

• 热点关注 •

北京市某三级医院综合科老年共病住院患者临床特点分析

闫巍¹, 李瑞², 王杰萍¹, 张洪波¹, 吴薇¹, 王斐¹, 张洁³, 张新焕³, 朱钟慧^{4, 5}, 杜雪平^{6*}

【摘要】 目的 收集首都医科大学附属复兴医院老年共病住院患者的临床资料, 分析其临床特征, 为临床针对此类患者的医疗工作提供理论依据。**方法** 选取 2016-04-01 至 2017-03-31 在首都医科大学附属复兴医院综合科住院的符合纳入标准的老年共病患者为研究对象。收集住院患者的病历资料。统计患者各种慢性病患病情及其累及系统情况。比较不同性别和 ≥ 80 岁、 <80 岁患者各种慢性病患率。统计患者入院原因、感染发生率及感染部位。分别比较不同性别和 <80 岁、 ≥ 80 岁患者感染发生率。比较发生感染和未发生感染患者住院期间各种急性并发症发生率及住院天数、住院日均费用。**结果** 共纳入年龄 ≥ 60 岁的非重复住院共病患者 761 例; 男 465 例, 女 296 例; <80 岁患者 125 例, ≥ 80 岁患者 636 例。老年共病住院患者患慢性病数量为 2~16 个, 其中 31.4% (239/761) 的患者患 9 种慢性病, 19.3% (147/761) 的患者患 11 种慢性病, 18.0% (137/761) 的患者患 8 种慢性病。老年共病住院患者慢性病累及系统数量为 2~9 个, 其中 27.9% (212/761) 的患者累及 5 个系统, 25.9% (197/761) 的患者累及 6 个系统, 12.2% (93/761) 的患者累及 4 个系统。老年共病住院患者各种慢性病患情况: 74.9% (562/761) 患高血压, 73.9% (561/761) 患高脂血症, 66.8% (505/761) 患脑梗死, 48.1% (366/761) 患冠心病, 38.1% (290/761) 患糖尿病。不同性别患者神经系统疾病中脑梗死和其他、呼吸系统疾病中慢性阻塞性肺疾病、泌尿系统疾病中前列腺增生、肌肉骨骼系统疾病中其他患病率比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。 ≥ 80 岁患者冠心病、慢性心力衰竭、心律失常、消化性溃疡患病率高于 <80 岁患者 ($P<0.05$)。18.7% (142/761) 老年共病住院患者患有系统肿瘤, 其中以消化系统肿瘤为主。41.3% (314/761) 的患者由于急性感染入院。46.5% (354/761) 的患者发生感染 (40 例为院内获得性感染), 其中肺部感染占 82.8% (293/354)。 ≥ 80 岁患者感染发生率高于 <80 岁患者 ($P=0.001$)。发生感染患者住院期间消化道出血、低蛋白血症、贫血加重、电解质紊乱、肝功能受损、胃肠功能紊乱、压疮、呼吸衰竭、急性心力衰竭发生率及住院日均费用高于未发生感染患者 ($P<0.05$)。**结论** 老年共病患者多数患 9 种慢性病, 累及 4~6 个系统, 以高血压、高脂血症、脑梗死、冠心病、糖尿病等慢性病多发, 且将近半数老年共病患者易发生感染, 疾病负担较大。因此, 临床医师针对老年共病患者应进行个体化的治疗。

【关键词】 慢性病; 共病现象; 老年人; 住院病人; 患病率

【中图分类号】 R 363 **【文献标识码】** A DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.00.119

闫巍, 李瑞, 王杰萍, 等. 北京市某三级医院综合科老年共病住院患者临床特点分析 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (14): 1648-1656. [www.chinagp.net]

YAN W, LI R, WANG J P, et al. Clinical characteristics of elderly inpatients with multimorbidity in geriatric department of a tertiary hospital in Beijing [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (14): 1648-1656.

Clinical Characteristics of Elderly Inpatients with Multimorbidity in Geriatric Department of a Tertiary Hospital in Beijing YAN Wei¹, LI Rui², WANG Jie-ping¹, ZHANG Hong-bo¹, WU Wei¹, WANG Fei¹, ZHANG Jie³, ZHANG Xin-huan³, ZHU Zhong-hui^{4, 5}, DU Xue-ping^{6*}

1.Department of General Practice, Fuxing Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

2.Department of Nephrology, Beijing First Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine, Beijing 100026, China

3.Geriatric Department, Fuxing Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

4.School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China

5.Beijing Key Laboratory of Environmental Toxicology, Capital Medical University, Beijing 100069, China

6.Yuetan Community Health Service Center of Fuxing Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

基金项目: 首都医科大学基础-临床科研合作基金 (16JL59)

1.100038 北京市, 首都医科大学附属复兴医院全科医学科 2.100026 北京市第一中西医结合医院肾内科 3.100038 北京市, 首都医科大学附属复兴医院综合科 4.100069 北京市, 首都医科大学公共卫生学院 5.100069 北京市, 首都医科大学环境毒理学北京市重点实验室 6.100038 北京市, 首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心

*通信作者: 杜雪平, 教授, 博士生导师; E-mail: Xueping50@yahoo.com

*Corresponding author: DU Xue-ping, Professor, Doctoral supervisor; E-mail: Xueping50@yahoo.com

【Abstract】 Objective To analyze the clinical characteristics of elderly inpatients with multimorbidity from Geriatric Department, Fuxing Hospital, Capital Medical University based on the collected medical records, providing theoretical evidence for the diagnosis and treatment of such patients.**Methods** The enrolled elderly inpatients with multimorbidity were from Geriatric Department, Fuxing Hospital, Capital Medical University from April 1st, 2016 to March 31st, 2017. Based on the reviewing of their medical records, we analyzed the prevalence of chronic diseases and the involved systems, summarized the causes of hospitalization, incidence of infection and site of infection, and compared the prevalence of chronic diseases and incidence of infections by sex and age group (≥ 80 age group and <80 age group). Moreover, the incidence of in-hospital acute complications, length of stay (LOS) and mean hospital costs per day between patients with infections during hospitalization and those without were compared.**Results** 761 inpatients (465 males and 296 females) aged 60 or over (125 patients <80 years old, and 636 patients ≥ 80 years old) with multimorbidity and non-repetitive hospitalization history were analyzed. The number of chronic diseases in the inpatients ranged from 2 to 16. 31.4% (239/761), 19.3% (147/761) and 18.0% (137/761) had 9, 11, 8 chronic diseases, respectively. The number of systems involved by chronic diseases was 2-9 generally, in particular, the number of involved systems of 27.9% (212/761), 25.9% (197/761) and 12.2% (93/761) of the patients was 5, 6, 4, respectively. With regard to the prevalence of chronic diseases, 74.9% (562/761) were found with hypertension, 73.9% (561/761) with hyperlipidemia, 66.8% (505/761) with cerebral infarction, 48.1% (366/761) with coronary heart disease and 38.1% (290/761) with diabetes. Sex was not significantly associated with the prevalence of cerebral infarction and other nervous system diseases except cerebral infarction, neuropathy, dementia, and sequelae of cerebral hemorrhage, prevalence of chronic obstructive pulmonary disease, prevalence of prostatic hyperplasia, and prevalence of musculoskeletal system diseases except osteoarthritis, osteoporosis and cervical / lumbar disease ($P < 0.05$). Compared with those aged less than 80 years, patients aged 80 or over had much higher prevalence of coronary heart disease, chronic heart failure, arrhythmia, and peptic ulcer ($P < 0.05$). Systemic neoplasms (most were gastrointestinal neoplasms) were identified in 18.7% (142/761) of the inpatients. In terms of the causes for hospitalization, 41.3% (314/761) were due to acute infection. Of the 46.5% (354/761) had infections, 40 were found with hospital-acquired infections, and 82.8% (293/354) with pulmonary infection. Patients aged less than 80 years had much lower incidence of infections compared with those aged 80 or over ($P = 0.001$). Compared with those with infections, those without infections demonstrated much lower incidences of gastrointestinal hemorrhage, hypoproteinemia, anemia exacerbation, electrolyte disorder, impaired liver function, gastrointestinal dysfunction, pressure sore, respiratory failure, acute heart failure and lower mean hospital costs per day ($P < 0.05$). **Conclusion** The majority of the elderly inpatients have 9 chronic diseases, and most of which are hypertension, hyperlipidemia, cerebral infarction, coronary heart disease and diabetes, involving 4-6 systems. Nearly half of these patients are prone to infections, which causes great economic burden. In view of this, individualized treatment is suggested for this population.

【Key words】 Chronic disease; Comorbidity; Aged; Inpatients; Prevalence

多病共存是老年患者的疾病特点。目前,随着社会老龄化日趋严重,老年共病已成为重要公共卫生问题。老年共病患者出现慢性病急性加重或合并感染等情况时,多需要住院治疗。老年共病住院患者成为一个特殊的群体,其医疗及出院后健康管理成为老年科医师和全科医师必须面对的挑战。因此,临床医师需要了解老年患者共病组成情况及临床特征。本研究调查了首都医科大学附属复兴医院综合科 ≥ 60 岁共病住院患者的共病组成情况,分析其临床特征,为老年共病患者的医疗工作和健康管理提供数据资料。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2016-04-01至2017-03-31在复兴医院综合科住院的符合纳入标准的老年共病患者为研究对象。纳入标准:年龄 ≥ 60 岁;符合共病诊断标准^[1];重复住院患者只选取第一次住院资料,其余予以剔除。

具体的患者入选流程见图1。

1.2 研究方法 收集住院患者的病历资料,记录患者人口学信息并以出院诊断为依据。(1)统计患者各种慢性病患病情及其累及系统情况。慢性病的诊断标准依据国际疾病分类(ICD-10)标准^[2]进行确定。慢性病及其累及系统包括:①心血管系统:高血压、冠心病、慢性心力衰竭、心律失常、慢性深静脉血栓形成、其他(包括心脏瓣膜病、慢性心包炎等);②神经系统:脑梗死、神经病变、痴呆、脑出血后遗症、其他(包括帕金森病等);③内分泌代谢系统:高脂血症、糖尿病、糖尿病并发症、糖耐量减低、高尿酸血症+痛风、甲状腺疾病;④消化系统:胃食管反流、慢性胃炎、消化性溃疡、脂肪肝、慢性胆囊疾病、其他(包括慢性肠炎、慢性肝炎、肝硬化等);⑤呼吸系统:慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、支气管扩张、其他(包括慢性间质性

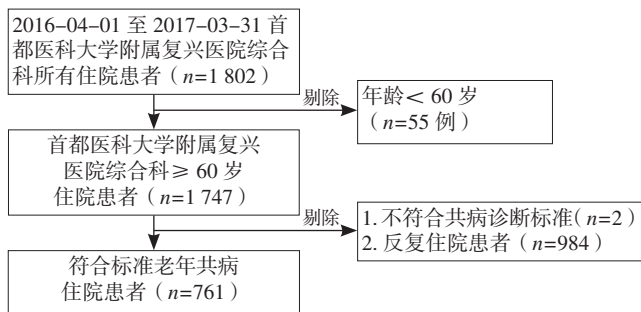


图1 老年共病住院患者入选流程图

Figure 1 Flowchart of elderly inpatients with multimorbidity enrollment

肺疾病等)；⑥泌尿系统：慢性肾功能不全、前列腺增生、其他(包括慢性肾小球肾炎、慢性泌尿系感染等)；⑦血液系统：慢性贫血、其他(包括慢性白细胞、血小板减低等)；⑧肌肉骨骼系统：骨关节炎、骨质疏松、慢性颈/腰椎病、其他(包括骨折愈合期等)；⑨精神-心理系统：睡眠障碍、抑郁状态、焦虑状态、精神障碍。各系统肿瘤性疾病单独记录，包括消化系统肿瘤、呼吸系统肿瘤、乳腺癌、前列腺癌、其他(卵巢癌、肾癌、骨癌、神经系统肿瘤等)。比较不同性别和 ≥ 80 岁、 <80 岁患者各种慢性病患率。(2)统计患者入院原因。

(3)依据是否发生感染(包括因各种感染入院及住院期间发生各种感染)统计感染发生率及感染部位。分别比较不同性别和 <80 岁、 ≥ 80 岁患者感染发生率。比较发生感染和未发生感染患者住院期间各种急性并发症(包括消化道出血、急性深静脉血栓形成、低蛋白血症、贫血加重、电解质紊乱、肝功能受损、胃肠功能紊乱、压疮、呼吸衰竭、急性心力衰竭、急性冠脉综合征)发生率、住院天数、住院日均费用。

1.3 质量控制 由老年专业临床医师进行病历核查及数据录入，行双人双录以保证资料的准确性。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件建立数据库进行数据分析。不符合正态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示，两组间比较采用秩和检验；计数资料以相对数表示，两组比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象一般资料 共纳入年龄 ≥ 60 岁的非重复住院共病患者761例；平均年龄86.0(82.0, 90.0)岁；男465例，女296例，男：女=1.6：1；60~79岁患者125例， ≥ 80 岁患者636例。

2.2 老年共病住院患者慢性病数量分布情况 老年共病住院患者患慢性病数量为2~16个，平均9(8, 11)个；其中31.4%(239/761)的患者患9种慢性病，19.3%(147/761)的患者患11种慢性病，18.0%(137/761)的患者患8种慢性病(详见表1)。

表1 老年共病住院患者慢性病数量分布情况[n(%)]

Table 1 Prevalence of chronic diseases in elderly inpatients with multimorbidity

| 慢性病数量(个) | 男 | 女 | <80岁 | ≥ 80 岁 | 合计 |
|----------|-----------|----------|----------|-------------|-----------|
| 2 | 3(0.6) | 2(0.7) | 5(4.0) | 0 | 5(0.7) |
| 3 | 3(0.6) | 1(0.3) | 3(2.4) | 1(0.2) | 4(0.5) |
| 4 | 2(0.4) | 2(0.7) | 4(3.2) | 0 | 4(0.5) |
| 5 | 1(0.2) | 0 | 1(0.8) | 0 | 1(0.1) |
| 6 | 57(12.3) | 25(8.4) | 13(10.4) | 69(10.8) | 82(10.8) |
| 7 | 13(2.8) | 11(3.7) | 5(4.0) | 19(3.0) | 24(3.2) |
| 8 | 79(17.0) | 58(19.6) | 29(23.2) | 108(17.0) | 137(18.0) |
| 9 | 147(31.6) | 92(31.1) | 27(21.6) | 212(33.3) | 239(31.4) |
| 10 | 25(5.4) | 13(4.4) | 5(4.0) | 33(5.2) | 38(5.0) |
| 11 | 87(18.7) | 60(20.3) | 25(20.0) | 122(19.2) | 147(19.3) |
| 12 | 2(0.4) | 0 | 0 | 2(0.3) | 2(0.3) |
| 13 | 22(4.7) | 15(5.1) | 4(3.2) | 33(5.2) | 37(4.9) |
| 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 3(0.6) | 0 | 0 | 3(0.5) | 3(0.4) |
| 16 | 21(4.5) | 17(5.7) | 4(3.2) | 34(5.3) | 38(5.0) |

2.3 老年共病住院患者慢性病累及系统情况 老年共病住院患者慢性病累及系统数量为2~9个，平均5(4, 6)个；其中27.9%(212/761)的患者累及5个系统，25.9%(197/761)的患者累及6个系统，12.2%(93/761)的患者累及4个系统(见表2)。

表2 老年共病住院患者慢性病累及系统情况[n(%)]

Table 2 Systems involved by chronic diseases in elderly inpatients with multimorbidity

| 累及系统数量(个) | 男 | 女 | <80岁 | ≥ 80 岁 | 合计 |
|-----------|-----------|----------|----------|-------------|-----------|
| 2 | 61(13.1) | 27(9.1) | 19(15.2) | 69(10.8) | 88(11.6) |
| 3 | 32(6.9) | 24(8.1) | 17(13.6) | 39(6.1) | 56(7.4) |
| 4 | 54(11.6) | 39(13.2) | 18(14.4) | 75(11.8) | 93(12.2) |
| 5 | 135(29.0) | 77(26.0) | 35(28.0) | 177(27.8) | 212(27.9) |
| 6 | 121(26.0) | 76(25.7) | 25(20.0) | 172(27.0) | 197(25.9) |
| 7 | 15(3.2) | 21(7.1) | 3(2.4) | 33(5.2) | 36(4.7) |
| 8 | 23(4.9) | 16(5.4) | 4(3.2) | 35(5.5) | 39(5.1) |
| 9 | 24(5.2) | 16(5.4) | 4(3.2) | 36(5.7) | 40(5.3) |

2.4 老年共病住院患者各种慢性病患情况 老年共病住院患者各种慢性病患情况如下：74.9%(562/761)患高血压，73.9%(561/761)患高脂血症，66.8%(505/761)患脑梗死，48.1%(366/761)患冠心病，38.1%(290/761)患糖尿病，34.0%(259/761)患骨关节病，32.1%(244/761)患慢性心力衰竭，29.4%(224/761)患胃食管反流，24.3%(185/761)患心律失常，19.3%(147/761)患慢性贫血，16.6%(126/761)患慢性阻塞性肺疾病。不同性别患者神经系统疾病中脑梗死和其他、呼吸系统疾病中慢性阻塞性肺疾病、泌尿系统疾病中前列腺增生、肌肉骨骼系统疾病中其他患病率比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。 ≥ 80 岁患者冠心病、慢性心力衰竭、心律失常、消化性溃疡患病率高于 <80 岁患者，差异有统

计学意义 ($P < 0.05$, 见表 3)。

2.5 老年共病住院患者各系统肿瘤情况 18.7% (142/761) 老年共病住院患者患有系统肿瘤, 其中以消化系统肿瘤为主, 详见表 4。

2.6 老年共病住院患者入院原因 老年共病住院患者中, 41.3% (314/761) 的患者由于急性感染入院,

33.6% (256/761) 的患者由于脑血管疾病急性加重入院, 9.9% (75/761) 的患者由于心血管疾病急性加重入院 (详见表 5)。

2.7 老年共病住院患者发生感染部位及不同年龄、性别患者感染发生率比较 761 例老年共病住院患者中, 46.5% (354/761) 发生各种感染 (包括 40 例院内获得

表 3 老年共病住院患者各种慢性病分布情况 [n (%)]
Table 3 Classification of chronic diseases in elderly inpatients with multimorbidity

| 慢性疾病分类 | 例数 | 性别 | | χ^2 值 | P 值 | 年龄 | | χ^2 值 | P 值 |
|-----------|-----|------------|------------|------------|--------|-----------|------------|------------|--------|
| | | 男 | 女 | | | <80 岁 | ≥ 80 岁 | | |
| 心血管系统疾病 | | | | | | | | | |
| 高血压 | 562 | 334 (72.9) | 228 (78.0) | 2.539 | 0.111 | 87 (69.6) | 483 (75.9) | 2.236 | 0.135 |
| 冠心病 | 366 | 217 (46.7) | 149 (50.3) | 0.976 | 0.323 | 42 (33.6) | 324 (50.9) | 12.588 | <0.001 |
| 慢性心力衰竭 | 244 | 148 (31.8) | 96 (32.4) | 0.030 | 0.862 | 27 (21.6) | 214 (34.1) | 7.517 | 0.006 |
| 心律失常 | 185 | 117 (25.2) | 68 (23.0) | 0.471 | 0.493 | 21 (16.8) | 164 (25.8) | 4.585 | 0.032 |
| 慢性深静脉血栓形成 | 37 | 24 (5.2) | 13 (4.4) | 0.231 | 0.630 | 3 (2.4) | 34 (5.3) | 1.960 | 0.162 |
| 其他 | 15 | 8 (1.7) | 7 (2.4) | 0.389 | 0.533 | 2 (1.6) | 13 (2.0) | 0.107 | 0.744 |
| 神经系统疾病 | | | | | | | | | |
| 脑梗死 | 505 | 327 (70.3) | 181 (61.1) | 6.859 | 0.009 | 14 (59.2) | 434 (68.3) | 3.846 | 0.050 |
| 神经病变 | 19 | 26 (5.6) | 12 (3.4) | 1.965 | 0.161 | 4 (3.2) | 32 (5.0) | 0.777 | 0.378 |
| 痴呆 | 11 | 5 (1.1) | 6 (2.0) | 1.150 | 0.284 | 0 | 11 (1.7) | 2.194 | 0.139 |
| 脑出血后遗症 | 7 | 5 (1.1) | 2 (0.7) | 0.317 | 0.573 | 1 (0.8) | 6 (0.9) | 0.024 | 0.878 |
| 其他 | 36 | 7 (1.5) | 10 (4.1) | 4.826 | 0.028 | 3 (2.4) | 16 (2.5) | 0.006 | 0.940 |
| 内分泌代谢系统疾病 | | | | | | | | | |
| 高脂血症 | 561 | 339 (72.9) | 222 (75.3) | 0.555 | 0.456 | 92 (73.6) | 470 (73.9) | 0.005 | 0.944 |
| 糖尿病 | 290 | 187 (40.2) | 103 (34.8) | 0.251 | 0.134 | 51 (40.8) | 239 (37.6) | 0.460 | 0.498 |
| 糖尿病并发症 | 204 | 132 (28.4) | 72 (24.3) | 1.522 | 0.217 | 31 (24.8) | 173 (27.2) | 0.307 | 0.580 |
| 糖耐量减低 | 22 | 11 (2.4) | 11 (3.7) | 1.175 | 0.278 | 4 (3.2) | 18 (2.8) | 0.051 | 0.822 |
| 高尿酸血症+痛风 | 48 | 32 (6.9) | 16 (5.4) | 0.667 | 0.414 | 8 (6.4) | 40 (6.3) | 0.002 | 0.963 |
| 甲状腺疾病 | 26 | 17 (3.7) | 9 (3.0) | 0.208 | 0.649 | 3 (2.4) | 23 (3.6) | 0.468 | 0.494 |
| 消化系统疾病 | | | | | | | | | |
| 胃食管反流 | 224 | 139 (29.9) | 85 (28.7) | 0.120 | 0.729 | 33 (26.4) | 191 (30.0) | 0.663 | 0.415 |
| 慢性胃炎 | 37 | 26 (5.6) | 11 (3.7) | 1.375 | 0.241 | 5 (4.0) | 32 (5.0) | 0.240 | 0.624 |
| 消化性溃疡 | 17 | 10 (2.2) | 7 (2.4) | 0.038 | 0.845 | 8 (6.4) | 9 (1.4) | 11.886 | 0.001 |
| 脂肪肝 | 28 | 14 (3.0) | 14 (4.7) | 1.508 | 0.219 | 4 (3.2) | 24 (3.8) | 0.097 | 0.755 |
| 慢性胆囊疾病 | 36 | 19 (4.1) | 17 (5.7) | 1.102 | 0.294 | 6 (4.8) | 30 (4.7) | 0.002 | 0.968 |
| 其他 | 23 | 15 (3.2) | 8 (2.7) | 0.169 | 0.681 | 5 (4.0) | 18 (2.8) | 0.488 | 0.485 |
| 呼吸系统疾病 | | | | | | | | | |
| 慢性阻塞性肺疾病 | 126 | 89 (19.1) | 37 (12.5) | 5.772 | 0.016 | 15 (12.0) | 111 (17.5) | 2.248 | 0.134 |
| 支气管哮喘 | 31 | 22 (4.7) | 9 (3.0) | 1.323 | 0.250 | 2 (1.6) | 29 (4.6) | 2.342 | 0.126 |
| 支气管扩张 | 21 | 13 (2.8) | 8 (2.7) | 0.006 | 0.939 | 4 (3.2) | 17 (2.7) | 0.108 | 0.742 |
| 其他 | 22 | 13 (2.8) | 9 (3.0) | 0.039 | 0.844 | 3 (2.4) | 19 (3.0) | 0.128 | 0.720 |
| 泌尿系统疾病 | | | | | | | | | |
| 慢性肾功能不全 | 45 | 29 (6.2) | 16 (5.4) | 0.225 | 0.636 | 3 (2.4) | 42 (6.6) | 3.318 | 0.069 |
| 前列腺增生 | 255 | 255 (54.2) | 0 | 229.581 | <0.001 | 43 (34.4) | 212 (33.3) | 0.053 | 0.817 |
| 其他 | 9 | 6 (1.3) | 3 (1.0) | 0.119 | 0.731 | 0 | 9 (1.4) | 1.790 | 0.181 |
| 血液系统疾病 | | | | | | | | | |
| 慢性贫血 | 147 | 96 (20.6) | 51 (17.2) | 1.354 | 0.245 | 20 (16.0) | 127 (20.0) | 1.056 | 0.304 |
| 其他 | 18 | 6 (1.3) | 3 (1.0) | 0.119 | 0.731 | 3 (2.4) | 6 (0.9) | 0.463 | 0.624 |
| 肌肉骨骼系统疾病 | | | | | | | | | |
| 骨关节病 | 259 | 148 (31.8) | 111 (37.5) | 2.592 | 0.107 | 34 (27.2) | 225 (35.4) | 3.112 | 0.078 |
| 骨质疏松 | 114 | 63 (13.5) | 51 (17.2) | 1.925 | 0.165 | 13 (10.4) | 101 (15.9) | 2.464 | 0.117 |
| 颈/腰椎病 | 33 | 21 (4.5) | 12 (4.1) | 0.093 | 0.760 | 6 (4.8) | 27 (4.2) | 0.077 | 0.781 |
| 其他 | 24 | 10 (2.2) | 15 (5.1) | 4.844 | 0.028 | 3 (2.4) | 22 (3.5) | 0.369 | 0.544 |
| 精神-心理疾病 | | | | | | | | | |
| 睡眠障碍 | 64 | 45 (9.7) | 19 (6.4) | 2.493 | 0.114 | 9 (7.2) | 55 (8.6) | 0.284 | 0.594 |
| 抑郁状态 | 63 | 43 (9.2) | 20 (6.8) | 1.477 | 0.224 | 11 (8.8) | 52 (8.2) | 0.054 | 0.817 |
| 焦虑状态 | 61 | 40 (8.6) | 21 (7.1) | 0.558 | 0.455 | 11 (8.8) | 50 (7.9) | 0.125 | 0.724 |
| 精神障碍 | 20 | 11 (2.4) | 9 (3.0) | 0.322 | 0.570 | 2 (1.6) | 18 (2.8) | 0.618 | 0.432 |

性感染), 其中 82.8% (293/354) 发生肺部感染 (详见表 6)。<80 岁患者感染发生率为 32.8% (41/125), ≥ 80 岁患者感染发生率为 49.2% (313/636); ≥ 80 岁患者感染发生率高于 <80 岁患者, 差异有统计学意义 ($\chi^2=11.313$, $P=0.001$)。男性患者感染发生率为 49.2% (229/465), 女性患者感染发生率为 42.2% (125/296); 不同性别患者感染发生率比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2=3.580$, $P=0.058$)。

2.8 发生感染与未发生感染患者住院期间发生急性并发症及住院天数、住院日均费用比较 发生感染患者住院期间消化道出血、低蛋白血症、贫血加重、电解质紊乱、肝功能受损、胃肠功能紊乱、压疮、呼吸衰竭、急性心力衰竭发生率及住院日均费用高于未发生感染患者, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 发生感染患者与未发生感染患者住院期间急性深静脉血栓形成、急性冠脉综合征发生率和住院天数比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$, 见表 7)。

3 讨论

共病是指患者同时患有两种或两种以上慢性病或复发性疾病^[1]。组成共病的多个慢性病之间可以没有相关性, 也可能存在相关关系, 如研究显示高血压与慢性颈/腰椎病、心脏病、2 型糖尿病、脑卒中、抑郁症、慢性胃/十二指肠溃疡相关^[3]。国内外研究均提示随着年龄的增长, 患者所患慢性病种类增加^[4-5]。本研究结果显示, 在 ≥ 80 岁患者中, 冠心病、慢性心力衰竭、心律失常、消化性溃疡发病率高于 <80 岁患者。当前, 国内外关于老年共病流行病学方面的研究结果存在不同程度差异, 可能是由于研究地区、研究人群、种族以及研究方法、共病的概念^[6]存在差异。本研究结果显示, 首都医科大学附属复兴医院综合科一个自然年收治的老年患者共 763 例, 其中共病患病率高达 99.7% (761/763)。近期我国一项研究结果显示, 全科医学科住院患者共病患病率为 94.8%^[7]。分析本研究中老年住院患者共病

患病率几乎 100% 的原因, 可能与本组患者年龄偏大有关。本研究中 ≥ 80 岁患者达到 83.6% (636/761)。此外本研究还发现, 这部分患者患慢性病数量为 2~16 个, 其中约 1/3 患者患 9 种慢性病, 约 1/5 患者患 11 种慢性病。患者所患各种慢性病可累及多个系统, 其中约一半

表 4 老年共病住院患者各系统肿瘤情况 [n (%)]

Table 4 Prevalence of systemic tumor in elderly patients with multimorbidity

| 肿瘤情况 | 男 | 女 | <80 岁 | ≥ 80 岁 | 合计 |
|--------|----------|----------|----------|-------------|----------|
| 消化系统肿瘤 | 33 (7.1) | 24 (8.1) | 11 (8.8) | 46 (7.2) | 57 (7.5) |
| 呼吸系统肿瘤 | 17 (3.7) | 11 (3.7) | 8 (6.4) | 20 (3.7) | 28 (3.7) |
| 乳腺癌 | 0 | 11 (2.8) | 4 (2.8) | 7 (2.8) | 11 (1.4) |
| 前列腺癌 | 16 (2.8) | 0 | 0 | 16 (2.8) | 16 (2.1) |
| 其他 | 18 (2.8) | 12 (0.0) | 6 (2.8) | 24 (2.8) | 30 (3.9) |

表 5 761 例老年共病住院患者入院原因

Table 5 Causes of hospitalization of 761 elderly inpatients with multimorbidity

| 入院原因 | 例数 | 构成比 (%) |
|-----------|-----|---------|
| 急性感染 | 314 | 41.3 |
| 脑血管疾病急性加重 | 256 | 33.6 |
| 心血管疾病急性加重 | 75 | 9.9 |
| 肿瘤性疾病 | 35 | 4.6 |
| 糖尿病急性并发症 | 19 | 2.5 |
| 消化道出血 | 18 | 2.4 |
| 待查类疾病 | 33 | 4.3 |
| 其他 | 11 | 1.4 |
| 合计 | 761 | 100.0 |

注: 其他包括跌倒 (未发生骨折或骨折不需要手术) 3 例、住院查体 8 例

表 6 354 例发生感染的老年共病住院患者感染发生部位

Table 6 Site of infection among 354 elderly inpatients with multimorbidity

| 感染部位 | 例数 | 构成比 (%) |
|-----------|-----|---------|
| 肺部 | 293 | 82.8 |
| 泌尿系统 | 30 | 8.5 |
| 肺部 + 泌尿系统 | 23 | 6.5 |
| 消化道 | 5 | 1.4 |
| 其他 | 3 | 0.8 |
| 合计 | 354 | 100.0 |

注: 其他包括皮肤感染 2 例、神经系统感染 1 例

表 7 发生感染与未发生感染患者发生急性并发症、住院天数及住院日均费用比较

Table 7 Acute complications, length of stay and mean hospital costs per day of elderly inpatients with infection and those without

| 发生感染情况 | 例数 | 消化道出血 〔n（%）〕 | 急性深静脉血 栓形成〔n（%）〕 | 低蛋白血症 〔n（%）〕 | 贫血加重 〔n（%）〕 | 电解质紊乱 〔n（%）〕 | 肝功能受损 〔n（%）〕 | 胃肠功能紊乱 〔n（%）〕 |
|---------------------|-----|-----------------|---------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 发生感染 | 354 | 49（13.8） | 28（7.9） | 106（29.9） | 91（25.7） | 39（11.1） | 22（6.2） | 34（9.6） |
| 未发生非感染 | 407 | 6（1.5） | 23（5.7） | 8（2.0） | 6（1.5） | 4（1.0） | 7（1.7） | 6（1.5） |
| χ ² （Z）值 | | 43.190 | 1.545 | 116.36 | 99.959 | 35.756 | 10.435 | 25.131 |
| P 值 | | <0.001 | 0.136 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | 0.001 | <0.001 |

| 发生感染情况 | 压疮 〔n（%）〕 | 呼吸衰竭 〔n（%）〕 | 急性心力衰竭 〔n（%）〕 | 急性冠脉综合征 〔n（%）〕 | 住院天数 〔M（P ₂₅ , P ₇₅ ），d〕 | 住院日均费用 〔M（P ₂₅ , P ₇₅ ），d〕 |
|---------------------|--------------|----------------|------------------|-------------------|---|---|
| 发生感染 | 25（7.1） | 55（15.5） | 41（11.6） | 17（4.2） | 15.0（12.0, 19.0） | 1 933.0（1 633.0, 2 355.0） |
| 未发生非感染 | 13（3.2） | 2（0.5） | 15（3.7） | 9（2.5） | 15.0（11.0, 19.0） | 1 508.0（1 207.0, 1 794.0） |
| χ ² （Z）值 | 5.971 | 61.85 | 17.317 | 1.533 | -1.298 ^a | -11.472 ^a |
| P 值 | 0.011 | <0.001 | <0.001 | 0.150 | 0.194 | <0.001 |

注: ^a 为 Z 值

以上患者累及 5~6 个系统。因此,临床医师在接诊老年共病患者时,不能孤立地诊治某一独立疾病,不能机械地套用针对某一单一疾病制定的指南,要以患者为中心,关注整体,进行个体化的治疗^[8-9],应采取综合管理措施帮助老年人恢复功能状态和提高生活质量^[10]。

本研究结果显示,老年共病患者慢性病分布中心血管系统疾病占首位,与国内文献报道一致^[11]。高血压是最常见的慢性非传染性疾病,也是心血管疾病最重要的危险因素。本研究中患者各种慢性病患者率从高到低依次为高血压、高脂血症、脑梗死、冠心病、糖尿病等。美国一项研究结果显示,最常见的慢性病组合为高血压与其他慢性病如骨关节炎、心血管疾病、糖尿病^[12]。因此,临床医师在老年共病住院患者的诊治中尤其需要关注心脑血管方面的基础疾病。

近年来,随着人口老龄化进程的加剧,老年骨关节炎、骨质疏松、骨折问题逐渐引起临床医师的重视。国内有研究证实,老年人骨质疏松患病率高^[13-14],且老年人对骨质疏松的危险因素知晓率低^[13]。本研究中,骨关节病患病率为 34.0%,居第 6 位。老年人多病共存,住院后肌肉减少症(肌少症)、衰弱进一步加重,加之多重用药,增加了跌倒风险,严重者可导致骨折,进而使疾病更加复杂化。因此,对于老年共病住院患者应关注骨关节病及骨质疏松问题,住院期间加强照护,预防跌倒,防止骨折等不良事件的发生。

老年人由于合并多种消化系统疾病,加之多重用药、龋齿、脑血管疾病后吞咽困难以及食欲不振、腹胀、便秘等老年综合征,常合并慢性贫血,其患病率随年龄增长而增加^[15]。本研究结果显示,老年共病住院患者慢性贫血发生率约为 1/5。慢性贫血使各个器官长期处于慢性缺血缺氧状态,导致多种危害,如贫血与直立性低血压相关^[16],合并贫血的老年共病住院患者再入院及 3 个月内病死率均增加^[17]。因此,临床医师应重视老年患者的贫血状态,积极寻找病因,纠正贫血。

老年共病患者由于患多种慢性疾病,机体生理功能减退,免疫力低下,容易合并各种感染。本研究结果显示,在 761 例老年共病住院患者中,约 40% 患者由于急性感染入院。加上住院期间发生的院内感染,几乎一半患者(354 例)合并各种感染,其中,82.8%(293/354)为肺部感染。分析原因可能与随着年龄增长老年人肺活量下降,肺泡表面活性物质减少,肺的顺应性下降,通气不均,弥散能力降低,再加上老年人对外界不良因素的防御能力下降,容易合并呼吸道感染有关。再者,部分老年患者有慢性阻塞性肺疾病等呼吸道基础疾病,加之合并糖尿病、脑梗死的比例高,且老年患者多卧床、鼻饲,容易发生误吸,进而引起肺部感染。国内外研究

结果显示,老年人群中发生吸入性肺炎比例随年龄升高而逐渐升高^[18-19]。老年患者长期患多种慢性病,某些脏器功能甚至处于失代偿状态^[20]。当发生感染时,感染不容易控制,容易导致多脏器功能衰竭,甚至导致死亡。有研究显示,老年共病住院患者死亡的首位原因是肺部感染^[21]。另外,老年患者多患有血液循环系统疾病^[11-12],这一点在本研究中也得到证实。当合并各种感染时,需要静脉应用抗感染、化痰、解痉、平喘等药物治疗,静脉滴注剂量增加,常引发心力衰竭或导致慢性心功能不全加重,进而导致肺瘀血、肺水肿,进一步加重感染,形成恶性循环。有研究显示,肺部感染是 ≥ 75 岁的老年急性失代偿心力衰竭患者重要的死亡原因^[22]。本研究结果显示,发生感染的老年共病患者更容易发生急性心力衰竭。再者,老年共病患者发生急性感染后,常出现精神萎靡。静脉滴注治疗使得老年卧床时间增加,常出现食欲不振、腹胀,加之感染消耗,导致营养状况进一步下降,表现为低蛋白血症和血红蛋白下降。有研究显示,在老年吸入性肺炎患者感染发生的 2 周内,65% 和 80% 患者发生不同程度血红蛋白和清蛋白的下降^[23]。本研究结果也提示,发生感染患者较未发生感染患者更容易发生低蛋白血症、贫血加重。有研究显示,血浆清蛋白及血红蛋白水平同日常生活能力评分呈正相关^[24-25]。因此,临床医师高度重视发生感染的老年共病患者,尤其是呼吸道感染患者,除了积极抗感染及关注基础疾病以外,还应警惕急性心力衰竭的发生,关注血红蛋白、清蛋白等指标,注意改善其营养状况。

多病共存及多重用药使老年病的临床诊断和治疗更加复杂^[26],且使住院时间延长,医疗花费增高。本研究结果显示,发生感染患者住院期间消化道出血、低蛋白血症、贫血加重、电解质紊乱、肝功能受损、胃肠功能紊乱、压疮、呼吸衰竭、急性心力衰竭发生率及住院日均费用高于未发生感染患者,提示临床医师需充分重视病情复杂的患者^[27],强调应用全科思维进行整体诊疗^[28]。当前,新医改提出将卫生服务模式由“治病救人”为主向“预防优先”转型的方式^[29]。这项举措同样适用于老年共病患者的医疗和健康管理,应采取综合措施对老年患者实施个体化治疗,加强营养,提高免疫力,控制好血糖,预防各种感染发生。同时,笔者也呼吁大力发展全科医学,培养老年科医师全科理念以更好地为老年患者提供全面、连续、综合的医疗服务^[30]。

本研究对象为北京市某三级医院综合科一个自然年的住院患者的病例资料,各种慢性病诊断依据、病历资料中的出院诊断、资料真实可靠,可为老年共病研究及制定老年共病住院患者共病管理及防控策略提供第一手

数据。本研究还存在一定的局限性,本文属单中心研究,研究对象为北京市某三级医院综合科住院患者,病源多来自附近老年居民及国家大机关、部委老干部,且高龄患者所占比例超过80%,存在选择偏倚,研究结果尚缺乏代表性,今后还需进一步收集多中心老年共病患者的临床资料加以分析。另外,目前部分关于老年共病的研究聚焦在老年综合征^[31]。本研究中共病定义为各系统慢性病,没有包括老年综合征,没有关于老年失能(包括视力下降、耳聋、大小便失禁、便秘、肢体活动障碍、肌少症、衰弱等)情况的数据。当前,老年医学领域的研究热点包括肌少症和衰弱,国内外关于上述研究已经广泛开展,取得一定研究结果。因此,未来应将老年综合评估、衰弱等反应老年人功能状态的信息纳入研究范畴,探索其与慢性病和患者健康状态共病之间的关系,将有助于对老年患者慢性病和各项功能的综合认识。近期有研究综合分析了北京市多个地区老年人慢性病、共病患病率情况,指出需要政府、社区医院等部门通力合作,促进健康老龄化,同时需要开展共病方面的研究,收集数据资料^[32]。再者,共病概念纷繁复杂,不同方向的共病研究侧重点不同,不断有学者从各个角度演绎共病概念,导致研究体系不规范、研究成果不可比,严重阻碍了后续研究的顺利开展^[6]。因此,有必要制定共病的全球统一标准,这将有助于这一领域的研究进展。

综上所述,老年共病患者多数患9种慢性病,慢性病可累及4~6个系统,以高血压、高脂血症、脑梗死、冠心病、糖尿病等慢性病多发。老年共病患者容易发生呼吸道感染,在住院期间容易出现多种急性并发症,疾病负担增高。因此,临床医师在老年患者的医疗工作中,应关注老年多病共存现象,为老年患者实行个体化的综合治疗和健康管理工作。

作者贡献:闫巍负责文章的构思与设计,进行数据整理,分析、解释结果并撰写论文;王杰萍负责研究的实施与可行性分析;张洪波、吴薇、王斐、张洁、张新焕参与数据收集;李瑞进行统计学处理;朱钟慧参与论文修订;杜雪平负责文章的质量控制及审校;闫巍、杜雪平对文章整体负责并监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] BARNETT K, MERCER S W, NORBURY M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study [J]. *Lancet*, 2012, 380 (9836): 37-43. DOI: 10.1016/S0140-6736 (12) 60240-2.
- [2] 北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心,世界卫生组织. 疾病和有关健康问题的国际统计分类: ICD-10 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [3] 贾勇, 梅玮玮, 盛楚乔, 等. ≥ 55岁及以上城市居民慢性病共病现状调查及相关性分析 [J]. *中国全科医学*, 2016, 19 (6): 683-687. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.06.012.
- [4] JIA Y, MEI Y Y, SHENG C Q, et al. Investigation and correlation analysis of multimorbidity of chronic diseases among residents aged 55 years and over [J]. *Chinese General Practice*, 2016, 19 (6): 683-687. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.06.012.
- [5] WANG S B, D'ARCY C, YU Y Q, et al. Prevalence and patterns of multimorbidity in northeastern China: a cross-sectional study [J]. *Public Health*, 2015, 129 (11): 1539-1546. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.06.013.
- [6] 汤如, 刘淼, 宗文漪, 等. 某医院老年男性体检人群主要慢性病的疾病谱与检出率分析 [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2017, 16 (2): 124-127. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.02.028.
- [7] TANG R, LIU M, ZONG W Y, et al. Disease spectrum of major chronic diseases and their detection rates among elderly males: an analysis based on physical examination data from a hospital [J]. *Chin J Mult Organ Dis Elderly*, 2017, 16 (2): 124-127. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.02.028.
- [8] 常峰, 张冉, 路云, 等. 共病概念体系研究分析与设计 [J]. *中国全科医学*, 2018, 21 (3): 256-260. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.219.
- [9] CHANG F, ZHANG R, LU Y, et al. Analysis and design of systems to classify the concepts of comorbidity [J]. *Chinese General Practice*, 2018, 21 (3): 256-260. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.219.
- [10] 马珂, 冯玫, 赵瑞敏, 等. 全科医学科住院患者共病情况调查研究 [J]. *中国全科医学*, 2017, 20 (23): 2820-2822. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.23.003.
- [11] MA K, FENG M, ZHAO R M, et al. Prevalence of comorbidity in inpatients of department of general practice [J]. *Chinese General Practice*, 2017, 20 (23): 2820-2822. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.23.003.
- [12] 崔瑶, 刘谦, 秦明照. 老年共病现状及管理策略 [J]. *中国全科医学*, 2017, 20 (23): 2816-2819. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.06.y54.
- [13] CUI Y, LIU Q, QIN M Z. Status and management strategies of multiple chronic conditions in older adults [J]. *Chinese General Practice*, 2017, 20 (23): 2816-2819. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.06.y54.
- [14] 张可可, 朱鸣雷, 刘晓红. 老年人“共病”问题概述 [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2016, 15 (8): 587-590. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2016.08.139.
- [15] ZHANG K K, ZHU M L, LIU X H. A brief overview of "multiple chronic conditions" in the elderly [J]. *Chinese Journal of Multiple Organ Diseases in the Elderly*, 2016, 15 (8): 587-590. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2016.08.139.
- [16] 齐海梅. 加强老年病患者的综合管理 [J]. *中华老年医学杂志*, 2017, 36 (3): 233. DOI: 10.3760/cma.

- j.issn.0254-9026.2017.03.001.
- QI H M.Strengthen the comprehensive management for the geriatric patients [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (3): 233. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.03.001.
- [11] 陈果, 龙怀聪, 李小惠, 等. 老年住院患者疾病构成及费用变化趋势分析 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (3): 316-320. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.03.022.
- CHEN G, LONG H C, LI X H, et al.A trend analysis on disease spectrum and cost constitution in inpatients aged over 65-year-old in Sichuan Provincial People's Hospital from 2010 to 2014 [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (3): 316-320. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.03.022.
- [12] QUINONES A R, MARKWARDT S, BOTOSENEANU A, et al. Muhimorbidity combinations and disability in older adults [J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2016, 71 (6): 823-830. DOI: 10.1093/gerona/glw035.
- [13] 张楠楠, 张晓艳, 张姗姗, 等. 大庆地区老年人对骨质疏松症的认知程度及患病率调查 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2017, 23 (8): 1058-1062. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7108.2017.08.017.
- ZHANG N N, ZHANG X Y, ZHANG S S, et al. Investigation on the knowledge level and prevalence rate of osteoporosis in elderly people in Daqing area [J]. Chinese Journal of Osteoporosis, 2017, 23 (8): 1058-1062. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7108.2017.08.017.
- [14] 张宇, 李新, 张红梅, 等. 老年骨质疏松及伴有低钠血症骨质疏松患者的临床研究 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (8): 872-876. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.08.010.
- ZHANG Y, LI X, ZHANG H M, et al. Clinical research of osteoporosis and osteoporosis combined with hyponatremia in elderly inpatients [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (8): 872-876. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.08.010.
- [15] ROHRIG G.Anemia in the frail, elderly patient [J]. Clin Interv Aging, 2016, 11: 319-326. DOI: 10.2147/CIA.S90727.
- [16] 张秀丽, 王小涓, 韩璐璐, 等. 老年共病患者轻度贫血与体位性低血压的相关性研究 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2017, 19 (2): 163-166. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0126.2017.02.014.
- ZHANG X L, BAI X J, HAN L L, et al. Relation between mild anemia and orthostatic hypotension in elderly multimorbidity patients [J]. Chinese Journal of Geriatric Heart Brain and Vessel Diseases, 2017, 19 (2): 163-166. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0126.2017.02.014.
- [17] RIVA E, COLOMBO R, MOREO G, et al. Prognostic value of degree and types of anaemia on clinical outcomes for hospitalised older patients [J]. Arch Gerontol Geriatr, 2016, 69: 21-30. DOI: 10.1016/j.archger.2016.11.005.
- [18] 宁璞, 杨菁菁, 孙铁英, 等. 住院老年人吸入性肺炎患病率及其危险因素分析 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (4): 428-432. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.04.018.
- NING P, YANG J J, SUN T Y, et al.Analysis of prevalence rate and risk factors for aspiration pneumonia in elderly inpatients [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (4): 428-432. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.04.018.
- [19] OMARI T I, KRITAS S, COCK C, et al. Swallowing dysfunction in healthy older people using pharyngeal pressure-flow analysis [J]. Neurogastroenterol Motil, 2014, 26 (1): 59-68. DOI: 10.1111/nmo.12224.
- [20] CUI H, HU Y, HONG C, et al. A 15 years study of the causes of death among elderly hypertensive patients in a hospital-based sample of China [J]. Arch Gerontol Geriatr, 2012, 55 (3): 709-712. DOI: 10.1016/j.archger.2012.07.008.
- [21] 许冬, 王海燕, 李丽. 老年住院患者死亡时间研究 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (8): 892-894. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.08.015.
- XU D, WANG H Y, LI L.Analysis on the death time of elderly hospitalized inpatients [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (8): 892-894. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.08.015.
- [22] 付海霞, 马继芳, 胡鸣凤, 等. 75 岁及以上老年急性失代偿心力衰竭患者死亡原因分析 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (6): 650-654. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.06.012.
- FU H X, MA J F, HU M F, et al. Analysis of the causes of death in elderly patients with acute decompensated heart failure aged 75 years and over [J]. Chin J Geriatr, 2017, 36 (6): 650-654. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.06.012.
- [23] 闫巍, 王全录. 高龄患者吸入性肺炎 60 例临床分析 [J]. 临床荟萃, 2010, 25 (11): 965-967. DOI: 1004-583X (2010) 11-0965-03.
- YAN W, WANG Q L.Analysis of clinical characteristics of 60 elderly patients with aspiration pneumonia [J]. Clinical Focus, 2010, 25 (11): 965-967. DOI: 1004-583X (2010) 11-0965-03.
- [24] 黄蔚, 孙颖, 邢云利, 等. 慢性疾病和生物学指标对 90 岁以上住院患者日常生活能力的影响分析 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (3): 257-261. DOI: 10.3760/cma-j.issn.0254-9026.2017.03.008257.
- HUANG W, SUN Y, XING Y L, et al. Analysis of the impact of chronic diseases and blood biomarkers on daily living activities of hospitalized nonagenarians [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (3): 257-261. DOI: 10.3760/cma-j.issn.0254-9026.2017.03.008257.
- [25] 宁尚勇, 常乃柏, 韩晓燕, 等. 北京市社区老年人血红蛋白水平与健康状况的相关性研究 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (6): 697-700. DOI: 10.3760/cma.i.issn.0254-9026.2017.06.023.
- NING S Y, CHANG N B, HAN X Y, et al. Association between hemoglobin level and health status in elderly people

- living in communities in Beijing [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (6): 697-700. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.06.023.
- [26] WASTEISSON J W, CANUDAS-ROMO V, LINDAHL-JACOBSEN R, et al. Remaining life expectancy with and without polypharmacy: a register-based study of Swedes aged 65 years and older [J]. J Am Med Dir Assoc, 2016, 17 (1): 31-35. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.07.015.
- [27] 周苏明. 重视老年重症患者的疾病复杂性 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2015, 14 (4): 241-242. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2015.04.056.
- ZHOU S M. Disease complexity for elderly critically ill patients deserves great attention [J]. Chinese Journal of Multiple Organ Diseases in the Elderly, 2015, 14 (4): 241-242. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2015.04.056.
- [28] 汤辉, 王长远, 贾建国, 等. 从老年危重病看全科医学发展及全科思维理念 [J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2017, 12 (1): 48-50. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6966.2017.01.015.
- TANG H, WANG C Y, JIA J G, et al. View of development of general medicine and way of general thinking from elderly critical illness [J]. China Journal of Emergency Resuscitation and Disaster Medicine, 2017, 12 (1): 48-50. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6966.2017.01.015.
- [29] 刘巧, 李丽清. 我国卫生总费用发展趋势与未来展望 [J]. 中国全科医学, 2017, 20 (7): 859-864. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.
- LIU Q, LI L Q. Development trend and future prospects of total expenditure on health in China [J]. Chinese General Practice, 2017, 20 (7): 859-864. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.
- [30] 闫巍, 王杰萍, 张洪波, 等. 老年共病患者在诊疗中面临的问题及应对策略 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (3): 261-264. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.207.
- YAN W, WANG J P, ZHANG H B, et al. Challenges and solutions for elderly patients with multimorbidity during receiving management in China [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (3): 261-264. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.207.
- [31] 李杰, 程秀丽, 关向荣, 等. 住院患者老年综合征发生率及评估分析 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36 (3): 266-268. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.03.010.
- LI J, CHENG X L, GUAN X R, et al. Incidence and evaluation of geriatric syndromes in hospitalized patients [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2017, 36 (3): 266-268. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.03.010.
- [32] 狄娜, 郑嘉堂, 王鹏飞, 等. 北京市老年人慢性病及共病分析 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (3): 265-268. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.217.
- DI N, ZHENG J T, WANG P F, et al. Chronic diseases and comorbidity in the elderly in Beijing [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (3): 265-268. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.217.

(收稿日期: 2018-02-24; 修回日期: 2018-03-29)

(本文编辑: 毛亚敏)

• 全科医生工具箱 •

请您收藏

——缺血性心力衰竭患者血运重建治疗

缺血性心力衰竭患者血运重建需要考虑的重要因素: (1) 患者的症状: 在服用抗心绞痛药物情况下是否还存在心绞痛。(2) 病变血管支配心肌范围及存活心肌数量: 评价方法有无创 (PET、SPECT 和负荷超声) 和有创 (FFR 和 IVUS) 两种。(3) 病变血管是否适合进行血运重建及程度: 如左主干、三支血管病变。(4) 是否有合并症: 如糖尿病。

心绞痛在决定血运重建中的作用: 心绞痛作为一种主观症状, 变异大, 量化评价较为困难。如果患者呈现典型的心绞痛, 尤其是在抗心绞痛治疗下仍然出现, 则高度怀疑心肌缺血。已有的研究表明, 血运重建可以改善心绞痛症状。同时需要综合其他评价指标。心肌活力在决定血运重建中的作用: 大规模的队列研究发现, 潜在活力心肌面积超过 10% (负荷状态下, 10% 心肌发生可逆的缺血), 提示血运重建效果好。冠脉病变部位在决定血运重建中的作用: 病变供血范围越大, 获益越大, 比如左主干及前降支根部病变, 应尽可能完全血运重建。如果患者梗死区域无存活心肌, 或血管不影响心功能 (如非优势右冠), 或血管无法血运重建 (如弥漫远端血管), 则可以考虑非完全血运重建。

因此, 多因素决定缺血性心力衰竭血运重建策略, 需要综合患者症状、存活心肌数量、病变解剖以及合并症等进行综合考虑; 典型的心绞痛、存活心肌 > 10%、左主干病变 (前降支根部病变)、多支血管病变是血运重建的较好适应证; 目前临床证据多来源于冠状动脉旁路移植术 (CABG), 因此 CABG 推荐级别要高于经皮冠状动脉介入治疗 (PCI), 对于不适合 CABG 者, 可考虑 PCI。

(摘自“医脉通”)