

主编 成其迅



老年内科疾病

青岛海洋大学出版社

老年内科疾病

成其迅 主编

青岛海洋大学出版社

主 编 成其迅

编写人员 (按姓氏笔划为序)

王义先 成其迅 李秀玉

吴庆利 张 彬 张广平

张 玉 赵秀梅 宿云谦

2101/2824

老年内科疾病

成其迅 主 编

*

青岛海洋大学出版社出版发行

(青岛鱼山路5号)

山东省高密县印刷厂印刷

*

1990年2月第1版 1991年2月第2次印刷

开本 787×1092 1/32 15.1印张 328千字

印数: 10000—15000

ISBN7-81026-040-5/R·1

定价: 5.60元

前 言

人进入老年期后，无论是机体功能和生理特征，都会有明显的变化。所以，他们一旦发生疾病，其临床表现和诊治原则，也与青壮年患者不同。老年人的内科疾病比较多，而且常常是多种疾病并存，甚至是并发病掩盖原发病，出现各种各样的不典型症状体征，容易造成误诊误治。为适应临床工作的需要，我们收集综合了国内外有关老年内科疾病的诊治经验及最新资料，并结合自己的临床实践体会，撰写了《老年内科疾病》一书。

全书共分八章，依次从呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌、神经和感染性疾病八个方面介绍了65种老年常见内科疾病。在介绍每一种疾病时，又详略相宜地阐述了老年人患有该病时的解剖和生理功能改变，以及该病的病因、发病机理、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗等方面的特点。全书内容系统全面，强调临床实用。在编写过程中，又注重语言流畅、重点突出、通俗易懂、力求耐读、耐学、耐用。我们认为，本书不仅可供各级内科、老年保健医生和一般临床工作者阅读参考，而且也是一本老年卫生保健读物，可作为具有一定文化程度的中、老年读者自学和保健指导的参考资料。

本书承蒙山东医科大学附属医院许仁和、潘秀荣、荆梦杰、韩丹春、张春苓副教授审阅，谨致谢忱。

由于水平有限，书中定有错误和不妥之处，恳请读者批评指正。

编者

1989年6月

目 录

第一章 老年呼吸系统疾病	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 老年人感冒	(8)
第三节 老年人慢性支气管炎	(12)
第四节 老年人肺气肿	(19)
第五节 老年人肺炎	(24)
第六节 老年人肺结核	(29)
第七节 原发性支气管肺癌	(35)
第八节 胸腔积液	(45)
第九节 自发性气胸	(49)
第十节 慢性肺源性心脏病	(55)
第十一节 老年人呼吸衰竭	(68)
第二章 老年循环系统疾病	(82)
第一节 概述	(82)
第二节 高血压病	(96)
第三节 老年低血压	(108)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(112)
第五节 心脏性猝死	(139)
第六节 非风湿二尖瓣返流疾病	(146)
第七节 老年心肌病	(152)
第八节 老年风湿性心脏病	(158)

第九节 动脉粥样硬化性主动脉瘤与主动脉夹层动脉瘤	(163)
第十节 老年周围血管疾病	(169)
第十一节 心力衰竭	(174)
第三章 老年消化系统疾病	(186)
第一节 概述	(186)
第二节 返流性食管炎	(193)
第三节 食管裂孔疝	(196)
第四节 食管癌	(199)
第五节 慢性胃炎	(207)
第六节 急性胃十二指肠粘膜病变	(213)
第七节 消化性溃疡	(217)
第八节 胃癌	(225)
第九节 上消化道出血	(232)
第十节 溃疡性结肠炎	(238)
第十一节 缺血性肠病	(242)
第十二节 结肠癌和直肠癌	(247)
第十三节 内科急腹症	(252)
第十四节 肝硬化	(255)
第十五节 肝性脑病	(263)
第十六节 原发性肝癌	(267)
第十七节 胆石症	(275)
第十八节 胰腺癌	(283)
第四章 老年泌尿系统疾病	(289)

第一节	概述	(289)
第二节	肾盂肾炎	(291)
第三节	慢性肾小球肾炎	(296)
第四节	肾结石	(301)
第五节	前列腺增生症	(305)
第六节	急性肾功能不全	(311)
第七节	慢性肾功能不全	(317)
第五章	老年血液系统疾病	(322)
第一节	衰老所致血液系统改变	(322)
第二节	贫血	(324)
第三节	血小板减少性紫癜	(334)
第四节	多发性骨髓瘤	(336)
第六章	老年内分泌代谢疾病	(342)
第一节	老年人内分泌系统机能改变	(342)
第二节	糖尿病	(349)
第三节	甲状腺机能亢进症	(368)
第四节	甲状腺机能减退症	(373)
第五节	骨质疏松症	(379)
第六节	高脂蛋白血症	(385)
第七章	老年神经系统疾病	(397)
第一节	概述	(397)
第二节	脑出血	(399)
第三节	蛛网膜下腔出血	(408)
第四节	短暂性脑缺血发作	(412)

第五节	腔隙性脑梗塞	(417)
第六节	动脉硬化性脑梗塞	(420)
第七节	脑栓塞	(426)
第八节	高血压脑病	(430)
第九节	脑动脉硬化症	(434)
第十节	老年人周围神经病变	(439)
第十一节	慢性硬膜下血肿	(443)
第十二节	老年性痴呆	(445)
第十三节	帕金森氏病	(448)
第十四节	变形性颈椎病	(451)
第十五节	颞动脉炎	(455)
第八章	老年感染性疾病	(458)
第一节	老年人对感染防御能力的改变	(458)
第二节	老年人感染的病原菌及特点	(460)
第三节	老年人感染性疾病的临床特点	(462)
第四节	老年人感染性疾病的治疗	(464)
第五节	老年人常见的感染性疾病	(468)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 概 述

一、老年人呼吸系统形态学及生理学的改变

随着年龄的增长，老年人呼吸系统逐渐出现组织结构和生理功能的衰退。

(一)胸廓与骨骼：老年人由于脊柱后凸，胸廓变形，胸廓前后径加大，多数呈桶状胸；由于骨性胸廓变硬，肋软骨骨化，胸椎—肋骨和肋骨—胸骨间的关节僵硬及其附属组织等的变化往往引起关节运动障碍，致使胸壁的顺应性降低。老年人呼吸肌肉萎缩，胸壁肌肉特别是肋间肌和隔肌的肌纤维周围结缔组织增生，易出现呼吸肌疲劳，对不同水平的呼吸负荷耐力较年轻人明显低下，造成呼吸动力不足。

(二)呼吸道：鼻咽部与外界直接相通，此处具有保护下呼吸道的防御机能，老年人这种防御机能减退，因而容易发生病变。老年人鼻前孔向下方而呈凸型，故构成反向气流，易成为涡流而增加阻力。因此常须开口呼吸进行代偿，从而招致口渴和妨碍睡眠；鼻不能发挥瓣样效果，导致上呼吸道防御机能减低和肺通气效率降低。老年人呼吸道粘膜易发生变性，上皮细胞解离和鳞状上皮化生，粘膜固有层有肉芽形成，纤维化、透明变性等；老年人因消化系统老化，易致营养不足，蛋白质缺乏时，则气道粘液形成减少；特别在老年时期由于肾上腺皮质激素及性激素减少和缺乏，呼吸道特有的纤毛上皮细胞易于陷入萎缩和变性，加之呼吸肌力减弱，

咳嗽功能减低，致使呼吸道的防御功能减退，不能将进入上呼吸道的尘埃颗粒及微生物清除体外，易诱致呼吸道感染。

(三)肺：老年人肺泡随年龄增长而变大，数目却相反减少，肺脏有结缔组织老化，肺脏的伸缩性减弱，僵硬增加，可扩展性逐渐减弱，同时肺脏的弹性回缩力也减弱。由于老年人Ⅱ型肺泡上皮细胞的退化，肺泡表面活性物质减少，对抗肺泡表面张力的作用下降，因此老年人肺的顺应性明显降低。

(四)肺血管：青少年期从肺门向各肺叶走行的动脉支几乎同等粗细，分别向各肺叶分出主干；而老年人上、中肺叶动脉呈侧支样分支，下叶肺动脉具有主干的性质。在到达肺小叶中心部以前的分支形式多不呈等量的分支样式。这样使肺动脉系统血管阻力增加，为维持一定的血流量，需要提高肺动脉压。40岁以后，肺动脉壁可出现粥样硬化，但较体循环动脉的变化为轻。40岁以后，肺细静脉、小静脉均可见内膜硬化，以胶原增加为主，弹性纤维增生及粥样瘤形成少，这种变化常受心力衰竭有无的影响。

(五)肺功能：如上所述，由于老年人呼吸肌力减弱，肺顺应性下降，胸肺的弹性阻力及气道阻力增加，故老年人呼吸功能发生一系列变化。肺总量(TLC)改变不显著。肺活量(VC)随年龄的增加而减少。有报告，肺活量在30~80岁之间约减少一半，随增龄每年平均减少0.6%。最大通气量随增龄每年减少4.5毫升/平方米体表面积，75岁以上的最大通气量仅为25岁时的 $1/3 \sim 1/2$ 。由于老年人支气管壁结构的完整性逐步减退，可使小气道在呼气过程中受压、陷闭，使闭合气量增加，闭合气量与年龄呈线性增加，故老年人仰卧

位正常通气时便有广泛的气道关闭。老年人肺泡融合，肺泡数量及总面积减少，导致肺脏弥散作用减低。老年人肺活量的减少、胸壁硬度的增加、肺泡弹性回缩力的降低和由此引起的气道阻力的增加以及呼吸肌的疲劳等，使时间肺活量(FVC)、最大中期流速(MMEFR)均减少。第一秒最大呼气量(FEV₁)及第一秒最大呼气量与肺活量的比值下降。老年人的残气量(RV)与功能残气量(FRC)均增加。老年人肺通气量及肺毛细血管床减少，致使肺通气/血流比值异常，造成动脉血氧分压下降及二氧化碳分压的升高。老年人动脉血氧分压随年龄增加而降低。60岁老人的动脉血氧分压可降至10~10.7千帕(75~80毫米汞柱)。总之，这种阻塞性通气功能障碍和动脉血氧分压降低是老年肺功能的特点。

二、老年人呼吸系统疾病的发病率

淹沢报告日本呼吸系统疾病入院治疗者60岁以上为55% 70岁以上占1/3，以肺癌、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺病、肺炎、肺结核及哮喘病为主。自从抗生素问世以后，细菌性肺炎的发病率及死亡率均显著降低。但因老年人免疫力降低，肺炎的发病率并未减少，特别是革兰阴性杆菌肺炎明显增多。肺炎至今仍然为老年人的多发病，亦是造成老年人死亡的重要原因。50岁以下发病率8.2/10万(以下省略/10万)，60岁为50.4，70岁为208.2，80岁为772.7。直接死于肺炎者，60岁占28%，70岁占44%，80岁占54%，90岁占57%。慢性阻塞性肺病随着工业迅速发展和大气严重污染，已成为危害老年人健康的常见病、多发病，而且患病率和病死率不断上升。近几年来我国慢性支气管炎的平均发病率为3~5%，50岁以上

高达15%左右。肺心病平均发病率为1.81%，而60岁以上为4.74%，肺癌的发病率和死亡率也急剧上升。发病率随年龄的增长而增加，其中50~60岁上升特别显著。我国工业发达人口拥挤的上海市，男性患者的死亡率已跃居各种癌症的首位。以前认为肺结核以青年多见。近年来老年肺结核逐年增多。Myers报告，美国结核病发病率45~60岁为14.3/10万，60岁以上为30.6/10万，本世纪20年代老年新发结核病为16%，60年代高达63.6%。目前我国结核病的疫情还较严重，感染力高峰在50~60岁年龄组，患病率、死亡率均落在65~69岁组，为我国结核病的一大特点。

三、老年呼吸系统疾病的临床表现特点

由于老年人的各种组织与器官形态与功能随年龄的增长逐步出现一系列退行性变，导致老年人疾病的许多特点。

(一)症状：老年人呼吸道疾病常无典型症状，有的起病突然，咳嗽、咳稀泡沫样痰或伴有发热。但一般老年人起病多比较缓慢，病程长，恢复慢。早期仅表现为疲乏无力、精神萎靡或烦躁不安，故易被忽视。

咳嗽、咳痰是老年人呼吸系统疾病的主要症状，但不是所有的老年患者一开始就有咳嗽及咳痰为主诉。老年人咳嗽可由多种原因所引起，除呼吸系统以外的疾病，如老年人充血性心功能不全、上呼吸道异物梗阻所致的咳嗽亦常见。因此，必须结合其他症状、体征，特别是痰的性质等综合判断。

胸痛、气促是老年人呼吸系统疾病常有的症状。但除部分肺炎者外，一般胸痛不明显，而气促者较多。呼吸系统的老化改变可使气促加重，老年人体力渐衰，稍动就感气促，

伴有心功能不全的老年人更易气促。另外，还应将老年人疲乏无力及精神因素造成的胸部不适与气促相区别。

哮喘对老年患者来说，除想到常见的支气管哮喘与心原性哮喘外，还应注意支气管肿瘤或异物引起的哮喘。

(二) 体征：老年患者呼吸系统疾病的体征，除注意语颤、浊音、摩擦音、呼吸音及罗音外，还应注意老化的形态学改变造成的伪差。

老年人因胸廓固定、变形，多呈桶状胸，胸的扩张性受限，体格检查时不易发现阳性体征。因此，望诊可见呼吸运动减弱，触诊、叩诊和听诊可误认为有肺气肿。

老年人呼吸道感染多有发热，但热型极不规则。患病早期也可能不发热，仅表现为心率增快或呼吸急促。

肺炎被称为“老年之友”，不仅患病率高，且常成为老年患者死亡的直接原因。但老年人患肺炎时常缺乏特异症状。如自觉症状可不发热，咳嗽、吐痰也不一定多。老年人咳嗽反射低下，痰易吞咽，因此要特别注意老年人的脸色、呼吸与心率的改变。并发神经症状易与老年痴呆相混，出现意识障碍，有时易误诊为脑血管意外，应注意鉴别。

(三) X线：老年患者X线缺乏典型表现。老年肺结核X线表现新旧病灶交错存在，硬化灶较多，且多居中下肺野，有时类似肺癌，故常因此导致误诊。Bobrowicz尸解报告，老年结核病约1/4患者胸片正常，1/3患者临床病情恶化甚至死亡而胸片无变化。老年肺炎X线表现较复杂。村上报告，解剖有肺炎而生前X线照片能发现者不足37%，X线照片有肺炎阴影，解剖后25%未见肺炎。老年人大叶肺炎常无大叶实变，酷似结核空洞周围炎。

(四) 实验室检查：老年人痰不易咳出，送检率低，阳性率仅为40%。有人统计尸解证实的肺结核60~100%痰菌阴性。因此，老年结核除多次查痰外，尚应作腹水、胃液和骨髓涂片或培养。

老年肺炎以往资料统计球菌占90%，近年杆菌和混合感染逐年增多。老年人随年龄增长结核菌素反应有下降趋势，活动性肺结核菌素阴性者高达72.7%。有报告80岁以上结核病人比70岁以下的菌素阴性率高一倍，故老年人结素试验阴性不能完全排除结核病。

(五) 合并症：老年呼吸系统疾病合并冠心病、左心衰竭、肺水肿多见，易患肺梗塞，其症状往往与肺感染相似，病情重，治疗复杂，死亡率高。老年糖尿病有以肺感染起病者，应特别注意，不要忽视糖尿病的治疗。部分肺癌患者可出现一种或多种肺外表现，其中以骨关节病和内分泌紊乱综合症较多见。肺外表现可先于呼吸道症状，甚至先于在X线表现前，此为早期诊断肺癌的重要线索。肺癌脑转移者，有以脑症状为首发症状，应与神经系统疾病相鉴别。老年人咳嗽无力、排痰困难，尤其在卧床或外科手术后更为明显，容易发生坠积性肺炎。食道下端括约肌松弛、咽喉功能不全的老人，胃内容物返流易导致吸入性肺炎，应予注意，给以及时治疗。老年人常多脏器受累形成恶性循环，易出现呼吸衰竭。

四、老年呼吸系统疾病的治疗特点

老年人免疫力及组织再生能力均随年龄的增长而下降，且合并症多，故疗效较青壮年为差。肺部感染的病人在应用抗生素前，原则上应先作痰涂片检查、痰培养和药敏测定。

但老年人因排痰功能减弱或神志障碍，痰细菌检查往往得不到满意标本，仅能借助临床经验选用抗生素。近年来老年肺炎病原菌发生了明显变化，革兰氏阴性杆菌感染率高，其中大肠杆菌、绿脓杆菌最多见，应选择应用庆大霉素、呋苄青霉素、羧卡青霉素及黄苄青霉素等。对老年人促进排痰、充分引流痰液是有效控制肺部感染的必不可少的重要措施。老年肺炎较易诱发呼吸衰竭及心脏并发症，因此氧疗十分重要。老年慢性肺心病急性发作期由于严重感染和缺氧常并发多脏器功能不全，随增龄发病率增高，应对病人作多项功能检查，治疗时要全面综合考虑，注意患者的年龄、病程、机体状态、药物对心、肝、肾重要脏器的损害，不要顾此失彼。治疗中应慎用氨基糖甙类抗生素，以免造成少尿性肾衰。在合并严重心衰时，使用利尿剂不应过快过多，以免引起各重要脏器低灌注而发生功能不全，使用洋地黄制剂时剂量要小以防中毒。且不能以心率减慢作为考核疗效的指征。近来发现老年慢阻肺患者死亡高峰时间为1~8时，夜间死亡机会较多，夜间加用呼吸兴奋剂、保持气道通畅，可减少慢阻肺患者夜间死亡率。老年咯血患者因多合并心血管疾病，一般不宜应用垂体后叶素。老年结核性胸膜炎不宜常规应用激素。老年肺癌因有严重呼吸系并发症放射治疗不宜应用。化学治疗副作用大，可引起全身衰竭，治疗应慎重，药量应减半，应多配合免疫和支持疗法。老年呼吸系疾病易出现酸碱失衡、电解质紊乱，应及时纠正。老年肺心病患者因饮食差，多伴有蛋白-能量营养不良，因此要及时进行有效的营养支持，这是肺心病患者抢救成功的重要措施之一。

第二节 老年人感冒

感冒可分流行性感冒与普通感冒两种，常由各种病毒引起，多发生于冬春季节和任何年龄。老年人感冒的特点为重症较多，易并发肺炎，病死率高。

一、病因

流行性感冒的病原主要是流感病毒。流感病毒是核糖核酸类病毒，直径80~100毫微米，对高热抵抗力弱，加热至56℃数分钟即丧失致病性，100℃1分钟即被灭活。病毒对干燥、紫外线照射、乙醚等化学制剂都非常敏感。

根据血清抗原性的不同，流感病毒可分甲、乙、丙三型，各型又分若干抗原性不同的亚型。三型中以甲型病毒的变异最多。自1933年发现流感病毒的原甲型以来，又发现亚甲型(1947年)、亚州甲型(1957年)和香港株(1968年)等三次变异过程。乙型流感病毒变异较缓慢，但也经历了两次变异。丙型流感病毒变异不大。流感病毒抗原结构的变异是流感出现流行的基本原因。大流行一般都是甲型病毒及其亚型引起，乙型流感都呈局部小流行或散发，丙型则仅引起散发病例。老年人普通感冒最常见的病原为鼻病毒，其次为呼吸道合胞病毒以及腺病毒等。

二、流行病学

(一) 传染源：主要是急性期患者，尤其是轻型患者。从潜伏期到体温下降至正常以前为传染期。病初2~3日传染性最强。