

New Directions in Geriatric Medicine

Concepts, Trends, and Evidence-Based Practice

老年医学进展

概念、趋势和循证医学实践

原 著 Lee Ann Lindquist

主 译 王晶桐



北京大学医学出版社

New Directions in Geriatric Medicine

Concepts, Trends, and Evidence-Based Practice

老年医学进展

概念、趋势和循证医学实践

原 著 Lee Ann Lindquist

主 译 王晶桐

顾 问 苗懿德

译者名单 (按姓名汉语拼音排序)

阿如娜	宝 辉	褚 琳	邓利华	郑 蓉
姜 娟	黎梦涵	李 夏	李娇娇	李雨晨
刘 杰	苏 琳	谭 江	王 楠	王 宁
王晶桐	魏雅楠	薛 倩	张庆文	赵晨昭

(译者单位均为北京大学人民医院)

北京大学医学出版社

LAONIAN YIXUE JINZHAN: GAINIAN、QUSHI HE XUNZHENG YIXUE SHIJIAN
图书在版编目 (CIP) 数据

老年医学进展：概念、趋势和循证医学实践 / (美)
李·安·琳达奎斯特 (Lee Ann Lindquist) 原著；王晶
桐主译。——北京：北京大学医学出版社，2017. 11

书名原文：New Directions in Geriatric Medicine:
Concepts, Trends, and Evidence-Based Practice
ISBN 978-7-5659-1679-3

I. ①老… II. ①李… ②王… III. ①老年病学—进
展 IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 240202 号

北京市版权局著作权合同登记号：图字：01-2017-1638

Translation from the English language edition:
New Directions in Geriatric Medicine: Concept, Trends, and Evidence-Based Practice
edited by Lee Ann Lindquist

Copyright © Springer International Publishing Switzerland 2016

This work is published by Springer Nature

The registered company is Springer International Publishing AG Switzerland
All Rights Reserved

Simplified Chinese translation Copyright © 2017 by Peking University Medical Press.
All Rights Reserved.

老年医学进展：概念、趋势和循证医学实践

主 译：王晶桐

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.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：北京佳信达欣艺术印刷有限公司

经 销：新华书店

策划编辑：高 瑾

责任编辑：畅晓燕 责任校对：金彤文 责任印制：李 啸

开 本：710mm×1000mm 1/16 印张：9.75 字数：190 千字

版 次：2017 年 11 月第 1 版 2017 年 11 月第 1 次印刷

书 号：ISBN 978-7-5659-1679-3

定 价：80.00 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)

New Directions in Geriatric Medicine

Concepts, Trends, and Evidence-Based Practice

老年医学进展

概念、趋势和循证医学实践

译者前言

——致力于老年医学发展，实现成功老化

衰老是每个人迟早都必须面对的现实，无法逃避。我们期望长寿，但是身体健康才能够享受长寿、实现成功老化。老年临床医学的发展是实现成功老化的保障，人口老龄化迫使中国老年医学快速发展。

老年医学绝不是各个亚专科诊治老年患者的整合，在各个亚专科常见病知识的背景基础上，老年医学具有独立的学科特点：老年综合评估、老年综合征、老年人合理用药等。老年医学还面临着其他学科所没有的问题：老年人的驾驶问题，老年人认知功能的评价，如何更好地实现医养结合等。在提供医疗服务的过程中，老年医学依然保持着独到之处。老年医学的治疗目标是最大限度地维持或改善患者的功能状态，提高独立生活能力和生活质量，而不是治愈疾病。因此老年医学提供的医疗应该具有整体性，强调“以患者为中心”的个体化医疗，体现“生物-心理-社会-环境”的医学模式，关注老年人整体健康状态。同时，老年医学提供的医疗应该具有连续性，涵盖由急诊医疗到社区家庭照顾的全过程，包括诊所、医院、养老院、家庭，向老年人提供连续性服务，并合理使用医疗资源。

为了能为老年患者提供持续改进的医疗服务，也为了自己的晚年所接受的医疗有质量、有温度，我们致力于老年医学，关注老年医学进展，我们的团队翻译了这本来自美国的著作。虽然本书不是经典教材，但其内容却反映了美国老年临床医学所关注的现实问题的发展与变化。书中所关注的老年实际问题在临床中容易被忽视：老年人的排尿问题、老年人驾驶安全评估问题、老年人认知功能障碍问题、老年人的跌倒问题、老年人的家庭照顾问题……希望能够为老年科医生、社区医生的工作提供实实在在的帮助。

与欧美、日本相比，我们的老年医学还有很大的进步空间，这与其他专科情况明显不同。其他专科，尤其是新技术方面，基本与国际接轨并走在国际前沿。我国老年临床医学的发展明显逊色于其他专科，在规范化培训方面空白更加显著。随着我国步入老龄化社会，庞大的老年人群迫使社会、家庭、医疗不得不应对，才迎来了老年医学科快速发展的机遇，也正是因为如此，老年医学科近年来被称为朝阳学科。虽然工作量不大，但这本书的翻译工作

是我们团队竭尽全力致力于老年医学科发展的开端，后续团队会把更多的精力奉献给老年医学的发展——为了我们每个人的夕阳红。

王晶桐

2017 年 7 月

原著者名单

Elizabeth N. Chapman Geriatric Research Education and Clinical Center (GRECC), University of Wisconsin—Madison School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA

Melissa Dattalo Geriatric Research Education and Clinical Center (GRECC), William S. Middleton Memorial VA Hospital, University of Wisconsin—Madison School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA

Linda V. DeCherrie Department of Geriatrics and Palliative Medicine, Mount Sinai Medical Center, New York, NY, USA

Elizabeth Eckstrom Division of General Internal Medicine and Geriatrics, Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA

Jennifer Fernandez Division of General Internal Medicine and Geriatrics, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA

Maristela Barui Garcia Division of Geriatrics, Department of Medicine, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA, USA

Patricia Harris Division of Geriatrics, Department of Medicine, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA, USA

Bobby Heagerty OHSU Brain Institute, Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA

Fernanda Heitor Division of General Internal Medicine and Geriatrics, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA

Ned Wilson Holland Jr. Division of General Medicine and Geriatrics, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta Veterans Affairs Medical Center, Decatur, GA, USA

Amy Hsu Division of Geriatrics, Department of Medicine, San Francisco Veterans Affairs Medical Center; University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA

Alison J. Huang Department of Medicine, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA

Jill Huded Department of Medicine, Louis Stokes Cleveland Veterans Affairs Medical Center, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, OH, USA

Geetha Iyer Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA

Ming Jang Division of Geriatrics, Perelman School of Medicine, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

Lee Ann Lindquist Division of General Internal Medicine and Geriatrics, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA

Rachel K. Miller Division of Geriatrics, Perelman School of Medicine, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

Emily Morgan Division of General Internal Medicine and Geriatrics, Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA

Stephanie Nothelle Department of Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore, MD, USA

Jennifer Reckrey Departments of Medicine and Geriatrics and Palliative Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA

Theresa Rowe Division of General Internal Medicine and Geriatrics, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA

Anne M. Suskind Department of Urology, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA

Quratulain Syed Division of General Medicine and Geriatrics, Department of Medicine, Grady Memorial Hospital, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA

目 录

第一章	延缓痴呆发生可能吗？给老年患者提供专业咨询前你需要了解哪些知识？	1
第二章	加强对高成本、高需求患者的医疗服务	13
第三章	老年人感染诊断和管理的挑战	30
第四章	老年人尿失禁	46
第五章	人都会跌倒：老年人的跌倒、步态和平衡	66
第六章	老年患者应该驾车吗？	85
第七章	上门访视：老年患者家庭治疗	97
第八章	原居安老：老年人照护者的选择和支持	105
第九章	专业护理机构和老年人出院后的选择	116
第十章	利用老年评估实现医疗保险年度健康访问	133
缩 写		140
索 引		143

延缓痴呆发生可能吗？给老年患者提供专业咨询前你需要了解哪些知识？

Emily Morgan, Bobby Heagerty, Elizabeth Eckstrom

(苏琳 邓利华 译 黎梦涵 校)

患者情境再现：

H 博士是一位化学家，退休后，为了离家人更近，他和夫人移居到美国西海岸。几年前我第一次见到他时，他 83 岁，还是一位充满活力的丈夫、智慧风趣的父亲、慈爱的祖父。H 博士和夫人很快熟悉了新社区周围的道路、环境，融洽地适应了与家人一起的新生活。然而，不久后情况发生了细微的变化。H 夫人注意到，H 博士不愿意与她一起散步。当 H 夫人热衷于结识新邻居，并积极参与新社区的各种文娱活动时，H 博士却更愿意待在家里。从第一次见到 H 博士起 2 年内，他被诊断轻度认知功能障碍。现在他 88 岁，正处于阿尔茨海默病的早期。

上述场景对于为老年患者提供服务的初级保健医师再熟悉不过了。医师可能因无法阻止认知功能障碍的发生而困扰。关于非甾体抗炎药、阿司匹林、雄激素、白果以及其他很多药物影响认知功能的研究，并未发现它们在促进、维持认知功能正常方面有显著疗效。目前资料显示，糖尿病、脑卒中是认知功能减退的危险因素^[1]。此外，认知功能减退可以表现为各种形式，程度也从缓慢进展的阿尔茨海默病至中青年时代即出现严重的额颞叶痴呆不等。目前为止，还没有措施能够有效延迟或防止认知功能减退的发生。幸运的是，这种情况正在逐渐改善。本章简单叙述了认知功能减退的范畴，为正常脑衰老的评估提供一些重要的细节（这对于给患者提供咨询非常重要），同时探讨饮食、运动、认知刺激以及创造性活动在降低认知功能减退风险方面的作用。本章总结了在与患者及家属沟通认知功能减退这一疾病的过程中应该注意的一些事项和建议。本章并不是关于认知功能减退的系统回顾，而是旨在为初级保健医师提供一些可以推荐给各年龄人群用于促进脑健康的实用性指导。

本章目的不在于总结各种证据用以支持或反对营养补充剂在正常脑老化中的作用，而是着眼于通过一些大多数人都可以做到却没有做到的日常生活方式的调整，达到改善认知功能的目的。

异常认知功能减退的范畴

阿尔茨海默病及相关痴呆进展缓慢，导致患者逐渐衰弱最终死亡。最初认为该病主要累及 65 岁以上的老年人群，近期研究发现阿尔茨海默病及相关痴呆发病时间有所提前。阿尔茨海默病是目前最令美国社会头疼的疾病。随着婴儿潮一代年龄渐长，痴呆患者的人数亦呈指数增长，给家庭、卫生保健系统及美国经济带来了沉重的压力。银行家、律师、司机以及其他各个行业的人都有可能出现认知功能减退并危害公共安全，从这点而言，痴呆不仅仅是患者及其家庭的负担，也是整个社会的负担。痴呆已成为美国婴儿潮一代的特征性疾病，并已造成公共健康危机。

美国目前有超过 500 万人患有阿尔茨海默病及相关痴呆，是美国第 6 位死亡原因，预计到 2050 年，将有 1 600 万人罹患痴呆。仅 2014 年，对痴呆患者的投入就高达 2 140 亿美元，其中 1 500 亿美元用于医疗保险和医疗补助。预计到 2050 年，这一数字将上升至 12 万亿美元。接近 1/5 的医疗保险花销都将用于阿尔茨海默病和相关痴呆。500 万阿尔茨海默病的老年患者中，2/3 是女性。60~70 岁的女性罹患阿尔茨海默病的患病率是她们余生中罹患乳腺癌概率的 2 倍^[2]。

仅 2014 年，超过 1 500 万家属和亲友共为痴呆患者提供了 1 770 万小时、预计价值 2 200 亿美元的无偿服务。超过 60% 的痴呆照护者表示在护理患者过程中承受的情绪压力程度很高或非常高。超过 1/3 的照护者出现了抑郁的症状。由于护理的体力和情感付出，2013 年照护者自己的医疗花销就增加了 93 亿美元^[2]。

什么是正常的认知衰老？

在个体的一生中，认知状态不断地发生着变化。2015 年，在美国国家科学院医学研究所的一份报告中，将认知衰老定义为个体衰老过程中，逐渐发生、持续进展的认知功能减退，具有很高的异质性^[3]。由于种种原因，关于正常脑生理功能衰老的研究很难有所收获。大部分研究随访时间不够，无法分辨入组时认知功能正常的受试者最终是否会发展为轻度认知功能障碍或显著神经认知障碍。纵向研究中，中途退出的受试者倾向于是最不健康的“正常人”，可能混淆研究结果。此外，研究倾向于纳入更健康、精力旺盛的老年

志愿者，使纳入偏倚成为影响研究可信度的一个因素。虽然存在这些局限，研究者们仍在不懈地努力，试图将正常衰老导致的神经认知改变和各种神经认知疾病区分开来，因为衰老不可避免，而疾病则可通过一系列干预措施进行防治。

关于认知功能衰老的机制，从细胞水平，40岁开始，脑白质的体积逐渐下降。其中胼胝体是脑部体积变化最大的部位，主要影响两侧大脑半球的沟通^[4]。虽然一些特定的灰质区域如小脑局部体积确实会减少，但相对白质而言，脑灰质体积的变化更小一些。衰老过程中，神经元结构的改变可以引起神经信号传导的完整性下降、脑白质体积减少，并进一步导致脑部各个区域信息检索及反应时间延长。其实从20岁开始，中枢神经系统的传导速度就以每年数毫秒的速度开始下降^[5-7]。尽管正常衰老过程中也会出现一些特定部位的脑萎缩，但在阿尔茨海默病中，脑萎缩的部位却存在一定的特点，且并非完全随机发生。阿尔茨海默病的脑萎缩进展缓慢，通常从内嗅皮质和海马开始，然后扩展至相关区域如内侧顶叶、外侧颞叶、额叶，最终累及全皮质，其脑萎缩发生的规律可用于评估阿尔茨海默病发生的风险^[8]。

研究者在探究了轴突和突触在衰老过程中的变化后，提出了“后进先出”的假说，该假说推测在神经系统发育过程中后发育分化的区域髓鞘更薄，在衰老的过程中最早开始退化^[7]。初级运动区域和视觉区域在神经发育过程中最早形成髓鞘，所以相关功能在正常衰老中得到了保留。额颞区的髓鞘形成最晚，支配记忆、执行能力、语言能力等高级认知功能，在衰老中最早开始退化。除了结构改变外，神经递质如多巴胺等也与年龄相关。在发育较晚的区域如支配执行功能的前额叶皮质，随增龄多巴胺浓度下降、受体密度减低、载体转运能力下降亦最为显著^[8-10]。

额叶主要控制决策力、注意力、多任务处理、概念驱动、演讲、表达等高级功能。正常的衰老过程中，专注于某一项任务的能力尚可以维持，但在不同任务之间快速有效转换的能力却有所下降。注意力不能集中以及在进行一项任务时仍然将另一项任务的进程暂时保留的能力下降的现象，存在于其他许多物种，提示这一变化可能是衰老的正常生理过程，有别于疾病状态^[6-7]。此外，腹侧和背侧的语言处理路径是先天的，连接上颞叶皮质（Wernicke区）和下额叶皮质（Broca区）的部分是后天的^[11-14]。衰老过程中，一些特定的语言方面的功能包括语速、词语检索能力、命名能力也有所下降。这印证了越复杂、发育越晚的区域在衰老中越容易受损，即“后进先出”原则。

额叶对维持记忆力及空间导航能力非常重要，在衰老过程中上述能力均有所下降。研究显示，正常个体40岁以后海马体积将以每年2%的速度下降^[8]。空间导航能力在60岁以后下降明显，70岁以后进一步加重^[15]。环境

参照导航是指以“世界为中心”的空间信息处理过程，需要个体根据远处地标建筑构建空间地图，该定位能力主要依靠内颞叶结构，特别是海马功能，在健康老年人中，环境参照导航能力减退。相反，自我参照导航是“自我为中心”的空间信息处理过程，即个体以自我为中心，判断事物的距离和方向的能力，自我参照导航功能依赖于顶叶。在正常衰老过程中，该功能不受影响，而环境参照导航能力则会一定程度下降^[16]。环境参照导航能力减退可能导致健康老年人更愿意在熟悉的环境中活动而不愿意接触新环境。与定位能力的变化相似，记忆也有不同的模式，在海马衰老过程中变化程度亦不相同。情景记忆是对个人经历的事件进行有意识的回忆过程，随着年龄的增长，情景记忆能力逐渐减退。语义记忆是对事实、意义、概念以及基本知识的相关记忆，在衰老中受影响较小。而物理记忆能力，如吉他弹奏或编织技艺，受年龄影响最小^[17]。

与颞叶和颞叶在衰老中的改变不同，顶叶的结构和功能保存相对完整。顶叶功能主要涉及感知觉、本体感觉、书写、口头语言等。目前研究认为正常老年人不会出现顶叶的脑白质病。一项基于社区老年人群的大型队列研究发现，顶叶的脑白质病可用于预测阿尔茨海默病的发生，并且该预测作用不受海马体积的影响。实际上，顶叶正是最早发现淀粉样物质沉积的病理改变和 APOE- $\epsilon 4$ 基因的部位，而 APOE- $\epsilon 4$ 基因是迟发型阿尔茨海默病最强大的遗传危险因素^[18]。

随着年龄的增长，运动皮质和小脑同样发生着改变，主要影响运动、步态和平衡功能。70 岁以后，肌肉的力量以每年 3% 的速度下降，与之相匹配的是，65 岁以后，运动前皮质神经元细胞的体积下降 43%。与青年人群相比，运动皮质的谷氨酸盐的浓度也更低^[19]。衰老过程中很多区域神经元的数目可以基本维持稳定，而小脑的神经元数目随着年龄增长则明显下降。研究发现，在 40~90 岁，小脑的浦肯野细胞数目平均下降 30%~40%。运动神经元下降及小脑萎缩与年龄相关的运动能力下降相关，主要包括协调性下降、运动的不稳定性增加、处理和反应时间延长、步速下降等^[20-23]。

哪些措施对于维持正常衰老有效？

运动

多项研究证实，运动有助于维持认知功能正常甚至改善认知减退。在记忆力下降或存在轻度认知功能障碍的受试者中，中等强度的锻炼可提高认知功能评估的得分。随机研究亦证实力量训练有助于提高执行功能，这一作用在女性人群中尤为显著^[24-27]。此外，中年时期非工作时间仍保持一定的活动

量有助于降低后期发生认知功能障碍的风险，这一点非常重要，因此应该鼓励各个年龄层人群保持一定的体力活动^[28]。一项关于太极和认知功能的系统性回顾发现，经过锻炼后，认知功能正常的人群执行能力有所改善，而认知功能减退的人群，整体的认知功能均有所提升 [简易精神状态检查表 (MMSE) 评估]。与其他一些更为激烈的运动相比，这种优势依然存在。不良反应方面，即使是对于一些相对脆弱的人群，太极的风险也相当低。推测太极对认知功能的改善作用主要涉及以下几个方面：太极是一项中等程度的有氧运动（与快走相当），有助于提高锻炼者的灵敏度和灵活性；太极涉及学习、记忆；要求训练者集中注意力、在不同任务间转换；锻炼同时处理多项任务的能力。它是一段沉思及放松的过程。太极培训班为训练者提供的社会支持可能有助于改善认知功能^[29]。

饮食

既往的随机对照研究发现地中海饮食有助于提升心血管健康，近期研究还发现，地中海饮食对认知功能亦有好处。一项针对平均年龄 66 岁、认知功能正常的西班牙人的研究发现，与对照组单纯推荐减少脂质摄入相比，饮食中补充橄榄油或坚果有助于提升听力及词语学习、执行能力。流行病学研究结果也有力地支持了地中海饮食的优势^[30]。分别于 2013 年和 2014 年发表的两篇独立的系统回顾发现，坚持地中海饮食者（依从性最好与依从性最差相比）可减少 33%~40% 阿尔茨海默病发生的风险，降低 27% 轻度认知功能障碍的风险。地中海饮食的评分每增加一个单位（数值范围 1~9），轻度认知功能障碍向阿尔茨海默病转化的风险降低 11%^[31-32]。据推测，地中海饮食的优势在于降低了冠心病、高血压、糖尿病、高脂血症、代谢性疾病的风险，而心血管、代谢性疾病正是认知功能障碍发生的危险因素，通过降低上述危险因素，从而降低认知功能障碍的风险^[33-36]。同时，地中海饮食可以降低 C 反应蛋白水平，后者与认知功能减退相关^[37-38]。2014 年发表的两项队列研究（来自于犹他州 Cache 县的记忆与衰老项目）证实地中海饮食可以降低认知功能减退发生的风险，并为阻止高血压的膳食模式（Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH）在减少认知功能减退方面的作用提供了证据支持^[39-40]。综上所述，大量研究为坚持地中海、DASH 饮食以减少认知功能减退的发生提供了证据。

认知训练

目前规模最大的关于认知训练对认知功能改善的随机对照研究（针对独立生活的健康老人的高级认知训练研究，或 ACTIVE 研究，有 2832 位受试者）将受试者分为四组，包括试验组和对照组，对照组不接受认知训练，试

验组分别接受 10~14 周记忆力、推理能力、信息处理能力的训练，并连续随访 10 年。结果显示认知训练可以延缓认知功能的减退，其中信息处理能力训练组效果最为显著^[41-42]。其他小型研究尚未得出一致的结果^[43]。整体而言，认知训练对认知功能的改善作用并不显著，但因认知训练可通过认知治疗或网上资源获取，来源广泛，使得我们可以轻易地将认知训练纳入到日常脑保护的活动方案中。

创造性活动

一项由 166 位健康老人参与的研究显示创造性活动（如合唱队）可减少就诊次数、药物使用以及跌倒的风险，并提升受试者的情绪状态，减少孤独感，使参与者保持一定的活动量^[44]。另一个相对小型的针对社区人群的研究将人群分为戏剧组、视觉艺术组和对照组，发现戏剧组在回忆及解决问题的能力方面有所改善^[45]。对创造性事物的追求过程会鼓励个体积极参加社交活动。而大型观察性研究发现，社交活动有助于保持记忆力正常^[46-47]。一项纳入了 119 名受试者的研究将参与者分为运动加音乐组、单独运动组以及对照组，发现接受运动及音乐训练的受试者在认知功能方面的表现较其他两组均更优秀^[48]。因此，在认知功能改善方面，舞蹈可能优于单纯散步，学习一个新的乐器可能比基于电脑进行的认知训练效果更为显著。

睡眠

老年人睡眠障碍可能与痴呆及认知功能减退有关。因 β 淀粉样物质产生过多和（或）清除减少均可导致脑间隙 β 淀粉样物质过度沉积。脑间质及脑脊液中 β 淀粉样物质的浓度因个体清醒或睡眠状态不同而有所波动。这提示睡眠-清醒的模式影响着 β 淀粉样物质的浓度。最近针对啮齿类动物的研究发现睡眠影响脑细胞的结构，对 β 淀粉样物质的清除非常重要，提示睡眠有助于分解清醒状态时产生、积聚的代谢废物。如果人类的研究中得出类似的结果，则睡眠的长度和质量将成为可以调整的危险因素之一，提高睡眠质量、维持健康睡眠模式的干预措施可能有助于预防或延缓阿尔茨海默病的发生^[49]。

为患者提供正常认知衰老的咨询

在本章伊始提到的美国国家科学院医学研究所的报告中，鼓励临床医师完善以下事项：

1. 排查认知功能减退的危险因素，为患者制订降低危险因素的干预措施，并仔细核对患者的用药，重点关注已知的影响认知功能的药物。

2. 为患者和家属提供正常认知衰老（有别于痴呆）方面的信息，并推荐一些他们能做到的措施以维持认知功能正常，防止认知功能减退。

3. 鼓励患者和家属谈论他们关于认知方面的疑虑^[3]。

指导患者调整生活方式，尤其是上文提到的方方面面，以减少认知功能减退的危险因素，应该成为老年患者医疗护理的常规。此外，应定期回顾患者的用药，尽量精简药物的使用。当患者注意到他们认知的改变时，正确识别认知的变化是否正常非常重要。以下几点简便实用的原则有助于识别认知功能的变化是否正常：

- 正常衰老可出现脑白质萎缩。
- 发生在阿尔茨海默病患者的脑萎缩特点与正常衰老不同。
- 正常衰老可以出现下列功能减退（日常生活能力不受影响）
 - 同时处理多项任务的能力
 - 语速
 - 词语检索能力
 - 命名能力
 - 环境参照导航能力
 - 情景记忆
 - 运动协调性
 - 运动反应时间
 - 平衡和步态
- 下列功能减退可能与痴呆相关，正常老年人不会出现
 - 视觉-运动功能
 - 自我参照导航能力
 - 语义记忆能力
 - 物理记忆能力
 - 感知觉及本体感觉
 - 书面/口头理解能力

临床医师在医疗过程中经常会犹豫是否打开认知功能的“黑匣子”，但研究显示大部分老年人很关注他们的认知功能是否正常^[50]。一项筛选研究发现，患者反映他们对记忆力评估并没有顾虑，甚至很高兴完成记忆力测评^[51]。阿尔茨海默病协会和其他疾病的协会均推荐早期诊断、干预认知功能障碍，以确保痴呆患者得到最佳的医疗服务。尽管目前为止，还没有研究给出最佳的告知痴呆诊断的方案，对于造成困扰的进一步干预方案如职业为司机的人群是否从岗位上退休或寻求记忆保健机构的帮助也没有定论。我们仍推荐按以下步骤告知患者疾病的相关信息（即 SPIKES 方案）^[52-53]。

1. S——setting，安排好就诊的事项。确保必要的人参与到诊室的沟通

中。必要的人包括患者的配偶以及照顾患者的亲友，来访的时间可能需要与认知功能评估的时间分开，以保证重要的家庭成员均出席。

2. P——perception，评估患者的观察、理解能力。从询问患者对自己记忆力情况的评估、是否在生活中的复杂任务（如驾驶）中遇到困难开始。如果患者同意，可以询问家属患者的理解能力。多问开放式问题，同时询问患者和家属对未来的预后想要了解到什么程度。

3. I——invitation，获得患者的认可和信任。如果在评估认知功能的过程中发现了问题，而且可以将问题描述清楚，尽量向患者获取相关信息。告知患者轻度认知功能障碍或痴呆的诊断过程中，越专业越好（如阿尔茨海默病、路易体病），如果患者需要考虑，就暂停解释。与告知肿瘤的诊断过程相似。

4. K——knowledge，给患者足够的知识与信息。如果患者愿意，给他们提供尽量多的关于症状、预后的信息（行为方面的症状，如最后将丧失吞咽及行走的能力等）。反复确定患者是否理解，根据患者对未来的预期确定大体讨论的内容。这部分信息可能需要患者和家属反复几次就诊以确保他们完全理解。

5. E——emotion，以同情心平复患者的情绪。认识到患者的情绪反应后，向患者点明（如告诉患者：听到这个诊断，您肯定觉得很惊慌）。对患者严重的疾病报以同情。向患者和家属表示支持，并在疾病的各个阶段持续给予患者沟通与关注。

6. S——strategy and summary，策略和总结。系统回顾制订的干预措施，保证患者拥有最好的生活质量，包括本文前面提到的各种预防性措施。征求患者和家属对下一步干预措施的反馈意见，并为他们提供资源信息，如阿尔茨海默病协会（alz.org）。约定近期随访复诊的时间，进一步解决患者的问题和疑虑。

总结

目前并不能完全防止阿尔茨海默病和相关痴呆的发生，但是，预测只要将发病时间推迟5年，即可降低50%的花销和投入。健康的生活方式有助于维持认知功能正常，并且对所有年龄层的人群都很重要。运动、健康饮食、认知锻炼、参与创造性活动以及健康的睡眠，均有希望降低认知功能减退发生的风险，然而目前能坚持定期做到这些的老年人非常少。为患者提供专业的建议，并提供相关支持以促进患者采取健康的生活方式，将对患者、家属、护理人员以及全社会产生巨大的影响。