

全科医师老年医学参考书
老年医学科和内科青年医生培训用书

老年医学临床实践

Chan's Practical Geriatrics

主 编 [澳] Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤)
澳洲新南威尔士大学医学院

主 审 曾益新

主 译 刘晓红 李佳慧 梁 真

副主译 康 琳 郑超强



中国协和医科大学出版社

全科医师老年医学参考书

老年医学科和内科青年医生培训用书

老年医学临床实践

Chan's Practical Geriatrics

主 编 [澳] Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤)

澳洲新南威尔士大学医学院

主 审 曾益新

主 译 刘晓红 李佳慧 梁 真

副主译 康 琳 郑超强

译校者名单 (按单位顺序排序)

北 京 协 和 医 院: 刘晓红 康 琳 朱鸣雷 曲 璇 葛 楠

陈 伟 曾 平 郭欣颖 李 娅 王 迁

闫雪莲 谢曼青 郑国洋

北 京 协 和 医 学 院: 郑超强 李佳慧 李 涛

深圳市第二人民医院: 梁 真 丁静云 吴维涛 杨信尊

福 建 省 立 医 院: 朱鹏立 林 帆 林 苗 林春锦 李乔薇

袁 音 许桂平 游哲斌 林 潇

北 京 老 年 医 院: 吕继辉 陈雪丽 刘前桂

北 京 同 仁 医 院: 刘 谦 贾力蕴 王奎吉



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

老年医学临床实践 / (澳) 陈锦贤 (Daniel Kam Yin Chan) 主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2018. 1

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0983 - 0

I. ①老… II. ①陈… III. ①老年病学 IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 307596 号

全科医师老年医学参考书

老年医学科和内科青年医生培训用书

老年医学临床实践

主 编: [澳] Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤)

责任编辑: 许进力 高淑英

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260431)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京朝阳印刷厂有限责任公司

开 本: 787 × 1092 1/16 开

印 张: 12.75

字 数: 240 千字

版 次: 2018 年 1 月第 1 版

印 次: 2018 年 1 月第 1 次印刷

定 价: 58.00 元

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0983 - 0

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

译文序

我国已经进入老龄化社会，老龄人口迅速增加，预计到 2050 年，老年人口将达到全国总人口数的 1/3。如何实行医养结合为老年人口提供高效、高质量的健康管理和医疗服务，已经成为我国医疗卫生系统必须面对的一个重大挑战。

近年来，现代老年医学的理念、技术、工作方法与模式等已经逐步在我国开展起来，老年医学已经发展成为一个临床医学下面二级学科，但是我们的理念和知识还需要发展和完善。发达国家的经验表明，在社区、居家、医院以及长期照料机构的医疗服务应充分考虑老年人的特点，个体化地处理老年人的医学问题，才能更有效地利用医护资源，避免过度医疗，提供更高质量、令老人和家属满意的服务。

本书由澳大利亚老年医学专家陈锦贤医师结合其多年实际工作经历所撰写，并由具有丰富老年医学实践经验的北京协和医院老年医学科牵头翻译。该书内容简明扼要、脉络清晰，突出了老年综合征、老年医学问题及全人干预的理念，突出了维持功能及生活质量的人本医疗的宗旨，适合各级老年科医生、社区全科医生以及养老护理机构的医务人员学习使用，其中的案例特别适合年轻医生训练临床思维之用。

曾益新

中国科学院院士

中华医学会全科医学分会主任委员

2017 年 6 月

译者前言

当我看到北京协和医学院李佳慧老师介绍的这本书时眼前一亮。我也曾主编过多部老年医学教材、诊疗规范和手册，感悟到老年医学与内科其他专科的不同，考虑到以人为本（person-centered care）的个体化医护照料，需要关注到慢病之外的老年问题或老年综合征，在诊疗思路上常采用：筛查－评估－干预－再评估这样的流程；而医学生及内科住院医师所接受的培训是采用诊断学方法进行疾病诊疗，流程是病史－查体－辅助检查－诊断－治疗。接受这种诊疗模式的转化并不太容易。这本书最大的亮点就是采用传统的诊疗模式介绍老年临床问题，并附病例分析；另外一个特点就是实用，流程清晰。作者陈锦贤（Daniel Kam Yin Chan）医师在澳大利亚从事老年医学和全科医学临床实践与教学研究多年，他告诉我这本书就是为低年资医师和社区医生撰写的。《老年医学临床实践》是作者原著最新版的中译本，翻译者都是有丰富老年医学临床实践经验的医生，译者与作者讨论、作者的复核保证了翻译质量。

推荐本书作为全科医师老年医学专业培训的参考书。也适合内科医师作为老年医学继续教育用书。

衷心感谢中华医学会全科医学分会主任委员曾益新院士对本书翻译出版给予的大力支持，感谢北京协和医学院郑超强教授、李佳慧教授所做的大量具体工作，以及全体译者的共同努力和中国协和医科大学出版社的积极配合，使得本书在较短时间内与读者见面。

刘晓红

北京协和医院老年医学科主任

北京医师协会老年医学专科医师分会主任委员

2017年6月

原版序

“衰老已变得不像短跑，而更像是一场马拉松”

——科菲·安南（Kofi Annan）

世界人口正在快速老龄化，这对年轻医生们提出了挑战。老年人往往多病共存，需要服用多种药物。这就导致了药物之间的相互作用，迫使医生们做出抉择：是每种病都治疗，还是放弃其中一种或几种暂时无关紧要的疾病呢？对于一位已经正在服用其他8种药物的85岁高龄老人，您还要对她的高胆固醇血症用药吗？在这本简明易懂的老年医学临床实践书籍中，多重用药只是我们将要讨论的众多问题之一。

老年人患病常常表现不典型，比如跌倒和谵妄，往往提示患者存在潜在的疾病。而认知功能障碍对医生来说一直是个挑战，因为患者难以提供客观的病史。陈氏《老年医学临床实践》将为您阐明诸如此类，乃至更多难以解决的医学问题。

这本书既实用又简洁，如同一扇方便之门，引领年轻医生们迈进为老年患者服务的快乐旅程。一旦医生们开始认识到老年医学的不同，意识到自己比以前更有能力改善老人生活质量的时候，满腔的喜悦感将油然而生。陈教授的杰出贡献在于撰写此书，使我们在老年医学的“神秘花园”里，随处都能领略到美丽的风景。

John E. Morley, 医学博士

圣·路易斯大学医学中心老年医学教授，老年病学与内分泌科主任

圣·路易斯退伍军人管理局老年医学科研、教育和临床中心主任

作者的话

世界人口正在快速老龄化，老年人疾病问题已被高度重视。中国人口为全世界之最，到本世纪中期，中国将有近5亿人口超过60岁。社会和家庭结构的变化以及人口老龄化使普及老年医学和老年护理知识成为当务之急。

我在澳大利亚从事老年医学临床实践和研究30年，在以居家为基础、社区和医院为依托的医、养相结合老年服务体系方面，积累了大量的临床方案和切实可行的解决方法。本书就全面综合考虑医学、功能状态、社会心理等多维度的内容，制定协调患者的短期和长期照护计划、综合性多学科干预计划，特别是老年患者的评估和管理，处理很多长期存在的老年综合征问题上，做了系统的概述。书中对于病史询问过程中常见突出问题的具体解释、体格检查和辅助检查的详尽指导，非常有助于低年资医师和社区医生的临床实践。2016年获得北京协和医院老年医学科刘晓红主任医师牵头翻译我的最新版著作，并得到中华医学会全科医学分会主任委员曾益新院士大力支持深感荣幸，北京协和医院以学科齐全、技术力量雄厚、特色专科突出、多学科综合优势强大享誉海内外。这次最新版著作全新翻译的工作量很大，增加许多新治疗，专业术语表述精准，临床实践性强。

本书适合全科医师、低年资医师和社区医生，在临床工作中将基础理论知识运用到临床实践。也可以帮助养老护理机构的医务人员、广大的中国老年人居家养老之用。

本书完成过程中我们全身心的投入，力争译文准确流畅，但不足之处在所难免，敬请读者赐教。

[澳] Daniel Kam Yin Chin (陈锦贤)

澳洲新南威尔士大学医学院 教授

目 录

第一章 老年卫生保健服务	1
第二章 老年评估	5
第三章 常用的检查、解读和误区	11
第四章 谵妄	14
第五章 痴呆	20
第六章 抑郁	28
第七章 跌倒	35
第八章 晕厥	41
第九章 帕金森病及其鉴别诊断	44
第十章 尿失禁	52
第十一章 多重用药和药物不良反应	60
第十二章 常见心血管疾病	70
第一节 高血压	70
第二节 体位性低血压	74
第三节 心力衰竭	79
第四节 缺血性心脏病	86
第五节 心房颤动	90
第十三章 常见感染性疾病	93
第一节 呼吸道感染性疾病	93
第二节 尿路感染	97
第三节 蜂窝织炎	100
第十四章 脑卒中——诊断、治疗和康复	102
第十五章 常见内分泌疾病	110
第一节 糖尿病	110

第二节 甲状腺功能亢进症和甲状腺功能减退症..... 115

第十六章 常见风湿类疾病..... 122

第一节 骨质疏松症，骨折和康复..... 122

第二节 骨关节炎..... 128

第三节 风湿性疾病..... 130

第十七章 感觉器官疾病..... 139

第一节 眼部疾病..... 139

第二节 听力障碍..... 142

第十八章 压疮..... 145

第十九章 深静脉血栓形成和肺栓塞..... 148

第二十章 便秘..... 154

第二十一章 营养..... 159

第二十二章 失眠..... 164

第二十三章 吸入性肺炎..... 169

第二十四章 疼痛..... 172

第二十五章 缓和医疗..... 178

第二十六章 冲突和投诉..... 184

第二十七章 决策能力..... 187

第一章

老年卫生保健服务

一、概述

西方和很多亚洲国家的人口正在快速老龄化。2011 年，澳大利亚 65 岁以上人群占总人口的 14%，这个数字将于 2030 年增长到 16%。同样，在英国，2011 年 65 岁以上人口比例是 16%，预计 2031 年将攀升到 23%。香港老年人口的比例也在上升，2011 年 65 岁以上人口占 13%，2029 年将达到 20%。新加坡的老年人口也将从 2013 年的 11% 迅猛增长到 2030 年的 25%。一些亚洲国家虽然目前年轻的人口比较多，但快速老龄化也会到来。比如马来西亚 2013 年 65 岁以上的人口占 5.3%，预计 2021 年将会增长到 7.1%；中国 2012 年 65 岁以上人口比例是 9.4%，而且以每年 0.5% 的速度增加。

许多亚洲国家正在富裕起来并变得西方化。由于成年子女不再与父母住在一起，家庭结构变小，导致老年人接受子女照顾的机会也减少。

不同国家老年医疗保健服务的模式不同，本章着重讨论老年照护服务普遍性的基本原则，同时简单介绍一些老年服务的特殊案例。老年医疗保健服务可人为地划分为急性住院服务、康复和社区服务。实际上这些不同类型的服务之间有一定的重叠。为了提供最佳服务，在不同服务类型之间应该建立紧密和连续性的无缝衔接。

二、急性住院服务

绝大多数国家都提供急性住院服务。根据情况，参与急性住院服务的人员有老年病学医生、全科医生、普通内科医师或全科医师。理想的模式是建立由医疗、护理和其他辅助医务人员组成的多学科团队。多学科团队的目标不仅限于处理疾病本身，同时应该考虑功能以及社会心理方面的问题。

一支健全的为住院患者服务的多学科团队（急性医疗和康复），成员的标准配置包括：

老年病学医生和（或）康复医学专家

住院医师

护士

物理治疗师

作业治疗师

社会工作者

语言学家

营养师

药师

足病医生

不过，团队成员的组成要根据实际条件，尤其是在澳大利亚和亚洲发展中国家的乡村地区。

多学科团队主要是为了满足老年患者多方面的需求。运动障碍、生活不能自理和社会事务这些问题需要物理治疗师、作业治疗师和社会工作者等专业人员的参与。另外，吞咽或言语困难和营养不良的问题需要语言学家和营养师的共同干预。

急性期医疗服务有时需要处理特殊情况，比如卒中或伴有精神症状的急性疾病。但绝大多数急性期服务的重点对象是那些出现跌倒、谵妄或功能下降等老年综合征的急症老人。

三、康复

康复是老年医疗的一个重要方面。老年康复的主要原则是保护和维持患者的功能。一场急性疾病之后老人的身体常会出现功能失调，从而加重功能丧失。那些失能加重的患者可能会需要住院进行康复。除了急性诊疗场所能够实施康复外，很多机构还有独立的康复病房，它们可以位于同一家医院，也可以在另一家亚急性期医院。有些日间医院或门诊也能提供康复服务。康复的重要内容包括运动训练、自理能力训练以及为居家老年人提供适当的支持。此过程的关键环节是制订现实的功能目标。如果患者不能回归家庭，就需要入住长期照护机构如老年公寓或护理院。更多细节将在“卒中：诊断、治疗和康复”和“骨质疏松、骨折和康复”的章节里进行描述。

四、老年骨科服务和其他手术的内外科协同服务

对于将要接受骨科手术（髋关节骨折手术常见，但不局限于此）的老年患者来说，这种服务提供围术期管理，并且根据其运行模式，既可能是会诊联络方式，也可以是共同管理的形式（骨科医生和老年病学医生联手工作）。它的目的是为了提供更加安全、高效和全面的围术期内科（外科）服务，其内容涵盖了接受骨科手术的老年患者常出现的内科（老年病）学以及骨科的问题。例如，这些问题包括：控制疼痛；预防性抗血栓治疗；血氧管理；液体（电解质）平衡；老年常见问题如谵妄、营养或便秘；外科问题如伤口护理、何时负重；康复问题如尽早活动（病情允许的情况下）。证据表明这种多重问题整体管理的服务模式既可降低病死率又能降低并发症的发生率。如果术后需要较强化的康复治疗，患者可能会被转诊到康复或老年医学团队。

相似的服务模式已在其他外科领域如心胸外科兴起。同样，其目的也是为了及时处理内

科问题或者尽可能防患于未然。

五、社区服务

老年照护社区服务的情况差别很大，但原则是类似的，其目的都是为居家老人提供节约、高效的支持。绝大多数老人自理能力尚好，而有的老人进行某些活动时需要帮助，比如做家务、运送食物、购物或打理院子等。另外还有的老人依赖性更强，连基本自理都需要帮助。在家人或照料者无力对老人提供足够照顾的时候，可以由政府或慈善组织的补贴来支付这些服务的费用。有些地方还可以提供日间照护或托管服务（在机构内）。如果有老年医学评估团队，则他们可以为老人或他们的家属提供评估和建议，帮助他们判断可以继续留在家还是需要送进专业机构接受照护。

全科医生（GP）的职责是为社区的老年人提供基本的医疗保健服务。在澳大利亚，GP 管理常见的慢性疾病和简单的急性疾病。他们在疾病的基础预防如流感疫苗接种等方面发挥着重要作用。遇到更复杂的情况，患者将被转诊给老年病学医生或其他专科医生。如果是急症或严重的问题，患者通常被转诊到处理急性病的医院。澳大利亚和英国的很多 GP 可以为那些不能亲自到门诊就医的失能老人提供上门服务。在一些亚洲国家（如新加坡），政府投资的综合门诊会聘请擅长老年医学的 GP。在中国，很多 GP 在当地政府开设的门诊为老年人提供基本保健服务。然而，亚洲的很多国家或地区（包括香港、新加坡和马来西亚），GP 为老年人提供服务的时候面临经费上的困境，主要原因是老人所需的问诊时间往往很长。这种情形使得医院或政府的诊所成为主要的卫生保健提供者。

六、过渡期医疗

过渡期医疗是为急性期住院后的老年患者提供多学科参与的短期服务，帮助他们做好回归家庭的准备。大体上这种以短期目标为导向的康复可以在家，也可以在患者回家前暂时到养老服务机构去做。过渡期医疗服务在澳大利亚是由政府资助的，经老年评估团队判定符合标准后方可享受。

七、护理院、老年公寓和退休村

许多这样的机构是由非政府组织和非营利性组织建立的。在澳大利亚，这些机构是长期和稳定的，很多还享受联邦政府的补贴。许多亚洲国家养老服务机构的数量在不断增长以适应社会的变化，其中不少是由私人经营，还有一些是政府投资的。

八、流动医疗服务

近年流动医疗单元（Ambulatory care units）已经发展起来，它收治那些疾病不太严重、无需住院的患者。适合接受流动医疗服务的疾病包括蜂窝织炎和深静脉血栓等。这种流动医

疗服务模式的成功运作依赖于认真筛选患者。一般来说，罹患比较严重的疾病或明显功能丧失的患者需要住院治疗。

九、姑息医疗（又称安宁照护或舒缓医疗）

传统的姑息医疗是在舒缓医疗机构进行的。然而，近年澳大利亚的姑息医疗多在患者家里进行。从事姑息治疗的医生和护士到患者家中出诊，与全科医生一起为患者提供适当的治疗。

（翻译：吕继辉 审校：李佳慧）

第二章

老年评估

一、引言

随着全球人口的老龄化，医生需要治疗更多的老年患者，这些患者会存在医学、身体、认知和社会 - 经济的问题。除了传统的医学评估，老年患者的评估通常还应包含躯体功能、精神健康和社会 - 环境的内容。因此，老年评估必须比传统的医学评估更全面。

老年评估（Geriatric assessment, GA）

老年评估是针对老年人的医学、社会心理和功能状态等问题多维的、多学科的诊断过程，目的是为患者的短期和长期照护制订协调和综合性的干预计划。老年人多重需要的复杂性需要一种全面的干预方法。老年人通常表现的不是某个孤立的医学问题，症状常是非特异性的，表现为老年综合征如谵妄、跌倒或功能减退等。除了病史和体格检查等标准的医学评估，GA 还强调认知功能、社会心理问题 and 功能状态。评估往往需要多学科团队（医生、护士和其他综合医疗保健人员）提供信息。进行评估和后续多学科治疗的目的是尽可能使老年人保持健康、恢复功能独立性和提供好的生活质量。尽管全面评估很耗时，但是，详细的评估对良好的预后和恰当的治疗是很有价值的。在繁忙的全科诊区，为了节省时间有些信息前期可以通过有能力的患者自我报告，或询问照护者的方式来获取，比如生活方式、功能状况等信息。通过仔细观察患者的活动如从椅子上站起来行走或脱衣服接受检查，可以获取一些信息，还能节约检查时间。在高龄患者，经常被忽略但很重要的 GA 项目是视力和听力障碍、尿失禁和营养状况的评估，这些将在下面进行阐述。

二、病史采集

如果患者有认知障碍或言语障碍，病史采集可能存在问题。可以从亲属、朋友或照料者等知情者那里获取信息。最好把病史归纳为一个问题列表，应该包含跌倒、失禁、抑郁和记忆减退等重要信息。功能状态和社会 - 经济问题可以通过自我报告或询问的方式来获取。药物史应该包括饮酒量、非处方药物和辅助药物。

三、体格检查

体重和体位血压在繁忙的门诊和急诊经常被忽视，但这些信息有助于评估营养、跌倒和

其他相关的医学问题。还应该检查视觉、听觉和义齿，这些可能与老年综合征或功能（营养）下降有关。

四、认知功能

痴呆是老年患者出现认知障碍最常见的原因。痴呆的患病率在 65 岁及以上老年人中约为 6%，在 80 岁及以上的社区老年人中约为 30%。老年人可能自诉良好或者寻找借口来掩饰他们的认知问题。简单询问病史或测试定向力不足以发现痴呆。有效的认知功能障碍筛查工具有画钟测验（Clock Drawing Test, CDT）、简易智能评定量表（Mini-Mental Status Examination, MMSE）和简短精神状态问卷（Short Portable Mental Status Questionnaire）。CDT 是一种快速、敏感的认知功能评估工具，要求患者画一个表盘，把钟点标在正确的位置上，再画出指针表示规定的时间，如“3:30”或“11:45”。MMSE 是一项公认的评估工具，所需时间稍长，但能得到量化的分数，特定的亚项受损对疾病有提示意义。例如，痴呆患者常存在突出的延迟记忆（5 分钟后回忆）障碍，抑郁患者存在瞬时记忆障碍，谵妄患者常存在注意力障碍（计算连续减 7 或倒拼单词“world”）。总分 ≤ 24 分提示存在认知功能损伤，但是不能诊断痴呆。MMSE 的成绩受到许多其他因素的影响，谵妄、抑郁、配合度差、受教育水平低、心理障碍、失语症或注意力低下等都会导致分值降低。痴呆的疑似诊断需要有证据支持其智能下降的程度足以干扰个人生活或工作能力。然而，对受教育水平较高和年轻的患者应该提高界值分，相反，对受教育水平低的患者应降低界值分。还可以应用更专业的测试方法，这些将在“痴呆”章节中进一步讨论。

五、功能状态

功能状态常采用评定日常生活活动能力（Activities of daily living, ADL）的工具进行评估。为方便使用，ADL 常被分为基础和工具性 ADL。基础（自理）活动包括洗漱、穿衣、床-椅转移、如厕（二便）控制和自行进食；工具性 ADL（IADL）是更加复杂的功能，包括评估患者的独立服药、理财、做家务、购物、使用公共交通工具和使用电话的能力。ADL 的独立程度（常受认知功能完整性的影响）和获得社会支持的程度是判断患者应该居家生活还是入住养老照护机构的决定因素。

六、心境状态（抑郁）

抑郁症状在社区居住的老年人中常见，入住专业机构的老年人抑郁患病率更高。抑郁症状常与躯体疾病相关。对老年人进行提问来筛查抑郁是重要的，通过有效的工具可以对抑郁症状进行量化评定，尤其是简化版老年抑郁量表（Geriatric Depression Scale, GDS）。筛查阳性的患者需要进一步的诊断评价和治疗。细节见“抑郁”章节。

七、视力障碍

视力障碍的患病率伴随增龄而升高。一项来自3个社区的老年人群的研究显示,从71~74岁到90岁以上,失明(矫正视力低于6/60m或20/200ft)的发生率由1%增加到17%,视力障碍的发生率由7%增加到39%。年龄相关的视力变化影响中心视力、周边视觉、对比敏感度和色视觉。失明或视力下降的最常见原因是白内障和年龄相关的黄斑变性。两种常见的疾病白内障和青光眼,其实是导致失明或视力障碍的可治原因。筛查视力障碍可用斯内伦测视力图(Snellen Eye Chart),患者从6m(20ft)远的距离读图,必要时可使用矫正镜片(6/6或20/20是正常视敏度)。手持性卡片,比如Rosenbaum袖珍视力筛查工具(Rosenbaum Pocket Vision screener),是测试近视力和远视力的有效替代方法。卡片应该举在距离患者的眼睛35cm(14in)的位置。矫正视力不超过6/15(20/50)有临床意义,说明需要更详细的评估或转诊。视力障碍实际上可能加重常见老年综合征的症状,如痴呆、谵妄和抑郁。视力减退还常常增加跌倒的风险。

八、听力障碍

大约24%的65~74岁老年人存在听力障碍,75岁以上的老年人达40%。听力障碍与情感和社交障碍明显相关。听力障碍分为感音神经性和传导性听力下降,或混合性听力下降。感音神经性听力下降由耳蜗疾病所致,是老年性耳聋最常见的原因。传导性听力下降是由声音传播到内耳的障碍造成的,最常见的原因是耵聍栓塞和耳硬化症。必须检查外耳道,因为耵聍栓塞是可逆的。进一步的检查有耳语测试、Weber试验或Rinne试验(细节参见章节“听力障碍”)。视力障碍和听力障碍会加重常见老年综合征的症状,加重病情和影响生活质量。

九、跌倒和活动障碍

随着年龄增长,老年人出现平衡障碍和步态异常增多,致使老年人容易发生跌倒。跌倒是常见的老年问题,可能导致严重损伤,包括髌部骨折、严重软组织创伤和死亡。多种慢性疾病,尤其是视力障碍、肌肉骨骼系统疾病和神经系统疾病(包括痴呆),以及多重用药都会增加跌倒的风险。跌倒可能导致害怕跌倒、活动减少和功能减退。筛查和详细评估的重要性在于帮助判断哪些患者可以从干预中受益。筛查性提问有助于发现问题,如:“最近6个月您有过跌倒吗?”。如果回答“是”,应该进一步评估运动和平衡功能。运动功能的评定可以使用起立-行走试验,让患者从一个带扶手的椅子上站起,并开始计时,行走3m,转身,返回坐下(共计6m)。20s以内完成测试可认为其基本移位能力是独立的;20~29s为轻度依赖;超过30s为严重依赖。

如果患者行动不稳,需要使用助行器(如拐杖、三脚或四脚支撑架、轻便起重架、带

轮的助步器或前臂支撑架) 重新评定。

十、药物列表, 依从性检查

如果不检查患者的服药情况和依从性, GA 就是不全面的。服用多种药物和认知障碍的患者发生意识模糊和不遵医嘱服药的风险更高。在未检查依从性之前不能得出药物治疗无效的结论。同等重要的是, 应该检查疾病恶化、认知障碍或功能下降(如跌倒) 是不是药物不良反应或交互作用和依从性问题造成的。

十一、营养不良

营养评估是老年评估的一部分。社区研究发现, 65 岁以上老年人营养不良的发生率通常较高。老年人发生慢性疾病、躯体残疾、咀嚼食物困难、社会隔离、经济拮据和多重用药的概率高, 这些因素都增加体重下降和营养缺乏的风险。体重下降常预示营养不良, 并可能伴随抑郁、痴呆、甲状腺功能亢进或慢性疾病(如慢性感染、心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病或潜在的恶性肿瘤)。筛查时应询问患者近 6 个月来是否有体重下降超过 10%, 如果答“是”, 应进一步检查血清蛋白、全血细胞分析和肝肾功能。综合的营养评估应包含病史、人体测量指标(如体重指数、三头肌皮褶厚度和上臂围)、临床检查和饮食评定。对经验欠缺的临床医生来说, 可使用一些有效的营养筛查工具包括营养筛查清单(Nutritional Screening Initiative Checklist)、微型营养评定(Mini Nutrition Assessment)和主观总体评估(Subjective Global Assessment)。筛查和适当的干预措施能够改善营养不良的预后。

十二、尿失禁

尿失禁是指尿不自主漏出, 是常见的健康和社会问题, 是致残的原因, 但通常是可治疗或治愈的。除非被特意问及, 老年患者常羞于提起此事。一个有用的筛查问题是“你有不自主地排尿吗?”, 如果答案是肯定的, 有必要进一步评估, 并且应该鉴别急性和慢性尿失禁的原因, 因为它们的治疗方案不同。评估还包括简单的化验, 如化验中段尿寻找感染的证据, 或使用超声波检查残余尿量。详情参见章节“尿失禁”。

十三、社会环境评估

因为涉及的因素复杂, 在办公室里很难量化评估老人的社会环境状况, 所以有时需要家访。对 75 岁以上的老年人来说社会隔离的现象很常见。老人身体生病或残疾常需要照护人员。应该与患者和照料者讨论患者的经济状况和家庭安全问题。评估应该包括社交网络(支持)、社会服务设施、特殊需要、环境安全与交通等, 所有这些都可能会影响干预计划。还可以列举清单来评估居家安全性。主要照护者通常承受着较高的压力。老年衰弱患者, 尤其是那些不能自理的患者, 应该接受虐待和忽略的评估。对压力较大的照料者, 建议其接收