

老年急腹症学

SCIENCE ON AGED ACUTE ABDOMEN

主编 张中声 郑铁民 林增源 马超平



天津科技翻译出版公司

Y 152/08

老年急腹症学

主 编

张中声

郑扶民

林增源

叶超平



A0284247

天津科技翻译出版公司

内 容 提 要

老年急腹症是腹部外科中的常见病和危重病,本书即为论述该症的专著。

全书由老年急腹症基础医学、老年急腹症临床医学总论及各论三部分内容组成。第一部分为基础医学,共九章,介绍老年急腹症发展史,老年人组织器官的结构与功能变化特征,老年急腹症的特殊性及诊治、护理、康复等;第二部分为老年急腹症临床医学总论,共十章,着重介绍老年急腹症的感染,休克,多系统器官功能衰竭,围手术期处理,水、电解质紊乱与酸碱平衡失调,还有用药,营养支持,麻醉与复苏等;第三部分为老年急腹症临床医学各论,共十三章,对常见病、多发病着重从发病率入手,对其病因、病理、临床表现、诊治和预后的特点进行论述。

本书既有某些疾病的发展史,又有新旧观点的述评;既有老年急腹症的特点,又有与非老年组病人的对比;既有他人的先进经验,又有作者的实践体会。它能反映国内外的状况,又重点突出老年急腹症的特殊性,并在每章后附有部分精选文献供读者查阅。

本书图文并茂,内容系统,见解新颖,观点明确,实用性强,是腹部外科医师不可多得的良好参考书,也是其他专科医师不可缺少的参考书籍,对从事老年保健和老龄工作的专业人员亦具有实用价值。

老年急腹症学

主 编 张中声 郑扶民

林增源 叶超平

责任编辑 崔乃敏 陈 虹

* * * * *

天津科技翻译出版公司

(邮政编码 300192)

南开大学印刷厂印刷

全国新华书店经销

* * * * *

开本:787×1092 1/16 印张:37 字数:920 千

1997年2月第1版 1997年2月第1次印刷

印数:2500册

ISBN 7-5433-0759-6

R·223 定价:58.00元

老年急腹症学

主 编 张中声 郑扶民 林增源 叶超平

副主编 史海安 向 贵 李志海 王 姣

审 阅 沈 魁 孟宪民

编 者 (以姓氏笔画为序, * 为常务编委)

丁广汉	马新民	马志学	马维骥*	王 姣*
王 坚	王俊义	王书斋	王海东	方驰华
齐瑞祥	刘立人	刘胜利	刘绍彬	刘玉欣
刘筱衡*	刘 斌	刘福贞	刘 波*	丛庆文
叶超平*	田兆快	史海安*	毕好生	向 贵*
李衍杭	李志海*	李锦福	任震宇*	任 敏
朱岩湘	祁志良	吴占忠	吴力群	吴金术*
吴凌云	吴 丹	吴明利	沈宝山	陈定华
陈正环	杨贵昌	杨 劼	杨含维	杨金浦
寿楠海*	郑洪生	郑扶民 *	郑裕隆	郑显理 *
张齐联	张惠京	张公馥*	张显菖	张逸飞*
张成生	张锡平*	张炳生	张中声*	罗学宏
林增源*	周亚魁	金灌培	欧阳葆怡	侯树藩*
胡立新	胡以则	胡国义*	郭世盛	赵乾元*
赵 瑛	段志泉*	晏仲舒*	徐少明*	徐德征*
夏传勇	高铁君*	梁力建	黄 玲	黄懋魁
巢振南*	雷 建	韩 力*	彭淑牖*	詹正嵩*
詹新恩	蔡恩贵	谢 敏	谢云秋	熊本京
潘耀东*	潘启深	薛五骐		

序 言

人口的老龄化是目前全世界的趋势。我国是世界上老年人口最多的国家,因此,对老年医学的研究,意义特别重大。近年来老年医学在我国发展迅速,已成为医学的一个重要分支,从医学综合性学科中逐渐分化成为独立的专科。老年外科急腹症又是老年医学的重要组成部分。许多医务工作者对老年外科急腹症有着丰富的临床经验,但很不系统,总结提高不够,因此,开展老年外科急腹症的全面研究是当今人口形势和医学发展的客观需要。老年外科急腹症有许多自身的客观规律,迫切需要医务工作者对它进行认真探索,可喜的是在这方面已获得医务界的广泛重视并在不断地迅猛发展。

迄今,国内指导老年外科急腹症工作的书籍虽有一些外科学图书可以借鉴,但尚没有这方面的专著。所以,编写一本可以正确反映老年外科急腹症病人特点的书籍,是极有价值的。更因为老年人的器官和组织逐渐衰老,与具有正常生理功能的中、青年人不同,患病时的临床表现也不相同,治疗的措施,包括手术和药物应用更有差异,显然原有的外科学或急腹症学已不能适应临床实际需要。最近在张中声医师倡议下由沈魁、孟宪民二教授审阅,由张中声、郑扶民、林增源、叶超平医师任主编,邀请了国内 93 位对老年外科急腹症有较为丰富经验的老、中、青临床医师参加编写了这本《老年急腹症学》,经过认真修改,数易其稿,终于胜利完成并得以出版。本书 90 余万言,从外科基础到临床实践,内容丰富,科学性强,正确反映了老年急腹症的特点和诊治方向,基本可以满足目前中、青年医师在急腹症诊治工作中的需要。因执笔者较多,写作方法不一,不当之处,在所难免,需以后不断完善。我在阅读之余,甚感喜悦,欣然作此为序特予推荐,并为本书的出版致以热烈的祝贺。

浙江医科大学

钱礼

1996. 1

前 言

纵观近百年特别是近半个世纪以来的人口发展史,可以看出:人口年龄结构趋向老化已成突出特点。这是科学、经济发展的结果,是社会进步的象征,是人类历史发展的客观必然性。目前,我国老人(≥ 60 岁)已达 1.03 亿,几乎占亚洲老年人口总数的一半,占全球老年人的五分之一。到 2000 年我国老年人口将达到 1.34 亿,占总人口的 11.7%,那时,将进入老年型国家。老年人是一个特殊的群体,其组织器官的结构和功能均表现出退行性变的特殊性,故导致老年人储备力降低、适应力减退、抵抗力低下和自理能力下降。急腹症一旦发生,其临床表现常不典型,病情危重,伴发病多,诊断困难,易被误诊,处理棘手,死亡率高。因此,应将老年急腹症视为腹部外科疾病中的一个特殊医学领域。然而,目前国内尚无系统的专著,从这点出发,我们汇集了全国各地 93 位老、中、青专家和医师,对老年急腹症基础医学和临床医学问题,参照国内外文献,结合我们多年实践经验编写了这本《老年急腹症学》,并邀请专家教授审定,将它出版并奉献给读者。

全书详尽地论述了老年急腹症的有关基础医学与临床医学,并通过与非老年病人对比,阐明疾病的病因、病理、诊断和治疗。书中突出了“老、急、腹、外”四个字,面向临床,注重理论,讲究实用,从对老年急腹症的加深认识入手,来促进医疗技术水平的提高。所以,本书不仅是腹部外科医师的良师益友,还是其他专科医师不可缺少的参考书;此外,对从事老年保健与老龄工作的专业人员亦有实用价值。

在本书编写过程中,中国老年学杂志和实用老年医学编辑部等单位给予了大力支持和指导,谨此致谢。

由于水平有限,缺点、错误在所难免,我们诚恳敬祈批评指正。

编 者

1995. 12

目 录

第一篇 老年急腹症基础医学

第1章 老年急腹症的发展史及现状	(1)
第1节 国外老年急腹症的发展史	(1)
第2节 我国老年急腹症的发展史	(2)
第3节 老年急腹症的现状	(4)
第2章 老年人组织器官结构与功能特征	(5)
第3章 老年急腹症的特殊性	(10)
第4章 老年急腹症的诊断	(14)
第1节 询问病史	(14)
第2节 体格检查	(15)
第3节 辅助检查	(17)
三大常规化验(17) 腹腔穿刺和诊断性腹腔灌洗术(18) 心电图(19) 影像学(21) 内镜(26)	
第5章 老年急腹症的鉴别诊断	(31)
第1节 病因分类	(31)
第2节 腹痛与其伴随症状之间关系的鉴别	(32)
第3节 腹痛的部位与疾病的鉴别	(32)
第4节 病变性质的鉴别	(33)
第5节 外科与非外科急腹症的鉴别	(34)
第6节 误诊原因	(36)
第6章 老年急腹症的处理原则	(41)
第1节 术前准备	(41)
第2节 手术原则	(42)
第3节 术后处理	(45)
第4节 术后镇痛	(45)
第5节 术后并发症及死亡原因	(49)
第7章 老年急腹症的引流术	(56)
第1节 腹腔引流术的回顾与展望	(56)
第2节 腹腔引流术的适应证	(57)
第3节 腹腔引流术的分类	(57)
第4节 引流物的选用	(58)
第5节 腹腔引流术的注意事项	(60)
第8章 老年急腹症的护理	(62)

第1节 手术前的护理	(62)
第2节 手术后的护理	(63)
第9章 老年急腹症的康复	(66)
第1节 康复医学概要	(66)
第2节 术后康复	(67)
第3节 非手术治疗后的康复	(70)

第二篇 老年急腹症临床医学总论

第1章 老年腹部外科感染	(71)
第1节 概念和特点	(71)
第2节 需氧菌感染	(74)
第3节 厌氧菌感染	(78)
第4节 霉菌感染	(82)
第5节 败血症	(89)
第2章 老年急腹症休克	(93)
第1节 概念与特点	(93)
第2节 低血容量性休克	(95)
第3节 感染性休克	(105)
第4节 创伤失血性休克	(112)
第3章 老年急腹症与多系统器官功能衰竭	(116)
第1节 概论	(116)
第2节 老年多系统器官功能衰竭时几个重要脏器衰竭的救治	(119)
急性呼吸功能衰竭(119) 急性心功能衰竭(120) 急性肾功能衰竭(121) 急性肝功能衰竭及肝肾 综合征(121) 播散弥漫性血管内凝血(122)	
第4章 老年急腹症围手术期处理	(124)
第1节 围手术期的基本问题	(124)
第2节 伴有心血管疾病的围手术期处理	(124)
伴有冠心病的围手术期处理(124) 伴有高血压的围手术期处理(125) 伴有心肌梗塞的围手术 期处理(126)	
第3节 伴有呼吸系统疾病的围手术期处理	(128)
第4节 伴有肝脏疾病的围手术期处理	(132)
第5节 伴有肾功能不全及围手术期急性肾功能衰竭的处理	(134)
第6节 伴有糖尿病的围手术期处理	(135)
第5章 老年急腹症用药	(140)
第1节 老年药物代谢动力学改变的特殊性	(140)
第2节 老年人药效学改变及不良反应	(142)
第3节 系列药物在老年急腹症病人中应用的特殊性	(143)
用药原则(143) 常用系列药物(144)	
第6章 老年急腹症病人的输血	(148)
第1节 老年血液动力学的特点	(148)

第2节	老年急腹症时输血指征、禁忌与注意事项	(150)
第3节	输血反应与并发症	(152)
第4节	成分输血	(154)
第5节	血液增量剂的应用	(155)
第6节	自体腹腔血回输与展望	(156)
第7章	老年急腹症的营养支持	(162)
第1节	老年人营养	(162)
	合理营养对老年人的重要性(162) 老年病人的营养评定(163) 老年病人对营养的需要量(163)	
第2节	老年急腹症的营养支持	(165)
	老年急腹症的代谢特点(165) 营养支持的途径(166) 营养支持的实施(166)	
第8章	老年急腹症的水、电解质与酸碱失衡	(173)
第1节	水、电解质及酸碱平衡的基本概念	(173)
	生理需水量与最低生理需水量(173) 内生水(174) 渗透压与血容量(174) 第三间隙液(175)	
	输液(176)平衡盐液(176)	
第2节	老年人水、电解质平衡特点	(177)
第3节	老年急腹症水、电解质与酸碱失衡的特殊性	(180)
第4节	老年急腹症常见的水、电解质失衡	(181)
	水钠代谢异常——低钠血症(182) 低钾血症(186) 低镁血症(194) 低磷血症(197)	
第5节	老年急腹症的酸碱失衡	(200)
	酸中毒(200) 碱中毒(205) 混合性酸碱失衡(210)	
第9章	老年急腹症病人的麻醉	(218)
第1节	概论	(218)
第2节	老年急腹症病人的麻醉处理	(222)
第3节	老年急腹症伴发病病人的麻醉	(225)
第10章	老年急腹症时的心脏停搏与复苏	(231)
第1节	心脏突然停搏的原因	(231)
第2节	心脏突然停搏的诊断	(232)
第3节	初期复苏处理	(232)
第4节	后续复苏处理	(233)
第5节	复苏后处理和脑复苏	(236)

第三篇 老年急腹症临床医学各论

第1章	老年急性腹膜炎	(239)
第1节	继发性腹膜炎	(239)
第2节	原发性腹膜炎	(243)
第3节	假性腹膜炎	(245)
第2章	老年腹部创伤	(246)
第1节	开放性腹部损伤	(247)
第2节	闭合性腹部损伤	(247)
第3节	腹部损伤的多发伤	(253)

老 3 章 老年溃疡病性急腹症	(255)
第 1 节 老年溃疡病的特点.....	(255)
第 2 节 常见溃疡病性急腹症.....	(256)
溃疡病急性穿孔(256) 溃疡瘢痕性幽门梗阻(258) 溃疡病大出血(259)	
第 4 章 老年肠梗阻	(265)
第 1 节 老年肠梗阻的特点.....	(265)
第 2 节 小肠梗阻.....	(266)
十二指肠梗阻(266) 粘连性肠梗阻(271) 肠套叠(273) 疝性肠梗阻(277) 胆石性肠梗阻(299)	
第 3 节 结肠梗阻.....	(301)
乙状结肠扭转(301) 盲肠扭转(306) 粪石性结肠梗阻(310) 急性结肠假性梗阻(313)	
第 4 节 肠扭转综合征.....	(315)
第 5 节 肠坏死.....	(319)
第 6 节 盲袢综合征.....	(322)
第 5 章 老年炎症性肠病急腹症	(332)
第 1 节 概论.....	(332)
第 2 节 克隆氏病.....	(333)
第 3 节 溃疡性结肠炎.....	(337)
第 6 章 老年急性阑尾炎	(341)
第 7 章 老年胆道急腹症	(348)
第 1 节 临床生化与细菌学检查.....	(348)
第 2 节 现代诊断技术的应用.....	(352)
经皮肝穿刺胆道造影术(352) 经皮肝穿刺胆道引流术(356) 纤维十二指肠内窥镜的应用(358)	
胆道镜的应用(360)	
第 3 节 梗阻性黄疸的鉴别诊断.....	(361)
第 4 节 急性胆道感染.....	(366)
急性胆囊炎(366) 重症急性胆管炎(371)	
第 5 节 急性胆道梗阻.....	(376)
胆石性急性胆道梗阻(377) 胆道良性狭窄(383) 癌性急性胆道梗阻(386)	
第 6 节 胆道急腹症的并发症.....	(389)
胆源性败血症(389) 胆源性肝脓肿(392) 胆石性门脉高压症(395) 胆石性胰腺炎(397)	
胆道出血(399)	
第 7 节 胆-心综合征	(401)
第 8 节 系列胆道导管的应用.....	(404)
概论(404) 常用的胆道引流管(405)	
第 9 节 脐静脉在老年急腹症中的应用.....	(416)
第 8 章 老年急性胰腺炎	(427)
第 9 章 老年消化系统肿块性急腹症	(435)
第 1 节 腹部肿块.....	(435)
第 2 节 癌性急腹症.....	(439)
肝癌破裂出血(440) 胃癌急性穿孔与梗阻(443) 结肠癌性梗阻与穿孔(447) 结肠癌并存急性	
阑尾炎(452)	

第3节 癌性急腹症术中、术后化疗及术后放疗	(454)
第4节 非癌性肿块急腹症	(457)
细菌性肝脓肿破裂(457) 阿米巴肝脓肿腹腔内破裂(460) 肝包虫囊肿破裂(462)	
第10章 老年血管疾病性急腹症	(466)
第1节 自发性腹壁血肿	(466)
第2节 腹部卒中	(467)
第3节 非闭塞性肠缺血	(471)
第4节 肠系膜血管阻塞	(474)
第5节 腹内动脉瘤破裂	(480)
腹主动脉瘤破裂(482) 脾动脉瘤破裂(488) 肝动脉瘤破裂(489)	
第11章 老年消化道出血	(492)
第1节 导言	(492)
第2节 上消化道出血	(493)
溃疡病并出血(499) 胃癌出血(499) 门脉高压症并上消化道出血(501) 急性胃粘膜病变(508)	
慢性胃炎出血(513) 食管裂孔疝并出血(514) 食管贲门粘膜撕裂综合征(514)	
第3节 下消化道出血	(515)
大肠癌出血(521) 大肠息肉出血(522) 慢性结肠炎并出血(525) 炎症性肠病并出血(526)	
结肠血管扩张症(526) 结肠憩室出血(527)	
第12章 老年急腹症再手术问题	(531)
第1节 再手术原因	(531)
第2节 再手术指征与处理原则	(532)
第3节 再手术的术前准备和术后处理	(533)
第4节 几种常见急腹症再手术技巧	(534)
第13章 中西医结合诊治老年急腹症	(537)
第1节 概述	(537)
第2节 中西医结合诊治常见老年急腹症疾病	(539)
老年急性阑尾炎(539) 老年溃疡病性急腹症(543) 老年急性肠梗阻(548) 老年急性胰腺炎(551)	
老年急性胆道感染(553)	

附录

附录一 常用人体医学检验参考值新旧单位对照表	(1)
附录二 老年人常用体格测量及实验室检查正常参考值	(11)

第一篇 老年急腹症基础医学

第1章 老年急腹症的发展史及现状

老年急腹症是老年医学的一部分,也是急腹症的一部分。老年学和老年医学的产生和发展为老年急腹症的产生和发展奠定了理论基础,而急腹症的产生和发展为老年急腹症发展提供了临床实践。它们相辅相成,相互促进,二者结合,使老年急腹症得以专业化。

第1节 国外老年急腹症的发展史

早在 Hippocrates 时代对急腹症就已有所认识,但在整个古代对“急腹症”一词用得很不严谨,曾以“肠病痛”和“肠梗阻”等所代替,直到 Paracelsus(1493~1541)和 Sydenham(1624~1689)才把“急腹症”一词确定下来。

在没有麻醉和抗生素的年代里,仅有少数勇敢的外科医生和某些坚强的具有非凡忍耐力的病人才敢于接受手术。因此,在这一时期只有散在手术病例的报告。Hippocrates 曾观察和治疗过肠梗阻。公元前 350 年 Praxagoras 作过一例小肠皮肤瘻以解除梗阻。1556 年一位法国 Huguenot 派教徒和理发师外科医生 Pierre Franco 建议绞窄性腹股沟疝手法复位失败时,采用手术治疗。1709 年 Jean-houis pentit 报告不需进腹腔给绞窄疝病人作了手术。直到 1836 年 Johann Fridrich Dieffebach 才首次成功地切除了在绞窄性疝中一段坏疽的小肠。1710 年 Littre 提议当结肠梗阻时应予开放,直到 1776 年 Pillore 始行第一例盲肠造瘘术。1797 年 Fine 无意中做了首例横结肠造瘘术。1839 年 Jean-Zulema Amussat 开展了腰部结肠造瘘术,并沿用多年。

16 世纪初起,将阑尾炎称为“盲肠周围炎”,直到 1886 年 Fitz 方确定过去诊断为“盲肠周围炎”的起始病变即为阑尾炎,并指出阑尾切除的必要性。1889 年 Mc Burney 描述了急性阑尾炎腹部压痛点,即麦氏压痛点,5 年后又提出了阑尾切除的新切口,即麦氏切口。1877 年 Charcot 描述了伴有寒战、发热和黄疸的三联征,此后对胆道急腹症的认识才逐渐加深。

随着病理学(1793 年 Matthew Baillie 编著了“病理解剖学”,并将其引进外科领域)的出现,麻醉学(1842 年 Georgia 的 Crawford Long 医师和 1846 年 W. T. G. Morton 分别应用乙醚进行了外科麻醉)的发展,抗生素(1886 年 Bergmann 将 1867 年 Lister 的抗菌概念发展为无菌技术,1935 年 Domagk 在临床上应用百浪多息)的采用以及输血技术(1930 年 Landsteiner 发现 A、B、O 型血型,1937 年 Bernard Fantus 建立第一个现代化血库)的建立,为急腹症的进展开辟了广阔的道路,同时老年急腹症亦在其中默默地出现并发展起来。

20 世纪初,即 1909 年,美国医学家 Nascher 首次应用“老年医学”这个名词,1914 年他又出版了《老年病及其治疗》一书,这是第一本老年医学教科书,被誉为美国的“老年医学先驱”。由于急腹症和老年医学的出现,使外科医生对老年急腹症逐渐引起了重视。1920 年 Maylard

报道老年急性阑尾炎只占有所有病人的1%~2%。1929年Christopher编著《小外科学》。1931年Crump报告一组70岁以上病例中,急性胆囊炎高达24%,而一般人的发病率仅占7%。1936年Christopher(从1956年第6版由他的继承者D. C. 萨比斯顿任主编)主编的《克氏外科学》巨著中,首次指出某些腹部外科急症好发于老年人,从而推动了老年急腹症研究工作的发展。1938年德国Bürger教授等创办了国际上第一本老年医学杂志——《老人研究杂志》。1940年美国成立了老年学研究室。第二次世界大战后,许多国家都相继成立了老年学会或老年医学会组织。1950年在比利时的布鲁塞尔举行首次国际老年学学术会议,并宣布成立国际老年学会,至1993年已举行15次国际老年学学术会议。与此同时编著了许多老年学和老年医学书籍,以及50余种老年学和老年医学期刊,虽为老年急腹症基础理论和实践研究开辟了专业性园地,但其论文都是散刊于各种医学期刊中。1950年Bülow报道老年胃十二指肠溃疡穿孔者占15.4%。1956年Bolt报告28例乙状结肠扭转中,71.4%超过50岁。1967年Ottinger报道肠系膜血管阻塞分为动脉痉挛型、栓塞型和血栓形成型,其发病平均年龄分别为75岁、68岁、77岁。1974年Imrie报道老年急性胰腺炎占同期急性胰腺炎的50%以上,同年Peter F. Jones主编的《小儿和成人外科急腹症》中,有某些老年急腹症疾病的记载。1976年Blake报道218例老年肠梗阻中,53%是由嵌顿性腹外疝引起的。1981年Davis Coakley主编的《老年病急症》一书共13章,竟有5章内容与老年急腹症疾病有关。近十余年来国外对老年急腹症基础与临床研究甚多,但截止1993年尚无专著。

第2节 我国老年急腹症的发展史

一、从中国传统医学诊治急腹症到初创中西医结合诊治老年急腹症

战国时期的《黄帝内经》中,首先确定了古代老年人年龄分限和“七八”、“八八”肾气渐衰的生理规律,并有阑尾炎(肠痈)、肠梗阻和溃疡病穿孔等急腹症的记载。公元200年东汉张仲景著《金匱要略》中,除对肠痈、胆道感染、胆石症辨证论治有详细记载外,还拟出大黄牡丹皮汤治疗肠痈,大陷胸汤和大柴胡汤治疗胆道急症,沿用至今仍是实用方剂。三国时代华佗已能进行全身麻醉和开腹手术。南北朝公元483年龚庆宣著《刘涓子鬼遗方》是现存最早的外科专著。宋代陈直于1085年所著的《养老奉亲书》一卷,较西方Floyer在1742年著的《老年保健医学》早6个世纪,为世界上现存最早的老年医学专著。元代朱丹溪所述的“肝痛始发,期门穴必隐痛”,即指肝脓肿而言。1575年李挺的《医学入门》中,以大承气汤治疗肠梗阻沿用至今仍是有效方剂。后世传统医学医书虽对急腹症的论述较多,但受封建迷信思想的统治,未有可能开展手术治疗急腹症;加上辛亥革命至解放前,由于旧中国不重视中医和战争、灾荒频仍,使这一研究处于停滞状态。建国后,在党和国家的重视下,于1958年开始了中西医结合治疗急腹症。1960年遵义医学院外科总结中西医结合治疗急性阑尾炎等8种常见急腹症,共1528例,结果表明,这种方法扩大了非手术疗法范围,使死亡率下降,并降低了经费,减少了平均住院日。1972年遵义医学院和天津南开医院分别编著《中西医结合治疗急腹症》一书。1976年在《中西医结合治疗急腹症通讯》上发表了中西医结合治疗老年急性阑尾炎56例总结。1978年中国中医研究院西苑医院整理出版了《岳美中老中医治疗老年病经验》一书,总结岳老治疗老年病的学术思想,六种补法(平、调、清、温、峻、食)的临床应用,以及治疗几种老年常见病的经验,成为解放后第一本中医老年病专著。同年由天津南开医院等单位主编了《新急腹症学》。1982年郑显理、张炳生在《中西医结合杂志》上首次报道了老年急腹症的中西医结合治疗——附429例分析。中西

医结合学会从 1981 年成立直到 1992 年止召开了两次“急腹症基础和外科基本问题”学术会议和一次全国首届中西医结合诊治老年急腹症学术会议。郑显理等人于 1994 年创办了《中国中西医结合外科杂志》。如此等等,发挥了中国传统医学研究方面得天独厚的优势,结合西医在老年急腹症诊治方面的优势,使我国中西医结合诊治老年急腹症成为世界医学史上的独创医学派。

二、我国西医对老年急腹症的研究

我国西医对老年急腹症的研究工作起步较晚,1956 年沈克非编纂的《外科学》专著,首次提到了某些腹部急症好发于老年人。1958 年管敏麟等在《中华外科杂志》上报道了“老年人胆道外科疾患 37 例手术治疗分析”。1959 年傅永训首次在《中华外科杂志》上报道了“老年期急性阑尾炎——40 例临床分析”。1964 年王作民在《天津医药》上报道了“老年急性腹膜炎”。1973 年钱礼编的《腹部外科学》一书,虽不是老年腹部外科专著,但使某些老年急腹症和老年腹部外科手术方案更具体化了。1974 年中国医学科学院首都医院主编的《水与电解质平衡》中“第十三章老年人水与电解质平衡”,为老年急腹症水、电解质和酸碱失衡的研究打下理论基础,同年中山医学院外科教研组在《新医学》上报道了“老年人急腹症 384 例临床分析”。1976 年张达欣在《医学情况交流》上发表了“老年人外科手术耐受问题的探讨”。

1980 年敖拉哈、王聘臣主编的《临床老年病学》一书中,对老年急腹症的某些疾病作了初步的描述。1982 年花翠兰在《中华护理杂志》上报道了“老年急腹症手术后的护理”。1983 年杨晶等在《哈尔滨医药》报道“老年人外科急腹症 679 例术后并发症及死亡原因分析”和刘立人在《黑龙江医药》报道“老年人胃十二指肠溃疡急性穿孔”。同年夏穗生教授在《实用外科杂志》上,发表了“老年急腹症外科现状”一文,阐述 1931~1982 年共 51 年的国内外研究老年急腹症的概况,特别是一年后他又在《现代老年医学》一书中,对常见的老年外科急腹症疾病作了系统的归纳,为其专科化开阔了道路。1985 年官纯寿等在《老年学杂志》报道“老年胆系疾病中的胆心综合征(附 56 例临床分析)”。1988 年周兰主编的《实用老年消化系疾病》一书中,对老年消化系各种疾病又有深入论述。1990 年郑扶民教授在《腹部外科》中,综述了国内外近 10 年的“老年人水与电解质的处理”概况。此后老年急腹症的诊治和护理等方面的研究日趋增多。

在学术会议上,有关老年急腹症的报道都是散在的,为此 1987 年初有两位 60 年代毕业的普外医生开始筹划老年急腹症学术会议,周旋 5 年,终于由《解放军医学杂志》、《老年学杂志》、《实用老年医学》编辑部和中华医学会连云港分会于 1992 年在连云港联合召开了《首届全国老年急腹症学术研讨会》。本次会议对我国老年急腹症的研究起到了有益的促进作用。

在国内 220 余种医学期刊中,虽有《中华老年医学杂志》、《老年学杂志》、《实用老年医学》和《国外医学老年医学分册》四种老年医学专科杂志,但有关老年急腹症的报道在国内省级医刊的报道亦多为散在的。集中稿件办老年急腹症专刊的仅有三种杂志共出 4 期,即 1983 年第 3 卷第 3 期《实用外科杂志》的“老年急腹症”和 1992 年第 12 卷第 1 期的“老年胆道外科”以及 1990 年第 3 卷第 3 期《腹部外科》和 1991 年第 5 卷第 2 期的《实用老年医学》的“老年急腹症”。作者根据国内《医学论文累积索引》、《普外科中文文献索引》和《中国医学文摘——外科学》统计了 1949~1989 年间收录国内老年急腹症文献,共 79 篇(未包括非急症及个例报道),并将其分为 1949~1965 年、1966~1980 年和 1981~1989 年三个时期,老年急腹症疾病分别为 6、3、70 篇,其中第三时期分别是第一、二时期的 11.7 倍和 23.3 倍,从中可以看出:

1. 我国急腹症研究在 80 年代开始发展。
2. 疾病研究主要集中于外科一般问题,如溃疡并发症、肠梗阻、胆道疾病和急性阑尾炎。

3. 指明了今后对老年急腹症的研究方向:①加强老年急腹症的基本问题研究,如水、电解质和酸碱失衡,休克和感染等。②加强对老年急腹症围手术期的研究,尤其要重视伴发病、护理和康复的研究。③加强对老年消化系统肿瘤并发症所致急腹症的研究。④加强对门脉高压症并发症和血管性急腹症的研究。⑤呼吁社会尽早成立老年急腹症专门组织和研究机构,并创办相应的杂志。

第3节 老年急腹症的现状

随着科学技术的发展,人民物质文化生活水平的提高和医疗保健工作的加强,人口年龄结构老化的趋势是一个突出的特点,其表现:一是老年人口数量增加。据联合国预测,1950~2025年全世界65岁以上老年人口可能由1.3亿增加到8亿,75年间将增加5倍。发达国家可由7.6%上升到17.4%,英美法日等国已经进入老年型国家;发展中国家也将由3.9%上升到8.2%。目前我国老年人口已达1.03亿,几乎占亚洲老年人口总数的一半,占全球老年人的五分之一,到本世纪末我国老年人口将达1.34亿,占总人口的11.7%,将进入老年型国家。二是人类平均寿命在不断延长。据报道,1985年我国人口平均寿命为68.9岁,而日本人的平均寿命已经达75.5岁。据世界卫生组织估计,到2000年发达国家的平均寿命可达75~80岁,我国人口平均寿命可达73岁。一般而言,人进入老年以后身体保持健康可达20年左右,我国有些80~90岁的老人身心健康者已非少见。1982年全国第3次人口普查结果表明,超过百岁的老人共3851人,其比例为0.38/10万,老年急腹症发病率也呈增高趋势。据统计,国内80年代老年急腹症占同期急腹症的9.1%~15.7%,应引起医务界同行的重视。

老年人机体细胞功能随增龄而衰退,抗病能力亦相对降低,而很多老年人同时伴有不同程度的心血管和肺、肝、胃、肾、脑以及内分泌系统疾病。他们往往对疼痛反应比较迟钝,疾病症状与体征往往不典型,又常与内、外、妇科疾病相互联系,稍一疏忽,常导致漏诊、误诊。加之有的病人就医较晚,致使手术并发症增多,死亡率增高,由此反映了老年急腹症的特殊性。

老年急腹症可概括为两大类(空腔和实质脏器)和四种病变(炎症性、穿孔性、出血性和梗阻性病变)。这些病变均可借助于现代医学的各种医疗辅助诊检仪器,诸如B超、CT、磁共振、选择性动脉血管造影、同位素扫描和内镜镜检查等帮助诊断,有时还可作为辅助治疗手段。长效广谱抗生素的发展,积极的复苏手段,先进的监护设备和紧急而准确的手术,已使老年急腹症的手术治愈率不断提高而使死亡率大大降低。值得提出的是,尽管对老年急腹症的诊断水平有了较大提高,但在诊断中仍需注意以下问题:采取简单易行,危险性小的诊断方法,如腹腔穿刺术,是大中城市及基层医院均可开展的检查,诊断阳性率达90%以上;重视连续性观察,加强三级医师责任制,是诊断老年急腹症的重要环节。先进的监护及抢救措施,可减少老年病人因体弱及伴发病多所引起的危险性。但手术问题是医生和病人及其家属必须考虑的问题,手术时可能因心肺功能代偿失调而死亡,不手术又很难解决治疗问题,甚至可因此而延误手术时机,导致死亡。为此医师对老年急腹症的诊治特点,应做到心中有数,能进能退,适可而止。

在围手术期中,应加强护理责任制。常言道“三分治疗,七分护理”,这体现了对老年急腹症病人护理的重要性。加强老年急腹症科普知识的介绍及预防为主的宣传教育是非常重要的。

我们坚信,在2000年我国跨入老龄型社会时,老年急腹症的研究将会对我国老年人健康长寿,做出更大的贡献。

史海安 詹正嵩 杨金浦 张中声

第2章 老年人组织器官结构与功能特征

老年人的组织器官结构与功能都会发生一系列变化,主要是:细胞数量减少,细胞分裂、细胞生长及组织修复能力降低,细胞萎缩与变性,组织逐渐脱水,弹性降低和结缔组织变性,神经系统退行性变及神经-肌肉反应速度减慢,骨强度及韧性减低,基础代谢率降低,调节内环境稳定的诸因素发生障碍。这些变化导致老年人储备力降低、适应力减退、抵抗力低下和自理能力下降。因而,易发病、治疗难、恢复力差等,是摆在临床医师面前极其重要的问题。本文就老年人组织器官结构与功能特征加以论述。

第1节 皮肤及脂肪变化

老年人皮肤萎缩、变薄,皮肤皱纹加深并增多,缺少弹性而松弛,含水量减少,汗腺及皮脂腺分泌减少,导致皮肤干燥,失去光泽,表面粗糙。这些变化既导致对机械防御和损伤后愈合能力下降,又对老年人脱水判断不可靠。由于皮内血管壁增厚,血管球数量减少,其皮温要比中、青年人低 $0.5\sim 1.0^{\circ}\text{C}$,加上色素沉着增强,所以用皮温和肤色判断休克有时亦是不可靠的。

随增龄,体内脂肪组织的量和分布发生改变,老年人体内脂肪组织分布特点是腹部脂肪组织较多,尤其是多蓄积在腹腔内组织中,称之为上半身肥胖或内脏脂肪组织型肥胖。Schwartz等研究表明,老年组腹腔内脂肪组织的面积为青年组的两倍,而大腿部的皮下脂肪组织的面积为青年组的一半。肥胖是诱发高血压病、冠心病、糖尿病等疾病的重要原因。同时,腹壁脂肪沉积,腹肌萎缩,致老年急腹症临床表现不典型,切口易发生感染和裂开,是其局部解剖因素。

第2节 呼吸系统的变化

老年人鼻、喉粘膜常有不同程度的萎缩而变薄,加温和湿化气体的功能减退,喉粘膜感觉减退,其反应比较迟钝,喉反射和咳嗽反射皆比青年人减弱,咽缩肌活动也不及青年人敏感,故老年人易发生异物误吸。气管,直至终末支气管的纤毛柱状上皮细胞发生萎缩,常见其纤毛粘连、倒伏、排列紊乱或纤毛脱失,纤毛运动减弱;基底细胞易鳞状上皮化;支气管分泌物增多而粘稠,加之老年人咳嗽反射、呼吸道粘膜清除力等局部性防御机制和免疫功能降低,故老年人极易发生呼吸道感染。

老年人肺泡扩大,弹性纤维退化,使肺脏的弹性回缩力降低,周围小气道在呼气期易于陷闭,死腔增多。肺泡壁变薄,毛细血管床减少,肺泡融合使肺泡数相对减少。由于肺泡Ⅱ型细胞退化,产生的肺泡表面活性物质减少,使肺泡陷闭,导致肺泡囊、肺泡管和呼吸细支气管的代偿性扩张,使有效呼吸面积锐减,形成“老年肺”的组织学变化,严重影响了老年人的肺功能。造成老年人肺功能低下的主要原因是肺弹性回缩力和胸壁顺应性的减退。其表现是肺活量、补呼气量、第一秒用力呼气量、呼气峰速均下降,而功能性残气量、残气量和闭合气量均上升。

同时因老年人脊柱后凸,上部肋间隙增宽,肋骨呈水平走向,胸椎与肋骨、肋骨与胸骨间的关节随增龄出现脱水、钙化与骨化等退行性变化,关节强直,关节运动受限,胸壁肌肉尤其是肋

间肌与膈肌的纤维结缔组织增生、弹性减退形成桶状胸,使胸廓的呼吸运动进一步受到限制。肺血管内膜增生,管壁增厚,导致呼吸粘膜扩散量减少,氧利用系数降低。如伴有动脉型粥样硬化及小血管血栓形成,易引起肺循环障碍。

老年人呼吸系统的化学感受器和神经感受器的敏感性降低,导致老年人呼吸功能进一步下降。老年人抗氧化酶功能降低,故不宜应用高压氧疗法,以防高氧对肺组织的损害。

由于上述变化,使老年人渐趋于腹式呼吸来代偿,对 CO_2 的通气反应性常欠灵敏。对 PO_2 下降,酸碱平衡的调节功能不如青年人,一旦患急腹症,给置胃管及麻醉带来困难,加重缺氧,诱发酸碱平衡失调,并易发生肺感染。有人指出,术后卧床两天即可发生肺炎体征,使原有的心肺疾病恶化,甚至造成死亡。

第3节 循环系统的变化

心脏随增龄而增大,80岁时左心室比30岁时增厚约25%。心肌“褐色萎缩”,心肌纤维内脂褐质沉积,心肌细胞之间结缔组织增生,心肌淀粉样变性,胶原含量增加。心脏瓣膜随增龄发生退行性变和钙化,以二尖瓣和主动脉瓣为主,且以瓣叶根部为重,并可侵及瓣环,从而导致瓣膜的狭窄和关闭不全。到成年后,心搏出量随增龄以每年1%的速度直线下降,65岁和25岁相比,其心搏出量约减少40%。心脏的潜在力量(预备力),70岁时只相当于40岁时的50%。上述改变导致心肌兴奋性、自律性、传导性和收缩性降低,心肌作功能力明显减弱,一旦发生急腹症,不能适应血容量的减少,而易引起心脏功能衰竭。

老年人主动脉内膜明显增厚,中层纤维增加,加之血管壁脂类代谢异常,大动脉及冠状动脉硬化,导致血管弹性消失,使大、小循环的适应性明显下降。毛细血管基底膜增厚,外膜纤维胶原化,孔径缩小,毛细血管代谢率下降,单位面积内有功能的毛细血管量减少,血流减慢,管壁弹性降低,脆性增加,因而导致毛细血管通透性降低,外周血管阻力增加。一旦有外来因素侵袭,易发生血管破裂。血管性急腹症(自发性腹壁血肿、腹部卒中、动脉瘤破裂、非阻塞性肠缺血和肠系膜血管阻塞)发生率增大。同时出血不易自止,失血量增大,较青壮年发生失血性休克机会多,且严重,在诊治中应予以重视。

第4节 消化系统的变化

老年人的胃肠功能下降,如吞咽动作、食道蠕动、胃内容物排空速度、胃肠消化吸收功能均较青壮年明显下降。

一、口腔

随增龄,味蕾数量减少、萎缩,功能下降80%,导致老年人味觉下降。老年人唾液分泌量也减少,每日总量约为青年人的1/3,因此口干,但以此来判断老年人脱水是不可靠的。50岁以后,唾液中淀粉酶含量明显降低,对淀粉的消化减弱,加上牙齿异常或脱落等,造成咀嚼消化功能削减。这些变化在老年急腹症术后的饮食选择上应给予重视。

二、食管

老年人食管逐渐萎缩,食管上段横纹肌运动障碍,蠕动能力下降,自感咽下困难,有时必须用力才能迫使食物自口腔进入食管。老年人食管第三收缩期即不协调的食管节段性收缩发生率高,食管下段可同时发生很多无推进力的收缩。这种食管运动异常一般无症状,偶有胸痛和