

“十五”国家重点图书出版规划——老年生活百科全书

医学保健专家对你说丛书

● 曾昭耆 主编

保健专家

谈

心脏病



華齡出版社

保健专家谈心血管病

曾昭耆 著

华龄出版社

责任编辑：杨 宁 高 燕

装帧设计：刘苗苗

责任印刷：李浩玉

图书在版编目 (CIP) 数据

保健专家谈心血管病/曾昭耆主编. —北京：华龄出版社，2004.4

(医学保健专家对你说丛书)

ISBN 7-80178-128-7

I. 保... II. 曾... III. 心脏血管疾病 - 普及读物 IV. R54 - 49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 029216 号

书 名：保健专家谈心血管病

作 者：曾昭耆 主编

出版发行：华龄出版社（北京西城区鼓楼西大街 41 号，
邮编：100009）

印 刷：三河市鑫鑫科达彩色印装有限公司

版 次：2004 年 4 月第 1 版 2004 年 4 月第 1 次印刷

开 本：850×1168 1/32 总 印 张：25.75

字 数：380 千字 印 数：1~5 000

定 价：48.00 元（全 6 册）

前 言

健康是金，这已毋庸置疑。维护健康是一项循序渐进的系统工程，需要软件和硬件的共同投入。这里的软件，是指医学科普知识，它属于健康的核心部分，可以发挥几大功效：一则懂得如何防病；二则出现病痛，可以及时做出判断，是马上就医，还是在家自疗？三则知道配置合适自己的健康硬件，如血压计、血糖仪、体重秤、计步机、健身器等等。以上三招，都是为了活得健康和长寿。所以，就此意义而言，必须在健康的时候就开始积累医学保健知识。

到目前为止，人民群众获取医学知识的途径仍以报刊为主。近些年来，医学科普读物越来越多了，这是一种好现象。因为，要达到“人人享有保健”这个目标，除了依靠医疗机构的发展外，普及医学保健知识也是一个必不可少的重要手段。

但是，随之而来的问题是，读者抱怨这类文章读多了，反而有些无所适从的感觉。有些论点似是而非，有些信息互相矛盾，不知该听信谁的。

不久前，一家报纸载文说：中国老年人的骨质疏松发病率高，喝牛奶补钙是有效的防治方法。这本是正确的。但不久又发了一篇文章说：国外科学

家通过动物实验证明，喝牛奶过多有许多害处。本来，医学文献就非常多，各人所做的研究结果不一致是常见的。医生藉以了解各种不同的信息，分析它的意义。比如了解实验用的是何种动物，喝牛奶的量是多少等，就不难从中分析这种研究结果对人体有多大参考价值，对国人有什么实际意义。因为大多数中国人不是喝牛奶过多，而是很少，甚至根本不喝。离开这个实际情况，笼统地介绍喝牛奶过多的害处，没准会使一些老年人对每天喝的那点奶也担心起来。

与其他科普知识相比，医学科普知识的特点是与人体健康的关系极为密切。比如物理学家向公众介绍宇宙天体、基本粒子，以及其他各种高深的理论，一般人很可能不懂，即使懂了也不会去应用。可是，如果谁向大众介绍一种既简单又有神效的治疗疾病的方法，哪怕是个人的经验，也会吸引不少人去试一试。而且，越是难治的疾病，越是让人抱着侥幸心情去碰运气，结果很容易上当。

这些偏差大概得归因于作者和编者的知识水平问题。

从根本上说，药品、保健品以及各种与医疗保健有关的措施，都很难说完全有益而无害。任何药，只要真有效，就总难免有毒副作用；任何治疗措施，既然有适应症，就会有禁忌症。离开使用者

的实际情况来谈医疗保健方法，就可能导致误用。

即使像“饭后百步走，活到九十九”这样一句似乎大家公认的保健谚语，也不是放之四海而皆准的。事实上存在许多不宜饭后即走的情况。例如有的冠心病患者，饭后宜安静休息，即走反易诱发心绞痛；内脏下垂者饭后躺下，食物较易通过胃进入小肠，多走反而会加重食物在胃内滞留；而有的食管裂孔疝者，饭后却宜端坐一会儿，马上躺下反倒会加重食物反流……可见只有联系实际，才能决定正确的对策。

随着医学科普知识的逐步积累，相信每个人都可以将健康的“软件”和“硬件”设置得更完美。

卫生部北京医院教授 曾昭耆

2003年11月

编者的话

本书收入的内容，大多是作者近年来为不同媒体所写的医疗保健科普作品，也有些是作者在不同场所对不同人群做保健知识讲座的讲话稿。

当时它们都是独立成文，现在编印成册，就难免有些内容重复出现。为了保持各篇本身的完整性，编辑时未做大的删节，以便于读者自选参阅，敬希理解。

目 录

基本知识

流行病学的基本概念	1
临床医学中的“模糊概念”	4
看病不忘多提问	8
你为什么要找医生	11
对医学数据别太较真	14

心血管病知识

血压是怎样形成的	16
什么叫高血压	17
高血压病的治疗	20
治疗高血压要讲实效	22
有了高血压病该怎么办	25
怎样理解高血压“个体化治疗”	27
治疗老年人高血压要注意什么	29
防止高血压的急性并发症	31
“白大衣高血压”要不要治疗	33
老年人的低血压	35
冠心病的基础知识	37
什么叫冠心病	42
冠心病有哪些表现	45
并非都是冠心病	47

正确看待冠心病的“遗传因素”	49
怎样正确识别心绞痛	51
为什么生气会犯心绞痛	54
她为什么突发心绞痛	58
出现什么样的心绞痛应尽快找医生	61
喝水也治心绞痛	62
喝热水为什么能缓解心绞痛	65
心绞痛是否会发展成为心肌梗死	66
警惕“无痛性心肌梗死”	68
冠状动脉堵塞了能否再开通	69
如何最有利地度过心肌梗死急性期	71
急性心肌梗死患者应注意些什么	73
吃猪肝为何也治心绞痛	74
心肌梗死后如何选择适当的活动	76
心肌梗死后的心理调整	80
关注心肌梗死后患者的性知识	82
怎样防止再次出现心肌梗死	84
多种原因可致心肌缺血	86
心律失常的基本知识	89
什么叫阵发性心动过速	91
心理与心脏	93
不可忽视的肺栓塞	95

生活中的保健与预防

浅谈免疫	98
小病不治，大病吃苦	103

“带病延年”也可取	107
实事求是评估心理问题	110
定期输液能防病吗	116
老年人并非只会得老年病	119
肥胖不是福	122
警惕“老年病”年轻化	124

用药小知识

药物副作用都是不良反应吗	129
应该怎样看待吃药的问题	138
用药杂谈	141
用药品种不宜过多	144
老人用药慎之又慎	147
降压药物知多少	150
抗心绞痛药该怎么用	153
心血管病的合理用药	155
高血脂和降脂药	162
便宜并非没好药	164

基本知识

流行病学的基本概念

阅读本书正文之前，请读者先学习一些有关医疗保健方面的基本知识。

关于“流行病学” “流行”这个词，原来主要用于传染病。从宏观的角度讲，研究各种传染病或寄生虫病的病因、传播途径、发病率和预防措施，以图控制和消灭它们，这是流行病学家们的传统任务。

但是，近几十年来，流行病学的研究对象，已经完全超越了上述疾病的范围，逐步发展成为对各种疾病，包括非传染性疾病的致病因素、患病率、发病率和预防措施的研究。

引起这些转变的原因在于“疾病谱”的变化。

关于“疾病谱” 所谓“疾病谱”，用通俗的话说，就是对各种疾病在人群中发生的多少来排列名次。

人类和疾病的斗争，是一个长期和复杂的过程。从历史的角度看，在不同时期，对人类健康构成重大威胁的病种不尽相同。医学科学或社会经济方面的某些突破性进展，往往会对人类的健康产生良好的影响，使某些曾威胁人类生存的疾病得到一定程度的控制，促使人群平均期望寿命得以延长。但随之而来的则是，原来某些居次要地位的病种发生率便会逐渐升高，成为新的主要威胁。用流行病学术语讲，这就是疾病谱的变化。

例如，20 世纪 40 ~ 50 年代，在我国，对人群威胁最大、发生率最高的是各种传染病、寄生虫病，以及营养缺乏引起的一些疾病。其后，随着卫生工作的发展和群众生活状况的改善，上述疾病显著减少。目前，成为人群主要威胁的则是心脑血管病、肿瘤和糖尿病等。仅从这点即可清楚地看出，近几十年来我国人群疾病谱的动态变化过程。

如果进一步分析，还可以看出，在不同地区、不同年龄阶段、不同生活方式、不同职业之间，疾病谱也会存在一些差异。

关于“医学模式” 由于“疾病谱”的改变，“医学模式”也从原有的生物医学模式向生物——社会——心理行为医学模式转化。

“医学模式”体现在医学教育、医生的知识结

构，以及诊疗工作思路的各个环节。换句话说，面对传染病，医生主要考虑如何控制致病微生物的问题；面对心脑血管病、肿瘤、糖尿病等，医生就要更多地考虑生活环境、工作负荷、情绪状况、行为方式、饮食习惯、烟酒等不良嗜好，以及其他各种社会因素可能对健康发生的影响。

这样就更清楚地表明，医学不是一门单纯的自然科学。而是一门集多种专业领域知识于一身的综合性学科。

关于“预防” “预防为主”是我国卫生工作强调了多年的主要方针之一。通常医学书上讲到预防时，都是兼指“疫情”发生前后的预防和治疗性预防，但在一般人心目中，预防似乎仅指疾病发生前的措施。随着疾病谱的变化，当前流行病学已明确地将预防分为三级：

一级预防：主要指改善生活环境，提高身体素质。对个人来说，则应强调学习一些卫生保健知识，适当参加体育锻炼。提高心理素质，改变一些不良的卫生习惯，如吸烟、酗酒、暴饮暴食等。总之，一级预防的目的在于，从根本上消除疾病的因素，它的对象是所有的健康人。

二级预防：主要是针对可能患病的危险人群，通过普查、筛检或定期健康检查等方式。做到早发现、早诊断和早治疗。对个人来说，也要了解一些

常见病的早期征相。因为许多慢性病的最早迹象，首先靠病人自己察觉。然后才会到医院做进一步的检查确诊。

三级预防：是指对那些已经患有各种疾病的人，如何减少他们的痛苦，防止病情的进一步恶化，以期改善预后，保持较好的生活质量和延长生命。

由此可以看出，一级预防是最根本、简便和有效的；二级预防也很有实用价值，早发现早治疗，不仅在经济上是很大的节约，而且能将疾病对健康的危害减轻到最低的程度；三级预防虽然也很重要。但通常需要更高的技术和更先进的设备，需要投入大量的资金，而收效则有限。

必须说明的是，流行病学和临床医学毕竟是两个不同的概念，流行病学只是从宏观角度观察总体情况，但并不说明各个病人的实际情况。比如，“疾病谱”上所显示的每种病的发病率，对每个人来说，虽然可以提供出他发生某病的概率，即发病的可能性，但并不说明他必然会患那种病。相反，任何人却都有可能患一些患病率很低的罕见病。

临床医学中的“模糊概念”

按说，一般知识分子特别是科技人员都有较高

的文化水平和较多的科学知识，对医学应该比较容易理解，但实际上却常会碰到一些完全相反的情况。比如说，有的工程技术人员习惯于在看问题时注重精确性，而对生命科学领域中经常存在的模糊性感到陌生。

医学是一门科学，当然也很注重精确性。但是，由于个体间存在很大的差异和个体本身的可变性，人群中就不会出现像工程上那么一致的精确。所以，医生们在叙述一种疾病的临床现象时，很少采用绝对化的语言，经常使用“大多数”、“基本上”、“通常”、“也许”、“可能……也可能……”等比较含糊的叙述方式。因为只有这样的描述，才能真正比较全面和如实地反映出实际情况。比如用“腹痛、腹泻、脓血便伴里急后重”来描述痢疾，用“持续的胸骨后剧烈疼痛伴出汗、休克”来形容急性心肌梗死，应该说基本上是正确的，但是实际上也有至死连一次腹泻也没有的痢疾和根本不痛的心肌梗死。说到治疗，更常常是千差万别，只能在某些原则下灵活应用。所以，有位医学前辈曾形象地说：在临床医学上， $2+2$ 不一定等于4，有时等于3或5，有时还可以等于0。

不少人都知道好些化验的正常值，但可能并不知道“正常值”是怎样得出来的。通常它是基于大规模人群检查的结果，其原始资料往往是一批极为

分散的数字。即使是很标准的“正态分布”，所谓正常值的范围，通常也仅涵盖 95% 甚至更低的人群。因而用它来诊断某病的敏感性和特异性都很少达到 100%。

和数学的精确性相比，生物学允许的误差可达 10%。即使由一位熟练的技术人员，用同一仪器对同一标本做几次检验，结果也可能不完全相同。卫生部临床检验中心把一个人的血分送不同医院查胆固醇，收回的报告结果，误差远大于 10%。尽管那些医院都比较有名，操作人员的技术也很可靠，但也难免出现这种结果。

关于正常值，还有一点需要说明，即以往有不少正常值主要是从相对年轻的男人中得出。其后有不少专家注意到它的真正代表性，比如，关于现有胆固醇的正常值，近年来已有人提出，对于老年人，特别是老年妇女是否适用的问题。

几乎人人都知道，心跳的正常范围是 60 次～100 次/分。据此，把超过 100 次/分叫做心动过速，不到 60 次/分的叫心动过缓。但是这个正常范围，实际上只适用于人在清醒和安静的时候。人在深睡时，心跳可能不到 60 次/分；运动时则往往超过 100 次/分，这就是做 24 小时的心电记录，几乎人人都有心动过速和心动过缓的原因。再者，老年人的心跳有减退的趋势。每分钟 50 几跳是否一定

不正常，很难一概而论。

人是一个活体，许多生理数据经常在波动着。仅以血压为例，按“经典”的要求应该是在既非饱餐后又非饥饿条件下，在室温既不过高又不过低的环境中，没有焦虑、紧张、疼痛等干扰，静息 5~10 分钟测定，才能做到比较准确。其实，即使达到上述要求，连续测血压数次，结果也可能不完全一样。这就难怪许多人在医院就诊时因人多嘈杂、排队等候等原因而血压不准了。在这种条件下医生仍要量血压，实际上只了解一下参考值。

再举个例子，有的人对抽血检查很有顾虑，因为他们知道一般人体的总血量，所以就会从每次抽去几个毫升血，乘以总共抽过多少次，而计算出已经损失了多少血，占总血量的百分之多少。其实这种逻辑完全不适用于活体。比如妇女每月来月经，直到绝经期时，她们损失的血量早已超过全身总血量，但此时她的血量及血红蛋白都仍完全正常。这就是 $2+2=0$ 的一个例证。

总之，临床工作中，在检验计算时，要求高度的精确性，而在分析判断时，则又要求相当大的模糊性。这就要求医生既要充分掌握各种数据。但又懂得所有这些都只有相对的可靠性，需要医生善于结合临床实际，通过临床思维做出正确的结论。