

LAONIAN
ZONGHE JIANKANG
PINGGU

老年综合健康评估

主编 吴仕英 肖洪松



四川大学出版社

LAONIAN
ZONGHE JIANKANG
PINGGU

老年综合健康评估

顾 问 董碧蓉

主 编 吴仕英 肖洪松

副 主 编 周 钢 徐善英

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁光明	毛水珍	王利仙	王然明	刘振全	李华梅
李荣会	杨 翔	肖洪松	吴仕英	邱利梅	陈华双
陈建平	林 华	罗 丹	罗艳玲	周 钢	官晓玲
钟定容	咎加禄	徐一方	徐善英	唐跃群	黄兴玲
黄昶全	黄 倩	梁思宇	谢陈玲	鄢 臻	熊秀红

学术秘书 杨 翔 曾朝玉



四川大学出版社

责任编辑:李勇军
责任校对:刘 玫
封面设计:墨创文化
责任印制:王 炜

图书在版编目(CIP)数据

老年综合健康评估 / 吴仕英, 肖洪松主编. —成都:
四川大学出版社, 2015. 10

ISBN 978-7-5614-9047-1

I. ①老… II. ①吴… ②肖… III. ①老年人—健康
状况—评估 IV. ①R161.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 242669 号

书名 老年综合健康评估

主 编	吴仕英 肖洪松
出 版	四川大学出版社
地 址	成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发 行	四川大学出版社
书 号	ISBN 978-7-5614-9047-1
印 刷	郫县犀浦印刷厂
成品尺寸	185 mm×260 mm
印 张	12
字 数	305 千字
版 次	2015 年 10 月第 1 版
印 次	2015 年 10 月第 1 次印刷
定 价	30.00 元

◆读者邮购本书,请与本社发行科联系。

电话:(028)85408408/(028)85401670/
(028)85408023 邮政编码:610065

◆本社图书如有印装质量问题,请
寄回出版社调换。

◆网址:<http://www.scup.cn>

版权所有◆侵权必究

前 言

随着人口老龄化趋势的加快，与增龄相关的疾病发病率急剧增加，老年病学已经成为一门具有广阔发展前景的新兴学科。延长老年人的生存时间，提高老年人的生活质量，保障老年人的身心健康，是从事老年医学专业的医务人员不可推卸的责任。老年综合健康评估是为了制订和启动以保护老年人健康和功能状态为目的的治疗计划，最大限度地提高老年人的生活质量，对老年人的躯体、功能、心理和社会经济状况等进行全面评价的多学科策略。老年综合评估现已成为老年医学研究、教学与实践中必不可少的工具之一，老年综合评估技术在老年人群中的使用势在必行。针对这一趋势，我们组织编写了这本教材，从老年医学及老年综合评估临床实用角度对老年人群综合健康开展评估，希望通过评估，促进对老年人群健康的综合认识。

本书的重点在于选取的问题是临床医疗护理所关注的，也是老年人群常见及面对的问题，具有较强的实用性；内容体现了老年人及老年病医院特色，与一般成人的共性问题则略写；对学科体系的系统性不做严格要求；尽量体现老年人群综合健康评估的特色及进展。

本书共七章，按老年病特点及评估重点进行介绍，由老年病专科医院具有丰富临床经验和坚实理论基础的各临床专家完成，并注重理论及与临床实用相结合，文字力求简洁明了，表格力求通俗易懂，配合临床实践操作将有利于学生在今后的临床工作中掌握使用。

希望本书能对老年综合健康评估技术的深入、快速发展起到一个推动作用，那将是编者们的共同心愿。由于老年病学的发展日新月异，加之编写时间有限，不足之处在所难免，也恳请读者慧眼甄别，并不吝指正。

吴仕英

2015年7月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 老年医学	(1)
第二节 老年健康的标准	(3)
第三节 衰老与老年人的功能状况	(7)
第四节 老年疾病的特点	(10)
第五节 老年期特征及共病情况	(15)
第二章 老年综合评估概述	(20)
第一节 常见老年综合征	(20)
第二节 老年综合评估技术	(23)
第三章 医学评估	(27)
第一节 一般医学评估	(27)
第二节 老年急重症评估	(32)
第四章 老年躯体功能的评估及管理	(41)
第一节 老年日常生活活动能力的评估及管理	(41)
第二节 老年平衡与步态功能的评估及管理	(48)
第三节 老年吞咽困难的评估及管理	(58)
第四节 老年运动功能的评估及管理	(65)
第五章 老年精神心理的评估	(71)
第一节 老年认知功能的评估及管理	(71)
第二节 老年抑郁症的评估及管理	(78)
第三节 老年谵妄的评估及管理	(84)
第六章 常见老年综合征的评估及管理	(94)
第一节 跌倒的评估及管理	(94)
第二节 疼痛的评估及管理	(102)
第三节 压疮的评估及管理	(107)
第四节 营养不良的评估及管理	(118)
第五节 尿失禁的评估及管理	(127)
第六节 老年大便失禁的评估及管理	(135)
第七节 多重用药的评估	(141)

第七章 其他评估.....	(150)
第一节 管道管理及评估.....	(150)
第二节 老年社会环境的评估.....	(156)
第三节 老年人生活质量的评估.....	(164)
第四节 临终关怀的评估.....	(171)
中英文名词对照索引.....	(179)
参考文献.....	(182)
后 记.....	(185)

第一章 绪论

第一节 老年医学

一、定义

老年医学是研究老年人常见疾病的发病规律、发病机制、早期预防、诊断，寻求循证医学的治疗策略；遵循人的整体概念，给予老人心理、生理及行为干预；并探讨人类衰老机制及探索延缓衰老措施，提高老年人生活质量和生命质量的一门新型学科。随着老年医学的不断发展，其内涵逐渐扩延，现根据其研究内容的侧重不同，老年医学已发展派生出老年基础医学、老年流行病学、老年临床医学、老年康复医学、老年预防医学、老年社会医学等多个分支学科。

二、发展史

早在 13 世纪，培根科学地研究了老年人的疾病，发表了《延年益寿与保持青春》一书。此后，对老年病的研究进展缓慢，直至 1909 年纳歇尔才对生命晚期疾病的医疗原则进行了专门的论述，强调了社会因素对老年病的影响，并首倡用 Geriatrics（老年医学或老年病学）。我国自 20 世纪 60 年代始有少数学者研究，近 20 年发展迅速，中华医学会已在 1981 年建立了老年医学学会。

三、学科范围

老年医学包括的范围很广，目前已有老年基础医学、老年临床医学、老年流行病学、老年预防医学（包括老年保健）及老年社会医学等。

1. 基础医学

基础医学研究衰老的机理、探索延缓衰老的方法以及老年期特殊疾病的病因和发病机制。国际上已从器官水平、整体水平研究多年，但成果寥寥。目前已开始从细胞水平和分子水平进行基本原理的探讨。近年又因引入了分子生物学技术，使衰老医学生物学突飞猛进。老年医学实验家们面临的许多挑战中最为根本的一个是如何确定衰老发生的病理生理学过程同步现象的调控机制在种系上的特性，这种特性导致不同种系间衰老速度的差别。

2. 临床医学

临床医学主要研究老年人常见病和多发病的病因、病理和临床特点，寻找有效的诊疗

和防治方法。其中包括老年人的护理工作和康复医疗。

3. 流行病学

流行病学通过调查研究,了解老年人的常见病、多发病和致残、致死的原因,以及促进长寿的有关因素,为开展老年病防治提供依据。

4. 预防医学

研究如何预防老年人的常见病与多发病,如何保护病残老人的机能,建立预防老年病及抗衰老的手段。开展保健知识的宣传教育,传播康复医疗及护理技术,建立良好的保障生命质量的环境因素。环境因素应是广义的,包括老年人的情绪、生活、锻炼、营养、防治疾病,对外界环境具有良好的适应能力等等。

5. 社会医学

老年社会医学是近年来才发展起来的学科,是从社会的角度来探讨老年医学,根据管理学、统计学、流行病学和社会学等科学的方法和成果来研究环境对老年人健康的影响,同时也涉及对老年人的各种保健和福利事业。

四、学业范围

1. 学科研究范围

老年医学学科研究范围包括:研究衰老的原因、规律、特征及延缓衰老的对策,研究老年人病理变化和疾病诊疗的特点(如多系统疾病并存及多脏器功能衰竭等),老年人健康的综合评价(包括各器官功能、精神智力及生活质量等)。

2. 课程设置

基础理论课包括生理学、病理学、生物学、生物化学、药理学、营养学、分子生物学、卫生统计学、社会医学、电子计算机技术,以及文献检索等。专业课包括内科学、外科学、肿瘤学、神经病学、康复医学及影像医学等。

3. 老年医学主要相关学科

老年医学主要相关学科包括内科学、外科学、肿瘤学、神经病学、康复医学、社会医学等。

五、老年医学研究目标

未来老年医学研究,应对衰老的起因、老年疾病的特征作进一步探讨。以最新的研究成果指导实践,研制针对老年常见慢性疾病的新药和防治措施,提高防治水平,重视老年社会医学研究,加强老年疾病预防及老年保健,提高老年人生活和生命质量。

六、机遇与挑战

人口老龄化是指总人口中少儿人口所占的比重不断下降,老年人口所占的比重不断上升,年龄中位数逐步提高的动态过程。评价“老年型”人口有四项标准:①0~14岁人口比重(少儿系数)低于30%;②年龄中位数超过30岁;③老少比即老化指数高于30%;④60岁以上老人占人口比重超过10%。我国作为发展中国家,老年人口以每年3%的速度持续增长,2000年60岁以上人口所占比重超过10%,即进入老龄化。老年医学的发展面临机遇与挑战共存。老年医学的方向将是开展各种实验和医疗工作来提高人类生命的质

量,使“老而不衰”,争取老年人活过百岁,充分享受大自然赐予人类的预期寿命 115~120 岁。

【思考题】

1. 什么是老年医学?
2. 老年医学有哪些分支学科?

(官晓玲 周 钢)

第二节 老年健康的标准

健康是人类最基本的需求,因为一个人要享受高质量的生命,其前提是必须拥有良好的健康;健康是人类最强烈的需求,因为每一个人都希望自己的生命无比精彩,而如果失去了健康,生命势必变得索然无味;健康是人类最奢侈的需求,因为它无比娇贵、脆弱而又几乎不可能完全实现,因此但凡有条件者,皆不惜血本为追求健康而慷慨解囊。可以非常肯定地说,健康对每一个人都非常重要,而对于历尽人生艰辛、饱经岁月沧桑的老年人来说,健康更是显得弥足珍贵。

一、健康的一般标准

健康的标准非常难以把握。传统的健康观把健康界定为人的一切生理机能正常,没有疾病或缺陷。这样的标准太过于绝对化,因为“一切生理机能正常”“没有疾病或缺陷”的人或许根本不存在,照此逻辑推导,世上便没有真正健康的人。再者,“生理机能”“正常”本来就是一个难以确定的概念。比如说,一个人主诉头痛,但他的生物指标有可能完全在医学规定的正常范围以内;而一个人多项生物指标偏离医学上的正常界限,但他却有可能自我感觉非常良好。这两种现象在现实生活中都屡见不鲜。CCTV-10“走进科学”栏目曾有过一篇报道,一位老人因坚信自己患有非常严重且无药可治的消化道癌症,他主观地认为,当疾病发作时自我感觉非常痛苦,有时甚至用钢丝钳狠命地钳夹鼻子而致鲜血淋漓,以此转移、掩盖“癌症”发作时的剧烈疼痛,而当央视记者陪同他到医院进行全面检查后的结果显示,老人仅胃小弯处稍有溃疡,身体除了有几个很小的脂肪瘤外,其他情况基本正常,但可以肯定他并无癌症。

在上述这一案例中,患者自我“有病的强烈感受”与医学上的“生理指标基本正常”形成强烈的反差,由此足可说明,“生理机能正常”与否与是否健康的关系确实很难界定。即使“一切生理机能”真的都很“正常”,也还有心理方面、社会适应方面以及道德品质方面有可能存在对健康状况的影响。事实上,在社会人群中要达到健康标准是很难的。

如果说传统的健康观要求“人的一切生理机能正常”显得过于绝对化,强调在生理方面“没有疾病或缺陷”显得过于狭隘,那么现代学术领域通行的健康标准则较好地克服了这些缺陷。自 20 世纪中叶以来,学术界为适应医学模式的转变而逐渐形成、接受了一种新的健康理念。

首先是 1946 年世界卫生组织对健康概念做出了明确的学术界定,认为健康不仅仅是

没有羸弱或疾病，而应该是生理、心理与社会适应方面的完美状态；其次是1978年世界卫生组织提出了健康的10项标准；最后是1988年国际心理卫生协会年会强调健康的定义还必须包括提高道德品质，因此认为，“健康应是身体、心理、社会适应、道德品质的良好状态”，目前学术领域通常采用的健康概念即以此为标准。然而不容否认，一方面，相对于强调“一切生理机能正常”，无病即健康的传统观念，现代健康定义从领域方面肯定要全面得多；另一方面，由于对“良好状态”的理解过于宽泛，因此即使是健康的现代定义也只能是一个模糊概念，它的科学解释还有待于人们进一步地加强研究。

二、健康的辩证理解

不论是从现实生活范畴还是在医学实践领域，健康都只能是一个不可精确实证的模糊概念，因为人们根本无法为健康确定一个界标分明的线性标准。

严格说来，健康与否是根据相应的参照系统来确定的，即使是同一个生命过程或生理现象，相对于比他更健康者即可以认为是不健康的，而相对于健康状态不及他者则可以认为是健康的。人们在现实生活中常常会遇到一个十分有趣的现象，即使是同时、同地处于同一个情境中的某个人，张三会认为他长瘦了，李四会认为他长胖了，其实人们对健康的评价也是这样，即只能以非确定的参照系做出一个模态判断。对于一个行步蹒跚的老年人，有的人可能会从他能自我行走的角度认为他是健康的，而有的人可能会从他步履艰涩的角度认为他是不健康的。由此可见，对于健康的理解只能是随参照系统而动态变化的相对理解。

对于健康的理解必然涉及科学的评价标准与哲学的思想方法，但不论是从科学的角度还是从哲学的角度，对健康问题都只能是一种非确然的相对理解，因为度量健康问题的参照体系是一个错综复杂且范围广泛的模糊区间。这个区间的一端为健康，另一端为不健康或者衰弱，而在健康与衰弱之间，不可能存在一个泾渭分明、非此即彼的确切界线。这就好比磁铁的两极，虽一端为正，另一端为负，但正负两极之间却没有明确的分界标志；又如人们对方位的判断，尽管人们可以大致地分出东南西北，但东与西之间、南与北之间的分界线却是不确定的，因为参照系一变结论便跟着改变。

健康水平反映的是生命质量。借用对磁铁或方位的理解原理可以看出，如果以“健康”与“衰弱”为生命质量体系的两极，则在两极之间一定存在着广泛的非健非衰、亦健亦衰的过渡区间。这就提示我们，健康是相对于衰弱而言的，衰弱之间也蕴涵着健康的因素，而健康之间也蕴涵着衰弱的成分。就像磁铁没有绝对的正极或负极一样，处于生命运动过程中的人也没有绝对的健康或衰弱。

当然必须承认，在人的生命运动过程中，虽然健康与衰弱没有明确的标志，但非常健康或极度衰弱的现象是肯定存在的，只不过即使是极度衰弱，只要没有停止生命的运动，其中一定存在着“健”的因素，因为绝对的不健康即意味着生命的终止。在老年健康服务范畴，这样的理解非常重要，否则，一些老人特别是高龄老人绝大多数均已趋于丧失包括对自身、对外界的适应能力，而且大多长期处于多病共存、失能失智的极度羸弱状态，如果不能辩证地理解他们生命运动过程中仍然存在着“健”的元素，那么对老年健康的讨论便无从谈起。

三、老年健康标准的学术探究

自 20 世纪后半叶以来,人口老龄化越来越成为世界性的社会发展趋势,由此导致学术领域纷纷展开了对老年健康问题的研究,老年健康标准方面的研究成果随之表现得非常丰富。在众多的研究工作中,对我国最有影响的应该是中华医学会老年医学分会对老年健康标准所进行的学术探究。

长期以来,人们奉行以生理机能正常、没有疾病或缺陷为基本的健康标准,这样的健康标准并不能全面、科学地概括一般人群的健康状态,特别不适用于生理、心理均已衰颓的老年人。为此,中华医学会老年医学分会为寻求适用于中国老年人的健康标准而进行了长期的持续研究。

早在 20 世纪八九十年代,中华医学会老年医学分会就针对在全国广泛开展的老年人生理正常值测定,展开了对老年健康标准的研究,并于 1982 年在《中华老年学杂志》首次提出了关于健康老年人标准的 5 条建议。

相对于单纯以生理机能是否健全及有无疾病作为判断是否健康的传统观念,1982 年版的健康老年人标准确实有了一定的进步,对指导老年健康服务起到了一定的积极作用。然而,该版标准仅立足于以主要脏器有无器质性病理改变作为判断老年人是否健康的标志,无疑仍然存在着较大的局限性。为此,中华医学会老年医学分会又于 1995 年对 1982 年版的健康老年人标准进行了补充修订,将其调整、充实为 10 个条目并在《中华老年医学杂志》1996 年第 1 期发表。这一标准除了仍然强调老年人的生理因素外,还对老年人的精神、心理因素有了一定的关注,应该肯定,这确实是一大进步。但是,如果以生理、心理、社会适应等为主要内容的现代健康定义以及医学模式转变的社会要求来衡量,该标准仍然存在着较大的缺陷,比如在标准条文中对健康相关危险因素、社会参与度和社会贡献以及自我满意度、幸福感等方面均未做出应有的描述。

针对这些缺陷和问题,中华医学会老年医学分会于 2012 年 11 月下旬会同中华老年医学杂志编辑部的专家学者,对世界卫生组织及其他国家较有影响的健康老年人标准进行了充分调研与梳理,在此基础上拟定出 13 条中国健康老年人标准的建议稿供专家们讨论;其后又以讨论修订稿为基础,分别组织了两次专家讨论会,形成了接近于成熟的 5 条建议。2013 年 2 月,中华医学会老年医学分会组织召开了第四次讨论会,对 5 条标准的确定达成了一致意见,并于 2013 年 9 月召开新闻发布会,公布了经过长期而慎重研究所形成的《中国健康老年人标准》。

四、《中国健康老年人标准》的主要内容及理解要点

(一) 2013 版《中国健康老年人标准》主要内容

2013 年中华医学会老年医学分会版《中国健康老年人标准》主要内容包括:

- ①重要脏器的增龄性改变未导致功能异常;无重大疾病;相关高危因素控制在与其年龄相适应的达标范围内;具有一定的抗病能力。
- ②认知功能基本正常;能适应环境;处事乐观积极;自我满意或自我评价好。
- ③能恰当处理家庭和社会人际关系;积极参与家庭和社会活动。
- ④日常生活活动正常,生活自理或基本自理。

⑤营养状况良好,体重适中,保持良好生活方式。

(二) 中国健康老年人标准注解

对2013年中华医学会老年医学分会版《中国健康老年人标准》具体注解如下:

①本标准适用于 ≥ 60 岁人群,老年人指60~79岁人群,高龄老年人指 ≥ 80 岁人群。

②相关高危因素指心脑血管疾病的相关危险因素,主要有高血压、糖尿病、血脂紊乱。

A. 老年人血压范围:血压正常为 $<140/90\text{mmHg}$,其中高龄老年人应不低于 $120/60\text{mmHg}$;高血压(除年龄外无其他危险因素和病史)患者降压目标值 $<150/90\text{mmHg}$,其中高龄老年人应不低于 $130/60\text{mmHg}$ 。

B. 老年人糖化血红蛋白(HbA_{1c})范围:血糖正常者 $5.0\%\sim 6.5\%$;糖尿病(无糖尿病慢性并发症)患者 $6.0\%\sim 7.0\%$ 。

C. 老年人血脂范围:胆固醇(TC) $3.1\sim 6.2\text{mmol/L}$,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) $1.8\sim 3.9\text{mmol/L}$,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) $>1.0\text{mmol/L}$,三酰甘油(TG) $0.8\sim 2.3\text{mmol/L}$ 。

③简易智能量表(MMSE)

评分参考:总分在27~30分为正常, <27 分为认知功能障碍。按文化程度区分:文盲 <17 分,小学 <20 分,中学以上 <22 分为痴呆。

④老年抑郁量表(GDS)简表

总分15分, <5 分为正常。

⑤日常生活活动量表(ADL)

总分100分,达到100分为正常,高龄老年人达到95分为正常。

⑥体质量适中

体质指数(BMI):体重(kg)/身高(m^2) $22.0\sim 25.0\text{kg/m}^2$ 。

⑦良好生活方式

不吸烟,慎饮酒,合理膳食搭配,坚持科学锻炼。

(三) 中国健康老年人标准理解要点

2013版《中国健康老年人标准》行文简洁明快,含义表达科学,它比较明确地传递了以下关键信息:

一是跳出了单纯以“器官系统无疾病、生理机能正常”为健康标准的传统观念,着重强调重要脏器如心、脑、肾等器官的“增龄性改变”而非病理性病变,关注的是老年人的功能状况而非器质性状,以此突出老年人身体指标相较于其他年龄阶段的特殊性,提示人们对于即使有病的老年人,只要疾病在可控制范围,或者其功能状态尚能维持基本日常生活,即可视为健康老年人,因此须避免片面以相关指标变化就做出“不健康”结论的现象。标准提出“具有一定的抗病能力”,着重在于强调要关注老年人整体的功能状态。

二是特意关注老年人在增龄过程中可能对认知功能产生的影响,因而把老年人的健康标准之一界定为“认知功能基本正常”,从而承认并科学地把握老年人随年龄增长而必然表现出的认知变化。同时,把“处事乐观积极”“自我满意或自我评价好”等作为判断老年人健康状况的重要元素,这些标准融入了国际上较新的老年人健康概念,有利于调动老

年人以积极的心态维护自我健康的主观能动性。

三是充分体现了积极老龄化的原则理念。“积极老龄化”是以联合国关于“独立、参与、尊严、照料和自我实现”原则概括出来的一个政策理论，它强调老年人应该充分发挥自己的潜能，积极参与社会活动，提高生活质量，使健康、尊严、权利、参与和保障尽可能获得最佳机会和充分的保护、照料及保障。《中国健康老年人标准》鼓励老年人积极参与社会活动，积极融入家庭和社会，让他们意识到其整个生命过程中体力、精神状态及社会参与的潜力，即使高龄，但仍能发挥对家庭、同行、社会及国家的贡献，增加幸福感和归属感。

四是摒弃了传统观念片面强调对老人生活照顾务须周全的消极养老策略，强调老年人的生活自理能力以及日常生活活动状况，认为健康老年人其生活应该能够自理或基本自理，即使老年人存在着疾病，但只要具备维持基本日常生活的能力便也可视为健康老年人，这与以往认为“有病就不健康”的观念明显不同。

五是注重生活方式对健康的影响，倡导老年人养成健康的生活习惯，从而积极预防疾病，提高健康水平。世界卫生组织曾经做过调查研究，结果表明，影响健康的因素着重表现在生活方式、遗传因素、社会因素、医疗因素、环境气候因素等五个方面，而生活方式对健康的影响要占到各种因素中的 60%，因此将养成良好的生活方式作为老年人健康标准确实有着非常积极的现实意义。

【思考题】

1. 什么是健康？
2. 2013 版《中国健康老年人标准》主要内容有哪些？

(答加禄)

第三节 衰老与老年人的功能状况

一、衰老的定义

衰老是指从生殖成熟后开始，机体各器官结构不断加速退化和功能进行性下降乃至丧失，直至死亡的过程。衰老具有以下五大特性：

(一) 衰老累积性

所谓衰老累积性，指衰老是生命体的生物性状长期逐渐退行性改变不断积累的结果，且具有不可逆转的特性。

(二) 衰老普遍性

所谓衰老普遍性，指衰老是同种生物在大致相同的生命周期内都会表现出大致相似的衰老现象和衰老过程。

(三) 衰老渐进性

所谓衰老渐进性，指衰老的过程是持续渐进的演变过程。

（四）衰老内生性

所谓衰老内生性，指受遗传基因即生物钟程序的决定，支配着衰老的进程；当然，也不排除受环境因素的影响。

（五）衰老危害性

所谓衰老危害性，指衰老进程不断损害机体的健康，直至疾病丛生，疾病又加速衰老，形成恶性循环，致使各主要器官功能丧失、衰竭，终至死亡。

二、老年人划分标准

（一）年龄分类

1. 年代年龄（历法年龄、时序年龄）

年代年龄为出生后按日历计算的年龄，也叫实足年龄，不以人们意志为转移的客观记载。

2. 生物学年龄（即生理学年龄）

生物学年龄表示个体组织结构和生理功能的实际衰老程度，可用来预计某一个体未来的健康状况，估计其寿命。

3. 心理年龄

心理年龄是指人的整体心理特征所表露的年龄特征，与实际年龄并不完全一致。

（二）年龄划分标准

欧美发达国家以 65 岁及 65 岁以上为老年人。我国中华医学会老年医学学会 1982 年规定，把 60 岁作为老年人分界，45~59 岁为老年前期，即中老年人，60~89 岁为老年期，即老年人，90~99 岁为长寿期，100 岁以上为寿星及百岁老人。世界卫生组织（WHO）根据现代人生理、心理上的变化，将人的年龄界限划分为：45~59 岁为老年前期，60~74 岁为年轻老年人，75~89 岁为老老年人，90 岁以上为非常老的老人或长寿老人。

三、老年人的功能状态

老年人机体功能状态的评价和预测与许多因素相关。人体的功能状态是机体对一些条件和因素综合作用的系统反应，老年人的活动指标是评价功能状态改变的标准。因此，分析作用于老年人功能状态和活动指标时应考虑老年人的生理机制：心理活动的神经生理机制、肌肉系统的功能机制、循环和呼吸等各器官系统的生理机制等。

老年人的功能状态从类别而言分为生理功能、躯体功能、各器官功能，每一功能状态直接影响老年人生活质量。

（一）老年人功能状态的定义

牛津的定义是指一种行为模式，通过此行为某物实现了它的目的。老年人的功能状态是指老年人在其正常状态下完成日常活动的 ability，如生理活动、精神活动及社会活动。这种能力通常包括 4 个方面：能力、表现、储备及能力利用。老年人的功能状态也叫老年人的日常生活能力，是老年人群健康相关生活质量的一部分，指老年人个体从事日常活动的 ability。伴随年龄增长，老年人正常功能状态呈明显的下降趋势，并与各项生活活动的复

杂、难易程度有关。

（二）老年人功能状态的意义

对老年人而言，老年人的功能状态可以看作是评判老年人广义健康的唯一标准。老年人功能状态问题的研究是继对死亡率及死亡结构问题研究后对老年健康问题的深化。老年人功能状态更加关注老年人生活质量及无障碍生存。研究表明，良好的居住和工作环境、高质量的医疗保健，良好的社会经济状况会促进老年人更好的功能状态，维持更好的健康状况。

日常生活能力（Activity daily level, ADL）是反映老年人健康状况的重要方面，是对老年人独立生活能力的测定。ADL 能力下降可造成老人生活不能完全自理，必将使老年人活动范围缩小，与外界的接触减少，继而信息量下降，大脑的积极活动减少，造成废用性衰退。同时，由于与外界交流少，老年人普遍存在孤独感，影响老年人的健康自评结果。

（三）老年人功能状态的内容

老年人功能状态通常包括 4 个方面：能力、表现、储备及能力利用。日常生活能力（Activity daily level, ADL）是老年人功能状态最基本的外在表现形式，包括基本日常生活活动能力（Basic activities of daily living, BADL）、工具性日常生活活动能力（Instrumental activities of daily living, IADL）、高级日常生活能力（Advanced activities of daily living, AADL）三个方面的表现。老年人功能状态具备储备和外显形式，可以通过锻炼得到提高，因此，老年人功能状态的评估及康复是维持老年人群功能及提高生活质量的重要内容。

（四）老年人功能状态的影响因素

老年人的功能状态因年龄、性别、体质、疾病状况、婚姻状况、居住情况、就业史、经济状况、接受教育程度等不同而有明显差异。老年人的功能状态还与社会支持、经济状况、心理和精神状态有关。从社会经济学角度考虑，高龄和低社会经济状态无论是对男性或是女性都会使其功能状态更差。

（五）老年人功能状态的评价方法

伴随年龄的增长，老年人要有持续、健康的功能状态来抵抗老年带来的风险，更需要外在因素的支持和维护。心理因素对老年人功能状态的维护至关重要。

对老年人群而言，维护老年人的功能状态是老年医学针对患者疾病和治疗目标导向的、基于循证的出发点。尤其对功能受损老年患者的康复，其核心就是依据评估结果和老人个体需求做好个性化的康复干预，从而达到功能维护。常用的评价方法包括：

1. 对健康状况的自我评估和幸福度测量

健康自评量表很多，其量化方法可用分级法（一般分为五级）或图表法。老年人幸福度的测量，多采用纽芬兰大学的老年幸福度量表（详见第七章第三节）。

2. 日常生活功能的评估

日常生活功能包括老人常见的进食、穿衣、洗澡、上厕所、移动和两便控制等基本生活能力和一些较为复杂的日常生活功能如外出、购物、管理钱财、做饭、洗衣等。常用日常生活能力评估相关量表进行评估。

3. 智能评估

随着年龄的增长,到老年期时,各种脏器都有不同程度的萎缩,造成老年人记忆下降,甚至出现智能障碍。许多慢性疾病也会造成患者智能缺陷。智能缺陷尤其是智力下降严重影响老年人的生活质量。对老年人群而言,常用简易智能评估量表(MMSE)或者长谷川智能量表以及其他神经心理评估量表进行评价,并定期复查。

4. 社会功能评估

社会功能评估主要评估社交能力,如理解、视、听、交谈能力等;评估老人的社会资源如家人、亲戚及朋友等;评估老人社会支持是指老人生活及疾病需要帮助时能从社会资源中得到支持的可及性和可得性。用于评估老人社会功能的量表较多,如家庭功能的APGAR 问卷、社会支持评定量表(SSRS)、领悟社会支持量表(PSSS)等。

【思考题】

1. 衰老的特性有哪些?
2. 我国老年人如何划分年龄分组?
3. 什么是老年人的功能状态?

(吴仕英)

第四节 老年疾病的特点

老年病是指老年期(60岁及以上)患者在各种原因作用下所罹患的疾病或多发的疾病。老年病与其他年龄组所患疾病的特点有着本质的区别。老年人患病后,具有起病隐袭、临床表现犹如冰山一角、症状不典型或仅表现出功能减退等特点,常易被误认为自然老化,不被本人、家属及医师所重视。

一、老年病学

老年病学又称为老年临床医学,是一门研究人类老年期变化与老年性疾病防治以及老年保健、促进老年人身心健康的一门综合性边缘学科,是现代老年医学的重要组成部分,也是现代临床医学科学的一个重要分支学科,是老年医学中范围最广泛的一组临床学科群。老年病学是一门重要而独立的学科。

二、常见老年疾病的分类

大量流行病学调查发现,在大中城市,威胁老年人健康的主要疾病依次为:高血压、冠心病、高脂血症、慢支、肺气肿、脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病,其中高血压病的患病率高达30%至70%。病死率依次为:肺炎、脑出血、肺癌、胃癌、急性心肌梗塞等。死亡率则以脑血管病、心脏病、恶性肿瘤及呼吸系统疾病居前4位。常见老年疾病主要分类如下。

（一）老年疾病的分类

1. 老年原发性疾病

老年原发性疾病即老年人特有的疾病，非老年期罕见，这类疾病只有老年人才得，并带有老年人的特征。老年原发性疾病主要是指正常衰老过程中必然发生的组织结构和功能障碍性疾病，如老年性痴呆、脑动脉硬化、帕金森病、老年性耳聋、前列腺肥大、老年退行性骨关节病等。这类与衰老退化变性有关的疾病随着年龄的增加而增多。

2. 老年继发性疾病

老年继发性疾病主要是指在老年期患病后继发的疾病，如脑动脉硬化基础上继发的脑血管意外——脑卒中。

3. 老年易感性疾病

老年易感性疾病是指多见于老年人的疾病，非老年期少见，如高血压、心脏病、动脉硬化症、老年性痴呆、脑血管障碍、关节疾病（退化性等）、骨质疏松症、糖尿病、恶性肿瘤、感冒及肺炎、支气管炎、肺气肿，意外事故及老年人肌肉、关节衰退等。

4. 老年常见性的疾病

非老年期也常见，包括多数任何年龄均可发病的疾病，如高血压、糖尿病、恶性肿瘤、肺部感染和胆石症等。这类疾病既可在中老年期（老年前期）发生，也可能在老年期发生。但以老年期更为常见，或变得更为严重。它与老年人的病理性老化，机体免疫功能下降，长期劳损或青中年期患病使体质下降有关。如恶性肿瘤、痛风、震颤麻痹、老年性变性骨关节病、老年慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病、老年性白内障、老年骨质疏松症、老年皮肤瘙痒症、老年肺炎、高脂血症、颈椎病、前列腺肥大等。

5. 老年少见性的疾病

如儿童期的各种传染病麻疹、手足口病等很少在老年人中发病。

（二）常见的老年疾病

常见的老年疾病见表 1-1。

表 1-1 常见的老年疾病及发生率

系统	疾病	发生率（%）
心血管系统	冠心病	49.6~65.0
	高血压	42.5~52.0
	心律失常	32.0~45.0
呼吸系统	慢性支气管炎	43.1~55.3
	肺气肿	10.5~13.1
	肺源性心脏病	0.6~8.0
	陈旧性肺结核	18.0~31.3
消化系统	溃疡病	11.3~26.0
	慢性胃炎	11.9~33.7
	肝硬化	1.3~7.0