

老年病症状鉴别诊断

laonianbing zhengzhuang
jianbie zhenduan



天津科学技术出版社

93537

老年病症状鉴别诊断

主编译 陈百川

天津科学技术出版社

编译者 张正卿 吕天厚 杨 晔
李希仁 许克鲁 蔡启圣
王长久 吴新生 王 梅
谢海峰 饶欣欣 马桂香
高连茹 李鲁鲁 孙士林
王 琪

2W83/27

老年病症状鉴别诊断

主编译 陈百川
责任编辑：罗愉先

*

天津科学技术出版社出版

天津市赤峰道130号

天津新华印刷三厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本787×1092毫米 1/32 印张12.375 字数264 000

1988年7月第1版

1988年7月第1次印刷

印数：1—20 700

ISBN 7-5308-0247-X/R·89 定价：3.65元

前 言

随着社会人群中老年人比例数的增加，老年人的保健日益受到重视。老年病保健工作者和一般临床医师必须熟悉老年病的基础理论、诊疗知识、预防和保健措施，以适应日益增长的客观要求。而老年病人也应适当掌握有关老年病的一般保健诊疗知识，以加强老年人的自我保健。

老年病的诊疗在许多方面不同于一般诊疗原则。这一差别必须体现在老年病的临床实践之中。因此临床保健医生必须不断提高这方面的技能并灵活加以运用。为了适应这一方面的需要，我们以英国R·C·Hamdy著的Geriatric Medicine A problem-orientated approach和M·S·J· Pathy编的Principles and Practice of Geriatric Medicine两书为蓝本而编译成本书。

本书就老年病的常见症状，包括跌倒、易疲劳及急性精神错乱等20余个症状的性质、病理生理基础、诊断与鉴别诊断要点以及有关处理等，作了较详细的介绍，并列举图表，便于临床医生及时参照查考。在一些章节中，作者结合临床经验对实际处理作了生动有趣的探讨。对老年人的药物治疗、免疫、精神心理、实验检查以及与老年病有关的其它问题亦分别列章介绍。

本书内容力求深入浅出，联系实际，可供一般临床工作者，特别适宜从事老年病的医护保健工作者参考，对于广大

老年病人以及对老年病有兴趣的社会工作者和医学生们也很有参考价值。

本书承蒙海军总医院马载坤主任医师、骆明义副院长、李庆棣、王笑中、盛韵姑主任医师和张又新副主任医师等审阅。在此致以衷心感谢。

编译者

1987. 6 .

目 录

1. 摔倒	(1)
2. 易疲劳	(24)
3. 急性精神错乱	(39)
4. 胸痛	(61)
5. 劳力性呼吸困难	(77)
6. 充血性心力衰竭	(95)
7. 下肢水肿	(114)
8. 高血压	(129)
9. 局限性运动无力	(143)
10. 腰背痛	(162)
11. 髋关节痛	(178)
12. 体重下降	(189)
13. 尿失禁	(204)
14. 大便失禁	(221)
15. 大便习惯改变	(232)
16. 视力减退	(243)
17. 睡眠失调	(257)
18. 头痛	(266)
19. 瘙痒	(279)
20. 体温过低	(291)
21. 老年人的药物治疗	(303)

00/8346/890224/3.657

22. 运动与衰老	(318)
23. 老年病的预防医学	(340)
24. 有关老年病的特殊问题	(350)
25. 临终病人的处理	(367)
26. 生化数据的解释	(379)

1 摔 倒

摔倒在老年人中尤为常见，而且在这个年龄组因摔倒引起的发病率和死亡率是相当高的。65~69岁的妇女摔倒率为30%，85岁以上摔倒率上升至50%左右。男子也随年龄的增长而有类似的增加。如65~69岁的摔倒率为13%，80~84岁上升至31%。

老年人摔倒的后果是十分严重的。因摔倒造成骨折，估计65~74岁的男子有18%（妇女27%），75岁以上则上升至30%（妇女40%）。由摔倒所致的死亡率也是值得注意的。

摔倒对精神可产生严重的影响。常摔倒的老年人很可能会失去自信心，害怕单独生活，特别是如果摔倒后不能自己爬起来，并且不得不靠他人帮助，由于怕再摔倒而尽可能少站起来，因而长时间坐在椅子上或卧床。这样就可能导致骨骼肌萎缩，走路更加不稳，容易发生恶性循环。由于深居简出，晒太阳机会减少，骨软化的机率增大，进而可能导致近端型肌病，增加摔倒的危险。

1.1 摔倒的病因

在大多数情况下，造成摔倒的病因是多方面的，然而常可能发现某个诱发因素。对摔倒而住院的老年人进行一系列大量的分析表明，自身原因（内在因素）占45%，由于各种外界原因（外在因素）引起的摔倒占39%，无明确原因者占

16%。

1.1.1 内在因素

老年患者，几乎任何一种严重疾病都能引起摔倒。因为有些疾病只在摔倒后才诊断出来，故现在称这样的摔倒为“先兆性摔倒”。心肌梗塞、肺栓塞、胸部感染及肿瘤仅仅是少数例证。在许多情况下，诸如镇静、安定和催眠药物，能使患者平衡和姿势调节功能迟钝，并可促发摔倒。酗酒常常增强许多镇静和催眠药的作用。此外，巴比妥酸盐和其他抗惊厥药可引起骨软化，由此使患者更容易摔倒。氯磺丙脲和其他口服的长效降糖药，可导致低血糖而摔倒。

摔倒的一些常见原因，见图1.1。

1.1.1.1 心律不齐和传导障碍

心律不齐是老年患者摔倒的最常见的原因之一。心率的任何突然改变（图1.2，图1.3和图1.4）都可能使心搏量和心输出量减少。这尤常见于心动过速的患者，因为心率增快舒张期大大缩短。此外，这也很可能发生在快慢综合征的患者（没有明显原因而心率突然加快然后减慢），并且可能发生部分或完全传导阻滞。由此而产生的心输出量减少可引起脑灌注量下降，患者感到头晕而摔倒。因为老年患者体内许多内环境稳定的代偿机制，如脑循环的自动调节功能不如年龄较轻组那样强，因此他们特别容易发生脑灌注量减少。而且颈动脉或椎动脉中只要其中之一有狭窄或粥样硬化改变，心律不齐即可促发局部脑缺血、暂时性缺血性发作（TIA）和摔倒。对40名表现为反复发作的头晕、摔倒、一过性黑朦或精神错乱，年龄为65~90岁的老年患者的研究结果，有19名（48%）患者严重心动过速（心率每分钟150次以上，持

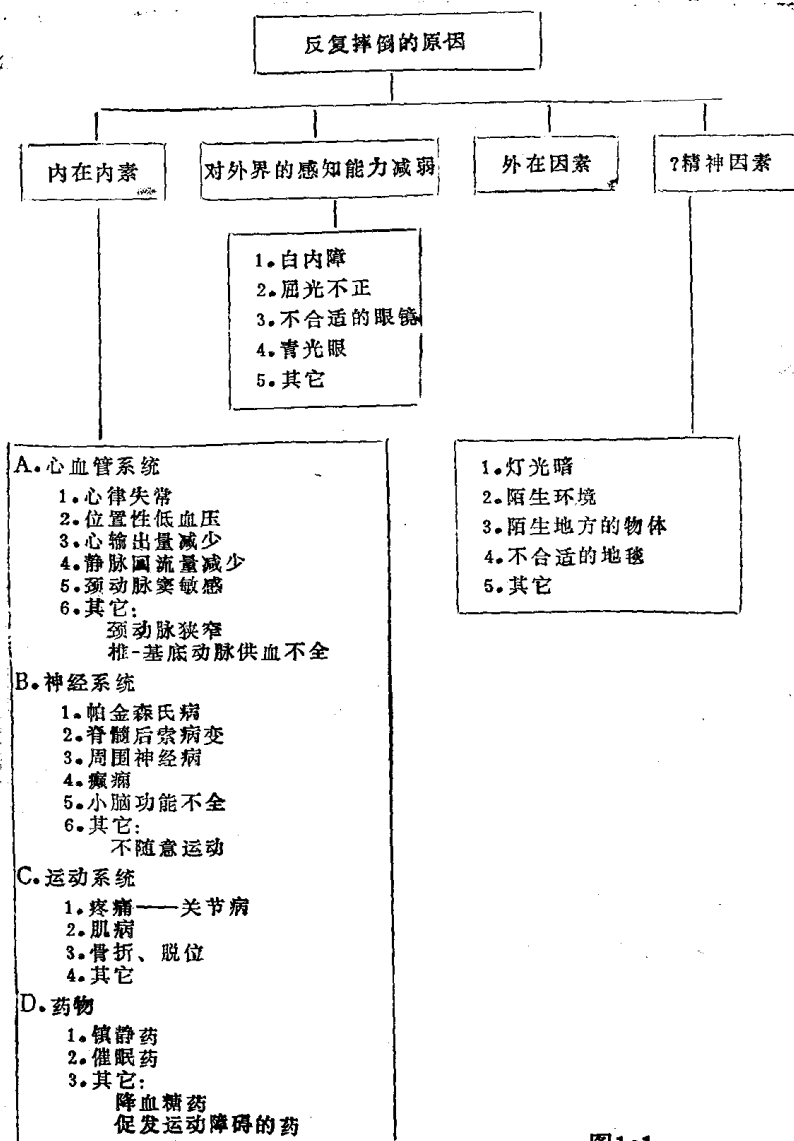


图1-1

续3秒或更长)，或心动过缓（心率每分钟低于45次持续3秒或更长），或心跳暂停时间在1.5秒以上。这19名患者中，12名常规心电图正常。19名中16名患者得到治疗，15名心律失常被控制，除1名患者外，所有患者未再有头晕、摔倒、一过性黑朦或精神错乱发作。

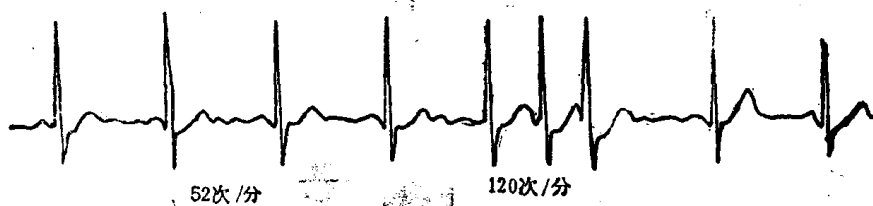


图1·2 突然心律失常

常规12导联心电图有时可以预示患者可能发生心律不齐，其中特别敏感的是心房纤颤、不同程度的传导阻滞、预激综合征（PR间期缩短，QRS波上有 σ 波）、LGL综合征（P-R间期缩短，QRS波上没有 σ 波）、多源性室性异位激动和折返激动。然而，安静时的12导心电图往往是正常的，而且多数情况下不可能只单纯通过这种描记来诊断心律失常的类型。对非卧床患者的心律和心率必须至少进行24小时连续监测。此外，可要求患者保留心电图监测期间曾发生过的任何一次头晕或平衡失调的发作记录。患者发作时，心电图记录带上可能留下一标志，这非常有利于对记录带的分析。但这仅对少数精神状态好的患者可行。另一方面，如果老年患者与亲属一起生活或生活在养老院，可以让亲属或护理人员记录任何一次摔倒的时间。如果摔倒与心律失常发作恰好在时间上吻合，那么可能是因果关系。

在24小时心电图连续监测时，患者常常没有摔倒或头晕发作。为解决此问题，对携带式心电图仪特制了开关，当头晕或平衡失调发作时由患者将其打开。这样，监测心率和心律的时间就可超过24小时。然而，老年人使用这种记录仪其结果不太令人满意，特别是年纪非常大的老人，不是忘了打开，就是在不必要时打开。因此除非患者意识清楚、合作而且检查的意义明确，否则这种方法结果将是令人失望的，不如建议使用标准24小时记录仪（见图1·4）。

在排除心律失常作为反复摔倒的原因前，很难断定一个患者应该多长时间进行一次心电图监测。而且，对“健康者”24小时心电图监测的几次调查已表明，心律失常更常见于老年人。在一组没有心脏病史、体检和常规心电图描记正常的人群中，严重室性心律失常（R波落在T波上的复合波或多源性室性异位搏动）的发病率，21~40岁年龄组为39%，

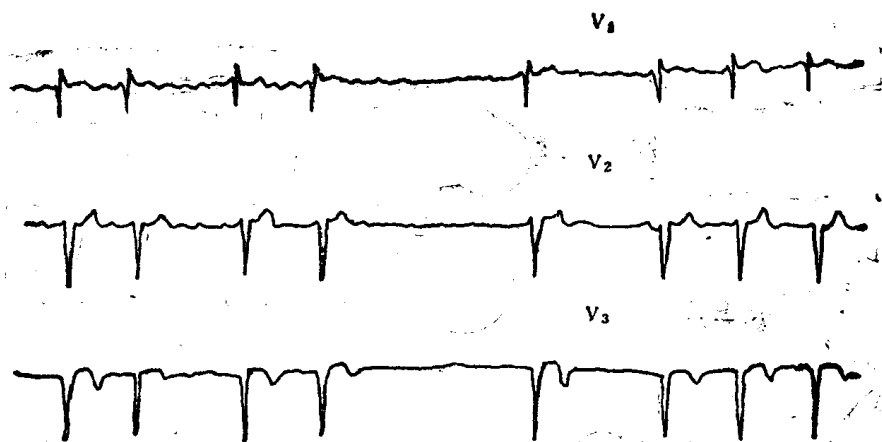


图1·3 心房纤颤

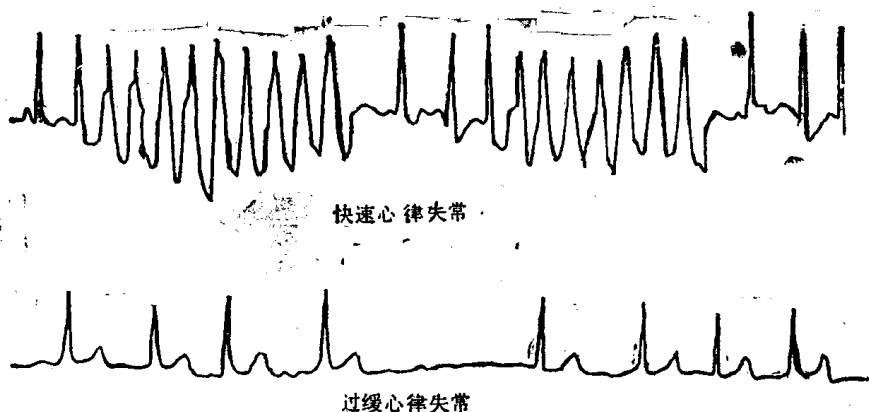


图1·4 24小时携带式心电图监测，心动过速和心动过缓

61~80岁为69%。相反，无室性心律失常的百分率，21~40岁为39%，而61~80岁仅为8%。

即使摔倒与心律失常发作在时间上吻合，也只能这样认为：如果经治疗心律失常得到控制，患者不再摔倒，那么心律失常就是引起摔倒的原因。由于不同类型的心律失常治疗不同，所以重要的是，对引起患者反复摔倒的特定的心律失常，应尽可能予以确诊。不同类型的心律失常及其相应治疗的有关详细阐述，可参阅更全面的专著。

1·1·1·2 位置性低血压

位置性低血压即直立性低血压，指站立时收缩压和舒张压降低20毫米汞柱以上。由于血压突然下降，患者可感到头晕、共济失调和摔倒。一旦仰卧，通常所有症状很快消失。

正常情况下，几乎在起立的同时，伴交感神经的血管舒缩活性增强，结果产生阻力性（小动脉）和容量性（小静

脉)血管收缩。前者代偿了心输出量的减少,后者使静脉淤积减少从而促进静脉回流。而且心率加快代偿了心搏量的减少。另外有证据表明此时抗利尿激素释放增加。由于这些代偿机制使起立时血压基本保持不变,于位置性低血压患者,上述代偿机制失调。因此,当起立时血压下降、产生头晕,甚至可能失去平衡而摔倒。位置性低血压引起的头晕、平衡丧失和摔倒,是由于脑灌注量减少之故。

脑血管对一般神经性和激素刺激没有反应,但对局部氧和二氧化碳浓度的改变非常敏感。因此,即使系统血压降低,脑血流量仍能完全正常地保持不变(脑的自主调节)。健康成年人,系统血压必须降至约60毫米汞柱以下,脑血流量才会减少。有人已证实,有症状性位置性低血压的老年患者,脑自动调节功能受损,当血压下降时脑血流量减少。所以,当他们起立时由于血压不能保持恒定,血压突然下降,以致脑血流量和灌注量减少。

位置性低血压在老年患者中常见。它可由植物神经系统疾病引起,如糖尿病和酒精中毒。它还与其他多种神经疾病有关,而且可由一些药物所致。如降压作用强的药,三环类抗抑郁药,巴比土酸盐,酚噻嗪和左旋多巴。低钾血症常可引起位置性低血压。偶见位置性低血压合并帕金森氏病(Shy-Drager综合征)者。然而,不能确定病因者亦不少见。

1.1.1.3 心输出量不足

许多老年患者在安静时心输出量能满足机体的需要,但活动时心输出量不能充分地增加,以满足机体的要求。活动时大部分的心输出量供给运动状态的骨骼肌,因而到达脑的

血量减少，患者可能感到头晕并摔倒。临床上，患者静止时可以没有心衰症状，但当作某些体力活动时，如走几级台阶，患者开始可有呼吸急促，医生可听到奔马律或三音律，如果不立刻坐下，则可能会站立不稳而摔倒。

心输出量不能充分增加以满足机体需要的原因可能有几种：心肌广泛缺血，心脏储备力减弱，心肌病及瓣膜疾患如主动脉瓣闭锁不全，二尖瓣闭锁不全，二尖瓣狭窄，特别是主动脉瓣狭窄。此外，严重贫血，广泛性活动性Paget氏病和动静脉瘘，在安静时心输出量就高于正常，并且心脏储备力大大减弱，因此当活动时不能再适当地增加心输出量（高输出量心衰）。

1.1.1.4 颈动脉窦敏感

颈动脉窦（副交感神经丛）位于颈总动脉分叉处。当此神经丛受刺激时，大多数人可观察到心率稍稍减慢。颈动脉窦敏感者，对此神经丛轻微地压迫，就可能导致明显的心动

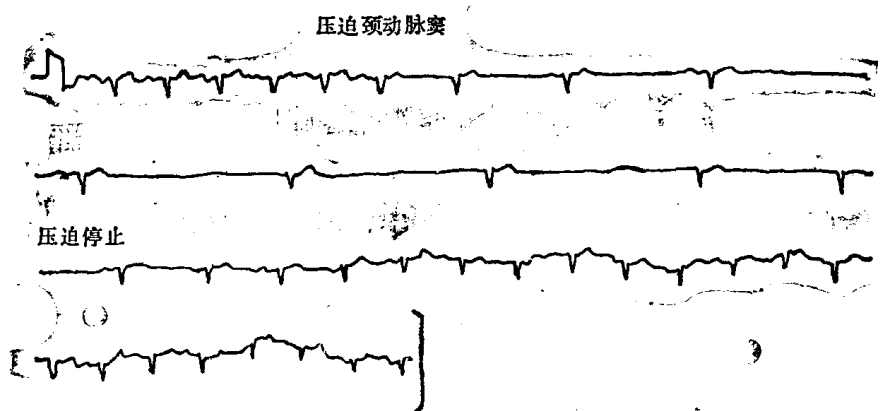


图1.5 压迫敏感的颈动脉窦的效应

过缓（图1·5）。这种情况在年轻人很少见，因为他们的内环境稳定，代偿机能好。而老年患者这些代偿机能大多较差，因此所造成的心动过缓可导致心输出量、脑血流量和脑灌注量减少，患者可感到头晕并摔倒。

对颈动脉窦的压迫可由于某些简单原因所致，如硬领过紧的压迫。颈椎骨性关节病患者穿太紧的硬领衣亦可压迫颈动脉丛。头晕还可因头侧转而再发。这两种情况可能容易混淆。轻轻压迫颈动脉窦同时摸脉，通常可以完全鉴别是颈动脉窦敏感还是其他原因。

1·1·1·5 短暂性脑缺血发作

短暂性脑缺血发作（TIA）是一种可逆的改变。局灶性非惊厥性脑缺血发作，突然发病且常伴有神经系统功能性障碍的体征，持续时间不超过24小时。TIA后，能完全恢复且无后遗症。根据脑缺血的区域，TIA可区分为颈动脉系统缺血发作和椎-基底动脉系统缺血发作。尽管颈动脉和椎-基底动脉供血不全都可促发摔倒，但临床其他表现因这些动脉系统供血区域不同而有所差别。

颈动脉系统缺血通常有对侧上肢或下肢麻木，笨拙和力弱。突然出现力弱可能使患者失去平衡而摔倒。常见一过性单眼视力丧失。如果有面肌轻瘫，患者多不自知而常被他人发现。椎-基底动脉系统缺血，发作时可表现为：突然跌倒、眩晕、共济失调、视力障碍，构音障碍、感觉异常及口周和舌麻木。然而，必须指出，眩晕本身并不能确定TIA的诊断，因为它可由其他许多疾病引起。诊断TIA，必须有一过性局灶性神经系统障碍的表现。

TIA的病因很多，可分三大类。第一，供应脑的血管异

常。如粥样硬化,狭窄,颞动脉炎以及这些动脉的外在压迫。穿过颈椎横突孔的椎动脉,因颈椎骨性关节炎病其通道变得非常弯曲时,可促发椎-基底动脉供血不全。此外,如果患者突然头部侧转,椎动脉弯曲可能更明显,以致血流严重减少或者甚至完全中断,结果引起椎-基底动脉供血不全(VBI)。由于老年人颈椎骨性关节炎病极常见,所以不能单凭颈椎X线检查作出VBI的诊断。至少还必须证实当患者头侧转时有头晕的症状。第二,血流方式异常。如心律失常(尤其是快慢综合征),心脏传导异常,二尖瓣脱垂,心房粘液瘤以及锁骨下动脉和其他盗血综合征等,血液可突然从大脑分流。第三,血液成分的异常。这包括各种血栓形成性疾病和红细胞异常。关于这些病因的讨论请参阅有关专著。

应该指出:曾有TIA病史的患者要比同龄同性别的人更容易发生脑血管意外,因此应采取积极措施探索并治疗其潜在病因。

1.1.1.6 猝倒发作

患者发生跌倒,是因腿突然离地而摔倒,这样的跌倒无头晕先兆并且无意识丧失,多数情况下患者能自己爬起来并立即继续活动。

有些猝倒的确切病因尚不明确。有些病例可能是由于一过性缺血发作涉及到椎-基底区域,也可能这种发作实质上属癫痫性的,或由于突然丧失对姿势注意力。有时,跌倒后患者不能自己活动,其躯干和下肢的肌张力低下,这是发生于跌倒前还是跌倒后,现在仍有争议。有人认为压迫足趾可使肌张力恢复正常。

1.1.1.7 晃动增多