

# 老年疾病 预警性诊治

● 王丽君 牟国煜 王正林 主编

清华大学出版社



# 老年疾病 预警性诊治

● 王丽君 牟国煜 王正林 主编

清华大学出版社  
北京

## 内 容 简 介

本书按照老年医学的特征,分为14个章节,内容包括老年与老年预防医学,老年患者的健康评估,老年人疾病筛查的原则,老年人健康行为的自我管理,老年康复,老年人疼痛治疗,麻醉,包括阿尔茨海默病在内的痴呆,冠状动脉粥样硬化性心脏病,肝脏、胆管和胰腺疾病,上消化道疾病,乳腺疾病,肺癌,消化系统恶性肿瘤。本书可供老年病研究学者和医生参考使用。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13701121933

### 图书在版编目(CIP)数据

老年疾病预警性诊治/王丽君,牟国煜,王正林主编.—北京:清华大学出版社,2014  
ISBN 978-7-302-37876-1

I. ①老… II. ①王… ②牟… ③王… III. ①老年病—诊疗 IV. ①R592

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第197216号

责任编辑:李 君 王 华

封面设计:戴国印

责任校对:王淑云

责任印制:宋 林

出版发行:清华大学出版社

网 址: <http://www.tup.com.cn>, <http://www.wqbook.com>

地 址:北京清华大学学研大厦A座 邮 编:100084

社总机:010-62770175 邮 购:010-62786544

投稿与读者服务:010-62776969, [c-service@tup.tsinghua.edu.cn](mailto:c-service@tup.tsinghua.edu.cn)

质 量 反 馈:010-62772015, [zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn](mailto:zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn)

印 装 者:北京密云胶印厂

经 销:全国新华书店

开 本:185mm×260mm

印 张:11.75

字 数:280千字

版 次:2014年9月第1版

印 次:2014年9月第1次印刷

印 数:1~1000

定 价:60.00元

---

产品编号:056530-01

## 编者名单

- 主    编    王丽君  牟国煜  王正林
- 副主编    齐中华  王  辉  卢书明  杜  萍
- 参    编    (按姓氏拼音排序)
- 杜  萍    (大连医科大学附属第一医院心脏内科)
- 刘晓颖    (大连医科大学附属第一医院干部保健科)
- 卢书明    (大连医科大学附属第一医院消化内科)
- 牟国煜    (大连医科大学附属第一医院普通外科)
- 齐中华    (大连医科大学附属第一医院神经内科)
- 王  辉    (大连医科大学附属第一医院急诊科)
- 王丽君    (大连医科大学附属第一医院放射科)
- 王正林    (大连医科大学附属第一医院普通外科)
- 张  振    (大连医科大学附属第一医院骨科)
- 张文涵    (大连医科大学附属第一医院呼吸内科)

# 前 言

人口老龄化指总人口中因年轻人口数量减少、年长人口数量增加而导致的老年人口比例相应增长。国际上通常把 60 岁以上的人口占总人口比例达到 10%，或 65 岁以上人口占总人口的比例达到 7% 作为国家或地区进入老龄化社会的标准。因此，根据我国人口老龄化所具有的人口多、发展快与经济发展不同步等特征，要求我们采取相应的措施，建设健康的老龄社会，这对实现我国可持续发展有重要意义。

与那些已经步入老龄化社会的国家（主要是发达国家）相比较，我国人口老龄化呈现出如下的特点。

## **我国老年人绝对数量大，增长速度快。**

老年人口绝对数量问题是人口老龄化首要问题，我国超大规模的老年人口将给我国社会和自然资源带来沉重的压力。可以看出，中国的老年人口无论在规模上还是在增量上都是极为突出的。

由于改革开放所带来的人民生活水平日益提高，及医疗卫生条件的改善，使人口预期寿命逐年延长，人口老龄化发展很快。研究表明，与发达国家相比，中国老龄化的速度更快，时间更短。

## **老龄化进程与经济发展不同步。**

中国人口老龄化与我国长期坚持的计划生育有直接关系，因而形成老龄化进程超前于经济发展的局面。发达国家的 65 岁以上的老龄人口达到 7% 时，人均国民生产总值一般在 1 万美元以上，而我国进入老龄化社会时，人均国民生产总值仅为 800 美元，发达国家的人口先富后老，我国则是未富先老。当我国进入老龄化社会时，我国所拥有的财富无法满足大量的仅作为消费者的老年人的生活需要，养老就将成为社会的主要问题。即使到 21 世纪中叶，我国人口老龄化达到峰值时，人均国民生产总值也只能达到中等发达国家水平，这表明中国老龄化进程和经济发展不同步的矛盾将持续较长的时间。

### 地区间老龄化程度差异较大。

由于我国地域辽阔,人口的迁徙率相对国外来说极低,地区间的人口分布不平衡,老龄化程度差异也较大。在东部经济发达地区和大中城市,人口已经进入老龄化阶段,而在中西部地区,人口老龄化的程度低于东部。此外,乡村老龄人口大大高于城镇,在老龄人口中,乡村占70%左右,而在美国、日本、英国、法国、德国等国,这个比例均低于15%~25%。

### 人口老龄化所带来的社会问题。

(1) 人口老龄化将导致劳动力年龄结构老化:随着经济发展,计划生育政策落实,人们生育观念改变,人口出生率逐渐下降,自然增长率逐渐趋近于零。同时,伴随人口老龄化发展,适龄劳动人口明显减少,必然引起劳动力的年龄结构老化、短缺,将对社会和经济各个领域产生相应影响。

(2) 产业被迫向国外转移:随着中国东部沿海日见富裕的城市工人变得越来越少,劳动力越来越昂贵,面临日益增长的经济压力,中国就会被迫移出装配工业和其他劳动密集型的制造业,而引进服务业和信息产业。

(3) 人口老龄化将导致社会负担加重,社会保障问题突出:一方面,随着我国人口老龄化发展,退休费用和各项补贴费用将大幅增加;另一方面,社会保障和福利费用将大幅增长;第三,由于存在二元经济结构,社会保障重在城镇,城镇职工社会保障基本框架虽已初步形成,但正经历着人口老龄化的考验。

同时,占全国老年人口大多数的乡村老年人是经济上最弱势群体之一,缺乏养老、医疗、照料服务等基本社会保障,存在“因病致贫”、“因病返贫”问题,保障状况亟待改善。

(4) 人口老龄化将导致家庭规模和家庭结构变化,老龄伦理问题越来越突出:随着老年人口数量的增加和占总人口比例的上升,空巢老人增加以及独生子女增多,家庭规模趋向小型化,两代户成为主体,传统家庭养老已面临挑战,代际之间的孝道、赡养、照料老人的观念日益淡化,家庭为老人提供最基本生活保障的传统不断削弱,获得子女经济支持的老人比例下降;在精神慰藉方面更为缺乏,还有一些虐待老人和侵权、占据房产、财产的现象时有发生,对老人身心健康带来较大冲击,一些孤独老人因无人照料导致早亡等现象应引起社会关注,传统的养老方式和观念应向社会养老转变,而当前社会养老和社区服务都还较为薄弱。

人口老龄化的结果,势必对老年人本身,对家庭、社会及国家带来一系列新问题,因此,要积极地研究对策,建立健全具有中国特色的社会养老制度和老年医疗保险制度,加强老年学和老年医学研究,加强老年医疗保健康复工作与老年健康教育,做到老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐,使老年人健康长寿。

老年医学的内容广泛,尤其近几年由于医疗技术的发展,老年人期望寿命增高。因此老年预防医学与老年保健工作显得尤为重要,老年预防医学是研究如何预防老年病;老年保健工作是通过各种努力尽量保持老年人身体各器官的正常功能,维护老年人身体的健康。这两者密切相关,重点在研究抗衰老措施,普及卫生知识,对已患的疾病,即使不能治愈亦要争

取减少病残。许多老年病是中年患病延续下来的，而多病的中年也难得有健康的老年，所以老年预防医学和老年保健研究都要涉及中年的防病和中年的保健，这就是本书提出“预警性诊治”的目的所在。

由于我们的水平有限，书中难免有不足之处，恳请各位读者批评指正，我们将不胜感激。

编者

于大连医科大学附属第一医院

2014年6月

# 目 录

<b>第 1 章 老年与老年预防医学</b> .....	1
1.1 老年医学基本概念 .....	1
1.2 人口老龄化 .....	2
1.3 预防老年学 .....	3
1.4 不良健康后果有关的行为 .....	4
1.5 增加风险的因素 .....	5
结论 .....	10
参考文献 .....	10
<b>第 2 章 老年患者的健康评估</b> .....	11
2.1 老年患者的健康评估 .....	11
2.2 影响老年患者临床表现的因素 .....	12
2.3 老年疾病诊断的原因 .....	13
2.4 评估和解释评估结果的问题 .....	13
2.5 老年患者诊断检查 .....	16
结论 .....	18
参考文献 .....	18
<b>第 3 章 老年人疾病筛查的原则</b> .....	20
3.1 引起死亡的疾病和影响因素 .....	20
3.2 疾病筛查 .....	21
3.3 将筛查原则应用于特定癌症 .....	24
3.4 非癌症疾病的筛查 .....	32
参考文献 .....	33
<b>第 4 章 老年人健康行为的自我管理</b> .....	34
4.1 自我管理涉及的相关问题 .....	34



4.2	理解自我管理复杂性的概念框架 .....	39
4.3	将自我管理融入老年医学的原则和建议 .....	41
4.4	自我管理的目标（一般原则） .....	43
	参考文献 .....	43
<b>第5章</b>	<b>老年康复 .....</b>	<b>45</b>
5.1	老年康复的定义 .....	45
5.2	老年人的残疾 .....	46
5.3	康复治疗的具体情况 .....	48
	结论 .....	57
	参考文献 .....	57
<b>第6章</b>	<b>老年人疼痛治疗 .....</b>	<b>58</b>
6.1	疼痛的定义及分类 .....	58
6.2	老年疼痛患者 .....	61
6.3	衰老如何影响疼痛感知 .....	62
6.4	持续性疼痛的治疗 .....	63
6.5	止痛剂 .....	65
6.6	麻醉及神经外科方法在疼痛治疗中的应用 .....	68
6.7	疼痛治疗中的非药物方法 .....	69
6.8	老年人疼痛的社会心理治疗 .....	69
	参考文献 .....	70
<b>第7章</b>	<b>麻醉 .....</b>	<b>72</b>
7.1	麻醉发展的三个阶段 .....	72
7.2	现代麻醉的范围 .....	73
7.3	临床麻醉 .....	73
7.4	麻醉在老年患者手术中的应用 .....	74
	结论 .....	80
	参考文献 .....	81
<b>第8章</b>	<b>包括阿尔茨海默病在内的痴呆 .....</b>	<b>82</b>
8.1	阿尔茨海默病的病理学 .....	82
8.2	阿尔茨海默病的流行病学和危险因素 .....	87
8.3	阿尔茨海默病的临床表现 .....	89

8.4 阿尔茨海默病的诊断	90
8.5 阿尔茨海默病患者的管理	91
结论	92
参考文献	93
<b>第9章 冠状动脉粥样硬化性心脏病</b>	<b>94</b>
9.1 概述	94
9.2 诊断性评估	101
9.3 冠状动脉粥样硬化性心脏病预后	102
9.4 急性冠状动脉综合征的治疗	102
9.5 二级预防策略	104
9.6 心肌梗死后的检查	106
结论	106
参考文献	107
<b>第10章 肝脏、胆管和胰腺疾病</b>	<b>109</b>
10.1 肝脏疾病	110
10.2 胆管疾病	114
10.3 胰腺疾病	119
参考文献	122
<b>第11章 上消化道疾病</b>	<b>123</b>
11.1 上消化道出血	123
11.2 胃食管反流病	126
11.3 消化性溃疡	128
11.4 胃癌	132
参考文献	135
<b>第12章 乳腺疾病</b>	<b>137</b>
12.1 乳腺癌的病因	138
12.2 乳腺癌的临床表现	138
12.3 乳腺癌的检查	139
12.4 乳腺癌的危险因素和生物学	139
12.5 乳腺癌的诊断	140
12.6 乳腺癌治疗	141

结论 .....	147
参考文献 .....	147
<b>第 13 章 肺癌 .....</b>	<b>149</b>
13.1 肺的解剖结构 .....	149
13.2 肺癌介绍 .....	150
13.3 非小细胞肺癌的治疗 .....	155
13.4 小细胞肺癌 .....	157
13.5 肺上沟肿瘤 .....	159
13.6 上腔静脉综合征 .....	159
13.7 孤立性脑转移瘤 .....	160
13.8 肺癌的预防 .....	161
参考文献 .....	161
<b>第 14 章 消化系统恶性肿瘤 .....</b>	<b>162</b>
14.1 胰腺癌 .....	162
14.2 胃癌 .....	166
14.3 原发性肝癌 .....	168
14.4 食管癌 .....	170
14.5 胆囊癌 .....	171
14.6 结直肠癌 .....	172
参考文献 .....	173

# 第 7 章

## 老年与老年预防医学

### 1.1 老年医学基本概念

老年医学既是老年学的一个分支，也是医学科学的一个组成部分。作为比较古老的老年医学，两千年前已有记载。然而，近代老年医学则始于 20 世纪初期。“老年医学”这一名词是一位美国学者于 1909 年首先提出的。随着时代的进步，其内容也在逐渐扩大。如 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为主，60 年代以后发展到细胞生物学与分子生物学的研究。

早在 13 世纪，培根（R. Bacon）采用科学方法研究了老年人的疾病，发表了《延年益寿与保持青春》一书，此后，对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，并首倡使用 Geriatrics（老年医学或老年病学）一词，我国自 20 世纪 60 年代始有少数学者研究，近 20 年发展迅速，中华医学会已在 1981 年建立了老年医学学会。

老年医学包括的范围很广，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。老年基础医学主要研究老年人各器官系统的组织形态、生理功能和生化免疫等的增龄变化，探索衰老的机制及延缓衰老的方法。

老年临床医学主要研究老年人常见病和多发病的病因、病理和临床特点，寻找有效的诊疗和防治方法。其中包括老年人的护理工作和康复医疗。

老年流行病学通过调查，分析老年人的健康状况、常见病和多发病的分布以及老年人死因，研究遗传、环境、生活、卫生和心理等各种因素对衰老和老年疾病的影响，为老年人的防病治病和卫生保健提供科学依据。其中包括长寿地区的调查和研究。

老年预防医学研究如何预防老年病；老年保健工作是通过各种努力尽量保持老年人各器官的正常功能，维护老年人身心健康。这两者密切相关，重点在研究抗衰老措施，普及卫生知识，对已患的疾病，即使不能治愈亦要争取减少病残。许多老年病是中年患病延续下来的，而多病的中年也难得有健康的老年，所以老年预防医学和老年保健研究都要涉及中年的防病和中年的保健。

老年社会医学是近年来才发展起来的学科，是从社会的角度来探讨老年医学，根据管理

学、统计学、流行病学和社会学等科学的方法和成果来研究环境对老年人健康的影响，同时也涉及对老年人的各种保健和福利事业。

## 1.2 人口老龄化

人口老龄化，又称社会老龄化，是以老年人口在总人口中所占百分比（老年人口系数）为依据进行衡量的。划分标准尚未完全统一，一般指老年人口系数10%以上。社会老龄化的形成是十分复杂的，它是社会进步的标志，体现人类衰老的延迟，寿命的延长，死亡率和出生率的下降。评价一个国家或地区社会老龄化程度，应包括人口平均寿命、老年人口系数、年龄中位数（指以上和以下的人口各占一半的年龄）、长寿水平、老龄化指数等指标进行综合评价，才是相对客观的。古希腊科学家和哲学家亚里士多德认为：“动物中凡生长期长的，寿命也长”，法国著名的生物学家巴丰指出，哺乳动物的寿命为生长期的5~7倍，此即通常称的巴丰系数，或巴丰寿命系数。人的生长期为20~25年，因此预计寿命为100~175年。20世纪初，路比勒提出代谢率和个体大小及寿命相关，认为个体大的哺乳动物比个体小的代谢率低而寿命长。弗里德洛尔则提出脑部发育与寿命密切相关，认为哺乳动物的头盖系数越大，则寿命越大，人类的头盖系数为0.7，寿命可达百年。20世纪60年代实验证明人体的成纤维细胞在体外分裂50次左右终止，其他许多学者重复实验也证实了这个结论，这50次左右即培养细胞的传代次数，并用大量实验资料提出细胞在体外培养的传代次数与所组成的机体的寿命长短有关，人的细胞传代次数是40~60次，推算出人的最高寿命是110岁。

据联合国估计，1950年全世界60岁以上的老年人大约有2.0亿，1975年上升到3.5亿，预计到2025年可达11亿。那时，全世界的老年人口将占总人口的13.7%。据分析，从1950到2025年全世界总人口将增加2倍多，从25亿上升到82亿，而老年人口却要增加4倍多，从2亿增加到11亿。

2006年，全国老龄办发布了《中国人口老龄化发展趋势预测研究报告》。北京市老龄化水平已经超过全国平均值，老龄人口已占北京市总人口的13.66%，高占有率位居全国第四（图1-1）。报告推测，到2050年，我国老龄化程度将达到30%（图1-2）。

据报告，2100年，中国60岁以上老年人口预计达3.18亿，占总人口的31.9%。

**1. 北京老龄人口占13.66%** 报告显示，自1982年第三次人口普查到2004年的22年间，中国老年人口平均每年增加302万，年平均增长速度为2.85%，高于1.17%的总人口增长速度。2004年年底，中国60岁及以上老年人口达到1.43亿，占总人口的10.97%。老龄化水平超过全国平均值的省市有江苏、浙江、上海、天津、北京、重庆等。其中，北京的老龄人口占13.66%，居全国第四。

**2. 2050年全国老人达4亿** 报告中说，我国人口老龄化分三个阶段进行，到2020年为止，是快速老龄化阶段。到2050年，我国老年人口总量将超过4亿人，我国人口老龄化程度将达到30%以上，也就是说每10个人中就有3个是60岁及以上的老年人。2051年，中国老年人口规模将达到峰值4.37亿，约为少儿人口数量的2倍。

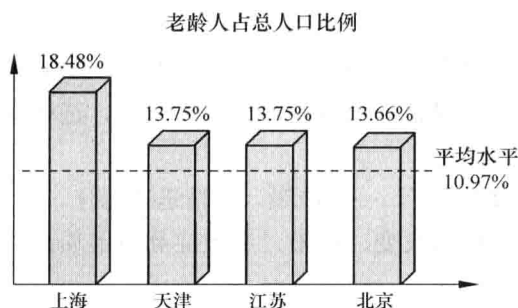


图 1-1 全国老龄化水平前四位省市

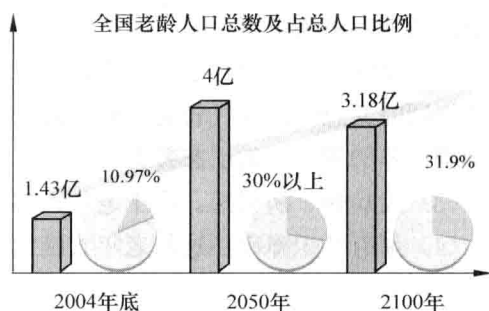


图 1-2 中国未来 100 年老龄化趋势

**3. 女性老人比男性多 464 万** 调查显示,我国老龄化呈现几个特点:老年人口规模巨大、老龄化发展迅速、地区发展不平衡、农村老龄化水平偏高、女性老人多于男性老人等。

在老年人口中,女性老人数量较多。据推测 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。

人口老龄化的结果,势必对老年人本身,对家庭、社会及国家带来一系列新问题,因此,要积极地研究对策,建立健全有中国特色的社会养老制度和老年医疗保险制度,加强老年学和老年医学研究,加强老年医疗保健康复工作与老年健康教育,做到老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐,使老年人健康长寿。

## 1.3 预防老年学

在发达社会中,20 世纪疾病预防策略的成功和许多疾病更有效的治疗方法,使得急性疾病的死亡率有所下降。然而,这与增多的慢性疾病和随之而来的老年慢性残疾的发病率增加有关。在不久的将来,老年人口的庞大规模将会对现有的卫生保健系统提出极大的需求。因此,老年人口的长久独立生活已成为公众健康的一个重大挑战。进行日常活动的能力是确保独立生活必不可少的。因此,老年预防医学——研究如何保持个人和群体一生健康,以最大限度提高人类生命的质量和延长人类生命的科学——现在的目标不只是为了延缓慢性疾病,也要防止功能衰退。

衰老是一个终身的过程,其中早期和中期的生活事件和行为可能对个人的健康和功能有着重要的影响。慢性疾病、功能下降、丧失独立性的进展过程,是老化的必然后果。晚年的健康和功能在很大程度上可以看作是在自己的个人控制下。残疾是与那些潜在可预防的慢性疾病有关,而行为和生活方式的改变会减少许多引起慢性疾病的危险因素。这在整个生命中都是如此,并且在高龄人士中有所应用。

老年病指 60 岁以上老人患的疾病,但不是老年人特有,主要特点如下所述。

(1) 症状及体征不典型:老年人感受性降低,加之常常并发多种疾病,因而使患病后症状及体征不典型,容易漏诊、误诊,如老年人肺炎常无症状,或仅表现为食欲差、全身无力、脱水,或突然意识障碍,而无呼吸系统症状,因此要重视客观检查,尤其体温、脉搏、血压

及意识的观察极为重要。

(2) 多病性：指同一老人常有两种以上疾病同时存在。如不少老人患高血压、动脉粥样硬化，同时又患慢性支气管炎、肺气肿或兼有肾功能损害，这就使得症状不典型，造成诊断和鉴别诊断的困难，需引起警惕。

(3) 发病快、病程短：由于老年人脏器储备功能低下，一旦应激，病情迅速恶化。

(4) 易有意识障碍：这与老年人脑血管硬化、血压改变、感染、毒血症和电解质紊乱等有关。

(5) 易引起水、电解质紊乱：老年人脑呈萎缩状态，口渴中枢敏感性降低，饮水不多，因而轻微的原因即可引起水、电解质平衡紊乱，应注意观察舌象、皮肤弹性以及尿量。

(6) 易发生全身衰竭。

(7) 易发生后遗症的并发症：如长期卧床可以引起坠积性肺炎、便秘、肌肉萎缩、直立性低血压、肢体挛缩、骨质疏松、压疮等。

(8) 病理心理学特点：近几十年国内外研究表明，冠状动脉粥样硬化性心脏病与 A 型行为类型有关 [A 型行为类型是美国著名心脏病专家弗里德曼 (M. Friedman) 和罗森曼 (R. H. Roseman) 于 20 世纪 50 年代首次提出的概念。他们发现许多冠状动脉粥样硬化性心脏病患者都表现出共同而典型的行为特点，如雄心勃勃，争强好胜，醉心于工作；但缺乏耐心，容易产生敌意情绪，常有时间匆忙感和时间紧迫感等；他们把这类人的行为表现特点称之为“A 型行为类型”]。而如脑血管病患者的心理特点为记忆障碍明显高于健康人，词语不流畅，反应时间减慢。语言障碍显著，说明性格因素与某些老年病有关。

初级卫生保健提供者应该如何建议年轻患者或中年患者保持最佳的健康和功能直到晚年阶段呢？促进个人健康最好建立于生命的早期阶段并保持终生。慢性疾病，在进展为功能衰退或死亡过程的中间阶段是一个可避免的结果，不太可能是单一病因，更确切地说，是多种因素相互作用的结果。努力防止这类疾病需要一个全面的有所侧重的方法。

追求健康生活方式的人群患慢性疾病的风险较低。健康的生活方式可以定义为避免损害健康的行为以及对健康采取积极的态度。首先关注那些应避免的行为，然后关注那些最大限度地延长独立生活时间应采取的行为。

## 1.4 不良健康后果有关的行为

实现和保持老年阶段的健康和功能可以通过避免吸烟和其他对健康有不良影响的生活方式来达到。卫生健康研究发现：不吸烟、适量饮酒、不超重、健康饮食、每天至少运动一个半小时的中年妇女，与该研究中所有其他的妇女相比，发生冠状动脉疾病的危险性降低了 83%。在分析了年龄、家族史、有无确诊的高血压，或确诊高胆固醇血症以及绝经状态等因素后，每一个因素均单独和显著地预测出风险。下面阐述几种危害健康的行为。

**1. 药物滥用** 药物滥用危害健康的影响是有据可查的。有研究表明，任何年龄的个体都可以从停止滥用药物的习惯中受益，有效、简单的干预措施是可行的。比如，健康保健提供者可能会举办一些健康教育活动，以培养正确的用药习惯。

**2. 酒精摄入** 流行病学研究支持适度饮用酒精可使健康获益（健康成年男性一天饮用酒

的酒精量不超过 25g, 相当于啤酒 750ml, 或葡萄酒 250ml, 或 38 度的白酒 75g, 或高度白酒 50g; 成年女性一天饮用酒的酒精量不超过 15g, 相当于啤酒 450ml, 或葡萄酒 150ml, 或 38 度的白酒 50g), 其主要是通过升高包括高密度脂蛋白 (high density lipoprotein, HDL) 来减少心血管疾病的风险。此外, 流行病学和实验研究表明, 适量饮用红葡萄酒可以预防心血管疾病的发生发展。但葡萄酒对心血管保护作用的确切机制仍有待确定, 尽管它已被归因于单宁酸或酚化合物的特有作用, 同时酒精含量和适度的酒精摄入量已被证明在高风险人群中有较低的冠状动脉粥样硬化发生率。适度饮酒的保护作用包括预防老年妇女的骨质流失、老年痴呆症、间歇性下肢跛行、缺血性脑卒中和听力损失。

然而, 过量的饮酒可对各器官系统产生不利影响, 包括增加患高血压、乳腺癌、结肠癌、食管癌、肝癌、头颈部癌、肝硬化、消化道出血、胰腺炎、心肌病、癫痫发作、小脑变性、周围神经病变、认知功能障碍、失眠、抑郁症、自杀的风险。调查有关饮酒问题可以通过详细的酒精使用史, 或使用一个标准化的筛查问卷来完成。所有的成年人应了解与过量饮酒以及饮酒后伤害 (如酒后发生车祸或其他设备相关的伤害) 相关的健康风险。应该建议非依赖性重度饮酒者以及那些酗酒者 (一种慢性疾病, 对酒精的依赖状态反映了疾病程度) 减少酒精摄入量, 并告之戒酒的益处。初级卫生保健提供者的简单劝告可能会显著减少酒精的使用。对于酒精依赖者, 应建议其进行正式的酒精治疗方案, 并考虑行纳曲酮试验 (一种类阿片拮抗药), 可以减少酒精的吸收作用, 并可能减少酗酒的复发。

**3. 处方药滥用** 处方药滥用在医学文献中描述的不多, 但在中老年人非法药物使用方面却是一个更普遍的问题。处方药的滥用可能与失眠、慢性疼痛、抑郁和焦虑有关。苯二氮草的潜在滥用是众所公认的, 所以处方只建议短期使用, 并仅用于针对适应证。苯丙胺类兴奋剂有潜在的滥用倾向, 但对这些药物的成瘾很少有记录。其他经常被滥用的药物如镇静催眠药、阿片类镇痛药和巴比妥类。长期使用这些药物可能导致身体依赖和戒断症状的产生。治疗可能需要进行康复后的排毒。

## 1.5 增加风险的因素

**1. 头部创伤** 一些病例对照研究表明, 除了最大限度地延长一个人的受教育年限, 并尽量减少接触神经毒素, 避免严重的头部外伤 (导致意识丧失或无法寻求医疗帮助) 可能会降低最终发展成阿尔茨海默病的风险。因此, 在早年生活实施大脑保护措施, 比如在高风险活动中戴头盔, 避免可能会造成头部外伤的高危行为, 最终可能会减少认知能力下降的风险。

**2. 肥胖** 对成人来说, 肥胖被定义为身体质量指数 (body mass index, BMI) 大于或等于 30; 超重是指 BMI 在 25~29.9 之间。尽管公共健康信息关注减少脂肪的摄入和增加能量消耗, 但是在工业化国家中肥胖的患病率已经达到了流行病的程度, 每三个人中有一个人肥胖, 还有一个人为超重。

肥胖对健康是一个主要的危害。有确凿的证据表明, 肥胖与心血管疾病风险增加, 以及高血压、高脂血症和 2 型糖尿病 (患者有胰岛素抵抗和“代谢综合征”) 的高发生率有关系。



肥胖是引起行动不便和其他功能受限的因素之一，诸如骨关节炎、睡眠呼吸暂停、胆囊疾病、非酒精性脂肪肝、乳腺癌、子宫内膜癌、结肠癌和过早死亡。此外，肥胖者可能遭受社会歧视，社会交往障碍，抑郁和自卑。中年阶段多余的体重或体重增加可能导致以后人生中慢性疾病（如心血管疾病、糖尿病、高血压病和骨关节炎）的发生。

由于肥胖症的治疗和逆转具有挑战性，因此一级预防（一级预防亦称为病因预防，是在疾病或伤害尚未发生时针对病因或危险因素采取措施，降低有害暴露的水平，增强个体对抗有害暴露的能力，预防疾病或伤害的发生或至少推迟疾病的发生）是必要的。努力保持健康的体重应该在人生早年就开始，并在整个成年期保持，因为这很可能比已经形成肥胖症后努力减肥更有效。健康和营养调查的数据建议充分休息可能对预防肥胖非常重要。不到7小时的睡眠被证明是后续肥胖的一个危险因素。这可能与瘦素和生长素释放肽这两个食欲调节激素的水平改变有关。瘦素与抑制食欲有关，生长素释放肽可以刺激食欲，它们被认为在体重长期调节中发挥作用。减少睡眠后，瘦素水平下降，生长素释放肽水平上升。

成年人在减肥后为保持健康的体重，建议进行超过目前推荐的30分钟/天（如下所述）的体力活动，美国农业部门已建议至少60分钟/天的体力活动来保持体重。体重管理使得减肥变得缓慢和稳定，这是更有益的体重循环模式，而迅速的减肥会有死亡率增加的风险。随着年龄的增长基础代谢率下降，与体重的下降相伴随，身体的脂肪成比例地增加。因此，为了最容易地达到体重和身体成分的正常化，能量充足的饮食（但不可过量）应和有规律的体力活动计划相结合以维持基础代谢率。

正在努力大幅度减肥的肥胖者应在开始减重计划之前寻求医疗保健提供者的指导，以确保适当的肥胖管理和其他健康状况。目前肥胖的治疗包括药物（例如奥利司他，一种胃肠道脂肪酶抑制剂，能限制脂肪的吸收，或西布曲明，一种羟色胺——去甲肾上腺素再摄取抑制剂，能增强饱腹感，增加基础能量消耗）或手术治疗（例如胃旁道，胃绑扎）联合饮食调整与体能活动。手术治疗仅限于Ⅱ级肥胖者（体重指数为35）伴重度合并症，或Ⅲ级肥胖者（体重指数为40）。最近的一项荟萃分析表明，饮食疗法（即极低热量的饮食，低于1100kcal/d，或低热量的饮食，热量在1200~1500kcal/d，1kcal=4.184kJ）在2~4年后体重减轻小于5kg，药物治疗在1~2年后体重减轻5~10kg，手术治疗在2~4年后体重减轻25~75kg。同一研究表明，体重减轻达基准体重的5%可以改善血脂、血压和血糖的控制，但主要是针对有心血管疾病危险因素的人们。然而，作者观察到多数减肥研究有方法学的限制（例如，研究持续时间不足，研究对象大比例丢失随访，缺乏适当的常规对照组），因此在日常临床实践中限制了将这些研究结果应用于肥胖者身上。

**3. 营养** 健康的饮食可以增加预期寿命并更好地促进健康。健康的饮食已经证明有可能降低血压和血胆固醇。最佳饮食使患慢性疾病的风险降低，特别是冠状动脉粥样硬化性心脏病、糖尿病、肥胖和某些类型的癌症的风险更低。美国的一项健康调查（The National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES）中的数据显示，随着年龄的增长，平均蛋白质和锌的摄入量以及钙、维生素E和其他营养物质的摄入量有潜在性的显著减少。亚临床营养缺乏可以危害健康和生理功能。纵向研究显示，热量摄入和常量营养素（脂肪、蛋白质和糖类）的摄入量随着年龄的增长逐渐减少。

富含钙和维生素D的饮食可降低患骨质疏松症的风险，该病症是骨折和随之而来残疾的主