

自我保健丛书

寿康指路

● 黄柳华编著



中国中医药出版社

序

印会河

祖国医学是一门有着光辉传统的科学。它历史悠久，源远流长，不仅深受国人欢迎，而且流传海外，影响颇广。

但作为一门科学，自有其自身的发展规律。须知中医中药所以有今天的成就，决非仅少数古圣人的创建之功，而是历代医者不断继承发展、共同努力的结果。近来有些人胶柱鼓瑟，言必岐黄，似乎只有这样才是“遵经”“崇圣”，才是阳春白雪，其实这是大谬不然的。试以岐伯、黄帝、神农、雷公言之，这些都是传说中三代以前

的人物，当时既没有文字，恐怕连结绳的绳都没有，何以能“纪事”，有什么史实可考？纵然历史上确有其人，但当时人尚处于“茹毛饮血、野居穴处”或“构木为巢、钻木取火”的时代，恐怕连衣服都没有，又焉能坐“明堂”，君臣间对医理呢？本人自幼攻读中医中药，也曾读过岐黄等的书籍，窃以为远古著作晦难懂，有的由于古今语言和文法的隔绝，根本无法弄懂；有的真正弄清楚之后，又觉粗糙、原始、自发、朴素，并无多少可学的东西。

我自参加工作以来，由于人生观和社会观的不断受到冲击，又有机会接触到更多的社会科学和由生物学发展起来的现代医学，深深懂得了“抱残守缺”和“是古非今”是科学工作者的大忌，也根本发扬不了祖国医学。故乃昕夕筹思，希望能为振兴中医，找出一条可行之道。最后乃恍然大悟，认识到这工作必须从普及开始。可能撮中西医药二者之长，广为传播，给广大人民群众以浅显易明的医学知识，使大家都能拥护并接受治疗，然后再以临床医疗为核心，循序渐进。让接受治疗的人巩固信心，学习此道的人知其然与所以然，并进一步改进剂型，以便于广大患者不苦口而利于病，再不断总结提高，拓宽推广，则不但可以提高人民群众的医学知识水平，祖国医学的发展亦在其中矣。我医学前途，岂可限量！

爰以此意就商于同道数辈，集腋成裘，共襄此举。今者，首稿已甫告成，即可付梓。本丛书文字浅显明了，除个别中西医特有词赋外，具备初中以上文化水平者均能看懂，可作为家庭和基层医务人员的顾问。医理却不致稍减，力求能做到：大病不能误事，有所认识即可及早送医院诊断和治疗；小病不须出村门，翻开本书就能找到适合的小方和成药。这个

要求并不算低。这是一项新的尝试，尚无成例可援。深知拟计与效果，常常会有一些距离。我和我的同志们，将为此作出不懈的努力，也希望广大读者多提宝贵意见，以便再版时修订、更改。我想经过几个回合的往返增易，一定能使大家都满意的。

1991年3月于北京中日友好医院寓所

前 言

随着全球性老年人口的不断增加,老年医学的研究和应用已引起广大医务工作者普遍重视。同时,为了增进健康,延年益寿,不少老年人本身迫切需要普及一些医疗卫生知识,特别是对老年易患病症的识别和治疗、抗衰老等方面能增加一些必要的知识,以便医患配合,及早防治老年病,并为老年保健、康复发挥更有益的作用。

根据我国四十年来老年患病的发展趋势和病死率分析,冠心病、急性脑血管病、肿瘤及肺部感染四大疾病为我国老年人的主要病死原因。其他最常见的老年期疾病有:高血压、糖尿病、心律失常、老年性肺炎、消化性溃疡、前列腺增生、颈椎病等。

由于笔者理论水平、临床经验有限,本书介绍最常见老年病的发病特点、中西医治疗及预防措施

施,主要供广大老年人作为防病保健的指南。其中不妥之处,在所难免,敬望同道指正。本书承蒙中日友好医院印会河教授审阅,特此致谢。

黄柳华

1990年8月

目 录

序

前 言

第一章 引言 (1)

第二章 常见老年病的中西医结合诊治
与调养 (3)

第一节 冠心病 (3)

第二节 高血压病 (9)

第三节 急性脑血管病 (15)

第四节 帕金森氏综合征 (25)

第五节 老年忧郁症 (29)

第六节 老年性痴呆 (32)

第七节 老年眩晕 (35)

第八节 晕厥 (43)

第九节 慢性支气管炎 (49)

第十节 肺气肿 (54)

第十一节	老年性肺炎	(58)
第十二节	食道裂孔疝	(63)
第十三节	慢性胃炎	(66)
第十四节	消化性溃疡	(70)
第十五节	老年人便秘	(74)
第十六节	老年人腹泻	(78)
第十七节	胆石病	(84)
第十八节	胆囊炎	(88)
第十九节	老年泌尿道感染	(91)
第二十节	前列腺增生症	(96)
第二十一节	老年人尿失禁	(99)
第二十二节	更年期综合征	(102)
第二十三节	老年人糖尿病	(105)
第二十四节	老年人恶性肿瘤	(111)
第三章	衰老与抗衰老	(128)
第一节	人的衰老	(128)
第二节	抗衰老	(132)

第一章 引言

人的一生分儿童、青年、壮年、老年四期，到什么年龄算是老年人？世界各国标准不一，一般随历史和地域特点而变动，即不同国家及同一国家不同历史时期，经济发展情况不同，物质生活水平和医疗卫生条件不同，人的衰老年龄也有不同。随着社会进步，劳动条件与居住条件改善，以及医学科学及卫生保健事业发展，人类平均寿命日趋延长，老年人口的年龄起点标准由原来四五十岁已提高到六七十岁，这是当前世界老年人生理机能衰老推迟的反映，为便于国际间比较，世界卫生组织规定，65 岁以上为老年。我国目前一般定为：45~59 岁为老年前期，60~89 岁为老年期，90 岁以上为长寿期。1982 年我国第三次人口普查，60 岁以上老人已占人口总数的 8.3%，预计不久我国将跨入人口老年化行列。

除年龄标志外,人到老年期还具有以下两个特点:

(一)生理特点:各个器官的结构和功能都发生相应改变,自我感觉体力和智力明显不及过去,乃至最后完全丧失劳动能力。

(二)劳动技能、生产经验、科学知识方面:由于长期工作实践,知识和经验,观察和分析能力是一生中最强的阶段,所谓“老马识途”,只要身体状况和精神状况良好,仍可继续为社会发挥余热,是社会建设中不可低估的智力资源。

老年人由于各脏器功能减退,免疫功能低下,对外环境适应能力降低,所以,机体内环境处于相对不稳定状态,极易失去平衡,发生一系列老年病,且一旦发生疾病,其表现形式呈多样性和不典型性,其原因为:

(1)不少老年人从中青年就罹患多种慢性病,甚或病因不明疾病,长期缠绵不愈,致老年期呈多系统疾病,如“高血压”伴“糖尿病”、“冠心病”、“肾病”;“慢支”、“肺气肿”、“肺心”合并“冠心”,临床表现往往错综复杂,变化多端。

(2)由于老年人脏器功能减退,反应迟钝,患病后初期不易察觉,以致许多疾病容易误诊,不能及时发现和治疗。如心绞痛可表现为左臂痛、牙痛或腹痛,严重感染性疾病反映体温不高,血象正常。

对此,医务人员要特别警惕老年人患病的特殊性,老年人自己对一些易患病症最好能具有一些识别能力和处理常识,以冀一旦生病能得到早期发现和及时正确处理,减少致残率和病死率。

第二章 常见老年病

第一节 冠心病

一、概 论

冠心病是老年人最常见最重要的心脏病,是由于冠状动脉粥样硬化引起管腔狭窄或闭塞,或者由冠状动脉内膜平滑肌强烈收缩,引起冠状动脉痉挛,冠脉血流和心肌需求之间不平衡而导致心肌缺血性改变。一般认为与高血压、糖尿病、高脂血症、吸烟、肥胖、体力活动少及家族遗传等因素有关。发病率及病情严重程度随年龄增长而上升,据统计 70 岁以上老年人多患有此病。按其临

床表现一般分型为：①隐匿型冠心病。②心绞痛。③心肌梗塞。④心律失常。⑤心力衰竭。⑥猝死。其中以心绞痛和心肌梗塞最为常见，有的病人可同时有二种以上临床表现。

二、老年人发病特点和治疗

(一)心绞痛

老年人心绞痛比中年患此病要轻得多，常呈非典型表现，但气短和需要停止运动还是一样的，疼痛在运动时出现而休息后很快缓解。有些病人仅以呼吸困难代替心前区痛，它与左心衰竭的区别在于无端坐呼吸和阵发性夜间呼吸困难；有的病人表现为左肩臂或腕部疼痛反复发作或颈部发紧感而误诊为骨关节炎；有的表现为咽部不适或牙齿痛而诊断为咽喉炎或牙疾；也有少数病人活动后心悸、胸部不适而无胸痛，甚则因症状不典型而误诊为溃疡病、食道裂孔疝或精神病等，所有这些非典型发作，均能经休息或应用硝酸甘油而缓解有助于诊断。症状的程度并不说明预后，症状严重者可存活多年，而症状很轻者也可发生猝死。

体检对老年性心绞痛的诊断帮助甚小，有时可见心脏扩大，心律失常，奔马律或第二心音分裂。发作时心电图检查最为重要，常有ST—T缺血性改变或陈旧梗塞表现，检查血象可帮助除外贫血所致的心绞痛。条件许可可作运动负荷试验，对心绞痛诊断有重要价值，冠状动脉造影对心绞痛的肯定诊断和判断预后有决定性意义。

心绞痛的治疗与年青病人相同，应立即卧床休息，保持情绪安定，消除顾虑。药物治疗以硝酸盐类和 β 受体阻滞剂为主。常用舌下含化硝酸甘油，每次0.3mg或消心痛5mg，一般

在1~3分钟内疼痛即可消失,若5分钟内未缓解,可再含化同样的量。心得安与硝酸甘油合用每日4次,每次10mg可达更大效应。但如有老年哮喘、心力衰竭、心动过缓、肺动脉高压者宜慎用或不用,停止使用时宜逐渐减量,不宜骤停。对不稳定型心绞痛可适当加服镇静剂,如安定等。平时可用潘生丁、异博定、心可定、心痛定等扩张冠状动脉,降脂药物可选用安妥明、烟酸、烟酸肌醇酯等。此外,去除易发因素如戒烟,控制肥胖,治疗高血压、糖尿病等也很重要。

(二)急性心肌梗塞

老年人急性心肌梗塞的临床表现与中年人有许多不同,其首发症状可表现为迅速发展的气短。既往运动耐力良好的老人突然发生气短,或原有心肺疾病的患者气短加重而找不到其他原因时即应考虑心肌梗塞的可能性。其他表现可为:①典型心绞痛发作,但程度重,时间长,范围广,用硝酸甘油片无效。②以心源性休克表现为主,如烦躁、出冷汗、昏厥等。③以急腹症表现为主,如恶心、呕吐及上腹部疼痛。④以急性脑血管意外表现为主,如昏迷、偏瘫。⑤急性精神错乱与猝死。据统计老年人心肌梗塞60%表现为无痛型,可能是因为梗塞发生在无痛觉神经纤维(心肌已纤维化或陈旧性梗塞区域)或老年人的痛阈较年轻人为高,也可能冠状动脉闭塞逐渐发生,侧支循环建立之故。

体征与中年人相仿,可有心律失常,低血压,静脉压轻度升高,奔马律及第二心音逆转分裂,心电图改变,发热,白细胞增高,血沉增快以及血清酶学增高等都和通常的情况相同,所以,急性心肌梗塞的诊断主要依据症状、心电图变化和血清酶升高,必要时可连续数天反复检查,观察动态变化,对诊断有

决定性意义。本病并发症除心律失常、心力衰竭、心源性休克外,还可见室壁瘤、心脏破裂、乳头肌功能不全。血管栓塞、肺炎或其他继发感染较少见。对并发症必须重视,如处理不及时,往往可导致死亡。

心肌梗塞的处理:如病情明确,应入冠心病监测病房,但如病情重、有并发症者应先就地抢救,包括吸氧、止痛剂应用、心电监护、建立静脉输液通道、准备电复律器和心脏急救药等。病情稳定转送医院前半小时可肌注利多卡因 50mg,密切观察心率、心律、血压变化。

急性期疼痛可用吗啡或度冷丁作为有效的全身镇静剂。老年人对吗啡特别敏感,易发生呼吸抑制、低血压及尿潴留,使用时剂量要小,左心衰而引起气短是用吗啡指征,可用吗啡 5~10mg,若焦虑不安明显,可肌注安定 5~10mg,注意避免用大剂量镇静剂而引起急性中毒性精神病,发生精神抑郁。发病后 2~4 周内应严格卧床休息,注意保持大便通畅,便秘者可给轻泻剂。

心律失常应积极治疗,如窦性心动过缓可用阿托品 0.5mg 静脉注射;窦性心动过速在除外早期心衰者可口服心得安;室上性心动过速可用洋地黄,但用量比年轻人小,谨防洋地黄中毒;室性早搏或短阵室性心动过速最好用利多卡因 50~150mg 静滴,持续性室性心动过速为电转复指征。

老年人血管脆性增加,容易发生脑、肠和心包出血,故常规使用抗凝治疗不一定有好处,但对全身栓塞者,如静脉血栓形成和/或肺栓塞的偏瘫,或原有腿部静脉疾病,或严重心力衰竭、休克者,又当考虑应用抗凝疗法。

住院资料表明,心肌梗塞的死亡率随年龄而增加,有些合

并症如传导障碍、心律失常和休克,均与年龄有关。心脏破裂在老年人小心脏者更多见。心肌梗塞急性期或恢复后有心力衰竭者、再次心肌梗塞者及大面积心肌梗塞预后差;并发室壁瘤患者有75%发生顽固性心力衰竭,预后亦差。

三、中医辨证论治

本病以心悸烦躁、胸闷胸痛、呼吸困难为主要特征,属于祖国医学“胸痹”、“胸痛”、“真心痛”、“厥心痛”等范畴。认为本病“胸痹不得卧,心痛彻背”及“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死”,对其症状及预后严重性已有充分认识。其发病原因常与年老体衰,肾气不足;膏粱厚味,损伤脾胃;七情内伤,气滞血瘀;思虑劳倦,伤及心脾等因素有关。在整个发病过程中,心脾肾之亏损是病之本;气滞血瘀,痰浊内生,脉络不通,不通则痛是病之标,由此形成虚实相兼、本虚标实之证。临床应权衡虚实标本缓急,灵活施治。当心绞痛发作时,可急服芳香温开之剂,如苏合香丸、速效救心丸、冠心苏合丸、苏冰滴丸等,同时进行辨证施治,配服他药。病情危重者应急送医院抢救。

1. 气阴两虚:证见胸痛短气,心悸自汗,口干少津,舌红少苔,脉细数或结代。治以益气养阴。中成药如生脉饮、天王补心丹、柏子养心丸之类,也可用西洋参片含服或煎汤频服。

2. 阳虚湿郁:除胸痛主证外,还有气短自汗,畏寒肢冷,食少便溏,腰痠尿多,舌淡苔白腻,脉细弱或结代。治以益气温阳化湿。中成药如人参健脾丸、金匱肾气丸等,也可用红参煎汤频服。

3. 气滞血瘀:证见心胸刺痛,两胁胀痛,心烦不安,舌青紫

或有瘀斑，苔白或干，脉弦或涩。治以调气活血。中成药如复方丹参片、丹七片、冠心Ⅱ号等，也可用参三七粉或降香末随时冲服。

4. 痰浊内阻：证见胸闷胸痛，脘腹胀闷，口苦口干，大便不爽，苔厚腻或垢浊，脉滑而实。治以芳香化浊，理脾化痰。中成药如香砂枳术丸、沉香化痰散等。

四、预防和调养

(一)早期诊断

冠心病多发于老年，对年龄 45 岁以上者应定期进行体格检查，尤其对高血压、糖尿病、高脂血症患者，最易导致冠心病，除积极治疗原发病外，一旦出现异常心悸、胸痛、气短；脉搏跳动有间歇；脉搏跳动次数每分钟 60 次以下或 100 次以上；无法解释的心情烦闷、极度疲乏，均应及时到医院治疗。

(二)自我预防和调养

1. 生活调摄：要确立信心，消除精神紧张和过分担忧的心理，主动掌握发病规律，从生活上控制诱发因素，如忌烟；戒酒；少吃动物性脂肪食物，多食新鲜蔬菜瓜果，进食不要过饱；避免情绪激动；适当参加体力活动，有劳有逸，起居有节。

2. 发病期：一旦出现异常心绞痛、严重心律失常或心脏停搏等症状时，应保持情绪安定，严格卧床休息，服用硝酸甘油、苏合香丸等中西药物，同时尽快去医院就诊，积极配合医疗与护理，保持大便通畅，防止大使用力而引起猝死。

3. 恢复期：病情稳定后应进行适量活动，如清晨散步或慢跑等，以体力能耐受、无不适主诉为宜，一般锻炼 20 分钟左右，以活动后心率较活动前每分钟增加 20~30 次为度。也可

辅以太极拳、太极剑、气功等,促进侧枝循环建立,增加冠脉血流量及氧的供量,从而预防和缓解心绞痛发作。

第二节 高 血 压 病

一、概 论

根据 1978 年世界卫生组织使用的高血压诊断标准为:正常成人血压应小于 140/90mmHg,如大于 160/95mmHg,在三次不同时间测量,其中有二次大于此数值者,称为高血压。有继发性高血压与原发性高血压之分。继发性高血压为某些疾病本身临床表现之一,又称为症状性高血压,如肾性高血压,即为肾病本身所引起。原发性高血压又分为临界性高血压与高血压病。凡血压界于 140~160/90~95mmHg 之间者叫临界性高血压,多发生在中年以下,一般不经任何处理,在 2~3 年内能自行下降正常。凡血压持续高于正常范围,并能排除症状性高血压者,即诊断为高血压病。多发生于中年以上,尤其是脑力劳动者。本病可引起心、脑、肾、主动脉、视网膜动脉等器质性病变。根据起病缓急和病情进展情况,分缓进型(良性)与急进型(恶性)两类。

根据 1979 年我国修订的高血压临床分期标准,按临床表现可分为三期:

一期高血压:系患病初期,血压达到确诊高血压水平,临床有头痛、头晕、头胀、烦躁等表现,无心脑肾器质性损伤。

二期高血压:血压达到确诊高血压水平且持续不降,并合