



全科医师岗位培训教材

(按卫生部颁布大纲编写)

总 主 编 迟达明 李春昌 杨明信

副总主编 李嘉纯 王占民 杨德信

社区重点人群保健

· 第四版 ·

主 编 乐 杰

副主编 徐 萍 郭锡永

吉林科学技术出版社

中国疾病预防控制中心

国家卫生健康委员会

主编：王陇德 副主编：王培 王辰 王康

编委：王培 王辰 王康 王林 王林 王林

社区重点人群保健

王培 王辰 王康

主编：王培 副主编：王辰 王康
编委：王培 王辰 王康 王林 王林 王林

中国疾病预防控制中心

全科医师岗位培训教材
(按卫生部颁布大纲编写)

社区重点人群保健

第四版

主 编 乐 杰
副主编 徐 萍 郭锡永

编 者 (以姓氏笔画为序)

王少金	长春中医学院	王素琴	吉林省神经精神病医院
乐 杰	白求恩医科大学	李春昌	白求恩医科大学
邢 杰	白求恩医科大学	杨德信	白求恩医科大学四平分校
涂明华	九江高等医学专科学校	徐 萍	白求恩医科大学
崔满华	白求恩医科大学		

吉林科学技术出版社

全科医师岗位培训教材
社区重点人群保健(第四版)

乐 杰 主编

责任编辑:单书健

封面设计:杨玉中

出版 吉林科学技术出版社 787×1092 毫米 16 开本 505,000 字 20.5 印张
发行 2000 年 2 月第 4 版 2000 年 2 月第 1 次印刷

印刷 金城印刷厂 ISBN 7-5384-2226-9/R·422 定价:29.00 元

地址 长春市人民大街 124 号 邮编 130021 电话 5635177 传真 5635185

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn

全科医师岗位培训教材编辑委员会

主任委员 迟达明

副主任委员 刘万车 徐 科 杨明信 李嘉纯

李春昌 王占民 单书健

编 委 (以姓氏笔划为序)

王占民 王怀良 王志良 乐 杰

石志超 叶舜宾 任 苒 刘万车

刘继文 许舒野 李春昌 李嘉纯

林树青 杨明信 杨德信 陈绍福

胡学强 徐 科 郭世平 章锁江

盖国忠 潘祥林

前 言

(第四版)

为了深化医疗卫生工作改革,促进医疗卫生服务工作模式的转变,为社区卫生工作培养合格的全科医生,自1996年下半年开始,我们着手于培养全科医生的准备工作。1997年1月15日,中共中央、国务院颁布了“关于卫生改革与发展的决定”,增强了我们加速培养全科医生的信心和工作进程。

我们认为,全科医生培训与全科医学发展的关键在于建立一系列配套政策;建立起教学基地;建成一支观念更新、对全科医学有较深认识 and 理解的教师队伍,构建具有中国特色的全科医生培养体系和成套教材。上述几项工作是相辅相成、互为影响的一个整体的不同侧面。其中,以教材编写为着力点,带动其他工作的全面开展,是一条较为可行的发展途径。编委会根据全科医学的特点以及全科医生的知识能力结构编写了教材大纲,并要求教材一定要打破传统的生物医学模式——以学科为单位的教学模式;要体现“全科”即生物医学、医学心理、社会医学整合;个人、家庭、社会兼顾;综合内、外、妇、儿、眼科、耳鼻咽喉科、皮肤科等整体性服务;要体现防治、保健、康复、健康教育、计划生育为一体的卫生服务;在专家、学者的共同努力下,在吉林科学技术出版社的大力支持下,终于在1997年8月完成了全科医学系统教材出版工作,为以后开展全科医学教育奠定了重要的基础。

于1997年启动的吉林省全科医学教育以岗位培训为主。卫生厅先后举办三次全科医学教育师资培训班。全省乡村医生、城市社区医生接受全科医生岗位培训已达两万余人,极大地提高了社区和农村卫生服务的水平,推动了吉林省卫生事业改革。

全科医生教材也在全科医生岗位培训中得到完善:1998年8月修订版出版;1999年5月吉林省卫生厅和吉林科学技术出版社又组织国内近20所医学院校的专家、学者对教材进行了第二次修订,1999年9月完成了第三版教材的修订工作。

1999年12月29日,卫生部召开全科医学教育工作会议,张文康部长做了重要讲话,卫生部出台了“关于发展全科医学教育的意见”重要文件。这标志着全科医学教育将全面启动,全科医学教育的春天已经到来。

我们立即组织了国内一些医学教育专家和教授,学习张文康部长讲话及“关于发展全科医学教育的意见”,认真研究了“全科医师规范化培训大纲”及“全科医师岗位培训大纲”,大家一致认识到当前应抓住重点,发挥我们已完第三版全科医学教材修订的优势,按照卫生部颁布的全科医师岗位培训大纲,重新编写了全科医师岗位培训教材。

由于时间紧迫,学习和领会的还不深透,编写过程中难免有误,热切希望同道不吝指导,谨致谢忱。

全科医师岗位培训教材编写委员会

2000年1月30日

编写说明

(第四版)

深入学习卫生部新近公布的《全科医师岗位培训》(试行)大纲,使我们进一步理解到,为突出全科医师的工作特点,搞好社区保健工作,把具有代表性的三大重点人群(老年人、妇女、儿童)的保健相关内容归纳在一起,编写成《社区重点人群保健》,作为培训的必备教材之一是十分重要的。

本教材以保健为主线,与保健密切相关的临床、护理、用药及若干基本理论知识内容,也都编写在相应章节之中。特别是与妇女保健相关的妇产科内容;与儿童保健相关的儿科内容也均从《临床常见问题及处理》中抽出,编写在本教材之内,以利于全科医生在工作实践中应用。

本教材虽然是在《全科医生教材》(第三版)基础上编写的,但时间仓促,加之作者水平所限,书中不足之处在所难免,恳请惠予指正。

编 者

2000年1月20日

目 录

第一篇 老年医学

第一章 老年衰老特征、原因及评价	3
第一节 老年人的生理、心理特点	3
第二节 衰老特征及表现	6
第三节 衰老机理	7
第四节 影响衰老进程的常见原因	8
第五节 衰老程度评价	10
第二章 社区老年保健	12
第一节 社区人口老龄化和老年保健状态的分析	12
第二节 老年人健康状况和生活质量评价	16
第三节 社区老年保健规划目标、原则与制定	21
第四节 社区老年健康分级管理与保健	26
第五节 社区老年保健的评估	28
第三章 老年人的健康促进	31
第一节 老年人的营养与饮食指导	31
第二节 老年人的运动与锻炼指导	36
第三节 老年人的心理调适	39
第四章 老年常见疾病	42
第一节 老年常见疾病的特点	42
第二节 老年常见疾病的社区干预	43
第三节 老年心脑血管疾病	44
第四节 老年糖尿病	46
第五节 老年性骨质疏松症	47
第六节 老年人痴呆	49
痴呆综合征	50
附 阿尔采末病 (AD)	51
第七节 前列腺增生	51
第八节 老年期抑郁症	55
第九节 焦虑症	57
第十节 强迫症	58
第十一节 疑病症	60
第十二节 老年性耳聋	61
第五章 老年健康问题	62

第一节	睡眠呼吸暂停综合征	62
第二节	老年消化不良及便秘	63
第三节	老年性排尿障碍与尿失禁	66
第四节	老年皮肤瘙痒症	67
第五节	老年人跌倒	68
第六节	老年人中暑与低体温	69
第六章	老年人用药	71
第一节	老年人的药效影响因素	71
第二节	老年人用药的特点	72
第三节	老年人的用药原则和常用药物的注意事项	73
第七章	老年人护理与临终关怀	75
第一节	老年人护理特点与同老年人交流技巧	75
第二节	老年人的全方位健康护理	77
第三节	老年人的整体疾病护理	78
第四节	老年人的临终关怀	81

第二篇 妇产科与妇女保健

第一章	正常妊娠	87
第一节	妊娠生理	87
第二节	妊娠诊断	95
第二章	病理妊娠	101
第一节	流 产	101
第二节	异位妊娠	104
第三节	妊娠高血压综合征	108
第四节	前置胎盘	112
第五节	胎盘早期剥离	115
第六节	妊娠合并心脏病	118
第七节	妊娠合并病毒性肝炎	121
第三章	妇科常见疾病	123
第一节	炎 症	123
第二节	肿 瘤	127
第三节	子宫内膜异位症	137
第四节	痛 经	140
第四章	妇女一生各期的保健	142
第一节	女童期保健	142
第二节	青春期保健	145
第三节	围婚保健	151
第四节	孕期保健	159
第五节	优生和产前诊断	165
第六节	产时保健	169

第七节 产褥期保健·····	172
第八节 母乳喂养·····	174
第九节 计划生育·····	178
第十节 更年期保健·····	187
第十一节 妇女常见病的普查方法·····	193

第三篇 儿科与儿童保健

第一章 儿童生长发育·····	201
第一节 体格发育·····	201
第二节 神经精神发育·····	204
第三节 影响生长发育的因素·····	205
第四节 儿童生长发育评价·····	207
第二章 小儿营养与喂养·····	212
第一节 小儿营养·····	212
第二节 小儿喂养·····	215
第三章 儿科基本技能·····	219
第一节 儿科病史采集及体格检查特点·····	219
第二节 小儿药物治疗特点·····	222
第三节 小儿液体疗法·····	224
第四章 儿童保健·····	226
第一节 小儿各年龄期特点及保健·····	226
第二节 儿童保健内容·····	227
第三节 儿童保健状况指标·····	230
第五章 常见疾病防治·····	232
第一节 新生儿疾病·····	232
一、新生儿窒息·····	232
二、缺氧缺血性脑病·····	236
三、新生儿肺炎·····	237
胎粪吸入性肺炎·····	237
感染性肺炎·····	238
四、新生儿黄疸·····	239
五、新生儿败血症·····	241
第二节 营养性疾病·····	242
一、营养不良·····	242
二、营养缺铁性贫血·····	245
三、维生素 D 缺乏症·····	252
维生素 D 缺乏性佝偻病·····	252
维生素 D 缺乏性手足搐搦症·····	256
四、锌缺乏症·····	257
五、小儿单纯性肥胖·····	258

第三节 小儿肺炎·····	259
第四节 小儿腹泻·····	266
第六章 小儿急性传染病·····	274
第一节 麻疹·····	274
第二节 水痘·····	279
第三节 流行性腮腺炎·····	281
第四节 中毒性痢疾·····	283
第五节 小儿结核病·····	288
第七章 小儿常见精神行为障碍·····	292
第一节 功能性遗尿症·····	292
第二节 口吃·····	293
第三节 儿童多动症·····	294
第四节 厌食·····	296
第八章 小儿常见症状及处理·····	299
第一节 发热·····	299
第二节 小儿惊厥·····	300
小儿惊厥·····	300
第三节 腹痛·····	302
附：营养不良评价标准一·····	304
附：营养不良评价标准二·····	306
附：营养不良评价标准三·····	308
《社区重点人群保健》教学大纲·····	315

第一篇 老年医学

第一章 老年衰老特征、原因及评价

“老年”是人类生命过程中细胞、组织器官不断趋于衰老，生理功能日趋衰退的一个阶段。也就是说，老年人各种细胞、组织、器官的结构与功能都随着年龄的增长而逐渐衰老。人类的衰老变化是受到先天性的遗传因素和后天性的环境因素等多方面因素联合作用的影响，因每个老年人的个体差异很大（年龄愈大这种差异愈显著），所以，衰老的速度不尽相同。即使一个老年人，各脏器与系统的衰老程度也不完全一致。因此，“老年”这一词只具有相对的意义。一般地讲，发达国家以 65 岁以上为老年人，而发展中国家则以 60 岁以上为老年人。

最近世界卫生组织对老年人的划分，提出了新的标准。将 44 岁以下的人群称为青年人，45~59 岁的人群称为中年人，60~74 岁的人群称为年轻的老年人，75 岁以上的人群称为老年人，90 岁以上的人群称为长寿老人。这一标准的提出，既考虑到发达国家，又考虑到发展中国家；既考虑到人类平均寿命不断延长的发展趋势，又考虑到人类健康水平日益提高的必然结果。这一标准将逐步取代我国与西方国家现阶段划分老年人的通用标准。

人口老龄化已成为全球面临的重大社会问题和公共卫生问题，发达国家和发展中国家都将面临这一挑战。全球现有老年人口 3.42 亿，且以每月净增 80 万人的速度发展，这种增加主要发生在发展中国家。国际上以 65 岁以上人口占全人口比例的 7% 以上，定义为老龄化社会。世界上老龄化水平最高的瑞典用了 85 年，法国用了 115 年，而中国仅需要 27 年。目前中国老龄人口 1.2 亿人，占人口总数的 10%，在未来的 30 年中我国老年人口比例将达到 14%，老年保健及其服务将成为我国社会十分重要的任务。

第一节 老年人的生理、心理特点

一、老年人生理特点

随着人生步入老年期，必然逐步表现出一系列生理性变化，这些变化称为“生理性衰老”，是以人体内各器官及组织细胞的功能退行性变化和机能减退为主要特征。因此，老年人的生理过程显示出若干与其他个各生长期不同的特点，概括如下：

（一）机体生现结构的特点

1. 人体结构成分的生理变化特点 主要表现为两方面。一是机体内水分减少，正常成年男子全身含水量一般为体重的 60%（女子为 50%），而 60 岁以上老年人全身含水量，男性约为 51.5%，女性约为 42%~45%。这种含水量降低，主要表现为细胞内含水量的下降，而细胞外水份变化不大。二是机体内脂肪增多，一般而言，老年人的代谢逐渐减慢，耗热量逐渐降低，因而食入热量常大于消耗量，有余热产生。余热转化为脂肪储存在体内，使机体脂肪增多，躯体日见肥胖。

2. 细胞数减少和器官功能下降 从人体的生长发育分期变化来看，进入成人后，体内的各种细胞数量开始减少，并随年龄增长而逐渐加剧。有人考察，75 岁老人的组织细胞数

量大约减少 30%。在人体老化过程中, 细胞数量减少的同时还伴有明显的细胞萎缩, 其中最明显的是肌肉细胞, 表现为肌肉弹性降低, 力量减弱 (70 ~ 80 岁女性手的肌力约下降 30%, 男性下降约 58%), 易疲劳。

器官功能下降, 主要表现为各器官的储备能力减少, 适应能力降低和抵抗能力减退等。(详见各系统的功能变化)

(二) 机体代谢功能的特点

老年人的机体代谢功能呈退行性、异化性和分解性倾向。其具体表现为:

1. 糖代谢功能下降 表现为食糖后血糖浓度明显升高, 回落到食糖前水平的时间则明显延长。除此之外, 还常有糖代谢异常, 主要表现为: 细胞摄入葡萄糖障碍、葡萄糖-6-磷酸化及糖原合成障碍。

2. 脂肪代谢异常 表现为体内从不饱和脂肪酸形成的脂质过氧化物易积聚: 血中脂质明显增加, 这主要是由于饱和脂肪酸的积累增多, 造成总胆固醇增加所致。此外, 血清脂蛋白酯酶活性的含量下降, 使血中 β -脂蛋白复合物增多, 胆固醇/磷脂比值增大, β -脂蛋白(低密度脂蛋白)增加。

3. 蛋白质代谢变化 表现为蛋白质的分解代谢大于合成代谢, 血清白蛋白含量降低, 而总球蛋白增高, 各种蛋白质的量和质均趋于降低。此外, 有的学者发现, 老年人的蛋白质合成过程, 易发生翻译差错, 结果可能合成大量有缺陷的蛋白质, 并不断聚集在细胞中, 这可能是导致细胞衰老与死亡的重要原因之一。

(三) 各个系统的生理特点

1. 循环系统 老年人的脂质在血管壁内膜下积贮, 导致动脉粥样硬化; 心室内传导系统与心脏纤维支架间发生纤维或钙化退行性变, 可导致心脏传导阻滞; 心肌纤维发生脂褐质沉积, 使心肌呈棕色萎缩。同时, 心肌 ATP 酶活性下降, 钙离子扩散率减低, 导致心肌收缩力明显下降。因而, 高血压、冠心病、心律失常的发病机会明显增加。

2. 呼吸系统 老年人的鼻粘膜萎缩, 鼻毛减少, 气管一支气管内膜纤毛细胞化生, 纤毛运动减弱, 导致呼吸道防御功能降低; 肺泡壁变薄, 肺泡毛细血管床减少与硬化, 加之肺泡隔弹性纤维丧失弹性, 致使肺萎缩变小, 胸廓的硬度增加, 呼吸肌力量减弱, 导致肺活量减少, 残气量增多; 再加上细胞免疫功能明显降低, 均易诱发呼吸道疾病产生。

3. 消化系统 老年人的牙病较多, 唾液腺、舌和咬肌萎缩, 影响对食物的咀嚼, 加重了胃的负担; 胃肠消化道粘膜、腺体萎缩, 使消化液分泌减少 (例如, 唾液每日分泌量仅为年轻人的 1/3; 胃液为年轻人的 1/5); 胃肠道平滑肌纤维萎缩, 弹力减弱, 蠕动缓慢, 排空延迟, 致使消化吸收功能显著下降。

4. 神经系统 老年人的脑动脉硬化, 可导致不同程度的精神异常; 进一步发展, 脑的慢性缺血、缺氧不断加剧, 脑萎缩日趋严重, 可出现脑器质性精神症状和痴呆征群; 大脑乙酰胆碱减少, 突触后膜对钠、钾的通透性减低, 易造成记忆力缺损, 思维活动减慢, 性格与情感异常等; 脑的纹状体和黑质中的多巴胺随年龄增加而减少, 导致肌肉运抵障碍、动作缓慢、运动震颤麻痹等。

5. 泌尿系统 老年人的肾血供应减少, 肾小球滤过率下降, 肾小管功能减退, 使血中尿素氮逐级增加; 泌尿道粘膜萎缩, 防御能力降低; 男性前列腺增生; 排尿反射减弱, 残余尿增多。常常出现神经原性膀胱或无力性膀胱, 尿路结石, 尿路感染等。

6. 内分泌系统 老年人的下丘脑—垂体轴的反馈受体敏感性降低, 基础代谢率下降,

肾上腺皮质醇的分泌量和排泄率均减少，肾上腺皮质对 ACTH 的反应性下降。因此，老年人保持内环境稳定能力与应激能力均降低，常导致糖尿病、甲状腺功能减退或低下、肥胖综合征等。

7. 感官系统 在感官生理变化中，视觉最主要。表现为角膜表面细胞数减少，细胞变平，有时在角膜缘的基质层出现脂肪沉着，形成“老年环”；晶体内非水溶性蛋白质增多，使晶体的透光度减低；视网膜细胞减少、视力衰退。听觉的主要变化是组成耳蜗的毛细胞减少，鼓膜变薄及混浊逐渐加重，使听神经功能减弱，加之听小骨链退行变性，听小肌萎缩，使声音传导功能降低，导致听力减退。

综上所述，随增龄各系统脏器都在发生退行性变化，并影响到生理功能，使其呈进行性下降。但是，这些变化不是随意的，杂乱的，而是在中枢神经系统的“协调”下进行，使各系统之间保持较为稳定的平衡，这就是生理性衰老的特征。相反，如果某一系统的结构与功能发生特异性变化，就可能引起老年性疾病（病理性衰老）。

二、老年人心理变化

老年人的心理变化与其他各个年龄阶段相比更为突出、明显。这里讨论的老年心理变化主要指心理能力和心理特征方面的改变。

1. 智力变化 广义言之，智力是学习的能力，是个体对环境的适应能力；狭义言之智力包括感知力（观察力）、记忆力、思考力和想象力等。老年人的智力变化，有人研究证明：与实际知识、程序性知识、经验相联系的知识对老年人来说没有明显下降，有时仍呈继续增长趋势；而与感知关系、分类、逻辑推理之类任务相联系的基本信息加工过程的认知运演和认知结构有关智力，则呈逐渐下降趋势。

2. 情绪变化 主要表现为：①情绪强度和紧张度相对减弱，不象青年期那样，情绪具有很强的冲动性；②情绪快感度受心理、社会影响很大，有的向负性方向发展，但较多的是向正性方向发展，形成正性快感度增强；③情绪复杂度处于发展阶段，老年人的情绪、经验的高度复杂性，常常是由多种情绪体验和矛盾感触相互交融而致。表现出感慨万千，回首往事与业绩，又常自责与内疚，自尊、自豪、骄傲、悔恨、自愧等情绪共同并存。

3. 性格变化 老年人性格变化的总趋势是趋于稳定。而老年人的人格与增龄无关。

三、老年人的心理特点

1. 生理和心理变化的不同步 对老年人而言，发生一系列的生理性变化是不可回避的，由生物学自然法则所决定的。无法阻挡的相继出现的衰老征象，必然会影响与导致心理变化，可能逐渐走向紊乱和衰退。但是，我们必须认识到，这种由生理变化带来的心理变化和负性影响，不是唯一的，不是决定性的。老年人的心理变化一般来说是受多因素的影响，是较为复杂的。特别是社会经济、文化、职业及社会参与等，对老年人的心理变化影响较大。特别是伴随社会的发展和人们生活水平的不断提高，老年人们的心理将日益“年青”，“人老心不老”，“老骥伏枥、志在千里”，“发挥余热”是老年人的追求。因此，出现生理变化和生理变化的不同步，而且这种不同步常常表现为从变化的起始，向性和变化节律上都可能存在显著差异。

2. 心理变化的适应性和可塑性 老年人心理变化不可避免的客观影响之一是退休离岗后社会定位的变迁、社会生活、家庭生活、经济生活、政治生活都发生较大的变化。面对新的生活环境，老年人心理调适，关键是要适应这种变化。这样的适应性，取决于老年人的心理潜能，而且要求有较大的心理可塑性。这些变化标志出绝大多数老年人的心理特点，在他

们的语言、思维、行动及表情中都能显示出来。

3. 心理变化的获得与丧失的统一 在人的心理变化过程中,获得(生长)和丧失(衰退)是任何时期都可能产生的。在老年期的心理变化特点,常常显示出二者的变化统一。既获得一些的同时,也丧失了一些。老年人一般都是受主观或客观的影响,有选择性的获得一些心理能力,并多用这种获得去代替某丧失,也就是有选择性地发展替代能力和优化能力,以补偿下降能力,最终实现对新生活的适应。例如:老年人常常以自己的分析、判断乃至丰富的处事经验,来补偿因心理变化而产生的应激心理之不足。

4. 心理变化的个体差异较大 老年人的心理变化个体差异较大是一个突出的特点。因为老年人渡过各自不同的一生经历,经受的挫折和坎坷各不相同,加之个人的心理素质、文化根基、遗传因素和环境影响都会有较大的区别,最终显示出来的心理变化之差异难免会很大。有的可能十分顺利的完成心理调适过程,安然的步入老年心理阶段;有的可能适应不了环境、身体等各方面的变化,产生较大的心理冲突,甚至形成不同的心理障碍。

第二节 衰老特征及表现

现代研究表明,衰老是一个渐变过程,在其老征出现之前,这一过程已经开始,只是衰老变化发展到一定阶段才显现出来,并且随增龄越来越明显,不仅是外表出现老征(老征:指老年期变化的表现,如头发变白、视力老化、皮肤发皱、脊柱弯曲、身高下降、体重减轻等等,老征常用来作为评价衰老程度的指标),而且体内也在发生变化。因此,老征只是全身性衰老的一面镜子,更为重要的是人体的结构和功能的变化。研究衰老的共同特征,目的在于探索衰老的原因和机理。

一、衰老的共同特征

1. 衰老具有普遍性 这种普遍性包括两重含义,一是任何一种生物的几个个体在大致相似的时期内部都会出现衰老,无一例外,也就是说同种生物具有相同的最高寿命,突破的很少。二是同一个体中,各种细胞、组织、器官达到一定时期都会发生衰老。换句话说,衰老不是某种生物或某个个体特有的表现,而是生物界共有的规律。

2. 衰老过程呈渐进性 上面已经介绍过,衰老是一种成熟期以后所出现的增龄变化,是循序渐进发展的,而不是突然发生的变化。对人类而言,衰老虽有明显的个体差异,不可能有两个同龄老年人的心身素质完全一样。但总的趋势是随增龄衰老的程度更为严重。

3. 衰老表现的退化性 在衰老的渐进过程中,人体的形态结构与生理功能不断发生退化性变化,体内平衡稳定状态逐渐失调。因此,从逐步衰老的角度讲,老年本身对健康就构成一定影响和威胁。

4. 衰老主要由内因所致 从本质上讲,衰老并非疾病所致,而是机体的内在因素起主导作用。但是,在衰老过程中,个体处于退化状态下,往往或多或少、或轻或重地患有不同程度的疾病。因此,事实上不可忽视疾病对衰老的重要作用。自然衰老而死亡的老年人很罕见,绝大多数都是衰老与疾病共同作用而致的死亡,这就要求每位老年人,欲要健康长寿,必须采取针对衰老的对策,同时积极的防治老年性疾病。

二、衰老的主要表现

人类的最高寿命几千年来都维持在同一水平,尽管平均寿命不断延长,不断向最高寿命靠拢,但最高寿命也未见突破。若要科学的延长人类寿命,通常可以通过两个途径,一是控