

· 老年医学新模式专栏 ·

综合医院老年住院患者联络会诊精神医学服务模式探讨

洪霞¹, 赵晓晖¹, 曾平², 史丽丽¹, 曹锦亚¹, 魏镜^{1*}

(中国医学科学院北京协和医院: ¹心理医学科, ²老年医学科, 北京 100730)

【摘要】目的 通过对某三级甲等医院老年病房的住院患者进行老年综合评估CGA, 并在此基础上提供联络会诊精神医学服务 (CLPS), 对如何提高综合医院老年住院患者精神医学服务的可及性进行探索。**方法** 回顾性地分析2009年9月至2012年8月期间入住该医院老年示范病房的患者 (年龄≥65岁), 入院时接受CGA (Zung自评抑郁量表和Zung自评焦虑量表), 必要时进行老年多学科团队查房和精神医学会诊。由精神科医师根据国际疾病分类标准-10 (ICD-10) 做出精神科诊断。经过上述CLPS的老年患者与同期其他病房接受应邀精神科会诊的老年患者 (年龄≥65岁) 进行比较。**结果** 老年病房共146例患者接受CLPS, 其他病房共520例患者接受应邀会诊精神医学服务。老年病房的会诊率为28.2%, 显著高于其他病房1.5%的会诊率 ($P = 0.000$)。接受精神医学服务的前3位原因在老年病房分别为情绪问题 (44.5%)、随访问题 (16.4%) 和内科疾病无法解释的症状 (10.3%); 在其他病房分别为情绪问题 (37.9%)、精神问题 (20.4%) 和内科疾病无法解释的症状 (10.1%), 两者比较差异有统计学意义 ($P = 0.000$)。老年病房前3位精神科诊断为神经症及应激相关障碍 (29.7%)、情感障碍 (26.9%) 和器质性精神障碍 (21.4%); 其他病房为神经症及应激相关障碍 (35.0%)、器质性精神障碍 (28.8%) 和情感障碍 (16.5%), 两者比较差异有统计学意义 ($P = 0.001$)。**结论** 以CGA、精神科访谈和多学科治疗团队联合查房模式进行的CLPS可提高综合医院老年住院患者的精神科会诊率, 上述医学服务模式值得在综合医院推广。

【关键词】 老年医学; 联络会诊精神医学; 老年综合评估

【中图分类号】 R749; R395

【文献标识码】 A

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2015.02.024

Consultation-liaison psychiatric service for elderly inpatients in a general hospital

HONG Xia¹, ZHAO Xiao-Hui¹, ZENG Ping², SHI Li-Li¹, CAO Jin-Ya¹, WEI Jing^{1*}

(¹Department of Psychological Medicine, ²Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China)

【Abstract】Objective To provide consultation-liaison psychiatric service (CLPS) after comprehensive geriatric assessment (CGA) in the elderly inpatients in a general hospital in order to explore how to improve psychiatric service for these patients. **Methods** All the patients over 65 years old or more hospitalized in the demonstration wards of a general hospital during September 2009 to August 2012 were recruited in this study. They were assessed with CGA by Zung's Self-rating Depression Scale and Zung's Self-rating Anxiety Scale at admission. Ward round by geriatric multidisciplinary team and CLPS were offered when necessary. Psychiatric diagnoses were made by a psychiatrist according to the International Classification of Diseases-10 (ICD-10). Their outcomes were compared with those of the elderly inpatients aged 65 years old or more in other wards in the same time frame (control group). **Results** There were 146 patients from geriatric ward receiving psychiatric service, with a consultation rate of 28.2%, while 520 patients from the other wards receiving the service, with a rate of 1.5% ($P = 0.000$). In geriatric ward, the top 3 reasons for referral were emotional problems (44.5%), follow-up problems (16.4%), and medical unexplained symptoms (10.3%). But for those of other wards, the reasons were emotional problems (37.9%), psychiatric problems (20.4%) and medical unexplained symptoms (10.1%) ($P = 0.000$). The major psychiatric diagnoses were neurosis and stress related disorders (29.7%), mood disorders (26.9%) and organic psychiatric disorders (21.4%) in geriatric ward; while, neurosis and stress related disorders (35.0%), organic psychiatric disorders (28.8%) and mood disorders (16.5%) in other wards ($P = 0.001$). **Conclusion** CLPS based on CGA, psychiatric consultation and ward round of multidisciplinary team can promote consultation rate for psychiatric consultation in the elderly inpatients in a general hospital, and worth of widely application in clinical practice.

【Key words】 geriatrics; consultation-liaison psychiatry; comprehensive geriatric assessment

Corresponding author: WEI Jing, E-mail: weijing@pumch.cn

联络会诊精神医学的目的是为综合医院住院患者提供可及的精神医学服务。目前国内的联络会诊精神医学服务 (consultation-liaison psychiatric service, CLPS) 相对滞后, 大多采用院际会诊或应邀会诊的形式进行^[1-3]。鉴于目前国内非精神专科医师对精神障碍的识别率低^[4], 仅仅通过主管医师进行识别, 难以满足综合医院患者的精神卫生服务需求。所谓CLPS, 是指精神科医师作为治疗团队的一员, 规律地参与到非精神科病房的工作, 进行精神科会诊、病房查房、病例讨论以及相关教学, 并改善非精神科医师的精神科基本技能^[5]。国外医院老年专科已将抑郁、焦虑、认知功能的筛查作为老年综合评估 (comprehensive geriatric assessment, CGA) 的重要内容并广为应用^[6]。本研究通过在某三级甲等医院的老年病房进行CGA、并在此基础上提供CLPS, 对如何提高综合医院老年住院患者精神医学服务的可及性进行探索。

1 对象与方法

1.1 研究对象与研究设计

前瞻性队列研究, 干预组为2009年8月至2012年8月期间入住某三级甲等医院老年示范病房、年龄 ≥ 65 岁的患者; 对照组为同期入住该院其他普通病房、年龄 ≥ 65 岁的患者。

1.2 方法

1.2.1 老年综合评估与多学科团队查房 干预组患者入院时接受CGA, 包括认知功能、日常生活能力、跌倒风险及心理量表筛查^[7]。使用Zung自评抑郁量表 (Zung's Self-rating Depression Scale, Zung's SDS) 和Zung自评焦虑量表 (Zung's Self-rating Anxiety Scale, Zung's SAS) 进行抑郁、焦虑症状的筛查^[8,9]。

每周举行1次多学科团队查房, 由老年示范病房医师根据患者CGA结果和临床需要提出。团队查房由老年科医师、精神科医师、营养师、药师、康复师共同参与, 全方位处理患者的身心问题。对于提请精神科参与的患者, 由精神科医师在查房前完成精神科访谈。

1.2.2 应邀精神科会诊常规医疗模式 对照组患者的主管医师根据临床需求提出精神科会诊申请, 由精神科医师在收到申请后完成精神科访谈。

1.2.3 精神障碍的诊断 由精神科医师根据 (国际

疾病分类标准-10 (the International Classification of Diseases-10, ICD-10) 做出精神障碍的诊断。

1.3 统计学处理

纳入统计分析的数据包括: 性别、年龄、科室 (分为手术科室和非手术科室)、邀请会诊原因 (由发出会诊邀请的医师记录并解释, 会诊的精神科医师据此归类, 分类细目见表2)、精神科诊断。会诊率 = 会诊例次/同期该科室住院人数。

采用SPSS20.0统计软件进行统计学分析, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示, 两组间计量资料比较采用非配对 t 检验; 计数资料以百分率表示, 两组间计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

干预组共纳入517例患者, 年龄 (76.2 $\pm$ 7.5) 岁, 男性占54.2%。对照组共纳入35037例患者, 其中手术病房19293例, 非手术病房15744例; 年龄 (72.5 $\pm$ 5.6) 岁, 其中手术病房 (72.5 $\pm$ 5.7) 岁, 非手术病房年龄 (72.4 $\pm$ 5.6) 岁; 男性占51.5%, 其中手术病房男性占46.2%, 非手术病房男性占57.9%, 与干预组比较, 年龄及性别差异均有统计学意义 ($P = 0.000$)。

2.2 会诊率比较

各科室会诊的患者数及会诊率见表1。干预组会诊率为28.2%, 显著高于对照组1.5%的会诊率 ($P = 0.000$); 在对照组中, 手术组会诊率为0.8%, 非手术组为2.3%。

2.3 会诊原因

干预组接受精神医学服务的前3位原因为情绪问题 (44.5%)、随诊问题 (16.4%) 和内科疾病无法解释的症状 (10.3%); 对照组接受精神医学服务的前3位原因为情绪问题 (37.9%)、精神问题 (20.4%) 和内科疾病无法解释的症状 (10.1%), 与干预组比较差异均有统计学意义 ($P = 0.000$; 表2)。

2.4 精神科诊断

干预组最常见的精神科诊断: 神经症及应激相关障碍 (29.7%)、情感障碍 (26.9%) 和器质性精神障碍 (21.4%); 对照组: 神经症及应激相关障碍 (35.0%)、器质性精神障碍 (28.8%) 和情感障碍 (16.5%) 与干预组比较, 差异均有统计学意义 ($P = 0.001$; 表3)。

干预组经联络会诊方式发现的精神障碍患病率为25.5% (132/517), 其中神经症及应激相关障碍的患病率为8.3%(43/517), 情感障碍患病率为7.5%(39/517), 器质性精神障碍的患病率为6.0%(31/517)。

表1 干预组与对照组会诊率比较
Table 1 Consultation rate in intervention and control groups

Time duration	Group	Cases (n)	Cases receiving consultation[n(%)]	P*
2009.09–2010.08	Intervention	135	36 (26.7)	
	Control	10 966	162 (1.5)	0.000
	Surgical	6 029	60 (1.0)	0.000
	Non-surgical	4 937	102 (2.2)	0.000
2010.09–2011.08	Intervention	167	38 (22.8)	
	Control	11 567	170 (1.5)	0.000
	Surgical	6 194	37 (0.6)	0.000
	Non-surgical	5 373	133 (2.5)	0.000
2011.09–2012.08	Intervention	215	72 (33.5)	
	Control	12 504	183 (1.4)	0.000
	Surgical	7 070	61 (0.9)	0.000
	Non-surgical	5 434	122 (2.2)	0.000
2009.09–2012.08	Intervention	517	146 (28.2)	
	Control	35 037	520 (1.5)	0.000
	Surgical	19 293	158 (0.8)	0.000
	Non-surgical	15 744	362 (2.3)	0.000

*Compared with intervention group

表2 干预组与对照组接受会诊原因比较
Table 2 Reasons for psychiatric referral in intervention and control groups [n(%)]

Reason	Intervention group	Control group		
		Surgical	Non-surgical	Total
Current emotional symptoms	65 (44.5)	44 (28.2)	151 (42.2)	195 (37.9)
Current psychiatric symptoms	11 (7.5)	50 (32.1)	55 (15.4)	105 (20.4)
Current sleep problems	7 (4.8)	14 (9.0)	23 (6.4)	37 (7.2)
Current cognitive symptoms	9 (6.2)	2 (1.3)	6 (1.7)	8 (1.6)
History of non-psychiatric diseases	4 (2.7)	10 (6.4)	13 (3.6)	23 (4.5)
History of psychiatric diseases	1 (0.7)	4 (2.6)	4 (1.1)	8 (1.6)
Unexplained medical symptoms	15 (10.3)	7 (4.5)	45 (12.6)	52 (10.1)
Not cooperative in treatment	2 (1.4)	13 (8.3)	7 (2.0)	20 (3.9)
Follow-up	24 (16.4)	7 (4.5)	36 (10.1)	43 (8.4)
Others	8 (5.5)	5 (3.2)	18 (5.0)	23 (4.5)
Total	146	156	358	514
P*		0.000	0.046	0.000

*Compared with intervention group

表3 干预组与对照组接受会诊者的精神科诊断
Table 3 Psychiatric diagnosis for referrals in intervention and control groups [n(%)]

Psychiatric diagnosis	Intervention group	Control group		
		Surgical	Non-surgical	Total
Organic mental disorders	31 (21.4)	69 (44.5)	76 (21.8)	145 (28.8)
Mental disorders due to psychoactive substances or non-addictive substances	4 (2.8)	0 (0.0)	2 (0.6)	2 (0.4)
Schizophrenia and other psychotic disorders	3 (2.1)	6 (3.9)	9 (2.6)	15 (3.0)
Mood disorders	39 (26.9)	14 (9.0)	69 (19.8)	83 (16.5)
Hysteria, stress-related disorders, or neurosis	43 (29.7)	38 (24.5)	138 (39.7)	176 (35.0)
Physiological disorders related to psychological factors	12 (8.3)	3 (1.9)	15 (4.3)	18 (3.6)
Without psychiatric disorders	8 (5.5)	10 (6.5)	20 (5.7)	30 (6.0)
Unclear	5 (3.4)	15 (9.7)	19 (5.5)	34 (6.8)
Total	145	155	348	503
P*		0.000	0.071	0.001

*Compared with intervention group

3 讨 论

3.1 联络精神医学服务为老年住院患者提供精神医学服务的必要性

在综合医院,老年人的躯体疾病相对复杂、合并用药多,因此老年人是合并精神障碍的高危人群。在老年住院患者中,精神障碍的患病率可高达60%^[10]。我们前期的研究也发现,老年病房住院患者中情感障碍的患病率达17.4%^[6]。本研究经联络会诊方式发现的精神障碍患病率为25.5%。老年患者共患精神障碍将影响其生活质量、对治疗的依从性、加重健康机构的责任,并与更差的治疗结局相关^[11]。因此,对老年住院患者提供可及的精神卫生服务是老年医学的重要组成部分^[12]。这也说明,老年患者常见精神障碍的相关知识也是老年科医师需要掌握的一项基本技能。从综合征角度考虑,老年科医师需要掌握谵妄、痴呆、焦虑、抑郁4组老年人常见的精神障碍综合征。

3.2 联络精神医学服务能更好地满足老年住院患者的需求

在干预组常规CGA、焦虑抑郁筛查的基础上,本研究中的精神科医师作为多学科治疗团队的一员为老年住院患者提供CLPS; CLPS服务的会诊率(28.2%)显著高于应邀精神科会诊的会诊率(1.5%, $P=0.000$),说明CLPS的服务模式能更好地满足老年住院患者的精神卫生服务的需求。且这个差别不仅存在于手术科室(会诊率0.8%, $P=0.000$),在非手术科室也同样存在(会诊率2.3%, $P=0.000$)。说明会诊率的差别不是因为非手术科室与手术科室精神卫生服务需求的不同所致。

Draper^[13]的系统综述发现,与传统的应邀会诊相比,以联络的方式提供精神医学服务,患者能获得更为专业的系统评估、更多的精神科转诊、更精确的精神科诊断和访谈、对精神障碍治疗有更好的依从性。1项随机研究发现,患有精神障碍疾病的老年科患者,如能获得CLPS,其重新获得独立生活的可能性是常规治疗组的2倍^[14]。因此CLPS服务模式越来越多地在欧美发达国家开展^[15]。目前我国的CLPS尚处于起步阶段,如何更加有效地将精神医学服务整合在住院患者的医疗服务中,是近期该领域的发展方向。

3.3 在全方位老年综合评估的基础上提供精神医学服务是识别老年精神障碍的有效方式

现代老年医学模式强调对老年人进行全人全程

健康管理,通过CGA,强调从疾病、体能、认知、心理和社会等多层面对老年患者进行全面的评估。Ellis等^[16]纳入22个临床试验,包括6个国家10315名受试者参加的系统综述发现,与常规治疗相比,CGA组显著提高了老年住院患者的生存率、减少了其入住机构的时间;在Lin等^[17]的研究中,对471例入住老年病房的台湾患者进行CGA,发现有54.4%的患者伴有抑郁症状,提示CGA是发现老年住院患者精神障碍的有效方式。

对于合并精神障碍的复杂老年患者,我院目前采取由精神科医师参与在内的老年医学多学科整合团队(geriatric interdisciplinary team, GIT)会诊工作模式处理;GIT是应对复杂老年患者的重要工作模式^[18]。老年人在正确地接受精神医学服务方面普遍存在障碍:首先人群对精神和心理疾病的认识普遍存在不足,出现情绪问题、尤其以躯体不适为主要表现时通常选择非精神专科就诊^[19];而另一个突出问题是耻感,即患者以承认自己存在精神心理问题为耻,不愿意接受精神科医师的评估筛查以及治疗^[20]。从老年科医师的角度,如能利用CGA对患者的精神障碍获取初步的认识,在此基础上给予相关的治疗、转诊建议,能有效克服上述障碍,将可明显改善老年患者精神医学服务的可及性,进而改善患者的预后。

4 结 论

以老年综合评估、量表筛查、精神科访谈和多学科治疗团队联合查房模式进行的CLPS可提高综合医院老年住院患者的精神科会诊率,上述模式值得在综合医院临床工作中推广。在推广的过程中,综合医院其他病房医师的可接受性以及是否有足够的联络会诊精神科医师是需要克服的困难。我们的经验是,从小范围开始,融入该科室的临床工作,互相促进,在此基础上逐渐推广。另外,符合综合医院发展需求的精神科住院医师培训和联络会诊精神专科医师培训,将是今后顺利开展该工作的人员保证。

【参考文献】

- [1] Jiang RH, Zhou M, Dang WM, et al. Characteristics of consultation-liaison psychiatry in a psychiatric hospital in Beijing[J]. Chin Ment Health J, 2009, 23(9): 613-615, 624. [姜荣环, 周沫, 党卫民, 等. 北京市某精神病医院541例联络会诊患者的特点分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(9): 613-615, 624.]
- [2] Zhao XH, Hong X, Shi LL, et al. Analysis of data from consultation-liaison psychiatry service for the inpatients

- in a tertiary general hospital[J]. Chin Ment Health J, 2011, 25(1): 30-34. [赵晓晖, 洪霞, 史丽丽, 等. 某三级甲等综合医院住院患者精神科会诊3年资料分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2011, 25(1): 30-34.]
- [3] Zhang SH, Li YD, Ji RH, *et al.* Analysis of psychiatric consultation of 365 inpatients in general hospital[J]. J Clin Psychiatry, 2013, 23(5): 336-338. [张素辉, 李幼东, 姜荣环, 等. 综合医院住院患者精神科会诊365例分析[J]. 临床精神医学杂志, 2013, 23(5): 336-338.]
- [4] Shi LL, Zhao XH, Jiang RH, *et al.* Occurrence of depressive and/or anxiety disorders in neurological outpatients from general hospitals in Beijing[J]. Chin Ment Health J, 2009, 23(9): 616-620. [史丽丽, 赵晓晖, 姜荣环, 等. 北京市部分综合医院神经内科门诊焦虑、抑郁障碍现况调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(9): 616-620.]
- [5] Nogueira V, Lagarto L, Cerejeira J, *et al.* Improving quality of care: focus on liaison old age psychiatry[J]. Ment Health Fam Med, 2013, 10(3): 153-158.
- [6] Avelino-Silva TJ, Farfel JM, Curiati JA, *et al.* Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults[J]. BMC Geriatr, 2014, 14(1): 129.
- [7] Zeng P, Meng P, Hong X, *et al.* Recognition of mood disorders in elderly inpatients in a general hospital[J]. Chin J Mult Organ Dis Elderly, 2014, 13(9): 697-701. [曾平, 孟波, 洪霞, 等. 综合医院老年住院患者情感障碍的识别[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2014, 13(9): 697-701.]
- [8] Shu L. Self-rating Depression Scale and Depression Status inventory[A]//Wang XD, Wang XL, Ma H. Rating Scales for Mental Health[M]. Beijing: Chin Ment Health J, 1999: 194-196. [舒良. 自评抑郁量表和抑郁状态问卷[A]//汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 194-196.]
- [9] Wu WY. Self-rating Anxiety Scale[A]//Wang XD, Wang XL, Ma H. Rating Scales for Mental Health[M]. Beijing: Chin Ment Health J Press, 1999: 235-238. [吴文源. 焦虑自评量表[A]. //汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 235-238.]
- [10] Anderson D, Holmes J. Liaison psychiatry for older people: an overlooked opportunity[J]. Age Ageing, 2005, 34(3): 205-207.
- [11] Parsonage M, Fossey M. Economic evaluation of a liaison psychiatry service[EB/OL]. London: Centre for Mental Health (2011) [2014-12-25]. http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/economic_evaluation.pdf.
- [12] Draper B, Low LF. What is the effectiveness of acute hospital treatment of older people with mental disorders[J]? Int Psychogeriatr, 2005, 17(4): 539-555.
- [13] Draper B. The effectiveness of old age psychiatry services[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2000, 15(8): 687-703.
- [14] Cole MG, Fenton FR, Engelsmann F, *et al.* Effectiveness of geriatric psychiatry consultation in an acute care hospital: a randomized clinical trial[J]. J Am Geriatr Soc, 1991, 39(12): 1183-1188.
- [15] Wood R, Wand AP. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review[J]. J Psychosom Res, 2014, 76(3): 175-192.
- [16] 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): CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub2.
- [17] Lin JH, Huang MW, Wang DW, *et al.* Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study[J]. BMC Geriatr, 2014, 14: 77. doi: 10.1186/1471-2318-14-77
- [18] Mion L, Odegard PS, Resnick B, *et al.* Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society position statement[J]. J Am Geriatr Soc, 2006, 54(5): 849-852.
- [19] Jiang CL, Zhao YX, Zhao XQ, *et al.* Characteristics of mental health services at 325 general hospitals in Beijing[J]. Chin J Prev Med, 2005, 39(4): 241-244. [姜春玲, 赵云霞, 赵秀芹, 等. 北京地区325家综合医院心理卫生服务状况[J]. 中华预防医学杂志, 2005, 39(4): 241-244.]
- [20] Wu ZG, Yuan CM, Wang Z, *et al.* Self-stigma in patients with mood disorders and its related factors[J]. J Shanghai Jiaotong Univ(Med Sci), 2011, 31(11): 1527-1531. [吴志国, 苑成梅, 王振, 等. 心境障碍患者自我病耻感及相关因素研究[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2011, 31(11): 1527-1531.]

(编辑: 刘子琪, 周宇红)