

老年共病管理中国专家共识(2023)

朱鸣雷¹, 刘晓红¹, 董碧蓉², 秦明照³, 陈琼⁴

1. 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; 2. 四川大学华西医院老年医学中心, 国家老年疾病临床医学研究中心, 成都 610041; 3. 首都医科大学附属北京同仁医院老年医学科, 北京 100730; 4. 中南大学湘雅医院, 国家老年疾病临床医学研究中心, 长沙 410008

[摘要] 共病是老年人常见的问题。一方面, 共病会持续影响老年人的健康, 带来不良后果、增加医疗花费; 另一方面, 共病之间或共病诊疗之间的相互影响, 也会使临床决策及干预更加复杂。以单一脏器疾病诊疗为基础的医疗模式难以有效应对老年共病问题。目前, 国际上针对老年共病的治疗指南, 主要内容为针对特定人群的决策流程, 是在广泛开展老年医学实践的基础上制定的; 而我国老年医学在基层尚未普及, 国外的共病干预流程较为复杂, 且医务人员难以接受, 需要有相对简明、覆盖内容更广的共病管理指导。该共识综合了国外关于老年共病管理的证据、指南及国内老年医学专家的经验, 提出对老年共病患者进行分层管理, 旨在推进以人为本的、高效的老年共病管理。

[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.1672-6790.2023.05.001

Chinese expert consensus on management of elderly patients with multimorbidity(2023)

Zhu Minglei¹, Liu Xiaohong¹, Dong Birong², Qin Mingzhao³, Chen Qiong⁴

¹ Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China; ² Department of Geriatrics, West China Hospital, Sichuan University, National Clinical Research Center for Geriatrics, Chengdu 610041, China; ³ Department of Geriatrics, Beijing Tongren Hospital, Capital Medical University, Beijing 100730, China; ⁴ Xiangya Hospital, Central South University, National Clinical Research Center for Geriatrics, Changsha 410008, China

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

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

随着老年人口增加、社会老龄化程度加深, 如何在资源有限的情况下有效应对老年人健康问题, 成为老年人医疗保健服务改革中的重要内容。老年人健康问题的突出特点之一就是“共病”, 又称“多病共存”, 是指老年人个体同时存在 2 种及以上慢性健康问题, 发生率很高。我国一项对 20 多万 60 岁以上老年人的调查显示, 慢性病患病率为 81.1% (估算近 1.8 亿人), 超过 1/3 的 65 岁及以上老年人患共病, 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%^[1]; 一篇纳入世界范围内 193 个研究的荟萃分析显示, 虽然共病发生率受纳入统计的健康问题数量影响, 但 74 岁以上老年人群共病发生率仍达 67%^[2]。在临床实践中, 老年共病常会增加诊疗的复杂性, 增加失

能风险等不良结局。长期以来, 我国对于老年共病患者的健康服务多集中在脏器疾病诊治方面, 常常忽视了老年患者的功能维护和实际需求, 迫切需要老年医学工作者能够更好地应对共病问题。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。老年共病管理所关注的是对老年人健康造成持续影响的多种健康问题, 一方面需要有效地识别这些健康问题及对应的健康需求; 另一方面对于可干预的问题进行处理, 并管理这些问题所造成的不良影响, 满足不同老年共病患者的需求。需要老年医学工作者能有效管理处于不同健康状态下的老年共病患者, 这也是形成本共识的出发点。

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

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

1 共识形成过程

本共识依托国家重点研发计划,历时 1 年,经过若干轮专家讨论、反馈形成。课题组基于循证方法学,围绕老年共病管理相关内容,检索 2012 年以来 10 年间相关国内外文献共 103 篇,进行文献质量评价,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 2 轮专家会议讨论,结合中国国情、中国老年人特征,以及项目的部分内容,制定本共识。经过 18 位专家通信修订。最后,去繁就简,共识以原则条目为主,以方便老年医务工作者理解并在实践中应用相关原则。以后将定期根据临床实践反馈做修订。

2 老年共病概念及影响

推荐 1:老年共病是指 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。

随着医学的不断进步,慢性非传染性疾病已经成为造成老年人残疾及死亡的主要问题,其中对老年人健康造成影响的,不仅仅是高血压、糖尿病、冠心病、脑血管疾病、神经系统退行性病变等疾病,也包括了认知心理等方面的问题,并且因衰老和疾病所造成的不良影响,如营养不良、肌少症、衰弱、慢性疼痛等老年综合征,也会进一步影响老年人的健康。世界卫生组织(WHO)将共病(multimorbidity)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^[3],英国国家卫生与临床优化研究院(NICE),也将共病定义为长期健康问题,包括躯体和精神方面的健康问题、复杂的症状集合(如衰弱、慢性疼痛等)、视力及听力等感官损害等^[4],国际上也倾向于将共病定义为一个共同发生的健康问题的集合,没有哪个问题更突出^[5-6]。在老年共病管理中需要关注的是那些持续影响到老年人健康状态、功能或造成形态学改变的健康问题,而非稳定的、未造成不良影响的慢性疾病,所以,虽然国际上多认为共病所指的长期健康问题需持续 1 年以上,但也应灵活掌握,根据健康问题是否造成持续的影响来综合判断,而非仅看持续时间。

共病在英文中有多个词汇,在国内尚未明确区分,如 comorbidity,是指 1 种索引疾病和 1 种及以上慢性病同时存在的现象,两者常会以固定组合的形

式出现,此种场景更多见于住院患者,处理索引疾病时同样要避免忽略并存的其他疾病;而老年共病,更多指向的是老年慢性健康问题,同时存在的健康问题之间可能有关联,也可能没有关联,此时将关注点用于分析因果关系意义不大,更重要的是考虑共病间是否相互影响、治疗是否相互影响,故多使用 multimorbidity 或 MCC(multiple chronic conditions)来表述,两者在概念上是一致的^[7],MCC 更突出的是慢性和健康状况的含义^[8-9],在 MeSH 主题词中,MCC 归类在疾病分类/慢性疾病下,而 multimorbidity 则归类在公共卫生或卫生服务质量下。为了更好地理解和简化,本共识采用使用较广的 multimorbidity 来表述老年共病。

推荐 2:老年共病患者需要通过老年综合评估(CGA)来判断共病对于老年人健康状态的影响,并了解共病是否额外增加了健康相关不良结局(包括功能丧失、生活质量下降)风险,是否对老年人医疗决策等造成了影响。

老年人的健康差异比较大,功能是衡量老年人健康与否的标准^[10];虽然老年人所患共病的数量在一定程度上反映了老年人可能会有较重的疾病负担、更容易发生不良临床事件、也往往会使用较多的医疗资源^[11-12],但共病的诊断及数量本身并不足以反映其对老年人健康造成的影响,就像高血压、脑血管病的老年患者,可以是稳定期、维持正常生活自理的状态,也可能是瘫痪在床需要长期护理的状态。因而,共病的数量、病种不能反映其对老年人健康状态的影响,仍需要通过评估来判断共病造成的影响。很多老年综合征,如肌少症、衰弱、营养不良、躯体功能下降等,也常常是衰老、疾病、社会支持、环境等多因素在老年人身上造成的“多因一果”^[13],所以判断共病对于老年人的影响,难以从病因上去判断,而是需要从各种问题所造成的不良后果来评价。在老年医学中,CGA 是评价老年人健康状况,评估各种因素对于老年人健康造成影响的有效方法,也是后续开展有效干预的依据^[14]。老年共病患者需要通过 CGA 来评价共病所造成的影响。

在 NICE 的共病管理指南中,建议优先识别可以从特殊的共病管理流程中获益的老年人群,包括从事日常活动觉得困难、需要从多个地方获得支持和照护、需要额外的服务支持、有长期的躯体和精神方面的问题、有衰弱或跌倒、频繁计划外就医或者去急诊、常规服用多种药物,这些特点大多是共病产生

的影响^[4]。所以对于共病影响的评估,是识别特殊人群、采取针对性干预措施所必需的。

WHO在2016年的报告中指出,共病对于弱势群体影响更大,包括高龄、认知功能下降、贫穷、健康素养较差、合并抑郁或焦虑的人群,在评估共病的影响时,更应关注这部分弱势群体^[3]。

推荐3:老年共病患者的健康状态可处于稳定期,但仍需要定期做综合评估。当出现疾病进展、共病中主要问题的变化、新发健康问题时,都可能对老年共病患者造成影响,需要动态关注,及时识别、评估共病对于老年人健康状况的影响。

老年人健康状况变化容易受到各种因素影响,慢性病急性发作、新发疾病或事件(如亲人离世)、生活环境改变等,都可能会影响到老年人的健康,共病本身会对老年人健康产生影响,同时也会使老年人处于一种脆弱状态,更容易发生感染、功能下降及死亡等问题^[15-16],所以在评估共病的影响时,也要考虑到老年共病患者发生不良事件的风险以及可能的诱发因素,这也有助于采取必要的预防措施,如防范跌倒、营养不良、慢性心衰急性发作等健康问题。

推荐4:住院老年共病患者更容易发生并发症,或共病中需要优先处理事项的顺序发生变化,常会因为共病问题使诊疗复杂化,带来额外的医疗费用。

老年共病患者常常有更多的医疗费用。老年共病对个体健康和使用医疗卫生资源所造成的影响,常常比这些疾患各自产生的影响总和要高得多^[17]。有研究分析某地区疾病诊断相关分组(DRG)付费特病单议案例,发现实际住院费用超出DRG付费标准的,61~80岁的病例占总案例数的50.4%,年龄越大申诉比例越高,其中次要诊断的个数对于住院费用有显著影响^[18]。这也从侧面反映出老年共病对于医疗费用的影响,单病种的诊疗付费机制可能不适合部分需要同时处理多种健康问题的老年共病患者,仍需要进一步研究,以便支持更细致的付费机制。

3 老年共病管理目标

推荐5: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。

推荐6:老年人个体差异大,需要根据老年人不同的健康状况、面临的主要问题、预期生存期,以及结合患者本人意愿来制定共病管理目标。

推荐7: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。

老年共病管理的对象是老年人,而不仅仅是疾病,老年共病的管理目标与老年医学的目标是一致的,最终要看是否能让老年共病患者获益。老年患者的特点也决定了老年共病管理的目标一定是聚焦老年人整体而非某种疾病,对于老年人而言,老年病也称为年龄相关性疾病(ARD),多数与衰老相关,需要持续治疗且不可治愈,而且衰老和疾病对老年人造成的不良影响,如衰弱、营养不良、认知功能下降、抑郁等老年综合征,也需要管理干预才能有效地维护好老年人的功能状态、生活质量^[13],所以对于共病管理的目标不能仅放在慢性疾病的诊疗上,同样也需要关注老年人的特殊问题。而且,老年人个体差异大,同样是共病,可以是功能正常的活力老人,也可以是完全失能的卧床老人,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,使得共病管理的目标需要依据老年人不同的健康状态和需求来制定,并且根据老年人健康状况的变化,管理目标也要及时进行调整。

4 老年共病管理原则

推荐8:老年共病患者往往服用多种药物,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。对于预期生存期有限的老年共病患者,多需进行药物精简。

一般同时使用 ≥ 5 种药物,被视为多重用药。老年共病患者,随着所患疾病的增多,常常会服用多种药物,加上老年人本身生理的变化,更容易发生不良的药物相互作用(ADI)。我国老年人多重用药的情况突出,ADI的风险显著增加,需要医务人员关注老年人群的用药情况^[19-20]。在NICE的老年共病管理指南中,评估共病对于老年患者的影响时,也专门提出要评估药物的数量及不良反应^[4]。在老年共病患者的用药管理中,药物重整是非常重要的,通过药物重整可以有效发现不合理用药或药物不良反应,老年医学团队中的药师可以协助团队更好的发现用药问题、协助调整用药^[21]。

生存期有限常指1年内离世“不惊讶”,生命终末期通常指预期生存期 < 6 个月。此时药物治疗主要针对不适症状及特殊的老年问题/老年综合征;疾病已经不可治愈,许多针对疾病病因的药物,或者需要较长时间才能发挥疗效或预防效果的药物大多可以停用。终末期患者大多存在衰弱、内环境紊乱等

问题,药物的不良反应可能变得不典型,容易成为导致病情恶化的干扰因素,因而加用药物更需慎重^[22]。相关研究显示,终末期老年患者,通常对因治疗药物使用减少,对症治疗药物使用增加^[23],而心血管疾病的用药,常需结合患者具体预期寿命、出血或缺血风险来个体化决策^[24]。

推荐 9:老年共病管理不仅针对多种慢性疾病,还要管理老年人常见的老年综合征及慢性问题,老年综合评估及老年医学多学科团队有助于更好地处理相关问题。

虽然老年综合征是衰老及各种疾病所造成的不良后果,但衰老和大部分慢病不可治愈,老年综合征也会进一步影响老年人的健康,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(如慢性疼痛,便秘),才能更好地维护老年共病患者的健康。老年医学的核心内容就是 CGA 和老年医学多学科团队,采取以 CGA 为基础的多学科干预,可以有效管理老年人的特殊问题^[25]。

推荐 10:针对单一疾病的治疗指南不能完全覆盖老年共病的情况,当单病治疗指南所依据的循证医学证据不足以判断老年人能否从中获益时,需要综合考虑治疗的利弊,此时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。

大部分专病诊疗指南是针对单一疾病的,常忽略共病,并且制定指南所依据的临床研究,为了排除混杂因素,也常会将老年共病患者排除在外。因此,美国老年医学学会(AGS)在 2012 年发布的老年共病管理指南中,专门在解读证据中指出,针对单一疾病的治疗指南,多数仅关注 1~2 个临床问题,对于有多种复杂问题的老年共病患者是受限的,并且共病之间相互作用会影响到针对单一疾病的治疗,所以要慎重考虑老年共病患者是否能从指南推荐的单病治疗中获益^[26]。在判断现有证据是否适用时,考虑疾病对预期寿命的影响有助于做出合理判断,如伴有严重心衰的 2 型糖尿病患者,很难从严格的血糖控制中获益,反而有低血糖风险^[27]。AGS 2019 年发布的老年共病患者制定干预决策的指导原则指出,预期寿命在 10 年以上、共病较少、功能状态较好的老年共病患者,可能会从单病治疗指南中获益;而预期寿命在 2~10 年、共病情况较为复杂、功能受损的老年共病患者,则难以判断是否能从单病治疗指南中获益,此时需要综合考虑,制定与患者的健康优

先事项一致的医护照料计划(health priorities-aligned care)。了解患者的健康优先事项,必然要了解患者本人意愿^[28]。

在医学伦理学中,患者的自主权是基本原则之一,在老年缓和医疗中会强调尊重患者本人意愿,即使患者当前因疾病,如痴呆、昏迷等不能有效表达自己的意愿,也需要了解患者曾经的想法^[29]。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^[30]。

推荐 11: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。

一方面患者本人的意愿对于确定患者的健康优先事项非常重要^[28];另一方面患者参与决策,并制定自己所认可的干预方案,对于干预的有效实施具有重要价值。老年共病所涵盖的长期慢性健康问题需要连续的干预管理,更需要患者本人或其照护者知晓老人的健康状况、了解目前的问题及针对相应问题的诊疗及干预方案。患者的自我管理或积极参与可以有效改善很多慢性健康问题的结局^[31-32]。

在考虑患者意愿的时候,并非完全听从患者的意见,而是需要进行医患共同决策,综合考虑患者的问题、现有的可选干预方案和支持证据、以及患者意愿等,由医生在充分告知后,站在患者的角度和患者共同来做出决策。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、共同商议做出决策、制定干预方案的一个过程^[33]。医患共同决策的基本框架流程与老年共病管理的基本框架流程是一致的^[26]。

推荐 12:老年共病患者的管理,评估→决策方案制定→实施→再评估,是一个连续动态的过程,以适应老年人健康状况及共病管理目标的变化。

老年共病患者的管理涉及内容较多、较为复杂,且不同健康状况的老年共病患者所涉及的具体情况大多不同,很难有统一的、固定的方案,国际上的共病管理指南多为一些指导原则及大略的流程顺序。AGS 在 2012 年推荐的共病管理流程为:①了解患者首要关注的问题,以及就诊目的;②全面评估患者现有的医护照料计划,或关注治疗计划的某个特殊的方面;③了解患者现有的医学状况和干预方案是什

么,患者依从性如何,是否满意现有的方案;④评估患者的意愿;⑤对于重要的结局,是否有相关的证据支持;⑥评估预后;⑦考虑治疗方案之间及治疗与患者情况之间的相互作用;⑧权衡治疗计划的利与弊;⑨与患者沟通,决定实施、维持或放弃某个治疗方案;⑩在选定的间隔进行重复评估:获益、适合、依从性与意愿一致^[26]。AGS 2019年发布的老年共病干预决策指导原则,在2012年指南的基础上,将决策干预过程简化为闭环的3个步骤,包括:识别和沟通(识别并确认患者的健康优先事项、健康发展轨迹)→决策(基于健康优先事项,潜在的获益、损害及负担,健康轨迹,来决定采取、停止或延续某些治疗干预)→保持一致(决策和治疗干预在患者、照护者、其他健康服务中是一致的,且与患者的健康轨迹及健康优先事项保持一致)^[28]。NICE在老年共病管理指南中推荐的实施流程为:①同患者讨论健康服务的目标需将共病考虑在内;②确认疾病的影响及治疗的负担;③确认患者的目标、价值观和优先事项(如生活自理、减少负担、预防不良事件);④在共病的情境下,讨论某项治疗/干预的目标(如获益、不获益、改善生活质量);⑤评估用药和其他治疗;⑥就个体化的治疗方案达成一致^[4]。

不管老年共病管理的流程有多复杂,其框架与老年医学CGA的评估干预过程是一致的。CGA本身就是评估、决策、多学科团队干预、随访、再评估的动态闭环过程^[14];只是在共病管理的流程中,在评估和决策环节,更突出了患者意愿、患者健康优先事项的重要性。考虑到我国目前在社区基层并未广泛开展CGA的工作,过于复杂的流程恐难以被广大老年医学工作者所理解并接受;我国不同地区发展不平衡,不同地区所面临的老年共病问题也未必完全一致,仍应以适应范围较广的CGA为基础,通过闭环的、连续性干预来推进老年共病的管理。

5 老年共病管理策略

推荐 13:对于老年共病患者,可通过健康状态分层来确立不同的管理目标。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。

老年共病患者需要通过CGA来评估共病所造成的影响、了解老年共病患者的实际需求,以制定具体的干预方案。但CGA所涉及的维度较多,花费时间较长,在临床实践中多采用筛查及具体评估相结合的策略来提高工作效率,通过筛查快速识别可能

有问题的老年人群,再通过详细评估来确认问题和需求^[25]。WHO在老年人整合照护路径中,也采用了通过内在能力筛查,快速识别出存在内在能力下降的老年人,然后再通过详细的评估来发现问题,有针对性地制定维护内在能力的干预方案^[34]。我国目前并未在老年健康服务中广泛开展CGA,社区基层医务人员也难以有更多的时间针对所有老年共病患者来开展CGA,为了提高工作效率,在共病管理的实践中,有必要通过筛查手段来快速区分出需要采取不同管理目标的老年共病患者,也就是进行分层管理。

WHO在2015年发布的《关于老龄化与健康的全球报告》中提出了按照个体功能的不同阶段,采取不同的策略来合理地配置卫生系统、长期照护、环境支持等资源。报告指出,人生后半程的功能发挥和内在能力其通常轨迹可以分为3个常见的时期:能力强而稳定的时期、能力衰退的时期和严重失能的时期,并且人们在这几个阶段中的需求也截然不同^[35]。为此,我们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,可以帮助老年医务工作者快速确认共病管理的目标及方向,快速识别老年共病患者的需求。对于躯体功能、衰弱等问题的筛查评估,目前已经有较为成熟的评估方法,如日常生活能力评估、FRAIL衰弱评估量表等^[36-37]。

推荐 14:对于活力老年人,共病管理目标在于规范治疗慢性疾病,预防疾病发展及并发症发生,识别并干预多重用药等问题,通过健康的生活方式持续维护功能发挥。

推荐 15: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。

推荐 16: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。

对于不同健康状态的老年人,其干预目标是不同的。WHO在《关于老龄化与健康的全球报告》中指出:①对于内在能力强而稳定者,其公共卫生策略的重点应该是尽可能长久地维持这种状态,卫生系

统应该尽早发现并控制疾病和危险因素,并采取促进健康的行为和生活方式。②对于能力衰退者,系统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;此时的卫生服务应有助于阻止、延缓或扭转功能衰退。此外,友善的环境对于功能受限的老年人发挥功能仍有重要作用。③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,使老年人能够有尊严地完成实现其福祉所需的基本任务,并且老年人居住于良好环境中可以使这些任务变得更加简单^[35]。

考虑到我国的实际情况,为了让广大医务工作者能识别出老年共病患者所处的不同健康阶段、大致掌握该阶段老年共病患者的需求、制定合理的干预目标及方案,将老年共病患者的3个不同健康阶段分别汇总、归纳出不同的管理目标策略。

①功能正常、无内在能力下降的老年人,其干预重点是预防,包括一级预防和二级预防。防止新发疾病或慢性疾病的并发症,防止因为疾病发作造成功能下降,并采取健康的生活方式来维持功能^[13]。

②内在能力下降、衰弱的老年人,其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^[34]。但近期研究显示,部分衰弱老人即使进行积极干预也难以转变为非衰弱状态,而内在能力的受损在衰弱之前就可以出现,并且可以预测老年人由非衰弱状态进展为衰弱状态^[38];而且内在能力对社区老年人功能下降、跌倒的预测价值均高于衰弱^[39]。WHO在2015年明确提出内在能力的概念^[35],2017年发布了老年人整合照护指南^[40],2019年发布了老年人整合照护的实施路径^[34],提出通过整合医护照料、运动、营养、环境改造、社会支持等各方面的干预措施,来为老年人提供以人为本的整合照护服务,从干预内在能力下降入手来维持老年人的功能状态。建议对于本阶段的老年共病患者,在制定干预方案时,也将维护内在能力考虑在内。

③失能且无改善余地的老年人,其干预的重点是照护。失能的老年共病患者,一方面需要长期照护,此时共病管理所关注的往往不是疾病本身,因为针对疾病诊疗的改善余地不大,反而更需要关注不适症状、老年综合征等方面的问题;另一方面,也需要考虑到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,转向症状控制,并关注患者“身心社灵”方面的需求^[29]。

推荐 17:老年共病管理,涉及疾病防治、功能维护、老年综合征管理、社会支持、照护地点以及患者意愿等多方面内容,管理效果需要从健康结局、功能发挥、卫生经济学、患者满意度等提高医疗质量和效率的角度进行综合评价。

临床研究普遍缺乏清晰的证据来证明共病管理的有效性^[41-42];考虑到共病的复杂性和多样性,在干预组及对照组的选择、干预对象的选择、结局指标的选择、干预方法的制定等方面,不同研究存在很大的差异,会影响对研究结果的分析^[43]。由于研究证据的缺乏,国际上现有的共病管理指南多依据专家共识来制定,有系统评价汇总分析了8个共病相关的指南,共250条推荐建议,提炼出了各个指南共同包括的5个方面内容^[44]:①识别目标人群;②评估健康问题和治疗的相互作用;③将患者意愿纳入所制定的目标中;④个体化的管理;⑤监测和随访。虽然共病的研究差异很大,但评价老年共病管理的结局指标是一致的,包括健康相关的生活质量,死亡,躯体功能,卫生资源的使用,医疗花费,以及患者方面的评价(包括治疗负担、自评健康状况、自我管理的行为、依从性等)^[45]。可以看出,对于老年共病管理的评价,正是从提高医疗质量和效率的角度,也就是从近几年所兴起的价值医疗(=诊疗效果/医疗成本)的角度来评价的,效果从广义上除了诊疗效果之外,还包含了医疗的及时性、便捷性、安全性及患方满意度^[46]。

国内的老年共病管理正处于起步阶段,尚缺乏相应的实践和研究,希望本共识的制定能够促进老年共病管理工作发展,促进老年医学在国内的实践。

执笔:朱鸣雷、刘晓红(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)

专家组(按姓氏汉语拼音排序):卜丽(辽宁省金秋医院);陈琼(中南大学湘雅医院,国家老年疾病临床医学研究中心);陈铮(北京老年医院);董碧蓉(四川大学华西医院,国家老年疾病临床医学研究中心);林展翼(广东省医学科学院广东省人民医院);刘谦(首都医科大学附属北京同仁医院);马清(首都医科大学附属北京友谊医院);马丽娜(首都医科大学宣武医院,国家老年疾病临床医学研究中心);欧阳晓俊(江苏省老年医院);秦明照(首都医科大学附属北京同仁医院);施红(北京医院,国家老年疾病临床医学研究中心);孙晓红(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医

院);王媛(北京老年医院);王晶桐(北京大学人民医院);肖小华(深圳市第二人民医院);徐丽姝(广东省医学科学院 广东省人民医院);周厚广(复旦大学附属华山医院,国家老年疾病临床医学研究中心);朱平(中国人民解放军总医院,国家老年疾病临床医学研究中心)

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] HO I S, AZCOAGA-LORENZO A, AKBARI A, et al. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and meta-analysis of 193 international studies [J/OL]. *BMJ Open*, 2022, 12(4): e057017. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057017.
- [3] World Health Organization. Multimorbidity: technical series on safer primary care [EB/OL]. (2016-12-13) [2023-10-18]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650>.
- [4] National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management [EB/OL]. (2016-09-21) [2023-10-18]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>.
- [5] NICHOLSON K, ALMIRALL J, FORTIN M. The measurement of multimorbidity [J]. *Health Psychol*, 2019, 38(9): 783-790.
- [6] HARRISON C, FORTIN M, VAN DEN AKKER M, et al. Comorbidity versus multimorbidity: Why it matters [J/OL]. *J Multimorb Comorb*, 2021, 11: 2633556521993993. DOI: 10.1177/2633556521993993.
- [7] 唐天娇,曹立,董碧蓉,等.老年人多病共存名词和定义专家共识(2022) [J]. *中华老年医学杂志*, 2022, 41(9): 1028-1031.
- [8] MCGILTON K S, VELLANIS, YEUNG L, et al. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review [J]. *BMC Geriatr*, 2018, 18(1): 231.
- [9] MARENGONI A, RIZZUTO D, WANG H X, et al. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2009, 57(2): 225-230.
- [10] 中华医学会老年医学分会,中华老年医学杂志编辑部.中国健康老年人标准(2013) [J]. *中华老年医学杂志*, 2013, 32(8): 801.
- [11] 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.
- [12] SAMBAMOORTHY U, TAN X, DEB A. Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults [J]. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 2015, 15(5): 823-832.
- [13] 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.
- [14] 朱鸣雷,王秋梅,刘晓红.老年人综合评估 [J]. *中华老年医学杂志*, 2015, 34(7): 709-710.
- [15] TISMINEZKY M, DELUDE C, HEBERT T, et al. Age, multiple chronic conditions, and COVID-19: a literature review [J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2022, 77(4): 872-878.
- [16] MARENGONI A, VON STRAUSS E, RIZZUTO D, et al. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study [J]. *J Intern Med*, 2009, 265(2): 288-295.
- [17] BLAZER D G, SACHS-ERICSSON N, HYBELS C F. Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults [J]. *Am J Public Health*, 2005, 95(2): 299-304.
- [18] 彭美华,唐超雪,吴婧文,等.医保DRG特病单议病例特征分析及政策优化研究 [J]. *卫生经济研究*, 2023, 40(5): 51-54.
- [19] 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]. *中国全科医学*, 2018, 21(29): 8-19.
- [20] 张波,闫雪莲,王秋梅,等.重视老年人多重用药问题 [J]. *中华老年医学杂志*, 2012, 31(2): 171-174.
- [21] 曾平,闫雪莲,朱鸣雷,等.老年人药物重整的应用效果分析 [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2016, 15(8): 575-578.
- [22] 闫雪莲,刘晓红.优化老年人药物治疗策略 [J]. *中华全科医师杂志*, 2018, 17(5): 337-340.
- [23] PAQUE K, ELSEVIERS M, VANDER STICHELE R, et al. Changes in medication use in a cohort of patients with advanced cancer: the international multicentre prospective European Palliative Care Cancer Symptom study [J]. *Palliat Med*, 2018, 32(4): 775-785.
- [24] 闫雪莲,孙雪,付乐宸,等.末期老年住院患者多重用药及药物重整调查 [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2018, 17(12): 886-889.
- [25] 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.
- [26] American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2012, 60(10): 1957-1968.
- [27] GUTHRIE B, PAYNE K, ALDERSON P, et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity [J/OL]. *BMJ*, 2012, 345: e6341. DOI: 10.1136/bmj.e6341.
- [28] BOYD C, SMITH C D, MASOUDI F A, et al. Decision making for older adults with multiple chronic conditions; executive summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2019, 67(4): 665-673.
- [29] 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.
- [30] 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.
- [31] JONKMAN N H, GROENWOLD R, TRAPPENBURG J, et al. Complex self-management interventions in chronic disease unravelled: a review of lessons learned from an individual patient data meta-analysis [J]. *J Clin Epidemiol*, 2017, 83: 48-56.
- [32] DINH T, BONNER A. Exploring the relationships between health

literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases[J]. BMC Health Serv Res, 2023, 23 (1):923.

[33] 洪霞. 医患共同决策[J]. 协和医学杂志, 2018, 9(3):277-280.

[34] World Health Organization. Integrated care for older people(ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care[EB/OL]. (2019-01-01) [2023-10-18]. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>

[35] World Health Organization. World report on ageing and health [EB/OL]. (2015-09-29) [2023-10-18]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.

[36] 陈旭娇, 严静, 王建设, 等. 老年综合评估技术应用中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(5):471-477.

[37] 中华医学会老年医学分会. 老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(3):251-256.

[38] LIU S, KANG L, LIU X, et al. Trajectory and correlation of intrinsic capacity and frailty in a Beijing elderly community[J]. Front Med (Lausanne), 2021, 8:751586.

[39] LIU S, YU X, WANG X, et al. Intrinsic Capacity predicts adverse outcomes using Integrated Care for Older People screening tool in a senior community in Beijing[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2021, 94:104358.

[40] World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity[EB/OL]. [2023-10-18]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>.

[41] SMITH S M, WALLACE E, ODOWD T, et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings [J/CD]. Cochrane Database Syst Rev, 2021, 1(1):CD006560. DOI:10.1002/14651858.CD006560.pub4.

[42] SMITH S M, WALLACE E, CLYNE B, et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting:a systematic review[J]. Syst Rev, 2021, 10(1):271.

[43] SKOU S T, MAIR F S, FORTIN M, et al. Multimorbidity[J]. Nat Rev Dis Primers, 2022, 8(1):48.

[44] MUTH C, BLOM J W, SMITH S M, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy:a systematic guideline review and expert consensus [J]. J Intern Med, 2019, 285(3):272-288.

[45] SMITH S M, WALLACE E, SALISBURY C, et al. A Core Outcome Set for Multimorbidity Research (COSmm) [J]. Ann Fam Med, 2018, 16(2):132-138.

[46] 谢静, 张抒扬. 美国价值医疗导向型支付方式进展及其启示 [J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(8):701-704.

(收稿日期:2023-10-20)

《中国临床保健杂志》第二十届编辑委员会名单

编委会主任:黄洁夫

编委会副主任:胡世莲 汪耀 刘同柱 王俊 王伟夫

编委:(以姓氏笔画为序)

丁西平	丁清清	于爱平	于普林	万书臻	马哲	马礼坤	马艳春	马晓飞	王芸	王勇
王雁	王瑞	王静	王卫东	王巧民	王邦宁	王建国	王晓娟	王海琴	王曼维	王喜瑛
王锦权	王新日	牛朝诗	毛拥军	文宏	文良元	方向	方诗元	尹岭	尹秋生	邓莉
邓朝胜	叶山东	史健	史虹莉	白松	宁光	司全金	库启录	朱健	朱德发	朱微波
乔薇	任伟	刘圣	刘松	刘晓	刘健	刘影	刘霖	刘小梅	刘连新	刘艳霞
刘晓红	刘家全	刘德军	齐璇	齐海平	江孙芳	汤如	汤其强	许戈良	孙发	孙冰
孙超	孙耕耘	孙梦雯	孙敬武	孙福成	阴大伟	严光	严静	苏克亮	李刚	李青
李琦	李天志	李中南	李苏宜	李金虎	李泽庚	李建丽	李晓军	李晓驷	李维东	李强翔
杨弘	杨小红	肖峻	吴蕾	吴大保	吴国举	吴晓明	吴曙华	何义富	何年安	何荆贵
余跃	邸星	汪萤	沈干	沈国栋	沈爱宗	沈雁英	张燕	张子顺	张存泰	张奇志
张明奎	张洪春	张艳红	张曼萍	陆维福	陈尹	陈炯	陈月云	陈传俊	陈剑峰	陈晓红
陈海冰	林帆	尚希福	罗庆峰	周白瑜	周林玉	周浩泉	郑志	郑志坚	郑芙林	郑松柏
郑昌成	郑建军	孟翔凌	赵岚	赵冬梅	赵雪梅	赵淑琴	郝希春	胡飞	胡白	胡敏
胡大明	胡立群	胡亦新	胡红琳	胡何节	柯根杰	柳友清	禹震	施冰	施红	姜玲
姜悦	姜鸿	骆松明	秦明伟	袁曙平	耿小平	夏飞	顾朋颖	顾起宏	柴小青	倪朝民
徐飞鸿	徐春军	徐晓玲	徐维平	殷实	凌斌	高坚	高燕	高明宇	郭立新	唐丽琴
唐海沁	谈敏	黄政	黄大海	黄业华	黄先勇	黄志刚	梅晓冬	龚小敏	盛凯	康琳
康冬梅	章雄	梁宏	彭程	彭代银	彭永德	程民	程翠	程永静	程勇前	鲁晓春
鲁朝晖	曾华俊	鲍军	蔡亚禄	蔡其云	阚全程	谭相东	霍晓鹏	魏红	魏军平	

总编辑:胡世莲

副总编辑:于普林 严光 张奇志 唐海沁 叶山东 王卫东 汤如 李青 王锦权 沈爱宗 程翠 王静