

2 KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ (CGA)



Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- ❑ vyjmenovat součásti funkčního geriatrického vyšetření
- ❑ charakterizovat specifika odběru anamnézy u staršího nemocného
- ❑ vyjmenovat základní testy užívané pro hodnocení výživy, soběstačnosti a mentálního stavu seniorů



Klíčová slova této kapitoly:

funkční geriatrické vyšetření, mini nutritional assessment, testy soběstačnosti, hodnocení kognitivních funkcí

Týmový přístup při provádění geriatrického funkčního hodnocení (CGA) v sobě integruje práci lékaře (zejména geriatra), sestry, sociální pracovníky, psychology nebo psychiatry, farmaceuty a nutricionisty v péči o jednotlivého pacienta. Nicméně svou náročností může být multidisciplinární přístup neproveditelný pro mnoho praktických lékařů. Z těchto důvodů je preferován u seniorů stratifikovaný přístup v jejich hodnocení, který zachycuje intenzitu a komplexnost nemoci a funkční disability, jak se vyvíjejí. Strategie tohoto hodnocení popisuje v zásadě tři kategorie seniorů: 1. zjevně zdravé starší osoby; 2. ohrožené křehké („frail“) starší jedince (tj. s funkční poruchou nebo významně nemocné žijící v domácím prostředí); 3. institucionalizované nebo závažně postižené starší pacienty.

2.1 Metody práce geriatric

Geriatrický pacient je specifický tím, že jeho etiopatogenetická diagnóza stanovená klasickými biomedicínskými metodami nevypovídá o tom, kolik potřebuje péče, jak se stává závislým na okolí, ani o tom, jak a kde bude moci prožívat další život. Má snížené funkční rezervy a horší adaptabilitu. Léčbu ve stáří (zejména pozdním) je třeba zaměřovat nejen na vyléčení základní choroby, což nejednou není možné, ale i na zachování, případně zlepšení soběstačnosti a fungující sociální vztahy a vazby v rodině a komunitě obecně. V geriatrické medicíně se objevují vždy současně *se somatickými potížemi, také problémy psychické a sociální*, které je potřeba řešit stejně naléhavě. V geriatrii se snaží složitost, komplexitu a vzájemnou provázanost - biopsychosociální problematiky postihnout pojem perignóza. Klinická gerontologie vedle somatických aspektů zdravotního stavu zdůrazňuje komplexní pohled na seniora. Užívá přitom funkční geriatrické vyšetření. Klade důraz na význam soběstačnosti, psychický a sociální aspekt (tab. 2).

Tab. 2. Funkční geriatrické vyšetření (CGA)

Hodnocená oblast	Způsob hodnocení
Somatický stav	fyzikální vyšetření, mobilita, kontinence, výživa, zrak, sluch atp.
Soběstačnost	ADL- test, schopnost vést vlastní domácnost IADL- test
Mentální status	kognitivní funkce – MMSE test, Clock test, Škála deprese ve stáří ille Yesavageho aj.
Sociální status	sociální kontakty, potenciální osoby, které mohou pomoci, rizika bydlení a osamělosti, dostupnost event. dopomoci



Toto komplexní geriatrické hodnocení (CGA – Comprehensive Geriatric Assessment) představuje vícerozměrnou analýzu rizik ve sféře somatické, psychické i sociální a na základě těchto poznatků stanovení nejen celkového plánu léčby, ale i cílená intervence ve sféře psychosociální.

2.2 Anamnéza

U staršího pacienta, podobně jako u mladších představuje významný zdroj informací o nemocném. Je vhodné, aby lékař vnímal seniora nejlépe v kontextu jeho domácího prostředí, včetně rodinných vztahů, které je ideálním pro posouzení osobnosti nemocného v minulosti i přítomnosti.



Při odebrání anamnézy od staršího nemocného by si lékař měl vždy položit celou plejádu následujících otázek:

- Slyší mě pacient dostatečně?
- Pokud mě slyší, rozumí mi?
- Jestliže mi nerozumí, jaké jsou důvody?
- Má mozkové onemocnění, event. perceptivní afazii?
- Mluvím příliš rychle?
- Používám příliš mnoho odborných výrazů?
- Nejsou moje otázky příliš dlouhé a složité?
- Rozumí dobře česky? Je to jeho mateřština?
- Jsou moje otázky dobře formulovány?

Lékař a pacient mohou mít odlišný pohled na to, co je podstatné. Pacienti nemusí vůbec hovořit o takových věcech, jakými jsou např. pády, inkontinence atp. Buď proto, že jim nepřikládají větší význam nebo se je naopak snaží utajovat, protože jim připomínají jejich křehkost a handicap a s tím spojené riziko umístění do instituce. Staří nemocní se obvykle vyznačují tím, že prodělali větší množství hospitalizací a absolvovali spoustu nejrůznějších vyšetření. Ty však obvykle vůbec nepostihují psychologické a sociální aspekty seniora. Tato stará dokumentace mnohdy nezachycuje typické geriatrické syndromy, které mohou být v popředí aktuálního stavu. Doplnění anamnézy od příbuzných může u seniorů sehrávat zásadní roli téměř vždy. Vztahy mezi pacientem a příbuznými mohou totiž mít zásadní význam pro další postup, léčbu a případné propuštění.

2.3 Fyzikální vyšetření a diagnostika – Somatický status

Fyzikální vyšetření staršího pacienta je vždy vhodné doplnit vyšetřením vestoje a při chůzi. Seniori jsou často náchylní trpět řadou dalších průvodních onemocnění, která jsou však potenciálně léčitelná nebo alespoň ovlivnitelná léčbou. Patří mezi ně choroby zraku, sluchu, úst, kůže, nohou a jiné. Ve své podstatě se fyzikální vyšetření staršího pacienta nebude zásadně lišit od jinak užívaného standardu u lidí mladšího a středního věku.

Zvláštní pozornost je třeba při vyšetření seniorů věnovat měření krevního tlaku (TK) a hmotnosti. TK je třeba měřit na obou pažích vleže, vsedě i vestoje za současné palpace tepu na a. radialis. Toto úsilí pramení ze snahy včas odhalit nepříznivou posturální reakci. Téměř 1/5 neléčených starších hypertoniků vykazuje 1 až 3 minuty po postavení pokles systolického TK o 20 mmHg nebo více.

Hodnocení stavu výživy je součástí základního vyšetření ve stáří a může poukázat na riziko malnutrice či již manifestní malnutrici. Zhodnocení nutričního stavu pomocí „mini nutritional assessment- short form“ (MNA-SF) podle Rubensteina zachycuje tab.3.

Tab. 3. Zhodnocení nutričního stavu pomocí „mini nutritional assessment- short form“ (MNA-SF) podle Rubensteina

Mini Nutritional Assessment Short Form/MNA-SF		
Charakteristika	Hodnocení	Bodové skóre
1. Má pacient zmenšenou chuť k jídlu? (má poslední 3 měsíce nechlutenství, zažívací potíže, žvýkací nebo polykací potíže)	Těžká anorexie	0
	Lehká anorexie	1
	Žádná anorexie	2
2. Hubnutí v posledních 3 měsících	Zhubnutí > 3 kg	0
	Neví kolik	1
	Zhubnutí 1 – 3 kg	2
	Nehubne	3
3. Mobilita/pohyblivost	Zvládne přesun křeslo – židle	0
	Mobilní v rámci bytu	1
	Chodí i mimo byt	2
4. Akutní choroba nebo psychický stres v posledních 3 měsících	Ano	0
	Ne	1
5. Mentální status	Těžká demence nebo deprese	0
	Lehká demence nebo deprese	1
	Žádné psychické problémy	2
6. Body mass index (BMI)	BMI < 19	0
	BMI 19-20,9	1
	BMI 21-22,9	2
	BMI ≥ 23	1
Hodnocení stupně MNA-SF:		
≥ 12 bodů: Normální stav výživy		
≤ 11 bodů: Malnutrice		

Podvýživou trpí značný počet starších osob a často malnutrice předchází hospitalizaci. Nemocní přicházejí pro syndrom „failure to thrive“ (terminální fáze života, kdy je stav fakticky již nezvratný). Stupeň nechtěného hubnutí si zasluhuje vždy pečlivé zhodnocení a jako jeho práh se uvádí ztráta váhy 5% během 1 měsíce nebo 10% během půl roku. Běžně přehlížené příčiny hubnutí ve stáří zahrnují problémy demence nebo špatně padnoucí umělý chrup, dále zhoršení funkčního stavu soběstačnosti a sebeobsluhy spojené s poklesem schopnosti nakoupit si a připravit si jídlo, zhoršení demence, latentní deprese nebo ztráta osoby poskytující podporu a péči.

Orientačně by měl být vždy zhodnocen zrak a sluch s ohledem na možnosti korekce. Na místě je vždy posouzení stavu chrupu a dutiny ústní, hodnocení štítnice (vysoký výskyt tyreopatií ve stáří). Mamy by neměly být při vyšetření přehlédnuty. Starší ženy mají častěji

karcinom a méně pravděpodobné je u nich, že si provádějí samovyšetření prsou. Systolický šelest při skleróze aorty je běžný a může být obtížné ho odlišit od aortální stenózy. Podobně karotický šelest se může objevit ve stáří díky tepenné ztuhlosti. U imobilních seniorů se může objevit inkontinence moči a stolice (méně často).



Již vleže je možné odhalit při základním fyzikálním vyšetření některé neurologické, kardiovaskulární nebo muskuloskeletární abnormality, mentální deterioraci, či zhoršenou soběstačnost. Při fyzikálním vyšetření je možné nalézt deformity nohou a kloubů dolních končetin, atrofii svalů, poruchy cití dolních končetin, nystagmus, třes, příznaky mozečkové dysfunkce, event. nepravidelný srdeční rytmus atd. Vsedě na židli s neopřeny zádý a rukama na kolenou. Pacienti po iktu sedí úhlopříčně s hlavou nachýlenou k parietické straně. Vstávání ze židle – U zdravých je tvořeno integrovanou kaskádou po sobě jdoucích činností, kdy se nohy opírají o podlahu, kolena a kyčle se extendují a hlava a trup se pohybují dopředu. Horší vstávání je často u seniorů akcentováno „nevhodnými sedadly“. U optimálně konstruovaných židlí starší nemají větší problémy při postavování. Potíže se objevují až při neadekvátních mechanických nárocích, např. na postavení, které mohou být podmíněny konstrukčně nevhodným nábytkem (židle, křeslo – příliš nízké, vysoké, případně hluboké, atd.).

Vestoje je vhodné provést Rombergův test, případně modifikace s jemným tlakem na sternum, předklon, záklon, otočení se na místě a zpět, ujít 3 metry a opět se posadit na židli.. Ty poskytnou základní informace o stabilitě nemocného. Dále je možné zkusit stoj na jedné noze, případně senior stojí a paže tlačí dopředu proti odporu.

Chůze – modifikuje ji: zavření očí, chůze s krátkým krokem, pata – špička nohy, velmi rychlá chůze. Pacienti s instabilitou mají sklon vestoje obvykle flektovat kyčle, kolena, kotníky i páteř. Tím si snižují těžiště těla. Pomůcky, o něž se senior může opírat (dvě hole, některá chodítka atp.), mohou zlepšovat zjevně stoj a chůzi jinak instabilních jedinců.

2.4 Soběstačnost

Vyšetřující lékař by si měl vždy povšimnout případné zanedbanosti, která může vypovídat o způsobu života nemocného a jeho sociálním zázemí. Vyšetření dolních končetin a nohou u starších má zvláštní význam, protože jim limitují mobilitu a stabilitu. Mohou se tedy podílet na vzniku dvou velkých geriatrických syndromů – instability a imobility.

Velmi užitečným pro ambulantní praxi v péči o seniory bude průběžně (1-krát za 1-2 roky u osob 75+) a hospitalizovaných nad 75 let vždy při přijetí prováděné hodnocení soběstačnosti pomocí testu základních všedních činností (ADL) podle Barthela (tab. 4), případně testu instrumentálních všedních činností (IADL – tab. 5) podle Lawsona a Bodyho.



Tab. 4. Test základních všedních činností podle Barthelové

Barthelův test základních všedních činností (ADL)		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Njedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
4. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
6. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:		
0-40 bodů: vysoce závislý		
45-60 bodů: závislost středního stupně		
65-90 bodů: lehká závislost		
100 bodů: nezávislý		

Ze starších až 40% hlásí potíže při mobilitě, jež predikují budoucí rozvoj potíží v instrumentálních aktivitách denního života (ADL). Je vhodné, aby odpovědi v dotazníku nebyly čerpány pouze od seniora, ale byly verifikovány zdravotnickým personálem, event. dotazy u příbuzných nebo spolubydlících. Jsou kvalifikovaným odhadem potřeby domácí péči a dopomoc sociální sféry a vhodnosti načasování případné institucionální péče (DD). Mohou být také indikátorem potřeby rehabilitace, důvodem preskripce kompenzačních pomůcek, doporučení k úpravám v domácnosti a realizace rozmanitých opatření v rámci komunity.

Tab. 5. Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho



Test instrumentálních všedních činností IADL		
Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
1. Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže použít telefon	0
2. Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen	5
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
4. Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo ohřeje	5
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. Domácí práce	Udrží domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehké práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku,	10
	Zná názvy léků	5
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	0
8. Finance	Léky musí být podávány druhou osobou	0
	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:		
0-40 bodů: závislý v IADL		
45-75 bodů: částečně závislý v IADL		
80 bodů: nezávislý v IADL		

2.5 Mentální status

Hodnocení kognitivních funkcí se snahou zachytu případné mentální deteriorace je u všech starších osob nepostradatelné. Jedinci s mírným stupněm kognitivní poruchy nebo počínající demencí si obvykle zachovávají svoje sociální dovednosti a mohou tak obrátně maskovat svoji mentální poruchu. Vyšetřující by měl vždy pečlivě hodnotit obsah sděleného. Pokud se zdá podezření na kognitivní deficit již při tomto běžném rozhovoru, je indikováno cílené

Tab. 7. Zkrácený test mentálních funkcí



Zkrácený test mentálních funkcí
1. Věk
2. Čas
3. Bydliště
4. Rok
5. Místo
6. Poznání dvou osob
7. Datum narození
8. Rok ukončení druhé světové války
9. Jméno současného prezidenta
10. Odečti 20 – 1

Hodnocení: Přenesení před bodem 7-8 ukazuje na kognitivní poruchu (vysoká senzitivita specif.)

2.6 Specifika CGA v přístupu ke geriatrickým nemocným

Atypická prezentace chorob je doprovodným atributem klinického obrazu chorob v senu a bude plně modifikovat náš přístup k těmto nemocným (včetně CGA). Tvrdí se, že fyziologické změny podmíněné stářím způsobují alteraci reakce nemoc-pacient. Hladina důkazů pro zvýšený výskyt „atypické“ prezentace nemocí (typu EBM) v senu je slabá, protože většina sdělení jsou jen série kasuistik nebo ojedinelé studie.



Faktory vstupující do interakce a ovlivňující odpověď seniora na nemoc lze zahrnout pod souborný pojem věkem podmíněné změny fyziologických funkcí (faktory pacienta); zátěž komorbiditami lze označit jako faktory nemocí a terapii chorob jako faktory léčby. Přesné zjištění stavu je často obtížně proveditelné v přítomnosti takových faktorů nemocného jako poruchy zraku a sluchu, demence nebo afázie.

Další významné faktory na straně pacienta zahrnují alteraci bolestí a jinými symptomy (např. dušnost); příležitostně chybění symptomů typických pro tyto choroby u mladších jedinců (např. horečka u pneumonie). Protože uvedené tři faktory: pacient, nemoc a terapie mohou podstatně měnit obraz chorob ve stáří (i CGA) a jsou zde zcela běžné, je nutné, aby lékaři od počátku u starších pacientů svůj přístup k veškeré diagnostice i terapii modifikovali ve srovnání s mladšími.

Shrnutí kapitoly



Kapitola popisuje součásti funkčního geriatrického vyšetření. Jsou zmíněny zásady odběru anamnézy – tedy nutnost volit skladbu a hlasitost řeči podle schopnosti daného seniora, nutnost věnovat vyšetření dostatek času a dále způsob provedení fyzikálního vyšetření se zdůrazněním vyšetření stoje a chůze jako rozhodujících faktorů soběstačnosti. Dále jsou popsány testy soběstačnosti ADL a IADL, testy pro posouzení kognitivního výkonu MMSE a

zkrácený test mentálních funkcí a testování ke zjištění nutričního stavu seniorů – MNA – mini nutritional assessment. Jsou zdůrazněna specifika vzájemného vztahu stárnoucího organismu, choroby a specifické terapie vzhledem možným změnám v symptomatologii patologických stavů.



Otázky úkoly:

1. Vyjmenujte součásti funkčního geriatrického vyšetření.
2. Charakterizujte specifika odběru anamnézy u staršího nemocného.
3. Vyjmenujte základní testy užívané pro hodnocení výživy, soběstačnosti a mentálního stavu seniorů.

Doporučená literatura:

Kalvach Z et al. Geriatrie a Gerontologie. Grada Avicenum 2004.
Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén 2005.