

专题 · 老年共病



专家简介: 刘晓红, 主任医师, 博士研究生导师; 北京协和医院老年医学科原主任; 中国医师协会老年医学分会副主任委员, 中华医学会老年医学分会常委、老年营养不良与肌少症工作组组长, 中国老年保健医学研究会副会长、缓和医疗分会主任委员, 北京医师协会老年医学专科医师分会主任委员, 北京医学会老年医学分会副主任委员, 国家执业药师资格考试命审题专家; 《中华老年多器官疾病杂志》副主编, 《中国实用内科杂志》常务编委, 《中华老年医学杂志》编委, 《中国临床保健杂志》编委, 《中国医学论坛报》老年医学专栏特约主编; 发表文章 140 余篇, 主编《老年医学诊疗常规》(北京医师协会版) 等 5 部图书。Email: xhliu41@sina.com.cn

共病老年患者的临床管理路径

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] 共病影响老年人的健康, 并使医疗决策更复杂。共病老年患者的管理需要从老年人整体出发, 根据患者健康状况确认适合的干预目标; 然后依据老年综合评估的结果, 通过共同决策, 制定适宜的干预方案。该文参照上述策略原则, 结合专家共识, 制定了共病老年患者管理的临床路径, 以便更高效地开展共病老年患者的管理。

[关键词] 慢性病共病; 临床路径; 社区医学; 住院病人; 老年人

DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2024.01.003

Clinical management pathways for elderly patients with multimorbidity

Zhu Minglei, Liu Xiaohong

Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China

Corresponding author: Liu Xiaohong, Email: xhliu41@sina.com.cn

[Abstract] Multiple chronic conditions (MCCs) affects the health of the elderly and makes medical decisions more complex. The management of MCCs for the elderly requires a holistic approach and confirmation of appropriate intervention goals based on their health status. According to the results of comprehensive geriatric assessment, we can develop appropriate intervention plans through shared decision-making. We have developed different clinical pathways for the management of elderly patients with MCCs based on the above strategic principles, as well as the consensus of the experts, to provide more efficient advices to the elderly patients with MCCs.

[Keywords] Multiple chronic conditions; Critical pathways; Community medicine; Inpatients; Aged

共病 (MCC), 又称为多病共患、多病共存, 是指 2 种或 2 种以上的慢性健康问题同时发生在同一个

体的情况, 这里所说的健康问题, 不仅是指持续存在超过 1 年、需要持续治疗干预的慢性疾病 (如高血

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

作者简介: 朱鸣雷, 副主任医师, Email: yidazhuml@126.com

通信作者: 刘晓红, 主任医师, 教授, Email: xhliu41@sina.com.cn

压、糖尿病、帕金森病等),也包括老年综合征(如抑郁、营养不良、痴呆、多重用药)等;MCC之间可以有因果关联,也可以互不关联^[1]。

调查数据表明,共病发生率随着增龄而迅速增加,我国70岁以上的老年人群共病占比可达69.4%^[2],广东省65岁及以上人群中共病发生率47.5%,上海社区老年人共病比例超过70%^[3],美国的数据显示,约半数老年人患有3种及以上慢性疾病^[4]。共病老年患者的临床诊疗更复杂、难以遵循单病指南、决策更困难,发生不良结局的风险增加(如药物不良反应、反复住院/急诊、失能及死亡),生活质量更差,医疗花费更多;MCC的数量越多(≥ 3 种),则越需要采取有效的管理措施来应对老年共病问题^[4-5]。

1 共病老年患者管理目标

同样是共病老年患者,可以是功能正常的活跃老人,也可以是卧床不起的失能老人,因而共病管理目标不是“病”,仍需落实在“老年人”上,从全人整体来确立个体化的共病管理目标。

美国老年医学会(AGS)和英国国家卫生和临床技术优化研究所(NICE),分别颁布了各自的老年共病诊疗指南,列出了指导性原则^[4,6]。慢病多是不可治愈的,慢病管理在于病情稳定、避免急性加重,在诸多健康问题中,需要关注的是持续对个体健康造成不良影响的问题,需要考虑患者想要解决的问题、患者的需求。在上述共病指南中,同样强调了老年综合评估(CGA)的作用,通过CGA,识别可以从共病管理中获益的人群、发现共病老年人的需求、制定合理的干预目标,从而综合管理老年人共病问题。

2 共病老年患者管理的流程

针对老年共病的干预,不是疾病治疗的叠加。慢性病往往不可治愈、需要持续管理,常需要做出一定的取舍,判断处理哪些问题对患者有益、需要处理到什么程度;而且,单病诊疗指南所依据的临床研究常常将共病老年患者排除在外,是否适用于共病老年患者并不明确^[4]。因而,对于老年共病的干预常需要依据患者情况和医生经验做出适当的调整,更需要考虑患者意愿。

AGS和NICE的管理流程均强调决策的制定需考虑患者意愿,进行医患共同决策。AGS指南强调在充分考虑风险、负担、获益以及预后的框架内,共同决策来制定干预方案,同时考虑治疗方案的复杂

性和可行性^[4]。NICE指南进一步指出,应优先评估和识别可从共病管理中获益的老年人群,如难以管理自我健康、难以维持日常活动、衰弱、频繁计划外就医的老年人,然后明确疾病对患者的影响,再根据患者偏好和优先事项来进行共同决策^[6]。

3 共病老年患者的分层管理

考虑到我国老年医学在基层尚未普及,直接使用国外的共病干预流程较为复杂,难以为医务人员接受,需要有相对简明、覆盖内容更广的共病管理指导。为此,我们在前期组织撰写了《老年共病管理中国专家共识2023》^[7],提出对共病老年患者进行分层管理,以方便老年医务工作者能快速确立共病管理的目标,根据目标开展相应的共病管理。

共识将共病老年人分为3个层次:①功能正常、内在能力基本正常的活力共病老年患者,其干预重点是预防,包括采取健康生活方式和药物的一级预防(预防新发疾病)、二级预防(预防慢病的并发症)和维护功能(三级预防);②衰弱、内在能力下降、部分失能等能力衰退共病老年患者,其干预的重点是二级预防和三级预防(防止慢病的并发症,以及因失能而造成生活不能自理);③失能且无改善余地的严重失能共病老年患者,其干预重点是处理不适症状和老年综合征,个体化照护,维护尊严。

4 共病老年患者管理的临床路径

为了易于理解共病老年患者分层管理的内容,方便医务工作者实施管理,我们以专家共识的原则和策略为基础^[7],将共病老年患者管理的分层方法、不同层次建议的干预目标以及针对共病管理的不同措施,整理成为共病老年患者管理的临床路径。无论是社区还是住院的共病老年患者,其管理均着眼于“全人”,综合评估老年人的健康需求和干预风险,给予个体化干预;虽然是管理共病,但不应仅限于“疾病管理”,而是要全面考虑老年人的意愿、需求及社会支持情况。

4.1 社区共病老年患者管理的临床路径 社区共病老年患者多为慢性、相对稳定的健康问题,管理路径(图1)中通过功能、衰弱进行分层,分别采取不同的管理目标和管理方法;其中活力和能力衰退的共病老年患者,均需要进行内在能力下降的筛查/评估,以便有效维护功能发挥。在患者意愿方面,除了了解患者的主要困扰、健康优先事项之外,在管理中建议进行预立医疗自主计划的宣教,鼓励患者在早期就表达自己的医疗意愿^[8]。

4.1.1 活力共病老年患者管理临床路径 总体目标:规范化管理慢病

4.1.1.1 根据治疗指南确立目标

- 慢病控制稳定、达标
- 二级预防,预防慢病并发症
- 维护内在能力、维持功能发挥

4.1.1.2 管理

- 慢病管理达标(参考血压、血糖、血脂等管理指南)
- 评估多重用药,药物重整。
- 宣教健康生活方式,稳定慢病、维护功能发挥,鼓励患者提前表达医疗意愿。

4.1.2 能力衰退的共病老年患者管理临床路径 总体目标:稳定慢病、注重功能维护

4.1.2.1 决策确定管理目标

- 患者意愿评估(影响最大、最困扰自己的问题是什么?)
- 判断现有的证据,是否支持严格管理慢性疾病、二级预防是否获益
- 医学评估(老年综合评估,评估患者目前疾病、功能状况,判断预期生存期、健康轨迹趋势)

- 医患共同决策,确认管理目标

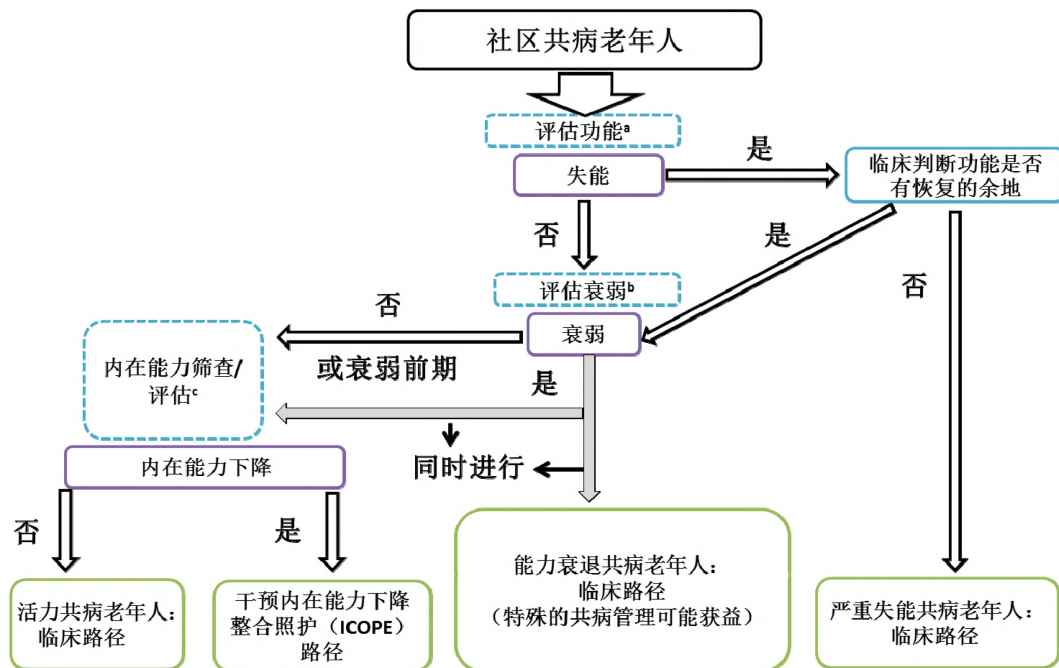
4.1.2.2 管理:根据目标制定以人为本的干预方案

- 根据共同决策的目标,确认需要干预的问题
- 确定慢病控制的程度(考虑放宽达标要求、采取相应的二级预防措施)
- 评估多重用药,药物重整
- 筛查并评估干预老年问题/老年综合征(包括内在能力下降、跌倒、尿失禁、慢性疼痛等)
- 患者参与制定干预方案
- 鼓励患者提前表达医疗意愿

4.1.3 严重失能共病老年患者管理临床路径 总体目标:简化治疗、维持舒适和尊严,预防不良事件

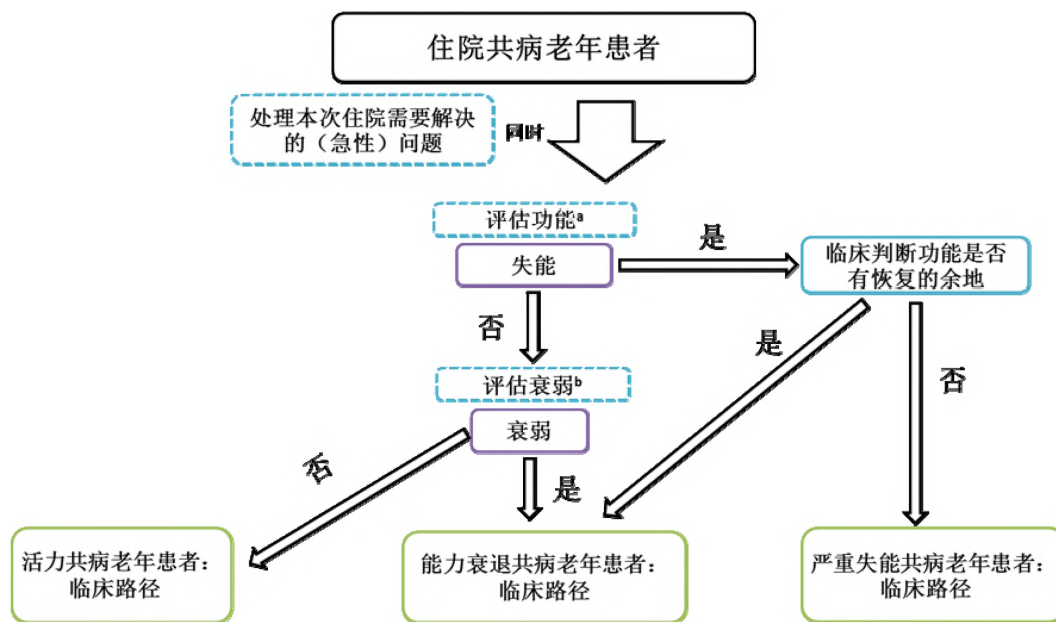
4.1.3.1 决策确定管理目标

- 根据疾病进展、各器官功能,评估预期生存期
- 患方意愿评估(患者/患方认为影响最大、最困扰的问题是什么?患者的医疗意愿是什么?)
- 判断目前慢病管理目标及方案,与患者的预期生存期是否一致
- 判断患者现在情况,是否支持严格慢病管理,是否需要二级预防治疗,是否需要预防不良事件(跌倒、谵妄、吸入性肺炎等),是否需要预防功能进



注:^a 功能评估以评估老年人的生活自理能力为主,判断老年人是否能独立完成基本的日常生活活动,可考虑日常生活活动力量表(Katz指数或 Barthel 指数)进行评估;^b 衰弱评估用于判断老年人是否存在较高功能丧失的风险,可考虑使用衰弱筛查量表(FRAIL)、老年筛查工具-8、老年人衰弱调查-13等衰弱评估量表;^c 内在能力下降的筛查及干预路径,可参考世界卫生组织2019年发布的工作手册《基层保健中以人为本的评估及干预路径指南》中关于内在能力筛查评估干预的部分内容。

图1 社区共病老年人管理的临床路径图



注:^a 功能评估以评估老年人的生活自理能力为主,判断老年人是否能独立完成基本的日常生活活动,可考虑日常生活活动力量表(Kate 指数或 Barthel 指数)进行评估;^b 衰弱评估用于判断老年人是否存在较高功能丧失的风险,可考虑使用衰弱筛查量表(FRAIL)、老年筛查工具-8、老年人衰弱调查-13 等衰弱评估量表。

图 2 住院共病老年患者管理的临床路径图

一步下降

●充分告知患方,根据患者/方意愿、预后,共同决策,确认管理目标

4.1.3.2 管理:根据目标制定以人为本的干预方案

●预期生存期有限(<6个月),建议转诊或咨询安宁疗护服务人员。

- 精简慢病的治疗(减停不获益的对因治疗)
- 评估多重用药,药物精简
- 评估管理患者不适症状
- 评估照护者负担(心理、身体、经济负担及是否需要额外支持)

4.2 住院共病老年患者管理的临床路径

住院的共病老年患者,大多因为需处理某个急性问题而住院,此时重点是处理本次住院要解决的急性问题,而非慢性共病;还有部分老年人以非特异表现,如乏力、消瘦等问题住院,或者在住院后评估发现有以往未发现或未关注的共病也造成了不良的影响,此时同样需要通过老年综合评估来识别和处理多方面的问题,才能达到比较好的治疗效果。

住院期间共病管理的要点在于,一方面考虑共病是否对本次住院的急性问题及其诊疗方案造成了影响,另一方面,是否因住院问题导致原有的共病发生变化,因而需要调整共病治疗方案;但考虑到共病

老年患者的脆弱性,以及从全人整体角度来应对住院期间的多种问题,在路径中列出了众多需要关注及干预的老年问题,而非仅仅针对共病本身,以期能更好地管理住院共病老年患者。在临床路径(图2)中,通过前述分层来区分不同住院老年患者的需求。

4.2.1 活力住院共病老年患者临床路径

4.2.1.1 住院目标

- 处理本次住院要解决的问题
- 本次入院功能情况,是否受疾病影响,是否需要维护功能
- 制定以回家为目标的出院计划

4.2.1.2 共病管理

- 评估 MCC 是否影响本次住院治疗,是否需要调整住院治疗方案
- 评估是否因本次住院的问题需要调整 MCC 治疗
- 评估 MCC 治疗是否达标
- 评估多重用药,药物重整

4.2.2 能力衰退住院共病老年患者临床路径

4.2.2.1 住院目标

- 处理本次住院要解决的突出问题,评估衰弱,判断干预措施能否获益(患者能否耐受治疗方案?治疗后复原力如何?)

●开展以CGA为基础的多学科团队管理,重点是让患者的功能尽可能恢复到住院前的状态

●采取措施预防住院获得性问题(功能下降、院内感染、谵妄、营养不良、跌倒、下肢深静脉血栓等)

●医疗连续性,考虑出院后是否需要延伸的急性期后康复医疗

4.2.2.2 共病管理

●评估患者的慢病问题是否影响本次住院治疗,是否需要调整住院治疗方案?重新评估目前慢病问题的管理目标及方案,与患者的意愿、预后、健康轨迹是否一致,是否获益?与患者进行共同决策,调整慢病问题的管理目标和方案

●评估多重用药,药物重整

4.2.3 严重失能住院共病老年患者临床路径

4.2.3.1 住院目标

●处理本次住院需要解决的突出问题(考虑解决到什么程度,可能难以完全从病因上解决所有问题)

●评估功能维护情况(是否需要采取措施维护部分功能、减轻照护负担)

●预后评估,预期生存期有限的终末期患者,建议转诊安宁疗护服务

●评估患者有无事先医疗意愿、既定医护照料目标,是否不变或修正

●预防住院获得性问题,尤其是预防卧床相关并发症(功能下降、院内感染、谵妄、制动、营养不良、跌倒、下肢深静脉血栓、压疮、误吸等)

●考虑出院后的长期照护地点及安排

4.2.3.2 共病管理

●评估患者的慢病问题是否影响本次住院治疗,是否需要调整住院治疗方案

●重新评估目前慢病问题的管理目标及方案,与患者的意愿、预后、健康轨迹是否一致,是否获益

●根据患者意愿、预后,共同决策,调整慢病问题的管理目标和方案(优先处理影响生活质量的问题,多需简化或放宽慢病问题的干预)

●评估多重用药,多需要药物精简

5 小结

通过路径图及对应的管理目标、管理方法,可以提高效率,帮助医务人员快速判断共病老年患者的健康状况,确立管理目标。老年共病的管理最终还是要落实在共病老年患者的管理上,这同老年医学的宗旨是一致的,对于疾病、老年综合征、老年问题的评估及干预,其目标都是从老年人整体出发,采取多维度的干预措施,来促进老年人的功能发挥、改善老年人的生活质量^[9]。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Multimorbidity: technical series on safer primary care [EB/OL]. [2023-10-18]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650>.
- [2] ZHONG Y, QIN G, XI H, et al. Prevalence, patterns of multimorbidity and associations with health care utilization among middle-aged and older people in China [J]. BMC Public Health, 2023, 23(1):537.
- [3] 张丽,李耘,钱玉英,等.老年共病的现状及研究进展[J].中华老年多器官疾病杂志,2021,20(1):5-10.
- [4] American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians [J/OL]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60: e1-e25. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x.
- [5] STORENG S H, VINJERUI K H, SUND E R, et al. Associations between complex multimorbidity, activities of daily living and mortality among older Norwegians. A prospective cohort study: the HUNT study, Norway [J]. BMC Geriatr, 2020, 20(1):21.
- [6] National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management [EB/OL]. [2023-10-18]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>.
- [7] 朱鸣雷,刘晓红,董碧蓉,等.老年共病管理中国专家共识(2023) [J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(5):577-584.
- [8] 吴梅利洋,曾铁英. 预立医疗自主计划的意义及实施策略 [J]. 护理研究(中旬版), 2014, 28(12):4355-4357.
- [9] 刘晓红. 老年患者诊疗策略 [M] // 刘晓红, 陈彪. 老年医学. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 33-37.

(收稿日期:2024-01-09)