



## 医生执笔

陈淮沁

新加坡国立大学心脏中心  
高级顾问医生

根据世界卫生组织（WHO）的定义，65岁以上的人被称为老年人。针对老年人疾病的发生、发展的规律及治疗方法早有专门的医学学科称之为老年病学。最近，在照顾一名90岁高龄的远房亲属过程中引发了我对老年病学，特别是老年心脏病学等诸多思考，觉得有必要科普一下老年心脏病学医学知识，并再次强调其重要性。

我的这位亲属一向注重健康饮食并坚持锻炼身体，85岁时，从外表上看是精神矍铄，身体强壮，但是那时老人家的心脏瓣膜已经出现了严重的病变，所以做了心脏瓣膜置换手术，术后结果良好，生活如常。然而在两年前，其心脏瓣膜开始呈现退化现象，导致严重心衰，住进加护病房，经过气管插管等一系列治疗，才缓解了症状，稳定病情。

当时患者已是88高龄，决定采取药物治疗。这样维持了一年半，病情逐渐恶化，走路气喘，生活质量大不如从前。一天晚上，患者突发性气喘，十分痛苦，家人紧急召救护车送其入院，医生诊断其心脏瓣膜严重损坏，血液大量反流，导致急性左心衰竭，加之肺部感染和肾功能衰竭，所以再次以气管插管呼吸机辅助呼吸和做肾透析治疗。最终病情再次成功地稳定下来。

经过医生团队的集思广益及慎重考虑下，最终提供了一个治疗方案，即做第二次心脏瓣膜置换手术来避免类似事件再次发生。可我的远房亲戚却选择了放弃治疗，这让我非常惊讶，究其原因是他不想再拖累家人，选择顺其自然，采取保守治疗，更难得的是，他不畏惧死亡并坦然面对，直到生命的最后还和他的儿孙们谈笑风生。在选择放弃治疗



预计到了2030年，新加坡全国超过65岁以上的老年人将占总人口的25%，达到约90万人。随着人口老龄化，多数老年人患上心脏病、心血管疾病的防治、诊断及治疗也将有所转变。

传统的治疗模式讲究的是精准诊断，对症下药，药到病除，但在治疗老年病人时，我们须要考虑更多因素。

医生应与老年病患共商决策，让他们享有绝对的行使决定的权利。医患双方的“共享决策”和“以病人为中心”的理念在年长病患中更为重要。（iStock图片）

# 医治老年病患 须考虑另六大因素

的五天后，老人离开了这个人生舞台，他让我既敬佩又心生感慨。

预计到了2030年，新加坡全国超过65岁以上的老年人将占总人口的25%，达到约90万人。随着人口老龄化，多数老年人患上心脏病、心血管疾病的防治、诊断及治疗也将有所转变。

传统的治疗模式讲究的是精准诊断，对症下药，药到病除，但在治疗老年病人时，我们须要考虑更多因素，包括：

一）多种病症：约70%的年长者会合并两种及以上的慢性病。

二）虚弱：虚弱是由于多个生理系统失调，生理储备和防御能力丧失，更容易导致各种病况和不良预后的状况发生，临床上

表现为无力，动作迟缓，身体活动能力降低，体重减轻，不能自理，易跌倒等诸多表现。

三）多种用药（服用四种及以上药物）：吃药多会增加药物之间的相互作用，造成不良反应的同时，药物开销也会增加且依从性低，让患者倍受心理压力。

四）认知障碍：老年人可能因大脑功能退化而引发严重的学习或记忆障碍，同时伴有失语、失智甚至妄想、产生幻觉等情况，此时，他个人的自我保健管理和治疗依从性会大打折扣，同时护理过程中的沟通和过渡期护理，以及病人的转移，也是巨大挑战。

五）功能状态：同龄老人会有不同的功能状态，老人的功能状态可直接影响病情的管理，治

疗的依从性，到医院的复诊能力和并发症发生率的风险等。老人的病况本身也可能影响他个人的状态，比如：病患如有心绞痛可能会导致他长期无法自理，维持独立生活和保持生活质量。

六）治疗护理目标的设定：老年人在接受治疗时可能对个人的长寿并不太在意，更多是考虑到生活质量。病患的意愿应受到尊重，因此医生在沟通方面也应与病人共商决策，让他们享有绝对的行使决定的权利。医患双方的“共享决策”和“以病人为中心”的理念在年长病患中更为重要，医方的治疗必须符合病人的需求，病人多偏好其生命质量和最佳利益等，所以病人参与临床决策正是我亲属病例所体现的重要概念。（上）