



专家简介:葛楠,中国医学科学院北京协和医院老年医学科副主任医师,主要从事老年医学、安宁缓和医疗临床工作与研究;兼任中国老年保健医学研究会缓和医疗分会常务委员,亚太地区安宁缓和医疗协会(APHC)会员,北京医学会老年医学分会呼吸与危重症学组委员,中国医疗保健国际交流促进会中老年医疗保健分会委员,中国临床肿瘤协会(CSCO)会员;主编《社区老年人疾病预防及健康管理手册》。Email: genan32@163.com

老年综合评估在高龄老年人中的应用案例

葛楠,朱鸣雷

(中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院老年医学科,北京 100730)

[摘要] 本文以一位“乏力、衰弱”不典型临床表现的高龄老人为例,通过细致的老年综合评估,从众多的临床问题中找到病因,并发现可干预的老年问题,并结合躯体、功能、认知、精神、社会环境方面因素,制定全面、可行的干预方案,最大限度地改善了老人的健康状况,进而说明老年综合评估在临床工作中的重要性。

[关键词] 健康状况指标;衰弱;老年人,80 以上;病例报告

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2020.05.006

Application of comprehensive geriatric assessment in the elderly: a case of fatigue and frailty that can not be ignored Ge Nan, Zhu Minglei (Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Peking Union Medical College, Beijing 100730, China)

[Abstract] This paper described an older adult with atypical clinical manifestation of "fatigue and frailty". According to comprehensive geriatric assessment, we found the etiology of clinical and reversible problems, and formulated a comprehensive and feasible plan from physical, function, cognition, psychological and social aspects to improve the health status of the elderly to the greatest extent. We aimed to demonstrate the importance of comprehensive geriatric assessment in clinical work.

[Keywords] Health Status Indicators; Frailty; Aged, 80 and over; Case reports

1 临床资料

男,82岁,大学教授,因“胸闷、憋喘、全身无力半年,加重伴皮肤瘙痒2月”于2019年11月入我科病房。

2019年5月,无诱因出现胸闷、憋喘、纳差,伴活动耐量下降(平地行走500m至平地行走100m),食欲下降,否认心悸、夜间不能平卧、咳粉红色泡沫痰,否认双下肢水肿。2019年9月,外院体检:血常规:白细胞计数(WBC) $6.37 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数(NEUT) $3.96 \times 10^9/L$,血红蛋白浓度(HGB) 121 g/L,血红蛋白浓度(HGB) $129 \times 10^9/L$;

超声心动图(ECHO):左房扩大(左房前后径38mm),左室射血分数(LVEF) 60.9%;肺功能:通气功能重度损减[第1秒用力呼气量(FEV₁)/用力肺活量(FVC) 58.74%]。9月20日,患者于外院行左眼白内障手术,术后觉胸闷、憋喘、全身无力症状加重,活动耐量进一步下降,仅可推着助步器缓慢行走数十米,膝关节疼痛,血压较前下降(120/70 mm Hg至90/50 mm Hg)。9月底,出现全身皮肤瘙痒,影响睡眠,抓挠后可见散在红点,数秒后消失,未见脱屑、瘀点、瘀斑等,予多种抗过敏药物口服及药物外用,效果不佳。11月6日,因皮肤瘙痒服用依巴斯汀

10 mg, 1 h 后出现幻觉, 自述见到医生强迫患者手术, 翻滚下床, 四处寻找老伴, 持续 30 min 后恢复正常。

半年以来, 情绪焦虑, 出现易哭、情感脆弱, 看电视时(悲伤情节)、和老朋友聊天(生死话题)等会哭泣, 近 1 月频繁。纳差, 近两年主动减少肉食摄入量, 饮食以素食为主, 近半年主食量下降至原来的三分之一, 体质量下降约 5 kg。睡眠差, 每晚最长可持续入睡 4 h, 近 1 月因皮肤瘙痒睡眠较差, 夜尿多, 每晚起夜 4~5 次, 大便 1~2 d 排 1 次。

既往史: 20 年前发现高血压, 最高血压 160/90 mm Hg, 规律口服倍他乐克(47.5 mg, 1 次/d) 降压治疗, 血压可控制在 120/70 mm Hg, 近 1 月血压波动于(90~100)/(55~65) mm Hg; 14 年前因冠心病双支病变分别于左前降及后降支植入支架两枚; 11 年前于北京安贞医院诊断心房颤动, 目前规律口服普罗帕酮 150 mg, 每 12 小时 1 次, 2017 年开始口服利伐沙班, 因发现鼻黏膜血痂停用; 7 年前因反复晕厥诊断病态窦房结综合征, 行永久性起搏器植入术; 5 年前再次于 LAD 近段、远端各植入支架 1 枚, 术后口服阿司匹林 1 年, 间断口服华法林 3.5 年, 氯吡格雷服用至今; 前列腺增生 12 年, 现口服非那雄胺片(5 mg, 1 次/d)、坦索罗辛缓释胶囊(0.2 mg, 每晚 1 次) 治疗。2016 年行右眼白内障手术, 2019 年行左眼白内障手术。个人史、家族史无特殊。

2 入院查体

体温(T): 36.3℃, 脉搏(P): 65 次/min, 呼吸(R): 18 次/min, 血压(BP): 106/54 mm Hg, 血氧饱和度(SpO₂): 96%, 体质量(Wt) 73 kg, 身高(Ht): 161 cm, 体质指数(BMI): 28 kg/m²。神志清晰, 自主体位, 腹型肥胖, 安静面容, 心率 65 次/min, 律不齐, 脊柱有叩痛, 约腰椎范围, 肌张力正常, 双上肢近端肌力 4 级, 远端肌力 4⁻ 级, 双下肢肌力 3 级。四肢无浮肿, 双足背动脉搏动正常。

3 老年综合评估

感觉: 听力、视力有下降略影响生活; 功能: 不能上楼, 可借助助步器行走最长 100 m; 五次起坐试验 40 s, 3 m 起立-行走 20 s, 握力 16 kg, 平衡试验并足不能完成。跌倒: 1 年内跌倒 1 次, 在自己房间没有站稳, 无骨折, 跌倒风险(步态不稳、下肢无力、服用镇静催眠药物、视力下降); 衰弱评分: FRAIL 4 分, Fried 5 分, 符合衰弱诊断; 睡眠: 入睡障碍; 口腔问题: 无吞咽困难或呛咳, 牙齿脱落, 有义齿; 营养: 微营养评定法(简表)(MNA-SF) 6 分; 认知评估: 简

易智力状态检查量表(MMSE) 20 分; 情绪评估: 老年抑郁量表(GDS) 6 分, 抑郁自评量表(SDS) 79 分; 家庭支持: 居住在长照机构, 雇佣保姆, 楼房有电梯, 老伴在自己家住, 每周看望 1~2 次, 一儿一女不规律间断探望。

药物核查: 美托洛尔片 25 mg, 1 次/d; 坦索罗辛缓释胶囊 0.2 mg, 每晚 1 次; 氢氯吡格雷片 75 mg, 1 次/d; 普罗帕酮片 150 mg, 每 12 小时 1 次; 瑞舒伐他汀钙片 10 mg, 每晚 1 次; 门冬氨酸钾镁片(每片含有无水门冬氨酸镁 0.140 克和无水门冬氨酸钾 0.158 克) 1 片, 3 次/d。

4 入院诊断

从临床病史可诊断: 冠状动脉粥样硬化心脏病; 双支病变[前降支(LAD)、后降支(PDA)]; 支架植入术后, 心房纤维性颤动, 病态窦房结综合征; 起搏器置入术后, 高血压病(2 级很高危); 慢性阻塞性肺疾病; 皮肤瘙痒症; 前列腺增生; 双眼白内障术后。

从老年综合评估诊断: 可发现的问题为营养不良, 衰弱, 抑郁状态, 认知功能下降(可疑谵妄), 跌倒风险。

5 病情分析

5.1 病因分析 患者进行性乏力加重, 伴有胸闷憋气, 不除外慢性基础疾病基础上的心功能不全、肺功能受损等原因, 可进一步观察评估。

此外, 患者近期出现明显消耗症状(消瘦、体力下降迅速), 入院后检查发现血红蛋白下降(119 至 99 g/L), 新发快速贫血、需警惕恶性肿瘤及消化道失血等原因, 需进一步检查。

5.2 老年综合征 (1) 患者进食明显减少, MNA-SF 评分在 7 分以下, 考虑营养不良也会加重患者乏力症状, 需要营养干预。(2) 患者 MMSE 评分 20 分, 出现认知功能明显的下降, 但家属描述患者平时无明确认知下降的表现, 结合患者有高龄、贫血、慢性疼痛等谵妄的危险因素考虑不除外谵妄造成的认知功能波动, 需密切观察。(3) 患者评估筛查 GDS 大于 5 分, SDS 大于 50 分, 筛查阳性, 符合抑郁状态; 考虑患者情绪与可能与疾病造成的不适症状相关, 可先处理相关问题, 观察情绪有无改善。(4) 患者 1 年内曾跌倒 1 次, 加上下肢无力等风险因素, 住院期间及后续仍有较高的跌倒风险, 应注意采取预防措施、做好相关宣教。(5) 患者入院后卧床较多, 加上营养不良的状态, 有压疮的风险, 应注意预防。(6) 功能维持, 患者近半年功能下降明显, 握力低于

正常,5次起坐,3 m起立行走用时超过正常,可能与贫血、营养不良等因素相关,患者入院时处于衰弱状态,功能难以在短期恢复,可先改善营养状况,寻找贫血原因,情况许可时鼓励患者在监护下适当活动,有助于改善可能的谵妄、也有助于预防压疮。

6 诊疗及照护计划

患者入院后,依据患者情况,多学科团队(老年科、营养科、药剂科、心理科、康复科、社工)及相关专科经讨论制定了以下干预措施。

6.1 急性医疗问题 病因方面:患者入院后病情仍逐渐加重,血化验结果乳酸脱氢酶(LDH) 1 036 u/L,超敏C反应蛋白(hs-CRP) 22.70 mg/L,红细胞沉降率(ESR) 47 mm/h;PETCT结果:右侧肱骨、T₂、L_{4/5}、S₁、右侧髂骨、左耻骨、双侧股骨多发代谢增高灶,余全身骨多发代谢不均匀稍增高,均考虑恶性病变可能;前列腺代谢不均匀增高,建议进一步检查除外恶性病变。考虑骨转移癌不排除,但原发灶尚未明确;泌尿外科会诊考虑前列腺特异性抗原(PSA)正常,前列腺癌可能性小。骨科会诊后在局部麻醉下行L₅的骨活检术。病理结果:(腰5椎体)可见异型B淋巴细胞,结合免疫组织化学,病变符合非霍奇金淋巴瘤,倾向弥漫大B细胞淋巴瘤(非生发中心来源)。骨髓穿刺涂片中可见淋巴瘤细胞,占20%,易见吞噬细胞,并可见个别吞噬血细胞现象,并可见成堆分布。血液科会诊考虑:弥漫大B细胞淋巴瘤,双侧肾上腺、肺、骨髓、多发骨受累,中枢、前列腺受累不排除,继发噬血细胞性淋巴瘤组织增生症可能,建议化疗(R2方案)。

6.2 谵妄方面 患者在骨活检后出现激越症状,考虑存在谵妄;予加强家属陪伴、房间配置患者熟悉物品,每日告知患者时间、地点,尽量保持睡眠节律,减少日间睡眠,避免使用苯二氮卓类镇静药物。尽量纠正潜在的谵妄诱因,结合患者出现快速型心房颤动、白蛋白下降、发热,考虑合并感染,原发病加重,予抗感染,加强支持治疗,同时应用小剂量应用奥氮平。

6.3 营养方面 患者发病后进食少,入院后出现加重经口进食困难,考虑到需要输液时间较长,并且化疗药也需要静脉通路,请肠外肠内营养科协助,置入PICC给予部分肠外营养支持,辅以少量米汤;患者情况稳定后逐渐减少静脉输液,鼓励经口进食,口服营养补充(ONS);同时也鼓励患者活动,减少输液束

缚,也有助于谵妄的缓解。

6.4 功能方面 患者情况稳定后,逐步减少患者的卧床时间,增加床上坐及床旁坐时间,进行床上被动活动、呼吸肌训练,改善心肺功能。

6.5 慢病管理 多个指南均推荐对于高龄老年患者血压控制在150/90 mm Hg以内,并尽量保证舒张压不低于60 mm Hg。患者虽然有高血压病史,但不应盲目降低血压,应先保证脏器有效的灌注。患者入院时血压偏低(106/54 mm Hg),可能存在容量不足情况,予监测出入量、适当补液;服用 β 受体阻滞剂频次不规范,将美托洛尔片25 mg、1次/d,调整为12.5 mg、2次/d。

患者入院后查总胆固醇(TC) 3.06 mmol/L,三酰甘油(TG) 1.60 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 1.87 mmol/L;血脂已达标,考虑患者严重动脉硬化、冠心病,有调脂治疗指征;但考虑其预期寿命、后续化疗等因素,可将舒伐他汀减量,观察血脂变化。

深静脉血栓(DVT)预防:患者住院期间超声发现右侧肌间静脉管腔增宽伴血流瘀滞可能,结合患者患肿瘤,属于静脉血栓栓塞症(VTE)高风险人群,并且患者持续心房颤动,目前无出血、无抗凝禁忌,可给予抗凝药物,予利伐沙班15 mg、1次/d。

6.6 制定出院计划 由于患者转入血液科专科化疗后,恶化的病情得以暂时控制,出院后还需要定期返院进行下一疗程的化疗,故应保留PICC管路,需要考虑出院后的维护;社会支持方面,患者日常生活尚不能自理、跌倒高风险、营养仍需要继续加强,需要相对专业的照护支持,单靠患者老伴及保姆恐难以胜任;与患者老伴及其女儿沟通后建议与养老机构医务人员提前联络进行对接。患者住院36 d,出院前对患者进行了再次评估,提供详尽的出院小结,并向机构的医生交代注意事项,将患者安全转至养老机构的长期护理单元。

7 随访

患者出院后3个月,化疗4个疗程已经完成,经功能锻炼,可每日在养老院的康复中心运动1~2次,可在健身器材上蹬车,每天可步行1000 m。情绪稳定,没有哭泣等不良情绪,食欲恢复,每天主食量可保证250 g,睡眠有改善。

(收稿日期:2020-04-10)