

老年肌少症护理评估的应用研究进展

冯赛玲² 黄艳清¹ 王栋¹ 刘安康¹ 何丽明

1. 广东省深圳市大鹏新区南澳人民医院广东深圳 518120

2. 广东省深圳市宝兴医兴医院 广东深圳 518120

摘要: 肌少症作为临床常见骨骼肌病症, 呈现出全身性和进行性发展的特点, 可引起肌肉含量快速下降, 并导致躯体功能衰退。肌少症的发生, 和衰老、激素缺乏、慢性炎症、线粒体功能障碍、营养不足、活动锻炼不足等因素所引起的运动神经元、卫星细胞数量减少、肌肉损失有着密切联系。目前临床对于老年肌少症的护理评估方法较多, 基于此本文综述临床应用在肌少症的护理评估方法, 旨在为此类患者护理评估工作开展提供依据。

关键词: 肌少症; 老年; 护理评估; 研究进展

肌少症, 是一种伴随年龄增大, 从而导致骨骼肌含量逐步减少以及力量进行性减弱的一种肌肉疾病^[1]。当前临床研究也指出肌少症属于一种与年龄有密切联系的老年性病症。一旦患上肌少症, 将会大幅提高跌倒、功能衰退、虚弱、认知障碍甚至死亡等风险, 造成生活质量急剧下降, 使患者承受巨大的身心痛苦, 增加医疗保健, 带来沉重家庭经济负担^[2]。研究发现, 在对肌少症的筛查中, 早期准确识别患者肌肉功能障碍, 是及时肌少症患病风险的重中之重。因此, 有效运用临床肌少症患者的护理评估指标至关重要。目前常应用于肌少症的护理评估方法较多, 但准确度有所差异, 医务人员选择时面临一定困难。本文将对老年肌少症护理评估方法进行综述。

1. 老年肌少症的诊断依据

在临床对于肌少症的评判中, 主要是综合肌力、肌量以及肌肉功能进行诊断。其中在对肌量进行评估时, 全身双能 X 线吸收测定法 (DXA) 是开展频率较高的手段之一。DXA 以四肢肌量作为依据, 在临床肌少症研究中用作近视网肌量最广泛的一种诊断方法之一。同时在临床评估肌量时还有许多方法, 例如中央或外周定量计算机断层扫描, 能够对肌肉横截面积以及肌肉密度进行观察分析; 磁共振成像, 能够对肌肉横截面积和体积进行观察分析; 生物电阻抗分析, 能够对骨骼肌量进行评估分析。在肌量评估时, 其检测结果通常是由相对骨骼肌质量指数 (RSMI) 这一指标来呈现, RSMI 也就是四肢骨骼肌肌量 / 身高 (m^2)。除此之外, 临床还经常通过握力测试来对肌力进行评估, 同时通过步数测试来评估肌肉功能。目前, 亚洲肌少症工作组 (AWGS)^[1] 在相关指南中提出了对于肌少症的诊断标准, 其中男性群体 RSMI 低于 $7.0kg/m^2$, 女性群体 RSMI 低于 $5.4kg/m^2$; 握力阈值男性低于 26 公斤, 女性低于 18 公斤; 步数测试低于每秒 0.8 米, 即可以明确诊断为肌少症。

2. 老年肌少症的护理评估

2.1 简易五项评分问卷 (SARC-F)

SARC-F 最早由 Malmstrom 等^[2] 人在二〇一三年编制, 是临床评估肌少症的一种简易筛查手段。该问卷一共涵盖了 5 个维度, 主要对肌肉强度、站立坐下能力、摔倒或跌倒史、步行能力、爬楼能力进行评估。每个维度分值最高 2 分, 问卷总分 10 分。在进行肌肉强度、步行能力、爬楼

能力、站立坐下能力评估时, 若患者无法完成或者自己感觉到完成非常困难, 则判定为 2 分; 完成过程中面临一些困难, 则判定为 1 分; 可以轻松完成, 则判定为 0 分。同时患者在过去一年中未出现摔倒, 判定为 0 分; 摔倒 1 ~ 3 次, 判定为 1 分; 摔倒 4 次及以上, 判定为 2 分。若总分在 4 分及以上, 则表示患者出现肌少症的风险明显提高, 表示可疑肌少症患者。李敏等^[3] 人研究中根据 AWGS 制定的肌少症诊断依据作为金标准, 使用 SARC-F 对 113 例住院老年患者开展肌少症筛查, 以此评价 SARC-F 筛查效果, 从结果能够看出受试者工作特征曲线 (ROC) 下面积达到 0.73, 并将 3 作为截点, 发现 ROC 曲线上各点的约登指数处在最高水平, 灵敏度、特异度分别达到 64.5%、72.0%, 由此可见 SARC-F 可以作为临床评估肌少症的有效依据, 帮助尽早准确地识别肌少症高风险。

3.2 指环测试

2018 年日本等 Tanaka 等^[4] 人针对社区老年患者肌少症的自我筛查, 设计了指环测试这一方法。在该测试过程中, 如果老年人小腿围小于双手手围, 则表示为可疑肌少症。随后该学者纳入了日本 40 岁以上群体中共 9337 名受试者作为研究对象, 所有受试者均开展指环测试, 结果得知指环测试的患病率相比实际确诊患病率要明显更高, 该研究结果也指出了指环测试是一种能够对肌少症进行快速有效筛查的重要工具。同时研究中也发现肌少症大部分存在中年群体, 这可能是因为在 30 岁以后肌肉组织逐渐减少有关。在指环测试中, 患者需要保持坐位, 屈髋屈膝呈 90° , 双脚自然摆放在地面, 将两手食指与拇指对接形成指环, 从非优势小腿的最厚部分进行环绕, 最后将优势小腿周长以及指环周长进行对比。如果筛查结果提示较小或者恰好, 均可判定为可疑肌少症。现阶段指环测试在我国社区老年人肌少症的筛查中应用比较广泛。国内黄倩等^[5] 人针对 330 例慢性病共病老年人进行指环测试, 检验结果得知指环测试相比小腿围具备更明显的优势。但需要注意的是, 因为指环测试仅通过单一条目进行筛查, 其准确性还需深入探索。并且指环测试作为筛查工具患者可以自行操作, 尽管操作比较简便, 但因为检测内容单一, 还需要进一步验证其可靠性。

2.3 Ishii 评分

Ishii 等^[6] 人在 20 世纪 70 年代初收集日本 65 岁以上

社区老年人信息,并基于握力、小腿围以及年龄三项变量构建起分别对应男女群体的两个公式,即男性 $=0.62 \times (\text{年龄} - 64) - 3.09 \times (\text{握力} - 50) - 4.64 \times (\text{小腿围} - 42)$;女性 $=0.8 \times (\text{年龄} - 64) - 5.09 \times (\text{握力} - 34) - 3.28 \times (\text{小腿围} - 42)$ 。通过验证上述两个公式,在肌少症筛查中体现出较高的灵敏性和特异性。因为握力测量需在其他医护人员协助下进行。所以 Ishii 评分无法由患者自行完成测试。国内研究人员分别使用了 6 种肌少症筛查工具针对 50 岁及以上精神分裂症患者群体开展测试,结果显示肌少症整体发病率高于 50%,并且男性患病率相比女性明显增加,由此认为 Ishii 评分是一种适用于肌少症筛查的有效工具。由于 Ishii 评分相关指标具备良好客观性,基本不受患者主观因素干扰,所以筛查过程中有较高稳定性,并且男女分别使用两个公式,也减少了筛查结果受到性别因素的影响。

2.4 迷你肌少症风险评估量表 (MSRA)

MSRA 问卷是近些年临床中对肌少症筛查所设计开发的一种新型工具,其中又分为了 MSRA-7 与 MSRA-5 两个版本。国外针对 274 名社区老人分别使用上述两个版本问卷开展筛查,结果显示灵敏度均达到 80% 以上,特异度无明显差异,所以认为两部分问卷都可以作为社区预测肌少症风险的筛查工具。但 MSRA 作为一种新型筛查评估工具,现阶段还未在临床大面积应用,需要进一步扩大人群来评估其筛查价值。

3. 结语

综上所述,目前临床应用在肌少症护理评估中的工具多种多样,各种方法均具备自身独有价值,但也有各自的

优缺点。在临床实践中更重要的是结合患者实际情况,并考虑现实条件合理选择评估工具。另外当前临床研究也还有一定不足,大多数属于横断面研究,缺乏对同一患者长期纵向评估,也很难全方位、系统对肌少症进展和预后作出评估,有待后续研究不断完善。

参考文献

- [1]Chen L K, Liu L K, Woo J, et al. Sarcopenia in Asia:consensus report of the Asian Working Group for Sarco-penia[J].J Am Med Dir Assoc,2014,15(2):95-101.
- [2]MalmstromTK,MorleyJE.SARC-F:asimpl equestionnaire to rapidly diagnosesarcopenia[J].JAM MedDirAssoc,2013,14(8):531-532.
- [3]李敏,宋瑰琦,王晓玲,等.SARC-F 评分对住院老年 人肌少症筛查的准确性及预测能力评价 [J]. 中国实用护 理杂志,2018,34(11):832-836.
- [4]WatanabeD,YoshidaT,Nakagata T,etal.Factorsas- sociated with sarcopenia screened by finger-circle test a-mong middle-aged and older Adults:a population-based Multisite cross-sectional survey in Japan[J].BMC Public Health,2021,21(1):798.
- [5]黄倩,徐慧萍,张艳,等.社区慢性病共病老年患者 肌少症筛查工具的比较研究 [J]. 中华护理杂志,2022,57(24): 3017-3021.
- [6]IshiiS,TanakaT,ShibasakiK,etal.Developmentofasim- plescreeningtestforsarcopeniainolderadults[J].GeriatrGeronto- lInt,2014,14(Suppl1):93-101.