

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

全科医学常见健康问题

(老年问题分册)

朱汉民 主编



科学出版社

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

全科医学常见健康问题

(老年问题分册)

朱汉民 主编

科学出版社

1999

内 容 简 介

本书是《全科医学系列教材》之一。书中根据社区老年保健工作的特点,较全面、系统地阐述了社区老年保健的需求,社区人口老龄化和老年保健状态的分析方法,社区老年保健网络的建立及组织形式,社区老年保健的四级预防原则,临床预防,保健计划的制定及评估方法,全科医生在社区老年保健中的地位,工作原则、方式和责任。书中还根据老年人的生理特点,对提高老年人的生活质量、延缓衰老,对老年期常见病的防治等都根据社区全科医生开展工作的要求作了详细的叙述。

本书可供社区医务工作者、全科医生、各级医院的老年医学专业人员及医学院校师生参考。

图书在版编目(CIP)数据

全科医学常见健康问题:老年问题分册/朱汉民主编. -北京:科学出版社, 1999. 4

(全科医学系列教材/曹泽毅总主编)

ISBN 7-03-007362-2

I. 全… II. 朱… III. ①临床医学②老年保健学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 05595 号

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

北京双青印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1999 年 4 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

1999 年 4 月第一次印刷 印张:12

印数:1—6 200 字数:268 000

定价:18.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换(环伟))

《全科医学系列教材》编委会

主 编	曹泽毅			
副主编	孙爱明	周东海	顾 媛	李 霞
编 委	林 锴	蔡素筠	石民生	杨秉辉
	张明岛	刘本俶	张树基	吴锡桂
	刘凤奎	张志真	李齐岳	胡大一
	董 悦	谭维溢	王均乐	李 宁
	李曼春	梁万年	崔树起	吕 繁
	李雅媛			
顾 问	彭瑞聰	戴玉华	刘 俊	徐群渊
	曾昭耆	张孔来	李天霖	黄筵庭
	何慧德	姚 宏	陆广莘	林菊英

全科医学常见健康问题
(老年问题分册)

主 编	朱汉民		
编 者	顾同进	祝姗姗	孔新民
	瞿美钧	耿晓芳	郑洁皎

总 序

在 1996 年底召开的中央卫生工作会议和 1997 年初公布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》上,将社区卫生服务作为城市卫生改革的重要举措,提到了显要的地位上。而全科医生作为社区卫生服务的中坚力量,也引起了全社会的重视。他们将对社区民众,特别是老年人、妇女、儿童、残疾人等特殊人群提供综合、持续、协调、可及的基层医疗保健服务,成为社区家庭的健康护卫者、咨询者和教育者,并担任即将全面推开的医疗保险的“守门人”。为此,全科医生的教育培训和考试,就成为一个亟待解决的重要问题。

全科医生的工作模式与传统的专科医生有所不同。他们立足于社区,以社区民众的卫生需求为导向,以人与健康为中心,按照人的生命周期和家庭发展周期对各种主要危险因素和疾病进行长期的监测与控制,其“防、治、保、康、健康教育一体化”的方便快捷的服务能使老百姓切实受益,但对于医学界和医学教育界来说,也提出了严峻的挑战。这就需要我们转变原来以疾病为中心、以医生为中心的生物医学模式,而真正将服务与教育的重点转到预防、保健、医疗、康复的全程服务以及对生物医学和与之相关的人文社会知识技能同等重视的教育上来。因此,新型教材的编写与相应的师资队伍培训,是全科医学在我国扎根与发展的一个关键策略。

中华医学会全科医学分会于 1996 年起,策划编写一套全科医学系列教材,其对象是现有的基层医务人员、二、三级医院有志于走向社区的医生,以及各类教育培训计划(包括成人大专教育和本科毕业后教育等)的培训对象;其内容主要涉及临床阶段综合性的教育培训和实习,包括全科医学导论、全科医疗常见健康问题、相关的心理与精神卫生、中医学、科研、管理、预防保健、康复,乃至全科医生需要熟悉的社区护理等,此外还有全科医疗诊疗手册、急诊手册、常用药物手册、病人教育手册、实习手册等。编写者是我国多年来从事全科医学服务与教育试点工作的专业人士,以及热心参与全科医学发展的各学科的专家。相信本系列教材的出版将对我国全科医生的培养以及全科医学的发展起到一定的推进作用。由于我国国情与西方的差别,以及本学科在我国的服务实践和研究发展并不充分,在编写过程中遇到很多困难,甚至还存在一些类似于专科医学的思路,难以达到预期的水平。希望广大读者在使用中带着批判的眼光与我们共同切磋,及时把各种意见和建议反馈给我们,使之在今后得以不断完善,最终成为一套较为成熟的教材。

曹泽毅

一九九八年六月于北京

前言

人口老龄化是 21 世纪的重大社会问题,是国际社会普遍关注的热点。我国是世界人口大国,近五十年来经历了从高出生率、高死亡率向低出生率、低死亡率转化,人口老龄化来势极为迅猛,数量为世界之冠。庞大的老年队伍的保健需求对极有限的卫生资源带来巨大的压力。医学发展在有效地克服急性感染性疾病使人能活到老年期后,努力推迟衰老,缩短无生活能力的晚期,提高老年人生活质量和健康素质,就成为老年期的首要卫生战略目标。衰老、陋习、废用、不良生活方式和环境因素造成的当代老年病,使在寿终前毁去老年人部分或全部独立生活能力,因此对于老年人,迫切需要的是保护好功能,既要防治疾病和老化相关性疾病,又要防治老化无关疾病和残疾恶化,使老年人尽可能地保持良好生活质量,而不是集中力量应付已造成的损害,因此专科式的医疗服务难以解决老年的健康问题,而全科医疗以其医疗保健服务的连续性、多科性、生物、心理及社会医学的完整性成为老年保健的最理想的模式。

依托社区服务的家庭养护将是下世纪老年保健的主要形式。社区是老年人日常起居和主要活动场所,对社区有较大的依附性,是社区的主要服务对象。缓解老年人的医疗需求,方便老人就医,社区及社区的组成成分家庭将成为社会最基本的卫生保健“机构”而发挥其重要职能。老年人的许多医护工作并不一定要住院或非要医护人员来执行,有时,有些医护工作及日常生活照料也难以分割,只要全科医务人员向家庭人员稍微传授一些简易医护技术,就可使老年人得到适时的帮助,解决病痛。家庭病床的设置也是全科医疗与社区保健相结合的有效形式,既开拓、发展了家庭的保健功能,又适合当前的经济发展水平,更满足老年人不脱离习惯环境的心理要求。家庭人员参与医护工作,既得到学习卫生知识机会,为防病、治病提供了一个良好的宣传环境,也使家庭人员在医护老人的过程中增加了感情交流,传统的道德责任感得到了加强。

全科医学、社区老年保健涉及各级医疗机构的责任。三级(省、市级)医院是地区集中医疗保健资源最多的机构,将以研究和培训的方式负担起社区老年保健和全科医疗的责任,提供疾病防治有效的干预措施和方法。区级和社区的医疗机构将在单纯医疗的同时大力发展康复医学工作,预防生理功能的残疾和保护好残存功能并促使其最大限度的发挥将成为康复的主要内容。

基于以上的老年保健需求,我们组织了长期从事老年医疗保健人员从全科医学和社区老年保健两个角度编写本书作为一次新的探索。限于编者的认识和能力,书中难免存在错误、缺点和不足,恳请使用本教材的读者惠予指示。

在编写过程中,承蒙北京协和医院顾谏教授、北京老年病研究中心项曼君教授悉心指导,上海市卫生局医教处李霞处长、上海华东医院张韵主治医师给予热情而真诚的帮助,在此一并致以诚挚的谢意。

朱汉民

1998 年 12 月

目 录

总序

前言

第一章 社区老年保健概论	1
一、社区老年保健服务需求	1
(一) 社区是老年保健实施最主要的场所	1
(二) 依托社区服务的家庭养护是老年保健的主要形式	1
(三) 社区老年保健的主要需求	2
二、社区人口老龄化和老年保健状态的分析	3
(一) 老年的起点	3
(二) 人口老化	3
(三) 健康老龄化(healthy ageing)	4
(四) 老年保健状况分析	6
三、三级社区老年保健网络多元化和社会化	13
四、社区老年保健的四级预防原则	13
(一) 预防医学是社区老年保健的重要内容	13
(二) 老年保健的四级预防原则	13
第二章 社区老年保健的计划与评估	15
一、社区老年保健规划目标制定的指导思想、方法、程序和结构要素	15
(一) 指导思想	15
(二) 制定规划的方法和步骤	15
(三) 结构要素研究范围和内容	16
二、社区老年保健的评估与监测	20
三、社区老年保健中的临床预防服务	21
(一) 临床预防的意义	21
(二) 临床预防是临床医学和预防医学的发展	21
(三) 临床预防的指导原则	22
(四) 临床预防方法	22
(五) 临床预防方法举例	23
第三章 全科医生与社区老年保健	26
一、全科医学在社区老年保健中的地位	26
二、全科医生开展社区老年保健的工作原则、方式和责任	27
(一) 工作原则	27
(二) 工作方式	29
三、老年保健工作的调查方法	33
(一) 调查对象	33

(二) 资料收集范围	33
(三) 社区卫生调查设计的基本原则	34
第四章 老年流行病学和衰老变化	35
一、老年的流行病学	35
(一) 世界人口老龄化的现状和趋势	35
(二) 我国人口老龄化的现状和趋势	35
(三) 我国老年人的卫生保健情况	37
二、衰老的机制	39
(一) 人的寿限	39
(二) 衰老的机制	39
三、老年人重要器官的解剖和生理特征	41
(一) 老年人衰老变化差异的特征	41
(二) 衰老变化的几个主要类型	42
(三) 纵向观察时间久长常难于坚持完成	42
(四) 体表衰老特征改变的临床意义	42
(五) 老年人体液成分分布的变化	43
(六) 老年人心血管衰老变化	43
(七) 老年人肾功能特点	44
(八) 肺功能的年龄变化	45
(九) 内分泌功能与衰老	46
(十) 免疫系统衰老变化	46
(十一) 血液系统衰老变化	47
(十二) 其他衰老变化	48
四、延缓衰老的方法	48
(一) 饮食调控	48
(二) 重视对慢性病的防治	49
(三) 提高机体免疫功能	49
(四) 抗自由基损伤	50
(五) 保持心理健康	50
第五章 常见老年相关性疾病的社区防治	52
一、肺炎	53
(一) 发病机制	53
(二) 临床表现和诊断	54
(三) 治疗	54
(四) 病程随访的主要方面	55
二、阻塞性肺气肿与并发的肺原性心脏病	55
(一) 肺气肿的病理	56
(二) 临床症状	56
(三) 诊断与鉴别诊断	57
(四) 治疗	57
三、老年睡眠呼吸暂停综合征	60

(一) 睡眠呼吸暂停分型	60
(二) 老年人睡眠呼吸暂停综合征的诊断	60
(三) 老年人睡眠呼吸暂停综合征的防治	61
四、老年人高血压病	61
(一) 高血压病的诊断标准	62
(二) 分型	62
(三) 老年高血压病的特点	62
(四) 治疗	63
(五) 平时随访	64
(六) 急变指标及转院指标	65
五、冠状动脉粥样硬化性心脏病	65
(一) 心绞痛	66
(二) 心肌梗死	68
六、心律失常	70
(一) 分类	71
(二) 老年人心律失常的特点	75
(三) 老年人患心律失常的自我保健和监护	75
七、老年退行性心瓣膜病	77
(一) 临床表现	77
(二) 诊断	78
(三) 治疗	78
(四) 平时随访	78
(五) 急变指标及转院指标	78
八、反流性食管炎	79
(一) 发病机制	80
(二) 临床症状	80
(三) 诊断	80
(四) 治疗	81
九、老年人便秘	83
(一) 老年人习惯性便秘发病的有关因素	83
(二) 并发症及其临床表现	83
(三) 便秘的治疗	84
(四) 平时随访	84
(五) 急变指标及转院指标	85
十、胆石症	85
(一) 分类和发病机制	86
(二) 胆结石的临床症状	86
(三) 老年人胆石症的特点	87
(四) 胆石症的诊断	87
(五) 胆石症的治疗	87
(六) 平时随访	88

(七) 急变指标及转院指标	88
十一、老年人糖尿病	89
(一) 老年人糖尿病的特点	90
(二) 老年人糖尿病的诊断	91
(三) 老年人糖尿病的并发症	91
(四) 治疗要点	91
(五) 平时随访	92
(六) 急变指标及转院指标	92
十二、前列腺肥大	93
(一) 临床症状分期	94
(二) 前列腺增生症的治疗	94
(三) 前列腺增生症急性尿潴留的防治	94
十三、尿失禁	95
(一) 全身因素	95
(二) 局部因素	95
(三) 治疗	95
十四、老年人中风的防治	96
(一) 中风的临床类型区分	97
(二) 根据临床表现区分临床类型	98
(三) 中风发生的原因	99
(四) 中风的预防和治疗	101
十五、老年性痴呆	102
(一) 病因	102
(二) 病理改变	102
(三) 临床表现	103
(四) 诊断和鉴别诊断	104
(五) 处理	109
十六、老年期抑郁症	110
(一) 流行病学	110
(二) 病因病理学机制	111
(三) 临床特征和诊断	111
(四) 治疗	113
(五) 预后	114
(六) 病例分析	115
十七、老年人骨质疏松症	116
(一) 骨质疏松症的基本概念	116
(二) 老年人骨质疏松发生、发病情况	116
(三) 骨质疏松的发生机制	117
(四) 骨质疏松症的类型	117
(五) 骨质疏松的高危人群	118
(六) 骨质疏松症的诊断	118

(七) 老年人骨质疏松的防治	119
十八、老年人骨关节病	121
(一) 骨关节病的分类和病因	121
(二) 骨关节病的病理	122
(三) 骨关节病的临床表现	123
(四) 骨关节病的实验室检查	125
(五) 骨关节病的影像学检查	126
(六) 骨关节病的防治	126
十九、老年人病毒性肝炎	127
(一) 分型	128
(二) 急性病毒性肝炎的临床表现	128
(三) 治疗	129
(四) 平时随访(急性肝炎出院后随访)	130
(五) 慢病急变及转院指标	130
二十、更年期与老年妇女妇科疾病	131
(一) 更年期综合征	131
(二) 老年妇女常见妇科疾病	135
二十一、老年白内障	137
(一) 病因	137
(二) 病机	137
(三) 临床表现	137
(四) 诊断方法	138
(五) 防治	138
(六) 平时随访	139
二十二、老年性耳聋	139
(一) 发病情况	139
(二) 临床表现	140
(三) 诊断要点	140
(四) 鉴别诊断	140
(五) 预防和治疗	140
(六) 平时随访	141
二十三、老年人常见口腔病的防治	141
(一) 老年性口腔生理性改变	141
(二) 老年人龋病	143
(三) 老年人牙齿磨耗症	146
(四) 老年人牙周病	147
(五) 老年人口腔粘膜病	150
(六) 老年人颞颌关节功能障碍	151
(七) 老年人牙齿缺失及修复	153
二十四、老年瘙痒症	155
(一) 病因和病机	156

(二) 临床表现	156
(三) 防治	156
(四) 平时随访	157
第六章 老年人用药	158
一、用药的目的	158
二、药物的体内过程	158
三、老年人生理、病理因素的改变对药效学的影响	159
(一) 药物吸收	159
(二) 药物分布	159
(三) 药物代谢	160
(四) 药物的肾脏排泄	160
(五) 内环境稳定能力	161
四、老年人用药的特点	161
(一) 用药种类多	161
(二) 合并用药,药物相互作用机会多,使药物不良反应发生率增高	161
(三) 药物治疗的顺从性	162
五、老年人用药的几点原则	162
六、病例分析	162
(一) 抗菌药物引起的药物不良反应典型病例分析	162
(二) 心血管药物引起的药物不良反应典型病例分析	163
(三) 口服降糖药物引起的药物不良反应典型病例分析	164
(四) 镇静安眠药引起的药物不良反应典型病例分析	165
第七章 老年社区康复	167
一、康复的生理基础	167
(一) 残疾的含义	167
(二) 康复对机体的作用	167
二、社区老年人康复的组织	168
(一) 三级社区康复网(如下页图所示)	168
(二) 社区老年人康复组织	168
三、社区老年人常用的康复方法	169
(一) 社区应建立老年人康复档案	170
(二) 社区医疗康复种类	170
四、社区老年人常见病的康复	170
(一) 心血管疾病的康复	170
(二) 慢性阻塞性肺疾病的康复	172
(三) 糖尿病的康复	173
(四) 老年骨关节病的康复	173
(五) 老年性痴呆的康复	175
(六) 尿潴留与尿失禁的康复	175
(七) 脑血管意外后的康复	176
(八) 脑血管意外后案例	177

第一章 社区老年保健概论

老年人是一组易患多种慢性病、多种器官同时损害、活动能力减退、生活难以自理,以及对社会健康服务、生活照料、医疗需求较多的人群。他们中绝大多数生活在社区,因此,实施老年保健只能依赖全科医学才能对其提供有效的、初级的、连续性的、综合性的和整体性的医疗照顾。

一、社区老年保健服务需求

(一) 社区是老年保健实施最主要的场所

老年人主要生活在社区。1992年,联合国第47次大会通过的《2001年全球解决人口老龄化问题方面的奋斗目标》中有八项目标,其中第三项目标是:“支持以社区为单位,为老年人提供必要的照顾,并组织由老年人参加的活动。”对老年人医疗、预防、保健、康复这类从卫生角度的照顾只能在社区中开展,也只能依靠社区的方式去具体实现。

社区(communitv)一词是法国学者托尼斯(Ferdinand Tonnies 1859~1936)1881年提出的。此后100多年来,国际上对“社区”的定义多达140余种,但其基本含义是指一定区域内、按一定的社会制度和社会关系组织起来的具有共同人口性的地域生活共同体。尽管各种社区的人口规模、地域大小不同,但任何社区一般都包括人群、地域、特有的文化背景、生活方式和认同意识、一定的生活制度、生活服务实施和管理结构等几个要素。在我国,城市社区是指街道、居委会;农村社区是指乡镇、村。

(二) 依托社区服务的家庭养护是老年保健的主要方式

21世纪30年代前后,大批现代中年人将进入老年期,65岁以上的老人将占总人口的四分之一,人口老龄化将达颠峰状态。所以,为缓解老人的医疗需求,缓和老人的就医不便,家庭将成为社会最基本的卫生保健“结构”而发挥其重要的职能。老年人的许多医护工作并不一定要住院或非要医护人员来执行,有时,有些医护工作与日常的生活照料也难于分割,只要家庭人员稍微学习一些简易医护技术,就可使老人得到适时的帮助,解决病痛。以上海为例,目前已在向小康水平过渡,虽然医疗费用必将随经济发展而有所增加,但不可能有超幅度的增加,因此,开拓、发展家庭保健功能,包括设置家庭病床,既可充分利用家庭各项生活实施,又因医疗费用(如家庭病床)低廉,可降低社会对医疗的负担,所以是适合当前和下世纪经济发展水平的好举措。

家庭老年保健职能的拓展有利于满足老年人不脱离习惯环境的心理要求。例如,70%~90%的上海老人希望在家庭中度过晚年,一些发达国家也正在摒弃大量的建造养

老院的做法,转向重视和鼓励老年人在家养老。家庭人员参与了医护工作,既可得到许多学习卫生知识的机会,学到防病、治病的知识和经验,又可在医护老人的过程中增加与老人的情感交流,增强传统的道德责任感。

大量独生子女的父母在 21 世纪前叶将进入老年期,其中的大多数人还将面临空巢家庭的居住形式。无论现代老人还是未来老人,在其体弱多病或生活不能自理时,要获得服务上的帮助,完全寄希望于子女都是与现代经济发展形势不相容的,若建造大批社会养老设施,如养老院、福利院,又限于物力、财力,难以提供、解决几百万老人的保健和养护,因此建立健全并完善社区服务事业,就近对老人提供各种急需的服务和帮助,包括日间托老所,既便于老人往返,也减轻年轻一代照顾老人的负担。依托社区服务基础上的家庭养护,是解决老年人保健和养护最主要、最能实施的形式。

(三) 社区老年保健的主要需求

保健(health care)是指保卫或维护健康。根据世界卫生组织(WHO)于 1946 年成立大会的宣言中对健康的定义,“健康是指躯体、心理、社会三方面都处于最适状态”,这比生物医学模式中的“健康是没有疾病”定义要宽阔得多。这个健康定义也可称生活质量定义,更适合老人。因此,老年保健的目标和及其需求应是老年人的躯体、心理、社会三方面经常处于最适状态。

(1) 健康和保健需求。主要目标是:维护和促进老年人健康,延缓衰老,保持良好的独立生活能力,提高生活质量。主要方式是:周期性体格检查和健康教育(见下节)。主要要求是:积极地消除各种对人体有害的因素,提高人体对外界环境的适应力,掌握一些常见病的预防方法,提高自我保健意识和能力,学会自我保健本领。

(2) 预防和医疗需求。主要目标是:老年期新发生的疾病的防治(老年期感染、药物不良反应、精神心理障碍的预防),慢性病的及时诊治和坚持治疗,防止发展和恶化。主要方式是:直接向社区老人提供一级医疗服务,如门诊、出诊、巡回医疗、家庭访视(包括设置家庭病床)。主要要求是:提供和承担首次服务[老人出现卫生问题时的首次服务,或称一级接触(first contact)]、综合性和连续性的医疗服务。

(3) 护理需求。主要目标是:使老人能得到一般护理(清洁卫生、饮食、睡眠、服药等护理)和疾病防治要求的特殊需求护理服务。主要方式:采用在社区的医院、卫生站和家庭中能开展的适宜护理技术。主要要求:除社区专业卫生保健人员执行并指导家庭人员和老年人学会在自己能力范围内可实施的护理技术。

(4) 康复需求。主要目标:保持健康老人机体能力功能,延缓衰退,促进病残机体功能的恢复和代偿功能的发挥。主要方式:多种形式的体育锻炼和功能体操、简易康复器的使用、康复器材和手术方式的康复、高级精神活动康复。主要要求:以推广适合老人本人、家庭人员能开展的康复技术为主,专业医疗结构要提供有效的康复服务和康复指导、功能康复评估。

(5) 心理健康服务需求。涉及面广,从卫生保健范围来说主要目标是保持老人最佳心理健康状态,减少不良因素对心理健康的损害。主要方式:开设心理咨询业务和配合社区活动进行心理健康教育。主要方式:认识心理健康和身体健康的关系、维持良好心态的重

要性,重点使老人和家庭人员对疾病有正确理解,尽量减少因疾病而带来的多种心理、精神障碍。

二、社区人口老龄化和老年保健状态的分析

研究社区内老年人口规模即老年人口的数量和老年人口结构的变化、老年人口的性别年龄构成、人口老龄化的程度和发展速度是开展和规划社区老年卫生保健的必要依据。

(一) 老年的起点

为便于人口年龄结构的地区和国家之间进行对比,需要有一个统一标准的老年人口年龄起点。在历史上,以年代年龄 50 岁、60 岁、65 岁都曾作过老年的起点,第二次世界大战前后,许多国家以 60 岁作为老年人口的起点;1956 年联合国在《人口老化及其社会经济意义》一书中以 65 岁作为老年起点;1982 年维也纳老龄问题世界大会又以 60 岁作为老年起点;许多欧美国家规定 65 岁以上为老年人,我国则采用以年满 60 岁者为老年人。

至于退休年龄(又称社会年龄)则不但根据人们的生理状况,还需按社会经济发展的需要而定,因此世界各国对退休年龄的规定差异较大,有 70 岁、67 岁、65 岁和 60 岁不等。

生理年龄则是从医学、生物学观点出发,根据机体组织器官身体衰退的程度而推定。生理年龄一般大体与年代年龄相一致,但因各人器官退化衰老的速率不同亦可能不一致。

由于生理年龄较难测定,退休年龄要视各国社会经济发展状况而定,所以国际上划分老年起点一般都以年代年龄为准,当然也由于受社会历史条件的制约而各国有所不同。

(二) 人口老化

又称老龄化(aging of population 或 population aging),是指老年人在总人口所占的比例不断增长的过程,实际上就是各年龄组人口的比例关系。人口老化主要有两个原因:①老年人口绝对数的增加,占总人口数中的比值增大;②出生率下降,总人口数减少,使老年人口在总人口数中的比值相对增加。

度量人口老化的指标主要有以下 4 种:

(1) 老年人口系数。指老年人口在总人口中所占的比重,是最直接最常见的指标。计算公式为

$$\text{老年人口系数} = \frac{\text{60 岁或 65 岁以上老年人口数}}{\text{人口总数}} \times 100\%$$

(2) 少年儿童系数。指 0~14 岁人口在总人口中所占的比重。计算公式为

$$\text{少年儿童系数} = \frac{\text{0~14 岁人口数}}{\text{人口总数}} \times 100\%$$

(3) 年龄中位数。即将全体人口按年龄自然序列分成数目相等的两部分,处于中间位置的那群人的年龄。计算公式为

$$\text{年龄中位数} = \frac{\text{中位数组的年龄下限值} + (\text{人口总数} \div 2 - \text{中位数组之前各组人数累计}) \times \text{组距}}{\text{中位数组的人口数}}$$

(4) 老少比。即老年人口数与少年儿童人口数之比。计算公式为

$$\text{老少比} = \frac{\geq 60 \text{ 岁人口数}}{0 \sim 14 \text{ 岁人口数}} \times 100\%$$

在一般情况下,以上四个指标能反映出人口老化的程度和变化方向。目前通用的判断人口结构类型常用以上指标参数值分成三种人口类型(表 1-1)。

表 1-1 人口机构类型常用指标参数值

常用指标	年轻人口型	成年人口型	老年人口型
老年人口系数(%)	<4	4~7	≥7 (65 岁) ≥10(60 岁)
少年儿童系数(%)	>40	30~40	<30
年龄中位数(岁)	<20	20~30	>30(或 33)
老少比(%)	<10	10~24	>24

人口年龄结构类型的划分可以用来分析年龄结构对社会经济包括对卫生保健的影响,但这种划分均是在一定的历史背景下提出来的,有一定的适用范围,随着社会政治、经济的发展,在人口年龄结构的类型划分上,完全有可能会有新的发展。

(三) 健康老龄化(healthy ageing)

是指老年群体中大多数处于个人身心健康状况良好,各器官功能相对健全,能独立生活,能参与社会工作,体现为寿命长度,更重要的是寿命的质量。

个体因增龄而导致功能衰退的过程,称为个体老化。健康老龄化用于老年人的群体,健康老化则针对老人个体,两者合论时可用健康老化。老化和老龄化均来自英语 aging 一词。个体老化是指人体随着年岁增长在生理上所产生的衰老或功能减退过程,按其产生原因分为正常老化和病理性老化。前者指个体在无疾病状态下因增龄而自然产生的机体功能衰退,后者指个体因患病或意外伤害所产生的机体功能衰退或丧失。

联合国把健康老龄化作为《2001 年全球解决人口老龄化问题方面的奋斗目标》内容之一。世界卫生组织为延长人类寿命曾提出过“给生命以时间”的号召,以期通过生物学、医学的研究达到健康长寿的目的。而健康老龄化则较健康长寿更具有丰富的内容,既有个体的健康老化,又要求通过社会的整体功能,创造有利的社会环境和条件,促使老年群体的健康老化。

我国老龄科学家提出,要全面、科学地理解“健康老龄化”,必须明确六个要点:

(1) 健康老龄化的目标是老年人口群体的大多数人健康长寿,体现在健康预期寿命(healthy life expectancy)的提高。

长期以来,评价各个国家、民族的健康水平都一直沿用从人口死亡率(概率)计算出来的平均寿命或平均期望寿命(expectation of life)作为指标,因为死亡是最不健康的标志,且有明确的客观标准。多年来曾有许多学者试图用发病率或其他指标来度