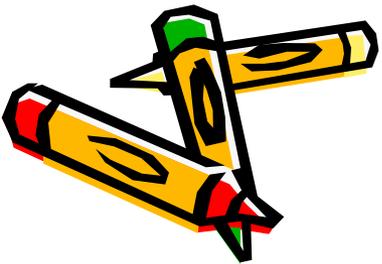
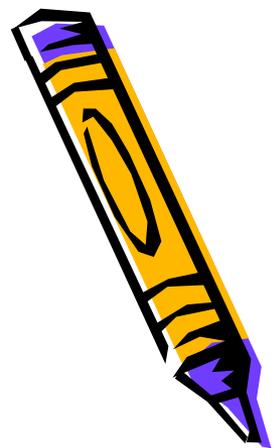


# 老年综合评估

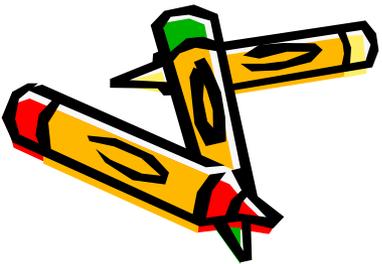
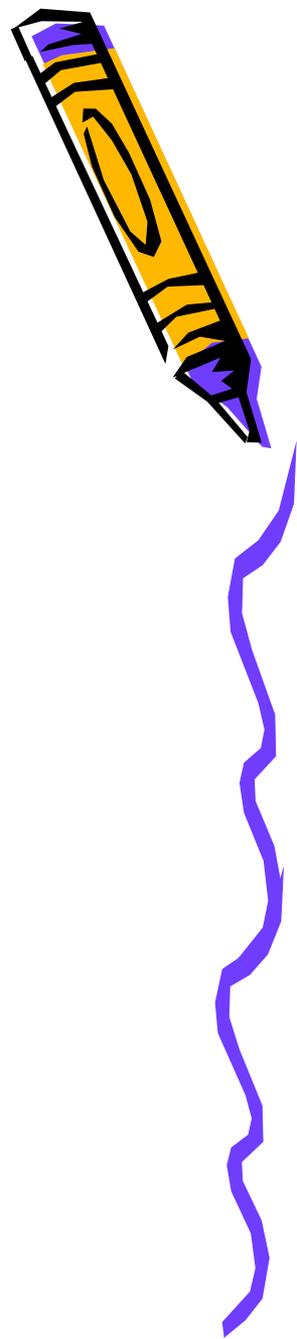
(comprehensive geriatric assessment, CGA)



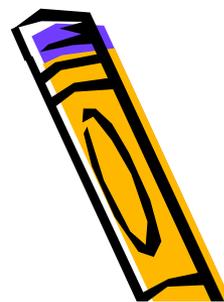
CGA概念

CGA内容

CGA程序



# CGA产生背景



老年人 { 躯体问题 (多种慢性病、老年综合征、功能损害、多药合用)  
心理问题 (抑郁、痴呆)  
社会问题 (独居、无社会支持、受虐)

↓  
三者相互作用

↓  
共同影响老年人健康状况，也增长了诊疗难度

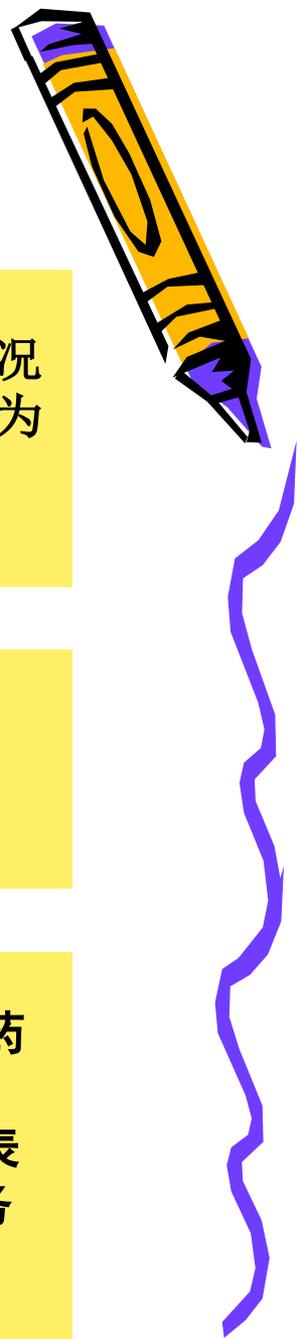
→ 老式医学评估仅限于疾病本身  
不能反应功能、心理、社会问题  
已满足不了老年人评估的需要

↓  
一套更全方面的评估措施 (CGA)

↓  
发觉老年人全部潜在问题



# CGA定义



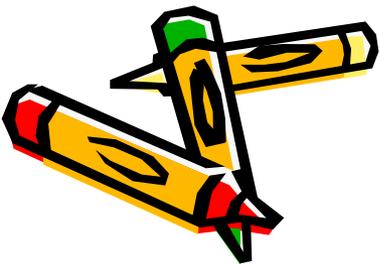
CG  
A

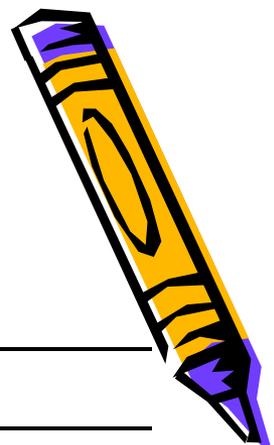
采用多学科措施  
评估老年人的躯体、功能、心理和社会情况  
制定和开启以保护老年人健康和功能状态为目的的治疗计划  
最大程度地提升老年人的生活质量

不单纯是评估，也涉及评估后的处理，  
实际上是多学科诊疗和处理的整合过程

不同于老式医学评估  
医学方面 → 老年综合征、多重用药

非医学方面 {  
社会学 → 智能量表  
          → 社会服务  
康复医学 → 功能评估





## 老式医学评估（专科） CGA（老年病科）

医疗模式	以疾病为中心	以患者(人)为中心
评估内容	疾病	医疗、功能、心理、社会
评估手段	高新尖	合适（CGA）
评估要点	诊疗	功能、QOL

怎样评估老年人 ——> 难题

不同于成年人评估的观点

- 诊疗排序不同
- 关注老年综合征
- 量表评估病情进展和整体功能



# CGA发展史

20世纪30年代 → 英国Warren从综合医院 → 疗养院（700张床）

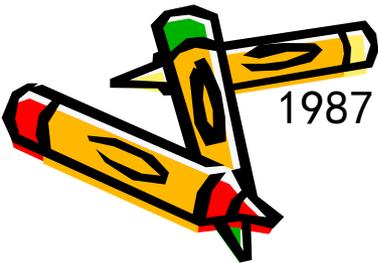
“无救”老年人  $\xrightarrow{\text{详细评估}}$  合适康复 → 多数老年人摆脱了卧床状态  
1/3老年人康复出院

老年人在入住养老机构前都要接受全方面评估与康复

20世纪70年代 → 美国退伍军人医院住院老年人应用了CGA  
门诊老年人应用了CGA

CGA能够早期发觉老年人复杂的医疗问题，干预后能够降低医疗费用、提升患者的满意度

1987年 → 美国国家健康研究院组织有关教授共同制定了CGA  
并作为一种老年医学的新技术推广



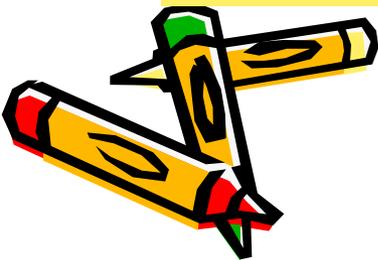
CGA <sup>70+年发展</sup>

→ 多种评估计表不断修订与完善，评估时间逐渐缩短

↓  
已成为评估虚弱老年人整体健康的一种实用措施  
也是老年医学有别于其他学科的特色之处

↓  
西方国家已得到广泛的应用  
在改善老年人生活质量起了主要作用

我国人口老龄化进展迅速，推广CGA的应用，  
是我国老年病学发展的必由之路。



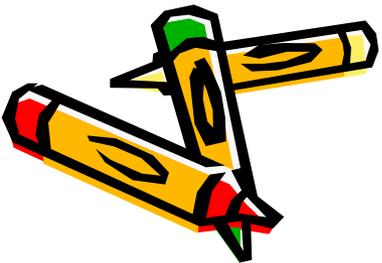
# 评估目的



CGA

**详细目的** → 及时发觉患者潜在的功能缺陷  
明确患者的医疗和护理需求  
制定可行的治疗干预策略  
随访疗效和调整改疗计划  
安排患者合理使用慢性长久的医疗和护理服务

**终极目的** → 改善虚弱老年人的躯体、功能、心理  
和社会等方面的问题



# 评估意义

CGA  $\longrightarrow$  最低的成本，却为老年人提供相当多的益处

诊疗精确性  $\uparrow$

病死率  $\downarrow$ 、生存率  $\uparrow$

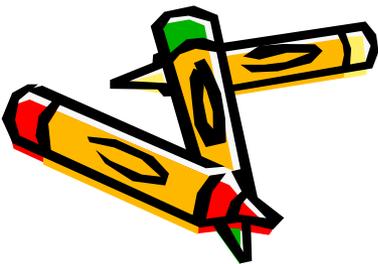
改善ADL、认知功能  $\longrightarrow$  QOL  $\uparrow$

医疗需求和费用  $\downarrow$

住院  $\downarrow$ 、转养老院  $\downarrow$ 、用药  $\downarrow$

居住合适性  $\uparrow$

居家保健和社会服务利用  $\uparrow$



# 评估对象

- 适宜对象
- 有多种慢性疾病或老年综合征伴有不同程度功能损害的虚弱老年人

- >75岁、老年综合征、多种慢性疾病、功能障碍
- 服多种药物、~~一~~屡次住院、心理问题（抑郁、痴呆）  
从CGA获益最多
- 或社会问题（独居、无社会支持、受虐待）的老年人

无法从CGA  
中获益



# 评估时机

老年人情况发生变化 ——> CGA

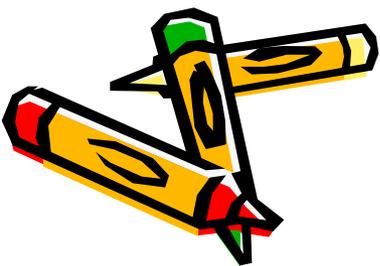
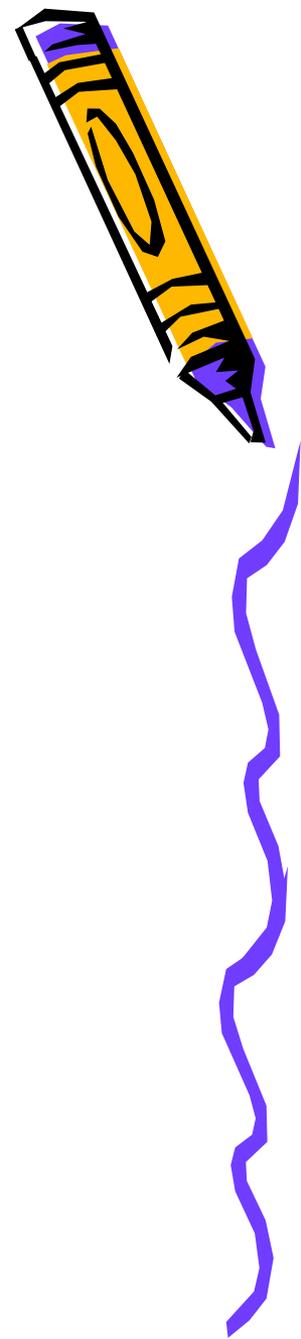
健康情况急骤恶化

功能衰退

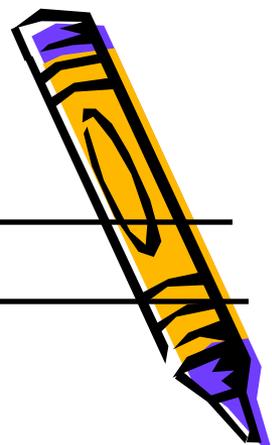
居住环境变化

哀伤或其他不寻常的应激事件

住院老年人宜在出院前做**CGA**



# 评估地点



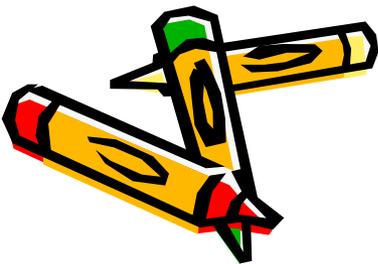
	老年病房、养老院	门诊、日间病房	小区或居家
疾病急性程度	中-重	中	轻
病人问题及需求的复杂性	高	中	低
急性失能程度	高	中	低
家眷支持	佳-差	佳-可	较佳
适合评估对象	有限制	一般	不限制
评估人员	全部团队	关键团队	关键组员
评估范围	完整评估	要点评估	筛选问题并转诊
花费	较多	中档	较少

## 评估的侧要点不同

- 医院 → 入院原因（急性病），出院时评价社会环境主要性增长
- 养老院 → 营养状态、自理能力、移动/平衡能力
- 家庭 → 环境原因、功能状态、社交方面

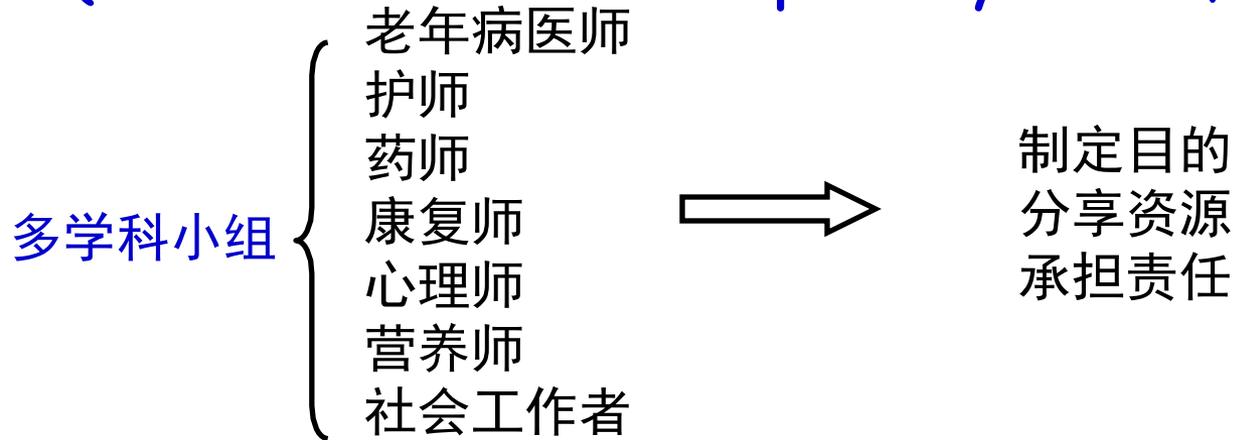
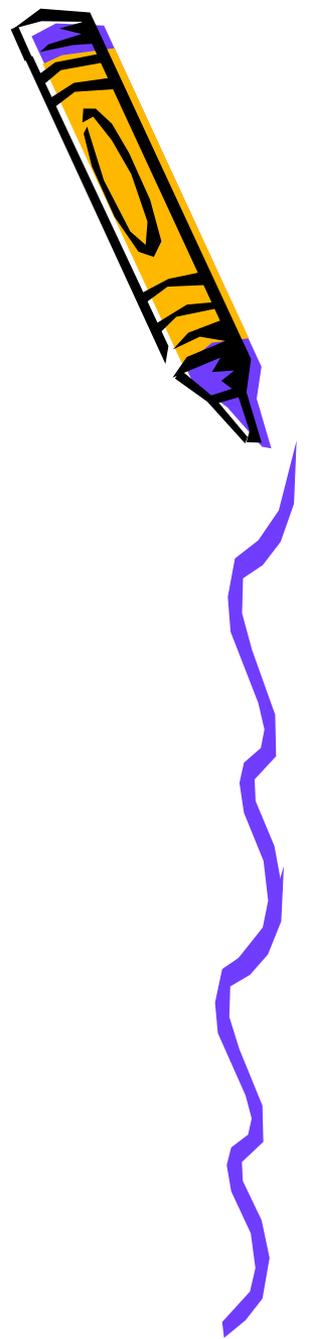
最佳场合 → 养老院

- 多学科小组
- 有较充分的时间
- 备有床位



# 评估人员——多学科小组

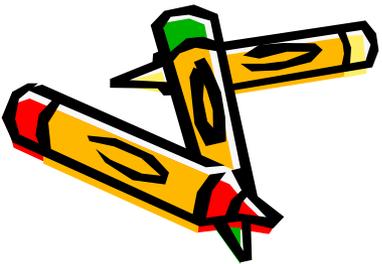
(Geriatric interdisciplinary team, GIT)



高效的多学科小组的标志 { 灵活性  
相互尊重  
一直关注老年人的需求和愿望

多学科小组制定的治疗计划比单一专业人员更有效 (1+1>2)

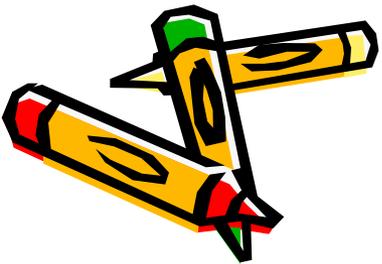
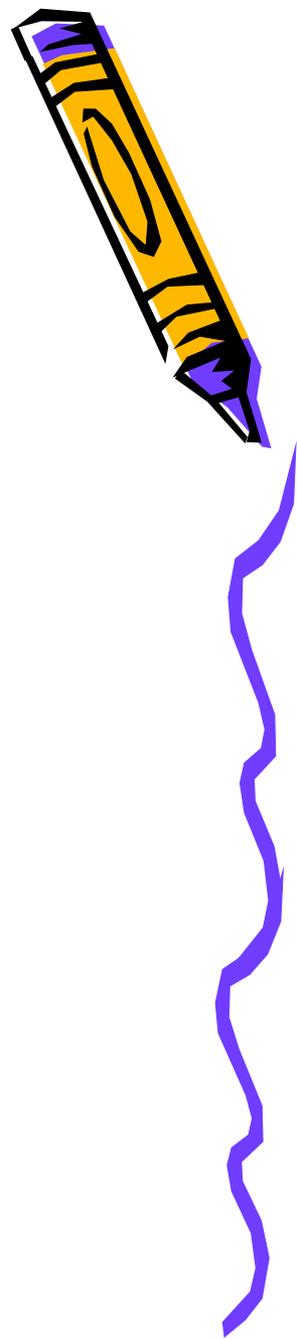
↓  
是照顾老年人的一条捷径



CGA概念

CGA内容

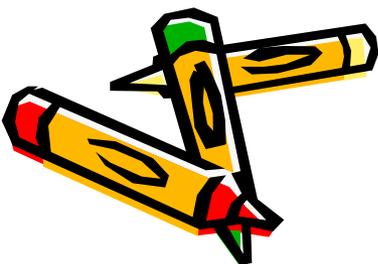
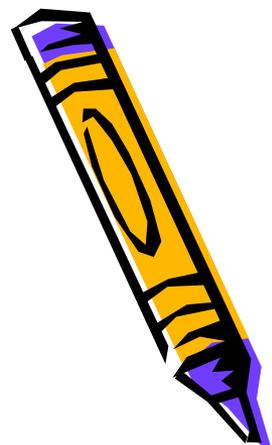
CGA程序



# (一) 医疗评估

## 1. 疾病评估

老式医学评估 → 急慢性疾病



## 2. 老年综合征

定义→

老年人由多种疾病或多种原因造成相同临床体现的症候群  
(如不能行走、跌倒、谵妄、尿失禁等)  
且不能拟定其发病部位,也无法用一种老式的病名概括,  
需要多方面评估才干真正处理老年人的健康问题。

不能行走 (immobility) { 股骨颈骨折、心绞痛、关节炎→无法行走  
跌倒后综合征 → 不敢行走  
条件差老年人因害怕被欺负→ 不愿出门

老年综合征 { 老年人患病的信号 → 需及时诊疗  
失能→QOL↓ → 老年医学的关键内容

多学科团队

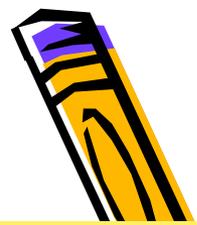
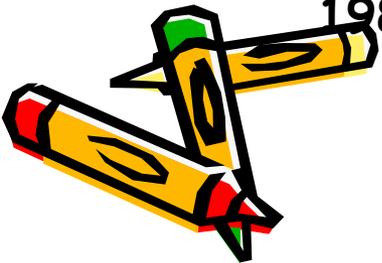


老年医学三大关键  
(1987)

CGA→老年医学的新技术 (Ann Inter Med)

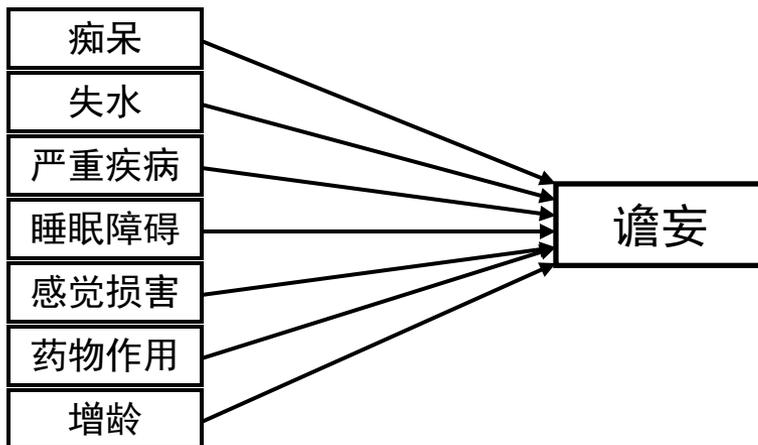


老年综合征→老年医学的关键内容

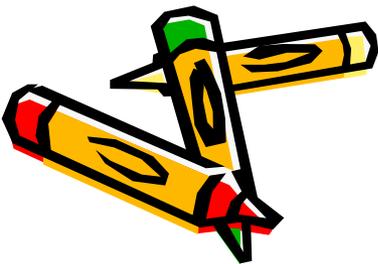
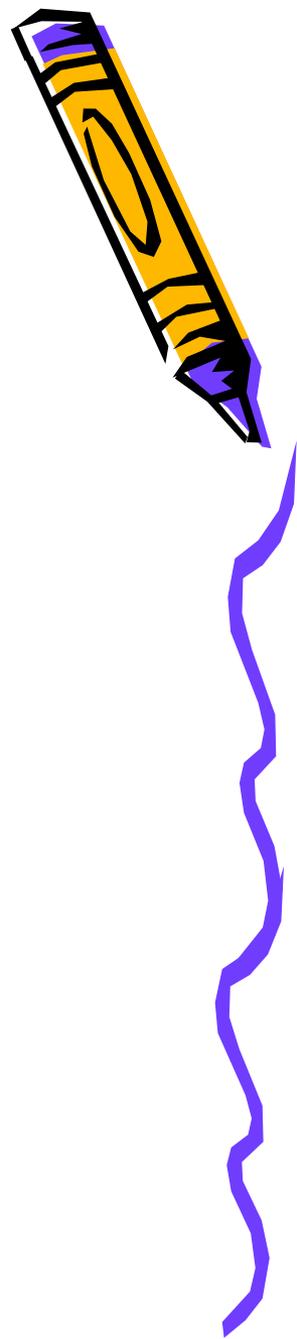
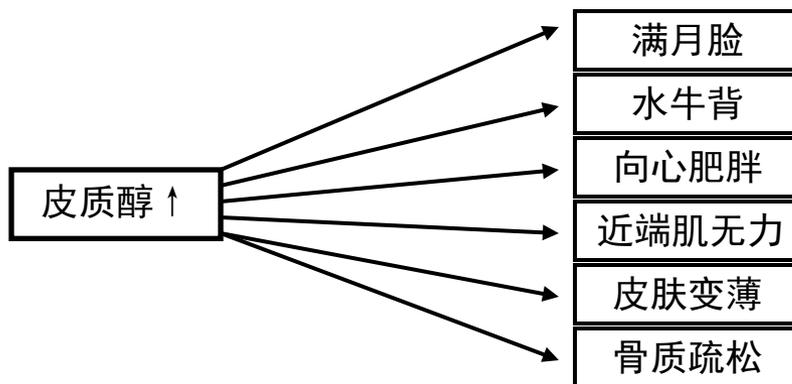


# 老年综合征与老式综合征区别

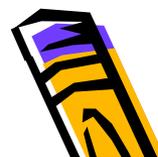
老年综合征 → 多种病因 → 一种体现



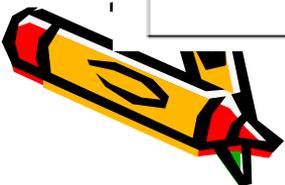
老式综合征 → 一种病因 → 多种体现



# 简易老年医学筛选评估表 (Moore, 1996)



问题	评估方式	异常	处理方式
视力	1、您从事日常活动(看电视、看书、开车)时,会因为视力不佳而受影响吗? 2、视力量表检查(Shellen chart 或 jaeger card)	回答: 是  >20/40	专科检查
听力	1、在病人侧方距耳朵 15-30 公分处轻声说话 2、听力测量仪设定在 40 分贝,测定 1000 及 2000Hz 时的听力	听不到 任一耳听不到其中的频率	叮嘱栓塞否,若清除后仍听不到需专科检查
上肢功能	1、双手举起放于头部后方 2、拿起笔	无法完成	进一步关节检查 考虑康复
下肢功能	要求病人执行下述动作并计时: 从椅子起身,尽快往前走 <u>三公尺</u> ,再转身走回椅子,然后坐下	动作过程出现问题 无法于 15 秒内完成 跌倒	平衡及步态评估 考虑康复
尿失禁	1、在过去一年中,您是否有不自主 <u>渗尿而弄湿裤子</u> 的情形? 2、不自主漏尿的总天数是否超过六天以上?	回答: 是	尿失禁评估
营养	1、过去半年间,您的体重是否有减轻>5%? 2、测量体重、身高、计算体重指数(BMI)	回答: 是  BMI<18.5	营养评估
记忆	请病人记住三个名词,一分钟后再询问	无法说出三个名词	简易智能测验
抑郁症	您是否常觉得难过或忧郁?	回答: 是	老年抑郁量表
活动功能	你执行下述活动是否有困难: 费力活动(快走、骑脚踏车)、粗重的家务(如 <u>擦窗户或地板</u> )、购物、洗澡或穿衣	回答: 是	功能性评估 康复评估 环境评估





### 3. 多重用药

多重用药 (polypharmacy) → 病人同步使用5 (7) 种以上的药物



病人使用比临床需要更多的药物, 强调不必要/不需要的药物

无指征用药

有指征但剂量不当

无证据证明为有效药物

美国50%老年人用药 > 5种

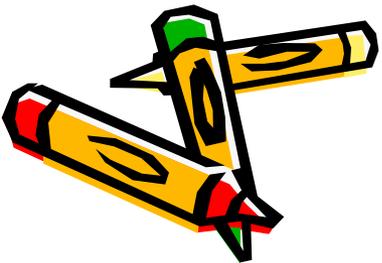
}	门诊	→	2-4种
	住院	→	9.1种, 最多36种
	养老院	→	2-10种

ADR ↑ → 老年人发病和死亡的一种主要原因

多重用药

依从性 ↓

消耗卫生资源 → 备受学者关注





筛选问题→您每天用药是否超出5种？

（您使用的药物是否超出临床需要？）

YES

①老年人所用药物是否都是临床必需的？是否都是利>弊？

②这些药物是否安全（有无药物不良反应）？

有无药物-疾病相互作用？

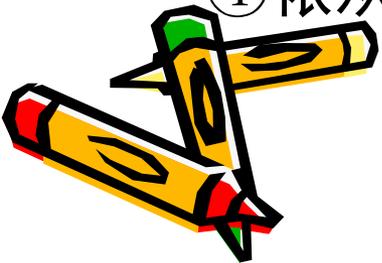
有无药物-药物相互作用？

是否使用老年人不宜使用药物？

③剂量是否恰当？

肾、肝、认知损害和虚弱老年人必需减量

④依从性怎样？

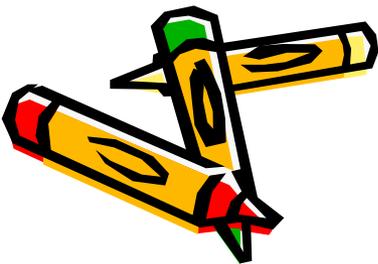
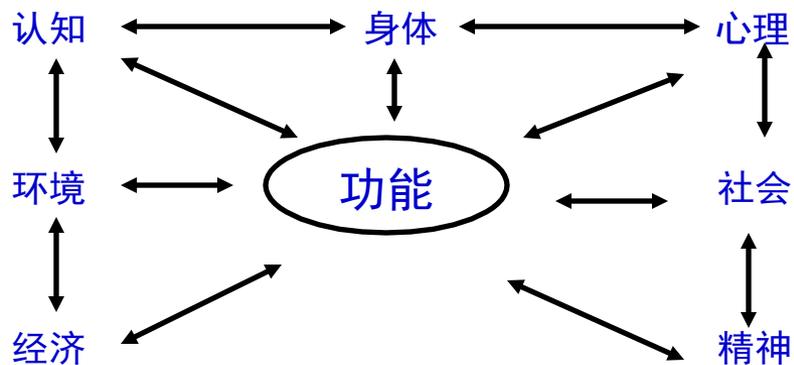


## (二) 功能评估

功能

老年人在躯体、心理和社会方面所体现出来的日常生活活动独立执行的能力

老年人本身能力和支持这些能力的环境所综合的成果



# 功能评估 → CGA 的要点内容

- ①判断老年人心身健康和是否需要各项服务的主要指标
- ②老式医学评估对疾病诊疗十分有用，但不能反应功能状态
- ③功能变化是虚弱老年人最早最直接的患病信号

身体功能随增龄而↓，但这种变化不会影响老年人ADL的能力

老年人一旦出现跌倒、不能购物、上下楼梯困难等 → 患病体现

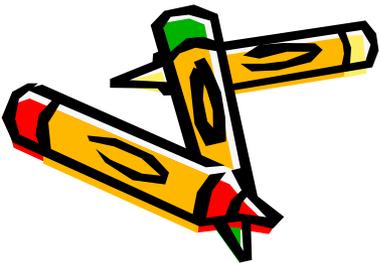
老年人常把上述症状误为衰老的必然体现，不会主动陈说

老年人伴有认识损害或照顾者的疏忽，无法陈说

虽然就诊，专科医师只关注主诉或较主要的症状和疾病

忽视了那些轻微的症状

失去早期诊疗机会



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/358135073024007014>