

· 科文医学文库 ·

美国最新临床医学问答

——老年医学

GERIATRIC SECRETS

[美] 玛丽·安·法西娅 (Mary Ann Forciea) 主编
雷沙·拉维热·默瑞 (Risa Lavizzo-Mourey)

唐代屹 赵学军 李平 等译

北京科文国际信息公司供稿

海 军 出 版 社

科文(香港)出版有限公司

2000年·北京

著作权合同登记图字：01-2000-1980

图书在版编目(CIP)数据

老年医学/(美)法西娅(Forcica, M.), (美)默瑞(Mourey, R. L.)
主编; 唐代屹等译. - 北京: 海洋出版社, 2000.10

(美国最新临床医学问答)

ISBN 7-5027-5047-9

I. 老… II. ①法… ②默… ③唐… III. 老年医学-问答
IV. R592-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 69446 号

The original English language work has been published
By HANLEY & BELFUS, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, U S A

Copyright © 1999 All rights reserved

中文简体版版权©1999 科文(香港)出版有限公司/海洋出版社

责任编辑: 王书良

责任印制: 严国晋

美国最新临床医学问答——老年医学

出版: 海洋出版社/科文(香港)出版有限公司

发行: 海洋出版社/北京科文剑桥图书公司

印刷: 化学工业出版社印刷厂 经销: 新华书店

2000 年 10 月第 1 版 2000 年 10 月北京第 1 次印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 12.5

字数: 330 千字 印数: 1~3000 册

定价 29.00 元

《美国最新临床医学问答》丛书专家委员会

主任委员：吴阶平

编委：高润霖 心内科教授 北京阜外医院院长
章友康 肾内科教授 北京医科大学附属一院院长
俞光岩 颌面外科教授 北京口腔医院院长
尤玉才 神经外科教授 北京医科大学附属一院副院长
朱学骏 皮肤科教授 北京医科大学附属一院副院长
林三仁 消化科教授 北京医科大学附属三院消化科主任
何权瀛 呼吸科教授 北京人民医院呼吸科主任
康德瑄 神经内科教授 北京医科大学附属三院神内科主任
林本耀 外科教授 北京肿瘤医院外科主任
娄思权 骨科教授 北京医科大学附属三院骨科副主任
蒋建瑜 麻醉科教授 北京医科大学附属三院麻醉科主任
傅贤波 普外科教授 北京医科大学附属三院普外科主任
张志庸 心胸外科教授 北京协和医院心胸外科主任
王秀云 妇产科教授 北京医科大学附属三院妇产科主任
赵凤临 儿科教授 北京医科大学附属三院儿科副主任
贾泓禔 分子生物学教授 北京医科大学分子生物系主任
杨仁杰 介入放射学教授 北京肿瘤医院介入放射科主任

本书著、译者名单

原著主编：[美] 玛丽·安·法西娅(Mary Ann Forciaea) 医学博士
雷沙·拉维热·默瑞(Risa Lavizzo-Mourey)

译者：(按姓氏笔划排序)

王 航 李铁军 李 平 赵学军 向东方 郑振宇
唐代屹 钟 渠 张英奎 张建伟 张云贵 高彦彬
霍敏荣

校订：唐代屹 郑振宇

常用量和单位换算表

非标准单位	符 号	换算系数	标准单位名称
微(米)	μ	$1\mu = 1\mu\text{m}$	微米
达因	dyn	$1\text{dyn} = 10^{-5}\text{N}$	牛[顿]
千克力	kgf	$1\text{kgf} = 9.806\ 65\text{N}$	牛[顿]
吨力	tf	$1\text{tf} = 9.806\ 65\text{kN}$	千牛[顿]
标准大气压	atm	$1\text{atm} = 101.325\text{kPa}$	千帕[斯卡]
工程大气压	at	$1\text{at} = 9.806\ 65 \times 10^4\text{Pa}$	帕[斯卡]
毫米汞柱	mmHg	$1\text{mmHg} = 133.322\text{Pa}$	帕[斯卡]
毫米水柱	mmH ₂ O	$1\text{mmH}_2\text{O} = 9.806\ 65\text{Pa}$	帕[斯卡]
托	torr	$1\text{torr} = 1\text{mmHg} = 133.3224\ \text{Pa}$	帕[斯卡]
巴	bar	$1\text{bar} = 10^5\text{Pa}$	帕[斯卡]
西西	cc	$1\text{cc} = 1\text{ml}$	毫升
卡	cal	$1\text{cal} = 4.186\ 8\text{J}$	焦[耳]
大卡	kcal	$1\text{kcal} = 4.186\ 8\text{kJ}$	千焦[耳]
度		$1\text{度} = 1\text{kW}\cdot\text{h}$	千瓦·时
[米制]马力		$1\text{马力} = 735.499\text{W}$	瓦[特]
英马力	hp	$1\text{hp} = 745.7\text{W}$	瓦[特]
英尺	ft	$1\text{ft} = 0.3048\text{m}$	米
英寸	in	$1\text{in} = 0.0254\text{m}$	米
磅	lb	$1\text{lb} = 0.4535923\ \text{kg}$	千克
克当量	Eq	$1\text{Eq} = 1\text{mol}$	摩[尔]
盎司	ounce, oz	$1\text{oz} = 28.3495\text{g}$ $1\text{oz} = 31.1035\text{g}$	常衡盎司 药衡盎司 (金衡盎司)
国际单位	IU	$1\text{IU} = 1\mu\text{mol}/\text{min}$	
原子质量单位	U	$1\text{U} = 1\text{u}$	
渗透克分子	osmol	$1\text{osmol} = 1\text{osm} = 1\text{mol}$	

序 言

老年医学实用问答是专门为学习如何处理老年医学问题的医学生和健康护理专业人员编写的。书中采用了学生熟悉的一问一答式教学法,从而使问题简明扼要。现今的社会要求学生必须比以前更能迅速有效地掌握广博的知识。而不管是在查房还是在专题的讨论会中,苏格拉底问答式教学法都是一种优秀的教学方式。我们力求使本书适合读者的需要,并尽可能地采用概括性的表格和图示表达,减少繁冗的文字。

考虑到本书是一本临床实用手册,而不是教科书,所以我们只针对老年医学的突出问题进行重点概括性论述,而没有进行全面、深入的讨论。而且我们着重强调老年医学的艺术——个人精神、团队协作精神、接受临床挑战,以及提高患者生存质量所获得的巨大满足感,并力求简洁。第一章重点讨论老年医学艺术的实践,并介绍一些患者,他们能教给我们处理老年医学实用性“秘诀”。

除了在老年医学实践中获得满足外,传授老年医学知识也使我们获得巨大快乐。由于种种原因,几乎很少有学生在早期临床阶段就接触老年医学,并能积累足够的临床经验。我们高兴的是学生不仅能直接从本书中获得知识,而且将来的内科医生也将从宾夕法尼亚大学老年医学研究所的培训计划中获益,因为该书销售的版税将会捐给这所大学的老年医学研究所。

最后,我们衷心感谢帮助本书出版的个人和团体,即资助该书出版的 Ralston 出版社,编写该书的作者及工作小组,以及 Sandra. Chaff, Nathan griffth 和 Amy Phillips 等人。

玛丽·安·法西娅 医学博士

雷沙·拉维热·默瑞 医学博士,工商管理学硕士

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 老年医学方法与实践	(1)
第二章 症状	(9)
第二节 思维混乱(confusion)和健忘	(9)
第三节 疲劳和虚弱	(18)
第四节 老年人非自主性体重下降	(25)
第五节 头晕和眩晕	(30)
第六节 性功能	(36)
第七节 便秘	(41)
第八节 老年人的风湿病状况	(49)
第九节 老年关节炎和肌骨骼疼痛	(54)
第十节 哀丧	(64)
第三章 预防和增进健康	(72)
第十一节 筛选的原则	(72)
第十二节 癌症的筛选检查	(80)
第十三节 免疫接种	(88)
第十四节 日渐减少的心血管危险	(93)
第十五节 体育锻炼能改善老年人的功能状态吗	(102)
第十六节 营养	(110)
第十七节 饮酒问题	(122)
第十八节 吸烟与老人	(128)
第十九节 感觉改变	(133)
第二十节 老年人的高血压	(140)
第二十一节 牙的保健	(149)

第四章 老年人需要特别考虑的问题	(156)
第二十二节 预防药物不良反应	(156)
第二十三节 跌仆	(166)
第二十四节 抑郁症	(175)
第二十五节 老年人被伤害、被忽视和被侵占的早期发现	(184)
第二十六节 衰老和认知功能	(190)
第二十七节 帕金森氏病	(197)
第二十八节 肾脏疾病	(212)
第二十九节 老年人的脂质异常	(220)
第三十节 老年人的甲状腺疾病	(227)
第三十一节 尿路感染	(237)
第三十二节 妇女健康问题	(244)
第三十三节 老年人的贫血	(263)
第三十四节 疼痛的治疗	(272)
第三十五节 尿失禁	(281)
第三十六节 中风	(294)
第三十七节 老年人围手术期的处理	(309)
第三十八节 皮肤病	(316)
第三十九节 压迫性溃疡	(324)
第四十节 老年癌症病人的治疗与护理	(333)
第四十一节 预先嘱托	(344)
第四十二节 功能评价	(350)
第四十三节 冠状动脉疾病	(364)
第四十四节 老年人的心力衰竭	(369)
第四十五节 糖尿病	(377)

第一章 总 论

第一节 老年医学方法与实践

Risa Lavizzo-Mourey 医学博士 Mary Ann Forciea 医学博士

本书主要着眼于老年医学实践,它力图以问答这一直接方式介绍老年医学的基础知识。关怀老年人的艺术尽管不太受重视,却与治疗临床实际病例同等重要。老年医学实践方法及该学科所特有的成就感的构成要素就是本章所要揭示的“老年病秘诀”。与所有的健康关怀一样,真正的秘诀在患者那里。虽然每个患者各有其特点,但存在于他们之间的共性,通常决定了一门专业或学科的范围和方向,有时候共性就是某一特定的简单疾病。在老年医学病例中,共性较为复杂,常超越了年龄、特定的疾病及特定的器官系统等因素。本章介绍一些病例,多年以来,这些病例决定了我们从事老年医学的方法与实践。

综合医学——M夫人

老年患者常患有多种慢性疾病,并承受着慢性疾病所有的后遗症及必须接受的治疗。慢性疾病,及其对急性疾病及身体残疾的易感性,意味着老年医学临床病例罕有简单者。作为临床医生,我们接受的多是关于诊断、发现并治愈单一疾病的教育。在老年医学中极少有只存在一个诊断的情况,而平均为4个,诊断之间可能互相联系,分属不同的器官系统或病理生理,但最常见的情况恰如一句格言所说,常见病常同时发生。任何一个病例,由于多种慢性疾病的相互

作用,加上临床表现不典型及各种并发症,都会使得老年医学临床情况富有挑战性,需要我们具有丰富的知识,良好的判断力,及灵活地解决问题的能力。

M夫人的情况说明了这一点。她的心脏尽管曾接受过一系列的血管成形术及一次冠状动脉搭桥术,但她仍有冠心病及两次心肌梗死发作的病史。M夫人属轻体重,小体格类型,并自停经后即接受激素替代治疗。在发现她患I期乳腺癌以前,我们未注意到其雌激素替代治疗史。肿瘤在放疗和手术后获得了迅速有效的控制,接下来的问题是是否继续进行激素替代治疗。激素可能刺激肿瘤生长,但若停用雌激素,她再度发生心肌梗死及骨质疏松症的危险将更大。而且M夫人无论何时中断激素替代治疗都会出现令人衰弱的潮热症。最后我们决定继续进行激素替代治疗,并密切观察癌症复发的迹象。丰富的知识、良好的判断力、及灵活考虑M夫人本人的优先选择,使我们为她采取了最佳的治疗措施。如果是对另一些顺从性较差或癌症较为晚期的患者,则可能要采取不同的治疗方式。半数以上的慢性疾病——如糖尿病、高血压、风湿性多肌痛、冠心病、肾硬化、白内障等,其治疗如同玩魔术一样富有挑战性。这些疾病的急性并发症变化多端,时常是对临床医生敏锐力的检验。

H先生

H先生是一位92岁的退休工程师,其妻去世后,和他的儿子及儿媳一起生活。他因患冠状动脉疾病及严重的双膝关节关节炎而活动受限。尽管如此,平常他通过电话聊天及邻里的来访,仍过着积极的精神生活和社会生活。

一年冬天,H先生患了严重的呼吸道感染,X线胸片显示肺部多个光滑的结节影,几乎可以肯定代表着癌症的多发性肺转移。其呼吸道感染得以解决后,H先生及家人与老年病小组讨论进一步的诊断及治疗选择,H先生决定不再对转移做更进一步的详细检查。

18个月后,H先生仍无癌痛发作,虽因呼吸困难而不能离开他

的寓所,但他仍在家庭和邻里中扮演着重要的角色。

在照顾有多种疾病的患者时,患者或他们的代理人必须确定哪些症状使患者最为痛苦。必须从功效及潜在的副作用两方面评估治疗对“主要”症状的影响。对 H 先生而言,呼吸困难是一个“老友”,他已使自己的生活方式适应了这一限制,并不会因想到呼吸困难将不断加重而恐惧,但他却会为癌症引起的疼痛及放疗所致的恶心而担惊受怕。在他的家庭会上,他最后决定:除非出现疼痛,否则他将不打乱自己的生活。老年病防治小组及 H 先生的家人能重视 H 先生本人的意见,并最终拟订了一个符合他本人意愿的计划。

鉴别衰老与疾病——I 先生

莎士比亚将老龄人的特征比喻为第二个童年,“无眼、无牙、一切皆无”。

躯体随衰老而发生着变化,从而使许多器官和系统在行使特定的功能时受限。莎士比亚所谓的“无”通常是因疾病而非正常的衰老所致。将正常的衰老与疾病鉴别开来,以使疾病得到治疗及控制,是老年医学的基本原则之一。例如,Ⅰ型和Ⅱ型肌纤维的比率会随年龄而发生变化,但并不会引起使人虚弱的肌萎缩;睡眠形式的改变——深睡眠较少,快眼动睡眠与非快眼动睡眠的比率提高,均属正常衰老,而白昼嗜睡、失眠、早醒等虽为老龄人中的常见主诉,但却并不属于正常衰老的一部分。老年医学技能尚包括:医生不仅能清楚了解正常衰老与疾病的区别,还应能让患者信服这一区别的存在。

I 先生不如年轻时听觉好,他认为这是正常衰老所造成的无法避免的结果,并因此准备雇人照料。而其妻则坚持让他接受检查,她抱怨家里的电视机音量开得太大,并且因为常须向他重复所说的话及证明确实曾经说过的话,而感到越来越厌烦。I 先生的低频及高频均有听力损失,严重且不对称。常见于老年人的老年性聋(见“感觉变化”一章)具有高频损失的典型特征,I 先生的问题并非正常的衰老所致,可通过配戴助听器改善听力。

我们帮助 I 先生纠正了一些错误的概念, 让他确信他的问题可以治疗, 但并不能寄予超出现实的过高期望。配戴助听器后, 他的听力得以提高, 虽不太理想, 但他已觉得在社会生活中较以前方便, 并为自己过去的封闭感到惊讶。他改善了自己的生活质量, 也使他的医生认识到探索老龄期可治性疾病的价值。

有限的生理储备——O 小姐

一般说来, 由于老年人“生理储备”有限, 使得他们对疾病及其他破坏内环境稳定的因素的耐受性常很差。一个 80 岁的老年人, 其每分钟肺通气量在大多数情况下可能已经够用, 但他们在患上呼吸道感染时, 却不具备爬两层楼梯的必要储备。已在老年人中观察到, 多数器官、系统的生理变化可导致生理储备降低。例如, 体质及肌力随年龄增长减弱, 最大心输出量随年龄增长而下降, 思维能力减弱(管理能力减弱除外)。上述例子都具有临床意义, 尤其是当老年人患急性病时。预测有限生理储备所能引起的后果, 是开展高质量老年医学工作的基础。例如, 即使在相对较短的患病期, 肌力下降也会导致自理能力的迅速下降, 而必须照顾患者行动及进行理疗。

O 小姐是第一个使我们对老年医学这方面问题的兴趣达到极致的人。她 80 余岁并伴轻度痴呆, 但日常生活尚能完全自理。她的妹妹与她共住一套公寓, 因她感觉迟钝而将她送至急诊科。根据她妹妹的叙述, O 小姐两天前除轻度发烧及尿臭外, 其余“正常”, 48 小时前患者经口摄入量呈进行性下降并渐出现昏睡。入院时其血清钠浓度为 178mg/dl, 当时我们认为似乎不可能如此迅速地形成高钠血症, 而现在我们意识到这是由于患者无储备能力及受到强烈的生理刺激所致。她体内的位于基线水平的所有水分受几个因素威胁, 例如她的小体形及年龄因素所致的体格萎缩, 她所患的急性病、肾盂肾炎, 均可通过引起轻度的尿崩症而加重脱水。虽然不能肯定她在两天前没有感染(但无发热), 但脱水的严重程度, 对精神状态的严重损害, 与脱水完全相反的症状, 给我们留下了必须预测有限生理储备所

致临床后果的深刻印象。

多学科协作组的方法——W女士

一个未入门者常认为从事老年医学是沉闷和使人压抑的。许多老年患者身体都很虚弱,并常有许多社会问题及多种复杂疾病。自然,由一个忙碌的、学科单一的普通诊所向老年患者提供关怀,其结果常是令人气馁的。老年医学本来就应是一门综合学科。在配套的关怀背景下(诊所,医院,疗养院,家庭),向患者提供全面、综合的服务,关键是要有一个高效的多学科的医疗小组。

一个多学科小组通常有固定的人员,他们的工作既相对固定,又有灵活可动的分工。分工可能时常在一定程度上互相交错,比如职业护士及医生均可为患者提供基本的关怀,护士根据物理治疗及专业治疗的执行特点,负责评估患者的功能状态和其他因素。同样,病例的处置可能涉及到药物治疗、护理、社会工作和其他复杂的情况。一个高效的多学科小组的标志是有灵活性,互相尊重,并始终保持对患者需要及愿望的密切关注。W女士68岁,有30年的胰岛素依赖性糖尿病病史,几乎每个系统都已发生了并发症。由于自主神经系统功能失调,她需要长期进行间歇性膀胱导尿;但由于周围神经病变累及了她的手指,致使她本人不能完成这一任务。而且,由于神经病变和视力下降,她需要别人帮助她抽取胰岛素。在一次常规随访时,我们发现她的糖尿病日记提示其血糖控制明显变差,经仔细询问,最后了解到,这是由于她记错了调整胰岛素用量的计算方法所致。

继小组会议后紧接着小组与患者及家属开了一次会,讨论如何改善W女士目前的并发症及这些并发症对她日常生活的影响,并制订了新的用药安排表和用药原则。W女士同意让她的家人对她进行照料并帮她调整胰岛素剂量;家庭成员自愿接受了胰岛素给药及膀胱导尿术训练,由小组护士进行授课;并由小组社会工作者作为补充,以便在家庭成员上班时帮助患者进行个人保健。

一个月后,W女士及其家庭对患者的日常生活更满意了。她的

日记表明血糖得以良好控制。在小组全体成员及患者家人的共同参与下, W 女士的日常生活发生了一系列变化。可能需要住院治疗的严重高血糖或低血糖危机几乎可以肯定可以避免了; W 女士的生活质量得到了改善。

包含家庭成员——K 小姐

老年病学是一个定位于家庭的专业, 老年病医生时常需要老年患者的家庭来履行关怀计划, 作为治疗决定的代言人, 及在很多方面行使一个小组成员的功能。但必须保持家庭成员的独特地位及特点。同样, 在患者平常只能和家庭成员相互交流的情况下, 老年病医生面临着怎样使患者获得最大利益的挑战。与患者及其家庭密切合作, 在老年医学实践中至关重要——尤其是当“家庭”的概念超出了通常的涵义时。老年病学医生与家庭成员之间的相互作用是综合的, 医生的作用一般有四方面: 提供精神支持, 作出决定, 提供照顾和教育。

教育通常是医生与家庭成员建立良好关系的基础。医生是否愿意花时间解释临床事件发生的原因, 疾病下阶段的发展, 治疗的变更, 及解释患者及家人经常提及的、在报刊及其他非专业出版物上读到的、与患者有关的文章内容, 通常是患者家属对医生满意不满意的决定性因素。一个设法照料一个虚弱的、功能和认知上可能退化的老年患者的家庭常充满着焦虑, 因为他们不知道患者需要什么以及什么时候需要。通过教育, 临床医生不仅和家庭成员融洽了关系, 而且为关怀小组补充了一个关键的成员。家庭成员和其他关怀给予者是对发生的各种临床情况变化进行处理的一线决策者。家庭成员需决定何时呼叫医生及是否执行医生的建议, 是寻求合适的治疗方法, 还是不作任何处理。此外, 老年病医生常需依据家庭成员所提供的信息作出医疗判断, 可以确信其准确性及可靠性的家庭成员所提供的信息, 将使医生更易于作出决定。

家庭成员作为关怀给予者, 在两方面与医生相互作用: 作为决定的代理人及潜在的患者。当一个老年人存在认知能力受损时, 参与

医疗决定的通常是家庭成员而不是患者。使患者能得到最大的利益又符合患者家庭需要的挑战,只有通过老年病防治组与家庭成员之间的坦诚交流而解决。如果交流有成效,这种交流会使医生与患者家庭成员间相互尊重,合作愉快,关系亲密。这种交流为家庭不断提供着精神支持,当需要更进一步的医疗介入以保障家庭成员的健康与幸福时,这种交流也为他们提供了预见力。

文化在老年医学中的作用——M 先生

文化是指导个人行为的一套共同的信仰、价值观及道德观。在个体与健康关怀组织打交道的过程中,文化起着重要的作用。对老年人而言,文化在医患关系方面常是一个关键的因素。形成许多当代美国文化的、空前进步的科学技术和医学水平,与曾影响我们许多美国老年人价值观的文化环境相比,有着十分明显的不同。此外,当前许多美国老人都是移民或移民的第一代,他们的价值观更接近于与当前的主流价值观有很大不同的一套价值观。大多数老年患者在 20 年代末及 30 年代初尚是青少年,许多人是受政治和经济的胁迫而移居美国的;美国黑人老人曾经受了种族隔离的屈辱。当现在我们运用抗生素、化疗、以及一些复杂的诊断手段,如 MRI 来诊疗疾病时,应该了解,在大多数老年患者处于成长阶段的年代,休息和新鲜空气几乎是每一种疾病的主要疗法。当抗生素问世时,这些老年人正当成年,对脊髓灰质炎这类疾病所造成的危害都非常熟悉。目前的大多数美国人均接受了 13 年以上的正规教育,而大多数美国老年人平均仅曾接受过 8 年的正规教育。20 年前,卫生教育尚不是正规的课程设置。我们用以往向患者解释医疗情况的一些基本生物学及人体生理学概念尚不属于这些老年患者的知识范畴。一些老年人对疾病的理解可能根植于宗教而非生物学,故应尽可能掌握患者的想法及价值观,并在解释、交谈和制订关怀计划时细致地为他们着想。

M 先生是一位在美国东南部乡村长大的美国黑人,现年 86 岁。他虽然只接受了很少的正规教育,但在社交活动中却相当干练。他

认为他一生最大的遗憾就是失去了上大学的机会。M 先生面临的两个临床问题是高血压和听力损失。高血压比较容易地得到了控制,但几年后听力损失却变得更严重了,听力测试显示为典型的老年性耳聋。但 M 先生坚决拒绝配戴助听器。在听力损失日益加重而使用助听器的劝告被多次轻蔑地拒绝后,我们开始探询他对健康的看法。令人吃惊的是,这位老于世故的先生竟坚信所有疾病均是上帝予以的惩罚。我们在与他讨论听力损失是由于上帝的愤怒还是神经元的缺失所致时,我们向他证明了助听器可能对他有用。M 先生的情况说明了一个重要的教训:一个人与他人共同具备许多价值观,譬如热爱教育,并不一定意味着所有的价值观都相同,包括对生物医学模式的信仰方面。

与青年人群的临床工作不同,老年病医生时常要设法处理因伦理问题而造成的两难情况。终止生命这一艰难选择常是媒体关注的焦点,而其他决定——诸如住护理院的期限,是否进行某一项外科治疗,是否在老年患者看来不愿或不能进食时安放饲管,均同样困难。一个老年病医生的角色是复合的,任务可能在教育者、建议者及宣传者之间发生着变化,无论如何,关键的和固定的角色则总是作为患者耐心的支持者。老年患者会感到他们相当脆弱,所以希望得到一种安全感——总是有人愿意支持他们。

由于围绕治疗抉择的伦理问题常涉及到大多数的老年患者,老年病医生必须坦然地和患者讨论这类问题,讨论必须自始至终符合患者的文化价值观。一些具有以家庭为中心的文化背景的患者喜欢让家庭成员参与作出决定的过程,而来自于西方文化背景的患者总是喜欢自我作出决定。简而言之,伦理问题涉及老年病学实践和技能的其他所有原则,老年病学医生必须懂得老年患者医疗关怀的综合性,能够将预测转归建立在对疾病和衰老的清楚鉴别的基础上,懂得何时需要协作组的其他成员参与;尤其重要的是需始终在患者的文化和家庭背景下讨论这类复杂问题。不遵循这些原则,则会破坏医患关系及患者对劝告和建议的依从性。

第二章 症 状

第二节 思维混乱(confusion)和健忘

Joel E. Streim 医学博士

1. 思维混乱和遗忘属正常衰老过程的一部分吗?

衰老在正常情况下常与某些特定方面的认知功能,尤其是与信息的获得、处理,记忆内容的随意再现和一些语言功能的减退有关。轻度的健忘亦可能表现得很明显。

尽管几种认知功能的速度出现了衰退,正常情况下老年人仍保持着完整的或近乎完整的学习和记忆新信息、解决问题及进行交流的能力。思维混乱和定向力丧失及影响到老年人日常生活的记忆丧失,并非正常的衰老现象,它们几乎全是病理过程的表现,许多还可能代表着临床急症(参见第二十六节)。

2. 哪些状况与老年患者思维混乱有关?

谵妄和**痴呆**是最常与老年人思维混乱状态相关的两种综合征。这些综合征,可由为数众多的潜在疾病所引起而接连发生,且环境因素可使其恶化。谵妄和痴呆亦可能同时发生。

3. 怎样鉴别谵妄和痴呆?

谵妄是指一种与注意力受损相关的意识混乱。临床可表现为嗜睡状态的深浅变化或觉醒能力的削弱,伴或不伴阵发的焦虑不安。

与此相反,痴呆患者则一直觉醒且能够保持警觉而无意识水平的改变,即使他们也可能对专注某项工作存在困难,或也可能偶尔变得焦虑不安。

思维混乱的发作及临床经过亦有助于鉴别谵妄和痴呆。急性发作的思维混乱状态常提示谵妄,谵妄的症状典型地在短期内形成,在几分钟,几小时或几天内变得明显,意识水平,认知和知觉混乱趋于波动。相反,如思维混乱因痴呆所致,常起病隐匿,在数周、数月、数年内方变得明显。尽管痴呆的思维混乱可能表现为逐月的变化,他们的认识及知觉功能不会在数小时或数天内发生显著地改变,对大多数患者而言,临床过程趋于稳定或逐渐地进展,取决于痴呆综合征的潜在病因。

4. 哪些病因导致急性思维混乱状态或谵妄?

几乎任何疾病和许多药物均可导致。应诊断包括与下述情况相关的任何状况:

(1) 大脑血流灌注不足(例如低血压,心肌梗死,低心输出状态,各种心律失常)。

(2) 大脑缺氧(例如肺炎,慢性阻塞性肺病,充血性心力衰竭,肺栓塞或高碳酸血症)。

(3) 脱水(轻度脱水及血容量减少)。

(4) 电解质失调(例如低钠和高钠血症,低钙和高钙血症,低镁和高镁血症)。

(5) 低血糖和高血糖及高渗状态。

(6) 感染(例如膀胱炎,尿毒症,肺炎,腹膜炎及不常见的中枢神经系统感染,如脑膜炎,脑炎)。

(7) 发热或低体温。

(8) 疼痛或不适(包括尿潴留或严重便秘/粪便嵌塞)。

(9) 颅内疾患(如中风,硬膜下血肿,肿瘤,感染)。

(10) 中毒或戒断状态(如酒精和其他药物)。