·病例报告·

# 老年综合评估指导下的跨学科整合团队治疗高龄脑梗死后压疮合并感染患者一例

许国耀[1],王玥[1],孙京[2],闫阔[3],李志勇[4],彭夫松[1],梁鹏[1]*
(清华大学附属垂杨柳医院:[1]老年医学科,[2]营养科,[3]药剂科,[4]临床心理科,北京 100022)

【关键词】 老年综合评估;高龄;压疮;跨学科整合团队
【中图分类号】 R592 【文献标志码】 B 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2026.01.014

## 1 临床资料

患者,男性,83岁,因"发热1 d"于2021年2月5日收入北京市垂杨柳医院。患者1 d前无明显诱因出现发热,体温39℃,伴咳嗽、咳痰,有痰不易咳出,有轻度喘憋,意识模糊,伴进食呛咳明显,自行口服罗红霉素及泰诺治疗效果差,就诊我院发热门诊。2021-02-05 血常规:白细胞 26.9×10⁹/L,中性粒细胞百分比 87.2%,C反应蛋白 164.8 mg/L。2021-02-05 胸部CT平扫与2020-09-01 CT片对比:双肺磨玻璃影及实变影,较前新出现,考虑炎症,诊断"肺炎",予头孢唑肟抗感染治疗效果不佳,为求进一步诊治收入我科。患者既往高血压病史20余年,陈旧性脑梗死病史10年,遗留右侧肢体活动不利,7个月前不慎摔倒后致左侧股骨颈骨折,后开始长期卧床,3个月前骶尾部出现压疮,外科门诊规律换药,效果不佳。前列腺增生病史10余年,慢性阻塞性肺疾病病史10余年。

**入院查体** 体温38.9℃,脉搏102次/min,呼吸18次/min,血压96/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),血氧饱和度97%(吸氧2 L/min)。神志模糊,骶尾部可见约6 cm×6 cm Ⅳ期压疮,深达骨膜,部分组织坏死伴黄色腐肉。双侧呼吸音粗,双侧可闻及散在湿性啰音,未闻及胸膜摩擦音。律齐,心率102次/min,各瓣膜区未闻及病理性杂音。舟状腹,双下肢轻度水肿。四肢肌力检查不能配合,肌张力未见异常,未引出阳性病理征。

**入院后老年综合评估** (1)营养:身高168 cm,体质量52 kg,体质量指数18.4 kg/m²,左小腿围31.0 cm,右小腿围31.5 cm,营养风险筛查评分4分(≥3分存在营养风险)。(2)躯体功能:日常生活能力评分0分,工具性日常生活能力评分0分,根据上述两个量表评估患者完全失能状态;Frail量表评分为4分,处于衰弱状态。根据亚洲肌少症工作组对社区医疗的诊断建议,诊断为肌少症(可能)。(3)吞咽功能:洼田饮水实验5级,存在严重的吞咽功能障碍。(4)社会支持:退休职工,和老伴一起居住,育两女,家庭关系和睦。

**入院后检查** 血气组合:酸碱度7.47,氧饱和度89%,乳酸5.3 mmol/L,氧分压52 mmHg,二氧化碳分压32 mmHg;血常规:白细胞计数26.9×10⁹/L,嗜中性粒细胞百分数87.2%,C反应蛋白164.8 mg/L,血红蛋白134 g/L,血小板计数369×10⁹/L↑;生化全项:肌酐49 μmol/L,总蛋白51.9 g/L,白蛋白25.7 g/L,前白蛋白0.06 g/L,心肌标记物正常,甲状腺功能及肿瘤标志物未见异常。头部CT平扫:(1)多发腔隙性脑梗死;(2)脑白质缺血脱髓鞘改变。

**初步诊断** 细菌性肺炎、Ⅰ型呼吸衰竭、Ⅳ期压疮合并感染、陈旧性脑梗死、慢性阻塞性肺疾病、陈旧性左股骨颈骨折、前列腺增生、衰弱、肌少症可能、尿失禁、大便失禁、吞咽困难及营养不良。

**治疗经过** 患者高龄,基础疾病多,病情复杂,存在多系统问题,予以提交老年医学跨学科整合团队(geriatric interdisciplinary team, GIT)查房,最终讨论意见如下。(1)感染科感染控制。考虑患者为吸入性肺炎,以革兰氏阴性菌感染为主,同时存在厌氧菌可能,根据痰培养结果,选用拉氧头孢抗感染及化痰、雾化等治疗。(2)压疮管理。采用湿性愈合原理[1]指导压疮换药(图1)。入院后予导尿,减少小便对压疮污染;同时定时通便,预防大便污染压疮。予以气垫床联合每2 h翻身1次。予以清创后应用藻酸银离子敷料,换药1周后伤口干净后改为藻酸盐敷料,外用泡沫吸收贴覆盖[2]。(3)营养支持。患者存在严重吞咽困难,予以放置鼻胃管,给予肠内营养混悬液[1.5 g/(kg·d)]。患者入院时存在肺部感染,同时为预防再喂养综合征,第1天分3次予300 ml,第2天分4次予400 ml,第3天分4次予500 ml,逐渐加量,1周后分4次加至750 ml,2周后分4次加至足量1 000 ml,期间热量不足部分由肠外营养补充。患者白蛋白低下,予以每日补充乳清蛋白,每日10 g,1周后逐步加量至每日20 g。(4)功能康复。患者卧床失能状态,前3 d存在病情不平稳,此后体征平稳后,为预防关节挛缩,予以每日2次、每次15 min床边被动关节活动。(5)护理。加强伤口护理,指导翻身以及喂养姿势。

**疾病转归** 患者3 d后体温正常(36.2℃~36.9℃),咳嗽、咳痰减轻,意识状态好转。5周后压疮较前明显好转,面积4 cm×4 cm,周围均为新鲜肉芽组织(图2)。白蛋白由25.7 g/L升至31.0 g/L(参考范围40.0~55.0 g/L),血常规白细胞计数8.9×10⁹/L,C反应蛋白25 mg/L。因患者医疗照护难度大,和家属充分沟通后转入社区医院继续维持治疗。院外随访18周后,患者压疮完全愈合(图3),体质量增加5 kg。

收稿日期:2025-03-02;接受日期:2025-04-16
通信作者:梁鹏,E-mail:lp_wings@163.com



**图 1 入院时清创期**

Figure 1 Debridement phase upon admission (2021-02-05)

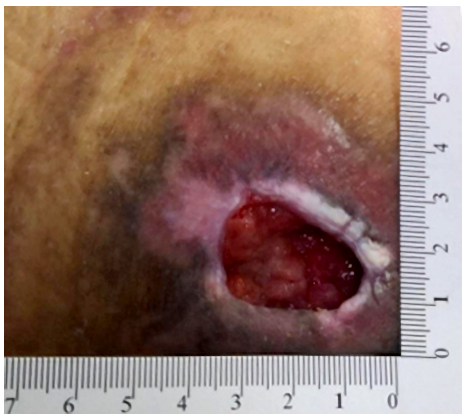


**图 2 住院期间肉芽生长期**

Figure 2 Granulation phase during hospitalization (2021-03-12)



**图 3 出院后随访上皮化期**

Figure 3 Epithelization phase after discharge (2021-06-10)

## 2 讨 论

高龄脑梗死后卧床患者易并发严重压疮及感染,传统单一治疗模式效果有限。老年综合评估(comprehensive geriatric assessment,CGA)指导的多学科干预对复杂老年共病患者具有重要临床价值。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[3]。

压疮是老年卧床患者常见并发症,Ⅳ期压疮合并感染死亡率高达 60%,脑梗死后患者因运动、感觉障碍及营养不良,压疮风险显著增加,压疮治疗耗时费力,尤其对于高龄、衰弱、卧床合并多种并发症的患者治疗尤为困难。国内有基于高龄合并压疮的零星报道,查选平等[4]报道 1 例巨大压疮合并骨髓炎患者,早期以全身治疗稳定生命体征为主,压疮创面仅进行简单的换药处理,并分次去除坏死组织,以缩短换药时间,减轻对患者干扰,待病情平稳后予处理压疮创面。而国内其他报道压疮以护理居多,主要是一些护理体会[5,6]。

本例患者的成功救治体现了 CGA 引导下多维度干预的协同效应,其核心价值在于打破传统"单病症导向"治疗模式,通过系统性干预实现"1+1>2"的临床获益,具体体现于三大层面。(1)CGA 驱动的精准问题识别。CGA 不仅发现显性临床问题(营养不良、感染及压疮),还可揭示隐匿风险。例如,通过 Frail 量表评分(4 分)识别衰弱综合征,提示应调整清创策略,即以保守清创替代激进外科清创,从而避免手术带来的额外打击。(2)多学科时序化干预的协同机制。综合治疗强调多学科协作的动态时序性,而非措施的简单叠加。具体而言,需建立感染-营养联动机制,即先控制感染,待炎症指标下降后再启动高蛋白营养支持,避免"营养浪费"。(3)全程照护体系的构建。通过"三级医院-社区医院"无缝衔接确保疗效延续。

GIT 是应对复杂老年患者的重要工作模式,强调对老年共病患者的全人管理。GIT 是由代表不同学科的成员提供不同信息并共同做出决策,进行"全人管理",目标人群是伴有老年综合征、失能、高龄及衰弱的老年患者[7]。我们建议,老年医学科患者入院后尽可能给予老年综合评估,根据患者存在的健康问题提请 GIT 查房。每周 1 次团队查房,团队由老年医学科医师、临床药师、心理医师、营养医师、康复医师和护师组成。查房由病房主治医师主持,GIT 团队医师分别提出意见,最后由主持人小结并记录在案。国内基于老年综合评估的 GIT 协作模式在老年患者多病共存管理及功能状态维护方面亦行之有效[8]。

综上,本病例践行最新老年医学理念,从 CGA 到 GIT,以人为本再到医患共同决策,这一诊疗模式值得在各级医疗机构推广。本病例存在的不足之处:(1)单一病例推广尚存在局限性,需进一步扩大病例数验证;(2)未进一步随访半年再住院率以及 1、3 年生存率。

**【参考文献】**


[1] Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig[J]. Nature, 1962, 193(4812): 293-294. DOI: 10.1038/193293a0.

[2] Kottner J, Cuddigan J, Carville K, *et al*. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: the protocol for the second update of the international clinical practice guideline 2019[J]. J Tissue Viability, 2019, 28(2): 51-58. DOI: 10.1016/j.jtv.2019.01.001.

[3] 王秋梅, 刘晓红. 老年综合评估在老年医学工作中的应用[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2016, 15(8): 561-564. DOI:10.11915/J.ISSN.1671-5403.2016.08.133.

[4] 查选平, 梁清峙, 林勇, 等. 治愈老年臀部深度巨大压疮伴骨髓炎一例[J]. 中华整形外科杂志, 2013, 29(6): 470-471. DOI: 10.3760/CMA.J.ISSN.1009-4598.2013.06.020.

[5] 彭顺蓉, 蒋进. 高龄患者全身多处压疮伴持续高热的个案护理[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(4): 71-72, 76.

[6] 张玉珍, 胡可纯, 焦娇, 等. 1 例患多种疾病合并大面积压疮高龄患者的护理[J]. 空军医学杂志, 2015, 31(5): 339, 343.

[7] Leng SX. 打破传统亚专科片段医疗服务模式引进现代老年医学观念[J]. 中华老年医学杂志, 2012, 31(1): 7-9. DOI: 10.3760/CMA.J.ISSN.0254-9026.2012.01.004.

[8] 张宁, 刘晓红, 李海龙, 等. 老年医学跨学科整合团队治疗多病共存帕金森高龄患者一例[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2023, 22(10): 775-776. DOI: 10.11915/J.ISSN.1671-5403.2023.10.164.


(编辑: 温玲玲)