



全科医师岗位培训系列教材

老年医学

LAONIAN YIXUE

主编/程蕴琳



东南大学出版社

R592
47

全科医师岗位培训系列教材

老年医学

主编 程蕴琳

编者名单(以姓氏笔画为序)

- | | |
|-----|----------------|
| 卜行宽 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 丁国宪 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 王淑玉 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 王晓莲 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 孙为豪 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 占伊扬 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 吕培中 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 李文玲 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 刘 莉 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 毕志刚 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 许沪珠 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 杨美南 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 邵 耘 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 周苏明 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 袁南荣 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 殷长军 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 赖 滨 | (南京医科大学第一附属医院) |
| 薛漪萍 | (南京医科大学第一附属医院) |

东南大学出版社

内 容 提 要

本书由长期从事老年医学教育和临床的教授编写,主要介绍老年的生理和心理特点、老年的免疫特点和常见疾病、老年病的临床特征和药物治疗特点、老年常见疾病(包括冠心病、高血压、慢性肺部疾病、老年贫血、慢性便秘、慢性胰腺炎、老年糖尿病、老年甲状腺疾病、骨质疏松、脑动脉硬化、老年痴呆、老年骨关节病、围绝经期综合征、老年口腔疾病、老年性聋、老年皮肤病等)诊治。本书内容丰富、实用性强,可作为全科医师岗位培训教材,也可作为老年医学和全科医学专业的教材,同时可供老年科医生及全科医生参考。

图书在版编目(CIP)数据

老年医学 / 程蕴琳主编;卜行宽等编. —南京:东南大学出版社,2004.10

(全科医师岗位培训系列教材 / 陈永年主编)

ISBN 7-81089-751-9

I. 老... II. ①程... ②卜... III. 老年医学—技术培训—教材 IV. R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 081993 号

东南大学出版社出版发行
(南京四牌楼 2 号 邮编 210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 姜堰市晨光印刷有限公司印刷
开本:787mm×1092mm 1/16 印张:14 字数:347千字
2004年11月第1版 2004年11月第1次印刷
印数:1-4000 定价:22.00元

(凡因印装质量问题,可直接向发行部调换。电话:025-83792327)

序

社区卫生服务是卫生服务体系的重要基础。积极推进和发展社区卫生服务,是卫生工作贯彻“三个代表”重要思想的具体体现,是卫生改革的重要举措。通过发展社区卫生服务,建立新型的城乡卫生服务体系,可以把群众的大部分健康问题经济、有效地解决在社区,对于保障人民群众基本医疗和预防保健服务的供给,建立新型的医患关系,提高群众健康水平,具有极为重要的意义。

全科医师和社区护士是社区卫生服务的主要提供者,要提高社区卫生服务机构的服务水平,必须要有大量合格的全科医师和社区护士。按照卫生部的要求,根据我国的国情,在大学本科毕业后全科医师规范化培训制度没有建立之前,对基层具有执业资格,已经从事或即将从事社区卫生服务的医、护人员进行岗位培训,是解决全科医师和社区护士来源的主要途径。全科医师和社区护士岗位培训工作关系到社区卫生服务专业队伍的建设,各市卫生行政主管部门应当给予高度的重视,积极做好培训的宣传发动和组织工作。各社区卫生服务机构也应从队伍建设的长远考虑,积极组织本单位的医、护人员分期分批参加培训。

为满足全科医师和社区护士岗位培训工作的需要,我厅组织省内有关医学院校和医疗卫生单位的专家,制订了统一的全科医师和社区护士岗位培训教学计划和大纲,并在此基础上编写了配套的培训教材,这对于统一培训的规格、保证培训的质量是很有必要的。培训教材的参编者都是我省医学院校多年从事这方面教学的骨干教师和有关医疗卫生单位的专家。编者们在编写过程中参考了大量的国内外资料和文献,总结、吸收了国内开展社区卫生服务的

经验,力求做到实用性、科学性和可读性相结合。这些教材不仅可以供全科医师和社区护士岗位培训使用,还可以作为从事社区卫生服务工作的专业人员的参考书。我希望培训教材能为提高我省社区卫生服务人员的业务技术水平和服务质量、推动社区卫生服务健康发展发挥积极的作用。我也希望承担培训工作的院校,在培训工作的实践中及时总结经验,不断了解全科医学和社区卫生服务的新进展,以便于以后教材的修订。

这些教材的编写和出版得到了各有关医学院校和医疗卫生单位,特别是东南大学出版社的大力支持,教材的参编人员付出了大量的辛勤劳动,在此,对这些单位的有关同志和有关部门一并表示感谢。

江苏省卫生厅厅长 **周珉**

2004年6月

前 言

根据世界卫生组织规定,一个国家或地区的老年人口占总人口的10%以上时,即称为人口老龄化。随着改革开放和经济建设的深入发展,科学技术等特别是医学科学技术的进步、卫生保健的改善,我国60岁以上老年人口已达1.3亿,从而跨入了人口老龄化国家的行列。

老年医学是临床医学的一个重要组成部分。老年疾病的预防、治疗和康复,大多在社区进行。因此,老年医学是全科医师必须学习的一门专业课。南京医科大学是国内最早在本科生中开展老年医学课程的医学院校之一,有长期从事老年医学临床医疗、教学、科研和预防保健的经验和体会。我们参考了国内外大量最新文献资料,结合我们的经验编写了本书。本书对该领域中的热点课题及内容进行了详细的论述。本书共有31章。本书在编写过程中,注重先进性,力求反映老年医学最新理论、经验、标准及成果,同时也注意实用性,符合社区特点,适合全科医师学习。我们希望读者通过老年医学课程的学习,为更好地为老年患者服务打下良好基础,同时希望读者对书中存在的不足和错误之处批评指正。

程蕴琳

2004年8月1日于南京



目 录

(081)	.....	章二十二条
(181)	.....	章三十二条
(381)	.....	章四十二条
(131)	.....	章五十二条
(171)	.....	章一条
第一章	老年医学概论.....	(1)
第二章	老年心理特点和心理保健.....	(5)
第三章	老年免疫特点与常见疾病.....	(15)
第四章	老年病的临床特征和药物治疗特点.....	(20)
第五章	心肌老化的基础研究.....	(26)
第六章	动脉粥样硬化.....	(36)
第七章	老年冠心病.....	(39)
第一节	概述.....	(39)
第二节	老年心绞痛.....	(40)
第三节	老年心肌梗死.....	(44)
第八章	急性冠状动脉综合征.....	(47)
第九章	老年高血压.....	(58)
第十章	老年肺栓塞.....	(65)
第十一章	老年慢性肺部疾病.....	(76)
第一节	老年肺部感染.....	(76)
第二节	老年慢性肺源性心脏病.....	(82)
第三节	老年慢性阻塞性肺疾病.....	(86)
第十二章	老年慢性胃炎.....	(94)
第十三章	缺血性肠炎.....	(98)
第十四章	慢性胰腺炎.....	(103)
第十五章	慢性便秘.....	(109)
第十六章	老年贫血.....	(120)
第一节	缺铁性贫血.....	(121)
第二节	巨幼细胞性贫血.....	(122)
第三节	慢性病性贫血.....	(124)
第十七章	代谢综合征.....	(125)
第十八章	老年糖尿病.....	(133)
第十九章	老年甲状腺疾病.....	(140)
第一节	甲状腺生理与老化.....	(140)
第二节	老年性甲状腺功能减退症.....	(142)
第三节	老年性甲状腺功能亢进.....	(145)
第四节	老年人的其他甲状腺疾病.....	(147)
第二十章	骨质疏松症.....	(149)
第二十一章	老年多器官功能障碍综合征.....	(153)

第二十二章 良性前列腺增生症	(160)
第二十三章 脑动脉硬化症	(164)
第二十四章 老年性痴呆	(167)
第二十五章 老年性骨关节病	(173)
第一节 概论	(173)
第二节 老年性骨关节炎	(174)
第三节 颈椎病	(177)
第四节 老年肩关节疾病	(179)
第五节 腰椎骨性关节炎	(180)
第六节 腰椎间盘突出症	(181)
第七节 老年人常见的足部疾患	(182)
第二十六章 围绝经期综合征	(184)
第二十七章 老年性阴道炎	(187)
第二十八章 老年性白内障	(188)
第二十九章 老年性聋	(191)
第三十章 老年口腔病	(195)
第一节 龋牙	(195)
第二节 牙周炎	(196)
第三节 牙齿磨损	(196)
第四节 楔状缺损	(197)
第五节 牙列缺损	(197)
第三十一章 老年皮肤病	(199)
第一节 老年皮肤的保护	(199)
第二节 常见的老年皮肤病	(201)
实习指导	(206)
实习一 老年冠心病	(206)
实习二 老年肺部感染	(208)
实习三 老年多器官功能障碍综合征	(210)
实习四 老年消化系统疾病	(211)
主要参考文献	(213)



第一章 老年医学概论

一、引言

21 世纪是人口老龄化的时代, 老龄问题已成为联合国和世界各国关注的热点问题。按世界卫生组织(WHO)的规定, 不分性别、职业、宗教等, 只要年龄在 65 岁及其以上者(亚太地区及我国定为 60 岁及其以上)称为老年。凡 65 岁及以上人口的比重超过 7%, 或 60 岁及以上人口比重超过 10%, 称为老年型的国家或地区。2000 年全球老年人有 4 亿, 70% 的老年人在发展中国家。

(一) 我国的人口老化现状

1. 1982 年, 全国第三次人口普查统计, 65 岁以上人口数共有 4 927 万, 占总人口的 4.9%, 属于成年型国家。1990 年, 全国 65 岁及其以上人口数共有 6 379 万, 系数上升至 5.58%, 仍是成年型国家。到 2001 年, 全国 65 岁及其以上人口总数有 8 913.1 万, 系数上升至 7%, 已属于老年型的国家。

2. 我国老年人口绝对数量大, 相当于整个欧洲的老年人口总数, 人口老化速度比较快, 全世界不到 5 个老人中就有一个是中国老人。我国已步入老年型社会, 预测到 2050 年, 老年人口系数将增加至 15%。

(二) 老年学及老年医学的定义

1. 老年学(gerontology) 是研究衰老的原理、特征、变化及有关老年各方面问题的综合性学科, 主要包括老年生物学、老年医学、老年社会学三部分。

2. 老年医学(geriatrics) 是医学的一个分支, 是研究人类衰老的机制、人体老年的变化及老年病防治的学科, 主要包括老年基础学、老年临床医学与老年预防医学等。

二、衰老

任何生物(包括人类)都严格地按照生物规律, 经历由胚胎到出生、生长、发育、成熟、衰老直至死亡的过程。衰老(aging)通常与老化(senescence)并提。衰老与老化是老年期变化的总称。衰老可分生物性衰老及疾病性衰老两类。每种生物衰老速度并不一致, 有明显的个体差异。

(一) 衰老的特征

1. 组织逐渐脱水, 弹性减低, 结缔组织退变。
2. 细胞分裂、生长及组织修复能力减低, 细胞萎缩及退变。
3. 基础代谢率降低。
4. 调节内环境稳定性的诸因素发生障碍。
5. 神经组织退行性变。
6. 骨的强度及韧性下降, 脆性增加。

(二) 生理性老化

1. 细胞老化 由于核酸, 特别是 DNA 的损害, 不能生成合适的蛋白质, 导致细胞分裂异

常,细胞衰老。

2. 组织器官老化

(1) 脑: 脑萎缩以额颞叶为显著,动脉硬化,细胞数减少,脂褐素沉积,DNA含量就相对减少,当达到一定程度时,神经元死亡。神经纤维髓鞘减少或消失,可出现神经元纤维缠结、神经炎斑、老年斑及颗粒空泡变性。临床表现为头痛、眩晕、耳鸣、记忆力低下、定向障碍、情感变化、性格人格变化以及运动障碍、知觉障碍、失认、失用症等。

(2) 肺: 肺泡壁变薄,弹性纤维断裂,肺泡扩大、融合而出现肺气肿,支气管壁纤维化,黏膜上皮和腺体退化,支气管可扩张,肺泡换气量减少,气体弥散能力下降,动脉氧分压下降,肺血流量减少,二氧化碳分压增高等肺的通气、换气功能均发生改变。由于肺功能差,易发生呼吸道感染和呼吸功能衰竭,同时应警惕肺癌的发生。

(3) 心血管: ①心大小: 心包下脂肪增多,心内膜增厚,致使心脏比年轻人略增大;②心肌: 脂褐素沉积,心肌细胞纤维化,心肌淀粉样变性,胶原增加;③心内膜: 胶原、弹性纤维增生,呈弥漫性不均匀增厚,以左心腔较显著;④瓣膜: 纤维组织增多,瓣叶增厚、变硬,钙沉淀,瓣环钙化,传导系统退变、纤维化;⑤心率: 窦性心动过缓,窦房结恢复时间延长;心排血量随老龄化(aging,又称增龄)每年下降1%;心指数随老龄化每年下降0.79%;⑥血压: 主动脉中膜弹性纤维增加,钙化僵硬,弹性下降,使收缩压上升和脉压增大。

(4) 消化器官: 胃肠黏膜细胞数减少,血管硬化,血流减少,腺体分泌减少,蠕动减弱;肝重量减轻,肝功能异常的比例增加。

(5) 肾: 肾单位随老龄化而减少,肾小球滤过率及肾血流量均减少50%左右,80岁以上老人肾单位仅为年轻人的1/3;肌酐清除率降至常人的1/3以下;排尿障碍常因前列腺肥大、膀胱颈部挛缩、膀胱括约肌硬化等引起。

(6) 骨骼: 骨质疏松,骨小梁减少,骨密质变薄,力学强度下降,易骨折,尤以女性为甚,往往是男性的8倍。关节软骨、椎间盘变性,骨赘形成。

(7) 皮肤: ①皱纹增多,是因皮肤胶原纤维、弹性纤维萎缩,皮下脂肪减少,肌肉萎缩致使皮肤松弛的结果。②皮肤干燥伴搔痒,是汗腺功能低下所致。老年色素斑多发于日光照射的部位。老年性白斑多发生于衣服覆盖部位。③毛发减少变白,指甲变脆。

(8) 抵抗力和免疫性疾病: ①有贫血倾向;肾功能不全、骨髓血管硬化;胃酸缺乏,消化道出血;恶性肿瘤。②随老龄化,出现自身抗体(如抗甲状腺球蛋白抗体、抗核抗体、抗胃壁细胞抗体等)的概率增加,女性高于男性,还可出现典型的自身免疫性疾病,如桥本甲状腺炎。

(9) 老年人的心理、精神变化: ①出现孤独,恐惧,心理负担加重,心态改变及心理障碍;②痴呆;③语言障碍。

三、衰老机制学说

1. 遗传程序学说 衰老是机体固有的退化过程的结果,是遗传基因所控制的。

2. 自由基学说(free radical theory) 自由基是具有一个以上的不成对电子的分子或原子的总称,是正常代谢的中间产物,也来自于环境。因其强氧化剂作用具有很强的破坏力,可加速衰老过程。其氧化作用可使不饱和脂肪酸形成过氧化脂质,对生物膜、小动脉和中枢神经系统均造成损害,造成核酸变性,DNA破坏,蛋白质合成受阻,引起蛋白质变性。若长期损害会引起细胞的衰老和死亡。



3. 交联学说(cross linkage theory) 细胞组织内存在大量的交联反应,可导致细胞理化性质的改变,酶活性降低,DNA 复制及蛋白质合成障碍,细胞营养受限和废物堆积等。如果生物大分子参与交联反应过多或异常,可引起细胞的衰老和死亡。

4. 差错学说(error theory) 又称差错成灾学说。细胞内蛋白质合成过程中发生的各种差错,当其积累至成灾的程度时,就可导致细胞的衰老和死亡。根据差错的起源,分为原发性差错学说或 DNA 差错学说和非 DNA 差错学说。①原发性差错学说(primary error theory):认为是各种原因使 DNA 分子的遗传信息发生改变或基因突变,进而引起细胞代谢障碍而导致细胞凋亡。②非 DNA 差错学说(non-DNA error theory):认为细胞衰老是 RNA 合成蛋白质的过程中发生差错的结果。

5. 生物膜损伤学说(theory of biological membrane damage) 生物膜有维持细胞、细胞核、细胞器结构及形态的作用,其中细胞膜是生物电、细胞物质转运以及受体等重要生命活动的发生部位。体内外许多因素如自由基、辐射、缺氧等都可导致生物膜的破坏和细胞器的崩解,轻则使细胞的功能丧失,重则促进细胞的衰老和死亡。

6. 体细胞突变学说(somatic mutain theory) 认为生物衰老是由体细胞显性突变所致。导致突变有物理、化学和生物的因素以及体内外诸因素(如 X 线、电离辐射、某些药物等)。当突变的细胞积累到一定数量时,会影响组织的正常功能,从而导致细胞的衰老和死亡。

7. 脂褐素学说(lipofuscin theory) 又称老年色素。它是细胞器产生的不溶性颗粒,广泛沉积于心、脑等重要器官。其沉积量随老龄化而增大,对组织的正常功能起消极作用,扰乱细胞质的转运通道,影响细胞功能,从而导致细胞的衰老和死亡。

8. 内分泌学说(endocrinology theory) 内分泌系统在维持机体内环境稳定和调节生长、发育与衰老过程中具有重要作用,对机体调节的各个环节随老龄化而退变,是衰老的重要因素。

9. 免疫学说(immunology theory) 首先是因自身免疫而使自身组织被破坏和变性;其次是胸腺随老龄化而逐渐萎缩,使胸腺激素和 T 淋巴细胞减少而导致细胞免疫和体液免疫功能减低、失调,导致一些疾病的发生,从而也加速了细胞、器官衰老的进程。

10. 溶酶体膜学说(theory of lysosomal membrane damage) 溶酶体是细胞内的一种亚微结构,是一个囊泡,含有 12 种以上的高浓度消化酶,其中包括蛋白酶、核酸分解酶和糖苷酶。细胞内的溶酶体含有多种水解酶,能分解蛋白质、脂质、糖、核酸等物质。溶酶体膜一旦破坏,分解酶被释放出来,使细胞自身的某些物质被消化分解,对细胞将造成致命性损害。随着衰老,溶酶体膜可因各种因素的作用而破坏,导致细胞自身物质被消化,从而引起细胞的衰老和死亡。

迄今为止,还没有一种被公认的,能科学、全面地能解释衰老原因的学说。

四、老年患者具有三大临床特征

1. 脆弱性 对疾病和药物毒副作用的易感性增加,疾病和药物不良反应发生率增高。

2. 特殊性 在患病率、病因、病理、临床表现、诊疗及预后等方面均与成年人不同。

3. 高危性 表现在患病率高、并发症和药物不良反应多、手术危险性大、病死率高。

五、老年病的类型

1. 急性病 老年人因免疫功能减退而极易引发急性病,如老年肺炎等感染性疾病。

2. 慢性病 老年人群患病率明显增高,如高血压、冠心病、脑血管病、恶性肿瘤及糖尿病等。

3. 特有病症 如钙化性心脏瓣膜病、痴呆、骨质疏松症、白内障、跌倒及卧床不起等。

六、老年病特点

1. 多病共存 北京医院统计 60~69 岁组人平均患 9.7 种疾病,90 岁以上患 11.1 种疾病。

2. 起病缓慢 在相当长时间内无症状,无法确定其发病时间,如动脉粥样硬化、糖尿病及骨质疏松症等。

3. 变化迅速 起病隐匿,发展缓慢,病情迁延,但当疾病发展到一定的阶段,当器官功能处于衰竭的边缘时极易导致病情恶化。

4. 发病方式独特 75 岁以上的老人最脆弱的部位是脑、下尿路、心血管及运动系统。无论何种疾病发作,都以跌倒、不想活动、精神症状、大小便失禁、生活能力丧失等发病。年龄愈大,老年病五联征之一或几项表现愈明显。这时应首先考虑感染性疾病,其次是非感染性疾病、药物不良反应、出血、缺血及缺氧等,切勿将其误认为年老所致而延误诊断和治疗。

5. 临床表现不典型 因衰老、病残和疾病交织在一起,使疾病临床表现不典型。

(1) 疾病的特异性症状表现为非特异性,如老年肺炎仅有纳差、乏力等症状,缺乏呼吸道症状;老年心功能衰竭表现为精神症状、味觉异常、腹胀、腹痛等症状,故老年人轻微症状的背后可能隐藏着严重的疾病,因此对有非特异性症状的老年人,应详细询问病史,全面检查,密切观察病情变化。

(2) 共存的多种疾病之间相互影响,使症状不典型。

(3) 无症状(亚临床型)多。老年人无痛性心肌梗死占 20%~80%,而成人患病仅占 7%;三多一少是糖尿病的典型表现,老年人无症状者占 52.8%,成年人仅占 15%;老年人腔隙性脑梗死 80%无症状;老年人下尿路感染和肺结核亦常无症状。

(4) 非老年病医生对老年病特点往往认识不足,将典型表现误以为不典型,如感染患者无发热或局部症状,对脑功能衰竭的高龄女性患者则属典型表现,这在年轻人中却非常少见。

6. 并发症多。

(1) 感染。

(2) 水电解质失衡。

(3) 多器官衰竭。

(4) 运动性疾病:局部可发生痉挛、失用性肌萎缩、褥疮、骨质疏松症、血栓与栓塞、水肿以及皮肤指甲萎缩等,全身可出现体位性低血压、感染性疾病、抑郁症、痴呆、消瘦、低蛋白血症、便秘及大小便失禁。

7. 药物不良反应多。

正因为老年病有上述特点,作为医生,“你不能用成年人的眼光看待儿童,同样也不能用年轻人的眼光看待老年人”。

(程蕴琳)



第二章 老年心理特点和心理保健

人到老年之后,特别是离、退休之后,由于职业生活、家庭生活和社会生活发生了很大变动,受到社会、家庭以及经济等方面变化的影响,于是心理活动亦发生了明显的改变,与青壮年阶段相比有着很大的差别。由于心理功能的物质基础是大脑,随着大脑生理功能的逐渐衰退,心理功能也会相应出现老化现象,所以研究老年心理与研究老年生理是密切联系的。老年人的心理(elderly psychology)有自己的特点。这些特点的形成基于两个方面的改变:一是随着年龄的增长,器官的结构和功能发生老龄化(aging);二是随着社会阅历的增加及社会角色的变换而形成老年心理的特点。

一、老年人的心理变化与特征

(一) 老年人的感觉和知觉

感觉(sensation)是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的个别属性的反映。在日常生活中,人们看到一道光线,听到一种声响,闻到一种气味,尝到一种滋味,感到冷暖的程度等,这类心理活动就是所谓的感受。感觉是一种最简单的心理现象。知觉(perception)是人脑对作用于感受器的客观事物的整体属性的反映。感觉只能反映事物的个别属性,而只有知觉,才能对事物有一个完整的映象。

感觉是个体心理活动中发展最早的部分,也是衰退最早的部分。感觉衰退较早表现为感觉能力即感受性的逐渐下降。较早衰退的是听觉,其次是视觉。其特点可以概括为以下几个方面。

1. 老年人的视觉变化 老年人的视觉功能的下降是由生理功能下降引起的。

(1) 晶状体调节能力下降:随着老龄化,眼晶状体硬化和睫状肌衰弱,导致其伸缩性减退。看近物时不能形成适当的凸度,时常看不清近物,造成屈光不正(老视),出现视物不清,需戴老花镜加以矫正。

(2) 光敏锐度降低:视觉的敏锐度简称视力,是指分辨细小的物体体积和形状上的微小差别的能力。在一定条件下,眼能分辨的物体越小,视觉的敏锐度就越大。随着老龄化视网膜对外界光线的感受性降低,视力受到影响。

(3) 暗适应能力降低:特别是60岁以后急剧地降低。

(4) 辨色力减弱:随着年龄的增长,颜色视觉也会发生变化。两眼色觉改变的速度不同,造成了两眼色觉的差异。其中对蓝绿色的鉴别能力比对红黄色的鉴别能力下降得更为明显。

(5) 深度视觉减退:老年人判别物体深浅的能力下降。

2. 老年人的听觉变化 老年人的听觉缺陷比视力缺陷更加明显。半数以上的老年人有不同程度的听觉障碍,主要表现在对高频的声波感知能力比对低频的感知能力降低快。随着老龄化,老年人对频率高的声波,即音调高的声音感知能力下降得较多;而对音调低的声音感知能力则下降得很少。这就是老年人喜欢听低音音乐的原因。

3. 老年人的嗅觉和味觉变化 随老龄化味蕾不断减少,75岁以上的老年人的味蕾比30

岁的年轻人少 1/3,因此,老年人味觉迟钝,易出现食欲减退,往往觉得食品淡而无味,炒菜偏咸,做饭易糊。同时老年人随着年龄的增长,嗅觉的辨别能力逐渐衰退。在人的一生中,20~50 岁是嗅觉最灵敏的时期,50 岁以后逐渐减退。年纪越大,嗅觉越差。

4. 老年人的触觉和痛觉变化 皮肤感觉包括触觉、冷热觉和痛觉均有所减退,老年人易于产生碰伤和烫伤。老年人因痛阈升高,对疾病所致疼痛不敏感,往往说不清楚,易造成疾病诊断及治疗的延误。

5. 老年人的平衡觉变化 老年人的平衡觉明显减退,故容易发生跌倒等意外伤害,应注意采取适当的保护措施。如老年人的活动场所应加扶手和防滑设施,确保老人行走安全。

(二) 老年人的认知功能

1. 记忆(memory) 是指过去的经验在人脑中的反映。人们对感知过的事物、思考过的问题、体验过的情绪及练习过的动作等都会留下印象,并能够再认或回忆,这就是记忆。记忆是一个复杂的心理过程,包括识记、保持、再认或回忆三个基本环节。老年人随着年龄的增长,感觉器官逐渐不能正常有效地接受信息,同时因记忆细胞的萎缩,影响各种记忆信息的储存。老年人记忆的总趋势是随着年龄的增长而趋于下降,但是下降的速度并不大。其一般趋势为 40 岁以后有一个较明显的衰退阶段,然后维持在一个相对稳定的水平,直到 70 岁以后又出现一个较为明显的衰退阶段。

(1) 老年人理解记忆保持较好,机械记忆明显衰退:理解记忆主要是通过对材料的理解而进行的识记,而机械记忆主要通过背诵进行识记。从日常观察和研究来看,老年人对自己所理解的材料的识记与青年人相比,没有多少差别,而对自己不理解的材料或无意义联系的材料(如无意义音节或数字等)的识记明显不如青年人。

(2) 老年人再认衰退不明显,回忆能力明显衰退:再认(recognition)是指当人们看过、听过或学过的事物再次出现在眼前时,能辨认出曾经感知过。如果刺激物不在眼前,而要求将此再现出来时,即为回忆(recall)。由于再认时,原始材料仍在眼前,是有线索的提取,难度小些。所以,老年人再认能力的保持远比回忆好。

(3) 老年人记忆速度明显减慢,短时记忆能力明显下降:由老年人自由地掌握记忆的速度,其记忆的效果比较好,但若要求在规定的时间内识记或回忆较多的内容,其成绩明显低于青年人。短时记忆减退是老年人常见的主诉,65 岁以后,在逻辑故事记忆、图像自由记忆、数字广度记忆和指向记忆都呈下降趋势。

(4) 记忆的病理性老化:记忆的病理性老化是因疾病的影响而引起的记忆障碍,属于异常老化。这往往是某些疾病的常见症状,多见于老年痴呆患者。其程度也比生理性老化严重,会给患者的生活带来很大影响。但在疾病早期两者界限不易划分,难以鉴别,必须通过日常的仔细观察和定期检查,才能早期发现,早期给予治疗。

(5) 老年人的记忆策略与可塑性:对所要识记的材料进行组织加工、运用策略予以识记,是对记忆信息编码的加工过程。老年人很少主动运用策略,因而影响记忆成绩。如果老年人能正确运用已有经验,扬长避短,节奏适宜,同时主动学习和训练记忆方法,如联想法、归类复述法和位置法等,就能提高记忆绩效。老年记忆减退出现有早有晚,速度有快有慢,程度有轻有重,说明其个体差异很大。因此,若能指导老年人注意自我保健,坚持适当的脑力锻炼和记忆训练,并主动利用记忆方法,保持情绪稳定,心情愉快,有信心,就可延缓记忆衰退。

2. 智力(intelligence) 主要包括注意、记忆、想象、思维、观察、实践操作和环境适应等方



面的能力,是一种整体的、综合的能力。人的智力从中年期开始,随着年龄的增长而衰退,但并非全面减退。

(1) 老年人的液化智力衰退较早较快,而晶化智力衰退较晚较慢:液化智力(fluid intelligence)主要与人的神经系统的生理结构和功能有关。所谓液化智力是指获得新观念、洞察复杂关系的能力,如知觉整合能力、近事记忆力、思维敏捷度及与注意力、反应速度等有关的能力。成年后,液化智力随年龄增长而减退较早,老年期下降更为明显。晶化智力(crystallized intelligence)与后天的知识、文化及经验的积累有关,如词汇、理解力和常识等。健康成年人晶化智力并不随老龄化而减退,有的甚至还有所提高。晶化智力一般到70岁或80岁以后才出现减退,且减退速度较缓慢。

(2) 智力的病理性老化:如果五六十岁的人智力突然明显减退,意味着是病态。如临床上最常见痴呆症,必须引起重视,及早就医,查明原因,尽快治疗。

(3) 老年人智力的可塑性:老年期智力减退并非是一成不变和不可逆转的,相反,随着年龄的增长,知识和经验不断积累,理解、推理能力不断提高。老年智力的发展具有多维性和多向性的特点,在个体内和个体间具有可塑性和可变性。若能采取适当的干预措施,就可延缓智力减退。

3. 思维(thinking) 是人的一种最复杂的心理活动,是人类以已有的知识经验为中介,对客观现实概括的和间接的反映。人类通过思维认识事物本质和内部联系,是一个高级的、理性的,包括概括、类比、推理和解决问题的认识过程。

(1) 思维的生理性老化:思维随着老龄化出现衰退较晚,特别是与自己熟悉的专业有关的思维能力在年老时仍能保持。但是,老年人由于在感知和记忆方面的衰退,在概念、逻辑推理和解决问题方面的能力有所减退,尤其是思维的敏捷度、流畅性、灵活性、独特性以及创造性比中青年时期要差。

(2) 老年人思维弱化及障碍的几种表现形式:①思维迟钝、贫乏:对有些事情联想困难,反应迟钝,语言缓慢;有些老年人不愿学习,不想思考问题,导致语汇短缺,联想易间断,说话常突然中止。②思维奔逸:如对青壮年时期的事情联想迅速,说话漫无边际,滔滔不绝。③强制性思维:不自主地偶发毫无意义的联想,或者反复出现而又难以排除的思维联想。④逻辑障碍:主要表现为推理及概念紊乱,思维过程繁杂曲折,内容缺乏逻辑联系。

(3) 老年期思维能力的个体差异:有些高龄老人思维仍很清晰,而有些年龄不大的人却有严重的思维障碍。因此,要重视对老年人的全面身心保健,鼓励老年人以积极的态度对待生活,培养其思维品质,以恢复和提高其良好的思维能力。

4. 人格(personality) 所谓人格,心理学上是指一个人在其生活实践中经常表现出来的较稳定的个体心理特点的总和,也称为个性。它包括个人的能力、气质、性格以及兴趣、爱好、习惯等等,是一个人在与环境相互作用过程中所表现出来的独特的行为模式、思维方式和情绪反应。一般说来,人格是在一定的社会文化背景上形成的,是一定的社会文化产物。因此,一个人的人格是他过去的整个生活历程的反映。人格以统一整合的自我为核心,决定一个人在适应社会生活中如何看待自己,看待自己与周围人和事物之间的关系。老年人的人格与老龄化无关。

(1) 影响老年人的人格因素:影响老年人人格适应的因素有生物学因素和社会心理因素两种。生物学因素即个体各组织器官的老年性变化,如大脑皮质萎缩,神经细胞数量减少,脑

内蛋白质、磷脂、微量元素等含量减低,神经递质失衡等。社会心理因素包括上述变化影响感知觉、思维、记忆、智力和行为等方面的变化。这些因素均会影响老年人对新的社会生活的再适应。

(2) 老年人的人格类型:由于老年人的经历、所处的环境条件和心理素质不同,故他们的适应状况、适应水平和适应方式会有所不同。根据他们的适应方式和适应水平可以分为以下十个类型。

成熟型:该型老年人的主要特征就是理性和敢于面对现实,以有效的策略处理各种现实问题,显得成熟、老练,能妥善处理工作、社会和家庭的人际关系,并能根据自己的实际能力和身体条件安排自己的活动,进退有方,行为适中,承认衰老,正视疾病和困难。

安乐型:该型老年人的主要特点是自由自在,自得其乐,安于现状,不再工作,所以此型也称为悠闲型或逍遥型。这些老年人离退休后,除了简单的家务劳动外,对其他事不管不问,不承担新的工作和责任,图清闲,享清福。他们大都有自己的娱乐活动,如种花、养鸟、钓鱼、下棋、听戏或打球等。

进取型:该型老年人的主要特点是身体健康、精力充沛、头脑灵活,他们积极进取,充分发挥自己的才能。如一些企业家,他们积累了大半生的经验,虽然已进入老年,但管理自己的企业还是得心应手,游刃有余。还有一些科学家,知识丰富、精力充沛,在老年仍能做出巨大的成就。甚至一些从事体力劳动的老年人仍然身强力壮,十分愿意从事自己的体力劳动,是家庭经济收入的重要来源。这些老年人积极进取,继续劳动和创造,既有利于身心健康,又有利于家庭和社会。

社会型:该型老年人的主要特点是性格开朗、外向,和蔼可亲,随和善良,乐于助人,善与人交往。这些老年人,有的是社会活动家或政治家或慈善家,虽已到老年,仍活跃在国际和国内的政治和社会舞台上,为调节各方冲突而奔波,或为了救济穷人、孤儿、残疾人等而奔波。该型老年人大多数是在某些较小的范围内从事社会活动,如某些团体、俱乐部等。总之,他们多投身于社会活动,交往于人际中,以为别人提供服务为最大乐趣。

装甲型:也称防御型。按照精神分析的理论,这是一种内在焦虑水平很高的老年人,他们为了克服内心的焦虑和不安,只有不停地活动。他们不敢面对年老这个现实,不顾身体衰退而不停地工作和忙碌,一旦停息下来,便会陷入焦虑和不安。所以,他们不会休息,不会娱乐,似乎对工作有过分的热情,过分强调自己的责任和义务。对年轻人不放心,甚至心存嫉妒,往往会在工作中死于某种疾病的复发或突发。

愤慨型:也称不成熟型。该型老年人的主要特点是容易发怒,难以自控,缺乏理性,他们一方面不愿承认自己的衰老,另一方面也因未达到自己的人生目标,或认为这个世界对他不公平而怨恨,容易把自己的失败和挫折归咎于社会或他人,因而对社会和别人怀有敌意,从而对同事、朋友和家人常无故发怒。

自罪型:与愤慨型相反,该型老年人生活在深深的自责自罪的内疚之中,总是认为自己这一生的许多选择都是错误的,认为自己给别人带来了痛苦和灾难,他们悲观、失望,不愿与别人交往,宁愿孤独一人,他们对生活心灰意冷,死亡才是他们的真正解脱。所以该型老年人可能会以自杀来了却自己的一生。

强迫型:该型老年人的特点是做事过分谨慎小心,过分遵守某些自认为正确的规则,而不得有半点更改,常常对自己做的事不满意,对别人也更挑剔。常为一些鸡毛蒜皮的事而苦恼不



堪,别人对他都敬而远之,他本人也常有孤独感和寂寞感。

偏执型:该型老年人的主要特点是思想僵化,固执己见,自以为是,听不得不同意见,好与人争辩,难以被说服。他们自以为了不起,自以为别人都有意与他们过不去,怀疑别人有意和他作对,因而对别人怀有敌意。

分裂型:该型老年人的共同特点是离群索居、孤独一人,不愿与人打交道,缺乏与别人进行情感交流的能力,对现实丰富多彩的生活不感兴趣,沉湎于过去的回忆或内省。鲁迅笔下的孔乙己就是这种类型的人,但也可能是老年痴呆的早期表现。

需要强调指出的是:第一,目前在我国的现实生活中,成熟型、安乐型和进取型的老年人占多数,社会型、装甲型和愤慨型的老年人次之,自罪型、强迫型、偏执型和分裂型的老年人极少见。第二,在现实生活中,某些老年人可能属于上述某个典型类型,但更多的老年人可能不典型,他们可能是某2个或3个类型的混合,切记心理类型的划分都是相对的,而不是绝对的。第三,一般而言,老年人的个性特征是他青年和中年期人格的持续发展的结果。老年人的人格特征与他以前的生活经历及人格形成、发展有着密切联系。一般地说,青壮年期健全的人格有利于形成老年期健全成熟的人格;反之亦然。但也不尽然,有些曾经是健全受人尊敬的人到了老年变得十分古怪,令人费解;而大多数人格障碍者到了老年期都不同程度地有所缓解;还有一些曾经是犯过罪的人,到了老年,变得十分友善,为人和气,与青年时期判若两人。

二、老年人常见的心理和精神问题

(一) 脑衰弱综合征

引起脑衰弱综合征的常见原因有:长期烦恼、焦虑;离退休后生活太闲,居住环境太静;与周围人群交往甚少,信息不灵,自觉筋疲力尽,睡意频频;脑动脉硬化、脑损伤后遗症、慢性乙醇中毒以及各种疾病引起的脑缺氧等。

脑衰弱综合征常表现为:整日筋疲力乏,脑力和体力活动均极易疲劳,头晕、记忆力下降、注意力不集中、睡眠不稳、不易入睡、多梦易醒、早醒、醒后不解乏。有时晨起出现头痛、眩晕。情绪不稳,易激惹、焦虑。

有些老年人及其亲属认为脑衰弱是人体衰老的自然规律,未引起重视;而另一些老人则过度重视,产生焦虑、多疑症,四处就医,补药不离身,两者均会影响老年人的晚年幸福。

(二) 焦虑症

焦虑是个体由于达不到目标或受到不能克服障碍的威胁,导致自尊心或自信心受挫,或使失败感、内疚感增加,而形成的一种紧张不安带有恐惧性的情绪状态。经常处于明显的焦虑状态,对身心健康有很大影响。

造成老年人焦虑的因素很多,有体弱多病,行动不便,力不从心;多疑症;退休后经济收入减少,生活水平下降;儿孙上班上学时的交通安全;社会治安问题等等。

(三) 抑郁症

老年抑郁症是老年期最常见的功能性精神障碍,以持久的抑郁心境为主要临床特征。其临床表现以情绪低落、焦虑、迟滞和躯体不适为主,且不能归于疾病和脑器质性病变。高发年龄大部分为50~60岁之间,80岁以后者却少见。病程一般较长,老年人自杀通常都与抑郁障碍有关。

引起老年人抑郁的原因,目前较为一致的观点是:老年人在心理老化过程中的共同作用