

99
R54
18=2
2

中老年人心血管病知识

曾昭者 编著

99.12.10



中国医药科技出版社



3 0065 5598 5

内 容 提 要

这是一本有关高血压、冠心病、心律失常等中老年人常见心血管病的科普读物。书中还列述了其他疾病(如糖尿病等)与心血管病的关系,并介绍了中老年人生活、工作、饮食、心理各方面的保健知识、用药问题及家庭护理等。

由北京医院原内科主任、心内科资深教授曾昭普编写的此书,内容广泛,文笔生动,可读性强。所载内容均为作者近些年在不同书、报、刊上发表的作品,其中不少被转载或被评为优秀医学科普作品。适于广大中老年心血管病患者及其家属阅读。

图书在版编目(CIP)数据

中老年人心血管病知识/曾昭普编著. - 北京:中国医药科技出版社, 1998.11

ISBN 7-5067-1940-1

I. 中… II. 曾… III. 心脏血管疾病-普及读物
IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 29124 号

中国医药科技出版社 出版
(北京海淀区文慧园北路甲 22 号)
(邮政编码 100088)

河北省满城印刷厂 印刷
新华书店北京发行所 发行

*

开本 787×1092mm¹/₃₂ 印张 6 3/8

字数 143 千字 印数 1 - 5000

1999 年 1 月第 1 版 1999 年 1 月第 1 次印刷

定价: 10.00 元

序

本书第一版选编了作者本人 1988 年—1998 年间在不同书、报、刊上发表的，有关中老年人心血管病及医疗保健知识方面的科普作品。当时，一些中老年朋友及患者反映，由于文章发表的时间先后不一，内容不系统，且散在各处，难以及时发现，事后查找和收集保存都很麻烦。故在一些热心人帮助下，由我收集汇编后出版成册。三年中，曾三次印刷，说明读者认为它还算有用。

但由于是零星发表后编纂，难免内容不够全面。现将我近几年来陆续发表的一些文章，选择与本主题有关的内容补充进去，希望能使其内容更完整些。

需要再次说明的是：由于这些文章当时是为不同读物所写，要求不尽相同，行文风格也不完全一样。且原均独立成文，故难免内容有所重复。为便于读者选读其中某篇时能有相对完整的概念，故汇集时对原文未做大的删改，仅对个别不够确切或编校错漏处，或近年已有新的进展处稍做修正补充，少数原有的文章由近年相应的新作取代。并将老伴徐文倩所写《老年人家庭保健》继续载入本书。此次汇编仍一律未注明原登载处及时间。

再次对热心鼓励和帮助本书出版的朋友们表示衷心的感谢！

曾昭耆

1998 年 7 月

于北京医院

目 录

一、中老年人高血压病	(1)
1. 血压是怎样形成的	(1)
2. 什么叫高血压病	(2)
3. 高血压病为什么需要治疗	(3)
4. 有了高血压病该怎么办	(4)
5. 怎样正确使用降压药	(6)
6. 如何对待“老药”	(8)
7. 脉压差为什么会大	(9)
8. 脉压差为什么会小	(11)
9. 舒张压也很值得重视	(12)
10. 舒张压以何为准	(13)
11. 怎样理解高血压“个体化治疗”	(15)
12. 治疗老年人高血压要注意些什么	(16)
13. 发生了高血压急症怎么办	(18)

14. 如何防止高血压并发症	(2 0)
附: 低血压	(2 1)
1. 年轻人的低血压	(2 1)
2. 老年人的低血压	(2 3)
二、冠心病	(2 5)
1. 什么叫冠心病	(2 5)
2. 我国冠心病发病率近些年增高的原因	(2 8)
3. 冠心病有哪些表现	(2 9)
4. 怎样正确识别心绞痛	(3 0)
5. 为什么一生气就犯心绞痛	(3 3)
6. 中年妇女冠心病多不多	(3 5)
7. 发生了心绞痛该怎么办	(3 7)
8. 硝酸盐类药不宜长期不断使用	(4 0)
9. 出现什么样的心绞痛应尽快找医生	(4 1)
10. 无痛性心肌缺血更要当心	(4 2)
11. 心绞痛是否都会发展成为心肌梗死	(4 3)
12. 在哪些情况下要特别警惕发生心肌梗死	(4 4)
13. 病人能否自己识别心肌梗死	(4 5)
14. 心肌梗死就地医疗好还是送医院好	(4 6)
15. 冠状动脉堵塞了能否再开通	(4 7)
16. 如何最有利地度过心肌梗死急性期	(4 9)
17. 急性心肌梗死患者的饮食应注意些什么	(5 0)
18. 心肌梗死后应卧床休息多久	(5 1)
19. 心肌梗死后如何选择适当的活动	(5 2)
20. 外科手术对治疗冠心病有用吗	(5 5)
21. 心肌梗死后的心理调整	(5 7)

22. 年轻心肌梗死患者的特殊问题	(5 9)
23. 得过心肌梗死的人还能有性生活吗	(6 1)
24. 关注心肌梗死后患者的性知识	(6 2)
25. 怎样看待心脏室壁瘤	(6 3)
26. 怎样防止再次出现心肌梗死	(6 5)
27. 怎样看待冠心病的“遗传因素”	(6 6)
三、心律失常及其他问题	(6 9)
1. 有关心律失常的基本知识	(6 9)
2. 心律失常是否都需要治疗	(7 1)
3. 怎样看待早搏	(7 2)
4. 什么叫阵发性心动过速	(7 4)
5. 感到心律失常, 检查时又没有了该怎么办	(7 5)
6. 什么叫病态窦房结综合征	(7 6)
7. 心房纤颤对身体危害有多大	(7 8)
8. 怎样对待阵发性心房纤颤	(7 9)
9. 什么叫房室传导阻滞	(8 1)
10. 束支传导阻滞要不要紧	(8 3)
11. “预激综合征”是怎么回事	(8 5)
12. 持续性动态心电图有哪些用途	(8 6)
13. 超声波在心脏病科的使用价值	(8 8)
14. 心律失常有无手术治愈的可能性	(9 0)
15. 心力衰竭概说	(9 1)
16. 老年主动脉病变	(9 3)
17. 老年人的心脏瓣膜会发生哪些改变	(9 5)
18. 老年人为什么会发生“间歇性跛行”	(9 6)
四、其他疾病与心血管疾病	(9 9)

1. 心理与心脏	(9 9)
2. 再谈心理与心脏	(101)
3. 糖尿病与心血管疾病	(103)
(1) 糖尿病与高血压	(104)
(2) 糖尿病与冠心病	(106)
(3) 糖尿病与心肌病变	(108)
(4) 糖尿病和心脏瓣膜退行性变化	(109)
(5) 糖尿病和主动脉病变	(109)
(6) 糖尿病和周围血管病变	(111)
4. 贫血与心绞痛	(112)
5. 贫血易伤老人“心”	(114)
6. 追本求源, 预防中风	(115)
7. 高血压与肾脏病	(118)
8. 老年人甲状腺功能亢进和心血管病	(120)
9. 注意不典型的中老年甲状腺功能亢进	(121)
10. 血液粘稠度高对心血管的不利影响	(123)
11. 巧待更年期心血管疾病	(124)
12. 酷似心肌梗死的肥厚性心肌病	(125)
13. 其他疾病对心血管病的影响	(127)
五、生活保健常识	(129)
1. 细水长流 留有余地	(129)
2. 心理因素对心血管有很大的影响	(132)
3. 保持心理平衡	(133)
4. 急性伤病后怎样才能康复得好	(135)
5. 重视伏暑保健	(136)
6. 老人如何安度“多事之秋”	(138)

7. 入冬话麻将	(139)
8. 何苦去参加竞赛	(140)
9. 对医学数据 别太顶真	(142)
10. 饮酒也危害健康	(144)
11. 盐的功和过	(146)
12. 谈谈高血脂	(148)
13. 对高血脂应综合治理	(149)
14. 减肥根本——少吃多动	(150)
15. 老年人要防脱水症	(151)
六、医疗及用药问题	(153)
1. 医疗问题到底该由谁做主	(153)
2. 自己掌握一些治病规律	(154)
3. 应该怎样看待吃药的问题	(158)
4. 用药杂谈	(160)
5. 老入慎用“壮阳药”	(163)
6. 用药品种不宜过多	(164)
7. 老人用药 慎之又慎	(167)
8. 为高血压治疗算笔经济帐	(169)
9. 医生要为病人算经济帐	(170)
10. 医生也应考虑“价格效应比”	(171)
11. 便宜并非没好药	(173)
12. 为何某些无效药也治病	(175)
13. 当心“医托”	(177)
14. 话说医源性疾病	(178)
七、老年人家庭护理	(181)
八、结束语	(191)

1. 老年保健应从年轻时做起 (191)
2. “老年病”并非仅见于老年人 (192)
3. 知识层也须扫除“医盲现象” (195)
4. 怎样看待医学科普文章 (197)

一、中老年人高血压病

高血压病是一种很常见的病症。其患病率随年龄增加而逐渐升高。根据我国第3次全国抽样调查（共95万余人），高血压病患率为11.19%，比10年前的第2次调查升高约25%。目前，全国高血压病患者已超过1亿人。从发病年龄看，60岁以前，男多于女；60岁以后，女多于男。从地区看，北方高于南方，城市高于农村。老年人中，高血压患病率近50%。

及早有效地控制高血压病，减少并发症，降低病死率，已成为一项紧迫任务。合理防治高血压病，对保障社会劳动力和改善中老年人生活质量都有重要意义。

1. 血压是怎样形成的

血压是指血流对血管壁的侧压力。换句话说，就是心脏收缩时，左心室内的血液推开主动脉瓣，沿动脉向前流动，

这种向前的推动力必然同时施加于动脉壁，这就是侧压力。

血压的高低是一系列生理变数相互作用的综合结果。简言之，不妨借用“来龙去脉”这个词，即某一段动脉的血压取决于其上游（来龙）的压力和下游（去脉）血管的粗细和通畅程度，即取决于心肌收缩力和周围血管阻力，两者之差就是该处的血压。随着心脏的收缩和舒张，压力也在改变。心脏收缩时的血压叫收缩压（有人叫它“高压”），舒张时的血压叫舒张压（“低压”）。为什么心脏舒张时还能测到血压呢？这一方面是心脏收缩时排出的血还没有完全流走；另一方面是因血管本身有弹性，心缩时血管膨大，舒张时回缩，故仍可保持一定的压力。正因为血管有弹性，所以离心脏越远的动脉，舒张和收缩间的压力差（脉压）就越小，到毛细血管和静脉内血流就不再呈搏动性了。通常量血压的部位是上臂的肱动脉，此处离主动脉近，所以收缩压和舒张压的差别还是很明显。

通常记录血压的单位是“毫米汞柱（mmHg）”。现我国已按国务院颁布的法定计量单位，压力以“千帕斯卡（kPa）”计， $1\text{kPa}=7.5\text{mmHg}$ 。但平常大家习惯说血压仍旧用毫米汞柱，国外许多专著也如此。

正常年轻人的血压大约是 $120\sim 100/80\sim 60\text{mmHg}$ （即 $16.0\sim 13.3/10.7\sim 8.0\text{kPa}$ ）。

2. 什么叫高血压病

正常血压的高限是 $140/90\text{mmHg}$ （后略）， $160\sim 140/95\sim 90$ 之间为临界性高血压， $160/95$ 以上就是肯定的高血压病了。但因为人是一个活体，许多生理数值如心率、体温、

呼吸、胃肠蠕动、分泌、新陈代谢乃至激素的释放，在正常情况下都有变化，血压也是如此。有的人一到医院门诊，由于拥挤、等候造成焦急不安，心跳和血压都会暂时上升。这些人中有的确实较易患心血管病，但大多数只不过因为神经系统稳定性较差。所以不能因偶尔一次血压高过上述界限就诊断是高血压，应该多查几次后再下结论。

高血压病的病因很复杂。首先应区分是原发性还是继发性。所谓继发性，又名症状性，即血压高只是一种表现出来的症状，后面隐藏着另一种病。其基本病变可能是肾脏疾病（如慢性肾炎、肾盂肾炎、肾动脉狭窄、多囊肾、肾素增多症），或各种内分泌疾病（如肾上腺嗜铬细胞瘤、各型醛固酮增多症、皮质醇增多症、先天性肾上腺皮质增生），先天性主动脉狭窄等，个别甚至是由于服药不当（如长期使用某种避孕药或“壮阳药”）所致。继发性高血压虽然病因很多，但实际上在高血压病人中占的比率很小，一般不到10%，所以医生通常只对青年发病、血压很高、波动较大、伴有某些特征性症状体征的人，才认为有必要检查是否为继发性高血压病的必要。原发性高血压病并非没有原因，它或多或少与精神紧张、情绪激动、神经系统功能不稳定、内分泌功能失调，以及家族遗传因素、肥胖、吸烟、嗜盐、动脉硬化等因素有关，只不过还不成为一种独立的疾病罢了。

除了按病因分类和按血压高低分轻重外，还应该按脏器受累的程度进行分期。

3. 高血压病为什么需要治疗

这好像是一个不值得多说的问題。但很多事例表明有些

人对此是“知其然，不知其所以然”，否则就不会有人明知自己血压高而只因没什么症状就不治疗，或只在不舒适时吃几天药，症状消失就不愿再吃了。有时医生也对病人说：血压下降后就停药。其实这种说法不对。

究竟为什么需要治疗呢？简单说，就是为了防止长期血压高对心、脑、肾等重要器官造成的损害。高血压病所引起的各种并发症是导致中、老年人死亡的主要原因之一。了解这一点就会知道，治疗应该是长期的。多年的临床实践证明，只要及时和恰如其分地进行治疗，高血压病的各种并发症是能够预防的。

血压高可能出现症状，但不宜把服降压药看成对症治疗，应当把它作为预防措施看。

因为治疗高血压病的目的是为了预防脏器受损害，所以需要长期治疗。长期治疗的观念很值得经常强调，当然，也不是永远用一种药或一种剂量，可以根据病情调节。

4. 有了高血压病该怎么办

不少人只想到降压药。其实，因为高血压病是许多因素作用的结果，所以有了高血压病也应该从各个方面着手，进行综合治疗。

焦虑紧张是引起血压升高的重要因素之一，反之也有不少高血压病患者神经反应较敏感，容易因一些不十分要紧的事而忧虑不安，情绪难以放松，这样就形成了互为因果，恶性循环发展的过程。当然，这种情绪变化通常也并非无中生有，往往与家庭气氛、生活环境和条件等多少有些关系。这些情况的改善，一方面有赖于家属、同事和领导的关

心和谅解；另一方面也要求患者本人注意掌握生活规律、劳逸结合，进行适当的体育活动，休息时真正做到精神放松，遇到不顺心的事要看得开，更不要自寻烦恼，尽可能保持心情舒畅，睡眠安稳。

饮食也是一个重要环节。原则上宜进食清淡饮食，所谓清淡有两重涵义：一是不要太咸，二是避免过分油腻。多年来医生们一直宣传低脂肪、低胆固醇饮食，应该说基本上是对的，特别对已是肥胖和血脂过高的人来说更应避免摄入过多。但也应看到，中国人的饮食和西方人相比，大多以植物油和蔬菜素食为主，除有的地方吃盐偏多外，大体上是比较合理的，所以有人主张不必如此强调。当然，中国人中高血脂者也不少，北京医院对老干部健康检查资料表明，有些单位高血脂者超过三分之一。需要说明的是，血脂与饮食中的脂肪含量并不总是直接因果关系。体内的脂肪只有少数直接来自饮食中的脂肪，其余大部分是体内合成的。这种合成的多少，与精神神经、心理行为因素及内分泌状况有明显关系。中性脂肪增高还与吃糖及淀粉过多或摄入蛋白质过少有关。当然，随着生活水平提高，饮食结构中粮食成分逐渐减少，肉食增多，高脂肪、高胆固醇饮食的确将会成为一个值得注意的问题。希望大家要充分认识到我国传统饮食结构的优越性，它确是一种比较合理的“平衡膳食”，不要盲目模仿西方饮食。特别是胖人，坚持不懈地注意减肥，对降低血压有重要意义。

中国人的传统膳食习惯，与西方人相比，有许多优越性。但是也有一个非常值得指出的缺点，那就是饮食中含盐量偏高。根据世界卫生组织的建议，每天饮食的盐含量不应

超过 6 克，但根据国内一些专家的调查，中国人平均每天摄入的盐量竟达 13.9 克。其中，北方人的盐摄入量也高于南方人。（当然，南方也有少数地区人们的盐摄入量偏高。）总之，一般喜吃咸鱼、咸肉、酱菜、腌菜的人，盐摄入量多数都过高。摄入盐量偏高对防治高血压病很不利。不少高血压病患者，特别是舒张压高的，如果不限盐，单纯服药，疗效很差。限盐后药效很快出现，有的用药量可以减少，个别病人甚至可以不必用药。

以上是治疗高血压病的基础。一部分病人在正确处理好这些问题后血压即可恢复正常，另一部分人虽需要用药，但药物治疗也更加简单而有效。

5. 怎样正确使用降压药

现在，可以说对绝大多数高血压病都有疗效较满意的药了。不过，从医生方面看，还存在着一些问题。主要是：

偏重药物治疗，忽视心理行为因素。对病人的体重、饮食、生活习惯、工作情况等方面的情况不大重视。

对血压的动态观察不够，发现一次血压高就用降压药。

起始药量偏大，希求“一次到位”，致使因降压过速或过度而产生不适，不愿再用。

对长期用药的重要性宣讲不够。

不懂“个体化治疗”。在同一时期对不同病例使用相同药物。少数人片面追求新药、贵药或进口药。

近 20 年来，国内外医生比较一致地赞成对高血压应用“阶梯疗法”方案，其中主要用 5 类药，即 β -阻滞剂、利尿剂、钙拮抗剂、血管扩张剂及转换酶抑制剂。当然，除此之

外，还有一些其他的降压药，也有许多新的降压药不断被开发出来。所有的药虽然都具有疗效，但不可避免地也同时存在各自的毒副作用。关键在于医生根据各个病人的特殊情况，在充分掌握各种药物的特性后，扬长避短，选用最适合该病人的个体化治疗方案。

一般说，初期高血压病患者，心脏排血量高而周围血管阻力正常，或心排血量正常而血管阻力增高，晚期高血压病心排血量有降低的趋势，血管阻力则由于有持续痉挛和硬化狭窄而进一步增高。年轻人高血压病，多因血浆肾素高而致血管痉挛收缩，老年人高血压病，虽然肾素水平可能低些，但因血管有硬化狭窄而阻力仍高。了解这点规律，有助于对不同降压药的选用。

β -阻滞剂 代表药有心得安和美多心安（培他洛克），可抑制心肌收缩力，减慢心率，降低肾素水平，故适用于年纪较轻、心率偏快的高血压病患者。副作用是对脂肪及糖代谢不利。

利尿剂 排钾利尿剂，如双氢克尿塞；保钾利尿剂，如氨苯喋啶、阿米洛利，适用于摄入盐过多，或循环血量过多伴有浮肿的患者。通过利尿可减少心脏负担，对降低舒张压有帮助。但有些利尿剂也对脂肪、糖代谢不利。

血管扩张剂 如肼苯达嗪，可降低周围血管阻力，使心排血量增加而血压却下降。但可能引起反射性心率增快和血浆肾素增高，故用时也要权衡利弊。

钙拮抗剂 钙拮抗剂其实也是一种血管扩张剂。其中最早用于降血压的是硝苯吡啶（心痛定），可使血管阻力减低，心排血量增加而血压下降。缺点是能使心率增快，有人服后

有头胀、面红、浮肿等反应，且作用时间较短。最近国外有人主张应少用。尼群地平作用较硝苯地平稳定而持久些，副作用也较轻。此外，还有一些更新的制剂，如氨氯地平、非洛地平，作用时间更长，每日只需用1~2次。

转换酶抑制剂 全名是“肾素血管紧张素转换酶抑制剂”。血管紧张素是体内最强的缩血管物质，在高血压形成中起重要作用。转换酶抑制剂使血管紧张素停留在无活性的状态，曾被认为是从发病机制上解决了高血压病的良药。又因它可促进糖代谢，所以特别适用于伴有糖尿病的高血压病患者。目前最常用的制剂有卡脱普里（开搏通）和依那普里（依那宁）。还有不少新制剂正在出现，但也不能指望这些药没有缺点。

吲达帕胺（寿比山） 是一种兼有血管扩张和利尿作用的降压药，用于临床已近20年。每天服药一次即可达到平衡降压，且无体位性低血压、心动过速、阳痿等副作用。对血糖、血脂、尿酸代谢无不良影响，也不致血钾降低，故易被患者接受，近年国内使用也很广泛。

6. 如何对待“老药”

以复方降压片为代表的一系列“老药”，包括“降压乐”、“降压0号”等，在国内广泛使用已许多年，不能否认它们曾经起过重要的作用，当然，客观上也存在某些缺点。首先是它们所用的主药利血平，本身常有鼻塞、头昏、胃不适、心跳慢、致抑郁等副作用。此外，复方是将好几种药配在一起，本来的用意是使它们的作用相加，而副作用互相抵消，但这种固定搭配，就使它更不可能适用于所有的病人。