

老年病与自我防治

潘鸿生

生 活 百 科
青 苹 果 电 子 图 书 系 列

老年病与自我防治

潘鸿生 编著

《老年病与自我防治》编委会

主编 潘鸿生

编委 李志民 吴 斌 王 强 许少朋

吴 欣 彭 丽 李 强 伍正成

张 丽 张名君 周 鹏 刘 名

李 江 王小飞 刘 沁 张 崎

前 言

人到中老年，身体各个器官的功能都会逐渐减退，容易发生多种疾病，这就提醒广大中老年朋友在日常生活中一定要小心谨慎，从点滴做起，如穿衣、吃饭、行走，都要做到心中有数，搞好疾病的预防。

为了提高中老年人的生活质量，使中老年人的身体素质有所增强，我们特此编写本书，希望能够为广大老年朋友铺垫一条健康之路。

本书是在医疗保健界的一些权威人士的帮助下编写而成的，因此带有极大的权威性和科学性，相信会给广大的中老年朋友带来很大的帮助。

最后，愿天下所有中老年朋友健康长寿！

编者

目 录

第一章 疾病防治的概述	1
一、自我防治的定义	1
二、自我防治的内容	1
三、中老年人要加强疾病防治	6
第二章 消化系统疾病	8
一、便秘	8
二、呃逆	11
三、消化性溃疡	14
四、肝硬化	17
五、食管裂孔疝	19
六、食管癌	21
七、慢性胃炎	24
八、胃癌	26
九、胆囊炎和胆囊结石	30
十、急性胰腺炎	33
十一、病毒性肝炎	35
十二、肝硬化	50
十三、原发性肝癌	52
第三章 循环系统疾病	55

一、老年退行性心脏瓣膜病	55
二、中老年人低血压	56
三、高血压病	57
四、心律失常	72
五、急性心力衰竭	83
六、心脏性猝死	86
七、冠状动脉粥样硬化性心脏病	88
第四章 内分泌、代谢疾病	102
一、低血糖症	102
二、高脂血症	104
三、糖尿病	114
四、甲状腺功能亢进	137
五、甲状腺功能减退	140
五、痛风	142
第五章 呼吸系统疾病	146
一、流行性感冒	146
二、老年肺炎	148
三、老年肺结核	152
四、肺气肿	157
五、肺心病	158
六、肺癌	162
七、上呼吸道感染	172
八、慢性支气管炎	173
第六章 眼及耳鼻咽喉疾病	176
一、青光眼	176

二、老年性白内障	182
三、老年性耳聋	184
四、中老年人耳鸣	186
五、老年黄斑变性	187
六、老年阻塞性睡眠呼吸困难综合征	189
七、鼻出血	190
第七章 骨与关节系统疾病	192
一、中老年人骨折	192
二、肩关节周围炎	195
三、骨关节病	196
四、骨质疏松症	198
五、颈椎病	204
第八章 泌尿系统疾病	207
一、泌尿系感染	207
二、尿失禁	209
三、急性肾小球肾炎	213
四、急性肾功能衰竭	214
五、慢性肾功能衰竭	218
六、高血压肾脏病	227
七、肾癌	228
八、膀胱癌	231
九、前列腺增生症	234
十、前列腺癌	240
第九章 神经精神系统疾病	243
一、眩晕	243

二、头痛	245
三、脑血管病	250
四、震颤麻痹（帕金森病）	257
五、老年痴呆	262
六、老年期抑郁症	269
第十章 血液系统疾病	276
一、中老年人贫血	276
二、白细胞减少症	282
三、多发性骨髓瘤	285
四、白血病	287
第十一章 中老年人合理用药	290
一、中老年人用药的特点	290
二、中老年人用药的原则	294
第十二章 中老年病人的护理	297
一、中老年人护理原则	297
二、中老年人的一般护理	299
三、常见中老年人疾病的家庭护理	304

第一章 疾病防治的概述

一、自我防治的定义

所谓自我防治就是自己主动学习掌握一些基本医学卫生知识，严格按照科学的方法规范自己的生活行为，并根据自己身体的实际情况，选择适合于自己健康的保健养生的方法，持之以恒，不断提高个人的健康素质，以达到预防疾病的目的。

另一方面要严密自我监视个人的健康情况，若有不适或异常感觉如头晕、头痛、心悸、胸闷、咳嗽、食欲不振、腹痛、腹泻、便血、尿频、尿痛、尿血、疲乏和突然消瘦等，应及时就医检查，以求早期诊断、早期治疗。若患的是慢性病如高血压、冠心病、糖尿病等，应在医生的指导下，学会自我调整（工作、学习、生活、营养、运动、精神心理、用药等），自我治疗，使疾病得到及时、正确的诊治，早日康复。

二、自我防治的内容

自我防治的内容应包括自我监视、自我预防、自我诊治、自我康复。这就是利用科学卫生知识及行之有效的防治手段，同危害中老年人心身健康的不良行为及疾病进行不懈的斗争，

不断提高身体健康素质及生活质量，以达延年益寿的目的。

自我监视

1. 要注意监视自我身体的一般情况，如食欲、睡眠、体重、精力、体力、精神情绪等是否异常。

2. 监视人体日常的排泄物及分泌物有无异常，如尿、大便、痰等的量、次数、气味、性状、颜色变化。如溃疡病出现柏油样大便常见于上消化道大出血；糖尿病患者出现尿量增多或有水果样气味，可能是糖尿病加重或出现酮症酸中毒；慢性支气管炎经常咳嗽的患者，忽然痰中带血丝要警惕肺结核或肺癌；无痛性血尿要警惕泌尿道肿瘤。

3. 注意监视与生命活动有关的重要指标，如体温、脉搏、呼吸、血压等。如心脏病患者应经常注意脉搏快慢及是否匀齐等。

自我诊治

中老年病的表现个体差异较大，每个人都有自己的独特表现，如心绞痛，有人表现为左前臂痛，有人表现为胸闷、憋气，有人表现为上腹痛等。因此，中老年病人必须根据自己的发病特征，总结规律，作出正确的判断。中老年人对药物治疗的反应也存在着较大的个体差异，不仅对药效反应不一，而且对药物的毒副作用亦各不相同。因此，中老年病人应在长期与疾病斗争的过程中，注意摸索经验，选出一二种针对自己病情效果最好，毒副作用最小，价廉质优的药物，严格按照适应征和疗程合理应用。

中老年病人用药物治疗，容易出现毒副作用。因此，应提倡用非药物治疗的方法。如颈椎病、肩周炎，可用牵引、按摩、

理疗等；失眠也不要轻易用安眠药，可以用音乐、气功、心理、体育疗法等；胃溃疡、慢性胃炎等应强调饮食疗法，比用药物治疗效果要好。

中老年病容易发生突变，如心绞痛发展为心肌梗死，脑供血不足发展为脑血栓，慢性肝炎发展为肝硬化、肝癌等。因此，当病情有变化，如原有的症状加重或出现了新的症状及体征时，不要马虎大意，也不要自以为是，应及时找有经验的医师诊治，以免贻误病情。

中老年人要重视每年一度的健康体检，通过健康检查进一步了解自身各器官生理功能衰退的情况，比较原有疾病的发展变化，早期发现一些疾病征兆，有利于早期诊治及正确地调整自我防治方案。

自我预防

中老年人自我防治的核心是贯彻预防为主方针。自我预防应从以下几个方面做起：

1. 建立健康的生活方式，养成良好的卫生习惯。当前世界已进入第二次卫生革命，主要的斗争对象已不是细菌、病毒所致的急性传染病，而是由于不良生活方式、行为及心理因素所致的慢性心身疾病。

据世界卫生组织调查，当今影响人们健康寿命的主要因素中，不良的生活方式及行为已占主导地位，占 50%~60%。因此，告诫人们勇于向自己的不良生活方式挑战。健康的生活方式是指对衣、食、住、行、生活习惯、爱好、学习、工作、运动，都要按照科学的要求，作出合理的安排。如戒烟酒、按时作息、勿过劳、不贪食、少肥胖、注意个人卫生等。

2. 保持最佳的心理状态是预防疾病的重要因素。现代医学研究认为,中老年病 70%~80%属于心身疾病,即由不良心理因素而导致各器官产生的生理、病理反应。如中老年人常见的心脑血管疾病、肿瘤等属心身疾病。

对不良心理因素应加强自我调控、自我解脱。在不愉快时,可听听音乐或外出旅游,接触大自然美景,使之心旷神怡,心胸开阔;亦可找知心朋友、亲人诉说宣泄,以求得帮助,劝导安慰;亦可用自我暗示或以高尚的道德情操、坚强的意志去克服不正常的心理情绪。

3. 合理膳食结构,全面均衡营养。合理膳食结构、全面均衡营养是保证健康长寿,预防疾病的基本要素。

随着我国人民生活水平的不断改善,膳食结构和热量的供应已发生了很大的变化,如北京市调查,二十世纪 60 年代居民每日平均热量摄入为 8964 焦耳,到二十世纪 90 年代已升至 11036 焦耳,提高了 23.1%,由原来摄入热量不足到超标 10%,热能来源构成中的脂肪从偏低变为超标 36%,儿童已由营养不足变为营养过剩,肥胖儿已占了独生子女的 10% 以上。

随着膳食结构和热能供应的改变,一些现代文明病,如高血压、冠心病、心肌梗死、动脉粥样硬化、高脂血症、糖尿病、脑血管病等,发病年龄已大大提前,总的发病率及死亡率也随之升高,这种变化与世界上发达国家的发展轨迹极为相似。这就提醒我们应接受发达国家的经验教训,要大力加强营养健康的宣传教育,调整膳食结构,控制热能摄入,不要做营养过剩和营养不均衡的牺牲品。

中老年人合理膳食结构的原则应是低动物脂肪(占总热量

的 10%~20%), 低胆固醇 (小于 300 毫克/日), 低盐 (小于 6 克/日), 充足的维生素, 合理的微量元素, 足量的优质蛋白 [占每日所需蛋白总量 (每千克体重 1.0 克/日~1.5 克/日) 的 50% 以上], 热能均衡的膳食。

4. 适当运动锻炼, 持之以恒。运动是健康之本, 经常运动锻炼可使人体魄健壮, 增强心肺功能的储备, 促进新陈代谢活跃, 免疫功能旺盛, 精力充沛, 情绪稳定, 思维敏捷, 反应灵活, 有利于减少疾病, 延缓衰老。

运动贵在适度, 运动必须遵守循序渐进的原则, 要因人、因时、因地制宜, 要根据自己的年龄、体质、健康状况, 选择适合自己身体状况的锻炼形式, 如散步、快走、慢跑、太极拳、游泳、跳舞、健身操等, 量力而行, 不可过度, 不可盲动。

中老年人运动后的心率, 最好控制在比运动前增加 60%~65% 为宜, 如运动前心率是 60 次/分, 运动后以 95 次/分~100 次/分为宜, 不应超过 110 次/分。休息 5 分钟后心率应恢复正常, 不应超过 10 分钟, 亦可参照年龄计算运动后每分钟最快心率不宜超过 170 减年龄。运动后如有心悸、气短、咳嗽、呼吸困难、疲劳且长时间不能恢复者视为过度。

运动贵在坚持, 运动锻炼最好自青少年时期就养成习惯, 但人到中老年以后开始锻炼, 也同样能收到改善心肺功能, 提高身体素质, 增强抗病能力的锻炼效果, 关键在于持之以恒, 每周运动不应少于 3 次, 每次不应少于 20 分钟, 长期坚持不断。同时还应注意安排一定的脑力劳动, 如看书、读报、写信、写笔记、下棋、参与社交活动等, 以增添心智, 防止脑老化和早衰。

自我康复

中老年人年迈体衰，多病共存，一旦病情变化，即使普通感冒或发几天烧，就可能体力大减，日常生活功能显著减退，恢复起来很慢，甚至不可能恢复至病前水平。

此外还有些常见的中老年病，如心脑血管疾病、骨折等，本身就容易导致终身残疾，甚至卧床不起，给病人造成很大痛苦，给家庭、社会增加很大负担。

因此，中老年病人要非常重视医疗康复和自我康复，要将康复治疗贯穿在疾病治疗的全过程，不可懈怠，不可间断。通过科学合理的康复训练，如按摩、体疗、健身操、心理、气功、语言、劳作、理疗、针灸、日常生活活动能力训练等，使其日常生活功能保持在较高的水平，以保证中老年人有一个较高的生活质量。

三、中老年人要加强疾病防治

人到中老年各器官功能都明显衰退，如以 80 岁人与 30 岁人相比：神经传导速度降低 15%，心排血量减少 30%，肺活量减少 50%，肺最大通气量减少 60%，肾功能下降 50% 以上。这些生理特征决定了中老年人体质虚弱，容易患病，而且一旦得病，往往容易发生连锁反应，即使患一小小感冒，亦可演变为肺炎、呼吸衰竭，造成无可挽救的严重后果。

中老年病多是慢性病、终身性疾病，如高血压、冠心病、糖尿病、脑血管病等，一旦得病，很难彻底根治，往往伴随终身。这就要求中老年人必须学会一套对付慢性病行之有效的方

法，如高血压病人要学会自己测量血压，糖尿病人学会自己测定尿糖，每天根据病情变化，灵活准确地调整药物治疗，将血压、血糖维持在正常水平。尤其是高血压病人，每天血压随着工作、情绪、睡眠等情况变化而升降，若只靠每周或每月看一次门诊医生，测量一次血压是万万不够的，而且只凭瞬间一次性血压就决定药物的用量，反而会误诊、误治。

因此，中老年病人必须根据自己的病情，学会自我预防、自我调适、自我治疗、自我康复。通过上述自我保健和自我防治的良方可以使三分之一的疾病得以预防；三分之一的疾病得以早期发现，早期治疗；三分之一的疾病得以正确诊治而减轻病痛和延长寿命。

世界卫生组织研究长寿的专家们指出：“人类的健康长寿，60%取决于自己（主要是指科学的自我保健，正确的自我防治），遗传因素占15%，社会因素占10%，医疗条件占8%，气候环境占7%。”可见生命存亡主要掌握在自己的手中，健康长寿之路，就在你的脚下。

第二章 消化系统疾病

一、便秘

便秘是指粪便在肠内停留过久，粪便干结，排便费劲，排便次数减少，一般超过 48 小时~72 小时，甚至更长时间排便一次即称便秘。便秘是中老年人常见的症状，且随增龄患病率增高。

据调查，90 岁以上长寿老人发生便秘者占 60% 以上，可能与中老年人的胃肠平滑肌衰退，蠕动缓慢无力有关。长期便秘，病人可导致腹胀不适、口苦、口臭、食欲减退、头痛、头昏、全身乏力等。

病因

中老年人便秘产生的原因可分为两大类：一类为肠道和全身器质性疾病；另一类为功能性，亦称习惯性便秘。

1. 器质性原因，在中老年人便秘原因中只占少数。

(1) 结肠疾患，如结肠肿瘤、结肠憩室炎引起结肠痉挛，使粪便通过受阻。若突然出现便秘，进行性加重的中老年人，认真检查如进行纤维结肠镜、癌胚抗原检查，除外肿瘤。

(2) 前列腺增生引起急、慢性尿潴留，膨胀的膀胱压迫

结肠使大便通过困难。

(3) 肛门痔疮等，可使便意浅淡，不想大便。

(4) 大脑或脊髓病变，如脑出血、脑栓塞、脊髓肿瘤、外伤等，使排便反射减弱或消失。

2. 功能性原因，这是老年常见的便秘原因。

(1) 机体衰老：随着年龄增长，肠壁肌肉衰退，收缩无力，这是中老年人习惯性便秘最常见的原因。

(2) 中老年人牙齿脱落，咀嚼困难，因而很少吃带纤维的蔬菜水果，食物残渣少，失去了对肠粘膜的机械刺激，排便反射减弱。

(3) 中老年人体弱，活动减少，胃肠蠕动缓慢。

(4) 药物影响，中老年人因心律缓慢或胃肠疼痛常服用阿托品类药物，骨质疏松服用钙剂，胃溃疡服用铝制剂等，均可引起便秘。

(5) 环境改变，如外出旅游或公干，工作、学习紧张，饮食、生活习惯变化，亦可引起便秘。

引发的危害

1. 大便内含有大量的代谢产物、细菌毒素，若不能及时排泄，可产生自身中毒现象，如头痛、头昏、食欲下降、腹胀、乏力、精神萎靡不振。

2. 便秘者排便困难，费力很大，有的排便时大汗淋漓，甚至虚脱；有心脏病、高血压的患者，常在用力排便时发生脑出血、心肌梗死、心脏破裂、突然猝死。便秘在中老年人心、脑疾病死亡诱因中占 10% 左右。

3. 便秘可引起直肠炎、直肠脱垂、子宫脱垂、痔疮出血。

4. 精神痛苦,便秘者除经常有腹痛、腹胀、全身不适外,最大的痛苦是排便困难,形成精神压力,有人形容排大便比生孩子还困难,可见痛苦非同一般。由于对排便产生恐惧、紧张情绪,更不想大便,久之形成恶性循环,排便更困难,不得不靠抠大便维持生活。

防治措施

1. 中老年人要注意养成良好的排便习惯,如坚持每天早晨起床后或早饭后定时排便的习惯,即使无便意,也要定时坐马桶,不要因工作紧张随意打乱生活习惯,以强化排便的条件反射。

2. 中老年人要坚持运动锻炼,减轻腹壁、肠壁肌肉衰退。每天坚持用手按摩腹部,以增强肠道蠕动,亦可作一些提肛、收腹的运动,以增强肌力。

3. 中老年人膳食要粗细搭配,应吃些富含纤维素的蔬菜、水果、红薯、粗制面粉、玉米面、红绿小豆、小米粥,并适当吃些核桃仁、黑芝麻、蜂蜜、香蕉等润便之品。每晨起床后饮用凉开水 200 毫升~400 毫升。

4. 适当服用润便药物,如麻仁滋脾丸,每次一二丸,睡前服。番泻叶,3 克左右代茶泡水饮。新清宁片(含熟大黄等)每次 1.5 克(0.3 克/片),每日一二次。镁乳、氧化镁、果导、开塞露(塞肛)等亦可适量应用,但不要养成依赖服用泻药的习惯,因为用了泻药大便通畅之后,接续而来的是更加严重的便秘。中老年人禁用剧泻药物,以免引起脱水、血液浓缩而并发心、脑栓塞。

5. 必要时可用肥皂水、生理盐水灌肠,或戴上手套将大

便抠出。

6. 积极治疗与便秘有关的疾病，如脑血管疾病、脊髓疾病、痔疮、结肠炎、结肠癌等。

二、呃逆

呃逆（俗称打嗝）是由膈肌不能自主，呈间歇性、痉挛性收缩，伴有其他呼吸肌及声门收缩，气流通过痉挛的声门而发出一种特别短而频的声音。一般多为短暂性，但也有持续几天，影响呼吸、睡眠及进食，造成严重后果。

病因

膈肌具有丰富的感受器，它受膈神经及迷走神经支配，又受脊髓的低级中枢及延髓呼吸中枢和大脑皮层高级中枢的调控，凡是影响上述反射环节的任何因素都可产生异常冲动，而造成膈肌痉挛性收缩，表现为呃逆。若入睡后呃逆消失，多为功能性呃逆；若入睡后呃逆仍不停，则多为疾病所致。若在病情危重阶段出现，往往预示“土败胃绝”，预后不良，应特别注意观察病情变化。常见的病因大致分为以下五类：

1. 中枢性呃逆：

大脑皮层疾病：脑溢血、脑水肿、脑动脉硬化、脑血液循环障碍、精神病或癔病；

延髓、脊髓病变：脑膜炎、脊髓灰质炎、脊髓空洞症、脊髓痨等。

2. 末梢神经受到压迫或刺激：如膈神经炎、多发性神经炎、纵隔、肺门肿瘤、淋巴结肿大、肺炎、膈胸膜炎等。

3. 横膈受到刺激,如腹膜炎、肝炎、胆囊炎、胰腺炎、腹部手术、胃癌、肝癌、胰腺癌、腹水、胃肠积气、肠梗阻等。

4. 全身代谢障碍,化学激惹膈肌及神经系统,如尿毒症的尿素、痛风的尿酸、酸中毒的乳酸、严重维生素缺乏、烟酒过度的烟碱、酒精等。

5. 其他,可见于植物神经功能紊乱、歇斯底里发作、连续吞入大量气体,其他系统感染性疾病细菌毒素所致发热、寒战等。

防治措施

1. 禁用或少用烟、酒、浓咖啡、浓茶,过冷、过热的食物、饮料。

2. 劳逸结合,保证充足睡眠,避免过度精神紧张、劳累及吸入过冷空气。

3. 暂时性、功能性呃逆,不必特殊处理,精神放松,转移一下注意力,突然给予惊恐或憋一口气,即可自愈。长时间呃逆,多有器质性疾病,激惹膈肌或神经系统,对症处理疗效欠佳,应查找病因,积极进行病因治疗。

4. 物理疗法:压迫眼球(青光眼、高度近视者禁用)或颈动脉窦;牵引舌根、刺激咽部引起呕吐;用小草或纸绳刺激鼻孔或用辣椒粉、芥末由鼻孔吸入,引起打喷嚏,可抑制呃逆;用手指戴指套插入肛门紧贴肠壁,缓慢环周按摩,有效者,30秒内呃逆停止;吸入二氧化碳兴奋呼吸中枢。

5. 阿托品,每次 0.5 毫克,皮下注射,或用东莨菪碱 0.3 毫克~0.6 毫克,肌注,每 6 至 12 小时 1 次,可反射性

抑制呃逆，青光眼、前列腺增生者禁用。亦可用胃复安 10 毫克，静脉注射，继而给 10 毫克口服或肌肉注射，每 6 小时 1 次。

6. 利他林 20 毫克加 5% 葡萄糖 10 毫升，缓慢静脉注射。能兴奋呼吸中枢，反射性抑制膈肌痉挛。高血压、癫痫、青光眼患者禁用。

7. 冬眠灵，25 毫克口服或肌肉注射或氟哌啶 2.5 毫克静脉注射，有较强的安定、镇静及抗焦虑作用，可抑制膈肌及呼吸肌痉挛，从而控制呃逆，疗效较佳。

8. 华蟾素 2 毫升~4 毫升，肌肉注射，每日一二次，尤其适用于恶性肿瘤患者，效果较好。

9. 利多卡因 50 毫克~100 毫克，肌肉或静脉注射。

10. 硝苯吡啶，每次 10 毫克，含服或吞服。

11. 多虑平，每次 25 毫克，每日 3 次，口服。

12. 丙戊酸钠，每次 0.2 克，每日 4 次，口服。或苯妥英钠 200 毫克，缓慢静脉注射，继后口服，每次 100 毫克，每日 4 次。

13. 可待因，每次 0.03 克，每日 3 次，口服。

14. 中医中药，柿蒂 9 克，公丁香 4.5 克，高良姜 9 克，刀豆子 9 克，炙甘草 3 克，水煎服。亦可用旋复代赭汤、芍药甘草汤、六味地黄汤加减或用砂仁嚼服、生姜片嚼汁吞服，均有效。

15. 以 0.25% 普鲁卡因作膈神经或颈交感神经封闭，阻断冲动传导，可抑制呃逆。

16. 针灸、电刺激及穴位注射，亦很有效。

(1) 维生素 B₁100 毫克加维生素 B₆50 毫克，取内关穴位注射，每穴位各 2 毫升，必要时 2 小时后可再重复。

(2) 阿托品，双侧足三里穴位注射，每穴位 0.25 毫克。

(3) 维生素 B₁100 毫克加维生素 B₁₂100 微克，双侧膈俞穴位注射，每穴位 1.5 毫升。

(4) 1% 普鲁卡因，取天突、内关或中脘、足三里两组，每日交替一次。每穴注入 0.5 毫升，每天 1 次。

(5) 针灸或电刺激可取以下任一组穴位，以宽膈和胃，降逆调气：天突、内关、足三里；膻中、太冲；左章门、左合谷；巨阙、章门、膈俞、阳临泉。

三、消化性溃疡

消化性溃疡是指发生在胃及十二指肠的溃疡，也叫胃、十二指肠溃疡，亦简称为溃疡病。中老年人以胃溃疡多见，约占 60%，十二指肠约占 35%，余为复合型溃疡。胃溃疡约 80% 发生在胃窦部和胃小弯切迹处，青壮年以十二指肠溃疡多见。

我国最近一组文献报道，39854 例纤维胃镜检查，发现十二指肠溃疡 4559 例，占 14.44%，胃溃疡 3895 例，占 9.77%，两者之比为 1.17 比 1。

消化性溃疡，一般有周期性、节律性上腹痛，与季节、饮食有密切关系，多在秋末冬初发病，多在饭后 2 小时~4 小时疼痛，进食后好转，亦称饥饿痛，亦可在夜间痛，常伴有暖气、泛酸、烧心、恶心、呕吐、腹胀等消化道症状，严重

者可有营养不良、消瘦、贫血等。

症状

1. 疼痛症状不典型，一般腹痛表现比青壮年轻，疼痛可无规律，与饮食关系不密切，个别的可放射到脐周、腰背部、胸骨后，甚至误诊为心绞痛。

2. 并发症后，中老年人消化性溃疡合并出血者比青壮年多 2 至 3 倍，容易出现呕血或黑便；中老年人消化性溃疡合并幽门梗阻者，可高达 10%，病人食水不下，反复呕吐；胃穿孔者比青壮年多 2 至 3 倍，可突然发生上腹部剧烈疼痛，甚至休克；胃溃疡癌变者可高达 4%~5%，应注意定期进行胃镜检查。

3. 容易迁延复发，中老年人消化性溃疡 80% 以上是由青壮年的溃疡病延续而来，60 岁以后新发病者少。因此，中老年人消化性溃疡病程长，治疗难度大，即使溃疡愈合，一不小心，又容易复发。

防治措施

1. 养成良好的饮食习惯，重视饮食防治。胃和十二指肠是人体重要的消化器官，人以食为天，吃饭一天三餐，一天不能少，可见胃肠这个器官为了给人体提供必需的营养物质，天天时时刻刻都在辛勤地工作，人们必须十分珍惜、十分爱护这个器官。尤其在饮食习惯上要规律进餐，切忌暴饮暴食或饱一顿、饿一顿，食物要容易消化且富有营养，避免食用刺激性很强和不易消化的食品，如辛辣、浓茶、烈性酒、生冷硬粗及油炸的食品等。

溃疡病发作期更应注意饮食治疗，其重要意义不亚于药

物治疗。如有的溃疡活动期病人不用药物或少用药物，注意饮食，适当少吃多餐，细嚼慢咽，每天四五餐，少渣或无渣饮食，如牛奶、浓米汤、藕粉、稀粥、蛋羹、菜泥、烤馒头片、苏打饼干、细挂面、浓肉汤等，合理搭配，4周~6周后多数溃疡可以愈合。

反之，以药物治疗为主而饮食不注意，溃疡愈合的可能性很小。有的病人经治疗溃疡愈合了，吃饭不注意，如吃得太饱、太油腻、太辛辣、太生硬，甚至饮酒，一时不小心，前功尽弃，即刻犯病，一旦溃疡病复发，一般需要1~2个月，甚至更长时间，才能愈合。

2. 生活规律，避免过度精神紧张、劳累，注意休息，保证充足睡眠。

3. 保持乐观稳定的心理情绪，溃疡病患者，往往在情绪激动时，生气、悲伤或心情抑郁、焦虑时发病。

4. 避免应用对胃肠粘膜刺激较大的药物，如阿司匹林、消炎痛、保泰松、某些抗生素、皮质激素等。

5. 抗幽门螺杆菌治疗：近年来研究发现，胃炎与胃溃疡和幽门螺杆菌的感染有一定关系。

胃粘膜中幽门螺杆菌阳性率，正常人为26%，胃炎为60%，胃溃疡为95%。可以口服如下抗菌药物：阿莫西林（羟氨苄青霉素）口服，每次0.3~0.6克，每日三四次。氨苄青霉素，口服，每次0.25克~0.5克，每日三四次。庆大霉素，口服，每次8万单位，每日2次。庆大霉素缓释片（瑞贝克），口服，每次80毫克，每日2次，早晚餐后1小时服用。灭滴灵，口服，每次0.2克，每日3次。

胶体铋剂（三钾二枸橼酸铋合铋），口服，每次 1 小包（1.2 克）化水冲服，每日三四次，饭前半小时和睡前服用，6 周为一疗程。亦可服用德诺（含胶体铋），每次 240 毫克（2 片），每日 2 次，于早餐及晚餐前半小时服。近年来有人主张三联（德诺加四环素加灭滴灵）或二联（奥美拉唑加羟氨苄青霉素）治疗，14 天为一疗程，根治幽门螺杆菌有效率达 90% 以上，复发率降至 2.6%，该法缺点是副作用大，主要是胃肠道反应、食欲不振、恶心、腹泻。

6. 手术治疗：对久治不愈、多发、巨大的溃疡或出现合并症状，如出血、穿孔、癌变，应考虑外科手术治疗。

四、肝硬化

肝硬化是指肝脏受到损害（肝炎、酒精中毒、血吸虫病、脂肪肝等）后，肝脏细胞变性、坏死，进而由大量纤维组织增生，破坏了肝脏原有正常的肝小叶，形成大小不等的结节，到了晚期纤维组织收缩，肝脏缩小变硬，形成肝硬化。占我国住院病人的 1.0%~3.5%，在 60 岁以上尸检病例中占 1.9%。

症状

肝硬化多见于男性，起病隐匿，病程缓慢，肝硬化早期多无明显症状，随着病情发展，可出现食欲不振、腹胀、恶心、呕吐、肝区隐痛不适、乏力，病至晚期，可出现黄疸、腹水、水肿、贫血、皮肤出血、紫癜，胃底及食管下端静脉曲张破裂可大量出血危及生命，白细胞减少，身体抵抗力降低，容易发生感染，如腹膜炎、败血症等。肝功能衰竭时，

可产生肝昏迷。

防治措施

1. 积极防治病毒性肝炎、糖尿病、高脂血症、血吸虫病、心力衰竭等易导致肝硬化的疾病。

2. 少喝或不喝含有酒精的饮料，以免引起酒精中毒性肝硬化。

3. 肥胖者应减肥，避免脂肪肝，重度脂肪肝可导致肝硬化。

4. 中老年人要慎用对肝毒性较大的药物如抗结核、抗肿瘤、抗霉菌、降血脂、镇静、止痛等药物，这些都可引起药物中毒性肝炎。

5. 老年要注意饮食卫生，尽量少食用海鲜、毛蚶、冷饮、凉拌生菜等。

6. 肝硬化病人饮食要用易消化、高营养、多维生素、低脂肪，不吃粗渣生硬的食品，尤其吃鱼、鸡、排骨时要小心鱼刺、骨头渣扎破食道曲张的静脉血管，引起大出血。

7. 对症处理：肝硬化本身无特效治疗，只能对症治疗。如出现腹水适当用利尿剂，出现感染用抗生素，血清白蛋白太低可以静脉滴注白蛋白，肝昏迷者给予谷氨酸钠或谷氨酸钾、精氨酸静脉滴注。

食管静脉曲张破裂大出血者，可用双囊三腔管压迫止血、内镜下局部注射硬化剂。一般保肝治疗，可用维生素，复合维生素 B、肝泰乐、肌苷、益肝灵、ATP、辅酶 A 等均可酌情使用，但效果不显著。

8. 中医中药辨证施治有一定疗效。中医认为肝硬化是一

种慢性全身性疾病，以肝瘀、脾虚、肾亏为主，治则以柔肝化瘀、健脾益肾。常选用鳖甲、柴胡、桃仁、红花、白芍，活血消积；选用党参、黄芪、茯苓、山药、砂仁、香附，补气理气；地黄、枸杞、麦门冬、菟丝子、山萸肉、附子，育阴通阳；黄连、黄柏、茵陈、大黄、白茅根、板蓝根、金银花、连翘，清热解毒，利胆渗湿。

五、食管裂孔疝

正常人在胸下部和腹上部之间有一块圆顶形肌膜称膈肌或横膈肌，将人体分成胸腔和腹腔两部分。食管必须从横膈膜一个裂孔穿过由胸腔进入腹腔，随着年龄的增长，这个裂孔四周的肌肉组织变得软弱，腹部的食管与部分胃的上端向上突出，穿过扩大的裂孔进入胸腔，就称食管裂孔疝。

有人分析 1000 例钡餐检查，食管裂孔疝的检出率，30 岁以下为 0，30 岁~39 岁为 1.8%，40 岁~49 岁为 7.0%，50 岁~59 岁为 13.0%，60 岁以上为 19.6%。可见这是一种随着年龄增长而增多的疾病。

症状

轻度食管裂孔疝不伴有胃内容物返流至食管的患者，一般无明显不适。如果出现胃内容物，尤其是胃酸返流至食管，病人就会感到心窝部烧灼、疼痛不适，有的还可延伸至颈部、臂部，常误诊为心绞痛。

当暴饮暴食后，体位变换时，如餐后平卧、弯腰、右侧卧时疼痛加重。由于胃酸返流至食管，常可引起食管炎、食

管溃疡或狭窄，即可出现进食时疼痛、吞咽困难、呕吐，甚至呕血。食管裂孔疝可使胃上端的贲门关闭不全，因而常出现暖气、返酸、烧心等不适。

防治措施

1. 减肥，因为腹部脂肪过多会增加腹腔压力将胃的上端及胃内容物挤入胸腔及食管内而造成食管裂孔疝及食管炎或溃疡，使症状加重。

2. 不要扎宽皮带及穿紧身裤，腰带不宜扎得过紧，以免增加腹腔压力。

3. 不要吸烟、饮酒，烟酒会使胃酸分泌增加，使症状恶化。

4. 少吃多餐，不要吃得过饱，更不要暴饮暴食，餐后不要立即平卧，床头可垫两块砖，抬高床头位。

5. 保持大小便通畅，防止咳嗽，避免加重腹压。

6. 药物对症处理：胃速乐，口服，每次 2 片，每日 3 次，适用于返酸、烧心，有胃酸返流者。雷尼替丁，口服，每次 150 毫克，每日 3 次。胃复安，口服，每次 5 毫克 ~ 10 毫克，每日 3 次。可促进胃肠蠕动，促进胃内容物排空，以免返流。吗丁啉，口服，每次 10 毫克 ~ 20 毫克，每日 3 次，饭前半小时服。

7. 症状严重，伴有食管狭窄或反复出血者，内科治疗无效者，急性嵌顿或绞榨性疝者应作手术治疗，手术比较简单，近期疗效 90% 以上。

六、食管癌

症状

我国是食管癌高发地区，死亡比例占全部恶性肿瘤的22.34%，仅次于胃癌占第二位。食管癌好发部位多见于中、下段，上段少见。男性多于女性，发病高峰年龄为50岁~69岁。90%以上为鳞状细胞癌，腺癌仅占5%。

食管癌早期症状轻微，往往被忽略。开始可能只有进食不适或摩擦感，异物停留感。随着瘤体增大，出现吞咽困难，引起患者重视，此时病情已进入中晚期。可有呕吐、呕血、心口痛、消瘦。

病情判断

1. 当进食时偶感胸骨后停滞了一下，或有异物感，进热食或酸性食物时有疼痛感，无明显原因的体重下降，就应引起警惕，尤其在食管癌高发地区，应及时找医生检查。

2. 食管拉网细胞学检查，需到医院专科门诊进行，此法较简便易行，是食管癌早期诊断的有效方法之一，对表浅食管癌阳性率较高，可作为中老年人与高危人群普查过筛的手段。

3. 内窥镜检查，使用光导纤维内窥镜或电子内窥镜，对早期食管癌的诊断率可达90%左右。

4. X线钡餐检查也是诊断食管癌的重要手段之一，它对定位及观察病变长度、外侵情况有一定帮助。

5. B型超声波及CT检查,对帮助探测食管癌部位、范围、大小、侵犯深度及与其他脏器转移关系有一定帮助。

治疗措施

1. 手术治疗

食管癌若全身状况允许,肿瘤长度小于5厘米,位于食管中、下段,应积极争取手术。位于食管上段手术难度大,首选放疗。一般待出现症状才确诊者,能作根治手术切除者仅有50%。

2. 放射治疗

放疗的目的是控制癌灶,减轻症状及延长生命。鳞癌对放疗较敏感。放疗后可以继续作化疗,以巩固疗效。单纯放疗,一般远期疗效欠佳,5年生存率低于10%。若配合中医中药治疗可提高疗效。

放疗的副作用有放射性肺炎、食管穿孔及纵隔炎、骨髓抑制等,应引起注意。有严重心肺疾患及骨髓造血功能障碍者属禁忌。

3. 化学治疗

食管癌化疗的对象是手术或放疗后辅助治疗。化疗的缓解期较短。若已有明显梗阻者全身化疗效果不大,可局部经内镜注射化疗药或用激光、微波等治疗。

老年晚期食管癌并有全身虚弱、消瘦、抵抗力很差者禁用化疗。目前国内常用的化疗方案有:

(1) DMP(顺铂、丝裂霉素、平阳霉素)方案:

DDP(顺铂)20毫克/米²静脉滴注,第1天~5天,3周重复

MMC (丝裂霉素) 4 毫克/米²~6 毫克/米² 静脉注射, 每周 1 次

PYM (平阳霉素) 6 毫克/米² 肌肉注射, 每周 3 次, 7 周为一疗程

(2) CFB (环磷酰胺、5-氟脲嘧啶、博莱霉素) 方案:

CTX (环磷酰胺) 600 毫克/米² 静脉注射, 每周 1 次

5-FU (5-氟脲嘧啶) 250 毫克~500 毫克静脉点滴, 每周二三次

BLM (博莱霉素) 30 毫克肌肉注射, 每周二三次, 7 天~10 天为一周期, 4 周~6 周一疗程。

4. 非手术局部治疗

老年早期食管癌, 若全身 (心、肺、脑等功能) 条件不适宜手术, 可选用激光治疗, 以激光热效应, 高功率汽化癌灶。亦可用光动力学治疗, 先静脉注射光敏剂 (血卟啉衍生物), 然后以特定波长激光的光敏化效应杀伤肿瘤, 也可选用内镜以微波治疗。

5. 其他辅助治疗

老年食管癌治疗应注意合理应用综合治疗方案, 包括中医中药扶正祛邪, 辨证施治; 提高免疫功能及营养支持治疗, 对提高化疗、放疗的疗效至关重要。

防治措施

1. 建立良好的饮食卫生习惯: 吃饭细嚼慢咽, 不吃过烫、过热的食物, 不吃发霉变质的食物, 不吃含亚硝胺过多的食品如酸菜, 腌制、熏制、烧烤食品。多吃新鲜青菜、水果、清淡的食品。

2. 戒烟酒，烟酒强烈刺激食道粘膜，易发生癌变。

3. 现经研究已知，食管癌高发地区与当地饮水、粮食、土壤中钼、铜、铁、锰、锌、镍等微量元素偏低有关，尤其是钼的缺乏容易发生食管癌，高发地区人群应予以适量补充上述微量元素。

4. 有家族史者属高危人群，应努力学习掌握一些有关食管癌的预防知识及早期的一些临床表现，发现有食管癌可疑症状时，应及时就医，进行必要的检查，以早期诊断，早期治疗。

七、慢性胃炎

慢性胃炎是中老年人常见病，根据大宗纤维胃镜检查结果，中老年人慢性胃炎检出率在 60% 以上。根据胃镜所见到的粘膜组织变化将其分为两种：第一种为浅表性胃炎，表现为胃粘膜浅层有充血、水肿、糜烂和出血。

解放军总医院报告 1333 例 60 岁以上中老年人纤维胃镜检查，浅表性胃炎，检出率为 54.6%，其中大部分（80%）可以自愈，另一部分可发展为慢性萎缩性胃炎。第二种为萎缩性胃炎，中老年人胃镜活检的检出率为 10%~20%，比青壮年高 5 倍~10 倍，其病理特征为粘膜受损、萎缩变薄，胃腺体破坏而减少。慢性萎缩性胃炎有 2%~5% 的病人发生癌变。当胃镜活检观察到胃粘膜组织出现肠上皮化生或中度以上不典型增生时，属癌前病变，应密切观察，定期随访检查。

症状

轻症慢性胃炎患者，多数无明显症状。有的可出现上腹部无规律的疼痛、饱胀、嗝气、恶心、食欲减退、腹泻等消化不良现象。有的病变位于幽门附近，特别存在十二指肠炎时，可出现消化性溃疡的症状，如饭后4小时~5小时有规律性腹痛、上消化道出血、黑便等。

防治措施

1. 饮食要有规律，忌暴饮暴食，忌食辛辣、生冷、酸、硬等食物。不饮浓茶、浓咖啡。

2. 戒烟酒。

3. 慎用对胃粘膜有强烈刺激的药品，如水杨酸制剂、阿司匹林、保泰松等抗风湿止痛药物，某些抗生素等。

4. 积极治疗慢性鼻炎、慢性扁桃体炎、齿龈脓肿等，这些慢性病灶的病原菌，不断侵袭入胃，也是造成慢性胃炎的病因之一。

5. 应用保护胃粘膜制剂： 硫糖铝，每次1.0克，每日3次，饭前1小时及睡前服，1至3个月为一疗程。 胃速乐，口服，每次2片，每日3次~4次。 乐得胃，口服，每次2片，每日3次。 猴菇菌片，口服，每次3片，每日3次。

麦滋林-S，口服，每次一包(0.67克)，每日3次，饭后服。

6. 制酸药：可减少胃酸对胃粘膜的刺激。 雷尼替丁，口服，每次150毫克，每日2次，饭前服，6周~8周一疗程。

法莫替丁，口服，每次20毫克，每日2次，早、晚餐后或睡前服。 奥美拉唑(洛赛克)，口服，每次20毫克，每日1次，2周~4周为一疗程。 苮索拉唑(达克普隆)，口服，每次30毫克，每日1次，6周~8周为1疗程。

7. 促进胃肠蠕动药：可增强胃肠排空，减少胆汁返流，减轻对胃粘膜的刺激，同时还可缓解腹胀、暖气等腹部不适的症状。胃复安，口服，每次 5 毫克~10 毫克，每日 3 次，饭前服。吗丁啉，口服，每次 10 毫克~20 毫克，每日 3 次，饭前服。

8. 中医中药，可选用柴胡疏肝饮或香砂养胃丸等治疗。

八、胃癌

胃癌一般根据组织学特性分为腺癌、粘液腺癌、粘液细胞癌、低分化腺癌及未分化癌五型。又根据癌瘤浸润情况分为三期：早期胃癌仅限于浸润粘膜或粘膜下层，此期发展很慢，有的可持续四五年，生长到肉眼可见约需 10 年，但一旦进入中晚期发展迅速。中期胃癌已深入肌层。晚期则穿透整个胃壁，侵及浆膜（即胃壁的外膜）或有远处转移者。

胃癌在我国是最常见的恶性肿瘤，占有恶性肿瘤死亡者的 23.02%，居首位。男性多于女性，男女之比为 3：1。我国青海、甘肃、宁夏、辽宁、吉林、上海、江苏、浙江及福建等省市属高发区。从北向南及从东向西发病率逐渐下降，湖南、两广及云、贵、川发病率较低。

癌前状态

极易发生癌变（10%~60%可能癌变）的状态或病变称癌前状态或癌前病变，这些病人属高危对象，应积极治疗和密切随访，定期（3~6 个月）进行胃镜检查，若经内科治疗无明显好转者，应择期手术治疗。常见的癌前病变有如下几种：

1. 萎缩性胃炎：慢性萎缩性胃炎长期追踪观察，约有5%发生胃癌。胃癌伴有萎缩性胃炎者高达52%~97%，说明两者关系甚为密切。

2. 肠腺化生亦称肠上皮化生，即胃粘膜长出了不应有的肠腺上皮细胞，这是属于肠型胃癌的癌前病变。

3. 不典型增生，具有胃粘膜细胞形态不规范，分化异常及粘膜结构紊乱三大特征。分为轻、中、重三度，轻中度为可逆性，经过适当治疗可恢复正常；重度约有50%可恢复正常，30%稳定不变，8%~10%发生癌变。

4. 胃息肉，有两种，即增生性息肉和息肉样腺瘤。后者有20%~60%可发生癌变，这是很重要的一种癌前病变，发现后应立即手术摘除。

5. 巨大型或多发性胃溃疡，也易发生癌变，其发生率为2%~10%。

6. 残胃，因溃疡病或胃肿瘤作胃大部切除术后，剩余残胃，癌变发生率比正常人群高2倍。可能与易发生胆汁返流和胃酸缺乏有关。

症状

1. 胃癌发病隐匿，尤其早期胃癌可能无任何症状，多数是在普查或癌前病变进行胃镜随诊检查时发现。胃底胃癌有时虽已长大，但也可症状不明显，或只有轻微消化不良、腹胀、暖气、食欲不振等。

2. 胃痛是最常见的症状，可占胃癌人数的80%以上。若在幽门附近，其疼痛酷似消化性溃疡，产生典型的有规律的饥饿痛，尤其原有胃溃疡的病人，很易误认为原病复发而

不予重视，延误了治疗时机。

3. 呕吐也是胃癌的常见症状之一，约占 50%。若肿瘤在贲门（胃与食管连接）处，呕吐可发生在刚开始吃饭，咽下困难（约占胃癌患者的 20%）而呕吐；若胃癌在幽门（胃与十二指肠连接）处引起幽门梗阻，可在饭后半小时左右呕吐。

4. 出血，肿瘤破溃可致胃出血，呕血占 15%左右，柏油样大便占 30%左右。

5. 其他，常见的有消瘦（50%左右）、贫血（40%左右）、食欲减退（60%左右）、左锁骨上淋巴结肿大（10%左右）、腋下淋巴结肿大（2%）等。还可见到肝、肺转移的临床表现，如黄疸、咳嗽、咯血等。

防治措施

1. 注意饮食卫生，养成良好的饮食习惯，避免食用含有致癌物质的食品。少吃或不吃含有多环芳烃类及亚硝胺类食品，包括油炸、烟熏、腌制、盐渍食物，如酸菜、咸肉、咸鱼、咸菜及含有某些色素和防腐剂的食品等。不吃霉菌污染的食品。

2. 对高危对象要定期随访，必要时应定期作胃镜检查。直系亲属中有胃癌者比一般人群胃癌发生率高 4 倍，应重点保护。有癌前病变者，应重点随访观察。

3. 中老年人出现消化道不适及某些症状时，应视为胃癌的信号，及早检查。如食欲减退、早饱感、上腹部隐痛不适、恶心、排便习惯改变或有黑便、消瘦、乏力、低热。

胃癌最可靠的检查手段是胃镜及活组织检查，其他如大

便隐血试验、抽血查癌胚抗原、免疫学检查、胃液分析等，也可作为辅助诊断或作为普查时进行初筛。

4. 手术治疗：只要身体条件及病情允许应优先选择手术切除治疗。早期胃癌手术切除，5 年生存率为 90%~96%；中期胃癌手术 5 年生存率约 70%；晚期胃癌手术 5 年生存率仅有 8%~26.4%。

5. 化学治疗：早期胃癌根治术后，一般不需化疗。中晚期胃癌手术 2 周后，适当配合化疗，可以提高 5 年生存率。身体条件不允许手术，一般状况较好者，亦应实施化疗。

化疗方案选择：一般状况较好者，选联合用药方案较单一用药疗效好；但身体条件较差者，可单一用药。对化疗有效者，完成 1 个疗程，休息 2 个月再给第 2 疗程，第 1 年不少于 3 个疗程，第 2 年不少于 2 个疗程。

化疗方案：

(1) MFC 方案：丝裂霉素 0.08 毫克/千克，5-氟尿嘧啶 10 毫克/千克，阿糖胞苷 0.8 毫克/千克，加入 5% 葡萄糖液 250 毫升，静脉点滴，每周 3 次，连续 3 周，第 3 至 6 周，每周 1 次。6 周为一疗程。

(2) 喜树碱，10 毫克~20 毫克，自力霉素 2 毫克~4 毫克，环磷酰胺 200 毫克，加入生理盐水 300 毫升内静脉点滴，每周一二次，6 次~8 次为一疗程。

6. 其他，放疗对胃癌不甚敏感，不作首选，若化疗无效，可试用放疗、热疗、激光治疗。中医中药、免疫治疗均可提高疗效。

九、胆囊炎和胆囊结石

中老年人胆囊炎和胆囊结石往往并存，其患病率是很高的。有统计 60 岁以上中老年人患病率为 20%~30%，70 岁以上中老年人患病率可达 50% 以上。

正常人肝细胞分泌胆汁是很多的，可高达 600 毫升/天~1000 毫升/天，这么多的胆汁分泌出来先流入胆囊，在胆囊内浓缩 10 倍以后贮存起来，当食物进入十二指肠时，尤其是脂肪和蛋白质刺激肠粘膜，胆囊开始收缩，排放胆汁，帮助消化。

胆汁的成分主要是胆盐、胆固醇和胆色素，中老年人常有胆固醇代谢异常，当胆汁在胆囊内高度浓缩时，胆固醇便可沉积于胆囊内，形成结石。

此外，中老年人易患慢性胃炎，胃酸较少，容易继发细菌感染引起胆囊炎，增加胆红素和胆固醇沉积，加速结石的形成。结石又可阻滞胆道，使胆汁排出受阻，加重胆囊炎，两者互为因果，形成恶性循环。

胆石病，一般分两大类，一类为胆囊结石，多见于中老年人，其主要成分是胆固醇，质韧硬，大如鸡蛋，小如粟粒，可单个，亦可多个。另一类为胆管结石，多见于青壮年，成分主要是胆红素，质脆软，多呈泥沙状，可阻塞胆管，引起急性胆管炎，甚至败血症。

症状

轻度慢性胆囊炎或伴有胆囊结石时，30%~50%无明显症状，或有轻微腹胀、嗝气、食欲不振等消化不良症状，多数是在查体进行 B 型超声或在作其他腹部疾病手术时，意外发现。

当慢性胆囊炎急性发作或胆囊结石嵌顿于胆囊管开口处，可引发急性胆绞痛，位于右上腹部，病人疼痛难忍，可弯腰打滚，坐卧不安，哭喊不停，疼痛放射至右肩部，持续 30 分钟或数小时，可自行缓解，但常留有隐隐酸痛。还可伴恶心、呕吐、黄疸，右上腹有明显压痛。急性胆囊炎还可伴有高热、心悸、白细胞增高等。

治疗措施

1. 急性胆囊发作期，禁食脂肪类食物，给予静脉输液及抗生素，可选用氨基苄青霉素、羟苄青霉素、苯唑青霉素、先锋必素、环丙沙星等。

2. 解痉利胆治疗：舒胆通，每次 40 毫克，每日 3 次，饭后服。胆通，每次 0.4 克，每日 3 次，饭前服。阿托品，每次 0.5 毫克，肌肉注射，每 4 至 6 小时一次。硝酸甘油 0.6 毫克，含化，对胆绞痛有效。疼痛严重者可用地冷丁 50 或 100 毫克，肌肉注射。

3. 溶石治疗：鹅去氧胆酸：13 毫克/千克体重 ~ 15 毫克/千克体重，睡前 1 次服或分 3 次服，1 疗程至少 2 年。适用于胆固醇结石，直径小于 2 厘米者效果较好。熊去氧胆酸：每日剂量 8 毫克/千克体重 ~ 10 毫克/千克体重，分 3 次服，1 疗程服药 6 个月以上。

4. 中医中药：舒肝理气止痛，清利肝胆湿热。可用龙胆

泻肝汤，茵陈蒿汤，利胆排石汤（金钱草 30 克、茵陈 15 克、郁金 15 克、枳壳 10 克、木香 10 克、生大黄 10 克，水煎服，每日 1 剂），亦有一定疗效。

5. 手术切除胆囊治疗，若胆囊炎、胆囊结石反复急性发作内科治疗无效者应择期手术。近年来开展腹腔镜作胆囊切除及内镜经十二指肠取出胆总管结石，手术损伤小，成功率高。对单纯胆囊结石，无明显症状者，一般不主张作预防性切除手术治疗。有人观察 10 年胆囊结石患者，只有 20% 急性发作，80% 无明显症状，预后良好。

6. 体外震波碎石治疗：80 年代碎石治疗盛行，至 90 年代已开始降温。因为胆固醇结石很难击成细末，只击成小块，此小块若排入胆囊管或胆总管嵌顿后，可产生剧烈胆绞痛、高热、黄疸，具有一定风险，应采取慎重态度。也有人将体外震波碎石与十二指肠镜下行乳头肌切开以利排石或再与药物溶石、排石结合，可提高疗效。

防治措施

1. 低胆固醇、低动物脂肪膳食，忌暴饮暴食，少吃油炸、油煎食品。

2. 肥胖者应减肥。低热量、多纤维膳食。

3. 重视体检，每年进行一次肝胆 B 超，若发现有慢性胆囊炎或胆囊结石应定期随访，及早治疗。

4. 积极治疗高脂血症、糖尿病、慢性胃炎、慢性胆道感染 这些疾病都是促发急慢性胆囊炎和胆囊结石的重要病因。

5. 忌烟酒，烟酒可干扰正常的脂代谢，使胆固醇容易分离出来，形成石性胆汁，成为结石。

6. 适当运动锻炼，可改善脂质及胆固醇代谢。避免胆固醇在胆囊内分离出，形成结石。

十、急性胰腺炎

急性胰腺炎是胰腺酶在胰腺内被激活，产生自身化学性炎症。本病分为急性水肿型和出血坏死型两类，前者较常见，预后较好；后者病情凶险，并发症多，死亡率高，甚至可引起猝死（突然死亡）。

症状

1. 腹痛：为 95% 胰腺炎患者的首发症状，多位于中上腹偏左，可向背部放射，进食后加剧，弯腰、前倾坐位可减轻，当胰腺渗出液扩散到腹腔，可呈全腹痛，酷似腹膜炎。

2. 发热：水肿型体温多在 38 左右，出血型常超过 39，发热原因多是由于自身组织损伤引起，少数也可能是继发感染所致。

3. 恶心、呕吐、腹胀，80% 的患者有此类消化道症状，严重病例可出现肠麻痹，肠鸣音消失。

4. 休克、胸水、腹水常见于出血坏死型。

5. 血淀粉酶常超过 500 单位，尿淀粉酶发病 12 小时~24 小时开始升高，可超过 1000 单位，持续一两周。

治疗措施

1. 减少胰腺分泌：禁食，减少胃酸分泌，可用雷尼替丁口服，每次 150 毫克，每日 2 次；亦可静脉点滴，每次 100 毫克，每日 2 次。胰高糖素静脉滴注，每小时 1 毫克。奥曲

肽，每次 250 微克，皮下注射，然后以 0.5 微克/（千克·小时），持续滴注至腹痛缓解。近年来，有人用密钙息（鲑鱼降钙素）每次 300 单位加生理盐水 500 毫升静脉点滴，每日 1 次，连续 6 日为一疗程。

2. 静脉补液，亦可用 20% 脂肪乳 250 毫升~500 毫升静脉点滴，既补充了营养，又控制了胰腺炎所致的高血糖。

3. 止痛：剧烈腹痛可用度冷丁 50 毫克~100 毫克，肌肉注射。

4. 抗生素：若疑有继发感染可用青霉素、氨苄青霉素、氧哌嗪青霉素、环丙沙星等。

5. 肾上腺皮质激素：适用于出血坏死型，可给地塞米松 10 毫克，静脉点滴，每日 1 次。

6. 中医中药：常用柴胡、黄连、黄芩、木香、白术、大黄粉、芒硝组成清胰汤加减。

防治措施

1. 饮食要有规律，戒酒，低脂、低糖膳食。酗酒、暴饮、暴食、油腻、油炸饮食，常常是急性胰腺炎发作的重要诱因。

2. 积极防治胆道疾病，胆管和胰管开口在进入十二指肠前汇合成一个共同通道，因此，当胆道感染或有结石时，很易造成胆汁逆流入胰管，激活胰酶，引起急性胰腺炎发作。

3. 情绪乐观，心理稳定，若有抑郁或焦虑者，可适当应用抗抑郁、抗焦虑药治疗。

4. 精神紧张为诱发因素者，可在紧张活动，如开会、作报告或其他紧张工作之前，服用安定 5 毫克或芬那露 0.2 克，以预防肠道激惹。

5. 对症处理：腹痛者可用阿托品 0.3 毫克，或痛痉平 1 毫克，此类药物对青光眼、前列腺增生者禁用。腹泻者可用复方苯乙哌啶或洛哌丁胺（易蒙停）止泻。通便，便秘者可用果导、开塞露、麻仁滋脾丸，亦可用番泻叶代茶泡水饮。

6. 中医中药：对气滞血瘀型，腹痛便秘者，可用柴胡疏肝饮加减；对肝脾不和引起腹泻者，可用痛泻要方合四逆散加减；脾胃虚弱者，可用参苓白术散加减。还可针刺脾俞、大肠俞、天枢、足三里；耳针大肠、小肠、神门、交感等。

7. 理疗：可选用超短波、短波、低频脉冲电疗法，红外线、TDP、高压静电疗法，均有一定辅助治疗效果。

十一、病毒性肝炎

由病毒感染所致的肝脏发炎，称病毒性肝炎（通常简称为肝炎）。目前研究比较清楚的病毒性肝炎有甲型、乙型、丙型、丁型、戊型共五种，近年来又发现己型、庚型两种，其病原学仍在进一步研究中。它们都具有相似的临床表现，也都具有传染性强，病程较长，对个体及社会危害性较大的共同特征。但其病原学、血清学、传播途径、临床经过、预后及肝外损害存在着很大的差异。

我国病毒性肝炎患病率为 2.77%，年发病率为 0.95%，据此推算我国每年新患急性病毒性肝炎人数约为 1200 万，加上慢性迁延性肝炎，我国患肝炎总人数不少于 4000 万人，还有 1 亿多是乙肝表面抗原长期携带者。

我国河南省大面积人群抽样调查,乙肝表面抗原(澳抗)阳性者,男性为 18.8%,女性为 15.6%。有人经肝脏活体组织检查发现,慢性乙肝表面抗原携带者(澳抗阳性)中有 70% 以上的人存在着不同程度病毒性肝炎的病理变化,其中有 1%~3% 的人逐渐向慢性肝炎转化,可见我国真可称为名副其实的“肝炎大国”,它对我国各民族和子孙后代健康的影响是不可低估的。

一般症状

1. 甲型肝炎(简称甲肝)主要是经口(消化道)传染。甲肝患者在发病前 1 周~2 周,由粪便、尿液、呕吐物中排出大量甲肝病毒,污染水源或食品,易感者吃了被甲肝病毒污染又未经煮熟的食品,经过 15 天~45 天(平均 30 天)潜伏期,即可发病。

1988 年上海市民因食用被甲肝病毒污染的毛蚶而引起大的暴发性流行,在短短的二三个月内,共有 31 万人发病,以 20 岁~39 岁发病人数最多,占患病总人数的 83.5%,这组人群甲肝抗体阳性率小于 50%,为易感人群;而 40 岁以上人群甲肝抗体阳性率大于 90%。甲肝病人在潜伏期即开始大量排毒,直至出现黄疸(黄疸期约 2 周),高峰期后,病情逐渐好转,排毒亦明显减少,一般隔离期为 1 个月。

甲肝发病多有消化道症状,如食欲不佳、恶心、腹胀、黄疸、发热、乏力、血清谷丙转氨酶上升。一般病程 1 个月左右,绝大多数康复顺利,预后良好,有 0.1%~1% 的病人病情表现严重。慢性型极为罕见。

2. 乙型肝炎(简称乙肝)是我国流行最广、危害最大的

一种传染病。本病遍及全球，热带、温带地区高于寒带地区；经济发展水平较低，卫生条件较差的地区流行更为严重。

1990年调查资料，我国人口中约有50%感染过或正在经受乙肝病毒的感染。孕妇中约10%为乙肝病毒携带者，如不接受乙肝疫苗的预防，其新生儿在2年内60%以上被感染乙型肝炎。

乙型肝炎发病率第一高峰是5岁~10岁，第二高峰是20岁~40岁，40岁以后逐渐下降。传染源主要是肝炎患者及病毒携带者，经血液、性接触和生活密切接触为主要传播方式。65%的人感染乙肝病毒后并不发病，可获得乙肝较久的免疫力。乙肝潜伏期6周至6个月（平均3个月）。

临床表现主要为乏力、食欲减退、厌油腻、恶心、呕吐、腹泻、腹胀、发热（38左右）、黄疸（2周左右）、肝脏肿大、肝区隐痛、肝功能异常。约有50%患者起病隐匿、无明显症状、无黄疸，在查体中发现或成为无症状的病毒携带者。

急性乙型肝炎患者，经过3个月左右的治疗、休息，80%左右的患者可完全恢复健康，预后良好。约有20%的患者转为慢性迁延性乙肝，其中15%~20%患者转变为肝硬化，已发生肝硬变的患者有9.9%~16.6%的人发生肝癌。约有1%急性乙肝患者起病急骤，病情凶猛，呈现大面积肝脏坏死，黄疸加深，10天内出现精神、神经症状，甚至昏迷，可出现脑水肿、脑疝、出血，预后很差，死亡率很高。

3. 丙型肝炎（简称丙肝）主要传播途径是输血或输入某些血浆提取物。我国输血者丙肝的感染率为6.4%~38.5%。

我国不同地区献血员丙肝病毒阳性者为4.6%~90%，说

明我国献血员丙肝病毒感染率非常高。唾液及性接触也是重要的传播途径。

丙肝潜伏期为 2 周~26 周 (平均 7 周~8 周), 潜伏期越短, 发病越重, 黄疸较重, 但较少发展为慢性。潜伏期越长, 发病越轻, 多无黄疸, 反而易发展成为慢性。丙型肝炎临床表现大致与乙型肝炎相似, 但其预后较乙肝差。急性丙肝有 40%~50% 患者易转为慢性。

有人随访 8 年, 慢性丙肝 155 例, 慢性乙肝 173 例, 发现肝硬化前者为 30%, 后者为 17%; 发生原发性肝癌分别为 15% 及 5%; 病情缓解者分别为 2.5% 及 38%。可见丙肝对人体健康危害更大。

4. 丁型肝炎 (简称丁肝) 不单独存在, 因为丁肝病毒必须依赖乙肝病毒帮助才能复制和繁殖。传播途径与乙肝相似。

丁肝的发病形式有两种: 一种为与乙肝同时感染发病, 又称混合感染, 临床表现与急性乙肝相似, 多数症状较轻, 预后较好, 发生慢性肝炎的危险性较低。但有少数病人呈暴发型, 肝脏受两种病毒同时打击, 肝脏损害严重, 预后较差。另一种是在慢性乙肝或乙肝表面抗原携带者的基础上, 又感染丁肝, 称重叠感染。多数患者 (95%) 转为慢性肝炎, 一般临床表现比单独患乙肝感染为重。有部分患者呈现进行性活动性, 加速肝硬化的发展, 病情逐渐加重, 预后较差。

我国不同地区乙肝表面抗原 (HBsAg) 阳性者, 肝组织标本中检测丁肝抗原阳性率 (乙肝丁肝重叠感染) 为 5.3%~19.7%, 而重症乙型肝炎患者, 合并丁肝者可高达 39%。

5. 戊型肝炎 (简称戊肝) 传播途径及临床过程与甲肝相

似，均由消化道（粪 - 口途径）传播，但其传染性较甲肝为低。流行性戊肝，孕妇病死率可高达 20%，非孕妇和男性病死率仅为 0.18%。潜伏期 2 周~9 周，平均 6 周。发病者约有 1/3 出现黄疸，1 周内消退，消化道症状同甲肝，肝功能二四周恢复正常，很少转为慢性。

但据新疆报道，观察 500 例戊肝患者 28 个月，经全面检查，部分病人还作了肝脏活体组织检查，发现有 12% 的患者未能完全康复。因而对以往认为戊肝很少转为慢性肝炎的观点提出了新的质疑。

6. 己型肝炎传播途径、临床表现与丙肝相似，但转为慢性肝炎较丙肝为低。该型病毒尚未分离成功，正在继续研究中。

7. 庚型肝炎，目前认为它就是巨细胞肝炎，初步认为该型肝炎与副粘病毒有关，临床表现与丙肝相似，但预后较丙肝为好。

中老年人的症状

1. 中老年人免疫功能低下，是病毒性肝炎的易感人群，在相等条件下，接触同等量的病毒，年轻人不发病，中老年人即可发病。急性黄疸型肝炎较多见，约占 40%。

2. 中老年人肝脏储备功能低下，一旦染上肝炎，易发展为重症肝炎，占中老年人肝炎的 8%~31%，病情发展迅猛，有人统计老年重症肝炎有 50% 以上的病人总胆红素超过正常值 20 倍以上（ > 340 微摩尔/升），这是一个表示严重预后不良的指标，这些病人很快发生肝功能衰竭、肝昏迷、出血、腹水、肝性脑病、肾功能衰竭，老年重症肝炎病死率可高达

32%~80%。其余部分恢复的病人，多发展为坏死性肝硬化。各型肝炎均可发展为重症肝炎，但以乙肝、戊肝及乙肝与丁肝重叠感染者多见。国内报告，重症肝炎中乙肝占70%~80%，乙肝与丁肝重叠感染者占21.6%。

3. 中老年人反应迟钝，症状不典型，有的黄疸已很深，被他人发现，而自己却无明显症状，因而容易延误诊治时机，容易发展为慢性肝炎，占中老年人肝炎的24.6%~38%，青年人只有17%。中老年人慢性肝炎容易活动，慢性活动型肝炎在临床各型肝炎中约占30%，慢性肝炎后肝硬化亦较多见，约占30%。

4. 中老年人丙型肝炎较多见，占急性肝炎的50%~60%，可能与年老多病、经历手术、输血、注射机会相对较多，容易经血行感染有关。

自我调养

病毒性肝炎尤其是慢性肝炎一般病程都较长，因而着重强调自我调养，即三分治，七分养，将自我调养贯穿于整个疾病的治疗及恢复过程中。自我调养内容包括：

1. 重视心理调理，患了肝炎要正确认识疾病，对待疾病，要注意学习一些肝炎防治的卫生知识，科学地对待。得了病，既不要精神负担过重，顾虑重重，闷闷不乐；也不要漫不经心，麻痹大意。要保持乐观的精神情绪，树立战胜疾病的信心。此外，还要有充分的耐心。

急性肝炎大多数病人经过1至3个月治疗休息，临床症状及肝脏功能可恢复正常，但肝细胞病理损害的修复，需4至6个月才能恢复。所以对急性肝炎的治疗、休息，应在临

床治愈之后,仍应继续坚持三四个月的巩固治疗和休息为妥。即使患了慢性迁延性肝炎,经过几年,甚至十几年的努力调养,仍有部分患者获得治愈或保持长期稳定状态。因此,得了肝炎,要有一个长期打算,在医生的指导下,制定一个科学的调养方案,心平气和地严格实施,耐心坚持,以促进疾病的康复。

2.适当休息,肝炎急性期或病情恶化时,需要卧床休息。

有人研究发现,病毒性肝炎病人运动10分钟,血中乳酸含量上升较正常人超过1倍,而且要经过70分钟~80分钟才能恢复到运动前水平。乳酸要经过肝脏代谢,活动肯定会增加肝脏的负担。人体起立或运动时,肝脏血流量较平卧时减少50%~80%。餐后消化道充血,亦减少肝脏血流量。因此,急性肝炎患者餐后要卧床一两个小时。重症肝炎患者,除大小便外,要完全卧床休息,并避免脑力劳动。

有人报告,急性肝炎病情相似,有较强体力活动,未能安心休息者演变为慢性肝炎,较无明显劳累者大2倍~5倍。急性肝炎一般要卧床休息至症状显著减轻、肝功能基本正常、黄疸消退、胆红素降至正常,需一两个月,开始每天起床活动一两个小时,逐渐增加活动,经过3个月休息,若无明显临床症状,肝功等检查均正常,可逐步恢复轻工作,在恢复期每一二个月复查一次肝功、胆红素及其他有关检查,如能稳定一年以上,可以认为痊愈。

轻微慢性肝炎患者,不必卧床休息,但应避免重体力劳动及过度劳累和精神紧张。

3.合理膳食,均衡营养。以往肝炎患者,饮食强调“四

高一低”，即高热量、高蛋白、高糖、高维生素和低脂肪。以该原则制定食谱存在着不少缺点，高糖、高热量膳食容易使人发胖，还可造成脂肪肝，反而使肝脏病情加重，过高蛋白也会增加肝脏负担。

肝炎急性期，应以清淡的流质及半流质饮食为主，少吃多餐，选用易消化而又富于营养的食物，吃八成饱即可。亦可按标准体重休息状态每日供应热量 105 千焦/千克体重 ~ 126 千焦/千克体重，碳水化合物占 60% ~ 70%；蛋白质按每千克体重给 1.5 克，如属重症肝炎或已有肝昏迷前期症状时，每日蛋白应限制在 20 克以下，脂肪既不过多，也不刻意限制，因为过多的限制脂肪，食物烹调不可口，使本来食欲很差的病人，更不思食，而且限制脂肪也会影响脂溶性维生素 A、D、E、K 的吸收。一般每日饮食中脂肪以 40 克 ~ 60 克为宜，但对有厌油腻或过分肥胖的病人，还可再适当限制脂肪的摄入。适当多吃些含纤维素的食物如粗粮、蔬菜、水果，保持大便通畅，有利于保护肝脏。适当多喝水，每天喝水 1500 毫升 ~ 2000 毫升，以通利小便，促进新陈代谢，并有助于促进代谢产物及毒素的排泄和黄疸的消退。但肝硬化腹水者应限制水分的摄入。

4. 在医生指导下正确用药。一般轻度肝炎，可以自行康复，最好不用药。大多数药物都要经过肝脏代谢，有些药物对肝脏还有一定毒性作用，如抗生素、安眠药、磺胺药、呋喃妥因、苯妥英钠、保泰松、抗结核药、抗肿瘤药、麻醉药、激素类药物等。

因此，不管急性或慢性肝炎均不能滥用或过多地用药，

弄得不好，则可适得其反。如有的人在肝炎恢复期，滥用从市场上买来或亲朋好友送来的保健品，结果致使肝炎复发。因为在某些保健品中，尤其口服液内含有色素、防腐剂等，均对肝脏有一定毒害作用。

5. 避免感染。肝炎患者，尤其慢性肝炎及肝硬化者免疫功能低下，抵抗力降低，很易被病毒、细菌等各种致病因子侵袭，易患感冒、肺部及泌尿系感染、胃肠炎、腹膜炎等。这些感染所产生的毒素及抗感染时应用的抗生素，又会对肝脏造成新的损害，使肝炎病情加重，或使已经静止的肝炎再度复发、活动。

因此，肝炎患者应注意保暖，避免着凉感冒；注意饮食卫生，不要吃生冷、发霉变质及海鲜等易被污染的食品，一旦发生感染要及早诊治。

6. 严禁烟酒。烟草中含有烟碱及众多的有毒化学物质，酒精中含的乙醇和乙醛，都可直接损害肝细胞使其变性、坏死。慢性肝炎静止期患者，即使少量饮酒（50克~100克），亦可激发慢性肝炎活动。长期表面抗原携带者，若经常饮酒，可促使向慢性肝炎及肝硬变转化。

7. 动静结合。轻度肝炎、肝炎恢复期、慢性肝炎静止期，应动静结合，将工作、学习、娱乐、运动、休息，科学安排好，更加积极地休息。如听音乐、学书法、画画、养花、打太极拳、练气功，若能心平气和，轻松入静，有利于平衡心理及调节免疫功能，促进病情康复。

8. 定期复查。肝炎尤其是乙肝、丙肝容易反复，容易迁延，但症状变化可不明显，因此，定期复查验血，监测肝功

能及其病毒标志物（如乙肝五项）的变化显得尤为重要。一般急性肝炎恢复期，每2至4周复查1次；慢性肝炎稳定期可1至3个月复查1次；乙肝表面抗原阳性，又加e抗原阳性者，传染性较强，每1至3个月复查1次；无症状单纯乙肝表面抗原阳性者每半年至1年复查1次。

药物治疗

对于病毒性肝炎的药物应用，必须持慎重态度。可用可不用的药一律不用，效果不肯定的药一律不用，即使有一定效果的药，也不宜多用、滥用。要根据病人的病情，当地药物供应情况，抓住主要矛盾，精选少数几种或1种，严密观察疗效及不良反应，慎重应用。

1. 营养及维生素类药物

（1）葡萄糖，适用于食欲明显减退、恶心、呕吐者，可用10%葡萄糖1000毫升，静脉滴注，不可长期应用，病情好转即停。

（2）维生素B₁、B₆、B₁₂、C等可酌情选用。急性黄疸型肝炎可用大剂量维生素C5克~10克，静脉滴注，疗效较好。

（3）氨基酸，常用于慢性肝炎、肝硬化所致低蛋白血症。目前国产的有：十一氨基酸-833，十四氨基酸-800，肝脑清（三氨基酸），六合氨基酸（肝醒灵），十五氨基酸（肝安）。

（4）白蛋白及血浆，主要用于慢性肝炎及肝硬化所致低蛋白血症。但血浆制品有较高的乙肝、丙肝感染率，应尽可能少用。

2. 抗肝炎病毒的药物

(1) 干扰素, 具有广谱的抗病毒作用, 对乙肝病毒, 干扰素较 干扰素效果好。一般用 300 万 ~ 500 万单位, 肌肉注射, 每周 3 次, 连用 3 至 6 个月, e 抗原转阴率 40% ~ 50%。不良反应有高热、寒战、低血压、恶心、腹泻、肌痛、乏力、白细胞和血小板减少、贫血等。该药价格昂贵, 难以普及应用。适用于慢性活动性乙肝及急性丙肝。一般急性乙肝绝大多数可凭自身免疫功能, 清除病毒, 使病情逐渐恢复, 常不需要抗毒治疗。

(2) 阿糖腺嘌呤, 可抑制乙肝病毒, 若与干扰素联合应用, 可提高疗效。每天每千克体重 10 毫克, 静脉缓慢滴注, 1 个月为一疗程。疗效不及干扰素, 抑制乙肝病毒复制的作用, 维持时间较短, 停药后有反跳现象。

(3) 无环鸟苷, 有抗乙肝病毒的作用, 可每日用 15 毫克/千克体重, 加 10% 葡萄糖 500 毫升内静脉滴注, 14 次为一疗程, 连续用 2 个疗程。

3. 增强免疫功能的药物

(1) 白细胞介素-2, 具有增强和调节人体免疫功能及抗病毒作用。每天用 15 微克加 5% 葡萄糖 250 毫升, 静脉滴注, 3 至 4 周为一疗程。副作用有发热、寒战、厌食、乏力等。有效率 40%。

(2) 转移因子, 具有增强细胞免疫功能的作用。每次 2 毫升, 皮下注射, 每周一二次, 1 个月后改为每 2 周 1 次。对治疗慢性乙肝有一定辅助作用。无明显毒副作用。

(3) 胸腺素(肽), 可提高细胞免疫功能, 改善身体抗病能力, 但对乙肝病毒血清标志(乙肝两对半)无明显影响。

小牛胸腺肽，每次 4 毫克 ~ 8 毫克，肌肉注射，每日 1 次，3 至 6 个月为一疗程，可使部分病人 e 抗原转阴，无明显毒副作用。

(4) 其他制剂有：免疫核糖核酸、猪苓多糖、左旋咪唑、银耳多糖、香菇菌多糖、枸杞多糖、虫草菌丝、黄芪注射液、辅酶 Q₁₀ 等，均有调节免疫功能的功效，可酌情选用。

4. 免疫抑制药物

(1) 肾上腺皮质激素，可适用于有自身免疫现象的慢性肝炎、重症肝炎早期。可选用地塞米松 10 毫克/日 ~ 20 毫克/日或氢化可的松 300 毫克/日 ~ 400 毫克/日，静脉滴注。不宜使用时间过长，以免引起感染、溃疡病出血、多种代谢(糖、脂、水、电解质)紊乱。一般急性肝炎不主张用。

(2) 强力宁或强力新，含甘草甜素、半胱氨酸和甘氨酸，对中毒性肝炎有保护作用。用法：每天 80 毫升 ~ 120 毫升溶于 10% 葡萄糖液，静脉滴注，30 天为一疗程，应逐渐停药，以防血清转氨酶反跳。

(3) 其他免疫抑制药物还有青霉胺、环磷酰胺，适用于早期肝硬化及慢性肝炎，但这些药物都有明显的毒副作用，需在有经验医生指导及密切观察下应用。

5. 保护肝脏及改善肝功能的药物

(1) 肝炎灵(山豆根注射液)，有减轻肝细胞坏死，促进肝细胞再生的作用。每次 2 毫升 ~ 4 毫升，肌肉注射，每日一二次，3 至 6 个月为一疗程。宜逐渐停药，以免转氨酶反跳。

(2) 联苯双酯，是人工合成五味子丙素的一种中间体，

有减轻肝细胞损伤及保护肝细胞膜的作用，还有一定的免疫调控功能，降转氨酶的效果较好，但停药后易反跳，需缓慢停药。滴剂每次 10 毫克~15 毫克，每日 3 次，6 个月至 1 年为一疗程。

(3) 甘利欣，系强力宁换代产品，降酶作用优于强力宁，副作用较轻。有注射剂和胶囊剂两种。注射剂每日 30 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升，静脉缓滴，30 天为 1 疗程。口服，每次 150 毫克，每日 3 次，3 至 6 个月为一疗程。

(4) 促肝细胞生长素，具有促进肝细胞修复和再生的作用，并可抑制肝脏纤维组织增生。适用于重症肝炎和慢性肝炎、肝硬化，可显著提高重症肝炎的生存率。

有人报告，用促肝细胞生长素治疗重症肝炎存活率为 67.6%，明显优于对照组 39.3%，但治疗前后对乙肝病毒标志（乙肝二对半）无明显影响。用法：慢性活动性肝炎，每次 20 毫克，肌肉注射，每日 1~2 次，3 个月为 1 疗程。重症肝炎每次 40 毫克，肌肉注射，每日一二次；亦可用 80 毫克~120 毫克加入 10% 葡萄糖 200 毫升，静脉滴注，每日 1 次。1 至 3 个月为 1 疗程。

(5) 马洛替酯（慢肝灵），可改善蛋白质代谢，阻止肝细胞坏死及改善肝细胞的各种功能。适用于急慢性肝炎、肝硬化。每次 200 毫克，口服，每日 3 次，3 个月为一疗程。少数人有恶心、皮疹、瘙痒等副作用。

6. 中医中药

(1) 小柴胡汤：原方煎煮，每日 1 剂，3 个月为 1 疗程，治疗慢性活动性肝炎有效率为 60% 以上。

(2) 柴苓汤：由小柴胡汤及五苓散组成，可疏通调节肝脏微循环，促进肝细胞再生，使肝纤维化减轻。适用于慢性肝炎及肝硬化。

(3) 丹参制剂及桃仁复方制剂，对慢性肝炎及肝硬变效果较好。

(4) 凉血活血：重用赤芍治疗急慢性重度黄疸，有效率达 79.3%，e 抗原转阴率达 75%。解放军 302 医院以丹参、大黄、葛根、茜草、当归、赤芍、生地、丹皮为主药，重用赤芍，治疗血瘀血热型重度黄疸，有效率达 94.5%。

(5) 增强及调节免疫功能的中药有：女贞子、山豆根、菟丝子、黄精、黄芪、人参、党参、白术、灵芝、生地、大黄、丹参、红花、赤芍、益母草等。

(6) 白虎汤、黄连解毒汤、犀角地黄汤合方加减，治疗急性及亚急性重症肝炎，亦有较好的疗效。

防治措施

1. 注意饮食卫生，不喝生冷及不洁净的水，不吃被污染的食品（如海鲜、毛蚶），提倡分餐制，家庭餐具注意消毒，不到卫生消毒不严的餐馆就餐，外出要自带茶杯。

2. 注意个人卫生，饭前、便后一定要洗手，尽量避免用手接触食物。摸过信件、公用图书、报纸、钱币后要洗手。

3. 尽量不输注市售血液及血浆制品，以免传染乙肝、丙肝及丁肝。

4. 定期注射肝炎疫苗：目前甲肝疫苗及乙肝疫苗效果是肯定的。甲肝疫苗接种后，免疫效果可维持 5 年以上；乙肝疫苗接种 3 次后，可维持免疫 3 年~5 年。乙肝疫苗注射前

应先检查乙肝两对半，五项指标全部阴性者，才需注射疫苗。

目前丙肝、丁肝、戊肝尚无成熟的疫苗。家中有急性病毒性肝炎患者，密切接触者，除乙型肝炎外，可注射丙种球蛋白。乙型肝炎家庭接触者，已完成乙肝疫苗预防注射3年以上，应再追加注射一次；未曾进行过乙肝疫苗注射者，应先进行乙肝高价免疫球蛋白注射，迅速产生抗体，并于1个月后再进行乙肝疫苗注射。

5. 生活规律，避免过劳，尽可能少接触传染源，如握手、乘公共交通工具、公共场所餐饮、公共浴池、游泳池、刮脸、修脚、理发公用面巾等，均可能是传染源；注意体育运动，保持精神愉快、情绪稳定，不断增强体质及提高抗病能力。

6. 搞好家庭隔离消毒，发现急性病毒性肝炎及慢性活动性乙肝患者，应尽可能住院隔离治疗，无条件住院者，在家中应严格隔离消毒。甲肝、戊肝一般从发病起隔离30天即可，乙肝、丙肝、丁肝隔离时间需根据病情变化而定。

家庭隔离病人应单独住一房间，做到分吃、分住、分用（餐具、被褥、书报、坐椅），有条件浴室、卫生间亦应分用，否则应在病人使用后，严格消毒。常用的消毒方法有：含氯消毒剂：对肝炎病毒消毒确实可靠。常用的有0.5%~1.0%次氯酸钠，0.1%优氯净，3%漂白粉澄清液，可用于便盆、马桶、餐具等消毒，浸泡2小时，即可达到消毒目的。过氧乙酸消毒剂：0.05%水溶液浸泡2小时，适用于餐具、衣物、毛巾消毒；0.5%~0.8%气溶胶喷雾，室内表面消毒，密闭1小时；0.05%~0.2%水溶液浸泡手2分钟后用肥皂水冲洗，可达到较好的消灭病毒的效果；0.2%水溶液室内家具消毒，

每天抹拭两次。 甲醛（福尔马林）作室内空气、家具、被服消毒，用甲醛密闭熏蒸 12 小时～24 小时。 煮沸消毒 30 分钟，可消灭各型肝炎病毒，适用于餐具、面巾、衣物等。

高压蒸气 15 分钟，用于衣物消毒。 环氧乙烷是较好的气体消毒剂，可用作不耐热、怕腐蚀、怕水的物品消毒，如化纤衣服、书报、信件、钱币等。 其他，如微波、射线、X 射线、电子辐射等用于怕高温、怕腐蚀的物品消毒。家庭用的微波炉，可用作小件物品消毒，如面巾洗净后，不要拧得太干，卷紧，放入微波炉，以强微波加热 1 条毛巾二三分钟即可。 太阳光曝晒 6 小时以上，适用于被褥等，亦可达到一定消毒目的。

7. 坚持每年一次的体检制度，发现肝炎后应及早隔离及早彻底治疗。慢性活动性或迁延性肝炎及慢性乙肝病毒携带者，应调离饮食生产、经营行业，脱离保育岗位，更不准献血，并定期复查，严密监视病情变化，及早采取相应的防治措施。

十二、肝硬化

肝硬化是指肝脏受到损害（肝炎、酒精中毒、血吸虫病、脂肪肝等）后，肝脏细胞变性、坏死，进而由大量纤维组织增生，破坏了肝脏原有正常的肝小叶，形成大小不等的结节，到了晚期纤维组织收缩，肝脏缩小变硬，形成肝硬化。占我国住院病人的 1.0%~3.5%，在 60 岁以上尸检病例中占 1.9%。

症状

肝硬化多见于男性，起病隐匿，病程缓慢，肝硬化早期多无明显症状，随着病情发展，可出现食欲不振、腹胀、恶心、呕吐、肝区隐痛不适、乏力，病至晚期，可出现黄疸、腹水、水肿、贫血、皮肤出血、紫癜，胃底及食管下端静脉曲张破裂可大量出血危及生命，白细胞减少，身体抵抗力降低，容易发生感染，如腹膜炎、败血症等。肝功能衰竭时，可产生肝昏迷。

防治措施

1. 积极防治病毒性肝炎、糖尿病、高脂血症、血吸虫病、心力衰竭等易导致肝硬化的疾病。

2. 少喝或不喝含有酒精的饮料，以免引起酒精中毒性肝硬化。

3. 肥胖者应减肥，避免脂肪肝，重度脂肪肝可导致肝硬化。

4. 中老年人要慎用对肝毒性较大的药物如抗结核、抗肿瘤、抗霉菌、降血脂、镇静、止痛等药物，这些都可引起药物中毒性肝炎。

5. 老年要注意饮食卫生，尽量少食用海鲜、毛蚶、冷饮、凉拌生菜等。

6. 肝硬化病人饮食要用易消化、高营养、多维生素、低脂肪，不吃粗渣生硬的食品，尤其吃鱼、鸡、排骨时要小心鱼刺、骨头渣扎破食道曲张的静脉血管，引起大出血。

7. 对症处理：肝硬化本身无特效治疗，只能对症治疗。如出现腹水适当用利尿剂，出现感染用抗生素，血清白蛋白太低可以静脉滴注白蛋白，肝昏迷者给予谷氨酸钠或谷氨酸

钾、精氨酸静脉滴注。食管静脉曲张破裂大出血者，可用双囊三腔管压迫止血、内窥镜下局部注射硬化剂。一般保肝治疗，可用维生素，复合维生素 B、肝泰乐、肌苷、益肝灵、ATP、辅酶 A 等均可酌情使用，但效果不显著。

8. 中医中药辨证施治有一定疗效。中医认为肝硬化是一种慢性全身性疾病，以肝瘀、脾虚、肾亏为主，治则以柔肝化瘀、健脾益肾。常选用鳖甲、柴胡、桃仁、红花、白芍，活血消积；选用党参、黄芪、茯苓、山药、砂仁、香附，补气理气；地黄、枸杞、麦门冬、菟丝子、山萸肉、附子，育阴通阳；黄连、黄柏、茵陈、大黄、白茅根、板蓝根、金银花、连翘，清热解毒，利胆渗湿。

十三、原发性肝癌

原发性肝癌系指原发于肝细胞或肝内胆管细胞的肿瘤，是一种恶性程度很高的肿瘤。男性多于女性。每年我国死于肝癌患者为 9 万~10 万人。其病因绝大部分是由慢性乙型病毒性肝炎发展为肝硬化再发展为肝癌，这也就是通常所说的肝炎 - 肝硬化 - 肝癌三步曲。肝癌伴肝硬化者可高达 64.1%~94% ,肝硬化合并肝癌的发生率可高达 16.5%~51.1%。另一类是继发性肝癌，多是由胃、肠、胰、胆、肺的肿瘤转移而来。

症状

原发性肝癌起病隐匿，早期可无任何症状，因而不易早期诊断。早期症状如食欲不振、恶心、腹胀、腹泻、肝区痛

等又往往与肝硬化相混淆，因而容易延误诊治。

肝癌中晚期肝区痛逐渐加重，可出现胆绞痛，疼痛向右肩背放射、腹水、消瘦、黄疸等。甲胎蛋白阳性率可达70%~90%，一般若升高至500微克/升以上即可确诊，但继发性肝癌（多由食管、胃、肠、肺、肾癌转移而来）则90%甲胎蛋白呈阴性。

防治措施

1. 积极防治病毒性肝炎，尤其以乙型和丙型肝炎的防治更为重要。原发性肝癌患者澳抗阳性者高达90%以上，可见病毒性肝炎与肝癌关系密切。

2. 血吸虫病流行地区应重视该病的防治，该病发生肝硬化、肝癌的概率亦较高。

3. 忌酒，酒精中毒性肝硬化亦是发生肝癌的重要病因。

4. 避免食用亚硝酸盐和黄曲霉菌污染的食品。

5. 手术切除是原发性肝癌最佳的治疗方法。由于近年来手术的进步，切除率已提高到30%~50%，5年存活率可达到16%~26%。

6. 放射治疗：适用于中晚期肝癌、不能手术切除的患者。尤其适用于病灶局限、无明显肝功能障碍及严重肝硬化的中期患者，照射剂量每5至7周为50戈瑞至60戈瑞。

7. 超声引导下经皮将无水酒精注入瘤体内，使肿瘤细胞凝固性坏死。

8. 经导管肝动脉化疗栓塞术：一般采用阿霉素40毫克加丝裂霉素10毫克加40%碘化油20毫升的乳化剂，加用明胶海绵栓塞称三联疗法。根据病情每4周~12周1次，最多

可用到 20 次。可使晚期肝癌 3 年治愈率提高到 18.2%。

9. 中医中药：扶正祛邪，软坚散结，常用党参、黄芪、七叶一枝花、白花蛇舌草、半枝莲、当归、丹参、莪术、山蘑菇、鳖甲等。

10. 免疫治疗：可使用卡介苗、干扰素、胸腺肽、白介素等，有一定辅助治疗作用。

11. 冷冻治疗：用-196 液氮，使肿瘤凝固坏死，此法较简便、安全，适用于不能接受手术的中老年人。

12. 激光治疗：此法是用千度以上的激光使肿瘤组织坏死气化，适用于不能接受手术的小肝癌患者治疗。

第三章 循环系统疾病

一、老年退行性心脏瓣膜病

老年退行性心脏瓣膜病是由于随着年龄的增长，心脏瓣膜出现了纤维增生和钙质沉积，使瓣膜失去了弹性和灵活性，影响了瓣膜正常开放和关闭的功能，从而使心脏功能下降，甚至引起心衰和猝死。

该病是心脏瓣膜衰老的表现，随着年龄的增长患病率逐渐上升，心脏瓣膜是心房、心室和大血管之间的阀门，它对保证心脏发挥正常的泵血功能起着非常重要的作用。其患病率 50 岁以上为 10%，70 岁以上为 30%，90 岁以上长寿老人患病率升至 60% 以上。

该病最易受累的是主动脉瓣和二尖瓣，因此，对左心功能影响较大，严重者可产生心悸、气短、呼吸困难、心绞痛、头昏、晕厥等症状，甚至突然死亡。

防治措施

1. 该病是一种与增龄、衰老有关的疾病，因此，凡是延缓衰老进程的措施，均有利于该病的预防。如适当运动，合理膳食结构，科学的生活方式，戒烟酒，避免过度紧张、疲

劳，保持乐观的精神情绪等。

2. 注意早期防治可能加速瓣膜退行性变化的有关疾病，如积极防治高血压病、糖尿病、高脂血症、骨质疏松症等。

3. 中老年人应定期进行超声心动图检查，早期发现瓣膜病变，早期防治。

4. 对症处理，如有心律失常、心衰者，应及时予以治疗，以减轻症状，保护心脏功能，免受更大的损害。

5. 手术治疗，可根据病情及医疗条件选择主动脉瓣钙化消除术或瓣膜置换术。

二、中老年人低血压

中老年人当收缩压低于 12 千帕（90 毫米汞柱）和舒张压低于 5.3 千帕（60 毫米汞柱）即诊断为中老年人低血压。

一般多见于体质瘦弱的中老年人，安静情况下多数无症状。若由于心衰、心肌梗死、脱水、贫血、出血、低血钠、低血钾等疾病引起的低血压，往往会出现一些心、脑供血不足的症状，如心绞痛、心悸、头昏、头晕、疲乏无力、嗜睡、视力模糊、甚至晕厥。

当体位变化时，如站立时产生低血压称为体位性低血压，亦称直立性低血压。此时，由于体位变化收缩压可突然下降 4.0 千帕（30 毫米汞柱），舒张压下降 2.0 千帕（15 毫米汞柱）。同时出现黑矇、头晕、甚至昏倒。多见于糖尿病、脑血管疾病、长期卧床或应用药物如利尿剂、扩血管剂、镇静剂等。

防治措施

1. 一般无明显症状的低血压不需处理。可加强体育运动，改善营养状况，增强体质即可。

2. 注意休息、劳逸结合，避免过度紧张、疲劳，保证充足睡眠，床头抬高 20 厘米~30 厘米，可降低肾动脉压，有利于增加肾素的释放，提高血循环量。

3. 避免长期卧床、长久站立，体位变化时不宜过快，尤其夜间睡醒入厕时，应先在床旁坐一会儿再站起。

4. 适当多饮水，低钠者应适当放宽钠盐的摄入。

5. 穿弹力长袜或使用弹力绷带，有助于下肢静脉血回流，提高血容量，使血压上升。

6. 中老年人慎用或不用镇静药、安眠药、抗抑郁药、扩血管药等。

7. 积极进行病因治疗，如积极治疗引起低血压的心衰、心律失常、贫血、水电解质紊乱、糖尿病、肾上腺皮质功能低下、帕金森病、嗜铬细胞瘤、恶性肿瘤等。

8. 升高血压的药物治疗，可试用麻黄素、苯丙胺、恢压敏等，亦可用人参、附子、黄芪或八珍汤、生脉散（含人参 9 克、麦冬 15 克、五味子 9 克）等补益气血，可提高血压。

三、高血压病

关于高血压的诊断标准，目前我国统一规定用世界卫生组织高血压专家委员会建议的标准，将成年人的血压分为三类：

1. 正常血压：收缩压 18.6 千帕 (140 毫米汞柱)，同时舒张压 12.0 千帕 (90 毫米汞柱)。

2. 临界高血压：收缩压 18.8 千帕 ~ 21.2 千帕 (141 毫米汞柱 ~ 159 毫米汞柱) 和/舒张压 12.1 千帕 ~ 12.5 千帕 (91 毫米汞柱 ~ 94 毫米汞柱)。

3. 确诊高血压：收缩压 21.3 千帕 (160 毫米汞柱) 和/或舒张压 12.4 千帕 (95 毫米汞柱)。

为了进一步了解病情严重程度，以便更好地正确地决定治疗措施，又将高血压病分为三期：

期：血压达到确诊的高血压水平，但无其他心、脑、肾、眼底等器官的损害。

期：血压达到确诊高血压水平，并有下列三项中的一项器官损害者：心电图示左室肥厚或劳损，或 X 线、超声心动图有左室扩大征象；眼底检查视网膜动脉有普遍或局限性狭窄 (相当于高血压眼底病变 2 级)；出现蛋白尿或血肌酐浓度轻度升高。

期：有明确高血压病史并具有下列四项中的一项者：左心衰竭；肾功能衰竭 (伴有代谢性酸中毒)；颅内出血或脑血栓形成；视网膜出血 (相当高血压眼底病变 3 级) 合并或不合并有视乳头水肿 (相当高血压眼底病变 4 级)。

根据我国 1991 年全国第三次高血压病抽样调查结果，全国成年人高血压患病率为 13.58%，据此推算全国有高血压患者 9000 余万，每年还要增加新发病人数 300 余万。按收缩压 21.3 千帕 (160 毫米汞柱) 和/或舒张压 12.6 千帕 (95 毫米汞柱) 为诊断标准，65 岁以上中老年人高血压患病率男性

为 20.84%，女性为 23.34%。若按收缩压 18.6 千帕（140 毫米汞柱）和/或舒张压 12.0 千帕（90 毫米汞柱）为诊断标准，全国 60 岁以上老年高血压患病率男性 38.5%，女性为 42.1%，合计为 40.4%。

我国高血压患病率多数地区呈上升趋势，以北京为例，35 岁以上成年人高血压患病率，1951 年为 7%，1979 年为 13%，1991 年为 22%，40 年患病率增长 2 倍。

病因

深入了解高血压易患因素，亦称危险因素，对自觉地预防高血压有重要的指导意义。大致归纳如下 10 项：

1. 年龄、性别。无论男女，血压均随年龄增长而升高，尤其在 35 岁~40 岁以后，升高明显，且收缩压升高较舒张压显著。患病率一般青中年男性高于女性，45 岁~55 岁之后两性血压曲线发生交叉，尤其女性在更年期前后血压上升幅度较男性高。1991 年全国抽样调查结果，老年单纯收缩期高血压患病率女性高于男性，女性为 12.3%，男性为 7.92%。

2. 地区。根据我国 1979 年~1980 年在 29 个省市抽查 15 岁以上 400 余万人，结果高血压患病率北方高于南方，沿海高于内陆，城市高于城镇，城镇高于农村。1991 年全国高血压抽样普查结果，以黄河为界划为南北两方，收缩高血压患病率南方高于北方，这一地区差异现象，值得深入研究。

3. 职业。脑力劳动高于体力劳动。尤其高度精神紧张的工作者，如司机、航空驾驶员、会计、老师、高空作业者、企业经理等，高血压患病率高。噪音过强的职业或环境影响，使大脑细胞受到强烈刺激，亦会使血压升高。

4. 民族。我国对十余个少数民族进行调查,高血压患病率有较大的民族差异,最高的为藏族(17.76%)、蒙族(10.72%)、哈萨克族(6.93%),最低的是维吾尔族(1.15%)、云南楚雄彝族(1.64%)、新疆柯尔克孜族(0.63%)。美国黑人高血压患病率比白人高2倍。

民族间患病率差异除有遗传因素外,可能与生活方式、饮食习惯、环境因素有密切关系。如藏、蒙、哈萨克,以牧业为主,动物性食品较多,又喜饮盐茶等,这些都可影响血压升高。

5. 遗传因素。父母有高血压家族史者,其子女高血压患病率大于50%。父母双亲均有高血压者,其子女高血压患病率比无高血压者高2至4倍。

6. 食盐与微量及常量元素。自70年代以来大多数研究资料均强调钠盐可能是高血压的重要病因之一。

我国上海、北京及武汉的研究资料显示,尿钠、尿钠/钾、尿钙/镁、尿磷/肌酐比值与血压呈正相关;尿锌/肌酐、尿镁/肌酐比值及血清镁与血压呈负相关。有人报道,成人男性每增加1.0克食盐摄入量,收缩压升高0.21千帕(1.6毫米汞柱),舒张压升高0.11千帕(0.75毫米汞柱)。每日限制食盐3克~5克,适当增加钾盐的摄入,降低钠/钾比值,可使多数人血压降低。

近年来研究发现,膳食中钙、钾摄入不足,可使血压升高。我国膳食属高钠、低钾、低钙膳食,应注意收正。限制钠盐摄入,增加含钙、钾丰富的食品,如蔬菜、水果、奶制品、豆制品、瘦肉等。优质蛋白可减轻钠盐对血压的不利影

响。吃鱼多的地区和人群血压较低。

7. 肥胖。前瞻性研究表明,肥胖与超重是发生高血压独立的危险因素。北京市调查资料表明,肥胖者的高血压患病率是正常体重者3至4倍。肥胖或超体重的高血压患者通过控制膳食,减轻体重可使血压下降。

8. 吸烟与饮酒。每支香烟含烟碱20毫克~30毫克,烟碱可使心脏应激性增强,心率增快,外周血管收缩,微血管痉挛,血压升高。吸烟者高血压及急性心肌梗死的发生率比不吸烟者高8倍~10倍。

长期大量喝烈性酒(每日摄入酒精量60克以上)者高血压患病率比不饮酒者高2倍以上。长期饮酒者儿茶酚胺水平上升,外周血管阻力增加,血压升高。长期大量饮酒者还可促进甘油三酯合成,加速动脉粥样硬化,易发生心脑血管意外。

9. 运动。多数研究证实,缺乏体力活动是高血压独立的危险因素。长期规律的运动锻炼,可改善血管弹性,增加血管压力感受器敏感性,导致总外周阻力下降。

因此,坚持适当的体力活动,既可以达到预防和降低高血压的发生,又可取得治疗轻度高血压的效益。

10. 精神、情绪及心理因素。精神高度紧张、情绪激动、心理不平衡,遇有重大精神创伤或悲痛事件者及A型性格者,交感神经功能均占优势,儿茶酚胺水平较高,小动脉收缩,血压升高。

症状

1. 临床症状不典型,容易伴发严重并发症。老年高血压

多数为缓进型，病情缓慢进展，约半数病人无明显症状，而是在体检中发现。高血压病早期，血压升高是暂时的或呈波动式，经过一段时期，最终发展为持续性高血压。

早期最常见的症状为头痛（55.4%）、头昏（63.5%）、心悸（39.8%）、耳鸣、眼花、健忘、失眠、焦虑等。晚期由于引起心、脑、肾等重要器官的损害，可导致左室增大、心力衰竭、心绞痛、心肌梗死、脑出血、脑血栓形成及肾功能衰竭等。

2. 老年高血压波动性较大，容易出现位置性低血压。白昼血压高峰时间延长，出现一个平台，夜间又出现一个持续性低谷，因而容易并发心脑血管意外。

此外，中老年人由于血管压力感受器敏感性降低，血容量下降，容易出现体位性低血压，当体位变化时，收缩压可骤然下降 4.0 千帕（30 毫米汞柱）以上，致使头晕或摔倒。

3. 单纯收缩期高血压多见。老年高血压患者中，一部分是由老年前期高血压延期而来，大部分是由大动脉粥样硬化弹性减退，收缩压逐渐升高而被诊断。

因此，随着年龄的增长，混合型高血压逐渐减少，单纯收缩期高血压逐渐增多。宁波市调查 1103 名中老年人血压，高血压男女患病率分别为 25.1% 及 35.8%，单纯收缩期高血压占高血压总人数的 68.3%，临界高血压中单纯收缩期高血压占 83.4%。中老年人动脉硬化，导致血管弹性下降，引起收缩压明显增高，舒张期时大动脉又无足够的弹性回缩，使脉压增宽，这是老年高血压的一个显著特点。

单纯收缩期高血压是增加心脑血管疾病一个严重的危险

因素。经研究分析揭示，收缩压可能是比舒张压更为准确的危险性预测指标，尤其对脑、肾、心的损害，更为显著。

非药物治疗

非药物治疗是降低高血压安全而有效的重要治疗手段，必须思想重视，坚决实施。对具有下列情况之一者，应首先实施非药物治疗：

1. 初次发现高血压又无明显症状者，先用非药物治疗观察 3 个月，若无效，再考虑药物治疗。

2. 收缩压为 18.6 千帕~21.3 千帕（140 毫米汞柱~160 毫米汞柱），舒张压为 12.0 千帕~13.3 千帕（90 毫米汞柱~100 毫米汞柱），治疗的重点是采用非药物治疗。

3. 80 岁以上高龄老人轻度及中低度高血压又无明显症状者，一般不予药物降压治疗。

4. 对用药物降压治疗不理想的患者，应首先加强非药物治疗措施的力度，而不是无限制地增加降压药的品种和剂量，因为后者可能会招致严重的药物不良反应。

高血压非药物治疗包括如下六项措施：

(1) 限制钠盐，增加钾、镁及钙的摄入。据研究，成人男性每日增加 1.0 克食盐摄入量，收缩压可升高 1.6 毫米汞柱，舒张压升高 0.75 毫米汞柱。每日限制食盐在 3 克~5 克以下，适当增加镁、钾、钙的摄入，可使 2/3 的轻度高血压患者血压降至正常。膳食中应适当增加含钾、钙、镁丰富的食品，如海产品、蔬菜、水果、奶制品、豆制品、香菇、木耳、瘦肉等。

(2) 消除精神刺激，纠正不良心理情绪及生活方式。如

对刚退休的中老年人，生活不适应，心理不平衡，应帮助尽快完成“角色”的转变，进行心理疏导，科学安排好退休生活。对于高度精神紧张、过度疲劳者，应安排疗养休息，保证充足睡眠。

(3)戒烟酒。每支香烟含烟碱 20 毫克，可使心率增快，外周血管收缩血压升高。吸烟者高血压及急性心肌梗死的发生率比不吸烟者高 8 倍~10 倍。长期大量饮酒者，可使外周血管阻力增加，血压升高，加速动脉粥样硬化，易发生心脑血管意外。

(4)适当运动。多数研究证实，缺乏体力活动是高血压的危险因素。长期规律的运动锻炼，如游泳、慢跑、散步、太极拳、气功等，可降低外周血管阻力，使轻度高血压转为正常。

(5)控制肥胖。北京市调查，肥胖者的高血压患病率比正常体重者高 3 倍~4 倍。肥胖或超体重的高血压患者，通过适当地增加运动，控制饮食，使体重减轻，绝大多数血压可获下降。有报道，肥胖者体重每减少 5%，可使 1/3 的高血压患者减少或停服降压药物。

(6)积极控制与高血压有关的原发疾病。对高脂血症、糖尿病、肾病、更年期内分泌紊乱等要积极治疗，并注意停用或调整引起血压升高的有关药物，如皮质激素、肾上腺素等。

药物治疗的原则

1. 选用药物要少而精，初始剂量要小。中老年人记忆力差，用药品种、次数尽量减少，优选长效、控释、缓释制剂，

每日 1 次、1 片最易接受，可以提高按时服药率及血压控制率。中老年人肝肾功能明显减退，药物代谢及排泄缓慢，易产生毒副作用，因此，用药剂量要小。一般应从成人剂量的 1/5、1/4、1/3、1/2 开始，逐渐加量，以免发生药物不良反应。

2. 坚持个体化的治疗原则。中老年人由于个人体力、健康状况、生理功能及病情各自不同，因而对降压药的反应存在着较大的个体差异。

选用降压药物的品种、剂量、配伍，必须因人而异，且不可凭以往经验盲目投药，更不能看广告服药，亦不能听从亲朋好友的道听途说，应在有经验的医生指导下，加上个人的细心体察，准确地选用。

目前国内外推荐首选实用的降压药有五大类：钙拮抗剂（硝苯地平、硫氮酮、氨氯地平、拉西地平等）；血管紧张素转换酶抑制剂（含卡托普利、依那普利、苯那普利等）；利尿剂（双氢克尿塞、速尿、吲达帕胺、安体舒通等）；受体阻滞剂（心得安、氨酰心安、美多心安等）； α_1 受体阻滞剂（哌唑嗪、特拉唑嗪）等。

可根据病人具体病情，慎重选用一种，从小剂量开始，观察 2 周，疗效不佳时，逐渐加量或合用另一种降压药，若已加至较大剂量仍无效时应换药。经过密切监视血压，调整药物，细致摸索，直到以最少品种，最小剂量，又无不良反应及取得满意效果为止。

在选择用药时还要注意经济承受能力及当地药品供应情况，选用价廉及易获得的药品，这样才容易坚持长期治疗。具体选用药物可参考下表

常用降压药物的临床应用

药品分类及其药理作用	药品名称	参考剂量	持续作用时间(小时)	副作用及注意事项
钙拮抗剂 松弛血管平滑肌,扩张冠状动脉及周围血管,降低血压。单独应用有效率80%左右,与利尿剂、转换酶抑制剂合用疗效提高至90%以上	硝苯吡啶 (心痛定,拜心痛缓释片) 阿罗地片 (氨氯地平,络活喜) 拉西地平	口服,每次5~10毫克,每日3次; 缓释片每次30~90毫克,每日1次 口服,每次2.5~10毫克,每日1次 口服,每次2~8毫克,每日1次	4~8 24(长效) 36(长效) 18~24(长效)	面部潮红、口干、恶心头痛、心悸、踝部水肿。降低地高辛清除率,两药避免合用 长效制剂副作用较硝苯吡啶轻微 降压作用稳定、持久,副作用轻微
血管紧张素转换酶抑制剂 降低交感神经兴奋,扩张全身小动脉,降低血压	卡托普利 (巯甲丙脯酸,开搏通)	口服,开始剂量为每次6.25毫克,每日3次,逐渐增至50~150毫克/日	6~8 16~24	可见皮疹、瘙痒、粒细胞缺乏、刺激性干咳。肾功能不全者、过

<p>及心脏后负荷。单独应用降低血压有效率 60% ~ 80%，若与利尿剂合用有效率可提高至 90%以上</p>	<p>苯那普利 (洛汀新)</p>	<p>口服，每次 10 ~ 20 毫克，每日 1 次</p>		<p>敏体质者禁用</p> <p>属长效制剂，不良反应较卡托普利轻微</p>
<p>受体阻滞剂 减少肾素分泌使血管张力下降，心率减慢，心搏输出量减少，使血压下降。单独应用中老年人降压有效率 40% ~ 60%，若与利尿剂或血管扩张剂合用，疗效提高至 90%以上</p>	<p>氨酰心安</p> <p>美多心安 (倍他乐克)</p>	<p>口服 每次 12.5 ~ 50 毫克，每日 1 ~ 2 次</p> <p>口服，每次 25 ~ 50 毫克，每日 2 次</p>	<p>8 ~ 12</p> <p>6 ~ 8</p>	<p>减慢心率，传导延迟，肾功能损害者应减量。糖尿病、高脂血症、哮喘者慎用 头痛、恶心、乏力。心动过缓、肝功能障碍者慎用</p>
<p>利尿剂 袢利尿剂 排氯、排钠、利尿，血容量减少，心输出量下降，</p>	<p>速尿</p>	<p>口服，每次 20 ~ 60 毫克，每日 1 ~ 3 次</p>	<p>4 ~ 6</p>	<p>恶心、腹泻、皮疹、中性粒细胞减少。高脂血</p>

<p>使血压降低。可以引起严重电解质紊乱,中老年人慎用。</p>	<p>丁脲胺</p>	<p>口服,每次 0.5 ~ 1 毫克,每日 1 ~ 2 次</p>	<p>4 ~ 6</p>	<p>症、糖尿病、痛风、肝功损害者慎用 利尿作用比速尿强 40 ~ 100 倍,注意低钾、低钙</p>
<p>噻嗪类 促进钠、钾排泄、利尿、降压。单独应用降压有效率 80%左右,剂量稍大,副作用较大,已很少单独使用 保钾利尿剂留钾、排钠、利尿、降压缓和</p>	<p>双氢克尿塞</p>	<p>口服,每次 12.5 ~ 25 毫克,每日 1 ~ 2 次</p>	<p>12 ~ 18</p>	<p>干扰糖、脂代谢,减少尿酸排泄易诱发痛风。</p>
	<p>环戊氯噻嗪</p>	<p>口服,每次 0.125 ~ 1 毫克,每日 1 次</p>	<p>24 ~ 36</p>	<p>注意低钾血症,其发生率高 40%</p>
	<p>安体舒通</p>	<p>口服,每次 20 毫克,每日 3 次</p>	<p>8 ~ 12</p>	<p>长效,作用比双氢克尿塞强 100 倍</p>
	<p>氨苯喋啶</p>	<p>口服,每次 50 毫克,每日 2 ~ 3 次</p>		<p>不易与钾制剂合用,糖尿病、肝肾功能障碍</p>

				者慎用 长期应用 易致肾结 石
受体阻滞剂 松弛血管平滑肌产生降压效应。还可松弛前列腺及其周围肌肉组织,改善前列腺增生引起的尿频、尿急等症状。单独应用降压有效率80%左右	哌唑嗪	开始每次0.25毫克,睡前1次,逐渐增至每日1~2毫克,每日3次	6~10	眩晕、嗜睡、口干、心悸、体位性低血压
	特拉唑嗪 (高特灵)	口服,每次1~2毫克,每日1次	18~24	长效,不良反应同哌唑嗪但较轻微。降压及改善前列腺增生症的疗效优于哌唑嗪

3. 高血压病治疗的目的是不仅是为了降血压,更重要的是保护心、脑、肾等重要器官的功能,提高病人的生存率的生活质量。

因此在治疗中特别强调降压应缓慢,适度,不可骤降,中老年人尤其长期血压维持较高水平的患者,血压不宜降得过低,以免出现心、脑、肾的供血不足,进一步加重器官功

能的损害，如引发脑卒中、急性心肌梗死及肾功能衰竭等。收缩压 > 24 千帕（180 毫米汞柱）者，第一步先降至 21.33 千帕（160 毫米汞柱）或较治疗前最高水平降低 20% ~ 30%，稳定 1 周 ~ 2 周后，再酌情降至 18.6 千帕 ~ 20 千帕/11.3 千帕 ~ 12 千帕为宜。对有冠心病及心肌缺血者舒张压不宜低于 11.3 千帕（85 毫米汞柱），以免引发心肌缺血及心绞痛等。有肾功能不全者舒张压应维持在 13.3 千帕 ~ 12.0 千帕，低于 12.0 千帕则肾小球滤过率下降，肾功能恶化。80 岁以上老人降压不应低于 21.3/12 千帕。

4. 老年高血压患者往往伴随疾病较多，在选择药物治疗时，必须全面考虑，避免使用对伴随疾病产生不良反应的降压药物。如高血压伴有冠心病、心绞痛或急性心肌梗死时，优选 受体阻滞剂及硫氮 酮等，但伴有冠脉痉挛性心绞痛或变异性心绞痛时，不宜用 受体阻滞剂；合并心衰时，优选血管紧张素转换酶抑制剂如卡托普利、苯那普利等及利尿剂；合并支气管哮喘及慢性阻塞性肺气肿时，优选钙拮抗剂，忌用 受体阻滞剂；合并脑血管病时，优选钙拮抗剂及 受体阻滞剂，忌用中枢性降压药及 受体阻滞剂；合并肾功能不全时，优选钙拮抗剂、袢利尿剂，慎用血管紧张素转换酶抑制剂，忌用噻嗪类利尿剂；伴有糖尿病、高脂血症时，优选血管紧张素转换酶抑制剂、钙拮抗剂、 阻滞剂，忌用 受体阻滞剂及利尿剂等；伴有心肌梗死时忌用硝苯地平，尤其不能大剂量使用。

5. 长期坚持系统的规范化治疗。中老年人高血压属终身性疾病，凡血压超过正常范围，均需终身进行非药物或药物

治疗。需用药物治疗者，应严密观察，有条件的应实施 24 小时动态血压检测，选择最适宜的药品及剂量，根据血压波动节律，在高峰前半小时至 1 小时服药，长期维持，并注意每日观察几次血压，还要根据血压波动情况不断调整药品的维持剂量，不得随意骤减或骤停，以免引起血压波动或“反跳”，加重心、脑、肾等器官的损害。

大量临床实验观察及流行病学调查资料证明，对老年高血压实施长期系统的规范化治疗，将血压控制在合理水平，可使脑卒中发病率和死亡率下降 32% ~ 50%，冠心病发病率和死亡率下降 11% ~ 40%，其治疗效果是明显而肯定的，而且老年高血压患者治疗后的获益比青中年高血压患者更快、更显著。

防治措施

要有效地扼制高血压病这样一个大的流行病的流行趋势，必须领导重视，专家及各级卫生组织积极参与，充分发动群众，全民自觉行动起来，坚持贯彻预防为主，防治结合，把三级预防工作踏踏实实地落实到个人、家庭。

一级预防，即无病防病：中老年人要重视健康体检，每年至少检测一二次血压，平时注意加强体育运动，防止肥胖。低动物脂肪、低胆固醇、低盐（每日食盐 3g ~ 5g 以下）饮食、不吸烟、不酗酒、劳逸结合、避免过度精神情绪紧张、生活要规律、注意心理平衡，对高血压易患人群如有遗传家族史、高度精神紧张的工作者（司机、航空驾驶员、会计师、老师、高空、高温、高噪音作业等），女性更年期、妊娠、口服避孕药或激素、糖尿病、高脂血症、肾病等患者，应加强血压随

访监控，积极防治与高血压病有关的伴发病。

二级预防，即有病早治：早期发现轻度高血压，一般在开始阶段先进行非药物治疗，如减轻体重、限制食盐、戒烟酒、适量增加体力运动、避免过度精神紧张及疲劳、调适心理平衡、充足睡眠等。若上述措施严密观察3个月无效，开始根据个体特点选择最合适的药物及剂量，按阶梯进行正规的系统治疗，将血压降到合理水平，长期用一定药物维持，不得随意停药或大幅度增减剂量，以免出现“血压反跳”或“J曲线”现象（即降压过低，反而增加了心血管疾病的危险性），注意保护心、脑、肾等器官的功能。

三级预防，即对症治疗，防止病残：重度高血压已有心、脑、肾或周围血管合并症时，在选择抗高血压药物治疗时，应充分考虑到保护和改善心、脑、肾、眼等器官的功能，并同时进行治疗，不断提高和改善病人的生活质量，防止病残

四、心律失常

心脏在正常情况下是按照一定的频率（60次/分~100次/分）进行有规律的跳动。如果心脏跳动过快、过慢或不规则即称心律失常，有的也称心律紊乱或心律不齐。不正常的心动节律，有不整齐的，也有整齐的，如心动过速、心动过缓、传导阻滞等。因此，严格说，“心律不齐”是不科学的。心律失常的种类很多，本节只简要介绍几种中老年人常见的心律失常。

早搏的症状

早搏亦称过早搏动、期前收缩、期外收缩或额外收缩。早搏顾名思义，即比基本心律在时间上提前或过早发生的心脏搏动。多数病人，尤其早搏并不很多时，一般无明显症状。早搏频繁或比较敏感的病人，常有心悸、心脏“顶撞”、“紧缩”或“翻转”感、头昏、乏力，少数病例可诱发更严重的心律失常，如心房颤动、室性心动过速等。

常见的早搏有三种：

1. 房性早搏。

2. 交界性（交界区）早搏，房性及交界性早搏亦统称为室上性早搏。24 小时动态心电图中老年人偶发室上性早搏检出率为 67%~96%。

3. 室性早搏，中老年人发生率为 53%~91%。一般凭临床症状或体征，很难区分早搏性质，必须作心电图才能肯定诊断。

早搏的防治措施

1. 对于偶发性（小于 5 次/分）早搏，无明显症状，又无器质性心脏病者，无须药物治疗，应给予适当解释。因为正常的中老年人，每日出现少许早搏是允许的，并不是病。对有不良心理因素、精神创伤者，应予以心理疏导，必要时可给小量镇静剂，如安定，每次 2.5 毫克~5 毫克，每日 3 次。对有过度疲劳、精神紧张或失眠者，应科学安排好工作、生活，劳逸结合，保证充足睡眠。

2. 查找病因并针对病因进行治疗。早搏常见的病因有：冠心病、急性心肌梗死、肺心病、风心病、急性心肌炎、心

肌病、心衰、甲亢、低血钾、洋地黄中毒等。

3. 对于频繁发生的早搏(平均每分钟多于5次以上)或呈二联、三联律者可试用下列药物治疗:

(1) 房性早搏

普罗帕酮(心律平):每次50毫克~150毫克,每日3次。

乙胺碘呋酮(胺碘酮):开始每次0.2克,每日3次,三四天后,改为每次0.2克,每日2次,早搏控制后,减至每次0.1克~0.2克,每日1次。

维拉帕米(异搏定):每次40毫克~80毫克,每日3次。

安他唑啉(安他心):每次0.1克~0.2克,每日3次。

(2) 室性早搏

美西律(慢心律):每次100毫克~200毫克,每8小时1次。

普罗帕酮(心律平):每次50毫克~150毫克,每日3次。

吗拉西嗪(乙吗噻嗪):每次50毫克~150毫克,每日3次。

胺碘酮、室安卡因、氟卡胺、氨酰心安等均可试用,紧急情况可选用利多卡因静脉推注或滴注,需严格掌握药物的适应证及禁忌证,在医生指导下应用。

心房颤动

心房颤动(简称房颤)是一种快速而不规则的房性异位心律。心房颤动波(f)每分钟可达380次~600次,呈不规

则下传，心室率多在 100 次/分~160 次/分。

房颤是中老年人最常见的心律失常之一。在一般中老年人群普查时，其检出率可达 3%~7.4%，在住院的中老年病人中可占 15%~30%。

中老年人心房颤动的病因常见于冠心病、高血压心脏病、肺心病、甲亢、心肌病、病态窦房结综合征、肺部感染、风心病、低血钾、洋地黄药物中毒等，亦有少数病人无明确病因者，称为“特发性”或“孤立性”房颤。

临床分型一般分为急性阵发性房颤和慢性持续性房颤两类。中老年人开始发病往往以急性阵发性多见，每次发作数秒、数分或数日，发作间歇数日、数月，甚至数年不等。多数病人反复发作，最终发展成为持续性房颤。

心房颤动的症状

1. 临床症状表现不一，多与原来心脏基础及发作时的心室率有关。心脏原来基础较好，发作时心室率维持在 60 次/分~80 次/分者多无明显症状。发作时心室率超过 100 次/分以上者，患者多有心悸、气短、胸闷、焦虑、头昏、头晕等。若原来心脏基础不好，如原有心肌梗死、心肌病、高血压心脏病、肺心病、风心病等，很容易诱发心力衰竭，出现呼吸困难、不能平卧、下肢浮肿、血压下降等。慢性持续性房颤，容易发生心房附壁血栓脱落，引起脑栓塞而突然出现神志不清或偏瘫、失语等。

2. 临床体征：心室律与脉搏快慢不规则，心音与脉搏强弱不等，脉搏率少于心搏率，形成所谓“脉搏短绌”。心率越快，脉搏短绌越大，随着心室率减慢，脉率反而增快，故不

能依靠脉率来判断心率的快慢。脉搏强弱不等时，血压不易测准确，必须重复检查，取其平均值。

3. 心电图特征：窦性 P 波消失，代之以大小、形态及规律不一的房颤波 (f)，频率为 400 次/分~600 次/分；心室率大多数呈快而不完全规则。

心房颤动的防治措施

1. 尽量查明病因，针对病因进行治疗。如冠心病应扩张冠状动脉，改善冠脉供血；高血压心脏病应合理控制高血压，限制钠盐；肺心病应注意控制肺部感染，改善机体缺氧状况；风心病应作二尖瓣手术，解除二尖瓣狭窄等。

2. 房颤发作时应适当休息，避免心室率过快，诱发心衰。解除思想顾虑，避免恐惧，一般阵发性房颤对病人并不构成生命危险，预后是良好的。

3. 对于偶尔发作、心室率不太快、发作历时短暂可以自行恢复正常窦性心律者，不必急于用药物或电转复。注意密切观察，安静休息或用点镇静药即可。

4. 房颤发作时心室率过快，超过 100 次/分，可用洋地黄（无病态窦房结及预激综合征者）或氨酰心安（无心衰及其他禁忌证者）；亦可用奎尼丁或胺碘酮、异搏定等药物转复；必要时亦可试用同步直流电转复。

5. 对于频繁发作者，应在有经验的医生指导下，选用胺碘酮或奎尼丁、心律平、氨酰心安等维持剂量以预防复发。

6. 慢性持续性房颤，一般不主张转复窦性心律，只用洋地黄将心室率控制在休息时 60 次/分~70 次/分即可，同时长期服用阿司匹林 40 毫克，每日一次，以防心房内血栓形成。

有下列情况之一者应视为复律的禁忌证：

(1) 房颤持续半年以上者，因为这类病例绝大多数心房内附有附壁血栓，复律时可使血栓脱落，导致肺栓塞或脑栓塞；而且复律后多数容易复发，不易用药物预防发作。

(2) 心脏明显增大或左房内径（超声心动图）大于 45 毫米者。

(3) 有明显心力衰竭者。

(4) 房颤时心室率小于 60 次/分，可能存在病态窦房结综合征和房室结双结病变者。

(5) 用药物不能控制复发者。

阵发性室上性心动过速

阵发性室上性心动过速是指出现一系列快而规则的房性或交界性心搏，心室频率为 160 次/分 ~ 200 次/分，中老年人多见于冠心病、心肌梗死、肺心病、低钾血症、高血压心脏病、心力衰竭、心肌病、预激综合征、甲亢及洋地黄中毒等。其诱因多见于情绪激动，过度疲劳，吸烟，饮酒，饮浓茶，咖啡及感染等。

阵发性室上性心动过速的症状

心率快而规则，每分钟 160 次 ~ 200 次；心悸或胸内有强的心跳感；多尿、出汗、呼吸困难；持续时间长，可导致心绞痛、头晕，甚至心衰、休克；突然发作又突然停止。

阵发性室上性心动过速的防治措施

1. 当出现心悸，若脉率超过 100 次/分时，应首先尽快或就近作一心电图，弄清心率过速的性质，然后再查找病因，进行病因治疗。

2. 发作时先用一些简单的非药物方法：喝一口冰水或醋；摒气，然后用力呼气；刺激咽部引起恶心；指压或按摩颈动脉窦，先试右侧 10 秒，然后再试左侧 10 秒，切勿两侧同时加压，以免引起大脑缺血；指压眼球，先右后左，每次不超过 10 秒，不能用力过猛，中老年人有引起视网膜脱离的危险，一般不用此法。

3. 药物治疗：异搏定，每次 5 毫克加 5% 葡萄糖液 10 毫升~20 毫升，静脉缓慢注射，如无效，30 分钟后重复使用，总量不超过 20 毫克。西地兰 0.4 毫克加 5% 葡萄糖液 10 毫升~20 毫升，静脉缓慢注射，预激综合征者禁用。胺碘酮 250 毫克~300 毫克加 5% 葡萄糖液 30 毫升~50 毫升，静脉滴注 30 分钟。

4. 同步直流电转复，可从 25 焦耳~50 焦耳小剂量电量开始，无效可逐渐增至 200 焦耳，成功率 70%~80%，比较安全。

5. 射频导管消融术，对药物治疗无效，发作频繁，持续时间长久者，可以考虑此法治疗，成功率 90% 以上。

6. 预防复发，除积极进行病因治疗外，应严格控制引起发作的诱因，如戒烟酒，不喝浓茶、咖啡，劳逸结合，保证充足睡眠等。该病一般在发作前先有预兆，即室上性早搏增多，应及时服用氨酰心安、异搏定或心律平、胺碘酮等，将早搏控制住，可以预防阵发性室上性心动过速的复发。

阵发性室性心动过速

阵发性室性心动过速是一种严重的心律失常，是指出现一系列快速、节律基本规则的室性异位心搏。多见于严重的

器质性心脏病，如冠心病，急性心肌梗死，并发室壁瘤或心衰者，心肌病，心肌炎，洋地黄，奎尼丁等药物中毒，电解质紊乱，Q-T 间期延长综合征等。

阵发性室性心动过速的症状

1. 心率在 140 次/分 ~ 250 次/分；
2. 突然发作，突然停止；
3. 心悸、头晕、昏厥、心绞痛，严重者可发生心衰、休克，甚至室颤及心脏停搏。
4. 心音的节律与响度略不规则，可听到大炮音。
5. 心电图可见连续宽大畸形的 QRS 波群，发现规律的 P 波，其频率慢于 QRS 波，两者无明显关系。

阵发性室性心动过速的防治措施

1. 阵发性室性心动过速是一种可以致命的心律失常，发作时应及时送医院或急救中心治疗。该病绝大多数是在严重的器质性心脏病的基础上发生，因此，应重视病因治疗。如积极治疗冠心病、心肌梗死、心力衰竭、心肌病或切除室壁瘤等。

2. 药物治疗

(1) 首选利多卡因 50 毫克 ~ 100 毫克静脉注射，以后每 5 分钟 ~ 10 分钟加注 50 毫克，直至发作中止或总量达 300 毫克为止，有效后以 1 毫克/分 ~ 3 毫克/分静脉滴注维持 24 小时 ~ 48 小时。

(2) 胺碘酮 250 毫克 ~ 300 毫克加葡萄糖液 60 毫升 ~ 100 毫升，半小时内静脉滴注。

(3) 心律平 0.5 毫克/千克体重 ~ 1.0 毫克/千克体重加葡

葡萄糖液 20 毫升，5 分钟～10 分钟静脉注射，然后以 1 毫克/分～2 毫克/分持续静脉点滴。

3. 直流电转复。一般用 200 焦耳～300 焦耳同步直流电转复，成功率 90% 以上。

4. 手术治疗：先作心内膜或心外膜标测，确定心室异位兴奋灶，可行射频导管消融或手术切除。

5. 预防用药：对发作频繁者，可以选用心律平、胺碘酮、乙吗噻嗪、索他洛尔等，均有较好的疗效。必要时亦可联合用药，但必须是在有经验的医生密切观察下，慎重摸索，细致调整，才能取得较好的效果。

心脏传导阻滞

正常人的心脏不停地有节律地在跳动，它是由一个叫窦房结的特殊组织，连续不断地发出电兴奋，并通过一系列传导组织（就像电线一样）将这些电兴奋的信号依次传播到心房、心室，使心房、心室发生兴奋并产生收缩，这就是心脏跳动。当窦房结发出的兴奋不能顺利地传播至心房或心室时即称为心脏传导阻滞。中老年人心脏传导阻滞的病因多见于冠心病，心肌缺血，心肌梗死，心肌及传导系统的退行性变化、心肌病及洋地黄、受体阻滞剂等药物的毒副作用等。

心脏传导阻滞的症状

心脏传导阻滞一般分为两类：即房室传导阻滞和束支传导阻滞。房室传导阻滞又分为 I 度、II 度、III 度三种。I 度房室传导阻滞无明显临床症状，预后良好。II 度房室传导阻滞患者可有心悸、头晕、乏力、若病情继续恶化可发展为 III 度房室传导阻滞，亦称高度或完全性房室传导阻滞，心室率

常在 40 次/分以下，病人多有头晕、晕厥、乏力，甚至心力衰竭，可出现短暂心室停搏，若超过 15 秒钟，患者可发生昏厥、抽搐、面部青紫，即所谓阿-斯综合征。若很快恢复心室自主心律，发作即可中止，神志恢复，否则即可导致死亡。束支传导阻滞又分为左束支传导阻滞、右束支传导阻滞、左前半阻滞、左后半阻滞，当单独出现某一束支传导阻滞时，病人可毫无症状，亦不需特殊处理。若不继续发展，预后良好。

心脏传导阻滞的防治措施

1. 中老年人每年要进行一二次心电图检查，因为传导阻滞的诊断手段主要依靠心电图，尤其一度房室传导阻滞及束支传导阻滞，患者可毫无症状，往往容易漏诊，一旦明确诊断，即应定期随访，密切监视病情变化。

2. 查找病因，积极进行病因治疗。如冠心病、心肌梗死，应进行扩张冠状动脉、抗凝，必要时可给予肾上腺皮质激素如氢化可的松 200 毫克 ~ 300 毫克，每天 1 次静脉点滴，短期应用有助于消炎及消除水肿；洋地黄、胺碘酮等药物中毒者，应即刻停止；高血钾者可给 50% 葡萄糖加胰岛素或乳酸钠静脉注射。

3. 药物治疗，一度房室传导阻滞心室搏动脱漏过多者及二度房室传导阻滞者，可给予阿托品口服，每次 0.3 毫克，每日 3 次或 654-2 每次 5 毫克 ~ 10 毫克，每日 3 次。用这类药物时，可使眼压升高及急性尿潴留，因此青光眼、前列腺增生患者禁用。亦可用异丙肾肾上腺素 10 毫克，内含，每日 3 次。

4. 度房室传导阻滞出现阿-斯综合征时,家属或陪伴者应立即拳击患者心前区,无效时应立即行胸外心脏按压,若呼吸停止应同时行口对口人工呼吸(详见本书第一章,第六节)。

5. 度房室传导阻滞心室率很慢,常发生晕厥者,应安装永久型人工心脏起搏器。

病态窦房结综合征

病态窦房结综合征是由于窦房结的起搏和传导功能障碍而引起的一种慢、快心律交替出现的心律失常,故又称慢-快综合征。可表现为心律过缓(50次/分以下),亦可阵发性心动过速。病因多为缺血或退行性变所致,亦可见于心肌炎、心肌病、风湿性心肌炎、洋地黄、奎尼丁、维拉帕米中毒等。

病态窦房结综合征,发病年龄高峰在60岁~70岁,在中老年人心律失常中占3.8%~5.8%,在中老年人心动过缓中占23.7%~26.6%,在安装永久性心脏起搏器的中老年人中占42%~62%,可见该病在中老年人中比较常见。

轻度病态窦房结患者可无症状,或仅有心悸、心搏脱漏不适的感觉,严重者可出现头昏、乏力、胸闷、心绞痛发作。若心脏停搏时间过长可出现昏厥、抽搐、面色青紫,即所谓阿-斯综合征。心动过速持续时间过长可引起休克、急性心衰等。

病态窦房结综合征的防治措施

1. 中老年人要重视体检,当发现心率低于50次/分以下时,应进行全面心脏检查,以期早期诊断、早期治疗。

2. 应查找病因进行病因治疗,如冠心病进行扩张冠状动

脉药物或手术治疗，风湿性心脏抗风湿治疗，药物中毒所致的应立即停用有关的药物。

3. 疑有病态窦房结患者禁用对窦房结有抑制作用的药物，如洋地黄、奎尼丁、胺碘酮及氨酰心安、受体阻滞剂等。

4. 有显著窦性心动过缓者，可试用阿托品、654-2、麻黄素、异丙肾上腺素等；亦可用红参每日 10 克煎服，或 1 克~3 克含化，用丹参、川芎、赤芍、红花活血化瘀或用附子配桂枝、肉桂、干姜疏通心阳，均有一定疗效。

5. 出现阿-斯综合征时，应立即进行心前区拳击，无效应立即进行胸外心脏按压，若呼吸停止，应同步进行口对口人工呼吸（详见本书第一章，第六节）。

6. 凡有严重窦性心动过缓（心率 40 次/分以下）并有昏厥或阿-斯综合征者，应安装永久性心脏起搏器。

五、急性心力衰竭

心力衰竭是指：由于心肌收缩力减弱，不能将静脉回流的血液等量地搏入动脉，因而造成静脉系统瘀血，动脉系统供血不足，致使身体重要器官如心、脑、肺、肾、肝、胃肠等严重缺血、缺氧，由此而引起一系列病理变化，临床所见则是一组比较复杂的综合征。

病因

中老年人引起心力衰竭常见的病因一般可分为原发和继发两种。所谓原发性是指由于心脏本身病变所引起的心力衰

竭，常见的有冠心病、高血压性心脏病、肺原性心脏病、风湿性心脏病以及中老年人特有的心脏瓣膜变性或心肌淀粉样变性心脏病等。继发性是指心脏以外的疾病引起的心力衰竭，常见的病因有甲状腺功能亢进、贫血等。

一般症状

心力衰竭根据临床表现可分为左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭，心力衰竭可以突然发生亦可缓慢发生。

左心衰竭多由冠心病及高血压性心脏病引起。早期表现主要是劳累后心悸气短、呼吸困难、咳嗽等，休息后症状可以消失。进一步发展，可出现夜间睡眠突然憋醒，被迫坐起，喘息一阵后，才逐渐平静。病情严重者，安静状态下亦有呼吸困难，咳嗽，咯粉红色泡沫样痰，紫绀，出冷汗，心率快，呼吸次数增加，心脏可闻及奔马律，肺部可闻及湿性啰音等。

右心衰竭常见于肺心病、风湿性心脏病及右心室心肌梗死等。自觉症状有心慌气短、疲劳、腹胀、食欲不振、恶心等。还有口唇、手脚末端青紫，颈静脉充盈怒张，肝脏肿大，全身浮肿，甚至出现腹水、胸水。

全心衰竭多半先有左心衰竭，然后出现右心衰竭，若出现右心衰竭后左心衰竭的症状相对减轻。

中老年人的症状

1. 中老年人心力衰竭临床症状往往不典型。早期表现可能只有疲乏无力或恶心、食欲不振等，并无心悸气短，有时以精神神志改变为首发症状，如精神紊乱、烦躁不安、表情淡漠、嗜睡、注意力不集中等，这可能是由于心衰时脑供血不足所致。这些症状往往不易引起医生、家属的注意，而造

成漏诊。

2. 中老年人常患多脏器疾病,如慢性气管炎,经常咳嗽、气喘,就很容易将心衰时的咳嗽、心悸、气促误认为是气管炎而延误诊断。中老年人常患低蛋白血症而致下肢浮肿,这又很易与右心衰竭所致下肢浮肿相混淆。

3. 一般成年人心衰时多有心率增快,中老年人常有窦房结功能不全、窦性心动过缓以及平时活动较少,因而心衰时心率可以不快。

治疗措施

1. 让患者安静休息,若系急性左心衰竭应让病人坐在靠背椅上,两下肢垂下,以减少心脏回血量,减轻心脏负荷。

2. 吸氧,可在氧气湿化瓶内加 25%酒精,有利于去除肺泡内的泡沫。

3. 镇静,若病人烦躁不安时可给安定 5 毫克,肌肉注射。若无严重肺部疾患者可给吗啡 5 毫克肌注。

4. 利尿,速尿 20 毫克~40 毫克加 5%~10%葡萄糖 20 毫克,静脉缓慢注射。若非紧急情况下可口服速尿 40 毫克/日~120 毫克/日或双氢克尿塞 25 毫克/日~75 毫克/日。若长期服用利尿剂时,应间歇、交替使用,并注意配用保钾利尿剂如氨苯喋啶或安体舒通较为稳妥。

5. 强心,西地兰 0.2 毫克~0.4 毫克加 25%葡萄糖 20 毫升,静脉缓注。待急性心力衰竭基本控制后,可改用洋地黄维持治疗,如给地高辛 0.125 毫克~0.25 毫克,每日一次。

6. 血管扩张剂可以减轻心脏负荷,常用的药物有硝普钠或硝酸甘油静脉滴注。

7. 积极控制感染, 纠正酸中毒, 注意维持电解质平衡, 防治心律失常等, 也是治疗心力衰竭的重要措施。

防治措施

1. 积极治疗原发心脏病。如严格控制高血压、心绞痛, 尤其是老年人急性心肌梗死时, 心衰的发病率是很高的, 应密切注意, 早期发现, 早期治疗。

2. 祛除各种易导致心衰的一切诱因, 如感染、过劳、情绪激动、心律失常、贫血等均可诱发心衰, 需严加防范。

3. 中老年人心脏病患者, 饮食要高营养, 易消化, 低盐, 少吃多餐, 生活要规律, 忌烟酒。

4. 中老年人应学习一些自我保健的常识, 了解心衰早期的一些临床表现, 如劳力后心慌气短, 夜间憋醒, 阵发性咳嗽、呼吸困难, 原因不明的下肢浮肿等, 均可能是早期心衰的症状。应及时就医, 明确诊断, 及时治疗。

六、心脏性猝死

心脏性猝死是指由于心脏疾病而致的出乎意料的突然死亡。世界卫生组织规定发病后 6 小时内死亡者为猝死, 但多数学者主张 1 小时之内死亡者为猝死。临床上所见的心脏性猝死多数在几分钟内即死亡。

病因

1. 冠心病占中老年人心脏猝死的 80% 左右, 多数有心绞痛或心肌梗死的历史。

2. 高血压性心脏病。

3. 心肌病。

4. 主动脉瘤或夹层动脉瘤破裂。

5. 心肌炎。

6. Q-T 间期延长综合征,可有先天性和后天获得性两种,后天获得性主要见于电解质紊乱及奎尼丁、双异丙吡胺、胺碘酮等抗心律失常药,三环类、吩噻嗪类抗忧郁药物引起。

7. 其他:二尖瓣脱垂、心肌淀粉样变、预激综合征、左房粘液瘤、肺动脉栓塞、主动脉瓣狭窄及各种原因引起的心脏功能不全等。

防治措施

1. 普及学习冠心病预防知识,控制冠心病的危险因素,如控制高血压、高脂血症、糖尿病,限制肥胖,合理膳食结构,戒烟酒,适当体育运动,心情舒畅,心理平衡等。

2. 对猝死高危病人应严密监控,如对心绞痛频繁发作、心肌梗死、心肌病、心衰、心室肥大、室壁瘤、一度房室传导阻滞、病态窦房结综合征、严重室性心律失常、Q-T 间期延长、二尖瓣脱垂、有猝死家族史者,均应严密随访,积极进行有关疾病的治疗。

3. 中老年人要注意控制自己的情绪,保持心理平衡和良好的心境,防止过度兴奋、激怒、惊恐。

4. 对多支冠状动脉狭窄患者应及早采取血管重建手术或冠状动脉内球囊扩张,冠状动脉斑块旋切、旋磨及激光成形术使血管再通,改善心肌供血。

5. 心肌梗死患者,若无明显禁忌证,可应用 β 受体阻滞剂,有预防心脏性猝死的作用。

6. 冠心病患者小剂量使用阿司匹林、潘生丁等,有益于预防心脏性猝死。

7. 心肌梗死后室性早搏较多者,用小剂量胺碘酮,可减少心脏性猝死发生率。

8. 对一度房室传导阻滞、病态窦房结综合征出现明显的心室率较慢者,应及早安装永久性人工心脏起搏器。

9. 反复出现室颤者,可植入埋藏式自动除颤器,但该产品价格昂贵,很难普及应用。

10. 对家属及陪伴者应进行简易心肺复苏术训练,使其掌握几种基本急救的技能,以便及时救治。

七、冠状动脉粥样硬化性心脏病

正常人的心脏每分钟跳动60次~70次,需要大量的热能、氧气及其他营养物质,主要依靠冠状动脉通过血液供氧。随着年龄的增长,冠状动脉粥样斑块不断增厚,冠状动脉腔变狭窄了,血流量减少,造成心肌供血不足,进而产生心绞痛或心律失常,甚至心肌梗死,统称为冠心病。

病因

容易导致冠心病的因素亦称易患因素或危险因素,应尽量避免和设法祛除,对冠心病的防治起着重要作用。冠心病的危险因素主要有如下12种:

1. 高脂血症:很多研究都证实,当胆固醇在200毫克/100毫升~220毫克/100毫升(5.2毫摩尔/升~5.72毫摩尔/升)时,冠心病发病相对稳定;当胆固醇超过此值时,冠心病发病危

险则随胆固醇升高增加，胆固醇从基线水平每上升 10%，冠心病死亡危险增加 23%。甘油三酯超过 230 毫克/100 毫升（2.39 毫摩尔/升）时，则冠心病发病率随着甘油三酯升高而升高。高密度脂蛋白（HDL-C）对血管有保护作用，而低密度脂蛋白（LDL-C）可促进血管动脉粥样硬化。当 LDL-C/HDL-C 其比值大于 5 时，冠心病发病率明显增加三四倍。

2. 高血压：血压升高是促进动脉粥样硬化的一个重要因素。据调查，收缩压 > 21.43 千帕的高血压患者冠心病发病率比正常血压者高 3 倍。

3. 吸烟：烟草中含有多种致病因子，尤其是尼古丁和一氧化碳，可以诱发冠状动脉痉挛，加速冠状动脉粥样硬化，还可促使高密度脂蛋白下降。据调查，吸烟者冠心病发病率比不吸烟者高 2.3 倍；心性猝死吸烟者比不吸烟者高 5 倍~10 倍。如果一个人同时具备上述三种危险因素，即同时患高血压、高胆固醇血症及吸烟，则其冠心病发病率要比无上述三种危险因素者高 16 倍。

4. 糖尿病：糖尿病患者冠心病死亡率比无糖尿病患者高 2 倍~3 倍，其危险性女性明显高于男性，即女性糖尿病患者更容易发生冠心病。

5. 肥胖：肥胖者在增加体重同时往往胆固醇及血压同时升高，而且比体重正常者显著增加了心输出量及心肌耗氧量，容易发生劳力型心绞痛。

6. 饮酒：少量饮酒可使高密度脂蛋白升高对心血管有一定保护作用，如果每日饮白酒超过 50 毫升时，胆固醇开始上

升，高密度脂蛋白下降，冠心病发病率随之升高。

世界卫生组织专家告诫人们，即使少量饮酒可能对心血管有一定保护作用，也不提倡用此法作为心血管病的预防措施。因为长期饮酒，即使少量也可能会使血压升高，增加肝硬变、胃癌、心肌损害及意外灾害的死亡率，还会造成一些经济、精神、家庭和社会问题，得不偿失。

7. 性格：有人将性格分为 A、B 两型，A 型性格主要特征表现为急躁、事业心及好胜心强，永不满足、缺乏耐心。B 型主要表现为从容不迫、耐心容忍、遇事多思善虑，优柔寡断。我国有人研究表明，A 型性格冠心病发病率比 B 型高 5 倍~6 倍。

8. 年龄：冠心病是中老年人易患疾病，其发病率比青少年高几十倍。如急性心肌梗死发病率 60 岁以上中老年人比 45 岁~59 岁组高 2 倍~3 倍，比 35 岁~44 岁组高 20 倍以上。但随着我国的经济的发展，生活水平不断提高，生活方式的变化，冠心病有逐渐年轻化的趋势。

9. 性别：冠心病发病率一般为男性高于女性 1.6 倍~2.8 倍，尤其女性绝经前发病率更低，男女相差 5 倍~6 倍以上。

10. 遗传：冠心病、高血压、糖尿病都有一定的遗传性。凡有家族史者比无家族史者发病率高 3 倍~5 倍。

11. 气候：气温低（冬季、北方）、气压高、气候干燥的地区与季节冠心病如心绞痛、急性心肌梗死发病率高，可能与气候对血压及血液粘稠度产生一定影响有关。

12. 职业：脑力劳动、过度疲劳、精神紧张者，易患冠心病。体力劳动及坚持适当运动者，有利于血糖、血脂的代

谢，对动脉粥样硬化有一定保护作用。

上述易患因素中除少数如年龄、性别、遗传、气候是不易改变的因素外，其他大多数是可以通过主观努力加以改善，而起到药物所不能代替的防治作用。

症状

心绞痛是由于心肌急剧缺血、缺氧，心肌的代谢产物如腺苷、乳酸、磷酸、氢离子、钾离子及多肽物质不能及时被血流带走，而刺激交感神经产生剧烈的疼痛，其特征如下：

1. 疼痛性质

典型的心绞痛呈绞榨样或紧缩样剧痛并伴有窒息感、焦虑或濒死的恐惧感，甚至伴有面色苍白、出冷汗等；中老年人由于疼痛感觉迟钝，典型心绞痛较少见，多表现为胸闷、憋气、压迫感或烧灼感。但那种刀割样或针刺样瞬间或闪电般疼痛大多不是心绞痛。

2. 持续时间

心绞痛多呈阵发性发作，每次一般不超过3分钟~5分钟，很少超过15分钟。多数发作经休息或含化硝酸甘油2分钟~3分钟后即消失。如果心绞痛持续半小时以上，含硝酸甘油不能缓解则应警惕有发生心肌梗死的可能。若持续隐痛、闷痛几小时甚至几天，又无其他冠心病急性发作的证据者，多半不是心绞痛。

3. 疼痛部位

典型心绞痛部位多在胸骨后，亦可稍微偏左或偏右些，但很少超过乳头线以外，一般疼痛范围约有拳头或手掌大小面积。亦有的心绞痛表现为胸部以外的疼痛，如上腹部疼较

常见，易误诊为胆囊炎、胃病、胰腺炎等。其次表现为左上肢、颈部、咽部、牙齿等部位疼。如有一病人因牙疼 1 小时多，到医院口腔科就医，当进行口腔检查时，病人突然休克，经急诊抢救及检查诊断为急性心肌梗死。心绞痛时，有近一半的患者在出现心前区疼的同时，还伴有其他部位放射性疼痛，常见的放射部位是左肩、左臂和手指内侧，亦有的放射至咽部、面颊、颈部、头部，有少数放射至右肩、臂或双下肢。一般发作时，疼痛部位相对固定。

4. 发作诱因

心绞痛常见的诱发因素是体力劳动、运动、紧张的脑力劳动和情绪激动、吸烟、酗酒、寒冷、饱餐等。现举例如下：

患者张某，60 岁，以往身体健康，一个多月来，经常在走路稍快时，即感上腹部灼样疼痛，向右肩部放射，放慢步伐或停下休息 3 分钟~5 分钟即消失，开始自认为是原患有慢性萎缩性胃炎所致，未去就医。一次在赶班车时，跑了约 50 米，即感上腹部剧烈疼痛，恶心欲吐、心悸气短、出冷汗，上车后即晕倒，随即送往医院抢救，诊断为冠心病、心绞痛、急性冠状动脉供血不足，幸因抢救及时，未能发展为心肌梗死。

患者李某，66 岁，原患高血压、冠心病，慢性冠状动脉供血不足。一天在晚饭后，与儿子因家务事（儿子正与儿媳闹离婚）大发雷霆，拍了桌子，随即心前区闷痛并向左肩、左前臂放射，含化硝酸甘油无效，即去医院急诊，诊断为急性前间壁心肌梗死。

上述病例提醒中老年人，若有心前区及上腹部不适时，

应及时去医院查明原因，早期明确诊断，早期治疗。若已知自己有冠心病，应尽量避免上述诱因，以免促进病情恶化。

临床类型

按照世界卫生组织规定标准，将心绞痛分为两类：劳力型心绞痛和自发型心绞痛。

1. 劳力型心绞痛

这一类型心绞痛多与劳力、运动有关，但个体差异较大，有的爬三四层楼的楼梯就诱发心绞痛，有的室内活动如洗漱、入厕都可心绞痛。劳力型心绞痛又分三个类型：

(1) 初发劳力型心绞痛：以往从没发生过心绞痛，新近发生心绞痛，病程在一个月以内，此型心绞痛，容易发生急性心肌梗死，其发生率为 8%~14%。因此，中老年人新近一个月以内发生心绞痛者，不要掉以轻心，尤其发作频繁者应住院治疗。

(2) 稳定劳力型心绞痛：此型心绞痛是临床上最常见的一种类型。即劳力型心绞痛病程长于一个月，在比较重的劳力或情绪激动时发作，发作持续时间和程度相对固定，经休息或含化硝酸甘油迅速缓解。此型预后较好。

(3) 恶化劳力型心绞痛：即在原有心绞痛的基础上突然加重，表现为在同等劳力情况下，心绞痛发作次数增加，时间延长，程度加重，迫使活动量显著下降，甚至休息或夜间睡眠时亦发生心绞痛。硝酸甘油用量显著增加。此型心绞痛若能经过积极治疗，90% 仍能转变为稳定劳力型心绞痛，但也有 10% 左右的病人发展为急性心肌梗死。

2. 自发型心绞痛

此型心绞痛与劳力、运动无明确关系，有人亦称为静息型心绞痛或休息时心绞痛。该型既可单独出现，又可与劳力型心绞痛同时存在。有人将自发型与劳力型同时存在的心绞痛称之为混合型心绞痛，此型的特点是静息时有心绞痛，劳力时亦发作心绞痛。

变异型心绞痛是属于自发型心绞痛的一种特殊类型。此型发作特点，多在休息或睡眠中发生，好发于后半夜或清晨；疼痛时间短者几十秒，长者可达 20 分钟~30 分钟；发作时可伴有心律失常及心电图 ST 段抬高和 T 波高尖；含硝酸甘油或硝苯地平（心痛定）可迅速缓解。

为了治疗方便，临床上常将心绞痛分为两类：

1. 稳定型心绞痛：包括劳力及非劳力心绞痛，病程超过一个月，发作有一定规律，次数不频繁，程度不重，含硝酸甘油有效，预后较好。

2. 不稳定型心绞痛：包括初发劳力型心绞痛；恶化劳力型心绞痛；自发型心绞痛；变异型心绞痛。不稳定型心绞痛，容易演变为急性心肌梗死，因此，应引起病人及家属重视，原则上应住院观察治疗。

防治措施

1. 积极控制易患因素，如积极治疗高血压、高脂血症、糖尿病，控制体重，适当运动锻炼，合理膳食结构，戒烟酒，建立科学的生活方式，养成良好卫生习惯等。

2. 已患冠心病、心绞痛者，应尽量避免诱发因素，如避免过度劳累紧张，适当休息，吃饭不过饱，避免情绪激动，保持心情舒畅，超重者应减肥，严禁烟酒，避免着凉感冒，

保持室内空气新鲜。

3. 心绞痛发作时的自我治疗

(1) 就地安静休息，静坐或静卧，待心绞痛消失后再缓慢恢复活动。

(2) 口含硝酸甘油 0.3 毫克~0.6 毫克，若无效，4 分钟~5 分钟后，再含片，或消心痛 5 毫克，含化。变异型心绞痛可用心痛定或尼卡地平 1 片咬碎含服。

(3) 冠心苏合丸，每次 1 丸，含化或嚼后咽服，亦可用速效救心丸，每次 4 粒~6 粒，口服。

(4) 吸氧。

(5) 口含硝酸甘油三四次无效，持续疼痛超过 20 分钟时，应呼叫急救中心，进一步采取急救及监护措施或转送医院救治。

4. 预防心绞痛发作治疗

平时经常有心绞痛发作须酌情采用下列药物或手术治疗。

(1) 硝酸酯类：

消心痛（硝酸异山梨醇酯）每次 5 毫克~10 毫克，口服，每日 3 次。

长效心痛治（单硝酸异山梨酯）每次 20 毫克~40 毫克，口服，每日 2 次。

5-单硝酸异山梨酯（德脉宁）每次 40 毫克，口服，每日 1~2 次。

硝酸甘油粘膜，16 毫克/贴，25 毫克/贴，每日一贴，贴 12 小时，休息 12 小时。

应用硝酸甘油制剂须注意的事项：

硝酸酯类若连续用药 1 周~2 周以上，有 70% 以上的人产生耐药性，因此，该药不宜长期连续使用。

为了避免硝酸酯类产生耐药性，可以采取与非硝酸酯类药物，如硫氮 酮或吗多明交替应用，每隔 1 周~2 周相互交替 1 次，亦可采用白天用硝酸酯类，晚上（晚睡前）用硫氮 酮，使身体每天有 12 小时以上不再摄入硝酸酯类药物，延缓耐药性的产生。

严格掌握用药剂量，硝酸酯类用至一定治疗剂量后，再加大剂量，并不增加疗效，但可加速耐药性的产生。

补充巯基。硝酸酯类并不直接扩张冠状动脉，而是必须经过巯基的作用，使硝酸酯类产生一氧化氮，一氧化氮有扩张冠状动脉改善心肌供血的作用。长期或 24 小时不间断地应用硝酸酯类，身体内的巯基被耗光，则硝酸酯不能转化为一氧化氮，也就失去了扩张血管的作用。因此，可以加用含巯基的药物，如巯甲丙脯酸（开搏通），对合并有高血压和心力衰竭的患者可起到一箭双雕的作用。

长期使用硝酸酯类（2 周~3 周以上）的患者停药时应逐渐减量，不可骤停，以免出现反跳现象。即人体对硝酸酯类产生了依赖性，突然停药可能会引起冠状动脉痉挛，诱发心绞痛，甚至急性心肌梗死。

（2）钙拮抗剂：常用硫氮 酮，每次 30 毫克~60 毫克，每日三四次。对变异型心绞痛效果更好。

（3）受体阻滞剂：常用的有氨酰心安，每次 6.25 毫克~12.5 毫克，每日二三次；美多心安每次 6.25 毫克~12.5 毫

克，每日二三次，但对合并有心力衰竭、窦性心动过缓、严重传导阻滞、支气管哮喘患者慎用。

(4) 抗血小板制剂：常用的有阿司匹林每次 50 毫克，每日 1 次；潘生丁每次 25 毫克~50 毫克，每日 3 次。

(5) 小剂量肝素：每次 6250 单位/日~12500 单位/日，皮下注射，7 天~10 天为一疗程。

(6) 经药物治疗无效者，有条件应争取做外科手术如冠状动脉旁路搭桥手术，经皮冠状动脉腔内成形术，冠状动脉斑块旋切，旋磨和激光成形术，冠状动脉内支架术等。

心肌梗死

心脏不停地跳动所需要的氧和各种营养物质，主要是靠冠状动脉的血液来供应的。冠状动脉有三条主干，即左前降支，左回旋支及右冠状动脉支。若其中任何一支或多支由于冠状动脉粥样硬化或血栓堵塞了管腔，即可造成相应的供血部分心肌产生缺血性坏死，这就是心肌梗死。所以说，心肌梗死实际上是冠心病的一个重要类型。

症状与表现

1. 梗死前心绞痛：国内报道，此征在急性心肌梗死中出现率为 31.9%~84.6%。多在发病前一周内出现。这是一种介于一般心绞痛和急性心肌梗死之间，严重的急性心肌缺血表现。其特点心绞痛程度重，常表现为突然的心前区或胸骨后压榨性或紧缩性剧痛，疼痛可放射至左肩或左上肢；持续时间长，常在 15 分钟以上，甚至几小时；发作频繁，每天数次以上；发作常无明显诱因，且常于夜间或清晨发作；用硝酸甘油等血管扩张剂效果不显著；发作时心电图 ST 段显著下

降或 T 波高尖、倒置。中老年人急性心肌梗死约有 1/3 的病人为无痛型。而且越是高龄，无痛型越多。这是中老年人心肌梗死的一个很重要的临床特征。

2. 心功能不全：主要临床表现为胸闷、憋气、心慌、气短、呼吸困难，夜间不能平卧。中老年人急性心肌梗死中以此为起始症状者占 20%~74%。笔者曾分析 248 例 60 岁以上中老年人急性心肌梗死，心功能不全型占 10.5%，而 80 岁以上中老年人心功能不全者高达 63.6%。

中老年人由于冠状动脉粥样硬化进行性加重，心肌长期处于缺血状态，心肌损害弥散，又加心肌纤维化，瓣膜变性、钙化等，致使心肌收缩力减弱，心脏储备功能明显下降，在此基础上再发生急性心肌梗死很易导致心力衰竭。因此，中老年人突然发生原因不明的胸闷、心慌、气短、呼吸困难应注意除外急性心肌梗死。

3. 胃肠道症状：中老年人急性心肌梗死有时以胃肠不适为首发症状。表现为食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、中上腹痛。甚至体检时可有上腹部压痛及肌紧张等。此型往往易被误诊为胃肠炎、溃疡病、胆石症、胰腺炎等。心脏的膈面心肌梗死容易出现胃肠方面的症状。

4. 脑供血障碍的表现：中老年人心肌梗死中约有 5%~13% 的病人属此类型。主要表现为精神萎靡、意识模糊、神志不清、头痛、晕厥、抽搐、偏瘫等。这可能是由于中老年人急性心肌梗死时，很易并发心律失常或心力衰竭引起脑缺血所致。因此，当中老年人出现意识不清或偏瘫时，亦应注意除外急性心肌梗死。

5. 异位疼痛：表现为咽喉痛、牙痛、颈部痛、肩背痛、左前臂痛，可以与心绞痛同时并发，亦可单独出现。临床上易被忽略而造成误诊。

6. 心律失常：患者可有心悸不适，脉搏或心率增快、减慢、间歇不齐等。中老年人急性心肌梗死心律失常发生率高达 90%~100%。

7. 休克：病人表现有神志烦躁或迟钝，四肢厥冷，末梢紫绀，大汗淋漓，皮肤苍白，脉搏细弱。血压收缩压低于 10.7 千帕（80 毫米汞柱），脉压差缩小。呼吸快速，尿量减少。中老年人急性心肌梗死并发心源性休克者占 15%~20%，其病死率很高。

8. 中老年人复发性心肌梗死多见。近年来由于诊断、治疗技术的进展，急性心肌梗死的死亡率已由 30% 左右，降低到 10% 左右。因此，复发的病人就相应的增多了。

复发性心肌梗死在中老年人急性心肌梗死中占 20%~40%。约有半数的病人复发梗死的部位与前次相同。当两次梗死的部位相同时，心电图多数不呈现心肌梗死典型演变过程，往往容易误诊、漏诊。老年陈旧心肌梗死患者若出现频繁或严重心绞痛，以及其他有关心肌梗死的症状时，应高度警惕再次心肌梗死的可能。

急救处理

1. 休息：立即完全卧床休息，不要让病人下床活动，包括大小便都不能下床。若病情允许，应尽快在急救人员的救护下转送医院。若病人精神情绪紧张，应做好思想工作，消除顾虑，必要时可给予安定等镇静剂。

2. 吸氧：可用鼻管或面罩吸入，吸氧可改善心肌缺氧，减轻疼痛。

3. 止痛：先口含硝酸甘油 0.6 毫克或消心痛 5 毫克~10 毫克，亦可口服冠心苏合丸、速效救心丸。亦可用罂粟碱，每次 30 毫克~60 毫克，口服或肌肉注射。若血压不低者可给度冷丁，每次 25 毫克~75 毫克，口服或肌肉注射，或吗啡 5 毫克~8 毫克，皮下注射。吗啡制剂对高龄患者易致低血压、心动过缓、抑制呼吸等，须慎重。

4. 饮食：最初一二天内以流质饮食为主，如米汤、蒸蛋、牛奶、藕粉等。以后可逐渐增加易消化、清淡的半流质饮食，如稠粥、烂面等。严禁烟酒。大便秘结可适当服液体石蜡或麻仁滋脾丸，卧床大小便切忌用力。

5. 建立静脉通道：中老年人心肌梗死容易并发心衰、休克及心律失常，在有条件的基层单位，应尽快给予缓慢静脉滴注 5% 葡萄糖液，维持静脉通道，便于及时给药抢救治疗。

6. 抗心律失常治疗：中老年人急性心肌梗死时一旦出现室性早搏应积极治疗。常规首选利多卡因。首次静脉推注 50 毫克~100 毫克，必要时以后每 5 分钟~10 分钟推注 50 毫克，总量不超过 250 毫克。有心动过缓、传导阻滞者禁用。

7. 心病猝死的处理：见第三章第七节。

注意事项

1. 得了心肌梗死后，既不能麻痹大意，也不能过于恐惧焦虑，要处之泰然。

2. 要学习掌握一些冠心病心肌梗死的防治常识，科学地对待。

3. 生活要规律，避免过度紧张、疲劳。
4. 情绪要稳定，避免大喜大怒。
5. 饮食要清淡，每餐吃七八成饱，营养要全面。
6. 忌烟酒。
7. 定期到医院检查。
8. 若有高血压、高血脂、糖尿病者应进行严格的系统治疗。
9. 家庭中可常备一些急救药，如硝酸甘油、亚硝酸异戊酯、消心痛、心痛定、冠心苏合丸、速效救心丸等。还应准备一个氧气瓶或氧气袋，以备急用。
10. 若无心绞痛、无心悸气短者，应每天坚持一定的运动，如散步、打太极拳、练气功等，适当地运动有利于心脏建立侧支循环，避免心肌梗死复发，但一定要在医生的指导下，量力而行，且不可过度。

家属亦应注意学习掌握一些冠心病的防治常识。正确地指导和安排好病人的饮食、活动，注意稳定病人的情绪，督促病人按时服药。当发现病人心绞痛发作频繁，或心绞痛持续时间较长（10分钟~15分钟以上）应及时安排病人就医，紧急情况时，应报告急救站或门诊部请医生到家中协助救治。还应注意中老年人急性心肌梗死表现往往不典型。

因此，凡遇有中老年人出现持续或频繁的胸闷憋气、心悸气短、上腹痛、恶心、呕吐、出冷汗、面色苍白、血压突然下降、极度疲乏、晕厥、精神萎靡、意识障碍等，均应想到心肌梗死的可能，及时救治，以免延误病情。

第四章 内分泌、代谢疾病

一、低血糖症

低血糖症是指由于血糖突然降低至 2.8 毫摩尔/升(50 毫克/分升) 以下，继而产生躯体及植物神经系统刺激而出现一系列临床表现的综合征，它不是一个独立的疾病。低血糖时所出现的症状，不仅与血糖值有关，而且与血糖下降速度，年龄、个体差异，糖尿病患者用药的品种、剂量有很大关系。

病因

低血糖最常见的病因是糖尿病患者应用胰岛素、磺脲类药物过量或使用不当所致。此外，肝硬化、胃大部切除术后、甲亢、甲减、胰腺肿瘤、消化道及其他一些胰外巨大肿瘤，亦可引起低血糖。

症状

葡萄糖是人体主要的能源，尤其中枢神经系统对血糖的依赖性、敏感性极强。低血糖初期，病人自感疲劳、乏力、饥饿、心悸、出汗、恶心、呕吐，血糖进一步下降，病人可出现精神恍惚、嗜睡、抽搐、昏迷，低血糖持续时间过久，意识丧失即不能恢复。中老年人低血糖很易诱发心绞痛、脑

卒中、心肌梗死、甚至猝死。

防治措施

1. 糖尿病患者进行药物治疗时，尤其在注射普通胰岛素后，30 分钟之内要进食，若延误进食时间，就可能出现低血糖反应。

2. 注射胰岛素要注意选好注射部位，不要选用有结节或皮下脂肪萎缩的部位，以免吸收不匀，出现蓄积现象，产生低血糖。

3. 口服磺脲类降糖药物，避免同时应用丙磺舒（抗痛风药）、碘胺类、水杨酸、心得安、保泰松等药物。上述药物可增强磺脲类降糖作用。

4. 老年糖尿病人用药物治疗，要从小剂量开始，逐渐调整，要本着宁愿让血糖稍微偏高点 [如控制在 7.8 毫摩尔/升（140 毫克/分升）左右] 也不要出现低血糖的原则。

治疗期间，要随身携带些糖块或小包葡萄糖，出现低血糖预兆时，立即服糖，通常只需几分钟就可恢复正常。口袋里要装一疾病信息卡，注明低血糖反应的表现及放糖的位置，以防自己意识不清时，便于他人及时救治。

5. 曾有低血糖反应的病人，外出要结伴而行，不能单独登高、游泳、驾车、从事有危险的活动。

6. 积极治疗引起低血糖的疾病，如治疗肝硬化、甲状腺疾病、胰腺及胰外肿瘤及垂体功能低下所致的疾病、原发性肾上腺皮质功能低下症等。

7. 胃大部切除术后病人，往往在餐后 90 分钟~180 分钟出现低血糖。这是由于餐后血糖急剧升高或由食物迅速通过

消化道因子的刺激，使胰岛素分泌过量而致。此种病人应采取少吃多餐的方式，切忌暴食暴饮。

8. 特发性反应性低血糖，多出现于餐后 2 小时~4 小时，见于精神紧张、情绪烦躁或吃含糖较高的饮食之后。对前者可给安定、镇静剂，后者应改变膳食结构，以低糖、高蛋白、高脂肪膳食为主。

9. 低血糖急性发作伴有意识障碍者，应按急症处理，即刻静脉注射 50% 葡萄糖 40 毫升，并给予吸氧，很快即可见效。亦可肌肉注射高血糖素 1 毫克，但对糖原病、酒精性低血糖无效。磺脲类药物引起低血糖属禁忌，因为反而会延长低血糖反应的时间。

10. 糖尿病人药物治疗中出现低血糖，应及时调整药物的种类、剂量、使用方法、饮食量、时间、次数等，并密切监视血糖、尿糖的变化。即使病情稳定后亦应定期检测空腹、午餐前、晚餐前及餐后 2 小时血糖。

二、高脂血症

高脂血症是指血清中胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）和（或）低密度脂蛋白（LDL）过高和（或）血清高密度脂蛋白（HDL）过低的一种全身脂代谢异常。

根据中华医学会心血管病学会 1996 年制定的“血脂异常防治建议”规定：凡是血清胆固醇 > 5.72 毫摩尔/升（220 毫克/分升）或（和）甘油三酯 > 1.70 毫摩尔/升（150 毫克/分升）或（和）高密度脂蛋白 < 0.9 毫摩尔/升（35 毫克/分升）

或（和）低密度脂蛋白 > 64 毫摩尔/升（140 毫克/分升）者，可诊断为高脂血症。

临床上多采用简易分型法，将高脂血症分为 4 型：高胆固醇血症；高甘油三酯血症；混合型高脂血症：血清胆固醇及甘油三酯均升高；高密度脂蛋白低下。近年来研究发现，当高密度脂蛋白低下时，对动脉粥样硬化的危害并不比高胆固醇和高甘油三酯的作用小；并认为高密度脂蛋白是心脑血管疾病的一个重要保护因子。为此，多数学者主张将高密度脂蛋白低下作为脂代谢障碍的一个重要类型列出。

血脂（胆固醇、甘油三酯、磷脂、非脂化脂肪酸）在血液中都是以蛋白结合的形式存在，所以又有人将高脂血症称为高脂蛋白血症。根据脂蛋白的不同，又将高脂蛋白血症分为六型（Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）。此种分型，比较复杂，且不是病因诊断，对绝大多数高脂血症的治疗无多大临床意义，在此不作细述。

高脂血症也是一种富贵文明病。随着社会的进步，生活水平的不断提高，人口老龄化，生活方式的转变，发病率越来越高。

据调查，美国中老年人高脂血症患病率，男性为 32%，女性为 52%；我国 18 岁以上成年人患病率为 10% 左右，60 岁以上中老年人 30% 左右；且有显著的人群差异，一般为城市高于农村，脑力劳动者高于体力劳动者，肥胖者高于正常人群，中老年人高于青壮年，女性高于男性；尤其绝经后妇女患病率明显增高，东南沿海发达地区高于西北、西南欠发达地区，以进荤食为主人群高于以进素食为主人群，生活

富裕人群高于贫困人群，吸烟、饮酒的人群高于不吸烟、不饮酒的人群，高度精神紧张如司机、会计、领导干部、企业家等高于一般人群，有遗传基因者高于无遗传基因者。

对人体的危害

高脂血症初期多数没有临床症状，这也是很多人不重视早期诊断和早期治疗的重要原因。该病对身体的损害是隐匿、逐渐、进行性、全身性。它的直接损害是加速全身动脉粥样硬化，因为全身的重要器官都要依靠动脉供血、供氧，一旦动脉被粥样斑块堵塞，就会导致严重后果。临床上最常见的脑卒中、冠心病、心肌梗死、肾动脉硬化引起的肾功能衰竭等，都与同脂血症密切相关。

现以冠心病为例，说明高脂血症的危害性。据美国研究，胆固醇在 5.2 毫摩尔/升 ~ 5.7 毫摩尔/升(200 毫克/分升 ~ 220 毫克/分升)时，冠心病相对稳定，超过此值冠心病危险性随胆固醇升高而升高。若胆固醇水平为 5.2 毫摩尔/升(200 毫克/分升)相对危险度为 1.0；当胆固醇降至 3.9 毫摩尔/升(150 毫克/分升)，危险度降至 0.7；胆固醇升至 6.5 毫摩尔/升(250 毫克/分升)，危险度升至 2.0；胆固醇升至 7.8 毫摩尔/升(300 毫克/分升)，危险度升至 4.0。上海市调查显示，胆固醇在基线水平每上升 10%，冠心病死亡率上升 23%；北京首钢调查，胆固醇大于 6.2 毫摩尔/升(240 毫克/分升)组，冠心病发病率比小于 5.2 毫摩尔/升(200 毫克/分升)组高 3.2 倍。大量研究资料表明，高脂血症是脑卒中、冠心病、心肌梗死、心脏猝死独立而重要的危险因素。

此外，高脂血症也是促进高血压、糖耐量异常、糖尿病

的一个重要危险因素。高脂血症还可导致脂肪肝、肝硬化、胆石症、胰腺炎、眼底出血、失明、周围血管疾病、跛行、高尿酸血症。有些原发性和家族性高脂血症患者还可出现腱状、结节状、掌平面及眼眶周围黄色瘤、青年角膜弓等。

防治措施

1. 合理的膳食结构

合理的膳食结构是维持脂质代谢平衡的重要措施。其一般原则是“四低一高”，即低热量、低脂肪、低胆固醇、低糖、高纤维膳食。

(1) 限制总热量。尤其肥胖者应逐渐降低体重，限制总热量的摄入是减肥的重要措施，以每周降低体重 0.5 千克~1 千克为宜。60 岁以上中老年人、轻体力劳动者每天总热量应限制在 6699 千焦~8374 千焦为宜。避免暴饮、暴食，不吃过多甜食，饮食有节。

(2) 低脂、低胆固醇膳食。脂肪占总热量 20% 为宜，并且以含多链不饱和脂肪酸的植物油（豆油、花生油、玉米油）为主，动物脂肪不应超过总脂量的 1/3。若甘油三酯超过 11.3 毫摩尔/升（436 毫克/分升），脂肪摄入应严格限制在每日不超过 30 克或占总热量的 15% 以下。胆固醇摄入量每日控制在 200 毫克~300 毫克以下为宜。参考下表，避免食用高胆固醇食品。一般每 100 克食物含胆固醇小于 50 毫克，称极低胆固醇食物，小于 100 毫克为低胆固醇食物，超过 500 毫克称极高胆固醇食物。

常用食物胆固醇含量 (毫克/100 克食物)

食物名称	胆固醇含量	食物名称	胆固醇含量
猪肉 (瘦)	77	炼乳	39
猪肉 (肥)	107	全脂奶粉	104
猪脑肉体	3100	脱脂奶粉	28
猪肝	368	羊奶头	34
猪舌	116	梭鱼	128
猪心	158	大黄鱼	79
猪肺	314	带鱼	97
猪肾	405	鲅鱼	82
猪肚	159	鲑鱼	86
猪大肠	180	鲳鱼	68
牛肉 (瘦)	63	乌贼鱼	275
牛肉 (肥)	194	海蜇皮 (水发)	16
鸡肉	117	对虾	150
鸡肝	429	海参	0
鸡血	149	甲鱼	77
鸭肉	80	青虾	158
鸭肝	515	螃蟹 (全)	235
羊肉 (瘦)	65	鲤鱼	83
羊肉 (肥)	173	鲫鱼	93
羊舌	147	白鲢鱼	103
羊心	130	胖头鱼	97
羊肺	215	鳝鱼	117
羊肝	332	鱼肉松	240
羊肚	124	鸡蛋	680

羊肥肠	112	鸡蛋黄	1705
羊脑	2099	鸡蛋(全)	630
兔肉	83	松花蛋(全)	649
牛奶	13	猪油(炼)	85
奶酪	11	奶油	168
		黄油	295

(3) 高纤维膳食。膳食中纤维可与胆汁酸结合, 增加粪便中胆盐的排泄, 有降低血清胆固醇浓度的作用。膳食纤维含量丰富的食物主要是粗杂粮、米糠、麦麸、干豆类、海带、蔬菜、水果等。每日摄入纤维量 35 克 ~ 45 克为宜。若每日食用含纤维丰富的燕麦麸 50 克即可起到良好的降脂作用。

2. 科学的生活方式

(1) 加强体育运动。适当的体育运动对保持血脂代谢平衡, 降低胆固醇、甘油三酯和升高高密度脂蛋白具有重要的作用。每天坚持运动 1 小时, 活动量要达到最大耗氧量 60% 为宜, 活动时心率以不超过 170 减年龄即可, 或以身体微汗, 不感到疲劳, 运动后自感身体轻松为准, 每周坚持活动不少于 5 天, 持之以恒。

(2) 戒烟限酒。长期吸烟酗酒, 可干扰血脂代谢, 使胆固醇、甘油三酯上升, 高密度脂蛋白下降。

(3) 避免精神紧张。情绪激动、失眠、过度劳累、生活无规律、焦虑、抑郁, 这些因素可使脂代谢紊乱。

3. 避免使用干扰脂代谢的药物

如 受体阻滞剂、心得安、利尿剂、双氢克尿塞、速尿、

利血平、避孕药、类固醇激素等，均可使胆固醇、甘油三酯上升，高密度脂蛋白降低。

4. 积极治疗影响血脂代谢的有关疾病

如糖尿病、甲状腺功能减退、肾病综合征、酒精中毒、胰腺炎、红斑狼疮等，均可干扰脂代谢。

5. 定期体检

45 岁以上中年人、肥胖者、有高脂血症家族史者、经常参加吃喝应酬者、高度精神紧张工作者，都属高危对象，应定期（至少每年一次）检查血脂。

6. 药物治疗

凡是经过调整饮食，加强运动，改善生活方式 3 至 6 个月无效者，或已有冠心病者，或虽无冠心病但血脂过高者，均需药物治疗。一向原发性、家族性、遗传基因缺乏者，均需终身用药治疗，中途停药往往易复发，且易反跳。

（1）以降胆固醇为主的常用药物有消胆胺、降胆宁、美降脂、帕伐他汀、塞伐他汀（舒降脂）、弹性酶等。

（2）以降甘油三酯为主（可降低 20%~30%）兼降胆固醇（可降 10%）的常用药物有烟酸、烟酸肌醇酯、阿西莫司（乐脂平）。近年来推出的苯氨乙丁酸类（贝特类）第二代产品降甘油三酯效果较好，可使甘油三酯水平下降 30%~40%，亦可同时使胆固醇水平下降 10%。现国内常用的有必降脂、特调脂、立平脂、诺衡等（详见下表）。

常用降血脂药品的临床应用

药名	别名	用法与用量	主要作用	主要副作用
考来稀胺 (Cholestyramine) 考来替泊 (Colestipol)	消胆胺 降胆宁	每次 4 克~5 克 1 次~6 次/ 日 每次 10 克 2 次/日	胆酸螯合剂 只降胆固醇; 阻止胆固醇吸 收, 促进胆固 醇排泄	恶心、便秘 恶心、便秘
洛伐他汀 (Lovastatin) 帕伐他汀 (Pravastatin) 塞伐他汀 (Simvastatin)	美降脂 乐瓦停 帕瓦停 塞瓦停 舒降脂	20 毫克~40 毫克 晚饭 后服 20 毫克~40 毫克 10 毫克~20 毫克 晚饭 后服	还原酶抑制 剂, 阻止胆固 醇合成, 降胆 固醇为主, 轻 度降甘油三酯	偶见 SGPT 及 CK 偶见 SGPT 及 CK 同上
普罗布考 (Probucol) 弹性酶	丙丁酚	0.5 克 2 次/ 日 300 单位 3 次/日	只降胆固醇 阻止胆固醇 合成	恶心腹泻 Q-T 延长
烟酸 (Nicotinic Acid) 烟酸肌醇酯 (Inositol Nicotinate) 阿司莫司 (Acipimox)	乐脂平 氧甲吡 嗪	1 克~2 克 3 次/日 0.2 克~0.6 克 3 次/日 0.25 克 3 次/日	烟酸类 以降甘油三酯 为 主(20%~30%) 兼降胆固醇 (10%) 阻止 胆固醇及甘油 三酯的合成	潮红、瘙痒、 胃不适 尿酸 糖耐量 偶见 SGP

氯贝特 (Clofibrate) 苯扎贝特 (Bezafibrate) 益多脂 (Etofyline Clofiubrate) 非诺贝特 (Fenofibrate) 吉非贝齐 (Gemfibrozil)	安妥明 氯贝丁酯 必降脂 特调脂 立平酯 诺衡	0.25 克 ~0.5 克 3 次/日 0.2 克 3 次/ 日 0.25 克 2~3 次/日 0.1 克 3 次/ 日 0.6 克 2 次/ 日	降甘油三酯 兼降胆固醇 苯氧乙丁酸类 降甘油三酯为主 (30%~40%) 兼 降胆固醇 (10%) 抑制甘油三酯 及 胆固醇合成， 促进 HDL 上升	CGPT 胆 结石肝脏损 害 偶见 SGPT 偶见 SGPT ALT BUN 偶见 ALT
泛硫乙胺 (Pantethine)	潘特生	0.2 克 3 次/ 日	降甘油三酯 (20%) 促进 脂质代谢	肠蠕动增加
多烯康	海鱼油	2 克 3 次/ 日	降甘油三酯 (20%) 促进 脂肪代谢	恶心、腹胀

(3) 其他常用的降脂药物还有藻酸双酯钠、月见草油、W-3 脂肪酸 (含 EPA 和 DHA)、绞股蓝、 γ -亚麻酸制剂如三鸣养生王等亦有一定降脂作用。

(4) 中医中药。祖国医学研究认为高脂血症为本虚标实，治则多采用补虚利湿，活血化瘀。通常用灵芝、党参、首乌、黄芪、麦冬、五味子、山楂，益气养阴补肾；以泽泻、茵陈、葛根、虎杖、荷叶，利湿祛痰泄浊；用三七、蒲黄、丹参、川芎、红花、降香，活血化瘀。中成药有冠心 1 号、三七粉、

首乌片、降脂灵(含大黄与人参皂甙)、复方降脂片(含黄芪、寄生、五味子、山楂、蒲公英等)及茵陈合剂(含茵陈、泽泻、葛根等)。

(5) 高脂血症选用的降脂药物

一般按高脂血症简易分型的原則选择降脂药物。轻、中度高胆固醇血症(220毫克/分升~350毫克/分升)可依次试用弹性酶、烟酸、烟酸肌醇、泛硫乙胺(潘特生)、非诺贝特(立平脂)等;重度(胆固醇>350毫克/分升)或难治性高胆固醇血症,可选用消胆胺、降胆宁、美降脂、帕伐他汀、塞伐他汀(舒降脂)等;对难治的纯合子家族性高胆固醇血症,可选用丙丁酚。高甘油三酯血症可根据甘油三酯水平依次选用烟酸、烟酸肌醇酯、多烯康、月见草油、泛酸乙胺、诺衡、必降脂、特调脂、立平脂等。若胆固醇和甘油三酯同时升高,必要时可采用两药合用,如美降脂或舒降脂与诺衡合用。但两药合用时其毒副作用加大,严重者可引起横纹肌溶解症,应定期(1至3个月)复查血脂、肝肾功能及肌酸激酶等。

(6) 高脂血症者的药物治疗

一般认为在45岁以上,血脂已达临界水平,就应采取非药物治疗措施: 限制总热量,低脂、低胆固醇、高纤维膳食; 加强运动; 肥胖者应减肥; 戒烟酒; 生活规律,避免精神紧张,劳逸结合; 将心理情绪调整至最佳状态。争取在3至6个月内将血脂降至理想水平。

凡是具有下列条件之一者应开始用药治疗: 血脂水平超过临界水平经上述非药物治疗措施无效者; 血脂虽在临

界水平，已合并有明确冠心病者；血脂在临界水平，虽无冠心病，但已存在2个以上冠心病危险因素（高血压、糖尿病、吸烟、饮酒、肥胖、A型性格、精神情绪紧张、遗传因素、60岁以上、男性）者。一般高血脂症的治疗，均需长期服药，一旦停药，往往很快又恢复至治疗前水平。服药治疗，血脂应控制在临界水平以下直至理想水平。（见下表）

需用药物治疗的血脂水平（毫摩尔/升，mmol/L）

名称	理想水平	临界水平	需要药物治疗	治疗的最低目标
胆固醇（TC）	< 5.17	5.23~5.69	6.21	< 5.72
甘油三酯（TG）	< 1.47	1.47~1.80	1.81	< 1.81
低密度脂蛋白	< 3.12	3.15~3.61	4.14	< 3.64
胆固醇 （LDL-C）	（ < 120 ）	（ 121~139 ）	（ 160 ）	（ < 140 ）
高密度脂	1.6	0.93~1.1	0.9	> 0.9
蛋白胆固醇 （HDL-C）	（ 45 ）	（ 36~45 ）	（ 35 ）	（ > 35 ）

为旧制单位：毫克/分升（mg/dl）

三、糖尿病

糖尿病是胰岛素绝对或相对缺乏引起的糖代谢紊乱，使

血糖增高及全身多种器官受到损害的一种慢性疾病。

糖尿病是中老年人多发病，我国随着中老年人口不断增加及生活水平不断提高，糖尿病患病率在不断上升。如北京地区 60 岁以上中老年人糖尿病患病率 1982 年为 6.8%，1995 年上升到 10.0%。

据估计，我国今后 10 年~20 年内中老年人糖尿病患病率还将不断上升。我国目前糖尿病人大约有 2000 万，60 岁以上中老年人约占 1/3。美国 65 岁~74 岁糖尿病患病率，白种人男性为 19.1%，女性为 17.0%；黑人男性为 29.4%，女性为 24.1%；印第安人则高达 45.3%（男性）及 63.6%（女性）。日本中老年人糖尿病患病率，城市为 15%，农村为 11%。

糖尿病对人体心、脑、肾、眼睛损害尤为突出，是导致中老年人死亡的主要原因之一。据估计，进入 21 世纪，糖尿病将成为我国继癌症、心脑血管疾病之后的第三或第四大死亡原因。

诊断标准

我国目前沿用世界卫生组织 1985 年统一修订的诊断标准。

1. 显性糖尿病：有症状（多吃、多尿、多饮、酮尿、体重下降）再加下列三项中任何一项者即可确诊为显性糖尿病。

（1）空腹血糖 7.8 毫摩尔/升（140 毫克/分升）。

（2）任何时候血糖 11.1 毫摩尔/升（200 毫克/分升）。

（3）葡萄糖耐量试验（若已符合以上（1）、（2）两项中任何一项者，不再作葡萄糖耐量试验）：口服 75 克葡萄糖后，任何一次血糖 11.1 毫摩尔/升（200 毫克/分升）者。中老年

人餐后 2 小时血糖升高比空腹血糖更敏感，因此，当怀疑糖尿病时不应只查空腹血糖，应注意餐后 2 小时血糖。

2. 隐性糖尿病：无任何症状，但血糖符合上述(1)、(2)、(3)中任何一项者，再加上葡萄糖耐量试验 1 小时血糖 11.1 毫摩尔/升 (200 毫克/分升)，或经复查空腹或餐后 2 小时血糖仍达到上述标准者。

3. 糖耐量异常 (TGT)：空腹血糖 < 7.8 毫摩尔/升 (140 毫克/分升)，口服 75 克葡萄糖或餐后 2 小时血糖 7.8 毫摩尔/升 (140 毫克/分升) 和 < 11.1 毫摩尔/升 (200 毫克/分升)。其中每年有 5%，10 年有 50% 将发展为糖尿病。

4. 非糖尿病：空腹血糖 < 5.6 毫摩尔/升 (100 毫克/分升) 及任何时候血糖 < 7.8 毫摩尔/升 (140 毫克/分升)。

口服葡萄糖耐量试验

口服葡萄糖耐量试验 (OGTT)，主要是对临床上有些可疑糖尿病的症状，如喝得多、吃得多、尿得多、消瘦、末梢神经炎、反复感染或由于肾糖阈低而尿糖阳性的患者，在空腹血糖或餐后血糖未达到糖尿病诊断标准时，为了进一步确诊或排除糖尿病需做的一项辅助检查。此外，该项检查可通过观察病人服糖后，血糖上升、恢复的速度和水平，以了解机体对葡萄糖的利用并借以推测胰岛细胞的储备功能。

方法：早晨空腹口服 300 毫升糖水 (水中加入 75 克葡萄糖)，从口服第一口糖水开始计时，5 分钟内喝完。于服糖前及服糖后 30、60、120 及 180 分钟分别采血测定血糖值，同时留尿查尿糖。诊断标准见下表。

口服葡萄糖耐量试验诊断标准

项目	血糖浓度毫摩尔/升(毫克/分升)
正常值	
空腹	3.9 ~ 6.1 (70 ~ 110)
服糖后 2 小时	7.7 (139)
糖尿病	
空腹	7.8 (140)
服糖后 2 小时	11.1 (200)
糖耐量减低	
空腹	< 7.8 (< 140)
服糖后 2 小时	7.8 ~ 11.1 (140 ~ 200)

血糖有随年龄增加而逐渐升高的生理衰退改变，在诊断糖耐量异常时应适当考虑年龄因素。50 岁以上的正常人随年龄每增加 10 岁，空腹血糖增高 0.06 毫摩尔/升 ~ 0.17 毫摩尔/升) (1 毫克/分升 ~ 3 毫克/分升)，服糖后 1 小时血糖增加 0.6 毫摩尔/升 (10 毫克/分升)，服糖后 2 小时血糖增加 0.3 毫摩尔/升 (5 毫克/分升)。

糖耐量减低者因有半数以上在 10 年内可发展为糖尿病，因此，对这部分患者应严格限制饮食、加强运动；肥胖者应减肥，定期随访检查。

症状

1. 症状不典型，中老年人 90% 以上为非胰岛素依赖型

(亦称 Ⅱ型)糖尿病,起病隐匿,大多数无明显糖尿病“三多一少”(多食、多饮、多尿、消瘦)的症状。

中老年人肾糖阈(正常人为 8.9 毫摩尔/升~10 毫摩尔/升)逐渐升高,一般不出现糖尿、多尿的症状;当空腹血糖超过 12 毫摩尔/升~13 毫摩尔/升(214 毫克/分升~232 毫克/分升)时,才出现多尿症状。中老年人糖尿病 70%~80%是在正常体检时发现的。

2. 糖尿病并发症很多见,且往往以并发症为首发症状就医时才确诊为糖尿病。如有的病人因视力下降看眼科门诊,经检查为糖尿病视网膜病变,因而确诊为糖尿病。

此外,有的病人因心、脑血管疾病、肾功能衰竭、周围神经病变等就医,而实际是糖尿病并发症。中老年人糖尿病在应激情况时,如感染、手术、外伤、心脑血管急症时,容易并发酮症酸中毒或高渗性非酮症糖尿病昏迷,其病死率可高达 40%以上。

3. 致残率、病死率高。中老年人糖尿病发现后,有时病情发展很快,加速衰老。约有 70%的糖尿病人死于心脑血管疾病,主要是并发冠心病、心肌梗死、糖尿病心肌病;约有 10%的糖尿病人死于脑出血或脑梗塞;10%左右死于糖尿病肾病;糖尿病超过 10 年~15 年者约有 50%以上的病人出现糖尿病视网膜病变、白内障或青光眼等,导致视力下降,甚至失明。

糖尿病二三年之后开始累及神经系统,约有 60%糖尿病人合并植物神经病变,出现四肢远端发凉、体位性低血压、尿潴留、尿失禁、皮肤瘙痒;亦可影响感觉、运动神经,出

现四肢麻木、感觉迟钝、肌力减弱、行走困难、以致瘫痪。下肢神经营养不良，可引起足部深溃疡，无痛感，不易愈合，称为糖尿病足，占住院糖尿病人的 2.2%，常合并感染，甚至发展为下肢坏疽，截肢率高达 50%，严重影响病人生活质量。

糖尿病的类型

糖尿病可分为原发性和继发性两大类。原发性占大多数，又分为 1 型与 2 型两类。

1. 1 型糖尿病又称胰岛素依赖性糖尿病 (IDDM)，此型较少见，约占糖尿病总数的 5%，多见于 30 岁以下的青少年，体型多为消瘦型。其病因可能是遗传因素或病毒感染引起自身免疫性胰腺炎，使胰岛 β 细胞 90% 被破坏，体内胰岛素分泌不足，甚至为零，因起病较急，病情较重，容易发生酮症酸中毒，必须依赖胰岛素治疗，才能生存。此型 40% 死于糖尿病和肾病。

2. 2 型糖尿病，又称非胰岛素依赖性糖尿病 (NIDDM)，中老年人糖尿病 95% 属此型，80% 的患者超重或肥胖，重度肥胖者比正常人患病率高 30 倍，因此，肥胖是一个很重要的发病因素。

此型起病缓慢，发病较轻，不易发生酮症酸中毒。一般不需要胰岛素治疗，以控制饮食为主，适当服用口服降糖药，多数病情可以控制。少数病人病情发展较快，口服降糖药失效，必须加用胰岛素治疗。此型多死于心脑血管疾病。

继发性糖尿病，在糖尿病中占极少数。该类病人多有明确病因，如慢性胰腺炎、皮质醇增多症、嗜铬细胞瘤、胰腺癌、妊娠、营养不良或某些抑制胰岛素分泌和干扰糖代谢的

药物，如苯妥英钠、噻嗪类利尿剂、受体阻滞剂、雌激素和糖皮质激素等。

防治措施

1. 生活规律，饮食有节，不仅是重要的预防措施，而且也是重要的治疗措施。人体在长期进化过程中，进食、作息、内分泌及血糖形成了一定的节律，每天衣食住行，严格遵循一定规律，进餐定时定量，不暴饮、暴食，戒烟忌酒，有利于保护胰岛正常的分泌节律，对预防糖尿病是至关重要的；在治疗中更需要严格遵循生活及进食规律；否则，进食不规律，与药物有效血浓度出现矛盾现象则血糖忽高忽低，对自身健康及治疗是非常不利的。

2. 控制体重，减少肥胖也是糖尿病重要的防治措施。肥胖可以减少机体各组织及胰岛等受体的数量，引起胰岛素抵抗，使机体对胰岛素不敏感，甚至失效。肥胖不仅是产生糖尿病的一个重要危险因素，而且也是干扰治疗效果的一个重要因素。

因此，肥胖者减轻体重，不仅可以预防糖尿病的发生，而且可以提高治疗糖尿病的效果。体重计算公式：标准体重（千克）= 身高（公分）- 105。若超过 10% 为超重，超过 20% 为肥胖，少于 20% 为消瘦。另外，还有一种用体重指数的方法来判断消瘦或肥胖。体重指数 = 体重（千克）/ 身高（米）²。体重指数 < 20 为消瘦，20 ~ 23 为正常，24 ~ 27 为超重，28 为肥胖。

3. 适当进行体育运动锻炼，可以改善糖、脂代谢，加强机体对胰岛素的敏感性，有利于葡萄糖的利用，使血糖下降。

中老年人每天步行 30 分钟，坚持一年可使肥胖者降低体重 4 千克，对保证糖、脂的正常代谢是有利的。

4. 精神舒畅，心理平衡。当受到重大精神创伤，情绪激动时，或遇有脑梗塞、心肌梗死、大手术时，机体处于应激状态，肾上腺素、皮质醇等分泌上升，可以拮抗胰岛素，使血糖升高，使潜在的糖尿病发病。因此，人到老年要以积极平静的态度对待可能发生的不愉快或不幸事件，将精神情绪调整至最佳状态，有益于糖尿病的防治。

5. 定期体检：45 岁以上的健康人每年要进行一次空腹血糖检查，60 岁以上老人除每年检查一二次空腹血糖外，应注意检查餐后 2 小时血糖，以便早期发现糖尿病，早期治疗。

6 加强糖尿病的教育和学习。随着我国社会的文明进步，人口不断老龄化，糖尿病已成为我国严重影响中老年人健康长寿及生活质量的重要疾病。

该病如果早期预防，可使 1/3 的患者免患此病。如果患了糖尿病，经过认真学习，掌握该病的发病及防治常识，不断提高自我管理的能力，认真调整饮食及生活方式，严密监视病情变化，严格进行药物治疗，可以使部分患者避免发生严重的并发症，得以健康长寿。对糖尿病人进行防治教育，尤其饮食教育，应连同做饭的家属一起进行培训和指导，使整个家庭成员都掌握和了解糖尿病饮食治疗的知识。

饮食治疗

饮食治疗是糖尿病的基础治疗，尤其中老年人糖尿病经过饮食控制可使部分病人血糖恢复正常。即使药物治疗，若没有合理的饮食控制，也得不到良好的效果。现将糖尿病人

常用的两种饮食治疗方案，介绍如下，供选用参考。

1. 计算热量法

(1) 每天所需热量可根据个人标准体重及从事工作劳力情况计算。个人标准体重按个人身高(厘米)减 105 计算，休息情况下按每日每千克体重给 105 焦耳 ~ 126 焦耳；轻体力劳动者给 126 千焦 ~ 147 千焦。肥胖者(超重 20% 以上)每千克体重减少 21 千焦，消瘦者或患消耗性疾病如结核、肿瘤、发热等增加 21 千焦。如 60 千克标准体重，休息者，每天所需热量为 $60 \times 105 = 6300$ 千焦。

(2) 计算碳水化合物、蛋白质及脂肪比例。一般碳水化合物占总热量的 60% ~ 65%，主要由粮食谷物供应，不用单糖或双糖。蛋白质供应，中老年人按每千克标准体重给 1.0 克，有消耗性疾病者可提高至 1.5 克，不宜再高。

中老年人给予过高蛋白质，反而导致肾小球滤过率升高，促进糖尿病肾病的发展。蛋白质主要由肉、鱼、奶、蛋及豆制品供应。脂肪占总热量的 25% ~ 30% 为宜，以植物油为主。碳水化合物及蛋白质每克可提供 17 千焦热量，脂肪每克可产热 38 千焦。现举例计算患者每日所需各营养成分用量。

某甲，男性，65 岁，患糖尿病(Ⅱ型)2 年，空腹血糖 8.9 毫摩尔/升 ~ 10 毫摩尔/升(160 毫克/分升 ~ 180 毫克/分升)，身高 165 厘米。已退休，从事半日办公室工作及四口之家的家务，每天散步、练太极拳活动 1 小时，实际体重 63 千克。该例不属肥胖，按活动性质算轻体力，每天所需总热量等于 60 (标准体重) $\times 125.6$ (每日每千克体重所需热量) $= 7536$ 千焦。碳水化合物 $= 7536 \times 0.6$ (碳水化合物占总热量

比例) $\div 16.72$ (每克碳水化合物所产热量) = 270 克; 蛋白质 = 60 (标准体重) $\times 1.0$ (每千克体重所需蛋白质) = 60 克; 脂肪 = 7536×0.25 (脂肪所占总热量的比例) $\div 37.62$ (每克脂肪所产热量) = 50 克。该例患者每日所需粮食(谷物) 270 克, 蛋白质 60 克, 脂肪 50 克。

(3) 根据上述食物成分换算成食品, 制成食谱, 按比例分配到各餐中。根据我国人饮食习惯及血糖节律按如下比例分配较为合理, 早餐占 $1/5$, 午、晚餐各占 $2/5$ 。

2. 以控制主食(粮食)为主的简化估算法。

此法较简便易行, 亦能达到饮食治疗的目的。基本要点是: 休息病人每日粮食控制在 200 克 ~ 250 克 (提供 3014 千焦 ~ 3768 千焦热量), 轻劳动者每天给粮食 250 克 ~ 300 克 (3768 千焦 ~ 4522 千焦), 副食品每天给予蔬菜交换单位 1 份 (含糖量 $< 3\%$ 的蔬菜 500 克 ~ 750 克, 约 335 千焦 = , 豆、肉食品交换单位 3 份 (约 1005 千焦), 牛奶交换单位 1 份 (约 712 千焦), 植物油交换单位二三份 (670 千焦 ~ 1005 千焦), 每日水果交换单位 1 份 (约 377 千焦)。如果 1 位 60 千克 ~ 65 千克标准体重的轻体力劳动者, 每天所需总热量 7536 千焦 ~ 7955 千焦, 可给粮食 300 克 (6 份粮食交换单位, 4522 千焦), 蛋白质 60 克 (3 份豆、肉食品交换单位, 1005 千焦, 再加粮食、牛奶中所含蛋白质即足够), 脂肪 50 克 (给植物油 30 克, 牛奶交换单位 1 份 1884 千焦); 再配以适量蔬菜水果。按照上述食物分配原则, 参照以下六个表, 根据自己饮食习惯, 即可配制出适合自己的食谱。

各类食品每份交换单位所含营养成分

食品交换单位	份数	重量(克)	蛋白质(克)	脂肪(克)	糖类(克)	热量(千焦)
粮食	1	50	4	1	38	754
牛奶	1	250	8	10	12	712
豆肉类	1	50	9	5		335
蔬菜						
(含糖	1	500 ~	5		15	335
1% ~ 3%)	1	750				
(含糖 4%)	1	250 ~	1		21	377
水果	1	350		9		335
脂肪		200				
		9				

每份粮食交换单位(供热量 754 千焦)食品相当量(克)

食品	相当量	食品	相当量
大米	50	窝窝头	120
面粉	50	咸面包	75
生面条	60	苏打饼干	50
烙饼	70	绿(赤)豆	75
馒头	75	粉条(皮)	40
烧饼	70	土豆(食部)	250
荞麦面	50	山药(食部)	250
小米	50	高粱米	50

每份豆、肉食品交换单位(供热量 335 千焦)相当量(克)

食品	相当量	食品	相当量
瘦牛、羊、猪、鸡、鸭肉	50	北豆腐	100
肥瘦猪、牛、羊肉	25	豆腐干	50
鱼、虾肉	50	豆腐丝	50
瘦香肠	20	油豆腐	50
鸡蛋(1个)	55	腐竹	50
南豆腐	125	黄豆芽	75

每份牛奶交换单位(供热量 712 千焦)食品相当量(克)

食品	相当量	食品	相当量
全奶	250 毫升	蒸发淡奶	125 克
酸奶(全奶制)	250 毫升	豆腐粉	40 克
奶酪(全奶制)	250 毫升	豆浆(豆粉冲)	300 毫升
全脱奶粉	30 克		

每份蔬菜交换单位(供热量 335 千焦)相当量(克)

含糖量 (%)	蔬菜	相当量
1~3	白菜、元白菜、菠菜、油菜、韭菜、芹菜、青笋、西红柿、冬瓜、黄瓜、茄子、丝瓜、绿豆芽、苦瓜、西葫芦、冬笋、菜花、鲜蘑、龙须菜、茭白	500~700

4 以上	柿椒、倭瓜、萝卜、胡萝卜、水发海带	350
	扁豆、鲜漠豆	250
	蒜苗	200
	鲜豌豆	100

每份水果交换单位（供热量 377 千焦）相当量（克）

果品	含糖量	相当量	果品	含糖量	相当量
苹果	13	200	鲜荔枝	13.3	200
鸭梨	9	250	葡萄（圆紫）	8.2	250
橘子	12.8	200	西瓜	4.2	500

糖尿病人应适当食用纤维食品，可改善糖、脂代谢，降低血糖和胆固醇；有利于增加腹部饱胀感，帮助减少主食；还可促进胃肠蠕动，大便通畅，减少致癌物质与肠壁的接触，使结肠癌的发病率下降。

膳食纤维是可食植物的细胞壁，由上百种各种不同的碳水化合物组成的数百种多糖。它又可分为非溶性纤维（包括纤维素、半纤维素、木质素）和可溶性纤维（包括果胶、藻胶、胍胶等）。

营养学家建议每人每天摄入纤维量为 30 克 ~ 40 克。美国人、日本人每天摄入量为 10 克 ~ 15 克，属低纤维饮食。

这也可能是他们患糖尿病、结肠癌的发病率高于我国的重要原因之一。

我国 1990 年营养调查显示,人均摄入纤维量为 26.6 克,农村高于城市。北京市调查糖尿病人摄入纤维量仅为 10 克。但纤维摄入也不宜超过每日 50 克,纤维过高会影响钙、镁、铁等阳离子吸收,引起腹胀、腹泻、甚至肠梗阻。

膳食纤维主要来源于粗杂粮、米糠、麦麸、豆类、海带、蔬菜、水果,可根据个体耐受情况,参考下表选择含纤维高的食品,配制食谱,有利于糖尿病的控制。

常用食物的纤维含量(克/100克食物)

食物名称	含量	食物名称	含量	食物名称	含量
谷类及根		胡萝卜	2.9	葡萄(鲜)	0.4
茎类	6.5	白萝卜	2.8	青梅	2.6
大麦	9.6	芹菜	1.8	番石榴	3.6
全麦粉	3.0	辣椒	8.3	柑橘	2.0
白面粉	7.0	莴苣	1.5	柠檬	5.2
燕麦片	2.4	韭菜	3.1	荔枝(鲜)	0.5
大米	44.0	洋葱	1.3	橄榄(生)	4.4
麦麸	26.7	菠菜	6.3	桃	1.4
谷糠(全	5.1	西红柿	1.5	梨	2.3
部)	2.7	黄瓜	0.4	菠萝	1.2
黑面包	2.1	南瓜	0.5	李子	2.1
白面包	2.5	蘑菇(鲜)	2.5	草莓	2.2
马铃薯	4.1	甜菜	3.1	桑椹	1.7
白薯		水果及坚		甜瓜	1.0
山药	11.9	果类	1.5	杏仁	14.3
豆类	11.7	苹果(连	2.1	栗子	6.8

大豆粉	5.2	皮)	2.0	椰子果	13.6
小扁豆	16.7	杏子	3.4	花生	8.7
豌豆(鲜)		鸭梨	1.7	核桃	5.2
豌豆(干)	2.5	香蕉	8.7		
蔬菜类	2.7	櫻桃	6.8		
茄子		红枣(干)			
卷心菜		葡萄干			

药物治疗

糖尿病人经严格正规的饮食治疗及适当加强运动观察 2 个月，若仍不能达到满意的疗效时，需加用降糖药物治疗。中老年人 Ⅱ型糖尿病患者 90% 以上经口服药物加控制饮食可以得到满意疗效，需用胰岛素治疗者，不足 10%。

1. 口服降糖药

(1) 磺脲类药物：该类药物能促进胰岛素的分泌和释放，还可减少肝脏对胰岛素的降解，增强组织胰岛素受体的敏感性，使胰岛素作用增强。

据美国统计，Ⅱ型糖尿病患者约有 20% 一开始对磺脲类药物不敏感，尔后每年以 5% ~ 10% 的速度出现继发性失效。该类药物的不良反应有：肝肾功能损害；胃肠反应，恶心、呕吐、腹痛、腹泻；过敏反应，皮疹；低血糖发生率小于 1% 等症状。

近年来，第二代磺脲类除加强了降血糖作用外，还增加了抗血小板聚集和纤维蛋白溶解作用，因而具有防治血栓的作用。目前常用的药物有下列几种：

格列本脲（优降糖）降糖作用强，约等于甲磺丁脲

(D_{860}) 的 200 倍, 服药后 30 分钟血糖开始下降, 90 分钟达高峰, 作用持续 24 小时, 每次 2.5 毫克~5 毫克, 每日 2 次, 一般服用一周以上发挥最大疗效。每片 2.5 毫克。不可与消渴丸同时服用。

吡磺环己脲(格列吡嗪, 美吡达) 降糖作用是 D_{860} 的 100 倍, 仅次于优降糖, 作用持续时间 12 小时~14 小时, 每次 5 毫克~10 毫克, 每日 2 次, 餐前 30 分钟服。每片 5 毫克。

格列齐特(甲磺吡脲, 达美康) 降糖作用是 D_{860} 的 10 倍。空腹血糖 > 11.2 毫摩尔/升者疗效差。每次 40 毫克~80 毫克, 每日 2 次。每片 80 毫克。

甲磺二丙脲(克糖利) 降糖作用是 D_{860} 的 40 倍, 作用缓和, 每日 12.5 毫克~75 毫克, 一次服。每片 12.5 或 5 毫克。

格列喹酮(糖肾平, 糖适平) 降糖作用相当于 D_{860} 10 倍~20 倍, 作用 5 小时~7 小时, 属短效制剂, 几乎不产生低血糖的副作用。开始 15 毫克, 早餐一次服, 每日递增 15 毫克, 超过 30 毫克, 分二三次服, 每日最大用量为 180 毫克。每片 30 毫克。

(2) 双胍类药物: 该类药物的作用主要是增加组织无氧糖酵解, 促进组织对葡萄糖的摄取和利用及抑制糖原异生而降低血糖。单用双胍类可降低空腹血糖 20%, 不降低正常血糖, 因而很少出现低血糖。该类药物的作用可以促进乳酸产生, 故容易引起乳酸血症。降糖片较降糖灵的危险性少, 仅为后者的 1/20。该类药与磺脲类合用, 可显著提高疗效, 但两者均相

应减量。

甲福明（二甲双胍，降糖片）每片 0.25 克，口服，每次 1 片，每日 3 次，每日最大量可用至 1.5 克。胃肠反应较降糖灵轻，前者仅为后者的 1/5。重症糖尿病、肝肾功能不全者禁用。

苯乙福明（苯益双胍，降糖灵）可以增强组织对胰岛素的敏感性，对有胰岛素抵抗者更为适宜，与胰岛素合用，可提高疗效。该药可抑制食欲，降低体重，对肥胖者更为适用。副作用主要是胃肠反应，恶心、口干、腹泻、腹胀发生率高达 65%；用量大时可引起乳酸中毒，使死亡率大大上升，因而肝肾功能不全者禁用，中老年人慎用。每片 25 毫克，每次 1 至 2 片，一日 3 次，口服。

（3）拜糖片（阿卡波糖，Acarbose）是近年来推出的新型降糖药，是一种 α -葡萄糖苷酶抑制剂。阻止肠道中多糖的吸收利用，可明显降低餐后血糖，也不引起低血糖，其有效率为 50% ~ 60%。副作用主要是腹胀、腹泻、腹痛及吸收不良等。口服每次 50 毫克 ~ 100 毫克，每日 3 次，饭前服。每片 50 或 100 毫克。

（4）其他降糖药

芬氟拉明，本品为减肥降糖药，可抑制食欲，减少肠道脂肪的吸收、合成，加速葡萄糖的利用。用法：第 1、2 周每次 20 毫克，每日二三次；第 3 周后，每次 20 毫克，每日 3 次，口服。用药 4 周后逐渐减量，8 至 12 周为一疗程，连续用药不超过 6 个月。用药时间过长可产生耐药性及依赖心理。副作用有嗜睡、口干、恶心、腹痛、腹泻。

月见草油乳，每次 10 毫升，每日 3 次。

天花粉，每次 5 毫克，每日 3 次，生食。

桑白皮，每日生药 50 克，水煎成 100 毫升，分 3 次服。

消渴丸，含北芪 5%，生地 15%，花粉 24%；每丸含优降糖 0.25 毫克，每次 5 丸~10 丸，每日二三次。

2. 中医中药，辨证施治，最常用的中药有：人参、葛根、玄参、地黄、栝楼、泽泻、门冬、黄连等。

3. 胰岛素治疗

老年糖尿病人有 5%~10% 需用胰岛素治疗。

(1) 使用胰岛素治疗的适应证：属胰岛素依赖性(型)糖尿病；非胰岛素依赖性(型)糖尿病明显消瘦者；急性感染、创伤、大手术、乳酸性或酮症酸中毒、高渗非酮症昏迷；严重的心、脑、肾等并发症，如糖尿病患者发生急性心肌梗死、脑梗塞、肾功能衰竭时；口服降糖药无效，即降糖药用至足量后，空腹血糖仍大于 11.1 毫摩尔/升(200 毫克/分升)者或有禁忌证，如药物过敏、肝肾功能不良者。

(2) 胰岛素的选择：一般初始先选用普通胰岛素(RI)，若病情并非紧急，先从小剂量开始，每天给 20 单位~24 单位(相当于正常人每天分泌量的 50%)，分配到三餐前 15 分钟，皮下注射，早餐前多些，晚餐前次之。如早餐前 10 单位，午餐前 6 单位，晚餐前 8 单位。每隔 3 天~5 天，根据血、尿糖检验结果，调整一次剂量，一般调整范围为 2 单位~8 单位。待病情稳定后，改用中效(低精蛋白锌胰岛素，NPH)或普通加长效(鱼精蛋白锌胰岛素，PZI)的混合胰岛素，每

天注射两次，早餐前给 2/3，晚餐前给 1/3。常用的混合胰岛素比例（普通 长效）可为 2 : 1 或 3 : 1 或 4 : 1。普通胰岛素比例越高，作用越快，持续作用时间越短。一般多采用 3 : 1，其作用时间接近中效胰岛素。若病情稳定，胰岛素逐渐减至每日用量 20 单位以下时，可以考虑停用胰岛素，改为口服降糖药。

（3）胰岛素的副作用：低血糖反应：出现饥饿、出汗、心悸，甚至昏迷。中老年人糖尿病治疗目标，宁愿让血糖保持稍高水平（空腹 140 毫克/分升 ~ 160 毫克/分升），也不要发生低血糖，因为低血糖对中老年人有致命的危险。过敏反应，局部红肿、痒、荨麻疹、呼吸困难、虚脱。注射部位皮肤表面凹陷，与脂肪萎缩有关。注射部位应经常轮换，一周内不要在一个部位重复。抗药性，极少数人在长期应用胰岛素时，疗效渐退，剂量越来越大。当每日用量超过 200 单位时，则肯定有抗药性，应改用口服降糖药或换用胰岛素型号。

防治措施

1. 正确认识疾病，端正对疾病的态度

糖尿病是一种慢性、进行性、终身性疾病，是许多致命疾病如高血压、心脑血管疾病的基础疾病。若不注意，有的病人进展很快，数年即可致残（盲瞎、偏瘫）致死（心肌梗死、脑出血、肾功能衰竭）。但该病又是可以预防和治疗的，多数病人经过正规治疗，血糖可以基本控制在正常范围，终身不出现严重并发症，寿命并不因此病而缩短。其关键就在于正确的认识和对待疾病。

对该病既不能顾虑重重，闷闷不乐，乱投医，乱吃药；又不能满不在乎，不检查，不治疗，听之任之。这两种态度都不利于疾病的康复。对该病正确的态度是，自己积极主动参加糖尿病防治教育，认真学习，从生活点滴严格做起，如饮食要一口一口的节制，运动要一步一步的做起，心理情绪要事事处处自我控制，自我调整，这是任何人不能代替的。然后在医生的指导下进行长期不间断的正规治疗，多数病人的预后是好的。

2. 严格控制饮食，学会计算热量。控制饮食是糖尿病四大（限制饮食、加强运动、调整心理情绪、药物治疗）基本的防治措施之一，其重要性不亚于药物。如果不限制饮食，光凭用药是达不到治疗效果的。控制饮食一是要有“虎口夺食”的精神和决心，二是要讲科学，熟记各种食物的热量。经过计算，制定适合自己的食谱（请参考本节第七个问答）进行严格限量，多一口甚至多半口也不吃，多吃些热量低而又能填饱肚子的食品如大白菜炖豆腐、稀粥、清水煮蔬菜再放少许调料等。

3. 制一个科学的生活制度和运动锻炼的计划。每天几点起床、睡觉，几时吃饭（上、下相差不超过5分钟），每天运动要坚持不少于1小时。制定出计划要自觉执行，或与老伴相互监督，相伴而行，随着病情和体力情况变化，不断修改。

4. 自我监测，判断病情，自我调整治疗。糖尿病是个终身性疾病，而且病情随着每天的进食、运动、情绪不断变化。根据这种变化的随机调整治疗，仅靠每周或每月看一次医生是远远不够的，必须要求病人作到“久病成良医”。自己观察

病情，自己准确的调整治疗，将空腹血糖控制在 7.2 毫摩尔/升（130 毫克/分升）左右，尿糖 24 小时不超过 5 克。

学会自我监测尿糖。检查尿糖有两种方法，一种为试纸法；另一种为斑氏试剂法。现多用试纸法，较简便易行。将试纸条放入尿液中浸透，取出在 1 分钟内观看试纸条颜色改变，并与标准颜色板比较，即可得出结果。若试纸为蓝色，说明尿中无糖（-），绿色为（+），黄绿色为（++），橘黄色为（+++），砖红色为（++++）。根据以上结果可粗略估计尿中含糖量和血糖相应值：尿糖定性（+），尿含糖量约为 0.5 克%，血糖约为 11.1 毫摩尔/升（200 毫克/分升）；（++）尿糖约为 1 克%，血糖约为 13.9 毫摩尔/升（250 毫克/分升）；（+++）尿糖约为 1.5 克%，血糖 16.7 毫摩尔/升（300 毫克/分升）；（++++）尿糖约 > 2 克%，血糖 > 19.4 毫摩尔/升（350 毫克/分升）。根据以上估计含糖量的百分数再记录 24 小时尿总量，即可计算出每 24 小时尿糖总量。

若 24 小时尿糖总量控制在 5 克以下为良好；5 克 ~ 15 克为中等；大于 15 克为控制不满意。

为了更细致观察 24 小时血糖和尿糖的变化规律，常留四段尿检查：即早饭后到午饭前为第一段尿；午饭后到晚饭前为第二段；晚饭后到睡前为第三段；睡觉后到第二天早饭前为第四段。将四段尿分别作尿糖定性，对指导每餐前用药，尤其对指导胰岛素的用量有重要意义。病情不稳定时，需每天查，若病情稳定，可酌情每周查一二次。

根据尿糖检测情况，可指导用药剂量的调整。尿糖个（+）给胰岛素 4 单位或 24 小时尿糖总量（克）除 2，即每 2 克尿

糖给 1 单位胰岛素。

中老年人肾糖阈随增龄而升高，而尿糖检测往往不能反映真实病情，尿糖虽阴性或阳性，但血糖可能已很高了。因此，1995 年国际糖尿病联盟（IDF）已将血糖监测列为糖尿病治疗的五大要素（限食、运动、药物、血糖、教育）之一。即使在病情稳定时亦应定期（每一二周，至少每一二月）检测一次血糖，以监视病情变化及药物疗效。空腹血糖控制在 7.2 毫摩尔/升（130 毫克/分升）左右，餐后 2 小时血糖控制在 8.3 毫摩尔/升（150 毫克/分升）左右为良好；空腹血糖控制在小于 8.3 毫摩尔/升（180 毫克/分升）为尚好；空腹血糖控制在小于 10 毫摩尔/升（180 毫克/分升），餐后 2 小时血糖小于 11.1 毫摩尔/升（200 毫克/分升）为一般；若达不到上述标准者为差。糖化血红蛋白（HbA_{1c}）可以反映二三个月前的平均血糖水平，对估计 2 个月来平均血糖控制水平及判断病情有重要参考价值。正常人 < 5.6%；若小于 7% 为良好，7% ~ 9% 为中等，大于 9% 为差。也可以用糖化血红蛋白百分点乘以 1.4（常数）求出相当于 2 个月前的平均血糖水平（毫摩尔/升）。如患者糖化血红蛋白为 10%，则平均血糖为 $10 \times 1.4 = 14$ 毫摩尔/升（252 毫克/分升）。

血糖浓度的新旧单位的换算

以往血糖浓度是以毫克/分升（mg/dl）表示，已用了 200 多年，大多数老年医生和老病人均习惯用此值。现在国际上通用新的换法定单位制，用毫摩尔/升（mmol/L）表示。两者换算系数是 0.056，即 1 毫克/分升相当于 0.056 毫摩尔/升。其计算公式如下：旧制单位（毫克/分升） $\times 0.056 =$ 法定单

位(毫摩尔/升);法定单位(毫摩尔/升)÷0.056=旧制单位(毫克/分升)。下表便是二者换算值列表,供读者查阅。

血糖新旧单位数值换算表

旧制单位 毫克/分升 (mg/dl)	法定单位 毫摩尔升 (mmol/L)	旧制单位 毫克/分升 (mg/dl)	法定单位 毫摩尔升 (mmol/L)	旧制单位 毫克/分升 (mg/dl)	法定单位 毫摩尔升 (mmol/L)
10	0.56	350	19.43	690	38.30
20	1.11	360	19.98	700	38.85
30	1.67	370	20.54	710	39.41
40	2.22	380	21.09	720	39.96
50	2.78	390	21.56	730	40.52
60	3.33	400	22.20	740	41.07
70	3.89	410	22.76	750	41.63
80	4.44	420	23.31	760	42.18
90	5.00	430	23.87	770	42.74
100	5.55	440	24.42	780	43.29
110	6.11	450	24.98	790	43.85
120	6.66	460	25.53	800	44.40
130	7.22	470	26.09	810	44.96
140	7.77	480	26.64	820	45.51
150	8.33	490	27.20	830	46.07
160	8.88	500	27.75	840	46.62
170	9.44	510	28.31	850	47.18
180	9.99	520	28.86	860	47.73
190	10.55	530	29.42	870	48.29
200	11.10	540	29.97	880	48.84
210	11.66	550	30.53	890	49.40
220	12.21	560	31.08	900	49.50

230	12.77	570	31.64	910	50.51
240	13.32	580	32.19	920	51.06
250	13.88	590	32.75	930	51.62
260	14.43	600	33.30	940	52.17
270	14.99	610	33.86	950	52.73
280	15.54	620	34.41	960	53.28
290	16.10	630	34.97	970	53.84
300	16.65	640	35.52	980	54.39
310	17.21	650	36.08	990	54.95
320	17.76	660	36.63	1000	55.50
330	18.32	670	37.19		
340	18.87	680	37.74		

四、甲状腺功能亢进

甲状腺功能亢进（简称甲亢）是由甲状腺分泌过多的甲状腺素所致的一种疾病。该病在中老年人中患病率为0.5%~2.3%，占全部甲亢患者的10%~17%，可见甲亢也是中老年人中的常见病。该病的病因尚不十分清楚，目前大多数学者认为可能是由于中老年人免疫调节能力缺陷引起的一种自身免疫反应性疾病。另外，遗传基因、精神创伤及情绪紧张、抑郁也是重要的发病诱因。

症状

1. 中老年人甲亢症状多不典型，约有1/3无任何症状，往往是在体检或检查其他疾病时被意外发现，容易被漏诊或误诊，病程较长，有的数年之后才确诊，中老年人甲亢误诊

率高达 50% 以上。

2. 严重消瘦、食欲不振、厌食、乏力、精神不振，医学上称为“恶液质型”多见，可占老年甲亢的 30%~40%。此种表现者在一般成年人甲亢中很少见，往往被疑为消化道肿瘤而长期不能确诊。

3. 以精神情绪淡漠为主要表现者，占中老年人甲亢的 1/5。这在成年人甲亢中极少见，成年人甲亢与此相反，多表现精神紧张，情绪激动、烦躁。

4. 心血管系统表现突出，中老年人甲亢病人中约有 1/5 并发心绞痛；1/2 并发心房纤颤，比成年人甲亢者高 8 倍；1/3 具有不同程度的心力衰竭；此外各种早搏、房室传导阻滞、心电图 ST 段及 T 波改变等也是很常见的，故有“老年甲亢心脏病”之称。

5. “突眼”征少见，只占中老年人甲亢的 10% 左右；而成年人甲亢，该征高达 50%。

6. 甲状腺不肿大的多见，约占 50%。成年人甲亢 90% 呈弥漫性肿大，结节性肿大只占 10%；中老年人甲亢结节性肿大增多，可占 50%。

7. 老年甲亢者并发高血压、糖尿病、甲亢性肌病，如重症肌无力、抽筋、眼肌麻痹等较成年人甲亢者多见。

防治措施

1. 生活平静规律，避免精神紧张，注意休息及劳逸结合，稳定精神情绪。

2. 避免使用或慎用易诱发甲亢的药物，如胺碘酮、碘油造影剂等。若长期服用胺碘酮者应定期复查血 T_3 、 T_4 、TSH，

以监测甲状腺功能。

3. 对突然消瘦、心房纤颤、精神淡漠、情绪抑郁的中老年人，应想到甲亢，并作必要的有关检查，以早期发现，早期治疗。

4. 中老年人甲亢明确诊断后，应立即休息，补充足够的热量和高营养物质，纠正高代谢所造成的全身消耗。

5. 抗甲状腺药物治疗

(1) 他巴唑，口服，每次 10 毫克，每日 3 次，服用 1 至 1 个半月后开始减量，逐渐减至 5 毫克，每日 1 至 3 次，至第 6 个月，再逐渐减至每日 1.25 毫克~2.5 毫克，维持至 1 年半。

(2) 丙基硫氧嘧啶，口服，每次 100 毫克（2 片），每日二三次，服用 1 至 1 个半月后，开始逐渐减量，至第 6 个月减至每日 50 毫克~100 毫克。再逐渐减至每日 12.5 毫克~25 毫克，维持至 1 年半。

用抗甲状腺药物治疗，需 2 周~4 周后才能起效，病人要有耐心，该病的药物治疗比较方便、安全、有效，但需要较长时间维持治疗，一般 1 疗程为 1 年半，中途不能随便停药，否则，很易复发。服用该类药物期间，需经常复查白细胞，开始每周检查一次，连续 2 次正常以后，每 2 周查一次，连续 2 次正常之后，可每一二个月查一次，防止粒细胞减少。若心率 > 100 次/分时，可加服 受体阻滞剂如心得安、氨酰心安等。

6. 放射性同位素治疗，对药物治疗无效或反复发作者，高龄或身体条件不允许手术者。此法较简便、安全、有效。

其缺点是随访时间越长，发现甲状腺功能减退者越多，治疗后 10 年甲低者可高达 40%~70%。

7. 外科甲状腺次全切除手术。该疗法适用于：

- (1) 甲状腺肿大明显者；
- (2) 结节性甲状腺肿或毒性腺瘤；
- (3) 不能耐受甲状腺药物治疗者；
- (4) 没有条件用放射性 ^{131}I (碘) 治疗者。

五、甲状腺功能减退

甲状腺功能减退（简称甲减）是由于甲状腺素合成及分泌减少，使全身代谢率降低所引起的临床综合征。中老年人患甲减较甲亢者多见，女多于男，中老年人患病率为 4% 左右。其病因多是由于自身免疫性甲状腺炎引起，部分病人是由于甲亢经手术切除或 ^{131}I 放射性治疗后引起的继发后遗症。

症状

中老年人甲减发病隐匿，进展缓慢，临床症状往往不典型，容易被误诊、漏诊。据报道，靠临床表现明确诊断者，只占甲减总人数的 13%~24%，有 30% 左右的患者可毫无甲减的症状。有的仅表现轻微乏力、食欲减退、嗜睡、周身发胀等非特异性症状。

甲减的典型临床表现主要有：

1. 全身状况及特别面容。病人乏力，体温低，嗜睡，动作迟缓，反应迟钝，面色苍白、蜡黄，眉毛脱落，面容虚肿，

尤以眼眶周围明显，下眼睑呈袋状下垂，鼻唇增厚，舌大，声音低沉，吐字不清，面部表情“淡漠”、“呆板”，甚至呈“白痴”状态，皮肤干燥、粗糙，头发稀疏，上下肢常呈非凹陷性水肿，医学上称为“粘液性水肿”，体重常增加。

2. 心血管系统表现为心动过缓、心音减弱、血压偏低、心脏扩大，甚至心包积液。

3. 神经精神系统可有眩晕、耳鸣、耳聋、运动障碍、共济失调、精神失常、痴呆、甚至昏迷。

4. 胃肠系统可表现为食欲减退、腹胀、便秘，甚至出现腹水。可因消化吸收营养不良而继发贫血。

5. 肌肉关节可出现疼痛、强直，甚至关节腔积液。

6. 对怀疑有甲减的病人，应进行甲状腺功能检查，如检查血清的 T_3 、 T_4 、 FT_3 、 FT_4 及促甲状腺激素 (TSH)，甲状腺吸 ^{131}I 率等。桥本氏甲状腺炎是甲减的常见病因，检测甲状腺球蛋白抗体 (TGA) 及甲状腺微粒体抗体 (TMA) 有助于甲减的诊断。

自我治疗

1. 中老年人要注意适当运动、营养，不断提高身体抵抗力，避免着凉、感冒及其他感染，以免引起机体免疫功能紊乱，导致慢性免疫性甲状腺炎。

2. 中老年人甲亢时治疗要小心，不要矫枉过正，留下甲减的后遗症。

3. 中老年人要慎重应用影响甲状腺功能的药物，如胺碘酮等。必须应用者须经常检查甲状腺功能，并注意甲减的一些早期临床表现。

4. 甲状腺激素的替代治疗, 开始要用小剂量, 视病情逐渐加量, 多数需终身治疗, 不可随意停药。可给甲状腺片, 开始每日给 10 毫克, 每周递增 10 毫克, 可增至每日 80 毫克~120 毫克, 分二三次服用, 直至症状改善及 TSH、FT₃、FT₄ 接近正常水平后, 逐渐减至每日 30 毫克~40 毫克, 长期维持。若有心悸、烦躁、多汗, 可酌情减量或暂停。L-甲状腺素的疗效也很好, 每日 100 微克~200 微克。

5. 对症治疗, 如胃酸缺乏, 食欲不佳者, 可用胃蛋白酶合剂 10 毫升~15 毫升, 每日 3 次, 饭前服。贫血者可补充铁剂、B₁₂、叶酸、肝制剂等。

6. 中医中药, 以助阳、温肾、补气为治则, 主药有黄芪、党参、仙灵脾、仙茅、补骨脂等。

五、痛风

痛风是一种嘌呤代谢障碍的疾病, 痛风发病高峰年龄在 40 岁~50 岁。国内调查, 中老年人痛风患病率为 1.3%, 高尿酸血症为 17.4%, 50 岁以后占发病总数的 63%, 女性绝经后发病为绝经前的 4 倍。

嘌呤是组成人体蛋白质的重要成分, 人体嘌呤来源食物和体内合成。嘌呤在体内最后分解成尿酸, 大部分经肾脏从尿中排泄。正常人血液中尿酸为 149 微摩尔/升~416 微摩尔/升 (2.5 毫克/分升~7.0 毫克/分升)。当体内嘌呤代谢障碍时, 尿酸生成过多, 或肾脏排泄尿酸减少时, 血中尿酸升高, 进而在软骨、滑膜囊、关节周围析出结晶, 形成结石, 刺激关

节发生急性炎症，称为痛风性关节炎。

最常侵犯的部位是脚大拇趾的跖趾关节，也可侵犯踝、膝、肘等关节。发病很急，一天内达高潮，局部红肿，剧痛不能行走，局部压痛明显。有的还可出现全身症状，如发热、畏寒、头痛。一般病程 7 天~10 天，可自行缓解；一般每次只侵犯 1~2 个关节，可反复发作，使关节畸形。X 光拍片，可出现特异性“穿凿”样骨缺损。尿酸沉积于肾脏可引起蛋白尿、肾结石、肾绞痛、血尿及肾功能不全。

防治措施

1. 中老年人要少吃或不吃含嘌呤多的食物(参见下表)，如动物内脏、脑髓、野禽的瘦肉、鱼类、鱼籽、火腿、咸鱼、菌类、豆类、花生米、啤酒、发酵饮料等，不要暴食、暴饮，忌烟酒。为保证优质蛋白，可选用含嘌呤较低的牛奶、鸡蛋等。亦可将含嘌呤高的鱼和肉用水浸泡及煮沸后弃汤食肉，可减少 50% 嘌呤。蛋白质亦应适当的限制，按每千克体重限制在 0.8 克~1.0 克，因为蛋白质可增加内生性尿酸的生成。

各种食物嘌呤含量表（每百克食品）

含微量嘌呤	奶类、奶酪、蛋类、水果类、蔬菜类（除下列含量多的以外）；精制谷类、可可、咖啡、茶、果汁饮料、苹果、梨、葡萄、橙、蜂蜜、大米、小米、面粉、土豆
含中量嘌呤 （最高达 75 毫克）	龙须菜、菜豆、蘑菇、菠菜、鲜豌豆、麦片、花生米、鸡肉、羊肉、鲱鱼、鲑鱼、牛肚、白鱼、金枪鱼、鲱鱼、螃蟹、龙虾等

含嘌呤 75 毫克~150 毫克	牛肉、牛舌、猪肉、绵羊肉、火鸡、鸭、鹅、野鸭、鹌鹑、鲤鱼、大比目鱼、鸡汤、干豆类、干豌豆
含嘌呤 150 毫克~1000 毫克	牛腰、牛羊肝、牛羊胰、沙丁鱼、凤尾鱼、鱼籽、浓肉汁

2. 肥胖者应减肥。肥胖是痛风的易患因素，要减少碳水化合物及精制糖摄入，因为碳水化合物可增强机体对嘌呤的敏感性。对肥胖痛风患者每周安排一两天简易食疗，不吃主食，仅次 1500 克苹果或黄瓜代主食，加一二只鸡蛋，分四五次食用，可有利于嘌呤的代谢，也有利于痛风的缓解和痊愈。

3. 高尿酸血症患者，应严格限制食入含嘌呤高的食品，必要时可服用别嘌醇或丙磺舒以加强尿酸的排泄。还可适当增加维生素 C 和 B₁ 的摄入，可促进组织内尿酸盐的溶解，适当多饮水以利于尿酸的排泄。急性痛风时应保持每日尿量在 2000 毫升以上。

4. 限制刺激性食品的摄入，少用或不用浓茶、咖啡、辣椒、大蒜、含酒精饮料等，因为它们均可增加机体对嘌呤的敏感性。慎用利尿剂、双氢克尿塞、速尿及水杨酸等，该类药物可以诱发痛风。

5. 急性痛风发作时应卧床休息。

6. 抗痛风、消炎药物治疗。

(1) 秋水仙碱，本品可减轻炎症反应，有止痛作用，但不降低血中尿酸。急性痛风发作时，首次给 1 毫克，以后每 2 小时服 0.5 毫克，直至剧痛缓解。总量不超过 6 毫克/日，

然后以每日 0.5 毫克维持。常见副作用有恶心、呕吐、腹泻、腹痛、粒细胞减少。

(2) 别嘌醇, 本品防止尿酸合成, 有助于痛风结石溶解, 适用于慢性痛风, 预防痛风急性发作, 对急性痛风发作无效。口服每次 0.1 克~0.2 克, 每日二三次。服用 3 至 6 个月, 注意复查肝、肾功能及白细胞。该药可引起白细胞减少, 对胃肠道有一定刺激。

(3) 丙磺舒, 可促进尿酸的排泄, 适用于高尿酸血症伴痛风, 可防止痛风急性发作, 对痛风急性发作无效。口服, 开始每次 0.25 克, 每日 2 次, 1 周后增至每次 0.5 克, 每日 2 次~4 次, 服用 3~6 个月。副作用有胃肠反应, 如恶心、呕吐、厌食, 偶见皮疹、呼吸困难及粒细胞减少、再生障碍性贫血、肝肾功能损害。

(4) 消炎痛, 消炎、止痛, 对急性痛风有效。口服, 每次 50 毫克, 每日 3 次。副作用有头痛、眩晕、恶心、呕吐、腹痛、胃出血、粒细胞减少、再生障碍性贫血、肝肾功能损害。

第五章 呼吸系统疾病

一、流行性感冒

流行性感冒（简称流感）是由流感病毒通过空气飞沫传播的传染性很强的急性呼吸道疾病，其发病率高，在传染病中居首位。潜伏期为 1~3 天，发病二三天内传染性最强，一般二三年发生一次局部地区小流行，10 年~15 年发生一次大流行，可波及全球。流行季节多为冬春季。

症状

中老年人是流感的易感人群，易受传染，全身反应重，如头痛、发热、畏寒、乏力、全身酸痛、食欲减退，少数人可有腹痛、腹泻、恶心、呕吐等；局部上呼吸道反应有鼻塞、流涕、咽痛、咳嗽、声音嘶哑。

中老年人流感合并肺部感染者可高达 22%~33%，有的还可诱发呼吸循环衰竭，病死率较高。若未合并细菌感染时，一向白细胞计数正常或减少，淋巴细胞数相对增高。

防治措施

1. 流感的预防

(1) 在流行季节中老年人要注意保暖，避免着凉，少去

公共场所以免受传染。

(2) 家中若有流感病人应及时采取隔离措施,与老人脱离接触。

(3) 室内要注意通风,保持空气新鲜,阳光充足,流感流行期间室内可用陈醋熏蒸,按每立方米空间 5 毫升/小时,可达消毒目的。

(4) 在流行季节前 1 至 3 个月内接种流感减毒活疫苗,双侧鼻腔各滴 0.25 毫升,约有 5% 的人出现发热及上呼吸道感染的症状,可维持免疫效果半年。

(5) 接种流感活疫苗,其副作用较少。基础免疫为皮下注射两次,每次 1.0 毫升,间隔 6~8 周,以后每年加强一次,约有 70% 的人可获得 3 至 6 个月的免疫效果。

(6) 给予金刚烷胺,100 毫克,2 次/日,连续 1 至 2 周,对预防甲型流感病毒有一定效果。在流行期间还可适当选用干扰素诱导剂、免疫增强剂,对年老体衰并有慢性支气管炎的病人可能有一定的辅助预防作用。

2. 流感的治疗

(1) 隔离一周,卧床休息,由于中老年人高热容易出现脱水、意识模糊等症状,应加强监护,注意补充足够的水分。有条件最好住院治疗。

(2) 对症治疗。高热者首选冰袋、酒精擦浴等物理降温,服用解热镇痛剂如索密痛、撒利痛、APC 等,量要小,可从 1/4 片~1/2 片开始,以免大量出汗导致虚脱。

(3) 抗病毒治疗。可用金刚烷胺或甲基金刚烷胺,0.1 克,每日 2 次~3 次。三氮唑核苷 5 毫克/毫升,滴鼻或雾化

吸入，每日3次，口服效果差。

(4) 中医中药治疗。可给予羚翘解毒丸、板蓝根冲剂、感冒清热冲剂等。

(5) 若合并细菌感染，应及早合理选用抗菌药。

(6) 要注意心衰、呼衰、高血压、糖尿病等合并症及并存病的观察和处理，避免多器官衰竭的发生。

二、老年肺炎

肺炎是中老年人常见病、多发病，也是中老年人重要的死亡病因。在肺炎死亡者中，中老年人占70%以上。80岁以上的高龄老人肺炎占死因的第一或第二位。因此，加强对肺炎的防治是促进中老年人健康长寿的重要措施。

症状

1. 中老年人肺炎症状常不典型：体温不高，约有40%病例只有低热；消化道症状明显，可表现恶心、呕吐、腹痛，老年肺炎有消化道症状者可占60%以上；精神症状者常见，如表现精神淡漠、萎靡不振、谵妄、精神异常、意识模糊等；白细胞总数不高，约有50%中老年人肺炎白细胞总数在正常范围之内，但中性粒细胞百分数往往升高，大于70%以上。

2. 并发症多，中老年人往往多病缠身，一旦患肺炎很可能引起连锁反应，如使原心脏病加重，易并发心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭；使原糖尿病加重，出现酮体酸中毒、糖尿病昏迷；感染不易控制，可发展为菌血症、败血症、中毒性休克；原有慢性支气管炎、肺气肿患者，很易诱

发呼吸衰竭。

3. 病情严重, 预后较差。高龄老人(80岁以上)肺炎病死率可高达40%以上。一般对抗菌消炎药物的反应不敏感, 病程迁延, 疗效不显著。

4. 吸入性肺炎多见, 尤其更多见于原患脑血栓、脑出血、帕金森病、老年期抑郁症、老年痴呆、食管癌、气管切开、气管插管、鼻饲患者, 很易患吸入性肺炎, 频繁发作, 且多数没有明显的食物、呕吐物或呛咳等误吸史, 而是不知不觉地将口腔内容物、食物等误吸入气管。此类病人以厌氧菌感染为主, 占80%以上, 临床诊治多数(60%~80%)按般细菌给予青霉素、头孢菌素等误诊、误治, 因而疗效不理想。

防治措施

1. 加强对上感、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病的防治。

2. 早期诊断, 早期治疗。中老年人肺炎, 临床表现往往不典型, 肺内症状如咳嗽、咳痰不多, 发热不高, 而以神经、消化、泌尿系统症状为首要表现, 容易误诊。

因此, 当中老年人出现食欲不振、恶心、呕吐、精神萎靡、意识模糊、尿频、尿失禁等肺外症状时, 应想到肺炎的可能, 及时照一张胸片, 以求早期诊断, 早期治疗, 这是争取获得较好疗效的关键。

3. 加强排痰, 除用中西医化痰药外, 要注意体位引流排痰, 如患右侧肺炎, 让病人向左侧卧位, 同时拍打右胸部, 振动帮助引流, 如有气管切开者, 应定时用导管帮助吸痰。一般不用强力镇咳剂如可待因、复方桔梗片等, 以免痰液滞留。祛痰药强用羧甲基半胱氨酸(化痰片), 每次0.5克, 每

日 3 次。20% 巯乙磺酸钠 3 毫升雾化吸入。舒喘灵口服每次 2 毫克~4 毫克，每日 3 至 4 次。茶碱控释片每次 1 片，每日 2 次。博利康尼、舒喘灵气雾剂，喷雾吸入，每日 3 至 4 次，可以解除支气管痉挛，改善通气，有利于排痰。

4. 吸氧：对伴有慢性支气管炎、肺气肿、高碳酸血症病人给持续低流量（0.5 升/分钟~3 升/分钟）吸氧；单纯低氧血症，即氧分压低于 8 千帕（60 毫米汞柱）者，可给高流量（> 3 升/分钟）吸氧。

5. 适当补充水分：中老年人患肺炎之后，呼吸快、出汗、发热，水分丢失增多，又由于进食少、饮水量不足，容易脱水，使痰液更加粘稠，不易咳出，影响炎症消退，应鼓励病人少量多次饮水，亦可根据病情适当静脉输液，但点滴速度宜慢，以每分钟 30 滴~50 滴为宜。

6. 合理选用抗菌药物治疗：

（1）医院外感染，多以革兰阳性细菌感染为主，轻症者首选青霉素 G 每次 80 万至 160 万单位，肌肉注射，每日 2 次。或用氧氟沙星（泰利必妥）口服，每次 0.2 克，每日 3 次。重症者应给青霉素 G400 万至 800 万单位加 5% 葡萄糖液 100 毫升静脉滴注，每日 2 次。或同时加氧哌嗪青霉素 6 克~8 克静脉滴注，每日 2 次。或用氧氟沙星每次 200 毫克~400 毫克静脉滴注，每日 2 次。

（2）医院内感染，多以革兰阴性杆菌及绿脓杆菌感染为主，应选用广谱、抗菌力强的抗菌药物。对绿脓杆菌抗菌作用最强的首选头孢噻甲羧肟（复达欣，Fortum），每次 1 克~2 克加 100 毫升生理盐水静脉滴注，每日 2 次。亦可用环丙沙

星，每次 200 毫克，静脉滴注，每日 2 次。

(3) 厌氧菌感染多见于吸入性肺炎，应首选甲硝唑(灭滴灵)，每次 200 毫克，静脉滴注，每日 2 次。或克林霉素(氯洁霉素)每次 600 毫克~900 毫克加生理盐水 100 毫升静脉点滴，每日 2 次。亦可用硫霉素(泰宁)，每次 1 克~2 克，静脉点滴，每日 2 次。本品为新型广谱强效抗生素，对厌氧、绿脓杆菌、军团菌均有较好的疗效，但价格昂贵，不宜首选。

(4) 支原体、衣原体、军团菌感染，首选红霉素，每次 0.5 克~1.0 克加 5% 葡萄糖液 500 毫升，静脉滴注，每日 2 次。亦可用白霉素每次 100 毫克~200 毫克静脉点滴，每日 2 次。

(5) 对霉菌感染可用氟康唑每次 100 毫克，口服或静脉滴注，每日 2 次。亦可用伊曲康唑每次 100 毫克~200 毫克，口服，每日 1 次。

(6) 营养支持，急性肺炎若再伴有呼吸衰竭时，病人处于高分解代谢状态，消耗明显增加，需要特别重视病人的营养支持治疗，一般热量补充应比安静时增加 50%，尤其要注意补充优质蛋白(每千克体重每日提供 1.5 克)，有利于提高病人的免疫功能及促进组织的修复。亦可用复方氨基酸每日 500 毫升静脉点滴及脂肪乳每日 250 毫升，静脉滴注。

(7) 严密监护，细心护理。中老年人肺炎，病情变化快、病死率高，可突然发生休克，窒息，心跳、呼吸停止。

因此，应密切监视血压、心律、呼吸、体温、精神、神志，痰液性状、量的变化。尽量提供一个舒适、安静、空气新鲜，温度、湿度适宜的治疗环境。限制探视，避免交叉感染。

对脑血管病后遗症、老年痴呆、帕金森病患者的饮食应特别制作成糊状，便于吞咽，避免呛咳。可适当多吃些辣的食品，以增强咽下动作的肌力及提高咳嗽反射的灵敏度。高龄老人进食时要思想集中，不要说笑，细嚼慢咽。

鼻饲病人喂食时应严格按操作规程，鼻饲前先回抽一下胃液，证实胃管是在胃内，再将病人床头抬高或取坐位，缓慢往胃管内注入流质饮食，每次入量不要太多，进食后1小时内不要平卧，尽量避免胃内容物返流至口腔，误吸入肺。

(8) 积极保护其他重要器官的功能，重视防治并发症。中老年人各重要器官，如心、脑、肺、肾、肝功能均显著减退，有的甚至处于边缘状态，当患肺炎、高热导致重要器官缺血、缺氧时，可发生心、肺功能衰竭，应用抗生素、平喘、祛痰药物时又可影响胃肠、肝、肾功能，甚至产生肾功能衰竭。

因此，中老年人肺炎的治疗，用药必须慎重，既要尽快控制肺炎，又要考虑到其他器官承受能力，不要顾此失彼，要严密监视其他重要器官功能，发现异常及早采取保护措施，严防并发症及诱发多器官功能衰竭。

三、老年肺结核

全世界老年肺结核均呈上升趋势，这可能与人口老龄化及中老年人免疫功能低下密切相关。老年肺结核的临床表现与中青年有所不同，具有其特殊性。

症状

1. 中老年人肺结核患病率高。国内调查资料 65 岁以上中老年人肺结核患病率相当于 14 岁以下者的 2.3 倍~36.9 倍。

1984 年调查,我国结核病死亡率为 38.1/10 万,25 岁以前较低,25 岁以后逐渐上升,70 岁达高峰。与 70 年代相比,我国结核病死亡率上升了近一倍。美国及其他发达国家 65 岁以上中老年人是全国人口平均患病率的 4 倍~8 倍,死亡率是 25 岁~44 岁中青年的 10 倍。

2. 症状不典型,容易误诊、漏诊。老年肺结核,约有 1/4 的患者无明显症状。有的仅表现为疲乏无力、食欲不振或精神萎靡,但缺乏午后低热、夜间盗汗、痰内带血等肺结核的典型表现。有的虽有轻微咳嗽、咳痰,又因多数中老年人患有慢性支气管炎、肺气肿等,被误认为是原有慢性支气管炎的一般症状而不去就医。X 线表现也无典型变化,中老年人肺结核多数是在早年陈旧性肺结核的基础上复发,而 X 线胸片只显示陈旧肺结核灶而看不出复发的征象,有的发现原结核病灶阴影变浓、变大,诊断为肺癌,手术切除病理证实为肺结核,这样误诊的病例在临床上并非罕见。

中老年人由于抵抗力降低,虽患了肺结核,作结核菌素皮肤试验常呈假阴性,这也是造成临床上误诊、漏诊的一个重要原因。有人报告中老年人肺结核误诊、漏诊率常达 60%~70% 以上,而接受正规抗结核治疗的只有 15% 左右。

3. 复发率高、复治病例多。复发的原因有: 中老年人抵抗力随着增龄而下降。中老年人经常有慢性呼吸系统疾病反复急性感染,如中老年人在慢性支气管炎的基础上易反复肺部感染,在肺炎的基础上诱发肺结核复发,这在临床上

是很常见的。中老年人抗结核治疗，不易长期坚持。治疗中间往往由于出现药物不良反应或其他器官疾病的干扰而中途停药，得不到彻底治疗。有报告 50 岁以上肺结核患者中复治病例占 75.4%。

4. 病情重，预后差。中老年人肺结核重型的较多见，由于中老年人免疫功能低下，又患有糖尿病、慢支、肺气肿等多种疾病，肺组织对结核菌的抵抗力很低，肺结核病灶很易融合、扩散、坏死，因而中老年人空洞型、粟粒型、多灶型肺结核多见；全身性及肺外结核如淋巴结核、肝结核、肠结核、结核性脑膜炎等亦并非罕见。中老年人结核病灶中可存有大量结核菌，痰的排菌率亦很高，痰菌的阳性率可达 60% 以上，因此，中老年人肺结核已成为社会上一个重要的传染源。

中老年人肺结核容易并发心肺功能不全、肺部感染、甚至诱发多器官功能衰竭。中老年人肺结核治疗有效率为 78.4%，比青年组 91.1% 要低得多；病死率为 14.6%，而青年组只有 2.9%。可见中老年人肺结核病情重，排菌多，正规治疗的少，疗效又不理想，是老年医学中需要认真研究的问题，也是一个值得重视的社会问题。

防治措施

1. 中老年人要注意适当运动锻炼，合理膳食结构，不要吸烟饮酒，生活规律，精神舒畅，不断增强身体抵抗力。

2. 积极防治慢性支气管炎、肺气肿、矽肺等慢性肺部疾病。每年要进行一二次 X 线胸片检查。

3. 中老年人及其家属发现活动的肺结核应立即进行隔

离。养成不随地吐痰的习惯。室内要注意通风并经常进行空气消毒，如用 0.5% 过氧乙酸室内喷雾，每立方米空间 30 毫升。

4. 一旦发现中老年人有活动性肺结核，应抓紧治疗，并坚持全程正规治疗，按时服药，按疗程服药，无特殊情况，不能随便减药、停药。因为结核菌是一个很顽固的细菌，服药 2 至 3 个月不可能把它彻底杀死，中途停药，它会很快复活。

5. 联合用药：近年来抗结核研究证明，合理的联合应用几种抗结核药物，可提高疗效，减少药物的耐药性及副作用。

目前推荐应用的是 6 个月联合化疗的标准方案。化疗分两个阶段进行：第一阶段为强化阶段，时间约 2 个月，用异烟肼（H）、利福平（R）、吡嗪酰胺（Z），亦称 HRZ 方案。第二阶段，时间约 4 个月，总疗程为 6 个月。第二阶段减掉吡嗪酰胺，只用异烟肼和利福平两种药，亦称 RH 方案。各种药物具体用量应根据病人的年龄、体重、体质、病情、肝肾功能、胃肠反应等情况调整。第一阶段参考剂量：异烟肼 150 毫克/日~300 毫克/日，利福平 225 毫克/日~450 毫克/日，吡嗪酰胺 500 毫克/日~1000 毫克/日，三药联合应用。第二阶段参考剂量：异烟肼 200 毫克/日~300 毫克/日，利福平 300 毫克/日~450 毫克/日，两药联合应用。

目前国外推荐应用的有两种复方制剂，经多个国家临床验证，应用 6 个月后痰菌转阴率可达 93.6%~100%。

卫肺特（Rifater）：每片含异烟肼 80 毫克，利福平 120 毫克，吡嗪酰胺 250 毫克。

卫肺宁 (Rifinah): 有两种剂型即卫肺宁 150 和卫肺宁 300。卫肺宁 150 每片含异烟肼 100 毫克和利福平 150 毫克。卫肺宁 300 每片含异烟肼 150 毫克和利福平 300 毫克。

用法及疗程：服用卫肺特 2 个月，再服卫肺宁 4 个月，总疗程 6 个月。推荐剂量：卫肺特，患者体重 30 千克~39 千克，每日服 2 片~3 片；40 千克~49 千克，每日服 3 片~4 片；50 千克以上，每日服 4 片~5 片（分 3 次服）。卫肺宁 150，患者体重小于 50 千克，每日服 2 片~3 片，大于 50 千克，每日服 3 片~4 片。这两种药主要副作用是轻度关节疼痛，转氨酶轻度一过性升高及少数恶心、呕吐。

6. 中医中药对抗结核也有一定疗效。如黄连、白及、百部、丹参、黄芩、黄精、鱼腥草等均有一定抑制结核菌的作用。白及、黄精可补肺敛肺，黄芩、鱼腥草可清肺泻火，丹参活血化瘀，百部润肺化痰。中西医结合治疗可提高抗结核的疗效。

7. 营养支持：肺结核是一种消耗性很大的疾病，再加长期服用抗结核药及细菌毒素作用，病人食欲不振、体弱消瘦、疲乏无力、抵抗力下降，这对抗结核是很不利的，应加强营养，提供足量的优质蛋白，按每日每千克体重 1.5 克~2 克，适当多吃些牛奶、鸡蛋、瘦肉、鱼虾、豆制品等，适量补充多种维生素。若肺功能差，有缺氧表现者，应定时吸氧治疗。

8. 加强对病人督促检查，绝大多数老年肺结核是在家庭进行长程治疗，除了加强对中老年病人进行宣传教育，自觉地坚持按时服药外，还应有一定的督促检查措施，帮助中老年人按时服药。如每天早上将一天服用的药品，按早、中、

晚分别摆在 3 个有不同标记的药杯内，晚上睡前检查一下，若忘记服药，要求在 24 小时之内必须补服。还应定期到防治机构进行 X 线胸片、痰结核菌、肝功能等复查。送痰菌检查时，应先用温开水漱口，除去口腔内大部分杂菌，然后用力咳嗽，咳出气管深处真正呼吸道的分泌物，而不是简单吐点口水，痰咳出后应即刻送检。对中老年病人的复查、取药、医疗费用，原工作单位、家庭、防治机构都要主动配合，为中老年人提供一定的方便，以保证治疗全程的顺利进行。

四、肺气肿

肺气肿是由于慢性支气管炎的炎症及分泌物堵塞，使管腔变窄，妨碍气体排出，使肺泡内压力增高，导致肺小泡破裂，多个肺小泡融合成肺大泡，此称为慢性阻塞性肺气肿。

此外，中老年人随年龄的增长，肺组织进行性衰退性变化，使肺组织萎缩，肺泡壁变薄，受到破坏，肺泡腔扩大，此称为老年性肺气肿。

肺气肿是中老年人常见的疾病，60 岁以上患病率为 20% 左右，笔者调查 90 岁以上长寿老人肺气肿患病率可高达 68.8%。

症状

临床症状有胸闷、气短、心悸、呼吸困难、紫绀，尤其活动时症状加重。若伴有慢性支气管炎并急性感染时，可有咳嗽、咳痰、发热、哮喘。肺气肿严重者，可使肺动脉压升高，进而影响右心功能，使右心室肥厚，甚至产生右心衰竭，

即称为肺心病。

防治措施

1. 肺气肿防重于治。因为一旦肺泡壁破坏,肺小泡破裂,形成肺大泡,想通过治疗让其复原,这几乎是不可能的。若早期发现早期防治,延缓继续发展是可能的。因此,中老年人对肺气肿要树立早期预防、早期诊治的意识。

2. 严格戒烟,中老年人若继续吸烟,不仅会加重肺气肿的病情,而且还会加速肺心病的进程。一旦得了肺心病,则后悔晚矣。

3. 防止感冒,积极治疗上呼吸道感染、慢性支气管炎和支气管哮喘。

4. 对重体力劳动者,矿工,粉尘大的车间如水泥厂、陶瓷厂的工人,吹奏职业者,应注意劳动保护。

5. 练好腹式呼吸是治疗肺气肿的重要手段。腹式呼吸的要领是思想专一,双肩放松,两手叉置上腹部,先呼后吸,吸鼓腹部,呼瘪(收缩)腹部,同时两手用力按腹,呼时经口作吹笛样,吸时经鼻,呼比吸长,自然动作,不必刻意用力。每天早晚各1次,每次练10至20个呼吸动作,逐渐延长至3至5分钟。亦可与练气功结合进行,在意守丹田的同时,加深腹式呼吸,效果更好。

五、肺心病

肺心病即慢性肺原性心脏病,是由于慢性支气管炎、肺气肿及其他肺胸疾病及肺血管病所致的肺动脉高压、右心室

增大或右心室功能不全的全身性疾病。该病是我国中老年人常见病、多发病，其患病率北方高于南方，山区高于平原，也是从事粉尘较大工作者较常见的一种职业病。

症状

咳嗽、咳痰，冬季容易急性感染，可有发热，咳嗽加剧，痰呈黄色；心悸、气短、喘息、呼吸困难，活动受限，甚至不能下床活动；严重缺氧时，可出现乏力、头痛、烦躁不安、谵妄、抽搐、嗜睡、神志恍惚，甚至昏迷。体征：可见颈部静脉变粗变大，下肢浮肿，腹水，面部和指甲出现紫绀。严重可出现心力衰竭，呼吸衰竭，肝、肾等多器官衰竭。

肺心病的并发症

肺心病晚期由于反复感染，支气管狭窄、阻塞，痰液潴留，体内二氧化碳排泄不出，重要器官高度缺氧，致使各器官功能紊乱，出现严重并发症，常见的并发症有：

1. 肺性脑病：由缺氧及二氧化碳潴留引起脑水肿，初始神志模糊，随着病情发展逐渐昏迷，若颅内压继续升高可形成脑疝，压迫呼吸、循环中枢而导致死亡。

2. 呼吸性酸中毒：由于呼吸衰竭，二氧化碳潴留，产生高碳酸血症。表现为神志恍惚、嗜睡或昏睡，血钾增高可致心率缓慢、传导阻滞，甚至心脏停搏。

3. 消化道出血：由于缺血、缺氧和二氧化碳潴留，可使消化道糜烂坏死，弥漫性渗血，甚至消化道大出血，表现为呕血、便血、血压下降，休克死亡。

4. 心律失常：由于心衰、呼衰，致使心肌缺血、缺氧，可出现频繁早搏、阵发性房性或室性心动过速、室颤或停搏。

5. 肝、肾功能衰竭：严重缺血、缺氧及二氧化碳潴留可使肾血管痉挛，肾血流量下降，尿素氮、肌酐明显升高。肝脏缺血、缺氧，肝细胞坏死，出现黄疸，肝功能显著下降。

自我治疗

1. 积极预防上呼吸道感染、慢性支气管炎及肺气肿，加强呼吸锻炼等。

2. 积极有效地控制肺部感染：肺部感染往往是肺心病急性发作或并发心力衰竭和呼吸衰竭的重要诱因。

最好是在痰培养或痰涂片，提供病原菌线索的前提下，准确地选用抗菌药物。若无此条件，亦可根据以往经验选用，如轻、中度感染可选用复方新诺明口服，每次 2 片，每日 2 次。氧氟沙星（泰利必妥）口服，每次 0.1 克~0.2 克，每日 3 次或环丙沙星口服，每次 0.1 克~0.25 克，每日 3 次亦可静脉滴注。亦可选用青霉素加氧哌嗪青霉素或氨苄青霉素、安灭菌（羟氨苄青霉素加棒酸）静脉滴注。重度肺部感染可选用第三代头孢菌素，先锋必素、头孢噻甲羧肟或硫霉素（泰宁）静脉滴注。

3. 保持呼吸道通畅是防治呼吸衰竭的重要措施。中老年人咳嗽反射迟钝，咳痰无力，应注意痰液的稀释及引流。常用的祛痰药有氯化铵棕色合剂、必嗽平等。平喘药有氨茶碱、喘啉、舒喘灵、博利康尼等口服，必可酮气雾吸入，每次喷两下，每日三四次。

4. 积极纠正缺氧及二氧化碳潴留。由于二氧化碳潴留引起的呼吸衰竭（医学上称 Ⅱ型呼衰）吸氧原则是低浓度（氧含量 24%~28%）持续给氧，不宜高浓度给氧，因为此类型病

人的呼吸中枢已习惯于依靠缺氧的条件来刺激呼吸中枢，以维持正常呼吸。若给高浓度氧持续吸入则可抑制呼吸，甚至使呼吸停止。若有条件应在家庭开展氧疗，每天低流量吸氧 19 小时以上，可明显提高存活率。

5. 机械通气的应用。对呼吸表浅，意识模糊或昏迷，痰液不能排出者，应尽早用经鼻气管插管或作气管切开，抽净痰液，安置并实施机械通气机通气，可以取得起死回生的疗效。此时，家属应积极支持配合，不要犹豫，以免延误抢救时机。

6. 肺性脑病的处理：可用肺脑合剂，即可拉明 5 支、氨茶碱 0.25 克、地塞米松 5 毫克加入 10% 葡萄糖液 500 毫升，静滴。亦可用 20% 甘露醇 250 毫升，快速静滴，每日 1~3 次。

7. 消化道出血的处理：积极改善缺氧及二氧化碳潴留。雷尼替丁口服每次 150 毫克，每日 2 次；亦可静脉滴注，以每小时 25 毫克速率静滴 2 小时，每 6 至 8 小时 1 次。奥美拉唑（洛赛克）每次 20 毫克~40 毫克，每日 1 至 2 次。硫糖铝（胃溃宁）每次 1 克，每日 3 次，饭前 1 小时服。

8. 纠正酸碱失衡及电解质紊乱：呼吸性酸中毒的处理关键是纠正缺氧及二氧化碳潴留，必要时可用 5% 碳酸氢钠静滴。代谢性碱中毒多由于低氯、低钾所致，应补充氯化钾、谷氨酸钾等。

9. 心力衰竭者，可用小剂量强心剂如西地兰 0.2 毫克，静脉注射；或地高辛 0.125 毫克~0.25 毫克，口服，每日 1 次。利尿剂宜用小剂量缓和利尿，避免引起电解质紊乱，选用双氢克尿塞加氨苯喋啶或安体舒通合用；如心衰控制不满意还

可加用血管扩张剂开搏通，每次 12.5 毫克~25 毫克，口服，每日 1 次~3 次，或洛汀每次 5 毫克~10 毫克，口服，每日 1 至 2 次。

10. 重视营养支持治疗：充分的营养有利于增强抵抗力，改善呼吸肌功能。应千方百计改善伙食，鼓励病人进食，必要时应下胃管进行鼻饲。危重患者可酌情输血浆或白蛋白、必需氨基酸等。

六、肺癌

原发性支气管肺癌简称肺癌，是中老年人最常见的恶性肿瘤。

据调查，在工业发达国家如英、美、日本等国及我国大城市如北京、上海、天津等，肺癌在男性癌肿死因中占首位，女性仅次于乳腺癌占第二位。肺癌的发病年龄很少在 35 岁以下，90% 发病在 40 岁以上，发病高峰在 60~70 岁。男性肺癌发病率明显高于女性，男女之比，发达国家为 5 : 1~12 : 1，我国男女之比明显缩小，仅为 1.3 : 1~1.7 : 1。据研究认为与我国女性经常接触烹调烟雾和被动吸烟有密切关系。

常见的类型

肺癌分类临床常用的有两种，即按解剖学和组织学分类：

1. 按解剖学的部位分类将肺癌分为两型：

(1) 中央型肺癌最常见，是指生长在大的支气管及肺门（左、右大支气管分叉处）附近，占肺癌的 70%~80%，以鳞癌和小细胞未分化癌较多见。

(2) 周围型肺癌, 生长在较细小的支气管, 靠近肺的周边, 占肺癌 20%~30%, 以腺癌较常见, 细支气管肺泡癌都是周围型。

2. 按组织学分类, 是根据支气管镜、肺穿刺或手术取下的肿瘤组织或痰经显微镜细胞学检查定性分类, 此种分类对正确地制定治疗方案及判断预后有非常重要的意义, 有条件均必须作组织学定性检查。

(1) 鳞状上皮癌 (简称鳞癌) 是肺癌中最常见的类型, 占肺癌的 40%~50%。多见于老年男性, 与吸烟有密切关系。鳞癌的生长速度及发生转移均较缓慢, 手术切除机会多, 预后相对较好。

(2) 小细胞未分化癌 (简称小细胞癌), 发生率仅次于鳞癌, 约占肺癌的 30%, 是肺癌中恶性程度较高的一种。多在 40 岁~50 岁发病。多发生在肺门附近的大支气管。按细胞特点又分为燕麦细胞癌、中间细胞型及混合型燕麦细胞癌。小细胞癌远处转移早, 常转移至脑、肝、骨、肾上腺等脏器。手术时发现血管受侵及淋巴转移可达 60%~100%。小细胞癌对放疗、化疗比较敏感, 若能正确地使用, 可提高治愈率。

(3) 大细胞未分化癌, 又可分为巨细胞癌及透明细胞癌两种亚型, 较少见。转移较小细胞癌晚, 多位于周边区, 病灶较大, 手术切除机会较多。

(4) 腺癌, 女性多见, 占肺癌的 10%~20%, 多发生在较细小的支气管, 75% 呈周围型。早期症状不明显, 常在查体时经胸部 X 线检查发现。腺癌生长较慢, 但发生转移较早, 易转移至肝、脑, 由于腺癌多为周围型, 因此易侵犯肋骨、

胸膜并易出现胸水。瘢痕癌亦属腺癌之列。

症状

肺癌的临床表现与肿瘤的大小、部位、细胞学类型及有无转移密切相关。

1. 咳嗽，是肺癌常见的首发症状，约占 60%以上，尤以中心型肺癌出现较早，开始为刺激性干咳，且呈进行性加重，待癌肿溃入支气管腔时咳嗽加重，痰内可带血丝，中老年人多有慢性支气管炎，往往不引起重视而延误病情。

2. 咯血，若侵犯大血管可引起大口咯血。

3. 发热，约有 30%肺癌患者有此症状，多为癌肿阻塞支气管，引起肺部继发感染所致。约有 10%肺癌患者入院诊断被误诊为肺炎，经治疗可以好转，甚至完全吸收，但多数往往在短期内反复多次发生肺炎，对此类病例必须提高警惕，进一步查痰癌细胞、作 CT、纤维支气管镜检查，以求早期诊断，早期治疗。

4. 胸闷气促，多为肿瘤或淋巴结阻塞、压迫大支气管、胸腔积液等，均可使肺功能下降。

5. 胸痛，常由肺癌侵犯胸膜或肋骨引起，呈持续、剧烈而部位固定之锐痛，一般止痛药不易缓解，需用麻醉药止痛。

6. 其他：根据肿瘤转移部位不同，可出现各种各样的临床表现。以肺癌转移引起的症状为首发症状者，占 5%~10%。如转移至脑可有头痛、偏瘫、精神、意识障碍；肝转移可引起肝区痛、黄疸；转移至纵隔淋巴结压迫喉返神经可出现声音嘶哑；肿瘤侵犯或压迫食管出现吞咽困难。还有少数病人出现内分泌紊乱的表现，如促肾上腺皮质激素分泌增多引起

柯兴综合征，生长激素分泌增多可出现肥大性骨关节病及杵状指（趾）等。

防治措施

1. 严格戒烟，包括避免被动吸烟。国内外大量调查资料说明吸烟与肺癌发生有密切关系。吸烟者肺癌的死亡率是不吸烟者的 8 倍~25 倍。

2. 加强对有害职业工作者的劳动防护。如煤矿、砷矿、石棉矿、锡矿工人的肺癌发生率比一般人群高 8 倍，乃至几十倍以上；其他如沥青、镍、放射性铀、镭、石油化工及工业城市所产生的苯酚、苯并芘等均有很强的致癌性，致使接触者肺癌的发生率明显增高。

3. 加强对某些肺部疾病的防治，如肺结核容易发生瘢痕癌，肺纤维化容易发生肺泡癌或肺小细胞癌。

4. 注意营养，适量补充优质蛋白及维生素 A 或 胡萝卜素有利于预防肺癌。中老年人由于消化功能衰退，食欲欠佳，摄入蛋白质不足，微量元素缺乏，可影响免疫监视功能，失去了对突变的异常细胞的控制，最后发展成肿瘤。据研究，缺乏维生素 A 容易发生支气管肺癌。

5. 中老年人应每半年至一年进行一次胸部 X 线检查。肺癌患者无任何症状者约占 5%；无呼吸系统症状者约占 15%。对高危人群定期进行 X 线普查，可提高肺癌发现率 5 倍~8 倍。

6. 对有刺激性咳嗽或痰内带血者必须在 2~4 周内作全面检查，查清病因，包括 X 线胸片、断层、胸部 CT、磁共振检查、放射性同位素扫描、痰查癌细胞 3 次~6 次，纤维支

气管镜冲洗、刷检及活组织检查，抽血查癌胚抗原（CEA）、芳香羟羟化酶（AHH）均有很大的辅助诊断价值。对有反复发作肺炎和延缓吸收的肺炎患者，应高度疑及癌肿阻塞的可能，密切随访，每一二个月复查一次胸片，反复多次检查痰的瘤细胞，必要时尽早作 CT 及纤维支气管镜检查。肺癌的早期诊断对肿瘤的手术或放疗、化疗取得彻底根治的效果是起着决定性作用，但目前临床已确诊的肺癌约有 50% 以上已发生肺外转移，甚至原发病灶在 1 厘米以内者亦有转移，因此，加强对肺癌早期诊断的研究是至关重要的。

治疗措施

1. 手术治疗是肺癌的首选方法。手术 5 年生存率为 25%~40%。凡确诊肺癌 ~ 期（没有转移或仅有肺门转移）患者，若无禁忌证者，均应争取尽早手术治疗。凡有严重心、肺、肝、肾功能不全，肿瘤已有远处转移者，有癌性胸水者，均为手术禁忌证。

2. 放射治疗可分为根治性或姑息性治疗两种：

（1）根治性放疗 适用于肺癌 ~ 期不适宜手术如心、肺、肝、肾功能不全者，或拒绝手术者。单纯放疗治愈率仅有 10%~30%，若同时配合化疗可提高疗效。

（2）姑息性放疗，适用于晚期转移患者，放疗的目的仅为阻止肿瘤的发展和缓解症状，如肿瘤压迫神经根产生的剧痛，通过放疗可缓解疼痛；肿瘤压迫上腔静脉，产生上腔静脉综合征，表现为头面、颈部、上肢水肿伴头痛、头昏，经放疗可以缓解上述症状；咯血患者通过放疗约有 75% 的病人可以达到止血目的；骨痛、胸水患者可以通过放疗减轻症状。

放疗一般疗程为 5 周~7 周,总剂量为 40 戈瑞~70 戈瑞。

疗效:小细胞癌对放疗最敏感,其次为鳞癌,最不敏感的是腺癌。放疗反应:最常见的是白细胞减少、放射性肺炎、放射性肺纤维化和放射性食管炎。中老年人重度肺气肿较多见,放疗后易染放射性肺炎,应慎重使用。

3. 化学药物治疗(简称化疗)

制定化疗方案时必须根据肿瘤的细胞类型、病情的发展阶段、有否转移,病人的体质,体重,肝、肾、骨髓造血功能,药物的毒副作用,个体反应的差异等,全面考虑,细致分析,合理选择,科学配方,以对机体最小的损害,获得最大量杀伤肿瘤细胞的效果。

对化疗最敏感的是小细胞低分化癌,其次为鳞癌,再次为腺癌。

小细胞癌较敏感的药物有:环磷酰胺(CTX)、长春新碱(VCR)、阿霉素(ADR)、环己亚硝脲(CCNU)、氮甲喋呤(MTX)、鬼臼乙叉甙(足叶乙甙,VP-16)、顺氯氨铂(顺铂,DDP)、卡铂(CBP)等。一般多采用联合治疗方案,以利于杀伤不同周期的肿瘤细胞。

(1)小细胞肺癌一般在确诊时,大部分病例(70%~90%)已有转移,并容易侵犯附近血管、气管、食管等,手术有一定困难,该类肺癌对化疗又较敏感,因此,对小细胞肺癌的治疗,应首选化疗。

CAV 方案

CTX(环磷酰胺)1000 毫克/米²,静脉注射,第 1 天

ADM(阿霉素)45 毫克/米²,静脉注射,第 1 天

VCR (长春新碱) 2 毫克, 静脉注射, 第 1 天

每 3 周重复 1 次。其中的 ADM 可为 E-ADM(表阿霉素) 所代替, 用量为 70 毫克/米²。

CE 方案

CBP (卡铂), 300 毫克/米², 静脉注射, 第 1 天

VP-16 (ETO, 足叶乙甙) 100 毫克, 静脉注射, 第 3 至 7 天

每 3 周重复 1 次。

EP 方案

VP-16 (足叶乙甙) 100 毫克, 静脉注射, 第 1 至 5 天

DDP (顺铂) 20 毫克, 静脉注射, 第 1 至 5 天

每 3 周重复 1 次。

以上方案可根据病人具体情况及药品供应情况任选一种, 一般经二三次治疗为一个疗程后, 大部分肿瘤都会明显缩小。此时可继续作放疗, 局部剂量为 6000 拉得一疗程, 经放疗后绝大部分病人可获临床缓解。密切随访观察, 病情需要, 可酌情再进行一二个疗程化疗。一般化疗 4 至 6 个月即可。也有人主张用 8 至 10 个疗程, 每季度一个疗程, 共治疗 2 年~2.5 年, 可提高治愈率。

亦可先作手术, 术后再作化疗或放疗。亦可先作化疗、放疗, 使大部分病灶消散, 若有条件, 在放疗、化疗的基础上再施行手术切除残余病灶。这种手术、放疗、化疗合理结合的综合治疗, 可提高缓解率和存活期。

(2) 非小细胞肺癌(包括鳞癌、腺癌、大细胞未分化癌、肺泡癌等)的化疗方案。

该类肺癌 ~ 期首选手术治疗。 期（仅有胸内如纵隔淋巴结、胸膜转移者）亦应尽可能争取更多地切除肿瘤组织，然后再作放疗、化疗，不能手术的首选局部根治性放疗。

期（已有胸外、全身远处转移或有癌性胸水者）原则上首选全身化疗。非小细胞肺癌，一般对化疗不大敏感，可以选用顺铂（DDP）、丝裂霉素（MMC）、长春新碱（VLB）、长春花碱酰胺（VDS）、去甲长春花碱（Navelbine）、紫杉醇（Taxol），其次亦可选用环磷酰胺（CTX）、阿霉素（ADM）、平阳霉素（PYM）、氟脲嘧啶（5-FU）等。

常用的化疗方案有：

CAP 方案

CTX（环磷酰胺）400 毫克/米²，静脉注射，第 1 天

ADM（阿霉素）40 毫克/米²，静脉注射，第 1 天

DDP（顺铂）40 毫克/米²，静脉注射，第 1 天

每 3 至 4 周重复 1 次。

EP 方案

VP-16（足叶乙甙）100 毫克，静脉注射，第 1 至 5 天

DDP（顺铂）20 毫克，静脉注射，第 1 至 5 天

每 3 周重复 1 次。

MFP 方案，适用于腺癌

MMC（丝裂霉素）8~10 毫克，静脉注射，第 1、15、29 天

5-FU（氟脲嘧啶）500 毫克，静脉注射，第 10、12、17、19、31、33、38、40 天

DDP（顺铂）30 毫克，静脉注射，第 3 至 5 天，第 24

至 26 天，每 6 周重复 1 次。

CAMP 方案，适用于鳞癌

CTX (环磷酰胺) 800 毫克 ~ 1200 毫克，静脉注射，第 1、8 天

ADM (阿霉素) 40 毫克，静脉注射，第 1 天

MTX (氨甲喋呤) 20 毫克，静脉注射，第 2、5、9、12 天

BLM (博莱霉素) 10 毫克，肌肉注射，第 2、5、9、12 天

每 3 周重复 1 次，本方案中阿霉素可以用表阿霉素 70 毫克所代替，博莱霉素可以用平阳霉素同量代替。

4. 免疫治疗：选用某些生物反应调节剂，提高机体免疫功能，有一定辅助抗癌的作用，如胸腺肽、转移因子、香菇多糖、干扰素等。

5. 营养支持治疗：肺癌晚期患者，往往合并营养不良，若及时给予多种营养支持可提高化疗及放疗的疗效，延长生存期。适当多吃些鱼、鸡、瘦肉、奶制品、豆制品等高蛋白饮食。必要时可给予氨基酸、脂肪乳、白蛋白静脉滴注。

肺癌病人应注意食补，可选用荸荠海蜇汤或用萝卜、枇杷、生梨、冰糖同煮，可以化痰软坚、祛痰止喘。体质虚弱者可以用猪肺加白果、百合煮汤。咯血病人可以吃新鲜藕或藕汁、蚕豆花代茶饮，有止血作用。适当食用一些菌类食品，如香菇、蘑菇、平菇、银耳等，有增强机体免疫功能作用。

6. 中医中药：中医辨证施治，对减轻放疗、化疗的毒副作用，调节改善整体免疫功能，扶正祛邪，提高治疗肿瘤的

有效率及存活期有重要的作用，是抗癌综合治疗方案中不可缺少的组成部分。常用的中药方剂有：减轻放疗、化疗对骨髓的抑制，提升白细胞的治则为补肾健脾，益气养血。常用八珍汤、人参归脾汤、龟鹿二仙胶加减。常用药物有：党参、黄芪、当归、熟地、枸杞子、鸡血藤、阿胶、龟板、鹿角胶、茜草根、女贞子、旱莲草等。改善胃肠反应以健脾和胃，降逆理气为治则，常用香砂六君子汤、复花代赭汤、温胆汤加减。常用的药物有：党参、白术、茯苓、生三仙、陈皮、鸡内金、砂仁、丁香、枳壳等。增强免疫功能以益气补肾、滋阴健脾为治法，常用方有：大补元煎、龟鹿二仙胶加减。常用中药有：人参、西洋参、黄精、党参、白术、茯苓、猪苓、灵芝、鹿角胶、枸杞子、女贞子、香菇、补骨脂、龟板等。具有直接抗癌细胞作用的中草药有：白花蛇舌草、黄药子、鱼腥草、半枝莲等。

举例：男性，44岁。患小细胞肺癌，于1977年4月手术开胸探查发现肿瘤纵隔广泛转移，瘤组织紧紧包裹上腔静脉无法切除，被迫关闭胸腔转回内科治疗。经以化疗为主，用VCMB方案（长春新碱+环磷酰胺+氨甲喋呤+卡氮芥）每治疗2周为一周期，每2至3周期为一疗程。连续用10个疗程，每季度一个疗程，共化疗2.5年。开始化疗时并用根治性放疗，同时应用中医扶正祛邪辨证施治和加强免疫治疗及适当配合气功等。结果该例患者已存活20年，现仍健在。说明小细胞肺癌以化疗、放疗为主，密切配合中医中药及免疫、气功等综合治疗，可以获得满意的临床治愈效果。

七、上呼吸道感染

上呼吸道感染（简称上感）多数是由普通感冒病毒引起的鼻、咽喉及气管感染性疾病。中老年人平均每年要患上感3次~5次。常见的症状有打喷嚏、鼻塞、流涕、流泪、咽喉痛、声音嘶哑、干咳等，全身症状畏寒、发热、肌肉酸痛等，一般3天~5天症状消失。由于中老年人呼吸道防御功能明显降低，若上感不能得到及时有效的控制，很易向下呼吸道蔓延，甚至发展为肺炎，出现咳嗽、咳痰、胸痛、发热、喘息及呼吸困难等。

防治措施

1. 平时注意户外运动及耐寒锻炼，可用冷水擦脸、洗鼻、擦身等，要循序渐进，长期坚持。加强营养，不断增强机体抵抗力。

2. 注意保暖，避免受风着凉。不要用电扇或空调对着身体直吹。

3. 睡眠取头稍高及右侧卧位，睡前勿饱食，勿吸烟，勿饮酒，注意口腔卫生，尽量不用安眠药，保持呼吸道清洁、通畅，避免口腔分泌物及胃内容物返流，误吸入呼吸道。

4. 上感时要注意休息，多饮水，并对症处理，如高热者要先用物理降温，用解热镇痛药剂量要小，如阿司匹林、索密痛，先用1/4片~1/2片。咽喉痛者可用含碘喉片或华素片含服。康泰克可缓解鼻粘膜充血、肿胀，对减轻流涕、流泪、

打喷嚏等症状有一定效果。

5. 病毒唑(三氮唑核苷)对多种呼吸道病毒均有抑制作用,可口服每次 200 毫克,每日三四次。亦可用每毫升 20 毫克雾化吸入。或用吗啉胍口服,每次 0.2 克,每日 3 次。

6. 干扰素溶液雾化吸入或用片剂舌下含化,可以增强免疫功能。

7. 合并细菌感染,可根据病情选用不同消炎药。如复方新诺明口服,每次 2 片,每日 2 次。氧氟沙星(泰利必妥)口服,每次 0.1 克~0.2 克,每日 3 次或利菌沙口服,每次 0.25 克~0.5 克,每日 3 次。

8. 中医药治疗:可选用清热感冒冲剂、板蓝根冲剂、羚翘解毒片、羚羊感冒片、桑菊感冒片等具有辛凉解表、疏风散热之功效,对感冒初起,头痛、发热、咳嗽、鼻塞、咽痛等,有较好的效果。藿香正气片或口服液具有祛暑解表、化湿和中之功效,适用于胃肠型感冒及中暑。

八、慢性支气管炎

慢性支气管炎(简称慢支)是由于感染或其他物理、化学因素引起的气管、支气管及周围组织的慢性炎症。每年至少持续发作 3 个月,连续 2 年以上即可诊断为慢支。该病好发于中老年人,我国北方、山区或矿区及烟民患病率可高达 30%以上。

该病好发于寒冷季节,初起出现轻度咳嗽、咳痰,春暖后可自然缓解。随着病情进展,反复急性发作,咳嗽加剧,

痰量增多，咳声重浊，症状时轻时重，终年不断，久之可发展为阻塞性肺气肿，甚至肺心病。

防治措施

1. 加强营养及耐寒运动锻炼，戒烟等防治措施。

2. 对粉尘较大的作业如矿工，空气中化学气体污染较大的工种，应严格作好劳动保护。如二氧化硫、氯气，进入呼吸道，可产生强酸、强碱，损伤气道粘膜导致慢性炎症。

3. 尽量查明并避免接触过敏因素。有些患者对某些因素如花粉、灰尘、烟雾、化工、油漆产品、细菌的蛋白质产物产生过敏反应，使支气管粘膜及粘膜下层充血水肿，腺体肥大，分泌物增多，久之则导致慢性炎症。

4. 慢支患者可适当服用维生素 A、C，以增加支气管粘膜的抵抗力和修复能力。

5. 急性发作期重点应及时选准抗菌药物控制感染。一般细菌感染可选用青霉素 G、头孢氨苄、氨基苄青霉素、氧氟沙星等；疑为支原体或衣原体感染时可用利菌沙或红霉素；疑为厌氧菌感染如误吸，可选用氯林可霉素或甲硝唑（灭滴灵）等。

6. 平喘祛痰药可选用舒喘灵、搏利康尼，气雾吸入或片剂口服效果较好。抗胆碱药异丙托品吸入，更适用于中老年人哮喘。亦可用氨茶碱或喘定片剂口服，氨哮素栓剂塞肛，平喘效果亦较好。缓释茶碱片剂疗效持久而副作用小，还有改善呼吸肌功能，减轻呼吸肌疲劳作用，尤其适用于中老年人。

祛痰药可选用氯化铵棕色合剂、必嗽平口服。痰粘稠不

易咳出，可用 20% 乙酰半胱氨酸（痰易净）和 5% 碳酸氢钠混合溶液雾化吸入，有喘息者宜用压缩空气雾化器，不宜用超声雾化，因超声雾化水雾密度过大，可增加气道阻力，应予避免。

7. 缓解期治疗：可用气管炎三联菌苗皮下注射，剂量递增，疗程 1 至 2 年；亦可在发病季节前二三个月用卡介苗肌肉注射或皮肤划痕，每周 2 次，一年为一疗程。核酪或转移因子肌肉注射或口服，此外，免疫核糖核酸、多抗甲素等，均可提高免疫功能，增强抵抗力，有利于减轻慢支的发作。

8. 中医药：中医治疗原则是急则治其标，缓则治其本，标本兼顾。急性期：偏热证者用麻杏石甘汤加减；偏寒证者则用小青龙汤加减，以止咳、化痰、平喘。缓解期则选用桂龙咳喘宁胶囊及玉屏风散（含黄芪 18 克、白术 9 克、防风 6 克）等扶正固本。

第六章 眼及耳鼻咽喉疾病

一、青光眼

1997 年在新加坡举行的首届亚洲青光眼问题大会上有关专家报告,估计全世界有 6700 万青光眼患者,其中亚洲占了一半以上,而中国又是亚洲青光眼疾病的高发地区,因此,我国必须大力加强对青光眼的防治。

青光眼是由于长期而持续的高眼压,合并有视力和视野(眼睛所能看到范围的大小)的显著降低及致盲率较高的一种眼病。所谓眼压,从眼球内容物作用于眼球壁的压力(眼内压)。

我国正常人的眼压是 1.33 千帕~2.80 千帕(10 毫米汞柱~21 毫米汞柱),正常人 24 小时内眼压波动不超过 0.67 千帕(5 毫米汞柱),多数人的眼压于早晨 5 时~6 时最高,下午 5 时~7 时最低。

眼压受许多因素影响,如深呼吸、咳嗽、运动、阅读等,在病理情况下的高眼压就是正常动态平衡的失调。青光眼是一种较复杂的眼病,可根据房角的宽窄来分型,利用特制的仪器(裂隙灯、房角镜)检查,分为宽角(开角)和窄角(闭

角)两型。而临床分型:急性青光眼即原发性急性闭角型青光眼,慢性单纯性青光眼即开角型青光眼,及低眼压性(眼压多次测量均在正常范围)青光眼即一般房角为宽角或窄型。

症状

急性闭角型青光眼的发病年龄较晚,51岁~60岁者占31.3%,61岁~70岁者占40.7%,女性发病较多,男女之比为1:4,据分析与老年绝经期内分泌紊乱及血管运动失调有关。一般患有无视眼、角膜较小、前房较浅者易于发展成青光眼病,当然诱发因素是多方面的,与地区及气候的变化有明显的关系,最炎热或最冷的气候发病率较高。

患有心血管疾病或情绪严重波动的中老年人,会引起眼压急剧上升易于发病,多为单眼发病,双眼发病的也有。其发病有个过程,可以分几期:

前驱期:发病前病人伴有眼胀、头痛、看灯泡光时有红绿色环“虹视”似天空彩虹,此现象在熟睡后会缓解,因熟睡时瞳孔缩小,前房角开放,使房水能顺利排出,眼压降低。

急性发作期:如前驱期症状不能缓解反而逐渐加重,即进入急性发作期,其患眼的视力则急骤降低至0.1或只能见到眼前的手指晃动和有点光感,患侧眼红胀痛、眼球如石头般肾硬,并伴同侧剧烈头痛,眼压可高达13.3千帕(100毫米汞柱)以上,同时可有恶心、呕吐、血压升高等全身症状,患眼球结膜严重充血和水肿,角膜水肿如毛玻璃样,病人视力高度减退,视物为雾状,经检查发现前房浅,瞳孔变成卵圆形并有些散大,对光反射消失,如果用光线斜对瞳孔照射

呈海蓝色，故名青光眼。

间歇期：为急性发作期的症状稍缓解即进入此期。

绝对期：如果在急性期后转为慢性充血状态，并持续高血压，视力逐渐减退，最终导致视神经萎缩、失明，此称为绝对期青光眼，但患者自觉症状减轻有时仍感胀痛、眼红等。

防治措施

1. 局部用药首选缩瞳剂（拟胆碱药），常用的是毛果芸香碱即匹罗卡品（pilocarpine）1%~4%，占眼后 10 分钟~15 分钟瞳孔开始缩小，30 分钟~50 分钟达最大降压作用，持续约 12 小时，其中效果最佳的是 4 小时，眼膏可持续 10 小时~12 小时。因缩瞳后房角开放，房水增加排出，血管扩张，血管壁渗透压增加使动脉硬化者可保持正常的血液循环。

2. 全身用药多为高渗性药物，使血液渗透压高于房水渗透压，引出眼内液体，致玻璃体脱水，则眼压随之下降。

（1）甘露醇（mannitol）：其降压作用快，按每千克体重 1 克~2 克，配成 20% 水溶液，快速静脉滴注后 15 分钟~20 分钟眼压开始下降，在持续 1 小时~2 小时内眼压最低，4 小时~6 小时可恢复至治疗前水平。该药性能稳定，对心脏、肾脏无毒性，局部无反应。副作用为多尿、口渴，有时有头痛、恶心、寒战、周身发热，偶有胸闷，故患有心、肾功能不全或衰竭者应慎用。

（2）甘油（glycerine）：配制 50% 甘油盐水，按每千克体重 1 克~2 克口服，一般服后 30 分钟内开始降压，可持续 5 小时，副作用轻微，时间短暂，亦有口渴、恶心、上消化道烧灼感等症状的出现。因甘油可引起血糖增高，能增加动

动脉硬化病人心血管系统的负担，故有糖尿病及动脉硬化或身体虚弱者应慎用或禁用。

(3) 碳酸酐酶抑制剂：可抑制房水内的碳酸酐酶，减少房水中重碳酸盐的产生，从而使房水渗透压降低，减少房水中重碳酸盐的产生，从而使房水渗透压降低，房水减少则眼压随之下降。

常用的如乙酰唑胺 (diamox acetylzolamide)，每片 250 毫克，口服后 60 分钟~90 分钟眼压开始下降，3 小时~5 小时降至最低，可持续 6 小时~8 小时。根据眼压的情况，服用剂量可 125 毫克~250 毫克，每日二三次，急性发作时可即服 500 毫克，该药与缩瞳剂有协同作用。副作用为一时性近视，如果长期服用会引起疲乏、缺钾、胃肠功能紊乱、输尿管结石及肾绞痛，对磺胺过敏者禁用，此药不宜长期服用，只适用于手术前短期服用。

4. 手术治疗：急性闭角型青光眼在用药后，待眼压迅速控制在正常范围，眼睛充血消退后，即可进行激光虹膜切除术或根据眼压情况采用其他抗青光眼手术，以免反复发作。

急性期若能迅速合理的治疗或进行手术，将眼压控制在正常范围，视力及视野可保持术前水平。如在急性期延误治疗或治疗不当，便会发展为慢性充血期，眼压仍高于正常，此时应调整药物或再次手术，否则终将导致视神经萎缩，视功能丧失。在急性期如果是单眼发病还应重视对侧眼的观察，以便及时治疗，避免急性发作。

总之，急性青光眼的发作与情绪波动有关，因此，应注意以下几点，以便做到早期预防。中老年人要避免精神紧

张、生气、忧虑、失眠等，要适当活动。不要在短时间内喝大量的水，防止血液被稀释，否则血的渗透压降低致使房水增多，眼压增高。可将喝的水分为少量多次喝，并应慢慢喝。不喝浓茶、咖啡等。不要在暗处停留过久，避免瞳孔扩大，造成房水流通受阻，导致眼压急剧增高，促使急性青光眼的发作，因此，中老年人夜间睡不着，也不要闭灯，看电视时室内应该有个弱光灯，可以减轻眼的疲劳。青光眼患者尽量少看电影、电视或者在看之前，滴点缩瞳药以避免急性发作。睡眠不好的，可适当服用镇静安眠药，每晚睡前用热水泡脚。应保持大便通畅。

慢性单纯性青光眼的症状

慢性单纯性青光眼(开角型青光眼),是原发性青光眼的另一类型,发病年龄较早,在中年时40岁~50岁多见,此型男性多于女性,为5:2的比率。绝大部分病人早期无自觉症状,病程进展缓慢,有时感到视力模糊或稍有眼胀,有人频繁更换阅读镜亦无用,就医检查时,外眼无异常只是视力减退,眼压正常或增高,视野缩小,晚期可呈管状视野,暗处行动较困难。进行眼底检查时发现视乳头(视盘)凹陷扩大,颜色苍白。一旦发现即应积极治疗以延缓视功能的受损,否则到老年发展至晚期就成为不可逆而无法治愈,因开角型青光眼常无自觉症状,必须定期检查,尤其有青光眼家族史及视乳头凹陷大于者更应定期检查。

慢性单纯性青光眼的药物治疗

1. 肾上腺素受体阻滞剂:0.25%~0.5%、噻吗心安(timolol sol)、0.25%贝特舒(betopicsol)、0.5%贝他根

(betagan sol) 2%美多心安眼液等。每日滴眼一二次，作用持续 12 小时~35 小时，其作用可使房水产生减少，增加房水流量。该类药亦适用于低眼压性青光眼及闭角型青光眼术后眼压控制不良者。其副作用是偶有引起心率缓慢及哮喘，此类药对瞳孔无影响。

2. 肾上腺能神经药：地匹福林 (dipivalyl epinephrine, DPE) 是肾上腺素的前体药，作用比肾上腺素强 10 倍，0.1% 浓度即可达到降压效果，于点药后 2 小时内可有明显的降压作用，能持续 8 小时。其作用是减少房水，有扩瞳反应，但 6 小时后可恢复正常。临床应用对血压、心率无影响。副作用是有刺激感或引起慢性结膜充血、流泪。

3. 如果药物治疗后眼压控制不理想，视功能仍有恶化现象，则应根据病情进行激光小梁成形术或小梁切除术等其他抗青光眼手术。

开角型青光眼的发病，一般年龄较早，一旦确诊就需坚持点眼药，定期作各项青光眼的检查，服些有关药物以保持现有的视功能。

低眼压性青光眼的症状

低眼压性青光眼，又称正常眼压性青光眼，该病多次测量眼压均在正常范围内，而在 24 小时内眼压波动可大于 1.06 千帕 (8 毫米汞柱)。其房角为宽角或窄，眼底检查可见视乳头凹陷扩大超出正常范围，视野检查有青光眼性神经纤维束暗点，眼压描记测试其 C 值低于正常者即可诊断为低眼压性青光眼。由于该病缺乏自觉症状，故应定期检查以便早期发现，早期诊断，早期治疗。

低眼压性青光眼的自我治疗

低眼压性青光眼主要是定期检查视力、眼压、眼底及视野等，坚持服药如维脑路通、维生素 B 族药物，以便增加视神经的血液循环，亦应坚持点眼药，如 0.5% 噻吗心安或 2% 美多心安，维持正常的视功能，因为此病发展缓慢，只要确诊了就需长期坚持治疗。

二、老年性白内障

白内障即眼睛里的晶体皮质、晶体核或囊膜变为混浊不，使眼睛看不清物体或什么也看不见了。这是中老年人常见、多发的眼科疾病。

老年性白内障初期视力不受影响，一般无明显自觉症状，该病发展缓慢，但其视力逐渐减退，亦有的多年不进展停留在初期阶段，尤其是 70 岁以后才出现初期白内障者进展就更为缓慢。

据报道，城市居民中，50 岁~59 岁的患病率为 20%，60 岁~69 岁为 35%，70 岁~79 岁为 46%，80 岁以上为 100%。不难看出，其发病率随年龄的增长而增高。

病因

近年来研究发现，中年以后晶体的蛋白代谢紊乱从而导致白内障的发生，其代谢紊乱的原因，据认为是随年龄的增加，晶体酶活力下降，谷胱甘肽及维生素 C 显著减少，都可促使晶混浊。又发现患有糖尿病者白内障的发生率较同年龄组的老人高 4 倍~6 倍。因此提示，内分泌紊乱可促使白内

障的发生。

防治措施

对于白内障的早期可服用些维生素 C、B₂、E，可长期滴些防止可溶性蛋白变成不河溶蛋白的眼药水，如白内停、法可灵 (phacolysin) 卡他林 (白可明 ,CatalinCataractlysin) 谷胱甘肽 (去白障 , glutathione tathion) 及治障宁等。上述眼药长期连续使用，有利于控制其发展，尤其对老年性白内障可长期选用。

关于白内障的手术治疗，过去的观点是要等待晶体完全混浊达到成熟期才进行手术，这样病人为手术要等一段漫长的低视力过程，既影响生活也影响工作，术后还要配戴 +10.0D 左右的球镜，若一个眼的视力是好的，两眼屈光度相差太大，只作一个眼的手术，同样不能两眼同视，给病人带来许多不便。

近年来，国内已开展手术显微镜下行白内障囊外摘除术、超声乳化术及后房型人工晶体植入术。其后一种优于前者。一般当白内障发展至视力下降到 0.3 左右，配镜也不能提高视力时，只要在手术适应证范围内者，即可作手术。这种植入人工晶体的术后，不需要戴高度凸透镜，一般术后视力可恢复至 0.7~1.0，而且可以双眼同视。因此，白内障病人不要害怕手术，应解除心理的恐惧感，要自我提示白内障是可以治好的眼病，亦不要等到晶体混浊达完全成熟期。在视力下降至一定程度时，即主动争取手术，可免除致盲之苦。

三、老年性耳聋

凡在 60 岁以上除外其他原因如药物中毒、外伤、噪音等所致的一侧或双侧进行性听觉障碍，即谓老年性耳聋。

症状

随着年龄的增长，身体各部位器官组织都进行性地逐渐地衰退老化，其中听觉功能也随之减退，听力减退多先从高频（高调）开始，然后渐渐向低频扩展。当涉及主要语言频率后，才引起听力下降。

老年性耳聋的发病缓慢，症状往往不典型，主要表现为：60 岁以上出现原因不明的高频听力下降，有一侧的或发展为双侧的。自觉症状不严重，当有其他重病后促进症状加重。纯音听力减退，先从高频开始，常常表现出与工作和日常生活无关的声音听不清。感音性（对声调的敏感性）损伤，对高音听力出现异常或失真，对低频音比高频音听力略好，如听到说话声，但听不准确语言的内容。听别人说放慢时就适应不了，更怕嘈杂。有 60% 的病人伴有高音调耳鸣，初期为间断性，后呈持续性。老年性耳聋病人常常伴有视觉、味觉、嗅觉等减退的全身性老化改变。由于老年性耳聋发展很慢，往往不易早期发现，因此，当年龄进入老年期又无其他原因的自觉两耳听力下降，应及时就医检查，及早明确诊断，早期治疗。

防治措施

药物治疗：常用扩张血管和神经营养类药，如：培他啶 4 毫克 ~ 8 毫克，每日 3 次；敏使朗 6 毫克 ~ 12 毫克，每日 3 次；金钠多 40 毫克，每日 3 次；ATP20 毫克，每日 1 次；都可喜 1 片，每日 1 次；腺苷辅酶维生素 B₁₂250 微克 ~ 500 微克，每日二三次。

中药：丹参片或愈风宁心片 2 片，每日 3 次，舒耳丹片 5 片，每日 3 次。

自我预防措施：首先积极防治中老年病，如高血压、动脉硬化、糖尿病等，因这些病对老年性耳聋具有促进发展的作用。要有随时重视保护听力的意识，避开噪声刺激，注意环境安静，精神不要过度紧张以免造成内耳供血不足。

禁用或慎用耳毒性药物，如庆大霉素、卡那霉素等。据报道中老年人的耳聋与缺锌有关，约有三分之一的中老年人有轻度缺锌，因此，应注意科学饮食，合理营养，多吃微量元素丰富的食物，如粗粮、蔬菜、花生、海产品，亦可服用些维生素 C、E 以改善末梢血循环，忌食高糖、高盐、高胆固醇及低纤维素的食物。加强全身锻炼，或经常坚持做耳部保健操，耳部按摩时动作要轻，如压力过强，能导致听小骨突然冲击内耳，会引起重度神经性耳聋。耳功按摩法：沿耳轮上下按摩 40 次；用两手掌分别按左右耳 5 次；之后将两手食指放在中指上，再将中指放在头后枕骨上，食指滑下，弹扣风池穴各 20 次，此称鸣天鼓；左右食指插入耳孔内，而后抽出，连续 5 次。此功具有增强听神经和鼓膜的功能，防止耳鸣、耳聋、头晕和调节机体平衡功能的作用。对轻度老年性耳聋，可以不配戴助听器，为了不影响正常生活、工

作及人与人之间的交往，可考虑配戴袖珍扩音器（将其置于内衣上）；对重度的老年性耳聋，应配戴助听器，有利于工作和生活。

四、中老年人耳鸣

60岁以上中老年人处于无任何声音来源的环境下，自觉耳内有一种声音持续鸣响的主观感觉，即称中老年人耳鸣。中老年人的耳鸣感觉，多为耳内有高频声的持续鸣响，所谓高频耳鸣，如蝉鸣、蚊叫、铃声。有些耳鸣与头鸣并存。往往在安静环境下，鸣声更大。耳鸣有间歇性或持续性，其程度个体差异较大，耳鸣可使人烦躁不安，睡眠不好，甚至影响工作及日常生活。不同人对耳鸣的耐受能力亦不同，有的日久习以为常，慢慢能够耐受的则多不去求医，较重的不能耐受的必须请医治疗。

据报道耳鸣在各年龄组均有发病，但其发病率中60岁时最高，国内报道耳鸣发病率的高峰为50岁~65岁以上，北京市居民60岁以上耳鸣的患病率为33.7%。

病因

耳鸣原因很复杂，因其类别不同则病因亦不同，中老年人耳鸣多为主观性耳鸣（耳鸣仅是病人的一种自身感觉）。根据病变发生部位可分为末梢性和中枢性耳鸣。末梢性耳鸣若是单侧多为局部原因引起如耳外伤、听神经枢性耳鸣则常见于老年脑动脉硬化的病人。也有不少人耳鸣的原因不明。

防治措施

由于有些耳鸣的原因不清，有些原因虽清楚，但又很难彻底去除，如糖尿病、动脉硬化等，所以彻底治疗亦较困难。但若能及早进行自我防治，可以减轻或解除症状。如：

平时注意锻炼身体，生活规律，以延缓各器官的衰老，可坚持做耳功（方法同耳聋章节）。出现耳鸣时应及时到医院作耳部及全身检查，排除心脑血管病变、高血压、冠状动脉硬化、动脉硬化、椎基底动脉供血不足、高血脂、糖尿病及代谢性疾病所导致的微循环影响引起的听觉障碍而致的耳鸣，也不能忽视颅内肿瘤（听神经瘤）等所致耳鸣。尽可能祛除病因，以求彻底根治。正确对待疾病以减轻或消除思想紧张情绪，适当应用镇静药。药物治疗：可使用必善微循环及内耳组织能量代谢药物，如脑益嗪、培他啶、丹参片、愈风宁心片、ATP、舒耳丹、敏使朗、都可喜等。掩蔽疗法：即不同频率耳鸣掩蔽器。对严重感音性耳聋病人，在使用耳蜗埋藏电极治疗时，可使大部分病人的耳鸣症状消失。

五、老年黄斑变性

老年黄斑变性是中老年人眼底的一种疾病。发生于身体健康的中老年人，病变位于眼底黄斑部或其附近视网膜，视力减退是不可逆的。发病年龄多在45岁以上，可单眼发病也可双眼先后发病。

临床上将此病分为两型：干性（萎缩性）和湿性（渗出性）。干性老年黄斑变性患者，自觉视力下降，配镜多次亦不能矫正至正常，若伴有白内障者，会误认为是晶体混浊所致，

此型为双眼发病，进展缓慢，轻重程度不同；湿性老年性黄斑变性又称老年性黄斑盘状变性，自觉视物变形和视力下降等。有时为突发性视力急骤下降至 0.1 或只能见到眼前手指晃动，正中有黑影挡住，周围尚可视物。其视力下降主要原因是黄斑区有出血及渗出，多数病人有反复出血，以后出血逐渐吸收，形成永久性瘢痕。

其发病原因，多数学者认为是脉络膜血管内有粥样硬化，使脉络膜毛细血管长期缺血、缺氧致使玻璃膜功能紊乱，最后发展成黄斑盘状变性。

防治措施

干性老年黄斑无新生血管、无出血，可用改善微循环的药物和支持疗法，平时少阅读等。也有主张该病与缺锌有关，可服锌剂，如硫酸锌 25 毫克，每日三次，使视网膜及脉络膜的锌含量增高，可以防止病变发展。湿性者因有新生血管，可利用氩离子或氦红激光封闭新生血管防止再出血。约有 27% 病人经激光治疗后可稳定或改善病情，但只能使病变停止，而不能恢复视力。

老年性黄斑盘状变性是当前中老年人致盲的主要眼病之一。预后不好，为不治之症。因此，有动脉硬化的中老年人除了重视白内障外，还应重视眼底检查以便及早发现，采取措施。如特别注意避免强光照射，外出戴墨镜，阻止 500 纳米的波长光线通过，这对延缓老年性黄斑盘状变性的发病，推迟致盲有一定作用。

六、老年阻塞性睡眠呼吸困难综合征

有的人在熟睡时有鼾声(俗称打呼噜),这是一种症,是由于某些原因如肥胖者颈部短而粗、酒后或服安眠药后,在熟睡时阻碍正常呼吸时鼻腔、呼吸道与肺的气体流通,所产生的声响影响他人休息者为鼾症。在患鼾症的部分中老年人中,睡眠期间伴有不同程度的憋气现象,称为睡眠呼吸困难综合征。在睡眠时,上呼吸道(鼻、咽、喉)各部位发生阻塞所致的呼吸暂停超过10秒以上,并伴有缺氧症状者亦称阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。

防治措施

为什么有人打鼾有人不打鼾?其原因是多方面的,一般不外乎是先天性和后天继发于某些疾病,但中老年人的打鼾无论生理或病理性的,应及早防治,除去病症,以免继发严重后果。

患有严重打鼾的人,其睡眠时出现憋气、面色紫红、夜间呼吸暂停、梦游、遗尿或白天嗜睡,有的会出现心血管及呼吸系统并发症,如高血压、肺原性心脏病、心功能不全、心脏肥大、心律不齐、室性早搏、四肢水肿、甚至心肌梗死等,由于长期呼吸道阻塞性的刺激,很多病人伴有不同程度的慢性肺损伤,并出现生理和精神上的并发症,如情绪压抑及健忘等。治疗原则一般为保守疗法与手术疗法。

保守疗法:首先注意改善睡眠体位,避免高枕仰卧,颈

向前弯；其次要戒烟酒，增加运动量，超重者应限制饮食，积极减肥。药物疗法：如试用乙酰唑胺、安宫黄体酮、溴隐亭及宣肺疏风化痰药。甲状腺功能减低者，补充甲状腺素后，睡眠呼吸暂停可完全消失。禁用镇静剂、安眠药和利血平。亦有用鼻插管法消除呼吸道阻塞，用鼻瓣扩张器，使鼻腔气流通畅。亦可行连续正压鼻呼吸法，能冲开上呼吸道阻力。

手术疗法：在保守疗法无效的情况下，睡眠中呼吸暂停在 60 次以上，并伴发肺原性心脏病者，可根据不同病情、上呼吸道的不同部位及严重程度和个体差异选用不同的手术，如鼻甲部分切除术、鼻中隔粘膜下矫正术、鼻息肉手术、扁桃腺切除术、气管切开术、悬雍垂腭咽成形术、腭咽成形术、激光悬雍垂腭咽成形术、舌部分切除术、舌根激光切除术、舌骨舌根缩固术、舌骨前移术及颌骨前移术等。

七、鼻出血

鼻出血是中老年人一种较常见的症状，其出血原因是多样的，在各年龄组都有发病，而老年人的鼻出血则有其特点，往往来势凶猛，甚至引起失血性休克，因此，中老年人只要发现鼻出血，应立即查明原因，及时救治。

病因

1 主要是机体各器官组织衰退老化，使鼻粘膜腺体萎缩，动脉管壁增厚、弹性减，管腔狭窄，脉管收缩力差，直接影响鼻腔粘膜的正常生理功能，如果周围环境空气干燥，再加上血管脆弱，极易引起鼻出血。

2. 老年疾病,如动脉硬化、高血压是引起鼻出血的常见原因,严重的可导致失血性休克,若处理不及时,可危及生命,其发生率为1%;中老年病人中患有慢性气管炎、肺气肿及肺原性心脏病者,亦可因剧烈咳嗽或气喘,促使鼻腔血管怒张导致鼻出血。此外,还应警惕鼻咽部肿瘤如鼻咽癌、上颌窦癌,以及血液系统疾病如血小板减少、白血病等。

防治措施

1. 中老年人卧室应维持适宜的湿度,相对湿度以50%~60%为宜。尤其北方冬天用暖气后,室内空气干燥,中老年人呼吸道粘膜更易干燥,痰不易咳出,易致鼻出血。室内可备置加湿器,暖气上放置水槽、湿毛巾或地上洒水等。

2. 积极防治易致鼻出血的各种中老年病,如高血压、动脉硬化、糖尿病等。

3. 注意保持大便通畅,解大便时切勿用力过猛。

4. 鼻腔干燥时,可用复方薄荷油或洗必泰鱼肝油滴鼻腔。

5. 不要随意扣挖鼻腔。

6. 积极局部止血:最简单的方法是半卧位或坐位,切忌弯腰低头,用干净的纱布或棉球填塞,头部放冷毛巾或冰袋等。

鼻出血属于急症,由于病情、病因不同,则处理也不同,若在家庭简单处理后仍出血量多或不止者,应及时去医院救治,以免贻误抢救时机,导致严重后果。

第七章 骨与关节系统疾病

一、中老年人骨折

中老年人容易发生骨折的主要原因是骨质疏松。尤其女性绝经期之后，雌激素分泌减少，骨量丢失加速进行，骨折发生率急骤上升。男性 50 岁~60 岁之后骨折发生率亦成倍增长。

中老年人常见的骨折

1. 脊椎椎体压缩骨折

常见部位是持重较大的第 12 胸椎及第 1、2 腰椎。多数没有明显外伤史，不知不觉地逐渐进行，初期无明显症状。急性椎体压缩骨折多有明显诱因，如撞伤、扛重东西、坐公共汽车颠簸或跳跃运动等，急性期可产生剧烈腰痛，需卧床休息二四周，据北京市四个城区调查，50 岁以上女性腰椎骨折患病率，50 岁~59 岁组为 4.9%，60 岁~69 岁组为 16.2%，70 岁~79 岁组为 19.0%，80 岁以上组为 36.0%。可见脊椎椎体压缩骨折在老年女性中是很常见的，这也是引起中老年人慢性腰背痛的重要原因之一。

2. 髌部骨折

髌部骨折一般是指股骨颈骨折及股骨粗隆间骨折。它是中老年人最常见、最严重的一种骨折。60岁以上每上升5岁呈双倍增长，女性发生率较男性高2倍。股骨颈血运较差，一旦骨折，很易引起股骨头坏死，终身致残。有的高龄体弱老人，从此卧床不起，随即诱发肺部感染、褥疮、血管栓塞、泌尿系感染等并发症，导致死亡。

当中老年人跌跤或被撞后，髌部剧烈疼痛，不能站立或行走，髌部有明显压痛，应高度警惕髌部骨折的可能，并按髌部骨折固定，用担架送医院急诊处理。千万不要搀扶病人勉强行走，以免上起周围软组织更大损伤及骨折端严重错位。

3. 前臂桡骨下端骨折

此种骨折医学上常称为克雷氏骨折。多在跌跤时前臂手掌着地，暴力汇集于前臂下端所致。一般骨折部位在距腕关节上2厘米~3厘米处。局部剧烈疼痛、压痛，腕关节活动受限，继之局部明显肿胀。

防治措施

1. 中老年人要重视骨质疏松症防治，坚持户外运动锻炼，常晒太阳，多吃些含钙高的饮食，如牛奶、鱼、虾、虾皮、海带等海产品及青菜、水果、排骨汤等，必要时应补充钙剂、维生素D或注射密钙息、益钙宁等。女性绝经后应在医生指导下补充雌激素治疗。

2. 中老年人居室及其经常活动的场所，应平整、宽敞、不放杂物，以防摔、防绊，上下楼梯须手扶栏杆，踩稳台阶。

3. 中老年人行走不便时，应合理使用拐杖，上下车时须

有人搀扶。鞋底应防滑，穿布底鞋较适宜，不要穿塑料底鞋。雨雪天不要外出。

4. 中老年人最好不吃安眠药，夜间起床时，应在床上先坐一会儿，再缓慢站起，以免发生直立性低血压而晕倒。床应矮些。尿壶（盆）放在床边。

5. 中老年人骨折部位固定要松紧适宜，过松骨折端不易对合，过紧影响血液循环，均不利于骨折愈合。腕部骨折，一般在局麻下整复，用小夹板固，用布巾将前臂吊起，无论行走或睡眠始终保持超过心脏水平的高度，并适当作屈腕、屈指、握拳活动，以利于血液循环，帮助消肿，避免关节僵硬，有利于生理功能的恢复。

6. 中老年人骨折后可引起全身生理、病理、心理一系列复杂的连锁反应。因此，应重视全身心的综合治疗，如加强营养，中西医结合，活血化瘀、止痛消肿；患肢复位后，既要稳妥的固定，又要合理适当的运动，以免引起患肢肌肉萎缩，关节僵硬，影响生活功能；积极配合按摩、理疗、康复等治疗；还应注意心理疏导，消除顾虑，调动主观能动性，克服中老年人常有的惰性及消极性，多鼓励，多帮助，使其积极配合治疗。

7. 中老年人股骨颈骨折，条件允许时应积极争取手术治疗。因为中老年人股骨颈骨折，保守治疗很难愈合，且需长期卧床，很易并发肺部或泌尿系感染，血栓性静脉炎，全身机能加速衰退，抵抗力明显下降，导致致命性的严重后果。

中老年人股骨颈骨折引起的并发症所带来的后果要比骨折本身严重得多。如果及早手术，用特制的长钉插入，能起

到稳定的固作用，有利于骨折早日愈合；若系粉碎性骨折亦可安装人工关节，争取早日在床上或下地活动，对防止并发症及恢复日常生活功能，至关重要。当然手术毕竟是一种较大的创伤，要根据患者年龄、体质、原有疾病（尤其心、肺功能）、医疗水平，全面衡量利弊，慎重合理的选择治疗手段，以求达到既安全又要恢复生活自理的功能。

二、肩关节周围炎

肩关节周围炎是肩关节周围软组织（肌肉、纤维组织、韧带等）与关节囊慢性退行性疾病。

临床症状以肩痛为主，有时向颈部、肘部放射，可有前臂及手麻痛。进一步发展则肩活动受限，不能平举、过顶、背屈和爬高，甚至不能穿衣、梳头、写字。此病女性多于男性。

防治措施

1. 坚持肢体运动锻炼，如打太极拳、做操等。
2. 长期卧床老人应鼓励在床上活动肩、肘关节，以免关节僵硬，活动受限，影响生活自理能力。
3. 注意肩关节保暖，不要着凉。
4. 避免肩关节过度用力扭曲、拉扯、撞击、摩擦等外力损伤。
5. 肩周炎早期理疗效果较好，可选用短波、微波、红外线、热辐射等，也可用蜡疗、泥疗、沙疗、温泉浴等热疗，均可改善局部循环及代谢，具有消炎止痛作用。

按摩推拿亦可促进血运，通利关节及防止肌萎缩。

6. 镇痛消炎类药物，种类繁多，应选用疗效好，副作用小的药物，并特别注意避免长期依赖该类物质。因为镇痛消炎药，多数有刺激胃肠，损害肝、肾及造血功能的毒副作用，需慎用。可以选用芬必得（缓释布洛芬 300 毫克/粒）每次一粒胶囊，每日 2 次。其他消炎痛、酮洛芬（优布芬）、扑炎痛、炎痛喜康等亦可酌情选用。

7. 若有明显压痛点，可用强的松龙做局部封闭，每周 1 次，共二三次。

8. 上述治疗无效亦可考虑在麻醉下进行被动肩关节活动。若肩关节与肱骨大结节处骨质增生明显，当肩外展及前屈外展时，两处骨赘相互撞击引起疼痛，医学上称为肩峰撞击综合征，经封闭、理疗无效时，可考虑作肩峰部分切除手术。

三、骨关节病

骨关节病是一种慢性骨关节炎，它的主要病变特征是关节软骨发生退行性改变，由引而产生关节边缘骨质增生及肥大，故又能人称此病为增生性关节炎、肥大性关节炎或退行性关节炎。

该病分为原发性和继发性两种：

原发性骨关节病，中老年人最常见，尤其多见于肥胖、超重及体力劳动者，有人以 X 片调查发现 55 岁以上中老年人群患病率达 80% 以上，但其中有症状者只有 20% 左右。常

见于负重较大的膝、髋、踝三大关节，但亦可见于颈、胸、腰椎及上肢的肘、腕、手指末节。

继发性骨关节病，常见于外伤后，骨折、脱位、韧带、软骨损伤，引发肢体对线不正，以及先天和后天引起的关节畸形，均可损害关节软骨，而导致骨质增生性骨关节病。

症状

临床表现主要有关节疼痛、肢体活动受限、肌肉萎缩无力及关节畸上大症状。膝关节是最易受累关节，患者上下楼梯或蹲下起立及气候突时，疼痛加重。但有的患者静止时亦疼痛，如清晨被痛醒，起床后适当活动，疼痛可以缓解，这一点与其他性质关节炎有所不同。活动过多后，可出现关节肿胀、积液。上述症状可呈间歇发作，间歇期几个月甚至几年，但随着年龄的增长，间歇期越来越短，甚至持续疼痛不减。当大块软骨脱落时，可出现关节交锁，即脱落软骨在关节腔内卡住，产生关节剧痛，活动受限，何处下来，慢慢揉捏几下，轻轻活动，当游离软骨脱离卡锁位置，即感恢复如常。

防治措施

1. 经常进行一些缓和的关节运动，如打太极拳等，可以避免关节软骨发生退行性变化。

2. 避免骨关节过度负荷的劳动作业，如背扛重物的劳动、体操、跳水、杂技、长跑超负荷、大运动量的训练，使用手风镐坑道作业者，长时间站立如哨兵、交警等，长期使承重关节受压、磨损，就会加速关节软骨退行性变化，使软骨变脆、变硬、肥大、增生、形成骨刺，若增生的软骨断落入

关节腔，即可出现关节交锁。

3. 肥胖者应注意减肥，以减轻腰椎及下肢关节的过度负荷，减轻劳损。

4. 避免风寒、潮湿、外伤，这些都是诱发骨关节病的重要诱因。

5. 骨关节病一般预后良好，只要病人掌握要领，积极配合理疗、按摩、针灸，适当运动锻炼及服用非甾体抗炎止痛药，如芬必得、酮洛芬、消炎痛、炎痛喜康等，一般疼痛可以缓解，病情可以控制，不会引起关节僵直。若局部压痛明显者，可用激素（强的松龙）局部封闭治疗。

6. 若有关节交锁时，应作手术摘除游离体。若原有骨折对线不正或有其他肢体畸形，应争取早日手术，纠正畸形及改正持重线，以免损伤关节软骨，导致骨关节病。若关节损害严重，疼痛及关节功能障碍显著者，可行人工关节置换术。

四、骨质疏松症

骨质疏松症是骨骼衰老的一种表现。它是以骨钙成份显著下降，骨小梁数量减少，骨脆性增加，极易导致骨折的一种中老年病。据调查，我国有骨质疏松症患者 6000 万~8000 万。上海资料，中老年人骨质疏松症患病率男性为 60.72%，女性为 90.47%。

症状

1. 疼痛，以腰背痛多见，占疼痛患者中的 70%~80%。

2. 身高变矮，主要是由于胸、腰椎压缩变形，腰弯驼背。

3.骨折,我国统计中老年人骨折发生率为6.3%~24.4%,老年前期以前臂桡骨远端骨折多见,老年期以腰椎及股骨上端骨折多见。据统计,椎骨和髌骨骨折的中老年人约有10%在3个月内死于手术或手术并发症;20%一年内去世,25%丧失活动能力,仅有半数可以自由活动。

4.呼吸功能下降,主要是由于胸、腰椎压缩性骨折,脊椎后弯,胸廓畸形,肺活量下降。患者可出现胸闷、气短、呼吸困难等症状。

治疗措施

1.雌激素是防治女性绝经后骨质疏松症的首选药,有人认为单独使用有增加乳腺癌和子宫内膜癌的危险,建议同时使用一种孕激素如黄体酮可减少癌的发生率,常见的有下列几种药物:

(1)雌二醇 1 毫克/日~2 毫克/日。

(2)己烯雌酚 0.25 毫克/每晚。

(3)复方雌激素 0.625 毫克/日。

(4)尼尔雌醇 2 毫克/半月,3 个月后服安宫黄体酮 10 毫克/日,共 7 天。如无出血,可延至每 6 个月加服黄体酮一个疗程。尼尔雌醇对子宫内膜增殖作用不强。

(5)利维爱(Livial)含 7-甲异炔诺酮,它具有雌激素活性使骨量增加,又有孕激素活性,防止增加子宫内膜癌的危险;还可使甘油三酯显著下降,降低心血管病的发病率,每日服 0.25 毫克,连服 2 年。10%可有轻度子宫内膜增生。

雌激素的副作用:白带增多,乳房肿胀,子宫不规则出血,发生率约为 10%。有报道女性激素可以提高乳癌、子宫

癌的发生率，因此，应每半年进行一次有关检查。

2. 降钙素

主要作用是抑制破骨细胞功能，活化 1- α -羟化酶，促进 1, 25-(OH) $_2$ D $_3$ 合成，改善钙代谢。还有中枢性镇痛作用。

(1) 益钙宁(依降钙素)为合成鳗鱼(腮后腺)降钙素，10 单位肌注 2 次/周或 40 单位 1 次/周。最大用量每日 100 单位肌注。对肿瘤、多发性骨髓瘤、乳癌、甲状旁腺功能亢进引起高钙血症、骨痛显著者，可用 40 单位肌注，2 次/日，2 周~3 周显效。

(2) 密钙息(合成鲑鱼降钙素)一般用量为 10 单位~20 单位，2 次/周，皮下注射。现有鼻吸剂，每日 200 单位~400 单位，分多次鼻吸，吸收率 20%~30%，使用方便。急性胰腺炎可每次用 300 单位溶于生理盐水 500 毫升静滴连续 6 日，可抑制胰岛素分泌并有消炎作用。

3. 维生素 D

其作用是促进肠道钙的吸收，调节甲状旁腺激素分泌及细胞的分化。中老年人每日维生素 D 摄取量为 400 单位~800 单位。

(1) 骨钙全(钙三醇)，每日口服 0.25 微克~0.5 克微克。

(2) 阿法骨化醇 0.5 微克/日~1.0 微克/日，长期服用(3 至 6 个月以上)。

4. 钙制剂

常用钙制剂分无机钙和有机钙两类，无机钙含钙高，作用快，但对胃刺激性大。有机钙含量低，吸收较好，刺激性

小。

(1) 无机钙：氯化钙（含钙 27%）每日 400 毫克 ~ 800 毫克，饭后服。碳酸钙（含钙 50%）每次 0.5 克 ~ 1.0 克，每日 2 次 ~ 3 次。该药在口服钙制剂中作为首选，含钙量高，吸收率好，与牛奶吸收率相同，价廉，服用方便。磷酸钙（含钙 23%）每次 1.0 克，每日 3 次。

(2) 有机钙：葡萄糖酸钙（含量 11%）0.4 克 ~ 2.0 克静脉注射。口服每次 1.5 克，每日 3 次。乳酸钙（含钙 13%），每次服 1.5 克，每日 3 次。门冬氨酸钙，每次服 0.2 克 ~ 0.4 克，每日 3 次。

(3) 活性钙（含钙 55%）：是一种可溶性钙盐，生物利用度高。

(4) 钙尔奇 D，每片含元素钙 600 毫克，维生素 D₁₂₅ 单位，钙的吸收率较高。每天服一二片，即可满足人体对钙的需求。

(5) 多种钙维片系采用超微新技术制成，每片含葡萄糖酸钙 300 毫克，甘油磷酸钙 60 毫克，磷酸氢钙 180 毫克，维生素 D₂300 单位，维生素 B₁₃ 毫克。该药钙磷适当，比例为 2 : 1，可促进人体对钙的吸收、利用，对胃肠无刺激性，生物利用度高，果味香型，又有含糖及无糖两种剂型，更适用于儿童、老年及糖尿病患者。每次 1 片，含服或嚼服，每日 3 次。

5. 双磷酸盐：能抑制骨吸收，减少骨丢失，并有止痛作用。氯甲双磷酸二钠（骨磷），每粒胶囊 400 毫克，一般每日服用一次 400 毫克，空腹服，很易与食物、牛奶、抗酸剂

中二价阳离子构成复合物降低其活性。6个月为一个疗程。对肿瘤骨转移引起的骨痛及骨量减少均有效。羟乙基二磷酸钠 200 毫克/片，200 毫克/日 ~ 400 毫克/日。针剂每支 300 毫克/6 毫升，稀释后静滴。

6. 中医药

中医理论认为“肾主骨、藏精、精生髓营骨”，“肝主筋、藏血，脾主肌肉、四肢、统血，脾主运化”。治则为益肾填精、健脾养肝、强筋壮骨、益气活血、通筋舒络、消肿止痛。成方有金匱肾气丸、乌鸡白凤丸、补肾固冲汤、六味地黄丸、归脾汤、虎潜丸。常用的中药有龙骨、牡蛎、海螵蛸、龟板、熟地、当归、茯苓、白术、黄芪、补骨脂、川穹、杭芍、浮选羊藿、枸杞、骨补骨、肉苁蓉、牛膝、鸡血藤、杜仲、黑芝麻、胡桃仁、仙灵脾、川断、女贞子、菟丝子。

骨质疏松症的三级预防

骨质疏松症给患者生活带来极大不便和痛苦，治疗收效很慢，一旦骨折又可危及生命，因此，要特别强调落实三级预防：

一级预防即无病防病：应从儿童、青少年做起，如注意合理膳食营养，多食用含钙、磷高的食品，如鱼、虾、虾皮、海带、牛奶（250 毫升含钙 300 毫克）、乳制品、骨头汤、鸡蛋、豆类、粗杂粮、芝麻、瓜子、绿叶蔬菜等。补钙时应注意钙磷比值，最好维持在 1.5 : 1 ~ 2 : 1，即补钙的同时一定要补充磷，但磷也不宜过高或过低，否则也不利于钙的吸收和利用（参考下表）。

常用食品中钙、磷含量及比值(毫克/100克食物)

食品	钙	磷	比值	食品	钙	磷	比值
稻米	10	200	1 : 20	芹菜	160	61	2.6 : 1
面粉 (富强粉)	25	162	1 : 6.5	北豆腐	227	57	4.7 : 1
面粉 (标准粉)	38	268	1 : 7.1	南豆腐	240	64	3.8 : 1
黄豆	367	571	1 : 1.6	白扁豆	110	49	2.5 : 1
白薯	18	20	1 : 1.1	青萝卜	58	27	2.1 : 1
土豆	11	64	1 : 5.8	小白菜	93	50	1.9 : 1
猪肉(瘦)	11	177	1 : 16	西红柿	8	24	0.3 : 1
				油菜	140	30	4.7 : 1
				黄瓜	19	29	1.0 : 1.5
牛肉 (肥瘦)	7	170	1 : 24	香菜	170	49	3.5 : 1
鸡肉	11	190	1 : 17.2	茄子	22	31	1 : 1.4
鸡蛋	55	210	1 : 3.8	木耳	357	201	1.8 : 1
黄鱼	33	135	1 : 4.1	榨菜	280	130	2.2 : 1
草鱼	36	173	1 : 4.8	菠菜	72	53	1.4 : 1
对虾	35	150	1 : 4.2	元白菜	140	30	4.7 : 1
虾皮	2000	1050	2 : 1.1	韭菜	48	46	1.0 : 1
河虾	221	23	9.6 : 1	芝麻酱	870	530	1.6 : 1
紫菜	343	457	1 : 1.3	菜花	18	53	1 : 2.9
海带	1177	216	5.5 : 1	冬瓜	19	12	1.6 : 1
人乳	34	15	2.3 : 1	苹果	11	9	1.2 : 1
牛奶	120	93	1.3 : 1	鸭梨	5	6	1 : 1.2
				桃	8	20	1 : 2.5
				草莓	32	41	1 : 1.3
				西瓜	6	10	1 : 1.7

尽量摆脱“危险因子”，坚持科学的生活方式，如坚持体育锻炼，多接受日光浴，不吸烟，不饮酒，少喝咖啡、浓茶及含碳酸饮料，少吃糖及食盐，动物蛋白也不宜过多，晚婚、

少育，哺乳期不宜过长，尽可能保存体内钙质，丰富钙库，将骨峰值提到最大值是预防生命后期骨质疏松症的最佳措施。加强骨质疏松的基础研究，对有遗传基因的高危人群，重点随访，早期治疗。

二级预防即有病早治：人到中年，尤其妇女绝经后，骨量丢失加速进行。此期应每年才干次骨密度检查，对快速骨量减少的人群，应及早采取防治对策。近年来欧美各国多数学者主张在妇女绝经后3年内开始长期雌激素替代治疗，同时坚持长期预防性补钙，以安全、有效地预防骨质疏松。日本则多主张用活性维生素D(罗钙全)及钙预防骨质疏松症。注意积极治疗与骨质疏松症有关的疾病，如糖尿病、类风湿性关节炎、脂肪泻、慢性肾炎、甲六旁腺功能亢进、甲状腺功能亢进、骨转移癌、慢性肝炎、肝硬化等。

三级预防即病情较重时应加强康复医疗，防止病残，不断改善中老年人生活质量及延长寿命：对退行性骨质疏松症患者应积极进行抑制骨吸收(雌激素、降钙素、钙)，促进骨形成(活性维生素D)的药物治疗，还应加强防摔、防碰、防绊、防颠等措施。对中老年骨折患者应积极手术治疗，实行坚强内固定，早期活动，体疗、理疗、康复、心理、营养、补钙、止痛、促进骨生长、歇制骨丢失，提高免疫功能及整体素质等综合治疗。

五、颈椎病

颈椎病是由颈椎、椎间盘及周围韧带等退行性改变，致

使椎间隙变窄、骨刺增生，压迫颈神经根、颈段脊髓或椎动脉而产生的一组综合征。

症状

根据其压迫部位不同，所产生的临床证状也各有所异，常见的有以下三种临床类型：

1. 神经根型，此型最多见。由于骨质增生压迫颈神经根，产生颈背酸痛，手指发麻，颈部活动受限、僵硬，上肢肌肉萎缩无力，活动不灵。

2. 脊髓型，较少见。主要是颈椎管狭窄，压迫脊髓所致。临床表现为四肢无力，迈步困难，易摔倒，两手拿东西无力，甚至拿筷子夹菜都有困难，晚期呈痉挛性瘫痪，大小便失禁，生活质量显著下降。

3. 椎动脉型，少见。主要是骨刺或椎间盘等突出物压迫椎动脉而产生颅脑供血不足的症状，尤其出现在向健侧仰头转颈时产生眩晕、恶心、呕吐，改变头颈姿势症状可获缓解，严重时可出现下肢行走无力、打软腿及视力障碍等。

防治措施

1. 自我预防

(1) 避免慢性颈椎挥损，经常活动及改变头颈部姿势，适当作一些颈部运动的体操锻炼，但要注意量力而行，循序渐进，适可而止，如果运动过度，亦可造成劳损。长期伏案工作者，每工作 1 小时，颈部活动 10 分钟。

(2) 注意保护颈部，避免外伤、摔跤及用头突然顶撞重物。

(3) 避免长期使用肾上腺皮质激素类药物，该类药物可

加速颈椎的退行性变化，如促使颈椎骨质疏松、骨刺增生、椎间盘突出。

(4) 枕头宜软宜矮，忌高忌硬，因为睡高硬的枕头，其头颈姿势很似埋头伏案工作，使颈部关节、肌肉、韧带长期处于牵拉紧张状态，过度疲劳，产生劳损，加速其退行性变化

2. 治疗：应根据颈椎病不同类型采用不同的治疗方法。

(1) 对神经根型及椎动脉型多采用非手术治疗。首选牵引疗法，亦可适当服用抗炎镇痛药，如酮洛芬，每次 50 毫克~100 毫克，每日二三次；布洛芬每次 0.2 克~0.4 克，每日 3 次，饭中服；消炎痛，每次 25 毫克~50 毫克，每日二三次，亦可用肛门栓剂，每日塞肛一粒。亦可用针灸、轻手法按摩或使用颈托、围领，可以缓解症状。对椎动脉型可选用血管扩张剂，如西比灵，每次 10 毫克，每晚一次；尼莫地平，每次 40 毫克，每日 3 次；脉络宁，每次 10 毫克~20 毫升加 5% 葡萄糖或生理盐水 250 毫升静脉滴注，每日一次，14 次为一疗程。

(2) 对脊髓型治疗，应首选手术减轻压迫，禁忌使用牵引或推拿按摩治疗。可畏助用些神经营养药，如维生素 B₁、B₁₂，血管扩张剂，脑益嗪每次 25 毫克~50 毫克，每日 3 次或尼莫地平等。

第八章 泌尿系统疾病

一、泌尿系感染

中老年人泌尿系感染发生率高达 10%，仅次于呼吸道感染，在中老年人感染、发热病因中占第二位。泌尿系感染主要包括膀胱炎和肾盂肾炎。

病因

1. 中老年人由于神经肌肉功能减退，排尿反射不敏感，排尿无力，尤其老年男性前列腺增生，排尿不畅，膀胱内残余尿增多，容易使细菌繁殖生长。

2. 中老年人常有肾集合管憩室、肾囊肿、肾结石、输尿管狭窄、肿瘤压迫等，使尿路梗阻，易引起尿路感染。

3. 老年女性，雌激素减少，尿路粘膜退行性改变，阴道 pH 相对升高，难以抑制局部细菌生长，容易由尿道逆行至膀胱引起感染。

4. 中老年人往往患有多种慢性疾病，如糖尿病、前列腺炎、慢性肝、肾疾病、脑血管病、偏瘫、卧床、尿失禁、全身抵抗力低、营养状况不佳、会阴部清洁卫生差，很易受细菌侵袭。

症状

1. 尿路刺激症状,病人多数有尿频、尿急,每小时急需排尿三四次,排尿量极少,但有尿意,尿时有疼痛或烧灼感。

2. 全身症状,中老年人泌尿系感染菌血症发生率高达25%~30%,因而全身反应明显。可有寒战、发热(体温可升至39~40℃)、乏力、食欲差、恶心、呕吐、腰背痛,严重者可产生败血症、中毒性休克。

3. 尿检验可发现大量白细胞、脓细胞、红细胞和细菌,严重者尿可呈脓性或肉眼血尿,尿有特殊腥臭味。

防治措施

1. 及时解除尿路梗阻的病因,如及早治疗男性前列腺增生,女性子宫脱垂,泌尿系结石,尿路狭窄等,保持尿路通畅。

2. 积极治疗全身性疾病,提高和改善病人的健康状况,如糖尿病、心脑血管疾病、肺部慢性疾病等,都很容易并发泌尿系感染。

3. 注意不断提高中老年人营养状况和免疫功能,使其保持较高的抗病能力。

4. 长期卧床者,应经常保持会阴部清洁卫生,尤其女性会阴部分泌物多、尿道又短,很易逆行至膀胱,引起泌尿系感染。

5. 尿路插管,如导尿、膀胱镜检查时,应予以抗生素预防治疗。

治疗措施

1. 一般对症治疗,发热时应卧床休息,多饮水,多排尿,

尿路梗阻者应设法解除梗阻，如前列腺增生引起梗阻，应留置导尿，保持尿液引流通畅。

2. 抗菌药物治疗

膀胱炎应用抗菌药物需3日~7日；肾盂肾炎一般抗菌药物要用2周，若给药后48小时~72小时，症状仍无明显好转，应根据尿培养药物敏感试验结果，更换敏感的抗菌药物。一疗程结束后，一周内复查尿细菌培养，若仍阳性，则换另一种有效抗菌药物，再治疗2周，然后再作尿细菌培养。

一般泌尿感染可先选用口服消炎药：复方新诺明，口服，每次2片，每天2次~3次。呋喃妥因，口服，每次100毫克，每日3次。氟哌酸（诺氟沙星），口服，每次0.2克~0.4克，每日3次。氟嗟酸（氧氟沙星、泰利必妥）口服，每次0.1克~0.2克，每日3次。该药对泌尿系感染常见的细菌如大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌均有良好的杀菌作用。

重症泌尿系感染，应采用肌肉或静脉给药效果较好。可酌情选用氨苄青霉素、氧哌嗪青霉素、菌必治、先锋必素、复达欣、泰宁、环丙沙星等。

二、尿失禁

尿失禁是由于各种原因引起的膀胱贮尿机能障碍，使患者间断或持续性不由自主经尿道漏尿，它不是一个独立的疾病，而是某些疾患累及膀胱、逼尿肌-括约肌功能的结果。尿失禁是中老年人常见的一种病症，它给中老年人精神、心理

及肉体上带来很大的痛苦，使生活质量明显下降。该病症的患病率女性多于男性，高龄老人患病率可达 25% 以上。

病因

中老年人易患尿失禁的原因大致有以下几种：

1. 中枢神经疾患，中老年人脑血管疾病及神经退行性疾病随增龄而增多，如脑梗塞、脑出血、老年痴呆、帕金森病、脑萎缩等，大脑皮层排尿中枢受到损害，丧失了对排尿控制的功能，产生中枢性尿失禁。

2. 尿道外括肌受损，常见于膀胱癌、直肠癌、子宫颈癌根治手术或前列腺增生症手术时，损伤了尿道外括约肌，失去了控制尿的能力。

3. 尿道机械梗阻，中老年人常见的前列腺增生、膀胱颈部炎症所致膀胱颈挛缩、尿道炎症所致尿道狭窄，排尿不畅使膀胱过度充盈，尿被迫外溢。

4. 女性绝经后，雌激素分泌减少引起尿道壁和盆底肌肉张力减退，或因分娩损伤、子宫脱垂等，改变了膀胱底部与后尿道膀胱颈相对位置，使膀胱内压力调节、传递发生障碍，因而产生尿失禁。

5. 急迫性尿失禁，中老年人容易患尿道炎、膀胱炎、膀胱肿瘤、结石，刺激逼尿肌，处于高度兴奋状态，产生尿频、尿急现象，从而引起急迫性尿失禁。

治疗措施

1. 中老年人要重视自我保健，加强运动锻炼，注意营养，不断增强体质和提高机体抗病能力，延缓衰老是预防中老年人尿失禁的根本措施。

2. 中老年人每日做一些收腹、提肛运动,以不断增强膀胱、尿道括约肌及盆底支持组织的张力,保持良好排尿、控尿的功能。

3. 一旦发生尿失禁,积极查清病因,进行病因治疗,如膀胱或尿道炎症,应给予消炎治疗;膀胱肿瘤、结石等应进行手术切除;老年女性雌激素减少所致的阴道、尿道炎或尿道壁、盆底肌肉松弛,应予以适量补充雌激素治疗。

4. 对尿失禁的中老年人要多给予精神安慰,对一些暂时性尿失禁者,如膀胱炎症、前列腺增生、雌激素缺乏等,积极祛除病因,并向病人耐心解释,帮助树立信心,配合治疗,尽快康复。

5. 尿失禁的药物治疗:

(1) 普鲁本辛,口服,每次 15 毫克~30 毫克,每日 3 次,可使膀胱肌肉松弛,增加膀胱容量,对于不稳定膀胱及无抑制性膀胱引起尿失禁有效,但青光眼及前列腺增生者禁用。

(2) 双环维林,口服,每次 25 毫克,每日 3 次。作用同普鲁本辛,但副作用较小。

(3) 丙咪嗪,口服,每晚 25 毫克,治疗老年性尿失禁有效率 60%。该药属三环类抗抑郁药,亦有抗胆碱能作用,可松弛膀胱平滑肌,对急迫性尿失禁有效。

(4) 心痛定,口服,每次 5 毫克~100 毫克,每日 3 次,可使膀胱容量增加,延迟无抑制收缩,降低膀胱兴奋性,对急迫性尿失禁有效。

(5) 黄酮哌酯(泌尿灵),口服,每次 0.2 克,每日 3

次，可解除泌尿系平滑肌痉挛，对急迫性尿失禁有效。

(6) 麻黄素，口服，每次 12.5 毫克~25 毫克，每日 3 次。可提高尿道括约肌张力，对于打喷嚏、咳嗽用力举重物致腹内压增高引起的压力性尿失禁有效。对高血压、冠心病、甲亢者禁用。

(7) 受体阻滞剂，心得安，口服，每次 10 毫克，每日 3 次，或用氨酰心安，口服，每次 12.5 毫克~25 毫克，每日一二次。对心动过缓、哮喘、心衰患者慎用。可增加尿道平滑肌张力，增加尿道阻力，对压力性尿失禁有效。

6. 人工尿道括约肌植入手术，手术成功率已达 90% 以上，但该装置价格昂贵（数千美元），难以普及。

7. 泰弗隆（Teflon）注射疗法，该制剂对人体组织刺激性小，不易吸收，将其注射至尿道括约肌缺损处，增加尿道阻力，有效率可达 76%，但远期效果尚不够理想。

8. 对于长期卧床尿失禁患者，如脑血管疾病，截瘫病人，应加强护理，保持皮肤干燥，防止褥疮，防止感染。男性病人可采用阴茎夹或外部集尿袋套在阴茎上收集尿液。女性病人采用尿垫，必要时应用留置导尿管，但要经常冲洗消毒，防止继发泌尿系感染。护理工作要强调细心、耐心、热心、爱心，不要讨厌、嫌弃病人，要尊重人，爱护病人。因为此类疾病给患者精神、心理、肉体带来极大的痛苦，他们渴求亲人们、医护人员及全社会给予更多的关怀和帮助。

三、急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎，简称急性肾炎。多见于青少年，中老年人较少见。多数是由上呼吸道链球菌感染后产生一种免疫复合物，造成肾小球免疫病理损伤。

临床上可以急性起病，约有 50% 以上的患者出现血尿、蛋白尿，70% 以上出现水肿、高血压。病人常伴有乏力、恶心、呕吐、头晕、腰痛或腹痛。该病若能及早发现，及早治疗，大部分预后良好。但中老年人急性期发病往往不典型，不能及时诊治，病情迁延转为慢性，甚至出现肾功能衰竭，则预后不良。

防治措施

1. 中老年人要注意预防感冒及上呼吸道感染，一旦发病应及早并彻底治疗。

2. 平时要注意锻炼身体，增强体质，使机体保持良好免疫状态，以抵御自身免疫疾病。

3. 肾炎急性期应注意卧床休息 2 至 4 周，直至肉眼血尿及水肿减退，血压接近正常，再在室内逐渐恢复活动。

4. 急性期限制水、钠及蛋白质摄入，以减轻肾脏负担。

5. 若咽部或皮肤有感染灶，应给予青霉素或其他抗链球菌消炎药物治疗，一疗程至少应给 7 天~10 天。

6. 水肿明显者应给袪利尿剂如速尿口服，每次 20 毫克，每日 3 次。或丁尿胺口服，每次 0.5 毫克~1 毫克，每日 2 次。

一般不用噻嗪类、贮钾利尿剂。

7.降低血压,伴有血压较高者,可选用心痛定、络活喜、开搏通、哌唑嗪等降压治疗。

8.对症治疗,如有心衰应给予洋地黄制剂强心治疗或给硝普钠等扩张血管,减轻心脏前后负荷。若有急性肾功能衰竭,有条件可选用腹膜透析或血液滤过,疗效较佳。

四、急性肾功能衰竭

急性肾功能衰竭,简称急性肾衰。任何原因引起的急性肾实质病变,致使肾单位丧失调节机体水分及电解质平衡的功能,对机体代谢产物或毒素不能及时排泄,导致高钾血症、代谢性酸中毒及尿毒症者,称之为急性肾衰。

症状

1.胃肠道症状,食欲减退、恶心、呕吐、腹泻,有10%~30%的患者可出现胃肠道出血。

2.心血管系统症状,15%~20%有中度以上高血压,若水、钠潴留过多可发生心力衰竭、心悸、气短、呼吸困难,30%左右发生心律失常或心包炎、心包积液,甚至心包填塞,可危及病人生命。

3.神经精神症状,可出现嗜睡、神志混乱、焦虑不安、强直性肌痉挛和癫痫样发作。

4.血液系统表现,常有严重贫血,血小板减少而致出血倾向。

5.感染,有30%~70%急性肾衰患者合并感染,也是导

致急性肾衰的重要死因之一。多为呼吸道或泌尿道感染，由于免疫功能下降，对抗生素的效果较差。

6. 少尿，急性肾衰最初 7 天~14 天可尿量很少，若 24 小时尿量少于 400 毫升称少尿，少于 100 毫升称无尿。若经过及时抢救渡过少尿期，尿量可逐渐增加，经 5 天~7 天后，尿量达高峰，每日可超过 2000 毫升，称多尿期，此时应注意水、钠、钾的缺失，否则亦可导致死亡。多尿期过后，肾功能逐渐恢复，常需数月，有的亦可能迁延为慢性肾衰。

防治措施

中老年人肾脏储备功能很低，在应激情况下，如手术、感染、高热、创伤，急重症如心肌梗死、脑出血等，很易引起急性肾衰，中老年人急性肾衰的病死率很高，约在 60% 以上。因此，保护中老年人肾脏功能，是老年医学中一个十分重要的课题。防重于治。

1. 要注意积极防治损害中老年人肾功能的一切疾病，如高血压、糖尿病、红斑狼疮、类风湿性关节炎、痛风、慢性肝炎、肝硬化、心力衰竭、肾动脉硬化狭窄、急性感染、烧伤、泌尿系结石梗阻、某些溶血性疾病，如黑尿热、蚕豆病、输错血型等，均可引起急性肾功能衰竭，必须及早防治。

2. 避免应用肾毒性较大的药物，中老年人急性肾衰的病因中，有 25%~35% 的病人是由于用药不慎所致。如氨基糖甙类抗生素（庆大霉素、卡那霉素等）、头孢菌素、利福平、某些抗肿瘤药物（顺铂、亚硝基脲类、氨甲喋呤、丝裂霉素、光辉霉素）、解热镇痛药、海洛因、磺胺药、降糖药、利尿剂、降压药、碘造影剂等。若必须应用上述药物时应注意减量，

并定期检查血、尿，密切监视肾脏功能。

3. 在抢救一些危重病人时，要十分小心保护肾脏功能，如抢救高血压危象、脑出血时，降压不要太猛，以免肾脏灌注不足，引起急性肾衰；心肌梗死、心力衰竭、中毒性休克、大手术、失血、脱水时，应注意补充血容量，避免由于肾脏低灌注，引起急性肾衰。

4. 避免接触对肾脏毒性较大的化学物质，脱离有害物质污染严重的环境，如四氯化碳、丙二醇，某些重金属如汞、铋、砷、金、银、镉、铜等，某些农药、杀虫剂、灭鼠药等均可引起肾脏急性中毒性肾小管坏死。

治疗措施

1. 支持治疗。老年患者在少尿期应摄入高热饮食，适当补给优质蛋白（如牛奶、鱼、鸡蛋、瘦肉等）或静脉滴注氨基酸。若血中氮质很高时，应严格限制蛋白饮食（小于 0.6 克/千克体重）。使用能量药物如 ATP、辅酶 A、细胞色素 C、肌苷等。进入多尿期，尿素氮开始下降，可增加蛋白质摄入量。

2. 重视原发病的治疗，如积极控制感染，严重感染时在使用大剂量抗生素的基础上，使用糖皮质激素，对解除和防止内毒素血症是有益的。纠正休克、失血、心衰，补充血容量，清除坏死组织，解除泌尿系统梗阻等。

3. 调整水及酸碱平衡，少尿期，应限制水钠的入量；进入多尿期，出现口渴时，应鼓励患者多饮水，以补充水分的丢失。积极纠正代谢性酸中毒及高钾血症等。

4. 利尿剂的应用。急性肾衰早期，速尿应常规使用，该

药大剂量使用可防止急性肾衰进入少尿期，首次用 100 毫克~200 毫克，缓慢静脉注射，若无效，2 小时后可成倍加量。若与肾血管扩张剂合用效果更好，用多巴胺每分钟 2 微克/千克体重~3 微克/千克体重，速尿每小时 10 毫克/千克体重~15 毫克/千克体重，静脉滴注，两药有协同作用。如果患者已经发生急性肾小管坏死，则利尿剂难以奏效。

5. 透析治疗。近年来主张早期透析，不要等出现严重并发症，如感染、消化道大出血、高钾血症、心衰时，再透析，此时效果明显降低。

1982 年全国急救学会议建议透析的指征是，在确立急性肾衰诊断 2 天之内，凡属高分解代谢型者（血尿素氮每日增高 > 8.9 毫摩尔/升或 25 毫克/分升）应立即进行透析治疗。非高分解代谢型者，出现下述情况之一者应立即进行透析治疗：尿毒症症状明显，如恶心、呕吐、精神症状等；有水、钠潴留或充血性心衰者；严重高钾血症，血钾 > 6.5 毫摩尔/升，心电图出现明显高钾血表现；血肌酐 > 580.4 微摩尔/升~707.2 微摩尔/升（6 毫克/分升~8 毫克/分升），尿素氮 > 28.6 毫摩尔/升（80 毫克/分升）；严重代谢性酸中毒，血碳酸氢盐浓度持续 < 10 毫摩尔/升，补碱后难于纠正者。

透析疗法的选择，一向应根据患者当时病情及当地医疗条件而定。腹膜透析，设备简单，技术易于掌握，基层医院便于施行。特别是对于心衰、血压下降或有出血倾向者，应首选腹膜透析。高代谢型急性肾衰，腹腔脏器开放性损伤或腹腔手术后 3 天内，以选用血透为宜。持续性动静脉血液滤

过，疗效尤佳。

6. 积极控制并发症，如消化道出血、心衰感染等，都是急性肾衰的主要死因，应及早进行防治。

7. 中医中药：少尿期可试用大黄、附子、牡蛎、龙骨、蒲公英等煎液高位灌肠以通腑泄浊、解毒导滞。恢复期可辨证使用中成药施治，如脾气虚者用香砂六君丸，肾阳虚者用金匮肾气丸，肾阴虚者用六味地黄丸，促进身体更快地康复。

五、慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭，简称慢性肾衰，是在慢性肾脏疾病或尿路梗阻的基础上逐渐发生的肾单位严重受损，肾功能显著减退，这是一种不可逆性的肾衰。预后很差。

慢性肾衰最常见的病因是慢性肾小球肾炎，占50%~60%，其次为肾盂肾炎占20%~30%，中老年人中高血压所致的肾脏小动脉硬化及糖尿病肾病占20%~30%，随着我国社会人口老龄化，高血压和糖尿病发病率不断上升，此类疾病所致的慢性肾衰还将不断上升，值得重视。

症状

慢性肾衰是逐渐进行性发展而来，按照肾脏损害及肾功能减退的程度，临床上一分为四期：

1. 肾脏贮备能力丧失期，亦称慢性肾功能不全代偿期。正常人肾小球滤过率（GFR）约为120毫升/分，此期患者GFR50毫升/分~80毫升/分，肾脏功能丧失1/2以上，但尚能勉强维持机体在平静或休息状态下，代谢产物的排泄及水电

平衡，因而临床上无明显症状，血中尿素氮和肌酐大致正常或轻微偏高，血肌酐在 133 微摩尔/升~177 微摩尔/升（1.5 毫克/分升~2.0 毫克/分升）。

2. 氮质血症期，亦称肾功能衰竭前期或失代偿早期。GFR 已减少至 25 毫升/分~50 毫升/分，血肌酐 185.6 微摩尔/升~442.0 微摩尔/升（2.1 毫克/分升~5.0 毫克/分升），血尿素氮 8.9 毫摩尔/升~21.4 毫摩尔/升（25 毫克/分升~60 毫克/分升）。

此期病人出现夜尿多、乏力、食欲减退、恶心及轻度贫血。此期病人若有感冒、发热、手术、劳累或应用了对肾脏有毒性的药物，肾功能可迅速恶化，进入肾功能衰竭或尿毒症期。

3. 肾功能衰竭期，GFR 进一步下降至 15 毫升/分~25 毫升/分，血肌酐 442.0 微摩尔/升~707.2 微摩尔/升（5.0 毫克/分升~8.0 毫克/分升），尿素氮 > 21.4 毫摩尔/升（60 毫克/分升），出现严重贫血、恶心、呕吐、疲乏无力、注意力不集中、精神萎靡，若不及时治疗，终将发展为代谢性酸中毒或尿毒症。

4. 尿毒症期，GFR 10 毫升/分~15 毫升/分以下，血肌酐升至 > 707.2 微摩尔/升（8.0 毫克/分升），尿毒氮 > 35.5 微摩尔/升（100 毫克/分升），皮肤瘙痒并可见尿素霜结晶，常有恶心、呕吐、腹泻、口有尿臭味、严重血、心力衰竭、神志不清、昏迷、抽搐，常因代谢性酸中毒、高血钾、肺水肿、脑水肿或继发感染而致死。

防治措施

1. 积极防治可累及肾脏的一些疾病,如高血压、糖尿病、急慢性肾炎、肾盂肾炎、泌尿系结石、红斑狼疮、类风湿性关节炎等。

2. 要重视肾脏病及肾功能普查,中老年人每年至少普查一次肾脏 B 超、血肌酐、尿素氮、尿常规,以早期发现肾脏疾病,早期治疗。

3. 对已有肾脏损害的患者,若能定期进行高质量的随诊,加强治疗,可以延缓慢性肾衰发生、发展,减少并发症,提高患者的生命质量。

4. 合理膳食,低蛋白(每日每千克体重给蛋白 0.5 克~0.6 克),低磷(每日小于 600 毫克)膳食能降低肾单位的耗氧量,使大多数慢性肾衰的病人病程减慢,如果有高磷血症,可服碳酸钙或氢氧化铝,使血磷降低。膳食中鱼、肉、蛋、海产品、谷物、黄豆中含磷均较高,必要时应将上述食品先用水煮将汤弃去,可减少磷的摄入。必要时应补充必需氨基酸,一般每日给 0.1 克/千克体重~0.2 克/千克体重,口服时将全日量分 3 次~5 次,饭后服。静脉滴注应缓慢,每分钟 15 滴。必需氨基酸既弥补了患者因低蛋白膳食造成的营养不足,又防止了因高蛋白膳食导致肾脏高滤过状态,有助于延缓慢性肾衰的进展。

5. 肾脏疾病往往伴有脂质代谢紊乱及高粘滞状态,应用低脂饮食、降脂药、抗血小板聚集药(如潘生丁,口服,每次 25 毫克~50 毫克,每日 3 次)、中药活血化瘀(如丹参、红花、赤芍等),均可延缓慢性肾衰的进程。

治疗措施

1. 祛除病因，如泌尿道梗阻应解除梗阻，手术、感染、高热、腹泻、呕吐，均可加重慢性肾衰进程，应尽量避免。

2. 饮食治疗：低蛋白、低磷、足够的热量、充足的维生素膳食，可减轻肾脏损害，防止肾功能迅速恶化，中、重度慢性肾功能衰竭，蛋白摄入应限制为每日 0.4 克/千克体重。亦可给予酮酸口服，每次 3 克~4 克，每日 3 次，该药是不含氮不含磷的必需氨基酸，可避免血氮、血磷升高。

3. 注意纠正并发症，有轻度酸中毒可口服碳酸氢钠，每次 1 克~2 克，每日三四次；高血压者可选用巯甲丙脯酸或心痛定口服；有肾性骨病者可补充钙每日 1 克~2 克和维生素 D₂ 或 D₃；继发性贫血者可给叶酸口服，每次 5 毫克~10 毫克，每日 3 次或右旋糖酐铁每次 25 毫克，肌肉注射，每日 1 次。

近年来使用促红细胞生成素（EPO）治疗尿毒症性贫血取得较好的疗效，改善了病人生活质量，用法为皮下或静脉注射，每次 50 单位/千克体重~100 单位/千克体重，每周二三次，每支含 0.2 万或 0.4 万或 1 万单位。应用该药 6 周~8 周后，可显著增加红细胞数量及血红蛋白，可使血液抗粘滞度增高并有凝血倾向，还可使血压升高，因而有诱发心脑血管梗塞的可能，必要时应加用抗凝药。心衰者应用地高辛等强心治疗。感染应用抗生素等。

4. 肠道吸附剂的应用：氧化淀粉口服，每次 10 克，每日 3 次，或用包醛氧淀粉口服，每次 3 克~5 克，每日 3 次。该类物质可吸附肠道内尿素、氨等有毒物质，由粪便排出，使血尿素氮下降 30% 左右。该类药的副作用是对胃肠道粘膜刺激较大，常有恶心、呕吐、腹痛，部分患者不易耐受和坚

持。

5. 透析治疗, 近年来广泛应用血液透析及腹膜透析, 能有效的排出体内代谢废物及多余的水分, 纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱。尤其维持性血液透析已使慢性肾衰患者 5 年生存率提高至 60%~80%, 平均延长寿命 6.5 年。

(1) 血液透析即人工肾, 凡患慢性肾衰, 经饮食调理、药物治疗肾功能无改善者, 有条件应在适当时机进行血液透析。时机过迟, 再进行透析并发症多、病死率高, 且即使病情得到缓解, 也只能依靠透析维持生命。但过早透析也不利于残存肾功能保留, 增加了患者身体、精神痛苦及经济负担。因此, 应严格掌握适应证。

中老年人慢性肾衰血液透析时, 往往需长期不间断地进行, 一般需要每周进行 2 次~4 次, 每次透析 2 小时~4 小时。进行透析之前, 先在腕部或肘部做一小手术, 将动脉与静脉缝合在一起, 称血管内瘘, 便于将体内血液引入人工肾经过透析或滤过后, 将干净的血液再输回人体。这个血管瘘是进行血液透析或滤过时, 将人体血液引入透析机或滤过器的一条重要通路, 必须十分珍惜保护, 严格无菌操作, 避免感染、出血、凝血和栓塞, 尽可能延长使用时间。

慢性肾衰施行血液透析的适应证: 有明显尿毒症症状; 血肌酐大于 884 微摩尔/升 (10 毫克/分升) 或尿素氮大于 35.7 毫摩尔/升 (100 毫克/分升); 肌酐清除率小于 10 毫升/分; 有难以控制的高磷血症或血钾大于 6.5 毫摩尔/升; 严重代谢性酸中毒; 少尿或无尿导致水潴留, 出现水肿、心衰、肺水肿、脑水肿。

血液透析禁忌证：一般无绝对禁忌证，有下列情况为相对禁忌证：休克或低血压未能纠正之前；有严重出血倾向者，因透析过程中，为防止血液凝固，常规使用肝素有时也会使病人发生大出血；心衰、脑血管意外、恶性肿瘤晚期、不能耐受体外循环者。

血液透析常见的并发症有：

平衡失调综合征，在透析过程中或透析数小时内发生头痛、恶心、呕吐、高血压、肌痉挛、精神失常、惊厥和昏迷等。可能与透析时，使尿毒、pH、钠等平衡失调有关。轻症不需处理，应缩短透析时间，脱水不要太快。稍重者可给予高渗葡萄糖静脉注射或给予镇静剂。

发热，可能与透析管道清洗、消毒不彻底，透析液致热原污染、动静脉瘘感染等有关，对症处理。必要时应使用抗生素。

低血压，可能与透析前血容量不足有关，应降低透析液负压，适当补充生理盐水或右旋糖酐。

心衰，可能与透析时血容量突然增加有关，应适当提高透析液的负压。患者应注意限制钠盐。

透析性骨病，见于长期透析病人，透析中丢失钙，使甲状旁腺功能亢进，病人出现骨痛、骨软化、骨纤维化。应注意补充钙和维生素D。

透析性脑病，见于长期透析的病人，表现为失语、痴呆、肌痉挛、癫痫发作及行为异常。发病原因不明，应注意控制透析液中的铝含量。

(2) 血液滤过是较血液透析更为先进更为安全的技术，

它弥补了血液透析的一些缺点，减少了并发症，提高了疗效。

血液透析虽然能清除体内多余水分和代谢废物，但它不能透出身体中有害的中分子物质，因而对慢性肾衰合并有继发性贫血、周围神经病变、甲状旁腺功能亢进及营养障碍等，得不到有效控制。血液滤过不用透析液，而使用高效能滤过器、平衡装置及置换液控制体液平衡，使血液中的溶质，包括中分子物质随水一起滤出，因而提高了疗效，还减少了血液透析的并发症。但该方法成本昂贵，难以普及。对有下列情况者应优选血液滤过：

慢性肾衰并有严重高血压、低血压、高脂血症、高磷血症时，应用血液透析容易发生失衡综合征，而血液滤过可以高效的保持体液平衡，大大减少失衡综合征的发生。

慢性肾衰合并尿毒症心包炎、严重贫血、周围神经病变、代谢紊乱者，应优选血液滤过。

合并有多器官衰竭时选用血液滤过更为安全。

(3)腹膜透析是一种比较简便易行，透析效果较好的方法，尤其近年来开展的持续性非卧床腹膜透析(简称 CAPD)，操作简单，易于掌握，费用较低，24 小时持续透析，效率较高，患者不需卧床，可以自由活动，因而很易被患者所接受。有的患者使用腹膜透析可使生命延长达 10 年之久。

具体方法：腹膜透析正式开始前，需先做一小手术，在脐下 3 厘米处切一 2 厘米~4 厘米小口，将腹膜透析管插入腹腔，缝合固定，透析管外端用消毒橡皮帽封闭，无菌纱布包扎，固定于腹壁。每次透析时，要严格无菌操作避免污染。每周进行 6 个透析日。每次注入腹腔透析液 1500

毫升~2000毫升，在腹腔停留4小时~8小时，然后放出，即可带出体内代谢产生的废物及多余的水分，等于代替肾脏的排泄功能。每个透析日进行3~5个透析周期，通常在3餐前和睡前进行一次透析液循环，即将腹腔内废旧的透析液放出，再将新鲜透析液输入。

腹膜透析的适应证：凡是符合血液透析的适应证亦是腹膜透析的适应证，但具有以下临床表现者，应优先考虑腹膜透析。患血管疾病建立血管通路有困难者；有严重的心血管疾病，如心衰、休克、心包积液、严重高血压不能承受血液透析者；有出血倾向，不能接受血透时所需肝素化者；急性出血性胰腺炎伴肾功能衰竭者，腹膜透析可直接有助于排出淀粉酶及其毒性物质。

腹膜透析的禁忌证：腹膜广泛粘连，影响腹透的效果；2至3日内曾进行过腹部或腹膜后手术或腹部保留外科引流管；腹腔或盆腔有局限性炎症或脓肿，腹透可使炎症扩散；严重肺部感染和有肺功能不全者，腹透时输入透析液，使膈肌抬高会加重呼吸困难；晚期妊娠、腹部巨大肿瘤、肠麻痹、严重肠胀气时，插管易致脏器损伤和透析液引流不畅。

腹膜透析的并发症及其防治：

腹膜炎是腹透中最常见的并发症。与腹透的次数、持续时间、无菌操作规范程度，病人营养、免疫及一般健康状况有密切关系。一般若持续腹透1个月者，其发生率为10%~20%。腹膜炎时病人会有发热、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、透出液混浊。病情严重可导致休克、死亡。应重视防治：透

析液的制备及透析过程中应严格无菌技术操作；透析进行前先连续用等渗透析液充洗3次，待腹腔排出液清亮后再行透析；透析液中加入一定量的抗生素及肝素；一旦发生感染应及时应用有效抗生素。

蛋白质、氨基酸、维生素的丢失。每个透析日平均丢失蛋白质5克~10克，必需氨基酸2克~4克及一些水溶性维生素，透析时应注意进高蛋白饮食，每日每千克体重给蛋白1.0克~1.5克，必要时静脉输入血浆、白蛋白、氨基酸，并适量补充维生素C、B₁、B₆和叶酸。

高血糖、高血脂和肥胖，由于透析液中含有1.5%~4.25%葡萄糖，经吸收后可导致糖、脂代谢紊乱，应注意调整饮食，减少碳水化合物的摄入，适当增加活动。

呼吸系统并发症，腹腔内注入大量透析液，可使横膈抬高易致肺底萎缩、分泌物积蓄、肺不张、肺部感染，尤其多见于年老体弱、长期卧床者。应鼓励患者经常变换体位，下床活动，作深呼吸。

腹痛，见于腹膜炎、透析管位置不当、透析液配制不当引起。必要时可在透析液中加入0.5%或1%普鲁卡因或2%利多卡因10毫升~20毫升。

其他还应注意维持患者水及电解质平衡，因为腹透时可丢失大量水分、钾、钠等，引起患者脱水、低钠、低钾、低血压、心动过速等。应注意血钾、钠的监测，必要时静脉补充生理盐水。

6. 抗凝药物的应用：为防止和减少肾小球内凝血、继发炎症、纤维化，可使用抗凝药，如潘生丁、肝素、华法林等。

7. 中药大黄的应用：近年来研究证实，大黄具有抑制蛋白质分解，促进氮质重新利用，纠正低钙、高磷和脂质代谢紊乱，延缓慢性肾衰的发展。保肾片（大黄醇提取物）口服，开始每次1片，每日3次，逐渐加至每次3片~5片，每日3次。

8. 肾脏移植，适于45岁以下慢性肾衰患者，据报道45岁以上肾移植2年存活率并不比透析高。

六、高血压肾脏病

高血压肾脏病是由于高血压引起肾脏小动脉硬化，导致肾脏缺血性病理改变，进而使肾功能降低的一种疾病。

一般轻中度高血压若不进行适当治疗，5年~10年就可产生肾小动脉硬化，肾功能缓慢受损。但有一小部分（1%~8%）原发性高血压患者发病急骤，称为恶性高血压，迅速引起肾小动脉病变，肾功能急剧恶化，若不及时治疗，往往一二年内死于肾功能衰竭。

症状

早期病人无明显症状，仅在检验尿时可发现微量蛋白或有轻度浮肿。随着病情的发展可出现由于高血压引起的头晕、头昏、心悸、气短、视力异常，肾功能衰竭引起的食欲不振、恶心、呕吐、乏力、贫血、少尿、全身水肿、精神萎靡、神志不清等。

防治措施

高血压肾脏病晚期即进入肾功能衰竭或尿毒症，此时治

疗为时已晚，且疗效很差、预后不良。所以高血压肾脏病关键在于预防和早期治疗。

1. 低钠、高钾、高镁、高钙膳食有利于防治高血压。

2. 肥胖者应低热量膳食，加强运动，将体重降至正常范围。

3. 积极治疗糖尿病、高脂血症，可以延缓肾脏小动脉硬化进程。

4. 定期查体，检查血压。已患高血压应定期检测尿常规及血尿素氮、肌酐等，密切监测肾功能。

5. 早期发现高血压，应坚持正规、系统的降压治疗，将血压控制在正常范围。

6. 已发现有肾功能损害者，应十分注意保护肾功能，避免应用肾毒性药物，预防感冒、呼吸道及泌尿道感染、发热，避免精神紧张、情绪激动和过度劳累等。

7. 重度高血压治疗宜缓慢降压，且舒张压不宜小于 12.0 千帕~13.3 千帕（90 毫米汞柱~100 毫米汞柱），过低反而不利于肾脏血流灌注，使肾功能进一步受到损害。

七、肾癌

肾癌的种类

肾癌一般分为三种：

1. 肾细胞癌，是中老年人最常见的肾癌，占肾脏恶性肿瘤的 80% 左右，男多于女，男女之比为 2：1。肾细胞癌病理分为四型：透明细胞癌；颗粒细胞癌；透明细胞及颗

粒细胞混合癌；肉瘤样癌。其中以混合癌较多见。透明细胞癌预后稍佳，肉瘤样癌预后最差。转移方式可直接蔓延或沿淋巴及血转移。

2. 肾盂癌，约占肾脏肿瘤的 20%，多为移行上皮癌（80%），预后较好；少数为鳞癌（14%），预后较差，容易浸润，很少活到 5 年。肾盂腺癌（1%）很少见。肾盂癌多与结石、感染有密切关系。

3. 肾母细胞癌，多见于儿童，中老年人少见。

症状

肾癌有三大主症：血尿、腹部肿块和腰痛，但只有 55% 的病人出现上述症状，其余近半数病人多是在体检或 B 型超声检查时偶然发现。

1. 血尿，可为肉眼所见全程无痛性血尿，间断出现，反复发作。

2. 腹部肿块，幼儿肾癌，腹部容易隆起而被大人发现，中老年人往往在体检时被医生触摸腹部时发现。当腹部摸到肿块时，肿瘤已较大，多属晚期。

3. 腰痛，多呈持久性钝痛，当肿瘤压迫或浸润至周围神经或侵及输尿管时亦可呈剧痛或绞痛。

4. 其他，当肿瘤发展至晚期，亦可出现厌食、乏力、贫血、消瘦、精神萎靡，当转移至肺、肝、骨髓时，可有肝区痛、黄疸、胸痛、咯血、骨痛等。

防治措施

1. 避免接触致癌物质，现已知可致肾癌作用的物质有：芳香胺类、亚硝基化合物、烷基化合物、铅、镉、某些抗癌

药、非那西汀、利尿剂、咖啡等。

2. 彻底治疗泌尿系感染及结石, 如肾盂肾炎、肾盂结石可致肾盂癌, 应尽早清除病因。

3. 戒烟, 烟草中含有二甲基硝基胺, 萘胺、乙胺基-7 萘酚均有较强的致癌作用。

4. 减肥, 女性超重者肾癌发病率高, 男性不明显。据研究认为高热量饮食和大量不饱和脂肪酸可促进肿瘤的发生。

5. 对长期进行血液透析的病人要注意获得性肾囊性病的诊查, 此病血透 3 年以上发生率可高达 15%~80%, 其中 5%~16% 癌变, 可能与长期透析病人体内累积一些不为透析所清除的致囊肿和致癌物质, 如聚胺等, 可使肾小球上皮细胞增生, 诱发获得性肾囊性病及肾癌。

因此, 对血液透析病人应经常进行肾脏 B 超及尿癌细胞检查, 必要时进行膀胱镜或 CT 扫描检查, 以便早期发现, 早期治疗。

治疗措施

1. 手术切除, 对未见远处转移者, 又无手术禁忌证者, 应积极争取尽早手术。肾癌 I 期~ II 期 (局限于肾真包膜或筋膜内) 手术后 5 年存活率可达 47%~75%; III 期 (肿瘤侵犯局部淋巴结、同侧肾静脉或下腔静脉) 手术后 5 年存活率仅 12%~25%; IV 期 (远处器官转移) 手术后 5 年存活率很小。

2. 化学治疗, 肾细胞癌反应不敏感。大剂量长春花碱有效率仅为 14%~20%, 环己亚硝脲有效率仅为 16%。

3. 内分泌治疗, 黄体酮用于肾细胞癌治疗有效率亦有限,

仅为 5% 左右。

4. 调节人体免疫功能, 近年来用转移因子、干扰素、白细胞介素 2, 作为辅助治疗, 可提高疗效, 但也不理想。

5. 放射治疗, 对肾细胞癌疗效不明显。可以配合在术前或术后适当放疗, 可提高 5 年生存率 5% ~ 10%。

八、膀胱癌

膀胱癌是中老年人常见的泌尿系恶性肿瘤之一。最高发病年龄为 60 岁 ~ 69 岁, 占全身恶性肿瘤 1.1% ~ 1.9%。从病理组织学上分类: 移行上皮细胞癌最多见, 占 92%; 鳞状上皮癌占 6% ~ 7%; 腺癌很少见, 仅占 1% ~ 2%。鳞状上皮细胞癌和腺癌为浸润性癌, 恶性程度大, 病程短, 预后差。5 年生存率低于 20%。

根据其生长方式又可分为: 表浅乳头状癌, 最常见, 占 70%, 预后较好; 浸润性癌, 约占 20%; 无蒂的结节状浸润性癌, 约占 10%; 局限粘膜的原位癌, 约占 3%, 不伴有浸润者, 预后良好。

症状

1. 血尿, 间歇性无痛性肉眼血尿, 约占膀胱癌患者的 80%, 其中 17% 为严重血尿。首次出现血尿, 立即明确诊断, 及时进行治疗者, 3 年生存率可达 60% 以上。由于间歇性血尿, 容易被误诊, 认为问题不大或误诊为炎症, 经消炎治疗后, 误认为已经治愈, 不进行彻底检查, 如膀胱镜活检等。若为浸润性癌延误 1 个月确诊, 则 3 年生存率由 60% 降至

25%。

2. 泌尿系刺激症状，尿频、尿急、尿痛约占 10%。

3. 尿道梗阻，肿瘤长大，堵塞尿道，可出现排尿困难、尿潴留，甚至肾功能不全。

4. 其他，可并发膀胱结石、泌尿系感染、下腹部包块、严重贫血、恶病质等。

治疗措施

1. 当中老年人发现非感染性无痛性血尿时，必须认真的进行多次尿细胞学检查及膀胱镜检查，除外膀胱癌的诊断。一般在有血尿的中老年人中大约 10% 为膀胱癌，而膀胱癌患者 80% 左右有无痛性血尿。

2. 尿细胞学检查是早期诊断膀胱癌最简便、最有效的手段。膀胱癌细胞学检查阳性率可达 50% ~ 80%。疑有膀胱癌患者需多次送尿进行细胞学检查，有时需送 10 次 ~ 20 次以上检查，才有一次阳性结果。所以，只凭 3 次 ~ 5 次尿细胞学检查阴性，不能否定膀胱癌的诊断。

收集尿方法也直接影响检查结果，应注意容器必须清洗干净，留尿后立即送检，搁置时间长久，癌细胞容易破坏，难以诊断。晨起第一次尿在膀胱停留时间较长，细胞容易破坏，应弃去；采用第二次新鲜尿送检。必要时应采用膀胱冲洗液，进行细胞学检查，其阳性率高于自排尿。

3. 膀胱镜检查对诊断膀胱癌部位、大小、数目，以及进一步进行组织学定性检查是必不可缺的。

4. B 超、CT、磁共振成像检查，对进一步了解膀胱癌的浸润深度和淋巴结及周围组织转移的情况，亦很有帮助。

5. 手术切除是膀胱癌的首选治疗手段, 可根据肿瘤的大小、细胞分化程度和病理分期, 采用不同的手术方法。经尿道电灼、电切、激光治疗, 此法创伤小, 对病人打击小, 恢复快。适用于表浅的较小的孤立的临床 I 期膀胱癌, 5 年生存率可达 70% 以上。由于膀胱癌具有易复发的特点, 手术后 3 年内, 每隔 3 个月至半年, 须进行一次膀胱镜检查。对于较大的经尿道不能切除的膀胱癌, 应根据肿瘤浸润的范围及周围组织的转移情况, 分别采用膀胱部分切除术或膀胱全部切除术。临床 II 期膀胱癌手术切除后, 5 年生存率 13% ~ 22%。

6. 化学治疗: 对已有转移的膀胱癌应以化学疗法为主。现阶段比较有效的药物为顺铂、阿霉素、氨甲喋呤、长春花碱、5-氟尿嘧啶等。单独应用效率 15% ~ 40%, 若联合应用有效率可提高至 40% ~ 68%。

表浅膀胱癌亦可用膀胱灌注化学药物治疗。灌注时插导尿管排空膀胱的尿, 然后灌注药物, 平、俯、左、右侧卧, 每 15 分钟转换一次体位, 共 2 小时, 每周一次, 6 至 8 次后, 改为每月一次。常用的药物有噻替哌、丝裂霉素 C、阿霉素等。有效率为 60% ~ 70%。

7. 放射治疗: 膀胱癌单纯放疗有效率仅为 20% ~ 25%, 适用于不能进行根治手术或拒绝手术的患者。放射治疗的副作用常见的有放射性膀胱炎、膀胱挛缩和直肠炎等。

8. 免疫治疗: 近年来有人试用卡介苗、白细胞介素-2 和干扰素等, 膀胱内灌注, 对防止肿瘤复发有一定效果。

九、前列腺增生症

前列腺增生症又有人称前列腺肥大，实际它并不是细胞肥大，而是前列腺体和间质细胞良性增生，所以称前列腺增生更科学。前列腺正常只有栗子大小，分为前叶、左叶、右叶、中叶和后叶，位于后尿道周围。发生增生的部分主要围绕在后尿道周围的左叶、右叶和中叶。它随着年龄增长逐渐增生，有的可增至鸡蛋大小，甚至更大，必然会压迫后尿道，出现排尿不畅、排尿困难、甚至完全梗阻，排不出尿。

前列腺增生症是中老年人常见病，男性自40岁后患病率随增龄而升高。据调查，男性患病率40岁~49岁为8%，50岁~59岁为20%，60岁~69岁为35%，70岁~79岁为43%，80岁以上大于75%。有10%~30%的前列腺增生症患者需施行手术治疗。

症状

前列腺增生症的临床表现可分梗阻性症状和刺激性症状两大类：

1. 梗阻性症状：尿线变细，力量减小，是由于后尿道受增生的前列腺压迫所致；排尿间断不流畅；排尿终末期滴沥不尽，不能成线；排尿踌躇等待，排尿时站立很长时间才开始排尿。主要是逼尿肌起动时间延长，需要较长时间才能克服前列腺增生压迫所造成的阻力。

2. 刺激症状：夜尿增多，主要是增大的前列腺，刺激

后尿道，触发尿意。尿频，是由于肥厚的逼尿肌处于兴奋状态，另外残余尿增多，每次排尿，只能排出一部分，膀胱可残留至 200 毫升以上，膀胱经常处于膨胀状态，因而常有尿意。尿急、尿痛，因为膀胱经常存有残余尿，很易引起细菌生长繁殖，并发泌尿系统感染或结石。

最近世界卫生组织推荐美国泌尿外科协会（1992 年）制定的前列腺增生症状评分法（0~35 分）可帮助判断病情的程度，亦可作为观察药物疗效的定量指标（见下表）。得 7 分以下者病情为轻度，可以继续密切观察病情变化；8 分者病情为中度，除密切观察外，可根据症状对病人生活干扰的大小予以药物或物理治疗；20 分者，表明病情重度，若药物治疗无效应手术治疗。（参见下表）

前列腺症状评分表（分）

症 状 (查 5 次)	全 无	少于 1 次	少于 一半	等于 一半	大于 一半	几乎 经常
1. 在过去数月中，你在排尿后出现膀胱未排空的感觉有多频繁？	0	1	2	3	4	5
2. 在过去数月中，你在排尿后 2 小时内必须再次排尿情况有多频繁？	0	1	2	3	4	5

3. 在过去数月中, 你在排尿时排尿中断现象有多频繁?	0	1	2	3	4	5
4. 在过去数月中, 你有尿急并忍耐的现象有多频繁?	0	1	2	3	4	5
5. 在过去数月中, 你在排尿时尿流无力的现象有多频繁?	0	1	2	3	4	5
6. 在最近一月中, 你在排尿开始时必须压迫小腹或排尿使劲的现象有多频繁?	0	1	2	3	4	5
7. 在最近一月中, 你自晚上上床至早上起床止, 通常必须起床排尿多少次?	0	1	2	3	4	5
评分 = 各问题答案之和 (0 ~ 35 分)						

防治措施

1. 避免饮酒及咖啡饮料或吃刺激性如辛辣食品, 以免引起前列腺充血增大, 增加排尿阻力。

2. 避免久坐或骑自行车、骑马, 以免引起盆腔及前列腺充血, 促使前列腺增生。

3. 中老年人避免过度憋尿, 以免引起前列腺增生症者急性尿潴留。

4. 保持大便通畅, 便秘或腹泻均可刺激会阴部, 使前列腺充血增大, 引起尿潴留。

5. 中老年人避免应用阿托品、颠茄、普鲁本辛等抗胆碱能类药物, 以免引起膀胱逼尿肌收缩减弱, 导致急性尿潴留。

6. 中老年人每年至少请泌尿外科医生摸一次前列腺, 以观察大小及增生情况, 以便早期发现, 早期治疗。

治疗措施

1. 药物治疗

(1) 特拉唑嗪(高特灵)是一种 α_1 受体阻滞剂, 它能松弛膀胱颈及前列腺的平滑肌, 可解除排尿梗阻的症状, 服药 2 周~6 周, 临床症状明显改善可达 59%~86%。用法: 口服, 首剂 1 毫克(半片)睡前服, 逐渐增至每日 5 毫克~10 毫克, 除首剂睡前服外, 以后改为早晨一次服, 或早晚分两次服。副作用有头痛、头晕、无力、心悸、直立性低血压, 通常反应轻微, 继续服药, 可自行消失。

(2) 哈乐(盐酸坦索罗)是一种新型强效的 α_1 受体阻滞剂, 其作用比哌唑嗪强 0.5 倍~22 倍, 比酚妥拉明强 45 倍~140 倍。口服, 每次 0.2 毫克, 每日 1 次, 饭后服。一

般服用四五天显效。作用与副作用同特拉唑嗪。

(3) 其他 α_1 受体阻滞剂还有酚苳明(10毫克,每晚1次)或哌唑嗪(1毫克~2毫克,每晚一次),亦有改善排尿梗阻的作用,但作用不如哈乐及特拉唑嗪效果好。

(4) 保列治(非那甯胺)是5 α -还原酶抑制剂,使前列腺细胞内双氧睾酮减少,可使前列腺体逐渐缩小。每次5毫克,口服,每日1次。起效较慢,服药数月后才能显效,需长期服用。据美国应用的经验认为,该药应用后已使经尿道进行前列腺电切手术的病人明显减少。

(5) 黄酮哌酯(泌尿灵)可选择性松弛泌尿系统平滑肌,可解痉止痛,改善尿频、尿急的症状。口服,每次0.2克,每日三四次。

(6) 雌激素,己烯雌酚等亦有使前列腺缩小的作用,但副作用较多,近年来已少用。

(7) 中药,如南瓜子、花粉制剂(前列康)尿通片、裸麦等,也都有一定改善前列腺症状的作用,但作用轻微,对中、重度前列腺增生症,很难奏效。

2. 物理治疗

(1) 微波治疗:将置有微波辐射天线的导尿管安放在前列腺尿道部位,用915MHz的微波,使前列腺内温度达45 $^{\circ}\text{C}$,持续1小时,使前列腺有一定缩小,可改善排尿困难症状,疗效维持3至6个月。若用频率2350MHz辐射治疗温度可达80 $^{\circ}\text{C}$ 以上,1分钟内,即可使组织坏死,随即慢慢脱落,适用于轻度增生。症状改善有效率可达80%左右。

(2) 射频治疗:将含环形电极特制带囊尿管置于尿道前

列腺部，温度调控在 43 ~ 47 ，效果与微波治疗相似，也不能持久，适用于轻度增生者。

(3) 激光治疗：主要利用其光能、热能效应，使前列腺组织炭化或气化而达到治疗目的，其中激光气化技术显效快，但技术比较复杂，需要在精密仪器控制下操作，比较安全，但价格昂贵。

(4) 前列腺支架：在膀胱镜直视下将金属支架管置于前列腺尿道部，达到解除梗阻的目的，适于高龄、危重和排尿困难的病人。近年来应用记忆合金网状支架管，病人耐受良好，反应较小，可长期安放。

3. 手术治疗

经药物及物理治疗无效者应考虑手术治疗，有 10% 左右的前列腺增生症的患者需手术治疗。由于近年来前列腺手术的普及应用，已使前列腺增生症引起慢性尿潴留而导致肾功能不全者显著减少。

目前常作的手术有两种：一种是在耻骨上（下腹部）经膀胱摘除前列腺，适用于前列腺较大，身体状况较好的中老年人，该手术的优点是手术难度不大，不需特殊设备，摘除较为彻底，远期效果较好；缺点是创伤大、恢复慢、住院时间长。

另一种手术方法是经尿道前列腺切除术，此手术优点是创伤小、恢复快、住院时间短，适用于高龄、体弱、前列腺不太大的患者。该手术切除前列腺不够彻底，有的病人 3 年之后又出现梗阻症状，需再次手术。手术治疗的并发症是出血、膀胱感染、尿道狭窄、阳痿，最令病人烦恼的是尿失禁，

占手术的 10% ~ 20%，一旦发生，会影响病人的精神情绪，使生活质量显著下降。

十、前列腺癌

前列腺癌是中老年人较常见恶性肿瘤之一，欧美国家男性仅次于肺癌占第二位。我国报道，在前列腺增生症的手术病理切片中，癌变检出率为 5%~20%。前列腺癌 95% 为腺癌，其余少数为粘液腺癌或移行性上皮癌或鳞状上皮癌。按照组织特征分为三级：

1. 高度分化，预后较好，手术后 10 年生存率达 90% 以上；
2. 中度分化，手术后 10 年生存率 80% 左右；
3. 低度分化，即使肿瘤很小，往往已有处转移，10 年生存率小于 50%。

症状

前列腺癌早期无任何症状，因而不易早期发现，待出现症状均属中晚期。其临床表现主要是肿瘤压迫尿道，产生排尿困难、尿频、尿潴留及血尿等，亦可有会阴部不适，腰部、骶部、髋部疼痛。肛门指诊时，摸到前列腺部有硬结节。低分化者，即使早期尚无明显尿路症状时，可发生远处转移癌的症状，如咳嗽、咳血、胸痛、骨痛、贫血、消瘦等。

自我治疗

1. 合理膳食结构。据调查，高脂肪、高蛋白膳食人群，前列腺癌发病率明显高于低脂肪、低蛋白饮食人群。适当多

吃蔬菜、水果及富含维生素 A 的食品，可以防癌。有研究证实，前列腺癌与缺乏维生素 A 有一定关系。

2. 避免应用过多的雄性激素。临床资料证实，切除两侧睾丸或服用雌激素，可使增大坚硬的前列腺变小、变软，说明雄性激素和前列腺癌有密切关系。

3. 注意性生活卫生。性病者，前列腺癌发病率高。

4. 50 岁以上男性应每年进行一次肛门指诊触摸前列腺的检查，必要时作直肠内 B 超检查前列腺或进行 CT、磁共振检查。近年来研究表明，抽血检测前列腺特异性抗原 (PSA)，对诊断前列腺癌的敏感性可达 93%，并对前列腺癌分期、疗效和预后的判定有重要意义，但该项检查假阳性较高 (60%)，可结合酸性磷酸酶、碱性磷酸酶、癌胚抗原等检测，密切联系临床进行综合分析判断。

5. 当前列腺出现硬结时，比较可的诊断是由泌尿科医生作前列腺穿刺或抽吸活检，进行病理检查，但活检阴性者，亦不能作肯定排除肿瘤的诊断。

治疗措施

1. 手术治疗，若无禁忌证者应尽早手术治疗，早期前列腺癌手术切除后 5 年生存率达 90% 以上。

2. 内分泌治疗，用雌激素可使 80% 左右前列腺癌病变缩小，控制肿瘤发展，症状缓解，生命延长。己烯雌酚，口服，每晚 1 毫克 ~ 3 毫克。戊酸雌二醇，肌肉注射，每次 10 毫克，每周 1 次。抑那通 (enatone or leuprcnelin acgtate) 为黄释放激素促效剂，每次 3.75 毫克，皮下注射，每月 1 次，可使血中睾丸素浓度明显下降，达到睾丸切除的

水平。 氟硝丁酰胺 (flutamide) 口服，每次 250 毫克，每日 3 次。雌激素常见的副作用是恶心、呕吐、男性乳房女性化，长期应用可增加心血管病的发病率。

3 . 睾丸切除既可以取得服用雌激素的疗效，又可以避免服用雌激素的一些不良反应。

4 . 放射治疗，仅作为辅助治疗。剂量稍大易引起放射性肠炎、直肠炎或膀胱炎。

5 . 化学治疗，前列腺癌对大多数化学抗癌药物不敏感。环磷酰胺可作为已行手术或放疗病人的一种辅助治疗，可能有助于延长生存期及提高疗效。

第九章 神经精神系统疾病

一、眩晕

眩晕是指患者感觉周围环境在作旋转运动，即感天旋地转，平衡失调，站立不稳，有的可伴有恶心、呕吐、出汗及耳聋、耳鸣、耳闷、面色苍白等。60岁以上中老年人中有50%左右的人，曾发生过眩晕，可见是中老年人很常见的症状。

眩晕要注意与头昏和晕厥相区别。头昏是指头昏眼花，头重脚轻，眼前发黑等，但不具有天旋地转的感觉。晕厥是突发的意识丧失，失去对周围环境的反应，不能控制自己的体位而摔倒。

病因

1. 脑血管病：最常见的是椎-基底动脉供血不足或梗塞，使脑干前庭器官供血减少时，即可产生眩晕，约占中老年人眩晕病因50%以上。其次桥脑及小脑出血时，在未进入昏迷之前，约有50%的患者是以眩晕为首发症状。有人统计，眩晕是中老年人中风的先兆，出现眩晕的中老年人，约有25%可发生中风。

2. 颈椎病：由于颈椎骨质增生压迫椎动脉，多在颈部转

动时发生眩晕。

3. 心血管病：常见于严重的心律失常、心力衰竭、低血压、贫血等，导致椎-基底动脉供血不足时，可发生眩晕，甚至晕厥。

4. 前庭神经性眩晕：常见于慢性中耳炎、美尼尔氏病、前庭神经元炎、听神经肿瘤等。

5. 药源性眩晕：常见于应用链霉素、卡那霉素、庆大霉素、苯妥英钠、顺铂等中毒性反应。

6. 其他：亦可见于慢性酒精中毒、脑萎缩、脑干肿瘤、癫痫、多发性硬化、头颈部外伤、神经症、精神、心理障碍等。

防治措施

1. 积极防治高血压、低血压、冠心病、心律失常、糖尿病、高脂血症、颈椎病及脑动脉硬化等。

2. 慎用对听神经及前庭神经有毒性的药物如庆大霉素、卡那霉素、苯妥英钠、水杨酸盐、利尿酸、速尿等。

3. 给予前庭神经抑制剂，调节前庭系统，抗晕镇吐。(1) 安定，口服，每次 2.5 毫克~5 毫克，每日 3 次。(2) 乘晕宁，口服，每次 50 毫克，每日 3 次。(3) 异丙嗪，口服，每次 12.5 毫克~25 毫克，每日 3 次。(4) 眩晕停，口服，每次 25 毫克~50 毫克，每日 3 次。

4. 促进微循环药物： 脑益嗪，口服，每次 25 毫克~50 毫克，每日 3 次。 西比灵，口服，每次 5 毫克~10 毫克，每晚 1 次。 金纳多 (Ginatton)，口服，每次 1 片，每天三四次。 维脑路通，口服，每次 200 毫克，每日 3 次。 川

芎嗪，每次 50 毫克 ~ 100 毫克加 5% 葡萄糖 250 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10 次 ~ 15 次为一疗程。应用促进微循环药物禁忌证：脑出血、脑梗塞急性期。

5. 混合氧（含 5% 二氧化碳，95% 氧）有利改善脑的氧代谢，可使脑血流量增加 30% ~ 50%。

6. 加强康复训练，有利于促进中枢的代偿功能，减轻眩晕症状。进行康复训练要注意循序渐进，并保护好病人，防止摔跤。

7. 改善心理状态，消除孤独感，培养多种生活情趣，增强战胜疾病的信心，创造舒适安静的休养环境。

8. 若系脑干、小脑桥脑角、听神经肿瘤，应早作手术切除治疗。

二、头痛

头痛是中老年人常见的症状之一，65 岁以上中老年人，经常出现头痛者占 10% ~ 20%。是许多疾病的首发症状，甚至是唯一症状。其病因繁多，须仔细追究，回顾病史，认真检查，尽早查清病因，进行病因治疗以求彻底根治。

症状

1. 偏头痛，多为慢性反复发作性头痛，女性多于男性，约为 4 : 1。病因不十分清楚，多有家族史，证明具有遗传性。某些病例发现与某些特定的食物如干酪、巧克力、红酒等有关。有的发作与月经周期、情绪紧张、心理因素等有关。偏头痛实际上是由于血管收缩舒张功能障碍所致，因此仍归类

为血管性头痛的一种。

其临床特征：见于右侧颞部。头痛前可有先兆，占偏头痛总数的 15% ~ 44%，如嗜睡、倦怠、眼前闪光或暗点、偏盲等，5 分钟 ~ 60 分钟后，先兆症状消失，随之剧烈头痛。一般每次发作持续头痛 2 小时 ~ 72 小时。头痛呈波动性。

头痛时可伴有恶心、呕吐或腹泻。经短时间睡眠，头痛可完全消失，发作间歇期无任何症状。预后良好。

2. 紧张性头痛，亦称神经性头痛、精神性头痛、肌收缩性头痛，是慢性头痛最常见的一种，约 75% 的患者是女性。疼痛多呈持续性，可持续数天、数周、数月，亦可反复发作。疼痛部位多在前额、双太阳穴、头顶、枕部、颈部。头痛性质为重压感、紧箍感、钳夹样、牵扯样或胀痛、闷痛。后颈部、肩胛部肌肉有压痛，有时可触到 1 个或多个结节，叫“痛性结节”，系肌肉长期收缩所致。

头痛发作多在睡醒后，可持续整天，约有 10% 的病人在凌晨 1 时 ~ 4 时发病，头痛不能入睡。发病与心理因素密切相关，多在情绪激动、生气、恐惧、工作紧张、精神压力等情况下发病。

3. 丛集性头痛，也称神经痛性偏头痛，组织胺性头痛，较少见。发作特点是集中在一段时间内，一般为 3 周 ~ 16 周，密集发作，多在春季或秋季，发作期过后，有较长的缓解期。男性比女性多 4 倍 ~ 5 倍。疼痛部位多在一侧眼眶或眼球后、额颞部，为一种尖锐剧痛。每次疼痛持续 15 分钟 ~ 90 分钟，疼痛时常伴有患侧眼球结膜充血、流泪、流涕。发病诱因：多为诱因：多为喝酒、冷风或热风吹面、服用血管扩张剂、

兴奋等。

4. 药物反跳性头痛，常见于偏头痛和紧张性头痛长期服用麦角制剂、镇痛药，最终抑制了躯体的疼痛控制机制。头痛呈持续性，可有波动，常在睡醒后出现，主要在额部、枕部或全头痛。疼痛性质为钝痛。

5. 颈椎疾病性头痛，常见于颈椎增生及退行性疾病、颈椎外伤、畸形、肿瘤、炎症等，使神经根受压、颈肌痉挛、椎动脉供血不足引起各种形式头痛。疼痛部位多位于颈及枕部，可放射至同侧额、颞及肩部。部分患者可伴有一侧上肢发麻、酸痛、无力，颈部运动时可有明显疼痛加重，使运动受限。

6. 其他常见的头痛原因还有颅内肿瘤、硬膜下血肿、颅脑外伤、脑震荡后遗症、三叉神经痛、舌咽神经痛、眶上神经痛、枕神经痛、慢性中耳炎、青光眼、鼻及鼻窦炎、口腔疾病、急性感染如流感、脑膜炎等，均可引起头痛。

防治措施

1. 各种头痛均有一定促发因素，应尽力避免。如避免过度紧张、疲劳、情绪激动、精神压力、强烈气味刺激、某些食物，如奶酪、动物脂肪、柑桔、豌豆、腌制食品等。其他铅、汞、苯、砷、锰、有机磷等均可诱发头痛。

2. 积极治疗引起头痛的各种病因，如治疗颈椎病、高血压病、三叉神经痛、癫痫、颅内肿瘤、急性感染性疾病、鼻窦炎、青光眼等；停用引起头痛的药物，如口服避孕药、硝酸盐、亚硝酸盐、血管扩张剂、茶碱、硝苯吡啶等。

3. 戒烟酒：吸烟或被动吸烟，当一氧化碳达到一定浓度

时，可引起吸烟性头痛。长期饮酒可引起广泛神经系统损害，亦可引起头痛。

4. 心理治疗：有明显焦虑、抑郁症者，应进行针对性心理教育，帮助病人恢复心理平衡。

5. 常用的几类止痛药物：

(1) 前列腺素抑制剂：前列腺素 E 可使脑血管剧烈扩张而引起头痛，治疗偏头痛首选该类物质：阿司匹林，口服，每次 600 毫克，每日 2 次。甲氧萘丙酸（萘普生）口服，每次 100 毫克～250 毫克，每日二三次。消炎痛，口服每次 25 毫克～50 毫克，每日 3 次，适用于偏头痛，丛集性头痛。

(2) 受体阻滞剂，可以防止反应性颅内血管扩张，从而制止头痛，对血管性头痛、偏头痛效果较好，有效率可达 80% 左右。心得安，口服，每次 10 毫克～20 毫克，每日二三次。氨酰心安，口服，每次 25 毫克～50 毫克，每日 2 次。

(3) 钙通道阻滞剂：通过阻止头痛早期的脑血管收缩，纠正脑缺血、缺氧，缓解或消除继发性颅外血管扩张。治疗偏头痛有效率可达 80% 左右。氟桂嗪（西比灵），口服，每次 10 毫克，睡前服，3 个月一疗程。治疗 1、2、3 个月，有效率分别为 37%、45%、80%。尼莫地平，口服，每次 40 毫克，每日 3 次。硝苯地平，口服，每次 10 毫克，每日 3 次，3 个月一疗程。

(4) 血管收缩剂——麦角胺制剂。其主要作用是收缩偏头痛发作期被扩张的颈外动脉分支，而阻止偏头痛和丛集性

头痛，若静脉注射有效率 90% 以上。该类药物，剂型较多，常用的有：酒石酸麦角胺咖啡因（每片含酒石酸麦角胺 1 毫克，咖啡因 100 毫克）一般开始服一二片，半小时后无效，再服一二片，30 分钟 ~ 120 分钟发挥作用。酒石酸麦角胺针剂，每支含 0.25 毫克或 0.5 毫克，每次皮下或肌肉注射 0.25 毫克 ~ 0.5 毫克，注射后 15 分钟 ~ 30 分钟起效。酒石酸麦角胺雾化剂，每喷一下为 0.36 毫克，每罐可喷用 50 次。喷雾时要充分摇匀，喷时要深吸气。双氢麦角胺比麦角胺效果更好，副作用更小，每次皮下或肌肉注射 1 毫克，有效率 90% 以上。对急性发作严重头痛者可给 1 毫克加胃复安 10 毫克，静脉注射，每 8 小时 1 次，1 天 ~ 2 天，头痛可消失。麦角胺类药物的副作用是少数病人可能会有恶心、呕吐、心绞痛、心律失常、小腿肚抽筋，子宫血管收缩影响胎儿供血，因此妊娠者禁用。每天大剂量应用，超过 2 毫克 ~ 10 毫克，可产生依赖性，撤药时可产生反跳性头痛，此种病人应停用麦角胺换用双氢麦角胺，后者没有依赖性。

（5）抗抑郁药和镇静药对治疗紧张性头痛效果较好。

阿米替林，口服，每次 10 毫克 ~ 20 毫克，每日 2 次。丙咪嗪，口服，每次 10 毫克 ~ 20 毫克，每日 3 次。安定，口服，每次 2.5 毫克 ~ 5 毫克，每日 3 次。赛庚啶，本品有抗组织胺，抗 5-羟色胺和抗胆碱作用，对偏头痛、紧张性头痛均有效，每次 2 毫克 ~ 4 毫克，每日 3 次。对青光眼、前列腺增生患者慎用。

6. 针刺及穴位注射治疗：对紧张性头痛效果较好。取穴合谷、风池、太阳及阿氏穴，捻针 1 分钟，留针 15 分钟。亦

可用小量激素(强的松龙 5 毫克或地塞米松 2.5 毫克),用上述穴位,每次用一二个,每穴位注射 0.5 毫升~1.0 毫升。

7.按摩:对紧张性头痛效果较好。手法以揉拿、弹拨为主,如对枕肌、颈部肌肉、颞肌、肩胛区等进行适当按摩,可解除局部肌肉痉挛,疏通经络,改善血液循环,缓解疼痛。

8.模拟人体频谱治疗:该方法可改善机体微循环,调节人体生物电场,改善神经功能,解除头痛,对紧张性头痛有一定辅助治疗作用。

三、脑血管病

脑血管病又称脑中风或脑卒中,是中老年人常见病、多发病,也是导致中老年人残疾、死亡的重要病因。据调查,我国脑血管病发病率和死亡率由南向北逐渐增高,以东北、华北地区增高显著;由东向西逐渐减少,这一地区分布特征与高血压病的流行趋势是一致的。可见这两个病有明确的因果关系。

据卫生部统计资料显示,1994 年我国城市居民死亡率为 534.16/10 万,其中脑血管疾病的死亡率为 129.0/10 万,占总死亡人数的 24.3%。从全国人口看,每年新发脑血管疾病有 150 万。

脑卒中幸存者全国有 500 万~600 万人,其中 75% 的病人有不同程度的残疾,严重影响人群的生活质量及健康状况,同时给家庭及社会带来沉重负担。

我国 60 岁以上脑血管病发病率、患病率、死亡率分别为

1325.7/10 万、2210.3/10 万及 886.1/10 万，老年期与老年前期比较，发病率高 3.5 倍，患病率高 1.8 倍，死亡率高 4.5 倍左右，男性略高于女性。

脑血管病（中风或卒中）是脑血管病变、血液成分改变及血压异常引起脑血液循环障碍而造成急性脑功能障碍的总称。

根据脑循环障碍的性质将其分为两大类：

缺血性中风

此型最常见，占中风总数的 70%~80%，其原因是由于颅内某支血管或通向颅内的颈部动脉发生血管阻塞，使脑组织某一部分缺血，因而产生部分脑功能障碍。缺血性中风根据脑功能障碍持续时间长短又分为两型：

1. 暂时性缺血性发作，亦称小中风。是指出现脑功能障碍，24 小时之内完全恢复又不留任何后遗症者。其原因可能是由于脑动脉硬化管腔狭窄，当遇到全身血压下降时，可出现短暂脑动脉供血不足；亦可见于颈椎病，当颈部活动或转头时，椎动脉受压，产生脑供血不足。

临床表现：突然出现一侧上肢或下肢无力、活动不灵、麻木、偏瘫、失语、构音不清、声音嘶哑、复视、短暂性完全健忘、呃逆、眩晕、猝倒等，几分钟或几小时完全恢复，但可反复发作，每天发作数次，症状刻板地重复出现，若不及时治疗，有 15%~50% 发展为完全性卒中，甚至危及生命。

2. 脑梗塞：是由于脑血管阻塞，引起脑组织软化坏死，出现脑功能障碍时间较久甚至终生残疾。根据脑血管阻塞的原因及部位不同，又将其分成三型：

(1) 脑血栓形成：常见的病因是由于脑动脉粥样硬化，管腔狭窄、血管内膜粗糙，当血压下降，血流缓慢时，形成血栓，阻塞血管。此型病人多在夜间或安静时发病。

(2) 脑栓塞：常见于冠心病或风心病合并心房纤颤患者，心房多有附壁血栓，当栓子脱落后，掉至脑动脉内，阻塞血管称脑栓塞。起病多在活动中突然发生。

临床表现：脑梗塞的症状及体征主要取决于阻塞的血管部位而定。如阻塞颈内动脉系统则出现偏瘫、偏身感觉障碍和失语等。若阻塞椎动脉系统则出现眩晕、复视、恶心、呕吐、口面歪斜、吞咽困难、肢体瘫痪和运动失调。

(3) 腔隙梗塞是指大脑深部动脉终末支闭塞，形成多个微小的梗塞灶，久之变成空泡，直径为 2 毫米~15 毫米。经 CT 证实为腔隙梗塞，约 20% 无任何临床症状，腔隙梗塞患者 90% 伴有高血压，故认为高血压是其重要的病因之一。其临床表现多种多样，与梗塞部位有关。可表现有失语、偏瘫、肢体麻木、针刺等感觉异常、共济失调、遗忘、精神抑郁、嗜睡等。多数预后良好，少数可发展为完全性卒中。腔隙梗塞对扩血管药物疗效很差。

出血性中风

又称脑溢血，占脑血管疾病的 20%~30%。根据出血的部位不同又分为两型：

1. 脑出血是指脑实质出血，多是由于高血压引起脑血管破裂而突然发病。近年来由于对高血压诊治水平不断提高，高血压所致的脑出血有逐渐下降趋势，而非高血压所致的脑出血逐渐上升，常见的原因是脑血管淀粉样变、肿瘤、血管

畸形、血液病，滥用抗凝药、溶栓药等，值得重视。常在活动或情绪激动情况下发生。可有头痛、恶心、呕吐、意识障碍、昏迷，亦可有不同程度偏瘫和偏身感觉障碍。其预后与出血的部位、出血量的大小及治疗处理是否正确及时密切相关，脑实质出血大于 30 毫升~40 毫升及脑干出血者，病死率可达 80% 以上。

2. 蛛网膜下腔出血，中老年人发病率较脑出血少，中年人发病率较脑出血高。其病因，中老年人多为动脉硬化性动脉瘤，中年人多为先天性动脉瘤或血管畸形。

临床表现：头痛、呕吐等颅内压增高的症状。中老年人由于脑萎缩，缓冲间隙较大，因而症状可较中年人轻。精神意识障碍如嗜睡、浅昏迷、幻听、幻视、烦躁等症状中老年人较中年人明显。也可出现偏瘫或偏身感觉障碍。颈部发硬有抵抗感，医学上称为脑膜刺激征是该病的特征。脑脊液检查发现压力增高，呈红色，红细胞明显增多，也是该病的有力证据。

缺血性中风的治疗措施

1. 一旦发生中风，先让病人安静休息，若有意识障碍，应将头部抬高，偏向一侧，以免口水及呕吐物呛入气管内。并就近就医，切勿长途运送，延误诊治。

2. 有条件作头部 CT 或磁共振检查，以明确诊断。CT 检查 24 小时内无异常变化，应在 24~48 小时后检查，可出现低密度影。磁共振能较早发现梗塞灶。

3. 抗血小板聚集：阿司匹林 50 毫克，每日 1 次，饭后服；若有出血倾向者可改服潘生丁，每次 25 毫克~50

毫克，每日3次。噻氯吡啶（抵克力得）可抑制血小板粘附，降低纤维蛋白原，每日250毫克，副作用有白细胞减少，消化道出血等。维脑路通，口服每次200毫克，每日3次或每次400毫克加5%葡萄糖液250毫升，静脉点滴，每日1次，14次为一疗程。

4.改善脑血液循环：尼莫地平每次20毫克~40毫克，每日2至3次。氟桂嗪（西比灵）每次5毫克~10毫克，每晚1次。脑益嗪每次25毫克~50毫克，每日3次。血栓丸，每次100毫克~200毫克，每日3次。脉络宁（为玄、牛膝等中药提取物）可改善脑循环，降低血液粘滞度，每次10毫升~20毫升加5%葡萄糖液250毫升，静脉滴注，每日1次，10次~14次为一疗程。

5.抗凝治疗：对进展性脑梗塞有一定疗效。可以用肝素或藻酸双酯钠静脉滴注，须在有经验的医生指导下应用。

6.溶栓治疗：常用尿激酶、腹蛇抗栓酶，应严格选择适应证。中老年人慎重应用。

7.改善脑代谢：脑复康，每次400毫克~800毫克，每日2次。脑复新，每次100毫克~400毫克，每日3次。

都可喜，每次1片，每日2次。脑活素，每次10毫升~30毫升加生理盐水250毫升静脉滴注，每日1次，8次~10次为一疗程。

8.中药治疗：可用活血化瘀、通经活络的药物，如丹参、川芎、赤芍、红花等。亦可用川芎嗪，口服，每次100毫克，每日3次或每次50毫克~100毫克加5%葡萄糖250毫升，静脉滴注，每日1次，10次~15次为一疗程。

出血性中风的治疗措施

1. 绝对卧床安静休息，尽量少搬动，就近急诊。头抬高30度，偏向一侧，保持呼吸道通畅；定时翻身，防止褥疮；保持大小便通畅，防止尿潴留。

2. 发病24小时内禁食，然后改用鼻饲或静脉输液。

3. 控制血压，脑出血患者，血压常高于23.9/14.6千帕（180/110毫米汞柱），可用硝苯吡啶、巯甲丙脯酸或利尿剂等，将血压逐渐降至18.7千帕~21.4千帕/12.0千帕~13.3千帕（140~160/90~100毫米汞柱）。

4. 控制脑水肿，降低颅内压。常用20%甘露醇250毫升，静脉滴注，每日2次~4次。

5. 止血药的应用，蛛网膜下腔出血易反复再次出血，病死率20%左右，及时应用6-氨基己酸静脉滴注有利于为手术争取时机。脑出血对止血药无效，一般不用。

6. 手术治疗，可以清除血肿，解除压迫，降低颅内压，尤其在皮层下出血，出血量大于20毫升，部位表浅，手术成功率较高，应积极争取手术。如果出血量较小，意识清楚，或血压太高26.6千帕（200毫米汞柱）则不考虑手术。

脑血管病恢复期的治疗措施

1. 康复治疗，从发病第一天起就应开始，而且要贯穿全程。如病人偏瘫，应注意将患肢放在功能位置，关节每天被动活动至少两次，病情稳定后，尽早进行坐位、立位、行走及强化上肢伸展运动训练，循序渐进，逐渐增加运动量，持之以恒。

2. 作业训练，其目的是为了祛除心理的依赖性，增强独

立自主的精神，使病人建立新的人生价值观。重点锻炼患肢、上肢，同时也要强化健侧，进一步扩大代偿功能，可根据病人的爱好进行编织、积木、捏豆、下棋、投圈、写字、画画等。

3. 加强日常生活功能训练，目的是尽可能争取生活自理，如进行穿衣、吃饭、洗漱、入厕训练，必要时应给病人配备特制的生活用具，如长柄梳、提鞋器等。若右上肢瘫痪，应训练左手写字、吃饭等。若失语、认知功能障碍，应每天进行发音、命名、语言复述、听写、作文、阅读等方面的训练。

4. 继续适当的选用针灸、按摩、理疗、体疗、气功等配合治疗。

5. 继续服用抗血小板聚集及改善脑循环及脑代谢的中、西药治疗。

防治措施

1. 积极防治高血压。据我国调查，脑卒中无论是缺血型或出血型均与高血压密切相关。脑卒中的发病率有高血压史比无高血压史者高 12 倍 ~ 24 倍。

2. 积极防治短暂性缺血性发作。该病约有 1/3 的病人将发展成为完全性卒中，临床资料证明，若能及早治疗短暂性缺血性发作，可减少完全性卒中的发病率和死亡率。

3. 控制体重。肥胖是高血压、糖尿病、高脂血症的危险因素，高血压、糖尿病、高脂血症又是脑卒中的危险因素，因而控制肥胖，适当增加运动是预防脑卒中的重要措施。

4. 戒烟酒。吸烟、酗酒，都是增加脑卒中发病率和死亡率的危险因素。

5. 避免诱发卒中的因素。如高度兴奋、情绪波动、过度紧张、疲劳，均可诱发脑卒中。

6. 限制钠盐，适当提高钙、钾的摄入。我国的膳食属高钠、低钙、低钾膳食，尤其高血压、脑卒中高发地区如东北、华北更是如此。若能适当地限制钠盐，提高钙、钾的摄入，可减少脑卒中的危险性。含钙高的食物有奶制品、豆制品、海产品（如鱼、虾、虾皮、海带）、芝麻、瓜子、骨头汤、绿叶蔬菜等。含钾高的食品有干蘑菇、冬菇、春笋、干红枣、瘦肉、豆制品、青菜等。

7. 控制好使血液粘稠度增加、血小板凝聚性上升的疾病，如糖尿病、高脂血症、红细胞增多症等。

四、震颤麻痹（帕金森病）

震颤麻痹又称帕金森病，为慢性神经系统变性疾病，多见于中老年人，半数以上为60岁以上发病。

症状

1. 震颤，见于70%~80%帕金森病患者，通常从一手开始，亦可发生于四肢、躯干、头部、下颌。手指、腕、肘、肩等关节都会发抖，手指内收，似握“书卷”，拇指作对掌抖动，称“搓丸样动作”，多在静止时发生，所以又称“静止性震颤”，情绪激动、紧张时加重，运动时减轻，睡眠时完全消失。

2. 少动，病人动作迟缓，常呆坐，行走困难，步伐变小，呈小步态，启步困难，一旦迈开脚步即以小碎步向前冲去，

且不能立即停步，呈慌张步态。书写困难，字迹歪曲，越写越小，称“小写症”。面部缺乏表情，少眨眼，形成“面具脸”。说话声音低沉，结巴口吃。吞咽困难，易产生呛咳。病至晚期，坐位不能起立，卧位不能翻身，卧床不起。

3. 肌强直，由于肌肉紧张力增高，当医生检查四肢会感到有一种均匀的抵抗感，当病人上肢弯曲欲拉直时，就像拉一根铅管样遇到一定的阻力，称“铅管样强直”。由于多数病人同时伴有震颤，当伸屈肢体时，医生会发现在均匀的阻力上，出现断续的停顿，就像齿轮一样，一松一紧，称“齿轮样强直”。由于全身肌肉都发生强直，病人呈现一特殊姿势，头与躯干均前倾，上肢肘关节屈曲，腕关节伸直，下肢髋、膝关节屈曲。

4. 植物神经功能障碍，表现为皮脂分泌过多、怕热、多汗、唾液增多、顽固性便秘。

有人将此病特征概括为“静如老松，体形弯弓，行走匆匆，搓丸抖动”。由于该病有一套特殊的症状和体征，因而临床诊断并不困难。

病因

现经研究已知，在大脑白质中有一团特殊的神经细胞，叫黑质纹状体，它分泌两种相互协调又相互拮抗的化学物质，叫多巴胺和乙酰胆碱。当患者黑质中分泌多巴胺的神经细胞变性或减少时，则使体内维持肌肉运动、张力平稳的重要神经化学物质失衡，即多巴胺减少，乙酰胆碱增多，则产生肌张力增高、强直、少动的一系列震颤麻痹的临床表现。

导致黑质多巴胺神经元变性和减少的原因有以下几种：

1. 与年龄有关的脑动脉硬化及神经元衰退是中老年人易发生震颤麻痹的主要病因。

由于动脉硬化致使长期缺血、缺氧，可使黑质多巴胺神经元变性、坏死。中老年人易发此病，亦与随着增龄而产生的神经衰退性老化有密切关系。正常成年人每年约有 1.3% 黑质多巴胺神经元死亡，当累计死亡达到 80% 时，则产生震颤麻痹的症状。

2. 中毒，一氧化碳、二氧化碳、锰、汞、氰化物等环境污染，可使黑质多巴胺神经细胞中毒死亡。

3. 感染，如脑炎、艾滋病、梅毒等。

4. 药物不良反应，如抗精神病药奋乃静、氟奋乃静、氟哌啶醇、氟哌利多、氯丙嗪，抗催吐药灭吐灵、氟拉嗪，抗高血压药利血平、-甲基多巴、钙拮抗剂，西比灵，脑益嗪等。

5. 遗传，震颤麻痹有阳性家族史者占 10%~20%，40 岁以前发病的阳性家族史可达 40%~50%。

治疗措施

1. 关于震颤麻痹何时用药物治疗有两派主张，一派认为，治疗震颤麻痹的药物，应用数年后，均出现耐药性，疗效减退，剂量加大，毒副作用明显。因此，不主张早期用药，待症状显著后，再用药物治疗。

另一派主张，一经明确诊断，即应用药物早期治疗。因为早期症状轻微，用小量药物，即可控制症状，使之恢复正常，不影响工作、学习及生活，还可延缓病情发展。而待症状严重后再用药物治疗，药物已不能使之恢复正常，疗效较

差，等于坐失应用药物可以恢复正常的这一段良机。

因此，近年来，多数学者同意后一种主张，即早期诊断，早期用药治疗。

2. 抗胆碱药物：因为帕金森病已经明确是由于脑内黑质纹状体的多巴胺分泌减少，乙酰胆碱增多，因此，目前治疗该病常用的有两类药物：一是多巴胺类；另一类即抗胆碱类，此类药物可抑制乙酰胆碱，相应提高多巴胺的功能。常用的药物有：

(1) 苯海索又名安坦，对震颤有效，对肌张力增高亦有一定疗效，但对少动无效。开始用口服每次 1 毫克~2 毫克，每日 3 次，以后每 3 日~5 日增加 2 毫克，直至获得满意疗效，每日总量不宜超过 10 毫克~15 毫克。中老年人用量宜小。

(2) 开马君，作用与安坦相似。开始每次口服 2.5 毫克，每日 3 次，可逐渐增至每日 15 毫克~30 毫克。

(3) 苯甲托品，作用同安坦，每次 2 毫克~4 毫克，每日 1 次~3 次。

抗胆碱能药物的副作用是口干、瞳孔散大、面红、出汗减少、顽固性便秘、尿潴留等。青光眼、前列腺增生者禁用。中老年人应用此类药物还以易出现精神症状，不可骤然停药，以免出现症状反跳。

3. 多巴胺替代治疗，此类药物是补充脑内多巴胺不足。老年帕金森病，一旦出现症状，实际上已达到需要补充多巴胺的程度，故此类药物应作首选。

复方左旋多巴（左旋多巴加脱羧酶抑制剂）是目前最有效的抗帕金森病的药物，对少动和强直疗效较好，对震颤较

差。常用的制剂有：

(1) 息宁(帕金宁), 每片含左旋多巴 100 毫克和卡比多巴 25 毫克, 每次服 1 片, 每天四五次。

(2) 息宁控释片, 每片含左旋多巴 200 毫克和卡比多巴 50 毫克, 每次服 1 片, 每天 2 次。

(3) 美多巴, 每片含左旋多巴 200 毫克和羟苯丝肼 50 毫克, 每次 0.5 片~1 片, 每日二三次。

多巴胺类常见的副作用有恶心、呕吐、食欲减退、肝功能不正常、心律不齐、位置性低血压、高血压、幻觉、烦躁、抑郁等。

4. 溴隐亭是多巴胺受体激动剂, 可以单独使用, 但效果不如与左旋多巴联用好。开始小剂量 1/4 片 (0.625 毫克), 每日 3 次, 一般每日用至 10 毫克~20 毫克。对震颤的疗效 60%, 肌强直 45%, 少动 30% 左右。副作用有胃肠症状、头晕、位置性低血压、精神症状。若大剂量或长期 (10 年以上) 应用可引起肺纤维化。

5. 金刚烷胺, 对震颤、少动有效率为 60% 左右, 但不持久, 一两个月后, 疗效即开始减退。可以与左旋多巴、溴隐亭等合用。每次口服 0.1 克, 每日二三次。中老年人容易出现精神症状如幻觉、谵妄、位置性低血压、白细胞减少等不良反应。

6. 外科手术治疗: 目前常采用的有脑立体定向术, 适用于一侧震颤为主、全身健康状况良好、药物治疗无效者, 但术后仍有复发的机会。亦有人作肾上腺髓质移植、胎儿黑质移植等, 尚在探索中。

7. 加强对病人的护理，能活动者，注意防止摔跤。卧床不起者要定时翻身拍背，防止褥疮及坠积性或吸入性肺炎。帕金森病患者大部分死于肺部或其他系统如泌尿系统等的感染。注意饮食营养，必要时应给予鼻饲。保持大小便通畅。

防治措施

1. 防治高血压、糖尿病、高脂血症，延缓脑动脉硬化是预防帕金森病的重要根本措施。

2. 避免接触一氧化碳、二氧化碳、锰、汞、氰化物等对神经系统有毒的物质。

3. 适当加强体育运动及脑力活动如学习、阅读、写作等，延缓脑神经系统衰老。

4. 避免应用诱发震颤麻痹的药物，如奋乃静、氟哌啶、利血平、氯丙嗪。

5. 当发现中老年人出现上肢震颤、手抖、小步态、动作迟缓、表情呆滞等症状时，不要认为是一般衰老表现而被忽略，应及时到医院神经内科就诊，以求早期诊断早期治疗。

五、老年痴呆

老年痴呆是高龄老人的常见病、多发病，有的调查资料表明，80岁以上高龄老人，该病的患病率高达20%~50%，有的医学专家预言，到21世纪该病将与癌症、心脑血管疾病并列为中老年人的四大死因。它不仅是威胁中老年人健康长寿的重大杀手，而且由于病人精神失常，生活不能自理也给家庭和社会带来沉重负担。

据统计美国现有老年性痴呆约 400 万人，每年照顾病人费用就高达 900 亿美元。我国上海市 1990 年调查 60 岁以上中老年人痴呆患病率为 4.21%，据此推算，我国老年痴呆病人也应有 450 万以上，随着人口平均寿命的延长，高龄（80 岁以上）老人不断增加，该病患病人数量将急剧增长。

症状

老年痴呆临床症状多为隐匿进行，说不清楚发病日期，其主要表现有以下几个方面：

1. 记忆力障碍，开始为近记忆力障碍，如忘记自己是否吃过饭了，逐渐发展出现远记忆力障碍，如在哪里上的中学和过去的重要经历记不清了。还可发生记忆混淆，将两种不相关的事混淆在一起，甚至产生虚构，胡说八道。

2. 思维和判断障碍，开始时对精细复杂的事物不能正确分析判断，逐渐发展对日常生活和常识理解判断也发生障碍，如一年有多少个月，一月有多少天， $2+3=?$ 算不清了，还可有幻觉及妄想，如认为有人监视或迫害自己。

3. 性格和人格改变，爱发脾气，不讲卫生，多疑，自私，视废物、破烂如珍宝，不注意羞耻、道德，甚至违法乱纪等。

4. 情感障碍，可出现欣快、急躁、易怒，情绪不稳定，喜怒无常，亦可表现为抑郁、淡漠，对周围事物不感兴趣。

5. 定向力障碍，对时间、地点、人物定向不清，如今天是星期几？或×月×日？现在是什么季节？现住什么城市、什么街道、门牌号等均说不清楚，家门屋门认不清，老伴和子女分不清楚。

老年痴呆的临床类型

中老年人痴呆一般分为四种类型：

1. 脑血管性痴呆，常伴有一侧或两侧偏瘫史。此型在我国较常见，占痴呆总数的 50%~60%，尤其在我国北方，此型更为多见。其病因主要是脑动脉硬化，多发性脑梗塞（脑血栓形成、脑栓塞等）或经常出现短暂脑缺血发作（反复短暂晕厥），使脑供血减少，造成大面积脑神经细胞的损害，甚至死亡，脑功能丧失。此型病人多伴有高血压、糖尿病、心脏病、心律失常、心衰等疾病。

2. 老年性痴呆，亦称阿尔茨海默病（Alzheimerdisease），此型在欧美多见，占痴呆总数的 50%左右，我国多数调查结果，此型较少见，占痴呆总数的 30%左右。该病因尚不清楚，多数研究认为与遗传、免疫、慢病毒、铝或其他毒物聚结有一定关系。

3. 混合性痴呆，即脑血管性痴呆与老年性痴呆同时并存。此型占痴呆总数的 10%~20%。

4. 其他原因引起的痴呆，占痴呆总数的 10%左右。常见的原因有一氧化碳、酒精、药物（镇静药、安眠药、抗焦虑药、抗痉挛剂）、铅、汞中毒，帕金森病、皮克（Pick）病，艾滋病，脑瘤，慢性硬膜下血肿，外伤如拳击、车祸等，甲状腺功能减退，低血糖，营养不良如维生素 B₁、B₁₂、烟酸缺乏等均可导致痴呆。

病情诊断

老年痴呆当发展至严重时，各种治疗很难奏效，由于生活不能自理，甚至卧床不起，往往并发肺部、泌尿系感染或

营养不良，全身衰竭而死亡。老年性痴呆的病程一般为 5 年左右。若早期诊断、早期治疗，则可大大延缓痴呆的进程，提高病人的生活质量。

痴呆的早期诊断要注意与中老年人生理性智力减退相区别，正常中老年人随着年龄的增长，智能、记忆力亦逐渐减退，但其进程缓慢。

老年痴呆病情发展快，近事遗忘尤为突出，并常有虚构现象，同时合并有情感、人格的改变及定向力的障碍，生活在一起的亲属是能够最早发现中老年人痴呆症状，是最可靠的见证人。一旦发现异常改变，不要掉以轻心，应及时到医院神经内科就诊，以相应的量表进行智力测验，辅以神经生化、脑电图、脑血管造影、B 型多普勒超声扫描、CT、正电子发射断层扫描(PET)、磁共振等检查，以求早期明确诊断，早期治疗，将收到较理想的效果。

现将常用的筛选痴呆的简易智力量表（修订的日本长谷川氏智力量表）列下，可以协助早期诊断。

表 4-1 简易的智力量表

内 容	正确回答得分
1. 今天是几月几日？星期几？	3.0
2. 这是什么地方？	2.5
3. 你多大年纪了？（相差 3~4 岁为正确）	2.0
4. 从最近发生的事情中选一个问发生在什么时候？ 如香港回归是何年？何月？何日？ 或问一件患者最熟悉、最深刻的家庭或个人的问题	2.5

5. 你出生于何地？	2.0
6. 抗日战争或文化大革命什么时候开始？（相差 3~4 年为正确）	3.5
7. 一年有多少天（或 1 小时有多少分钟）？	2.5
8. 现在我国的总理是谁？	3.0
9. $100-7 = ?$ $93-7 = ?$	2, 4
10. 倒诵数字 682, 3529（测验者示范一次，如 123, 倒诵 321）	2, 4
11. 五种物品回忆试验，如将香烟、火柴、钥匙、手表、钢笔等，让其逐一读一遍，然后藏起来，逐一回忆，首先说出的三种物品每种给 0.5 分，后说出的两种物品，每种给 1 分	0.5, 1.0 1.5, 2.5 13.5

总分为 32.5 分，若回答不出或回答错误得零分。判断标准：31 分~32.5 分为正常；22~30.5 分为轻度异常或称边缘状态；10.5 分~21.5 分为可疑痴呆或痴呆前期；10 分以下为痴呆。

家庭护理和治疗原则

据调查，我国中老年人痴呆绝大多数是在家庭中生活，依靠亲属照顾，如果注意提高家庭护理和治疗的水平，将对提高我国几百万痴呆老人的生命质量大有裨益。

1. 重视心理护理，大家都来关心体贴病人，问寒问暖，不要嫌弃、讨厌病人，经常与他接触交谈，态度要诚恳、坦率，以取得病人的信任，了解病人的心理需求，针对性地进行一些心理疏导安慰，防止和驱散病人经常发生的孤独、悲观、猜疑、恐惧、忧虑、抑郁等不良心理情绪，树立向疾病

作斗争的信心。

2. 注意合理膳食，保证营养。重度老年痴呆，往往生活不能自理，饮食亦需他人帮助，容易并发营养不良，继而加重痴呆的进程。此时应注意少吃多餐，给予高蛋白、低脂肪、高维生素、易消化吸收的食物，保证足够的热量供应。

3. 安排一些力所能及的运动、劳作或学习，强化训练思维和记忆，向着生活自理的目标过渡。

4. 对于长期卧床的患者应定时翻身拍背，保持呼吸道通畅，防止肺部感染。对瘫痪肢体应定时作被动运动、按摩，防止患肢挛缩。

5. 居室应阳光充足，空气新鲜。注意防滑、防摔、防碰、防绊，以免意外伤害。能走动的患者，应有人陪伴，定时户外活动，接受大自然的熏陶。千万不要将病人关在一间小黑屋子里，与世隔绝，这将加重病情的恶化。

6. 中西医综合治疗，可选用针灸、中医药，如补肾壮阳的附桂地黄丸、六味地黄丸、益肾丸等。西药改善脑供血及脑代谢的药有：脑复康，口服，每次 400 毫克~800 毫克，每日 2 次。脑复新，每次 100 毫克~400 毫克，每日 3 次口服。都可喜，口服，每次 1 片，每日 2 次。喜得镇，口服，每次 1 毫克~2 毫克，每日 3 次，3 个月为一疗程。维脑路通，口服，每次 200 毫克，每日 3 次。尼莫地平，口服，每次 40 毫克~60 毫克，每日 3 次。其他亦可用 - 氨酪酸、脑活素、神经营养因子等，此类药物种类很多，痴呆早期可能有所帮助，当疾病晚期，神经细胞已变性或死亡，药物已无明显疗效。因此，老年痴呆重在预防和早期诊断，

早期治疗。

防治措施

老年痴呆是一严重威胁中老年人健康长寿的疾病，病至晚期又无特效治疗，患者生活不能自理，大小便失禁，生活质量明显下降，有的吵闹不休，离家走失，给家庭带来不幸，给社会增加负担，因此，该病的预防就显得更为重要。

1. 脑血管性痴呆的防治措施

(1) 积极防治高血压病，该病是脑梗塞的重要危险因素，一旦发生高血压就应该注意坚持服药治疗，将血压控制在正常范围，既不能过高，又不能过低。

(2) 严格控制糖尿病及高脂血症，这两种病都是促进脑动脉粥样硬化的重要危险因素。

(3) 积极治疗脑卒中及短暂脑缺血发作，中老年人若经常出现晕厥，这往往是脑卒中的先兆，应及时就医诊治。

(4) 饮食要清淡，少食盐，严戒烟酒，生活规律，劳逸结合。

2. 老年性痴呆的防治措施

(1) 对中老年人每年要定期进行一二次智能、记忆或痴呆量表的测验，对得分明显下降者，应进一步作 CT、磁共振或正电子发射断层扫描。

(2) 加强关于老年性痴呆的科普宣传教育，中老年人及其亲属应自觉地学习一些老年痴呆的常识，如老年痴呆有哪些早期表现，以便早期发现，早期治疗。树立老年痴呆是可以预防的，早期也是可以治疗的观点。不要漠不关心，掉以轻心。

(3) 有老年性痴呆家族史或有痴呆基因者, 应视为高危对象, 应警惕该病的早期表现, 及早检查, 及早诊治。

(4) 尽量减少接触铝、锰、铬、铜、矽等对大脑代谢有害的金属物质。

(5) 勤于用脑、善于记忆是预防脑老化的重要措施。统计资料表明, 文化水平高又不断学习的脑力劳动者, 脑萎缩及痴呆的发病率明显低于体力劳动者及文盲。

(6) 保持积极上进、乐观的心理情绪, 积极参加社交活动, 培养广泛、良好的兴趣、爱好, 将大大减少老年痴呆的发病率。

(7) 对于易引起中老年人痴呆的各种疾病应及早防治。如肺心病、心衰、严重心律失常、贫血等易致脑缺血、缺氧, 可加速脑老化、脑萎缩。尽量减少对脑神经有毒害药物的应用, 如镇静药、安眠药、抗痉挛剂等。

六、老年期抑郁症

老年期抑郁症是指 60 岁以上中老年人出现以情绪低落为主要临床表现的疾病, 发病高峰在 60 岁~70 岁, 80 岁以后发病率下降。我国 60 岁以上中老年人患病率约为 2%~5%。

症状

以情绪低沉为主, 同时伴随相应的思维活动低下及行为动作低缓, 此称为抑郁症的典型“三低”症状, 亦有人称之为“三联症”。

1. 情绪低沉或抑郁是抑郁症的首发症状, 患者表现为悲

伤、失望、哭泣、消极或厌世，不想活了，有自杀观念或自杀行为者约占 50%，但自杀成功者并不多见。有的亦可表现为焦虑、烦躁、激动，情绪变化无常，早晨症状显著，晚上轻些。

2. 思维活动低下或障碍，寡言少语，对答迟缓，思维不灵，自我评价过低，重者可有自责、自罪，这是导致自杀行为的重要因素之一。可出现多种妄想，怀疑自己得了癌症，怀疑被人偷窃，虚无妄想，感到自己将去世或地球将被毁灭等。

3. 行为动作迟缓，体力活动减少，自感乏力、动作迟钝，不愿与他人接触或打招呼，日常生活如吃饭、喝水、洗漱等，也需要别人催促或协助才能完成。食欲下降，体重降低，全身疼痛不适等。

病情判断

现将抑郁症的判断标准列于下表，可以自我对号或由家属助对号，对早期发现抑郁症有一定帮助。如果按下列表中项目，符合 1、3 两项，再加第 2 项中出现 5 条症状者，则可确诊为抑郁症。若有 4 条症状者亦应诊断抑郁症。若有 3 条症状者可能是较轻的抑郁症；若有一二条症状者，应视为可疑抑郁症，应及时请精神科医生诊治。

抑郁症诊断标准

项目	内 容
1	情绪低沉、压抑，对任何事都高兴不起来，情绪不稳定，易悲伤、流泪，烦躁、焦虑不安。

2	伴有下列症状 (1) 失眠, 多为早醒。 (2) 全身乏力, 精神萎靡不振。 (3) 食欲下降, 胃肠功能紊乱、腹胀、便秘, 体重下降。 (4) 焦虑不安, 动作减少而缓慢, 寡言少语, 语言低沉。 (5) 对生活情趣丧失, 体验不到愉快。 (6) 注意力不易集中, 思想杂乱无章, 思考困难, 反应迟钝。 (7) 做事缺乏信心, 犹豫不决。 (8) 有自责、自罪感。 (9) 有自杀观念或自杀行为。
3	病程两周以上。

中老年人由于躯体及脑功能衰退, 再遇有子女不孝、丧偶、刚退休不适应等生活事件, 往往会出现较大的情绪反应, 这属正常的心理反应, 不能诊断为抑郁症。中老年人正常心理反应有以下特征: 不会同时出现抑郁症特有的“三低”症状; 有一定限度, 不会有自罪、自责、自杀等脱离现实观念或怀疑妄想等; 有良好的理智和分析力, 能主动消除不良心境。不会不分场合流泪、哭泣; 不伴有身体症状如全身疼、疲乏无力、体重下降等。能主动寻求帮助, 经劝说疏导后, 很快恢复心理平衡。

由于中国传统文化影响, 中老年人看医生时往往只讲躯体哪里不适, 而不好意思讲出自己内心的情感体验, 如自罪、自责、自杀等内心深处的情感反应, 羞于启齿, 往往使医生

将抑郁症误诊为神经衰弱。因此，怀疑有抑郁症的中老年人去医院看病时，必须有熟悉中老年人病情的家属陪同，向医生全面反映病史，才能作出正确的诊断。

治疗措施

1. 请心理专科医生进行心理治疗。家属、朋友多进行安慰、劝导，并帮助病人树立战胜疾病的信心。

2. 对病人要进行良好的社会照顾和家庭护理。单位领导、家属要切实帮助病人解决实际困难，如生活、看病、住房、经济上多予以支持、关照，要热情关怀、精心照料病人，注意保证饮食营养，防止摔跤，保持个人卫生、大小便通畅。适当安排一些力所能及的文化活动及劳动作业，不断提高其生活情趣。

3. 对较轻的抑郁症或伴有焦虑情绪者，可用一般的抗焦虑药物如舒乐安定口服，每次 2 毫克，每日 3 次。这类药物既可改善睡眠，又可抗抑郁及抗焦虑，副作用有疲乏、无力、嗜睡等。

4. 对较重的抑郁症应用抗抑郁药品。首选多虑平，口服，每次 12.5 毫克，每天 2 次开始，逐渐加至每次 25 毫克，每日 3 次。亦可用麦普替林，口服，每次 12.5 毫克，每日 2 次开始，逐渐增至每次 25 毫克，每日三四次。此外，亦可用阿米替林，丙咪嗪等，这类药物起效较慢，一般要用药三四周才开始显效，因此，不要因显效慢而过早更换药物。显效后，逐渐减量，继续服用 6 个月以巩固疗效。过早停药，容易复发。对复发者，维持治疗，至少 12 个月。维持剂量不宜过低，约为原治疗量 $2/3$ 或 $1/2$ 。这类药物的副作用有口干、视力模

糊、便秘、位置性低血压等。

5. 抑郁症的治疗要注意早期诊断, 早期治疗, 一次彻底治愈。一般轻型抑郁症治疗得当, 多数预后良好, 但也有 70% 左右的病人易复发, 多次反复发作易转成慢性抑郁症, 治疗就很困难。抑郁症病人的药物应由家人代管并监督服药, 防止病人将平时吃的药积攒下来, 一次吃下自杀。

防治措施

1. 保持乐观的精神情绪, 将生活安排得愉快、轻松、充实、向上, 是预防抑郁症最根本的措施。中老年人若身体健康允许, 应提倡继续为社会发挥余热, 做一些力所能及的工作, 对社会、个人均有益。亦可安排一些学习, 如上老年大学, 学习书法、绘画、垂钓、养花、下棋、音乐等, 多培养一些兴趣爱好。

2. 中老年人要不断努力学习, 活到老, 学到老, 改造到老。要跟上社会的前进步伐, 不要与社会、家庭、子女格格不入, 将自己封闭起来, 或与别人对立起来, 自找烦恼, 经常处于闷闷不乐的状态, 就会产生抑郁焦虑。

3. 人到老年有几种精神压力或创伤, 几乎是不可避免的, 如退休、疾病痛苦、残疾的折磨, 如耳聋、眼花、行动不便、生活不能自理, 甚至死亡的恐惧、丧偶、丧友、子女离家、人际关系疏远。其实这都是情理之中的事情, 几乎是人生普遍规律, 早作思想准备, 泰然处之, 心理上就不会产生很大的压力。否则, 遇到上述事件, 毫无思想准备, 心理上承受不了, 亦会产生焦虑、抑郁。

4. 要多结交一些新朋友, 适当参加一些社交活动, 如老

同事定期会晤，谈心，聊天，可调节情绪，增添快乐。也可结识一些青年人或少年儿童，唤起童心，增加活力，有利于抵御抑郁症。家庭的子女们应定期探望老人，经常跟老人谈心，以减少老人的孤独感。丧偶的老人有条件应鼓励再婚，以减少老人的寂寞感。

5. 对抑郁症的高危人群，如有家族史者，丧偶者，患有重病者，生活不能自理者，子女不在身边者，性情孤僻、朋友来往很少者，近期曾有重大精神创伤者，应密切观察随访，及时进行一些心理疏导，并进行一些自我保健知识的宣传教育，以防为主，早期发现、早期诊断、早期治疗。

6. 当遇到不愉快的事情或不幸事件时，要学会自我摆脱，自我缓解，祛除不良心理情绪，可试用下列方法进行心理疏导。

(1) 宣泻法：向了解自己的老朋友或老伴诉说，将心中郁闷情绪宣泻出来，将会减轻压抑，松弛情绪，找到新的平衡。对方应正确地开导，客观分析，尽量化解矛盾，宽慰病人，帮助病人从郁闷中解脱出来，切不可火上浇油，进行误导。

(2) 转移法：脱离不愉快环境，外出旅游，看看祖国大好河山，接触大自然美景，心旷神怡，心胸开阔，忘掉痛苦。

(3) 升华法，以高尚的首选情操，坚强的意志克服纠正不良情绪。遇有不愉快的事，用理智来克制自己，宽以待人，严以律己，凡事一分为二，让坏事变好事，在任何困难面前，想得通，看得开，放得下。

(4) 自我安慰，自我暗示，在发生不良心理情绪时，要

借助自己内心的语言，反复提醒暗示自己，以健康的心理情绪抑制不良心理情绪的发生、发展。遇有生气的东西，暗示自己“要冷静”“不要冲动”；刚退休时，反复提醒自己“这是自然规律”“我退下来有利于社会发展”；生病时反复暗示“我能战胜疾病”“我一定能恢复健康”。气功入静也是一种自我暗示，以一念代万念，如意守丹田，亦可以“健康”“快乐”“幸福”代替丹田。

(5) 建立心理防御屏障：注意选择性忽视，即有意不去感知、不去回忆以往自己受过的挫折、痛苦及羞辱，以免引起不良心理情绪反应；加强选择性重视，即特别重视自己的优点、特长、成就，以鼓励自己保持乐观、自信、上进的积极心理。

第十章 血液系统疾病

一、中老年人贫血

血红蛋白：男性低于 120 克/升，女性低于 110 克/升；
红细胞比容：男性低于 0.42，女性低于 0.37 即可诊断为贫血。
临床表现低热、面色及口唇和眼睑苍白、疲乏无力、头晕、
耳鸣、记忆力减退、心悸、气短、浮肿等。贫血症状的轻重
与病情的严重程度有关，亦和贫血的发生速度有关，迅速发
生贫血者，即使血红蛋白不很低，也可出现严重症状；而缓
慢发生的贫血，即使血红蛋白很低，也不一定出现严重症状，
因其代偿功能发挥作用。

贫血是一组症状，是某疾病的一种表现，发现了贫血，
必须找出原因，作出正确诊断，才能得到有效治疗。

贫血、再生障碍性贫血及白血病，均多发于中老年人，
这是近几年调查资料证明并纠正了过去认为多发于青壮年的
观点，并在医疗保健工作中引起重视，并加强对中老年人人
进行预防血液系统疾病的宣传教育。

中老年人贫血的特点

1. 中老年人骨髓造血功能及应激能力差，是由于各器官

都有不同程度的衰老，或伴有其他脏器的疾病，因而对贫血的耐受能力低，即使轻度贫血也可出现明显症状，尤其在急性贫血时更是如此。

2. 中老年人有 80% 属于继发性贫血，此与中老年人常患有某些疾病有关，如肿瘤、肾功能不全、慢性失血、感染及某些代谢性疾病等，此外也与滥用一些药物有关。

3. 中老年人贫血多为综合因素所致，如有的病人由于胃肠道疾患，影响造血原料如铁、叶酸、维生素 B₁₂ 的吸收，导致营养不良性巨幼细胞性贫血，或患有慢性失血导致的缺铁性小细胞性贫血，其在临床表现和实验室检查结果均不典型，给诊断和治疗带来困难。

中老年人贫血有的种类

中老年人常见的贫血有：再生障碍性贫血；溶血性贫血；缺铁性贫血；铁幼粒细胞性贫血；巨幼细胞性贫血；急性失血性贫血；慢性肾性贫血及其他继发性贫血。

再生障碍性贫血

再生障碍性贫血，简称“再障”。再障是由多种病因或尚无明显原因所致的骨髓造血功能衰竭性贫血，是以全血细胞减少为主要表现的综合征。现在已知其发病与药物、放射线、病毒感染及遗传等因素有关，在药物方面，如氯霉素、金霉素、安乃近、磺胺类及抗癌药等，或长期接触化学药品汞、苯等，或继发于某些疾病，如病毒性肝炎、败血症、肾炎、尿毒症、晚期肿瘤等所引起。再障分为急性再障和慢性再障。

再障的主要临床表现为贫血、出血和感染，急性再障出血广泛而且严重，常伴有内脏出血；感染亦是重要的，常伴

有高烧并且持续时间较长。因此出血和感染往往是致死的重要原因。临床减少，即红细胞、白细胞、血小板计数均显著减少，网织红细胞减低和消失，骨髓检查呈现增生低下，各系造血细胞均减少，淋巴细胞比例相对增高。

防治再障

1. 治疗原则

积极改善贫血、治疗贫血的同时应及时处理合并症。血红蛋白低于 50 克/升、有严重出血倾向或心功能代偿不全者，应考虑输鲜血或输血小板悬液，使病人血红蛋白保持在 60 克/升~90 克/升，有益于骨髓的增生。

中老年人重病贫血者，在输血的同时应适当给予利尿剂，以防心脏负荷过大。有感染和发烧时应及时选择对造血无影响的抗生素治疗。通常治疗再障多用雄激素，其中以康力龙效果较好，可有 50% 的病人得到缓解，常见的副作用是男性化和肝功损害，应严密观察。至于骨髓移植或输注、脾脏切除等方法，对中老年人成功率低，一般不采用。

根据发病或自身免疫功能失调有关的说法，可考虑用大剂量甲基强的松龙或环孢素 A、抗胸腺细胞球蛋白等免疫抑制剂治疗，能使部分病人获得缓解，但此种药物易并发严重感染和其他合并症，中老年人应慎用。中医以温肾益髓治疗法亦可获较好的效果，常用中药有党参、黄芪、熟地黄、何首乌、阿胶、紫河车、龙眼肉、鹿角胶等。

2. 再障的预防

在任何疾病的治疗中应遵照医生的指导，不得滥用解热止龠药和有可能致骨髓损害的药品。对经常接触 X 线，放射

性物质，有毒、有害的化工制品的工作者，应注意做好劳动防护，并定期进行血常规检查，减少不必要的 X 线检查。

溶血性贫血

血液中红细胞在正常情况下有一定寿命，大约为 112 天，每天都有红细胞不断更新，既有一定数量的红细胞衰老破坏，又有相应数量红细胞生成补充，以维持体内血液的恒定。但在病理状态下红细胞寿命缩短，过多过早的被破坏，称之为“溶血”。

在正常情况下骨髓生成红细胞的潜在能力很强，当有溶血情况时，骨髓可代偿性生成红细胞并可超过原来生成能力的 8 倍~15 倍，足以补充地早消亡的红细胞数，此称为“代偿性溶血”，临床上不一定出现贫血。如果红细胞破坏速度和数量超过骨髓的代偿能力，血液中的红细胞减少而出现贫血，此称为“溶血性贫血”。假若红细胞被破坏是在骨髓生成过程阶段则称“原位溶血”或“无效红细胞生成”。

溶血性贫血常见的原因

溶血性贫血发生原因分为两大类：

(一) 由红细胞内在的缺陷所致：

1. 红细胞膜的缺陷，如遗传性球形红细胞增多症，阵发性睡眠性血红蛋白尿等；
2. 红细胞酶的缺陷，如 6-磷酸葡萄糖脱氢酶和丙酮酸激酶缺乏症；
3. 血红蛋白病包括珠蛋白生成障碍和珠蛋白组分异常。

(二) 由红细胞的外在溶血因素所致。

1. 红细胞被血清中的抗体破坏，如自身免疫性溶血性贫血

血，中老年人机体内组织的自我识别能力减弱，免疫稳定功能降低，因而易患此病。药物免疫性溶血及血型不合的输血后溶血。

2. 红细胞机械性破坏，如心脏手术后溶血，微血管病性溶血。

3. 化学、物理及生物性因素所致的溶血。

4. 继发于某些常见的疾病，如慢性淋巴细胞白血病、恶性淋巴瘤、骨髓瘤及服用左旋甲基多巴等药物引起。

另一种分类是根据溶血发生的部位不同，而分为血管内溶血和血管外溶血：前者主要是血液循环中红细胞被破坏，如血型不合输血的溶血、阵发性血红蛋白尿等，此类溶血常表在重，有全身症状；后者主要在单核巨细胞系统（主要是脾脏内）的红细胞被破坏，如球形红细胞增多症、温抗体免疫性溶血性贫血等。

溶血性贫血的防治

1. 停用引起溶血性贫血的一切药物。

2. 积极治疗引起溶血性贫血的原发疾病如严重感染、白血病、恶性淋巴瘤等。

3. 对自身免疫性溶血性贫血及部分阵发性睡眠性血红蛋白尿，可用肾上腺皮质激素和其他免疫抑制剂。

4. 可适当使用叶酸、维生素 B₁₂ 或雄性激素。

5. 输血或红细胞。

6. 药物治疗无效，可考虑作脾切除。

缺铁性贫血

铁是重要的造血物质，由于铁缺乏引起的贫血，称缺铁

性贫血。

常见的原因有：

1. 铁摄入不足，可能由于中老年人牙齿脱落，咀嚼困难，固体食物食入减少；或因老年性便秘，长期使用缓泻剂；中老年人胃粘膜萎缩，胃酸缺乏或减少亦可导致铁摄入不足。贫血一旦发生，则消化道缺氧，促使胃肠粘膜进一步萎缩，形成恶性循环。

2. 急慢性失血，有溃疡病、消化道肿瘤、憩室、痔疮、食道裂孔疝及钩虫病等所致的急慢性失血，均可导致缺铁性贫血。

中老年人缺铁性贫血的临床表现：除了一般贫血症状如乏力、心悸、气促外，还具有吞咽疼痛、舌粘膜萎缩及口角皲裂发生。

缺铁性贫血的防治措施

1. 平时注意多吃些富含铁质的食品，如瘦肉、猪肝、动物血、新鲜绿叶蔬菜、水果、豆制品等。

2. 积极治疗引起缺铁性贫血的疾病，如溃疡病、肿瘤、钩虫病等。

3. 补充铁剂，如硫酸亚铁，每次 0.3 克，每日 1 至 3 次，饭后服，若与维生素 C 同时服，有利于铁的吸收。口服铁剂时，忌饮茶，以免影响铁的吸收。贫血纠正后继续服铁剂半年以上，以补充体内的储备铁。

肾性贫血

肾性贫血是由于肾脏的器质性病变发展严重导致肾功能衰竭所引起的贫血。中老年人此种贫血较常见，主要由于肾

脏内分泌功能减退，使红细胞生成素分泌减少而致红细胞生成减少；慢性肾功能衰竭时可有各种出血亦导致贫血加重。慢性肾功能衰竭多见于慢性肾盂肾炎、慢性弥漫性肾小球肾炎，亦可见于高血压、糖尿病性肾脏病变、肾囊肿、肾结核等。

慢性肾性贫血的防治措施

不严重的慢性肾性贫血，无需特殊治疗，主要治疗原发病，如有缺铁适当补充铁剂或叶酸及维生素 B₁₂。血红蛋白低于 50 克/升时，可适当输鲜血。近年来应用重组红细胞生成素，有效率 95% 以上，使用剂量 50 单位~100 单位/每千克重，每周 1 次~3 次，皮下或静脉注射。该药的不良反应有高血压，偶见脑出血、癫痫、骨痛、寒战、过敏等。该药价格昂贵，不宜推广使用。

二、白细胞减少症

白细胞是血液中细胞的一种。在体内发挥着抵抗微生物“侵袭”的防御功能。正常成人白细胞数为 $(4.0\sim 10.0) \times 10^9/L$ ，而正常中老年人白细胞可略低于此值，按白细胞的形态各异可分为三类：凡是白细胞浆中含有颗粒，称为粒细胞，其中包括嗜中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和嗜碱性粒细胞；其他两类分别称为单核细胞和淋巴细胞。成人外周血白细胞计数小于 $4.0 \times 10^9/L$ 时称白细胞减少症。白细胞减少症通常是指嗜中性粒细胞减少症，因为它在白细胞总数中占的比例最高（50%~70%），当白细胞减少时，其比例下降。如粒细胞

极度减少，绝对值小于 $0.5 \times 10^9/L$ 称粒细胞缺乏症。

病因

引起白细胞减少的常见原因可能与以下因素有关：

1 随着工业的发展，各种有害化学物质的污染日益严重，如苯及其衍生物。

2. 各种放射线物质，如 X 射线、放射性核素等，可直接损害骨髓的造血功能。

3. 疾病因素，如一些细菌感染（伤寒等）、病毒感染（肝炎、流感、艾滋病等）、结缔组织病、脾功能亢进、恶性肿瘤骨转移、维生素 B₁₂ 及叶酸缺乏等均可引起白细胞减少。

4. 药物因素，目前药物的种类越来越多，其中不少药物可直接或间接地损害骨髓的造血功能，其中对造血系统毒性最大的是氯霉素、解热镇痛药及抗癌药物，如氮芥、环磷酰胺、长春新碱、安替比林、安乃近、硫氧嘧啶类、苯妥英钠、磺胺类、喹啉类等。

症状

中老年人白细胞减少症病程进展缓慢，症状不显著，仅有轻微乏力等，一般预后良好。急性粒细胞缺乏症，起病急骤，大量白细胞破坏，突然出现寒战、发热及出汗，然后 2 天~3 天有所缓解，病人仅感疲乏无力、周身不适。继之严重细菌感染发生，临床表现寒战、高热、头痛、咽痛及口腔、咽喉、直肠、阴道或子宫等粘膜均可发生坏死性溃疡，并可迅速发展成脓毒血症。局部淋巴结肿大、疼痛，有的病人可出现肝、脾肿大，甚至有黄疸。白细胞可降至 $(0 \sim 0.1) \times 10^9/L$ ，中性粒细胞缺乏或仅占 1%~2%，淋巴细胞比例相对

增高，血红蛋白和血小板可正常或轻、中度下降。本病过去死亡率高达 50% ~ 90%，近年来由于抗生素的发展，抗感染技术的进步，血细胞分离器的出现及细胞生长因子在临床的应用，其预后有了明显的改善。

防治措施

白细胞减少症的病人，应注意劳逸结合，适当锻炼身体，加强营养，增进健康。避免滥用各种可能引起白细胞减少的药物，如必须使用时，则应定期密切观察血象，如有白细胞下降趋势时，应立即停药并密切观察一段时间。继发于其他疾病者，如多发性骨髓瘤，低增生性白血病等，需积极治疗原发病。

急性粒细胞缺乏症，需急症住院治疗，首先要严密进行无菌隔离，早期应用预防性抗生素，避免感染。应用下列提升白细胞的药物：维生素 B₄，口服，每次 10 毫克 ~ 20 毫克，每天 3 次。核苷酸，口服，每次 100 毫克，每天 3 次；亦可肌肉注射，每次 50 毫克，每天 1 次。鲨肝醇，口服，每次 50 毫克 ~ 100 毫克，每日 3 次。利血生，口服，每次 20 毫克，每天 3 次。辅酶 A，每次 50 单位，肌肉注射，每天 1 次，14 次为一个疗程。雄激素，如丙酸睾丸酮，每次 25 毫克 ~ 50 毫克，每天 1 次，肌肉注射，连续用 3 个月以上。亦可用康力龙口服，每次 2 毫克，每天 2 次 ~ 3 次。应用雄激素需注意监测肝肾功能，前列腺肥大及前列腺癌患者禁用。近年来应用重组人粒/巨噬细胞集落刺激因子（rhGM-CSF）或重组粒细胞集落刺激因子（rhG-CSF）每次 100 微克 ~ 400 微克，每日或隔日 1 次皮下注射或加生理盐水

缓慢静脉滴注，效果良好。 中医中药，如贞子、鸡血藤、虎杖、党参、白术、黄芪、阿胶、紫河车等，均有辅助提升白细胞的作用。上述药物治疗，一般只选一二种，观察三四周，若无效，再换用另一组药物。对于药物治疗无效或危重患者应及时静脉输注白细胞治疗。

三、多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是一种浆细胞增生性恶性肿瘤。发病年龄多数在 40 岁~70 岁，发病率随着年龄的增长而增高。据报道，40 岁以上患病人数占多发性骨髓瘤总人数的 83.8%，40 岁以下者少见浆细胞是血液中白细胞的一种，具有分泌免疫球蛋白的功能，在人体免疫系统中发挥得要作用。

在患有多发性骨髓瘤时，骨髓产生大量的异常浆细胞（亦称骨髓瘤细胞），这些瘤细胞失去了分泌正常免疫球蛋白的功能，而产生出大量的无免疫活性的物质，即异常球蛋白，又称“M 蛋白”，引起骨髓破坏、贫血、肾功能损害和免疫功能异常。

症状

由于骨髓瘤细胞侵袭骨髓，其早期常见的症状是骨骼疼痛，并逐渐加重而呈持续性，部位多在腰背部，临床有时误诊为腰椎肥大或腰椎骨质增生。有的在无外伤或轻微外伤时就发生骨折，医学上称为“病理性骨折”。此种骨折多发生于肋骨、下胸椎、上腰椎及锁骨。有的病人表现为贫血，疲乏

无力，食欲减退，发热，肝、脾、淋巴结肿大及肾功能损害等。

病人极易发生感染，如多见肺炎、肾盂肾炎和带状疱疹。因为 M 蛋白的增多，影响了正常抗体的产生，使免疫功能降低所致。牙龈和鼻出血亦较多见，主要由于血小板减少及 M 蛋白与凝血因子相互作用，使血小板的凝集作用受到抑制。

实验室检查：血清蛋白电泳可发现异常区带即“M 蛋白”带。尿中可检测出本周蛋白（又称凝溶蛋白）。X 片可有边缘清楚骨质缺损的典型的溶骨性 X 线表现，多见于颅骨、骨盆、肋骨、股骨及肱骨等，亦可见有病理性骨折或弥漫性骨质疏松症，个别有骨质硬化。骨髓穿刺检验是非常重要的，对确诊很有必要。

防治措施

根据不同类型病情，给予不同的治疗方案，如初次治疗者可用法马兰、强的松、卡氮芥、环磷酰胺、长春新碱联合治疗方案，约有 2/3 的病人能得到缓解。对耐药性病例可应用阿霉素 10 毫克/日，长春新碱 0.5 毫克/日，地塞米松 10 毫克/日 ~ 20 毫克/日，静脉点滴，连续 4 天，停药 5 天后，再重复以上治疗方法，3 个疗程后判断疗效。老年患者化疗用药应适当减量，局部骨痛用放疗解除症状效果较好。60 岁以上者不宜行骨髓移植治疗。

近年来，国内外应用干扰素治疗多发性骨髓瘤，用法为每次 300 万单位肌肉注射，每周二三次，单用或联合化疗显示较好的效果。

该病虽无彻底根治的方法，但近年来已积累了很多经验，

可以得到长期缓解的效果。首先病人要树立信心，保持乐观的情绪，积极配合医生治疗，注意饮食营养，增强身体抵抗力，避免感染，在医生的指导下，进行综合治疗，包括化疗、放疗、免疫制剂、中医中药等，争取长期缓解而改善生活质量。

四、白血病

白血病是血液系统的一种恶性肿瘤，俗称“血癌”。白血病的分类方法很多，目前国内主要按病情缓急、白血病细胞的成熟程度及不同细胞系列的异常增生，将其分为急性淋巴细胞白血病和急性髓系细胞性白血病；慢性淋巴细胞白血病和慢性髓系细胞性白血病；其中慢性淋巴细胞性白血病（简称慢淋）主要见于中老年人。慢淋约 1/3 的病人发生在 60 岁以上，而 30 岁以下者发病罕见，在家族中及与病人有血缘关系的亲属中发病率较高。其他三型则多见于中青年人群。

病因

多数原因不明，但经试验证明与放射线、三废污染、某些免疫抑制剂以及某病毒感染有密切关系，但往往是与多种综合因素有关。

症状

白血病的诊断并不困难，主要有三大症状，四大体征。三大症状是发热、贫血、出血；四大体征是肝、脾、淋巴结肿大及胸骨压痛，但这些症状并不一定在每年病人身上都表现出来。经血液及骨髓检查，可见正常的造血细胞明显减少，

而被大量幼稚或异常白细胞取而代之，在周围血象中可发现不正常的或幼稚白细胞，同时正常粒细胞、红细胞、血小板则显著减少。

正常成熟白细胞的功能，主要具有抵抗外来细菌“侵袭”的防御功能，而患白血病时，白细胞大量繁殖，可增加 10 倍~20 倍，其中多是不成熟的白细胞，由于大量幼稚白细胞在骨髓中增殖分化，抑制了红细胞和血小板的生成，使病人发生进行性贫血和全身各部位的出血如牙龈、鼻子和皮肤出血甚至颅内出血。由于体内大量的幼稚白细胞增多，正常白细胞减少，因此免疫力迅速下降，极易引起各种感染、发热，而且一般抗生素难以控制。

急性白血病如不及时治疗，上述症状发展很快而严重，若出现头痛、恶心、失眠、烦躁不安可能是早期脑出血症状，应引起警惕，因患者往往迅速进入昏迷，以至死亡。

慢性淋巴细胞白血病起病缓慢，上述症状出现较慢，常表现有全身淋巴结肿大，肝、脾肿大，皮肤瘙痒。尤其中老年人反应较迟钝，常拖延至数月或数年才就诊。因此，当中老年人出现上述症状或体征时，应及时就医，检查血象，以求早期诊断，早期治疗。

防治措施

临床根据不同类型的白血病给予不同的治疗方案，常用治疗急性白血病的药物有长春新碱、阿糖胞苷、柔红霉素、三尖杉酯碱等。由于细胞动力学研究的进展及新型抗白血病药物的出现，在治疗上已有很大进步，部分病人不但能得到缓解，而且有的还可恢复正常生活和工作。

慢性淋巴细胞白血病传统治疗首选药是瘤可宁，近年来也有间断用联合化疗，如环磷酰胺加阿霉素、长春新碱、强的松等，完全缓解率可达 63%。干扰素可使病人在化疗过程中减少感染。若发生严重贫血或出血化碳向时，应给予输血。利用免疫治疗、骨髓移植皆是有希望的治疗措施。但老年白血病人一般不考虑骨髓移植或其他造血干细胞移植治疗。

中医多用辨证施治原则，用清热解毒、补气、滋阴的药物，中医疗法不仅能减轻化学药物的不良反应，而且还可提高疗效。

已患白血病人，其抵抗力较差，必须加强护理，预防感染，特别注意口腔、皮肤和饮食卫生。在化疗过程中应注意各种药物的毒副作用，要积极的营养支持和防止感染，对完成化疗，争取缓解非常必要。治疗中注意经常复查血象，以观察和巩固治疗效果。中老年人平时要注意锻炼身体，提高机体的抵抗力，少接触或不接触 X 射线及有害化学物品，戒烟酒，不滥用药物，重视每年一度的体检，注意检查血象，以防病于未然。

第十一章 中老年人合理用药

中老年人由于各重要器官功能逐渐衰退,对药物的吸收、排泄、代谢、分布及其作用与青壮年迥然不同;同时中老年人又往往一人多病,平均每人患重要疾病二三种以上,用药种类较多,药物不良反应较青壮年多2倍~3倍。

据世界卫生组织调查,在各国住院病人中发生药物不良反应的约占15%。全世界有1/3死亡人,其死因不是疾病本身而是不合理用药所致。尤其中老年人病情复杂,肝、肾、心、肺、脑等重要器官代偿功能显著减退,个体差异增大,一旦出现药物不良反应,往往促使病情急转直下,造成无可挽救的结局。

因此,中老年人合理用药已成为现代老年医学中的一个重要组成部分,必须努力学习,认真研究,不断提高。

一、中老年人用药的特点

药物的分布

随着增龄的变化,中老年人体内水分和肌肉组织逐渐减少,而脂肪所占比例相对增加,这就会引起药物分布的变化。如亲脂性药物巴比妥、安定等,可能在脂肪组织内蓄积,产

生持久作用。尤其中老年女性，脂肪成分增加比男性明显，因此，中老年人的药物分布与性别有很大关系，这在中老年人合理用药中是必须认真考虑的一个重要因素。

中老年人血浆蛋白随增龄而降低，因而蛋白结合药物减少，具有药理活性的非结合部分（游离）药物浓度相对增加。如哌替啶（度冷丁）、水杨酸、保泰松、口服降糖药等的生物有效度可能增加。因此，中老年人用药、剂量和次数均应低于青壮年为宜。

药物的耐受性

中老年人对药物耐受性趋向降低，女性比男性更明显。通常单用或少量药物配合使用时，一般可以耐受，但当许多药物联合使用又不减量时，很易出现药物不良反应及胃肠道症状。如一种利尿剂、一种镇静剂和一种安定剂分别服用时，可能耐受良好，能达到各种药物治疗的预期效果；若同时合并应用就可能出现体位性低血压。

组织的感受性

随着增龄，机体对药物的感受性也有改变。感受性增强时，常规药量也能出现超量反应，如甲状腺素、洋地黄类制剂等就属此类药物。中老年人心脏对异丙肾上腺素、普萘洛尔（心得安）等药物的作用多不敏感，这可能与中老年人心脏组织纤维化、血流量减少以及受体功能降低有关。

中老年人个体差异很大是任何年龄组都不能比拟的，同龄老人药物剂量可相差数倍之多，这在中老年人用药是一个很值得重视的特点。

药物的吸收

中老年人胃肠道粘膜细胞数量减少，消化道运动能力降低，胃酸分泌减少，肠道动脉硬化使血运减少等，这些因素均可影响口服药物的吸收而降低其疗效。

此外，中老年人比较脆弱的消化功能很易受一些药物的干扰而致消化功能障碍，如地高辛、氯化钾、抗生素等很易影响食欲，引起恶心、呕吐或腹胀、便秘、腹泻等，使本来已经衰弱的身体更加虚弱。

药物的代谢

肝脏是药物代谢的主要器官，许多药物经肝脏微粒体细胞色素 P450 酶系统氧化、还原或水解。实验证明，肝脏微粒体细胞色素 P450 酶的生成与活性随增龄而降低，因而，使氨基比林、保泰松、苯妥英钠、巴比妥、甲丙氨酯（眠而通）、四环素等药物在血液及组织中浓度增加，半衰期延长 20%~50%。有的药物如地西洋（安定）等的半衰期中老年人比青壮年延长 4 倍~5 倍。中老年人药物代谢比较缓慢，可能是中老年人对药物敏感性增强和易发生毒性反应的重要原因。

药物的排泄

中老年人肾脏的肾单位随增龄而减少，肾小球滤过率及肾血流量较年轻时均减少 50% 左右。80 岁以上中老年人肾单位仅为青年人的 1/3，肌酐清除率降至正常人的 1/3 以下，因而使药物的排泄受到限制。

此外，中老年人饮水量少也不利于药物排泄。中老年人蛋白质摄入量减少，尿易趋于碱性，碱性药物（氨茶碱、抗酸药、氯化钾）在碱性尿中容易再吸收，这些因素都可提高

某些药物在血浆中的浓度和使半衰期延长，从而出现药物的蓄积作用、超量反应和毒副作用。

因此，中老年人用药最好是在血药浓度的监测下或测定内生肌酐清除率，以指导合理用药。

药物的相互作用

中老年人由于一人多病，因此，往往用药种类较多，这就很可能会产生药物有益的和不良的相互作用，甚至产生严重的毒副作用。用药种类越多，不良反应的发生率越高。

有人报道，同时应用 1 种~5 种药物的病人，其不良反应发生率为 18.6%，5 种以上药物并用者，不良反应发生率增至 81.4%。据文献报道，20% 以上的药物并发症都与合并应用多种药物而发生的相互作用有关。因此，在中老年人用药时必须慎重考虑药物的相互作用所引起的不良反应。应从以下几个方面考虑：

1. 影响胃肠道的蠕动和吸收。某些药在消化道有固定的吸收部位，如地高辛、维生素 B₂（核黄素）只能在十二指肠和小肠某一部分才能吸收，当该药与甲氧氯普安（胃复安）合用时，因为胃复安加速胃肠道蠕动，使药物迅速离开吸收部位而降低疗效。

2. 抑制药物代谢酶亦称酶抑制作用。有些药物具有抑制另一些药物代谢酶的活性作用，使药物的正常代谢受阻，致使后者血浓度升高，药效增强，甚至引起中毒。如氯霉素与双香豆素合用可加强疗效，也可能引起出血。氯丙嗪与心得安合用，后者代谢受阻，加剧对心血管抑制，可致严重低血压。

3. 促进药物代谢亦称酶促作用。酶促作用与酶抑作用相反，某些药物可促进另一些药物代谢酶的活性，加速药物代谢使其降低疗效。如苯巴比妥就是一种酶诱导物，可使受体阻滞剂、西咪替丁（甲氰咪胍）、苯妥英钠、口服抗凝剂、皮质激素等多种药物加速代谢，疗效降低。

4. 竞争血浆蛋白。许多药物在体内可与血浆蛋白相结合，但结合力可有强弱之分，结合能力强的药物占了大部分血浆蛋白，使结合能力弱的药物失去了与血浆蛋白结合的机会，因而使游离体浓度高于正常，可增强疗效，亦可引起中毒。如阿司匹林与青霉素类、磺胺类、甲氨喋呤等合用时，可使后者血浓度升高。

5. 竞争肾小球排泄。有些药物是通过肾小球滤过进入尿中排泄的，但它们通过肾小球的难易程度不同，易者排挤难者，使难者血浓度升高，如丙磺舒可提高青霉素类血浓度使疗效增强。

6. 作用于同一受体。不同性质的药物作用于同一受体可起到协同或阻抑两种相反作用。如利福平和异烟肼联合应用时，可增强抗结核菌的效力，但可加重肝损害。胃复安和阿托品联合应用，药效相互拮抗而抵消。

二、中老年人用药的原则

严格掌握用药指征，合理选择药物

中老年人由于生理衰老、病理变化，病情往往复杂多变，若药物使用不当可使病情恶化，甚至无法挽救。如有一高血

压病人，平时肾功能稍差（ $BUN7.14\text{mmol/L}\sim 10.71\text{mmol/L}$ ），在肺部感染时选用青霉素加庆大霉素肌注，2天后，肾功能衰竭， BUN 升至 $28.56\text{mmol/L}\sim 35.70\text{mmol/L}$ ，5天后尿闭，7天后死亡。尸检发现多灶性肾近曲小管坏死，符合急性药物中毒性肾功能衰竭。

因此，中老年人用药一定要掌握少而精的原则，选择药物时要考虑到既往疾病及各器官的功能情况。对有些病症可以不用药物治疗的就不要滥用药物。如失眠、多梦可通过劝导病人节制晚间紧张的脑力劳动和烟、茶等收到良好效果。中老年人精神情绪抑郁，可通过劝慰、心理指导治疗，其效果常比用药为好。

掌握好用药的最佳时间

掌握好用药的最佳时间可以提高疗效，减少不良反应。这种规律是在人类的进化过程中逐步产生的。如洋地黄、胰岛素，凌晨4时的敏感度比其他时间大几倍甚至几十倍。

皮质激素的应用，目前多主张对长期用药者在病情控制后，采取隔日一次给药法，即把2天的总量于隔日上午6时~8时一次给予。这是根据皮质激素昼夜分泌的节律性，每日早晨分泌达高峰，这时给予较大量皮质激素，下丘脑-垂体-肾上腺系统对外源性激素的负反馈最不敏感，因而对肾上腺皮质功能抑制较小，疗效较好，产生柯兴综合征等不良反应较小。

一般多数口服药物可在饭后服，尤其对消化道有不良反应的药物如铁剂、某些抗生素等。有些药物要求在空腹或半空腹时服用，如驱虫药、盐类泻药等。有些药要求在饭前服，

如健胃药、收敛药、抗酸药、胃肠解痉药、利胆药等。

掌握好最佳的用药剂量

中老年人对药物耐受能力差、个体差异增大、半衰期延长，因此，对中老年人用药剂量必须十分慎重。对于这个问题各家意见不一。有人主张，从 50 岁开始，每增加 1 岁应减少成年人用量的 1%；还有人主张，60 岁以上用成人用量的 1/3，70 岁用 1/4，80 岁用 1/5。

我国中老年人的用药剂量，通常是根据年龄、体重和体质情况而定。对年龄较大、体重较轻、一般情况较差的中老年病人应从“最小剂量”开始。在有条件的医院应积极开展血药浓度监测，以便更准确地根据个体差异调整用药剂量。

第十二章 中老年病人的护理

人到中老年，随到年龄不断增长，患病率、身体障碍及精神障碍率不断上升，日常生活活动能力显著下降，直至生活不能自理，需要依赖他人的照料护理，能否为中老年人提供一个高水平的护理，是衡量一个社会、家庭、医疗保健单位是否真正关心中老年人最好的标尺。一个病残老人要求享受到较高水平的照顾护理，也是他（她）为家庭、社会操劳了一生，理所当然地应该得到的正当回报和权益。

一、中老年人护理原则

1. 多层次全方位的护理服务。中老年人由于生理条件、病理情况、心理状态、社会地位职业、民族、宗教信仰、生活习惯、脾气性格各有差异，因而每个老人在病情不同阶段，护理要求各有不同。

护理人员及家属一定要想病人所想，急病人所病，将护理服务做到病人的心坎上，从服药、打针到饮食营养、个人卫生，甚至翻身拍背、肢体运动、按摩等，实行全面周到的服务，使病人感到舒适满意。

2. 要重视中老年人心理护理。中老年人经常面临的有五大不幸，即丧偶、疾病、孤独、生活不能自理及经济困难。容易产生抑郁、焦虑等精神障碍及悲观、自卑、恐惧、烦躁、甚至轻生等消极情绪。据上海调查，中老年人有时有抑郁或焦虑症状的占 40%，有时有孤独感的占 21.3%，经常有孤独感者占 13.1%。

据美国调查，白种男性老人患抑郁症者占 20%。老年抑郁症常见的症状是食欲减退、疲乏无力、体重减轻、睡眠障碍（早醒）、情绪低落、对外界事物兴趣减少、思维活动及行为动作减少、寡言少语，类似老年痴呆症；常伴有疑病症，即怀疑自己得了心脏病或癌症等；悲观失望，自杀率显著升高。

中老年人要加强自我精神卫生保健，努力学习，加强文化品性的修养，顺应社会环境改变，跟上时代步伐，不要与家族、社会格格不入，牢骚满腹。离退休后要尽快适应角色变化，广交朋友，培养广泛兴趣，科学地安排好自己的生活，处事为人豁达乐观，保持积极向上的精神情绪，有益于身心健康。

家庭成员、医务人员、社会工作者要热情帮助、关心中老年人，为他们排忧解难；要做中老年人的知心朋友，常与他们谈心、交心，为他们疏导心理障碍，祛除不良心理情绪；为他们创造一个舒适、安详、愉快的生活环境，使中老年人满意地欢度余生。

3. 避免中老年人产生对他人护理的过分依赖性。中老年人由于各器官功能逐渐衰退，活动受到一定限制，逐渐变得

懒散，对他人的照顾容易产生依赖性，这对疾病的康复是不利的，家属及医护人员要掌握好分寸。病情不允许活动的，一定要护理到位，提供帮助，不能勉强病人活动；但病情允许，一定要鼓励病人活动，使其最大限度地恢复生活自理，这是更积极的护理。

4.老年护理要根据个体化的原则，根据不同病情在不同阶段制定科学有序的护理计划，临终病人应制订临终监护与临终关怀计划，要以高度的同情心、责任心，千方百计地帮助解除病人躯体及心理上的痛苦，使病人平静地走完人生的最后旅程。

5.老年护理要贯彻持之以恒的原则，尤其对已有严重器官功能损害或存有病残的中老年人，即使病情好转，也不能有半点疏忽。如长期卧床或瘫痪的中老年人，吃饭喝水都要当心，一不小心就可能发生呛咳，引起吸入性肺炎，有的病人甚至在喂饭时因馒头或面包呛入气管内而憋死。

二、中老年人的一般护理

一般护理，大致包括环境护理、个人卫生、饮食、大小便及睡眠护理等。

个人卫生护理

主要是保证中老年人不受有害的生物体，如细菌、病毒的侵袭，通过个人卫生护理，使中老年人保持整齐清洁，维持中老年人的尊严。

1.皮肤护理，每日洗脸二三次，洗澡不宜过勤，每周一

二次，不用碱性强的肥皂，冬季皮肤干燥、瘙痒者可用甘油止痒洗剂或 30% 甘油护肤。

2. 口腔护理，中老年人唾液分泌减少，口腔自净功能减弱，要养成晨起、饭后和睡前刷牙的习惯，对于能取下的假牙，饭后、睡前宜取下清洗干净放置在清洁器皿内，以防夜间误咽。对于昏迷、偏瘫或手术后及病情危重患者，应注意帮助病人进行特殊口腔护理：用止血钳夹着棉球蘸 3% 硼酸水或生理水擦洗舌、牙、牙龈及口腔粘膜，若有残余食物应及时清除，以免误入气管。

3. 肛门及外生殖器的卫生护理，大便后肛门应注意清洗，老年妇女阴道分泌物易受污染，应每日用温水清洗一次。

环境护理

1. 室内环境，要注意温度（18 ~ 20）、湿度（40%~50%）适宜，阳光充足，空气新鲜。室内摆设整齐清洁，地面不要太滑。床要宽一些，矮一点，床垫不要太软，高龄老人或智能低弱者，应安置床档，以免坠床。

2. 自然环境，应安静、无噪音、无污染，绿树成荫，花木成群，道路平整，防止摔跤。

3. 社会环境，家庭、社会应注意尊老、扶老、爱老，对中老年人的经济、生活、衣食住行、医疗要提供充足的社会保障。

饮食护理

中老年人胃肠功能衰退，防御能力亦相应降低，应特别注意饮食卫生，不吃变质及不洁净的食品，少吃生、冷、硬及辛辣等刺激性食物。多吃些五谷杂粮，少吃精细、甜食。

少油腻，多清淡，营养要全面，热量要平衡。

大小便护理

1. 习惯性便秘是中老年人常见的病症，平时要注意多吃些富含纤维素的食品，如粗粮、蔬菜、水果、白薯等，饮水量要充足。适量吃些蜂蜜可以起到润肠软便的作用。必要时亦可用甘油栓或开塞露塞入肛门内，亦可将肥皂削成圆柱状塞入肛门内。严重便秘时可用甘油-水溶液（1：1）小量灌肠或带胶皮手套用手指抠出粪块。

2. 大便失禁，每次排便后要清拭肛门周围和阴部，然后撒布爽身粉，保持局部清洁干燥。臀部要辅上吸水性良好并松软的纸垫或布垫，及时更换。若有腹泻，常有肛门周围红肿，甚至周围皮肤破溃，可用中药紫草油外涂肛周皮肤患处，每2小时~3小时涂1次，具有消炎、收敛、消肿、止痛的作用。

3. 尿失禁，男性病人可利用阴茎套剪去顶端插入导尿管留置的方法，女性可用特制的排尿装置，最好不用留置导尿的方法，以免引发泌尿系感染。卧床病人要保持会阴部及臀部干爽，不要让病人长久浸泡在尿尿内，以免产生皮肤、会阴、泌尿道感染及褥疮。

冠心病的家庭护理

冠心病是中老年人最常见的心脏病之一。它的临床表现主要有以下四种类型：心绞痛型，心肌梗死型，心力衰竭型，心律失常型。

1. 家庭护理的要点简述

（1）家庭环境，要舒适安静，室内定时开窗通风，空气

新鲜，温度适宜，避免着凉感冒。

(2) 饮食应用低胆固醇、低动物脂肪、低热量、低盐、富含维生素及纤维素饮食。勿过饱，若急性心肌梗死时每餐只能吃五成饱。

(3) 休息。要根据病情掌握活动量，以不引起心绞痛、心悸气短、疲劳为原则。急性心肌梗死时应卧床一周左右，其活动量应在医生严格指导及监护下进行。心衰患者可用砖头将床头抬高 10 厘米~15 厘米，或用枕头将肩、背、枕、头等逐渐抬高，以减轻心脏负担。

(4) 吸氧。病情较重的病人家中应备有氧气装置，如氧气筒或氧气枕等。当遇有心肌缺氧，如心绞痛、心悸、气短、胸闷、憋气或呼吸困难时，应及时给予吸氧，或每餐后及睡前定时吸氧，每次吸 20 分钟~30 分钟。

(5) 注意了解病人心理情绪反应，及时给予开导、解释，帮助解除思想顾虑，祛除不良心理因素，使病人正确、科学地对待疾病。

(6) 病人外出要有人陪，独居一室者，床头应安装电铃，夜间感到不适，随时按铃，请家属帮助处理。

(7) 督促病人按时服药。病人及家属都应熟悉患者服药的种类、剂量，每天服药的次数及药物的不良反应等，家中应备有急救药盒，备有硝酸甘油、心痛定、罂粟碱或度冷丁等。

(8) 密切观察病情，对心力衰竭、心律失常者，每日要定时观察三四次心率及节律，注意呼吸频率、紫绀、下肢浮肿及尿量的变化，定期测量血压及陪伴病人到医院检查及适

当调整药物治疗。若有病情变化应及时就医。

中老年人由于生理性脑老化，一般在 24 小时内总睡眠时间趋向延长，如 90 岁以上老人每天可睡 10 小时~12 小时。有的中老年人晚上睡眠时间较短，只睡 5 小时~6 小时，白天坚持午睡，以弥补夜间睡眠不足，只要自我感觉睡眠已够，精力充沛、体力、食欲、思维正常，无头昏、头晕等不适，则不要刻意强求。

2. 保证中老年人正常睡意

(1) 创造一个舒适安静的环境，室内避光，室温适宜，空气新鲜，被褥舒适，床单清洁，床不要太软，枕头软硬高低适中，睡眠姿势以右侧卧为好，避免仰睡或卧睡。

(2) 生活规律，按时作息，白天要有一定的运动锻炼，不要吸烟，晚睡前不喝茶或咖啡，晚饭不要过饱，睡前不要看刺激性、兴奋性强的电视节目。

(3) 精神情绪放松，睡前不要思考重大事物，若有不良心理因素应予以心理疏导。

(4) 若失眠过重者，应先的心理、物理等非药物治疗的方法，如心理咨询、气功、理疗、针灸、耳针、音乐等疗法。若上述方法无效，先用小剂量镇静剂，如安定 2.5 毫克~5 毫克，睡前半小时服，但也不要长期服用，以免出现药物不良反应，如头晕、乏力，甚至兴奋多语、加重睡眠障碍。

(5) 注意预防中老年人“睡眠呼吸暂停综合征”。睡眠呼吸暂停综合征是指睡眠中呼吸暂停 10 秒以上，每小时反复发作超过 10 次者。多见于肥胖老人及打鼾者。由于反复短暂缺氧，病人可出现憋气、恶梦、晨起后头痛、困倦、记忆力

下降、夜间尿床，还可诱发夜间心绞痛、心律失常、甚至猝死。

该征预防：平时养成侧卧睡眠的习惯，避免仰卧，因为仰卧时舌后坠或软腭向鼻咽部下移，容易引起气道阻塞。

肥胖者应减肥。避免服用睡眠药。睡前不要饮酒。睡眠者持续吸氧，以改善缺氧状态。手术治疗，如切除肥大的扁桃腺或过长的悬雍垂，使气道通畅。积极治疗原发病，如甲状腺功能减低者，补充甲状腺素；肢端肥大症者，手术切除垂体瘤或服用抑制生长激素，睡眠呼吸暂停综合征可获缓解。

三、常见中老年人疾病的家庭护理

中老年人失语的护理

失语是中老年人脑卒中常见的后遗症，亦有少数病人见于脑肿瘤、脑外伤、脑炎等。

1. 失语分感觉性失语和运动性失语两种：

(1)感觉性失语的表现是听不懂别人说话的内容或不认识文字的意义，但听觉、视力无障碍，患者常答非所问。

(2)运动性失语的表现是能听懂别人的话，但不能用语言来表达自己的意思。有的只是命名性失语，如见到饭碗，只能说“吃饭的”，而不能说“碗”；见到小刀，只能说“割东西”，不能说“刀”。失语症常伴有失读症、失写症和失用症，但也有少数病人保留读、写、用的功能。

2. 护理要点：

(1) 家属及护理人员要细心体察病人的情绪、神态、手势及特殊语言(哼、哈、嗯)所表达的内容含意,向病人提供及时满意的服务。

(2) 针对病人失语功能障碍,制定语言训练计划,每日不间断地反复多次训练。

(3) 对保留“读”、“写”、“用”功能的病人,要每天坚持读书、写字的训练,还可为其制作一些日常生活用语的卡片或小牌,如“喝水”、“吃饭”、“大便”、“小便”等,以备病人生活护理的需求。

(4) 加强病人的心理护理,失语的病人不能用语言文字来表达自己的思想感情,而其思维活动可能大部分或基本保留,此时对病人的精神心理所带来的痛苦是常人难以承受的。因此,家属及护理人员要以高度的热情关怀病人,及时解除病人焦虑、紧张、悲观、轻生等消极心理情绪,增强病人与疾病斗争的信心,主动配合康复护理、治疗。

冠心病的家庭护理

冠心病是中老年人最常见的心脏病之一。它的临床表现主要有以下四种类型:心绞痛型,心肌梗死型,心力衰竭型,心律失常型。现仅就家庭护理的要点简述如下:

1. 家庭环境,要舒适安静,室内定时开窗通风,空气新鲜,温度适宜,避免着凉感冒。

2. 饮食应用低胆固醇、低动物脂肪、低热量、低盐、富含维生素及纤维素饮食。勿过饱,若急性心肌梗死时每餐只能吃五成饱。

3. 休息。要根据病情掌握活动量,以不引起心绞痛、心

悸气短、疲劳为原则。急性心肌梗死时应卧床一周左右，其活动量应在医生严格指导及监护下进行。心衰患者可用砖头将床头抬高 10 厘米 ~ 15 厘米，或用枕头将肩、背、枕、头等逐渐抬高，以减轻心脏负担。

4. 吸氧。病情较重的病人家中应备有氧气装置，如氧气筒或氧气枕等。当遇有心肌缺氧，如心绞痛、心悸、气短、胸闷、憋气或呼吸困难时，应及时给予吸氧，或每餐后及睡前定时吸氧，每次吸 20 分钟 ~ 30 分钟。

5. 注意了解病人心理情绪反应，及时给予开导、解释，帮助解除思想顾虑，祛除不良心理因素，使病人正确、科学地对待疾病。

6. 病人外出要有人陪，独居一室者，床头应安装电铃，夜间感到不适，随时按铃，请家属帮助处理。

7. 督促病人按时服药。病人及家属都应熟悉患者服药的种类、剂量，每天服药的次数及药物的不良反应等，家中应备有急救药盒，备有硝酸甘油、心痛定、罂粟碱或度冷丁等。

8. 密切观察病情，对心力衰竭、心律失常者，每日要定时观察三四次心率及节律，注意呼吸频率、紫绀、下肢浮肿及尿量的变化，定期测量血压及陪伴病人到医院检查及适当调整药物治疗。若有病情变化应及时就医。

脑卒中的家庭护理

脑卒中是中老年人的常见病、多发病，在幸存者中 70% ~ 80% 留有不同程度的残疾，如偏瘫、失语和认知功能障碍等，其家庭护理的水平直接关系到病人的生命及生活质量。

1. 密切观察病情变化，脑卒中是容易反复发作的疾病，

因此，平时要注意观察病人的精神情绪、语言、肢体运动及血压的变化，若发现异常，及时就医。如有一脑血栓恢复期病人，家属发现原患肢动作迟缓，使用筷子欠灵活，及时就医，经 CT 检查，发现是又一次新的脑血栓，经及时治疗，恢复良好。

2. 重视一般日常生活护理。如注意防止着凉感冒及肺部感染；饮食营养要适当；喂饭、喂水操作要正确有序；卧床病人要勤翻身，保护好皮肤，预防褥疮；大小便失禁患者要保护臀部及会阴部皮肤清洁干燥，防止泌尿系感染；行动不便的病人要防止摔、绊、碰伤，自己能翻动的病人应加床档。

3. 注意心理护理，脑卒中患者精神情绪不能控制、语言感情不能正确表达、行动失灵、生活不能自理，给病人精神心理带来很大痛苦，悲观、自卑、焦虑、抑郁、急躁、紧张、恐惧等不良心理情绪自然面生。因此，要求家属及护理人员要十分热心、耐心、细心地为病人服务，并针对病人消极心理情绪作好解释、开导工作，鼓励病人树立信心与疾病作顽强斗争。对病人的护理动作要轻柔，神志清楚的病人要事先征得病人的同意合作，要尊重病人的意愿要求，千万不要粗暴地强制病人做任何事，更不要责难、鄙视或侮辱病人。

4. 重视康复治疗及护理，要根据病人不同程度的残疾，制定针对性很强而又适宜的康复计划，不间断地反复训练及锻炼，即使不能提高及恢复功能，坚持康复活动对保留现有的功能及使现有的残疾不再加重也有重要的意义。

中老年人肺炎的家庭护理

中老年人肺炎占 70 岁以上中老年人死因的 25%，因此，

有条件的病人尽可能住院治疗。家庭护理应注意以下几个方面。

1. 严密观察病情，注意呼吸的频率、深浅、规律性，有无呼吸困难、紫绀。经常测量体温、血压、脉率等。注意观察痰的颜色、量、性状。若痰由黄色脓性转为灰白色泡沫痰，提示病情好转；铁锈色可能是大叶性肺炎；黄绿色提示绿脓杆菌感染；大量黄色稀薄粘痰，痰中带血丝，提示急性肺炎。注意精神状态变化，若病人表情淡漠、神志恍惚、嗜睡或兴奋多语、躁动等，说明已有缺氧、中毒表现，病情恶化，应及时住院救治。

2. 保证饮食营养及足够的水分，以利于痰液稀薄，容易排出。

3. 鼓励病人主动咳嗽，将深部积存的痰液咳出，卧床病人应经常帮助翻身、拍背，震动肺及气管，使痰液移动，有利于排痰。痰液粘稠，不易排出者，可用蒸汽吸入、雾化吸入，用一保温杯倒上开水，病人对着杯口深吸气，每次 10 分钟~20 分钟，每日 2 次，可使痰液稀释。

4. 病人若有高烧 39 以上，应采用物理降温，可用酒精或温水擦浴，冰袋放置在头颈部、腋窝、大腿根部的大血管处，慎用退热药，若需应用，只给 1/4 或 1/3 片，以免过量出汗，导致虚脱。若有精神烦躁者，不能随便给镇静剂，以免抑制呼吸。

5. 吸氧，有缺氧表现者，如呼吸困难、紫绀，可用鼻塞或面罩吸氧。有慢性支气管炎、肺气肿患者可持续低流量吸氧。

6. 注意室内通气良好, 空气新鲜, 温度, 湿度适宜, 注意病人保暖, 不要着凉感冒。

7. 按时应用祛痰、平喘、抗菌药物, 病情严重者, 抗生素应采用静脉点滴给药, 效果较好。

8. 要注意其他伴发病的监护, 并采取相应的防范措施。如心脑血管疾病、肾脏疾病、糖尿病等, 在肺炎时由于缺氧、高烧, 均可使上述伴发病病情加重, 不要顾此失彼, 贻误诊治。

对久病卧床不起老人的护理

据调查, 卧床不起者占中老年人口 2% ~ 5%, 其中神经系统疾患主要是脑卒中、老年痴呆、帕金森病等, 约占卧床老人总数的 50%; 循环系统疾病, 主要是冠心病、肺心病、心力衰竭, 约占 40%; 其他骨骼及运动系统如骨关节炎、股骨颈骨折等, 约占 10%。卧床不起的中老年人, 日常生活功能低下, 既需要医疗护理, 又需要康复训练, 护理内容复杂, 工作量繁重, 需要护理者以极大的热心、爱心、耐心、细心为卧床老人提供满意周到的服务。

1. 如何喂饭、喂水

(1) 喂饭前操作者和病人都要洗净双手。

(2) 给病人摆好舒适位置, 如坐位或半坐位, 不能坐的病人要用枕头将头垫高, 以利于吞咽。病人胸前铺饭巾, 以免弄脏衣服及被褥。

(3) 操作者站在病人右侧头旁或坐在床旁, 态度和蔼、动作轻柔, 要有耐心, 且不可急促或用力往嘴内填塞。如曾有人硬往病人嘴里填塞馒头、面包或米饭, 结果塞入气管,

将病人活活憋死，此教训值得记取！

(4) 神志清醒者，应将饭菜端来让病人过目，逐一介绍饭菜的特色，以增进病人的食欲。喂饭要尊重病人的生活习惯，如有的病人饭前先喝汤，应按病人的要求，顺序喂饭。流质饮食如牛奶、豆浆、汤等可用吸管吮吸，或用小壶饮，每次要少吸，慢吸，防止呛咳。固体食物如鸡、鱼等，要将其分割成小块，将鸡骨、鱼刺挑净再喂。喂饭工具以汤匙较方便，病人张口接食物时，喂饭者先用汤匙放在病人的下唇上或舌上，匙柄稍稍抬高，食物即可较容易地进入口中。

(5) 注意食物湿度，既不要太烫，又不要过凉。脑卒中吞咽困难患者，喂一餐饭往往需要半小时甚至 1 小时以上，要注意食物保温，如将盛饭菜的碗放在一个热水盆内，有利于保温。

(6) 喂饭时不要让患者说笑，以免食物误入气管。

(7) 餐后要让病人用温开水漱口或刷牙，以保持口腔清洁卫生。

2. 褥疮的护理。褥疮是卧床不起的中老年人极为常见和严重的并发症。其原因是由于长期卧床，身体某部长期受压，以致局部缺血和营养不良，使皮肤及软组织发生溃烂，进而感染化脓，波及全身，发生菌血症或败血症导致死亡。

褥疮的好发部位与卧床姿势有关。仰卧病人多见于骶尾部，即尾收骨附近。侧卧时好发生在大腿根部外侧突起部位。坐位时好发生在臀部与坐位接触受压的部位，亦称坐骨结节处。

褥疮的护理要点：

(1) 经常变换卧床病人体位，一般每 2 小时 ~ 4 小时翻身一次。

(2) 在受压部位放置富有弹性的橡皮圈或空气垫、海棉垫。

(3) 密切观察受压部位皮肤的颜色和性状，若皮肤出现红斑或紫红色，这是褥疮早期表现，应加强局部护理，可用 50% 酒精或红花油轻轻按摩或用热毛巾轻揉发红的皮肤，每次 10 分钟，每日二三次。

(4) 如局部受压出现水泡，一般不要弄破，以免感染。若水泡较大，则在水泡处消毒后，用无菌注射器将液体抽出，并以棉签将水泡液体挤压干净，然后用普通照明灯烤，灯距 30 ~ 50 厘米，以有热感即可，不要过烫，照射 15 分钟 ~ 20 分钟，然后用新鲜鸡蛋壳内膜趁蛋清侧潮湿时贴在水泡上面，注意不要用手触摸蛋膜内侧，以免污染，贴好后，再用灯烤 15 分钟 ~ 20 分钟，使其干燥。鸡蛋内膜如不脱落，可不用更换，但水泡部位应好好保护，避免再受压。

(5) 若皮肤溃破，深层皮下及肌肉组织溃烂坏死，每日用 0.5% 洗必泰清拭局部，敷以生肌散或紫草膏换药，亦可用紫外线局部照射。必要时应手术切除坏死组织，造成新的富有生机的创口，以促进愈合。

(6) 注意改善病人全身营养状况，给予充足的蛋白质，以利组织新生及增强身体抵抗力。

3. 预防肢体挛缩。卧床不起的中老年人，容易发生肢体关节部位的挛缩，使人体蜷缩变形，腿伸不直，臂不能屈，惨不忍睹。从卧床第一天起就应注意预防，四职能活动者，

在病情允许的情况下，应鼓励病人在床上或床下活动。肢体瘫痪者，每日帮助多次被动运动及进行按摩，预防肢体挛缩。