

# 中老年 保健手册

华西医科大学 编著



# 中老年保健手册

华西医科大学附一院 编著

## 目 录

第一篇 人到中老年 .....	(1)
第一章 重视中老年人的健康 .....	(2)
一、中老年应警惕慢性病的侵蚀.....	(2)
二、中老年人要警惕癌症的发生.....	(3)
三、中老年人要当心猝死.....	(3)
四、中老年人的保健该怎么办.....	(4)
第二章 衰老的基本变化 .....	(6)
一、体表外形的改变.....	(6)
二、心、脑、肾血管的硬化.....	(7)
三、呼吸系统功能的减退.....	(7)
四、胃肠功能的减弱.....	(8)
五、神经系统的改变.....	(8)
六、视觉、听觉能力的减退.....	(8)
七、内分泌及代谢功能的变化.....	(9)
八、免疫功能的降低.....	(9)
第二篇 中老年人常见疾病的防治 .....	(11)

---

第一章 中老年人常见呼吸系统疾病的防治 .....	(12)
一、年龄对呼吸系统的影响 .....	(12)
年龄所致的呼吸系统形态学的改变(12) 年龄对呼吸功能的影响(13)	
二、肺炎 .....	(15)
肺炎是怎样发病的(16) 中老年人好发的几种肺炎(16)	
中老年肺炎临床表现的特点(17) 中老年肺炎的诊断(18) 中老年肺炎应如何治疗(19) 怎样预防中老年肺炎(20)	
三、慢性阻塞性肺病 .....	(23)
慢性阻塞性肺病(24) 慢性阻塞性肺病是怎样发病的(25) 慢性阻塞性肺病有何临床表现(26) 如何识别慢性阻塞性肺病(28) 治疗(28) 怎样预防慢性阻塞性肺病(31)	
四、肺结核 .....	(32)
中老年人肺结核为什么仍不断发生(32) 中老年人肺结核是怎样发病的(33) 中老年人肺结核临床表现的特点(34) 确定中老年人肺结核诊断的依据有哪些(35) 怎样治疗中老年人肺结核(36) 怎样预防中老年人肺结核(39)	
五、支气管肺癌 .....	(40)
导致肺癌发病的有关因素是什么(40) 肺癌的组织学分类如何(41) 中老年人肺癌的特征(41) 临床表现(42) 诊断(43) 中老年人肺癌怎样治疗(44) 怎样预防肺	

癌 (46)

## 第二章 中老年人心血管系统疾病的防治 ... (49)

### 一、冠心病 ..... (49)

中老年人与动脉粥样硬化 (49) 高脂血症与冠心病的发生 (50) 什么是冠心病 (52) 冠心病有哪些症状 (52) 对冠心病应该怎样进行检查 (54) 冠心病心绞痛如何治疗 (56) 在家里发生心肌梗塞怎么办 (59) 怎样预防冠心病的发生 (59) 急性心肌梗塞的预防 (62)

### 二、高血压病 ..... (64)

中老年人的正常血压与高血压 (64) 高血压病是怎样发生的 (65) 患了高血压病有哪些症状 (66) 高血压病的治疗 (67) 高血压病人突然发生病情变化时怎么办 (69)

### 三、风心病 ..... (70)

风心病与风湿热 (71) 风心病的外科手术治疗 (71) 风心病与中风 (72)

### 四、心律失常 ..... (73)

中老年人常见的心律失常 (73) 发现心律失常怎么办 (76) 如何治疗心律失常 (77) 什么是电复律 (79) 心脏性猝死是怎么回事 (80) 猝死病人如何抢救 (81) 什么是心脏起搏器治疗 (81)

### 五、心功能不全 ..... (83)

中老年人与心功能不全 (83) 引起心力衰竭的诱因 (83) 怎样发现心力衰竭 (84) 如何治疗心力衰竭 (85) 心力衰竭的预防 (87)

---

六、低血压 .....	(87)
中老年人低血压 (87)    体质性低血压和症状性低血压	
(88)    体位性低血压 (89)	
第三章 中老年人常见消化系统疾病的防治 .....	
.....	(91)
一、中老年人消化功能的特点 .....	(91)
二、食管疾病 .....	(92)
吞咽困难 (92)    吞咽、迷走神经麻痹 (93)    食管痉挛	
(93)    食管癌 (94)	
三、胃肠疾病 .....	(95)
慢性胃炎 (95)    溃疡病 (100)    胃癌 (104)    便血	
(106) 便秘 (107)	
第四章 中老年人泌尿系统内科疾病的防治 .....	
.....	(114)
一、中老年人泌尿系统的改变.....	(114)
肾脏形态结构的改变 (115)    肾小球滤过率 (115)    肾小	
管功能 (116)    肾脏内分泌功能 (117)	
二、中老年人常见的泌尿系统疾病.....	(117)
尿路感染 (117)    梗阻性肾病 (121)    肾动脉硬化症	
(123)    肾小球疾病 (127)    肾功能衰竭 (133)	
第五章 中老年人血液系统疾病的防治 .....	(139)
一、中老年人贫血.....	(139)
血液的组成成份和功能 (139)    血液的来源 (140)    红细	
胞的演变 (141)    血红蛋白的功能 (141)    什么是贫血	
(142)    贫血的分类 (142)    中老年人贫血的常见病因	

---

(143)	中老年人贫血的临床特点 (143)	贫血的诊断
(144)	贫血的治疗 (144)	预防 (145)
二、	白血病.....	(145)
	“幸子”患的是什么病？中老年人能患“幸子”病吗 (145)	
	中老年人好发哪几类白血病 (146)	中老年人急性白血病的临床表现特点 (147)
	中老年人急性白血病怎样合理选用化学药物治疗 (148)	中老年人白血病有哪些并发症及如何防治 (148)
	慢性粒细胞白血病 (149)	慢性淋巴细胞白血病怎样防治 (149)
	中老年人白血病的早期表现 (151)	急性白血病有治愈希望吗 (152)
三、	紫癜.....	(153)
	老年紫癜是怎么回事 (153)	血小板减少性紫癜临床表现的特点 (153)
	发现血小板减少后应怎样进行检查 (154)	血小板减少性紫癜的治疗 (155)
	中老年人血小板增多亦能引起紫癜 (155)	
四、	淋巴瘤.....	(156)
	如何诊断淋巴瘤 ( )	淋巴瘤如何治疗 (158)
五、	多发性骨髓瘤.....	(159)
	什么是多发性骨髓瘤及其临床特点 (159)	多发性骨髓瘤的早期诊断 (160)
	多发性骨髓瘤的诊断与鉴别诊断 (160)	多发性骨髓瘤的治疗 (161)
	影响多发性骨髓瘤预后的因素 (162)	
第六章	内分泌与代谢疾病的防治 .....	(164)
一、	内分泌与代谢疾病的基本概念.....	(164)
	什么是内分泌与代谢 (164)	人体有哪些内分泌腺、常见的内分泌与代谢疾病有哪些 (165)
	中老年内分泌与代谢	

---

状态 (166)	内分泌与代谢疾病的防治原则 (167)
二、甲状腺功能亢进症.....	(168)
甲状腺与甲状腺功能 (168)	什么是“甲亢”病 (168)
甲亢的主要症状 (169)	甲亢病的诊断 (172)
甲亢的治疗 (173)	
三、甲状腺功能减退症.....	(176)
成年型甲低的主要病因 (176)	成年型甲低的主要表现 (176)
如何发现患有甲低病 (178)	甲低病的治疗 (178)
四、糖尿病.....	(179)
什么是糖尿病 (179)	糖尿病如何分类及中老年糖尿病的特点 (180)
原发性糖尿病的发病有关因素有哪些? 中年以后为什么容易发生糖尿病 (181)	糖尿病患者有哪些常见表现 (182)
糖尿病容易发生哪些急性并发症 (185)	怎样判断有否糖尿病 (187)
有哪些情况应及时去医院检查有否糖尿病 (188)	怎样治疗糖尿病 (189)
如何预防中老年糖尿病 (193)	糖尿病满意控制的参考标准 (194)
五、肥胖症.....	(194)
肥胖的判断标准 (194)	肥胖的分类 (195)
单纯性肥胖的发病原因是什么以及为什么中年以后容易发生肥胖 (196)	肥胖有哪些不良后果 (197)
怎样预防中老年的肥胖 (197)	发生肥胖后怎样治疗 (198)
六、痛风.....	(201)
痛风是怎样形成的 (201)	痛风的病因和诱因 (201)
痛风的主要症状 (202)	痛风的治疗和预防 (203)
七、经绝期综合症与男性更年期综合症.....	(205)
什么是经绝期综合症与男性更年期综合症 (205)	更年期



究竟在什么年龄出现 (206) 发生更年期综合征的内分泌  
变化背景是什么 (206) 经绝期综合征和男性更年期综合  
征的表现及治疗 (207)

- 八、骨质疏松症..... (207)  
什么是骨质疏松症 (207) 骨质疏松症的原因与表现  
(208) 怎样确定骨质疏松 (208) 骨质疏松的防治方法  
(208)

## 第七章 中老年人常见神经系统疾病的防治 ..... ..... (209)

- 一、中老年人神经系统的特点..... (209)  
神经系统老年性改变 (209) 中老年人神经系统检查的特  
点 (210)
- 二、脑血管疾病的防治..... (211)  
脑血管病是一种什么样的病 (212) 为什么中风会出现半  
身不遂、眩晕、呕吐、走路不稳等 (213) 各型脑血管病  
的特点 (213) 中风的治疗 (215) 如何预防中风  
(216)
- 三、中老年期常见的震颤..... (218)  
什么是巴金森氏病 (218) 巴金森氏病有什么样的表现  
(218) 治疗巴金森氏病的常用药物 (219) 老年性震颤  
的特点 (220)
- 四、老年期痴呆和老年前期痴呆..... (220)  
什么是脑血管病痴呆 (221) 脑萎缩变性痴呆的表现  
(221) 混合型的表现 (222) 对患有痴呆的病员如何治  
疗与护理 (222)
- 五、中老年人常见的其他神经疾病..... (223)

---

神经痛 (223)	增生性脊柱炎引起神经痛和神经病 (225)
糖尿病性神经病 (226)	间歇性跛行 (227)
<b>第八章 中老年人精神疾病的防治 .....</b>	<b>(229)</b>
一、影响中老年人产生精神疾病的原因.....	(230)
衰老 (230)	体弱多病 (232)
离、退休 (232)	生活方式的变化 (234)
生活事件 (235)	
二、中老年人的精神疾病.....	(237)
心理、生理疾病 (237)	神经官能症 (238)
更年期综合征 (242)	谵妄 (244)
早老性精神病 (245)	动脉硬化性精神病 (246)
老年性精神病 (247)	晚发性精神病 (248)
三、中老年人精神疾病的防治.....	(250)
养生与延寿 (250)	心理卫生 (250)
心理治疗 (255)	老人与药物 (257)
<b>第九章 常见传染病的防治 .....</b>	<b>(258)</b>
一、感冒.....	(258)
中老年人患感冒有哪些临床表现 (258)	中老年人感冒症状有哪些特点 (259)
怎样诊断感冒 (259)	如何防治感冒 (260)
二、流行性感冒.....	(262)
患流感有哪些临床表现 (263)	中老年人患流感有哪些临床特点 (263)
怎样诊断流感 (264)	怎样防治流感 (265)
三、细菌性痢疾 (267)	
中老年人患菌痢有哪些临床表现 (267)	中老年人患菌痢有哪些临床特点 (268)
怎样诊断菌痢 (269)	怎样防治

菌痢 (269)

#### 四、食物中毒..... (271)

引起食物中毒的原因有哪些 (271) 食物中毒有哪些临床

特点 (272) 中老年人食物中毒有哪些临床特点 (273)

如何诊断食物中毒 (273) 发生食物中毒后怎么办 (274)

如何急救处理食物中毒 (274) 如何预防食物中毒  
(276)

#### 五、传染性病毒性肝炎..... (277)

中老年人黄疸的常见病因有哪些 (277) 肝炎是怎样传播

的以及怎样知道是否患了肝炎 (278) 老年人肝炎的临床

表现有哪些特点 (279) 如何判定中老年黄疸的病因

(280) 什么是乙型肝炎表面抗原 (281) 什么是乙肝表

面抗原携带者 (282) 肝炎的防治措施有哪些 (283) 肝

炎病毒的消毒方法有哪些 (286)

### 第十章 中老年人的皮肤保健与疾病防治 .....

..... (289)

#### 一、皮肤衰老有些什么表现..... (289)

老年疣 (290) 老年性雀斑 (290) 老年性点状白斑

(290) 皮赘 (291) 老年性血管瘤 (291) 日光性角化

病 (291)

#### 二、怎样延缓皮肤衰老..... (291)

应避免过多的日光照射 (292) 应避免使用劣质化妆品

(292) 应避免不恰当的药物治疗 (292)

#### 三、洗澡的科学方法..... (293)

洗澡用水和肥皂的选择 (293) 洗澡水温度的选择 (295)

关于药浴的选择 (296)

---

四、中老年人热水洗脚好处多.....	(296)
五、中老年人脱发有些什么类型.....	(298)
男性秃发 (298)    斑秃 (299)    女性弥漫性脱发 (300)	
六、怎样防治酒渣鼻.....	(301)
七、怎样识别药物过敏性皮疹.....	(303)
固定性红斑 (303)    麻疹样或猩红热样药疹 (304)    荨麻疹型药疹 (304)	
八、中老年人湿疹的特点.....	(305)
手部湿疹 (307)    阴囊湿疹 (307)    肛门湿疹 (307)	
女阴湿疹 (307)    乳房湿疹 (308)    小腿湿疹 (308)	
钱币形湿疹 (308)    干性湿疹 (309)	
九、中老年人癣病的治疗.....	(311)
脚癣 (312)    手癣 (313)    甲癣 (314)    体癣 (314)	
股癣 (315)    花斑癣 (315)    头癣 (316)	
十、疼痛难忍的带状疱疹.....	(317)
十一、中年人的阴囊瘙痒症.....	(318)
十二、老年人皮肤瘙痒症的防治.....	(319)
十三、黑痣恶变的标志.....	(321)
十四、怎样早期发现皮肤癌症.....	(322)
逐渐长大的无病痛性结节或肿块 (322)    经久不愈的自发性溃疡 (323)	
妇女单侧乳头及乳晕部发生湿疹 (323)	
十五、艾滋病的防治.....	(323)
肺型 (325)    中枢神经系统型 (325)    胃肠型 (325)	
发热原因不明型 (325)	
第十一章 中老年人常见的外科疾患 .....	(327)

- 
- 一、急性阑尾炎..... (327)
- 什么是急性阑尾炎 (327) 急性阑尾炎的原因 (327) 急性阑尾炎的症状 (328) 急性阑尾炎的后果 (328) 中老年人急性阑尾炎的特点 (329) 患了急性阑尾炎怎么办 (330)
- 二、胆囊结石和胆囊炎..... (330)
- 人的胆囊内为什么会长石头 (330) 胆囊结石和胆囊炎有什么联系 (331) 胆囊结石和胆囊炎有哪些症状 (331) 老年人胆囊结石和胆囊炎的特点 (332) 如何才能及早发现胆囊结石和胆囊炎 (333) 患了胆囊结石和胆囊炎怎么办 (333) 如何预防胆囊结石 (334)
- 三、急性胰腺炎..... (334)
- 什么是急性胰腺炎 (334) 急性胰腺炎是怎样发生的 (335) 急性胰腺炎有哪些症状 (335) 急性胰腺炎怎样才能得到早期诊断 (336) 患了急性胰腺炎怎么办 (336) 如何预防急性胰腺炎 (337)
- 四、老年人疝..... (337)
- 疝是一种什么病 (337) 腹外疝的症状 (338) 得了疝气怎么办 (339)
- 五、乳腺癌..... (339)
- 患了乳腺癌有什么表现 (339) 怎么才能早期发现乳腺癌 (340) 患了乳腺癌怎么办 (341)
- 六、乳腺增生病..... (342)
- 乳腺增生病是什么性质的疾病及与乳腺癌有什么关系 (342) 乳腺增生病有哪些主要表现 (343) 乳腺增生如何与乳腺癌特别是早期乳癌鉴别 (343) 患了乳痛症怎么办 (344)

## 第十二章 中老年人泌尿和男生殖系统外科疾病的防治 ..... (345)

- 一、中老年人泌尿和男生殖系统有哪些变化..... (345)
- 二、男性更年期的变化..... (348)
- 三、发生血尿怎么办..... (350)
- 四、尿频、尿痛及尿急可能是什么病..... (352)
- 五、排尿困难有哪些原因..... (352)
- 六、前列腺为什么会增生或肥大..... (353)
- 七、泌尿系统常见肿瘤..... (356)
- 八、泌尿系统结石..... (357)
- 九、尿失禁..... (357)

## 第十三章 中老年人常见肌骨骼系统伤病 ..... (360)

- 一、骨质疏松症..... (360)  
人到老年骨质会疏松吗 (360) 骨质疏松与哪些因素有关 (361) 骨质疏松的后果及其表现 (362) 老年骨质疏松症的治疗 (364)
- 二、颈椎病..... (366)  
什么是颈椎病 (366) 哪些人容易患颈椎病 (367) 颈椎长骨刺并不都会发生颈椎病 (367) 颈椎病有哪些现象 (369) 在颈椎病诊断中应注意的几点 (370) 颈椎病的治疗 (371) 颈椎病的预防 (372)
- 三、腰椎间盘突出症与腰椎管狭窄症..... (373)  
腰椎间盘突出症是怎么引起的 (373) 腰椎间盘突出症的分类 (374) 腰椎间盘突出症的治疗 (375) 腰椎管狭窄

---

症是怎么回事 (376) 腰椎管狭窄症的临床特征 (377)	
诊断手段 (378) 治疗 (379)	
四、腰部软组织劳损.....	(379)
发病原因 (380) 临床表现的特点 (383) 治疗 (383)	
预防 (384)	
五、肩关节周围炎.....	(385)
为什么年纪大了易患肩周炎 (385) 肩周炎表现的三大特征 (386) 中老年肩痛跟哪些疾病容易混淆 (387) 治疗原则的三个环节 (388)	
六、膝关节骨关节炎.....	(390)
膝关节骨关节炎形成的原因 (390) 关节内“游动体”的来龙去脉 (393) 临床表现 (393) 治疗 (394) 预防 (396)	
七、髌骨软化症.....	(399)
髌骨软化症是怎么回事 (399) 髌骨软化的后果怎样 (399) 髌骨软化症的典型症状 (400) 治疗 (400)	
八、跟痛症.....	(401)
脚跟脂肪垫损伤 (401) 跖底腱膜炎 (402)	
九、跖痛症.....	(404)
十、脚 外翻畸形与 趾关节滑囊炎.....	(406)
病因 (406) 症状 (407) 治疗与预防 (407)	
十一、中老年人骨伤后的治疗特点.....	(408)
姑息性治疗与手术治疗的关系 (408) 肢体固定与活动的关系 (410) 骨伤与全身状况的关系 (414)	
十二、中老年人骨肿瘤防治原则.....	(414)
重视骨体的变化 (415) 骨肿瘤诊断有时很困难、较复	

杂 (415) 骨的转移性肿瘤较常见 (416) 骨转移性肿瘤的特点 (417) 骨肿瘤的治疗原则 (418)

## 第十四章 中老年妇女妇科常见疾病与卫生知识

- ..... (419)
- 一、中老年期妇女的生理卫生..... (419)
  - 更年期与绝经期性腺功能改变对中老年妇女的影响 (420)
  - 中老年妇女个人卫生 (421) 中老年妇女是否应该保持性生活 (421) 定期作妇科检查 (422) 有下列情况时必须立即就诊 (423)
- 二、功能性月经紊乱..... (423)
  - 什么叫做功能性月经紊乱 (423) 什么叫做更年期功能失调性子宫出血 (424) 更年期功能失调性子宫出血的原因 (424) 更年期功能失调性子宫出血的表现 (426) 更年期功能失调性子宫出血的治疗 (427)
- 三、中老年妇女生殖器炎症..... (429)
  - 阴道炎 (430) 子宫颈炎 (431) 盆腔炎 (432) 子宫内膜炎、子宫腔积脓 (434)
- 四、女阴瘙痒症..... (435)
  - 女性瘙痒症的原因 (436) 女阴瘙痒症的治疗 (436)
- 五、更年期综合症..... (437)
  - 为什么会产生更年期综合症 (437) 更年期综合症与哪些因素有关 (438) 更年期综合症有哪些症状 (439) 更年期综合症怎样治疗 (439) 更年期综合症怎样预防 (441)
- 六、子宫内膜异位症..... (441)
  - 子宫内膜异位症的分类及常见的好发部位 (442) 为什么会发生子宫内膜异位症 (442) 子宫内膜异位症



---

有哪些主要症状 (444)	怎样治疗子宫内膜异位症 (444)
七、子宫肌瘤.....	(446)
子宫肌瘤有哪些类型 (446)	子宫肌瘤有哪些症状 (447)
子宫肌瘤的治疗 (448)	
八、老年期子宫出血.....	(450)
老年期子宫出血的原因 (451)	老年期子宫出血了怎么办 (451)
九、老年期泌尿系统疾病的症状与治疗.....	(452)
尿道粘膜肉样增生、尿道炎及膀胱炎 (452)	张力性尿失禁 (453)
萎缩性膀胱炎 (453)	
十、绝经后骨质疏松症.....	(454)
十一、中老年妇女生殖系统肿瘤的防治.....	(454)
子宫颈癌 (455)	子宫体癌 (456)
卵巢肿瘤 (457)	
输卵管癌 (458)	外阴癌 (459)
十二、中年妇女避孕知识.....	(460)
中年妇女避孕的必要性 (460)	中年妇女会怀孕吗 (461)
中年妇女怀孕后怎么办 (461)	中年妇女避孕方法选择 (462)
安环出血的原因及治疗 (465)	节育器放多久 (465)
十三、中老年妇女性激素的使用问题.....	(466)
中老年妇女使用性激素的必要性 (466)	中老年妇女应用性激素应该慎重 (467)
常用性激素的机理及应用范围 (467)	
十四、中老年妇女性生活知识.....	(473)
中老年妇女性欲变化 (473)	中老年妇女性欲减退的原

---

因 (474) 中老年妇女性欲功能降低的治疗 (476)	
<b>第十五章 中老年人眼病的防治 .....</b>	<b>(478)</b>
一、睑内翻和睑外翻.....	(478)
什么是睑内翻 (478) 什么是睑外翻 (479)	
二、泪溢.....	(479)
三、中老年人结膜上易患什么病.....	(480)
睑裂黄斑和翼状胬肉 (480) 结膜结石 (480) 结膜下出血 (481)	
四、中老年人角膜上易患什么病.....	(481)
角膜老年环 (481) 老年边缘性角膜溃疡 (482) 慢性匐行性角膜溃疡 (482) 角膜瘢痕 (482)	
五、眼睛患了白内障能不能重见光明.....	(483)
什么是白内障 (483) 患老年性白内障是否会失明 (483)	
糖尿病性白内障对中老年人眼睛的危害 (484) 白内障是可以治疗的眼病 (485) 治疗白内障对中老年人的全身病也不能忽视 (485)	
六、为什么患青光眼容易失明.....	(486)
什么是青光眼 (486) 什么是急性闭角青光眼, 应如何急救处理 (486) 什么是慢性开角青光眼, 应如何诊治 (488)	
七、中老年人为什么常常需要戴眼镜.....	(489)
中老年人的近视眼是怎样产生的 (489) 中老年人的远视眼是怎样产生的 (490) 老年人为什么会发生“老花眼” (491)	
八、中老年人常见的眼底疾病有哪些.....	(492)
动脉硬化性视网膜病变 (492) 高血压性视网膜病变	

---

(493)	老年性黄斑变性 (494)	糖尿病性视网膜病变 (494)
九、	糖尿病人的眼睛也会患病吗.....	(494)
十、	老年人眼睛上也会长肿瘤吗.....	(496)
	眼睑上有哪些常见的肿瘤 (496)	眼眶内有哪些常见的肿瘤 (498)
	眼球内有哪些常见的肿瘤 (498)	
第十六章	中老年人耳鼻咽喉疾病的防治 .....	(500)
一、	耳聋.....	(500)
	中老年人与耳聋 (501)	常见致聋的病因 (501)
	传音性聋 (502)	感音性聋 (505)
	混合性聋 (513)	关于使用助听器的问题 (513)
二、	眩晕.....	(513)
	眩晕的含义 (513)	为什么会发生眩晕 (514)
	眩晕的临床特点 (515)	常见疾病引起眩晕的临床特点 (516)
三、	鼻出血.....	(520)
	为什么鼻部容易出血 (521)	鼻出血的病因及临床特点 (522)
	鼻出血的诊断 (524)	鼻出血时病人注意事项 (525)
	鼻出血止血步骤 (526)	止血后的处理 (528)
四、	吞咽困难.....	(528)
	吞咽功能是怎样进行的 (528)	常见吞咽困难的原因 (529)
	常见吞咽困难的疾病 (530)	
五、	声嘶.....	(536)
	发音功能简介 (536)	声嘶的病因 (538)
	常见声嘶的疾病 (539)	
六、	鼻咽癌.....	(545)

什么是鼻咽癌 (546) 鼻咽癌有哪些症状 (546) 鼻咽癌  
的诊断 (548) 治疗 (550) 预后 (551)

## 第十七章 中老年常见口腔疾病的防治 ..... (553)

### 一、龋齿、牙髓炎及根尖周炎..... (553)

中老年人龋齿有什么特点 (553) 龋齿防治方法 (554)

牙髓炎为什么特别疼 (556) 根尖周围炎的危害 (557)

### 二、牙周疾病..... (558)

牙结石与牙龈出血 (558) 什么是牙周病, 有何危害  
(560) 牙周病是怎样发生的 (561) 怎样早期发现牙周  
病 (562) 患了牙周病有法治疗吗 (563) 如何预防牙周  
病 (565)

### 三、其它常见的牙齿疾病..... (566)

食物嵌塞 (566) 牙齿敏感症 (568) 牙齿折断了怎么办  
(569)

### 四、颞颌关节疾病..... (571)

颞下颌关节弹响是怎么一回事 (571) 有口难开 (573)

“掉下巴” (575) 如何保持颌下关节的健康 (576)

### 五、口腔粘膜病..... (577)

口疮是怎么回事 (577) 口腔白斑是癌症吗 (578) 口腔  
粘膜也会长“癣”吗 (579) 中老年人口腔为什么常有霉  
菌感染 (580) 中老年人的舌疾病 (581)

### 六、涎腺疾病..... (584)

了解您的涎腺 (584) 警惕耳垂下方的包块肿大 (586)

唾液潴留和涎腺结石 (588)

### 七、口面疼痛与口眼喎斜..... (589)

口面疼痛时要想到哪些问题 (589) 口眼喎斜 (590)

---

八、口腔颌面部肿瘤常识.....	(591)
面颌部囊肿 (591) 颌骨囊肿 (592) 良性病变和良性肿瘤 (593) 如何初步鉴别颈部肿块 (594) 口腔癌 (596) 下颌骨癌与上颌窦癌 (597)	
九、口腔疾病与全身疾病.....	(598)
牙齿疾病会引起风湿性心脏病吗 (598) 口腔疾病与哪些全身疾病有关 (599) 哪些药物可引起口腔疾病 (600) 口臭怎么办 (601)	
十、中老年人拔牙问题.....	(602)
什么样牙齿应该拔除 (603) 拔牙须知 (604)	
十一、镶牙常识.....	(606)
牙齿缺失为什么要镶 (606) 拔牙后什么时候镶装假牙最合适 (606) 镶活动假牙好还是固定假牙好 (607) 一副假牙能戴多久 (608) 怎样保护和使用假牙 (609)	
十二、口腔卫生与保健.....	(610)
怎样才能保持口腔清洁 (610) 如何选择洁牙剂 (613)	
第十八章 中老年人常见癌症的防治 .....	(615)
一、什么是癌瘤.....	(616)
二、癌瘤的病因.....	(617)
肿瘤的外因 (617) 肿瘤的内因 (618)	
三、为什么中、老年人容易患癌症.....	(619)
四、癌是不是绝症.....	(622)
五、癌症有哪些先兆.....	(623)
六、怎样早期发现癌瘤.....	(625)
积极开展防癌普查 (626) 依靠病人的自我感觉和自我检	

---

查 (626)	警惕和治疗“癌前病变”(626)
七、	得了癌症怎么办..... (627)
八、	治疗癌瘤有哪些方法..... (628)
	手术治疗 (629) 放射治疗 (629) 化学药物治疗 (629) 激素治疗 (630) 免疫治疗 (630) 中医中药治疗 (631) 加温治疗 (631) 冷冻治疗 (632) 激光治疗 (633)
九、	怎样防治食管癌..... (634)
	食管癌的发病原因 (634) 食管癌的早期症状 (635) 食管癌的 diagnosis 和治疗 (637) 食管癌的防治 (637)
十、	怎样防治大肠癌..... (638)
	大肠癌的发病原因 (638) 大肠癌的症状 (641) 大肠癌的 diagnosis (643) 大肠癌的防治 (643)
十一、	怎样防治肝癌..... (644)
	肝癌的发病原因 (645) 肝癌的症状 (647) 肝癌的 diagnosis (648) 肝癌的防治 (649)
十二、	其他癌症的防治..... (650)
第三篇	健康长寿之道 ..... (651)
第一章	劳逸结合 ..... (654)
一、	劳逸结合有益于健康..... (654)
二、	中老年人如何休息..... (654)
三、	适当的学习有益于健康..... (656)
第二章	运动和健康 ..... (657)
一、	生命在于运动..... (657)
二、	运动对人体的好处..... (657)

经常运动能改善和健全心血管系统的功能 (657) 能改善和促进呼吸功能 (658) 能增进和改善消化系统的功能 (658) 能明显增强肌肉相关节的功能 (658) 能改善和增强中枢神经系统的调节功能 (659)

三、中老年人运动的注意点..... (660)

体育锻炼不能整齐划一 (660) 体育锻炼要循序渐进 (660) 要严格控制运动量 (661) 掌握好运动时间 (661)

四、中老年人适合哪些运动..... (662)

**第三章 情绪与健康 ..... (664)**

一、中老年人情绪变化的特点..... (664)

二、精神情绪与健康有密切关系..... (666)

三、精神愉快可减慢衰老过程..... (667)

保持愉快而稳定的情绪 (667) 保持正常的生活规律 (668) 合理地安排学习和工作 (668) 积极安排一些文化娱乐活动 (669)

**第四章 睡眠与健康 ..... (670)**

一、人为什么要睡眠..... (670)

二、中老年人失眠的原因..... (671)

生活上的原因 (671) 精神情绪上的原因 (671) 疾病的影响 (671)

三、中老年人如何防止失眠..... (672)

注意避免饮食、生活上的不良因素影响 (672) 适当在白天参加一些力所能及的运动或活动 (672) 安眠药尽量不用或少用 (672) 对中老年人睡眠, 家属要经常观察 (672)

---

第五章 生活起居与健康 .....	(673)
一、起居卫生.....	(673)
生活环境的基本要求 (673)  个人要求 (674)	
二、不要过度疲劳.....	(675)
不要过劳 (675)  合理安排劳逸结合 (675)  生活方面的 注意点 (675)  必要的健康检查 (675)	
三、合理的起居安排.....	(676)
第六章 营养与健康长寿 .....	(677)
一、饮食与疾病的关系.....	(677)
二、中老年人营养需要.....	(680)
蛋白质 (680)  脂肪 (680)  碳水化合物 (681)  无机 盐和微量元素 (682)  维生素 (684)	
三、中老年人合适的膳食.....	(687)
注意饮食的平衡 (687)  中老年人饮食的注意点 (688)	
第七章 烟酒茶与健康 .....	(690)
一、对烟的评价.....	(690)
影响环境的清新, 造成公害 (691)  造成心血管系统的损 害 (691)  促使癌的发生 (692)	
二、对酒的评价.....	(692)
大量饮酒对人体有害 (692)  少量饮酒对人体可能有一定 好处 (694)	
三、对茶的评价.....	(694)
喝茶有哪些好处 (695)  喝茶的注意点 (695)	
第八章 中老年人外出旅游应注意什么 .....	(697)
一、旅游日程要合理安排.....	(697)



---

二、饮食要讲究卫生.....	(698)
三、动晕病的防治.....	(698)
四、尽量保持原有的生活习惯.....	(698)
五、腰酸腿软关节疼痛的防治.....	(698)
六、不要带病旅游.....	(699)
第九章 中老年人的用药问题 .....	(700)
一、中老年人用药需要注意的问题.....	(701)
严格掌握用药的指征 (701) 严格掌握用药剂量 (701)	
注意药物的相互干扰 (702)	
二、如何预防副作用.....	(702)
中老年人用药 (702) 药物的毒副作用 (703) 药物反应 (703)	
第十章 滋补药方简介 .....	(704)
一、单味滋补长寿中药的研究.....	(705)
二、常用的长寿滋补方.....	(708)
当归补血汤 (708) 生脉散 (709) 玉屏风散 (709)	
参芪注射液 (709) 十全大补汤 (710) 右归丸 (710)	
清宫寿桃丸 (710) 还精煎 (711)	
第十一章 定期的健康检查 .....	(712)
一、中老年人疾病的特殊性.....	(712)
不典型的临床症状 (712) 多种疾病同时并存, 错综复杂 (713)	
容易发生并发症 (713) 由药物引起的副作用多 (713)	
二、随时掌握自身的健康水平.....	(714)
注意身体的不良反应 (714) 随时判断自己有规律的生活秩序是否有了改变 (714)	
三餐饮食情况体重情况 (715)	

---

体重情况 (715)	出现在全身重要器官的症状 (715)
三、定期的健康检查.....	(715)
第四篇 症状疾病索引 .....	(717)
附录一：家庭常备药物 .....	(718)
附录二：临床检验正常参考值 .....	(728)

## 第一篇

# 人到中老年

## 第一章 重视中老年人的健康

人到中老年，在事业上有一定成就，尤其是中年人肩负重担，正是为社会主义建设出力的黄金时代。但从医学的角度看，中老年人由于各器官系统生理功能的衰退，如呼吸功能、肾功能减退，心、脑血管硬化及免疫功能的降低，使中老年人易受疾病的侵袭。有些中老年人，被病魔无情地夺去了宝贵的生命。不少老年人的恶性疾病亦是与中年时埋下的隐患有关。因此，为了使中年人更好地发挥他们的才华，老年人余热生辉，更好地为社会主义建设服务，应高度重视他们的健康。

### 一、中老年应警惕慢性病的侵蚀

很多慢性病如冠心病、风心病、高血压病、慢性支气管炎、肺气肿、肝炎、肾炎等，它们进展虽缓慢，但其侵蚀破坏却在不知不觉中不断扩大，最终会导致心力衰竭、心肌梗

塞、呼吸衰竭、肾功衰竭及脑溢血等。患慢性病的中老年人，在过度劳累或感染的诱发下，可发生急性器官功能衰竭而死亡。有些中老年人平时忙于工作或家务，没有抓紧对慢性病的防治，更有少数对自己的慢性病抱无所谓态度，大量抽烟饮酒，熬更守夜地工作，毫不介意，最后导致内脏损伤达到无可救药的地步。

## 二、中老年人要警惕癌症的发生

中老年人癌症发生率有所增长，患肝癌、肺癌、胃癌、肠癌、乳腺癌及子宫癌死亡者并不少见。要认识到这些癌症都是在容易疏忽的慢性病变基础上逐步转化恶变成癌症的。因此要对自己某部位的“不适”或疼痛，软弱无力或一些慢性病，从思想上重视，警惕癌症的发生。

## 三、中老年人要当心猝死

中老年人突然发生死亡即猝死者屡见不鲜。引起猝死的常见原因有三：

第一是冠心病猝死。它很少有先兆症状，发病至死亡常不超过一小时，由于严重心肌缺血，引起心律失常、心室颤动死亡。华西医科大学附一院经尸检证实的冠心病猝死共 24 例，表现特点为：大多数（91.6%）为男性中年人；引起猝死的重要诱因为体力、脑力劳动过度、情绪激动及饱餐饮酒；三分之二患者于睡眠中死亡，死前多数表现有呼吸

异常（叹息、喘息、深呼吸、鼾声等）或呼吸困难； 年轻者多为冠脉一或二支狭窄伴痉挛；年长者冠脉三支病变较多，狭窄亦较重。根据以上特点，预防冠心病猝死，关键在早期诊断冠心病，因此对可疑冠心病或有胸闷痛、昏厥及高血压史者，特别是男性中年人，应作到： 定期心电图检查，一有症状，立即就诊，复查心电图，必要时配合超声心动图及动态心电图等检查； 避免引起冠脉痉挛的因素，如过度劳累、情绪激动及暴饮暴食，特别是晚餐； 注意夜间睡眠呼吸状态，如发现呼吸异常或困难，应叫醒病人密切观察，必要时急诊抢救。

第二是脑血管破裂而猝死。预防脑出血的关键在于平时很好控制血压与保持情绪稳定。

第三是急性出血坏死型胰腺炎。华西医科大学有一位老教授赴宴时，因多吃了几片肥肉，回家后发生猝死。尸检证实是急性出血性坏死型胰腺炎。预防的关键在于不要暴饮暴食，尤其是晚餐不宜过饱。因此中老年人应重视定期的健康检查，有关心、脑、胆囊及胰腺等器官的慢性病更要特别注意。虽然猝死是一项急变过程，但急变往往有渐变的基础，所以，如能早些知道自己身上的隐患或慢性病，经常采取预防措施，对防止猝死是大有助益的。

## 四、中老年人的保健该怎么办

中老年人应面对现实，学会自我约束，对自己的身体应有自知之明。有些中年人自以为身体壮实，从不生病，与医

药无缘。但经细致检查后，可能会发现轻重不等的病根。因此决不能被表面健康现象所迷惑，应定期作健康检查，有助发现早期病根。

对生活起居要妥善安排，体力与脑力劳动、休息与工作，应科学地结合，不能随心所欲，既要提高工作效率，又要避免过度疲劳。对饮食、体重要自我节制，力争戒烟戒酒。在思想上做到对工作与生活都有乐趣，这才有益于身心健康。中年人承先启后，是社会的中坚。老年人社会经验和专业知识丰富，是国家的智囊与财富，在当今万众一心建设社会主义之际，必须重视并保护中老年人的健康。

## 第二章 衰老的基本变化

衰老或老化是一切生物生命过程的必然规律。一般地说，衰老是随着年龄增长，人体对内外环境的适应能力、代偿能力及抵抗能力逐渐减退的表现。我国中老年人年龄分期按以下标准划分：45~59岁为老年前期或称中老年人，60~89岁为老年期，90岁以上为长寿期。人体衰老后，主要变化如下：

### 一、体表外形的改变

首先是头发变白或稀疏脱落，面部及全身皮肤松弛，发生皱折，牙龈萎缩及牙齿脱落。出现色素沉着的老年斑。双手握力及拉力逐渐减弱，步履缓慢。由于老年人脊柱弯曲，椎间盘萎缩及下肢常变弯，老年人的身高有不同程度减低。老年人的细胞内液较年轻人减少30%左右，故老年人体重相应减轻。但也有一些老年人活动少，代谢功能减退，脂肪沉着增加，而身体发胖，体重增加。



## 二、心、脑、肾血管的硬化

中老年人由于动脉硬化的逐渐发展，血管弹力减退，外周血管阻力增加，心脏负荷增大，心肌收缩力减弱，每搏血量减少，使各脏器血流量相应减少，组织供氧受到影响。一般老年人的心排量较青年人约减少 30~40%。血压也随年龄的增长有所增加，特别是收缩压升高比较明显。国内 1979 年高血压抽样普查，患病率一般为 3~9%，而 60 岁以上的老年人则为 20.6%。老年人由于脑血管硬化，脑血循环变慢，脑血流量减少，影响脑组织的供氧，如果发生局部脑血管功能失调，则可出现短暂性脑缺血发作或更加严重的脑卒中。由于肾动脉硬化，一般老年人的肾血流量较青年人约减少 30~40%，且随年龄增长而进行性降低，故老年人动脉硬化对心脑血管功能的影响都非常显著。

## 三、呼吸系统功能的减退

中老年人肺及气管组织弹性减弱，肺气肿比较显著，换气量减低。心脏横径随年龄增长而增大，但胸腔横径却随年龄增长而减少，加上老年人脊柱常后凸，使胸腔前后径变大，形成桶状胸。肺活量从 35 岁起开始下降，到 80 岁约下降 25%，而残气量却增加一信，动脉血氧含量亦减低。

## 四、胃肠功能的减弱

胃肠道分泌能力随年老而减弱,消化酶的分泌亦减少。故进入老年期,消化力一般减弱,容易出现消化不良和便秘。如老年人牙齿脱落较多或镶假牙而使用不当,亦可影响消化功能。

## 五、神经系统的改变

老年人由于脑血流量减少,大量脑细胞萎缩和死亡。大脑皮层表面积比青年人约减少 10%,神经纤维逐渐出现退行性改变。神经细胞中的核糖核酸量亦迅速减少。故老年人记忆力减退,特别是近期的记忆较差,注意力不集中,反应迟钝,生理睡眠时间缩短,容易疲劳。

## 六、视觉、听觉能力的减退

随着年龄的增长,老年人眼内晶状体调视能力减退,出现老花眼,视物看书须戴花镜。由于晶状体随着年老发生退行性变化,出现晶状体混浊,形成老年性白内障,这是老年人瞎眼的首要原因,次要原因为角膜感染及青光眼。很多老年人的角膜周围出现一种类脂质沉着的老年环,发生率约为 30%,有老年环者常有高胆固醇血症至高血压。老年人听力也有所下降,且以高音听力的减弱最明显,因此老年人常感

到耳聋眼花。

## 七、内分泌及代谢功能的变化

人老后，内分泌系统变化最显著的是性腺萎缩与生殖能力衰退。妇女到 45~50 岁左右，卵巢萎缩，停止排卵，月经停止。有些人出现更年期症候群，紧张、急躁、心悸、血压波动性升高等。男性也有这样一个时期，但为时较晚，症状很轻。由于内分泌及代谢的变化，很多老年人出现骨质疏松，骨皮质变薄，加上弹性韧性减低，容易发生骨折。由于老化使关节软骨发生退行性改变，关节软骨附近出现骨质增生，肌肉附着部骨化，影响关节的活动，经常出现腰酸背痛，关节发僵。有时由于代谢功能的减低和紊乱，可出现一系列代谢性疾病，如甲状腺功能低下、痛风、糖尿病等。

## 八、免疫功能的降低

人老后，与免疫密切有关的胸腺首先萎缩退化，引起免疫功能减低。主要表现在对外来抗原产生抗体的能力降低，易发生肺炎等感染疾病。而对自身抗原产生抗体的能力亢进，血清中自身抗体升高，故中老年人容易发生自身免疫疾病如类风湿病等。又由于老年人免疫监视机构不易识别抗原性弱的肿瘤，故老年人癌的发病率增高。

衰老虽为自然界的必然规律，但由于机体是处在较低的代谢水平，同样要以发挥有益的活力，使余热生辉。所以老

人只要顺乎自然规律,从多方面注意身心锻炼,思想开朗,精神愉快,养成良好的生活习惯,合理安排衣食住行,工作中与生活中注意劳逸结合,适当参加力所能及的体力锻炼,健康长寿是不成问题的。根据国家统计局的人口统计,我国人口平均预期寿命从 1981 年的 67.88 岁,又提高到 1985 年的 68.92 岁,因此活到 80~90 岁是完全可能的,争取百岁也不算奢望。

## 第二篇

# 中老年人常见 疾病的防治

## 第一章 中老年人常见呼吸系统疾病的防治

呼吸系统疾病是中老年人的常见病和多发病，也是导致中老年人死亡的主要原因之一。为了增加中老年人的卫生知识，加强中老年人的保健工作，提高中老年人的生活质量，保证中老年人能够健康长寿，自先扼要介绍年龄对呼吸系统形态结构和生理功能的影响，然后着重谈谈有关中老年人呼吸系统常见病的预防和治疗。

### 一、年龄对呼吸系统的影响

#### （一）年龄所致的呼吸系统形态学的改变

肺大体标本检查表明，随着年龄的增长，至老年时肺脏的整个重量变轻。肺组织切片显微镜下检查，发现老年人的肺泡壁厚度变薄，肺泡壁的毛细血管数目减少，虽然肺泡的总数没有损失，但肺泡的容积明显扩大。而且还发现围绕着肺泡管周围的弹力纤维束亦变得稀少和纤细。因此，正常情

况下维持小气道开放弹力组织的功能在老年受到了一定程度的损害,因而在一定的条件下使小气道极易发生陷闭。所以,肺组织弹性回缩力的减退,胸壁活动度的减少和僵硬,肺泡的扩大以及肺泡壁毛细血管数目的减少,成为中老年人引起一系列呼吸功能改变的基础。

## (二) 年龄对呼吸功能的影响

年龄对于呼吸功能的影响,一般难于作出精确的估价,这主要由于老年人慢性呼吸系统疾病的患病率较高,以及吸烟和大气污染等因素的相互影响之故。呼吸功能普查结果表明,中老年人的呼吸功能常发生下列一些主要的改变。 呼吸容量和流率的减少:具体表现在肺活量和第1秒用力呼气量随着年龄的增长而逐渐降低。表1-1所示第1秒用力呼气量占肺活量的百分比,20岁的男性为82%,女性为80%,至70岁时则分别降至74%和61%。提示第1秒用力呼气量的减退较之肺活量为甚; 肺容量增加:表现在残气量随着年龄的增长而逐渐增高。表1—1表明,功能残气量占肺总量的百分比,20岁时男性为54%,女性为55%,至70岁时男女均增至60%。揭示年龄增长后肺总量的改变不大,而残气量则明显增加,且占据了肺总量的主要部分; 动脉血氧分压的下降:表1—1指出,随着年龄的增长,动脉血氧分压呈进行性降低,因而使肺泡—动脉血氧差增加。此可能因老年人呼吸时许多肺泡处于关闭没有通气状态,导致部分肺动脉内的混合静脉血未经充分氧合,分流进入肺静脉之故。

造成上述呼吸功能改变的原因主要与老年人胸壁活动度的减弱和僵硬,肺组织弹性回缩力的减退,肺顺应性的增加,

以及气道周围放射状牵引力的损失有关。因此当呼气时不能使气流顺利驱出；另一方面，在这种情况下呼气肌往往主动参与呼气运动，使呼气的胸膜腔内变为正压，造成小气道在较高的肺容量时提前陷闭，结果便导致了呼气容量和流率的下降以及肺容量增加的后果。

此外，肺毛细血管内血液的氧合作用主要是取决于肺通气和血流分布的正常比例。正常情况下肺部血流的灌注受重力和肺循环压力的影响，因此在坐位时肺尖部的灌流量最少而肺基底部则最多。反之，肺通气的分布则受肺周围胸腔内压力的调节，一般在功能残气位时肺上区胸腔内的负压最大，随着向下垂直距离的增加，胸腔内的正压亦逐渐升高，因此在坐位时通气的分布肺上区较之肺下区为多。尽管如此，年轻人坐位时肺基底部周围的压力仍然低于大气压，因此呼吸时仍有较多的潜力来进行调节，使空气流入肺血流较多的区域。但是，老年人由于肺组织弹性回缩力的减退，肺基底部周围的压力每高于大气压，使上述的这种调节机制遭到破坏，导致气道的陷闭和肺灌注正常的基底部所能获得的通气量减少，即引起了所谓的“通气/血流比例失调”的结果。此时临床上便出现了动脉血氧分压的降低。

由于上述这些年龄所致的呼吸生理学改变的影响，不难理解许多中老年人尽管肺部没有任何疾病的情况下，当其活动或体力劳动时较之年轻人更易发生气短。而且一旦有了肺部疾患(如呼吸道感染等)，通气的代偿潜力便会大大地削弱。此外，由于老年人脊柱常变形(如后凸或侧弯)，胸壁多僵硬，以及肺气肿的程度每逐渐加重，使胸廓呼吸运动的幅度减少，



并经常处于吸气的状态。因而临床上胸部叩诊时每呈高清音，心界缩小和肝上界下移。由于肺组织弹力的减退和通气气流的减少，听诊时呼吸音则普遍减弱，以双肺基底部尤甚。

表 1- 1 年龄对呼吸功能的影响

项 目	年 龄(岁)					
	20	30	40	50	60	70
动脉血氧分压(毫米汞柱) <sup>†</sup>						
坐位	99	96	93	91	88	85
卧位	95	91	87	83	78	74
肺容量						
男(175 米 <sup>3</sup> )						
肺活量(升)	5. 26	4. 96	4. 66	4. 36	4. 06	3. 76
第一秒用力呼气量	82	81	79	78	76	74
占肺活量%						
功能残气量占肺总量%	54	55	56	57	59	60
女(165 米 <sup>3</sup> )						
肺活量(升)	3. 33	3. 68	3. 50	3. 32	3. 14	2. 96
第一秒用力呼气量	80	76	74	69	61	61
占肺活量%						
功能残气量占肺总量%	55	56	57	58	59	60

<sup>†</sup> 1 毫米汞柱等于 0. 133 千帕

## 二、肺炎

肺炎是由于病原微生物侵犯肺部所引起的急性肺部炎症。一般来说，可以把肺炎分为大叶性肺炎和支气管肺炎两大类。大叶性肺炎是青壮年者好发的疾病，常因感染肺炎球菌所引起。健壮的老年人虽然亦可患典型的大叶性肺炎，但相对来说较为少见。反之，支气管肺炎则是老年人十分常见的疾病，除一般引起肺炎的病菌如肺炎球菌、葡萄球菌和弗利兰德氏杆菌等引起外，正常呼吸道中的一些非致病菌，由

于老年人机体抗病能力的低下亦可发生肺炎。

总的说来，大约不到 20% 的肺炎病人需要住院治疗，其中大多数为中老年人，主要因这些中老年人常有严重的疾病同时存在，如充血性心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病或糖尿病等，如果这些病人不及时住院治疗，其病死率则很高。

### （一）肺炎是怎样发病的

中老年人感染了引起肺炎的病菌后，其能否发病往往取决于机体的基础条件和肺局部的具体情况两方面的因素。如中老年人免疫功能低下，营养状态不良，体温偏低，甚至患有恶性肿瘤或其它慢性消耗性疾病时均可导致机体抵抗力降低，一旦呼吸道感染了病菌，便易诱发肺炎。至于肺局部的改变最常见者系因老年人常患有慢性支气管炎，由于支气管内分泌物的堆积，为侵犯呼吸道的病菌提供了良好的滋生繁殖的条件，从而导致了肺炎的发病。因此，上述这些全身性和肺局部的改变是决定老年人肺炎是否发病的主要因素，尽管感染的病原微生物其毒力低，致病性不强，但如果具有上述这些因素的存在，肺炎便容易发生。受凉感冒往往是肺炎发病的直接诱因。

### （二）中老年人好发的几种肺炎

肺炎这个名词通常是用以概括各种不同肺炎症的情况。除上述的大叶性肺炎和支气管肺炎外，对于中老年人来说下列三种肺炎是较常发生的。

1. 瘀积性肺炎：常发生于长期卧床或极度衰竭的老年患者，由于其胸壁僵硬，膈肌收缩无力，使呼吸运动受到限制。此外，这样的病人往往咳嗽反射减弱或消失，使支气管内的

分泌物不能排出，堆积于肺的最低部位，从而引起瘀积性肺炎。

2. 局限性肺不张肺炎：这种肺炎往往发生于急性呼吸道感染之后，由于粘液阻塞某局部支气管引起该部分的肺不能通过支气管与外界沟通，因而造成局限性肺不张，并被存在于粘液中的病菌所感染，导致肺炎的发生。此外，支气管肺癌阻塞局部支气管亦为主要的发病原因之一。这种肺炎可以发展为肺脓肿。

3. 吸入性肺炎：这是由于吸入了带有病菌的感染性或刺激性物质至支气管内所引起。老年人咽反射或咳嗽反射多有不同程度的减退，或因患有中枢神经系统疾病，长期意识不清（如脑溢血之后），或患食管梗阻或假性球麻痹伴吞咽困难，均可造成食物返流，呛入支气管内引起吸入性肺炎。

### （三）中老年肺炎临床表现的特点

1. 临床症状：中老年肺炎的临床表现与年轻人大不相同。发病往往是逐渐的，呈突然起病者极少。早期常诉疲乏无力和虚弱的症状，而不提供具有早期诊断肺炎的特殊征象，一些医生常把这些现象误认为一般性“年老体衰”的表现，而没有考虑到早期肺炎的可能。咳嗽、咯痰的加重往往不甚明显。痰液可呈脓性，特别是先前患者有慢性支气管疾病者尤为明显。轻度呼吸困难和脉率升高可能成为部分老年患者肺部感染的主要表现。发热轻微或不发热。值得注意的是许多老年肺炎患者神经精神症状常为临床上的突出表现。患者每出现白天嗜睡，夜间失眠，烦躁不安和精神障碍。特别是原有慢性肺疾患的病人，一旦有了呼吸道的感染，极易诱发呼

吸衰竭，此时由于缺氧和二氧化碳潴留的加重，患者除紫绀更加明显外，神经精神症状则显得更为突出。

2. 体格检查：可出现紫绀，呼吸浅快，病变局部叩诊浊音，呼吸音减弱，或可闻及支气管呼吸音和干、湿啰音。出现体征的区域其范围可能很小，但有时可波及双侧肺的底部。患有慢性支气管炎肺气肿的老年肺炎患者，除发现呼吸音降低外，上述这些体征往往被其掩盖而未能查出，临床上必须予以注意。一些具有潜在性心功能不全的老年人，肺部感染每可诱发心力衰竭，另一方面，左室衰竭由于肺底部充血水肿亦可诱发支气管肺炎，这两种情况必须予以鉴别。

3. 实验室检查：白细胞增高缓慢而不明显。病程早期痰标本往往难于获得，痰培养结果常提示呼吸道的正常菌群生长，必须注意一些健康中老年人平时可咯出少量痰液，甚至在其支气管内还可移居着一些致病的细菌，如肺炎链球菌和流感嗜血杆菌等，因此在这种情况下，即使痰培养阳性，在缺乏有意义的肺炎症状时，亦不能认为具有活动性的肺部感染。X 线胸片检查可见肺部炎变的阴影，但有时亦无助于肺炎的诊断，因老年肺炎患者放射学检查常缺乏典型的具有特征性的表现。

#### （四）中老年肺炎的诊断

要确定中老年人是否患了肺炎，除根据上述病人的主观感觉外，每个病人均应与医生密切配合，进行下列一些检查，以期尽快作出诊断，并及时给予治疗。详细的体格检查寻找有无肺炎的体征，如局部叩诊浊音，呼吸音降低，并出现干湿啰音或支气管呼吸音；痰液涂片革兰氏染色检查，视

革兰氏阳性菌和阴性菌数量上何者占优势，大体上可确定主要系属于哪一类病菌的感染，此对早期选用抗生素治疗具有一定的指导意义。同时还要进行痰液细菌培养和抗生素敏感试验。病人于晨间起床后以生理盐水或双氧水漱口后，从呼吸道深处咯出的痰液，收集于消毒的平皿中立即送检。这样所得的培养结果可靠性较大，可作为日后选用抗生素的依据。对于无力咯痰的患者，可用高渗盐水雾化吸入，必要时可经气管导管或纤维支气管镜采取痰液标本进行检查； 血细菌培养：病情较重的患者，为了明确病原菌是否从呼吸道进入血循环发生菌血症或败血症，特别是出现高热的患者，应及时抽取血液标本进行细菌培养； X 线胸片检查：必须拍摄后前位和侧位的胸片以便确定肺炎的部位和避免因炎症的范围太小而造成漏诊； 心电图检查：了解有无缺血性心脏病存在，以便及时处理，以免因肺炎诱发心力衰竭； 有条件的医院还应定期作动脉血气分析，监测有无低氧血症和高碳酸血症存在，特别对肺炎继发于慢性阻塞性肺疾病的患者此项检查尤有价值，因肺部感染往往使这些患者诱发呼吸衰竭。

#### （五）中老年肺炎应如何治疗

##### 1. 消除感染

（1）如何选用抗生素：肺炎的诊断一经确定，在采取痰液作涂片和细菌培养后，应尽早给予抗生素。抗生素的选择取决于感染的病菌而定。治疗初期多依靠痰涂片检查的结果，初步分辨球菌或杆菌，革兰氏阳性或阴性菌的感染作为选用抗生素的参考。一般来说，院外的感染多系肺炎球菌或流感杆菌所致。院内感染则多由耐药金葡菌、绿脓杆菌、大肠杆

菌以及其它革兰氏阴性菌引起。如为吸入性感染者厌氧菌感染的可能性应予考虑。中老年肺炎常用的抗生素及其用法见表 1—2。

表 1- 2 中老年肺炎时抗生素的选择

病 菌	首选药物	一般剂量	备 注
肺炎链球菌	青霉素 G	60 万单位每小 时一次	退热后或轻证改为青霉素 V 250 毫克 每 6 小时一次口服。
金色葡萄球菌	二甲氧苯青 霉素	1.5 克每 6 小时 一次	常用耐青霉素酶药物开始治疗。如证 明病菌对青霉素 G 敏感,则改用青霉 素 G。
克雷白氏菌	乙氧萘霉素 庆大霉素	同上 3 ~ 5 毫 克/公 斤/日分三剂给 予	监护功能,如有损害应予减量。
绿脓杆菌	头孢唑啉	1 克 每 6 小时 一次	对肾有毒性作用,对青霉素过敏者, 有交叉过敏反应
	庆大霉素 或 托布霉素	3 ~ 5 毫 克/公 斤/日分三剂给 予	肾功能损害者应减量。
	加羧苄青霉 素	6 克 每 6 小时 一次	不能与庆大或托布霉素混合配制静 滴。
流感嗜血杆 菌	或磺苄青霉 素	2 克 素 8 小时 一次	
	氨苄青霉素	1 克 每 6 小时 一次	
厌氧链球菌	青霉素 G	60 万单位每 6 小时一次	临床证状改善后改为口服青霉素或 氨苄青霉素 6 ~ 12 周。
脆弱类杆菌	氯林可霉素	450 毫克每 6 小 时的一次	

(2) 中老年人应用抗生素应注意哪些事项： 尽量不用或少用广谱抗生素，以免引起菌群失调或二重感染，如霉菌感染或其它革兰氏阴性杆菌的呼吸道感染等； 剂量不宜过大，谨防发生毒性反应，如氨基糖甙类抗生素（链霉素、庆大霉素、卡那霉素、丁胺卡那霉素和托布霉素）对肾脏及听神经毒性较大；大环内酯类抗生素（红霉素、螺旋霉素及麦迪霉素等）常发生消化道反应，部分病人可出现肝脏损害；氯霉素类抗生素（氯霉素、合霉素和甲矾霉素）有引起骨髓抑

制和精神障碍的危险。因此对中老年人患者，特别是肝肾功能不良的患者尤应减少剂量，延长每次给药时间慎重使用；疗程不宜过长，一般 7~10 天，待炎症基本控制后可口服药物予以巩固。严重患者应经静脉途径给药。抗生素开始治疗后，除非病情急剧恶化，一般观察 72 小时不予变动，如 72 小时后病情未见好转，可参考痰菌培养及对抗生素敏感试验的结果改用有效的抗生素；治疗期中应定期复查痰培养，以防感染病菌发生交替和更换。

2. 纠正缺氧：中老年肺炎的患者由于支气管炎症渗出物的阻塞、肺实变或局限性肺不张，使肺泡通气量下降和气体交换不良，往往出现明显的低氧血症。大脑、心肌、肝和肾等重要器官的供氧不足，每导致这些脏器的功能不全甚或衰竭。因些尽快纠正缺氧对老年肺炎患者是一项十分重要的措施。一般可通过鼻导管、鼻塞或面罩给氧，争取在较短时间内使动脉血氧分压上升至 50~70 毫米汞柱，动脉血氧饱和度升达 85% 左右。为了防止因吸氧不当而导致二氧化碳潴留，对缺氧伴二氧化碳潴留的患者，应采取低浓度控制性给氧。一般从 24~28%（1~1.5 升/分的氧流量）低浓度开始。吸氧后如呼吸困难减轻，紫绀改善，心率减慢，且无神志障碍表现，可继续给氧，必要时可适当提高吸氧浓度。对缺氧而无二氧化碳潴留的患者可采用非控制性高浓度吸氧，即吸入氧浓度不加严格限制，一般在 50% 以上，但如吸入时间持续 24 小时以上时，则吸氧浓度以不超过 70% 为宜，以免发生氧中毒性肺损害。

3. 支持疗法：患者应卧床休息，注意保暖，每日饮水 1000



~ 2000 毫升,不能进食者应适当静脉补液。给予易消化、高热量、富有营养的流质或半流质饮食。适当补充维生素 B 和 C。

4. 缓解症状:高热者应施行物理降温(置冰袋于头颈部、腋窝及腹股沟处,并定期更换之),必要时可临时给予消炎痛 8~12.5 毫克口服。刺激性剧咳者可口服可待因,每次 15~30 毫克,每日 2~3 次。痰多不易咯出者可适当应用必嗽平,每次 16 毫克,每日 3 次。或氯化铵,每次 0.9 克,每日 3 次。胸痛剧烈者可用宽胶布固定胸廓以减少其动度,必要时可临时应用丙氧酚或戊唑新予以止痛。鼓肠者可用局部热敷或肛管排气。烦躁不安影响睡眠者,可临时给予作用时间短、对呼吸中枢抑制轻的镇静剂,如安定每次 5 毫克口服或肌注。至于强有力的长作用的镇静剂应予避免。

对于休克的患者应及时补充血容量。年老体衰的患者,应保持呼吸道通畅,包括适当体位引流痰液,翻身拍背鼓励咳嗽排痰,或经鼻或气管导管吸痰等。生理盐水和支气管扩张剂(如舒喘灵)的雾化吸入有助于湿化气道,舒张支气管以利排痰。呼吸衰竭的患者必要时可作气管切开和人工机械通气。

#### (六) 怎样预防中老年肺炎

首先要避免受凉感冒,在季节交替期间应注意保持适当的衣着。避免过度疲劳,保证生活规律化。有吸烟习惯者应劝其绝对戒除。晨间起床后可作力所能及的一些锻炼,如户外散步或慢跑,呼吸新鲜空气提高上呼吸道粘膜的抵抗力。应注意居室的通风和保暖。上呼吸道感染一旦发生应尽早给予



治疗。

患有慢性疾病（如慢性阻塞性肺病，心脑血管疾病和糖尿病等）的老年人应及时进行治疗，使病情能控制在稳定的水平。对于极度衰竭长期卧床的患者，应鼓励其多于床上活动，如翻身、起坐、四肢运动，甚或定期作被动运动等。如有中枢神经系统疾病或意识不清伴有呕吐或吞咽障碍的患者，应特别注意口腔卫生，饮水、喂食时尤宜小心，以免因感染性物质误吸或呛入支气管，引起吸入性肺炎。定期注射肺炎疫苗或在流感流行期中注射流感疫苗均有助预防肺炎的发生。

### 三、慢性阻塞性肺病

慢性阻塞性肺病是慢性支气管炎、肺气肿和支气管哮喘的总称。慢性支气管炎和肺气肿这两种疾病虽有本质上的不同，但通常同时存在，并可能是某些共同的病因所造成的后果。这里仅着重介绍与慢性支气管炎和肺气肿有关的一些问题。

根据流行病学调查的资料表明，在一般人群中慢性支气管炎的患病率高峰大约发生在 50 岁左右，而且随着年龄的增长而继续增加。尸检研究亦证明，肺气肿的发病率亦与年龄密切相关。有证据表明几乎所有 70 岁以上的老人均有不同程度的肺气肿。许多慢性阻塞性肺病病程和预后的研究指出，本病患者的平均年龄为 60 岁左右。由此可见慢性支气管炎和肺气肿为老年人的常见病和多发病，对中老年人的健康具有

极大的危害性。因此，提高对本病的认识，加强对本病的防治，在维护中老年人的健康方面，具有十分重要的意义。

### （一）慢性阻塞性肺病

1. 慢性支气管炎：患者慢性咳嗽、咯痰持续 3 个月，且至少连续发生 2 年以上，并能除外其它病因如肺结核、新生物等所引起者谓之慢性支气管炎。其形态学改变的特点是支气管粘液腺增生分泌亢进，特别在疾病急性发作期中，由于病原菌的感染，支气管严重发炎，导致粘膜充血水肿，粘稠的分泌物阻塞于气道内，引起严重的通气障碍。患者常诉反复咳嗽，痰量增多和反复呼吸道感染。肺功能检查常提示阻塞性通气功能障碍，并由此引起的低氧血症或合并二氧化碳潴留。晚期患者常合并继发性红细胞增多、紫绀、肺动脉高压、肺心病和右心衰竭。因此临床上有人把这类患者称之为“蓝肿型”慢性阻塞性肺病。

2. 肺气肿：患者表现以慢性劳力性呼吸困难为主，病前有（或不一定有）慢性支气管炎的病史，并能除外慢性肺胸疾患如慢性肺间质纤维化等所致的呼吸困难。由于持续性的气短发作，最后发生进行性致残在所难免。肺气肿的形态学改变的特点是远端终末细支气管和肺泡壁的毁环性损害和相互融合伴其腔隙的加大。由于支气管慢性炎症肥厚和肺回缩力的丧失，因而使呼气时细气道提前陷闭，呼出气流受阻，造成肺容积的增大和肺过度膨胀。肺功能检查主要表现为呼气容量（第 1 秒用力呼气量和最大呼气中期流速）的减少和肺容量（残气量、功能残气量和肺总量）的增加。肺气肿时其肺泡通气不足常通过增加每分钟通气量予以代偿，因此除非

疾病已至晚期患者表现呼吸困难外，低氧血症和二氧化碳潴留一般不会发生。所以临床上有人把这类患者称之为“红喘型”慢性阻塞性肺病。

然而，必须指出，临床上慢性支气管炎和肺气肿以单纯一种形式的表现是不常见的，更多的是两种情况混合存在。两者间不仅在临床征象方面存在颇多的交叉重叠，而且即使应用一些客观的生理功能检查亦难明确地区分。因此，慢性支气管炎和肺气肿可以说是位于同一病谱的两端，而绝大多数患者的临床表现却位于该病谱的两端之间，当然其表现具有各自的倾向性而已。

## （二）慢性阻塞性肺病是怎样发病的

慢性阻塞性肺病的病因极为复杂，迄今尚有许多因素还不够明瞭，近代认为吸烟（据报道 50 岁以上中老年人中吸烟者慢性支气管炎的患病率为不吸烟者的 2 倍），大气污染，呼吸道感染，过敏因素，植物神经功能失调和气候的变化等均为发病的彼此相互有关的因素。此外，老年人肾上腺皮质功能减退，咽喉反射的减弱以及呼吸道免疫防御功能的减退和营养状况的低下等，均可使慢性支气管炎的发病增加，至于遗传因素是否与慢性阻塞性肺病的发病有关迄今尚未证实。国外报告肺气肿亦可发生于年轻人，且与吸烟无直接关系，其主要原因为患者血浆蛋白中  $\alpha_1$  抗胰蛋白酶先天性不足之故，但国内尚未发现先天性该酶缺乏的患者。

当有上述的一种或多种病因存在，且长期反复作用后即可引起慢性支气管炎。病变初期首先影响支气管上皮细胞，使之发生变性、坏死、增生和化生，上皮细胞的纤毛受损，使

其丧失清除异物的功能。粘液腺增生肥大分泌亢进，粘膜充血水肿，粘膜下层炎症细胞浸润，管腔内粘液滞留阻塞。晚期支气管粘膜萎缩，平滑肌增生肥大。炎症延及细支气管和肺泡壁，造成肺组织结构的破坏。此外病变向支气管周围扩散，使管周纤维组织增生，引起管腔狭窄和陷闭。由于支气管管腔的狭窄或不完全阻塞，当吸气时支气管舒张，气体尚能进入肺泡，但呼气时支气管过度缩小、陷闭，阻碍气体排出，因而肺泡持续膨胀内压上升，最终使肺泡破裂、融合形成肺气肿。

### （三）慢性阻塞性肺病有何临床表现

中老年慢性支气管炎和肺气肿患者，其病程多数已届晚期，且常有气道阻塞，其主要临床表现如下。

1.咳嗽和咯痰：慢性支气管炎一般人称之为“中老年冬季咳嗽”，这意味着本病的咳嗽多发生在冬天。然而如疾病已届晚期，则咳嗽可全年持续存在而无季节之分，早晚咳嗽尤甚，这是由于上床入睡和起床时体位改变，支气管内分泌物流动刺激粘膜和引流排痰有关。伴随着咳嗽，痰量每增多。如无合并感染，痰液外观则以白色粘稠或泡沫样为主。中老年人对周围环境气温的突变特别敏感，如患者自温暖的室内突然暴露于室外冷空气时，每可诱致咳嗽增剧。此外体力劳动亦常使咳嗽加重。

2.呼吸困难：病人常诉气短，特别是肺气肿的患者尤为明显。所谓劳力性呼吸困难是指患者活动后气短明显加重。然而，当疾病发展至晚期时，尽管患者处于休息状态，呼吸频率增加和呼吸变浅几乎总是持续存在。肺功能测定，初期第

1秒用力呼气量呈轻度下降，随着疾病的进展则下降愈形严重。第1秒用力呼气量下降的程度和速度可作为判断病情轻重和预后良恶的指南。

3.紫绀：此为一种明显缺氧的标志，因肺部氧和二氧化碳交换发生障碍所引起。主要出现在肢端和口唇粘膜处，在自然光线下较易见及。此系因动脉血中一定数量的血红蛋白没有得到氧合之故。长期缺氧可刺激骨髓增生，引起继发性红细胞增多，常见于慢性阻塞性肺病晚期合并肺心病的患者。

4.神经精神症状：中老年患者尤为常见，特别当慢性支气管炎急性加重期，由于呼吸道感染或因右心衰竭，使缺氧和二氧化碳潴留进一步加重，从而诱发神经精神症状。其表现包括头昏，头痛，神志恍惚，嗜睡，谵妄，烦躁不安，意识障碍，定向力丧失，甚至出现脑水肿，抽搐和昏迷，临床上称之为“肺性脑病”。

5.肺心功能衰竭：呼吸道感染常为其诱因。患者除气短加重，呼吸浅弱而快，紫绀明显，出现神经精神症状外，动脉血气体分析氧分压 $< 60$ 毫米汞柱，二氧化碳分压 $> 50$ 毫米汞柱。由于缺氧和二氧化碳潴留，心率常增快，心搏出量增加，血压上升，皮肤浅表静脉充盈，四肢温暖，潮湿多汗，脉洪大有力。肺小动脉收缩引起脑动脉高压，心肌缺氧可出现心律失常，心肌收缩无力，每分钟心搏出量减少，血压下降，最后导致循环衰竭。长期肺动脉高压常诱发右心衰竭，出现颈静脉怒张，肝肿大压痛，腹水及下肢水肿。肝脏瘀血缺氧可发生肝细胞坏死导致谷丙转氨酶升高。严重缺氧和二氧化碳潴留常出现上消化道出血，可能系胃肠粘膜充血水肿、糜

烂渗血所致。肾功能损害表现在尿素氮升高，蛋白尿和尿中出现红细胞管型。

#### (四) 如何识别慢性阻塞性肺病

根据慢性咳嗽、咯痰的病史和上述的一些临床表现，慢性阻塞性肺病的诊断一般不难。然而，前已述及慢性阻塞性肺病是慢性支气管炎，肺气肿和支气管哮喘三者的总称。该三种疾病常具有许多共同的表现，特别是中老年人以慢性咳嗽、咯痰和气短为主诉的情况下，对该三种疾患进一步予以鉴别，在正确处理这些疾病方面具有重要的意义。表 1—3 所提的鉴别要点可供临床诊断时参考。

表 1- 3 慢性阻塞性肺病的鉴别诊断

鉴别要点	慢性支气管炎	肺 气 肿	支气管哮喘
家族史	偶见(如肺囊性纤维化)	偶见(如 $\alpha_1$ 抗胰蛋白酶缺乏症)	常见
吸烟史	常见	常见	少见
特异反应性	无	无	少见
痰液性质	嗜中性白细胞为主	无普或粘液性痰	嗜酸性白细胞为主
胸片检查	正常或仅有纹理增加	肺周围血管纹理消失	多属正常
肺功能测定	阻塞性能气功能减退,应用支气管扩张剂后可改善	阻塞性通气功能减退,用支气管扩张剂后不改善	阻塞性通气功能减退,对支气管扩张剂反应良好

#### (五) 治疗

过去普遍认为慢性阻塞性肺病是不可逆的疾病，在治疗上每持无所作为和悲观的论点。近年来临床上采取综合性治疗措施以来，使许多已经致残的患者得到一定程度的恢复。一些预防性措施对中度病情患者可延缓病变的进一步发展。对

于早期病人，其症状和肺功能的改变可得到恢复。

1. 控制呼吸道感染：其病原菌以肺炎链球菌和流感嗜血杆菌为多见。其次为致病力较低的条件致病菌，如甲型链球菌和奈瑟氏球菌等。青霉素是目前首选的抗菌药物，轻度感染者以青霉素 80 万单位肌注，每日 2~3 次；重度感染者以青霉素 400~800 万单位/日，分 2 次静滴。或选用氯霉素 1.5 克，或红霉素 1.5 克，或庆大霉素 16 万单位，或丁胺卡那霉素 0.4 克，每日 1 次或分次静滴。如疗效不佳用药 2~3 天后无效者应参考痰菌培养对药物的敏感度改用氨苄青霉素、头孢霉素等其它抗生素。疗程一般 7~10 天，疗程结束后必要时可口服复方新诺明，每次 2 片，每 12 小时一次；或麦迪霉素每次 0.4 克，每日 3 次；或螺旋霉素每次 0.2 克，每日 4 次；或强力霉素每次 0.1 克，每 12 小时一次予以巩固。

2. 清除痰液：对神志清醒的患者应鼓励经常变换体位。用力咳嗽以利排痰；对久病体弱无力咳嗽者，咳嗽时用手轻拍患者背部或压住病人的上腹部协助排痰。适当口服祛痰剂，如氯化铵 0.9 克，每日 3 次，或必嗽平 8~16 毫克，每日 3 次。雾化疗法可湿化呼吸道稀释痰液使易于排出。目前以超声雾化法效果尤佳。常用的药物有 4% 碳酸氢钠 20 毫升；或糜蛋白酶 5 毫克加生理盐水 20 毫升；或 10% 痰易净 3 毫升，雾化吸入。必要时可重复使用。

3. 平喘：可选用茶碱类药物，如氨茶碱或丙羟茶碱 0.1~0.2 克，每日 3 次口服；如支气管痉挛严重，近期末曾应用茶碱类药物的患者，可首先给予 6 毫克/公斤的氨茶碱稀释后于 20 分钟内缓慢静脉注射作为负荷量。随后以 0.5~1.0



毫克/公斤/小时的剂量加以 5% 葡萄糖液中连续静脉滴注予以维持。至于已经使用氨茶碱，年龄大于 50 岁的老年人或有肝病的患者，负荷剂量应予减半或予免除。为了取得氨茶碱的最佳效果和避免发生副作用，用药期中应定期监测血浆茶碱水平，使其保持在 10~20 微克/毫升为宜。长效茶碱制剂如无水茶碱，300 毫克每 12 小时一次口服，能持续释放并吸收均匀，可维持恒定的血浆水平，减少用药次数，为维持治疗的理想药物。此外，肾上腺素能受体兴奋剂如舒喘灵 2.4~4.8 毫克，每日 3 次口服。或 400~600 微克，每日 3 次雾化吸入。复方氯喘片每次 1~2 片，每日 3 次口服。氨哮素栓剂每次一粒塞肛，每 12 小时一次。亦可用 1% 乙基异丙肾上腺素或羟甲叔丁肾上腺素 0.1~0.2 毫克加于 2.5 毫升生理盐水中雾化吸入。或羟甲叔丁肾上腺素 0.25 毫克皮下注射，每 15~30 分钟一次，连续 2~3 次。

4. 肾上腺皮质激素：应严格掌握使用的指征，气道阻塞具有逆转可能性的患者方可考虑使用。下列指征可作为选用激素的参考：气道阻塞间歇发作，先前用药具有一定的可逆性；嗜酸性细胞增多；应用支气管扩张剂后第 1 秒用力呼气量较用药前增加超过 15%。一般选用强的松口服，每日 60 毫克开始，然后每周减量 10 毫克，于第 4 周末应复查肺功能，如提示气道阻塞已有改善，强的松的剂量应改为每日 10~15 毫克维持之。至于气道阻塞没有改善的患者，激素应逐渐予以停用。

5. 吸氧：具有下列两种情况的患者应予吸氧：慢性缺氧和红细胞增多导致肺动脉高压和肺心病者；致残患者活



动后出现缺氧者。一般以 1~2 升/分的低流量氧通过鼻塞或鼻导管给予。为了有效地治疗肺心病和红细胞增多症，每日必须吸氧 12~16 小时。

#### (六) 怎样预防慢性阻塞性肺病

1. 去除刺激因素：戒烟和避免吸入大气污染的物质是预防本病的关键。实践证明，一旦停止吸烟，呼吸道阻塞进展的速度明显减慢，症状显著减轻，早期患者的病变可得到恢复。

2. 呼吸锻炼：其目的是增强膈肌的活动，提高潮气量，减少呼吸频率，变浅速呼吸为深慢呼吸。呼吸锻炼时除采用腹式呼吸外，还必须在每次深吸气后缩拢口唇进行缓慢的呼气，每次 10~15 分钟，每日数次。这样可延缓呼气流速，提高气道内压力，防止小气道过早闭合，以防肺气肿的发生和发展。

3. 提高免疫力：一般可用转移因子 1 毫长于腹股沟下皮下注射，每周一次，共 4 次，以后改为每 2~4 周一次，连用 3~6 个月。卡介苗（每毫升含 75 毫克）经灭活后于上臂外侧皮肤处进行划痕，每周一次连续 3~6 个月。过期减毒麻疹疫苗，核酪注射液或脂多糖注射液，每次 2 毫升肌注，每周 2 次，从初秋开始治疗，持续应用至来年春天。大多患者症状改善，全身情况明显好转。对于丙种球蛋白缺少的患者可肌注人体丙种球蛋白，每次 5 毫升，每月一次，于秋冬季节注射，以防呼吸道感染。

4. 药物预防：过去曾主张应用四环素族抗生素对慢性支气管炎患者的呼吸道感染进行长期预防，目前认为并无好处。

因长程应用广谱抗生素可诱发耐药菌株,菌群失调或导致霉菌感染等,故对没有感染的患者不必应用抗生素进行预防。每年进行适当的疫苗注射,对预防流行性感冒和肺炎是可取的。

## 四、肺结核

近 20 年来就世界范围来说,结核病的发病率和病死率均有显著下降,其原因主要在于预防工作的普遍开展以及有效的抗结核病药物的应用有关。然而,尽管如此,目前肺结核仍为某些国家的主要传染病之一。其中特别是中老年人其患病率的下降与年轻人比较并不明显。据报道 65 岁以上的人其活动性肺结核病较一般人多 4 倍,而且已经成为当前肺结核传染播散重要的来源。因此,开展对老年结核病的防治是当今进一步搞好防痨工作刻不容缓的大事。

### (一) 中老年人肺结核为什么仍不断发生

中老年人结核病的继续发生,其因素是多方面的,但主要原因有三:

1 中老年人免疫功能的减退:一般来说随着年龄的增长,机体对感染的免疫功能亦逐渐下降,特别是细胞免疫的减退尤为突出。此外,中老年患者常有慢性消耗性、退行性或致残性疾病的存在(诸如糖尿病、尘肺、慢性阻塞性肺病、血液病、精神病和肿瘤等),机体抗病能力则更形不足,为结核病发生创造了有利的条件。

2 中老年人结核病容易被忽视:多数临床医生认为肺结核的发病仍以年轻人为多,近年来随着肺结核发病率的下降,

临床上对肺结核的警惕性亦逐渐降低，特别是对中老年人肺结核发病率仍然很高的认识尤为不足，因而对中老年肺结核患者就诊时，该病的可能性常不被优先考虑。此外中老年肺结核患者尽管肺部病变已经进一步发展，但其症状和体征往往很少，使部分患者未能得到及时的诊断和治疗。

3.某些社会因素的影响：某些国家或地区由于防痨工作开展得不够，社会经济条件较差，中老年人的保健工作未能得到应有的重视。他们的居住条件，营养卫生状态低下，肺结核未能得到及时的治疗，成为中老年人群中呼吸系统疾病的祸害和社会中肺结核播散的重要传染源。

## （二）中老年人肺结核是怎样发病的

众所周知，患有活动性肺结核的病人，当有结核菌随其痰液排出时，我们称这种病人为“开放性肺结核”。此时，结核菌往往随着患者的咳嗽、喷嚏或用力说话时的唾沫喷射而出。或患者随地吐痰，这种带有结核菌的痰液一经干燥，病菌与尘土便随风飞扬，污染周围的空气。当人们吸入这种带菌的飞沫或尘土时，呼吸系统便感染上结核菌。结核菌在初期感染之后常静止不动，呼吸道防御系统完好、免疫功能正常的患者，即使感染了结核菌，往往可通过支气管粘膜系统的清除功能而排出，或由于免疫细胞的吞噬作用而消灭，一般不会发病。只有当患者的免疫反应功能受损时，尤其是患有其它慢性呼吸系统疾病的中老年患者，则有发展成为结核病的可能。这种情况一般称之为外源性感染。然而必须指出，许多中老年患者年轻时多数有过原发感染，如果过去原发感染的病灶已经愈合，而此时的感染则称之为外源性再感染。

此外，必须指出，中老年人肺结核的发病绝大多数还是由于陈旧病灶的发展所致。即由于先前已有的肺结核病灶因治疗不彻底或种种原因导致患者机体抵抗力低下，使原来比较稳定的、陈旧的结核病灶重新发展、崩溃或播散，这种情况一般称之为内源性感染病灶的再活动或进展。

### （三）中老年人肺结核临床表现的特点

中老年人患了肺结核，其临床表现与年轻人显然不同。其特点有： 症状少而不明显：中老年患者由于其对感染反应力的低下，往往结核病的中毒性症状如潮热、盗汗、消瘦、违和、疲乏虚弱和脉率增快等表现较为轻微，不如年轻患者明显、或根本不出现这些症状； 某些非特异性症状的干扰和掩盖，使肺结核的症状表现得不甚突出；因老年人常患有慢性支气管炎等慢性呼吸系统疾病，故即使是肺结核引起的咳嗽、呼吸困难，疲乏虚弱和体重减轻等，每被认为是肺部原有的基础疾病所引起而被忽视，直至出现咯血时始唤起人们的注意。此外，当有严重肺气肿并存时，肺结核所致的局限体征，亦常因肺气肿的存在而被掩盖； 结核菌素皮肤试验可呈阴性：如上所述，中老年患者由于细胞免疫功能的减退，或当疾病发展十分严重时，或因进行皮肤试验为时过早，因此大约 10~20% 中老年活动性肺结核患者结核菌素皮肤试验可呈阴性。经抗结核治疗一段时间后才转为阳性，临床上必须予以注意； 中老年肺结核患者有时仅以胸膜渗液为主要表现，特别是单侧持续存在的渗液，尤易为临床医生考虑为恶性肿瘤的可能； 肺结核病人的死因常见者有结核性肺炎或血源性播散等，但对中老年人来说，支气管肺炎或心力

衰竭往往是终结患者的更常见原因。

#### (四) 确定中老年肺结核诊断的依据有哪些

可疑肺结核的患者应积极提供有关病情的所有资料，并积极配合医生作好下列诊断肺结核的各项检查。

1. 病史：详细了解并提供过去有无肺结核的病史以及有无结核病的家族史。有时，中老年人肺结核是当家庭中某年轻成员患了粟粒性结核病或结核性脑膜炎后，进行家庭所有成员的体格检查时始被发现。

2. 症状：对老年患者应过细地观察有无肺结核的症状，除疲乏、虚弱、消瘦、低热、盗汗、食欲不振等一般结核病中毒症状外，特别对患有慢性支气管炎的患者应注意其咳嗽的形式、时间、性质及程度等是否与往常的表现有所不同或改变。咯血和胸腔渗液是重要的临床征象，如能除外恶性肿瘤，则应疑及肺结核的可能。

3. 痰细菌学检查：是确诊肺结核的主要依据。一般可作痰涂片抗酸染色或培养查结核菌。有条件的医院还可以作抗酸杆菌鉴定，进行分支杆菌分类，以确定有无非典型抗酸杆菌存在。老年患者痰标本有时难于获得，能够自发咯痰的病人可先以高渗盐水雾化吸入后咯出痰液，不能自发咯痰的病人可作喉拭子或清晨采取胃液标本或通过纤维支气管镜吸取痰液进行检查。如痰液细菌学检查 3 次阴性，则足以除外活动性肺结核的诊断。但由于某些隐蔽的病灶，痰中细菌的出现尚无一定的规律性，所以临床上当诊断具有高度怀疑时，进行 6 次痰液细菌学检查是必要的。当获得痰液培养阳性的结果后，应常规进行结核菌对各种不同抗痨药物的敏感试验，作

为日后如治疗失败或病情复发时选用药物的参考。

4. 胸部 X 线检查：常可显示一侧或双侧肺上区浸润阴影，或干酪性变所导致的空洞形成。前已提及，中老年肺结核患者多数过去已患有结核病，因此胸片上亦可出现陈旧愈合的或纤维增殖的病灶。在这种情况下，这些病灶是否活动，病灶性质是否发生细微的改变很难在放射学的表现上给予精确的估计，应结合临床和其他检查予以综合判断。必须强调，下叶浸润和胸膜渗液亦可作为中老年肺结核患者的一种表现。

5. 结核菌素皮肤试验：以中等强度纯化蛋白衍化物 (PPD) (5 单位结核菌素) 作皮内注射，48~72 小时后注射局部出现直径大于 10 毫米的红肿结节者为阳性。必须指出，皮试阳性仅揭示具有活性的结核菌感染，而并不意味着已结核病的存在。而且在中老年人群中，部分患者对结核菌素本身可产生过敏，因此单凭结核菌素皮试阳性不能作为诊断结核病的唯一依据。6 其它检查：活动性肺结核患者往往血沉增速，当病情得到控制趋向稳定后血沉可逐渐恢复正常。具有胸腔积液的患者应常规作胸液分析、细菌学检查。胸膜活体组织检查对诊断具有一定的价值。

#### (五) 怎样治疗中老年肺结核

##### 1. 药物治疗

(1) 如何选用抗痨药物：结核病的治疗在过去 20 年中曾经历了巨大的变革，药物化学疗法目前已发挥着决定性的主导作用。当今临床上应用的有效抗痨药物已不下 11 种之多，应用最新的化学疗法几乎绝大多数的患者其病情可于数周内基本得到控制，然而完满的控制尚需持续治疗达两年之久。

治疗中老年人肺结核的药物。目前多主张以异烟肼、乙胺丁醇和利福平三者为首选。对空洞型、粟粒性肺结核或结核性脑膜炎者需要三种药物联合治疗。对不严重的活动性肺结核病例，则应用异烟肼和乙胺丁醇二种药物联合治疗即可得到控制。该三种药物的具体剂量、用法和主要副作用见表1—4。其它抗痨药物如链霉素、对氨柳酸钠、吡嗪酰胺、乙硫异烟胺及卡那霉素等，虽亦可选用，但因某些药物（如链霉素、对氨柳酸钠）具有严重的副作用，中老年患者难于接受，现多摒弃不用。另一方面由于近年来对异烟肼等抗痨药物的耐药菌感染不断增长，一些抗痨药物留作二线再治疗时，或待药敏试验结果获得后再予选用。

为了保证抗痨治疗能达到尽速杀灭细菌，减少其传染力，阻止耐药菌的产生和治愈疾病的目的，正规按计划坚持长疗程用药是治疗成败的关键。然而，中老年人服药的顺从性往往较差，常不能遵循复杂而长期的治疗计划进行服药，因此，中老年人用药初期最好能在医院进行，特别当具有较强毒副作用的药物被选用时尤为必要。出院后应安置在家庭病房中继续治疗，每周进行随访。这样才能保证服药顺从性较差的老年患者能得到彻底的诊治。

表 1- 4 第一线抗痨药物的用法和主要副作用

药 物	剂 量	主要副作用
异烟肼	300 毫克/日	肝脏损害 ,周围神经炎 胃肠道障碍 ,皮疹 ,发热、视神经炎 胃肠道障碍 ,肝功能异常 ,药物必肝 炎
乙胺丁醇	15 ~ 25 毫克/公斤/日	
利福平	600 毫克/日	
链霉素	0. 5 ~ 0. 75 克/日肌注	第八对颅神经损害 ,肾脏损害和过敏 反应

(2) 抗痨药物常见的毒性反应：抗痨药物一经选用，必



须密切观察有无毒性反应的发生。正如表 1—4 所示，异烟肼常可引起肝炎和周围神经炎，较常见于老年人，特别是具有嗜酒史者尤易发生。同时口服维生素 B<sub>6</sub> 50 毫克/日，对预防异烟肼导致的周围神经病变有一定的作用。乙胺丁醇的主要副作用有胃肠道障碍、皮疹、发热和视神经炎，以后者为最严重。辨色力的减退为其早期的征象。因此，服药期中应定期作精确的视力测定，谨防视神经炎的发生。利福平的毒性反应主要为胃肠道障碍、肝功能损害和肝炎。此外，该药容易诱导细菌产生耐药性，宜与其它药物联合作较短疗程的治疗，以减少耐药菌的产生。

莲霉素对中老年人听神经和前庭的损害特别敏感，常可引起眩晕、听力减退和耳鸣等。此外还可损害肾功能，并发生过敏反应，目前对老年患者多已不用，且逐渐由乙胺丁醇所取代。至于对氨柳酸钠有食欲不振、恶心、呕吐等胃肠道副作用的极高发生率，长期服用患者难以顺从，因而亦渐趋摒弃不用。

2. 外科治疗：中老年人肺结核很少需要手术治疗。一方面由于中老年人常有动脉硬化和心肺功能不全，难于承担手术的负荷；另一方面术后的一些并发症如支气管狭窄、脓胸以及呼吸衰竭等，给患者带来不必要的痛苦和危险。然而，如果患者一般情况良好，病变区域局限，肺功能储备完善，对化疗效果不满意者，手术治疗亦非绝对不予考虑。

3. 一般治疗：注意休息，适当增加营养，参加一些力所能及的文体活动。必要时可口服一些镇咳祛痰药物。咯血的患者应卧床休息，口服一些镇静止血剂，如安定 2.5 毫克，



每日三次；阿度那 10 毫克，每日三次；维生素 K4 毫克，每日三次。中或大量咯血者可用脑垂体后叶素 10 毫克加于 5% 葡萄糖液 200 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次，高血压和心脏病者忌用。缺氧和呼吸困难者应适当给予鼻导管吸氧治疗。

#### (六) 怎样预防中老年肺结核

1. 提高机体抗病能力：除参加力所能及的文体锻炼增强体质，加强呼吸道防御机能外，必要时可给予细胞免疫激活剂，如黄芪每天 15 克煎后代茶服，或于腹股沟下皮下注射转移因子，每次 1 毫升，1~2 周注射一次，连续 3~6 个月，以提高细胞免疫功能。

2. 积极治疗具有引起肺结核高度危险的疾病：未控制的糖尿病，期矽肺，胃切除术后，淋巴瘤，何杰金氏病，白血病，尿毒症以及其它导致免疫反应损伤的疾病，包括需长期应用皮质激素或免疫抑制剂治疗的患者，均为引起肺结核高度危险的疾病，应积极予以治疗。治疗其中应定期作痰液结核菌检查和胸片检查，以寻找有无活动性肺结核病灶。

3. 彻底治疗活动性肺结核患者：活动性肺结核一经诊断，病人应立刻进行隔离，并给予正规的抗痨治疗。注意个人卫生，禁止随地吐痰，提倡戴口罩，以防结核菌的传播扩散。

4. 预防性化疗：对结核菌素皮肤试验阳性的患者或具有非活动性肺结核的中老年人，普遍应用异烟肼进行预防性化疗至今尚有争论。目前大多认为对这样的病人进行广泛性预防性化疗并非十分必要，一方面因老年人服异烟肼有增加肝脏毒性的危险；另一方面又可促进耐药菌株的产生。因此预防性化疗必须强调个体化，依据活动性肺结核发展的高度危险

性是否存在，病人寿命的估计以及考虑社会因素等，结合具体情况作出决定。

## 五、支气管肺癌

支气管肺癌（简称肺癌）是最常见的肺部原发性恶性肿瘤，近 30 年来已成为许多国家常见的恶性肿瘤之一。大量流行病学研究资料表明，本病的发病率随年龄增长而增加，一半以上的男性肺癌患者其年龄均在 65 岁以上，发病高峰在 65~75 岁之间，成为老年人的主要疾病之一。近年来随着工业的迅速发展，肺癌的发病率和病死率均有急剧上升的趋势。尽管采用了种种积极的治疗措施，肺癌的平均生存率仍不到 10%。目前英、美等一些国家肺癌死亡率占男性全部恶性肿瘤的首位。我国肺癌占恶性肿瘤病死率的 7.43%，居第 5 位。因此，积极开展有关肺癌的预防工作，争取早期诊断及时治疗，对降低肺癌的发病率、提高生存率具有十分重要的意义。

### （一）导致肺癌发病的有关因素是什么

1. 吸烟：大量调查资料表明，长期大量吸烟为肺癌的主要发病因素，其中以鳞癌和燕麦细胞癌与吸烟的关系尤为密切。这主要是由于纸烟中含有多种致癌物质（如苯并芘）之故。大约 3/4 的肺癌患者均有重度吸烟史。中老年人往往吸烟年限长，数量多，开始吸烟时间早，故肺癌的发病率和病死率均高。然而，有证据表明停止吸烟或减少吸烟数量可以减少罹患肺癌的危险性。戒烟越早，停止吸烟的时间越长，肺癌的死亡率也越低。

2. 大气污染：随着工业突飞猛进地发展，许多工业发达的国家尤其是工业城市的空气被大量工业废气中所含的致癌物质所污染。因而肺癌的发病率工业发达的国家较之工业落后的国家为高，城市较之农村为高。长期居住在城市的中老年人，特别是有吸烟嗜好者则罹患肺癌的机会增多。

3. 慢性肺疾患：据报道，慢性阻塞性肺病与肺癌的发病亦有一定的关系。患有慢性支气管炎、肺气肿和肺结核者，肺癌的发病率增高。慢性阻塞性肺病为中老年人的好发病，而且这些病人亦常有重度吸烟的历史，故罹患肺癌的危险性增大。

4. 免疫机能减退：众所周知，肺癌发病的因素之一为机体免疫功能低下，特别与细胞免疫功能减退的关系尤为密切。中老年人随着年龄的增长，细胞免疫功能亦逐渐降低，因而在某种程度上削弱了其免疫监督的能力，使突变的细胞不能得到消除而发生肿瘤。

## （二）肺癌的组织学分类如何

肺癌大多起源于支气管粘膜上皮，亦有起原于支气管腺体或肺泡上皮。生长在叶、段以上的支气管，位于肺门附近者称中心型肺癌，以鳞状上皮细胞癌和小细胞未分化癌较为常见，约占 3/4；生长在段以下的支气管，位于肺的边缘部者称周围型肺癌，以腺癌较为常见，约占 1/4。目前肺癌的组织学分类大多按细胞分化程度和形态特征区分为鳞状上皮细胞癌，小细胞未分化癌，大细胞未分化癌，腺癌和细支气管—肺泡细胞癌 5 类。

## （三）中老年人肺癌的特征

人口学研究表明,随着人们生活水平的不断提高,医学科学事业日新月异的发展,和社会医疗保健工作的日益受到重视,80年代的今天,人们的平均寿命较之50~60年代有了显著的延长。而然,由于整个社会人口构成的老化,肺癌的高峰年龄亦随之后移,即从过去的50~60岁后移至65~75岁。此外,近代病理学研究表明,中老年肺癌的组织形态学特点为细胞分化程度高,浸润增殖相对不明显,且生长速度较为缓慢,容易形成孤立性癌块,因此手术切除的机会相对较多,其术后生存率亦相对较之非老年人为高。许多临床研究资料指出,老年肺癌的转移与非老年患者相比,局部转移较之远处转移为多,此无论对手术治疗或放射治疗均提供了有利的条件。

#### (四) 临床表现

1. 呼吸系统症状:咳嗽、咯痰、咯血和胸痛为肺癌的常见症状。由于近端支气管被肿瘤或肿大的淋巴结所压迫,使之发生狭窄或阻塞,患者常出现呼吸困难。此外,阻塞的支气管远端因气体逐渐被吸收而形成局部肺含气不良,或因分泌物引流不畅常易导致感染,从而发生反复性肺炎,临床上称之为“阻塞性肺炎”。这种现象多见于癌肿病灶位于肺门附近的中心型肺癌患者,因此,阻塞性肺炎常累及肺段、肺叶或一侧全肺。

#### 2. 转移症状

(1) 邻接转移:由癌肿生长直接扩展侵犯邻近组织器官所引起,如压迫上腔静脉使血液回流受阻,可引起头颈部、前胸部和肩部静脉曲张和水肿,称之为“上腔静脉综合征”。肿

瘤压迫喉返神经，可出现声嘶。压迫颈交感神经可引起同侧瞳孔缩小，上睑下垂，眼球内陷和额部少汗等症状，谓之“何纳氏综合征”。癌肿累及臂丛神经则发生同侧肩关节及上肢内侧的剧烈疼痛和感觉异常。压迫食管常出现吞咽困难。侵犯胸膜和心包每可引起胸腔积液或心包渗液。

(2) 远处转移：为肿瘤细胞沿淋巴道或血循环转移至远处的组织或器官所致。其中 80% 发生于小细胞癌，大约 50% 发生于其它类型的肺癌。常见的远处转移部位有淋巴结、骨、骨髓、脑、脑膜、肝脏和皮肤等。

3. 肺外症状：骨关节病：以杵状指和肥大性肺性骨关节病尤为常见。此外少数患者疾病开始时可表现为对称性多关节病，颇似类风湿性关节炎；内分泌紊乱：此为癌肿分泌各种不同的激素样物质所引起，临床上称之为“异位内分泌综合征”。即当肿瘤分泌促肾上腺皮质激素时可引起柯兴氏综合征；如分泌抗利尿激素则出现低钠血症；雌激素分泌过多可导致男子乳房发育症；分泌甲状旁腺样物质则发生高钙血症；以及由于肿瘤分泌 5 羟色胺等所致的类癌综合征；神经肌肉综合征：常见者有多发性神经病，重症肌无力，脊髓、脑退行性变和皮炎等。

### (五) 诊断

可疑患有肺癌的患者应积极主动配合医生进行下列各项检查，以期尽早明确诊断，及时治疗。

1. X 线检查：大多数肺癌患者可由后前位和侧位胸片检查作出诊断。必要时可配合高千伏或断层摄影以明确肿瘤的形态、部位，以及肺门、纵隔淋巴结有否肿大，和支气管有

无狭窄、变形或阻塞。电子计算机体层扫描(CT)有助于早期发现隐性癌灶和纵隔淋巴结转移。

2.脱落细胞检查:对疑诊肺癌的患者应常规收集晨痰作脱落细胞检查连续数次,有助于提供癌肿组织学类型的证据。未能自主咳嗽咯痰的患者,必要时可经纤维支气管镜收集支气管冲洗液离心沉淀后检查脱落细胞。对于具有胸膜渗液的患者,应作胸腔穿刺抽液进行胸液脱落细胞检查。

3.支气管镜检查:对诊断中心型肺癌尤有价值。除直接窥视肿瘤病灶外,还可经纤维支气管镜采取活体组织和冲洗液进行病理组织学和细胞学检查。

4.活体组织检查:包括摘除锁骨上、前斜角肌、腋下淋巴结进行活检,以确定肿瘤有无转移。经纤维支气管镜肺活检或经皮肤穿刺肺活检,以确定肺内肿块的性质。以及对胸腔积液的患者进行胸膜活检以寻找胸膜肿瘤的证据。此外,开胸肺活检对诊断弥漫性或周围性肺肿瘤损害具有重要的价值。

#### (六) 中老年人肺癌怎样治疗

早期肺癌以手术治疗效果最好。但手术治疗除受肿瘤侵犯范围的限制外,还受肺、心功能状态的影响。因此,手术切除仅占住院肺癌病人的30%左右。术后的5年存活率仅为22~45%。因此必须强调早期诊断,采用手术、放疗、化疗、免疫及中药等综合疗法。

1 手术治疗:其唯一目的是早期支气管肺癌的彻底切除。鳞癌具有手术治疗的最好指征。腺癌次之,小细胞未分化癌效果最差。如患者一般情况良好,周围孤立性病灶,而无确

切转移的证据，且肺功能储备完善者，一般视病变范围应考虑作局限性楔状切除，肺叶或一侧全肺切除。

据大量前瞻性研究表明，65岁以上老年肺癌患者可进行外科切除者仅占24%，且5年生存率很低。其主要原因在于老年患者常有慢性阻塞性肺病同时存在，其肺功能往往很差，因此手术治疗存在着一定的危险性（约10%）。即使手术成功，术后的呼吸道感染及由此引起的呼吸衰竭，常可造成死亡。所以，中老年肺癌是否手术，必须权衡利弊慎重决定。

2.放射治疗：其目的在于改变肺癌自然发展规律，缓解症状，仅少数病例可获根治，常与化疗并用，以提高疗效。放疗可使上腔静脉阻塞、咳嗽、咯血、胸痛，以及由于骨转移引起的疼痛和脑转移所致的颅内压增高等症状得到缓解。然而，中老年肺癌患者往往全身情况不良，并有严重的心、肺、肝、肾功能不全，或因有重度肺气肿存在，放疗后易导致白细胞降低和并放射肺炎等副作用，故应用时宜慎重考虑。小细胞未分化癌对放疗较为敏感，次为鳞癌和腺癌。放射剂量（肿瘤剂量）一般为4000~7000拉德/5~7周。

3.化学疗法：为达到下列治疗目的可考虑采用化疗：辅助手术治疗，以消灭残存的或亚临床癌灶；手术或放疗后出现局部复发或转移；缩小肿瘤，缓解症状，为手术或放疗创造条件；配合放疗提高放疗的敏感性，消灭亚临床癌灶；不宜手术或放疗的中、晚期肺癌或有远处转移者；具有肿瘤压迫症状的晚期患者，用以缓解症状后再作放疗。一般来说，小细胞未分化癌对化疗最敏感，鳞癌次之，腺癌最差。化疗的具体用药方案、剂量和用法见表1—5。必须注意



中、老年患者如果全身衰竭，恶病质、肝、肾功能障碍或有造血功能低下者（白细胞  $< 4000/\text{立方毫米}$ ，血小板  $< 8\text{万}/\text{立方毫米}$ ）最好不用化疗。治疗期中应密切注意监护消化道反应，肝、肾功能和血象等改变，以便及时调整剂量或停药。

4. 其它治疗：肺癌治疗期中可适当配合口服活血化瘀中药，以提高肿瘤细胞对抗癌药物的敏感性。在化疗间歇期中可应用扶正固本中药，以促进免疫功能的恢复。为增强机体免疫功能，提高化疗耐受性，可试用非特异性免疫制剂，如卡介苗、短小棒状杆菌、左旋咪唑和转移因子等。或采用免疫核酸、瘤苗等特异性免疫疗法。

#### （七）怎样预防肺癌

大力宣传戒烟，加强环境卫生管理和劳动保护措施，防止大气污染，避免粉尘和有害气体的吸入，及时治疗慢性肺部疾患等，对于预防肺癌的发病具有十分重要的意义。发动各地区各单位的医务人员，组织各级肺癌防治网，对具有肺癌危险因子的人群，如中老年重度吸烟者、肺癌高发地区的工厂和矿山的人群，以及肺部有慢性基础疾病者，定期进行胸部 X 线、痰脱落细胞等普查，达到早期发现及时治疗的目的。



表 1- 5 肺癌化疗的给药方案、剂量和用法

肺癌类型	给药方案	剂量/次	用 法
小细胞癌	(1)环磷酰胺 长春新碱 氨甲喋呤	1000 ~ 1400 毫克 1 ~ 2 毫克 20 ~ 40 毫克	第 1,8 天静注 第 1,8 天静注 第 3,5,10,12 天静注或肌注以上 药物每 3 周重复一次,2—3 次为 一疗程
	环己亚硝脲 (2)鬼臼乙叉 甙 其余药物、剂 量和用法同 (1)	120 ~ 160 毫克 100 毫克	第 6 周口服 1 次 第 3 ~ 7 天,每天 1 次静滴每 3 周 重复一次,2 次为一疗程
	(3)鬼臼乙叉 甙 阿霉素 顺氯氨铂	100 毫克 40 毫克 20 毫克	第 3 ~ 5 天,每天 1 次静滴 第 8 ~ 12 天,每天 17 次静滴以上 药物 3 ~ 周重复一次,2 次为一疗 程
鳞 癌	(1)环磷酰胺 长春新碱 氨甲喋呤	1000 ~ 1400 毫克 1 ~ 2 毫克 20 ~ 40 毫克	第 1,8,15,22,29,36 天静注 第 1,8,15,22,29,36 天静注 第 3,5,10,12,17,19,24,26,31, 33,38,40 天静滴
	顺氯氨铂	20 毫克	第 1 ~ 3 天,第 22 ~ 24 天,每天 1 次静滴
	顺莱霉素	10 毫克	第 3,5,10,12,17,19,24,26,31, 33,38,40 天肌注
	博莱霉素	10 毫克	第 3,5,10,12,17,19,24,26,31, 33,38,40 天肌注
	(2)环磷酰胺 阿霉素 氨甲喋呤	800 ~ 1200 毫克 25 ~ 40 毫克/米 <sup>2</sup> 10 ~ 20 毫克	第 8,15,29,36 天静注 第 1,22 天静注 第 10,12,17,19,31,33,38,40 天 静滴
	顺氯氨铂	20 毫克	第 3 ~ 5 天,第 24 ~ 26 天,每天 1 次静滴
	博莱霉素	同(1)	同(1)

肺癌类型	给药方案	剂量/次	用 法
腺癌及大细胞癌	(1)环磷酰胺	1000~ 毫克	第 1,8,15,22,29,36 天静注
	长春新碱	1~ 2 毫克	第 1,8,15,22,29,36 天静注
	氨甲喋呤	20~ 40 毫克	静滴 3~ 4 小时后接给氟脲嘧啶
	氟脲嘧啶	500 毫克	第 3,5,10,12,17,19,24,26,31,33,38,40 天静滴
	(2)环磷酰胺	1000~ 1400 毫克	第 8,15,29,36 天静注
	阿霉素	28~ 40 毫克/米 <sup>2</sup>	第 1,22 天静注
	氨甲喋呤	10~ 20 毫克	静滴 3~ 4 小时后接给氟脲嘧啶
	氟脲嘧啶	同(1)	同(1)
	(3)丝裂霉素	8~ 10 毫克	第 1,15,29 天静注
	顺氯氨铂	20 毫克	第 3~ 5 天,第 24~ 26 天,每天 1 次静滴
	氟脲嘧啶	同(1)	同(1)

## 第二章 中老年人心血管系统疾病的防治

随着年龄的增长，心血管系统也逐渐老化，表现在心包脂肪增多，心内膜增厚，心瓣膜硬化钙化及冠状动脉硬化。心脏的大小改变并不显著。心肌收缩力逐渐减弱，心脏的传导系统包括窦房结、房室结及希氏束等亦逐渐纤维化，主动脉中层硬化，弹性减低，阻力加大，收缩血压上升。因此中老年人比较容易患冠心病，高血压病、心律失常及心力衰竭等，现分述如下。

### 一、冠 心 病

#### （一）中老年人与动脉粥样硬化

动脉粥样硬化是指动脉内膜上有脂质沉积，形状如粥粒向管腔内突出，高低不平且粗糙，发展到晚期还有钙化的斑块，摸起来很硬，故称为动脉粥样硬化。这种病变从儿童时期开始发生，随着年龄的增长，粥样硬化发生率成比例上升。到了中年，发展很快，近三分之一的人有动脉粥样硬化斑块。

老年人发病更普遍而明显。同时还发现男性多于女性，城市多于农村，体力活动少、肥胖、吸烟及从事紧张脑力劳动者发病较多。动脉粥样硬化主要侵犯大中型动脉，如主动脉、冠状动脉和脑动脉。冠状动脉是心肌供血的主要血管，如发生动脉粥样斑块，可使管腔狭窄，以至闭塞，造成冠状动脉血流量减少，直接影响心肌的供血，心肌就会缺血缺氧，而引起冠心病。如果冠状动脉管腔狭窄和闭塞缓慢发生，则冠状动脉开放小的微血管吻合枝或形成新生的小血管构成冠状动脉侧枝循环，以代偿冠状动脉的供血不足。

引起冠状动脉粥样硬化的原因，虽经科学家近百年的研究，但至今还没有完全搞清楚，仍然是目前世界医学研究的重要课题之一。病因看来是多方面的，高脂血症、高血压和吸烟是冠心病的三大易患因素，目前已为国内外学者所公认。此外糖尿病、超体重、缺乏体力活动、遗传因素、过度的脑力劳动和体力负荷都与冠心病的发病有关。近十年来的研究，还发现动脉内膜损伤、冠状动脉痉挛和血液成分中血小板功能的改变，也与冠心病发病密切相关。

## （二）高脂血症与冠心病的发生

高脂血症会不会引起冠心病，首先要弄清什么是高脂血症。高脂血症是指血液中胆固醇和甘油三酯的浓度超过了正常值。正常人血液中胆固醇为 110~230 毫克，甘油三酯为 20~145 毫克。如血液胆固醇和甘油三酯测定超过正常值的高限，称为高脂血症。如只有其中一项增加，则分别称为高胆固醇血症或高甘油三酯血症。

血脂是以血液中脂肪和蛋白质结合成为脂蛋白的形式存

在于血液中，而运转全身。故高脂血症又称为高脂蛋白血症。血中脂蛋白又分为乳糜微粒，极低密度脂蛋白，低密度脂蛋白及高密度脂蛋白四种，后二种脂蛋白在血液中含量的高低与是否发生冠心病有一定关系。近年来研究认为，高密度脂蛋白胆固醇能防止脂肪在血管壁上堆积，并使胆固醇转移至肝内分解利用，因此有抗动脉粥样硬化及保护不发生冠心病作用。而低密度脂蛋白胆固醇则恰恰相反，可使脂肪沉积在动脉管壁，而促发动脉粥样硬化及冠心病。因此血液中低密度脂蛋白增高对中老年人不利，而高密度脂蛋白上升，则很有益。

中老行人一般惰性较大，不大爱动、如不注意控制饮食，随意多吃高脂肪、高胆固醇食物（如蛋黄、猪脑、猪肝、奶油等），则血液脂质容易升高，而发生高脂血症。还有高脂肪食物中是动物脂肪多，还是植物脂肪多，与发生冠心病的关系也有很大的不同。动物脂肪中含饱和脂肪酸多；植物脂肪中，含非饱和脂肪酸多。近年研究证明饱和脂肪酸可使血胆固醇升高，而非饱和脂肪酸则使之降低。其次脂肪可产生较高的热量，1克脂肪可产生9大卡热量，而蛋白质或糖每克只能产生4大卡热量。如果体力劳动和体育锻炼少，则摄入饮食的多余热量，便会转变成脂肪储存体内，使人发胖、超重。而肥胖是冠心病的一个易患因素。故高脂血症是冠状动脉粥样硬化的主要因素之一，与冠心病的发病有密切关系。同时也要注意长期大量饮酒，可以诱发甘油三脂升高。长期吸烟者可影响血中高密度脂蛋白的合成，故中老年人要自觉地戒烟戒酒。

### (三) 什么是冠心病

冠心病是冠状动脉性心脏病的简称，系指冠状动脉发生粥样硬化或痉挛，使血管阻塞，导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病。供应心脏血液的动脉叫冠状动脉，它有三个主要分支，即左前降支、左迴旋支及右冠状动脉。硬化病变以左前降支最多见、最重，依次为右冠状动脉及左迴旋支。如果冠状动脉分支发生了粥样硬化，就可使管腔变狭窄，甚至堵塞，或发生冠状动脉痉挛，使供应心脏的血液量减少或停止，就会发生心肌缺血及相应的症状，这就叫冠心病。由于冠心病是通过引起心肌缺血而发病，故国外又称为缺血性心脏病。

正常人心肌的需血和冠状动脉的供血是通过神经内分泌的调节保持平衡的。当冠状动脉轻度狭窄时，心肌的血供未受影响，病人可无症状。当冠状动脉管腔重度狭窄，一般超过了 75% 以上时，心肌供血减少，便发生心肌缺血缺氧，产生一系列症状。

### (四) 冠心病有哪些症状

由于冠状动脉病变的部位、范围、程度和心肌供血不全的发展速度不同，冠心病的症状多种多样，主要表现特点如下。

1. 心绞痛：冠心病人在休息时，心肌耗氧量和供氧量还可维持平衡，一旦体力劳动、兴奋、饱食或寒冷刺激时，心跳加快，心肌收缩力加强，心肌耗氧量增加，而管腔已狭窄的冠状动脉的供血量却不能相应地增加，心脏就会缺血缺氧，而产生心前区疼痛，医学上称为心绞痛。这种疼痛位于胸骨上段或胸骨后，性质为紧缩性、压迫性或闷胀性疼痛，每次

疼痛持续约 3~5 分钟,疼痛可放射至左肩左手。休息或含化硝酸甘油后,疼痛常在 2~3 分钟内缓解。老年冠心病人的心绞痛有时表现不典型。部分病人为劳累性呼吸困难代替胸痛,另一些病人疼痛可放射至前颈部、咽部、下颌部和牙齿,常易误诊为颈肌炎、咽炎、牙痛等。故老年人如出现不能解释的头、面、颈、咽及牙齿疼痛,应想到有心绞痛的可能,立即到医院作心电图等有关检查,以便及早诊治。

2. 急性心肌梗塞:系在冠状动脉粥样硬化病变基础上,部分心肌由于长时间严重缺血而引起的心肌坏死。它是中老年人的常见病。表现为剧烈难忍的胸痛,常有烦躁不安及大汗淋漓,持续时间超过 15 分钟,含服硝酸甘油无效。

老年人急性心肌梗塞有两个特点:一是几乎一半的病人没有典型疼痛,表现为上腹痛、左肩痛、咽痛和牙痛;有的完全无痛,而以心力衰竭、心律失常或休克等起病。无痛的原因可能与老年人心脏的痛觉神经纤维退化或大脑对疼痛的敏感性降低有关。二是并发症、夹杂症较多,如心力衰竭、心源性休克、心律失常等,加重病情,死亡率较高。因此中老年人出现剧烈、持续时间长的胸痛,或发生没有明显原因的气喘、突然不能平卧,脉搏过快、过慢或不齐,血压下降、休克、大汗淋漓时,应警惕患急性心肌梗塞的可能,及时送医院诊治。

3. 心功能不全:又称心力衰竭。心脏的功能随着年龄的增长,到了中老年相应减弱。如果心排量从 30 岁至 80 岁每年平均减少 1%左右,那么 60 岁老年人的心排量只有 30 岁时的 70%。如患冠心病,则由于冠状动脉硬化狭窄,长期

供血不足，使心肌萎缩退化，收缩力减退，故在已减少心排血量的基础上，再次减少，从而引起心功能不全。表现为心累、气紧、腹水及下肢水肿等。（参见“心力衰竭”节）

4. 心律失常和猝死：少数冠心病病人因部份心肌缺血，产生心电不稳定，突然发生严重心律失常，如频繁室性早搏、阵发性室上性或室性心动过速等，重则发生心室颤动或心脏停跳，如及时发现，进行抢救，就会造成突然死亡即猝死。（参见“心律失常”节）

#### （五）对冠心病病人应怎样进行检查

怀疑自己得了冠心病，应到医院检查。医生依靠详细询问病史、症状、体格和化验检查，再配合其他辅助检查，进行综合分析，才能作出冠心病的诊断。冠心病的易患因素，在我国定为高血压、高脂血症及糖尿病，国际上另加体力活动少和吸烟二项。病人出现典型心绞痛或有一项以上的易患因素，对诊断是很有帮助的。冠心病的检查方法如下：

1. 心电图检查：心电图对心绞痛的诊断价值不是很大，因为心绞痛时，心电图可以正常，也可出现异常。故正常心电图不能排除患冠心病的可能。异常心电图也不能肯定就患有冠心病。当心电图出现心肌梗塞典型波形时，才可初步诊断为心肌梗塞。如果安静时心电图正常，自己或医生又怀疑有冠心病，则可进行运动试验和动态心电图检查。

（1）心电图运动试验：这是通过运动增加心脏负荷，激发心肌缺血，在心电图上表现出来。运动试验有两种，一种是双倍二级梯运动。让病人在三分钟内上下一个“二级梯”，记录运动前、中、后心电图。心电图上如出现心脏的异常改



变或诱发出心绞痛,则判定为阳性,就是说有冠心病可能。但近十年来二级梯运动试验的广泛应用发现,对体力劳动者和经常运动者来说,运动量不够大,阳性率不够高。同时假阳性也很高,可达 20%,尤其是女性假阳性更高。因此这种试验只能作为一种辅助诊断方法,还要结合其他临床资料才能诊断是否患有冠心病,目前多数医院已将运动量改为三倍或四倍。

另一种是活动平板或蹬车运动试验。让病人登上活动的平板就地踏步运动或登上特别设计的自行车,就地蹬车运动。阳性或阴性结果的判定如同双倍二级梯试验。这种试验的运动量较大,中年人一般可作完试验,但老年人因心率过快,有一定的危险性,容易诱发心力衰竭、心肌梗塞或猝死。

(2) 动态心电图检查:让病人佩带一种小型磁带盒,连续记录 24 小时以上的休息或活动状态下的心电图变化,为冠心病诊断提供重要依据。临床上多用于有胸痛发作,但休息时心电图正常或夜间和清晨发作的胸痛患者。

2. 超声心动图检查:超声心动图是近二十年来发展起来的一种新的无创伤诊断技术。它利用雷达扫描技术和声波反射的性能,在荧光屏上显示超声波通过心脏各层结构时发生的反射,观察心脏与大血管的搏动情况、房室收缩舒张与瓣膜关闭开放的活动规律,为临床诊断提供了重要的参考资料。冠心病作超声心动图检查时,可出现左室后壁活动僵硬及节段性运动失常,但这些改变均为间接指征,且病变严重时才出现,故对冠心病只有辅助诊断价值,超声心动图正常并不能排除冠心病。

3 .X 线胸片 :对冠心病诊断价值不很大,因为它只能显示出主动脉迂曲延长及左室丰满,对冠心病诊断只有参考价值。

4 血脂和血清酶学测定 :血脂增高只能说明是高脂血症,患冠心病的可能性较大,但不能说一定患有冠心病。因正常人群中也有 20~30%的人血脂增高。据调查冠心病人和非冠心病人的血胆固醇水平经统计分析,无明显差别,但前者的低密度脂蛋白量明显增高。故如家族中有冠心病,而血胆固醇正常,则应测定低密度脂蛋白的高低。

疑有心肌梗塞时,可作血清谷草转氨酶、乳酸脱氢酶肌酸磷酸激酶的测定,如增高有助心肌梗塞的诊断。

5 .冠状动脉造影 :它是目前诊断心病最准确的方法。系用特制的心导管经股或肱动脉送到主动脉根部的冠状动脉开口处,注射造影剂,同时快速照片,可显示冠状动脉各分支狭窄病变的部位,并估计其程度。这种检查国外已列为冠心病常规检查,但在国内由于检查较复杂,且有一定危险性,所以开展的较少。

#### (六) 冠心病心绞痛如何治疗

得了冠心病,首先在思想上不要背包袱。冠心病不是绝症,经过正确治疗,病情是会慢慢缓解的,可以参加适当的工作与学习,也可以长寿。最近四川省乐山市百岁老人 29 例综合调查中,确诊冠心病者 11 例占 37.9。说明在医生指导下,恰当的治疗,冠心病病人也可延年益寿。冠心病心绞痛的药物治疗有两种如下。

##### 1 .终止心绞痛发作的药物

(1) 硝酸甘油：可以扩张冠状动脉及外周血管，使冠状动脉供应心肌的血液量增加，减少心脏排血的阻力，使心肌耗氧量减低，平衡需氧和供氧间的矛盾，从而缓解心绞痛的发作。一般用硝酸甘油片 1~2 片（每片 0.3 毫克）嚼碎含在舌下，很快通过口腔粘膜吸收到血液里去，可在 2~3 分钟内发挥作用。如心绞痛严重而频繁，可用硝酸甘油注射剂 0.5~1.0 毫克溶于葡萄糖水 100 毫升中静脉滴注，疗效很好。

(2) 消心痛：正式药名叫硝酸异山梨醇。它能松弛血管平滑肌，减少心肌耗氧量及左室负荷，扩张冠状血管，改善心肌对氧的供需关系。一般舌下含服 5~10 毫克，2~3 分钟内生效。疗效持续 3~5 小时，副作用有头痛、眩晕、恶心及面部潮红等。

(3) 心痛定：正式药名叫硝苯吡啶，它是目前认为最强的冠状动脉扩张剂，能直接松弛血管平滑肌，减少周围血管阻力，减少左室负荷和血管壁的张力。作用强而持久。口服或舌下含化 1 片（10 毫克），数分钟即生效。该药又有降低血压作用，故心绞痛合并高血压病人应用更适宜。

(4) 冠心苏合丸：由苏合香、犀角、麝香、丁香、沉香等 14 味中药配制而成，治疗心绞痛效果好，无副作用。

## 2. 预防心绞痛发作的药物

(1) 硝酸酯制剂：可用消心痛 5~10 毫克，每天 3 次。或用长效硝酸甘油片 2.5 毫克，每天 2 次。或用硝酸甘油软膏涂于皮肤，15 分钟生效，疗效维持 4 小时以上。最近四川晨光化工厂生产一种硝酸甘油贴敷剂，方便简便，取一剂贴于胸部，即可缓解心绞痛，维持 24 小时，现正在成都华西医科

大学附一院内科试用。

(2) - 受体阻滞剂：人体心血管壁内存在一种 - 受体。交感神经的兴奋性通过 - 受体而起作用。它能使心肌收缩力增强，心率增快，心肌耗氧量增加。- 受体阻滞剂则能阻滞 - 受体接受交感神经的兴奋作用，使心率变慢，心肌耗氧量减低，扩张冠状动脉，从而缓解心绞痛的症状。常用的 - 受体阻滞剂为心得安。用法为 10~40 毫克，每天 3 次。但心得安能减弱心肌收缩力，使心率减慢；又使支气管平滑肌痉挛，故心功能不好、心率低于 60 次及有哮喘的病人禁用。

为了避免 - 受体阻滞剂的副作用，目前生产出一种心脏选择性 - 受体阻滞剂，如氨酰心安可用于哮喘病人，每日 50~200 毫克一次。美多心安用于不能耐受心得安的病人，50~100 毫克，每日 2 次。- 受体阻滞剂停用时应逐步减量，然后停用。突然停药，易引起心绞痛复发，甚至发生心肌梗塞。

(3) 钙拮抗剂：常用于治疗心绞痛的钙拮抗剂为心痛定，用法如前。

治疗心绞痛除上述药物外，也可根据病情选用下列药物或措施。

(4) 潘生丁：是常用的冠状动脉扩张剂，实际上该药没有肯定的缓解心绞痛作用，但能防止血小板凝聚，对预防冠状动脉血栓形成可能有益。剂量是 25 毫克，每天 3 次。

(5) 复方丹参片或注射液：有扩张冠状动脉，减慢心率，轻度增加心肌收缩力的作用。口服片每次 3~4 片，每天 3 次。注射液每天 2 次，每次 2 毫升肌注。

(6) 冠状动脉搭桥术：又称主动脉——冠状动脉旁路术。即在梗阻的冠状动脉上架上一座“桥”，用病人自身的大隐静脉或内乳动脉作为“桥”，一端吻合在主动脉根部，另一端吻合在冠状动脉狭窄处远端，引主动脉的血液以改善该冠状动脉所供血的心肌的血流供应。术后约有 75~90% 冠心病的心绞痛减轻，40~60% 病人的心绞痛完全消失。且能延长寿命，提高生活质量，10 年通畅率为 90%。手术死亡率低于 5%。国外已广泛推行，国内正逐步开展。

#### (七) 在家里发生心肌梗塞怎么办

当冠心病病人一旦出现心绞痛发作频繁，疼痛剧烈，含服硝酸甘油不能缓解时，家属要警惕病人有发生心肌梗塞的可能。

遇到这种情况，首先不要惊慌忙乱，以免引起病人精神紧张和恐惧。病人要立即卧床休息，决不能走动，以防止因走动加重心脏负担而引起意外。处理上首先是解除心前区疼痛，注射止痛剂如吗啡或杜冷丁等，服用硝酸甘油及镇静剂安定各 1~2 片，备有氧气袋者立即吸入氧气。待病情稳定后，立即通知附近医院急诊室派救护车来接病人，切不可搀扶病人步行或挤公共汽车去医院，否则极易引起病情恶化，或猝死途中。

在心肌梗塞治疗期间，病人要心胸开阔，树立战胜疾病的信心，只要发现病情早，积极治疗，心肌梗塞也是可以康复的。

#### (八) 怎样预防冠心病的发生

我国冠心病的发病率有升高趋势，尤以北方为明显。要

想预防冠心病的发生，首先就得预防引起冠心病的各种易患因素。

1. 高脂血症的预防：中老年人合理饮食很重要。荤食要适当少吃些，特别不要过多食用肥肉、蛋黄、烤鸭、肝、脑、肾等内脏、猪油及奶油等。为了营养的需要，可以吃瘦肉、鸡肉、兔肉等动物蛋白质，多吃蔬菜、蘑菇、豆制品等，有降低血脂作用。有些人靠吃素的办法来预防冠心病是不恰当的，因近年报告长期吃素的人可能会引起早衰。中老年饮食，尤其是老年人不宜过量，甜食也要少吃，因为吃得过饱和多吃甜食，容易引起肥胖，加重高脂血症，易导致冠心病。同时中老年人不要酗酒或长期饮烈性酒，因其可使血液中低密度脂蛋白胆固醇增高，容易引起高脂血症和冠心病。因此中老年人以不饮烈性酒为好，偶尔在过年过节饮少量酒，则关系不大。

2. 降低高血压：持续的高血压可使大中动脉内膜的类脂质沉着，继而冠状动脉发生动脉粥样硬化，而促发或加重冠心病。故有高血压的中老年人，一定要在医生指导下，控制高血压。中年人使血压降到正常水平。老年人因多伴有脑动脉硬化，血压降得过低，会影响脑血流量，而易促发脑血栓形成，发生偏瘫。故老年高血压病人，降压不宜过猛过低，以降到收缩压 150~160，舒张压 90 毫米汞柱左右为适宜。血压降到一定稳定水平后，仍须继续服用降压药维持量，每日一次，以免血压突升，加重心、脑、肾病变。

3. 戒烟：吸烟是否促发冠心病？根据南京医学院对吸烟者和不吸烟者与冠心病关系的 308 对配对调查，发现大量吸

烟者与不吸烟者冠心病发病率分别为 14.9% 与 7.1% ( $P < 0.01$ , 有显著性); 心绞痛发生率为 11.7% 与 4.5% ( $P < 0.01$ , 有显著性)。最近有学者对吸烟者进行无创伤的心功能检查, 发现吸烟对心肌有抑制作用。故认为吸烟是冠心病易患因素之一。有的人顾虑到吸烟已多年, 甚至几十年, 戒烟不一定能减少危险性。目前研究证明吸烟是暂时性影响, 无累积作用, 且是可逆的。不管以前吸烟时间多长。只要一戒烟, 危险性就减少一半。老年人长期吸烟是否戒烟? 国外申蒂 (Cindy) 等学者对年龄 65~74 岁的 2674 人进行 5 年随访研究, 并用电子计算机分析统计处理。结论为 吸烟的人因冠心病而死亡的危险性较不吸烟或戒烟者高 52%, 说明老年人吸烟仍可增加冠心病死亡的危险性。停止吸烟后 1~5 年内, 因冠心病而死亡的危险性有明显减少, 说明戒烟后能减少冠心病的死亡, 因而吸烟老年人亦应鼓励戒烟。故宣传戒烟, 不容迟缓。

4. 适当的体力活动: 从中年开始, 进入更年期, 体内内分泌、代谢发生改变, 逐渐发胖, 肥胖可使血内胆固醇含量升高, 易于发生动脉粥样硬化和冠心病。因此中老年人除应适当控制食量外, 要经常坚持一定的体力活动和体育运动, 不但可消耗能量, 降低血脂, 防止发胖, 而且可增强体质, 预防冠心病。常坐办公室的人, 宜作与自己身体相适应的体力活动, 如散步、慢跑、广播体操及打拳等, 可减轻体重, 促进血液循环, 使冠状动脉侧枝循环供血增加, 增强心脏功能。还可促进高密度脂蛋白形成, 对动脉粥样硬化有改善作用。

5. 避免过度紧张: 从事紧张脑力劳动者较易患冠心病,



这是国内外已证明的事实。因此要避免得冠心病，需要合理安排工作与生活，生活要有规律，避免过度紧张与情绪激动，注意劳逸结合。

### （九）急性心肌梗塞的预防

急性心肌梗塞是中老年人丧失宝贵生命的重要原因。欧美国家每年有数十万人死于急性心肌梗塞。我国心肌梗塞住院病死率为 15 ~ 30%，不少病人尚未送至医院，便发生猝死，幸存者中，不少人劳动力与生活能力降低。因此，急性心肌梗塞的危害性很大，须采取有效预防措施，防患于未然。

1. 首先防治冠心病：急性心肌梗塞绝大多数是从冠心病发展而来，而冠心病的发生与许多易患因素有关。故须积极防治这些易患因素。

2. 早期发现急性心肌梗塞的预兆：多数病人发病前有预兆，表现为无心绞痛病人突然出现难以忍受的心绞痛；有心绞痛病人发作频繁剧烈，持续时间长达 15 分钟以上，含服硝酸甘油无效。当出现上述先兆时，如能很好休息，积极找医生诊治，急性心肌梗塞就有可能避免，即或发生，病情也较轻，容易治疗。

3. 避免多种多样的诱因：冠心病病人可由于过度劳累，致心肌缺血而发生心肌梗塞。精神紧张与情绪激动可引起冠状动脉痉挛，使缺血加重。特别是观看球赛时，要注意避免发生“球迷性心肌梗塞”，冠心病病人往往忘记了兴奋和激动会加重病变心肌的负担，心率比平时增快一倍，冠状动脉血流量比平时增加五分之一到五分之二。在美国一个州，每十场球赛的观众中，平均发生急性心肌梗塞 8 例，这一数字值得引



起冠心病人的警惕。冠心病病人能否自看球赛，参加易于激动的活动，关键在于：能否自我控制保持情绪稳定。在最紧张的关键时刻，自己无法约束时，应暂时离开现场，缓解紧张的情绪。在观看中，一旦有心跳加快或突然减慢，频发早搏和心前区闷痛的感觉，应立即停止观看，用抢救盒药物治疗。

临床上也见到不少冠心病病人，因过份悲痛而发生心肌梗塞死亡。曾有一位冠心病老人，因心爱儿子骑自行车被汽车撞死，在“气死人”的沉痛打击下，发生急性心肌梗塞，抢救无效死亡。

饱餐及高脂饮食后，由于流向胃部血液增多，心肌供血相对减少及血液凝固性增高，也可促使心肌梗塞的发生。因此中老年冠心病病人如能避免这些诱因，对减少发病大有裨益。

4.及时识别发病时症状：大多数急性心肌梗塞病人发病时，感到胸痛或心前区剧痛，透不过气。同时常伴有面色苍白、冷汗淋漓、恶心、呕吐、心动过速或过缓及血压下降等，含服硝酸甘油不能缓解。但这些表现不是清一色的，尤其是老年人约有30~40%病人表现为不典型部位疼痛或毫无疼痛，如成都某大学一位老教授，因工作劳累，发生原因不明、药物不能缓解的咽部疼痛，后经心电图证实为急性前壁心肌梗塞。因此中老年人，特别是冠心病病人，如出现原因未明的“胃痛”、“咽痛”、“颈痛”、“牙痛”等，应警惕心肌梗塞的发生，速作心电图检查，以获早期诊治。

5.积极治疗心绞痛和试用阿司匹林：对频发心绞痛要积极治疗，立即含服硝酸甘油或消心痛和吸氧。在老年人一般

不用亚硝酸异戊脂，因可增加心肌耗氧量，对老年人不利。

近年来，国外报道每天服 1~2 片阿司匹林，能降低血液凝固性，防止血管内血栓形成，对心肌梗塞有预防作用，因此没有胃痛的冠心病人可以一试。

## 二、高 血 压 病

高血压病是中老年人的常见病，也是发生脑卒中、心力衰竭及肾功衰竭的一个重要病因。根据 1979 年全国高血压普查资料，15 岁以上患病率为 3~9%，平均 4.67%。估计全国高血压患者约三千多万人。患病率中，北方高于南方，城市高于农村，工业化程度高的地方，患病率亦高。男女患病率均随年龄增长而增高。在各种职业中，以驾驶员、电话员及炊事员患病率明显较高。病久可并发心、脑、肾、眼底等重要器官的损害，严重危害人民健康。

### （一）中老年人的正常血压与高血压

从心脏泵出的血流撞击动脉血管壁所产生的压力称为血压。心脏收缩时产生的压力称收缩压，正常时多在 90~130 毫米汞柱。心脏舒张时产生的压力称舒张压，正常为 60~90 毫米汞柱。因此血压通常用收缩压/舒张压来表示。如果血压等于或超过 160/95 毫米汞柱，就称为高血压。血压在 140/90~160/95 毫米汞柱之间称为临界高血压。但须注意，血压在一天当中，有 20~30 毫米汞柱的高低波动，所以，不必对一次测定结果，忽喜忽忧，应在不同时间测量 2~3 次，取其最低值。

中老年人高血压，一般分为原发性高血压和动脉硬化性高血压。前者即高血压病，诊断仍以 160/95 毫米汞柱，并排除继发性高血压为标准。后者多在老年人中出现，由于老年主动脉粥样硬化，血管弹性减低所致。故血压特点为单纯收缩压升高，而舒张压不变或稍低、脉压（收缩压与舒张压之差）则加宽，故这种血压升高又称为纯收缩期高血压。

### （二）高血压病是怎样发生的

高血压病的发病原因和机制，至今尚未完全明瞭。但多数人认为，由于精神紧张、情绪激动、焦虑抑郁、心理矛盾、大量吸烟饮酒及在强噪音环境下工作等外界不良刺激，致使大脑皮层功能紊乱；通过神经体液系统变化及肾素——血管紧张素——醛固酮系统功能低下，使全身细小动脉痉挛伴钠作用增强，血容量增加，从而引起血压升高。

发病因素中，食盐与高血压的发生密切相关。1980 年日本伊藤敬一进行高血压病流行病学调查，发现每天食盐 2 克以下，几乎无高血压发生。进盐 3 克地区，3% 的人患高血压病。进盐量每天 4~15 克地区，15% 的人患高血压病。而每天进盐 20 克地区，高血压发生率高达 30%。说明吃盐过多可诱发高血压病。因此预防高血压的发生，应当遇事冷静对待，避免情绪激动，尽量做到心平气和，心情舒畅，不要吸烟和饮烈性酒，也不要吃太咸的食物。

### （三）患了高血压病有哪些症状

高血压病的早期多无症状，常在体格检查测量血压时发现。少部份人有头痛、头昏、失眠、烦闷、无力及记忆力下降等表现。还有些人表现为头胀、头部压迫或跳动感。根据

临床表现的轻重,高血压病一般分为三期。当确诊有高血压,检查没有发现心、脑、肾病变者,医学上称为高血压病一期;当并有心、肾及眼底轻度病变的一项以上时,称为高血压病二期;如发现心、脑、肾、眼底有严重病变,如心力衰竭、脑卒中、尿毒症、眼底出血等任一项时,称为高血压病三期。

在我国高血压病的常见并发症中,脑出血占首位,次为心力衰竭及肾功衰竭。同时还发现脑出血发生率与血压高低有关,即血压愈高,脑出血患病率也愈高。这是由于大幅度的血压波动和很高的收缩压,足以促使硬化的脑动脉破裂,导致脑出血发生。故脑出血是高血压病的常见死因,因此加强高血压病的防治是非常重要的。

#### (四) 高血压病的治疗

中老年人高血压病的治疗要全面地进行,并希望病人自己能掌握治疗高血压病的知识和方法,这样才能彻底治愈高血压病。

1. 正确对待本病,用乐观主义精神去战胜疾病。应认识到高血压病是一个进展缓慢的疾病,如不及早治疗,也会在多年后引起脑、心、肾等并发症而危及生命,所以对高血压病的治疗不能间断。

2. 工作和生活中,注意劳逸结合,避免过度疲劳、精神紧张及情绪激动。

3. 饮食上应限制食盐的摄入量,美国高血压协会主张高血压病人每天只吃 5 克食盐,而中国人一般每天食盐量约 10 克左右。肥胖者要节制饮食,减轻体重。饮食以低胆固醇、低脂肪为宜。少食肥肉、蛋黄、猪肝、猪肾等,多食富钾食物。

钾的降压作用,最近已引起人们的注意。富钾食物有豆类、蔬菜、瓜果等。

4. 限制酒、香烟、咖啡等嗜好品。据日本久山町地区调查结果表明,饮酒量增加,高血压发生率就增加。吸烟过多或过量饮咖啡也可使血压上升。有报告吸二支香烟或饮 500 毫升咖啡,15 分钟内就可见血压上升,60 分钟后收缩压平均升高 17 毫米汞柱,舒张压升高 10 毫米汞柱。所以高血压病人应尽量戒烟、戒酒,不饮咖啡。

5. 适当进行体力活动和体育锻炼。散步、慢跑、广播体操、打拳等,可改善血液循环,使血管扩张,血压下降。锻炼要长期坚持,但不能过量,以不引起不适为度。

#### 6. 降压药物治疗

当非药物治疗后,血压仍不能控制时,可使用降压药物。降压药种类繁多,各有特点。目前公认的降压药使用原则为:

以利尿药(如双氢克尿噻、速尿)为基础,联合其他药物使用,有协同作用; 结合病情,分级(期)治疗,强调个体化用药,即结合个体病人的具体情况,而选择应用不同的降压药物; 小量开始,逐渐增加,长期服用维持量。因此高血压病是一种需要终身治疗的疾病。

对轻度(一期)高血压,可用缓和降压药一种。治疗方案是从利尿剂或萝芙木制剂或 - 受体阻滞剂等三种中,结合病情选一种应用。利尿剂通过肾排水钠,降低血容量及心排出量而降压。主要制剂有双氢克尿噻和速尿。前者 25 毫克,后者 20 毫克口服,每日 2 次。双氢克尿噻的副作用有低血钾、血糖及血尿酸增高,故伴有低钾血症、糖尿病或痛风患者忌

用。肾功能损害时，双氢克尿噻失效，而速尿有效。为了防止因利尿剂排钾所致的低钾血症，可同时补充钾盐，10%氯化钾液 10 毫升，每日 2 次。萝芙木制剂系交感神经阻抑剂，主要制剂有利血平和降压灵，均可降压、降低心率、消除紧张，使血浆肾素活性减低。故对心率快、精神紧张患者适宜。利血平的副作用较大，会产生心动过缓、鼻塞、胃酸增加及精神抑郁，口服制剂临床现已少用。多用副作用很小的降压灵，4~8 毫克，每日 3 次。- 受体阻滞剂通过减低血浆肾素活性而降压，同时可减低心率、心肌收缩力及心排出量，并阻滞交感神经兴奋。故适用于青年人、精神紧张、心动过速、心绞痛或高肾素型的高血压患者。常用制剂为心得安、口服每日 30~90 毫克。副作用有心动过缓、诱发哮喘及心力衰竭。故伴心衰、哮喘、心动过缓的患者禁用，为了减少副作用，可用心脏选择性 - 受体阻滞剂，如氨酰心安，每日 25~50 毫克 2 次。

对中度（二期）高血压，治疗方案是在上述三种降压药中，选二种联合应用，或用复方制剂如复方降压片（含利血平、胍苯哒嗪、双氢克尿噻等 10 余种）、复方降压灵（含罗布麻、野菊花、胍苯顺嗪、双氢克尿噻等），每日只服 1~2 片。对重度（三期）高血压，可在利尿剂、萝芙木制剂、- 受体阻滞剂、血管扩张剂及血管运动中枢抑制剂等 5 种中，选 2~3 种联合应用。其中以利尿剂加 - 受体阻滞剂加血管扩张剂应用较广泛。1978 年世界卫生组织专家会议正式确定此种联合为最有效处方。血管扩张剂种类很多，常用降压有效的口服制剂有硝苯吡啶（商品名心痛定）及疏甲丙脯酸。硝苯吡

啮系钙拮抗剂，有良好的降压效果。此药扩张冠状动脉作用较强，能防治冠脉痉挛；又可扩张周围血管，明显减低后负荷，减轻氧耗，而无负性肌力作用（指无心肌收缩力减弱作用），故当高血压合并心绞痛或心功能不全时，应用很适宜，目前已广泛应用于2~3期高血压病人。剂量为10~20毫克，每日3次。副作用可有头昏、心率快，久用可致水钠潴留而水肿，但加用双氢克尿噻后，水肿消失，疏甲丙脯酸系血管紧张素转换酶抑制剂，即在肾素—血管紧张素—醛固酮系统中，阻止血管紧张素的形成，使血压下降。剂量为25~50毫克，每日3次。降压有效率达86%。其优点是用后心率不增快，水钠潴留作用很小。血管运动中枢抑制剂常用制剂为可乐亭，降压迅速，口服75微克，每日3次。必要时可加大剂量150微克，每日3次。副作用有心动过缓及头晕。

中老年人高血压患者应用降压药时，宜缓慢降压，下降不宜过多过猛，以降到收缩压150~160，舒张压90毫米汞柱左右为宜，否则血压大幅度降低，在可能有动脉硬化的患者，严重影响了脑血流量，有发生脑血栓的危险。有些降压药副作用大，对中老年人也不宜应用。如胍乙啶可引起体位性低血压及脑血流量降低；哌唑嗪可引起首剂低血压反应及体位性昏厥；利血平可引起心率极慢、疲乏及精神抑制。

#### （五）高血压病人突然发生病情变化时怎么办

如果家中有高血压病人，突然发生病情变化，家里人最好先作初步判断，并适当作一些相应处理，这对减轻症状，避免死亡是非常重要的。高血压病人突然病情变化，多属以下三种情况。

一是血压突然急剧升高,表现为剧烈头痛,恶心呕吐,甚至视物模糊。此时要安慰病人,不要紧张,嘱卧床休息,适当给予镇静剂,如安定 1~2 片。备有降压药者如降压灵、复方降压片等,可根据病人以往服用经验,选降压效果较好者即刻服用。还可加服双氢克尿噻、速尿等,有助血压降低。如经过上述处理,症状仍未缓解时,须及早护送病人到附近医院急诊,继续治疗。

二是突然心悸、气短、端坐呼吸、口唇发绀及大汗淋漓,重则咳出白色或粉红色泡沫痰,此为高血压病所致急性左心衰竭表现。应嘱病人双腿下垂,坐位,家里备有氧气袋者,可吸入氧气。迅速打电话给附近医院急诊室派救护车来接病人,进行急诊处理。

三是发生脑血管意外(脑卒中或称中风),病人可突然出现剧烈头痛、呕吐,甚至人事不省和肢体瘫痪。此时要让病人平卧、头偏向一侧,以免呕吐物吸入气道,引起窒息。要尽快送往医院诊治。

### 三、风 心 病

风心病是风湿性心瓣膜病的简称。一般多见于青少年。在欧美工业发达的国家中,已很少见。我国风心病患者与五十年代比较,也大为减少。但目前在我国医院中,仍是一种相当常见的心脏病,经过心脏听诊及超声心动图检查,一般可确立诊断。

近年来,由于诊治水平的提高和生活条件的改善,风心



病患者的寿命延长，存活至中年者相当多见，老年人风心病亦占 5%。现将中老年患者常见的几个问题分述如下。

### （一）风心病与风湿热

风心病患者常有风湿热复发，而加重心脏的损害，促发心力衰竭等并发症发生，甚至死亡。故风心病患者应大力防治风湿热。一旦诊断风湿热，应予以休息，保温避寒，用青霉素消除链球菌感染，给抗风湿炎症的药物治疗。可用阿司匹林每日口服 4 克，共服 2~4 周。如为风湿性心脏炎，则用强地松每日 30~60 毫克口服，服药 2 周后减量，每周减 5 毫克，直至每日 10 毫克，维持 1~2 周，再予减量以至停药，共用 6~12 周。

预防风湿热的措施为：每月肌注长效青霉素 120 万单位，可有效地防治上呼吸道的链球菌感染，可使风湿活动的年复发率下降到 0.4%。对青霉素过敏者可口服红霉素每日 2 克，或磺胺嘧啶每日 0.5~1.0 克，定期检查血、尿常规；

对已确定为链球菌感染灶的扁桃体，药物预防无效者可行摘除术；改善生活条件，提高健康水平。

### （二）风心病的外科手术治疗

当发展为慢性风湿性瓣膜性心脏病时，瓣膜畸形，心脏负担加重，久而久之，必然导致严重心力衰竭，使生存期大大缩短。虽然临床上有强心药、利尿药及血管扩张药治疗，可以减轻一定的症状或使病情缓解，但终究不能彻底解决问题。因此，外科手术治疗瓣膜病是去除或减轻由瓣膜病变造成的血流动力学障碍的主要方法。在我国已开展的瓣膜外科手术如下。

1. 手指闭式分离术：指用手指分离二尖瓣狭窄。手术操作简便，安全性较高，费用低廉，手术死亡率为1.8%。适用于单纯二尖瓣狭窄，或以二尖瓣狭窄为主，伴有轻度关闭不全者。其缺点是解除狭窄的效果常不满意，再狭窄率高。手术带有一定盲目性，在分离瓣口时，不能随意控制其大小，有时可撕裂瓣叶或腱索，造成明显的关闭不全。

2. 直视分离术：指应用体外循环在直视下进行分离手术。适用于二尖瓣病变合并瓣膜钙化，瓣下病变或合并房颤、房内血栓者。由于直视下瓣膜病变矫治较彻底，瓣膜功能恢复较好。术后心功能改善1~2级者占95%。

3. 瓣膜替换术：指用人造瓣膜替换病变的瓣膜，从而去除或减轻它们所造成的血流动力学障碍。适用于各瓣膜病变破坏严重、有钙化及纤维化，或有器质性关闭不全者。目前常用的人造瓣膜有机械瓣膜和生物瓣膜两大类，前者耐用，但需终生抗凝治疗；后者多用牛心包或猪瓣制成，较不耐用，但无需抗凝治疗。何时需再更换，尚有待时间的考验，换瓣后近期疗效多较满意，绝大多数术后症状消失，心功从Ⅱ级升至Ⅰ级。

### （三）风心病与中风

风心病患者有时可发生中风，半身不遂，重则昏迷死亡。这是由于风心病时，心脏内壁形成附壁血栓，即在心脏内壁上粘有小血块，或发生细菌性心内膜炎，在心瓣膜上形成细菌性赘生物，所谓赘生物指由细菌、血小板、红细胞、纤维蛋白等组成的混合物。这种赘生物或附壁血栓遇到患者发生心房纤颤时，可以脱落成为栓子，随着血流，通过动脉进入

脑内产生脑栓塞，俗称中风。发生脑栓塞后，患者病变的对侧可发生口歪、舌歪、半身不遂及麻木。有的还人发生说话困难、半身抽搐等症状。如脑内重要血管栓塞，还会出现昏迷、心跳呼吸停止等严重症状。

得了脑栓塞，家里人勿惊慌，应让病人绝对卧床休息。送医院诊治时，搬动要小心，动作切忌粗暴。如在家治疗，可使用中药丹参 12~16 克与低分子右旋糖酐 500 毫升一起作静脉滴注，起到活血化瘀的作用。还可适当选用血管扩张药物，如罂粟碱、脑嗌嗪、抗栓丸等。恢复期瘫痪的肢体可用按摩，被动运动，针刺及体育锻炼等方法，促进功能的恢复。脑栓塞的预防，关键在于积极治疗原有的心脏病。

## 四、心 律 失 常

正常心跳起源于窦房结，结内有许多能发放冲动的起搏细胞。频率每分钟 60~100 次。窦房结发出的冲动经正常房室传导系统，包括窦房结、房室结、房室束、左右束支及浦肯野纤维，逐个传到心室，使心脏按着一定的节奏均匀而整齐地收缩和舒张。当心脏活动频率和节律发生紊乱，而出现心跳快慢不齐或有时停跳一阵心慌的感觉时，称为心律失常。近年来，多数学者对心律失常进行新分类，即早搏、心动过速（含房扑、房颤）及心动过缓（含房室传导阻滞）三大类。

### （一）中老年人常见的心律失常

中老年人常见心律失常如下：

#### 1. 早搏

当心房、心室或房室结内某些心肌起搏细胞的兴奋性突然增高而引起心脏不按节奏地突然收缩一下，接着又恢复正常的节奏，这种收缩叫期前收缩或早搏。病人有心脏跳出胸腔的心慌感。如果早搏偶尔来一阵子就消失，特别是与过度疲劳、情绪激动、失眠、饮酒及吸烟过多有关时，则早搏多系功能性，用不着惊慌失措，经过休息、戒除烟酒就可消失。

有了早搏，不等于有心脏病。早搏的预后取决于有无器质性心脏病及心脏病的类型和轻重。经过详细检查，未发现心脏病证据的人，出现早搏并无重要意义，一般不需服用药物，亦不宜轻易下器质性心脏病的诊断。如早搏频发，每分钟超过 5 次以上，或呈多源性，即出现多个不同形状的早搏，必须引起重视，应当及时去医院检查治疗。

## 2. 心房纤颤

心房纤颤是一种较重的心律失常，大多发生在有心脏实质性疾病如冠心病的患者。它的一个特点是心跳完全不规则，强弱不等，快慢不齐。另一个特点是心率和脉率不一致，总是心率多于脉率，医学上称为“脉搏短绌”。这是因为心房纤颤时，心房以每分钟 400~600 次频率不规则地蠕动，心室只能接受部分较有力的电冲动而产生心脏搏动（即心率），但是这样弱的心室搏动排血很少，有的不能形成离心脏较远的挠动脉搏动（即脉率），因而脉率较心率慢。由于心房纤颤对心功能有一定影响，因此疑有心房纤颤的中老年人，必须去医院作心电图检查，明确诊断，进行必要的治疗。

## 3. 阵发性室上性心动过速

系突然发作，又突然停止的快速心跳，每分钟 150~240

次。这种快速心跳的起搏点在心室上的房室结（现称房室交界区）或心房，故称为室上性心动过速。发作时间可持续数分钟、数小时，也可几天。发生的原因在中老年人，大多是有不同病因的心脏病病人，如冠心病、风心病等。少数为功能性，没有心脏病，由于过度紧张、疲劳等引起。家里有人发作时，可先试用筷子、牙刷柄等物刺激咽喉引起呕吐，或用手指压迫眼球，即能使心率降低，心跳恢复正常，如上述措施无效，应及时去医院进行治疗。

#### 4. 心动过缓

心动过缓就是心跳过慢的意思。指每分钟心跳少于 60 次。老年人、运动员或过去是运动员的中老年人常有心动过缓，这是正常现象。

心动过缓有两种：一种是窦性心动过缓，指窦房结的兴奋性降低，每分钟心率 45~59 次。多由于迷走神经亢进所致。病人没有不适感觉，也不必特殊处理。这种心动过缓有时也可由于某些药物而引起，如心得安、利血平、异搏定等，此时停药后心跳就会加快到正常。另一种叫病态窦房结综合征（简称病窦综合征），指由于冠心病或窦房结退行性变，使窦房结发生变性、纤维化病变引起窦房结冲动发放减少所产生的一种心动过缓。此征在中老年人中较常见，年龄越大，发病率越高。这种病以心跳过慢为主要特征，心率常在每分钟 50 次以下，有时缓慢和快速心律交替出现，称为心动过缓-心动过速综合征（简称快-慢综合征）。当心跳慢到每分钟 40 次以下时，心脏的供血功能就不能有效地供应脑部血液，以致脑部缺血，出现头晕、黑矇、昏厥和抽搐等症状，称为阿

- 斯二氏综合征，重则猝死。凡中老年人有原因不明的心跳过慢，每分钟 50 次以下，并有头晕、乏力、肢体麻木或突然昏厥时，应高度怀疑本病的可能。这时须及时作心电图检查。有时为了帮助诊断，可作阿托品试验，即给病人静脉注射阿托品 1.5 ~ 2.0 毫克，使心跳增快，如心跳次数仍不能超过每分钟 90 次时，提示有本病的可能。

### 5. 房室传导阻滞

当电冲动自心房至心室过程中，由于受了阻碍，传导速度迟缓或电冲动完全地或部份地不能通过，称为房室传导阻滞。这时心率缓慢，每分钟 30 ~ 60 次。临床上根据心电图表现的阻滞严重程度，分为 I 度、II 度、III 度房室传导阻滞。I 度比较轻，心跳不一定慢。II 度较重，III 度最严重，又称完全性房室传导阻滞，每分钟只有 20 ~ 50 次，从窦房结发出的冲动全部被阻断，只能由心室的代偿性起搏点发出冲动，维持心脏的跳动。II 度、III 度房室传导阻滞大多由于较重的心脏病引起，应及时到医院诊治。如果 III 度阻滞是永久性，则易发生心脏骤停而猝死，须及时安装心脏起搏器。

### (二) 发现心律失常怎么办

一旦发现自己脉搏不规则或心慌时，首先不要紧张，因为引起心律失常的原因很多，不同的病因有不同的治疗。因此要及时到医院作体格检查和心电图检查。如果是由于过度劳累、情绪激动、失眠、吸烟、饮酒或喝浓茶引起，则经过休息、情绪稳定和戒烟酒就可消失。如果是由于冠心病、高血压病、肺心病或心肌炎等引起，针对病因进行治疗，心律失常就能消失。如果是由于药物如洋地黄、奎尼丁等引起，则

停药即可消失。除以上治疗外，还需要针对心律失常本身的病理机制进行抗心律失常药物治疗。在药物治疗无效时，心房纤颤可考虑电转复律。Ⅲ度房室传导阻滞或心率极慢的病窦综合征，要考虑安装心脏起搏器。

### （三）如何治疗心律失常

由于心律失常的程度轻重不同，轻度心律失常如早搏，病情平稳时，可遵照医生的嘱咐，在家按时服药，定期到医院复查。较重的心律失常如快室率心房纤颤、室性心动过速、Ⅱ度房室传导阻滞等发作时，可危及病人生命。因此这种治疗药物通常由医师掌握，在医院内使用，以便密切观察。现介绍常用的抗心律失常治疗方法如下：

#### 1. 早搏的治疗

首先针对病因治疗，如果由于过劳、激动、失眠、酗酒、吸烟等引起，则经过充分休息，服用镇静剂（如安定）及戒除烟酒后就可消失。少数早搏又无症状，不需治疗。无心脏病者伴有症状的早搏，最重要的治疗是消除顾虑或服用镇静剂。切忌乱投药物，以免引起严重的药物副作用。频繁早搏（每分钟5次以上）伴显著症状，或有心脏病者应给予药物治疗。

室性早搏常用药物为慢心律0.2克，每日2~3次；或乙胺碘呋酮0.2克，每日2~3次。房性或房室交界区早搏可用乙胺碘呋酮0.2克，每日2~3次；或β-受体阻滞剂心得安10毫克，每日2~3次；或异搏定40~80毫克，每日2~3次。用药期间，定期复查心电图，并在医生指导下，决定下一步治疗方法。



## 2. 快速型心律失常的治疗

短暂性找不出原因的阵发性室上性心动过速或心房纤颤发作，常在休息片刻后发作停止，不需药物治疗。如发作频繁或每次发作持续时间较长，或有心脏病者，则对中老年人预后不利。因发作时舒张期缩短，心排血量降低，可引起昏厥、休克、心绞痛及心力衰竭，故需药物治疗。常用药物如下：

(1) 洋地黄：系最有效的首选药。洋地黄的药理作用除加强心肌收缩力外，还可通过兴奋迷走神经而减慢心率。故可使心动过速缓解，房颤的心室率减慢。阵发性者常在洋地黄控制心室率后，而房颤自动消失。一般用静脉注射制剂西地兰 0.4 毫克溶于 5% 葡萄糖水 10~29 毫升中缓慢静注，2~4 小时无效，可再给 0.2~0.4 毫克。

(2) 异搏定：先口服 40~80 毫克，每日 3 次。如无效可用静脉制剂 5 毫克溶于 5% 葡萄糖水 10~20 毫升中极缓慢推注（静注 10 分钟），快速推注则有引起心脏停搏及呼吸停止的危险，另外异搏定不能与心得安类 - 受体阻滞剂合用，因合用后，也有引起心脏骤停的危险。

(3) 乙胺碘呋酮：先口服 0.2 克，每日 3 次。如无效，可用静脉制剂 100~150 毫克稀释于盐水 20 毫升中静注，每隔 15 分钟可再用一次，可共用 3 次。

值得注意的是上述药物静脉注射时，必须在医生的严密观察下进行，以便发生意外时，及时抢救。

预防阵发性室上性心动过速及房颤的发作，可每天应用小量洋地黄（地高辛 1 片），或乙胺碘呋酮（1~2 片），或奎



尼丁 (1~2 片)。

如为室性心动过速发作，则为严重心律失常，可危及病人生命。因发作时心排血量骤减，血压迅速下降而致休克，且可发展为心室颤动，出现昏厥、抽搐等表现的阿-斯二氏综合征。故治疗一般在医院内抓紧进行，先用利多卡因 50~100 毫克静注，如未控制，可每 10 分钟再用一次，连用 3 次为限。室性心动过速消失后，继以静滴 0.2% 浓度，每分钟滴注 1~3 毫克，维持 48 小时，如上述治疗无效，则立即进行电复律。

### 3. 缓慢型心律失常的治疗

中老年人窦性心动过缓和病窦综合征较多见。如心率每分钟在 50 次以上，又无症状，可不予处理，继续观察。如在 50 次以下，则用阿托品或异丙基肾上腺素，每日 1~3 片，提高心率。用中药病窦合剂（黄芪 30 克、附子 15 克、红参 8 克），也有一定效果。如果患病窦综合征病情严重，一阵阵心动过速，又一阵阵心动过缓，即快-慢综合征时，或心率极缓慢引起昏厥、抽风，即阿-斯二氏综合征（又称急性心源性脑缺血综合征）时，则应急送病人到医院考虑安装人工心脏起搏器。心动过缓病人值得注意的是心得安、奎尼丁或异搏定均能延长窦房传导时间，加重心动过缓，故一般不用或慎用。

### （四）什么是电复律

当某些快速型心律失常药物治疗无效时，可用一次短而强的电刺激，使心律失常恢复到正常心律。这种治疗措施称为电复律。其原理是利用电刺激使心脏的心电活动全部暂停，

就在这一瞬间中止了快速心律失常，使窦房结得以重新发放电冲动，而恢复正常心脏活动，即转为正常的窦性心律。最常用电复律治疗的心律失常是心房纤颤，转复成功率可达90%以上，但复发率也高。次为心房扑动、阵发性室上性心动过速及心室纤颤。电复律治疗必须住院，在专科医师严密监视下进行，由于电击时耗电量很小，故一般较为安全。

#### （五）心脏性猝死是怎么回事

凡起病后6小时内突然发生死亡者称为猝死，猝死的原因很多，由于心脏疾病，尤其是冠心病所引起的称为心脏性猝死。近年来，心脏性猝死由于发病急、抢救困难及死亡率高，愈来愈受到重视。在工业化国家发生率大约为30/周100万。美国每日约1200人猝死，即每分钟发生一例死亡。我国北方城市冠心病平均猝死率为15人/10万。性别上男性猝死比女性多3~4倍。猝死年龄以40~60岁者居多，故心脏性猝死是中老年人生命最大的威胁。

为什么会发生猝死？近年来研究认为，发生猝死的原因与心电不稳定有关，而不全都是冠状动脉硬化达最严重时发生，少数猝死者只有很轻的冠脉粥样硬化。在慢性冠脉狭窄的基础上，如有急性心肌缺血，则易产生心电不稳定，导致心室颤动的发作而猝死。一旦发生心脏性猝死，如果抢救及时，生命是能够挽救的。

心脏猝死时心跳骤停，表现为昏倒、意识丧失、面色青灰或苍白，心音听不到，脉搏摸不着，血压测不出，随着心跳停止，呼吸不规则继而停止。在这个关键时刻，需要进行简易的心肺复苏术抢救。

### （六）猝死病人如何抢救

一旦发生猝死，立即进行简易的心肺复苏术，即拳击胸部、心脏按压及口对口呼吸，使病人在送到医院之前能够维持生命。拳击胸部方法是以紧握着右拳对着胸骨中点猛击两下，这种较强的刺激可以激发心室搏动，使停跳的心脏恢复功能。

如果拳击胸部两次无效，则马上开始胸外心脏按压。方法是将病人仰卧，背部垫以硬板，按压者将右手置于病人胸骨下 1/3 处，左手放于右手之上，用力将胸骨下段压向脊柱，使胸骨下陷 3~4 厘米时，心脏即被挤压于胸骨及脊柱之间，而将心腔中的血液排出，随后将手腕放松，胸骨因胸廓弹性而复位，产生胸腔负压，使静脉血回流至心脏。如此反复按压，每分钟约 60~70 次。按压时用力要均匀，切忌暴力，否则易引起肋骨骨折及内脏损伤。按压是否有效，可在大腿根部摸股动脉搏动，如有股动脉搏动，则证明是有效的。

在心脏按压的同时，须进行口对口呼吸，以供给足够的氧气。方法是将病人头向后仰，保持呼吸道通畅，然后用一块纱布或薄手帕盖住病人的口部，吹气者一手将病人鼻子捏住，深吸一口气后，紧贴病人嘴，用力吹一下，这时病人的胸部略隆起，然后由于胸部自身的弹力使气呼出，如此反复动作，每分钟 16~18 次，直到患者呼吸恢复正常为止。

### （七）什么是心脏起搏器治疗

对于严重病态窦房结综合征或房室传导阻滞患者，由于心跳过慢，或心脏停跳时间过长，或发生室性心动过速，心室颤动，影响脑的血液供应，有可能产生昏厥、抽搐时，为

为了避免意外，挽救病人生命，可按装人工心脏起搏器。心脏起搏器是一种小型电子仪器，有根特制的电极导管插入到心脏内。当心脏起搏器有规律地发出电脉冲时，就可以代替“心脏的最高司令部”窦房结，发号施令，引起心脏有节律地跳动。心脏起搏器品种很多，总的分两类，一类为体内埋藏式，起搏器直接埋藏在胸壁皮肤下，属于永久性起搏器，这种起搏器又可分为固定频率型（如固定在 70 次/分左右）及按需型二种。所谓按需型指心脏自身节律消失时，起搏器很快进入起搏工作，心脏节律一旦出现，起搏器立即停止发放起搏脉冲。这种起搏器一般用锂碘电池，可供 5~8 年使用。另一类为体外携带式，将起搏器背在肩上或系在裤带上，有一根导线经皮下与插入心室内的导管电极相连接，属于临时性起搏器。当心脏起搏功能恢复后，临时性起搏器就可不用了。

应用起搏器时，要注意的事项是起搏器为电子仪器，对周围的电磁场十分敏感，因此凡是按装起搏器的病人，应避免接触电加热仪器、微波烤箱、磁性搅拌器、吸尘器、电动剃刀、电视机及雷达装置等，必须距上述器械一米以外。在使用起搏器过程中，应每天数脉搏一次，如果脉率每分钟比原来慢 5 次，表示电源即将耗尽，应及时换上新电池，以免起搏器停止工作而发生意外。如果脉搏频率不一致，时快时慢，表示仪器性能有问题，应及早到医院找专科医生处理。

心脏起搏器并不是万能地使心脏永久跳动，当心肌细胞具有兴奋与收缩功能时才起作用。如果病人的心脏已丧失兴奋与收缩的功能或有其他重要器官衰竭时，如呼吸衰竭、肾

功衰竭等，安装了起搏器也无法起死回生。

## 五、心 功 能 不 全

心脏的功能是不断地收缩与舒张，收缩是使心脏的血液流到全身动脉去，满足器官组织代谢的需要。舒张是将全身静脉血回流到心脏，如此保持正常血液循环。如果患心脏病（如冠心病、心肌病等），则心肌收缩力减弱，不能将大静脉回流的血液，从心脏完全排出，势必产生全身的肺瘀血。这种情况称为心功能不全或叫心力衰竭。

### （一）中老年人与心功能不全

中老年人由于心血管发生退行性病变，产生血管硬化、心瓣膜硬化及心功能减退。临床上表明心功能程度最好的指标是心排血量。有学者研究证明，从30岁起，每年心排血量约减少1%左右，60岁老年人的心排血量就只有30岁青年人的70%左右。故人到中老年，心排血量随年龄增长而逐渐减少。因而在原有心脏病基础上，容易产生心力衰竭。据华西医科大学附一院1950年~1980年老年心脏病2000例分析，心力衰竭发生率约占60%，最容易发生心衰的心脏病是肺心病和冠心病。中老年人如无心脏病，由于某种原因需要大量或快速输液时，如不注意控制输入量及静滴速度，可因突然增加心脏负荷，而心脏又排不出这么多血量时，便可发生心力衰竭。

### （二）引起心力衰竭的诱因

中老年人如有心脏病，引起心力衰竭的常见诱因中，以

呼吸道感染最多见，约占 75%，其中包括肺炎、支气管炎及上呼吸道感染等。呼吸道感染之所以容易诱发心衰，是由于感染后发热、心跳快、痰液多、影响气体交换，引起心负荷增加，心肌缺氧及心排血量下降所致。次为过多或过度体力劳动，增加心脏负荷，引起心衰。各种心律失常，尤其是快心室率的心房颤动亦易诱发。情绪激动如过度兴奋或悲痛过度，可引起心跳快，舒张期短，继而心排血量下降，而诱发心衰。如有持久高血压未控制或发生急性心肌梗塞，则前者使心脏后负荷增加，后者使心肌收缩力锐减而诱发心衰。

### （三）怎样发现心力衰竭

中老年人心力衰竭时，表现复杂，多种多样。心脏病病人遇有下列情况之一时，应疑及心力衰竭可能，立即到医院检查，以便早期诊断与治疗。

1 出现原因不明的下肢水肿伴呼吸困难或右上腹胀痛者（提示肝瘀血肿大），这是右心衰竭的表现。但须注意单纯下肢水肿不一定是右心衰竭，可由于站立过久，下肢静脉曲张及贫血引起。

2 有心悸、咳嗽、气紧，尤其上楼或上坡时明显，这是左心衰竭肺瘀血的早期表现。

3 突然睡不平，须坐起呼吸，并出现类似哮喘发作者，这是左心衰竭心源性哮喘。须与从小就有的过敏性疾病——支气管哮喘相区别。

4 夜间睡眠时突然憋醒，必须坐起呼吸一阵，呼吸困难才逐渐平息。医学上称为阵发性夜间呼吸困难，这也是左心衰竭的一种常见表现形式。

5. 突然出现端坐呼吸伴口鼻流出血色或粉红色泡沫痰, 这是急性肺水肿的表现, 是一种非带严重、病死率高的急性左心衰竭, 须立即送医院抢救。

#### (四) 如何治疗心力衰竭

得了充血性心力衰竭后, 用不着惊慌, 只要积极配合医生治疗, 精疲力竭的心脏是可以早日恢复生机的。治疗的原则是既要减轻心脏负荷, 又要增强心肌收缩力。具体措施如下:

1. 卧床休息: 休息时身体各组织对血液和氧的需要量降低, 因此心率减慢, 心脏工作量减少, 从而减轻心脏负荷。休息时最好白天坐在靠背椅上休息, 使两下肢下垂, 有利于减少回心血量; 夜间宜将枕头垫高, 但要注意使头部胸部一起抬高, 才能达到有利作用。卧床休息时间不宜过长, 因长期卧床易使肌肉萎缩, 并引起消化不良、便秘等后果。一般卧床休息一周后, 就要鼓励病人多作下肢活动或他人帮助的被动性活动。同时情绪要稳定, 切莫过份喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。吃饭不要吃得过饱, 大便不宜用力, 以免诱发心衰。

2. 限制钠盐: 限制钠盐摄入可消除和防止体内水份潴留, 减轻心脏负荷。每日食盐量限制在 2.5~5.0 克 (半钱至一钱) 内。鼓励病人淡食, 少放盐, 不吃泡菜或腌腊制品。

3. 洋地黄应用: 洋地黄是治疗充血性心力衰竭的主要药物, 它能增强心肌收缩力, 又可通过兴奋迷走神经的作用, 使心率降低。故对心房颤动伴有心力衰竭的病人, 洋地黄疗效特别好。一般是口服地高辛片。中老年心衰患者由于年龄大, 多有肾功能不全, 对洋地黄排泄差, 故应用剂量偏小, 一般每



天 1/2~1 片为宜。应用过程中,要注意有无恶心、呕吐、早搏及心律不规则等,如有这些现象,提示洋地黄中毒。应停用洋地黄,补充氯化钾治疗,剂量为 10% 氯化钾液 1 克,每日 3 次。

4. 使用利尿剂:心力衰竭病人经过休息及限钠后,在用洋地黄治疗的同时,可加用利尿剂消除水肿,减轻心脏负荷。常用利尿剂有三种:双氢克尿噻 25 毫克,每日 2~3 次。速尿 20 毫克,每日 2~3 次。利尿作用比双氢克尿噻强,且在肾功能不全时,也能发挥利尿作用。保钾利尿剂,如安体舒通 20 毫克,每日 2~3 次,氢苯喋啶 50~100 毫克,每日 2~3 次,可利尿又使钾潴留,不会造成低钾血症,但利尿作用较弱,一般与双氢克尿噻或速尿合用,以增强利尿作用,并减少钾离子丢失。利尿剂选择使用方法,一般是水肿轻,用双氢克尿噻即可。如水肿重或有肾功能不全,则用速尿。为了避免发生低钾血症,利尿剂使用从小量开始,逐渐增加,并间断用药,使用 3~5 天,停药 2~3 天,或同时服用氯化钾液补钾,较为安全。

5 血管扩张剂应用:血管扩张剂可扩张小静脉和小动脉,因而可减轻心脏前后负荷,常用口服血管扩张剂有消心痛 10 毫克,每日 3 次;哌唑嗪 1~3 毫克,每日 3 次;硝苯吡啶 10 毫克,每日 3 次,巯甲丙脯酸 25~50 毫克,每日 3 次。严重心衰患者可用硝普钠或酚妥拉明静脉滴注治疗。为了避免发生副作用。须在医生指导与监护下使用。

6. 防止加重心衰的因素:如防治呼吸道感染,避免过度劳累及情绪激动等。



### （五）心力衰竭的预防

心脏病人如何预防心力衰竭的发生？根据临床实践，可采取下列预防措施。

1. 注意气候变化，防寒保暖，避免感冒、支气管炎、肺炎的发生。感染发热时，就立即休息，并到医院看病。早用抗生素控制感染。

2. 工作学习要劳逸结合，勿过度劳累或疲乏。

3. 生活规律化，遇事冷静对待，要善于控制自己的情绪，切莫过份喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。不要吃得过饱，不吸烟，不饮烈性酒。大便时切忌用力挣，以免诱发心衰。

4. 有心衰者应休息，并积极治疗。无心衰者可适当进行力所能及的体力活动和体育锻炼，对预防肥胖、增强心血管功能及调整血脂代谢均有裨益。体力活动量以不引起不适感觉及不增加过多心脏负担为原则。对中老年人提倡散步，保健体操，打太极拳，练气功等。

5. 如有心跳极快、心律失常、呼吸困难或较重水肿时，经休息仍不缓解者，应立即到医院进行诊治。

## 六、低 血 压

### （一）中老年人低血压

一个人的血压，经常低于 90/60 毫米汞柱，并伴有头昏、困倦、无力等症状，这就是通常所说的低血压。这种病在体质纤弱的老年人，中年妇女和脑力劳动者中，颇多发生。

低血压与高血压病一样，都能造成对健康的危害。正常

的血压对于维持人体各项机能的活动是十分重要的。心脏是人体血液循环系统的动力部份,血管则是遍及全身的运输线,给各部分的组织带来营养,带走废物。如果血压经常偏低,从心脏射出血液的力量减弱,就会影响血液供给,从而不能保证身体获得足够的氧和营养物,造成心、脑、肝、肾等重要脏器供血不足和缺氧,引起头晕、头痛、心悸、无力、疲倦、健忘、失眠及昏厥等症状。中老年人由于心、脑动脉或多或少有一些硬化,更易引起供血不足或缺氧,故较为常见。

## (二) 体质性低血压和症状性低血压

低血压除休克或昏厥引起急性低血压外,慢性低血压一般分为三种,即体质性低血压、症状性低血压及体位性低血压。

体质性低血压最常见,多见于瘦弱的女性,平时无自觉症状,不影响正常活动,多在体检时才发现。少数人可有精神萎靡,懒动少言,注意力不集中,心悸,失眠等。到医院就诊时,常被误诊为“神经衰弱”、“神经官能症”等,结果药物吃了不少,就是没有效验。

症状性低血压指由于一些慢性消耗性疾病,如何狄森氏病(慢性肾上腺皮质功能减退症)、粘液性水肿(甲状腺功能减低症)、恶性肿瘤等;慢性营养不良及某些降压药(如冬眠灵)、镇静剂(氯丙嗪)使用后所引起的低血压。长期卧床的人骤然起立,严重失眠后和极度疲劳者持久站立后,也常有低血压发生。

如果患有低血压,不必忧心忡忡,首先要树立乐观主义精神。对体质性低血压的治疗,主要是进行体育锻炼,以增

强体质。经过适当的体育锻炼，绝大部份人的症状减轻，血压恢复或接近正常。锻炼方法可根据自己的体质情况而采用不同的方式，如散步、慢跑、打拳及广播体操等。在进行体育锻炼的同时，还应该在饮食上增加蛋白质和含铁丰富的食品，如动物肝、肾、心、瘦肉、鸡蛋、豆类及蔬菜水果等。不少病人有一种错误的看法，以为低血压就是贫血，因而盲目服用补血药，其实血压低不一定贫血，而贫血也不一定血压低。

症状性低血压患者应在医生指导下治疗原发疾病。长期卧床者由卧位转至坐位或立位时，动作应尽量缓慢。极度疲劳者应在卧位或坐位充分休息。待体力恢复后再开始站立。

### （三）体位性低血压

体位性低血压又称直立性低血压，这是由卧位突然站立或长时间站立时发生的低血压。表现为头晕或站立不稳，严重时可引起昏厥。但一旦卧倒，就可恢复正常血压。体位性低血压的病因尚不清楚。与中、老年人有关的病因及防治如下：

1. 服用降压药（如冬眠灵）、血管扩张药（如哌唑嗪）及交感神经抑制药（如胍乙啶）后，起立时可发生体位性低血压。

正常人从卧位起立时，血液移至下半身，血压略降，但由于体内植物神经和压力感受器的调节，血压立即回升正常。因而不会出现体位性低血压。中老年人服有上述药物后，这种调节作用发生障碍，故突然站立时，血压急剧下降，发生体位性低血压。因此中老年人服用上述药物时，应在医生指

导下随时调节药物的剂量与用法,同时由卧位转为直立时,应慢慢起立,不要过猛过快。

2. 中老年人在闷热环境(如公共汽车、火车)中久站,由于血管扩张,血液蓄积在下肢,回心血量不足,引起血压下降。因此中老年人应避免在闷热环境中久站,尽量在靠窗口处空气流通的地方站立,或用手拉住扶杆或背靠椅子站立,以免昏倒。

## 第三章 中老年人常见消化系统疾病的防治

### 一、中老年人消化功能的特点

消化道的功能，随着年老而发生变化，年龄越大，消化器官的衰退越明显，从而消化、吸收和运动功能也逐渐减弱。例如老年人的牙齿容易松动、脱落，咀嚼发生困难，食物难以消化；因食道蠕动功能失调而出现吞咽困难的感觉；老年人的胃肠道粘膜变薄，腺体萎缩，导致胃酸减低，消化酶（包括淀粉酶、胃蛋白酶、胰蛋白酶、脂肪酶等）分泌减少，使消化道对食物的消化和吸收功能减退。因肠道肌肉萎缩，肠肌张力和蠕动功能减弱，食物与消化酶液的充分混合不足亦影响消化和吸收。大肠（结肠）的推动作用减弱则是老年人容易发生便秘的原因。

由于年龄增长而引起胃肠道的结构和功能变化所致的症状，有时难以与胃肠道疾病相区别。例如食欲减退、体重减

轻、腹胀、消化不良等症状可由胃粘膜萎缩、胃酸减少所引起,但胃癌也可出现相同的症状。又如结肠癌所引起的便秘、腹胀,可以长时间被误认为是老年人的便秘习惯加重而被忽视。因此,对老年人所出现的症状,除了考虑与衰老等生理功能变化有关外,应进一步检查为妥。

值得注意的是,几乎所有青年人所患的消化道疾病,中老年人均可发生,所不同的是,中老年人的症状表现不典型,容易忽视和误诊,须特别警惕,以免延误治疗时机。

## 二、食管疾病

### (一) 吞咽困难

#### 1. 什么是吞咽困难

正常吞咽动作是食物从口咽部经食管进入胃内的一种协调反射动作过程,完成吞咽所需时间一般不超过 15 秒(平均 6~8 秒)。正常情况下,吞咽时食物经过食管并无感觉。如果咽下食物时有阻塞或食物停滞的感觉,则称吞咽困难。吞咽困难时,病人常能指出阻塞的部位。如自觉咽喉部或食管部位有东西堵塞,而进食或饮水之际并无堵塞感觉,此等情况不是吞咽困难,应注意区别。此外,老年人因食管平滑肌收缩减弱,其舒张幅度变小,亦可出现吞咽困难,有的诉咽部堵塞感,此属功能性的。但因老年人发生食管癌的可能性存在,即使吞咽困难很轻微,也应及时进行全面检查,以明原因,不要随便放过,避免错过治疗良机造成严重后果。

#### 2. 引起吞咽困难的原因

根据吞咽困难发生的原理可归纳为三类：一类是食管机械性梗阻引起食管腔狭窄,如食管纤维性狭窄或恶性肿瘤。第二类为支配吞咽功能的神经或肌肉发生病变或功能失调,如吞咽、迷走神经麻痹时,食物在口咽部不易咽下;当食管下段括约肌不能像正常一样松弛,食物难以通过食管下端的贲门(食管与胃开口的连接部位),称食管贲门失弛缓症。第三类原因为口腔、咽、喉等部位的炎性疾病,如咽喉炎、咽后壁脓肿及咽喉结核等。

中老年人常见的吞咽困难疾病可参考于后。

### (二) 吞咽、迷走神经麻痹

吞咽和迷走神经是支配吞咽活动肌肉的神经,当其运动神经纤维或神经核受损害时,就会出现吞咽困难,并有饮水时水从鼻孔流出、食物呛出、声音嘶哑、讲话带鼻音等现象发生。中老年人发生此疾病的原因有高血压、脑动脉硬化、中风(即脑出血、脑血栓形成)及脑肿瘤等。

### (三) 食管痉挛

食管痉挛是指食管肌肉强烈收缩,但又缺乏推进性的蠕动波,故食物停留在食道内难以通过引起吞咽困难。痉挛性收缩主要见于食管下2/3段。任何年龄均可发生、其发生率随年龄增长而增加。临床特点除吞咽困难外,常伴有心前区即胸部正中胸骨后疼痛,两种症状可单独出现或同时存在。吞咽困难呈发作性,时有时无。发作期间自觉食物停滞在食管中、下部位,饮水后梗塞感可消除。情绪激动、心情不畅容易促使症状发作。胸骨后疼痛性质可轻可重,轻者呈隐痛、胀痛,重者剧痛难忍呈绞窄性,并放射到背部,舌下含化硝酸

甘油片能使疼痛缓解。因此，容易和冠心病的心绞痛相混淆。食管痉挛与心绞痛不相同的是：前者疼痛发作时间长，可达1小时或更久（心绞痛仅数分钟），发作与体力活动无关，且多在进食或夜间发作，发作期间立即作心电图检查无心肌缺血变化。硝酸甘油药物对食管痉挛和心绞痛均有解除疼痛的效果，但口服或肌注阿托品0.5毫克仅对食管痉挛性胸痛有一定疗效。X线食管吞钡检查可见到食管因痉挛收缩而呈螺旋形、卷发式或串珠状等异常形态，管腔内无肿瘤影象。经内科治疗无效而症状严重者，可考虑采用食管扩张术、使症状获明显改善。

#### （四）食管癌

食管癌是中老年人吞咽困难的最常见原因，肿瘤部位以食管中段最多，下段最少。

##### 1. 食管癌有哪些症状

吞咽困难是食管癌的主要早期症状，逐渐发生，呈进行性加重。起初仅在吞咽干食时胸骨后某部位（肿瘤所在部位）有阻塞感，食物仍能缓慢通过。以后逐渐加重，咽下软食也困难。最后连流汁饮食、吞水也有梗塞感，以致出现餐后呕吐食物。从轻微症状开始至症状明显常需数月或一年以上。其他症状有胸骨后不舒适或烧灼感，与食物停滞及食管炎有关。食管癌早期如不及时手术治疗，继续发展到晚期，癌瘤可转移至气管旁淋巴结、肺组织等，引起肺炎、肺不张或喉返神经受侵犯至声音嘶哑。腋下、锁骨上及颈淋巴结均可因癌瘤转移而肿大。

##### 2. 怎样明确食管癌的诊断



中老年人一旦出现吞咽困难或梗塞感，首先应想到食管癌，须立即在医生安排下作有关检查。经检查证明食管通畅无癌瘤存在时，再考虑其他原因。检查食管癌的方法很多，首先是X线吞钡透视或照片。早期癌可见局部粘膜影像中断、蠕动减弱。癌肿生长突向管腔时，可见管腔狭窄，食管边缘不规则或充盈缺损。肿瘤充满食管腔则引起管腔阻塞，其上段扩大，食物积留。纤维食管镜或胃镜是检查有无食管癌的可靠方法。镜身细、柔软，插入食管方便，病人无痛苦，镜下能直接看到食管的癌肿，还可钳取组织作病理检查。如有怀疑，还可以多次反复检查和取组织活检以明确诊断。此外，采用带网套的气囊吞入食管作食管细胞学检查有无癌细胞，90%食管癌患者可查到癌细胞。

### 3. 食管癌如何治疗

治疗食管癌最好的方法是手术切除。越早切除越好，万万不可因症状轻、全身情况好或癌肿小而延误手术时机。中晚期癌手术疗效差，或因癌肿已蔓延至附近器官则不可能作手术。如果是鳞状细胞癌，可用放射性<sup>60</sup>钴照射治疗。抗癌药物包括中、西药，对减轻症状有时有一些暂时效果，但其真正的抗癌效果仍属可疑，决不可能代替手术切除。现有采用纤维内窥镜作激光治疗，局部切除肿瘤，对缓解吞咽困难有一定效果。

## 三、胃 肠 疾 病

### (一) 慢性胃炎

### 1. 什么是慢性胃炎

慢性胃炎是一种很常见的胃病。华西医科大学曾对有上腹部症状的病人作纤维胃镜检查，结果 59.9% 均为慢性胃炎。慢性胃炎大致可分为慢性浅表性和慢性萎缩性两种；同一病人，可同时存在两种胃炎。慢性胃炎的诊断主要根据胃镜下所看到的胃粘膜充血、水肿、渗出、糜烂、出血，或粘膜萎缩变平、血管纹理显现等变化，但更可靠的诊断凭据是胃镜下取胃粘膜组织作病理检查。浅表性或萎缩性胃炎的诊断用胃镜观察和粘膜活检结果一致者，前者可达 80%，而萎缩性胃炎仅 65~75%。因此诊断应以活检为准。萎缩性胃炎常由浅表性发展而来。起初，病变为点状分布，逐渐扩大融合，故两种病变常共同存在。

### 2. 慢性胃炎的原因是什么

慢性胃炎的原因还未完全搞清，可能与下列因素有关：

(1) 急性胃炎反复发作或持久不愈可发展成慢性浅表性胃炎。慢性浅表性胃炎可以痊愈，也可发展为慢性萎缩性胃炎。

(2) 刺激性的食物和药物：长期食用对胃粘膜有强烈刺激的食物，如辛辣及粗糙食物；久饮浓茶、烈酒、咖啡，过多吸烟；长期服用阿司匹林、水杨酸盐、抗生素、止痛片等药物；以及饮食不良，进食过饱、食物咀嚼不充分等均可刺激胃粘膜引起炎变。

(3) 胆汁反流：十二指肠内的胆汁倒流入胃称胆汁反流。正常情况下，十二指肠与胃的连接部位有幽门括约肌，该括约肌可以阻止胆汁反流入胃。当幽门括约肌功能失调或作胃

大部切除手术后，胆汁可反流进入胃内，损害胃粘膜，引起粘膜充血、水肿、胃分泌腺损害等而发生胃炎。

(4) 免疫因素：免疫是指人体对各种刺激所产生的反应，此种反应可产生的两种后果，一种是防御性抵抗力，使人体可免于受损伤；另一种是免疫损伤，使人体产生疾病。免疫因素引起的胃炎病人，无论血液或胃液中均含有壁细胞抗体，血清中还可发现抗内因子抗体，此种抗体作用于胃粘膜，引起萎缩性胃体炎和恶性贫血。

(5) 慢性疾病：例如龋齿、慢性鼻窦炎、咽扁桃腺炎；寄生虫感染如蛔虫、钩虫、梨形鞭毛虫；其他如胆囊炎、肝炎、肝硬化及心力衰竭等均可引起慢性胃炎。

### 3. 中老年人慢性胃炎有哪些特点

慢性胃炎是中老年的常见病，症状表现多种多样，部分病人可无任何症状，经胃镜和活检才知道有胃炎。大部分中老年人的表现是消化不良，如上腹隐痛、饱胀、恶心、腹泻、呕吐，甚至明显食欲减退和体重减轻。有的表现与溃疡病疼痛相似，即吃饭前上腹部饥饿痛，进食或服用胃舒平后疼痛缓解。少数呈剧烈腹痛。疼痛随气候、情绪波动而诱发，特别是在服用止痛片或感冒退烧药（内含水杨酸盐、阿司匹林）后更易发生。可见呕血、便血，甚至大出血引起失血性休克。有严重胃体萎缩性胃炎时，由于胃酸低下或缺乏，可以出现明显厌食、体重减轻、贫血而误诊为胃癌，应注意鉴别。检查腹部仅有上腹部轻压痛或无压痛，腹部一般无包块。分析测定胃酸的分泌量对诊断慢性胃炎仅可供参考。如果发现胃酸明显低下或缺乏有助于萎缩性胃炎的诊断。X线胃肠

钡餐检查对慢性胃炎无价值，检查结果多属正常，不要误认为胃肠钡餐检查正常就表示胃无炎症。相反，X线钡餐检查有胃炎，也不一定可靠。诊断胃炎主要靠胃镜检查 and 粘膜活检，而粘膜活检结果较胃镜肉眼观察更准确可靠。

#### 4. 慢性胃炎会不会变成癌

慢性胃炎与胃癌相关，主要指慢性萎缩性胃炎。萎缩性胃炎发展成胃癌主要通过胃上皮细胞的不典型增生的癌前期演变过程，此过程需经历数年、十多年或数十年。不典型增生是粘膜活检在显微镜下所见到的细胞特点，是由于胃粘膜发炎引起的后果。一般将不典型增生分为轻、中、重度。胃炎经治疗后，其程度可减轻或消失，仅少数从轻度向重度转化。对重度不典型增生者，除积极治疗外，应定期复查随访，每6~12月复查一次。如不好转，特别是发现不典型增生的细胞与早期癌细胞难以鉴别时，应手术切除治疗。手术指征应从严掌握，不可将轻度、中度者进行手术治疗，因为它们是属于炎症反应，包括重度不典型增生者也可经治疗后恢复或程度减轻。中老年人手术切胃后，一旦发生并发症，引起腹泻、贫血、消瘦等营养不良时，晚年的幸福生活难以获得保证。

在慢性胃炎中，肠腺上皮化生与胃癌的关系受到重视。所谓肠腺上皮化生，是指胃粘膜内有肠腺上皮存在。目前对肠腺化生可引起胃癌的问题尚未肯定，一般认为肠腺化生本身不是癌前病变，不直接转变为癌。但如遇重度肠化的萎缩性胃炎，特别是经检查为含硫酸粘液的大肠型肠化上皮分化不完全者，应定期每年1次随访复查，以提高警惕。

## 5. 如何治疗慢性胃炎

慢性胃炎症状变化多，不典型，可随饮食、生活条件、气候、情绪等因素变化而加重，也可自行缓解。从治疗观点看，不必强调区分浅表性胃炎与萎缩性胃炎，因两种情况常同时存在于一个病人身上，也可互相转化，故不需区别治疗。

(1) 除去病因。饮食定时、定量、生活要有规律，食物品种不必强调，尽量按自己的生活习惯安排食品，但应避免太硬，过咸、辣或香料过重的刺激物。停止并避免使用对胃粘膜有损害的药物，如感冒止痛片、阿司匹林、消炎痛及抗风湿药等。最好戒烟、少吃酒，勿饮浓茶。情绪紧张、焦虑、愤怒、忧郁、过度疲劳时均可诱发，应尽量避免。宜在轻松愉快的环境中进食和生活，如情绪不安、睡眠不好时，可用舒乐安定 1~2 毫克，每日 3 次。积极治疗口腔及咽喉部、鼻窦的慢性病灶。

(2) 胆汁反流者，选用胃复安（灭吐灵）能促使胃排空，防止胆汁反流，4~8 毫克口服，每日 2~3 次。也可用胃得灵 10~20 毫克口服，每日 2~3 次；消胆胺 4 克溶于桔子汁中口服，每日 3 次。

(3) 服用抗酸剂，例如氢氧化铝、胃舒平、碳酸钙、甲氰咪胍等，对减轻上腹部疼痛有效。（各种药物用法见后面的溃疡病治疗部份）对萎缩性胃炎低酸分泌者，仍然可采用抗酸剂药物治疗，可取得满意效果。

(4) 其他药物如丙谷胺 200 毫克，每日 4 次，或硫糖铝 1 克，每日 4 次，餐前 1 小时及睡前服。维生素 A 及维生素 C 可促进胃上皮细胞修复，前列腺素 E<sub>2</sub> 具有细胞保护功能，

可供选用。

(5) 抗生素。对疼痛突出，胃镜下粘膜充血、分泌物粘稠、炎症明显、胃酸低或缺酸者，胃内可能有细菌生长，可采用链霉素 0.2~0.3 克/次，黄连素 0.3~0.4 克/次，新霉素 0.5 克/次，或痢特灵 0.1 克/次，每天 3 次，共 7~10 天，同时配合其他药物治疗。

(6) 缺铁性贫血用硫酸亚铁 0.3~0.6 克，每日 3 次，饭后服用。并发恶性贫血者可肌注维生素 B<sub>12</sub>。缺酸者可补充 1% 稀盐酸 2~5 毫升，每日 3 次（服用时需用水冲淡，通过玻管经口吸入，尽量避免与牙齿接触），以及胃蛋白酶合剂 10 毫升，每日 3 次。

## （二）溃疡病

### 1. 什么是溃疡病

溃疡病是指发生在胃或十二指肠球部粘膜的慢性溃疡，是中老年人的常见疾病。其溃疡较胃炎的糜烂要深，至少深达粘膜肌层。溃疡病的愈合一般需要 4~8 周，最短者 2~3 周，最长者 12 周以上，愈合后要留下瘢痕。胃炎的糜烂或浅溃疡愈合快，仅需数天甚至不到 24 小时，愈合后不留痕迹。溃疡病的产生主要是由于胃酸的分泌功能异常，以及保护胃肠粘膜的屏障作用降低，胃酸和胃蛋白酶对胃肠粘膜自身消化作用所引起。完全缺乏胃酸的人，不会有溃疡病发生。溃疡病男性多于女性，老年人患胃溃疡多于十二指肠溃疡。巨型胃溃疡（直径大于 3 厘米）在老年人并非少见，年轻人则十二指肠溃疡多于胃溃疡。

### 2. 中老年人溃疡病症状的特点

(1) 上腹部疼痛缺乏规律性。典型的十二指肠溃疡疼痛在餐后 3~4 小时出现,持续至下次进餐,进食后可以减轻或完全不痛。痛还出现在晚间睡前或半夜,称夜间痛。胃溃疡的疼痛多在餐后 1/2~2 小时出现,至下一餐前疼痛已消失。老年人的疼痛规律不显著,有的毫无疼痛,或仅有腹部不适感和胃口不好。也有疼痛发作时,进餐或服用抗酸药后疼痛不好转。疼痛常放射至背、腰、脐周围,甚至胸骨后,很像心绞痛或心肌梗塞,作心电图检查可区别。

(2) 吞咽困难、呕吐。位于胃的上部即贲门附近的溃疡可出现吞咽困难,应注意和食管癌相区别。位于胃幽门口及十二指肠球部的溃疡常出现呕吐不能进食。大量呕吐可引起消瘦、脱水和贫血。打嗝、恶心、吐酸水可以单独或伴同其他症状出现。

(3) 出血。呕血或便血(色暗红或黑色)是溃疡病常见的并发症。中老年人溃疡病出血发生率较青壮年多 2 倍。由于老年人胃和十二指肠壁的血管硬化,血管破裂后不易收缩止血,容易引起大出血使血压下降、发生休克,诱发心、肾、脑等重要器官功能衰竭,故死亡率高。

(4) 穿孔。溃疡向深部侵蚀,穿过胃或十二指肠肠壁,使胃、肠内容物流入腹腔引起腹膜炎。老年人溃疡病穿孔比青壮年人高 2~3 倍。穿孔者出现突然剧烈上腹疼痛,易发生于饱食或活动后,伴恶心、呕吐、烦躁不安及休克症状。患者腹部呈板样强直,由于疼痛明显而广泛,拒绝医生检查;X 线透视,腹腔内有气体。老年人腹肌松弛,反应低,肌强直有时可不明显,应提高警惕。有的老年人于穿孔前无明显胃痛



史，或疼痛可转移至右下腹伴局部压痛，容易误诊而耽误治疗。

(5) 癌变。约 5% 胃溃疡可发生癌变。十二指肠溃疡一般不癌变。对于 45 岁以上的中老年胃溃疡患者，经积极药物治疗症状没有改善反而加重，并有疲乏无力、消瘦贫血，大便隐血试验长期持续阳性时，应再次作 X 线钡餐检查或纤维胃镜检查，尽快明确诊断。经检查后，仍不能得出结论是良性或恶性溃疡者，考虑剖腹探查，应手术切除为好。

### 3. 如何治疗溃疡病

治疗溃疡病的目的是消除症状，促进溃疡愈合，预防复发。

精神紧张、情绪激动在溃疡病的发生和复发中占有一定地位。中老年人溃疡病的治疗除用药物外，应保持情绪稳定、生活有规律。如果精神紧张、睡眠不好，可服舒乐安定 1 毫克，一日 3 次或睡前服 2 毫克。多数病人可在门诊治疗，效果良好，只有少数症状严重或伴发大出血、剧吐、穿孔时才住院治疗。

溃疡病的饮食问题，有的认为应少吃多餐，品种要清淡柔软，才有助于溃疡愈合，此看法属于传统观念，不完全科学。老年人牙齿不好，可选用柔软食物。如果牙齿功能好，粗制食品细嚼后并不会加重症状，故不必强调软食。如果症状明显、程度重、病人不能耐受时，可先给流质：牛奶、豆浆、蒸蛋，症状好转后可吃稀饭、面包、菜、碎肉等，逐渐恢复正常饮食。饮食最好一日三餐，不要少吃多餐，因每进餐一次，胃酸分泌随之增加，胃酸高对溃疡愈合不利。睡前加



餐会增加夜间胃酸分泌，不能提倡。应戒烟，避免饮酒，少吃浓茶、浓香料及辣椒。

治疗溃疡病的药物很多。药物的作用主要是减少胃酸分泌，中和胃酸或者保护溃疡面。应注意各种不同药物的服药方法，不然，就会影响药物效果。最常选用的制酸药有氢氧化铝凝胶（10~15毫升）或片剂（0.6~1克），氧化镁（0.6~1克），三矽酸镁（0.6克）。复合制剂有胃舒平、胃疡宁、胃得乐等。服药时间要求在每餐饭后一小时及睡前各一次，如症状明显，可增加给药次数，除每餐后一小时给药外，每餐后第三小时再给一次。由于餐后一小时胃酸分泌增高，此时服制酸剂的效力最好，中和胃酸作用可维持2小时。当餐后三小时胃内酸度再次上升，需再服制酸剂中和胃酸，因胃内食物已排空。此时服药中和胃酸效果仅难维持一小时左右，此时已接近进餐时间，进餐后胃酸可继续得到中和。如果服用制酸剂效果不好，应首先检查服药时间是否恰当，其次要注意药物剂型的效能，以液体（如凝胶、溶液）最好，粉剂次之，片剂又次之。片剂要先嚼碎或磨碎后服下。6~8周一疗程。溃疡愈合后再继续服用两周巩固疗效。因胃舒平、氢氧化铝可引起便秘，氧化镁或三矽酸镁有轻泻作用，二者宜交替使用以减少副作用。甲氰咪胍减少胃酸分泌强，对十二指肠溃疡效果优于胃溃疡，每次0.2克，每日3次，饭后服，睡前再服0.4克。也可服用0.4克，每日2次。老年人肾功能不全时应减量，用0.2克，每日2次。新药呋喃硝胺效力比甲氰咪胍强，150毫克，每天2次，肾功能不好者酌情减量。哌吡氮平副作用小，25毫克，每日4次，餐前半小时及睡前

服用。粘膜保护剂三钾二柠檬络合铋（又称的乐）、硫糖铝等，能在酸性环境中粘附于溃疡面，防止溃疡受胃酸侵害而促进愈合，宜在饭前半小时至一小时及睡前服用，不能在进餐时或餐后服，以免与食物结合失效，疼痛较重时，选用普鲁苯辛 5 毫克，阿托品 0.3 毫克或胃安 0.5 毫克口服，可解除由胃平滑肌痉挛引起的疼痛，减少胃酸。但是，对幽门梗阻，青光眼及前列腺肥大患者不宜使用。

溃疡病出血时，应用甲氰咪胍或呋喃硝胺可收到止血效果。也可加用云南白药、三七粉或凝血质等止血药。

因老年人机体抵抗力低，心、肾、脑器官功能减退，外科手术的危险性比年轻人高。一旦发生溃疡穿孔及大出血，经内科治疗出血不止时，应争取时间及时手术，否则死亡率更高。反复发作的溃疡，内科疗效不好或出现幽门瘢痕狭窄持续呕吐，以及怀疑胃溃疡癌变时，均须积极手术治疗。只要术前作好充分准备，老年人的手术还是安全的。

溃疡病的复发问题目前尚未解决，5 年内的复发率可达 50~90%，十二指肠溃疡复发率较胃溃疡高。就用甲氰咪胍 400 毫克睡前服用虽可使已愈合的溃疡复发率减低，但一旦停药，其复发情况依旧。为避免复发，是否值得长期用药，值得慎重对待。

### （三）胃癌

#### 1. 中老年人胃癌的特点

胃癌是消化道最多见的癌肿，男性多于女性，男女比例约为 3.6 : 1，以中老年人多见。40 岁以后，胃癌发病逐渐增高，65~75 岁达高峰，80 岁以上少见。中老年人由于体质

下降，出现各种老年体衰现象，此种征象与胃癌出现的全身症状常常相似，如上腹不适，疲倦、胃口差等，不易鉴别而易被忽视。上腹部疼痛不一定都有，腹部体征也很少，以致胃癌继续发展到中晚期，在上腹扪到肿块才引起注意。现将早期胃癌和中晚期胃癌的特点分述于后。

早期胃癌特点：消化不良是最常见的症状之一，无明显诱因出现，饭后上腹部轻度短暂发胀。开始时，发作多呈间歇性，病人自行减少饭量，改吃软食或服用助消化药物而好转。有的上腹部疼痛，服用胃舒平或甲氰咪胍，或进餐后疼痛暂时减轻或消失。以后疼痛逐渐变成持续性，服药后不好转，或有恶心、呃气、腹泻等症状。有的老年人毫无上腹痛或其他不适症状，突然出现不明原因的呕血或黑便。少数病人吃硬食或干食后，吞咽时心窝部有梗塞感（贲门癌）。腹部检查无特殊发现。

中晚期胃癌特点：食欲不好、厌食肉类、精神萎靡、疲乏无力、不愿活动、体重减轻、进行性贫血。上腹痛不象年轻人多见。癌肿溃烂引起反复解黑便或持续隐血阳性，出血多时出现呕血，呈暗黑色或咖啡色，可伴腐臭味。癌肿阻塞幽门时，起初为食后饱胀、恶心、呕吐，以至在进食 3~5 小时或更长时间后，呕吐大量未消化食物和流体。少数患者上腹部可扪到包块。有时，胃癌已转移至远处，但病人从无上腹部疼痛。最常转移的部位是左锁骨上可摸到质硬的淋巴结，X 线检查肺部呈多数癌灶影，肝脏可因转移而肿大、质硬，表面粗糙不平。

## 2. 怎样才能早期发现胃癌

对于胃癌，最重要的问题是要早期诊断，这是根治胃癌的前题。由于中老年的胃癌症状缺乏特征性，常和其他胃部疾病相似，难以鉴别。一般根据明显消瘦、腹部肿块、转移锁骨上淋巴结肿大等典型症状才肯定诊断时，已属晚期，治疗困难。目前，由于纤维胃镜检查普遍开展，活体组织检查可以明确诊断，加上双重气钡 X 线摄影新方法的应用，使胃癌的早期诊断有了可能，治疗效果也有较显著的提高。因此，应对下列各种情况提高警惕，进行必要的 X 线钡餐或胃镜加活体组织检查，以便早期、及时发现胃癌：凡中老年人 40 岁以后（尤其男性），开始常有胃部不适或疼痛，食欲减退者，应进一步检查；慢性萎缩性胃炎伴不典型增生（特别是重度不典型增生）或伴有不完全型大肠化生者，应密切随访，定期观察，每 3~6 个月复查一次；胃溃疡病人经严格内科治疗一个月后，症状仍无好转和/或 X 线钡餐或胃镜检查显示溃疡反有扩大者，应及时作溃疡边缘的活体组织检查；胃溃疡病人，胃液分析用最大组织胺或五肽胃泌素刺激后胃酸缺乏时，应考虑溃疡属恶性肿瘤；胃息肉，特别是多数性息肉和菜花样息肉的癌变率高，应作活体组织检查；胃大部切除术后残胃，术后 15~25 年胃癌发生率高于正常人数倍，应提高警惕。

值得注意的是：以上患者的确诊问题，常常需要反复进行，仔细研究。如萎缩性胃炎的不典型增生最后演变成癌需要 10~20 多年。但也有的胃癌发生更快。故遵照医嘱定期复查是必要的。

#### （四）便血

便血的色泽主要呈红色或黑色。下消化道出血以色红为主，而上消化道即胃及十二指肠的出血一般都表现为黑便或呕血，若出血量大，除呕血外，也兼有血便呈暗红色。

### 1. 引起便血的常见疾病

便血的常见病有痔疮、肛裂、结肠息肉、菌痢、溃疡性结肠炎及结肠癌等。内痔出血时色鲜红，出血量多少不定，数毫升或数十毫升，排使用力时血呈喷射状流出或在解便完反滴出鲜血，血附着在表面上不与粪便相混合，出血少者，仅在便纸上有红色血遗迹。有的在用力排便时，内痔可脱出肛门外。肛裂是指肛管直肠粘膜的裂缝。中老年人易发生便秘，干结粪块可擦破直肠粘膜，症状表现为排便时及排便后引起不同程度的疼痛，但出血少，仅见血丝覆盖于粪便的表面。结肠息肉也是便血的常见原因之一，特点为无痛性便血、色鲜红，不与大便相混，可伴有腹泻、粘液，反复出血可引起贫血，有的病人可大出血。如果表现为脓血、粘液便，同时有腹痛、腹泻或里急后重（大便解不完有坠胀感），甚至发热，其原因有菌痢和溃疡性结肠炎。中老年人肠道血供不足引起的缺血性肠炎也不可忽视。

直肠癌和结肠癌是常易被误诊和漏诊的疾病，其表现为慢性腹泻或反复便血。癌瘤破溃发生继发感染时，大便常有粘液、脓血，易被误诊为痢疾，用抗生素治疗，时好时坏，不能根治，应提高警惕需进一步检查，争取早期手术。有时癌肿和其它肠病可同时存在，不要满足于诊断出某一种病，而忽视引起病情反复、需要进一步寻找的其他病因，以免延误治疗时机。

黑便是由于红细胞中的血红蛋白在肠内与硫化物结合形成硫化铁。色黑发亮与柏油相似，故又称为柏油便。黑便可由胃、十二指肠出血以及肝、胆等疾患所引起。十二指肠以下部位的肠道出血一般呈红褐色或红色血便，但是如果血液在肠道停滞时间较长，亦可呈现黑便。如果出血量在 60 毫升以下，则大便颜色正常，不出现黑便，须靠化学方法检测有无便血，称为隐血试验。粪便中含血量在 5~10 毫升以上则可显出阳性反应。根据隐血试验反应的强弱结果，用 +、++、+++、++++ 符号来表示，加号愈多，表示含血量愈大。正常人隐血试验阴性（-）。如果病人食动物血（鸡血、猪血、鳝鱼）、铁剂、肉类、肝脏、蛋黄、未煮熟透的新鲜蔬菜和中药时，大便隐血试验可出现阳性。因此，查粪便隐血前三天就不吃上述物质，第四天才采便检查，这样，结果较可靠。隐血阳性持续时间长的疾病，主要是胃癌和溃疡病。

## 2. 诊断结肠、直肠癌的依据有哪些

中老年人结肠、直肠癌并非少见，而直肠癌又较结肠癌多。早期常常与其他肠病混淆而延误诊治，直到晚期才被诊断。故遇下列情况之一时，应进一步检查，提高警惕，才能及时诊断。

（1）腹泻，粪便中带血或粘液，有肛门坠胀、解便排不完的感觉，曾用多种抗生素治疗，但症状反复无常、效果不肯定者。注意有痔疮的病人，仍然可以有癌，不要满足于已经查出的痔疮就不再进一步检查腹泻和血便的其他原因。

（2）新近出现的腹胀、便秘、腹部隐痛，或腹泻和便秘交替，经 X 线钡餐或胃镜检查未见病变时。

(3) 消化不良、大便秘、右下腹肿块，同时出现贫血、乏力、消瘦；有的表现为进行性腹胀、便秘、腹痛、肠鸣或不完全慢性肠梗阻。

(4) 过去诊断慢性结肠炎或溃疡性结肠炎，或有肠息肉，此次症状复发，经治疗症状好转又复发或未见好转者。

具有上述症状的病人，为了排除或者确定直肠、结肠癌的诊断应首先作直肠指检。用手指伸进肛门内，约 80% 直肠癌可被扪及，手指上有血性粘液，此亦为直肠癌的间接证据。直肠镜检查可以进一步看见直肠内的病变，包括内痔、息肉、炎症、肛裂等。因镜身短，故检查方便，病人无痛苦。直肠以上病变则看不见。如果怀疑病变在直肠上端或乙状结肠时，应采用乙状结肠镜检查，镜下对所见病变可取组织作病理检查以证实是否为癌瘤。最新采用的纤维结肠镜检查，可经直肠、乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠到盲肠，甚至可通过回盲瓣口进入回肠末端。可观察直肠及全结肠的病变，镜下取活检很方便，对肿瘤的诊断和鉴别诊断可靠性大。检查前需要清洁肠道，如肠道准备不好，有粪便存留则影响观察。钡剂灌肠 X 线摄片，对乙状结肠中段以上的病变有诊断价值，目前采用空气比衬灌肠（称气钡造影）检查，可发现早期小肿瘤的改变。在肠狭窄或肿瘤阻塞肠腔的情况下，纤维镜难以通过狭窄部位使检查困难，X 线钡灌肠检查则可了解狭窄部位的病变情况。因此上述各种检查各有所长，需根据病人具体情况而定。

#### (五) 便秘



### 1. 什么叫便秘

通常大便每天排解一次，但各人习惯不同，有的每天 2 次，或数天一次，排便并不困难，此属正常情况。如排便间隔时间较过去延长，排便次数也减少，并有腹胀及排便困难时，则称便秘。便秘随年龄增加而增加，老年人发生便秘很常见，有资料认为占老年人中的 1/4 强，除少数与全身性疾病或肠道疾病有关外，大多数的便秘是由于肠道功能紊乱引起。

### 2. 引起便秘的原因是什么

引起便秘的原因首先是老年人肠道平滑肌肌力减退，使肠道推进性蠕动功能减弱，粪便停留在结肠内时间太长，水分被过度吸收而变干硬，加上直肠肌肉、腹壁肌肉萎缩使排便动力不足，使粪块滞留在结肠或直肠内。老年人牙齿松动或脱落，喜欢吃软食，缺乏粗纤维，或食入量少，质精细，缺乏足够的体积和水分去刺激结肠的蠕动，结肠蠕动减退，加上粪便少，直肠排便反射迟钝，容易忽视便意而形成不定时大便的习惯，日久则产生便秘。

正常情况下，粪便充满直肠后，马上想排便。如果因情绪波动、精神抑郁、环境改变、生活规律失调，或者内痔、肛裂等情况，未能及时排便，可致排便反射受到抑制而缺乏便意，引起便秘。粪便在肠道停留时间越长，水份吸收越多，大便就更加干燥硬结，更增加排质的困难。

老年人常有多器官功能不足，经常服用各种药物，不少药物有引起便秘的副作用，应予注意。如止痛药、吗啡、可待因、抗酸剂（碳酸钙剂与氢氧化铝剂）、阿托品、普鲁苯辛、



降压药（美加明、六甲溴胺、阿方那特）、镇静剂、利尿剂、铁制剂、抗抑郁药等。有的人对便秘很紧张，大便一、二天不解就急于服用泻剂或灌肠治疗，日子一久，肠道对排便的反应性减弱，反而引起便秘加重。

### 3. 便秘时腹部包块如何与肿瘤相鉴别

便秘时，因粪便存积在肠道可扪及包块，而肠道肿瘤也有包块。对此种不同性质的包块有认真鉴别的必要。一般说来，粪便多聚积在左下腹部，其包块处形不恒定，随时在变，排便后肿块消失或缩小，数天后又复现，其肿块的部位亦不恒定。相反，肠癌的包块外形变化小，部位亦恒定，并持续存在。如果是时而出现，时而消失，呈长、圆形伴轻压痛的肿块，应首先想到是肠痉挛，当肠痉挛收缩解除后则包块消失，与排便关系不密切。但有的病人排便前有痉挛性疼痛，排便后肠道松弛，疼痛消失。

直肠指检对肿块鉴别很有帮助。检查时，手指扪诊能鉴别直肠癌、粪块或肠外包块。但对直肠上端的病变则需用直肠-乙状结肠镜检查，镜下可直接观察到粪便、炎症和癌肿，并可作活体组织检查。纤维结肠镜可以看到全部结肠情况。X线钡灌肠摄片对粪块和癌肿的鉴别有困难时，应重新检查，检查前充分清洗肠道，清除粪块后，则粪块影像消失，如果是肠道癌肿，则影像依然存在。有时，需要纤维结肠镜和X线钡灌肠协同检查，对病变的判断更有帮助。

### 4. 合理治疗便秘的方法

中老年人便秘的治疗方法主要从饮食着手，不要把希望寄托在药物上。多吃蔬菜及含纤维素多的食品，植物纤维素

能吸附水分，增加粪便量，增强肠道蠕动。多吃水果多饮水，特别是清晨未吃早饭前先饮水一大杯，可减少粪便干结，并刺激肠蠕动促进排便。

养成定时去大便的习惯很重要，最好在清晨，也可在傍晚或其他时间，即使无便意，仍要定时去厕所进行蹲坐排便，久之，则养成排便习惯。平时，有便意应立即解便，否则便意刺激不生效，日久则发生便秘。

体弱无力者应加强适当活动和锻炼，以增腹肌及肛门肌肉的张力。运动还可增进食欲，增强体质，促进肠蠕动功能，有利于排便。

如果粪便硬结，停滞在直肠肛门口处，仅需用手指将大便块挖出，可立即解除痛苦。

药物导泻可以暂时解决便秘，但应尽量少用和慎用，切忌长期使用，以免引用药物依赖作用，不用药就不排便。经常服用泻剂或洗肠，也可使肠道的反应性减弱，反而引起便秘。

常用药物如下： 肠道刺激剂：主要刺激肠蠕动，对体弱无力排便者有帮助。如开塞露，每次 1~2 支，肛门给药；大黄片 0.3~0.5 毫克或大黄苏打片 2~3 片，临时服用一次；牛黄解毒片 1~2 片/次；蕃泻叶 3~4 克（一撮）每天 1 次，泡开水饮用。 肠道润滑剂：甘油或液体石蜡 10~30 毫升，临时服用或睡前服，或灌肠，药物包在粪团外使之滑润容易通过肠道，并可减少大肠内水份的吸收。 盐类泻剂：主要成分为镁离子，由于吸收少而提高肠腔内渗透压，肠腔内容量增加，刺激蠕动。硫酸镁 20 克口服，要多吃水，半至 3

---

小时后有腹泻，或水样便。镁乳或氧化镁作用较硫酸镁缓和，疗效发挥慢，镁乳 10 毫升，日 3 次，氧化镁 1~2 克，日 3 次。

## 第四章 中老年人泌尿系统 内科疾病的防治

### 一、中老年人泌尿系统的改变

泌尿生殖系统解剖从上到下，包括左右成对的肾脏、输尿管和一个膀胱，下接尿道。男性的内生殖器官中的附属腺体前列腺形如栗子，重约 20 克，位于膀胱颈部下方，包绕尿道前列腺部。若前列腺肥大，常导致尿道狭窄排尿困难。

肾脏形如扁豆，俗称“腰子”，重 120~150 克，位于腹腔后上部脊柱两旁浅窝中，右肾的位置略低于左肾 1~2 厘米，但左肾稍大于右肾。肾是排泄机体代谢终末产物和多余水分的重要器官，调节体液各成份浓度，保持组织液的电解质与水的平衡，非常重要。此外肾脏还有生物合成功能，如促红细胞生成激素，和维生素 D<sub>3</sub> 等。若肾脏功能减退时，缺乏前者常可导致贫血，缺乏后者，往往可引起肾性骨病。输尿管主要作用是将肾脏排泄的尿液引入膀胱，成年人膀胱位

于骨盆内,为一贮存尿液的器官。排尿动作与膀胱平滑肌、膀胱括约肌及尿道括约肌有关。正常排尿是一种受意识控制的神经性反射活动,要完成这一系列反射活动,必须有一套完整的大脑调节中心,脊髓反身弧及膀胱平滑肌。若这些调节等有关因素受损,将会发生尿失禁。中老年人随着年龄增长,泌尿系统的形态和生理功能均渐进变化。

### (一) 肾脏形态结构的改变

中老年人肾脏随年龄增长而逐渐缩小。一般在 30~40 岁以后,肾脏即开始逐渐衰退。据报告,60 岁时两肾平均重量为 250 克,70 岁为 230 克,80 岁为 190 克,85 岁重量减少 30%。肾实质丧失以肾小球较多的皮质为明显,髓质较轻。相反,肾小球毛细血管袢间充填组织即系膜区随年龄增长而增加。中老年人肾小管间质的间隙增宽,结缔组织增加,纤维变性加重。肾小管细胞呈脂肪退行性变,基层膜增厚。肾小管憩室增多。倘部份憩室扩大,可形成中老年人常见的肾囊肿。膀胱改变多有膀胱憩室的形成,中老年人妇女可有尿道粘膜脱垂。这些形态改变常常引起排尿困难和尿失禁,其尿失禁的发生率可高达 40%,且女性多于男性。随着年龄老化,夜尿增多,残余尿增加,膀胱容量缩小,和不能自主控制的膀胱收缩。此种功能改变除与局部解剖改变有关外,也与老年性痴呆等神经精神症状有关。

### (二) 肾小球滤过率

中老年人肾脏结构变化必然导致肾功能的改变,一般于 40 岁以后就开始有肾功能缓慢而渐进性的减退,但一般并不出现肾功能障碍的临床症状。40 岁以后肾小球滤过率即开始

呈直线下降。临床上常用检测内生肌酐清除率表示肾小球滤过率的指标。正常年轻人内生肌酐清除率为  $120 \text{ 毫升/分/1.73 米}^2$ ，而 40 岁以后，每 10 年下降  $8 \text{ 毫升/分/1.73 米}^2$ 。中老年人血清肌酐含量应小于  $1.5 \text{ 毫克/分升}$  ( $132.60 \mu\text{mol/L}$ )，瘦弱的老年人血清肌酐正常值为  $0.5 \text{ 毫克/分升}$  ( $44.20 \mu\text{mol/L}$ )。中老年人血清肌酐减少与肾小球滤过下降成正相关，故肾小球滤过率一定程度的下降，并不一定伴有血清肌酐值升高。这是因为老年人肌肉萎缩，肌组织总量减少之故。临床上约有 60% 中老年人血清肌酐小于  $1 \text{ 毫克/分升}$  ( $88.40 \mu\text{mol/L}$ )，即使内生肌酐清除率降低至正常的 35%，也可如此。所以不能按照青年人那样，简易地以血清肌酐值来估计中老年人的内生肌酐清除率。倘若老年人血清肌酐值增高，这就意味着他的肾小球滤过率已有显著降低。随着年龄增长，肾血流量逐渐降低，每 10 年下降 10%，如 70~80 岁者为 30~40 岁的一半。中老年人尿素氮水平比青年人高，而血清肌酐值只是在肾小球滤过率明显降低时才升高，因而对中老年人肾功能的指标，血清肌酐值不如血尿素氮敏感，应予以注意。

### (三) 肾小管功能

青年人肾小管功能和肾小球功能保持平衡，但在 30~40 岁以后，肾小管功能也随年龄增长而减退，且较肾小球滤过率降低更为显著。中老年人肾小管功能减退，主要表现为肾小管排泄和重吸收功能减退，尿浓缩功能差。中老年人葡萄糖的肾阈值（即肾小管重吸收葡萄糖最大量）增高，故老年轻度糖尿病病人，也不一定出现尿糖，应加注意。此外，

中老年人肾脏调节功能亦有减退,肾脏保水和保钠能力下降,加之老年人渴觉中枢敏感性降低,脱水时不产生渴觉而不思饮水,往往引起水盐代谢紊乱,如循环容量不足,或盐负荷过度时,肾脏也无及时排泄能力,易诱发心力衰竭或肺水肿。故对中老年人摄入食盐量,也需慎重,以免诱发低钠血症或容量负荷过度。此外,中老年人使用速尿或噻嗪类利尿剂时,也易发生低钾血症。

#### (四) 肾脏内分泌功能

随年龄老化,肾脏对激素刺激的反应能力下降。中老年人血浆肾素浓度和醛固酮浓度约降低 30~50%,故在对老年人高血压诊断时,测定血浆肾素浓度的参考价值小。老年人肾实质渐趋减少和肾功能减退,维生素 D<sub>3</sub> 合成减少,也可引起老年人骨骼形态的改变。

## 二、中老年人常见的泌尿系统疾病

### (一) 尿路感染

尿路感染是由细菌直接感染引起的尿路炎症,尿路感染可分为上尿路感染和下尿路感染。前者为肾盂肾炎,后者为膀胱炎和尿道炎。尿路感染是中老年人最常见的疾病之一。

#### 1. 中老年人为什么容易发生尿路感染

中老年人尿路感染发病率高的原因,多为中老年人排尿反射障碍,膀胱残余尿增多,膀胱内压增加,使其粘膜缺血,局部抗菌力减弱,有利细菌感染。老年女性膀胱残余尿增多,也可系膀胱颈梗阻引起;而老年男性前列腺肿大常诱发尿路

感染。此外，尿路肿瘤、结石也可是尿路感染的诱因。故对老年人的尿路感染必须积极寻找原因，可作泌尿系统B型超声、尿路造影或常规泌尿科检查。明确诊断，予以合理治疗，切勿掉以轻心，延误处理。

## 2. 尿路感染有哪些症状又如何诊断

中老年人除好发膀胱炎外，上泌尿道感染也是最常见的肾脏疾病。肾盂肾炎又分急性和慢性。前者多发生于生育年龄的妇女，且病人常有腰痛（肋脊角部），肾区压痛及/或叩痛，多伴有寒战、发热、头痛及恶心、呕吐等全身症状。也可有尿频、尿急和尿痛等下泌尿道膀胱刺激症状。一般无高血压或氮质血症。检查有血白细胞数升高和血沉加快。必须指出，有些急性肾盂肾炎非常不典型，有的病人主要表现为全身性感染症状，如寒战、发热、恶心、呕吐等症状，而无局部膀胱刺激症状，如尿频、排尿困难等症状，容易误诊为感冒、败血症。还有些病人表现出血尿、腰痛等症状，易误诊为肾结核或泌尿道肿瘤。若无明显尿路的局部症状，仅表现为肾绞痛和腰痛，甚或血尿、极易误诊为尿路结石。临床上有些病人无自觉症状，仅化验检查（如细菌培养）为阳性，且细菌菌落很多，达每毫升尿中10万个以上（即化验报告，菌落  $10^5$ /毫升），这仍意味着有尿路感染，谓之“真性菌尿”。也就是说，这种“真性菌尿”，有诊断价值。若有上述急性肾盂肾炎的明显症状，化验检查尿细菌培养阳性，且菌落  $> 10^5$ /毫升，也有诊断尿路感染的价值。如果病人无自觉症状，尿细菌培养菌落  $< 10^5$ /毫升，就不一定是尿路感染。这是因为女性尿道长度短而宽，为2.5~5厘米，尿道口位于会



阴处常混有细菌入尿道内；男性尿道较长，为 17~20 厘米，但距尿道口前端三分之一处，仍有些细菌寄居。故即使收采清洁中流尿作细菌培养，也可能为阳性，但细菌菌落计数，往往  $< 10^5$ /毫升，这种阳性菌尿就没有诊断意义。临床医生常常采用这种尿培养菌落计数的方法来判断病人是否有真性尿路感染。

慢性肾盂肾炎是中老年人最常见的肾脏疾病。65 岁以上老年人真性菌尿，可高达 20%，在住院的老年病人中，真性菌尿的阳性率占三分之一。为什么发病率高呢？主要是神经源性膀胱使排尿反射障碍，前列腺肥大、膀胱颈梗阻等等原因，引起膀胱内压增高，使其粘膜毛细血管血流量减少，膀胱粘膜抗菌力减弱，易致细菌感染，加之下尿道梗阻，尿液排出受阻，往往使细菌逆行向上累及肾脏，发生肾盂肾炎。若梗阻不解除，多迁延为慢性。

中老年人慢性肾盂肾炎的特点：一是无症状，常无尿频、尿急及尿痛等膀胱刺激症状，部分老年病人出现遗尿、尿失禁及夜尿；二是可以无菌尿；三是若不及时得到合理的治疗，往往加速老年人肾脏组织损害，加重肾功能减退。这样，中老年人慢性肾盂肾炎就很容易误漏诊。加之中老年人常有糖尿病、动脉粥样硬化、心功能不全等肾外疾病并存，更给诊断带来一定困难。如何早期诊断中老年人肾盂肾炎，就非常重要了。

### 3. 怎样正确对待尿路感染

早期诊断的问题对所有中老年病人都很重要，不论有无泌尿系统症状均应检查尿常规、晨尿比重、血红蛋白值及尿

素氮 (BUN)、血清肌酐 (Scr) 等。尿常规常有白细胞和上皮细胞数增加, 化验报告, 尿沉渣检查每高倍显微镜视野白细胞数超过 4 个 (化验单上常书写 WBC > 4 个/HP), 在中老年人并不一定表示尿路感染, 不必过分紧张; 相反, 尿常规白细胞数正常也不能断然否定尿路感染, 也要遵从医生安排作进一步检查。若尿内白细胞每高倍显微镜视野多于 20 个 (WBC 20 个/HP), 或成团的脓细胞出现, 则肯定有尿路感染的可能, 应及时就诊, 明确诊断, 检查致病的诸多诱因, 予以合理治疗。切勿自作主张乱服抗生素或其它抗感染药物。因为中老年人慢性肾盂肾炎, 多伴有尿路梗阻, 又易发生尿路感染所致的败血症、休克等严重并发症, 给治疗造成更多困难, 应加重视。也不要自认为没有任何临床症状或不适, 所患慢性肾盂肾炎的预后就好, 因为有症状和无症状的肾盂肾炎导致肾功能不全的程度相同。

#### 4. 尿路感染的治疗措施

尿路感染的治疗: 下泌尿道感染如膀胱炎, 一般服复方新诺明 (每片含磺胺甲基异噁唑 400 毫克和甲氧苄氨嘧啶 80 毫克亦即 SMZ400 + TMP80 毫克) 4 片顿服即可, 所谓单剂疗程。也可用抗菌药 3 天疗程。长期服用抗菌药没有必要。

急性肾盂肾炎的治疗。应根据细菌培养对什么抗菌药敏感 (可以作尿细菌培养及敏感试验), 选择有效的抗菌药。采用比常规剂量偏小的剂量作疗程 2 周。因为中老年人肾脏功能本来就随着年老而减退, 而许多抗菌药多经肾脏排泄, 故中老年人血中药物半衰期 (即血液中药物浓度下降所需时间) 延长, 即药物排泄较青年人要慢。疗程结束后 5~7 天,

应到医院复查尿菌，再按医生的方案治疗。若开始服用抗菌药 48~72 小时内，症状无明显好转，就应及时再到医院就诊，另选有效的抗菌药治疗。

慢性肾盂肾炎的治疗。首先应寻找不利因素，如尿路结石、畸形、尿道颈梗阻、前列腺炎、尿道内炎症病灶、膀胱输尿管反流等。泌尿外科往往可以根除或纠正这些不利因素。若有尿路梗阻存在，根据尿细菌培养对药物敏感情况，选择有效的 1~2 种抗生素，单独或联合治疗 1 周，停药一周后复查，如尿菌仍阳性，则可另选有效药物治疗 2 周。如反复迁延不愈，尿菌仍阳性，应根据医生的治疗方案用药，不要单凭自己个人的经验制订治疗方案，如抗菌药物、剂量、疗程等。因为许多抗菌药都具有肾毒性作用，影响肾功能，如常用的庆大霉素、卡那霉素、头孢霉素都有明显肾毒性，加剧肾功能不全。此外，支持身体的抗病能力，除合理的加强营养，注意劳逸结合，也可用中医辨证治疗。在治疗过程中多饮水，以利排尿，亦有助于治疗。

#### 5. 如何预防中老年人的尿路感染

中老年人泌尿道感染，除及时外科手术纠正已存在的尿路梗阻或畸形外，还应注意个人会阴部位卫生。有些全身性疾病如中老年糖尿病、浆细胞病等，皆易伴发肾盂肾炎，应积极治疗全身疾病。

#### (二) 梗阻性肾病

尿路任何部位的疾病均可引起尿路梗阻，如损伤、炎症、结石、肿瘤、寄生虫病、神经系统疾病及先天性畸形等。还有泌尿系邻近的疾病如炎症、肿瘤、腹膜后纤维增生及手术

疤痕挛缩等。泌尿系梗阻按其部位分为，上尿路即膀胱以上段梗阻、膀胱部位梗阻和下尿路即膀胱以下段梗阻。上尿路梗阻可能是单侧也可能是双侧的肾盂或输尿管结石。膀胱病变如肿瘤可阻塞一侧或两侧的输尿管。下尿路梗阻如不解除，可因尿液向上逆流的压力增加而累及肾脏。中老年人梗阻性肾病并非少见，有报告表明死于氮质血症病人尸检发现 30% 以上存在尿路梗阻。尿路梗阻常使梗阻上段尿液滞留，肾盂积液，肾盂及肾小管尿液逆流，导致肾间质炎症，常常可以发展肾功能异常，这主要取决于梗阻的程度、梗阻的部位、梗阻持续时间及有无细菌感染并发症等因素。梗阻性肾病主要表现为肾小球滤过率降低、尿浓缩功能减退以及尿酸化功能障碍。显然，肾小球滤过率降低的原因主要是由于尿路梗阻，使梗阻上段尿路反压增高所致。甚至有人提出肾小球过滤逆流的说法，也就是说，如有足够反压增高，则可导致某些肾小球滤过压相对过低而停止过滤，而有些尚有肾小球滤过功能的滤液，流入到肾小管中，因尿路反压增加，就可逆流至肾小球滤过压较低的肾小球，形成逆流现象。尿路梗阻所产生尿路反压增高，必然对肾小管分泌和重吸收功能有很大影响。

梗阻性肾病的临床表现。下尿路完全梗阻，病人可完全无尿，耻骨上可摸及高度充盈胀满膀胱。若为不完全性梗阻时则排尿不畅，或尿流变细或中断；上尿路梗阻病人常有腰部及腹部胀痛，严重的肾盂积水可触及肿大肾脏。若输尿管梗阻可突然发生腹部绞痛，难以忍受，常辗转呻吟。急性下尿路完全梗阻，病人很快出现急性肾功能衰竭。若为持续性

不全性尿路梗阻终会发生肾脏损害，临床表现为多尿及低渗尿和代谢性酸中毒，最后发生尿毒症。上尿路梗阻常继发感染肾盂肾炎，且易并发败血症。

梗阻性肾病诊断。应检查肾脏功能，同时应全面检查，如“B型”肾脏超声波、核素肾图，还要作静脉肾盂造影，或逆行肾盂造影，明确梗阻部位，以便及时手术解除梗阻。同时控制感染也是非常重要治疗措施。临床上在梗阻解除后，病人往往会出现多尿期，对中老年病人，更应注意水和电解质丢失，预防循环容量过低，及低钠血症和低钾血症等电解质紊乱的可能。

梗阻性肾病的预防。主要应早期诊断，及时解除梗阻，梗阻解除后可使肾血浆流量改善，梗阻性肾功能不全有可能恢复。所以说，中老年人一旦出现排尿不畅，或排尿断续、腰部胀痛等尿路梗阻的征象，就要及时就诊，切莫坐等观察，以免延误早期解除梗阻时机，这也是预防梗阻性肾病的根本对策。

### （三）肾动脉硬化症

肾动脉硬化症包括肾动脉粥样硬化症和小动脉硬化症，前者是动脉粥样硬化全身病变的一部份；后者多发生肾内中小动脉阻塞时，常见于中老年人肾动脉硬化症。中老年性小动脉硬化和肾动脉粥样硬化不同，病变主要累及肾血管入球小动脉及小叶间动脉硬化，和血管腔狭窄引起肾缺血，加重高血压或使血压持续升高，最后使肾功能减退，本病常缺少尿液变化，临床易漏诊。

根据临床表现、病理变化及病程演进的不同，肾小动脉

硬化症又可分为良性和恶性二种类型。

### 1. 良性肾小动脉硬化症

多发生于中老年人、糖尿病病人、某些慢性肾小球性或间质性肾脏疾病者以及高血压病人。其发病机理尚未完全明瞭。良性肾小动脉硬化症和高血压之间不一定是简单的因果关系，有可能二者为独立的病变过程。目前认为肾小动脉硬化之前就有高血压，而且一旦小动脉硬化形成之后，就可以使血压加重或持续升高。

(1) 临床表现。良性小动脉硬化仅有轻度蛋白尿，少许管型，及少许红细胞和白细胞，早期肾功能正常。此外，肾脏以外的症状如高血压病人的心脏功能受累，冠心病及脑血管意外远较肾小动脉的发病率要高，预后极为不良，而肾小动脉硬化症引起肾功能衰竭约占 1% 左右。

(2) 诊断。良性肾小动脉硬化症的临床表现，很容易与慢性肾小球疾病混淆。因为二者均可有尿沉渣的改变，及肾功能轻度受损和高血压等表现。二者的区别可以根据回顾自己的病史来加以判断，若先有长期高血压多年之后，才出现尿蛋白或/和尿沉渣的异常者，可诊断为良性小动脉性肾硬化症。反之，若先有多年的尿常规的异常，然后才出现高血压者，则很可能是慢性肾小球疾病。但在日常的生活中，人们往往未能清晰地知道这些病史，一旦感觉不适，这些症状都同时出现，难以判断自己到底患的什么病。这时最好找医生就诊。一般来说，良性肾小动脉硬化症，肾小管功能损伤往往较肾小球功能损害为重。如若作肾活检更可帮助明确诊断，良性小动脉性硬化症通常以血管病变为主，而慢性肾小球疾

病则以小球病变为主。

### (3) 治疗和预防。

中老年人要注意饮食适度，宜用低盐、低脂食谱，忌烟酒。

注意劳逸结合，控制体重，不宜过度肥胖，这对控制高血压有一定好处。如体力所及可作气功疗法，治疗高血压也有一定效果。

轻、中度高血压者，如舒张压 95~110 毫米汞柱，可先用降压灵 2 周，每日服 3~4 次，每次 1~2 片。如血压不降可加用双氢氯噻嗪、地巴唑或复方降压片，也可服中草药如罗布麻叶等或辨证施治。若为重症高血压如舒张压 110 毫米汞柱者，且自觉头昏头痛或心累气促等症状明显者，应及时就医，或入院治疗，莫凭个人的经验用药，以免延误诊治时机。

### 2. 恶性小动脉肾硬化症

本病与良性小动脉性肾硬化症不同，病程急剧恶化，预后不良。若不治疗，常在 1~2 年内死亡。小动脉病变是直接由高血压引起的。其发病情况一是有多年高血压病，一直都很稳定，突然在短时期内如几周血压明显升高变为急进型高血压；一是以往无明显高血压史，发病就是急进型高血压。无论发病情况如何，都可以引起恶性小动脉肾硬化症。临床上许多疾病都有血压升高症状，如原发性高血压、柯兴氏综合征、嗜铬细胞瘤、肾动脉狭窄等疾病。这些疾病性质各有不同，但高血压则为共有的症状，且都为主要症状，皆可引起恶性小动脉性肾硬化症。这些病人血液循环中肾素及血管



紧张素水平往往增高。病理改变多有入球小动脉及小叶间动脉发生增殖性小动脉内膜炎和坏死,管腔内常有血栓形成,血管破裂,在肾小管及间质内发生出血,肾脏表面也有小出血点。坏死性小动脉炎病变也可累及肾小球,病变往往限于邻近入球小动脉,很少呈弥漫性病变。时间一久,肾实质缺血,小管萎缩及小管区域性纤维化。

### (1) 临床表现

一般症状:头痛最为明显,可呈间歇性或持续性剧烈头痛。可以是整个头部或局限在枕部或其他局部头痛。常伴有恶心、呕吐,食欲欠佳。消瘦等症状。

心血管症状:血压明显升高,舒张压多在 130 毫米汞柱;心脏扩大,心力衰竭。常发生高血压脑病,如木僵、全身抽搐或局灶性抽搐发作,甚或脑水肿昏迷等。

本病红细胞沉降率增加,有严重微血管溶血、严重贫血等血液系统症状和凝血机制紊乱。

尿常规及肾功能:常出现尿蛋白,或原来有尿蛋白量增多,查见红细胞、白细胞、透明管型及颗粒管型,甚或肉眼性血尿。肾功能减退。

上述症状中的舒张压 130 毫米汞柱、视神经乳突水肿及肾功能衰竭三联症,是恶性小动脉性肾硬化症之特征。

### (2) 治疗和预后

常用的药物有巯甲丙脯酸、肼苯达嗪、哌唑嗪、甲基多巴、心得安、可乐宁、敏乐定等药物。但病人常难以掌握,如常用心得安作为基础治疗药物,但心功能不全者又须停用或不用。所以,得了这种病除一般安静、休息及合理食谱如同



良性小动脉性肾硬化症一样外,最好及时就医,住院治疗。在症状治疗的同时,应积极明确原发疾病,并给与相应治疗,例如嗜铬细胞瘤就要作外科手术治疗,方可根治原发性疾病。

预后极差,经有效治疗1年左右死亡率仍为10~20%,死亡原因主要为肾功衰竭合并心功能不全。所以说,“无病防病,有病早治”是很有道理的养身之道。

#### (四) 肾小球疾病

中老年人患肾小球疾病在诊断上有许多困难。一是症状不典型,就是说没有什么特异性症状;二是中老年人常有糖尿病、痛风、动脉粥样硬化和心力衰竭等肾外疾病同时并存,往往使临床症状混淆而易于漏诊肾脏疾病。临床上也分原发性肾小球疾病和继发性肾小球疾病。

##### 1. 原发性肾小球疾病

按1985年第二届全国肾脏病学术会议,修订肾小球疾病临床分型的意见,将原发性肾小球疾病分为五大类。即急性小球肾炎、急进性肾炎、慢性肾炎、肾病综合征及隐匿性肾小球疾病。总的来说,中老年人患原发性肾小球疾病,较为少见,但也可发生。

##### (1) 急性肾小球肾炎

本病多继发于咽峡部及皮肤的溶血性链球菌感染后1~3周发病。这种疾病的发病原因,并不是细菌直接感染肾小球,而是这些细菌侵入机体,作为抗原刺激机体的免疫系统产生抗体,跟着抗原抗体就结合起来,形成抗原抗体免疫复合物,沉着在肾小球毛细血管壁上,在某些体液因子如补体的参与下,引起两侧肾脏的肾小球弥漫性炎症反应。所以本

病又叫免疫复合物性肾炎，或谓链球菌感染后肾炎。

急性肾小球肾炎以往认为中老年人非常少见。但近年来发现，中老年人仍可发生。临床表现为起病急，病情轻重不一，常有少尿，眼睑及下肢踝部水肿，多有高血压等症状。尿常规化验检查，蛋白（+ ~ + + +），红细胞多少不一，可见红细胞管型。部分病人在发病前 1 ~ 3 周有明显急性链球菌感染病史。B 超检查肾脏无缩小。本病大多数预后良好，一般在数月至一年内痊愈。

治疗原则主要是支持疗法。卧床休息。一般来讲，从发病起卧床休息 4 ~ 6 周，是非常必要的。待血尿、蛋白尿、水肿和高血压恢复正常后，方可在室内活动。若症状继续好转，经 2 周后，即可在户外活动。但应定期复查。若尿又出现异常改变，宜再卧床休息。太长时间的卧床休息对病情恢复无益，反而会增加中老年病人心理负荷。饮食。宜低盐、限水、易消化、低热量食谱。有蛋白质分解产物如氮质血症者应适当限制蛋白质入量。水肿、高血压明显者，每日盐的摄入量应在 2 克以内。少尿者每日液体摄入量应限在 500 毫升左右。症状治疗。严重高血压要选用适当降血压药物。少尿用利尿药。最好就诊用药。控制病灶。急性肾炎发病前确有链球菌感染时，可用常规剂量的青霉或红霉素 7 ~ 14 天。如无病灶可寻者可不用抗生素。倘本病重笃，如无尿、高血钾或容量负荷过度时，应及时接受医生采用的透析治疗。本病没有用激素或细胞毒性免疫抑制药的指征，切勿自服这些药物，因常带来许多副作用。本病预后良好，且中老年人少见，故一旦出现肾炎症状，就应全面检查，明确诊断，予以

合理治疗。

### (2) 急进性肾炎

中老年人患原发性肾小球疾病本来就很少见，但一旦患了原发性肾小球疾病，常以急进性肾炎最为多见。它的病理改变是双侧肾小球囊腔的壁层上皮细胞增殖、纤维素渗出，形成新月那样的眉毛状凝块，堵塞肾小球囊腔，阻塞肾小球滤过，所以又叫做新月体肾炎。本病预后往为恶劣。

临床表现为起病急、病情重，病情发展很快，常于发病数周或数月内发展为少尿或无尿、尿毒症。早期表现颇似急性肾炎，化验检查有蛋白尿、血尿、管型尿及尿素氮(BUN)和血清肌酐很快增加，迅速发展为贫血及低蛋白血症，有显著的高血压。如无积极有效的治疗，多于半年内死亡。

所以，一旦得了这种病就要及时住医院诊治，切莫抱着侥幸心理观察等待。目前，临床上治疗还已有可喜进展，如激素冲击疗法，血浆交换法和血液透析等治疗措施。中年人如有条件还可以作肾脏移植手术，移植一个正常供者的肾脏给病人，来代替病人无功能的肾脏。不过作这种手术要求的条件很多，要非常慎重从事，病人和家属决不要固执要求医生考虑这种治疗方案。

### (3) 慢性肾炎

一般来讲，慢性肾炎起病缓慢，病情迁延，往往在一年以上，时重时轻，肾功能逐步减退。化验检查有不同程度的蛋白尿、血尿、水肿及高血压等症状，轻重不一。后期可出现贫血、视网膜病变及尿毒症。病程中也可因呼吸道感染等

原因诱发急性发作，临床表现酷似急性肾炎，不要误认为急性肾炎。一般而言，急性肾炎与慢性肾炎急性发作，两者临床症状都很相似，但慢性肾炎急性发作者多有肾脏外症状，如贫血、心脏扩大、眼底改变等。

若按临床分型来说，其临床症状和化验也各有不同。普通型，仅有肾炎的各种症状，如蛋白尿，少许血尿，轻度水肿和高血压等症状，但无突出表现。若除一般肾炎症状外，尚有高血压的突出表现者，谓之高血压型。还有急性发作型，上面已讲过它与急性肾炎的鉴别。

治疗主要是一般支持疗法和对症治疗，可根据临床亚型，选择相应的治疗措施。临床上所常用的药物，如激素、细胞毒性免疫抑制药、非类固醇抗炎药及抗凝血药等均无肯定有效结论。尤其是非类固醇抗炎药如消炎痛、布洛芬这一些药物，长期大剂量服用，还会引起许多副作用，如肾功能不全、间质性肾炎、高钾血症、水钠潴留，有些病人还会发生过敏性休克等。所以，最好不要用这些药物。如仅有蛋白尿也可试用雷公藤，按药物的说明书服用。

除上述对症治疗外，有高血压者宜用降压药，使血压控制在 160/95 毫米汞柱左右即可。如有水肿者，宜用低盐饮食，必要时可用利尿药物如双氢氯噻嗪等。

若无症状或无肾功能不全者，慢性肾炎病人可以从事轻劳动和学习，或保健操之类活动。但要避免受凉、受湿，注意防止感冒，不使用对肾脏有损害的药物。平日对水、盐也勿加限制，食用易消化的一般饮食即可。

#### (4) 肾病综合征

中老年人患肾病综合征首先应考虑继发性肾小球疾病所引起,如糖尿病、多发性骨髓瘤、恶性肿瘤、肾淀粉样变、狼疮性肾炎及其他血管炎性肾病等。中老年人患原发性肾病综合征非常少见。

临床症状。主要表现为血浆白蛋白降低,大量蛋白尿;常有全身水肿和高脂血症;少有高血压、氮质血症及肾功能不全。

治疗。常用强的松治疗,其用药量、方法及疗程由医生决定,不可凭个人经验服用。因为强的松这类激素仅对儿童好发的少数肾病综合征如微小病变型肾病有可靠的疗效,对其他大多数肾病综合征疗效都难以肯定。一般用药原则是,开始激素用足量,例如强的松,每日服 30~60 毫克,6~8 周或症状缓解后,可以减量,但减量要慢,每周减原剂量的 10~20% 即 5~10 毫克。当激素减少至每日 10 毫克左右时,就不要再减量了,要维持治疗 3~6 月,或更长时间。这是应用激素治疗本病的主要经验。

细胞毒性免疫抑制药如环磷酰胺、苯丁酸氮芥等药可以与激素配合使用,但由于这类药物细胞毒性很大,病人自己难以掌握,一定要根据医嘱用药,否则容易引起出血倾向、血细胞减少症及骨髓抑制等严重副作用。

在肾病综合征的治疗过程中,仍应注意支持治疗和症状治疗。应注意休息,避免感染,给予高质量的蛋白质。水肿明显者应限制盐于每日 2 克内,并加用利尿剂如速尿等药。临床上应用浓缩人体低盐白蛋白治疗低血浆白蛋白血症及难治性水肿,但它维持血浆胶体渗透压的作用短暂,所输入的全

部白蛋白在 24~48 小时内排出。况且,这种生物品又非常昂贵,疗效有限,所以病人也不要强求使用这种制品。肾病综合征的高脂血症,目前尚无特效的降脂药物,并长期使用也有一定副作用。关于抗凝血药物如肝素、潘生丁等都没有确切的效果,最好由医生根据病情,予以合理的处理。

### (5) 隐匿性肾小球疾病

本组疾病的特征就是无明显的临床症状及体征;主要表现为尿蛋白或/和血尿,且既往无急、慢性肾炎和肾病历史。一般肾功能正常。这种症状对中老年人来说,要高度警惕排除肾脏外因素,如泌尿系统肿瘤、结石、多发性骨髓瘤等疾病及男性前列腺肿瘤等。

对这组疾病,因只有单纯性血尿或/和蛋白尿,没有自觉全身症状,肾功能又正常,就容易掉以轻心,不去积极求医寻找原因,或盲目症状治疗,误诊误治。这点对中老年人来说,尤应注意。

## 2. 中老年人常见的继发性肾小球疾病

### (1) 糖尿病肾病

本病是糖尿病的一种并发症,肾脏的主要病理改变为糖尿病微血管病变。临床症状除糖尿病常见的症状外,尚有蛋白尿、低蛋白血症、高血症、心脏扩大,全身水肿及氮质血症,甚或肾功能衰竭。肾脏病变的发展与糖尿病控制程度密切相关,所以病程发展的快慢不一。本病的治疗应有效地控制糖尿病,以减缓对肾脏的累及。

### (2) 尿酸性肾病

中老年人随着年龄增加常发生痛风,又常常累及肾脏。临

床症状除有痛风性关节炎的表现外,常有多尿、夜尿增加。血清尿酸增高,多在7毫克/100毫升(尿酸酶法)以上,女性略低。尿中尿酸排泄增多。本病一般分为:急性尿酸肾病。多见于白血病、多发性骨髓瘤进行化疗或放疗时,血尿酸急剧增高,沉积在肾小管及肾间质,引起急性肾功能衰竭。慢性尿酸肾病。主要是慢性尿酸盐沉积于肾小管,引起慢性间质性肾炎。尿酸性肾结石。发生率约20%以上,尿内可排出小泥沙样结石,尿呈高尿酸尿症,每日尿中尿酸常超过600毫克。尿路结石常引起肾绞痛、血尿、梗阻及尿路感染等。

### (3) 肾乳头坏死

本病多见于中老年人,女性略多于男性。其主要原因是糖尿病和肾血管病变,此外长期服用止痛药、强的松及尿路梗阻或局部放疗都可引起本病。临床症状可出现排尿困难,轻度蛋白尿、血尿、脓尿和菌尿。大多数病人常有肾性贫血症状。坏死肾乳头脱落可引起肾绞痛和发热,病情发展很快,引起肾功能衰竭。所以,中老年人一旦尿化验异常,即使无症状,也要就医,以免耽误诊治。

### (五) 肾功能衰竭

#### 1. 什么是肾功能衰竭

肾功能衰竭是肾脏疾病或肾外因素造成的肾实质性损害,致使肾脏排泄和调节功能失常,临床上出现少尿或无尿、代谢紊乱或/和尿毒症等表现的严重综合症群。根据肾功能衰竭的急缓程度,可分为急性肾功能衰竭和慢性肾功能衰竭。

#### 2. 肾功能衰竭有哪些症状

##### (1) 急性肾功能衰竭



急性肾功能衰竭是一种复杂多变的症候群。中老年人易发生急性肾功能衰竭，主要原因多由于中老年人易脱水、电解质紊乱、大手术及感染等因素引起急性肾缺血所致、约占 80%。其次由于前列腺肥大、恶性肿瘤等原因引起尿路梗阻者，约占 20%。中老年人机体内环境调节能力差，很容易引起循环容量不足，如果加用肾毒性药，就易于发生急性肾功能衰竭，且死亡率很高。此病容易被忽视。所以，中老年人一定要特别注意。急性肾功能衰竭的临床表现主要是肾脏的排泄功能在短期内急剧下降，少尿、血中尿素氮和血清肌酐持续增高。内生肌酐清除率为 1~5 毫升/每分钟。但近年来有急性肾功能衰竭者每日尿量仍超过 600~1000 毫升，谓之非少尿型急性肾功能衰竭。实际上这种类型并非少见。所以一旦有诱发急性肾功能衰竭的高危因素，就应及时就诊。切莫等待观察，延误诊治时机。

## (2) 慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭是一个功能性诊断，主要表现为肾小球滤过功能呈进行性不可逆性减退。凡能引起肾脏器质性组织损害的局部或全身病变，最终均能导致慢性肾功能衰竭。就中老年人而言，男性多由前列腺疾病所致，女性多由肾盂肾炎引起。按照肾功能损伤程度可分为四期：

肾功能正常期：就是说，肾脏损伤已经濒于衰竭，绝大部分肾单位都已毁损，但临床上常用来检测肾脏功能的指标，尚接近正常。如血液中尿素氮小于 20 毫克/100 毫升，血清肌酐水平小于 1~1.5 毫克/100 毫升，肾小球滤过率一般可用内生肌酐清除率 ( $C_{cr}$ ) 表示，常大于 70 毫升/每分钟。



肾功能不全代偿期：内生肌酐清除率为 50~70 毫升/每分钟，尿素氮 20~25 毫克/100 毫升，血清肌酐 1.5~2 毫克/100 毫升。

氮质血症期：内生肌酐清除率常小于 25 毫升/每分钟，尿素氮 > 25 毫克/100 毫升，血清肌酐 > 2.0 毫克/100 毫升。

尿毒症期：一般内生肌酐清除率小于 25 毫升/每分钟，尿素氮 > 60 毫克/100 毫升，血清肌酐 > 5 毫克/100 毫升。严重的尿毒症又称为终末期肾功能衰竭，这时检测内生肌酐清除率常小于 5~10 毫升/每分钟。

一般而言，慢性肾功能不全都有原发疾病的症状，如氮质血症期除有原发疾病症状外，尚无其他症状。而尿毒症期除氮质血症外，已有明显的尿毒症临床症状。常见的症状为胃肠道症状，表现为厌食、恶心、呕吐、腹泻；精神神经系统症状表现为乏力、头晕、头痛、失眠、皮肤痒感，甚或出现嗜睡、抽搐、惊厥、昏迷等；心血管系统症状常表现为有血压升高、左心肥厚扩大、心肌损伤、心功能不全及心包炎等。造血系统症状表现为贫血，且最为常见，应加注意。此外，还有出血倾向、凝血机制障碍及毛细血管脆性增高等。呼吸系统症状表现为支气管炎、肺炎、胸膜炎等。皮肤表现为干燥、脱屑、皮肤上可见白色的结晶谓之尿素霜。以及水盐代谢紊乱、代谢性酸中毒症状等。尿毒症的症状繁多，可累及全身各个系统、器官。而且一旦出现尿毒症症状就难以用药物治疗缓解这些症状，症状只有逐日加剧。所以，中老年人一旦出现某个症状如贫血，就应积极就诊，检查有没有肾功能不全，及时予以合理的治疗。应强调指出，中老年人随

着年龄的增加，血清肌酐正常值的水平偏低，尤其是瘦弱的老年人，血清肌酐值往往小于 0.5 毫克/100 毫升。若中老年人出现肾功能减退症状，血清肌酐 0.5 毫克/100 毫升，也应视为肾功能不全了。

### 3. 肾功能衰竭的饮食疗法

对中老年肾功能衰竭的病人，一般主张饮食宜采用高生物价低蛋白质，高热量加必需氨基酸（或其相应的  $\alpha$ -酮酸）和低磷食谱。所谓高生物价的蛋白质是指含有体内不能合成的必需氨基酸食品，如瘦肉、鸡肉、牛奶之类。少吃植物性蛋白质如豆类制品。每日饮食热量应为 2000 卡。但当内生肌酐清除率小于 3 毫升/每分钟时，则很难单靠饮食疗法改善患者症状。

### 4. 如何防治慢性肾功能衰竭

(1) 积极治疗尿毒症的诱因和原发疾病，主要着重避免水、盐负荷。

(2) 及早处理可能同时夹杂的可逆性肾衰因素。如尿道梗阻、前列腺肥大，或循环容量不足等。

(3) 避免使用肾毒性药物。如庆大霉素、卡那霉素、头孢霉素等都对肾脏有毒性作用。如果病情一定要用这些药物，那就一定减少用药剂量，或延长给药的时间。

### 5. 透析疗法

主要包括血液透析、腹膜透析及其他血液净化等三个方面。用透析方法来去除病体内某些毒性物质和保持水与电解质的平衡。也就是说透析疗法能够代替肾脏的部分功能，主要是替代肾脏的排泄功能。为维持病人生命，或恢复病人的

部分工作能力确有一定疗效。也可作为肾移植受者的手术前准备，提高术后有功能肾移植病人成功率，或肾移植失败后再重新替代透析治疗。但老年人肾移植的成功率偏低。

### (1) 血液透析

在进行血液透析前，先要住医院建立动静脉通道，一般动静脉内瘘即动静脉交通支，需时 2~3 周。然后将动脉端血引入人工血液透析器，经透析作用清除毒物后，血液再由静脉端回入体内。每周要血透 3 次，每次透析时间应视透析器面积即透析效能而定，一般为 4~6 小时。中老年人血液透析或长期透析病人，易合并高脂血症和冠心病。而病人的高血压和贫血等因素更加速其发病的诱发心绞痛和心肌梗塞。在透析时也常发生透析失衡综合征。所以应仔细监护或及时诊治。长期透析者可在医院透析中心进行，透析后即可回家从事日常轻活动。因此，血液透析治疗中老年人肾功能衰竭的病人仍有一定危险，这种治疗应由专科医生决策，病人不可强求。

### (2) 不卧床连续性腹膜透析

不卧床连续性腹膜透析的(英文简称为 CAPD)方法是在无菌操作条件下，在病人腹壁皮下作一隧道，并用带毛套的硅胶管(Tenckhoff管)通过隧道，硅胶管外端穿出皮外，以助固定。硅胶管内端送入腹腔，其尖端应置于膀胱直肠窝，女性置于子宫直肠窝。透析尖端有许多小孔，以利透析液出入。然后将市售腹膜透析液袋，每袋有 1000 毫升，1500 毫升或 2000 毫升透析液，将每袋透析液由连接管经硅胶管置于入腹腔内，待透析液与腹膜毛细血管充分交换，即血液中许多中

分子量和小分子量物质透析出来，然后再将腹腔内之透析液放出体外，更换新透析液注入腹腔。每日交换 4~6 次，每次 1~1.5 升。晚间交换注入腹腔透析液后，在腹腔停留一夜，次晨再重新放出交换。腹膜透析常见的并发症为各种细菌感染，常有轻微腹痛、腹部压痛、发热、腹腔引流液混浊，且白细胞增加，培养阳性。遇到这种情况，可增加透析次数，每日可交换透析液 8~12 次，或在透析液中加入用抗生素，数日即可治疗。若查到霉菌则要拔除硅胶管改用其他的透析方法。腹膜透析时蛋白质和氨基酸丢失甚多，易出现低蛋白血症。故每日饮食中至少供给优质蛋白质 60 克左右和热量 2000 卡。至于透析管不通畅，就应请医生或透析护士来处理。一般病人 CAPD 治疗多在透析中心的指导下，开展家庭透析，非常方便、易行。

### (3) 其他透析疗法

常用的有结肠透析，透析液中还可配制辨证论治的中药成份，往往有较好的效果。这对那些不宜血液透析和腹膜透析的中老年慢性肾功能衰竭病人，可以采用。且方法简便易行，不需手术。

### 6. 肾移植

凡是慢性肾功能衰竭已发展到终末阶段，都是肾移植术的指征。但中老年人终末期肾功能衰竭，由于年龄关系，往往疗效并不理想。一般老年患者不宜肾移植手术治疗。

## 第五章 中老年人血液系统疾病的防治

### 一、中老年人贫血

随着年龄的增长，机体组织细胞发生相应的变化，不同年龄组的人群所患的病也不相同。贫血在任何年龄组的人群中均是常见的，但其发生的原因不相同。贫血不是一个独立的疾病，而是由各种原因引起的一组综合征。

#### （一）血液的组成成份和功能

血液是在血管内流动的红色、不透明、具有粘性的液体。身体内除毛发和指、趾甲外，其余任何部位都含有血液。血液由血浆和有形成份组成，含有人体必需的物质，对于机体内物质的运输，内环境因素（如酸碱度、渗透压和体温等）的调节、异物的防御以及出血的防止等方面都起着重要作用。

#### 1. 血液的液体部份——血浆

血浆中含有多种凝血因子的抗凝物质，使体内的血液在

心血管内保持液体状态进行循环。当血管损伤后血液即在损伤部份迅速凝固，是人体止血机构的重要组成部份。

血浆中含有各种各样的抗体（免疫球蛋白），抵抗外界病原体（如微生物及寄生虫等）的侵袭。

血液中含有各种内分泌腺分泌出的激素，维持正常机体的各种代谢。

血浆中还含有各种营养物质，电解质等人体所需的多种物质。

## 2. 有形成份——红细胞、白细胞及血小板

红细胞是一种高度分化的无核细胞，主要含有血红蛋白，参与氧气和二氧化碳的运输。贫血病人的红细胞及血红蛋白均低于正常。

白细胞分为淋巴细胞、单核细胞和粒细胞。粒细胞又分为中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和嗜硷性粒细胞三种。白细胞的主要功能是抵御外来的各种侵袭。

血小板是骨髓中巨核细胞胞浆脱落下来的碎片，具有止血功能。

上述各种有形成份是在骨髓内分化、增殖、成熟的，最后释放到周围血液循环行使其功能。

## （二）血液的来源

### 1. 正常造血场所

胎儿：第四周开始生成血细胞，部位在卵黄囊的造血岛上。第二、三、四月造血场所主要在肝脏。脾脏和胸腺也参与了造血。第五月开始出现骨髓造血。

幼儿：骨髓是造血的主要器官。所有的骨髓均充满了造

血细胞，称为红骨髓。

5~7岁：四肢管状骨从远端向近端开始出现脂肪细胞，红骨髓逐渐代之以黄骨髓。

20岁以上：红骨髓仅限于头颅骨、躯干骨（胸骨、脊柱和肋骨）、股骨和肱骨的近端。

淋巴结、脾脏和网状内皮系统等为骨髓外的造血场所。

## 2. 病理造血场所

成年后，胚胎和幼年时的造血场所除骨髓外，均已停止造血。在病理情况下，成年已停止造血的部位又可恢复重新造血，这种病理性造血部位常不能完全补偿贫血状况。

## （三）红细胞的演变

贫血跟红细胞数目和红细胞内所含的血红蛋白量有关。红细胞同其它血细胞一样由骨髓内干细胞分化演变而来。未成熟的红细胞有胞膜、胞浆及胞核，成熟后在骨髓内脱核释放到周围血液循环。红细胞进入循环后的寿命约100~120天。正常红细胞呈双凹盘形，这种形状有利于红细胞变形通过较细小的途径到达各组织。

## （四）血红蛋白的功能

血红蛋白是红细胞内的主要成份，其功能是结合与释放氧和二氧化碳。红细胞内的血红蛋白随着血流送到全身各组织以传递氧气和带走二氧化碳。若红细胞和血红蛋白减少，组织会发生缺氧而产生一系列病理改变。

红细胞进入血液循环后约120天进入衰老阶段，被肚脏和脾脏内的网状内皮细胞吞噬清除。红骨髓不断生成新生红细胞以补充衰老破坏的红细胞。在正常人体内，红细胞的生

成与破坏是保持动态平衡的。

红细胞的生成和破坏与很多因素有关。红细胞生成减少、破坏过多及血液丧失均可导致贫血。

### (五) 什么是贫血

贫血是指外周血中血红蛋白浓度、红细胞计数或/和红细胞压积低于同年龄和同性别正常人的最低值，其中以血红蛋白浓度低于正常最为重要。贫血的诊断标准国内外尚不统一。1968年世界卫生组织推荐男性贫血的诊断标准为血红蛋白低于13.0克/100毫升。综合国内各家资料，贫血的诊断标准如表

表 5- 1 贫血的诊断标准

	血红蛋白 (克/100 毫升)	红细胞 (万/立方毫米)	红细胞压积(%)
成年男性	< 12 0	< 400	< 40
成年女性	< 10 5	< 350	< 35

### (六) 贫血的分类

#### 1. 按形态学分类

表 5- 2 贫血的细胞形态学分类

类 型	疾 病
大细胞型	营养缺乏,维生素 B <sub>12</sub> 及叶酸缺乏、肝病、甲状腺功能减低、某些溶血
正常细胞型	急性失血、某些溶血、再生障碍性贫血、骨髓病性贫血
小细胞正色素型	感染
小细胞低色素型	缺铁、地中海贫血、铁粒幼细胞必性贫血

#### 2. 按病因和发病机理分类



表 5- 3 贫血的病因及发病机理分类

病 因	疾 病
(一)红细胞生成减少 1 造血物质缺乏	缺铁性贫血、巨幼细胞性贫血(缺乏维生素 B <sub>12</sub> 或叶酸所致)
2 骨髓造血功能障碍	再生障碍性贫血、慢性疾病性贫血、骨髓浸润所致贫血
(二)红细胞破坏过多 1. 红细胞内在缺陷	遗传性 :球形细胞增多症、红细胞酶缺乏所致贫血、地中海贫血、异常血红蛋白所致贫血 获得性 :阵发性睡眠性血红蛋白尿症
2 红细胞外的因素	溶血性贫血
(三)失血 1 急性	急性失血性贫血
2 慢性	缺铁性贫血

### (七) 中老年人贫血的常见病因

中老年人贫血的常见病因有肾脏疾患、痔疮、消化道出血、鼻衄、缺铁、维生素 B<sub>12</sub>或叶酸缺乏、营养不良、造血功能障碍和各种肿瘤等。

### (八) 中老年人贫血的临床特点

贫血症状的轻重与贫血发生的速度、程度、机体健康状况以及原发疾病的性质有关。除急性失血外，通常症状出现缓慢。许多中老年贫血病人无明显的有关贫血的主诉，而以心血管及中枢神经系统的症状为主要表现，常误诊为冠心病。贫血可使各器官组织缺氧和营养缺乏，因此各系统均可有异常表现。

1. 软弱无力：易疲乏、困倦、嗜睡及无精打彩。
2. 中枢神经系统：头昏、眼花、耳鸣、记忆力减退和注

意力不集中。严重者可有精神症状如淡漠、忧郁、易激动、幻想、幻觉，甚至精神错乱。

3. 皮肤粘膜：面色、结膜、唇及指甲苍白，舌光滑或有烧灼感，舌溃疡，口角尖及唇干裂等。但应与戴假牙引起的改变相鉴别。此外尚有皮肤、头发枯干，甲床易脆等营养不良表现。

4. 心血管系统：活动后感心累，心悸及气促。心脏各瓣膜区可闻及收缩期杂音，心脏可长大，重者可发生心力衰竭。心电图可出现 ST 段降低，T 波平坦或倒置。出现上述症状须与老年人冠心病鉴别。

5. 消化系统：可出现食欲下降、腹胀、消化不良、恶心，便秘或腹泻等。

6. 其它：夜尿多、脚肿、须与慢性肾功能衰竭鉴别。

由于中老年人贫血起病常较缓慢，常被认为是年老体弱的缘故而未引起重视，找医生时，已是中度或重度贫血。因此如出现上述症状应及时进行检查。

#### (九) 贫血的诊断

1. 诊断贫血的关键是查周围血的血红蛋白、红细胞及红细胞压积。

2. 诊断贫血后还应进行贫血原因的检查。

3. 在尚未找出贫血的原因之前，不应任意服用“补血药”，以免影响检查结果的准确性。

#### (十) 贫血的治疗

1. 贫血的治疗一定要在明确病因的基础上拟定治疗方案，原则上针对病因治疗。没有找出病因，只是把各种补血

药一起用上常常不能治好贫血，有时甚至有害。如硫酸亚铁对缺铁性贫血有效，每次 0.3~0.6 克，每日 3 次，如用来治疗非缺铁性贫血不但无效，反而引起铁剂在体内堆积，对机体有害。

2. 输血主要是用于一般治疗无效、病情较重不能等待正确诊断后再治疗者，或需急症手术者。老年人贫血多数适宜输血球，以防止心脏负荷过重而发生肺水肿。

3. 一般支持治疗，合理用药，注意营养卫生。

#### (十一) 预防

1. 根据贫血的常见病因注意有无慢性失血（痔疮及溃疡病等）、肾脏疾患、腹泻、吸收不良及消化系统疾病。如有上述情况，应及时治疗。

2. 若有贫血表现，应及时找医生查找原因。

3. 慎用对骨髓有抑制的药物，如氯霉素、磺胺类药物、解热止痛药（保泰松及消炎痛等）、有机砷、他巴唑及抗肿瘤药。避免接触苯、杀虫药及电力辐射等。

## 二、白 血 病

(一) “幸子”患的是什么病？中老年人能患“幸子”病吗

日本电视连续剧《血疑》中主人公幸子患的是急性白血病，就是一般人称之为“血癌”的疾病。白血病是我国常见的恶性肿瘤疾病之一。其缺点为体内有大量白血病细胞广泛而无控制地增生，出现于骨髓、许多其它器官和组织（肝、脾、

淋巴结、皮肤浸润等),并进入周围血中,这种细胞大多是未成熟和形态异常的白细胞。

近年来中老年人急性白血病已逐渐引起人们的注意。从国内外医院住院病人的统计,尸体解剖材料、癌瘤登记以及死亡证明等情况分析,中老年人白血病的发病率有逐年增加的趋势。国内一组白血病 1098 例临床分析中 40 岁以上占 21.95%。以上资料说明,中老年人亦容易患“幸子”所患急性白血病。当中老年人突然出现像“幸子”那样头昏、贫血、紫癜、发热、骨痛等,应及时到医院检查是否患了白血病。

## (二) 中老年人好发哪几类白血病

白血病可根据恶性细胞的种类,细胞成熟的程度和自然病程的长短,分为急性白血病和慢性白血病两大类。急性白血病的骨髓和外周血中主要的白血病细胞为原始(淋巴系、粒系、或单核系)细胞,自然病程仅几个月。临床上常见类型为急性粒细胞白血病,急性单核细胞白血病,急性淋巴细胞白血病等。慢性白血病的骨髓和外周血中主要是已成熟的和幼稚阶段的粒细胞明显增多(慢性粒细胞白血病),或成熟的小淋巴细胞明显增多(慢性淋巴细胞白血病)。其自然病程一般为几年。

中老年人急性白血病,以急性粒细胞性白血病最常见,急性单核细胞性白血病次之。但也有作者报道急性淋巴细胞白血病次之。中老年人慢性白血病在我国以慢性粒细胞白血病最多,在欧美慢性淋巴细胞白血病发病率甚高,我们在临床上亦常见到。

### (三) 中老年人急性白血病的临床表现特点

性别上男性略高于女性，起病与儿童及青壮年相比，进程相对缓慢，呈亚急性过程。首发症状多为头昏、乏力、耳鸣、心悸等贫血症状。就诊前病程一般为1~6个月。常见症状为：

1. 贫血。

2. 发热：热型呈稽留热或不规则热，有的可达39℃以上。以呼吸道、泌尿道、皮肤软组织感染最常见。

3. 出血：多表现为皮肤紫癜、齿龈出血、鼻衄。但亦有消化道、泌尿道及颅内出血者，后者多数病情严重，为不良预兆。

4. 白血病浸润：常见骨痛，胸骨压痛，肝脾淋巴结肿大者不到1/3，44%的病例无任何器官肿大，但皮肤浸润却相对较多。

#### 实验室检查：

1. 血红蛋白：中到重度贫血多见。

2. 白细胞计数及分类：约半数病例计数在1000/立方毫米以下，最低者仅数百。亦可增高，大多不超过10万/立方毫米。血液涂片中见到幼稚白血病细胞，有些病例血液涂片中未见幼稚细胞，称为非白血病性白血病。

3. 血小板计数：77%的病例血小板低于正常，可低至15000/立方毫米。

4. 骨髓象：约 $\frac{1}{2}$ ~ $\frac{1}{3}$ 病例的骨髓增生程度为增生低下型，低增生的急性白血病是老年人白血病的主要特点之一。有些

病例的骨髓中细胞数量显著增多，主要由于原始的白血病细胞大量增生，幼红细胞多数减少，巨核细胞减少。

#### （四）中老年人急性白血病怎样合理选用化学药物治疗

由于有效的抗肿瘤药物如柔红霉素、阿糖胞苷、长春新碱等相继问世及化疗方案合理的选用，急性白血病已不是“不治之症”，其缓解率逐年增加，生存期逐年延长。

中老年急性白血病化疗药物的选择，应结合病人的临床情况，如全身状况，有无严重贫血、出血、感染、骨髓增生程度，有无并发症等综合考虑。一般说中老年人的低增生性急性白血病合并严重感染和出血者不应给予抗白血病化疗。对于初治病人，全身情况好，骨髓增生程度好，无并发症的病人可选用强烈联合化疗。国外一组病人用柔红霉素、阿糖胞苷、6- 硫鸟嘌呤联合化疗完全缓解率达 76%，并且认为缓解的关键取决于白血病细胞对化疗的敏感性而不是年龄。国内近年应用最多的是三尖杉或高三尖杉酯碱加其他药物的联合化疗方案，如 HOAP 方案（H）高三尖杉酯碱、O 长春新碱、A 阿糖胞苷、P 强的松）。联合强烈化疗最常见的危险是骨髓抑制，应给予足够的重视。较多学者认为中老年患者体弱，骨髓增生低下，以采用小剂量阿糖胞苷治疗为好，与联合化疗相比，其副作用小，费用低，患者多能耐受，除血细胞减少期需住院治疗外可以家庭治疗，其总有效率达 73.4%。用法：阿糖胞苷 10~15 毫克/每次，皮下注射，每 12 小时一次，连续用药 14~21 天，未完全缓解者间歇 14~21 天再给药，完全缓解者每月给药 8 天。

#### （五）中老年人白血病有哪些并发症及如何防治

中老年人白血病常见的并发症有感染、出血、贫血、高尿酸血症。其中感染与出血尤为严重，常是致死的主要原因。感染以肺炎、败血症，皮肤及软组织、泌尿系感染常见。白血病合并发热者多数由于继发感染所致，应及时作病原学调查、细菌培养及药物敏感试验，并使用合适的抗生素治疗。常选用的抗生素有苯甲异噁唑青霉素、氨基苄青霉素、羧苄青霉素、庆大霉素、丁胺卡那霉素及头孢霉素等。

积极预防感染对中老年人白血病的治疗极为重要，如住室环境的清洁、消毒，皮肤粘膜的清洁，勤漱口，勤洗手，注意肛周卫生，保持大便通畅。食物应煮沸后食用，水果可用0.1%高锰酸钾溶液浸泡5分钟后食用。出血主要是血小板数量减少和质量异常所引起，主要是皮肤粘膜出血。颅内出血的死亡率很高，应积极防治。可使用维生素C、类固醇激素和输注血小板。除此以外亦有少数死于化疗后心肌受损、阵发性房颤及全身衰竭。中老年人白血病由于化疗药物引起细胞崩解而出现高尿酸血症，可以造成严重后果，如结石、肾功能不全等。应预防性地给予别嘌呤醇，并给予足量的液体，以维持一定的尿量，防止尿酸性肾病的发生。

#### （六）慢性粒细胞白血病

慢性粒细胞白血病（简称慢粒）在我国中老年人白血病发病率中仅次于急性白血病。慢粒起病极为隐袭，进展缓慢，临床表现常有乏力、倦怠和肝脾肿大。周围血检查，白细胞总数显著增高，大多在20万/立方毫米以上。出现多量各阶段未成熟幼粒细胞，但以晚幼粒细胞及杆状核细胞为主。嗜酸及嗜碱粒细胞增多，淋巴细胞百分率显著降低。轻度贫血，

早期血小板偏高。骨髓检查示粒细胞系统显著增多，以中幼粒细胞以下各阶段细胞为主，嗜碱和嗜酸细胞增多，原粒细胞至多不超过 10%。红系细胞相对减少。巨核细胞增多或正常。作中性粒细胞碱性磷酸酶检查示积分显著降低或完全阴性。染色体检查：ph<sup>+</sup> 染色体阳性。具有以上临床特征即可确诊为慢性粒细胞白血病。慢粒病程平均 3~3 年半。病程末期患者多数发生急性变，血象变化主要是原始细胞增多，骨髓象酷似急性白血病。同时伴有贫血、白细胞急剧升高、血小板减少。临床上出现发烧，脾进行性长大，出血加重以及骨关节疼痛，常在 3~6 月内死亡。少数亦可存活 10 年以上。

治疗慢粒的药物很多，慢性期首选药物为马利兰，还可选用靛玉红，羟基脲，二溴甘露醇等。急变期可按急性白血病方案治疗。

#### （七）慢性淋巴细胞白血病怎样防治

慢性淋巴细胞白血病是中老年人易患的白血病，它是没有功能的但长命的成熟样淋巴细胞的增生和堆积为特征。起病隐袭，病程较长可长达 20 年。大多数呈良性经过。不少病人是因其它原因检查血象中偶然发现。早期可无症状，有时可有乏力、消瘦、发热，淋巴结及肝脾肿大等。淋巴结肿大为全身性，无压痛及自发痛。血象主要为白细胞数明显增多达 2~10 万/立方毫米，绝大多数为成熟淋巴细胞（淋巴细胞绝对值在 15000/立方毫米以上），早期贫血轻，晚期重。约 20% 病人抗人球蛋白试验可呈阳性，表现为自身免疫性溶血性贫血。血小板正常或减少。骨髓象：增生亢进，成熟淋巴细胞 50% 以上，而原始及幼稚淋巴细胞不增多，而正常粒细



胞系统、红细胞系统和巨核细胞均减少。本病的淋巴细胞常有多方面的免疫功能缺陷,约半数的病人血清球蛋白降低,免疫球蛋白明显降低,抗体形成障碍,加上中性粒细胞减少,故易合并感染。个别患者可出现异常单株免疫球蛋白M。

慢淋症状不明显时,可不治疗,密切观察,注意防治感染。

化疗常在病人有骨髓衰竭,贫血重,粒细胞、血小板减少时;合并有自身免疫性溶血性贫血;或有淋巴结、肝脾肿大伴有压迫症状时才给予治疗。苯丁酸氮芥(又名瘤可宁)是目前治疗慢淋的首选药物。常用剂量为每日4~6毫克口服,同时加用强的松每日30毫克。强的松治疗一般不超过12周。近年来放射治疗——小剂量全身照射应用于进行性活动型病例取得较好疗效。对于肿大的颈、纵隔、腹部淋巴结或脾肿大而产生压迫或阻塞症状时,可以采用局部放射治疗。

#### (八) 中老年人白血病的早期表现

近年来国内外都注意到老年患者的发病主要表现为顽固性贫血,起病隐袭,常以头昏、乏力、心悸、苍白等为主。部份病人除贫血外有发热或出血症状。出血多数较轻,一般为牙龈出血、鼻衄、皮肤紫癜。多数病人有肝脾肿大,部份病人有淋巴结肿大,胸骨压痛。实验室检查:血象示全血细胞(红细胞、白细胞、血小板)减少或只有一种、二种血细胞减少,但几乎全部均有贫血。细胞形态可见巨大红细胞、巨大血小板、有核红细胞等病态造血现象。骨髓象表现多数增生程度增高(少数病例增生减低),一般以红系统的改变最为突出,幼红细胞增生亢进,常有巨幼样改变;粒系可显成熟停

滞，甚至原粒和早幼粒细胞稍许增多；巨核细胞常为小巨核细胞。骨髓改变还不足以诊断白血病。用铁剂及各种生血素治疗往往无效。病程较长，有的最终进展为急性白血病。在急性白血病确定前的这段过程称为“白血病前期”，国内外目前称为“骨髓增生异常综合症”。亦有称为难治性贫血。因此中老年人出现不明原因的顽固性贫血，应定期观察血象和骨髓象的变化，并给予适当的治疗。由于“白血病前期”还不能及时诊断，因此还没有公认的特殊的治疗方法。主要是根据各个患者的临床表现采用肾上腺皮质激素、雄性激素、中药，给予维生素 B<sub>6</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>12</sub>、叶酸等治疗；原始细胞增多者可用小剂量阿糖胞苷 10~20 毫克，皮下注射，连续使用 15~21 天。贫血严重者及时给予输血。发热感染者给予抗生素治疗。

#### (九) 急性白血病有治愈希望吗

急性白血病未经治疗者，平均生存时间仅 3 个月左右。1947 年以前对急性白血病束手无策，其本上只是对症治疗。从 60 年代起，长春新碱、阿糖胞苷及蒽环类抗生素（红比霉素等）等新药相继问世。针对不同类型的急性白血病组成的各种联合化疗方案，在临床上广泛应用，用诱导-巩固-维持-再诱导策略的治疗方案亦渐趋成熟、完整。急性白血病并发症的防治及支持治疗的条件日益改善，给急性白血病的治愈带来希望。近年来急性白血病的缓解率提高，生存时间明显延长。据报道，儿童的急性淋巴细胞白血病约 90% 可获得完全缓解，其中约 50% 能生存 5 年以上，有些可能永久治愈。成年人急性白血病 60~80% 病人可获完全缓解，平均生

存时间仅 1~2 年，生存至 5 年以上的病人近年来有所增加。华西医大附一院近年来治疗的急性白血病中，有 5 例完全缓解后已生存 5 年以上，目前仍处于完全缓解。其中 3 例为中老年急性白血病患者。目前国内外对急性白血病的基础、临床和流行病学的研究很活跃。单克隆抗体和直接作用于白血病细胞的化学药物的应用及骨髓移植等的进展。使急性白血病的治愈前景就更为乐观了。

### 三、紫 癜

#### (一) 老年性紫癜是怎么回事

有些消瘦的中老年人为什么容易出现皮肤乌青块（紫癜），其原因是由于小血管壁脆弱以及皮下结缔组织中的胶原、弹性硬蛋白和脂肪组织萎缩、松弛以致血管得不到适当的支架的缘故。以致皮肤不能很好地系住深部组织，运动易于撕断小血管。其特征性表现是面部、颈部、手背、前臂及小腿部伸侧出现暗紫色的瘀斑、紫癜。其它部位也可累及。紫癜有 1~2 厘米大小，吸收缓慢，以后留下棕色色素沉着的痕迹。实验室检查通常正常。

部分中老年人因为服用某些药物如阿司匹林、潘生丁、消炎痛、磺胺药等，使血管壁损害或自体免疫引起紫癜。感染也可损害毛细血管壁引起紫癜。营养不良、良性高球蛋白血症也可引起类似的紫癜。

#### (二) 血小板减少性紫癜临床表现的特点

血小板减少性紫癜为较常见的一类出血性疾病。在中老

年人中也常见到。正常血小板计数的范围是 100000 ~ 300000/立方毫米。一般认为,血小板小于 100000/立方毫米即构成血小板减少症,低于 50000/立方毫米以下即可能出血。

临床表现:经常有自发性出血,如皮肤瘀点、紫癜或融合性瘀斑,或口腔常见牙龈出血,严重者口腔粘膜可形成充满血液的血疱,亦可出现鼻腔、子宫、胃肠道、尿道或呼吸道出血。中枢神经系统的出血,可以致死。脾脏一般不肿大。

### (三) 发现血小板减少后应怎样进行检查

引起血小板减少的原因很多,其发生机理不外乎三大类:

血小板的生成减少或障碍; 血小板破坏和消耗过多; 血小板分布异常,即滞留在脾脏内过多。血小板减少性紫癜又分为原发性血小板减少性紫癜和继发性血小板减少性紫癜(有明确病因或在一些原发疾病基础上引起的血小板减少症)。中老年人常见的原因有病毒、感染、骨髓病性(再生障碍性贫血、白血病、骨髓瘤、骨髓纤维化等)、自体免疫、营养缺乏等。原发性血小板减少性紫癜的原因不明,近年来研究认为是一类与自身免疫有关的疾病。

当病人有皮肤粘膜出血及血小板减少的临床表现时,应进一步作凝血图检查,可发现血小板明显减少,出血时间延长,凝血时间正常,束臂试验阳性,血管退缩不良。骨髓检查:骨髓中巨核细胞数正常或增多,幼稚型比例增高,有畸形,其周围缺乏血小板形成,即可确诊。其次应找原因,有无肝、脾、淋巴结肿大,显著的贫血或血细胞减少;有无服药历史,有无感染性疾病等。有原因者为继发性,找不到原

因者为原发性。

#### (四) 血小板减少性紫癜的治疗

治疗本病的目的包括：控制出血症状；减少血小板破坏；提高血小板数。对于继发性血小板减少性紫癜的治疗，应针对病因或原发疾病治疗并使用止血药。

原发性血小板减少性紫癜的治疗：出血轻微者，对症治疗，防止各种创伤，选用减少毛细血管脆性药物，如维生素 C 200 毫克、每日 3 次；路丁 20 毫克，每日 3 次；止血敏 250 ~ 750 毫克，肌肉注射，每日 2~3 次。用止血中药，如红血宁片（花生米皮），水牛角粉，三七等。同时使用促血小板生成药物如肌苷、鲨肝醇、利血生、维生素 B<sub>4</sub> 等辅助治疗。紫癜广泛并有鼻、牙龈、泌尿道、胃肠道出血，血小板少于 2 万者或血小板急速减少者，应适当给予肾上腺皮质激素治疗。皮质激素可减少血管的脆性，抑制抗体的产生，抑制单核-吞噬系统特别是脾脏的巨噬细胞对血小板的吞噬作用。有效率可达 70% 以上。强的松的剂量每天 30~40 毫克，分 2~3 次口服。同时采用综合止血措施，甚至输注新鲜血液，有条件应输注浓缩血小板悬液，止血效果更好，但反复多次输注，易发生同种抗体形成，引起血小板更迅速的破坏。故不宜作一般治疗。对激素治疗效果差者，可选用脾切除，免疫抑制剂或大剂量丙种球蛋白治疗。但对中老年人效果较差，应慎重考虑。

#### (五) 中老年人血小板增多也能引起紫癜

当血小板数一时性增高超过 400000/立方毫米以上时，称血小板增多。当血小板增多时也可出现紫癜及严重出血。常

见的病因有脾切除术后，急慢性失血，慢性炎症，急性感染恢复期，结缔组织病，结核，肿瘤以及缺铁时。临床上称为继发性（反应性）血小板增多症。当血小板数持续地升高超过 800000/立方毫米，伴紫癜、出血倾向、血栓形成、脾脏肿大时称为原发性血小板增多症。本病是一种原因未明的骨髓增殖性疾病，患者多为中老年，起病缓慢，疲乏无力，出血倾向最常见。主要表现有鼻衄、牙龈出血、紫癜等。也可有消化道、呼吸道、深部肌肉、关节腔的出血。静脉和动脉血栓形成。轻到中度脾脏肿大，部份病人肝脏肿大。实验室检查：白细胞计数增高，一般在 10000~30000/立方毫米之间，血红蛋白及红细胞计数一般正常，反复出血后可发生低色素性贫血。骨髓增生活跃或明显活跃，巨核细胞显著增生，时常成堆，伴有多量血小板形成。血小板功能检查，血小板聚集作用和血小板第 3 因子活性异常。部份病人出血时间延长，血块收缩不良。治疗主要采用骨髓抑制剂，抑制巨核细胞生长使血小板数逐渐下降，改善临床症状。常用药有马利兰、环磷酰胺、瘤可宁等。放射性磷（<sup>32</sup>磷）见效较快，首次剂量 3~4 毫居里，必要时 3 个月后重复给药。如发生血栓可用肝素治疗。防止血栓形成可用阿司匹林和潘生丁，也可进行血小板换出术，以迅速减少血小板数。

## 四、淋 巴 瘤

### （一）如何诊断淋巴瘤

淋巴瘤是淋巴网状系统的一组恶性肿瘤疾病，一般来源

于淋巴结。淋巴瘤分类很多，目前将淋巴瘤分为何杰金氏病和非何杰金氏病淋巴瘤。

何杰金氏病的临床表现：本病常以无痛性肿物被人发现，通常以颈部常见，但偶尔也可在腋窝或腹股沟区。可扪及橡皮样、无痛性、不对称性淋巴结肿大。胸部X线检查可发现纵隔淋巴结肿大。下肢淋巴结造影可见腹主动脉旁淋巴结肿大。其它组织如扁桃体、鼻咽部、胃肠道、脾脏、骨骼和皮肤等也可被侵犯。

第二类起病症状表现为难以解释的持续性发热和盗汗。患者感到疲乏，体重减轻。就诊时病变已较广泛。常合并贫血，部份病人可合并出血，但淋巴结病变很轻。这组表现常见于中老年人的淋巴瘤。男多于女，要认真作全面的检查，包括淋巴结活检，淋巴结造影术、骨髓和肝脏的活检等。

少数何杰金氏病呈间歇性发烧。广泛与严重皮肤瘙痒是何杰金氏病的另一特异性全身症状。

非何杰金氏淋巴瘤的临床表现：大多也以颈和锁骨上淋巴结肿大为首见表现，发热、消瘦、盗汗等全身症状仅见于24%的患者。大多为晚期或病变较弥散者。全身搔痒很少见。非何杰金氏病淋巴瘤一般发展迅速，常侵犯非淋巴组织如胃肠道、骨骼、甲状腺、睾丸、口、鼻咽部、胸腔、乳房、中枢神经系统等，其临床表现多种多样。

当发现特异性的全身症状，应对全身每个部位的淋巴结进行检查。并非所有可触及的淋巴结一定都有病。然而如有可疑的淋巴结肿大，必须取淋巴结活检证实。这是诊断淋巴瘤最有效的方法。当有皮肤损害时，可作皮肤活检及印片。如



果血细胞减少。血清碱性磷酸酶增高或有骨骼病变时，可作骨髓涂片的活检，对诊断可起到重要作用。

## （二）淋巴瘤如何治疗

由于应用超高电压放疗和有效化疗药物治疗取得进展，何杰金氏病和非何杰金氏病淋巴瘤已不再被认为是“不治之症”了。

淋巴瘤的治疗可采用放射治疗、化学治疗、手术治疗及中医治疗。而临床上以前二种疗法最常采用。早期淋巴瘤病人，病变限于单个淋巴结区或单一非淋巴结器官或部位；病变在横膈同侧两个或两个以上淋巴结区或伴有局限的、邻接的非淋巴性器官或组织者，多应用放射治疗。其疗效对何杰金氏病 5 年存活率为 85~90%，对非何杰金氏病淋巴瘤疗效稍差。化学治疗适用于晚期淋巴瘤伴有全身症状者；肿瘤压迫重要器官如上腔静脉、脊髓、气管者；有心包、胸腔、腹腔积液及合并白血病患者。

对局部淋巴瘤，化学治疗可作为放射治疗的辅助治疗。抗淋巴瘤药物很多，如氮芥、卡氮芥、苯丁酸氮芥、甲基苄胍、环磷酰胺、长春新碱、长春花碱、红比霉素、阿霉素、争光霉素、强的松等。单一化疗药物治疗淋巴瘤虽有一定疗效，但缓解期较短。目前公认联合化疗更有效。

何杰金氏病的联合方案很多，其中以 MOPP 方案（M：氮芥，O：长春新碱，P：甲基苄胍，P：强的松。）最为有效，可作为首选方案。联合化疗毒性大，常发生骨髓抑制，所以在疗程中要加强支持疗法，加强营养等。密切观察血象，定期查血，也要注意胃肠道反应、周围神经病变、脱发等。约 70%



何杰金氏病患者大约经 6 次或更多疗程后可获得缓解，其中 50% 可获得无病期至少 2 年。治疗非何杰金氏病淋巴瘤。目前以采用 COP (C：环磷酰胺，O：长春新碱，P：强的松) 方案较为普遍，缓解率达 60%，但多不完全。如上述方案无效，可在上述方案中加用阿霉素或争光霉素等。

中老年患者无论病情进展缓慢还是迅速，手术死亡率均很高。加之放疗和化疗效果良好，故手术仅限于活体组织检查。

中西医综合治疗方面，在放疗或化疗时，配合中药扶正培本，可以减轻毒性反应。在放射或化学治疗后，用中药扶正有利于疗效的巩固和机体免疫功能的迅速恢复。

## 五、多发性骨髓瘤

### (一) 什么是多发性骨髓瘤及其临床特点

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。主要特征是恶性增生的浆细胞侵犯骨髓，产生溶骨性病变。主要临床表现是骨骼疼痛，病理性骨折、贫血、出血倾向、肾功能损害、反复感染及免疫球蛋白异常。

多发性骨髓瘤是中老年人常见的肿瘤疾病。本病多发于 40 岁以上成人，男多于女。男女比例 2~3 : 1。

本病起病多缓慢，早期可无特殊症状或仅表现为原因不明的血沉增速，蛋白尿及免疫球蛋白异常。或仅出现上述部份症状，使临床表现多样化，很易导致误诊。以骨痛为首发症状者常误诊为骨科、外科疾病。以肾脏改变为主的病例腰

痛、蛋白尿、尿素氮增高者常误诊为慢性肾炎或尿毒症。以肝大表现者易误诊为肝硬化或肝癌。部份病人由于血粘滞度增加可引起心绞痛甚至心功能不全而到心脏科就诊。也有因截瘫、发作性晕厥而在神经科长期接受治疗者。以感染为主的病例，其期被误诊为肺内感染或泌尿道感染。文献报道误诊率可高达 54~100%。误诊的原因可能是对本病临床表现的多样性和复杂性认识不足，多以某一症状或某一次化验结果而误诊为相应的常见病。

### (二) 多发性骨髓瘤的早期诊断

凡中老年人若有下述情况应考虑本病：蛋白尿、尿素氮升高，贫血，外周红细胞呈缗钱状的慢性肾脏疾病者。无明显原因的骨痛伴自发性骨折、截瘫者。血沉加速、血清蛋白异常、球蛋白增高、免疫球蛋白异常而无明显肝病或结缔组织病者。反复肺内及泌尿道感染经抗炎治疗反复不愈者。不明原因的难治性贫血、出血、发热伴骨痛者。骨骼上局限性肿物伴骨痛者。X 线摄片发现弥漫性骨质疏松、脱钙者。不明原因的血沉加速、血钙增高，外周血红细胞呈缗钱状，分类计数发现浆细胞者。临床上遇到以上改变，应及时想到本病之可能，及时安排做免疫球蛋白测定、蛋白电泳分析、尿本周氏蛋白检查、骨髓穿刺及活检，X 线摄片（颅骨、胸骨及盆骨等）等检查；往往可以明确诊断。检查结果阴性者，临床高度可疑者应随诊观察。

### (三) 多发性骨髓瘤的诊断与鉴别诊断

凡中年以上病人出现骨骼疼痛，血沉增高，尿蛋白阳性，血清蛋白电泳及免疫球蛋白测定出现 M 蛋白者应高度疑为

本病。骨髓检查对诊断最有价值，骨髓中有 10% 以上不成熟浆细胞者可以确诊为多发性骨髓瘤。若不成熟浆细胞在 5~10% 之间，需排除其它继发性浆细胞病，而且具备以下两项条件之一者，也可诊断为多发性骨髓瘤：活体组织检查阳性（指浆细胞瘤存在）；有溶骨病变，而不伴有骨质增生，无碱性磷酸酶显著增高，血清中有 M 蛋白的存在。

本病须与下列疾病鉴别：反应性浆细胞增多症，可由慢性炎症、伤寒、系统性红斑性狼疮、肝硬变、转移癌等引起。浆细胞一般不超过 10% 且无形态异常。良性单克隆免疫球蛋白血症，无骨骼病变，骨髓中浆细胞增多不明显，单克隆免疫球蛋白一般少于 2 克%，且数年无变化。骨转移癌、甲状旁腺功能亢进症均须与本病的骨质病变鉴别，前者尿和血清中无 M 蛋白，碱性磷酸酶显著增高，可以发现原发癌等。

#### （四）多发性骨髓瘤的治疗

目前认为较有效的药物是左旋苯丙酸氮芥（又称马法兰）和环磷酰胺，常为首选药物。强的松虽无细胞毒作用，因止痛效果较好，也可选用。其它还可选用卡氮芥，氯乙环己亚硝脲、N—甲酰溶肉瘤素（氮甲、N—甲）、甲基苄胍等。近年来倾向于短程间歇的联合方案，国内常用联合方案如下：

（1）MP 方案：M（马法兰）0.25 毫克/每公斤/天 × 4 天；P（强的松）2.0 毫克/公斤/天 × 4 天。每 3~6 周用药一次，有效率为 48%。

（2）M<sub>2</sub> 方案，有效率为 87%。

第 1 天：卡氮芥 0.5 毫克/公斤、静脉注射。

环磷酰胺 10 毫克/公斤、静脉注射。

第 1~7 天： 马法兰 0.1~0.25 毫克/公斤/天×4 天。

强的松 1 毫克/公斤/天×7 天；而后渐减量，至 21 天减完。

第 21 天： 长春新碱 0.03 毫克/公斤，一次静脉注射。

以上 21 天为一疗程，休息 14 天，再开始下一疗程。

鉴于本病患者多为年老体弱者，又有体液免疫缺陷，故必须避免化疗过度。

支持疗法在本病的治疗上占有重要地位，不应忽视。贫血及出血严重者应给予输血，给雄性激素以促进红细胞生成和蛋白合成，并可减少脱钙等作用。丙酸睾丸酮每天或隔天 50 毫克肌肉注射或康力龙每天 2~6 毫克，口服。使用期间应定期复查肝功能。氮质血症、脱水、高钙血症和高尿酸血症是本病的并发症，应加强防治。鼓励多饮水，保证充分液体入量，使其每日尿量在 1500 毫升以上，可以预防肾脏损害，改善高钙血症和高尿酸血症。对高尿酸血症，还可口服别嘌呤醇 300~600 毫克/天，可有效地降低血尿酸水平。对高钙血症可用强的松 50~60 毫克/天，或用降钙素、光辉霉素，可迅速控制。预防感染，注意口腔粘膜和皮肤的清洁卫生，防止感冒。一旦感染，力求早期控制感染。当高粘滞综合严重时，可采用血浆交换法迅速除去异常免疫球蛋白，降低血浆粘滞度，缓解症状。此外局部肿块或疼痛较明显者可用放射治疗，同时防止病理性骨折的发生。

#### (五) 影响多发性骨髓瘤预后的因素

多发性骨髓瘤的自然病程为 6~12 月，生存期短者仅 1

~2月。随着现代化疗的进步,本病生存期在逐步延长。目前治疗后生存2年以上者达70%,对治疗反应良好者的生存时间延长到24~50个月,少数可生存7年或更长。影响本病预后的因素有: 确诊时的全身状况。 贫血程度,有无氮质血症与高钙血症。 骨髓瘤细胞增长的速度及数量。 血清M蛋白、尿中凝溶蛋白、瘤细胞数对化疗的反应情况。 溶骨病变重者疗效差、骨质疏松者疗效良。 瘤细胞分化不良高差。 免疫球蛋白D型预后较差、其次是免疫球蛋白A型。轻链型预后亦差。引起多发性骨髓瘤患者的主要死亡原因是感染、全身衰竭、肾功能衰竭,其中以感染最为多见。少数患者因出血而死亡。故积极防治这些因素,对延长生存期是很重要的。

## 第六章 内分泌与代谢疾病的防治

### 一、内分泌与代谢疾病的基本概念

#### （一）什么是内分泌与代谢

人体内有一些特殊的腺体，它们与唾液腺、汗腺、胃肠道腺体等外分泌腺不同，不是通过管道将分泌物运送至体外或消化道内，而是直接将其分泌物释放至血液内，然后输送到全身，作用于对这些分泌物敏感的组织 and 器官，发挥生理效应。因此，这些腺体被称为内分泌腺，它们的分泌物则被称为“内分泌”，也称“激素”。激素是一种特殊的化学物质，具有传达信息的作用。接受这些信息的组织或器官称为靶组织或靶器官，如系腺体则称靶腺；它们在细胞上有一种特殊的蛋白质，称为受体，可以感受到这些信息的强度与变化，从而调节细胞的生理功能，使人体各部分的功能得到统一和协调，维持人体内环境的恒定。

神经与内分泌是人体传达信息的两个相辅相成的系统,前者作用快而短暂,后者慢而持久。这好象邮电部门一样,神经系统类似电讯通讯,而内分泌系统犹似邮寄信件。

概括地说,内分泌系统的主要生理功能是调节人体体液和物质代谢,维持内环境恒定,保证生殖功能。因此,无论对人体的生存和种属的繁衍,内分泌系统都是十分重要的。

代谢是“新陈代谢”一词的简称。新陈代谢是生命的基础,也是一切生物的共性。人体通过摄取食物和吸入氧气,在全身组织内进行氧化而取得能量,同时将代谢的废物排出体外。要完成新陈代谢,除了必须摄入食物作为原料和具备正常的消化、呼吸、循环、造血和排泄功能外,还必须依赖神经系统与内分泌的调节。所以内分泌疾病常可影响全身或局部的代谢,而代谢疾病则往往有内分泌调节控制紊乱的背景。

(二) 人体有哪些内分泌腺?常见的内分泌代谢疾病有哪些

人体内主要的内分泌腺有脑下垂体(简称垂体)、甲状腺、肾上腺、性腺(男性为睾丸,女性为卵巢),甲状旁腺、胰腺内的胰岛细胞、以及胸腺和松果体等。垂体可分为前叶与后叶两部分,各自分泌不同的激素。前叶分泌的激素中有一部分是调节其靶腺~肾上腺、甲状腺和性腺的功能的;因此,垂体前叶有病变时常可表现为肾上腺、甲状腺与性腺功能异常。上述各种内分泌腺可分泌一种或多种功能相似或不同的激素,随着人体的需要而得到精细的调节。

近代内分泌学研究发现除了这些专门的内分泌腺外,人体许多其他器官如胃肠道、肾脏、肺、心、肝脏等均可分泌

某些激素，这些激素中有一些仅仅作用于局部，故称为局部激素或组织激素。

内分泌疾病常常以该腺体功能状态的异常状况来命名。例如常见的内分泌病中就有甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、肾上腺皮质功能亢进、肾上腺皮质功能减退、甲状旁腺功能亢进，甲状旁腺功能减退、垂体前叶功能减退等。有一些疾病虽有专门名称（以临床表现形式或人名命名），实际上仍反应了某一腺体的功能状态。例如糖尿病是反映胰腺内胰岛素分泌绝对或相对不足，爱迪森氏病即慢性肾上腺皮质功能减退，肢端肥大症即垂体分泌生长激素过多等等。

代谢疾病中，常见的除糖尿病外有痛风、肥胖症、代谢性骨病、水和电解质平衡失常、高脂血症等。

### （三）中老年内分泌与代谢状态

虽然许多学者曾对中、老年的内分泌与代谢状态进行研究，但各家研究结果不一。大多数结果表明，随着衰老的过程，人体各器官与组织逐渐萎缩，内分泌腺也不例外，其功能状态不如年轻人活跃，储备功能减退。最明显的是经绝期后妇女性腺分泌女性激素减少而垂体前叶分泌的促性腺激素增加，从而可引起生殖器官与乳腺萎缩。随着年龄增长，人体的代谢状态也不如青年人旺盛，老年人基础代谢率常降低，葡萄糖耐量可能降低，体液含量相对减少；上了年纪的人还常常长胖（皮下脂肪增多）并有血脂增高的趋势，但以上各种情况，均受遗传因素和环境因素（包括营养状况、体力活动及体育锻炼、精神状态等）的影响，所以不同种属、个体间可以有较大差别。



#### (四) 内分泌与代谢疾病的防治原则

不少内分泌与代谢疾病是可以预防的。例如地方性甲状腺肿是由于缺碘所引起，在发病地区饮用水内加碘或进食含碘食盐后就可使发病率大幅度地降低。中、老年人适当节制饮食并增强体力活动有助于防止肥胖。对于许多内分泌功能亢进或减退的疾病及早诊断和处理后可防止危象（致命性的严重发作）和严重并发症。但是，由于许多内分泌～代谢疾病的发生、发展比较缓慢而隐匿，因此要强调及时就诊或作定期体格检查。

内分泌病的治疗原则是尽可能地根治病因，纠正功能紊乱和继发的代谢紊乱状态。一般说来，对于功能亢进的疾病，可以用手术、放射治疗或某些药物来解决肿瘤或增生所造成的内分泌障碍；对于功能减退的疾病常常给予生理剂量的所缺乏的激素作为替代与补充，但应经常接受医疗观察，在医生的指导下采取最适当的替代剂量。许多内分泌和代谢疾病需要长期、甚至终生的治疗，所以病人本身应该掌握必要的医疗知识，方可与医生密切配合而获得满意的疗效并防止严重的并发症。

对于代谢疾病的治疗原则主要是根据代谢紊乱的性质与严重程度给予必要的、及时的纠正，同时对引起代谢紊乱的病因进行治疗，其目的是使病人体内的环境尽可能地恢复正常，各种代谢紊乱恢复平衡。

## 二、甲状腺功能亢进症

### （一）甲状腺与甲状腺功能

甲状腺是人体重要的内分泌腺。甲状腺位于颈前方甲状软骨（俗名喉结）下面，气管两旁，分左右两叶，两叶间有一狭带相连，随吞咽动作而上下移动。正常的甲状腺甚薄而不易扪到。

和其它内分泌腺一样，甲状腺经常分泌微量的甲状腺激素，它对调节人体新陈代谢，维持正常的生理功能，起重要作用。但甲状腺激素分泌过多过少都会引起疾病。

甲状腺激素主要有两种，即甲状腺素（ $T_4$ ）和三碘甲状腺原氨酸（ $T_3$ ）。正常人血清总  $T_4$ （ $TT_4$ ）的浓度为 5~12 微克/100 毫升；总  $T_3$ （ $TT_3$ ）为 100~150 毫微克/100 毫升。

甲状腺激素主要的生理作用是促进新陈代谢，加速氧化，增加耗氧量和产热，并促进蛋白质合成，故利于儿童生长发育。甲状腺激素促进消化道吸收葡萄糖及其它单糖，促进肝糖元分解为葡萄糖从而提升血糖，并增加外周组织利用葡萄糖；促进脂肪分解和胆固醇的降解和清除使其血浓度降低。甲状腺激素是维持正常生长发育所必需的激素，缺乏此激素时，生长激素不能起作用。甲状腺激素还加强交感神经的活动，它抑制单胺氧化酶而减少儿茶酚胺类神经递质的降解，使神经末梢的神经递质增加，造成心搏快而有力，手指震颤，中枢神经兴奋性增高等现象。

### （二）什么是“甲亢”病

甲亢是甲状腺功能亢进的简称。其病因和发病机理至今不全明了。以前认为本病是由于垂体分泌促甲状腺激素过多，刺激甲状腺肥大和功能增高所致，但以后发现大多数甲亢患者促甲状腺激素是降低的。现在认为本病是一种自身免疫疾病。其机理可能是患者自身产生了针对甲状腺细胞的某种抗体，称为甲状腺刺激因子，能刺激自身甲状腺增生肥大，功能亢进，分泌过多的 $T_4$ 和 $T_3$ 而发病。

### （三）甲亢的主要症状

本病常见于女性，男女之比为1:4~6。可发病于任何年龄，以20~40岁者多见。起病缓慢。病情表现轻重不等，典型症状包括甲状腺肿大，突眼和代谢增高的症候群。

#### 1. 甲状腺激素分泌过多的症状

（1）高代谢症状群：由于糖、脂肪和蛋白质的氧化代谢加速，产热和散热增加，使患者发热怕热，皮肤温暖多汗尤以手脚心为甚；面、颈部胸部皮肤潮红。易疲乏和工作效率低。险甲亢危象会发高热外，一般体温正常或呈低热。由于能量和脂肪肌肉的消耗而使体重减轻，病人变瘦削。

（2）心血管系统症状：患者常感胸闷、气促和心悸。稍活动更形加重，重症者可发展为甲亢性心脏病，甚至心力衰竭。体检常见脉率增快，达90~120次/分钟或更快，休息后不能降至正常为本病特点。重症者可出现各种心律失常，如房性或室性早搏、房颤或房扑，尤其老年患者多见。一般心音亢进并可听到一至二级心尖或/和肺动脉区的收缩期杂音。收缩期血压常增高，可达170毫米汞柱以上；舒张期血压正常或降低，致使脉压差增大而呈现“水冲脉”和毛细血管搏

动(轻压指甲或用玻片轻压口唇时,可见间歇性随脉搏而变白变红的闪现)。严重患者可查现心脏长大和充血性心力衰竭的体征。

(3) 神经系统症状:多数病人表现失眠、神经过敏易激动,性情急躁易发脾气,多言多虑注意力不能集中。有时酷似神经衰弱,或被误诊为更年期综合症(年长妇女)。少数老年患者则可表现为淡漠、神情呆钝和精神抑郁。故易被误诊或漏诊。患者双手向前平举伸指时。常可见手及手指的颤抖(“细震颤”),亦为本病特征之一。

(4) 消化系统症状:患者常表现多食易饥,食欲亢进。大便次数增多,因腹泻致吸收不良,此为病人瘦削的另一原因。由于营养不良和高甲状腺素血症对肝脏的作用,可发现肝脏长大及转氨酶升高。少数表现淡漠的病人可能厌食,则消瘦更快,可呈“恶液质”状。

(5) 肌肉骨骼症状:慢性进行性肌软弱乏力常见。少数病人出现手部、肩胛部和肢体的肌萎缩,称为甲亢性肌病,可以出现行走甚至活动均困难。少数病人发生“周期性瘫痪”,即间歇性发生的肢体突然瘫软,不能动弹,无肌腱反射或明显减弱。个别患者出现“重症肌无力”,特点是休息后早晨肌力正常,活动后出现肌无力,每于下午加重,新斯的明类药物治疗有效。

(6) 其它症状:女性患者大多少经或闭经,男性可出现阳痿。性欲低下,生育能力差。

2 甲状腺肿大:本病患者甲状腺大多呈双侧弥漫性肿大,轻重不一。扪诊质软有弹性,少数病人的甲状腺可扪到结节。

大多数肿大的甲状腺可扪到细震颤（用听诊器可听到血管杂音），与脉搏一致，部位在两侧甲状腺的上下端处，此为本病特征之一。

3. 眼部征象：大部份甲亢患者表现“突眼”，轻重不等，临床分为两类。

（1）良性突眼：比较多见，表现为睑裂加宽，目光炯炯有神。眨眼减少而呈现凝视。当向下视物时，角膜（黑眼仁）上方可见巩膜（白眼仁）带，此乃由于上睑肌收缩所致。向上视物时，前额皮肤不起皱纹（正常情况下起皱纹）。上述各眼征为甲亢突眼的重要特点，有时是患者的主诉。随病情好转诸眼征可减退消失。

（2）浸润性突眼（恶性突眼）：比较少见，但较严重。此种突眼系由于眼球后组织水肿和脂肪浸润、形成脂垫等原因，导致眼球前突，眼压增高及眼眶内循环障碍。除常伴有良性突眼之诸征象外，患者常发生畏光，眼胀，异物感，流泪，视力减退，视野缩小，眼球活动受限，复视甚至眼肌麻痹。重度突眼者，由于眼睑闭合不全，致角膜暴露，干燥而继发感染和充血水肿，形成角膜炎、角膜溃疡、前房积脓甚至全眼球炎而失明。此种突眼测眼球突度常在 22 毫米以上，眼压明显增加。

4. 甲亢病的其它特殊表现：少数患者可出现“胫前局部粘液性水肿”。在双下肢胫骨前方皮肤上，出现团块状皮肤突起的硬节，色暗褐红色，无明显压痛。起初为少量分散的疙瘩，逐渐展平融合成片，色素沉着，毛孔增大，皮肤凸凹不平，发硬。有的患者病变可扩展至脚背，也有散发结节于手

背手腕部者。“甲状腺指、趾端粗厚”发生在个别甲亢病人，但无血液循环增加，可与肺性心脏病性杵状指相区别。

5. 甲亢危象：甲亢危象系本病恶化的严重结果。多见于老年患者。常发生于长期误诊，疾病不得控制，感染，腹泻致水电解质失衡，准备不充分的手术治疗以后，放射性碘治疗后早期，心律失常伴心力衰竭和情绪过份激动而诱发等情况。甲亢危象发生时，病员极度烦躁，心急有危命感，心率增快至 140~200 次/分钟。可有高热。皮肤由潮红多汗转入苍白汗闭，证明有循环功能不全。有的出现呕吐、腹泻，可发生水电解质失衡。也可出现心力衰竭和肺水肿或严重的心律失常，尤以原有冠心病者较易发生。神智恍惚、谵语甚至昏迷。白细胞可增高达 5 万以上而误诊为败血症。

#### (四) 甲亢病的诊断

甲亢是最常见的内分泌疾病。症状典型者诊断不困难。症状不典型者应求诊，结合实验室检查以明确诊断。由于老年甲亢病人症状不典型者较多，故尤须警惕本病的可能性；如原因不明的心动过速，心房纤颤，单眼或双眼突出，多食易饥伴体重减轻，烦躁焦虑，腹泻原因不明及冬天畏热汗出等，均应疑及本病，及早求医作检查。基础代谢率的测定通常在医院内进行，但有一种简易方法可在门诊或家中自己计算：在禁食 12 小时和睡眠 8 小时后的早晨空腹状态下，测脉率（次/分钟）和血压（脉压差=收缩压-舒张压）以下列公式之一计算基础代谢率。

$$\text{基础代谢率 (\%)} = \text{脉率} + \text{脉压差} - 111$$

$$\text{基础代谢率 (\%)} = 0.75 [(\text{脉率}) + 0.74 (\text{脉}$$

压差)] - 72

正常人的基础代谢率为  $-10\sim +15\%$ ，甲亢病人绝大多数高于  $+15\%$ ，增高的程度与疾病严重程度一致，也与病人原来的基础代谢水平有关。一般按基代率可将甲亢分为轻 ( $+15\sim +30\%$ )、中 ( $+30\sim +60\%$ ) 和重度 (高于  $+60\%$ )。有个别患者基代率可在  $0\sim +15\%$  之间。

医院内有关甲状腺功能的检查项目日益增多，对甲亢和其它甲状腺疾病的诊断日益准确。除基代率测定外，有  $T_3$ 、 $T_4$ 、TSH (促甲状腺激素)、 $T_g$  (甲状腺球蛋白测定)、 $T_g$  (甲状腺球蛋白抗体)、TMAb (甲状腺微粒体抗体测定)，甲状腺吸碘率测定，甲状腺扫描， $T_3$  (或  $T_4$ ) 抑制试验，TRH (促甲素释放激素) 刺激试验等。

#### (五) 甲亢的治疗

甲亢患者往往精神紧张情绪不安。亲属及医务人员均应作解释安慰工作。应使病员尽量避免精神刺激，避免体力和脑力过劳。症状明显的患者应卧床休息，增加营养。必要时酌用镇静剂，如安定 (5 毫克每日 3 次)、鲁米那 (30 毫克每日 3 次)、氯丙嗪 (25 毫克每日 3 次) 或利眠宁 (10 毫克每日 2 次) 等。心动过速明显，焦虑及震颤者可用心得安 (10 毫克每日 3 次，可逐渐增加至 30 毫克每日 2 次) 或利血平 (0.25 毫克每日 3 次) 等。

治疗甲亢的方法目前有三种，即长期口服抗甲状腺药物、甲状腺次全切除术和口服放射性碘治疗。三种疗法有不同的适应征及优缺点，应由医师根据病情加以选择。兹分述如下。

1. 口服抗甲状腺药物治疗：目前仍然是最常用的方法。



本法安全、方便且无完全损伤甲状腺造成永久性甲状腺功能低下之虞，乐于为病人所接受。缺点是疗程长（需连续治疗1~2年或更长时间），复发率高，对于甲状腺肿甚大的患者不易根治，少数患者可发生药物所致的严重“粒细胞减少症”。本法特别适合于甲状腺肿大不甚显著，经治疗后甲状腺肿不逐渐长大或逐渐缩小者。对不宜作手术或已作手术复发又不宜用放射性碘治疗者，则只有采用长期口服抗甲状腺药物。

口服药治疗应在医师指导下进行。一般先用较大剂量（控制剂量）待症状基本消除后，改用小剂量（维持剂量）维持1~2年或更长时间。若症状复发，用药仍然有效。使用控制剂量的时间一般4~8周，视病情而异；使用维持剂量的大小亦因人而异有差别。常用的药物都是硫脲类化合物；如他巴唑或甲亢平（控制剂量10毫克每日3次，维持剂量2.5~10毫克每日1次），甲基硫氧嘧啶或丙基硫氧嘧啶（控制剂量100毫克每日3次，维持剂量25~100毫克每日1次）。在治疗过程中起初应每周看病一次，维持剂量阶段每月1次。看病时由医生调整药物剂量，并且检查白细胞和分类。密切注意“粒细胞减少症”的发生，一般白细胞总数降至4000以下，或/和中性粒细胞降至40%以下为停药指征。待白细胞回升（可用利血生、沙肝醇、维生素B<sub>4</sub>等）后再试用。当白细胞进行性下降时，应立即急诊收入医院观察和处理。

2. 手术治疗：甲状腺甚大，内科治疗无效的患者适用次全切除术治疗。在手术前必须先用抗甲状腺药物将甲亢症状控制下来，再加用碘剂（如芦戈氏碘液）10~14天，使甲状腺血流减少，变硬，有利于手术操作。手术治疗的复发率较



低，复发后一般改用内科疗法。有少数病人在手术以后出现永久性甲状腺功能低下，则须长期服用甲状腺制剂以维持甲状腺的功能（参见甲状腺功能减退节）。

3. 放射性碘治疗：口服放射性碘（ $^{131}\text{I}$  或  $^{126}\text{I}$ ）治疗甲亢勿须经内科治疗作准备。但需要休息和作必要的同位素检查。由同位素医师作出具体治疗方案。如首次口服（一个剂量的放射性碘）后不得控制。可于 6~12 月后再服一个剂量，也可换用其它治疗方法，如作手术。放射性碘治疗甲亢的方法简便，见效快，病人无痛苦。但有部分病人出现永久性甲低（在服药 1 年左右或更长时期），则需长期用甲状腺制剂作替代性治疗。

其它特殊的治疗：以突眼为主要表现的患者，除内科治疗外（一般浸润性突眼者不宜采用手术或放射性碘治疗），还需要眼科及放射治疗科的医师协助处理。有少数浸润性突眼的病人其它甲亢症状并不明显，甚至正常。这种病人的治疗主要是眼科处理。

甲亢危象必须紧急处理，应急症入院。预防甲亢危象唯一的方法是积极和有效地治疗甲亢，以及尽量避免那些能加重甲亢，诱发危象的因素，如感冒、感染、过劳、情绪激动、动手术及停服抗甲状腺药物等。甲亢危象病人在送医院前，可用冷水袋或冰水袋降热，口服镇静剂（见前），保持安静，安慰病人，注意通风，保持凉爽。

### 三、甲状腺功能减退症

甲状腺功能减退症（简称甲低）与甲亢相反，其发病原因系由于甲状腺激素合成及分泌减少或甲状腺激素的生理效应不佳而引起全身各系统病理性改变和相应的临床症状。按发病年龄可分为三型。

呆小病（克汀病）：甲状腺功能减退始于胎儿或新生儿。

幼年型甲低：甲状腺功能减退始于性发育前的儿童。

成年型甲低：甲状腺功能减退始于成年人。

各类典型甲低患者均可表现出“粘液性水肿”。

#### （一）成年型甲低的主要病因

1. 甲状腺本身病变致甲状腺激素合成减少，常见者有：

（1）原发性甲低，病因不确实，可能为自身免疫性疾病的结果。

（2）手术切除或<sup>131</sup>碘放射治疗使甲状腺组织损伤过多或甲亢药物治疗不当，如摄入碘化物或硫脲类药物过量等。

（3）慢性淋巴细胞性甲状腺炎对甲状腺的炎性损害。

（4）腺体广泛病变如转移性癌肿损伤甲状腺。

（5）缺碘。

2. 主要由于垂体或下丘脑病变使促甲状腺激素（TSH）分泌减少，甲状腺缺乏TSH的生理刺激，从而机能减退。常见于垂体肿瘤和产后垂体坏死。少数为下丘脑器质性病变所致。

#### （二）成年型甲低的主要表现

病因不明者多见于 40~60 岁的女性患者。男女之比为 1 4~5。本病起病隐匿。有时可在长达 10 余年的非典型表现后出现粘液性水肿。早期仅有畏寒少汗、乏力、胃纳差、月经紊乱、便秘、嗓音粗等。典型的症状有：

1.特殊呆滞面容、表情淡漠、畏寒少汗、体温低于正常、乏力嗜睡、懒语少言、语音低沉不清、动作呆钝、面色苍白有时呈蜡黄色。常可见浮肿但指压后并不凹陷，系粘液性水肿之特征。因水肿故体重增加。毛发脱落稀疏。

2.神经精神系统：嗜睡、记忆力减退、各种感觉能力如听力、视力、嗅觉均不如正常人灵敏。自觉耳鸣眩晕。可有精神失常，重者呈痴呆木僵，甚至昏睡。

3.心血管系统：心率缓慢、脉搏无力、血压偏低。因周围组织耗氧量减少，代谢低，故心力衰竭者并不多见。当有心包积液时，可出现气短气粗，颈静脉怒张、肝大、腹水、下肢水肿等征象。

4.消化系统：厌食、便秘、腹部胀气常见。半数病人胃酸缺乏。

5.肌肉骨骼：肌肉松软无力、肩背部肌尤甚。腹背部肌肉与小腿肌肉可发生痉挛性疼痛。关节也常疼痛甚至僵直。

6.生殖系统：性欲减退，男性阳痿，女性月经过多，久病可闭经。

粘液性水肿性昏迷：为本病最严重的表现，未经治疗的重症患者可由感染、腹泻、手术、麻醉或镇静剂使用不当而诱发。患者常先有嗜睡表现，体温低至 35℃ 以下，呼吸浅慢，心率过缓，血压下降，四肢肌肉松弛，神经反射减弱或消失。

最后可出现休克及心、肾功能衰竭而危及生命。

### （三）如何发现患有甲低病

当出现上述典型症状时，诊断并不困难。此时若用公式法初步推算基础代谢率，可在 - 30% ~ - 45% 以下，更支持甲低的诊断。应尽快去医院就诊，作进一步检查，测定血清  $T_3$ 、 $T_4$ 、TSH 等以明确诊断。但多数早期患者，由于症状常不典型，可能被误为贫血、心脏病、慢性肾炎及特发性水肿等。故如果患者，尤其是 40 ~ 60 岁妇女，自觉慢性乏力、畏寒、贫血、脱发、厌食而体重反见增加时，即应疑及本病。如出现听力减退、声音嘶哑及便秘等症状，常是本病重要线索，应到医院作甲状腺功能检查，以明确诊断。

### （四）甲低的治疗

治疗甲低唯一有效的方法是用甲状腺激素作替代性治疗。经充分治疗后成年型患者的所有症状，可得到改善。甲状腺制剂有多种，疗效以人工合成激素为优。国内最常用者为干甲状腺片，一般是每晨服 15 ~ 30 毫克，以后每 2 ~ 3 周递增 15 ~ 30 毫克，直到奏效。不宜开始就用较大剂量，尤其是重症患者，以免因代谢突然增高而诱发心力衰竭。用药后常先有利尿、消肿，然后畏寒、乏力、厌食等症状改善或消失。治疗中如发生心动过速、心律不齐、心绞痛、多汗、兴奋等现象，宜减少药量或暂时停药。待上述症状消失后，再行调整药量。若患者在家中出现粘液性水肿性昏迷，应尽快送往医院抢救，途中应注意保暖与防止痰液窒息。

## 四、糖 尿 病

### （一）什么是糖尿病

顾名思义，糖尿病是小便中有糖排出的疾病。这种描述虽然比较生动，但并不全面。实际上有一些糖尿病人尿内却查不到糖，这是因为人体肾脏排泄葡萄糖量取决于三个方面，即血糖浓度的高低，肾小球滤出葡萄糖的功能以及肾小管重吸收葡萄糖的能力。如果血糖只是轻度升高，滤出的葡萄糖就可以象正常人一样完全被肾小管重吸收回到血液中去；或者血糖虽然升高较显著，但肾小球滤过葡萄糖的能力降低，同样不会出现糖尿。

糖尿病实际上不是单一的疾病，它可以见于许多疾病的过程中作为该病的一项表现。但大多数糖尿病人的病因仍然不够明确。称之为原发性糖尿病，平常所称的糖尿病常常是指这种情况。虽然糖尿病的真正病因还欠明确。但科学家们早已了解发性糖尿病的核心问题是胰腺中具有内分泌功能的胰岛功能失常。胰岛可分泌多种激素，其中与糖尿病密切相关的有胰岛素与胰升血糖素。胰岛素使血糖转变为肝糖原贮存或转向脂肪组织中合成脂肪储蓄起来；同时也促进血糖转向肌肉等组织中代谢利用，提供人体所必要的代谢基质。胰升血糖素的作用与胰岛素相反，促进肝糖原分解转变为葡萄糖，促进脂肪分解，使一些氨基酸等非糖物质转化为葡萄糖，同时阻止葡萄糖进入肌肉等组织代谢利用。因此，胰岛素总的作用是使血糖降低而胰升血糖素是使血糖升高。糖尿病人

的特征性改变为胰岛素的绝对或相对不足而胰升血糖素的绝对或相对过多，其结果是血糖增高，如果超过肾脏的葡萄糖阈值，即滤出的葡萄糖不能为肾小管完全重吸收，就可出现糖尿。

综上所述，糖尿病是由于体内胰岛素绝对或相对缺乏和胰升血糖素绝对或相对过多而导致的一种代谢紊乱综合征，以糖代谢紊乱为主，表现为高血糖、糖尿、耐受葡萄糖负荷能力减退，同时伴有脂肪、蛋白质、水和电解质以及若干维生素的一系列代谢紊乱，因此构成临床上复杂多变的症状与并发症。

## （二）糖尿病如何分类及中老年糖尿病的特点

如前所述，糖尿病可大别为二类，一类是原因欠明的原发性糖尿病（即一般人所称的糖尿病），另一类为发生于其他疾病过程中的继发性糖尿病，亦称症状性糖尿病。继发性糖尿病多见于胰腺损伤、炎症、肿瘤等导致胰岛破坏的病人或一些其他内分泌疾病影响葡萄糖代谢的病人，例如肢端肥大症、皮质醇增多症和嗜铬细胞瘤等。另外，有一些遗传性疾病以及服用肾上腺糖类皮质激素等药物的过程中也可出现继发性糖尿病。

原发性糖尿病主要分为两型。第一型称之为胰岛素依赖型糖尿病，其特点为：多于青少年时发病；病情往往较重且发生发展较迅速；体内胰岛素常呈明显缺乏，因此血浆胰岛素水平很低而需要长期应用胰岛素治疗；容易发生酮症酸中毒。第二型称之为非胰岛素依赖型糖尿病，其特点为：多于中、老年发病；病情相对较轻而发展缓慢；体内胰岛素多于

相对地分泌不足，但其绝对值可以正常甚至升高，这是由于这类病人往往肥胖，而肥大的脂肪细胞常常因胰岛素受体数目减少以及与胰岛素结合能力降低而对胰岛素不敏感，因此虽然胰岛素水平正常或升高，仍然不能发挥其应有的作用而发生糖尿病。这些病人不能依赖胰岛素治疗；发生酮酸中毒的可能性较小。

综上所述，中、老年人所发生的糖尿病往往是属于非胰岛素依赖型，不少病人属肥胖体型或有家族糖尿病史，治疗的重点是控制饮食，适当减肥，必要时可辅以口服降糖药物，胰岛素只适用于某些个别病人以及有急性或严重慢性并发症的病人。

（三）原发性糖尿病的发病有关因素有哪些？中年以后为什么容易发生糖尿病

虽然原发性糖尿病的病因迄今尚未完全阐明，但业已明确胰岛素依赖型糖尿病与非胰岛素依赖型糖尿病的发病因素并不完全相同。目前认为遗传因素与这两类糖尿病都有密切关系。不少糖尿病人有家族病史。根据家系调查和同卵双胞胎的研究，成年起病型（非胰岛素依赖型）糖尿病与遗传的关系较青少年起病型（胰岛素依赖型）更为密切。但目前研究认为青少年起病型与组织相容性抗原基因之间有关联，而成年起病型则未发现这种情况。

病毒感染与自身免疫均已被证明与青少年起病型糖尿病有密切关系。不少病人在某些病毒感染后发病，经研究也有不少病人有细胞免疫与体液免疫两方面异常的证据。例如，有些青少年起病型糖尿病病人及其近亲可合并其他自身免疫性

疾病，如甲状腺功能亢进、慢性肾上腺皮质功能减退及恶性贫血等；有 60~85% 的青少年起病型糖尿病病人可发现血清内有抗胰岛细胞抗体，部分病人还可发现有抗甲状腺、抗肾上腺、抗胃壁细胞抗体等。至于成年起病型糖尿病则尚未发现与病毒感染和自身免疫之间的相互关联。

肥胖与多食是成年起病型糖尿病的常见现象，考虑与糖尿病的发病有密切关系。肥胖者脂肪细胞肥大而胰岛素受体数目减少，与胰岛素的结合力也降低，因此对胰岛素不敏感。多食一方面可引起肥胖，另一方面可直接刺激胰岛素的分泌，当其刺激过度超过胰岛所能忍受的负荷时，就可引起胰岛素分泌功能衰竭。

年龄因素也与耐受葡萄糖的能力有密切关系。随着年龄增长，胰岛素作用的靶细胞上受体数目及其亲和力都相应降低，因此容易发生相对性胰岛素缺乏而导致血糖升高。

其他如感染、创伤、妊娠、心肌梗塞等均可引起对抗胰岛素的激素水平升高，因此容易诱发糖尿病。

如上所述，中年以后病人容易发生糖尿病的原因可概括为两方面，一方面为内在的因素，往往与遗传有密切关系，因此有糖尿病家族史，特别是双亲都有糖尿病者其子女发生糖尿病的机会大大增加。另一方面为外在因素，包括多食、活动减少、应激、导致血糖升高的药物等。肥胖是中年后引起糖尿病的重要因素，它往往是内在因素（遗传）与外在因素（多食、活动减少等）的综合后果。

#### （四）糖尿病人有哪些常见表现

糖尿病人常见的表现有多尿（排尿次数及排尿量均可增



加), 烦渴多饮、多食善饥、疲倦乏力, 容易发生疖、痈, 皮肤瘙痒, 尤其是女性发生外阴瘙痒, 部分病人发病后体重显著降低。另外, 糖尿病人容易发生多种并发症。常见的并发症涉及大血管和微血管, 神经系统, 眼部, 肾脏, 脚部以及各种感染等。

神经系统最常见的表现为对称性多发性周围神经病变, 起病一般缓慢, 下肢受累者较上肢多见, 表现为两侧对称性的针刺性、烧灼性或痉挛性疼痛, 常伴感觉麻木、过敏或蚁行感, 以四肢远端最明显, 严重者可伴肌肉萎缩、肌力减退等。医生检查时可发现跟腱反射迟钝或消失, 神经传导速度迟缓, 不少病人可伴深感觉障碍。植物神经受累者比较常见, 主要表现为三方面: 心血管改变可引起心跳加速, 体位性低血压(即由卧位起坐或起立时血压降低, 可因暂时性脑供血不足而引起头昏、晕倒等症状), 各种心律失常; 消化系统受累可引起食道蠕动功能减退而引起吞咽不适, 胃潴留而致腹胀以及肠道症状如腹泻、便秘等, 有的病人因胆囊功能失调而发生胆汁淤滞, 合并胆囊炎及胆石症机会增加; 泌尿生殖系统受累者可引起膀胱张力降低而发生排尿障碍、尿潴留或伴失禁, 男性病人可发生阳痿、逆向射精等。另外, 植物神经受累的其他表现还包括皮肤萎缩, 阵发性多汗或无汗, 有的病人还可表现为不对称性出汗, 少数病人可出现瞳孔改变, 呈椭圆形或边缘不整齐。

心脏和大血管病变主要表现为糖尿病人发生冠心病机会增加, 其发病年龄较非糖尿病人提早, 高血压的发生率也增高。脑血管意外和心肌梗塞已成为当前糖尿病人致死的主因。

大血管病变也可引起间隙性跛行和下肢缺血性溃疡。糖尿病人的心脏病变除冠心病和高血压心脏病外，还包括植物神经系统病变所致的心脏功能改变和糖尿病心肌病变（主要由于供应心脏的微血管病变引起），可表现为心脏长大、心律紊乱、心绞痛、心肌梗塞、心力衰竭以及猝死等。

糖尿病的微血管病变主要反映在眼底的视网膜和肾脏两个方面。视网膜血管病变可表现为微血管瘤、出血以及新生血管形成，后者可导致纤维组织增生，甚至引起视网膜剥离、视网膜前出血等，所以糖尿病患者致盲者较一般人要常见得多。肾脏的微血管病变可引起肾小球损害，典型者称为结节型毛细血管间肾小球硬化症，也可引起弥漫性肾小球损害。肾小球病变的结果在临床上可表现为蛋白尿，肾病综合征（有大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇血症和全身严重水肿等），慢性肾功能衰竭。

眼部病变除视网膜病变外还可引起屈光不正、白内障、青光眼和虹膜病变等。

糖尿病人的肾脏损害除上述肾小球病变外还包括肾动脉粥样硬化、肾小管功能障碍、肾盂肾炎以及肾乳头坏死等。糖尿病病人由于肾脏供血障碍、尿糖增加以及植物神经功能失调等因素容易引起尿路上行性感染，因此发生肾盂肾炎机会增多。病人可出现尿频、尿急、尿痛等尿路症状，也可有腰痛和寒战、发热等表现。肾缺血与肾盂感染严重者可引起肾乳头与髓质坏死。肾乳头坏死后脱落可阻塞输尿管，引起肾盂积水，临床上除尿路症状、脓尿和血尿外，常有明显的感染、中毒症状，死亡率极高，但由于胰岛素和抗生素的广泛

应用，目前这种病例已很少见。

糖尿病人由于免疫功能低下，机体消耗以及血糖升高所致的高渗状态干扰补体的作用和阻滞白细胞的移动，因而有利于细菌的生长和繁殖，感染发生的机会增加。常见的感染包括葡萄球菌所致的疖、痈，霉菌所致的阴道炎，肾盂肾炎，胆囊炎等。过去，糖尿病人合并结核是引起死亡的常见原因，目前虽已改观，但糖尿病合并结核的机会仍高于非糖尿病人，且一旦合并，其死亡率较高。糖尿病人如合并较严重感染，常使病情恶化，可引起酮酸中毒或高血糖高渗性非酮性糖尿病昏迷（以下简称高渗性糖尿病昏迷）。因此糖尿病人一旦发生感染，应及时就医治疗。

糖尿病人脚部病变包括溃疡、坏疽、神经营养性关节病变等，不但影响病人活动功能，严重的坏死常需截肢，故应及早治疗。

除了上述各种表现外，糖尿病人常易发生高脂血症（胆固醇、甘油三酯、游离脂肪酸均可增高），骨质疏松以及痛风等。

#### （五）糖尿病容易发生哪些急性并发症

糖尿病严重代谢紊乱，特别是伴有各种诱发因素时，可导致胰岛功能急剧衰竭而发生酮酸中毒或高渗性糖尿病昏迷。使用胰岛素或口服降糖药的糖尿病病人，如药物用量过大或病人对药物耐受量降低时，容易发生低血糖，重者可致昏迷。

成年起病型的糖尿病人发生酮酸中毒的机会较青少年起病型的糖尿病人要低得多，但发生高渗性糖尿病昏迷的机会

却增多。

概括说来，酮酸中毒与高渗性糖尿病昏迷的诱发因素有一些是共同的，例如严重感染、手术、创伤、应激等。另一些诱发因素则两者各有侧重。例如酮酸中毒常发生于使用胰岛素的病人，一旦突然停用或减少胰岛素用量时可诱发酮酸中毒，而高渗性糖尿病昏迷则常见于 50~60 岁以上的糖尿病患者，常常因为进食糖类过多，饮水不足或服用激素、利尿药等诱发。

酮酸中毒与高渗性糖尿病昏迷的共同表现为明显脱水与不同程序的意识障碍，但前者常有明显的代谢性酸中毒。

脱水是由于大量排尿、进水不足以及恶心、呕吐等所致。脱水时表现为皮肤及口舌粘膜干燥、皮肤弹性降低、眼眶下陷，重者血压下降、甚至发生休克。意识障碍是失水、血糖升高所致的血浆渗透压升高、脑组织缺氧以及酸中毒等综合因素的后果，轻者表现为嗜睡、反应迟钝，重者可发生深度昏迷。医生检查时可以发现各种反射减弱或消失、四肢肌张力减低。但高渗性糖尿病昏迷病人除意识障碍外，常可伴发抽搐、偏瘫、偏盲、颈部抗力增高等各种神经征象。酸中毒的临床表现是呼吸深大，由于呼出气内含有丙酮，所以可嗅到烂苹果样的气味。

高渗性糖尿病昏迷病人常常先有心、肾功能减退的基础疾病，因此发生高渗性糖尿病昏迷后容易发生急性心肌梗塞与肾功能衰竭等严重合并症。

糖尿病人在应用胰岛素和口服降糖药过量时常可引起低血糖。低血糖的早期表现为饥饿感、心慌、出汗、脉搏加速、

震颤等。严重的低血糖可引起昏迷、偏瘫、抽搐等，如未及时处理则可导致不可逆性损害或死亡。值得提出的是，有些没有用过降低血糖药物的轻度症糖尿病人可表现为轻度低血糖发作，这是胰岛素的分泌与血糖高低不能协调同步所致。所以，糖尿病人无论是否使用降糖药物者均应熟悉低血糖的临床表现，一旦发生疑似情况及时告知医生，以保安全。

#### （六）怎样判断有否糖尿病

要确定糖尿病的诊断，需要化验尿糖和血糖。尿糖检查比较方便易行，但轻度血糖升高者及肾功能受影响者（肾阈升高）尿糖可以阴性，所以测定尿糖并不是发现早期糖尿病的灵敏和可靠的手段。常用的测定尿糖的方法是用斑氏试剂（含硫酸铜的溶液），葡萄糖、其他单糖类和还原性物质都可使其还原而呈现不同的色泽，常用以反映尿糖量的多少。此法特异性不强，必要时可使用特异性强的葡萄糖氧化酶法（业已有多种含此酶的试纸和片剂）测定。

血糖测定是确定糖尿病的重要手段。正常人空腹血浆葡萄糖值为 70 ~ 115 毫克%。如空腹血浆葡萄糖超过 140 毫克%而有临床糖尿病症状者则可确诊为糖尿病；无症状而空腹血糖测定多次超过 140 毫克%或餐后 2 小时血浆葡萄糖超过 200 毫克%者亦可诊断为糖尿病。

对于单凭空腹或餐后血糖测定不能确诊而临床上仍然怀疑有糖尿病者应进行葡萄糖耐量试验，一般采用口服法，成人用 75 克葡萄糖溶在 300 毫升水内清晨空腹口服，服糖前及服糖后半小时、1 小时和 2 小时各抽血一次测定血糖，可将血糖值与时间作为座标画成曲线，称为口服葡萄糖耐量曲线。正

常人空腹血浆葡萄糖低于 115 毫克%，服糖后半小时和 1 小时均低于 200 毫克%，服糖后 2 小时低于 140 毫克%。空腹血浆葡萄糖低于 140 毫克%而服葡萄糖后各次测定值均超过 200 毫克%者则可诊断为糖尿病。如空腹血浆葡萄糖低于 140 毫克%而服糖后 2 小时测定值介乎 140~200 毫克%之间则称之为糖耐量减低。若空腹血浆葡萄糖已超过 140 毫克%经复查无误则不必作此试验即可作出糖尿病的诊断。应该注意的是作口服葡萄糖耐量试验前三日要按照医生嘱咐进食足够量的碳水化合物，每日至少 150 克，否则可影响试验的正确性。

其他检查如糖化血红蛋白、胰岛素释放试验或 C 肽测定等也有助于糖尿病的诊断与追踪治疗效果。肝、肾功能检查，血、尿酮体测定，血清电解质（氯化物、钠、钾）测定，心电图检查，胸部 X 线检查以及血脂测定等均有助于糖尿病并发的诊断。

（七）有哪些情况应及时去医院检查有否糖尿病

1. 有糖尿病家族病史者。
2. 中年后肥胖、多食或嗜甜食者。
3. 反复发生皮肤疖、痈，外阴瘙痒，牙龈炎或龋齿以及各种感染者。
4. 有高血脂症、皮肤黄色瘤或较早发生动脉粥样硬化或高血压者。
5. 有多饮、多尿或不明原因消瘦者。
6. 有白内障、屈光不正或疑似糖尿病眼底病变者。
7. 原因不明的周围神经炎或植物神经功能紊乱者。

8 反复发生尿路感染或小便常规检查多次发现尿内有蛋白者。

9 下肢发生慢性溃疡、肢端坏疽者。

10 女性病人既往有反复流产、早产、羊水过多或巨大胎儿史者。

#### (八) 怎样治疗糖尿病

由于原发性糖尿病的病因尚未完全明确，目前尚无法根治。但通过适当治疗，糖尿病人完全可能达到控制病情发展，纠正代谢紊乱以及维持正常生活和正常寿限。治疗的目的是纠正代谢紊乱和防止各种并发症，力求使病人恢复正常生活和正常工作。为了达到满意的治疗效果，病人应该知道糖尿病是一终身性疾病，需要长期与医生密切配合，按确定的正确方案坚持治疗。病人本身应该了解糖尿病的基本知识，接受一些基本的训练，特别应该掌握自己的病情、监测方法，治疗方案并如何进行饮食控制；用药物者要知道所用药物的作用规律和可能发生的副作用。适当的体育锻炼和文娱活动有助于调节神经功能和代谢状态，可促进组织对葡萄糖的利用。中、老年肥胖糖尿病患者经适量的运动和增强体力活动可使体重降低，有利于控制糖尿病和防止并发症。如病情较重或有严重并发症则应限制体力活动，必要应加强卧床休息。另外，也应注意体力活动过度可诱发低血糖。总之，糖尿病人必须有一个恒定的起居生活制度。

饮食控制是治疗糖尿病的最基本原则，对于中、老年肥胖糖尿病人尤其重要。许多肥胖的轻度糖尿病病人，经过严格的饮食控制，持之以恒，随着体重的降低，糖尿病就可得到满意的控制，不必使用药物。饮食治疗的基本原则是医生



根据病人的情况确定每日应摄入的总热量，然后精确地计算每日总热量中碳水化合物、脂肪和蛋白质应占的比例，进行适当的配膳，确定一天之间进餐的次数和内容，目的是使病人的体重保持在接近标准体重（见肥胖症附表）的水平。病人应与医生密切配合，切勿擅自增减饮食。多食富含纤维素的食物既可避免饥饿感，又可延缓食物的吸收，避免血糖的剧烈波动。病人应避免进食含白糖、葡萄糖的饮食，因为这些单糖吸收迅速，最易引起血糖的增高。

治疗糖尿病的药物可概括为两大类。一类为口服降糖药物，另一类为胰岛素。口服降糖药物主要用于单纯饮食控制效果不满意而病情不太重的非胰岛素依赖型糖尿病。这类药物根据其化学结构不同又可分为两类，一类称为磺脲类药物，常用的有甲磺丁脲（甲糖宁），氯磺丙脲、优降糖和达美康。剂量和用法见表 6-1。

表 6-1 口服降血糖药的剂量和用法

类别	药 名	每片量 (毫克)	初剂量/日 (毫克)	维持量/日 (毫克)	最大量/日 (毫克)
磺脲类	甲磺西脲(甲糖宁 D860)	500	1,500 ~ 3,000 分 3 次	500 ~ 1,500 分 2 ~ 3 次	3,000
	氯磺丙脲	100 250	300 ~ 500 早餐前一次服	100 ~ 250 早餐前服一次	500
	优降糖	2.5 5	2.5 ~ 10 1 次或分 2 次	2.5 ~ 7.5 1 次或分 2 次	15
	达美康	80	80 ~ 240 1 次或分 2 次	80 ~ 160 1 次或分 2 次	400
双胍类	降糖灵 (简称 DBI)	25 50	50 ~ 75 1 次或分 2—3 次	25 ~ 100 1 次或分 2—3 次	150
	叶糖片	250 500	1000 ~ 1500 1 次或分 2—3 次	500 ~ 3,000 1 次或分 2—3 次	3,000

这类药物可以引起荨麻疹、皮肤红斑、食欲减退、恶心



呕吐以及低血糖等副作用，偶尔还可引起白细胞减少、血小板减少、再生障碍性贫血、黄疸及剥脱性皮炎等。一旦发生上述情况，应及时告知医生，以便作及时的处理。另一类口服降糖药称为双胍类药物，这一类中常用的有降糖灵和降糖片（剂量和用法见表 6-1）。这类药物较易引起食欲不振、口内有金属味、恶心呕吐等胃肠道反应。降糖灵用量较大还可引起乳酸酸中毒，表现为软弱无力、恶心呕吐、呼吸深大，重者可致昏迷，故使用时必须严格遵守医生处方的剂量。有的病人合并使用一种磺脲类药物和一种双胍类药物可以得到较好的控制并能减少每一种药物的用量而避免副作用。

胰岛素是治疗胰岛素依赖型糖尿病和急性并发症的最重要的药物。对于有严重加杂感染大手术或慢性严重并发症非胰岛素依赖型糖尿病的病人，有时也有必要使用一段时间胰岛素。对于经饮食控制或口服降糖药物有效的非胰岛素依赖型糖尿病不应随便使用胰岛素。

胰岛素按其发挥作用快慢以及作用时间长短可分为三类：第一类为短效（快作用）胰岛素，常用者称正规胰岛素或普通胰岛素，不但可用于皮下注射，而且可作静脉注射或滴注，主要用于急性并发症以及病情欠稳定的情况；有的病人先用正规胰岛素控制病情后，可改为作用时间较长的胰岛素或与后者混合使用。第二类为中效（中作用）胰岛素，常用者为中性精蛋白锌胰岛素。第三类为长效（慢作用）胰岛素，常用者为精蛋白锌胰岛素。后二类均不能作静脉注射，因此不能用于救急，适用于病情相对较轻而比较稳定的病人。所有胰岛素口服后均遭破坏而失效，因此不能用以口服。各类

## 胰岛素的与作用时间与用法见表 6- 2。

表 6- 2 各类胰岛素的作用时间、使用途径与用法

类别	名 称	注射 途径	注射后作用时间 (小时)			用 法
			开始	最 强	持 续	
短效 快作用	正规胰岛素 或称普通胰岛素 (简称 R I.)	皮下	1/2	2~4 天	6~8	餐前 1/2 小时给药,每日 3~4 次 糖尿病酮酸中毒、高渗性 糖尿病昏迷或其他紧急 情况下可作静脉注射或 静脉滴注
		静脉	即刻	1/4~1/2	1~2	
中效 中作用	中性精蛋白 锌胰岛素 (简称 N P H.)	皮下	2	8~12	18~24	一般于早餐前 1 小时约 药。病情不稳定者可将第 日用量分成 2 次,2/3 早 于早餐前 1 小时给约,其 余 1/3 于晚餐前 1 小时 给予。
长慢 作用 效用	精蛋白锌胰 岛素 (简称 P Z I.)	皮下	3~4	14~20	24~36	早餐前 1 小时给药,每日 /次有时可与短效胰岛素 混合后替代中效胰岛素。

胰岛素的具体用量应由医生根据病情、血糖水平、病人既往对胰岛素的反应与耐受情况。饮食与活动情况等决定初剂量,随后根据病人反应以及血、尿糖情况逐步调整用量,待糖尿病得到满意控制后再减至维持量。因此,开始使用胰岛素的病人,最好先住院观察一段时间以便调整剂量并防止严重副作用。病人必须学会自己检查尿糖,每餐前检查一次,作好记录。同时还应学会自己注射胰岛素(应该用专门注射胰岛素的小针筒,抽吸量必须正确,要经常更换注射部位以防局部发生皮下脂肪萎缩或硬结)。待病情稳定后,可出院按医嘱治疗,但仍应定期与医生保持联系。应该注意的是,所有

注射胰岛素的病人必须了解胰岛素注射过量或与饮食、活动等配合不当可引起严重的低血糖反应，甚至发生昏迷。因此用胰岛素的病人应熟悉低血糖反应的先兆症状（见前述）并于口袋中准备一些糖果或点心，最好还随时携带一张卡片，上面写明自己的姓名、地址、糖尿病病情以及正在使用胰岛素治疗等。这样，一旦发生昏倒时，他人可即刻将病人口袋中的糖果喂给并及时送医院急救。少数情况下，胰岛素还可引起其他局部和全身过敏反应，故应经常保持与医生联系，切忌自行停用或减少胰岛素剂量。有少数病人由于体内对胰岛素产生大量抗体而对胰岛素不敏感，需要用极大剂量的胰岛素，但随着胰岛素制剂的高度纯化以及人胰岛素的采用，这种情况已很少见。近年来国内外都在研究人工胰（胰岛素泵）与胰腺或胰岛细胞移植，对于难以用一般注射方法控制的病人可能使疗效明显提高。

中草药如玉泉丸、六味地黄丸等对糖尿病症状的控制也有一定疗效，但降血糖的效果一般不如西药可靠。

对于有酮酸中毒或高渗性糖尿病昏迷的病人应迅速抢救，错过时机常可导致严重后果。抢救的要点是及时给予快作用胰岛素（必要时应静脉注射或滴注），补充足够的液体和电解质（氯化钠与氯化钾），有严重酸中毒时还要补充碳酸氢钠。其他措施包括给氧，放置胃管，精细的护理，及时抽血、留尿并作心电图检查，监护病情以及防治各种诱发病和并发症都是十分重要的。

### （九）如何预防中老年糖尿病

由于糖尿病的病因尚不够明确，故缺乏肯定的预防措施。

但中年后适当控制饮食、防止过度肥胖、坚持适量的体力活动与体育锻炼都可能对防止糖尿病的发生与发展有益。定期的医疗检查，及早发现糖耐量减退而采取适当措施有利于延缓本病的发展并可能避免严重的并发症。

#### (十) 糖尿病满意控制的参考标准

1. 症状基本消失。
2. 保持良好的健康与营养状况，使体重维持在接近正常的水平。
3. 空腹血浆葡萄糖低于 130 毫克%，餐后 2 小时血糖低于 160 毫克%；如不能达到上述标准则应力求使空腹血糖低于 150 毫克%，餐后 2 小时血糖低于 200 毫克%。
4. 空腹尿糖阴性，24 小时尿糖不超过 5 克。
5. 如能检查糖化血红蛋白，应维持在正常或接近正常水平。

## 五、肥 胖 症

### (一) 肥胖的判断标准

肥胖是指人体内脂肪储积过多而引起的体重过量增加。虽然各人的体重并不一致，但正常人的体重大致与身高呈一定的比例。这是由于人体的神经~内分泌系统可以精密地调节体内的代谢，因而保证了体重的相对恒定。一般人对胖瘦的判断往往是根据直观所得的印象，但医学上常用的标准是以超过标准体重 20% 以上才称为肥胖。标准体重是根据身高、年龄以及性别来决定的，我国正常人的标准体重见表 6-

3. 例如身高 165 厘米的 50 岁男性的标准体重根据表所列应为 60 公斤，如超过 72 公斤则称之为肥胖。习惯用的简单推算公式为：

标准体重 (公斤) = 身高 (厘米) - 105 这种计算法常较表中所列数字为高，且没有年龄和性别区分，所以不太正确。

必须指出，超重并不一定是肥胖。在明确肥胖诊断前，应该除外由于肌肉过度发达、水肿、体腔积液以及体内巨大肿瘤等引起的体重增加。

## (二) 肥胖的分类

肥胖不是单一的疾病，它可以是许多疾病的一种表现。肥胖大致可分为两类，即单纯性肥胖与继发性肥胖。

单纯性肥胖是指没有明显的内分泌、代谢紊乱作为病因基础的肥胖，根据其发病年龄与发生机理又可分为两种：一种为体质性肥胖，常常从小就开始肥胖，多数有遗传倾向，家族中其他成员也常肥胖。这种肥胖常呈全身性分布，体内脂肪细胞不但肥大，且数量增多，即使经严格饮食控制，常常不能满意地使体重减轻。另一种为获得性肥胖，亦称过食性肥胖，是在遗传因素的基础上进食过多，特别是多进甜食或肥腻食品而引起。此型常于成年后，尤其是中年以后发病者居多，脂肪分布以躯干为主；脂肪细胞肥大，但并不增多。此型经饮食控制后常可使体重减轻。

继发性肥胖是指由其他疾病所引起的肥胖，绝大多数系内分泌～代谢疾病过程中由于某些与糖、蛋白质、脂肪代谢有关的激素分泌异常所致。这类肥胖中常见的如皮质醇增多症（亦称柯兴氏综合症，系肾上腺皮质功能亢进的一种，分

泌糖皮质激素过多)、胰岛素分泌瘤、下丘脑疾病以及性腺功能减退等。与单纯性肥胖相比,这些疾病所引起的继发性肥胖要少见得多,而且中、老年人的肥胖大多数为单纯性肥胖,故本节中继发性肥胖从略。

(三)单纯性肥胖的发病原因是什么以及为什么中年以后容易发生肥胖

当人体进食的热量超过消耗的热量时,就会以脂肪的形式储存起来。但正常人体内有完善的神经~内分泌调节,可以使合成代谢与分解代谢保持相对恒定,从而保证适量的脂肪储存而不至于发生过胖或过瘦。然而,这种调节有一定限度,如有下列因素存在,则容易引起单纯性肥胖:

1.遗传因素:不少肥胖病人有家族肥胖史,有的病人进食并不多却发生肥胖,考虑可能是遗传所引起的脂肪细胞的受体数量或功能发生改变的结果。

2.神经精神调节失常:可以通过对食欲的影响或通过植物神经(交感神经与副交感神经)的兴奋性变化以及内分泌功能的改变而影响物质代谢。所以神经精神调节失常既可以引起消瘦,也可能引起肥胖。

3.进食过多:特别是多吃高脂肪食品、甜食、啤酒等,容易发生肥胖。

4.活动太少:长期缺乏体力活动或缺少体育锻炼者容易发生肥胖。有些慢性疾病的恢复期,经过长期卧床后逐渐发生肥胖。

中年以后,尤其是女性容易发胖。其原因一方面可能与绝经期后性腺激素分泌的改变以及神经精神调节失常有关,

另一方面上了年纪的人常常喜静少动，爱吃甜食、啤酒等因素有关。在经济发达的西方国家，肥胖已成为社会保健工作中的一个大问题。我国解放后，特别是近十年来经济条件大大改善，发生肥胖者也明显增加，说明营养情况以及心情与肥胖的发生确实有密切的关系。

#### （四）肥胖有哪些不良后果

肥胖对人体的影响与肥胖的程度、病程的长短有密切关系。轻度肥胖可以没有症状，也不引起严重后果。历时久的显著肥胖者常可出现各系统症状，甚至发生严重并发症。

常见的症状包括食欲增强、易饥、腹胀便秘、腰背及关节酸痛；肥胖显著者皮肤可出现细小的浅红色条纹，出汗多时易于磨损、脱皮、引起皮炎或皮癣并可引起继发性感染，主要发生在皮肤皱折处。严重肥胖者可出现一系列心血管与呼吸系统表现，例如气促、乏力、心悸等，时间久后甚至可以导致肺心病、心脏长大、心力衰竭等。另外，肥胖病人还容易出现嗜眠、高血压、高脂血症（甘油三脂、胆固醇及游离脂肪酸均可升高），糖耐量减退（即在进食后比正常人易于引起血糖升高）以及胆结石、胆囊炎等并发症，发生痛风的机会也增加。肥胖者也比较容易引起性功能紊乱；女性可以发生闭经、月经紊乱，男性可以发生阳痿等。

#### （五）怎样预防中老年的肥胖

对于单纯性肥胖的预防往往比治疗更为有效，特别是对于获得性肥胖，预防是更为有效的措施。预防的重点是两方面。其一为适当限制进食量，尤其是高热量、高糖类和高脂肪的饮食，啤酒也应少饮。动物油脂类含饱和脂肪酸量高，应



尽量少吃；植物油类如玉米油、麻油等含饱和脂肪酸少，不但有利于避免肥胖，也可减少高脂血症与高血压的发生率。其二为适当进行体力劳动与体育锻炼。对于长期从事脑力劳动的知识分子与国家干部，参加一些力所能及的体育活动，如体操、太极拳、长跑、散步、乒乓球、羽毛球等活动，若能持之以恒，对预防肥胖的发生非常重要。

#### （六）发生肥胖后怎样治疗

肥胖的治疗仍以饮食控制与增强体力活动为主，不能依赖药物。因此治疗主要靠肥胖病人本身适当地安排生活。轻度肥胖者可适当限制脂肪与糖类的入量，每日进食不宜过多，适当地参加体力活动和体育锻炼。较明显的肥胖则需严格地限制每日进食的总热量，控制在每日 1200 卡以下，目的是使体重每周减轻 0.5~1 公斤，食物中保证一定量的蛋白质（以标准体重计每日每公斤应进入蛋白质 1 克），碳水化合物每日 150~200 克，其余部分可给脂肪，但应减少动物脂肪量。运动量需结合个体情况决定，如有心血管并发症者应逐步增加轻微活动，必须注意身体的耐受情况，重要的是每日坚持。总之，肥胖的治疗不能要求短时间内减肥，否则可能引起不良的后果。

药物治疗虽然可以通过抑制食欲，增加分解代谢等达到减轻体重的目的，但不少药物具有副作用且可引起体内平衡的失调，且停药后效果一般不能持久，所以仅能作为辅助治疗措施并应在医生指导及观察下服用。常用的药物有两类：一类为抑制食欲的药物，包括苯丙胺及其衍化物；另一类为甲状腺激素等刺激代谢作用的药物。这些药物均有可能引起一



系列副作用，包括焦虑、失眠、胃肠道反应、出汗、心悸、血压升高等，所以切勿擅自盲目使用。

国外肥胖者较我国更多，有的病人可重达 400~600 磅以上。对这些极度肥胖的病人，有人主张用间歇饥饿疗法（即在一段时间内只进水及不含热卡的饮料）并加用甲状腺激素与利尿药。但这种治疗如观察失当很容易引起失水、酸中毒等严重并发症，国内一般不采用。也有人主张对高度肥胖者进行手术切除一部分肠道或进行肠道短路手术，这种治疗也不符合生理要求，需要慎重权衡得失利弊，目前国内很少进行。

表 6-3 我国正常男子身高与体重 (公斤) 表  
(女子平均减少 2.5 公斤)

身 高 (厘米) 年 龄	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~60	总平均
153	46.5	48.0	49.1	50.3	51.1	52.0	52.4	52.4	53.0
154	46.8	48.5	49.6	50.7	51.5	52.6	52.9	52.9	50.7
155	47.3	49.0	50.1	51.2	52.0	53.2	53.4	53.4	51.2
156	47.7	49.5	50.7	51.7	52.5	53.6	53.9	53.9	51.7
157	48.2	50.0	51.3	52.1	52.8	54.1	54.5	45.5	52.1
158	48.8	50.5	51.8	52.6	53.3	54.7	55.0	55.0	52.6
159	49.4	51.0	52.3	53.1	53.9	55.4	55.7	55.7	53.1
160	50.0	51.5	52.8	53.6	54.5	55.9	56.3	56.3	53.6
161	50.5	52.1	53.3	54.3	55.2	56.6	57.6	57.0	54.3
162	51.0	52.7	53.9	54.9	55.9	57.3	57.7	57.7	54.9
163	51.7	53.3	54.5	55.5	56.6	58.0	58.5	58.5	55.5
164	52.3	53.9	55.0	56.3	57.4	58.7	59.2	59.2	56.3
165	53.0	54.5	55.6	56.9	58.1	69.4	60.0	60.0	56.9
166	53.6	55.2	56.3	57.6	58.8	60.2	60.7	60.7	57.6
167	54.1	55.9	56.9	58.4	59.5	60.9	61.5	61.5	58.4
168	54.6	56.6	57.6	59.1	60.3	61.7	62.3	62.3	59.1
169	55.4	57.3	58.4	59.8	61.0	62.6	63.1	63.1	59.8
170	56.2	58.1	59.1	60.5	61.8	63.4	63.8	63.8	60.5
171	56.8	58.8	59.9	61.3	62.5	64.1	64.6	64.6	61.3
172	57.6	59.5	60.6	62.0	63.3	65.0	65.4	65.4	62.0
173	58.2	60.2	61.3	62.8	64.1	65.9	66.3	66.3	62.8
174	58.9	60.9	62.1	63.6	65.0	66.8	67.3	67.4	63.6
175	59.5	61.7	62.9	64.5	65.9	67.7	68.4	68.4	64.5
176	60.5	62.5	63.7	65.4	66.8	68.6	69.4	69.5	65.4
177	61.4	63.3	64.6	66.5	67.7	69.5	70.4	70.5	66.3
178	62.2	64.1	65.5	67.5	68.6	70.4	71.4	71.5	67.1
179	63.1	64.9	66.4	68.4	69.7	71.3	72.3	62.6	68.0
180	64.0	65.7	67.5	69.5	70.9	72.3	73.5	73.8	69.0
181	65.0	66.6	68.5	70.6	72.0	73.4	74.7	75.0	69.8
182	65.7	67.5	69.4	71.7	73.0	74.5	75.9	76.2	70.7
183	66.5	68.3	70.4	72.7	74.0	75.2	77.1	77.4	71.6

## 六、痛 风

痛风主要见于中老年男性。其特征性表现为慢性关节炎并反复急性发作，关节畸形，痛风石形成，肾结石以及在病程后期出现肾功能不全等。因为关节损害是痛风病最主要的表现，故常易与风湿性关节炎、类风湿性关节炎、化脓性关节炎等相混淆，造成诊断及处理的失误，甚至可以加重病情。少数病人因仅有肾脏病变而无关节症状，又易与慢性肾炎相混淆。过去认为本病在国内较少见。近年，随着检测手段的进步，已发现较多的病例。

### （一）痛风是怎样形成的

痛风是嘌呤代谢紊乱引起血中尿酸过高，并沉积于关节、软组织、软骨、骨骺及肾脏等处而形成的一种疾病。

嘌呤是一类化合物，是细胞内核酸的组成成份。嘌呤可在体内合成或由食物摄入，在体内最终代谢为尿酸、尿酸大部分经肾脏排出，少部份经消化道排出。假如尿酸形成过多或/和排出障碍，将形成高尿酸血症。这时，尿酸可沉积于组织中，尤其是关节、软骨和肾脏。因为这些地方血管较少，酸度低和富含粘多糖酸而有利于尿酸的沉积。由于沉积部位的炎性反应而形成尿酸性关节炎和相应的症状。尿酸的堆积聚合则形成尿酸结石。肾脏的慢性损害可最终导致肾功能衰竭。

### （二）痛风的病因和诱因

痛风有遗传性(这称为原发性痛风)。患者嘌呤代谢旺盛，尿酸生成增多。但发病的机理尚不全明了。继发性痛风可见

于 I 型糖元累积病、肿瘤、慢性肾脏病和长期服用某些影响尿酸排泄的药物，如克尿噻类、速尿、吡嗪酰胺等。服食富含嘌呤类的食物可加重高尿酸血症，如动物内脏、肉类、豆制品、菠菜及蘑菇等。高尿酸血症不一定出现痛风症状，因尿酸在组织的沉积和引起炎症反应还有别的因素，如局部的酸度和个体的反应性差别。

### （三）痛风的主要症状

发生高尿酸血症到出现痛风可长达数年至数十年，故本病多见于中老年人。主要为男性，男：女为 20：1。肥胖者，糖尿病人、高血压、高脂血症及冠心病病人，痛风的发病率较高。大多高尿酸血症者始终不患痛风，特别是尿酸仅轻度增高者。痛风的主要症状分述如下。

#### 1. 关节症状

急性关节炎主要表现为关节疼痛。严重者或反复发作者常有红、肿、热、痛甚至关节腔积液。初时多先累及单个关节，以后可发展为多个关节。最常受累关节为跖趾关节（尤其是脚第一跖趾关节，可能与该处持重及活动多易受损害有关），其次为各指、趾关节、踝腕关节、膝肘关节等。关节积液多发生在大关节。关节疼痛甚剧时影响休息，尤其是夜间，也引起活动受限。局部皮肤搔痒及脱屑。

急性发生可持续数日或数周，一年复发一次或数次，也有隔数年始复发者。多次复发和愈来愈频繁的发作使缓解期缩短或不能完全缓解，关节变形，软骨及关节周围组织损坏，结缔组织和骨质增生。关节活动受限。脊柱、胸锁关节及肋软骨受累时，可出现背痛、胸痛、肋间神经痛、坐骨神经痛

等。以上即痛风的慢性期。

2. 痛风石症状：痛风石最常发生于关节、软骨、皮下和肾脏。表浅者呈皮下硬结可以用手触及或看到，如在关节周围，皮下，耳廓，指端，掌指等处。破溃时有白色液流出（显微镜下可看到大量的尿酸盐结晶），少数形成瘘管，经久不愈合。在肾脏的结石可引起肾绞痛及血尿等症状。排出的结石主要为尿酸盐结晶。尿中也可以查出大量尿酸盐结晶。

3. 慢性肾脏损害：尿酸盐易沉积于肾脏间质而发生间质性肾炎。常被误诊为肾小球肾炎等病。间质性肾炎和肾结石均易继发感染。病程后期可发展为慢性肾功能衰竭。如伴肾性高血压、蛋白尿及夜间多尿等，最终出现尿毒症。

#### 4. 其它症状和实验室检查

在急性发作期患者常有发热、畏寒、厌食、疲倦等症状。白细胞增高，血沉加快常见。患者血尿酸高于 5 毫克/100 毫升（正常男性 2.4~6.4，女性 1.6~5.2），大多数高于 10 毫克/100 毫升。尿中也可查见尿酸盐结晶（但诊断特异性不如血尿酸）。关节积液可抽出检查，可发现大量尿酸盐结晶，为诊断依据之一。尿检间歇性血尿或镜下红细胞增多仅有参考价值。X 线检查可发现关节软骨之损害和骨骺部的圆形缺损，关节骨质增生及关节腔积液等改变。泌尿道 X 线比衬造影可发现结石。

#### （四）痛风的治疗和预防

在急性发作期病人应卧床休息，抬高患肢，尽快使用药物以缓解病情。预防或减少急性反复发作的措施有：少食含嘌呤丰富的食物（见前），应选食水果、牛奶、鸡蛋白、油类

及细粮、服能促进尿酸排出的利尿剂（见下）。另外应戒烟戒酒，避免感冒及感染和关节的过劳或创伤。治疗痛风的药物如下：

1. 秋水仙碱：可抑制嘌呤代谢为尿酸，为痛风特效药。愈早用愈好。能迅速控制急性发作。开始剂量 0.5~1 毫克，以后每小时 0.5 毫克直至疼痛等症状缓解，如出现腹泻等胃肠道的副作用需停药。总剂量不超过 6 毫克。维持剂量为每日 0.5~1 毫克口服。秋水仙碱可作静脉注射。以 1 毫克溶于 20 毫升生理盐水中缓慢静脉注射（20 分钟），每 6 小时 1 次，24 小时内不超过 4 毫克。症状控制后用服维持量同上，秋水仙碱可引起白细胞下降，少数患者对药物过敏。故应在医师指导下用药。

其它控制急性发作的药物尚有：

(1) 保太松 0.1 克，每日 3~4 次，口服。

(2) 消炎痛 50 毫克，每日 3~4 次，口服。

(3) 激素类如强地松或强地松龙（10 毫克每天 3 次口服）、地塞米松（0.75 毫克每日 3 次口服）及倍他米松（2.5 毫克每日 3 次口服）等。肌注或静脉滴注一般剂量的氢化考的松或地塞米松在必要时也可采用。

2. 利尿药：多饮水多排尿对尿酸排出有利。应使每天尿保持在 2~3 千毫升。利尿药可用丙磺舒（开始 0.25 克每日两次口服，两周增至 0.5 克每日 2~3 次）、苯氨唑酮（有胃粘膜反应，患溃疡病者不宜用）及苯溴酮（宜于已有肾功能不全者）等。用碳酸氢钠碱化尿液对尿酸排出有利。

3. 抑制尿酸合成药：适用于高尿酸血症伴肾功能不全或利

尿药效差者。常用者为别嘌呤醇（100～200 毫克每日 3 次口服）。但此药有抑制骨髓的副作用，可使白细胞减少，须注意。

## 七、经绝期综合征与男性更年期综合征

### （一）什么是经绝期综合征与男性更年期综合征

人的一生中经历着婴儿期、儿童期、青春期、青壮年期、更年期、老年期各个阶段。青春发育期是性腺迅速发育成熟的时期。女性开始月经来潮，乳房逐渐长大，其他女性次性征出现，并呈女性特征性的体态，男性则表现为性器官发育，男性次性征出现，声音改变以及肌肉渐趋发达。伴随着生理状态的改变，心理状态也与儿童期有明显的差异。更年期则是性腺功能开始逐步减退的时期，女性的更年期常常以月经的改变（例如月经不规则，经血量减少等）过渡至月经停止作为明显的标志，因此女性的更年期往往就是经绝期；但是，有一些女性在年轻时因为卵巢疾病或因某些疾病作了卵巢摘除手术，则经绝期提前出现。男性的更年期的标志不如女性明显，但到了一定年龄时，其性腺功能亦逐步趋向降低。同样，无论在更年期的男性或女性，除了有生理方面的改变外，也往往伴有心理（精神神经）方面的变化。

根据上面所述，可知经绝期综合征是指妇女在停经期前后由于卵巢功能减退而出现征候群（即若干共同存在的症状和体征），男性更年期是指男性到达性腺功能减退时期所出现的征候群。除了女性的特征性月经变化及男、女两性各自性器官的特点外，有一些生理与心理方面的变化在两性是相同

的。

### (二) 更年期究竟在什么年龄出现

更年期与遗传、体质、种属、营养情况等都有一定关系。随着时代的进步、科学的发展，人类寿命普遍延长，生活条件日益改善，衰老趋势逐渐后移，所以更年期也较昔日后延。虽然目前尚缺乏精确的调查，但一般认为女性的经绝期多数在 45 岁至 50 多岁之间，平均约在 50 岁左右，个别的可以到 60 岁左右才停经。男性的更年期多数在 50 至 65 岁之间，平均约为 55 岁。

### (三) 发生更年期综合征的内分泌变化背景是什么

女性的性腺是卵巢，分泌的主要激素有两类，一类为雌激素（亦称女性素或求偶素），另一类为孕激素（亦称黄体激素）。男性的性腺是睾丸，分泌的激素称为雄激素（亦称男性素，以睾丸酮为主）。性腺是接受脑垂体前叶分泌的促性腺激素领导（刺激）的。促性腺激素分为两种，一种称为卵泡刺激素，另一种称为黄体生成素。这两种促性腺激素分泌水平的高低对于性腺的生长、发育和成熟密切相关。另一方面，当性腺分泌激素水平升高时又反过来抑制垂体前叶促性腺激素的分泌，在医学上称之为负反馈。经绝期或男性更年期时，性腺功能趋向减退，因此性腺激素分泌不足，对垂体促性腺激素负反馈作用削弱，血浆内促性腺激素水平就高于正常更年期前的水平。

此外，垂体分泌促性腺激素还受下丘脑分泌的促性腺激素释放激素以及更高级的大脑皮质的调节和控制。在经绝期（更年期）时，垂体与下丘脑和大脑皮质之间相互调控的



正常关系也受到干扰，所以大脑皮质的功能状态可以影响经绝期（更年期）的发生时间以及症状的轻重，同时经绝期（更年期）时也容易出现精神神经功能紊乱的症状。

#### （四）经绝期综合征和男性更年期综合征的表现及治疗

经绝期综合征见第十四章五节；男性更年期综合征见第十二章二节。

## 八、骨 质 疏 松 症

### （一）什么是骨质疏松症

骨骼是人体的支架组织，它起着支持全身，保卫内部器官，供肌肉附着，以及储存矿物质以备人体必要时动用来调节血液内钙、磷水平的作用。

骨骼的主要结构为两部分，一部分为有机化合物所构成的骨的基架，约占骨的 30~35%，其中 95% 为胶原；另一部分为羟磷灰石结晶，简称钙盐。这些结晶分布在胶原的表面。据估计，人体骨结晶的表面面积总和达 100 英亩。正因为正常人含有足量的骨组织而且骨组织中两大部分的结构呈恰当的比率，所以能够胜任其作为人体支架的任务。

骨质疏松是指单位体积内骨组织量全面减少，即有机骨架减少的同时，钙酸沉积呈等比例地减少；因此，剩留的骨组织仍有正常的钙化。由于骨的体积未变而骨组织量降低，因此骨的密度降低，称之为骨质疏松症。显然，疏松的骨要比正常骨脆弱，容易在轻微损伤或没有明显损伤的情况下发生骨折。

## (二) 骨质疏松症的原因与表现

见第十三章一节。

## (三) 怎样确定骨质疏松

骨质疏松的主要检查手段是 X 线照片。脊椎照片可发现骨小梁水平线纹的减少、变细、透明度增加，也可能发现有压缩性骨折或脊柱畸形，四肢及骨盆照片可发现骨皮质变薄、骨小梁纹理稀疏变细等。然而，X 线对骨质疏松的检查实际上并不是敏感的方法，往往要骨量丧失 30% 以上才能在 X 线检查时发现。近代的测定方法包括骨活组织的组织学检查及光子吸收骨密度测定，可以测定骨质丧失量不到 10% 的变化。但这些检查，目前在大多数医院中还不能普遍应用。

## (四) 骨质疏松的防治方法

见第十三章一节。

## 第七章 中老年人常见神经系统疾病的防治

### 一、中老年人神经系统的特点

#### （一）神经系统老年性改变

构成中枢神经系统（脑和脊髓）的神经细胞在人出生后与本机体共同生存而不再生。随着年龄增长，神经细胞出现萎缩、变性和消失，其数目逐渐减少。有研究证明：在 80 岁以后神经细胞数目较 20 岁时减少 20~40%，因而使脑的重量减轻，神经细胞所在地的大脑皮层变薄，脑的表面面积缩小和脑室扩大等，此即所谓的脑萎缩。神经细胞中的核糖核酸在合成脑蛋白质中起重要作用，其含量在 40 岁以下是逐渐增加，40~50 岁处于停滞状态，50 岁以后迅速减少。代表衰老的脂褐素随年龄增长在神经细胞内含量增多。神经原纤维随年龄增长而出现退行改变形成缠结。神经组织中微量元素的含量亦随着年龄增加而有改变，有人将老年脑组织中常见

的病理改变——老年斑进行化学分析证明硅的含量增加。电生理检查发现老年人脑电图  $\alpha$  波相对地变慢,波幅降低。四肢末梢神经对兴奋的传导速度也随年龄增长而减慢。以上组织形态、化学结构、生理功能的改变引起神经系统机能的减退,由此引起全身各组织器官机能的衰退。

## (二) 中老年人神经系统检查的特点

由于神经系统的老龄性改变,中老年人的神经系统检查具有某些特点。在青壮年期的某些应属于器质性病理表现而对中老年人来说却属正常范围。为了得到可靠的、有意义的体征,检查时必须要求病人意识清楚,注意力集中,尽量在不疲劳的情况下进行。

1. 精神状态:此项检查包括:意识是否清楚。定向力——时间、地点和人物的认识能力是否存在。思维是否合乎逻辑。智能是否完好。语言的表达力和情绪是否正常。正常的老年人可有轻度的记忆力减退,注意力不集中和易于疲劳等。

2. 感觉的改变:各种感觉神经如嗅、视、听、味和皮肤的痛觉和触觉等都可能减退,特别是震颤觉的障碍比较明显,1981~1982年华西医科大学对271例60岁以上老人作神经检查发现下肢震颤觉障碍的阳性率为25.5%。

3. 运动和协调:随年龄增长肌纤维变瘦小,伸展性、弹性、兴奋性等均减弱。肌肉的氧耗量减少。肌力减弱且易疲劳,因此行走时步幅小而缓慢。偶尔出现头部、下颌及手的震颤。运动的协调性不良,如病人无瘫痪由于协调不良而行走时易跌跤。

4. 反射:反射是人体对外界刺激通过神经系统而完成的

相应不随意反应，如触及烫物立即不自主的缩回。在医学上应用反射诊断疾病，用火柴棍划腹部皮肤则腹肌出现收缩称为腹壁反射。叩击膝的下部（髌韧带）出现下肢伸直的反应称为膝反射。叩击脚跟靠上部位（跟腱）则脚向脚心收缩称为踝反射。轻张口时，轻叩下颌正中出现闭口反应称为下颌反射。在手掌拇指根部的内侧轻划，出现下颌部肌肉收缩称为掌颏反射。以上列举反射中，凡通过刺激皮肤引出的称为浅反射，叩击肌腱或骨引出的称为深反射。经过检查就可推断神经系统是否存在疾病，疾病累及神经系统哪些部位。随年龄增长可出现深、浅反射减弱甚至消失，其中踝反射减弱或消失最早。上举资料 271 例老人中有踝反射减弱或消失的共 93 例占受检人数的 34.31%。由于腹肌萎缩和腹壁松弛，腹壁反射消失也比较常见。但在青壮年期疾病情况下出现的下颌反射和掌颏反射在正常的中老年人又可出现，上述受检的老人中下颌反射阳性为 11.07%，掌颏反射阳性率为 41.32%。

## 二、脑血管疾病的防治

脑血管病又称为卒中或中风，是中老年期发病率高、死亡率亦高的一种脑部疾病。在美国和日本分别列为死亡原因的第三位和第一位。我国北方城市的神经疾病流行病学调查结果表明，脑血管意外居于人口死亡原因的首位，成都市调查结果表明脑血管意外居死亡原因第二位。这类病虽然多数人可恢复，但少数虽经积极治疗仍未挽救生命；有的即使

生存下来也留下半身不遂等后遗症。为了减少发病率、病残率和死亡率，我们应当了解这是一种什么样的病？哪些因素可以诱发？应该如何防治？

### （一）脑血管病是一种什么样的病

脑血管病（中风）是脑血管病变、血压和血液变化引起的脑血液循环障碍，造成急性各型脑功能障碍的总称。共同的特点是起病急，由于脑血管病变引起其供应部位的脑组织发生功能障碍，常表现为偏瘫、失语、头昏、眩晕、头痛、呕吐等。重者立即出现昏迷。根据脑循环障碍原因不同，可以分为两大类，一类称为缺血性中风，另一类为出血性中风。这两类中风发病的机理不同，病后的治疗方法也不同。

1 缺血性中风发病的原因是由于颅内某支脑血管或通向颅内去的颈部血管有阻塞，导致脑缺血，造成脑功能障碍。这类中风占脑血管病的 70%，危险性较出血性中风小。如果症状轻，维持时间在 24 小时内可完全恢复，不引起脑组织病理改变，称为暂时性缺血性发作，又称为小中风。如果症状持续时间超过 24 小时，引起脑组织病理改变的称为脑梗塞，这类病人症状恢复慢，甚致遗留偏瘫，语言障碍等后遗症。

2 出血性中风又称为脑溢血，占脑血管病 30~40%。根据出血的部位不同又可分为脑实质出血和脑表面血管出血。脑实质内出血主要由于供应脑内名叫基底节部位的血管在高血压动脉硬化时容易破裂出血。脑表面血管的出血又称为蛛网膜下腔出血，常由于动脉瘤破裂引起。动脉瘤可以是先天性血管壁的缺陷受血压的冲击后，在中老年时期形成壁薄的动脉瘤，或由于动脉硬化后形成动脉硬化性动脉瘤。无论哪

一种动脉瘤在血压升高时由于壁薄易出血，血液直接流入蛛网膜下腔。

(二) 为什么中风会出现半身不遂、眩晕、呕吐、走路不稳等

脑部的血液主要是由两对动脉供应：

1. 颈内动脉供应脑的前四分之三，主要是大脑的前份和中份。

2. 椎动脉供应脑的后四分之一，主要是大脑后份、小脑、中脑、桥脑和延脑。

大脑左半球支配身体的右半侧，大脑的右半球支配身体的左半侧，如一侧大脑半球有病变，对侧身体出现感觉障碍和瘫痪，此即所谓的半身不遂。右手握笔持筷的右利者，语言中枢的大脑左半球，左半球有病变时除有右半侧身体瘫痪外，同时还有失语——意识清楚的情况下不能言语，也不能理解别人的语言。如果是椎动脉病变引起脑干（中脑、桥脑和延脑）和小脑的损害常出现眩晕、视力障碍、眼球活动障碍、眼睑下垂、吞咽困难、走路不稳、肢体麻木、半身瘫或四肢瘫、严重病人可有意识障碍和呼吸困难等。

(三) 各型脑血管病的特点

1. 暂时性缺血性发作的病因很多，主要的病因是脑动脉硬化斑发生溃疡时，其上沉积的血小板、纤维素和胆固醇等脱落，栓塞于脑内小动脉造成脑缺血，因此产生一定的神经症状，以后微栓子溶解，血流恢复，症状消失。或者由于脑动脉硬化后管腔狭窄，当全身或脑局部突然发生血压下降使脑血流量减少而出现症状，血压恢复后症状缓解。亦可由于

颈椎病,当颈部活动使椎动脉受压而使脑的后部血流量减少。临床表现为突然出现对侧一个上肢或一个下肢的无力或麻木及失语、语言不清、眩晕、声嘶、呃逆或运动不能协调等。历时短暂,一般几分钟或几小时,最迟 24 小时内恢复,常反复发作。

2 脑梗塞是由于颈部血管或脑血管本身阻塞而引起脑组织软化坏死,因此出现症状。儿童和青年血管炎多见,在中老年期常见的原因是动脉粥样硬化后管腔狭窄、血管内膜粗糙,当血压下降、血流缓慢、心动过缓、血液粘滞性增加等因素出现时,就可促使血管内血栓形成引起阻塞,此类脑梗塞称为脑血栓形成。另一类是由于身体其他部位来源的栓子阻塞脑血管称为脑栓塞,引起脑栓塞的原因很多,以风湿性心脏病瓣膜赘生物脱落常见。在中老年期最常见的栓子来源是心脏和颈根部大血管的附壁血栓脱落,栓子随血流入脑而阻塞脑血管。脑血栓形成起病多在休息状态中,不少病人在睡眠中发病。脑栓塞起病最急。脑梗塞的临床表现与受累血管有关,发生在颈内动脉系统出现偏瘫、偏身感觉障碍和失语等,如在椎动脉系统则出现眩晕、复视、恶心、呕吐、颅神经和肢体瘫痪、运动协调不能等。

3 脑出血最常见的原因是高血压动脉硬化,常在活动和情绪激动的情况下,血压升高引起病变血管破裂而突然起病。少数出血患者可因血管畸形、白血病、凝血机制不良和血管炎等。年龄较轻者头痛、呕吐、意识障碍等全脑症状突出,老年患者由于脑萎缩,脑的“储备”间隙增大,颅内压增高的症状较轻,因此突然昏倒、昏迷、频繁呕吐等症状少见,常



为轻型脑出血的表现：突然出现头痛和轻度呕吐，意识清楚或嗜睡，同时伴有不同程度的偏瘫和偏身感觉障碍。

4.蛛网膜下腔出血在老年人中的发病率较脑出血低，但在中年人发病率又较脑出血高。老年人的病因多为动脉硬化性动脉瘤或先天性动脉瘤，中年人更多为先天性动脉瘤或血管畸形。老年患者临床症状不如青年人明显，头痛、呕吐不甚剧烈，年龄愈大头痛愈不明显，甚至有些年老的患者可能无头痛。意识障碍突出表现为嗜睡或浅昏迷，可出现全身抽搐和不同程度精神障碍，如幻听、幻视和吵闹不安等。也可出现偏瘫和偏身感觉障碍。颈硬（颈项强直）本是该病的重要体征，但老年患者常不如青年患者明显。脑脊液检查是诊断本病主要依据，常发现压力增高，呈均匀红色，红细胞计数每立方毫米可达数万至数十万，7天后变为黄色，3周左右血液才被完全吸收，脑脊液恢复正常。

#### （四）中风的治疗

1.如果在活动或情绪激动情况下发病，病后出现头痛、呕吐和偏瘫，很快出现意识不清，则出血性中风可能性大，应立即将病员抬至安静环境中，头抬高偏向一侧，以免呕吐物呛入气管内，镇定病人情绪，头颈部加冷敷。如果在安静情况或睡眠中起病，头痛和呕吐不明显，甚至意识清楚则多系缺血性中风。无论哪一种中风都应及时就近就医，切忌远距离转送（特别是出血性中风），常可由于颠簸、疲劳使病情加重，甚至达到不可挽救地步。

2.急性期治疗：缺血性中风主要行改善血流量，减少血液粘滞度，扩张血管、溶解血栓等治疗。常用药物有低分子

右旋糖苷、丹参、红花等。如有脑水肿选用降低颅内压力的药物，如甘露醇、山梨醇、地塞米松等。必须强调任何一种治疗均需医师指导下进行。出血性中风应绝对卧床休息 4 周，血压过高者降低血压，降低颅内压力控制脑水肿。蛛网膜下腔出血常用静脉止血药如 6 氨基乙酸和抗纤溶芳酸等，如躁动不安给镇静止痛剂，避免情绪波动，保持大便通畅，以免血压增高引起再出血。急性期的护理也是直接关系到病情的预后。脑出血的病员需绝对安静，亲友探视过多，使病员得不到休息，甚至是再出血的诱因。被褥保持清洁、干燥、平整，皮肤清洁和勤翻身可减少褥疮的发生。鼓励病员深呼吸咳出痰液可减少肺部的加杂症。

3. 恢复期治疗：中风后常由于神经损害而遗有瘫痪，可采用按摩、理疗和针灸等方法促进功能的恢复。不能忽略主动锻炼和被动锻炼的重要性，主动锻炼即是病员应尽主观努力去作力所能及的活动；被动锻炼即是病员还不能运动时，护理同志或家属帮助病员进行肢体活动。这样即可避免关节强直，又可增加血液循环，减慢肌肉的萎缩，增强神经营养，使神经功能尽快恢复。有失语的病员加强语言训练，促进语言功能的恢复。还可给予改善脑血液循环及代谢的药物。

### （五）如何预防中风

1. 积极控制体内已存在的危险因素：高血压、动脉硬化、糖尿病、心脏病及高血脂症等，常是中风的先行病。如果患有以上疾病，应定时去医院诊治，预防中风发生。目前医学发达的国家对高血压病的防治已很普遍，措施有力，脑出血的发生率已减少 25% 以上。动脉硬化与糖尿病有密切关系，

反复发生中风的病人有 10~30% 患有糖尿病，糖尿病使血液粘稠度增加，血液凝固性和血小板的凝聚机能等也增加，故控制好糖尿病可减少脑梗塞发生。心、肺疾病常是脑栓塞时栓子的来源，特别是心脏病，需得到恰当的治疗，以预防脑栓塞。

2. 避免诱发中风的因素：比如情绪波动、过度劳累和极度兴奋等任何引起血压升高的因素均可诱发中风。我们观察到在节假日或气候突变时中风的患者增多，此可能与上述原因有关。

3. 延缓衰老是目前老年医学研究的重要课题，受多方面因素的影响，目前尚未得到解决。但是大量统计资料说明，适当的运动能增强体质，运动使冠心病的发病率和死亡率下降，高血压患者的血压平稳。积极参加适合自己健康的体育锻炼是有益的。

4. 卒中前出现的轻而短暂的症状必须重视。暂时性缺血性发作（小中风）的患者有三分之一可发展为脑梗塞，故小中风常是脑梗塞的警报。高血压脑出血病人可在病前几天血压不稳定，其表现常常是头痛、烦躁、睡眠不好等，如果此时得到恰当治疗，可避免更严重的中风发生。

5. 建立合理的生活、工作和学习制度，避免长期的精神过度紧张，注意脑力劳动与体力劳动结合，饮食方面应符合低动物脂肪、低胆固醇的要求，多食含蛋白质和维生素的食物如豆制品、蔬菜和水果等。此外应限制糖和盐的摄入，对预防高血压、动脉硬化和糖尿病是有益的，同时也减少了发生中风的机会。

### 三、中老年期常见的震颤

在中老年期缓慢出现的部分肢体或全身不能控制的抖颤称为震颤，常影响正常的运动。最常见的为巴金森氏病，又称为震颤性麻痹，次为老年性震颤。

#### （一）什么是巴金森氏病

此病是发生在中老年的一种中枢神经系统变性疾病，在60岁以上的人口中的可达1%。病变主要累及大脑特定区域——黑质和纹状体结构。神经细胞在传递信息到另一个细胞时必须以自身释放出的化学物质为中介，这种起传递作用的中介物质称为“神经介质”也称为“递质”。在神经系统中已知递质就有10多种，在正常情况下含量协调，在功能上相互制约。巴金森氏病患者首先是黑质中的神经细胞减少，由其产生的一种影响神经功能的递质多巴胺减少，因此引起神经递质代谢紊乱而出现症状。确切的病因尚不清楚，有时可见到发病呈家族性。多数认为属于一种带有选择性的老化变性。其他原因如脑炎、外伤、锰或一氧化碳中毒、服用某些药物如治疗精神病的酚塞唑类药物和脑瘤等，损害同样部位亦可出现巴金森氏病的症状，这类称为症状性巴金森氏病，或巴金森氏综合症。

#### （二）巴金森氏病有什么样的表现

起病多在40岁以上，有家族史者发病年龄较轻。发病是缓慢地逐渐进展。开始常感写字困难，动作笨拙，身体沉重，举止僵硬不便，易疲劳，流唾液，面部缺乏表情。几乎所有

病例均可出现不同程度的震颤，震颤发生在静止时，开始某动作时则震颤停止，节律 4~7 次/秒。多从一侧上肢远端开始以后发展到下肢，数年后方累及对侧，在手部出现的震颤似搓丸药动作。情绪激动、疲劳、精神集中、寒冷均可促进震颤加重。肌僵硬以屈肌明显，伸展患者四肢好似搬动软铅管一样，如病人同时有震颤则有一连串的抖动，称为齿轮样肌张力增加。这类病人站立时躯干呈前倾，肘关节轻度屈曲。行走时，上肢在身边的摆动减少或消失，步子细小拖曳，有时控制不好可能不自主的快步或用脚尖走路，此即所谓“慌张步态”。此外还可有多汗、唾液分泌过多和夜尿等。

### （三）治疗巴金森氏病的常用药物

巴金森氏病是由于神经变性引起神经介质代谢紊乱，表现为脑内多巴胺减少，由此乙酰胆碱功能相对增强，治疗即是针对此紊乱进行调整。

1. 抗乙酰胆碱的治疗：减小乙酰胆碱的作用，提高多巴胺的效应，常用药物有：

（1）安坦：每次 2~4 毫克，每日 3 次口服。

（2）东莨菪碱氢溴酸盐：每次 0.2 毫克，每日 3~4 次口服。

（3）开马君：每次 2.5~5 毫克，每日 3 次口服。

2. 增加多巴胺的疗法：由于多巴胺不能直接通过血脑屏障到脑，而采用左旋多巴，左旋多巴在黑质细胞内转变为多巴胺。治疗从小剂量开始，最初 125 毫克，每日 3 次口服，每隔 4~5 日增量 250 毫克/日，逐渐增加服药次数至每日 4~6 次。维持量在 1.5~4 克/日之间。但左旋多巴在吸收和传输

过程中,大部分已转化为多巴胺。后者不但不能进入脑部,更引起消化、循环、泌尿和神经系统的不良反应,故加入苄丝肼,其与左旋多巴的比例为 1 : 4 做成胶囊,称美多巴,可增强左旋多巴的效应,减少副作用。左旋多巴 100 毫克、苄丝肼 25 毫克的胶囊,每次一粒,每日 2 次口服,以后每隔 2~3 日即可增加 1 粒/日。常用维持量 4~8 粒/日。

3. 金刚烷胺:可与左旋多巴、安坦类药物合用,能促进多巴胺在神经末梢的释放,改善症状。100~150 毫克,每日 2 次口服(早上和中午)。副作用为恶心、不宁、失眠、头晕和头痛,有癫痫病史者禁用。

4. 溴隐亭:在用左旋多巴和美多巴失效后,可以试用,应从小剂量开始(0.625 毫克/日)缓慢增加,有效剂量个体差异大,但以不超过 40 毫克/日为妥。

#### (四) 老年性震颤的特点

发生于老年人,呈遗传性,病变为非进行性,为体位性震颤,即是在采取一定体位时出现,如伸出双手或写字时出现震颤,但无肌肉僵硬和运动障碍,不需特别治疗。

## 四、老年期痴呆和老年前期痴呆

老年期痴呆和老年前期痴呆是发生于中、老年期的一组慢性进行性精神衰退性疾病。其表现为进行性智能减退,尤以记忆障碍显著,同时可有情绪和人格的改变。这类疾病有两个主要的病因,脑血液循环障碍引起多数性脑梗塞和脑萎缩变性。根据表现又可分为三种类型:脑血管性痴呆、脑萎缩

性痴呆和二者同时存在的混合型。脑萎缩变性痴呆在 40~60 岁发病者称早老性痴呆或老年前期痴呆。在 70 岁以后发病的称为老年性痴呆。其他神经系统变性遗传病亦可伴发痴呆,如大舞蹈症和巴金森氏病,但这些病人除痴呆外均有明显的异常运动,很易诊断。酒精中毒常引起近事记忆障碍和虚构,由于有长期饮酒的历史也很容易与老年期和老年前期痴呆区别。

#### (一) 什么是脑血管病痴呆(多数性脑梗塞性痴呆)

这类痴呆见于高血压动脉硬化的患者多次小中风后,在身体的其他器官亦可发现有动脉硬化的证据,如冠状动脉硬化、眼底动脉硬化和主动脉钙化斑等。由于反复脑动脉阻塞,多次出现不同部位的脑梗塞坏死,由此出现不同部位脑损害症状如失语、肢体轻度瘫痪,病情呈起伏性,随着脑损害次数增多,脑损害的面积增大,痴呆的程度逐渐加重。

#### (二) 脑变性萎缩性痴呆的表现

本病的发病率国外统计在 70 岁以上的人群为 0.4%,随着年龄增长而增加。发病较早的在 40~60 岁之间,称为早老性痴呆即所谓的阿尔采默氏病和匹克氏病。在病理上多数学者认为阿尔采默氏病与老年性痴呆基本相同,而匹克氏病以大脑额叶和颞叶局限性萎缩为主,同时可以发现特殊的匹克氏细胞。临床表现起病隐袭,呈进行性,首先出现记忆力障碍,初期近事遗忘,同一内容述说几遍也会立即忘记,由于记忆不全常有不自觉的虚构,继记忆力障碍后出现定向力障碍,即是不清楚自己所在地方,走熟了的路可以迷路,年月日不清,四季不分,认不清自己的家人和朋友。同时伴有情



感迟钝和淡漠,计算力、理解力和联想力下降,语言不流畅,可有失语。有6~10%患者可有癫痫发作。大小便常不能控制。疾病晚期极度痴呆时卧床不起,全部生活需人照顾。

### (三) 混合型的表现

即是在上述慢性进行性痴呆的基础上又有多次卒中发作,且在身体的其他器官发现有动脉硬化存在。

### (四) 对患有痴呆的病员如何治疗与护理

尽早发现患者,使其处于安定生活环境下,对其已降低的智能不要增加负担,可能在一定程度上阻止其整个精神症状的恶化。脑血液循环障碍及脑代谢障碍是引起老年期及老年前期痴呆的主要因素,下列药物能促进脑细胞的氧化还原,增加其对碳水化合物的利用,并调节新陈代谢,对处于抑制状态的中枢神经系统有兴奋作用。

(1) 氯脂醒:成人每次200毫克,每日3~4次口服。

(2) 脑复新:成人每次1克,每日3次口服,或静脉滴注每次1~4克,必须以5~10%葡萄糖液250~500毫升稀释后于2~3小时滴完。

(3) 脑复康:促进思维记忆和大脑对磷脂和氨基酸的利用,增强大脑对蛋白质合成、成人每次0.8~1.8克,每日3次口服。

(4) 海得琴(氢化麦角胺):有改善脑血液循环和增强脑代谢的作用,1~2毫克,每日2~4次口服。

(5) 高泛酸钙:1.5~2.0毫克,每日分3~4次服。

脑益嗪和环扁桃酯与脑循有关,可增加脑的血流量和氧消耗量改善脑循环。



(6) 脑益嗪：25~50 毫克，每日 3 次口服。

(7) 环扁桃酯：每日 0.6~0.9 克，分 3~4 次口服。

维持残存的脑机能，可训练病员的生活能力和工作能力，引起参加娱乐的兴趣，如多次重复也可能记住新的人名和地名，这些训练对减慢痴呆的发展，减缓意志衰退都是有效的。

近年来研究证明老年痴呆患者脑内某些神经介质减少。儿茶酚胺减少给予左旋多巴，乙酰胆碱减少给予胆硷或卵磷脂前体。

脑血管性痴呆除以上治疗外，还应针对高血压动脉硬化进行治疗并预防中风的发生。

## 五、中老年常见的其他神经疾病

### (一) 神经痛

神经痛是在一定感觉神经分布区域出现的发作性疼痛，疼痛的性质可以是烧灼、撕裂、闪电或针刺样。病因不明的称为特发性神经痛，但多数是由于某种疾病引起的症状，故称为症状性神经痛。在中老年期最主要的是三叉神经痛、疱疹后神经痛和脊柱疾病引起的神经痛。

1. 三叉神经痛：三叉神经是分布在头面部和牙齿的感觉和咀嚼肌运动的神经，共有三支感觉神经，第一支分布在眼角以上的额、面部皮肤，第二支分布在口角以下的面部皮肤和上颌各齿，第三支分布在口角以下的面部皮肤和下颌各齿，运动支随第三支分布于咀嚼肌。所谓三叉神经痛即是三叉神经分布区域内反复发作的短暂、阵发性、闪电样、撕裂样剧

痛。病因不明的称为原发性三叉神经痛，如能找出肿瘤、感染等病因称为继发性三叉神经痛。原发性三叉神经痛多发生在中老年，40 岁以上占 80%，常为一侧，多见于第二支或第三支分布的区域，因此除面部疼痛外常波及上齿或下齿，有时累及两支，三支同时受累者少见。说话、洗脸、咀嚼、吞咽或任何局部刺激常可诱发，因此病人常不愿洗脸和剃胡子。每次疼痛仅几秒钟到 1~2 分钟即突然骤停。间歇期无任何不适。有以上类型三叉神经痛的患者应到医院口腔科和神经科进一步检查确定诊断，即不能把三叉神经痛误诊为牙病而错拔牙，也不能把牙病误诊为三叉神经痛而延误恰当适时的治疗。

三叉神经痛的治疗：原发性三叉神经痛，过去曾经用一般止痛剂如 APC、可待因等，但效果不理想，目前认为较有效的药物有：

(1) 酰胺咪嗪：初服 100 毫克，每日 2 次口服，以后每天增加 100 毫克直至疼痛停止。后再逐渐减少找出最小剂量维持，一般至 200 毫克，每日 3~4 次时疼痛可控制。

(2) 苯妥英钠：开始时 0.1 克，每日 3 次口服，有时并用小剂量氯丙嗪、苯巴比妥、安定和利眠灵可增加疗效。

可合并维生素 B<sub>12</sub>和 B<sub>1</sub> 注射和针灸治疗。如药物治疗效果不好可用药物麻痹疼痛的神经即神经阻滞治疗。另外，激光治疗和射频热凝治疗均有一定的效果，如以上治疗仍无效，可考虑手术疗法。症状性三叉神经痛应针对病因进行治疗。如系感染，对病原体抗感染治疗，如系肿瘤，则需外科手术切除。

2. 疱疹后神经痛：此病是由于病毒感染引起，沿受感染的周围神经分布区的皮肤有水泡出现，同时伴有烧灼样的剧痛和奇痒。可发生于头、面、耳廓和躯干等部位。疱疹消退后该区域有一定程度的感觉缺失，疼痛可能继续存在几星期、数月，甚至长期继续下去，此即所谓疱疹后神经痛。年龄愈大疱疹后神经痛的发病率愈高，多见于三叉神经第一支和肋间神经分布的区域。

此病的治疗与三叉神经痛治疗相同。

## (二) 增生性脊柱炎引起的神经痛和神经病

增生性脊柱炎是中老年最常见的脊柱病，常使椎间孔变形或狭窄、椎管狭窄和椎间盘突出，继而引起神经受压，出现神经痛和神经系统疾病。根据病变部位可分为颈椎病和腰椎病。

1. 颈椎病：颈椎病的发病年龄多在中老年，缓慢起病，部位常在颈椎下段，而以颈椎第五与第六之间最多，因该处负荷重，是颈部活动频繁的区域。病变多为单侧，严重也可双侧，症状也可停留在某一阶段多年不继续发展。颈部长长期处于过仰、过屈姿势较易诱发此病。经过治疗，症状可以缓解或消失，过度劳累后又可复发，根据症状的表现可分为三种类型：

(1) 脊神经根型：此型常见。由于神经经过狭窄的椎间孔使其受压，因颈部脊神经分布在上肢传导感觉和支配运动，故患者感肩和上肢麻木、疼痛和无力，甚至出现肌肉萎缩。

(2) 颈脊髓型：主要由于增生的脊柱直接压迫颈段脊髓或者引起脊髓血液循环障碍而出现四肢麻木、僵硬和瘫痪。

(3) 椎动脉缺血型：因颈椎骨刺增生，压迫经过该处的椎动脉，特别是在转头和仰头时，椎动脉供血不足出现头昏、眩晕、呕吐、听力障碍、视物模糊、暂时性意识丧失和四肢无力等。以上三型症状也可混存于同一病员中。

2. 腰椎病：腰椎骨质增生同样的可使椎间孔狭窄、椎管狭窄和椎间盘突出，因而使下肢出现神经痛，患者常感下肢某一区域麻木、疼痛，或自臀部向大腿后份及小腿外侧的放射性疼痛，即所谓坐骨神经痛。如压迫运动神经则出现下肢无力和肌肉的萎缩。如压迫脊髓则可出现脊髓损害。经过 X 线拍片和神经科医生检查基本上可以确定诊断，有时需作腰椎穿刺了解增生的脊柱对脊髓压迫的程度以帮助确定是否需要手术治疗。

3. 如何治疗增生性脊柱炎所引起的神经病？无论是颈椎病或腰椎病均可进行理疗、按摩和针灸治疗。颈椎病采用牵引效果较好，避免头过仰过屈持久的位置，低枕卧硬板床对预防颈椎病有重要作用，患有颈椎病者亦能减轻症状。如果对症和内科性治疗效果不好，可选用外科手术减压治疗。

### (三) 糖尿病性神经病

随年龄增加糖尿病发病率增加，40 岁以下占 1% 左右，60 岁以上占 4% 左右。前面提到糖尿病可伴发动脉硬化引起脑血管病，除此之外尚有 5% 的糖尿病患者出现其他神经疾病，如周围神经病、颅神经病、植物神经机能失调和脊髓病。糖尿病性神经损害多见于中年或老年长期患病而未经适当治疗或重型糖尿病患者。引起神经病变的原因是由于糖代谢障碍和微血管病变。这样病人可出现肢体感觉障碍，如疼痛、麻

木、异常感觉（蚊行感和烧灼样感等）、肌肉萎缩和无力、行走不稳；单个颅神经瘫痪如眼睑下垂、眼外斜、咽下困难、发音困难、耳聋、面肌瘫痪出现口眼歪斜等。植物神经损害的症状表现为肠蠕动功能紊乱、腹泻、低血压、四肢发冷、循环和泌汗功能障碍、排便困难和皮肤溃疡等。脊髓损害较少见，可表现为肌肉萎缩无力，疼痛麻木和走路不稳等。

防治：中老年期出现神经症状和体征时，必须仔细检查有无糖尿病。正在进行治疗的糖尿病患者出现神经症状应考虑治疗是否恰当，病情是否有加重。治疗上首先控制糖尿病，同时给予大剂量维生素B族、维生素E和三磷酸腺苷等。

#### （四）间歇性跛行

所谓间歇性跛行是指静止时无任何异常感觉，而在行走时出现下肢无力或疼痛，以至不能行走，经过休息上述症状消失，但如再开始行走，又出现同样症状，即以必须休息为特征的步行障碍。按其病因分为下述三种。

1. 动脉性间歇性跛行：步行时下肢疼痛，肌肉发硬，脚背动脉和腘窝动脉搏动减弱，下肢末端青紫和明显发凉，其他神经检查正常，这是由于供应下肢的动脉高度狭窄或阻塞导致下肢缺血而引起跛行。

2. 脊髓性间歇性跛行：下肢的血管和血液循环无异常，但由于负重和运动，下肢血流量增加而相对的引起下部脊髓缺血而出现神经症状。先是下肢异常感觉或疼痛，出现一侧或双侧下肢无力，排便障碍。神经检查腱反射亢进，病理反射出现。可进一步作脊髓血管造影发现脊髓血管狭窄或脊髓血管畸形。

3. 腰椎椎管狭窄引起的间歇性跛行：腰椎椎管狭窄可以是先天的，而大多数与增生性脊柱炎有关，也是由于行走而产生跛行，但有感觉异常如疼痛、麻木，这种感觉异常从腰向下，或由脚向上发展，还可出现肌萎缩，这是由损害神经根引起，因此神经检查不出现腱反射亢进和病理反射，X线检查发现椎管前后径明显变窄。

治疗：除对症治疗外，动脉性间歇性跛行和椎管狭窄性间歇性跛行可考虑外科性处理。

## 第八章 中老年人精神疾病的防治

在人的生命历程中,有两个时期是精神疾病的发病高峰。一个是青少年期,另一个则为中老年期。随着医学科学的发达,社会经济的增长,卫生保健事业的发展,人们的饮食营养获得改善,这就造成两种趋势:一种趋势是人的寿命逐渐延长,人口构成中老人的绝对数和相对数都逐步增长。人寿命年丰本来应看成是人间的喜事。但是,老人多了,会对老人自己和社会都带来一大堆困难问题。例如,老人体弱多病,行动、生活不便,社会中的青壮年劳动力不足,对老人的赡养、医疗保健和生活服务设施的负担过重,都会给社会增加压力。另一种趋势是危害人类心身健康的疾病谱,也就是疾病的类型和性质正在发生改变,即是说,由纯生物学因素引起的疾病逐步减少,而由社会、心理、生物等综合因素引起的疾病越来越多。在一些发达国家中,由传染、寄生虫感染、营养不良等生物学因素引起的疾病,约占 20%,而由于工作和生活的快节奏,人际关系复杂紧张,不良的生活方式(如酗酒、吸烟、吸毒和药物依赖),社会管理不善(如公害、污染、都

市化、过分拥挤、失业、犯罪), 社会变革太快, 难于适应, 造成人们无所适从等社会——心理因素所造成的疾病增多了, 如心血管系统疾病、癌症、心身疾病、神经症、公伤事故、车祸、自杀则高达 80%。社会的发展、进步会给人类的物质生活带来好处, 但处理不好也会给人们带来心灵上的阴影和创伤。这种由社会、文化、心理因素所引起的疾病, 会随着社会的发展更为增加。优裕的物质文明填补不了精神上的空虚。物质富裕的美国, 老人晚景凄凉; 北欧的社会福利国家如瑞典, 自杀率反而很高, 都说明了有钱不一定会有幸福感。中国有优越的社会主义制度, 要体现这种优越性, 就必须既有高度的物质文明, 又要有高度的精神文明, 二者缺一不可。从卫生保健事业的角度看, 心理卫生工作就承担着一部分精神文明的建设任务。

## 一、影响中老年人产生精神疾病的原因

### (一) 衰老

人的衰老过程是客观存在的自然规律, 在中老年人中, 人们只能延缓和推迟这种衰老过程, 决不可能回避衰老过程, “兴盛”和“衰亡”是宇宙中万事万物普遍存在的辩证规律, “衰老”是生命的正常现象。而衰老会给每个人的生理、心理、和社会生活带来许多不适、烦恼和困境; 这是每个人迟早都得经历的严酷现实。衰老究竟会给中老年人带来什么后果, 大体上可以归纳如下:

1. 形态的老化: 人进入中年后, 头发脱落, 变稀变少,



50岁的人几乎都有花白头发，到70岁左右，则几乎满头白发。由于牙周萎缩，则牙齿脱落，下颌变形，嘴扁。皮下脂肪减少，皮肤变松弛，从眼角开始，前额，渐发展到整个颜面部出现皱纹。皮肤光泽失去荣润，变得晦暗，并出现色素沉着，俗称“寿斑”。耳朵变长，脸裂变小，脊柱椎间软骨组织萎缩，导致身体变得矮小，弯腰驼背。有些中老年人则变得肥胖臃肿，这些衰老引起的形态变化，会给中老年人的心理上带来阴影。当面对镜子时，必然会有“年华易逝，青春不再来”的感叹。由于形态的老化，变得丑陋，会使老年人对自己的形象变化感到极不满意，因而会伤害老人的自尊心。对照着青年时代的俊秀照片，老人感到寒心。纵有大批的“青春宝”、“抗皱霜”、“皮肤增白剂”等化妆品应市，也挽回不了衰老引起的形态变化。为此，有些中老年人在心理上感到颓丧。

2. 感觉器官功能下降：首先出现视力的下降，老眼昏花，穿针、看书均不方便，老花眼镜不能离身。听力随之下降，不仅不易分辨微弱的声音，有时在社交场合，别人讲话声音低了就听不清楚，严重者还必需配带助听器。年轻时吃什么也感“香、甜、甘、美”，但中老年人的味觉变得迟钝，吃什么也感到不好吃，其味平常而已。感觉器官功能的下降，会给老人的生活及社交活动带来诸多不便。

3. 精神运动机能缓慢：老人走路，行动，以及用手脚操作的速度变得缓慢，运动时的动作变得笨拙不准确，相互配合协调的共济运动变得不协调，并自觉走路时，双腿肌肉僵硬乏力。民间常说的“腿先老”，就是指的人出现衰老时，最

早引人注意的是走路时，既乏力又不耐久行。

4. 记忆减退：人进入暮年后，令人苦恼的问题之一，就是记忆减退。常常丢三忘四，戴着眼镜找眼镜，见了很熟的朋友，一切往事都能回忆起来，但就是叫不上朋友的姓名。有时把记住的几件事混扯在一起，张冠李戴。除开疾病因素引起的记忆障碍外，象上述这类记忆日渐减退的现象，也是人们衰老的特征之一。

5. 性格改变：衰老还使老人的性格逐渐改变。这一点是很多老年人不觉察，也不承认的。对于老人出现的性格改变，甚至连周围的亲人和朋友也不能理解和不能原谅。确实，随着人的衰老，人的性格也要逐渐改变。不少老夫妻，在年轻时很恩爱，到了老年，并没有任何因素干扰，反而彼此感情日益恶化，合不来，甚至闹到分锅吃饭或分居。为什么呢？就是因为夫妇双方都进入老年后，双方的性格都在变化，但往往只看到对方的性格日益变怪，却不知道自己的性格也在变坏。因此，常抱怨对方对不起自己，变了心，有负于自己。事实上，不是变了心，而是变了性格。中老年人应该有关于人老了就会出现性格改变的知识，并为此作好思想准备，才可避免老来的苦恼和与人相处中的不愉快。老人的性格改变具有哪些特点？总的说来，具有生理和心理两方面衰退的特征，例如由于记忆减退，抽象思维能力和适应环境改变的应变能力均减退，故说话啰嗦、唠叨、老叮嘱别人，深怕别人和自己忘了事。抽象概括能力差，思维散漫，说话抓不住重点。学习新鲜事物的机会减少，故多根据老经验办事，固执、刻板。工作能力下降，会增加老朽感，无能感。而最使人受不了的，

便是老年人的情感脆弱和情绪不稳定,容易焦虑,动感情,发脾气,骂人,无事生非地吵吵闹闹。有的老人则情绪低落,抑郁,发呆,对人对事冷淡。还有一种表现,就是自我中心,自私,一切只顾自己,寸利必争,无怪俄国大文豪高尔基的外祖父母在泡茶时,也要为各人该拿出多少片茶叶而争论不休。衰退严重的高龄老人,如有人格退化时,竟会发展到与小孙子争饼干吃。当然,老人的性格改变,不会都是人人如此,那些一直从事社会和智力活动的老人中,脑力衰退就很慢,性格改变也不很明显,他们当中大器晚成者,颇不乏人。

## (二) 体弱多病

中老年人,包括那些自认健康尚好的中老年人中,很难找到一位任何躯体疾病也没有的人。上了年纪的人,总会患一种或多种慢性躯体疾病。在中老年人中,常患的躯体疾病有慢性支气管炎、高血压、关节炎、腰背痛、龋齿及牙周萎缩,还有少数人患冠心病、糖尿病等。这样,慢性病缠身,不仅增加中老年人在晚年的痛苦,而且,因病导致行动不便,影响他们与社会的接触和交往,出现孤独,出现病感及疑病观念。在体弱多病面前,老人并不是束手待毙,无能为力,他们总是四处求医,寻求养生保健之术,不个人临到晚年才起步锻炼,虽然为时较晚,但这些行动是值得鼓励的。医务人员对老人的健身、防病、求医方法,应给以正确指导。

## (三) 离、退休

老年人面临着人生中一个重大的问题,就是离休或退休。这是任何人都得经历的,也是社会生活中的正常现象。可是,有些同志对离、退休缺乏正确的认识,思想准备也不够,一

旦面临离退休时，则有强烈的情绪波动，焦虑、抑郁、失眠，而且还影响身体健康。根据华西医大附一院在成都市不同职业的老人中调查，发现一些有规律的特点。离休后的党政干部，由于上门求事的人忽然少了，便会陷入抚今思昔，感慨万千和焦虑不安状态。知识份子退休时，感到不再干自己所热爱的工作时，过着清闲日子则觉很不好受，如再加上不懂得生活艺术时，则无聊、空虚。老工人，特别是从事劳苦工种的老工人，一旦退休，反而有被解放的轻松之感。再加上乐天安命，闲时与老哥儿们打牌、坐茶馆、过日子，反而感到退休后给工人带来了晚年的幸福，使心身处于一种良好状态。但他们中也可能有苦恼，例如，由于年老，承担一家之长的支配权被儿子媳妇取代时，他们也会不自在。相反，假如儿子在外地工作，或虽同在本市，因住房紧张，彼此分居，也会造成老人有孤单和萧条感。

#### （四）生活方式的变化

离、退休和体弱多病，都会影响老人与社会的交往接触。社交活动减少，不参加学习，不出席会议，与朋友碰面谈心的机会减少了，必然导致孤陋寡闻，所知甚少，信息不灵，慢慢对外界反应迟钝，漠不关心，也不再有生动丰富的情感去关心对待天下大事和别人的痛痒，这会促进老人的心理功能老化和衰退。因为人们不仅要从丰富的食品中吸取营养，同样重要的是，要从千姿百态、丰富多彩的社会生活中，不断吸取对人身身心健康有益的良性刺激作为精神营养，这样的晚年才会精神充实，保持生活的动力。可惜，有些人不理解这一点，只关心物质营养，不知道应有的精神营养，也就等于

没有找到支配老年保健的钥匙。

退休后太闲，没有一点生活的动力，也疏于懒散，不仅没有工作，也少有劳动，甚至误认为“享清福”，什么事也不管，才算是晚年的幸福。不仅老人有这种误解，而且他们的子女亲友中，也有此种误解。我们应当牢记，老人的生活安排，也应当恪守“生命在于运动”的原则。老人的生活，仍应忙一点。忙一点比闲一点好，只要不过劳，忙而不乱，作一点家务劳动和社会工作，以及从事一些爱好和消遣，栽花种菜，钓鱼养鸟，对老人的心身健康都是十分有利的。

有些老人到了晚年才开始养成吸烟和饮酒的习惯，或者比年轻时代的这类嗜好程度加强了。这种生活方式的改变对老人健康是不利的。但有的老人并不以为然，而且辩解道：“我对烟酒并没有瘾，抽点烟，喝点酒，是老来的一种生活享受，人老了，还不会享受，那有什么意思呢！”由此可以看出来，在生活方式的变化中，部分老人有意培养吸烟和饮酒的习惯，这与他们对晚年的人生价值观念的变化有关系。

#### （五）生活事件

在人的一生中，总会遭遇到这样或那样的生活事件，给人生增添烦恼、忧愁和痛苦。而在晚年遭遇的生活事件，给老人的精神打击尤为沉重。生活事件的折磨对老人的身心健康摧残甚大，可以诱发一些躯体疾病，增添心灵创伤留下的心理病态，甚至会在心劳交瘁的处境下，加速老人的衰老和死亡。

晚年常见的生活事件，例如老伴的死亡，剩下自己形影孤单，寂寞难熬，对未来的生活信心开始动摇。假如是一位

生活能力很差的人，老伴活着时，对其关照备至。老伴一死，这种生活无能的老人，好像失去父母的孤儿，一切均陷入茫然。有人统计过，在失去配偶的人中，在一、二年内相继死去的人数，比对照组的人数（即夫妻均存在）的死亡率高约七倍。

晚年丧子（女）是人生三大憾事之一，老人看到自己的儿女年纪轻轻就夭折了，死在自己的前面，是多么令老人痛心啊！不仅基于父子之间的感情，而且还涉及到老人日后依赖的靠山减少了或没有了。他日衰老到不能动弹时，该怎么办？百年之后又怎么办？这些都是使老人痛心疾首的事件，使老人长期痛苦的精神创伤，并产生“如此活下去还有什么意思”的思想。

老人退休后，一般都会使经济收入减少，经济状况不良；靠儿女养活的老人，则大有寄人篱下之心情。对晚年的经济生活缺乏安全感的老人常为经济缺乏保障而忧心忡忡。这会对老人的晚景幸福与否有着深远影响。

家庭不和睦是老人不幸福、引起焦虑、抑郁的主要因素之一。家庭不和睦，除了因为经济因素外，就是表现在两代人之间认识的差距加深。两代人在社会价值观念、伦理道德观念及生活方式诸方面均有差异。两代人虽然住在一起，却常为彼此不同的观念而抱怨、争吵、指责。有的甚至发展到彼此关系恶化，对老人歧视和虐待。婆媳关系不和，是中国的封建社会文化影响的结果。家庭不和睦会给老人的晚年投下阴影，影响老人的心理健康。

以上是老人中常见的生活事件，而有些老人可能还会遭

遇到自然灾害、财产损失、车祸、跌伤和亲友死亡等。这些都会给老人带来不幸和痛苦，使老人的身心健康遭受损害。

## 二、中老年人的精神疾病

### （一）心理、生理疾病

这种病过去称为心身疾病。是由于长期焦虑、紧张、抑郁、惊恐等情绪障碍引起的器官生理功能失调的一大类疾病。由于老人具有衰老、体弱多病或营养不良等易病因素存在，故在诊治老人所患的心理、生理疾病时，除了考虑如何改善和消除心理因素所引起的情绪障碍外，治疗时，应十分重视躯体状况的改善。在老人中常患的心理、生理疾病有高血压、冠心病、卒中、哮喘、过度换气、皮肤干燥、瘙痒症、糖尿病、尿频、夜尿增加、便秘、肠胀气、慢性腹泻、慢性关节炎、腰背痛等等。甚至癌症、青光眼、白内障的发生也与老人所遭遇的生活事件有一定联系。

促使中老年人产生心理、生理疾病的机制，是社会、心理因素引起情绪障碍，导致间脑生理功能的紊乱，引起神经内分泌机能障碍，植物神经功能失调，自身免疫机能的破坏。社会、心理因素还直接或间接为中老年人某些躯体疾病的发生创造发病的条件。由此可以看出，心理活动和生理机能之间的关系是密切联系的，故在诊治中老年人的躯体疾病时，思路千万不要受单纯生物医学模式的束缚，一定要以社会——心理——生物医学模式的新观点去分析、处理中老年人的躯体疾病的预防和治疗，即要重视辅以心理治疗和社会治疗，以



使中老年人有一个稳定的心理状态，和保持与社会环境有一个良好的适应，从而提高中老年人的抗病和康复能力。

## （二）神经官能症

年轻的神经官能症患者，随着年龄增长，其症状均有逐步好转的趋势。而在中老年时期才第一次出现神经官能症的则较少，他们以神经官能症到精神科门诊就医的也较少。但这仅是表面现象，假如从心理卫生的角度，仔细地去调查一下，就会发现，在中老年人中，神经官能症患者并非少见，而且也是中老年人晚年烦恼、痛苦的因素之一。对中老年人中患神经官能症少的错觉，来自就诊条件的限制。由于社会地位和社会角色的改变，老年人没有工作和学习任务，一点小毛病没有机会暴露出来，以及老人容易把任何不适和病痛与衰老联系起来，总认为人老了，免不了有一些慢性病，就不往神经官能症上去想。

中老年人所患的神经官能症，与年轻人相比，从形式到内容都有一些不同特点，就是说，都与老人的生理、心理和社会生活状况分不开。

1. 疑病症：老年人尽管在口头上常说：“人老了，有点病有什么稀奇。”或者说：“死有什么可怕！”实际上，他们并非如此，老人对自己的健康非常关心，经常关注自己身体上的任何变化。经济条件较好的，常四处求医，打听吃什么药好，哪些饮食营养好，哪些食物不能吃，别人有何养生延寿经验。由于这些心理状态，老人就特别关注自己的健康，有时疑神疑鬼，老担心会不会患癌症，甚至整日为吃多、吃少、吃软吃硬、吃冷吃热、消化不良、腹胀、便秘、血压稳不稳



定、会不会突然中风、会不会因冠心病发作死亡而苦恼。老年人的疑病对象，多为威胁生命的中老年人多发病。疑病是老人有情绪障碍的表现，即老人的焦虑、抑郁、烦恼、苦闷时，往往以躯体化症状表现出来。所以，可以把老人的疑病症状看作是老人有情绪障碍的一种象征。疑病，说明者人内心深处需要获得依赖、子女照顾和他人对老来无能的谅解。因此，处理老人疑病症的原则是：在认真检查，排除真实的躯体疾病的基础上，详细了解病人所处社会环境和其心理状态。一旦确定为疑病症时，应实事求是地向病人作解释，解除顾虑，在心理上给以支持和保证。同时，介绍有关老年的养生之道，以及懂得如何幸福生活的知识，并安排适当的社交、文娱和社会工作，有助于分散和转移过多注意和推敲自己身体变化的机会。用药切忌过多，不鼓励病人四处求医，以避免医务人员不恰当的语言、行为给老人带来不利的医源性影响。

2. 焦虑症：虽然人的一生中，任何时期都可有焦虑体验，但在老人尤易出现焦虑反应。焦虑的产生往往与老人面临不安全感有关，如担心健康不妙，经济困难，被家庭或社会遗弃。还有对儿孙远离，对亲人的健康和安全担心，对离退休的生活不习惯。独居套间与世隔绝，孤独寂寞，迁居陌生环境，或外地旅游等，都可以引起老人焦虑。

焦虑的症状有坐卧不安、心慌意乱、情绪易激惹，也可伴有抑郁心情、肌肉紧张、不易松弛、心悸、出汗、口干、震颤、尿频、头痛、睡眠不稳、失眠、多梦、胸闷和过度换气。严重者，可以出现阵发性惊恐发作，对象不一定能肯定的害怕，或有一种濒死的恐惧感。

处理焦虑的根本措施，是消除或撤离引起焦虑的原因和情境，安慰、鼓励病人并使用抗焦虑药物，如安定类药物。也应重视改善症状，如焦虑失眠严重者，可于睡前给舒乐安定或硝基安定。或使用小剂量的阿米替林 (Amitriptyline) 或多虑平 (Doxepine)，一般于睡前用 25 ~ 100 毫克。

3. 慢性疲乏状态：一般说来，与年轻人相比较，上了年纪的人，都容易疲劳，恢复缓慢，睡眠时间短，睡得不深，醒后仍有困乏感。对老人来说，多把此种现象视为正常。但当这种慢性疲乏状态加重，威胁到老人的生活活动时，引起食欲下降，睡眠不稳，以致降低抗病能力时，老人会为此烦恼。这种慢性疲乏状态或仅与衰老有关，也与老人长期的情绪障碍有关。如果无聊、空虚、压抑和忧郁时，老人就易于出现疲乏感。而老人与社会隔绝，孤独，少与人交往，从社会生活中获取的良性刺激信息量不足时，也易造成慢性疲乏状态。

治疗原则，千万不要建议老人多多休息、疗养和延长假期。越是消极休息、疗养，慢性疲乏感越重。正确的措施是，消除不愉快的心理因素，积极参加社交和文娱活动，能从事一点力所能及的社会工作更好。通过增加适当的信息量刺激负荷，是解除疲乏，振奋精神的最好办法。此外，注意合理的营养平衡，培养良好的生活习惯，坚持养生锻炼，皆为重要的对抗慢性疲乏措施，没有必要把注意力放在药物和补品上。

4. 强迫症：晚年也可发生此症，而且老人的强迫症状多与环境中存在的社会、心理因素有关，有些尚与心理上的衰退有关。老人的强迫观念、强迫行为多与老人的不安全感、担

心过多、啰嗦、犹豫、拘泥于细节、唠叨、繁琐有关。因此，出现过份小心、谨小慎微、一切务求完善而有秩序，还唯恐不妥、反复反省、核对、检查等病态心理。老人的强迫症状多表现为过分爱清洁，过分要求有秩序，和按固定不变的仪式行为办事，反复检查安全，反省罪恶念头。他们常洗手、洗澡，一切物品陈设总得按一定规格摆放。出门时，反复检查门窗是否锁好，煤炉或煤气灶开关是否关好。接触数字时反复核对。出现象征吉祥的仪式动作，在日常生活行为中默念咒语，以保证平安吉祥。老人明知这些强迫行为没有必要，甚至可笑，但就是克制不了，而且越克制，反而症状越加重，并引起焦虑不安，内心十分痛苦。

处理的办法是，首先要了解老人的生活背景及社会、心理状况，才能设法消除老人心灵深处的隐忧和担心。对强迫症状不要叫病人去克制它，而且要老人正视它，不担心它，作到心安理得，顺其自然，不大惊小怪，与强迫症状先做到和平共处，逐步在对症状淡漠的基础上，过渡到症状减轻和消失。药物对强迫症状的治疗效果是不明显的，在老人有抑郁和焦虑情绪时，用小剂量抗抑郁剂和抗焦虑剂则有效。前者有阿密替林、多虑平、丙咪嗪；后者为苯并二氮杂类药物，如安定。

5. 歇斯底里：在老人少见，偶可见于对躯体疾病的过分担心，而出现身体部份功能丧失。如在疾病的惊恐下，可以出现肢体瘫痪、失明、失聪、过度换气。如能及时给以认真检查、处理、亲切的护理，加上暗示、支持、保证，其预后是良好的。

6.睡眠障碍:老人睡眠逐渐减少,睡眠和觉醒交替频繁,所谓“猫打盹”。有睡眠障碍的老人颇多,其原因有衰老引起的生理性睡眠减少以及夜尿次数增多、躯体不适等对睡眠的干扰。有的是因焦虑抑郁所致。有的是退休过闲,加以生活习惯改变所致。多数老年人对睡眠障碍不太重视,此点有助于老人不为睡眠障碍而烦恼,他们也因而不为睡眠障碍四处求医。

改善老人睡眠障碍应重点放在培养良好睡眠习惯,白天应有一定劳动,保持轻松的生活节奏,不要轻易用药,如用药也应短期。可以改善睡眠的常用药。有舒乐安定、硝基安定或安定;近来还有人推荐氟基安定。以上任何药只选用一种,于睡前服用。有抑郁情绪者,可于睡前用小剂量抗抑郁剂,也有疗效。睡前配合气功,或松弛疗法,对改善睡眠也是有效的。由于谵妄或精神病引起的睡眠障碍,则按对谵妄或精神病的治疗处理,即可收效。目前,已把传统的催眠、镇静剂淘汰了,这些老药对老人的副作用大,不宜使用。

### (三) 更年期综合征

更年期是指人们由壮年步入衰老晚年的过渡时期,女性的更年期出现于45~50多岁之间,一般多出现于50岁左右;男性的更年期比女性晚几年,多出现于50~60岁。一般说来,身心健康者,在这段时间内,又没有遭受重大生活事件的打击,则更年期的出现要往后推迟一些,而且,更年期综合征的表现也要轻一些。更年期结束后,不少人的神经内分泌和植物神经功能又趋稳定,身心健康水平得以回升。所以,不少女政治家,科学家以及事业上的强人,多在更年期后发出

灿烂的晚霞，大器晚成，作出不少重大成就。

人到更年期时，由于机体老化日益明显，出现神经内分泌和植物神经功能紊乱。若再加上处境不利，遭到挫折的打击，以及有“人到中年万事休”的悔恨时，则心身均会出现很多不适症状，使人产生“老之将至”的感慨。

更年期的症状有内分泌机能紊乱。女性表现为月经紊乱，经期不规则，提前或退后，行经期延长，经量增加，经历一段时间后，导至停经。男女病人均有性欲大不如前之感。使病人有病感的体验多来自植物神经功能紊乱的症状，如潮热、手心脚心发热、多汗、胸闷、心悸、口渴、肠胀气、便秘等。使病人感到痛苦的是上述症状对病人在心理上的影响和威胁，因而出现情绪不稳定，易激惹和伤感，坐卧不宁；有时出现灾难临头之感。在焦虑的背后，常常伴有情绪抑郁，对过去悔恨惋惜，对未来感到迷惘和丧失信心。对健康很关注，多有不同程度的疑病观念，睡眠不稳、失眠、多梦、早醒；在床上睡不着时，则思前想后，一切不如意事尽皆涌上心头。严重的患者，可出现精神障碍，常见者为嫉妒妄想，怀疑爱人有外遇，对自己不忠实。有一些患者则出现贫穷妄想和被害妄想。焦虑、抑郁严重者，可能出现自杀。

虽然本病的病程可能较长，但随着更年期的结果，多以较为良好的预后而告终。如及时获得治疗，预后当更好，可以提前结束病程，或病程经历中的症状较轻。

预防原则，对即将面临更年期的人介绍有关中老年人的心理卫生知识，说明每个人均要经历更年期，这是客观自然规律，不应担心，但应有思想准备。其次要介绍中老年人的

保健、养生知识，首要的是增强体质，预防任何慢性躯体疾病。不过度劳累紧张、重视劳逸结合。主动回避易于引起精神创伤的情境，不争名夺利，不好大喜功。在复杂的人际关系中，适当地忍让。当有“人到中年万事休”的伤感情绪时，既要正视现实，尽心力而为之，但又不可差强人意，并实事求是地对待自己的挫折。在意外生活事件打击下，无法忍受时，应及时找临床心理学家或精神科医师给以心理咨询。

药物治疗以抗焦虑和抑郁剂为主，如安定 2.5~10 毫克，一日 3 次；伴有抑郁时，可用多虑平或阿密替林 25~100 毫克，一日 3 次。剂量应由小到大，不可快加，避免病人出现适应不了的药物反应。此外，可加用谷维素和更年期康。也可配合使用性内分泌激素。对有幻觉、妄想的病人，则应用中、小剂量的抗精神病药物。对病程长、虚弱的病人，尚可作胰岛素低血糖治疗 30 次。有强烈自杀企图者，应及时作电惊厥治疗。

护理中，要特别注意严防自杀。照顾好病人的饮食，保证摄入足够营养。组织病人参加室外活动，让病人有机会和亲属会面，使家属参与作一些安慰及精神上支持的工作。

#### （四）谵妄

老年人在很多不利因素影响下，极易发生谵妄。对于老人来说，除了脑血管意外容易引起谵妄状态外，老人对任何心理、生理功能紊乱，及一些社会、心理因素的干扰，均易导致出现谵妄。例如，过劳、饥饿、大汗、失水等引起的虚弱和衰竭，不恰当使用镇静、安眠、镇痛、抗过敏和抗巴金森氏综合征的药物，头伤、外科手术后和感觉剥夺（如突然

失明及失聪)均可引起谵妄。还有一些因素,对一般人不引起谵妄,对老人则可引起谵妄,如旅游,到外地探亲、环境变迁而不能适应,亲人生离死别,都可导致老人陷入谵妄。

老人谵妄时,起病急。最早出现的症状是意识模糊,定向力障碍,分不清时间和日子;弄错自己居住的地方,找不到厕所,或回不了自己的家。动作行为紊乱,作一些与自己的生活习惯和职业有关的行为;如女病人作穿针引线动作,或吆鸡、赶狗,或张罗操作厨房事宜。此时,注意力很难集中,不能持久专心回答别人问题,旁若无人。计算、推理很困难。老人清醒后,对谵妄时的情境大部遗忘。谵妄严重者,则可出现恐怖性视、听幻觉,常有错觉;此时,则自言自语,大吼大叫,挣扎躲避,逃跑,震颤,大汗。也可表现为少动的木僵状态。如谵妄状态持续过久,可导致病人衰竭或意外伤害事故。谵妄症状一般在傍晚、黄昏及晚上加重。

预防;照顾好老人饮食、营养、饮入量。防止老人跌伤,或交通事故。慎重用药,剂量应小,一般从成人量的1/3开始。老来慎远游,且需亲人陪伴。对生离死别事,应逐步经历一段脱敏感过程,让老人能忍受打击。

治疗:保持环境安静,分析和消除引起谵妄的因素。保持营养及水电解质平衡。亲人陪伴。最好不轻易用镇静药。如有失眠或烦躁时,才可临时用安定剂。如有躁动、丰富幻觉时,应使用小剂量抗精神病药物,如氟哌啶醇或氯丙嗪。护理中防止跌伤、走失等意外事故发生,饮食宜喂食,防窒息。

#### (五) 早老性精神病

系指阿尔采默(Alzheimer)氏病和匹克(Pick)氏病。发



病于中年后期，故称早老性精神病，多见于女性。这类病在中国难于见到，病因至今未明，有家族性遗传倾向。系脑多部位缓慢出现进行性脑萎缩，以额、颞叶萎缩明显，也可波及到顶叶萎缩。显微镜下可见到脑组织的神经细胞脱失，有散在的老年斑组织。

临床表现为逐步出现痴呆，近事遗忘，定向力障碍，有焦虑和抑郁，多表现为情绪不稳及幼稚。由于阿尔采默氏病以顶叶症状为主，故出现健忘性失语症、失写症、失用症及语尾重复。肌张力增加，可有癫痫发作。最后，可能退化到只有植物神经功能活动的人。而匹克氏病，则以额叶损害症状为主，除了智能严重障碍外，以出现伦理道德败坏为主。

早老性精神病预后不良，病后一般可活五年。目前尚缺乏有效治疗，只能进行对症治疗和处理。护理中，应防止褥疮、走失，并维持营养。

#### （六）动脉硬化性精神病

起病受多种因素影响，例如，脂代谢功能不良，阳性家族遗传史，有嗜肥甘厚味及高盐饮食习惯，吸烟，环境污染，缺少运动，有高血压史，长期处于紧张生活和工作快节奏中。以上这些因素，都与本病的发生有关。发病多在 50~70 岁之间，男女比例，约为 3:1。起病缓慢，病程呈阶段性下降加重，可有明显的间隙缓解期。

由于脑动脉硬化供血量减少，造成给脑组织供应氧及营养的困难。脑可因而出现局部缺血性或出血性软化灶。血管周围脑组织一般有退变现象。

症状：多于早期即出现头晕、头痛、体力和脑力活动能



力均下降，极易出现疲劳，伴有多种自己也说不清楚的模糊躯体不适主诉。病程起伏，可以在过劳和情绪紧张激动时，血液循环供血不足，突然意识模糊，出现幻觉，行为紊乱。而缓慢起病者，则颇似老年性精神病，智能活动能力逐步下降，记忆困难，并有对局部事件的遗忘，而非全部遗忘，这是本病的遗忘特点。情绪不稳，急躁，易激动，多有焦虑状态，特别是病人的自知力保持良好，所以自己也感到在很多方面不行了。心身健康水平均下降，失眠、头晕，会影响到正常的工作和生活，故而悲观焦虑情绪加重。

本病应于早期重视预防，合理的饮食，良好的生活方式，注意劳逸结合，不要逞能好胜做力不从心的工作，不要兼职过多，保持情绪稳定，心身均松弛，有助于本病的预防。

治疗以控制高血压，调整脂代谢为主，可服用补气、活血、化瘀中药。发病时，可服扩张血管，改善血流量药物，及维生素 B、C 类药物，以改善脑的代谢机能。针灸、按摩也有帮助。焦虑失眠明显时，可用安定类药物。有关进一步如何治疗，可到内科请专科医师指导。

### （七）老年性精神病

多见于高龄老人，起病缓慢，病程隐袭，进行性发展。女性多于男性。病因尚不完全清楚，有人怀疑为慢病毒所致，或认为是一种自身免疫疾病。本病似与遗传有关，有人则主张应从综合因素去考虑。

老年性精神病是一种脑器质性损害的疾病。大脑有明显萎缩，脑回变窄，脑沟加深；大脑皮质在显微镜下可以看到神经细胞萎缩和神经细胞消失明显，并有老年斑和神经纤维

缠结。这些退变不是继发于脑血管病变而引起的。大约 20% 的病人有中度脑动脉硬化，但其临床意义不大。

症状的主要表现是智能障碍，渐渐出现明显的记忆不良，判断错误，如找不到自己的住所，外出易走失，抽象思维不良，言语表达困难，情绪幼稚。出现情绪淡漠时，则对一切丧失兴趣。有时出现焦虑、抑郁或易激惹。但这些情感变化都是肤浅的。随着智能衰退，行为改变越来越明显。当睡眠有障碍时，则晚上不睡，在室内东翻西搞，白天则继续打盹。好拾破烂，珍藏似宝，以致影响家庭或社会的清洁卫生。不能料理个人清洁，饮食上表现自私，进食时狼吞虎咽。可出现幻觉及被窃妄想。严重时，连自己的儿女也不认识，自己多大年纪也不知道。最后，多死于加杂症或意外。

本病无特殊治疗方法，可以试用改善脑代谢药物和改善脑血循环药物，如脑复康、脑复新、谷氨酸、三磷酸腺苷、维生素 B<sub>6</sub>、复方丹参片。有人还建议用海得琴（Hy dergen）。

护理中，应严防走失、跌伤、淹毙、失火和煤气中毒。照料其饮食、大小便和洗澡。住房应标记色彩鲜明的图象，以帮助病人的联想记忆。保暖也应十分注意。

这类衰退老人在家庭分散管理是十分困难的。应有专门收容管理此类老人的机构，有经过专业训练的人员来集中管理，才能减轻亲属在照顾上的负担，以人道的态度照料他们寿终天年。在发达国家中，此类机构已渐普遍设立。

#### （八）晚发性精神病

在晚年首次才发病的重性精神病是不多见的，但也可见少数此类病人，常见者有：

1. 晚发性精神分裂症：多有精神创伤作为发病的诱因。继这些精神因素后，渐出现多疑，有被人迫害的感觉，有些病人则出现嫉妒妄想，疑爱人对己不忠实。可有听幻觉。不同于年轻患者的是，老年精神分裂症患者与周围环境接触较好，情感不淡漠，对治疗的反应较好，不出现人格衰退。

2. 躁狂、抑郁症：在老人中，以抑郁症多见。当老人处于躁狂状态时，情绪高涨、话多、好管闲事，处处以长辈自居，病程有迁延趋势。而老人患抑郁症时，则情绪低落、抑郁。对一切都丧失兴趣，表达不出自己的感情。病人自感不会哭，也不会笑。整日精疲力竭，脑子迟钝，呆坐、不与外界接触。有自罪、自责、贫穷妄想、疑病观念，偶尔有心因性听幻觉。老年抑郁症还有两个特点：一是表现为以众多躯体症状为主诉，虽有焦虑和抑郁，但不主动提供这种情绪障碍的症状，医学上称此种现象为隐匿性抑郁症。此时，老人整日为睡不好、头痛、腰背痛、腹胀、消化不良、便秘、胸闷、气短、心悸而苦恼。常常担心死于绝症，怀疑是否患了癌症、冠心病、中风和偏瘫。另一种表现则为痴呆状态。实际上，不是真正的痴呆，而是抑郁症的一种表现。老人此时似乎有严重的智能障碍，记忆很差，连自己的住家是向南向北，儿女的形象是什么样子都记不清楚，自己的亲人站在面前时，也有一种陌生感和遥远感。计算也十分困难，同时也有抑郁的情绪障碍，这种似乎痴呆的症状，很易误诊为老年人的脑器质性精神障碍，鉴别之点在于老人有严重的抑郁症状。

躁狂症可用氟哌啶醇和碳酸锂治疗。而抑郁症则用抗抑

郁药物如丙咪嗪、多虑平或阿密替林治疗。

护理中要严防抑郁症病人的自杀，和躁狂病人的过度兴奋而衰竭。

3. 偏执状态：缓慢起病，可与生活事件有一些蛛丝马迹的牵联，患者多疑、敏感，疑有人捣鬼、暗中迫害他，可出现攻击或诉讼行为。有的病人则有嫉妒妄想，千方百计搜集爱人不忠实的证据，甚至跟踪监视爱人。另一类病人则认为邻居偷了自己的东西，常常与人寻衅吵闹。这种病人与环境接触良好，只要不涉及其病态思想，则宛如正常人。病程长，不衰退。给予抗精神病药物治疗，可以收到一定效果。

### 三、中老年人精神疾病的防治

#### （一）养生与延寿

这是预防的首要关键，应从健康无病时起步，坚持养生与延寿措施，结合个体的具体情况进行。一是应有良好的生活方式，不吸烟、不饮或少饮酒，低盐、低糖、低动物脂肪饮食。二是生命在于运动，要坚持体力锻炼。三是掌握一点养生术，如气功、太极拳、松弛疗法等。

#### （二）心理卫生

通过卫生宣传、教育、咨询、指导，养成有利于身体健康的工作和生活方式，情绪稳定，适应社会良好，以保持身心健康。心理卫生的措施，有针对个人的，如懂得养生保健之道，在遭受精神打击时，善于发挥心理防卫机制的作用，增强对挫折的忍受能力，避免精神崩溃；而对于群体的心理卫

生，则在于改善生态环境，消除污染，减少噪音，保证职工的劳逸结合和正当的娱乐活动，完善社会福利机构的建设。而更重要的是要建设一个激励人心，对未来充满希望，友爱和谐，安居乐业的精神文明社会。各年龄阶段的人群，其心理卫生各有其特点。有关老年人的心理卫生兹分述如下：

### 1. 身心健康状况是决定老人幸福与否的关键。

随着衰老，出现体弱多病，名誉地位已不再象以前那样有现实意义了。而有了健康的身体，行动方便，能随心所欲地参加家务和社会活动，那才是老人最大的幸福。老人的身心健康受损害，其后果有两方面：一方面是体弱多病给老人带来种种躯体不适，如疼痛、便秘、食欲不良、消化不好、睡眠障碍等，都会给老人带来对健康的担心、焦虑和朝不保夕的不安全感。另一方面，长期患病，造成行动不便，与社会交往减少，甚至料理个人生活也困难，经济负担加重，实际生活水平下降，这就增加了老人的孤独、寂寞，与世隔绝，悲观失望，降低了老人晚年的幸福感。

老年人对自己健康评价的好坏，比实际健康状况的好坏，对老人幸福感更具有明显影响。自我健康评价好的老人，其晚年幸福感高于自我评价低的。这种评价包括两个标准，即实际健康水平的高低，还有就是老人对疾病不适的态度。有的老人，其健康实际水平可能并不太好，但对健康的态度乐观，这类老人纵有一点疾病，他也不会焦虑，这种自我健康评价高的，确实对身心健康有一定补益。相反，自我健康评价不良的老人，由于对疾病的担心、焦虑和对死亡的恐惧，安全感受到威胁，必然会增加消极情绪，不利于健康。故应在

实事求是的基础上，指导老人正确评价自己的健康，对健康持乐观态度。这样，才有利于心身健康。

健康好坏还影响老人对事情的认识态度。健康不良者，较多老人有日益衰老和死亡临近感，甚至悲观、绝望、想死。这些衰老感、末日来临感，可使老人产生一种“夕阳无限好，只是近黄昏”的惆怅。在健康不良的背景下，老人自感跟不上社会发展的步伐，自叹自怜，有的称自己是“思想僵化、知识老化、血管硬化、即将火化”的“四化”干部，其悲观消极态度可见一斑。

健康对老人幸福感的影响，不受经济状况决定。低收入的老人，如自我健康评价高，其幸福感也高。经济收入高，但自我健康评价差的老人，虽然钱多，却不一定感到幸福。正如老人们所说：“金钱可以买到良药补品，但买不到健康的身体，金钱能买到山珍海味，但买不到好的胃口”。因此，应加强老年医学的研究，特别是加强对老人常见病、多发病的研究和防治，改善对老人的卫生保健措施，定期为老人作体格检查，开设老人门诊、老人病院，增设老人病床和家庭病床，以保证老人健康，落实老人的心理卫生。

## 2. 维持跟社会接触，是老人身心健康的动力源泉。

老人离退休后，其原来的社会角色改变了，社会地位改变了，不再承担社会职能，社会活动随之减少，再加上衰老，老人对外界的感知减退，情感反应淡漠，深居简出，孤陋寡闻，接受来自社会的良性信息量减少，使老人与社会隔绝，而老人是不愿意从社会生活中退缩的。我们曾调查过，有三分之一的老人不愿意退休，健康的退休老人中有 50% 的老人希

望继续工作。老人深感社会生活的重要性，他们希望通过新的社会角色身分，以补偿他们社会活动范围的缩小。老人并有群体意识，他们通过各种方式与社会保持联系。有三分之一的老人退休后，有自己的兴趣和爱好活动，或兼差和充当顾问。46.2%的老人认为工作是为社会尽责，27.1%的老人认为工作是他们很愉快的事，24.6%的老人把工作视为经济上的补偿。表明老人参加社会工作主要不是为了谋生，而是人生价值观的体现。他们力图挣脱衰老的限制回归社会，在不断学习、工作和与人交往中摆脱空虚和孤独，求得精神上的充实与愉快。同时，社会对老人成就的肯定，以及对老人的尊重，就会增强老人的自尊心和荣誉感。所以，为老人提供发挥余热的机会，是老人与社会保持良好的交往的一种形式，有益于身心健康。

### 3. 独立自主的经济收入，是老人幸福的物质基础。

经济收入的高低，要影响老人晚年的幸福。依赖子女赡养，无经济收入的老年居民和农民，他们没有自己支配的经济权，一切需依靠儿女，大有看人脸色生活、寄人篱下之感，这必将影响老人的自尊心。而收入低的老人，因物价上涨，会给生活带来困难，造成老人晚年生活无保障的担心、忧虑。而老人在食品、营养、社交、娱乐和卫生保健方面都需要钱。没有经济收入，或收入较低，都会造成老人的不安稳感，影响晚年幸福。故在老人的心理卫生工作中，应重视改善老人的经济生活，应有足够的退休金或保证基本生活的养老金。并及时增加因物价上涨而抵消的实际收入。应由个人、家庭、集体和国家，多层次、多渠道地解决老人的经济收入和社会



保险。从长远的观点考虑，应把老人的经济福利事业逐步转向由国家统一规划、解决。以保证老人的经济收入有保障，不受人或社会变动影响的干扰。

#### 4. 和睦家庭是老人幸福的根基。

和睦的家庭生活使老人精神上获得安慰，生活有子女照料，疾病能得到及时治疗，经济上有保障。子女对老人的尊敬和老人对子孙的慈爱使老人感到温暖和幸福。家庭成员对老人的体贴，子女在工作、学业上的成就，子女的婚姻美满，全家人都身体健康，都会增强老人的自尊心、荣誉感、无所牵挂、问心无愧和称心如意的心情。有少数家庭，尊老传统受到破坏，子女对老人的生活不闻不问，把老人作为勒索和役使对象。老人在精神上备受折磨，出现焦虑、抑郁、万念皆空、前途渺茫的心情。在这种不愉快的逆境中，假如老伴健在，两老尚可相依为命，互相照应体贴。如一旦老伴去世，孤单一身，实难适应这种悲惨凄凉的晚景。故丧偶老人常怀念过去的夫妻生活。所以，在心理卫生工作中，应重视协调老人的家庭生活，帮助丧偶老人在自愿的前提下审慎地解决好再婚配问题。

#### 5. 广泛的社会支持系统是老人幸福的强大支柱。

老年是许多危机和应激因素集中在一起的时期。老年人和青年人相比较，会在短时期内丧失更多的东西。如退休引起的社会角色地位的丧失，收入减少，离开热爱熟悉的工作和朋友；晚年丧偶，同龄亲友相继死亡，体弱多病等，都会给老人带来许多心情不安定的各种应激因素。在这些精神因素的威胁下，会破坏老人的晚年幸福。因此，政府、社会、单



位组织、邻里、家庭、亲友都应对老人给予关心、安慰、同情和支持。为老人建立起广泛的社会支持系统网,形成尊老、敬老的社会舆论,满足老人的物质和文化需要,发展老人服务业,提供老龄食品和服装,改善住房条件,设立老人公寓、老人病院、老人门诊,极大地方便老人的生活和保健需要,以克服衰老造成的生活上的不利影响。随着物质和文化生活的丰富,为老人增设娱乐场所,在报刊、电视、广播中增加老人所喜爱的内容,指导老年人如何过好晚年生活。此外,还应加强老人的社会保险和法律保护,维护老人的合法权益,使老人安享天伦之乐。

#### 6. 应从战略的观点预测、规划、解决人口老龄化的问题。

我国人口居世界第一,老人的绝对数相当于欧洲老龄人的总数,而且老龄化的进程很快,60%的老人分布在农村,他们的生活水平还很低,精神生活单调,社会福利事业还未得到很大改善。因此,应从战略的观点预测、规划,以解决老龄化带来的问题。现代社会已形成科学、技术、生产、生活紧密联系的动态大系统,越来越要求有关各科专业协同工作,促使社会发展整体最优化。以避免现代社会变革带来的弊病。如老人社会地位下降,晚景凄凉,人口构成畸形发展,青壮劳力不足,养活大批老人成为社会负担等。国家应从政治学、人口学、社会学、生态学、医学、经济学等方面,综合研究人口老龄化的决策与措施。

#### (三) 心理治疗

心理治疗是保证情绪稳定,预防和矫正异常行为,恢复同社会的良好适应的措施。进行心理治疗的医师,必须有热

情的服务态度,熟练的心理治疗技巧,懂得接触病人的技术,有广泛的社交、文化和生活知识,这样才能取得病人的信任,而信任是取得心理治疗成功与否的关键。在进行心理治疗前,必须先充分了解病人生活背景和病情。要重视分析病人的个人发展史与社会环境的关系。一般施行的心理治疗有:

1.个别心理治疗:有针对性地给病人解释、指导、安慰、支持、保证;必要时,在心理治疗过程中,让病人有舒泄的机会,尽情发泄压抑的痛苦情绪。在心理治疗中,启发病人了解自己的疾病和苦恼的原因,和如何解除疾病痛苦的措施。

2.集体心理治疗:系针对一组老人共同关心的问题,进行集体讲座,也可组织小组讨论,交流他们的经验教训。老人们坐在一起,可以互相同情、支持、交流彼此的经验教训,以取得精神上的支持,医师可从旁指导。

3.心理咨询:对引起老人情绪上出现焦虑、抑郁、恐惧的问题给以分析、指导。共同讨论如何摆脱困境的措施。一般咨询的问题,包罗较广,如咨询疾病的诊断、预后、家庭关系、婚姻、不幸遭遇,以及老年养生与益寿延年的知识。

4.生理心理治疗:是把传统养生术与心理治疗相结合的一种心理治疗方法。也有以现代电子技术让病人了解自己的生理活动状况,通过自我训练,以调整失调的生理机能恢复正常。常采用的有气功、太极拳、瑜珈功、松弛疗法和生物反馈疗法。其产生疗效的机理在于调神、松弛、对生理功能的自我训练。

5.行为疗法:对病态行为进行矫正,常用的办法有系统脱敏疗法、示范疗法、厌恶疗法、交互抑制疗法、犒赏疗法

和满灌疗法等。

6. 社会心理治疗：着重改善病人的社会生活，使病人与社会保持良好的适应。社会心理治疗必须得到社会的支持才能有效。对老人采用的有家庭治疗，鼓励、支持老人续弦，说服子女支持，以解决老伴死后的晚景萧条。支持、帮助和指导老人参加力所能及的工作，以发挥余热，使老人精神充实、延缓衰老。老人与子女之间如有不愉快的因素，可以通过社会心理治疗协调他们之间的关系。要创造条件为老人组织社会活动，从社会生活中吸取精神营养。

#### （四）老人与药物

对老人的保健 不可单纯依赖药物，即使用药时，也应慎重，并应知道药物的副作用有哪些，以防止药源性伤害。老人用药的剂量要小，一般约为成人的  $1/3$  剂量。对某些抗生素、磺胺、激素和镇静止痛药要慎重使用。警惕降压药可以引起抑郁症。抗巴金森药物、抗胆碱能药及安眠、镇静剂可以引起谵妄。使用抗精神病药物时，应防止跌倒、锥体外系加杂症及中毒性脑病。

## 第九章 常见传染病的防治

### 一、感冒（普通感冒）

感冒是中老年人最易受染的急性病毒性上呼吸道感染病。据老年病学发病统计，本病居老年人传染病第一位。病原可以由多种病毒所引起。目前认为鼻病毒是引起该病最常见的病原；病人是主要传染源，病原体存在于呼吸道分泌物中，主要通过密切接触，尤其是手指接触含病毒的分泌物或分泌物所污染的物品，再接触鼻或眼结膜而受染；通过空气及飞沫气溶胶传播者较少。

#### （一）中老年人患感冒有哪些临床表现

1. 主要发病季节为春、秋两季，冬季发病较少。
2. 发病初期有头痛、头昏、咽部不适，鼻及眼结膜有灼热感等。
3. 起病后数小时出现喷嚏、流涕、流泪、鼻塞、咽痛及咳嗽等上呼吸道卡它性症状；少数人可以出现声嘶，鼻流粘

液性或粘液脓性分泌物；严重者可以引起味觉与嗅觉减退。

4. 全身症状有疲倦、头痛、头昏、发烧、四肢及背部肌肉酸痛等。

5. 部分病人出现上腹胀伴打呃、胃纳不佳、腹痛、腹泻等消化道症状，多发生于原有慢性胃肠道疾病如慢性胃炎和/或十二指肠炎症、溃疡病和慢性肠炎等患者。个别患者可因耳咽管粘膜充血、水肿导致暂时性头昏、头晕、耳鸣、恶心及呕吐等美尼尔氏症候群。

上述临床表现一般在患病后 3~4 天开始减轻，一周左右全部症状自行消退；少数可延续 2 周左右痊愈。

## （二）中老年人感冒症状有哪些特点

1. 上呼吸道卡它性症状如喷嚏、流涕、鼻塞、咳嗽等较儿童和青年人轻。

2. 全身症状不明显，一般不发烧或有低烧；部分病人仅感疲倦或低烧，为唯一临床症状。

3. 有慢性基础疾病如慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺心病、高血压病、冠心病等患者，患感冒后临床上突出表现为基础疾病的症状，而感冒症状常不明显易被漏诊。

4. 病情恢复慢，病程较长，个别可延续 3~4 周恢复。

5. 易继发病毒性或细菌性肺炎。细菌性肺炎是高龄患者死亡的重要原因。

## （三）怎样诊断感冒

1. 在春秋季节或气候变化较大时，在受凉后一旦出现咳嗽、流涕、鼻塞、咽痛等上呼吸道症状者，应诊断为本病。

2. 家庭内或同事中有感冒患者，继之出现相似的症状者，

本病诊断的可能性大。

3. 无明显原因突然出现头昏、嗜睡或低烧者, 无论有无上呼吸道症状, 均应考虑本病的可能性。

4. 有慢性基础疾病的患者, 近期病情复发或加重, 临床上除开其他诱发因素外, 感冒是常见的致病因素。

5. 一过性头昏, 视物旋转伴耳鸣、恶心、畏光等症状, 检查眼球有水平震颤, 咽充血明显等, 临床上能除开其他的病因(如高血压、药物、颅内占位性病变等)时, 应考虑上呼吸道病毒感染所致的美尼尔氏症候群。

6. 对可疑者有条件可早期收集洗鼻液、咽漱液、咽拭子、痰、血、粪便等标本进行病毒分离(鼻病毒主要采用人胚肾细胞组织培养);或采用病人双分血清与标准抗原或患者分离的新病毒作血清反应检测, 双分血清检查应相隔2周以上, 若第二分血清效价增加4倍以上者, 有诊断意义。

#### (四) 如何防治感冒

感冒是人类最常见的传染病。本病的严重性直接与患者年龄、病毒类型、病前健康状况以及有无继发细菌感染、基础疾病等有明显的关系;而且近年国内外研究, 认为呼吸道病毒是引起慢性呼吸道疾患的常见原因之一。所以, 作好本病的防治工作极为重要。

##### 1. 一般措施

(1) 注意气候变化, 在气温显著变化时, 注意加减衣着。呼吸道病毒感染患者, 应戴口罩并限制过多活动。

(2) 避免与感冒患者密切接触, 必要时对同居室内患者的食具及用具进行消毒处理。室内要经常进行空气消毒。

(3) 居室应尽力作到通风、光线充足。冬季应定时开窗流通空气。

(4) 应加强户外活动,坚持适当的体育锻炼,如早操、晨跑、打太极拳、气功等活动;提高耐寒能力如经常用凉水洗脸(包括冬季),可提高鼻粘膜对外界的适应能力,这是预防上呼吸道病毒感染的重要措施。

(5) 应积极治疗上呼吸道慢性病如慢性鼻窦炎、慢性扁桃腺炎、慢性咽炎等。

## 2. 对症处理

(1) 头痛、发烧:鼓励病人多饮开水;口服复方阿斯匹林片或去痛片,每次1片,每日3次;或颅痛定每次60毫克,每日3次;高烧患者可用稀释酒精液擦浴。中草药成药如感冒退热冲剂,每次1~2包,每日3次,冲服;羚羊感冒片,每次4片,每日3次。

(2) 咳嗽:干咳用必嗽平,每次8~16毫克,每日3~4次,或咳必清25毫克,每日3次;有痰伴气紧者,用舒喘灵,每次4.8毫克,每日3次,或氨茶硷,每次0.1~0.2克,每日3次;咳嗽伴咳黄色稠痰者,应在医师指导下选用适量抗生素或磺胺药物抗感染,如麦迪霉素,每次0.2克,每日4次,或螺旋霉素0.2克,每日4次。

(3) 流涕、鼻塞:口服维生素C,每次0.1~0.2克,每日3次;扑尔敏4毫克,每日3次。鼻塞者可局部滴用1%麻黄素,每日3~4次。可试用1%色甘酸二钠水溶液滴鼻,可迅速控制上呼吸道卡它症状。

## 3. 中医中药治疗

(1) 畏寒、发烧，以畏寒为主，无汗，口不渴，痰少，苔白薄，脉浮者，轻症选用“杏苏饮”加减，药物有杏仁、紫苏、荆芥、防风、薄荷、桔梗、前胡、甘草（剂量 3~9 克）。体弱可加沙参 9~15 克。重症选用“荆防败毒散”加减，药物有荆芥、防风、羌活、独活、柴胡、川芎、前胡、桔梗、茯苓、甘草、生姜、枳壳、薄荷（剂量 3~9 克）。体弱可加广明参或太子参 9~15 克。

(2) 发烧、畏寒，以发烧为主，有汗、口渴、痰多黄稠，尿黄、大便秘结，苔黄干，舌尖或边缘红，脉浮数者，选用“银翘散”，药物有银花、连翘、牛蒡子、荆芥、薄荷、竹叶、芦根、淡豆豉、甘草、桔梗（剂量 3~9 克）。喉痛、咳重黄痰，加用前胡 9 克、瓜壳 9 克、射干 6 克、马勃 6 克；鼻衄加白茅根 15 克；热重加大青叶 9~12 克、板兰根 9 克、石膏 9~12 克。

(3) 恶寒、身热不畅，头胀痛如裹，肢体困倦，口淡胸闷，恶心、呕吐，苔白厚腻，脉濡者，选用“二陈汤”加减，药物有半夏、桔红、茯苓、甘草（剂量 6~9 克）。

(4) 发烧、出汗、心烦、口渴、胸闷、尿黄赤、头昏痛，苔黄腻，脉濡数者，选用“香薷饮”加减，药物有香薷、银花、厚朴、扁豆、滑石、藿香、佩兰（剂量 6~9 克）。

## 二、流行性感冒（流感）

流感是由流行性感冒病毒所引起的急性传染病。本病具有高度的传染性，其传播迅速，易发生流行及世界大流行。流



感病毒分为甲、乙、丙三型，其中甲型病毒的抗原性变异频繁，历次世界性大流行均由甲型病毒所致。近年我国流行的主要是A<sub>3</sub>型病毒。本病的传染源主要是急性期病人，病毒存在于病人的鼻涕、口涎、痰液等分泌物中，借助于空气、飞沫传播；也可通过茶具、食具、毛巾等物品间接传播。本病流行多无季节性，但以冬春季节较多；而大流行则多开始于夏季。预后大多数良好，但年老、体弱或有慢性疾病基础者，预后不良，甚至危及生命。

#### (一) 患流感有哪些临床表现

(1) 起病急，常在一个单位或一户人家内，短期（1~2天）多人发病。

(2) 发烧常伴有畏寒或寒战，体温于1~2天达高峰，1周左右恢复正常；症状常随体温增高而加重，随体温下降而改善。

(3) 头痛、眼痛较突出，头痛为持续性，常局限于额部。眼球后痛常随眼球活动而加剧，故病人喜闭目休息，此症状的出现对本病诊断具有重要意义。

(4) 肌肉痛较明显，主要表现为腰背肌、四肢肌酸痛，常伴有极度衰弱、无力等症状。

(5) 大多数病人颜面潮红，眼结膜充血，鼻或咽部粘膜充血、水肿。

#### (二) 中老年人患流感有哪些临床特点

(1) 发病率较青壮年低。流感流行期常先侵袭青少年，后波及中、老年人。

(2) 临床症状与青壮年基本相似，但患病后肺炎的发生

率较高，不少病人以肺炎的症状起病。

(3) 预后较差。其原因是：肺炎型流感在中老年患者容易造成心力衰竭或周围循环衰竭死亡。合并基础疾病如慢性呼吸道疾病（慢性支气管炎、肺气肿等）及心血管疾病（如冠心病、肺心病等）多。

### (三) 怎样诊断流感

1. 起病急，在同一地区短期内（1~2天）有大量病人同时出现。

2. 突出的症状是高热、头痛、全身酸痛、乏力等全身中毒症状明显，而局部（或系统性）症状一般较轻。

3. 流行期临床上可以咳嗽、咳痰、胸痛为主要症状，或以恶心、呕吐、腹泻等消化道症状为主要表现。个别可并发细菌性肺炎、副鼻窦炎、中耳炎、乳突炎等。

#### 4. 肺炎型流感的诊断要点

(1) 寒战、高热持续不退，于病后 1~2 天病情急剧恶化者。

(2) 患者极度烦躁或嗜睡，呼吸困难，剧烈性咳嗽，咳粘液脓性痰或血痰，唇、指甲粘膜发绀者。

(3) 双肺呼吸音减弱，可闻及干、湿性啰音，但无临床肺实变体征。X 线胸片可显示双肺弥漫性结节状阴影，由肺门向四周扩散，而肺周围视野阴影稀少。

(4) 周围血象，白细胞计数多数增加（1~2 万/立方毫米），分类计数中带核白细胞可以增高。

#### 5. 特异性诊断方法

(1) 鼻粘膜印片检查：在发病后 3 日内检查流感嗜酸性

包涵体，其阳性率较高。若采用荧光抗体染色法检查，则阳性率可高达 90% 以上。该方法特异性较高，有利于早期诊断。

(2) 补体结合试验：于病初及发病第 10~14 天内各取血清一份作试验，第二份血清效价递增 4 倍或以上者有诊断意义。

(3) 病毒分离：在发病 3 天内进行，可用鼻咽部冲洗液、咽拭子，加入适量抗生素（青霉素及链霉素）接种鸡胚羊膜腔后分离病毒，其阳性率很高。

#### 6. 应与下列疾病区别

(1) 单纯型流感与普通感冒区别。主要区别点是流感病人蔓延较快，病人集中；全身中毒症状重而上呼吸道卡他性症状轻。对可疑者有条件可作特异性免疫检查或病毒分离。

(2) 流行性出血热：该病同样具有发烧、头痛、腰痛及充血征。流行性出血热常有一定的发病地区、明显的发病季节性及典型的临床经过（发热期、低血压期、少尿期、多尿期及恢复期）；体温下降而病情反加重与流感不同；眼结膜不仅充血，而且有出血及水肿，发烧同时伴渗出性改变是流行性出血热的特点；病人常有不同程度的出血及蛋白尿、血尿及肾功能损害。

(3) 钩端螺旋体病：该病同样具高热、头痛、全身肌肉酸痛。但本病有明显的季节性，多集中在夏秋之交，水稻收割期（俗称“打谷黄”）；发病者多有疫水接触史；除有较突出的全身乏力外，且有表浅淋巴结肿大及腓肠肌压痛。

#### (四) 怎样防治流感

该病的防治措施与普通感冒基本相同。

1.老年人在流感流行期最好不到公共场所,外出必须戴口罩。

2.在流行期应加强公共场所、集体单位的卫生管理;减少或停止大的集会;停止进茶馆、邻居串门。对于患者应及时采取隔离治疗,可减少传播和减低蔓延速度。

3.中老年人患流感除予以对症处理外,应适当加用抗生素,以防治细菌性肺炎及其他并发症。老年人最好住院治疗。

4.高热患者可用异丙嗪,每次 25 毫克,每日 3 次;苯海拉明,每次 25 毫克,每日 3 次。吗啉呱 0.1 克,每日 3 次,口服;金刚胺每次 100 毫克,每日 2 次,口服。

#### 5. 药物预防

(1)食醋法:每立方米的空间,用食醋 5 毫升,熏蒸 1 小时,每天熏 1 次,连熏 3~6 天,可控制本病流行。

(2)金刚胺(金刚烷胺盐酸),每日 100~200 毫克,连服 4~6 周。对 A 型流感病毒的预防效果较好,尤其对有慢性心肺疾病或体弱的老年人预防更为适用。

(3)中药:贯仲 10 克、板兰根 12 克、荆芥 6 克、藿香 9 克,煎水服,成人每天 1 剂,连服 3 剂。银花藤 15 克、桑叶 15 克、鲜芦根 15 克、泥鳅 15 克,煎水服,3 天为一疗程。

#### 6. 接种流感疫苗

(1)减毒活疫苗:用 0.5 毫升作鼻腔内喷雾接种。疫苗制备经济,方法简便,易于推广,预防效果优于灭活疫苗。少数人可引起发热,故有心血管疾病、活动性肺结核患者禁忌。

(2)灭活疫苗:于每年秋季皮下接种 1.0 毫升。接种 7

天后其抗体效价逐渐增高，在 3~6 月内约有 70% 的人达到预防效果。

对鸡蛋蛋白过敏者，禁忌接种这两种流感疫苗。有慢性心血管疾病者，一般不接种流感疫苗作预防。

### 三、细菌性痢疾（菌痢）

菌痢是由痢疾杆菌所引起的常见肠道传染病。病人是唯一传染源，其中非典型病人、慢性带菌者是重要的传染源。90% 以上的患者通过接触传播，其次是通过污染的食物或污染水源传播。患病后大多数病人预后良好，但对于年老体弱患者，尤其是合并有其他基础疾病（如病毒性肝炎、肝硬化等）者，其预后较差。

#### （一）中老年人患菌痢有哪些临床表现

##### 1. 急性菌痢

（1）多数在夏秋季节发病，病前常有确切的饮食不洁史。

（2）潜伏期短（1~3 天），发病急。

（3）有明显的消化道症状如腹痛、腹泻、解粘液脓血便、肛门坠胀感。其特点：腹痛常较显著，为阵发性绞痛，以左下腹压痛明显，便后腹痛可暂时缓解。腹泻次数多，一般为 10~20 次/天或更多，粪质每次排量少。发病初期解水样便，急期为粘液脓血便，典型为“桃花样”或“脓冻样”便，甚至无粪质。

（4）有不同程度的全身症状如发烧、头昏、头痛、乏力等。

## 2. 慢性菌痢

(1) 发病无明显季节性，但常有一定的诱发因素如劳累、饮食不当、受凉等。

(2) 病前常有急性菌痢发作史。可以由急性菌痢迁延不愈，病程在 2 月以上；菌痢反复急性发作或慢性腹泻，病程在 2 月以上。

(3) 大便经常或间隙带粘液脓血；或不成形粘液便。

(4) 大便细菌培养阳性率不高，但常有肠道间隙排菌的特点。

(5) 病人常有不同程度的乏力、贫血、胃纳不佳和劳动力减退等症候。

### (二) 中老年人患菌痢有哪些临床特点

1. 一般不发烧或低烧，其中高热仅占发热病人中三分之一。

2. 肠道症状明显，腹泻频数，每天可达 20~30 次乃至大便失禁，可排出伪膜。

3. 极易引起脱水、酸中毒与电解质失衡症状。

4. 低血压发生率较高，严重者可引起周围循环衰竭，表现为面色苍白，四肢发凉、发绀，心动过速，脉细弱，血压测不到或收缩压低于 70 毫米汞柱。

5. 中枢神经系统症状如嗜睡，精神萎靡、头昏、头痛多见。

6. 菌群分布，以福氏痢疾杆菌多见（约占 70% 以上）。

7. 恢复较慢，易变成慢性，预后较青少年组差。据国内一组临床统计，病死率中老年组为 0.6%；青年组为 0.02%；

小儿组为 0.04%。有显著的差异性。

### (三) 怎样诊断菌痢

1. 多见于夏、秋季节，有菌痢接触史或不洁饮食史。常见的诱因是长途旅行、过劳、受凉等。

2. 急起的发热、腹痛、腹泻、解脓血粘液便或粘液便，肛门坠胀感。

3. 大便镜检可见大量红、白细胞，以白细胞为主，可查见吞噬细胞、脓细胞。

4. 取脓血便培养阳性率较高；对于慢性腹泻，尤其是大便不典型者，应多次取样送培养，或作乙状结肠镜检，取粘膜炎性渗出物作细菌培养，可增加检出率。

### 5. 应与下列疾病区别

(1) 阿米巴痢疾：该病大多数起病较缓；不发热或低热；腹痛与肛门坠胀感不明显；腹部压痛多限于右下腹；大便次数少(4~5次/天)，量多，脓血不与粪便混合，呈暗红色，臭(腐败腥臭)；大便镜检以红细胞为主，白细胞少，常可查见夏科——雷登氏晶体，有溶组织阿米巴滋养体或包囊。乙状结肠镜检可查见散在性溃疡，边缘深切，溃疡周围有红晕，而溃疡与溃疡之间的肠粘膜正常。

(2) 应与细菌性食物中毒区别，后者常有集体发病，临床症状以急性肠炎为主。

(3) 慢性腹泻应与直肠癌或结肠癌区别，中老年人慢性腹泻均应作肛门指检，或直肠、乙状结肠镜检，以免漏诊。

### (四) 怎样防治菌痢

1. 作好传染源管理：早期诊断，早期隔离治疗急性病人；

对于慢性带菌者应予以治疗、隔离和医学监督；对于从事饮食行业、托儿机构、集体食堂炊事员以及管水人员等，必须定期作粪便检查。

2. 重点切断传播途径环节：认真宣传贯彻“三管一灭”（即饮食、水、粪便的管理与消灭苍蝇）工作，搞好环境卫生和个人卫生，食前便后洗手。

### 3. 治疗病人

(1) 急性期给予易消化的饮食，避免产气多、油腻大和刺激性食物。

(2) 及时纠正脱水，维持水、电解质及酸碱平衡；对于年老体弱患者，可根据条件输注复方氨基酸或少量鲜血，有助于病情恢复。

(3) 病原治疗：近年由于耐药菌株不断增加，故在应用抗生素时，必须根据药敏结果选用有效的药物，宜联合用药。目前常用药物有：复方新诺明（复方 SMZ），每次 2 片，每日 2 次，7~10 天为一疗程。庆大霉素，每日 16~24 万单位，静脉输注。氯霉素，每日 1~1.5 克，静脉滴注。氨苄青霉素，每日 4~6 克，静脉滴注。四环素 0.5 TMP150 毫克、黄连素 0.3，均每日 2 次，5~7 天。

(4) 中药：急性菌痢以清热利湿为主。清湿热可选用黄连、黄柏、秦皮、白头翁、马齿苋；赤白相交者可选用赤芍、白芍；肛门坠胀感者可选用木香、莱菔子、槟榔；脓血便选用银花、生地榆、蒲公英等。方剂可选用“白头翁汤”加减；或“葛根芩连汤”加减。

慢性菌痢治疗以温中健脾为主。健脾选用党参、白术、砂



仁、山药、茯苓；温脾阳选用炮姜、干姜、肉豆蔻、小茴香等。方剂可选用“香砂六君子汤”、“参苓白术散”、“补中益气汤或平胃散”、“归脾汤”等加减。

(5) 针灸：可选用天枢、足三里、阴陵泉、曲池、合谷、腕骨穴等。

## 四、食物中毒

食物中毒是由于吃了被细菌、细菌毒素、毒物等污染或含有毒性物质的食物后，引起机体损害而发生中毒症状的疾病。食物中毒在临床工作中，尤其在门诊工作中极常见。

### (一) 引起食物中毒的原因有哪些

1. 细菌性食物中毒：由于食物在加工、运输、贮存过程中被细菌或细菌毒素污染所致。这类中毒在食物中毒中最常见，在中老年组中也较为常见。能引起致病的细菌很多，比较常见的细菌如沙门氏菌、嗜盐菌、变形杆菌、大肠杆菌、葡萄球菌等。其中最常见者是沙门氏菌，该菌广泛存在于自然界中，主要是动物包括多种家畜（如猪、牛、羊、马等）、家禽（如鸡、鸭、鹅等）及鱼类、飞鸟等动物肠道内；还可侵入动物的肌肉、内脏及其他组织内。故肉类、禽类、蛋品类是引起沙门氏菌食物中毒的主要传染源。据调查，由于肉类污染引起中毒者占 50%，其次是禽类为 15.7%。传播途径见于：污染的肉类在加工过程中加热不够或切块太大，食物中心尚有细菌。饮入加热不充分的带菌乳汁。生、熟肉未分开处理，熟食再度污染。凉拌菜、变质食品易被细

菌污染。也可由于病人、带菌者及病畜的粪便污染水源所致。

此外，由于食入被细菌毒素（主要是外毒素）污染的食物引起中毒。病原菌主要见于肉毒杆菌，该菌仅在缺氧的条件下才能生长繁殖，如罐头或罐装食品（如肉类、水果、豆腐乳、豆制品等）、腊肠等食物中，可大量繁殖并产生外毒素，当人食用被外毒素污染的食物，即可引起中毒。

2. 化学物质中毒：由于制作食物的过程中，不注意遵守操作规程，混入或掺杂某些有毒化学物质；误服或企图自杀服用有毒化学物质；为了治疗需要服用、注射或外用过量有毒化学药物；工业中吸入某些含毒物质的微粒或蒸气。较为常见的化学物质中毒为有机磷农药中毒，其次是重金属或类金属如砷、汞、铊、铅等中毒。

3. 生物毒素中毒：由于食入本身含有毒性物质的植物（如毒蕈、发芽土豆、扁豆、木薯、苍耳、含氰甙果仁等），动物（如河豚鱼、蟾蜍等）。多由于加热不够（有些生物毒素耐高温）或误服所致。

## （二）食物中毒有哪些临床特点

食物中毒的种类很多，虽然发病情况各异，但一般具有以下特点：

1. 发病与食物有关。常在相近的时间内食用过某种食物；发病范围局限在食用该种有毒食物的人群中。

2. 病人集中。在家庭或集体单位中，可因吃了同一种有毒食物后，多人同时发病或先后相继发病。

3. 潜伏期较短。大多数人在进食有毒食物后半小时到 24

小时内发病，一般不超过 3 天。

4. 临床症状大多相似。多以急性胃肠炎表现为主；少数以神经系统症状为主伴有胃肠炎或其他症状。

5. 当停止食用该种有毒食物后，发病很快停止。

上述临床特点主要见于细菌性食物中毒和生物毒素中毒，尤在暴发性食物中毒时较为明显，而在散发性病例时不太明显。

### （三）中老年人食物中毒有哪些临床特点

1. 由于中老年人对有毒食品有较好的识别能力，所以发生食物中毒的机会远较青少年少。

2. 一旦发生食物中毒，症状出现早，病情较重。

3. 容易发生脱水、酸中毒及低血压、心力衰竭。

4. 预后较差，病死率较高。

### （四）如何诊断食物中毒

1. 确定中毒食物：这是诊断食物中毒的基础。为了准确判定病因，必须首先了解病人在发病前 1~2 天内有无共同食用的食物；并对其健康人（未发病者）询问是否未吃过该种可疑食物，以便进一步确定中毒食物。其次对上述可疑食物是否在加工、运输及贮存过程中被细菌污染的可能性加以判断。

2. 综合分析临床症状特点：虽然食物中毒有其共同特点，但是也有其特殊之处，如有机磷农药中毒病人，可以表现肌肉纤维性挛缩、瞳孔缩小及血压升高三项有诊断意义的体征；亚硝酸盐中毒病人，可表现为唇、指甲粘膜青紫；肉毒中毒时，临床上主要表现为神经系统症状；砷中毒时出现喉头发

烧、口渴、腹部剧痛、米泔水样便和血便等。

3. 毒物化验鉴定：以剩余的可疑食物、病人的吐泻物为采样化验的重点；此外，对盛放或接触过可疑食物的容器、用具涂抹取样，作细菌检验；若疑为化学性食物中毒，应收集病人的尿、血作检查。

#### （五）发生食物中毒后怎么办

1. 积极抢救并妥善安排好病人：临床上只要符合食物中毒的特点，无论病人病情轻重，都应进行积极抢救，越早治疗效果越好。老、幼、体弱和病情重的患者，应作为治疗的重点。

2. 发病多病情严重者，应及时向有关单位和卫生防疫部门报告疫情；积极组织抢救力量，制定有效的防治方案。

3. 作好全面的调查工作，包括确定可疑食物、收集各种化验样本、病史采集等。结合中毒特点尽快提出初步诊断，并对患者的家属或单位讲明中毒的原因，可能存在的隐患及防治意见。

#### （六）如何急救处理食物中毒

##### 1. 一般急救原则

（1）密切注意病情变化，对病情重者应设专人守护，对轻症患者也不能麻痹大意，必须随时警惕病情的突然转变（如有机磷农药中毒）。

（2）尽快清除胃肠道内未被吸收的毒物。如采用催吐、洗胃及导泻等措施。

（3）一旦确定毒物的性质，必须早期应用有效的解毒剂。

（4）补充液体的损失，维持电解质和酸碱平衡。

(5) 应强调预防或控制呼吸道感染，防治心力衰竭。

## 2. 急救措施

(1) 催吐、洗胃及导泻：催吐宜早期进行，方法可采用筷子、笔杆，最好是用鸡翎刺激咽部（注意不要刺伤咽部）；或用口服催吐剂如硫酸铜 0.5~1 克，加温水一小杯口服，一般 15~30 分钟有效；或碘酒半毫升，加水一小杯口服；或盐酸阿扑吗啡 5 毫克，皮下注射。对于催吐困难或已不适于催吐者，可立即进行洗胃处理。洗胃最好到就近的医院进行。

由于食入毒性物质的时间较长，采用催吐洗胃不能完全清除时，应同时口服泻剂（在洗胃后）。常用 33% 硫酸镁 60~100 毫升，或硫酸镁 15~30 克，加水一杯口服（或管喂）；或用中药大黄 4 钱、元明粉 4 钱，煎沸待温后口服；番泻叶 1 两，用开水沏饮等。

(2) 纠正失水，防治酸中毒：食物中毒常有剧烈吐泻而导致脱水、酸中毒，尤其是老年患者更为常见，故必须在补足体液损失的同时，纠正酸中毒。此外，常规静脉点滴 5~10% 葡萄糖液，具有保护肝肾的作用，也可冲淡体内毒物浓度，促进利尿及毒物的排泄。

(3) 特殊解毒剂的应用：特殊解毒剂主要用于化学性物质中毒，如二巯基丙醇（BAL）为砷、汞、铊、铋、锡、金等中毒的解毒剂；依地酸钙钠（Ca-Na EDTA）为铅、锰、镁、铜、镍、钴、镉等中毒的解毒剂；双复磷、解磷定为有机磷农药中毒的解毒剂；解氟灵为氟乙酰胺中毒的解毒剂；美兰（亚甲兰）为亚硝酸盐中毒的解毒剂。解毒剂的使用剂量和方法，应在医师的指导下应用。

4. 控制感染：细菌性食物中毒除进行一般对症处理外，应针对病原菌（主要是革兰氏阴性菌）采用有效的抗生素抗感染。常用药物如磺胺甲基异噁唑（复方新诺明），每次2片，每日2次；氯霉素每日1~1.5克，静脉点滴；庆大霉素每日16~24万单位，静脉点滴；氨苄青霉素每日4~6克，肌注或静脉点滴。肉毒中毒除用青霉素（每日160~320万单位，静脉点滴）防治肺部感染外，应立即用1:1000高锰酸钾溶液洗胃和1:2000高锰酸钾溶液灌肠；肌内注射多价抗肉毒血清1~5万单位。

#### （七）如何预防食物中毒

1. 积极宣传教育群众，不食有毒食物。对于饮食行业、集体食堂的职工和炊事员，应注意食品的操作卫生，养成良好的饮食卫生习惯，并制定切实可行的卫生制度，这是预防食物中毒的最根本措施。

2. 加强食品在制、贮、运、销过程中的卫生管理。严禁销、购有毒或变质的食品，加强畜、禽宰前检疫，宰后检验及产品质量的检查，严防病肉、变质的肉流入市场。对各种农产品、食品原料及半成品均应按规定妥为贮存，对已有霉变的食物应进行处理，不能投放市场。

3. 加强食前处理。对于饭、菜、肉类应煮熟；剩菜、剩饭，尤其是熟肉应进行食前热处理；肉类、乳类在食用前应注意冷藏（要求6℃以下）；生鱼、生肉和蔬菜要分开存放；生、熟食所用的刀、墩板、盆与切过和盛过生肉的一切用具应绝对分开，以防重复感染。

4. 严格遵守农约的管理和使用制度；不用锌、铜、镉等

器具烧煮或贮存酸性食物，避免发生化学性食物中毒。

5. 识别有毒动、植物，以防误食中毒。如变硬、变黑、变苦味的霉烂白薯不能食用；不食苦杏仁、苦桃仁、李子仁、枇杷仁、苹果仁等，以防含氰甙果仁中毒；不食苍耳嫩芽和种子，以防有毒蛋白、苍耳甙和生物碱中毒。在采集或食用蘑菇前，应该请教有经验的人进行鉴别，以防有毒蕈中毒；禁止出售河豚鱼；对于不熟悉的野菜、野果及动物，非经证实无毒者，不可食用。

6. 积极开展爱国卫生运动，消灭蝇、鼠、蟑螂等传染媒介。

## 五、传染性病毒性肝炎

### （一）中老年人黄疸的常见病因有哪些

人们常把黄疸与肝炎等同视之，实际上黄疸是临床上很多疾病的一个症候，而黄疸型肝炎仅是其中病因之一。黄疸见于哪些疾病呢？一般根据黄疸产生的原因不同分为肝细胞性黄疸（如病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝癌等）、梗阻性黄疸（如胆石症、胆囊炎及胆道系统寄生虫、肿瘤等）及溶血性黄疸（如疟疾、蚕豆黄以及由于药物、输血、感染所引起的溶血）三大类。不同年龄组其病因不一样，据国内外大宗资料表明，年龄在30岁以下者，绝大部分病人的黄疸是肝细胞性黄疸（其中病毒性肝炎最常见），而梗阻性和溶血性黄疸仅各占5%；年龄在40岁以上者，则随年龄的增加梗阻性黄疸的发生率增加，尤其是年龄在60岁以上，其梗阻性黄疸约占三

分之二(其中由于肿瘤引起者占一半以上);肝细胞性黄疸年龄在40岁以上,一般随年龄的增加肝细胞性黄疸的发生率下降。但据国内资料表明,在老年组黄疸性疾病的构成比中,黄疸型肝炎居病因中第二位,说明黄疸型肝炎仍然是重要的老年黄疸性疾病。

## (二) 肝炎是怎样传播的以及怎样知道是否患了肝炎

传染性肝炎可以由多种肝炎病毒引起,现已明确者有甲型、乙型及非甲非乙型肝炎病毒,以及因子均可引起肝炎(其他如黄热病病毒、EB病毒、单纯疱疹病毒、腺病毒、柯萨奇病毒等均可侵犯肝脏,但不包括在内)。临床上最常见的肝炎是甲型肝炎和乙型肝炎,前者主要见于儿童和青年人,中老年人主要患乙型肝炎。

甲型肝炎病毒通常由大便排出体外,故通过消化道是甲型肝炎的主要传播途径。日常生活中与肝炎患者共用食具、茶杯,吃了污染的食物和水等,都有可能传染上肝炎。一般在病前一周开始,患者的大便中就含有病毒,在黄疸前期、黄疸期其病毒含量最高,传染性最强。

乙型肝炎病毒对外抵抗力较强,一般消毒剂对之无效;该病毒主要存在于血液中,且在血中维持时间较长(2~3月,部分可持续存在成为慢性携带者);传播乙肝所需血量极其微小,病人血液的百万分之一即可引起传染( $10^{-4} \sim 10^{-7}$ 毫升阳性血足以致感染),故通过血液(如输血、注射针、血制品等)是传播乙型肝炎的重要途径。由于乙肝病毒与乙型肝炎表面抗原(HBsAg)常同时存在,研究证明HBsAg除存在于血清内外,还可以通过多种体液排除(如唾液、胆汁、乳汁、



汗液、羊水、月经、粘液等),故生活上的接触不能忽视。

病毒性肝炎的临床表现多种多样,一般根据黄疸的有无分为黄疸型和无黄疸型肝炎。在下列情况下应考虑患急性病毒性肝炎的可能:

1.近期内突然出现不能用其他原因解释的明显食欲不振、乏力、腹胀、腹泻等。

2.以发热起病,伴有咳嗽、鼻阻、咽痛等上呼吸道卡他性症状,临床上酷似感冒。但不同点是:突出的症状是全身乏力,食欲低下甚至厌油、厌食。当体温自然下降后,随之出现尿黄、眼球发黄、皮肤发黄,肝区不适等。无黄疸型肝炎则无此特点。

3.部分病人表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、腹胀等胃肠道症状,临床上类似急性胃肠炎。

4.少数患者表现为上腹痛伴恶心、呕吐、发烧等症状,类似急腹症;血清病样表现如发烧、关节痛、荨麻疹等。因此,当出现上述症状,特别是伴有无明显原因的全身乏力、胃纳锐减时,应尽早到医院作进一步检查(如查肝功能、尿胆原、尿胆红素等)以明确诊断。若病前与肝炎患者有密切接触史,或发病前有输血史,或本单位正有肝炎流行,均有助于诊断。

### (三)老年人肝炎的临床表现有哪些特点

中老年人患病毒性肝炎据国内统计,45岁以上的发病率为17.0%(628/3698),而其中60岁以上的肝炎发病率仅为3%。根据国内(1986年)首届老年病毒性肝炎会议大宗资料,提示老年肝炎有如下特点:

1. 流行病学特点：发病率有逐年上升趋势，八十年代虽趋向平稳，但仍高于五十年代；老年肝炎无明显的流行高峰周期；发病季节不同于其他年龄组春季高峰，秋季小高峰特点，而主要好发于 7~8 月。

2. 根据血清学检测调查表明，老年肝炎以乙型肝炎为主；肝炎临床类型以重型肝炎和慢性肝炎高于急性肝炎。

3. 肝炎起病较隐袭，病情进展较快。

4. 以黄疸型肝炎为主，且黄疸程度重（重度黄疸占 40% 以上），黄疸持续时间长（多数超过 1 月）。急性肝炎中以淤疸型肝炎多见。

5. 夹杂症和并发症较多（约占 30%）。主要见于胆道感染、冠心病、动脉硬化、慢性支气管炎、氮质血症、代谢性酸中毒、肝性脑病等。

6. 由于临床症状缺乏特异性，所以容易误诊或延误诊治时机。据统计早期误诊率为 22% 以上，易误诊为胆道感染、肝癌等。

7. 病死率高。其原因可能由于：肝组织结构和功能改变：高龄者随年龄增加肝重量减轻，肝纤维组织增生，各种细胞有不同程度退变，肝内各种代谢酶活性降低，肝储备力和再生力均降低。免疫器官有不同程度萎缩，免疫球蛋白随年龄增长而减少，细胞免疫和体液免疫均降低。故易感性增强，患病后趋重症化，恢复慢，病死率高。

#### （四）如何判定中老年黄疸的病因

1. 不要把眼球脂肪沉着误认为是黄疸。一般脂肪沉着的位置较局限，以内眼角处最明显；颜色不均匀，色泽不鲜明；

黄染仅局限于眼球，无皮肤黄染。

2. 应识别假性黄疸。 食入大量胡萝卜素可以引起皮肤黄染。许多新鲜瓜果和蔬菜如胡萝卜、南瓜、菠菜、柑桔、木瓜等含有丰富的胡萝卜素，若吃得过多，尤其是在肝功能不好的情况下，胡萝卜素在肝内不能转化为维生素 A，则易发生胡萝卜素血症，引起皮肤黄染。但一般黄染出现在手掌、脚底和皮脂腺丰富的前额及鼻部皮肤；血清黄疸指数增高，而胆红质定量不高。 服用大量的阿的平药物，可以引起皮肤黄染。黄染主要在身体暴露的皮肤出现，巩膜黄染较少见，且巩膜黄染与真性黄疸不同（前者黄染从角膜缘开始，向四周发展，而后者恰相反）；阿的平黄疸常于停药后几周消退，病人一般情况尚好，血中胆红质不增高为其特点。

3. 反复发作性黄疸，尤其是“一过性黄疸”（即黄疸持续时间短暂，可以不经处理黄疸自行消退）；主要见于肝外梗阻，其病因以胆管结石多见，其次为胆道蛔虫。此外也可见于慢性特发性黄疸（以青年时期发病最多）。

4. 黄疸伴发烧，90%以上见于胆道感染如胆囊炎、胆管炎、胆石症。此外，也可见于胰腺癌（以胰头癌多见）、阻塞性黄胆型肝炎（肝内、外胆管癌）等。

5. B 型超声波：中老年人一旦出现巩膜黄染，国内外学者推荐的首要检查是 B 型超声波。该检查较方便，准确性高，对肝外梗阻性黄疸的诊断帮助较大。有条件者可以作逆行胰胆管造影（ERCT）和电子计算机体层 X 线摄影（CT）。

#### （五）什么是乙型肝炎表面抗原

目前已知乙型肝炎病毒有三种抗原抗体系统在临床上可

以被检测,其中乙型肝炎表面抗原(HBsAg)是一重要的病原血清学标志。现研究发现它除存在于乙肝病毒(HBV)的表面外,还存在于一些完全由HBsAg构成的小球颗粒(直径为22纳米)和管形颗粒(20×50-230纳米)中,均属病毒的过剩外壳蛋白质。一般在急性感染期血中可以查获,能维持2~3月,部分可持续存在成为慢性携带者。近年利用核酸分子杂交技术,不仅证明HBsAg存在于肝组织及许多体液和分泌液(如唾液、尿液、乳汁等)内,而且也存在于肝外组织如骨髓细胞、外周白细胞、精细胞以及胰腺、脾脏、肾脏、皮肤、血管内皮、平滑肌、肺及心肌细胞内,可以在上述组织检出游离的或整合的乙肝病毒DNA。

#### (六) 什么是乙肝表面抗原携带者

凡体内(血、肝内外组织、体液)检查HBsAg阳性,无论临床上有无肝病症状或客观检查有无异常,均称HBsAg携带者(携带状态)。慢性携带的来源可能为:成人受染后由于病毒没有完全被清除,或因乙肝病毒DNA已整合到宿主的组织细胞内,处于共存状态难以清除,且不断有病毒复制。

来至乙肝表面抗原阳性的母亲,传染给婴儿(母婴垂直传播),可导致大量慢性携带者。据研究这种来源的携带者,约占总HBsAg阳性人数的20~40%,其中部分可终身携带。通过污染的注射针传播,这是国内较为突出的问题。据研究发现,具有针刺史1年以上者其HBsAg阳性率达38.59%;对照组仅为13.1%,两组间有显著的差异。此外,在针刺组中有22~80%患乙型肝炎;对照组仅为6.55%。通过血液透析传播。据研究发现,未接受乙肝疫苗或高滴度乙肝免

疫球蛋白预防者,血液透析病人在1年内有80%受乙肝病毒感染。

什么是健康携带者和伴有肝病的携带者?

(1) 健康携带者:无肝病任何临床症状,也无肝功能及肝组织学改变;抗原抗体系统检查仅HBsAg阳性。这类携带者在整个慢性携带者中比例很少,一般认为无传染性,也不必给予治疗。如果因此背上思想包袱,影响了学习和工作,这就没有必要了。

(2) 伴有肝病的携带者:有两种情况: 临床上有不同程度的肝病自觉症状,或/和有不同程度的肝病生化或肝组织学改变;HBsAg阳性滴度很高,乙肝e抗原(HBeAg)多为阳性,常能查到乙肝病毒在体内复制的血清学标志(如乙肝病毒DNA、多聚酶等)。临床上无肝病症状,一般肝病生化检查(肝功能)无异常; (HBeAg)阳性,滴度高,且(HBeAg)多为阳性或有乙肝病毒复制的血清学改变。这类病人较多,容易思想麻痹,对这种人要进行密切观察,定期(1~3月)到医院复查。总之,伴有肝病的(HBeAg)慢性携带者,多有乙肝病毒的复制,临床上具有传染性。一般认为(HBeAg)阳性滴度愈高,其传播乙型肝炎的危险性愈大。

(七) 肝炎的防治措施有哪些

病毒性肝炎是当前危害极大的消化道传染病之一。尤其是乙型肝炎发病率高,病程长且与肝癌的发病有一定联系,严重地危害着人民健康。因此作好本病的防治工作极为重要。根据多年来的防治经验,应注意以下几方面:

1. 早期诊断,早期休息,对患者一定要按消化道传染病

进行隔离和消毒。

2. 合理安排好休息。急性期和慢性肝炎病情加重者, 应强调卧床休息。一般急性肝炎患者要求全休 3~6 月; 待症状改善, 肝功能明显恢复后, 可逐渐增加活动, 一般病后 1 年内不宜参加剧烈运动和劳动。慢性肝炎患者的休息, 主要根据自觉症状和肝功能改变的情况决定, 尽量保证足够的睡眠时间, 避免过度活动较为重要。

3. 合理安排饮食。饮食量应根据患者的病情、病期、营养状况及食欲好坏等适当掌握。病初给予低脂易消化的软食; 待病情好转后, 逐渐增加饮食量, 尽量注意食品多样化, 但不能过分增加营养。由于肝炎病人消化功能不好, 所以过量蛋白质或营养超过了胃肠和肝脏所能负担的消化能力时, 则有害无益。因过剩营养不仅使部分病人体重增加, 而且会增加体内脂肪的合成, 造成脂肪在体内沉积, 易促成脂肪肝乃至肝硬化等。慢性肝炎患者, 应补充足够的蛋白质和维生素; 对合并有低蛋白血症患者, 应给予白蛋白或血浆; 急肝病人应补充支链氨基酸。肝病期应严格限制饮酒, 慢性肝炎患者应长期禁酒。

4. 药物治疗不宜过多、过杂。目前临床上治疗肝炎的药物较多, 但尚无一种真正的根治药, 大部分药物有促进或支持肝细胞修复过程和再生的作用。在用药时不宜用得过多, 疗程过长, 更不能乱用“偏方”。

(1) 急性肝炎的药物治疗: 可选用一种肌肉注射药物如肌苷、维丙肝等, 每日一次, 4 周为一疗程; 口服肝血宁, 每次 4 片, 每日 3 次; 复方维生素 B, 每次 2 片, 每日 3 次; 静

脉输注维生素C，每日1~3克或口服维生素C，每次200毫克，每日3次。如果病情明显改善，唯有单项转氨酶活性升高者，可试用：五味子或复方五味子，每次3克，每日3次，2~3月为一疗程。垂盆草糖浆，每次30毫升，每日2~3次。田基黄30克煎服，每日2次，2~4周为一疗程。

(2) 慢性肝炎的药物治疗：齐墩果酸，每次2片(400毫克)，每日3次。该药近期疗效为70%。联苯双酯、每公斤体重150~200毫克，口服，或注射剂每次1支，肌注，每日1次，疗程1~3月。该药具有调整植物神经功能，并可改善肝内微循环，故降酶作用强，也可增强肝脏的解毒功能。聚肌胞，每次2毫克，肌注，每周2~3次，3~6月为一疗程。该药抗病毒广谱，有增强机体非特异性细胞免疫力的功能，毒性小，安全范围大，与左旋咪唑，阿糖腺苷并用，可提高疗效。葫芦素片，有效率约为70%，能改善慢肝的症状，有明显的降酶、降浊和降胆红素作用；也可增强患者的非特异性细胞免疫力。核糖核酸，能促肝细胞合成蛋白质，有降浊作用，总有效率为60~70%。无环鸟苷。对病毒DNA多聚酶有较强的抑制作用。

5. 呼吸道或消化道感染是加重肝炎病情的重要因素，应予以早期防治。在使用抗生素或化学药物时，应注意肝脏潜在的损害作用。

6. 慢性携带者的防治措施：目前临床上尚缺乏有效的消除乙肝表面抗原的药物，重点是保护患者肝脏，避免一切损肝的因素，同时应注意防止交叉传染，要求：携带者的污染物(如血清、分泌物等)，应避免接触开放性创伤面。专

用牙刷。据研究发现,HBsAg 阳性者其唾液中 HBsAg 阳性率为 50~80%。因此从流行病学的观点来看,虽然唾液中 HBsAg 的滴度较血液低(10~800 倍),但唾液中 HBsAg 阳性的存在,对接触者无疑是一种威胁,其传染性不可低估。

禁止供血。大小便后应洗手。不宜安排处理新生儿、早产儿、血透析及器官移植工作;也不宜作血库及卫生食品工作。对于生育妇女,可采用乙肝高价免疫球蛋白和/或乙肝免疫血清保护婴儿。

#### (八) 肝炎病毒的消毒方法有哪些

由于病毒性肝炎的病原学问题目前尚未完全解决,无疑对研究消毒效果带来一定的困难。肝炎病毒对理化消毒剂的抗力较强大,但经多年临床实践证明,理化消毒法仍然是当前人类对病毒性疾病的斗争对策中一重要武器。

##### 1. 物理消毒法

(1) 热处理:目前认为是最安全的灭病毒方法。乙肝病毒在 60~100 小时被灭活;煮沸 100℃ 10~20 分钟或高压 120℃ 15 分钟即可灭活病毒,其效果肯定。低温对肝炎病毒无消毒作用。

(2) 电离辐射:国外推荐高能射线用于医疗器械和敷料消毒,其灭病毒作用强。但由于造价高,目前国内尚无推广价值。

(3) 紫外线:对肝炎病毒尚无确切效果,可用于病室、生活用具消毒。

##### 2. 化学消毒法

###### (1) 醛类制剂



福尔马林：对乙肝病毒有肯定的消毒效果。用 40% 浓度，按每立方米空间 40 毫升加水 60 毫升，高锰酸钾 6 克密闭后熏蒸 12 小时消毒房间；或用福尔马林 40 毫升/米<sup>3</sup>，在密封熏柜中熏蒸血压计、听诊器、饭票等 3~24 小时。

戊二醛：为近年推广使用的消毒剂。采用 2% 浓度作为污染器械和物品的消毒，作用时间为 1~2 小时。该剂作用强于福尔马林，且刺激性和腐蚀性均较小，为世界卫生组织近年推荐使用的灭肝炎病毒消毒剂。

(2) 氯制剂：氯对病毒的作用较强，可用于污水、粪便等处理。浓度以含氯 10000 m 液为宜，作用时间在半小时以上。

氯化磷酸三钠（商品名“消洗灵”），是国内近年新研制的一种新型含氯消毒剂。该药具有磷酸三钠的洗涤性能，也具有次氯酸钠的良好杀菌能力，对肝炎病毒有很好的杀灭效果。经临床研究应用有效氯 250 毫克/升，乙肝表面抗原在 2 分钟内可完全灭活；有效氯 10~50 毫克/升，甲肝病毒在 2~5 分钟内被完全灭活。该剂经毒性实验证明对人体无害，具有高效、速效及低毒等特点，适用于餐具、医疗器械消毒，也适用于肝炎病毒污染物的消毒。

(3) 过氧乙酸：灭活肝炎病毒效果肯定，其作用强于福尔马林、双氧水、酚剂及氯等，为国内外广泛使用于肝炎病毒消毒的制剂。一般用 0.2% 溶液浸泡 1~2 分钟消毒手；消毒物体表面，用 0.2~0.5% 溶液擦拭或浸泡 10 分钟；餐具洗净后用 0.5% 溶液浸泡 30~60 分钟；室内及空气，可用 1~2% 溶液喷雾消毒（0.16 克/米<sup>3</sup>），喷 10~15 分钟，密闭

30 分钟或用熏蒸法  $0.75 \text{ 克/米}^3$  加热熏蒸，密闭 1 小时后通风。该剂具有广谱、速效、价廉、无公害等特点。但该剂易腐蚀金属盆器，有较强烈的刺激性，而且极不稳定容易分解，在高浓度下易发生爆炸。

(4) 环氧乙烷：为近年广泛使用的广谱气体灭菌剂。该剂穿透力强，能有效杀灭细菌、真菌、病毒、芽胞等，不损衣物。可用于一些不耐热、不耐蚀、怕水湿的医疗器材、衣物、药品及粮食等的消毒。有效浓度为  $0.45 \text{ 公升/米}^3$  ( $800 \sim 1200 \text{ 毫克/升}$ )，温度为  $20 \sim 37^\circ\text{C}$ ，消毒时间  $6 \sim 12$  小时，在密闭消毒室内进行。该剂易燃易爆，且有一定毒性，必须熟悉使用方法，严格遵守安全操作程序；贮存温度不可超过  $40^\circ\text{C}$ ，以防爆炸。故一般放置于阴凉、通风、无火源处，严禁放入冰箱。

## 第十章 中老年人的皮肤保健与疾病防治

### 一、皮肤衰老有些什么表现

皮肤衰老是全身器官衰老的一部分，随着年龄增长，最容易看到衰老表现的也是皮肤。但是每个人皮肤衰老的过程并不完全一致，有的中年人已显得皱纹满面，老态龙钟，而有的老年人却童颜鹤发，精神矍铄。因此，了解皮肤衰老的过程，对延缓衰老有重要意义。

皮肤衰老最明显的变化是皱纹增多，尤其在面部从 20 岁以后即开始有皱纹。40 多岁皱纹逐渐变深变宽，有额部和外眼角处更为明显。50 岁以后颈部和躯体皮肤也多有皱纹出现，口角经下颌向下行的皱纹加深加多，下眼睑肿胀，其下有水份潴留而致眼下呈袋状。60 岁以后，皮肤渐渐失去青春时期的光泽而变为暗黄色，弹性消失，松弛易脆，在眼周、口角和手背等处更为明显。七、八十岁的老人则面颊部皮肤下

垂，眼窝里的脂肪消失而致眼球下陷。

随着皮肤皱纹的增多，皮肤的附属器如毛囊、汗腺和皮脂腺亦发生退变。汗液和皮脂分泌减少、对皮肤的滋润性差，冬季气候干燥时容易有皮肤瘙痒或发生皲裂。毛囊的退变导致头发的衰老，白发逐渐增多，头发逐渐稀疏。衰老的白发多自 40~50 岁开始，通常先起于两鬓，随年龄增长而逐渐波及全头，继后胡须变白。头发脱落常见于顶部及额部，而头的四周则不易脱落。

在皮肤衰老的过程中，常常发生以下一些老年性皮肤病：

#### （一）老年疣

发生在中年以后，随年龄增长而加多，主要在面部，特别是颞部，其次是手背、上肢和胸背等处。损害为淡褐色、深褐色或黑色，微突出皮面，黄豆大小或更大些，边界清楚，表面粗糙或呈乳头瘤样，附有痂屑，去掉又可再生。数目多少不定，最多可达百余个。老年疣对全身健康无多大影响，很少恶变。

#### （二）老年性雀斑

自中年以后开始发生，据报告在白种人年逾七旬者 90% 以上均有，我国老年人亦多见。皮肤损害为棕色或暗棕色边缘清楚的斑，像雀斑样，但有的面积较大，可达几厘米。常见于手背、前臂、面、颈、肩部等，分散存在，很少融合。

#### （三）老年性点状白斑

多见于 50 岁以上的老年人，容易发生在前臂或胸、腹等处。皮损为米粒或绿豆大的淡白或纯白色小斑点，圆形或卵圆形，不扩大也不相互融合，但数目随年龄增长而加多。

#### (四) 皮赘

又名软纤维瘤，多见于更年期后的妇女，男性亦可发生。皮损主要发生于颈部侧面，其次是腋窝、胸背，面部也可发生。皮损为丝状或口袋状，细长而带蒂，似黑痣样的突出物，亦可为正常皮肤色，柔软无弹性，数目可很多，对健康无害，一般可不治疗。

#### (五) 老年性血管瘤

又名樱桃状血管瘤，俗称“红痣”。为鲜红色小丘疹，米粒到绿豆大小，表面光滑，无自觉症状，常见于躯干部。数目随年龄增长有增多趋势，但很少继续长大。

#### (六) 日光性角化病

因常发生于老年人，故又名老年角化病。本病是一种癌前期病变，主要是由于长期过度曝晒太阳所致，多见于老年男性。常发生于颜面、耳和手背等处。皮损为扁平微高起的丘疹或硬结，常覆以角化性黄褐色或黑色鳞屑或痂，日久后角化显著，痂皮较硬而与基底固着不易剥离，若强行除去，可见出血点及充血面。皮损边缘部与周围健康皮肤之间常有狭窄的红晕带。一般无自觉症状。少数病人可发展为皮肤癌。因此，患者应密切注意，若有扩大或溃破等，应即就医。

## 二、怎样延缓皮肤衰老

皮肤衰老是不可更易的自然规律，但衰老的过程是可以延缓的。延缓皮肤衰老首先应注意皮肤的保护，其次是加强全身各器官的保健。

### （一）应避免过多的日光照射

日光中的紫外线有消毒杀菌作用，能杀灭皮肤表面的细菌，增强皮肤的防御功能。在紫外线的作用下，皮肤中可产生维生素D，维生素D对钙的吸收和利用，以及骨质的形成是不可缺少的。因此，适量的日光照射，有利于身体健康。但是，过多的日光曝晒，对皮肤细胞是有损伤的，对皮肤老化有直接影响。因过量的紫外线可损伤真皮中的胶原纤维和弹力纤维，使发生变性，从而使皮肤的韧性和弹性降低，沟纹加深，色素增加，老年斑出现早而多。因此，应注意避免曝晒。如必须到户外长时间工作，应戴遮阳帽。

### （二）应避免使用劣质化妆品

良好的化妆品对皮肤无刺激，且有一定的保护作用，对保持皮肤健美有良好作用。劣质的化妆品质地不纯，或者含铅成分重，对皮肤有毒害作用。有的化妆品中含有某些易致光敏的香料，使用后会增强紫外线对皮肤的损伤，加速皮肤的老化，或者使面部产生色素沉着，影响美观。

### （三）应避免不恰当的药物治疗

面部发生的皮肤病极易引起人们的重视，往往自用许多药物治疗，尤其是皮质类固醇类药物如肤轻松、去炎松、氯氟舒软膏等，常为人们用于治疗各种皮肤病。由于这类药物有抗炎作用，不少皮肤病初用效果较好，长久以后则引起面部皮肤萎缩，毛细血管扩张，使皮肤老化。有的药物对皮肤有刺激作用或者引起过敏反应，使用时应慎重。

除了上面谈到的保护皮肤应注意的事项外，还要注意加强全身各器官的保健，防止整个机体的早衰，才能保持皮肤

光润，延缓衰老。应注意营养，戒除不良嗜好如过多的烟、酒等。蔬菜、水果被喻为美容食品，其中含有丰富的维生素如维生素 C、维生素 A 等对保持皮肤健美、维持皮肤正常新陈代谢是不可缺少的。应注意劳动和体育锻炼，生命在于运动，中老年人应选择适合自己体力的运动，进行锻炼，以增加体质和抗病能力。还应保持精神愉快和欢乐的情绪，俗语说“笑一笑，十年少，愁一愁，白了头”，说明人的情绪活动与人的身心健康有极密切关系。长时期情绪反常，喜怒无度，忧虑过多，就会影响脑神经，引起内脏功能失调或代谢障碍而致早衰或致病。

### 三、洗澡的科学方法

洗澡是人们日常生活中清洁皮肤、增进皮肤健康的一种方法。洗澡虽然是极平常的生活小事，但有许多科学道理。中老年人洗澡如果不注意科学方法，不仅达不到健身目的，有时会产生一些不良后果，甚至发生皮肤病。以下介绍一些洗澡的科学知识：

#### （一）洗澡用水和肥皂的选择

洗澡时水和肥皂是必不可少的。自然界的水有硬水、软水之分。硬水中含钙盐、镁盐等矿物质比较多，洗澡时产生不溶性沉淀物堵塞毛孔，使人产生不舒服的感觉；硬水对皮肤有刺激作用，使皮肤干燥，因此，皮肤比较干燥或患有瘙痒性皮肤病的中老年人不宜用硬水洗澡。软水中含矿物质很少，性质温和，对皮肤无刺激性，用于洗澡，最为恰当。一

般说来,雨水和雪水属于软水,地下水的硬度比地面水高,故井水多为硬水,河水一般是软水,但流经石灰岩层或其它钙镁盐岩层的河水则为硬水。怎样判断你的生活用水是硬水还是软水,最简单的方法就是观察烧开水的壶底,如果壶底容易产生“锅巴”,则是硬水。因硬水煮沸后,其中的重碳酸钙放出二氧化碳,变为碳酸钙而沉淀,成为水“锅巴”。如果你居住地区的生活用水是硬水而你的皮肤比较干燥必需使用软水洗澡时,可将硬水煮沸凉温后洗澡或者在硬水中加入少量的硼砂(硼酸钠)或小苏打,硬水就变成软水了。

洗澡用的肥皂根据含碱量的多少和酸碱度的不同可分为碱性肥皂、中性肥皂和多脂性肥皂三种。一般洗衣服用的肥皂为碱性肥皂,含烧碱约0.3%,去除油垢作用较强,适用于油性皮肤。中性肥皂亦称软皂,含碱量在0.25%以下,大多数香皂属于这一类,其去污垢能力虽不及碱性皂,但对皮肤的脱脂力较弱,不致使皮肤干燥,因而适用于非油性和干燥性皮肤。多脂性肥皂中含有脂肪的混合物,对皮肤有一定的润泽作用,虽然去污垢的能力较弱,但对皮肤无刺激,也不致引起皮肤干燥,故对皮肤干燥萎缩的老年人最为适用。应该注意,患有过敏性皮肤病如湿疹、慢性皮炎的中老年人,洗澡不宜过勤,洗澡时应少用或不用肥皂,水温不宜过高,以免刺激皮肤使病情加重。

目前市场上有许多药皂出售,如硫黄皂,硼酸皂、煤酚皂等,对治疗某些皮肤病有一定效果。但有人认为,药皂中含有的药物浓度低,涂在皮肤上的时间短暂,很快被水冲洗掉,发挥不了治疗作用,且有少数人对药皂过敏,因此,中



老年人以少用为宜。

## （二）洗澡水温度的选择

根据洗澡水的温度可分为热水浴、烫水浴和冷水浴三种，中老年人一般宜用热水浴或烫水浴而不宜用冷水浴。

**热水浴**：是人们最常用的清除身上污垢汗液的洗澡方式，其水温大约  $40 \sim 45$  。由于皮肤受到热水的刺激，毛细血管扩张，血液循环加速，毛孔、汗孔扩张，加上热水浸泡污垢和肥皂的作用，污垢易于除去，故洗后凉爽、舒适，能解除疲劳，恢复精神。但应该注意，洗热水澡时间不宜过长，一般以半小时左右为宜，尤其身体过于虚弱或患有心脏病的老年人，切忌时间过长，以免引起疲劳和软弱。

**烫水浴**：烫水浴的水温近  $50$  ，洗时皮肤发烫，但能耐受。烫水浴对增进皮肤和关节的血液循环功能，效果尤著。一般宜用于患感冒或者关节疼痛时，能过到发汗解表功能。洗烫水浴时，由于皮肤血管明显扩张、散热量大，洗后思睡，故宜在晚间就寝之前进行，洗后即卧床休息。老年人、体质虚弱或患有心血管疾病的中年人不要使用烫水浴。

**冷水浴**：冷水浴的水温一般在  $20$  以下。冷水浴是一种体育锻炼，适宜于身体健康的中年人。长期坚持冷水浴，可增强皮肤的御寒能力和抵抗力，减少受凉感冒。每个人应根据自己的体质情况和季节，考虑是否采用冷水浴和冷水浴的时间。体质好而又有一定锻炼基础的人可从冷水洗脸、洗手脚、擦身开始逐渐过度到用冷水洗澡。宜从夏天开始，尽可能坚持到冬天，时间从  $1 \sim 2$  分钟逐渐增加到  $10 \sim 15$  分钟，若皮肤出现“鸡皮”，打寒战，即应停止。体质虚弱的中老年人

不要勉强洗冷水浴。

### （三）关于药浴的选择

药浴是指在洗澡水中加入各种药物，是治疗皮肤病的一种方法，患有皮肤瘙痒症、脓疱疮等皮肤病的中老年人可根据情况选用以下一些药浴。

1. 糠浴：用细谷糠或麦糠 1 公斤，装入布袋，放在锅里加水淹没，煮沸半小时后连同糠袋倾入洗澡盆中，再添加温水适度，洗时用糠袋轻轻揉搓皮肤。糠浴性质温和，有安抚、镇静、收敛、止痒等作用。患有皮肤瘙痒症、泛发性神经性皮炎、湿疹等可采用。

2. 高锰酸钾浴：高锰酸钾俗称锰强灰，是一种氧化剂，有除臭、杀菌作用，加入温热水中洗澡，浓度 1 : 1 万 ~ 2 万。应新鲜配用，适用于毛囊炎或脓疱疮患者。

3. 醋水浴：浴盆中加入醋 250 克到 500 克，使洗澡水带酸性，有杀菌、收敛和漂白皮肤作用，对毛囊炎等皮肤病有一定的治疗作用。

4. 中药浴：中药浴的种类很多。民间常用苦参、地肤、蛇床、百部、防风、荆芥、白藓皮等各 20 ~ 50 克熬水洗澡，有祛风、除湿、止痒作用，可用于治疗皮肤瘙痒、神经性皮炎、湿疹等，或加入地丁草、蒲公英、野菊花等则具有清热、解毒作用，可用于治疗脓疱疮、疖疮等。

## 四、中老年人热水洗脚好处多

中老年人临睡前洗热水脚，能够消除疲劳，容易入睡，对

身体健康大有裨益，是一种值得提倡的良好习惯。

俗语说“寒从脚下起”，这是因为脚的皮肤神经和血管处于下肢的最远端，距中枢神经较远，容易发生末梢血液循环障碍。脚底缺少皮脂腺，没有皮脂分泌保暖，而汗腺比较丰富，汗液的分泌使脚潮湿，故耐寒能力差，一旦受冷，容易发生冻疮。老年人气血虚，阳气衰退，对冷的耐受性较青壮年人差，受冷后首先感受到的就是脚。根据中医理论，脚虽然离五脏六腑较远，但有经络相通。脚是三阴经之始，三阳经之终，这六条经脉都与脏腑相连，并循行于头部和咽、喉等部位。故脚受冷，容易打喷嚏，感冒、头痛，重则寒邪侵入内脏，引起各脏腑疾病。

洗热水脚可以促进脚部的血液循环，起到通经、活络、温煦脏腑的作用。在三阴经和三阳经的众多穴位中，位于脚踝以下就有 30 多个，双侧共 60 多个，超过全身穴位的十分之一，这些穴位对各脏腑疾病有治疗作用。热水洗脚，由于热水的刺激，使所有的穴位都承受热力，相当于进行了针刺治疗，故不仅促进了脚局部的血循环，而且对全身经络气血的运行也起到通调作用。因此，老年人有病洗脚可使症状缓解，无病洗脚，也有防病作用。另外，热水洗脚，清除污垢，使人感到舒适，有利于睡眠。

老年人洗脚的方法一般水量以齐踝关节为宜，水温应高于洗澡水，冬日常 60℃~70℃。洗时将脚慢慢伸入浸泡，使脚心暖和，待双脚浸泡在水中部分的皮肤血管扩张，血循环加速，呈粉红色时，即恰到好处。然后用双手在脚面及脚心揉搓，去除污垢，擦干后上床睡觉。每晚坚持洗热水脚，有利

于老年人健康长寿。

## 五、中年人脱发有些什么类型

脱发有各种各样的类型，原因比较复杂。人到老年，头发逐渐稀疏、细软，乃属正常生理现象。有的中年人发现头发脱落较多较快，感到惶恐，认为是早衰表现。事实上，中年人脱发大多与早衰无关。以下介绍三种最常见的中年人脱发。

### （一）男型秃发

男型秃发又称早秃或脂溢性秃发，俗称“秃顶”，是中年人秃发中最常见的一种类型，它的发生与遗传和雄激素的影响有关。从许多患者的家系调查发现，在一个家系中，患“秃顶”的，男人比女人多得多。男人秃顶的，他的女儿一般不都秃顶，他的儿子有不少是秃顶的。女人秃顶的，他的儿子一般不秃顶，说明男型秃发是一种遗传病，而这种遗传病与性别有关系。目前认为男型秃发的遗传基因是在雄性激素的作用下，才表现出来，因此，秃发大多从青春后期开始。由于雄性激素增多，患者多有皮脂溢出症，头皮常有较多的灰白色细小糠状鳞屑。脱发最早是在前额两侧发际部位，先是头发细软，逐渐零星脱落，但因进展缓慢，故青年时期不显著，迨至中年时期，额部头发显著稀疏，发缘上升，形成“高额”，以后脱发区逐渐延伸至头顶。四十多岁时，头顶部的头发可完全脱光，仅留枕部及头皮两侧保留有正常头发，看上去头的前半部分似马蹄形区皮肤光滑无发或仅有少量毳

头，毛孔缩小。女性患秃顶的，症状一般较轻，仅个别较重。

由于男型秃发是渐进性的，毛囊萎缩破坏后难以再生，故治疗应从稳定病情，推迟脱发速度着手。首先在日常生活中应限制多糖、多脂和辛辣刺激性饮食，可常食富含维生素A、维生素B<sub>6</sub>和泛酸的食物，如红萝卜、韭菜、南瓜、豌豆、蚕豆、芝麻、鱼类等。应注意保护头发，洗头不宜过勤，洗发时不宜用碱性大的肥皂，抓头不可用力过猛。内服药中，可服胱氨酸片、维生素B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>6</sub>等。近年来发现维生素A族中的13—顺式维甲酸对皮脂溢出有明显抑制作用，对男型秃发有一定治疗作用。但此药有一定的副作用，应在医生的指导下服药。外用药物的治疗原则是增进局部皮肤血液血循，促进头发生长，可外搽3~10%樟脑酊，10%辣椒酊等，还可用激素局部治疗，如0.05%己烯雌酚酊或2~4%黄体酮酊外搽，可延缓头发脱落。理疗可用达松伐疗法。

## （二）斑秃

斑秃亦称圆形秃发，俗称“鬼剃头”，是一种骤然发生的斑状秃发，患者以青壮年人较多，但中老年人患者亦非罕见。

斑秃发生的原因尚不完全清楚，一般认为可能与精神过度紧张、忧虑或遭受精神创伤有关，也有人认为有遗传因素，内分泌功能障碍也是发病原因之一。

患者一般没有什么自觉症状，往往是在无意中被他人或自己发现，有的人是在一夜之间骤然发生。秃发区一般为圆形或椭圆形，界线清楚，其内皮肤光滑，色泽正常，毛孔清楚可见。脱落的头发上粗下细，像个惊叹号。数目1片或多片，范围小者如甲盖，大者达掌心。若头发全部脱光称为全

秃。如果头发、眉毛、胡须、腋毛、阴毛、毳毛都全部脱光则称为普秃。病程持续数月甚至数年，大多能自愈。新发大都纤细柔软，呈黄白色毳毛状，逐渐变黑，终于恢复正常，但也有反复发作或边长边脱者。

治疗首先应解除思想顾虑，增强治愈信心。斑秃虽然脱发明显，进展快，但大多能治愈，只是治疗时间较长。在治疗过程中，应消除精神紧张，睡眠不佳者酌用镇静剂如消化钠、安定等，内服药物有胱氨酸、维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>6</sub> 等。外用药物一般使用刺激局部充血、促进头发生长的药物，常用 10% 樟脑酊或 10% 辣椒酊，也可用新鲜生姜断面涂擦。物理疗法可用达松伐疗法或用梅花针弹刺治疗。紫外线照射有促进血液循环，刺激新发生长的作用，也可应用。

### （三）女性弥漫性脱发

女性弥漫性脱发较少见，原因尚不清楚，目前认为是男型秃发的另一种表现型式，可能与雄激素增多有关。

病情发展一般很缓慢，只有少数患者进展较快，在几个月之内脱发显著。脱发部位一般是头顶部而是不额部，先是头发变细，易脆，失去光泽，然后零星逐渐脱落，终致头顶部头发稀稀疏疏，但不致完全脱光。额部头发一般较完整，因而发缘保持正常。

治疗可参照男型秃发，口服避孕药片有延缓头发脱落，增加头发密度的作用。

## 六、怎样防治酒渣鼻

酒渣鼻俗称红鼻子，是中年人易患的一种皮肤病，对健康虽无大妨碍，但影响美容，使人感到苦恼。

酒渣鼻发生的原因还不十分明瞭，多数患者同时有面部皮脂分泌旺盛现象。目前认为可能是在皮脂分泌旺盛的基础上，加上某些有害因子的刺激，使面部血管运动神经舒缩功能失调，导致毛细血管长期扩张所致。饮酒过多，常食辛辣性食物、冷热刺激、精神紧张，情绪激动、月经失调、内分泌功能紊乱、胃肠道功能障碍等都可能是诱发和加重的因素。近年来，有学者认为酒渣鼻与毛囊虫的感染寄生有关。毛囊虫是一种螨类的小虫，寄居在面部毛囊皮脂腺孔内。挤出皮脂在显微镜下可以看到，其形态像蠕虫，由于毛囊虫在毛囊皮脂腺内繁殖，虫体的机械性刺激及其排泄物的化学性刺激，使组织出现炎症反应，故引起酒渣鼻。不过，这一学说尚未被公认，因不少成年人的面部皮肤都有这种小虫寄生。

酒渣鼻的病情发展十分缓慢，一般可分为三个时期。最早为红斑期，在面中部特别是鼻、面颊、眉间及额部出现红斑，初为暂时性，在进食辛辣食物或热饮、冷风刺激后加重，月经期间也较明显，久后红斑变为持久性，在鼻翼、鼻尖及面颊等处出现蛛丝肉样毛细血管扩线。红斑期经数月或数年后进入丘疹脓疱期，此时鼻部及鼻口的邻近皮肤反复成批发生针尖至黄豆大小的丘疹、脓疱，甚至结节，时轻时重，少数病人可同时发生眼结膜炎、角膜炎、角膜血管形成等。最



晚期的损害为鼻赘期，以男性多见，在数年或十多年以后逐渐形成。鼻端部皮肤发红、增厚、肥大，成为紫红色结节状或肿瘤状突起，表面凹凸不平，毛细血管扩张更为显著，毛囊皮脂腺孔明显扩大，从中挤出的浓稠性皮脂可查见较多的毛囊虫。

防治酒渣鼻应禁食或少食辛辣刺激性饮食及高脂肪性饮食。禁酒，不喝浓茶。多吃蔬菜、水果，保持大便通畅。局部治疗的药物较多，常用者如复方硫磺洗剂（配方为：沉降硫磺 5.0 克、硫酸锌 1.0 克、10% 樟脑酊 10.0 毫升、甘油 10.0 毫升，水加至 100.0 毫升）或白色洗剂（配方为：硫酸锌 4.0 克、硫酸钾 10.0 克、升华硫磺 10.0 克、水加至 100.0 毫升），每日 2~3 次。亦可用中药颠倒散（硫磺、大黄各等分）调水敷，不宜使用皮质类固醇制剂如肤轻松、去炎松等类药物，这类药物初用有暂时疗效，久用则使皮肤变薄，红斑、毛细血管扩张更为明显，症状更加严重。

较重的患者，除局部治疗外，可加用内服药物，常用有：

灭滴灵 0.2 克每日 3 次，口服共 2~4 周，适用于丘疹、脓疱较多者，有杀灭毛囊虫的作用；四环素 0.25 克，每日 2 次，共 3~6 月，有抗感染和抑制皮脂分泌的作用；氯喹 0.25 克，每日 2 次，连服 2 周后减为每日 0.25 克，共 1~2 月。另外，成品药物如面康净也有较好效果。维生素类药物如维生素 B<sub>2</sub>、B<sub>6</sub> 或复合维生素 B 也可配合服用。

中医中药治则为清理肺、胃积热，活血化瘀。红斑期常用枇杷清肺饮，后期可用桃红四物汤加减。鼻赘期可去医院施行整形手术。



## 七、怎样识别药物过敏性皮疹

药物能治病，但对人也有危害作用。用药剂量过大，时间太久，会产生毒副作用，这是人所共知的。但是，有一些人用药以后，虽然剂量不大，甚至是微小剂量，却引起过敏性皮疹。由于不能识别而继续服药，结果皮疹愈发愈多，甚至因此而丧命。那么，药物过敏性皮疹有些什么特征，怎样才能识别呢？

能引起过敏性皮疹的药物很多，几乎每一种药物包括中草药在内都可能引起过敏。最常见的有： 抗生素类，如青霉素、链霉素、氯霉素、四环素等； 各种磺胺制剂； 解热镇痛类，如阿斯匹林、非那西汀、氨基比林等； 催眠药与镇静剂，如鲁米那、大伦丁等。有不少成品药物含有鲁米那、氨基比林或磺胺类药物，也容易引起过敏性皮疹。

药物过敏性皮疹的表现多种多样，这里介绍几种较常见的类型，然后谈谈怎样及早识别，防止进一步恶化。

### （一）固定性红斑

最常见。特点是每次发生皮疹都以同一形式发生在同一部位。皮疹为一个或几个圆形或椭圆形红斑，直径约 1~2 或 3~4 厘米，边界清楚，重者其上发生大疱。约 1 周左右，红斑消退，留下色素沉着成灰黑色斑，可数月不退。如再服该药，常于数分钟或数小时后，在原处又出现同样红斑，面积更大些，其它部位可有新的红斑出现，以致每发一次，红斑增多一次，红斑消退后的灰黑色斑颜色更深。这种类型药疹

也可发生在口腔及阴部，常被擦破引起糜烂。

### （二）麻疹样或猩红热样药疹

起病迅速，常伴有畏寒、发热等全身症状。麻疹样药疹为许多散在或密布的红色斑点，如米粒大小，对称分布，泛发全身，以躯干为多，类似麻疹。猩红热样药疹初起为小片红斑，从面、颈、上肢、躯干向下发展，于2~3日内可遍布全身，并相互融合，致全身皮肤呈现充血发红，面部、四肢肿胀，酷似猩红热，如能及早识别，停药，多数病人在两周左右，皮疹可完全消退。否则继续用药，病情加重，有的甚至发展成为剥脱性皮炎或伴发内脏病变死亡。

### （三）荨麻疹型药疹

荨麻疹可由多种原因引起。药物过敏引起的荨麻疹以急性荨麻疹多见，表现为全身泛发风团，瘙痒显著，有的尚伴有发热，关节疼痛及全身浅表淋巴结肿大等。

除了以上三种类型外，药物引起的过敏性皮疹尚有过敏性紫癜、多形性红斑、湿疹样药疹、大疱性表皮松解型药疹、剥脱性皮炎等。

药物过敏性皮疹的表现虽然多种多样，但有共同的特征，即除固定性红斑外，多对称分布，起病较快，皮疹鲜明，伴有全身不适等症状。

有一些皮肤病容易与药物过敏性皮疹相混淆，例如固定性红斑往往被误认为紫斑、出血斑等，但如了解固定性红斑具有的特征，一般容易识别。某些传染病如猩红热、风疹、麻疹等，其皮疹也与药物过敏性皮疹相似，但一般说来，药物引起的过敏性皮疹颜色更鲜明，发展较快，痒感更重，而全

身症状却较轻，且缺少传染病的其他症状和体征。

中老年人常因失眠、感冒、咳嗽、腰痛等疾病而服药，有的人甚至药不离口。除了应注意药物的毒副作用外，应警惕药物引起的过敏性皮疹，为了避免药疹的发生，或者发生以后能及早识别，防止进一步加重。在日常生活中，应该注意以下几方面：

1. 不要迷信“药物万能”，一般小伤小病，不要动辄就吃药打针，常见许多病人由于轻微的伤风感冒或腰痛、头痛，自服成品药如感冒片、去痛片、优痛散等或注射青霉素后引起过敏性皮疹。伤风感冒有一个自然过程，轻微的只需多饮水、多休息，会自然痊愈，无需吃药打针。

2. 有病必须吃药打针时，首先应请医生对疾病作出正确诊断，有的放矢，对症下药。用药宜简单，凡是单种药物能解决的，不用多种药物，口服能解决的，不用注射药。有过过敏体质的人或者已经发生过药疹的，在看病时，应主动告诉医生，谨慎用药。

3. 在服药过程中，如果发生皮疹，特别是全身性的，应立即停药就医。

## 八、中老年人湿疹的特点

湿疹是一种很常见的皮肤病，男女老幼均可罹患，中老年患者往往病程顽固，持续多年，给患者造成严重的不安和焦虑。

湿疹的病因大多难以肯定，患者多属过敏性体质，家族

中多有过敏性病史，患者对各种刺激的耐受性比较低。目前推测湿疹是在多种内在因素或外界刺激的影响下，引起的皮肤迟发性变态反应。在久病之后，一些并非原始的致病因素而可能是一些不相关的因素也可诱发或恶化湿疹，常见的内在因素如某些食物、药物、体内病灶、肠内寄生虫、消化不良、胃肠道功能障碍、代谢障碍、内分泌机能失调、情绪紧张、焦虑、失眠、精神创伤等，外界刺激如日光、紫外线、寒冷、气候变化、干燥、多汗、搔抓、摩擦、各种动物的皮毛、植物、染料、各种化妆品、肥皂、人造纤维等均可产生或加重湿疹的病情。

湿疹的临床表现各式各样，但有共同的特点，这些共同特点是： 皮疹有多种形态同时存在，如红斑、丘疹、小水疱、糜烂、渗液、结痂等二、三种或更多的几种同时存在； 发生部位多对称； 自觉瘙痒，阵发性或断续性，搔抓后常致病情加重； 病程慢性，常经久不愈； 复发性强，治愈后各种不良刺激，甚至环境的改变都可引起复发； 对各种外用药物耐受性差，浓度稍大或刺激性略强即可导致加重。

湿疹可分为急性、亚急性和慢性三型。急性湿疹以红斑、水肿、糜烂、渗液较为突出。慢性湿疹主要是皮肤变厚、色素沉着，其上有鳞屑、结痂。亚急性湿疹介于二者之间，有轻微糜烂，少许渗液和较多鳞屑。

急性湿疹多见于头、面、耳后、四肢远端、手、脚露出部位及腋下、股内、外阴和肛门等皱褶处。慢性湿疹可由急性湿疹未及时治疗、迁延日久，或者反复发作，转变为慢性湿疹，也有一开始即为慢性湿疹。慢性湿疹多见于双手、小

腿伸侧、肘膝屈侧、阴部、股部及肛门等处。

中老年人的湿疹按发生部位较常见的有下面几种：

### （一）手部湿疹

中年人手的活动范围广，接触物质多，在工作及家务劳动中，若长期接触某些致敏性物质即可引起手部湿疹。往往两手同时发生，起初多在指背及指端掌面，以后继续蔓延至手背、手掌及手腕部。发生于手背部者易有糜烂、渗液，常伴发细菌感染。发生于手掌时，由于手掌皮肤较厚，往往是深在性小水疱，以后水疱吸收、干燥、脱屑、使手掌皮肤呈弥漫性粗糙，失去弹性，在指关节附近容易发生裂口，洗衣时或冬日风吹后常致疼痛。

### （二）阴囊湿疹

中老年人体型多肥胖，阴囊积汗、潮湿，受内裤摩擦或某些致敏物质的刺激可引起湿疹。急性期阴囊水肿、发红、瘙痒剧烈，搔抓后极易有糜烂、渗出。慢性期则阴囊皮肤肥厚、皱纹加深、皱襞肥大加宽呈核桃壳状、色素加深、有鳞屑。搔抓过度，可再次发生红肿、糜烂、渗液。阴囊湿疹常多年不愈，使患者异常痛苦。

### （三）肛门湿疹

常因先有肛门疾患如肛裂、痔漏、慢性结肠炎、肠息肉、卫生纸的刺激或过敏引起。在肛门口及其附近皮肤发生湿润、糜烂、皱襞粘膜肥厚，出现裂口等。一般有难忍的痒感，解大便时裂口引起疼痛。

### （四）女阴湿疹

各种原因引起的白带增多，患糖尿病的糖尿刺激，卫生

纸或月经带粗糙欠柔和，或者对某些有色内裤过敏，长久以后均可发生女阴湿疹。部位多在两侧大阴唇，亦可波及小阴唇，表现为皮肤粘膜肥厚、粗糙、色素加深、瘙痒显著，抓后常有糜烂结痂。久病后因抓伤可致色素减退性白斑，此时不应误认为是女阴白斑。女阴白斑多发生在阴蒂及小阴唇内侧的粘膜部位，很少累及大阴唇外侧。久病有萎缩及硬化改变。

#### （五）乳房湿疹

发生在乳房的湿疹多对称分布，先是乳头肿胀、糜烂、渗液、湿润、附有痂皮等，在乳头及其根部常有裂口，疼痛明显、乳晕部红斑较轻，周围可有散在丘疹、小疱等，以后湿疹向外扩展到乳房，引起大片红斑、糜烂、渗出。中年妇女如果乳房湿疹仅发生在一侧，边界清楚，久不愈合，痒感轻微，应注意有可能是湿疹样癌，应及早就医确诊。

#### （六）小腿湿疹

以中年男性多见，患者多有双小腿静脉曲张。湿疹的发生与下肢血液循环障碍有关，故又称静脉曲张性湿疹。损害多位于小腿前下份，两侧均有，但不完全对称。面积常较大，呈限局性棕红色，其上有弥漫性丘疹、丘疱疹，有糜烂、渗出、鳞屑等。久后皮肤变厚，紧贴在其下之组织上，使局部郁血，在近踝部发生慢性溃疡，常多年不愈，或愈后不久复发。

#### （七）钱币形湿疹

为一种比较特殊类型的湿疹，中老年人易患，因其形如钱币，故名。皮损为圆形或椭圆形，直径约3~5厘米，由群集的小丘疹及丘疱疹组成，境界清楚，色暗红或灰褐，表面

湿润有痂屑，好转时干燥有较多鳞屑。数目较多，一般发生在躯干和四肢，寒冷季节较重，老年人冬季易发生，可迁延数年。

#### （八）干性湿疹

或称裂纹性湿疹，多见于皮肤干燥的老年人，冬季洗澡过勤，使用肥皂过多时容易发生。皮损为淡红色斑片，界线不明，表面干燥，有细小裂纹及糠状细屑，甚痒。可发生在身体任何部位，但以四肢及面颊部多见。如治疗不当，也可出现渗液、糜烂。

中老年人患湿疹后，首先应尽可能避免各种可疑的诱发因素和不良刺激，如热水洗烫，过多使用肥皂，用力搔抓及使用刺激性强的药物以图暂时止痒等。生活上注意避免精神紧张、过度劳累，戒酒，不食辛辣性或易致敏的食物。注意皮肤清洁卫生，但洗澡时用水不宜过热，不用或少量使用中性肥皂。对湿疹处皮肤不应揉搓搔抓，衣被勿过暖，不用丝、毛及化纤制品作内衣。平时应保持大便通畅，睡眠充足。

内服药物一般可用止痒、镇静剂，常用抗组织胺类药物如扑尔敏、苯海拉明、去氯羟嗪、赛庚啶、异丙嗪等，睡眠不佳可酌服安定、眠尔通或多虑平等。急性泛发性湿疹还可选用 5% 溴化钙、10% 葡萄糖酸钙或 10% 硫代硫酸钠溶液静脉注射。口服强的松等皮质类固醇激素对湿疹有效，但停药后易复发，并往往使病情加重，特别是老年人，容易因此诱发老年湿疹性红皮病，治疗更为困难。口服皮质类固醇激素长久以后，可发生多种副作用，如肥胖、高血压、感染、糖尿等，对中老年人的全身健康不利。因此，使用皮质类固醇



激素口服或注射均应十分慎重，应在医生的指导下进行。

外用药物是治疗湿疹的主要手段。急性湿疹仅有红斑、丘疹、脱屑而无渗液和糜烂时，可搽炉甘石洗剂或皮质类固醇霜剂如肤轻松、去炎松或氯氟舒松霜膏等。但位于面部的湿疹不宜长期使用，因面部皮肤薄嫩，久用可致皮肤萎缩。急性湿疹有渗液糜烂时应用冷湿敷或温湿敷（冬天），常用3%硼酸溶液，1%醋酸铅溶液，或0.1%利凡诺溶液。硼酸溶液较为温和，适用于皮肤耐受性差的中老年人，醋酸铅收敛性较强，适用于渗液较多的湿疹。利凡诺有抗感染作用，适用于有感染的湿疹。中药可用新鲜马齿苋煎液湿敷亦有收敛、消炎效果。湿敷的方法是先将患处洗净，然后用消毒纱布折为5~6层或用小毛巾3~4张叠在一起，浸于药液内，稍挤干，以不滴水为度，敷于患处，每隔2~3小时换1次，换下的纱布或毛巾洗净煮沸半小时，可供下次使用。肛门急性湿疹不便使用湿敷，可用生理盐水或3%硼酸溶液或1:5,000~8,000高锰酸钾溶液坐盆，每日1~2次，每次半小时。

急性湿疹渗出液明显减少后可停止湿敷，换用40%氧化锌油或肤轻松霜等外搽。有的患者不见好转时，应继续用湿敷，直至病情完全好转。

亚急性湿疹一般可用40%氧化锌油、氧化锌糊剂或皮质类固醇霜剂，亦可使用低浓度的糠馏油、松馏油、黑豆馏油或煤焦油（一般浓度为2~5%）的糊膏。如患者对这些药物不能耐受而出现渗液时，仍需用湿敷治疗。

慢性湿疹可根据皮肤肥厚、干燥程度采用不同浓度的焦油类软膏或糊膏，常用浓度为5~10%煤焦油、松馏油、糠馏



油或黑豆馏油软膏或糊膏，亦可使用皮质类固醇霜膏如肤轻松、去炎松尿素霜或氯氟舒松霜等。选用一种药物先应在小范围内使用，并用较低浓度，无不良反应时再加大浓度，大面积使用。

干燥性湿疹可涂用 20% 尿素霜或甘油与石蜡油（1 : 3）以保持皮肤水份。亦可涂用皮质类固醇软膏或霜膏。

中草药外治有明显渗液者亦以湿敷为主。可选用马齿苋、黄连、黄柏、侧柏叶、茶叶、五倍子、枯矾等 2~3 味各适量，煎水湿敷。慢性湿疹干燥发痒者可选用苦参汤（配各适量，煎水湿敷。慢性湿疹干燥发痒者可选用苦参汤（配方为：苦参、菊花各 60 克、蛇床子、金银花各 30 克、白芷、黄柏、地夫子各 15 克、大菖蒲 9 克）煎水浸泡、熏洗，有止痒效果。

## 九、中老年人癣病的治疗

癣是由真菌引起的一类皮肤病。真菌亦称霉菌，是一大类低级生物，种类繁多，在自然界中至少有十万种以上。它们的共同特点是不含叶绿素，无根、茎、叶之分，以寄生或腐生方式生存，生活力强，在温暖、潮湿的环境下繁殖快。绝大多数真菌对人无害，有不少对人有益，如酿酒、作酱油等都离不开真菌的作用，引起人致病的真菌仅有几十种。有的真菌侵犯内脏引起内脏真菌病，有的真菌仅侵犯皮肤、指甲或头发，引起皮肤真菌病即皮肤癣。癣在真菌病中占绝大多数，不仅青年人易患，中老年人也多有发生，下面介绍几种可能发生在中老年人中的皮肤癣病。

### （一）脚癣

脚癣俗称脚气、脚湿气、烂脚丫等，是最常见的一种癣病。据估计，我国某些大城市和工厂中，夏季成年人患有脚癣者可达 60% 以上。其中青年人最多，中年人次之，老年人少些。

引起脚癣的真菌主要是红色毛癣菌，其次是石膏样毛癣菌及絮状表皮癣菌等，通过接触传染，如公共浴室中洗澡、家庭内共同拖鞋、脚盆、抹巾等。

脚癣病程慢性，可长达数年或数十年，一般夏季加重，冬季减轻，有不同程度的瘙痒。穿不透气的鞋子如胶鞋、球鞋或尼龙袜等易使症状加重，脚癣的损害有水疱、糜烂、鳞屑及角质增厚等，往往几种损害同时存在，而以某一种较为显著。据此，脚癣一般分为三种类型：

1. 水疱型：以水疱为主，多见于夏季，在趾间、脚缘或底部发生水疱，约米粒大小，疏散或群集分布，内容清澈。以后水疱或者干燥脱屑或者相互融合成多房性水疱，撕去疱壁可显示蜂窝状基底及鲜红色糜烂面。

2. 擦烂型：常发生在第 3~4 趾及第 4~5 趾缝间，由于该部皮肤薄嫩，不透风，较湿润，有利于真菌孳生繁殖，使趾缝间皮肤浸软、发白，成为白色腐皮状。搓破发白的腐皮，即露出鲜红色糜烂面。

3. 鳞屑角化型：多见于冬季。表现为皮肤角质增厚、粗糙、脱屑，常发生在脚底、脚缘和角跟部，冬天气候干燥时，皮肤出现深浅不等的裂口，有疼痛。

患脚癣后，由于搔抓或因不勤洗脚，容易发生继发感染

而有蜂窝组织炎、淋巴管炎、脓疱疮、丹毒等。患者有全身不适、疼痛、行路困难。

治疗脚癣以外搽药为主，有继发感染时应先控制继发感染。治疗脚癣的药物很多，如克霉唑药水、克霉唑霜、十一烯酸软膏、华陀膏等都可一试。但严重的脚癣或者继发感染严重者应在医生指导下用药。

预防脚癣应注意公共浴室、家用脚盆的经常消毒。注意个人卫生，经常洗脚，勤换袜子。脚汗较多的人应穿透气较好的鞋子，并可撒脚粉，以保持脚部干燥。已患脚癣者应积极治疗，避免搓脚，以防传染到手。

## （二）手癣

手癣俗称“鹅掌风”，常因患脚癣搓脚后传染到手。初起在一侧的一个或二、三个指端起小水疱，干燥后脱屑，逐渐扩展至掌心或邻近手指，久后使手掌大部分皮肤变粗变厚，皮纹宽深，失去正常光泽和韧性。手癣可仅发生在一只手，也可传染至两只手。病程慢性，常多年不愈，夏季损害范围扩大较明显，冬季气候干燥时皮肤粗厚脱屑加重，于指端及关节活动部位发生裂口，疼痛，影响工作。

手癣应与发生在手部的湿疹区别，不同之点是湿疹一开始起病时即对称发生，遇外界刺激后更易恶化，出现渗液、糜烂等。另外，真菌检查，手癣有时可查见菌丝，而湿疹则不能查见。

手癣的治疗和脚癣相同。由于手经常使用，外搽药物易被拭去，不易保持药效，因而治愈较难。若能坚持每晚搽药后包扎，使药力深入，效果当更好些。

### （三）甲癣

甲癣是指甲或趾甲的霉菌感染，常由手癣或脚癣蔓延引起，也可因搓脚而直接传染。

甲癣一般从一个甲开始，逐渐传染至几个甲。病甲开始时在甲板表面发生点状混浊区，逐渐扩展以至波及全甲，致整个甲变为灰白或污黄色，失去光泽。甲面平滑或高凹不平，或甲板增厚，翘起、中空，与甲床分离，其下为疏松而脆的石灰质样灰黄色碎屑。

甲癣应与并发的手脚癣同时治疗，需长期耐心坚持用药，一般可每日用小刀刮除病甲变脆部分，然后外搽 30% 冰醋酸溶液或 5% 碘酊，每日 1~2 次，连续数月，直到病甲除尽，正常新甲完全长出为止。

### （四）体癣

体癣是指发生在躯体、面部、四肢除手脚以外的皮肤浅层真菌感染，因其形态多为圆形，故又有圆癣和铜钱癣之称。

引起体癣的真菌大多与脚癣相同，由直接接触病人或通过衣物用具等传染，或先患有脚癣因搔抓而蔓延传染。患有癣病的家畜如猫、狗等也常常传染给人。

体癣多发生于夏季。初起为群集红色小丘疹或丘疱疹，以后向四周扩展，形成环形损害。环形的边缘清楚，由红色小丘疹、小水疱、鳞屑或薄痂组成，中心部微红或有轻度色素沉着，但无明显皮疹。有的体癣中心部偶可再发丘疹、小水疱，扩大后形成同心环形。数目一个或数个。自觉瘙痒，若发生于腰围，常沿扎裤带处皮肤传播，产生比裤带略宽的十多厘米长的带形损害。天气转凉时，体癣可缩小或消失，次

年天气暖和时又可能复发。

体癣是容易治愈的。一般外搽 3% 水杨酸酐、10% 冰醋酸、克霉唑药水、克霉唑霜、十一烯酸软膏等都可治愈。不宜用皮质类固醇激素类药物如肤轻松，去炎松等霜膏。此类药物有促使真菌繁殖的作用，搽后使体癣加重。

#### （五）股癣

股癣是发生在两大腿内上份与外阴相连皱襞处的体癣，常因对称发生，形如马鞍，故又称为马鞍癣。病因和传染途径与体癣一致。

早期损害发生在一侧或双侧的腹股沟处，逐渐往下扩展约数厘米，也可蔓延到阴囊或向后至臀沟间。由于患部多汗、潮湿，易受摩擦，故发展较快，瘙痒亦更显著。在自上向下发展过程中，上部皮损逐渐消退，遗留色素沉着或因搔抓而致皮肤肥厚粗糙，下部则呈线状微隆起的红色弧形边缘，其上有小丘疹、丘疱疹、鳞屑和薄痂等，境界清楚。

股癣的治疗与体癣一致。由于外阴部皮肤薄嫩，应使用无刺激或刺激性小的药物，一般可用克霉唑霜、10% 十一烯酸酐等。禁用皮质类固醇激素药物。

#### （六）花斑癣

花斑癣亦称汗斑，是由花斑癣菌引起的一种很浅表的慢性皮肤真菌病。患者多为青壮年男性，但中年人亦非罕见，老年患者则较少。

花斑癣多见于胸前或后背肩胛区，初起为散在的甲盖大小微黄色、褐色或灰褐色斑，表面的极细的糠状鳞屑，日久损害增多，向周围扩大，相互融合，形成不规则大小片。可

累及躯干大部分并蔓延至颈、腋及四肢近端。病程慢性，无自觉症状。冬季皮疹可消退，留下色素减退斑，来年春季又复发。

花斑癣由于面积较大，不宜用刺激性大的抗真菌药物。一般可搽 25~40% 硫代硫酸钠溶液，5 分钟后再搽 3% 盐酸溶液，亦可用 10% 冰醋酸溶液或 50% 丙二醇溶液，连续 2~3 周，治疗期间，应勤洗澡，用过的内衣、内裤、被褥、枕巾等应煮沸消毒，以防复发。

#### (七) 头癣

头癣可分为白癣、黄癣和黑点癣三种。患者多为儿童，到青春时期，白癣可自愈，不留瘢痕。黄癣则愈后留下广泛的萎缩性瘢痕，其上只见少数残留稀疏的头发和黄痂。唯有黑点癣自幼患病到成年亦不易痊愈，有的一家两三代人同时患有。因此，中老年人患的头癣多为黑点癣。

黑点癣的病原菌是紫色毛癣菌和断发毛癣菌。初起头部发生多数小片鳞屑性斑，以后相互融合并扩展形成大片。鳞屑为灰白色糠秕状，头发稀疏脱落。重要的特点是有的头发刚长出头皮即折断，留下残根在毛孔处，呈黑点状，故名。有的黑点癣经数年或十数年后痊愈，留下瘢痕。

黑点癣应与头皮糠疹鉴别。头皮糠疹比较多见。大多数成年人里头屑增多乃是头皮糠疹而非黑点癣，主要鉴别点是黑点癣在头皮毛孔处可查见断发点，且真菌检查可在头发内查见孢子，而头皮糠疹虽然可以引起脱发，但无毛孔处断发点，查不见真菌，有时两者的鉴别较难，需由专科医生仔细检查。

黑点癣治疗可服灰黄霉素每日 0.6~0.8 克，1 次或分 2 次服，共服 20~25 天。应每日搽药，可用 5~10% 硫黄软膏，2.5% 碘酊或复方苯甲酸软膏，连续 2 月。服药搽药期间，应每日洗头，定期剪发，并注意对患者的生活用具、理发工具等进行消毒。不可将头皮糠疹误认为是头癣而服灰黄霉素，这样既浪费药物又不会有效。

## 十、疼痛难忍的带状疱疹

带状疱疹是中老年人的一种常见皮肤病，因常常发生在一侧胸腰部，像一条带子，故民间称为“串腰疮”或“缠腰火丹”。带状疱疹是病毒引起的，从呼吸道传染。被传染后，病毒长期潜伏在脊髓神经节的神经细胞内而不发病，当身体抵抗力减弱时，潜伏的病毒便在细胞内大量繁殖，并沿神经纤维向外扩散蔓延，移动到皮肤引起炎症，形成带状疱疹。感冒、外伤、过度疲劳后容易发生。患有严重全身疾病如恶性肿瘤或接受放射线治疗等，也常并发本病。但患过一次带状疱疹后，由于身体产生了免疫力，大多数都不再患第二次。

据调查，带状疱疹在人群中的发病率约占 3~5%，多见于春秋二季，任何年龄都可发生，但年龄越大，患病的比率越高，50 岁以上的患者占有所有病人的 60% 以上。年龄越大，疼痛的症状也越重。

胸腰部的一侧是带状疱疹最常见的部位，初发仅有局部皮肤感觉过敏，衣服摩擦即感到疼痛。随后在疼痛的部位，沿肋间神经分布的走向出现成群的红色丘疱疹，1~2 日内成为

水疱，疱壁紧张发亮，周围有红晕。经过数日后，水疱逐渐混浊，最后干燥、结痂、痂脱后痊愈。全病程约 2~3 周。除了胸腰部外，面部也是带状疱疹的好发部位，多见于额部的一侧，沿三叉神经眼枝的走行分布，引起一侧眼周、额部及头皮肿胀、发红、起水疱。严重的引起眼角膜溃疡。其它部位如颈、腹、臂部、大腿等处，甚至耳道也可发生带状疱疹，也多与皮神经的走行一致。

疼痛是带状疱疹的一个比较突出的症状，老年人往往难以忍受而致坐卧不安。有的老年人甚至在带状疱疹已经消失后仍感到顽固性的疼痛，持续几个月之久。

中老年人患带状疱疹后，不必为此感到焦虑。虽然疼痛令人难忍，但带状疱疹有一自然过程，疼痛的好转可能缓慢一些，但终究自会消失。目前治疗带状疱疹还没有特效药物，一般是对症处理，酌用抗病毒药物。应注意保护皮肤清洁，勿用手搔抓，以防细菌感染。局部可搽炉甘石洗剂或 1% 龙胆紫溶液，疼痛时可服止痛片、布洛芬或扑炎痛等，应在医生的指导下用药。疼痛严重的可用氦氖激光照射、针刺或音频电疗。中药板兰根、大青叶各 30 克煎水代茶饮也有一定效果。

## 十一、中年人的阴囊瘙痒症

人到中年，活动量减少，身体逐渐发胖，腹部膨隆，致外阴部通气性更差，兼之中年时期阴囊出汗增多，常处于潮湿状态，当受到某些外界刺激如内裤粗糙或内裤不洁等，即易引起阴囊瘙痒。



阴囊瘙痒症俗称“绣球风”，是中年男性的常见皮肤病。初起常局限于阴囊，阵发性瘙痒，在空闲或夜间清静时容易发生。若经常搔抓，形成习惯，久后，阴囊皮肤逐渐变粗变厚，数年至十多年后，可厚如树皮，以致痒不可耐，给精神和肉体上带来巨大痛苦。严重时病变范围可扩展至会阴、大腿内侧等处。

患阴囊瘙痒症者应力戒搔抓。若能克制不抓，经数月后，瘙痒即不再发生，粗厚的阴囊皮肤亦可逐渐恢复正常。宜每日用温水清洗外阴部 2~3 次，以去除积汗，保持局部干燥，可使瘙痒减轻。内裤应勤换，穿柔软疏松吸湿性强无色的棉织或丝织品，不可穿过厚的、粗糙的或吸湿差的纺织品如涤纶或尼龙制品。

由于阴囊皮肤薄嫩，不可使用刺激性强的药物或用热水烫以图一时之快，否则以后症状更加严重。一般可搽薄荷炉甘石洗剂或用苦参、茵陈各 30 克煎水外洗，重者可用苦参、地肤、蛇床、白藓皮、苍术各 15 克，黄柏、枯矾各 10 克煎汤凉温后薰洗。

## 十二、老年人皮肤瘙痒症的防治

人到老年，皮肤容易发痒，严重时影响睡眠和休息。有的是患有某些皮肤病而发痒，如湿疹、癣、皮炎等。有的则看不出有什么皮肤病而仅仅是发痒，这种情况称之为皮肤瘙痒症。

老年人皮肤瘙痒有生理性原因，也有病理性原因。人到

老年，全身各组织和器官逐渐退化，皮肤由于衰老和长期日晒风吹，真皮的胶原纤维和弹力纤维逐渐发生退变，致使皮肤干燥松弛，弹性消失，皱纹增多，汗腺和皮脂腺的分泌减少，滋润性差，对外界各种刺激的抵抗力降低，因此，容易发生皮肤瘙痒，特别是冬季气候干燥时。另外，老年人患有内科病如糖尿病、慢性肾炎、慢性肝炎等，使代谢发生障碍，也可引起全身皮肤瘙痒。

老年人的皮肤瘙痒症常局限于某一部位，如背部、小腿，也可逐渐发展成为全身性的。瘙痒常常是阵发性的，有时这处痒，有时那处痒，时轻时重，重时难以忍耐，引起失眠和精神不振。由于经常搔抓，皮肤可发生广泛的条状或点状抓痕、血痂，并不时有较多的干燥性鳞屑脱落。不少老年人的皮肤瘙痒发生在就寝之前脱衣时，往往以躯干、大腿内侧，小腿屈面、关节周围较重。

患皮肤瘙痒症的老年人应力戒用力搔抓，稳定情绪，搔抓虽能暂时止痒，但对皮肤是不良刺激，皮肤反复被抓破抓伤后，容易变粗变厚，粗厚的皮肤痒感更重，因而搔抓的结果是越抓越痒，越痒越抓，越抓越厚，越厚越抓，造成恶性循环，以致症状更加严重，故应尽量克制。万不得已，至多用手轻轻拍打发痒部位，用硬物摩擦时不宜过重。衣着宜柔软，饮食宜清淡，应尽量少吃或不吃辛辣性饮食及烟酒类。洗澡时宜用软水 and 中性肥皂，洗澡后可搽 50% 甘油水溶液，有润肤作用。用糠浴洗澡（方法见洗澡）也有止痒作用。夜间瘙痒影响睡眠者可口服镇静剂如安定、利眠灵或抗组胺类药物如扑尔敏、赛庚啶等。外搽药物一般使用含有薄荷、樟脑

等的霜膏，既润肤又止痒，但有效时间短暂。中药可用苦参、地肤、蛇床、百部、防风、野菊花各 20 克，加水 2 公斤，煮后熏洗。

### 十三、黑痣恶变的标志

每个人身上都可以找到几个或二、三十个黑痣，少数人甚至多到无法计数。黑痣对人无害，一般不影响身体健康，但如黑痣发生恶变，可在几个月内发生转移致人死亡。不过，黑痣发生恶变的机会是很少的，恶变也有一些预兆，若能密切注意观察，一有恶变征象，立即就医，是有可能完全治愈的。

那么，黑痣恶变有些什么标志呢？

根据组织病理学分类，黑痣可分为交界痣、皮内痣和混合型痣三类。一般说来，有毛的痣多为皮内痣或混合痣，性质比较稳定，不易恶变。发生在手掌、脚底或阴囊部位的痣多为交界痣，为活动性痣，经常受到摩擦后可能发生恶变。经常搔抓，或用电灼、腐蚀药等也是恶变的诱因。有以下情况之一者，有可能是黑痣恶变的信号，应到医院就诊。

1. 黑痣一般发生在出生后到青年时期，30 岁以后，多数痣逐渐消失（面部例外）。如果中老年人发生新的黑痣，应该引起注意。

2. 任何单个痣短期内变黑或变大。

3. 痣周围发红，边界不清，容易出血，发生溃疡、结痂，痣旁出现卫星状小黑点及附近淋巴结肿大等则是已经恶变的征象。

## 十四、怎样早期发现皮肤癌症

发生在皮肤上的癌症有多种,较常见的有基底细胞癌、鳞状细胞癌、湿疹样癌、表皮内癌、乳癌和转移性癌等。中年以后,随着年龄增长,皮肤癌的发生率也逐渐增高。皮肤癌位于体表,容易发现,如果警惕性高,及早就医确诊,手术切除,大多能够彻底治愈。反之,如果延误时机,就诊时已到晚期或已发生转移,治疗则比较困难,甚至无法挽回生命。那么,怎样才能早期发现皮肤癌症呢?

皮肤癌的发展过程是逐步的,开始时大多是小结节或肿块、不痛不痒,逐渐长大,有的发生溃疡。确诊皮肤癌靠组织病理检查。因此,为了早期发现皮肤癌症,凡有以下情况,立即就医,疑为癌症时应及时取活体组织检查,以尽快确定诊断和尽快治疗。

### (一) 逐渐长大的无痛性结节或肿块

结节和肿块可分为炎症性和非炎症性两类。炎症性结节和包块多由过敏反应或感染引起,往往发红和疼痛,时轻时重,容易引人注意,但其预后较好,一经治疗,炎症控制,结节和肿块即逐渐缓解以至消失。而非炎性结节和肿块则以肿瘤的可能性大。良性肿瘤无明显继续长大趋势,预后较好,恶性肿瘤则不断继续长大,但初起阶段很少有疼痛,往往被人忽视,当长大到引人注目或者溃烂、疼痛时,在治疗上已经为时较晚。例如临床上有许多乳癌不是由医生发现,而是患者在洗澡时或日常生活中偶然发现,如果提高警惕及早就

医确诊并手术切除，即可彻底治愈。如果稍有疏忽，任其发展，只需长大到直径超过 3 厘米或与皮肤粘连时，即已属三期乳癌，根治机会就错过了。因此，任何无痛性皮肤结节或包块有逐渐长大趋势者，应该引起注意，年龄超过 40 岁的人尤应警惕。据统计，有 70% 以上的皮肤癌和癌性包块发生在颈以上，乳癌则多发生在乳房的外上方及内下方，对这些部位，应经常自我检查。

### （二）经久不愈的自发性溃疡

引起溃疡的原因很多，常见有外伤、感染、营养不良、皮肤血管过敏坏死性炎症等。急性溃疡多有疼痛，愈合较快，慢性溃疡愈合缓慢或者难以愈合。慢性溃疡中由炎症引起的如结核、梅毒、麻风、静脉曲张等有时扩大，有时又略有缩小，但一般扩大到一定大小时即不再明显继续扩大。而癌症引起的慢性溃疡往往是进行性不断发展，罕有缩短倾向，初起多无痛感。因此，凡遇不明原因的自发性溃疡且有逐渐扩大趋势者，应即考虑癌的可能。

### （三）妇女单侧乳头及乳晕部发生湿疹

经久不愈，年龄在 40 岁以上，应考虑湿疹样癌的可能。它与一般乳房湿疹的不同点是：乳房湿疹多是两个乳房同时发生，损害对称，境界不清楚，痒感明显，时轻时重，治疗效果较好。

## 十五、艾滋病的防治

艾滋病是八十年代发现的一种新的性传播性疾病，它的

英文名称是 AIDS, 是获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immune Deficiency Syndrome) 的简称。自 1981 年首先在美国报告以后, 蔓延迅速。目前全世界已有 100 多个国家发现此病, 发病率逐年高速度增长, 死亡率达 75~100%。因此, 被人们喻为“超级癌症”或“八十年代的瘟疫”。

近几年来, 许多国家投入了大量的人力、物力对此病进行研究。1983 年到 1985 年世界卫生组织召开过三次会议, 对本病的流行病学、病因学及预防治疗等方面作了交流, 目前对其病因和传染途径已经肯定, 对其发病机理、预防和治疗尚在深入研究。

我国邻近的日本、泰国、香港、苏联均有患此病者。1987 年, 我国也发现因输进口血液制品而感染的病例。为此, 我国政府对此病非常重视, 已采取一系列的监测和预防措施。

研究证明, 艾滋病是由一种新的逆转录病毒引起, 这种病毒称为淋巴结病相关病毒 (Lymphadenopathy-associated virus, LAV), 或称人 T 淋巴细胞 II 型病毒 (Human T-lymphotropic retrovirus type II, HTLV-II), 它的正式名称是 LAV/HTLV-II。这种病毒能使人体的细胞免疫功能遭到严重破坏, 使人体失去对外界一切感染的抵抗能力, 以致一些本来对人无害或危害不大的微生物也会引起致命性感染, 即条件性感染, 或者同时或单独发生不寻常的恶性肿瘤。精液、血液和唾液是传染媒介。在美国、西德、英国、法国的患者中, 70% 以上是男性同性恋者, 其次是接受过输血或静脉注射药物的人。在非洲等地, 异性性接触、吸毒成瘾需经常注射麻醉药品、针头消毒不严等而被感染的也较多。生

活在艾滋病家庭中的婴幼儿也有被传染而发病的。

被传染后，多数人没有症状，但他们的唾液、血液和精液中带有病毒，有传染性。其中有的人经过 1~5 年后发生轻度的免疫系统功能障碍，抵抗力低下，容易感冒，发生咽炎，或有全身软弱、体重减轻、低热、淋巴结肿大，称为艾滋病相关复合症 (Aids—Related Complex, 简称 ARC)。有一部分人出现比较严重的免疫功能障碍，发生条件性感染，同时或单独发生不寻常的恶性肿瘤，病情较重，即为艾滋病。

引起条件性感染的微生物多种多样，包括原虫、蠕虫、真菌、细菌、病毒等。临床症状也复杂多变，概括起来，一般可分为四种类型：

#### (一) 肺型

常由卡氏肺囊虫引起，其次是念球菌、隐球菌、疱疹病毒、弓形虫、类圆线虫等。患者有高热、咳嗽、气急、嘴唇发绀等肺炎症状，透视可见肺部有弥漫性炎症。有的患者并发皮肤疱疹。经过治疗，病情可以缓解，但容易复发，终至死亡。

#### (二) 中枢神经系统型

常由鼠弓形虫、隐球菌、鸟型结核分枝杆菌等引起。出现脑脓肿或脑膜炎，也可发生大脑淋巴瘤或脑血管出血等引起死亡。

#### (三) 胃肠型

多由隐孢子虫或等孢球虫引起，表现为长期腹泻和体重逐渐减轻。

#### (四) 发热原因不明型

患者长时期发热、全身淋巴结肿大、软弱无力、逐渐消瘦、终至死亡。此型患者不易查出条件性致病菌，但有的在骨髓、淋巴结、肝活检中查出了鸟结核分枝杆菌。

恶性肿瘤以多发性出血性肉瘤（或称卡波济氏肉瘤）最常见。为深红色或蓝红色结节或斑块，容易出血或破溃，数目较多，往往累及全身，同时侵犯淋巴结、粘膜及内脏等，对化疗及放射治疗均不敏感。其它恶性肿瘤如鳞状细胞癌等也较多见。

艾滋病患者除了以上症状外，化验检查可发现细胞免疫缺陷，如结核菌素皮肤试验为阴性，血液中T淋巴细胞中的T辅助细胞减少，血清试验测定艾滋病的病毒抗体为阳性反应等，据此，可以确定诊断。

艾滋病目前还没有特效疗法，一般只能针对所发生的条件性感染和恶性肿瘤对症处理。有的可以暂时好转，但最终效果欠佳。

预防艾滋病首先应避免同性恋和不正当的性关系。艾滋病的传播和乙型肝炎类似，可采取预防乙型肝炎的一些措施。医务人员应严格消毒注射针头，严格选择输血的供血人。我国政府已采取措施，加强卫生监测，禁止不合格和国外血液制品和陈旧衣服输入，以避免艾滋病传入我国。



## 第十一章 中老年人常见的外科疾患

### 一、急性阑尾炎

#### （一）什么是急性阑尾炎

急性阑尾炎俗称“盲肠炎”，但在医学上盲肠与阑尾是两个不同的器官，两者非常邻近，均在右下腹腔中。盲肠是大肠的起端，短而管腔宽阔，不易发生炎症。阑尾由盲肠末端突起，虽一长而窄的管状器官，形如蚯蚓，故又名“蚓突”，末端呈盲管，近侧与盲肠以一窄孔道通联，易发生急性炎症，医学上叫“急性阑尾炎”。急性阑尾炎是一种常见病，在急性腹痛病症中，为首要的原因。

#### （二）急性阑尾炎的原因

阑尾管腔细窄而长，其末端为盲端，极易被进入阑尾管腔中的粪石或食物残渣、异物、寄生虫和寄生虫卵所堵塞。阻

塞的远端阑尾管腔粘膜分泌物不能流出、蓄积愈多，腔内膨胀，压力升高也就愈明显，使供应阑尾的血液循环受到阻碍。再加上阑尾腔内细菌滋生繁殖，侵入粘膜下，进而发生阑尾充血、水肿、粘膜溃烂化脓，甚至坏死、穿孔。有的急性发炎的阑尾，并无明显的管腔阻塞，炎症又由何而来呢？这可能因患上呼吸道感染（如患感冒），细菌进入血液循环，血液中的细菌到达阑尾，被阑尾管壁中非常丰富的淋巴组织过滤、阻拦，被截留下的细菌滋生繁殖而发生阑尾炎。

### （三）急性阑尾炎的症状

阑尾急性发炎的首要症状是腹痛，也是最早发生的症状。腹痛多起于上腹（心窝部）或肚脐周围部。初为隐痛，数小时后，疼痛加重并转至右下腹部阑尾所在的部位，疼痛可变为持续或有阵阵加重。有的可以没有这样的转移性特征，一开始腹痛就在右下腹部。除腹痛外，患者常有恶心、厌食或呕吐。多数病人有便秘，少数可发生腹泻。初起时体温正常，继之有低烧或中度发烧（体温  $37 \sim 38^{\circ}\text{C} \pm$ ）。扪压腹部时，右下腹有压痛，炎症明显时右下腹壁肌肉紧张。

### （四）急性阑尾炎的后果

患了急性阑尾炎如诊治及时、正确，不致产生恶果。如果延误诊治，阑尾会发生坏疽（由发炎缺血以致腐烂），穿孔，以至发生腹膜炎而危及生命，此时即使经过手术等方法救治，免于死亡，但也会产生一些严重的并发症，例如毒血症、败血症、腹腔脓肿，粘连性肠梗阻等。这样不只使治疗变得复杂得多，患者遭受到肉体上、精神上的痛苦和经济上的损失

也大大增加。因此，凡有急性腹部疼痛症状，就要警惕腹腔脏器疾患发生，阑尾炎是其中之一，也是最常见的急腹痛病症。不要把早期阑尾炎误当作“胃痛”、“胃病”、“肠炎”、“肠痉挛”和“胃肠炎”而自行服药，延误了正确诊治。上述情况确实屡见不鲜，必需提高警惕。

#### （五）中老年人急性阑尾炎的特点

急性阑尾炎虽然在青少年发病最高，但任何年龄均可患此病，并且年龄愈大，死亡率愈高。有人统计因阑尾炎而死亡的病例中，40~49岁的患者为12%，50~59岁的患者为15.2%，60~69岁患者为17%，而70岁以上的患者为44%。

这是因为：

1. 中、老年人动脉血管多有不同程度的硬化，阑尾的血管也不例外。一旦发炎，很容易形成血栓，阻塞血管，致使阑尾迅速坏死。

2. 老年人肌体防御机能反应较弱，急性炎症易于扩散，而不易局限。

3. 中、老年人，尤其老年人反应能力低，阑尾病变的严重程度与症状、体征的明显表现程度不相一致，一般自觉腹痛程度轻，不剧烈，也不似青年人发病突然，而是缓慢发生，甚至阑尾已经发展至穿孔而尚无大的自觉疼痛。体温升高的反应也不太明显，甚至“完全正常”。腹部体征也因腹壁脂肪加厚、腹肌软弱，按压腹部时不只疼痛轻微，腹肌紧张也不甚明显。化验血液时，白细胞计数也不如青年人那样，显示数目增加。

4. 老年人常有便秘习惯，患阑尾炎时，腹部症状不够明

显，而将腹部不适误为便秘的结果。如果自服泻剂，更易造成发炎的阑尾穿孔。

总之，中老年人阑尾炎易于发生坏疽，穿孔，其症状体征又不典型，容易忽视和误诊。

#### （六）患了急性阑尾炎怎么办

急性阑尾炎的最好治疗是尽早手术切除发炎的阑尾。非手术治疗（包括抗生素疗法、针灸和中药治疗）仅可用于那些初次发作、症状较轻的早期患者，并需在医生的指导下和严密观察下应用。一当症状加重，必需改行手术治疗。非手术治疗即使症状消失，远期仍有复发的可能。至于年龄本身并非手术禁忌，尽管老年人对麻醉手术的耐受性较青年人差，这只有依赖麻醉医生和手术医生作好周到的安排，以尽可能避免麻醉手术可能带来的合并症。

## 二、胆囊结石和胆囊炎

### （一）人的胆囊内为什么会长石头

胆囊（俗称“苦胆”）是长在肝脏下面的一个茄形器官，与胆管相连，具有贮存和浓缩肝脏所分泌的胆汁的作用。随着进餐后消化的需要，能将浓缩的胆汁经胆总管排入肠道，使摄入的脂肪得到乳化作用，才能被小肠吸收，这种乳化作用主要靠胆汁中所含的胆汁酸盐（即胆盐）。胆汁中除含胆汁酸盐外，尚含有胆固醇、磷脂、无机盐和水份。人胆囊内长的结石主要成份是胆固醇。正常的胆汁中胆固醇与胆汁酸盐和磷脂保持着适当的比例，使胆固醇保持乳化、溶解状态。如

果胆固醇含量比例增高，这种溶解状态就被破坏而沉淀出来形成胆囊结石。胆固醇来自动物性食物，肥肉比瘦肉含量高，动物内脏又比肥肉高，脑髓和蛋黄中含量最高，而蛋白中含量很少。进食过多的动物性高脂肪饮食是引起胆囊结石的重要原因。妊娠，肥胖和糖尿病常有高胆固醇血症，胆汁中所含胆固醇量也会升高。

其次是有饭后静坐习惯（如饭后看电视），肥胖，妊娠引起的内分泌变化等均可使胆囊肌肉张力降低，胆囊排空延缓，胆汁滞留于胆囊而过份浓缩，刺激胆囊粘膜发炎，发炎粘膜又促使胆盐吸收，胆固醇浓度相对增高。从发炎粘膜上脱落的破屑及孳生的细菌团又常成为结石的核心。

## （二）胆囊结石和胆囊炎有什么联系

从上面介绍可知，胆囊炎可促使胆囊产生结石，从而刺激或阻塞胆囊管，使胆囊排空发生障碍，胆囊内压增加影响胆囊血液循环，促使细菌孳生，发生感染、化脓，甚至胆囊坏疽（胆囊壁腐坏），穿孔。可见结石和炎症互为因果，互相促进。有少数胆囊炎不并存有结石，这叫非结石性胆囊炎，但较少见。胆囊结石也可无明显发炎症状，很多年甚至终身不产生明显症状。

## （三）胆囊结石和胆囊炎有哪些症状

胆囊结石多发生于中年及中年以上，女性比男性多。

一些胆囊结石患者可无明显症状，仅在健康查体作超声波检查时被发现。近年来B型超声波广泛用于健康检查，有不少这种病例被发现。相当一部份胆囊结石患者只有轻微的上腹或右上腹隐痛不适、反饱作胀、呃气、食欲不好等消化

不良症状，长期被当作“胃病”治疗，或因有厌油、食欲不佳，右上腹隐痛及轻度巩膜（白眼仁）发黄而长期误诊为慢性肝炎。

典型的症状是：进油腻食物后右上腹如刀绞样的阵阵疼痛，可牵扯至右肩部或右背心，并有恶心、呕吐，右上腹扪压时有压痛。这是由于结石堵塞了胆囊颈管，胆囊强力收缩，胆囊内压急剧升高引起。如果再加上细菌感染产生急性炎症，胆囊内胆汁成为脓液，此时可出现发烧，体温可升达 38 ~ 39 以上。右上腹不只有压痛，而且肌肉紧张拒按，隐约可扪到长大有触痛的胆囊。进一步发展，胆囊壁血循环受到影响，就会发生胆囊坏疽、穿孔，产生胆汁性腹膜炎，使生命受到威胁。

胆囊结石和胆囊炎的患者一般没有黄疸。但如果结石进入胆总管，使胆总管发生阻塞，或发炎的胆囊及淋巴结压迫胆总管，就可出现黄疸，而有巩膜发黄。

有些患者上述症状时发时好，而演变成慢性胆囊炎。或者结石慢性阻塞了胆囊颈管，虽然急性症状消失，但右上腹经常感到不适，消化不良，厌油，一当复发又可产生急性胆囊炎症状。

#### （四）老年人胆囊结石和胆囊炎的特点

症状、体征常不典型，起初多无明显腹痛，变化发展快，当患者自觉明显右上腹疼痛时，病情已至严重程度。老年人多人不同程度的动脉硬化，发炎的胆囊易产生坏疽和穿孔，至此阶段手术耐受能力差，再加上老年人胆囊结石和胆囊炎常伴有心血管疾患，例如高血压、冠心病，术后并发症也多。

### (五) 如何才能及早发现胆囊结石和胆囊炎

典型症状者易早得到诊断，但很多病人长期被误诊为“胃病”、“消化不良”和“慢性肝炎”，因此凡有慢性消化不良及右上腹隐痛不适者均应及早就医。现代一些检查方法如胆囊 X 线造影、B 型超声波声象图（简称“B 超”）有利于确诊。尤其后者检查方便，没有痛苦，并可显示结石的大小、数目和部位。如无上述条件检查，十二指肠引流也可用于诊断胆囊结石和胆囊炎。

### (六) 患了胆囊结石和胆囊炎怎么办

最好早到有条件的医院行胆囊切除术，在无急性症状发作时行择期手术比已发生了急性胆囊炎时手术安全得多。（有人报告行择期胆囊切除术无手术死亡，而急性胆囊炎发生时，行急症胆囊切除，手术死亡率高达 9.8%）。择期手术效果好，原有“胃病”、“消化不良”也可能在术后消失。

是否可用中医中药排石治疗而免除手术呢？回答是：不行。因为胆囊管不过 2 毫米直径粗细，企图用药物使胆囊强烈收缩把大于胆囊管直径的结石通过胆囊管逼出至胆总管是不可能的。并且一旦胆囊结石被卡在胆囊管中，就会发生胆囊压力急剧上升，胆囊内压升高，诱发急性胆囊炎和胆囊坏疽及穿孔。

没有明显症状的胆囊结石是不是可以不作手术？确实有人主张，在这种情况下不作手术而长期观察，如果有症状发生时再作手术切除胆囊。近有报告，一些单位作健康检查时，人群中竟有 6~9% 的人有胆囊结石，大多数没有明显症状。如果全部均行胆囊切除，现实条件办不到。但就有胆囊结石

的个体而论，早行胆囊切除是明智的。这是因为：现在虽无症状，但今后可能发生。随着年龄的增长，一旦发生急性胆囊炎，并发症和手术危险性也随之加大。胆囊结石长时期不断刺激胆囊壁，使粘膜上皮增生，进而有发展成胆囊癌的可能。

一旦发生了急性胆囊炎，是手术好呢还是打针吃药待急性发炎症状消了以后，再行择期胆囊切除术好呢？这要根据入院的早迟，急性发作病程多久，以及临床症状体征的严重程度，由医生来作出判断决定。但必须明瞭：如果有胆囊坏疽和穿孔的高度危险存在，急症手术是必要的，不必犹豫，因为胆囊坏疽穿孔的危险性比急症手术本身的并发症和危险性要大得多。

### （七）如何预防胆囊结石

养成良好的爱好运动的习惯，不要长期静坐和长时间看电视，餐后散步，多吃新鲜蔬菜、水果，不要过多吃动物性食物（尤其是含高胆固醇的食物），均有利于预防胆囊结石的发生。

## 三、急性胰腺炎

### （一）什么是急性胰腺炎

急性胰腺炎是胰腺本身被其自身分泌的、含有丰富的各种消化酶的胰液所消化破坏而产生的炎症。

胰腺是一个重要的消化器官和内分泌器官，它位于上腹部深处，胃之后，肝之下，紧贴后腹壁。它所分泌的消化液



由胰管导引入十二指肠，内含多种消化酶，如胰蛋白酶、胰脂酶和胰淀粉酶，对摄入的蛋白质、脂肪和碳水化合物的消化有极为重要的作用。胰腺中还含有多种内分泌腺，其中最为人们熟知的是胰岛，它所分泌的胰岛素对于摄入体内的葡萄糖的吸收、利用和贮存有着重要作用。

## （二）急性胰腺炎是怎样发生的

至今原因尚未完全清楚，较为明显而公认的原因是：

### 1. 胆石和蛔虫阻塞胰腺管或其开口处。

大部分人的胰腺管和胆总管下端在进入十二指肠时组成一共同管道。如果胆管结石下降至此共同管道，将通向十二指肠的开口阻塞，或蛔虫由十二指肠钻入，则不仅胰液和胆汁流出受阻，且胆管内的高压胆汁返流入胰管，使胰管破裂，被激活的胰液中的各种酶，浸润于胰腺组织，使胰腺组织发生自生消化破坏。

### 2. 暴饮暴食和酗酒。

暴饮暴食促使胰腺大量分泌，饮入的酒精成份使十二指肠粘膜充血水肿并波及十二指肠乳头开口处，胰液和胆汁不能通畅流入十二指肠，胰管内压力升高，胰管破裂而发生胰腺炎。

3. 其它原因：胰腺及其邻近器官的创伤或手术，高血钙症及高脂血症。

有的病人寻找不出确切原因。

## （三）急性胰腺炎有哪些症状

上腹部疼痛是最常见的症状，疼痛部位多在上腹正中或偏左，常牵扯至背心或左肩或腰部。其程度轻重不一，轻者

仅感上腹部不适,重者剧痛难忍,或持续不断或阵发性剧痛,或钝痛或钻痛或刀割样疼痛。

常并有明显的恶心及频繁呕吐,呕吐后腹痛并不减轻。上腹常有压痛,一般仅有低烧。以上为水肿型(轻型)胰腺炎的一般表现,当病变未能及时控制,发展至出血坏死型时,由于胰腺坏死产生的毒素吸收进入血循环(如激肽、缓激肽、弹力酶、溶血卵磷脂等),使全身毛细血管扩张,加上胰腺及其周围和腹腔内出血,循环血量不足,血压降低,病人出现烦躁不安或淡漠,脉快而细弱,唇舌干燥,无尿或少尿,医学上把这些现象称为休克。腹痛范围加宽,甚至全腹出现压痛、反跳痛(放手痛),腹肌紧张,并逐渐产生腹胀。

患者脑组织因受毒素作用及缺氧,发生水肿,因而昏迷,心肌中毒而出现心跳快而无力,心律不齐。也可出现呼吸急促、窘迫等呼吸衰竭征象。

有的患者发病可以十分急骤,甚至未被发觉而突然死亡(猝死)。这种突然死亡的急性胰腺炎叫做暴发性急性出血坏死型胰腺炎。

#### (四) 急性胰腺炎怎样才能得到早期诊断

急性胰腺炎与多种急性腹痛病症易于混淆,容易误诊。所以凡有上腹部疼痛、恶心、呕吐者,均应警惕本病的可能性,尤其是有胆道病历史或症状发生在暴饮暴食和饮酒之后,应及早就诊,有经验的医师根据病史、查体发现和配合一些化验检查,如血、尿淀粉酶、脂肪酶测定,多可得出正确诊断。

#### (五) 患了急性胰腺炎怎么办

一旦怀疑或确诊为胰腺炎,都应住入医院治疗。虽然多

数急性胰腺炎属于轻型的水肿型胰腺炎，但其中一部份可以很快发展为重型的出血坏死型胰腺炎。后者危险性高，前者经适当内科治疗可以治愈。治疗措施中静脉补液、禁食、禁饮，安插留胃管持续吸引胃液，均很重要，因为进食和胃酸进入十二指肠均可促使胰液和胰腺酶分泌而促使病情恶化。使用抑制胃和胰腺分泌的药物及注射恰当的抗生素也不可少。当症状消失，体温恢复正常，腹部变软，压痛消失后，才能逐步恢复饮食。如果过早恢复进食，就有使症状加重、病情恶化的危险。恢复饮食也需从清淡流体饮食开始，逐步恢复。

出血坏死型胰腺炎，国内多主张早期手术治疗。手术目的是灌洗和引流腹腔和胰床、切除坏死胰腺，以减轻毒素吸收所致的全身中毒反应和防止感染等并发症。但究以何种手术方式和早至何时手术，应由医生决定。尽管急性出血性坏死性胰腺炎死亡率高（10~50%）但如早期及时手术与其它治疗配合，一些重症病人可得救治。

#### （六）如何预防急性胰腺炎

1. 有胆囊结石或胆管结石者应当治疗，避免结石阻塞胆管及胰管。

2. 勿暴饮暴食及酗酒。

## 四、老 年 人 疝

### （一）疝是一种什么病

疝是正常的组织器官经身体某一薄弱部份外突至不正常

的部位而形成的疾病。常见的疝是腹外疝，即腹腔内脏经腹壁薄弱处外突。老年腹外疝最多见为腹股沟疝和股疝，前者乃因腹壁肌肉软弱加上有腹内压经常增加的因素，如便秘、慢性咳嗽、排尿费力等，腹腔内脏在腹股沟部（大腿与腹部相连处）突出。俗称的“气包卵”是疝内容物（常为肠管）经腹股沟管突入阴囊。股疝乃腹腔内脏在大腿根部前内侧突出，多见于女性。

## （二）腹外疝的症状

**腹股沟疝：**当站立或腹内压增加时（如咳嗽、鼓劲时）腹股沟区出现一软性包块，并有局部不适或胀痛感，当平卧时可自行消失，或可用手压迫使疝内容物还纳入腹腔。包块可小至指头，至大如儿头，包块可以下降入阴囊，也可仅在腹股沟区出现。

如果腹腔脏器因腹内压突然增加而强行经小的疝环进入疝囊后不能回纳入腹腔，就可发生阵发性腹部绞痛、呕吐、腹胀、肛门停止排便排气等肠梗阻表现，这就叫嵌顿疝。如果嵌顿未及时得到正确医治，肠管发生血循环障碍而致肠坏死，这叫绞窄性疝。病员就会出现严重脱水、中毒、感染甚至血压下降，脉搏细弱而快等中毒性休克表现，生命受到威胁。

中老年人常见之另一种腹股沟疝叫腹股沟直疝，其特点是在耻骨外上，呈一半球形的突出软包块，不掉入阴囊，也不发生嵌顿、绞窄。

股疝见于老年妇女，因股环处脂肪减少，腹腔内容物由股环经股管突出于大腿根部。股疝一般较小，因疝环四周为坚韧的韧带，更易发生绞窄。

### (三) 得了“疝气”怎么办

一般而论,腹股沟斜疝和股疝均应行疝修补手术治疗,以免发生嵌顿、绞窄;而一旦发生,必需紧急手术以挽救生命。

腹股沟直疝虽无嵌顿、绞窄危险,但因常引起局部不适和消化不良症状,一般也应手术。除需急症手术的嵌顿疝、绞窄疝外,其余手术前必需治疗或控制引起腹内压升高的病因,例如慢性咳嗽、排尿困难和便秘,以免腹壁修补手术后缝合处裂开而遭致手术失败。

如果年龄过大并有其它重要脏器严重疾患,或腹压增加因素不能消除而不能手术的患者,可在医药商店购买疝带(或自制疝带),在疝内容物回纳入腹腔包块消失后,佩带疝带。把疝带的顶端软垫压迫住疝环口,阻止疝内容物突出。白天佩带,睡觉时取下。使用方法可请外科医生指导。

## 五、乳 腺 癌

乳腺癌是妇女中常见的恶性肿瘤之一,仅次于子宫颈癌,多发生于40~60岁妇女,45~49岁发病最多。病因与女性激素的变化引起乳腺腺体、脉管腺泡上皮细胞的过度增生有密切关系。

### (一) 患了乳腺癌有什么表现

最早的表现是在患侧乳房出现无痛的单个小肿块,偶尔在洗澡或更衣时发现,或为医生检查发现,质地较硬,表面不光滑,与四周正常乳腺组织分界不很清楚。肿块迅速增大,表面皮肤出现橘皮样凹陷,肿块与皮肤粘连,乳头区被牵扯

抬高或内陷。如果进一步发展,肿块更加长大,并与胸肌粘连固定,甚至肿块表面皮肤破溃出血,形成溃疡并有恶臭,肿瘤破溃面也可向外突出如菜花状。

患侧腋下淋巴结早期扪不到,淋巴结发生转移长大时,可以扪及。初单个,硬,活动,以后数目增多,互相粘连成团,也可与腋窝深层组织和皮肤发生粘连。

病至晚期,可以发生远处转移至肺、骨、肝、脑,出现相应的症状。

## (二) 怎样才能早期发现乳腺癌

早期发现的乳腺癌,及时治疗多可获终身治愈。发现较晚,治疗效果就不那么好了。乳腺长于体表,有利于早期发现,但因早期缺乏自觉症状,很多病人发现时已远非早期。普及防癌知识非常重要,中年以上妇女应该对乳腺癌有一定认识,并定期(如每月或每季度)自我作乳腺扪诊。如果发现有关节或肿块,或乳头溢液,或乳头抬高、内陷,应及时就诊,请外科医生检查作进一步确诊。

自我乳腺检查的方法是,于洗澡或更换内衣时用手的一二三四指并拢平放乳腺上,用第二及第三指节触扪乳腺,依内上、内下、外下、外上和中央五个区域,有次序地进行。用左手触扪右侧乳腺,右手触扪左侧乳腺,交替进行。不要用手指抓乳腺,这样会把正常的分叶乳腺组织也当作了肿块。

发现乳腺有结节或包块必须就医,但也不要惊惶失措。因为乳腺内发现肿块并不一定是癌,而多属乳腺增生病,后者的特征是乳房有胀痛,于月经前期发生或加重,月经来潮后消失或减轻,有周期性。乳房内扪到的肿块呈结节或颗粒状,

质韧而不硬，与四周正常乳腺无清楚分界，无粘连，月经后缩小。少部份乳腺增生病确可发展为癌。有时与早期乳癌也难于区别，这有待外科医生作详细检查。高度怀疑为癌时作一些特殊检查有利于进一步弄清诊断。例如钼靶 X 线乳腺照片、B 型超声图像、液晶热图像、乳头溢液细胞学检查和肿块穿刺细胞学检查。最后确诊常需切除肿块行组织切片检查。对怀疑癌的程度不大者可由外科医生定期观察肿块变化，如质地变硬或增大，应接受医生的诊治措施，直至手术处理。

### （三）患了乳腺癌怎么办

凡确诊为乳腺癌者，只要未达晚期，均应接受以手术切除为主的综合治疗，单独使用中药效果不好。乳腺癌根治切除手术至今仍为可治愈乳癌的治疗方式。但乳腺癌为一全身性疾病，手术前可能已存在未能发现或不可能检查出来的微小转移，单一用手术治疗还是不够的，必须配合术后的全身抗癌化疗和放射治疗。中药治疗可提高机体免疫能力，也可作为综合治疗的一部分。

可否不作乳腺癌根治术而用手术范围较小的手术代替以便保存更多的机体功能和外形？这确实是现代乳腺外科的一种趋势，因为乳腺癌根治术后的患者，由于切除了胸大、小肌，上肢功能必须受到一定的影响，胸廓留下了永久性的毁形，因而倡用改良根治术，以保存胸大肌（和胸小肌），甚至只切除乳腺肿块而后辅加放射治疗或化疗。但是选用这样的治疗方案必须是早期乳腺癌（Ⅰ期或Ⅱ期）患者，而且要有保证放射治疗或化疗实施的条件，否则仍应选用根治术。

## 六、乳 腺 增 生 病

近年来，由于人民生活和卫生知识水平的提高，防癌知识的普及，有不少妇女因发现乳房胀痛和肿块，害怕患乳腺癌而求医。确实从中也发现了一些乳腺癌，特别是早期乳腺癌，但大多数不是乳腺癌而是乳腺增生病，后者居妇女乳房疾病的首位。

(一)乳腺增生病是什么性质的疾病及与乳腺癌有什么关系

乳腺增生病是一种良性疾病而不是癌，它是因雌激素在体内分泌过多，致使乳腺组织中腺体的末端乳管和腺泡以及周围的纤维组织增生，并有淋巴细胞浸润所致。好发于 25 ~ 55 岁之间的妇女，特别是未婚或婚而不孕及未授乳的妇女。增生的程度和病变的范围不同，病变的进展阶段不同，临床表现也有较大的差异。轻度增生者只有乳管上皮的增生或乳腺小叶内的乳管数目加多，乳腺小叶也加多，稍重者纤维组织增生，更重者腺管上皮呈乳头状瘤样增生，腺管囊样扩张，形成肉眼所见的多数小囊。更甚者形成明显的单个或多个大囊。故此病有多种名称，如：乳痛症，乳腺小叶增生症，乳腺纤维囊性腺瘤病，乳腺囊性病，囊粘增生病，慢性纤维囊性乳腺炎。现在已公认此病非炎症，而是增生性病变。此病与乳腺癌在病因上均与雌激素分泌增多有关。此病在发展至重度增生阶段可以形成乳头状瘤，进而恶变成为乳腺癌，恶变的发生率据国内报告为 8.6 ~ 18.3%。故凡为囊性增生有



乳头状瘤变化者属于癌前病变，且与乳腺癌在临床上易于混淆。有人报告，一组乳癌竟有 41% 曾被误诊为乳腺增生病，而乳腺增生病中有 21% 被疑为癌。

## （二）乳腺增生病有哪些主要表现

乳腺胀痛和乳房内肿块为两大主要表现。

1. 乳腺痛：轻度的增生，只有乳腺痛，多为胀痛，但重者可为针刺样痛，少数患者感到上臂及腋窝有牵扯性疼痛。疼痛有周期性，月经来潮前加重，来潮后 1~2 日逐渐减轻甚至消失。可累及双侧乳腺，但以一侧为重。

2. 乳房内肿块：常为患者自己发现乳房内有触痛肿块。扪诊：肿块边界不清，柔韧，表面呈细颗粒状，或整个一侧乳腺增厚，或为质地柔韧，片状不定形局限性增厚区，少数可为单个或多个乳腺囊性肿块，与皮肤无粘连。乳房内肿块随月经来潮后可变软变小。

3. 乳头溢液：10~15% 的乳腺增生症有乳头溢液，色淡黄，浆液性，或可呈血性溢液。

## （三）乳腺增生病如何与乳腺癌，特别是早期乳癌鉴别

乳腺增生病既然与乳癌有密切关系，临床上又容易互相混淆，警惕和排除乳腺癌就十分要紧了。就一般而论，乳腺增生病常累及双侧乳腺，乳房痛和肿块具有随月经周期变化的特点，患者平均年龄比乳腺癌患者平均年龄约小 10 岁，但这些都并非绝对的。如果患者仅有乳痛而无确切的肿块，或肿块边界不清，质地柔韧，并有触痛，患者年龄在 35 岁以下，可以作出乳腺增生病的诊断，但尚需定期观察肿块的变化。如肿块边界明显，质地较硬，或观察期中有增大、变硬的趋势，

或乳头有溢液(特别是血性溢液),可进一步作乳腺钼靶X线照片、溢液涂片作细胞学检查、针刺抽吸细胞学检查。但这些检查仍有误诊的可能,最好作乳腺区段切除(包括肿块在内)、病理组织切片诊断。年龄在40岁以上的患者更应选用后者,这样可以避免延误乳腺癌的诊断。

#### (四) 患了乳痛症怎么办

如果仅有乳腺疼痛而无肿块,这常是乳腺增生病的早期,不必恐惧。乳痛症状可用以下方法治疗:

1. 内服中药逍遥散和(或)小金丹。
2. 维生素E和维生素B<sub>6</sub>,每日3次,每次各10毫克,连用4周。
3. 用5%碘化钾,每日3次,每次5毫升。
4. 上述治疗无效,疼痛也严重的患者可在医生的指导下和监护下使用男性激素治疗,但应谨慎使用,以免引起进一步的内分泌紊乱。

## 第十二章 中老年人泌尿和男生殖系统外科疾病的防治

### 一、中老年人泌尿和男生殖系统有哪些变化

泌尿系统由肾脏、输尿管、膀胱及尿道组成(图 12—1)。其中以肾脏为主要器官。正常肾脏的功能单位分为肾小球、近端肾小管、亨利氏襻及远端肾小管。

肾小球主要起过滤作用，正常人双肾一日经过肾小球产生的过滤液为 180 升。滤过液中无蛋白及脂肪，但含有与血浆浓度相等的葡萄糖、氨基酸、钠及钾等物质。

肾小管主要起重吸收和分泌作用。每日肾小球滤过的 180 升滤过液大部分在近端小管无选择地被吸收，其余 20% 滤过液在远端小管内的抗利尿激素和肾上腺皮质激素的控制下经过选择的作用被再吸权。在远端小管滤过液中钠的再吸收一般不超过滤过液的 12%。钾的吸收则缺乏此种选择性，

它无论量的多少经常有一部分被排出。肾小管除吸收作用外尚有分泌作用。现已证明肌酐、尿素、尿路显影药物、抗生素、与尿酸等由近端小管排出。

中老年人肾脏随年龄增长其重量逐渐减轻，功能也有减退。40~80岁肾脏重量大约减重1/5。肾脏重量的减轻与肾小球的透明性变及数量的减少、肾小管的萎缩或消失、肾瘢痕及间质纤维化有密切关系。50岁以上较为明显，70岁以上更为突出。由于上述变化，肾脏功能出现不同程度或潜在性的减退，表现在肾小球的过滤率随年龄增长而减退。据研究，40岁以后，肾小球滤过率每增长一岁约下降1%。肾小管的萎缩或消失以近端小管明显，其改变的程度与肾小球一致。远端小管常出现肾小管“憩室”（即肾小管肌肉层缺失，粘膜向外突逸而形成一个小包或小囊）。“憩室”的大小及数目随年龄而增加，并可扩

图 12—1 泌尿系统

1. 肾脏 2. 输尿管（1, 2. 上尿路）  
3. 膀胱 4. 尿道（3, 4. 下尿路）

大为老年人中常见的单一性肾囊肿。老年人肾脏功能的减退，还表现在浓缩能力降低。老年人肾脏虽有上述改变，但在一般状态下仍能维持正常生活功能，从而维持人体内水、电解质平衡。一旦患病，或任何增加肾脏负荷情况下，就容易出现肾功能不全或衰竭。所以，充分认识老年人肾脏的病理生理特点，对老年肾脏疾病的防治具有重要意义。若发生泌尿系统疾病，如因前列腺增生症（又称为前列腺肥大）而出现尿路梗阻，就容易继发感染，而增加肾脏的负担，影响肾脏功能。所以，防治尿路感染，对保护肾功能也是十分重要的。

男性生殖系统由内生殖器——睾丸、副睾丸、输精管、尿道、精囊、前列腺、尿道球腺，及外生殖器——阴茎、阴囊组成（图 12—2）。输精管与后尿道相通，因此，精液和尿液从同一管道排出。

睾丸：为男性特有的腺体组织，具有间质细胞（Leydig cell），存在于睾丸间质内，能分泌雄性激素，以维持男性的特征和性功能。另外，具有一种细胞，称为支持细胞（Sertoli cell），存在于曲细精管内，能产生精子，以保证男性的生育。睾丸的这些功能是在神经下丘脑——垂体——睾丸激素的调节下保持相对稳定。但在 50~70 岁以后，睾丸逐渐退化、萎缩、变小，存在于曲细精管里的精子数量约下降至 50%。80 岁以上逐渐下降到

图 12—2 男性生殖系统

1. 膀胱 2. 精囊
3. 前列腺 后尿道
5. 输精管 副睾丸
7. 睾丸 8. 前尿道

10%。间质细胞产生雄性激素的能力下降，睾丸酮的分泌减少，对性反应的生理也有一定的变化，主要表现为由感觉刺激引起的阴茎勃起减慢，需要更多的直接接触，勃起的阴茎不如年轻时坚实，性欲高潮期缩短，射精能力减弱及量减少，射精后阴茎再次勃起需要的时间延长。典型的表现是阴茎不勃起便射精，性欲高潮时不射精。一般说来，中年以后性功能随着年龄的增长而逐渐减退。但男性性功能的减退比女性要晚得多，且进展缓慢。

## 二、男性更年期的变化

生物学研究表明，任何多细胞生物（包括人类在内），其生命过程大抵可分为三个阶段，即青春前期，青春期及更年期。更年期是从成年向老年过渡，亦是进入衰老期，它与性腺有密切的关系。女性以经绝为标志，大约 45~50 岁，卵巢机能从旺盛到衰退较为明显，称此期为更年期。男性约在 40~50 岁，性腺机能由旺盛到衰退。由于睾丸退化萎缩的转变是缓慢进行的，所以，男性更年期的表现一般较轻，有的可以无觉察。

男性更年期的变化：男性在 40 岁以后睾丸重量缓慢下降，50 岁以后慢慢缩小，曲细精管萎缩，精子生成能力下降，男性激素分泌降低。60~70 岁减至青春期的 1/3。有人认为血中男性激素含量随年龄的增加而逐渐减少，性功能也逐渐降低。

男性更年期障碍的临床表现是多样的，总的来说可分为

三大类：第一类即精神、神经系统症状，表现脾气急躁，易怒。有的人也可变得沉默寡言，精神受压抑状，记忆力及集中力下降，头痛，失眠等。第二类表现为循环系统症状，如心悸，呼吸不畅感，热感及新陈代谢障碍。但必须说明，脑动脉硬化，高血压、神经衰弱，抑郁症也有类似症状，必须加以区别及排除。第三类为“阳萎”，主要指性功能衰弱。表现在性欲、勃起、性交、射精的一系列感觉的减弱。简言之，进入更年期的男子，性机能衰减就是向老年期过渡和随后出现全身器官衰退征象的信号。

男子更年期雄激素（睾丸酮）水平低下。水平正常的血中睾丸酮是维持男子性行为的物质基础。可从测定 24 小时尿中 17—酮类固醇的含量（正常含量为 10~25 毫克）得知血中睾丸酮正常与否。另一变化是睾丸形态退化。所以，目前公认测定血中睾丸酮及睾丸活体组织检查对诊断有一定的价值。有人建议，65 岁后的男性，如确定雄激素过低造成的更年期，可采用口服男性激素，或肌肉注射丙酸睾丸酮 25 毫克，每周五次连续二周。经上述治疗后，有的自觉症状改善，消除了抑郁症状，有的性功能恢复。但必须注意，长期使用此类药物，中年以后的男子潜在性前列腺癌的可能性增加，须提高警惕。

男子更年期有上述一系列的病理生理改变是一正常的生理过程，症状或障碍都是暂时的现象，一般说不是什么疾病，也不表明对人体健康造成威胁。故有人主张用一种“自我控制”的力量来克服，就是说要控制情绪，保持精神愉快，遇到困难或不愉快的事要保持情绪稳定，减少精神创伤。其次

是要控制运动量和工作量。更年期的运动量和运动方式要依据自己原有的健康状况决定。工作量是指体力及脑力劳动都要适当控制。因为在更年期，精神、神经方面不如青年时代，老年容易疲劳，注意力及集中力易分散，所以要适度地工作和休息来保持一定的旺盛精力。第三是对饮食的控制，多吃富有蛋白质，钙质和多种维生素的食物，少吃酸辣及高脂高糖食物。鸡肉、猪肉、兔肉易于吸收；豆类及其制品，不仅含有大量植物蛋白质，还是人体必需微量元素的“仓库”；新鲜蔬菜可提供大量维生素，应作为主要菜谱。保持低盐，低糖，清淡荤素适度，每餐量合宜，防止过度。总之，这个“自我控制”要求自己摸索一套本人合适的生活方式。因更年期的植物神经和内分泌系统机能的异常，可导致脂肪、糖、蛋白质代谢异常，容易发生代谢性疾病和心血管疾病。也应注意加强预防。

### 三、发生血尿怎么办

凡尿液中红细胞数目超过正常者都称为血尿(正常尿液，用常规检查方法找不到红细胞，或偶尔有2~3个红细胞)。一般人称为血尿是指眼睛能看见血色的尿，又称为肉眼血尿。另一种血尿是在显微镜下检查时发现尿液中红细胞数目超过正常，称为显微镜下血尿。此种尿液颜色较深，如浓茶色。血尿是某些疾病的一种重要信号，它表示泌尿系统，男性生殖系统，或身体其他部位（主要是血液系统）有病。必须进行检查，以明确引起血尿的原因，切不可忽视。



引起血尿的原因很多，对中老年人来说，首先应将泌尿系统外的原因排除。如尿路附近器官的肿瘤——结肠癌、盆腔恶性肿瘤等浸润膀胱或输尿管所引起的血尿、及全身疾病——血液病、紫癜等所致泌尿系统出血引起的血尿。中老年人血尿来自泌尿系统，首先应该警惕泌尿系统肿瘤，尤其是出现无痛性血尿时，更应该注意。其次应考虑泌尿系统结石，老年人不喜欢运动，或长期卧床者，常因发生骨质疏松，血液中钙增加，容易发生泌尿系统结石。男性老年人因前列腺增生，尿在膀胱内有潴留，容易发生膀胱结石。患有泌尿路结石时，由于结石损伤泌尿道粘膜而出血引起血尿。另外，泌尿系统感染也可以发生血尿。男性老年人因前列腺增生，膀胱颈常有充血、水肿，因而可引起血管破裂造成血尿。中老年妇女，经绝期后，容易发生老年性阴道炎，引起尿路感染而发生血尿。

血尿的同时还须注意血尿与排尿的关系。排尿开始时尿液带血，以后尿液清晰，称为初期血尿，出血部位可能来自前尿道，如尿道肿瘤、肉阜及尿道严重的炎症。排尿终末时尿中有血，或排尿完全终止后有血液从尿道口滴出，称为终末血尿。这类血尿一般由于膀胱颈和后尿道在排尿完毕后的收缩所致。可来自后尿道急性炎症，具有长蒂的膀胱肿瘤突入后尿道，及前列腺增生并结石。全程血尿是指整个排尿过程中有血，出血的部位一般高于膀胱颈部才能使血液与尿液在排尿前均匀地混合，多见于肾脏、膀胱肿瘤，及肾脏、输尿管、膀胱结石。40 岁以上的中老年人，无论发生何种类型血尿，应该提高警惕，立刻去医院诊治，以求得早期治疗。

## 四、尿频、尿痛及尿急可能是什么病

尿频是指每日排尿的次数增多。正常成人每日排尿白天3~5次,夜间0~1次,每次尿量300~500毫升。但也有因饮水量、气候和个人习惯而有不同。尿频也可因为泌尿系统以外的某些疾病引起,如糖尿病、尿崩症等。

尿频多伴有每次尿量减少,多见于泌尿系炎症,特别是急性膀胱炎。由于膀胱粘膜充血、水肿,甚至溃烂而刺激膀胱三角区引起排尿。这种刺激性尿频常并有尿痛(排尿时或排尿后尿道内疼痛),及尿急(有尿意时不能等待,须立即排尿)。此三种症状称为“膀胱刺激”症状。老年男性,常见于下尿路(指膀胱、尿道)梗阻疾病,如前列腺增生症,膀胱结石,急性前列腺炎等。中老年妇女,经绝期后,易发生老年性阴道炎而继发急性膀胱炎。另外,中老年妇女,因为生产后引起盆底部肌肉松弛,容易产生膀胱膨出,膀胱内尿液不能排尽,因膀胱内有部分尿液存留,所以容易继发感染而出现尿频、尿急及尿痛。膀胱内有占位病变存在,使膀胱内容量减小,也会出现尿频。如有继发感染、尿频、尿急及尿痛亦可出现。

## 五、排尿困难有哪些原因

排尿困难多见于膀胱出口以下有机械性梗阻性病变所引起。表现排尿延迟、费力、尿流变细、尿流中断等现象。多

见于尿道或尿道口狭窄，前列腺增生症，膀胱、尿道结石，或肿瘤等。女性尿道短，机械性梗阻较少，但可因子宫肌瘤，子宫脱垂等压迫而引起排尿困难，中年以上出现排尿困难必须早日就医，找出原因，及时治疗，防止症状加重而影响肾脏功能。

## 六、前列腺为什么会增生或肥大

发生前列腺增生或肥大后将出现那些征象？患病后该怎么办？在生活上应该注意那些问题？

前列腺增生症（亦称前列腺肥大）多发生在 50 岁以上男性老年人。前列腺位于膀胱颈，包绕在后尿道周围，形状及大小恰似一枚板栗，有一定的弹性。腺体主要由结缔组织、肌肉组织和腺组织三部分组成，共分两侧叶，前叶，中叶及后叶。腺组织有腺管，开口于后尿道的精阜上。前列腺能分泌一种液体，称为前列腺液，它是组成精液的液体成分之一，有助于精子的活动，为精子进入子宫腔同卵子结合创造必要的条件。

前列腺为什么会增生肥大，其原因尚不清楚。但一般认为与睾丸的分泌物——雄激素的水平、年龄及前列腺的重量有着密切关系。胚胎发生期间，前列腺的分化，性成熟时期，前列腺的生长，以及成年期，前列腺分泌的形成都受雄激素的控制。青春前期，前列腺切除的男性不发生前列腺增生症，前列腺体积小，重量大约 4 克，功能不成熟。青春后期，前列腺达到全备功能状态，重量增加至 20 克左右，20~30 岁进入

稳定期,31~40岁后逐年增加。51~60岁约50%会发生前列腺病理的良性肥大,61~70岁增加到70%以上,80~90岁可达90%。

前列腺增生病变起源于后尿道粘膜下的尿道周围的前列腺腺体。中老年时,该腺体中叶和两侧叶的腺组织、结缔组织、平滑肌组织有不同程度的增生,增生的组织挤压前列腺,可将后尿道挤狭拉长。如突入膀胱,就可发生膀胱颈梗阻现象(图12—3);

早期有排尿次数频繁,尤以夜间为甚。随后,可见排尿时尿线变细,射程缩短。病变继续加重,就会出现排尿时间延长,排尿费力,有时即使用力挣挤,尿液也只能点滴排出。有的患者,因长期排尿用力,可继发腹股沟直疝或痔疮。由于增大的前列腺梗阻膀胱出口,使每次小便时不能排尽尿液,部分尿液残留在膀胱内,形成残余尿,梗阻逐渐加重,残余尿也逐渐增多,膀胱内压亦随之增高,而阻碍双侧肾脏分泌尿液流向膀胱,而后发生双侧输尿管、肾积水,肾脏功能被损害,而引起威胁生命的尿毒症。

图12—3—A 正常后尿道和膀胱颈部

1. 膀胱 2. 精囊 3. 前列腺 4. 尿道

图12—3—B 前列腺增生时后尿道压及腺体突向膀胱

1. 膀胱 2. 前列腺 3. 尿道

前列腺增生症发生于老年人，所以，必须考虑病人全身健康情况，如有无心血管系统疾病，呼吸系统疾病，及前列腺增生后引起的梗阻程度。早期病人，可采用女性激素治疗，使增生的腺体萎缩变小，以缓解梗阻症状。常用的药物有己烯雌酚，每日 3~5 毫克，连用三月为一疗程。但此类药物常引起胃不适、恶心、乳房发胀、乳头变黑等副作用。如长期使用，少数病人还可能发生冠状动脉硬化性心脏病。因此，用药时须注意。如药物治疗疗效不明显，症状加重，则可考虑手术治疗——经尿道前列腺电切术（TUR—P），或开放性前列腺摘除术。如病情严重，全身情况差，并有其他器官严重疾病——肝脏、肾脏功能不好，及心血管严重疾病时，可采用姑息性手术——耻骨上膀胱造瘘术，或双侧睾丸切除术（又称去势术）。

为防止本病加重，凡能引起前列腺充血，水肿，腺体变大的饮食及动作都应避免。有刺激性的饮食（烟、酒、辣椒），便秘，性生活过度等都可引起腺体充血。前列腺位于骨盆底部，周围有丰富的血管丛，久坐不动，会阴部受压，可使静脉郁血，使病情加重，有时会导致突然解不出小便——急性尿潴留。所以凡有前列腺增生的病人，在日常生活中应戒酒，戒烟，禁忌摄入刺激性饮食，并保持大便通畅；静坐较久时，宜定时站立活动数分钟；骑自行车也不宜时间过久。生活要有规律，避免过度疲劳。一般说来，前列腺增生随着年龄的增长，病情会日益加重。所以，患前列腺增生症的病人，应定期前往医院复查，依据病情作出适宜的措施，是十分重要的。

## 七、泌尿系统常见肿瘤

泌尿系统肿瘤绝大多数为恶性肿瘤，40~70岁发生率最高。膀胱及肾脏肿瘤较为常见。主要表现为无痛性、间隙性、肉眼性全程血尿。所以，中老年人不明原因的血尿，应该提高警惕，早日去医院检查，以便早期得出诊断，及时治疗，提高治愈率。

肾脏肿瘤以来自肾实质（指肾脏的实体部分）上皮细胞的恶性肿瘤——肾癌较为多见。来自肾盂（肾脏的空腔部分）粘膜的移行上皮细胞的恶性肿瘤——肾盂移行上皮细胞癌较为少见。

膀胱肿瘤占泌尿系肿瘤的首位。95%膀胱肿瘤为移行上皮细胞癌。一般公认致癌物质与某些化学物，如乙—萘胺，联苯胺，4—氨基双联苯，4—硝基双联苯有密切关系。吸烟亦是常见的致癌因素，大量吸烟者比非吸烟者发生膀胱肿瘤机会高10倍。

泌尿系统肿瘤主要症状是无痛性，间隙性，肉眼性全程血尿。但来自肾脏或膀胱则不容易区别。如血尿中混有虫样条状血丝，尤当并有腰部肿块及腰部钝痛不适时，应首先考虑肾脏肿瘤，切不可忽视，需立即去医院检查。“B”型超声波检查，对诊断肾脏肿瘤阳性率高，且痛苦少。如血尿中混有较大的血块，出血多来自膀胱，则膀胱肿瘤的可能性较大。须立即就医，考虑膀胱镜检查，以便明确诊断，同时，亦可了解肿瘤的部位，大小，而采取必要的措施——经尿道电切

除肿瘤 (TUR—BT)，或手术切除肿瘤。

## 八、泌尿系统结石

泌尿系统结石在老年人较少，下尿路（指膀胱及尿道）结石较上尿路（指肾脏及输尿管）结石多，且多见于男性。因下尿路结石多继发于下尿路有梗阻性疾病。如前列腺增生症，因容易引起尿髓留及尿路感染而继发膀胱结石。又因老年人活动少或长期卧床不利于尿的引流，尿液淤积于膀胱内，再加上老年人骨质疏松脱钙，血液及尿液中钙含量增高，这就增加了尿路结石的机会。

老年人的肾脏结石多为鹿角状结石，一般多无症状，或仅有腰部胀痛不适，所以，常被忽视。有时因继发化脓性感染而出现全身及尿路症状才促使病人就医。肾脏结石如无明显症状，且肾脏功能未受到损害时，可暂不施行手术，但必需定期检查，以了解肾脏功能的情况，而作出相应的措施。

老年人膀胱结石，多见于男性，大多数是继发于下尿路有梗阻。如前列腺增生常并有膀胱结石，此类结石多数较小，故可经尿道施行碎石术，然后再用电刀切除增生的前列腺 (TUR—P)。如果结石大且硬，碎石有困难，则可进行耻骨上膀胱切开取石并同时施行膀胱内前列腺摘除术。

## 九、尿失禁

尿失禁是指膀胱内的尿不能控制而自行流出。根据不同

的原因，尿失禁有：

1 真性尿失禁：是指由于支配膀胱的神经机能发生故障，使膀胱、尿道括约肌失去功能，尿液不自觉地流出。膀胱内无尿液存留。

2 压力性尿失禁（又称张力性尿失禁）：由于膀胱、尿道括约肌张力减低，骨盆底部肌肉和韧带松弛。当咳嗽、大笑、行走时腹压增加而挤压膀胱，膀胱内压力超过膀胱出口和尿道压力时，尿液外溢，而产生尿失禁。

3 充盈性尿失禁（又称假性尿失禁）：常发生于膀胱颈以下有梗阻，或膀胱代偿功能不全时，膀胱内潴留的尿液由尿道不断溢出，而产生的尿失禁。

尿失禁多见于盆底松弛的中老年多产妇。亦常见于阴道壁松弛、子宫脱垂和膀胱膨出的中老年妇女。此类妇女必然出现膀胱底下垂和尿道括约肌松弛。子宫全切除术后，因膀胱三角与子宫颈部之间不能固定，可使膀胱移位而发生尿失禁。男性常见于前列腺增生症，因前列腺的增生而引起下尿路的梗阻，膀胱内尿液过度膨胀，尿液被迫外溢，而发生充盈性尿失禁。有时亦可见于前列腺摘除手术后。部分老年人常因情绪或环境突然变化，引起精神的强烈刺激而发生尿失禁。

中老年人的尿失禁原因是多方面的，首先应作详细的检查，针对发生尿失禁的原因，采用相应的治疗措施。如前列腺增生症，可考虑经尿道电刀切除前列腺，或手术摘除前列腺，如压力性尿失禁，应加强会阴部和盆底肌肉的锻炼。另外亦可在会阴部用感应电刺激来加强盆底肌肉的收缩，若无



---

效时，可考虑手术——盆底修补，来纠正因子宫脱垂和膀胱膨出所产生的尿失禁。

## 第十三章 中老年人常见肌骨骼系统伤病

### 一、骨 质 疏 松 症

#### （一）人到老年骨质会疏松吗

老年人因随增龄,身体的组织和器官都会逐渐出现退化,功能发生衰退,储备能力降低。所谓衰老现象,它的基本变化是萎缩。

人到老年,骨骼和全身其它组织一样都有进行性衰老和萎缩现象。骨质疏松就是它的主要表现形式。老年人骨质疏松十分常见。有学者统计,上 50 岁的妇女近 1/3 患有此症。多数发生于 60 岁以后,男、女均可发生。不过女性发生率 4 倍于男性,多在经绝期后,明显而进展加快。男性较轻,进展较缓慢,而且发生年龄较迟。

从现象看,人老了身高变短,普遍发生圆背,即圆弓形驼背。实质上都是脊柱骨的老年性变化。人体的脊柱,是由

一长串约三十几个椎骨组成,每两个椎体间有椎间盘相隔。随着年老,椎间盘萎缩变窄,人的身高必然变短。引起圆背,则是因为老年人椎体骨质疏松,受体重压迫的缘故逐渐变驼的。也有相当高龄的老年人,并不出现明显的骨质疏松,说明骨质在细微变化方面也有个体差异。因此,有学者认为,骨的老化与骨质疏松并不完全同步,认为老年性骨质疏松是一种病,不是退化的必然结果。

## (二) 骨质疏松与哪些因素有关

老年人,特别是经绝期后的妇女骨质疏松的发生率很高,但真正的发病原因至今还不十分明确。已知与一些因素有明显关系。

### 1. 与性激素的分泌功能减低有关

正常情况下性激素能刺激骨基质的形成,并抑制骨的吸收。老年人性激素的缺乏,引起骨生成能力减弱,骨吸收反而增加,正常的平衡遭到破坏;骨蛋白质基质功能衰退,骨不能固定钙,骨质就变得疏松。首先表现在骨内松质骨被广泛吸收,随后连骨的外壳部分,即皮质骨也被吸收。随着老年人性激素分泌减少,骨的生成速度跟不上骨的吸收,不能按时补充吸收区的新骨,致使原有骨质疏松继续加重。雌性激素或雄性激素的减少都会引起骨质疏松,不过雌性素的影响更为密切。

### 2. 钙的吸收不足与其它营养缺乏

新骨的形成有三个环节:成骨细胞产生有机基质,在基质中有钙的沉积,钙盐与蛋白性的基质结合成骨。许多原因都可影响这些环节并使之发生紊乱,紊乱的结果就可造成骨

质疏松。而钙的吸收不足，由钙代谢负平衡所引起。钙的吸收不足与食物摄钙来源少和体内吸收利用钙的功能障碍有关。老年人户外活动减少，接触日光少，如果进食量再少，又不重视钙与维生素D的补充，加之老年人肠道吸收钙的能力也减退，骨形成的重要原料——钙必然缺乏，这是导致老年人骨质疏松的重要因素。

维生素C缺乏，会影响成骨细胞不能合成胶原物质。胃酸缺乏会影响钙吸收。维生素B<sub>12</sub>不能吸收影响蛋白代谢。慢性肝胆胰疾患亦影响钙和维生素D的吸收。食物中缺乏蛋白质，维生素，包括钙、磷都会影响骨代谢导致骨质疏松。

### 3. 缺乏体力活动

老年人活动能力减少，是生理功能的自然降低。肌肉逐渐失去弹性，变得瘦小，力量减弱。由于缺乏体力活动，骨骼内的血循环也随之减少，因而引起骨内基质矿物质减少，甚至消失，同时骨母细胞的活动力也减少。成骨作用受到影响，也是导致骨质疏松的一个因素。在体力劳动者和长期坚持各种体育锻炼的老年人中骨质疏松较少些、轻些，发生年龄也较迟。这是由于经常劳动或锻炼的人可以增强成骨作用，减少骨质疏松的发生。

### 4. 遗传因素

有些学者强调遗传因素，认为某种素质是个别人的发病原因。基于有明显的家族史者，认为是骨蛋白细胞间质合成中存在缺陷。突出的表现是家族中几代人都有老年性圆背。

显然，骨质疏松的病因是复杂的，影响的环节也是多方面的。它是整个人体内环境改变的结果。从现代医学来认识，

人体的机能有很大的可塑性和代偿能力。如今虽不能做到返老还童，但延年益寿却已较为普遍。事实上，有学者统计长期坚持体育锻炼的老年人发生老年性骨质疏松的发病率较低，发生年龄也晚。实验观察证明，保持肌肉、骨骼锻炼的人，到骨质应该疏松的年龄，其骨质含量仍比正常同年龄的人为多。所以体育锻炼能使骨内血循环活跃，肌肉收缩力加强，而这些又是促进骨质增加的因素。因此，要防止或推迟年老时发生骨质疏松现象，则应在青年时代就开始坚持适当的体育锻炼和体力劳动的习惯，使骨骼有良好的储备能力，以供年老时消耗。老年人积极参加户外活动，多晒太阳，强壮筋骨，也可增进食欲，并注重蛋白质、钙、维生素的摄入，以防止维生素D和钙的缺乏。

### （三）骨质疏松的后果及其表现

#### 1. 老年性骨质疏松容易发生骨折

多见于老年和更年期妇女，轻微外伤即可引起病理性骨折。常发生在下段胸椎和上段腰椎。一旦发生就会有腰背痛，局限在骨折后突部位。每次发作常表明有一个椎体发生骨折，愈合时间因年龄、骨质疏松程度、原有腰背肌力及体力活动基础而异。发病期间，活动后加重，不敢咳嗽、打喷嚏。常向两侧肋腔引起串痛，严重时，多卧床不起。

有时没有明显外伤，主要表现全身性骨痛，但以脊柱和骨盆为主，疼痛可为缓慢性或急性。可与天气变化有关，故常误认为风湿性关节炎，肌炎。

有些学者，把老年的股骨颈囊内骨折和股骨粗隆间骨折归于骨质疏松的并发症。骨折后患部疼痛及下肢功能障碍明

显，特别是患肢的外旋畸形十分突出。

## 2. 身高缩短，圆弓形驼背畸形

由于胸、腰段椎体骨质疏松，受体重压力或轻微外伤，使多数椎体向前发生楔形压缩，致使背部后突成驼背。因常常是相邻多个椎体都受压，故驼背的弧度大，如圆弓形。严重时胸部的肋骨和骨盆的髂嵴相碰，可引起疼痛。也使身长缩短，甚至缩短 10 厘米以上。造成短身、圆背和不协调的长臂。脊柱运动常受限。

## 3. 骨质疏松的 X 线表现特点是骨质密度普遍降低

老年性骨质疏松以脊柱、骨盆以及股骨上端的变化最明显。

### (四) 老年骨质疏松症的治疗

1 鼓励尽可能的体力活动或体育锻炼，但不宜过度疲劳，以防骨折。

2. 注意饮食。强调足够的蛋白质与钙磷摄入。瘦肉、蛋类、豆类、蔬菜、水果及乳类中其含量均丰富。制作宜新鲜，易消化吸收。

3. 性激素治疗。最好是雌雄激素联合使用，对老年性骨质疏松症，多可在一月内使症状明显减轻。性激素可促进正氮和钙平衡。增进骨基质和骨形成以增加骨化。

女性患者：

(A) 乙烯雌酚：口服 1 毫克，每日一次。

甲基睾丸酮：口服 5~10 毫克，每晚一次。

联合使用 2~3 月为一疗程，可三个疗程，多能收到缓解症状的效果。

(B) 双丙酸雌激素：口服 1 毫克，每日一次。

或 2 毫克，肌肉注射，每日一次，连续 4 周后休息两周。

如遇子宫出血等并发症应停药。与雄激素联合用，能减少副作用和防止男性化。

男性患者：

(A) 丙酸睾丸酮：口服 10~20 毫克，每日一次。

(B) 甲基睾丸酮：口服 30 毫克，每日一次。也可与雌性激素联合使用

4 补充钙剂对明显缺钙的病人能促进钙平衡。静脉注射，经济而无害。并应投以维生素 D，每日 4000 国际单位，口服。

有些中老年人，因怕患冠心病，就忌吃牛奶和乳制品，而这些食物恰恰又是钙的主要来源，钙的不足必然加重老年性骨质疏松。所以不能一知半解，盲目地节制饮食。不讲科学地减肥节食，也会导致钙的缺乏。因此，中老年人，尤其是老年妇女，从食物中摄入足够的钙是十分必需的。

5 对于腰背痛和骨痛患者，可给予镇痛剂，如扑炎痛等，配合热敷，轻按摩，舒筋活血以缓解疼痛及肌肉痉挛。如有脊柱压缩骨折，可短期配用皮背心、围腰等支架，鼓励勿终日卧床，以预防进一步脱钙及肌萎缩。

6 康复期的身体锻炼方式，应根据自身条件进行，如持手杖散步，快走，甩手，登楼运动，做简易体操或习太极拳，最好结合保健按摩，主、被动运动效果更好。锻炼时要循序渐进，由慢到快，由简到繁，时间由短到长。特别在骨质疏松症状明显阶段，既要保持动但又不宜多。要定期复查，按照医嘱执行。

## 二、颈 椎 病

### (一) 什么是颈椎病

颈椎病,是指颈椎机体之间的椎间盘,随增龄发生退化、萎缩,相邻的两个椎体之间因韧带变松,出现异常磨动,久之即形成软组织增生肥厚或长骨刺。使原先的椎管和椎间孔变小、变狭窄。这种增生的“突出物”如刺激、压迫紧邻的神经根、脊髓、椎动脉和颈交感神经时,就会引起一系列相应的症状。如像颈、肩、臂、手的灼痛,麻木,不灵活,握物时不稳易失落;表现在下肢主要是步态不稳,行走艰难;还可有头晕、耳鸣,视物模糊等(图 13—1)。

图 13- 1 A 正常颈椎(侧面)

A :1. 第三颈椎体 2. 椎间盘 3. 前纵韧带 4. 后纵韧带 5. 椎间孔 6. 椎间关节 7. 棘突

B 颈 5—6 颈椎病

B : 1. 椎体前后唇形骨形成 2. 颈 5—6 椎间盘变窄 3. 椎间孔变形、变小 4. 椎间关节变粗大、增生。因神经根通过椎间孔狭窄处受压而产生症状。



这些经 X 照片即可发现的颈椎改变，结合出现的临床症状，医学上称之为颈椎病

颈椎病是中老年人相当常见的一种疾病。发病率高，近年来发现患病年龄有偏早的趋势。严重的可丧失劳动力或生活自理能力。由于对中老年人的健康带来威胁，颈椎病已成为一个世界性课题，为国内外医学界所广泛重视。

### （二）哪些人容易患颈椎病

一般地说，从事单一劳动，头颈部较长时间维持在特定姿势下工作的人，如刺绣、缝纫、缮写、制图、会计以及长期从事伏案工作的脑力劳动者，容易在中老年时发生颈椎病。

主要原因有二：首先是椎间盘身的退化、萎缩。其 4 结果椎体间隙变窄，椎体间外围的结构包括韧带相继变松，椎体相互间的稳定性遭到破坏，这是发生颈椎病的基础，是内因。另一个原因，就是损伤，特别是慢性积劳性损伤，这是外因。

颈椎处于头颅和躯干之间，头的重量大，颈部活动范围也大，就要承受很大的力。长期从事埋头工作的人，必然加重颈部的负担，引起慢性积劳性损伤，使附着在椎体边缘的筋膜、韧带和骨膜不断遭受过多、过强的牵拉力，造成损伤。结果骨的增生形成骨刺，软组织的增生就形成韧带和筋膜、关节囊的肥厚或成为混合性突出物。如果不是长期从事埋头工作的人，颈部肌肉较发达，虽然随着增龄椎间盘也会退化，但强有力的肌肉，可以补偿椎体间的不稳定，减少颈椎间损伤的机会，发病的机会也少多了。

### （三）颈椎长骨刺并不都会发生颈椎病

据研究资料统计,50岁以上的人,拍颈椎照片可发现近60%的人有骨刺形成(医学称骨赘),年龄越大骨赘发生率越高。又有资料把颈椎照片与尸体解剖作对照研究,表明实际上骨赘的发生率远比照片所见为多,原因是骨赘的骨化尚不完全时,照片上显示不出来。问题是骨赘形成只能看作为颈椎的自然退化过程中的一种现象,往往有骨赘而并无任何症状。可见,骨刺的临床

意义,在于骨刺形成的特定部位、骨刺的大小以及有无其他混合性突出物的存在,能否引起对脊髓、脊神经、椎动脉等组织的刺激或压迫从而产生相应症状(图13—2)。

所以单凭颈椎照片发现有骨刺,就认为是颈椎病,这种看法是不正确的。它仅表示椎间有退化改变。作为中老年人就像在眼角出现鱼尾皱纹一样,是趋于老化的自然现象。

应该认识到,骨赘的存在、大小、椎间隙狭窄程度和椎间孔变形的多少与临床表现常很不成比例。也许在早期,骨赘可以是颈椎病产生症状的原因。到了后期,那些并不造成直接压迫因素的骨刺,反而增加了椎体间的稳定,从而成为缓解症状的基础。

图13—2 颈5—6椎  
间盘横剖面示意

1. 棘突 2. 椎管 3. 关节面 4. 后纵韧带  
5. 横突孔 6. 椎体 7. 前纵韧带 8. 脊髓  
9. 脊神经根 10. 椎动脉 11. 交感神经  
黑箭头表示骨赘或软组织增生友厚  
等“突出物”常见位置与产生颈髓、神经根、  
椎动脉、交感神经受刺激或压迫的关系。

骨刺的形成与颈椎病的关系是个较复杂的问题，不能一概而论。要正确对待骨刺，千万不要谈虎色变。有不少的中老年人，一旦经照片发现自己颈椎长了骨刺，非常紧张，总想找个“名医”，帮助将骨刺化掉，才心安理得。骨刺要靠药来化掉就像人想返老还童，长生不老，同样是做不到的，骨刺只会随年龄增长出现更多更大。问题在于重视有无相应症状。

#### （四）颈椎病有哪些现象

颈椎病多见于中年之后，男性较多，常为单侧发病。根据受压部位的组织不同，一般分为4型，也存在混合型，兼有一种以上类型的症状。

##### 1. 神经根型

以脊神经根受刺激或压迫为主要表现，这型最多见，其特点为：

（1）一侧颈、肩痛，并沿脊神经放射至上臂、前臂直到手指。或手指麻木、活动不灵。

（2）颈部僵硬，转动受限。

（3）病人坐位，用手压其头顶并使头后仰，偏向患侧，可引起颈痛及上肢放射痛重现。

##### 2. 脊髓型

以颈脊髓受压为主要表现，其特点为：

（1）颈肩痛合并四肢麻木，发紧，行走不稳，无力。严重时可有大小便失禁，小便困难。

（2）感觉异常，痛觉减退或消失。

（3）四肢活动不灵，持物不稳，易摔跤。

(4) 颈脊髓腔造影照片及 CT 检查可确定诊断及受压部位。

### 3. 椎动脉型

以椎动脉受压引起脑基底供血不足为特点。

(1) 常出现头晕, 恶心呕吐, 四肢无力, 甚至摔倒。可有耳鸣, 耳聋, 视物不清。

(2) 眩晕、摔倒的发生与体位有明显关系。但无意识不清。常发生在头后仰、侧偏或后旋时, 倒地后, 因体位已改变, 眩晕随即消失。

(3) 常同时有其他类型症状。

(4) 确诊较困难, 需结合临床症状及 X 线照片等综合分析。

### 4. 交感型

以头颈、上肢的交感神经功能异常为主要表现, 其特点为:

(1) 头痛, 枕部痛, 头胀, 视物模糊, 彩视, 眼皮发涩, 流泪, 双侧瞳孔、眼睑大小不等, 眼窝胀痛, 一侧面部无汗或多汗, 手麻木, 发凉。心律不齐, 心动过速或过缓。

(2) 常有神经根型症状同时存在。

(五) 在颈椎病诊断中应注意的几点

1 因颈椎病的病理改变较复杂, 临床症状表现多种多样, 在门诊常与神经科、内科、耳鼻喉及眼科疾病相混淆。

2. 颈椎病, 症状变化多端, 多为隐袭性发病。混合性突出物的位置, 大小, 性质, 单发或多发与椎管、椎间孔原始大小有关, 没有神经系统的症状, 而只是颈肩痛伴有颈椎照

片的退行性改变。如椎间隙变窄，骨刺形成，颈椎弯曲变直等排列紊乱，只能诊断颈椎退行性关节炎，而不能诊断颈椎病。而颈椎病必然先存在退行性关节炎。

3. 颈椎病有多节段、多发性病变的特点，使临床症状更趋复杂化。

4. 多种老年性疾病可与颈椎病同时存在，如冠心病、颈动脉血栓形成，动脉粥样硬化，肌萎缩性侧索硬化症等，常使症状重叠，复杂化，给诊断带来困难。

#### (六) 颈椎病的治疗

1. 神经根型颈椎病，绝大部分病人可采用非手术治疗，效果满意。

(1) 采用软帆布特制的头带，行坐位或卧位牵引。每日1~2次，每次半~1小时。重量由轻到重逐渐适应，4~10公斤。持续3~4周。

(2) 牵引后配合理疗。

(3) 急性期，在牵引治疗间隙时，可用领圈以限制颈部活动。一般用于症状重的病人。领圈可用硬纸壳配泡沫塑料条或石膏等材料制成。

(4) 药物以消炎镇痛剂，维生素B<sub>1</sub>及舒筋活血类药物较常用。如消炎痛、扑炎痛等。

(5) 经长期非手术治疗无效者，症状重，影响生活与工作明显者，可行手术治疗。一般采用经颈前路椎间盘及骨刺切除，椎间植骨融合术，效果较好。

2. 脊髓型颈椎病的治疗较困难，疗效尚不满意。

(1) 牵引与按摩均不宜，如不慎，瞬间可加重病情。

(2) 症状明显者，一经确诊，应争取早期手术。症状轻者，宜非手术疗法，包括休息，颈托，围领保护，配合止痛及神经营养药。短期观察。

### 3. 椎动脉型颈椎病

采用上述制动、消炎、镇痛、活血化瘀等措施，必要时同时对动脉硬化进行治疗。

非手术治疗无效时，可行手术。

### 4. 交感型颈椎病

主要采取姑息治疗。

制动的基础上，颈椎硬膜外作醋酸强地松龙或确炎舒松A 封闭，可起到证实诊断及治疗的双重作用。

## (七) 颈椎病的预防

椎间盘在稳定、承受重力、减少椎体间的震荡中起重要作用。椎体以外的颈部肌肉与韧带是脊椎骨稳定与运动的基础。韧带对肌肉起稳定、支持作用，使肌肉得以发挥张力。而肌肉维持了韧带的紧缩力，它们相互支持、协调。颈前屈时，颈部前方的肌肉处于收缩，而颈后的肌张力松弛，如持久的埋头工作，颈部前、后的肌肉张力就会失去平衡。

所以在预防颈椎病的问题上，强调两点：

### 1. 锻炼颈部肌肉

每天坚持早、晚颈部肌肉锻炼。作前屈、后仰、侧向旋转及弯曲，顺时针、反时针方向大旋转等颈部运动。必要时可负重锻炼，对肌肉训练尤佳。最简易的方法是头顶米袋。

最好从青年时开始养成锻炼习惯。

患颈椎病后，在治疗恢复期，颈部锻炼也是巩固疗效的

重要手段。

对伏案工作时间长的人，更要注意颈部肌肉锻炼。行之有效的方法是：用双手合抱后脑勺，并用力将头向前压，而头颈部尽量使劲抵抗。在工作间歇时，经常做。既是调节也是锻炼。

## 2. 睡又软又低的枕头

夜里睡觉时，使用的枕头宜低，宜软。这一点对从事伏案或持久埋头工作的人，尤为重要。白天工作时头颈前屈过久，夜间就必须得到充分的调济使头过仰。如夜间睡觉时枕头又高又硬，等于和白天一样，仍然把头颈处于前屈，必然增加颈部劳损的机会，颈部肌肉前、后不协调。那就不是“高枕无忧”，而是后患无穷了。

# 三、腰椎间盘突出症与腰椎管狭窄症

## （一）腰椎间盘突出症是怎么引起的

人体腰椎的椎间盘，一般在 20 岁以后开始随增龄而退化。两个椎间盘之间的纤维环由于退化而渐渐失去弹性，并出现裂缝。在此基础上，如发生一次急性腰扭伤或反复多次轻微损伤，都可使上述裂缝加宽，直到纤维环完全破裂，围在其中的髓核就经裂缝脱出来。在椎体的后正中有纵形韧带加强，后外侧纤维环较薄弱，此处最容易发生破裂，髓核部分突出于椎体之外，恰恰刺激或压迫经过此处的神经根引起一侧小腿和脚的麻木、刺痛等症状（图 13—3）。

图 13—3 腰椎侧剖面 腰椎椎体横断面

1. 髓核 2. 纤维环 3. 骺板 4. 后纵韧带 5. 前纵韧带 6. 椎体

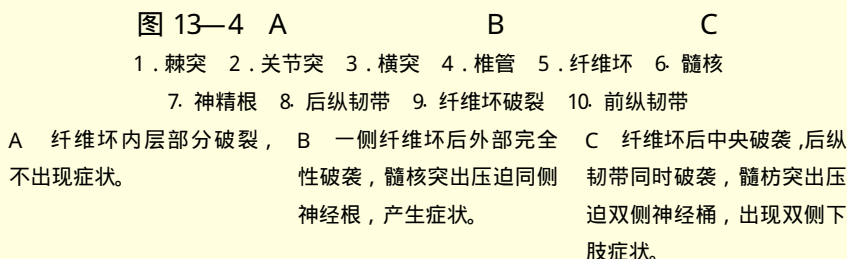
腰椎间盘受到身体上部的重量和维持躯干姿势的腰、腹部肌力的作用,负担着很大的压力,越是低部位的腰椎间盘,受到的压力也越大,若再加上体外的载重,那么所受的压力就更大了。人体弯腰活动时,椎间盘前部先受力,并且变窄,而后部反而张开变宽,髓核被移向后部,此时纤维环后部就要承受很大的挤压力,特别在纤维环已发生退化的情况下,这就是为什么弯腰用力的姿势容易发生椎间盘突出原因。

## (二) 腰椎间盘突出症的分类 (图 13—4)

根据椎间盘破裂和髓核突出的位置可分两类

(1) 侧后方突出:这类最多。特点是表现为下腰部痛伴有一侧的急性坐骨神经痛。发作时,咳嗽、用力和大小便均可加重症状,卧床休息则痛可减轻。少数病人只能维持一种特殊姿势,如弯腰屈曲病腿抱住被子撑着,不敢随意活动,否则痛沿一侧臀后直窜脚趾尖。腰部发硬,变弯,特别不敢向后伸,这是一种自我保护、减轻症状的措施。此类病人,还





出现患肢感觉的减退、麻木、趾上跷、肌力减弱。

诊断一般不难, 少数不典型的病例、才需要其它的辅助诊断措施。

(2) 后中央部突出: 较少见。称为中央型腰椎间盘突出症。因是后纵韧带和纤维环后正中中部同时破裂, 大块髓核突入椎管, 引起马尾神经压迫。产生间歇性跛行、大小便失控、肛门周围麻木等现象。常为双侧性。症状不典型时, 须作脊髓腔造影和电子计算机轴向断层扫描(即CT)等检查, 对诊断、定位都有重要价值。普通腰椎照片对腰椎间盘突出症没有直接诊断意义, 但可排除其他如炎症、骨肿瘤等病变。

### (三) 腰椎间盘突出症的治疗

大多数病人, 可以经严格卧硬板床休息, 骨盆牵引、推拿按摩及理疗等综合处理治愈。但对反复发作, 病程久, 各

种治疗后神经压迫症状反趋于明显加重者，应考虑手术摘除突出物为佳。且应早下决心接受手术。因为机械性压迫神经时间越久，容易引起神经组织周围粘连，既造成手术困难，又会在手术后遗留症状。所以，凡有一侧下肢痛放射到脚，有神经功能障碍，经半年非手术治疗不见疗效者，宜尽早手术。而突发的中央型腰椎间盘突出症，有大小便功能障碍，马尾神经受压者，应当急症手术。

#### （四）腰椎管狭窄症是怎么回事

腰椎的椎管、神经根管和椎间孔，这些结构主要是脊髓和脊神经的通道，它们的周围还有如像神经鞘、脊膜、关节囊和韧带等软组织保护，不论是骨结构增生变形，还是各种软组织增生肥厚，只要这些管道孔穴变窄足以引起神经压迫症状，即称为腰椎椎管狭窄症。

腰椎间盘，当年龄越大，退化越完全，髓核早已失去弹性并呈固体状态，即使纤维环破坏，也不会发生髓核突出。所以 50 多岁的人发生典型的腰椎间盘突出可能性已较少了。而往往是腰椎管狭窄与腰椎间盘突出常同时存在。间盘突出发生在先，可能突出较小，在继后的退化过程中产生椎管狭窄而出现临床症状。

椎管狭窄，可以是原发性的，也可以是继发性的。

1. 原发性椎管狭窄，是指椎管本身，不论是先天性，还是发育性，椎骨的骨管都比正常人狭小。以男性为多。幸好发生率并不高。

2. 继发性椎管狭窄，是指原来椎管是正常大小，但由于后天性的种种原因，如椎间盘，骨、关节的肥大、增生或退

行性变，椎体间滑脱，都可造成椎管狭窄；损伤性脊柱骨折，脱位，脊柱手术后椎管壁的增厚等，也是常见的椎管狭窄的原因。当前还有不少从事骨科专业的中西医临床医师，对此认识不足。

3. 复合性腰椎管狭窄症，往往是在先天性或发育性狭窄的基础上，因椎间盘突出（年轻人为主），或椎间盘退行性变（中老年为主）而出现临床症状。这类情况也是比较多见的。这点很重要，这就是为什么先天性畸形或变异早期无症状，直到成人，甚至壮年之后，在一次很轻的外伤情况下，才产生明显的症状的缘故。

即使正常人的腰椎椎管，上下也并不是一样粗细的，男性的椎管在第三、四和第四、五腰椎处前后径较小，而女性则在腰骶部椎管变扁，也就是前后径较窄。有些畸形，如椎骨软骨发育不全，椎弓根很短，造成椎管特别扁，前后径很小，容易产生椎管狭窄症。

#### （五）腰椎管狭窄症的临床特征

前面已经把腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症是怎么回事谈过了。我们可以清楚地了解到它们发病的原因是不同的，是完全独立的两种疾病。但由于临床表现有极相似之点，都是腰腿痛，坐骨神经痛。受累病变定位，也都较集中在下腰和腰骶部。如缺乏经验，易被混淆，或误诊漏诊。将腰椎管狭窄症误认为椎间盘突出症，手术时探不到有突出物而扑空，这是时有所闻的事，不应该让病人吃第二刀的苦头。那么腰椎管狭窄症，有哪些特点呢？

##### 1. 主诉与客观检查的矛盾

这是指病人自己诉说症状重，病情厉害，而医生检查能发现的阳性体征和表现较少、较轻（后期体征可明显）。因此，许多病人初到医院诊病时，委曲地被医生认为“夸大病情”。未被重视而未去作进一步的检查，造成延误病情。

## 2. 间歇性（运动性）跛行

由于腰椎椎管狭窄，椎管内的容积较小。行走等运动后，椎管内软组织，相应神经根部充血，或静脉淤血，使椎管内压力增加，影响神经根小动脉的供血，导致神经根缺氧，产生运动性下肢跛行。而当停止行走，或就地下蹲，症状即缓解消失。这是因为躯体前屈，改善了椎管前后径的大小，椎管内压力随之得到减轻，神经根缺氧状态得以缓和，医学上把这种现象称做间歇性跛行。这也是腰椎椎管狭窄症的特异性症状。

3. 腰部后伸时腰腿痛加重，前屈时缓解，因为腰在后伸时，椎管的长度减小，椎管内后方的后纵韧带及黄韧带就会皱缩，突起挤向椎管，椎弓根管也可因小关节囊的松弛而受压，椎管内压力骤增，影响脊髓及神经根的微循环，出现神经根性缺血性疼痛。如立即坐下或下蹲，使腰后突，血循环因椎管内压力减小而改善，临床症状也即消失或减轻。

有趣的是：就是前面叙述的道理，病人可以骑上自行车到处跑窜，但要直立姿势站立一会儿，或操作某工作，则很难支持。于是这些病人容易被领导，同事误认为“装病”，“偷懒”，甚至把医院给的病情证明，误认为是“假证明”。临床医师应该把本病与“诈病”区别开来。

4. 腰腿痛可以是单侧，但双侧或左右侧交替也不少见。

### （六）诊断手段

除掌握上述临床特点外，一般需要拍摄腰椎照片。目的在于了解下腰椎和腰骶椎的椎间隙是否有狭窄、骨质增生、椎间滑脱、小关节的增生等改变。脊髓造影可确立诊断，也提供病变的范围和部位。CT，能在不同平面显示椎管内外横断面的形态及轮廓，脊髓、神经根的位置在何处受牵拉或挤压，椎体后缘、椎板、关节突的变化等。

### （七）治疗

1. 急性期，适当卧硬板床 1~3 周。
2. 牵引、理疗、止痛药、舒筋活血药、均可选择，酌情使用。
3. 手术。

只限于症状重，经过严格非手术治疗半年以上，确实无效，且影响正常生活工作者。腰椎板切除、神经根减压，是基本的手术方式。对 50 岁以下，腰椎不稳定或手术切除范围较广的，原则上都应做脊柱融合术，术后卧床宜充分，以避免影响骨愈合及不稳定的脊柱再移位。

## 四、腰部软组织劳损

中老年人随着增龄，重体力活动已很少。那些因猛然搬动重物，引起肌肉，筋膜急性损伤的机会是不多的。

平时所见的腰痛，大多数属于腰部软组织劳损。既没有明显的外伤史，又缺乏显著的器质性病变。腰痛虽并不严重，但可迁延不愈。起居生活，行动尚能自如，工作起来多不能

持久。治疗时症状易缓解，也易复发。

这种腰痛的诊断名称很多，有腰部软组织劳损，腰筋膜炎、腰部纤维组织炎、功能性腰痛、棘间韧带扭伤等，实际上指的都是一种病。

### （一）发病原因

腰部劳损的发病原因，往往不是某一个因素单独地起作用，而是各种因素影响和互为因果的。各个病人有其自己的具体情况。譬如，腰骶部的先天性发育畸形，可以引起腰或腰腿痛，但不是每个有畸形的人都必然发生腰痛，也不会生下来就有腰痛，而是在成长过程中，受到其他因素的影响，如损伤、积劳或受寒受湿等才发生腰痛症状。某些因素所产生的作用发展到一定的程度，会引起脊柱的平衡失调，这种失调又进一步造成对脊柱及其周围组织的损害。在这些相互影响的因素中，对某人，损伤可能是起主导作用的，其他因素是次要的；对另一人，也许先天性畸形是主要的。

在中老年人腰部软组织劳损的病因中，下面几个因素是至为密切的。

#### 1. 脊柱结构和腰部受力之间的矛盾

这类病人的腰痛部位，绝大多数都在系腰带的部位，即腰骶关节处。

原因是腰骶关节在全身关节中具有特殊功能。唯独它是单独承受躯体重力的关节。而髋、膝、踝关节都是对称的，两侧共同分担着体重。它又是腰部活动的枢纽，是躯体重力转移到下肢的桥梁。运动功能也最复杂，除前屈、后伸外，还有侧弯和旋转运动。因此，这个关节不论在静态或动态情况

下，受到体重冲力的影响比其他全身任何一个关节都大。结构上的特点，决定了它容易发生力学方面的紊乱。

如果中老年人长期缺乏体力锻炼，因腹部肌肉松弛，腰背部伸肌软弱，站立时髋关节不能充分伸直，实际上是使腰椎过度前凸的姿势。过于肥胖的人，小腹便向前突出，站立时，身体重心前移，也增加了腰椎的前凸。有时坐位不合适，也使腰椎处于这种不良姿势。

当腰椎前凸加大，那么胸椎就必然向后突以适应平衡。骨盆也向前移至重力中心线之前，腰骶关节间角度增大，承受力加大，很容易引起韧带及肌肉的劳损。

脊柱在运动中，肌肉起着主要作用；在静止的直立姿势中，则韧带起着主要作用；正常情况下韧带维持静力平衡和负重，并不费力，也不易疲劳。在持续时间较长后所引起的疲劳，在一定限度内，可依靠肌肉的收缩而得到缓解，但不良姿势所造成的持久或过度的疲劳，就可引起韧带的劳损，产生腰痛。如肌肉也陷于疲劳，不能对韧带发生减轻负担作用时，肌肉与韧带的劳损机会增加。

引起腰部肌肉和韧带劳损的原因是多种多样的。比如脊柱先天性畸形和病损，下肢疾患或长短不均称所造成的脊柱侧弯和驼背，以及身体虚弱、全身乏力或神经衰弱患者，因肌力不足易使软组织发生劳损，长年感到腰背疼痛。可以是正常的运动施加在不正常的脊柱上；也可以是不正常的动力或运动施加于正常的脊柱上。总之，任何脊柱本身或其周围组织受到损害，以致超出所能代偿的范围时，维持脊柱力的平衡便会受到破坏，这种破坏又可继续加重脊柱或周围软组

织的损害。

## 2. 损伤

跌、扭、压、撞等，都会引起腰部韧带、筋膜和肌肉等处不同程度的损伤。

而在老年人发生腰部损伤，更多的情况是在腰部有姿势性疲劳的状态下，由于急于作某一动作，骤然使疲劳，发僵的腰肌用力不均发生损伤。例如在长时间伏案作业后，因发现有用具掉在地上，突然弯腰去拾起用具时，顷刻间感到腰闪了一下，并感剧痛。顿时腰部竟不能动弹，连出气都有困难感。这是因为长时间伏案时背部肌肉被拉得很紧、疲劳了，肌肉便发僵，弹性减弱，这种状态下，再骤然猛烈收缩背腰部肌肉，就极易被牵拉致伤。

## 3. 风、寒、湿

风、寒、湿入侵可使腰肌痉挛，使小血管收缩，进而可影响肌肉的代谢与营养，长时间的肌肉代谢障碍可产生肌纤维变性，引起慢性腰痛。常被称为纤维织炎、风湿性肌炎和腰部筋膜炎等。

有些中老年人，在年轻时如曾有过腰部较重的损伤，但由于当时治疗不彻底，伤处的血肿吸收不完全，损伤的组织在修复中形成很多瘢痕，使正常组织变硬，弹性变小，而且过多地形成了细小的神经纤维或在肌肉、筋膜、韧带和小关节处发生粘连。这样在活动、负担过重时易出现腰痛。每当受风、寒、湿的入侵时，老伤就“犯病”，产生腰痛。

平时运动或劳动较少的中老年人，在一个较集中的时间内进行了较多或较重的体力劳动或体育运动，如长途步行，爬



山越岭，久站或弯腰用力过多的工作或操劳后，当时只是一种疲劳感，甚至在睡一觉之后，这种腰酸背痛更明显，影响正常活动。这是一种劳累的反应，不是伤痛也不是病。有些中老年干部，特别是胖子，平时活动少，偶尔参加一次诸如植树之类的义务劳动，情绪很高，当时或许出点汗还有一点轻快感，但衬衣内裤可能已湿了，在休息的时候，凉风吹着颇感舒服，腰背部湿透的衣裤又吹干了，肌肉中的血管在劳动时充血而舒张，可是在冷风刺激后又使血管收缩，肌肉痉挛，间歇后再劳动时，常因用力不当发生急性腰痛，或在次日早晨起床后穿鞋，漱口时，突然腰部似“闪了气”，无法活动。这是最典型的例子。

## （二）临床表现的特点

1. 一般只有持续弯腰，姿势性疲劳或受寒、受湿中闪腰。而没有明显的重伤史。

2. 除急性闪腰时疼痛较剧，有明显活动障碍外，腰痛并不厉害，通常为间歇性，以酸痛、钝痛为主，说不清哪里最痛，锤击腰部反而感觉舒服。不能久坐久站，喜欢经常变换姿势，多伸几次腰，才稍觉松快。工作劳累时加重，休息则减轻。

3. 压痛较广泛，无放射，无神经定位区域。

4. 化验检查及X线照片多为阴性，均无直接意义。

## （三）治疗

腰部软组织劳损，虽有各种不同的病因，但最后都有共同性的病理改变。因此，体疗，按摩、理疗、痛点封闭，针灸等都能获得疗效。

1. 急性腰扭伤或跌、撞伤。伤后不宜局部用酒重揉或作热敷。这样会促进损伤处出血，虽然当时可有短暂缓解症状之感觉，但随即症状加重，并延长恢复时间。

2. 卧硬板床，腰后垫以薄枕，可使腰肌放松，解除痉挛，减轻症状。

3. 无外伤而风寒湿因素确切、明显者，应早开始各种热疗、理疗或按摩。可迅速控制症状。

4. 有急性症状时，可口服云南白药，七厘散、三七伤药片。压痛及病变局限者可局部使用醋酸强地松龙封闭。常同时配合镇痛、镇静药，如强痛灵、安定等。

5. 初期症状重，以使用皮围腰作短期支持，中后期应鼓励作腰背肌锻炼。长期配用皮围腰只会使腰肌力量更趋软弱，对腰部劳损的病人极为不利。

#### （四）预防

1. 中老年人，应根据自己原有基础及习惯，量力而行。切不可勉强超重操劳，以免受伤。

2. 应重视避免腰部受风寒和潮湿。屋舍要勤开窗门，通风并使阳光照进，保持干燥。劳动或体育锻炼后，衣裤浸湿要及时更换，并以干毛巾擦拭腰背到生热为止。如能热水沐浴则更佳。

3. 忌长时间不改变姿势地工作。应注意间歇，更换体位，舒展躯体。

4. 端抬重物时，要适当挺起胸腰，注意重力平衡，准备将重物由地面抬起时，要讲究方法，既省力又避免腰受伤。有些老年人喜欢栽养盆花，就少不了搬花盆，但常感搬动时腰

很吃力，甚至引起闪腰。应该先屈曲髋，膝关节作下蹲的姿势，腰部保持挺直，双手抱住花盆，上抬时靠近身体并用腿力站起来，腰部就不费劲，放下花盆时，也同样用腿劲，就可避免腰部受伤了。

5. 在急性腰扭伤后，应积极治疗使之痊愈。不少腰部劳损是因急性腰损伤未经较好修复而迁延成慢性，或因再次受伤而使症状复发。

6. 有慢性腰痛的中老年人，不宜卧软垫床。坐沙发时，腰后宜用靠枕。

## 五、肩关节周围炎

肩关节周围炎，简称肩周炎。因病变发生在肩关节周围的软组织而得名。又由于此病好发于 50 岁左右的中老年人，病后常引起肩关节活动受限，故又称“五十肩”、“冻结肩”和“凝肩症”。

### （一）为什么年纪大了易患肩周炎

肩关节，主要由肩胛骨的盂与肱骨的头部构成。肱骨头较肩盂大三倍，加之胸、锁部还有一些小关节的帮助，肩关节成为人体上最灵活，活动范围最大的一个关节。

为了适应肩关节结构上的特点，它周围有许多肌肉、肌腱包住，以维持关节的稳固。还在许多肌腱活动多的地方形成滑囊，囊内充满滑液，似滚轴一样，利于关节活动，减少肌腱之间的磨擦，以免受损（图 13—5）。

人到中老年，肌腱等组织早已开始退变、老化。常因日常生活或劳动中反复使用和牵拉肩关节周围的肌腱

造成细微损伤,引起发炎作痛,活动困难。这是一种非化脓性的无菌性炎症,是损伤的结果。可以是急性损伤,也可以是慢性积劳性的。以肱二头肌腱炎,岗上肌腱炎最多见。因为发炎的肌腱和关节囊紧紧连着又可引起粘连性关节囊炎,关节周围的滑囊炎,如果因过度磨损引起滑囊发炎,也会造成关节周围的广泛粘连性炎症。这些都是肩关节本身的原因。

另外,还有肩关节以外的病因。常见于颈椎病或颈椎间盘突出症。是由于颈神经受刺激引起肩部肌肉痉挛致痛。病久了,从而发生肩关节粘连,活动受限制。

## (二) 肩周炎表现的三大特征

肩关节周围炎,以肩痛、肩活动受限以及肩部肌肉萎缩为其临床症状三大特征。

### 1. 肩部疼痛

多数病人为慢性起病,病程较长。就诊时肩痛已数周、数月,初起时痛轻微,常未被重视。以后痛渐加重,可牵扯到颈、耳根或手臂,隐袭进行。当肩在洗脸、梳头、穿衣时肩痛明显加重。睡觉时肩不能受压,严重时患肢不敢触碰,否则会引起难忍的肩痛,夜间时常被痛醒,甚至因患肢任何姿势不能满意搁置而终夜不眠。少数病人,起病急,疼痛重,进

图 13—5 肩关节及其周围结构

岗上肌及腱 2. 关节盂 3. 肩胛骨  
4. 肱骨头 5. 肱盂 2 干 6. 肩峰  
7. 三角肌下滑囊 8. 关节囊 9.  
肱二头肌长腱 10. 肩关节 x 表示肩周  
炎常见的压痛点

展较快，多因外伤引起。常为日常生活中的一些细节，因姿势或用力不协调造成肩部软组织细微损伤。如弯腰伸手于床下或桌下深处取物；抬肩举臂晒取衣物时，顿即引起肩部剧痛，钻心难忍。

往往在患肩的前内，相当于肱二头肌腱处，有明显的条束可摸到，且有压痛，而条束物之旁就没有压痛（见图 13—5）。

## 2. 肩关节活动受限。

肩关节周围炎引起的关节活动受限制，是全方位的。以肩的外展和向外旋转影响更大，而且有出现早、受限程度重的特点。同时，这种受限可因肩胛骨与胸背之间的代偿动作所掩盖，故极易被忽略。

早期，病人往往因为不能插手摸裤包，不能系裤腰带；不能反手摸背，也不能梳头，晒衣物甚至洗脸嗽口也有困难。

晚期阶段，病肩多呈僵硬状态，如果关节内外完全粘连，肩关节活动也就全消失了，这种情况下病人做患肩运动，只能借助肩胛骨（俗称扇子骨）在肩背部胸壁上滑动来代替，显示一种很别扭的病态姿势（见图 13—6）。

## 3. 肩周肌肉萎缩。

由于肩周炎，活动病肩加重疼痛，故较长时期患肩处于少动状态，结果造成废用性肌肉萎缩。病程长，症状重的患者尤为突出。而肩周肌肉中又以三角肌萎缩最明显，所以在肩外侧很容易发现，已失去丰厚的外形。

## （三）中老年肩痛跟哪些疾病容易混淆

有些颈椎病与肩周炎常同时存在。这是由于颈椎病引起

图 13—6

A. 肩周炎病人患肢

上举困难(左)

图 13—6

B. 肩周炎病人患肢

不能摸背(右)

肩周肌肉痉挛所致。也是肩周炎的病因之一。另方面,颈椎病和肩周炎都是中老年人常见病,容易混淆。

肩周炎病人的肩部 X 线照片,多呈正常。如症状重,病程久可以有肱骨上端骨质疏松,是骨骼废用的缘故。但如果发现骨质破坏,应提防转移性骨肿瘤。所以,肩周炎照片对诊断没有多大帮助,但可以排除其他疾病。

又如胆囊炎等胆道疾病可以引起右肩或肩背部痛。胰腺疾病或冠心病可引起左肩胸痛。邻近膈肌胸膜的疾病也可发生肩部痛。这些都是因为神经反射所致。但不会引起肩关节活动受限制。

#### (四) 治疗原则的三个环节

肩周炎都能治愈,且有自愈倾向。故都采用保守治疗。在很少的情况下,静止期的肩周炎,因粘连使关节功能明显受

限，可在麻醉下施行手法以松解关节内外的部分粘连，以改善功能范围。但须十分细心、谨慎、轻柔而适度，因在骨质的废用性疏松的情况下，暴力容易引起骨折。

### 1. 急性期制动

起病急剧，有外伤史、症状重的病人，急性期的患肩宜制动。可用吊带、三角布巾系前臂，以利患肩充分休息固定。可同时给予镇静和镇痛药物。如安定、扑炎痛等。便于炎症局限，减轻病人痛苦，缩短病程。如急性期热衷于推拿、按摩，一定适得其反，病人大吃苦头，使病程拖得更长。

### 2. 早期控制炎症

急性情况稍见好转，早期便应采用综合性措施治理。在有明显压痛的肱二头肌腱处用醋酸强地松龙或确炎舒松 A 作局部腱鞘内封闭，效果好，有显著的抗炎作用。每周 1~2 次，可连续 4~5 次。疗效与治疗早晚、注射部位是否准确有很大关系。治疗期间可同时采用理疗、推拿、按摩，根据病情选择各种类别手法（严禁暴力，以免加重损伤性炎症），改善局部血循环，促进局部渗出物吸收，使炎症消退。也可配合中药内服、外擦、熏洗。常用的成药如桃红四物汤、复元活血汤、活络膏、舒和酒等。

### 3. 肩部功能锻炼

起病隐袭、症状不重的病人，在发病之初，在综合治疗的同时就应该积极进行患肩功能锻炼，以预防关节内外粘连而影响功能。这是整个治疗中必不可少的重要步骤。有急性症状的病人，强调在中、晚期坚持功能锻炼。

特别是中老年妇女，对疼痛的耐受性很差，因畏痛长时

期不愿活动患肩，故“凝肩”现象发生既早又重，直接影响日后功能的复原。

锻炼的方法：以弯腰俯身前、后、左、右摆动患肩，弯腰俯身下垂患肢画圆圈为最常见。不要求做得太快，但要求逐渐扩大患肩活动范围，才能达到预期的目的。一日数次，从一次数分钟到一刻钟。忍着轻痛，持之以恒。在按摩、理疗后主动运动就更好了。后阶段，随症状减轻，病人已能抬肩时，可面向墙壁，用患手上举在墙上爬高，使自己既能看到治疗奋斗的目标，又可目睹功能锻炼的效果，以增强治疗信心，坚持下去。逐渐通过日常生活自理的动作，由轻到重，由简单到复杂的锻炼过程，促进康复痊愈。

## 六、膝关节骨关节炎

骨关节炎，是一种慢性骨关节疾病。它的主要病变是关节软骨退化（医学上称为退行性变），和由此演化来的骨质增生及肥大。因多发生在老人，本病常用的名称很多：老年性关节炎，增生性关节炎，肥大性关节炎，或退行性关节炎等。

脊柱的腰椎和颈椎，下肢的髋、膝、踝三个大关节，都是好发骨关节炎的部位。就四肢说，膝关节发病率最高，问题最多，最复杂。

### （一）膝关节骨关节炎形成的原因

骨关节炎形成的基础，实质是关节软骨的退化、变性。并由此引起一系列后来的变化：关节边缘长骨刺，关节的衬里、滑膜肥厚，成为一种疾病。临床表现为关节痛和晚期关节运



动受限。

膝关节的基本结构，是由大腿骨（医学上叫股骨）和小腿骨（医学上叫胫骨）的两个骨端，被关节软骨覆盖，周围有纤维性软组织把两个骨端紧闭地包裹起来（医学上称关节纤维囊）。关节内、外还有很强的韧带牵制固定，以增加关节的稳定性。两个骨端的软骨面之间，还有内外各一个半月形软骨（医学上叫半月板），起衬垫，防震，防关节软骨磨损的作用。在纤维囊的内面，紧衬着一层叫滑膜的组织，是关节腔的内壁，有着丰富的血管及神经末梢。

膝关节的关节软骨，和其它部位的软骨一样，表面光滑，带微蓝色而有光泽。但没有血管和神经。软骨的营养，主要靠滑膜分泌的滑膜液供给，只在软骨贴近骨的深部，能获得少许血液供应。

关节软骨的生理功能是承受压力和抗磨损。有趣的是，软骨的营养摄入及废物的排除（医学上叫新陈代谢），是靠关节运动来完成的。软骨在承受压力时就变性，挤出代谢后的废物，当压力移除时，就借助软骨的弹性，变形又复原了，这时就象吸筒样产生作用。滑膜液的成份，还没有完全弄清楚，但它确实是理想的关节润滑剂。有一位美国的生物医学工程专家说：“人体的关节滑膜液，具有高表面张力的特性，磨损系数极低，所以，在人体承重情况下，关节的两个关节面之间，仍然保持一薄层滑液，而使两软骨面不直接相触，这是当今世上，即使是航天工业用的高级润滑剂也无法比拟的。”这充分说明了关节滑膜液对保护、维持关节持久地正常运动及避免关节软骨遭受磨损和破坏具有重要作用。

关于骨关节炎形成的原因，可分两大类：

### 1. 原发性骨性关节炎

是指骨关节自身的发病原因，现在还没有完全弄清楚。一般认为：随着年龄的增长，关节也要老化。软骨的退化最早，最明显。软骨的主要成分是软骨素和胶原纤维，软骨素是软骨细胞分泌的，并起保护胶原纤维的作用，如果关节软骨老化、退变，分泌的软骨素明显减少，胶原纤维由于得不到足够的软骨素基质的滋养，就暴露于外在的压力之下，而变得脆弱，易遭损坏，加重加快退化的进程。退化的关节软骨，在早期会变黄、粗糙，失去光泽。继之出现裂隙，严重时呈龟裂，局部退变的软骨发生剥脱，软骨下的骨质就暴露在外，失去正常软骨的保护。显然，过度膝关节活动的职业，特别是长期超疲劳活动的人，容易提前出现膝关节骨关节炎。中年后体重骤然猛增或素来不好运动的矮胖人，都常常使早已存在的关节退化加速发展。

关节软骨的老化还与遗传有关，因人而异，有些人出现早，发展快，而另一些人，则发生较迟，发展亦慢。

### 2. 继发性骨性关节炎

是指有明显的外来因素，如创伤（关节内骨折，关节软骨，韧带附着处损伤）、畸形（佝偻病或其它原因引起的膝关节“盘腿”和“外拐腿”）和疾病（膝关节结核、化脓性关节炎）造成的膝关节软骨损害，从而导致日后的膝关节骨性关节炎。这些情况就不一定只发生在老年人，而可发生于任何年龄。

近些年来，已注意到长期不恰当的使用皮质激素类药物，

如强地松、地塞米松，可引起关节软骨病变，应提高警惕。

## （二）关节内“游动体”的来龙去脉

老年性膝关节骨性关节炎，其病变首先发生在遮盖关节表面的软骨退化上，意味着使软骨失去软骨细胞，也就失去粘多糖蛋白及胶原纤维的合成能力。粘多糖蛋白富于亲水性、粘性和膨胀性，而胶原纤维的作用是利于分散压力，越是在负重的部位，纤维排列越呈垂直状态，以保护软骨免遭破坏、并适应于负重。随着增龄、老化，软骨细胞、粘多糖蛋白及水分的逐渐变少，软骨开始变质，医学上称为软化。软骨便失去正常弹性，并可出现裂纹，软骨的胶原纤维暴露，软骨失去原有光泽，变成黄灰色，变粗糙，裂纹进而扩大呈龟裂样，关节内滑膜液可沿裂隙而入，逐渐使病变的软骨从骨面上剥脱下来，形成在关节内可自由活动的小体。医学上称“游离体”。也有人很形象地称它叫“关节鼠”。有时在关节边缘的软骨，发生变质剥离，骨质裸露之后，其周围组织增生而形成骨刺，这种骨刺表面都有变性的软骨，常在一次偶然的动作中，如跪在床上转身，即可能引起患膝剧痛，继后伸屈膝困难，关节肿胀，这种情况就可能是原有关节缘的骨刺，受到突然屈膝旋转力的挤压，发生软骨刺折断，并掉入关节内卡住，使关节不能自由活动，而且还可以损伤关节内其余软骨，特别是滑膜，引起滑膜炎，使病人发生痛疼、关节积水和运动障碍。这是另一种形成关节内游离体的原因。

## （三）临床表现

膝关节骨性关节炎的主要症状是膝关节疼痛。起病缓慢，发展也慢。开始为钝痛，多因活动产生间隙性磨擦痛，由于

软骨病变下的骨发生充血，病人感到静止时也痛，特别是清晨常可痛醒，但经下床缓慢活动双膝，痛又可缓解。这一点是与其它关节炎都不同的地方。此后如双膝活动过多，关节又出现疼痛。痛常与气候变化有关，每当天气突变，常能“预报”天气变化，很灵，这点又类似关节风湿症。常因日常小外伤或无意中扭动患膝，可使症状急剧加重，这是外伤性滑膜炎引起的结果。另一症状是病人感到关节活动时不太灵活，并伴有磨擦响声，休息后不能马上活动关节，发僵，要经过慢慢适应，才能恢复关节的舒展。如发生游离体，可以出现骤然剧痛，膝关节不能动弹，医学上称“卡锁”现象，这是“关节鼠”跑到两关节接头间的地方卡住了，使人痛得难以再活动关节。要经过自己耐心、反复揉摸膝部，转换姿势，促使游离体移开关节内接触点，症状才可缓解。这种“卡锁”现象常反复发作。

发病年龄，多在中年之后，男性略多于女性。女性发病中很多与“拐腿”有关。医学上称“膝外翻”。

X线照片，可以确诊本病。关节缘可见唇形骨刺，其大小、多少可反映病变进程。在关节间隙发生狭窄的同时，还可见到硬化、小囊状破坏，严重时，关节面被完全破坏，关节间隙可消失。关节出现变形甚至半脱位。但病人疼痛的程度并不一定与X线照片所表现的骨病变相一致。有时虽然骨刺很严重，但疼痛并不利害。

#### （四）治疗

严格地说，人体脊柱及四肢骨关节，特别是腰椎、颈椎和膝、髋两处大关节形成骨关节炎，是随年龄增长的自然演

变过程，不能逆转其变化。但通过合理的治疗可以缓解症状，增进活动范围，加强关节稳定，延缓进程，减少并发症。

### 1. 一般性治疗

根据骨关节炎病变轻重程度不同，对病人采取的保护措施和方法也不一。

肥胖超体重的病人，应严格限制饮食，科学减肥，以达到减轻病变关节的负担。

正确使用拐杖或手杖，阶段性协助病人行走，特别是在症状较重的病期。这是一种十分简便，又确能减轻病变关节的负重，达到减轻症状目的的方法。单侧症状的病人乐于采用关节保暖，防受寒湿的措施。

症状重时，病人宜短期静止休息，患肢不负重。必要时可作患肢皮肤牵引，对促使炎症消退，缓解病情颇有好处。但允许病人起床上厕所。

### 2. 药物治疗

常用的口服镇痛剂有水杨酸钠、抗炎灵、消炎痛、保泰松、扑炎痛、炎痛喜康、蔡普生等。早期病人关节内注射醋酸强地松龙 25~50 毫克，每周一次，连续 2~3 次。不宜多用。但此药仅局部作用，全身副作用少。有抗炎作用，能缓解疼痛，延缓退化；本病切忌长期服用激素。

中成药如木瓜丸、稀桐丸、风湿痹痛片等，有散风祛湿，活血化瘀，舒筋止痛的作用。

### 3. 理疗

有解除肌肉痉挛，改善血循环，消肿，消炎，镇痛，增强关节活动等作用。常用方法有离子导入、超短波、短波、蜡

疗、直流电等。离子导入常用陈醋、中药威灵仙或醋酸强地松龙，或前两者合用，疗效较好。

#### 4. 手术治疗

当关节内游离体造成关节卡锁致痛及功能障碍，应考虑摘除游离体，并争取同时处理病灶（病根的部位）。

有膝内、外翻畸形而伴明显症状，年龄不太大的患者，可施行截骨术，以矫正畸形，改变负重线，以减轻并防止骨关节炎的发展。

少数有关节软骨严重破坏，症状及功能障碍较重的老年人，可施行关节切除代以人工膝关节。目前，国内尚未普遍采用，并发症尚多。

#### （五）预防

不论骨性关节炎的原因是原发或继发，只要一旦形成，其必然趋势，就是关节软骨越加退化或破坏，病势进展越重、越快，关节软骨破坏亦越厉害，造成恶性循环。况且，关节老化应视为自然生理归程，不可抗拒。贵在从预防着手。

中老年人的强身、防病之道，应该有综合性措施，量力而行，针对自身弱处，持之以恒。对运动系统疾病的预防更是如此。

##### 1. 坚持适度的体育锻炼

汉代医学家华佗，谈过运动与疾病的关系：“人欲得劳动，但不当使极耳。动摇则谷气消，血脉流通，病不得生。”这说明运动对人体的好处，如果过度了也不利于健康。如果我们留神一下，给人“老”的最早印象，发现并不是头发白了，而你看到此人筋骨不灵活，顿觉老矣。如年过半百，行动步履

有力自如，虽鬓发已白，也未必给你有老的感觉。有人研究过，髋关节活动不灵，是衰老最先表现的运动部位。“生命力在运动中”，“合理的锻炼能青春长驻”，说的都是一个同样的道理。从关节软骨的生理功能来认识，合理的经常性的促进关节间挤压，对维护软骨性能有积极作用。经常性运动，保持肢体血流畅通，也促进关节滑膜分泌和吸收滑液的功能，利于维护关节软骨。

锻炼，应该是全面的身体锻炼，如厚此薄彼，则用者进，废者退。颈，腰部和四肢各关节都要顾及。但腰部及下肢是人体运动的枢纽和主要受力部，更为重要。

快步走，左右急转身，交替踢腿，反复下蹲，静止下蹲，压膝划圈（双脚靠近，两膝半屈，双手紧压膝前膝盖骨，两膝同步顺时针和反时针方向作划圆圈活动），对膝部运动都是简便易行的好方法。每日多次，贵在坚持。久坐的工种，更要注意运动。

体胖，下肢肌力不强的人，不适宜长距离跑步，这样反而会增加关节损伤。所以，重要的是根据自己的身体条件，选择锻炼的形式和方法。制定阶段计划，随着功能和锻炼水平的提高而修正。最好在医学咨询下进行为妥，要避免一时热情地蛮干。有基础的人可量力而行。

2. 在强调身体锻炼的同时，要注意生活规律。注意睡眠充足，讲究营养卫生以保证收支平衡。只顾锻炼，不注意相应增进蛋白质、糖及维生素，也达不到强健身体的效果。但过份看重“营养”，贪食，人到中年就出现大腹便便和胖头胖脸的“福相”，除了增加心血管负担外，对运动系统也带来威



胁，应尽力避免身体超重。减肥的主要手段是节食与运动。

### 3. 预防外伤，重视大小伤后的早期处理，不要麻痹大意。

随增龄组织老化，膝关节外伤特别容易发生，恢复也比青年人缓慢。不要不服老。过去能轻而易举做的事，现在可能已是力不从心了。操劳、负重，下坡涉水，都应量力而行。既要经常去适应自然环境条件，又要了解自己的实情。外伤当时，最好原地安静片刻，再自审患处能不能舒展，经慢慢试动允许，才离地起身缓步。如琢磨有问题，宜早就医。当时不能盲目揉按，更不能以酒外擦或热敷。这样会促使受伤组织出血增多，肿胀会更利害。如伤后即出现肿，说明必有伤，反宜以冷敷，加压包扎后就医。早期得到良好正确的处理者，病程就短，恢复顺利，并发症也少，这对老年人尤其重要。伤后及时配合康复医疗，尽早恢复功能，回到生活中去。经过一段时间后复查，注意后遗症。

### 4. 善于发现自身问题，有病早治。

中老年人的膝关节骨关节炎，有些系因膝部畸形、关节两侧长期受力不均引起。早期病例可行切骨手术矫正，以预防或改善骨性关节炎。其它感染性炎症，早期彻底治愈，可以预防继发性骨关节炎。这在康复期的治疗中更显得重要。中老年人要注意自己膝部的外形变化及异常现象。因为有些人早已因骨质增生，形成骨刺，关节变形，但并无明显症状。一次小外伤，甚至一个动作，还说不上是伤，但可以造成不平整的骨刺发生折断或由它损伤关节滑膜引起出血或积液，成为首发症状。此外，有些病人的首发症状，是自己摸到小肿块，可以在膝盖骨周围滑动，一个或几个，时有时无，也可



是固定一处始终不变，这就是“关节鼠”，至于其它原因，因人而异。

## 七、髌骨软化症

### （一）髌骨软化症是怎么回事

髌骨，即膝盖骨。膝关节除股骨，胫骨相互连成关节外，其前面还有膝盖骨与股骨连接构成的关节面叫髌股关节。髌骨的上下有很强的肌腱与韧带支持，将它与膝关节前面牢牢稳住，起着保护关节软骨面，增强伸膝的力量以及稳定关节防止关节发生异常活动等作用。

年轻人的关节软骨厚实，富有弹性。中年之后软骨退化变薄，膝关节在长期运动过程中，髌股关节之间，两关节面相互挤压，磨擦，可因损伤引起髌股软骨的病变。医学上称为髌骨软骨软化症或叫髌骨软骨症。软骨发生退变后，可出现软骨碎裂，失去弹性及光泽，表面变得粗糙，如果致病因素没有消除，病变可继续发展下去。

膝盖骨的位置，有的人高，有的人低，有的偏内或偏外，大小比例也有很大出入，正是这些因素改变着髌股之间在运动时的接触面，和受到的磨擦力。当患全身或局部疾病后，原先可以承受的正常力量，变为构成慢性损伤的力，而使关节软骨发生病变。为什么有些人易于患软骨软化症，常与上述这些原因有关系。

### （二）髌骨软化的后果怎样

髌骨软骨面被磨损后，渐失去软骨的特性，病变早期，软

骨失去水份、弹性及光泽，表面开始粗糙，渐渐出现局限性软化，纤维化，碎裂。面积可随发展慢慢扩大。碎裂处可呈片状脱落，形成关节游离体。软骨的缺损可达全层，致使软骨深面的骨质裸露。由于运动时，关节面的不断磨擦，挤压，也使与髌骨破坏、糜烂区相对应的股骨软骨面发生同样的病变。其最终的结果，也是软骨关节炎，只是因病变部位发生在髌股关节，就称作髌股关节骨关节炎。并常伴有关节滑膜和脂肪垫的慢性炎症。

### （三）髌骨软化症的典型症状

1. 中年妇女，常患本病。也常伴有膝内、外翻，膝盖过高过低，大小不同等畸形。

2. 早期症状仅膝关节酸软无力，以后出现膝盖骨后而痛。在半蹲膝及上下楼时特别明显。

3. 按压膝盖骨和捻磨时有粗糙摩擦响声与疼痛。

4. X 线照片因软骨不显影，不能帮助诊断。

上述典型症状，就可作出临床判断。早期作膝关节镜窥查，能确诊。并可同时进行软骨修整术。

### （四）治疗

#### 1. 非手术疗法

包括大腿肌肉锻炼以增强膝关节稳定。避免剧烈膝部运动。早期病人半蹲位锻炼可改善软骨营养。理疗与休息能减轻症状。中药外敷，活血化瘀，可促进局部代谢。处方用红花，生乌，归尾、桃仁，甘草，自然铜，马钱子，草乌各 50 克，生姜 5 片用酒泡制七天，滤过即可用。一般将酒倒在纱布上贴敷患膝，外以塑料纸等包扎，睡前包上，次晨去除，每

天一次即可。10天为一疗程。

## 2. 手术治疗

因软骨修复很慢，很不完全，手术治疗并不满意。只对症状重、其他非手术疗法效果差者，根据软骨的损害具体情况，分别选择局部软骨切除、钻孔和髌骨切除术。同时强调术后患肢功能锻炼。以增强大腿肌力为主。

# 八、跟 痛 症

跟痛症，俗称脚跟痛。

指引起脚跟疼痛的疾病，中老年人多见。究其原因，主要的有两种。

## （一）脚跟脂肪垫损伤

凡是人体负重和容易受到压力的部位，如脚跟底下，手指端的掌面，手掌，臀部坐骨处等，都因生理功能上的需要，形成特有的，具有弹性的脂肪组织，和围绕这些充满脂肪间隙的很多緻密的弹性纤维间隔，这样的结构，医学上称为脂肪垫（如肉垫子）。它就象塑料软泡膜一样既软又含有许多密闭的小孔房，在承受压力时，小房的形状就发生变化，压力解除时，又恢复原来的形状。脚跟脂肪垫就利用这种结构特性，在日常运动中保护和承受着脚的功能，耐受磨压。

造成脚跟脂肪垫损伤的最常见的原因，是在走路时失脚，脚跟突然跺地，或一脚偶然踩在碎石上挫伤了脚跟底部，引起脚跟脂肪垫炎。这是一种损伤性炎症。由于脂肪垫遭到过度挤压，引起小房内充血，水肿，甚至渗血，内压力增高，发

生疼痛并影响走路。

临床症状的轻重，决定于伤情。

有时脚跟底的肉垫子肿起很厚，疼痛厉害，轻触即痛，难忍。脚下垂时，呈跳痛。抬高患脚，痛可减轻。轻症者，可用脚前部着地行走，不能脚跟碰地。如行走不小心，在恢复期又使脚跟挫伤，症状又可加重，病程延长。

治疗较简单，都能痊愈，可不留任何后患。

伤后应立即冷敷和加压包扎患部。如有条件，局部使用冷镇痛喷雾剂，可迅速减轻软组织出血。凉水和冰等泡、敷患部，随后加压包扎，抬高患肢休息，也很方便有效。一般在伤后至少一天，解开敷料，开始热水泡脚，水湿以能耐受为宜，不是越烫越好，15~20分钟，水湿冷了可随时调热水，每日2~3次。辅以理疗。外敷新伤中药，均有散瘀、止痛、消肿消炎的效果。

## （二）跖底腱膜炎（跟骨刺）

脚的底面，我们都能摸到一根粗筋，医学上称跖底腱膜。这根筋强而有力，很重要。它从脚的跟骨起，向前脚散开，分别止在五个近跖骨的趾骨的基底部与骨膜相连，以维持脚弓站立步行时蹠筋膜承受较大张力，保护脚底的肌肉、肌腱和脚的许多小关节。

脚的功能是支持体重，因此要求脚必须具备结构上和位置上折稳定性，才能适应日常静止和运动时的支持作用。

人站立时，正常情况，体重在脚上形成三个负重点，即后脚跟与前脚的内侧和外侧三个着地部分成为三点鼎立。两个脚的两个三点鼎立合成一个强有力的支柱，负担着人在各

种姿势下的体重。那么脚底跖腱膜就主要起着维护脚底三点鼎立的重任。

发病的原因，多见于两种情况

1. 长期卧床，脚的内在肌肉，因废用而软弱，如尚未足够复原的中老年人，在此时期参加长久行走，或站立负重，容易犯此病。

2. 超体重的肥胖型大个子，年过中年，长期缺乏体育锻炼的人，也较容易发生本病。

由于他们脚的肌力弱，但脚所承受的体重确相对地很大。在行走、站立、运动时，通过脚底跖腱膜长时间、反复集中的牵拉，引起跟腱附着处的慢性损伤性炎症、骨膜下出血、骨增生，最终形成跟骨骨刺。因这种微小损伤，主要表现在跖腱膜与跟骨的连结处，属于损伤性发炎，故称为跖腱膜炎。

多在中年以上发病。起病一般渐渐进展，少数起病为亚急性。走路加重、跛行，休息即缓解。脚底外观无异常。压痛点在跟骨负重前内方，即跖腱膜附着处，症状重时，脚底腱膜痉挛，整个都有明显压痛。当你把脚向上翘，绷紧跖腱膜，则疼痛加剧，如把患脚朝脚底方向下压，放松跖腱膜时，痛即缓解。一般局部无红肿。

脚部照片，部分病人有跟骨骨刺，但不论有无，大小如何，与痛可不成比例。骨刺只是脚底跖腱膜长久、反复被过度牵拉造成微小损伤积累的结果。

骨刺的存在，常常并无症状，也不必紧张，更不需要想尽方法去“化掉”它，那是不可能的。个别骨刺较大，向脚底突起，因可损伤脚底脂肪垫，引起疼痛及炎症，无法使脚

跟着地，则须处理。虽照片无骨刺，但跖筋膜起点周围密度低或轻度增生，轮廓不清，临床局部压痛明显，这正是骨刺形成阶段。

### 治疗

1. 症状明显时，应避免负重，使局部充分休息。

2. 用薄海绵作鞋垫，或将骨刺部位的鞋垫挖空，避免局部受压以减轻症状。症状重，跖腱膜痉挛显著的病人，可采用矫形鞋、石膏固定等方法，使前脚向内旋以缓解腱膜的张力，利于解除疼痛。使用脚弓托使负重点分散到整个面受力，也利于缓解症状。

3. 中药熏洗，常用牛膝、伸筋草、透骨草、荆芥、防风、川椒各 15 克，熬水熏洗患脚每天一次，每次 30 分钟。效果较好。肿胀明显的在早期可配合内服消肿止痛汤，每日一剂，水煎，分三次服。也可采用理疗，控制炎症。

4. 跟骨骨刺切除，效果不好。因为骨伤面又会长新的骨刺，可考虑切除修整术、末梢神经切断术或跟骨钻孔术。

5. 常用的醋酸强地松龙局部封闭。因药可在局部沉积形成结节，日后可影响脚着地，走路痛，应引起注意。

## 九、跖 痛 症

人在坐位时，把一双赤脚平放在平地上。正常情况下，从侧面看，脚背呈弓状隆起。它有两个纵形的脚弓，内侧高，外侧低。但大家不大注意脚的前部，它由五个跖骨头也形成一个凸向脚背的弯弓，医学上称为脚的横弓。

脚弓是人类直立以后的产物,因为行走及跑跳的关系,脚弓相应产生。一个脚弓的完整不完全在于它的高低。更要紧的在于下肢的负重轴线,是不是刚好落在脚的第1~2趾之间,同时在于骨骼、韧带和肌肉是否保持着相互均衡的状态。

脚弓如一个弹簧,必须具有一定弹力,一个合适的脚弓负担体重后,脚弓就会受压降低,并使重力传到韧带、腱膜上,使其达到适度紧张时时,脚部内、外的肌肉既不能过于松弛,也不能过于紧张。只有具有完整的脚弓,在行走或跑跳时,才能吸收震荡,保护脚部以上的关节和防止内脏损伤。

脚横弓如失去常态,便会产生脚前受力不均。往往在受力过份集中处出现病损,形成趾痛症。

常见的两种情况:

1.有的人,前脚很宽,俗称锄钯脚,形容它象农具的锄钯。因为它前脚的五根跖骨,彼此分得很开,扁而平,横弓塌陷。显示脚韧带松弛,内在肌力较弱,在长期负重中引起小关节过度异常活动,常引起前脚底第二、三跖骨头下长老茧,韧带劳损发生跖部疼痛,影响行走。

这种情况,在轻症,可经休息,局部热疗,使用合适鞋垫即可缓解。症状重的,病程较长,常须修剪脚底老茧,并采用矫形鞋以横弓脚垫以恢复和支持脚弓。

加强脚内在肌的锻炼十分重要。并控制体重。训练方法,主要是在无症状阶段,每天坚持锻炼,以前脚着地抬起后跟练习立位支撑,做下蹲起立,反复做;或者以前脚着地,练习踱步。

2.另有一种人,又恰相反,前脚各跖骨过密靠拢,横弓

向跖底凸起。部分原因与穿窄鞋或高跟鞋有关。外力的挤压使跖骨头相互一起靠拢,长期挤压跖骨头间的滑囊和趾神经,引起趾间的滑囊炎,神经炎,甚至形成趾神经瘤。疼痛常见于第3~4跖骨,可放射到相应的趾部,有时在蹠底患部,可摸到长大的神经瘤。或可发现该部感觉异常。

治疗:最要紧的是改穿宽鞋,配合热疗。

如有神经瘤形成,多需切除。

滑囊炎、神经炎则适于局部醋酸强地松龙封闭治疗。

## 十、脚 外翻畸形与 趾关节滑囊炎

外翻,是一种很常见的脚部畸形。一看就明白,大脚脚趾朝小脚趾头方向偏斜,所以叫 外翻。许多中、老年人都有这样的畸形。但只有少部分人才引起症状。

### (一) 病因

#### 1. 脚的结构本身的缺陷

如 跖骨头发育短小;外展与内收大脚 的肌力不平衡,都可以使大脚 外倾。

2 穿高跟鞋和尖皮鞋,常促进脚在本身有缺陷的基础上,外翻更明显。所以中老年妇女,患病的较多。

其实,这种畸形本身,并不引起什么症状。造成脚痛的原因,是 外翻带来的新问题。因为, 外翻畸形越厉害,趾根部的骨突越明显,这部位恰好是跖趾关节。如果皮鞋较紧,质地又硬,骨突处就受到较大的摩擦和压力,久之骨突表面的皮肤便会磨出老茧。正常情况下 趾关节外有滑液囊,



以保护关节，利于润滑活动。如过度挤压与磨动，反形成慢性损伤性炎症，就称为 趾关节滑囊炎，又因为部位在大脚趾，常简称为 囊炎，是 外翻常见的一种并发症。

只要经常穿软质宽鞋， 囊炎是完全可以避免的。

病人常因足部畸形或足痛来就医。

## （二）症状

滑囊炎明显时，大脚趾出现红肿，触痛厉害，不能走动。

囊炎发生的部位，恰恰也是痛风的好发部位。两者也可同时存在，必须注意这个特点，因为治疗方法上不同。一般痛风起病急骤，痛剧烈，多数病人十天左右，急性症状可自行缓解，抽血化验查尿酸，急性期明显增高。但在非急性期（缓解期）血尿酸可正常。痛风晚期病例可出现痛风性结石，在 X 线照片上有典型表现，受累关节面有凿形缺损。

## （三）治疗与预防

1. 发作时，宜休息。局部热敷，外敷消炎止痛药或理疗均有效。但必须要穿鞋合脚。有脚 外翻畸形的人，从青年时起，就应穿宽鞋。

2. 畸形及症状严重，累发的，可以手术。但须根据畸形具体情况，选择不同的手术方式。如骨刺与滑囊切除，切骨畸形矫正。

更多的情况下，都能通过保守治疗，控制症状。老年人多不考虑手术。

## 十一、中老年人骨伤后的治疗特点

年纪大后，运动系统的功能也随之减退，活动能力逐渐下降，肌肉萎缩，灵敏度和反应性变差，自我保护和维持身体平衡的能力明显减低。所以，他们一方面不适应突然地环境与姿势的改变，容易发生外伤。如生活中不当心，滑一跤，很容易引起如肩部、手腕处、大脚根部和脚踝部几处老年人骨质特别疏松部位的骨折。另一方面，一旦造成骨折损伤，老年人的组织复元和愈合能力明显较年轻人缓慢。而且往往有较大的生理扰乱，心理精神上的负担很重。随着伤痛，突然改变了生活正常秩序，会严重影响睡眠、饮食，机体抵抗力很快下降，特别容易发生并发症。加之，老年人耐受性差，治疗上常不能很好配合，许多环节都可以直接间接影响最终效果。因此，中老年人发生骨与关节损伤后，在诊治与康复的全过程中，要充分注意这些特点。由于老年人对痛的反应变得迟钝、记忆力差，思想不易集中、持久，回答问题不确切，叙述常失真，医生和家属都不要麻痹大意，防止漏诊及对伤情估计不足。

### （一）姑息性治疗与手术治疗的关系

姑息性治疗是任何伤病的基本措施，是整个治疗的基础部分，是不可缺少的，包括休息、肢体的制动、营养、药物镇痛、止血、消肿、活血化瘀以及手法整复骨折、夹板、石膏或牵引法固定等，还有后期的按摩、体疗、理疗等都属于这个范畴。而手术治疗是指以外科开刀为主要手段的疗法。

许多病人和家属不愿接受手术治疗，认为受伤已经造成很大痛苦，再开刀岂不是伤上加伤吗？这个问题很复杂，不能一概而论。一般地说，骨伤后原则上都首先应考虑非手术治疗，即姑息性治疗。因为临床上遇到的骨伤，由于部位及损伤特点、具体情况是各色各样的，另方面伤者的年龄、健康状况、原有慢性疾病等基本状况因人而异，治疗的选择必须结合愿望与可能性和可靠程度来判断。如老年人最多见的股骨颈骨折，部位在大脚根部，除非属于骨折断端之间有很紧密的相互嵌插，不易再移位，就无需夹板固定。但如果是粉碎性骨折，骨折处就不稳定了，由于部位太高，软组织太丰厚，外固定物就不可能把它限制住。如果选用牵引法，对骨折来说，它具有复位和固定止痛的双重作用。但问题是老年病人将较长期卧床，将带来生理扰乱及各种并发症。最常见的是肺部感染、泌尿系统的感染、压迫性褥疮以及肢体长期不动，血流缓慢发生静脉内血栓堵塞。这些并发症在全身机能衰减的情况下，都可变成致命性的，其后果常远比骨伤本身要严重得多。况且，股骨颈部骨折，骨折位置越高，血循环越差，发生骨折不愈合和股骨头部因缺血而发生坏死的机会越大。最终可能起不了床，病残终身。但如果早期根据病情允许接受手术治疗，使用特制的长钉使骨折处稳定，促其愈合，甚至安装人工关节，取代无法复位和恢复功能的碎骨。这样就能很快在床上或下地活动。对老年人来说，防止并发症，维持正常生理活动，是至关重要的。

当然各种手术也有它本身的缺陷，手术毕竟也是一种创伤。

所以，要根据每个老年人的具体伤情、原有疾患、健康基础、医疗水平及条件等因素，全面、充分地权衡治疗手段的利弊，最后要以最有利于老年病人康复及其功能恢复的目标来选择。年龄有大小、伤情有轻重、损伤类型各异，应着眼于安全、防止严重并发症，尽可能争取最多的功能恢复，至少要能满足老年人生活自理的基本功能恢复的要求。

## （二）肢体固定与活动的关系

从骨折到骨折完全长牢，即骨折愈合，是一个相当长的过程。就治疗的角度来说，有移位的骨折，强调在无痛的情况下（麻醉技术）经过骨折复位，良好和牢靠的固定及功能锻炼等三个环节才能使骨折愈合过程顺利完成。

医生通过手法或手术方式使骨折复位后，采取诸如小夹板、石膏等外固定物与钢板、钢针、螺丝钉等形形色色的内固定物作为手段，继续维持好复位后的位置直到骨折重新愈合，这叫固定。这是治疗措施中关键的一环，十分重要，不可缺少。

如果固定不良，不牢靠，骨折部位因受周围肌肉的收缩，肢体的重力影响而经常移动，可能发生再错位、增加伤痛和损伤邻近神经血管的机会，还干扰骨折间自然愈合的能力而发生骨愈合过程迟缓，时间延长，甚至因软组织嵌插进骨折端之间，引起骨折永远不会自愈。

所以骨折固定具有镇痛、解除肌痉挛，防止再移位，避免加重损伤骨折周围软组织及器官等的作用。

骨折后固定也具有针对性和局限性。不是任何部位的骨折都是可以用小夹板，石膏能固定得稳的。要根据具体的骨

折位置和类型来考虑选择固定物。

固定太松，会引起骨折再错位；固定过紧，会引起肢体血流障碍，轻则肿胀，严重时可发生肢体坏死；手术复位用金属板，钉内固定，虽有对位满意，固定较牢等优点，但手术本身破坏血供应，有愈合慢、须再手术取出固定物、因材料质量问题引起固定物折弯、折断等缺点。

固定时间过久，还可以引起肌肉废用性萎缩，关节僵硬等明显缺陷，对功能恢复影响很大，老年患者更为突出。

关节僵硬的原因是多方面的，可由于骨关节周围的韧带、关节囊、滑膜在创伤后形成粘连、瘢痕。但最重要的原因则是肌肉缺乏活动。

骨折后，肢体在相当一段时间内暂时丧失了功能，随着损伤的日益趋于痊愈，功能锻炼在促进肢体功能恢复方面的作用是明显的。

首先，功能活动有促进伤后局部肿胀消退的作用。受伤后骨折端出血，肿胀是外伤性反应，早期还因疼痛引起肌肉反射性痉挛。血流和淋巴淤滞，组织缺血，又加重局部疼痛，成为恶性循环。它只能通过良好的复位与固定才能得以缓解，并促进血液循环，促使肿胀的消退，增加局部代谢，利于骨愈合过程。

牢固而有效的局部固定是允许肢体活动的基础，只有合理的活动才能促进骨折正常良好的愈合，而不合理的活动是骨折愈合极其有害的因素。不少人无原则地、片面强调早期活动，忽视固定，造成许多完全可以避免的畸形、功能障碍和骨折不愈合，使肢体残废。合理的功能锻炼还可以通过肌

肉收缩作用，并借助外固定以保持骨折端最好的接触，使骨折端产生有利于稳定骨折复位后的位置及促进骨愈合的纵向挤压力。

所以，当骨伤后的早期，局部肿胀明显，疼痛厉害，骨折端容易移位，功能锻炼宜少，宜轻，而且只限于远离骨折部位的关节活动。总的原则是早期以固定牢靠、预防再错位为目标，不强调功能活动。反倒强调患部制动。到中、后期时，肿胀与疼痛都已减轻，骨折部已有初步粘着，比较稳定，功能锻炼有了条件和基础，循序渐进地活动就允许多些，范围大些，甚至在骨折部位邻近的关节也可作有益的功能锻炼。但是肢体应严格控制旋转、成角的活动，以避免畸形愈合。

对老年人的腕臂骨伤恢复过程中，除注意手的功能锻炼外，特别要注意肩部活动不然腕部伤好了，肩部因长期不动而粘连，影响肩上抬运动。

在上肢的功能锻炼中，最容易出现问题的是肘关节。多数情况下，肘关节都固定在屈肘位置，当开始功能锻炼时，出于不确切的认识，往往怕肘关节伸不直，常把注意力放在练习伸肘，而忽略难以恢复的屈肘运动，更为重要。最终往往是屈肘受限较多，而伸肘受体位和重力作用的自然趋势影响较少。因此，屈肘如果受限过多，就会失去发挥手作用最有利的活动范围，这对老年人特别重要。

而下肢的主要功能是负重和行走。因此，要求各关节保持稳定。双下肢的长度尽可能做到接近均衡。

在骨伤后的治疗中，如果没有患者积极、主动、正确的功能锻炼，是得不到理想疗效的。

主动活动和被动活动应该是主从关系，主动活动才是锻炼的根本，被动活动则是主动活动的准备和补充。被动活动既不应该也不可能代替主动活动。

然而，老年人的特点是伤后耐受性差和惰性大，很少能配合好主动功能锻炼。始终不愿自己活动患肢。被动活动，就是别的人帮助患者活动患肢，固然也可以使受限的关节增加其活动范围，预防关节粘连、僵直。但最终仍需要由神经支配下的肌肉群来运动关节和肢体，防止肌肉萎缩，恢复肌肉张力，协调肌肉间的支配能力等，这些只能依靠主动的功能锻炼才能取得。被动活动是辅助性的，但对老年人显得更为重要。有助于主动锻炼的被动活动应鼓励。早期就可以对损伤部位以远的肢体进行按摩，手法宜轻柔，以帮助消肿胀和解除肌肉痉挛。中、晚期则可进行轻柔的被动活动以预防肌肉粘连、关节挛缩和畸形的发生，使已经有挛缩的肌和腱能被牵拉伸展。

一般说主动锻炼是患者自己掌握的，不易过分，但被动活动时，用力分寸不易掌握，容易发生问题。多次、反复强力的被动活动是不允许的，因为可以反复加重损伤处出血、渗出物引起肿胀，一再形成新的粘连，最终反而更加丧失功能，以完全僵硬告终。

骨折后固定和功能锻炼都是重要的。但是不应盲目地、不顾时间、条件、片面强调。在追求早期恢复功能时，不能忽略骨折端的稳定性和锻炼方法的合理性。总之，要根据当时的具体情况，进行有利于骨折稳定、骨折愈合、关节功能恢复的活动，一切不利的活动必须严加限制。

### （三）骨伤与全身状况的关系

老年人的骨伤，千万别轻视。听起来某处的骨伤并不严重或复杂。但因伤后患部肿痛、思想上的负担、精神上的牵挂和压力，常明显改变了日常生活，睡不好觉、精力疲乏，不思饮食，全身情况可以急剧恶化，各种并发症随之而来。多发性骨伤对生理扰乱更加严重。

许多骨伤病人住院后经检查发现糖尿病，控制较一般人难，常易引起各种感染、预后差。全身性疾患远较骨伤严重。所以不能孤立地只看骨伤，必须全面了解、仔细观察老年人的细微变化，提高警惕、重视全局。对同时存在的伤与病作全面的综合性处理，抓住主要矛盾，协调好主次要各个方面。

## 十二、中老年人骨肿瘤防治原则

骨肿瘤的发病原因和其他肿瘤一样，还不很清楚。

原发性骨肿瘤发病率只占全身所有肿瘤的 3%，而且以良性为多。良、恶性骨肿瘤的比例，大约是 3 : 1。

原发性恶性骨肿瘤中以骨肉瘤最常见。约占 50%，绝大多数发生在青少年。中年人则以骨巨细胞瘤和软骨肉瘤较多。前者是一种潜在性恶性肿瘤，肿瘤细胞很活跃，容易转变成恶性。多发性骨髓瘤和脊索瘤，多见于中年以后。而在老年人中更多的是骨的转移性肿瘤。即身体其它部位的恶性肿瘤或癌，在病程的晚期转移到骨组织的新生物。

人们提起恶性肿瘤或癌症都会有谈虎生畏的恐惧感。事实上，它确是一种很险恶的疾患，治疗尚无特效，特别是发



现较晚的病人，预后多不好。

近些年来，对骨肿瘤，尤其是恶性肿瘤，在治疗工作方面已取得相当的进展。早期发现，早期诊断，早期治疗，治愈率已有很大提高。即使对转移性病变，已是晚期的征象，如尽早争取明确诊断，积极采取综合性治疗，特别是抗癌药物及全身支持治疗，仍能明显减轻病人痛苦，缓解症状，延长生命。

### （一）重视骨体的变化

对体肤、新近发现与骨体相连的肿块，或原有的无痛性肿块，近期内突然长大，出现疼痛，应引起重视，审视症候及时到医疗条件好的专科就医，进一步弄清诊断。

有时自己认为是轻度外伤或碰撞的缘故，而往往是局部先已有肿瘤存在，轻微的碰撞，使肿瘤暴露并促其发展。在病变处可以触到肿瘤包块，多与骨连接不活动，一般地说良性骨肿瘤多无疼痛，表面软组织不肿，骨肿瘤本身坚硬，无明显压痛，也推不动，生长很缓慢。而恶生骨肿瘤就最先出现疼痛，先轻，为间歇性随局部肿块出现，继之迅速发展长大，痛也加剧，转为持续性，夜间痛为突出特点。向周围软组织侵蚀，局部皮肤温度常增高，有触痛且明显，病程长了，皮肤表面有许多怒张的血管。晚期常伴有消瘦、贫血。如发生转移，还兼有转移部位的症状。病人多显消耗，乏力及恶病质。

### （二）骨肿瘤诊断有时很困难，较复杂

多数情况下骨肿瘤的诊断，可以根据临床表现及X 照片作出判断，但难于区分是骨肿瘤或其它炎症，是良性还是恶

性骨肿瘤，是原先性骨肿瘤还是继发的转移癌，所以诊断并不容易。

临床诊断遇到困难时，常作活检，病理检查助诊。骨肿瘤的病检，可用针抽吸活检，但因所取标本较少，只能断明良恶性，不易判断肿瘤的类别。如果用特制的针取蕊活检，所取组织稍大，可供石蜡切片，确诊机会较大。对脊柱肿瘤病，可在荧光屏指示下引脊柱骨穿刺活检，缺点也是所取组织少，确诊率不算很高，而且有一定危险。所以穿刺活检有困难，或所取组织太少或不确切，影响判断，则须手术切开，在直视下，骨肿块处取检。

总的说，病理活检结果是可靠的，但由于它是肿瘤细胞的形态观察，如果所取组织不准确，或骨肿瘤所取的部位不同，某一些肿瘤的细胞形态类似，也可以发生判断失误。

所以，骨肿瘤的诊断，应有临床症象，包括实验室检查和X线照片、病理活检三结合来确诊。

作为恶性骨肿瘤的判断和拟行截肢等致残性手术的决定时，更宜谨慎、仔细，不能轻易根据某一特点来排除其它诊断的可能性。必须三结合，要有肯定的病理学诊断作依据。

### （三）骨的转移性肿瘤较常见

骨、肺和肝脏都是人体转移性肿瘤好发的部位。许多恶性肿瘤对骨组织有“亲和力”，而躯干骨，尤其是脊柱最为多发。其次是骨盆、股骨与肱骨上段，以及肋骨等处。

转移性骨肿瘤在恶性肿瘤中常见。一般认为85~90%是癌转移，肉瘤占10~15%。而脊柱肿瘤中大多数属转移癌，原发的相对较少。国内外许多学者的统计资料中表明，死于恶

性肿瘤者，70%以上有骨转移。其中乳癌列首位，其它常见的肺癌、甲状腺癌、前列腺癌，肝癌和鼻咽癌，共占85%以上。

一般认为膝关节以下骨转移病变少见，而在手、脚的短骨中，骨转移半数来自肺癌。乳癌多转移到胸椎及骨盆。甲状腺癌多转发在颈椎，宫颈癌，前列腺癌多转发于胸椎和肋骨。

#### （四）骨转移性肿瘤的特点

1. 许多原发肿瘤很隐蔽，它的转移性骨肿瘤可以是唯一的临床表现，而原发肿瘤本身却因体积小，部位深，可没有任何症状。有报告，一些病例死于转移癌，甚至尸体解剖也没有发现原发肿瘤在哪里。

2. 早期症状与许多常见骨病相似故易误诊。

骨转移性肿瘤，临床大多数病人以疼痛为首发症状，发病后相当时期内在各级医院门诊按颈肩痛，腰背痛，风湿症，增生性脊柱炎，椎间盘突出症，关节炎等常见症处理，易于误诊，漏诊。直到症状加重，表现出多处肿瘤转移或神经刺激，压迫、引起皮肤感觉异常和运动功能障碍走路不稳，甚至瘫痪，大小便失控才被认识，就为时已晚了。

早期恶性肿瘤的诊断如下：

1. 常规照片可以发现骨转移肿瘤。

2. 中年以上慢性脊椎骨痛，对症治疗虽有短暂减轻又进行性加重，痛转为持续，夜间更甚，更应充分怀疑。

3. 照片不能排除诊断，而临床充分可疑的病人应争取活检。

4. 对已知患原发癌而曾行各种根治或姑息性治疗的病人, 对突如其来的各骨部疼痛, 均应高度警惕。乳癌根治术后 7~9 年, 仍可发生脊柱、骨盆转移。不可麻痹。

5. 同位素扫描检查, 可寻找到转移性骨病灶, 或多发病灶。

6. 实验室血清硷性磷酸酶升高, 对骨的成骨性恶性肿瘤诊断有帮助。如术后该项检查未能恢复正常值, 表示肿瘤切除不彻底或已有转移性病灶。

#### (五) 骨肿瘤的治疗原则

1. 良性骨肿瘤长期存在, 无任何症状及变化, 可不必处理。近期发现者、首先必须排除恶性, 占位良性肿瘤, 大的可以行搔刮植骨术。防止发生病理骨折, 直至新生骨已代替原肿瘤骨。小者可观察。

2. 骨巨细胞瘤, 均宜手术活检。良性者, 或细胞活跃或恶性倾向者, 可搔刮植骨。如有恶性倾向, 中年患者可局部切除, 并行替代物如人工关节置换或骨移植术。

3. 恶性原发性骨肿瘤, 对中年人在肢体者争取切肢, 在脊柱、骶部、病灶尚局限, 可整块切除植骨。术后配合化疗及全身支持。病灶扩散则失去根治性手术机会, 可行姑息性综合治疗。

4. 骨转移癌则以全身支持及对症治疗为主, 以改善一般状况和缓解症状的目的。单发转移癌, 可在积极治疗原发癌的基础上行放射治疗。选用化疗或放疗时, 配合大剂量地塞米松, 利尿剂, 避免手术。求偶素对前列腺癌的骨转移有明显的效果。乳癌则用睾丸酮。放射治疗能减轻症状。

## 第十四章 中老年妇女妇科常见疾病与卫生知识

### 一、中老年期妇女的生理卫生

妇女的一生从新生儿到衰老大致分为新生儿期、幼年期、青春期、性成熟期（即生育期）、更年期和绝经期等几个生理阶段。因为每个人接受的遗传因素、周围环境及营养等条件的影响，各个人的各个生理阶段的划分年龄稍有不同。一般从出生后至4周内，称为新生儿期；出生4周到12岁左右，称为幼年期；从13岁到18岁左右，称为性成熟期（亦称生育期）；此期大约持续30年；在45岁至52岁之间，称为更年期，此期长短差异较大，一般是8~12年，因为这是妇女卵巢（性腺）功能逐渐衰退，月经开始紊乱，直到绝经（停经）的一个过渡时期。各个人月经紊乱持续的时间以及停经的早迟是不同的。停经后即进入绝经期，此期卵巢功能进一步衰退，同时生殖器官也逐渐萎缩。

按目前划分中老年妇女的年龄界限,45~60岁属中年妇女,60岁以上属老年妇女,中老年妇女恰好处于更年期及绝经期。

### (一)更年期与绝经期性腺功能改变对中老年妇女的影响

1.内分泌系统失去平衡:更年期过渡到绝经期的基本生理变化是卵巢分泌雌激素的功能减退直至完全消失。垂体分泌过多的促性腺激素,但此时期的卵巢对垂体分泌的促性腺激素不再有足够的应激反应,因此仍不能增加雌激素的分泌量。从而引起内分泌系统,主要是丘脑、垂体、卵巢之间的内分泌失去平衡。多数妇女通过神经系统和内分泌系统的调节和适应能逐渐恢复稳定,达到新的平衡。故能保持身体健康,顺利渡过更年期。亦有10~30%的妇女在此期出现以植物神经系统功能紊乱为主的症状。突出的表现为潮热、潮红、心跳、易出汗、情绪波动等症状,称为更年期综合征。本综合征对患者的健康和工作均有影响。

2.月经紊乱到停经:更年期卵巢功能开始衰退,首先停止排卵,月经开始紊乱,最后月经完全停止。这期间月经的表现大致分为三种类型: 月经间歇期延长(即是周期延长),来潮时间缩短(经期缩短),经量减少,然后慢慢停经;

月经突然停止,以后不再来潮。以上二种类型对身体多无影响; 月经周期不规则,或闭经一段时间后来经,经期延长7天以上,经血量亦增加,有时阴道大出血,有时则淋漓不断地出血,往往经过用药治疗才能逐渐停经。这种类型由于经期延长,经血过多常常导致贫血,对妇女身体健康影响较大,应当及时到医院检查治疗。

3.生殖器官萎缩：由于卵巢分泌的雌激素减少至完全停止分泌，生殖器官包括外阴部、阴道、子宫及附件逐渐开始萎缩。生殖道的粘膜变薄，腺体分泌减少，抵抗细菌的能力减弱，容易患感染性疾病，如老年性阴道炎。

4.对泌尿系统的影响：亦因雌激素的分泌下降，影响膀胱及尿道粘膜的健康。老年妇女亦易患泌尿道的感染，如像尿道炎或尿道肉阜，主要的表现是排尿痛，有时由于膀胱粘膜出血，出现血尿。

此外，老年妇女发生骨质疏松症，动脉硬化症，变形性关节炎均可能与雌激素的缺乏有关。出现这些病症与老年期性交疼痛和尿道炎等统称为老年期障碍。

如何使广大妇女在更年期避免或减轻更年期综合征的发生，防治老年期疾病是妇科工作者和广大妇女应该重视的问题。

## （二）中老年妇女个人卫生

因为生殖器官逐渐萎缩，外阴、阴道口上皮变薄，局部抵抗力减弱，细菌容易繁殖引起炎症，轻微的损伤亦可引起外阴或肛门皮肤裂口。故应特别注意个人卫生。

1.每日应该用温开水加入少许盐或食醋约一汤匙，坐盆或洗外阴部。

2.洗外阴的盆子应该专用。以避免感染霉菌或其它疾病。

3.大小便后要用消毒草纸擦干净，以免大小便对外阴皮肤的激惹。

4.如果外阴、阴道口感觉烧灼、干燥不适或痛，均可在洗净之后涂擦40%的紫草油。既可保护皮肤，又能杀菌消炎。

5. 保持大便通畅, 中老年人骨盆底肌肉松弛, 如果大便干燥, 用力挣, 易诱发子宫脱垂。中老年妇女不宜作过重的体力劳动, 特别是下蹲用力更易发生子宫脱垂。

### (三) 中老年妇女是否应该保持性生活

由于更年期及绝经期内分泌激素的改变, 雌性激素下降, 生殖器官萎缩, 或因有老年性阴道炎、尿道炎、外阴干枯等病症, 中老年妇女可能性交疼痛。因而性交频率自然趋向减少。随着人类生活的提高, 生命的延长, 老年人希望性生活得到满足, 完全是正当的。绝经后妇女保持适当的性生活, 有益于预防过快衰老及减少阴道的缩窄性变化。如果性交疼痛, 首先要解除精神上的恐惧, 同时可进行妇科检查, 对老年性阴道炎等疾病作适当的治疗。此外在医生指导下尚可局部应用雌激素类药物配成的膏剂、栓剂, 或用紫草油等润滑剂, 增加性交前准备也有帮助。

### (四) 定期作妇科检查

因为年龄越大, 恶性肿瘤发生的机会越多, 妇女生殖器官恶性肿瘤患者较男性多见。妇女 60 岁以后的肿瘤以子宫体癌和子宫颈癌最常见。这种癌早期多无明显症状, 容易忽略, 因此最好定期作妇科检查, 常规取细胞涂片或取活体组织行病理检查有无癌细胞。这样, 可以早期发现疾病, 及时治疗。可取得良好的疗效。定期检查的时间, 半年到 1 年检查 1 次。

### (五) 有下列异常情况时, 必须立即就诊

1. 突然发生阴道出血, 特别是绝经多年之后又发生阴道出血。

2. 白带增多, 呈脓样、桃花脓样。



3. 外阴瘙痒。
4. 下腹不适。
5. 下腹膨胀或发现包块。
6. 不明原因的体重骤然减轻。
7. 严重的腰背痛或四肢关节痛。

#### (六) 消除忧虑

中老年妇女知道更年期与绝经期的正常生理过程之后，应以乐观和积极的态度对待老年的来临。消除无谓的恐惧与忧虑，这样有利于预防更年期与老年期疾病。

## 二、功能性月经紊乱

### (一) 什么叫做功能性月经紊乱

妇女一生中，要在生育期和非生育期之间经历一段明显的变化时期，即是卵巢功能逐渐衰退停止排卵到最后消失的过渡时期。其特点是从生殖功能旺盛状态向老年退化萎缩的过渡，不但呈现生育能力显著下降或终止，而且还表现有功能性月经紊乱，这个时期叫更年期，绝大多数人在 45~52 岁之间，也有的始于 40 岁或更早一些。分为绝经前期，绝经期及绝经后期。

1. 月经是什么：月经是有排卵性的子宫内膜周期性脱落的结果，绝大多数人的月经是正常的，67~70%的妇女月经周期为 28~30 天，提前或延后 3 天仍属正常，月经持续的时间称为月经期，一般 3~7 天，一次月经的出血量 30~50 毫升，最多不超过 80 毫升，即一两左右。月经血一般粘稠不凝

固,含有子宫内膜碎片,子宫颈粘液,脱落的阴道上皮细胞。月经来潮不影响生活与工作。妇女正常的月经乃是身体健康的表现。

2. 什么叫功能性月经紊乱:就是指更年期妇女月经周期的时间长短不正常,流血量也异常,有时伴有某些症状发生。更年期月经表现形式多种多样,据报道,绝大多数妇女在月经终止之前数月或数年有月经紊乱表现。有的妇女突然发生闭经而没有绝经前月经紊乱的表现,很快进入绝经期;有的妇女月经周期逐渐延长,经量逐渐减少,最后月经停止,进入绝经期。绝大多数妇女属于前二种表现,这是自然的生理过程,一般不会影响身体健康。还有一种情况是,少数妇女可能发生严重的子宫出血,这就不属于功能性月经紊乱的范畴,临床上称之为更年期功能失调性子宫出血,这是一种病态,妇女发生此情况应到医院进行检查与治疗。

### (二) 什么叫做更年期功能失调性子宫出血

更年期功能失调性子宫出血(简称更年期功血)指月经周期不规则,经量多,出血时间长或子宫出血周期有规则而血量也不多,但淋漓不尽。由于出血过多而发生严重贫血,影响身体健康,也影响工作与生活。这种子宫出血是由于调节月经的神经内分泌功能失调所致。卵巢基本上不排卵。经检查盆腔内生殖器官无肿瘤、炎症、流产、血液疾病及外伤等。

### (三) 更年期功能失调性子宫出血的原因

妇女的正常月经与卵巢功能有密切关系。每个妇女有两个卵巢和一个子宫。卵巢中含10~30万个卵细胞。卵巢中的卵细胞有生长发育期,排卵期及黄体期,这叫做卵巢周期。子

宫内层是子宫内膜，子宫内膜分为增殖期、分泌期和月经期，这叫子宫内膜周期。卵巢中卵细胞生长发育时分泌雌激素，在雌激素的影响之下，子宫内膜的腺体增生，血管增生，间质增多而且逐渐增厚，成为增殖期，卵巢的黄体能分泌雌激素及孕激素，在这两个激素的共同作用下，子宫内膜腺体继续增生，腺体扩大弯曲，血管增多变为螺旋状，间质水肿，成为分泌期子宫内膜，如果没有受孕，则黄体退化，雌激素、孕激素水平急骤下降，子宫内膜失去足够的激素支持，螺旋动脉收缩，子宫内膜缺血而退变。坏死，脱落出血，月经来潮。以后，下次月经周期开始，如此反复循环。必须指出，卵巢周期与子宫内膜周期要相互协调一致，达到平衡状态才能维持正常的月经周期，如果卵巢的周期失调，则子宫内膜周期也出现异常，随后发生月经紊乱。卵巢的正常功能是维持正常月经必不可少的因素，但是由什么因素来保持卵巢的正常功能呢？科学早已证明，脑垂体前叶的神经细胞分泌促卵泡激素（简称FSH）和促黄体生成激素（简称LH），这二种激素与卵巢功能有着密切关系，FSH与卵泡生长发育和雌激素的产生有关，LH与排卵、黄体形成及孕激素的产生有关。

更年期妇女，由于卵巢功能逐渐衰退，卵细胞减少，卵巢中剩余的卵泡对FSH和LH的感应性降低，卵泡不能发育成熟，无排卵及黄体形成。此时卵巢中存在着较多的不同阶段发育的卵泡，它们持续地分泌雌激素。又由于卵巢中无孕酮产生，则子宫内膜长期单一地受到雌激素的刺激，呈现出增殖期变化或者增生过长，或囊腺样增生，腺瘤样增生，没有分泌期变化，当雌激素水平下降时，子宫内膜可以发生区

域性退化，坏死而出血。由于子宫内膜增生过厚，不能在短时间内完全彻底地脱落，造成出血时间长，出血量多或者淋漓不尽、反复出血等。这就是更年期功能失调性子宫出血的重要原因。

#### (四) 更年期功能失调性子宫出血的表现

1. 不规则出血：完全没有规律的子宫出血是本病的主要特点，出血量有多有少，持续时间也各不一致，或长或短。有时停经 2~3 个月之后突然发生阴道严重出血，持续 2~3 周或更长时间而不易自然停止，有时虽然月经周期比较规律，但出血可以淋漓不尽，时多时少反复出血。此种出血一般不伴有腹痛。

2. 贫血：不管是突然发生严重出血或是长期淋漓不尽，反复出血，由于病情长期不愈，患者因失血过多可以导致严重贫血，有的患者一次大量出血，血色素可以降到 3~4 克%，甚致发生休克。由于贫血，常伴有晕、头昏、眼花、乏力、食欲不振，失眠多梦或浮肿等，严重影响工作、学习和生活。

3. 基础体温：连续数个周期测量基础体温。曲线表现是单相型，显示出卵巢无排卵图相。

4. 盆腔检查：子宫口松弛而软，子宫长大变软，有时卵巢囊性长大。由于雌激素长期刺激盆腔，引起盆腔充血，扪诊时子宫及盆腔结缔组织有轻度触痛。

5. 宫颈粘液透明，有时量多，涂片检查出现不同等级的羊齿状结晶。阴道脱落细胞涂片检查，呈现出持续性雌激素影响而无黄体相，但雌激素水平可高可低。

6. 子宫内膜病理变化：出血期诊断性刮宫，将子宫内膜

送病理检查，内膜呈现出增殖变化，或子宫内膜增生过长而无分泌期改变，或囊性增生。少数患者出现腺瘤样增生，应警惕有癌变的可能性，须积极进行诊治。

#### （五）更年期功能失调性子宫出血的治疗

1. 止血：为了防止出血过多过繁，尽快止血是需要的，止血可以预防失血过多而造成严重贫血、影响身体健康。止血方法如下：

（1）性激素止血：更年期功血应用性激素止血者很多。常用药物有孕激素及其衍化物和睾丸素等。用孕激素止血后，子宫内膜变为分泌期，停药后子宫内膜在短期内完全彻底地脱落而止血，止血前有一次月经，有时甚至稍多一点。睾丸素减轻盆腔充血，有利止血。黄体酮每日用 20 毫克，丙酸睾丸酮用 50 毫克肌肉注射，共用 3~5 天。

（2）诊断性刮宫：完全彻底刮除子宫内膜可以迅速止血。刮出的子宫内膜应送病理检查，可以了解子宫内膜的形态改变，也可以了解子宫内膜有无癌变，如子宫内膜癌等。诊断性刮宫止血不能反复多次使用。适用于以下情况。上述性激素止血效果不佳者。患者以往没有做过刮宫而不明子宫内膜的病理改变者。患者因失血多、贫血严重而不宜用孕激素止血，可以一方面输血纠正贫血，另一方面做诊断性刮宫止血。

（3）一般药物止血：出血期应用一般止血药物能增强止血功能，如维生素 K 和 C、止血敏、安络血和阿度那。中药止血有三七粉、云南白药、仙鹤草和旱莲草等。亦有用抗纤维蛋白溶解药物，如 6—氨基己酸每日 6~12 克，抗血纤溶芳

酸每日 0.3~0.6 克,止血环酸每日 0.25~0.5 克,这些止血药物如适当与性激素配合应用,可以收到很好的止血效果。有人认为可以减少 50%的出血量。

2.纠正贫血:由于失血过多过繁或出血时间过久,或反复性出血,患者往往出现不同程度贫血,严重者血色素可以降至 3~4 克%。不论贫血程度的轻重,必须纠正,以有利于全部病情的恢复。失血性贫血多为缺铁性贫血,应当补充铁剂,如硫酸亚铁、右旋酞酐铁、枸橼酸铁铵和红色补丸等。中药有补血丸。其他如叶酸,维生素 B1 和 B2 也可应用。严重贫血者需要反复多次输血。输血可以迅速纠正贫血,防止病情恶化,有利身体健康尽快恢复。

3.调整月经:目的是为了阻止子宫内膜过度增殖过长(肥厚)从而减少月经血量及止血,并使更年期逐渐进入绝经期,预防绝经期症状发生。更年期月经的调整方法也是应用性激素,所用药物以抑制垂体及卵巢为主,不用促排卵的药物,因为更年期妇女卵巢功能衰落,诱导排卵甚为困难,也无效果。避孕药 1 号,每日口服一片,在服 22 天为一周期,共服 3~6 个周期。孕一雄激素合并法,黄体酮 10 毫克和丙酸睾丸素 10~25 毫克,每日肌肉注射一次,共 5 日,月经周期第 20 天开始用。或者患者停经 2~3 个月,用黄体酮 20 毫克/日及丙酸睾丸酮 50 毫克/日肌肉注射,停药后有一次药物性止血,其出血量不会过多,止血也较快。甲基睾丸酮 5~15mg/日,每月服药 3 周停药 1 周,可在服 3~6 个周期。此法简单而无撤血(停药后,引起的月经样出血),但可以显著减少出血量,如肝功能不好,患有高血压及心血管疾病者

不能应用,用药量过大时间过长,应警惕男性化现象发生。上述各种调整月经的药物,经用3~6个周期之后可以达到逐渐绝经的目的。

4.手术治疗:目前由于手术及麻醉等技术进步,子宫切除术也很安全,并发症少,手术治疗更年期功能失调性子宫出血也不少见。对于发病年龄早,经过正规而反复多年治疗效果不佳者,可以考虑施行子宫全切除术,这类病人往往雌性素水平比较高,不但不易进入绝经期,同时过高的雌激素刺激子宫内膜,发生子宫内膜癌的机会增多。另方面经常发生子宫出血对身体健康有严重的影响,也影响工作与学习,所以有必要切除子宫,彻底根除功血本病。

### 三、中老年妇女生殖器炎症

正常青壮年妇女,由于其阴道口闭合,阴道的前后壁贴在一起,阴道的上皮细胞在卵巢所分泌的雌性激素的作用上增生,并含有丰富的糖元。阴道内通常有阴道杆菌寄生,它可使阴道上皮细胞内的糖元转变成乳酸,因此维持阴道正常的酸性,其pH值为4~5。这就使适应于碱性环境生长的细菌或病原体受到抑制。子宫颈管的粘液象一个塞子将宫颈口堵塞,阻止细菌进入宫腔,同时子宫颈管的粘液又呈碱性,使适于酸性环境的病原菌受到抑制。加之子宫内膜按月脱落行经,亦有利于防御细菌的侵袭。

中老年妇女,特别是绝经后的妇女,由于卵巢功能逐渐衰退,雌激素分泌减少,阴道上皮变薄,表层细胞含糖元减

少,阴道从酸性渐变为碱性,绝经后妇女的阴道 pH 值常在 6 ~ 8,子宫颈管的粘液也减少。生殖器官局部抵抗病原体的能力减弱,病原菌则可乘虚而入,引起各种炎症。中老年妇女,只要加强个人卫生,避免染上各种病原体,亦可避免生殖器炎症的发生。

### (一) 阴道炎

#### 1. 滴虫性阴道炎的症状与治疗

滴虫性阴道炎是一种常见的阴道炎。它是由阴道毛滴虫侵入阴道引起的炎症,传染性很强。其症状有白带增多,白带呈黄白色或黄绿色,或为脓样白带,常有泡沫、味臭,病情严重时,白带中还可含有血液。下身瘙痒,尤以夜间为重,影响睡眠。另外还可出现小便时疼痛及小便次数频繁。

由于滴虫性阴道炎是一种传染病,它可通对夫妇性交传染,亦可通过公共浴具(游泳池、浴盆、脚盆等)传染。因此,首先应该预防此病的发生。注意个人卫生及公共卫生,避免盆浴,家庭中毛巾及盆具应分开,并定期煮沸消毒。一旦经医生检查有阴道滴虫时,可用 1/5000 的高锰酸钾溶液坐盆或冲洗阴道,或用食醋一汤匙放入温开水内混匀后坐盆。坐盆后可于阴道内放置滴维净或灭滴灵药片,每晚一片,或曲古霉素栓剂每晚塞入阴道内 10 万单位,连续 10 天为一疗程,有月经者最好在月经后放药。经治疗后症状好转经检查阴道内已无滴虫者,应坚持治疗三个疗程,以达彻底治愈。如反复发作,病情顽固,其夫亦应检查治疗。

#### 2. 霉菌性阴道炎的症状与治疗

霉菌性阴道炎是由念珠菌感染引起的阴道炎。患者一般



有白带增多，白带呈豆腐渣样；外阴阴道发痒；有的患者阴道和阴道口有烧灼感。约有 10~30% 的患者无明显症状。

患霉菌性阴道炎后，治疗可用 2~4% 的苏打水冲洗外阴及阴道，冲洗后用 1% 的龙胆紫或制霉菌素软膏（10 万单位/克）涂搽外阴、阴道，7~10 天为一疗程。另外亦可口服曲古霉素 10 万单位，每天 2 次，或用片剂塞入阴道，每晚一次，7~10 天为一疗程。一般应坚持治疗 2~3 个疗程。治疗期间应避免性交或采用阴茎套隔离以免性交感染，必要时夫妇双方同时治疗。除上述药物治疗外，还应经常消毒煮沸所用的盆、毛巾和内裤。如反复发作经久不愈，应检查有无糖尿病，如有糖尿病应积极治疗。

### 3. 老年性阴道炎的症状与治疗

老年性阴道炎的主要症状是阴道分泌物增多。其分泌物可呈水样或脓样，有臭味。其他症状还有阴道点滴出血，阴道灼热感、坠胀不适，以及小便频繁与小便时疼痛。如阴道炎长期经久不愈可致阴道狭窄，甚至阴道闭锁而出现性交疼痛或性交困难。

由于老年性阴道炎的主要原因是卵巢功能衰退，阴道上皮变薄，抵抗力下降，故治疗的主要目的是增加阴道上皮的抵抗力。一般可用 1/5000 的高锰酸钾溶液冲洗阴道，擦干后可涂搽 40% 的紫草油或撒以抗生素药粉（氯霉素等）。亦可经医生检查排除其他异常疾病后使用少量女性素治疗。如以 0.1% 乙蔗酚软膏涂搽阴道或 0.125~0.25 毫克乙蔗酚口服，每天一次，7~10 天后停药。

### （二）子宫颈炎

### 1. 子宫颈炎的症状

轻型宫颈炎的患者多无症状。常见的症状有白带增多，为黄色或脓样白带，病情严重者可有血性白带；下腹胀痛，腰酸不适，痛经甚至不易怀孕；性交出血；小便频繁及排尿困难等症状亦可出现。

### 2. 宫颈炎的治疗

由于宫颈炎与子宫颈癌的发生有一定关系，而且已婚妇女常因流产、生产造成子宫颈损伤，细菌进入宫颈组织引起炎症而又无明显症状，常被忽略。炎症长期未治愈可能慢慢转变为癌症，故不应忽视宫颈炎的治疗，但也不必过分紧张。因此，已婚妇女，特别是中老年妇女应定期进行妇科检查，及早治疗宫颈炎。治疗方法有电烙、电熨、冷冻与激光治疗。这些方法都是使发炎的上皮结痂、坏死、脱落，再长以新生上皮而达到治愈目的。治疗时间，一般在月经干净后3~7天进行。如果宫颈炎久治不愈或子宫颈肥大、子宫颈过长者可作子宫颈锥形切除术。子宫颈有息肉者作息肉切除术。至于该用何种方法治疗，须由医生检查后根据具体情况确定。

### (三) 盆腔炎

女性内生殖器及其周围的结缔组织和盆腔腹膜发炎时，称为盆腔炎。一般分为急性盆腔炎与慢性盆腔炎两种。盆腔炎多在生育年龄发病，常见于流产、分娩，盆腔手术后或月经期性交后。若久治不愈，反复发作，病程可迁延到中老年期。此外，由于中老年妇女的生殖道的防御机能降低，如果患生殖道肿瘤（如宫颈癌等），则易诱发子宫腔感染或盆腔感染。采用抗生素治疗急性盆腔炎的效果较好，但治疗慢性盆

腔炎的效果则不佳。慢性炎症病程往往迁延，影响妇女的身体健康，造成痛苦。所幸的是，中医药慢性盆腔炎的治疗有较好的效果。

### 1. 盆腔炎的症状

由于病情的轻重缓急不同，或炎症波及的范围不同，所表现的炎症症状亦不一样。患盆腔炎的病人常有高烧、寒颤、小腹部疼痛、阴道分泌物增多，阴道分泌物常成水样或脓样。急性子宫内膜炎，除下腹部疼痛外，还可伴有阴道流血淋漓不止，腰酸，解大小便时疼痛等。慢性盆腔炎，常有双侧下腹隐痛，下坠感，月经期时症状更为严重，白带增多、腰酸、乏力及月经不调等。慢性盆腔炎有盆腔粘连者，可引起输卵管不通，是发生不孕或宫外孕的原因。亦可形成输卵管卵巢炎性包块并与周围组织或器官粘连。

### 2. 盆腔炎的治疗

要治疗盆腔炎首先应预防盆腔炎的发生。如月经未停者应注意月经期卫生，避免月经期性交；应特别注意外阴部的清洁，清洗外阴时，宜使用淋浴不宜盆浴；即使是中年妇女亦应避孕以减少人工流产时子宫腔损伤导至细菌进入的机会。

#### (1) 急性盆腔炎的治疗

卧床休息，头高脚低位以利于宫腔、阴道分泌物的引流。

饮食应以容易消化的、热量高的流体食物为宜，如牛奶、蛋花汤等。

经常保持大便通畅。

高烧时应用冷水毛巾或冰袋置于头部、腋窝下及腹股沟处降温，并给予足够量的液体静脉输入。

给予强有力的抗生素（青霉素、链霉素、庆大霉素等）控制感染。

#### （2）慢性盆腔炎的治疗

物理疗法。选用短波或超短波治疗以促进血液循环，利于炎症吸收、消散。

中医中药治疗。起行气、活血、软坚的效果。慢性盆腔炎多以肝郁气滞血瘀型为主，宜以行气活血化瘀为主，配以抗炎抗菌中药：丹参 18 克、赤芍 15 克、木香 12 克、桃仁 9 克、红藤 30 克、当归 15 克、茯苓 12 克、丹皮 9 克、生地 9 克。

其他药物治疗。在用抗菌药物的同时采用——糜蛋白酶 5 毫克或透明质酸酶 1500 单位，肌肉注射，隔日一次，5~10 次为一疗程，以利粘连和炎症的吸收。另外，胎盘组织液、胎盘球蛋白肌肉注射可改善机体的抗病能力。

手术治疗。盆腔炎性肿块较大（直径在 6 厘米以上）、久治不愈且伴有严重症状、如腹痛、月经紊乱等可行子宫全部切除及双附件切除术。

总之，慢性盆腔炎反复发作、病程迁延，单一疗法效果较差，应采用综合疗法效果较好。

#### （四）子宫内膜炎、子宫腔积脓

老年妇女由于卵巢内分泌功能减退，子宫内膜萎缩、变薄，子宫颈管内无粘液栓阻塞，因此，在有阴道炎的情况下，细菌易上行感染而导致子宫内膜发炎。加之老年妇女子宫内

膜无周期性脱落(月经),故子宫内膜的炎症长期存在,病情逐渐加重,分泌物增多,如果有子宫颈管狭窄或闭锁,炎性分泌物则不能流出,滞留于子宫腔内——形成子宫腔积脓。

患有子宫内膜炎的妇女,常有下列坠胀,白带增多;有子宫腔积脓时,可间断流出恶臭脓性分泌物,有时可含有少量血液。患者可有人软、发热等全身症状,但亦有无任何反应者。医生检查时可发现子宫呈球形增大、软、压痛;阴道粘膜充血或呈点状出血等炎症表现,扩张子宫颈管可见脓液从宫腔流出。子宫腔积脓亦可发生于子宫内膜癌的病人。为了区别这两种疾病,应在医院进行诊断性刮宫术并将刮出物送病理检查。

老年性子宫内膜炎的治疗,应用口服抗生素对病情较轻又反复发作的病人有一定效果。常用磺胺甲基异恶唑(SMZ)1克,每日二次,首次剂量加倍。另外,还可加用灭滴灵200毫克,一日三次,对合并厌氧菌感染者有效。用药时间为5~7天。用药的同时加用己希雌酚0.25毫克,每日一次,连服1~2周。如有子宫腔积脓时应扩开宫颈引流,待脓液流尽后用抗生素药液或1/5000过锰酸钾液30~50毫升冲洗宫腔,至流出液较清亮为止。如此冲洗,每日一次,一般数次冲洗即可治愈。

## 四、女阴瘙痒症

女阴瘙痒症是女阴各种病变引起的一种症状。但女阴无病变者亦可出现女阴瘙痒。女阴瘙痒症可发生于任何年龄,尤

以中老年妇女最为常见。病情轻者，瘙痒呈间断性，有的患者仅在夜间发病。病情严重时，呈持续性，奇痒难忍，以致患者用力搔抓、摩擦外阴，皮肤抓破均不能止痒。病变长期不愈，影响健康、学习和工作。

### （一）女阴瘙痒症的原因

引起女阴瘙痒症的原因如下：

1. 滴虫性阴道炎与霉菌性阴道炎是引起女阴瘙痒的最常见病因。两者均可出现白带增多，刺激外阴皮肤引起女阴瘙痒。另外，慢性宫颈炎、宫颈息肉或盆腔内有肿瘤的病人均可出现白带增多，导致女阴瘙痒。

2. 外阴局部的病变。如女阴白色病变、外阴皮炎等。

3. 小便刺激。糖尿病患者或有尿瘘小便不能控制者，其尿液长期刺激女阴皮肤而引起瘙痒。

4. 全身疾病的影响。患黄疸及维生素 A、B 缺乏的病人亦可发生外阴瘙痒。

5. 皮肤过敏。外阴皮肤对化纤织物、药皂及香皂等过敏。

6. 肥胖。由于肥胖，外阴皮肤摩擦，多汗，皮肤汗腺分泌物的刺激。

7. 不明原因的外阴瘙痒。部分患者女阴瘙痒十分严重，经检查找不出任何原因，这可能与精神及心理因素有关。

### （二）女阴瘙痒症的治疗

#### 1. 一般治疗

注意经期卫生，保持外阴干燥，切忌搔抓及热水烫洗外阴。内裤应以宽松适当的棉织物为宜，应忌酒及辛辣过敏食物。小便后应用消毒卫生纸擦净外阴，大便后最好用温热开

水清洗外阴。

## 2. 病因治疗

及时就医寻找病因——全身或局部的因素。针对病因进行治疗。

## 3. 对症治疗

主要针对瘙痒治疗。常用 40% 氧化锌油膏或皮质激素软膏涂搽女阴皮肤以止痒。症状严重心神不安者可口服扑尔敏 4 毫克，苯海拉明 25 毫克或非那刚 25 毫克，每日三次，起镇静脱敏作用。

# 五、更年期综合征

妇女渡过了生育年龄，在到达老年期以前，有一个过渡时期，即相当于中年阶段（一般在 45~50 多岁），这个时期医学上叫更年期。更年期是卵巢功能逐渐衰退到最后消失的过渡时期，其中以绝经为主要表现。部分妇女在绝经前后可以出现一系列植物神经功能失调为主的症候群，称为更年期综合征。

## （一）为什么会产生更年期综合征

妇女经过大约 30 年的生育期后，卵巢功能开始逐渐衰退，即进入更年期。此外，卵巢对垂体促性腺生成激素不具有足够的应激能力，从而不能产生足量的雌激素及孕激素，首先丧失了排卵功能，虽然仍有月经来潮，但已经是无排卵的月经周期。也就不能受孕。以后卵泡逐渐停止发育，雌激素的分泌更加减少，当减少到不能刺激子宫内膜增生时，月经

就停止来潮而进入绝经期。在卵巢分泌雌激素的量减少时,正常丘脑下部、脑垂体和卵巢内分泌激素之间的平衡关系发生改变。主要是由于卵巢分泌雌激素的量下降,丘脑下部与垂体前叶为了补偿这种缺陷,大大增加促卵泡成熟激素的分泌,产生丘脑下部和垂体功能亢进的现象。在垂体前叶促卵泡成熟激素的分泌增加时,相应的其它垂体内分泌激素的分泌也增加,如促甲状腺激素和促肾上腺皮质激素,同时植物神经系统功能也开始紊乱,从而产生更年期综合征。

祖国医学认为更年期是由于肾气渐衰,冲任脉虚损,精血不足、天癸(月经)将竭的生理变化。此时人体调节阴阳平衡的功能减退。故而出现一系列脏腑功能紊乱的症候。

## (二) 更年期综合征与哪些因素有关

更年期综合征不是每个妇女都产生,大约 10~30%的妇女才有较明显的症状。多数妇女可通过自身神经系统及内分泌系统的调节,使机体能适应由于雌激素下降后,丘脑、垂体功能亢进的生理性反应,从而保持身体健康,顺利渡过更年期。是否出现更年期综合征,以及症状出现的早晚和严重程度,与绝经年龄早迟、绝经方式、妇女的健康状况等因素均有关。

1. 绝经时间早,容易发病,且比较严重。

2. 绝经的方式——人工绝经,如手术切除双侧卵巢或放射治疗。卵巢功能骤然下降,机体不能适应,故人工绝经较自然绝经容易发病。

3. 身体发育差者较体质好的妇女易发生更年期综合征。

4. 平时精神状态不够稳定的妇女或神经过敏者,常较神



经稳定类型的妇女容易发生本症。

5. 有慢性疾病，影响健康和工作的妇女也易发病。

### （三）更年期综合征有哪些症状

1. 心血管症状：阵发性潮热是常见的症状之一。病人自觉全身突然感到发热、涌向颈部及面部，然后出现发红和出汗。潮热发作次数不一定，轻者每天数次，重者可达数十次，夜间亦常发作。严重者坐卧不安，十分难受。潮热有时伴有胸闷、气短、心悸、眩晕等症状。甚至出现短暂性血压升高，以收缩压升高为主。血压的波动度亦大。潮热的原因，有人认为是雌激素下降后垂体分泌过多的促性腺激素使植物神经系统兴奋，从而导致心血管的舒缩功能失调所致。更年期高血压、头痛、心跳和心悸还与肾上腺皮质激素增多有关。

2. 精神神经症状：此期情绪多不稳定，容易激动，精神紧张，有时忧郁好哭，常常失眠，记忆力减退，思想不集中，疲乏无力。有的妇女有头痛和关节痛，感觉过敏或感觉异常，如像皮肤麻木或刺痛，有时又像有蚂蚁在皮肤上爬一样。这些除内分泌改变的因素外，妇女对正常更年期的生理过程缺乏认识，对衰老感到精神不安，加之潮热本身使人心烦，这就加重了症状。

### （四）更年期综合征怎样治疗

1. 精神方面的治疗：症状轻者，经过解释使患者认识到更年期综合征不是什么严重疾病，只不过是卵巢功能下降所产生的症状。只要解除思想顾虑，劳逸结合，保持身体健康，机体就能较快的适应前述内分泌的变化，即可消除症状。重者需用适当的镇静剂，如安定每日 2.5~5 毫克或利眠宁每

天 10~30 毫克口服,还可辅以维生素 B<sub>6</sub> 及维生素 E 10 毫克,1 日 3 次口服能调整间脑功能,对植物神经功能失调有一定作用。

2. 中医、中药治疗:更年期综合征,中医辨证多属阴虚阳亢,用更年安中药滋阴、清热、除烦、安神,可对更年期出现的潮热出汗、眩晕、耳鸣、失眠、烦躁不安、血压不稳定等症状有效。口服 1 次 6 片,1 日 3 次,更年安药物有熟地、何首乌、泽泻、茯苓、五味子、珍珠母、夜交藤、元参、浮小麦等。本药无明显副作用。

3. 激素治疗:大多数妇女不需要激素治疗。激素治疗适合于更年期综合征症状严重、经上述方法治疗无效者。一般在医生指导下使用。

(1) 雌激素:可补充卵巢分泌不足,大剂量且能抑制垂体分泌过多的促性腺激素,但是同时又刺激子宫内膜生长,发生子宫出血。一般对已绝经的病例,应从最小剂量开始,逐渐增加,直至达到疗效为止。同时以周期性给药为宜,28 天中每天服药,连服 21~25 天。

需长期服用雌激素者,应遵守第一次绝经国际会议上提出的几点: 应根据病人具体情况用药; 用最小的需要量; 以周期性使用为宜(即一般用药 3 周,停药 1 周为一疗程); 在周期用药的后期加用孕激素以预防子宫内膜增殖,从而防止在停药后出现子宫出血; 医生应给患者讲清楚治疗药物及作用,每 6 个月作一次妇科检查,以便早期发现子宫内膜癌。

(2) 雄激素:可抑制垂体促性腺激素的分泌,并有蛋白

合成作用,对消除症状有一定效果。常用甲基睾丸素 5 毫克,1 日 1~2 次舌下含化。有时也将雄激素与雌激素合并使用。

#### (五) 更年期综合征怎样预防

1 加强卫生教育使妇女认识更年期是一个正常的生理过程,消除对更年期的顾虑及精神负担。

2. 保持情绪稳定。

3. 注意劳逸结合、睡眠充足、鼓励体育锻炼以增强体质。

4. 适当限制脂肪类及糖类饮食。

5. 妇科良性疾病行手术时,对尚未绝经的妇女要结合具体情况适当保留正常卵巢组织,避免人工绝经,也有利于防止更年期综合征的发生。

## 六、子宫内膜异位症

子宫内膜是子宫体部的粘膜层,也是子宫的最内层。如果子宫内膜出现在正常位置以外的人体中任何其它部位时,即称为子宫内膜异位症。子宫内膜受卵巢分泌的激素的影响,而有周期性变化,通常有规律地按月剥脱,产生子宫出血,称为月经。异位的子宫内膜也能接受卵巢内分泌激素的影响,在月经期与子宫内的内膜同时发生出血。但异位处的出血,不象子宫内的血可以经子宫颈流出来,而只能在出血处聚积、渗透、从而产生该部位的粘连、结缔组织增生等病变,引起各种症状。

虽然此病多在 36~45 岁间发病,但据报道,在绝经后多年,直至 70~80 岁的老年妇女亦有患子宫内膜异位症的。我

国报道发病最高的年龄是 64 岁。中年妇女仍有发病的可能性。当卵巢功能衰退，月经停止后，异位的子宫内膜也与子宫内膜一样停止增殖，逐渐萎缩，临床症状也逐渐消失。

### （一）子宫内膜异位症的分类及常见的好发部位

1. 内在性子宫内膜异位症：即子宫内膜出现在子宫体的肌层。因为尚在子宫内，故称为内在性子宫内膜异位症，又称为子宫腺肌病。

2. 外在性子宫内膜异位症：当异位的子宫内膜发生于子宫体肌壁层以外的任何其它部位时，统称为外在性子宫内膜异位症。

最常发生子宫内膜异位症的部位是：子宫肌层；卵巢；子宫浆膜层；腹壁疤痕；输卵管；阴道；子宫骶骨韧带；盆底；宫颈；直肠；少数发生于膀胱、子宫韧带、淋巴结、会阴、脐等部位。见图 14—1。

### （二）为什么会发生子宫内膜异位症

1. 经输卵管移行学说：在月经期间剥脱的子宫内膜碎屑倒流经输卵管进入腹腔，种植到盆腔腹膜、卵巢等组织的表面，继续生长，最后发展成为子宫内膜异位症。严重的子宫后屈或生殖道下端狭窄，均可能是引起经血倒流的诱因。

2. 体腔上皮化生：人体胚胎发育起源于体腔上皮的某些组织，如卵巢的上皮层、盆腔腹膜、脐等，在一定的刺激因素下均可以化生衍变为子宫内膜或与子宫内膜相似的组织。慢性炎症、长期持续的高水平的激素刺激，或者倒流入腹腔的经血，均可能是刺激因素，使具有化生潜能的组织转变为子宫内膜。

3 经淋巴或血液的扩散(或称良性转移学说):指子宫内膜细胞偶然进入淋巴管或血管,从而播散至身体其它部位。这个说法,可以解释远处的子宫内膜异位症如淋巴结或肺内子宫内膜异位症。所幸的是,进入淋巴管或血管中的子宫内膜细胞很少产生转移性子宫内膜异位症,这可能是由于人体免疫功能的防御作用。

图 14—1 子宫内膜异位症的发生部位

1. 输卵管 2. 乙状结肠 3. 卵巢
4. 子宫骶骨韧带 5. 直肠阴道膈
6. 宫颈 7. 阴道 8. 会阴 9. 脐
10. 阑尾 11. 腹壁疤痕 12. 圆韧带
13. 膀胱子宫反折腹膜 14. 外阴

4. 医源性子宫内膜异位症:是指医务人员在检查治疗病人过程中,直接或间接引起子宫内膜异位症。如经期作妇科盆腔检查,过份挤压子宫,可使经血逆流或促使子宫内膜细胞进入血管或淋巴管。在经前期或月经刚刚干净之时施行输卵管通气、通水、子宫输卵管碘油造影、电烙宫颈或激光烧灼宫颈等手术,均可能引起盆腔或子宫颈的子宫内膜异位症。在采用负压吸引进行人工流产或剖宫术时,若操作不正规,亦可造成本症。施行剖开子宫的手术如大小剖宫产术时,无意中将子宫内膜细胞带入腹壁切口、可造成腹壁切口疤痕内子宫内膜异位症。甚至在剖腹手术包括阑尾切除术中,若误将腹膜缝入腹壁切口之内,以后可以化生为子宫内膜,从而形成腹壁疤痕子宫内膜异位症。

近年来有人观察到,患者家属中本病的发生率较一般妇

女高，推测可能有遗传因素存在，尚待进一步探讨。以上说明子宫内膜异位症的病因是复杂的，很可能是多种因素造成的。

### （三）子宫内膜异位症有哪些主要症状

1.继发性痛经：即过去无痛经，以后出现痛经并逐渐加重。疼痛常在经前1~2天开始，经期第一天最甚，经期过后疼痛消失。痛多发生在下腹及腰骶部，有时放射至阴道、会阴、肛门或腿部。少数患者有肛门里急后重感觉。疼痛主要是由于异位的子宫内膜于经期前发生水肿，经期时出血，刺激或牵扯周围组织所致。

除痛经外，凡与月经周期有关的其它部位疼痛、均应引起医务人员和患者注意，想到有子宫内膜异位症的可能。

2.性交痛：由于子宫后倾和子宫骶骨区有宫内膜异位的结节，性交时触动子宫内膜异位结节或触动宫颈，使子宫移动牵拉刺激病灶。患者多拒绝性交。

3.不孕：由于性交痛拒绝性交；或由于宫内膜异位引起粘连使子宫后倾不活动，输卵管移位，或伞端粘连使输卵管不通；或者由于卵巢子宫内膜异位形成较大的出血性（巧克力）囊肿，使输卵管拉长，功能受到影响。这些原因均可导致不孕。

4.月经紊乱：当卵巢或子宫的宫内膜异位症影响了卵巢内分泌功能或子宫的功能时，可致月经紊乱。

### （四）怎样治疗子宫内膜异位症

中年妇女，年龄已经45岁以上，若症状属轻、中度、可选择药物治疗，使病情稳定；待自然停经后，宫内膜异位的

病变将同子宫、子宫内膜同时萎缩，疾病逐渐痊愈。

### 1. 药物治疗

(1) 中医中药治疗：按中医辨证，本病属肾虚、气滞血瘀的范畴。治则：补肾益气，活血化瘀。药物：巴戟天 15 克、淫羊藿 10 克、续断 20 克、菟丝子 20 克、党参 15 克、黄芪 15 克补肾益气；加丹皮 9 克、桃仁 9 克、红花 9 克、生蒲黄 9 克、茜草 9 克、赤芍 15 克、活血化瘀；并以香附 9 克、乳香、没药各 9 克行气止痛。以上药每日 1 剂，3~6 月改为间断用药，月经净后每月 15 剂。中药治疗无明显副作用。

(2) 激素治疗：对 45 岁以上的中年妇女，激素治疗宜选用 睾酮：对早期子宫内膜异位症有消除痛经的作用。常用剂量为甲基睾丸素 5~10 毫克，1 日 1 次，连续服 3~6 个月；亦可用丙酸睾酮 25 毫克，于月经后每周肌肉注射 2 次。如每月总药量不超过 300 毫克，不致产生男性化反应。孕激素治疗：可以抑制排卵，从而治疗痛经，也可使异常宫内膜发生蜕膜样变，然后退行性变。药物：炔诺酮或异炔诺酮 10 毫克，或 18—甲基炔诺酮 4 毫克，连续使用 6~9 个月效果尚好。此外，安宫黄体酮 4~8 毫克/1 天，连续用药 3~6 月，主要副作用是常可出现阴道少量出血，医学上称为“突破性出血”。近年来国外使用 Danazol 治疗子宫内膜异位症取得较好疗效。此药仅有轻微的雄激素作用，具有抑制垂体分泌促性腺激素的性能，并有调整下丘脑—垂体—卵巢轴的作用。常用量为每日服 400~800 毫克，在经期第 1~3 日开始服用，连续 3~6 个月。此药的副作用是钠盐潴留，体重过度增加。

2. 手术治疗：若药物治疗无效，症状严重、病变又大，

如像大的子宫腺肌病或卵巢巧克力囊肿时,可考虑手术治疗。若年龄已近绝经年龄,宜采用根治性手术,即将子宫和双侧附件(包括卵巢和病灶区)全切除。若年仅45岁左右。症状及病变不是十分严重,亦可考虑留下部分正常的卵巢。因为这种年龄已接近绝经年龄,以后复发的机会少;而妇女保留一点正常卵巢,对全身的健康和延缓老化均是有益的。

## 七、子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器官中最常见的一种良性肿瘤,多发生于中年妇女,在不怀孕的妇女中尤为常见。子宫肌瘤可能引起月经紊乱、经血过多。绝经以后,子宫肌瘤将随子宫逐渐萎缩。

### (一) 子宫肌瘤有哪些类型

肌瘤按其生长的部位分为三个类型:

1. 壁间肌瘤:即子宫肌层内的肌瘤此型最多。若肌壁间肌瘤向阔韧带内生长,称为继发性阔韧带内肌瘤;若壁间肌瘤位于子宫颈,则称为子宫颈肌瘤,见图14—2。

2. 浆膜下子宫肌瘤:这类肌瘤在子宫表面的浆膜下生长。肌瘤长大之后,基底部可形成较细的蒂。这时,肌瘤不易与卵巢肿瘤区别,而且还可能象卵巢的有蒂肿瘤那样,发生蒂的扭转,引起剧烈腹痛。

3. 粘膜下肌瘤:肌瘤向子宫粘膜面发展,向子宫腔突出。这种肌瘤较少,它同浆膜下子宫肌瘤一样可以形成蒂。粘膜下肌瘤逐渐长大后,可刺激子宫收缩,而子宫收缩又能将肌



瘤排出子宫腔，见图 14—3。

图 14—2 各型子宫肌瘤

1. 子宫 2. 子宫颈 3. 阴道 4. 浆膜下  
肌瘤 5. 肌壁间肌瘤 6. 粘膜下肌瘤 7. 阔  
韧带肌瘤 8. 子宫颈肌瘤

图 14—3 粘膜下肌瘤排出子宫腔

1. 子宫 2. 阴道 3. 粘膜下肌瘤  
排出子宫腔

## （二）子宫肌瘤有哪些症状

子宫肌瘤常无症状，仅在妇科盆腔检查时才发现。子宫肌瘤的大小也不一定与症状成正比，即使大的肌瘤也可能症状轻微，而小的肌瘤却可能有严重的症状。子宫肌瘤的症状主要与肌瘤的生长部位有密切关系。

1. 子宫出血：浆膜下肌瘤对子宫腔的大小和形状一般没有影响，因此无子宫出血症状。壁间肌瘤较大时，可影响子宫腔的形状，造成子宫内膜循环阻碍引起充血及出血；壁间肌瘤还可使子宫内膜面积加大，并且妨碍子宫收缩，发生出血。粘膜下肌瘤产生症状较早，因为肿瘤在子宫腔内，对子宫腔的影响最大。子宫出血，首先表现为月经紊乱，经期延长，月经周期缩短，经血量增多。月经期由 3~5 天延长到 7 天以上。月经周期缩短为 20 天左右。当粘膜下肌瘤发生坏死、

感染时，可出现不规则阴道出血。

2. 腹部包块：浆膜下肌瘤常无其他症状而是在偶然的情况下被发现为下腹包块的。当膀胱充盈时，包块上升更明显，病人往往因此而就医。

3. 压迫症状：由于包块增大，压迫附近器官引起症状。例如，子宫前壁和子宫颈的肌瘤可压迫膀胱则使小便次数增多甚至尿潴留。后壁肌瘤可压迫直肠，引起大便困难或便秘。

4. 白带增多：粘膜下肌瘤因表面血循环不良而有溃疡，白带增多。若加杂感染，可出现浓性白带。此外，肌瘤使子宫腔内面积增大内膜腺体分泌增多，白带也增多。

5. 不孕：25~35%的子宫肌瘤患者不能怀孕。

6. 疼痛：一般不发生疼痛，仅在浆膜下肌瘤的蒂发生扭转时，可引起急性腹痛。粘膜下肌瘤可刺激子宫收缩，发生痉挛性疼痛，就象小产时子宫收缩痛一样。肌瘤合并子宫内膜异位症时，有痛经。

7. 全身伴随症状：出血多的可以发生贫血。出现头昏、乏力、心悸等症状。当肌瘤退变时，除疼痛外，出现恶心，呕吐及体温升高。

### （三）子宫肌瘤的治疗

因为中年妇女的年龄已接近绝经期，子宫肌瘤的治疗方法是根据肌瘤的大小，肌瘤生长的快慢，以及有无症状而定。适当选择治疗方法均能取得疗效，必要时手术治疗能根治。

1. 观察、定期检查肌瘤生长缓慢，子宫增大不超过3月孕时子宫的大小，而且无月经过多或压迫症状者，可以定期3个月检查一次。如病情稳定，可待其自然绝经。绝经后，卵

巢分泌雌激素的功能衰退，肌瘤将随着子宫的萎缩而逐渐萎缩。如在观察期间肿瘤增大或出现症状，则要进一步考虑药物或手术治疗。

2. 刮宫术：适合于肌瘤不大，仅月经不规则或经量过多的病人。通过刮宫，可取出子宫内膜送病理切片检查。如属正常或子宫内膜增生过长，可以继续观察 3~6 个月，因为刮宫术已将增生过长的子宫内膜刮除，可望月经量减少。如以后再出现月经过多的症状，还可进一步治疗。

3. 中医辨证施治：多用于肌瘤小于 3 月孕子宫，而有月经过多的症状者。治疗后，月经量减少或恢复正常，白带减少，肌瘤缩小。中医辨证属肾气虚血瘀者，可用菟丝子 20 克、续断 20 克、桑寄生 20 克、生地 20 克、当归 10 克、赤芍 20 克、生蒲黄 9 克、茜草 9 克、丹皮 9 克加碱。若血瘀化热者，可加黄芩 9 克、白芍 9 克。治疗半年无效的，仍可考虑手术切除。

4. 性激素治疗：适于月经量较多而子宫不大，并已排除子宫内膜恶性病变者。

(1) 雄激素：直接作用于子宫肌层及子宫血管平滑肌，使其收缩；雄激素又能对抗雌激素，使子宫内膜萎缩，减少月经血量。可用甲基睾丸素 10 毫克，每日 1 次舌下含化，每月服药 20 天。出血多时，可用丙酸睾丸素 25 毫克，每日 1 次肌肉注射，连续 3 天，以后每周注射 2~3 次。睾丸素每月的用量不超过 300 毫克，以免引起声音变粗，长胡须等男性化的现象。

(2) 雄激素与孕激素联合应用：甲基睾丸素 10 毫克，每

日 1 次舌下含化，连续 20 天；用药 10 天以后，加服安宫黄体酮 4 毫克，1 日 2 次，共 10 天。

5. 手术治疗：适于子宫肌瘤较大，已有明显症状者。

(1) 粘膜下肌瘤经阴道摘除术：可用一般手术切除，亦可用激光切除。

(2) 剖腹子宫大部或全部切除术：如同时子宫颈有病变，一般施行全子宫切除，以免残留的子宫颈以后发生癌变。

绝经后卵巢的功能显然减退，但它的内分泌功能仍可能保持一段时间。近年来妇女平均寿命延长，绝经时间推迟。据国内外报道，妇女绝经平均在 49、51 岁。对 45 岁以后尚未停经的妇女作子宫切除术时，是否将卵巢也一起切除，要分别具体情况，由医生决定。对尚未停经的妇女，因良性疾病施行手术时，应对卵巢的去留问题持十分慎重的态度。因为考虑到卵巢的内分泌功能对全身健康有良好的影响，从预防衰老的角度出发，若没有病情需要，就不宜在平均绝经年龄前，将正常卵巢全部切除。

## 八、老年期子宫出血

绝经后，妇女逐渐过渡到老年期，此时卵巢功能完全消失，性器官完全萎缩，一般不再发生子宫出血。但是，如果老年期出现子宫出血，也不必过分紧张。根据近年的报道，90%的老年期子宫出血是非器质性病变，仅 10%是器质性病变，其中 6%为癌性病变，因此应该引起足够重视，及时到医院检查，早期确诊，早期治疗。

### （一）老年期子宫出血的原因

1. 老年期由于缺乏雌激素，子宫内膜变薄、萎缩、腺体减少，上皮片状剥脱，炎性细胞浸润，发生老年性子宫内膜炎，引起局部组织坏死和出血。子宫内膜血管硬化或腺体囊状扩张破裂也是萎缩性子宫内膜出血的原因。近年报道，萎缩性子宫内膜出血占 82%，是绝经后子宫出血的主要原因。

2. 在老年期，卵巢功能虽然已经消失，子宫也萎缩了，但子宫内膜对身体其它部位产生的雌性激素仍然有反应。绝经后期，血浆中的雌激素（雌酮），主要来源于肾上腺皮质以及卵巢皮质间质细胞所产生的雄烯二酮，在脂肪组织中转变为雌酮。雌酮刺激绝经后的子宫内膜，从而导致子宫内膜增殖、增生肥厚。当雌酮水平低落时，内膜剥脱，即产生子宫出血。雌酮可能致癌，因此绝经后子宫内膜增生肥厚容易发生癌变，产生子宫出血。

3. 卵巢肿瘤：如像卵巢颗粒细胞瘤，卵泡膜细胞瘤均能分泌雌性激素，因此使子宫内膜增生，息肉形成，甚至发生宫内腺癌导致子宫出血。

4. 医源性子宫出血：为了控制绝经期症状，预防性器官生理性萎缩，以及阻止发生骨质疏松症等，而长期给予雌激素治疗，则使子宫内膜增殖，可引起子宫出血。

### （二）老年期子宫出血了怎么办

老年期妇女出现不规则阴道出血，即使其量很少，或血性白带，或仅有白带增多，都应到有条件的医院检查。通过宫颈刮片、诊断性刮宫、宫腔镜检查可鉴别是否得了子宫恶性肿瘤，根据所发现的情况进行治疗。但是，在诊刮时常常

仅能发现一点粘液，找不出病因，应作宫腔镜检查。如系萎缩性子宫内膜炎，应在医生的指导下密切观察。如果反复或者持续性子宫出血，或者诊刮后再发生出血，那么就需要进一步查血、尿及阴道细胞学检查，如显示了高雌激素水平；再次诊断性刮宫显示子宫内膜增殖改变；腹部或盆腔检查扪及附件有包块，可能患了卵巢颗粒细胞瘤或卵泡膜细胞瘤，一经确诊应考虑手术治疗。也有再次诊刮发现为子宫内膜癌者，亦需作子宫全切除术。

老年性子宫内膜炎常合并萎缩性阴道炎，可口服女性素 0.25 毫克，每日一次，连服 10~14 天。如阴道分泌物呈脓性，感染严重时，用 1% 乳酸或 1:5000 高锰酸钾液冲洗阴道，选用抗生素治疗 5~7 天。阴道壁涂搽 40% 紫草油。

## 九、老年期泌尿系统疾病的症状与治疗

雌激素对于维持膀胱及尿道粘膜的完整性十分重要，当老年期妇女雌激素分泌下降后，伴随生殖器的萎缩，可能发生以下泌尿系统的一系列改变，容易发生尿道炎、膀胱炎等疾病。

### （一）尿道粘膜肉样增生、尿道炎及膀胱炎

#### 1. 老年期妇女为什么会发生泌尿系统的改变

绝经后，雌激素水平低落，阴道萎缩，使尿道口向内牵拉，尿道粘膜暴露。又由于阴道上皮的萎缩性改变，而发生尿道周围组织萎缩、松弛以致粘膜翻出，局部抵抗力减弱，所以老年期妇女易发生尿道粘膜肉样增生、尿道炎及膀胱炎等

泌尿系统的改变。

## 2. 常见症状与治疗

(1) 尿道粘膜肉样增生：在外尿道能见到鲜红色乳头状和息肉状的肿瘤性增殖。主要症状是出血、排尿痛伴有炎症，组织多软、脆。其治疗为手术切除、电凝、冷冻或用硝酸银腐蚀，近年来用激光治疗效果良好无痛。如果组织硬则怀疑癌变，应尽早做组织学检查，确诊后治疗。

(2) 尿道炎的征状为尿频、尿急、尿痛、脓尿。可采取多饮水，用磺胺、呋喃旦啶或抗生素治疗，征状可迅速消失。

(3) 膀胱炎的表现有尿频、尿急、尿痛、排尿困难、血尿，结合尿常规检查，可确诊。治疗办法宜多饮水，可选用磺胺类药物并加等量小苏打口服。亦可用乌洛托品、莨菪合剂治疗。

## (二) 张力性尿失禁

当腹腔内压力突然增加，立即引起遗尿，称张力性尿失禁。老年期妇女由于雌激素极度低落，尿道粘膜萎缩及子宫膀胱尿道周围弹性组织萎缩，尿道括约肌张力降低。在站立位，如咳嗽、打喷嚏、大笑、快跑等腹压突然上升时，则发生张力性尿失禁。

发生张力性尿失禁时，可采用安放子宫托或手术治疗。亦可做缩尿运动，即有意识的做控制中断排尿动作。

## (三) 萎缩性膀胱炎

### 1. 萎缩性膀胱炎不等于感染性膀胱炎

急性感染性膀胱炎是因为泌尿道感染所致的膀胱急性炎症。而萎缩性膀胱炎是因为老年妇女卵巢萎缩，功能丧失，体

内雌激素水平极低，失去了雌激素对膀胱及尿道粘膜的完整性的维持作用所致的膀胱萎缩性炎症。

## 2. 症状与治疗

主要症状为尿频、尿急、尿失禁和血尿，但小便常规检查除红血球外，余无异常发现，使用雌激素治疗可改善症状。可用紫草根一日 100 克煎水（不宜久熬），分二次口服，血尿能迅速停止，症状好转。

# 十、绝经后骨质疏松症

绝经后的妇女出现腰背痛可到医院检查。必要时，经医生决定作脊柱 X 线摄片，如果脊柱显示广泛的 X 线可透性（“空盒样”脊柱）以及椎体压缩性骨折，这便是患了骨质疏松症。妇女绝经后比男性更易于发生骨质疏松症。

骨质疏松症的原因、临床表现及治疗，见第十三章第一节“骨质疏松症”。

# 十一、中老年妇女生殖系统 恶性肿瘤的防治

据我国部分地区近期调查结果，生殖器恶性肿瘤居妇女恶性肿瘤的首位。中老年期最常见的妇科恶性肿瘤是子宫颈癌和子宫体瘤，其次为卵巢恶性肿瘤。外阴癌和输卵管癌则少见。从病因学、流行病学及肿瘤的发生与演变过程来看，某些因素与癌瘤的发生有一定的关系。及时发现这些因素并消



除它，有助于预防中老年妇女生殖器恶性肿瘤。因为女性生殖器大部分与外界相通，有可能较早期发现癌瘤。近年来对妇女病进行普查普治，定期盆腔检查和宫颈细胞涂片的普遍应用，以及手术、放射和化学药物的综合治疗，不但早期发现了不少肿瘤，减少了晚期癌的患病人数，而且提高了很多生殖器官恶性肿瘤的治愈率，特别是子宫颈癌和外阴癌的治愈率更有显著提高。但对发病率较高、且位于盆腔内难以早期发现的卵巢癌，治疗效果仍不佳。总的来看，中老年妇女坚持定期作盆腔检查，争取早期发现，早期确定诊断，早期手术治疗，就能提高治愈率。

### （一）子宫颈癌

#### 1. 哪些因素容易发生子宫颈癌

40 岁以上妇女为子宫颈癌的好发年龄，随着年龄的增长，患病率也成倍递增。宫颈癌常与性生活有关，如多婚、早婚，以及配偶包皮过长而未切除的妇女患病率较高。宫颈裂伤、宫颈糜烂、卫生不良者以及患过泡疹型病毒感染者亦是其诱发因素。

#### 2. 患子宫颈癌有哪些现象

早期宫颈癌可毫无症状，一般多在普查或门诊常规刮宫颈细胞涂片时发现。Ⅱ期和以后各期癌的主要症状有阴道出血、阴道排液和疼痛（腰骶部或坐骨神经痛）。盆腔病变广泛时，可导致单侧下肢肿胀和疼痛。

#### 3. 患了子宫颈癌怎么办

##### （1）放射治疗

此法应用广泛，包括体外深部 X 线放射、60 钴等放射线

照射、体内镭疗，均适用于各期癌。

### (2) 手术治疗

原则上限于早期宫颈癌，即原位癌、Ⅰ期及Ⅱa期，可以作根治性手术。Ⅱb期以上的手术范围根据临床分期、病灶大小、深浅、病人身体状况等进行恰当的手术。手术前后并需配合放疗或化疗。

### (3) 化学药物治疗

目前化疗多用于晚期宫颈癌的姑息治疗，也可用于手术或放射治疗前后的辅助疗法。

## 4. 如何早期发现子宫颈癌

首先，夫妇都应尽可能地保持生殖道的清洁。有接触出血、不规则阴道出血，即使其量很少或呈点滴状出血也应警惕。阴道分泌物增多或分泌物呈血性，应到医院作详细检查，最好取宫颈脱落细胞涂片查癌细胞，以便早期确诊。

### (二) 子宫体癌

子宫体癌发生在子宫体的内膜层，故又称子宫内膜癌。子宫体癌是一种比较常见的妇科恶性肿瘤，主要发生在近绝经期或绝经后期的年龄中。但也有5%的病例发生在40岁以下，75%是在50岁以后，20%是在40~50岁之间。

#### 1. 子宫体癌易感因素有哪些

临床研究提示，发生本病的病人常有下列因素的作用：肥胖；不孕；糖尿病；高血压；长期接受雌激素类药物治疗，使发展为子宫体癌的危险性较未接受雌激素治疗者大大增加；50岁后未绝经的，有子宫功能性出血史及无排卵史者；子宫内膜增殖症是易感因素中关系最密切者；

高脂饮食亦是子宫体癌的诱发因素。

## 2. 子宫体癌常见的症状

子宫体癌患者早期的症状是绝经后阴道分泌物增多或分泌物呈血性,但其主要症状是阴道不规则出血。晚期患者,由于癌组织压迫神经,能导致严重的疼痛。

## 3. 子宫体癌的治疗

主要治疗为全子宫及双侧附件切除术,一般医院均能作这种手术,五年存活率为 79.2%。其次为广泛或次广泛切除,五年存活率为 81.3%,若术前加放疗或同时给经孕激素治疗,可以提高 1b 以上晚期病例的疗效。

## (三) 卵巢肿瘤

卵巢肿瘤位于盆腔内,发病初期很少有症状,因此难以早期发现。目前尚缺乏特异的早期诊断方法,以至确诊时大部分病人已属晚期,严重地影响治疗和预防,卵巢癌病人死亡率占各种妇科恶性肿瘤死亡原因的首位。

## 1. 易发因素

卵巢上皮性肿瘤最常发生于 50~60 岁妇女;老年妇女常发生囊性畸胎瘤恶性变;有人报道,母亲或姐妹患上皮性卵巢癌的妇女,发生卵巢癌的危险性高达 18 倍,认为卵巢癌具有家族聚集及垂直传播的倾向;未婚者卵巢癌的发病率较高;石棉、滑石等工业性化学物质可能诱发卵巢癌;

高动物脂肪饮食可使卵巢癌的危险性明显增加;卵巢早衰易于发生卵巢肿瘤;卵巢癌与月经量多、经前期紧张、痛经及受孕困难有关。

## 2. 症状

卵巢癌早期无症状。当肿瘤长至中等大小时可感腹胀或下腹不适,肿瘤长大充满盆腔时,可出现压迫症状,如尿频、尿急等。继续生长,患者可发现因腹部长大而系裤带困难。有15~30%的病人可出现阴道出血。有易发因素的中老年妇女,应定期作盆腔检查,以便较早发现,及时治疗。

### 3. 治疗

由于卵巢恶性肿瘤的种类不同,恶性程度差别很大,其扩散方式、生长速度和对放疗、化疗的敏感不同,因此,治疗原则首先是剖腹手术。这样可确定病理诊断及临床分期,亦是治疗的重要手段。术后对残存的癌组织再给予强有力的化疗,可提高疗效。

## (四) 输卵管癌

输卵管癌罕见,一般很难在手术前作出准确诊断。如能对此引起的症状,有所警惕,那么就有可能早期发现,及时治疗。

### 1. 出现以下症状可能患了输卵管癌

早期可无症状。当病变发展时,逐渐出现阴道排液、流血及腹痛,少数病人可出现腹水。出现阴道排液或阴道流血是本病量常见最重要的症状,应引起高度重视。排液为黄水样、浆液性、粘液性或血性。当输卵管收缩时,其管腔内的液体即经子宫腔、阴道排出,故为阵发性排液。病变的管腔被肿瘤阻塞时,由于管壁受压,产生间歇性下腹痛。当其管腔内的液体排出后,疼痛可消失,但晚期癌可出现持续性腹

痛。如有腹腔内转移，则可出现腹水。

## 2. 输卵管癌有效的治疗方法是什么

最有效的治疗方法是切除子宫及双侧附件，术后可加深部X线或<sup>60</sup>钴放射治疗或化疗。

## (五) 外阴癌

外阴癌好发于老年妇女，占女性生殖系统肿瘤（宫颈、宫体、卵巢、外阴、输卵管）的第四位。发病率在女性生殖系统肿瘤中约占4%，75%的病人发生于绝经期后的老年期。原发性外阴癌较多见。外阴癌的发生部位以大阴唇最多见，约占71.2%，其次为小阴唇、阴蒂、会阴、尿道、前庭大腺、阴蒂包皮。外阴癌多系女阴皮肤表皮和粘膜的鳞状细胞癌，其次为恶性黑色素瘤。

### 1. 哪些因素容易发生外阴癌

外阴癌与未婚、早绝经、外阴白色病变、外阴尖锐湿疣、外阴瘙痒、慢性前庭大腺炎、尿道粘膜增生、外阴或阴道炎症和泌尿生殖系癌均有关。

### 2. 常见的外阴癌有哪些表现

在早期，病灶不显著，主要症状为外阴有质硬的小结节或溃疡性结节，常有疼痛或搔痒。以后结节自行破溃，或搔抓、摩擦破溃成溃疡。常有出血、感染，经久不愈，可能伴有外阴皮肤变白。癌灶有五种类型：白色粗糙面、白色结节、乳头状生长、菜花状生长及溃疡。在晚期，由于癌灶浸润，使阴蒂、阴唇、会阴被破坏，表现为溃烂肿块或不规则的乳头状肿瘤，腹股沟淋巴结长大、质硬、固定。由于感染或癌肿浸润压迫神经可引起疼痛。有腹股沟淋巴结转移，使股静脉

受压或下肢淋巴回流受阻。下肢可出现肿胀、疼痛。直肠、尿道被癌肿侵犯，会出现尿频、尿急、尿痛、便秘、便血和尿血。

### 3. 外阴鳞状细胞癌怎样治疗

外阴癌对放射线不敏感，一般不采用放射治疗。化疗仅用于术前准备，故治疗以手术为首选，做广泛性外阴切除及浅深淋巴结清除术。

### 4. 外阴黑色素瘤是恶性肿瘤吗

外阴黑色素瘤多发生于 60~70 岁的老年妇女，生长于大、小阴唇或阴蒂处。如果患者有局部出血、发痒，色素痣扩大、色素增加、表面出现溃疡，则恶性黑色素瘤的可能较大。

### 5. 外阴恶性黑色素瘤的治疗

首选疗法为外阴广泛切除和浅、深腹股沟淋巴结及盆壁淋巴结清除术。

## 十二、中年妇女避孕知识

### (一) 中年妇女避孕的必要性

由于中国妇女的政治与经济地位提高，工作条件与生活条件改善，心情舒畅，精神愉快，因此妇女的身体素质与健康状况也明显提高，生育期与绝经期延长。从计划生育的观点看，40 岁以后的妇女寻求避孕的合理方法与措施，是面临的一个重要问题。广大中年妇女迫切需要了解有关计划生育各方面的知识。在实际工作中，常遇到中年妇女在计划生育

方面提出的各种问题。她们一方面害怕怀孕，而又找不到合理的避孕方法；另一方面想采用某种避孕方法但又怕选用不当而给身体带来损害；有的已经采用了某一避孕方法但出了一些问题又不知怎么办等等。从生理上看，妇女中年时期，尽管其自然生育能力已经明显降低，但仍有怀孕的可能性，而且这个时期怀孕，对母亲与胎儿的危险性比生育期显著地增加，特别是对母亲的危害更大。因此中年妇女有必要避孕，尤其是那些生育能力旺盛，性生活活跃的中年妇女更应如此。现在摆在我们面前的重要课题是，如何帮助提高中年妇女的避孕知识，选择好避孕方法等。

### （二）中年妇女会怀孕吗

进入中年时期的妇女，从内分泌角度看，卵巢功能明显衰退，卵巢排卵的次数大大减少。从生物学角度看，则生育能力随之也显著降低。但是并不等于卵巢枯竭而完全失去生育力。有些妇女存在一种侥幸的心理，认为自己年龄大了，卵巢功能减退，月经也乱，性生活也减少了，不会再怀孕，放松避孕的警惕性。实际上这是一种不正确的认识。据报道，妇女40~44岁每年怀孕率为10%，45~49岁每年怀孕率为2~3%，50岁以上而有月经者也有少数妇女有怀孕的可能。在节制生育的实际工作中，中年妇女也有无计划怀孕前往医院做人工流产者，虽然为数不多，但不能忽视。

### （三）中年妇女怀孕后怎么办

妇女到了中年，身体起了明显变化，神经系统调节功能降低，细胞老化，组织弹性减弱，内分泌开始紊乱等，随之而来的各种疾病也增多，特别是由于内分泌紊乱而导致心血

管疾病增加。怀孕之后危险性也增加。无计划怀孕而做人工流产者，则危险性更大，这是因为中年妇女生殖器官弹性减低，坚硬度增强，流产手术造成的疼痛大大加重，生殖器官的损害增加，由此而造成的精神创伤加剧，甚至可能影响甚久。某些妇女患有心血管疾病、糖尿病等，因流产手术的突然打击可以诱发或加重，产生高度的危险。因此中年妇女如有月经，又有性生活者，应该进行避孕。如果因为避孕失败而怀孕，应到医院去作流产并采取一些较为安全的措施。患有心血管疾病或糖尿病者应先用药物治疗。手术时操作轻柔，加强镇痛措施。必要时采用麻醉进行手术。

#### （四）中年妇女避孕方法选择

由于科学的进步而带来的避孕方法是多种多样的，先进的。但大多数科学家认为，中年妇女决定选择或采用那一种避孕方法最为适合是困难的。这是因为中年妇女有一种特殊性：不知道具体的绝经时间或不再怀孕的时间。但是有月经的中年妇女，排卵的可能性和怀孕的可能是存在的。怎么选择好避孕方法值得研究。要强调的是在选择某一种避孕方法时，既要考虑中年妇女因怀孕所带来的危害性，又要考虑选择避孕方法不当而造成的危险性，还要考虑避孕方法的有效性。有些中年妇女要求选择安全的避孕方法，另一些则要求绝育，因人而异，应有不同的选择。

1. 安全期：这是一种以确定排卵期为基础的避孕方法，即在排卵的时间以外性交可以达到避孕的目的，这种避孕方法对年轻妇女其效果极差。有人认为，中年妇女生育力降低，性生活减少，应用此法效果尚为满意。但是问题在于中年妇



女由于内分泌紊乱，排卵无规律，难于确定排卵时间，所以难于达到避孕的目的，实际上不是中年妇女的理想避孕方法。

2. 阴茎套及阴道隔膜：这是一种机械性的避孕方法，通过阻止精子进入宫颈、子宫及输卵管，不能受精而达到避孕的目的。是目前广泛应用的避孕方法之一。阴茎套效果好，基本上没有副作用，实为中年妇女的一种理想的避孕工具。某些中年妇女由于患有疾病的缘故而不宜采用其他的避孕方法者，应用阴茎套，其效果是令人满意的。而且既简单又方便，对于低生育力的中年妇女，确实是好的。阴道隔膜如能与避孕药膏一起合用，且使用得当，也同样有上述阴茎套的避孕效果。

3. 宫内避孕器：具有 60 余年避孕历史的宫内节育器是一种高效的避孕方法之一。其效果达 95% 以上，国内外妇女广泛应用。中年妇女选用这种方法避孕，其效果更佳，可能与自然生育能力降低有关。某些较年轻的中年妇女若排卵周期稳定而未衰退，月经较为规则，性生活较活跃者，选用宫内节育器避孕较为方便和理想。安放一次宫内节育器可有数年的避孕作用。宫内节育器的种类繁多，根据每人的具体情况和医院的条件等可以任意选用。如有月经紊乱、月经过多、慢性腰痛、盆腔炎症及肿痛者不宜应用。

4. 避孕药物：目前所采用的口服避孕药是类固醇激素，有复方（含有雌、孕激素）及单纯孕激素两大类。其避孕效果也十分肯定，达 95~98%，应用相当普遍。中年妇女使用激素避孕药的重要性在于其安全性。大多数专家认为激素避孕药物可能与心血管疾病和乳腺癌之间有特殊关系。西方国

家报道, 40~45 岁以上的妇女应用激素类避孕药, 患心肌梗塞病的发病率比不服药的同年妇女高 4~5 倍, 对脑血管性和血栓性疾病的发病率也增多。乳腺癌的发病率也有所增加。目前国外 35 岁以上的妇女均不采用甾体激素类避孕药。在我国, 中年妇女也不用甾体激素类避孕药。年龄越大危险性越多, 这是因为年龄大的妇女, 潜在心血管病的可能性大。因此中年妇女服用含甾体激素类的避孕药应慎重。

新近研究出来的绒毛膜促性腺激素 (HCG) 免疫避孕疫苗及 RU486 避孕药可以作为中年妇女的避孕药物, 避孕效果好, 基本上无副作用。HCG 免疫疫苗是抗受精卵着床, 注射 HCG 疫苗后, 身体内产生的抗体可以中和孕卵早期分泌的 HCG, 使卵巢黄体不能发育而最后萎缩, 导致子宫内膜分泌期变化发育不全, 阻止受精卵着床。RU<sub>486</sub> 避孕药作用于子宫内膜, 与孕酮受体竞争, 最后孕酮失去作用, 子宫膜萎缩, 阻止了受精卵的着床。

5. 绝育手术: 通过结扎输卵管能够达到永久性避孕的目的。虽然科学家认为中年妇女是否需要施行绝育术有所争论, 但大多数科学家认为 45 岁以上的妇女做绝育手术是不可取的, 这是因为中年妇女进行绝育的危险性高于年轻妇女。而且此期只能有少数妇女可能怀孕。有些有实际经验的专家认为中年妇女绝育的危险不会增加, 这是因为现代外科手术的进步, 增加了安全性。所以绝育手术的价值值得考虑。然而, 实际上, 中年妇女绝育的人数大大少于年轻妇女。如果 40~45 岁的妇女, 生育机能很旺盛, 屡用其他避孕方法失败, 频繁施行人工流产, 或不宜采用其他避孕方法者, 可以考虑施

行绝育手术。国外有人主张中年妇女可以考虑子宫切除术来代替输卵管结扎术，在我国此法则行不通。

#### （五）安环出血的原因及治疗

任何年龄的妇女使用宫内节育器均可能发生子宫出血，出血可多可少，也可规则出血，出血的原因认为是节育器机械性压迫子宫内膜，使之出现溃疡及坏死而导致出血。这种出血多数是不规则的、少量的。如果节育器接触处的子宫内膜在某种程度上延迟剥脱，则出血量增加，甚至可以严重出血。现在的研究证明节育器能使子宫内膜内的纤维蛋白溶解酶的活性增高，引起纤维蛋白溶解，这也是出血的原因。另外宫内膜合并感染者，由于宫内膜充血、水肿也可以出血。使用宫内节育器的中年妇女如有不规则阴道出血，应特别注意警惕子宫恶性肿瘤，尽早到医院做进一步检查；以便明确诊断。关于使用宫内节育器而发生出血的治疗，应根据具体情况而定，如出血不多者无需治疗，有时即可自然缓解。如果出血多于正常月经 2~3 倍以上者，应进行治疗，治疗原则主要是止血，止血的药物好多，可以选用维生素 K 4 毫克，每日三次，安洛血 5 毫克，每日三次，6—氨基己酸 2 克，每日三次，中药止血也有较好疗效，如止血灵（补骨脂、赤石脂）3 片每日三次。若出血很多经治疗无效者，应将节育器取出。合并炎症者立即给予抗炎药物。

#### （六）节育器放多久及不取出有什么后果

节育器安放在子宫内能起到避孕的效果。但是能放多久，什么时间取出来为妥呢？要根据每种类型的避孕环而定。长者可以安放 10 年或更长，短者 3~5 年就要取出来。一般说

塑料环、硅胶环、含铜或避孕药的避孕器 3~5 年就要取出，因为这些避孕环要老化，铜及避孕药要释放完，时间长了就失去避孕作用。不锈钢环可以放在子宫腔内 5~10 年或更长，这种环不老化，也不被子宫所腐蚀，可以在宫腔保持长期的避孕作用。曾经有人报道不锈钢单环安放的子宫腔内 20 年后取出来，做物理性状鉴定，发现钢丝的光洁度、弹性、拉力等均与未使用过的环一样，这就足以说明不锈钢单环物理性状的稳定性。

中年妇女使用的宫内节育器，如有下列情况者应将环取出：绝经后一年、子宫出血经治疗不愈、合并生殖器官感染者。绝经后一年不取者，以后因子宫萎缩，造成取环困难，或者由于子宫萎缩节育环可以嵌顿在子宫肌壁，异位于盆腹腔之内，那时需要刮腹取环。因子宫出血治疗不愈者宜将环取出，避免因出血过多导致贫血，影响健康与工作。安放避孕环之后如果合并感染者，如子宫内膜炎、盆腔炎等，取出避孕环是必要的，同时还应积极应用抗炎药物，待炎症消失后再安放一个新环。

### 十三、中老年妇女性激素的使用问题

#### （一）中老年妇女使用性激素的必要性

中老年妇女应用甾体类性激素的情况虽然并不如年青妇女使用的情况普遍及范围广，而且长期或大量应用性激素也有严重的副作用或导致某些疾病的发生，如心血管疾病、子宫内膜癌等。然而实际上在妇女衰老的过程中，可能发生的

一些疾病或机能不全时，使用一些性激素的确能获得良好的治疗效果。如某些老年性阴道炎或严重的更年期综合征往往需要用雌激素制剂方能消除症状、恢复健康；严重更年期月经紊乱或月经过多往往需要应用孕激素制剂或雄激素制剂治疗，以便防止出血或减少出血等。因此在某些特殊的情况下，中老年妇女仍然有使用性激素的必要性。

### （二）中老年妇女应用性激素应该慎重

中老年妇女发生的某些疾病，在应用性激素治疗之后无疑会带来好处，但在应用性激素的过程中应该十分慎重，不能乱用、滥用，否则会带来不良的后果。有些妇女虽然有些轻微症状，用一般药物能治愈者则不用性激素，如果仅需要少量性激素就能消除症状者则不宜用量过多。只有极少数妇女如需要用较大剂量的性激素才能消除症状者，用药期应慎重行事，注意严密观察与监护，如发生问题要及时纠正，停药之后亦需要定期检查。所以中老年妇女应用性激素，要作具体分析，根据不同疾病与临床表现酌情施药。另外，有人企图长期应用雌激素来保持青春常驻，其结果适得其反，不但不能保持青春常在，反而还会招致其他一些不可避免的、严重的疾病，如乳腺癌、子宫内膜癌等。

### （三）常用性激素的机理及应用范围

1. 雌激素：雌激素能促使女性第二特征及生殖器官的生长发育，并能刺激子宫内膜生长和子宫颈粘液分泌。雌激素作用于阴道，使上皮增生，能增强阴道的抵抗力等。中老年妇女常用的雌激素制剂有乙炔雌二醇，己烯酚、雌三醇等。

（1）中老年妇女应用雌激素制剂应注意以下几点： 明

确应用的指征，哪些疾病能用雌激素，哪些不能应用，要有一个标准，如果自己不明白，应在妇科医生指导之下才能用药。用药量不宜过大、过猛。如长时间应用雌激素者，应加用孕激素，以对抗雌激素所带来的副作用。如用己烯雌酚 0.25 毫克每日一次，连用 22 天，在用药最后 3~5 天每日应加黄体酮 10~20 毫克肌肉注射。患有心血管疾病如高血压、冠心病、糖尿病、生殖器官肿瘤、乳房肿瘤者不宜用雌激素。胆囊炎、肝功能不良者慎用雌激素。

(2) 滥用雌激素的危害性：长期或大剂量应用雌激素，而又没有加用孕激素者，可能发生一些危险性，应引起注意。

子宫内膜腺癌：雌激素用药时间过长或用药过大，可以刺激子宫内膜过度增殖，使子宫内膜增生过长、囊腺样增生、腺瘤样增生，最后恶性变而发生子宫内膜腺癌。有人认为中老年妇女用雌激素之后，子宫内膜癌的发生率增加 1%，若连续用药 3~4 年可以增加 50% 的发病率。用雌激素引起的子宫内膜癌，绝大多数为早期癌，而死亡率不会增加。如果应用雌激素的后期加用孕激素，则无子宫内膜过度增殖现象，可以减少发生子宫内膜癌的机会。

乳腺癌：乳腺癌是雌激素依赖性肿瘤之一，最近许多科学家报道，中老年妇女应用外源性雌激素治疗某些疾病中，乳腺癌的发病率是否会增加的问题有所争议。但是有一点是明确的，乳腺癌的发病率并不像子宫内膜癌那样显著。但如果其家族中有显著的乳腺癌遗传病史者，则用雌激素之后乳腺癌的发病机会要增大。这种患者最好慎用雌激素。

心血管疾病：应服雌激素的中老年妇女，其血脂代谢要受到影响，高密度脂蛋白降低，低密度

脂蛋白上升，结果胆固醇类物质沉着在血管壁上，发生动脉粥样硬化，导致高血压病，如果累及心脏血管则发生冠心病，如果累及脑血管则发生脑血管疾病。有很多报道证明，雌激素可以干扰血液凝固因素，引起血栓性静脉炎。

(3) 中老年妇女哪些疾病应该使用雌激素？ 更年期综合征：近年来由于老年医学的迅速发展，对更年期妇女的生理有了新的认识，这个时期由于卵巢功能发生明显的变化，内源性雌激素减少，某些妇女可以引起一系列的症状群，如渐热、盗汗、心悸、失眠、烦躁等等，严重者可影响健康与工作。应用雌激素代替治疗，可以补偿体内雌激素不足，消除各种症状，恢复身体健康。通常用乙炔雌二醇 25~50 微克每日一次，症状控制之后用小剂量维持，如持续用药 3 周，应在用药的最后 3 天加用黄体酮每日 20 毫克肌肉注射。或用己烯雌酚 0.125~0.25 毫克每日一次。症状改善后可以减少用药量或间隙性用药，如果持续用药 3 周，也要在最后 3 天加用黄体酮每日 20 毫克，以防止子宫内膜过度增生，不至发生子宫内膜腺癌。经过一段时间治疗之后可停药观察，如症状消失则不必再用药，如症状复发而轻微者可以间隙性少量用药，如症状严重者则需要重复治疗。 老年性阴道炎：老年性阴道炎也是与内源性雌激素缺乏有关，由于内源性雌激素低落，阴道壁萎缩，粘膜变薄，pH 值上升，局部抵抗力下降，细菌容易入侵繁殖引起炎症。短期口服小剂量雌激素或用雌激素油膏局部涂搽，可以增强阴道上皮抵抗细菌的能力，有助于消除阴道炎症。临床上常用己烯雌酚 0.125~0.25 毫克每日一次，7~10 天一疗程或乙炔雌二醇 25~50 微克每日



一次,7~10天一疗程。雌激素油膏局部涂搽也有显著的治疗效果。由于阴道萎缩而影响性生活者,也可以应用小剂量雌激素治疗,使阴道弹性增加,分泌物增多,达到增强性欲的目的。雌素三醇是一种弱作用的雌激素,药性较温和,不会刺激子宫内膜过份增殖,所以不导致出血及子宫内膜癌变。可以用于更年期综合征、老年性阴道炎、由于阴道萎缩导致性功能低下者。用法:第一周每日3毫克,第二周每日2毫克,以后每日1毫克。待症状改善之后逐渐停药。

2.孕激素:体内的孕激素主要是黄体酮,黄体酮只能作用于经过雌激素准备的组织发挥特殊的生理效应,如使增生期子宫内膜转变为分泌期内膜。黄体酮还有维持妊娠的特殊功能。长期应用黄体酮及其衍化物制剂有对抗雌激素的作用。如抑制下丘脑、垂体和卵巢的功能,使子宫内膜萎缩及宫颈粘液分泌减少。

(1)孕激素的分类:孕激素的种类繁多,归纳起来大致有两大类。一类是孕酮及17 $\alpha$ -孕酮衍化物,如黄体酮、醋酸甲孕酮(即安宫黄体酮)、己酸孕酮、甲地孕酮、氯地孕酮等等。第二类是19-去甲睾酮衍化物,如炔诺酮,18-甲基炔诺酮、双醋炔诺酮、庚炔诺酮等等。

(2)中老年妇女使用孕激素的利弊:中老年妇女应用孕激素类药物所引起的问题不如雌激素那样多,相反可以抵消因使用雌激素时所发生的副作用,如可以减轻雌激素对子宫内膜过度刺激所带来的危险性,防止子宫内膜癌的发生,也可以抵消雌激素对血清脂类和蛋白质的影响。然而最近科学家报道,长期用孕激素制剂也可以使血清低密度脂蛋白增加,



致使发生心血管疾病。长期应用孕激素制剂可以增加肝脏的负担，所以若肝功能不良者，慎用孕激素制剂。

(3) 中老年妇女哪些疾病适合应用孕激素： 更年期综合征的潮热，用孕激素之后潮热可以消除，使患者感到舒适。

更年期功能失调性子宫出血：常为无排卵性出血，应用激素之后能使过度增生的子宫内膜变为分泌型，停药后子宫内膜脱落较完善而且易止血，出血量大大减少。用法：在月经周期第 20~24 天用黄体酮 20 毫克/日，肌肉注射连用 3 天，或在月经周期第 14 天用安宫黄体酮 6~12 毫克/日，连用 10 天等。用炔诺酮能维持子宫长期止血，而且能使子宫内膜萎缩，出血减少，用法：炔诺酮 2.5~5 毫克/日，连服三周，可用 3~6 个疗程。月经紊乱而出血不多者周期性使用孕激素，可以调节月经，使之变得有规律。 绝经之后某些妇女因为子宫内膜过度增生有癌的倾向者，定期应用孕激素制剂，可以使已经增殖的子宫膜转变为正常的内膜，甚至于内膜萎缩，从而防止癌症的发生，用法同前。 晚期子宫内膜腺癌：长期使用孕激素制剂，可以使 1/3 有转移的患者病情缓解，疗效可以持续数年，而且无副作用。用法：甲孕酮 400 毫克/天肌肉注射或 150 毫克/天口服。氯地孕酮 20~30 毫克/天，醋酸炔诺酮 20 毫克/天，或己酸孕酮 3~4 克/周肌肉注射等，都有满意的疗效。上述药物一般用 6 个月，如继续使用一些时间，对某些患者有治愈的可能性。孕激素对子宫内膜癌起抑制作用，抑制癌细胞的扩散和发展。长期应用孕激素要注意检查肝功能，如有异常要停止用药，以免发生药物性肝炎。

3. 雄激素：雄激素用于治疗妇女疾病有数十年的历史，

实践证明某些疾病应用雄激素治疗是行之有效的。中老年妇女常用的雄激素有甲基睾丸酮、丙酸睾丸酮等。

(1) 中老年妇女应用雄激素的原理：雄激素用于中老年妇女有以下几方面的作用。抑制下丘脑——垂体轴，使其功能稳定。对抗雌激素对内生殖器官的作用，如可以对抗雌激素对子宫内膜过度刺激的作用。作用盆腔血管，使血管收缩，起到减轻盆腔充血的作用，从而防止出血过多。

(2) 中老年妇女哪些疾病适合应用雄激素？更年期功能失调性子宫出血病：丙酸睾丸酮 50 毫克/天，肌肉注射连用 3~5 次具有显著的止血作用。据报道可以减少 50% 出血量。止血之后用甲基睾丸酮每日 10~15 毫克，同时加安宫黄体酮 6~12 毫克/日，连服三周，停药一周，可以应用 3 个周期，具有调节月经周期，减少子宫出血的作用。子宫肌瘤：中老年妇女患有子宫肌瘤而且小于 2 个月孕大时，如果出血比较多，可以用雄激素治疗，减少出血，特别是接近绝经的妇女，能较快地进入绝经，避免了剖腹切除子宫的痛苦。用法：甲基睾丸酮 10~15 毫克/日，每月服三周停一周，连续 3~6 个月。

(3) 用雄激素度过绝经期：妇女绝经年龄一般在 45~54 岁，如果 54 岁以上仍未绝经者可以应用雄激素，或者雄激素加孕激素同用，以抑制下丘脑—垂体—卵巢轴的功能，进入绝经期。用法：甲基睾丸酮 10~15 毫克/日，每月用三周停一周，连用 3~6 个周期，或者加安宫黄体酮 6~12 毫克/日，每月用三周停一周，连用 3~6 个周期。停药之后如无出血，说明卵巢功能已经衰竭，分泌雌激素少而不至于使子宫内膜

增殖，开始绝经。

(4) 应用雄激素应注意哪些事项：雄激素也可以加重肝脏的负担，所以肝功能异常者不宜使用睾丸酮。中老年妇女如患有高血压及心血管疾病者，亦不宜使用睾丸酮。雄激素用的时间过久或用量过大时，尚可以出现男性化体征及性欲亢进，应该注意。

## 十四、中老年妇女性生活知识

### (一) 中老年妇女性欲变化

妇女到了 45 岁后，由于卵巢开始萎缩，始基细胞退化，则雌激素分泌减少，激素水平发生了显著的变化，月经开始紊乱并逐渐发生闭经。雌激素的减少，由反馈引起下丘脑分泌较多的促性腺激素释放因子，促使脑垂体分泌较多的促卵泡素和促黄体素。卵巢功能安全萎缩之后，便无雌激素分泌，但卵巢间质仍可分泌睾丸素。由于性激素水平的变化，特别是雌激素的减少，第二性征如乳房开始萎缩，外阴、阴道及子宫也开始萎缩，这种变化是否会影响中老年妇女性欲功能的问题，还有很多争论。但是中老年期性功能减退这是事实，也是生理现象。据报道，有 70% 以上的人在性欲的要求与兴趣方面有明显降低，随着年龄的增大及月经停止，性欲降低的趋势还维持下去。这种性欲降低是逐渐发展的过程，并非突然性，一般说来夫妇双方是可以适应的，不必怀有恐惧的心理。但有人认为，健康者性欲和性的兴奋与年龄关系不大，也就是说健康的老人仍存在性的活力，甚至到了 80 岁也如

此，但必须指出这并不是普遍的现象。

## （二）中老年妇女性欲减退的原因

对于中老年妇女性欲减退的原因，目前还知道得不多，或者说没有搞清楚。因为性欲本身就是一个十分错综复杂的问题，性的奥秘有很多问题值得研究与探索。但就目前所知，中老年妇女性欲降低可能与下列因素有关。

1. 年龄与情绪：神经精神因素对性欲有一定的影响，情绪的紊乱，对妇女的性欲和性的反射影响颇大。妇女进入更年期及绝经期之后，由于组织细胞退化，大脑神经细胞的功能减退，则调节失常，各种反应及反射均迟钝，这些变化无疑也要反映到性欲方面来。随着年龄增大表现也越明显。例如更年期或绝经期综合征状群患者，常有情绪失常表现，这种变化是由于雌激素降低引起的，但也会影响到性欲方面来，使性欲降低，甚至厌恶性欲。数年以后，一旦这种症状消除，情绪比较稳定，就可以带来一定程度的性欲增强，享受到性的乐趣。

2. 性激素变化：性激素对人类的性行为起着重要的作用，各种不同的性激素对性的兴奋与反射起着不同的影响。因此中老年妇女性激素的变化使得性欲也发生了一种更为复杂的变化。

雌激素与性欲关系：雌激素对妇女的性欲所产生的作用目前还不十分清楚，但雌激素降低对中老年妇女有以下两方面的影响是肯定的：雌激素降低对情绪变化产生有效的影响，可使情绪不安，导致性欲变化。雌激素降低或缺乏使生殖器官发生变化，外阴干枯萎缩，对性的敏感反应降低。阴

道萎缩变窄，弹性消失、分泌物减少，阴道干枯，引起性交困难、疼痛，从而抑制性欲与性交的乐趣。因此妇女血液中雌激素的正常浓度，对维持阴道的正常功能是必不可少的，而阴道则是性交的重要性器官。但有人观察到，用雌激素治疗后，能改善阴道干燥及萎缩，而不能使性欲得到改善。

孕激素与性欲的关系：一般认为孕激素可以抑制性欲，不论是男是女都一样，这是肯定的。中老年妇女由于卵巢无排卵，无黄体形成，血液孕激素水平极低，则妇女的性欲将从这种抑制作用解脱出来。

雄激素与性欲的关系：目前认为，睾丸素是男性和女性的“性欲素”。中老年妇女血液循环中的睾丸素有轻度下降，这种降低就可能导致性欲的减退。

3. 老年期疾病的影响：随着年龄增大，卵巢功能衰竭，性激素的变化，中老年妇女可以发生各种不同疾病，而各种疾病与性功能之间的关系是很复杂的，有些疾病可影响性的活力，有时性生活也可以加重某些疾病的发展。如此相互影响，造成中老年妇女的性欲降低。

心血管疾病与性欲的关系：患心血管疾病的妇女性功能减退常是功能性的。由于疾病，患者情绪发生焦虑与担忧，特别是疾病未恢复，症状未消除，常影响到患者的精神状态，因此影响性功能。治疗心血管疾病的某些药物如降压药及镇静药物用量过大，时间过久，也可以影响性功能。在性生活过程中，由于兴奋和小血管收缩，可使血压升高，心绞痛发作，从而导致一定的危险性。

糖尿病与性欲的关系：男性糖尿病患者性功能降低是由

于阳萎。女性糖尿病人性功能障碍的原因尚不十分明确。有人认为很容易合并感染，导致性交疼痛，或使阴道分泌物减少润滑不良，导致性交不快，或者发生糖尿病性神经炎影响感觉等。

生殖器官肿瘤与性欲关系：卵巢癌、子宫颈癌、阴道癌等恶性肿瘤的晚期，常使患者全身处于极度衰竭及恶病质状态和痛苦之中，无性生活的欲望。即使在恶性肿瘤的早期，常因精神负担重，耽心危及生命，而产生忧虑、恐惧及绝望情绪，导致了性反应及性兴趣的减弱。化疗药物和放射治疗等严重的副反应加剧了性功能的降低。

### （三）中老年妇女性功能降低的治疗

正常、美满、和谐的性生活不仅有利于身心健康，而且也有利于夫妻和睦相处，能使老年生活过得更快乐。因此，由于某些原因或疾病造成的中老年妇女性欲下降应得到重视与治疗。

1. 保持身心健康：健康的身体加上饱满而正常的精神状态，能使中老年妇女享受到性生活的乐趣。中年之后，身体老化，免疫功能降低、抵抗力下降，各种疾病丛生，由此也导致精神衰萎。怎样使身体保持健康呢？现在认为，人要顺乎自然规律生活，睡眠、劳动和饮食三者要掌握平衡，适当锻炼身体，正确对待各种精神刺激，这样就可以抵抗外界各种不良因素的刺激而不至于生病或少生病。也可以防止因体内代谢失调而产生的老年性疾病。到了老年也要努力防止脑的老化，因为脑的老化可以加速全身各器官的老化，因此必要的、适当的脑力劳动要坚持，如看书学习、下棋等活动。

2. 性激素的治疗：年高的妇女适当补充一些性激素对增进性欲是有好处的。更年期综合征、外阴及阴道萎缩，老年性阴道炎等是由于雌激素缺乏所致。更年期综合征补充雌激素后能消除情绪不安、焦虑等症状，有助于恢复性欲功能。老年性阴道炎、阴道萎缩等适当地补充雌激素后，可以消除炎症，使阴道弹性增加，分泌物增多，消除干燥，以维持正常的阴道功能，对性生活是有益处的。雌激素的用法：己烯雌酚 0.25 毫克每日服一次连服 22 天，后三天加黄体酮 10~20 毫克肌肉注射，每日一次。

身体健康的老年性性欲降低者，可以每日服用甲基睾丸素 5~10 毫克，对于增进妇女性欲很有帮助。

3. 其他疾病治疗：积极治疗全身性疾病能使疾病好转，消除症状，而有利于身体健康的恢复，有利于消除思想负担与恐惧，间接地有利于性功能的增强。心肌梗塞及心绞痛可用三硝酸甘油酯及心得安治疗，待病情稳定后可以进行性生活。但如果病情发展恶化，不适宜性生活，并及时用药。高血压用降压药物以降低血压。糖尿病用胰岛素控制血糖，病情稳定后性欲多能恢复正常。如合并阴道炎，可以补充少量雌激素改善阴道萎缩。患有生殖器官恶性肿瘤者，根据不同病情选用化疗、放疗或手术治疗，待病情改善之后，也能改善性欲减退的情况。

## 第十五章 中老年人眼病的防治

### 一、睑内翻和睑外翻

#### (一) 什么是睑内翻

睑内翻是指眼睑的边缘不在正常的位置，而向眼球方向翻转，同时睫毛也随之内倒刺激眼球的表面者。在临床上睑内翻分为三类，一类为先天性睑内翻，另一类为瘢痕性睑内翻，再一类为痉挛性收缩睑内翻。老年人所患的睑内翻，多是痉挛性睑内翻。这是由于眼轮匝肌发生痉挛性收缩所致，主要发生在下睑。因为老年人的眼睑皮肤松弛，失去了牵制眼轮匝肌的收缩作用；同时又因老年人眼眶内的脂肪逐渐减少，造成眼睑后面缺乏支撑，以至睑缘向眼球方向内卷，睫毛倒向眼球，刺激角膜而发生异物感、疼痛、流泪及结膜充血等刺激症状，有时视力也受到影响。治疗本病宜作手术矫正睑内翻倒睫。



## （二）什么是睑外翻

睑外翻在临床上可分为瘢痕性、麻痹性、先天性及老年性睑外翻等几种。老年性睑外翻仅限于下睑部。由于老年人的眼轮匝肌功能减弱，眼睑皮肤及外眦韧带也较松弛，因此下睑不能紧贴眼球，最后因为下睑本身的重量使之下坠，形成下睑外翻。患者常有流泪及结膜充血等症状。治疗本病宜作手术矫正，以缩短睑缘为原则。

## 二、泪 溢

泪溢是眼泪不能经过正常的泪道排除而流出眼外者。中老年人中常有泪溢发生。我们知道泪液主要从位于眼眶外上侧内的泪腺和副泪腺分泌出来，对眼球起着保护作用。在眼睑的瞬目作用下，被引至内眦部的泪湖，通过上、下泪小点、泪小管、泪总管、泪囊而流入鼻腔。正常的眼睑边缘是紧贴着眼球表面的，泪小点的开口朝向泪湖，即使当眼球向上转动时，泪小点也不至外露。泪液就是在泪小管的毛细管吸力和泪囊腔的负压影响下，经过泪道系统而向鼻腔排出。凡是影响下睑和眼球表面的紧贴关系，致使泪小点失去正常位置或泪小点与泪小管发生阻塞的病变都可造成泪液外流，引起泪溢。老年人产生的泪溢常由于老年性下睑外翻所引起。如果发生泪溢则会经常流泪，视物模糊，以及因时常擦拭而引起不适等症状。治疗泪溢常须采取手术方能得到根治。

### 三、中老年人结膜上易患什么病

#### (一) 睑裂黄斑和翼状胬肉

有的中老年人在睑裂部的球结膜表面、角膜缘的内外侧，形成三角形的黄色隆起，这就是睑裂黄斑。它的发生是因为这部分的球结膜长期暴露，发生老年变性的结果。睑裂黄斑不影响角膜，对视力也无妨碍，不需作特殊治疗。有的老年人在睑裂黄斑部位的球结膜上皮组织继续向角膜表面延伸，形成一条三角形带有血管的新生组织，可长在一侧或两侧，都向着角膜方向生长，形成似鸟翼，故叫做翼状胬肉。这是由于结膜的慢性炎症、风沙、阳光等的长期刺激，造成结膜变性增厚所致。中老年人患本病常是进行性发展。翼状胬肉在进行时，其近角膜端的头部呈灰白色胶样隆起，位于角膜缘的颈部和球结膜的体部出现高度充血肥厚。当胬肉侵及角膜正中瞳孔区时，患者视力将受严重威胁。故对进行性翼状胬肉应作手术切除。有的翼状胬肉充血不明显，是为静止性胬肉，当其未侵入瞳孔区的角膜时，不需手术治疗。在诊断翼状胬肉时，对于老年人还需密切注意与角膜缘的肿瘤相区别。

#### (二) 结膜结石

结膜结石是在上下睑结膜表面出现的细小而坚硬的黄色点状突起。常发生在中老年人患有慢性结膜炎的病人中。这种结石是结膜表面深部细胞变性的产物。有单个存在的，也有密集排列的。结石如不突出至睑结膜表面，患者可无症状，但如突出结膜表面，患者则有异物感发生。特别是在眨眼时，

症状则更明显，甚至还有流泪和疼痛。治疗结膜结石可用 0.5% 氯霉素滴眼液点眼，每日三次。未突出者，无需手术处理。如突出结膜表面有明显异物感者，应由专科医生用无菌针头或刀尖将结石剔除。

### （三）结膜下出血

中老年人中，有时在一眼或两眼的球结膜下出现鲜红色的血块，这叫做结膜下出血。它与结膜充血有明显的不同。发生结膜下出血的中老年患者，往往并无眼外伤历史，且无特殊自觉不适症状，有的甚至是由他人发现而不自知，球结膜下出血有时可因咳嗽、便秘或揉眼球而发生，这多与中老年人的结膜或巩膜上的毛细血管脆弱有关。本病常可反复发生。结膜下出血新近发生者为鲜红色，出血静止后色转暗红。由于重力关系，出血常向下部球结膜下沉积。在吸收过程中，出血颜色转为淡黄而逐渐吸收消散。一般在 1~2 周内完全吸收。治疗可口服维生素 C 100 毫克每日三次，0.5% 氯霉素眼液滴眼，每日三次。切忌过早热敷，否则反易促进出血发生。

## 四、中老年角膜上易患什么病

### （一）角膜老年环

本病是角膜周围部基质发生类脂性浸润所致。发生于老年人，是一种单纯的原发性老年性变化。多是由于角膜周围的毛细血管闭塞的结果。老年环开始时在角膜上下缘出现弓形灰色浸润，以后混浊构成环形。以上缘最重，下缘次之，内外侧最不显著，其混浊边界清晰，对视力无影响，故无需特

殊治疗。

### （二）老年边缘性角膜溃疡

本病又名卡他性角膜溃疡，常发生在年龄较大的患者。在角膜边缘部位发生灰白色或淡黄色的浸润。浸润区汇集在一起，形成半月形溃疡。溃疡表面与角膜缘之间常被一条正常角膜分隔开来。溃疡多不累及瞳孔区。长入新生血管后，溃疡愈合，结下瘢痕。本病的起因多与老年变性所致的局部营养障碍有关。治疗可用0.5%新霉素眼液点眼或涂0.5%金霉素或0.5%红霉素眼膏包扎。

### （三）慢性匍行性角膜溃疡

本病又名蚕食性角膜溃疡，多发生在中老年人。可单眼或双眼同时发生，是一种从角膜边缘开始继续向全角膜发展的浅层溃疡。起病初期在角膜边缘出现灰白色的浸润，以后形成新月形溃疡，逐渐沿着角膜缘呈环形发展，形成一环形溃疡。经过半年至一年，溃疡向角膜中心扩展，最终中央部分全部蚕食，整个角膜为瘢痕所覆盖。病人有异物感、畏光、流泪、剧烈的眼痛和患侧头痛，甚至疼痛难以忍受。视力在早期受到影响，最终仅存光感而失明。本病病因目前不明。如患者一旦发病，应及时到专科医生处诊断，作必要的治疗处理。

### （四）角膜瘢痕

有的中老年人，有视力不良的情况，当去医院检查时，可发现是因在角膜上长有瘢痕所致。角膜在正常情况下是完全透明的。当角膜上皮层以下的实质层因外伤或炎症影响，在伤病痊愈之后，角膜的病变区常留下深浅不均、厚薄不同的

混浊。根据混浊程度不同，可分为云翳、斑翳和白斑三种。云翳为薄的瘢痕，呈半透明雾状混浊；斑翳为较浓的不透明混浊；白斑为浓厚而显著的白色混浊。角膜瘢痕如在角膜中央部分遮盖瞳孔区，就会严重影响视力。角膜疾病、混浊是致盲的主要原因之一。角膜瘢痕是角膜疾病的后遗症。故对本病的治疗当从防治角膜疾病预防角膜外伤入手。必要时配合施行角膜移植手术，或增视性虹膜切除术等，以期增进视力。

## 五、眼睛患了白内障能不能重见光明

### （一）什么是白内障

眼球内的晶状体，位于虹膜和玻璃体之间。通过瞳孔，可以看到正常的晶状体是完全透明的。由于种种原因，晶状体失去了它的透明性，而发生白色混浊时，就叫做白内障。人们如用肉眼观察，就可发现瞳孔区呈白色混浊。任何年龄都可发生白内障。形成白内障的原因也是多种多样的。就中老年人而言，发生的白内障主要是老年性白内障。据统计，大约有 60% 的老年人都不同程度的患有这一眼病，特别是在高原地区，60 岁以上的人发病率竟高达 86% 以上。因此老年性白内障是对中老年人的视力有着严重损害的眼病。

### （二）患老年性白内障是否会失明

目前对产生老年性白内障的确切原因尚不十分清楚。但是它的发病过程常有一定规律性。这种白内障多是双眼性的，但两眼病情的程度和发展的速度可不完全一致。在白内障的初发期，病人可以毫无症状，有的病人只是在检查时才被医

生所发现，此时晶状体的白色混浊小点多在周边部，故一般没有视力障碍。有的病人仅觉眼前有黑点随眼球转动而转动。随着晶状体混浊增加，白内障继续发展进入到水肿期，病人会感到视物模糊不清；或因晶状体发生了水肿而增强了它的屈光力，故在阅读书报时，反而可有不用老光镜的情况。如果晶状体的混浊向中心部发展，影响了瞳孔区，就会出现视力障碍。随着病情发展，晶状体完全变为混浊，瞳孔区内呈现出白色，白内障就进入到成熟期。这时患者视力明显障碍，但仍具有光感。如若两眼患病，则行动困难，生活需要照顾。患了老年性白内障，病人可在数月或数年之内，乃至在十年以上便会逐渐地失去视力而失明。

### （三）糖尿病性白内障对中老年人眼睛的危害

在中老年人中，除老年性白内障外，还有一种白内障，它是由于病人患有糖尿病而并发产生的，称为糖尿病性白内障。这种白内障，对老年人的视力也是一种威胁。在患糖尿病的老年人中，常更容易患老年性白内障，发病的时间较一般人提早，发展也较迅速，成熟时间也比较快。对于患有白内障的老年人，在初诊时必须要进行尿糖的定性检查，必要时作血糖定量分析，这样才能早期发现和及时治疗糖尿病。治疗糖尿病性白内障，须先对糖尿病进行治疗。当血糖控制在正常范围时，便可作白内障摘除术，以期复明。只要糖尿病对眼部的损害未累及眼底发生糖尿病性视网膜病变，则手术预后同老年性白内障一样，可以通过配戴适度的镜片得到满意的视力。如果病人合并有糖尿病又未进行认真的治疗，在作白内障摘除术时，就容易发生眼内出血。手术后容易产生感

染和伤口愈合不良等严重并发症。

#### （四）白内障是可以治疗的眼病

老年性白内障对中老年人的视力有着极大的威胁，但它并非是不治之症。通过专科医生的检查，早期可以在眼部用法可林或谷胱甘肽或白内停眼液滴眼，口服维生素 B<sub>2</sub>、C 及 E，以期控制白内障的发展。如果病情继续恶化，在排除了眼球其它疾病之后，在白内障的成熟期由专科医生施行白内障摘除术，将混浊的晶状体摘除。手术后，戴上度数合适的眼镜，不仅可以重见光明，甚至还可恢复到正常视力。如不愿意配戴眼镜，也可以在眼球内置入人工晶状体，以帮助矫正视力。当一只眼的白内障已完全形成，而另一只眼的白内障还处于初发阶段，甚至还有相当的视力时，可以不必马上将白内障摘除。因为摘除一眼的晶状体后，需要戴上高度的凸透镜（约 + 10 屈光度），以矫正视力，而未作手术的眼，并不需要戴镜，这样两眼不能协调使用，不仅对视力帮助不大，反而会产生视觉干扰而影响视力。自然在必要时也可通过配戴角膜接触镜来解决。

#### （五）治疗白内障对中老年人的全身病也不能忽视

患有白内障的老年人，在接受治疗时，对所存在的全身病也应予以重视和治疗。如患有高血压，应按医嘱治疗。在血压得到适当的控制后，才能进行白内障手术。否则容易发生术中或术后眼内大出血，影响手术效果。再如患有老年慢性支气管炎的病人，在作白内障摘除手术前也应很好治疗。不仅要控制好肺部感染，也要控制好咳嗽和吐痰，否则也会影响手术的操作和疗效。此外，对患有心血管系统疾病者，更

应在治疗白内障前，详细检查和处理。才有保证病人的安全，同时又使视力得到满意恢复。

## 六、为什么患青光眼容易失明

### （一）什么是青光眼

在中老年人中比较容易患的青光眼，一般有两种。一种是急性闭角青光眼，另一种是慢性开角青光眼。无论什么样的青光眼，都是由于种种原因造成眼球内房水的循环发生障碍，引起眼球内压力增高，超过了正常范围，从而使视神经缺血，产生视力减退，以及视野缩窄，最终造成失明的严重眼病。

### （二）什么是急性闭角青光眼，应如何急救处理

#### 1. 急性闭角青光眼有什么症状

病人一旦发生了急性闭角青光眼，就会在突然之间发生眼球胀痛。有时剧烈的疼痛，使病人无法忍受。同时，视力大大减退，可下降到只有光感的程度。一般在夜间看灯光时，在灯光周围可以看到红绿色的环围绕，如象彩虹，这种症状叫做虹视。除了眼部的症状外，病人常伴有患侧的头痛，或有恶心、呕吐等全身症状。这时，如病人在家中发病，家人最好粗略地检查一下眼睛，就会发现病人的视力很差，看不清物体，眼球的白眼珠充血发红，角膜失去了正常的光泽，变得象毛玻璃状样混浊，瞳孔明显散大。用手指触扪眼压，则眼球变硬，眼压明显增高。因此，当病人有眼部症状发生，并同时出现头痛、恶心和呕吐等症状时，必须注意考虑到有无



急性闭角青光眼发生的可能。

## 2. 急性闭角青光眼有哪些诱因，应如何注意避免发生

急性闭角青光眼多在中老年妇女中发生。发作前，病人常有悲伤、忧虑、情绪激动或过度劳累等诱因。有的病人常在看电影或电视后发作。有的病人常合并有远视眼存在。以上这些因素都可诱发急性闭角青光眼。因此在中老年人中应该避免过分劳累，克服情绪激动，看电影或电视的时间不宜过长。如有屈光不正应当及时配镜矫正，以消除发病的诱因。此外由于病人病情急重，加之有的病人伴有恶心呕吐，如忽略了眼部情况，有时可被误诊为“肠胃炎”或“脑瘤”等疾病，从而延误对青光眼的处理。有时可因使用阿托品类解痉药物治疗肠胃道疾病，使眼部症状发生或加重。也有由于对老人误用散瞳剂以散大瞳孔，而诱发了青光眼的。因此，对40岁以上的人，不应作散瞳验光，也不要轻易作散瞳检查，必要时应由专科医生酌情慎用。

## 3. 急性闭角青光眼应如何急救处理

有的病人在发生急性闭角青光眼前，常有眼球轻微胀痛，视物模糊及虹视等小发作症状。这时就应引起患者注意，及时到专科医生处认真仔细检查。如果确诊为青光眼的先兆期，就可在医院由专科医生作虹膜周边切除手术或作激光治疗，以预防青光眼的急性大发作。一旦发生了急性闭角青光眼，就应当及时到医院去请专科医生处理，切切不可拖延。因为处理及时与否与视力恢复的程度是密切相关的。如在急性发作24小时之内能得到正确的处理，视力则有完全恢复的可能；但如拖延到3、5天以后再作处理，视力便有可能完全丧

失。到医院后,经过确诊,医生将会使用 1~4%匹罗卡品滴眼每日 4~6 次,以收缩瞳孔。同时口服醋氮酰胺 250 毫克每日三次或使用高渗剂静脉滴注,例如 50%葡萄糖或 20%甘露醇等药物,以降低眼压。在眼压得到适当控制后,施行青光眼的手术,以挽救视力。

### (三) 什么是慢性开角青光眼, 应如何诊治

#### 1. 慢性开角青光眼的症状

慢性开角青光眼,起病常较缓慢。从外表上看,病人的眼睛差不多和正常人一样,早期病人多无明显的自觉症状,因而易被忽视而不易发现。随着病情发展,眼压逐渐升高,病人感到眼部轻度发胀,视物模糊,虹视以及头痛。有的病人在检查时或用手遮住一眼看物时,才发现视力已经很差,或完全失明。有的病人由于周边视野缩小,对旁边的人或物不易察觉,因而易与旁边的人或物发生碰撞。由于视野逐渐缩小,可发展成为管状视野。这种管状视野犹如眼睛通过细小的管子去看物体。最后视力丧失而完全失明。这种青光眼突出的损害是视野改变而最终影响视力丧失。有的病人病情已很严重,即视野已成管窥,而视力还可以正常。因而不能因为病人自觉视力正常,而忽略了对慢性开角青光眼的诊断。

#### 2. 怎样及早发现慢性开角青光眼

要早期发现慢性开角青光眼,可从以下几方面着手。由于本病多发生在中老年人而又常无明显症状,故对 40 岁以上的人应该定期进行眼压检查。正常眼压为 10~21 毫米汞柱。如果在体检时,眼压在 24 毫米汞柱以上,就要密切观察,确诊有无此种青光眼存在。同时这种眼病常有遗传性。对于有

家族史，而又有可疑症状者，也应定期随访观察视力、眼压和眼底的改变。对于可疑患者，应由专科医生检查 24 小时眼压，注意眼压的变化情况。同时还要作视野分析，观察有无青光眼性视野改变。与此同时还要用检眼镜检查眼底，了解视神经乳头有无青光眼性凹陷萎缩。这样，慢性开角青光眼就不难早期诊断了。

### 3. 慢性开角青光眼是可以治疗的

慢性开角青光眼对病人的视力存在着严重的威胁。但是只要能早期诊断早期治疗，病人的视力是可以得到保留的。经过确诊，对早期开角青光眼必须在专科医生指导下进行药物治疗。常用的药物有 1% 匹罗卡品或 0.5% 噻吗心安眼液滴眼，以收缩瞳孔降低眼压。如单纯用滴眼液眼压还不能有效控制时，可口服醋氮酸胺 250 毫克，每日 2~3 次以减少房水分泌。当药物不能控制眼压者，应施行抗青光眼手术以降低眼压，挽救视力。此外，还应使用 B 族维生素或血管扩张剂，以保护视神经防止继续发生萎缩。慢性开角青光眼虽属慢性眼病，但后果严重，故对其诊断和治疗都不能拖延，而应积极请专科医生治疗，才能使视力和视野都保持完好无损。

## 七、中老年人为什么常常需要戴眼镜

### (一) 中老年人的近视眼是怎样产生的

在谈到近视眼以前，必须了解什么是正视眼。正视眼是指眼球在静止状态下，即不使用调节作用时，从 5 米以外来的平行光线，恰好能聚焦于视网膜上的眼球，就是正视眼。换

句话说，一个发育完善的眼球，长度为 24 毫米。正视眼的视力是正常的，即远视力为 1.0 以上。近视眼多是由于眼轴过长，超过了 24 毫米，远处物象的焦点不能落在视网膜上，而是落在视网膜前面去了，因此看远处的物体模糊不清，而对近处的物体能够清楚的看到。在不少的中老年人中患有近视眼，这当中固然是有许多人在青年时就已经有了近视眼。但是还有一些人，在年轻时视力很好，并无近视眼存在，但是随着年龄的增加，晶状体产生硬化或发生早期老年性白内障而发生了近视眼。眼睛近视，就不能清楚的看到远处的物体，有的人对从远处走来的熟人也不认识，或者有的老年人原来看书写字需要戴上老光眼镜，但当发生了近视眼后，反而不必戴老光眼镜便可阅读书报了。这多是因为眼球内的晶状体发生了硬化或因产生了早期的老年性白内障，晶状体发生水肿，增强了眼睛的屈光力所造成。如果发生了近视眼，为了帮助提高视力，就应当配戴度数适当的凹透镜。在老年人戴上这种镜片后只能使远处的物体看清楚，但不能用同一度数的眼镜看书报。那是因为老年人还存在有老视的问题。要看书报又得另行验光，配戴一副专门作阅读或近距离工作的眼镜，关于老视，下面还要专门谈到。

## （二）中老年人的远视眼是怎样产生的

远视眼是由于眼球发育的长度未达到正常范围，即眼轴短于 24 毫米，平行光线进入眼球后，焦点不能落在视网膜上面，而是落到视网膜的后面去了。所以远视眼不能看清楚远处或近处的物体。但是在有轻度远视眼的病人，在年轻时，却有着正常的远近视力，并无看不清楚远近物体的情况。这是

因为人的眼球中具有一个透明而有调节作用的晶状体。晶状体的调节能力在幼儿时期最强，随着年龄的增长，调节力便逐渐减弱，到 45 岁以后调节能力便逐渐消失。而原来就存在着的潜伏性远视，在老年时就暴露出来了。因此老年人的远视眼，一部分是由于在早年时已经存在着远视，在年轻时能够代偿，但当老年时已无法代偿而表现出来。一部分则是在早年就已存在着不能代偿的远视眼症状，主要是看远处物体不清楚，出现老花眼的现象比正视眼的人的时间提前了，而且戴老光眼镜的度数比同龄的正视眼所需度数为高。出现了远视眼应当怎么办呢？唯一的方法是配戴度数适宜的凸透镜，特别是在阅读书报和作近距离工作时，就更需要配戴度数更高的凸透镜。因为戴上凸透镜能使光线集合，从而使物体的焦点前移到视网膜上，以帮助提高视力。

### （三）老年人为什么会发生“老花眼”

四十五岁左右的人，眼球的调节功能逐渐消失，便开始出现老视，一般也称为“老花眼”。常在阅读小字或作近距离工作时，喜欢把目标放得远远的，特别是在夜间或光线不足的情况下最易发生。随着年龄的增长，即使把目标尽量远移，也无法能看清楚。一般还伴有视疲劳的症状。产生老视主要的原因是眼球内的晶状体随着年龄的增长产生了硬化所引起。而眼球内的睫状肌也随年龄的增长，力量衰弱下来，因而晶状体的调节作用便随之减弱，从而产生老视。老视眼对远处来的平行光线仍然能够很好适应，并能将焦点聚于视网膜上，故远视力不受影响。但是对近处目标发出的散开光线，则不能靠调节力量成像于视网膜上，因而作近距离工作产生

困难。治疗老视眼需要配戴凸透镜，以弥补眼球调节力的不足，使焦点移到便于作近距离工作的范围内。一般正视眼在40~45岁需戴1个屈光度的凸透镜，以后大约每增加5岁则需增加0.5个屈光度。若患者原有1个屈光度的近视眼，在看远物时需用1个屈光度的凹透镜，但45岁左右则在阅读或作近距离工作时，便可不必戴镜片了。然而，原有1个屈光度的远视眼，在看远物时需用1个屈光度的凸透镜，可是当45岁时在阅读或作近距离工作就需戴2个屈光度的凸透镜才为合宜。同时远视眼患者的老视出现的时间要比正视眼为早，而近视时，患者出现老视的时间则比正视眼要晚，因此在配老光镜还要根据患者的屈光状态、职业以及主观接受的程度，对所配镜片度数作适当的增减，而不能任意选用，也不应过度矫正。

## 八、中老年人常见的眼底疾病有哪些

有的眼病从外表上看眼球似乎没有什么问题，但患者确有视力障碍存在，这也许是疾病发生在眼底部的脉络膜、视网膜和视神经乳头上。常见的中老年人眼底疾病有以下几种：

### （一）动脉硬化性视网膜病变

眼底常见的动脉硬化为老年退化性动脉硬化和小动脉硬化两种。老年退化性动脉硬化常与原发性高血压同时存在，也可能是高血压病的结果。患者多因有高血压症状在检查眼底时才发现眼底已出现病变。少数患者则因眼底出血或渗出物影响视力而到医院检查。动脉硬化性视网膜病变患者，在检

查时可见视网膜动脉弯曲，光带增宽，呈铜丝状或粗细不匀现象。血管硬化严重者，管腔高度狭窄，管壁成白色，中央仅显出一条细小的红色血柱。如管壁完全闭塞，则血管壁完全变白，成银丝状动脉。视网膜上出现火焰状出血和白色圆点状硬性渗出物。早期视神经乳头正常，晚期因缺血而致苍白萎缩。

对中老年人作定期的健康检查很有必要，一当发现动脉硬化性视网膜病变，应到医院内科进一步检查治疗。

## （二）高血压性视网膜病变

众所周知，高血压病是危害人民健康的常见病，在 40 岁以后发病率明显增高。其临床表现是以动脉血压增高为主，发病早期全身细小动脉发生痉挛，随着血压持续增高，病情进一步发展，则全身细小动脉产生硬化，由此引起对心、脑、肾等脏器严重损害。与此同时，高血压病也在眼底血管产生严重病变，称为高血压性视网膜病变。视网膜血管是人体内唯一可以在活体上看到的血管，用检眼镜检查眼底，通过视网膜血管的改变及其所引起的其它实质性损害，可以估计全身高血压的病程，并借以帮助诊断和判断预后，故对高血压患者作眼底检查有很重要的临床意义。临床上高血压病按病情的缓急分为缓进性和急进性两种，也就是所谓的良性高血压和恶性高血压。

缓进性高血压视网膜病变在早期出现视网膜动脉痉挛性收缩，以动脉的小分支为显著。病程久后，视网膜动脉硬化，血管变直，管腔变细，动、静脉交叉处显出压迹。后期在视网膜上有火焰状出血或小的渗出物。患者在早期可无视障



碍，随着病情发情，出现视力模糊，后期视力则明显减退。

急进性高血压视网膜病变，在早期出现视网膜动脉痉挛性收缩，管腔变细，血管周围视网膜水肿，以至小动脉不能查见，后期后极部视网膜水肿，视神经乳头水肿，隆起可高达5~6个屈光度。视网膜有多处火焰状或片状出血区以及多数白色棉绒状渗出，黄斑区硬性渗出物呈星芒状。病人视力严重障碍。一旦出现视神经乳头水肿，反映预后严重。

### （三）老年性黄斑变性

老年性黄斑变性是45岁以上中老年人发生的疾病。患者常是两眼同时或先后发病，视力下降或明显减退，或有视物变形等症状。此病主要是脉络膜毛细血管萎缩，玻璃膜增厚和视网膜色素上皮层萎缩等病变引起视网膜黄斑萎缩变性。随着病情发展，患者最终由于黄斑区机化瘢痕形成而失明。故中老年人如发生视力减退，应及早到医院就诊，作眼部详细检查，以期明确病因，及时得到治疗。

### （四）糖尿病性视网膜病变，见下面介绍。

## 九、糖尿病人的眼睛也会患病吗

糖尿病是一种比较常见的新陈代谢紊乱的疾病。它主要表现在高血糖、尿糖和脂肪代谢的不正常。此病不仅对全身可造成严重的病变，对眼睛也能产生多种多样的损害，其后果常常相当严重。有的糖尿病人在全身尚未造成明显损害之前，就已造成眼睛失明。因此糖尿病性眼病是造成失明的重要原因之一，特别是对老年人视力的威胁，则更为突出。



糖尿病对眼睛的严重损害，主要表现在虹膜上产生异常的血管，产生虹膜红变，也可造成新生血管性青光眼或出血性青光眼，病人除有视力严重障碍外，还伴有剧烈的眼痛和头痛，而且这类青光眼在治疗上相当困难，预后不良。其次，糖尿病也是产生白内障的主要原因之一。在老年人中糖尿病性白内障一般比老年性白内障发生的年龄更早，速度更快，且更为常见。不过这种白内障当血糖控制在正常范围内，同时眼底未受到糖尿病损害的情况下，手术摘除了白内障，病人是能重见光明的。严重的是糖尿病能引起眼底发生改变，称为糖尿病性视网膜病变。一般开始发生病变时，检查眼底可发现在视网膜上有微血管瘤出现。如病变范围较小，又在眼底的周边部时，病人可无特殊症状。随着病情进一步发展，视网膜发生出血和渗出物，如果这些改变出现在视网膜的后极部，病人视力就会明显降低。到了晚期，眼底可有视网膜增殖带形成，玻璃体反复出血，引起增殖性视网膜炎，进而结缔组织收缩可引起继发性视网膜脱离，最终失明。这样看来，糖尿病性视网膜病变的确是一种严重的眼病。根据统计，患糖尿病不到一年者，只有 10.7% 有眼底病变，而患病 20 年以上者，则 74% 有眼底改变。患者 5 年内，约有 50% 的病人会进一步发生视网膜出血或渗出物。一旦发生增殖性视网膜病变，在 5 年之内约有一半的人失明。尽管如此，只要对糖尿病能及早发现，请内科医生合理治疗，将糖尿病有效的控制，则将推迟发生视网膜病变的时间或减轻病变的程度，以保全视力。这是十分重要的。

## 十、老年人眼睛上也会长肿瘤吗

眼睛和身体其它部位的组织一样，可以长出各种各样的原发性肿瘤，也可以由身体其它部位的恶性肿瘤转移到眼睛上。换句话说，眼睛可发生良性肿瘤，也可发生恶性肿瘤。在老年人中，一般比较容易发生肿瘤的部位，可以在眼脸上、眼眶内以及眼球内。发生在眼部的肿瘤，不仅对外观造成不良影响，有的则使视力受到障碍，如系恶性肿瘤，则可威胁患者生命，因此不论何种眼部肿瘤，都应到医院及早进行诊断，作出正确的处理，保护完善的视觉功能。

### （一）眼脸上有哪些常见的肿瘤

在中老年人中，眼脸上比较容易发生的恶性肿瘤有基底细胞癌、鳞状上皮癌和恶性黑色素瘤等。良性肿瘤则有黄色瘤和色素痣等。分述于后。

#### 1. 基底细胞癌

基底细胞癌是老年人常见的恶性肿瘤。发病初期在下睑的内眦部皮肤和粘膜交界处，长出细小隆起的结节，或者呈湿疹样改变，表面覆盖痂壳，易破溃出血，形成溃疡。这种溃疡边界不整齐，好像被老鼠咬了一样，溃疡可反复出血或因继发感染流出脓性分泌物，经久不愈。病程缓慢，周围组织逐渐遭到蚕蚀，以致眼睑、眼眶和颜面部组织都可受到破坏。病人患病后，应立即到医院诊治。如为早期，可手术切除病变部组织。配合深度X线、镭或<sup>60</sup>钴治疗，都是比较敏感有效的。

## 2. 鳞状细胞癌

这种肿瘤发生的年龄平均为 50~55 岁,是起自皮肤或粘膜上皮的一种恶性肿瘤,其恶性程度较基底细胞癌为高,而且发展也较快,破坏性也大。起病常在内眦部皮肤和粘膜交界处,在皮肤有慢性发炎和慢性溃疡的基础上更易发生。它的表现有两种:一种为呈乳头状或结节状隆起的新生物,破溃后易感染,有奇臭,有的可形成菜花状。质硬而脆,表面易出血。另一种呈溃疡型。这两种类型的肿瘤随着瘤组织的发展,可破坏眼球、眼眶以及鼻窦,最后可侵犯淋巴结,产生颅内甚至全身转移。因此治疗应尽早彻底手术切除,配合放射治疗,也可试行化疗。

## 3. 恶性黑色素瘤

这是一种发展迅速、容易转移、产生黑色素的高恶性肿瘤。肿瘤一部分是由于眼睑的黑痣发生恶变而来;另一部分是在雀斑的基础上发展所形成的。大多数发生在 50 岁以上。开始时肿瘤发生在睑缘的内眦部皮肤,后向皮肤和结膜两方面发展。初起像黑痣,或者是许多不同大小的黑色素结节,色素浓淡不均,但也有不含色素者。结节表面可破溃形成溃疡。有的在短期内迅速发展成巨大肿块。有的也可形成菜花样肿块。有时可合并感染,并且反复出血。病人多无疼痛症状。由于这种肿瘤恶性程度较高,故应早期诊断,早期手术切除。肿瘤对放射治疗不敏感。

## 4. 黄色瘤

这是一种发生在老年人的良性病变,特别是发生在女性。常在上、下睑内眦部皮肤上发生。以上睑为多,常两侧对称。

病变部位色黄而隆起,生长缓慢,是类脂质和色素沉着所致。早期可以手术切除,或作冷冻治疗。

### 5. 黑痣

黑痣是由痣细胞组成。多数属先天畸形,出生时即有。少数在青春期出现,以后生长缓慢,至成年后发展渐趋停止。有的也可萎缩,对人体健康一般无影响。痣可分为交界痣、内皮痣和复合痣三种,而交界痣则有恶变形成恶性黑色素瘤的可能。若黑痣突然长大、颜色加深,有刺痒及微痛症状时,宜及时手术切除,防止发生恶变。

### (二) 眼眶内有哪些常见的肿瘤

眼眶内的肿瘤种类繁多,绝大多数来源于眼眶本身,少数由附近组织继发引起或由于远处的恶性肿瘤转移而来,或可为全身病的局部表现。中老年人常患的眼眶肿瘤,良性的主要有泪腺混合瘤、粘液囊肿和炎性假瘤。恶性的有泪腺癌、淋巴肉瘤及来源于乳癌、胃癌、肺癌及恶性黑色素瘤等转移到眼眶的肿瘤。当眼眶内产生肿瘤时,多数患者会发生眼球突出,眼球的转动受限制,可产生复视或斜视,甚至眼球固定而不能转动。如果眼球前突加重,眼睑闭合不全,则结膜角膜暴露而发生眼睑、结膜充血水肿。如要肿瘤压迫视神经,而引起视力减退或视物变形等症状。如为恶性肿瘤,病人常会发生疼痛或有其它恶病质的症状。所以一旦有上述症状出现,患者就应立即到医院进行全面系统的检查。根据检查结果,确定治疗方案。

### (三) 眼球内有哪些常见的肿瘤

眼球内肿瘤也有良性与恶性之分。老年人所患的眼球内

肿瘤常见者是脉络膜恶性黑色素瘤或其它转移性肿瘤。脉络膜恶性黑色素瘤的恶性程度较高，容易经血液转移。患病早期病人常有视力减退，特别是位于眼底后极部者除视力障碍外，还可产生视物变形或视野缺损。肿瘤迅速发展 to 一定阶段时，眼压可升高产生继发性青光眼，患者有眼痛及患侧头痛等症状，到晚期肿瘤大量坏死，引起剧烈的炎症反应。或发生眼球内炎、眼内出血甚至发生全身转移。应早期诊断，及时根据肿瘤的性质、部位和大小，决定作眼球摘除术或眼眶内容剝除术，以减轻患者痛苦。

## 第十六章 中老年人耳鼻咽喉疾病的防治

### 一、耳 聋

耳聋是一种多见的症状，不受年龄限制，耳部疾病可以产生耳聋，某些全身疾病，耳毒药物同样可以导致耳聋，因此病者及卫生工作者均应有足够的认识。

当听觉器官受到损害时，就会产生听觉功能障碍。声波经外耳的耳廓、外耳道的传至中耳有扩音作用的鼓膜和三个听小骨，再传入内耳、引起内淋巴液的波动，这种途径称为声波的传导，当其病损时，声波传入受阻，产生传音性耳聋。中耳病变产生的耳聋远比外耳严重，但不致于造成全聋。内耳淋巴液的波动刺激内耳耳蜗的听毛，使之产生神经兴奋，沿听神经传至大脑皮质，进行综合分析，把声波变成有意义的信号。内耳耳蜗以上的病变，主要损害耳蜗及听神经，结果产生感音性耳聋。这类耳聋可轻可重，重者可为全聋。兼有

前两者所造成的耳聋，称为混合性聋。因此耳部疾病大多会影响听力，而全身性疾病同样会损害听力，甚至更为严重。

在日常生活中，对一般的谈话、耳语和听电话等感到困难，往往要求谈话者提高嗓门才能听清谈话内容、了解其意义时，说明病人听力减退或耳聋，较轻者称为重听，重者称为耳聋。一般所说的聋人系指双耳几乎完全丧失语音听力。中老年的聋哑人，是自幼儿就已失听，丧失了语言学习的机会，因聋致哑。中年以后出现的全聋，常常是聋而不哑，病人仍能流利的谈话。但是由于长期听不见他人的语音来校正自己的发音，说起话来，往往变音，降低音调或含糊不清。

耳聋的发病率各国尚无精确的统计，综合各国不全的报道，世界上轻重不一的耳聋患者约占总人口的 6% 左右。

### （一）中老年人耳与耳聋

一般说来，中老年人患耳聋者，大部分是中年以前就有听力障碍。引起听力障碍的疾病。有的已经停止发展，听力维持原来的程度，不再继续下降，但有相当大的一部分疾病如常见的慢性化脓性中耳炎等，病情未得到控制而随年龄的增长继续发展和恶化，不仅听力下降继续加重，甚至产生严重的合并症。

进入中年以后的中老年人，还会因耳部疾病、其它全身性疾病、某些耳毒性药物的损害、噪音及衰老等因素导致耳聋。假如我们对耳聋这一症状有一定的知识并重视它，耳聋是不难防治的。

### （二）常见致聋的病因

耳聋是可以防治的，并能获得良好的防治效果。但首先

应有一定的有关致聋病因的知识，当发现有耳聋的可能性或轻度耳聋时，及时就医，向医师，特别是专科医师叙述可靠的病史，利于迅速找出病因，及早诊治。按常见疾病的病因，耳聋的性质分为传音性聋，感音性聋和混合性聋。

### （三）传音性聋

是指病变主要在外耳及中耳。特别是中耳，它兼有扩音及传音作用，病损后音波传入内耳发生障碍，可产生不同程度的听力下降，但不致于造成全聋，这些疾病如及时治疗，可以痊愈。当病损得到控制时，给以适当的药物或手术治疗，即可恢复部分或全部听力。

#### 1. 急性化脓性中耳炎

主要是由于上呼吸道感染（如感冒、伤风、急性鼻粘膜、鼻窦炎和急性扁桃体炎等），常见的化脓性致病菌如乙型溶血性链球菌、金色葡萄球菌和肺炎球菌等，乘机顺肿胀的咽鼓管进入中耳，遂患本病。此种情况常见于婴幼儿。中老年体质较弱又患有慢性全身疾病，如贫血，心脏病等，有挖耳习惯者，亦可直接挖伤鼓膜而诱发此病。

主要症状有急剧发作的耳心痛，疼痛常常难以忍受，发热可轻可重，重者体温可高达  $39.5 \sim 40$ 。鼓膜穿孔后，中耳脓液外溢，耳痛缓解，消失，体温可迅速恢复正常。此外尚有逐渐加重的听力减退、耳鸣、耳溢液及头痛、全身不适等伴随症状。

发病后应及时找专科医师诊治，确定诊断，及时治疗。

治疗原则：全身用药控制炎症，治疗彻底、症状完全消退后，尚须酌情用药 5~7 天。其它的辅助措施尚有鼻腔滴用



1%麻黄素液，收缩鼻咽侧壁及咽鼓管咽口肿胀粘膜；耳内滴用抗生素溶液，以协助控制中耳炎症。

转归：即本病发生后，最后的结局与治疗是否及时、正确、彻底、病损的轻重有一定的关系。一般说来有下列几种情况：痊愈；转为慢性化脓性中耳炎；干性穿孔；粘连性中耳炎；鼓室硬化症。除痊愈外，其它均可导致听力下降，如病变严重，可引起危及生命的颅内、外并发症。

预防：加强体育锻炼，增强体质，防止感冒，及早治疗全身性慢性疾病，及时治疗感冒、鼻咽部疾病，减少耳部感染机会。

## 2. 慢性化脓性中耳炎

主要病因：一般认为急性炎症6~8周后未痊愈者即称为慢性。产生的原因多为急性期治疗欠妥或不彻底，全身健康状况差，反复上呼吸道感染，邻近鼻部、咽部慢性疾病反复发作等。

主要症状：耳溢脓可以反复发生在上呼吸道感染时，及洗澡、游泳时污水由外耳道进入中耳后。如脓液有臭味，可能伴外耳道炎或中耳骨质破坏。反复耳溢脓，患者听力逐渐下降，轻者重听，重者耳聋，有时可有眩晕，当急性发作时即出现急性中耳炎的症状，如耳痛，发热等，有半数的病人可出现严重的颅内、外合并症。故有以上症状时应请医师诊治，如有急性发作，应急症就医。

治疗原则：根据就医时情况，确定病损程度、性质等制定治疗方案。

慢性单纯性中耳炎：病变较轻，听力损害不重，无骨

质破坏,只需耳内滴用抗生素药水剂,如2.5%氯霉素甘油,2%酚甘油等,一般不滴用耳毒性致聋药物,如庆大霉素、新霉素等,特别是在急性期,有条件的医疗单位,可用正负压法冲洗中耳或上鼓室。同时治疗鼻部及咽部病灶。

有骨质破坏的中耳炎:听力损害常常较重,经医师进一步检查,如乳突X线照片,根据损害范围,择期或及时手术治疗,清除破坏的骨质。

胆脂瘤性中耳炎:胆脂瘤不是一般所谓的肿瘤,而实质是外耳道上皮顺穿孔的鼓膜长入中耳,或本身炎性粘膜化生为鳞状上皮,这些上皮组织极易顺破坏了的骨质生长,上皮因新陈代谢而脱落与角化物和胆固醇结晶而聚集成团,并与脓液等混合形成所谓的胆脂瘤,它长期压迫鼓室、乳突骨质形成一个骨质破坏腔。一旦炎症急性发因,感染极易进入颅内,产生严重的颅内合并症,故有胆脂瘤病损的病人,好似在体内埋了一颗炸弹,随时都可能扩散。因此一旦确诊,应立即手术、清除隐患。

预防:及时彻底治疗急中耳炎,清除鼻咽病灶。有中耳炎者,洗头、洗澡时防止水进入中耳。平时不挖耳,不宜游泳。并及时就医,中止炎症继续发展,可保留原有听力。如情况许可,还能在手术清除病变的同时或次期作提高听力的鼓室成形术。

### 3. 分泌性中耳炎

本病是中耳的一种非化脓性炎症,临床上有多种命名,如浆液性中耳炎、卡他性中耳炎和中耳积液等,名称虽然繁多,实为同一病症。其病变过程是因咽鼓管粘膜肿胀或咽口

端阻塞，导致管腔阻塞，中耳通气、引流不畅而造成的中耳积液，出现听力障碍。中耳积液可为浆液性、粘液性或血样性等，故又有不同的命名，且其疗效亦不同，前两者较好，后者较差。

**主要病因：**中老年人产生本病的原因与儿童明显不同，多系上呼吸道感染，使咽鼓管腔内粘膜肿胀或鼻咽部占位性病变（如鼻咽癌），机械性阻塞咽鼓管咽口端，中耳空气逐渐被吸收，形成中耳负压而产生中耳积液。华西医大附一院近半年在3~6月内先后发现患本病者，为鼻咽癌首先的临床症状表现达7例，这点应引起病人及临床专科医师的高度重视。有些病人咽鼓管功能欠佳，当乘飞机急剧降落或乘汽车越过3500米以上的高山后下降，由于中耳的气压不能及时随外界气压变化而变化，中耳的低气压不能及时与外界高压保持平衡，使中耳内气压明显低于外界气压，即中耳负压造成中耳积液。中老年的牙病、牙脱落，导致咬（不良或错位，影响静脉和淋巴循环及咽鼓管的开放，造成中耳积液。

**主要症状：**患者听力减退较轻，自己说话时觉声音较大，称为自声增强，同时伴有耳阻塞感。当中耳有积液时，体位或头位改变时，觉耳内有液体流动，试用棉签拭耳往往拭不出水。常无全身症状如发热、不适、局部耳痛等。

**后遗症：**未经治疗或反复发作，可产生鼓膜萎缩，听骨部分坏死，鼓膜内陷粘连。虽然鼓膜完整，但听力减退较重。

**治疗原则：**凡诊治本病的同时，应反复检查鼻咽部，排除鼻咽癌，防漏诊和误诊。

病因治疗，针对病因予以治疗。

可适当给予防止化脓性感染的药物。

收缩剂滴鼻、口服强的松等，使咽鼓管粘膜及鼻粘膜收缩，以利中耳通气及引流。急性上呼吸道感染控制后或鼻腔无分泌物者，可以捏鼻鼓气。

上法无效，可考虑经耳道穿刺鼓膜抽液，或在鼓膜上用激光穿孔或切开鼓膜安管等外科治疗。

#### 4. 耳硬化症

患本病的病耳具有明显传音性聋的特点，病损主要为听小骨（镫骨），因骨质增生固定于前庭窗。没有中耳炎的历史，可能有家族史，发病年龄多在 18 岁以后，女性多于男性，怀孕期症状可加重。多为双耳患病，一耳先患病，另耳继之发生，为进行性耳聋，缓慢加重，有的静止数年后再发展，并伴有令人烦恼的低调耳鸣，如流水声等，在嘈杂环境中自觉听力好转，咀嚼时听力减退加重。一般检查鼓膜正常，只有进一步检查，如盖来试验（即用带小橡皮球之加压耳镜，当振动之 256 赫的音叉放在耳后，耳镜观察鼓膜并间断加压，病人觉音叉的声音为间断的声音，称为阳性，说明镫骨固定），听力计检查等才能确定诊断。治疗方法主要是手术，晚期病损，听力损害较重，表现为混合性聋，手术效果较差，故宜及早诊治。

#### （四）感音性聋

是指病损在感音部分即耳蜗，听神经或听觉中枢。临床上称为感音性聋，感觉神经性聋或神经性聋。多数患者常为双耳较重的听力减退，常先为高频音（正常人耳可以感觉 64 赫至 2 万赫的声波，耳科学测定语音范围采用 500～2000 赫。

虽然正常成人女性习惯音调平均为 256 赫，成人男性为 128 赫，但从耳科角度来看，500 赫以下称为低频者，2000 赫以上称为高频音，其间称为中频音）听力减退，常伴有高频音耳鸣，如虫叫、蝉鸣等，病人不仅感到耳聋的痛苦，同时也因持续性耳鸣，影响睡眠和休息而苦恼不安。

### 1. 老年性聋

中年以后，特别是 50 岁以后，听力逐渐减退，65 岁以上的人，耳聋者有 1/3，病损为感音系统的老年性退行性变。

先在耳蜗部分，随年龄的增长，这种退行性变逐渐扩大到听神经和听中枢。耳聋发展的速度及程度因人而异，可能与遗传有关，与新陈代谢或感染无关。值得注意的是遗传性进行性神经性聋，发生于年幼儿童，且迅速发展，二者不应混淆。正常人的高频可听到 20000 赫，随年龄增长，高频听力逐渐减退，一般在 50 岁左右才开始影响到 8000 赫，70 多岁大多数听不到 6000 赫。所以只有当音频损害在 8000 赫以内时，中老年人听高频音才感到困难，以后逐渐听不见语音（音频损害在 2000 赫以内）。

病者随年龄的增长，逐渐感到听力减退。一般双耳同时发生，程度基本相似。也可一耳轻、另耳略重，并不断加重。先是听高频音困难、以后听低频音也感困难，可表现为对大声的高频音受不了，对小声的低频音又听不清；能听到声音，但辨别其意义则困难；在嘈杂环境中或讲话速度较快时特感困难，而对缓慢讲话或女同志谈话尚能理解。耳聋程度常在病后体弱时加速发展。

由于引起耳蜗和听神经退变的原因尚不清楚，一般认为

与遗传因素、噪音刺激、心血管疾病等有关，故无特别治疗措施。但增强体质，减少患病，不用耳毒性药物，避免噪音等，有助于减缓其发展速度。听力减退到一定程度配戴助听器，对改善听力有一定帮助。

## 2. 特发性突发性耳聋

本病指一种急剧发展的感音性聋，病因极多，经多种检查而病因尚不明确者。病因比较明确的、如颅脑外伤、药毒性耳聋，感染，肿瘤等病引起的耳聋均不属本病范畴。

主要病因：本病病因学说极多，但都难以肯定，也得不到证实。下列几个病因学说尚为多数专科医师承认。

(1) 血管病变：这些病变包括内耳血管发炎、水肿出血，血液瘀积等，致使内耳血循环障碍，造成组织代谢紊乱。此学说颇受临床医师的重视。

(2) 病毒感染：腮腺炎、麻疹，带状疱疹和风疹等病毒感染时，可导致严重突聋，近年来赞成此学说者较多。

(3) 内耳膜破裂：任何原因引起的内耳压力增高时，导致内耳窗或蜗内其它膜破裂，使内耳的内、外淋巴液相混，引起严重的听力丧失。

主要症状：突然发病，在 1~2 天内病情发展到重度耳聋或全聋。多为单耳发病，双耳发病者亦不少。发生耳聋的前后，半数以上的病人伴有眩晕，往往不能起床或行走，可伴有恶心、呕吐、高频音持续性耳鸣。病损多为不可逆病变；也有少数病人不经治疗，听力可自行不全或完全恢复。一旦发病，如能在两周内，特别是立即就医，确定诊断，得到治疗，约有 50~60% 的病人其听力能完全或大部分恢复。听力恢复

越好，耳鸣也就越轻。未治或经治无效的病人，除严重聋外，常遗留长期而持续的高频耳鸣。伴眩晕的病人，其眩晕可自行缓解消失，以后不再发作。

治疗原则：早期发现、早期诊断和早期治疗。治疗的方法是改善内耳血循环、促进能量代谢和营养神经等。本病以药物治疗为主，常采用几类药物同时进行，不宜单用一类药，以免延误治疗。常用治疗措施有：

(1) 改善组织病态、促进代谢及营养神经药物。可用 ATP、Vit .B<sub>1</sub>、Vit .B<sub>12</sub> 静脉（溶于 5% 葡萄糖溶液中）滴注或肌肉注射，每日一次，10 次为一疗程。

(2) 血管扩张剂，可用丹参片或针剂，0.1% 普鲁卡因 250 毫升静脉滴注，中药活血化瘀等。

(3) 低分子右旋糖酐，本药可减轻红细胞凝集作用，以达到降低血液粘稠度，改善内耳微循环，同时使内耳淋巴液中不产生钠潴留，维持耳蜗扩音效力。用法：500 毫升每 6 小时一次，可用 3 天。或一日一次，用 10 天。

(4) 激素类药物，包括服用强的松、地塞米松等有抗炎、消肿作用的药物、据报告在发病后 10 天内用药，效果较好。

(5) 泛影葡胺静脉内注射治疗，此药可弥补耳蜗血管纹区、血管屏障破坏的膜孔、恢复正常耳蜗电位，使听力恢复。如加用血管扩张剂疗效更佳。多用于不伴眩晕的病例。用法是 1~2 毫升泛影葡胺与 10 毫升生理盐水混合后，徐徐静脉推注，以后逐日加量 1~2 毫升，直至 10 毫升为止，每日一次，10 天为一疗程。

(6) 高压氧疗法。在高压氧的情况下，病人血中溶解氧

的容积增加,促进氧从血管向组织扩散,改善内耳因血液循环障碍缺氧所致的耳蜗损害。血管病变及病毒感染所致的病变,最终均有耳蜗血流受阻和毛细胞缺氧,故在早期病变尚属可逆阶段时,采用高压氧治疗,效果满意。

(7) 手术治疗。对可疑内耳膜破裂的病人采用上法进行药物治疗 7~10 天后仍无效者,酌情考虑手术探查。

预防:本病由于病因不明,难以预防。但发病后立即就医,积极治疗,大部分病人可以恢复听力。单耳发病者极易与美尼尔氏病混淆,后者发病表现为较重的眩晕、伴较轻的耳鸣和耳聋,病后 3~7 天症状缓解,可反复发作,治疗方法亦不同,应引起病人及医师的注意。

### 3. 耳药毒性聋

医师用某些药物治疗和抢救病人,当病人痊愈后,逐渐出现耳聋。这些药物称为耳毒性药物,造成耳药毒性聋。

(1) 耳药毒性聋的特点:病损为双耳感音神经性聋,一般耳聋较重,有高频音耳鸣、可伴眩晕、站立不稳和行走不便。有的停药后听力可逐渐恢复到正常。有的即造成永久性耳聋。耳聋出现的时间不定,有的用药后 1~2 周即出现;有的用药后二月才逐渐出现,虽然停药,耳聋仍断续加重,有的 1~4 年才停止发展。

#### (2) 一般常用药物致聋情况

抗疟药,主要损害螺旋神经节。如奎宁,可出现耳鸣,多损害低频区,停药后听力逐渐恢复。氯化奎宁,如用量较大,每次 4 片(0.25/片)可使母体及其胎儿都产生耳聋。

柳酸盐类,如柳酸、柳酸钠等,病损可累及耳蜗及前庭



出现耳聋及眩晕。中毒的发生取决于个体的感受性，与用药剂量无关。体内药物可快速排泄，停药后听力常可恢复。

利尿素，可产生耳聋、耳鸣和眩晕；耳聋可以暂时性或永久性。

利尿灵（速尿）可产生永久性聋，表现为隐匿性发生，在用药 6 月内逐渐加重。

（3）氨基糖甙类抗生素，包括链霉素、新霉素、卡那霉素和庆大霉素等，这类药物在治疗急慢性化脓性炎症时是必不可少的，用途广、用量偏大，疗效虽好、但都具有耳毒性，对病人致聋的危险也极大。华西医大附一院 1980 年统计，不到一月的门诊病人中有 17 人在使用这类药物 1~40 次后严重耳聋而就医。

这类药物一般采用静脉输入或肌肉注射，药物进入体内后，滞积在内耳淋巴液中的浓度明显高于血中及组织中的浓度。影响内耳听觉细胞的代谢、导致毛细胞（内耳中的听觉细胞）缺氧，使听觉细胞和内耳神经节细胞衰亡。若中毒时间延长，使大脑听分析器亦有改变。有肾功能不全的患者，排泄此类药物功能减退，内耳损害加重，据统计 75% 耳中毒的患者有肾功能不全。

致耳毒的特点：主要是损害双侧耳蜗，表现为进行性感觉神经性耳聋、伴高频音耳鸣及眩晕。一般是用药后 2~3 周出现耳鸣，以后出现耳聋，逐渐加重，2~3 月达到最严重。有的 1~4 年仍继续发展。听力计检查，用药后先损害高频区，此时病人并无听力下降之感觉，当病情向中低频感音区发展时，病者才感到有耳聋，这已是停药以后之事了。病损为不

可逆的，也就是说当病损出现后，病情继续，没有什么药物可以停止其发展。双氢链霉素对听力损害最大，庆大霉素和硫酸盐链霉素对前庭损害重，即眩晕较重。

耳药物中毒的预防和治疗：

(1) 老年、幼儿和孕妇孕期中慎用耳毒性药物。老年人身体弱耐药力差，幼儿内耳淋巴液中的滞留浓度比成人大，孕期中用药可使胎儿耳聋或产生畸形。故用药剂量要小、用药时间不宜超过二周。

(2) 对传音性耳聋进行提高听力手术的病人，不宜使用这类药物。

(3) 抗疟药和利尿药与耳毒性氨基糖甙类抗生素药合用，常可产生耳聋。

(4) 有家族史的药毒性耳聋病人，似与遗传有关，对链霉素不用或慎用。

(5) 有肾功能损害者慎用。这类药不宜联合使用。

(6) 中耳炎伴鼓膜穿孔，特别是急性期，不宜用这类药物作滴耳剂。

治疗无常规可循。一旦有高频音耳鸣，或用听力计检测有高频区听力下降者，都应立即停药，并使用高能量药物如三磷酸腺苷、辅酶A、维生素B族及维生素A、维生素D、丹参针或片剂、苍术、葛根煎剂和高压氧等。

#### 4. 噪音性聋

长期在噪音环境中工作，可同时损害双侧耳蜗，产生感音性聋。其特点是长期接触噪音，病情进展缓慢，先损害高频区，以后逐渐向中、低频区发展，到发现耳聋时，病损已

较广泛，虽经休息或停止接触噪音，耳聋不能减轻或恢复。

### （五）混合性聋

病者兼有传音性聋和感音性聋的病因和临床特点。例如，慢性中耳炎的患者，患耳可能有轻度听力减退或传音性聋，又因患其他病而用卡那霉素治疗而愈，但听力减退加重（耳毒性药聋—感音性聋）。最好找医师进行检查，才能最后确诊。

### （六）关于使用助听器的问题

助听器是由电子元件组成，包括微音器、音频放大器和耳机三部份。将外界声音（包括语言、乐音和噪音）收集、放大，传入耳内，故可以帮助聋者听见语音及乐音。由于助听器的自控性和选择性较差，对一切音响均扩大，机器本身也发出噪音，这些噪音会干扰语音。特别是对突然发生的音响，如咳嗽、喇叭声等，感到难忍。因此，单侧耳聋，双耳听力减退较轻者不宜配戴。传音性聋，只要求放大低频音；感觉神经性聋，只要求放大高频音。如音量过大，不仅听音失真，同时对其声音难以忍受，所以最好的办法是让病人现场试戴，选用不同型号的合用的助听器。

## 二、眩 晕

眩晕是一主观症状，也是病人就医主要的或唯一的症状。引起眩晕的病因很多，涉及临床的科别也多，如耳鼻喉科、神经科、内科和眼科等。以中年男、女发病者较高，且发病率日益增加，因此引起临床医师的重视。

### （一）眩晕的含义

眩晕是指一种运动性或位置性幻觉，即病人感到自身或外界空间（房屋、地面）以一定方向或一定的形式旋转、摇摆、沉浮、滚翻、倾倒等感觉。头昏是指病人感头脑昏沉、头重脚轻、眼花发黑、轻微不稳等感觉，而无运动的感觉。

## （二）为什么会发生眩晕

人们在行走、过桥、骑车以及高空作业和花样滑冰等活动中，能够保持平衡不致于跌倒，主要依靠平衡器官来维持动、静（卧、坐）平衡。这些器官是视觉，本体觉（深感觉）及前庭感受系统。它们接受并传递信息（外界的动、静刺激）到小脑（初级中枢）和颞叶皮层（高级中枢），经过中枢的协调、控制，最后发出信号到肌肉、关节使其收缩与弛张，维持体位的动、静平衡。前庭系统包括内耳中的三个半规管、椭圆囊和球囊及中枢的前庭神经核、脑干、小脑和大脑，是平衡功能的主体。而视系及本体觉起配合作用。维持静、动平衡，既靠潜意识的协调反射，也靠有意识的协调运动，属一系列的连锁反应。如突然因某种原因向一侧或向前倾倒时，就不自觉地用脚向倾倒方向移开，或用手抓住周围的东西以维持身体平衡。当这些平衡器官（不论是外周感受器、神经传导部分还是神经中枢部分）受到病损时，就引起平衡障碍，出现眩晕。由前庭系统疾病产生的眩晕，又称为系统性眩晕或典型性及真性眩晕。由眼病或全身性疾病引起的眩晕，又称非系统性眩晕、非典型性及假性眩晕。值得注意的是，三个平衡系，有一个系统受到病损而功能缺失，可由其它两系统代偿，恢复基本平衡功能，如两个系统受到破坏，难以获得代偿，表现出显著的平衡障碍。同时，人体高

难度动作姿势不能获得代偿，因为各器官系统的协同作用是不能取代的。

### （三）眩晕的临床特点

1. 系统性外周性眩晕：主要病变在内耳。其发病突然、产生的眩晕较重；头位或体位变动时明显加重，持续时间较短；常卧于某一自觉舒适的位置，即眩晕可减轻。伴有耳鸣、耳聋和水平性眼球震颤（即眼看前方时，眼球向一侧呈水平的跳动）。站立时向一定方向倾倒，并与头位有关。眩晕及倾倒保持为一致性，即发生情况的轻重一致。眩晕的方向与眼球震颤的方向一致，而倾倒的方向与之相反，称为“前庭协调”。眩晕发作一段时间后有短时自愈，以后又可反复发作。

2. 系统性中枢性眩晕：系指病损在前庭神经核和脑干、小脑及大脑等处的不同平面上。眩晕较轻，发生较缓，持续时间较长，可为进行性，无耳鸣和耳聋。常伴有水平、旋转、垂直、或对角型眼球震颤和其它中枢神经病损的表现。值得注意的是，眩晕不因头位或体位变动而加重或减轻，也就是说眩晕与头位无关。眩晕的方向与眼球震颤的方向和倾倒方向无联系，称为“前庭不协调”。出现垂直性和对角性眼球震颤是前庭中枢性病变。眩晕的轻重与倾倒的轻重不保持一致性，常常眩晕轻而平衡功能障碍重。

3. 非系统性眩晕：系全身性疾病所致。凡影响前庭系统供血不足或脑缺氧（心血管疾病）、内耳出血或供血不足（白血病、贫血）等，可仅有头昏而无平衡功能障碍。神经官能症或精神病等，亦仅有眩晕而平衡功能正常。视系疾病多有轻度头昏，闭眼时减轻，且无平衡障碍。

#### (四) 常见疾病引起眩晕的临床特点

##### 1. 美尼尔氏病

本病为耳鼻喉科常见病。眩晕病者，各国统计各异，其中约占 60% 左右为本病。由于对本病缺乏认识，凡有眩晕病者，人们（包括非专科医务工作者）都误认为是本病，这点值得注意。

本病的临床特点，常有典型的症状群。大多数病人可能在上呼吸道感染后或不明原因，突然有眩晕发作，感到自身或周围空间向一定方向旋转。重者不能起床、行走，可伴有恶心；轻者仅有浮动感。同时，必然伴有耳鸣和耳聋。眩晕、耳鸣和耳聋应符合系统性外周性眩晕的特点，具有一致性，症状减轻时三者都减轻，喜卧健侧。眩晕的轻重，持续时间的长短，发作后再次发作的间隔期因人而异。一般严重发作不超过数小时，以后逐渐减轻，大约一周左右即完全恢复。但也有人要持续 2~3 周甚至数月才恢复。除极个别人发作一次外，绝大多数人以后可反复类似发作。间歇期由几月到数年不等，中间没有症状，故不少人认为只发作一次者不能确诊为此病，在反复发作中，其间歇期可逐渐缩短，发作持续时间加长，眩晕也越来越重。值得注意的是，在发病期间，不管眩晕多么严重，其神志始终清楚。发作后听力恢复正常，多次发病后亦有所减退，且随发作次数的增多，听力减退日趋严重，表现为感音性聋。

本病多发生在中青年，发病年龄在 30~50 岁之间者约占 75%，多系单耳发病，双耳者约 10~20%，男性发病略多于女性。发病原因不明，诱发原因可能为上感、情绪紧张、忧

虑和劳累等。发病与种族、经济条件和文化水平无关。病理改变为内耳内淋巴腔积水，故本病又称为膜迷路积水。在发作期间，病者应绝对卧床休息，闭目、固定头位、置于弱光安静的室内，可明显地减轻眩晕。在医师的指导下服用前庭抑制剂，如安乃静、冬眠灵或安定等。适当控制饮水量，低盐饮食，必要时服用脱水剂如醋氮酰胺（0.25、一天4次）等，酌情使用扩张血管药物，服用丹参片、地巴唑等。针对诱发原因，安慰病人，解除思想顾虑。在发作间歇期，多不需治疗。对发作频繁影响生活及工作的病人可考虑手术治疗，如内淋巴囊切开引流术等，有一定的效果。

## 2. 迷路炎

此病为慢性化脓性中耳炎的并发症，特见于有骨质破坏或胆脂瘤型者，直接破坏骨迷路（病损常在水平半规管）。当中耳炎急性发作时，就进一步引起外周性眩晕，其症状轻重与损害迷路的轻重、范围等关。病者有长期反复耳流脓史，且久治不愈，伴有不同程度的传音性耳聋。当中耳炎急性或亚急性发作时，出现轻重不同的运动性眩晕，伴恶心、呕吐和听力进一步下降。如果迷路损害较重，听力测定可为感音性聋，甚至全聋。平时出现头昏或轻度眩晕，耳内滴药或冷风吹入耳道、加压等，诱发短暂的轻度或一过性眩晕，明有迷路漏管的可能。当有中耳炎病史，特别是伴有眩晕者应立即就医，进一步检查耳部和X线照片等，酌情考虑治疗，通常是手术，清除中耳病变。

## 3. 位置性眩晕

当头部处于其一特定位置时，即出现眩晕，伴眼球震颤，

头位改变后消失。无耳鸣、耳聋，无中耳炎病史。故易与美尼尔氏病和迷路炎区别。

(1) 外周性：又称良性阵发性眩晕，主要病因是前庭动脉前支血栓形成，内耳手术和头颅外伤等使椭圆囊耳石脱落而导致此病。一般发病年龄地 50 岁左右，无性别区别。其临床特点是每当头部活动到一特定位置时，就出现中耳眩晕，常不伴耳鸣、耳聋和恶心呕吐等，病程一般持续数周到数月不等。其眼球震颤的特点是方向固定，有潜伏期和疲劳性，即每次诱发眼球震颤的方向均固定向某侧（或左或右），头部固定在某位置时要等几秒钟才出现，反复检查时不再出现。进一步作冷热交替灌注的前庭功能检查，出现向对侧（健侧）的优位趋势，即向健侧的眼球震颤持续时间比向患侧长 50 秒钟以上。治疗原则是适当服用调节神经安静药物，并嘱病人注意避免将头部置于发病部位。

(2) 中枢性：主要病因是颅内病变，如桥脑小脑角、第四脑室、小脑和大脑的肿瘤。眼球震颤的特点是震颤方向非固定地向某一侧，有方向变化，无潜伏期，每次都可诱出眼震。除此之外，可请专科医师进一步检查。

#### 4. 前庭神经原炎

此病又称“中毒性迷路炎”，有时形成小范围流行，故亦称流行性眩晕。可能为病毒感染，故病人多有上呼吸道前驱症状，如头痛、发热、喷嚏、鼻阻、流鼻涕等。发病较急，突然出现剧烈的眩晕、头重脚轻、起路不稳或旋转感。可持续数日至数周，个别恢复期可达半年之久。眩晕高潮后即逐渐减轻，无复发倾向，且不伴耳鸣及听力减退等耳蜗症状。发



作前期可服用甲哌氯丙嗪（5~10毫克），或安定（2.5毫克），一天3次至症状减轻为止。急性期过后，病人停药，并多活动，以期取得代偿功能。

### 5. 药毒性眩晕

凡耳毒性抗生素药物，前面已谈过，均可产生耳聋。除致聋以外，多可引起假性眩晕，即一般的头昏。特见于硫酸盐链霉素、庆大霉素等，致头晕的时间和致聋的时间相似，多在用药后2~3周或2~3月出现，由于致聋较重，而头昏较轻，病者开初只重视到聋的问题，以后才注意到头昏的问题。因为平衡功能障碍，故行走不稳，步态蹒跚；夜间加重。在使用链霉素后，头部运动时，视物不清，头部静止时视觉恢复正常，行走时觉周围事物飘浮，以致行走困难。经过相当长的时间（半年到数年不等），前庭功能代偿后此症状才消失，即所谓Dandy s综合征。

除耳毒性药物外，如安定、利眠灵、水杨酸钠、双氢克尿塞、罗芙木等药均可产生头昏，一般停药后不久即消失。

6. 动晕病：又叫运动病，多在旅途中出现（晕船、晕车、晕空）。有明显的个体差异，女性多于男性。过饱、饥饿、疲劳或某些疾病、汽油、混浊空气、恶劣气候、强烈噪音等均可诱发本病。在乘车、船、飞机等交通工具时，人体在被动的直线加速度中运行，产生头昏。由于对视、前庭及本体感觉的刺激在前庭和小脑内不协调，故产生恶心、呕吐、出汗、面色苍白等症状。多数人在长期多次乘车、船后可逐步适应，约5%的人对运动刺激不能适应，始终易得此病。乘车、船有此病的人，乘前注意休息，饮食适量，并服一点镇静的药物

如晕海宁、扑尔敏等，可减轻症状。

7. 颈性眩晕：因颈部疾病，如颈椎骨质增生或疼痛而引起椎、基底动脉供血不足或通过脊椎交感神经丛受刺激，使内耳血循环障碍而发生眩晕。眩晕为平衡不稳感觉。部分病人上肢麻木及颈部运动受限，颈肌张力亢进等。颈椎X线照片或椎动脉造影常可查出病变，确诊本病。

8. 其它：除以上情况外，值得注意的是：颅内的肿瘤，如桥脑小脑角、小脑、脑干等占位性病变，早期仅可出现轻微的眩晕且缓慢加重，常不为人们所重视，实际是病者的隐患，如能因轻微眩晕及早追查病因，常可早期发现问题。另外心循环系统疾患（如小脑前、后下动脉、基底动脉的血管病变——血栓形成）常可出现脑血管意外，危及生命，其早期也可有轻微头昏，如血循环障碍波及前庭系统，即会出现系统性中枢性眩晕。因此，当患者有心循环系统疾病时，患者及医务人员应高度警惕。

### 三、鼻 出 血

鼻出血又称为鼻衄(niù)，是人体出血最常见的部位。鼻出血是一个症状，可以由鼻腔和鼻窦的局部原因引起，也可以由全身性疾病引起，或者由多种原因引起。出血量可多可少，出血时可急可缓。一般出血量多而较急者，常需急诊止血，继而找出原因，进一步治疗。如出血量小而缓者，常不经处理，可自然停止出血。但对某些隐匿性严重的早期疾病，因未就医，会失去进一步追查病因的机会。因为少量鼻出血

或涕中带一点血常常可以作为鼻部和鼻咽部恶性肿瘤的早期症状。此点，病者应有足够的重视。

### （一）为什么鼻部容易出血

#### 1. 鼻腔血管解剖特点

鼻腔好像一个火柴盒，周围都是由骨质构成的骨壁，中间由一薄的软骨和骨质构成的鼻中隔把鼻腔分为左右二腔。鼻腔前面的开孔称为前鼻孔，后面的开孔称为后鼻孔与鼻咽部相通。鼻腔是呼吸的通道，吸气时，空气经鼻腔进入肺。呼气时，肺内气体经鼻腔排出。鼻腔骨壁上覆盖有厚薄不等的粘膜，粘膜中有丰富的血管。有颈内动脉和颈外动脉的分枝。这些动脉分枝的末端在鼻中隔前下份粘膜中吻合，形成丰富的小动脉丛，称为易出血区。鼻腔粘膜血管丰富，任何病因引起鼻腔任何部位的粘膜和血管发生病变都可致鼻出血，易出血区是最常见的出血部位。据临床统计 90% 以上的鼻出血都发生在此处。后鼻孔下外方有鼻——鼻咽静脉丛，在有心血管系统疾病时，静脉曲张、破裂导致出血，出血如涌泉样，量大而急，止血也比较困难，多见于中老年人有动脉硬化者。

#### 2. 鼻粘膜的解剖生理特点

鼻腔粘膜上份是嗅粘膜，有嗅神经分布，能鉴别香味、臭味及有害气味。其余部分是呼吸粘膜，粘膜中有丰富的血管，特别是在下鼻甲（位于鼻腔外侧壁下份）内，含有由静脉血管构成的海绵状组织的含血管腔隙，并有丰富的粘液腺和浆液腺等。这些血管和腺体，在鼻腔呼吸时有调温作用，能将呼吸入 - 8 ~ 40 的空气调节到 32 ~ 34 之间，尚有湿润空气的作用。鼻粘膜在 24 小时内可分泌出约 1000 毫升水分，其

中大部分用以提高吸入空气的湿度，使经鼻腔吸入下呼吸道的空气保持相对恒定的温度和湿度，极有利于肺泡的空气交换和排出下呼吸道的分泌物。当在过冷、过热、干燥、过湿和气压突然改变的气候条件下，会加重呼吸粘膜的负担，破坏鼻粘膜的正常生理作用，使血管直接破裂出血，或因粘膜表面干燥、结痂、糜烂和发炎感染等引起鼻出血。

### 3. 循环系统疾病

中老年人患心血管系统疾病者较多，患者常有血管壁硬化、弹性欠性、或血压较高（高血压病）。而鼻粘膜有丰富的血管，当动脉压暂时性升高时，如果过度劳累、情绪激动、喷嚏、大便秘结而用力解便时，以及高血压患者血压突然升高时均可产生鼻出血。

### 4. 凝血机制障碍

血液在血管内随心脏收缩而不断地流动，任何病因使血管破裂时，血液会外溢，产生出血。正常情况下，由于人体自身的生理保护作用，破裂的血管自行收缩，外溢的血流自行凝结、流血常可停止。当凝血机制发生障碍，如血液疾病（血小板减少症、白血病等）、维生素C和维生素K缺乏、慢性肝肾疾病等，其凝血机制中的主要成分缺乏，血液难以自行凝结，导致出血不止。

## （二）鼻出血的病因及临床特点

引起鼻出血的原因很多，根据中老年人特点，概括如下：

### 1. 局部原因

（1）机械性外伤。轻微者如外鼻顿挫伤、挖鼻、用力擤鼻、剧烈的咳嗽或喷嚏等，鼻出血一般不严重，如不伴有心

循环系统疾病，出血常可自然停止。严重的头颅外伤，如颅骨基底骨折、鼻窦骨折，出血常历数日不止，并伴有耳出血和颅脑损伤的临床表现。

(2) 肿瘤，鼻腔血管瘤。常在鼻中隔之一侧，平时一般不出血，当用力擤鼻或肿瘤感染表面糜烂时才出血。出血量一般较大，并反复出。鼻腔、鼻窦癌和邻近后鼻孔位于鼻咽部较常见的鼻咽癌，早期多为涕血或吸涕带血，以后可不再出血。故常为病者和医生忽视，以致延误诊断。到了晚期，肿瘤长大，表现糜烂感染或肿瘤向深层组织发展浸蚀大血管，可发生大出血，量大而经久不止。

(3) 出血性坏死性鼻息肉。主要是因鼻窦及鼻腔有坏死性肿物组织充填，常有反复性鼻出血，或脓血性鼻涕外溢。伴有面部畸形。X线鼻窦片，可见有鼻窦骨质破坏，故临床表现极象鼻窦癌，但无颈淋巴结转移和剧烈的头痛等鼻窦癌的症状。病理组织诊断为坏死组织，病者应及时就医，确诊本病。此病手术治疗效果很好。

(4) 其它：如萎缩性鼻炎，其粘膜萎缩，分泌物减少，病者常鼻腔干燥、结痂、痂壳下粘膜糜烂而反复出血，一般出血量较少。鼻中隔偏曲，特别是前份重度偏曲，偏曲侧常因空气中灰尘的刺激导致局部粘膜干燥、糜烂而出血。

## 2. 全身原因

(1) 心循环系统疾病。一时性动脉压升高，如有高血压、动脉硬化、肾炎等病，在过分活动、情绪剧烈波动时，血压升高使血管破裂而出血。肺气肿、肺心病、老年性慢性支气管炎、纵膈和颈部巨大肿瘤等病，静脉压升高时，亦可导致

鼻出血。

(2) 血液疾病：如白血病、再生障碍性贫血等，此类疾病因凝血功能障碍，导致鼻出血。

(3) 其它如维生素缺乏（维生素 C、维生素 K、维生素 B<sub>2</sub> 等）、尿毒症、肝肾疾病等，均可发生鼻出血。

### 3. 其它原因

(1) 气候因素：高原干燥、炎热气候，平原地区换季时间：如春末夏初、秋末冬初季节，易发生鼻出血。

(2) 工作环境、某些电焊工作者等。

### (三) 鼻出血的诊断

1. 鼻出血多为急症，有鲜血从鼻孔溢出。如果出血量较大，同时口中也吐鲜血，故症状诊断一见就知。至于病因学的诊断，病者可根据前述的病因及临床特点，为医师提供详细病史及有关信息，作初步分析，判断病因。医师常常先进行急诊止血，以后根据一系列的鼻部及全身检查，以及必要的实验室检查，甚至由内科医生协助检查，才能找出正确的病因诊断。

### 2. 鼻出血应与下列症状鉴别

(1) 呕血：鼻腔较大的出血，特别是鼻腔后份出血，或夜间睡卧时发生的出血，会吞入胃内。或者经前鼻孔填塞法止血后，并未将血止住，血液缓慢地由后鼻孔流入咽部，病人不自觉吞入胃内，达到一定量后，大约 300~400 毫升以上，即产生一次性的呕吐，吐出鲜血和暗红色血块。如在胃内停滞时间较久，经胃酸作用后，则呈咖啡色或黑褐色的血液及血块，极易与上消化道疾病所致的呕血相混淆。呕血后病人

可出现面色苍白、出汗、烦躁不安、心跳快而弱及血压下降等。呈虚脱或休克表现。此时，由于血压下降，鼻出血会暂时明显地缓解或停止。当纠正虚脱或休克后，鼻出血又重新发生。如在此期间立即采取有效止血措施，将血止住，呕血可不再发生。上消化道出血，呕血前不伴鼻出血，常先有上消化道疾病病史，如上腹部疼痛、压痛、呕酸水等，以后才呕血（详见有关章节）。

（2）咯血：小量的鼻出血，特别是后鼻腔出血常为病者忽视。血液经后鼻孔流入下咽部，产生刺激咳嗽将血液咳出，易与下呼吸道疾病引起的咯血混淆。常常需要细心地检查鼻、鼻咽部、喉部，以及作支气管镜和胸部X线照片等检查，才能确诊。下呼吸道疾病所致的咯血，常有下呼吸道疾病的疾史，例如肺结核、支气管扩张症和肺癌等有关体征（详见有关章节）。如果一时不能确诊，即需动态观察，隔一段时间再检查上述各器官，常可得到阳性体征。

#### （四）鼻出血时病人注意事项

1. 鼻出血时，病人一定要安静。因为情绪紧张，烦躁不安，常使血压突然升高，心率加快，加重出血。一般出少许血，不致影响健康。大多数专科医师认为高血压患者出血100毫克升左右反而有一定的好处。

2. 鼻腔内的血液、凝血块等常使患者鼻腔壅塞，感到不适。切忌擤鼻，特别是用力擤鼻这个动作，使气流冲击粘膜伤口，使之再次损伤而出血。或将覆盖于粘膜伤口创面、有止血作用的血痂擤出而再次出血。如实在不能忍受时，可按住一侧鼻孔，轻轻擤出鼻内的血液或血凝块，即停止擤鼻。

3. 正确估计失血量。病人应将前鼻孔出的血（包括拭鼻血的纸）和口中吐出的血，全部保留于盆内。凡口内所有分泌物、也不能咽下，均应吐出、收集，以便病者及医师正确估计失血量。

4. 病人宜食用清淡易消化的流软质微温的饮食。

5. 一般不宜自用镇静药物。病人入睡后应注意有无吞咽动作，如果有频频吞咽动作，应叫醒病人，嘱将口内分泌物吐出，以判别是一般唾液还是血液，以便早期发现活动性出血，不致吞入大量血液入胃。

6. 对于小量反复鼻出血和涕血，可能是鼻粘膜轻度糜烂所引起，也可能是鼻腔、鼻窦癌或鼻咽癌的早期之一过性症状，或是大出血的先兆。对此，病者应到医院检查，排除肿瘤或预防大出血的可能。

7. 简易止血措施。出血点最常见的部位在鼻中隔前下，用手捏外鼻两侧数分钟，即可将最常见的出血部位鼻中隔易出血区压住，而将血止住。如条件许可，可用消毒棉花蘸 1% 麻黄素液，轻轻地经出血侧前鼻孔塞入鼻腔，数分钟后，出血即可停止或明显减轻。如双鼻孔均出血，即塞入先出血侧鼻腔，然后酌情塞入后出血侧鼻腔。止血的同时，病者采取坐位或半坐位式，用毛巾冷敷前额。

#### （五）鼻出血止血步骤

鼻出血的止血步骤，常使鼻部极度不适，故病者需有一定的思想准备，对止血步骤有所了解，忍受暂时的不适，积极配合医师止血。

1. 鼻源性小量反复出血：常用 1% 麻黄素棉片压迫出血



点。如系小血管性点状出血，常在 2% 的卡因麻醉下，用小棉签蘸少许腐蚀剂（如 20~50% 硝酸银或三氯醋酸）涂于出血点处（烧灼法），再用蘸有液体石蜡的棉片或凡士林纱条填塞鼻腔压迫烧灼处（或先填塞明胶海绵），达到止血的目的。或在鼻粘膜麻醉下用冷冻或激光处理出血点。鼻腔填塞物应在 24 小时后取出。以上方法痛苦较轻，病员易于接受。

2. 活动性鼻出血：依次采用下述方法进行，如某一法已将血止住，即不需再进行以后的步骤。

(1) 收缩法：即将蘸有 1% 麻黄素棉片塞入鼻腔，使出血粘膜血管收缩达到止血目的。

(2) 鼻腔填塞法：对出血量较大、较急，一时又找不到出血点，用上法止血无效的病人，即采用消毒凡士林纱条，分层填入鼻腔，压迫出血点，达到止血目的（或先填入明胶海绵）。纱条于 24 小时后酌情分次取出。由于压迫时间较长，取纱条时又在无麻下进行（因鼻内有填塞物不能进行局部麻醉），在此期间，病者常有头痛、流泪、鼻痛、全身不适，发热等症状。

3. 后鼻孔填塞法：上法止血后，仍有血液不断从后鼻孔流出，此时用凡士林纱布做成一大一小合适的纱球，用粗丝线缚扎，并留线头。纱球经口腔、鼻咽部，压紧后鼻孔，线头经鼻腔从前鼻孔拉出，固定于鼻外。鼻腔用凡士林纱条分层填塞。由于填塞物较多，病者常有头痛、吞咽困难、张口呼吸、咽干及发热等。严重者可产生耳部并发症，中耳积血，耳痛等。故凡行后鼻孔填塞的病人，应严密观察耳部。填塞物酌情于 1~3 天内取出。大量的鼻出血，一般经用此法，常能

将血止住。

4. 血管结扎：经以上止血法后仍大量出血，常需结扎供应鼻腔的动静脉。医师估计出血部位分别结扎某一血管。如筛前动脉、筛后动脉，上唇动脉和颌外动脉等。此法是各种止血方法无效时进行，平时一般不采用。

#### （六）止血后的处理

1. 全身支持疗法：据病情给以止痛、镇静，控制或预防感染的药物。静脉输液输血，纠正失水和失血。加强护理，严密观察有无再出血，服用易消化有营养的微温流汁饮食，让病人卧床休息，减少活动等。

2. 病因治疗：针对病因，采用积极的治疗。一般全身性疾病引起的出血，立即同时治疗全身性疾病，如高血压等内科性疾病。如为鼻部疾病引起的出血，多在止血后，采用针对病因治疗的措施。

## 四、吞 咽 困 难

胎儿呱呱坠地以后，不经过任何训练，就具有正常的吞咽功能，能自觉地吮乳。吞咽动作是正常频繁的生理性运动。除进食以外，不自觉的吞咽动作，在清醒状态，大约每分钟吞咽 5 次；在睡眠状态时，大约每 5 分钟吞咽一次。中老年人的吞咽运动次数难于统计。正常的吞咽运动，是食物在由口腔经咽部（位于舌及喉之后）、食管进入胃的过程中，由湿润的食团（包括软体、流汁食物）、光滑通畅的通道、随意和不随意的反射而协调完成的运行动作。口腔、咽和食管等任

何部位的疾病，使食物不能顺利地通过吞咽通道时，称为吞咽困难。吞咽困难多发生在中年人以上，通常不是由先天性疾病引起。

### （一）吞咽功能是怎样进行的

食物由口进入到达胃内，参加这一动作的过程及器官如下：

1. 从口到咽期：此期为随意动作，人们可以随意控制。食物进入口腔后，经过咀嚼，将食物磨成小碎块，并与唾液腺分泌出的唾液（这是反射作用）混合成食团后（液体食物除外），然后闭口、舌尖上举触及硬腭、经口颊将食团移至舌面，由于舌骨上肌群的收缩，将食团推向咽部。

2. 咽到食管期：此期为不随意的快速反射运动，不随人们意志控制。此运动仅需 0.2~1 秒钟。当食物一经接触咽后壁时，刺激该处的神经末梢感受器，便引起一系列的反射动作。口腔、鼻咽腔（鼻腔后份之后下）和喉入口处立即关闭。喉上提、咽缩肌从上到下依次收缩使咽腔缩小并缩短，后部舌肌收缩的同时，咽腔下部及食管上口反射性开放，食团即被挤压入食管。

3. 食管期：食管上口因咽环肌松弛而开放，食团即被挤压入食管，经过食管的蠕动，从上向下到达贲门（胃的入口）时，其括约肌松弛，食团即入胃内。此期也是不随意的。此三期是连续动作，一气完成。

### （二）常见吞咽困难的原因

吞咽困难是临床常见的症状之一。引起的病因颇多，有的为一种病因，有的是多种病因。根据中老年人发病的特点，

概述如下：

1. 炎症：吞咽通道的各器官的急、慢性炎症，机械性（异物）或误服腐蚀剂（强酸、强碱）等损害，使吞咽器官发炎、充血、肿胀、糜烂等，不仅通道变狭窄，主要是当进行吞咽动作时，产生轻重不等的疼痛，以致病人不能吞咽，即所谓痛性抑制性吞咽困难。常见者为急性会厌炎、食管炎、口腔炎、舌炎和食道腐蚀剂烧伤等。临床上比较少见的有咽部粟粒性结核等。

2. 机械性梗阻：吞咽通道腔内、外有占位性病变，使通道狭窄，食团通过困难，均可导致梗阻性吞咽困难。例如，发病较急多为食管异物；炎症后出现者多为脓肿（如咽侧间隙和食管周围脓肿）；缓慢发生而进行加重者，多见食道癌、喉咽癌和舌癌等。

3. 颅神经病变：参与吞咽功能的颅神经有面神经、舌咽神经、迷走神经和舌下神经。吞咽的中枢神经位于延髓内。当支配吞咽时的随意和反射性运动的神经末梢以及这些神经所支配的肌肉遭到病损时，均可导致神经、肌肉原性吞咽困难。如耳源性面瘫、延髓灰白质炎、喉返神经麻痹、弥漫性食管痉挛等。

### （三）常见吞咽困难的疾病

1. 假性吞咽困难。这是临床上比较多见的疾病。吞咽各环节均正常，常为精神因素所致，也是慢性咽炎的一种表现。祖国医学称为梅核气。

病因：是神经衰弱、经绝期综合征、恐癌症等病的一种表现。实际上吞咽功能正常。多见于中老年人。女性略多于

男性。

症状：病人总觉喉部（实际是咽喉部、位于颈正中，喉之上后）不适，有异物感和梗阻感，特别是在安静、独自一人时重，可为持续性或间断性，时重时轻，历时数月或数年症状不减退但也不发展。经各种治疗，特别是使用各种抗生素、中成药（六神丸等）均不见效。病人始终无吞咽障碍，进食各种饮食不感梗阻。病人伴有神经紧张、思想不开朗，睡眠欠佳、梦多，忧虑或疑为食道癌等症状。

治疗原则：排除真性吞咽困难的各种病因，如上所述。通过常规的咽喉部、颈部、食管（钡餐透视、X片、内腔镜检查）等的详细检查均属正常。耐心地向病人解释，解除思想顾虑，建立对治疗的信心，并定期复诊。对症治疗作为辅助治疗，常使用轻度的镇静剂，如安定、巴氏合剂一号；调节神经的药物，如谷维素、维生素E等；食以清淡易消化的饮食。少吸烟、饮酒。在药物治疗时，病人常在用药后效果很好，用一段时间又无效，故宜间断用药（1~2周），并不断更换药物。

2. 急性咽炎（包括咽喉部炎）。这是咽部粘膜壁广泛急性炎症，会产生局部疼痛。当吞咽时明显加重，因而拒食，属于痛性抑制吞咽困难之一。可能是原发，也可以继发于急性扁桃炎、鼻炎、鼻窦炎等。

病因：大多数病人身体局部受凉，咽粘膜充血、水肿，局部抵抗力减弱，细菌乘虚而入，致发生此病。使全身抵抗力下降，如长期在潮湿、寒冷环境中生活和工作，过度疲劳、烟酒过度、慢性鼻窦炎、慢性扁桃炎等常作为本病的诱因。常

见的致病菌为溶血性链球菌,次为肺炎球菌和葡萄球菌等,这些细菌可以原来就存在病人口腔或扁桃腺中,当抵抗力下降时变为致病菌;也可以来自感染,如飞沫、食物直接接触。发病季节多见于冬天及乍冷乍热的春秋季节。

症状:起病较急,局部觉咽干、灼热,咽痛逐渐加重以致吞咽不便。可有反射性耳痛。全身可有轻重不一类似上呼吸道炎的一些临床表现,如头痛、食欲欠佳。发热一般不高,约在 38℃ 左右,个别可达 40℃。

治疗原则: 控制感染,一般常用青霉素肌内注射,80万单位,每日两次,对溶血性链球菌感染者效果较佳。对青霉素过敏或感染较轻者,可口服土霉素或磺胺类药。含化喉片,如碘喉片、杜米芬喉片,并用复方硼砂液或生理盐水含漱。一般疗法,病人卧床休息、保温、食用易消化无刺激性食物。注意大便通畅。咽喉疼痛明显者可服含水杨酸类药。

3. 食管异物。一日三餐,人生几十年中不知要进食多少次,如稍有不慎,在进食过程中都有可能将物体(可食的或不可食的)嵌顿于食管,形成食管异物。食管邻近有主动脉弓、肺门及肺,如果处理不当,常产生胸腔严重并发症而死亡。所以我们对食管异物应有足够的重视。

病因:人们多次进食而产生食管异物者的机会并不多见。但在下列情况下,即容易发生。

(1) 进食时仓促或在谈笑,划拳饮酒过程中,误将带骨之肉类,素菜中之竹签等嵌顿于食管中。多见于中年人在逢年过节、喜庆之日。

(2) 老年人牙齿松动、脱落或配有义齿。咀嚼能力差,不

能将食物嚼烂，而口腔感觉迟钝，常常误将成块带骨食物或义齿吞下，嵌顿于食管中。

(3) 食管狭窄性病变：病人误服酸、碱后遗食管良性疤痕性狭窄，或食道癌患者。

主要症状：

(1) 吞咽梗阻感。异物体积较小、光滑，可以无症状或仅有在吞咽时有梗阻的感觉，并常能指出梗阻的部位。

(2) 吞咽困难。误吞异物后产生机械阻塞，或异物对食管损伤产生炎性肿胀。病人口涎增多。进食困难，重者对液体饮食也不能咽下。

(3) 吞咽痛，疼痛，吞咽时有痛苦表情。多为尖锐性异物或异物停留过久，损伤食管，产生食管炎。病人常能较准确地指出疼痛的部位。也就是异物停留的部位。如颈段食管疼痛，异物或擦伤在食管入口处略下；如胸骨后方或背部正中疼痛，异物常在食管胸段。

(4) 全身感染症状。当食管感染波及食管周围（即纵隔脏）时，可以出现发热、严寒等症状。预示病情严重，可出现胸腔严重并发症。如在主动脉周围感染，或形成脓肿，常损伤主动脉弓，使其破裂，突然大出血而立即死亡。值得注意的是部分病人有严重胸腔并发症者，其全身症状不一定很明显。

治疗原则：

(1) 控制感染。当发生食管异物或食管擦伤者，不管有无全身症状，均需酌情全身用药，预防或控制局部感染。

(2) 取出异物。一经诊断有或可疑有食管异物时，均须

及时进行食管镜检查，取出异物或排除异物。但对瘦肉类（排骨等）异物，可先服用胃蛋白酶、胰酶等，使瘦肉部分消化后，异物即可松动自行滑入胃中，如几小时梗阻仍不能缓解，仍须作食管镜检查。

（3）支持疗法：由于异物嵌顿于食管内，因机械性阻塞而不能进食。异物引起的食管损伤以及食管镜取异物后产生的损伤等，均须经静脉给药，补充体液及营养等支持疗法。不仅可以补充体液并可保护食管创伤。近期严禁口服饮食，遵医嘱进食物。

预防：本病完全可以避免发生。针对发病时的条件，如进食不宜仓促，细嚼慢咽，肉类最好去骨，蒸、煮软一些。牙齿松动、脱落者及时安置义齿，增加咀嚼能力。对不合适、松动的义齿应及时更换。当发生异物梗阻后，立即就医。严禁用饭团、汤元等强行梗吞，甚至有用筍荷杆经口试图将异物推下者。我们遇到不少病人经以上错误处理后产生严重并发症而死亡。

4. 食道癌。本病是中、老年人发生吞咽困难主要病因之一。多见于男性。有一定家族病史。病情发展较为迅速，为进行性吞咽困难。根据大宗病案的统计分析，其自然病程（不经治，从发病到死亡）平均约8个月。如能早期发现及时就医，常能得到较满意的疗效。

食管早期病损时，范围较小，食管本身的蠕动，食物能顺利通过，不产生任何吞咽障碍及其它不适。当病损范围扩大影响食管壁的蠕动时，可出现间歇性部分梗阻，即病人有时吞咽不畅，似有食物停留于食管的感觉，过一段时间后即



自行消失，或吞水后立即消失。随着病损的发展，癌肿波及食管粘膜下，或逐渐突出于食管腔内，吞咽困难即呈进行性、持续性加重。吞咽固体或粘稠性饮食感到困难，吞水后仍有梗阻感。以后只能食软体饮食如稀饭、面条等，最后吞咽流汁饮食也感困难。同时病人随着吞咽困难的加重，并有口臭、流涎、日益消瘦。如有继发性感染，可出现胸骨后或背部正中疼痛，偶有呕血性分泌物等，此时已属晚期。

病人如有不明原因的吞咽不适或部分梗阻感时，特别是有家族史者，应尽快就医，早期诊断或排除本病。

5. 弥漫性食管痉挛。多见于老年人，病因尚不明确。可能为多种发病因素所引起。如神经节变性、或继发于由精神因素所引起的反流性食管炎（胃液反流入食管）、腐蚀性食管炎、继发于因贲门梗阻（癌、良性肿瘤、括约肌功能不良）等。吞咽困难表现为非进行性短暂的间歇性发作，发作用饮食正常，体重亦无变化。有的病人在吞咽困难发作时，可伴有胸骨后疼痛，于进食前服用普鲁苯辛 15~30 毫克或疼痛时用硝酸甘油，常可得到缓解，故应与心绞痛鉴别。X 线食管钡餐检查，可见食管蠕动波下达到食管下段时，受到不协调的、强烈的、无推动性的食管收缩所阻断，食团停留于食管膈上部或引起部分食物反流。

6. 喉返神经麻痹。喉返神经分布到喉内肌，支配声带的运动，开、闭声门。当喉返神经麻痹时，麻痹侧声带不能外展，处于正中位或旁正中位，以至声门关闭不紧。吞咽动作的第二期，食团从口咽部经咽喉部进入食管上口。此期中如声门裂闭合不良，舌根的挤压动作，使食物进入气管产生误

咽、呛咳等，临床上称为误咽性吞咽困难。喉返神经是迷走神经（第十对颅神经）出颅后分出分枝，分布于喉内肌。其神经行程较长，左侧喉返神经容易麻痹，且多于右侧的原因是下行到胸腔，绕过主动脉弓后再向上顺气管食管沟再分布到喉内肌。当颈部、甲状腺、纵膈、食管有肿瘤及主动脉弓扭曲、喉外伤等均可导致一侧的周围性喉返神经麻痹。中枢性麻痹临床上少见。麻痹时的主要症状是声嘶及误咽。声嘶基本上不能恢复，时日稍久，对侧声带代偿性活动，声嘶可有好转。至于误咽，在初期不仅进食困难，常常唾液也可进入气管产生呛咳，病人极感不适，时日稍久，对侧声带代偿性活动，在吞咽时喉上口逐渐闭合，误咽自行消失。双侧喉返神经外展性麻痹，常常没有声嘶及误咽症状，但有呼吸困难，急性病损可出现窒息。出现喉返神经麻痹时，重点是寻找其原因，并进行治疗。

## 五、声 嘶

声嘶是喉部疾病的主要症状。有声嘶喉部必有疾病；但喉部有病不一定出现声嘶。声带经气流冲击颤动发出声音，再经共鸣腔的调节，出现语言以及悦耳的乐音。由共鸣腔病变引起的开放性鼻音（软腭麻痹）、闭合性鼻音（各种疾病引起的鼻腔阻塞）及咽部占位性病变，如扁桃周围脓肿、咽部肿瘤等引起谈话时有口内含物感的口齿不清，均属声嘶的范围。

### （一）发音功能简介

1. 喉部的结构：喉位于颈前正中，隔着薄层的皮肤及颈

前直肌就可扪得。位于舌根之下，食管之前，气管之上并与气管连接。喉为空腔通气道，外面由喉软骨形成空腔的支架，内衬以软组织在腔两侧形成上、下皱折。上面的皱折组织较疏松，比其下的皱折小而厚，称为假声带或室带，发声时两侧室带不在中线靠拢。下面的皱折由致密的弹力纤维构成，称为声带，比室带大而薄，并与之平行，其游离缘较薄，位于室带之内侧，发声时两侧声带在中线靠拢而颤动。室带及声带均覆盖粘膜，前端附丽于甲状软骨板正中内侧，后端均附丽于杓状软骨。杓状软骨由各自一侧的喉返神经分布的喉内肌附丽。吸气时杓状软骨向外滑动，使室带和声带后端外移，声带之间隙（声门裂）变大，空气可以自由进出。发声时杓状软骨向内滑动，室带及声带后端向中线靠拢，不仅使声门裂变成小裂隙，还能使声带增加张力。支配声带活动并增加张力的是双侧喉返神经；由喉上神经支配的喉外肌（环甲肌）也有增加声带张力的作用。成人女性的声带长度比男性短，平均为 14~18 毫米；男性为 18~24 毫米。因此，女性发声音频明显高于男性。见图 16—1。

2. 语音是怎样发出的：由发音变成语言是非常复杂的过程。语言和文字均属第二信号系统，只有大脑皮质发育得很完善的人类，才具备这种功能。现在只简单介绍发音到语言的过程。在空气由肺内有节制地（气流量的大、小、强、弱、快、慢等）呼出时，冲击在中线闭合的声带（其间仅有小裂隙）使之颤动，发出基音。当声带张力较大，闭合的裂隙较小，发出的基音的频率就高；反之发出的基音频率就低。发出的基音经喉上、下部不同共鸣腔的改变，又经咽、舌、腭、

唇位置、形态的改变及有关结构的作用，基音变为齿音、上腭音、喉音等，并具有程度不等的泛音，最后形成有感情、有抑扬顿挫的语言。发音过程中，以上这些器官的改变（协调作用）受到中枢神经系统的控制。

3. 声嘶发生的机理：声嘶主要是指由于室带或声带发生病变，如水肿、肿胀、边缘变厚而不整齐、肿瘤、支配声带活动的肌肉无力和喉返神经麻痹等，从而影响声带的紧张度、弹性、边缘厚度及光滑度，使声带在发音时声门裂隙闭合不良，颤动受限，因而出现沙、哑、发毛甚至失音。见图 16—2。

图 16—1 喉、咽喉部的矢状切面内面观

图 16—2 喉的额状切面后面观

1. 舌 2. 舌骨 3. 室带 4. 喉室 5. 声带 甲状软骨 2. 室带 3. 喉室 4. 声带 5. 声门  
6. 会厌 7. 喉入口 8. 环状软骨板 9. 食管入口 下腔  
口

## （二）声嘶的病因

1. 炎症性：喉粘膜在急、慢性炎症后，粘膜充血、水肿、声带增厚、闭合不良等产生声嘶。如急、慢性喉炎、声带息

肉等。

2. 精神神经性：由于精神因素或神经损伤麻痹使声带不能闭合或不活动而出现声嘶。如臆病性失语症、喉返神经麻痹等。

3. 肿瘤：如喉乳头状瘤和喉癌等，使声带质量增加或活动受限，出现声嘶。

### （三）常见声嘶的疾病

1. 急性喉炎。是喉粘膜弥漫性卡他性炎症，常为上呼吸道感染的一部分。致病菌为一般常见的细菌。以冬春季发病较高。病变程度差别较大，一般 10~14 天痊愈。

病因：常同时或继发于鼻部或咽部的急性卡他性炎症，也可单独出现。诱因有鼻部、咽部慢性炎症、受凉、过度劳累、过度烟酒、发音过多、干冷气候、粉尘及化学药物的刺激等。这些诱因使机体抵抗力下降，病毒与细菌乘虚侵入而得病。致病菌为溶血性链球菌、金色葡萄球菌、肺炎球菌等一般常见细菌。

症状：初期有喉不愉快感，如发痒、发干、发热、异物感等，常伴轻咳。喉敏感度增加，如企图谈话、深呼吸、吸入各种略有刺激性的气体或冷空气时即引起咳嗽。几天后咳出物为较粘稠痰液。声嘶为本病主要症状，出现较快，程度不一，由轻度声嘶到失音。一般没有喉痛，除非炎症波及咽部。水肿明显者可出现呼吸困难。全身症状不明显，可有低热，若伴有呼吸道感染，可有鼻阻、头痛、全身不适等。

治疗：治疗原则是去除病因，发声休息和控制感染。

（1）针对病因及诱因治疗。消除病因，如禁烟酒、保温、

休息和治疗上呼吸道感染等。

(2) 喉部治疗。立即禁止发声是最好的治疗，此外可蒸气吸入、雾化喷喉、含化碘喉片和杜米芬喉片等。

(3) 选用抗生素。青霉素、磺胺等全身给药，控制感染。

(4) 激素。对声带水肿明显者，必须在使用抗生素的同时加用强的松等激素治疗，可加速消炎并防止喉水肿引起喉源性呼吸困难。

2. 慢性喉炎。由于反复发炎，喉粘膜慢性充血逐渐增生肥厚，粘膜下组织水肿、淋巴细胞浸润，粘液腺分泌物增多，晚期结缔组织增生。这些病理改变，使室带、声带肥厚，甚至游离缘（边缘）由薄变钝，发声无力或闭合不良。由于慢性炎变持续时间长短不同，引起炎变的病因等不同，所以病损的范围、程度、性质也不同。临床一般分为慢性单纯性喉炎、慢性增生性喉炎、声带息肉和声带小结等。

病因：

(1) 反复急性发作，引起急性喉炎的病因未能消除（如反复长期受凉、病期中强行过多的谈话），未经及时治疗或治疗不当。

(2) 职业因素。如中、小学教师长期用嗓过度，文艺工作者长期用嗓不当。

(3) 有害气体或粉尘刺激，吸烟、饮酒过度。

(4) 慢性鼻窦炎、咽炎和气管炎的蔓延。

症状：

(1) 声嘶。为本病之主要症状。早期病损范围小，程度轻，声嘶亦轻、休息后可改善。早上声嘶轻，下午加重。晚

期病损广泛而重，声嘶为持续性。歌唱演员早期发低频音困难，发高频音尚可，但不能持久。晚期发高频音发毛，发高、低频音均困难。

92) 喉部感干燥、搔痒、异物感及干咳等。

治疗：治疗原则是消除病因，适当声音休息，减短发音持续时间，歌唱演员纠正不良发音方法等。对局限性增生者，可考虑喉显微外科手术摘除。值得注意的是慢性喉炎，对消炎药物基本无效。

(1) 慢性单纯性喉炎。多采用适当休息，辅以激素治疗，如用强的松三周递减法治疗（第一周 10 毫克，每日三次。第二周 10 毫克，每日二次。第三周 10 毫克，每日一次），有无治疗效果均不再继续用药。

(2) 慢性肥厚性喉炎。以治疗病因及适当声音休息为主，其声嘶程度多不再发展。根据病情采用喉显微外科手术治疗。

(3) 声带息肉及声带小结（又称歌喉小结）。前者多采用手术治疗，术后声嘶明显改善或消除。对有声带小结者手术时应特别慎重，以免除过多。术后按上述原则处理。

3. 臆病性失语症。本病又称为机能性失语症。多发生于青、中年，女性多于男性。一般认为，精神比较脆弱、神经质体质的人，因精神上突然受到刺激，发怒、悲伤等而得本病。但也有找不到任何诱因而得病者。突然发病，表现为失音、失语、不能谈话，但笑、哭声正常。检查喉部可见声带活动正常。有的可伴有慢性喉炎。其他精神状态及神经系统均无异常。治疗效果特佳。在病人非常信任医师的情况下，暗示病人的发音器官完全正常，用针刺廉泉、天突等穴位，随

医生高声阅读报纸或用喉动态镜自我发音训练，常能立即恢复发音功能。再用药物。局部理疗等辅助治疗，巩固疗效。诊治本病必须首先排除声带麻痹性疾病。

4. 喉返神经麻痹。喉返神经主要支配声带内收外展运动以及使声带保持张力。当喉返神经麻痹时，声带即不能作外展运动，且声带松弛。出现不同程度的声嘶。有关引起喉返神经麻痹的病因、症状及治疗等，详见吞咽困难中的喉返神经麻痹部分。

5. 喉癌。本病是耳鼻喉常见恶性肿瘤之一，仅次于鼻咽癌及鼻窦癌而居第三位。此病从发病到死亡的自然病程略长，如能早期就医，及时治疗（手术及/或放疗）。疗效较好。不幸的是病人患病后往往不予重视，就医很晚，以致明显地影响疗效。其中有部分病人，虽然诊断为早期喉癌，但是拒绝手术治疗或放射治疗。误认为吃点药就会好，特别相信单方和家传秘方等，以致延误早期治疗机会。到了晚期才愿意、接受治疗，这时已失去治疗机会。对此我们感到非常惋惜。根据华西医大附一院 20 多年的不完全统计，458 例喉癌中，男女患者之比为 9:1。最小年龄为 7 岁（女性）；最大年龄为 80 岁。以 50 岁左右发病年龄最高，其中 40 岁以上占 93%。就医时按照国际抗癌协会中心分期，早期（Ⅰ～Ⅱ期）为 25%，晚期（Ⅲ～Ⅳ期）为 75%。从发病的年龄分布及就医时晚期病人多的情况来看，值得中老年人对此病引起足够的重视。

病因：尚不很明确，但与下列因素有关。

（1）吸烟。烟叶燃烧时产生烟草焦油，其中有苯芘致癌物。患者多有吸烟史。女性患者少，因少吸烟。纽约等地报



告，在 1950 年男女发病率之比为 14.9 比 1，而现在为 4.6 比 1。女性其发病率上升似与目前女性吸烟者较以往增多有关。我国东北地区发病率较高，有个别地区报告，女性发病高于或近似男性、农村多于城市，且喉癌病损部位多在声带以上（为 54.2%），可能与该地区农村中男女从小均吸烟有关。吸雪茄烟及烟斗者的危险性更大。

(2) 饮酒。特别饮烈性酒，发病率较高。

(3) 其它。石棉、木材加工者，发病均较未接触此类物质者为高。

症状：一般说来，喉癌的早期症状均不明显，其产生的症状比较单一。同时与生长的部位有明显的关系，诸如：

声门癌。最初的肿瘤生长在声带上的任何部位，即有声嘶，占 100%。生长在声带边缘比生长在声带表面者声嘶更重。这种部位的肿瘤占喉癌的一半。

声门上癌。最初的原发肿瘤生长在声带水平以上的喉部，早期可无任何症状。除非肿瘤一开始就生在喉之后份，即杓状软骨区，可出现异物感（25%），或有吞咽困难（75%），由轻到重。晚期肿瘤侵犯波及声带的活动，才出现声嘶。生长在这个部位的肿瘤，数量次于上者。

声门下癌。最初的肿瘤生长在声带水平面以下的喉部。早期无任何症状，随着肿瘤的长大，逐渐出现呼吸困难、声嘶、喘鸣（呼吸时可听见喉鸣）、发音易疲倦等。这个部位的肿瘤较少见。

到了晚期，肿瘤感染溃破，可有咳嗽、血痰、恶臭，颈上、中部出现无痛性包块。如肿瘤在喉上部可有喉痛及吞咽

痛。

全身症状：早期全身情况很好，到了晚期，有了吞咽障碍时，才有消瘦等恶病质出现。

治疗：一经诊断明确，立即采用手术治疗及放射治疗，常能取得满意的效果。由于近十多年来，手术治疗已取得了比较成功的经验。不仅提高了3~5年的远期生存率，同进还能恢复喉的发音功能、呼吸功能和吞咽功能，使病人不仅恢复正常的生活能力，甚至使不少的病人恢复了工作，这是很大的突破。常见的手术治疗有：

部分喉切除：这类手术适用于早期病人。即切除侵犯喉的那部分肿瘤，将残留的喉部组织予以修复，使病人重新获得正常的吞咽、呼吸和谈话功能。据华西医大附一院最近统计，在17例病人中，作垂直部分喉切除术无一例因手术死亡。术后均恢复了发音和吞咽功能，82.4%的病人恢复呼吸功能（即术后不带气管套管）。其中术后满3年者15人，满5年以上者8人，均存活。

喉功能重建术：又称环回吻合术，适用于中、晚期病人。其肿瘤已破坏了喉的大部分，手术切除喉的1/2到3/4，保留喉的上、下两端，再将残留两端予以吻合（缝合）。据最近的统计，81例中，均恢复了发音功能、吞咽功能，半数以上的病人恢复了呼吸功能（病损轻者呼吸功能恢复越好）。远期追踪观察，满3年者59人中，存活率为88.13%，满5年者27人中，存活率为85.2%。其中早期病人术后均存活。

全喉切除术：适用于极晚期病人或年龄太大（超达70岁），或有肺功能不全，（患者较重的老年性慢性支气管炎）不

能承受手术的打击者。此手术将喉全部切除，术后病人吞咽功能良好，但不能发音，不能经口呼吸，长期配戴气管套管。经我们对 100 多例术后病人长期追踪观察，活 3~5 年的病人亦较多。甚至不少病人术后活 10 年以上。

颈淋巴结清扫术：又称颈廓清术，用于有颈淋巴结转移的病人。

放射治疗：对于治疗早期喉癌，有相似手术的疗效，也可以与手术联合治疗，即术后加上放疗，效果更能保证。

通过以上对喉癌的发病、症状、治疗方法及效果的了解，为此强调下列几点：

1. 中、老年人最好不吸烟，戒烟戒酒。
2. 不明原因的声嘶，超过半月，首先要考虑是否有喉癌的可能，应到医院就医，检查声带。
3. 有咽部异物感的病人，应到医院检查下咽部、喉部以排除喉癌，不要随便服用消炎、清热解毒等药。
4. 如一经诊断为喉癌，应听从医师的治疗方案，因为手术治疗效果比较满意。特别是早期病人，应抓紧有效、可靠的治疗，不要相信单方、验方等药物，一定要到医院治疗。
5. 对于一时不能确诊者，应定期（1~3 月）到医院检查。

## 六、鼻 咽 癌

我国是全世界鼻咽癌发病最高地区之一。鼻咽癌在我国也是常见恶性肿瘤之一。发病情况以广东省为最高，广西、湖南、福建、台湾、四川等省发病亦较多。根据统计资料，发

现在四川的发病情况分散于全省各地。如按江河经流地区来看,似有相对的密集区,如在沱江和岷江上游地区发病者较高,次为涪江上游和金沙江经流地区,而在长江上游及其以北地区亦有相对的高发病地区。我国移居于国外的居民,其发病率明显地高于当地居民。原籍患鼻咽癌高的地区如广东籍移民到四川,移居于上述地区后,其患病率亦高,定居数代至十多代后,患病情况有所下降,但仍比当地居民或其他省移民的后代高得多。由此可见鼻咽癌的发病有明显种族关系和家族关系。

鼻咽癌患病年龄,可以发生于任何年龄组,确诊时小到3岁(男),大到88岁(女),多在35~54岁之间,其中以40~44岁为最多,占总数的18.4%。根据近10多年的统计,患病年龄有年轻化的趋势。男性患病比女性多,男女之比约为3:1。发病与职业似无明显的关系。

### (一) 什么是鼻咽癌

鼻咽部位于鼻腔后孔之后,颅骨基底的下面、颈椎的前面、口腔的后上份。两侧为咽鼓管的咽部开口。此处长了恶性肿瘤,称为鼻咽癌。

### (二) 鼻咽癌有哪些症状

鼻咽癌的位置较深,难被病人和医生发现。早期患者鼻咽部的原发癌尚不很明显或很小时,就已有明显的症状。鼻咽癌最早出现症状与其最早原发癌灶生长的解剖部位有明显关系。例如生长在鼻咽部的顶后壁,首先症状为头痛;生长于侧壁者,表现为耳部症状;如生长于前壁即出现鼻部症状。但有时鼻咽部的原发癌为多中心即同时在鼻咽部的几个部位

生长，故可能同时出现相关的几个症状。晚期患者肿瘤扩大亦常出现多种症状。鼻咽部的淋巴组织非常丰富，很早就出现颈淋巴结转移。根据大量病案的统计分析，以头痛、颈上侧淋巴结转移包块最为多见，次为耳部及鼻部等症状，分述于后。

1. 头痛：常位于头的深部、顶部及颞部，初期为间隙性痛，逐步加重为持续性刺痛或钝痛。服止痛药物可暂时缓解，久用后即无效。发生头痛的原因可能是癌肿直接侵犯颅骨骨膜和破坏颅骨骨质所致，或由颈淋巴结转移包块推移、牵引颈动脉引起。早期单独出现头痛者约占 10~20%，晚期头痛加重并常伴有其他症状。

2. 颈淋巴结转移：即颈侧上份包块，初期较小，位于颞乳突前下方或耳垂后下方的深层组织中，中等硬度。不久（1~3月）即迅速长大，可发展到颈侧的中、下份，包块为多个、大小不等，常连在一起，质变硬，表面不平，呈结节状与皮肤无粘连，且固定不动。初期常位于鼻咽部原发灶的同侧，晚期（原发癌生长超过鼻咽部中线）对侧也出现颈部包块。初期单独出现颈淋巴结转移的症状大约 40~50%，晚期可达 82.5%，同时伴其他症状。

3. 鼻部症状（鼻阻及鼻衄）：鼻咽癌长大后或侵入鼻腔时，始有持续鼻阻，而作为晚期症状。鼻衄常为本病的早期症状，只出现于吸涕时，出血量不多，仅涕中带血，不久即自行停止，故常为患者忽视。晚期由于肿瘤溃烂或腐蚀颈动脉，可出现不易制止的致死性的大出血。

4. 耳部症状（耳鸣及耳聋）：当肿瘤累及鼻咽部侧壁、咽

鼓管咽端开口受到阻塞或压迫时,即出现耳部症状。临床表现为分泌性中耳炎的症状(详见耳聋)。据统计,作为早期症状,单独出现耳鸣者约2.5%,听力下降者约为8.3%;但就诊时耳鸣可达46%,耳聋可达57%。

5. 颅神经症状:出现此类症状多见于晚期患者,同时伴有剧烈的头痛。如顺鼻咽顶侵入颅内,常出现复视,眼球不能活动,视力障碍甚至失明。如顺颅骨基底下向外浸润,累及第Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ颅神经时,可引起各种咽喉麻痹等症状,例如吞咽困难、饮食呛入鼻腔或气管、声嘶、舌半侧瘫痪和萎缩、面瘫、张口困难等。

6. 其他:肿瘤晚期,可转移到颅内、脊柱、肺部,而出现这些部位的症状。

### (三) 鼻咽癌的诊断

任何恶性肿瘤的防治研究工作均须主攻“三关”,即病因、早期诊断和根治办法。早期诊断不仅是三关之一,也是肿瘤诊治工作抓“三早”(早期发现、早期诊断和早期治疗)的重要环节之一。早期诊断提供了早期治疗的基础,可提高五年治愈率,有利于保护人民的健康。

1. 早期症状诊断:鼻咽癌原发灶位置隐匿,难被患者感知。从前面所述鼻咽癌的症状学看来,鼻咽癌原发癌还很小时的初期,由于其生长的位置不同,可以出现各种不同的首发症状。虽然这些症状常为患者忽视,但如能及时重视单一症状,如不明原因的头痛、无痛性颈上侧份包块、鼻部症状(涕血)及耳部症状(耳鸣、耳聋)等,就应及时就医,通过鼻咽部的视诊等检查,确定有无鼻咽癌,常可避免误诊或漏

诊，从而获得及早诊断的可能。

一般在 30 岁以上患者，有单一的上述症状之一，就应疑为此病的可能，立即就医。经检查后，或者排除此病，使患者放心，或定期复查随访，防止漏诊。如系此病，常可获得早期发现早期诊断。

有下列症状群之一，如 单侧颈上侧固定无痛性包块。上述四个症状同时具备两个症状。就应高度疑有鼻咽癌的可能，立即就医作进一步的检查。此时发现的患者，一般说来已经不是很早期的病损了，多属中早期病例。

2. 临床诊断：遇有上述症状时，首先应思想上重视，提高警惕。用鼻咽镜仔细检查鼻咽部，是及早发现和诊断鼻咽癌的必要步骤。其方法简便、可靠。可以直接视诊鼻咽部有无肿瘤，了解肿瘤的位置、大小、形态及范围等。在肿瘤和可疑肿瘤的部位，用特殊的钳子，钳取米粒大一小块组织，送活体组织作病理组织学检查。一经确诊，就及时治疗。临床上一次活检阳性率最高，约为 92%。有些患者病损较小，或肿瘤在粘膜下常需多次活检才能确诊。

由于鼻咽癌患者的 EB 病毒 (Epstein—Barr 病毒，1965 年发现) 远较其他恶性肿瘤及正常人高。用 EB 病毒壳抗原的免疫球蛋白 A (EBV—VCA—IgA)，检测患者血清中的抗体滴度较高者为阳性。鼻咽癌患者阳性率在治疗前为 100%，治疗中为 80%，肿瘤转移或复发时为 87.5%。一般在治疗后滴度逐渐下降，在一年左右即转为阴性。有的患者，临床表现可疑为鼻咽癌，但鼻咽部活检阴性，EBV—VCA—IgA 检测为阳性，经观察一段时间，检查鼻咽部出现肿瘤，而予

以活检确诊。此项测定，已作为普查肿瘤筛选本病的早期患者以及治疗后随访了解其疗效、复发等的手段。

3. 其他检查：主要是指X线检查，包括颅底X线片或X线层片，鼻咽部钡剂造影、鼻咽部和颅底CT检查。所有这些检查，主要是了解肿瘤的侵犯范围，有无颅底骨质破坏，对早期鼻咽癌的诊断颇有帮助。但更重要的是在放射线治疗时，提供放疗的范围以及放疗后的疗效追踪观察。

4. 颈淋巴结肿块：鼻咽癌容易出现颈部包块（早期在颞颌窝前下，晚期发展到颈中、下侧），常常与其他疾病产生的包块相混，简要介绍于后。

（1）其他恶性肿瘤和颈淋巴结转移：腮腺癌，常以耳垂为中心长大的肿块。甲状腺癌、咽癌、喉癌等，转移的肿块位置略低，多位于颈上中份，转移的时间较晚，常有这些器官的相关症状，一般可找到这些器官的原发灶，其病理切片类型不同于鼻咽癌。

（2）颈部良性肿块：如颈部神经鞘瘤、神经纤维瘤，生长极为缓慢、质硬，多数病例很少有压迫神经症状和其他功能障碍。

（3）炎性肿块：如颈淋巴结炎或脓肿，多继发于口腔、咽部和耳部感染。起病快，患者有高热，局部红肿压痛。颈部淋巴结核，多见于青少年。颈侧出现单个或多个成串状之肿块，起病缓慢，以后活动的淋巴结可以融合固定，中心为干酪样坏死或形成冷脓肿，溃烂后经久不愈。

#### （四）治疗



本病主要以放射线治疗为主，应用 60 钴、电子加速器、深层 X 线等照射，可以得到较好的效果。有的患者可辅助化学药物治疗，以提高治疗效果。

### （五）预后

鼻咽癌患者，从首先发现的症状开始，不经任何治疗，其自然病程因人而异、长短悬殊。有初发症状出现数月内已进入临床晚期。也有个别患者从发病到远处转移历时 5~10 年之久，一般说来，从发病到死亡，不经治疗，大约可生存 1~2 年。但未见有鼻咽癌肿瘤自然消失痊愈者。

放射线照射治疗效果最好。据统计，治疗后 5 年以上生存率可达 50~58%。曾有一位患者，经治后继续工作已达 40 年，现仍健在。5 年生存率与鼻咽癌临床分期有明显的关系：临床一期患者为 40~100%，而四期患者只有 3.7~27%。疗效与临床分型也有明显的关系。上行型又称局限型，即鼻咽癌的病损从发病早期到晚期，肿瘤局限于鼻咽部或向上发展侵犯颅骨基底进入颅内而出现眼部症状，如眼球活动受阻、视力障碍等，而不出现颈淋巴结转移症状，其疗效较高。下行型即以颈淋巴转移为主，可侵犯颈静脉孔等，而出现吞咽困难、声嘶、误咽等症状，而不侵犯颅骨基底，此型疗效较上行型差，容易出现远距离转移。混合型又称上下行型，即兼有上、下行型的病损及临床表现，其疗效最差。

疗效与患者对本病的态度和认识也有很大的关系，有的患者一经确诊后，能面对现实，思想波动不大，情绪相对稳

定，听从医师的治疗，其疗效较佳。有的患者与之相反，一听到确诊为鼻咽癌，不能面对现实，坐卧不安，拒食拒饮，情绪波动很大，甚至拒绝治疗，这类病人常常短期内衰竭、死亡。所以，患者应正确对待本病。

## 第十七章 中老年常见口腔疾病的防治

### 一、龋齿、牙髓炎及根尖周炎

#### （一）中老年人龋齿有什么特点

龋齿（俗称蛀牙）是人类历史上一一种很古老的疾病。分布极为广泛，是一种常见、多发病。在各种口腔疾病中，龋齿的患病率最高，虽然龋齿的发病率因民族、地区、年龄、性别的不同有所区别，但一般均在 50% 左右。据华西医大口腔医学院归纳全国六十五个地区的 116 份龋齿发病率的调查资料表明，在我国，患龋率南方高于北方，东方高于西方，沿海高于内地，城市高于农村；如上海、广州、北京、武汉等大城市患龋率均高，最高的可达 70.5%，平均为 65%，而青海和西藏的昌都地区平均只有 27%。在每一个患龋者的口腔中，平均有 3.5 个龋齿。

龋齿不仅发生率高，而且危害严重，一旦造成牙齿硬组

织的破坏则不能自行修复。对于中老年人,随着年龄的增长,各组织和器官开始退变和衰老。在口腔则可见牙齿咬(面明显磨耗;牙槽骨,牙龈退缩所导致的牙根暴露,牙间隙增宽以及牙齿松动,脱落;由于相邻牙触点破坏所引起的食物嵌塞;由于饮食嗜好的改变,喜好甜软食物,使口腔容易造成酸性环境;由颊、舌肌运动减弱所造成的自净作用的降低……上述种种变化均为龋齿的发生创造了局部条件,故使中老年人的龋齿患病率有所增高。另外由于龋齿在初期不易引起主观症状,特别是中年人,由于工作繁忙,生活紧张,往往不能得到早期及时的治疗,一旦出现症状,多数已发展得比较严重。中老年人的龋齿,除有龋齿的一般表现外,从好发部位讲多位于牙颈部及牙颈部下方,常波及多个牙面,多造成牙颈部区的环状损害而导致牙冠折断,由于牙髓的退行性变化,常造成髓腔及根管的狭窄和钙化,给治疗带来一定困难,也直接影响了疗效。

## (二) 龋齿防治方法

由于龋病是一种多因素疾病,近百年来人们提出了各种不同的学说来解释龋病的原因,目前,被公认的是三联因素理论。所谓三联因素就是由细菌因素、宿主因素和食物因素同时并存,结合作用的结果,这三种因素缺一不可,其相互作用关系如图 17—1。

细菌因素是导致龋病发生必不可少的条件,近十多年的研究表明,变形链球菌是主要的致病菌,它能把蔗糖转化为不溶性的多糖,主要是葡聚糖,粘附在菌体周围,从而形成牙菌斑。另外变形链球菌能分解糖产酸,使牙齿脱钙而

发生龋病。食物营养因素虽有助于牙釉质的发育,但也有破坏牙釉质的作用。动物实验证明,在有变链菌感染的动物,如果通过胃管饲以碳水化合物也不会发生龋病,这说明食物因素的局部作用与龋病的发生有密切关系。另外各个体之间对龋病的易感性不同,这与牙齿的结构组成、唾液的成份、冲刷和缓冲作用等均有关。由于龋病的发生与细菌、食物、宿主三者有关,故在防治上也就着眼于上述三方面,只要能打破或阻断其中的任何一个环节,便可达到防治的目的。

图 17—1 三联因素

目前针对龋齿病因提出的预防措施很多,但归纳起来有两方面:

1. 增强牙齿的抗龋能力:氟化物防龋是目前公认的最有效方法。氟的防龋机制是多方面的,它可以抑制致病菌,如变形链球菌的生长;抑制菌斑中的某些酶的作用,使产酸减少;氟进入牙齿后可形成抗酸力强的不溶性氟化磷灰石,提高抗龋能力等等。氟素进入机体的途径很多,饮食中大米、小麦、白菜、莴笋、青菜、卷心菜……等主副食品中氟含量都很高,其中茶叶氟含量最高,所以饮茶是增加氟摄入的良好途径。氟化物的局部应用是防龋的有效方法,用含氟的牙膏刷牙能明显的降低患病率。

随着高分子材料的发展,一种具有高粘性、高渗透性的防龋涂料—窝沟封闭剂已用于临床。据报道,涂一次药在两年内可降低患龋率 80% 以上。另外,用激光照射后的牙齿也

不易被酸破坏。

2. 减少龋病发生的外部条件：注意口腔卫生，养成早晚刷牙、饭后漱口的习惯；纠正儿童睡前吃糖、吃饼干等不良习惯；减少牙菌斑的生成，限制食糖和寻找甜味代用品，如用木糖醇代替蔗糖；矫正和拔除错位牙、多余牙、阻生牙；对牙龈萎缩及食物嵌塞等进行及时的治疗等等。

### （三）牙髓炎为什么特别疼

龋齿得不到及时的治疗，就会发展成牙髓炎。早期的牙髓炎有牙髓充血、水肿、炎性渗出增加等病理变化。临床上的特点是患牙有阵发性疼痛，即疼一阵，缓一阵；如遇到冷热刺激，疼痛可明显加重。如此时还得不到治疗，症状还可加重，牙痛变为持续性的跳痛，此时如遇到热的刺激，反可以暂时减轻疼痛，这就是急性化脓性牙髓炎。除上述特点外，急性化脓性牙髓炎在晚上睡觉时疼痛症状更加厉害，这是因为当人躺下入睡时，头部放低了，流到头部的血流量增多，使牙髓进一步充血，加重了疼痛。

牙髓炎为什么会特别痛？这是因牙髓的四周都是硬组织，当牙髓因发炎而充血、水肿、渗出时，牙髓体积增大，但牙髓腔的容积却不能相应扩大，这样，牙髓腔内压力会急剧升高，牙髓神经受压加剧，疼痛也就特别厉害。俗话说“牙疼不是病，痛死没人问”就是指化脓性牙髓炎这一阶段。

当牙髓发炎后，服用消炎、止痛药虽在短时间内有些作用，但均不能彻底根除病患。特别是急性化脓性牙髓炎，必须到口腔科医生处进行治疗。最有效的办法是用牙钻在距牙髓腔最近的地方打一个孔，让炎症渗出物顺着洞口流出，使

髓腔内的压力迅速降低，患牙的疼痛也将很快得到缓解。经过治疗后再服用一些消炎止痛药便可使炎症得到进一步的控制。

急性牙髓炎症状缓解后不等于疾病就治愈了，要及时根据牙髓炎的程度和波及的范围采取不同的根治疗法。牙髓炎如在早期，病损范围也较局限，可以采用保存活牙髓的疗法；如果病变范围已较大，病程也较长，常用药物把病变的牙髓消毒、灭活并加以干固，使牙髓处于无菌干尸化的状态，即所谓的干髓术。如牙髓已经全部坏死，牙根尖周围也有一定的炎症，则多采用全部去除牙髓，然后充填入另外的材料，即所谓根管治疗术。

#### （四）根尖周围炎的危害

牙髓炎得不到及时、彻底的治疗，炎症渗出物引流不出，细菌及其毒素可通过牙根的根尖孔向根尖部扩散，引起牙根尖周围发炎。急性根尖周炎时牙痛比较剧烈，病员感到患牙根部胀痛，患牙有伸长的感觉，咬（接触时即发生剧烈的疼痛，因此不敢用来咀嚼食物。由于牙髓已经破坏，不像患牙髓炎那样对冷热刺激十分敏感，但轻轻叩打牙冠却能引起剧痛，有时病牙还会松动。如急性根尖周炎得不到治疗，炎症还会向周围组织扩散，使牙根周围组织液化、化脓、坏死，当脓液穿破骨板到骨膜下时，就会形成骨膜下脓肿，使病牙及邻近牙根部软组织红肿、剧痛。有的脓肿反复肿胀破溃，形成慢性的排脓窦道，俗称牙瘻。牙瘻时好时坏，经常流脓，脓液可随食物或唾液吞入胃肠。根尖部的长期病变也会成为一个病灶，在身体抵抗力降低和某种条件下便会引起其它疾病。

根尖周病的应急止痛处理与牙髓炎相同,但比较复杂。首先要用药物控制感染(即消炎),以后用特殊的器械将牙根管内病变的牙髓去除干净,扩大和消毒牙根管,最后填上根管充填材料,把牙补好,这就是根管治疗术。如果牙根尖的病变较严重,破坏也较大,还需配合刮除根尖病灶的手术(即根尖刮治术),才能达到根治的目的。

因此,牙齿有龋坏要及早填补,发生牙髓炎要及早治疗,发展成根尖周围炎时,治疗既困难又复杂,病员所受的痛苦也大,而且有时效果也不太好。见图 17—2。

图 17—2 龋齿的进展

## 二、牙 周 疾 病

### (一) 牙结石与牙龈出血

在长期不刷牙、清洁较差的口腔中,常可见牙齿的周围



有一层厚厚的、黄色或黄褐色的堆积物，这就是牙垢或牙结石，牙结石俗称石灰牙。

牙垢是积在牙齿上的软质污垢，由食物残渣、细菌、脱落的口腔粘膜上皮组织和唾液中的粘液混合而成。唾液中的矿物质沉积在牙垢上则形成牙结石。牙结石较硬，并能紧贴在牙齿的表面，刷牙也不容易刷掉。牙垢和牙石附着在牙面上，一方面对牙周组织有机械刺激作用，另一方面在牙垢、牙石内有大量的细菌繁殖，细菌可产生毒素，刺激牙周组织，引起炎症，造成牙龈炎。

正常的牙龈是粉红色的，粘膜柔软致密，表面带有点彩状颗粒。牙龈发炎时，牙龈表面由于水肿变得松软、光滑发亮，正常的点彩状颗粒消失。由于郁血和炎症浸润，牙龈的颜色由粉红变为暗红，龈乳突肿胀发绀，牙龈表面容易受硬性外物的刺激而受伤，牙龈边缘失去原有的形状，变为不规则的状态而退缩，咀嚼或刷牙时均易引起出血。牙龈炎的患者，在牙齿表面常有不同程度的牙垢和牙结石的堆积，而牙垢和牙结石是造成牙龈炎最主要的局部原因。除此之外，镶带有不合适的固定假牙，用大头牙刷横刷牙的人也常有牙龈炎的发生。

有的人以为牙龈出血就是缺少维生素C，是患了坏血病，但长期服用大量维生素C，及水果后，却不见好转。坏血病是一种全身性出血性疾病，在正常生活条件下很少发生。患者全口牙龈普遍红肿，龈乳头松软得象海绵，极容易出血；同时舌、颊、腭粘膜和身体其它部位皮肤也常出现青紫色瘀斑，一旦出血，则出血时间较长，而且不易止住。因此如有上述

情况应到医院诊治。

牙龈组织由于长期存在炎症,牙龈由松软变得较坚实,长粗变厚,盖住牙冠的唇舌面,甚至影响进食。这种牙龈炎叫做增生性牙龈炎。增生性牙龈炎好发于前牙,尤其是上前牙区最为多见。牙龈的增生还常见于长期服用苯妥英钠的癫痫患者。近年来有研究证实长期服用心痛定(硝苯吡啶)的患者也有牙龈的增生。

值得提出的是血液病(血友病,白血病,血小板减少症)患者早期多有牙龈出血的症状,因此遇到牙龈出血的患者应考虑是否有全身性出血性疾病,如有则首先应进行全身性疾病的治疗。当全身性疾病控制好转后再作口腔的局部治疗。对于由牙垢、牙结石等局部因素刺激所引起的牙龈炎则应由口腔科医师用专门的器械除去牙结石(称洁治术),并在牙龈上涂消炎的药物如2%碘甘油,炎症就会逐渐减轻和消失。

牙龈出血的暂时止血法可在出血的牙龈上敷涂止血粉、云南白药,或用明胶海绵压迫止血。中药马勃、小蓟、仙鹤草等细末撒在局部也有一定的止血功效。

治愈后的患者应坚持早晚刷牙,饭后漱口,保持口腔卫生,减少牙石形成和堆积,这是预防牙龈炎的主要方法。

## (二) 什么是牙周病,有何危害

牙周病是牙齿支持组织被破坏的一种慢性疾病,对人们的健康危害较大。通常累及成人,特别是中老年患者为多,35岁以后的人发病率上升很快,并随年龄增大而逐渐增加。人们常说:“人老了,牙齿就要掉了。”其实,中老年人掉牙齿,

多半是由于“牙周病”发展的结果。由于牙周病病程进展较缓慢，多数病员没有什么自觉症状，所以人们也常常不太注意它，甚至有些口腔科医师也忽视了给病人作及时的治疗。

牙周病在发展过程中，通常有脓液从牙龈边缘处流出，在牙齿与牙槽骨间可探到一深的缝隙，称为牙周袋，并可见因牙槽骨萎缩吸收而造成的牙齿松动、脱落。由于牙周病所造成的脱牙往

图 17—3 牙周炎 往不是个别牙，而是多个牙甚至全口牙

1. 牙石 2. 牙周袋 齿均会松动脱落，使咀嚼功能大部丧失，给健康带来较大的危害。见图 17—3。

### （三）牙周病是怎样发生的

简单地说，牙周病的发病原因可分为局部和全身两方面。

1. 局部因素：口腔不清洁是牙周病发生的重要因素。由于口腔不清洁，大量的细菌聚积所形成的牙菌斑常附着在牙面上，牙垢、牙石的刺激，食物嵌塞也容易发生牙龈炎，而牙周病又常常是在牙龈炎的基础上发展起来的。另外，缺牙而又没有及时镶装假牙，使缺牙处邻近的牙齿向缺牙区倾倒，造成咬（不正常，并使牙缝增宽，日久也会损害牙周组织，发生牙周病。有的虽镶了假牙，但镶得不合适，刺激牙龈发炎（主要是镶固定的假牙），使牙周组织破坏、萎缩，牙齿发生松动。

2. 全身因素：引起牙周病的全身因素尚未完全明瞭，但有很多事实说明机体的整体状况和某些系统疾病与牙周组织的疾病有关。如果牙周病的患病率随着人年龄增加而逐步升

高,其原因可能由于牙槽动脉硬化,组织发生变性萎缩,牙槽骨质疏松,组织的再生和恢复能力相对降低,在这种条件下,合并一些局部因素,牙周病就比较容易发生。

某些内分泌紊乱也常使牙周组织发生改变,导致牙周病的发生。例如青春期和妊娠期的妇女常发生牙龈炎加重的情况,对局部刺激性物质的易感性增高,这是由于血液中性激素水平升高所致。妇女生育过密,长期哺乳,如果食物中缺乏钙、磷等矿物盐和维生素D,牙槽骨因缺钙而疏松软化,牙齿会变松动脱落。民间俗语“生一个娃娃掉一颗牙”,说明群众也认识到妊娠、生育、哺乳对母亲牙齿的健康是有一定影响的。

维生素C对维持牙周组织的健康十分重要,新鲜蔬菜如萝卜、西红柿都含有大量维生素C,有人不喜欢吃新鲜蔬菜,这对身体是不利的。

某些全身性疾病,如患糖尿病、结核病等的患者,因身体抵抗力较差,牙周组织的抗病能力和修复能力都降低了,原先的牙龈炎也容易发展成牙周病。这些都说明,牙周病的发生和全身状况有着密切的联系。总之,牙周病是局部和全身因素共同作用的结果。

#### (四) 怎样早期发现牙周病

牙周病是一种发展很慢的病。初期病状常不明显,不容易引起人们的注意,等到牙床出脓和牙齿松动才进行治疗,多半为时已晚。

牙周病的早期,病人有牙龈发痒、发胀的感觉,牙龈颜色变为紫红色,刷牙容易出血;用手轻压牙龈时,有少量白

色粘液从龈沟内流出，这就是脓液。病人自己觉得嘴里有咸臭味，唾液发粘；咀嚼食物时，常感到牙齿软弱无力。此时，牙齿还不松动，牙齿的位置也还没有移动，治起来比较容易，效果也比较好。

牙周病进一步发展，牙齿和牙龈间形成牙周袋，袋内有脓液贮留，牙槽骨发生萎缩吸收，牙龈暴露，牙齿松动、移位，最后则脱落。由于牙齿的松动脱落，破坏了正常的咀嚼功能，对消化带来严重影响。又由于牙周袋内有许多脓液、血性分泌物常被吞咽，对全身健康也不利；另外，牙周病如得不到治疗，使病变长期存留于口腔内，成为一种病灶，会引起或加重身体其它病变。

#### （五）患了牙周病有法治疗吗

牙周病的发生有局部和全身两方面的原因，因此在防治时也应从两方面着手。在口腔局部则应保持口腔清洁，注意刷牙，如牙结石已形成，应到口腔科去用特制的器械作洁治，将牙石刮除干净。根据牙周病的情况还可采用调整咬（关系，用牙周夹板或钢丝拴扎的方法固定松动的牙齿；切除肿大的牙龈和刮除牙周袋内的病变组织；均能起到一定的疗效。

牙周病的全身性药物治疗过去常被忽视，实际上牙周组织的急性感染可选用青霉素、链霉素、万古霉素、四环素等治疗。螺旋霉素治疗牙周病有较好的效果，用法是每次 200 毫克口服，1 日 4 次，5 日为一疗程。牙周宁对牙周病也有一定疗效，剂量是每次 4~8 片，口服，1 日 3 次，一般需服用 2~3 个月，严重者需持续用药 8 个月~1 年，在服用牙周宁时如再配合服用维生素 C 效果会更好。灭滴灵（甲基硝基哒

唑)对口腔螺旋体有杀灭作用,近年来有不少关于用灭滴灵配合广谱抗生素治疗牙周病取得较好疗效的报道,常用剂量是200毫克,1日3次,10日为一疗程。

祖国医学认为,牙周病多由肾、脾、胃三经病变和外邪侵入引起,常见的有胃经实热型、肾虚胃热型、肝肾阴虚型和脾肾阳虚型。其中以肾虚胃热型最为典型,是慢性龈炎和牙周炎的主要证型。

胃经实热型:牙龈肿痛,有较多的脓性分泌物,易出血,口臭涎多,色质红绛,苔黄厚腻,咽干口燥,喜冷饮;脉洪大或滑数。临床多表现为急性牙周炎和牙周脓肿。治疗以清胃泻火为主,多用清胃汤加减:金银花、连翘、生地、丹皮、生石膏、淡竹叶、升麻、黄芩。

肾虚胃热型:牙槽骨吸收,牙齿松动,咀嚼无力,牙龈浮肿、溢脓,口臭、口干、便秘、头晕目眩,耳鸣,手足心热,舌质红,苔薄黄,脉细数。临床上多表现为慢性牙周炎。治疗以滋肾阴清胃热为主。可用玉女煎加味:生石膏、生地、黄、知母、山萸肉、麦冬、牛膝、丹皮。

肝肾阴虚型:牙齿松动,牙龈浮肿且隐隐作痛,时有少量出血,常致牙龈萎缩,牙根暴露。另有腰酸腿软,耳鸣目眩,盗汗梦遗,舌质红苔少或剥落,有裂纹,脉沉细数。治疗应滋肝肾之阴以固齿。多用六味地黄汤加减:熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮、枸杞、骨碎补。

脾肾阳虚型:牙槽骨吸收,牙齿松动移位,牙齿间隙增宽,牙龈浮肿或有萎缩,龈较少出血,牙周袋内渗出物少而稀薄,精神倦怠,少气懒言,形寒肢冷。舌质胖嫩,边有齿

痕，苔薄白，脉沉细。治疗以温补脾肾为主：多用金匱肾气丸加减：熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮、杜仲、骨碎补、肉桂、制附片。

近年华西医科大学口腔医学院所研制成的固齿丸就是一种补肾固齿药物，临床疗效上也取得了较满意的结果。

牙周病的局部用药是一种辅助疗法，目的在于控制感染，消灭细菌，减少组织的炎症和水肿。常用的药物有 3% 双氧水，涂布患区或冲洗牙周袋，然后再用清水漱口。也可用 2% 碘甘油涂于牙周袋内，有消炎、灭菌和收敛作用，并能促进肉芽组织的生长。对某些患者还可以采用龈切除，牙周袋内壁刮治术，翻瓣刮治术等手术治疗方法。对松动的牙齿可以采用牙周夹板或拴丝固定等办法以提高疗效。

#### （六）如何预防牙周病

牙周病的防治需要依靠医师和病人的共同努力，在完成治疗后，病员还可按摩牙龈，以提高治疗效果，预防牙周病再发。按摩牙龈是一种积极的治疗措施，它有助于改善牙龈的血液循环，促使牙龈炎症的消退，有助于牙周组织恢复健康。按摩牙龈的方法是，在按摩前将自己的食指洗净，蘸以液体石蜡，将食指放在牙龈上，从牙根尖的牙龈表面向龈缘方向按摩，稍用力量，力量大小以牙龈粘膜颜色变白而不感到疼痛为准。旋转按揉，每次 3~5 分钟，然后用清水漱口，每日早晚各一次，经常坚持，形成习惯。按摩牙龈除用手指外，在刷牙时也可用刷毛按揉。

### 三、其它常见的牙齿疾病

#### (一) 食物嵌塞

食物填塞在牙齿间的缝隙中（医学上称牙间隙）称为食物嵌塞，俗称“塞牙”。

在正常情况下，由于牙齿排列整齐，咬（关系正常，牙与牙之间接触紧密，又有牙龈乳头充满在牙间隙中，进食后即使有少量食物碎屑停留在牙齿缝隙中，也是比较容易清除的。如果牙齿和牙周组织发生疾病，牙齿间正常的排列、接触和咬（关系遭到破坏，牙周组织萎缩，牙间隙增宽，食物嵌塞就会经常发生。特别是吃富有纤维的蔬菜和瘦肉时，食物嵌塞得很厉害，使人感到很不舒服。

造成食物嵌塞的原因很多，主要有以下几点：

1. 由于龋坏，特别是两牙间相邻接的牙面龋坏，形成龋洞，食物嵌入龋洞内，就不易被清洗出来。

2. 缺牙未及时镶牙，牙齿缺失如不及时修复，两旁的邻牙向缺牙空位倾斜，使牙齿的正常接触、排列和咬（关系发生变化，牙齿的间隙增宽，使食物易嵌入其中。

3. 补牙及假牙的装镶不合理，与邻牙间有较大的缝隙，容易造成食物嵌塞。

4. 牙龈炎长期未治疗，牙龈萎缩，牙龈乳头退缩；牙周病，牙齿松动移位，使牙间隙增宽，易造成食物嵌塞。

5. 个别牙面受不均匀的咀嚼磨耗，形成过高的牙尖或突起的边缘，咀嚼食物时，咬（的压力可将食物楔挤入对颌两



牙之间，造成嵌塞。

食物嵌塞不仅使人进食后感到难受不适，如不及时处理，食物残渣长期存在于牙间缝隙中，容易造成龋坏。食物嵌塞还会刺激牙龈，使牙龈发炎、肿胀，日久还会发展成牙周病。因此，正确的处理食物嵌塞对预防龋齿和牙周病都是很重要的。必须使医师查明食物嵌塞的原因及时加以治疗。如充填牙齿邻面的龋洞，恢复牙冠正常的接触；及时镶装缺牙；去掉不良的龋齿充填物或假牙，重新填补和镶复；拔除下垂、过长的失去咀嚼功能的第三磨牙；调磨过高的牙尖及陡突的牙冠边缘，调整咬（关系）等。

除治疗外，病人自己平日的保护也十分重要。饭后应将牙间隙的食物残渣清除掉，如能饭后刷牙不仅可以清除嵌塞的食物，对龋齿及牙周病的发生也有积极的预防作用。

有的人在饭后常有剔牙的习惯，但决不要乱用金属发夹、大头针、小刀或火柴杆等坚硬的物品挖剔牙缝，这样反而会损伤牙龈乳头，日久牙龈乳头萎缩，牙间隙增宽，食物嵌塞会愈发严重。有的人并没有食物嵌塞，但平日有剔牙习惯，饭后便剔牙，不进食也以剔牙为嗜癖，这样天长日久，牙龈乳头受刺激发炎而萎缩，牙间缝隙也逐渐增宽，反造成食物嵌塞，这种不良习惯是应当纠正的。

如果必须使用牙签，应该选用质量较好而有一定弹性的，同时应检查牙签的尖端是否光滑，将较光滑的牙签尖端先搁置在需要剔的牙面上，然后再顺着牙面把牙签尖端慢慢插入两牙之间，轻轻剔出。

牙齿排列不整齐，拥挤重叠，牙间接触过于紧密而发生

的食物嵌塞，牙签不易剔出，可取一段丝线或蜡线用两手控住线的两头拉直，嵌入牙间隙中，作上下内外的拉动，将食物残渣从牙齿间隙里带出，这种方法虽较麻烦，但比使用牙签的弊病要少些。见图 71—4。

如果食物经常嵌入牙缝，最好到医师处去检查原因，进行适当的治疗。

## （二）牙齿敏感症

牙齿敏感症是指牙齿受到冷热、酸甜、机械刺激（刷牙、咬硬物）时所出现的酸痛或不适。它不是一种单独的疾病，而是中老年人的一种常见的症状。

牙齿表面有一层牙釉质，健康完好的牙釉质能够隔绝外来刺激，不致引起症状。无论何种原因致使牙釉质损伤，使牙本质外露，牙齿均会出现酸痛或不适。牙齿之所以会出现酸痛或不适，是因为牙本质中有很多很细的神经纤维，这些神经纤维可以感受并传导外界的各种刺激，从而引起牙齿的酸痛和不适。

图 17—4 用牙线剔除食物

造成牙釉质缺损、牙本质外露的原因很多，最常见的有因咀嚼运动致使牙齿磨损；牙龈萎缩带来的牙根暴露；横刷牙造成的牙颈部楔状缺损；外伤所致的牙冠部分缺损等。另外，月经期和妊娠期的妇女，某些全身疾病如神经官能症等，由于牙髓神经敏感性增高，即使牙本质没有暴露也同样可以出现牙齿酸痛或不适。见图 17—5。

对牙齿敏感症主要采用药物脱敏的方法治疗，如用 75% 氟化钠糊剂涂搽过敏的牙面，用 50% 麝香草酚酒精溶液透热

涂搽牙面等等；选用含氟化钠、氯化锶的各种脱敏牙膏刷牙，也能收到一定的脱敏效果。民间用咀嚼茶叶、核桃仁的方法治疗牙齿敏感症也有一定的疗效。

近来来，由于高分子材料的广泛应用，如用NS牙面脱敏涂料涂布在敏感的牙面上，取得了较好的脱敏效果。据报导，NS牙面涂料的脱敏效果达90%

图 17—5 楔状缺损

以上，一年后复查仍能保持在80%以上。NS涂料有抗酸、抗水、耐磨的性能，本身无毒，对牙周组织和口腔粘膜无刺激性，操作简便易行，效果稳定可靠，是一种较理想的牙本质脱敏剂。

如采用药物和涂料脱敏均无效的患者，对个别特别敏感的区域可采用磨除敏感点进行充填或用人造冠罩盖敏感区，以隔绝外界的刺激。

### （三）牙齿折断了怎么办

牙齿当受到过大的外力作用后，会发生折断。最常见折断的牙齿是上、下前牙（俗称门牙）。由于受外力打击的方向和大小不同，折断的部位和程度也不一致。折断部分可能是牙冠的一小部分，也可能是一大部分，有时还可能在牙根部份折断。前面的牙齿，多见因受撞击而折断；后面的牙齿，则多半发生在咀嚼硬物时折断，这在年长的人比较容易发生。

如果折断的部分只是牙冠的边缘或某一小部分，可以没有任何症状，仅在用舌头舐到折断部分时才会有粗糙感。如果牙冠折断较多，使牙本质暴露，受损牙就会对冷、热、甜、

酸等刺激发生敏感或疼痛。如果折断得更多，就会使牙髓（牙神经）组织暴露出来，这时牙齿就会发生出血、剧痛等症状，也会因细菌感染而发生牙髓炎。

另值得注意的是，有时当牙齿受伤后，往往表面上看不出有什么缺损，仅仅是牙齿有些松动，而实际上牙根已发生折断，或者是牙根周围的牙槽骨发生了损伤。当严重受伤时，牙齿的位置向前突或向内陷

图 17—6 牙折

入，由于牙齿嵌入牙槽骨而使牙齿缩短，也可以由于脱臼而使牙齿伸长或完全从牙槽窝里脱落下来。见图 17—6。

当牙齿受到撞击后，无论有无疼痛或其它感觉，患者都应该及时请医生检查一下，以便得到早期治疗。

治疗的方法根据折断的情况来决定。较微的牙冠折裂只需磨光断面和涂上一些脱敏药物；如牙本质暴露面较大，刺激后症状较明显者可以按牙本质敏感症来处理；当折断面已波及到牙髓组织时，则应首先处理牙髓，进行保护牙髓的治疗，或作干髓术、根管治疗术，待治疗结束后再修复缺损的牙体。牙齿受外力所引起的松动、移位，可立即将受伤的牙齿复位固定，对已经完全掉下来的牙齿可以采用牙再植手术将其保留下来。

过去主张牙冠绝大部分已折断或牙根折断的牙齿，都只能拔除。但随着诊疗技术的提高和各种新材料的应用，即使是牙冠的大部分缺损和根折断也可以选用各种支架来修复牙

冠和进行根管的内固定来对根折的牙齿进行治疗，以达到尽量保留牙齿的目的。

## 四、颞颌关节疾病

不论您是在咀嚼食物，还是在唱歌说话，有意咬紧牙关或是无意中打哈欠，您的颞颌关节都在运动着。但您往往没有注意到它们的运动，它们是那样地平稳，润滑，无声无息。这就是因为您有一对健康的颞下颌关节。

如果您的颞颌关节在运动中发出了异常的声音，就是临床上常说的弹响。它会给您增添烦恼，影响您的正常生活。

### （一）颞下颌关节弹响是怎么一回事

颞颌关节由两块骨构成，即颅骨中的颞骨和下颌骨的髁状突。在两骨之间有一个由致密胶元纤维构成的帽状圆盘，其中间部最薄，前后两方渐厚，叫关节盘，把颞颌关节分成彼此隔开的两个腔隙，叫上腔和下腔。髁状突一般只能在盘的下方作转动运动，下腔可以看着是转动关节。关节盘对颞骨凹是滑动关系，上腔可看作是滑动关节。关节盘前方稍内侧附着有翼外肌的上头（翼外肌有上下两个头），张口时，翼外肌上头松弛，盘向前方滑动时，但关节盘前份（前带）始终同时保持与髁突关节面和颞骨关节面的紧密接触。闭口时，翼外肌上头紧张，盘向后滑动时，关节盘的后份（后带）仍始终同时保持着与髁突关节面和颞骨关节面的密切接触。总之，关节盘在滑动运动中与髁状突保持相对转动的关系，从而使髁状突在运动中通过关节盘始终保持与关节凹的面与面的接

触关系，使（力对关节面的压力分散，同时又使关节运动平稳，没有杂音出现。见图 17—7。

如果关节盘的上后附着松弛，或有紧咬牙关的习惯，或长期咀嚼硬物造成翼外肌上头紧张甚至痉挛，关节盘就会向前方移位。中老年人的牙齿磨损过多，或后牙缺失长期不修复，髁状突就会向后方移位，也造成相似的结果。开口时髁状突先是推动关节盘前移，盘上后附着的弹力足够大时，使关节盘突然弹回原来位置，髁状突也随着产生一个弹动运动，这样就产生了开口初期的弹响。闭口动作完成时，则是翼外肌上头恢复其紧张、痉挛的长度，使关节盘弹回前移位的位置，同时伴有髁状突的弹动，这样产生闭口末期的弹响。另外一种很常见的弹响则发生于开口末期、闭口初期，这是由于髁状突过度的运动所造成的。常见于打哈欠、过大张口时。

其它如关节盘可复性前脱位、关节盘后移位等关节盘位置的改变，关节盘本身的穿孔、破裂等都可以造成弹响。只不过弹响发生的时间和性质不同。有经验的医生根据弹响发生的时期和弹响的性质、结合其它临床症状和检查，可以大体准确地推断关节内发生了什么样的改变。因此弹响是一个非常有意义的症状。

偶尔发生的弹响，多与咀嚼肌肉的过度运动有关，避免

图 17—7 颞髁关节

1. 关节结节 2. 关节凹  
3. 外耳道 4. 关节盘 5. 髁状突

过度活动就可使之消失。但反复发生的弹响，或弹响时伴有有关节疼痛，咀嚼无力，或张口受限时，应当及时就医，以便查明原因，及时治疗。

## （二）有口难开

有口难开，说话不便，进食也困难，是很令人难过的事情。这就是张口受限，更严格地说是下颌运动受限。

很多口腔颌面部疾病可以产生这种症状，如面部软组织伤，颌骨骨折，颞颌关节本身直接承受或间接承受外力打击；冠周炎和颌周间隙感染，颌骨骨髓炎，唇颊部或颌间瘢痕挛缩，关节强直，颌面部肿瘤等。然而最常见的，还是由颞颌关节紊乱症引起。

颞下颌关节紊乱症包括两类疾患，一类包括张闭口肌肉的功能失调，肌张力增高，肌肉痉挛、挛缩等；另一类是颞下颌关节自身的结构失调、器质性破坏。这两类疾患都可以引起程度不同的下颌运动受限，到底属于哪一种类型，病员自己可作一些自我检查初步判定。

首先要弄清楚张口受限的程度如何？尽力张口时，若上下切牙切缘之间可放入三横指以上，即是开口度正常；只能放进两横指者，属轻度张口受限；只能放入一指者，属中度张口受限；不能放入一横指者，则属重度张口受限。还可对镜看一下张口时下颌中线有无偏斜，前伸下颌时有无偏斜，一般是偏向哪一侧则哪一侧有病。

其次是用手触摸一下，疼痛点在哪里？用两个手的拇指或食指同时在面部对称部位触压，如果是仅在外耳道前壁处，耳屏前颞颌关节处触压疼痛，则病在关节内；如果这些地方

无压痛，而是在颞肌、咬肌等区域压痛，则多系咀嚼肌的功能紊乱。

最后，可使下颌试作大张口、前伸、左右偏运动，如系咀嚼肌功能紊乱，则上述运动可引出或加重疼痛。但关节内有病变时，不但上述各方向运动可引起疼痛，紧咬牙齿也可加重病变侧关节的疼痛。

习惯用一侧咀嚼食物，喜欢紧咬牙齿，张口过大等均易引起翼外肌功能失调。它发生痉挛紧张时，病人感觉面深部疼痛不适，张口、前伸、向对侧偏动下颌时可使疼痛加重。

颞下颌关节结构紊乱和器质性破坏，是中老年常见病之一，结构紊乱的特点是反复发生关节内弹响。有时同时伴有张口受限和关节疼痛症状，病变侧咀嚼无力，关节X线照片可发现关节盘移位的征象。器质性病变一般有较长时期的病史，关节弹响常为多声、破碎声和摩擦音等，咀嚼疼痛，张口受限等症状更突出，X线照片可显示关节内骨面结构破坏。

如咀嚼肌紧张、痉挛影响张口时，可采用0.25~2%普鲁卡因封闭，氯乙烷冷冻喷雾，理疗，针灸，按摩，下颌运动训练等多种方法治疗。

我们用颞颌关节内窥镜检查病员发现，因关节结构紊乱，器质性破坏而产生关节疼痛伴张口受限时，多同时伴有损伤性关节炎。在关节腔内注入小量强的松龙或局部理疗效果较好。由咬（紊乱引起者，应进行咬（治疗。如调（，戴用夹板等。还要注意改正不良习惯。

但是颞颌关节紊乱毕竟是运动系统的疾病，只要注意减轻咀嚼系统的负担，及时针对病因、病症进行治疗是可以较



快好转的。

### (三)“掉下巴”

“掉下巴”即颞颌关节脱臼，髁突关节面与颞关节凹侧关节面完全脱离接触关系。

一侧前方脱臼时会发生哪些情况？这一侧的髁状突向前方移动，其原来所在位置必然凹陷，空虚；关节囊、关节盘的强力牵扯，髁突对其所在位置软组织的强烈压迫使得病员疼痛难当；整个下颌骨以对侧髁突为支点向前方及对侧移动，下颌中线必然是偏向健侧的；患侧后牙接触，但双尖牙区及前牙区不能对咬，健侧上下牙呈反（“地包天”）。病员不能进食咀嚼，继续张闭口均受限制，说话表情均感不便。

两侧前方脱臼，症状更为严重，体征也更明显。双侧髁突前移且上升，双侧关节区必然是凹陷空虚，并因关节囊、盘强力牵拉及髁突压迫周围组织而剧痛；双侧后牙接触，其余上下牙则不能咬（，前牙呈反（；面部因而拉长，颞部还表现前突。病员吞咽也感困难，以致涎液外流，语言、表情都严重受限。见图 17—8。

对急性脱臼，治疗的关键是

图 17—8 下颌脱臼 及时使脱臼的关节复位。迁延愈久，复位愈困难。

在急性脱臼发生时，病员可先设法自己进行复位。其法是在双侧后牙（面之间放一只筷子或铅笔杆，用手掌托住颞

部(下巴前部)缓缓施力向上推压,以筷子或铅笔作为支点,使髁状突下降。待其关节面低于颞关节结节顶端时,略向后推动下颌即可使其复位。但是不要用力过大;自己复位不成功,应立即去医院就诊。

习惯性脱臼指反复发生的颞颌关节完全脱臼。常有急性脱臼史,病员多可自行复位。在进食、说话时频繁发生脱臼,会严重影响病员的生活和工作。因为反复脱臼,关节结构变得十分松弛,常在张闭口时发生往反弹响,并易反复发生关节疼痛、咀嚼无力、张口受限等症状。减少下颌动度可减少习惯性脱臼发生,但更重要的是请医生查明原因,针对病因进行治疗。保守治疗无效时可采用关节内注射小量硬化剂,手术减低关节结节的高度、缩窄松弛的关节囊等方法进行治疗。

#### (四) 如何保持颞下颌关节的健康

颞颌关节作为咀嚼器官之一,是中枢神经系统指挥下的整个咀嚼系统的一部份,也直接受到咀嚼肌肉与牙、(状况的影响。

中老年人易患关节紊乱症的原因很多,例如:工作繁忙,精神压力大,身心容易疲劳;牙齿龋坏或牙周病未及时治疗而不得不拔牙;一侧牙齿有病时,被迫用健侧咀嚼,久之养成不良习惯;有牙齿错(畸形如反(、深复(等但未得到矫正治疗;因牙齿过度磨损或后牙丧失后长期不修复,造成髁突在关节内的位置改变;习吃硬食……还有很多,限于篇幅不能一一列举。

为了维护颞颌关节的健康,建议中老年人做到:

注意检查自己是否有不良习惯,如偏侧咀嚼,喜咬硬物,

紧咬牙,夜磨牙等,应努力改正,必要时请医生帮助改正;及时治疗病牙,修复失牙。

最后,请注意不要给您的颞下颌关节加上过大的负荷,不要让其过度活动。如果已经出现了颞颌关节紊乱症状,最好到病院看一看。俗话说得好:一针不缝,十针难补啊!

## 五、口 腔 粘 膜 病

### (一) 口疮是怎么回事

口疮又叫复发性口腔溃疡,是较为常见的口腔粘膜病,一般在青壮年时期发病,但中老年患者也不少,女性较男性易发病,其特点是不定期反复发作。溃疡多呈圆形或椭圆形,周围充血、发红,溃疡面常有黄色假膜覆盖,病损部位火灼样疼痛。溃疡的好发部位多在嘴唇内侧,舌的边缘,口底和颊部粘膜。每一个溃疡从发生到愈合大约需10~14天,一般没有发热等全身症状。病程有的长达十余年甚至数十年之久。每当唇、舌运动时就发生疼痛,特别是吃饭、说话时更痛,唾液的分泌量也会增多,病人显得十分痛苦。

复发性口疮的病因比较复杂,而且各人发病的原因也不尽相同,现在虽然已进行了很多研究,但仍然未能确定。

由于病因不明,口疮的治疗目前尚缺少根治的方法,主要是对症处理。

口疮的局部治疗可在溃疡面涂撒锡类散、养阴生肌散、金霉素甘油糊剂等。近年来多采用由多种药物配制成的口腔溃疡药膜敷贴溃疡,可减轻疼痛和加速溃疡的愈合。

由于免疫功能低下引起发病的可采用免疫增强剂治疗,如转移因子或口服左旋四咪唑。维生素药物及微量无素制剂对一部分病人也有效,如维生素 E、B<sub>12</sub>、叶酸、硫酸锌糖浆等。上述这些药物都应该在医生指导下选用。

## (二) 口腔白斑是癌症吗

有的人口腔粘膜上长有白色斑块,略高出粘膜表面,不痛不痒,但擦不掉,除了吸烟以外,没有什么局部刺激因素。这种白色的斑块如果不能用其他疾病(如白水肿、白皱折病、白念珠菌病、扁平苔藓等)来解释,医学上就称为口腔白斑。按世界卫生组织的标准,白斑属于癌前病变,换句话说,白斑有可能转变为癌症。

引起口腔白斑的病因虽还不太清楚,但可以肯定它是由多种内外因素共同作用的结果,其中烟草的刺激对白斑的发病起着重要作用。据调查,我国抽烟人中白斑和烟斑的患病率可达 10%,而不抽烟人中的白斑和烟斑患病率不到 0.3%,二者相差三十倍。当吸烟时,烟草中所含苯并蒽、烟碱、酚类、醛类、有机酸等有害物质,均可对口腔粘膜产生刺激,使口腔粘膜逐渐失去正常的色泽和弹性,在唇、颊、舌、腭等部位出现白色云翳状改变,以后逐渐形成白色斑块。

白斑的高发年龄组为 40~60 岁,男性比女性患病率高几倍到十几倍。在确诊为白斑的患者中,大约仅有百分之五可能在五年内发展为真正的癌症。在下述情况下,白斑容易发生癌变,应该引起警惕。如年轻的女性,不吸烟,口腔内也无其他刺激因素(如残根、残冠、不合适的假牙);从白斑发生的部位上看,长在口角区、舌根部、舌腹(舌下面粘膜)和

口底的易发生癌变；从白斑的形态上看，呈颗粒样、疣样及发生溃疡糜烂的白斑易发生恶变。临床上还发现，白斑患者如同时感染霉菌如白色念珠状菌的较易恶变。在我国某些地区如海南岛、西双版纳，当地居民有咀嚼槟榔的嗜好，由此所引起的白斑也易发生癌变。

吸纸烟的人，常在上下唇叼烟卷部位的相应粘膜上有黄白色圆形斑块，直径在一公分以内，略有粗糙感，这就是唇烟斑。在上腭粘膜也常有较大范围的变白发粗，被称为腭烟斑或烟碱性口炎，虽然有人把它们也归入“吸烟性白斑”，但实质上和白斑是有区别的。以往把由局部刺激如咬颊、残根、假牙和所有与吸烟有关的粘膜白色病变统称为口腔白斑，这是不正确的。因为在这些所谓“白斑”中，有相当多的实际上只是口腔粘膜的过度角化，应该称为粘膜良性过角化病（白角化病），这些过角化病很少发生恶变，而且一旦去除局部刺激因素，如戒烟，拔除残根、修改或去除不良假牙后，病变将很快减轻或消失，一般在两三个月左右就可痊愈。

但是，临床上要确诊是白斑或者仅是粘膜良性过角化病，有时比较困难，因此，对有怀疑的病例，应争取及早进行活体组织病理检查。对已确诊的白斑必须给予足够的重视，首先要除掉各种外部的刺激因素，吸烟者必须戒烟，并应定期到医院复查，密切观察白斑的变化情况。病变区可用“口腔消斑膜”贴敷，涂搽鱼肝油或维甲酸等药物，必要时可作激光、冷冻或手术切除。

### （三）口腔粘膜也会长“癣”吗

在口腔的颊、舌、唇粘膜处常可看到一些白色树枝状或

网状的损害，也有的呈大片的糜烂面，这就是扁平苔藓。扁平苔藓是一种皮肤——粘膜的慢性炎症，它可以单独发生在口腔或皮肤，也可以皮肤、粘膜同时发生。该病中年女性较为多见，它不是由霉菌引起的“癣”，不传染，病因尚不清楚。

扁平苔藓在皮肤多为紫红色的多角形丘疹，在口腔则为珠光白色条纹，排列成网状和树枝状，少数病员可见粘膜的大面积糜烂。多数病员在进食特别是咸、辣食物时有疼痛。

对口腔扁平苔藓至今还无特效疗法，对某些有明显病因的患者应去除病因。全身可用磷酸氯化喹啉 0.25 克/片，每日 1 片，分 2 次在饭后服用；昆明山海棠 4~6 片，每日 3 次；复方苔藓片 4~6 片，每日 3 次。局部对症状处理，可贴敷口腔消斑膜，涂搽金霉素甘油糊剂，病情严重者可进行醋酸强的松龙的局部基底封闭。

#### （四）中老年人口腔为什么常有霉菌感染

在健康人的口腔中，霉菌约占 5%，与其它细菌处在相对平衡的共生状态，一般是不致病的。在十多万种霉菌中，引起疾病的只有十几种，而其中最多见的就是白色念珠状菌。当机体抵抗力降低，患某些消耗性疾病；糖尿病；恶性肿瘤；放疗化疗后以及大量、长期使用广谱抗生素、免疫抑制剂和激素后均会使菌群的平衡受到破坏，加之霉菌的繁殖力强，便使原不致病的白色念珠菌成为致病菌。中老年人的白色念珠菌的感染女性高于男性，吸烟者多于不吸烟者。在口腔局部环境中，如龋齿较多、唾液呈酸性或唾液分泌量不足、吞咽困难、患口腔干燥综合症等均会使白念菌大量繁殖。粘膜的慢性创伤，如假牙区的粘膜被假牙基托压迫擦伤也会造成白

念菌的感染。

急性的感染多见于大量应用抗生素后，在舌背可出现舌乳头萎缩，上皮脱落，疼痛明显，慢性的多见于上颌托牙区，病损粘膜充血呈鲜红色，表面不平整，有时出现小水泡，有时为白色小点，疼痛不甚明显。慢性托牙性念珠菌口炎的患者还常伴有双侧口角炎，表现为口角区皮肤皲裂，有渗出物和薄痂，开口疼痛。老年人常因面部皮肤松弛而在口角区形成皱折或是颌间距离缩短，使口角区皮肤向内塌陷呈沟槽状，于是唾液沿沟槽溢出而使该处皮肤长期处于潮湿状态，导致白念菌感染。应特别注意的是增生型的白念病，粘膜上出现灰白色或白垩状斑块，形状不固定，但有时在斑块中央出现圆形、椭圆形的正常粘膜，这种特殊形态好发于舌腹、口底及口角，又叫白念菌性白斑，有恶变倾向。

最简单而有效的治疗是使口腔保持碱性环境，如用 2~4% 碳酸氢钠漱口，假牙用后也应泡在碱性溶液中。也可用 0.02~0.05% 盐酸洗必太液漱口。抗真菌药物制霉菌素局部涂搽有较好疗效。但应注意，治愈后应继续用药 1~2 周，以防复发。

#### （五）中老年人的舌疾病

正常人舌的颜色淡而润泽，没有裂沟和凹痕，舌苔薄白，运动自如。舌本身具有高度敏感性，即使是极轻微的异常，也能够立刻察觉到，每当人体发生某些营养缺乏，代谢紊乱，血液疾病和某些癌肿时，舌常表现出典型的征象。因此，中医诊病时常将观察舌质、舌苔作为辨证施治的重要手段。

1. 裂舌：又称沟纹舌。有人认为是一种先天性的发育异



常,也有人认为是一种家族性的舌疾病或是舌部慢性炎症所致。裂舌的成人发病率约为 5%,并随年龄的增加而增加,老年期更为多见,70 岁以上的发病率可达 14.3%,与性别、种族无关。裂舌的损害是在舌背上出现纵横交错的裂沟,裂沟的数目、大小、深浅等变化很大,轻症者需将舌伸出口外,使舌缘下卷才能看出,重者能看到条条深的裂沟,有时可深达 5 毫米,两侧舌缘可见有凹凸不平的牙印。裂舌不会改变舌的味觉,也不影响舌的运动,一般无自觉症状,但深在的沟裂食物碎屑进入后不易清除,会成为细菌藏匿繁殖的场所,常常导致慢性炎症和感染,故可出现轻度刺激痛和口臭。老年患者,口腔由于增龄性的改变,舌、颊运动均有不同程度的衰退,口腔更不容易保持清洁状态,由裂舌所引起的炎症和舌体的继发感染较为多见,并可出现急性舌炎,舌部充血、肿胀、疼痛,甚至影响进食和产生语言障碍。

裂舌的各种表现受全身因素的影响,如 B 族维生素缺乏或恶性贫血等。治疗上如无刺激症状一般无需治疗,平时注意口腔卫生,可用 2% 硼酸液或 1/5000 洗必太液含漱。漱口时应将舌尖抵住下前牙的内面,使舌背向上拱起,以便使深沟扩张,将滞留舌沟中的食物残屑漱出,刷牙时可用刷毛轻轻刷洗清洁沟裂。局部可涂搽抗生素糊剂,并可服用 B 族维生素。

2. 光滑舌:是舌乳头的慢性萎缩性炎症。由于舌背部乳头普遍萎缩,舌面光滑如镜,故又称镜面舌。光滑舌不是一种独立的疾病,而是一些全身性或局部性疾病的舌部表现。如当烟酸缺乏时则舌面光亮;当维生素 B<sub>12</sub>和叶酸缺乏时舌光亮



而发红；贫血、妇女更年期综合征则见舌色浅淡，舌面光滑如镜。某些患者除有舌背乳头的萎缩外，还可有自觉症状，如舌麻木感、灼痛、刺激痛、唾液减少、口干等症状。祖国医学对光滑舌的辨证多属阴虚或气血亏。本病应根据病因进行治疗，补充B族维生素和维生素E等。中医用养阴益气 and 滋阴降火辩证施治可有较好效果。

3. 舌乳头炎：舌背上有丝状乳头、菌状乳头和轮廓乳头，它们虽也会发炎给人带来痛苦，但最使人烦恼的还是在舌缘两侧近舌根部的叶状乳头发炎。叶状乳头是一些已退化的、上下垂直并行排列的粘膜皱折。由于叶状乳头下淋巴组织较多，并且又接近咽及鼻后方，因此鼻咽部的炎症常波及；加上此处常受磨牙锐利牙尖的刺激，故导致叶状乳头炎的机会就很多。近年来，由于卫生知识的普及，当舌根及咽部出现不适和症状时，为使自已看清和发现舌根的病变，患者经常对镜自检，把舌伸得很长，此时往往可见一些叶状乳头，呈充血增生状。不少患者误认自己得了癌症，十分紧张，因此更加频繁的对镜伸舌自检。过度的伸舌反会加重舌的不适感和炎症，故当病员有舌缘根部不适时可到医院作检查，如只是叶状乳头发炎，一般无需特殊治疗，可对症使用一些消炎药和含漱剂即可。病员停止伸舌自检，症状将会逐渐消失。见图17—9。

4. 舌灼痛：有的患者舌的颜色，舌苔均正常，既无溃疡，运动也无障碍，但常有烧灼和麻痛感，这是怎么回事？正如前面介绍的光滑舌一样，舌灼痛只是一个症状，不是一种独立的疾病。引起舌灼痛的原因很多，有全身的，局部的，也

有精神性的。如更年期的妇女常有舌灼痛和舌的异物感；又如长期酗酒的人也常因慢性酒精中毒而出现舌灼痛；部份糖尿病患者也可有舌灼痛。在口腔局部，某些舌的自身疾病以及尖锐的牙齿边缘，不良的修复体，牙结石，舐舌习惯及在牙缝间作吸吮动作的习惯等都可引起灼痛感。食辛辣食物，以

图 17—9 舌背

及对牙膏、唇膏过敏也可出现舌灼痛。某些患者亦可由于精神上受了严重的创伤后出现暂时性的灼痛和感觉异常。因此对有舌灼痛的患者应仔细检查和询问病因，针对不同情况给予适当的处理和解释。

1. 轮廓乳头 2. 丝状乳头 3. 菌状乳头

## 六、涎腺疾病

人体有三对大涎腺，口腔粘膜下还有很多小涎腺，一昼夜可生产 1000~1500 毫升唾液至口腔内，使口腔粘膜保持柔软滑润。香美的食品，津津有味的咀嚼可使涎腺的分泌增多，混合食物团块，不但利于吞咽，唾液中的淀粉酶还能将食物中的淀粉软化为麦芽糖，起到消化作用呢。唾液还有机械冲洗、杀死或抑制某些细菌的作用。唾液对生命活动如此重要，我们对其生产器官——涎腺应有更多的了解。

### （一）了解您的涎腺

三对大涎腺中，腮腺体积最大。形如一个尖向下的多面锥体，上邻外耳道、颞颌关节，前驾咬肌之外，面神经穿行其中。粗大的导管几乎水平向前在上颌第二磨牙颊侧的粘膜上开口并形成一乳头。正常情况

图 17—10 涎腺

下，用手指在耳垂下触摸可触<sup>1</sup>· 肋腺 2· 颌下腺 3· 舌下腺  
到位于皮下的腺体，但不能扪清周界。腮腺属浆液腺，分泌的唾液清澈稀薄。

舌下腺最小，位于口底，在下颌骨体内侧与口底肌肉、舌肌所围成的沟内，上面仅被以薄层粘膜。好像成串的葡萄挂在口底粘膜皱壁上，粘稠的唾液（舌下腺是混合腺，以分泌粘液为主）是向上经过若干细小导管流入口腔或通过颌下腺导管流入口腔的。

颌下腺大小介于腮腺与舌下腺之间，大部份位于口底肌肉下方，下颌骨下缘内侧，您自己用一只手的姆食指叉开触摸双侧颌下区，可感觉到双侧的颌下腺，大小如胖葫豆，质软，两侧对称。有一小部份颌下腺绕过口底肌肉后缘向上进入口底，与舌下腺为邻。颌下腺导管也向上向前，直到近中线的口底舌下肉阜处开口。颌下腺也是混合腺，但以分泌浆液为主。见图 17—10。

小涎腺都是粘液腺，分布于唇、颊、腭、舌部，但舌部甚少。位于粘膜下，有小口通向口腔。

唾液分泌减少即引起口干。我们都领教过烈日之下，大

汗淋漓时口干舌燥的滋味。口干时语言、咀嚼、吞咽都会发生困难。除了少饮失水引起口干之外，还有很多原因可引起口干：如消化道疾病、肾脏病、糖尿病、肾上腺机能不全，尿崩症等；不少药物如阿托品、普鲁本辛等也可引起口干。

有时口干是由于涎腺肿大，最常见是腮腺肿大，腺体组织被淋巴上皮组织取代而引起，常同时伴泪腺肿大，眼干，临床称为米古利刺病或干燥综合征。如果还伴有结缔组织疾病，如类风湿性关节炎，红斑狼疮，硬皮病等，称为舍格林氏综合征，常见于老年女性患者。现代的研究表明这两种病的组织病理变化相同，都是淋巴细胞浸润腺体，腺体萎缩或消失。可能为自身免疫性疾病。病程长，一般为良性过程，偶有发生恶性病变者。

对该病的治疗尚无特效良方。可试用免疫抑制疗法，个别腺体长大时或试用手术切除病变腺体。中药治疗可能奏效。

## （二）警惕耳垂下方的包块肿大

正常情况下，从外观上看不到腮腺膨隆。用手扪压感觉腺体柔软。如果肉眼可见腮腺膨隆，手触可扪及包块，就应注意观察、仔细鉴别是什么性质的腮腺肿大。

药物或过敏因素引起的腮腺肿大，大多是双侧腮腺的对称性肿胀，扪之柔软，质地一致。停药或除去过敏因素，肿胀可迅速消退。

体质衰弱、抵抗力低下，口腔卫生很差的中老年人容易发生急性腮腺炎。腮腺区红、肿、热、痛，挤压腮腺从导管口流出脓液。因为腮腺有较致密的结缔组织被膜和间隔，疼痛非常剧烈。病员还同时伴有发烧，白细胞增高，疲乏、食

差等全身症状。应全身使用敏感抗生素局部切开引流。如腮腺区红肿热痛，但导管无脓液流出时，多是腮腺区淋巴结化脓感染所致，称为“假性腮腺炎”，处理同于急性腮腺炎。慢性腮腺炎时腮腺可略有肿大，腮腺导管有脓性物流出，尤其晨起时明显，平时疼痛轻微，若急性发作时症状同急性腮腺炎。对慢性化脓性腮腺炎治疗较困难，局部理疗或可减轻症状，长期迁延不愈者可手术摘除病变的腮腺。

腮腺区淋巴结核不少见。其特点是腮腺区包块有反复肿胀、缩小史，颈部也可有淋巴肿大，抗结核治疗有效。

据估计，在大小涎腺的肿瘤中，80%发生于腮腺；在腮腺肿瘤中约70%为良性肿瘤。其中又以腮腺混合瘤（多形性腺瘤）多见。腮腺混合瘤的特点是，发生于腮腺区的中等硬度实质性肿块，缓慢长大，可经历数年甚至数十年，不影响病员生活。不痛，不伴面瘫。随着包块长大，可变成结节状，或产生囊性变。表面皮肤正常，包块活动，如果包块突然生长加速，疼痛，固定；与皮肤粘连，面瘫，则可能发生恶变。对于腮腺区活动、无痛的肿块也应该警惕，不要任其发展到不可收拾的地步。经验表明，腮腺混合瘤切除时不能只切除包块，因为其包膜通常是不完整的，并可能在腮腺内多中心生长，要比较广泛地切除周围的腮腺组织才能根治。

如果腮腺区包块生长迅速，在数月之内迅速增大，或早期伴有包块疼痛，面神经瘫痪，或包块早期即与周围组织粘连固定，多是腮腺恶性肿瘤，如腺样囊性癌，腺癌，恶性混合瘤等。

中老年人应该注意经常观察自己的腮腺。如果发现：

腮腺区出现包块； 下颌伸支后份肿大伴张口受限； 咽侧壁膨隆； 逐渐出现面神经瘫痪时，应该想到腮腺肿瘤的可能性，及时进行诊治。早期彻底切除再配合放射或化学药物治疗，可取得良好效果。

### （三）唾液潴留和涎腺结石

分泌粘液或以分泌粘液为主的腺体易发生潴留，这就是粘液腺囊肿和舌下腺囊肿。粘液腺囊肿体积较小，绿豆大或黄豆大，主要位于粘膜下，顶部略突出于粘膜表面，白色，扪软，破溃时流出粘液。可在囊内注射药物破坏腺上皮，也可手术切除。

舌下腺囊肿有多种类型。以口内表现为主者可见患侧口底抬高，表面呈浅蓝色，柔软。以颌下区表现为主者，可能位于颌下腺后外，也可能位于颌下腺前外方，主要视舌下腺囊肿是顺口底向后下方伸延还是直接穿破口底肌肉进入颌下区而定，但均可扪及颌下软性肿胀，浪动感，表面皮肤正常。还有一种既从口底显示膨隆突起，又在颌下出现膨隆突起。不管是哪种类型，均可穿刺抽出蛋清样粘稠唾液。手术摘除舌下腺即可治愈。

颌下腺是好发结石的涎腺。原因尚不清楚，也许与唾液流速慢，导管位置表浅，易受损伤，异物易进入导管等原因有关。也有人认为可能与唾液理化性质及全身因素有关。结石一旦堵塞导管就会引起“涎腺绞痛”。即进食时患侧颌下腺肿大疼痛，食毕肿胀渐消，疼痛消失。下次进餐又如此，反复发作。也容易伴发颌下腺化脓感染。颌下腺急性发炎则有颌下区红肿热痛表现，慢性颌下腺炎时腺体肿大变硬，稍加

挤压即可从导管口流出脓液。X 线照片如口底片、造影片可显示结石。导管结石宜手术取出。如结石位于导管起端、腺体内，且腺体反复发炎时可手术切除颌下腺。

## 七、口面疼痛与口眼喎斜

### （一）口面疼痛时要想到哪些问题

司理口腔颌面部疼痛感觉的神经有三叉神经、舌咽神经、迷走神经和颈丛神经。其中三叉神经分布最广。

三叉神经是脑神经中最粗大的一支，司理口腔颌面部触、压、痛、温觉及咀嚼肌运动。其主要分支有眼神经，上颌神经及下颌神经。

三叉神经痛好发于中老年患者。其特点是阵发性闪电样剧烈疼痛，疼痛部位与三叉神经的解剖分布一致，有“扳机点”存在。每次疼痛时间短暂，时间常为数秒或数分。间歇期完全无痛。“扳机点”常在口腔或面前部，刺激“扳机点”即可引起疼痛发作，上下颌神经罹患机会较多。能查到起因，如龋齿、关节紊乱等时称为症状性三叉神经痛，对因治疗即可治愈。神经检查正常，无口腔颌面部明显病变者称为原发性三叉神经痛，病因不清。近年来，华西医大口腔学院通过深入的临床观察，证实颌骨病变性骨腔与三叉神经痛有明显关系。认为作为牙齿疾患的后果，颌骨病变性骨腔内有慢性炎症，可诱发三叉神经周围支及三叉神经节发生髓鞘变性，导致“短路”，即使轻微刺激也可引起触电般剧痛，刮除病变性骨腔可取得良好临床效果。其它治疗方法有：口服痛惊宁、苯

受英钠等药物，在神经干出神经孔处注射酒精，手术撕脱外周神经支，切断半月神经节感觉根等。

龋齿和牙周病，是中老年人最常见的口腔疾患，都会引起不同程度的各具特点的疼痛，颞颌关节紊乱常发生咀嚼肌和关节疼痛，这在前面几节已经介绍过了。鼻窦疼痛也很常见，请参阅有关章节。

口腔颌面部间隙感染时均伴有疼痛，同时有受累部位的组织肿胀，全身发烧等。发生于咽旁、翼颌、颞下间隙的感染，初期以张口受限为主要症状，因此急性发生的张口受限伴有全身症状者，一定要及时请医生诊治。

口面部良性肿瘤发生疼痛，多是恶变的信号；短期内迅速长大的包块、溃烂区伴疼痛者很可能是恶性肿瘤。

中老年人应该重视疼痛症状，及时到医院进行诊治。

## （二）口眼喎斜

口眼喎斜是由面神经麻痹所致。面神经从脑发出后，穿过颅骨出茎乳孔后穿越腮腺深浅叶之间，分成若干支布于表情肌。面神经走行途中有副交感神经纤维和味觉纤维汇入，故面神经某些平面麻痹时可能伴有同侧大涎腺、泪腺、鼻腭腺体的分泌障碍，同侧舌前 2/3 的味觉障碍。

造成面神经麻痹的原因有多种，分述如下。

1. 中风：颅内出血压迫或破坏与面神经功能有关的皮层运动中枢时，引起中枢性面瘫，又称核上瘫。其表现是对侧面面部额皱纹仍存在，能提眉，眼裂以下表情肌瘫痪。病员多有高血压史或动脉粥样硬化，面瘫突然出现，伴颅内高压症状。



2. 肿瘤：肿瘤压迫面神经造成的面瘫呈渐进性加重的特点，且因肿瘤与面神经关系不同而有不同表现。如腮腺咬肌区的肿瘤仅压迫某一分支时，只引起这一部份表情肌瘫痪，如下颌缘支——口角歪斜，颊支——鼻唇沟变浅，颧支——睑裂开大和眼睑闭合不全，颞支——额部皱纹消失，不能提眉。肿瘤压迫面神经总干时全部表情肌瘫痪。

3. 外伤：面神经主干或分支挫伤、切割伤造成面瘫。

4 原因不明的突发性面神经瘫痪，过去称为贝尔氏面瘫。可能与骨管内软组织水肿、发炎、面神经受压变性有关。病情急骤，病员常自述在吹冷风、感冒后突然出现面瘫。这时，如及时采取抗炎、消除组织肿胀、促进神经功能恢复的措施，或配合针灸、理疗、中医中药治疗，往往能取得良好效果。治疗的关键是及时。

总之，发生面神经麻痹时，首先要尽力查明原因，针对原因进行治疗。

近年来，随着显微外科技术的迅猛发展，面神经吻合，自体神经移植修复缺失的面神经，带神经血管蒂的股薄肌移植修复等手术已广泛开展，使不少患者避免了面瘫，或使面瘫的不良后果减少到最小限度，医学的发展为面瘫患者带来福音。

## 八、口腔颌面部肿瘤常识

### （一）面颈部囊肿

面和颈部软组织可能发生多种囊肿，尽管更多见于青少

年，中老年亦可发生。不及时治疗可能并发感染，少数可能癌变，故应引起中老年人的重视。常见的有以下几种。

**皮脂腺囊肿：**皮脂腺开口堵塞，皮脂潴留所致。囊肿位于皮肤、皮下组织中，光滑，活动，仅在皮脂腺开口处与皮肤粘连。囊肿常较小，大如黄豆。扪之较软。易伴发感染。

**表皮样囊肿和皮样囊中：**多系胚胎发育时期缝裂融合处上皮残留所致。常见于眶周、鼻周、耳周、口底及颌下区。囊肿边界清楚，活动，与皮肤无粘连。但皮样囊肿囊壁上皮尚含有皮肤副件，囊壁更厚，囊内容物也更稠厚，扪之如揉面团感。皮样囊肿在口底及颈部中线区更多见。

**甲状舌管囊肿：**由胚胎时期残留的甲状舌管上皮形成，多位于颈中线舌骨附近，吞咽时可随舌骨一起活动。囊肿多呈圆球状，囊内压力较大时扪之较硬。穿刺可抽得囊液。容易伴发感染形成瘻管。

**鳃裂囊肿：**源于胚胎发育时期的鳃裂上皮残余。如果说甲状舌骨囊肿、颈部口底皮样囊肿多位于颈中线，称之为中线囊肿，那么鳃裂囊肿即是颈侧方囊肿。鳃裂囊肿感染破溃后可形成皮肤瘻口。

上述囊肿及瘻管均应手术切除。只要彻底清除囊肿或瘻管上皮可治愈。

## （二）颌骨囊肿

颌骨囊肿可由多种原因引起，如发育性胚胎上皮残留、根尖慢性炎症刺激，外伤等。其共同特点是囊肿所在部位颌骨膨大，所累及的牙齿可有松动移位。X线片上可清楚显示边界清楚的囊肿影像，穿刺可抽得囊液，手术治疗是唯一有效的

治疗措施。

因牙体牙髓病变引起根尖周炎症，形成根尖肉芽肿，在此基础上形成的颌骨囊肿称为根尖囊肿，是颌骨囊肿中最常见的。上颌多于下颌，上颌前份多于后份。临床与X线检查可见无活力的牙齿直接与囊肿相连。如果病源牙已脱落而囊肿仍存留者称为残余囊肿。此外，还有面裂性颌骨囊肿，含牙囊肿，角化囊肿等。

### （三）良性病变和良性肿瘤

色痣：几乎人皆有之，由色素细胞形成。色素细胞团位于表皮与真皮交界处时称为交界痣，痣细胞位于真皮或皮下时称为皮内痣。混合痣兼有上述两种情况。交界痣多为平坦的色斑或微突的色素结节，无毛。雀斑样色痣或毛病多为皮内痣或混合痣。有少数交界痣可能恶变为恶性黑色素瘤。形体小、不碍美观，不在易摩擦部位的色痣不必处理。大的色痣可手术切除。不要自己烧灼、搔抓或让游医胡乱治疗。如色痣突然增大，溃烂，周围出现“卫星痣”或同时伴有疼痛时多为恶变征兆，要及时治疗。

脂肪瘤：位于皮下的柔软、膨隆的包块，边界不甚清楚，无痛，实为皮下脂肪组织的增生堆积。可手术切除。多发性脂肪瘤可能为遗传因素所致。

血管瘤：由密集成团的血管、血窦构成，多在出生后即有，未经治疗可持续到中老年阶段。由扩张毛细血管构成，位于皮肤粘膜表面者为毛细血管瘤。海绵状血管瘤则由血窦构成，扪软，包块有压缩性，周界常不清，可抽出全血。成人毛细血管瘤可手术切除。对海绵状血管瘤则视其部位、大小

等情况决定是注射硬化剂还是手术治疗为优。当然,有些巨大血管瘤治疗是非常困难的,现在已有不少人在研究新的治疗方法。

**龈瘤:**发生于牙龈区域,松软易出血,可破坏邻近牙槽骨,引起牙齿松动。多与局部炎症或机械性刺激有关,有时受全身因素影响,如孕期易发生;某些药物如抗癫痫药大仑丁等也可引起本病。以手术局部切除为主要治疗方式,切除不彻底易复发。

**腭隆突和下颌隆突:**前者常见于腭部中线,后者常见于下颌前磨牙区舌侧,为骨质增生隆起,表面粘膜正常,无症状。妨碍义齿修复时可手术切除。

**颌骨造釉细胞瘤:**为常见牙源性颌骨肿瘤,临床主要表现为颌骨的慢性膨隆肿胀,可生长多年而不引起严重症状,下颌骨比上颌骨好发。骨皮质受压变薄时扪有乒乓球感,受累牙齿常松动移位。X线片可见颌骨囊性破坏,可为蜂房状或多房性囊性病变,也可能部份实质性。病理检查可确诊。该病进行性发展,可广泛破坏颌骨,故应早期治疗以减少畸形。手术不彻底可复发。本病可能恶变,应引起病员高度注意。

#### (四) 如何初步鉴别颈部肿块

中老年人常为颈部肿块所困惑,其中有些是临床无重要意义的慢性淋巴结炎,有些又是肿瘤转移的表现,必须尽快查清原发灶,及时进行治疗。初步鉴别颈部肿块是很重要的,其要点是弄清肿块所在部位、性质、发展情况,了解有关疾病的常识。常见的颈部包块有:

**颈淋巴结炎:**多是头颈部出现化脓性感染灶的结果,如

颞部皮肤、睑结膜炎症常引起耳前淋巴结长大，头顶、枕部皮肤炎症常引起耳后及枕淋巴结、颈浅淋巴结长大，口腔溃疡、龈炎常引起颌下淋巴结长大，扁桃体炎、咽炎常引起颈深上淋巴结长大。慢性淋巴结炎时淋巴结稍有长大，扪之稍硬，活动，较重压迫才疼痛，表面皮肤正常。急性淋巴结炎时，局部皮肤可有红肿，淋巴结肿大明显，周围组织也有弥漫性肿胀，第5~7日局部可查到脓肿形成征象。慢性淋巴结炎可针对原发炎症病灶处理，急性淋巴结炎要全身使用足量抗生素，局部切开引流。

**淋巴结核：**结核杆菌感染引起，多为成群淋巴结受累，淋巴结肿大。相邻淋巴结常彼此粘连形成较大肿块，软或中硬，活动度稍差。可在局部形成“冷脓肿”，穿破皮肤形成持久不愈的瘰道。病员可能有食欲差，午后低烧及盗汗等全身症状。结核菌素试验可协助诊断，空刺细胞学涂片、活体组织检查可确诊。抗结核治疗有效，局限者也可手术切除。该病病史一般较长，与淋巴结炎一样可有淋巴结反复肿大缩小史。

**神经鞘瘤：**由神经鞘细胞生成。多位于颈侧面的神经干上，孤立性卵球形包块，稍硬或中硬。可前后推动，生长缓慢，压迫神经干可产生感觉麻痹或运动障碍，依累及神经不同而有特殊症状。对神经鞘瘤应及早手术治疗。

**肿瘤转移性淋巴结肿大：**是颈部包块的常见原因。约40%鼻咽癌患者首先以颈上淋巴结长大就医。甲状腺癌颈转移时常表现为颈中下份淋巴结长大。来源于肺、消化道癌的转移常先波及颈下部淋巴结。口腔癌常首先转移至颌下、颊下、颈深上淋巴结。这些淋巴结转移的共同点是转移灶生长

迅速，进行性生长，淋巴结较硬实，压痛不明显，常互相粘连，并与基底粘连。穿刺针吸活检及一般取材活检法可确定诊断，治疗原则是与原发灶处理一并考虑。

恶性淋巴瘤：不少见。可原发于颈部淋巴结，发展迅速。早期肿大的淋巴结多质软，活动无压痛；增大迅速时可坚硬、压痛。晚期伴全身淋巴结长大，肝脾肿大、发烧、消瘦、贫血。活体组织检查可确诊。化学治疗、放射治疗效果较好。

#### （五）口腔癌

唇、颊、舌、口底、龈、腭等处口腔粘膜均可发生癌。有时可从白斑、持续不愈的创伤性溃疡等癌前病变发展而来，有时不易找到直接诱因。初起可为表浅溃疡或增生的结节，在数月之内进行性长大，以菜花样溃疡为主要表现形式。溃疡基底和周围软组织由于肿瘤浸润而变硬。有时表现为火山口样溃疡，周边较高且不规则。进食刺激性食物时伴局部刺激痛。

癌组织可侵蚀破坏周围一切正常组织，如肌肉、骨骼、神经、血管、皮肤，造成受累器官严重毁形，功能丧失。如露齿流涎，颊部穿通，舌体僵硬，口鼻穿通，牙松脱落等恶果。

口腔癌易沿淋巴管转移至颈部淋巴结，一侧口腔癌常转移至同侧颈部，先后引起颌下、颈深淋巴结长大，晚期可转移至对侧。位于中线区的口腔癌常向两侧颈部转移。口腔癌还可沿血循环转移至肺部或身体其它部位。

临床统计表明，口腔癌早期治疗者远期效果很好；晚期预后甚差。中老年是口腔癌好发年龄。中老年人要注意观察自己的口腔，如原来平坦光滑的白斑变得粗厚，有裂纹、糜

烂；创伤性溃疡持续不愈；口腔粘膜出现红斑、溃疡硬结，进行性生长，一般抗炎对症治疗无效时，均应及时检查，排除口腔癌可能性后再继续按一般方法治疗。一旦疑为口腔癌，要及时从繁忙的工作或家庭事务中脱身，在周围同志和家庭成员的同情、关怀和支持下到医院进行彻底治疗。有些人对口腔癌的危害认识不足，掉以轻心；对口腔癌的发展速度缺乏估计，一拖再拖，从而导致治疗失败，令人惋惜。

早、中期口腔癌，手术切除、放射治疗以及与化学药物并用的疗法，可取得很好的效果。近年来，应用肌皮瓣转移、血管吻合组织移植等新技术，一些晚期癌也得到了根治，同时可一期修复巨大的组织缺损畸形，前景是乐观的。

#### （六）下颌骨癌与上颌窦癌

下颌骨癌与上颌窦癌对中老年人的严重威胁在于，其早期不易为病员察觉，更容易被忽视。可以掌握一些下颌骨癌与上颌窦癌的知识是非常重要的。

下颌骨癌早期即可压迫在骨内走行的下齿槽神经，引起同侧下唇麻木，感觉丧失。另一个较早期的症状是引起肿瘤侵犯及区牙齿松动，如果同时伴有牙槽突和下颌骨的膨隆肿胀，则更有诊断意义。中老年人发现下唇麻木、不明原因牙齿松动及下颌骨的膨隆三个症状中的任何两个症状时，应高度怀疑是否颌骨中枢的恶性肿瘤，及时到医院进行检查，X线照片上可清晰显示虫蚀状、无明显边界的骨质吸收破坏区。颌骨骨髓炎也可能发生上述三个症状，但其病情进展迅速，伴高烧、白细胞增高等全身症状，可与下颌骨癌鉴别。

上颌窦癌的症状依肿瘤所在部位而异，变化很大。上颌



窦前壁受累，眶下区膨隆，眶下神经支配区的眶下、鼻旁、上唇麻木。上颌窦底受累，牙齿松动、疼痛，上牙槽突向颊、腭侧膨隆，前庭沟变浅。上颌窦内侧壁受累，鼻阻，流涕。上颌窦上壁受累，眼球突出、抬高，出现复视症状，眶下缘骨质凸凹不平，失去光滑锐利的形态。上颌窦后壁受累，早期即可引起张口受限及面深部的持续疼痛。

上颌窦X线照片、断层照片、窦内造影技术等均有助于确诊上颌窦癌。

手术切除与放射治疗对下颌骨癌和上颌窦癌都有较好疗效，配合化学药物治疗效果更好。随着颅颌手术的开展，一些晚期上颌窦癌病员也得到了治疗。下颌骨癌和上颌窦癌早期治疗者，多可得到根治，完全治愈。早期诊断这些癌症是医学最紧迫的课题。中老年人既是此类疾病的受害者，又是向其斗争的主力军，病人的高度警惕性对早期发现、早期诊断肿瘤是非常重要的。

## 九、口腔疾病与全身疾病

### （一）牙齿疾病会引起风湿性心脏病吗

牙齿疾病与全身疾病是一个局部与整体的关系。例如每当病员出现长期原因不明的低热，反复发作的眼葡萄膜炎，某些心脏病，关节炎和肾小球肾炎等疾病时，医师总要询问病人的口腔内有无龋齿及牙周病？有否“口腔病灶”？所谓“口腔病灶”就是指一个局部的，含有致病微生物的慢性发炎的病变区域。平时没有症状，但它能引起身体其它器官和组织



的伤害。

口腔病灶常见的有慢性根尖周炎、牙周炎、冠周炎、牙槽脓肿等。这些口腔病灶大多通过血液循环或淋巴循环造成其它器官的伤害。如亚急性细菌性心内膜炎就是通过血液循环把口腔病灶的细菌带到心脏而引起的；也有的是通过机体的免疫机制——变态反应而发病的，如肾小球肾炎。据统计，约有 50% 的风湿性心脏病病员患有牙周脓肿，30% 以上的亚急性细菌性心内膜炎是由于拔除有感染的病牙而引起的。当然，不是说所有的口腔病灶都一定会引起全身疾病，大多数人可因身体健康状况良好，免疫机能完善，以及口腔病灶的毒力低等种种原因而不引起全身其它器官的伤害。如怀疑某些全身疾病与口腔病灶有关则应及时将病灶除去。在除去病灶的治疗过程中要使用抗菌药物防止病灶的扩散，以免加重全身的病情。

## （二）口腔疾病与哪些全身疾病有关

有人发现，患溃疡病的人常有牙齿的缺失和咬（功能不良。这是因为食物在口腔里的第一步咀嚼消化作用受到影响，从而加重了胃的负担，成为产生胃溃疡的诱发原因。因此，及时镶装缺失的牙齿，调整咬（关系，对防治溃疡病是有一定意义的。反之，如患慢性胃炎、吸收不良综合征、溃疡性结肠炎和某些慢性肝炎的患者又常可在口腔里出现舌乳头的萎缩、阿弗它溃疡及扁平苔藓样损害，这充分说明某些消化系统的疾病与口腔疾病有密切的关系。又如糖尿病病员的口腔中常发生糖尿病性牙龈炎、牙周炎，致使牙齿松动、脱落，还可出现口干渴，舌色变为深红，舌体肥大等口腔症状。由于

糖尿病患者的全身及局部抵抗力降低,伤口容易出血感染、坏死,故在口腔进行拔牙、牙周手术等治疗时,应在术前给予适量的抗生素、维生素等药物,以提高病员的抗感染能力和促进伤口的愈合。

在诊治妇女的口腔疾病时,都要询问她们的月经状况和是否怀孕,这是因为许多口腔疾病与月经有密切关系。如有的病人在月经来潮时可引发牙周脓肿和使其症状加重,有的口腔溃疡复发与月经周期有明显的关系。有的妊娠期妇女在妊娠3~4月时可发生牙龈炎或妊娠瘤(这是由于体内雌激素增高所造成),而在分娩后妊娠瘤多自然消失。这些都充分说明内分泌的改变与口腔病损有直接的关系。在病理的情况下,如甲状旁腺机能亢进,它使机体的钙、磷代谢失调,在口腔则表现为牙龈发红充血,牙周组织容易感染,牙槽骨骨质吸收,牙齿松动早脱。又如肾上腺皮质机能不全的病员在口腔粘膜上可出现褐色、棕色或蓝黑色的色素。内分泌紊乱引起的口腔病变,原则上应由内科医师治病,口腔科医师应配合内科医师定期检查口腔的变化和给予相应的对症处理。

### (三) 哪些药物可引起口腔疾病

药物是用来治疗的,但对部份人来讲,某些药物不但不能治病,还会给身体带来新的病损,严重的甚至还会危及生命,这就是平常所说的药物过敏反应。而由药物的过敏反应所引起的疾病临床上统称过敏性疾病,过敏性疾病的种类繁多,表现也各不相同。如青霉素、链霉素等抗生素所引起的过敏性休克不但发病急速,而且病情严重,抢救不及时往往造成严重后果,故在使用青霉素、链霉素前一定要作皮肤过

敏试验，无过敏反应的才能使用。除青、链霉素引起的全身性过敏性休克外，有些药物可以引起口腔过敏性反应，首先是巴比妥类药物，在镇静、催眠药中大多含有此类药物。在中老年人中，常有神经衰弱、失眠的患者，因此服用药物来催眠的人便有引起过敏的可能。另一类药物是解热止痛药，如APC（复方阿斯匹林）、索米痛等，对该药过敏的人服药后在72小时之内在局部会出现过敏的症状，一般称为药物性口炎，在口腔的主要表现是唇、舌、颊粘膜有灼热、发痒的感觉，可见各处粘膜充血，以后便出现大小不等、数目不定的水疱，疱内有透明的液体或深红色的血液。小疱有的可以互相融合成较大的疱。由于口腔的不断运动，加之疱壁较薄，故在口腔内的疱很容易破裂，疱破溃后则留下溃疡或糜烂面，在上面常有黄白色的假膜，由于面积大、范围宽，任何轻微的刺激和运动都使疼痛加剧，故有的患者唾液从口角溢出都不愿去擦掉，以怕引起疼痛。

对于药物性口炎只要注意询问病史，结合临床表现一般都可以确诊。在治疗上首先是要找出引起过敏的原因，然后立即停止使用已确定或可疑的药物，并给予相应的抗过敏药物，如口服盐酸苯海拉明 25mg 或扑尔敏 4mg，一日三次；对症状严重的可用考的松 5~10 毫克。口腔要注意清洁，用 2% 的洗必太、多贝尔氏液等漱口，溃疡面可搽金霉素甘油糊剂、口疮宁药膜、龙胆紫等，还可服用一些维生素 C、B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub> 等，以促进口腔粘膜的愈合。

#### （四）口臭怎么办

不少人有口臭的毛病，这种病不但自己感到不舒服，在

许多场合中也常使别人感到厌恶。要想除去口臭，首先要查出引起口臭的原因是什么，最常见的口臭原因多数来自牙病、牙周病和口腔不清洁。例如龋齿很多而且不少是深的大洞，食物残渣容易嵌进洞里腐烂发酵，产生臭味。牙周炎，牙槽脓肿致使口腔内有不少脓性分泌物也会产生臭味。有的人虽无龋洞但因不注意口腔清洁，刷牙马马虎虎，牙面及牙缝里污物、残渣较多，腐烂发酵后便产生恶臭。也有一些戴活动假牙的人不注意假牙的保养、清洁，嘴里也会有气味。有些人因吃了葱、蒜、鱼、虾、蟹、羊肉等食物后也会在短时间内有异味。如能保持口腔清洁，重视饭后漱口，注意假牙的刷洗等，上述这些口臭都可以减轻或避免。

有的口臭则不是由口腔局部疾病引起，而是由身体其它部份的毛病所致，如患有副鼻窦炎或萎缩性鼻炎，某些气管炎、肺炎、胃炎的病员，都可能在呼吸、讲话时发出臭味；某些严重的糖尿病、肾病或肿瘤病人，口腔内也可能发出某种特殊的气味。所以有全身疾病的患者应首先治疗有关的疾病，只靠刷牙、漱口来除去口臭则是不可能的。

## 十、中老年人拔牙问题

牙齿是人们咀嚼的锐器，有一口健康的牙齿，不仅可使您享受口福，还使您面容端庄，语言清晰。牙、颌、颞颌关节是一个完整的整体，其结构和功能是互相协调、适应的。牙齿拔除后，常伴随着牙槽嵴的萎缩，下颌骨体纤小薄弱。咬（关系）的变化又使颞颌关节的结构和功能改变，导致颞颌关

节综合征。

但是，有时必须拔除牙齿。对中老年人来说，应该注意以下问题。

（一）什么样的牙齿应该拔除

因为牙周病变，牙龈及齿槽骨萎缩，牙根暴露 1/2 以上，牙齿摇摇欲坠者；

因为龋坏致残冠、残根，无保留价值者；

因为牙体牙髓病变致根尖周炎、牙槽骨破坏，无法通过根管治疗治愈者；

牙冠或牙根折裂，不可能通过保守治疗保存者；

阻生错位牙，不但无（功能反而引起冠周炎、食物嵌塞、邻牙龋坏，影响咬（者；

因为无对颌牙或邻牙缺失而过度伸长、倾斜的牙齿，妨碍正常咬（及义齿修复者；

其它如颌骨骨髓炎的病源牙、颌骨囊肿和肿瘤部位的牙以及与全身疾病有关的“病灶牙”，都应考虑拔除。

必须指出，拔牙适应证不是一成不变的。原则是根据病员的病情和医疗条件，从口腔的功能和外形出发权衡得失，是保存牙齿还是拔除为好。

由于医学水平的提高，拔牙适应证日趋狭窄，昔日认为毫无希望、应该拔除的牙齿，而现在往往可以保存的例子很多。有时甚至可以将病变牙拔除，在体外治疗并刮净牙窝内炎变组织后再植，取得良效。

总之，尽量保存牙齿对您是有益的。当您面临是否拔牙的抉择时，请您慎重考虑“我的牙齿可否保留？”

## （二）拔牙须知

拔牙是对您身体器官的手术,不可听信游医的花言巧语,让其胡乱进行所谓“拔牙术”。

拔牙术需由经过专业训练的医生进行。术前要经过严格检查,确定是拔牙适应证,且您的全身状况允许施术,无拔牙禁忌证;在严格的消毒条件下,用无菌器械进行拔牙操作;用适当的麻醉方式,在病员无痛的情况下拔除病牙;应备有处理麻醉和拔牙意外的药品、器材和设备,保障手术安全进行。

拔牙术后创口的愈合不但与医生的操作有关,也与病员自家对伤口的保护有关。拔牙后创口愈合的经过是:牙龈、牙槽窝内的出血在牙槽窝内形成血凝块,约在一周内血凝块被肉芽组织取代,1~2周时又机化为纤维组织团块,同时,上皮也铺满牙槽窝表面。约三月左右,纤维团块骨化,完全变成骨质。在整个伤口愈合过程中,伤口均不应有出血及剧烈疼痛。拔牙术后1~2日内,尤其是拔牙术后数小时内,唾液中稍带血色是正常的,最初数日内伤口轻微不适也属正常。

拔牙后病员自家护理的要点是保护好拔牙创口中的血凝块。拔牙后不要用力吮吸、漱口,不用拔牙侧吃硬的食物。拔牙后用于伤口加压保护的纱布团应在半小时至1小时内吐掉,不要自己随意用不洁的棉纱等压迫伤口。

如有下列情况,应及时到医院治疗:

1. 拔牙后出血。从拔牙创内或边缘流出新鲜血液,病员口中吐出鲜血或血凝块。局部可看到血液从牙窝流出,或仅见血凝块高出牙槽窝表面。如为牙龈撕伤,牙槽窝内残留肉

芽、异物、骨片等，在清除牙窝内容物、缝合牙龈后即会停止出血。全身因素引起者，如血友病，血小板减少等，需要针对这些疾病处理才能治愈。

拔牙后出血是一种紧急的，有一定危险的并发症，应及时到医院急诊处理。出血多时，可用消毒纱布或清洁手帕卷成拇指粗细的卷，准确地放在拔牙创上咬紧，作为暂时的自救措施。

2. 急性化脓性感染。拔牙术后 2~3 日起，出现进行性张口受限，伴发烧，下颌骨深部疼痛时，应考虑是否注射器或麻醉剂污染，感染带入颞下间隙或翼颌间隙所致，要及时应用大剂量抗生素治疗。

有时病牙牙周或根尖周的慢性感染，在拔牙后急性发作，表现为拔牙区牙龈红肿，前庭沟肿胀，面部相应区域的炎性水肿，淋巴引流区域的淋巴结肿大以及全身症状，也应该及时应用大剂量抗生素治疗。

3. 干槽症。常在拔除阻生牙及根尖周慢性炎症的牙齿以后发生。特点是牙槽窝内血凝块溶解脱落，牙槽骨壁直接暴露于口腔环境中，伴有伤口剧烈疼痛及放射痛。常发生于拔牙 2~3 日后。干槽症病因还不清楚，但冲洗牙槽窝，放入有消炎、抗菌作用的药物，碘仿纱条，服用抗生素、灭滴灵等药物可缩短病程。

总之，一旦发生拔牙并发症，应及时到医院治疗。

## 十一、镶 牙 常 识

### （一）牙齿缺失为什么要镶

正常人的牙齿有 28~32 颗，排列也是很整齐的，牙齿与牙齿之间相互有支持作用，使牙齿维持在一定位置上，不致于倾斜、错乱，并能发挥均衡协调的咀嚼功能。当牙齿因各种原因拔除后，如果长期不镶装假牙，就削弱了牙颌的咀嚼功能，食物咀嚼不充分，进而影响胃肠对食物的消化和吸收，如前牙（门牙）缺失，不仅影响发音还影响美观。

有人认为，缺一、二个牙齿没有什么关系，不必镶装假牙。当病牙拔除后，就留下一个空位，邻近的牙齿会向缺空位移动或倾斜，相邻的牙齿倾斜、移位后，又可再影响其它邻牙，引起连锁反应，使多数牙的排列和接触关系发生变化，牙缝增宽，造成食物嵌塞，嵌塞的食物残渣、污垢等不易被清除，刺激牙龈，引起牙周炎及牙龈萎缩，并为牙菌斑的生长发育提供了有利的场所和营养物质，助长龋齿的发生。由于牙齿排列关系的变化，使正常的咬（关系受到破坏，长久后便出现咬（创伤和牙周病变，致使牙齿进一步松动脱落。因此不要轻视缺失一、二个牙齿，它会给健康带来一些不利的影响，故拔牙后最好能及时镶装假牙。

### （二）拔牙后什么时候镶装假牙最合适

拨过牙齿的病员，总会感到有多种不便，尤其当前面的门齿缺失后，既影响说话又有碍美观，因此都希望拔牙后能在较短时间内装好假牙。那么究竟什么时候装假牙最合适呢？



一般来说，前牙在拔牙后 30~45 天，后牙 45~60 天便可镶牙，这是镶牙的最佳时间。为什么拔牙后不能在止血后就镶牙而要等这么长时间呢？因为拔牙后，在颌骨上就留下一个拔牙窝，医学上又称牙槽窝，拔牙后窝内充满了凝血块，经过一段时间后，由于凝血块的机化，牙槽窝里生长出肉芽组织，同时四周的牙槽骨发生吸收和萎缩，到一定时候，牙龈才能完全覆盖牙槽窝，伤口长平。牙槽骨从吸收到停止这一过程一般需 1 个半月到 2 个月。如果在牙槽骨吸收未停止之前就过早地镶牙，假牙戴上几个月后就会发现假牙和牙床之间出现空隙，咀嚼时假牙有浮起、松动及不合适的现象发生，由于牙槽骨吸收不均匀，有的凹陷下去，有的突出形成骨尖，在镶牙前必须进行骨尖修整，否则会因假牙牙托压迫骨尖出现疼痛，甚至在局部口腔粘膜还会出现溃疡，致使假牙不能戴用，这种现象在老年人更容易出现。一旦因假牙压迫出现口腔粘膜溃疡则应暂停戴用假牙，并对假牙作相应修改，粘膜的溃疡处可贴敷口疮宁药膜，待溃疡愈合后再戴假牙。

### （三）镶活动假牙好还是固定假牙好

假牙的镶装方式有两种，一种是固定式，一种是活动式。这两种假牙各有利弊，选择的依据主要是按口腔里缺失牙的数目和现存牙的状况来决定。

固定假牙：医学上称固定桥，它是把缺失牙两侧的牙齿作为修复假牙的基础，犹如大桥的桥基，因此缺失牙两边的基牙必须牢固，才能承担固定桥的各种外力。固定假牙的优点是不需经常摘戴，体积小，镶装后感觉舒适，容易习惯，说话发音不受妨碍，能发挥较大的咀嚼力量，比活动义齿坚实

耐用。缺点是有较严格的适应征，对缺失牙的数目、位置以及缺牙两侧邻牙均有一定的要求，达不到要求则不能镶固定桥；另外因要磨去一层牙釉质，以适应镶装的需要，故对真牙有一定损害，磨牙时的不适感和磨后的敏感症状使有的患者很难忍受；还有制作工序比较复杂，价格稍高。

活动假牙又称活动义齿，用塑料制成假牙基托，在基托上有假牙和有弹性的金属钩子（称卡环）。活动假牙是借助于基托和牙床、硬腭粘膜间产生的负压的吸附力量，使基托紧密地贴附在牙床上，同时基托上的金属卡环钩套在缺失牙两端邻近的真牙上，使假牙更加稳固。活动义齿的优点是操作比较简单，磨牙较少，病员容易接受，假牙可以取下清洗，有利口腔卫生，比较美观；缺点是由于有基托，镶装后口腔有异物感，需要经过一段时间的适应才会习惯。因要经常摘下清洗，有的病员感到麻烦，甚至还会出现忘戴和丢失假牙的情况。

如果病人口腔里的牙齿已全部缺失，仍然可以镶装假牙，叫全口假牙，或称全口义齿。

总之，一般牙齿脱落后都应该镶装上假牙，无论是固定假牙和活动假牙，它的目的都是为了恢复咀嚼功能和生理功能，镶前牙还有助于美观和发音的作用。至于镶什么形式的假牙则要根据各人的口腔具体情况来定。

#### （四）一副假牙能戴多久

每一个需要镶假牙的人都很关心装了假牙后能用多久，都希望假牙坚实、耐用、咀嚼有力，能戴较长时间。在临床上常看到有的人假牙已用了多年，仍然合适好用，但也有不

少人只戴了几个月或几年，假牙就出了问题，如松动、裂缝、变形等，不能再继续戴用。这是什么原因呢？大家知道，每个人的口腔情况是不同的，镶装假牙要根据各人的情况采用不同的设计方案，有些病员不与医师配合，提出些过高、过急的要求，如按病人的要求去做，必然会出现一系列问题。例如有的病员拔牙后要求尽早地镶假牙，由于牙槽骨的吸收尚未稳定，装好假牙后牙槽骨仍在继续吸收，则使牙托与牙槽骨之间形成空隙，造成假牙松动和嵌塞食物，影响假牙的使用寿命；也有的人不注意口腔卫生，使假牙两侧的基牙受到不能修复的损害，甚至折断脱落，使假牙不能再戴；有的是摘戴时用力不当致使假牙基托、卡环折断不能使用；也有的是把假牙放在开水里去泡，希望达到消毒的目的，但塑料经开水浸泡后会受热变形而造成不能再用；也有的病员因为初戴不习惯不愿坚持戴，或把假牙放在干燥环境中，这些都会使假牙因老化、变形而不能再继续使用。另外如设计不合理，制作工艺粗糙简陋，塑料质量低劣等均是使假牙寿命不长的原因。一般而言。无论是固定的、活动的、全口的假牙，它们一般能使用 5~10 年左右。

#### （五）怎样保护和使用假牙

初戴假牙时，都有不舒服的感觉，问题也较多，如假牙松紧、高低、长短不合适，或咀嚼时假牙松动，牙床疼痛，也有的不会摘戴等等。下面介绍几点常识供戴假牙的人参考。

1. 活动义齿由于有塑料基托，戴在口腔里说话、咀嚼、吞咽都会有不适感，这需要有一个适应过程，只要坚持下去都会自然习惯的。

2. 如初戴假牙后有松动、疼痛等应到口腔科去诊治, 请医师进行修改, 直到舒适为止, 切不可因初戴时出现的问题就不再坚持戴假牙。

3. 活动假牙的摘戴都有一定方向, 初戴时可能会不顺利, 应反复试戴, 摸清摘戴方向, 仔细练习, 绝不可急躁用强力推压, 以免损坏假牙或损伤真牙和牙龈组织。

4. 活动义齿是塑料制品, 硬度不大, 不能承受过大的咀嚼压力, 故平时不要用来咬嚼过硬的物品, 也不要随便修磨和掰弄假牙上的卡环。

5. 晚上临睡前应将活动义齿摘取下来用肥皂或刷子清洗干净, 泡在清水中, 不要用热水洗泡, 以免义齿变形。睡觉时不应戴活动义齿, 这一方面可以让口腔里被压迫的组织和牙齿有休息的机会, 同时也可避免发生假牙落入气管和食道的危险。

6. 戴假牙后应经常注意假牙的改变, 如是否太松, 有无裂缝, 卡环是否活动等, 如发现问题应到医院修改, 切勿自己胡乱修理。

7. 久用的假牙, 特别是吸烟者, 可以染上污斑, 使假牙颜色改变, 轻者可用牙粉刷掉, 如污斑较多, 可用托牙清洁液浸泡, 一般浸泡 12 小时就能收到良好的效果。

## 十二、口腔卫生与保健

### (一) 怎样才能保持口腔清洁

坚持刷牙, 采用正确的刷牙方法是保持口腔清洁的重要

措施。刷牙能够清除牙齿表面和牙齿缝隙中的污垢，防止牙石沉积，在刷牙时如同时按揉牙龈还能使牙龈上皮增厚，角化增强，促进牙龈的血液循环，增进牙龈的抵抗力。牙不仅要刷，而且刷牙的方法要正确，否则非但达不到刷牙的目的，还会造成对牙齿和牙周组织的损害。例如，许多人习惯用横刷牙，也就是拉锯式横拉横推，这是一种不正确的方法，这样刷牙不但不能将牙齿缝隙里的污垢刷洗干净，时间长了还会损伤牙龈和牙齿。为什么横刷牙不能把牙缝里的脏东西刷干净呢？举个例来说，我们在洗刷头发梳子时，如果用刷子横刷，是不能把梳齿间的脏东西刷干净的，只有顺着梳缝刷才行，刷牙也是这个道理，横刷只是刷去牙面上的少许污物，贮藏在牙缝里的污物并不能刷净。长时间的横刷可使牙齿表面出现横沟，也会造成牙龈退缩，牙根暴露，出现牙齿的冷热过敏症状。

合理的刷牙方法是竖刷法。就是将牙刷平放在口腔里，牙刷毛指向牙龈，刷毛的尖端轻压牙龈边缘，然后将牙刷毛逐渐转向牙面，上下刷动。刷上牙时，刷毛由上向下，刷下牙时，由下往上，反复刷动。见图 17—11。

刷牙要认真仔细，刷干净一部份后再刷另一部份，刷完牙齿的外面还要刷里

图 17—11 刷牙方法

面。牙齿的里面最易贮存污垢，但刷的时候不顺手，也容易被忽略，所以刷里面时要格外耐心、仔细。刷完牙齿里面还要刷咬（面）（牙齿的咀嚼面），刷时前拉后推即可，但由于咬（面）有很多沟裂，又是龋齿最好发的部位，也要认真刷净。

刷牙的次数一般两次为宜，早起后和晚睡前刷牙，早起刷牙的习惯容易养成，睡前刷牙往往被遗忘，实际上睡前的刷牙更为重要，因为白天多次进食后，牙缝里沉积有一些食物残渣，睡后由于口腔唾液分泌减少，咀嚼、语言活动停止，使口腔的自身清洁作用大大降低，细菌趁机活跃起来，发酵、产酸，侵袭牙齿。如能在睡前清洁好口腔，就可使口腔较长时间地处于清洁状态（八小时左右）。也有人主张三三制刷牙法，即三餐后三分钟之内刷牙，每次刷三分钟。

图 17—12 保健牙刷

1. 成人用 2. 儿童用

要刷干净牙齿还得选用适宜的牙刷，我国推荐使用的保健牙刷有成人用和儿童用两种规格。保健牙刷的特点是刷头短而窄，便于口内转动，易于刷洗；柄长而直，便于握持；毛束等高，可以刷到各牙面和缝隙；毛束距离较大，便于保持清洁（见图 17—12）。

牙刷保存也有讲究，每刷完牙后，应将牙刷头清洗干净，尽量甩去刷毛上的水分，并放在通风的地方，使其干燥。不要将牙刷头朝下倒放在漱口杯里，更不要把用完的牙刷放在

密不透气的塑料盒和金属匣子中,因为潮湿和不通风的环境,最适合细菌的繁殖和生长。尼龙丝牙刷不要放在热水里烫,以免刷毛变软变形,失去弹性。新买来的牙刷,可以用温肥皂水泡一泡,起到清洁作用,也可将过硬的刷毛泡软一些,避免刷伤牙龈。牙刷最简便的消毒方法是用后放在日光下晒干。如牙刷长时间使用后刷毛失去弹性,毛束弯曲并向两边散倒,这时便要更换,否则会损伤牙龈。

## (二) 如何选择洁牙剂

洁牙剂是指牙膏、牙粉、牙净。刷牙时应用洁牙剂可以帮助除垢杀菌,消除口臭,使刷牙者感到爽口舒适,增强刷牙的效果。

洁牙剂在刷牙时是怎样发挥它的作用呢?以牙膏为例,牙膏是由胶粘剂、摩擦剂、香甜剂、防冻剂、泡沫剂、中和剂等十多种原料组成。刷牙时牙膏经牙刷的摩擦和搅拌,与口腔中的食物残渣和牙垢污物相混合,并使污垢及牙菌斑失去原有的粘附能力而被清除掉。牙膏中的主要成份是碳酸钙粉末,能增强刷牙时的机械磨擦力,加强去污效果。牙膏中含有一些芳香类物质,如薄荷、香精等,可根据自己的喜好选择各种香型的牙膏,刷牙后会感到口腔舒适,清爽愉快,有口臭的人并能减轻和消除臭味。由于牙膏中含有脂肪硫酸钠略带碱性,能中和口腔中的一些酸,并有轻微的杀菌能力,所以也有一定的防治龋齿和牙周病的作用。

近年来,在牙膏中加入了各种药物,大致可以分为几类,一类是以预防龋齿为主的药物牙膏。如加入氟化钠、氟化亚锡和单氟磷酸钠等,它们能增强牙齿的抗龋能力;另一类是

脱敏牙膏，如加入氯化锶、硝酸钾等；第三类是消炎药物牙膏，常加入洗必太和中草药，还可加入酶制剂，它有消除致病菌和牙菌斑的作用，对牙周炎，龈炎有一定疗效。

应该了解的是判断牙膏的优劣并不在于它的发泡多少和香味的浓淡，而应根据自己牙齿和牙周组织的健康状况，选择含有不同药物的牙膏。

有些老年人用普通食盐代替牙膏刷牙，以为这既经济又有杀菌固齿的作用，但食盐颗粒一般较粗，刷牙时对牙面的摩擦太强，易损伤牙表面的牙釉质，特别在牙颈部份，这样就会出现牙本质过敏，遇冷热酸甜的刺激后出现疼痛，另也会造成牙周组织的萎缩，所以建议改用温热盐水来刷牙，就可以避免上述弊端。

洁牙剂只是刷牙清洁口腔的辅助物，患了牙病还是应该首先到医院诊治，只想凭借药物牙膏来治病往往会延误病情，这是应该注意的。



## 第十八章 中老年人常见癌症的防治

癌症是一种常见病的多发病，在中老年人尤为多见，对人类的生命健康威胁很大。根据国内外的统计资料表明，癌症的年增长率约为 2~3%。1978 年世界卫生组织估计，在全世界 40 亿人口中，共有 3710 万名癌症病人，每年新发病例约有 870 万人，有 690 万人因癌症死亡，平均每 4.6 秒钟就有 1 人死于癌症。在工业发达的美、英、日等二十余个国家中，癌症的死亡率，仅次于心血管疾病（占 48%）而居第二位（19%）。我国现有癌症病人约 1000 万左右，年发病率在 100/10 万人口以上，每年有 70 多万人死于癌症。在 1973~1975 年我国人口的主要死因统计表明，在各种死亡原因中，因癌症死亡，在男性中占第二位，女性中占第三位。

由于工农业的不断发展，科学文化的不断进步，医疗卫生的不断改善和物质生活的不断提高，可以预料，我国人口的平均寿命必然延长。人口老化的问题，也将日趋突出。由于中老年人口的比例不断上升，因此中老年人易患的一些疾病，如心血管疾病和癌症，也就成为广大医务人员迫切需要

重点解决的新课题。

## 一、什么是癌瘤

当机体失去对某一组织器官的控制而自发的异常增生所形成的一种肿块称为“肿瘤”。按肿瘤的生长特性和对人体的危害程度，又可分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类。所谓癌是泛指对人类生命有极大危害的恶性肿瘤而言。事实上，癌和瘤不完全是一回事，癌是一种恶性肿瘤，而瘤则大都是良性肿瘤。

良性肿瘤的生长速度较慢，有时可以完全停止生长或发生退化，有完整的包膜，界限清楚，也不发生转移，一般对患者的健康影响不大。

恶性肿瘤的生长速度较快，在短期内有明显的增大，常发生坏死和溃疡，并可浸蚀周围的组织器官和向远处转移，对患者的危害性较大。

恶性肿瘤又可分为两类：（1）凡来源于上皮组织的恶性肿瘤称为“癌”。按上皮组织的不同性质可分为鳞状细胞癌、移行细胞癌、基底细胞癌和腺癌。根据癌发生的部位又可分为鼻咽癌、喉癌、肺癌、食管癌、胃癌、肠癌、肝癌、乳腺癌和子宫癌等；（2）凡来源于间叶组织或淋巴组织的恶性肿瘤称为“肉瘤”。如纤维肉瘤、粘液肉瘤、脂肪肉瘤、平滑肌肉瘤、横纹肌肉瘤和淋巴肉瘤等。

## 二、癌瘤的病因

根据一些调查资料和实验资料表明,在癌瘤的病因中,有外因和内因两种因素,外因是指来自人类周围环境的致癌因素,包括化学、物理和生物等方面的致癌因素。内因是使外因发挥作用的机体内在因素,如年龄、体质、免疫功能、内分泌、代谢以及其他一些因素。外因是变化的条件,内因是变化的根据。外因只有通过内因,外因和内因共同作用,最后才能发展成为癌瘤。

### (一) 肿瘤的外因

1. 化学性致癌因素:目前已肯定了环境与癌症,特别是环境中的化学物质与癌症发生的关系。在肿瘤的外因中,环境因素占90%,其中化学因素又占环境致癌因素的80~85%。近年来,由于工业的发展,“三废”造成的环境污染和癌症增长的关系,已引起人们高度的重视。现已证实对动物可致癌的化学物质有3000余种,但通过人类流行病学证实,对人类有致癌作用的约有20种,如煤焦油、沥青、粗石腊油、杂酚油、葱油、3—4苯并芘、乙萘胺、联苯胺、砷、铬、镍、镉、苯、石棉、芥子气、氯甲基甲醚、氯乙烯、4—氨基联苯、亚硝胺和霉菌毒素等都有致癌的作用,可分别引起皮肤癌、肺癌、食管癌、胃癌、肝癌和膀胱癌等癌症。目前已查明吸烟与多种癌症(特别是肺癌)的发生有密切关系。

2. 物理性致癌因素:物理因素占环境致癌因素的5~10%。大家公认放射线可以引起恶性肿瘤,如体外长期接触

放射线可引起皮肤癌、舌癌、骨肿瘤、肉瘤和白血病。长期吸入放射性粉尘可导致肺癌。过度的紫外线照射强引起皮肤癌。长期的热刺激与机械损伤可诱发食管癌和口腔癌。

3. 生物性致癌因素 :生物因素占环境致癌因素的 5%。现已证实病毒可以引起不少动物的白血病。近年来研究表明 ,人类的白血病、乳腺癌、肉瘤、伯基特氏淋巴瘤 (Burkitt)、鼻咽癌、何杰金氏病和子宫颈癌等恶性肿瘤的发生可能与病毒有关。乙型肝炎病毒与肝细胞癌的关系 ,已在非洲和亚洲得到确认。此外 ,根据临床观察和病理检验发现 ,结肠癌与血吸虫病有关 ,南方肝癌与华枝睾吸虫病有关。

4. 其他致癌因素 :临床观察到慢性感染和经久不愈的溃疡 ,可以引起组织增生、间变而发生肿瘤 ,如胃溃疡引起的癌变 ,溃疡性结肠炎导致的大肠癌 ,子宫颈糜烂引起子宫颈癌 ,皮肤的慢性溃疡发生皮肤癌。结核合并癌 ,与没有合并结核的人相比较 ,在男性高出 5 倍 ,女性高出 10 倍。

## (二) 肿瘤的内因

在肿瘤的病因中 ,肿瘤的内因虽十分重要 ,但在目前的研究工作中 ,还是一个相当薄弱的环节。在肿瘤的内因中 ,病人的年龄、体质、精神状态、免疫功能、内分泌、代谢和遗传等因素 ,对肿瘤的发生发展都具有一定的重要地位。

1. 年龄与体质 :有人认为中、老年人机体免疫功能衰退 ,是引起癌症的主要原因。近年来发现少癌症病人的细胞免疫状态比正常人群低 ,提示了机体免疫状态和肿瘤发生发展的关系。根据统计资料表明 ,先天性免疫缺陷或长期应用免疫抑制剂的人群中 ,恶性肿瘤的发病率比正常人群高。另外 ,中、

老年人癌症发病率高，是由于中、老年人累积的致癌物质较多，慢性疾病的发病率较高，而许多癌症往往发生在原来慢性疾病的基础上。

2. 精神状态：人的精神状态对癌症的发生发展有重要影响。根据调查资料表明，不少肿瘤的发生与精神因素有关，如长期过度的刺激中枢神经系统，可导致大脑皮层的兴奋与抑制失调，甚至造成人体机能活动失去平衡，表现为某一局部器官发生异常组织的增生，从而可能形成肿瘤。实验证实有神经官能症的动物，肿瘤发生多、发生早、发展快。

3. 内分泌：内分泌功能紊乱与某些癌症的发生和发展有密切关系，如乳腺癌有三分之一左右的患者与内分泌功能紊乱有关，这些乳腺癌病人，在卵巢去势后病情可以缓解。此外，如前列腺癌，切除睾丸或用雌激素治疗，多数病人有明显疗效。

4. 代谢：实验证明在化学致癌过程中，黄曲霉毒素必须通过体内代谢才能发生致癌作用。

5. 遗传：有人统计遗传因素占肿瘤病因的5%以下。根据许多调查材料表明，有些肿瘤如视网膜母细胞瘤和肾母细胞瘤等肿瘤，遗传因素非常明显。但是，另外一些肿瘤如肺癌和子宫颈癌，遗传因素不太明显。

### 三、为什么中老年人容易患癌症

癌症是目前严重危害人类健康的主要疾病之一，虽然人类在任何年龄都可能发生癌症，但一般来说，中、老年人患

癌症的机会较多。这是因为中、老年人在社会上生活了几十年，年龄越大，经历越长，接触、吸收和累积环境中的致癌物质的机会也就越多。由于长年累月受到某种致癌物质的刺激，因此发生癌症的可能性也就越大。中、老年人又常常患有多种慢性疾病，而许多癌症往往发生在原有慢性疾病的基础上。此外，中、老年人机体免疫力的衰退，也是引起癌症的主要原因。因此，就大多数人来说，随着年龄的增长，患癌症的可能性也就越大，所以中、老年人要特别警惕癌症的发生。

根据现代肿瘤发生的概念来看，肿瘤的发生发展有一个漫长的过程。人体的细胞每天有大量的新陈代谢，特别是胃肠道和呼吸道的上皮细胞、生殖器官、乳腺、甲状腺以及血细胞，代谢新生过程比较活跃，而这些细胞易受环境致癌因素的影响而发生突变。据统计，每天约有  $10^7 \sim 10^9$  个细胞发生突变为癌细胞，但这些癌细胞大都被机体的“免疫监视机能”所消灭，只有少数人发生癌症。有资料证明，人体癌的诱发期为 15~30 年，原位期为 5~10 年，浸润期为 1~5 年，扩散期为 1~5 年。由此可以推算，在 40 岁以后，也就是说人到中年和老年正是发生癌症的高峰时期。有人以男性癌症为例，对各年龄组患癌瘤数进行统计分析，结果如下：10 岁时为 11.4/10 万，20 岁时为 22.7/10 万，40 岁为 156.6/10 万，50 岁为 432.6/10 万，60 岁为 1099.3/10 万，70 岁为 1861.2/10 万，75 岁为 2041.5/10 万，80 岁为 1924/10 万。由此可以看出，随着年龄的不断增长，特别在 40 岁以后的中、老年人患癌症的比例也随之大大增高。

人体同其他动物一样，也具有自己的防御屏障，可以动员起来对付外来的袭击。“免疫监视机能”不仅保护着我们免受外来侵袭，同样还可对付内部的宿敌。我们知道人体免疫能力下降与胸腺的功能有关。胸腺功能随着年龄的增长而减弱，自40岁起，与细胞免疫功能相关的胸腺素在血液中的含量逐渐降低，因而产生T淋巴细胞和培养T淋巴细胞具有杀伤力的能力也减弱，反映细胞免疫功能的淋巴细胞转化率自50岁起也不断减损。这些现象都表明，随着年龄的增长，对肿瘤起抵抗和防御作用的免疫力降低，均有利于肿瘤的发生和发展。由于人体每天都得再生出数以亿万计的细胞，在增殖这些细胞的过程中，总难免发生差错。上面我们已经提到，我们之中的绝大多数人，在绝大多数情况下，自身“免疫监视机能”都能迅速辨别和清除这类异常细胞。然而，人到中、老年，当“免疫监视机能”衰退或有缺陷的时候，“免疫监视机能”就不能有效的发挥其迅速辨别和清除这类异常细胞的作用，异常细胞便会生长、扩散，以致形成癌瘤。

我们知道了中、老年人容易患癌瘤的道理后，不必惊慌害怕，可及早采取适当的方法来消除致癌物质，干扰或阻断其致癌过程（如戒烟、积极治疗慢性疾病等），不使其发生癌症，则可起到防患于未然的作用。此外，根据不同的年龄、兴趣和爱好，参加一些体育活动，改善机体素质，对提高机体的免疫功能，降低癌症的发病率，是有益无害的。

## 四、癌是不是绝症

社会上流行一种看法，认为患了癌症，就是“绝症”、“不治之症”，就等于“判处死刑，缓期执行”，显然这种看法是片面的、错误的。诚然，癌症在目前还是一种对人的生命威胁比较大的疾病，现代科学对癌症的研究还没有完全进入自由王国。对癌症的致病原因虽有了比较清楚的认识，但当癌症到了晚期，在治疗上还有一定的困难，不过，不等于得了癌症非死不可。

据世界卫生组织编著的《临床肿瘤学》一书记载，约有1/10万的癌症患者是未经治疗而自愈的。这点充分说明，癌症的发展同其他疾病的发展一样，都有两种可能性，或者康复，或者恶化。如果把两种可能性说成是一种可能性，主观认识癌是“不治之症”，是“绝症”，这是一种片面的观点，不正确的观点。

在临床上曾经治疗过不少癌症病人，迄今10年、20年、30年无复发的病例大有人在，根治的癌症病人并不少见。如华西医大附一院门诊部有一位护士同志患鼻咽癌治疗后已30多年，至今仍然坚持工作。四川泸州市长江液压件厂的一位病人，20多年前患鼻咽癌，治疗后又发生肺转移，再作手术切除了肺部转移癌。以后病人又生了小孩，现在孩子都上大学了，患者还在上全班工作。建工部一局五公司联合加工厂的一位同志，1969年患左侧上颌窦癌，准备动手术，但在结扎左颈部血管时，因左颈部有癌转移而流血不止，手术无



法进行。成都、上海等几家大医院的结论都说只能活3~6月。后来运用中西医结合的手段进行治疗,半年后恢复了健康,至今仍战斗在生产第一线。类似的病例并不是个别的,至于生存10年以上的乳腺癌、子宫颈癌、甲状腺癌、喉癌、肺癌、食管癌、胃癌、大肠癌、睾丸恶性肿瘤和恶性淋巴瘤等患者,更是屡见不鲜。

随着医疗事业的发展和科学技术的进步,可以预计,在不久的将来,人类一定会像征服天花一样,最终战胜癌症。

## 五、癌症有哪些先兆

一般认识癌症缺乏先兆,没有明显的症状,一旦确诊为癌症,大都已到晚期,后果十分恶劣。但是,人们通过长期临床实践,发现早期癌症有不少先兆症状,只要每个人多留意一下,自我发现早期癌症的一些先兆,是完全可以做到的。那么,癌症有哪些先兆呢?世界卫生组织提出癌症的8个警告信号,可供大家参考: 可触及的硬结或硬变(如在乳腺、皮肤及舌部); 疣或黑痣发生明显的变化; 持续性嘶哑、干咳及吞咽困难; 持续性消化不良; 月经期不正常的大出血、月经期外的出血; 鼻、耳、膀胱或肠道不明原因的出血; 经久不愈的伤口,不消的肿胀; 原因不明的体重减轻。

根据我国的特点,全国肿瘤防治办公室提出了我国常见肿瘤的十大警告信号,当出现下列征象时应当引起人们的高度警惕: 乳腺、皮肤、舌或身体其他部位有可触及的或不

消的肿块； 疣（赘瘤）或黑痣明显变化（如颜色加深、迅速增大、搔痒、脱毛、渗液、溃烂、出血）； 持续性消化不良； 吞咽食物时哽噎感、疼痛、胸骨后闷胀不适、食管内异物感或上腹部疼痛； 耳鸣、听力减退、鼻塞、鼻衄、抽吸咳出的鼻咽分泌物带血、头痛、颈部肿块； 月经期不正常的大出血，月经期外或绝经后不规则的阴道出血，接触性出血； 持续性嘶哑，干咳，痰中带血； 原因不明的大便带血及粘液或腹泻、便秘交替，原因不明的血尿； 久治不愈的伤口、溃疡； 原因不明的较长时间体重减轻。

根据临床实践，除上述各种警告信号外，还有以下一些征兆，也要高度警惕： 单侧进行性加重的头痛、呕吐和视觉障碍，特别是原因不明的复视； 原因不明的口腔出血、口咽部不适、异物感或口腔疼痛； 无痛性进行性加重的黄疸； 乳头溢液，特别是血性液体； 男性乳腺增生长大； 原因不明的疲乏、贫血和发热； 原因不明的全身性疼痛、骨关节疼痛； 排便或排尿习惯的改变。此外，如果有下列疾病，也应警惕癌症，如粘膜白斑病，皮炎，皮肤角化症（特别是大小鱼肌处的手掌角化症），皮肤慢性溃疡、瘰管和增殖性疤痕（特别是化学药品烧伤引起的），位于经常磨擦部位的黑痣，萎缩性胃炎，胃溃疡，直肠多发性息肉，乳腺囊性小叶增生病，乳腺导管乳头状瘤，乳腺纤维瘤，隐睾，包皮过长，子宫颈糜烂、撕裂、外翻和子宫颈息肉等疾病。以上这些先兆症状和疾病，虽不能说就是癌症，但必须在医生的指导下进行随访、观察和进行必要的治疗。

## 六、怎样早期发现癌瘤

有人认为癌瘤的早期常常没有症状，因此癌瘤不易早期发现。事实上，早期癌瘤或多或少都有一定的先兆，会有某些症状。但这些先兆或某些症状往往未引起患者的足够重视，因而未及时到医院去进一步检查，这样就影响了癌瘤的早期发现和早期诊断，延误了治疗时机，给患者带来不可挽回的损失。

所有癌瘤，从早期发展到中、晚期，都要经过一段相当长的时期。有资料说明，从1个癌细胞发生发展到原位癌，一般要经历5~10年时间。有人研究食管癌从轻度上皮增生转化到重度上皮增生，最后演变为早期食管癌，要经过1~6年。子宫颈癌从原位癌发展到浸润癌要经过5~8年。因为有这么长一段时间，所以对我们早期发现癌瘤带来极有利的条件。

有人统计约有75%的癌瘤发生在人体体表或者易于检查发现的部位。例如皮肤癌、口腔癌（包括唇癌、舌癌、口底癌、颊粘膜癌、牙龈癌、上腭癌和扁桃体癌等）、鼻咽癌、腮腺癌、喉癌、甲状腺癌、乳腺癌、子宫颈癌、阴茎癌、肛管癌、直肠癌、骨肉瘤、软组织肉瘤和恶性淋巴瘤等癌瘤。此外，食管癌、胃癌和肺癌用X线检查也容易发现。因此只要提高基层医务人员对肿瘤的认识，普及肿瘤的防治知识，提高广大人民群众对肿瘤的警惕性，我们可以发现一些早期癌瘤病人。有资料表明，如癌瘤病人能早期发现，进行适当的治疗，约有90%的病人可以根治。怎样早期发现癌瘤呢？

### （一）积极开展防癌普查

河南省肿瘤防治研究队在林县开展食管癌的普查工作，共发现早期食管癌患者占 70.6%，而同期在林县县医院门诊就诊的早期食管癌患者，仅占门诊病人的 6.6%，二者相差 10 倍。广州中山医科大家附属肿瘤医院在鼻咽癌高发区进行普查，发现的早期鼻咽癌病例要比门诊早期病人多 7 倍。华西医科大学附一院在四川盐亭和金堂两县开展食管癌和鼻咽癌的普查工作，也发现不少早期食管癌和鼻咽癌病人。因为早期发现癌瘤，可使患者得到根治，从而挽救了不少癌瘤患者的生命。

### （二）依靠病人的自我感觉和自我检查

在上面一节中，已经谈到了早期癌瘤或多或少有一定的先兆，因此熟记癌瘤的警告信号，提高对癌瘤的警惕性，依靠自己本身的自我感觉和自我检查，当发现有一些癌瘤的先兆症状，或自我扪到身体某一部位前一肿块，要不失时机到医院去检查，这样就可早期发现一些癌瘤。事实上，不少病人就是因为看了报纸上登载有关癌瘤的文章，或是听了电台广播，收看了电视有关癌瘤方面的消息去医院门诊而发现癌瘤的。

### （三）警惕和治疗“癌前病变”

因为有不少癌瘤是从一些慢性疾病、良性肿瘤或“癌前病变”演变而来，因此医生和病人都要对“癌前病变”等疾病有足够的重视，对来门诊检查患有“癌前病变”、良性肿瘤的病人，都要进行随访，密切观察或者给予必要的治疗。一旦发生癌变，立即进行手术切除或相应的治疗。

我们认为只要大家重视癌瘤的先兆症状，对癌瘤提高警惕性，开展自我检查，定期进行肿瘤的普查工作，大多数癌瘤是可以早期发现的。

## 七、得了癌症怎么办

多年来，人们总是主观认为癌症是“不治之症”，是“绝症”。由于受到这种错误观点的影响，因此给癌症病人在思想上和精神上很大的打击。实际上，癌症如能早期发现、早期诊断和早期治疗，大都可以根治，可以治愈，一般后果良好。

那么，得了癌症该怎么办呢？我们认为：第一不必害怕，第二积极治疗。

我们知道人是一个有思维有情感的高级生物，许多疾病的发生发展都与情感剧烈变化有密切的关系，当然癌瘤也不能例外。在第11届和12届世界癌症大会上，有不少材料强调癌症的发生发展与精神因素有关。有人曾将乳腺癌患者按不同的神经类型进行分组对比观察，结果发现在病期相同、治疗方法一致的条件下，心胸开阔、无忧无虑者比性格孤僻、抑郁愁闷者的疗效好，存活时间长。还有人用精神分析法对急性淋巴细胞性白血病患者进行预后观察，发现凡具有成熟的个性，良好的适应性等精神状态的患者，缓解期长，存活例数多，预后良好；反之，则缓解期短，存活例数少，预后不良。在临床上也常见到一些本来病情较轻，病期较早的癌症病人，由于受“不治之症”的影响，在癌症面前“束手就擒”，整天焦虑不安，悲观失望，结果病情急转直下，加快癌

症的发展,预后很差。而另一些本来病情较晚的癌症病人,由于具有与癌症作斗争的坚强意志,精神乐观愉快,从而充分调动了机体的抵抗力和内在康复潜力,并能很好与医生合作积极进行治疗,结果预后良好。所以得了癌症后,不必害怕,保持乐观的精神状态,是战胜癌症的首要条件。

患有癌症的病人,积极进行治疗也是十分重要的。我们要正视癌症这个现实,在战略上藐视它,在战术上重视它,不要讳疾忌医,如果积极配合医生进行相应的治疗,总会取得一定的疗效。随着科学技术的发展,早期诊断的方法也不断增多,早期治疗的癌症病人,大都可以治愈。早期乳腺癌和早期子宫颈癌,手术治疗后,疗效卓著。各期鼻咽癌病人采取放射治疗后,半数以上的病人可以根治。过去认为“不治之症”的、预后极坏的晚期绒毛膜上皮癌,我国首创联合化学治疗,取得了很大成就,挽救了不少患者。

总之,得了癌症以后,一方面不必惊慌失措,也不要着急,因为急是急不好的,一定要安下心来,思想上要乐观,要树立战胜癌症的信心和决心,调动和增强人体的抗癌能力与癌症进行斗争。另一方面,积极与医生配合,进行抗癌治疗,以期取得最佳疗效。

## 八、治疗癌瘤有哪些方法

当前治疗癌瘤的方法归纳为:手术治疗、放射治疗、化学药物治疗、激素治疗、免疫治疗及中医中药治疗。近年来还开展了加温治疗、冷冻治疗和激光治疗。

### （一）手术治疗

手术治疗就是通常所说的开刀，把癌瘤切掉。手术治疗是目前治疗癌瘤的主要方法之一，对早期癌瘤施行手术切除完全可以达到根治。但是手术治疗是一种局部治疗，只能切除癌瘤和癌瘤周围的一些转移病灶，而对一些比较晚期的癌瘤或有广泛转移的癌瘤，手术治疗就有一定的困难。

### （二）放射治疗

放射治疗也是目前治疗癌瘤的主要方法之一，据统计，大约有 75% 的癌瘤需用放射治疗。放射治疗是利用各种放射线（如 X 射线和  $\gamma$  射线）或高能量的电子、中子和质子等粒子来照射癌瘤，使癌瘤细胞的生长受到抑制、破坏、直到死亡。放射治疗也同手术治疗一样，主要是局部治疗。放射线虽然能够杀死癌瘤细胞，同时对正常细胞也能起一定的杀伤作用。放射治疗可以引起局部反应，也可出现全身反应。局部反应主要表现在照射区域内皮肤和粘膜的改变。早期皮肤反应可以出现红斑反应、色素沉着、干性脱皮或湿性皮炎。晚期皮肤反应可有永久性毛发脱落、皮肤萎缩、纤维化或经久不愈的放射性溃疡。照射头颈部时常有口干、味觉异常、牙齿松动或脱落。照射胸背部可产生放射性肺炎或放射性脊髓炎。照射盆腔则可产生放射性膀胱炎和放射性直肠炎。全身反应有乏力、头昏、睡眠障碍、食欲减退、恶心和呕吐等症状；白细胞计数有不同程度的减少。因此在实施放射治疗时，要特别注意保护放射区域的正常组织。

### （三）化学药物治疗

化学药物治疗也是目前治疗癌瘤的主要方法之一，化疗

的最大优点是全身性治疗。有些癌瘤（如绒毛膜上皮癌或白血病）应用化学药物治疗可以治愈；有些癌瘤（如未分化癌或恶性淋巴瘤）应用化疗虽不能治愈；但可使瘤体缩小或消失，延长缓解期和生存期。但是现有的大多数抗癌化学药物对癌瘤细胞的作用是非特异性的，选择性不强，毒副反应也较大，它们既对癌瘤细胞有杀伤破坏作用，对正常细胞也有杀伤破坏作用。此外，化疗对大多数实体癌瘤来说，仍属姑息性治疗。在临床上使用化学药物治疗时，要特别注意毒副反应。

#### （四）激素治疗

激素是抗肿瘤药物的一个组成部分。临床上常用来治疗癌瘤的激素可分为两类，一类是性激素，另一类是皮质激素。

1. 性激素：性激素包括雄激素与雌激素两部分。雄激素中最常用的是丙酸睾丸酮和甲基睾丸酮。雄激素有拮抗雌激素的作用。由于乳腺癌的发生发展与雌激素的作用有关，因此对乳腺癌病人常用手术切除卵巢或放射去势，或用睾丸酮进行治疗。前列腺癌的发生发展则与雄激素的作用有关，因此常行手术切除双侧睾丸以减低雄激素的水平，或用雌激素治疗来拮抗雄激素的作用。

2. 皮质激素：皮质激素包括肾上腺皮质激素和促肾上腺皮质激素。皮质激素的抗肿瘤作用与抗炎反应和溶解淋巴样细胞的作用有关。临床上最常用的皮质激素是强的松，多用于对白血病和恶性淋巴瘤的治疗，是各种联合化疗方案中必不可少的药物。

#### （五）免疫治疗



免疫治疗是当前治疗癌瘤的常用方法。免疫治疗是通过提高免疫力的办法来遏制癌瘤生长达到治疗的目的。癌瘤的免疫治疗方法较多，一般可分为特异性免疫治疗和非特异性免疫治疗两大类。前者所调动起来的免疫力比较专一，如给肺癌患者治疗所增强的免疫力就是抗肺癌的免疫力；后者所调动起来的免疫力，作用比较广泛，对什么癌瘤都有效。免疫治疗由于是一种扶正的措施，没有什么副作用，又常能改善病人的一般状况，所以往往受到欢迎。但是，迄今免疫治疗的疗效评价尚未定论。

#### （六）中医中药治疗

中医治疗癌瘤的最大特点是辨证论治，适应范围较广，无论是早期、中期或晚期癌症病人，无论是实体瘤还是血液病，都可运用中医中药进行治疗。中医治疗癌瘤简便易行，所耗经费不多，且副作用少，易为患者接受。但中医中药治疗癌瘤还存在着重复性差、选择性不强和见效较慢等缺点，有待今后进一步探索和提高。

#### （七）加温治疗

近十多年来，国外普遍开展了肿瘤有加温治疗，取得了可喜的成绩。有人把高温治癌誉为继手术、放射、化疗和免疫治疗之后的第五种治癌方法。对肿瘤组织进行加温，使肿瘤部位的正常温度逐渐增加到 43℃ 以上。此时，正常组织的温度上升后，由于血流加快，散热加快，所以温度难以达到 45℃，而肿瘤组织由于血循环不良，温度可高达 50℃。在加温到 43℃ 时，正常细胞可耐受，可复原，而肿瘤细胞则产生不可逆转的改变而死亡，从而达到治疗恶性肿瘤的目的。

加温治疗有两种方式，即全身加温和局部加温。全身加温主要采用体外循环血液加温的全身加温疗法；局部加温包括热水浴、超声波、射频透热疗法和微波透热疗法。

我国从八十年代开始也开展加温治疗，经过近年来的临床实践证明，对晚期或无法手术切除的肿瘤提供了新的治疗途径，取得了一定的疗效。但是高温治癌目前还处在临床实验治疗阶段，许多问题还有待解决。当前影响热疗进展的主要问题，仍然是加温、控温和测温方法；此外，若所加的温度不合适，如在 40℃ 以下，有可能反而促进肿瘤的转移。

#### （八）冷冻治疗

冷冻治疗是一门公认的医学学科，它是利用一种制冷物质产生低温来治疗肿瘤的一种方法。在过去，皮肤科领域内用得最普遍的制冷物质是二氧化碳，六十年代以后，随着制冷工艺的发展，液氮（沸点为 -196℃）被认为是最优良的医用制冷剂，从而使液氮冷冻疗法成为临床医学中的一项新兴技术。冷冻治疗可使组织发生永久性变化，它使细胞内温度急速下降形成冰晶，从而达到细胞窒息，局部组织坏死。在冷冻治疗时，由于大部分肿瘤细胞处于冷冻凝结区内，因而治疗后，在肿瘤细胞组织周围可形成一个不利于它生长和代谢的环境，减少肿瘤细胞扩散的机会。皮肤和粘膜经冷冻处理坏死后，再生能力强，患者在治疗后很少留下疤痕，因而冷冻治疗是治疗头面部肿瘤的理想方法。对不能手术治疗的癌症患者，对极易大量出血的肿瘤手术，可先使肿瘤冷凝，造成治疗区域内毛细血管和小动脉栓塞，血液循环停止，这样可减少因大量出血而引起的手术危险性；且冷冻治疗使肿瘤

体积缩小，局部组织坏死界线清楚，容易完整切除从而达到根除。同时节约了血源，也减轻了病人的经济负担。此外，冷冻治疗可用于不适宜放射治疗的病人，尚有杀菌效能和止痛作用。

我国在七十年代初期开展了液氮冷冻外科技术，目前已广泛地应用于眼科、耳鼻喉科皮肤科、妇科、外科和肿瘤科等治疗，取得了一定的成就。虽然现在冷冻治疗的仪器装置较多，但都不同程度的存在一些问题，如缺乏治疗剂量监护设备，如何解决零下 100~200℃ 超低温监视记录等自动化控制等问题。

#### （九）激光治疗

激光治疗现在称为光动力治疗，是 1976 年开展的治疗癌瘤的一种新技术，是一门新兴学科。激光治疗是利用氩离子激光机发出的 630~631nm 波长的红色激光，与血卟啉配合使用，首先对人体体表肿瘤的治疗获得良好疗效。激光—血卟啉治疗癌瘤的机理是用 620~640nm 的激光照射含有血卟啉的癌组织时，在能量转移过程中，由光动力学作用产生单态氧，它具有强大的氧化能力，当单态氧达到一定浓度时，对癌细胞就有毒性，从而破坏癌细胞。本法具有操作简便，应用范围广，疗效高，对正常组织无大的副作用等优点。它适用于手术、放疗或化疗后无法控制的复发性癌症，对早期病变或早期复发癌症特别有用。但是，激光-血卟啉光敏反应杀死癌细胞的效果与激光穿透深度有关，如波长范围在 620~640nm 以外，就达不到治疗作用。

我国在 1980 年开始这方面的研究工作，1981 年用国产

设备与血卟啉治疗体表基底细胞癌获得成功,1982年开始用于腔内治疗。临床实践表明,激光治疗对皮肤恶性肿瘤和气管、支气管、食管及膀胱部位的癌均有效。

## 九、怎样防治食管癌

食管癌是我国最常见的癌症之一,根据七十年代全国恶性肿瘤死亡回顾调查表明,食管癌的死亡率占第二位,以男性40岁以上的中老年人发病较多。我国食管癌的发病率,北方地区比南方高。在四川,则以川北盐亭县为中心,在周围的剑阁、苍溪、阆中、南部、西充、射洪和三台等县,发生食管癌的人也比较多。防治食管癌的关键,在于早期发现、早期诊断和早期治疗。但是,人们常常对早期食管癌失去警惕。当病人发生经常性或持续性吞咽哽阻时,病情已经比较严重,往往发展到了中晚期阶段,失去了手术治疗的机会。

### (一) 食管癌的发病原因

根据国际癌症研究中心(IARC)于1979年在法国里昂市确认亚硝胺是人类的一种致癌物质,具有强烈的致癌作用。动物实验证明,有十多种亚硝胺类化合物可以选择性的引起食管癌。在一般情况下,亚硝胺在食物中的含量较少,但是合成亚硝胺的亚硝酸盐与胺类,在许多食品中却广泛存在。实验证明,亚硝酸盐与胺类在胃内适当的酸度作用下,可以合成亚硝胺。

不少研究资料表明,不仅人口腔中的细菌和一些霉菌能将硝酸盐转变为亚硝酸盐。唾液中的化学物质对亚硝胺的合

成也有作用，如唾液中的硫氰酸盐能促进胺类与亚硝酸盐合成亚硝胺。

四川省化学研究所曾对盐亭、阆中、三台、彭县与平昌 5 个县的食品进行采样研究，结果发现盐亭地区的牛皮菜、酸菜和红苕干中的硝酸盐和亚硝酸盐的含量特别高。如果在人的胃中有适合亚硝胺合成的条件，就会形成亚硝胺，从而诱发食管癌。由此可以推测食管癌高发区的盐亭县，亚硝胺是诱发人类食管癌的重要因素之一。另外，在酸菜中分离出的白地霉，也具有促癌或致癌的作用。

除亚硝胺外，不良的饮食习惯与食管癌的发生也有十分密切的关系。研究资料表明，在华北食管癌高发地区，居民喜欢喝很烫的稀粥，喝滚烫的开水，吃过硬的食物。进食时又不细嚼慢咽。有的人还常饮烈性酒。以上这些因素都会使食管壁的上皮细胞，经常遭到机械性与物理性的刺激和创伤。为修补反复遭受损害的食管壁上皮细胞，因而食管壁上皮细胞的新生过程加快，经常处于再生和增生阶段。在此阶段如遇外界致癌物质的作用，就有可能间变成癌细胞，最后导致为食管癌。

## （二）食管癌的早期症状

河南省肿瘤防治研究队在林县进行食管癌的防治工作中，发现了不少早期食管癌病例，总结了不少早期症状，从而对发现早期病人有重要意义。现将早期食管癌的症状简单介绍如下：

1. 咽下食物哽噎感：在早期食管癌病人中，病人常能清楚地记忆第一次发生咽下食物哽噎感的时间和引起的原因。

咽下食物哽噎感多半是因为吞服烙饼、干馍或者其他不容易咀嚼完善的食物所引起。一般在第一次出现噎感以后，不经任何治疗就自行消失，但是隔几天或几个月以后又会再次出现。病人常把这种症状形容为咽下食物时感到食管内有气体阻挡，所以病人常常叙述为“压气”或者“噎气”。这种症状的发生常与病人的情绪波动有关，因此又往往把咽下食物哽噎感与“生气”联系起来。

2. 食管内异物感：病人常常诉说某一次因为吃了粗糙的食物而将食管擦伤，或者疑为误将异物吞下而存留在食管内。病人常常感觉有类似如米粒或者蔬菜碎片贴附在食管上，吞咽不下，但又不感到疼痛，与进食也没有关系。即使不作吞咽动作，病人也有异物感的感觉。异物感的部位多与食管癌的病变部位相一致。

3. 食物通过缓慢并有停留感：病人多反映食管口变小、紧缩，食物下行缓慢，并有停留的感觉。这些症状只出现在咽下食物时，进食以后就消失，它与食物的性质没有关系，饮水的时候也有相同的感受。

4. 咽喉部干燥与紧缩感：病人常说咽喉部干燥发紧或形容为“脖子”发紧，咽下食物不顺利，并有轻微疼痛。吞咽干燥食物与粗糙食物尤其明显。这种症状的发生也常与病人的情绪波动有关。

5. 胸骨后疼痛：这种症状在早期病人中比较多见。病人常常叙述咽下食物时胸骨后有轻微疼痛，并能说明疼痛的部位。疼痛性质可为烧灼样痛、针刺样痛或牵拉摩擦样疼痛。疼痛的轻重与食物的性质有关，在咽下粗糙、热食或有刺激性

的食物时，疼痛比较重；吞服流质、温热食物时疼痛比较轻。咽食物时疼痛，进食以后减轻或消失。也有个别病人疼痛比较重，甚至呈持续性疼痛。病人自己所感觉的疼痛部位不完全与食管内病变的部位相一致。这种症状大多可用药物治疗获得暂时的减轻，几天或几月以后，当病人情绪波动或进食不当时又会发生，并且常常反复出现，存在很长的时间。

6. 胸骨后闷胀不适：这种症状病人常不能具体形容，只说感到胸部不舒服。

7. 剑突下疼痛（俗称“心口”痛）：病人多诉为烧灼样刺痛，轻重不等，多在咽下食物时出现，食后减轻或消失。也有的为持续性隐痛，与进食关系不大。

以上这些症状，在早期食管癌病人中，可以一个人有多种症状存在，也可以只有一种症状。有的持续时间很久，有的间断发生。还需要注意的是，一般在第一次发生某种症状，经过治疗以后，虽可暂时消失，但以后仍然可能出现这种症状；随着病情的发展，症状可以加重或者再发生别的症状，可是很少有多种症状交错出现。如果有人发生上述 7 个方面的症状，不论是一种或几种症状，特别是在食管癌发病较高的地区，应该立即到当地医院去作检查，以便早期发现并获得及时根治的机会。

### （三）食管癌的诊断和治疗

见第三章二节。

### （四）食管癌的预防

对食管癌的个人预防措施如下：因维生素 C 可以减少或消除亚硝酸盐的含量，从而阻断亚硝胺的合成，因此我们最



好经常吃一些含维生素 C 比较丰富的新鲜蔬菜和水果，不要吃隔夜蔬菜，不吃酸菜，更不要吃有霉烂变质的鱼、肉、水果和生霉的粮食、花生、豆类。对于熏制的或用硝酸盐制备的鱼和肉类，因都含有较多的亚硝酸盐，最好也少吃。此外，鱼肉中有二级胺存在，当高温烹调加入酸性佐料时，能促进二级胺的硝基化形成亚硝胺，所以千万不要吃烧焦的鱼肉。我们知道口腔中的微生物等均有利于亚硝胺的合成，因此要注意口腔卫生，做到早晚刷牙，饭后漱口。为了减轻对食管粘膜的不良刺激，最好不吃极烫的饮食，少饮烈性酒，要养成细嚼慢咽的良好饮食习惯。

## 十、怎样防治大肠癌

大肠癌是常见的癌症之一。大肠包括结肠和直肠，是消化道最远端的一部分器官。无论是在结肠或直肠部分所发生的癌肿，都总称为大肠癌。据 1973 年～1975 年全国 29 个省、市、自治区的统计表明，我国大肠癌的发病率占所恶性肿瘤的第六位。约 70～80% 的大肠癌发生在乙状结肠以下，其中直肠癌发病率最高，占总数的一半以上。结肠癌的好发部位依次为乙状结肠、盲肠、升结肠、降结肠和横结肠。在性别方面，男性约占 2/3，女性约占 1/3。发病年龄多见于 40～70 岁的中老年人，30 岁以下发病者较少，仅占 4%。因此，大肠癌是对中老年人危害较大的一种癌症。

### （一）大肠癌的发病原因

根据国内外的大量资料报道，以下因素与大肠癌的发病



有关。

1. 饮食：有人发现，在全世界的大肠癌高发地区，环境因素比遗传因素或种族因素更为明显。例如移居到美国的第二代与第三代日本人发生大肠癌的机会，远比在日本本国的日本人为多。又如在美的黑人，大肠癌的发病率远比在非洲的黑人为高。因此推测是环境因素起了主要作用。其中，尤其以饮食因素引起大肠癌的可能性为最大。据调查，大肠癌发病率高的国家，一般偏食高脂肪饮食，而在大肠癌发病率低的国家，饮食中的脂肪含量一般比较低。例如大肠癌发病率比较高的美国，居民饮食中脂肪含量占总热量的 41.8%；而大肠癌发病率低的日本，居民饮食中脂肪含量只占总热量的 12.2%。有人进行大便分析发现，高脂肪饮食、大肠癌发病率高的国家，大便中胆固醇代谢产物的浓度、胆酸的分解产物和厌氧的梭形芽胞杆菌的浓度都比较高。有人分析高脂肪饮食居民的大便中，胆固醇代谢产物的含量较一般饮食的人高 4~5 倍，大肠内细菌的葡萄糖醛酸酶的活性比一般饮食的人高 7 倍。实验表明，大肠癌发病率比较高的地区，居民的大便中厌氧的梭形芽胞杆菌可将脱氧胆酸转变为 3—甲基胆蒽，而 3—甲基胆蒽在动物试验中已被证明是一种致癌物质。有人认为，一方面由于偏食高脂肪的人，肠道内胆液和厌氧细菌增多，可以产生较多的致癌物质；另一方面，由于偏食，食物中纤维素少，使大便中的致癌物质浓度增高，同时大便在大肠内存留的时间延长，大肠粘膜经常处于致癌物质的刺激诱发下，因此发生大肠癌的机会也就大大增多。

2. 血吸虫病：有人观察到“日本血吸虫病”与大肠癌的

发生有一定的关系。根据国内的统计资料表明，不仅在“日本血吸虫病”流行的地区，大肠癌患者明显增多，而且在大肠癌的手术标本中，伴有血吸虫病的百分比也比较高，有的高达 96.1%。在血吸虫病流行的福建、浙江、江苏、上海以及长江下游等地区，不仅大肠癌的发病率占全国首位，而且大肠癌也是当地最为常见的恶性肿瘤之一。血吸虫病导致大肠癌的发生，可能是由于在大肠粘膜上，血吸虫卵的长期沉积，造成大肠粘膜反复发生溃疡、修复以及慢性炎症等病变，进一步在大肠粘膜上出现腺瘤状增生，并在腺瘤的基础上发生癌变。

3. 溃疡性结肠炎：据统计，在溃疡性结肠炎病人中，约有 3~5% 的病例最终会发生大肠癌。有人注意到大肠癌的发生与溃疡性结肠炎的病程长短有关。如病程在 10 年以下，大肠癌的发生率比较低；病程在 10 年以上，大肠癌的发生率逐年增多；病程到 20 年时，有 12.5% 的病例发生大肠癌；到 25 年时达到 25%；到 30 年时，大肠癌的发生率高达 40%。有人还注意到，大肠癌的发生率与病变范围有关。当溃疡性结肠炎的病变范围比较广泛时，大肠癌的发生率也比较高。有关溃疡性结肠炎产生大肠癌的机制，可能是由于大肠慢性炎症的长期刺激，反复多次的组织破坏和修复，是产生大肠癌的一个诱因；而在细胞再生或分裂过程中发生的突变，则是导致大肠癌的主要原因。

4. 腺瘤：根据临床和病理资料表明，有一些大肠癌是由腺瘤转变而来的。有人推测大肠腺瘤转变为大肠癌，可能是细胞在分裂过程中发生突变所致。但是如何促使大肠腺瘤转

变为大肠癌的原因，目前还不清楚。

5. 其他因素：有人认为肠道中亚硝胺类化合物的增多，土壤中钼的含量减少，长期吸烟，家族性大肠多发性息肉，过去患过乳腺癌而在腹部或盆腔作过放射治疗，遗传因素以及免疫缺陷等因素，都可能与大肠癌的发生有关。但目前认为都不是主要因素。

## （二）大肠癌的症状

大肠癌缺乏早期症状，也没有特异性症状。大肠癌最初出现的症状，常常是腹痛、便血、便脓和大便习惯的改变。由于大肠癌的临床类型不同和大肠癌所在肠段部位的不同，因而大肠癌所出现的症状也不一样。有时往往被当作慢性肠炎、痔疮、肛裂、肛瘘或其他疾病，延误了早期发现与早期治疗，给病人的生命造成严重危害。

大肠癌的常见症状如下：

1. 大便次数和性质的改变：在正常情况下，一般每天解一次大便或隔一天解一次大便，仅个别人每天解两次大便，或者隔两天、三天解一次大便。大便质软，黄色，成条形。大肠癌病人都有大便习惯的改变，如结肠癌在早期，1/3的病人有大便的改变，主要表现在大便稀烂、带脓血和大便次数增多。如果发生轻度肠梗阻时，还会出现交替性便秘和腹泻；梗阻加重，便秘也加重。如为直肠癌，在就诊时，主要症状是排便习惯和大便性质的改变。据统计大约 67.5% 病人有排便次数增加，或出现粘液便和腹泻。65.2% 的病人有便血，并伴有肛门坠痛、里急后重和解大便后有排不尽的感觉，甚至肛门失禁，流出粘液和恶臭脓血。因此，如有原因不明的大

便次数增多，大便稀烂，大便有脓血和粘液，或者感到大便解不尽，便后有肛门坠胀及持续性里急后重等症状时，就应警惕大肠癌的发生，并立即到医院去检查。

2.便血：大肠癌病人在首发症状中，约56%的人有便血，就诊时70%的人有便血。在大肠癌的早期，尤其在直肠部位发生的癌肿，由于大便的摩擦，可能发生出血，这时，可见大便表面带有鲜红色的血液。如果是在右侧结肠发生癌肿，因右结肠离肛门较远，大便在右结肠内还呈稀糊状；同时盲肠和升结肠的蠕动小、蠕动次数较多，而使血和大便均匀混合，所以肉眼看不见血液。如果癌肿在左结肠，出血常为栗色或绛色。有些病人由于把大肠癌的出血错误的当成“大便干燥引起的出血”、“肛裂”或“痔疮”出血，因而延误了大肠癌的早期发现和治疗。

3.腹痛；腹痛是结肠癌最常见的症状。有时，直肠癌也会发生腹痛。腹痛占大肠癌首发症状的46%，在就诊的病人中，86%有腹痛。在大肠癌的早期，腹痛一般多不剧烈，而且只有腹痛，没有其他不适症状，常常会被病人忽视，因而延误早期发现与早期诊断。一般腹痛发生的部位常在大肠癌病变发生的部位，初期疼痛虽不太剧烈，但在劳动或行走时疼痛可能会加重。腹痛的发展过程，先是较长时间的间歇性隐痛，以后转为持续性疼痛。腹痛的原因，可能是癌肿侵入肠壁的肌层和局部感染的结果。如果因为癌肿引起肠梗阻，可以产生阵发性绞痛。总之，如有原因不明、持续性、固定部位的腹痛，都要想到有大肠癌发生的可能性，应及早到医院诊断治疗。

4.腹部包块:据统计,腹部包块占结肠癌首发症状的 1/3。在患者就诊时所叙述的症状中,腹部包块占 64%,在体检时发现有腹部包块的占 79%。发生肿块的原因,一是由于肿瘤本身不断的长大,二是由于癌瘤向肠腔外浸润的结果。当病人自己发现腹部有包块时,应立即去医院检查,争取及早手术治疗。

5.肠梗阻:结肠癌是结肠梗阻的常见原因。在结肠梗阻病例中,有 20~55%是由结肠癌引起的。直肠癌发展,并引起肠腔狭窄时也可能出现肠梗阻。发生肠梗阻时有腹痛、腹胀、呕吐和便秘四大症状。无论是癌肿或其他原因引起的肠梗阻,都应及时到医院诊断治疗。

6.贫血、乏力和消瘦:在大肠癌的首发症状中,贫血和乏力仅占 2%,但占就诊时症状的 1/3。与乏力的同时,常伴有消瘦和体重减轻。如果是 40 岁以上的中老年人,出现不明原因的贫血、乏力和消瘦等症状时,也应到医院去作进一步检查。

### (三) 大肠癌的诊断

见第三章第三节。

### (四) 大肠癌的防治

1.大肠癌的预防:预防大肠癌的主要措施是合理饮食。膳食安排应以低脂肪、多纤维素食品为宜。要克服和改变偏食肉类的习惯,应当多吃新鲜蔬菜、水果等富含碳水化合物与粗纤维的食物。据研究,多吃纤维素食物的人,残渣从肠道排出的平均时间为 14.5 小时,而吃低纤维素食物的人,平均需要 28.4 小时,这个情况说明,多吃纤维素食物可以使

大便从肠道排空的时间加快，使肠内容物中的胆酸、胆固醇与细菌相作用的时间减少，从而产生致癌物质的量也减少，使致癌物质与大肠道粘膜接触作用的时间相应缩短。同时，由于多吃纤维素还可使大便量增加，使大便中致癌物质的浓度相对地降低，这样就减少了患大肠癌的机会。此外，积极防治和消灭血吸虫病、积极防治溃疡性结肠炎、积极治疗大肠腺瘤对预防大肠癌的发生有一定意义。凡有乳腺癌病史曾在腹部和盆腔作过放射治疗的人，有家族性结肠、直肠多发性息肉及家族性结肠、直肠癌的人，有免疫缺陷的人，都要定期到医院去检查，医院也要密切随访观察，以警惕大肠癌的发生。

2. 大肠癌的治疗：治疗大肠癌，无论是结肠癌或是直肠癌，手术切除都是首选主要的治疗方法。为了提高手术切除的疗效，可采取术前或术后放射治疗，化学药物治疗，免疫治疗和中医中药治疗。即使是早期大肠癌，在术后最好采用中西药综合治疗。

早期大肠癌单纯手术治疗的5年生存率可达71~97.7%。如果病变局限在肠壁，又无淋巴结转移，5年生存率仍可达25~64%。如有淋巴结转移，5年生存率只有6~30%。因此，要提高大肠癌的治愈率，关键在于早期发现和早期治疗。

## 十一、怎样防治肝癌

原发性肝癌（以下简称肝癌）是一种常见的、危害性极

大的癌症。根据七十年代全国恶性肿瘤死亡回顾调查表明,肝癌的死亡率在城市和农村都占第三位。肝癌在国内的好发年龄为 40~59 岁(占 60%以上),国外报告平均发病年龄为 60~70 岁。男性比女性多,约为 3~6 倍。由于肝癌的病程短,发展迅速,症状急剧,所以当患者从出现症状到医院就诊时,大多数病情已到了中晚期,不仅失去了手术治疗的时机,也没有其他有效的治疗方法。近年来,虽然广泛应用甲胎蛋白作为肝癌的普查方法和诊断方法,大大提高了对肝癌的早期诊断率和早期手术治疗的机会。但是,肝癌和其他部位的癌瘤相比,手术切除率比较低,远期疗效也不够满意。据统计,肝癌病人从发病到死亡,平均生存期仅为 2.6~5.74 个月,死亡很快,死亡率极高,给人类造成极大的危害。因此努力降低肝癌的发病率、不断提高肝的生存率和治愈率,进一步降低肝癌的死亡率,是肝癌防治工作中迫切需要解决的十分严重的问题。

### (一) 肝癌的发病原因

根据国内外的大量资料报道,肝癌的发生可能与下面一些因素有关。

1. 乙型肝炎和肝硬化:乙型肝炎、肝硬化与肝癌的关系早为人们所注意。现在乙型肝炎病毒与肝细胞癌的关系已在非洲和亚洲得到确认,乙型肝炎病毒对肝癌的发生有直接致癌和间接的促进作用。从临床上看,不少肝癌病人都曾有过肝炎或肝肿大的病史。检测肝癌病人的乙型肝炎表面抗原,其阳性率要比正常人高得多,特别是肝癌伴有甲胎蛋白阳性的病人,乙型肝炎表面抗原的阳性率明显增高。临床和病理资



料表明,乙型肝炎可发展成肝硬化,而肝硬化进一步又可演变成肝癌。肝癌伴有肝硬化者,虽然各国的统计数字不同,但其平均数约为 70%左右,如在肝癌高发区,则高达 90%以上。

目前大多数研究人员认为,肝癌的发生可能是通过乙型肝炎病毒引起病毒性肝炎,造成肝细胞反复损害、再生、增生和恶变,最后导致肝癌。其中乙型肝炎病毒是产生肝癌的重要原因,而肝硬化是肝癌发生的重要环节。

2.环境因素:肝癌的分布与地区关系密切,在肝癌高发区的地理环境特点,又显示出土水因素与肝癌发病关系尤为重要。各地调查资料指出,饮用死水、塘水和宅沟水的人群,肝癌的发病率比较高。而饮用流动水和井水的人群,肝癌的发病率则较低。根据分析,这个情况可能与农药污染、硝酸盐和亚硝酸盐类物质的蓄积有关。又据近年的调查结果,肝癌高发区土壤中的有机质含量、全氮含量都比较高,土壤硝化作用较强,因此土壤中硝酸盐和亚硝酸盐含量也比较高,这可能与亚硝胺合成有关。

3.黄曲霉毒素:有人注意到肝癌高发地区,粮食中的黄曲霉菌和黄曲霉毒素的污染情况都比较严重。因此,黄曲霉菌所产生的黄曲霉毒素是近年来研究肝癌病因的重要内容之一。黄曲霉毒素对于某些动物有致肝癌作用,这已经从实验室中得到了证实。例如广西扶绥县曾用农民食用的霉花生、霉玉米或含有黄曲霉毒素的花生和玉米来饲养大白鼠,都成功地诱发了肝癌,诱发率高达 80%。江苏启东县用当地含黄曲霉菌及黄曲霉毒素的霉玉米来诱发鸭肝癌,也获得了成功。

最新研究的材料表明,黄曲霉毒素不是肝癌的直接病因,



它是一种免疫抑制剂，由于抑制了细胞的免疫反应，增加了乙型肝炎病毒的携带率，从而增加了肝癌的发病率。

4. 亚硝胺类化合物：亚硝胺是一种很强的致癌物质，尤其是二乙基亚硝胺，在动物实验中证明它比其他致癌物的诱发率高，发癌时间短，可以诱发肝癌。江苏启东县肝癌流行情况的调查结果说明，水、土中硝酸盐、亚硝酸盐的含量较高。当这些化合物进入人体后，在一定条件下，可与食物中普遍存在的二级胺（如二乙胺）在胃内合成致癌性的亚硝胺化合物。又据启东县调查报告，在咸菜内含有一定量的亚硝胺（主要是二乙基亚硝胺）。用当地居民的咸菜粗提亚硝胺喂养大白鼠，在4个月内，有85%的大白鼠诱发出了肝癌。这个情况说明，亚硝胺化合物与肝癌的发生有密切的关系。

5. 遗传因素：在询问病史中，有部分肝癌患者有家族史。有人曾在肝癌病因配对调查中，发现肝癌组家族中有肝癌病史的人占13%，而对照组只有5%，因此推测肝癌与遗传有一定的关系。但从扶绥和启东两县肝癌多发家族调查的结果来看，肝癌的发生与共同生活的因素更为重要，其次才是血缘关系。根据国外资料表明，从东南亚和南非肝癌高发区移民到肝癌低发区的美国以后，肝癌的发生率就显著降低。这也说明肝癌的病因主要是环境因素起作用，与遗传因素的关系不大。

6. 其他因素：国内外还有不少资料报道营养、饮酒、寄生虫病、农药污染和微量元素与肝癌的发生有关，但目前认为都不是主要因素。

## （二）肝癌的症状

多数肝癌病人在早期无自觉症状，也缺乏特殊征象。自从应用甲胎蛋白开展大规模普查以来，发现了一些早期或临床前期的肝癌病人，既没有特殊的症状，也没有典型的体征。这些肝癌病人，自觉身体健康，少数病人虽可短期出现乏力、食欲减退和上腹部闷胀不适等症状，但一般都还在工作岗位上，仍然可以参加日常的劳动。半数病人可有肝脏轻度肿大，但都扪不到肿块。这些病人最后经手术发现的癌灶，有的只有 1 厘米直径左右。因此病人如有上腹部不适、上腹部疼痛或不规则的消化道症状，要提高对原发性肝癌的警惕性。

当病人出现肝癌的典型症状和体征时，病情往往已发展到中晚期。根据全国 11 个地区 21 个医疗单位 3254 例原发性肝癌的临床资料分析，肝癌病人入院主诉有肝区胀痛、上腹部包块、食欲减退、乏力、消瘦及腹胀等症状。其中以肝区疼痛、上腹部包块和腹胀较具特征性。

### （三）肝癌的诊断

凡是年龄在 40 岁以上的中老年人，如有原因不明的肝区疼痛、上腹部不适、食欲不好、乏力、消瘦而又伴有进行性肝脏肿大时，应考虑肝癌的可能性。对慢性肝炎或肝硬化的病人，如发现疼痛加重，肝脏进行性肿大或甲胎蛋白含量逐渐上升者，也要警惕肝癌的可能性，都应到医院作进一步的检查。

过去对肝癌的检查方法虽较多，但都没有特异性。因此虽能诊断一部分中晚期肝癌病人，但早期发现的不多。自从应用甲胎蛋白检测以来，肝癌的诊断水平有了较大的提高。应用甲胎蛋白开展普查，可以发现不少早期肝癌病人。目前，诊

断肝癌常用的方法，有肝功能检查、酶学检查、甲胎蛋白检测（包括琼脂扩散法、对流免疫电泳法、血球凝集试验法、火箭电泳法和放射免疫测定法）、超声波检查、放射性核素肝扫描、放射性核素亲肿瘤扫描、r- 闪烁照像、X 线检查、肝血管造影、电子计算机体层摄影（CT）、腹腔镜和肝穿刺活检等检查方法。肝癌临床诊断的正确率已从三十年代的 20% 左右提高到现在的 80% 以上。特别是应用甲胎蛋白检测来进行普查，为肝癌的早期发现和提高治疗效果创造了有利条件。

#### （四）肝癌的防治

1. 肝癌的预防：根据现有的认识，针对目前已经发现的可能引起肝癌的一些致病因素，应采取以下一些预防措施：首先，在肝癌高发区建立肝癌防治网，大力进行防癌宣传工作，普及肝癌的防治知识，积极开展肝癌的病因研究。进一步找出发生肝癌的确切原因，以便采取相应的预防措施来降低肝癌的发病率。其次，在肝癌高发区，在有条件的地方，对中年以上群众或肝病患者定期进行普查工作，以便早期发现、早期诊断和及时治疗肝癌病人。第三，要管好水源，大力宣传饮用流动的清洁水，不要吃死水、塘水和宅沟水。要保管好粮食，防止糖食霉变，防止黄曲霉毒素污染。大力宣传饮食卫生，提倡多吃新鲜蔬菜，不吃霉烂变质食品，不吃生鱼，不要酗酒。第四，积极防治肝炎和肝硬化，对急性肝炎病人，要早期发现，早期隔离，及时治疗。对慢性肝炎和肝硬化病人，除积极治疗以外，还要定期复查。对乙型肝炎病毒携带者，要加强管理，特别是从事饮食食品业的人，要调离工作。

2. 肝癌的治疗：对肝癌的治疗方法有手术切除、放射治

疗、化学药物治疗、免疫治疗和中医中药治疗。治疗方法的选择根据病情而定，一般来说普查发现的没有症状和体征的早期病人，首选手术切除，术后再用药物治疗。临床发现病变较局限者，也可考虑手术切除，术后辅以放射治疗、全身化学药物治疗、免疫治疗和中草药治疗等综合治疗措施。对于剖腹探查不能用手术切除的原发性肝癌病人，可从门静脉插管或从肝动脉插管灌注抗癌药物。对于不适于做手术切除而又比较局限的肝癌，也可采用摄氏零下 196 度的液氮作肿瘤局部冷冻治疗。晚期肝癌病人则采用中医中药、免疫治疗和化学药物等综合治疗。中医中药治疗原发性肝癌为我国所特有，它可以适用于几乎所有的肝癌病人。根据 1975 年全国喜树、斑蝥协作会议资料报道，斑蝥和斑蝥制剂治疗原发性肝癌的有效率为 60%。此外，喜树碱、肿节风、三棱、莪术及消症益肝片等中草药制剂，对肝癌也有一定的疗效。

## 十二、其他癌症的防治

肺癌见第一章五节。

胃癌见第三章第三节。

血癌见第五章二节。

乳腺癌见第十一章五节。

子宫颈癌见第十四章十一节。

鼻咽癌见第十六章六节。

### 第三篇

## 健康长寿之道

延长人类寿命,延缓衰老过程,是人们多年来的愿望,也是世界老年医学研究中的重要课题。古今中外,不少人对此进行了不少的探索和尝试,取得了不少的经验和教训。我们国家是一个有数千年历史的文明古国,在长期的实践中,已经总结出一套摄生延年的宝贵经验,很早就注意到了保健和长寿的问题,在实践中总结出的经典理论又反过来指导实践。远在二千多年前问世的《黄帝内经素问·上古天真论》就说:“上古之人,春秋皆度百岁而动作不衰。”这就是他们掌握了摄生保健、延年益寿的客观规律。指出在生活中要“法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年”。提出了要做到“志闲而少欲,心安而不惧,形劳而不倦”,“嗜欲不能劳其目,淫邪不能惑其心”,使人体的生理活动适应于自然界运动变化的客观规律,生活上符合摄生保健、延年益寿的要求,做到饮食有节制、不过饥过饱,睡眠有一定时间、劳逸要适度,不要纵欲等,使“形”与“神”平衡协调,以增强机体抗衰老的能力,达到“春秋皆度百岁而动作不衰”。

《内经》还在阐述老年保健的预防思想方面明确地提出要“不治已病治未病”,强调了摄生的重要性,只有把人体的脏腑功能、生理活动调节正常了才能达到“正气内存、邪不可干”。不然,老年体虚、气血不足,就容易发生“邪之所凑,其气必虚”。因此要求人们在摄生保健中尽量做到“阴平阳秘、精神乃治”,以达到延年益寿的目的。这对于我们现在研究具有我国特色的老年学是一份值得深入钻研的宝贵财富。

在近代，随着科学技术的进步和发展，对衰老的探索已经从表面深入到本质。人类的寿命已逐渐延长。摆在我们面前的现代老年医学的任务，不仅要使人类获得长寿，更需要考虑到既长寿又健康，使生命充满活力，使肉体和精神衰退减低到最低限度，从而保持较长久的劳动能力。因此，人类生长发育及衰老尽管是自然规律，但是寿命之长短常常因人而异，懂得摄生之道的人，就能“尽终其天年，度百岁乃去。”

## 第一章 劳逸结合

### 一、劳逸结合有益于健康

要达到延年益寿，劳逸结合是非常重要的。适当的劳动，无论其内容和方式，对中老年人的健康都有利。劳动能促进身体健康，精神舒适。但不可过劳，造成筋疲力尽，恢复不易，这样不但无益反而有害。只有劳逸结合，才能身心健康，延年益寿。所以，劳和逸，动和静，紧张和松弛，对人来说，都是矛盾的对立和统一。将两者的关系处理好了，配合得恰当，才有利于健康。随着年龄的增长，体力和脑力都会有逐渐减退的趋势。所以，中老年人要根据自己身体的情况和条件适当掌握。由于每个人有自己的生活习惯、情趣爱好，所以合理安排是不能脱离实际的。

### 二、中老年人如何休息

平时尽量做到心胸开朗、胸襟宽阔。一个人在生活中难



免有些不愉快的小波折，但只要能泰然处之，就不会损害精神，对延年益寿有益。早晨，空气新鲜，令人精神清爽，可到户外花草树木多的地方呼吸新鲜空气，以吐故纳新。持之以恒，对身体是有好处的。散步，也是一个较好的活动形式。饭后，食物停胃，可缓行而促进消化吸收。中老年人久坐久卧是经常的事，因而除了活动之余，静坐、闭目养神或结合静坐听一些轻松的音乐、戏曲以恢复体力外，还可以随其坐卧作一些坐功、睡功方面的导引动作，使血脉流通，机体健康。气功、太极拳、体操这些活动量就更大一些，体力消耗也多一些，这就必须要根据自己的条件和可能尽量安排，但开始必须适可而止，一定要作到循序渐进，不能因此而有损于身体。当然，有条件的还可以定时安排一定时间、一定范围的外出旅游，以饱览美丽祖国的大好河山、名川古刹、胜境遗迹，以开阔视野，获得丰富的知识，陶冶性情，能增进身体健康。对于退休以后的老年人，一定不要有风烛残年、身心憔悴、情绪低落之感。不然会造成人体内环境的平衡失调，促进衰老，产生疾病。因此，在生活上、学习上要有合理的安排，适当参加一些有益于公众的社会活动，发挥自己的余热，使精神有一定的寄托；另外，要培养自己的兴趣、爱好，使自己在轻松愉快的生活中度过晚年。可以安排一些观赏或习作书画；栽种或欣赏花木、盆景；饲养鸟鱼，这些都是非常有趣的有益活动。

### 三、适当的学习有益于健康

近几年来，不少从事老年学的专家发现：学习和一定的脑力劳动与身心健康、延年益寿有密切的关系。某些思维能力的部分丧失，在较大程度上可能是由于不用脑而不是由于疾病造成。这种情况可以通过简单的脑力锻炼得到恢复。当然，我们并不主张安排紧张的脑力劳动，看一些轻松的诗文是可以的。

## 第二章 运动和健康

### 一、生命在于运动

人类不断地进行着从小自每个细胞、大至器官系统、维持生命的新陈代谢活动，按照生、老、病、死的客观规律不停地进行着运动变化。如果人体的生理活动、代谢功能停止，那么生命活动也就中止了，所以生命在于运动，而运动常可促进健康。

对中老年人来说，体育运动是健康长寿的重要保证。通过体育锻炼可以增强体质、保证健康、减少疾病。

### 二、运动对人体的好处

#### （一）经常运动能改善和健全心脏、血管系统的功能

锻炼能增强心肌的收缩力、增加每搏量、反射地扩张冠状动脉，从而增加冠状动脉的血流量，有效地预防冠心病和心肌梗塞的发生；锻炼还可使血中高密度脂蛋白明显增高而

低密度脂蛋白明显下降，降低胆固醇及其他中性脂肪在动脉壁的沉积，使血管保持着良好的弹性，延缓了动脉粥样硬化的进程，使心率、血压都能保持在较正常的水平。

### （二）能改善和促进呼吸功能

中老年人随年龄的增加，肺的通气功能和换气功能均有所降低。体育运动可使健全的全身肌肉、膈肌、肋间肌等活动增加，整个气道的上皮细胞保持在正常的状态，使肺的功能得到改善。长期锻炼的人呼吸频率明显减少，肺活量都比一般中老年大，所以，锻炼对于阻塞性肺气肿患者的呼吸频率、潮气量、肺活量等都有明显的改进，能有效地预防呼吸系统疾病的发展。

### （三）能增进和改善消化系统的功能

运动能加强胃肠蠕动及消化系统的血液循环，促进消化腺的分泌，利于食物的消化吸收。同时使整个消化系统的各个器官都保持在一定的正常状态和代谢水平，对预防消化器官的衰老是有益的。

### （四）能明显增强肌肉和关节的功能

正常的肌肉活动能促进全身的组织器官以及细胞的新陈代谢，并能促进血液循环，这样就能将氧、营养物质供给组织细胞进行正常的代谢，同时带走组织细胞的各种代谢产物，使人体组织细胞保持正常的生理活动。长期体育锻炼可使肌肉变粗，增大肌肉体积，防止肌肉萎缩，同时也提高了肌肉的力量，使肌肉的蛋白、糖元、与能量有关的三磷酸腺苷（ATP）、磷酸肌酸等含量增加，肌肉酶的活力加强，分解、合成、利用蛋白质的能力增强。并能促进氧化代谢的增加。另

外，体育锻炼能增强骨质，使骨外层的密质增厚，内层松质分布恰当，还可增进脊柱及全身关节的柔韧性和灵活性，有利于承受较大的负荷，不易发生骨折和变形，这对于中老年人来说是很重要的。经对照观察：长期练太极拳的老人和一般老人，发现练拳者弯腰时手指能触地的占 85.7%，一般老人只占 20.6%；对骨质疏松者，练拳者占 36.6%，一般老人占 63.8%，说明锻炼对预防骨质疏松有一定的好处。对脊柱生理曲线发生改变者，练拳者占 25.8%，一般老人占 47.2%，而且，脊椎、颈椎骨质增生症的发病率长期坚持锻炼者远比一般老人发病率低。

#### （五）能改善和增强中枢神经系统的调节功能

长期体育锻炼对中枢神经系统是良好的刺激，神经细胞受到经常的兴奋和刺激可延缓退化和脑萎缩。无疑对全身各器官系统功能的提高，保持较旺盛的生命力而起到协调、统一的有利作用。长期坚持体育锻炼能增加体力和脑力劳动负荷的耐受性，所以比一般人更能吃苦耐劳；并能增强机体对外界病原菌致病的抵抗力；对外界的温度、气压等改变的适应力也比一般人强，如果受到寒冷的刺激就会在中枢神经系统调节下使毛孔迅速收缩、表浅血管扩张，从而有效的抵御寒冷、预防感冒和其他疾病的发生；对于中年脑力劳动者，一定要克服久坐不动的习惯，一般工作 1~2 小时后到室外活动一下，有助于全身放松、功能改善、疲劳消除。我国传统的气功、太极拳等运动，既体现了人体组织器官的弛张协调，又要求精神贯注、意守丹田、重意不重力。这实际上就是在中枢神经系统的统一指挥下使大脑皮质形成特殊相应的兴奋

灶，使大脑皮层的其他部分受到抑制，得到良好的休息。

总之，体育锻炼对人体的好处是肯定的、多方面的。对老年人来说是一条行之有效的长寿之路。

### 三、中老年运动的注意点

由于中老年人身体的储备能力不像年轻人那样好，所以合理的掌握好运动量和锻炼形式是非常重要的。

#### （一）体育锻炼不能整齐划一

由于人体的机能十分复杂，具体的健康状况、精神状态、个体适应能力等都各有不同，对运动量的耐受情况也因人而异，所以运动量和锻炼项目就不能整齐划一，只能根据各人的体质情况、以往锻炼的基础和爱好选择自己较为恰当的项目。总的说来，中老年人对体育锻炼的速度、量、耐力、技巧等方面的要求都应该低于年轻人。中老年人的肌肉骨骼系统的功能也有所减退，肌力也比青年人差，骨质疏松常见，关节韧带的柔韧性和灵活性也较差，不恰当的锻炼可造成骨折和其他脏器的损伤。脊柱骨质和韧带的逐渐退变也常给体育锻炼带来限制，这也不能要求我们千篇一律。一般说，基础好、体质好的中老年人，可选择运动量较大的项目如球类、游泳等；体质差的可选择运动量较小的项目如体操、太极拳、气功等。

#### （二）体育锻炼要循序渐进

中老年人由于生理的特点，要求体育锻炼必须循序渐进，动作要从简单到复杂，运动量要由小而大，但不能无限制的

增加。这些要严格按照个体的具体情况来进行全面考虑，选择恰当的体育锻炼内容。每次运动一定要由慢开始、逐渐增快，再由高峰转为低潮，渐进缓退。也就是说运动前所作的准备活动和运动结束后的整理活动时间一般说来应该长一些，这样不致造成由于突然的大运动量而使全身组织器官的损伤，也不会因为运动的突然中止而使得呼吸、心率减慢，血液回流受阻，心输出量减少，造成血压下降。而且全身状况的突然不适应，一时性脑供血不足会发生头昏等症。

### （三）要严格控制运动量

经研究，不论运动量大小都对健康产生有益的影响。运动不仅可预防和治疗心脏病，还有助于防治肥胖病、糖尿病、高血压、抑郁症以及延缓衰老。在体育锻炼开始以后，要经常通过自己运动后的自我感觉来判断运动的强度、频率、项目等是否合适。掌握标准应当在运动时或运动后不感到过分的疲乏为基础。具体的内容包括运动后心率的快慢，心律是否整齐，呼吸节律是否正常或气促，食欲情况，大小便情况，全身关节和肌肉的疼痛和活动情况，头昏、头痛的有无，情绪是否稳定，睡眠有无改善，工作能力是否得到改善等来全面衡量。还可用简单的检测脉搏次数的方法来衡量运动量是否合适。一般运动时脉搏增加不超过运动前脉搏的 50% 为宜。其方法是运动后自测 1 分钟的脉搏数为基数，然后再用  $170 - \text{年龄} = \text{脉搏次数}$  来初步判断运动量是否合适。如 70 岁的人，运动后的脉搏数应当是  $170 - 70 = 100$  次/分为大致合适的范围，如超过此数则运动量偏大，不足此数为运动量偏小。另外，也可通过自我比较的方法来判定，如安静时脉率

比前一次慢，蹲起运动的脉率改变幅度也比前一次小，而且恢复到平静水平所历时间缩短，运动后自我感觉比前一次良好，说明锻炼有效。如测验结果前后两次近似，说明锻炼不够或有其他原因。当然，这些也要和自我感觉结合起来进行综合判断。尤其在锻炼中要经常定时进行体重的检测，如果体重保持稳定，也可说明运动量大致合适，如体重不断下降，就要考虑运动量是否过大了，需要调整。

#### （四）掌握好运动时间

对中老年人体育锻炼的时间要特别注意、认真掌握。一般每天早晨空气清新，精神饱满，是体育锻炼的好时机。可根据情况选择体操、太极拳或慢跑等，但每次时间不宜太长，以半小时左右为宜。晚上不宜作剧烈运动，不然影响睡眠，可以散步为主，必要时作作气功，使全身放松。饭后不宜马上锻炼，饱餐后最好不要锻炼，及或要锻炼，一般在饭后 1~2 小时为宜。如果身体不适，感冒、头痛、睡眠不好、疲乏无力或情绪不佳时，最好暂停锻炼。夏天或天气特别炎热时，不要在烈日下锻炼，不然容易发生中暑或脑血管意外。冬天，尽量减少户外活动，尤其是天气特别寒冷，刮大风时最好不要体育锻炼。

### 四、中老年人适合哪些运动

一般说来应多进行户外活动，利用阳光、空气以促进全身血液循环和新陈代谢，增强各组织器官的功能和机体对外界环境的适应力。对于有一定体育锻炼基础、体质较好的中



老年人可以慢跑为主，循序渐进，逐步改为慢速长跑。这种锻炼，简便易学，没有高难的技巧要求，对全身器官系统的改善也较全面。据研究，60~70岁的长跑老人的心肺吸氧水平相当于不跑步者的40~50岁的水平，这几乎把年龄减轻了20岁。证明长跑对中老年人是非常有益的。如果年龄较大，体质较差或患有一定的慢性病，最好学习传统的太极拳。这种锻炼刚柔结合、动作和缓、作用全面。练习时常有一种舒展自如、轻松愉快的感觉。研究证明：太极拳能增加肌纤维的数量和质量，从而增进了肌力，对关节的灵活性、柔韧性，对机体的代谢，对血压、血糖、血脂，都有有益的调节作用，对预防心血管疾病、糖尿病、肥胖等病都有较好的作用。并能促进和改善消化功能，增进食欲。太极拳锻炼还能增加老年人的肺活量。提高机体的免疫力。并能改善中枢神经系统，保护脑细胞的退化。对于某些年高体弱或有某些慢性病的患者，也可考虑学练我国传统的气功。气功锻炼可促进全身各组织器官系统的正常功能活动，能调节中枢神经系统内在的平衡，获得良好的安静和休息。经科学研究认为：气功时大脑皮层处于抑制状态，这对身体机能有保护作用。另外，气功可使身体的耗氧量比练功前减少30%，能量代谢率比练功前减少20%，这种低代谢生理状态的保护作用有利于人体的健康，疾病的恢复。气功还可调整植物神经系统的功能，使内环境处于相对的平衡状态。通过气功，还能增强和调节肋间小肌和膈肌的运动，以改善心肺功能和腹腔脏器的正常活动。

## 第三章 情绪与健康

### 一、中老年人情绪变化的特点

情绪是一种心理活动,是在人类进化的过程中产生的,是人体对外界刺激所产生的适应性反应。情绪好坏影响着人的生命活动,尤其对中老年人,情绪是影响健康的重要因素,它和延年益寿有密切的关系。

随着年龄的增长,中老年人的身体会出现一系列的变化。如常见的白发增多、听力下降、视力减弱、活动的的能力逐渐降低、性机能减退、脑细胞退变、肥胖、脂肪沉着、全身组织器官的退行性改变等。这当中,尤其是精神情绪的变化尤为突出。在男性 55 岁、女性 50 岁左右的更年期,常可出现一系列影响人体精神和情绪的症候群,如女性则出现月经紊乱,进则停经。男性则有性机能下降。这时,常可出现头昏、眼花、耳鸣、心慌、胸部紧迫感、阵阵心跳增快、血压波动、记忆减退、注意力不集中、失眠、多梦、情绪不稳、易于激动等一系列症候。尤其是伴随着一阵阵的颜面潮红,出现潮

热、汗出，使人捉摸不定。对于这些症状，不要过份焦虑，严重时可找医生看看，给予必要的处理。只要能够正确地认识和自身调节，经过一段时间是可以逐渐恢复的。

不能不看到，当前我国绝大多数中年同志既有学习、工作任务等繁重的自身负担，又有赡养父母、抚育子女、家务琐事的拖累，现实生活中的这些矛盾如果处理不好，也常常是导致情绪波动、影响身心健康的原因。

随着年岁更进一步的增加进而出现精神功能程度不同的改变。突出地表现出精力不足，记忆力下降，理解困难，一定程度的智力减退，情绪不稳，焦虑或忧虑，心情不畅或情绪平淡，抑郁寡欢，反应迟顿，行动迟缓，动作笨拙而不协调，有的不愿改变现状，自我中心，主动性不足，显得固执呆板，接受新生事物和适应外界环境的能力下降。这些变化，一方面是人体生、老、病、死自然规律演变的必然过程，但是，也决不能脱离社会制度、社会因素、本身地位的改变、家庭状况的变化、文化程度、生活、营养状况以及某些疾病的直接影响，尤其是退休以后，由于生活改变而出现一系列变化，更应该引起足够的重视。

老年人在退休以前，由于注意力集中在工作和事业上，生活较规律，情绪尚稳定。所以，在相当一段时间并没有出现什么突出的变化。但是，一旦退休，就失去了丰富多采的社会接触和工作情趣，心理上易陷于苦闷，孤独之感也极为常见，精神情绪也会随之下降，而且离休下来就容易在清闲和单调的环境中寂寞生活。在生活中有时显得唠唠叨叨，容易为一些小事和家人、孩子争吵；也容易在空闲中把注意力转

到自己身上来，而且对自己身上的微小变化和感觉都非常敏感，甚至捕风捉影、疑神疑鬼、急乱投医；对他们这些精神情绪的变化应予以充分的理解，并给予适当的宽慰和治疗。作为老年人自己则要认识自己这些精神情绪变化的原因，尽量作到自我调节，使自己的情绪逐步稳定下来，也就是说在对待这些问题时应进行全面的综合分析、综合处理，才能收到应有的效果。

## 二、精神情绪与健康有密切的关系

精神、情绪和人的健康与疾病，强壮与衰老有密切的关系。祖国医学指出了“七情”即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊在发病中的重要作用。如果“七情”内因长期不能消除，就会引起人体脏腑功能的失调，机体功能的减退，促使早衰的到来，而且还可导致疾病的发生。一般常说的“笑一笑、十年少，愁一愁、白了头”也是强调精神情绪在人体的重要性。有的人因为家庭、社会、经济、环境、生活等多方面的原因造成经常性的情绪不佳，以致出现头发早白、体力不支、精神不振等早衰现象。如果心胸狭隘，斤斤计较日常琐事，忧心忡忡，甚至对一些外界事物不能自我克制，造成情绪激怒，或自我伤感，苦闷忧郁，这种精神情绪状态都是对健康不利的。但也有一些高龄的老人，他们的经济条件、社会影响、家庭生活并不特别优越，饮食起居、营养状况也并没有超过一般人的水平，但他们的精神情绪却较稳定，尽管一生中难免遇到一些不顺心的事，甚至在生活的道路上遇到坎坷和波折，

但他们都能心胸开阔，泰然处之，尽量做到想得开、想得通，不致于让这些不利的因素久久萦绕心怀而影响身体。一种新的假说认为：笑能刺激大脑产生一种激素，这种激素能引起内啡肽的释放，而内啡肽是一种能减轻疼痛和不适作用的麻醉镇静剂。有学者认为：没有笑，人们就容易患病，并容易患重病。所以应该在生活中充满笑的乐趣。如果精神情绪不稳定，出现消极情绪的影响造成心理上的平衡失调，打乱了呼吸、心率的正常节律，造成神经精神功能的紊乱，出现四肢乏力、面色苍白、阵阵出汗，甚至情绪紧张，就会促使高血压、中风、心绞痛、心肌梗塞的复发。有些长期患慢性病的患者，尤其患某些治疗困难的病症，经年累月，久治不愈精神上就容易背上包袱，情绪上就容易出现忧虑，这无疑又会加重原有疾病的病情，更给治疗增添了困难的因素。现在有人证明：鳏寡之人，因为生活孤独，多思多悲，心绪不好，易患癌症或其他疾病。

### 三、精神愉快可减慢衰老过程

#### （一）保持愉快而稳定的情绪

中老年人务必要学会掌握好自己的情绪。应该保持胸襟豁达、乐观向上的稳定情绪。实验证明：情绪改变与中枢神经系统的功能活动有关。精神愉快，思想集中时，大脑的有序化程度提高，精神振奋；精神受不良刺激时，就可引起大脑活动的失调。有人研究，当人们精神状态乐观时，体内器官系统的生理功能如免疫功能、网状内皮系统的吞噬功能、酶

系统都很活跃，这就会自然地增进人体的抵抗力，就不容易感染疾病。因此，中老年人要随时保持积极乐观的心情，尽量避免大的情绪波动，不要过悲过喜，大起大落，不管遇到什么情况都“不怨天、不尤人”、“不忧不惧”，就是在自己被埋没、得不到重用的情况下也不生气，即使在悲哀的时候也尽可能做到“哀而不伤”即悲哀但不伤害身心。对于发生在自己周围的不愉快的事，要正确处理。对自己的健康和疾病应充满自信的心情，相信能依靠自己的毅力和决心，相信能调动自身的抵抗力战胜困难和疾病，决不能因为年岁增大而出现消极情绪，甚至暮气沉沉，不要经常想着自己已老，要正视老，正确的对待老。要尽量像年轻人那样在生活中充满朝气，要有“蜡烛”燃烧的精神，在晚年也要发挥自己的余热，永远保持革命乐观精神，不断追求。这样，自己的生活才显得充实，才有精神寄托。

### （二）保持正常的生活规律

中老年人在长期的工作、学习、生活中建立的一套适合于自己的生活秩序，决不能因为退休、离休或其他原因扰乱，不然就容易造成生活松散、无聊、空虚的情况，这是对健康不利的。而保持正常的生活秩序是维持身心健康的重要原因，所以我们提倡早起、早睡，每天有定时的散步、娱乐，有正常的饮食、起居习惯。

### （三）合理地安排学习和工作

学习可以扩大眼界、开扩视野、改变对外界的看法，也可推迟心理的老化和大脑的老化。中年时期精力充沛、干劲十足、有事业心、责任感，但要合理安排、有规律地进行，决

不能操之过急。认真工作、更会休息的人，才能保持旺盛的精力和健康的体格。有人认为“学习犹如运动”。只要坚持这种有益于大脑功能的智力锻炼，就能起到防止衰老，保持身心健康的作用。

勤于用脑会不会影响寿命呢？有关资料表明，古今中外从事高度脑力劳动的科学家、发明家、作家等年高长寿者很多。如我国古代的医学家孙思邈享年 101 岁，明代药学家李时珍享年 75 岁，唐代著名诗人白居易活了 71 岁，当代著名画家齐白石活了 93 岁，文学家郭沫若活了 86 岁，世界大科学家牛顿活了 85 岁，爱因斯坦活了 76 岁……。从这些调查看来，勤于用脑是无碍于寿命的。

#### （四）积极安排一些文化娱乐活动

如果发现自己的精神和情绪不利于健康的情况，就要设法摆脱它，如疲劳了就静下来闭目静坐养养神或听听音乐、散步，也可安排些娱乐性休息如看电影、戏剧、观赏花鸟、习字作画或者作些短途的旅游。

## 第四章 睡眠与健康

### 一、人为什么要睡眠

睡眠对人来说非常重要，它呈周期性的反复出现，使人体保持着正常的生理活动，成为生命活动中的重要现象。睡眠时，代谢降低，呼吸变慢，体温下降，心跳变慢，血压有所下降，听觉、视觉、触觉等感觉功能都降到最低水平。全身肌肉放松，反射运动减弱……。所以，当睡眠时，中枢神经系统处于抑制扩散过程中，使大脑皮质的细胞、组织受到了保护，精神和体力得到最好的恢复。所以，每天睡眠不可缺少，适量的睡眠能养心神，增添精力。如果长期睡眠不足或睡眠的节律打乱，就会给人体的健康带来不利的影响，出现体力和脑力活动障碍的一系列症候群，如精神萎靡不振、工作效力下降、疲乏无力、头昏、头痛、眼花、耳鸣、记忆力减退、食纳不佳、心慌气促等。如不采取及时而相应的措施，会导致早衰，影响健康长寿。

总的说来，人的一生从婴幼儿年至成年，随着年龄的增加，



睡眠的时间一般有所减少。但成年后也常常因人、因工作等情况而异。但中老年阶段的睡眠时间，每天平均约需 7~9 小时左右较合宜。睡眠情况的好坏，不应该只从时间的长短判断，还应该了解睡后的深度；睡眠时间还不单从晚上睡眠的时间上看，还要看白天午睡的情况。我们提倡中老年人每天安排一定时间的午睡，这有利于消除疲劳、促进健康。如果睡眠时间较长而睡眠不深，反而使大脑皮质的某些兴奋点尚未受到抑制而出现梦多、甚至恶梦，这不利于疲劳的消除，影响健康。反之，深的睡眠，尽管睡的时间少一点，对迅速消除疲劳反而有利。

## 二、中老年失眠的原因

中老年由于工作、学习、生活、疾病等方面的原因最易产生失眠。常见的原因有：

### （一）生活上的原因

生活规律的变化，环境的干扰如室内温度、湿度不协调，噪音太大，音量太响，或晚上小便次数增加等。所以睡前不宜喝浓茶，也不要吃得过饱，某些兴奋的药物睡前最好也不要服用。

### （二）精神情绪的影响

由于某些原因出现抑郁、焦虑或激动、紧张、兴奋，长期反复可造成恶性循环影响睡眠。

### （三）疾病的影响

有的中老年人长期患慢性疾病，经久不愈，造成思想郁

闷，或某些急性病出现的症状亦可干扰睡眠。

### 三、中老年如何防止失眠

#### （一）注意避免饮食、生活上的不良因素影响

晚餐应进食清淡而容易消化的食物，不宜吃得过多、过饱，不然增加胃肠负担易引起失眠；睡前避免进食刺激性食物如浓茶、咖啡、酒等，特别在床上不要吸烟，以免发生意外；不要在睡前看一些刺激性的书报和进行过度的劳力活动，卧室要保持安静、整洁、空气流通。

（二）适当在白天参加一些力所能及的运动或活动，使身体有一定程度的疲劳感，易于晚上入睡

#### （三）安眠药尽量不用或少用

由于中老年人的内脏器官形态和功能都有下降，肝脏对药物的代谢缓慢，肾脏的排泄功能下降明显，容易使中老年人用药发生药物毒性反应。因此，一般不主张用安眠药。如果实在要用，也最好选用作用快、在体内停留时间短、排泄快的药物。

#### （四）对中老年人的睡眠，家属要经常观察

因为中老年人常有心脏、血管、脑的基础疾病。晚上如果出现呻吟或不正常的气促声、鼾声，要特别引起注意。由于老年人反应迟钝，走路不稳而又常起床小便，这就要防止摔倒、跌伤，以免发生意外。

## 第五章 生活起居与健康

生活起居不但对人体的健康有直接的影响，而且与健康长寿也关系密切。人在社会中生活，更要适应自然环境的变化，不然就会产生疾病，甚至促使早衰的到来。这里从中老年的起居卫生、防止过度疲劳以及中老年人的生活安排方面分别进行叙述。

### 一、起居卫生

#### （一）生活环境的基本要求

一提到生活环境，首先就要考虑居住条件。因为中老年人的活动大大减少，喜安静、易疲劳，对外界自然环境变化的适应力减低，所以对其居住环境要根据条件尽量安排得合理。住房的光线要好，经常要保持通气使充足的新鲜空气对流，最好冬暖夏凉，不要过冷、过湿；房间地面平整、厕所要近，以免行动不便造成跌伤；房内的布置陈设要对中老年人实用，既整齐，又美观；气候的变化，冷热的改变，中老

年人较敏感，因此要注意房内冷热的调节，既要防止夏天高温中暑，又要避免秋冬受寒受凉。尤其对于体弱多病者更应采取积极的预防措施，为了增进身心健康，提倡在身体力所能及的情况下参加体育锻炼，多进行户外活动；身体情况不允许者，可在阳台上进行，作呼吸体操以促进全身血液循环，增加新陈代谢。

## （二）个人要求

1. 良好的生活习惯。尽量作到生活有规律。一般中老年人有早起的习惯，但也不宜起得过早，尤其是冬天，以免感冒受凉，所以起床要作到按时，每天进行必要的体育锻炼；尽量作到三餐定时，工作、学习、午休、娱乐、散步和入睡等有节奏地进行，但也要防止生活呆板化。

2. 培养兴趣爱好。中老年人退休后空闲时间较多，思想上容易产生各种不同的想法，为了不产生因休息而出现这样或那样的一些疾病，培养一定的兴趣和爱好，对身心健康是有好处的，不然就会感觉生活单调、枯燥，甚至感觉孤独。因此，合理地安排一些力所能及的活动，如书法、绘画、下棋、种花、养鱼、饲养雀鸟等等是可以的。

3. 注意个人的卫生保健。首先要注意皮肤的清洁卫生，因为中老年人皮下水份减少，弹性降低，皱褶很多，容易使尘埃和脱屑积聚。因此，要随时注意皮肤清洁，经常擦洗或洗澡，但要避免感冒受凉。对中老年人的口腔卫生保健也很重要，因为全身的某些疾病和口腔的病灶有关。由于中老人生理上的原因，牙齿的磨损随年龄增加而逐渐严重，牙齿松动、脱落、口腔粘膜及硬组织的疾病逐渐增多，这给本来

消化功能就有所下降的中老年人在咀嚼功能方面又增加了不利的因素。

## 二、不要过度疲劳

中老年人如果由于精神和体力的过劳而又没有得到及时有效的休息或营养状况欠佳等多种原因就很容易导致生活中疲劳的发生。出现疲乏、无力、四肢倦怠、头昏、头痛、精神不振等症。而且发生以后恢复也较缓慢，所以对中老年人防止过度疲劳是非常重要的。

### （一）不要过劳

要根据自己的身体情况搞一些力所能及的工作，不要过劳，不要勉强从事一些力不从心的工作。

### （二）合理安排，劳逸结合

要注意工作和休息有节奏地进行。总的说来，一定时间内紧张的工作时间越多，强度越大，则疲劳就出现得越早。所以，一段时间工作后，就要注意休息或变更一下工作，以利于体力的恢复。

### （三）生活方面的注意点

既要在饮食上注意营养物质的补充，以供给机体应有的能源；又要注意睡眠情况，不要失眠，因为失眠容易造成疲劳的产生，如果出现则要采取措施。

### （四）必要的健康检查

如果中老年人经常出现过度疲劳，还要考虑是否患有慢性或某些其他隐匿性疾病，需要进行认真的全面检查。

### 三、合理的起居安排

在工作、学习上要安排得紧凑而合理,不能过于紧张。要注意集中工作一段时间后思想和精神的放松,以免引起过劳。必要的社会活动应当参加,但不宜过于频繁,对于刺激性或兴奋性强的活动,尽量少参加为好。参加宴会或聚餐应避免暴饮、暴食,不要喝烈性酒。必要的文娱活动是必不可少的。总之作到真正的劳逸结合。退休后,生活发生了大变化。紧张而严格的工作作息时间没有了,闲散时间较多,容易出现精神萎靡、忧虑、消沉,甚至悲观、孤独,因而每天的生活要尽量安排得既有规律,又显得充实。除了起床、晨间的锻炼、三餐定时就餐以及晚饭后的散步及合理的睡眠需要按部就班进行外,还可以安排少量的学习时间或根据自己的具体情况和身体条件安排少量的街道、里弄的义务活动。总的说来,休息的时间比起青年人来要多一些。由于老年人牙齿和咀嚼功能的下降,胃肠道生理特点的改变,三餐进食不宜太快,不要狼吞虎咽,要慢慢咀嚼。

## 第六章 营养与健康长寿

在当前科学和医学技术不断发展的情况下人类寿命逐渐延长，这当中起着重要作用的，除了先天的遗传因素，后天的社会因素、疾病因素、体力活动、居住条件、身心健康等而外，营养情况又是一个重要方面。因为充足的营养是健康的物质基础，膳食中所提供的营养成分是维持人体生命活动和健康的重要条件。经过不少学者的调查研究，偏食或蔬菜摄入不足的地区，缩短寿命；而经常摄取大量蔬菜、大豆、鱼类等合理饮食的地区，寿命延长。只重视营养不足是一个重要方面，这固然重要，但对于营养过度，仍然是对人体的不利因素，照样可以缩短寿命。所以对中老年人，合理地安排好饮食，全面注意营养，对于早衰的预防，延年益寿是非常重要的。

### 一、饮食与疾病的关系

这个问题不少学者进行了大量的研究和调查，发现饮食

与疾病的关系较为密切。如心血管疾病方面，研究表明：平均膳食摄入脂肪、平均血清胆固醇水平和缺血性心脏病之间的关系很明显，如果摄入的脂肪超过了需要的标准，发生冠心病的机会就比摄入脂肪少者多得多。在人群中调查脂肪浓度的降低也可使动脉硬化逐渐消退。所以认为，只要人们采用含低胆固醇、低饱和脂肪酸的饮食，即使存在高血压等其他重要的危险因素，出现严重的动脉硬化或早发性缺血性心脏病还是少见的。在高血压方面，调查发现血压与体重的关系密切。体重越重，血压越高；体重越轻，动脉压也随之降低。且肥胖者多系摄入过量的人。所以要预防高血压，就应该控制饮食，控制体重。在食钠（盐）方面，调查一些孤立和原始社会人群，很少或没有高血压的出现。而这些地区的居民大多是摄入的食盐很低，每天少于4克，总的能量也低，时有食物的短缺或参加较强的体力劳动。另外调查某些每天摄入食盐不超过3克的地区的居民，也发现其平均血压均较低，而且随年龄升高，血压也不明显上升。但是，这些地区的居民迁居至每天摄盐7~8克的地区后一段时间，血压就会逐渐的相应升高。在肿瘤方面，据调查研究：女性的一半、男性的三分之一，肿瘤的死亡率与食物有关。如肥胖超重的人比体重正常或体重较轻的人患癌症更容易些，且肿瘤死亡率也高。调查还发现：肥胖与小肠癌、肝癌、泌尿道癌、子宫癌、胆囊癌、乳腺癌的发生有关；男性肥胖病与直肠癌的发生关系也密切。又如乳癌和结肠癌在脂肪食用较多的西欧和澳洲发生率较高，而非洲、亚洲多数食用脂肪较少的国家其发病率就低。动物试验证明：在饲料中的脂肪含量由2%或



5%增加至 20%或 27%时，动物肿瘤的发生率升高，以皮肤癌和肝癌的发生较明显。并观察到脂肪质的不同也影响肿瘤的发生，如不饱和脂肪酸含量高的比含量低的更容易促发实验性动物的乳腺癌；随着饲料中脂肪的不饱和程度的增加，肿瘤发生率也增多。因而，学者们提醒人们注意：不应该盲目地吃大量含不饱和脂肪酸的脂肪。另外，通过研究、调查发现维生素 A、胡萝卜以及绿叶青菜在预防肿瘤的发生方面有着重要的作用。如维生素 A 缺乏，常可增加机体对化学致癌物质的易感性。有人取血标本化验维生素 A，含量低的人其癌的发生机率比正常人高 6 倍；口腔癌患者血中维生素 A 的浓度也较正常人为低。挪威调查了 800 多有吸烟习惯且摄入维生素 A 低的人群，发现肺癌的发生率较高，而且发现用足够的维生素 A 对肿瘤的预防是有益的。实验证明：天然维生素 A 可使光敏性角膜增生和基底细胞癌消退。有学者观察 25 万人发现：经常吃绿叶蔬菜的人患肺癌的危险性要降低一半。不少材料证明，多吃绿叶蔬菜、胡萝卜，对预防肿瘤是有效的。在免疫学方面，已经认识到免疫功能与衰老有密切的关系。为延长人的寿命，必须防止影响免疫系统活性的可能性和矫正免疫系统的故障，提高免疫功能。在这方面，尽管医学科学工作者作了大量的工作，但所收到的效果仍然不很明显。目前有人提出从营养处理方面来解决这一问题，主张限制摄入过高的能量，安排合理的膳食，才能起到真正延长寿命、保持免疫功能的作用。

## 二、中老年人的营养需要

中老年人由于年龄的增长,器官系统有一定程度的退变,对各种营养物质的需要也有所不同。所以,有针对性地恰当地选择合理的营养、热卡量及矿物质的补充是非常重要的。

### (一) 蛋白质

人体蛋白质由数十种氨基酸组成。中老年人由于年龄的增加,在衰老过程中对蛋白质的利用下降,血液中氨基酸浓度降低,很多在代谢过程中所需的物质都明显低于青年人,常使氮的代谢平衡失调,引起负氮平衡。这主要是由于蛋白质代谢以分解代谢为主,血清白蛋白降低而球蛋白代偿性增高,这就使得中老年人用以维持氮平衡所需的蛋白质比正常成人高;同时,中老年人,尤其是老年人,血红蛋白减少,贫血较常见。因此,不管从氨基酸的代谢所需还是从提高蛋白质含量来看,目前都倾向于对中老年人应增加膳食中的蛋白质,特别应在条件允许的情况下给予生理价值高的优质蛋白质如瘦肉、家禽、蛋、鱼、奶、大豆等。对蛋白质的具体摄取,一般说来,中老年人每天每公斤体重给予 1~1.3 克即每天摄取 60~80 克为宜。在具体选择时,应给予容易消化吸收的蛋白质食品。

### (二) 脂肪

脂肪是维持人体正常生理代谢过程中的重要成分之一。是供给人体能量的重要物质。但 40 岁前后,血浆脂质有所增加,对脂肪的利用缓慢,容易导致高脂血症。根据这一情况,

中老年人对脂肪的摄入量应比正常成人略低。在具体安排时，膳食中的脂肪含量以占总热量的 20% 左右为宜，每天不超过 60 克。尽量以含非饱和脂肪酸为主的芝麻油、大豆油等植物油为主。如肥胖超过标准体重的人，应限制脂肪的摄入。对含胆固醇量较高的脑、蛋黄、肝、肾、鱼卵等，中老年宜少吃，但不宜过份限制。因为食物胆固醇对血清胆固醇影响不明显，如每日摄入 100 毫克的食物胆固醇，对血清胆固醇含量基本没有影响；如每天摄入 300~600 毫克时，血清胆固醇含量上升 30 毫克/100 毫升。总之，不管怎么说，把膳食中脂肪的供应量限制于满足生理需要而不过多的摄入，就会对健康长寿有利。

### （三）碳水化合物

我国人民摄取的碳水化合物主要以淀粉类食品为主，如大米、面等，这些物质主要给人们提供醣、蛋白质、无机盐等。一般在 40 岁以后，活动量逐渐减少，基础代谢逐渐降低，因而对能量的需要比正常人低。我国人民的膳食以碳水化合物为主，占了总摄入量的 70~90%。但这一过高的比例，已经随着我国人民生活水平的改善而有所下降。尤其对中老年人来说，过高的碳水化合物饮食不宜过多，使之占总热量的 60~65% 为宜。一般说来，对中等身材的中老年人，每天摄入相当于 2000 卡热能的食物尚可，如果摄入的热量过多，势必引起肥胖，就会发生一系列有关的疾病。所以，中老年人如果有肥胖的倾向，就应当及早控制摄入过多的碳水化合物。一般在蛋白质、脂肪按规定供给的情况下，以减少主粮（如米、面）的摄入为有效的措施。每日摄入主粮 300~350 克左

右,使体重保持在标准范围为宜,总之,对饮食要有节制,每餐不宜过饱。另外,在中老年人的膳食中,要配入一定的纤维素,如瓜果、新鲜蔬菜等。摄入的食物纤维可刺激肠的蠕动,有利于通便,还可降低血脂,预防动脉粥样硬化和胆石症。

#### (四) 无机盐和微量元素

人体所需的无机盐系指含钙、镁、钾、钠、磷、硫、氯等元素的酸根化合物;微量元素系指铁、铜、碘、锌、锰、钴等。这些物质是人体重要的组成成份。在维持人体的正常生理代谢、保持器官系统和细胞的生理活性,调节人体内环境的平衡方面都起着十分重要的作用,对老年机体也有一定的影响。由于人体在不断地生长发育,不断地进行着新陈代谢,所以,从机体中不断地有不少的无机盐和微量元素丢失。为了维持正常的生命活动,就需要我们以食物的形式不断补充这些成份。

1. 钙。成人体内一般含钙的总量约为 1200 克。其中 99% 集中分布在骨骼和牙齿中。正常人通过一般合宜的膳食,每天摄入 0.6 克的钙,基本上不会造成缺钙。一般说来,如果没有病理性原因,如骨质疏松症等,只要在饮食上注意摄取含钙的食物如奶制品、豆制品、蔬菜等,并经常获得户外阳光的照射,使自己机体产生一定量的维生素 D 以促进钙的吸收,是用不着另外补充钙剂就能维持正常的生理功能的。但考虑到中老年人消化吸收功能较差、活动量少的特点,所以钙的摄入略高于正常成人,每天 0.5~1.0 克即可,必要时配合服用维生素 D 以利于钙的吸收。

2.铁。人体约 70%的铁集中在血红蛋白中,成为血红蛋白的重要组成部分,在人体氧和二氧化碳的运输方面起着重要的作用;另一部分存在于肌红蛋白中维持肌肤的红润。同时,铁又是细胞色素酶和过氧化氢酶的重要组成成分,在维持人体呼吸和生物氧化过程中起着重要作用。中老年人造血机能的减退,常常有缺铁性贫血的征象如皮肤苍白、干燥、毛发脱落、精神萎靡不振。如果饮食上没有合理的选择,更容易造成缺铁。所以一般主张给中老年人以足量的含铁食物,如动物肝脏、禽蛋、豆类、蔬菜等。每天摄入 12~15 毫克的铁为宜。

3.钠。钠盐是人们日常生活中必不可少的重要物质。在维持机体体液的渗透压、协调细胞内外的平衡、保持神经、肌肉的兴奋性方面起着十分重要的作用。正常成人进食天然食品,每天摄入 1~2 克的钠盐就足以维持机体的需要。中老年人在一般正常膳食的情况下是很不容易发生缺钠的。但对于中老年人,钠盐的摄入过量会导致某些疾病应引起人们的重视。所以,对中老年人来说,总的应该限制钠盐的摄入,每天摄入的食盐以 5~6 克为宜,最多不超过 8 克。

4.锌。锌在人体中的重要性越来越受到人们的重视。它是构成多种蛋白质分子所必须的物质,而蛋白质又是生命的物质基础。人的精液中含有大量的锌,眼睛的视觉部位含锌更多,约占 4%。人们发现:酒精中毒、肝病、肾炎、关节炎等可使锌缺乏。老年人缺乏锌时主要表现味觉减退、食欲下降等。某些老年癌症患者或心肌梗塞患者,锌含量也下降。报告证实:口服硫酸锌可使 T 淋巴细胞显著增加以提高细胞免

疫的功能。因此，中老年人应该重视在膳食中锌的补充，合理地安排肉类、鱼类、豆类、面粉等膳食。

5. 碘。在人体正常的新陈代谢中，碘是不可缺少的重要物质。因为碘是维持人体代谢功能的甲状腺素的重要组成成份。正常人对碘的摄取主要由食物、饮水和食盐中获得。中老年人只要能经常注意在饮食中食用海产品，如海带、紫菜、海鱼等，是不至于造成缺碘的。

6. 铬。铬是人体内葡萄糖耐量因子的重要组成部分，而且与脂肪代谢关系密切。动物试验证明：铬可以延长动物的寿命，发现缺铬的老年动物自然死亡时，主动脉斑块形成较多。所以，中老年人要注意在食物中铬的摄入。牛肉、肝、蕈类、黑胡椒、面包、啤酒中含有较多的铬，可供人们选择。

7. 水。随着年龄的增加，人体体液的总量逐渐减少。水份有利于肾脏对代谢废物的排除。老年人的饮水量每天以1500~2000毫升为宜。如果摄入过多，可增加血容量，增加心肾的负荷，对健康不利。

### （五）维生素

维生素对人体的作用是很大的。尽管生理需要量很少，但在维持人体正常代谢和延缓衰老方面起着很重要的作用。维生素在体内合成的数量很少，所以不能满足生活的需要，因而要随时注意从食物中给予补充。

1. 维生素C。其主要生理作用是促进细胞间质中胶元的形成。缺乏时容易使血管壁的脆性增加而易于出血。严重缺乏时易发生坏血病。维生素C能使胆固醇易于排除体外，防止血管硬化的加速，这对中老年人是有益的。维生素C还是

在细胞免疫方面起着主要作用的淋巴细胞的重要组织成分。因此，它能增加机体的免疫力，延缓衰老过程。对动脉硬化的老人补充复合性维生素 B 和 C，可改善老年人的症状、活力和体质。有学者研究随年龄的增加，维生素 C 的含量即相应减少，因此，中老年人应较正常成人摄入更多的维生素 C。每日给予 100~500 毫克为宜，最好不超过 1 克。不然反而会引起维生素 B<sub>12</sub> 的缺乏。天然的维生素 C 较多，如蔬菜、水果、新鲜绿叶菜、豆芽、辣椒等。只要注意了新鲜蔬菜和水果的摄入，注意了合理的烹调方法，是不会造成维生素 C 缺乏的。

2. 维生素 B 族。中老年人对维生素 B 族的需要量与正常人相似，但因其体内贮存较少，且易被热和碱破坏，所以应经常通过食物给予足够的补充。维生素 B 族包括了维生素 B<sub>1</sub>、维生素 B<sub>2</sub>、尼克酸、维生素 B<sub>6</sub>、维生素 B<sub>12</sub> 和叶酸等。

(1) 维生素 B<sub>1</sub> 又名硫胺素，其主要生理功能是作为脱羧辅酶促进碳水化合物的代谢。若维生素 B<sub>1</sub> 不足，则脱羧辅酶的活性下降，可使碳水化合物代谢发生障碍，影响整个机体的代谢。长期食用精大米、面等会造成维生素 B<sub>1</sub> 的缺乏，发生脚气病。维生素 B<sub>1</sub> 在干酵母、杂粮、糙米、粗面粉、花生仁、干豆类中含量较多。中老年人对维生素 B<sub>1</sub> 的需要每日约 1.2~1.4 毫克。

(2) 维生素 B<sub>2</sub> 又称核黄素。是组织中黄素单核苷酸与黄素腺嘌呤=核甘酸辅酶的构成成份。能与特定的蛋白质结合而成为组织呼吸不可缺少的黄素蛋白。所以，维生素 B<sub>2</sub> 缺乏，可致代谢紊乱。维生素 B<sub>2</sub> 在动物性食品、豆类食品中含量较多，一般需要量为每天 1.2~1.4 毫克。



(3) 尼克酸。又称烟酸即维生素 PP。是机体内非常重要的递氢体辅酶、辅酶的组成成份,在物质的中间代谢中起着重要的作用。同时,能抑制脂肪酸从组织中转运出来,可预防高血脂和动脉硬化,这对中老年人是非常有利的。尼克酸在肝脏、酵母、花生、谷类、豆类中含量丰富,每天摄入 11~13 毫克为宜。

3 维生素 A 人们一般从膳食中摄入的胡萝卜素即维生素 A 原进入小肠后,在其粘膜内分解为维生素 A。它与人体上皮组织细胞的正常发育和维持视觉有重要的关系。视网膜中对光敏感的色素如视紫红质是一种含有维生素 A 衍生物的复合蛋白质。如果维生素 A 缺乏,则视紫红质的再生慢而不完全,使暗适应机能减退,从而产生夜盲;同时,使表皮细胞粗糙、角化过度,上皮组织细胞退变,呼吸道的抗病力减退,容易发生感染。维生素 A 的主要来源是动物肝脏、鱼甘油、鱼卵、禽蛋、奶等,胡萝卜素一般在有色蔬菜如菠菜、冬苋菜、胡萝卜、豌豆尖、辣椒等中含量丰富。对于某些因预防动脉粥样硬化而限制含有高胆固醇食品的中老年人,要注意同时也会限制对维生素 A 的摄入。

4. 维生素 D 维生素 D 在人体内的主要功能是促进小肠对钙、磷的吸收。在肾脏内,维生素 D 可促进对磷的清除。如缺乏,可发生佝偻病、骨质软化症。一般人由于皮下含有维生素 D 的前身即 7—脱氢胆固醇,它在阳光的照射下,可转变为具有活性的维生素 D<sub>3</sub>。正常成人每日需维生素 D 10 微克(400 国际单位)。由于过量,不易排除体外,所以中老年人不宜摄入过量的维生素 D 以避免动脉硬化。维生素 D 在肝脏、



蛋、鱼甘油中含量丰富。

5. 维生素 E 维生素 E 是一种强抗氧化剂。中老年人由于年龄的增长, 体内抗氧化活性下降, 因而体内脂肪的过氧化化合物相应增高, 细胞内出现褐色色素颗粒即色素斑的沉积, 皮肤弹性减退, 性腺萎缩, 出现人的老化。而维生素 E 能抑制脂肪过氧化物的产生, 阻断过氧化过程从而干扰游离基与色素斑的形成; 能使脂质结构稳定, 防止不饱和脂肪酸的自动氧化而保护细胞膜的正常结构和生理功能, 同时也保持酶的活性, 提高免疫能力; 能改善脂质的代谢, 促进蛋白质的合成, 其强大的抗氧化作用, 对于延缓衰老和健康长寿都是有益的。另外, 维生素 E 还能提高心肌对缺氧的耐受性, 增强对氧的利用, 能改善冠脉循环; 能保护上皮, 改善局部微循环, 所以常用于治疗溃疡病; 能促进骨髓红细胞的合成, 使细胞正常发育, 所以能治疗贫血。另外, 还能促进毛细血管的增生, 改善血循环, 保护血管壁, 降低微血管的通透性, 能防止横纹肌的痉挛, 保护肝细胞膜, 对防止乳腺小叶的增生等都有积极的作用。维生素 E 较广泛存在于动植物食品中, 如植物油、谷类、蔬菜、水果、豆类制品、肉类、禽蛋、鱼肝油、奶类等。正常人每天需要 10~30 毫克。

### 三、中老年合适的膳食

#### (一) 注意饮食的平衡

由于中老年人机体形态、功能上出现的一系列改变, 所以, 对膳食的配给必须科学地规划, 使饮食吃得合理, 吃得

恰当。这不但能提供足够数量的热能和各种营养素以满足人体的需要,而且还能保持各种营养素的平衡以利于中老年人机体的吸收和利用。要使食物的组成既满足机体的需要以保证有充沛的精力和良好的健康状况。同时又不要给予过多、过量的饮食,导致营养的过剩。要使营养在延年益寿方面发挥积极的作用。根据实际情况,按供给热量分配,应供蛋白质食品占总摄入量的 12~15%,脂肪占 20~25%,糖类占 60~65%为宜。营养不足或过剩都是不平衡。

## (二) 中老年饮食的注意点

1. 不能吃得过多过饱。中老年人进食的蛋白质、维生素要充足,质量要高,多吃奶类、瘦肉、蛋类等。但脂肪、谷类要适当,要限制动物脂肪和含高胆固醇量的食品,适当增加植物油,多吃蔬菜、水果。由于中老年人对热量的需求比青年人低得多,所以进食不宜太多、太饱。过饱还会造成过多的血液集中在胃肠道,使全身的重要器官如大脑、心脏容易发生缺血、缺氧,对健康不利,并造成过多的脂肪在体内、皮下堆积。

2. 不要过胖,体重不要超重。糖和脂肪如果吃得太多,可造成体重增加、皮下和腹腔网膜脂肪沉积,心血管系统容易促发动脉硬化,出现脂肪肝等。如何判断肥胖或超重呢?一般判断标准体重的一个简易公式可按“身高(厘米)-100=体重(千克)”即为标准体重。如超过标准体重 20%以上为肥胖;超重 10%的为超体重。

3. 饮食要适合中老年人的特点。多选用柔软的食品,要切碎、煮烂,以便于消化、吸收。少吃油炸或过于油腻的食

品。三餐定时、定量，早餐约占全天 30~35%，中餐约占 35~40%，晚餐热量约占 30~40%，切不可过饥、过饱、暴饮、暴食。

4. 多饮水。为便于代谢产物的排泄，可适当多饮水。饮食中食盐要限制，食物尽量吃淡一些。

## 第七章 烟、酒、茶与健康

### 一、对 烟 的 评 价

随着医学科学的发展，吸烟对人体的危害越来越多地为科学所证实。但有人有一种错觉，认为吸烟可提神，增加工作效率。虽然疲乏时吸支烟会产生一定的兴奋作用，但这种由烟叶和其所含物质作用于人体引起的精神、神经的兴奋是很短暂的，很快就会产生抑制、麻痹作用，造成中枢神经系统的平衡失调，植物神经功能紊乱，出现失眠、多梦、记忆力减退、注意力不集中，甚至精神恍惚、神经过敏等一系列神经功能紊乱的症候群。检验表明：烟叶中含有 20 多种毒素如尼古丁即烟碱、3—4 苯并芘、亚硝胺、砷、钋、一氧化碳等。这些物质对人体是有害的，尤其是对中老年人，促发多种疾病，且影响健康长寿。研究证实：一支前门牌香烟含尼古丁 1.9 毫克，一支中华牌香烟含 1.8 毫克。标准香烟 1 克，约含尼古丁 20 毫克。当吸烟时，约有 35% 的尼古丁燃烧，35% 的尼古丁释放到空气中，22% 的吸入口内，8% 留在烟头

## 第七章 烟、酒、茶与健康

### 一、对 烟 的 评 价

随着医学科学的发展，吸烟对人体的危害越来越多地为科学所证实。但有人有一种错觉，认为吸烟可提神，增加工作效率。虽然疲乏时吸支烟会产生一定的兴奋作用，但这种由烟叶和其所含物质作用于人体引起的精神、神经的兴奋是很短暂的，很快就会产生抑制、麻痹作用，造成中枢神经系统的平衡失调，植物神经功能紊乱，出现失眠、多梦、记忆力减退、注意力不集中，甚至精神恍惚、神经过敏等一系列神经功能紊乱的症候群。检验表明：烟叶中含有 20 多种毒素如尼古丁即烟碱、3—4 苯并芘、亚硝胺、砷、钋、一氧化碳等。这些物质对人体是有害的，尤其是对中老年人，促发多种疾病，且影响健康长寿。研究证实：一支前门牌香烟含尼古丁 1.9 毫克，一支中华牌香烟含 1.8 毫克。标准香烟 1 克，约含尼古丁 20 毫克。当吸烟时，约有 35% 的尼古丁燃烧，35% 的尼古丁释放到空气中，22% 的吸入口内，8% 留在烟头

量明显高于吸烟者，但是仍低于没有吸烟史的受试者。并认为：长期吸烟者在戒烟后 1~5 年内冠心病的危险性可降至不吸烟者的水平，且戒烟有助于脑的血流灌注。美国有学者研究报告：正在吸一般香烟的人因冠心病而死亡的危险性较不吸烟者、戒烟者高出 52%，当停止吸烟后 1~5 年内较高死亡率的危险性有所减少，确认在多种人群中吸烟是引起冠心病的一种危险因素，因而对于吸烟的中老年人应鼓励戒烟。

### （三）促使癌的发生

实验证明：烟叶中所含的尼古丁、苯并芘等有害物质都有致癌作用。据统计，吸烟与不吸烟比较，吸烟者死于肺癌比不吸烟者高 10 倍以上。吸烟者肺癌的发生率比不吸烟者高 50 倍，食道癌高 5 倍，喉癌高 10 倍，口腔癌高 4.1 倍，膀胱癌高 2 倍。又据尸检发现：死前吸烟 10 年以上者，支气管上皮呈现癌变的占 93.2%，而死前戒烟 5 年以上的人癌变者只占 60%，死前戒烟 10~15 年者，肺癌的发生率与不吸烟者一样。由此可以看出吸烟与癌变的关系。所以，从这些情况看来，大张旗鼓的宣传戒烟是非常重要的，势在必行，决不可等闲视之。

## 二、对 酒 的 评 价

### （一）大量饮酒对人体有害

1. 对消化功能的影响。大量饮酒直接刺激损伤消化道，引起整个消化道发炎。如常见的口腔粘膜炎症、食道炎、胃炎等。尤其是中老年人大量饮酒，当胃内酒精（乙醇）超过 20%

时, 则对胃酸分泌和胃的消化功能起抑制作用, 会引起消化不良、恶心、呕吐、厌食, 必然导致从食物中摄取营养素和维生素不足, 时间久了就会产生营养不良、贫血, 使全身抵抗力下降。如果本身有溃疡病, 饮酒后, 可刺激胃酸分泌增多, 影响溃疡面的愈合, 甚至还可造成胃出血。

2. 对中枢神经系统的影响。酒精对中枢神经系统起抑制作用。由于它降低了大脑的抑制过程, 使大脑皮质失去了对下级中枢的控制, 因而造成下级中枢的过度兴奋, 出现感情冲动、好说好动、喜怒无常。进而出现大脑皮质的抑制, 表现出反应迟钝、步态不稳、踉跄或嗜睡。如果血中酒精浓度达到千分之五时, 则可出现呼吸中枢的麻痹, 最后中毒死亡。

3. 肝脏的损害。酒精主要在肝脏中代谢, 进入肝脏后, 在酶的作用下转变成乙醛, 然后再转变为醋酸, 参与组织细胞的正常代谢。如饮酒过量, 可使乙醛的形成增加, 过氧化氢的积聚, 脂肪酸的堆积, 出现酸中毒。另外, 还可导致脂肪肝。尤其是长期大量饮酒, 使肝不能进行正常的解毒功能, 出现不可逆的慢性肝细胞损害, 最终出现肝硬化。据统计, 确诊为酒精性肝硬化后如继续饮酒者, 5 年生存率约 30%, 而戒酒后可达 70%。

4. 心脏的损害。经研究, 一次饮入大量的酒精对心脏有害, 表现在左心功能明显降低。所以, 酗酒对心脏很不利。在常饮烈性酒者中, 心脏的损害也较突出。由于酒精(乙醇)的直接代谢产物是乙醛, 它能使心肌的收缩力下降, 久之可导致心脏慢性不可逆损害。实验观察到, 酒精(乙醇)和乙醛能抑制线粒体的生物氧化和降低三羧酶活性。酒精中毒时, 线

时, 则对胃酸分泌和胃的消化功能起抑制作用, 会引起消化不良、恶心、呕吐、厌食, 必然导致从食物中摄取营养素和维生素不足, 时间久了就会产生营养不良、贫血, 使全身抵抗力下降。如果本身有溃疡病, 饮酒后, 可刺激胃酸分泌增多, 影响溃疡面的愈合, 甚至还可造成胃出血。

2. 对中枢神经系统的影响。酒精对中枢神经系统起抑制作用。由于它降低了大脑的抑制过程, 使大脑皮质失去了对下级中枢的控制, 因而造成下级中枢的过度兴奋, 出现感情冲动、好说好动、喜怒无常。进而出现大脑皮质的抑制, 表现出反应迟钝、步态不稳、踉跄或嗜睡。如果血中酒精浓度达到千分之五时, 则可出现呼吸中枢的麻痹, 最后中毒死亡。

3. 肝脏的损害。酒精主要在肝脏中代谢, 进入肝脏后, 在酶的作用下转变成乙醛, 然后再转变为醋酸, 参与组织细胞的正常代谢。如饮酒过量, 可使乙醛的形成增加, 过氧化氢的积聚, 脂肪酸的堆积, 出现酸中毒。另外, 还可导致脂肪肝。尤其是长期大量饮酒, 使肝不能进行正常的解毒功能, 出现不可逆的慢性肝细胞损害, 最终出现肝硬化。据统计, 确诊为酒精性肝硬化后如继续饮酒者, 5 年生存率约 30%, 而戒酒后可达 70%。

4. 心脏的损害。经研究, 一次饮入大量的酒精对心脏有害, 表现在左心功能明显降低。所以, 酗酒对心脏很不利。在常饮烈性酒者中, 心脏的损害也较突出。由于酒精(乙醇)的直接代谢产物是乙醛, 它能使心肌的收缩力下降, 久之可导致心脏慢性不可逆损害。实验观察到, 酒精(乙醇)和乙醛能抑制线粒体的生物氧化和降低三羧酶活性。酒精中毒时, 线



饮用对人体有益，但如果掌握不好，也会影响健康。

### （一）喝茶有哪些好处

茶叶中的主要成分是咖啡碱和鞣酸。咖啡碱是兴奋剂中的一种。一般茶叶中含咖啡碱 2~4%，红茶较绿茶为高，一杯 400 毫升的浓茶含咖啡碱约 100~150 毫克，相当于在临床上的一次治疗量。茶叶中还含有酚类物质如茶多酚，具有解毒、杀菌、生津、止渴的作用。并能刺激大脑皮层，所以饮茶后常可消除疲劳、振奋精神，促进呼吸和血液循环，升高血压。咖啡碱有扩张冠状动脉的作用。在促进血液循环的同时，抑制肾小管的重吸收功能，因而有强心利尿作用。这对于中老年人是有益的。在急性酒精中毒时也可作为醒酒剂。茶叶中还含有一个重要成份——鞣酸。其含量比咖啡碱高 2~3 倍。鞣酸能分解脂肪，所以食油脂后饮茶有利于消化。而且浓茶中的大量鞣酸能与金属盐类或生物碱类毒物结合产生沉淀，阻止对毒物的吸收。所以临床上也常用作急性中毒处理的措施之一。另外，茶叶中还含有大量的氟，饮茶可以使人体增加对氟的摄入，减少骨质疏松症的发生，这有利于中老年人的健康。茶叶中还含有大量的维生素 C、B、B<sub>2</sub>、路丁、黄酮、生物碱等。这些物质对于上皮细胞的修复、保持毛细血管的通透作用、增强毛细血管的柔韧性从而维持血管的弹性，对于改善血管的紧张度，改善心脑血管微循环的状况都是有益的。茶叶还有降低血胆固醇的作用。根据日本学者实验表明：茶叶中所含鞣酸其抗老化作用比维生素 E 强 18 倍。因此，饮茶能增进健康，延缓器官系统的老化。

### （二）喝茶的注意点

由于茶叶中的咖啡碱有明显的兴奋作用，一般一杯饮用茶 3.0 克，含咖啡碱约 70 毫克左右，这对人体不会有害。如果饮用的是浓茶，就容易造成过度兴奋。中老年人本身睡眠时间就比青年人少，所以有失眠症者睡前不宜饮用浓茶，不然容易引起失眠。一般说，每人每天约饮 4~6 杯茶即可，且每隔适当的时间缓慢饮入，使血液中的水份保持平衡，并利于肾脏的清洁。茶叶所含鞣酸容易将食物中的蛋白质凝结，这对消化不利，甚至可造成消化不良，所以饭后不宜马上喝茶。再者鞣酸的收敛作用也容易产生便秘、腹胀等症。浓茶的兴奋性可使心跳增快，心负荷加重，出现心悸或心律失常等症，所以中老年人如有心脏基础疾病不宜饮用浓茶。由于浓茶所含鞣酸量较多，对胃粘膜有刺激作用，且妨碍胃液的正常分泌，所以有消化功能紊乱或胃炎、溃疡病者也最好不要饮茶。有报道指出：隔夜或放置时间较长的茶，尤其是热天，容易变质，还可产生二级胺，这种物质是亚硝胺类化合物，有较强的致癌作用，所以最好不要饮用隔夜茶。

## 第八章 中老年人外出旅游 应注意什么

中老年人利用节日外出旅游，既可欣赏祖国河山，开阔视野，增长知识，又是一种很好的健身活动。但由于中老年人，年纪大了，各器官功能有所减退，适应能力较差，在旅游过程中，由于气候的变化，生活规律和环境的改变及车船的颠簸，常易发生晕车、失眠、感冒、腹泻等疾病，原患有心脏病、高血压、哮喘及慢性支气管炎病人，更易诱发致病。轻者影响健康，重则危及生命，千万不能掉以轻心。为了防治旅游途中发生的疾病，须注意以下事项。

### 一、旅游日程要合理安排

宜松不宜紧，要有充分的休息间隙，恢复疲劳。夏季要携带遮阳帽与墨镜；冬季要带齐帽子、大衣、手套及围巾。

## 二、饮食要讲究卫生

饮食要适当,不可暴饮暴食。瓜果要洗净削皮后再吃。如有腹泻,可服黄连素或痢特灵,每天3次,每次1~2片。

## 三、动晕病的防治

如坐车、船或飞机,有头晕、目眩、恶心、呕吐、面色苍白等。常由于闷热、闻到汽油味、饥饿或过饱、疲劳及未睡好而诱发。有动晕病者应临窗而坐,把窗户打开,使新鲜空气流动;并在动身前半小时先服晕海宁一片,途中必要时再加服一片,可防止发作。

## 四、尽量保持原有的生活习惯

有些中老年人由于旅游,改变了环境和作息时间,容易发生失眠。这时应尽量保持原有的生活习惯,定时睡觉,睡前不抽烟、不喝茶,夏季睡前洗个澡,冬天泡热水脚,可防止失眠的发生,必要时睡前服安定或舒乐安定1~2片,镇静安眠。

## 五、腰酸腿软关节疼痛的防治

平时缺乏体育锻炼者,旅游途中,由于走动较多,过度

跋涉，发生关节及腰酸痛者相当多见，可采用推拿、针灸治疗，效果较好。

## 六、不要带病旅游

原有心脏病、高血压的中老年人，由于旅途劳累，易诱发感冒、心绞痛、血压升高，甚至心力衰竭。患病后千万不要带病旅游或擅自乱服药物，应安静休息，及时找医生诊治，以免贻误病情。

## 第九章 中老年人的用药问题

中老年人体质改变逐渐突出。体内脂肪增加、水份减少，如果按体重和体表面积计算用药就会使血和组织中的药物浓度提高；中老年人血清白蛋白有所下降，这样与白蛋白结合而发挥作用的药物如氨苄青霉素等被结合的部份也相应减少，必然在血液中增加游离状态的药物量，容易发生用药反应；中老年人的胃肠道消化吸收功能逐渐减退，也会影响药物的吸收速度和血中的浓度；心脏功能下降使内脏血流减少；肝分解能力逐渐下降使某些药物在血及组织中的浓度增加，容易产生副作用，老年肾功的减退，肾的过滤和排泄功能下降，也会影响药物的代谢，这些都可造成药物经过循环的吸收速度和吸收量比青年人低，甚至不能发挥作用。而且随年龄增加，药物的半衰期也延长；老年血脑屏障的功能下降，使药物对中枢神经系统的作用较青年人强；还有大多数中老年人同时身患几种疾病或由于用药的频度和用量没有掌握好，而药物在中老年人的治疗量和中毒量很接近，或者由于个体的差异性而对药物的耐受能力降低，对药物的依赖性增大，药

物的副作用比青年人就高得多。所以,应根据自己的年龄、体质、内脏器官的状况以及药物最适合的吸收时间来安排治疗方案。

## 一、中老年人用药需要注意的问题

### (一) 严格掌握用药的指征

中老年人不能盲目地用药。该用药时,一定要在医生的指导下应用。可是,有的人自以为有服药的经验,就自己乱服药。例如,不问什么原因引起的头痛都服止痛片而引起粒细胞减少、溃疡病的复发;腹泻、便秘时用药不当引起的胃肠功能紊乱;不加选择地使用安眠药而引起肝、肾的损害;所谓“保肝药”的滥用反而促使肝功损害的进一步加重;还有对抗生素使用也极为轻率,稍一伤风感冒、发烧,就使用抗生素,甚至使用高级抗生素,这必然容易造成抗药性,到该用高级抗生素时,往往疗效大大下降。而且,长期滥用抗生素还容易发生霉菌感染或菌群失调而出现并发症而影响健康;更有甚者,往往一时用药疗效不显就自己加大用药剂量,甚至盲目服用几种药物,这样更会造成严重的后果。

### (二) 严格掌握用药剂量

中老年人,尤其是老年人的用药,物别要掌握好剂量,对于某些患慢性病而长期使用相应同种药物的人更要引起重视。这主要是由于生理上的特点,个体之间的差异,对药物的反应因人而异,药物在体内的半衰期延长,对药物的耐受性差等综合原因所致。所以,用药时不只根据自己的症状,还

应充分计算药量。另外，对麻醉药物的敏感性也随年龄增加而增加，安全范围也较狭窄，所以，对吗啡、可待因等应严格掌握剂量，谨慎使用。吗啡、杜冷丁应取成人剂量的  $2/3$  或  $1/2$ 。大量的皮质激素易造成骨质疏松，加速蛋白质分解，糖元异生，电解质紊乱，出现应激性溃疡等。不恰当地使用消炎痛易引起心律失常、胃肠出血。保泰松可引起粒细胞减少、贫血、血尿等。毛地黄是一个抗心衰的常用药，宜少量给药。药物剂量如何掌握呢？一般说来，老年人的用药剂量应偏小些，用药量应限于最小有效量或采用中等剂量，采用从小剂量开始的办法指导用药。当然，还要结合以往用药的敏感性、个体的差异性来全面考虑。如果体质很差，还可酌量减少用药剂量，以后再根据情况增减。

### （三）注意药物的相互干扰

人到中年以后，由于各方面的综合原因，会逐渐产生一些疾病，而且越到老年，身患数种慢性疾病的较多，如老年人易患肾功能不全、肺炎和尿路感染等。如果伴有精神病时用药不当常可使病情恶化。所以，在用药时各方面都要照顾，几种药物的同时使用是经常的事，这就容易产生药物相互干扰而影响疗效。因此，老年用药时要全面综合考虑。

## 二、如何预防副作用

### （一）中老年人用药

中老年人用药要具体考虑年龄、体质、生理状态，是否身患某种或某几种疾病，以往用药的反应如何？尤其要考虑



心血管及肾功能情况和精神状况，必要时如实告诉医生。

## （二）药物的毒副作用

必要时在医生的指导下用药。如使用青霉素要防止过敏性休克；长期使用抗生素要注意霉菌的继发感染；老年人肾功能有所减退、血流缓慢，四环素不宜使用，其他如卡那霉素、链霉素、先锋霉素也要慎用；使用降压药时，也常有精神症状的副作用出现；应用激素类药可诱发糖尿病或使糖尿病恶化、结核病复发；因失眠而长期使用催眠药如巴比妥类制剂在停药后也常常出现朦胧睡眠和恶梦，并促使动脉硬化性痴呆、智能障碍等；对某些情绪焦虑和忧虑不安而选用安定类药物时，也要注意嗜眠、低血压、淤滞性黄疸和便秘等副作用；老年巴金森氏病（老年震颤）很常见，如选用抗胆碱药物，可导致便秘、尿闭、谵妄、老年男性前列腺肥大等副作用，如选用左旋多巴治疗，也常常有呃气、呕吐、便秘、体位性低血压和手脚徐动症等副作用；在使用噻嗪类药时，可出现低血钾、高尿酸血症、皮炎、高血糖等副作用；老年人的低血压较多，因而要慎用镇静、抗抑郁药或血管扩张剂等。所以，在严格控制用药指征、剂量的前提下，要充分了解使用药物的副作用，不要造成药物的误服或服药过量。

## （三）药物反应

使用数种药物的同一患者要特别注意用药的反应。尽可能减少给药的种类和给药次数。对于长期使用同一类药物的患者，要定时去医院进行检查，准确掌握病情变化，在医师的指导下调整药量。

## 第十章 滋补药方简介

滋补方药从传统医学角度看,就是指那些对人体气血、阴阳进行调理,有针对性的重在补其不足,使人体达到内在平衡、气血畅达、脏腑健旺、预防疾病,并按照传统中医理论应用于实践取得积极效果的那一类延年益寿的药物和由这一理论指导下拟订的滋补药方。由于这些药物绝大多数根据现代研究有明显的抗衰老、延缓器官老化、预防疾病、健康长寿的作用,所以研究抗衰老药物就多从滋补药物和方剂入手。这里介绍滋补药方是要让人们正确地认识滋补药方。这些药方在我国经历了长期实践的检验,确实在改善人体机能状态、增强体质,尤其在抗衰老,延年益寿中有一定的作用。但这些药方绝不是长生不老的唯一仙丹妙品,不能过份的强调和依赖它,把它作为抗衰老、延年益寿的主要手段。须知:贵重药、滋补药不一定是绝对好的东西,而且药物有再大的功效,也要通过机体去发挥积极的作用,更何况滋补药物、方剂的产生、发展,是和传统的中医理论紧密相联系的。因此,具体使用时,还必须在医生的严密观察指导下,根据中医的

辨证论治原则，结合中老年人的年龄、性别、体质情况、社会因素、生活习惯、地理、气候特点、过去用药的反应等多种因素来全面综合考虑。不然，不但不能发挥积极的效果，反而会给人体带来损害。何况推迟衰老、延年益寿还和个体的精神调摄、体育锻炼、良好的营养卫生习惯、劳逸结合、合理的生活起居等方面密切相关。而滋补药物在其中只能起到很小的作用，甚至不服用这些药物而重视和加强了其他因素的配合，仍然可以达到益寿延年、健康长寿的目的。因此，不能随便滥用补品。

## 一、单味滋补长寿中药的研究

在人参的研究方面，按传统认为人参能大补元气、强心固脱。常用于气短喘促、心悸怔忡、自汗肢冷、久病体虚。实验研究证明：人参有“适应原”样作用（即双向调节作用，高者调低、低者调高），能增强机体对各种有害刺激的防御能力，调节病理过程；能增强机体免疫功能，对实验动物有抗放射、刺激造血器官等作用；能改善神经活动过程的灵活性，提高人的脑力和体力机能，有显著的抗疲劳作用；能改善睡眠和情绪，大剂量还有镇静作用；在内分泌代谢的影响方面，能改变应激反应，减轻损伤过程。人参及其皂甙还能使大鼠肾上腺中环磷酸腺苷（CAMP）含量迅速增加1.7~1.8倍，人参奎酮能兴奋垂体使之分泌促性腺激素，加速性成熟过程。人参皂甙可促使肾上腺皮质分泌盐皮质激素，产生抗利尿作用，还可降血糖和胆固醇；能使蛋白质合成增加、食欲增进、休

重增加、生长加快；对心血管系统有强心作用，小剂量升压、大剂量降压，治疗量对病人血压无明显影响，对过敏性休克豚鼠、烫伤性休克小鼠可减轻休克、延长生命；对失血性急性循环衰竭动物可使心搏振幅及心率显著增加，在心衰时，强心作用更为显著。另外，对刺五加、三七、首乌、羊藿、蛤蚧、蛇床子、灵芝、胎盘等的研究，也认为有不同程度的类似人参的作用。在黄芪的研究方面，传统认为：黄芪能补气固表、托脓生肌。对气短、心悸、自汗、虚脱、久泻、脱肛、内脏下垂及经久不愈伤口有较好的疗效。实验研究：黄芪能增强机体的免疫功能，提高网状内皮系统的吞噬作用，有一定的抗病毒能力，且能提高体液免疫功能；黄芪中含有较多的硒，而硒和锌、维生素 E 能使细胞生长旺盛，延长其在体外生长的寿命达一倍左右、含有类似成份的当归、川芎、淫羊藿等也引起了人们的重视。黄芪还可延长人胚肺二倍体细胞自然衰老过程，同时明显延长细胞的维持时间。且发现：黄精、肉苁蓉、菟丝子、党参、女贞子等也能延长实验性家蚕的寿命，使细胞的生理代谢增强，提高血浆中 CAMP 的含量，并显著增加白细胞总数和多核白细胞数。黄芪还有降压、扩冠的作用；有促雌激素的作用，可使小鼠动情期延长，对胰岛素性低血糖有升高血糖的趋势；可使肝糖元增加，防止肝糖元减少，保护肝脏；能显著减少尿蛋白含量、减轻实验性动物肾炎的病理过程，有利尿和缓解平滑肌的作用，还能促进 T 细胞的数量增加，黄芪、何首乌等能促进抗体生成细胞的增生，这对于老年免疫功能逐渐减退、对外界病原因子的防御都能起到一定的保护作用，对延年益寿有利。

在动物性滋补药的研究方面,如常用的强壮滋补药鹿茸、鹿胎、龟版、麝香等都能增强体质、改善全身代谢功能,促进组织再生、延缓衰老。

作为补气的传统中药党参也应用得较广泛。它能使实验动物血糖升高、血压下降,白细胞和血红蛋白升高,并有抗肾上腺素和土的宁的作用。在灵芝的研究方面,认为灵芝中含有对中枢神经系统起抑制作用的成分,能明显对抗烟碱所致的小鼠惊厥,有镇静作用,还可增加心肌收缩力、增加心输出量,有明显的强心、扩张冠状动脉、改善冠状动脉血流量和心肌代谢、抗缺氧、降低心肌耗氧量,增加脑血流的灌注等作用。灵芝甙对脂肪转化的中间因素可起调整作用。所以,对高脂血症、预防动脉硬化有一定的效果。灵芝还能改善肾上腺皮质的功能,明显影响核酸、蛋白质代谢过程,促进蛋白质合成,这是灵芝作为长寿药扶正固本的基础。它还能增强网状内皮系统的吞噬功能,尤其与党参配合更明显。且灵芝多糖能提高机体非特异免疫的功能,且有一定的抗放射作用,对粒细胞减少有一定的治疗效果。在枸杞研究方面,传统中医认为,枸杞可补肝肾、填精明目。实验证明:枸杞能显著地增强网状内皮系统的吞噬能力,对造血功能有促进作用,其所含成份甜菜碱有生长刺激作用,能对抗脂肪肝,提高磷脂水平,对肝功有一定的保护作用,并能改善肝功,还可扩张血管、降低血糖,对视力减退等老年虚证也有较好的效果。

另外,根据文献记载,属于中医滋补药的黄精、玉竹、天冬、麦冬亦有延年益寿的作用。实验认为:黄精有降压、增

强心肌收缩力、显著增加冠脉流量的作用。玉竹能使心搏收缩增强、振幅加大，对垂体后叶素所致的急性心肌缺血有一定的保护作用；对高甘油三脂血症有一定的治疗作用；能缓解动物动脉硬化斑块的形成。麦冬能明显提高缺氧条件下耐缺氧的能力。

在长寿药物的研究中，有人认为白术、苍术有一定的作用。研究表明：白术能促进小鼠体重、增加游泳耐力，增强肌力，增强网状内皮系统的吞噬功能，对白细胞减少有一定的治疗作用，能提高淋巴细胞转化率和自然玫瑰花形成率，促进细胞免疫功能，明显增高血清的IgG，说明它能提高机体的抗病能力。白术还有较强的降血糖作用，能使凝血时间和凝血酶元时间延长，且有扩张血管和一定的对小鼠肉瘤180的抑制作用；传统认为具有益气健脾、滋补作用的大枣和同属一类的酸枣仁，均有增强肌力、增加体重、保护肝脏、改善心肌状况、宁心安神等作用。对于地黄的研究认为，它具有抗地塞米松对脑垂体—肾上腺皮质系统的抑制作用，从而使血浆皮质酮浓度升高。生地与外源性皮质激素同时应用时，使血浆皮质醇含量仍能维持在近似正常水平。地黄对造血系统有良好的作用，因而在临床上常作为补血剂应用。另外，它还有强心、增强冠脉流量、抗放射、利尿、降血糖、降血压、保肝、缩短凝血时间、促进血凝等作用。

## 二、常用的长寿滋补方

### （一）当归补血汤（当归 黄芪）

为传统的补血方剂。经研究表明：本方能增加红细胞、血红蛋白的含量，使肝、胆色素减少，微循环明显改善。增强巨噬细胞的吞噬功能，提高血清抗体效价，对抗体形成细胞有促进作用；能促进小鼠肝蛋白质和血清蛋白质合成，抑制巨噬细胞的蛋白质与 RNA 合成，对老年大鼠已减慢的红细胞电泳有加快作用。本方对中老年人有一定的保健作用。尤其对血虚体弱更可选用。

### （二）生脉散（人参 麦冬 北五味）

为传统的补气阴验方。研究证明：本方能降低血清总胆固醇含量；预防高胆固醇血症。能通过体液因子的作用对造血粒系祖细胞起促进增殖的效应。这对于抗衰老是有益的。其注射液能增强心肌收缩力，使急性失血性休克犬的血压逐渐回升至正常，并能改善微循环，增加组织的血液灌注量。该方与活血化瘀药合用对冠心病、心肌梗塞有较好的治疗效果，这对于常见的缺血性心脏病的防治以及具有气阴不足、体质虚弱的中老年人是有保健作用的。

### （三）玉屏风散（黄芪 白术 防风）

为传统验方。对老年体虚容易感冒者有较好的效果。研究证明：本方能使实验动物的巨噬细胞的吞噬率、吞噬指数有明显的促进作用。且对免疫功能有双相调节作用。服用能增强体质、预防感冒、改善全身机能状态。

### （四）参芪注射液（党参 黄芪）

研究证明：本方能降低血小板表面的活性，对凝集的血小板有解聚作用；并能使冠心病心气虚患者血小板内环核苷酸含量增加，其中 CAMP 增加更明显；能改善某些癌症术后



患者的症状、提高体质、保护造血功能、防止化疗中白细胞下降；能增加巨噬细胞的吞噬功能；能降低血液粘滞度，增加血流速度。这些作用都是有益于中老年健康的。

(五)十全大补汤(党参 云苓 白术 当归 抗白芍 地黄 川芎 附片 肉桂 甘草)

为传统的气血双补验方。有报告表明，它能增强非特异性免疫，增进胃肠蠕动，增强豚鼠离体心脏冠脉流量、提高小鼠常压耐缺氧的能力；有一定的镇静作用。因而常用于补气、健脾、强壮、健身。这对于中老年体弱者预防疾病、健康长寿是有益的。

(六)右归丸(熟地 淮药 枸杞 鹿胶 菟丝子 杜仲 枣皮 当归 肉桂 制附子)

为传统的温补肾阳的代表方。研究表明：该方能提高正常动物、氢化可的松所致免疫功能抑制的动物和老年动物淋巴细胞的存活率，能调节免疫功能低下动物的T细胞数量及改善免疫功能，提高氢化可的松动物淋巴细胞空斑形成数。说明它有改善免疫功能及抗衰老的作用。传统医学认为肾为先天之本，中老年肾气逐渐虚弱而本方温阳补肾。说明补肾药物在调节免疫功能和抗衰老、延年益寿方面有重要的关系。

(七)清宫寿桃丸(益智仁 生地 枸杞 核桃肉等)

有研究报告：把有明显衰老症状的老年人分为本方治疗组、维生素E对照组。治疗后，两组衰老见证积分平均值均有明显下降，但在改善衰老症状方面，该丸组优于维生素E对照组，在降低患者血浆过氧化脂含量方面确有效果，其所含抗氧化物具有清除自由基、间接阻止细胞膜不饱和脂肪酸



的氧化，对细胞膜的结构和功能起保护作用。本方抗氧化活性作用可能是其抗衰老、延年益寿的作用之一。

(八)还精煎(地黄 菟丝子 沙苑蒺藜 锁阳 首乌 淮牛夕 菊花 菖蒲等)

本方对细胞免疫功能、补体  $C_3$ 、老年期肺活量有改善，证明有一定的延缓衰老的作用。动物实验表明：能延长小鼠生存期，明显提高家蚕平均存活率；能调节老年动物免疫功能，延长老年动物体外淋巴细胞的存活率；能保护肝细胞，促进能量代谢、核酸及蛋白质合成能力，对延缓卵巢、子宫和睾丸的衰老有一定作用；可使老年小鼠肺 CAMP 含量增加，CAMP/CGMP（环磷酸鸟苷）比值升高，因而降低气管平滑肌张力，增加通气量，并可使肝组织 CAMP/CGMP 比值较老年组织高而接近青年组；还能延缓老年小鼠骨量随年龄而丧失的速度。这些作用，对中老年人的健康长寿是有益的。

其他还有首乌丸、七宝美髯丹、胡桃丸、琼玉膏、首乌延寿丹等对延年益寿都有一定的效果，可根据自己的情况，在医生的指导下选用。

## 第十一章 定期的健康检查

### 一、中老年疾病的特殊性

中老年人由于机体反应迟缓，体温调节和全身应激反应的差异，所以某些疾病的发展很不典型。无论在发病的起因、临床表现和诊断、治疗上都与青年人有所不同，而且不能按常规的方法来诊治，因而定期的健康检查非常必要。

#### （一）不典型的临床症状

表现的临床过程和体征常常与年青人的表现截然不同或呈现出特殊的症状，因而给早期诊断造成困难。如老年人很多病都不发热，或呈低热；老年肺炎常常没有一般人所表现的典型症状而表现出消化系统的症状或神经精神方面的症状；不典型的脑肿瘤也常误诊为脑出血和脑栓塞等；老年人很多在全身性情况下都可出现异常的神经精神症状，因而要进行全面的健康检查，仔细的鉴别诊断；心肌梗塞也常常没有典型的心绞痛，甚至没有胸痛；对中老年人出现的休克、心衰，要考虑是否为综合性的因素，考虑范围宜广泛些；急性

的尿路感染在老年人也很常见，但往往缺乏细菌感染所表现出来的那些症候群；某些患急腹症的老年人，也常常没有年轻人那样典型的腹痛和体征；又如甲亢，在老年人多呈淡漠型等等。

### （二）多种疾病同时并存，错综复杂

由于中老年人的生理特点常常身患多种疾病。且常常在病程中出现难以预知的情况，致使某些疾病常常相互混杂、互相影响、互相转化，构成诊断、治疗上的困难，甚至造成病情恶化。

### （三）容易发生并发症

中老年人常常因为某些致病因子的侵袭，即使是一些轻微的原因也可造成内环境的紊乱，出现水盐电解质的平衡失调，低钾血症、高钾血症、低钠血症、高钠血症、脱水和红细胞压积的升高造成血管的栓塞和梗塞。外周动脉血栓和肢体坏疽等也在老年患者中常见；糖尿病性昏迷、酸中毒、休克、弥漫性血管内凝血（DIC）等发生率也高，因而诊断和处理都要全面考虑、及时处理。

### （四）由药物引起的副作用多

中老年人由于身患一种或多种疾病，因而经常服用一种或多种药物。但往往因用药不当，对药物的副作用不了解而发生严重后果。因而对中老年人要强调正确使用药物，了解其特殊副作用。必要时在医生指导下使用。

## 二、随时掌握自身的健康水平

尽管中老年人有些疾病的发生、发展，非常隐匿，但只要仔细观察、分析，随时注意自身健康情况的变化，还是能够从纷纭的现象中及早发现问题，及时去医院检查就医，得到及时的治疗。当然，也要排除思想紧张，把一些衰老过程中属于正常范围的改变，夸大为严重的问题，或者把某些小病，没有任何根据的现象说成是“不治之症”，这必然增加思想负担，甚至把自己置于不能自拔的境地，反而影响了健康，促进早衰的到来。

### （一）注意身体的不良反应

在日常生活中要注意自己的精神、情绪是否饱满，能否随时保持清醒的头脑，工作效率是否有所降低，思想是否集中，有无耐受性。如果经常感到精神不振、情绪不佳、焦虑不安、烦躁或情绪低沉、少气懒言、头昏脑胀、身软乏力等就要考虑自己的身体是否出现了机能状况不良的反应。

### （二）随时判断自己有规律的生活秩序是否有了改变

平时的起床、早操、进餐、工作、学习以及娱乐活动、散步等是否不能正常进行，尤其是平时工作学习乃至家务活动等方面的旺盛精力突然降低，每天有规律、正常的锻炼不能坚持等就要注意自己的身体是否有了潜在的病理因素。中老年人的睡眠时间比青年人少，但也要因人而异。要随时注意入睡是否困难？是深睡或是浅睡？是否常有失眠？如长期睡眠不好或突然失眠多梦或早醒等就要找找原因。

### （三）三餐饮食情况

三餐饮食是否吃得香，吃得有味，且饭后消化良好，大便正常，胃肠无不适感。如果三餐有规律的饮食不能正常进行，或出现食欲明显减退，腹满作胀，大便的习惯有了改变或出现腹泻、便秘等应进一步进行检查。

### （四）体重情况

体重是衡量健康的重要指标。中年人一般说来体重比较稳定，但要注意体重趋于增加甚至超重的趋势；也要注意体重是否持续下降，健康红润的皮肤是否突然出现苍白而失去光泽，体质是否突然虚弱，容易感冒伤风，稍动则心累气促。这些应引起足够的重视。

### （五）出现在全身重要器官的症状

如头痛、肢体麻木、震颤、视物双影、意识障碍；咳嗽、胸痛、气促或血痰；心累心跳、心前区闷压感或绞痛，脉律不齐或夜间哮喘；可疑腹部包块、疼痛、呕吐、大便异常、黄疸；腰痛、小便异常、血尿；闭经多年又出现阴道出血、小便疼痛、白带增多；耳鸣、耳聋、鼻衄、声嘶；全身有可疑的肿块等等。就应该及时就医。

## 三、定期的健康检查

鉴于中老年人生理、病理的特殊性，需要进行经常的健康检查，不要等到疾病已经发展到了晚期才去检查。一旦确诊又往往失去了应该得到满意治疗的良机，尤其对某些患慢性病的中老年人，如果及早发现问题，把疾病控制在一定的

限度不致于急进的发展，那更需要作定期的健康检查。首先要定期检查血压，脉搏的快慢和节律是否异常；眼科检查可及早发现在中年以后发病较多的白内障、青光眼和眼底血管的病变；小便检查可及早发现肾脏病或糖尿病；心电图检查可了解心肌的供血情况；胸部X线摄影可及早发现潜在的肺部肿瘤。当然，也要注意出现的临床症状及其特点。如疼痛的部位，是胸痛、腹痛、腰背部疼痛，还是下肢疼痛等；有无发热，厌食，进行性消瘦，呼吸困难，腹泻，便秘，排尿困难，视力、听力减退，耳鸣，眩晕，猝倒，震颤、睡眠障碍等症状。要考虑是否全身疾病的反应、局部器官的病变或本身就是精神、神经系统的病变等等，这些都要结合中老年人的特点来全面分析。

## 第四篇

# 症状疾病索引

## 附录一：

## 家庭常备药物

## 一、伤风感冒药

(一) 银柴冲剂 对外感、发热、头痛、咽痛有效。每服一包。每天 3~4 次。

(二) 银翘解毒丸(片或冲剂) 具有清热、解毒、祛风、散邪的作用。对感冒、咽痛、咳嗽等上感有效。每天服 2~3 次，每次 3~4 丸(片)或见说明书。冲剂每袋 6 克、每天服 2 次，每次服一袋。

(三) 感冒清 具有清热、解毒、抗病毒的作用。对各种感冒及流感有一定效果。每天服三次，每次服 2~4 片。

(四) 藿香正气丸 对暑湿感冒、头痛、胸闷、泄泻、呕吐、脘腹胀痛，感冒而兼有急性胃肠炎者可服用。每天服 2~3 次，每次服 3 丸。

(五) 病毒灵(吗啉呱) 每片 0.1 克。有抑制病毒的作用，对流行性感冒有一定效果。每天服三次，每次服二片。

(六) 桑菊感冒片 主治感冒、伤风、鼻塞、流涕、微恶风寒之一般伤风感冒。每天服二次，每次服 4~8 片。



(七) 板兰根冲剂 每包 15 克。具有清热、解毒、凉血、消肿的作用。对流感、流行性腮腺炎有效。每服一包，一日 3~4 次。

(八) 阿斯匹林片 每片 0.3 或 0.5 克，肠溶片含 0.3 克。有解热、止痛、消炎、抗风湿的作用。常用于外感发热、头痛、身痛等。每天服三次，每次 0.3~0.6 克；抗风湿用量遵医嘱。溃疡病慎用。

(九) 康得 每日 1~2 次，每次 1 片，对改善伤风症状有效。

## 二、抗过敏药物

(一) 扑尔敏 每片 4 毫克。对过敏性疾病、皮肤发痒、因过敏所致的上感等均可使用。每服一片，一日三次。

(二) 葡萄糖酸钙 片剂每片 0.5 克，安瓿每支 10 毫升。常用于荨麻疹、瘙痒症、皮疹等。口服每天三次，每次二片。如果静脉注射，每次一支，缓慢推注。

(三) 非那更（异丙嗪） 每片 25 毫克。常用于晕船、晕车、过敏性疾病如荨麻疹等均有效。每次服 1/2~1 片，一日 2~3 次。

## 三、健脾、和胃、助消化药

(一) 香砂养胃丸 具有温中和胃的作用。用于不思饮食、呕吐酸水、胃脘满闷、肢体倦怠等症。每天服二次，每次服

9 克。

(二)保和丸 可健脾消食。主治消化不良所致脘腹痞满, 暖气吞酸、腹胀腹泻、食欲不振等症。每天服二次, 每次服一丸。

(三)干酵母 每片 0.3 克, 为维生素 B<sub>1</sub> 缺乏和消化不良的辅助药。每天服三次, 每次 0.6~4 克。

(四)多酶片 主要促进淀粉、蛋白、脂肪的消化。应用于消化不良。每天服三次, 每次服二片。

(五)胃蛋白酶合剂 由胃蛋白酶、稀盐酸混合而成。主要补充胃蛋白酶及胃酸。可促进蛋白质的消化, 常用于胃酸减低、萎缩性胃炎、消化不良等。每天服三次, 每次服 10 毫升。

## 四、治溃疡病药物

(一)胃舒平 具有中和胃酸、保护胃粘膜、解痉止痛的作用。常用于胃酸增多、溃疡病等。每天服 3~4 次, 每次服 2~4 片。

(二)普鲁苯辛 每片含 15 毫克。具有抑制腺体分泌、止痛、解痉的作用。对胃炎、胃肠痉挛、溃疡病有效。每天服三次, 每次服一片。

## 五、导泻药

(一)开塞露 每个 20 毫升。用于便秘。于睡前塞入肛

门、刺激直肠壁，反射引起排便。有一定的润滑作用。

(二) 麻仁丸 为缓泻剂。主治肠胃燥热、大便不通或痔疮便秘等。每天服 1~2 次，每次 1 丸或遵医嘱。

(三) 番泻叶 能消积热、润肠燥、对大肠粘膜有刺激作用。能促进大肠蠕动。用于便秘。一日量 1.5~6 克，开水泡服或煎服。月经期和妊娠妇女禁用。

## 六、止咳祛痰药物

(一) 必嗽平 每片 8 毫克。对慢性支气管炎急性发作，咳嗽，痰不易咳出者有效。每天服三次，每次服 1~2 片。

(二) 咳必清（妥克拉斯） 每片含 25 毫克。对于慢性支气管炎、咽炎所致刺激性咳嗽或干咳无痰者可选用。每天服三次，每次服一片。

## 七、平喘解痉药物

(一) 氨茶碱 每片 0.1 克。对于支气管哮喘、喘息性支气管炎有效。每天服三次，每次服一片。服后偶有胃脘不适、恶心、呕吐、心率增加而引起心悸等。

(二) 美喘清 每片 25 微克。常用于支气管哮喘及喘息性支气管炎。每天服 2 次，每次服 1~2 片。甲亢、高血压慎用。

## 八、消炎抗菌药物

(一) 复方甲基异噁唑 (SM Zco 或复方新诺明片)。对慢性支气管炎急发、尿路感染等有效。每天服二次, 每次服二片。

(二) 螺旋霉素 每片 0.2 克。常用于咽炎、扁桃腺炎、支气管炎、肺炎、肺脓肿、尿路感染等。每天服 4 次, 每次服 1 片。副作用有恶心、呕吐。肝、肾功差者慎用。

(三) 羟氨苄青霉素片 每片 0.125 克。用于溶血性链球菌、肺炎球菌、流感杆菌等各种感染性疾病。每天服 4 次, 每次服 2~4 片。对青霉素过敏者忌用。

(四) 羟氨苄头孢菌素 每片 0.25 克。主要用于葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌等所致的各种感染性疾病。每天服 4 次, 每次 1~2 片或每天服 3 次, 每次 2~3 片。对青霉素过敏者忌用。

(五) 牛黄解毒片 具有清热解毒作用。常用于咽喉肿痛、牙痛、口舌生疮、目赤红肿等热病患者。每天服 2 次, 每次服 2 片。

## 九、降血压药物

(一) 应按具体病情, 适当选用降压药, 诊断确定为高血压病后, 原则上应长期服药, 切忌时服时停。

(一) 复方降压片 含降压灵、双克等, 一般用量每日 3 次, 每次 1~2 片, 对轻、中度高血压有效。

(二) 心痛定 为血管扩张药，一般用量每日 3 次，每次 1 片 (10mg)。初服者可能有头晕、脸红、心慌等副作用，可先试服一片或半片，若无不良反应，逐渐增加剂量。

(三) 罗布麻 作用比较缓和，适用于轻型高血压，长期服用，一日 3 次，每次 1 片，无任何不良反应。

服用降压药物期间，不宜驾驶车辆或拖拉机、登空作业。

## 十、治疗心绞痛药物

(一) 硝酸甘油 每片含 0.3 毫克、0.5 毫克、0.6 毫克。对心绞痛有迅速的缓解效果。每次舌下含化 0.3~0.6 毫克。用后有短暂头晕。青光眼忌用。

(二) 消心痛 (硝酸脱水山梨醇脂) 每片 10 毫克。重在预防心绞痛的发作。每天服 3 次，每次 1 片。用后有短暂头晕。青光眼禁用。

(三) 心痛定 (硝苯吡啶) 每片 5 毫克、10 毫克。用于慢性冠状动脉供血不足、心绞痛、左心功能不全、高血压等。口服一日 3 次，每次 5~10 毫克。孕妇忌用。血压低者慎用。

## 十一、降血脂药物

血脂升高有甘油三酯升高或胆固醇升高或两者均升高等三种情况。服用降脂药，亦应根据具体病情选用。

(一) 多烯康胶囊 主要用于降甘油三酯，每日服 3 次，每次 2 克，偶有恶心、腹胀等副作用。

(二) 诺衡 (又称吉非贝齐) 具有兼降甘油三酯及胆固醇的作用, 日服 2 次, 每次 0.6 克。

(三) 美降脂 (又称洛伐他丁) 主用于降低胆固醇, 每日晚餐后服 20~40mg。

## 十二、强心药

地高辛 每片含 0.25 毫克。对高心病、冠心病、风心病等引起的心力衰竭或快速心房纤颤有效。每次 1/2~1 片或严格遵医嘱服用。有呕吐、恶心副作用。对心脏房室传导阻滞、心率缓慢者忌用。

## 十三、抗心律失常药物

(一) 慢心律 每片含 50 毫克。常用于治疗室性早搏。每天服 3 次, 每次 2~3 片。副作用有恶心、呕吐、头晕、心动过缓、低血压等。

(二) 异搏定 每片 40 毫克。用于各种心律失常如窦性心动过速、室上性心动过速, 室上性早搏。对心律不齐同时伴有心动过速者常有较好的疗效。每天服 3 次, 每次服 1~2 片。副作用有头昏、恶心、低血压。哮喘慎用。房室传导阻滞忌用。

(三) 乙胺碘呋酮 每片 0.2 克。适应于房性或室性早搏、心房颤动等。每天服 3 次, 每次 1 片; 维持量每天 1 片或遵医嘱服用。

## 十四、安定药物

(一) 安定 每片 2.5 毫克。常用于心悸、失眠、心律不齐、高血压等。

(二) 谷维素 每片 10 毫克。常用于各种神经官能症、内分泌紊乱和植物神经功能失调、更年期综合征等。每天服 3 次，每次服 1 片。

## 十五、镇静催眠药物

(一) 三溴合剂(片) 主要用于神经衰弱、失眠、癔病及精神兴奋状态。合剂每天服 3 次，每次服 10 毫升；片剂每天服三次，每次服 2~3 片。

(二) 巴氏合剂 巴甫洛夫合剂(咖啡因溴溶液) 每 100 毫升内含溴化钾或溴化钠 3 克、苯甲酸钠咖啡因 0.3 克。亦可根据情况，如抑制型者可稍加大咖啡因量，兴奋型者稍加大溴化物用量。每天服 3 次，每次 10 毫升。

(三) 鲁米那(苯巴比妥) 每片 0.015 克或 0.03 克。为长时间作用催眠药，小剂量镇静，一般剂量催眠，大剂量抗惊厥。用于镇静，每天服 3 次，每次服 0.015~0.03 克；用于催眠，睡前服 0.06~0.09 克。

## 十六、跌打损伤药物

(一) 七厘散 常用于外伤性软组织肿硬疼痛。每天服 1~2 次, 每次 1~1.5 克。也可酒调外敷。孕妇忌服。

(二) 云南白药 每瓶 8 克。常用于各种创伤、跌打损伤、挫伤及出血等。每天服 2~3 次, 每次服 0.2~0.3 克。但一次服不能超过 0.5 克, 即每瓶不能少于 8 次服用。孕妇忌服。

(三) 麝香虎骨膏 常用于扭伤、挫伤, 关节、肌肉疼痛等。用时贴于洗拭干燥之患处。

## 十七、清凉解暑药物

(一) 清凉油 每盒装软膏 3 克。能清凉解暑。常用于头痛、皮肤瘙痒、虫咬等。外用涂于太阳穴或患处。

(二) 风油精 每瓶 3 克。用于解暑及恢复疲劳、爽心、提神、伤风感冒、头痛等。

(三) 人丹 常用于晕船、晕车、轻度中暑等。必要时每服 4~5 粒。

(四) 六神丸 常用于咽喉肿痛、无名肿毒等。每天服 2 次, 每次 7~10 粒。



## 十八、表皮消毒药物

（一）70%酒精，能使蛋白变性，因此，有杀菌作用。可作皮肤伤口消毒或家庭器械消毒。

（二）2%碘酊 能破坏细菌的原浆蛋白，因此有较强的杀菌和杀霉菌作用，并能杀死芽孢。常用于皮肤外伤消毒。

（三）2%龙胆紫 有抑菌作用。常用于细菌感染，皮肤、粘膜、溃疡消毒。



续

检验项目	缩 写	正 常 范 围	标本采集注意点
网织红细胞计数(煌焦油兰染色法)	Ret	成 人 0.008~0.027 新生儿 0.02~0.06	取末梢血
网织红细胞绝对值		成人(24~84)×10 <sup>9</sup> 万/L	取末梢血
红细胞沉降率(魏氏法)	ESR	男性 0~15 毫米/小时 妇性 0~20 毫米/小时	取血 1.6 毫升,枸橼酸钠抗凝
红细胞压积容量	Hct	男性 0.43~0.49 女性 0.37~0.43	取血 2 毫升,双草酸盐抗凝
红斑狼疮细胞检查	LE	(一)	取凝血 2 毫升
红细胞平均直径	MCD	6~9 微米	
红细胞平均厚度	MCT	(平均)2 微米	
饱和指数	SI	0.85~1.15	
红细胞体积指数	VI	0.9~1.1	
血色指数	CI	0.9~1.1	
平均红细胞体积	MCV	80~90fl	
平均红细胞 Hb 含量	MCH	27~31pg	
平均红细胞 Hb 含量	MCHC	320~360/g/L	
出血时间	BT	1~4 分钟	冬天应预先温暖耳垂,勿刺冻疮及结痂处

续

检验项目	缩 写	正 常 范 围	标本采集注意点
凝血时间	CT	(玻片法)2~8min (试管法)8~12min	严格掌握实验条件
血小板计数	Pit 或 BPC	$(100 \sim 280) \times 10^9/L$	取手指血,取血快
凝血酶原时间(兔脑粉法)	PT	12~15秒,活动度:80~100%不超过正常对照秒钟	取血 1.8 毫升,草酸钠抗凝
血块收缩试验	CRT	30~60min 开始收缩 24 小时收缩完全	取凝结血 1 毫升
约细胞脆性试验		开始溶血 4.5~5.0g/L 或 76.9~85.8mmol/L 完全溶血 3.0~3.5g/L	取血 2 毫升,肝素抗凝
红细胞(37℃,24 小时)孵育脆性		开始溶血 5.0~6.0g/L 完全溶血 3.0~3.5g/L	取血 2 毫升,肝素抗凝
红细胞脆性中数	MCF	未孵育 0.400~0.445% 孵育后 0.465~0.590%	

## (二) 血液化学—血清部分

检验项目	缩 写	正 常 范 围	血量 (毫升)	试验要求
钾(电极法)	K	3.5~5.5mmol/L	2	空腹凝结血 勿溶血
钠(电导法)	Na	130~145mmol/L	1	
氯(汞量法)	Cl	98~104mmol/L	2	
钙(EDTA 滴定法)	Ca	成人 2.25~2.75mmol/L 儿童 1.45~3.0mmol/L	2	
无机磷	P	成人 0.96~1.62mmol/L 儿童 1.45~2.10mmol/L	2	
镁(钛黄法)	Mg	成人 1.5~2.5毫克/dL 儿童 1.5~2.0	2	

续					
检验项目		缩 写	正常范围	血量 毫升	试验要求
总蛋白(双缩脲法)		TP	60 ~ 75g/L	2	
球蛋白	(BCG 法)	G	18 ~ 30g/L		
	(BCP 法)		20 ~ 30g/L		
白蛋白	(BCG 法)	A	35 ~ 54g/L		
	(BCP 法)		37 ~ 54g/L		
白蛋白	(BCG 法)	A /G	1. 1 ~ 1. 8 :1	2	空腹凝 结 血勿溶血
	球蛋白(BCP 法)		1. 5 ~ 2. 0 :1		
醋酸 纤维 维黑 薄染 膜色 电泳	白蛋白	A	0. 61 ~ 0. 76		
	1 球蛋白	G 1	0. 015 ~ 0. 045		
	2 球蛋白	G 2	0. 030 ~ 0. 070		
	球蛋白	G	0. 097 ~ 0. 133		
	球蛋白	G	0. 10 ~ 0. 20		
总胆红素 直接胆红素 复方碘试验 谷丙转氨酶 (速率法)		TBIL DBIL IT SGPT	3. 4 ~ 13. 7μmol/L 0 ~ 3. 4μmol/L (—) 5 ~ 40μ/L 单位	2 2 1 2	

续

检验项目		缩 写	正 常 范 围	血量 (毫升)	试验要求
谷草转氨酶 (速率法)		SGOT	5 ~ 40 $\mu$ /L	2	
碱性磷酸酶 (速率法)		AKP	成人 61 ~ 171 $\mu$ /L	2	
酸性磷酸酶 (速率法)		ACP	0 ~ 6 $\mu$ /L	2	
淀粉酶(速率法)			20 ~ 120 $\mu$ /L	2	
溴磺酞钠排泄试验		BSP	按每公斤体重静脉注射 5 毫克 ,45 分钟不超过 5%	4	凝 结 血 , 严格掌握 试验条件
二苯胺反应				2	腹凝凝血 切勿溶血
粘蛋白		MP	0 ~ 0.25(光密度)	2	
总胆固醇		CH	24 ~ 48mg/L	2	
(邻苯二甲醛法)			2.8 ~ 5.2mmol/L	2	
胆固醇脂		ChE	占总胆固醇 70 ~ 75%	2	
甘油三指		TG	0.40 ~ 1.86mmol/L	2	
磷 脂		PL	1.1 ~ 2.1g/L		
脂 蛋 白 电 泳	脂蛋白	—LP	0.42 ~ 0.61	2	
	脂蛋白	—LP	0.26 ~ 0.38		
	前 脂 蛋 白	Pre—	0 ~ 0.25		
	乳糜微粒	—LP CM	0		
铁 总铁结合力		Fe TIBC	11 ~ 25 $\mu$ mol/L 43 ~ 65 $\mu$ mol/L	5	试管须经 特殊处理

(三) 血液化学—血浆、全血部分

检验项目	缩 写	正 常 范 围	血量 (毫升)	试验要求
葡萄糖(酶法)	CLUC	70~100 毫克/dL 3.89~5.60mmol/L	2	空腹血， 抗凝
葡萄糖耐量试验 GTT (酶法)		口服葡萄糖 100 克后 1 小时的血 糖值 < 8.8mmol/L 各次尿糖均(一) 2h 后峰值 3.89~6.11mmol/L		受试者空腹采腹 后将 100 克葡萄糖 溶于 300 毫升温开 水中服上，分别测 1/2、1、2 及 3 小时 血糖绘耐糖曲线。 同时检尿糖
尿 素 氮 (二乙酰—肟法)	BUN	1.79~7.14μmmol/L	2	抗凝全血 及时送检
肌酐(直接法)	CRN	49~157μmmol/L	2	
二氧化碳结合力 (滴定法)	CO <sub>2</sub> CP	成人 45~65 容积% 儿童 40~60 容积%	2	抗凝全血 及时送检
肌 酸		28.9~305.2μmmol/L	3	
尿 酸	URLC	20~40μmmol/L	2	
血 氨 (扩散法)	AMON	或 119~238μmmol/L 82μmmol/L	2	

## (四) 出血性疾病一般检查

检验项目	正 常 范 围	血量 (毫升)	标本要求
毛细血管脆性试验 (压脉试验)	束臂试验： 男性 0~5 个出血点 女性 0~10 个出血点 负压法： 0~50 个出血点	4 5	枸橼酸钠抗凝
血小板粘附性 的体外测定	男性 0.29~0.41 女性 0.34~0.45	2	草酸钠抗凝
血小板聚集试验	玻片法,大多在 0~1 级 3 分钟之内	1.5	凝 结 血
再钙化时间	> 20 秒	1.8	枸橼酸钠抗凝
凝血酶原消耗试验	48.6~62.8 秒	2	草酸钠抗凝
部分凝血活酶时间	不超过正常对照 3 秒	2	草酸钠抗凝
凝血酶时间	2~4g/L	2	草酸钠抗凝
血浆纤维蛋白原测定			
简易纤维蛋白溶解活 性试验(全血凝块溶 解法)	24~48 小时(37℃)凝块无溶解	2	凝 结 血
纤维蛋白溶酶原测定 (酪蛋白分解法)	6.8~12.8 单位	0.9	枸橼酸抗凝
优球蛋白溶解 时间测定	> 120 分钟	1.8	草酸钠抗凝
血浆鱼精蛋白付凝 试验(三 P 试验)	(一)	2	草酸钠抗凝
间接血凝试验测 纤维蛋白原降解 产物(FDP)	血 低于 10 微克/克 尿 低于 1 微克/克	凝 结 血 2 毫升 新 鲜 尿 5 毫升	



## (五) 溶血性贫血的一般检查

检验项目	正 常 范 围	血量 (毫升)	标本要求
酸溶血试验 (Ham 氏试验) 热抵抗试验 蔗糖溶血试验 自身溶血试验	(一)第 1 及第 5 管无溶血现象 (一) 不溶血 溶血率: 24 小时后 :未加入葡萄糖 < 0. 5%。 加入葡萄糖 < 0. 4%。 48 小时后 :未加入葡萄糖 < 4. 5%。 加入葡萄糖 < 0. 4%。	5 1 1 10	脱纤维蛋白血 凝活血 凝活血 肝素抗凝
红细胞流动试验 高铁血红蛋白还原试验 (比色法)	无或少数球形红细胞 高铁因红蛋白还原率在 75% 以上	1 滴 3	耳垂血 血中加入葡萄糖 30 毫克 ,3 . 8% 枸 橼 酸 钠 0. 3 毫升
变性珠蛋白小体 (Heinz)检查	正常红细胞中无变性珠蛋白小体	2 滴	末梢血
Heinz 小体生成试验 (乙酰胂试验) 血红蛋白电泳(醋酸纤维薄膜电泳) 血清结合珠蛋白 (HP) 抗碱血红蛋白测定 异丙醇沉淀试验	含有 5 个 Heinz 小体的红细胞 :0 ~ 28% Hb <sub>a2</sub> :3. 5 以下 0. 05 ~ 0. 15g/L 抗碱血红蛋白百分率成人在 2% 以下 (一)37 °C 保温 40 分钟后 ,试管内溶液仍透明或稍浑浊 ,但无沉淀者	1 2 2 2 2	抗凝 草酸盐抗凝 凝活血 草酸盐抗凝 草酸盐抗凝

## (六) 血 清 学 试 验

检验项目	缩 写	正 常 范 围	血量 (毫升)	试验要求
抗链球菌“O”溶血素试验	ASLO	330 单位以下		凝 结 血
C 反应蛋白	CRT	(—)	2	
乳胶凝集试验(类风湿因子试验)	RF	(—)	2	
梅毒血清沉淀试验(康氏反应)	KT	(—)	2	
梅毒血清补体结合试验	WT	(—)	4	
钩端螺旋体凝集试验		1:40 以下	3	
血吸虫环卵沉淀试验		(—)	3	
冷凝集试验		1:32 以下	3	
流行性乙型脑炎补体结合试验		(—)	3	
甲种胎儿球蛋白试验	a- FP	(—)	3	
乙型肝炎表面抗原	HBsAg	(—)	2	
HBsAg 反向血凝试验		(—):1/8 以下	2	
伤寒血清凝集试验 (肥达氏试验)		O 在 1:80 以下, H、A、B、C 均在 1:160 以下	2	
变形杆菌交叉反应 (外斐氏试验)		O×19 在 1:80 以下	3	
抗人球蛋白试验 (coombs 试验)	直接 间接	DCT (—) ICT (—)	3	
嗜异性凝集试验 嗜异性吸附试验		1:23 以下 豚鼠肾吸附后 血清效价低于 原效价的 1/4	4	

## (七) 尿液检查

检 验 项 目	正 常 范 围	采取标本要求
尿酸 肌酸 肌酐 氯化物 尿素氮 尿糖定量(邻甲茜胺法) 尿蛋白定量(磺柳酸比 磺浊法) 钾 钠 钙无机磷 17—SGMKOD SGYB (树脂柱层析法) 三甲氧基四羟苦杏仁酸 定量 浓缩检抗酸杆菌	2 38~5 95mmol/24h 0~1520μmol/24h 6 3~13 5mmol/24h 170~255mmol/24h 321~525mmol/24h 低于0 56mmol/24h 成人低于75毫克/24小 时尿 51 3~102 6mmol/24h 130~217 4mmol/24h 2 5~7 5mmol/24h 23~48mmol/24h 男 28 4~61 7μmmol/24h 女 20 8~52 0μmmol/24h 男 12 6~30 5μmmol/24h 女 11 8~28 6μmmol/24h 未查见抗酸杆菌	留取 24 小时尿 液,并加入适当 队腐剂
12 小时尿沉渣计数 (Addis 计数)	白细胞(包括小圆上皮 细胞)<100 万 红细胞 50 万 管型<5000	留取 12 小时尿 装在有 10%中 性甲醛 1 毫的洁 净容器中
1 小时尿细胞计数	红细胞: 男性低于 30000/小时 女性低于 40000/小时 白细胞 男性低于 70000/小时 女性低于 14000/小时	留取上午 6 时 30 分~9 时 30 分 发的尿,及时送 检

续

检 验 项 目		正 常 范 围	采取标本要求
淀粉酶		0~430u/L 位(温氏)	留取鲜尿 30 毫升
乳糜试验		(一)	留取鲜尿 30 毫升
尿紫胆原		(一)	留取鲜尿 30 毫升
尿紫质		(一)	留取鲜尿 30 毫升
尿糖定性		(一)	留取鲜尿 30 毫升
尿比重		1.018~1.025	留取鲜尿 30 毫升
尿酮体		(一)	留取鲜尿 30 毫升
酚红排泄试验		15 分钟 > 25% ,2 小时 > 55%	静脉注射酚红液 1 毫升
尿 三 胆	尿胆红质 尿胆原 尿胆素	(一) (±)或 1/10~1/20 (一)或(±)	留尿约 50 毫升 ,立 即送检
尿 常 规 检 查	颜 色 酸碱度 蛋白定性 红细胞 白细胞 管 型 小圆上皮细胞 尾形上皮细胞 扁平上皮细胞 各类结晶	淡黄色透明 弱酸性(PH4.8~7.4) (一) 0~3/高倍视野 0~5/高倍视野 0~2/低倍视野 无一偶见 无一少许 无一少许 常有 ,多无临床意义	留新鲜晨尿约 50 毫升
妊娠乳胶试验		(一)	留新鲜晨尿约 50 升

## (八) 前列腺液湿片检查的正常情况

颜色及酸碱度		乳白色 ,PH6.3~6.5
显微镜检查	卵磷脂小体	多为中等量(++)或大量(+++)
	白细胞	0~6/高倍视野
	红细胞	0~5/高倍视野

## (九) 大 便 一 般 检 查

检 验 项 目		正常情况	标 本 量	标本采取要求
隐血试验 (邻联甲苯胺法)		(一)	蚕豆大	试验前 2 天,禁吃肉、鱼、及叶绿素高或多叶的蔬菜、铁剂、碘化物
大便常规检查	颜色 表 状 红细胞 白细胞 吞噬细胞 各种寄生早及虫卵	黄 色 软 无 无 无 无		挑取粪便的可疑部分(如粘液、血等),及时送检
粪胆红质 粪胆原 粪胆素 浓缩查寄生虫卵		(-) (+) (+)		及时送检
浓缩查抗酸杆菌 血吸虫毛蚴孵化		未查见 未孵出	鹅蛋大	按时送检

## (十) 脑脊液检查

检 验 项 目	正 常 范 围
压 力	80 ~ 180 毫米汞柱(侧卧位)
外 观	无色 ,透明水样
蛋白定性试验(庞氏试验)	(一)
蛋白定量(比浊法)	脑室内 0.05 ~ 0.15g/L , 枕大池 0.15 ~ 0.25g/L , 蛛网膜下腔 0.15 ~ 0.45g/L
葡萄糖定量(邻甲苯胺法)	成人 :2.2 ~ 3.9mmol/L 儿童 :3.9 ~ 5.0mmol/L
氯化物(汞量法)	成人 :120 ~ 130mmol/L 儿童 :111 ~ 123mmol/L
白细胞(镜检)	成人(0 ~ 10) × 10 <sup>6</sup> mmol/L 淋巴细胞
胶状金试验(金胶曲线)	正常曲线 :0000000000

## (十一) 胃 液 检 查

检 验 项 目	正 常 范 围
空腹胃液量	20 ~ 100 毫升
性状	无色 ,清 ,有轻度酸味 ,含少量粘液
游离酸	0 ~ 30 单位
总酸度	10 ~ 50 单位
乳酸定性试验	(一)
试餐后游离酸	一般刺激剂 25 ~ 50 单位 ,注射组织胺后 30 ~ 120 单位
试餐后总酸度	一般刺激剂 50 ~ 100 单位 ,注射组织胺后 40 ~ 140 单位
显微镜检查	白细胞及上皮细胞少许

## (十二) 精液常规检查

检 验 项 目	正 常 范 围	标本采取要求
量	3~4 毫升(正常低限 :0.3 毫升/次)	受检者应有 6 天以上时间无射精或同房,标本留于干燥洁净的广口玻璃瓶中,放内衣中保温,在 1 小时内送检
粘稠度	刚射出时为液体,以后变为白色粘稠胶样半流体,1 小时后自行液化	
酸碱度	PH7.2~7.6	
颜 色	灰白色或乳白色	
活动率(射出后第 1 小时内)	70~90%(正常低限 40%)	
精虫数	( $100 \sim 150 \times 10^9/L$ (正常低限 $60 \times 10^9/L$ ))	
正常形态精虫	79~90%(正常低限 60%)	

## (十三) 漏出液和渗出液的鉴别(胸、腹水检查)

鉴别项目	漏 出 液	渗 出 液
来源	非炎症性,由于毛细血管与组织间压力失支平衡,液体透过管壁向体腔内积聚	多为局部发炎,如感染(微生物或寄生虫)、化学或物理性炎症刺激,导致液体在体腔积聚
颜色	淡黄色或黄绿色	不定,可为黄色、白色、乳白色等
透明度	清晰或微浑	清晰或混浊
凝固性	一般不凝固	常见凝固
比重	常在 1.017 以下	常高于 1.018
雷泛他试验	(-)	(+)
蛋白质含量及性质	25g/L 以下,主要为白蛋白,球蛋白微量,无纤维蛋白	25g/L 以上,主要为白蛋白,球蛋白含量显著增加,含纤维蛋白

续

鉴别项目	漏 出 液	渗 出 液
细胞计数	常低于 $0.1 \times 10^9/L$	浆液性时为 $0.2 \sim 0.5 \times 10^9/L$ , 浆液脓性或脓性时为 $0.4 \sim 40 \times 10^9/L$ 急性化脓性感染 时以中性粒细胞为主 ,慢性感染 时则以淋巴细胞为多
细胞分类 (%)	主要为间皮细胞 ,偶见 肿瘤细胞和淋巴细胞 , 中性粒细胞少见	
细 菌	无	常有如肺炎双球菌、结核杆菌等

## (十四) 一般标本的细菌培养

受 检 标 本	正 常 情 况	标本采取
脑脊液血胸、腹水、尿	无细菌生长	无菌采集 , 及时送检
咽拭子、痰	少量甲型溶血性链球菌及黄色 奈瑟氏菌生长	
粪	未分离出志贺氏菌及沙门氏菌	



## (十五) 骨髓血细胞分类计数

细 胞 名 称			正 常 范 围 (平均值 ± 标准差)%
原 始 血 细 胞			0.07 ~ 0.09
粒 细 胞 系 统	原始粒细胞 早幼粒细胞		0.31 ~ 0.97 0.97 ~ 2.17
	中性粒细胞	中 幼 晚 幼 带 状 分 叶核	4.45 ~ 8.53 5.93 ~ 9.87 20.22 ~ 27.22 6.52 ~ 12.36
	嗜酸粒细胞	中 幼 晚 幼 带 状 分 叶	0.15 ~ 0.61 0.17 ~ 0.81 0.84 ~ 1.86 0.25 ~ 1.74
	嗜碱粒细胞	中 幼 晚 幼 带 状 分 叶	0 ~ 0.07 0 ~ 0.13 0.01 ~ 0.19 0.25 ~ 0.35
	原始红细胞 早幼红细胞 中幼红细胞 晚幼红细胞		0.27 ~ 0.87 0.51 ~ 1.33 5.50 ~ 9.32 8.38 ~ 13.11
淋 巴 系 统	原始淋巴细胞 幼稚淋巴细胞 淋 巴 细 胞		0 ~ 0.14 0 ~ 1.31 15.74 ~ 29.82

细 胞 名 称		正 常 范 围 (平均值±标准差)%
单核细胞	原始单核细胞	0~0.05
	幼稚单核细胞	0~0.33
	单核细胞	2.12~3.88
浆细胞系统	原始浆细胞	0~0.024
	幼稚浆细胞	0~0.264
	浆细胞	0.29~1.13
其他细胞	网状细胞	0~0.37
	内皮细胞	0~0.14
	巨核细胞	0~0.09
	吞噬细胞	0~0.14
	组织嗜嗜碱细胞	0~0.12
	组织嗜酸细胞	0~0.034
	脂肪细胞	0~0.023
	分类不明细胞	0~0.055
粒细胞:有核红细胞 全片巨核细胞		1.89~3.63:1 7~133个/每张

(徐蓉生 韩纪德 审核)

其他细胞	网状细胞	0~0.37
	内皮细胞	0~0.14
	巨核细胞	0~0.09
	吞噬细胞	0~0.14
	组织嗜嗜碱细胞	0~0.12
	组织嗜酸细胞	0~0.034
	脂肪细胞	0~0.023
	分类不明细胞	0~0.055
粒细胞:有核红细胞 全片巨核细胞		1.89~3.63:1 7~133个/每张

(徐蓉生 韩纪德 审核)

含量)

毫克	抗坏血酸毫克	胆固醇毫克	其他
3	0		
7	0		
6	0		
3	0		
0	0		
1	0		
1	0		
4.4	0		
	2		
5			

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克 质	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 罗 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
薏仁(苡仁)	四川	100	12.7	13.7	5.4	64.7	363	3.2	72	242	1.0		0.41	0.10	2.3	0		
芝麻	北京	100	2.5	21.	61.7	4.3	660	6.2	564	368	50.0					0		
面条	北京	100	33.0	7.4	1.4	56.4	268	0.4	66	203	4.0	0	0.35	0.04	1.9	0		
挂在	北京	100	14.1	9.6	1.7	70.0	334	0.6	88	260	4.1	0	0.30	0.02	2.0	0		
油条	北京	100	31.2	7.8	10.4	47.7	316	0.7	25	153		0	0.14		2.2	0		

## (2)畜肉类及其制品

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克 质	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	维 生 素 毫 克 单位	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
猪肉(肥瘦)	北京	100	29.3	9.5	59.8	0.9	580	0	6	101	1.4		0.53	0.12	4.2		92	
猪排骨	四川	73		23.6	10.5	1.0	193	0	78	9	(1.4)						92	
猪脑	北京	100	78.7	10.2	8.9	0.8	124	0	137	315	1.6	0	0.14	0.19	2.8	1	3100	

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂肪 克	碳水化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	维 生 素 毫 克	国际 单 位	硫 胺 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
猪心	北京	78	75.1	19.1	6.3	0	133	0	45	102	2.5	0	0.34	0.52	5.7	1	158		
猪舌	北京	96	68.0	16.5	12.7	1.8	188	0	20	118	2.4	0	0.08	0.20	3.0	0	116		
猪肝	北京	100	71.4	21.3	4.5	1.4	131	0	11	270	25.0	8700	0.40	2.11	16.2	18	368		
猪肺	北京	100	83.3	11.9	4.0	0	84	0	12	230	3.4		0.02	0.14	0.6	0	314		
猪腰	北京	89	77.8	15.5	4.8	0.7	168	0	123	186	6.8	微量	0.33	1.12	4.6	5	466		
猪肚	北京	92	80.3	14.6	2.9	1.4	90	0	8	144	1.4		0.05	0.13	2.5	0	160		
牛肉(肥瘦)	北京	100	68.6	20.1	10.2	0	172	0	7	170	0.9	0	0.07	0.15	6.0		128		
牛肉(瘦)	北京	100	70.7	20.3	6.2	1.7	144	0	6	233	3.2		0.07	0.15	6.0		64		
牛脑	北京	100	77.1	10.4	11.0	0.2	141	0	13	351	0.9	0	0.13	0.21	3.8	0	2670		
牛心	北京	94	80.2	8.7	10.8		132	0	8	185	5.4		0.31	0.49	8.6	1	126		
牛舌	北京	82	71.4	18.5	9.0	0.1	155	0				0	0.07	0.15	4.8	0	102		
牛肝	北京	100	69.1	21.8	4.8	2.6	141	0	13	400	9.0	8300	0.39	2.30	16.2	18	298		
牛肺	北京	100	79.7	16.4	3.2		94	0	7	81	6.7		0.01	0.14	1.1	0	234		
牛腰	北京	85	81.6	12.8	3.7	1.0	89	0	17	198	11.4	340	0.34	1.75	5.1	6	340		

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克 质	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	维 生 素 毫 克 单位	硫 胺 毫 克 素	核 黄 素 毫 克 素	尼 克 酸 毫 克 素	抗 坏 血 酸 毫 克 素	胆 固 醇 毫 克 素	其 他
羊肉(肥瘦)	北京	100	58.7	11.1	28.8	0.8	307	0	11	129	2.0	0	0.07	0.13	4.9	0	120	
羊脑	北京	100	76.0	11.0	11.4	0	147	0	21	353	6.7	0	0.14	0.27	3.5	0	2100	
羊心	北京	76	79.3	11.5	8.6	0	123	0	11	102	4.5		0.41	0.56	7.3	2	130	
羊肺	北京	100	75.9	20.2	2.8	0.9	110	0	17	66	9.3	0	0.03	0.45	1.2	0	216	
羊舌	北京	98	71.6	12.0	14.5	1.2	183	0	1	119	14.4	0	0.08	0.28	4.2	0	148	
羊肝	北京	100	69.0	18.5	7.2	3.9	154	0	9	414	6.6	29900	0.42	3.57	18.9	17	324	
羊腰	北京	84	78.8	16.5	3.2	0.2	96	0	48	279	11.7	140	0.49	1.78	8.2	7	354	

(3)乳、禽、蛋、鱼及其制品

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克 质	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	维 生 素 毫 克 单位	硫 胺 毫 克 素	核 黄 素 毫 克 素	尼 克 酸 毫 克 素	抗 坏 血 酸 毫 克 素	胆 固 醇 毫 克 素	其 他
人乳	北京	100	87.6	1.5	3.7	6.9	67	0	34	15	0.1	250	0.01	0.04	0.1	6	13	
牛乳	北京	100	87.0	3.3	4.0	5.0	69	0	120	93	0.2	140	0.04	0.13	0.2	1		

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 质 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	维 生 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
鸡蛋黄	北京	100	53.5	13.6	30.9	1.3	330	0	134	532	7.0	3500	0.27	0.35	微量	0	1705	
鸡蛋粉	北京	100	1.9	42.2	34.5	13.4	533	0	186	710	9.1	4862	0.23	1.28	0.4	0	2302	
鸭 蛋	北京	87	70.0	8.7	9.8	10.3	164	0	71	210	3.2	1380	0.15	0.37	0.1		634	
鸭 蛋	北京	90	70.9	12.9	14.2	1.9	187	0	72	241	3.3	1380	0.15	0.36	0.1	0	634	
咸鸭蛋	四川	65	66.5	11.3	13.3	3.4	179	0	102	212	3.6	1480	0.18	0.38	0.1		742	
鹅 蛋	北京			13.1	16.0	3.3	210	0	88	131	4.0			0.35	0.1		704	
鸽 蛋	四川	81	78.1	7.9	5.6	4.1	102	0	108	117	3.0							
鹌鹑蛋	北京	72	97.2	12.3	12.3	1.5	166	0	72	238	2.9	1000	0.11	0.86	0.3		674	
带 鱼	北京	74	174.1	18.1	7.4		139	0	24	160	1.1		0.01	0.09	1.9		9.7	
鳕 鱼	北京	79	77.9	18.8	0.9	0	93	0	38	150	1.6		0.02	0.95	3.1		117	
鲤 鱼	北京	77	47.7	4.17	3.5	1.0	115	0	25	175	1.6		微量	0.10	3.1		83	
鲫 鱼	北京	85	0.85	0.13	0.1	0.1	62	0	54	203	2.5		0.06	0.17	2.4		9.3	
鱼 松	北京	8	4.8	4.59	16.4	0	387	0	3970	2270							240	
鱼 子	北京	9	2.9	2.55	6.11	0	321	0	7705	2982	47.5							

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	维 生 素 毫 克	硫 胺 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
全乳粉	四川	100	5.0	25.5	26.5	37.3	490	0	979	685	1.9	1400	0.15	0.80	0.6		104	
脱脂奶粉	四川	100	3.0	36.0	1.0	52.0	361	0	1300	1080	0.6	40	0.35	1.96	1.1	微量	28	
羊乳	北京	100	86.9	3.8	4.1	4.3	69	0	140	106	0.1	80	0.05	0.13	0.3		34	
奶渣	炉霍	100	11.6	55.0	8.5	21.2	381	0	551	796	21.3	260	0.06	0.05	0.3		104	
奶油	北京	100	73.0	2.9	20.0	3.5	206	0	97	77	0.1	830	0.03	0.14	0.1	微量		
黄油	北京	100	14.0	0.5	82.5	0	745	0	15	15	0.2	2700	0	0.01	0.1	0		
酥油	康定	100	8.2	1.1	90.2	0.3	817	0	33			1308	0.01	0.06	0.1			
鸡	北京	34	74.2	21.5	2.5	0.7	111	0	11	190	1.5		0.03	0.09	8.0		117	
鸡肫	北京	67	75.2	22.2	1.3	0	101	0	48	150	6.6		0.04	0.20	4.8		229	
鸭	北京	100	75.1	18.2	3.4	1.9	111	0	21	260	8.2	50900	0.38	1.63	10.4	7	429	
鸭肫	北京	24	74.6	16.5	7.5	0.5	136	0	11	145	4.1		0.07	0.15	4.7		80	
肫	北京	89	76.1	20.2	1.8	1.0	101	0	47	140	5.3						180	
鸭肝	北京	100	70.0	17.1	4.7	6.9	138	0	17	177	0.8	8900	0.44	1.28	9.1	7	515	
鸭蛋	北京	85	71.0	14.7	11.6	1.6	170	0	55	210	2.7	1440	0.16	0.31	0.1		680	
鸡蛋	四川	88	73.0	12.7	11.3	2.0	160	0	55	213	2.8	1440	0.16	0.34	0.1	0	680	



(4)软体动物虾、蟹类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	维 生 素 毫 克	硫 胺 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
淡 类	北京	100	13 0	59 1	7 6	13 4	358	0	277	864	24 5			0 46	3 1			
鱿 鱼	北京	98	80 0	15 1	0 8	2 4	77	0				230	0 08	0 09	2 4		265	
墨 鱼	北京	73	840	13 0	0 7	1 4	64	0	14	150	0 6		0 01	0 06	1 0		275	
乌贼(干)	北京	(85)	13 1	68 4	4 2	5 5	333	0	290	776	5 8						275	
海蜇	北京	100	65 0	12 3	0 1	3 9	66	0	182	微量	9 5		0 01	0 04	0 2		16	
海参(干)	北京	81	5 0	76 5	1 1	13 2	369	0									0	
虾 米	北京	100	30 0	47 6	0 5	0	195	0	882	695	6 7		0 03	0 06	4 1		738	
虾 皮	北京	100	20 0	39 3	3 0	8 6	219	0	2000	1005	5 5		0 03	0 07	2 5		608	

(5)干豆类及其制品

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
黄 豆	四川	100	12.0	36.6	18.2	24.5	407	4.6	240	516	10.0	0.34	0.79	0.25	2.3			
黑 豆	四川	100	15.0	39.9	17.3	19.0	391	4.7	214	454	7.8	0.31	0.51	0.19	2.1	0		
绿 豆	四川	100	13.0	21.2	1.1	57.5	325	4.0	100	345	5.2	0.24	0.53	0.11	2.5	0		
雪 豆	四川	100		14.1	2.2	61.0	320		170	293	5.2					0		
蚕 豆(带皮)	四川	100	12.0	24.7	1.4	52.5	321	6.9	88	320	5.2	0	0.39	0.15	2.8	0		
豌豆(黄)	四川	100	13.0	21.4	1.5	57.2	328	4.9	71	217	5.3		1.02	0.13	3.2	0		
豆 腐	北京	100	85.0	7.4	3.5	2.7	72	0.1	277	57	2.1		0.03	0.03	0.2	0		
豆 腐 干	北京	100	64.0	19.2	6.7	6.7	164	0.2	117	204	4.6		0.05	0.05	0.1	0		
豆 豉	四川	100	45.0	19.3	7.1	12.4	191	2.9	182	198	5.5		0.13	0.25	3.2	0		
绿 豆 芽	北京	100	91.0	3.2	0.1	3.7	29	0.7	23	51	0.9	0.04	0.07	0.06	0.7	6		
豆 浆	北京	100	77.0	11.5	2.0	7.7	92	1.0	68	102	1.8	0.03	0.17	0.11	0.8	4		
黄 豆	北京	100	1.8	4.4	1.8	1.5	40	0	25	45	2.5		0.03	0.01	0.1	0		
	北京	100	10.2	36.3	18.9	25.3	412	4.8	367	571	11.0	0.40	0.79	0.25	2.4	0		

(6)鲜 豆 类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
鲜黄豆	四川	40	60.0	15.9	6.3	12.5	170	2.7	123	231	3.8	0.13	0.30	0.17	2.9			
青黄豆	四川	40	52.7	21.2	6.3	14.4	199	2.8	106		10.3	0.26	0.33	0.16	2.5	24		
四季豆	四川	95	94.0	1.4	0.7	2.3	21	1.1	55	45	0.8	0.55	0.08	0.11	1.3	18		
白扁豆	四川	95	88.0	2.9	0.2	6.9	37	2.0	87	65	2.5	0.06	0.07	0.08	2.1	23		
龙爪豆	四川	(95)	90.0	2.6	0.2	6.0	36	0.5	101	40	2.6							
刀 豆	四川	93	88.2	2.2	0.1	7.0	38	1.7	54	26	1.8	0.02	0.19	0.07	1.0	19		
青细豇豆荚	北京	95	90.5	2.6	0.2	4.8	31	1.4										
白豇豆荚	四川	95	90.0	2.5	0.2	5.3	33	1.4	67	57	2.2		0.11	0.08	1.8	20		
鲜蚕豆	四川	100	63.4	13.0	0.7	18.1	131	3.6	61	124		0.09	0.20	0.23	2.5	8		
鲜豌豆	四川	100	64.0	11.6	0.7	22.6	143		32	71		0.19	0.34	0.13	2.6	10		

## (7) 根 茎 类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 质 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
土 豆	四川	98	81.6	1.9		14.6	66	0.7	13	63	0.6		0.17	0.05		14		
芋 母	四川	90	71.4	1.5	0.1	25.0	107	1.0	45	76			0.01			7		
芋 子	四川	95	77.2	1.8	0.1	19.0	84	0.7	25	86			0.06			8		
白萝卜(长)	四川	95	93.4	0.7	0.1	4.1	20	1.0	35	221	0.9		0.02	0.05	0.6	21		
白萝卜(圆)	四川	95	94.0	0.6	0	3.9	18	1.0	25	20	0.8		0.01	0.04	0.7	24		
红萝卜(红皮白心)	四川	95	93.0	0.9	0.1	4.4	22	0.8	39	35	1.0		0.01	0.04	0.5	25		
紫萝卜(紫皮白心)	四川	95	92.4	0.8	0	5.2	24	1.0	40	13	0.3		0.01	0.04	0.6	28		
苤 蓝	四川	80	93.9	1.6	0	2.4	16	1.1	49	36	0.8		0.05	0.04	0.8	41		
青菜头	四川	(65)		1.6	0.2	2.9	20		6	34	0.8	0.01						
姜	北京	100	87.0	1.4	0.7	8.5	46	1.0	20	45	7.0	0.18	0.01	0.04	0.4	4		
藕	北京	85	77.9	1.0	0.1	19.8	84	0.5	19	51	0.5	0.02	0.11	0.04	0.4	25		
胡萝卜	北京	79	89.3	0.6	0.3	8.3	38	0.8	19	29	0.7	1.35	0.04	0.04	0.4	12		
红 薯	北京	87	67.1	1.8	0.2	29.5	127	0.5	18	20	0.4	1.31	0.12	0.04	0.5	30		

## (8)嫩茎、叶苔、花类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
大白菜	四川	90	93 0	1 3	0 2	3 4	21	1 2	76	27	1 4	3 72	0 02	0 08	0 9			
白菜(竹筒白)	四川	90	94 4	0 7	0 1	3 0	16	0 8	52	23	0 6	0 16	0 02	0 07	0 7	45		
小白菜	四川	99	94 5	1 3	0 3	2 3	17	0 6	93	50	1 6	1 49	0 03	0 08	0 6	29		
乌鸡白	四川	80		2 7	0 5	3 0	27		80	40	4 9					40		
白菜秧	四川	90	94 1	1 8	0 2	2 0	17	0 7	193	50	3 9	1 81	0 04	0 08	0 7	41		
红油菜苔	四川	70	92 0	2 1	0 3	2 8	22	1 5	85	19	0 7	4 08	0 02	0 14	1 4	86		
白菜苔	四川	98	93 4	2 0	0 2	1 4	19	0 .	191	29	1 6	0 34	0 05	0 09	0 8	56		
莲花白	四川	85	92 0	1 6	0 3	2 3	26	1 0	61	20	0 7	0 42	0 03	0 07	0 4	48		
青 菜	四川	90	95 0	1 3	0 2	2 2	16	0 5	83	33	1 5	0 61		0 14	1 4	86		
雪里红	四川	80	93 0	0 9	0 3	4 2	23	0 4	73	57	2 3			0 26		94		
青菜头叶	四川	95	94 4	1 4	0 1	2 2	15	0 9	116	19	1 0	0 59	0 07	0 09	1 0	73		
苋 菜	四川	70	80 0	3 4	0 3	3 7	31	1 3	270	52	5 0	2 44	0 04	0 24	1 0	80		
冬寒菜	四川	50	90 0	3 1	0 5	3 4	30	1 3	315	56	2 2	8 98	0 13	0 30	2 0	55		

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
牛皮菜	四川	95	94.4	1.3	0.1	1.9	14	1.0	16	29	3.8	1.88	0.05	0.11	0.7	53		
菠 菜	四川	90	93.4	1.9	0.2	2.0	17	1.0	81	27	2.6	3.12	0.13	0.12	0.7	43		
薤 菜	四川	80	91.1	2.3	0.3	3.9	28	1.1	147	31	1.6	1.90	0.09	0.17	1.1	13		
青笋叶(尖)	四川	80	94.0	2.1	0.5	1.9	20	0.6	62	32	2.9	1.24	0.10	0.08	1.9	15		
青笋叶(圆)	四川	80	93.0	2.1	0.3	3.8	26		47	33	1.2	2.19	0.13	0.12	1.1	31		
青笋(尖叶)	四川	65	96.0	0.8	0.1	1.8	11	0.5	32	26			0.03	0.02	1.6	5		
青笋(圆叶)	四川	65	96.0	0.6	0.1	2.2	12	0.5	20	31	1.7		0.03	0.02	1.0	6		
芹菜(茎)	四川	75	94.3	2.2	0.1	1.4	15	1.0	93	23	1.2	0.37	0.04	0.10	0.7	11		
芹菜叶	四川	95	88.0	5.5	0.4	2.5	36	1.3	245	35	3.1	5.32	0.17	0.29	1.9	91		

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 质 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
韭 菜	四川	95	92.3	1.6	0.3	3.7	24	1.4	70	38	2.2	2.81	0.04	0.13	1.1	30		
大 葱	四川	80	92.4	1.3	0.3	4.4	26	1.0	39	46	1.1	1.98	0.09	0.08	0.6	32		
小 葱	四川	80	91.7	2.2	0.7	4.4	33	0.7	85	32	0.9			0.18	0.6	24		
软浆叶	四川	90	92.7	1.7	0.2	3.1	21	0.7	205	29	2.2	4.55	0.08	0.13	1.0	102		
花 菜	北京	53	92.6	2.4	0.4	3.0	25	0.8	18	53	0.7	0.08	0.06	0.08	0.8	88		
蒜 苗	北京	83	86.4	1.2	0.3	9.7	46	1.8	22	53	1.2	0.20	0.14	0.06	0.5	42		
韭 黄	北京	89	93.7	2.2	0.3	2.7	22	0.7	10	9	0.5	0.05	0.03	0.05	1.0	9		
芫荽(香菜)	北京	85	88.3	2.0	0.3	6.9	38	1.0	170	49	5.6	3.77	0.14	0.15	1.0	41		

(9) 瓜 类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂肪 克	碳水化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
南 瓜	四川	81	91.7	0.5	0.1	6.2	28	0.7	42	10	0.5		0.04	0.04	1.0	7		
癞子南瓜	四川	80	89.0	0.9	0.2	0.0	37	1.0	12	39	0.5	2.40				14		
笋 瓜	四川	80	94.4	0.6	0.1	3.9	19	0.6	67	27	0.6	0.21	0.02	0.04	0.4			
冬 瓜	四川	76	97.2	0.4	0	1.6	8	0.5	29	17	0.5	0		0.01	0.5	18		
黄 瓜	四川	95	96.1	0.7	0.2	1.9	12	0.6	24	30	0.6		0.02	0.05	0.5	10		
丝 瓜	四川	93	94.1	1.6	0.1	3.1	20	0.6	26	39	0.9		0.04	0.06	0.6	7		
苦 瓜	四川	85	94.4	1.0	0.2	2.5	16	1.1	15	37	0.8	0.03	0.05	0.04	0.6	80		
西 瓜	四川	54	95.0	1.0	0	3.2	17	0.3	83	8	7.0	0.12		0.08	0.3	7		



(10) 茄 果 类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
茄子(温室)	四川	87	93.6	1.1	0.2	3.8	21	0.8	26	38	0.7	0.09	0.03	0.04	1.0	8		
茄子(三叶茄)	四川	87	92.6	1.4	0.2	4.0	23	1.1	28	39	1.2		0.07	0.06	1.5			
茄子(墨茄)	四川	90	92.9	1.5	0.1	3.8	22	1.0	17	28	0.6		0.03	0.05	1.2	4		
辣椒(小青)(温室)	四川	95	89.6	1.7	0.2	7.7	39		23	52	0.6		0.08	0.01				
小青辣椒	四川	95	88.0	1.6	0.2	7.8	3	1.6	23	31	1.1		0.08	0.08		80		
小红辣椒	四川	95	79.8	3.0	1.7	10.6	70	3.6	12	89	1.1							
柿子椒(青)	北京	86	93.9	0.9	0.2	3.8	21	0.8	11	27	0.7	0.36	0.04	0.04	0.7	89		
柿子椒(红)	北京	98	91.5	1.3	0.4	5.3	30	0.9	13	36	0.8	1.60	0.06	0.08	1.5	159		
菜海椒	四川	90	88.6	1.5	0.1	7.6	37	1.4	13	34	0.9			0.08	0.8			
番 茄	四川	95	95.2	0.7	0.3	2.8	17	0.4	13	39	0.4	0.58	0.08	0.03	0.5	12		

(11) 咸 菜 类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂肪 克	碳水化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
大头菜	北京	100	50.3	4.0	0	23.5	110	1.7	351	123	5.4		0.03	0.15	1.4			
榨 菜	北京	100	73.8	4.1	0.2	9.2	55	2.2	280	130	6.7	0.04	0.04	0.09	0.7			
大 蒜(糖蒜)	北京	53	38.8	1.4	2.1	15.2	85	0.3	110	40	0.7		0.05	0.05	0.2			
头 (腌)	四川			1.3	0.3	11.0	51		58	39	4.0							
姜 (泡)	四川	100		1.3	0.4	9.0	45		257	29	12.4							
莲花白(泡)	四川	100	80.5	1.2	0.1	9.0	45	1.7	69	16	1.3							
泡青菜	四川	100		2.6	0.7	5.0	37		163	51	3.5							
雪里红(腌)	北京	96	83.9	2.0	0.1	3.3	22	1.0	250	31	3.1	1.55	0.04	0.11	0.5			
芽 菜	四川	100		4.9	1.3	35.7	174		660	146	27.7							

(12) 菌 藻 类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂肪 克	碳水化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
鲜蘑菇	北京	97	93.3	2.9	0.2	2.4	23	0.6	8	66	1.3		0.11	0.16	3.3	4		
酵母(干)	北京	100	4.4	47.6	1.7	37.6	356	7.9	106	1893	18.2	0	6.56	3.35	45.2	0		
白木耳(银耳)	北京	100	10.4	5.0	0.6	78.3	339	2.6	380				0.002	0.14	1.5			
黑木下	北京	100	10.9	10.6	0.2	65.5	396	7.0	357	201	185.0	0.03	0.15	0.55	2.7			
发 菜	北京	100	13.8	20.3	0	56.4	307	3.9	2560		200.0							
海 带	北京	100	12.8	8.2	0.1	45.2	258	9.8	1177	216	150.0	0.57	0.09	0.36	1.6			
紫 菜	北京	100	10.3	28.2	0.2	48.5	309	4.8	343	457	33.2	1.23	0.44	2.07	5.1	1		

(13) 鲜 果 类

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂肪 克	碳水化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
葡 萄	北京	87	87.9	0.4	0.6	8.2	40	2.6	4	7	0.8	0.04	0.05	0.01	0.2	微量		
柚	北京	61	84.8	0.7	0.6	12.2	57	0.8	41	43	0.9	0.12	0.07	0.02	0.5	41		
橙(广柑)	北京	73	86.1	0.6	0.1	12.2	52	0.6	58	15	0.2	0.11	0.08	0.03	0.2	54		
苹 果	北京	81	84.6	0.4	0.5	13.0	58	1.2	11	9	0.3	0.06	0.01	0.01	0.1	微量		
鸭 梨	北京	93	89.3	0.1	0.1	9.0	37	1.3	5	6	0.2	0.01	0.02	0.01	0.1	4		
桃	北京	73	87.5	0.8	0.1	10.7	47	0.4	8	20	1.2	0.06	0.01	0.02	0.7	6		
杏	北京	90	85.0	1.2	0	11.1	49	1.9	26	24	0.8	1.79	0.02	0.03	0.6	7		
柑 橘	北京	73	85.4	0.9	0.1	12.8	56	0.4	56	15	0.2	0.55	0.08	0.03	0.3	34		
柠 檬	北京	70	89.3	1.0	0.7	8.5	44	0	24	18	2.8	0	0.02	0.02	0.2	40		
李	北京	95	90.0	0.5	0.2	8.8	39	0	17	20	0.5	0.11	0.01	0.02	0.3	1		
樱 桃	北京	75	89.2	1.2	0.3	7.9	39	0.8				0.33	0.02	0.04	0.7	11		

续

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡	粗 纤 维 克	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
石 榴	北京	40	76.8	1.5	1.6	16.8	88	2.7	11	105	0.4					11		
枣 (鲜)	北京	91	73.4	1.2	0.2	23.2	99	1.6	14	23	0.5	0.01	0.06	0.04	0.6	540		
枣 (干)	北京	85	19.0	3.3	0.4	12.8	308	3.1	61	55	1.6	0.01	0.06	0.15	1.2	12		
红果(山楂)	北京	69	74.1	0.7	0.2	22.1	93	2.0	68	20	2.1	0.82	0.02	0.05	0.4	89		
枇 杷	北京	66	91.6	0.4	0.1	6.6	29	0.8										
桑 椹	北京	96	82.0									0.01	0.03	0.06	0.9	19		
橄 榄	江苏	80	79.9	1.2	1.0	12	62	4.1	204	60	1.4					21		
香 蕉	北京	56	77.1	1.2	0.6	19.5	88	0.9	9	31	0.6	0.25	0.02	0.05	0.7	6		
甘 蔗	江苏	82	84.2	0.2	0.5	12.4	55	2.3	8	4	1.3							
柿	北京	70	82.4	0.7	0.1	10.8	47	3.1	10	19	0.2	0.15	0.01	0.02	0.3	11		

(14) 调味品及其他

食物名称	地区	食部 %	水分 克	蛋 白 克 质	脂 肪 克	碳 水 化 物 克	热 千 卡 量	粗 纤 克 维	钙 毫 克	磷 毫 克	铁 毫 克	胡 萝 卜 素 毫 克	硫 胺 素 毫 克	核 黄 素 毫 克	尼 克 酸 毫 克	抗 坏 血 酸 毫 克	胆 固 醇 毫 克	其 他
芝麻酱	北京	100	0	20 0	52 9	15 0	616	6 9	870	530	58 0	0 03	0 24	0 20	6 7	0		
白 糖	北京	100	0	0 3	0	99 0	397	0	32	微量	1 9							
红 糖	北京	100	4 4	0 4	0	93 5	376	0	90	微量	4 0			0 09	0 6	0		
酱 油	北京	100	64 7	5 8	0	7 8	54	0										

(刘冰蓉 供稿)