

“十一五”国家重点图书——实用老年医学丛书

实用老年内科学

SHIYONGLAONIANNEIKEXUE

杨延宗 杜建玲 主编

大连医科大学 编



华龄出版社



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

“十一五”国家重点图书
实用老年医学丛书

实用老年内科学

SHIYONG LAONIAN NEIKEXUE

杨延宗 杜建玲 主编

大连医科大学 编



華齡出版社



人民軍醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

责任编辑:林欣雨
装帧设计:王新红
封面设计:刘苗苗
责任印制:刘苗苗

图书在版编目(CIP)数据

实用老年内科学/杨延宗,杜建玲主编;大连医科大学编.——北京:华龄出版社,2010.10
ISBN 978-7-80178-778-1

I. ①实… II. ①杨… ②杜… ③大… III. ①老年病学;内科学 IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 205307 号

书 名:实用老年内科学
作 者:杨延宗、杜建玲 主编;大连医科大学 编
出版发行:华龄出版社
印 刷:北京画中画印刷有限公司
版 次:2010 年 10 月第 1 版 2010 年 10 月第 1 次印刷
开 本:787×1092 1/16 印张:37.5
字 数:950 千字 印数:1~1600 册
定 价:200.00 元

地 址:北京西城区鼓楼西大街 41 号 邮编:100009
电 话:84044445(发行部) 传真:84039173

本书编委会

主 副 编	编 主 委	杨延宗	杜建玲		
		林洪丽	许 晶	刘丽娜	吕 田
		(按姓氏拼音排序)			
		巴 颖	方 明	方美云	王可平
		王英德	王俊杰	王衍富	王 楠
		白 然	刘 俊	刘 莹	孙国珍
		朱 皓	朱 磊	毕丽岩	邢 倩
		张中和	张 妍	张 林	张 英
		张树龙	李龙凯	李艳霞	杨 宁
		杨 郁	周旭晨	孟 华	季颖群
		杭宏东	郑晓英	姜一农	洪 丽
		段志军	赵广东	秦凤绮	贾乐文
		贾治林	陶定波	高连君	梁战华
		董颖雪	韩 杰		
编	务	朱佩锦	王丽霞	常 栋	刘 丹

内 容 提 要

本书为“十一五”国家重点图书《实用老年医学丛书》之一。全书共分为 10 章,概论着重介绍了老年人的患病特点、老年疾病的评估、老年疾病的治疗特点等内容,其他 9 章分别介绍了高血压病、脑梗死、脑出血、心律失常、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病、帕金森病、老年性痴呆、类风湿关节炎、糖尿病等老年常见病、多发病的病理、临床表现诊断及内科治疗,还介绍了内科其他常见疾病的病因、发病机制、临床表现、实验室检查、诊断及鉴别诊断、治疗方法。

本书可作为医学院校师生及临床医生参考使用。

前 言

随着社会经济的快速发展及人民生活水平的提高,与西方国家一样,我国人口老龄化的进程也日趋加速。因此,如何为老年人提供优质卫生保健和医疗照顾的问题,成为现代医务工作者面临的新挑战。老年人及老年人疾病与其他年龄人群及疾病相比有其特殊性,为此,许多国家都设立了为老年人服务的医疗保健机构和研究院所。我国中华医学会早在 1981 年即成立了老年医学会,部分医学院校相继建立了老年医学教研室,以期更好地研究延缓衰老、提高老年人生活质量等问题,争取老年人活到人类预期寿命,老而不衰。

伴随着科学的发展,老年医学研究也不断深入。20 世纪 20 年代开始了临床研究和观察,40 年代主要是病理形态的研究,50 年代以生理功能及生物化学研究为主,60 年代以后发展到细胞生物学与分子生物学的研究。目前,已有老年基础医学、老年临床医学、老年流行病学、老年预防医学(包括老年保健)及老年社会医学等诸多研究方向,但相关书籍,尤其是临床参考书不多,临床工作中查阅不便。我们特组织老年病科、神经内科、心脏科、内分泌代谢科、呼吸科、血液风湿科、消化科、肾内科等多学科专家,参考国内外有关书籍及文献,结合各自的临床经验,共同编写了这本《实用老年内科学》,以期为广大医护工作者提供参考。由于篇幅所限,本书未能涵盖老年人心理疾病、肿瘤及护理、营养等方面的问题。

此书编写过程中得到了林治湖教授、宋道岭教授、王珂教授等资深内科专家的指导及刘基巍教授、庄媛媛教授、唐也佩副主任护师等的大力帮助,在此表示衷心的感谢。

由于时间仓促、水平有限,难免存在不当之处,敬请同道批评指正。

编 者

2010 年 5 月

目 录

第1章 概论	(1)
第一节 老年人的患病特点	(1)
第二节 老年疾病的评估	(6)
第三节 老年疾病的治疗	(8)
第2章 脑血管疾病	(10)
第一节 短暂性脑缺血发作	(10)
第二节 脑梗死	(12)
第三节 脑出血	(19)
第四节 蛛网膜下腔出血	(23)
第3章 神经系统疾病	(26)
第一节 帕金森病	(26)
第二节 周围神经病	(31)
第三节 重症肌无力	(38)
第四节 老年性痴呆	(41)
第4章 心血管系统疾病	(47)
第一节 充血性心功衰竭	(47)
第二节 心律失常	(96)
第三节 高血压	(177)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(185)
第5章 内分泌代谢性疾病	(241)
第一节 腺垂体功能减退症	(241)
第二节 甲状腺功能亢进症	(245)
第三节 甲状腺功能减退症	(253)
第四节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(257)
第五节 糖尿病	(260)
第六节 脂代谢紊乱	(268)
第七节 老年人高尿酸血症与痛风	(274)
第6章 呼吸系统疾病	(284)
第一节 感冒	(284)
第二节 肺炎	(293)
第三节 支气管扩张	(298)
第四节 慢性阻塞性肺疾病	(303)
第五节 慢性肺源性心脏病	(311)
第六节 肺栓塞	(317)

第七节 肺结核	(337)
第八节 哮喘	(342)
第7章 造血和血液系统疾病	(353)
第一节 缺铁性贫血	(353)
第二节 铁代谢障碍性贫血	(361)
第三节 巨幼细胞贫血	(365)
第四节 再生障碍性贫血	(371)
第五节 溶血性贫血	(383)
第六节 继发性贫血	(389)
第七节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(395)
第8章 风湿性疾病	(397)
第一节 类风湿关节炎	(397)
第二节 系统性红斑狼疮	(407)
第三节 风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎	(417)
第9章 消化系统疾病	(423)
第一节 食管疾病	(423)
第二节 胃与十二指肠疾病	(432)
第三节 小肠与大肠疾病	(451)
第四节 肝、胆和胰疾病	(487)
第五节 腹膜疾病	(539)
第10章 泌尿系统疾病	(547)
第一节 原发性肾小球疾病	(547)
第二节 继发性肾小球疾病	(553)
第三节 间质性肾炎	(572)
第四节 尿路感染	(578)
第五节 肾血管性疾病	(585)

第1章 概 论

随着年龄增长,老年人机体的生理、免疫及器官功能逐渐下降,在某些内外不良因素影响下,容易生病,特别是容易发生慢性退行性疾病。对这些疾病进行积极地预防和治疗,是保证老年人健康长寿的重要环节。

与年轻人相比,老年人患病具有三大特征。①脆弱性:衰老使机体的储备能力、抵抗能力和适应能力下降,使老年人对疾病的易感性增加,药物不良反应的发生率也相对增高。②特殊性:由于疾病发生于衰老的机体,即使老年人和青壮年人患同一种疾病,其发病率、病因、发病机制、临床表现、诊疗以及预后等方面也会有所不同。③高危性:与青壮年人相比,老年疾病的危险性更高,具体表现在患病率高、病情较重、并发症和药物不良反应多、手术风险大、病死率高等方面。

老年人的疾病类型如下:

1. 急性疾病 衰老使机体的免疫功能减退,容易引起多种急性疾病,如老年肺炎、尿路感染等。特别是肺炎已成为高龄老年人的首位直接死因,应引起足够重视。

2. 慢性疾病 在中年时即可发病,随年龄增长,发病率逐渐增高,病情也有所进展,一直延续到老年期的一类疾病。临床常见的有慢性支气管炎、高血压病、动脉硬化、冠心病、高脂血症、糖尿病、恶性肿瘤等。

3. 特有疾病 指那些只发生于老年人的特有病症,如更年期综合征、钙化性心脏瓣膜病、老年性痴呆、骨质疏松、老年性白内障等。器官组织的退行性变是此类疾病的发病基础。

第一节 老年人的患病特点

一、多病共存

同一老人常会有两种以上疾病同时存在。国外资料统计,每个75岁以上老年人,平均患有3.5种慢性疾病。随着年龄增加,老年人患有疾病的数目也随之增加。多病共存的表现形式可以是多系统疾病同时存在,如一位老年人可同时患有慢性阻塞性肺疾病、高血压病、冠心病、糖尿病、慢性肾功能不全、前列腺增生及胆石症等疾病;也可以是一个脏器的多种病变,如心脏可同时存在冠状动脉粥样硬化、肺心病、瓣膜及传导系统的退行性病变等。

由于多种慢性疾病共存,疾病与病理、疾病与临床表现之间就会缺乏一致性,其中的一种疾病可能会改变或混淆其他共存疾病的临床表现及实验室评估的准确性,对其中一种疾病的治疗也可能会加重另一种疾病的病情。由于多病共存,对某一种疾病临床表现的评估就会变得困难。有时,把某些老年的功能性改变也归属于疾病,从而使疾病的诊断变得更复杂。

老年人可以出现很多不适症状,如乏力、疼痛、头晕、睡眠障碍、感觉障碍、行走困难等,常常是生理上、心理上、社会环境等多种因素累加作用的结果,很难单纯地用某一种疾病来解释。如果过度关注某一种疾病的诊断和治疗,有时在检查上花费很大但却没有得到有价值的结果,甚至造成不必要或有害的创伤。与此同时,还可能会忽视了某些潜在的可以治疗的一些症状。

对于中青年患者的某些临床症状,在病情允许的情况下有时可以不予治疗,但对老年患者,改善症状的治疗就显得更加重要。尤其对那些多种疾病集于一身的老年人,治疗的一个重要环节,就是要使患者在自我感觉上更舒适,这也是老年人临床治疗的重要目标。所以,在治疗中要权衡各种疾病的具体情况,不要为了单纯治疗一种疾病而忽视其他疾病,甚至加重其他疾病。

二、表现不典型

1. 以非特异性症状表现为主 各种疾病通常都有其特异性的症状,但老年人往往以非特异性症状表现为主。没有表现出疾病的特异性症状,即缺乏典型的临床表现。如老年心肌梗死患者,可以不出现胸痛,而以盗汗、呼吸急促、呕吐、晕倒、牙痛为主要表现;老年充血性心力衰竭患者,可以不出现气短,而表现为精神症状、味觉异常、腹胀和腹痛;老年肺炎和感冒患者,缺乏咳嗽、咳痰等呼吸道症状,仅表现为食少和乏力;老年人体温调节能力低,发热不如年轻人明显,即使出现了严重感染(如肺炎、泌尿系统感染、败血症等),有时也可以没有发热,对冷的反应也差;老年人痛觉迟钝,定位不准确,能引起青壮年人剧烈疼痛的疾病(如干性胸膜炎、内脏穿孔后腹膜炎、骨折、烫伤等),在老年人可能只表现为轻微不适或没有症状。所以,老年人轻微症状的背后可能隐藏着很严重的疾病。这些非特异性症状提示我们患者可能正处于患病状态,但并不能提示患有何种具体疾病,从而使老年疾病的诊断变得更困难。医生在评价这些症状和体征时,必须要动脑筋,对病史、症状和体征进行综合分析,积极地寻找疾病的治疗措施。对有非特异性症状的老年人,要详细询问病史,全面检查,密切观察病情变化,直到确诊为止,避免漏诊和误诊发生。

2. 共存的多种疾病之间相互影响,使症状不典型 由于多病共存,某一种疾病的存在可能会掩盖另一种疾病的症状。如老年人患失明、偏瘫等疾病时,体力活动受限,可以使冠心病心绞痛的症状或心功能不全的症状被掩盖。还有一个常见的现象是,一个器官的症状有时也会反映出另外一个器官的疾病,如肺炎可以表现出意识改变或厌食,尿路感染可以表现为走路不稳或跌倒等。

3. 无症状患者多 无症状是疾病的一种隐匿的特殊表现形式——亚临床型,是指患者虽然处于疾病状态,但本人未感知到生命活动的异常。各个年龄组患者均可出现无症状的情况,但在老年人更为多见。无痛性心肌梗死、无三多一少的糖尿病典型表现、无症状性消化性溃疡、无症状性腔隙性脑梗死等疾病,老年人明显多于青壮年人;老年人下尿路感染和肺结核等疾病也常常没有临床症状,多经辅助检查才被发现。

4. 对老年病的特点认识不足,忽略了疾病的典型表现 感染患者没有发热或局部症状,这在年轻人中非常少见,但在脑功能衰竭的高龄女性患者中则属典型表现,需加以重视。

三、并发症多

1. 感染 由于老年人的免疫功能减退,容易在慢性疾病的基础上并发呼吸道、胆道及泌尿系统感染。在使用广谱抗生素治疗时,又容易继发真菌感染。感染是老年人常见的疾病和并发症,有时又是其重要的死因,应引起高度重视。

2. 水、电解质紊乱 老年人的脏器呈萎缩状态,虽然细胞外液没有明显减少,但细胞内液不仅绝对量减少,在体液中所占比重也明显减低。由于内环境的稳定性减退、代偿能力差,只要稍有诱因就可导致水、电解质紊乱。老年人口渴中枢的敏感性下降,饮水量减少,即使体内

缺水也可以没有渴感,容易发生失水。老年人的脱水分为缺水性脱水和低钠性脱水,缺水性脱水通常不会引起血压变化。若细胞内水分丢失引起脑细胞失水,则会发生中枢神经系统功能障碍。当老年人患肿瘤、中枢神经系统疾病或肺疾病时,由于抗利尿激素分泌异常,还可能发生慢性低钠性脱水。老年人肾脏处理钾的能力减低,体钾含量减少,当有腹泻或呕吐时,容易发生低钾血症,在使用泻药或利尿剂时,要特别注意防治低钾。但肾衰或使用转换酶抑制剂时,又容易发生高钾血症。水、电解质紊乱常伴有酸碱失衡,如未及时诊断和治疗,可延误病情甚至危及生命。

3. 多器官功能衰竭 各器官系统的储备功能减退是衰老的典型特征。即使是各个脏器没有表现出明显衰退,机体内环境的稳定性也已经发生了改变。当老年人一个器官的功能出现了衰竭,可进一步引起其他器官功能衰竭。例如老年人活动能力减退或卧床,会引起食欲下降,血清白蛋白减低,进而引起免疫力下降。一旦发生感染、创伤、出血等应激性疾病,会迅速引起多个器官功能衰竭。

4. 运动减少性疾病 老年人因各种原因导致长期卧床,容易发生运动减少性疾病。发生在局部,可表现为挛缩、失用性肌肉萎缩、压疮、血栓与栓塞、水肿以及皮肤指甲萎缩等;若发生于全身,可表现为感染性疾病(坠积性肺炎、泌尿系统感染、败血症)、抑郁症、痴呆、消瘦、直立性低血压、低蛋白血症、便秘及大小便失禁等。

四、起病缓慢

老年病多属于慢性病,常常起病隐匿、进展缓慢,可以在相当长时间内没有症状,无法确定其准确的发病时间,如动脉粥样硬化、老年性白内障、糖尿病及骨质疏松等。老年肺结核、肿瘤、老年性痴呆及风湿病等往往也发展缓慢,常因体检或因其他症状就医才被发现。因此,对老年人进行定期健康检查,有助于早期诊断和治疗疾病。

五、变化迅速

老年病虽然起病隐匿,但随着疾病的进展,器官功能逐渐发展到衰竭的边缘,一旦出现应激反应,器官功能将迅速衰竭,导致病情恶化。如老年冠心病患者并发肺炎时,如果诱发了急性左心衰,肺淤血的存在将有利于细菌的生长繁殖,使肺部感染加重而不易控制,从而形成恶性循环。有些老年疾病的症状和体征十分隐蔽,从外表上看病情并不严重,但可在数小时内病情恶化甚至死亡。

六、发病方式独特

75岁以上老年人最脆弱的部位是脑、下尿路、心血管及运动系统。跌倒、活动减少、精神症状、大小便失禁及生活能力丧失被称为“老年病五联征”。随着老化程度加重,无论发生何种疾病,都以“五联征”之一或几项表现出来,年龄愈大愈是如此。遇到上述情况,首先应考虑是否存在感染性疾病,其后依次考虑非感染性疾病、药物不良反应、出血、缺血及缺氧等。

七、药物不良反应多

老年人因肝肾功能减退导致药物代谢和排泄率减低,加之药物的敏感性改变,以及多药合用等原因,使老年人比青壮年人更容易发生药物不良反应。有统计表明,老年人药物不良反应的发生率要比青壮年人高3倍以上。年龄越大、用药种类越多、药物不良反应的发生率就越

高。一旦发生药物不良反应,其程度往往较青壮年人严重,甚至使病情急转直下而死亡。体形瘦小、并发心力衰竭和肝肾损害、糖尿病、关节炎及有脑功能损害的老年人更容易发生药物不良反应。脑血管和心血管病药物、抗生素、降糖药、非甾体抗炎药及糖皮质激素等药物发生的药物不良反应最为多见。临床上,最常见的药物不良反应,包括神经精神症状、消化道症状、低血压等。

正因为老年期疾病具有上述患病特点,所以,有人说,你不能用成年人的眼光看待儿童,同样也不能用成年人的眼光看待老年人。

八、疾病的诊断特点

老年疾病的诊断较年轻人更为复杂的原因在于:多病共存使疾病的表现复杂化,诊断疾病时要尽力寻找可能并存的疾病,而不能仅满足于一种疾病的诊断;衰老使老年人对疾病的反应变迟钝,疾病的表现不典型;衰老与疾病混杂,容易将疾病的临床表现误诊为衰老的自然进程。

影响老年患者临床表现的主要因素有主诉中对症状的描述不完全,疾病在不同的个体表现形式可能会发生改变,身体健康状况谱发生了改变。

通常的医疗观点认为,老年人会更关注自己的健康状况,在描述病情时会更详细,但事实往往并非如此。由于各种原因的存在,在诊断老年疾病时常常会忽略一些重要的情况,如:由于某些医生的知识结构有限,可能对某些症状未引起重视,误认为是老年人自身衰老的生理改变,没有把它们上升到疾病的高度;由于老年人对金钱及器械检查等存在恐惧不安的心理,有时会故意逃避或隐瞒某些症状。这些倾向,就要求临床医生在询问病史时要更主动、更仔细,从表情、语言等多方面给予患者更多的鼓励和关怀。老年人和年轻人的健康状况谱不同,在诊断老年疾病时,不但应该包括疾病,还应该包括与年龄有关的一些情况,如认知能力及有没有残疾等。应根据老年病人的特点进行病史采集及体格检查。

九、病史采集

老年患者通常会存在某些特定的功能障碍,特别是听力及视力的下降,这就要求询问病史时,要选择一个安静、光线好的环境,以便更准确、更彻底地获取信息。

部分老年病人由于记忆力减退、意识混乱、认知能力差,病史的叙述可能比较凌乱,重点不突出。这时,要从多种渠道采集病史。病人固然是最主要的信息来源,但必要时可由家人或陪护人员做更进一步的补充。

老年人的时间概念相对模糊,仔细询问患者的日常生活习惯,有助于判断症状发生的时间和顺序。

老年人很少会主动地表达出他们最希望达到的目标,但了解老年人的期望目标并在诊疗中加以综合考虑非常重要,应该在诊疗早期通过与患者和家人的交谈获得这一信息。这些期望目标,包括对延长寿命的要求、对舒适程度的要求、对生命质量的要求、对症状缓解、认知功能改善的要求、对体能状况增强的要求等,它们往往会影响医生治疗方案的制订。

由于疾病临床特征的不典型,在诊断时就要明察秋毫、去伪存真;由于多病共存,在诊断时就要将各种疾病按其重要性进行排序。老年患者对自身疾病的认识往往不准确,有时会把一些不重要事情看得很重,却忽略了很多重要的信息。过度依赖患者的自身主诉对疾病进行判断,可能会得到不很准确的结论。

诊断老年疾病时,系统回顾非常重要,通过系统回顾可以发现很多有价值的临床信息,对

于把握病情及指导治疗非常重要。作为系统回顾的补充,医生还应该更关注老年病综合征,包括睡眠状况、自理能力、疼痛、眩晕、昏倒、抑郁、疲劳、厌食、体重减轻等,这些特征之间往往互有关联,并且也是某些慢性或急性疾病存在的线索。

患者对他人的依赖程度、自理能力(包括吃饭、穿衣、走路、洗澡)以及吃药、理财、乘车、做饭、收拾家、购物等,构成了老年病人功能状态的最重要的组成部分。此外,老年病人的功能状态还包括参加社会活动和体育运动的情况。改善功能状态也是我们治疗老年疾病的目标之一。从事这些活动的程度由易转难预示着可能出现了新的疾病或原有疾病发生了恶化。

医生应详细地询问患者的用药史,必要时还要检查患者的常用药箱。

采集老年病人的病史时,还应对认知功能、情感、心态(抑郁综合征)等进行评估,以及对社会支持、经济和环境因素等情况进行评定。这些问题对于老年人非常重要而且常见,并可导致其身体健康谱的扩展和多变。对所有老年病人都应进行抑郁方面的筛查(如具体询问你在过去的1个月痛苦吗?心情低落吗?是否对很多事情失去了兴趣?等)。如果发现认知上存在问题,还应该进一步行认知功能检查。

此外,还应详细了解饮食情况、烟酒嗜好、家族史和婚姻史等。

十、体格检查

老年人和年轻人的体格检查,从目的到内容都有区别。年轻人的体检目的,主要是为了诊断一个特定的疾病,而老年人的体格检查,要格外注意有没有需要治疗的损伤,有没有肌肉无力、走路不稳和感觉障碍,以及主要生理功能的完成情况。

尽管对年轻人和老年人的体检方法基本相同,但老年人更强调直观上的观察及生理功能方面的检查。通过观察他(她)的步态,观察他(她)填写表格、上下床、在椅子上坐和起、穿脱衣服等日常动作,判断其肌肉的力量、关节的活动度、步态的稳定性以及日常活动的难易程度,进而获取有用的信息。通过解扣子或系扣子、穿鞋或脱鞋等简单试验,可以判断出这个患者的灵活性;读一个药品说明或一篇杂志,可以给我们提供这个患者视觉方面的信息;看他(她)是否能够完成简单的指令,判断这个患者的认知能力以及有无神经系统方面的疾病;观察他的脸及手是否有肌肉萎缩,了解其近日的营养状况;观察领围和腰围是否变松,判断出他的体重是否有所减轻。

由于多病共存、衰老等原因,使疾病诊断的敏感性和特异性受到很大影响。同一个异常表现可能与几个疾病都有关系,如肺部听诊的湿啰音,可能是左心功能不全所引起,也可能是肺间质纤维化或肺炎所致,而这些疾病在老年人都可以发生并且可以同时存在。再如,颈部转动受限,可能是颈椎关节炎所引起,也可能是前庭功能受损的眩晕所致。另一方面,多种疾病共存可以互相掩盖疾病的临床表现,使某种疾病应该出现的临床表现却没有表现出来。例如,充血性心力衰竭的典型体征可因慢性阻塞性肺疾病而变得不典型化。有时候,还会出现一些非特异性的临床表现。例如,外周神经病变可以引起不典型震颤和位置觉异常,而糖尿病、酒精中毒、维生素B₁₂缺乏中的任何一种疾病也可以引起同样的表现。不管这些疾病是否是造成不典型震颤和位置觉异常的原因,由于它可以使患者步态不稳,容易跌倒,所以外周神经病变表现的本身就是一个非常重要的体征。

年轻人和老年人的体检项目可能很相近,但对于老年人,不容易出现阳性结果的那些检查往往意义不大。所以,选择老年人的体检项目时,要尽可能做到简洁高效,选择那些容易出现阳性体征的项目,而不是像年轻人体检那样面面俱到。也有一些检查对老年人的病情诊断和

治疗非常重要。如直立性血压的测量、步态检查、听力和视力检查、外耳道有无耵聍的检查、足部检查等,应给予检查和重视。

具体检查过程中要注意下列事项:检查角膜时要注意有没有老年环,检查眼睑时要注意有没有眼睑黄疣,测量血压时要采用卧位、坐位甚至立位。通过观察皮肤、口腔黏膜与舌,判断有没有咀嚼不良所引起的营养不良;要详细检查颈部及甲状腺有无肿大和结节;胸部体检时要观察有没有桶状胸,老年妇女不要漏掉乳房的触诊;心脏听诊时要采用坐、卧两种体位。男性患者的直肠指诊可以早期发现前列腺癌和直肠癌。足部检查时必须注意足背动脉搏动情况。对脑神经、感觉及深浅反射等均应做全面检查。

十一、实验室及辅助检查

多病共存及与年龄相关的变化不仅对体格检查有影响,对实验室及影像学检查结果的评估也有很大影响。随着年龄增长,某些化验值的正常值范围也要做一定的更改,各项化验在老年人中的“正常范围”并不十分明确。由于老年疾病的发病多不典型,筛选性的化验比鉴别性的化验应用的会更多。年龄不同,化验检查及辅助检查的选择项目也有所不同,如常选择查血糖及糖耐量试验、某些肿瘤标记物化验等。由于老年人患有多种疾病,用药复杂,某些药物会对肝肾功能产生影响,了解这些情况,对诊断非常重要。

第二节 老年疾病的评估

老年疾病评估是一个广义的概念,它主要用于对老年病人的健康状况进行评价。老年医学评估认为,老年人健康状况的评价不能只依靠医学指标,还应充分考虑到社会、心理、环境等多种因素,它是一个不同于一般标准的疾病评估方法。老年医学评估更侧重于功能状态的评估,它既可以作为疾病的评估指标,又可以用来判断疾病的诊治疗效。

老年疾病的评估强调老年人的功能状态和生活质量。这种评估有助于对老年人的健康状况作出全面诊断、制订治疗和随访计划、确定是否需要长期护理,以及更合理地使用卫生保健资源。

对身体较弱或患有慢性病的老年病人的综合评估,有利于改善他们的护理状况、提高诊断的准确性、降低急诊率、住院率、住院天数和死亡率,使其生理功能及精神状况均得到全面改善,从而收到满意的保健效果。但由于老年病评估需要一定的费用支持,这就限制了它的推广和发展。

临床医生进行的老年疾病评估不同于传统的评估方法,它还包括认知、社会、经济、环境、精神心理等方面的评估。患者的具体情况不同,老年疾病评估的指标也有所不同。例如,在医院的急诊室里,评估是针对预计急诊病人有无入院指征而展开的,疾病康复后这些评估指标就无效了。对于住院病人来说,老年疾病评估的指标有时是不可信的,因为一些关键的指标在迅速地改变。例如,一个病人在身体状况不佳时可能会使用较多指标进行身体状况的评价,但随着身体好转,患者往往会高估他们的身体状况,以后不再进行相关的评价。

家庭护理的老年疾病评估着重于围绕患者的营养状况及自我关注行为这两方面进行。其他内容,如对提高生活质量有作用的活动等与这项评估的关系很小。环境因素对家庭病人的老年病评估影响较大,器械检查例如妇科检查在家中就很难实施。

除了常规的病史和体格检查,临床医生应该善于发现其他与老年人自身功能状态有密切

关系的情况。在传统老年医学评估的过程中,经常因为老年患者不能自觉地提出这些问题而使其被忽略。例如:老年患者没有意识到跌倒是可以治疗的,他们总是羞于提起关于尿失禁或性功能的种种问题,他们会认为一些症状例如听力丧失都是由于年龄增加所致,不能治疗了……。

一、老年疾病评估的组成

1. 视力减退 虽然许多老年人经常会从眼科医师或专家那里咨询到一些保护视力的知识,但视力疾病在老年人中仍然有较高的发病率。白内障、年龄相关性视力减退、糖尿病性视网膜病变、玻璃体混浊等是发生于老年人的主要眼病。此外,老花眼也十分普遍,大部分人需配戴老花镜。标准的视力评估方法是应用视力表,其他一些新的检测方法目前还仅限于科研领域。

2. 听力减退 听力减退是老年人常见疾病,65岁以上老年人中约有三分之一的人存在听力减退。听力减退与认知能力、社会能力、人体功能状态的减退密切相关。助听器的使用提高了老年人的生活质量。听力减退评估有几种方法,其中最灵敏的是 Welch Allyn 耳镜。它是一种手动的有听度计的耳镜,其灵敏度可以进行调整。另外,还可通过电测听来测定老年人的听力状况。

二、营养不良或体重下降

营养不良是一个综合性术语,它包括了与疾病相关的各种营养问题。在社区居住的老年人中最普遍的营养疾病就是肥胖,超重可以严重损伤老年人的机体功能。社区居住的老年人中还有一小部分存在营养不良的问题。低蛋白血症是营养不良的表现形式之一,通过临床表现、实验室检查及有摄入蛋白不足的病史很容易诊断。目前有许多评估营养状况的方法,其中一种方法就是患者第一次就诊时记录下他们过去6个月体重减轻的千克数,并计算出当时的体重指数,以后每次就诊时都称量体重,并计算体重指数,通过比较体重指数的变化判断营养状况的改变。另外,还可以进行一些自我营养管理的问卷调查。住院患者需要增加营养供给时,应严格计算蛋白质和其他能量的摄入,可以通过正常的热卡换算,也可通过实验室指标对其进行监测。补充机体营养通常使用的监测指标是前白蛋白,它的半衰期较短(大约2天)。血清胆固醇也可以作为机体营养状况的监测指标之一。

三、尿失禁

尿失禁在男女性老人中十分普遍。他们总是羞于提起这个问题,认为这是年龄增长的正常表现。我们可以通过以下两个问题进行筛查:①去年你有过尿失禁么?②近一周你有过尿失禁么?日本有统计学报告指出,65岁以上的老年人中,79%的女性和76%的男性会回答“是”,可见尿失禁是老年人中一个非常普遍存在的问题,评估该项目非常有意义。

四、身体失衡、跌倒

老年人跌倒是社区人群中最常见的致残和致死性伤害事件。其定义是:非自主性,不因突然的外力、意识障碍、或突然的无力(如癫痫),而摔到地上或较低的位置。单一的跌倒事故很难评估,但对再发性跌倒者(6个月内有两次或以上跌倒发生)者,则要进行详尽的评估(包括步态和平衡、血压测定、视力检查以及近期有无服用过可致跌倒的药物等)。关于步态和平衡

的最好的评估方法,是在患者进出诊室时观察他们走路的步态和平衡程度并记录下来。“起立及行走试验”是一种常用的评估方法。先在地上标示出 3m 的距离,一端放置一把没有扶手的椅子,先让老人在椅子上坐好,计算自他站起来,走到 3m 的标示处,再转回身走回来坐回椅子所花费的总时间。对于超过 20 秒以上的老人,需进一步评估。

具体的评估问题如下:

1. 跌倒是否因急性病症所造成?
2. 是否有可以改变的病因?
3. 药物是否需要调整?
4. 物理治疗是否有用?
5. 是否需要改变环境?

评估不但可以预防跌倒发生,对于提升老人生活功能及避免残障也非常有益,值得努力。

五、认知功能评估与情感评估

1. 认知功能评估 认知功能障碍是老年人中最常见的问题,阿尔茨海默病(AD)是老年期痴呆的主要类型,发病率较高,严重影响了老年人的生活质量。

简明精神状态量表(MMSE)一直是国内外最常用、最普及的老年痴呆筛查量表。其内容包括时间与地点、定向、语言(命名、复述、理解指令)、结构模仿、心算、即刻与短时听觉词语记忆等项目。作为认知的筛查工具,因其敏感性强、耗时少、易操作,在临床医生对可疑病例做初步筛查及社区大样本调查时得到了广泛应用。但该项目也有其缺点,因项目内容容易受到受试者教育程度的影响,文化程度高的老人有可能出现假阴性,而对低教育及操方言的人有可能出现假阳性。

现在,还有一些简单的量表,如画钟测验。画钟测验有两种方法。一种是让受试者模仿画一张已经画好的钟,反映结构能力,另一种是让受试者在空白纸上画一幅几点几分的钟,反映执行功能。该量表受教育程度的影响比较小,是其优点。

2. 情感评估 虽然抑郁症在老年人中的发病率明显低于年轻人,但随着社会的老龄化,发病率也在不断提高。一些简单的问话,例如“你经常感到悲伤和情绪低落吗?”对于筛查抑郁症常常非常有效。在对老年人进行抑郁症状的评估诊断时,可使用一些心理卫生评定量表,如流行病调查用抑郁自评量表(CES-D)、老年抑郁量表(GDS)或汉密顿抑郁量表(HAMD),对抑郁症进行更准确的量化评估。

第三节 老年疾病的治疗

治疗方案的选择首先要考虑到患者的期待目标,特别要注意不要发生治疗一种疾病却加重了共存的其他疾病的情况。治疗老年疾病时一定要权衡利弊,要考虑到危险程度如何、获益多少、费用等多种因素。多病共存时,对主要疾病的干预要做到对其他疾病的损害最小,而对本疾病的获益最大。

药物的选择始终是一个挑战,慢性病和非疾病状态的治疗用药会越来越多,首先要选择最合适的药物,并要减轻患者的经济负担,而不能只考虑到某一个药物的获益和危害。药费对老年人来说非常重要,一定要把这个因素考虑在内。

老年人的健康问题是心理、社会、环境等多种因素共同作用的结果。只有药物和其他因素

等多种治疗方案的共同参与才会有效。非药物干预有时也可以取得非常明显的效果。很多疾病,包括糖尿病、关节炎、充血性心力衰竭、抑郁、疼痛、睡眠障碍等,治疗上就应该选择包括药物、康复治疗、心理治疗和环境干预等在内的多种治疗。运动及体能锻炼对上述疾病有很好的干预。对于有抑郁和睡眠障碍、疼痛的病人,还要进行谈话和认知行为的治疗。

参 考 文 献

- [1] 于普林. 老年医学. 北京:人民卫生出版社,2002
- [2] 川上治,加藤雄一郎,太田寿誠. 高齢者における転倒・骨折の疫学と予防. 日本老年医学会雑誌,2006,43(1):7-18
- [3] 耿德章. 中国老年医学. 北京:人民卫生出版社,2002
- [4] 陆惠华. 老年病临床特点与对策. 中国老年学杂志,2004,24(2):173-174
- [5] 守屋国光. 老人意識の変動について. 日本老年医学会雑誌,2006,43(1):55-57
- [6] 陈灏珠主译. 默克老年病手册. 北京:人民卫生出版社,2002
- [7] 村上陽一郎. 高齢社会と医療. 日本老年医学会雑誌,2006,43(3):299-230
- [8] 陈灏珠. 实用内科学. 12 版. 北京:人民卫生出版社,2005
- [9] Tallis RC, Fillit HM. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 2003, Churchill Livingstone, London, UK

(吕 田 王衍富)