R592.1
PTP
c.3
011736
93567

常见老年病诊疗手册

潘天鹏 编

011736 /R592.1PTP 1

中国人民解放军空军总医院

一九八〇年一月

目　录

前　言……（1）
一、冠心病……（7）
二、乳头肌功能紊乱……（27）
三、病态窦房结综合征……（33）
四、高血压病……（38）
五、血栓和栓塞症……（48）
六、脑血管意外……（69）
七、震颤麻痹……（76）
八、颈椎病……（87）
九、肺心病……（94）
十、慢性肝炎 ……（115）
十一、脂肪肝 ……（133）
十二、慢性胆囊胆管炎 ……（137）
十三、胆道运动功能障碍 ……（143）
十四、糖尿病 ……（148）
十五、高脂血症 ……（164）
十六、肥胖症 ……（175）
十七、痛　风 ……（182）
十八、恶性肿瘤 ……（191）
附　录：……（202）
一、免疫学的临床基础知识 ……（202）
二、超声心动图的临床应用 ……（228）
三、冠心病诊断标准 ……（241）
四、空气湿度温度的调节 ……（249）

五、人体接触放射检查的耐受量 …… (251)
六、人体按年龄身高的标准体重表 …… (253)
七、常用人体检验正常值 …… (255)

前　言

(一)收治病种统计

1. 分科疾病统计

我院干部病房近十年(1970—1979年)中收治的病种分科统计如下：

内科77%，外科16%，眼科3%，耳鼻喉科2.5%，皮肤科1%，口腔科0.5%。

2. 内科疾病分系统计

内科疾病分系统计为：

心血管系35%，呼吸系20%，消化系18%，神经精神系10%，代谢内分泌系9%，泌尿系3%，血液系0.5%，传染病0.5%，体检3%，其他1%。

3. 内科常见疾病统计

最常见的内科疾病有10种，按收治人次多少顺序为：

(1) 冠心病22%，

(2) 呼吸道炎症14%，

(3) 高血压病11%，

(4) 恶性肿瘤8%，

(5) 溃疡病6%，

(6) 糖尿病6%，

(7) 脑血管意外4%，

(8) 慢性胃炎3%，

(9) 泌尿系感染3%，

(10) 肝硬化2%。

(二)常见内科疾病发病趋向

1. 冠心病

因患冠心病住院人数于 1972 年所占比例最高，可能与开始重视干部的医疗保健工作有关。此后逐年住院人数有所下降，但于 1978 年以后两年来又明显上升，可能由于干部的平均年龄上升，冠心病的发病又有增多。(表 1)

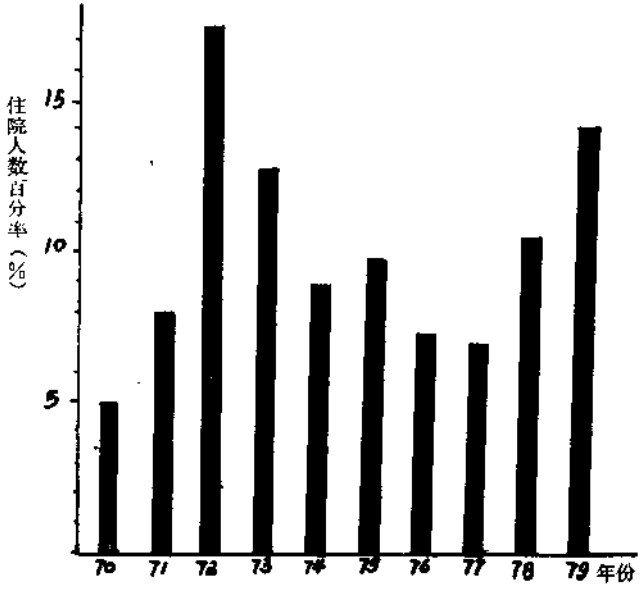

表 1　冠心病逐年住院人数百分率比较

2. 高血压病

因高血压病住院的人数于 1972 年为最多，可能与 1966 年以后一段时间内忽视了干部的医疗保健工作，发病后未得及时治疗有关。自 1972 年开始重视预防治疗工作以来，高血压病住院的人数有明显下降。(表 2)

3. 急性呼吸道炎症

自 1970 年以来患上感、急性支气管炎、肺炎等急性呼吸道炎

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.

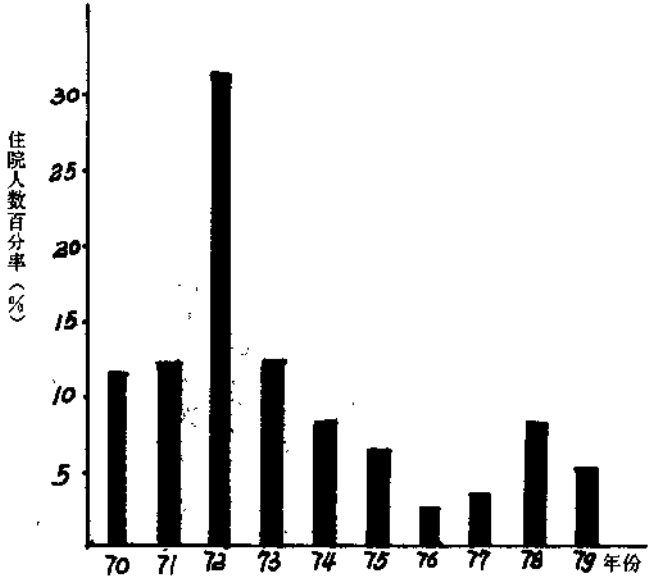

表2　高血压病逐年住院人数百分率比较

症病人数逐年有增多趋势，可能与干部年龄逐年增大，机体抵抗力随之下降有关。（表3）

（三）病人死亡情况

近十年来死亡病人以恶性肿瘤为最多，占52%，其次是急性心肌梗塞、脑血管意外、肺心脑病和肝硬化，各占12%。（见表4）

以上造成病人死亡的常见病种，可作为防治老年病研究工作的重点课题。

（四）老年病人的生理病理特点

老年病人的生理病理特点为：

1．机体抗病能力减弱，容易发生感染。一旦感染形成，临床表现常不典型，病人反应不显，恢复也较迟缓。

2．全身脏器功能减退，代偿机能较差，容易发生病情突变。

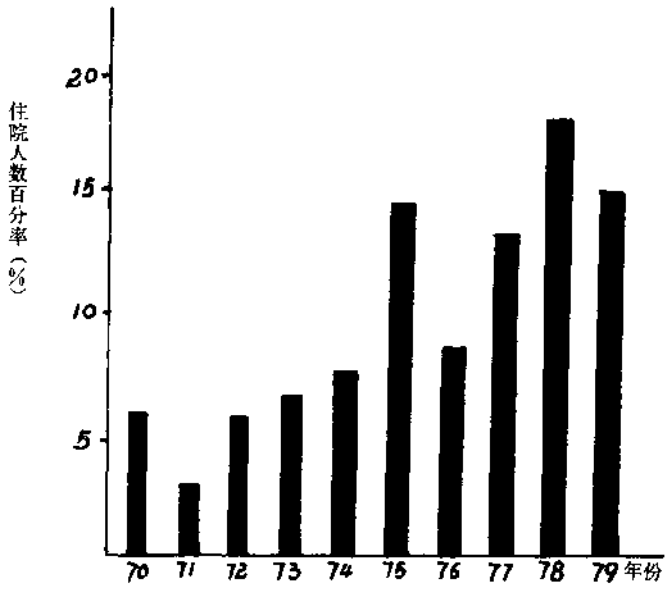

表3　急性呼吸道炎症逐年住院人数百分率比较

临床稍不注意，病况可能急剧恶化。

3．生活自理能力不足，行动容易失误，发生外伤机会较多。

4．生理组织退化，免疫功能减退，多见慢性老年退行性疾病、新陈代谢紊乱性疾病和恶性肿瘤。

根据以上老年病人的生理病理特点，在医疗护理工作中要求：

1．检查和观察病情必须周密细致，既要有高度的责任心，又要有精益求精的技术。

2．在诊疗工作中既要大胆又要细心，要结合老年病人的生理病理特点合理使用药物和一切疗法。

3．护理病人必须十分耐心热忱，对老年人要如护理儿童那样精心扶持，协助功能锻炼，促进健康的恢复。

表4 死亡病种统计

死亡病种	%
1. 恶性肿瘤	52%
① 肺癌	16%
② 食管癌	12%
③ 结肠癌	6%
④ 肝癌	6%
⑤ 膀胱癌	6%
⑥ 何杰金氏病	6%
2. 冠心病 心肌梗死	12%
3. 脑血管意外	12%
4. 肺心病	12%
5. 肝硬化	12%

4. 将治疗和预防工作紧密配合衔接好，要重视预防保健工作，减少疾病的发生。

(五)老年病人的用药特点

由于老年病人的生理病理特点，在应用药物治疗中应注意以下问题：

1. 既考虑药物的治疗作用，也要考虑药物的不良反应和副作用。如①应用阿托品、普鲁本辛、派明(pamine)等抗乙酰胆碱能药物治疗消化系和心血管系疾病时，要考虑到老年人常伴有前列腺肥大，用此类药物后可能发生排尿困难的副作用。②应用链霉素、庆大霉素等抗菌时，要考虑到在老年人中容易造成前庭功能障碍而致眩晕的副作用。③应用异烟肼等抗结核药物时，在老年病人中容易发生精神障碍症状，故需慎用。

2．药物的剂量和用法应不同于一般中青年病人。如应用阿斯匹林、非那西丁类解热镇痛剂治疗老年病人的发热时，一般以中青年常用剂量之三分之一或二分之一即取得较好疗效，病人可有微汗，体温可缓慢下降；反之如用足量时可造成出汗过多，降温过猛而发生虚脱、休克等意外。此外，对毒性较大的药物在老年人中可按成年人一般剂量的四分之三给较为安全。

3．避免应用在体内容易引起蓄积中毒的药物。多数化学药品进入体内后在肝脏进行解毒，肾脏也有一定的解毒机能。一般药物的排泄靠肾脏，有些生物碱和重金属可由大便排出。老年病人常常肝肾代偿机能减退，胃肠功能减弱。由于体内解毒功能的减弱，加之排泄机能的障碍(便秘、尿少)，容易造成有些药物在体内的蓄积和中毒。因此对汞、砷、锑、铋、磺胺、麻醉镇静剂、抗结核药物和抗癌化疗药物等在老年病人中均应慎用。如有肝肾功能明显损害时应禁用。

4．正确应用抗生素。老年病人发生感染时常常体温升高不明显，甚至白细胞也不增多，因而容易忽略及时应用有效的抗菌素，及至感染增重加深时再调整抗菌素的应用，往往拖延治愈时间，更多削弱病人体质，有时甚至失去治愈机会。另一方面，大剂量广谱抗菌素的长期应用，尤其是在老年人消化机能减弱的情况下，又很容易造成二重感染，如金葡球菌性肠炎、绿脓杆菌感染以及霉菌感染波及口腔、消化道、呼吸道、泌尿道等多系统的各种并发症。因此在老年病人中应用抗菌素时要严格掌握适应症，既要大胆的及早应用有效足量的抗菌素，又要在感染得到明显控制后及时减量和停用所有抗菌素。

5．充分运用中药治疗和理疗。老年病人大多由于年老病久，脏腑气血都虚弱，因此充分运用中医补虚的方法进行调治将有利于疾病的恢复。此外，老年病人常伴有肢体功能障碍，在治疗中药物治疗效果常常不显，必须积极配合针灸、电疗、光疗、水疗、体疗等各种物理治疗才能取得较好疗效。

一、冠 心 病

(一)冠状循环解剖特点与冠心病发病的关系

1. 左、右冠状动脉对心脏各部位的供血情况。(图 1 及图2)

左冠状动脉：

左前降支……心尖部、间隔的前 2/3 及邻近心室肌(包括右室 1/3)。

左回旋支……主动脉根部、左室壁、左心房。

左后降支……左室后壁的左半部。

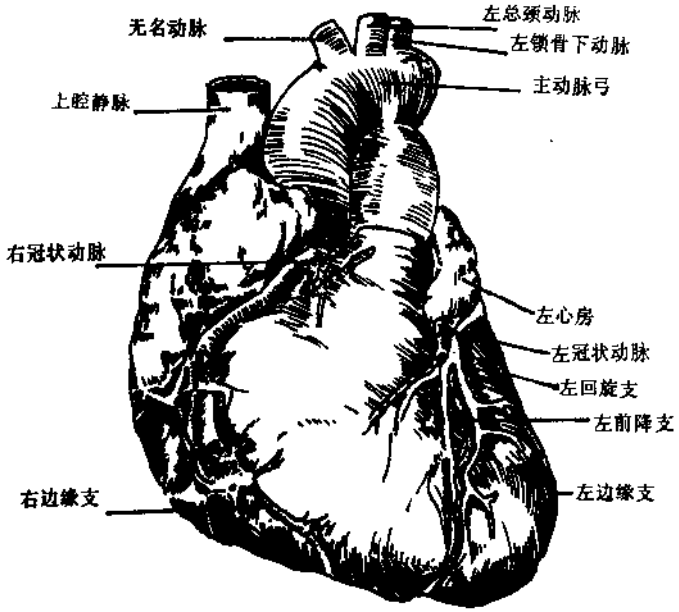

图 1 心脏正面的冠状循环

右冠状动脉：

右边缘支……右室前壁(2/3)。

右回旋支……右心房，与左回旋支吻合。

右后降支……右室后壁，间隔的后 1/3，左室后壁根部的 3/4。

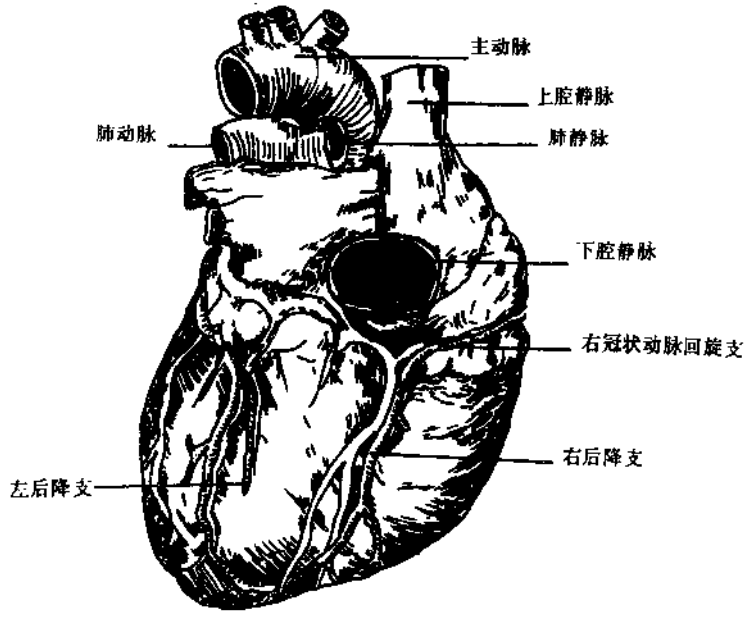

图 2　心脏背面的冠状循环

2．冠状动脉硬化好发部位：按好发顺序如下，

(1) 左冠状动脉前降支，离出口约 2 厘米处。

(2) 右冠状动脉主干。

(3) 左回旋支。

(4) 左冠状动脉主干。

(5) 右后降支。

(6) 右边缘支。

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.

(二)冠心病的临床表现

1. 临床类型

心绞痛型 55%

心律失常型 22%

心肌梗塞型 12%

隐匿型 11%

2. 心绞痛的表现

(1) 心绞痛的先兆症状：据心绞痛 159 例次统计有先兆症状的 146 例次，占 91.8%。先兆症状出现在心绞痛发作前的时间，短则 10 秒钟左右，长至 30 分钟以上。常见先兆症状有，

轻度闷胀隐刺 40 例次，占 27.4%

倦怠无力 31 例次，占 21.2%

全身不适 20 例次，占 13.7%

慌乱烦躁 18 例次，占 12.3%

头晕、晕机感 13 例次，占9 .0%

胸及周身发热 12 例次，占 8.2%

手足唇面发绀 5 例次，占 3.4%

心区肩胛及上肢发酸 4 例次，占 2.7%

心冲击感 2 例次，占 1.4%

面部及耳周红热 1 例次，占 0.7%

(2) 心绞痛的性质：据 128 例次心绞痛发作统计，疼痛性质有：

憋闷堵塞窒息感 36 例次，占 28.1%

钝痛隐痛 33 例次，占 25.9%

压迫紧缩感 21 例次，占 16.5%

绞揪抓牵拉痛 11 例次，占 8.6%

刺痛 8 例次，占 6.2%

顶钻刀刮痛 5 例次，占 3.9%

烧灼 3 例次，占 2.3%

闪电感 3 例次，占 2.3%

难以言述 8 例次，占 6.2%

(3) 心绞痛的部位：

左胸心前区 99 例次，占 77.3%

胸骨下 19 例次，占 14.9%

剑突下心窝部 5 例次，占 3.9%

喉头 3 例次，占 2.3%

上腹部胃区 2 例次，占 1.6%

3. 心肌梗塞

(1) 心肌梗塞的起病表现形式：冠心病中心肌梗塞型占12%，心肌梗塞起病的表现形式有：

"心绞痛"起病占 64.2%

"休克"起病占 7.2%

"心衰"起病占 7.2%

"急性胃炎"起病占 7.2%

无症状或症状轻微占 14.2%

(2) 心肌梗塞的好发部位，顺序如下(图 3)：

① 间隔前壁

② 前壁

③ 侧壁

④ 下壁

⑤ 后壁

⑥ 心尖

(3) 正后壁心肌梗塞：心室的正后壁(strictly posterior wall)或称背壁(dorsal wall)位于膈面后方一小部分，在冠状沟之下，面对背脊。其动脉供血在右冠状动脉优势者中由右冠状动脉供血，在左冠状动脉优势者中由左冠状动脉回旋支供血。

正后壁心肌梗塞时的心电图特征见表 5。

正后壁心肌梗塞时心电图所见上述改变也可见于①正常儿

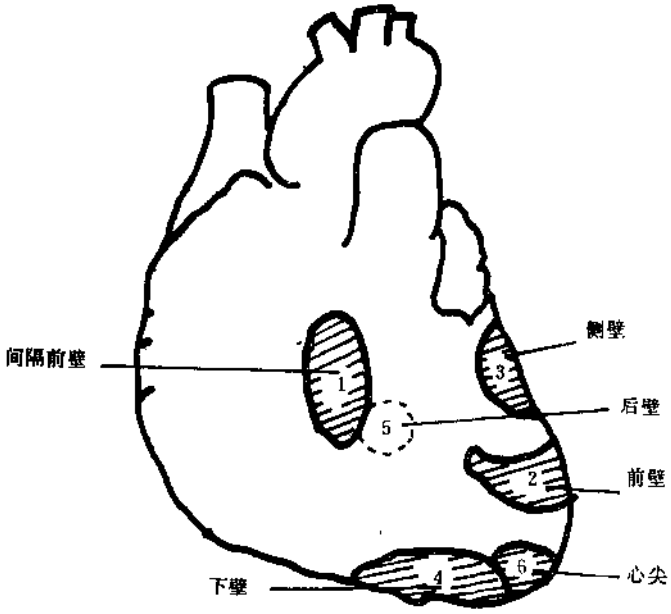

图 3　心肌梗塞好发部位顺序

表 5　正后壁心肌梗塞心电图特征

心电图特征	正后壁心肌梗塞	正常人
① $RV_1 \geqslant 0.04''$	75%	4%
② $RV_2 \geqslant 0.04''$	100%	10%
③ V_1 导 $R/S \geqslant 1$	60%	0
④ V_2 导 $R/S \geqslant 1$	95%	12%
⑤ RV_1 下降支粗钝	30%	1%
⑥ TV_1 直立	50%	20%

童，②右束支传导阻滞，③某些预激征候群，④右心室肥厚(RV$_5$之后常有倒置的T波)。因此应注意鉴别，应做V8,9导联观察有无"QS"梗塞图型。

(4) 心力衰竭：急性心肌梗塞中合并心力衰竭的占54%，其中有一例于心肌梗塞后13年突然发生左心衰竭，即"左室缺血性麻痹综合征"。患者男性，63岁，住院号20631，于1963年11月患下壁心肌梗塞，当时年龄50岁，经治疗后心功能恢复良好，每日坚持散步6—7里，无心慌气短，仅偶有轻度心前区痛。后因"痛风性关节炎"数次住院查体无特殊。1976年某日晨散步时遇大风，气温低，突然感胸闷隐痛，伴气短，随即出现急性左心衰竭并肺水肿，心电图示广泛前壁供血不足，给西地兰等获控制，用地高辛一周停药，心功能恢复正常。分析此次发病原因为在散步活动中心肌对血氧的供求失平衡，造成急性冠状动脉供血不足而致左室缺血，心肌收缩无力，麻痹衰竭，故符合"左室缺血性麻痹综合征"。

(5) 心肌梗塞的续发病：

① 心包炎……15.5—18%。多出现于24小时内，第6—8天开始机化，约于第4周完全机化。

② 心壁血栓形成……50%（不用抗凝治疗者）。开始于第5天，第9天起开始机化，约于第16天完全机化。可存在长达3年。好发部位顺序：左室、心房、右室。合并全身性栓塞症者，三分之一来自左室。好发部位顺序：肾、脾、下肢(股动脉)、肠(肠系膜动脉)。

③ 心脏破裂……4.4—9%。多发生于第4—11天，最长21天。90%发生在心室外壁（左80%，右10%）。用正肾上腺素和抗凝治疗不至于增加发生破裂的机会。

④ 乳头肌断裂……急性二尖瓣关闭不全，肺水肿。

⑤ 心肌瘤……3.5—20%。好发部位顺序：前尖部(70%)，后底部(20%)，后侧部(10%)。

(6) 心肌梗塞的修复：

根据人体解剖和动物实验观察，心肌梗塞后受损心肌于6小时内发生坏死，48小时达高峰，此时水肿则开始消退，约3—5天内开始机化，首先在梗死区外周部出现成纤维细胞，同时有血管新生，约1周后出现富有弹性的成胶质纤维，约6周达完全机化。少数可发展为钙化和骨化。再生血管修复情况为：第4天开始有新血管长入梗死部位，第10天血管进入梗死部中心，约2—4周形成丰富的新血管网。这些新生血管多从正常血管成直角引出。

(三)冠心病与心脏传导系统障碍

1. 心脏传导系统供血情况

窦房结：动脉供血起源于右冠状动脉59.0%

起源于左冠状动脉39.1%

起源于双侧冠状动脉1.9%

房室结：动脉供血起源于右冠状动脉93.0%

起源于左冠状动脉7.0%

右束枝：动脉供血来源于左前降支，也可同时由左、右冠状动脉供血，

左束枝：动脉供血来源于左、右冠状动脉，

此外，观察525例窦房结动脉和房室结动脉起源的关系为：二者都来源于右冠状动脉的289例(55%)；二者都来源于左冠状动脉的10例(1.9%)。窦房结动脉来源于右冠状动脉、房室结动脉来源于左冠状动脉的23例(4.4%)；窦房结动脉来源于左冠状动脉、房室结动脉来源于右冠状动脉的203例(38.7%)。

从以上心脏传导系统供血情况来看，冠心病中出现窦房结和房室结传导障碍时以右冠状动脉发生病变的机会为多，而束支传导阻滞则以左冠状动脉发生病变的机会为多。

2. 冠心病与心律失常的关系

冠心病病人中合并心律失常者占70%。心律失常的类型(见表6)以早期收缩为最多(69%)，其次心动过缓(40%)，阵发性室上性心动过速(18%)，房室传导阻滞(16%)，右束支传导阻滞

表6 冠心病合并心律失常类型

心律失常类型		%	
慢速型	窦性心动过缓	40%	41.3%
	结性心律	1.3%	
快速型	室性早期收缩	35%	69%
	房性早期收缩	22%	
	结性早期收缩	12%	
	阵发性室上性心动过速	18%	18%
	心房纤颤	11%	12%
	心房扑动	1%	
传导阻滞型	第一度房室传导阻滞	14%	16%
	第二度房室传导阻滞	2%	
	不完全性右束支传导阻滞	10%	16%
	完全性右束支传导阻滞	6%	
	左束支传导阻滞	1.3%	2.6%
	左束支前分支阻滞	1.3%	
	双束支传导阻滞	1.3%	1.3%
预激征候群		4%	4%
其他		1.3%	1.3%

(16%)，心房纤颤和扑动(12%)，左束支传导阻滞(2.6%)。

3. 左束支分支传导阻滞

(1) 左束支系统解剖概念

左束支系统的走向和分叉：左束支主干由房室束呈扁带状分出，位于主动脉瓣下缘，相当于右、后二瓣交界处，沿室间隔向前下

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.