

# 老年综合征 管理

陈 峥 主编

# 指南



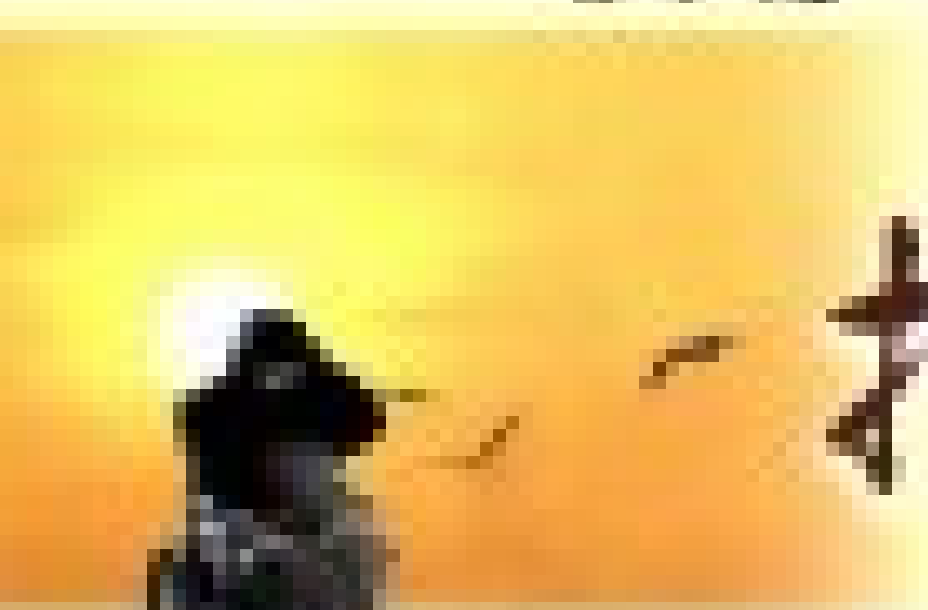
中国协和医科大学出版社

# 老年綜合征

## 管理

# 指南

第三版



中国老年学学会老年医学分会

**图书在版编目 (CIP) 数据**

老年综合征管理指南 / 陈峥主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2010. 6  
ISBN 978 - 7 - 81136 - 373 - 9

I. ①老… II. ①陈… III. ①老年病 - 综合征 - 诊疗 IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 090759 号

---

**老年综合征管理指南**

---

主 编: 陈 峥  
责任编辑: 吴桂梅

---

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单北大街 69 号 邮编 100005 电话 65260378)

网 址: [www.pumcp.com](http://www.pumcp.com)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京丽源印刷厂

---

开 本: 787 × 1092 毫米 1/16 开

印 张: 12.5

彩 页: 1

字 数: 300 千字

版 次: 2010 年 7 月第一版 2010 年 7 月第一次印刷

印 数: 1—3000

定 价: 35.00 元

---

ISBN 978 - 7 - 81136 - 373 - 9/R · 373

---

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

# 老年综合征管理指南

主 编 陈 峥

编 者 (按撰写内容排序):

|     |                   |
|-----|-------------------|
| 宋岳涛 | 北京老年医院老年病临床与康复研究所 |
| 金弘敏 | 北京回龙观医院           |
| 黄勇军 | 北京老年医院卒中单元        |
| 刘丽君 | 北京老年医院卒中单元        |
| 张守宇 | 北京老年医院精神心理科       |
| 王维山 | 北京老年医院精神心理科       |
| 夏 冬 | 北京老年医院急诊科         |
| 陈 峥 | 北京老年医院            |
| 马正君 | 北京老年医院泌尿外科        |
| 刘运湖 | 北京老年医院泌尿外科        |
| 唐 莉 | 北京老年医院疾控处         |
| 程 斌 | 北京老年医院疼痛科         |
| 李娟红 | 北京老年医院疼痛科         |
| 石秀锦 | 北京老年医院药剂科         |
| 蔡 郁 | 北京老年医院药剂科         |
| 刘晓红 | 北京老年医院卒中单元        |
| 赵剑平 | 北京老年医院心内科         |

中国协和医科大学出版社

## 主 编 简 介



陈峥，1976 年入伍，1982 年毕业于解放军白求恩军医学院，1999 年获河北医科大学临床医学硕士学位。于 2002 年在加拿大多伦多 - 约克大学苏里克商学院进修 MBA，于 2006 年相继到加拿大多伦多大学和美国霍普金斯大学公共卫生学院接受医院管理培训和 DRG（疾病诊断相关分类法）培训，2009 年到联合国老年研究所接受老年医学培训，曾多次到欧盟、日本和北美等老年医疗服务机构进行考察。现任北京老年医院院长，主任医师，中国老年学学会老年医学委员会副主任委员，中国生命关怀协会常务理事，首都医科大学老年医学系副主任。在老龄化社会到来的今天，迎接挑战，抓住机遇，大力倡导和实施“北京老年健康服务体系”的建设，主持“多学科整合式管理模式在老年病医疗和护理中的应用研究”和“数字化北京老年疾病防控体系的建设”等多项课题的研究。2008 年主译《实用老年医学》。

## 内 容 提 要

---

制定《老年综合征管理指南》是北京市卫生局基层处（原妇幼处）负责组织实施的《北京老年健康服务体系》的建设项目之一。本指南由北京老年医院组织有关专家编写而成，由中国老年学学会老年医学委员会组织专家通过鉴定，计划在各级老年医疗卫生服务机构和社区卫生服务中心（站）应用、普及和推广。本指南共十二章，近 30 万字。本指南在简要介绍老年病特点和十个老年综合征（跌倒、痴呆、尿失禁、谵妄、抑郁、疼痛、失眠、晕厥、帕金森综合征和多重用药）的基础上，重点介绍了个人、家庭（照料者）、社区和医院如何进行上述十个老年综合征的管理。本指南既可使中老年人逐步认识老年病，有效地预防和控制老年疾病的发生与发展，同时也可以指导各级老年医疗服务机构的医护人员正确诊治老年综合征，更重要的是指导老年照护者、综合医院和社区中心的医护人员有效地进行老年病的管理。

## 前 言

随着我国老龄化进程的加快,老年人的数量急剧增加,老龄化程度日趋严重。老年病人越来越多,老年人医疗卫生服务需求日益增加。据有关资料统计显示,50岁后因疾病致残的数量每5~7年增加2倍,60岁以上老年人慢性病患率是其他人口患病率的3.2倍;65~74岁老年人中,26%因慢性病影响了个体或家庭的生活质量;60岁以上老年人伤残率是全部人口伤残率的3.6倍,75岁以上近半数老年人因慢性病导致一种以上的功能残疾;约2/3的老年人有3种以上的慢性病,1/3老年住院病人出院时出现一种以上的日常生活能力下降,15%病人出现药物不良反应;30%居家老年人和50%的住院老年人有尿失禁,60%居家老年人和80%住护理院老年人有营养不良;老年病人占有60%的急诊量、49%的住院日和85%长期照料床位。医疗花费和社会支持的不断增加导致整个社会面对前所未有的挑战。

什么是老年病,老年病如何管理是目前医疗服务保障体系面临的重要问题。简单地讲老年病是年老体衰、多病共存、有智能、感官和运动功能障碍、需要专人照料的一种状况。通常的综合征是指一种疾病出现的多组症候表现群。而老年综合征是指多种疾病或原因造成的同一种临床表现或者问题的出现。例如跌倒是由感官障碍,中枢神经疾病,骨骼肌肉病变,代谢障碍,各种急性疾病,精神疾患,多重用药以及环境因素等所致。因此在治疗上首先要综合评估和全面检查,制定有效的干预措施。目前老年综合征是影响老年人生理功能最大的病症之一,也是最具研究价值的老年医学课题之一。有效地防治老年综合征,可提高老年人的生命质量,降低医疗成本,节约医疗、康复和护理费用。

老年病治疗的目的是为了单纯治愈疾病和延长寿命,而是为了保护器官功能,提高生存质量,使老年人增加生活的信心和尊严。老年综合评估是老年医学的核心之一,是老年病治疗的评价标准,是一种多纬度跨学科的诊断过程,用以确定老年脆弱群体在生物医学、精神心理、社会行为和生活环境等方面所具有的能力和存在的问题,以便为接受评估的老人制订完善的预防、治疗、康复、护理和长期随访计划,从而有效地预防和控制老年疾病,使老年人达到老而不病、病而不残、残而不废的老年医学目标。

在北京市卫生局的领导下,北京老年医院与区县老年病医院和社区卫生中心共同建立起老年医疗服务特色的保健体系——北京老年健康服务体系。该体系的指导思想是:以党的十

七大精神和科学发展观的重要思想为指导，以满足首都老年人群日益增长的健康需求为出发点，面向老年群体以人为本，立足城乡社区，坚持以预防为主，保健与临床相结合，从老年人的健康教育、预防保健、急症救治、康复护理、长期照料和临终关怀等方面全面推进北京老年健康事业的发展。该体系的目标是：在北京逐步建立起一种具有首都特色的公共卫生与医疗服务相结合的老年健康服务综合管理体系，实现老年健康科学化管理、各社区中心与老年医疗机构分级管理、服务无缝衔接的有效机制；实现以城乡社区卫生服务中心（站）的慢病防治、康复护理和家庭照料为基础，以各区县级老年病专科医院急性后期康复、长期照料和临终关怀为主体，以各综合医院老年病科和市级老年医院的危急重症救治为骨干的三级老年疾病防控体系。

为了使中老年人逐步认识老年病，有效地预防和控制老年疾病的发生与发展，同时也为了指导各级老年医疗服务机构的医护人员正确诊治老年综合征，在卫生局的指导下，北京老年医院组织相关专业的专家编写了十个老年综合征（跌倒、痴呆、尿失禁、谵妄、抑郁、疼痛、失眠、晕厥、帕金森综合征和多重用药）的管理指南，现以《老年综合征管理指南》的形式出版，欢迎大家提出宝贵意见，以利本指南的进一步修改和不断完善。

在本指南的编写过程中，得到北京市卫生局基层处和中国老年学会老年医学委员会的大力支持，得到了原北京医院院长耿德章教授、中国人民解放军总医院原神经内科主任罗毅教授、原老年科主任王鲁宁教授、泌尿外科主任郝通利教授和原老年医学研究所所长陶国枢教授、回龙观医院精神科主任金弘敏教授和卫生部老年医学研究所黎健教授的悉心指导和热心支持，得到原北京社区卫生协会郝东升会长及其他成员的具体指导，得到北京老年医院老年病临床与康复研究所全体成员的协助，在此致以衷心的感谢和崇高的敬意！

陈 峥 宋岳涛

二〇一〇年三月

# 目 录

---

|                      |         |
|----------------------|---------|
| 第一章 绪论 .....         | ( 1 )   |
| 第一节 老年病的特点及预防 .....  | ( 1 )   |
| 第二节 老年综合征 .....      | ( 4 )   |
| 第二章 跌倒管理指南 .....     | ( 19 )  |
| 第三章 痴呆管理指南 .....     | ( 33 )  |
| 第四章 尿失禁管理指南 .....    | ( 54 )  |
| 第五章 谵妄管理指南 .....     | ( 79 )  |
| 第六章 抑郁症管理指南 .....    | ( 92 )  |
| 第七章 失眠症管理指南 .....    | ( 110 ) |
| 第八章 慢性疼痛管理指南 .....   | ( 128 ) |
| 第九章 多重用药管理指南 .....   | ( 143 ) |
| 第十章 帕金森综合征管理指南 ..... | ( 155 ) |
| 第十一章 晕厥管理指南 .....    | ( 166 ) |
| 第十二章 老年综合评估量表 .....  | ( 173 ) |
| 编写说明 .....           | ( 192 ) |

# 第一章 绪 论

## 第一节 老年病的特点及预防

随着我国老龄化进程的加快,老年病的发病率呈逐年上升的趋势,老年病的医疗费用更是直线攀升,因此,如何正确认识和预防老年病显得尤为重要。本文从老年病的概念、特点和预防作了较为详细的介绍,希望读者能从中受益。

### 一、老年病的概念

顾名思义,老年病是指老年期所罹患的疾病或多发的疾病,通常可分为三类:其一是中青年可发病而老年人患病率明显增高的慢性疾病,原因是由于老年期机体各种组织的老年性变化及其修复能力的减弱,导致脏腑、组织、器官等功能减弱,在老年期多发,如高血压、高脂血症、动脉硬化、冠心病、糖尿病、脑卒中、慢性阻塞性肺病、肿瘤等不同专业相互渗透的疾病;其二是老年人在器官老化基础上发生、与退行性改变相关的疾病,为老年人所特有,如钙化性心脏瓣膜病、老年期痴呆、骨质疏松及白内障等疾病;其三是衰老使机体功能减退而引起的急性疾病,如老年人肺炎等感染性疾病。

老年病虽然与传统意义上的内科、外科、妇科、感官系统疾病相关联,但它又是一种自成体系、具有自身疾病特点的疾病。有专家指出:“你不能用中青年的眼光看待小儿,同样你也不能用中青年的眼光看待老年人。”这充分强调了老年人的特殊性。目前我国对老年病的认识还相当肤浅,国家卫生行政部门没有专门的老年处,国家学科设置里没有独立的老年病学科,医学院校里没有独立的老年病学专业,医院里没有真正意义上的老年病科。老年人看病仍然是头痛医头,脚痛医脚。一个患有数种疾病的老年病人看病要到好几个诊室就诊,老年人看病和中青年看病区别不大。

### 二、老年病的特点

(一) 多数老年人患有慢性非传染性疾病(慢性病) 多数老年人患有慢性非传染性疾病(慢性病)是老年病的流行病学特点。根据老年流行病学调查研究发现,老年人慢性病患病率为76%~89%,明显高于中青年(23.7%)。患慢性病老人中,46%有运动功能障碍,17%生活不能自理。从发病趋势和流行病学资料表明,我国老年人常见的慢性疾病有:高血压、冠心病、脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺病(COPD)、白内障和前列腺增生等,不同地区和不同人群每种疾病的患病率和排序都有所不同。

(二) 多因素致病 多因素致病是老年病的病因学特点。老年人由于机体老化、免疫功能下降、器官和组织功能衰退,任何一种因素都可能引起老年人发病,多数情况下并

不能明确病因，有时甚至难以分清是自然衰老还是独立的疾病。祖国医学认为：人有喜、怒、忧、思、悲、恐、惊的情志变化，亦称“七情”。七情人皆有之，属于正常的精神活动，有益于身心健康。但异常的情志活动，可使情绪失控而导致神经系统功能失调，引起人体内阴阳失调，从而出现百病丛生、早衰，甚至短寿的后果。换言之，七情与内脏关系十分密切，老年人随着脏腑功能减退，调节适应能力较弱，面对过激的情志变化，难以承受而易引起疾病。

随着生物医学模式的转变，人们逐渐认识到人的健康并非仅仅是指躯体健康而言，而是躯体功能、精神心理、社会行为和环境的完美组合。因此，除不良的生物医学因素可导致疾病外，不好的精神心理素质、不端的社会行为、不适的社会和自然环境都可以导致疾病。老年人由于自身体质下降、精神心理调节能力降低、社会适应能力减退和不能及时适应比较剧烈的环境变化，任何一种不佳的因素都可导致老年人发生疾病。

（三）多数症状和体征不典型 多数老年人发病其症状和体征不典型，这是老年病临床表现的特点。其原因主要为：

1. 老年人对疼痛的敏感性和反应性降低 由于老年人机体形态改变和功能衰退，反应性减弱，对于疼痛和疾病的反应会变得不敏感，故病症容易被忽略。如急性心梗和内脏穿孔的老年病人可能仅有一些不适感。

2. 老年人罹患多种疾病 很多老年人同时患有多种疾病，临床表现往往不典型，一种疾病的症状可能被另一种疾病所掩盖，如老年人肺炎常无症状，或仅表现食欲差、全身乏力、脱水或突然意识障碍，而无呼吸系统症状和体征。

3. 老年人发病多出现精神神经症状 有很多老年人发病时的首发症状是精神神经改变而非相应器官系统的疾病表现，如老年人心脏病发作时首发症状是晕厥和嗜睡。

4. 老年人起病隐匿，发展缓慢 很大一部分老年病为慢性退行性疾病，有时生理变化与病理变化很难区分。这样的疾病一般早期变化缓慢，在很长的一段时间内可无症状，但疾病发展到一定阶段，器官功能处于衰竭的边缘，一旦发生应激反应，病情可在短时间内迅速恶化。

（四）多病共存 老年人一体多病非常普遍。由于老年人机体功能衰退、脏器功能降低、免疫功能低下、代谢平衡被破坏、认知功能下降和肢体活动障碍等病理生理特点，一体多病十分常见，有的甚至一个脏器就同时存在几种病变。有文献报道，65岁以上老年人平均患7种疾病，最多达25种。在我院收住的老年痴呆病人中，同时患两种或两种以上疾病者占100%，同时患3种或4种以上者占80%，5种或5种以上者占50%。

（五）多脏器衰竭和多系统功能障碍 由于老年人抵抗力低下，极易发生感染或多病共存，常常伴有多脏器功能衰竭或是多系统功能障碍。老年人多脏器功能衰竭主要有两种情况，其一是老年人在机体各器官功能正常或相对正常的情况下，由于严重感染、败血症性休克、创伤、急性药物、毒物中毒等致病因素导致人体两个或两个以上器官功能同时或相继发生衰竭；其二是因各种慢性疾患引起各脏器功能不全或衰竭，易引起水电解质紊乱、酸碱平衡失调、意识障碍，易发生后遗症和并发症等。很多老年人罹患多种疾病，即使没有脏器的衰竭也会发生多系统功能的障碍。多脏器衰竭或多系统功能障碍患者的治疗费用昂贵，治疗

效果往往不明显,且病死率较高。老年多脏器衰竭和多系统功能障碍已是当前危重病医学中最引人瞩目的研究课题,其中年龄是极其重要的影响因素,年龄越大,影响越显著。

(六)多种老年综合征的表现 老年综合征包括跌倒、痴呆、尿失禁、晕厥、谵妄、失眠、疼痛、帕金森病、抑郁症和脆弱综合征等,其中脆弱综合征表现为机体功能低下、易疲劳、性欲减低、情绪躁动、骨质疏松加剧、肌肉强度下降和高度疾病易感性等临床表现。老年病患者一种疾病可能会有几种老年综合征的表现,而不同的疾病也会有同一种老年综合征的表现,这些都给老年病的诊断带来一定的困难,从而导致治疗难度的加大。

(七)多种老年问题的出现 老年病常见的问题有压疮、便秘、深静脉血栓、肺栓塞、吸入性肺炎、营养不良、肢体残疾、舒缓治疗与长期照料等。大部分的压疮都发生在70岁及以上的老年人群中,在私人疗养院,其患病率可高达20%。在老年人群中便秘的发病率高达50%以上。深静脉血栓和肺栓塞发病率随着年龄的增长而逐年增加,在人群中每年的发生率是1‰,而在85岁以上老年人群中每年的发生率是1%。目前估计15%的社区老年人,35%~65%的住院老年人,以及21%~60%的居住长期照料设施的老年人存在营养失调或营养不良。吸入性肺炎在老年人中也很常见,不少患者需要进行舒缓治疗和长期照料。老年病患者可能会同时出现好几种老年问题,要想真正解决好这些问题实属不易。

(八)多重用药和药物的不良反应 老年病患者通常是多病共存,有时还伴有多脏器的衰竭或多系统功能的障碍,因此多重用药和联合用药是非常普遍的。然而多重用药和联合用药除本身会使药物的毒副作用和相互作用风险加大外,又因老年人代谢水平下降,出现药物不良反应的机会大大增加,通常是正常成年人的2~3倍,这样用药往往会使老年病人不堪重负,反而造成更大的功能损害。由此可见,对于老年人的用药应更加慎重,一般坚持5种药物原则,即用药至多不超过5种。但在实际临床工作中很难做到这一点,有时可能会同时用到十几种药物。

(九)多专业医师参与诊治 由于多数老年病人多病共存,通常具有不典型的症状与体征,具有多种老年综合征的表现,同时还伴有多种老年问题的出现,这给老年病确切的诊断和治疗带来非常大的难度,目前在老年病医生严重短缺的情况下往往需要有多专业的医师来共同参与诊治。如一个患有高血压、冠心病、糖尿病、脑卒中和吸入性肺炎的病人,可能由心血管科、内分泌科、神经内科和呼吸内科的专家共同诊治。

(十)多学科团队参与康复与护理 老年病康复与护理的一个核心方法是老年评估。老年评估是一种涉及多个方面和多种学科的诊断过程,以此来确定老年人在临床医学、精神心理、社会行为、生活环境及其功能活动状态等方面存在的问题。它的目的是为老年患者制定一个协调的、综合的短期或长期的照料计划。老年患者需求的复杂性要求使用一种整体的评估方法,这种评估通常要求要有多学科团队的参与。多学科团队具体包括老年病医师或全科医师、老年病护士、老年康复治疗师[包括物理治疗师(PT)、职业治疗师(OT)、语言治疗师(ST)]、社会工作者、足病治疗师、工娱治疗师、营养师、临床药师、心理师和咨询工作者等。

### 三、老年病的预防

机体的老化过程是一个漫长的演变过程,一个人生长发育成熟之时便是老化开始之时。

由此而言,维持老年健康实际上是一项长期的系统工程,只有及早地排除影响健康的危险因素,有效地预防或延迟机体的老化,才能维系老年健康。老年病预防的原则也是老而不病、病而不残和残而不废。如何进行老年病的预防,我们认为应从以下几方面进行:

(一)终身进行自身健康工程的建设 影响健康的因素主要包括生物、心理、社会、环境、工程和命运等方面。在这些因素中,生物遗传因素固然重要,但更重要的是个人的生活习惯、运动功能锻炼、社会行为和生存环境。要想使自己健康长寿,长命百岁,那就要用终身的努力去维系自身的健康,要用健康工程的理念去经营自己的一生。理想的自身健康工程应包括安全舒适的胎儿期、营养丰富的少儿期、正常过度的青春期、强健结实的成年期、无病无忧的老年期和鹤发童颜的高寿期等,生命过程的每一期都应由自己的家人或自己去努力实现。自身的命运实际是天文与地理、社会和自然综合作用的结果,有时它是不以人的意志为转移的,然而有时它又是掌握在自己手里的。

(二)适时进行疾病风险预测 随着人们生活条件和医疗水平的提高,很多疾病的风险是能预测到的,任何不良的生活习惯(如吸烟、酗酒、高盐高脂饮食和生活不洁等)和生活方式(工作紧张、过度劳累、不进行体育锻炼)、不端的社会行为、孤僻狭隘的心理素质、恶劣的生活或工作环境、先天性或获得性的生理缺陷、显性或隐性的遗传倾向等都可能成为疾病发生的危险因素,如能及早预测并通过有效的干预措施,大多数疾病尤其是慢性病是可以预防的。

(三)有计划治未病 对于任何疾病,从古至今世界上绝对没有什么灵丹妙药,至关重要的是预防疾病的发生,其实上医治未病就是这个道理。党和政府现行战略前移的医改政策就是要把预防保健放在重要的位置上,这是预防老年病发生的最关键的措施。有资料表明,花1元钱的预防保健费用就可节省8.59元的疾病诊治费用和100元的抢救费用,进一步说明只有加强预防保健才能减少老年病的发生和降低日益上涨的医疗费用。“老而不病”是一种比较理想的境界,因此老年人应积极应对老龄化,推迟或减慢生理性老化,以求接近或达到最高寿命。

(四)有信心治已病 老年人应学会自我防病保健,积极治疗已患疾病。在患病的早期,老年患者应主动与医生配合,合理用药,并积极进行相应的功能训练,避免任何老年综合征或是老年问题的出现。即使在疾病晚期,也要有信心治疗自己的疾病,因为调整好心态、树立乐观的人生观对疾病的治疗起着非常大的辅助作用。

(五)有恒心求康复 由于多数老年病为慢性病或退行性疾病,一旦发生即不可治愈或难以治愈,但应追求其最大的功能康复,维持不治之症和残障患者最大的自主独立性,使其能够回归到社会与家庭。老年康复包括卒中后的神经康复、老年痴呆的认知功能康复、心脏病后心功能康复、慢性呼吸系统疾病后的呼吸康复以及骨关节疾病后的肌肉关节功能康复等,即使残疾也要学会如何独立地适应生活,以求达到“残而不废”。

(宋岳涛 杨颖娜)

## 第二节 老年综合征

老年综合征一般是指老年人由多种疾病或多种原因造成的同一种临床表现或问题的症候

群,常见的综合征有跌倒、痴呆、尿失禁、谵妄、晕厥、抑郁症、疼痛、失眠、药物乱用和老年帕金森综合征等。上述老年综合征严重影响老年人的身心健康,由此导致的医疗费用也是大得惊人,同时也是最具研究价值的老年医学课题之一。积极认真地对老年人实施健康管理,可有效预防老年综合征的发生,从而可以大大提高老年人的生命质量,降低医疗成本,节约医疗、康复和护理费用。下面就上述综合征的基本概念、流行病学资料、患病后果和发病原因做一简单介绍:

## 一、老年跌倒

(一) 基本概念 老年人跌倒是老年人最常见的问题,也是一个公众健康问题,即使是身体状况良好的老年人也容易跌倒,给老年人造成了巨大身心伤害,严重影响老年人的生活质量。那么,如何定义老年跌倒一直是多年来争论的问题。一般来讲,跌倒是指患者突发的、不自主的、非故意的体位改变,倒在地上或更低的平面上,1993年国际疾病分类第10版(ICD-10)将其取名为跌倒倾向(tendency to fall, R29.6),是指由老年人或其他不明健康问题引起跌倒的一种疾病状态,又根据发生地点进行了编码分类(W00-19, Y34)。老年人跌倒不仅是老年人的一种突发事件,而且是一种健康问题并发症或疾病,它是机体功能下降和机体老化过程的反映,是一些急慢性疾病的非特异性表现,是“衰老”造成意外伤害和导致老年人致残或致死的主要原因。

(二) 流行病学资料 世界卫生组织(WHO)认为跌倒是老年人慢性致残的第三大原因,每年大约30% 65岁以上的老年人发生过跌倒,15%发生2次以上,并伴有骨折、软组织损伤和脑部伤害等,不但影响患者身心健康和生活自理能力、增加家庭的痛苦和负担,而且会成为医疗纠纷的隐患,成为医患关系不和谐的因素。

### 1. 国外患病情况

(1) 2002年世界卫生组织报告,全球有39.1万人死于跌倒,其中60岁以上的人占 $\geq 50\%$ ,70岁以上的人占40%;全社会人口的跌倒死亡率为4.7/10万,其中60~69、70~79及80岁以上的跌倒死亡率分别为9.1/10万、21.7/10万和107.8/10万。

(2) 在发达国家,65岁以上的老年人每年有28%~35%发生过跌倒,75岁以上为32%~42%,80岁以上高达50%。在跌倒的老人中,40%~70%会引起伤害,10%~11%有严重伤害,5%可造成骨折。在住院的老年人中,跌倒患者比遭受其他伤害的患者高出5倍之多,它已经成为老年人伤害死亡的第一原因。

(3) 跌倒损伤康复后,20%~30%老年人引起身体机能下降,独立生活能力降低,甚至过早死亡。2003年全球因跌倒死亡的人数为39.1万人,其中70岁以上老年人占40%。在美国,跌倒为老年人死因的第6位,占老年人意外死亡人数的2/3,75岁以上老年人意外死亡中跌倒占70%,跌倒医疗总费用每年超过200亿美元。美国有关伤害调查显示,意外伤害在老年人死因中列第5位。

2. 国内患病情况 在我国, $\geq 65$ 岁社区老年居民中,有跌倒史的男性为21%~23%,女性为43%~44%。据研究资料显示,各地区跌倒发生率不尽相同,但都随年龄增加而增加,老年女性发生率高于男性。目前中国有老年人约1.3亿,每年2000万老年人至少要发

生 2500 万次跌倒，直接医疗费用超过 50 亿人民币，在北京海淀区，跌倒是老年人伤害死亡的首位原因。

3. 北京市患病情况 在北京市崇文区调查 1512 位老年人 12 个月的跌倒史，有 272 人发生跌倒，发生率为 18.0%，其中女性为 20.1%，男性为 14.9%，女性高于男性；60 ~、65 ~、70 ~、75 ~、80 ~、85 ~ 95 岁年龄组跌倒发生率分别为 14.5%、15.4%、19.5%、20.2%、23.1% 和 28.6%，随年龄的增长而增加。其中 8.7% 老年人因跌倒致伤，1.3% 致骨折，5.5% 致软组织损伤，35.7% 因跌倒致日常活动减少，58.8% 患跌倒恐惧，因此北京市社区老年人跌倒现状不容忽视。

### （三）患病后果

1. 身体器质性伤害，如脑部损伤、软组织损伤、髌骨骨折等。在老年人外伤中，跌倒更是占有很高的比例，有 5%~15% 的跌倒可造成脑部损伤、软组织损伤、骨折和脱臼等严重伤害，损伤最严重的是髌部骨折，成为老年人首位伤害死因，严重威胁着老年人的身体及心理健康、日常生活及独立活动能力，给社会及家庭带来负担。

2. 身体功能下降，独立生活能力降低，甚至过早死亡。

3. 引起心理障碍，如跌倒恐惧症等。它能使老年人产生跌倒恐惧心理而限制活动，导致自理能力和信心的下降及功能状态的衰退，这又进一步增加跌倒的危险性，形成恶性循环。

### （四）发病原因

1. 生理因素 老年人衰老首先表现在肌力和平衡能力的降低，使身体失去平衡，容易造成跌倒，这与维持平衡的前庭功能、视觉功能和本体觉功能下降密切相关，同时肌肉力量和耐力的下降直接影响下肢的反应能力和协调能力，提高了跌倒的发生率和危险性，具体表现在：

（1）步态和平衡功能降低：步态稳定性下降和平衡功能受损是引发老年人跌倒的主要原因，表现在下肢关节和肌肉功能下降和中枢控制能力下降，导致协调运动能力降低。

（2）感觉功能降低：视觉、听觉、触觉、前庭和本体感觉障碍。老年人常表现为视力、视觉分辨率、视觉的空间/深度感及视敏度下降，触觉下降，传导性听力损失、老年性耳聋，以及踝关节、趾关节的位置觉下降，均可导致平衡能力降低。

（3）骨骼系统功能降低：关节、韧带和肌肉的衰老以及骨质疏松症等。老年人骨骼、关节、韧带及肌肉的结构、功能损害、退化是引发跌倒的常见原因。尤其是股四头肌力量下降和骨质疏松使跌倒导致的髌部骨折危险性增加。

（4）老年中枢神经退变以及认知缺陷，增加跌倒危险性。

### 2. 心理因素

（1）跌倒恐惧症：发生过跌倒，为此而约束自己的行动。70% 有过跌倒和 40% 没有跌倒的老年人都有跌倒恐惧心理，50% 的人因为害怕跌倒而限制自己的日常活动，造成体质虚弱、行走缓慢、肌肉虚弱、生活质量下降等。

（2）精神状态差：疾病痛苦、过大经济负担、睡眠干扰。沮丧、抑郁、焦虑、情绪不佳以及由此导致与社会的隔离均会增加老年人跌倒的危险性。研究发现患抑郁症的老年人更

容易发生跌倒；精神状态和认识能力不良时，机体对环境、步态、平衡的控制能力下降、意识模糊、判断能力受损或对周围环境忽略等，也容易发生跌倒。例如住院病人，在躯体疾病和庞大医疗费用的精神压力下，老年人的判断能力大大减弱，也是跌倒的好发因素。

3. 环境因素 危险无序的周围环境和老年人对环境较差的适应性。老年人跌倒有 50% 与外周环境密切相关，包括：环境的整洁、照明、床具高度、厕所把手、路面湿滑和不平坦、使用助行器、不合适鞋子和独居等，都会增加老年人跌倒的危险性。

4. 行为因素 日常生活活动能力（ADL）下降，身体锻炼与活动过少或过劳，行走过快，着装不当，鞋子不适等，都可诱发跌倒。一般认为，身体锻炼能够增进健康，但是如果不安全的环境中进行，或者进行得过于激烈、过于劳累，反而会促进跌倒的发生。相反地，长期坐卧不起也会引起肌肉萎缩、关节灵活性下降，其跌倒的发生率要比经常活动的人要高，因此活动限制是一个重要的诱发因素。

5. 人口因素和健康教育 我国居民平均期望寿命不断提高，高龄老年人口增加已成为老年人跌倒发生率增加的又一原因，因为高龄老人几乎同时患有许多跌倒危险因素，如体力衰竭、平衡能力下降、视听功能下降、认知水平下降、慢性疾病增多等。对高危人群及其家属进行防跌倒教育，加强公共卫生环境的管理，是预防跌倒的有效护理措施。

#### 6. 药物因素

- |          |         |
|----------|---------|
| * 抗精神抑郁药 | * 抗癫痫药物 |
| * 抗胆碱能药物 | * 安眠药   |
| * 心血管药物  | * 降糖药   |
| * 利尿剂    | * 肌松药   |

药物过量或复方用药（ $\geq 4$  种药物）：老年人往往患有多种疾病，容易造成多重用药或用药过量，研究证明，服用的药物种类越多，越容易发生跌倒。普遍认为治疗精神病的药物与跌倒的关系最为密切，如镇静催眠、精神抑制、抗抑郁等药物。另有研究认为心血管类药物不是跌倒的危险因素，但其中的利尿剂和抗心律不齐药与老年跌倒有关。

酒精过量：是目前仍争论的问题，不管怎样，长期大量饮酒会损害认知能力和身心健康，仍是一个不可忽视的危险因素。

#### 7. 疾病因素

（1）神经系统疾病：休克、帕金森综合征、姿势和运动障碍、前庭性疾病、痴呆症、谵妄症、小脑病变、脑血管意外、外周神经病变。

（2）骨骼系统疾病：骨关节炎、关节畸形、脊柱畸形（如驼背）、手足病态、风湿病、骨质疏松症。

（3）感觉障碍：视力损害（白内障、青光眼、黄斑变性、偏盲）、听力损害、外周神经病。

（4）心血管疾病：直立性低血压、窦房结功能障碍、心律失常、晕厥、椎动脉供血不足。

（5）血液代谢疾病：贫血、糖尿病、低氧血症、电解质紊乱、脱水症。

（6）精神性疾病：抑郁症、睡眠紊乱、谵妄等。

(7) 慢性疾病：慢性肺病、慢性肝病等。

8. 其他因素 如维生素 D 受体多样性、急性发作疾病、新住院病人等。

## 二、老年期痴呆

(一) 基本概念 目前认为，老年期痴呆是由于慢性或进行性大脑结构的器质性损害引起的高级大脑功能障碍的一组症候群，是患者在意识清醒的状态下出现的持久的全面的智能减退，表现为记忆力、计算力、判断力、注意力、抽象思维能力、语言功能减退，情感和行为障碍，独立生活、社交和工作能力明显减退或丧失。

(二) 流行病学资料 痴呆的发病率和患病率随着年龄增大而增高，研究结果显示痴呆的患病率在 60 岁以上的人群中为 1%，65 岁以上的人群中为 2%~7%，85 岁以上的达 40% 以上，女性中阿尔茨海默病 (AD) 较多，65 岁以上随年龄增加患病率增加，每增加 5 岁，患病率几乎增加 1 倍。

我国 60 岁以上的老年人痴呆患病率为 0.75%~4.69%，随着我国人口老龄化，老年期痴呆发病率呈上升趋势，其治疗及护理的成本较高，给社会和家庭带来沉重的负担，及早预防并对早期的认知功能障碍做出诊断和治疗有积极的社会意义。

### (三) 患病后果

#### 1. 认知功能损害

(1) 记忆障碍：常为痴呆早期的突出症状，最初主要累及近期记忆，记忆保存困难和学习新知识困难。表现为好忘事，刚用过的东西随手即忘，日常用品丢三落四，不能记住新近接触的人名或地名，反复说同样的话或问同样的问题。常忘记重要约会。随着病程进展，远期记忆也受损，不能回忆自己的工作经历和生活经历，严重时连家中有几口人，自己的姓名、年龄和职业都不能准确回忆。

(2) 视空间功能障碍：也是痴呆较早出现的症状之一，表现为在熟悉的环境中迷路，找不到自己的家门，甚至在自己的家中走错房间或找不到厕所，在简单的绘画实验时，病人不能准确临摹立方体图，也常不能临摹简单的图形。

(3) 抽象思维障碍：痴呆病人的理解、推理、判断、概括和计算等认知功能受损。首先计算困难，不能进行复杂的运算。病人逐渐出现思维迟钝缓慢，抽象思维能力下降，不能区分事物的异同，不能进行分析归纳。看不懂小说和电影等，听不懂别人谈话，不能完成或胜任自己熟悉的工作和技术，最后完全丧失生活能力。

(4) 语言障碍：最早的语言异常是自发言语空洞，找词困难，用词不当，赘述，不得要领，不能列出同类物品的名称。也可以出现感觉性失语，不能进行交谈，最后病人仅能发出啊嗯声音，或者缄默不语。

(5) 失认症：痴呆患者的失认症以面容认识不能最常见，不能认识自己的亲属和朋友，甚至丧失对自己的辨认能力。

(6) 失用症：痴呆的失用表现为不能正确地连续地做出复杂动作，如不会刷牙，穿衣将里外、前后、左右顺序穿错，进食不能用筷勺，常用手抓食。

(7) 人格改变：对人冷淡，自私，对周围的环境兴趣减少，对人缺乏热情，表现本能