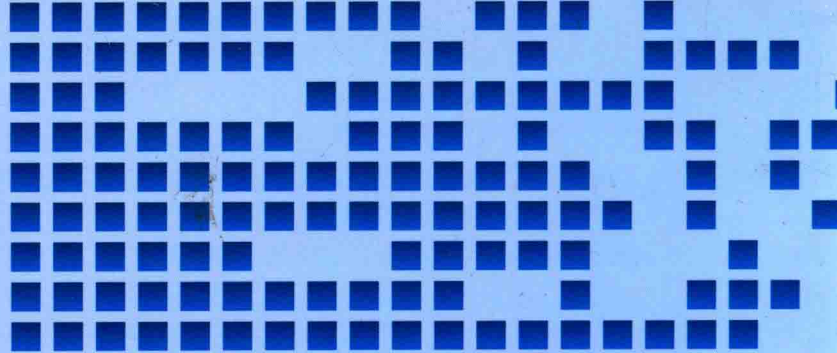




新概念 老年医学

New Concept of
Geriatrics

董碧蓉 © 主编



北京大学医学出版社

XINGCAI LIAOJIAN YIXUE

图书在版编目(CIP)数据

新概念老年医学 / 董碧蓉主编. — 北京: 北京大学医学出版社, 2012.3

ISBN 978-7-5622-0900-0

1. ①新... Ⅱ. ①董... Ⅲ. ①老年医学—基本知识 Ⅳ. ①R457.2

新概念老年医学

New Concept of Geriatrics

主 编 董碧蓉

副主编 唐 平 岳冀蓉

编 者

主

编 者

编

者

网

1171-7

中

国

书 号

书 号

书 号

书 号

书 号

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新概念老年医学/董碧蓉主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2015. 2 (2015. 5 重印)

ISBN 978-7-5659-0990-0

I. ①新… II. ①董… III. ①老年病学—教材 IV. ①R592

中国版本图书馆CIP数据核字 (2014) 第275938号

新概念老年医学

主 编: 董碧蓉

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京画中画印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 马联华 张立峰 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 22.75 字数: 565千字

版 次: 2015年2月第1版 2015年5月第2次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0990-0

定 价: 56.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编者名单

主 编 董碧蓉(四川大学华西医院)

副主编 唐 平(成都医学院)

岳冀蓉(四川大学华西医院)

编 者(以姓名汉语拼音排序)

曹 立(四川大学华西医院)

陈慧平(四川大学华西第四医院)

董碧蓉(四川大学华西医院)

管丽娟(成都市第五人民医院)

何金汗(四川大学华西医院)

黄昶荃(四川省绵阳市第三人民医院)

雷建国(成都市第五人民医院)

李金祥(四川大学华西第四医院)

林秀芳(四川大学华西医院)

刘晓红(北京协和医院)

罗 理(四川大学华西医院)

吕 娟(四川大学华西医院)

马福军(成都市第五人民医院)

潘慧云(浙江大学医学院第一医院)

戚 龙(成都医学院第一附属医院)

唐 磊(成都市第一精神病院)

吴红梅(四川大学华西医院)

肖洪松(成都市老年康疗院)

杨 茗(四川大学华西医院)

岳冀蓉(四川大学华西医院)

张艳玲(四川大学华西医院)

周 钢(成都市老年康疗院)

朱鸣雷(北京协和医院)

陈 茜(四川大学华西医院)

邓珏琳(四川大学华西医院)

葛 宁(四川大学华西医院)

郝秋奎(四川大学华西医院)

胡迎春(四川大学华西医院)

黄晓丽(四川大学华西医院)

李 颖(四川大学华西医院)

李茂全(成都医学院)

刘 伟(四川省社会科学院)

刘怡欣(四川大学华西医院)

罗加国(成都市第一精神病院)

马春华(四川绵阳市中心医院)

莫 莉(四川大学华西医院)

蒲虹杉(四川大学华西医院)

舒德芬(四川大学华西医院)

王 双(四川大学华西医院)

吴正蓉(成都医学院第一附属医院)

杨 昆(四川大学华西医院)

杨永学(成都市第五人民医院)

张雪梅(四川大学华西医院)

钟 华(成都医学院第一附属医院)

周 焱(四川大学华西医院)

邹 川(四川大学华西医院)

学术秘书 刘怡欣

出版 四川养老与老年健康协同创新中心资助

主编简介



董碧蓉, 四川大学华西医院, 教授, 主任医师, 博士生导师, 老年医学中心主任。中国医师协会老年医学医师分会副会长, 中华医学会老年医学分会常委, 中国老年医学中心联盟副主席兼秘书长, 四川省医学会老年医学专家委员会主任委员, 四川省医师协会老年医学专家委员会主任委员。在国家核心期刊发表文章 300 余篇, 其中被 SCI 收录 70 篇。主编及参编教材及专著 25 本。承担国家自然科学基金、教育部博士点基金、国家卫生和计划生育委员会行业基金、国家卫生

和计划生育委员会中央保健局、国家食品药品监督管理总局和四川省级课题 20 余项并已经完成。担任国外 10 家杂志的同行评议专家, 国内 8 家杂志的编委, 米尔斯坦医学亚美基金会中方评审专家。

先后参与了国内外老年医学相关指南、共识与标准制定(《IDF Global Guideline for Managing Type 2 Diabetes in Older People》《中国老年人良性前列腺增生/下尿路症状药物治疗共识》《中国老年患者肠外肠内营养支持专家共识》, 国家卫生和计划生育委员会《老年病专科医院基本要求》《老年病科建设与管理基本要求》)。

研究方向: 衰老与老年疾病, 老年失能与健康促进, 老年感染与免疫。主持的老年研究领域研究项目包括: “四川省都江堰地区长寿与衰老研究” “肺炎链球菌荚膜多糖疫苗对社区老年居民下呼吸道感染预防效果的队列研究” “四川省空巢老人心理健康现状调查及影响因素分析” “成都市养老机构老人认知功能障碍及照护现状调查研究” “中国老年人综合评估和医疗服务体系建立及推广” “老年人功能健康评估体系和数据库的构建及临床应用研究” “老年健康评估及循证干预的智能化养老医疗服务体系建立及关键技术研究” 等。

中国第一批老年医学硕士生导师(1999 年)和博士生导师(2002 年), 四川大学《循证医学》精品课程主讲教师, 四川大学临床医学院住院医师《循证临床实践教学》课程负责人。从医执教 34 年, 创建了华西医院老年病本科教学、研究生教学和外籍学生教学的教学体系以及老年病研究室; 主编了有关老年医学的中文和外文教材; 承担了有关本科生、留学生及研究生的教学课程, 包括: 《循证医学》《老年医学》《临床流行病学》《临床医学导论》《Geriatrics》《临床科研模块》《老年医学远程教学》《成都市社区医师培训》等, 每年学时数超过 80 学时。多次被评为四川大学优秀教师。

四川省卫生厅老年医学学术和技术带头人, 四川省干部保健专家组成员兼秘书, 中国循证医学中心临床实践基地负责人。在老年医学领域不断创新, 大胆尝试, 提出了许多新思想和新模式, 建立了医护一体的各种老年医疗特色小组和品管圈, 对国内老年医学的发展具有一定的影响力。创建了老年综合评估的电子病历系统, 使老年综合评估在临床做到常态化; 建立了中国老人失能评估量表, 组建了老年医学特色学科促进小组。在将循证医学推广到中国临床实践中进行了大量工作, 在提高医疗技能、持续质量改进、防范医疗风险、老年合理用药、减少院内感染、关注老年药物交互作用、精简老年用药数量、优化服务流程、促进患者功能等方面起到了很好的作用。

前言

全球老龄化问题日益突出，各国都受到老年人医疗压力的困扰，尤其中国老龄化速度和老年人口总数已居世界前列，老年人日益增长的医疗需求与资源有限的矛盾日益凸显。实现健康老龄化不仅是延长人们的寿命，更重要的是延迟老年人残疾的发生。而中国的医疗保健体系是围绕疾病模式建立的，这种模式引导了以医院急性照护及以疾病为基础、专家为核心的卫生系统的建立，面对越来越多的共病、功能缺损、认知障碍、营养不良及一系列老年综合征（谵妄、跌倒、大小便失禁、抑郁、压疮、误吸）的老年“新型”患者，临床医护人员老年医学知识不足，观念落后，而社会和财政资源又对老年人医疗照护的支持力度不足，改变这种现状迫在眉睫。

随着老年医学的快速发展和研究深入，许多新知识和新概念逐步引入老年医学，而国内老年医学界无论是在观念上、还是在知识更新上都还没有做好充分准备，令人倍感焦急。

为了撰写本书，我们检索了近年来的大量老年医学研究信息，力求将老年医学最新进展（诸如衰弱综合征、谵妄等新概念，以及老年医学模式、老年急诊、老年受虐与忽视等）与循证医学的理念体现在书中。华西医院老年医学中心的同仁们为本书付出了大量心血，这些年轻的老年病科医生们花费了大量时间检索文献，阅读和翻译各种资料，以使本书的内容新颖、准确和适用。

本书适用于任何希望了解老年医学和老年人群特征的医生、护士、管理人员、照护人员以及老年相关服务人员，为他们提供开拓思维、开阔眼界、易于实践的老年医学基本内容。

为此，我要感谢为撰写本书付出辛劳的编者，感谢华西医院老年医学中心的同仁们，感谢四川养老与老年健康协同创新中心为此书出版提供的大力支持。

希望大家改变观念，整装待发，去迎接老龄化带来的挑战。更期待读者的批评和建议，我们将持续改进，止于至善。

董碧蓉

2014年7月于成都



第一篇 老年医学概论	1
第一章 老龄化进程与老年医学特点	3
第一节 人口老龄化现状与进程	3
第二节 老年医学的定义、发源史和现代史	5
第三节 老年医学相关名词	7
第四节 中国健康老年人标准	8
第二章 老年人群的疾病负担和疾病特点	10
第一节 老年疾病负担	10
第二节 老年疾病的特点	13
第三章 老年期各系统的变化特点	19
第一节 生理性老化的主要表现	19
第二节 各系统的生理性老化	21
第四章 老年综合评估	28
第一节 老年综合评估的定义及获益人群	29
第二节 CGA 团队构成、实施步骤和评估内容	30
第三节 基于诊室的老年综合评估	32
第四节 不同机构实施 CGA 获益的临床证据	42
第五章 老年期的照护模式	44
第一节 老年照护系统的变迁	44
第二节 急性医院照护	45
第三节 急诊室照护	47
第四节 亚急性照护	48
第五节 护理机构照护模式	49
第六节 社区照护模式	50
第七节 居家照护模式	52
第六章 老年姑息医学与临终关怀	55
第一节 姑息医学的定义和任务	56
第二节 姑息关怀的基本原则	57
第三节 晚期癌症患者和生命末期患者的处理原则	60
第四节 姑息医学的基本药物	64
第五节 生前预嘱与抢救同意书	70
第七章 老年人合理用药	73
第一节 老年人合理用药的相关定义及流行病学	74
第二节 老年人药动学特点	75
第三节 老年人药效学特点	77

第四节 老年人合理用药的原则	79
第五节 老年人多药应用与药物相互作用	82
第六节 筛查老年患者不恰当用药的 Beers 标准	84
第七节 老年人抗精神失常药物的使用特点和注意事项	91
第八章 老年人的疾病筛查与预防	100
第一节 定义和分级	100
第二节 老年人群的肿瘤筛查	102
第三节 非肿瘤老年病的筛查	105
第四节 老年综合症的筛查	108
第五节 预防措施	110
第九章 老年急诊的照顾模式	114
第一节 老年急诊的定义、流行病学和特点	115
第二节 老年急诊的评估	118
第三节 老年急诊的管理	119
第四节 老年急诊的预防	121
第十章 老年循证医学	125
第一节 循证医学的起源和概念	125
第二节 老年循证医学的现状	125
第三节 老年循证医学的基础	127
第四节 老年循证医学实施步骤	129
第二篇 老年综合征	137
第十一章 谵妄	139
第一节 谵妄的定义、流行病学和预后	139
第二节 谵妄的临床表现和类型	141
第三节 谵妄的危险因素与病理生理	141
第四节 谵妄的筛查、诊断与鉴别诊断	143
第五节 谵妄的预防	145
第六节 谵妄的治疗	146
第十二章 营养不良	149
第一节 老年营养不良的定义、流行病学和预后	149
第二节 老年营养不良发病机制与危险因素	150
第三节 老年营养不良的临床表现和分类	152
第四节 老年营养不良的筛查、评估和诊断	153
第五节 老年营养不良的治疗	158
第十三章 跌倒	164
第一节 跌倒的流行病学、预后和危险因素	164
第二节 跌倒评估	166

第三节	跌倒的防治	170
第十四章	衰弱	174
第一节	衰弱的定义与流行病学	175
第二节	衰弱的危险因素与发病机制	176
第三节	衰弱的临床特点、诊断与分级	179
第四节	衰弱的评估与临床结局预测	181
第五节	衰弱的预防和治疗	184
第十五章	老年共病	189
第一节	共病的定义、流行病学和预后	189
第二节	老年共病的病因、发病机制与临床分型	191
第三节	老年共病的管理	193
第四节	共病管理的现实挑战	198
第十六章	老年失能	201
第一节	失能的定义、流行病学和预后	201
第二节	老年失能的危险因素	205
第三节	老年失能的评估和诊断标准	205
第四节	老年失能的干预措施	211
第十七章	肌少症	214
第一节	肌少症的定义、流行病学和预后	215
第二节	肌少症的病理改变、发病机制与病因	218
第三节	肌少症的临床表现、检测方法、诊断标准和筛查	220
第四节	肌少症的预防和治疗	222
第十八章	持续性疼痛	227
第一节	持续性疼痛的定义、流行病学和影响	227
第二节	发病机制和引起持续性疼痛的常见疾病	229
第三节	老年持续性疼痛的临床特点和分类	231
第四节	持续性疼痛的评估	232
第五节	老年持续性疼痛的治疗原则和策略	236
第六节	老年持续性疼痛的药物治疗	238
第十九章	尿失禁	245
第一节	老年性尿失禁的定义和流行病学特点	245
第二节	老年性尿失禁的分类、病因及临床表现	247
第三节	老年性尿失禁的诊断	251
第四节	老年性尿失禁的防治	254
第二十章	压疮	260
第一节	压疮的定义、流行病学及危险因素	260
第二节	压疮的临床表现及分期	263
第三节	压疮的诊断与评估	266
第四节	压疮的预防和治疗	269

第二十一章 睡眠障碍	275
第一节 睡眠障碍的定义、流行病学和危险因素	275
第二节 老年睡眠障碍的临床表现和临床类型	277
第三节 老年睡眠障碍的评估	279
第四节 老年睡眠障碍的治疗	285
第五节 特殊老年人群的睡眠障碍	288
第二十二章 便秘	291
第一节 便秘的定义及流行病学	291
第二节 老年便秘的发病机制、病因及分类	293
第三节 便秘的临床特征及并发症	295
第四节 便秘的评估及诊断	296
第五节 便秘的预防和治疗	299
第二十三章 晕厥	306
第一节 老年晕厥的定义、流行病学和预后	306
第二节 老年晕厥的病理生理和病因	308
第三节 老年晕厥的评估与诊断	310
第四节 老年晕厥的治疗	313
第二十四章 受虐与忽视	316
第一节 老年人受虐的定义和流行病学	316
第二节 老年人受虐的类型	318
第三节 老年人受虐的评估和筛查	319
第四节 老年人受虐不同角色的特征	322
第五节 老年人受虐的预防和干预	323
附录 老年相关评估量表	327
表 1 简易老年病学筛查评估表	327
表 2 简易智力状态检查量表 (MMSE)	328
表 3 Tinetti 步态评估量表	329
表 4 Tinetti 平衡评估量表	330
表 5 老年抑郁量表 (GDS-15)	331
表 6 患者抑郁自评工具 (9 条目患者健康问卷) (PHQ-9)	331
表 7 照顾者负荷量表 (caregiver burden inventory, CBI)	332
表 8 居家环境安全评估量表	333
表 9 脆弱老人的筛查 (VES-13)	336
表 10 跌倒评估量表 (适用于社区老人)	336
表 11 微型营养评估量表 (MNA)	337
表 12 社区居民生活质量问卷 (SF-36)	339
表 13 Hanchinski 缺血指数 (有脑血管疾病者使用)	341
表 14 睡眠日记	341

表 15 焦虑自评量表 (SAS)	342
表 16 抑郁自评量表 (SDS)	343
中英对照词汇与缩写	345

第一章 老年医学概论

第一章 老龄化进程与老年医学特点

第一篇 老年医学概论

第一节 人口老龄化现状与进程

【世界人口老龄化现状】

世界人口老龄化现状，是指人口老龄化在世界上分布的不均衡性。发达国家人口老龄化程度高，发展中国家人口老龄化程度低。发达国家人口老龄化程度高，是指65岁以上人口占总人口的比例高。发展中国家人口老龄化程度低，是指65岁以上人口占总人口的比例低。发达国家人口老龄化程度高，是由于人口出生率低，人口寿命长。发展中国家人口老龄化程度低，是由于人口出生率高，人口寿命短。

世界人口老龄化现状，是指人口老龄化在世界上分布的不均衡性。发达国家人口老龄化程度高，发展中国家人口老龄化程度低。发达国家人口老龄化程度高，是指65岁以上人口占总人口的比例高。发展中国家人口老龄化程度低，是指65岁以上人口占总人口的比例低。发达国家人口老龄化程度高，是由于人口出生率低，人口寿命长。发展中国家人口老龄化程度低，是由于人口出生率高，人口寿命短。

【中国人口老龄化进程】

中国人口老龄化进程，是指中国人口老龄化程度的变化。中国人口老龄化程度，是指65岁以上人口占总人口的比例。中国人口老龄化程度，是指65岁以上人口占总人口的比例。中国人口老龄化程度，是指65岁以上人口占总人口的比例。中国人口老龄化程度，是指65岁以上人口占总人口的比例。中国人口老龄化程度，是指65岁以上人口占总人口的比例。

第一章 老龄化进程与老年医学特点

【学习目的】

- 掌握中国老龄化特点、老年疾病的特点。
- 熟悉人口老龄化现状、健康老人的标准、老年疾病负担。
- 了解老年医学的相关名词、发展历程。

20 世纪以来，人类期望寿命有了显著增长，由于人口生育的下降和平均期望寿命的延长，人口年龄结构开始发生前所未有的历史性变化。

第一节 人口老龄化现状与进程

【世界人口老龄化现状】

世界人口不仅在快速增长，而且正在快速老龄化。2011 年 10 月 31 日 0 点，成为象征性的全球第 70 亿个人在菲律宾出生。根据联合国人口基金发表的“世界人口状况报告”预测，到 2027 年，世界人口将达到 80 亿，2046 年会突破 90 亿，到 2085 年，全球人口将超过 100 亿。目前全球老龄人口总数已达 6.29 亿，平均每 10 个人中就有一位 60 岁或 60 岁以上的老人。到 2050 年，60 岁以上的老龄人口总数将近 20 亿，占总人口的 21%；百岁老人将从 2002 年的约 21 万增加到 320 万。

在发达国家，老龄人口每年平均以 1.9% 的速度递增，预计到 2050 年，将从目前的 2.64 亿增长到 4.16 亿。发展中国家的老龄人口年增长速度则超过 3%，预计到 2050 年，将从目前的 4.75 亿增长到 16 亿。到 2050 年，亚洲从 3.38 亿增加到 12.27 亿；欧洲从 1.48 亿增加到 2.21 亿；美洲从 9 600 万增加到 3 亿。目前世界老龄化程度最严重的国家是日本，达到了 27%；其次是意大利和德国，分别为 26% 及 25%。目前，世界上一半多的老年人生活在亚洲（占 54%），其次是欧洲（22%）。根据联合国专题项目的研究估算，到 2050 年，每 5 个人中将会有一名老年人。

【中国人口老龄化进程】

2000 年，我国 60 岁以上老年人口比例已超过 10%，与全球同步宣告进入老龄化社会。第六次全国人口普查数据中，60 岁以上人口已占总人口的 13.26%，65 岁以上人口占 8.87%；同 2000 年第五次全国人口普查相比，60 岁以上人口的比例上升 2.93 个百分点，65 岁以上人口的比例上升 1.91 个百分点。2010 年我国 60 岁以上老年人已经达到 1.78 亿，占全球老年人口的 23.6%。

【中国老龄化特点】

中国是世界上唯一老年人过亿的国家,也呈现出老年人口规模大、老龄化速度快、峰值高、老龄化程度不均衡的特点。《中国人口老龄化发展趋势预测研究报告》指出,与其他国家相比,中国人口老龄化具有以下特征:

1. 老年人口规模巨大 全国老龄委办公室公布数据显示,截至2011年底,中国60岁及以上老年人口已达1.85亿,占总人口的13.7%;到2013年底,中国老年人口总数已超过2亿;预计到2025年,老年人口总数将超过3亿;2033年超过4亿;平均每年增加1000万老年人口。仅就2亿老年人口数就相当于印度尼西亚的总人口数,已超过了巴西、俄罗斯、日本3个国家的总人口数之和。如果将中国的老年人口数作为一个国家的总人口数,也能排世界第四位。

2. 老龄化速度最快 65岁以上老年人占总人口的比例,从7%提升到14%,发达国家大多用了45年以上的时间。其中,法国130年,瑞典85年,澳大利亚和美国79年左右,中国只用27年就可以完成这个历程,并且在今后一个很长的时期内都保持着很高的递增速度,属于老龄化速度最快国家之列。

3. 地区发展不平衡 中国人口老龄化发展,具有明显的由东向西的区域梯次特征,东部沿海经济发达地区明显快于西部经济欠发达地区,以最早进入人口老年型行列的上海(1979年)和最迟进入人口老年型行列的宁夏(2012年)比较,时间跨度长达33年。

4. 城乡倒置显著 发达国家人口老龄化的历程表明,城市人口老龄化水平一般高于农村,中国的情况则不同。目前,农村的老龄化水平高于城镇1.24个百分点,这种城乡倒置的状况将一直持续到2040年,农村老年人口规模是城市的1.69倍,当城市老年人口比例为7.97%时,农村老年人口比例已超过18.3%;到21世纪后半叶,城镇的老龄化水平才将超过农村,并逐渐拉开差距。这是中国人口老龄化不同于发达国家的重要特征之一。

5. 女性老年人口数量多于男性 目前,老年人口中女性比男性多出464万人,2049年将达到峰值,多出2645万人。21世纪下半叶,多出的女性老年人口基本稳定在1700万~1900万人。需要指出的是,多出的女性老年人口中50%~70%都是80岁及以上年龄段的高龄女性人口。

6. 老龄化超前于现代化 欧美发达国家人口老龄化,是在国民经济相当发达的情况下,缓慢发展起来的。世界上进入老龄化的国家已达66个,发达国家是先富后老,人均国内生产总值(GDP)为5000美元以上,有相当的经济实力来满足老龄化所带来的医疗卫生需求。我国是先老后富,人均GDP仅1000美元。老龄化趋势与我国经济发展水平并不同步,在综合国力尚不强大的情况下,老龄化的匆匆到来,给我国的社会、经济、公共卫生带来了非常严峻的挑战。我们必须根据国情,用有中国特色的办法来解决中国的老龄化问题。

【要点】

- 目前全球老龄人口总数已达6.29亿,平均每10个人中就有一位60岁或60岁以上的老人。
- 2000年我国与全球同步宣告进入老龄化社会。第六次全国人口普查,我国60岁

以上人口已占总人口的 13.26%。

- 中国是世界上唯一老年人过亿的国家，也呈现出老年人口规模大、老龄化速度快、峰值高、老龄化程度不均衡的特点。

第二节 老年医学的定义、发源史和现代史

【老年医学定义】

老年医学是把老年患者作为一个整体进行综合的评估，并给予连续性、全面干预和管理，最大限度地维护和改善老年患者的健康与功能状态，促进老年患者的生活质量。老年医学依赖多学科团队实现了从慢性疾病治愈，转向对老年人功能的重视，从以疾病为中心的治疗，转变为对老年人全面的照护的过程。

欧盟老年医学协会对老年医学的定义是：“老年医学是研究和处理与老年人相关的健康问题的专业，包括社区，长期照料和医院中的急性、慢性和康复等健康问题”。要求“老年医学医生需要具备获取完整的病人病史和社会环境状况，同时能够全面评估和检查老年患者健康状况的能力，尤其是在发现不典型的临床表现、多病共存、躯体功能评价和处理多药应用等方面的能力。”

【老年医学发源史】

对人类老龄化最早的研究，出现于医学领域，其目的是治病延年、如何防止衰老。古代东方与西方炼丹术的发展，在一定意义上可视为古代的老年医学。2000 多年前，中国最早的医学专著《黄帝内经》中已有不少关于老年医学的记载，特别是其中的《素问》前三篇，专门讲述了养生的理论。东晋葛洪所著《抱朴子·内篇》、南北朝陶弘景编撰的《养性延命录》、隋代巢元方的《诸病源候论》、唐代孙思邈的《备急千金要方》，均有涉及老年医学的重要论述。宋代陈直撰《养老寿亲书》，是中国传统医学第一部老年学专著。

距今 5000 多年前，古埃及出现了象形文字，古埃及的象形文字“老”是一位手持拐杖的弯腰老人，非常类似骨质疏松脊柱弯曲患者。西方古代许多医学家，如被称为西方医学之父的古希腊医生希波克拉底（Hippocrates，约公元前 460 年—约公元前 370 年）认为老年是湿冷的，是因为心脏病原因造成了老人的心力衰竭。而盖伦（Galen，公元 129—199 年，古罗马名医）的理论则认为老年是干冷的。罗马的西塞罗的著作中也有涉及老年病的记述。9 世纪，波斯医生阿维森纳最早编著了被誉为老年病学经典的《医典》。13 世纪，培根（R. Bacon）科学地研究了老年人的疾病，发表了《延年益寿与保持青春》一书，建议控制饮食、适当运动与休息、适宜的生活方式、良好的卫生习惯和接触少女的气息可以防止衰老。19 世纪，德国医生 C.F. 坎斯塔特撰写了《老年人的疾病及其治疗》一书，初步奠定了老年医学的基础。此后老年病的研究进展缓慢，直至 1909 年，纳歇尔（Nascher）才对生命晚期疾病的医疗原则进行了专门的论述，强调了社会因素对老年病的影响，并首先提倡用拉丁文 *geras*（老年）与 *iatrikos*（治疗）组合成老年医学（*geriatrics*）这一名词，同时编写出版了《老年医学》（1916）一书。自此，“老年医学”逐渐成为一门学科，随后作为老年学的一个重要

分支，为学术界所承认。

【近代老年医学发展史】

1. 美国 1942年，成立全美老年医学会；1945年，成立全美老年学会；1965年，设立老年人医疗保险；1966年，开始老年医学专科培训；1974年，在美国国立健康研究院创建老年研究所。20世纪70年代，设立老年医学研究基金，开始资助本科医学院校的临床和科研人员，探索改进医学生课程中的老年医学内容；职业卫生局资助建立老年医学教育中心；退伍军人医疗系统成立老年医学科研、教育、临床中心（Geriatric Research, Education and Clinical Center, GRECC）。1977年，设立老年病教授职位；1982年，创立老年病学系；1988年，第一次进行老年病学认证考试。

20世纪80年代，美国出现了两个独特的老年病学院，并开展老年病研究项目。每年度的加利福尼亚大学的老年病会议，为老年医学在全美的发展起到了推广作用。1972年，开始出现大学内的多学科老年病项目，并在中西部老年病教育上起到了重要作用。一些基金会也设立了老年病培训研究项目，暑期医学生的研究项目使许多医学生接触到老年病并使其终生受益。

美国于1988年在全美内科资格认证中加入老年医学专科资格认证考核，1995年，设立老年医学教育和培训国家论坛，发表老年医学和健康保护白皮书，包括老年医学训练、分布、应用的建议和获政府健康体系资格认证人员所必须具备的条件，详细列举了医学生、住院医师、研究生、老年病专科医生的训练、继续医学教育和资格认证的内容等。1998年，美国老年病协会发表老年病专科研究生训练指南，明确了老年医学基本教育目标、核心教育内容及专业目标。目前全美125所医学院校都设置了老年医学必修课程，旨在医学生中普及老年医学基础知识，不少医学院校还建立了老年医学临床和研究中心，以及122个老年医学专科培训基地。老年科医生需要经过系统性专业培训和资格认证考核，包括取得医学博士学位，3年住院医师培训后取得行医执照，以及1~3年老年医学专科培训并通过资格认证考核。

老年医学是美国医学专业委员会（American Board of Medical Specialties, ABMS）认证的2级专业组织。ABMS是美国医师资格监督的初级实体。主修ABMS认证的老年病训练课程的医学生必须完成内科学、家庭医学、心理或神经病学住院医师的课程。经过1~2年的培训后，通过参加美国内科学和家庭医学或心理学和神经病学委员会组织的考试，可以获得老年医学资质证书。

2. 英国 Marjoy Warren（1897—1960年）极大地发展了老年病学。1935年，她接管了西·米德尔塞克斯医院的老年病床，在改善环境、积极康复和增加运动上做出了极大的创新，写出了27篇有关老年病的文章。Lionel Cosin是整形外科医生，他的格言是“床是祸首”（bed is bad），他在髋关节骨折患者的康复方面取得了成功。1950年，牛津大学推广了第一所日间护理院（day care hospital）。Eric Brooke推广了老人居家康复概念。工作在切尔西皇家医院的Trevor Howell在1944年出版了《老年生理学》。Joseph Sheldon出版了《老年社会医学》。1946年老人照护成为国家卫生系统的一部分，这在英国老年病学上是一重大事件。英国老年病学会于1959年在“老年人照护医学会”的基础上正式成立。

Brocklehurst和Pathy在教科书中编写了老年病学的基本原则。Bernard Isaacs率先提出了卒中单元，并创立了老年病学中的重要术语“老年综合征”：包括不稳定、活动受限、