

都市屋
生活丛书

中老年常见病 治疗与护理

Zhong Lao Nian Chang Jian Bing
Zhi Liao Yu Hu Li

李连成 主编



农村读物出版社

R592
L200:1


生活丛书

中老年常见病 治疗与护理

李连成 主编

农村读物出版社

内 容 提 要

本书由各科医学专家和学者撰写，对中老年人常见的 5 种症状和 21 种病症，从疾病概念、病因病理、流行病学情况、临床表现和类型、诊断标准及方法、中西医治疗护理措施等方面进行了详细论述。语言通俗易懂，内容翔实具体，注重知识性、普及性、实用性。使读者能在轻松的阅读中增长医学知识，使病人能在书中找到治病、防护的具体措施。可谓家庭的保健指南，中老年人的健康顾问。



主 编
编写人员

李连成
姜宪华
何夏秀
赵 中
张镇旗
吴红梅
刘馨雁
张 力
付中斐

卜苏平
陈思兰
邓 洁
郝玉茹
杨 涛
吴 镐
郑 斌
马 荣

赵 峪
李 军
王秋风
李宪慧
刘凯军
钱 晶
高叶梅
齐连芬

出版者的话

小木屋，自然而神奇，洁雅而绚烂，大众而现代，给人以美好的联想。生活丛书，冠之以“小木屋”，是对人们生活美好的祝福。

追求美好生活，人之常情。而美好生活理应包括物质生活和精神生活两方面，缺一都是不完美的。其实，即使在物质生活中，也有丰厚的科学内涵和文明积淀。人们要充分享受物质生活，也必须具备相应的科学文化知识。

《小木屋生活丛书》与众不同之处就在于加大了精神方面的分量。它不仅关注人们的衣食住行，也关注人们的休闲娱乐，还关注衣食住行本身所包含的文化意味和精神享受。这些无疑对全方位提高人们的生活质量大有裨益。

至于生活类图书，应当具有现代意识——富于前瞻性，应当贴近实际生活——具备实用性，应当讲究表述艺术——增强可读性。这也正是本丛书力图实现的。

但愿出版者的这些美好愿望，能得到读者朋友的认同。

一九九九年六月

目 录

出版者的话

中老年常见症状鉴别

发热	1
昏迷	4
胸痛	7
腹痛	9
腹泻	12

中老年常见病症

上呼吸道感染	16
慢性支气管炎	27
肺气肿与肺心病	40
冠心病	53
高血压病	72
急性脑血管疾病	92

糖尿病	109
高脂血症	125
老年肥胖症	140
慢性胃炎	147
胆石症和胆囊炎	159
习惯性便秘	172
慢性肾功能衰竭	183
泌尿系感染	198
骨质疏松症	205
退行性骨关节病	220
类风湿性关节炎	234
老年期抑郁症	246
老年性和早老性痴呆	255
震颤麻痹	266
青光眼	277

中老年常见症状鉴别

发 热

一、症状

人在患病时，如体温调节中枢发生障碍，导致产热过多或散热过少而致体温超出正常范围，称为发热。发热为临床最常见的症状，见于各种全身性和局限性感染以及许多非感染性疾病，是人体防御疾病的反应。

健康人测量体温以直肠温度为准，为 $36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。口腔温度一般比直肠温度低 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，腋下温度又比口温低 $0.4 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。成年人以测腋下温度最常用。正常人 24 小时内体温稍有波动，一般相差不超过 1°C 。因存在个体差异，老年人的代谢率较低，故体温低于青壮年；在高温环境下或洗热水澡后，以及紧张状态下或活动后体温也会略有升高，属于生理性升高。

按体温升高的程度将发热分为：低热 $37.5 \sim 38^{\circ}\text{C}$ ，中度发热 $38 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ，高热 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，超高热 40°C 以上。

准确测量体温很重要。有三种测温法；口测法、肛测法、腋测法。腋测法较安全、方便，测量时间为 10 分钟，目前多采用此法。老年人有呼吸困难、鼻塞、神志欠清及不能合作者，不适用口测法。重症或意识不清者可用肛测法，后两者测温时间为 5 分钟。

测温时水银柱一定要甩下去，水银球紧贴皮肤或黏膜，腋下有汗时会影响测量的准确性，故应把汗液擦干后再测；测口温时要闭口；测温前，不要进食冷、热食品。

二、发热的原因

引起发热的病因复杂，且常由多种因素同时起作用，一般分为感染性发热和非感染性发热两大类。感染是常见病因。

(一) 感染性发热 各种病原体引起的感染，无论是全身性或局限性、急性或慢性感染均可导致发热。

(二) 非感染性发热

1. 组织损伤后坏死物质吸收而致发热，如心肌梗塞、大面积烧伤、恶性肿瘤等。

2. 变态反应，如血型不合的输血、药物热、类风湿性关节炎等风湿病。

3. 代谢障碍而致发热、散热异常，如甲状腺功能亢进的患者产热过多，故出汗偏多。

4. 体温调节中枢失常，如中暑、脑部某些疾病。

5. 神经功能障碍，如植物神经功能紊乱而致体温调节失常，常表现为不规则低热。

三、鉴别诊断

首先应正确地测量体温及排除生理性发热。其次注意不要盲目服用退热药物，以免延误病情，出现干扰或假象，给诊断

带来难度。

（一）根据热型诊断

1. 稽留热。体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 可达数日甚至数周，而一日内体温上下波动范围不超过 1°C 。见于伤寒、大叶性肺炎等。

2. 弛张热。体温可高达 39°C 以上，但一日内体温波动范围超过 2°C 。见于风湿热及多种传染病。

3. 间歇热。体温突然上升后又突然下降致正常，以后又反复发作。见于疟疾、结核、败血症等。

4. 不规则热。发热无规律，见于流行性感、肺结核等。此外，发病后应用退热药物或激素，可引起原有热型变为不规则热型。

热型对诊断疾病有一定价值，但由于个体差异及感染程度轻重不同，热型与疾病的诊断并不一定符合上述规律。且因患者应用退烧药或消炎药、激素等药物可能影响体温，故不能盲目对照热型，应综合分析，从而正确判断疾病。

（二）根据伴随症状鉴别 急性发热常见病因是感染。如：发热伴有咳嗽、咽痛或流涕，见于上呼吸道感染，俗称感冒。发热伴有咳嗽、胸痛、咯痰甚至咯血，提示有肺或胸膜疾病。发热伴有头痛、呕吐、惊厥甚至昏迷，应考虑各种脑膜炎、脑炎、脑出血等。发热伴有腰痛、尿频、尿痛、血尿时，表明泌尿系统疾病。发热伴有关节痛、皮疹或皮下结节、心慌时，应考虑风湿热等风湿病。发热时皮疹明显者还应考虑传染病。但应注意的是，老年患者在严重感染时，常出现神志方面的改变，而体温未必很高。

长期低热往往不引起患者注意，或找不到病因。长期低热分为器质性与功能性两种。功能性发热包括：

1. 生理性发热，如月经前低热。

2. 神经性发热，如夏季低热、植物神经功能紊乱。

3. 感染后低热，器质性发热的病因以感染多见。如任何身体部位的结核；肝胆系统的慢性感染，可伴有腹痛、腹胀、食欲差、黄疸；风湿病中的类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮，可伴有关节痛、心慌、皮疹；隐匿性泌尿系感染多见于女性，可能无明显尿路症状，偶有尿频或腰痛；内分泌系统疾病如甲亢，女性多见，常伴有心悸、出汗、手颤、易激动、食欲亢进、消瘦等症状；慢性病灶感染如鼻窦炎、牙周脓肿、前列腺炎、盆腔炎等，伴有各自相应部位的症状。

(三) 检查 对于长期不明原因的发热、无特异性症状的发热，必须依赖全面检查。各种检查包括体格检查、物理检查及实验室检查。血、尿、便常规及细菌学检查属实验室检查，在诊断中占有重要地位。如长期高热患者应常规做血培养，隐匿性泌尿系感染需做尿培养才能确诊。如怀疑肝病应查肝功能、肝炎病毒抗原抗体实验等血清学、病原学检查。当然腹部超声波等物理检查也是必要的。如长期低热的患者应常规做胸部 X 光透视，必要时拍摄胸片或胸部 CT 以考虑结核与肿瘤的病因。

昏 迷

一、症状

昏迷是由于脑功能受到极度地抑制，意识丧失和随意运动消失，对刺激无反应或出现病态的反射活动。昏迷属于意识障碍的一种表现，意识障碍根据程度不同，依次分为意识模糊、嗜睡、昏睡及昏迷。昏迷是意识障碍最严重的一种表现，又可依病情轻重分为浅昏迷、深昏迷状态。

有的癔病患者发病时以及受到剧烈精神打击后的人，表现

往往像昏迷。对外界刺激无任何反应；双目紧闭，呼吸急促或屏气。但拨开其上眼皮后，可见眼球向上方转动。如做神经系统检查，无异常发现。此类病人经适当处理后即可很快恢复，不属于昏迷。

二、病因

(一) 颅内病变

1. 颅内出血或缺血性疾病，如高血压性脑出血、血管畸形致脑出血、脑梗塞、脑栓塞，颅脑外伤致脑内血肿、硬膜下血肿等。

2. 颅内感染，如脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑寄生虫病。

3. 颅内肿瘤，包括原发与转移瘤。

4. 脑水肿，由各种原因所致的大面积的脑水肿。

5. 脑变性疾病，如脑白质变性等。

6. 癫痫性昏迷，见于癫痫大发作。

中老年患者昏迷颅内病变的原因中以高血压、动脉粥样硬化化所致的脑出血、脑梗塞多见，且病情多凶险。

(二) 颅外病变

1. 代谢异常。(1)缺氧。(2)缺血。任何病因所致短时间内脑组织严重缺血，如心跳骤停、大量失血等。(3)低血糖。(4)代谢性或呼吸性的酸中毒、碱中毒。(5)血中钠、钙、磷等电解质紊乱。

2. 某些原有疾病加重。这是中老年人尤其是老年患者常见的原因之一。(1)肝性脑病。(2)肺性脑病。(3)肾性脑病。(4)糖尿病性昏迷，包括酮症酸中毒、高血糖性、乳酸性。后两者多见于50岁以上的中老年患者。(5)重度感染，如败血症。(6)甲亢危象等。

3. 药物或化学物品中毒。如镇静安眠药、抗癫痫药、降糖药、退热药、一氧化碳中毒。

4. 体温调节紊乱。如中暑、体温过低等。

5. 肿瘤。

三、鉴别诊断

(一) 病史 病史对于昏迷病人非常重要，可以为医生了解病情，明确发病原因提供重要线索。

1. 病人发生昏迷的过程是突然性还是逐渐昏迷，其进展变化如何。如起病急，多见于药物、化学物品中毒，或癫痫大发作、急性脑血管病变、急性心肌梗塞、心跳骤停、严重脑外伤等。起病较缓慢，多见于原有疾病加重、恶化。如原有肝脏、肾脏、肺脏、心脏等严重疾病加重，或甲亢危象、糖尿病酮症酸中毒等。

2. 有无诱发因素。如一氧化碳中毒、电击伤、颅脑外伤、降糖药物服用过量，或长期服用降糖灵，或糖尿病患者未按时坚持服用药物，有无与传染病患者密切接触史。

(二) 症状 观察昏迷病人的体温、呼吸、脉搏、血压、皮肤及瞳孔变化，有助于作鉴别诊断，并了解病情的轻重程度。

1. 体温。伴有发热，多见于脑炎、脑膜炎、重症感染，大面积的脑出血患者也可出现发热。伴体温过低，可见于低血糖、一氧化碳中毒或某些药物中毒。

2. 呼吸。伴有深而大的呼吸，呼气有烂苹果味者见于糖尿病酮症酸中毒。呼气有尿味者见于尿毒症。有机磷农药中毒时，呼气有大蒜味。如伴有呼吸节律发生异常改变的，多提示脑部呼吸中枢已受到损害，病情危重。

3. 脉搏。病人如有严重的脉搏过缓、不齐，甚至消失，可能为心脏疾患导致的昏迷。如脉搏增快，可见于重症感染性昏迷或中毒。

4. 血压。血压显著升高常见于脑出血、高血压性脑病、

脑梗塞等。血压下降可见于心肌梗塞、心跳骤停、血容量不足或安眠药中毒等。

5. 皮肤。如心肌梗塞、心跳骤停、严重肺部感染或亚硝酸盐中毒等缺氧性病变时，皮肤呈紫绀；一氧化碳中毒时，皮肤呈樱桃红色；酒精中毒时，皮肤潮红；皮肤呈黄染，多提示肝、胆系统疾病；皮肤有皮疹，出血点的，应考虑严重的细菌感染，如流行性脑膜炎。

6. 瞳孔。瞳孔缩小可见于吗啡等镇静、安眠药中毒，有机磷农药中毒；瞳孔扩大则见于阿托品及酒精中毒；两侧瞳孔不等大时，见于颅内严重病变。

(三) 检查 血、尿常规、血生化、X线、心电图、头颅CT、脑电图的检查，对确诊有重要意义。如果怀疑病人因中毒所致昏迷，则对可疑毒物、患者呕吐物、尿、粪及血液作毒物分析鉴定。

胸 痛

一、症状

胸痛是临床常见症状之一。疼痛可以发生在胸部的某一侧或双侧，也可发生于某一点，病情轻重不一。可见于浅表或局部的轻微病变，也可以是某些危及生命的重症。

二、病因

心血管疾病：如缺血性心脏病中的心绞痛、心肌梗塞两种类型，是中老人常见且最严重的胸痛原因之一。

呼吸系统疾病：如肺炎、肺结核、肺栓塞、肺癌等。累及胸壁时均可出现胸痛：如胸膜炎、气胸、胸膜肿瘤也会出现胸痛。

胸壁的疾病：如胸壁软组织损伤或炎症、肋间神经炎、肋

软骨炎、胸壁带状疱疹、主动脉瘤侵蚀胸骨。

邻近器官病变的影响：如肝炎、胆石症、胆囊炎、脾梗塞等也可引起胸痛。

消化系统疾病：如食道的炎症、痉挛等病变。

植物神经功能失调：如心脏神经官能症。

三、鉴别诊断

(一) 胸痛部位及放射部位 冠心病患者发生心绞痛常位于心前区或胸骨后方，且可向左肩、左上臂内侧放射，也有少数放射至颌、右肩、手臂、背和上腹部。胸壁病变时疼痛位置固定，如肋间神经痛多沿肋间 N 分布。肋软骨炎多局限于病变处，且有压痛。胸膜炎见于一侧或两侧胸痛。胆石症引起的胸痛可向右肩背放射。食道的炎症、痉挛及食道裂孔疝引起的胸痛位于胸骨后方。

(二) 疼痛的诱发因素 心绞痛多因运动、劳累或情绪激动时发作，偶尔发生于睡眠或休息时，胸膜炎的胸痛常在咳嗽、深吸气或转侧时加重。胸壁病变多于胸壁活动时发生胸痛。食道的炎症、痉挛或食道裂孔疝多于饱餐后或夜间卧床休息时胸痛，坐起、行走时疼痛可缓解。心脏神经官能症病人无明确诱因。

(三) 胸痛的性质及特点 心绞痛发作时呈压榨性或憋闷性痛，持续 3~15 分钟，休息或舌下含服硝酸甘油可迅速缓解。心肌梗塞时胸痛剧烈，呈难以忍受的压榨、窒息，甚至有“濒死感”，伴大汗及烦躁不安，持续时间可达 1~2 小时，甚至 10 余小时，舌下含硝酸甘油无效。肋间神经痛呈刀割样、触电样或灼痛，局部有压痛，当转动身体、深呼吸或咳嗽时均可使疼痛加重。胸膜炎胸痛呈尖锐刺痛或撕裂痛，多位于胸壁侧面附近，随呼吸或咳嗽加重。大量气胸常有突发性胸痛及呼吸困难，疼痛呈尖锐刺痛、撕裂痛并向同侧肩部放射。肺

癌早期可有胸闷痛、隐痛，以后可出现持续性夜间胸痛。神经官能症多见于中老年人或更年期女性，有心前区刺痛或闷痛，与劳累、休息无关，常伴有心悸、头痛、头晕及叹息样呼吸。

（四）伴随症状 胸痛伴咳嗽、咯痰，多为肺及胸膜炎症。伴发热者，多为感染性疾病。伴少量咯血者，应警惕肺癌。伴大汗出，呼吸困难、烦躁甚至休克现象的，考虑为急性心肌梗塞。伴吞咽不畅、嗝气、返酸者见于食道病变。甲亢胸痛常有心律失常及多汗、手抖、易激动、消瘦等症状。胆石症及胆囊炎的胸痛多为间断发作性，伴右上腹压痛、黄疸，较易鉴别。但需注意部分患者同时具有胆管病变和心绞痛，不可忽视、漏诊。

（五）检查 胸痛患者应做心、肺、胸壁的常规检查。胸壁的炎症或外伤，局部有红肿、压痛，诊断容易明确。而大部分胸痛病例均需依靠器械检查。心电图检查对诊断心绞痛、心肌梗塞有诊断价值，对于中老年胸痛患者应列为常规检查。典型心绞痛病人发作时，心电图可出现暂短的心肌缺血表现。但有许多人结果是正常的，如为明确诊断，必要时作运动试验。X线透视、摄片对胸壁、心、肺病变及肿瘤等的诊断有很大价值。超声心动图对诊断各种心脏病有意义。食管镜或上消化道钡餐造影，对诊断食道病变有诊断价值。对于胸腔内位置隐蔽的、不易发现的肿瘤，可做胸部CT检查。

腹 痛

一、症状

腹部器官的急性或慢性炎症、溃疡、梗阻、穿孔、肿瘤等疾病均可引起急性和慢性腹痛。