

常见

老年病

诊断与治疗

高万从
编著

*Changjian laonianbing
zhenduan yu zhihao*



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

常见

老年病

诊断与治疗

高万从
编著



ARTIME

时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见老年病诊断与治疗/高万从编著. —合肥:安徽科学技术出版社, 2011. 2

ISBN 978-7-5337-4937-8

I. ①常… II. ①高… III. ①老年病-诊疗
IV. ①R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 264807 号

常见老年病诊断与治疗

高万从 编著

出版人: 黄和平 选题策划: 王 镇 责任编辑: 王 镇

责任校对: 盛 东 责任印制: 廖小青 封面设计: 武 迪

出版发行: 时代出版传媒股份有限公司 <http://www.press-mart.com>

安徽科学技术出版社 <http://www.ahstp.net>

(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场, 邮编: 230071)

电话: (0551)3533330

印 制: 合肥义兴印务有限责任公司 电话: (0551)3355286

(如发现印装质量问题, 影响阅读, 请与印刷厂商联系调换)

开本: 850×1168 1/32 印张: 7.75 字数: 209 千

版次: 2011 年 2 月第 1 版 2011 年 2 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-4937-8

定价: 15.00 元

版权所有, 侵权必究

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,老龄人群迅速增加。

老年人组织结构老化,退行性改变和器官功能减退,患病率显然比青年人高,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。因此老年医学越来越引起各国医学界的重视。

本书从实用角度出发,主要讲述常见老年病的诊断和治疗,更注重治疗,“诊断是手段、治疗是目的、预防是根本”。老年患者由于组织结构和生理功能的退化,往往因其病情较复杂,临床表现不典型,并发症发生率高,药物不良反应多,都给诊断和治疗带来一定的困难。所以对老年病的处理更应认真分析、细心观察、全面考虑,力求诊断正确,治疗得当,减少病人致残率和病死率。

本书罗列近 30 种疾病,基本包括了全部对老年人健康危害较大的重要疾病(肿瘤除外),对疾病的诊断和治疗的描述尽可能翔实具体,说理透彻明白,不仅可操作性强,也便于理解和记忆。并注意介绍一些新药物、新技能、新理念和新趋势。即使你所在单位尚不具备使用先进技术的条件,也应该对当前应用的新技术和新成果都有明确的了解,这样才可能在工作实践中减少失误。

本书书末编写了保健指南一章,保健对于老年人非常重要,保健就是防病,保持身体健康便可以预防疾病,实际上老年人做好自我保健不仅是防病,对于很多慢性病的治疗也有重要作用。

高万从

2011年1月

目 录

第一章 绪论	1
第二章 循环系统疾病	4
第一节 高血压	4
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	19
第三节 心力衰竭	44
第四节 心房颤动	60
第五节 心脏骤停与心肺脑复苏	64
第三章 代谢疾病	73
第一节 肥胖症	73
第二节 血脂异常	78
第三节 痛风	87
第四节 糖尿病	98
第五节 老年骨质疏松症	123
第四章 神经精神系统疾病	130
第一节 老年痴呆	130
第二节 老年抑郁症	144
第三节 脑卒中	151
第四节 慢性脑供血不足综合征	173
第五节 帕金森病	176
第五章 呼吸系统疾病	185
第一节 慢性阻塞性肺病	185
第二节 慢性肺源性心脏病	191
第三节 老年肺炎	203

第四节 肺栓塞	209
第六章 消化及泌尿系统疾病	219
第一节 胃食管反流病	219
第二节 脂肪肝	223
第三节 良性前列腺增生症	227
第七章 老年保健指南	233

第一章 绪 论

由于老年人心理和生理的变化,在疾病的临床表现和治疗反应方面都可能与一般成年人不尽相同,有其一定的特殊性。

(一)症状不典型

1. 起病隐袭、病程缓慢。

老年人不仅慢性病起病隐袭、病程缓慢,即使是急性病也可能不表现急性起病。例如老年肺炎,起病就往往没有畏寒、战栗、发热等表现,易被忽视。即使发热也多为低热,高热少见。甚至血白细胞也大多增高不明显。

2. 临床症状迥异。

如剧烈胸痛是心肌梗死的经典症状,但老年无痛性心肌梗死则较多见。又如蛛网膜下腔出血大多以剧烈全头痛和明显的脑膜刺激征起病,而老年蛛网膜下腔出血则此类症状往往缺如,多半表现为意识障碍。

3. 老年患者易发生意识障碍。

老年人由于脑动脉粥样硬化,脑组织慢性供血不足,大脑特别是大脑皮质功能已处于边缘状态,一旦发生重病就可能诱发意识水平下降。

(二)易并发多脏器功能衰竭

由于老年组织结构的退行性变化,各器官功能业已衰减,平时尚能维持一定水平的运转,不出现衰竭。若某系统器官发生重大疾病则容易引起多系统器官出现功能不全表现。

(三)老年人病后并发症多、治愈率低、死亡率高

(四)老年病人药物的应用

1. 老年人的药物动力学。

(1)药物吸收。药物吸收是指药物从用药部位渗入血管进入血循环的过程。老年人胃肠组织结构改变,功能退化,影响药物的吸收。皮下或肌肉注射药物吸收慢而不规则,生物利用度低,对于重病老人尽可能静脉用药。

(2)药物代谢。口服药经胃肠吸收后首先经过肝微粒体酶灭活,再进入体循环。老年人肝血流量较一般成年人减少近50%,且肝微粒体酶活性也降低,因此药物本身代谢及经肝灭活的药物代谢均降低,血药浓度因而升高。

(3)药物排泄。老年人肾功能减退,因而主要经肾脏排泄的药物可能在体内蓄积,半衰期延长。

2. 老年病人用药应注意事项。

(1)必须清楚了解病史和既往用药情况,认真分析,正确诊断,合理用药。

(2)尽量减少用药品种,减少用药剂量。用药品种越多,加起来的副作用就越多,而且药物之间也可能产生拮抗抵消药效。在不影响治疗的前提下,对老年病人应尽量减少用药品种。60岁以上的老人用药剂量也应减小,一般可用成年人的50%~75%。严格遵守个体化原则,根据病人病情、一般状况和肝肾功能决定。

(3)尽量避免使用对肝肾功能有毒性的药物。肝脏和肾脏是药物的代谢和排泄器官,受损后易产生药物蓄积增加毒性。医生对治疗病人的每一种用药都应有深刻的了解,并要仔细阅读药品说明书,明确知道药物的作用和副作用,适应证和禁忌证,以及应该注意的事项。尽量不用对肝肾有毒性的药物。

(4)使用中成药时需注意以下几点:①有的中成药(如消渴丸、血脂康)中含有西药成分,注意勿与已服用的西药发生重复。②中成药中有的成分(如乌头、马兜铃等)有严重的副作用。③很多中药与西药的相互作用尚缺乏深入的研究,有的中成药中含有很多种中药成分,若与西药同时应用(特别是长期伍用),其中利弊需慎重考虑。

第二章 循环系统疾病

第一节 高 血 压

在高血压患者中,90%以上是病因不明的原发性高血压,简称高血压。还有不足10%是某种疾病的一种表现,为继发性高血压,本文所讲述的是原发性高血压。

一、高血压的流行病学及其危害

据统计我国18岁以上的居民高血压发病率为18.8%,全国有1.6亿高血压病人。60岁以上的人群,患病率在50%左右。

我国高血压的流行特点。其患病率表现为北方高于南方,中西部地区高于东南沿海地区,城市高于农村。60岁以上的老人明显高于中青年,年龄越大患病率越高,男女患病率差异不大。饮食习惯爱吃荤吃咸的人群高于饮食清淡者。经常大量饮酒者血压水平高于无饮酒嗜好者。文化程度高的脑力劳动者高于文化程度低的体力劳动者。肥胖和超重者高于体重正常的人。父母双亲有高血压者其子女患病率也较无家族史者高。同一人群,冬季患病率高于夏季。

由高血压引发的心脑血管病死亡率已位居所有疾病之首。高血压病人发生脑卒中的概率是正常血压的4~7倍,无论收缩压或舒张压增高都会增加脑出血或脑血栓的危险。目前我国每年由高血压导致的脑卒中的人数在150万人以

上。从血压 110/75 mmHg 起,随着血压的增高,心脑血管病危险持续增高。与 110/75 mmHg 相比,血压 120~129/80~84 mmHg 者心脑血管病危险增加 1 倍,血压 140~149/90~94 mmHg 者心脑血管病危险增加 2 倍,血压 >180/110 mmHg 者增加 10 倍。研究显示基线收缩压(SBP)每升高 10 mmHg,脑卒中发生相对危险增加 49%(缺血性卒中增加 47%,出血性卒中增加 54%)。舒张压(DBP)每升高 5 mmHg,脑卒中危险增加 46%。

血压水平与冠心病危险,有的研究报告为收缩压 120~129 mmHg 者冠心病相对危险比 <120 mmHg 者增高 40%,收缩压 140~149 mmHg 增加 1.3 倍。血压急剧升高可诱发急性心肌梗死。

血压升高增加心衰和肾脏疾病危险,高血压病史者的心衰危险比无高血压者高 6 倍。舒张压每降低 5 mmHg 可使终末期肾病的危险减少 1/4。

脉压增大是反映动脉弹性差的指标,60 岁以上的老人基线脉压与心血管死亡,脑卒中和冠心病发病均呈显著正相关。

二、血压测定

血压是指动脉血压,指流动的血液对血管壁产生的侧压力,是由心脏射血和外周血管阻力相互作用的结果。当心脏收缩时动脉血压上升到最高值称收缩压,心脏舒张期动脉血压降到最低值称舒张压。情绪、环境、冷暖及测量方法等诸多因素都可能会影响血压的升降。饮酒、吸烟、疼痛、焦虑、运动、服药、大小便告急等即刻会使血压波动,因此测压有如下要求。

1. 测压前 30 min 内不饮酒、不吸烟、不饮茶、排空大小

便、不进食、平静休息 15 min。

2. 选择符合计量标准的水银柱血压计,或经国际标准(BHS 和 AAMI)检验合格的上臂电子血压计。

3. 血压计袖带长 35 cm,宽 12~13 cm,肥胖、臂围粗者应使用大规格袖带,儿童用小规格袖带。

4. 被测压者最好取坐位,裸露右上臂,上臂与心脏在同一水平。特殊情况下可取卧位或站立位。第一次测压最好测量左右双臂血压。

5. 要避免衣袖太紧压迫手臂,血压计袖带捆绑松紧适度,不要太紧或太松。测压前血压计气袖中的气全部放掉。

6. 袖带的下缘应在肘弯上 2.5 cm 处,将听诊器探头放在肘窝肱动脉上。轻按探头使之和皮肤全面接触,但不要重压,也不要将听诊器探头塞入袖带下,这样测压往往是 SBP 偏低,而 DBP 偏高。

7. 测压时快速充气,使气囊内压力达到动脉搏动音消失后再升高 20~30 mmHg 缓慢放气。放气过程中听到第一音为收缩压,搏动音消失为舒张压。儿童、孕妇、严重贫血、甲亢、主动脉瓣关闭不全及柯氏(korotkoff)音不消失者,以柯氏音由强突然变弱(变音)定为舒张压。

8. 隔 1~2 分钟重复测量,取 2 次读数平均值记录。如两次相差 5 mmHg 以上,应再测量,取 3 次读数的平均值。

每天血压有两个高峰,即 6:00~10:00 和 16:00~20:00。凌晨 1:00~2:00 点为全天血压最低值。但当人体生物钟发生变化时,如上夜班的护士和其他夜班值勤人员,每天血压高峰会出现在晚上。了解高峰期应选择两个高峰时段测压,才能更好地反映机体的血压情况。比较血压高低时,应选择在每天在同一高峰时段。了解血压高峰时段,可选择在高峰来临之前服降压药,更能把握短效、中效和长效降压制剂的应用效果。

三、高血压诊断标准及分级(WHO/ISH,1999 年)

注:WHO(世界卫生组织),ISH(国际高血压协会)。

理想血压 $<120/80$ mmHg

正常血压 $<130/85$ mmHg

正常高值 $130\sim139/85\sim89$ mmHg

高血压 $\geq 140/\geq 90$ mmHg

高血压 1 级(轻度) $140\sim159/90\sim99$ mmHg

高血压 2 级(中度) $160\sim179/100\sim109$ mmHg

高血压 3 级(重度) $\geq 180/\geq 110$ mmHg

单纯收缩期高血压 $\geq 140/<90$ mmHg

当收缩压和舒张压分属于不同分级时,以较高的血压级别作为分级标准。

四、高血压引发的靶器官损害

1. 心脏。高血压心脏收缩时负荷增大致使左心室肥厚和扩大,称之为高血压性心脏病,最终可致心衰。长期高血压会并发冠状动脉粥样硬化和微血管病变,引起冠心病。

2. 脑。长期高血压使脑血管缺血与变性,容易形成微动脉瘤,从而发生脑出血(微动脉瘤破裂)。高血压促脑动脉粥样硬化,可并发脑血栓形成。脑小动脉闭塞性病变,主要发生在大脑中动脉的垂直穿透支,可引发腔隙性梗死。

3. 肾脏。长期持续性高血压,使肾小球内囊压力增高,肾小球纤维化萎缩以及肾动脉硬化。因肾实质缺血和肾单位不断减少,最终导致肾衰竭。恶性高血压时入球小动脉及小叶间动脉发生增殖性内膜炎及纤维素样坏死,可在短期内出现肾衰竭。

4. 视网膜。视网膜小动脉早期出现痉挛,随着病程的进展出现硬化改变,血压急剧上升可引起视网膜渗出和出血。

五、高血压的危险分层

高血压的预后不仅与血压水平有关,而且与其他心血管病危险因素存在及靶器官损害程度有关。因此从指导治疗和判断预后的角度,主张对高血压作心血管危险分层。将高血压患者分为低危、中危、高危和极高危。四种危险分级分别表示 10 年内将发生心脑血管事件的概率为 $<15\%$ 、 $15\% \sim 20\%$ 、 $20\% \sim 30\%$ 和 $>30\%$ 。具体分层根据血压升高水平(1、2、3 级),其他心血管危险因素、糖尿病、靶器官损害以及并发症情况(表 2-1)。

表 2-1 高血压的危险分层表

其他危险因素 和病史	血压(mmHg)		
	1 级高血压 SBP 140~159 或 DBP 90~99	2 级高血压 SBP 160~179 或 DBP 100~109	3 级高血压 SBP ≥ 180 或 DBP ≥ 110
I 无其他危险因素	低危	中危	高危
II 1~2 个危险因素	中危	中危	很高危
III >3 个危险因素或 靶器官损害或糖尿病	高危	高危	很高危
IV 并存的临床情况	很高危	很高危	很高危

[注]SBP 为收缩压、DBP 为舒张压。

1. 其他心血管危险因素。

①男性 >55 岁、女性 >65 岁。②吸烟。③血脂异常。
TCH ≥ 5.7 mmol/L (220 mg/dl) 或 LDL > 3.6 mmol/L
(140 mg/dl) 或 HDL < 1.0 mmol/L (40 mg/dl)。④糖尿病。
⑤早发心血管病家族史(一级亲属 <50 岁)。⑥腹型肥胖或肥胖。
腹型肥胖腰围(WC)男 >90 cm, 女 >85 cm。肥胖 BMI $\geq$

28 kg/m²。⑦缺乏体力活动。⑧高敏 C 反应蛋白 ≥ 3 mg/L 或 C 反应蛋白 ≥ 10 mg/L (C 反应蛋白预测心血管事件的能力至少与 LDL 一样强)。

2. 靶器官损害。

①左心室肥厚(心电图、超声心动图或 X 线证实)。②颈动脉超声 IMT >0.9 mm(颈动脉壁增厚)或动脉粥样硬化斑块。③血清肌酐轻度升高,男 115~133 μ mol/L(1.3~1.5 mg/dl),女 107~124 μ mol/L(1.2~1.4 mg/dl)。④微量白蛋白尿(尿白蛋白 30~300 mg/24h)。⑤尿白蛋白/肌酐比[男 ≥ 22 mg/g(2.5 mmol/L)、女 ≥ 31 mg/g(3.5 mmol/L)]。

3. 并存的临床情况。

①脑血管病(缺血性脑卒中、脑出血、TIA)。②心脏疾病(心梗史、心绞痛、冠状动脉血运重建、心力衰竭)。③肾脏疾病[糖尿病肾病、肾功能受损(血清肌酐,男 >130 μ mol/L,女 >124 μ mol/L、尿白蛋白(>300 mg/24h)]。④外周血管疾病。⑤视网膜病变,出血或渗出、视乳头水肿,视网膜动脉局限或广泛狭窄。

六、高血压的治疗

治疗高血压的主要目的是最大限度地降低心血管发病率和总死亡率,要在治疗高血压的同时干预患者检查出来的所有的可逆性危险因素,并适当处理同时存在的各种临床情况。

降压目标。普通高血压患者降至 $<140/90$ mmHg,年轻人或糖尿病及肾病患者降至 $<130/80$ mmHg,老年人收缩压降至 150 mmHg 以下,如能耐受还可进一步降低。舒张压降至 <90 mmHg,但不低于 70 mmHg。

(一)非药物治疗

国际公认的高血压发病危险因素为超重,高盐饮食及经

常中等量以上的饮酒。

1. 控制膳食中食盐的摄入,每日食盐量少于 6g。

2. 减少膳食脂肪,控制总热量中脂肪的比例。如将膳食脂肪控制在总热量 25% 以下连续 40 天,可使男性 SBP 和 DBP 下降 12%,女性下降 5%。

3. 注意多补充钾、钙和镁以及维生素和纤维素。

4. 多吃新鲜蔬菜和水果。

5. 限制饮酒。长期大量饮酒可引起促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平增高、水钠潴留和血压升高。饮酒和血压水平及高血压患病率之间呈线性关系,不提倡少量饮酒预防冠心病,提倡高血压患者戒酒。饮酒可增加服用降压药的抗药性。如饮酒则建议越少越好。男性葡萄酒少于 150 ml,啤酒少于 250 ml,白酒少于 50 ml,女性减半。

6. 增加体力活动。最大心率为 $220 - \text{年龄}(\text{岁})$,如要求精确则采用最大心率的 60%~70% 作为运动适宜心率,每次持续 30~60 min,最好每天坚持,每周不少于 5 天。

7. 减轻精神压力,保持心理平衡,避免大悲大喜,保持宽松、平和、乐观的心态。

8. 戒烟、尼古丁可使血压一过性增高,并能减低降压药的依从性和药效。

9. 控制体重。调控总热量的摄入,进行体育锻炼,超重或肥胖者要减肥。

(二) 高血压的药物治疗

1. 降压药物治疗原则。

(1) 开始采用较小剂量,如疗效不满意可逐步增加剂量。

(2) 为了防止靶器官损害,要求 24 h 内血压稳定于目标范围内,如此可以防止从夜间较低血压到清晨血压突然升高而致卒中,心脏病发作甚至猝死。要达到此目的,最好使用