



北京协和医院

PEKING UNION MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

医疗诊疗常规

老年医学

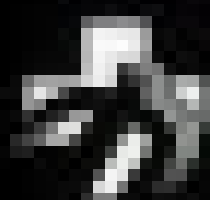
诊疗常规

北京协和医院 编



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



北京协和醫院

PEKING UNION MEDICAL COLLEGE

医疗诊疗常规

老年医学

诊疗常规

王雁翔 陈建良 编

人民卫生出版社

北京协和医院 医疗诊疗常规

北京协和医院 编

编委会主任

赵玉沛

编委会委员

(按姓氏笔画排序)

于学忠	于晓初	马 方	马恩陵	王以朋	王任直	方 全	尹 佳
白连军	白春梅	邢小平	乔 群	刘大为	刘昌伟	刘晓红	刘爱民
孙 强	孙秋宁	李 方	李太生	李汉忠	李单青	李雪梅	肖 毅
吴欣娟	邱贵兴	邱辉忠	宋红梅	张奉春	张福泉	陈 杰	苗 齐
金征宇	郎景和	赵玉沛	赵永强	赵继志	姜玉新	柴建军	钱家鸣
徐英春	翁习生	高志强	桑新亭	黄宇光	梅 丹	崔全才	崔丽英
梁晓春	董方田	戴 晴	魏 镜				

编委会办公室

韩 丁 刘卓辉 尹绍尤

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

老年医学诊疗常规/北京协和医院编著. —北京:人民卫生出版社, 2012. 6

(北京协和医院医疗诊疗常规)

ISBN 978-7-117-15481-9

I. ①老… II. ①北… III. ①老年病-诊疗 IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 098546 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

老年医学诊疗常规

编 著: 北京协和医院

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 12

字 数: 228 千字

版 次: 2012 年 6 月第 1 版 2012 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15481-9/R · 15482

定 价: 23.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

北京协和医院医疗诊疗常规

老年医学

诊疗常规

主 编 刘晓红 朱鸣雷

编 者 (以姓氏笔画为序)

王秋梅 曲 璇 朱鸣雷 刘晓红 李 磊 吴 瑾

诸葛海燕 康 琳 葛 楠 曾 平 谢海雁

审 阅 (以姓氏笔画为序)

王 含 宁晓红 田新平 朱文玲 李文慧 陈书长

洪 霞 高金明

人民卫生出版社

医疗质量是医院永恒的主题,严格执行诊疗常规和规范各项操作是医疗质量的根本保证。2004年,我院临床各科专家教授集思广益,编写出版了《北京协和医院医疗诊疗常规》系列丛书(以下简称《常规》),深受同行欢迎。《常规》面世7年以来,医学理论和临床研究飞速发展,各种新技术、新方法不断应用于临床并逐步成熟,同时也应广大医务人员的热切要求,对该系列丛书予以更新、修订和再版。

再版《常规》丛书沿袭了第一版的体例,以我院目前临床科室建制为基础,扩大了学科覆盖范围。各科编写人员以“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)和“三严”(严肃的态度、严密的方法、严格的要求)的作风投入这项工作,力求使《常规》内容体现当代协和的临床技术与水平。

该丛书再版正值北京协和医院九十周年华诞。她承载了协和人对前辈创业的感恩回馈、对协和精神的传承发扬、对社会责任的一份担当。我们衷心希望该丛书能成为业内同道的良师益友,为提高医疗质量,保证医疗安全,挽救患者生命,推动我国医学事业发展作出贡献。对书中存在的缺点和不足,欢迎各界同仁批评指正。

赵玉沛

2011年9月于北京

前

言

现代老年医学发源于 20 世纪初的美国,随着人口的老龄化,近 50 年来发展迅速。老年医学(geriatrics)包括老年病学(geriatric medicine)和老年学(gerontology),它不仅研究老年病及老年综合征/问题,也涉及人类衰老的基础理论。

老年病学包括老年人的疾病诊疗、评估、康复、预防保健、心理健康、社会支持、法律伦理等方面的内容。在医疗方面,除了处理老年人常见的高血压、糖尿病、动脉硬化、骨质疏松和感染等疾病外,更加关注老年综合征,如骨骼肌减少症(sarcopenia)、衰弱(frailty)、跌倒、谵妄、多重用药、记忆力下降、尿失禁、便秘、营养不良、睡眠障碍等问题。这些老年问题往往由多种原因引起,不限于某个专科,对生活质量有很大影响。多病共存(comorbidity)正是老年人患病的特点之一,因此处理上也需要全面评估、综合考虑,这正是老年医学与专科诊治的区别之处。正因为老年人有着上述众多的疾病和老年问题,而且有时衰老本身的表现和疾病的表现混杂在一起,难以区分正常衰老和疾病,因此全面的老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)在老年医学中占据了重要的位置,也是老年科医师工作的主要内容之一。

老年医学的宗旨是预防和治疗与老年相关的疾病及问题,最大程度地维持和恢复患者的功能(躯体和精神)状态,提高患者的生活质量。这就决定了老年医学是以患者为中心、以提高生活质量为目标的综合处理模式,而非专科单病诊治模式;并且围绕着改善老年人的生活质量,老年医学的工作形式不只限于本科,还包括了院内外会诊、院间的转诊、社区的预防、免疫、康复等方面。在老年患者的诊疗上,老年科和亚专科的关系是相辅相成的,是以团队的方式来工作的。

我国早在 1999 年已经进入老龄化社会,2010 年全国 ≥ 65 岁老年人占全国总人口数的 8.3%,预计 2050 年老年人将占总人口数的 1/3,发展老年医学势在

必行。在 CMB 基金的支持下,北京协和医院从 2006 年开始与美国约翰·霍普金斯大学医学院的老年医学科建立了合作项目,包括医务人员的进修、培训,学术交流、讲座,专家的访问、指导等,旨在帮助协和医院发展现代老年医学。2007 年成立“北京协和医院-老年医学示范病房”,开始老年医学的临床工作。本书正是全组人员结合临床实践,按照现代老年医学模式的内容撰写的。包括了老年综合评估与管理、老年综合征及常见的老年问题、老年人各系统常见疾病的特点及注意事项三部分内容,其侧重点是突出老年医学的内容、突出老年人的特点和不同之处,与专科重叠的部分,如某种疾病的定义、诊断、治疗等则略去或简单带过。由于目前国内老年医学的相关研究尚不全面,很多内容缺乏中国自己的参考值;而且笔者医院老年病房成立的时间尚短,积累的经验有限;所以书中所列举的一些统计数据、建议的指标和参考数值,部分参考了国外的相关数据。相信随着国内相关研究的进展、经验的积累,这部分内容会逐步改善。本书涉及一些专科的内容,如神经、心理、康复、营养、心血管、呼吸、内分泌、泌尿、风湿免疫等,均得到了笔者医院相关专科医师的指正,在此表示感谢。

刘晓红 朱鸣雷

2011 年 10 月 12 日

目 录

第一篇 老年患者的评估与管理

第一章	老年综合评估	1
第二章	老年住院患者的管理	6
第三章	转诊医疗	11
第四章	老年患者围术期的管理	15
第五章	临终关怀与和缓医疗	20
第六章	生前预嘱、抢救同意书、病情告知步骤	24
第七章	康复治疗	28
第八章	老年人的筛查和预防措施	33
第九章	整合门诊、团队会诊和会议召集	39

第二篇 老年综合征

第一章	谵妄	41
第二章	多重用药	45
第三章	记忆障碍及老年痴呆	51
第四章	抑郁、焦虑障碍	59
第五章	睡眠障碍	71
第六章	压疮	77
第七章	慢性疼痛	82
第八章	尿失禁	89

第九章 便秘与粪嵌塞	94
第十章 跌倒	99
第十一章 骨质疏松症	103
第十二章 衰弱、骨骼肌减少症	109
第十三章 营养不良	113

第三篇 老年人常见疾病的诊治要点

第一章 心血管疾病	117
第二章 呼吸系统疾病	124
第三章 感染	129
第四章 内分泌系统疾病	135
第五章 泌尿系统疾病	147
第六章 神经系统疾病	154
第七章 风湿免疫、骨和关节疾病	166
第八章 老年肿瘤的流行病学、评估方法与治疗策略	171

第一篇 老年患者的评估与管理

第一章

老年综合评估

老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)是全面关注与老年人健康和功能状态相关的所有问题,从疾病、体能、认知、心理和社会等多层面对老年患者进行全面的评估,进而确定治疗目标,做针对性的干预。

一、CGA 的目标及对象

(一) 目标

CGA 的目标是提高或恢复衰弱老年患者的功能状态,最大限度地保持老年患者的生活自理,提高其生活质量。

1. 及早发现老年患者潜在的功能缺陷。
2. 明确老年患者的医疗和护理需求。
3. 制订可行的治疗干预策略。
4. 进行随访,评估干预效果和调整治疗计划和策略。
5. 安排老年患者合理使用长期医疗护理服务。

(二) 对象

能通过 CGA 和干预而获益的人群。

1. 有多种慢性疾病,多种老年问题/老年综合征,伴有不同程度的功能损害的衰弱老年患者。
2. 所谓“健康”老年人,通过 CGA 早期发现潜在疾患,进行有针对性的疾病筛查和预防。
3. 重病卧床患者或慢性疾病终末期患者(如肿瘤晚期、严重痴呆、完全功能丧失的卧床患者)不能从 CGA 评估中获益。

二、CGA 的内容

CGA 的内容见图 1-1-1,分述如下:

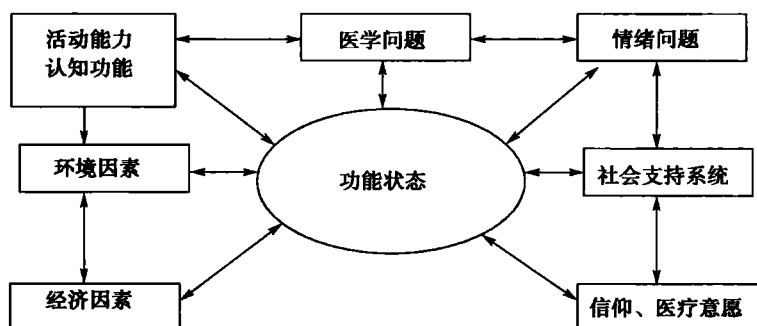


图 1-1-1 老年综合评估的主要内容

(一) 医疗评估

既包括罹患各种疾病的评估,又包括老年综合症的评估,此为 CGA 的重要内容。

1. 全面的疾病诊断和管理 首先要通过采集完整的病史、家族史、社会史、生活习惯、详尽的用药史及症状系统回顾,对患者现有的疾病和老年问题作出完整的诊断,包括既往手术和治疗史,进行全面的疾病诊断和治疗评估。另外,还需要评估老年患者的长期医疗和护理服务需求,如气管造瘘的护理以及氧疗、静脉输液治疗、康复理疗或压疮的护理等,这些工作可以在医疗或护理机构由医护人员来完成,也可以由经过培训的家庭护理人员来进行,以确保老年患者长期的医疗需求得到满足。

2. 多重用药管理 是 CGA 的重要内容(见第二篇第二章)。

3. 老年综合症的评估 老年人常有视力或听力下降、失眠、牙齿脱落、营养不良、腰腿疼痛等慢性疼痛、便秘、尿失禁和排尿困难等问题,这些问题可严重影响老年人的日常生活,经积极纠正可提高老年人的生活质量,也可减少痴呆、跌倒、谵妄等问题的发生,节约医疗资源。

(1)视力评估:询问患者在日常生活中,读书、看电视是否有视力问题,有问题者,常应用 Snellen 视力表评估,测定值在 20/40 之上为阳性,其阳性预测值和阴性预测值分别为 0.75 和 0.89。应进行视野粗测,有问题者可请眼科医师进一步诊治。

(2)听力评估:询问患者是否存在听力障碍,观察患者在交流过程中是否存在听力问题。用音叉进行听力粗测,有问题者请耳鼻喉科医师会诊。

(3)营养不良的筛查:营养不良是老年人的常见问题,与多种临床不良事件

有关(营养不良的筛查和管理详见第二篇第十三章)。

(4)慢性疼痛的评估:慢性疼痛严重影响患者的身心健康,并引起焦虑、抑郁,影响睡眠、日常活动或社交活动(疼痛的评估和管理详见第二篇第七章)。

(5)尿失禁:尿失禁是常见的老年综合征之一,女性多于男性。美国的调查显示,社区居住老年人中尿失禁的发生率为15%~30%,住护理院的老年人尿失禁的发生率达50%以上。尿失禁可以引起泌尿系感染、压疮、跌倒高风险、蜂窝织炎、抑郁并影响社交行为,导致患者脱离社会,发生致残性并发症,严重影响患者的身心健康,也造成沉重的社会负担(尿失禁的详细筛查、评估及综合治疗详见第二篇第八章)。

(6)便秘:记录排便频次、性状,有无血便(见第二篇第九章)。

(二) 躯体功能评估

1. 日常生活能力评估 日常生活能力受限是老年人入住护理机构的最常见原因,医疗费用和人力资源的使用会明显增加。个人基本生活自理能力的评估见ADL(activities of daily living, ADL)表;个人独立居住能力的评估见IADL(instrumental activities of daily living, IADL)表。应对老年人的躯体功能和日常基本生活能力作出评估,明确指出老年人存在的功能缺陷及目前的功能状态(生活自理、需要帮助、失能/生活不能自理)、需要哪些辅助器械,引起老年人及家属的重视,作出相应的安排。干预目标是对老年人存在的功能障碍提供相应的帮助或采取有效的代偿措施,以最大限度地保持老年人生活自理。

2. 跌倒 是老年人的常见问题,可引起灾难性后果。询问近1年内有无跌倒史,检查四肢肌力、肌张力、Romberg 试验、共济试验、关节活动度,步态和平衡。对存在跌倒高风险的老年患者需要综合处理,包括康复治疗师指导老年患者进行平衡、耐力和柔韧性锻炼,以及居家环境的安全评估和防跌倒改造(详见第二篇第十章跌倒)。

(三) 认知功能评估

1. 痴呆 是老年人的重要致残原因,发病率很高,但痴呆早期常被忽视,痴呆筛查和评估有利于早期诊断、早期治疗,延缓疾病进展(详见第二篇第三章)。

2. 谵妄 可引起认知功能急性改变,且症状有波动性和一定的可逆性,应予以鉴别(详见第二篇第一章)。

(四) 抑郁、焦虑评估

老年人因罹患多种慢性疾病、功能残缺、经历丧亲之痛等,抑郁状态的发病率高达15%。表现为情绪低落、兴趣爱好丧失、主动活动减少,也可表现为睡眠障碍和疲乏等躯体症状,并常影响躯体疾病严重性的评估,引起失能、医疗资源消费增加。可以通过问题询问或老年抑郁量表(geriatric depression scale, GDS)来进行初步筛查(详见第二篇第四章)。

(五) 社会和经济评估

社会支持系统和经济情况对衰弱的、躯体功能和认知功能损害的老年患者非常重要,故要明确老年患者的照料者和经济支持者,与他们沟通;了解老年患者的经济基础、患者及家属的治疗目标、照料者的负担情况等,这有助于制订合理的、可行的干预措施。

(六) 居家环境评估

对于存在功能障碍的老年患者,由医师、护士、作业治疗师进行家访。评估老年患者在家的功能情况,以及居家环境的安全性,了解老年患者在家里能得到的支持情况,评估是否需要采取必要的安全措施,如安装扶手、抬高坐椅和坐便器的高度、加大门宽以便轮椅通行、移除可能造成跌倒的地毯、障碍物等。通过干预,最大限度地维持老年患者生活独立和自理能力,减少跌倒的发生。

(七) 生前预嘱的评估

了解患者对死亡的态度,了解其关于使用高级生命支持治疗的意愿,有时需要与患者及家属讨论延长生命与生活质量、生命支持治疗的利弊等问题。目的是充分尊重患者的知情权和自主权,帮助患者减少痛苦、有尊严地离开,并使医疗资源得到合理利用(详见第一篇第六章)。

三、CGA 的实施步骤

鉴于 CGA 涉及的内容广而繁杂,可以先通过单一问题筛查,发现问题再做进一步评估,具体有两种实施方式:

1. 由老年医学团队在老年整合门诊、病房完成。
2. 由老年科医师分步进行,在初次就诊时先处理关键问题并给出重要的建议,在随后的就诊中分次完善其他的筛查评估,必要时请相关的专科医师以会诊的形式参与评估和治疗干预。

表 1-1-1 总结了老年综合评估的内容、筛查方法及干预措施。

表 1-1-1 老年综合评估的内容、筛查方法和干预措施

评估内容		筛查方法	干预措施
全面的 医疗评 估内容	疾病	完整的病史、查体	针对性实验室检查和影像学检查
	用药管理	详尽的用药史(处方、非处方药物)	剂量个体化、规范治疗,最好有临床药师参与
	营养	测体重、BMI、营养风险筛查	膳食评估,营养师指导
	口腔	牙齿和牙龈健康,咀嚼功能评估	口腔科治疗,戴义齿
	听力	注意听力问题,听力计检测	除外耳聋,耳科会诊,佩戴助听器

续表

评估内容		筛查方法	干预措施
全面的 医疗评 估内容	视力	询问视力问题, Snellen 视力表检测	眼科会诊, 纠正视力障碍
	尿失禁	在近 1 年是否有不能控制排尿而弄湿裤子, 这种情况是否超过 5 次	去除可逆原因, 行为和药物治疗, 妇科、泌尿外科会诊
	便秘	询问大便次数、性状	综合处理
	慢性疼痛	评估疼痛程度、部位	寻找病因, 控制症状
认知及情感		关注记忆力障碍问题, 3 个物品记忆力评估、MMSE 或 Mini-Cog 检测	老年科或神经科专业评估和治疗
		是否常感到心情低落或悲伤, GDS 评估	老年医学科或医学心理科治疗
躯体功能		ADL(Katz Index)	康复治疗、陪伴和照顾
		IADL(Lawton Index)	
		跌倒史, 尤其是近 1 年的跌倒史	防跌倒宣教和居住环境改造
社会和环境		步态和平衡评估	
		社会支持系统情况、经济情况	详细了解, 社会工作者参与
		居住环境情况、居家安全性	家访, 防跌倒改造

(王秋梅)

第二章

老年住院患者的管理

在住院患者中约 1/3 是 ≥ 65 岁的老年患者。尽管老年患者的住院医疗原则与成年患者相同,但有其自身的特点,如共病、多重用药、功能状态下降、认知能力下降、社会支持减少等,使得老年患者从入院到出院的诊疗及护理过程中有一些需要注意的问题。

一、入院时应注意的问题

1. 老年患者所表述的症状较为复杂,并且不典型,需要予以关注,并需要较为耐心地收集并加以整理;同时还应与其家属或照料者交流、了解老年患者的情况;必要时还应向老年患者的首诊医师了解相关情况。

2. 老年患者在出现急性病症或慢性疾病急性加重时需要入院治疗,常见的入院病因有心力衰竭、肺炎、心血管疾病、COPD、卒中、骨关节炎、泌尿系感染、髋部骨折等。此外,往往还伴有诸如视力或听力损害、失能、跌倒高风险、营养不良、尿失禁、抑郁、认知能力下降、功能状态下降等常见老年问题。因此,有必要对住院的老年患者进行全面的疾病筛查与评估(表 1-2-1)(详见第一篇第一章)。

表 1-2-1 老年患者入院时筛查的内容

步骤	评估内容
既往史	包括疫苗接种史
用药回顾	评估每一个药物的适应证、药物剂量是否合适、潜在的药物交叉反应 了解老年患者用药的依从性
社会方面	了解老年患者的功能状态,完成 ADL 及 IADL 了解老年患者的社会支持情况及照料者

续表

步骤	评估内容
社会方面	了解老年患者是否安全(走失、跌倒)
系统回顾	最近 6 个月体重减轻情况 饮食变化 有无厌食、恶心、呕吐、腹泻 有无记忆问题或混淆事物 有无跌倒和行走困难 有无视力和听力障碍
体格检查	脉搏(通过心电图检查明确是否存在心律失常) 有无皮下脂肪的减少、肌肉的减少、水肿、腹水 使用 Mini-Cog 或 MMSE 筛查认知功能 评估视力和听力 筛查抑郁

引自:Pompei P, Murphy JB. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society, 2006.

(1)用药核查:入院时应回顾老年患者的用药情况,列出所有不同医师开具的药品,包括 OTC 和保健类药品,发现可能的药物不良作用及没必要使用的药品。最好有药师的参与。

(2)衰弱:衰弱预示有较高的致残和致死的风险,这部分老年患者会发生进一步的功能状态下降、认知能力下降、谵妄,住院日延长、住院花费增加。及时发现老年患者是否处于衰弱状态有助于判断病情,提前考虑后续的计划,并向家属交代预后(详见第二篇第十二章)。

(3)评估功能状态:老年人的功能状态与其生活质量密切相关,可通过 ADL 及 IADL 来判断入院时老年患者的功能状态。在治疗急性病症的同时,也要采取必要的干预措施来维持和改善老年患者的功能状态。干预措施包括:医院内的活动和锻炼、物理康复治疗等,最好有康复师(物理治疗师)的参与。

(4)筛查认知功能:MMSE 或 Mini-Cog 等有助于筛查认知功能下降、可能的痴呆患者。如果老年患者的认知能力下降,发生谵妄的风险将增加。对于痴呆患者则应考虑后续的医疗护理计划(详见第二篇第三章)。

(5)了解老年患者的态度:有无生前预嘱或类似的嘱托及声明,如不做气管插管、不做心肺复苏等(详见第一篇第六章)。还应了解家属的态度,是否支持患者的想法。

(6)判断预后,明确治疗目标:在上述步骤后,对老年患者的病情及预后作出