

Prevention and Management of
Common Geriatric Diseases

常见老年病的 防治与管理

谢海宝 沈建平 / 主编



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

Prevention and Management of
Common Geriatric Diseases

常见老年病的 防治与管理

谢海宝 沈建平 / 主编



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见老年病的防治与管理 / 谢海宝, 沈建平主编. — 杭州: 浙江大学出版社, 2018.6

ISBN 978-7-308-17888-4

I. ①常… II. ①谢… ②沈… III. ①老年病 — 防治
IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 012562 号

常见老年病的防治与管理

谢海宝 沈建平 主编

策划编辑 张 鸽

责任编辑 金 蕾 (jinlei1215@zju.edu.cn)

责任校对 陈静毅 丁佳雯

封面设计 春天书装

出版发行 浙江大学出版社

(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排 版 杭州兴邦电子印务有限公司

印 刷 浙江省邮电印刷股份有限公司

开 本 710mm×1000mm 1/16

印 张 27.5

字 数 395 千

版 次 2018 年 6 月第 1 版 2018 年 6 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-308-17888-4

定 价 88.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行中心电话 (0571) 88925591; <http://zjdxcs.tmall.com>

《常见老年病的防治与管理》

编 委 会

名誉主编：庄炳瑾 徐龙仁 李灿堂 唐一青

主 编：谢海宝 沈建平

副 主 编：钱可大 孙德本 于恩彦 屈百鸣 周郁鸿 林圣云

编 委：(按拼音顺序排列)

陈怀红	浙江医院	神经内科
陈新宇	浙江医院	消化内科
高雁婷	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
胡慧瑾	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
李成江	浙江大学医学院附属第一医院	内分泌科
厉有名	浙江大学医学院附属第一医院	消化内科
林圣云	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
刘淑艳	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
刘文宾	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
钱可大	浙江大学医学院附属第二医院	消化内科
钦光跃	浙江医院	呼吸内科
屈百鸣	浙江省人民医院	心血管内科
沈汉超	浙江大学医学院附属第二医院	肾脏内科
沈建平	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
孙百鸣	浙江医院	泌尿外科
孙德本	浙江大学医学院附属第一医院	风湿免疫科
王 珺	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
王锡田	浙江大学医学院附属第一医院	心血管内科
谢海宝	浙江医院	老年病科
徐玲珑	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
杨珺超	浙江中医药大学附属第一医院	呼吸内科
于恩彦	浙江省人民医院	精神卫生科
于小妹	浙江医院	检验科
俞庆宏	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科
俞晓映	浙江医院	内分泌科
张景红	浙江省人民医院	妇产科
赵 岚	浙江大学医学院附属邵逸夫医院	消化内科
周郁鸿	浙江中医药大学附属第一医院	血液内科

前 言

《常见老年病的防治与管理》是浙江省老卫生科技工作者协会内科专业委员会在申报近年国家级继续教育项目的基础上，经过有关专家进一步修改编写而成的。

老年人的疾病以慢性病居多，很难治愈，需要通过积极防治，才能使病情逐步稳定，或减慢其发展。随着我国老年人口的迅速增长和今后医疗体制的健全，社区（基层）医院的老年慢性病防治的任务会越来越重，就目前社区（基层）医院对老年慢性病防治与管理知识的掌握程度来看，尚有待进一步提高。

老年慢性病防治是一个长期的过程，这不仅涉及相关的医务人员，更涉及患者本身的自我管理，很多患者对自身所患的慢性病和其危害性缺乏认识，缺乏慢性病长期防治过程中的知识，往往会重视初发阶段，忽略后续阶段；重视急性期发作，忽略慢性期防治，使慢性病隐潜地逐步发展直至严重地损害患者机体的功能和健康。

本书编写的目的主要是帮助社区（基层）医院的医务人员和有一定阅读能力的患者提高对老年慢性病防治与管理知识的水平，内容尽可能避免较深的理论机制，讲求实用。书中有关防治的篇章有些有循证医学证据，有些尚少理想的大型双盲随机对照研究资料，对此编写者通过自己数十年的临床经验给出自己的建议和想法，并通过以后的实践与反馈再加以修正。

书中部分涉及药物和各种治疗方法应用的推荐类别和证据水平分级按国际通用方式标示，推荐类别：Ⅰ类为已证实和(或)一致认为有益和有效；Ⅱ类为疗效的证据尚不一致或有争议，其中相关证据倾向于有效的为Ⅱa类，尚不充分的为Ⅱb类；Ⅲ类为已证实或一致认为无用和无效，甚至可能



有害。证据水平分级：证据来自多项随机对照临床试验或多项荟萃分析的为A级；证据来自单项随机对照临床试验或非随机研究的为B级；证据来自小型研究或专家共识的为C级。

浙江省老卫生科技工作者协会是我省老卫生科技工作者群众性社团组织，其中大部分成员曾经是我省卫生医务工作技术的骨干力量，很多曾经是我省相关学科的学术带头人。这些老教授、老专家，在百忙中不辞辛劳地参与本书的编写，付出了辛勤劳动并做出贡献，对此我们表示衷心感谢和致以敬意！

编者

2018年3月

目 录

第一章 老年呼吸系统疾病的防治与管理	1
第一节 老年慢性阻塞性肺疾病的防治与管理	3
第二节 老年肺炎的防治与管理	16
第二章 老年心脑血管疾病的防治与管理	23
第一节 老年高血压的防治与管理	25
第二节 老年冠心病的防治与管理	42
第三节 老年血脂异常的防治与管理	61
第四节 老年缓慢性心律失常的防治与管理	77
第五节 老年快速性心律失常的防治与管理	88
第六节 老年慢性心力衰竭的防治与管理	115
第七节 老年脑卒中后的健康管理	139
第三章 老年消化系统疾病的防治与管理	151
第一节 老年慢性胃炎的防治与管理	153
第二节 老年脂肪性肝病的防治与管理	160
第三节 老年胃食管反流病的防治与管理	166
第四节 老年便秘的防治与管理	179
第四章 老年泌尿系统疾病的防治与管理	189
第一节 老年慢性肾功能不全的防治与管理	191

第二节	老年泌尿系统感染的防治与管理	200
第三节	老年良性前列腺增生的防治与管理	209
第五章	老年血液系统疾病的防治与管理	217
第一节	老年慢性病贫血的防治与管理	219
第二节	老年营养不良性贫血的防治与管理	225
第三节	老年血小板减少症的防治与管理	230
第四节	老年血小板增多症的防治与管理	236
第五节	老年多发性骨髓瘤的防治与管理	242
第六节	老年慢性白血病的防治与管理	250
第七节	老年淋巴瘤的防治与管理	259
第六章	老年内分泌疾病的防治与管理	265
第一节	老年糖尿病的防治与管理	267
第二节	老年甲状腺疾病的防治与管理	279
第七章	老年精神心理疾病的防治与管理	289
第一节	老年期痴呆的防治与管理	291
第二节	老年期焦虑障碍的防治与管理	301
第三节	老年期精神分裂症的防治与管理	311
第四节	老年期抑郁障碍的防治与管理	326
第五节	老年期躯体形式障碍的防治与管理	339
第六节	老年期睡眠障碍的防治与管理	349
第八章	老年妇科疾病的防治与管理	363
第一节	老年妇女压力性尿失禁的防治与管理	365
第二节	老年妇女子宫脱垂的防治与管理	371

第九章 老年骨关节疾病的防治与管理	377
第一节 老年骨质疏松的防治与管理	379
第二节 老年骨关节炎的防治与管理	389
第十章 老年常用检验的参考值及临床意义	399
第一节 三大常规	401
第二节 生化类	405
第三节 免疫及激素类	410
第四节 其他类	415
参考文献	417

第一章

老年呼吸系统疾病的防治与管理

第一节 老年慢性阻塞性肺疾病的防治与管理

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease,简称慢阻肺)是一种严重危害人类健康的常见病、多发病和慢性病。该病以老年人多见,严重影响患者的生活质量,病死率较高,并给患者及其家庭以及社会带来沉重的经济负担。中国对7个地区20245名成人进行调查,结果显示40岁以上人群中慢阻肺的患病率高达8.2%。据估计,2020年慢阻肺将位居全球死亡原因的第3位,并将位居世界疾病经济负担的第5位。慢阻肺的防治是一个长期渐进的过程,当前,中国的医疗卫生保健制度还无法充分解决慢阻肺等慢性疾病带来的众多问题,这就使得老年慢阻肺基层医院防治管理和自我管理变得极为重要。为了使社区医生和患者能更好地了解慢阻肺,我们对慢阻肺防治的基层医院管理和自我管理要点介绍如下。

一、定义和流行情况

慢阻肺是一种常见的以持续性呼吸道症状和气流受限为特征的可以预防和治疗的疾病,呼吸道症状和气流受限是由有毒颗粒或气体导致的气道和(或)肺泡异常引起的。

慢阻肺与慢性支气管炎和肺气肿密切相关。通常,慢性支气管炎是指在排除慢性咳嗽的其他已知原因后,患者每年咳嗽、咳痰3个月以上,并连续2年以上者。肺气肿则是指肺部终末细支气管远端气腔出现异常持久的扩张,并伴有肺泡壁和细支气管破坏而无明显的肺纤维化。当慢性支气管炎和肺气肿患者的肺功能检查出现持续气流受限时,则能诊断为慢阻肺;如患者无持续气流受限,则不能诊断为慢阻肺。

国内慢阻肺的流行病学调查并不多,尤其是大规模有代表性的。一项

meta 分析显示 1990—2014 年中国 40 岁及以上人群慢性阻塞性肺疾病患病率为 9.9%。随着年龄增长,患病率快速增高,60 岁、70 岁年龄组的患病率分别高达 12.7%、20.3%。

二、病因与危险因素

慢阻肺的病因尚不完全清楚,可能是多种因素包括个体因素和环境因素相互长期影响的结果(见表 1-1-1)。其中吸烟最为重要,而感染是慢阻肺发病和加剧的另一个重要因素。

表 1-1-1 慢阻肺的危险因素

个体因素	环境因素
遗传因素,如 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏 哮喘和气道高反应性	吸烟
	空气污染:大气中直径为 $2.5\sim 10\mu\text{m}$ 的颗粒物,即 PM2.5 和 PM10
	职业性粉尘和化学物质
	生物燃料烟雾
	感染
	社会经济地位

三、临床表现

(1) 症状:慢阻肺的特征性症状是慢性和进行性加重的呼吸困难,咳嗽和咳痰。慢性咳嗽和咳痰常先于气流受限多年而存在,然而有些患者也可以无慢性咳嗽和咳痰的症状。

(2) 体征:慢阻肺的早期体征可不明显,随着疾病进展,可出现桶状胸,还常见呼吸浅快,重症患者可见胸腹矛盾运动,患者时不时用缩唇呼吸,呼吸困难加重时常采取前倾坐位。双肺听诊时呼吸音降低,呼气延长,可闻及干性啰音,双肺底或其他肺野可闻及湿啰音。

四、实验室检查

(1) 肺功能检查:其是判断气流受限的主要客观指标,患者吸入支气管

扩张剂后的 $FEV_1/FVC < 70\%$ ，可以确定为持续存在气流受限。

(2) 胸部X线、CT检查：X线、CT检查对确定肺部并发症及鉴别其他疾病（如肺间质纤维化、肺结核等）具有重要意义。慢阻肺早期X线胸片可无明显变化，以后会出现肺纹理增多和紊乱等非特征性改变；也可以出现肺过度充气征象。

(3) 血气分析：对确定发生低氧血症、高碳酸血症、酸碱平衡失调以及判断呼吸衰竭的类型有重要价值。

五、诊断与评估

慢阻肺的诊断应根据临床表现、危险因素接触史、体征及实验室检查等资料，进行综合分析而确定。对于任何有呼吸困难、慢性咳嗽或咳痰，且有暴露于危险因素病史的患者，临床上需要考虑慢阻肺的诊断。诊断慢阻肺需要进行肺功能检查，吸入支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$ ，即明确存在持续的气流受限，排除其他疾病后可确诊为慢阻肺。

慢阻肺评估是根据患者的临床症状、急性加重风险、肺功能异常的严重程度进行的综合评估（见图1-1-1），有助于改善慢阻肺的疾病管理。

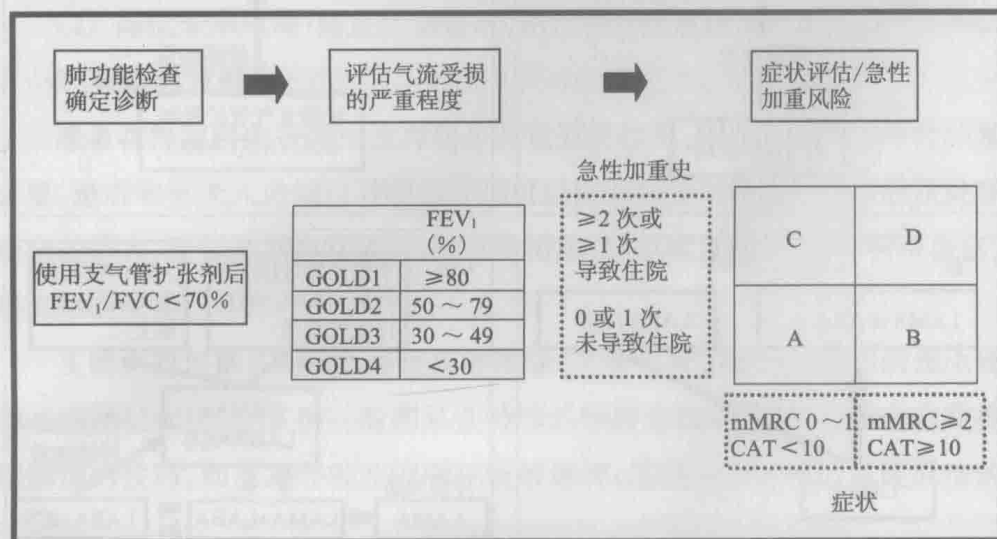


图1-1-1 慢阻肺的综合评估

注：mMRC、CAT评分见本章表1-1-5、表1-1-6。

慢阻肺的病程可分为：①急性加重期：患者呼吸道症状的急性恶化导致需要额外的治疗。在患病过程中，患者常有短期内咳嗽、咳痰、气短和（或）喘息加重，痰量增多，脓性或黏液脓性痰，可伴有发热等炎症明显加重的表现。②稳定期：患者的咳嗽、咳痰和气短等症状稳定或症状轻微，病情基本恢复到急性加重前的状态。

六、防治要点

在不吸烟（包括主动和被动吸烟）的人群中，慢阻肺的患病率很低。因此，避免吸烟以及从事粉尘作业的人群进行必要的呼吸防护（如戴口罩），是预防慢阻肺的最有效的措施。预防慢阻肺急性加重、减少急性加重及住院次数的措施有戒烟、接种流感和肺炎疫苗、药物治疗。这些措施应该在社区医疗单位实施。

慢阻肺稳定期的治疗根据病情的严重程度不同，选择不同的治疗方案（见图1-1-2）。

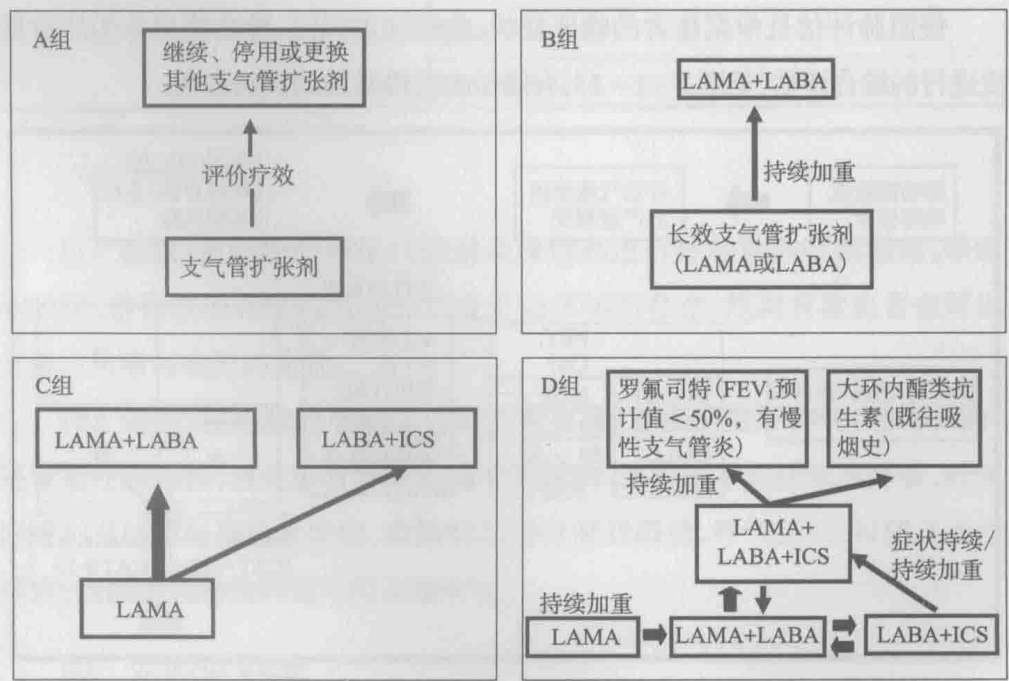


图1-1-2 慢阻肺稳定期起始治疗药物的推荐方案

注：LAMA为长效抗胆碱药；LABA为长效 β_2 -受体激动剂；ICS为吸入糖皮质激素。

慢阻肺急性加重期治疗包括适当增加以往所用支气管扩张剂的剂量及使用频度,单一吸入短效 β_2 -受体激动剂或联合应用吸入短效 β_2 -受体激动剂和短效抗胆碱能药物。对较严重的可给予较大剂量雾化治疗数日,如沙丁胺醇 2500 μg 、异丙托溴铵 500 μg ,或沙丁胺醇 1000 μg 加用异丙托溴铵 250~500 μg 雾化吸入,每日 2~4 次。症状较重及有频繁急性加重史的患者除使用支气管扩张剂外,还可考虑口服激素,泼尼松龙每日 30~40mg,连用 5~7d,也可用激素联合短效 β_2 -受体激动剂雾化吸入治疗。慢阻肺症状加重,特别是脓性痰液时应积极给予抗生素治疗。应依据患者急性加重的严重程度及常见的致病菌,结合患者所在地区致病菌及耐药菌的流行情况,选择敏感的抗生素,疗程为 5~7d。对于症状明显加重、重度慢阻肺、初始治疗方案失败、高龄或者有严重伴随疾病的患者,建议及时到呼吸病专科诊治。这些患者通常需要住院治疗。

七、基层医院(包括社区医院)管理

1. 防治计划

- (1) 减轻当前症状:缓解症状,改善运动耐量和改善健康状况。
- (2) 降低未来风险:防止疾病进展,防止和治疗急性加重及减少病死率。

2. 健康教育要点

患者在慢阻肺的管理中发挥着至关重要的作用,因此对他们的教育非常必要。患者和有关人员通过教育与管理可以提高自身对慢阻肺的认识及处理疾病的能力,更好地配合管理,加强预防措施,减少反复加重,维持病情稳定,提高生活质量。

主要内容包括:①教育、督促患者戒烟;②使患者了解慢阻肺的病理生理与临床基础知识;③掌握一般和某些特殊的治疗方法;④使患者学会自我控制病情的技巧,如腹式呼吸及缩唇呼吸锻炼等;⑤使患者了解赴医院就诊的时机。

3. 慢阻肺人群的检出

- (1) 基层医院或社区医院展开流行病学调查。

(2) 将肺功能列为社区体检的常规项目。

(3) 医院或社区医院的门诊医生应提高对易感人群的警惕性。凡具有吸烟史和(或)环境职业污染及生物燃料接触史,临床上有呼吸困难或咳嗽、咳痰病史者,均应进行肺功能检查。

4. 建立慢阻肺患者的健康档案

选择高危人群及患者群,建立健康档案。健康档案内容包括家庭成员,家族史,居住环境,职业,收入状况,生活爱好,体检资料(年龄、性别、身高、体重、BMI、腹围、血压、心率、血糖等),是否合并其他慢病以及其病程、就诊经过、辅助检查资料等。

5. 建立慢阻肺专科门诊

(1) 对社区医生进行专业知识培训,内容可以包括临床医疗技术、治疗新进展、肺康复和医学心理学等,提高社区医生的慢阻肺临床诊疗水平。

(2) 改善社区医疗环境,配备肺功能仪等基本医疗设备,采购慢阻肺治疗的基本用药,提高相关医疗从业人员的待遇。

6. 基层医院或社区医院慢阻肺规范化管理方案

将社区人群分为健康人群、高危人群、患者群进行分级管理。对于健康人群采用健康宣教(宣传单、社区健康知识橱窗);对于高危人群(年龄>40岁,有吸烟或职业暴露或家族史)采用健康档案、健康教育(专题讲座)、定期进行肺功能检查等管理方案;对于患者群,对患者进行综合评估,采用建立疾病管理档案、健康宣教及指导、定期肺功能检查、戒烟、药物治疗、营养康复、家庭氧疗等指导管理方案。

7. 慢阻肺危急状况识别及应急管理

慢阻肺危急状况:静息时出现呼吸困难或者患者不能完整地说出一句话是病情加重的指征,意识模糊或神志变化是病情严重的最重要的体征。患者出现这些征兆时需立即到医院进行观察和评估。如果出现发热,应怀疑合并肺炎,胸壁矛盾运动、严重中央性发绀、充血性右心力衰竭体征和血流动力学不稳定是急性加重期病情严重的体征。昏迷和心律失常危及生命安全,这样的患者需到重症监护病房治疗。