

老年病急症

● 邓长生 李凤翥 主编

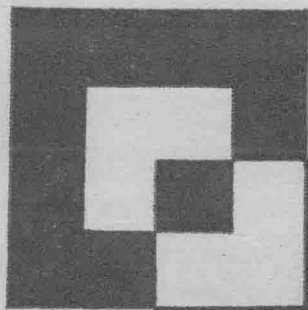
● LAO NIAN BING JI ZHENG

● 湖北科学技术出版社

老年病急症

● 邓长生 李凤翥 主编

● 湖北科学技术出版社



主 编 邓长生

李凤翥

副主编 哈黛文

急 症 学

主 编 李凤翥 副主编 哈黛文

老年病急症

邓长生 李凤翥 主编

哈黛文 副主编

※

湖北科学技术出版社出版发行 新华书店湖北发行所经销

湖北省咸宁市印刷厂印刷

737×1092毫米 32开本 13.875印张 304千字

1989年9月第1版 1989年9月第1次印刷

ISBN7-5352-0452-X/R·81

印数：1—7 000

定价：4.50元

前 言

随着人类平均寿命的延长,老年人(≥ 60 岁)在社会人口中的比重不断增加,老年病学日益显示出它的重要性,并已引起医学界的普遍关注。老年患者有起病隐袭、兼患多病、表现特殊、病情易变、处理困难等特点,特别是老年疾病急症常因上述原因而易致误诊难治。因此,临床医师熟悉老年疾病急症的发病规律、临床特点,对改善老年疾病的预后无疑甚有裨益。

本书介绍了临床常见的内外两科老年疾病的各种急症,并纵览国内外文献,结合我们的临床心得,重点论述了老年疾病急症的某些实际问题,力求为医师们提供迅速诊断与处理急症的专业知识。

本书的编写者,系北京阜外医院、湖北医学院、湖北省梨园医院、广州军区武汉总医院、湖北省沙市第一人民医院及湖北省蒲圻市人民医院等单位的有关专家,值此出版之际,谨致谢忱。

由于老年病学是一门新兴学科,专业涉及面广,加之我们的研究有限,疏漏不当之处,恳望医学界前辈、同行专家及广大读者斧正。

邓长生 (湖北医学院附属第二医院)

李凤翥 (湖北省沙市第一人民医院)

1988年11月

目 录

第1章 老年消化系病急症	(1)
第一节 弥漫性食管痉挛	(1)
第二节 食管裂孔疝	(3)
第三节 消化性溃疡并发出血	(7)
第四节 缺血性结肠炎	(10)
第五节 伪膜性肠炎	(12)
第六节 缺血性肝炎	(18)
第七节 胆石症	(22)
第八节 急性胰腺炎	(27)
第2章 老年心血管病急症	(39)
第一节 过早搏动	(39)
第二节 心动过速型心律失常	(44)
第三节 心动过缓型心律失常	(58)
第四节 非药物抗心律失常技术	(68)
第五节 冠心病心绞痛	(75)
第六节 急性心肌梗塞	(81)
第七节 原发性心肌病	(91)
第八节 高血压急症	(105)
第九节 心源性休克	(113)
第十节 心性猝死	(116)
第十一节 老年心力衰竭	(121)
第3章 老年呼吸系病急症	(127)

第一节	老年肺炎	(127)
第二节	哮喘持续状态	(140)
第三节	自发性气胸	(147)
第四节	呼吸衰竭	(153)
第五节	肺性脑病	(166)
第六节	老年人大咯血	(170)
第4章	老年肾脏疾病急症	(183)
第一节	急性肾功能衰竭	(183)
第二节	药物与肾功能衰竭	(195)
第三节	尿路感染	(205)
第四节	急性肾梗塞	(211)
第五节	尿失禁	(213)
第六节	血液净化疗法	(215)
第5章	老年代谢疾病急症	(220)
第一节	老年糖尿病	(220)
第二节	低体温	(233)
第6章	老年血液病急症	(241)
第一节	急性白血病	(241)
第二节	多发性骨髓瘤	(246)
第三节	播散性血管内凝血	(255)
第7章	老年传染病急症	(264)
第一节	流行性出血热	(264)
第二节	暴发性肝衰竭	(280)
第三节	感染性腹泻	(295)
第四节	感染性休克	(301)
第8章	老年神经疾病急症	(312)
第一节	脑血管疾病	(312)

第二节	老年人脊髓血管疾病	(332)
第三节	癫痫持续状态	(332)
第9章	老年腹部外科急症	(339)
第一节	消化性溃疡急性穿孔	(339)
第二节	肠梗阻	(343)
第三节	急性阑尾炎	(356)
第四节	急性腹膜炎	(362)
第10章	老年骨科疾病急症	(367)
第一节	老年人骨折	(367)
第二节	急性痛风性关节炎	(372)
第三节	周围动脉栓塞	(374)
第四节	糖尿病足	(377)
第11章	老年手术麻醉问题	(380)
第一节	老年人麻醉特点	(380)
第二节	麻醉前病情估计、准备与用药	(383)
第三节	麻醉选择和处理原则	(389)
第四节	急症手术的麻醉	(393)
第五节	术后管理	(398)
第12章	老年人用药概要	(400)
第一节	老年人生理功能对药代动力学的影响	(400)
第二节	老年人用药的相互作用	(403)
第三节	老年人的药物治疗	(407)
第13章	老年疾病急症的护理	(419)
第一节	呼吸衰竭的护理	(419)
第二节	充血性心力衰竭的护理	(423)
第三节	上消化道出血的护理	(427)
第四节	脑出血的护理	(430)

第1章

老年消化系统病急症

第一节 弥漫性食管痉挛

弥漫性食管痉挛是食管的运动障碍，其特点是食管正常的推进性蠕动被一种重复的非推进性强烈收缩所取代，致使食管呈螺旋状，因而又称为螺旋状食管。

本病多见于老年人，男性发病略多于女性。

一、病因

弥漫性食管痉挛（老年食管）可为老年人的一种表现。动物实验结果表明，本病可能是老年性正常生理的延伸。它亦可并发于其他疾病或某些情况，如胃食管反流对粘膜的刺激，癌肿所致的贲门梗阻，贲门失弛缓症早期的神经节变性等。个别患者可因反复的吞咽动作而促发。不明病因者，称为特发性弥漫性食管痉挛。

二、临床表现

本病突出的症状是胸骨后疼痛，程度较剧，可向左肩、左腕及左下颌部放射，伴面色苍白、出汗，极似心绞痛。疼痛多在餐后发生，也可在情绪紧张或摄入过冷、过热的食品时发作。由于疼痛系痉挛所致，故应用硝苯吡啶或硝酸甘油可

奏效。

咽下困难是本病另一突出症状，吞咽固体食物或饮料均感困难，呈间歇发作，非进行性加重，而不同于食管癌。

体检无阳性发现，个别患者恐惧进食，体重可减轻。

三、辅助检查

1. 食管X线钡剂检查：可见蠕动波仅达主动脉弓水平，食管下2/3被一种非推进性的强烈收缩所取代，致使食管呈螺旋状。

2. 食管测压检查：显示下2/3食管弥漫性痉挛，自动发生，或以吞咽或灌注酸剂为诱因。这种非推进性的强烈收缩是在食管不同部位同时发生，其平均压力可明显增高，收缩持续时间亦可延长。乙酰甲胆碱试验可呈阳性，但尚不及对失弛缓症的敏感。

四、诊断与鉴别诊断

从胸骨后疼痛及间歇性咽下困难等症状可疑似本病，纤维食管镜检查主要用于除外其他疾病，确诊有赖于食管X线钡剂检查及测压检查。

所要指出的是，部分患者具有弥漫性食管痉挛的症状，而X线和测压检查正常；或于X线和测压检查时有弥漫性食管痉挛的表现，而无相关的症状。

本病主要与冠心病心绞痛相鉴别：胸骨后疼痛伴有咽下困难，含服硝酸甘油常需10分钟以上生效，胸痛发作时心电图多正常，食管X线钡剂检查可呈螺旋状等，均有别于冠心病的心绞痛。

五、治疗

不吃过冷、过热食品，避免情绪紧张，当紧张因素占优势时，可应用镇静剂，对酸性刺激敏感者，可选用制酸剂。并发于其他疾病者，尚须治疗原发病。抗胆碱能药无效。发作开始或进餐前，含服硝酸甘油可使症状缓解。

症状顽固，其他疗法不奏效时，对痉挛节段可试行机械扩张，可能有助，但有导致食管裂伤之虑。食管下段纵行肌切开术，不作常规使用，仅为治疗的最后手段。

第二节 食管裂孔疝

食管裂孔疝是横膈疝中最具有代表性的疾病，疝门是横膈的食管裂孔，疝囊为腹膜，疝内容主要是胃的一部分，有时肠管亦向上膨出至胸腔内。本病多见于老年女性，肥胖与脊椎变形者尤然。

一、分型

Allison将本病分为三型：滑出型疝（食管裂孔滑疝）、食管旁疝及混合型疝等。

滑出型疝是包含食管-胃连接部和贲门在内的胃的一部分，经食管裂孔向胸腔膨出，胃上升进入胸腔，成了胸腔内的脏器，此型最多见，达70~80%。典型病例易于发现；轻型的诊断条件由于研究者不同而略有区别。其疝入的部分胃容易整复。由于贲门与胃穹窿部所构成的角（His角）为钝角，易致胃液反流，常可并发食管炎及食管溃疡。

食管旁疝，其特点是食管-胃连接部和贲门仍位于横膈下，胃的上部（主要是大弯）膨出至胸腔内、食管旁。此型

比滑出型疝少见，约20%，常可并发胃扭转。

混合型疝兼有上述两型的特点。

Zaino进一步将滑出型疝分成三型，即中心性短食管型，偏心性短食管型和剩余性食管型。

中心性短食管型乃食管-胃连接部在横膈上，疝顶位置居中；偏心性短食管型疝的中心偏向一侧；剩余性食管型则横膈上的食管长而迂曲，膨出胃的一部分可呈弯弯曲曲的不整形。

类似滑出型疝的所谓“短食管”，在食管X线钡剂检查时，见贲门上升，食管缩短，这是由于食管炎症引起的食管挛缩或瘢痕性短缩所致。

二、病因

1.横膈肌的肌力低下：食管裂孔是长2~3cm的肌肉通道，当横膈肌的肌力低下时，使食管裂孔张大，这可能是老年人易于发病的主要原因。

2.腹腔内压上升：肥胖、便秘、咳嗽、腹水或腹部钝器损伤等，均可使腹腔内压上升，造成食管裂孔扩大。

3.横膈食管韧带薄弱：由于该处韧带薄弱，易于伸展，或胃贲门部及胃底畸形。

4.食管炎症、溃疡：食管炎症或溃疡造成的食管挛缩或瘢痕形成，以及伴有癌肿的食管牵引，均可致本病发生。

三、临床表现

较大的食管裂孔疝或有并发症者，可出现各种症状；无症状的轻型病例，多半被食管X线钡剂检查偶然发现。

症状有胸痛、上腹部或胸骨后灼热感、酸性反流、嗝气

呃逆及上消化道出血等，这些临床症状可能与并发反流性食管炎有关。胸痛类似心绞痛，向左肩放射，常在餐后诱发或加重，但于直立时可减轻或缓解，在老年人应注意鉴别。由于食管炎症、疝囊内和紧邻裂孔部的胃糜烂及溃疡形成，导致上消化道出血，可为老年人低色素性贫血的主要原因之一。其他表现有心悸、咳嗽、脉搏增快、呼吸困难和发绀等，均可在餐后加重为其特点。发生疝嵌顿者，可突发呕吐、胸痛及咽下困难。

本病可由于病型分类不同而表现各异：滑出型疝，可出现贲门功能不全和反流性食管炎的症状，并可致上消化道出血。食管旁疝，多数无症状或有胃的一般症状，当腹腔脏器明显向胸腔膨出时，可有胸内受压的表现，如胸闷、心悸及咽下困难等。如膨出的胃肠管发生扭转，则有剧烈胸痛与休克。

四、诊断

本病从临床表现难以作出诊断，确诊有赖于各种辅助检查，特别是X线检查。

1. X线检查：胸片检查发现在心脏右后方有囊状气体影，提示食管旁疝；钡剂检查时应变换体位与腹部加压，当发现食管裂孔张大，有膨出至胸腔内的囊状阴影时，则有助确诊。

(1) 滑出型疝：食管-胃连接部在横膈上，直立位时可回复。

(2) 食管旁疝：食管-胃连接部在横膈下，膨出的胃位于食管旁。

(3) 混合型疝：食管-胃连接部在横膈上，食管迂曲。

2.纤维胃镜检查：可见其贲门部松弛宽大，齿状线上移，胃镜插入不到40cm即可窥见胃粘膜，胃底粘膜（常为疝入粘膜）可有斑块状充血或出血。另外，还可发现食管并发症。

本病疼痛与冠心病心绞痛类似，且有报告食管裂孔疝的28%合并心绞痛，心绞痛的25%合并食管裂孔疝者，故在作出诊断时，应注意两者并存的情况。

五、并发症与伴发病

食管裂孔疝常并发食管炎、瘢痕性食管狭窄、失血性贫血、胃糜烂、疝囊内和紧邻食管裂孔部的溃疡等。另外，尚可并发胆石症、结肠憩室，因果关系不明，有的学者认为系伴发病。并发胆石症与结肠憩室的食管裂孔疝，称为山特氏三联征（Saint's triad）。

本病老年患者可伴发缺血性心脏病，裂孔疝刺激迷走神经，可反射性引起冠状动脉供血不足而加重心肌缺血。

六、治疗

1.治疗原则：

（1）疝较小而无症状者，无需手术。

（2）中等大的疝而症状偏轻者，首先进行内科治疗。

（3）内科治疗不奏效，疝较大，症状明显，且有并发症（如严重食管炎、瘢痕性食管狭窄、疝嵌顿）者，宜手术治疗。

2.内科治疗：饮食宜少吃多餐，就寝前节食，就寝时床头抬高，可减少胃液反流。肥胖者应减轻体重。制酸药可改善症状；抗胆碱能药可使食管下段括约肌压力降低，减少食

管蠕动而不宜应用。

3. 外科治疗：可还纳疝内容，切除疝囊，修复裂孔部。手术途径可经胸或腹部，或胸腹联合切口，各有其利弊。开胸术能接近病变但不能观察腹部；剖腹术侵袭小但因胸腔内粘连而剥离困难；胸腹联合切口手术野暴露较好，但骚扰大。因此，应根据病情的严重程度及患者的全身情况而审慎选择。

(邓长生)

第三节 消化性溃疡并发出血

老年消化性溃疡约有1/3的病例并发出血，其出血危险随年龄而增加。老年人因高血压及血管硬化而难以止血。胃溃疡出血在老年人多见，但十二指肠溃疡出血亦有增加趋势。老年胃溃疡中发生巨大溃疡或高位溃疡者较青中年多，且多合并不同程度的慢性萎缩性胃炎。

一、临床表现

出血前可有上腹痛，但多不典型，有的疼痛轻微，甚或无痛。反酸较少，嗝气多见。呕吐酸酵宿食者可能系幽门狭窄所致。穿透性胃溃疡的疼痛可位于左上腹、胸部或后背；十二指肠溃疡向外穿透时疼痛常位于右上腹或后背。部分患者出血可为其首发表现。出血是由于溃疡周围小血管充血、破裂，或瘢痕组织缺乏收缩、血管易受损，或溃疡基底肉芽组织的血管破裂所致。消化性溃疡侵及胰十二指肠上动脉或胃冠状动脉时，可发生致命性大出血。

呕血与黑粪是消化性溃疡并发出血的主要临床表现。对老年人上消化道出血量的估计常较困难，虽可参考呕血和

(或)黑粪次数及其量,但更重要的是根据临床表现。□渴、面色苍白、四肢湿冷、心音低钝、脉速无力、手背静脉充盈不良、血压下降或意识丧失者说明出血量大。大量出血后血压下降,可诱发脑血栓,也可使并存的冠心病恶化,发生心律失常、急性心肌梗塞和心功能不全。部分患者有心动过缓,可能合并有病态窦房结综合征。此外,尚有低热、贫血、白细胞或网织红细胞增多。氮质血症持续时间较青中年患者长,可能与老年人肾功能减退有关。持续不降,如能除外肾功能衰竭或血容量不足者,应警惕继续出血或再出血。

二、诊断

详问病史与全面体检仍是正确诊断必不可少的步骤。病情危笃者,应先积极处理,俟病情改善后方可系统进行。对呕血、黑粪前伴有晕厥或休克者,应排除老年人其他常见原因,如急性心肌梗塞、心原性与感染性休克、急性出血坏死型胰腺炎等。

根据病情,选择下列检查:

1. 紧急纤维胃镜检查:应在出血后24~48小时内施行,除明确溃疡出血外,尚可发现或除外引起出血的其他原因。
2. X线钡餐检查:一般在出血停止一周左右进行,否则,胃内残留血块将给判断带来困难。而且,过早进行此项检查,亦有加重出血的危险。
3. 吞线试验:年老体弱或病情危重不能接受纤维胃镜或X线钡餐检查者,可行吞线试验,了解出血部位。此法简单易行。若行吞线荧光素试验,除可判断出血部位外,亦能说明是否继续出血或系陈旧性出血。

三、处理

老年人消化性溃疡并发出血的内科处理原则与青中年基本相同，但应强调下列三点：①补充血容量，恢复重要脏器的血流灌注；②注意防治并存症（心血管疾病）的恶化；③迅速治疗休克，以免休克时间过长引起胃粘膜糜烂，加重出血。

1. 一般措施：安静、卧床休息，以平卧下肢抬高为宜。吸氧，保持呼吸道通畅，严防血液被吸入气管引起窒息。对老年人尤其并存高血压、冠心病等心血管病者应常规心电图监护。严密观察出血、意识、脉搏、血压、心率（律）、呼吸、甲床色泽、颈及手背静脉充盈及尿量，动态观察血红蛋白、红细胞压积及血尿素氮等。

2. 补充血容量：输液可用生理盐水、葡萄糖盐水、林格氏液、右旋糖酐或其他血浆代用品，但晶体溶液仅满足每日水分的需要，多用可致组织水肿，血浆代用品不携氧，不如全血理想，故宜尽早输入足量全血，以恢复血容量与有效血循环。补容速度与量最好根据中心静脉压监测结果加以调整，简便的方法是动态观察休克指数及尿量（详见第13章老年疾病急症的护理），老年患者尤为适宜。

3. 止血措施：可应用甲氧咪胍400mg静脉滴注，每日2次；去甲肾上腺素4mg加入生理盐水50ml中（为一次量）口服，去甲肾上腺素在体内迅速被吸收，并经门静脉至肝脏内代谢，故不致有明显的全身副效应，包括血压增高；其他止血药有白芨、大黄、云南白药等。

经纤维胃镜直接止血的方法有药物喷洒、局部注入止血胶、激光光凝止血及电凝止血。但电凝止血用于较深的溃疡

时应审慎，以防穿孔。

4. 手术治疗：老年人消化性溃疡出血早期手术的病死率并不高于择期手术者，故对非手术治疗未奏效者，多主张早期手术。

(陈有荣 邓长生)

第四节 缺血性结肠炎

缺血性结肠炎是由于肠系膜下动脉及其终末动脉的狭窄、阻塞，引起结肠供血不足而产生的病变。发病以高龄者居多，男女发病差别不大。病变范围多限于左半结肠，无多发的节段性病变。

一、病因

多为动脉硬化，老年性血管退行性变是供血不足的主要原因。其他，如糖尿病累及肠血管者，可使肠壁缺血；持续性心房纤颤、室上性心动过速或室性心动过速等心律失常及休克，可致组织血液灌注低下，亦可使肠壁缺血而发生本病。

二、分型

Morston将本病的结肠病变分为三型：①一过性病变；②溃疡狭窄形成性病变；③坏死穿孔性病变等。

三、临床表现

1. 症状与体征：多急性起病，腹痛较剧，从左侧腹部延及整个下腹。继之便血（新鲜出血）及腹泻，可伴发热、恶心及呕吐。腹部体检多有压痛，部分患者可有肠梗阻、腹膜炎及休克。