

验方·新法治百病丛书

丛书主编 刘忠德 袁家麟
本书主编 范颖 杨关林



老年病

冠心病
脑血管病
骨质疏松症
老年性痴呆
糖尿病
慢性支气管炎

辽宁科学技术出版社

验方·新法治百病丛书

老年病

丛书主编 刘忠德 袁家麟

本书主编 范 颖 杨关林

辽宁科学技术出版社

· 沈阳 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

老年病/范颖, 杨关林主编. - 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.6

(验方·新法治百病丛书)

ISBN 7-5381-2587-6

I. 老… II. ①范… ②杨… III. 老年病-验方 IV. R289.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 07428 号

辽宁科学技术出版社出版

(沈阳市和平区北一马路 108 号 邮政编码 110001)

朝阳新华印刷厂印刷

辽宁省新华书店发行

开本: 787×1092 1/32 印张: 8 1/8 字数: 180,000

1997 年 6 月第 1 版

1997 年 6 月第 1 次印刷

责任编辑: 寿亚荷

版式设计: 于 浪

封面设计: 邹君文

责任校对: 李 雪

印数: 1—6,000

定价: 11.00 元

丛 书 主 编 刘忠德 袁家麟

本 书 主 编 范 颖 杨关林

本书副主编 徐 军 陈 岩 罗志博

编 写 人 员 (按姓氏笔画为序)

孔敬东 杨关林 陈 岩

范 颖 徐 军 罗志博

内 容 提 要

本书系统介绍了老年期疾病、老年人用药特点、老年人药物治疗原则及老年人保健常识等知识，重点介绍了治疗近 40 种老年常见病的验方、新法，对每种病的发病原因、症状、基本治则及治疗方法进行了详细阐述，每方、每法都注明了处方来源、使用方法、适应症、功用及临床疗效。

本书所选验方、新法针对性强，疗效显著，方便实用。可供广大老年患者对症选方；也可供医务工作者临床参考。

出版说明

验方历史悠久，源远流长，在祖国的医学宝库中流光溢彩，璀璨夺目。验方以其神奇的功效、简便独特的治法和无现代合成化学药物副作用等特有的优势，千百年来，不仅在民间流传甚广，而且受到医务工作者的青睐。随着现代医学的发展，验方的功效得到了进一步发挥，使用验方已经和正在解决临床医学中遇到的许多难题，应用越来越广泛。

我们出版的这套《验方·新法治百病丛书》，包括《小儿病》、《妇人病》、《男性病》、《老年病》、《五官病》、《皮肤病·性病》和《疑难病》7个分册。丛书由有丰富经验的医务人员编写，将古今验方精华与现代最新疗法融为一炉，分科精专，按科索病，治法简单，通俗实用，面向大众，适合家庭。对每种疾病，重点介绍了运用验方、新法治疗各类疾病的方法，每方、每法都注明了处方组成、用法、适应症及临床疗效；还介绍了每种疾病的发病原因、基本治则和注意事项等。

由于时间仓促，文字疏漏恐难避免，请读者指正。

辽宁科学技术出版社

1997年1月

目 录

老年人与老年性疾病·····	1
老年期划分·····	1
老年期疾病·····	1
老年人的用药特点·····	7
老年人药物治疗原则·····	9
老年人保健常识·····	10
验方·新法治疗常见老年病·····	12
帕金森病·····	12
动脉硬化性脑梗塞·····	19
老年性痴呆·····	27
充血性心力衰竭·····	35
心律失常·····	42
心绞痛·····	50
慢性风湿性心脏病·····	58
高血压病·····	66
甲状腺机能亢进症·····	74
慢性支气管炎·····	79
阻塞性肺气肿·····	88
慢性肺原性心脏病·····	96
胆石症·····	105
肝硬化·····	109
慢性胃炎·····	112
消化性溃疡·····	123

糖尿病	129
贫血	137
泌尿系感染	143
前列腺肥大	151
忧郁病	159
老年妄想状态	165
更年期障碍	169
老年性白内障	179
老年性阴道炎	189
青光眼	198
老年性黄斑变性	204
老年性耳聋	211
老年皮肤瘙痒症	214
骨性关节炎	221
骨性脊椎炎	231
骨质疏松症	240
老年性便秘	247
肩关节周围炎	250

老年人与老年性疾病

老年期划分

如何划定老年人的界限？从衰老的进程来看，按年龄分，老年期可区分为3个阶段，即初老期或老年前期，老年期和长寿期，目前，北美和多数欧洲国家以65岁为界，超过此限者定为老年期（即老年人），按联合国区域划分，亚太地区把60岁以上定为老年人。因此，我国目前的划分标准是：45岁~59岁为老年前期，60岁~89岁为老年期，90岁以上为长寿期。随着年龄的增长，进入老年期后，人的生理和病理改变就有其特殊性，其疾病发生、发展有其特殊的规律。因此，医学工作者把疾病这种老年期的特殊规律变化称之为“老年期疾病”。并视为一个特殊的研究内容。

老年期疾病

人类受体内外因素的影响而引起疾病，但不同年龄时期，疾病的种类和表现也不同。有些疾病，如感冒和一般性感染可发生在生命的各个阶段；有些疾病，如高血压和慢性支气管炎，多数从中年起病，延续到老年期；有些疾病，如老年性痴呆，主要在老年期起病，为老年期的特有疾病，所

以，老年期疾病包括以上三类。各种疾病的发病率见下页表，从发展趋势来看，冠心病、肺炎有增多趋势，肺结核则有下降趋势。从分析中发现，老年病人的主要死因为肺炎、高血压、肿瘤、冠心病、慢性支气管炎和糖尿病。近年来，因肺炎、肿瘤和冠心病死亡者有增多趋势，各种最常见的老年期疾病中，冠心病、肿瘤和慢性支气管炎均男多于女，高血压则男女相等，糖尿病女多于男，这一结果与各发达国家情况基本一致。

（一）老年期疾病特点

1. 多病性 这指同一老人常有两种以上疾病同时存在，例如不少老人有高血压病，而同时又患慢性支气管炎、肺气肿或肺心病等。

2. 不典型性 多病的背景是临床表现不典型的原因之一，老年人一般自觉症状轻微，主要是敏感性降低。老年人体温调节能力低，发热不如年轻人明显，甚至在严重感染时也是如此，对冷的反应也差，容易发生低温状态而不自觉。老年人对疼痛的反应较差，有剧烈疼痛的疾病，如心肌梗塞、肠穿孔、骨折等可能仅有轻微不适或全无主诉，无痛性心肌梗塞多见于老人。急性阑尾炎或胆石症发作的症状不多，但可引起穿孔及腹膜炎，过去无明显的胃十二指肠溃疡病史而突然发生上消化道出血。因此，在老年人的医疗照顾中，客观检查，尤其是体温、脉搏、血压及意识的观察极为重要。

3. 发病快，病程短 老年人脏器功能低下，应激能力减弱，故一旦发病，病情迅速恶化，原来处于勉强平衡状态

老年患者的各种主要多发病发病率

疾病	患者数	%	疾病	患者数	%	疾病	患者数	%
高血压病	867	9.69	阻塞性肺气肿	204	2.28	风湿性心脏病	66	0.7
冠心病	837	9.36	肺癌	197	2.20	肾盂肾炎	49	0.55
肺炎	681	7.61	食管癌	152	1.70	脑血栓形成	48	0.54
慢支	582	6.50	结肠癌	146	1.63	中暑	44	0.49
胆结石	479	5.35	膀胱癌	146	1.63	胰腺癌	44	0.49
前列腺增生症	417	4.66	乳腺癌	142	1.59	十二指肠溃疡	42	0.47
急性胆囊炎	303	3.39	黄门癌	93	1.04	前列腺癌	36	0.40
股骨颈骨折	297	3.32	肝癌	91	1.02	慢性肾炎	25	0.28
胃癌	273	3.05	胃溃疡	86	0.96	子宫癌	17	0.19
糖尿病	230	2.57	直肠癌	82	0.92	血栓闭塞性脉管炎	11	0.12
肺结核	216	2.41	尿潴留	67	0.75			

的某些脏器功能，容易在发病后迅速衰竭。

4. 易有意识障碍 高龄患者不论患何种疾病，都容易发生意识障碍，此与老年人脑血管硬化有关，而血压改变、感染、毒血症和电解质紊乱等也是重要因素。据报道，70岁以上老年人17%可出现体位性低血压，其压差可达60mmHg。意识障碍的出现给诊断和治疗带来很多困难。在分析老年人意识障碍时，必须排除医源性因素，如服用安定药、抗忧郁药等所致的作用。

5. 易引起水、电解质紊乱 老年人脏器呈萎缩状态，由于口渴中枢敏感性降低，因此饮水量不多，轻微的原因即可引起水和电解质失调。老年人脱水可有缺水性脱水与低钠性脱水，缺水性脱水时血压尚可维持。周围循环衰竭症状少见，但由于细胞内水分丢失可引起脑细胞失水，容易发生中枢神经系统障碍。由于老年人口渴感觉不灵敏，在照顾时更应注意舌的干燥与否、皮肤弹性，以及有无少尿或体重减低等症状。

6. 易发生全身衰竭 老年人活动能力减退，长期卧床，食欲减退，饮水量减少，离子紊乱，尿素氮较高，血清中白蛋白下降，各脏器功能明显衰退，内环境稳定性下降，发生疾病时，极易出现恶性循环，治疗极为困难。

7. 容易发生后遗症和并发症 老年人患病后易有后遗症和并发症。由于长期卧床，引起肌肉萎缩和体位性低血压，还可有挛缩、骨质疏松、褥疮、静脉血栓形成和肺栓塞、坠积性肺炎等，均应早期预防。近年来已注意到老年人容易发生播散性血管内凝血。并发症是引起老年人死亡的重要原因。

8. 对治疗的反应不同 同样的药物治疗, 老年人耐受性低, 容易出现副作用, 并且个体之间的差异也较大。

(二) 老年期疾病常见主诉

1. 疲乏与无力 高度疲乏无力表示老年人患病, 若发生于原来活跃的老人, 常提示急性疾病。高龄老人发生心肌梗塞时可以无痛, 仅以疲乏无力为唯一主诉。出血及溶血所致的贫血、低热或不发热的感染、无定位体征的脑血栓形成等均以乏力为主诉。缓慢发生的乏力可因贫血、冠心病、慢性肺疾患或慢性感染所致。用利尿剂所致的低钾及长期应用镇静剂也可引起乏力。老年人中的甲状腺机能减退并不少见, 为高度乏力的原因之一。老年人的甲状腺机能亢进也缺乏高度兴奋的症状, 表现为淡漠无情, 甲状腺可不肿大, 但乏力与体重减轻则为突出症状。

2. 昏厥 因病人不能自己描述发病过程, 故诊断颇为困难。脑血管疾病为老年人昏厥的常见病因, 颈动脉硬化时, 颈部转动可部分阻断动脉血流, 理发或衣领过紧都可产生头晕欲倒的感觉。阿—斯综合征、病态窦房结综合征或其他严重心律失常也是昏厥的常见原因, 需进行动态心电图检查以明确诊断。老年人的体位性低血压常见, 严重者可发生昏厥, 于卧、坐、立位时分别测血压即可确诊。肥厚性梗阻性心肌病所致的老年人昏厥较少见。急性心肌梗塞、急性大量失血均可导致昏厥。部分癫痫患者可无抽搐而仅表现为昏厥。

3. 眩晕 眩晕可以由小脑、脑干或其供血动脉(基底动脉或后下小脑动脉)的病变引起, 迷路或第8对脑神经受

损可引起眩晕，各种原因所致的体位性低血压也可引起眩晕。

4. 跌倒 老年人常可发生跌倒，但无意识丧失或体位性低血压，多在行走或站立时腿软而倒地，其病因可为神经病变、脑血管疾病、巴金森病、药物作用等；也可由于注意力不集中、环境杂乱或步履不合适，病人不能协调背部与下肢动作，行走时身体重心移向前方，容易跌倒，在膝关节活动受限时尤然。小脑皮质由于浦肯野细胞的减少也可发生跌倒。老年女性常见一种“跌倒发作综合征”，病人突然跌倒，既无先兆，也无意识丧失，多于室外行走中发生，若不帮助则不能站立，如协助起立则又可行走，该综合征乃椎动脉硬化或外部受压引起的脑干缺血所致。

5. 头痛 老年人偏头痛少见，即使年轻时患此病，年老后也多消失，紧张引起的头痛也较少见。老年人突发的头痛应须考虑占位性病变、脑血管意外、青光眼等；严重搏动性头痛可见于颞动脉巨细胞性动脉炎，此时可扪及硬化而有压痛的动脉，眼底检查可见视网膜出血及视神经萎缩；诊断有赖于活检。颈椎炎性变化而压迫神经根可引起枕部头痛，与体位相关，常有皮肤感觉过敏。

6. 失眠 有关睡眠不佳的主诉应追问原因，可为躯体受病痛骚扰或夜尿过多所致；焦虑者不易入睡，忧郁者可早醒。多梦及短暂醒觉者的实际睡眠时间并不少。下午、晚上饮咖啡或茶过多者每不易入睡。

7. 吞咽困难 食道憩室、肿瘤或邻近组织肿瘤压迫食道均可引起吞咽困难，食道钡餐检查有助于诊断。食道裂孔疝伴反流性食道炎在老年人中常见。脑干病变所致的吞咽困

难常伴有其他神经系统损害。

8. 食欲不振 感染、充血性心力衰竭、肝病、尿毒症等常突然发生食欲高度减退；药物如洋地黄、镇静剂中毒等均可导致食欲不振及恶心；胃部疾病如胃癌、胃粘膜萎缩常有食欲减退，尤其厌肉食；忧郁症可引起长期食欲不振。

9. 便秘与腹泻 甲状腺机能减退、药物如可待因、抗胆碱药、水杨酸盐等均可引起便秘；忧郁症者的自主功能减慢，也可导致便秘。若近期内出现便秘，应注意有无结肠癌及憩室病的可能，便秘与腹泻交替者更应怀疑。感染、憩室、肿瘤及滥用泻药者均可引起腹泻；粪块嵌顿有时可在阻塞处引起液体渗出，易误为腹泻。广谱抗菌药物、铁剂等均可引起腹泻。

（三）老年人的用药问题

由于老年病的多病性，常同时用多种药物治疗，故药物交互作用的问题较多，且老年人用药的不良反应常见。为正确、合理用药，应考虑以下诸因素：①药物动力学变化，使老年人的血药浓度与组织浓度往往偏高；②体内平衡作用的减退，致使部分药物容易产生不良反应；③由于受体结合药物的量减少，或药物作用部位的结构或功能改变，导致老年人对药物的敏感性减低；④老年病人对治疗的顺应性差。

老年人的用药特点

1. 药物吸收 老年人胃肠道对药物的吸收并不减少，因多数药物以被动扩散形式吸收，故老年人胃肠道主动转运

功能减低对药物吸收的影响较少。

2. 药物分布 老年人体内水分减少，脂肪增多，故水溶性药物的分布容积减少，而脂溶性药物的分布容积增加。50岁以上患者静注0.1毫克/千克~0.2毫克/千克吗啡后，其血浓度比50岁以下者高70%，此乃分布容积减小之故。

3. 药物蛋白结合 老年人的血清白蛋白原已较年轻人低，慢性疾病则使之更趋减少，致使药物的蛋白结合率下降；药物的游离部分增多，药物作用增强，也易发生不良反应。例如老年人血中游离的杜冷丁、华法令等浓度均较高。

4. 药物肝内代谢 药物主要由肝脏酶系统所代谢，脂溶性化合物被转化为水溶性化合物，后者易经肾排出。老年人由于肝脏缩小和肝血流减少，故代谢药物的能力减低，氨基比林、保太松、安定等药物的半衰期均延长；后者在20岁青年中的半衰期为20小时，而80岁老人则为90小时，故副作用的发生率高。70岁以上者每日安定1.5毫克，不良反应的发生率为2%，每日30毫克则可达39%。心得安、三环抗忧郁药、华法令等在肝内的生物转化速度也减慢，用药量应酌减。充血性心力衰竭时肝功能不良，肾脏清除药物的能力亦减退，故利多卡因、奎尼丁、氨茶碱等的剂量均应减少。

5. 药物的肾脏排泄 低脂溶性药物易经肾排出，其清除率主要取决于肾小球滤过率。高脂溶性药物由肾小管吸收，需经肝脏将其转化为水溶性，再从肾脏排出。肾血流量、肾小球滤过率、肾小管分泌与再吸收能力均可影响药物的排泄。随着年龄的增长，肾血流量肾小单位减少、肾功能减低，主要经肾排泄的药物如地高辛、青霉素类、四环素、

链霉素、庆大霉素、普鲁卡因酰胺等的半衰期均延长，易产生不良反应，需减量使用。

6. 药物的相互作用 由于老年病人常同时用多种药物，故相互作用问题比较重要，药物交互作用可以多种方式发生。三环抗忧郁剂有抗胆碱能作用，使胃肠道动力减低，因而影响合用药物的吸收。四环素与碱性药物或亚铁化合物可形成肠道不吸收的复合物。有些药物竞争血清蛋白结合点，例如保太松可使磺胺类（抗菌或降糖药）从蛋白结合物中释出，从而引起毒性反应或低血糖；保太松、苯妥英钠、水杨酸类可使华法令从蛋白结合物中释出，因而容易发生出血。有些药物则竞争受体，如抗组胺药、吩噻嗪类、三环抗忧郁剂均可阻止乙酰胆碱与受体结合，因而可出现阿托品样副作用，吩噻嗪类还可阻滞 α -受体而引起低血压。有些药物可激活某些酶系统而加速其他药物的转化或分解，如水合氯醛或眠尔通可加速华法令、苯妥英钠、保太松及巴比妥类的生物转化，若因此而加大后者的剂量，则一旦停用前一类药，即可使后一类药物发生过量反应。先用利尿剂引起低钾后，使后用的地高辛容易导致中毒。

老年人药物治疗原则

(1) 治疗前应确立诊断，规定明确的疗效判断标准，包括一定的疗程、症状改善状况、生化检查指标等，治疗的目的是要求解除症状外，还应改变病程。由于老年人用药时不良反应多而重，选用药物时需权衡利弊。

(2) 经常定期检查治疗计划，以及病人的顺应性。