

老年人之周全性評估

張家銘 蔡智能

國立成功大學醫學院附設醫院 內科部 老年科

前言

老年醫學的目標在於增進老年人的生活品質，而維持老年人的獨立性有助於改善其生活品質，而良好的功能狀態是維持老人獨立性的基礎。所謂的「功能」指的是老年人在身體、心智與社會方面所表現出來的日常生活活動獨立執行能力 (older person's ability to function independently in the physical, mental and social activities of daily life)[1]。

在沒有疾病影響的情況下，雖然身體功能會隨著年齡增加而退化，但是自然老化卻不至於影響個人獨立執行日常生活活動的能力。因此有許多我們認為可能是老化的症狀，實際上卻是疾病的表現，甚至可能是疾病早期的唯一表現。而老年人常常不會主動陳述症狀或其症狀較不典型，若再加上失智或照顧者的不注意等，其症狀就常會被忽略而延遲治療。另外，當醫師看病時，常只專注於病人較明顯或較嚴重的異常表現，而輕忽了較輕微的部份，也更容易錯失潛在可以改正的問題。此外，一個症狀，在老年人可能並非由單一因素，而是由多個原因所造成的，再加上老年人的疾病常合併有許多其他方面(如心智與社會方面)的問題[2]。因此，我們在面對這群老年病患時，處理上亦更需謹慎小心，而且須要有一套全面而詳盡的評估才能找出老人潛在的所有問題。這種評估方式必須超越傳統上醫

學僅針對疾病方面的評估，而需包括心智、情感、功能、社會、經濟、環境、以及心靈方面的評估，另外也需與病患討論未來病況惡化時所想要接受的治療方式。這套全面而詳盡的評估方式，即是周全性的老年醫學評估。

周全性老年醫學評估的目標及適合條件

周全性的老年醫學評估 (comprehensive geriatric assessment, 簡稱 CGA) 是整合多種專業的診斷及處置，其目的在於改善衰弱老人 (frail elderly) 的身體、心理、社會及其活動功能的問題 [3,4]。要特別強調的是，CGA 雖名為「評估」，其實也包含了評估後的處置 [2,3]。經由 CGA 之後，希望能使老人照護品質達到下列目標：(1) 增進診斷的精確性；(2) 選擇適當的處置以恢復或維持健康；(3) 建議適當的照護環境；(4) 預測其預後；(5) 追蹤其變化 [5]。

適合 CGA 的老年人包括 80 歲以上、已有功能不全 (尤其是最近惡化者)、已有老年病症候群、有生理的疾病 (如多重慢性疾病)、同時服用多種藥物、有精神層面的問題、有支持系統的問題、多次住院，或之前有使用過健康照護系統的老年人。而不適合接受 CGA 者，或是較無法從中受益者，包括嚴重疾病者，如疾病末期病患、重症加護病患、嚴重失智者、活動功能為完全依

Title: Comprehensive Geriatric Assessment

Authors: Chia-Ming Chang, Chih-Neng Tsai; Division of Geriatrics and Gerontology, Department of Internal Medicine, National Cheng Kung University Hospital

Key Words: geriatric assessment, the aged

賴者，或需長期住在護理之家者，另外健康的老年人也不需接受 CGA [2]。在這些較年輕、健康或較少慢性疾病的老年人，醫療的重點是放在預防老年醫學，亦即生活型態的改變、飲食的調整、疫苗注射，以及疾病(包括潛在的老年病症候群)的篩檢[2]。

團隊合作的老年醫學評估

由於老年人的疾病常合併許多其他方面的問題，因此老年醫學照護的一個特點是需以團隊合作做為照顧老年病患的主要方式。評估團隊的成員除老年科醫師外，尚包含護理師、社會工作人員、職能治療師、物理治療師，及其他週邊相關支持人員，如營養師、臨床藥師、語言治療師、精神科醫師、臨床心理師、志工及宗教人員等。此團隊主要的功能在於收集相關的資訊以增加診斷的精確性，各司其職並相互溝通，藉著定期舉行的病患討論會，來共同擬定病患的治療計畫、決定治療目標並預測其預後，再將此計畫付諸實行並追蹤其效果，視其成效而做出適當的修正等[2-4]。當然病患及其照顧者亦為其中的成員，因其亦須熟悉健康照顧的知識及技術，才能維持並促進治療的效果，也才能在病方與醫方有共識的前提下，使病患獲得妥善的照護。

老年醫學評估工具的使用考量

針對老年人相關問題所設計問卷及量表非常多。而我們在選擇評估工具方面需考慮到其信度與效度、病人的接受度、所需花費的人力與時間(表一)、其可評估的病人標的群等[3]。此外，病患所在之地域、場所及病患本身病況的差異亦需考慮。而評估中應考量的因素，包括訊息的來源(如病人自己的陳述可能與照顧者的陳述有所不同)、病人能力及負擔，而開放性的問題亦較能獲得更多有用的資訊。另外，測驗的信度與效度亦會隨著檢查時間的長短而有所改變[4]。

舉例來說，在醫院住院的老年病患，一開始主要是針對造成此次住院的急性醫療問題的處置及住院前功能的評估。隨著老年病患的病況

逐漸恢復，其他部分(如社會支持、生活環境)也應完成評估[2]。雖然住院的老年病患擁有充裕的時間可接受評估，但在急性病房，因為老年人的疾病及功能狀況瞬息萬變，再加上老年住院病患因衰弱、意識不清及溝通障礙等問題，導致 CGA 在急性病房有其限制。例如，老年病患的功能狀態可能在剛住院時，因急性疾病的影響而在功能評估方面皆被評為「完全依賴」，但在出院之前即已逐漸恢復。同樣地，病患接受復健所能獲得最大的潛在效益亦常是在接近出院之時才更可能被確定[2]。而在護理之家，CGA 需要特別針對某些方面(如跌倒危險性、營養狀態)做密切的評估；而其他方面，如工具性日常生活活動功能則較不重要。相反地，住在家中的老年人則有不一樣的評估型式，例如其居家環境(包括社交方面)可以很容易地直接評估[2]。

某些量表，如日常生活活動功能評估量表、簡短心智狀態測驗、老年人精神抑鬱量表等，是 CGA 的基本必備量表。但若是在醫護人力及時間有限的情形下，為求有效率地發現老年病患的問題，醫師可於問診時，先將 CGA 的幾個大方向(身體、心理、社會、功能)或問題(如老年病症候群的出現與否)，以問題導向(problem oriented)的方式，融入傳統病史詢問及理學檢查之中，以篩選出這些病患的主要問題，接著再深入(in-depth)詳細評估來逐一加以解決。有許多學者專家已發展出簡單實用的全方位篩檢問卷[6-8]。

由於部分問卷內容對老年病患而言略顯繁複，必要時可由不同專業人員於病患急性問題較穩定之後，在病患家屬的協助之下，以短時間、分次詢問的方式來完成 CGA[4]。若是在門診，則可將過去病史、日常生活活動功能及老年病症候群的有無等做成問卷，請病患或家屬在看診前先完成，在看診時再確定，可節省時間[2]。

老年醫學評估的優點

老年人全方位的評估對實際治療病人及其預後的助益早有許多研究予以證明。如 Rubenstein 等人經由隨機分配之臨床研究證實此

表一：常用的評估工具及施測所需時間[2,3]

問題	評估工具	平均施測所需時間(分)
視力障礙	Snellen 視力量表	2
聽力障礙	輕聲說話	1
日常生活活動功能	Katz 日常生活活動功能量表	2-4
	Lawton 工具性日常生活活動功能量表	3-5
行動/平衡	起身-行走測試	1
	Tinetti 平衡及步態評估表	5-15
認知障礙	簡短智能測驗	5-15
	畫時鐘測驗	2
憂鬱症	老年憂鬱量表(15 題簡式)	3-6
營養不良	身高/體重	2
尿失禁	詢問關於尿失禁問題	1

種介入性的評估可以最少的成本來提供給老年族群相當的益處，而 Stuck 等人也經由資料的分析認為，藉由評估與有效的長期照護，可以增進存活率與身體的功能，特別是在住院或是在其他機構(如護理之家)的老人更可以看到成效。整體而言，經由對照式之臨床試驗結果顯示，完整的 CGA 可以改善存活率、降低醫療費用、減少急性醫院使用、以及減少轉至護理之家的機會 [9]。其他好處還包括增加居家保健及社會服務的使用、減少藥物的使用、增進機構居住的適當性。此外也可以改善情緒及認知狀況，增進診斷的精確性，以及改善功能狀態 [3,9]。

老年醫學評估的內容

由於大部份臨床醫師多在醫院或診所內執業，因此本文所提是以醫療場所內必備的評估工具為主。必要時，其他場所的相關評估也將提及，限於篇幅，無法詳述，詳情請自行查詢所列之參考文獻。以下，將簡單介紹臨床上較為方便可行的評估檢查：

一般醫學評估

除了標準病史詢問(包括詳細的過去病史及疫苗注射史)及理學檢查外，臨床應有系統地評估常發生於老人且易影響其功能的病症，包括視力及聽力狀況、四肢功能、行動障礙、以及其他

老年病症候群，如跌倒、營養不良及尿失禁等。而用藥問題亦需評估，最好是將其現正在服用的藥物全部帶來加以檢視，且每次回診時均需重新評估所有用藥的必要性。

日常生活活動功能評估

日常生活功能的評估可分為三層次：基本日常生活活動功能(activity of daily living, 簡稱 ADL)、工具性日常生活活動功能(instrumental activity of daily living, 簡稱 IADL)與進階性日常生活活動功能(advanced activity of daily living, 簡稱 AADL)。ADLs 代表個人為維持基本生活所需的自我照顧能力，如吃飯、排泄失禁、上廁所、移位、穿衣、沐浴等。對於 ADL 完全不需依賴別人的老人，我們可進一步詢問較複雜功能的執行能力，即是所謂的 IADLs。IADLs 代表個人為獨立生活於家中所需具備的能力，如購物、準備食物、使用交通工具(旅行)、打電話、服藥、處理財務、洗衣、做家事等。而 AADLs 代表的是個人完成社會、社區和家庭角色及參與娛樂、運動、休閒，或職業事務的能力。AADLs 項目多因人而異，可詢問老人一天的時間安排便可略知大概 [2]。

在評估篩檢時應注意詢問的方法，如開車方面，我們應詢問「你今天開車來這裡嗎？」或「你最後一次開車是什麼時候？」而不是問「你開車嗎？」。而觀察病人進入訪談室、坐下、站

表二：巴氏日常生活功能量表

項目	分數	敘述
進食	10	可自行進食或自行取用穿脫進食輔具，不需別人協助。
	5	需協助取用穿脫進食輔具。
	0	無法自行進食或餵食時間過長。
移位	15	可自行坐起，由床移位至椅子或輪椅不需協助，包括輪椅煞車及移開腳踏板，且無安全上之顧慮。
	10	在上述移位過程中需些微協助或提醒，或有安全上顧慮
	5	可自行坐起，但需別人協助才能移位至椅子。
個人衛生	0	需別人協助才能坐起，或需兩人幫忙方可移位。
	5	可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮。
	0	需別人協助。
如廁	10	可自行上下馬桶不會弄髒衣褲並能穿好衣服使用便盆者，可自行清理便盆。
	5	需幫助保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙；使用便盆者可自行取放便盆但需仰賴他人清理。
	0	需別人協助。
洗澡	5	可自行完成(盆浴或淋浴)。
	0	需別人協助。
平地上走動	15	使用或不使用輔具皆可自行行走 50 公尺以上。
	10	需稍微扶持才能行走 50 公尺以上。
	5	雖無法行走但可獨立操縱輪椅(包括轉彎、進門、及接近桌子、床沿)，並可推行輪椅 50 公尺以上。
	0	無法行走或推行輪椅 50 公尺以上。
上下樓梯	10	可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)。
	5	需稍微扶持或口頭指導。
	0	無法上下樓梯。
穿脫衣褲鞋襪	10	可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具。
	5	在別人幫忙下可自行完成一半以上動作。
	0	需別人完全協助。
大便控制	10	不會失禁，必要時會自行使用栓劑。
	5	偶而會失禁(每週不超過一次)，用栓劑需別人協助。
	0	需別人協助處理大便事宜。
小便控制	10	日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿布或尿套。
	5	偶而會失禁(每週不超過一次)，使用尿布或尿套需別人協助。
	0	需別人協助處理小便事宜。

立、穿脫衣服、移位等動作也可以得到更多的訊息[8]。

ADLs 和 IADLs 的評估工具有許多種。Katz Index 及巴氏日常生活功能量表(Barthel Index, 表二)均是常被使用的 ADL 評估工具。Katz Index 將前述的六項 ADL 項目訂定了三等級的評分：

獨立、半獨立(需部份協助)以及完全依賴，不需要特製表格以供填寫，較為簡便。巴氏日常生活功能表現為台灣申請外籍看護工所需填寫的表格。就 ADL 而言，一般最早喪失的功能為沐浴，而自行進食能力往往是最後才喪失[4,5]。IADL 評估工具彼此也是大同小異，較常用的為

Lawton IADL 量表及 Fillenbaum 的五題問卷,就老人執行 IADL 項目而言,其難易度依序為整理家務、旅行、購物、處理財務、以及準備食物[1]。

當老人的 ADLs 及 IADLs 出現問題時,我們應當詢問其可能發生的時間、進展的速度,並進一步詢問其居家環境及其社交狀況,以瞭解活動功能的降低對其影響,找出可能潛藏的問題而加以適切的處理[8]。

臨床醫師使用這些工具以評估老年人日常生活可能發生的問題時,可同時決定其需要何種程度的協助,如護理照護、個人生活照顧、持續的監督、餐飲的準備或是家務的協助。例如,若一老人在 ADL 的沐浴項目為部份依賴時,則其居家訪視只需一週一次即可。若在多方面均無法獨立執行時,則其將不能獨居,可能需要雇請看護工或送至護理之家照護[1]。

除了前述方法可用以評估老年人的功能狀況外,尚有其他不同評估工具可用於其他場所。例如:可用於門診評估老人整體健康及功能的 Short Form 36、用於護理之家住民定期評估的最小資料庫(Minimum Data Set),以及常用於復健單位追蹤病患功能進展的功能獨立量表(Functional Independence Measure)。

步態與平衡性評估

在美國,有五分之二的老年人有步態或行動方面的問題。而 75 歲以上的老年人,有 30% 有爬樓梯方面的困難,40% 沒有辦法走到半哩路,有 7% 需要協助才能行走,每年有 30% 非住在安養機構的老年人可能發生跌倒。所以,若老人「在過去一年內,曾跌倒在地,或是跌倒撞到其他物品(如椅子或牆壁)」時,就必須評估其步態及平衡性。其實,一位精明的醫師由觀察老人走入診間到坐下的過程即可預知大概。

在門診,最常用於評估步態的方法是「起身、行走」測試法(get-up and go test)[8]。實際的做法是讓受檢者坐於直背的椅子上,要求受檢者儘量不藉用扶手而站立,希望受檢者在站立後能迅速保持靜止,然後往前行走 5 公尺,轉身走向椅子,再轉身坐回原先的椅子上。觀察的重點在於坐姿時的平衡度、由椅子上站起來的移動狀

況、走路時的步伐及穩定度、及是否能穩定的轉圈。步態的穩定與否是預測受檢者是否會發生再次跌倒的良好指標;而上述的測驗中,若其中有一部份不正常即有問題[8]。完成時間也可用來評量,稱為 timed “up and go” test。測試方法同前,請受檢者坐穩後開始,儘快走完三公呎後再坐下;若花費的時間大於二十秒,需進一步評估。若以十五秒內為正常,其敏感度為 88%,特異性為 94%[2]。若受檢者能在十秒內完成此測試,則可預測其一年內的 ADL 將能維持穩定[7]。

除了上述步態評估可觀察一部份的平衡性外,站立時的平衡性可用改良式的 Romberg 方法來檢測[8]。此方法為先將兩腳打開站立與肩同寬,若受檢者可保持平衡,可將兩腳併攏,甚至將一腳往後移動一半的距離(semi-tandem stand),最後將一腳之腳跟與另一腳的腳尖接攏(tandem stand),每一步驟分別評估睜眼與閉眼的平衡性。隨著腳步的移動,受檢者保持平衡的難度愈形提高。此項檢查可幫助我們找出其可能的原因,如關節炎、週邊神經病變、足部問題、血管硬化、中風、肢體無力及疼痛等。

另一項可測試平衡的方法為 Functional Reach Test: 將一側肩膀靠牆壁站直,在保持穩定的狀況下,儘量將拳頭往前伸,若往前超過 15 公分而仍能保持平衡,則顯示其平衡性頗佳,其發生跌倒的危險性也較低[2,8]。

除了上述評估步態與平衡的方法外,另外有一種正式的評估量表: Tinetti 平衡與步態量表[1,3]。此評量表可偵測出行動障礙外,亦可定量其嚴重度,辨識出步態或平衡項目中最受影響的部份而可進一步擬定治療計劃,並可據此評量結果做為以後功能惡化或治療進步的參考。

上肢功能評估

手部正常功能是維持一個人獨立生活的重要部份,老年人若其手部功能異常,則其依賴社會健康資源或居住在安養機構的比例會增加。臨床上較簡單的手部檢查方法是將二根手指置於受檢者掌中,要求其緊握來測試受檢者握力的強度。至於兩手指夾東西的力道,我們可要求受檢者以拇指與食指夾住一張紙,而我們再施力將紙

抽出以檢測其力量。至於肩部功能，我們可要求受檢者將兩手交叉置於頸後或相扣置於下背部，若能順利完成，則表示肩部關節的活動範圍尚屬正常，若有疼痛、無力等症狀，則需要更進一步加以評估[8]。

感官功能評估

感官功能評估主要是在視力與聽力，在視力的評估方面，一般視力檢測我們可以 Snellen 視力量表來進行。而更簡便的方法，我們可要求受檢者閱讀報紙的標題與內文。另外若受檢者有抱怨任何有關眼部的不適時，我們應該轉介給眼科醫師做進一步的檢查。

至於老年人的聽力，常從較高頻的部份出現問題，而且老年人能感受的音量閾值會上升。當我們檢查老年人聽力之前，我們應排除是否有耳垢阻塞或有中耳炎等情況。而簡易的測驗方式則是在受檢者後方約 15 公分，輕聲說出幾個字，若受檢者不能重覆說出一半以上的字時，則表示受檢者可能有聽力方面的問題。當老年人的聽力篩檢出現問題時，我們可以轉介給耳鼻喉科醫師做更進一步的聽力檢查，並評估使用助聽器的需要[2,8]。

認知功能評估

認知功能障礙包括急性譫妄及失智症，在 DSM-IV 各有其診斷標準。由於失智症的進展緩慢，因此早期或輕微的失智症常被忽略而錯失治療。研究發現，有 37% 至 80% 沒被醫師診斷出的失智症老人，後來用簡短的智能篩檢測驗即被檢查出來[10]。而另一研究檢查所有從內科及外科病房出院病患，發現只有 27% 的心智障礙病患在出院前被診斷出[10]。而在門診單位也有類似的結論，即若沒有使用篩選工具時，失智症常不易被查覺。

對於譫妄的出現可用 Inouye 等人所發表之 Confusion Assessment Method 來評估。若病患符合下列四項中的前二項及後二項之任一項即可視為譫妄：(1)急性發作且病程波動；(2)注意力不集中；(3)無組織的思考；(4)意識狀態改變[7]。

對於失智症的評估，測試認知功能的項目包

括對人、時、地的定向能力、注意力、記憶能力、計算及書寫能力、語言能力(流暢度、理解力、複誦力)、以及建構能力是否正常[10]。依此原則所發展出的檢測工具很多，而最常被使用的檢測工具是 Folstein 簡易智能狀態測驗(Mini-Mental Status Examination, 簡稱 MMSE)(表三)，其總分為 30 分。測試分數的正常值會受教育程度的影響：若受檢者的教育程度為國中以上，其分數低於 24 分時，則可能表示受檢者有認知功能異常；小學程度為 21 分，未受教育者為 16 分。

在測試受檢者之前，需先對受檢者解釋此測試的目的及內容，以避免受檢者焦慮、害怕或自覺受到侮辱(因為有些問題對正常人而言很簡單)。受檢者若有視力或聽力障礙時，亦可能干擾到測驗的結果。而某些問題必要時，則可稍做修改，例如受檢者若不會 100 減 7 的系列減法時，可改為 20 減 3，或是改以金錢為單位的系列減法，如「假如你有一百元，買了七元的東西，你還剩多少錢？」[10]。若開始前二次都錯時，則可改為倒唸五個字的成語的方式來測試。

另一種較簡便的評估方法是由 Pfeiffer 所發展出的 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)。此問卷由十個問題組成，內包括定向力、個人史、最近記憶及計算力，若答錯兩題以上即視為異常。SPMSQ 較 MMSE 簡短、易記、易使用、且不需任何輔助器具。其敏感度約在 50% 至 82% 之間，特異性約在 90%，有些專家建議若再加上書寫能力的評估(如簽名、寫句子、或是畫時鐘)可提高其檢測力。同樣地，若 SPMSQ 檢測出認知問題時需再做進一步的評估[10]。

而「畫時鐘」也是一個有效評估認知功能的方法，特別是視覺空間及建構性方面的評估。我們可要求受檢者在紙上畫一圓型時鐘並填上阿拉伯數字 1-12，並指定一時間點(如 11 點 20 分)請受檢者畫上時針與分針。畫時鐘測試的評分方法有許多種[7,8]。

畫時鐘測試法若加上三個名詞複述及記憶的測試即成為「迷你認知評估」(Mini-Cog assessment)，於美國老年醫學會所出版之手冊 Geriatrics At Your Fingertips 所建議使用，若受

檢者於「三名詞複述及記憶」有問題且畫時鐘有錯誤時，即可懷疑有失智症。

最適宜篩檢失智症及判斷病患的認知狀況的人應該是其主負責照護的醫師，而非被照會的精神科或神經科醫師，因為後者與病患並無持續的醫病關係，因此較無法瞭解其病況的變化。此外，定期評估病患的心智功能也有助於釐清病患的心智狀況[10]。當經由初步的篩檢發現可能有認知功能的障礙時，我們應更進一步了解其發生時間的長短、病程進展的狀況、對工作及生活的影響等，並需做更進一步的檢查(如 CASI: Cognitive Assessment Screening Instrument，以及完整的神經心智功能評估)來加以確認。對於失智症的嚴重程度，可用臨床失智症分期量表(Clinical Dementia Rating)來評估。在評估病患失智症的原因時，除了一般生化及神經影像檢查外，另外可用 Hachinski Ischemic Score 來評估血管性失智的可能性[10]。

憂鬱症評估

憂鬱症可說是老年人最常見的精神疾病之一。在社區居住的老年人其盛行率為 10% 到 20%，而對於住院或住在安養機構的老年人，重度憂鬱症的比例可高達 12%，因為老年人常較低度使用精神科的服務，所以身為第一線照顧的醫師，我們對於有疾病、認知功能異常、轉化症等病人可能潛藏的憂鬱症，應更具警覺心。

在篩檢憂鬱症方面，可以詢問「你覺得難過或沮喪嗎？」做為開端[6]，如果受檢者的回答是肯定的，則需要做進一步檢查。目前我們常以 Yesavage 發表之「老年人精神抑鬱量表」(Geriatric Depression Scale，簡稱 GDS)(表四)來做為評估的工具[10]。若以大於或等於十一分定為可能罹患憂鬱症的標準時，GDS 在診斷憂鬱症的敏感度為 84%，特異性為 95%。由於原版 30 題的 GDS 過於冗長，後來便有 15 題的簡式 GDS 出現[10]，若分數大於或等於 7 分以上即認為可能有憂鬱症。以 DSM- 為診斷標準時，簡式 GDS 評估憂鬱症的敏感度為 72%，特異性為 57%。由於 15 題仍覺太多，因此又有五題的 GDS 出現(表四，題號後打星號者)，其信度與效度與

15 題 GDS 相當。

除了 Yesavage 的 GDS 外，也有人使用 Zung 自評憂鬱量表(Zung Self-Rating Depression Scale)，此量表由十個正向問題與十個負向問題所組成，並依自覺嚴重程度給予一至四分。若以總分大於六十分視為憂鬱症時，其敏感度為 77%，特異性為 82%，而正預測值為 65%，負預測值為 89%[10]。其他評估憂鬱症的量表還有 Beck Depression Inventory for Primary Care(簡稱 BDI-PC)以及 Center for Epidemiological Studies Depression Scale(簡稱 CES-D)。

營養評估

營養不良(protein-energy malnutrition)是老年人常見的問題，在美國，有 15% 的老年人有營養不良，至於住院或是住在安養機構的老年人，甚至高達 50% 有營養不良。而營養不良會增加死亡率、延長住院時間、容易再次入院、容易引起褥瘡等。至於造成營養不良的原因包括疾病、貧窮、社交孤立、憂鬱症、失智症、疼痛、牙齒問題、味覺改變及多重藥物影響等。

評估營養不良並無單獨的實驗室檢查可做為診斷的依據，需靠臨床表現(如體重減輕)及生化檢查(如低白蛋白、低膽固醇、貧血及淋巴球數目降低)的共同結果來判斷。對老年人來說，最有用的項目是體重減輕的程度或病人出現食慾不振的情形。當體重在一個月內減輕 5% 或在六個月內減輕 10%，則為有意義的體重喪失[8]。合併體重、食慾及衣著鬆緊等系列性的結果是評估老年人營養狀況實用而有效的方法[8]。另外可測身體質量指數[body mass index，簡稱 BMI，即體重(公斤)除以身高(公尺)平方]也是營養不良的指標，國外是以 BMI 低於 22 時即認定為營養不良，至於國內老年人 BMI 的標準仍未確定。

尿失禁的評估

對住在社區的老年人，約有 15% 到 30% 有尿失禁的問題，而住在安養機構的老年人，約 50% 有此問題。在有失禁問題的老年人中，約 25% 到 35% 是每天或每週發生類似的問題。就

表四：老年人精神抑鬱量表(Geriatric Depression Scale)

在以下問題圈出「是」或「否」作為您的答案	(在過去二星期中)	
	1	0
1. *基本上，您對您的生活滿意嗎？	否	是
2. 您是否減少很多活動和嗜好？	是	否
3. 您是否覺得您的生活很空虛？	是	否
4. *您是否常常感到厭煩？	是	否
5. 您是否大部份時間精神都很好？	否	是
6. 您是否會害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？	是	否
7. 您是否大部份的時間都感到快樂的嗎？	否	是
8. *您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？	是	否
9. *您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？	是	否
10. 您是否覺得您比大多數人有較多記憶的問題？	是	否
11. 您是否覺得「現在還能活著」是很好的事嗎？	否	是
12. *您是否感覺您現在活得很沒有價值？	是	否
13. 您是否覺得精力很充沛？	否	是
14. 您是否覺得您現在的處境沒有希望？	是	否
15. 您是否覺得大部份的人都比您幸福？	是	否
	總分 = _____	

男女比例而言，女性失禁的比例約為男性的二倍。老年人常不會、也羞於自己陳述失禁的問題，所以我們應主動加以詢問，如：「在過去一年中，您是否曾經尿液漏出而滲溼褲子？」若答「是」的話則續問：「不自主漏尿的總天數是否多達六天以上？」若兩題均答「是」者，其真正有尿失禁的比例為女性 79%，男性 76% [6]。若真有尿失禁的問題，我們可藉由骨盆肌肉訓練、定時排尿、控制液體進食量、生理回饋、及藥物治療等加以處理 [6]。

社會功能評估

對於社會功能的評估應包括老年人對自己生活的安排與需求、與家人和親友的關係、家人和照顧者對老年人的期望、經濟狀況、ADL 執行能力、社交活動與嗜好、以及平常使用的交通工具等 [4]。

評估老年人需求的主要目的在於希望藉著提供其需求，而儘可能維持其獨立自主生活的能

力。能夠照顧老年人的社會資源愈多，如送餐服務、整理家務、代購物品、代繳稅款和雜費，以及居家醫療照護等，老年人就愈能留在熟悉的家庭環境中，不需住進安養機構，花費更多人力與金錢。我們必須先了解其本身的身體功能及其支持的系統。支持系統包含非正式的(如親屬、朋友及鄰居)、正式的(如居家服務及敬老津貼)以及半正式的(如鄰里守望相助組織、老人大學及廟會活動)資源 [11]。不同身體狀況的老年人有不同的需求，有的可能只需要幫他購物或居家清潔，而有些可能需要餵食或置換管路等。

除了評估老年人的需求外，我們也必須考量照顧者的負擔，特別是在照顧有認知障礙或 ADL 退化的老年人。在評估照顧者的負擔時，最好是在病人不在場時才詢問：「當您在照顧您所關心的人時，您最擔心或在意的的是什麼事？」必要時我們應提供經濟上的支援，或建議使用日間照護、喘息照護等資源，使照顧者獲得休息 [8]。

評估社會功能或照顧者負擔的工具並不常規使用於所有老年人身上。較常被提到的社會功能評估工具包括社會功能不良評量表(Social Dysfunction Rating Scale)及 Duke 大學所發展之社會功能評估問卷,後者只有九題,但需測試者加以評分。對於照顧者負擔的評估,有 Zarit Burden Interview 及 Caregiver Strain Index[11]。

環境評估

如同開藥一樣,醫師必要時也需開立居家環境評估處置的指示。一般是由復健師負責這方面的評估。環境評估主要由二個部份所組成,第一為評估影響老人功能障礙的因素以及居家環境的安全性,第二為評估所需的醫療資源或人力資源的可近性[8]。在居家安全方面,應提供適度而不閃爍的照明光源、浴室設置扶手、防滑墊、移除可能造成老年人跌倒的物件等,以讓老年人能在其住所內安全地活動,維持其最大獨立生活性為最高原則。在資源提供方面,除了居家服務之外,我們可以提供獨居老人救命鈴,當老人身體不適時,按鈴即可馬上與醫院或救護單位聯繫,隨時提供獨居老人必要救護。

心靈層面的評估

心靈層面的評估,常為大家所忽略,然而心靈層面的寄託對老年人而言是非常重要的,特別當是他們住院、遭遇重大事件或疾病時更是如此。心靈層面的寄託可以是宗教或非宗教的信仰,我們可以直接詢問病人是否有宗教上的信仰或其他心靈層面的寄託。若有需要,我們可藉由宗教團體或其它社會團體提供這方面的協助。

結 論

周全性的老年醫學評估是耗時且費力的工作,但所有照顧到老年病患的醫護人員均應熟悉基本的老年醫學評估。評估老年人時,應對於包括日常生活活動功能、身體、認知、精神、社交及居家環境等各方面加以全面而完整的評估。藉由簡便、可行的篩檢方法,獲取詳實的訊息,經由整個團隊的溝通、討論,提出切實可行的介入計畫,持續追蹤處置成效,並根據結果適切地加

以修正。期望經由系統性的評估與治療,能使老年照顧臻於完善。而醫師須有能力整合由其他專業人員所提供的評估訊息,並據此來決定老年病患的治療計畫。在這種團隊合作模式之下,才能提供給老年病患最周全的醫療照護。

誌 謝

感謝呂佩珊護理師協助本文的打字工作,使本文得以順利完成。

推薦讀物

1. Anonymous: Functional assessment. In: Gallo JJ, Reichel W, Anderson LM, eds. Handbook of Geriatric Assessment. 2nd ed. Maryland: Aspen Publishers. 1995:69-103.
2. Reuben DB: Principles of geriatric assessment. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, eds, Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1999:467-81.
3. Anonymous: Comprehensive geriatric assessment. In: Abrams WB, Beers MH, Berkow R, eds. The Merck Manual of Geriatrics. 2nd ed. New Jersey: MERCK, 1995:224-35.
4. Anonymous: Evaluating the geriatric patient. In: Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, eds. Essentials of Clinical Geriatrics. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1999:43-73.
5. Palmer RM: Geriatric assessment. In: Robbins JM, ed. Primary Podiatric Medicine. WB Saunders. 1994:365-85.
6. Moore AA, Siu AL: Screening for common problems in ambulatory elderly: Clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med 1996;100:438.
7. Sherman FT: Functional assessment: easy-to-use screening tools speed initial office work-up. Geriatrics 2001;56:36-40.
8. Fleming KC, Jonathan JM, Weber DC, et al:

- Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. *Mayo Clin Proc* 1995;70:890-910.
9. Anonymous: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: geriatric assessment methods for clinical decision-making. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:342-7.
 10. Anonymous: Mental status assessment. In: Gallo JJ, Reichel W, Anderson LM, eds. *Handbook of Geriatric Assessment*, 2nd ed. Maryland, Aspen Publishers, 1995:11-68.
 11. Anonymous: Social assessment. In: Gallo JJ, Reichel W, Anderson LM, eds. *Handbook of Geriatric Assessment*, 2nd ed. Maryland, Aspen Publishers, 1995:105-26.