
[PPT] 多学科老年医学整合 团队



Geriatric Medicine

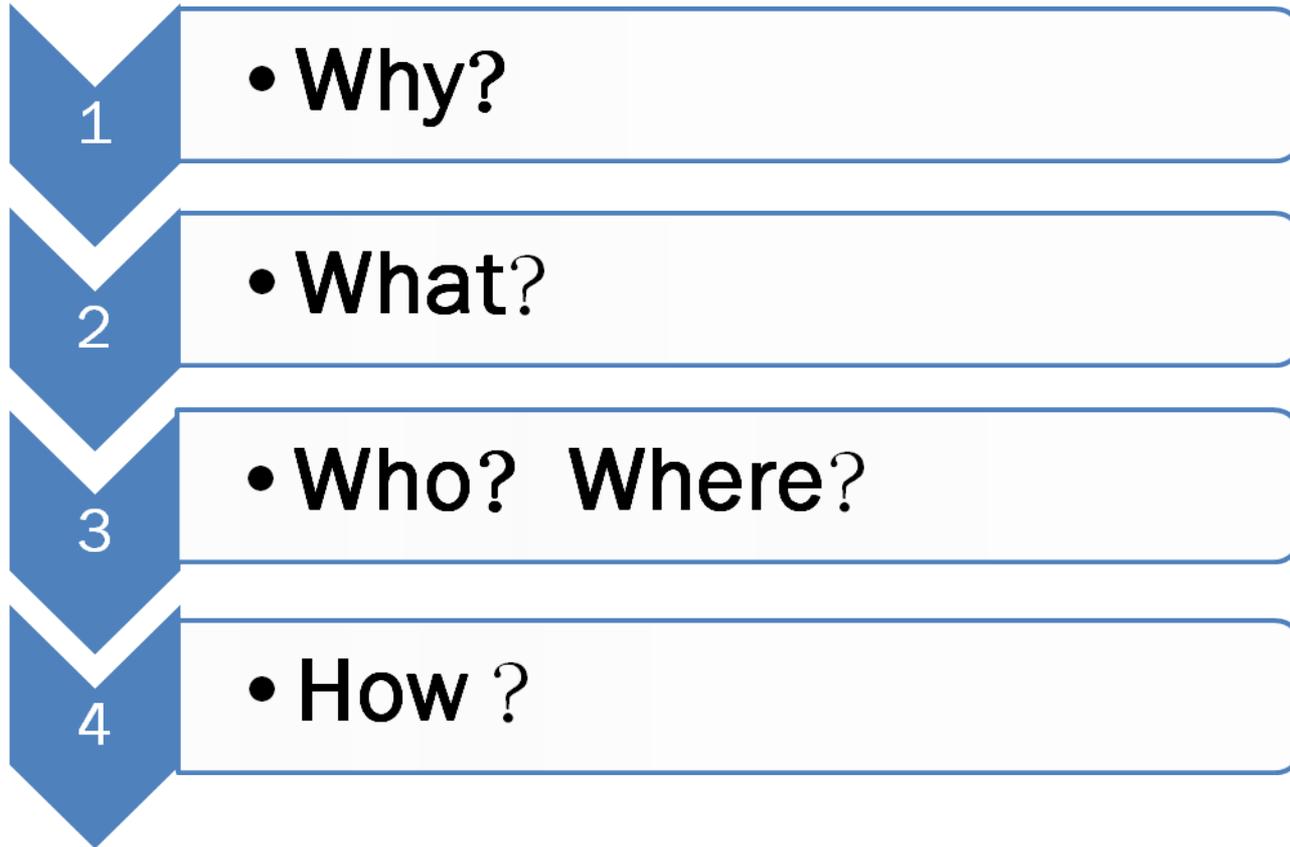
**Comprehensive
Geriatric
Assessment**

**Geriatric Syndromes
Multimorbidity**

**Interdisciplinary
Geriatric Team**



Interdisciplinary Geriatrics Team



老年人患病特点

慢病（chronic illnesses）¹：

conditions that last a year or more and require ongoing medical attention and/or limit activities of daily living.

共病：multiple chronic conditions（MCC）²：

≥2个慢性疾病(comorbidity, multimorbidity).

- ✓ physical medical conditions:
关节炎，哮喘，慢性呼吸系统疾病，糖尿病，心脏疾病
HIV感染和高血压
- ✓ psychiatric conditions: 物质滥用/成瘾，精神疾病，AD和其他认知障碍
- ✓ GS:便秘、慢性滑囊炎、跌倒、感觉障碍、睡眠障碍

1. Anderson G. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 2010. Available at <http://www.rwjf.org/files/research/50968chronic.care.chartbook.pdf>. Last accessed December 2, 2010.

2. Warshaw G. Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generation* 2006;30(3):5-10.

共病的后果

- ✓ mortality
- ✓ poor functional status (frail, disability)
- ✓ the quality of life
- ✓ unnecessary hospitalizations
- ✓ adverse drug events
- ✓ duplicative tests
- ✓ conflicting medical advice
- ✓ health care resources and cost ↑

几乎所有单病指南的指导作用仍然

unclear

美国：1/4人口患有MCC，老年人50%患有MCC，
27%MCC患者占用66%医疗花费。

中国：

- 慢病患者率 91.7%，
≥3种慢病的老年人占 54.9%。
- 心血管、骨关节、神经系统疾病为老年人最常见的三大类疾病，同时患两类32.7%，三类占19.8%。

失能 (disability)

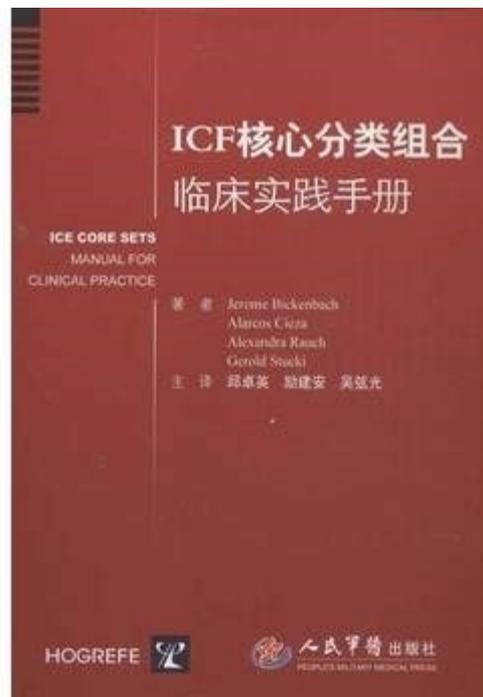
指一个人在日常生活中主要活动能力或生活能力的丧失或受限。

失能域 (domain)

活动行走
自理照顾
疼痛不适
视力辨认

认知记忆
睡眠精力
情绪精神
人际交往

同时自评总体健康状况，
工作/家务的困难程度（测总体失能，3300万）



功能状况

健康状况（疾病、损伤、紊乱）

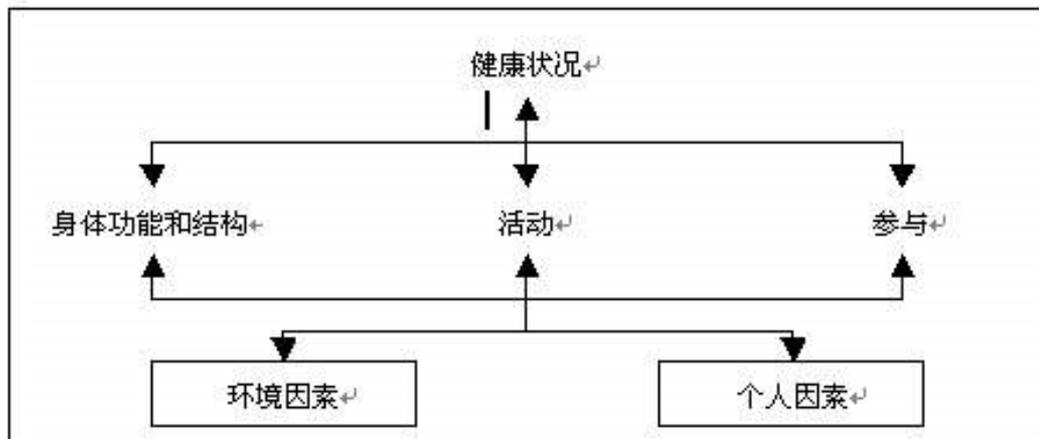


图 1 ICF 理论模式图

ICF主要由以下项目组成:

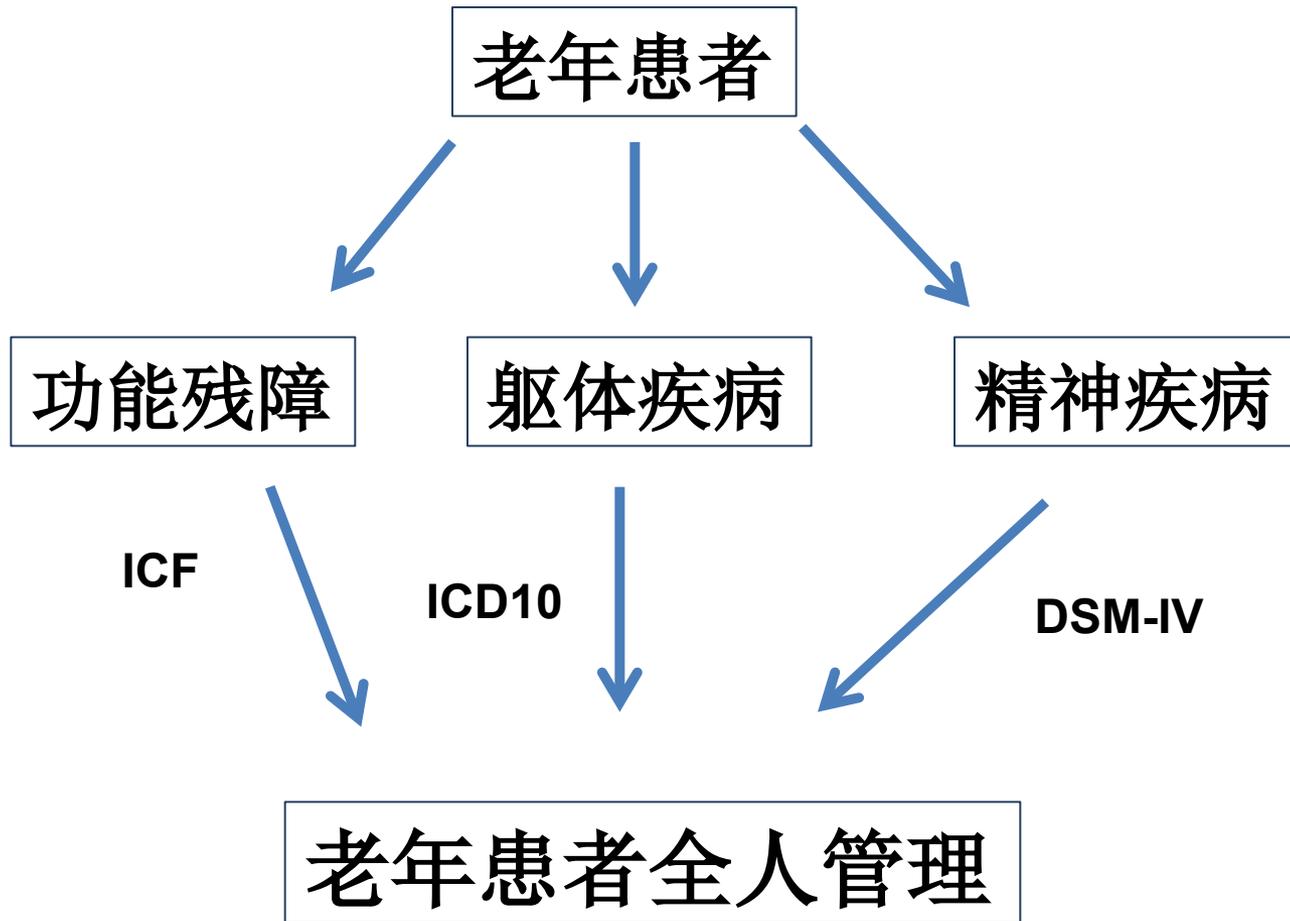
身体功能(body functioning,代码b)

身体构造(body structure,代码s)

活动与参与(activity and participation,代码d)

环境因素(environment factor,代码e)与个人因素 (personal factor)

对于老年患者的诊断



共病 (Multimorbidity)

- co-existence of two or more chronic conditions, where one is not necessarily more central than the others
- comorbidity

3 or more Managing Multiple Health Problems in Older Adults

Guiding Principle I: Patient Preferences Domain

Elicit and incorporate patient preferences into medical decision-making for older adults with multimorbidity.

How to Use in Clinical Practice

Goal	Implementation Strategies & Resources
Elicit patient preferences according to the individual situation.	<p>Keep in Mind::</p> <ul style="list-style-type: none"> • Less complex situations require abbreviated decision-making; • More complex situations with multiple options may require several steps.
Recognize when decisions are "preference-sensitive" for the patient.	<ul style="list-style-type: none"> • Know which factors are most important to each patient; • Examples of preference-sensitive decisions: <ol style="list-style-type: none"> 1. therapy that may improve one condition but make another worse; 2. therapy that may confer long-term benefits but cause short-term harm; 3. multiple medications with benefits and harms that must be

Guiding Principle II: Interpreting the Evidence Domain

Recognizing the limitations of the evidence base, interpret and apply the medical literature specifically to older adults with multimorbidity.

How to Use in Clinical Practice

Goal	Implementation Strategies & Resources
Consider certain key principles in evaluating clinical evidence.	<p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicability and quality of evidence; • Outcomes; • Harms and burdens; • Absolute risk reduction; • Time horizon to benefit.
Ascertain whether the evidence applies to older adults with multimorbidity and whether it has been rigorously evaluated.	<p>Key questions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Does the individual being considered resemble the research population? • Does multimorbidity modify the effect of the intervention? • Were older adults with or without multimorbidity included in the study? • Are the design and analysis of the study of high quality?

共病处理的建议

1. Patient Preferences

征求患者意愿，考虑社会支持

2. Interpreting the Evidence 解读证据

3. Prognosis 预后

4. Treatment Complexity and Feasibility

治疗复杂性和

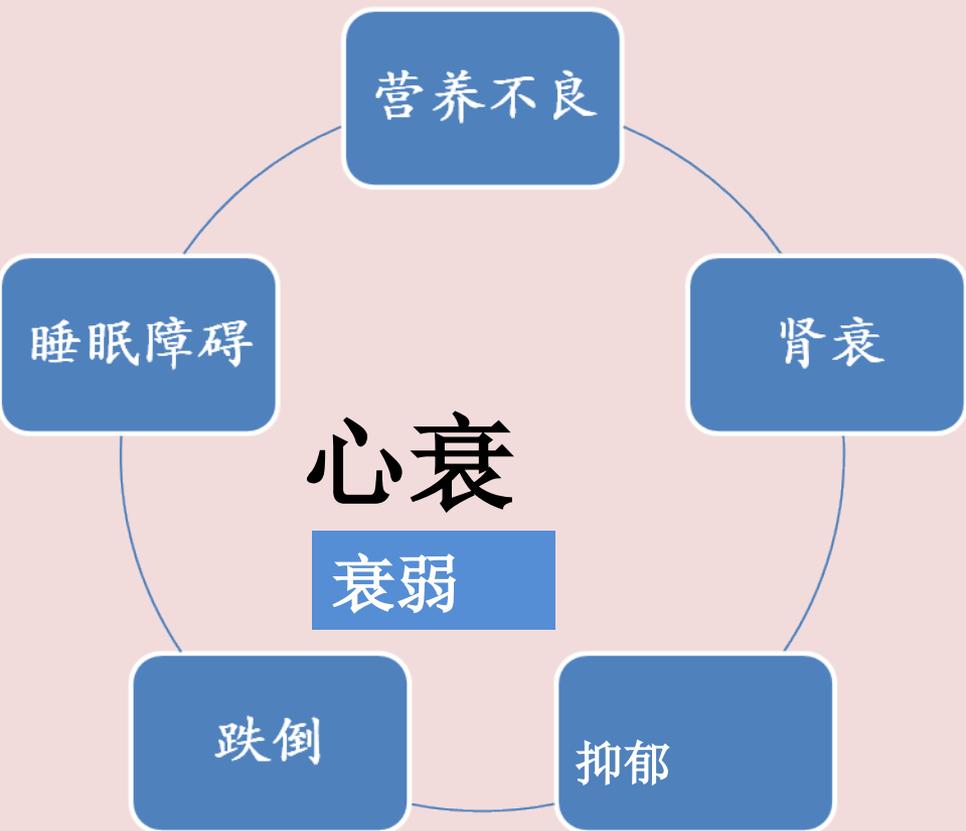
可行性

5. Optimizing Therapies and Care Plans

优化疗护计划



慢病-GS-功能



老年患者的临床特点

人生2/3的医疗消费

经常使用医疗服务（门/急诊和住院）

老年医学多学科整合团队

根据需求，由不同专业的成员组成团队，每位成员提出各自的专业意见，讨论后达成一致并执行。

关键词：

- ✓有效沟通手段
- ✓会议效率
- ✓执行力
- ✓按需配置，控制人力成本



Geriatrician



Case Manager



Pharmacist



Nurse



Social Worker



Primary Care Physician



Podiatrist



Optometrist



Occupational/Physical Therapists



Exercise Physiologist



Chaplain



Psychologist



Audiologist

Other
Subspecialists as
needed

Case manager
Social worker

团队组成——根据地点

- ✓ 医院内团队 急性/亚急性，疑难，术前评估，
康复、慢病管理
- ✓ 外延团队 门诊患者，上门服务，电话会诊，转诊
- ✓ 急诊团队 Acute Care for Elders
Hip Fracture Services
- ✓ 社区医护服务团队 康复，长期照料，临终关怀
- ✓ 护理院团队 慢病管理，康复，长期照料

根据目的和任务不同：
团队成员组成不同
领导者不同，
评估方法不同
干预手段和支持不同

✓ 医院内团队 老年科医生为核心

✓ 外延团队

✓ 急诊团队

✓ 社区医护服务团队

✓ 护理院团队

成员：家庭医生、护士、个案管理者、社工
必要时：老年医生、康复师
领导：个案管理者

CGA的实施

综合干预

住院、手术会诊、门诊、社区/上门

多学科团队七步法

团队要求

- 明确会议目的
- 明确个人角色
- 同意会议议程
- 执行会议议程
- 作好会议记录
- 决定下一步工作
- 小结会议成果

明确团队的目标、任务和过程

选择合适的团队成员

注重解决问题

矛盾是不可避免的

加强凝聚力、分享知识

PUMCH多学科整合团队

团队查房

整合式门诊

老年人查体与预防

围手术期会诊

院外服务模式

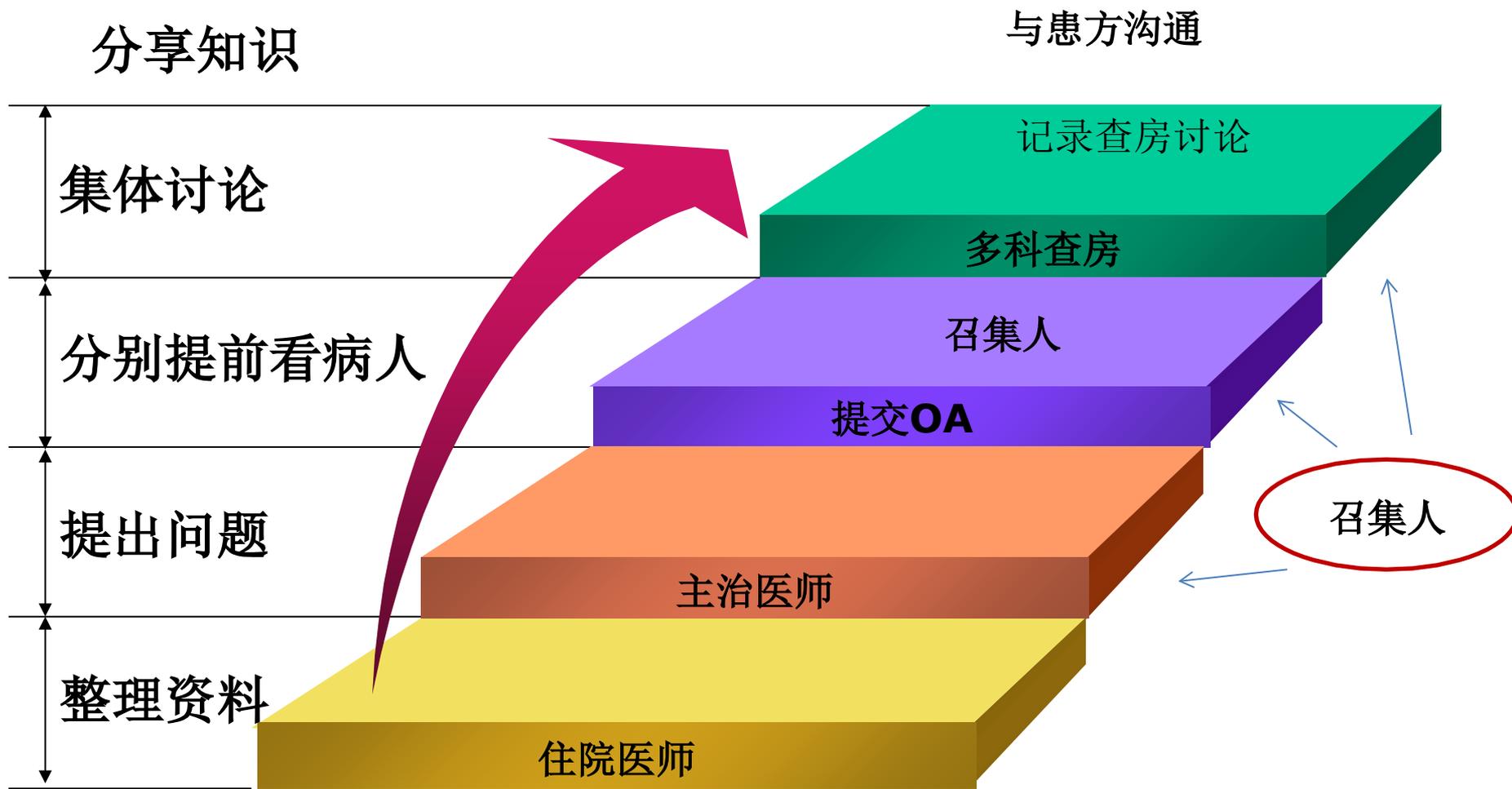
多科协作：
药剂科
营养科
康复科
心理科

老年医学组

社区医师
Home Care
养老机构
志愿者
家属

大内科
手术科室
急诊
MICU/CCU

团队查房



老年整合门诊 团队电话会诊

出院后：

48h内电话随访，1周内上门

内容：

核查—出院带药，出院医嘱，随诊安排。

教育—慢病管控知识，恶化的表现，

护理康复评估

与医院沟通：Telephone、E-mail、微信。

出院时：

详实的出院小结

沟通

医院—社区

住院：

衰弱、共病、失能患者

心衰、**COPD**、**AMI**

- 282例 \geq 70岁HF住院患者（平均79岁，女 63%），再入院高风险。

以护士或医生为主的多学科团队干预：



- ✓全面教育
- ✓饮食指导
- ✓用药核查
- ✓社会服务的评价
- ✓早期出院计划
- ✓院后密切随访

- 成果：90天再入院率为0

PUMCH 团队的作用

- 入院时：加快周转，减少获得性问题；
- 住院中：团队查房，增加沟通，提高满意度；
- 出院后：电话、上门随访，提高满意度。

医疗指标的提升

如何合作？

- ✓ 无界线
- ✓ 速度和灵活性
- ✓ 无条件的团队
- ✓ 重视创新
- ✓ 以客户为中心 （患者、照料者、接续者）
- ✓ 服务式领导
- ✓ 不断的测试和替代
- ✓ 行动信念：“从现在开始，不要等待”
- ✓ 庆祝和目标成功



通过CGA全面了解患者情况以及
本人意愿；临床诊疗思维多元论，
在共病相互影响和增恶的复杂局势
下，善于找出最主要问题；
—通过团队工作模式，全方位干预，
打断恶性循环；提高/维持患者的
功能状态和生活质量。

Thank you for attention



临床知识

核病的治疗



第一讲：结核病的治疗简介与化疗方案



本讲内容导航

- 历史回顾
- 化疗的生物学机理
- 化疗原则
- 治疗方法
- 各种抗结核药物在试管内
对结核菌的延缓生长期
- 短程化疗
- 化疗方案

历史回顾

自1882年柯赫发现结核菌以来，通过一个世纪的研究，结核病的治疗才进入了今天行之有效的化疗时代

1

➤疗养时期
约1880—1930年
以休息、营养、
空气、阳光为主要
手段，临床治愈
率25%

2

➤萎陷疗法
1930—1950年，
采用人工气胸、
气胶膈神经压榨
术、胸廓成形术，
治愈率40%

3

➤化疗时期
1944年发现链霉
素对治疗结核有
效，上世纪50年
代异烟肼等抗痨
药物相继问世，
特别是70年代利
福平的发现，结
核病的治疗进入
了高效、安全、
简便、经济化疗
时期

化疗的生物学机理

- 杀菌药和抑菌药：常规剂量药物的血浓度达到试管最小抑菌浓度（MIC）、即最低有效浓度10倍以上时，便发挥杀菌作用
- 结核菌代谢状态对化疗效果的影响

1. 结核病变中存在四种不同代谢状态的结核菌：A、B、C、D

2. 抗结核药物杀菌作用在菌群繁殖旺盛时最强

3. 病变中可能存在少数天然耐药变异结核菌

4. 药物作用于细胞内外的效应

化疗的生物学机理

- 全杀菌药（H、R），不论酸碱度，及细胞内外药物可达MIC10倍以上
- 半杀菌药（Z、S）
 - Z不易进入细胞内，适于细胞外碱性环境中发挥对结核菌的作用结核病灶偏碱性，且结核菌主要在细胞外繁殖，故Z早期效果好
 - S适于酸性环境，细胞内浓度可达MIC10倍以上，起杀菌作用

化疗原则

早期

- 肺结核病早期，肺泡内有炎性细胞浸润和渗出肺泡壁充血，病灶内血液供应好，有利于药物的渗透、分布，同时巨噬细胞活跃，可吞噬大量结核杆菌，利于促进组织的修复和有效地杀灭结核菌，所以应尽可能早期发现和及时治疗肺结核病人

化疗原则

联合

- 利用多种抗结核药物的交叉杀菌作用，提高杀菌灭菌能力，防止产生耐药性

适量

- 过量使用抗结核药物，会增加毒副反应的发生频率，用量不足又易诱发耐药性的产生，因此在治疗过程中，必须根据病人的年龄、体重、参照抗结核药物的剂量表，给予适当的治疗药量

化疗原则

规律

- 按照化疗方案，规律投药可保持相对稳定的血浓度，以达到杀灭细菌的作用
- 不规律用药，时服时断，导致血浓度高低不一，在低浓度下达不到杀菌和抑菌的作用，反而会诱发细菌的耐药性，为此必须教育病人按时规律地服药

全程

- 病人应用抗结核药物后，许多症状可在短期内消失，2个月左右大部分敏感菌已被杀灭，但此时部分非敏感菌及细胞内的杆菌可能依然存活，只有坚持用药才能最终杀灭敏感菌和细胞内杆菌，达到减少复发的目的，所以必须教育病人坚持完成全程治疗

治疗方法



1

两阶段治疗法，强化治疗阶段是结核菌繁殖代谢旺盛阶段，继续治疗阶段必须有足够的时间杀灭代谢低下或半静止状态下的结核菌，防止复发

2

顿服，药物的杀菌作用不在于经常维持一定水平的药物浓度，而在于短时间较高的高峰血浓度，称为“顶峰浓度”，顶峰浓度越高，杀菌效果越好

3

间歇疗法：结核菌接触不同抗结核药物后其生长受到一定程度抑制，在一定时间内暂停生长繁殖，称为“延缓生长期”各种抗结核药浓度及接触时间不同，其延缓生长作用各异

各种抗结核药物在试管内 对结核菌的延缓生长期

药物	接触时间 (H)	延缓生长天数
SM	9	8—10
RFP	6	2—3
INH	24	5—10
1314TH	24	5—10
CS	24	5—10
EMB	24	5—10
PZA	24	1—7
TB	24	不延缓

短程化疗

- 对繁殖旺盛的A群菌有强大杀菌作用
- 对繁殖代谢缓慢低下的半休眠菌（B、C）有强大灭菌作用
- 达到痰菌迅速转阴、无复发或复发率很低的目的

化疗方案

初治菌阳（强化治疗阶段/继续治疗阶段）

I. $2H_3R_3Z_3S_3 (E_3) / 4H_3R_3$ 首选免费治疗

II. $2HRZS (E) / 4H_3R_3$

III. $2HRZS (E) / 4HR$

IV. $2HRZS (E) / 4HRE$

V. $2HRZ / 4HR$

治疗中如痰菌持续不阴转，可适当延长疗程

血行播散性结核病需疗程增至12个月为宜

化疗方案

复治菌阳（强化治疗阶段/继续治疗阶段）

- I. $2H_3R_3Z_3S_3(E_3) / 6H_3R_3E_3$
- II. $3H_3R_3Z_3E_3S_3 / 5H_3R_3E_3$
- III. $2HRZES / 6HRE$
- IV. $2HRZES / 6H_3R_3E_3$
- V. $3HRZEO / 5H_3L_3O_3$

化疗方案

初治菌阴（强化治疗阶段/继续治疗阶段）

I. $2H_3R_3Z_3E_3/4H_3R_3$

II. $2HRZ/4HR$

III. $2HRZ/4H_3R_3$

IV. $2H_3R_3Z_3/4H_3R_3$

对于年老体衰，儿童，有并发症的病人可以选择其他备选方案，否则选择各种病人治疗方案中的第一条

化疗方案

肺外结核（强化治疗阶段/继续治疗阶段）

I. 2HRZS (E) /10HRE

II. 3HRZS (E) /9HRE

患结核性脑膜炎时其疗程可延长至18个月至少12个月

化疗方案

耐药、耐多药结核病

- I. 耐异烟**肼**者：2REZ/7RE
- II. 耐异烟**肼**（H）链霉素（S）者：2HRZES/1HRZE/6RE
- III. 耐异烟**肼**（H）乙胺丁醇（E）/或耐链霉素（S）者：
：3RTH（O）ZS（KM/AK/CPM）/6RTH（O）

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/668057024007006130>