

美国老年医学专业考试首选参考书



GRS

现代老年医学概要 (第六版)

Geriatrics Review Syllabus (six Edition)

The American Geriatrics society (美国老年医学会)

田新平 谢海雁 沈 悌 主译

Sean Xiao Leng (冷晓) 审阅

中国协和医科大学出版社

美国老年医学专业考试首选参考书

现代老年医学概要

(第六版)

Geriatrics Review Syllabus

(six Edition)

The American Geriatrics society
(美国老年医学会)

田新平 谢海雁 沈 悌 主译
Sean Xiao Leng (冷晓) 审阅

译 校 者 (按姓氏笔画排序)

王 含	王秋梅	王 强	田新平	史丽丽
曲 璇	朱明雷	刘新月	李 练	李 倩
李 辉	吴艳华	邹宝华	沈 悌	罗金梅
赵继志	荣 石	钟 华	姜忆南	高志强
高 晶	常炳习	康 琳	渠 涛	彭 斌
葛 楠	谢海雁	赖晋智	甄俊峰	戴晓艳
魏 镜				

学 术 秘 书 谢海雁

译校者单位 北京协和医院

 中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

现代老年医学概要 / 田新平、谢海雁、沈悌编译. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2012. 9

书名原文: GRS (Geriatrics Review Syllabus)

ISBN 978 - 7 - 81136 - 731 - 7

I. ①现… II. ①沈… ②谢… III. ①老年病学 - 手册 IV. ①R592 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 157588 号

现代老年医学概要

主 译: 田新平 谢海雁 沈 悌
责任编辑: 许进力

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 889 × 1196 1/16 开
印 张: 39
彩 插: 2
字 数: 1000 千字
版 次: 2012 年 9 月第一版 2012 年 9 月第一次印刷
印 数: 1—2000
定 价: 108.00 元



ISBN 978 - 7 - 81136 - 731 - 7/R · 731

(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)

主译者简介



田新平，女，1989年毕业于华西医科大学医学系，获医学学士学位；1996年毕业于中国协和医科大学研究生院，获医学博士学位；2003年毕业于美国 Oregon Health & Science 大学，获医学信息学硕士学位。自1989年起一直在北京协和医院从事医疗、教学和科研工作，现任北京协和医院风湿免疫科教授、主任医师、中国协和医科大学（现清华大学北京协和医学院）博士研究生导师。

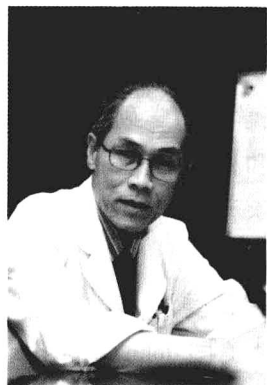
2008~2009年期间，田新平医师受北京协和医院的委派、美国中华医学基金会（China Medical Board）项目资助，赴美国 Johns Hopkins Bayview 医学中心接受老年医学培训。在这一年的时间里，作为高级访问学者参观和轮转了 Johns Hopkins 老年医学中心的所有临床科室，并参与了部分基础科研工作，对美国老年医学的体系和现代老年医学的概念、模式有了一定的认识。田新平医师在本书的正文部分担任了主译工作，希望通过这本书把现代老年医学的理念介绍给大家，让我们更多的有志于从事老年医学事业的医师了解现代老年医学的基础理论和临床知识，了解现代老年医学与我国传统老年医学之间的异同，在此基础上，结合我国老龄化的实际情况和特点，探讨出我国自己的老年医学发展方向和模式。



谢海雁，女，2001年毕业于中国医科大学日文临床医学系，获医学学士学位；2011年毕业于中国协和医科大学研究生院，获医学硕士学位；自2001年起一直在北京协和医院从事医疗、教学和科研工作，现任北京协和医院保健医疗部主治医师。

2007年下半年，谢海雁医师受美国中华医学基金会（China Medical Board）项目资助，作为北京协和医院委派的第一批老年医学专业的访问学者赴美国 Johns Hopkins Bayview 医学中心接受老年医学培训。在为期半年的培训时间内，她比较全面的参观了美国老年医学的医疗体系和医疗运作模式，比较深入地学习了很多先进的老年医学理念。尤为可贵的是她为将老年医学的先进理念带回中国，广泛阅读了美国老年医学专业书籍并从中精选了两本老年医学经典书目进行翻译。从2008年至今，她一直在为这两本书的面世而积极工作，从联系出版社、购买美国出版社的版权到协调和组织人员翻译，付出了辛勤的汗水。第一本书《老年病综合评估与速查手册》已经出版并售罄，该书第二版中文译本也出版在即。谢海雁医师在本书的附录部分担任了主译工作，主体部分为近300道老年医学专业试题，是美国医师考取老年医学执照时需要参考的题库。这在国内尚属首次出现老年医学专业试题，附有详细的讲解，有利于读者理解正文部分的内容。

主译者简介



沈悌，男，1942 年出生。1968 年毕业于中国（协和）医科大学。毕业后赴甘肃会宁县人民医院任住院医师，1979 ~ 1982 年考取北京协和医院内科血液专业研究生并获硕士学位。1983 ~ 1986 年任协和医院内科住院医师、总住院医师和血液专业主治医师；1986 ~ 1988 年曾任中国常驻联合国代表团保健医师；1988 ~ 1992 年于纽约大学医院进修。1993 年回国，晋升为副主任医师，并担任协和医院血液内科副主任；1999 年晋升为主任医师，即被聘为内科/内科学系主任（至 2010）、兼血液内科主任（至 2005）。临床工作注重血液系统肿瘤、自体造血干细胞移植以及内科疑难病的诊治。2006 年负责 CMB “协和 - 约翰·霍普金斯 老年医学项目”，参加筹建北京协和医院老年病房和老年医学科。主要著作有：“血液病诊断及疗效标准”、“内科学精要（英文版）”“消灭残存肿瘤的新途径”等。

曾任：中华医学会内科学分会主任委员（2008 ~ 2011）；中华医学会血液学分会副主任委员（2007 ~ 2010）；中华医学会全科医学分会委员（2002 ~ 2008）；北京血液专业委员会主任委员（2002 ~ 2009）。

现任：中华医学会内科学分会前任主任委员。第十届、第十一届全国政协委员。

审阅者简介



Sean Xiao Leng (冷晓) MD, 美国约翰·霍普金斯大学医学部老年医学组的副教授。原为北京协和医院变态反应科医师, 1989 年赴美, 1995 年获 Texas A&M 大学的 PhD 学位, 之后在耶鲁大学完成博士后培训, 在 St. Luke's-Roosevelt 医院完成实习和住院医师培训, 2000 年后一直在约翰·霍普金斯大学医学部老年医学组工作至今。他活跃在老年医学的多个领域, 主要研究方向为衰老以及衰老的免疫机制等。他在 2006 年成功地与北京协和医院联合申请了 CMB 老年医学培训项目, 并作为美方的项目负责人, 先后培养了 20 余名中方医护人员, 并促成了多名美国相关专业教授到北京协和医院交流工作, 为我院老年医学工作的开展做出了巨大的贡献。他利用自己的双语优势, 担任了本书总体的审阅工作, 并对老年医学专业词汇的中英文互译给予了专业的指导。

序

积极开展老年医学教育，推动老年医学事业发展

21 世纪是人口老龄化的时代。1999 年，中国也进入了老龄社会，并且是世界上老年人口最多的国家，占全球老年人口总量的五分之一。老年医学的诞生，通常是以 1942 年美国创立世界上第一个老年医学会开始的。我国自 60 年代始有少数学者研究，近 20 年发展迅速，中华医学会已在 1981 年建立了老年医学学会。但是我国老龄化的速度远远高过了经济发展速度，庞大的老年群体给养老、医疗、社会服务带来了巨大的压力，并且由于全民文化水平、医疗普及与保健水平的相对不足，使我国的老年医学研究远远落后于西方国家。因此引进国外先进理念和管理体系，积极开展老年医学相关教育，并与我国临床实践相结合，学以致用，可以起到事半功倍的效果。

我很欣喜地看到北京协和医院在 2006 年，在 CMB 基金的资助下，和美国约翰·霍普金斯医学院老年医学分部结成了友好的合作关系，建立了老年示范病房，迄今为止已经选送了近 20 名医护人员到霍普金斯专门学习老年病学。这些优秀的医护人员通过勤奋的学习不仅将先进的器材、设施带了回来，更是将先进的理念广为传播。更为可贵的是她/他们还精选了两本在美国老年医生中广为使用的专业书籍，通过中国协和医科大学出版社购买了国外的版权，并进行了认真的翻译工作。第一本书“老年病综合评估与速查手册”已经出版发行，受到了好评。而这本“现代老年医学概要”更是一本集专业性与权威性于一体的老年医学专业书籍，协和的医生们和霍普金斯的老年医学教授均为此付出了辛勤的汗水。希望更多的人能够有机会读到这本书，能够就书中的观点进行探讨和思考，能够结合我国的实际，进行创造性的工作。“洋为中用”、“学以致用”，这本书的价值绝不能仅停留在理论的水平上，书中的很多量表、管理模式都值得有识之士去勇于尝试，并从实践中找到有中国特色的老年医学管理模式。

医疗服务的发展应顺应时代的发展需求，老年医学的发展愈来愈显得十分重要。积极开展专业性和权威性的老年医学专业教育，统一我国老年医学的概念和理念，将有利于推动我国老年医学事业的发展。期待看到更多这样的好书出版！

卫生部副部长

刘保
2011.11

译者的话

根据最新的人口普查数据，中国 60 岁及以上人口占总人口的 13.26%，老年人和老年人的健康已成为重要的社会问题。老年人随着机体老化、衰弱，容易发生多种疾病，患病后又常常多重用药，引发各种不良反应，造成迁延不愈，这向医疗体制、医疗技术以及医护队伍的培养提出了巨大的挑战。目前在美国老年医学已发展得比较成熟，而在中国可以说刚刚起步，非常需要全面介绍先进国家老年医学发展状况的工具书。因此，我们选择了本书进行翻译，希望通过介绍美国老年医学的发展情况，使中国的老年医学工作者得以借鉴和参考。本书在美国是老年医学专业非常经典的一本参考书，也是考取老年医学医师执照者必读的书。这本书在循证医学的基础上，全面而系统地介绍了老年医学的临床特点；提供了丰富的老年医学资料获取的途径，包括各种网站以及联系方式等；脉络清晰，便于查询。每章开始有重点简介，结尾有关于被引用文献的简短述评，在简短的篇幅内涵盖了非常大的信息量；提供近 300 道临床实践相关的试题并附有详细讲解以及相关知识的链接，为读者打开了老年医学文献宝库的大门。其主要内容包括：关于老化的各种机制的介绍；关于老年患者各种症状的鉴别以及处理；关于各种政府法规与政策以及工作方式；关于患者以及家属的教育；关于美国医疗体制以及医疗保险制度的介绍；关于评估老年患者的各种工具以及方法等。我们希望通过引进并翻译这本书，使我国广大的老年医学工作者、全科医生、政策制定者、社会工作者、教育者等均能从中获益，通过借鉴美国的先进理念，结合中国的实际情况，共同探讨我国老年医学事业的发展特点和可行措施等。

我们力求保证该书译文的专业性与准确性。首先，参与本书翻译和校对的主要人员大部分为接受过美国中华医学基金会（CMB）老年医学项目资金资助，在美国霍普金斯医学院老年医学部进行老年医学专业培训的医生，或为在我院长期从事老年医学工作的医生，均有比较丰富的老年医学工作的临床经验。其次，本书经过了各个相关学科专家的认真校对；第三，田新平教授、Sean. X. Leng 教授负责本书的最终审校工作，并利用自己的双语优势和专业优势，对很多专业词汇、专业内容的译法给出了宝贵的建议，并就部分有争议的内容达成了共识。但是由于时间仓促以及经验不足等，可能还存在很多缺点有待我们去发现和改正，也请广大读者和同行不吝赐教。

古人云“坐而论道不如起而行”，空有老年医学的理念并不代表就能做好老年科医生。在学习国外先进经验的时候，我们没有必要去抱怨；现代中国没有这样、那样的条件，我们更要善于发现、利用适合我们国家老年医学发展的土壤和优势。现在国家不断增加对医疗的投入，并倡导慢病管理、培养全科医生等方针，这些都是有利于老年医学发展的大环境。用先进的专业知识武装自己，用客观睿智的眼光去寻找我们自己的规律，相信在不久的将来，老年医学事业一定会在中国成长、壮大，独树一帜。希望这本书能够起到抛砖引玉的作用。

致谢：

感谢刘谦部长为这本书题序和对我国老年医学事业的关心！

感谢在选编、翻译、校正这本书过程中所有付出辛苦劳动的参与者！

感谢 Sean. Leng 教授和田新平教授在该书审校过程中的严格把关！

感谢协和出版社独具慧眼，力促这本书的出版！

感谢 CMB 为本书翻译与付印提供的资金支持！

北京协和医院（原）内科主任

沈悒

2011-8-8

目 录

第一篇 老龄化相关问题

第1章	人口学	(1)
第2章	生物学	(8)
第3章	社会心理问题	(16)
第4章	老年医学中的法律和伦理问题	(22)
第5章	医疗服务的财务情况、保险覆盖范围和花费	(31)

第二篇 接触患者

第6章	评估	(43)
第7章	医疗与文化	(49)
第8章	体力活动	(55)
第9章	预防	(63)
第10章	药物治疗学	(70)
第11章	补充及替代医疗	(78)
第12章	老年人受虐待问题	(84)
第13章	住院治疗	(90)
第14章	围术期治疗	(98)
第15章	康复治疗	(106)
第16章	老人护理院	(118)
第17章	社区医疗	(124)
第18章	姑息治疗	(132)
第19章	持续性疼痛	(138)
第20章	视力损害	(146)
第21章	听力损害	(152)
第22章	头晕	(159)
第23章	晕厥	(164)
第24章	营养不良	(169)
第25章	进食与喂养	(176)
第26章	尿失禁	(179)
第27章	步态异常	(191)
第28章	跌倒	(198)
第29章	骨质疏松与骨软化	(206)
第30章	痴呆	(217)
第31章	痴呆患者的行为问题	(226)
第32章	谵妄	(233)

第 33 章 睡眠问题 (243)

第 34 章 压疮 (253)

第三篇 心理学问题

第 35 章 抑郁和其他情感障碍 (262)

第 36 章 焦虑障碍 (272)

第 37 章 精神病性障碍 (277)

第 38 章 人格和躯体形式障碍 (280)

第 39 章 酒精与药物滥用 (287)

第 40 章 智力障碍 (293)

第四篇 疾病和病变

第 41 章 皮肤疾病以及病变 (297)

第 42 章 口腔疾病和病变 (307)

第 43 章 呼吸系统疾病与异常 (313)

第 44 章 感染性疾病 (319)

第 45 章 心血管疾病与异常 (331)

第 46 章 高血压 (348)

第 47 章 内分泌与代谢性疾病 (355)

第 48 章 糖尿病 (367)

第 49 章 胃肠道疾病与异常 (375)

第 50 章 肾脏疾病与异常 (385)

第 51 章 妇科疾病与异常 (394)

第 52 章 性功能障碍 (400)

第 53 章 前列腺疾病 (408)

第 54 章 肌肉骨骼疾病及异常 (415)

第 55 章 背痛和颈痛 (429)

第 56 章 足部病变及异常 (435)

第 57 章 神经性疾病和障碍 (442)

第 58 章 血液病和血液异常 (454)

第 59 章 肿瘤 (462)

附录 1 习题集 (472)

附录 2 抗凝 (600)

附录 3 美国老年医学会医疗体系委员会 (603)

附录 4 抑郁：老年抑郁量表（简短版） (605)

附录 5 跌倒：预防指南 (605)

附录 6 失禁：行为预防和治疗 (607)

附录 7 营养筛查：DETERMINE 你的营养健康状况清单 (609)

附录 8 筛查和诊断检验中使用的术语 (610)

附录 9 中英文单词对照 (610)

第一篇 老龄化相关问题

第1章 人口学

Lynda Burton, ScD; Judith D Kasper, PhD

要点

• “婴儿潮”期间出生的人群进入老龄化以及老龄化过程的种族差异性，尤其是高龄老年人群的增加，将会使美国的老年人口组成发生显著变化。

• 美国老年人口正在发生以下变化：（a）受教育程度更高；（b）经济情况更好（尽管少数民族不如美国白人）；（c）随着生活帮助机构的不断增多，居住方式也在发生变化。

• 人口异质性持续增加，种族差异、功能状态以及慢性疾病的差异更明显。

• 在老年人中，心脏疾病、肿瘤以及脑卒中仍然是主要的死亡原因，年龄特异性疾病如阿尔茨海默病（Alzheimer disease）越来越多；其他疾病（流感、肺炎）在老年人中的致死性要高于年轻人。

人口学变化趋势

2000年，美国居民中每8个人中就有一个人的年龄在65岁或以上，但是到2030年这个比例将增加至每5个人中有一个。近年来，这一重大的人口学变化已经使人们对美国的社会和健康政策产生了许多担忧。不仅是老年人口的纯数量急剧增加，而且老年人的组成以及特征也将发生变化。尽管临床医生主要关注个体患者的需求，但一个老年人所带来的医患关系中的一些问题体现了他或她所属的群体的情况。预计婴儿潮期间出生的人群（在1940年到1960年间出生的那代人）的老龄化对美国的健康和社会服务体系会产生重大影响，虽然目前对这种影响的确切情况

还不清楚。

在20世纪，美国65岁以下人口增加了3倍，而65岁以上的人口增加了11倍以上，从1900年的310万增加到2002年的3560万。到21世纪中叶这个年龄的人口数将翻倍，达到8200万人，大部分的增长发生在2010到2030年间。美国并不是唯一存在老年人口比例增长的国家。目前，很多发达国家已经超过了美国的增长速度，包括意大利、日本、德国、瑞典以及英国，这些国家超过60岁以上的人口已经占了20%以上。

美国老年人群在地理分布上是不均匀的。一半以上65岁以上的老年人居住在9个州，最多的是加利福尼亚州、佛罗里达州、纽约州以及德克萨斯州。而中西部的州，独居老人的比例最高（30%以上）。美国老年人口中主要为白人，但预计其他种族的老年人口比例将从目前的1/10增加到未来50年的1/5。在此期间，预计美国黑人老年人的比例将增加3倍，西班牙裔美国老年人的比例增长会更快，在30年内可能将会超过美国黑人老年人数。

预期寿命

美国目前的平均预期寿命中，女性白人最高，其次为女性黑人和男性白人，两者的预期寿命几乎相同，再次为男性黑人（表1.1）。超过65岁的女性，预期平均可以活到84岁，已经超过85岁的女性可能会活到92岁。85岁之前美国白人男性以及女性的预期寿命会超过黑人。在85岁以后预期寿命的这种种族差异基本消失。这些发现是否反映了年龄记录有误（美国黑人

老人) 抑或死亡率真正相同尚存争议。

很难估算美国百岁老人的确切人数, 但百岁老人人数在增长, 预计到 2050 年会超过 8 万人。1899 年出生的人, 活到 100 岁的概率比为 400 : 1, 据估计 1980 年出生的人活到 100 岁的概率比约为 87 : 1。

社会经济状况

社会保障系统的改进以及美国联邦政府医疗保险计划 (Medicare) 的实行对美国老年人的经济福利产生了重大影响。在 19 世纪 60 年代早期, 35% 的 65 岁以上老年人的收入低于联邦政府的贫困线, 但是仅有 70% 的人拿到了社会保障金。到 19 世纪 70 年代早期, 90% 以上的老年人拿到了社会保障退休补助金 (63% 的受益者中该补助约占其收入的至少 50%, 26% 的受益者中该补助约占收入的 90% 或更多), 并且 97% 的人可以享受到美国联邦政府医疗保险计划。如今收入低于贫困线的老年人比例约占 10%, 另有 6.5% 的老年人为“接近贫困线”, 也就是说, 收入在贫困线以及贫困线的 125% 之间。对非常贫困的老年人 (一般是收入远低于贫困线者), 美国医疗补助计划 (Medicaid) 可以支付美国联邦政府医疗保险计划所不能报销的处方药、老人护理院以及其他长期医疗服务以及健康保健服务, 在填补美国联邦政府医疗保险计划所不能覆盖的医疗费用方面起主要作用, 同时美国医疗补助计划还可以支付美国联邦政府医疗保险计划的保险费和个人分摊费用。目前约有近 450 万老年人同时享受美国联邦政府医疗保险计划和美国医疗补助计划 (即“具有双重资格者”)。

尽管在过去的 30 年里美国老年人总的经济

地位已明显改善, 但并非所有老年人都是如此。美国黑人 (22%)、西班牙裔美国人 (22%)、85 岁以上的人 (12%)、高中以下文化程度者 (21%)、住在农村地区 (13%) 以及中部城市 (14%)、独居 (21%) 人群中老年人的贫困率要高一些。某些老年人群体中贫困率更高, 例如半数美国独居的老年黑人妇女是贫困的。

美国的在职人员中, 老年人的比例下降, 并且据预测这种趋势会持续下去, 在 1950 年, 65 ~ 69 岁的男性中有 60% 的人仍然在工作, 而在 1990 年, 同样的年龄组中只有 28% 的人还在工作。总的来说, 在 19 世纪 90 年代初期, 16% 的老年男性以及 8% 的老年女性仍在工作。而如今, 半数以上仍然在工作的老年人做的是兼职工作, 并且大部分是自己选择做兼职工作的, 而不是因为没有足够的全天工作的机会。

与和他们同龄的父母相比, 大多数在婴儿潮期间出生的人收入较高, 几乎按同样的速度准备退休并已经储备了更多的私人财富。总的来说, 婴儿潮期间出生的人在退休时会比他们父母的收入高, 并且在退休以后几乎不可能过贫穷的生活。

未来的美国老年人口中最突出的变化之一是受教育水平明显提高。在 1970 至 2001 年间, 65 岁以上的老年人中完成高中教育的比例从 28% 上升到 70%。到 2030 年, 83% 的老年人完成高中教育。大学学士或者有更高的学位人群的比例将从现在的 15% 增加至 24%。受教育程度与一生的经济状态密切相关, 很多研究显示受教育程度高的人比受教育程度低的人通常健康情况要好, 发生残障的危险要低。据推测, 在婴儿潮期间出生的、受到良好教育的老年人将会是医疗服

表 1.1 2000 年出生和已达 65 岁、75 岁、85 岁不同性别和种族人群的预期寿命

	所有种族			白人			黑人		
	男/女	男	女	男/女	男	女	男/女	男	女
出生时	76.9	74.1	79.5	77.4	74.8	80.0	71.7	68.2	74.9
65 岁	17.9	16.3	19.2	17.9	16.3	19.2	16.2	14.5	17.4
75 岁	11.3	10.1	12.1	11.3	10.1	12.1	10.5	9.4	11.2
85 岁	6.3	5.6	6.7	6.2	5.5	6.6	6.3	5.7	6.5

资料来源: 2002 年 (美国) 国家人口统计报告 (National Vital Statistics Report; 2002, 51 (3): 2)。可从 <http://www.cdc.gov/nchs/> 获得相关信息 (2005 年 7 月访问)。

务的积极消费者，而且对医疗保健系统的要求更高。目前，约 50% 的美国家庭拥有个人电脑，但是互联网的使用在 55 岁以下人群中更常见。尽管有人对各种互联网站上的多数健康和医疗信息的准确性表示担心，但对这些替代性信息资源的使用有可能会增多。此外，作为一种促进需求的手段，制药公司会增加直接针对消费者的市场宣传。

居住方式及婚姻状况

美国 65 ~ 74 岁的老人中有 2/3 是已婚并和配偶住在一起的，相反，仅有 1/5 的 85 岁以上的老人和配偶住在一起（表 1.2）。由于老年女性的预期寿命更长一些，已婚老年男性要明显多于老年女性，这并不奇怪。相反，老年女性中寡居者更常见；56% 的 75 ~ 84 岁的女性以及 82% 的 85 岁以上女性是寡妇。

独居的老年男性和女性，通常是由于丧偶造成的，更愿意保持独立的生活，只要健康和经济情况允许，他们愿意继续独居。多数这些独居老人都有家属或者朋友住在附近，并且其中 3/5 的老人已经在同一个地方居住了 10 年以上。但这些老人也是脆弱的。与那些和别人一起居住的老人相比，他们利用社区服务的可能性更大，并且孤独感以及脱离社会程度更高一些。

在外国出生的老年人群

2000 年美国有 310 万外国出生的 65 岁以上的老年人。这个群体中超过 1/3（39%）的人来自欧洲，另有 31% 来自拉丁美洲，22% 来自亚洲，8% 来自世界其他地方。将来，外国出生的老年居民将更多的来自拉丁美洲或者亚洲，几乎有 2/3 的外国出生的老年人在美国的居住时间已经超过 30 年。其中 1/3 居住在美国西部各州。

外国出生的老年人比美国本土出生的老年人与家人一起居住者更多。4/5 的外国出生的老年人是已婚的，几乎有一半的外国出生的老年女性是寡妇。外国出生的老年女性独居者要多于外国出生的老年男性。外国出生的老年人的贫困率高于美国本土出生的老年人。外国出生的老年人为户主的家庭参加经济状况调查者要多于以美国本土出生的老年人为户主的家庭。

生活帮助机构

生活帮助机构是为美国老年人设置的寄居场所中增长趋势最快者之一。这种类型的机构是为满足那些有更高层次的监护需求、需要更多生活帮助，而在家没有办法实现的人群设置的，同时又避免了医疗机构的弊端。据估计在 2002 年，美国有近 80 万人居住在 3.3 万所生活帮助机构

表 1.2 2000 年，按年龄分组，美国联邦政府医疗保险计划（Medicare）受益人的婚姻状况以及居住方式（每一个年龄组中受益人所占的比例）

	全部 (%)			男性 (%)			女性 (%)		
	65 ~ 74	75 ~ 84	85 +	65 ~ 74	75 ~ 84	85 +	65 ~ 74	75 ~ 84	85 +
婚姻状况									
已婚	64.1	49.1	21.9	79.0	70.5	50.9	51.7	34.2	9.8
丧偶	21.0	41.4	70.4	7.2	19.9	41.8	32.5	56.2	82.3
其他	14.9	9.5	7.7	13.8	9.6	7.3	15.8	9.6	7.9
居住方式									
独居	24.5	33.6	38.8	14.9	20.1	28.9	32.6	43.0	42.9
与配偶同居	62.6	46.8	18.4	76.8	67.5	43.5	50.7	32.4	8.0
与子女一起居住	6.8	9.6	14.9	2.5	4.9	9.4	10.4	12.9	17.2
与其他人一起居住	4.7	4.7	5.1	4.3	3.7	4.2	5.1	5.4	5.5
住在老人护理院中	1.4	5.3	22.8	1.5	3.8	14.0	1.2	6.3	26.4

资料来源：美国联邦政府医疗保险计划 Current Beneficiary Survey, 2000；表 1.2. 可以在 <http://www.cms.hhs.gov/mcbcs/PubCNP00.asp> 上获得相关信息（2005 年 10 月访问）。

里。在生活帮助机构里生活的典型居民是年龄在 75 ~ 84 岁之间的老年女性，可以自主活动，但是在日常生活活动功能（ADLs）中有大约 2 项需要别人帮助。生活帮助机构的居民来自不同的地方。有一半以下（46%）的人从自己家里搬来，20% 的人来自其他的生活帮助机构，14% 的人来自医院，10% 的人来自老人护理院。平均居住时间为 2 年。（也请参见“社区医疗”一章中的“生活帮助机构”一节，以及附录中美国老年医学会（AGS）关于生活帮助机构的说明）。

使用老人护理院的趋势

1999 年美国全国老人护理院的调查显示有 160 万人居住在 1.8 万家老人护理院中，床位使用率为 87%。65 岁以上的老年人中入住老人护理院的比率为 429.2/千人；65 ~ 74 岁的老年人中的比率为 108/千人；75 ~ 84 岁老年人中比率为 429.7/千人；85 岁以上的老年人中比率为 182.5/千人。全美国范围内老年人入住老人护理院的比率相对恒定，约 5%；在 85 岁以上的老年人中这个比率上升至 20%。曾住过老人护理院的老人比例要高得多，接近 1/2。这是由于把老人护理院当作患者出院后的短期恢复和康复治疗机构造成的。如果在入住老人护理院之前曾住院 3 天，那么美国联邦政府医疗保险计划（Medicare）会支付住老人护理院期间的费用。

目前住在护理院的患者年龄比以前要大，而且功能障碍程度更重。在过去的 10 年中，85 岁以上女性患者的比率已经从 49% 上升至 56%，男性则从 29% 上升至 33%；有 3 项以上 ADLs 需要别人帮助的患者比率从 72% 增加到 83%。

所有老人护理院内相当于全职雇员的比例为 53.2 人/100 张床，志愿性非营利的机构以及政府所属老人护理院中这个比例略高于私人所有的老人护理院。注册护士的比例为 7.6/100 张床，注册执业护士的比例为 10.6/100 张床，护工以及看护人员的比例为 32.9/100 张床。

在过去的 10 年中，老人护理院已经将更多的资源投入到发展特殊服务病房上，目前几乎有 1/5 的护理院有一个这样的特殊病房。这些病房中有 2/3 的是阿尔茨海默病以及其他类型的痴呆患者。对这些特殊病房与传统病房性能的比较研究显示，特殊病房的患者并没有受到更多的直接服务或出现更好的转归。

健康和功能趋势

老年人患病和残疾者高于 65 岁以下人群。在 2000 年，美国 84% 的 65 岁以上的人患有一种或者多种慢性疾病。报道的最常见的慢性病是高血压，其次为关节不适、心脏疾病、慢性阻塞性肺疾病和肿瘤（图 1.1）。虽然 80% 的高龄老人（85 岁以上）患有两种以上慢性病，但仅有

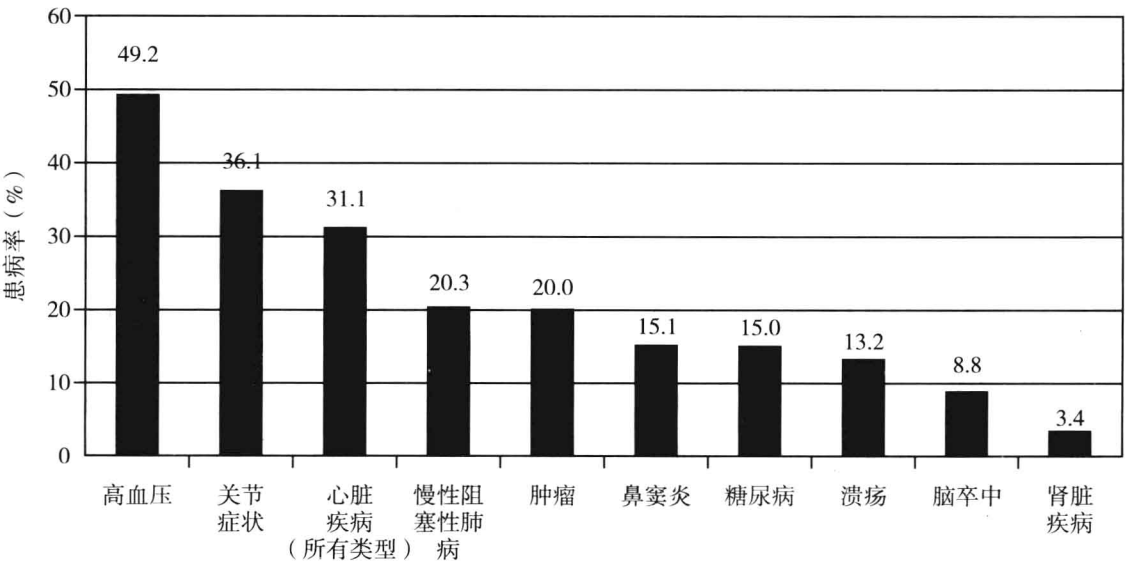


图 1.1 所有种族 65 岁以上的老人中一些慢性疾病的患病率

资料来源：Data Warehouse on Trends in Health and Aging: Health Status and Chronic Conditions, 1997 ~ 2001, from the National Health Interview Survey. Estimates for 2000 ~ 2001. See <http://www.cdc.gov/nchs/agingact.htm>.

36% 健康状况一般或者健康状况差（图 1.2）。老年人的健康状况差异很大（表 1.3）。一些研究显示健康状况的自我评估与死亡率以及功能下降的危险程度密切相关，也证实了上述观点。年龄在 65~74 岁的非西班牙裔美国白人中，18% 的人认为自己的健康情况非常好；31% 为很好；只有 13% 的人为一般；5% 为差（表 1.3）。如我们所预期的那样，认为自己的健康情况一般或者差的老人的比例随年龄而增加。并且，老年黑人以及西班牙裔美国老年人自我报告的健康状况为一般或者差的比例高于美国老年白人。

功能残疾也随着年龄而增加，并和慢性病密切相关。美国 85 岁以下的老人大多数都声称自己的 ADLs 以及 IADLs 没有困难；而 85 岁以上的老人报告无困难或者有轻微困难的比例要低得多（图 1.3）。所有年龄段的老年女性功能受限百分比都高于男性。功能受限程度还存在种族以及文化差异。在 70 岁以上的老年人中，美国老年黑人不能进行

一项或更多 ADLs 者是美国老年白人的 1.5 倍。

在美国，日常生活功能活动需要帮助的人会首先依赖于家庭成员。1995 年为 70 岁以上在社区居住的老年人提供帮助的人中，73% 是不收费的或非正式的帮助人员。9/10 不收费或者非正式的看护人员是家庭成员，1/4 是配偶，约 1/2 是子女。这些非正式看护人员与被照顾对象住在一起。在不同研究中，对使用收费帮助人员情况的估计差异很大，但一致的趋势均为：独居老人以及随着年龄增长，使用收费帮助人员的比率增高。

老年人死亡人数占美国总死亡人数的 75%。其中 1/5 的死亡者是 85 岁以上的老人，并且预期这个比例还会增加。几十年来，心脏病、癌症和脑卒中是 65 岁以上老人的主要死因，占死亡人数的 3/5（表 1.4）。但是死亡的原因因种族以及性别而不同。糖尿病是西班牙裔以及美国黑人老人的第四位死因，但却是老年美国白人死因的第六位。在所有死因中阿尔茨海默病排在第七位。

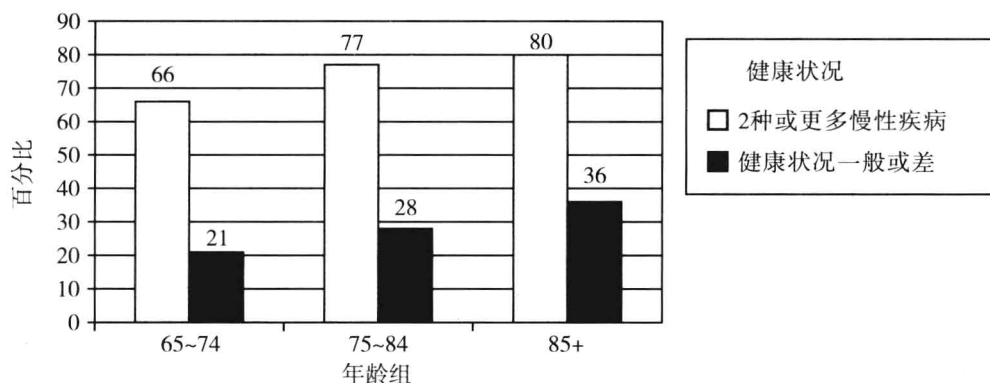


图 1.2 2000 年按年龄分组，所有美国联邦政府医疗保险计划（Medicare）政策受益者中有两种或更多慢性疾病且自我评价健康状况为一般或差者的百分比

资料来源：美国联邦政府医疗保险计划（Medicare）受益人调查，2000。http://www.cms.hhs.gov/mcbs/（2005 年 10 月访问）。

表 1.3 2000 年美国联邦政府医疗保险计划受益人的健康认知情况，按照年龄、种族或民族分组

	非西班牙裔白人 (%)			非西班牙裔黑人 (%)			西班牙裔 (%)		
	65~74	75~84	85+	65~74	75~84	85+	65~74	75~84	85+
非常好	18.23	13.79	11.19	10.93	7.42	8.31	13.17	12.86	8.19
很好	31.06	26.97	22.98	22.58	18.73	17.13	21.61	17.48	20.56
好	31.87	32.96	31.30	35.05	34.84	30.70	30.06	32.11	28.46
一般	13.40	18.78	25.82	24.31	29.85	30.90	25.26	29.08	32.48
差	5.44	7.50	8.70	7.13	9.56	12.97	9.91	8.47	10.32

资料来源：美国联邦政府医疗保险计划 Current Beneficiary Survey, 2000；表 2.3。可从 <http://www.cms.hhs.gov/mcbs/PubCNP00.asp> 获得相关信息（2005 年 10 月访问）。

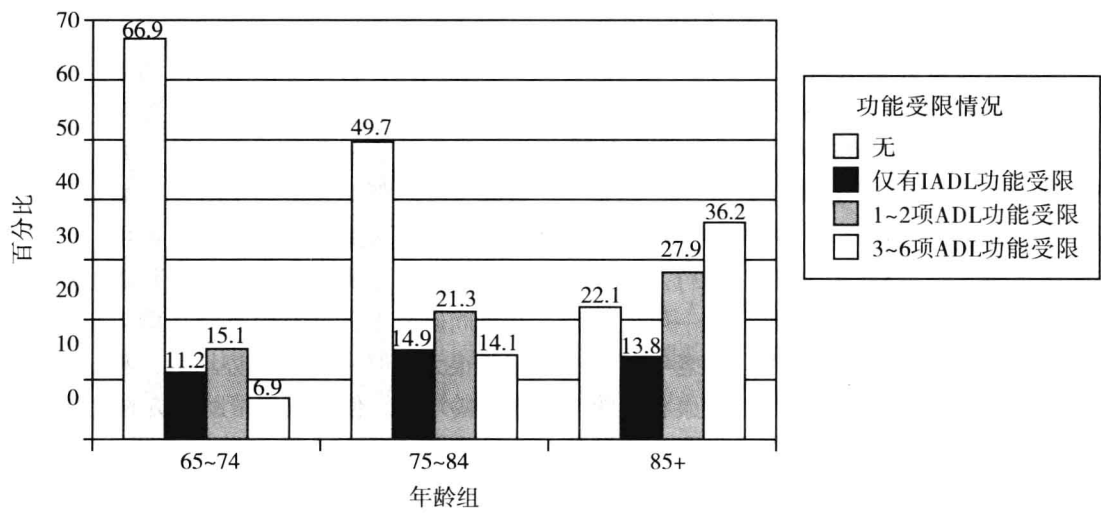


图 1.3 2000 年美国联邦政府医疗保险计划（Medicare）受益者自我评价的功能情况，按年龄分组
ADLs：日常生活功能；IADL：高级日常生活功能。

资料来源：Medicare Beneficiary Survey, 2000；Table 2. 1. 参见 <http://www.cms.hhs.gov/mcbs/>（2005 年 10 月访问）。

表 1.4 1999 年美国 65 岁以上老年人的主要死因及死亡人数

排名	死亡原因	死亡人数	所占百分比
	所有原因	1, 797, 331	100. 0
1	心脏疾病	607, 265	33. 8
2	恶性肿瘤	390, 122	21. 7
3	脑血管疾病	148, 599	8. 3
4	慢性下呼吸道疾病	108, 112	6. 0
5	流感和肺炎	57, 282	3. 2
6	糖尿病	51, 843	2. 9
7	阿尔茨海默病	44, 020	2. 4
8	意外伤害	32, 219	1. 8
9	肾炎，肾病综合征以及肾病	29, 938	1. 7
10	败血症	24, 626	1. 4

资料来源：Health, United States, 2002 With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2002 : 132（表 33）。

年轻人死亡相关的一些原因也可见于老年人。在美国，不分种族，老年男性机动车事故死亡率是老年女性的 2~3 倍。白人老年男性的自杀率是所有老年人中最高的（43.7/10 万，白人老年女性为 6.5/10 万），死于自杀的老年男性白人要多于死于机动车事故者。

残疾的趋势

对美国 65 岁以上的老年人的残疾率是否正

在下降仍存有争议。一些研究显示在过去的 10 年中不能进行某些活动（一项或者以上 ADLs 或者 IADLs）的老人比例有所下降，但是也有证据表明不能进行一项或者更多项 ADLs 的老人比例增加了。这些矛盾的结果可能是被研究的人群以及测评方法差异造成的。不同研究中对残疾的测评方法不同，而且所依据的病史是来自患者，照看患者的家属，还是来自医生，对有无功能残疾和其严重程度的估测也会产生差异。