

实用 老年医学

Chan's Practical Geriatrics

〔澳〕 Daniel KAM Yin Chan (陈锦贤) 主编
陈 峥 崔树起 主译

(中文第二版)

中国协和医科大学出版社

R592
85

实用老年医学

Chan's Practical Geriatrics

(中文第二版)

[澳] Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤) 主编

主 审: 梁万年

主 译: 陈 峥 崔树起


副主译: 王进堂 曲 毅 耿庆山 杨 文 汤 哲

译 者 (以姓氏笔画为序)

马晶晶	王进堂	王晓燕	王慧丽	石 静	汤 哲
曲 毅	吕 曼	刘柏辉	陈 峥	杨 文	杨峻青
宋岳涛	沈 沁	杜 娟	杜秋越	沙春蕊	张 光
张承巍	张艳华	段金海	耿庆山	崔树起	崔晓丽
梁智林	曹晓娜	潘志红			

译者单位

北京老年医院	上海交通大学医学院附属仁济医院
首都医科大学	广东省人民医院
首都医科大学宣武医院	吉林大学第二医院

 中国协和医科大学出版社



中医学院 0628919

图书在版编目 (CIP) 数据

实用老年医学 / 陈锦贤主编. —2 版. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2013. 7
ISBN 978-7-81136-854-3

I. ①实… II. ①陈… III. ①老年病学 IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 098752 号

实用老年医学

China's Practical Geriatrics

(中文第二版)

[澳] Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤) 主编

主审: 梁平

主译: 崔树起 陈峥

主审: 王世堂 曲曲

实用老年医学 (中文第二版)

主 编: [澳] Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤)

主 译: 陈 峥 崔树起

责任编辑: 韩 鹏 孙阳鹏

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 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/16 开

印 张: 10.75

字 数: 250 千字

版 次: 2013 年 7 月第 1 版 2013 年 7 月第 1 次印刷

印 数: 1—3000

定 价: 25.00 元

ISBN 978-7-81136-854-3/R · 854

(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)

序 言

“衰老已变得不再像是一种快跑，而更像是一种马拉松”

——Kofi Annan

世界人口正在快速老龄化，这对年轻医师提出了挑战。老年人常同时有多种疾病，需要多种药物治疗，这会导致药物与药物之间的相互作用，迫使医师做出选择：是治疗每种疾病还是暂不对某种或多种潜在性的疾病给予治疗？您要为已经服用8种其他药物的85岁老人治疗高胆固醇吗？本书通俗易懂，主要涉及老年人照护，多重用药只是讨论的问题之一。

老年疾病的表现常不典型，一些潜在疾病常表现出像跌倒和谵妄这样的病症。认知功能障碍仍是医师面临的一种挑战，因为它可降低医师获得客观病史的能力。诸如此类及其他很多医学挑战或难题都在本书里得到阐述。

这本书高度实用、简单明了，将为开始步入老年照护队伍行列的年轻医师打开方便之门。一旦医师开始认识到老年人照护上存在着差别，他们就会感到心花怒放，因为他们认识到自己具备了提高老年人生活质量的能力。陈博士已经做了大量的临床工作，这本书的发行将让我们体会到老年照护这座“隐蔽花园”中的“峰回路转”之处的美丽风光。

John E. Morley, MB, BCh

圣·路易斯大学医学中心老年医学与内分泌学主任，Damment老年学教授，以及圣·路易斯退伍军人管理局老年医学科研、教学和临床中心主任

译者前言

随着医学科学的发展和医疗技术的不断改善,我国老龄人口迅猛增加,社会老龄化程度越来越高,于2000年已步入老龄化社会的行列,到2050年我国老年人口总量将超过4亿人,老龄化水平达到30%以上。我国是世界上老年人口最多的国家,未富先老、未老先病的情况十分严重。因此,发展老年医学,认识老年病的疾病特点、研究老年病的发生发展规律、探索老年病的最佳诊疗方案和建立老年疾病的防控体系已成为我国老年医务工作者迫切需要解决的问题。

老年病学是一门年轻的学科,不到100年历史,是老年学和医学的分支,是研究与老年人健康相关的临床医学、康复治疗学、社会学、心理学和预防医学的综合学科。老年病人常有多种慢性疾病共存,并伴随多种脏器功能下降、免疫功能衰退、代谢失衡,以及智能障碍和肢体活动障碍等病理生理特点,造成临床症状不典型、没有特异性表现、隐伏性发作、易漏诊等。同时,老年人常出现抑郁症、营养不良、慢性肝肾功能障碍、骨质疏松、肢体活动受限、尿便失禁和压疮等合并症,导致治疗难度加大。老年人丰富的社会阅历,所具有的价值观、文化背景、宗教信仰和子女的高需求性,使疾病的处理变得更加复杂。为提高对老年病人的照护水平,需要大力加强老年医学多学科整合性团队的建设,加强医护人员的业务素质教育和培训,不断完善他们的知识结构,提高他们的诊疗水平。

由澳大利亚新南威尔士大学 Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤) 教授担任主编的《实用老年医学》(第一版) (Chan's Practical Geriatrics, 1st Edition) 于2006年在澳大利亚出版。本书是陈教授及其同事们长期从事老年医学临床实践的结晶,观念新、内容简明、要点突出、实用性强,特别是在病史采集、体格检查、基本实验室检查和辅助检查方面,以及在适宜的基本预防、治疗、整体照护措施方面,弥补了我国一般教科书和参考书中现代老年医学观念和临床实践经验上的不足,对我国老年医护工作者具有比较重要的参考价值,为此,在征得本书主编书面同意后,我们在第一版基础上对其进行语言润色和内容增补,将其翻译成中文,并委托中国协和医科大学出版社再次出版发行。译文审稿时,陈锦贤教授又对原文个别部分做了一些补充修订。

本书的主要读者对象是从事老年病学的医护工作者、老年医学科研人员和医学专业的师生。本书简洁地概述了老年人的常见问题,为医护人员在病史采集中遇到的常见问题给出了解释并为某些特定的体格检查和检验项目提供了依据,在许多章节还提供了病例,这些都有助于读者对一些常见的老年症状和疾病加深理解,有利于指导临床实践。本书在老年健康评估、老年人多重用药和老年人长期照护等方面也提供了多有裨益的信息。

本书在译成中文版时加入了附录“老年医学发展简史”一章，以便读者加深对本书的理解，并对老年医学的发展背景和现状有所了解。

本书在翻译过程中，在力求保持原有文字简练的基础上还注重语言的通俗易懂。本译本在一些疾病的治疗、所用药物和药物的剂量方面完全和原版保持一致，但随着老年医学研究的不断深入和临床经验的不断积累，再考虑到老年个体和群体之间还存在一定的差异，本书中难免有一些不妥之处，恳请读者在做出临床决定时要结合自己的工作经验做出自己的判断，必要时参考最新的文献资料和研究信息。

由于译者个人的阅历、工作经验和理解等的差异，加之译著时间比较仓促和水平有限，缺点和错误在所难免，恳望读者批评指正。

深切感谢首都医科大学梁万年教授、上海交通大学施榕教授对本书翻译出版工作的大力支持，感谢宋岳涛博士和王慧丽老师为本书的出版所做出的大量具体工作，同时还要对首都医科大学、北京老年医院、上海交通大学医学院附属仁济医院、广东省人民医院和吉林大学第二医院有关人员的大力支持和帮助一并表示衷心的感谢！

陈 峥 崔树起

于北京老年医院和首都医科大学

2013年6月6日

主编和作者 (第一版和第二版)

Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤)

Department of Aged Care & Rehabilitation, University of New South Wales, Bankstown Hospital, Bankstown 2200, Sydney

第二版前言

其他作者 (第一版)

第一版出版后, 我们收到国内外读者的好评和宝贵支持, 也很荣幸承蒙很多中国同事和朋友的团队合作将本书翻译成中文并得以出版。所有这些都给我们勇气继续编辑第二版。除了对第一版部分内容进行更新外, 还增加了“冲突与抱怨”章节, 本内容传统上在大学里不做专门讲授, 我们希望它对读者尤其是初级医生会更有益处。再者, 尽管我们尽了最大努力, 错误将在所难免, 希望读者在适当情况下与资深医师和其他教材或文献对照检查 and 阅读, 如有错误和不妥, 请不吝赐教。

Daniel Kam Yin Chan

2013年5月6日

Andrew Cole, Department of Rehabilitation,

Sydney, NSW, Australia

John Draper, Academic Department for Old Age Psychiatry, Prince of Wales Hospital,

Windermere, New South Wales, Australia

Vincent's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia

Huong Van Nguyen (1st and 2nd edition), Department of Aged Care & Rehabilitation,

Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia

Dennis Cordato (1st and 2nd edition), Department of Neurology,

Sydney, NSW, Australia

Jim Kokkinos, Department of Neurology, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia

Michelle Kwan, Department of Aged Care, Liverpool Hospital, Sydney, NSW, Australia

Marian O'Rourke (2nd edition)

Department of Aged Care & Rehabilitation, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia

Dennis Chang, Centre of Complementary Medicine, University of Western Sydney, NSW, Australia

第一版前言

老年患者的评估和管理经常使低年资医务人员和全科医生感到棘手。由于很多老年综合征的复杂性和病案会诊或审核时间的有限性，通常难以对老年患者做出全面评估。

这本《实用老年病学》旨在使忙碌的全科医生和低年资医务人员感到工作更轻松一些。本书以病史采集、临床检查、临床调查、治疗和管理为编写模式，以问题为导向，是我们一般诊疗病人的基础。本书简洁地概述老年人的常见问题，避免了不必要的细节和罕见疾病，是繁忙的从业医师的好帮手。书中对病史采集中常问及的突出问题给出解释，对进行某些体格检查和调查的原因给出了解释，因为这些知识在很多传统教科书上是难以获得的。在许多章节还提供了疾病概述，有助于大家对一些常见的老年综合征和疾病的理解。

正在准备医师资格考试的低年资医师，可能会发现这本书对处理复杂的长期存在的老年病问题很有帮助。老年病专业的高年级医学生也会觉得这本书有用，特别是当他们在临床上遇到关于老年病的提问或论文答辩时，但这需要具备一些基本的理论知识。

本书并非要取代传统的老年医学教科书，而是对它们做出补充。但愿我们的劳动能最大限度地减轻那些繁忙医务工作者在处理老年患者中的痛苦。像所有其他教材一样，尽管我们尽了最大努力，但错误在所难免，愿意接受资深临床专家和其他教材或资料的审核。如果您发现书中任何不妥之处，请不吝赐教。

Daniel Kam Yin Chan

2013年5月6日

主编和作者 (第一版和第二版)

Daniel Kam Yin Chan (陈锦贤)

Department of Aged Care & Rehabilitation, University of New South Wales, Bankstown Hospital, Bankstown 2200, Sydney, NSW, Australia

其他作者 (第一版)

Duncan Forsyth, Department of Medicine for the Elderly, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, United Kingdom.

Philip Poi, Division of Geriatrics, Faculty of Medicine, University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia.

James Low, Department of Geriatric Medicine, Alexandra Hospital, Singapore.

James KH Luk, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong SAR, China.

Wayne James HC Hu, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong SAR, China.

Chung Ming Chu, Department of Medicine & Geriatrics, United Christian Hospital, Hong Kong SAR, China.

Cheung Kei Lee, Department of Medicine & Geriatrics, Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital, Hong Kong SAR, China.

Andrew Cole, Department of Rehabilitation, Braeside Hospital (St. George Hospital), Sydney, NSW, Australia.

Brian Draper, Academic Department for Old Age Psychiatry, Prince of Wales Hospital, Sydney, Australia.

Emerald Ong (1st and 2nd edition), Department of Aged Care & Allied Health, St. Vincent's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia.

Huong Van Nguyen (1st and 2nd edition), Department of Aged Care & Rehabilitation, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia.

Bin Ong (1st and 2nd edition), Department of Ambulatory Care, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia.

Dennis Cordato (1st and 2nd edition), Department of Neurology, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia.

Jim Kokkinos, Department of Neurology, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia.

Jeffrey Rowland, Department of Aged Care, Liverpool Hospital, Sydney, NSW, Australia.

Fintan O'Rourke (2nd edition)

Department of Aged Care & Rehabilitation, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia

Dennis Chang, Centre of Complementary Medicine, University of Western Sydney, NSW, Australia.

致 谢

下列同事在这部书各章节的审校中表现出了足够的耐心和认真，我们非常感谢他们对各章节提出了宝贵的意见。

高血压，直立性低血压，心力衰竭，缺血性心脏病

Emeritus Professor David Wilcken, The Eastern Heart Clinic, Prince of Wales Hospital, Sydney, NSW, Australia

痴呆

Professor Henry Brodaty, Academic Department for Old Age Psychiatry, Prince of Wales Hospital, Sydney, Australia

营养

Professor Jean Woo, Division of Geriatrics, Department of Medicine & Therapeutics, Faculty of Medicine, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China

多重用药和药物不良反应

Professor Ric Day, Department of Clinical Pharmacology, St. Vincent Hospital, Sydney, NSW, Australia

眼病

Professor Minas Coroneo, Department of Ophthalmology, Prince of Wales Hospital, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia

骨质疏松症、骨折和康复

Professor Leon Flicker, Geriatric Medicine, School of Medicine & Pharmacology, University of Western Australia, Perth, WA, Australia.

骨关节炎；其他风湿性疾病

Dr. Terry Choy, Visiting Medical Officer, Department of Aged Care & Rehabilitation, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia.

疼痛

A/Professor Richard Chye, Sacred Heart Hospice, Sydney, NSW, Australia.

帕金森病及其鉴别诊断

Dr. Dudley O'Sullivan, Department of Neurology, St. Vincent Hospital, Sydney, NSW, Australia.

尿失禁

Dr. Man Fuk Leung, Department of Medicine and Geriatrics, United Christian Hospital, Hong Kong SAR, China;

Dr. Triet Bui, Dr. Fintan O'Rourke, Dr. Bin Ong and other colleagues corrected grammatical mistakes and provided other valuable comments; Department of Aged Care & Rehabilitation, Bankstown Hospital, Sydney, NSW, Australia.

目 录

第一篇 绪论 (1)

 第一章 老年照护服务 (1)

 第二章 老年医学评估 (3)

 第三章 常用的实验室检查：结果判读和误区 (8)

第二篇 老年综合征 (11)

 第四章 谵妄 (11)

 第五章 痴呆 (16)

 第六章 抑郁 (23)

 第七章 跌倒 (29)

 第八章 晕厥 (35)

 第九章 帕金森病及其鉴别诊断 (37)

 第十章 尿失禁 (44)

 第十一章 多重用药和药物不良反应 (51)

第三篇 常见老年病 (59)

 第十二章 常见心血管疾病 (59)

 第一节 高血压 (59)

 第二节 直立性低血压 (63)

 第三节 心力衰竭 (67)

 第四节 缺血性心脏病 (72)

 第十三章 常见感染性疾病 (75)

 第一节 常见呼吸系统感染 (75)

 第二节 尿路感染 (79)

 第三节 蜂窝织炎 (81)

 第十四章 脑卒中：诊断、治疗和康复 (82)

 第十五章 常见内分泌疾病 (89)

 第一节 糖尿病 (89)

剂师和足病医生。

然而，团队的组成还依赖于可利用的资源，尤其是在澳大利亚和亚洲发展中国家的农村地区。

多学科团队在满足老年患者的多方需求方面是很必要的，运动功能损伤、日常活动能力下降和出现社会心理问题等需要物理治疗师、职业治疗师和社会工作者的参与。另外，吞咽或语言困难和营养不良需要来自语言治疗师和营养师的协同照护。

急性照护服务可以管理诸如脑卒中或具有精神病症状的一些特殊情况的病人。绝大多数急症服务集中在老年综合征，如跌倒、谵妄和功能减退的护理上。

三、康复

康复是老年护理的一个重要方面。老年护理康复的主要原则包括患者功能状态的恢复和保护。老年人往往是一场疾病之后体质上变得更加虚弱，导致残疾程度加重。住院病人的康复主要针对那些更加严重的伤残患者。康复可以在急性医疗照护机构中实施，也可在同一所急症医院或另一所亚急症医院单独设立的康复病房实施。有时康复也在日间医院或门诊室进行。康复的重要方面包括运动训练、自我照护训练以及为在家里生活的老人安排适当的服务。在这种过程中，建立切实的功能目标是非常必要的。如果患者不能回家，可以要求安置在公寓性的护理机构里，如老年公寓或护理院。有关这些服务更多的细节将在“脑卒中：诊断、治疗与康复”以及“骨质疏松症、骨折和康复”的章节里进行描述。

四、社区服务

老年照护的社区服务形式多样，但原则是相似的。服务目标是在家中对老人给予照顾，以保证较高的成本效益。在自我照护中，大多数老人是相当独立的，但有些在某些活动方面仍需要帮助，如家务、做饭、购物和逛公园等。另外，有些老人更具依赖性，基本的个人护理也需要帮助。在家庭成员或照护人不能提供足够护理的情况下，可由政府或慈善机构以补贴的方式提供这些服务。有时，到相关机构里接受日间护理和舒缓护理（respite care）是可行的。老年照护评估团队能为老年人或他们的亲属提供评估或建议，这将有助于他们决定患者能否留在家中或需要机构提供护理。

全科医师可为社区老年人提供基本的照护服务。在澳大利亚，全科医师管理常见的慢性疾病和较轻微的急性疾病。他们在初级疾病预防方面发挥重要的作用如流感疫苗接种。问题较复杂的病人则将被转诊给老年病学专家或其他医学专家，急重症患者可转诊到急症医院。在澳大利亚和英国的许多全科医师为不能到诊所就诊的残疾老人实行家访。在某些亚洲国家（如新加坡），对老年医学有特殊兴趣的全科医师受聘于政府资助的联合诊所。在中国，许多全科医师在当地卫生部门开设的诊所里行医，为老年人提供初级卫生保健服务。然而，在许多亚洲国家和地区（包括香港、新加坡和马来西亚），由于为老人提供医疗服务时间通常很长因而全科医师多缺乏经济上的激励机制，在这种情况下，医院或政府诊所成为卫生保健主要的提供者。

五、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盈利性机构创建的。在澳大利亚，这些机构已经建立很长时间，并且联邦政府在许多方面给予了经济补贴。在许多亚洲国家，养老服务机构数量不断增加以适应社会的变化，其中许多由私人经营，还有一些得到政府的补贴。

六、流动性的照护

流动性照护单元 (ambulatory care unit) 在最近几年已得到发展，用以治疗那些以门诊治疗为主的不太严重的老年患者。适应证包括蜂窝织炎和深部静脉血栓等。这种治疗项目能否成功依赖于对病例的认真筛选。一般地讲，患有比较严重的疾病或存在明显功能障碍的患者需要住院治疗。

七、姑息照护

姑息照护 (palliative care) 通常在养老院中提供。然而在澳大利亚，近年来姑息照护服务已在患者的家庭中提供。姑息照护医师和护士出诊到患者家中，与全科医师一道为患者提供适当的治疗。

(编者: Daniel KY Chan; 翻译: 宋岳涛)

第二章 老年医学评估

一、概述

随着全球人口老龄化，医师需要治疗越来越多的老年患者。老年患者不仅有躯体上的疾患，而且有认知和社会经济的问题。除传统的医学评估外，老年患者的评估还包括对其躯体功能、心理健康和社会环境等问题的评估。因此，与传统的医学评估相比，老年医学评估应该是更加整体观的。

二、老年医学评估

老年医学评估 (geriatric assessment, GA) 是一种涉及多个方面和多种学科的诊断过程，以此来确定老年人在医学、社会心理及其功能活动状态等方面存在的问题。其目的是为老年患者制定一个协调的、融合性的中期或长期照护计划。老年患者需求的复杂性需要用一种整体观的路径。老年人通常不会只存在一种单一的疾病，症状也不具有特异性，而常常表现为诸如谵妄、跌倒、功能衰退等老年综合征。除了病史和体格检查方面的医疗评估外，老年评估还强调对认知功能、社会心理问题 and 功能状态的评估，这种评估通常要

求多学科团队的参与（医生、护士及其相关的医务人员）。老年评估和多学科照护的目的是尽可能地使老年患者保持健康，恢复功能独立性，并提供高质量的生活条件。虽然整体的评估会耗费很多时间，但是详细的评估对于好的疗效和好的照护来讲其价值无法估量。诸如患者的生活习惯和身体功能状况等信息，评估者可以在应诊之前通过患者本人自述或从看护人那里提前获得，这可为繁重的一般操作节省时间。细心的观察，如观察患者从椅子上站起来走路或者穿衣的状况，也可得到一些信息，节省检查的时间。老年评估中某些重要的部分常被忽视，包括视力与听力下降、尿失禁和营养不良等，这对老年患者来讲是很重要的，将在下面的内容中详细介绍。

三、病史采集

如果患者有认知或语言功能障碍，病史的采集可能是一个难题。病情可以通过患者的亲属、朋友或看护人那里获得。病史最好是概括为一份问题清单，应该包括如跌倒、尿便失禁、抑郁和记忆减退等重要信息。患者的功能状况和社会经济问题需要通过患者自述或从会诊中获得。用药史应包括饮酒史、非处方用药和辅助用药史。

四、体格检查

体重和体位血压检查在忙碌的门诊或急诊常被忽视，但这些信息对评估营养状况、跌倒和其他相关的医疗问题都是重要的。还应检查视力、听力和义齿等，因为这可能会与一些老年综合征、功能或营养降低有关。

五、认知功能

痴呆是老年患者认知障碍最常见的原因。老年痴呆在65岁以上老年人的患病率为6%，在80岁以上的社区老年人中增加至30%。存在认知问题的老人可能表现正常，或为其找到种种借口。单纯凭借询问病史或者做方位测试可能不足以确诊痴呆。有效筛查认知功能障碍的工具包括画钟试验（clock drawing test, CDT）、简易智能状态评估量表（mini-mental status examination, MMSE）和简易智能状态评估问卷（short portable mental status questionnaire, SPMSQ）等。画钟试验是一种对认知功能迅速而敏感的测试，要求患者画一个包括所有时点的钟面，然后在上部用时针和分针标出一个具体的时间，例如“3点30分”或“11点45分”。简易智能状态评估量表是一个众所周知的工具，它费时较长但可通过得分获得特定分数段所代表的认知功能的受损情况。例如，痴呆患者主要在短（近）期记忆（5分钟后回忆）方面有困难，而抑郁患者有即时记忆（immediate recall）困难，神志昏迷的患者注意力不集中（例如不能连续减7的计算或从后往前拼写“world”）。得分 ≤ 24 分可以诊断认知功能损害，但不能诊断为痴呆。很多其他因素会影响MMSE测试的分数。一个低分值也可能是谵妄、抑郁、合作不佳、受教育水平低、智力障碍、语言障碍或精神不集中等所致。疑似痴呆的诊断，需要有证据显示明显的智力功能下降并足以影响到患者个人生活或者工作。不过，高分值要考虑到受教育水平高并年轻的缘故，低分值要考虑患者是否没有受过教育。可供采用的专门测试工具还有很多，这些会在“痴呆”一章中做进

一步的论述。

六、功能状况

功能状况的检测通常是采用评估日常生活能力的方法。为方便起见，日常生活能力 (activities of daily living, ADL) 的评估可分为基本能力评估和器具操作能力评估两种。基本 (自我照护) 能力评估包括无帮助的情况下沐浴、穿衣、从床上移到椅子上、如厕 (能控制尿便) 和进食等能力的评估; 而器具操作能力评估较为复杂, 包括对患者独立服药、处理财物、操持家务、购物、使用公共交通工具和电话等能力的评估。在日常生活能力评估中自理程度 (常常受认知功能完整性的影响) 和社会支持是否可及是决定患者能否留在家中或是否需要老年照护机构支持的重要因素。

七、情绪状态 (抑郁症)

抑郁症在社区老年人中很普遍, 在老年服务机构中的患病率较高。抑郁症多与躯体疾病相关。筛查是很重要的, 因为抑郁症状的量化可以通过有效的工具, 特别是简易格式的老年抑郁量表来完成。阳性筛查结果的患者需要作进一步的诊断评价和治疗。详细内容将在“抑郁”章节中论述。

八、视力障碍

视力障碍的患病率随着年龄而增加。通过对三个社区开展的研究发现, 失明 [矫正视力低于 6/60 (米) 或 20/200 (英尺)] 的患病率从 71 ~ 74 岁人群的 1% 增加到 90 岁及以上人群的 17%。视力障碍的患病率由 71 ~ 74 岁人群的 7% 增加到 90 岁以上人群的 39%。与年龄有关的视力改变影响到中心视力、周边视力、感光对比度和色觉。导致失明和视力障碍最常见的原因是白内障和与年龄相关的黄斑退行性变。白内障和青光眼是引起失明和视力障碍的两种常见眼病, 是可以治疗的。视力障碍可用 Snellen 视力检查表进行筛查, 测试的方法是患者在 6 米远的地方读视力检查表, 必要时可戴上矫正视力的镜片 (正常的视觉灵敏度为 6/6 或 20/20)。手持式卡片, 例如可以装在口袋里的 Rosenbaum 视力筛查表, 对于近视或远视的判断都是有用的。卡片应该距离患者的眼睛 35 厘米 (14 英寸)。矫正视力低于 6/15 (20/50) 具有临床意义, 提示患者需要行更详细的评估或治疗。视力障碍实际上可能比痴呆、谵妄或抑郁等老年综合征更加糟糕。视力疾病还常常与跌倒风险的增加有关。

九、听力障碍

听力损害在 65 ~ 74 岁老人中约占 24%, 在 75 岁以上的人群中达到 40%。听力损害可能与显著的情绪异常和社会行为障碍相关, 可分为神经性耳聋、传导性耳聋、或两者兼备。神经性耳聋是由耳蜗疾病引起的, 是老年性耳聋最常见的病因。传导性耳聋由声音向内耳的传播障碍引起的。传导性耳聋最常见的原因是耵聍栓塞和耳硬化症。外耳道检查很有必要, 因为耵聍栓塞是可逆性的。语言测试、韦伯或林纳试验可作为进一步的检查项目 (详

见“听力障碍”一章)。正像视力障碍一样,听力损害也可以导致老年综合征的加剧、发病率的提高和生活质量的下降。

十、跌倒和运动障碍

随着年龄的增加,老人的平衡功能和步态障碍随之增加,从而导致老年人容易跌倒。跌倒是一种常见的老年病学问题,它可以导致严重的损伤,包括髌骨骨折、软组织严重损伤和死亡。多种慢性疾病,尤其是视力障碍、骨骼肌和神经(包括痴呆)损伤与多重用药都可增加跌倒的风险。跌倒可能会导致对摔跤的恐惧感、活动减少和功能状态的下降等。通过筛查和详细的评估,可使一部分患者因此而接受干预并获益。例如这样一个筛查问题,“你在过去的6个月跌倒过吗?”是很有用的。如果回答是跌倒过,那么需要做更进一步的检查,包括行动能力和平衡能力检查。行动能力可通过计时的起立-行走试验(timed up-and-go test, TUGT)来评估。患者做的测试要计时,测试方法是患者从椅子上站起来走3米,然后转身回到椅子上坐下(总计6米)。在20秒以内完成测试则提示可独立活动,在20~29秒内完成者提示有轻度的依赖性,大于30秒的有强依赖性。

如果发现患者步态不稳定,评估需要运用助步器如拐杖、三腿或四腿助步器、回升架、前方带轮的助步器或前臂支撑架来重复测试。

十一、营养不良

营养状况的评估应是老年评估的一部分。通过对社区老年人的调查,65岁以上者营养不良的患病率是很高的,因为伴有慢性病、身体残疾、咀嚼困难、社会关系隔绝、收入有限和多重用药等的老年人多面临着体重减轻和营养不良的危险。体重减轻常常发生于营养不良之前,可能还伴随着抑郁、痴呆、甲亢或慢性疾病(如慢性感染、心力衰竭、慢性阻塞性肺病或恶性肿瘤)。筛查时应该询问患者在过去的6个月体重是否减轻10%以上。如果回答是,应作进一步的检查,包括血清清蛋白、全血细胞分析、肾功和肝功的检查。综合营养状况的评估还应包括病史、人体测量(体重指数、肱三头肌皮褶厚度和中臂围)、临床检查和饮食评价等。对于没有经验的临床医生,可以用一些有用的筛查工具如营养初筛表、简易营养状况评估量表和主观的整体评价。筛查和适当的治疗可以改善营养状况。

十二、尿失禁

尿失禁指尿液不受控制自行排出。它是一种常见的健康和社会问题,是一种潜在性的功能丧失,常常是可治疗或可治愈的。老年患者通常羞于提及,除非是特别问及,他们可能不会主动提供这方面的信息。一个有效的筛查问题是“你有过不知不觉的排尿吗?”如果回答是,作进一步的检查是必要的。评估应该努力鉴别尿失禁是急性的还是慢性的,因为其治疗是不同的。评估还应包括简单的检查,如中段尿的检查可提示有无感染,用超声波进行排尿后残余尿量的检查。详见“尿失禁”一章。

十三、社会环境评估

在办公室里量化患者的社会环境是很困难的,因为涉及的因素很复杂,有时还需进行

家访。75 岁以上的老年人中，与社会隔绝是很普遍的。当老年人变得体弱多病或残疾时，常常需要提供护理人员。患者的经济问题和家庭安全需求，需要在患者和其护工间进行讨论。该项评估应包括社会网络或社会支持、所采用的社会服务、特殊需要、环境安全和交通等，所有这些都可能会影响到管理计划的制定。家庭安全的评估也可以通过一览表来实施。初级看护人常常面临着巨大的工作压力。脆弱的老年人，尤其是依赖性强的那些老年人尤其应该接受详细的评估，评价其是否受到虐待或被忽视。若看护人具有较大的压力，建议转诊到社会机构或支持团体。在不同的国家和社区，对患者和护工来讲，有各种各样的社区资源可被利用。若适宜，在初诊或复诊时应讨论患者的个人价值观、精神寄托和临终护理的愿望（如临终预定照护计划）等问题进行讨论。在任何情况下，患者的文化和宗教信仰问题都应该受到尊重，即使在彼此意见不一致时也该这样。

表 2-1 老年医学评估表和管理计划示例

问题	管理	开始时间	起效时间
痴呆 4 年 MMSE18/30	用胆碱酯酶抑制剂 2 个月	起病时用	继续观察
跌倒和 Colles 骨折	改善家里安全设施；开始用二膦酸盐	1 年	继续观察
尿失禁	用尿布	1 年	继续观察
多重用药	停止用药，见列表		
心力衰竭	应用血管紧张素转换酶抑制剂	1 个月前	得到控制
功能问题	功能状态		
需用助步器	步行手杖		
日常生活检查表	穿衣：独立 如厕：失禁 沐浴：依赖帮助 吃饭：独立完成		
社会支持			
社会处境	和白天上班的女儿住在一起		
社区服务需求	开始一系列的社区照护	4 个月前	
其他问题			

十四、案例

一位 82 岁丧偶的妇女独自居住一间卧室的公寓房。她被确诊为社区获得性肺炎而入院。她提供自己有间断治疗高血压的病史，主诉体弱无力、健忘，生活可基本自理。由于她的家人担心她患了痴呆，医生安排了家访。老人居住的单元很混乱，冰箱几乎是空的。全面的老年评估显示她有营养不良（体重指数 $17\text{kg}/\text{m}^2$ ）和跌倒的危险，可能还有血管性痴呆（MMSE 18/30；脑 CT 显示脑血管有多发梗阻），疑有抑郁并发潜在焦虑症的可能。