

老年病患的評估技巧及照護模式－導論

陳永銘

國立臺灣大學醫學院附設醫院 老年醫學部

現代臨床醫學之父奧斯勒醫師在 100 多年前寫到「好的醫師治療疾病，傑出的醫師處理病人的疾病」，這句話套用在我們目前所面臨的高齡化環境，依舊非常適用，因為老人的問題，不只疾病診斷治療，更需全人照護關懷。二十幾年前我初任主治醫師時，負責的病房只有不到 1/3 病人超過 65 歲；今日，同樣的病房經常有一半以上是老年病患，如果多收治急診待床病人，比例還會更高。這個現象並非特例，全台灣大部分的醫療院所都有類似的情形，推測其背後原因，不外乎健保制度實施、醫藥技術進步，以及嬰兒潮老化和年輕世代少子化。事實上，台灣自 2018 年 3 月已正式邁入「高齡社會」，預估再 7 至 8 年就會晉升為「超高齡社會」(>20% 老年人口)，速度較日本、美國快，而與韓國及新加坡相當。由此可見，未來我們在醫院所面臨的病人群將是「沒有最老，只有更老」的局面。

老年醫學著重以老人為主體，尊重其個別化照顧目標，再藉由跨領域周全性評估，提供連續性照護。老年人因器官系統衰退、多共病和多重用藥等背景，一旦罹患急症住院，無論療程、併發症、死亡率、或醫療資源耗用均較年輕病人高。從實務觀點而言，醫師除了處理病人的疾病，還必須兼顧復健、營養、社交、心理、預立醫囑、緩和醫療等議題，再加上老年病患在住院期間易出現各種老年病症候群，例如譫妄、憂鬱、跌倒、臥床、營養失調、壓瘡，如此複雜的情況，最適合透過周全性老年評估，系統性評量病人的功能變化，以彌補傳統診療方法的不足，此過程雖然耗時費力，但只要能夠導引出有效的介入措施，經由跨領域團隊的協助，就有機會改善病人住院中的功能退步，為出院準備打下基礎。

衰弱高齡病患從急性病房出院，銜接到急性後期照顧或復健，再聯結至必要的長照系統，是一項複雜的照顧轉移過程，欲達到無縫接軌的照護，至少須考慮下列幾點：(1) 衛教病人和主要照顧者；(2) 連繫接收端醫師或醫療人員；(3) 回顧及重整入出院用藥；(4) 安排後續照顧模式（急性後期病房，短期機構照顧，返家、居家復建，安寧緩和等）；(5) 追蹤出院後狀況（電訪、家訪、或門診回診）。本次專題報導是台大醫院老年醫學團隊繼 2014 年「憂鬱、譫妄、失智、跌倒、肌少、衰弱」專輯後，再一次出擊，期望藉由 3 個不同個案的穿針引線，有助於內科醫師認識周全性老年評估的技巧，進而熟悉出院後銜接急性後期和長期照護的實務操作。