

2、疗效观察 在观察期间 54 例中部分患者多项指标阳性,其中治疗组出现胃液咖啡样改变 1 例,黑便 0 例,大便潜血(++) 4 例,经纤维胃镜确诊 4 例,对照组出现胃液咖啡样改变 4 例,黑便 3 例,大便潜血(++) 9 例,经纤维胃镜确诊 8 例,3 例因大出血考虑胃十二指肠溃疡穿孔未行胃镜检查,出现黑便,归为应激性溃疡出血;两组用药期间无明显不良反应。

3、疗效分析 治疗组并发应激性溃疡出血 4 例(14.8%);对照组并发应激性溃疡出血 11 例(40.74%),两组比较有统计学意义($\chi^2 = 4.52, P < 0.05$)。

讨 论

应激性溃疡是发生在严重创伤、感染或大手术后,以胃及十二指肠粘膜发生糜烂、溃疡为主要特征的急性应激性病变。目前认为,发病机制可能与应激状态下肾上腺皮质激素释放增多,迷走神经释放大量乙酰胆碱导致胃酸及胃蛋白酶分泌增多有关。老年人因胃粘膜局部血管因素和半生理性退化性改变,更易在应激状态下诱发溃疡出血。

胃酸分泌过多,形成胃内酸性环境,协助胃蛋白酶加速纤维蛋白凝块的溶碎,不利于血小板聚集和纤维蛋白凝块的形成,当胃内 pH ≥ 4.0 时,胃蛋白酶活性丧失^[3]。因此抑制胃酸分泌使胃内 pH 接近中性有利于防治应激性溃疡出血。本资料表明奥美拉唑较西咪替丁能有效预防应激性溃疡的发生,机理为西咪替丁为 H₂ 受体阻断药(H₂-RA),抑制胃酸分泌,促进溃疡愈合,对单纯消化性溃疡疗效可靠。Netzer^[4] 研

究表明 H₂-RA 第 1 天可使胃内 pH > 6.0 ,但效果短暂,在第 2、3 天却不能维持防止纤维蛋白凝块溶解的高 pH,抗分泌作用丧失。而奥美拉唑为质子泵抑制剂(PPI)(H⁺·K⁺-ATP 酶抑制剂),对基础及刺激后产生的胃酸分泌都存在明显抑制作用。沙卫红等^[5]研究用奥美拉唑 40mg 每 12 小时静脉注射能迅速提高胃内 pH 至 6.0,并能全程维持胃内较高 pH。上述研究支持本报告的分析结果。

综上所述,抑酸药可抑制胃酸的分泌,降低 H⁺ 的浓度,碱化胃液,在预防溃疡出血中,由于 H₂-RA 不能维持胃内最佳 pH 值,而奥美拉唑则可维持胃内 pH 接近中性水平。因此,临床应用奥美拉唑可持续碱化胃液,产生保护性屏障作用,在预防老年人应激性溃疡出血中取得良好疗效。

参考文献

- 1 Navab F, Steingrub J. Stress ulcer is routine prophylaxis necessary. Am J Gastroenterol, 1995, 90: 708 ~ 712.
 - 2 裘法祖主编. 外科学. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社,1995.
 - 3 Patchett SE, O'Donoghue DP. Pharmacological manipulation of gastric juice: thrombelastographic assessment and implications for treatment of gastrointestinal haemorrhage. Gut, 1995, 36(3): 358 ~ 362.
 - 4 Netzer P, Gaia C, Sandoz M, et al. Effect of repeated injection and continuous infusion of omeprazole and ranitidine on intragastric pH over 72 hours. Am J Gastroenterol, 1999, 94(2): 351 ~ 357.
 - 5 沙卫红,李瑜元,聂玉强,等. 不同剂量奥美拉唑对十二指肠球部溃疡胃内 pH 的影响. 广东医学, 1999, 20(7): 500 ~ 502.
- (收稿 2003-10-13)

老年病科临床工作中的困惑与思考

谭清武

[中图分类号] R592 [文献标识码] A [文章编号] 1008-8296(2003)-04-0055-02

随着我国人口的迅速老化和人均寿命的延长,就诊患者中老年人尤其是高龄老人的比例不断增加。面对这一形势,我国一些大中城市相继建立了老年病医院,一些综合医院以干部病房为主体建立了老年病科,出现了一批从事老年病临床工作的专业人员。由于老年患者是一特殊群体,病情表现比较复杂,如何根据老年患者的特点,在临床工作中,准确把握老年病的诊断和治疗工作,是一个值得研究的问题。现就老年病临床工作中常遇到的一些问题作一探讨。

一、诊治中的问题

1、采集病史难。直接询问患者是获取病史的重要途径,然而在接诊老年患者时,直接从患者获得的病史资料往往有限。有的老年患者尤其是高龄患者脑功能减退及记忆力差,作者单位: 050082 石家庄市,白求恩国际和平医院干二科

对发病时间比较模糊,发病经过记忆不清,病史叙述零乱,重点不突出,对既往病史和用药情况模棱两可;有的老年患者听力或智力减退,理解能力差,往往对医生的提问反应迟钝,回答问题不具体或答非所问,对查体不能很好配合;有的老年患者由于多病共存或症状不典型,易出现主诉多且无特异性,有的老年患者因对某些检查和治疗感到恐惧,故而隐瞒某些症状;有的老年患者病史陈述前后不一致,如几位医生先后询问同一老年患者的病史,其陈述差别甚大;有的老年患者因语言障碍完全不能陈述病史等。以上这些情况不仅使临床医生获取较为完整的病史显得困难,而且获取的病史相对中青年患者其诊断价值明显降低。

2、系统疾病多 症状不典型。老年人由于机体老化,免疫功能减退,当一个系统发生病变时,通过系统间的相互影响,

可导致另一系统发生病变,因而老年患者往往多病共存。多病共存的表现形式可以是多种疾病同时存在,如同时患有脑梗塞、高血压病、冠心病、糖尿病、慢性支气管炎等;也可以是一个器官的多种病变,如心脏可同时患有肺心病、冠心病等^[1]。多病共存,其症状和体征相互影响,使得临床表现不典型,容易导致误诊或漏诊。

3、治疗矛盾多,副反应增加。老年病大部分属于慢性病,大多与机体老化有关,许多病往往出现在中青年时期,病程较长,一旦发病,易出现多器官受累。因而老年病具有难治性、预后差、致残率和病死率高^[2]。老年患者有多种疾病,需接受多种药物治疗,多药合用,药物之间易发生相互作用,从而有可能使副作用增加。老年人由于个体差异大,对药物疗效反应不一,相同年龄的老年人使用相同剂量,有的老年人未奏效,有的老年人则可能产生中毒反应。老年人肝肾功能减退导致药物代谢排泄降低,加上多药合用,更易发生药物不良反应。老年患者可能由于行动不便,记忆力差,用药复杂,药物毒副作用等原因而不按医嘱用药,严重影响治疗效果。这些治疗矛盾增加临床医生工作上的困难。

4、情绪不稳定,抑郁症状多。老年病病因复杂,治疗困难,效果较差,因而给许多老年患者很大的心理压力,容易出现情绪低落或焦虑,对自身的疾病过分悲观,担心自己一病不起,因而愁眉不展,行为活动减少。这无疑会对老年病的治疗带来负面影响。

二、思路与对策

1、采集病史坚持“不厌其烦,广开言路,千方百计”。“不厌其烦”要求老年病临床医生有耐心听取病人的陈述,因为病人的陈述仍是老年病临床医生获取的第一手资料。另一方面要求老年病临床医生要有耐心从其它途径收集病史。“广开言路”要求老年病临床医生不仅要耐心听取病人陈述,还应尽量向患者家属或陪同人员了解病史。“千方百计”要求不仅靠语言交流的手段来采集病史,必要时可用笔同患者交谈,同时查阅患者过去的病历等。

2、诊断老年病应“标准有别,动态观察,适时修正”。各种疾病的诊断标准是以疾病的典型表现为基础而制定,反映了疾病的本质。老年人由于多病共存,临床表现复杂多样,症状缺乏特异性,因而难以按各种疾病的诊断标准一一对应。老化引起一系列的解剖、生理、代谢的变化,因此老年人某些诊断标准应不同于中青年。坚持“标准有别”体现在两个方面:第一,定性标准,老年患者由于多病共存,临床表现不典型,不一定每种疾病都符合相应的诊断标准,某一疾病的病史及体征突出,常常掩盖其它疾病的表现,尤其是一个器官的多种病变更是如此。如同时患有肺心病和冠心病,其临床症状及体征不一定同时满足各自的诊断标准。第二,定量标准。如老年人肾脏排泄功能下降,需排泄与中青年相同的废物所需的最低必需尿量比中青年要多,因此,老年人的少尿

标准应相应放宽。坚持“动态观察,适时修正”,即确立老年病的诊断后并不意味着诊断已经完成,老年病的诊断是一个动态过程,需在治疗过程中注意观察病情的变化,加强辅助检查,适时地补充修正诊断,使诊断更趋完善、准确。

3、治疗老年病坚持“合理用药,重视康复,加强宣教”。“合理用药”体现在以下三个方面:第一,老年人因多病共存,不可避免地需要接受多种药物治疗,在多药合用时需注意药物的多种作用及药物之间的相互作用,合理选择药物,尽可能利用药物的多种治疗作用,以达到减少用药种类的目的。如高血压,慢性心功能不全的病人选用利尿剂既可降血压又可改善心功能不全的症状。第二,老年人个体差异大,对药物的反应性差别悬殊,且没有严格的同年龄相关的规律可循,因而老年患者用药需坚持个体化原则。第三,老年患者可能缺乏护理人员,行动不便,记忆力差等原因,导致部分老年患者不能按医嘱用药。因而医务人员应尽量简化治疗程序,减少用药次数及种类,有利于提高依从性。“重视康复”即要求在药物治疗的同时尽早配合康复治疗,老年病致残率高,康复治疗在老年病治疗中占有很重要的地位,可帮助患者最大限度地恢复生活自理能力。“加强宣教”即要求老年病医护人员要对患者进行经常性的健康教育,帮助患者正确认识疾病,同时在宣教过程中注意了解患者心理状况,适时进行支持性心理治疗。如在宣教过程中多花时间耐心倾听患者的倾诉,可使患者产生满足感、被信任、被理解的感觉,同时也使医务人员能深入了解患者的心理活动,有利于促进医患关系的发展;对患者给予关心与同情、安慰与开导、解释、建议和指导,有利于消除患者不必要顾虑和误解,启发患者接受现实、面对现实,以积极的态度面对疾病,从而有利于疾病的治疗。

总之,老年病的诊断、治疗要较中青年患者复杂得多,困难得多,作为一名老年病临床医生必须有爱心、细心、耐心,临床医学知识应博专兼备,在生物-医学-社会医学模式指导下,对老年患者不仅进行诊断、治疗(包括心理治疗),还要进行保健、咨询、预防、康复等全方位的服务^[3]。同时在老年病诊治过程中注意把握整体观念,建立系统的临床思维,避免误诊、漏诊、误治、漏治^[4]。

参考文献

- 1 蹇在金主编. 现代老年医学精要. 第一版. 湖南: 科学技术出版社, 1999, 79.
- 2 刘沛生. 重视老年病学科建设. 迎接人口老年化挑战. 中华医学杂志, 2002, 26(3): 121 ~ 122.
- 3 段亚兴. 老年病临床医生的应具备素质. 中华医院管理杂志, 1999, 15(10): 599.
- 4 葛伟, 马晓, 阎宛春. 老年病科医生的哲学思维. 医学与哲学, 2002, 23(6): 37 ~ 38.

(收稿: 2003-10-27)