

老年内科诊疗手册

朱鹏立 主编

郑 铭 林 帆 副主编



化学工业出版社

老年内科诊疗手册

朱鹏立 主编

郑 铭 林 帆 副主编



化学工业出版社

· 北 京 ·

本书依据国内外相关疾病最新的治疗指南和专家经验,系统介绍了老年内科常见疾病的定义、诊断要点和治疗方法。内容丰富实用,涵盖心血管病学、呼吸病学、消化病学、神经病学、内分泌及代谢病学、血液病学、肾脏病学、风湿病学、整体护理学、康复医学、心理学、临床营养学以及临床药理学等临床老年病学亚专业。本书写作力求简明扼要、重点突出,旨在指导临床诊疗、解决实际问题为老年内科的医疗及护理工作提供帮助。

本书供全科医师、老年科医师阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

老年内科诊疗手册/朱鹏立主编. —北京:化学工业出版社, 2014. 10

ISBN 978-7-122-21836-0

I. ①老… II. ①朱… III. ①老年病-内科-疾病-诊疗-手册 IV. ①R592-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 214578 号

责任编辑:戴小玲 张 赛
责任校对:徐贞珍

装帧设计:张 辉

出版发行:化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)

印 装:北京云浩印刷有限责任公司

710mm×1000mm 1/16 印张19¼ 字数431千字 2014年10月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686) 售后服务:010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价:65.00 元

版权所有 违者必究

编者名单

主 编 朱鹏立
副主编 郑 铭 林 帆
编 者 (以姓氏笔画为序)

王 芳	王 高	王丽丽	王丽纳
左曼军	吕心阳	朱鹏立	庄 捷
江 芸	许桂平	阮景明	李 洲
李 峰	李小明	杨 津	肖嘉新
吴 冰	何玲玲	余惠珍	陈 红
陈 彦	陈 艳 ¹	陈 艳 ²	陈 鸿
陈为民	陈秋华	邵 慧	林 禾
林 帆	林 芸	林 芬	林 星
林 烁	林 艳	林 强	林 潇
林开阳	林忠华	林晓闽	郑 铭
柯天秀	钱丹萍	凌赵起	高 飞
郭太林	黄 欢	黄 峰	梅爱农
董 玲	曾钗明	游哲斌	蔡 敏
缪小玉	魏 硕		

前言

老年内科
诊疗手册

中国已步入老龄化社会，老年性疾病在临床医疗中占据越来越大的比重，老年医学的发展随之面临巨大的挑战。老年人由于器官结构与功能的改变，各项生理功能衰退，常常呈现出不同于年轻人的临床表现，而其不典型的症状与体征容易造成误诊、漏诊。同时，由于缺乏针对老年人群的循证医学证据，老年性疾病常常难以进行有效的评估和治疗。

为了满足临床需求，提高老年常见内科疾病医疗护理水平，福建省立医院老年病专科的同仁们共同编写了这本《老年内科诊疗手册》。参与编写的人员均为副高以上职称或硕士以上学历的一线临床工作者，包括内科医师、专科护士、临床药师、康复师、营养师、临床心理师等组成的老年专科团队。本书依据国内外相关疾病最新的治疗指南和专家经验，系统介绍了老年内科常见疾病的定义、临床表现和治疗。依据循证医学的原则，突出临床诊断要点和治疗，旨在规范老年常见内科疾病的诊疗，提高防治水平。因篇幅限制，且已有各种经典的内科手册，故本书未再介绍内科常见诊疗操作技术和各种辅助检查方法。

特鲁多医生（Dr. E. L. Trudeau）的名言“有时是治愈，常常是帮助，总是去安慰（to cure sometimes, to relieve often, to comfort always）”，与广大从事临床老年病工作的同仁共勉。

时间仓促，学识有限，书中难免存在不足之处，恳请读者批评指正。

朱鹏立

福建省立医院

福建省临床老年病研究所

2014年8月

目 录

老年内科
诊疗手册

第一篇 总论

第一章 衰老的机制	2
第二章 老年人综合评估	6
第三章 老年期临床药理	15
第四章 老年营养学	23
第一节 老年人营养概述	23
第二节 老年常见病的营养防治	25
第五章 老年病康复	31
第六章 老年心理健康	37
第七章 老年人护理	41
第一节 老年人跌倒的预防	41
第二节 老年人的饮食护理	47
第三节 常见老年性疾病康复护理	48
第四节 老年人睡眠障碍的护理	52
第八章 临终关怀	55

第二篇 各论

第九章 心血管系统疾病	60
第一节 衰老与心血管系统	60
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	61
第三节 心力衰竭	73
第四节 心律失常	79
第五节 高血压病	87

第七节	心肌病	94
第八节	血脂代谢异常	97
第九节	下肢动脉粥样硬化性疾病	101
第十章	呼吸系统疾病	106
第一节	衰老和呼吸系统	106
第二节	肺炎	109
第三节	慢性阻塞性肺疾病	113
第四节	支气管哮喘	117
第五节	呼吸衰竭	121
第六节	肺栓塞	124
第七节	慢性肺源性心脏病	130
第八节	原发性支气管肺癌	132
第九节	间质性肺疾病	136
第十节	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	140
第十一章	消化系统疾病	144
第一节	衰老和消化系统	144
第二节	胃食管反流	145
第三节	慢性胃炎	149
第四节	消化性溃疡	152
第五节	非酒精性脂肪性肝病	154
第六节	肝硬化	156
第七节	急性胰腺炎	160
第八节	慢性胰腺炎	165
第九节	肠易激综合征	167
第十节	缺血性结肠炎	170
第十二章	神经系统疾病	173
第一节	衰老和神经系统	173
第二节	急性脑卒中	176
第三节	阿尔茨海默病和老年期认知功能障碍	185
第四节	帕金森病	205
第五节	糖尿病周围神经病	208
第六节	癫痫	213
第七节	睡眠障碍	218
第十三章	内分泌与代谢系统疾病	225
第一节	甲状腺疾病	225
第二节	糖尿病	228

第三节	低血糖症	231
第四节	水和电解质紊乱	235
第五节	酸碱平衡紊乱	239
第六节	代谢综合征	244
第七节	高尿酸血症与痛风	246
第八节	骨质疏松	250
第十四章	血液系统疾病	255
第一节	衰老和血液系统	255
第二节	贫血	256
第三节	骨髓增生异常综合征	259
第四节	多发性骨髓瘤	266
第十五章	泌尿系统疾病	272
第一节	衰老和泌尿系统	272
第二节	急性肾损伤	273
第三节	慢性肾脏病	275
第四节	肾病综合征	277
第五节	缺血性肾脏病	280
第六节	尿路感染	282
第七节	良性前列腺增生症	285
第十六章	风湿性疾病	289
第一节	结节性多动脉炎	289
第二节	系统性红斑狼疮	292
第三节	原发性干燥综合征	296
第四节	风湿性多肌痛	299
第五节	老年发病的类风湿关节炎	300
第六节	骨关节炎	303

老年内科诊疗手册

第一篇 总论

- 第一章 衰老的机制
- 第二章 老年人综合评估
- 第三章 老年期临床药理
- 第四章 老年营养学
- 第五章 老年病康复
- 第六章 老年心理健康
- 第七章 老年人护理
- 第八章 临终关怀

第一章 衰老的机制

衰老是指绝大多数生物正常生理功能出现不可逆的衰退过程。就人类来说，可表现为皮肤皱褶、头发花白、行动迟缓、相关激素分泌减少、记忆功能减退以及多种脏器退行性变化等多种现象。从方便研究的角度，对老年期出现的机体生理和结构的退化，使用“衰老”术语专门加以描述。在正常人体中，衰老要经过数十年的漫长时间，是缓慢出现、必然发生的生物学过程，是个体走向自然死亡的必然步骤，其生物学意义在于给新个体留下生长和生活空间，以保持该物种在地球上的生存和延续。

衰老是一个复杂的过程，包含遗传和环境两个方面的因素，涉及多种分子和细胞的损伤，同时存在相应的不同层次的多种机制来预防和修复损害的发生。因此，没有任何单一的机制可以解释这个复杂的过程。近十年来大量的分子和遗传学证据显示，衰老是人体随着时间的推移出现 DNA 损伤并不断累积的结果，这种损伤的累积不但是正常的生理老化过程，同时也是癌症、糖尿病、心血管疾病和阿尔茨海默病等神经退行性疾病的共同发病机制。2013 年医学界提出了衰老的九大分子标志，概述如下。

1. 基因组不稳定性 (genomic instability)

DNA (包括线粒体 DNA) 的完整性和稳定性受到外源性和内源性因素的威胁。外源性因素包括物理、化学和生物制剂；内源性因素包括 DNA 复制错误、自发的水解反应和活性氧簇。而内外源性因素导致的遗传损伤存在高度多样化，包括点突变、染色体易位、染色体的增加或缺失、端粒缩短、病毒或转座子整合引起的基因中断，以及细胞核结构的缺陷。

2. 端粒缩短 (telomere attrition)

理论上基因组发生 DNA 损伤是随机的，但随着年龄增长，某些染色体区域（如端粒），对这种损伤具有易感性。而 DNA 聚合酶缺乏修复线性 DNA 分子末端的能力，只有特异性端粒酶具备此功能，但大多数哺乳动物体细胞不表达端粒酶，染色体端粒保护性序列逐渐丢失直至完全损耗，最终导致细胞衰老和（或）凋亡。

3. 表观遗传学改变 (epigenetic alterations)

在整个生命进程中, 表观遗传学的改变会对所有细胞和组织产生影响, 这种改变涉及 DNA 甲基化模式变化、组蛋白的翻译后修饰和染色质的重塑。组蛋白 H4K16 乙酰化、H4K20 三甲基化 (trimethylation) 或 H3K4 三甲基化的增加, 以及 H3K9 甲基化或 H3K27 三甲基化的减少, 构成了增龄相关的表观遗传标记。而表观遗传模式的产生和维持依靠的是一个多酶体系, 包括 DNA 甲基转移酶、组蛋白乙酰基转移酶、去乙酰基酶、甲基化酶、去甲基化酶, 以及参与染色质重塑的蛋白质复合体。此外, 衰老还与转录“噪声”(transcriptional noise) 增加有关, 从而产生许多异常的 mRNA, 这些与增龄相关的转录异常参与了许多基因关键部件的编码, 涉及炎症、线粒体和溶酶体降解通路。这种与衰老相关的转录特征也影响着许多非编码 RNA, 包括一类与衰老进程相关的 microRNA (gero-miR, 老年 miR), 这些老年 miR 通过调控长寿网络的关键组分或调节干细胞的分化而影响寿命。不同于 DNA 的突变, 表观遗传改变在理论上是可逆的, 从而为新的抗衰老治疗提供理论依据。动物研究已经证实, 组蛋白乙酰基转移酶抑制剂、组蛋白去乙酰化酶活化剂均可改善早衰表型、延长寿命。对白藜芦醇的广泛研究已经证实其抗衰老等多种药理机制与上调 SIRT1 (一种烟酰胺腺嘌呤二核苷酸依赖性去乙酰化酶) 活性相关, 同时也与能量调节关系密切。

4. 蛋白内稳态的丧失 (loss of proteostasis)

所有的细胞都通过一个质量控制网络来保持蛋白质组的稳定性和正常功能, 其涉及的机制包括正确折叠蛋白的稳定性 (最突出的是热休克蛋白家族) 和蛋白酶体或溶酶体作用下的蛋白质降解。此外, 还有增龄相关的蛋白质毒性 (proteotoxicity) 调节基因, 如 MOAG-4, 通过非分子伴侣和蛋白酶途径发挥作用。所有这些系统通过相互协调的方式, 恢复错误折叠的多肽的结构, 或者完全去除和降解这些缺陷型蛋白, 从而保证细胞内蛋白质不断更新。如果无法及时清除缺陷型蛋白, 就会导致蛋白内稳态丧失, 引发增龄相关疾病, 如阿尔茨海默病、帕金森病、白内障。

5. 营养感应失调 (deregulated nutrient-sensing)

哺乳动物体内, 胰岛素和胰岛素样生长因子-1 (IGF-1) 信号通路是进化上最保守的衰老控制通路, 其下游靶点包括转录因子 FOXO 家族和 mTOR 信号复合物。在生理或病理衰老过程中, 作为机体的一种自我保护机制, 胰岛素-IGF-1 信号通路受到抑制, 细胞生成代谢率下降, 从而减少细胞损伤, 显示营养和生物能量通路对长寿起到重要作用。AMPK 和 sirtuins 是另外两个重要的营养传感器, 其作用与胰岛素-IGF-1 信号通路相反, 上调 AMPK 和 sirtuins 可以延长寿命。

6. 线粒体功能异常 (mitochondrial dysfunction)

线粒体功能对衰老进程的影响非常复杂, 涉及凋亡信号通路、细胞间以及细胞器间的信号传递、线粒体的生物能量学 (bioenergetics) 效能下降和线粒体毒物兴奋效应 (mitohormesis)。线粒体毒物兴奋效应指的是轻度的呼吸链功能缺陷, 是细胞对外界刺激的一种本能反应, 可以启动一系列修复和维持机制, 有助于延长寿命, 而重度的线粒体功能障碍对机体有害。随着细胞和器官的衰老, 线粒体呼吸链的效能下降, 电子漏增

加而三磷酸腺苷(ATP)生成减少。多年来线粒体自由基损伤理论认为,由于增龄导致的线粒体功能障碍使活性氧簇生成增多,进而反过来加剧线粒体以及整体细胞的损害。但近5年以来的研究发现,基因调控线粒体活性氧簇增多并不加剧细胞衰老,而加入抗氧化剂也不会延长寿命;真正加剧衰老进程的是线粒体功能受损,与活性氧簇增多无关。在生理和应激状态下,活性氧簇的存在会触发保护性应答,促进细胞增殖,传递生存信号。由此推断当衰老导致机体功能逐渐衰退时,活性氧簇增多是细胞面对环境压力产生的代偿信号;随着年龄增长,老化加剧,活性氧簇水平不断升高超过其代偿能力,无法维持细胞正常功能,最终产生致病作用。这个全新的理论框架可以让大家重新认识活性氧簇对衰老的正面、反面和中立的影响。

7. 细胞衰老 (cellular senescence)

细胞衰老指的是细胞生长周期完全停滞、表型发生永久变化的生理过程。细胞衰老的原因:一方面来自DNA损伤的累积(不含端粒缩短);一方面来自有丝分裂信号的过度表达,其中最经典、也是最重要的信号途径之一是 $p16^{INK4a}/Rb$ 和 $p19^{ARF}/p53$ 通路。当 $p53$ 和 $INK4a/ARF$ 基因被激活,促使一部分衰老的细胞被清除,从而保护组织功能,消除潜在的肿瘤细胞。在这个层面上,细胞衰老是对机体具有保护作用的代偿反应。但是这种调控机制需要一个有效的细胞更新换代系统,在及时清除衰老的细胞的同时,动员祖细胞产生新的细胞,以维持细胞总数恒定。当机体老化时,对衰老细胞的清除能力下降,祖细胞再生能力减退,衰老细胞在体内堆积增多,并分泌富含促炎性细胞因子和基质金属蛋白酶的分泌蛋白质组(secretome),引起周围组织衰老或癌变。

8. 干细胞耗竭 (stem cell exhaustion)

组织再生能力的下降是最显著的衰老特征。例如随着年龄增长,造血功能减退,适应性免疫细胞(adaptive immune cells)生成减少,这个过程被称为免疫衰老(immunosenescence),其结果是贫血和骨髓恶性肿瘤的发病增加。而这种造血干细胞的退行性改变与DNA损伤、细胞周期抑制蛋白(如 $p16^{INK4a}$)的过表达有关。此外,端粒缩短也是许多组织干细胞功能衰退的一个重要原因。但是另一方面,干细胞和祖细胞的过度增殖也是有害的,会促进体内干细胞微环境(niches)的耗竭,加快机体衰老。因此有研究发现在小鼠体内通过诱导 $INK4a$ 基因表达和降低血清IGF-1水平,或者下调成纤维细胞生长因子2(FGF2)信号通路的表达,都可以抑制衰老过程干细胞的过度增殖,从而保护干细胞微环境。总之,现有的研究表明,干细胞耗竭是体内多种类型的增龄相关损伤整合的结果,是组织和器官衰老的元凶之一,而干细胞再生有可能逆转机体的衰老表型。

9. 细胞间信号交流异常 (altered intercellular communication)

除了个体细胞的变化,机体的衰老也涉及细胞间信号交流的异常。由于炎症反应增加,细胞外体液成分改变,以及免疫监视系统功能减退,导致无法识别和清除病原体、癌前细胞、衰老细胞、超倍体细胞(hyperplaid cells),导致神经内分泌系统(例如肾素-血管紧张素、肾上腺素、胰岛素-IGF-1信号通路)失调,从而影响所有组织的结构和功能。细胞间信号交流异常的一个突出变化就是“inflammaging”,特指伴随哺乳

动物衰老过程缓慢出现的一种低级别的炎症反应，以区别传统意义上的急性炎症反应。“inflammaging”可能是多因素共同作用的结果，例如促炎症反应损伤的累积，免疫系统清除病原体和异常宿主细胞功能的进一步恶化，衰老细胞分泌促炎性细胞因子，转录因子 NF- κ B 的激活，或者细胞自噬功能缺陷。这些变化激活 NLRP3 炎症复合物和其他促炎反应通路，使白介素 1 β 、肿瘤坏死因子和干扰素表达增加。这种炎症反应也参与了肥胖、2 型糖尿病和动脉粥样硬化的发病机制，这些疾病都与人口老龄化密切相关。

细胞间信号交流异常的另一种形式是一种组织的衰老可以“传染”给其他组织引起衰老特异性功能退化，其“传染”途径或介质有细胞因子、细胞间的缝隙连接和活性氧簇的作用等。相应的，针对某一种组织采取的抗衰老措施可以延缓其他组织的衰老过程。修复衰老相关的细胞间信号交流异常的方法包括基因治疗、营养或药物干预，例如饮食限制 (dietary restriction)、输注血源性因子、长期应用阿司匹林抗炎以及调节肠道菌群等，均有助于抗衰老和延长寿命。

综上所述，衰老的首要标志包括基因组不稳定性、端粒缩短、表观遗传学改变和蛋白内稳态丧失，它们是衰老的触发因子；第二类标志包括营养感应失调、细胞衰老、线粒体功能异常，这些标志具有两面性，低水平时发挥保护作用，过量则促进衰老；第三类指标包括干细胞耗竭和细胞间信号交流异常，是保护机制失代偿情况下机体的综合性反应。

(朱鹏立 林帆)

参 考 文 献

- [1] 中国老年学学会衰老与抗衰老科学委员会. 中国衰老与抗衰老专家共识 (2013 年). 中国老年学杂志, 2013, 33 (22): 5505-5506.
- [2] Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Mary E. Tinetti, et al. Hazzard's Geriatric Medicine & Gerontology (6th Edition). The McGraw-Hill Companies, Inc., 2009.
- [3] López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, et al. The hallmarks of aging. Cell, 2013, 153 (6): 1194-1217.

第二章 老年人综合评估

老年人综合评估（CGA）是指采用多学科方法评估老年人的躯体健康、功能状态、心理健康和社会环境状况，并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。广义的 CGA 是由多学科团队（包括老年科医师、护士、药师、营养师、临床心理师、社会工作者等）在老年综合门诊或病房进行，此方式受到时间和空间的限制。狭义的 CGA 由老年科医师分步进行，在初次就诊时先处理主要问题，在随诊过程中分次完善其他的筛查评估。根据需要请专科医师（如骨科、内分泌科、康复科等）以会诊的形式参与评估和治疗，此方式具有较好的灵活性和可操作性。

CGA 的适宜对象是有多种慢性疾病或老年人综合征伴有不同程度功能损害的衰弱老年人。CGA 可作为常规的年度或季度评估，但因该方法费时、费力，通常在老年人发生情况变化时进行，如健康状况急骤恶化、功能衰退或其他应激事件等。不适用于有严重疾病（急危重症、疾病晚期、重度痴呆、日常生活不能自理者）、健康和相对健康的老年人。CGA 内容包括医疗、功能、心理与社会评估，评估程序见图 2-1。

一、医疗评估

1. 疾病诊断

CGA 通过大量评估工具能够识别老年人健康状况，甚至超越了疾病临床表现的作用，但不能替代询问病史、体格检查和辅助检查。关注老年人的整体健康状况，确定目前主要的医疗问题，制订恰当的处理策略，确保各种慢性疾病能得到合理、规范的治疗。

2. 老年人综合征

老年人综合征指老年人由多种疾病或多种原因导致的相同的临床症候群（如不能行走、跌倒、谵妄、尿失禁等），且不能确定其发病部位，也无法用一个传统的病名概括，

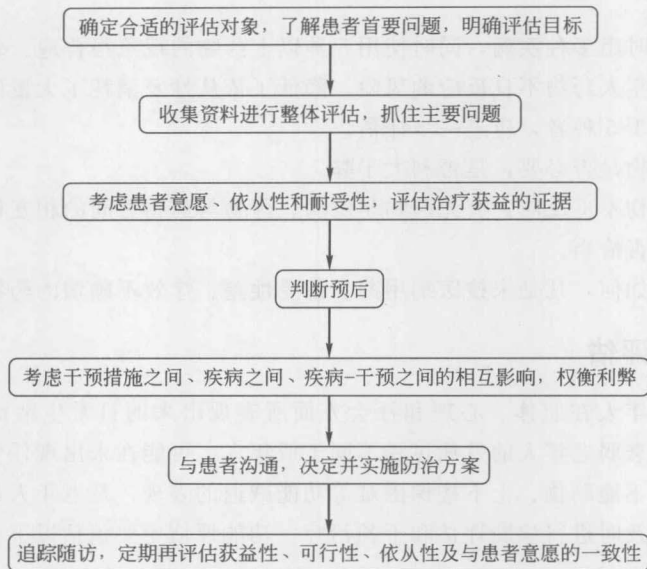


图 2-1 老年人综合评估程序

需要多方面评估才能解决老年人的健康问题。问诊时可将老年人综合征以问题为导向的方式，融入病史询问和体格检查中（表 2-1）。

表 2-1 简易老年医学筛查评估

评估内容	评估方式	异常	处理方式
视力	从事日常活动(看电视、看书、开车)时是否因为视力不佳而受影响	是	专科检查
	视力量表 Shellen chart 或 Jaeger card 检查	>20 分或>40 分	
听力	在患者侧方距耳 15~30cm 处轻声说话	听不到	叮嘱清除后听不到,需要专科检查
	听力测量仪设定在 40dB,测定 1000Hz 和 2000Hz 时的听力	任一耳听不到其中的频率	
上肢功能	双手举起并放于头部后方拿起笔	无法完成	进一步关节检查,考虑康复
下肢功能	患者执行下述动作并计时:从椅子起身,尽快往前走 1m,再转身走回椅子,然后坐下	动作过程无法于 15s 内完成或跌倒	平衡和步态评估,考虑康复
尿失禁	在过去一年里有无不自主漏尿而弄湿裤子,不自主漏尿的总天数是否超过 6 天以上	是	尿失禁评估
营养	过去半年内体重减轻>5% 测量体重、身高,计算体重指数(BMI)	是 BMI<18.5kg/m ²	营养评估
记忆	请患者记住 3 个名词,1min 后再复述	无法说出	简易智能测验
抑郁症	是否常觉得难过或抑郁	是	老年抑郁量表
活动功能	执行下述活动有无困难:费力活动(快走、骑脚踏车)、粗重的家务(如擦窗户或地板)、购物、洗澡或穿衣	是	功能性评估、康复评估、环境评估

3. 多重用药

老年人常同时患多种疾病,同时使用5种以上药物的现象很普遍。多重用药的后果主要是增加了老年人药物不良反应的风险,降低了依从性及消耗了大量的卫生资源。老年人每天用药多于5种者,应进一步评估。

- (1) 所用药物是否必要,是否利大于弊。
- (2) 有无药物不良反应,有无药物与疾病、药物与药物之间的相互作用。
- (3) 剂量是否恰当。
- (4) 依从性如何,凡是未按医嘱用药、耐受性差、疗效不确切的药物一律停用。

二、功能评估

功能是指老年人在躯体、心理和社会方面所表现出来的日常生活活动(ADL)独立执行的能力。衰弱老年人的发病过程不同于成年人,可能在未出现任何症状前,只出现经常性跌倒、不能购物、上下楼梯困难等功能减退的表现,是老年人最直接、最早期的患病信号,需及时进行诊断评估和干预治疗。功能评估主要包括以下两个方面。

1. 自理能力

(1) 基本 ADL 能力 表示维持老年人基本生活所需的自我照顾能力,用巴氏指数(Barthel index)评定量表测定(表2-2)。通常最早丧失的自理能力为沐浴,最后丧失的为进食。

(2) 工具性 ADL 能力 表示老年人独立在家中生活所需具备的能力,使用工具性日常生活活动量表测定(表2-3)。

(3) 高级 ADL 能力 表示老年人完成家庭、社区和社会角色及参与运动、休闲、娱乐、职业的能力,可通过老年人一天的活动安排大致了解。

表 2-2 巴氏指数评定量表

项目	评分/分	标准
1. 进食	0	大部分或完全依赖
	5	需部分帮助(夹菜、盛饭、切面包、抹黄油)
	10	独立进食(在合理时间内独立进食准备好的食物)
2. 洗澡	0	依赖
	5	自理(无指导能进出浴池并自理洗澡)
3. 修饰	0	需要帮助
	5	自理(洗脸、梳头、刷牙、剃须)
4. 穿衣	0	依赖他人
	5	需一半帮助
	10	自理(自己扣纽扣、关、开拉锁和穿鞋)
5. 大便控制	0	失禁或昏迷
	5	偶有失禁(每周<1次)
	10	控制
6. 小便控制	0	失禁或昏迷或需由他人导尿
	5	偶有失禁(每24h<1次)
	10	控制

续表

项目	评分/分	标准
7. 如厕	0	依赖他人
	5	需部分帮助
	10	自理(自行进出厕所、使用厕纸、穿脱裤子)
8. 床椅转移	0	完全依赖他人,无坐位平衡
	5	需大量帮助(1~2人,身体帮助),能坐
	10	需少量帮助(言语或身体帮助)
	15	自理
9. 平地行走	0	不能步行
	5	在轮椅上能独立行动
	10	需1人帮助步行(言语或身体帮助)
	15	独立步行(可用辅助器,在家及附近)
10. 上下楼梯	0	不能
	5	需帮助(言语、身体、手杖帮助)
	10	独立上下楼梯

评分结果: 满分为100分, >60分为生活基本自理; 41~60分为生活需要帮助; 21~40分为生活明显依赖; ≤20分为生活完全依赖。巴氏指数40分以上者康复治疗的效益最大。

表 2-3 工具性日常生活活动量表 (以最近1个月的表现为准)

A. 使用电话的能力 ☐ 3. 独立使用电话——查号码、拨号等 ☐ 2. 能拨几个熟悉的号码 ☐ 1. 能接电话但不能拨打电话 ☐ 0. 完全不会用电话	勾选1. 或0. 者列为失能
B. 购物 ☐ 3. 独立处理所有购物需要 ☐ 2. 独立进行少量购物 ☐ 1. 任何购物途中均需要陪伴 ☐ 0. 完全不能购物	勾选1. 或0. 者列为失能
C. 准备食物 ☐ 3. 独立计划、准备并做一顿适当的饭菜 ☐ 2. 备好原料能做出一顿足量的饭菜 ☐ 1. 会将已做好的饭菜加热 ☐ 0. 不能独立准备食物	勾选0. 者列为失能
D. 主持家务 ☐ 4. 独立主持家务或偶尔需要帮助(如重活) ☐ 3. 做日常轻体力家务(如洗碗、铺床) ☐ 2. 做日常轻体力家务但不能达到足够的整洁程度 ☐ 1. 所有家务均需帮忙 ☐ 0. 完全不会做任务家务	勾选1. 或0. 者列为失能