

· 病例报告 ·

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

张宁¹, 刘晓红^{1*}, 李海龙², 赵肖奕³, 闫雪莲⁴(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院:¹老年医学科,²临床营养科,³康复医学科,⁴药剂科,北京 100730)

【关键词】 老年人;帕金森病;共病;跨学科团队

【中图分类号】 R592

【文献标志码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2023.10.164

1 临床资料

患者,女性,86岁。因“行动迟缓6年,消瘦3个月,间断意识混乱2个月”于2021年3月收入北京协和医院老年医学科病房。患者6年前无诱因出现行动迟缓、行走不稳、步幅减小、易跌倒,伴肢体僵硬,无明显静止及活动时震颤。6年来症状逐渐加重,躯体功能逐渐下降,需拄拐行走。4年前在宣武医院诊断帕金森病(Parkinson's disease, PD),口服多巴丝肼,行动迟缓减轻。2年前症状波动,表现为1d之中突发肢体僵硬、活动迟缓,多于午后出现,持续1~2h缓解。调整多巴丝肼剂量为0.25g/次、4次/d,并加用司来吉兰5mg/次、2次/d。患者症状波动较前减少,但运动迟缓仍缓慢加重,躯体功能进一步下降,不能下地行走,起坐需人搀扶,外出需坐轮椅。间断调整药物剂量,入北京协和医院前口服多巴丝肼7:00,11:00,16:00各187.5mg(0.75片),20:00 250mg(1片);司来吉兰7:00,16:00各5mg(1片)。患者1年来吞咽困难,进食哽噎感,无明显呛咳。3个月来吞咽困难加重,偶有呛咳。每日食物以米粥、牛奶等流食为主,进食量较前减少2/3,3个月内体质量下降10kg。近2个月来夜晚间断出现言语紊乱、视幻觉、日间嗜睡、精神差。早起时间不固定,有时拒绝服药。既往高血压史20年,间断服用厄贝沙坦150mg/d,血压控制满意。2型糖尿病史20年,日常服用西格列汀100mg/d,未规律监测血糖及糖化血红蛋白水平。诊断抑郁状态2年。

入院查体 体质量40kg,体质量指数16.6kg/m²,血压130/80mmHg(1mmHg=0.133kPa),心率63次/min。体型消瘦,四肢肌容量明显减少,小腿围24cm。神志清,时间、地点及人物定向力能正确作答。面部表情少,面容较僵硬。语音低沉、语速迟缓。对答切题。舌面赤红,伸舌居中。心肺查体无殊。腹软,无压痛。四肢肌张力较高,肌力正常。双下肢远端轻度可凹性水肿。

入院后老年综合评估 血常规:白细胞4.98×10⁹/L,血小板139×10⁹/L,血红蛋白115g/L,红细胞3.62×10¹²/L。血生化:肌酐56μmol/L,白蛋白35g/L,钾3.8mmol/L,前白蛋白173mg/L。血沉、超敏C反应蛋白均正常。糖化血红蛋白5.7%。多种肿瘤标记物阴性。胸、腹、盆CT:双肺间质性病

变,余未见异常。头颅核磁共振成像:右基底节、双侧额顶叶、半卵圆中心及侧脑室旁小血管病相关缺血改变。微型营养评定量表7分,营养风险筛查-2002量表6分;日常生活活动能力0分,工具性日常生活活动能力1分;优势手握力11kg;简易精神状态量表25分(大学文化),简版老年抑郁量表3分。多重用药:同时服用9种处方药(多巴丝肼、司来吉兰、米氮平、西格列汀、比索洛尔、氯硝西洋、艾司唑仑、阿司匹林及洛索洛芬)。居住环境:8年前丧偶,与保姆同住养老院2年。PD病情评估:修订的Hoehn-Yahr分期V期。吞咽功能评估:洼田饮水试验IV级(需要>2次吞咽将水饮完,同时伴有声音嘶哑或呛咳)。

治疗经过 入院当晚患者出现明显躁动,易激惹,伴时间、地点及人物定向力障碍,考虑谵妄状态。遂言语安抚,予奥氮平1.25mg口服后症状缓解。入院诊断:PD,合并吞咽障碍、继发营养不良,同时伴有多种老年综合征(失能、营养不良、抑郁状态及谵妄)。于入院次日放置12号鼻胃管,但当日下午患者呻吟、表情痛苦,遂拔除鼻胃管。提交每周五的老年医学跨学科整合团队(geriatric interdisciplinary team, GIT)查房,意见如下。(1)需建立肠内营养通路,以进行肠内营养支持,同时保障PD及其他慢性病的给药途径。患者认知功能减退、间断发作谵妄及夜间精神行为症状,营养状态很差,行经皮内镜下胃造瘘风险大。建议尝试10号进口细硅胶鼻胃管。(2)患者仍有部分自主进食能力,建议进行吞咽训练,改变食物结构,添加增稠剂,将食物调至浓糊状以减少误吸。实施如下。(1)入院第4天放置10号硅胶鼻胃管,患者可耐受。遂经胃管泵入肠内营养混悬液(1.5kCal/ml)100ml,速度30ml/h;置管第3天起予150ml,速度35ml/h;第5天起予200ml,速度40ml/h;第7天起予750ml,速度75ml/h。期间,热量不足部分由肠外营养补足。置管15d后完全转为肠内营养支持。(2)每日安排床旁低频电刺激联合吞咽训练,鼓励患者进食添加增稠剂后的浓稠软食。(3)在治疗PD方面,将多巴丝肼研磨后经胃管给药。从患者醒后开始给药,每间隔4h用药3/4片(0.25g/片),睡前最后1次给药1/2片;首次给药1h后再输注肠内营养,之后每次给药后1h内暂停肠内营养。停用司来吉兰,更换为雷沙吉兰1mg/d,晨起后给药。(4)药物重整,将患者长期服用

收稿日期:2022-11-03;接受日期:2023-02-7

基金项目:国家重点研发计划(2020YFC2008900;2020YFC2008904)

通信作者:刘晓红, E-mail: xhliu41@163.com

的药物由9种精简至4种:停用司来吉兰、比索洛尔及洛索洛芬;因长效苯二氮䓬类药物显著增加老年人跌倒风险,遂停用氯硝西泮及艾司唑仑;对于 ≥ 75 岁老年人,不建议服用阿司匹林进行心脑血管疾病一级预防,予停用。经上述治疗后,患者进食哽咽感减轻,未再发生谵妄及夜间言语紊乱、视幻觉。于住院第41天出院回养老院。

出院后随访 患者外购便携式肠内营养泵,每日泵入肠内营养混悬液,可自主进食少量浓稠软食,出院2个月体质量增加4 kg。出院5个月后患者再次出现胃管不耐受,尊重患者意愿,予拔除鼻胃管,改为肠内营养混悬液(1.5 kCal/ml) 500 ml/d、分多次小口啜饮,辅以添加增稠剂后的软食。出院1年后随访,患者一般情况良好,未发生明显误吸和肺部感染,体质量增加至48 kg。

2 讨论

PD是一种神经系统变性疾病,临床上以静止性震颤、运动迟缓、肌强直和姿势平衡障碍为主要特征,可合并焦虑、抑郁等精神行为障碍。约15%~30%的患者在疾病后期出现认知障碍及幻觉(以视幻觉多见)^[1]。吞咽困难在PD患者中较常见。一项荟萃分析显示,PD患者口咽部吞咽障碍的发生率高达82%^[2]。吞咽障碍严重影响PD患者的生活质量,可导致营养不良、脱水及吸入性肺炎等多种并发症,其中吸入性肺炎是导致PD患者死亡的首要原因^[3]。吞咽功能障碍还会对口服药物产生负面影响,引起药片的咽部残留、误吸或无法吞咽,从而导致药物疗效改变或没有达到预期效果^[4]。

本例患者为高龄女性,PD的非运动症状突出表现为吞咽障碍,以及精神行为障碍。因吞咽障碍导致进食困难、食量显著减少,体质量进行性下降,继发营养不良及骨骼肌减少。同时,因吞咽障碍,影响了治疗PD药物的规律服用,进一步加重病情。故而治疗的“突破口”在于建立有效的肠内营养通路。一方面,经该通路补充肠内营养,另一方面,经该通路保障PD药物和其他慢性病药物的给药。同时,从安全性及风险/获益角度看,放置胃管为最佳选择。然而,患者在5年前签署过生前预嘱,明确表示拒绝放置胃管,住院后亦再次表示拒绝放置胃管。这种情况下,需要医患共同决策来解决实际问题。共同决策的内涵是医师运用医学专业知识,与患者在充分讨论治疗选择、获益与损伤等各种可能情形,结合患者的价值观、倾向性及处境后,双方共同参与作出的最适合患者个体健康状态、最符合患者本人意愿的决策^[5]。

经过GIT查房,并反复与患者及其家属沟通,达成共识后,尝试为患者放置了10号细硅胶鼻胃管。该类型胃管具有遇水后变柔软、组织相容性好的特点。放置后本例患者能够耐受,故而顺利地管饲肠内营养,并使经调整后的PD药物能够顺利经胃管给药。同时,通过吞咽训练以及在食物中添加增稠剂等方法,尽力保留患者的自主进食能力,有利于维护患者的尊严、舒适感和愉悦感。经过肠内营养支持、吞咽康复以及PD药物重整的综合干预,患者在数月后拔除胃管,能自主进食浓稠食物和肠内营养制剂,体质量明显增加,吞咽障碍减轻,未出现肺部感染。

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与传统的多学科会诊不同,后者

着重于疑难病的诊治,会诊成员代表不同亚专科,提供不同的处理意见,更像是“各自为战”。而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^[6]。北京协和医院老年医学科所有患者入院后均经过老年综合评估,根据患者存在的健康问题提请GIT查房。老年医学科病房每周一次团队查房,团队由老年医学科医师、临床药师、心理医师、康复医师、营养师和护师组成。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。每次查房1~1.5 h,3~7位患者接受诊治^[7]。

综上,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行之有效。国外研究显示,GIT的实施能够降低老年患者住院、机构护理及家庭护理费用,并大幅减少不适当用药^[8,9]。对于高龄、多病共存及失能的患者,还应向患者及家属提供出院后的中长期照护建议并安排定期随访。近年开展的互联网线上诊疗对该类患者出院后的随访提供了很大便利。本例患者的病情转归及远期预后有待进一步随访观察。

【参考文献】

- [1] Weintraub D, Aarsland D, Chaudhuri KR, *et al.* The neuropsychiatry of Parkinson's disease: advances and challenges[J]. *Lancet Neurol*, 2022, 21(1): 89-102. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00330-6.
- [2] López-Liria R, Parra-Egeda J, Vega-Ramírez FA, *et al.* Treatment of dysphagia in Parkinson's disease: a systematic review[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(11): 4104. DOI: 10.3390/ijerph17114104.
- [3] Han MN, Finkelstein DI, McQuade RM, *et al.* Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease: current and potential therapeutics[J]. *J Pers Med*, 2022, 12(2): 144. DOI: 10.3390/jpm12020144.
- [4] 张贺,姜立刚.帕金森病非运动症状研究现状[J].*中国实用神经疾病杂志*, 2021, 24(1): 72-76. DOI: 10.12083/SYSJ.2021.05.015.
- [5] Dogba MJ, Menear M, Stacey D, *et al.* The evolution of an inter-professional shared decision-making research program: reflective case study of an emerging paradigm[J]. *Int J Integr Care*, 2016, 16(3): 4. DOI: 10.5334/ijic.2212.
- [6] Leng Sean X. 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.
- [7] 曾平,朱鸣雷,曲璇.治疗老年共病患者的重要模式:多学科整合团队[J].*中华老年多器官疾病杂志*, 2013, 12(5): 336-338. DOI: 10.3724/SP.J.1264.2013.00084.
- [8] Famadas JC, Frick KD, Haydar ZR, *et al.* The effects of interdisciplinary outpatient geriatrics on the use, costs and quality of health services in the fee-for-service environment[J]. *Aging Clin Exp Res*, 2008, 20(6): 556-561. DOI: 10.1007/BF03324884.
- [9] Lang PO, Vogt-Ferrier N, Hasso Y, *et al.* Interdisciplinary geriatric and psychiatric care reduces potentially inappropriate prescribing in the hospital: interventional study in 150 acutely ill elderly patients with mental and somatic comorbid conditions[J]. *J Am Med Dir Assoc*, 2012, 13(4): 406, e1-e7. DOI: 10.1016/j.jamda.2011.03.008.