

第二章

老年医学的特殊规律及有效应对策略

本章要点

- 老年病的定义与分类。
- 老年流行病学的特点与临床意义。
- 老年疾病的临床特点与有效应对策略。
- 老年综合评估基本概念与流程。

教学目的

- **掌握：**① 老年病的定义，何谓真正意义上的老年病；② 老年流行病学的特点，老年发病序列及死因序列；③ 老年疾病的临床特点与有效应对策略；④ 老年综合评估基本概念与流程。
- **熟悉：**① 老年综合征“Geriatric Syndrom”的表现；② 老年药物副反应的临床特点和处理原则。
- **了解：**① 老年人死亡的多因素学说；② 老年病的防治及老年医学教育规律对策的研究。

由于衰老影响着老年患者疾病的发生、发展与预后，老年病有着它与青壮年截然不同的林林总总，复杂而独特临床表现，成为老年人极易被漏诊、误诊、误治及难治的原因，为此，无论你是否是老年病专科医师，在老龄化飞速发展的 21 世纪，要做好一个医生必须熟知老年病的每一个特点和有效的应对策略，才不会顾此失彼，适应复杂艰巨老年医学的挑战，从而确保老年医疗的最大安全。

第一节 老年流行病学

一、老年病的分类

- (1) 真正意义上的老年病：指只有老年人才会罹患的疾病，其发生、发展及专归与衰

老密不可分。增龄性失能可严重影响老年人的生活质量,并导致只有老年人才会罹患的疾病。真正意义上的老年病可冠以“老年性”,如白内障、神经性耳聋、骨质疏松、老年性痴呆、老年期抑郁症、前列腺肥大、围绝经期综合征、部分睾酮缺乏综合征等。

(2) 年轻人可患,但随增龄其发病率明显增高的疾病:如高血压、冠心病、脑栓塞、2型糖尿病、慢性支气管炎等。

(3) 青年人和老年人患病率相差不大的疾病:如急性上呼吸道感染、一般外伤等。

二、老年流行病学

(一) 老年流行病学特点

老年流行病学是现代流行病学的一个重要分支,老年医学的一个带头学科。老年流行病学研究的资料在临床实践中已越来越广泛地被作为背景资料加以借鉴应用,指导临床实践。目前的研究发现老年流行病学有以下特点。

(1) 与老化有关的各种情况受遗传因素的影响似乎日趋减少,而环境因素变得日趋重要。

(2) 教育水平、文化程度将直接影响预期健康寿命的长短。

(3) 早期也就是青壮年期的预防保健措施是否及时、合理、恰当、有效,将会在一个人的生命的中后期得到回报。

这3个特点说明了环境因素、文化教育程度、青壮年期的预防保健,都直接会影响老年期的患病率、生活质量,乃至预期健康寿命。

(二) 我国老年人常见疾病的序列

我国老年人发病率较高的前5位疾病依次为:高血压、冠心病、脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病。我国老年人脑卒中发病率明显高于急性心肌梗死,为其5~30倍;脑卒中、急性心肌梗死的发病率北方比南方高5~10倍。

(三) 我国老年人的死亡原因

我国老年人的死亡原因依次为恶性肿瘤、脑血管病、心血管病、感染,尤其是肺部感染。以上4类疾病占总死亡人数的70%左右,但其可随增龄而发生变异,不同地区亦有所不同。

老年人死亡的多因素学说:老年人死亡即使明确有一个疾病,但仍然是多因素的死亡,有一项随访五年的研究发现老年多因素的死因包括社会特征、生活方式、健康习惯、心血管危险因素、临床及亚临床疾病、残疾及认知功能障碍。这些因素纳入统计分析,似乎年龄本身相对变得并不是那么重要的因素。

随着社会科学、医学技术的生活方式的改变、控制某些疾病危险因素的早期干预老龄化社会时间延长,老年常见病的疾病谱、发生率及预后均会发生变迁。如1900年美国心血管病的病死率仅为8%、肿瘤4%,2000年心血管病的死亡率上升为29.6%、肿瘤21.8%。近年来由于积极早期干预心血管病的危险因素其死亡率有下降,但肺炎的病死率有轻度增高,COPD、流感却增高为57%,糖尿病增高为32%。

国外报道20世纪末老年死亡的主要因素依次为:心脏病、恶性肿瘤、脑血管病、肺炎、流感、慢性阻塞性肺病(COPD)。但他们强调主要影响老年人生活质量及致残的却是老年骨关节病、视力老化、高血压、糖尿病等。如这些患者同时伴有心脑血管疾病、

COPD,其生活质量更差。这说明增龄老化性失能会直接影响生活质量,必须在青壮年采取有效的防治措施推迟和延缓增龄老化性失能的发生。

第二节 老年疾病的临床特点与有效应对策略

一、老年疾病的临床特点与有效应对策略

由于衰老影响着老年患者疾病的发生、发展与预后,老年病有着它与青壮年截然不同的独特临床表现,成为老年人极易被漏诊、误诊、误治及难治的原因,为此,无论你是否是老年病专科医师,在老龄化飞速发展的 21 世纪,要做好一个医生必须熟知老年病的每一个特点,应用于临床诊治老年患者,才不会顾此失彼。

(一) 一人多病

据报道,60~69 岁组的老年人平均患独立疾病 7.5 种,70~79 岁组为 7.8 种,80~89 岁组为 9.7 种,≥90 岁组为 11.1 种,没有 1 例患者仅患 1 种疾病。因病致残,病残交织,互为因果,给诊断、治疗带来极大的困难。必须全面地了解 and 掌握患者的全部病史,抓住主要矛盾,权衡轻重缓急,权衡受益、风险,制订个体化、多学科的综合治疗方案。

(二) 隐匿及不典型

由于老年人敏感性降低,加之多种疾病并存,部分患者无法如实反映病情,这必然使老年病的临床表现复杂而不典型,常表现为病情重而症状轻或无症状,概括为以下特点:该有的没有、不该有的却有;该高的不高、不该高的却高;该低的不低、不该低的却不低;极易造成漏诊、误诊与误治。如老年心肌梗死 40%可无心前区疼痛而仅有气急,甚至无任何症状而不被患者或医师认识。有 25%的老年心肌梗死是在行心电图检查时发现病理性 Q 波而作出诊断的,其中 48%为确实无临床表现的无痛型心肌梗死。无痛型心肌梗死随增龄而发生率增高,年龄 75~84 岁组发生率增高可高至 42%,女性较男性更高。无痛型心肌梗死住院死亡率可高达 64.9%,因此,无痛型老年心肌梗死更具危险性;患重症肺炎可仅表现为咳嗽或意识障碍而无发热,血象白细胞亦不增高;老年甲亢可有阵发快速房颤及心衰的表现却无其他任何甲亢毒性症状。重视老年病症状的不典型性是十分重要的,加强症状、体征、实验室及辅助检查的监测,搜集诊断依据尤为重要。老年常见病累及脑、尿路、心血管、呼吸、肌肉、骨骼系统等,但患者往往无疾病典型特异性的症状与体征。

随着增龄,人体各器官系统在解剖学、组织学、生物化学等方面发生系列退行性改变,从而导致功能的降低和对外界的适应能力逐渐减退,因此老年疾病的发生、发展及预后与衰老密不可分,有着与青壮年不同的独特规律和特点。如我们熟知的老人无论何种疾病通常表现为:急性意识紊乱、抑郁、气短、胸闷、乏力、头晕、跌倒、晕厥、排尿困难、便秘和(或)腹泻等症候群,这些症候群被称为“老年综合征(Geriatric Syndrome)”,这给老年患者进行鉴别诊断时带来了极大的困难,也是造成漏诊、误诊及误治医疗安全隐患的重要原因之一,也是老年病的重要特点。

老年由于生理储备功能下降,在疾病早期即可出现症状,即使是轻度器官系统功能障碍,就可有代谢功能失调而出现症状,轻度甲亢即可有心衰、亦可有认知功能障碍;轻度前列腺肥大可引起尿潴留;轻度糖耐量降低可引起酮症酸中毒;有时出现矛盾现象,治疗效果相对较好,因为器官系统功能只是轻度障碍。

由于老年患者的症状是多病所致,故在诊断时不能应用一般成年人的理学诊断方法。如青年人:“发热、视网膜动脉栓塞、心脏杂音”感染性心内膜炎。而老年人可以是阿司匹林导致慢性出血、胆固醇性视网膜动脉栓塞、严重的动脉硬化、病毒感染等几种疾病,警惕漏诊、误诊。

(三) 发展迅速、突发易变、猝死发生率高

老年人免疫器官老化致免疫功能降低、应激能力减退,一旦发病,病情迅速恶化,治疗极为困难。如老年重症肺炎可很快继发呼吸衰竭、心力衰竭、脑病、多器官功能衰竭(MOSF)而死亡。老年人存在多个心脑血管意外的危险因素,故猝死发生率高,如老年急性心肌梗死的猝死率高达8%。必须加强监测,及时记录病情,将此特点反复强调,并告之家属,制订防范措施。

(四) 并发症多

老年患者尤其是高龄老人患病后常可发生多种并发症,这是老年病的最大特点。

1. 意识障碍和精神症状 老年人患急性肺炎、急性心肌梗死、消化道大出血、败血症等危重症时,主要表现为对答不切题、淡漠、谵妄、躁狂、昏迷等意识障碍,一旦危重症控制后,以上症状消失。此外,应注意镇静剂的使用情况,个别患者在肌注12.5mg异丙嗪后会发生严重意识障碍。老年人出现意识障碍时,要及时进行鉴别,明确诊断,以免延误治疗。

2. 水、电解质紊乱 老年人肌肉萎缩、细胞数减少、脂肪增多、水摄入量不足,患发热性疾病或腹泻时易发生失水性脱水及低钠性脱水。老年人体内含钾量减少,保钾能力降低,因此临床上常见低钾血症,但他们又容易因肾功能减退而并发高钾血症。电解质紊乱可致严重室性心律失常,导致心力衰竭加重、洋地黄中毒及意识障碍。高钾血症可发生心搏骤停。故应注意老年人的皮肤弹性,加强出入量及电解质的监测,及时纠正异常。

3. 感染 下列因素是感染的危险因素:高龄、瘫痪、肿瘤、长期卧床、住院 ≥ 5 d、应用化疗及抗生素者更易发生多菌种感染、多重感染。据统计,老年人各类感染的发生率依次为尿路感染、肺炎、结核、皮肤和软组织感染、带状疱疹、骨髓炎、菌血症、感染性内膜炎、胆囊炎、憩室(尤其是肠憩室)炎及腹腔脓肿。与中壮年相比,老年人感染的危险性明显增高:肺炎的发病危险为青壮年的3倍,肾盂肾炎为5~10倍,菌血症为3倍,阑尾炎为15~20倍,胆囊炎为2~8倍,结核为10倍,心内膜炎为2~3倍,化脓性脑膜炎为3倍。故要高度重视老年并发感染的防治,以防发展为败血症、MOSF。

4. 血栓和栓塞 老年人常因各种疾病或手术长期卧床,易发生深静脉和肺的血栓形成或栓塞,严重者可致猝死,这也是老年猝死的重要原因之一。这与老年人肌肉萎缩、血流缓慢及血液黏度增高有关。临床医师应提高对该并发症的认知和重视。对老年患者常规进行是否存在血栓和栓塞危险因素的评估后,祛除危险因素、卧床或久坐老年人定时做床上的主动及被动的肢体活动(每15min 1次)和翻身(每1小时1次)是预防血栓和栓塞并发症简易有效方法,及时应用低分子肝素皮下注射也认为是有效和安全的防治方法。

5. 多器官功能衰竭(MOF) 老年患各类较为危重的疾病、各类手术及微创检查均可并发多器官功能衰竭,如慢性支气管炎的患者患重症肺部感染后很快出现呼吸衰竭,继之出现心力衰竭、脑功能不全、肾功能不全、DIC等,导致死亡。

(五) 受心理、精神因素影响明显

社会—心理—生物学模式与衰老的关系,已越来越多地被学者们认可。大量国内外研究表明,70%~80%的老年疾病与心理、精神因素有关。进入老年期后,由于社会地位、家庭及经济收入的改变,躯体和心理都会发生变化,心理方面就面临一个再适应的问题。据报道,在综合性医院内老年患者中心理障碍的患病率可达60%。老年人存在着焦虑、忧郁、孤独感、急躁、多疑等,会使一般疾病的症状加重。在老年人急性躯体疾病的过程中,有时精神方面的改变较体温、心率等的变化更为突出。另外,老年期心理障碍往往以躯体障碍的形式出现(指患者诉躯体不适,如同冠心病心绞痛的症状,不断要求给予医学检查,但虽经多方检查,未发现异常,且给予解释仍不能打消其疑虑。有时患者存在某种躯体疾病,但其躯体障碍不能解释其症状的严重程度,经心理疏导及适当应用抗焦虑、抑郁药物后症状明显缓解),也使老年期疾病治疗更为复杂。抑郁紧张的心理亦会破坏机体的免疫力,加速肿瘤患者死亡,故有学者提出“心理疾病烈于癌”的观点。老年心理障碍现状说明,开展老年心理学的研究和应用非常紧迫。必须高度重视对老年心理的研究,开展预防心理教育,合理、正确应用抗焦虑、忧郁的药物,以改善老年人的生活质量、节约卫生资源。

(六) 药物副反应及生活习惯影响病情

增龄使老年人患病数增多,用药数亦增多,药物副反应(adverse drug reaction, ADR)会相互叠加,而且可以加重原有的疾病。老年药物副反应发生率高,WHO指出全球死亡患者中1/3与药物副反应有关,我国每年5000万住院患者中,至少有250万人入院与药物副反应有关,其中重症药物副反应约50万。例如,利尿剂的应用可致严重的电解质紊乱,电解质紊乱可致严重室性心律失常,导致心力衰竭加重、洋地黄中毒,同时可加重糖尿病、诱发痛风。

老年人因体力活动减少,经常处于坐位,可掩盖心功能不全所致的气促、呼吸困难。部分患者因久坐引起踝部及胫骨前部水肿,被误认为心力衰竭、肾功能不全等,这常是老年人就诊的主诉,必须认真鉴别。

(七) 用药的特殊性

老年一人多病,用多种药物,治疗矛盾多,且需长期应用。

1. 增龄、疾病及药物的特殊影响 由于增龄失能加病理性损害,老年患者对药物的吸收、分布、代谢、排泄、药物的相互作用等均发生不良影响,从而使药物的副反应发生率增高,临床表现复杂不典型,病死率高。对某种疾病有治疗作用的药物可加重、诱发另一种疾病。

2. 老年人用药的原则 个体化、慎选、小剂量开始、控制用药数量、严密监察、随时修正、高度警惕药源性损害,以受益和安全为目标。

3. 特别提示 一旦发生药物反应立即停药,紧急采取相应措施。每位临床医师必须高度重视老年患者此项特点,不能教条主义将指南硬套于老年患者,必须个体化。

(八) 护理的特殊性

由于生理老化、多病的病理变化及心理障碍,绝大多数老年患者合并不同程度的意识障碍及伤残,因此老年病护理有其特殊性、复杂性及高难度,要求个体化程度更高的护理计划。

1. 老年病的护理原则为“4个必须” ① 优质的基础生活护理与专病专科护理相结合,体现全科护理的原则;② 躯体与心理护理相结合,体现整体性老年护理;③ 疾病治疗与康复相结合。老年护理的目标:增强自我照顾能力,延缓老化及功能衰退、提高生活质量、帮助老人及其亲属正确面对死亡、提高生活质量;④ 训练有素、操作熟练与诚挚爱心相结合的呵护。

2. 老年护理的道德准则 ① 尊重老人的准则:老年人的人格、自主权及作为社会成员应有的尊严,不能因病而予以否定,不能因病而受到训斥、侮辱、嘲弄及歧视,即使是老年精神病或临终老人亦然;② 慎独精神的准则:在任何情况下都自觉地对老年人的健康负责,任何护理措施均应使老年人受益。

(九) 老年病防治同样可获益

① 运动锻炼对生存和健康有利;② 高血压的治疗,即使是高龄老人在靶器官损害的防治中同样可获益;③ 急性心肌梗死时溶纤治疗和 β -受体阻滞剂的应用同样可获益;④ 免疫增效剂(丙种球蛋白、胸腺肽)在流感、肺炎球菌性肺炎、病毒感染及各类重症感染的防治中明显有效;⑤ 老年人补钙虽然增加骨密度的作用。

(十) 及时正确诊治难度高

① 病史的不可靠性;② 体检应给予特别的关注:首先要有宽厚扎实的老年医学的理论基础,牢记老年病的特点,掌握老年病患者某些特殊评估的方法与技能,但评估标准掌握尺度上变异度很大,如记忆症状的评估。介入性的试验尽可能避免在生命的终末期进行,即使是微创性的检查,同样要进行严格的受益/风险的评估后才能进行;③ 某种程度上医师需要家属的支持和帮助远较患者更重要;④ 实验室及有关辅助检查是确定诊断的主要依据。

以上十点是老年病的特殊临床表现,临床医师(儿、产科除外)均应该充分了解,在诊治老年患者过程中予以应用。不能很好掌握老年病的特殊临床表现是老年病被误诊及漏诊的重要原因。

二、老年综合评估规范与流程

(一) 基本概念

1. 老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA) 随着年龄的增长和衰老的发生,老年人各种生理功能逐渐下降,常有多种慢性疾病共存,加之衰弱(frailty)的发生,可以造成不同程度的功能丧失,影响生活质量。是对老年人医学、心理和功能等多项目、多维度进行鉴定的诊断过程,已经成为老年医学实践中不可缺少的工具之一,据此提出维持或改善功能状态的处理方法,最大限度地提高或维持老年人的生活质量。CGA在国外已得到广泛应用,但是在国内无论是医务工作者还是患者及家属群体中,CGA的知晓率还不普及,熟练应用更少。因此,在此概括性地介绍CGA。

老年综合评估(CGA):是指跨学科的诊断过程,以确定老年人在医学、精神心理、社会行为、环境及其功能活动状态等方面所具有的能力和存在的问题,为制订协调的、综合的治疗、康复、照护计划做依据。CGA 的基本元素:医学问题、功能状态、社会支持、生活环境和生活质量。

2. 老年综合征 跌倒、压疮、噎食、痴呆症、抑郁症、谵妄。

(二) CGA 的目标人群

1. 适应人群 有多种慢性疾病,多种老年问题或老年综合征,伴有不同程度的功能损害,能通过 CGA 和干预而获益的衰弱老年患者。

2. 不适合人群 健康老人或严重疾病的患者(如疾病晚期、严重痴呆、完全功能丧失)不适合做 CGA。

(三) CGA 的内容

主要包括全面的医疗评估、躯体功能评估、认知和心理功能评估,以及社会/环境因素评估四个方面。评估项目:60 岁及以上老人根据具体情况酌情选择以下项目(表 6-2-1)。

表 6-2-1 住院患者风险评估表

序号	评估项目	使用的评估量表	评估者
1	一般医学评估	住院患者风险评估表、住院患者再评估表	医生
2	老年躯体功能评估	ADL 评估量表、洼田氏饮水试验量表	护士
3	老年精神心理评估	MMSE 简易智能精神状态检查量表、老年抑郁量表 GDS	医生
4	跌倒评估	跌倒评估表	护士
5	压疮评估	压疮危险因素评估量表	护士
6	老年营养评估	SGA 营养评估量表	营养师
7	卒中单元评估	康复科卒中单元评测结果表	康复技师
8	步行功能评定	Holden 步行功能分级	康复技师

(四) 评估人资质

注册本院的执业医师、护士、康复技师、营养师。

(五) 时限要求

普通住院患者入院 72 h 内完成一般医学评估及 ADL、认知、压疮、跌倒、吞咽、营养评估、康复科卒中单元评测结果表、Holden 步行功能分级及 MMSE 简易智能精神状态检查量表、老年抑郁量表 GDS(必要时);急危重症患者立即评估;住院超过一周病员,第 8 日完成住院患者再评估表;出院患者完成出院前评估(评估表在住院患者再评估表上)。

(六) 文件记录格式

(1) 住院病历中“专科情况”统一称为“老年综合评估情况”。

(2) 入院诊断格式:分两部分,即初步疾病诊断和老年综合评估诊断。

例如,初步疾病诊断:1. 慢性阻塞性肺病急性加重

2. 慢性肺源性心脏病

3.

老年综合评估诊断:1. 轻度躯体功能障碍

2. 跌倒高度风险

3.

医师签名: 年 月 日

(3) 多学科团队会诊记录

1) 记录顺序: 首次病程记录之后。

2) 记录格式:

年 月 日

3) 多学科团队会诊记录

主任(或副主任、主治)医师×××、住院医师×××、康复医师×××、营养师×××
×……今日对患者×××进行了入院评估会诊,情况如下:

会诊结论: 如患者×××ADL 评分 80 分,示轻度躯体功能障碍;跌倒评分 65 分,示跌倒高度风险……

处理意见:

(1) 躯体功能障碍: 助行器协助行走;协助老人进食、穿衣、梳头、刷牙、洗澡、剪指甲、上下床、坐起、站立、洗衣、购物、打电话、吃药;协助老人定时如厕。

(2) 跌倒高度风险: 床旁挂标识牌;加强陪护;向患者及家属行防跌倒宣教;向患者讲解易致跌倒副反应及注意事项;将用物放于患者方便取用的位置;环境安全;指导患者使用呼叫器;使用床栏(夜晚/全天);必要时提供尿壶和便器;协助患者上下床;协助患者行走;必要时使用保护具。

(3) 吞咽功能障碍: 康复功能锻炼;电刺激治疗;进食时抬高床头 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$;不宜单独进食;鼻饲饮食;缓慢进食流质饮食;慎食馒头、鸡蛋、汤圆等易致噎食的食物。

(4) 压疮高风险: 气垫床;2 h 变换体位一次;每天擦洗受压部位 1~2 次;保持床铺干净、整洁、柔软;每天按摩受压部位 3~4 次,每次 5 min;受压部位用软垫;高蛋白、高维生素饮食;健康教育,责任护士经常向患者讲解预防压疮的重要性。

(5) 营养不良: 营养科会诊,制订营养饮食。

(6) 阿尔茨海默病: 专业医学治疗;防跌倒;不准单独外出;轻症患者督促协助生活自理(洗发、沐浴、穿脱衣、整理床铺、进食、服药);中重度集中活动(看电视、听音乐、读报、搭积木、托气球、呼吸新鲜空气);重症患者必要加护栏;随从老人意愿不与之争辩;尊敬患者、言行礼貌。

(注: ① 临床医生要根据患者的具体情况选择适当的处理措施,可在以上要求的基础上适当增减;② 所有有安全隐患的患者其会诊意见均需签订知情同意书)

记录医师: 年 月 日

(七) 评估操作规范与程序

(1) 医生根据患者的具体情况下相关综合评定的医嘱。

(2) 入院病情评估由诊疗组长或主治医师汇同主管医师两人以上一同完成;急危重症患者,由主治医师以上职称人员汇同主管医师共同完成,特殊情况下上级医师未到时,可由在场医师一人完成,上级医师复核并签字认可。《MMSE 简易智能精神状态检查量表》、《老年抑郁量表 GDS》、住院期间病情评估可由主管医师一人完成;出院前评估须有主治医师以上职称人员参与。

(3) 《ADL 评估量表》、《洼田氏饮水试验量表》、《跌倒评估表》、《压疮危险因素评估

量表)由科室指定护士完成。

(4)《康复科卒中单元评测结果表》、《Holden 步行功能分级》仅限康复科使用,由康复技师完成。

(八) 老年综合评估考核

科室日常督促,每月考核;职能部门每季度实施检查、考核、评价,对考核结果定期分析,及时反馈,落实整改,保证评估质量。

三、老年病的防治规律对策的研究

(一) 老年医学研究方向

“创建健康老龄化社会”是永恒的主题,是一项全民性的社会工程。应树立“研究终身课题”的观点,这不仅能使老年医学在理论上得到的发展,使不久以后步入老年期的人们受益,而且能造福子孙,从而真正实现“健康老龄化,同一个世界、同一个未来”。

1. 老年期是人生中的一个特殊时期 要充分了解老年人的生理、心理、病理、社会生活的特点及规律,才能给予真正的关心和帮助。

2. 重视老年病的流行病学调查研究,重新规范预防对策 ① 一级预防:以防止老年期初发的感染性疾病、不合理用药所致的毒性反应和副作用、意外为重点。② 二级预防:早期诊断、治疗老年期新发生的疾病,终止新发生疾病的发展,尽量使受损的功能得以恢复,采取适宜的有效保健措施以延缓衰老。③ 三级预防:采取适当的治疗和康复手段,尽可能缩减各种伤害、疾病引起的致残,保护好残余功能,使其最大程度发挥功能。④ 四级预防:重视症状治疗,尽可能减轻各种伤害感觉,减缓心理压力,使老年人享有安乐人生,善终其最后人生。

3. 拓宽思路,深化多学科基础与临床的研究 成功老化概念的提出也是老年医学发展中的新概念。怎样帮助老年人实现成功老化也是老年医学当今研究的热点新课题,这些研究包括以下方面:① 人类衰老机制,延缓衰老、推迟器官功能受损的方法;② 早发性痴呆、老年人认知和记忆功能下降的防治;③ 性激素与靶器官的功能保护;④ 影响老年期生活质量和生命的慢性疾病如糖尿病、高血压、心脑血管疾病、肿瘤、感染(尤其是结核病)、骨质疏松等的防治;⑤ 老年人意外伤害的防治;⑥ 临终关怀的相关观念、决策、方案;⑦ 如何构建医疗保健和生活服务一体化的社区服务综合体。

(二) 老年医学教育的研究

老年病的特殊性要求老年病医务工作者必须用系统整体的观点,从心身两方面出发去对待老年病,这样才不至于顾此失彼。分工过细的专业医务人员难以胜任老年病诊疗护理工作。为了迎接人口老龄化高潮的到来,为了创建健康老龄化社会,医学教育急需作出相应的改革,增设老年医学专业,建立老年医学人才终身培养体系,尤其是老年住院医师和专科医师规范化培训制度的建立和推广势在必行,这是医学发展史上一个新的转折点。

老年医学是一门高速发展的新兴学科,知识、理论、方法急需完善和充实。因此,我们既要学会不断从医学知识的海洋中汲取新鲜营养来丰富自己的知识储备,扩大视野,开阔思维;更要学会从自己的实际工作中不断探索总结反思和发现问题,创造条件进行细致、严谨、实事求是的科学研究,提出新的理论和方法,从而将老年医学事业不断向前推进。作为导师与培训对象都必须重视临床教学与科研的理念和能力的培训。

(陆惠华)

【思考题】

1. 老年病有着它与青壮年截然不同复杂而独特临床表现,成为老年人极易被漏诊、误诊、误治及难治的原因,归根结底的原因是老人发生了什么变化(衰老的定义)?
2. 您是否重视和了解老年流行病学的特点?老年患病率前五位的以此排位;老年死因前4位的以此排位?
3. 老年病的临床特点有几项?今后在临床诊治患者时会考虑到老年病临床特点吗?如何个体化地避免老年患者漏诊、误诊及误治?
4. 请应用《住院患者风险评估表》随机选择患者进行全面评估。