

国内首个中国老年肌少症的诊疗和预防专家共识发布
80 岁以上老人近七成有肌少症

医师报讯（融媒体记者 裴佳）人口老龄化已成为当前我国面临的热点问题之一。根据国家统计局第七次全国人口普查数据显示，截至2020年底，我国60岁及以上老年人口已达2.6402亿，占总人口的18.7%（其中65岁及以上人口为1.9064亿，占13.50%），是全球老年人口最多的国家。

随着我国老龄化进程的逐年加剧，肌少症越来越受到关注。据推测，全球目前约有5000万人罹患肌少症，预计至2050年，患病人数将高达5亿。

肌少症起病隐匿，但却会引起机体功能障碍，增加老年人跌倒、失能和死亡风险，严重损害老年人的生活质量和健康，给我国医疗系统及社会造成沉重的负担。因此，肌少症将是未来我国老年人面临的重大健康问题。

近日，中华医学会老年医学分会牵头制定了《中国老年人肌少症诊疗专家共识（2021）》和《预防老年人肌少症核心信息中国专家共识（2021）》，为我国社区医疗机构、大型综合医院等医疗单位的老年医学工作者提供指导意见，同时为我国老年人预防肌少症提供指导。（中华老年医学杂志.2021;40:943）

肌少症的概念最早产生于1989年。2010年，欧洲肌少症工作组（EWGSOP）首先发表了肌少症共识，定义肌少症为一种增龄相关的肌肉量减少、肌肉力量下降和（或）躯体功能减退的老年综合征。2016年10月，肌少症被正式纳入国际疾病分类ICD-10疾病编码中。

目前肌少症的发病机制尚未完全明确，临床中不仅常见因增龄而导

致的原发性肌少症，也可见其他疾病导致的继发性肌少症，如长期制动、卧床所致的肌肉废用，骨骼肌去神经支配、严重营养不良、肿瘤恶病质、内分泌代谢疾病以及基因遗传等因素导致的肌少症。本共识中的肌少症指增龄相关的老年人原发性肌少症。

根据系统性分析及EWGSOP的最新报道，全球范围内的肌少症患病率为6%~12%，65岁及以上的老年人患病率为14%~33%，而失能和住院患者肌少症患病率则高达78%。亚洲肌少症工作组

（AWGS）2019年报告，亚洲老年人群肌少症的患病率为5.5%~25.7%，男性更为显著（男性为5.1%~21.0，女性为4.1%~16.3%）。近年来，中国人群肌少症的流行病学调查研究较多，数据显示，社区老年人肌少症的患病率为8.9%~38.8%，男性患病率高于女性，且随增龄肌少症的患病率显著增加，80岁及以上老年人肌少症患病率可高达67.1%。中国西部地区人群的肌少症患病率高于东部地区的人群。生活方式和环境是影响肌少症串病率的主要因素。

肌少症诊断评估和筛查八大推荐

目前可用于诊断和评估肌少症的主要参数为肌肉量、肌肉力量、肌肉质量和躯体功能。共识关于肌少症诊断推荐：

1	四肢骨骼肌量（ASM）是评价肌肉量的关键指标，双能X线吸收法（DXA）是其测量的金标准，但生物电阻抗分析（BIA）简单便捷，更适用于社区和医院广泛筛查和诊断肌少症；建议通过身高的平方或体质指数校正其绝对值。
2	目前评价肌肉力量最常用的指标为握力；膝关节屈伸力量是评价下肢肌肉力量最精确的方法，5次起坐试验可作为其简便的替代方法。
3	肌肉质量指每单位肌肉所能产生的最大力量，目前常用肌肉结构和肌肉中脂肪浸润程度来评价，尚无公认测量金标准。
4	步速是评价躯体功能最简便的方式，而简易体能状况量表（SPPB）、起立-行走计时测试（TUG）和长距离步行则是评估躯体功能更全面、综合的指标。
5	推荐使用2019年AWGS的诊断切点值，并鼓励进行大样本、多地域、多民族中国人群的诊断切点值研究。
6	SARC-F是一项被广泛使用的肌少症自我筛查工具，但因其敏感度较低，更推荐使用小腿围或SARC-CalF用于肌少症的自我筛查。
7	推荐对所有60岁及以上的社区老年人在社区医疗机构进行简便的“筛查-评估-诊断-干预”肌少症诊疗路径。
8	在大型综合医院或专科医院，医疗人员在评估和诊断老年人肌少症的同时，应进一步评估分析可能导致肌少症的疾病，并对已明确诊断肌少症的老年人进行不良事件的风险评估，包括衰弱、跌倒、失能风险等，以尽早预防肌少症不良事件的发生。

预防肌少症 关注九大核心信息

1. 增强公众对肌少症的科学认识 提高老年人的健康素养和主动健康意识，全面培养良好、积极的生活方式。

2. 早期识别肌少症危险因素 增龄、女性、家族史、营养素摄入不足、少动/制动/卧床、多重用药、慢性疾病和老年综合征等多病共存是肌少症的危险因素。

3. 筛查及干预肌少症可能人群 肌少症老年人可能出现衰弱、跌倒倾向、行走困难、步态缓慢、四肢纤细和无力等表现，小腿围测量男性<34cm、女性<33cm时，建议就诊进行肌少症评估。

4. 培养良好的运动习惯 老年人要坚持有氧运动、抗阻运动和全身协调运动，如坐位抬腿、静力靠墙蹲及拉伸力带等，以有效改善肌肉质量、力量和躯体功能。此外，宜多参加户外活动，增加日晒时间。

5. 重视膳食营养，进行适当的营养补充 需常规对老年人进行营养不良风险或营养风险评估，合理膳食，适当增加蛋白质摄入量（建议每天每公斤体重摄入1.2g）；应保持适当体重，避免体重过重或过低或波动过大。

6. 做好慢病管理 定期体检，早期发现和干预导致肌少症的高风险慢性疾病；诊疗中需根据综合评估结果进行全人、个体化管理，避免出现肌少症。

7. 重视非自愿性体重下降 体重近期（半年内）下降超过5%应引起老年人的重视，及时就诊；在疾病诊疗的同时应进行肌少症的评估、诊断和干预。

8. 重视和预防跌倒 在老年人群中科普宣传预防跌倒的相关知识。当老年人出现跌倒尤其是反复跌倒时，应进行肌少症、跌倒风险评估，并积极干预以避免造成严重功能下降和身体损害。

9. 避免绝对静养 提倡老年人根据身体情况和健康情况坚持适宜的体力活动，如行走、打太极拳等，避免因长期卧床、受伤和术后的绝对静养引起或加重肌少症，特别是有心脑血管疾病的老年人，更应适量活动。

研究速递

全球骨折
新发病例 1.78 亿

《柳叶刀·老龄健康》发表一项最新的全球疾病负担研究显示，全球范围内，骨折导致了巨大负担。2019年，骨折新发病例数量为1.78亿，骨折累积病例数量为4.45亿，因骨折导致的伤残寿命损失年（YLDs）为2580万。（Lancet Healthy Longev.8月20日在线版）

该报告是“GBD协作网”首次描述的从1990年到2019年，骨折新增和累积的病例绝对数、骨折的发病率和患病率，以及骨折后的伤残寿命损失年（YLDs）。报告显示，自1990年以来，年龄标化的骨折总发病率下降了9.6%，年龄标化的患病率下降了6.7%，年龄标化的YLDs率下降了8.4%。然而，发病的绝对病例数增加了33.4%，患病的绝对病例数增加了70.1%，同时YLDs随之增加了65.3%。这些估值反映了骨折随着年龄的增多，以及全球迅速向老龄化社会的转变。

对于因骨折引起的YLDs的估计为卫生规划者和决策者提供了有关所有骨折和特定骨折对残疾影响的相关数据。已知髌部骨折会引发身体机能的恶性下降变化，导致残疾、独立性丧失和死亡。令人惊讶的是，GBD 2019骨折联盟发现，在2019年，与髌骨、胫骨或腓骨骨折、或者踝关节骨折相关的YLDs数值大约是髌部骨折的五倍。正如作者所指出的，这一发现可能反映了骨折在工作年龄群体中的发生率更高。

相关评论指出，COVID-19大流行对这些结果的影响不容忽视。预期寿命的下降是否会降低老年人群中的骨折负担？这一大流行会因为久坐不动和体重增加而导致更多的骨折？期待未来更多研究提供答案。