

· 述 评 ·

关注老年人个体共病状态的临床研究

万文辉

(南京军区总医院干部病房一科, 南京军区老年病研究中心, 南京 210002)

【摘要】2010 年第六次全国人口普查数据显示, 我国老龄化趋势加快, 60 岁及以上人口占 13.26%, 比 2000 年大约上升 3%。凸显了老年患者中常见且影响生存和治疗选择的共病状态的重要性。临床医师充分了解共病的发病率及其各种影响十分必要。研究共病有助于了解共病疾病间的相互关系; 有助于评估疾病预后的影响因素; 有助于评估健康检查项目的成本效益、必要性及风险; 有助于更好地评估手术风险; 有助于制定更加合适的治疗方案。

【关键词】老年人; 共病; 临床研究

【中图分类号】 R592

【文献标识码】 A

【DOI】 10.3724/SP.J.1264.2012.00203

Pay more attention to the clinical study of comorbidity in the elderly

WAN Wenhui

(First Department of Geriatrics, Nanjing General Hospital, Research Center for Geriatrics, Nanjing Military Command, Nanjing 210002, China)

【Abstract】 According to the data of the sixth nationwide population census in 2010, China's population is ageing rapidly, people aged 60 and above comprise 13.3 percent of the population, up nearly 3 percentage points from 2000. This makes comorbidity, common in elderly patients and may affect survival and choice of treatment among them, a critical issue. A thorough understanding of the prevalence and role of comorbidity is therefore very necessary to clinicians. Study on comorbidity can get more accurate understanding about the relationships between diseases, improve the evaluation of prognostic risk factors, reduce unnecessary care, help to evaluate the risk of operation, develop optimal treatment.

【Key words】 elderly; comorbidity; clinical study

第六次全国人口普查主要数据公报显示, 我国老龄化趋势加快, 60 岁及以上人口占 13.26%, 比 2000 年人口普查上升 2.93%, 达 1.78 亿。预测“十二五”期间, 我国每年平均增加的老年人将从“十一五”的 500 多万提高到 800 多万。到 2049 年, 中国 60 岁以上的老年人将占总人口的 31%。

老年人是慢性病的高发及多发人群, 随着人口老龄化慢性病患病也呈逐渐增高趋势。2008 年中国卫生服务调查研究第四次家庭健康询问调查分析报告显示, 65 岁及以上年龄组的两周患病率达 46.6%。慢性病占两周患病的比例逐渐上升, 由 1998 年的 39.0% 上升至 2008 年的 60.9%。按年龄统计慢性病患病率, 55 至 64 岁为 42.0%, 65 岁及以上为 64.5%。老年人不但慢性病患病率高, 而且一般患有多种慢性疾病。2005 年我国老年慢性病现状及发展趋势报告显示, 有 42% 的老年人同时患有两种以上疾病,

且有逐年增长的趋势。85% 的院内老年患者同时患有两种疾病, 约 50% 患有 3 种以上疾病^[1]。

同时患有多种疾病, 即共病 (comorbidity) 状态。根据 1970 年美国耶鲁大学 Feinstein A 的定义, 共病是指“同一患者患有索引疾病之外的其他任何已经存在或发生在索引疾病过程中的疾病”。资料显示, 超过 141 万美国人处于 1 种或多种共病的状态, 心力衰竭患者尤其明显, 超过 40% 的患者有 5 种以上慢性疾病。共病尤其是非心脏性共病, 耗费大量的医疗资源, 与预后不良以及死亡率增高有关。在美国, 大约 25% 的患多种慢性疾病的人群耗费了大约 65% 的健康投入费用。共病状态常导致: 不必要的住院; 药物不良事件; 重复检查; 矛盾性的医疗指导; 更重要的是引起不良功能状态甚至死亡^[2]。为了减轻对患者的影响, 应注意识别并优先处理各种共病; 尽量减少药物治疗的复杂性及多种药物治

疗方法;促进医患之间的整体协调一致^[3]。基于上述临床及卫生策略等多方面的原因,掌握好如何利用共病研究有效预测住院老年患者不良转归具有重要的意义^[4]。

按躯体及精神疾病区分,共病可以分为三种类别:多种躯体疾病共存;躯体疾病与精神疾病共存;多种精神疾病共存,一般以抑郁症与焦虑障碍共病为主。

从国内现状看,第一种情况临床上往往重视、但研究不够,第二种情况临床上往往重视躯体疾病而忽视心理疾病的治疗,第三种情况涉及精神病专科,这里不做详细讨论。

目前,用于研究老年人共病常用及有效的指数方法有 6 种:Charlson Comorbidity Index, Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics, Index of Coexistent Diseases, Kaplan, Geriatric Index of Comorbidity (GIC), and Chronic Disease Score。从文献报道看,国外的共病研究方向主要体现在以下几个方面。

1 评估对预后的影响

加强共病研究有助于评估影响预后因素。心肌梗死、主动脉瘤及急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)是老年人比较常见的危重疾病。现有的研究显示共病对预后可能有重要的影响。来自瑞典的一项随访了 13 年的前瞻性队列研究表明,60~79 岁老年主动脉瘤患者 3 年全因死亡率与糖尿病、肾病、呼吸系统及脑血管等共病相关^[5]。丹麦完成的一项包含 23 4331 例第一次住院心肌梗死患者分析显示:共病是短期(30d)及长期(30d 至 1 年)死亡的强预测因子^[6]。对 47 例平均年龄 71 岁的急性肺损伤及 ARDS 患者研究显示,其预后与共病指数的相关性高于与年龄的相关性。高共病指数者发生多器官衰竭更多、预后更差^[7]。

共病同样对手术患者例如老年人常见的结直肠癌、髌部骨折、肺癌及造血细胞移植等预后有重要影响。荷兰的一项 2204 例 I~III 期结直肠癌手术患者分析显示,共病与术后住院时间及不良事件有关,是术后不良结果的独立危险因素^[8]。对 215 例髌部骨折的老年患者回顾性研究提示,高共病指数与老年人营养不良有关,共病能预测患者的长期死亡率^[9]。对 233 例造血细胞移植病例分析也显示,造血细胞移植共病指数系老年急性髓性白血病的早期死亡和生存的独立预测指标^[10]。来自丹麦肺癌注册数据分析报道,3152 例非小细胞癌手术患者,3 个随访期间(0~1 个月,1 个月~1 年和 >1 年),高共病指

数明显与高死亡率相关,5 年生存率明显低于无共病患者^[11]。

对高龄老年人的前瞻性研究,结果同样一致。平均年龄 85 岁患者 444 例,随访 5 年,发现共病和营养及功能受损而非端粒酶长度及痴呆是 5 年死亡率的重要影响因素^[12]。

2 评估健康检查项目的成本效益、必要性及风险

结直肠癌的筛查项目在临床上非常常见,一般认为,对预期寿命有限的患者筛查意义有限。美国一项有 1266 名初级保健医师参加的调查显示,有大约 25% 的医师对 1 例患有非小细胞肺癌而不能手术切除的 80 岁患者仍推荐结直肠癌的筛查项目^[13]。提示对共病考虑的重视不够或认识缺乏。

肠道准备在临床是一个非常常见且风险往往忽视的基本操作技术。加拿大研究 50 660 例 66 岁以上接受肠镜检查的门诊患者,予聚乙烯乙二醇及匹可硫酸钠盐两种不同方法作肠道准备,结果显示肠镜检查 7d 内负性严重不良事件(不合情理的住院、看急诊、死亡)两种准备方法没区别,但有共病的情况下比无共病时不良事件发生率要高(分别为 28/1000 对 24/1000),提示临床医师对老年人共病状态下肠镜检查要有风险意识^[14]。结直肠癌筛查建议要从患者的共病情况出发,要个体化^[15]。

3 更好地评估手术风险

在手术风险评估时不能忽视共病的影响。在决定老年肺癌患者手术时,指南推荐要考虑共病状况^[16]。一项研究回顾分析 221 例肝移植病例,发现随着肝移植术前共病增加,移植失败风险以及移植后患者死亡风险增加^[17]。

4 制定更加合适的治疗方案

心力衰竭及急性冠脉综合征对老年人危害很大,严重影响健康。即使对那些有很高整体死亡风险的老年心力衰竭患者,共病也会明显增加其死亡风险。日常处理这类患者的临床医师要考虑到共病对整体治疗效果的影响。这种考量对决定采取非常积极的延长寿命的干预措施是同样有益的^[18]。一项在加拿大进行的 824 例心力衰竭患者(64.1±14.7)岁的回顾分析死亡原因显示^[19],平均随访 4.4 年,共 229 例死亡,共病指数与非心脏性猝死风险呈正相关,与心脏性猝死呈负相关。这些发现对心力衰竭患者优化选择合适的预防性的干预治疗例如埋藏

式心律转复除颤器等治疗可能具有意义。

非 ST 段抬高型急性冠脉综合征的血运重建预后影响因素分层研究显示, 共病指数对于区分血运重建明显减少长期死亡及心肌梗死风险患者可能是一个有用的工具^[20]。

患癌症的老年人有共病时能否得到最适方法治疗是个非常重要的临床问题。对年龄 > 70 岁的 961 例卵巢癌患者研究揭示, 严重的共病是一个独立的预后不良因素, 伴有共病者较少得到最适的手术及药物方法治疗^[21]。

5 研究共病疾病间的关系

老年人常易发生晕厥及跌倒。研究共病有助于明确晕厥及跌倒的发生机制, 减少由此引起的骨折、重要脏器出血等不良事件发生。包含有 127508 例首诊晕厥的丹麦病例观察性研究提示, 心血管疾病共病及药物治疗与晕厥发生危险相关^[22]。澳大利亚一项跌倒性损害相关研究显示, 超过 1/4 的患者患有一种共病, 其中 1/3 具有多种共病 (2~7 种), 共病还与平均住院时间有关, 相关的共病以心肺/代谢疾病最为多见^[23]。

我国在共病研究特别在躯体疾病合并心理疾病方面做了一些探索工作, 显示心理障碍患病率较高^[24,25], 焦虑障碍是综合医院就诊者中的常见问题^[26], 患有慢性躯体疾病的老年人随着疾病增多, 心理疾病共病增加^[27,28], 综合医院门诊患者焦虑、抑郁障碍患病率较高, 但医师的识别率和诊治率偏低^[29]。包括本期也有探索文章, 但总体看来, 无论是样本量及研究深度、广度与国外的研究比较还有不少差距。无论国外还是国内的研究, 慢性疾病临床研究对共病重视不足, 有共病的患者常被临床试验排除在外, 今后需要更多地研究共病的影响^[30]。

【参考文献】

- [1] 于普林, 王建业. 老年医学的现状和展望[J]. 中国实用内科杂志, 2011, 31(4): 244-246.
- [2] Parekh AK, Barton MB. The challenge of multiple comorbidity for the US health care system[J]. JAMA, 2010, 303(13): 1303-1304.
- [3] Page RL 2nd, Lindenfeld J. The comorbidity conundrum: a focus on the role of noncardiovascular chronic conditions in the heart failure patient[J]. Curr Cardiol Rep, 2012, 14(3): 276-284.
- [4] Zekry D, Loures Valle BH, Graf C, et al. Prospective comparison of 6 comorbidity indices as predictors of 1-year post-hospital discharge institutionalization, readmission, and mortality in elderly individuals[J]. J Am Med Dir Assoc, 2012, 13(3): 272-278.
- [5] Ohrlander T, Merlo J, Ohlsson H, et al. Socioeconomic position, comorbidity, and mortality in aortic aneurysms: a 13-year prospective cohort study[J]. Ann Vasc Surg, 2012, 26(3): 312-321.
- [6] Schmidt M, Jacobsen JB, Lash TL, et al. 25 year trends in first time hospitalization for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: a Danish nationwide cohort study[J]. BMJ, 2012, 344: e356.
- [7] Ando K, Doi T, Moody SY, et al. The effect of comorbidity on the prognosis of acute lung injury and acute respiratory distress syndrome[J]. Intern Med, 2012, 51(14): 1835-1840.
- [8] Dekker JW, Gooiker GA, van der Geest LG, et al. Use of different comorbidity scores for risk-adjustment in the evaluation of quality of colorectal cancer surgery: Does it matter[J]? Eur J Surg Oncol, 2012, 38(11): 1071-1078.
- [9] Koren-Hakim T, Weiss A, Hershkovitz A, et al. The relationship between nutritional status of hip fracture operated elderly patients and their functioning, comorbidity and outcome[J]. Clin Nutr, 2012, Apr 19. [Epub ahead of print]
- [10] Savic A, Kvirgic V, Rajic N, et al. The hematopoietic cell transplantation comorbidity index is a predictor of early death and survival in adult acute myeloid leukemia patients[J]. Leuk Res, 2012, 36(4): 479-482.
- [11] Luchtenborg M, Jakobsen E, Krasnik M, et al. The effect of comorbidity on stage-specific survival in resected non-small cell lung cancer patients[J]. Eur J Cancer, 2012, Jul 12. [Epub ahead of print]
- [12] Zekry D, Krause KH, Irminger-Finger I, et al. Telomere length, comorbidity, functional, nutritional and cognitive status as predictors of 5 years post hospital discharge survival in the oldest old[J]. J Nutr Health Aging, 2012, 16(3): 225-230.
- [13] Haggstrom DA, Klabunde CN, Smith JL, et al. Variation in Primary Care Physicians' Colorectal Cancer Screening Recommendations by Patient Age and Comorbidity[J]. J Gen Intern Med, 2012, Jun 1. [Epub ahead of print]
- [14] Ho JM, Gruneir A, Fischer HD, et al. Serious events in older Ontario residents receiving bowel preparations for outpatient colonoscopy with various comorbidity profiles: a descriptive, population-based study[J]. Can J Gastroenterol, 2012, 26(7): 436-440.
- [15] Dinh TA, Alperin P, Walter LC, et al. Impact of comorbidity on colorectal cancer screening cost-effectiveness study in diabetic populations[J]. J Gen Intern Med, 2012, 27(6): 730-738.
- [16] Wang S, Wong ML, Hamilton N, et al. Impact of age and comorbidity on non-small-cell lung cancer treatment in older

- veterans[J]. *J Clin Oncol*, 2012, 30(13): 1447-1455.
- [17] Grosso G, di Francesco F, Vizzini G, *et al*. The Charlson comorbidity index as a predictor of outcomes in liver transplantation: single-center experience[J]. *Transplant Proc*, 2012, 44(5): 1298-1302.
- [18] Ahluwalia SC, Gross CP, Chaudhry SI, *et al*. Impact of comorbidity on mortality among older persons with advanced heart failure[J]. *J Gen Intern Med*, 2012, 27(5): 513-519.
- [19] Clarke B, Howlett J, Sapp J, *et al*. The effect of comorbidity on the competing risk of sudden and nonsudden death in an ambulatory heart failure population[J]. *Can J Cardiol*, 2011, 27(2): 254-261.
- [20] Palau P, Nunez J, Sanchis J, *et al*. Differential prognostic effect of revascularization according to a simple comorbidity index in high-risk non-ST-segment elevation acute coronary syndrome[J]. *Clin Cardiol*, 2012, 35(4): 237-243.
- [21] Jorgensen TL, Teiblum S, Paludan M, *et al*. Significance of age and comorbidity on treatment modality, treatment adherence, and prognosis in elderly ovarian cancer patients[J]. *Gynecol Oncol*, 2012, 127(2): 367-374.
- [22] Ruwald MH, Hansen ML, Lamberts M, *et al*. The relation between age, sex, comorbidity, and pharmacotherapy and the risk of syncope: a Danish nationwide study[J]. *Europace*, 2012, 14(10): 1506-1514.
- [23] Vu T, Finch CF, Day L. Patterns of comorbidity in community-dwelling older people hospitalised for fall-related injury: a cluster analysis[J]. *BMC Geriatr*, 2011, 11: 45.
- [24] 卢瑾, 阮冶, 黄悦勤, 等. 昆明市焦虑障碍现状调查及相关因素分析[J]. *中华精神科杂志*, 2009, 42(1): 34-37.
- [25] 孙秀丽, 栗克清, 崔利军, 等. 河北省焦虑障碍流行病学调查[J]. *首都医药*, 2009, 16(14): 37-39.
- [26] 何燕玲, 张岚, 刘哲宁, 等. 综合医院就诊者中焦虑障碍的检出率[J]. *中国心理卫生杂志*, 2012, 26(3): 165-170.
- [27] 秦虹云, 瞿正万. 上海浦东新区慢性躯体疾病老年人共病抑郁障碍调查[J]. *临床精神医学杂志*, 2012, 22(3): 169-171.
- [28] 吴宁, 黄方, 万文辉. 老年慢性躯体疾病与神经症共病的临床研究[J]. *实用老年医学*, 2011, 25(5): 417-419.
- [29] 黄雨兰, 李晓佳, 褚成静, 等. 成都市综合医院门诊抑郁和焦虑障碍调查[J]. *临床精神医学杂志*, 2011, 21(4): 260-262.
- [30] Boyd CM, Vollenweider D, Puhon MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases[J]. *PLoS One*, 2012, 7(8): e41601.

(编辑: 周宇红)