



专家介绍:方向,医学博士,副主任医师,主要研究方向为衰老相关疾病;中国老年学与老年医学学会老年病分会委员,安徽省医学会老年医学分会青年委员,安徽省循证医学学会理事,《中国临床保健杂志》及《中国基层医药》编委;参与科技部脑科技重大项目子课题及安徽省自然科学基金项目 3 项;先后多次在中华医学会老年医学分会年会及长三角老年医学高峰论坛的论文及演讲比赛获奖;以第一作者在知名期刊发表论文 10 余篇。Email:fangxiang417@126.com

《老年共病管理中国专家共识(2023)》要点解读

方向^{1a},王静^{1b},程翠^{1b},朱鸣雷²,刘晓红²

1. 中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院),a 老年医学科,b 科研处,合肥 230001;2. 中国医学科学院北京协和医院老年医学科

[摘要] 伴随着全球老龄化的快速进程,老年共病的患病率随增龄而增加,已成为威胁老年人群健康的重要问题。老年人的共病管理存在较大差异,目前尚无适用于我国老年共病患者管理的指南。2023 年北京协和医院老年医学科牵头发布了《老年共病管理中国专家共识(2023)》,探讨了老年共病的概念及影响、管理目标、管理原则、管理策略;为老年共病管理实践提供具体建议,促进健康老龄化。该文旨在对该共识的要点进行解读,以期为我国老年人的共病管理提供参考。

[关键词] 共病;疾病管理;健康状况指标;生活质量;老年人

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2024.01.007

Key points interpretation for Chinese Expert Consensus on Management of Elderly Patients with Multimorbidity (2023)

Fang Xiang*, Wang Jing, Cheng Cui, Zhu Minglei, Liu Xiaohong

* Department of Geriatrics, the First Affiliated Hospital of University of Science and Technology of China, Hefei 230001, China

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

[Abstract] With the rapid process of global aging, the prevalence of senile multimorbidity increases with aging, which has become an important problem threatening the health of the elderly population. There are great differences in the management of senile multimorbidity, and there are no guidelines for the management of senile multimorbidity in China. In 2023, the Department of Geriatric Medicine of Peking Union Medical College Hospital led the release of *Chinese Expert Consensus on Management of Elderly Patients with Multimorbidity (2023)*, which discussed the concept and impact, management objectives, management principles, and management strategies of geriatric comorbidity. To provide specific suggestions for the management of senile multimorbidity and promote healthy aging. This article aims to interpret the main points of the consensus, in order to provide reference for the management of multimorbidity of the elderly in China.

[Keywords] Multimorbidity; Disease management; Health status indicators; Quality of life; Aged

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

2016年8月在北京召开的全国卫生与健康大会上,习近平总书记对健康中国的建设作出重要部署,提出要把人民健康放在优先发展战略地位,加快推进健康中国建设^[1]。同年10月中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》,明确以健康优先为核心理念^[2]。在国家决策层高度重视的背景下,人民的健康管理已上升为重要的国家战略。民政部发布的《2022年度国家老龄事业发展公报》显示,截至2022年末,全国60周岁及以上老年人口占总人口的19.8%,说明我国已经进入中度老龄化社会^[3]。我国慢性病死亡率为533/10万,占总死亡人数的86.6%,远高于全球平均水平,老年人群尤其是高龄老年人是慢性病的高发人群,老年慢性病严重威胁着老年人的健康和生活质量。共病(multimorbidity)是指同时合并2种或2种以上慢性疾病的状况,这一概念最早在1970年由美国的Feinstein教授提出;共病与老年尤其相关^[4]。随着人均预期寿命的持续延长,如何正确地管理老年共病是一个世界性的公共卫生问题,也是未来几十年医疗行业将要面临的巨大挑战。目前尚无适用于我国老年共病患者预防和管理的指南;因此有必要制定针对老年共病患者的管理原则与方法,形成专家共识,以指导老年医学工作者更好地开展共病管理工作。2023年北京协和医院老年医学科就老年共病管理牵头制定了中国专家共识意见,为临床的老年共病管理实践提供具体建议,从而促进健康老龄化,改善生活质量^[5]。本文旨在对该共识的要点进行解读,以期为我国老年人的共病管理提供参考。

1 共识制定的概况

共识意见工作组聚集了来自全国16家综合性医院老年医学科及老年专科医院的20名专家。专家组基于循证方法学,围绕老年共病管理相关内容,检索自2012年以来10余年间相关国内外文献共103篇,进行文献质量评价,并综合国内外老年共病管理相关指南共识推荐意见,汇总相关证据;经过共识专家组若干轮讨论、反馈形成。共识以原则条目为主,以方便医务工作者理解并在实践中应用相关原则^[5]。该共识的目标人群为多病共存的老年慢病患者。共识意见首先对共识形成的过程进行了回顾,然后就老年共病概念及影响进行详细阐述;进一步明确了老年共病管理目标,总结了老年共病管理原则,并提出了老年共病的管理策略。

2 老年共病概念及评估

关于老年共病的概念和定义,目前国内外均无统一的标准。世界卫生组织(WHO)将共病定义为在同一个体身上同时存在2种或2种以上的健康问题,并且这种状况是长期的健康问题,需要复杂的、持续地干预^[6]。《中国老年综合评估技术应用专家共识》指出共病是指老年人同时存在2种或2种以上慢性疾病^[7]。共识意见基于WHO的概念,推荐的老年共病概念是指2种或2种以上的慢性健康问题同时发生在同一个老年人个体的情况,可以是脏器疾病、精神心理问题、老年综合征,也可以是其他影响老年人健康的问题,这些问题影响个体的健康状况,并持续1年及以上^[5]。共识意见推荐的概念包含了3部分内容:(1)慢性健康问题种类包括2种或2种以上;(2)健康问题可以是器官疾病、精神心理问题、老年综合征,也可以是其他影响老年人健康的问题,不限于疾病;(3)健康问题持续1年及以上。虽然老年人所患的共病及共病的数量在一定程度上反映了老年人的疾病负担及占用医疗资源情况,但共病的诊断及数量本身具有一定的局限性,并不能全面地反映其对老年人健康造成的影响以及对社会造成的负担,就像高血压、脑血管病的老年患者,可以是稳定期、维持生活自理状态,也可能是瘫痪在床需要长期护理的状态。因此明确老年共病的诊断后,重要的就是评估共病对老年患者的影响,共识意见指出老年综合评估(CGA)是评估老年共病的有效手段^[5]。对老年共病患者的老年综合评估过程中需要注意:(1)评估老年共病中持续影响到老年人的主要健康问题或需要优先处理的急重症健康问题,并有针对性优先处理;(2)评估健康问题的严重程度以及可能造成的不良后果或临床结局,为开展有效干预提供依据;(3)需要对老年共病患者的健康状态进行动态评估,一方面及时发现疾病进展、共病中主要问题的变化、新发健康问题,另一方面评估既往对老年共病的管理效果并及时调整管理方案。同时共识意见^[5]指出,共病对于住院、高龄、认知功能下降、贫穷、健康素养较差、合并抑郁或焦虑的人群等弱势人群影响更大,在评估共病的影响时,更应关注这部分弱势人群。

3 老年共病管理

诊断及评估老年共病后,需要对老年共病进行管理。共识意见^[5]认为老年人个体差异大,不同情况的老年共病患者,需要根据老年人不同的健康状

态、存在的主要健康问题、预期生存期,以及结合患者本人及家属的意愿来制定共病管理目标。比如,功能正常的老年人,和患有同样共病的失能卧床老年人,他们的共病管理策略应有所区别;如功能正常的老年人需要严格控制主要慢病以及跌倒等老年综合征,而失能卧床老年人需要重点关注反流误吸、肺部感染以及压疮等问题。对于年轻的老年人和高龄老年人患有同样共病的管理策略也应有所区别;年轻的老年人高血压及糖尿病等慢性共病应严格控制,减少并发症发生发展;而高龄老年人高血压及糖尿病等慢性共病管理应相对宽松,避免低血压及低血糖等不良事件发生。在老年人不同的健康阶段,其面临的主要健康问题也不尽相同,共病管理策略应有所差异。由于共病老年人同时患有多种慢性病,因此需要一个长期的过程来管理和治疗老年共病患者,共病伴随而来的众多问题需要动态评估^[8]。对于终末期以及肿瘤晚期的老年共病患者,一般不应继续强调抗血小板、调脂、稳定斑块等治疗。

共识意见^[5]认为老年共病管理不仅需要针对疾病的诊疗,更需要关注共病老年人的健康需求,以促进老年人功能发挥、改善生活质量为目标。通常专科都是以解决患者的某种疾病为主,如急性疾病或者慢性疾病急性期的临床治疗,慢性病稳定期的规律治疗及管理;而老年人往往患有多种疾病或健康问题,多与衰老相关,需要持续治疗且不可治愈,如衰弱、营养不良、认知功能下降、抑郁等老年综合征,有的需要药物治疗,有的需要非药物干预,有的需要定期评估,有的需要注意健康问题可能带来的风险;所以老年共病管理需要有效地维护好老年人的功能状态、生活质量^[9]。因此,共病管理的目标不能仅停留在慢性疾病的诊疗上,需要聚焦老年人整体而非仅关注某种疾病。

共识意见^[5]认为老年共病管理目标需随着老年共病患者的整体健康状况、主要健康问题、患者意愿及家庭环境等因素的变化,及时进行相应调整。老年人在年龄增长过程中,健康状况可能随之变化;如年轻老年人不需要特别关注跌倒风险,而高龄老人跌倒风险则明显升高;衰弱老人未失能时要注意警惕跌倒风险,而失能老人长期卧床时,则需要警惕误吸及反流风险,以及误吸或反流引起的肺部感染风险;在吞咽功能障碍及排尿困难程度不严重时,患者及家属可能期望通过药物或者非有创手段解决;

当吞咽功能障碍反复引起误吸及肺部感染,或者排尿困难引起尿潴留时,则需要保留鼻胃管/鼻肠管或者导尿管,而长期保留鼻胃管/鼻肠管则可进一步行经皮内镜下胃/空肠造瘘术(PEG/PEJ)。所以老年共病管理目标需随着老年共病患者的健康状况、面临主要问题、患者意愿等因素的变化,进行动态调整。

4 老年共病的管理原则

共识意见^[5]认为老年共病患者需要关注多重用药带来的不良影响,及时纠正不合理用药,定期进行用药调整。老年共病患者同时患有多种慢病,则需要服用多种药物,而多重用药容易引起肾功能不全、抑郁等不良反应^[10-12];所以对于出现不良反应以及预期生存期有限的老年共病患者,需进行药物精简,提高老年共病患者的生活质量。如老年共病患者服用抗血小板及抗凝药物过程中,出现消化道、泌尿道及其他系统出血症状时,要及时降低药物剂量或者停用,防止大出血的发生^[13]。对于预期生存期有限的老年共病患者,需要较长时间才能发挥治疗或预防效果的药物大多可以停用;如停用氯吡格雷、阿司匹林、他汀类药物,可以减少消化道出血以及肝功能损害的风险;对于衰弱以及疾病终末期老年共病患者,身体整体状况差,多种药物的不良反应可能更加明显,如相对于非衰弱老人,氯吡格雷及阿司匹林可能更容易引起衰弱老人出血^[14]。

共识意见^[5]指出老年共病管理不仅要针对多种慢性疾病,还要管理老年人常见的老年综合征及健康问题。老年综合征是由多病因协同作用引起的以一组症状为主,同时可伴有多组症状为辅的老年特有的问题,通常包括跌倒、认知障碍、谵妄、抑郁、压疮、肌少症、慢性疼痛、睡眠障碍、尿失禁和衰弱等^[15]。跌倒是我国65岁以上老年人意外伤害的首发因素,跌倒发生率达30%,至少10%的跌倒人群会导致重伤^[16];老年抑郁的发病率为10%~20%,但确诊率低;老年男性尿失禁发病率约为18.9%,而女性发病率更高;超过50%的老年人有失眠症状;多重用药问题也比较严重,老年人易患有多种代谢性疾病,常联合用药,超50%的人群同时使用3种以上药物,不良反应出现的概率明显高于年轻人^[17]。老年综合征也会进一步影响老年人的健康,导致其身心健康受损,生活质量下降,住院率和医疗费用增加,个人、家庭及社会的经济负担加重。所以,老年共病管理除了慢性疾病的诊治,同样需要管

理老年综合征和老年问题,才能更好地维护老年共病患者的健康。

共识意见^[5]指出老年共病患者本人的意愿对于疾病的诊疗决策具有重要意义,在老年共病管理中,患者参与及自我管理很重要,在决策和制定干预方案的过程中,需要同患者进行共同决策。老年共病所涵盖的慢性疾病需要长期连续的干预管理,需要患者本人或其照护者知晓老人的疾病状况、严重程度、加重因素、可能并发症,对疾病了解越清楚,越有利于慢病的自我管理。

对于老年共病患者而言,当疾病已经不可治愈,或当患者处于疾病终末期时,患者本人的意愿对于决策和选择都是非常重要的^[18]。因为慢病往往有不同的治疗方式,干预方案需要得到共病患者的认可,患者方能长期执行。李小鹰教授指出老年共病患者的治疗方案的调整必须考虑患者的依从性,否则难以落地,如是否为独居老人、文化程度如何、是否有认知功能障碍、经济条件如何、有无失能状况,必须根据老年共病患者的依从性来个体化调整治疗方案,才有可能使治疗方案得到落实^[19]。医患共同决策本身就是一个评估患者情况、了解患者知情的程度、患者想法、告知患者病情及可选择的干预方案、共同做出决策、制定干预方案的一个过程^[20]。

老年慢病和老年综合征在诊断及评估之后,需要进一步地制定管理患者干预方案;单纯评估不会看到效果,只有依据评估结果给予适合的干预以及长时间管理,才能真正让老年人群获益;而老年人健康问题的干预,不仅仅是疾病治疗的问题,还涉及护理、康复、营养、药物、心理、社会支持等多维度问题^[21]。老年共病患者的慢病状态可能存在动态变化,而不是一成不变。如果慢阻肺患者可能出现肺部感染或者急性加重,慢性心功能不全急性加重或者合并感染期间,需要再评估,干预治疗进入稳定期后仍然需要再评估;老年高血压患者或者老年失眠、疼痛患者,进行治疗干预后,应再评估干预效果;因此老年共病的管理应该与患者的病情动态变化相一致,是一个连续动态的过程。因此,共识意见指出老年共病患者管理应该是评估→决策方案制定→实施→再评估,以适应老年人健康状况及共病管理目标的变化。

5 老年共病管理策略

不同年龄及不同共病的老年患者健康状况必然不同,WHO在2015年发布的《关于老龄化与健康

全球报告》中提出了按照个体功能可以分为3个不同阶段:能力强而稳定的时期、能力衰退的时期和严重失能的时期^[22]。共识意见^[5]把老年人的健康状况按照大致的功能状态进行分层,分为活力(robust)老年人、衰弱老年人、失能老年人;将老年共病患者按照上述功能状态进行分层,针对活力老年人、内在能力明显下降或衰弱的老年人、失能且不可逆转的老年人,需要采取不同的管理目标及干预策略。如健康或者活力老人的共病管理时,应该严格控制血压、血糖、血脂,规律服用心脑血管疾病二级预防药物,减少心脑血管意外的可能;而对于衰弱及失能的老年人,药物副反应可能较健康或者活力老人多见,血压及血糖不宜控制过严,控制过严可能导致低血压及低血糖,对衰弱及失能的老年共病患者产生不良的影响。加拿大指南建议收缩压 ≥ 160 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)的衰弱老年高血压患者需要降压治疗,如能耐受,收缩压目标为140~160 mmHg(坐位),如严重衰弱且预期寿命较短,收缩压可放宽至160~190 mmHg^[23];衰弱老年人过度降压可能会增加跌倒、多重用药、认知障碍等风险;因此建议降压目标不应 $< 140/90$ mmHg^[24]。

共识意见^[5]对于活力老年人,共病管理目标在于规范治疗慢性疾病,预防疾病进展,识别并干预多重用药问题,通过健康的生活方式持续维护功能发挥。对于健康的活力老年人,共病的管理策略应该是尽可能持续维持疾病的稳定状态,即疾病控制良好,防止慢性疾病的进展;并采取促进健康的行为和生活方式,包括一级预防和二级预防,防止因为疾病发作及进展造成功能下降,并采取健康的生活方式来维持功能。如健康的活力老年人患有糖尿病,管理的目标是长时间保持疾病的稳定状态,减少疾病对寿命及日常健康的影响;因此需要严格控制血糖,防止糖尿病急慢性并发症的发生,同时应保持低糖、低脂糖尿病饮食,控制烟酒等不良生活方式,防止心脑血管事件发生。共识意见^[5]对于内在能力明显下降、衰弱的老年人,共病管理目标宜为稳定慢性疾病,采取整合照护措施,结合适宜的运动锻炼、营养支持等方法,维护其内在能力,促进功能发挥,延缓向失能进展。对于衰弱老年人共病管理的重点逐渐从预防或治疗疾病转变为使疾病对个体总体功能的影响最小化,干预的重点是功能维护、防止因失能造成生活不能自理。针对衰弱的干预,包括营养、运动、多学科团队的综合管理等^[5]。《中国老年2型

糖尿病防治临床指南》指出衰弱老年患者的糖尿病管理时,应进行低血糖风险评估,制定个体化治疗方案,将低血糖风险降至最低;有中重度低血糖发生、糖尿病病程长且并发症和合并症多、器官功能不全、自理能力差、预期寿命有限的老年患者血糖控制标准需放宽,严防低血糖再发^[25]。共识意见^[5]对于失能且不可逆转的老年人,共病管理目标宜为尽可能稳定疾病,控制症状,给予照护支持,维持其残存功能,尊重患者意愿,保持有尊严的生活等;对于预期生存期有限的老年患者,建议评估安宁疗护需求。对于已经严重失能或者面临严重失能风险的老年人,其公共卫生响应的重点是提供长期照护,维护老年人的功能状态;该阶段的老年患者常常是预期生存期有限的终末期患者,需要评估其安宁疗护方面的需求,此时常常需要“做减法”,停用已经不获益的医疗措施^[26]。

6 总结和展望

老年人因器官衰老、生理功能减退而易患多种慢性病^[19]。伴随着全球老龄化的快速进程,共病的患病率随增龄而增加,已成为威胁老年人群生存与健康的重要隐患。《老年共病管理中国专家共识(2023)》^[5]对医院、社区、护理院老年共病的管理提出了较多共识意见,指导性强,为临床一线医师提供了有益的管理经验,但具体如何管理老年共病患者,如何做好病情评估、治疗决策和实施落实,仍需要我们结合临床实践,开展个体化的管理。

参 考 文 献

- [1] 全国卫生与健康大会19日至20日在京召开[EB/OL]. (2016-08-20) [2024-01-08]. https://www.gov.cn/xinwen/2016-08/20/content_5101024.htm.
- [2] 王静,邱卫华,刘静静.老年综合评估在高龄老人健康管理中的作用[J].中国临床保健杂志,2018,21(5):714-718.
- [3] 赵星月.《2022年度国家老龄事业发展公报》发布[N].健康报,2023-12-19(1).
- [4] 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):67-71.
- [5] 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.
- [6] World Health Organization. Multimorbidity: technicalserieson-saferprimarycare [EB/OL]. (2016-12-13) [2023-10-18]. <https://www.who.int/publications/i/item/978924151110>.
- [7] 陈旭娇,严静,王建业,等.中国老年综合评估技术应用专家共识[J/CD].中华老年病研究电子杂志,2017,4(2):1-6. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-8757.2017.02.001.
- [8] 姚元龙,史威力,冯娴,等.老年共病的研究管理策略[J].中华全科医学,2022,20(8):1267-1270.
- [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.
- [10] 中国老年保健医学研究会老年内分泌与代谢病分会,中国毒理学会临床毒理专业委员会.老年人多重用药安全管理专家共识[J].中国糖尿病杂志,2018,26(9):705-717.
- [11] 程庆砾.老年患者多重用药与肾功能不全[J].中国临床保健杂志,2020,23(1):24-27.
- [12] 张飞,李铭麟,王逸飞,等.老年人多重用药与抑郁症的关系研究进展[J].实用老年医学,2023,37(3):226-229.
- [13] 董敏,邹彤,徐蕾,等.多重用药对老年冠心病合并心房颤动患者远期预后的影响[J].中国药物警戒,2021,18(2):126-132.
- [14] 毛玉娣,赵卫刚,陈彦,等.老年衰弱与抗血小板药致消化道出血风险的相关性分析[J].中国临床保健杂志,2021,24(6):756-759.
- [15] 齐新阳,江鹏程,史立业,等.关注老年心血管疾病中的共病和老年综合征[J].中国实用内科杂志,2023,43(8):617-620.
- [16] 朱鸣雷,周晓磊,刘晓红.北京社区高龄老年人老年综合征的状况调查[J].中华老年医学杂志,2015,34(2):207-209.
- [17] 李慧芳,杨贵荣,杨长春.老年综合征及老年综合评估应用进展[J].中国全科医学,2020,23(8):993-998.
- [18] 朱鸣雷,刘晓红.以评估为基础开展安宁缓和医疗实践[J].中国临床保健杂志,2021,24(1):3-6.
- [19] 李小鹰.老年共病患者的管理模式探讨[J].中华老年心脑血管病杂志,2022,24(5):449-452.
- [20] 洪霞.医患共同决策[J].协和医学杂志,2018,9(3):277-280.
- [21] 朱鸣雷,刘晓红.开展老年综合评估提高医疗服务质量[J].中国临床保健杂志,2020,23(3):299-301.
- [22] 世界卫生组织发布《关于老龄化与健康的全球报告》[J].中国卫生政策研究,2015,8(11):78.
- [23] MALLERY L H, ALLEN M, FLEMING I, et al. Promoting higher blood pressure targets for frail older adults: a consensus guideline from Canada[J]. Cleve Clin J Med, 2014, 81(7):427-37.
- [24] ABDELHAFIZ A H, MARSHALL R, KAVANAGH J, et al. Management of hypertension in older people[J]. Expert Rev Endocrinol Metab, 2018, 13(4):181-191.
- [25] 中国老年2型糖尿病防治临床指南编写组,中国老年医学学会老年内分泌代谢分会,中国老年保健医学研究会老年内分泌与代谢分会,等.中国老年2型糖尿病防治临床指南(2022年版)[J].中华内科杂志,2022,61(1):12-50.
- [26] 刘晓红.开展老年安宁缓和医疗之管见[J].中国临床保健杂志,2017,20(6):625-628.

(收稿日期:2024-02-05)