医学中心. 老年人居家锻炼计划: 视频版[M]. 康琳, 译. 北京: 中国医药科技出版社, 2021: 26-37. National Center for Geriatrics and Gerontology of Japan. Home exercise program for older people[M]. Translated by Kang L. Beijing: China Medical Science Press, 2021: 26-37.
- [5] Dent E, Hoogendijk EO, Wright ORL. New insights into the anorexia of ageing: from prevention to treatment[J]. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2019, 22(1): 44-51. DOI: 10.1097/MCO.0000000000000525.
- [6] Cox NJ, Morrison L, Ibrahim K, et al. New horizons in appetite and the anorexia of ageing[J]. Age Ageing, 2020, 49(4): 526-534. DOI: 10.1093/ageing/afaa014.
- [7] 张闪, 郑松柏. 老年性厌食症[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(4): 513-518. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2021.04.023. Zhang S, Zheng SB. Anorexia of aging[J]. Chin J Geriatr, 2021, 40(4): 513-518. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2021.04.023.
- [8] Tinetti M, Huang A, Molnar F. The geriatrics 5M's: a new way of communicating what we do[J]. J Am Geriatr Soc, 2017, 65(9): 2115. DOI: 10.1111/jgs.14979.
- [9] Michel JP, Graf C, Ma L, et al. The end of the disease concept in geriatric medicine[J]. Aging Med Healthcare, 2020, 11(1): 3-9. DOI: 10.33879/amh.2020.032-2002.006.
- [10] Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing[J]. Lancet, 2016, 387(10033): 2145-2154. DOI: 10.1016/s0140-6736(15)00516-4.

(编辑: 郑真真)