

# 第一章 老龄化与老年医学

人类的寿命现在已普遍延长，老年人在人口构成比例中迅速增长，老年人问题正在受到全世界的普遍关注。由于人口的老龄化，老年人的健康与长寿则成为医学界研究的重要课题。

现代临床医学已证实，人类的健康与疾病，不仅受生物因素制约，同时也受心理和社会因素的制约和影响。因此，生物—心理—社会三者结合的多元性的综合模式已取代传统的单一性生物医学模式。在老年人健康与长寿方面根据中医学的整体观念和辨证论治的特点，可充分发挥中医的优势，从生物、心理等方面进行调整，最大限度地延缓衰老，预防疾病的发生。

## 一、社会老龄化

人体衰老是一个渐进的过程，很难明确从几十岁就算进入了老年，尤其是人体各器官的衰老进度不一，个体差异很大，更难确定。但为了叙述方便，并易于比较，一般是发达国家以 65 岁及以上为老年，发展中国家多以 60 岁及以上为老年。近年来因很多 60 岁或 65 岁以上的老年人仍精神饱满，活力很强，有些学者提出 70 岁或 75 岁及以上为老年，但此说尚未得到普遍承认。至于老年分期，一般以 45 ~ 59 岁为老年前期（或 45 ~ 64 岁）；60 岁或 65 岁及以上为老年期；90 岁及以上为长寿期。

随着人类社会的进步，科学的发展，医疗水平的提高，人类的健康水平在逐渐提高，人类寿命也不断延长，老年人在社会的比例迅速增加。在经济和文化水平发达的国家和地区。由于人们生育力

的降低，社会的老龄化表现得更为明显。

尽管社会、生理和心理的变化速度因人而异，但明确统一的年龄界定是社会管理所必需的。根据大多数国家的实际状况，联合国将老年界定统一在两个标准以上，即 60 岁以上和 65 岁以上。老年人口占总人口的比例称之为老年人口系数，老年人口与 15 ~ 64 (59) 岁人口比称为老年负担系数。老年人口系数以 60 岁为标准大于 10%，65 岁为标准大于 7% 者称之为老龄化国家和地区。我国于 2000 年步入老龄化社会。预计 2010 年全球 65 岁以上老人将占总人口的 7.3%，即全球将进入老龄化社会。中国老年人口将以 2000 年达到 1.3 亿，而到 2025 年有可能超过 2.8 亿，将占总人口的 19.34%，即每 5 个人中将有 1 个老年人。老年人的健康问题，将成为医学领域和社会保障方面研究的重点。

## 二、老年病与老年医学

随着人口老龄化，老年人口比例逐渐增加，老年人发病率也在逐渐增加。由于老年人的自身特点，老年疾病也有其特殊性，就临床来说，一般以慢性疾病为主。我国卫生部 1998 年调查及北京老年病医疗研究中心 1997 年抽样调查，人群中慢性病的患病率为 323‰，在老年人中高达 714‰，有 42% 的老年人同时患有两种以上的疾病，其中以高血压、冠心病、慢性支气管炎、骨关节病及脑血管病症的患病率最高，排在前列，如在老年人中的每两人就有一人血压超过正常 [18.62/11.87kPa (140/90mmHg)]，一些慢性病有逐年增长的趋势，尤其是糖尿病、脑血管病、白内障、骨关节病及肿瘤患病率增加明显。老年人死亡的主要疾病是脑血管疾病、心血管疾病、肿瘤和呼吸系统疾病，占总死因的 82%。

另外，老年人中约 1/5 有不同程度的认知功能受损，智力明显下降的超过 10%，75 岁以上的高龄老年人智力下降更为明显，患老年痴呆症的比例在 60 岁以上老年人中占 51%。此外还有 21.4%

的老年人中有不同程度的忧郁症状。

总之，就老年病来说大致可分为三类：一类是老年人在机体不断衰老过程中表现出来的疾病，如动脉硬化、老年性白内障、老年前列腺肥大、老年痴呆等，这类疾病往往是老年人所特有的疾病；一类是老年人易患的疾病，这类疾病也可发生于其他年龄段，只是就老年人来说其发病率较其他年龄段为高，如恶性肿瘤、高血压病、冠心病、脑血管疾病、骨关节疾病等等；另一类是一般的常见病，由于老年人的特殊体质（相对体质衰弱），在患病后较其他年龄人的病情严重，甚至可合并其他严重疾病或死亡，如感冒、肺炎、肠炎等等。这三类老年病都与老年人的生理病理特点有关，所以老年病越来越受到医务工作者的重视。

老年医学是随着社会老龄化而产生的，是主要研究人类老化及老年病防治的学科，尤其是对老年疾病的防治，是老年医学研究的主要问题。随着老年人口比例的进一步提高，老年医学在医学领域中的地位越来越重要，它将成为未来医学的中心学科之一。

### 三、中医对老年病的认识

我国现有最早的医学经典著作《内经》中就有大量的对老年疾病的论述。如《灵枢·天年》对老年人生理机能衰退的论述：“五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明。六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧。七十岁，脾气虚，皮肤枯。八十岁，肺气衰、魄离故言善误。九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚。百岁，五脏皆虚，神气皆去，形髓独居而终矣。”指出了人进入老年后，人体各脏腑机能的衰退过程。《内经》关于防治疾病、延缓衰老的论述，重点强调未病先防，已病防变，精神调养，顺应自然的积极预防原则。如《素问·四气调神大论》说“不治已病治未病 不治已乱治未乱”。《素问·上古天真论》说“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来”。“饮食有节，起居有常，

不妄作劳”。在养生摄生方面，《内经》强调了要顺应一年四季阴阳的变化，故《素问·四气调神大论》说“圣人春夏养阳，秋冬养阴，以从其根”。这些摄生延年的思想反映了人须上和四时阴阳，下和地理，中和人事的天人相应思想。总之《内经》中关于老年养生及老年疾病防治方面的论述，其基本原则、观点和方法成为中医老年医学的基础。

东汉时期著名医学家张仲景在继承《内经》理论的基础上，尤重视临床实践，在《金匮要略》一书中，对老年常见病，如胸痹、心痛、中风、消渴等病，不仅详细论述其病因病机，并制订了具体的方药，如瓜蒌薤白半夏汤、肾气丸、薯蓣丸等，至今仍为治疗老年疾病的常用方剂。另外还有《神农本草经》、《博物志》、《名医别录》等著作中都收录了大量益寿延年、防老抗衰的药物。

到了唐宋金元时期，尤其是唐代名医孙思邈，在继承前人经验的基础上，著有《千金翼方》和《备急千金要方》，重点强调了老年病的防治，主张老年人用药当以补法为主，并重视食疗、精神调养、导引、按摩等法，可以说创造了我国老年医学体系的雏形。宋代陈直撰写的《养老奉亲书》，是我国第一部老年医学专著，该书分上、下两部，上部主要论述老年人的食养、食疗，下部论述老年病的病机、治疗、方药以及病后调养，在处理老年病方面，注重脾胃、注重食疗，成为我国医学史上有较高临床价值和影响的老年医学专著。到了元代，邹铉将该书增补到四卷，以《寿亲养老新书》发行，成为当时老年健身益寿的普及性读物。南宋医家窦材，在《扁鹊心书》中对老年人提出重点保护元气，在未病时常用灸法，灸关元、气海、命门、中脘等穴，则可防老抗衰，延年益寿。故说“人之真元，乃一身之主宰，其气壮，则人强，其气虚，则人病，其气脱，则人死，保命之法，艾灸第一”。金元时期，中医学术思想活跃，医家辈出，是百家争鸣、兴旺发达的时期。此期以金元四大家为代表，从临床实践出发，为老年医学的理论和临床治疗提供

了大量丰富和宝贵的经验。如刘完素认为老年人多为阴虚阳亢；李东垣认为老年人多脾虚湿热，治疗当重在固护脾胃；张从正认为老年人在临床治疗中应慎用补药；朱丹溪认为老年疾病当注意养阴理脾。这些来自实践的经验，对治疗老年病有着非常重要的实用价值。

明清时期大约出版了 20 多种老年医学专著，使中医老年医学逐步走向成熟，并有了较大的发展。如刘宇的《安老怀幼书》，徐春甫的《老老余编》，洪方泉的《食治老养方》、曹匡栋的《老老恒言》、石光犀和石光陞的《仁寿编》等都是较高学术价值的老年医学专著。上述著作主要论述老年人的防病健身、延缓衰老的方法，涉及内容十分广泛。在老年病治疗方面，明代戴思恭著《证治要诀》中，论述了一些老年常见病如偏瘫、耳鸣、久嗽、失语、不寐、痰饮、便秘等病证的治疗经验。治疗老年病是从“虚”着手，常将“老人”与“虚人”相提并论。即使是顽痰或痰饮所致之病证，对于老年人也不主张单用攻泄之法，而是选攻补兼施之剂。又如明代著名医学张景岳，在《景岳全书》中强调老年人长寿之道，尤应注意滋养精血，补肾益肝，其所创制的左归饮、右归饮是治疗老年疾病及延年益寿的代表方剂。明代医家龚廷贤所著《寿世保元》一书中有“老人”篇，其对衰老机制的认识，继承了《内经》的学术思想，首责脾肾，治疗中多用温补，尤重补肾固本，论理精详，言简意赅。对于老年病如卒中、消渴、虚损、皮风等证治之论述，先论理，后列方，并附有医案，简明实用。《寿世保元》中涉及老年病证近 20 种，辨证多从脾肾入手，所列方剂如八仙长寿膏、五仁斑龙胶、阳春白雪膏、延寿丹等多为温补之剂。明代著名医学家李时珍在《本草纲目》，收载延年益寿药物 206 属、253 种，为延缓衰老提供了大量行之有效的药物。此外如汪绮生的《理虚元鉴》、高濂的《遵生八笺》、汪昂的《勿药元诠》等书，在老年养生、导引、饮食调养、药物抗衰老等方面都

有宝贵的临床经验。

清代医家喻昌著《医门法律》，认为治疗老年病以不伤胸中大气为律，老年燥证，以清燥救肺为法，独制清燥救肺汤，临床用以治疗老年肺燥咳喘咯血、皮肤瘙痒等病证，防治老年病，摇以养卫调营为务，老年痼疾以“引络透络”为要。罗国纲著《罗氏会约医镜》认为人趋老年，必阳气渐衰，这是导致发生疾病的重要原因。老年人多伴有气血虚弱，故治疗要扶正祛邪，提出对某些老年病“补中即为除寇”的治疗观点。强调老年人患病不可过于发散和应用过峻之品，对于确实需要攻伐之证，应中病即止，使散而不过、攻而不峻或攻补兼施。这些原则都有较高的实用价值。此外，还有李中梓的《证治汇补》、陆九芝的《世补斋医书》、叶天士的《临证指南医案》等书中都有丰富的有关老年病的论述。

（张 昱 翁维良）

## 第二章 老年病的特点

### 一、多病共存

老年人往往多种疾病同时存在，每位老年人平均患有 6 种疾病。北京医院统计 60~69 岁组人均患 9.7 种疾病，90 岁以上 11.1 种，提示老年人患病数目随增龄而增加。疾病与疾病之间可能互相联系，分属不同的器官系统或病理生理改变，但往往是常见病共存。多病共存的表现形式可以是多系统疾病同时存在，如一位老年人可同时患有高血压病、冠心病、糖尿病、泌尿系统感染、前列腺增生及胆石症等疾病；也可以是一个器官的多种病变，如心脏可同时存在冠心病、肺心病、瓣膜及传导系统的退行性病变。老年人不仅患有多种慢性疾病，而且对急性疾病和身体残疾的易感性增加，使得病情复杂化，是导致老年病诊断困难的重要原因之一。

### 二、起病缓慢

老年病多属于慢性病，其起病隐匿、发展缓慢，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、糖尿病及骨质疏松等。老年肺结核、肿瘤、痴呆及风湿病也是发病缓慢，常因体检或因其他症状就医才发现。因此，对老年人进行定期健康检查，能使疾病得到早期诊断和治疗。

### 三、变化迅速

老年病虽起病隐匿、发展缓慢、病情迁延，但当疾病发展到一

定的阶段，器官功能处于衰竭的边缘，一旦发生应激反应，可使原来勉强维持代偿状态的器官发生功能衰竭，导致病情恶化。例如老年冠心病患者一旦并发肺炎，可以诱发急性左心衰，肺瘀血又有利于细菌生长繁殖，使肺部感染加重，二者形成恶性循环。有些老年患者从外表上看，病情并不重或呈慢性衰竭状态，但可在数小时内病情恶化达到极点，经抢救无效而死亡。这可能与病情发展时的症状和体征十分隐蔽有关。因此，老年病医师应对疾病的发展过程和预后有充分的了解，并密切观察病情变化，做到早期发现和及时治疗，以减少意外情况发生。

#### 四、表现不典型

老年人患病的表现，一部分与成年人一样具有典型的症状和体征，而相当一部分老年人因衰老、病残和疾病交织在一起，使疾病临床表现不典型。缺乏疾病的特异症状，而表现为非特异性症状。如有些老年肺炎和感冒仅有食少、乏力等症状，而缺乏呼吸道症状；老年心衰可先表现为精神症状、味觉异常、腹胀、腹痛等症状；老年人体温调节能力低下，一些发热性疾病的体温升高不如成年人明显，即使严重感染（肺炎、泌尿系统感染、败血症）也可无发热；老年人痛觉迟钝，定位不准确，能引起成年人剧烈疼痛的疾病（急性心肌梗死、急性胸膜炎、内脏穿孔后腹膜炎、骨折、烫伤等），在老年人可能只有轻微不适或无症状，故老年人轻微症状的背后可能隐藏着严重疾病。这些非特异性症状只表明患者处于患病状态，并不能提示患何种疾病。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，直到明确诊断为止。若对此认识不足，将会导致漏诊误诊。共存的多种疾病之间相互影响，使症状不典型。如老年人体力活动因关节炎、失明、偏瘫而受限时，使冠心病不表现出心绞痛。无症状（亚临床型）多。无症状是指在疾病状态下患者未感知到生命活动的异

常表现，是疾病一种隐匿而特殊的表现形式——亚临床型，与有症状、体征（临床型）之间既有区别又有联系，共同反映疾病的本质。无症状往往与疾病状态、个体差异及用药情况有关，因而不同年龄组患者均可无症状，但以老年人最多见。老年无痛性心肌梗死占 20%~80%，而成年患者仅占 7%；三多一少是糖尿病的典型表现，老年人无症状者占 52.8%，成年人仅为 15%；在无症状性消化性癌病中，老年人也明显多于成年人；老年腔隙性脑梗死 80% 无症状；老年人下尿路感染和肺结核常无症状，多经辅助检查而发现。

## 五、并发症多

1. 感染 老年人由于免疫功能减退，在慢性疾病的基础上容易并发呼吸道、胆道及泌尿系统感染，经过广谱抗生素治疗，又易发生真菌感染。感染既是老年人常见的并发症又是其重要的死因，应引起临床医师的高度重视。

2. 水电解质紊乱 老年人组织器官萎缩，虽细胞外液无明显减少，但细胞内液不仅绝对量减少，而且在体液中所占比重明显降低。同时，内环境稳定性差、代偿能力减退，只要稍有诱因就可导致水电解质紊乱。另外，老年人口渴中枢敏感性降低，即使体内缺水也可无口渴感，容易发生失水。老年人体钾减少，肾脏保钾能力降低，容易发生低钾血症，但肾衰或用转换酶抑制剂时，又易发生高钾血症。水电解质紊乱的同时，常伴有酸碱失衡，如未及时诊断和治疗，可危及生命。

3. 多器官衰竭 衰老是以各器官系统的储备功能减退为特征的。当老年人发生一个器官功能衰竭后，通过低排出量、低灌注、缺血和毒血症等途径，可引起其他器官功能衰竭。器官衰竭愈多，治疗难度愈大，病死率愈高。

4. 运动减少性疾病 老年人因各种原因而导致长期卧床，容

易发生运动减少性疾病。局部可发生挛缩、废用性肌肉萎缩、褥疮、骨质疏松、血栓与栓塞、浮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（坠积性肺炎、泌尿系统感染、败血症）、抑郁症、痴呆、消瘦、低蛋白血症、便秘及大小便失禁。因此，在诊断和治疗过程中强调早期被动或主动运动，尽可能减少卧床时间，这对预防和减少并发症至关重要。

## 六、药物不良反应多

老年人因肝肾功能减退导致药物代谢和排泄降低，药物的敏感性改变以及多药合用等原因，使之较成年人更容易发生药物不良反应，一般比成年人高 3 倍。年龄越大、用药种类越多、药物不良反应发生率越高。老年人一旦发生药物不良反应，其程度较成年人严重，甚至使病情急转直下而难以挽救。药物不良反应常发生在体形瘦小、心衰、肝肾损害、糖尿病、关节炎及有脑功能损害的老年患者。药物不良反应多见于中枢神经系统药物、心血管药物、降糖药、非甾体抗炎药、糖皮质激素及抗生素等药物。不同药物引起不同的不良反应，但临床上以神经精神症状、消化道症状、低血压等最常见。

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

（张 昱 翁维良）

## 第三章 老年人的心理特征

由于老年人的各种生理机能都进入衰退阶段，这必然引起身心一系列变化，使老年人的心理具有特殊状态；同时老年人社会角色的改变，也引起其特有的心理变化。

### 一、老年人的心理卫生

人生活在中，会遇到各种各样的问题，对问题处理得好，就会心情愉快，处理得不好就会情绪消沉，精神压抑，使身心受到影响。因此讲究心理卫生，保持心理健康是非常重要的。人到老年，应付复杂变化的应激能力、承受心理负担和压力的能力都有所降低，当生活中遇到各种事件或挫折时所产生的生理、情绪反应及对心身健康的影响更为明显。老年人要预防和减少心身疾病，保持心理健康，很重要的就是正确看待和处理老年人常遇到的一些心理社会问题。老年期主要的心理社会问题如下。

1. 健康状况 老年人因为机体老化，各种疾病明显增多。据调查 60 岁以上老年人中，有 70% 以上的人患有各种慢性疾病，而且因患慢性疾病而影响活动能力的比例随年龄增长而增加。疾病的痛苦及活动能力的受限，使许多老年人有消极情绪，心理健康水平较低。有些疾病直接影响心理功能，如高血压、脑供血不足等各类心血管疾病和神经系统疾病都可引起记忆力减退、焦虑、烦躁、抑郁情绪，严重者引起精神症状。所以健康状况是影响老年人心理健康水平的重要因素。

2. 退休后的生活方式 职业与一个人的社会地位、人际交往、

受尊重的程度密切相关。老年人退休后，脱离了原工作岗位，开始会感到冷落、寂寞、无所事事。有些人出现所谓“退休综合征”。经过一段时间，大多数老年人会慢慢适应新的生活方式，并寻找到新的人生价值。国内近年调查资料表明，随着离退休制度的健全，接受和愿意提前退休老人的比例有所增加。只要老年人对退休有思想准备，对退休后生活认真妥善安排，是可以顺利度过这一阶段的。

3. 家庭问题 退休后家庭成为老年人活动的主要场所。家庭结构、家庭成员之间的关系、老人在家庭中的地位是否受到尊重，对老年人的心理健康影响较大。目前我国的家庭结构与西方国家有所不同几个人同居的组合家庭较普遍。据上海、北京等几个城市调查，老年人与子女或三代人共同生活者达 75% 以上，大多数老人能受到尊重，并且对自己的生活状况表示满意。在组合家庭中，老年人与配偶、子女之间的相互心理适应及心理协调，直接影响着老年人情绪及身心健康。丧偶、丧子、“空巢”等生活事件，也会对老年人的精神状态带来严重影响。近年来，子女婚后与老人分居者越来越多，尤其是子女工作繁忙，不能经常看望老人，使老人产生孤独、寂寞、冷落感，这些成为影响老年人精神状态的重要因素。

4. 经济问题 据西方国家的一些追踪调查表明，经济问题是影响老人情绪的重要因素之一。我国调查资料表明，城市老年人大部分有独立经济收入。男性老人 95% 以上有退休金，女性老人也有 40% 有退休金，无退休金者多由配偶和子女赡养。农村老人多无固定收入，生活水平较低。由经济问题所带来的家庭成员之间的矛盾，是影响老年人精神状态的重要影响。

## 二、老年人的心理反应

老年人随着年龄的增长，以致器官结构发生变化，经功能退、体弱多病心理机能逐渐衰退。特别是由于老年人工作、生活、

经济条件、社会地位的变化，在生理上产生一系列的反应，影响身体健康。

### （一）认识能力低下

老年人机体器官功能衰退，大脑功能发生改变，中枢神经系统递质的合成和代谢减弱，导致感知能力降低、意识性差、反应迟钝、注意力分散等。

1. 感觉迟钝 老年人由于听觉、视觉、嗅觉、皮肤感觉的生理功能减退，而致视力下降，听力减退，灵敏度下降。由于生理感觉迟钝给老年人的生活和社交活动带来诸多不便，常使老年人产生沉闷情绪。

2. 动作灵活性差 由于老年人年老体质衰退，生理功能下降，反应能力低下，动作灵活性差，难协调，不准确，行动及各项操作技能动作反应迟缓，甚至笨拙，行动不便，易摔倒引起骨折，造成心理不悦。

### （二）自我概念变化

自我概念包括自我认识（自我评价）、自我体验（自信与自尊感）及自我监控，它对个人的心理与行为起着重要的调控作用。一个人患病，尤其是首次患病后，自我概念常会发生变化，表现为低自我形象、低自我评价、低自尊、低自律、低效能、低自主性。自我概念变化在老年患者中常见，常与抑郁同时存在。自我概念变化的相关因素主要有：疾病造成的身体功能受限和社会功能障碍。疾病导致各种损失，包括健康、权力、金钱、人际交往。患病后社会对患者的评价降低，以及偏见和歧视。④更年期。日益衰老。

### （三）抑郁

抑郁症几乎可发生于任何年龄，但到了老年，其发病率增多，这与老年脑内生物胺代谢改变有关。

抑郁是常见的情绪表现，它严重影响疾病的治疗进程，严重时

可出现自杀行为。常见的相关因素有：现实或预期的严重丧失，如器官摘除、截肢或和永久性功能丧失。病情危重或加重，慢性疼痛。某些身体疾病本身，如甲状腺功能低下、脑血管病变等。

药物。有抑郁素质或抑郁性神经症者对许多事物产生抑郁，例如轻微的病情波动。⑥生活中的其他因素，如近期有家人患病、老友去世等。疾病急性期的轻度抑郁可以减轻机体的消耗，具有一定的保护性意义，但恢复期或慢性患者的抑郁对健康有害。

老年抑郁的临床表现主要是情绪压抑、沮丧的痛苦，在此基础上可产生悲观、厌世、自责自罪，乃至自杀行为，食欲、性欲下降和体重明显减轻，可伴有疑病、虚无或嫉妒、妄想。

#### (四) 焦虑

焦虑也是老年患者的常见情绪反应。焦虑的相关因素有：对疾病的病因、转归、预后不明确而又想知道，或希望知道但又担心会出现可怕的结果。他们反复询问病情，对诊断半信半疑，如果医务人员对此处理不当，患者由焦虑转为愤怒，甚至出现攻击医务人员的行为。对即将进行的检查和治疗茫然不知。手术前。某些疾病如甲亢、更年期综合征本身有焦虑表现。有焦虑或焦虑性神经症者有较为广泛的、针对性不强的焦虑情绪。⑥其他。

有的人进入老年后，变得心胸狭窄、十分吝啬、视钱如命。有的十分固执、性格特别急躁，想要干什么就要马上办到，但由于体力不足，精神欠佳，很难办到，就会事事不如人意；而急躁发脾气，久则引起神经内分泌失调促进疾病发生。

#### (五) 孤独

老年人由于环境、住址、家庭等变化，大多有孤独与世隔绝之忧，引起心理、生理上一系列变化，有可能会诱发或加重身体疾病。

孤独是指患者自觉与周围环境缺少和不能进行有意义的思想、感情交流。住院患者感到无聊，度日如年，独自一处，不主动与医

务人员或病友说话，少与人接触，盼望着亲人和朋友来探视，想回家等。有的老年人独居在家，寂寞无聊，最易产生郁闷之感，随着时间的推移产生孤独感，处于忧郁状态，产生焦虑不安、心神不定。

#### (六) 愤怒

老年人的情绪、情感常不稳定，易伤感，易激怒。

愤怒不仅是对当前事件的心理反应，也可以是此前压抑的怒火的爆发。目前的事件只是一个导火线，或是对当前的另一事物的心理反应，但另一事物无法成为他发泄愤怒对象。例如疾病突然使自己生活不能自理或权力的突然失去，患者可能说：“按我的性格，对这点小事不会发火的”，或者认为近期的无名火很多。当愤怒过于强烈时，患者也可能不择对象发泄愤怒情绪。愤怒的相关因素有：求医的自然环境不利，如路途遥远、交通不便。家庭和社会对患者尚未给予应有支持和帮助，社会对疾病的偏见使患者受到歧视。所患疾病无法治愈或疾病的治疗效果与本人的期望相差太大，疾病造成的身体功能障碍，生活不能自理。医患之间的冲突，这是造成许多患者愤怒的主要原因。冲突的原因有医务人员对患者缺乏尊重、关心与适当的沟通，医务人员在医疗操作时行为举止不适当，医疗行为直接或间接地给患者带来痛苦，患者不理解有些医疗行为的结果，患者将其他原因导致的焦虑、愤怒、恐惧等迁怒于医务人员，患者的偏执性人格，攻击性人格等。疾病造成社会功能障碍，并因此使患者失去权力、社会地位等。

#### (七) 过分依赖

过分依赖的患者表现为信心不足，被动顺从、脆弱、犹豫不决、畏缩不前等，事事依赖别人去做，依靠别人做决定。有的老人安于病人角色，过度依赖别人的照顾，能活动也长期卧床，能自己做事，也要别人做，不愿出院，要求巩固治疗效果等。过分依赖的相关因素有：医务人员没有给患者应有的鼓励和保证，或医师有

意无意表明他喜欢“惟命是从”的患者。患者的个性不成熟、依赖。

### （八）退化

其行为表现与年龄和社会身份不相符，成人表现出类似孩子的行为，情感变得幼稚。其特征有：高度的自我中心，把一切事物和有关的人都看成为他而存在的，进食要求首选照顾他，要求适合他的口味，要求别人陪伴他，替他料理一切生活琐事，要求多，易激惹，像小孩子一样，因某些小事不合意而哭泣或生气，突出要求被重视，受尊敬。兴趣狭窄，患者对环境和其他人兴趣减弱，只对他自己有关的事情感兴趣。依赖别人，像孩子依赖大人一样依赖别人的照顾，即使自己能做的事情也不愿做，等待别人来服侍他，情绪不稳，有时反复无常。对自身装饰品全神贯注，患者总是想着自己的身体情况，对身体功能的轻微变化也特别敏感，对食物、大便以及睡觉非常关心。退化的主要原因是个性。

### （九）怀疑

怀疑是一种自我暗示，它是缺乏根据的猜测，会影响人对客观事物的正确判断。随着老人整个机体功能减退，抵抗力下降，老年人身体疾病的发生率增高，老人对待病痛产生过多疑虑、关心过度，经常把注意力集中在身体的某些不适感，担心患了不治之症，精神过敏、焦虑多疑。首先是对诊断表示疑问，常有“我实际上没有病”的想法；其次是对其他医疗过程和医院环境做出猜疑，听到别人低声细语，就以为是在议论自己的病情，觉得自己的病情严重，甚至没救了；对别人好言相劝也半信半疑，甚至曲解别人的意思；总担心误诊、误治等。怀疑常使患者惶恐不安。迷信的人对医疗表示普遍的怀疑。怀疑的相关因素主要有：患者个性上有爱猜疑特点。有过一次或多被误治的经历，或在相识的人中有这样经历。对迷信等非科学医术深信不移。医务人员中的工作表现不严谨。

从精神分析的角度说，老年疑患病或疑病倾向是一种自恋的活动。老人从年轻时性爱指向别人，到老年时转而指向自身。性爱不是来自与性对象的性爱，而来自对自身的过分关切和爱怜。

#### (十) 否认

有些老年人因对某些疾病及某些检查和治疗措施感到恐惧，而否认疾病和症状。

患者的否认主要表现在：否认疾病存在，多见于癌症等预后差的患者。否认疾病的严重性，能接受疾病的诊断，但认为医师把病情说得过于严重。

否认的相关因素：对于目前的严重事实没有足够的思想准备，或者目前的处境不允许他突然变换角色，否认是应付这一事件的权宜之计。虽然疾病严重，但病人感觉轻微。医师在表达诊断信息时含糊不清，大多数患者在疾病之初有过否认。否认在短时间内和一定程度上缓解应激，避免过分地担忧与恐惧，但是不顾事实的长期否认，消极地对待治疗原则是非常有害的。

#### (十一) 恐惧

恐惧也患者常见的心理反应之一。表现为害怕、受惊的感觉，有回避、哭泣、颤抖、警惕、易激动等行为。生理方面可出现血压升高、心悸、呼吸加快、尿急、尿频、厌食等症状。恐惧的相关因素主要是具有创伤性的医疗过程，如剖腹探查、骨髓探查、骨髓穿刺、碘油造影、胃镜膀胱镜检查、放射治疗、截肢、摘除器官或切除病理组织等。

有的老人身体稍有不适就恐惧自己患了绝症，大难临头，死期不远，忧心忡忡，惶惶不可终日。由于疑病而恐病，由恐病而惧死，这样的心理状态严重影响病人疾病治愈，造成一种越怕病就更易得病、愈怕死就死得更快的局面。

#### (十二) 睡眠障碍

老年人由于大脑皮质兴奋和抑制能力低下，而睡眠减少，睡眠