

医学临床诊疗技术丛书



LAONIANJIBING

老年疾病

临床诊疗技术

主编 ① 赵瑞娟 杨俊慧 段凯强

中国医药科技出版社

◆ 医学临床诊疗技术丛书 ◆

老年疾病

临床诊疗技术

赵瑞娟 杨俊慧 段凯强 主编

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书较为系统、全面地介绍了老年疾病的诊断方法和治疗技术,包括疾病的临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的知识。并结合临床实际,重点介绍了诊断和治疗上的临床经验,以及如何做好病情记录、医患沟通等方面的方法与要求。本书立足临床实践,内容全面详实,重点突出,是一本实用性很强的老年疾病诊疗读本。适合医学专业人员以及基层医务工作者阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

老年疾病临床诊疗技术/赵瑞娟,杨俊慧,段凯强主编. — 北京:中国医药科技出版社,2016.10

(医学临床诊疗技术丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 8585 - 3

I. ①老… II. ①赵… ②杨… ③段… III. ①老年病 - 诊疗 IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 175484 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{32}$

印张 11 $\frac{3}{8}$

字数 245 千字

版次 2016 年 10 月第 1 版

印次 2016 年 10 月第 1 次印刷

印刷 三河市双峰印刷装订有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 8585 - 3

定价 35.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010 - 62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编委会

主 编 赵瑞娟 杨俊慧 段凯强

副主编 白 冰 赵淑艳 郝 伟

王海滨 李永胜 周顺义

编 委 (按姓氏笔画排序)

王振彪 王海滨 牛树涛

白 冰 毕雁茹 刘金华

杨俊慧 李永胜 李冠清

陈 磊 周顺义 赵胜元

赵淑艳 赵瑞娟 郝 伟

段凯强 郭秀清 席玲芳

董秀芳 温俊霞 霍军民

前 言

随着经济的快速发展，人民生活水平的提高，医疗卫生条件的改善，人的平均寿命普遍延长，老年人口迅速增加。为适应老龄化社会的迫切需要，老年病医学作为临床医学的一个分支应运而生。老年病医学涉及多个学科、多个领域，随着医学科学技术的发展，其医疗观念、诊治理论、诊疗技术和方法也取得了长足进步。由于老年人组织结构老化、退行性改变和器官功能减退，患病率明显比青年人高，且多数老年人都患有一种或多种慢性病。加上老年人免疫功能减退，也易患感染性疾病、恶性肿瘤等。各种疾病因素与老年人器官组织功能的减退相互作用、互为因果，导致病情更加复杂，临床表现不典型，并发症发生率升高，药物不良反应增多，给诊断和治疗带来一定的困难。防治老年疾病、维护老年人身心健康、提高老年人生命质量，对广大医疗卫生工作者提出了更高的要求，应对人口老龄化社会的问题任重道远。因此，对老年病的处理更应认真分析、细心观察、全面考察，力求诊断正确，治疗得当，减少患者致残率和病死率。为了帮助老年医学工作者正确诊治老年疾病，满足相关专业人员及基层医务工作者的临床需

要，在参阅国内外相关研究进展的基础上，结合我们的临床经验编写了此书。

本书从实用角度出发，主要论述了老年疾病常见症状、综合征、老年人营养及用药特点和老年人常见疾病的诊断和治疗。其中，更注重治疗立足临床实践，突出“诊断是手段、治疗是目的、预防是根本”之特点，内容翔实，重点突出，深入浅出，是一本实用性很强的关于老年病医学的著作，适用于老年医务工作者及相关专业人员阅读参考。

本书编写过程中，得到了多位同道的支持和关怀，在此表示衷心的感谢。

由于编者专业水平有限，书中难免存在不足和纰漏之处，敬请读者和同道批评指正。

编者

2016 年 5 月

目 录

第一章 老年疾病常见症状 / 1

第一节	发热	1
第二节	眩晕	3
第三节	昏迷	7
第四节	谵妄	12
第五节	晕厥	14
第六节	呼吸困难	17
第七节	胸痛	19
第八节	咳嗽	22
第九节	咯血	24
第十节	水肿	27
第十一节	体重下降	30

第二章 老年人营养与衰老 / 33

第一节	营养需求	33
第二节	老年人常见营养问题	35

第三章 老年人用药特点 / 40

第一节	老年人药代动力学特点	40
-----	------------------	----

第二节 老年人药物不良反应及药源性疾病 44

第三节 老年人合理用药 51

第四节 老年人使用抗肿瘤药物应注意的事项 ... 53

第四章 老年综合征 / 57

第一节 跌倒 57

第二节 失禁 59

第三节 睡眠障碍 63

第四节 压疮 76

第五节 深静脉血栓形成和肺栓塞 81

第六节 老年人多器官功能衰竭 85

第七节 老年人虐待 91

第八节 临终关怀 95

第五章 老年人常见心血管疾病 /101

第一节 高血压 101

第二节 稳定型心绞痛 107

第三节 不稳定型心绞痛 111

第四节 急性心肌梗死 114

第五节 心力衰竭 121

第六节 心房颤动 131

第七节 老年人退行性心脏瓣膜病 134

第八节 老年人心肌病 139

第九节 心搏骤停与心肺脑复苏 144

第六章 老年人常见消化系统疾病 /152

第一节	慢性胃炎	152
第二节	消化性溃疡	153
第三节	缺血性肠病	156
第四节	消化不良	160
第五节	便秘	162

第七章 老年人常见呼吸系统疾病 / 168

第一节	慢性阻塞性肺疾病	168
第二节	慢性肺源性心脏病	173
第三节	老年肺炎	178
第四节	肺栓塞	184

第八章 老年人常见血液系统疾病 / 193

第一节	贫血	193
第二节	急性白血病	203
第三节	老年人慢性粒细胞白血病	219
第四节	老年人慢性淋巴细胞白血病	226
第五节	老年人多发性骨髓瘤	231

第九章 老年人常见内分泌和代谢系统疾病 / 248

第一节	糖尿病	248
第二节	痛风	269
第三节	老年骨质疏松症	279

第十章 老年人常见神经系统疾病 / 285

第一节	阿尔茨海默病	285
第二节	老年抑郁症	291
第三节	脑卒中	294
第四节	慢性脑供血不足综合征	314
第五节	帕金森病	318

第十一章 老年人常见泌尿系统疾病 / 325

第一节	尿路感染	325
第二节	急性肾衰竭	328
第三节	慢性肾衰竭	332
第四节	前列腺增生	336
第五节	老年人尿失禁	340

第十二章 老年人感觉功能障碍 / 343

第一节	视力障碍	343
第二节	听力障碍	347
第三节	平衡功能障碍	350

第一章

老年疾病常见症状

第一节 发 热

发热 (fever, pyrexia) 指机体在致热原作用下或体温调节中枢功能障碍时, 体温升高超过正常范围: 口腔温度在 37.3°C 以上 (正常 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$), 或直肠内温度在 37.6°C 以上。老年人代谢率低, 其体温可较青壮年略低。

【病因】

引起发热疾病很多, 可区分为感染性和非感染性两大类。

1. 感染性发热 是老年人发热最常见病因, 包括细菌、病毒、支原体、衣原体、立克次体、真菌、螺旋体、寄生虫等各种病原体导致的急性或慢性、全身或局灶的感染。尤其应注意老年人不典型的肺部、泌尿系、口腔、皮肤软组织等部位的感染及老年人结核病。

2. 非感染性发热 较中青年相对多见, 可见于 5 种情况。

(1) 各脏器的肿瘤、淋巴瘤、恶性网状细胞病以及各种白血病。

(2) 皮炎、结节性多动脉炎、Wegner 肉芽肿、类风湿关节炎等各种风湿性疾病急性发作期及药物热、输血反应 (血型不合)、血清病、外源性过敏性肺泡炎等变应性疾病。

(3) 脑出血及自主神经功能紊乱。

(4) 物理或化学因素、机械造成的大面积损伤、无菌性脓肿、内脏血管梗阻、手术后发热、血胸造成的无菌性胸膜炎、红细胞溶解时产生的内热原等。老年人因体温调节功能差易发生中暑。

(5) 甲状腺功能亢进、严重失水、出血、充血性心力衰竭、药物热等。

【发病机制】

1. 致热原 分为外源性致热原（简称外热原），如各种病原体、炎性渗出物、无菌性坏死组织、抗原-抗体复合物、激素（如孕酮）、药物、尿酸盐、多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等，多为大分子物质，不易通过血-脑屏障直接作用于体温中枢，内热原以非活动性前身物质的形式主要存在于巨噬细胞和T淋巴细胞内，当细胞被外热原激活之后，便可产生和释放出内热原如白细胞介素1（IL-1）、肿瘤坏死因子（TNF）及干扰素等，作用于体温调节中枢而发热。

2. 非致热原 下丘脑体温调节中枢受损，如脑卒中、中暑等；机体产热过多，如甲状腺功能亢进等；散热欠佳，如充血性心力衰竭等。

【诊断】

1. 按程度分为 低热 $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ ；中度热 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ；高热 $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ ；超高热 41°C 以上。老年人低热常见于感染后或自主神经功能紊乱；超高热多因体温调节中枢障碍，如颅脑疾病、中暑等。老年人体温调节差，尤其高龄老人易中暑高热或超高热。

2. 原因不明发热（fever of unknown, FOU） 指持续3周以上、体温超过 38.3°C ，经检查后仍未能做出诊断者。

3. 老年人发热特点 老年人发热常不典型，常有严重感染或其他致热因素。对于老年人不能仅凭体温来判断病情。

应特别注意老年人的体温与感染程度不平行及发热导致的非特异症状。

4. 实验室检查 应包括血沉、血常规、尿常规、粪常规及病原学检查。若有必要,应立即进行血、尿、痰培养,选择体液或骨髓的培养,必要时多次进行。老年人感染白细胞增高常不明显,但中性粒细胞增多提示细菌感染。单核细胞增多可见于活动性结核病等。嗜酸粒细胞增多可见于寄生虫感染、过敏性肺炎等。嗜酸粒细胞消失是诊断伤寒的一个有力支持点。免疫学检查对结缔组织疾病的诊断有重要意义。有异常发现时还需行皮肤、淋巴结或骨髓的活组织检查。

5. X线胸片 应为必需检查项目,必要时可行CT、MRI或超声学检查。

【处理】

(1) 老年人发热应尽快明确诊断,需仔细询问病史和进行体格检查。

(2) 应避免老年人高热,老年人高热易出现神经精神症状,应适当降温。

(3) 老年人高热一般以物理降温为宜,可采用湿毛巾擦拭或冷敷,并注意所处周围环境阴凉通风,药物降温剂量酌情减少 $1/3$ 或 $1/2$,适当补液防止大汗虚脱。

(4) 老年人病情变化快,对于诊断不明但不能除外感染或原有慢性感染病史者,可酌情选用抗生素治疗。但时间不宜长,并根据病情及时更改调整。

第二节 眩 晕

眩晕(venigo)在老年人群中多发。可是前庭系退行性病变,也可能是许多疾病的临床表现,而非独立疾病。发作时患者通常有眩晕感、平衡紊乱及失衡感,持续数分钟、数小时

或数天。根据眩晕表现形式，单次发作或多次发作，是否伴发耳蜗症状、脊神经系统症状等，鉴别是前庭性还是非前庭性，若前庭性则鉴别是中枢性还是周期性。

眩晕是一种平衡障碍，对空间位向感觉的自我体验错误。患者自觉视物晃动，天旋地转及自身升降沉浮、转动不稳等异样感觉。多伴眼球震颤、倾斜、错定物位及恶心、呕吐、苍白、出汗等自主神经症状。

【病因】

老年人眩晕约半数为中心性疾病，1/4 为周围性病损，常见病有良性阵发性位置性眩晕、迷路炎、梅尼埃病、外淋巴瘘、耳硬化症、前庭神经炎、小脑脑桥角肿瘤、血管性眩晕、多发性硬化、帕金森病、过度换气综合征、血糖异常等。见表 1-1。

表 1-1 眩晕常见疾病

眩晕分类	常见疾病
前庭源性 疾病	耳部疾病：中耳炎、迷路炎、梅尼埃病等，又称耳源性眩晕 前庭中枢段结构病损：脑干、小脑部位的炎症、肿瘤、血管病及颈椎病为老年人眩晕常见病因
非前庭性 疾病	眼源疾病：急性眼肌麻痹、青光眼、屈光不正、Cogan 综合征等 其他：躯体各系统病损影响其相关功能亦可头晕，多无旋转感受而称非典型眩晕

【诊断】

1. 症状与体征

(1) 真性眩晕（旋转性眩晕）：为自身或外物旋转、翻滚、晃动等运动感受；且常伴恶心、呕吐、眼球震颤、肢体倾斜、错定物位、平衡障碍。

(2) 假性眩晕（非旋转性眩晕）：为自身摇晃、漂浮升沉等自身不稳定感；一般无眼球震颤及明显自主神经系症状，

但可有眼或全身疾病的相应症状或病史。

2. 实验室及辅助检查

(1) 眼科检查：视力、视野、复相分析、瞳孔、眼底。必要时查眼震电图、视网膜电图、视动功能、视觉诱发电位，以明确或排除眼科及视神经疾患。

(2) 耳科检查：听力测定、耳蜗电图、听觉诱发电位等，以查明耳疾及听神经疾病。

(3) 前庭功能检查：①平衡障碍，可行过指试验、Romberg 或 Mann 试验及步态观察有无倾斜。②眼球震颤诱发试验，可行位置性诱发、变温试验、旋转椅、直流电等试验以观察眼球震颤及自主神经反应出现的潜伏期、持续时间、方向类型，并行双侧对比。

(4) 神经专科理学检查：有助于定位诊断。

(5) 血及脑脊液检查：有助于病损性质诊断。

(6) 血流动力学检测：TCD、CVA 有助于对头颈部血管狭窄、闭塞、血流速度、血流量等的判断，对脑血管疾病诊断有重要意义。

(7) 影像学检查：颈椎、内听道、颅底 X 线片可发现颈椎病、听神经瘤、颅底畸形及骨折；脑血管成像及 CT、MRI 检查有助于发现颅内血管病变的性质、范围及炎性与占位性病变。

(8) 其他：脑电图、脑地形图、心电图可根据病情选择检查。

3. 前庭中枢性眩晕与周围性眩晕鉴别 见表 1-2。

表 1-2 中枢性眩晕与周围性眩晕鉴别

	中枢性眩晕	周围性眩晕
病损部位	前庭系统颅内段病损	前庭系统颅外段病损
起病	多系统逐渐起病，呈持续性	多急起，呈阵发性
眩晕的性质	多为移动、不稳感或旋转感	多为旋转感、摇动感
眩晕的强度	较轻	较重

续表

	中枢性眩晕	周围性眩晕
持续的时间	长（数天、月、年）	短（数小时、半天）
听觉症状	不明，且多为双侧	伴耳鸣耳聋，多为一侧
自主神经症状	不明显	明显（恶心、呕吐、苍白、出汗、心悸）
眼球震颤	粗大、水平、旋转、垂直	细小、水平或旋转
中枢神经症状	常有	常无
平衡障碍	轻而易代偿、为时短	重而难受、为时长
眼震与眩晕	程度不一	程度一致
前庭功能试验	多正常	多减弱或无反应

【治疗】

（一）病因治疗

识别判断眩晕的原因，正确诊断，对因治疗。

（二）药物治疗

1. 镇静剂 可选用：①苯巴比妥（鲁米那，Luminal）0.03g，1~2次/日或0.1~0.2g，肌内注射，1~2次/日；地西洋2.5~5mg，3次/日；或舒乐安定（Surazepam）1~2mg，2~3次/日。②症状严重者可用氯丙嗪12.5~25mg，2~3次/日；或异丙嗪25mg，肌内注射，1~2次/日。但老年人用药应谨慎，特别注意血压。③其他，如奋乃静、水合氯醛等可酌情选用。

2. 调整水电解质平衡 ①限制水、盐摄入；②适度利尿，如氢氯噻嗪25mg，2~3次/日；或呋喃苯胺酸40~140mg/d。严重者可用甘露醇脱水。呋塞米及利尿酸钠因对听神经、前庭神经有损害，宜慎用或禁用。

3. 改善微循环

（1）钙拮抗剂：如西比灵（Sibilum）5mg，睡前服；尼莫地平（Nimodipme）20mg，3次/日。

（2）2%利多卡因：1mg/（kg·d），置于5%葡萄糖液中静脉滴注。

4. 其他

(1) 抗组胺药：苯海拉明 25 ~ 50mg, 3 次/日；布克利嗪 25 ~ 50mg, 3 次/日；地芬尼多 25mg, 3 次/日；赛庚啉等。

(2) 抗胆碱能药：药物有 654-2、普鲁本辛、东莨菪碱、地芬尼多等亦可选用。但老年人应格外谨慎，警惕用药导致尿潴留。

(3) 拟交感类药：右旋苯丙胺 5 ~ 10mg, 2 ~ 3 次/日。

(三) 对症治疗

(1) 镇吐选择甲氧氯普胺或多潘立酮。

(2) 苯妥英钠、苯巴比妥对眩晕性癫痫、基底动脉偏头痛性眩晕发作有效。

(3) 解除恐惧心理，建立治愈信心。

(四) 其他

高压氧疗法、脊椎牵引，脱敏疗法、激光治疗、血液疗法应根据情况选用。

第三节 昏 迷

昏迷 (coma) 是最严重的意识障碍，指机体由于外界不良致病因子以其足够强度和时间作用于脑组织（特别是大脑皮质、网状结构、边缘系统等）一定范围，使其结构受损或功能障碍，从而导致高级神经活动明显呈现抑制状态。表现为意识完全丧失，对外界声、光、痛等刺激无意识反应，且常伴感觉、运动、反射障碍。昏迷是临床常见危重急症。

【病因】

1. 脑原发疾病 颅内感染、脑外伤、脑血管疾病、脑占位性病变、脑退行性变疾病终末期等。

2. 脑缺氧及代谢紊乱 各种原因所致的休克、低血压、严重心律失常、血管狭窄等致脑供血不足。各种原因所致的窒息、高山病、溺水、自缢、CO 中毒、心肺疾患导致脑缺