

学校的理想装备

电子图书·学校专集

校园网上的最佳资源

老年人健康问题咨询



前 言

目前我国不少城市人口的平均寿命已超过 70 岁。老年人的身心健康已成为全社会关注的问题。

老年人的生理和心理特点以及与此有关的疾病特征，与其他年龄组的人有所不同。他们自身的每个生理变化、心理变化和疾病的发生，都传递给人们值得注意的信息，但人们常常对此缺乏基本的了解，或者根本不注意这些信息及其重要意义，直至酿成重病。另一方面，大多数老年人对有关自身健康的很多问题不易得到解答。为此，在北京大学出版社的鼓励和支持下，我们针对老年人经常遇到的上百个问题，组织撰写了这本书。撰写者绝大多数是副主任医师职务以上的卫生技术工作者，具有多年的临床和保健工作经验。在撰写过程中，我们力图吸取国内外的新知识和新成就，尽量做到深入浅出。但缺点和错误在所难免，希读者不吝指正。

热切希望本书的出版有助于老年医学知识的普及，为老年人的身心健康作出微薄的贡献。

孙宗鲁

1993 年 5 月 31 日于中关村

内容提要

老年人的生理、心理和与此相关的疾病特征与其他年龄组的人不同。他们自身的每个生理变化、心理变化和疾病的发生，都传递给人们值得注意的信息，但人们往往对此缺乏基本的了解，或者根本就不注意这些信息，直到酿成重病还不知其为什么会如此。另一方面，大多数人对有关健康的很多问题得不到解答，而绝大多数医院也没有设置老年病科。本书是针对老年人经常遇到的上百个问题而编写的，内容丰富，新颖实用，不仅适用于老年人和有老年人的家庭，也可供老龄工作者和广大基层医务人员阅读和参考。

出版说明

随着时光的流逝，人总是要老的。老年人曾为我国的革命和建设事业作出过巨大的贡献。今天他们虽然已离退休，但仍在以不同的方式为我国的改革开放献计献策献力。老年人离退休后，面对新的生活环境，必然会遇到许多新的问题要解决。为此我们特请医学专家孙宗鲁教授担任主编，老年心理学专家姜德珍教授担任副主编，组织各方面的专家学者编辑出版了这套《健康长寿丛书》，针对老年人的生活、心理、营养保健、疾病防治、法律保护、志趣爱好、老有所为等方面可能遇到的实际问题，提出了切实有效的指导性意见，作为我们献给老年朋友的一份礼物。这也是老人节时各单位团体送给离退休职工和儿孙送给老人欢度晚年的最佳礼品。

我们衷心祝愿老年朋友们身心健康，青春长在！

北京大学出版社
1993年8月

老年人健康问题咨询

心理健康和体育锻炼

1. 怎样延缓衰老？

什么是衰老？多数人以为衰老就是老化。这是不对的。老化的意义要广泛得多。实际上，我们人人都在老化，因为老化是指人的生理、心理、行为等方面的逐渐变化，而这些变化在我们诞生之时就已开始了。另有一个狭义的老化，是指一个人在身心发育成熟至其生命终结之间的变化。

那么，什么叫老年呢？我国习惯上把 60 岁以上的人当作老年。而在美国，这道界限是 65 岁。这是因为我国规定的退休年龄是 60 岁，而美国社会保障制度规定的退休年龄是 65 岁，因而都带有人为的因素。老年学家也规定了几个年龄段：65~74 岁为“少老”；75~84 岁为“中老”；85 岁及 85 岁以上为“老老”。但这个规定也不完善，因为个体差异实在太多、太大了。比如一位 70 岁的人，可能在各方面就像 60 岁一样，或者在各方面犹如 80 岁高龄。所以，有人把“少老”用于那些生活得积极、活跃、多产而富有创造力的老人，不管其年龄多大；而把另一极端，即生活不能自理的老人，称作“老老”或衰老，由此抛开了以实际年龄来计算的模式。

这样，我们便可明白，衰老是由出生到死亡的整个漫长的老化过程的最后阶段，是指难以完全自理生活的时期；而这一阶段的到来可早可晚，并不完全由自然年龄所决定。因此，延缓衰老是可能的。

延缓衰老的途径颇多，涉及心理健康和体育锻炼、饮食和营养、疾病的预防和治疗，一句话，涉及本书的全部内容及其精华。作为本书的开篇，这里介绍几个基本的观点，供老年朋友们记取。

年老以后，记忆力（一般是短期记忆力）、注意力和反应力可能有轻度衰退，但智力不受损害。事实上，65 岁时的语言能力胜过中青年时代。视觉能力（例如在一幅复杂的图像中找出一幅简单的图像）也随年龄增长而有提高。“换脑筋”的能力不亚于中年。创造性思维在晚年仍能继续保持，甚至还能继续开发。丧失记忆力和其他大脑功能的老年性痴呆，只发生于少数人。

但是老年人可能面临情绪方面的问题，包括抑郁、孤独、失落感、疑病症以及重大的生活事件所引起的心理挫折和精神压力。这些心理障碍都是可以解决的，而且摆脱得愈快愈好，否则必然引起身心的早衰。

适当的体育运动和合理的膳食营养，是老年人不可缺少的，但至今仍未引起一些老人的重视。包括体育运动和饮食营养在内的生活方式，是提早或延缓衰老的重要因素。有一项小测验相当有趣：每超出或不足标准体重范围 10 磅就扣除 1 分；从不吸烟的加 4 分，有吸烟史者戒烟每 5 年加 1 分，如今仍在吸烟者每日每 10 支烟减 2 分；经常酗酒者减 10 分，每日喝啤酒两瓶以上者减 5 分；每天不吃早餐者减 2 分，每天吃油腻并吃得过咸过甜者减 4 分，每天吃新鲜蔬菜、水果、家禽、鱼和粗粮者加 3 分；每夜睡 6~8 小时者加 1 分，每夜睡眠不足 6 小时或超过 9 小时者减 3 分；每日做气功或放松练习者加 2 分，每天的活动使你焦虑、紧张并感到精神负担者减 1 分；每周至少 3 次有氧运动每次至少 30 分钟者加 3 分，每周 2 次而每次 20 分钟者加 1 分，仅是偶尔运动者减 2 分；每年体检加 1 分，2 年以上未作体检则减 1 分；平时心情宁静、讲求实际、知足常乐者加 3 分，争强好胜、心情紧张而不乐者减 3 分。最后得分愈高愈好。总分为负者表明今后的生活质量将每况愈下。

如果对预期的后果感到不满而想改变自己的生活方式和行为，将有机会改变今后的结局。

老年人易患传染病，但对老人威胁最大的还是心脑血管疾病、癌症、肺炎、糖尿病、肝病、肾衰等。许多病，虽然不会致命，却可带来痛苦和折磨，严重影响老年人的生活质量。在这些方面，有很多知识和信息值得老年人记取。

愿更多的老年人活得快乐，活得健康，活得年轻。
(孙宗鲁吴坚明)

2. 中国的养生之道概括起来有哪些内容？

养生又称摄生，是护养、保养生命，以达长寿的意思。中国的养生之道源远流长，内容丰富，方法众多，功效显著。概括起来大致可分为情志调摄、饮食调理、生活起居、房事调谐、劳动运动、气功吐纳、保健按摩、药物调理等八个方面。

情志调摄养生《内经》说：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来？”说明古人十分重视心理因素在健康长寿方面的作用。中医学把人的情志活动归纳为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，简称“七情”。并认为七情失常是内伤的主要致病因素。所以，平时要注重情志调摄。养生首先要养心修德。思想开朗，心胸豁达，精神乐观，注重道德修养，对物质生活不要过分奢求，遇到逆境要善于排解，这样才能心理安定，意志不乱，气血调和，不易发生疾病。所谓“乐者寿”、“仁者寿”讲的就是这个道理。其次，还要勤于用神。就是要勤奋学习，善于用脑，潜心事业，老有所学，老有所为，这就是所谓的“智者寿”，许多高龄科学家和革命家用一生的实践证明了这一点。另外还要注意保持心理平衡。对于郁在心中的不良情绪，则可采用自我调节的方法，通过琴棋书画等诸多活动，来转移或宣泄。人与自然也要保持一定的平衡。养生必须顺应自然，不仅要适应季节气候的变化，还必须注意生活起居的调整。

饮食调理养生 古代养生家提倡：“五谷为养，五畜为益，五菜为充，五果为助。”人体所需的营养物质存在于各种食物之中。老年人的饮食应该是五谷相杂，精粗结合，荤素搭配，以素为主，并适当添加些鱼类和乳类。口味宜淡忌咸，少吃过甜、过辣食品。还要养成定时定量、少食多餐的良好饮食习惯。忌烟，少喝酒，少吃零食。讲究饮食卫生，忌食腐败变质的食物。

生活起居养生 要养成良好的生活习惯，按时作息，保持正常的人体生物钟的运转规律，科学合理地安排工作和休息，采取积极多样化的生活方式。

“流水不腐，户枢不蠹”，适度的劳动和体育运动，可以促进新陈代谢，防止早衰。无论是运动还是劳动，都要掌握“适度”二字，就是使人略感疲劳即可。古代健身运动有五禽戏、易筋经、八段锦、十二段锦、回春功、太极拳（剑）等。现代健身运动有散步、旅游、舞蹈、练功十八法等。不论采用何种锻炼方法，均要持之以恒，坚持不懈，才能收到养生健身的效果。

气功吐纳养生 气功古称“服气”、“吐纳”、“炼气”等，是一种具有民族特色的医疗保健运动。它通过主动的自我心理活动，去调整机体的生理功能。数千年的实践表明，它不但可以防病治病，增智益寿，还可以涵养道德，陶冶情操。学习气功，要有气功师指导入门，应循序渐进，不能急于求成。尤其是老年人，不宜练得太杂，只要精通一门功夫，就会很好地起到健体强身，延年益寿的作用。

保健按摩养生 这是一种简便易学、效果显著、无针无药、无任何副作用的养生方法。它运用持久有力、均匀柔和、刚柔相济的各种手法，揉按经络，刺激穴位，使气血营卫循经络运行，达到通经和血，祛瘀化滞的目的。一般有穴位按摩、皮肤按摩、手掌按摩、足反射区按摩等多种方法。

药物调理养生 药物调理是养生保健、防病治病的重要方法之一。虽然有“药补不如食补”之说，但食补的作用较弱，见效缓慢，对于体虚较甚，阴阳气血严重失调者，单靠食补在短期内很难见效。药物在补偏救弊方面的作用大于食物，因此药补不能忽视。最好能在医生的指导下进行药物调理。

（虞逸娟）

3. 怎样保持记忆力？

记忆，俗称叫做记性。随着年龄的增长，记忆力在逐渐减退。许多老人都有这样的体会：看书看报时必不可少的老花镜，随手一放，却想不起来放在何处。老朋友见面，面孔很熟，却一时怎么也想不起他的名字来。怎样保持记忆力，减慢记忆力下降的速度，这是老年人十分关心的问题。

老年人的记忆力与身体状况、精神状态、脑力锻炼和营养等诸多因素有关。记忆活动是人脑的功能。身患心血管疾病、尤其是神经系统疾病都可能影响记忆。老年人往往都有程度不同的动脉硬化，使血管腔变窄血流通过缓慢，血流量减少，大脑部位血液与氧气供给长期不足，可使神经细胞皱缩、变性，导致老年人记忆力衰退。因此，要求脑力活动活跃，保持良好的记忆力，首先要保持身体健康，减少疾病，延缓衰老。

紧张、焦虑或悲观、抑郁等精神状态都会对记忆效果产生不良影响。实际上，老年人的记忆广度（指一次呈现后能记忆的项目数）与年轻人相比无明显差别，老年人的初级记忆（一分钟内对感知过的事物的记忆），基本不衰退或只有很小衰退。许多老年人经历某些事情后，当时能回忆，但隔几天再回忆时往往有些细节模糊不清。这说明老年人初级记忆保持较好，而次级记忆（长时储存记忆信息）较差。老年人应当有信心、乐观开朗、沉着镇静，保持良好的心理状态以提高学习、记忆的效果。

专家们最新的研究发现：人脑极有潜力。它有 100 多亿个神经细胞，每天约能记录 8600 万条信息。一般人都有相当多的脑细胞没有充分利用。人的大脑受到信息刺激越多，脑细胞就越旺盛发达。勤动脑并善动脑，自然增加了脑细胞的血流量，使大脑产生活力，它不但可以使人增长才智，延缓脑细胞的衰老过程，而且可以使老年人保持良好的记忆力和健全的思维能力。我国有关专家认为，脑退化最快的是那些脱离生活或者生活中缺少情趣的人。

“用进废退”的规律不仅适用于肌体，而且更适用于大脑。读书、看报、记日记、背诗歌、练书法、学绘画、学外语、下棋等活动，都是锻炼头脑，促进思维活动，保持记忆力的好方法。勤动脑并善动脑者比不动脑或不会动脑者的记忆力强几倍，乃至十几倍。最明显的例子是我们敬爱的周总理，70 多岁的高龄还有着惊人的记忆力，在日理万机的繁忙工作中，对基层干部的名字都记得清清楚楚。托尔斯泰 71 岁时完成著名小说《复活》。中国医学家孙思邈百岁高龄完成了巨著《千金翼方》。当然，用脑必须要适当、适度，超负荷用脑会伤脑。生理学研究表明，大脑连续紧张工作的最高效率只维持 1 小时左右便开始疲劳，所以在连续用脑后要注意作短暂休息，同时保持充足的睡眠，才有利于大脑的良好工作状态。

大脑所消耗的能量几乎占全身能量的 20%。所以，大脑需要大量的营养

来补充方能保持脑的灵敏度和持续能力，改善脑的功能以及延缓脑细胞的衰老过程。维持大脑记忆功能的核糖核酸这一重要物质，可以通过加强营养来增加其含量。因此，平时常吃一些健脑食品，如鸡蛋（每日一个）、鱼类、瘦肉、各种瓜子、核桃、枣、花生、蘑菇、豆制品、紫菜、黄瓜、萝卜、莲藕、黄花菜和各种新鲜水果等。

适当利用记忆方法也有助于提高记忆。一种叫联系加工法，例如要记住巴黎公社起义的年代 1871 年，把这年代的前面两个数“1”“8”，想做一个 8，后面两个数“7”“1”加起来也是一个 8，并且头尾都是 1，这样就记住了这个年代。第二种叫做想像加工法，是用想像的方式把本来无关的东西联系起来，就容易记住了。另外准备一个备忘小本子，把要做的事写下来，生活安排得井井有条，日常用物放在固定位置，都会弥补记忆力减退带来的麻烦。

（乔净）

4. 为什么老年人易患抑郁症，怎样防治？

据世界卫生组织估计，世界人口中抑郁症时点患病率为 3%，国外资料表明，重型抑郁症（单项）时点患病率男性 2~3%，女性 5~9%，老年人抑郁症的患病率更高。

人到老年，大都体弱多病，身体各器官的功能逐渐衰退，老化。心、脑、肝、肾的储备能力降低。手脚的灵活性减弱。工作持久性下降。特别在离、退休后，对生活环境和生活方式的改变不能很好适应，加上家庭中的生活条件，如家庭关系不睦、亲人的离去或死亡等，都会带来苦恼和忧虑，常常出现失落感，致使精神上失去依托，产生空虚、孤独和持久的情绪低落，对生活与活动的兴趣显著减退，如在风景很好的地方也没有心情去欣赏，感到精神疲惫，心境恶劣，少言懒动，经常失眠，食欲欠佳，以及多种无法说清的全身不适感。病症可以表现为昼重夜轻，常常认为自己无用，活着不如死去，对生活绝望，优柔寡断，社交时缺乏自信，甚至要自杀。另外大量饮酒也是老人产生抑郁症原因之一。

抑郁症是老年人在精神疾病最常见的病症之一，应引起全社会的重视。对于已知患有抑郁症的老人，要求家属、同事和好友，密切观察其情绪动态，尽力寻找其产生的起因，采取措施，说服病人，及早就医，积极治疗。

目前的治疗方法很多，绝大部分病人在医生的治疗干预下，病症很快减轻，治愈后精神状态可以完全恢复正常，不遗留任何迹象，预后十分乐观。老年人应使自己的生活会过得充实而有意义，要经常参加力所能及的社会娱乐活动，如听音乐、看电影电视、养花、养鸟、养鱼，到公园（或田野）里去观赏自然风光。经常适度地用脑（如绘画、读书、看报、写字、写文章、下棋等），以推迟大脑的衰老，避免产生苦恼抑郁。值得提倡的是，老年人应该做到以动养身，以静养心。运动不但能够抗躯体的衰老，也能抗精神老化，多参加户外活动，散步、竞走、打太极拳、跳交谊舞等，都是有益处的。运动能使人体内产生一种叫内啡肽的活性物质，增强人体重要脏器的功能，振奋精神，提高新陈代谢，增强免疫功能，调节大脑皮层兴奋与抑制的平衡，使心境稳定，消除不良的负性情绪。另外提倡老年人节制饮酒或不饮酒。

在药物治疗方面，常用多虑平、阿米替林、氯丙咪嗪、麦普迪林、卡马西平等。但必须经医生严格掌握，酌情应用。

最近国外有一学者提出，他经过多年研究，发现对有抑郁、沮丧的病人，

多吃含高蛋白质的食物，疗效极佳。这主要是因为高蛋白食物可使人的脑子产生一种化学物质，这种物质可以消除人的忧郁和沮丧，患有抑郁症的老年人，不妨一试。（谷翠康）

5. 什么是老年人疑病症，怎样治疗？

疑病症是老年人的一种较为常见的病症，这类病人常因失去家庭和亲友，失去终身职业，健康状态不佳，谋生能力减弱，收入减少，权力、地位和威望的丧失等社会变化，而无法适应，变得孤独，存在被抛弃感，把注意力高度地集中到自身的健康上，对体内的轻微不适，表现过于敏感、关切、紧张、惊恐、并努力寻找不适感的原因。一旦遇到某些病理因素或偶然事件时，由于自我联想和暗示，并与内脏的轻微不适感联系起来，形成疑病观念。如怀疑得了脑瘤、胃癌、心脏病、害怕会发展成精神病等。其疑病症状持久存在，相当牢固。大多数疑病症是缓慢起病的。例如患者在妻子因癌症死亡后，经常回忆其妻死的情景，逐渐产生恐惧、怀疑自己也得了癌症而将死去。极少数人在一次与健康有关的意外事件后或医源性影响下（如医生不恰当的言语、态度和行为对病人所引起的心因致病作用），病人则感到全身不适，手脚发软，动一动就头晕等，尽管检查并无阳性发现，病人却以为患了某种重病，可能较长时间卧床不起。疑病症病人有各式各样的行为表现，经常到处求医，请专家会诊，要求医生挽救其生命，不仅劳民伤财，还常常抱怨家属不体贴、不照顾，要求家中所有的人为了他的病作出更大的牺牲，经常在家发脾气、摔东西。还对医生不满，埋怨医生漠不关心，查不出他的病，不给他做特殊检查和治疗。还有个别病人固执、偏见、拘谨，从不接受医生的解释，看医学书很多，往往引用医学书籍上的论述企图驳倒医生，不信赖医生，坚持己见，甚至自备一些医疗器械（如显微镜、血压计、听诊器等），用以系统地“检查”自己的健康状况。

疑病症临床表现多种多样，但大体可分为：疑病性烦恼，对身体健康的过分注意，疑病性不适感，感觉过敏和疑病观念等。老年人疑病症可包括单一症状或多方面症状，是一组特定的疑病神经症。

关于疑病症的防治，首先应该选用“自我疗法”，要求老年人保持积极的精神状态和良好的情绪，要性格开朗，豁达大度，不为琐碎小事而动肝火。遇事要冷静，不生闷气，不极度兴奋和过分忧郁，不要过于责怪别人。生活要充实，学会寻找乐趣，如读书报、练书法、写文章、访亲友、多散步、下象棋，或者欣赏摄影、画册，通过画面的风格、布局、色彩、立意等，激起自己的想象和沉思，从而调整中枢神经系统的机能，使人体的生物节律和心态得到平衡，疑病症状也随之减轻而消失。

其次是采用心理治疗。对患疑病症的老年人必须因势利导，根据老年患者的特征、病因和不同的心理状态，慎重地制订心理治疗方案，明确目的，讲求实效，内容要有针对性和科学性，要求患者密切配合，患者与医生之间，必须建立良好的相互信赖关系，其治疗效果是满意的。在心理治疗的同时，还可以采用音乐治疗。音乐对人的心身具有调节作用，音乐能影响人的情绪和行为，能激发人体内的潜能，增强自我控制能力，保持情绪稳定，陶冶情操，调整心身平衡，对疑病症治疗效果最佳。

在药物治疗方面，一般采用对症治疗。但最近有较多作者报告，在医生的指导下，应用哌迷清（Pi-mozide）治疗疑病症，可取得很好的效果。

（谷翠康）

6. 怎样克服孤独感？

孤独感是一种封闭式的心理状态，使人感到孤寂、被隔绝、被人抛弃，生活无乐趣可言。

产生孤独感的原因是多方面的。老年期带来的病痛、碰到的麻烦事和困难是青壮年期想象不到的。一些老人会由此生出“风烛残年”之感，甚至有“死亡将至”的恐惧不安。

有人对离、退休长期不能适应，认为是自己从此“退出历史舞台”，“人过中年万事休”，情绪消极低沉，因而厌烦社会活动，深居简出，欣赏“种菊南山下”的隐居生活，以致老朋友越来越少，而又不易结交新朋友，在年青人中更找不到共鸣，因而产生“念天地之悠悠，独怆然而泪下”之感。

子女婚嫁或分居，老人婚变或丧偶，可使家庭过于寂静。有个老人说：“无人对话使我变得像个哑巴似的，屋里静得连掉下一根针的声音都能听见。”一些子女对老人不够孝敬或照顾不周，老人经济拮据而受到冷落，都会使人觉得孤苦，陷入“雨打黄昏独自愁”的凄凉境遇。

人们常把“关禁闭”视为一种严厉的惩罚，被孤独感困扰的人无异于自入牢笼。孤独像小偷，它会偷去你对生活的乐趣、你的健康甚至于生命。排除孤独回到五彩缤纷的现实生活中来，方可健康长寿。

在现实生活中，有的人才五十来岁就害怕“老之将至”，整天唉声叹气、悲观忧伤，弄得老态龙钟。而另一些人虽然年过花甲，却精神抖擞，容光焕发，耳聪目明，工作起来生龙活虎。说明“心理变老”实在可怕。心理变老能大大加速形体变老，各种疾病也会趁虚而入。“乐哉悠哉”的不畏老不服老的心理可以使人的精神长盛不衰。有了良好的心境，健康的体魄，自然就不会觉得孤独。

倾诉是排除孤独的良方。把你感觉到的一切痛苦和不幸向你所信任的人倾诉，可以使不良的情绪宣泄出来。随着你慢慢开启的心扉，思绪就会像无数只活泼的小鸟振翅飞翔，往事如汨汨清泉自山涧涌出，所有的痛苦和失意都将化成天边的一抹薄云，梦中的一缕轻烟，你就会像阳春三月泛舟于湖光山色之中，孤独也就自然和你无缘了。

“有朋自远方来，不亦乐乎”，交往是一件令人高兴的事。与儿时的好友，青年时代的同学至交叙谈，可以使你青春常驻。“结忘年交”，也是加强人际交往的好办法。老年人和年青人结为知己，彼此推心置腹，无话不谈。青年人朝气蓬勃，奋发向上，进取心强，正是老年人所缺乏的。长期交往，潜移默化，会使老人进入“忘我”境地，通过心理暗示产生轻松愉快、乐观、充满信心与希望的情绪。

“活到老，学到老”，在不断学习中充实自己，培养新的兴趣和爱好，老有所为才会老有所乐，无所事事必然产生孤独，积极参加各种社交和社会活动，把自己溶化到社会大熔炉中去。在你参与社会活动，帮助别人排忧解难的时候，你会体会自己在他人生活中的作用，增强自信心，不再整天冥思苦想自己的事，把注意力转为外向。如电视剧“爱你没商量”中的刘师傅，丧夫后又痛失独生女儿，精神几乎崩溃。在尽力帮助病危中的周华，参与居委会工作后重新振作起来，排除了孤独和痛苦。丰富的精神世界和充实的生活能激发起人对生活的兴趣，调节全身器官和系统的功能，提高免疫力，预防疾病，推迟衰老的到来。

（周玉芳）

7. 退休、离休后怎样防止失落感？

失落感又称冷落感，是在心理上觉得受到冷落而若有所失的一种感觉。人生好比万花筒，我们应该庆幸在“得意”之外还有“失落”，否则从十六岁到六十岁，就显得平淡无奇了。我们应该接纳失落。但“失落感”毕竟是一种有害的消极情绪，应该积极防止并尽力排除它。

离退休标志着人的角色的转换：从当权的领导干部变为无职无权的休干，从教授或职工变成市民，从物质财富和精神财富的创造者变成单纯的消费者，由整天忙碌到闲居家中。角色变化越大，产生的失落感也可能越明显。特别是平时把一切都寄托在工作上、缺少其他的生活活动、没有特殊的爱好和社交生活习惯的人，就更是如此。他们一旦从岗位上退下来，就觉得失去了所有的依托。生活好像突然发生一个“大空洞”，无法填补，无法接受和适应，犹如离群的大雁，没着没落，茫然不知所措。他们人在家，心在办公室，不甘心，不安心，心理很不平静。但是长江后浪推前浪，新老交替是不可抗拒的规律。“时”过就“境”迁。要尽快安排好离退休后的生活，顺其自然地交换好角色。也许新的角色更能发挥你的潜能和聪明才智。

防止失落感，就要正确地对待“人走茶凉”。一些同志担心在自己离退后，单位里的同志就不再像以前那样热情，待遇不像以前优厚，说话办事也会不灵验了，由此发出“人走茶凉”的感叹。对于这类问题，一方面要看到其必然性，因而必须要看得淡一些，另一方面有时事情也未必都是如此，因而不必多疑。许多比我们更早地离休退休的同志，在这些方面处理得很好，顺利地完成了角色的转换。我们不妨找他们谈谈，看看他们是怎样对待的，而不要把不顺心的事情和想法憋在心里，以致严重地影响心理健康和生理健康。

子女婚嫁也会引起父母感情上的波动。父母对子女的爱是坦诚无私的，特别是做母亲的，生儿育女，倾注了全部情感和心血。儿女婚嫁以后进入自己的小家庭，父母会别有一番滋味在心头。父亲看到女婿娶走女儿，会想到从此失去女儿的亲昵。母亲又会觉得儿媳将儿子夺走，而常常迁怒于儿媳，总之，儿女的婚嫁和迁居，可能给父母留下“鸟去巢空”的内心酸楚和失落感。其实，男婚女嫁是天经地义的事，否则人类就不能繁衍和生存。婚嫁标志着子女身心的成熟，做父母的理应感到喜悦和自慰。只要你学会做一个慈祥可亲的老丈人，或者是一位通情达理的好婆婆，你就不会失落几孙绕膝的天伦之乐。当然，我们这时又要担当起新的社会角色，即“丈人”或“公公”，“岳母”或“婆婆”。等到儿女又有了下一代，我们随即又要担当“爷爷”、“姥爷”、“奶奶”、“姥姥”等新的角色。要把这些新的社会角色担当得好，也不是轻而易举的事。但至少我们要学会“适应”。

总之，人的年龄不断增长，社会在不断发展，环境在不断变化，角色在不断转换。这是不可抗拒的自然规律。我们在自然规律面前，只能不断地进行心理调整和适应，才能乐观地看待现在和将来，采取积极的生活态度和行为。沉溺于往事，陷于“失落感”而不能自拔，才真正是衰老的表现，是自寻烦恼。在老年人中流行着三句话：“自得其乐”、“助人为乐”和“知足常乐”，值得我们很好地记取。（周玉芳）

8. 怎样对待重大的生活事件？

人体是亿万年以来的生物进化的产物。在原始社会中生存，要求人们能立即辨认凶兆，并迅速作出判断：是上前搏斗，还是逃之夭夭。无论是哪一种，都是激烈的肉体动作，身体上已作好了一切应急准备，神经系统完全适

应这种激烈动作的要求。但生活在当今的文明时代，我们却要时时抑制这种搏斗或逃逸的身体反应。当身体已经作好了一切准备时，却因考虑自己的行动可能造成的社会后果而得不到宣泄。于是，一种消极的累积作用就在体内产生。这就是慢性精神压力。它常常引起内分泌失调，并抑制免疫系统，因而可以导致多种疾病。

产生精神压力的原因是多方面的。除了高温、噪音等物理化学因素和饥饿、疲劳等生物因素，就是人际关系冲突、工作紧张和压力、重大的生活事件等社会心理因素。对于老人来说，重大的生活事件是产生精神压力的最重要的原因之一。

多年来，临床医生早已发现：在生活中发生重大事件后，疾病便容易缠身，其中包括癌症。华盛顿大学医学院的学者还给这些生活事件定出数值。把一年内遭受的一切生活事件的数值相加，就得出该人所承受的精神压力的强度。如果积分超过 300，就会有 49% 的人得病。而积分不到 200 的人，只有 9% 的人得病。但这并不能预言个人的吉凶，比如积分超过 300 的人，仍有 51% 的人并不生病，因此，精神压力肯定使人容易生病，但重要的是你怎样对待。

老年人的离休和退休，肯定是他（她）生活中的重大事件。本书有关章节已经充分地阐述了这个问题。有人把老年看作“丧失的时期”，即身心健康的丧失，经济独立的丧失，家庭和社会关系的丧失，以及生存目的的丧失。这种看法虽然道出了部分现实，但未免片面和悲观。还是另一种看法更为全面，即不单是把老年看作丧失的时期，而且把老年看作是“与这些丧失作正面迎战的时期”。这种观点既符合事实，又向老年人指出了通往充实的生活道路。

人总是要老的。老人的健康终究将每况愈下。这是自然规律。许多老年人在这自然规律面前，以积极的态度去迎战，继续从事自己熟悉的的活动，继续对社会作出贡献，不仅有益于健康长寿，而且使生活十分充实，既不感到空虚和孤独，又不感到自己成为家庭和社会的负担，自然可以大大提高和改善生活质量。

尽管生离死别是不可避免的，但老人丧偶几乎总要带来无比的悲痛。前面提到的华盛顿大学医学院的学者，也把丧偶列为重大的生活事件之首。丧偶的老人一方面要把自己的悲痛宣泄出来，一方面要认识悲痛会带来身心危害。正确的做法有以下几点：向至亲好友倾诉自己的悲痛，以宣泄哀伤的情绪，并获得温暖的劝慰；积极地投身工作，把悲伤的思绪从头脑中排挤出去，有助于心境的宁静；用读书等方法，转移自己的注意力，不要沉湎于往事，也不用去担忧未来；打开自己的心扉，关怀他人的疾苦，有助于正确看待自己的烦恼和悲痛，并减轻自己的哀伤。

人生难免遭受挫折，老人也不例外。这也是常见的重大生活事件。初遇挫折，无论是谁总是力图直接克服障碍。若能成功，就能维持良好的心理平衡。若不能成功，就可避开障碍，采取别的方式来达到目标。如果成功，也能维持良好的心理平衡。如果失败，也可用其他方面的成功来补偿挫折所造成的损失，而维持较好的心理平衡。如果再次失败，就应压抑原先的需求，放弃原先的目标，这样还能维持暂时的心理平衡。如果这一点还做不到，就会失去心理平衡，造成严重的心理挫折。其实，挫折本身并不可怕，可怕的是心理失衡（心理挫折），因为它可以引起情绪失控和行为失控，严重损害自己的身心健康。那么，遭受心理挫折时该怎么办呢？首先可找知心的亲友

倾诉胸中的郁闷和苦恼。也可以奋笔疾书，借诸笔端来宣泄烦恼，或在僻静的地方朗诵高唱。这对恢复心理平衡有很大的好处。其次要学会淡化和遗忘。压抑的情绪得到宣泄以后，常在次日就觉得自己已不像当时那样痛苦。这时最好去从事一个新的活动，使自己没有余暇和心思来回顾既往，把往事逐渐淡化和遗忘。再其次是对自己的挫折进行正确的归因。按照现代的归因理论，成功与失败常可归因于个人能力、努力程度、任务难度和运气。前二者属于主观因素，后二者属于客观因素。不要过度地归结于外部客观因素，否则就不会去努力克服障碍。也不要过度地归结于自身主观因素，否则会过多地自责，容易丧失自信。

美国心理学会提出心理平衡的要诀是：“不要对自己过分要求”。期望自己达到实际上不可能达到的生活目标，等于是自寻烦恼。应把生活目标定在自己力所能及的范围以内。要欣赏自己的成就，这种成就感是一种很好的生活情趣和动力，（孙宗鲁）

9. 老年人为什么需要体育运动，适合老年人的体育运动有哪些？

“生命在于运动”，运动是生命存在的形式，生命的存在又依赖于运动。运动对人体来说是至关重要的，尤其是对老年人。

人到老年，活动量减少，肌肉萎缩，全身各器官组织功能逐渐衰退，慢性疾病较多。如果适当地从事运动和锻炼，可以弥补体力的减退，降低血液总胆固醇量（特别是降低低密度脂蛋白胆固醇），提高高密度脂蛋白胆固醇，从而防止脑血管硬化，保持大脑良好的血液供应。长期从事体育运动，可使老年人心肌纤维逐渐粗大，强壮有力，改善心脏循环系统功能，预防常见的心血管病的发生。此外通过运动使呼吸加深，次数减少，肺活量明显增加，改善呼吸功能，保证人体氧气的供应。运动还能促进消化液的分泌和胃肠蠕动，增进食欲，加速食物的消化吸收，减少便秘。从事适当运动对神经系统的作用更明显，可以使反应敏捷、准确，动作迅速，不易疲劳。国内外学者一致认为体育运动还能调动人体免疫系统应激能力，使免疫功能减退缓慢。运动能保持骨骼、肌肉、关节的韧性、弹性和坚固性。运动能促进新陈代谢，加速血液循环，促进减肥，使老年人容貌健美，面部皱纹减少，延缓衰老，可见老年人体育运动与健康长寿有着密切的关系，是任何药物无可比拟的健康良策，只要持之以恒，一定会取得预期的效果。

老年人应该每年定期去医院作体格检查，了解有无重要疾病并取得医生的健康指导。根据各人的身体健康状况、兴趣爱好、各自的特点和条件选择运动项目和运动量，合理安排时间和场地，以期获得良好的运动效果。锻炼必须循序渐进，运动量宜从小量开始，逐渐增大，动作宜柔和、缓慢、协调，并以简便易学为好。老年人一般以小运动量到中运动量为宜，锻炼时间可以逐渐延长。运动量大小达不到目的，过大势必增加心脏负担易发生意外。若身体情况较好，宜取中等强度运动量。小强度运动量对年老体弱合并有高血压、心脏病患者较为适宜。运动负荷是否适当，主要看运动后的反应，若运动后感觉有些发热、微量出汗、无疲劳感、心情舒畅、食欲和睡眠俱佳，则说明运动量恰当。如果运动后感到头昏、胸闷、气促、明显疲劳，反而影响食欲和睡眠，说明运动量过大，应暂停锻炼，重新调整合适的运动量或运动方式。掌握运动强度的方法可参阅本书第 11 节。

适合老年人的运动项目有许多，概括起来有以下几种。

散步散步是人人可以做到的简单运动，不受时间、场地、设备的限制，

是老年人运动的最好方法。俗话说：“饭后百步走，活到九十九”，说明散步对健康有益。虽然运动量小，但很安全，是一种和缓、轻松的运动。对患心肌营养不良、器质性心脏病、高血压、糖尿病、单纯性肥胖症等患者均有良好的辅助治疗作用。若体力充沛、健康状况允许，可逐渐加大散步的距离、时间和速度。

太极拳 太极拳是我国古代保健运动，动作比较缓慢，动中取静、刚柔相济。运动时思想要求集中，使精神和肉体同时得到放松和休息，对调节大脑皮层和植物神经系统功能有独特作用，适合于老年人采用。

气功 气功也是古代自我保健方法之一，能疏通气血，养血安神，对身心健康均有裨益。对调节大脑皮层和神经系统均有良好作用。

跳舞 是一种有益于身心健康的高尚的文娱活动，小强度活动量的有各种交际舞，中强度运动量的有健美舞等，都是适宜老人的一项运动。有人做过试验，跳一小时的华尔兹舞，相当于步行二公里路程，而伴随着音乐跳舞可以使人感到心旷神怡，精神愉快，增加食欲，恢复体力，可以促进大脑休息，有益睡眠，所以对高血压患者有防治作用。感兴趣的老人可以在紧张的劳动之余或周末晚餐后安排一定的时间跳舞，有益身心健康。

此外还可根据本人体质和兴趣爱好，选择骑自行车、钓鱼、打乒乓球、台球、门球、羽毛球和各种慢性病的医疗体操等运动项目。无论选择哪一种运动项目都不能用力过猛，使肌肉负担太重，灵敏度不必要求过高，不要使劲憋气，不要急于求成或争强好胜，以免发生意外。总之，老年人进行体育运动要从实际出发，合理安排锻炼时间，做到劳逸结合，运动项目、方式环境可以多样化，并寻求有关医生的咨询和指导。只要长期持之以恒，一定能取得最佳效果。

（王慧芳）

10. 老年人从事体育锻炼

有什么好处？当今时代，百岁以上老人越来越多。健康和长寿不再只是人们心头的希冀和幻想。长寿老人虽然各有一套养生之道，但他们有一个共同的特点，就是爱好体育活动。十八世纪法国思想家伏尔泰提出：“生命在于运动”，已被世界各国的许多科学家所证实。这一科学道理也被越来越多的人所接受，并付诸实践。

运动和长寿之间有着密切关系。联邦德国运动医学权威霍尔曼教授采用现代医学手段，对一大批 60~70 岁的男子进行长期追踪，得出的结论是：坚持耐力锻炼的老年人，内脏和肌肉等方面的机能指标，相当于年轻 20 岁的水平。我国医学家曾对 80~100 岁的长寿老人进行调查，发现其中 80% 以上均长期从事体育锻炼。

老年人从事体育锻炼的好处体现在以下各个方面。

对神经系统的影响 人到中年，大脑的神经细胞比年轻人减少 10~20%，脑供血量不足（如 70~90 岁老人减少 17%），神经纤维发生退行性改变，兴奋与抑制过程减弱，因而对外界反应迟钝，动作协调性差，记忆力减退，容易疲劳，精力恢复较慢。而体育锻炼可以首先通过肌肉活动刺激和调整大脑皮层，使整个神经系统提高对机体各系统和器官的支配功能，从而减慢神经细胞的退化进程。长期锻炼，还能加强物质代谢过程，升高脑动脉中的氧含量，改善脑细胞的氧供应，促进恢复大脑疲劳，减缓动脉硬化，延缓神经细胞衰老，使大脑的兴奋、抑制、传导和反应等基本生理功能不断强

化而保持年轻。

对心血管系统的影响老年人由于心肌逐渐发生退行性改变（如心肌细胞数减少，心肌间的弹力纤维增多），使心脏收缩力减弱，每分钟搏出量减少（以30岁时心脏功能为100%计，80岁时，心脏每分钟搏出量要减少30%），血管壁的弹性减弱，血管硬化，结果血流阻力加大，血循环缓慢，导致心负担加重，心功能减退。体育锻炼时，由于心肌收缩力加强，心脏每分钟搏出量增加，流经冠状动脉血量也成倍增加。据报告，长期锻炼的60岁男性老人，心排血量相当于40岁没有经过锻炼者的心排血量。心肌内毛细血管大量开放，血流加快，可以改善心肌的氧供应和代谢，延缓心脏的衰老过程。长期锻炼能使心肌发达，收缩变得更加有力。由于心搏出量增多，通过神经反射使心率减慢，舒张期相对延长，可以使心脏得到充分的休息时间。长期锻炼，使冠状动脉的直径变大，即使患有冠心病，也可以通过运动来促进冠状动脉侧支循环的形成，改变心肌缺氧状况。最近研究证明，长期锻炼的人，血液高密度脂蛋白的含量比一般人高。它是一种能及时把沉积在动脉壁的胆固醇运送到肝脏进行分解代谢的物质。胆固醇积聚过多是造成血管硬化的重要原因之一。因此，运动能降低胆固醇含量。除此以外，还能使血管的舒缩能力加强，改善血管壁弹性，减低血液在血管内的阻力。锻炼是防治冠心病、动脉硬化症和高血压病的积极手段。

对呼吸系统的影响老年人由于肺内结缔组织增生，肺泡壁弹性降低，呼吸肌逐渐萎缩，导致肺活量减少，呼吸功能减弱。锻炼时，可增强呼吸肌力量，提高胸廓活动度，改善肺通气、换气功能，使肺泡壁弹性保持良好状态，减慢肺组织纤维化过程，增强肺的抵抗力。长期锻炼的老年人，呼吸肌强壮有力，呼吸次数减少，呼吸变深而均匀，使呼吸肌得到充分休息，提高氧的利用率和贮备，预防呼吸系统疾病。

对消化系统影响老年人由于各种消化酶的活性减低，消化器官蠕动减弱，容易患消化不良、胃下垂、腹泻、便秘等。长期锻炼可改善支配胃肠道的神经功能，同时膈肌和腹肌有力收缩，对胃肠和肝脏、脾脏起按摩作用，直接促进胃肠蠕动，改善消化器官血液循环，促使消化腺分泌，加强消化吸收过程。这对老年人维持正常的消化系统功能，防止该系统疾病有良好作用。

对运动器官影响老年人由于肌肉弹性降低，肌力减弱，肌肉逐渐萎缩，同时骨质疏松，容易发生骨折、驼背、脊柱侧弯等。此外还会出现韧带钙化，骨质增生，甚至形成骨刺，影响关节活动功能。经常锻炼可保持良好的肌力、韧带的弹性和关节灵活性，延缓肌肉、韧带、关节和骨的退行性改变。长期而适度的锻炼是减轻关节退行变的有效手段。

对新陈代谢影响老年人新陈代谢缓慢，尤其是脂肪和糖代谢容易紊乱，导致高脂血症、肥胖和糖尿病。锻炼时，通过肌肉运动来加强新陈代谢的神经与体液调节，提高脂肪、类脂质和糖代谢。据观察，经常坐着工作的人，如每周进行2~3次运动，胆固醇和体重均有下降趋势。30分钟的医疗体操可使血糖降低12~16毫克%。经常锻炼的人，体内脂肪成分低，能保持标准体重。锻炼能防治肥胖、高脂血症、糖尿病等。

对免疫系统影响老年人免疫系统与其它系统一样，随年龄的增长逐渐衰退，免疫功能降低，防御能力减退。长期锻炼可增强免疫功能，增强内分泌功能和造血功能，提高抗病能力。此外，锻炼可以改善肾脏血液循环，提高肾脏排泄废物的能力，并增强皮肤防御能力。

总之，生命需要运动，运动延长寿命。为了老年人健康长寿，衷心祝愿全国老年朋友们积极地投身到体育锻炼的行列中来！（金东珉）

11. 老年人怎样掌握运动强度运动频率和运动时间？

老年人怎样选择和掌握适宜的运动量是老年人参加体育锻炼的关键问题之一。这同运动强度、运动频率和运动时间密切相关。

如何正确掌握合适的运动强度呢？许多学者认为，根据心率来衡量运动强度，是最可靠而又简便易行的方法。下面介绍四种。第一种是根据运动中最高心率来判断，运动中最高心率，是指运动后即刻测得的每分钟脉搏数（有人以运动后即刻测 10 秒钟的脉搏数乘 6 来表示）。一般老年人运动中适宜的最高心率等于 180 或 170 减去运动者的年龄数。上式中的 180 适用于体质较好的健康老年人或训练有素者。170 是适用于刚开始参加锻炼或体弱多病的老年人。冠心病病人应比 170 再低些为好（应在医生指导下制定）。例如，60 岁健康老年人运动中适宜的最高心率，不宜超过每分钟 120 次；体弱或有慢性病者，不宜超过每分钟 110 次；冠心病患者，不宜超过上述最高心率的 80%。如果运动中最高心率超过上面的数，就是运动量偏大，应作适当的调整。第二种是根据运动强度百分比分级法来判断。此法计算公式为： $(\text{运动后心率} - \text{运动前心率}) \div \text{运动前心率} \times 100\%$ 。公式得出结果一般超过 71% 为大运动量，51~70% 为中运动量，50% 以下为小运动量。但据观察，如果运动强度在 40% 以下，锻炼是无效的。一般老年人适宜的运动强度，不宜超过 60%。第三种是根据基础心率来判断。基础心率是指每天清晨醒后，在床上测得的每分钟脉搏数。如果锻炼期间基础心率比锻炼前略减少或相对稳定，就是运动强度适宜，如果基础心率加快，则表示运动强度过大。第四种是根据净增心率来判断。净增心率是指运动中最高心率数减去运动前安静时的心率数。如果得数不超过每分钟 60 次为适宜。体弱多病者，特别是冠心病病人，不应超过每分钟 20~40 次。另外，还可以运动期间出现的自我感觉和抗病能力来判断。适当的运动强度，应该是运动时感到发热，微微出汗，运动后感到轻松舒畅，食欲和睡眠都比以前好，体力充沛，体重稳定不变，很少患感冒及其它呼吸道和泌尿系统感染疾病。如果运动中和运动后大汗淋漓，感到明显疲劳、头昏、胸闷、心慌、气短，食欲睡眠都不如前，体重下降，经常感冒或感冒时间延长，就表明运动强度过大。但如果运动中脉率增加不多，无发热感，说明运动量不足。

关于怎样掌握运动频率和运动时间问题，国外大多数学者主张老年人每周至少锻炼 3 次，每次运动时间为 50~60 分钟。国内有人主张每天早晚各锻炼一次，每次 15~30 分钟。如果条件受限，也可以每周锻炼 3 次，每次 30~40 分钟。必须提醒的是，老年人每次总的运动时间不宜超过一小时。过去认为老年人锻炼的最佳时间为清晨。但近年来，有人主张把老年人的锻炼时间由清晨改为上午 9~10 时。另外有人报道，对工业城镇区空气污染最严重的时间为日出前后和傍晚，因此，该地区老年人应选择空气相对清洁的时间，如上午 9~10 时和下午 3 时左右。对患冠心病的老年人来讲，锻炼的最好时间为晚上 7~9 时之间。（金东珉）

12. 老年人参加体育运动必须注意哪些问题？

近些年来，参加体育锻炼的老年人愈来愈多，这是好现象。运动对身心健康确实有很大好处。但是老年人参加运动也有一定的危险性。据德国有关资料，8000 名老人中就有一人在运动中出问题。国内也有报告，老年人在运

动中和运动后有可能出现意外，甚至发生猝死。因此，老年人进行体育锻炼必须要有科学的指导和正确的方法。

决定参加体育锻炼前，应该进行必要的体格检查。要特别注意心血管机能和疾病的情况，必要时应进行专科、专项检查，如测心电图、超声心动图、肾功能、血糖定量、高密度脂蛋白定量等。根据体格检查结果，可以了解自己的健康状况或疾病的轻重，以便制定出最佳的锻炼方案和科学的运动处方。比如心肺功能较好的老人，可以选择慢跑或快速步行。冠心病患者在病情稳定时期，可以散步、做广播操、打太极拳。肥胖的老年人行动不便，下肢关节负荷过重，可以选用气功、游泳、骑自行车等。

在开始中度运动量的体育运动前后，要做好准备活动和整理活动。为保证锻炼时的安全，应该穿合适的运动服和运动鞋。准备活动是指通过做操、原地踏步等动作，有规律、有节奏地活动颈部、腰部、上下肢各关节，要求轻松自然，一般以 10~20 分钟为宜，夏季可以更短些，运动停止后的整理活动，虽然是简单的舒展关节、拍打肌肉、原地踏步等动作，但是它可以使全身各系统尽快地协调起来，达到减少出汗，消除疲劳，恢复体力的目的，也可以避免运动后发生意外事故。整理活动一般需要 5~10 分钟。

要循序渐进，量力而行，不能操之过急。老年人刚开始锻炼时，有一个适应阶段，一般 10 天或半个月。这期间应从小运动强度开始，逐步加大运动量。运动强度以心率的增加不超过运动前心率的 50% 为宜。比如，运动前心率每分钟为 70 次，运动中心率最好不超过每分钟 105 次。适应一段时间后，再逐渐增加运动强度，运动中最高心率不宜超过每分钟 110 次。这一条对老年人非常重要，因为它常常是发生意外的主要原因。有人统计，在 70 岁以上老人中，患有严重慢性器质性疾病的占 65.9%。不难看出，这是老年人运动中发生意外的隐患。因此，老年人进行体育锻炼应该征求专科医生的意见和指导，而且要加强自我监督。自我监督就是通过自我感觉来掌握适度的运动量。运动中应无明显的心慌气急和大汗淋漓的情况，运动后的疲劳感恢复很快，食欲及睡眠都好，精神愉快。这一切说明运动量是适度的。反之，就提示要调整运动量。锻炼要持之以恒。人体各器官系统的正常功能，不可能通过几天锻炼就得到恢复和提高，只有坚持不懈，才能日见成效。如果三天打鱼两天晒网，就不可能有效果。

锻炼时要注意安全。老年人动作缓慢，反应迟钝，不要在马路上跑步。运动地点要选择地面平整，空气新鲜，环境宁静，行人稀少的地方，如公园、湖滨、江边、丛林等。一般不要一个人单独运动，最好有家人或运动伙伴陪同。不宜较长时间的低头、弯腰或憋气。更不可做滚翻、倒立、跳跃、大劈叉等动作。另外，竞赛性较强的活动，即使运动量不大，也会升高血压，患有高血压、心脏病的老年人不宜参加此类活动。

有伤病时也不宜运动。如感冒、发热、内脏疾病的急性期、出血性疾病、急性软组织损伤或骨折等情况，都要停止锻炼，及时就医。

运动后不宜马上洗澡和进餐。一般需要休息半小时后方可洗澡，一小时后方可进餐。

另外，消化系统在餐后比较活跃。此时运动，对心脑血管疾病患者明显不利。如果以前在饭后做些轻微的活动而自我感觉良好，则不妨按照自己的习惯坚持下去。

(金东珉)

饮食和营养

13. 老年人合理膳食应有哪些要求，应该注意什么问题？

或许有人觉得，老年人已经过了大半辈子，如今同他们谈谈怎么吃饭，似乎有些多余。其实不然，许多老年人的膳食结构和饮食习惯并不合理。不少老年人进入老龄后，还没有意识到自己的饮食起居等各方面应与中年时代有所不同。而老年人合理膳食，对防止早衰，延年益寿，提高机体抗病能力，却具有很大的重要性。

老年人的合理膳食包括以下几个方面。

首先，应该重视平衡膳食。机体所需要的糖类、蛋白质、脂肪、维生素、无机盐、纤维素和水，广泛存在于粮食、蔬菜、水果、肉类、蛋类、奶类之中，缺一不可。老年人由于一系列的生理变化，对蛋白质、多种维生素和钙等无机盐的需要更高一些。为保持机体的这种动态平衡，最好根据性别、年龄、体重、劳动强度、季节等多种因素，来计算每人每天所需要的能量和各种营养物质。但是，这一点在实际生活中往往难以做到。因此，笼统地说，老年人应该保证每天食用粮食 4 两、瘦肉 1 两、蔬菜水果 1 斤、豆腐干 1 两（豆腐 2 两、豆腐脑 4 两）、鸡蛋 1 个、牛奶 1 杯、食用油半两，外加适量的水。只要按以上要求（可以简单地记为：每日 4 两粮，五个“1”不忘，外加半两油，经常变花样），多吃些绿色蔬菜，适当添加海味品，不要挑食和偏食，大体上是可以满足机体需要的。

其次，要养成良好的饮食习惯。老年人吃饭要定时定量，每日以 4 至 5 餐为宜。每餐吃七分饱，特别是晚餐不要吃得太多。餐前不要进行剧烈活动，不要喝太多的茶水及其它饮料，以免冲淡胃液，影响消化吸收。就餐时要细嚼慢咽，不要吃得过急，一顿便餐大约 20 分钟。不要吃过分辛辣和过甜过咸的食物，对油饼、炸糕、粽子、重油点心、炸鸡蛋等不易消化的食物，也要尽量少吃为宜。

另外，还要注意合理烹调，讲究营养。老年人饭菜要求细软，易于消化，但火候不能太过，以免破坏营养成分。熬粘米粥时不要放碱，一般用小火熬 20 分钟即可，以熬出精糊（米粥上面一层发亮的粘汤）为佳。小米粥需要的时间更短些。发面食品的传统做法不利于保护维生素，应提倡改用酵母发面。老年人的饮食要做到粗细粮搭配，荤素搭配，干稀搭配。以清淡为主，不宜吃熏烤和老油炸的食物，少吃咸鱼和咸肉。近几年，南北兴起“火锅热”，老年人可选用精羊肉、猪肉、鸡肉、海鲜等，每次 2 至 4 两。

老年人的饮食，还要特别注意营养不足和营养过度这两个问题。

“营养不足”，最常见的是蛋白质不足和钙质缺乏。蛋白质不足的老年人表现为抵抗力差，精力不济，早衰，有的还患有贫血。有不少外表健康的老年人，体内常表现为负氮平衡。这主要是因为人在衰老过程中，体内蛋白质的合成速度减慢，分解速度加快。他们虽然总的能量减少了，但是对蛋白质的需求却没有减少。因此，不仅要增加老年人饮食中蛋白质的含量，还必须保证一定比例的优质蛋白质。纠正老年人蛋白质不足的办法：一是逐步改变我国人民以谷类为主的饮食结构，适当增加豆类和动物性蛋白；二是解除人们对含有优质蛋白食物（如瘦肉类、蛋类、奶类）的偏见和顾虑，以保证必要的营养。患有心脑血管疾患和经济条件有限的老年人，可以多补充些豆制品。通常，1 斤大豆蛋白质的含量相当于 2.5 斤牛肉，并且包括人体必需

的多种氨基酸，大体上可以满足需要。钙质缺乏，在老年人中间是普遍存在的，常常表现为骨质疏松，出现脊柱弯曲，而且容易发生骨折。钙还与心脏、神经、肌肉的活动密切相关，是不容忽视的无机物。所以，老年人的膳食要特别注意加入含钙量较高的食品，如牛奶、鱼虾、蛋类、花生米、芝麻酱和加钙的强化食品等，以保证每日钙的摄入量达到 1000 至 1500 毫克。

“营养过度”，主要是指不注意饮食的选择和限制，摄入的热量超过消耗，使体内脂肪贮存过多，体重明显增加。早在 30 年代，美国营养学家克莱德·麦卡做过这样一个试验：限制一组小白鼠热能的摄入量，但保证其它的必需营养，结果 1000 天后，小白鼠的骨骼还在缓慢生长，并且活了 3 至 4 年；另一组小白鼠自由取食，结果 175 天后骨骼停止生长，存活不到 2.5 年。这就是老年学研究中最惊人的“麦卡效应”。许多长寿老人的生活实践也验证了这一点。所以，老年人在保证足够营养的前提下，限制米饭、馒头、糖果、糕点、啤酒、肥肉、过油食品等高热量食物，对延年益寿，防治高血压病、冠心病、糖尿病等都是有益无害的。但是，不能一概要求限食。例如，对广大农村的老年人，就可能有相当一部分不是限食，而是全面加强营养的问题。

总之，我国社会生活水平不断提高，老年人应根据生理需要，科学地安排好自己的饮食。只有合理的平衡膳食，才有益于健康。（付新）

14. 老年人选用饮料要注意什么？

近年来，各种各样的饮料逐渐摆上了普通人家的餐桌和茶几，几乎成了许多人必不可少的“凉白开”。这里有必要给老年人提个醒，在你选用饮料时，一定要注意“一高”、“四低”、“二适宜”。

“一高”，就是高质量的饮料。这类饮料应该含有优质的蛋白、糖类或丰富的维生素和人体必需的矿物质。并且包装精良，保持新鲜，不添加色素、糖精和防腐剂。一般来说，瓶装、罐装、盒装的鲜奶制品（牛奶、酸奶、果味奶），豆浆、冰淇淋、果汁、果茶、矿泉水、啤酒、运动型饮料等，都具备这些优点。另外，家庭自制的饮料，如银耳汤、绿豆荷叶汤等，也属于高质量的饮料。这里介绍一种极佳的果茶制作方法：取去核山楂 1 份，去皮胡萝卜 2 份，煮熟，搅碎，加适量的水和白糖即可。这种果茶营养丰富，经济易行，冬夏皆宜，非常适合老年人饮用。

“四低”，就是低糖、低气、低酒精、低咖啡因。“低糖”，是指老年人用的饮料含糖量不宜过高，一般在 10% 左右就可以了。太甜不利于保护口腔卫生，还能刺激胃肠，甚至发生腹泻。而且长期饮用含糖量高的饮料可使热量过剩，体重增加。如果一时没有低糖饮料，可以采用稀释的办法，往饮料中兑些水。从这点看，平时饮用一些茶水、矿泉水等无糖饮料是比较好的。

“低气”，是指饮料中气体不宜过多。汽水是常见的饮料，厂家在饮料中加入苏打、柠檬酸，饮用后产生二氧化碳，通过“打嗝”把部分热量排出体外，达到清热解暑的目的。老年人胃肠蠕动减慢，较多的气体不能及时排出，可能出现上腹部胀满不适。所以，老年人最好不用含气多的饮料。即便饮用，也要将饮料打开置放一段时间，或者是轻轻摇晃几下，等部分气体散出后再饮用。“低酒精”，是指酒的浓度不宜过高。酒是传统的饮料，少量饮用，开胃活血壮阳，有利于健康。比如，果酒酒精含量在 10~15%，不少果酒中还加入了补肾、活血、祛风除湿的中药，对老年人很有益处。啤酒酒精含量在 3~5%，营养丰富，誉为“液体面包”，并且经济爽口，受到老年人的偏

爱。还有米酒、黄酒，也属于酒精含量很低的饮料。老年人不同程度地存在动脉硬化、高血压、冠心病以及肝肾解毒排泻功能和胃肠消化吸收功能减退的情况，所以对酒精非常敏感。饮入大量的酒精，不论是一次性还是经常性的，都是有害无益的。它可以诱发脑血管意外、心肌梗塞、胃溃疡、急性胰腺炎、肝硬化等急症重病。所以，老年人应禁止醉酒（即急性酒精中毒），少饮或不饮烈性酒。对酒精含量低的饮料也要节制摄入量。“低咖啡因”，是指饮料中的咖啡因含量不宜过高。有的饮料含有咖啡因，据说1000毫升可乐型饮料含咖啡因100毫克，某些速溶咖啡中，咖啡因含量高达4.8%，茶叶中也含有咖啡碱。咖啡因兴奋大脑皮层，降低血钙浓度，破坏维生素，摄入量过多，还会出现毒性反应，不利于老年人的健康。对有喝浓茶或浓咖啡嗜好的老年人来讲，应该改变生活习惯，不要冲泡和调配太浓的茶水和咖啡，更不要在睡前饮用。

“二适宜”，是掌握饮料适宜的温度和摄入量。老年人对温度感觉迟钝，耐受能力差。热饮温度太高，容易烫伤口腔和食道粘膜，长期刺激还可以诱发粘膜癌变。饮料温度太低，容易刺激咽喉、胃肠和头面部的神经，诱发喉痉挛、牙痛、胃肠痉挛和三叉神经痛。所以，老年人的热饮温度不宜高于60℃，冷饮温度不宜低于20℃。老年人的身体状况和生活习惯各不相同，饮料的摄入量也有差异。一般情况下，牛奶、淡咖啡每日1杯，果汁、果茶、矿泉水、啤酒等每次1杯，果酒、黄酒等每次半杯，并且不要养成天天饮、餐餐饮的习惯。

（付新）

15. 什么叫“食补”、“食疗”，它对老年人有什么好处？

祖国传统的饮食文化历史悠久，丰富多彩，其中的食补、食疗颇具特色，备受人们青睐。

所谓“食补”，就是根据人们日常食用的五谷杂粮、蔬菜瓜果、肉蛋油奶、糖盐酒醋等食品所具有的特殊性味，合理调配烹调，通过食用，起到滋养补虚、强身健脑、延年益寿的效果。许多食物都具有补益的作用，个人应根据身体状况和生活习惯选用合适的食物辨证施补。由于老年人各个器官的功能逐渐减退，往往会出现不同程度的虚损证。这些症状可以简单地分为气虚、血虚、阴虚和阳虚四大类。气虚者，可以选用具有补心肺、健脾胃的食物，如粘米、糯米、小米、米粉、慧米仁、板栗、山药、白菜、葱头、葡萄、苹果、枇杷果、核桃、蜂蜜、牛奶、鸡肉、鸡蛋、泥鳅、鲫鱼、鹌鹑等。血虚者，应该多吃些紫米、黑豆、花生、大枣、菠菜、胡萝卜、龙眼、桑椹、猪肝、鸡肝、猪心、鳝鱼等。阴虚者，症状较为复杂，常常兼有内热。在选用小麦仁、黑芝麻、白木耳、黑木耳、荔枝、甘蔗、香蕉、饴糖、豆腐、猪皮、兔肉、鸭肉、鹅肉补阴的同时，可以适当添加一些清热的食物。阳虚者，多以肾阳虚为主，宜采用辛温作用较强的食物，如羊肉、狗肉、鹿肉、麻雀肉、雀蛋、甲鱼、海虾、酒、姜、葱等。老年人虚损证的表现错综复杂。气虚、阳虚属于功能减退，血虚、阴虚是因为机体内部精华的液体物质不足。气虚与阳虚之间，血虚与阴虚之间，只不过是表现程度不同。所以，我们在选用食物补益时，不要单纯拘泥于某一类，可以互相交替使用，以求补气养血，滋阴壮阳。食补的效用不及药物迅速，但是持之以恒，自然获益匪浅。需要说明的是，食补仅限于一般虚证和平时保健这一范围，如果病情较重，还须及早就医。另外，食用肉类时，要以清蒸、清炖为主，切不可肥甘厚味，以免生热伤津。

所谓“食疗”，就是通过特殊的饮食，达到治疗疾病的作用。比如，西瓜、绿豆、冬瓜、茶叶和梨，可以清热消暑；核桃仁、芝麻、酸奶、香蕉，可以润肠通便；萝卜、生姜、橘子、枇杷果、木耳、冰糖，可以润肺止咳；山药、大枣、山楂，可以健脾胃助消化；大蒜、马齿苋、盐、醋，可以消炎、抗病毒；香菇、葱头、芦笋，有抗癌作用等等。事实上，民间有许多行之有效的食疗办法。但有一些老年常见病的饮食疗法，还须在医师的指导下进行。比如，糖尿病患者的主食就应当限制在每日四至六两，还要禁止甜食，病人难免会出现“饥饿感”。怎样才能让病人吃好，保证每天必要的热量和营养？这就需要医师开出特殊的饮食处方。痛风是一种代谢障碍性疾病，常见于中老年男性。预防痛风发作，不能仅靠药物，还要从饮食入手，做到少食或不食含嘌呤的食物，如动物内脏、豆类、鱼子、啤酒、发酵食物、扁豆、菜花等。还有困扰老年人的一些胃炎、溃疡病、慢性胆囊炎、慢性胰腺炎等消化道疾患，更要合理安排饮食，减轻消化器官的负担。要做到少食多餐，定时定量，每日四至五餐，每餐主食一至二两。副食应该富有营养，低脂肪，禁止暴饮暴食和食用刺激性的食物。如果能坚持做到这几条，慢性消化道疾患是可以通过饮食疗法治愈或避免反复发作的。至于高脂血症、肥胖病、高血压病、冠心病等，通过特殊的饮食疗法，也是可以控制病情或消除症状的。

总之，食补、食疗来自于生活实践，服务于劳动人民。它取材于普遍的食物，无须特殊的采购和加工，既经济又方便。食补、食疗同普通饮食一样，美味适口，无口舌之苦，病人乐于接受，而且对肠胃无刺激，可以长期食用。食补、食疗是老年人健身防病的有效方法，也是虚证、慢性病和一些特殊疾病不可缺少的辅助治疗。

（付新）

16. 什么叫“药膳”，主要的药膳食谱有哪些？

“药膳”是祖国传统医学中的重要组成部分。它在中医药理论指导下，将中药和具有药用价值的食物搭配，经过精心加工烹调，制成色、香、味、形俱佳的食品。它既具药物之性，又有食物之味。食借药力，药助食威，将饮食营养与药物治疗完美地结合起来，起到治疗、强身、延年益寿的独特作用。故有“长寿药膳”之称，又叫“保健益寿药膳”。这种药膳很适宜于老年人食用，常用的大体有以下四类：

粥类药膳是由富含淀粉的粮食，如米、麦、玉米等，加入适宜的药物和一定比例的水，煮成半流体的稀粥。此法取材方便，制作简单，易于消化吸收。例如：具有健脾补气作用的黄芪大枣粥（原料：生黄芪 30 克，党参 30 克，甘草 15 克，粳米 100 克，大枣 10 枚），适用于慢性腹泻、体虚自汗、老年性浮肿、慢性肝炎、肾炎等一切气血不足之症，对气虚发热患者尤为适宜。仙人粥（原料：制首乌 30~60 克，山药 40 克，粳米 100 克，红枣 3~5 枚，红糖适量），具有益肝肾、补气血的作用，适用于肝肾亏损、气血不足引起的须发早白，头晕耳鸣，腰膝软弱，大便秘结等症，对高血脂症、冠状动脉硬化性心脏病、神经衰弱、高血压等病也能改善自觉症状。柏子仁粥（原料：柏子仁 10~15 克，蜂蜜适量，粳米约 100 克），能养心安神，润肠通便，适用于慢性便秘、心悸、失眠、健忘等症。

主食及糕点类药膳 是将滋补强壮的中药同米、面等配合在一起，加工制成主食或糕点，既可当膳食长期服用，又可以起到防病治疗的作用。例如：含有多种营养成分的益寿馒头（原料：茯苓 10 克，玉米面 100 克，大豆粉 40 克），能增强人体免疫功能，有抗癌、抗衰老的作用。淮药金糕（原料：

淮山药 300 克，面粉 100 克，豆沙 100 克，白糖 150 克，香精适量），能补肺益胃，适用于脾虚泄泻，饥不思食等症。期颐饼（原料：生芡实米 180 克，生鸡内金 90 克，白面 250 克，白砂糖适量），能益气消痰，适用于老年慢性支气管炎，气虚不能行痰，以致痰气郁结而引起的胸部满闷，胁下作痛，痰嗽不止等症。

副食类药膳 将药物和副食相配合，经过烹调加工，制成色、香、味俱全的菜肴、汤羹。例如：具有滋肝、补肾、养胃的淮药芝麻糊（原料：粳米 60 克，黑芝麻 120 克，淮山药 15 克，鲜牛奶 200 克，玫瑰糖 6 克，冰糖 120 克），适用于肝肾不足的眩晕耳鸣，腰酸腿软，须发早白，对病后体弱，阴虚便秘等症，也有很好的调补作用，还可作为老幼皆宜的膳食、无病常食，健身益寿。具有平肝熄风，补虚宁心的天麻鱼头（原料：天麻 25 克，川芎 10 克，茯苓 10 克，鲜鲤鱼 1250 克，酱油 25 克，绍酒 45 克，食盐 15 克，白糖 5 克，味精 1 克，胡椒粉 3 克，麻泊 25 克，葱 10 克，生姜 15 克，湿淀粉 50 克），适用于肝风眩晕头痛，神经性头痛，肢体麻木，神衰失眠等症。具有补肺肾、益气血的益寿鸽蛋汤（原料：枸杞子 10 克，龙眼肉 10 克，制黄精 10 克，鸽蛋 4 个，冰糖 50 克），适用于肺燥咳嗽，气血虚弱，智力衰退等症，还可作为肾虚腰痛，年老体弱者的膳食。

饮料类药膳 常用的有药茶和药酒。药茶，是用药物或食品，经过炮制加工而成，可代替茶叶加入水中饮用。药酒，是中草药与粮食共酿的酒，或将中草药浸泡在白酒中而成。例如，清肺明目、健脑益智的脑清茶（原料：炒决明子 250 克，甘菊、夏枯草、橘饼、首乌、五味子各 30 克，麦冬、枸杞子、桂圆肉各 60 克，黑桑椹 120 克），用于神衰失眠，高血压，动脉硬化，冠心病的辅助治疗。理气行水的减肥茶（原料：荷叶 60 克，生山楂、生米仁各 10 克，橘皮 5 克），适用于单纯肥胖，高血脂等症。补中益气，温通血脉的人参酒（原料：白人参 30 克，白酒 500 毫升），适用于自汗乏力，动则气喘，喜暖畏寒，面黄少华等症。益气养血、活血通络的百益长春酒（原料：党参、生地、茯苓各 20 克，白术、白芍、当归、红花各 16 克，川芎 20 克，木樨花 60 克，桂圆肉 30 克），适用于虚损劳伤，筋骨疼痛，或半身不遂等症。（虞逸娟）

17. 老年人吃补药，要注意哪些问题？

凡能补益人体气血阴阳不足，以治疗各种虚证，提高机体免疫功能，延年益寿的药物，称为补养药。服用补药，尤其是老年人服用补药，须注意以下事项：

辩证施补 老年人体质有阴阳虚实之分，滋补药有寒热温凉之别。所以，服用补药应辨证进补，缺什么补什么。老年人的虚证，主要分为气虚、血虚、阴虚、阳虚和气血阴阳俱虚五个方面。气虚，可见面色白光白，气短懒于言语，动则喘促，四肢困倦，大便溏泄等症状，应服补气药，如人参、黄芪、白术、山药、大枣等，成药可选用补中益气丸、四君子丸、人参健脾丸等。血虚，可见面色萎黄，口唇指甲苍白，心悸失眠，头晕目花等症状，应服补血药，如当归、阿胶、首乌、桑椹子、紫河车等，成药可选用人参养荣丸、归脾丸、首乌片、养血安神片等。阴虚，可见形瘦色悴，口干咽燥，手足心热，或潮热盗汗，虚烦不寐等症状，应服养阴药，如西洋参、燕窝、沙参、石斛、银耳、龟板、鳖甲等，成药可选用札菊地黄丸、六味地黄丸、银耳晶、二至膏、大补阴丸等。阳虚，可见畏寒肢冷，腰膝酸软，大便泄泻，小便频数及阳痿

早泄等症状，应服助阳药，如鹿茸、菟丝子、核桃、冬虫草、蛤蚧、羊肉等，成药可选用全鹿丸、参茸补膏、补肾强身片等。气血阴阳俱虚，可以有所侧重地选用上述各类药物，如十全大补丸（酒）、八珍丸、河车大造丸、人参养荣丸、乌鸡白凤丸等中成药。人体气血阴阳的生理、病理关系极为密切，助阳药大多有补气的作用，养阴药大多有补血的功效，服用时不要单纯局限一类。进补要有的放矢，切忌盲目滥补。例如，人参具有大补元气，养血生津，宁神益智的功效。但人参品种不同，性味不一，功效也有所区别：红参性偏温热，适于气弱阳虚之体，阴虚火旺的人不宜服用；白参温补作用比红参略差，药力平和，一般身体虚弱者均可服用；生晒参性偏凉，气阴不足者最适宜。

照顾脾胃 根据中医学理论，脾主运化，胃司受纳，脾胃是后天之本，人体的生长发育和维持生命的一切营养物质都要靠脾胃供给。老年人脾胃虚弱，消化吸收功能减退，对药性粘腻难化的滋补药，如熟地、阿胶、龟板胶、哈士蟆油、大枣等，用量不宜过大，时间不宜太长。有胃院痞闷，不思饮食，舌苔厚腻的人要禁服。老年人进服补药，贵在平和，每次剂量宜小，必要时可以增加用药次数。如人参研成粉，少量冲服，每次1克，每日2次。西洋参可以切成薄片，慢慢咀嚼含服。药酒、药茶也是非常平和的剂型。目前，市场上销售量很大的各种补药口服液，药量小，有效成分高，作用专一，不伤胃气，服用方便，比较适合于老年人。

顺应自然 中医治病十分重视气候、地域等因素对人体的影响，进服补药也应根据四季气候变化，合理选用，才能发挥更好的补益作用。一年四季，春主温，夏主热，秋主燥，冬主寒。春季气候渐暖，大地生机勃勃，人体气血流畅，体虚的人可选用生晒参、党参、黄芪等平补之药，用量不宜过大。夏天气候炎热，人体出汗较多，食欲不佳，一般不宜大补。体虚的人可服一些清补之品，如西洋参、沙参、麦冬、石斛等，既能补益元气，又能清暑生津止渴。秋季气候干燥，常有口干咽燥，咳嗽痰少的症状，宜选用滋阴润燥的药物，如银耳、沙参、麦冬、元参、二至膏、琼玉膏等以滋补肾阴，润肺止咳。冬季万物处于“封藏”时期，人们食欲增强，消化吸收机能旺盛，是进补的有利时机。我国民间早有“冬令进补”的风俗习惯，老年人可根据各自的身体状况，选用各种滋补药物。

（虞逸娟）

18. 怎样服用人参类药物？

人参性甘温，微苦，入脾肺二经。含人参皂甙类、挥发油、多种氨基酸、人参酸、肽类、葡萄糖、果糖、蔗糖等成分。用现代医学观点看，主要作用在于提高机体的新陈代谢，振奋机体的生命力和再生能力，增强免疫功能。人参是补药的一个类别，应用范围很广，大面积人工培植法获得成功，使人参这种昔日的高级补药，开始进入千家万户。它所包括的品种很多。从产地而言，有中国的“吉林参”、朝鲜的“高丽参”、日本的“东洋参”、北美洲的“花旗参”（也叫“西洋参”）。当前市场上最常见的有吉林参、高丽参和西洋参三种。

人参由于加工炮制方法的不同，其药性和功效也有区别。生晒参是将采集的人参洗净，除去须根，晒干。在加工过程中未经高热处理，因而化学成分基本保持原态，性质与鲜参较为接近，温补作用较小，在人参中属偏凉之品，适合于阴虚火旺或阴阳俱虚的病人使用，也是抗癌的常用药。西洋参和

东洋参基本上都是采用这类加工方法。白参又叫糖泡参，是将人参用沸水煮至半熟，刷去浮皮，以冰糖熬成清汁，将参浸渍一、二日后，蒸熟，冷却脱水，其色净白，含糖量极高。一般用于解除疲劳、醒酒、儿童益智或治疗尿床等，可慢慢地小口食用。红参是将人参蒸制，不加糖，参体经加工后呈棕红色或褐红色，是参类中最常用的类型，吉林参和朝鲜参大都以这种加工方法为主。可以大补元气、健身、益寿、益智、抗衰老，在急症抢救中也时常选用。由于红参的温补性较强，使用不当时反应比较明显，应在医生指导下辨证服用。活性人参是采用先进技术制成，保鲜防潮，药性平和，副作用小，可作滋补品服用，是目前比较新型先进的产品，不久即将大量投放市场。

人参的服法和用量比较讲究，可根据病情和条件灵活选用。含服，即将参条切成薄片含入口中，轻轻咀嚼，像吃糖果一般。这种服法简单方便，参片可以随身携带，也是应急时常用的方法。含服参片的剂量，每日2~3克，分多次服，服用前最好漱口，尽量减少口腔内残留的细菌。研粉服，即把人参的薄片烘干，研成极细粉末，用纸包好，或装入空心胶囊备用。此法服用简便，通常用量每日1~3克，分3~4次吞服。浸酒是生晒参类的最佳服用方法之一，人参酒主要用于补气活血，祛风通络，用量每次不超过50毫升，每日二次（约合人参3克）。开水泡服是在清晨取参须或薄参片，投入保温杯内，用开水冲泡加盖10余分钟，即可饮用，边饮边冲入热开水，最后将参渣细嚼咽下，用量每日1~3克，注意勿用铝质等金属容器。水煎服是重症病人常甲的一种方法。特点是用量大，作用强，人参直接加水熬煎时，其温度会急剧升高，对参中的有效成分影响较大，在抢救重危病人时通常用量为25~30克。清炖服可使有效成分溶解得比较彻底，炖出来的参汤浓度高，服食后吸收快，作用明显，适合于多种虚证的治疗和补养，特别对脾胃虚弱的人尤为适宜，清炖参汤一般用量为5~15克，其补益作用可维持4~6周，间歇使用比连续使用好。

有下列情况者不宜食用人参：感冒发烧，咽喉肿痛，咳喘痰黄；腹痛拒按，食滞不化，大便秘结或排脓血样便，尤其有里急后重者；急性泌尿系感染；皮肤疖肿，淋巴结肿大，舌苔黄而厚腻；生气发怒之时，连日来因失眠而致精神异常、神经过敏等属实证热证者。

误服人参或过量服用人参后，会出现胸闷腹胀，头痛失眠等不良反应。解除的办法是服用萝卜。如用鲜萝卜片拌蜜糖，萝卜干煮浓汁，萝卜子煎汤等。

（虞逸娟）

循环系统

19. 高脂血症有哪些危害，怎样防治？

血脂是指循环于周身血液中所含的胆固醇、甘油三脂、磷脂和游离脂肪酸。这些脂类本身不溶于血，但在肠系膜上皮和肝细胞内与蛋白质相结合而形成脂蛋白后便溶解于血液。血脂的正常范围是：胆固醇 110~230mg%，甘油三脂 20~150mg%。以上二项只要有一项超出正常标准，就称作高脂血症，常见于中、老年人。血浆中含的脂蛋白颗粒大的称为低密度脂蛋白，它含甘油三脂和胆固醇高，含蛋白质很少，促使动脉粥样硬化；而颗粒最小的高密度脂蛋白主要含蛋白质，胆固醇含量低，它把周围组织中的胆固醇带到肝脏通过代谢排除出体外，还能促使已经沉积在动脉壁的胆固醇剥脱下来，因此有抗动脉粥样硬化作用。血液中的正常含量低密度脂蛋白占 60~70%，而高密度脂蛋白只占 30%左右。中老年人容易患低密度蛋白血症，所以易发生动脉粥样硬化。

高脂血症是构成动脉粥样硬化的主要原因之一。我们日常的食物中含一定数量的脂肪，经过消化吸收，一部分过剩的脂肪堆积在体内。存入皮下的脂肪可使人肥胖。存入肝脏，会形成脂肪肝（参见“脂肪肝”一节）。存入动脉内膜下的脂肪就形成粥样斑块。这些斑块向着动脉管腔内突起，使管腔狭窄，同时动脉壁逐步纤维化，弹性减低。从外慧来看，这种斑块呈灰黄色，高低不平，很像稠米粥，称为动脉粥样硬化（简称动脉硬化）。当粥样斑块阻塞动脉管腔达一半以上时，就显著地阻碍动脉血液的流通。再加上血脂增高时血液变得粘稠，血流本来就已缓慢，结果，血液供应就更加不足。到了动脉硬化晚期，粥样斑块发生溃疡、出血、钙化和局部血栓形成，动脉管腔完全被阻塞，就会造成严重的后果。在整个过程中，单纯高脂血症，其本身并没有任何症状，引起症状的是动脉硬化。其症状的轻重取决于动脉硬化的程度、发生的部位和出现的并发症。

动脉硬化都有哪些表现呢？

脑动脉硬化时有头晕、一侧肢体麻木、记忆力减退、思维迟钝。有时发病轻，二十四小时内可以恢复，称为小卒中。这种小卒中往往是脑血管意外的先兆。严重的可发生脑梗塞或脑出血，通称为脑卒中或脑血管意外（参见“中风”一节），患者表现为语言障碍，肢体活动障碍，甚至半身不遂。脑动脉广泛硬化时虽然没有局部症状，但最后发生脑萎缩或老年性痴呆（参见“老年性痴呆”一节）。

冠状动脉硬化后，输往心脏的血液量逐渐减少，引起心脏供血不足而产生心绞痛和心律失常，称为冠心病。若冠状动脉某枝完全阻塞就发生急性心肌梗塞。

椎——基底动脉硬化常引起眩晕，甚至发生突然摔跤。

下肢动脉硬化可引起腿脚麻木，走路时小腿疼痛而出现“间歇性跛行”。严重者可发生足趾和足部坏死。

肾动脉硬化引起肾性高血压、肾功能不全甚至尿毒症。

由此可见，高脂血症的危害很大，其中尤以动脉硬化的后果最为严重。

怎样防治高脂血症呢？

首先要注意合理的膳食结构。控制血脂增高应从饮食控制着手。总热量不宜过高。少吃肥肉、大油、动物内脏等含胆固醇高的食物。禽、鱼类和瘦

肉可不受限制，多吃青菜、水果、豆制品。含钾、铁、镁、钙等有益元素及膳食纤维的食物也必不可少。少吃盐和甜食。食盐中的钠离子与水在小动脉壁内滞留，增加血液粘度及血容量，促使血管收缩血压升高，每日食盐量不要超过 5~8 克。总之，食物以清淡为宜。

其次，要经常参加与自己体力相适应的体育活动，但应循序渐进，坚持不懈。运动，可刺激体内各器官的活动，提高心肌功能，增强心肌的应激能力。运动能增加体内热量的消耗，降低血脂，防止肥胖，改善新陈代谢。老年人可以根据自身情况选择散步、打拳、跳舞、气功等。多参加户外活动。

再次是药物治疗。虽然说药物治疗不是降脂的唯一办法，但适当用些降脂药物有助于血脂水平的下降。降高血脂的药物种类很多，原则上选择毒、副作用小，服用方便，疗效好的天然制品。服用各种降血脂药最好是在医生指导下使用，这样更安全些。有些药物对肝肾功能有损害，服用时间长可能产生一些副作用，因此服用此类药物需要观察肝肾功能的变化。多食用香菇、黑木耳、芦笋和燕麦片既利于降血脂又能延缓动脉硬化的发生，长期食用有利于健康。

(乌云)

20. 老年高血压有哪些危害，怎样防治？

高血压是老年人的常见病，有原发性高血压和继发性高血压之分。前者又称高血压病，约占高血压病人的 90%，后者也称症状性高血压，是由其他疾病引起的高血压。但不管是哪一种，对老年人的威胁都是很大的，下面重点谈高血压病对老年人的危害及防治。

老年人高血压患病率约为中青年的 4~5 倍，正常血压上限为 140/90 毫米汞柱。经过一段时间的观察，若高压（收缩压）等于或大于 160；或低压（舒张压）等于或大于 95 毫米汞柱，就可归为高血压病。该病病因不明，患病率往往随年龄的增长而增加，脑力劳动者多于体力劳动者，城市患病率大于农村。据有关资料统计，有家族史者约占 50%。此外，嗜咸、嗜甜、爱吃油腻、吸烟、嗜酒、肥胖、性格不开朗、长期超负荷工作和长期失眠等都是高血压发病的因素。

高血压症状的表现也不相同。症状的轻重与血压的高度不成比例，早期虽然血压不甚高，但感觉可能明显，常有头晕、头痛、失眠、心悸、记忆力减退等症状。早期的血压波动性大，在精神紧张、情绪变化和过于劳累的情况下，血压很快增高。有些患者由于病史较长，血压虽达 190/120 毫米汞柱，但仍无明显不适感觉。

高血压对老年人心、脑、肾等主要脏器危害突出，它可以引起严重的脑血管疾病，如脑血管的间歇性痉挛，引起头晕、眼花、肢体麻木，甚至出现暂时的瘫痪、失语和失明，此类症状一般持续几分钟或几天。严重者可使脑循环急剧障碍，引起脑水肿，颅内压增高，出现剧烈头痛、呕吐、抽搐等，称之为高血压脑病。对于患有高血压病的老年人，如果血压太高，加之脑动脉硬化、变性破裂，还会导致脑出血，引起昏迷和偏瘫。

血压的增高，增加了心脏的负担，会引起高血压性心脏病。部分患者还合并有冠状动脉粥样硬化，重者会发生心绞痛、心律失常、停搏，甚至出现危及生命的心肌梗塞。

对于多年患有高血压病的患者，其肾脏的受损也是很大的。肾动脉硬化，后期肾功能减退，最后导致尿毒症。

此外，有些高血压病人的眼底也有变化，视网膜出血、渗出，甚至视乳

头水肿，严重影响视力。

综上所述，老年高血压对健康的影响是非常大的，应引起重视，积极防治。

首先要有良好的心理素质。在生活 and 工作中往往难免遇到各种各样不顺心的事，但个人要善于解脱、避免焦虑、生气和急躁，要保持乐观的情绪和宽阔的胸怀。对于经常性的工作不要安排得过多过重，脑力劳动者每天应安排一些文体活动。当然，活动量要因人而异，循序渐进，持之以恒。生活要有规律，饮食要合理调配，食量不宜太多，要清淡些，少食含有胆固醇高的食物，如蛋黄、奶油、鱼子、肝脏等。多吃些青菜、水果。保证足够的睡眠。现今生活水平提高了，医疗条件有较大的改善，最好要做定期的健康检查，每年普查一次。如果发现高压约在 150 毫米汞柱左右，可不必服降压药，只要做到上述几点，血压一般可以恢复正常。如经多次复查，确诊患有高血压病，就一定要在医生的指导下进行药物治疗。上面已经提到，降压药品繁多，长期患高血压病的老年人的心、脑、肾受到不同程度的影响，用药更需慎重选择，在此重点介绍采用钙拮抗剂降压的问题。

目前常用的心痛定（又名硝苯吡啶、尼非地平）、尼群地平、尼莫地平、尼卡地平可以解除血管平滑肌的痉挛，降压效果显著。由于具有扩张血管的功效，故对心、脑、肾有一定的保护作用。目前研究表明，此类药含有减少动脉硬化的成分，可以长期服用。即使出现轻度头痛，恶心的反应，也无须中途停药。一般情况下，副作用会逐渐消失。用药量不宜大，首次剂量 10mg 观察。

老年人一般不使用含有利血平的药物降压，如复方降压片等，此类药虽然降压作用缓慢，温和而持久，但长期大量服用时，可致忧郁症和消化道溃疡。不过对于长期少量使用复方降压片、降压 0 号等疗效较好的老年患者，也还是可以继续服用的。

最后还想再提一次，当病情发展到必须借助药物进行治疗的时候，无论服哪种降压药，一定要有医生的指导，并经常复查，不断调整剂量，使您的血压处在最佳状态。

（余志英）

21. 什么是高血压危象，怎样防治？

高血压危象是常见的内科急症。表现为血压急剧升高，并出现剧烈头痛、恶心、呕吐、视力模糊、心慌和气短。严重者可出现昏迷和抽搐等一系列危急的征象。血压的突然升高，危害性很大，若不及时处理会危及生命。遇此情形，应立即让病人卧床，测量血压，并将测量结果与平时的血压对照。但即使血压上升很高，家人也不要惊慌失措，以防病人因过度紧张而导致病情急剧恶化。因此，病人应服用平日的降压药，并且一定要放松休息。多数的病情在服药后会很快好转。这里介绍一种简单、方便、疗效显著而又安全可靠的降压方法，就是将心痛定 1 片（10mg）不要吞服而是在嚼碎后放在舌下含化。据大量临床观察，这样用药后 5 分钟，血压便开始下降，10 分钟后血压下降明显。降压效果不理想的极个别的病人，15 分钟后可再次含服 1 片，另外镇静剂例如安定、硝基安定、安宁也可以按平日用量服用，以协同降压，同时也防止病人抽搐。若简单处理后，不见好转，一定要轻搬轻抬患者，平稳地送往医院。

高血压危象怎样预防呢？患有高血压病的患者一定要经常复查血压，按

时眼药，不可擅自停药；要避免紧张劳动和情绪波动，尽量摆脱过多的琐事和纠葛；注意天气变化，而随之更换衣服，特别要注意保暖；要有充足的睡眠，及时治疗影响睡眠的疾病，例如支气管炎、皮肤瘙痒等。

最后，想提醒老年朋友，要尽量避免使用含有升压成分的药物，如：呋麻滴鼻剂，舒喘灵气雾剂，异丙肾气雾剂和复方茶碱等。血压很高者，没有医生的指导，不可随意服用生脉饮、蜂王浆及鹿茸等壮阳补品。

（余志英）

22. 什么是冠心病，怎样防治？

“冠心病”是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称，又可称为缺血性心脏病，是老年人最常见的心血管病，对老年人的威胁很大。

供给心脏血液的动脉开口于主动脉起始部分，分成三条主支（左冠状动脉前降支，回旋支及右冠状动脉），它的形状好像是一顶帽子扣在心脏上，因而名为“冠状动脉”。当体内代谢发生变化，血压增高及其它因素促成动脉内膜下形成粥样斑块时，病变局部隆起，造成动脉管腔狭窄，好像是一条河道逐渐被淤泥堵塞了。这样，血液流通就不畅，甚至完全不通。心脏得不到足够的血液供应，发生心肌缺血，从而产生一系列临床症状，这就是冠心病。

冠心病的临床表现有下面几种类型。

心绞痛 这是冠心病的常见症状。其中以运动性心绞痛为最常见，是由体力活动而诱发的。其程度有轻有重，患者常感心前区闷胀、挤压痛或严重的绞窄性紧缩痛。疼痛发作后可放射至左肩甚至前臂，也有时放射到颈部和牙床。心绞痛一般持续3~5分钟，最多不超过15分钟，口含硝酸甘油可使疼痛迅速缓解。有时停止活动、静立或蹲下10余分钟，疼痛也可以自行缓解。还有一种是静息性心绞痛，多在安静时或睡眠中出现，可能因动脉痉挛引起。老年患者心绞痛症状常常很不典型，疼痛部位发生在上腹部，常误认为是胃痛；有时在后背部，只是一种闷压的感觉。也有无症状的，但心电图呈急性缺血型改变，称为无痛性心绞痛。

急性心肌梗塞 这是由于心肌突然发生严重的缺血以致坏死。当冠状动脉突然发生血凝块而将原有狭窄部分堵住，或者在狭窄的基础上又发生痉挛，该支动脉就完全不能供血。它所负责血液供应的那部分心肌就会坏死。发生心肌梗塞后患者常发生急剧的心前区疼痛、出冷汗、血压下降、心律紊乱，口服硝酸甘油也不能使疼痛缓解。

心律失常 这也是冠心病病人中常遇到的。正常人心跳是很有节律的，如果跳动失去正常的节律，就称为“心律失常”。冠心病患者最常见的心律失常有室性早搏、心房纤颤、室上性心动过速、室性心动过速，心动过缓等。极少数冠心病病人可以发生猝死，即突然间心脏跳动停止。这种情况并非罕见。关于猝死的研究证明，不少人在生前就有严重的室性心律失常。因此，积极地治疗严重的心律失常，对防止猝死是有意义的。

隐性冠心病 这是指许多冠心病患者并无任何症状而只是在心电图中出现心肌供血不足的现象。此外，还有一些早期病人，须作运动试验才能发现心电图不正常，这些都统称为“隐性冠心病”。

引起冠心病的因素很多，其中最重要的是高血压、高血脂、糖尿病和饮食总热量过高。高血压是发生冠心病的主要因素之一，我国冠心病病人中，70%以上的人有高血压。高血脂与冠心病的关系也很密切。人所共知，吃动

物性脂肪或含胆固醇过高的食物过多，会引起血脂增高。但是，从食物中来的胆固醇和甘油三脂只是外源，从身体内部还可产生内源性的胆固醇和甘油三脂。像遗传因素（例如家族性高胆固醇血症）、肝病、肾病、内分泌疾病等都可以引起高血脂。多吃甜食、烟酒过度和紧张的脑力劳动，也可以引起血脂过高。另外，糖尿病、总热量过高以及含脂肪（特别是饱和脂肪酸）或糖和盐过多的饮食，也易引起冠心病。

针对上述发病因素，我们可采取一些防治冠心病的措施。首先要抓紧治疗与冠心病密切有关的高血压、高血脂、糖尿病、肥胖症、肝病、肾病和某些内分泌疾病。

其次要注意饮食。少吃富含脂肪和胆固醇类的食物，多吃新鲜蔬菜、瓜果和豆制品，副食以清淡为宜。尽量少参加宴席应酬。总热量以维持正常体重为度，防止发胖。测量正常体重最简单的方法是：男性正常体重（公斤数）为身高（厘米数）—105；女性为身高—107.5。

生活作息要有规律，保证充足的睡眠，避免超负荷运转。情绪要稳定，遇事不怒，避免激动，最好不看惊险恐怖的影视节目以及紧张的球赛。

坚持适度的体育锻炼，以促进心脏侧支循环的建立。运动要量力而行，以不诱发心绞痛为度。可以散步，打太极拳，练八段锦、气功、自我保健按摩等等。要戒烟酒，吸烟降低血中氧含量，会增加心脏负荷，对心脏危害很大，因此必须戒除。小量低浓度酒能提高血中高密度脂蛋白，而后者有抗动脉硬化作用，因此可以适量喝低浓度酒，但绝对不能饮烈性酒，切忌贪杯。

要注意天气冷暖变化，防止呼吸道感染和寒冷诱发的心绞痛。身边备一个保健药盒，将常用药物分别放在瓶内，标明药品用法，随身携带。药品要经常检查、及时补充，定期更换。一旦心绞痛发作，立即舌下含服硝酸甘油，就地休息。如果心绞痛反复频繁发作，或程度加剧，口含硝酸甘油2~3次还不能缓解，应立即送往医院。（乔净）

23. 老年人中常见的心电图异常有哪几种？

在了解异常心电图之前，应当首先懂得一些心电图基本知识。在心动周期中，心肌每次机械性收缩之时，必然产生电激动。电流传布全身各处，产生不同的电位，因电流强弱与方向不同而不断变化。通过心电记录仪器把这种变化着的电位连续描记成的曲线，就是心电图。正常的心电图由一系列“波组”所构成。一个波组包括以下各种波形。P波（代表心房波）、QRS综合波（代表心室波）、T波（为心室复极波）。S—T段为QRS波群终点到T波起点的一段。U波是在T波后面出现的一个小波（它代表心肌激动的“激后电位”）。

心电图报告单经常是这样描写：1，窦性心律。2，正常心电图（或其它）。3，心电轴度数。因为正常心脏的激动起源于窦房结，凡激动起源于窦房结的心律，统称为窦性心律，是正常心律。成人窦性心律的心率正常范围为60~100次/分。心电轴的正常范围为60~110°。轻度的电轴左偏或右偏常无临床意义。

老年人常见的异常心电图表现有以下几个方面。

一、冠状动脉供血不足常见的心电图表现为T波低平或倒置，ST段压低超过等电位0.05毫伏。由于冠状动脉痉挛而引起的心绞痛发作时，心电图可表现为ST段抬高。

二、心律失常 过早搏动（简称早搏，亦称期前收缩），是最常见的心律

失常，是窦房结以外的异位起搏点过早地发出激动所引起的心搏。在正常情况下，窦房结的兴奋性强，可以抑制其下级各异位节律点。而在情绪因素、神经体液影响、心肌病变或药物影响等情况下，可使异位节律点的兴奋性突然增高并超出了窦房结的兴奋性提前发出了冲动，引起早搏。按异位起搏点的位置不同，早搏可分为室性、房性和交界性三种。房性早搏特征为 QRS 波群前有 P 波，其 QRS 波组形态与正常窦性波组相似。室性早搏为 QRS 波群前找不到 P 波，QRS 波群宽大畸形与主波方向相反。交界性早搏为 P 波与主波方向相反。老年人早搏原因多见于冠心病，应当进行检查和治疗。

心房扑动与心房纤颤（简称房扑、房颤），是异位起搏点位于心房的心动过速。二者在发病机理及病因上密切相关，有时互相转化。房扑、房颤大部分发生在器质性心脏病，如风湿性心脏病及冠心病。甲亢患者亦常出现房颤。心房扑动的心电图特点是 P 波消失，代之以宽大畸形的心房扑动波（即 F 波），F 波的频率较快，250~350 次/分，其形态和间距十分匀齐。心房纤颤的心电图特点是 P 波消失，代之以波形和间距均不规则的心房纤颤波（即 F 波），其速率为 350~600 次/分。由于心室只能接受一小部分自心房传下来的激动，心室往往以每分钟 100~120 次的频率杂乱无章地搏动，所以心电图表现为心律绝对不齐。

阵发性心动过速，是一种阵发性快速而整齐的异位心律，心电图特征为连续出现三次或三次以上的早搏。其特点是突然发作，突然终止。发作的时间较短，一般为数秒钟、数分钟至数小时。根据异位起搏点的起源不同，可分为室上性（包括房性和交界性）和室性两大类。二者只能由医生来区分。阵发性室上性心动过速可以发生在没有心脏病的人中。临床实践中我们见到一些年逾花甲的老人，反复发作这种心律失常几十年，心脏仍然很正常。但若患有器质性心脏病而发生阵发性室上性心动过速，将预示心脏病的进一步发展，须给以足够的重视。室性心动过速同样具有突然发作和消失的特点，心率一般在 160~220 之间，心律规则。这是一种危急的心律失常，多见于器质性心脏病患者，特别是急性心肌梗塞、急性心肌炎、洋地黄或奎尼丁中毒，须积极抢救。

三、束支传导阻滞 包括右束支或左束支不全性或完全性传导阻滞、左分支前分支或右分支传导阻滞、左束支前分支加右束支的双束支传导阻滞以及三束支（左束支前、后分支及右束支）的完全性房室传导阻滞等。不少健康人的心电图显示有不完全右束支传导阻滞，这是由于正常的右心室侧壁延期兴奋所致，不属于病态。然而，老年人若有完全性右束支传导阻滞，可能为器质性心脏病引起，如冠心病、风湿性心脏病、肺心病、心肌病等。左束支完全性阻滞往往提示有器质性心脏病，如冠心病、心肌梗塞、心肌炎及心肌病等，预后较右束支传导阻滞为差。目前对束支传导阻滞尚无特效疗法，但是一根束支不通，尚不妨事，只要另一根仍通，心脏可正常跳动。治疗主要针对原发病。

四、病态窦房结综合征（即三 S 征）这是由于窦房结严重病变，使起搏细胞丧失了指挥功能，以致心跳起搏发生障碍，每分钟心跳仅 30~40 次。当这种病变波及到传导系统的其它部位如心房、房室结、房室束等部位时，则可发生阵发性心房纤颤，缓慢和快速心律交替出现，即所谓“慢—快综合征”。由于心跳过缓，心搏血量减少，造成脑缺血症状，如头晕、晕厥。如果心跳停顿或转为心室纤维颤动，则病人神志不清、瞳孔散大、心音消失、脸色死

灰，伴有抽搐，这种现象称为阿一斯综合征，可导致猝死。引起病态窦房结综合征的病因最常见的是冠心病、心肌梗塞，再就是老年人窦房结退行性变。由于病态窦房结综合征的典型表现是间歇的，所以有时常规 12 导联心电图不能确诊。此时可作动态心电图（Holter）检查，能持续记录 24 小时或更长时间的心电活动的装置，近年来已普遍应用。老年人出现心动过缓也有一部分人是属于正常生理现象，切不可精神紧张。因为窦房结这个司令部，上面还有两条神经在约束它，一条是交感神经，能使它兴奋；另一条是迷走神经，能使它受到抑制。经常参加体育锻炼或体力劳动的人，迷走神经在安静时常占优势，因此心跳每分钟低于 60 次，这是正常现象。也有些老年人患有胃肠道疾病，迷走神经比较兴奋，也可发生心动过缓，心跳每分钟在 45 次~60 次，病人没有自觉症状，不必作特殊治疗。不过这种病人要避免服用那些使迷走神经兴奋的药物（如洋地黄、奎尼丁等）以及受体阻滞剂（如心得安，氨酰心安等），以免发生传导阻滞。

（乔净）

24. 什么情况下必须安装人工心脏起搏器，手术大不大，有没有危险，安装后要注意什么？

心脏能有自动节律搏动，原因在于心脏的上腔静脉和右心房壁的交界处有一个叫作窦房结的特殊心肌组织，在正常情况下能够产生节律性电脉冲，依靠心脏的特殊传导组织传遍整个心肌，从而触发心脏的节律性搏动。因此，窦房结是心脏的正常起搏点。显而易见，如果窦房结发放电脉冲的功能在某些疾病的影响下受到损坏，或传导组织丧失功能，那么，心脏的搏动必然受到影响，甚至停搏。常见的有冠心病、心肌病或心肌炎等疾病所引起的病态窦房结综合征和三度房室传导阻滞。医生用人工的方法，制造一个“窦房结”，发出一定形式的脉冲电流，来代替心脏的正常起搏点激动心肌，使心房或心室按一定的频率有效地收缩，从而挽救患者的生命，这种人工制造的“窦房结”就叫人工心脏起搏器。

使用临时性或永久性人工心脏起搏器的适应症，有下列几种情况：

缓慢性心律失常 房室传导阻滞、病态窦房结综合征等各种病因引起的心脏停搏而导致心源性晕厥（阿一斯综合征）发作，都是安装临时人工心脏起搏器的绝对指征。急性前壁心肌梗塞引起双束支或三束支传导阻滞等均需要短期地装人工心脏起搏器。永久性起搏是在有症状的或加重的病态窦房结综合征、有症状的慢性 I 度或 II 度房室传导阻滞、持续 2~3 周以上的完全性房室传导阻滞、其它心动过缓的心律失常（如 Q—T 延长综合征）等情况下安装。

快速性心律失常 反复发作的各型心动过速，药物治疗有困难，而试用临时人工心脏起搏奏效者，均可考虑作永久性起搏。

做大手术时，预计要出现阿一斯综合征或明显的缓慢性心律失常时，可考虑短期人工心脏起搏以作保护性应用。

人工心脏起搏器由脉冲发生器、电他和电极导线三部分组成。实际上前二者密封成一个整体。目前电池多用锂碘电池，寿命一般在 5 年以上。起搏器有不同型号，功能各异，国际上现应用五位命名代码，以标志起搏器的功能。

安装起搏器的手术不大，不需要开胸，只须在胸部右上方做一个 5 厘米长的皮肤切口。医生在 X 光屏幕监视下，将电极沿一根静脉血管送入右心室，电极尾端与起搏器相连接，将起搏器放入皮下，分层缝合皮肤，手术即告完

成。这项技术近 30 年来发展迅速，已成为一项安全而有效的治疗手段。

安装起搏器后，除住院期间应严密观察外，一般出院后每月随访一次，半年后每三个月随访一次，检查起搏器带动心搏的阈值、起搏功能、感知功能、电池耗竭和观察起搏电极的位置等。

安装心脏起搏器的病人应注意避免下列电磁干扰以免严重影响起搏器的功能。一是电透热疗法等理疗；二是电子烧灼器（手术电刀），避免在距起搏器三英寸（约 7.6 厘米）的距离；三是电剃刀，不能直接接触起搏器上方皮肤表面。为安全计，这些生活用品和治疗方法最好摒弃不用。

起搏器的正确使用，不仅可以延长患者寿命，而且可以改善患者的生活能力。近年来，起搏器又有很大进展，主要是发明了抗心律失常起搏器（用于治疗快速心律失常）、房室顺序起搏器、生理反应性起搏器，使起搏器多功能化，多程控化，更加符合生理性要求。目前，一个性能齐备的起搏器，体积已小于普通火柴盒，但还将日趋微型。其安全性、寿命和效能将进一步提高。预计可用 20 年的核能起搏器正在研制之中。

（乔净）

25. 急性心肌梗塞有无预兆，发生后有哪些症状？

急性心肌梗塞是由于冠状动脉（因血栓形成或持续痉挛）的急性闭塞，使部分心肌严重而持久地缺血而发生的心肌坏死。约有 50% 的患者在急性心肌梗塞发病前有先兆症状（有人称为梗塞前综合征），多发生在梗塞前 1—2 周或 1—2 日之内。梗塞先兆如果诊治及时，大约有半数以上的人可以避免心肌梗塞发生，即使发生，病情相对较轻，预后也较好。因此，冠心病患者应充分认识这些预兆。

梗塞先兆有以下几种表现。

既往无心绞痛史的人，近一个月内突然发生严重、频繁且较持久的心前区疼痛；原有心绞痛史，且发作有诱因，而本次发病无明显诱因或诱因有改变，且疼痛性质与以往不同，疼痛发作次数也较前频繁，范围扩大，程度加重，持续时间延长可达十余分钟以上，含硝酸甘油无效或效果不显著；安静休息或夜间也有严重的心绞痛发作，甚至从睡梦中惊醒。

在急性心肌梗塞发生前，一部分病人可无胸痛，却出现恶心、呕吐、腹泻等消化道症状，或出现大汗淋漓、头晕、咽堵、心动过缓、胸闷、血压下降等，也应想到梗塞先兆。

若出现上述变化，都应想到心肌梗塞的先兆。此时应按心肌梗塞一样对待，即刻卧床，保持镇静，舌下含硝酸甘油，并立即抬送医院诊治。

老年人发生心肌梗塞会有哪些表现呢？

老年人心肌梗塞有两个特点。其一是起病往往不典型，容易误诊。典型的心肌梗塞病人以疼痛为主要症状，其性质、位置和放射部位均与心绞痛相似，但程度剧烈如刀割，且持久可达数小时或数天。疼痛范围也较广，可波及整个心前区，少部分人可波及到上腹部，休息或含硝酸甘油无效，并多伴有冷汗及烦躁不安，有濒于死亡的感觉。但约有 22~60% 的老年人起病时没有典型的疼痛，此数为中年人的 2~3 倍。其中，有的疼痛部位不典型（大约占不典型疼痛病人的 1/3），可表现为咽痛、咽堵、牙痛、颈痛、肩背痛、上腹痛。罕见的还有下肢痛等异位疼痛。有的患者可完全无疼痛（约占不典型疼痛病人总数的 2/3），而以严重的并发症（如心力衰竭、休克、心律失常等）为其主要表现。以心力衰竭为首发和主要症状者可有哮喘、呼吸困难、

心悸、气短、不能平卧、咳粉红色泡沫样痰、咳嗽等，容易误认为喘息型气管炎。以心律失常为首发和主要症状者可有心悸、咽部发堵、心跳不整、脉搏快慢不均。以休克症状为首发和主要表现者，可有四肢冰凉、出冷汗、面色苍白、脉细快、血压低等。

另一个特点是老年患者的并发症和夹杂症较多，可掩盖或加重心肌梗塞的病情。

因此凡是老年人发生无明显原因可查找的气喘、突然血压下降、四肢冰冷、脉细快、不能平卧、剧烈胃痛、呕吐、意识不清等也应警惕心肌梗塞的可能，应及时抬送医院诊治。老年人无痛性心肌梗塞，一般随着年龄的增长而有所增加。（吴坚明）

26. 急性心肌梗塞转危为安后怎样防止再发？

急性心肌梗塞是一种严重威胁人类生命的疾病。急性心肌梗塞经过抢救成功后，大部分坏死的心肌逐渐被瘢痕组织所取代，达到了临床治愈。但引起心肌梗塞的基本病变仍然存在，诱因也可再出现，所以再次梗塞的危险性依然如故。由于在原梗塞部位的周围仍可有残存的心肌缺血，所以再梗塞可以在原来的梗塞部位上发生，而且梗塞面积扩大。但多数是另有血管阻塞，形成新的梗塞。再次梗塞引起的并发症也比较多，如心力衰竭、休克、严重心律失常等，危险性自然较第一次心梗大得多。有人统计第一次死亡率为 15%，而再梗塞时高达 30%。当然随着梗塞次数的增加，危险性也就越大。

如何防止心肌梗塞再发呢？这也是医学界重要的研究课题。近年来有人主张在急性心肌梗塞恢复期患者出院前，由医生根据情况决定进行一些必要的检查（包括动态心电图、超声心动图、放射性核素或有适应症做运动试验），目的是对病人康复后所能承受的运动强度进行评价，对病人今后所承受的活动量（包括工作和家务）进行指导。另外一个目的是查找有无残余的心肌缺血，对病人的危险度进行分类，以决定是否进行进一步治疗。所以，已患心梗的病人今后所承受的活动量，要听从医生的安排，这当然是因人而异的。

其次是建立良好的心理平衡，减轻精神压力，增加生活乐趣，继续消除冠心病的危险因素，如治疗高血脂和高血压，戒除烟癖，积极治疗糖尿病，避免精神紧张和情绪激动，防止寒冷和饱餐，保证充分的睡眠。

急性心肌梗塞康复后是否需要长期服药？这要根据病情决定。如果仍有心绞痛发作、心律失常或心力衰竭的表现，当然要做相应的处理。原有高血压、高血脂、糖尿病等，都还需要药物治疗。如果没有上述任何症状，心电图正常，也可不用任何药物治疗，但必须定期去医院检查。

大量资料证实：受体阻滞剂对预防再梗塞和猝死有肯定效果。此类药物可以改善心肌梗塞患者的预后，至少在梗塞后 1~3 年内可提高生存率 25%。即使有再次梗塞，症状也相对较轻。一般要求在心肌梗塞后五天开始用药，时间要长达半年至两年。但其适应症、禁忌症及其用法必须由医生掌握。此外晚间睡前使用小剂量阿司匹林 25~50mg 可以防止血栓形成，对于再梗塞也有预防作用。

综上所述，患心肌梗塞的病人在康复以后应在医生指导之下安排生活，定期门诊观察，根据病情决定用药。

另一方面要重视识别再梗塞先兆症状。特别要重视梗塞后心绞痛。在梗塞后病情稳定一个月以上又出现心绞痛，而且程度严重，用硝酸甘油不易缓解，心电图示 ST 段一过性上升或明显下降，则有再梗塞可能。一旦发生上述

症状，应严格卧床，保持安静，舌下含硝酸甘油并及时抬送医院急诊治疗，以防止再梗塞。

（吴坚明）

27. 冠心病患者应常备哪些药品，怎样使用，怎样保存？

冠心病人大部分需要经常服药。目前治疗冠心病的中西药物品种繁多，但当前效果确凿的仍属硝酸盐制剂，受体阻滞剂和钙拮抗剂三类。

硝酸盐制剂 使用该药来控制心绞痛已长达半个世纪之久，目前仍为一种广泛应用的抗心绞痛药物。其抗心绞痛的主要作用为扩张冠状动脉、增加冠脉血流量、使心肌缺血区的供血明显增加，并可降低心肌对氧的消耗。常用的口服制剂有：短效硝酸甘油（舌下含化吸收，用于心绞痛急性发作，3~5分钟可以生效，用时靠在坐椅上较好，以免发生晕厥）、消心痛（舌下含半小时可起作用，口服可维持3~5小时）、硝酸甘油恒释放制剂（近年来国内外新研制成功，药物效果可持续12~24小时，适用于频发的心绞痛和夜间发作的心绞痛，以及对硝酸甘油需要量大而须经常服药者。常用的有礼顿片和经皮肤吸收的硝酸甘油贴膜）。由于硝酸甘油可以扩张脑血管而引起头痛，有此反应的人可从1/4片开始逐渐加量来适应。另外由于它可以降低血压，并可引起心动过速或心动过缓，故在动脉收缩压低于90毫米汞柱或在心率超过110次/分或低于50次/分时则应停药。硝酸甘油与受体阻滞剂合用时，血压显著降低，故二者合用时应该减量。

受体阻滞剂 可以降低心率，减少心肌耗氧量，改善心肌缺血、缺氧。用于急性心肌梗塞时可以缩小梗塞范围。常用的有心得安、氨酰心安。这些药适用于心绞痛发作伴有心率加快和血压升高的患者。但血压偏低、心动过缓（心率<60次/分）、房室传导阻滞和心功能不全者禁用。有喘息性支气管炎、阻塞性肺气肿者禁用心得安，而可用氨酰心安。糖尿病人慎用，用量过大，可以影响糖代谢而加重糖尿病。以上两种药个体差异很大，故首次应用应从小剂量开始。停药时亦要逐渐减量，否则易造成病情恶化。

钙拮抗剂 包括心痛定、异搏定、硫氮卓酮（恬尔心）。这类药物也有扩张血管、降低心肌氧耗、控制心绞痛发作的功效。但这三种药物的作用部位不同，因而应用范围也有区别。心痛定（硝苯吡啶）：主要用以抗心绞痛并治疗高血压。异搏定除抗心绞痛外还可抗心律失常，尤其对室上性心律失常有效。但有房室传导阻滞时慎用。与受体阻滞剂合用时也应慎重。硫氮卓酮对血压影响较小，对冠状动脉痉挛引起的心绞痛效果最好，但心功能较差者必须慎用。

此外潘生丁对冠状动脉也有较强的扩张作用。虽然它对心绞痛短期内效果不著，但它能防止血栓形成，故目前仍用于冠心病。

冠心病患者每晚睡前用小剂量阿司匹林 25~50mg，可防止冠脉内血栓形成，对预防心肌梗塞和再梗塞均有明显效果。

此上药物应在医生指导下使用。

下面介绍一些急救药品。冠心病患者平时可带在身边或在夜间放在床头，以备出现症状时应急。这些急救药品可包括短效硝酸甘油、消心痛、心痛定、硫氮卓酮、氨酰心安、安定等药。心绞痛发作时可首先在舌下含化1片短效硝酸甘油，大约3~5分钟即可生效。心绞痛严重时可重复用药一次。硝酸甘油宜保存在棕色瓶内避光，有效期半年，到期必须更换。为防止心绞痛复发或加重，应用短效硝酸甘油后可再给1片消心痛，可维持3~5小时。氨酰心安适用于发作时心率加快伴血压升高者（有心衰及房室传导阻滞时禁

用)，先从小剂量开始服用 1/4 片 ~ 1/2 片。心绞痛伴血压升高者也可口含心痛定 1 片。休息时或在夜间发作心绞痛者若有冠状动脉痉挛可能性，可口服硫氮卓酮。如发作与激动有关，可口服安定。

若能备氧气袋或一次性供氧装置则更好。

此外，中成药如速效救心丸、活心丹、冠心苏合丸、心血康等不同程度地也具有缓解心绞痛的作用，颇受多数患者的欢迎。但因其作用效果不一，在此不作为首选药来推荐。如经以上处理仍不见好转，则可争取时间到医院诊治。

(吴坚明)

28. 为什么老年人易患贫血？

贫血是指血液里红细胞数或血红蛋白量减少。血液内红细胞数以每立方毫米数目表示（万/毫米³），正常成人男子为 400 ~ 500 万/毫米³，女子为 350 ~ 450 万/毫米³。血红蛋白含量以每 100 毫升血液内多少克计算，男子为 12 ~ 15 克/100 毫升，女子为 10.5 ~ 13.5 克/100 毫升。低于这个范围则表示有贫血。

贫血有各种不同的分类法，可以按发病原因分类，也可以按形态学分类。临床上一分为再生障碍性贫血（这是由于骨髓造血能力低下所致）、缺铁性贫血（是由于缺乏铁质引起）、营养性大细胞性贫血（是由于缺乏红细胞成熟因子）、溶血性贫血（是由于红细胞破坏过多）。不论哪一种贫血，在轻度贫血时，由于身体的适应和代偿能力，可以没有任何症状。较严重贫血时，可出现皮肤苍白、活动后疲劳、心慌、气急、头昏、眼花、耳鸣、记忆力减退等。严重贫血可因脑缺血、缺氧发生晕厥和贫血性心脏病。老年人的贫血往往缺乏特征性症状，临床表现不明显，常被一些其它老年疾病的症状所掩盖，因此在贫血被发现时，病情已较严重。

为什么老年人易患贫血？主要原因是老年人舌头上的味蕾萎缩，嗅觉减退，食欲下降。其次，老年人胃肠道粘膜变薄，腺体绒毛及平滑肌变性萎缩，消化液分泌减少，胃酸降低，各种消化酶（如淀粉酶、胃蛋白酶、胰酶）分泌减少，使消化吸收功能下降，引起铁、维生素 B12、叶酸的吸收减少。而且，随着年龄的增长，骨髓再生能力减低，免疫功能下降，各种老年病随之而来，可抑制骨髓造血功能。这些因素都促使老年人比中青年更易患贫血。

贫血的诊断一般并不困难，如果出现前述贫血症状，经血液常规检查就可以发现。但要确定性质，还须经过询问有关病史、体格检查和验血，必要时还须进行骨髓涂片检查才能确诊。

一旦确诊为贫血，首先要确定是什么原因引起的，因为治疗不同类型的贫血所用药物和方法均不相同。如果是缺铁性贫血，就要补充铁质，除了饮食上要注意多吃一些易消化易吸收并含铁质的食物外，还须口服硫酸亚铁、延胡素亚铁。不能口服的可注射右旋糖酐铁复合物或山梨醇枸橼酸铁复合物。又如因维生素 B12、叶酸缺乏所引起的营养性大细胞性贫血，就需要补充维生素 B12、肝精或叶酸。再生障碍性贫血要避免给予抑制骨髓的药物，有病因的去除病因，严重时要适量输血，维持血红蛋白及红细胞在一定水平。中药对本病疗效尚好，但疗程要长些。溶血性贫血主要是要去除病因，严重贫血的可适当输血，由免疫反应引起的可用肾上腺皮质激素类药物。只有这样有的放矢地治疗，才能得到好的疗效。总之，如果怀疑患有贫血，应及时去医院检查，并在医生指导下进行治疗。

(徐川荣)

消化系统

29. 老年人的急腹症为什么容易耽误？

所谓急腹症一般有二个涵义：一是起病急骤，二是腹痛明显。其中一部分需要紧急手术治疗的，称为外科急腹症。急腹症一般起病急，病情重，须要及时而准确地作出诊断。否则会延误时机，造成严重后果。

由于老年人机体反应能力较差，对疼痛感觉相对迟钝一些，腹痛、发热和白细胞增多不如青壮年明显。加之腹壁肌肉萎缩，腹部体征不太典型，腹部压痛及肌肉紧张也常不明显。所以临床表现往往比较轻而病理变化则比较重，二者不相吻合，使早期诊断发生困难。

再者，老年人无论生理上还是病理上都与青壮年不同，代偿能力和免疫力较低，各个脏器功能处于衰老阶段，常伴有多脏器疾病，所以急腹症表现容易受到全身因素影响，表现复杂多样。有些内科病，同样有急性腹痛症状，例如：胃肠炎、胸膜炎或肺炎，慢性肾脏病，糖尿病，心绞痛等。而老年人多数都有这样或那样的慢性病。而且，询问病史时老年人有时叙述不清或者既往诊断不明，较易延误诊断。

譬如：典型的急性阑尾炎腹痛开始时多在脐周围或上腹部，并不剧烈，但逐渐加重。经过数小时至 24 小时后，腹痛转移至右下腹阑尾所在部位，呈持续性。这种腹痛的部位转移是急性阑尾炎的特点。在临床诊断上具有很重要的意义。恶心呕吐为仅次于腹痛的常见症状。有的患者虽无恶心呕吐，但是食欲减退，不愿进食。阑尾在化脓、坏死或穿孔后还有明显的发热症状。但是老年人的急性阑尾炎症状往往不太典型，腹痛多不剧烈，疼痛部位转移常不明显或较晚，呕吐也不多见。体温、脉率以及白细胞计数的变化也不如青年显著。人到老年，慢性腹部不适、便秘、腹胀等可能是平时常有的症状，因而腹痛容易被认为是便秘所引起。老年人也常因症状不重而不及及时到医院求医。老年人的阑尾比青年人的更为纤维化，血液供应稍差，以致阑尾穿孔，腹膜炎的发生率较青年患者为高。所以老年人如有几天右下腹疼痛的历史并有加重趋势（而在此以前情况良好，大便规律），伴有恶心或食欲不振的症状时应该及时求医。如果大夫检查腹部，右下腹阑尾部位有明显压痛，就有急性阑尾炎的可能。急性阑尾炎的一般治疗原则也适用于老年患者，必须施行手术时，年龄本身并非手术的禁忌。

近二、三十年来，胆囊疾病在高龄人中占有很大比例，胆囊炎和胆石症是常见的疾病。急性胆囊炎它的主要临床症状为右上腹痛和恶心，有时可伴有呕吐及发热。疼痛常发生于饱餐后的晚上或清晨，由上腹部转移至右上腹部。疼痛程度剧烈而为持续性，且常有间歇性加剧。有时牵涉到右肩部或右肩胛下角。如有结石，则疼痛程度更为剧烈。当炎症波及胆总管时，可有寒战和发热。由于老年人对疼痛反应较迟钝，症状表现轻，而病理改变重。有些老年病人胆管结石造成胆道阻塞后，胆绞痛不典型，有的可以完全无痛。个别病人腹腔内已有胆汁性渗液，可是临床上只是感到右上腹不适，没有明显的肌肉紧张。胆管结石继发感染后有时常无典型寒战、高热情况。由于老年人胆囊功能减弱，抗菌能力降低，加之老年人一般有动脉硬化病史，使胆囊血循环减少，所以比年轻人易发生胆囊化脓、坏死和穿孔。对于一个老年人如果长期感到右上腹痛，有时可伴有呕吐，发热，疼痛且常有间歇性加剧，有时牵涉到右肩部或右肩胛骨下角，则应及时求医，必要时应作 B 型超声确

诊，以便早期确诊，早期治疗。

老年人急腹症常以胆囊炎，胆石症，肿瘤及乙状结肠扭转等发病率为高。
(陈文琴)

30. 老年人患胆囊结石，应怎样治疗？

我国患胆囊结石的病人逐渐增多，发病多在进入中年以后，其中多数没有得到成功的治疗而进入老年。那么，胆囊结石对老年患者到底有没有危险，该不该治疗，又怎样治疗呢？这是一个比较复杂的问题。

客观地说，胆囊结石对老年患者是可能造成一定的危险的。其危险在于结石嵌顿和胆道感染。而这二者又常互为因果，同时出现。发作时，有右上腹绞痛，并可放射到肩部和腰背。发作轻的，经过数分钟后，腹痛就完全消失。发作严重者疼痛难忍，辗转不安，脸色苍白，为时较久，并可呈周期性反复发作。腹痛发作后约半数患者出现中度发热，少数病人可有黄疸。此外，还有恶心、呕吐、食欲不振、厌食油腻等症状以及右上腹压痛等体征。少数患者可发生胆石性胰腺炎，此时会出现左上腹和左背部剧痛。个别患者甚至可能发生胆道的严重感染（如急性梗阻性化脓性胆管炎），生命安全遭受严重威胁。另一方面，胆囊癌的发生率也随着胆囊结石患者日益增多而上升。

正是由于上述原因，身患胆囊结石而已有过疼痛发作的老年病人，应该积极地考虑手术治疗。在这方面，几乎所有的外科医生都是意见一致的，因为有过疼痛发作后难免再次发作，甚至是严重发作，而胆囊切除手术至今仍是根治胆囊结石、消除并发症（胆总管结石、胆道感染、胆囊癌）的最可靠、最有效的方法。在目前的技术条件下，胆囊切除术早已不是什么复杂而困难的手术了。即使年事已高，手术风险也不大。应该听从从外科医生的手术意见而不必犹豫，甚至在发作早期也可接受手术治疗。

对于至今尚未发生过疼痛的胆囊结石，医学界有两种不同的治疗意见。主张手术的学者认为：这类患者约有半数终将出现症状，而胆囊结石并发症的发生率和手术的风险都将随着年龄的增长而增高，所以还不如及早而主动地采用手术。另一种意见认为：患胆囊结石而最终手术者只占病例总数的30%左右，而且胆囊结石从毫无症状而迅速转入严重并发症并有致命的危险者为数极少，所以单单考虑30%的患者最终不可避免地采取手术而把70%不必手术的患者也做了手术，是不合理的。因此，大多数无症状的胆囊结石患者可以不必手术。少数无症状的胆囊结石患者，若具有下述情况之一者，可能在以后的病程比较严重，仍应考虑手术问题：同时有糖尿病时，胆道感染的并发率和风险都大为增加；在胆囊造影时发现胆囊已无功能，说明胆囊的炎性病变已较明显；直径超过2厘米的结石，比小结石更易引起胆囊炎症发作；胆囊壁钙化，常并发癌变。

那么，除了胆囊切除手术以外，就没有其他治疗方法吗？其他治疗方法当然是有的。

中药、耳针以及应用耳穴的电子治疗仪、中西医结合胆道结石总攻疗法，目的都在于排石。经过数年至数十年的临床实践，绝大多数医院已经不用，因为其疗效不高，而在有疗效的一部分患者中，复发率却很高。

鹅去氧胆酸和熊去氧胆酸等口服溶石剂，疗效低，适应证窄，副作用大，用药时间长，价格又昂贵。所以在绝大多数医院中也已不用。

体外冲击波碎石（简称ESWL）是利用液电、压电或磁电效应产生冲击波，经介质传导和聚焦，粉碎人体内结石的一种新技术，现正朝着冲击波发生器

小型化、球管化、多方位运动、以 B 超和 X 线双定位、治疗床多功能以便适用于肾石、胆石、胰腺和腮腺结石以及胃石的方向发展。但在治疗对象的选择、碎石后的处理、远期疗效以及冲击波对肝胆及其毗邻器官的影响等方面，仍在进行深入研究。1991 年全国首届胆道体外冲击波碎石研讨会，就该法治疗胆囊结石规定的适应证为有症状的胆囊结石、口服胆囊造影显示胆囊功能正常、胆囊阴性结石（即在 X 线片上不显影的结石）、0.5~2.5 厘米的单颗结石或 0.5~1.5 厘米的 2~3 颗结石。这样，无症状的胆囊结石、胆囊功能不良者、直径超过 2.5 厘米的大结石、结石虽小而结石数甚多者以及胆囊阳性结石（在 X 线片上能显影的结石），就不在该法的适应证范围以内。从不良反应来看，该法可在一周内发生皮下瘀斑、腹部隐痛、胆绞痛、发热、黄疸、胰腺炎、心律失常、休克、胆管炎、GPT 增高、黑便、血尿、血痰和胆道出血等。目前，国内外学者均认为直径 2 厘米以下的单颗胆固醇结石的疗效最好，并广泛采用 B 超来确定胆囊结石是否属于胆固醇的结石。该法最大的问题是：有相当数量的结石在治疗后未能完全消失（约为半数），以及治疗后的结石复发（高达 60% 以上），有待继续研究和改进。

经腹腔镜胆囊切除（简称 LC）自 1988 年首次成功以来，已在迅速推广。这对体外冲击波碎石疗法无疑是一个很大的打击。欧美学者已转向 LC，而少用后者，使碎石疗法的应用出现跌落趋势。

经腹腔镜胆囊切除的优点是：手术小，术后恢复快，一般在手术后第一天就能进食并下地活动，手术瘢痕小，不会出现切口疝等并发症。但这种手术必须由有腹部手术丰富经验、熟悉局部解剖的外科医师来操作。事先要熟悉腹腔镜等各种器械的性能，并经过动物的和临床的手术训练。一旦发生操作困难和问题，即应改做开腹手术。目前看来，这种方法具有广阔的前途，必将成为胆道外科最基本的手术方式，但由于需要专门的设备和技术，现在还未能中小医院中推广。

归结起来，多数学者认为有症状的胆囊结石老年患者应认真地听取外科医生的手术建议，甚至在一次疼痛发作的早期阶段就径行手术。大多数无症状的患者可以不必手术，但合并糖尿病的患者、胆囊已无功能的患者、结石直径超过 2 厘米的患者和胆囊壁钙化的患者，为预防严重的并发症，仍以采取胆囊切除手术为宜。若医院的有关条件成熟，可以接受经腹腔镜胆囊切除。而目前各种非手术疗法的效果还不确切，即使当时有效，也存在着结石复发的可能性。

（孙宗鲁）

31. 什么是“脂肪肝”，怎样防治？

脂肪是人体主要营养素之一，能调节机体的代谢，可参与机体各组织及器官的构成、并供给人体能量，是人类不可缺少的重要物质。如果营养过多，摄入超过消耗，则大量脂肪积聚于皮下，多见于腹部、臀部和内脏，使体重超过正常标准。若超过标准体重 20% 以上即为肥胖。肥胖可以引起心脑血管疾病、糖尿病等，对老年人的威胁很大。而且过多的脂肪还可沉积在肝脏形成“脂肪肝”。此时，脂肪充盈于肝细胞内，肝内脂肪含量大增，使肝脏的许多重要功能受到影响，从而使肝脏较易受到毒物的损害，日久可能导致肝硬化。此外，患营养不良、慢性感染和其他一些慢性疾病时，如慢性酒精中毒、慢性溃疡性结肠炎、结核病、糖尿病、重度贫血等，肝内脂肪氧化减少，其含量也会增高而形成“脂肪肝”，但平时更为多见的还是单纯性肥胖所引起的“脂肪肝”。患者常因无特殊的感觉而被忽视，多数是因为肥胖就诊被

发现或通过体检才被诊断。极少数因为食欲减退、右上腹压迫感、腹胀、工作能力低下而去医院检查才发现肝脏肿大，诊断为炎症性“脂肪肝”。

“脂肪肝”的诊断主要根据血液化验和 B 超检查。血液化验可呈高血脂，血清总胆固醇增高、谷丙转氨酶升高。肝脏 B 超检查可以显示脂肪肝的图象，同时患者体重超过正常标准 20%，即可诊断为“脂肪肝”。

“脂肪肝”并不可怕，因为“脂肪肝”是可逆的，经过适当减肥和合理治疗后可以恢复正常。患者可根据本人实际情况制定一个合适的、能长期坚持的作息时间表。尽量做些家务劳动，多参加各种体育运动。运动能增加体内热量的消耗，防止脂肪贮存，还可降低血脂，增强体质，改善新陈代谢，并促使肌肉充分利用血糖。除上述措施外，食物以清淡、新鲜、多样化为宜，还应富含优质蛋白质（如乳、瘦肉、蛋、大豆）、食物纤维素和多种维生素，蔬菜水果适当多吃些。精白糖、甜食、动物脂肪、油炸食物尽量少吃。宴席应酬以少参加为宜。

“脂肪肝”无特殊药物治疗，如果用药也只是起辅助作用。但因所有药物都要经过肝脏代谢，因而用药必须谨慎，避免过多过久地使用及滥用药物，以免进一步损害肝脏。如果血脂过高，可以在医生指导下服用必要的降脂药物和中药调理。若因嗜酒引起的炎症性脂肪肝，必须立即戒酒和配合中西医治疗。所以奉劝脂肪肝患者务必认真自我调理和治疗，使之较快地逆转而恢复健康。

（王慧芳）

32. 老年人的病毒性肝炎有何特点？

病毒性肝炎是一种常见的传染病，在世界各地都有比较广泛的流行，我国属于高发国家之一。1990 年全国病毒性肝炎会议证实，甲、乙、丙、丁、戊五种肝炎在我国均已发生。不管得了哪一种肝炎，病人都能获得对该种肝炎的免疫力，但是它们之间却没有交叉免疫性，也就是说，得过甲型肝炎的人，还可得乙、丙、丁、戊型肝炎，甚至混合感染两种肝炎。这五种类型的肝炎，在急性期间均可能有黄疸型和无黄疸型。出现黄疸者一般比无黄疸型病情偏重。但不管有无黄疸，都具有传染性。

临床上这五种类型肝炎的症状大致相同，有发热、食欲不振，恶心呕吐、厌油腻食物、乏力、肝区不适、尿黄等症状。但是每个人的表现相差悬殊，轻症甚至没有明显症状，成为隐性感染或肝炎病毒携带者；重症者黄疸加深，持续不退，最后昏迷，预后不好；有的病人可顺利恢复；有的则可能持续不愈，反复波动，最终发展为慢性肝炎。之所以会有这么多的结局，主要是取决于人体的免疫功能是否正常，同时与感染的肝炎病毒的数量和毒力强弱、遗传素质有关。免疫功能低下者，肝炎易向慢性演变。

老年人各脏器的生理功能大多下降，尤其是免疫功能、肝脏的再生更新能力、解毒能力和肝脏中糖元合成能力等都有明显下降。比如老年人的肝炎，出现的黄疸率就较高，而且颜色较深，持续时间长，年轻人的黄疸多在 2~4 周内消退，而老年人则需 1~2 月。此外，老年人的消化道症状持续时间长，转为重症肝炎者多，合并其它器官的感染也多，如胆道感染、胰腺炎、泌尿系感染，也有的伴发糖尿病。老年人患了黄疸型肝炎，还要注意区分黄疸的性质。因为肝癌或肝胆管结石所致的黄疸，处理原则与黄疸型肝炎大不相同，如果应手术的病人误当成肝炎，就会失去治疗机会。

肝炎病人恢复正常所需的时间约为 2~4 个月，甲型肝炎病程较短，乙、丙型肝炎病程较长，但一般都会在 6 个月内恢复正常，超过 6 个月则可能演

变为慢性肝炎。

值得提出的是老年人病毒性肝炎患者的合理用药问题。肝脏不仅是处理体内正常代谢产物的重要器官，而且也是多数药物的解毒器官，所以药物和肝功能的关系非常密切。尤其是老年肝炎患者，对许多药物的代谢作用降低，致使药物常常积累于肝内，造成药物性肝损害。肝功损害严重者，往往对许多药物的耐受性下降，例如氯丙嗪等一般剂量的镇静药物对老年人可诱发肝性脑病。老年人多患有高血压、冠心病、糖尿病等多种疾病，同时服用多种药物，势必加重肝脏负担促使肝脏损害。临床上常遇到药物用得过多的肝炎病人，转氨酶不易下降，甚至适得其反。到目前为止，对病毒性肝炎还没有特效药物，尽管保肝药不下数十种，但患者服用后很难证明有什么疗效。不论任何原因引起的急性肝炎，大多数病例无需特殊治疗，只要注意休息、合理营养、给予适量维生素，就可痊愈。根据老年人的生理特点，切忌滥用药物，尤其不宜在同一时期内服用过多的药物，可用可不用的药物最好不用，可以口服也可以注射的药物，最好口服。对于新药审慎试用。

(钟纬玲)

33. 肝癌有哪些症状，怎样早期发现？

肝癌分为原发性肝癌和继发性肝癌两种，继发性肝癌指由其它脏器的癌转移到肝脏的癌。其中半数以上来自胃、食道、结肠、直肠的恶性肿瘤，其次来自胰腺、肺、乳腺、胆道、卵巢和子宫。

原发性肝癌是指原发于肝脏的癌，它是我国最常见的恶性肿瘤之一，男性明显多于女性，50岁以上占60%。

原发性肝癌的病因不明。可能与吃进粮食发霉后产生的黄曲霉素有关，这已通过动物实验证明。原发性肝癌与乙型肝炎和肝硬化有密切关系。肝癌患者中约有半数患乙型肝炎，83%患肝硬化。说明乙型肝炎和肝硬化患者是原发性肝癌的高危人群，凡有慢性乙型肝炎、肝硬变的患者，尤其是慢性活动性肝炎病人应积极采取中、西医方法及及时治疗，降低肝癌发生率。

由于肝脏代偿能力较强，因此早期肝癌的症状常不明显，易被病人所忽视。原发性肝癌中有1/6是通过健康查体发现的。那么，肝癌会有哪些表现呢？早期最常见的有食欲减退、腹部闷胀、恶心、呕吐、消瘦、乏力和贫血。有44%病人肝区痛或上腹部痛，也有的患者因自己摸到上腹部肿块而就医，有的患者以呕血、呼吸困难或黑便为首发症状来诊。黄疸、浮肿及腹水在一些肝癌病人中也可出现。

凡遇不明原因的肝区或上腹部不适、疼痛并伴有难以治愈的食欲减退、乏力、体重下降、进行性肝肿大、急剧产生腹水或有黄疸者，应考虑肝癌的可能性。肝癌高危人群若有上述异常，更应提高警惕。

如何早期发现原发性肝癌呢？近年来利用抗甲胎蛋白血清检查可疑者和定期检查高危人群血清中的甲胎蛋白的含量(AFP)是早期发现该病的有效方法之一。许多有条件的地方利用AFP检测法作为普查手段早期发现肝癌。在 高危人群中进行肝癌检查比在一般人群检查可提高效率达34.5倍。但也还有30~40%肝癌病人在整个病程中始终不出现甲胎蛋白，近期采用抗人甲胎蛋白异质体单克隆抗体诊断和鉴别诊断原发性肝癌。有关血清酶的测定也有助于早期发现肝癌。

随着医学科学技术的发展，B超已成为早期发现原发性肝癌的影像技术首选检查手段。B型超声有检查简便、无创伤、无痛苦、可重复性及价格低

廉等特点，故易被病人所接受。B型超声可以早期发现肝癌。超声血管造影提高了对小肝癌的诊断率。超声对肝脏病变部位定位穿刺进行病理诊断，为早期诊断原发性肝癌提供可靠依据。如果B型超声仍不能确诊，还可以做CT及核磁共振进一步检查。

总之，凡高危人群及有前述症状的病人应进行甲胎蛋白、有关血清酶、B型超声检查，以早期发现并进一步弄清病变的性质，千万不要轻易放过。定期体格检查对于早期发现肝癌具有不可忽视的意义。

(王军)

34. 为什么老年人容易便秘，怎样纠正？

便秘是指大便次数减少或干燥难解，或二者均有。人的排便习惯各不相同。据统计，每天排便一次的占60%，一天排便几次的占30%，几天排便一次的占10%。

人的肠道每天发生2—3次总蠕动，使粪便迅速进入直肠，直肠扩张的刺激引起便意，然后在脑皮层和皮下中枢的共同调节下，膈肌、腹肌及直肠平滑肌收缩，肛门括约肌松弛，粪便排出体外。这一过程中的任一环节发生问题都可引起便秘。

老人很容易发生便秘，原因是多方面的：缺少体力劳动和体育活动；生理老化所引起的肌肉萎缩使肠蠕动缓慢，排便的力量不足；粪便滞留于肠道时水分过度吸收而使粪便干结；牙齿缺失和消化系统功能不足，进食量少又过于精细，致使粪便量少，不足以刺激肠蠕动；情绪多变影响排便节律，使人缺乏便意。此外，肠道内和肠道外的许多疾病如直肠炎、痔疮、肿瘤、肺气肿、前列腺增生、子宫肌瘤，以及偏瘫和糖尿病引起的自主神经改变等都能影响排便反射。甲状腺机能减退也可使肠蠕动减慢。某些药物引起周围性抗胆碱能反应，会发生口干、便秘。滥用泻药会使肠道敏感性降低，便秘加重，常被误认为是用药剂量不足而加大剂量或更换药物，结果是适得其反。

很多人以为便秘不碍吃喝，无需寻医问药。其实，便秘的害处很大。坚硬的粪块可压迫骶神经产生下腹憋胀和大腿内侧酸胀使人坐卧不宁，用力排便可引起肛裂、痔疮等常见疾病。特别是患有高血压病、冠心病的老人，排便时可因用力屏气升高腹压，使腹腔内大量血液回流到心脏，增加心脏负荷，并使血压升高，可能诱发心绞痛、心衰和脑溢血。粪便中的氨、硫化氢、组织胺、吲哚等大量有毒物质因粪便在肠腔内长期滞留而大量吸收，如超过肝脏解毒功能，会出现腹痛、食欲减退、头晕乏力、精神不振、高热等全身中毒反应。还能引起皮肤粗糙，长疔生疮、口苦口臭、面色发黄，心情忧郁而影响容颜，是美容的大敌。这些毒素还可随血液循环进入大脑，损害中枢神经系统，破坏大脑的正常功能诱发老年性痴呆。

纠正便秘，首先要由医生全面检查以排除能引起便秘的各种疾病。如仅为单纯性便秘，治疗起来就容易多了。参加适度的体力劳动和体育活动，提高身体素质，养成良好的有规律的生活习惯，排便定时。有便秘的老人宜在早餐后大便，由于食物会产生胃结肠反射，有利于粪便排出。平时要多喝开水，多吃富含纤维素的主食和足量的蔬菜水果，选食有润肠通便作用的黑芝麻、核桃仁、蜂蜜等都很有益。勿食辣椒、芥末等调味品。

中医中药治疗便秘历史悠久，能标本兼治。据其发病原因辨证论治。肾虚便秘用肾气丸；气虚便秘可用补中益气丸、十全大补丸；血虚便秘可用归脾丸、麻仁滋脾丸；气滞便秘用开胸顺气丸；湿热便秘可用枳实导滞丸；寒

积便秘用附桂理中丸。经上述处理仍未奏效的顽固性便秘，可在短期内酌情选用一些泻药，如蕃泻叶每日2克泡水代茶饮。甘油、石蜡油10~30毫升于睡前服。或用开塞露、甘油栓、温盐水灌肠，人工取便等方法。

老年人体质虚弱，对药物耐受性差，既易便秘又易腹泻，甚至大便失禁，所以用泻药时千万不能过量。上述药品均应在医师指导下方能使用。

（周玉芳）

35. 老年人的“小肠疝气”应当怎样治疗？

老年人，特别是男性患者，在大腿根部、阴囊部或腹部出现囊性包块，很可能是疝气，俗称“小肠疝气”。疝气的包块在平卧位时可自行消失，站立位时又出现。咳嗽、排便时包块增大。这是腹腔内的脏器通过腹壁缺损向体表突出而形成的包块。根据其解剖部位不同，它可分为腹股沟疝、股疝、切口疝和脐疝。切口疝是腹部手术后在切口处形成的疝。

疝的发生主要是由于腹壁的缺损和腹腔内压力增高所造成的。引起腹壁缺损的因素，有先天和后天两种。前者是胚胎发育时睾丸下降到阴囊的过程中，形成的腹膜鞘状突闭合不全。后天的因素有好几种。一种是腹部手术后的切口，尤其是长期引流的伤口，容易发生切口疝。另外，腹部损伤、腹壁炎症和脓肿，以及腹壁神经损伤等都可以引起腹壁肌肉萎缩，诱发疝气。

腹腔内压力增加的原因也很多。老年人易患慢性气管炎、长期咳嗽；同时，由于腹壁肌肉无力，肠蠕动减慢，造成慢性便秘；另外，男性老年人又多有前列腺肥大，压迫尿道，引起排尿困难。这些都能促使腹腔内压力升高，诱发疝气。

疝气的主要表现是在大腿根部、阴囊或腹部出现包块，形状呈圆形、或椭圆形。手指放在包块上，用力咳嗽时肿块有冲击感。卧床休息时包块多可自行消退。用手轻轻推挤包块，可将疝内容物推回腹腔，包块立即消失，此时能听到咕噜声，说明疝内容物是肠管。通常情况下，包块是没有疼痛的。如果包块发生疼痛，躺平时包块又不能消失，用手推挤也不能回纳腹腔，说明疝气发生嵌顿，应该及时到医院外科看病。若出现一阵阵腹痛、腹胀、恶心、呕吐、停止排便、排气等肠梗阻症状，应立即去医院急诊。如延误时机，可发展成绞窄疝，引发肠管坏死和中毒性休克等极为严重的后果。

从根本上说，老年人腹壁疝不做手术是无法治愈的。平卧位可自行消失的或用手推压可以回纳腹腔的疝，称为可复性疝。平卧位不能完全消失，用手推压不能完全回纳的疝称为难复性疝。这两种疝均可选择合适的日期手术。但腹壁疝一旦发生嵌顿，便须立即进行手术。若嵌顿时间不超过3~4小时，或患者对手术耐受力差，医生可试行手法复位。但如果嵌顿时间长，估计有肠管坏死可能，则禁忌推压复位，而应紧急手术。

对于可复性疝和难复性疝，如果老年人的心、肺、肾等脏器功能差，难以耐受麻醉和手术，此时可考虑非手术方法治疗。常用的方法是使用疝带，先将疝内容物回纳腹腔，再用疝带的压枕压住疝块出现的部位。使用后，可以压堵腹壁缺损，使疝不再坠出。疝带白天使用，晚上要解除。疝带仅适用于小型腹壁疝。长期使用疝带可使疝囊颈部变得肥厚，坚韧，也可以促成疝内容物和疝囊壁发生粘连，形成难复性疝，甚至发生嵌顿疝，这是使用疝带的缺点。对于巨大的腹股沟斜疝，疝及其内容物常常坠入阴囊内，疝带常常无效，只能用阴囊托带，托起疝块，以减轻症状。

总之，老年人疝气除了极少数因心、肺、肾等器官有严重疾病不能经受

手术而须采用非手术方法外，都应及早地进行手术治疗。这是因为随着年龄的增大，心、肺、肾等重要脏器的功能总是愈来愈差，对手术的耐受力也将随之下降，而疝气是愈来愈重，还不如早做手术为好。除了上面介绍的方法以外，其他的方法都是没有根据的。因为腹壁疝的根本原因在于腹壁的缺损，缺损不闭合是不可能治愈的。此外，引起腹腔内压力增高的病因也必须好好医治，否则手术后难免复发。

(王砚恩)

36. 老年人的痔疮怎样治疗？

痔是直肠粘膜和肛管皮肤下静脉扩大曲张形成的静脉团，是老年人常见病之一。老年人的痔多发生于中青年时代。人到老年时，痔疮容易加重，其原因有以下几个方面。

首先，老年人容易便秘。这是因为缺乏体育锻炼或久病卧床，造成腹部脂肪增多，腹壁肌肉萎缩无力，而且年纪大的人肠蠕动减慢，使肠内容物在肠管内运行缓慢，更容易发生便秘。另外，有些老年人因病常服降压药、安眠药或止咳药。这些药物中的某些成分也是引起便秘的重要因素。

慢性支气管炎和肺气肿等又是老年人的多发病。长期咳喘引起腹内压力升高，也常使原有的痔疮加重。另外，老年男性多有前列腺增生，其中一部分人排尿不畅，在用力排尿时，容易使痔核脱出肛门外，使患者更加痛苦和烦恼。

痔疮可分为外痔、内痔和混合痔三种。外痔在肛管皮肤覆盖部位，位置浅表，在肛门边缘可以看到和摸到。外痔在通常情况下并无不适，只是在大便后不易拭净。有时大便秘结用力过猛，可在肛门口皮肤下突然出现一个肿物，色泽暗紫，伴有疼痛。这是由于皮下静脉丛破裂，血块凝结形成的，称为血栓性外痔。

内痔的位置较深，其表面由粘膜覆盖。在肛门外无法看到。内痔平时无症状，只有在出血时才引起重视。内痔出血是由于大便干结或用力过猛而引起静脉丛破裂。血色鲜红，不与粪便相混，血量多少不等，有的仅在手纸上发现血迹，有的滴血，甚至喷射而出。大便后，出血一般可自行停止。大便干燥、腹泻、疲劳、饮酒，或吃刺激性食物时常诱发出血，一般出血是间歇性的。内痔不会发生疼痛，便血是内痔唯一的症状。长期慢性出血可引起贫血。

混合痔是由内痔发展而成的。痔核表面是由直肠粘膜和肛管皮肤覆盖。其主要症状除了便血外，是在排便时痔核脱出。早期的混合痔在大便后可自行缩回。但反复脱出后，混合痔基底部松弛，排便后不易自行缩回，须由患者自己用手托回。再进一步发展，在长距离步行、咳嗽或用力时，痔核也会脱出，使患者的工作和生活极为不便。有时脱出的痔核经常受到内裤的磨擦而发生糜烂、出血和水肿。继发感染时可出现疼痛。痔核脱出后，可因肛门括约肌痉挛不能回缩而发生嵌顿、绞窄和坏死。此时疼痛难忍，且有恶臭的液体流出。

老年人要想防止痔疮加重，必须保持每日定时大便一次的良好习惯，还没有这种良好习惯的老年人，应该及早建立每日定时排便的习惯。关键是每日定时去厕所，逐步形成定时排便的条件反射。为了促进排便，可在去厕所前喝一杯加蜂蜜的凉开水，待腹部出现“咕噜”声就立即去厕所。排便时看书必然延长排便时间，因而容易使痔疮加重，应该注意纠正。

对于无症状的外痔，可以不去管它。如果外痔核过大，肛门有不适感而

要求治疗，只有手术切除。假如发生血栓性外痔，肿痛难忍，可以去医院求治。一方面服药通便，另一方面要做热水浴，每日2~3次，每次十五分钟。坐浴后可外敷马应龙痔疮膏和九华膏等药膏，一般7~14天内可治愈。如果血栓痔较大，疼痛剧烈，医生会劝你去医院做一个小手术，取出里面的血块，疼痛立即消失，而且一周后可以痊愈。

内痔无症状时也无需治疗。如果有少量便血，除了服药通便外，可在肛门内使用痔疮膏或痔疮栓。若出血较多，应听从医生意见而采取注射疗法，药物注入痔核后，形成无菌性炎症，使痔核硬化、萎缩。注射前不用禁食，不须灌肠，仅在注射前一天晚上，口服一些通便药即可。注射时一般没有疼痛，只在注射当天有点下坠感，效果比较满意，病人多易接受。

老年人最常见的问题是混合痔坠出。若能采取前述的注意事项，保持大便通畅，缩短排便时间，混合痔坠出后，立即推回肛门内，治疗咳嗽和排尿不畅，多能不使混合痔的病情加重。如果混合痔的症状较重只能采取手术治疗，手术虽然不大，但尽量在高龄体衰以前进行。

我国中医界有人主张做肛门括约肌收缩练习，一日数次，每次3~5分钟，以增强肛门括约肌收缩能力，促进肛管直肠静脉的回流，可能对预防痔疮和防止痔疮加重有一定的好处。

最后，要特别提及的是便血问题。如果老年人发生便血，一定要经医生检查，而不要随便对付，因为便血也可能是大肠癌的表现。由于患者漫不经心而造成诊断和治疗延误的教训实在是太多了。

(王砚恩)

37. 食管癌有哪些早期症状，怎样确诊？

食管癌是我国常见的一种恶性肿瘤，北方较南方多见。我国食管癌发病率较高，男多于女，年龄大部分在四十岁以上，尤以60~70岁为多。

食管癌好发于食管中段，下段次之，上段较少。食管癌早期多无自觉症状，有时表现很轻微。上段食管癌可有咽喉部不适或异物感，或哽噎感。中段食管癌在进食时可在胸骨后心窝部有烧灼样钝痛，刮擦样或牵拉样疼痛，或背部不适。下段食管癌可有餐后上腹闷胀感，有时还像心绞痛发作，因此必须提高警惕。病程进展时，初进于食困难，继之进粥和烂面也困难，最后连水都难通过。其间可能有间歇期，但总的趋势是逐渐加重。进行性吞咽困难这是食管癌最常见最典型最持久的症状，但这已不是最早期的表现了。

早期诊断对食管癌的治疗及预后十分重要。因此，只要有上述异常感觉，便应到医院进行必要的检查，如食管拉网涂片细胞学检查，这是我国学者首创的。就是将一带网罩的气囊管吞入胃内，再将气囊充气后缓慢拉出，最后将气囊上擦取物涂片，进行细胞学检查，阳性率可高达90%左右，而且可发现很小(直径0.2厘米)的早期病变。此外，食管X线钡餐或食管纤维镜检查，均能有助于早期食管癌的确诊。

早期食管癌手术切除的效果较好。目前食管癌的病因尚不清楚。认为其发病可能与进食过快、食物过硬、过热、粗糙和刺激性食物、长期饮烈酒和吸烟、长期吃含亚硝胺量高的食物如酸菜等或吃霉变的黄豆、花生、玉米以及遗传等因素有关。因此，我们在生活饮食习惯方面均要注意这些问题，以保证健康。

(钟玮玲)

38. 为什么要特别注意胃癌的可疑症状？

胃癌是最常见的消化道恶性肿瘤，占消化道癌瘤的 50%，其发病率在我国恶性肿瘤中居首位。发病年龄多见于 40~60 岁；男女之比为 4~5：1。

胃癌病因虽未明确，但饮食因素无疑是与胃癌密切相关的，其中尤以食用盐腌食品（如富含亚硝酸盐的咸鱼、咸菜、酸菜等）。某些地区水土含锌、钴、铬、铜等元素较高以及遗传因素等都与胃癌有关。

胃癌早期症状不多。约 1/3 病例可无任何不适。有少数病人以呕血或黑便为首发症状而来就医的。其余的患者即使有症状，也常与良性胃病如慢性胃炎和消化性溃疡相类似，极易被忽视。这也是胃癌患者常常就诊晚的原因之一。胃癌一般在开始时有上腹部不适、饱胀或重压感、心窝部隐痛。这些症状可时隐时现，日久则反复加重而变为持续性，继后食欲降低，进行性体重下降，恶心呕吐，呕血便血，贫血消瘦。一般认为胃癌绝不发生在正常胃中，在发展为恶性肿瘤之前，常经历多年持续的癌前变化，及早识别和治疗这些病变，不失为防治胃癌的有效途径。因此，世界卫生组织将某些易促使癌发生病如萎缩性胃炎、残胃、恶性贫血、腺瘤性胃息肉及胃溃疡等定为癌前状态。其中与萎缩性胃炎关系极为密切。但笼统地把萎缩性胃炎都看做癌前病变是不恰当的。根据国内多年随访资料分析，萎缩性胃炎的癌变率仅为 2~3%。为了早期发现胃癌，对有胃癌家族史者、萎缩性胃炎和胃溃疡患者，应根据医生的建议按时到医院复查胃镜。对于 40 岁以上患者，只要有上腹部疼痛不适、食欲减退、体重减轻、黑便贫血等任何一项表现，或有胃病史近期症状加重者，均应到医院做必要的检查。最简便的方法是查大便潜血，为发现早期胃癌提供重要线索。

目前，胃镜加上粘膜活检或刷检使诊断准确率已达到 80~90% 或更高。X 线的双重对比造影检查等，也是胃癌早期诊断的有效方法。

胃癌的预防重点应放在饮食方面。据调查多吃新鲜蔬菜、水果，多饮新鲜牛奶，食物冷藏，低盐，戒烟，戒烈酒，饮自来水及情绪乐观，不吃烫食，不过快进食，不暴饮暴食，不吃霉变食品，少吃盐腌食品，均可降低胃癌发病率。

（钟玮玲）

39. 怎样早期发现大肠癌？

大肠癌包括结肠癌和直肠癌，是常见的恶性肿瘤之一。在工业化程度较高的国家，大肠癌发生率较高。如在美国，大肠癌的发生率和死亡率居第二位，仅次于肺癌。在我国，大肠癌居各种恶性肿瘤的第 4~6 位，在胃肠道肿瘤中居第二位。

大肠癌多发生在中老年人。结肠癌发生率在 40~50 岁后开始增高，75 岁为高峰。直肠癌病人大约半数在 60 岁以上。大肠癌发展缓慢，早期根治术后，5 年生存率可达 70~90%，而晚期仅 20~30%。因此，在老年人中如何早期发现，早期治疗大肠癌更为重要。

结肠包括盲肠、升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠，全长约 1.5 米。直肠位于乙状结肠与肛管之间，长约 12 厘米。大肠的各部分皆可发生癌肿，以直肠最为多见，约占全部大肠癌的 60%；其次是乙状结肠癌（14%）。这两个部位癌肿的发生率约占全部大肠癌的 70~80%。大肠癌的症状与病变部位及肿瘤的大小有关。早期结肠癌可仅有大便潜血和大便习惯的改变，多不为人们注意。随着病变的发展，逐渐出现腹痛、腹泻、排便习惯和粪便性质的改变。右半结肠包括盲肠、升结肠和右半横结肠，较粗，肠内容物还是液体状态，尚有部分营养和水分在肠内继续被吸收。因此发生在右半结肠的癌

还常引起消瘦、乏力、低烧、贫血等中毒症状，但较少发生肠梗阻。左半结肠包括左半横结肠、降结肠和乙状结肠，较细，肠内容物逐渐为固体的粪便，发生癌肿时较易发生肠梗阻。因此，不明原因的贫血或肠梗阻的老年病人应特别警惕大肠肿瘤的可能。位于乙状结肠和直肠的癌肿常表现为便血、粘液血便以及大便形状改变。位于直肠下段靠近肛门的病变常伴有下坠、排便急切和便意不尽的感觉，医学上称为“里急后重”，常被误认为肠炎、痢疾症状。

预防和早期发现大肠癌应注意以下几点：

(1) 大肠癌的发生与进食高脂肪和低纤维饮食有关。高脂可能引起胆道内胆盐和胆固醇代谢的质和量的变异。而有人称为“第七营养素”的食物纤维，在结肠中起渗透作用，增加了粪便的体积和重量，从而稀释了肠道内致癌物质的浓度，促进肠蠕动，减少了致癌物质与肠粘膜接触的时间，可以有效地防止结肠癌的发生。因此，中老年人必须限制高脂饮食，合理安排膳食结构，粗细搭配，多吃新鲜蔬菜、水果，增加食物纤维的摄入量，预防和治疗便秘，减少致病因素。

(2) 有便血和大便习惯、大便性质改变者，即使有明确的较长期的痔或炎性肠病史，也应及时就医。做进一步检查，约70~80%的直肠癌位于肛门指诊可以达到的部位，只要患者和医生都想到大肠癌的可能，适时采用直肠指诊，就可以大大减少误诊。患者切不要存在侥幸心理，讳疾忌医，自行按痔疮、肠炎等加以治疗。

(3) 有大肠息肉或慢性结肠炎患者应积极治疗，定期复查。大肠息肉和慢性溃疡性结肠炎被认为是大肠癌的癌前病变。有专家认为，绝大多数大肠癌起源于先前存在的腺瘤。也有人提出，大肠癌一般需要经过腺瘤期，然后再癌变，此过程一般需10年左右。定期纤维结肠镜检查可以及时发现病变并长期观察。

(4) 70~80%的大肠癌患者大便潜血为阳性，凡有大肠癌可疑症状者应积极做大便潜血检查，即使阴性者亦不应轻易否定，还应做结直肠的全面检查。

(5) 大肠癌术后的病人亦应定期复查，以便及时发现复发癌、转移癌以及多发癌的出现。有其他癌肿以及大肠癌家族史者，胆囊切除术后者，输尿管乙状结肠吻合术后的病人，大肠癌发生率都较正常人为高，更应警惕大肠癌的某些症状。如有可疑，及时就医检查，才可达早期发现、早期治疗的目的。

(张悦容)

40. 什么是“萎缩性胃炎”，怎样确诊和治疗？

慢性胃炎是指由各种原因所致的胃粘膜慢性炎症。由于慢性胃炎的临床表现、胃镜所见及胃粘膜活检的结果有时并不一致，因此迄今尚无统一的分类标准，有按病因、病变形态、病变部位分类的，也有按胃分泌功能及病理学分类的。目前临床上指的慢性胃炎，包括慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎两种。慢性浅表性胃炎指胃粘膜有炎症细胞浸润外还有腺体萎缩，按腺体萎缩程度又可分为轻、中、重三度。轻度表示腺体的萎缩数目不超过原有腺体的1/3，中度为原有腺体的1/3~2/3，超过2/3者为重度。

慢性萎缩性胃炎是老年人的常见病。其中有些人有症状，有些人无症状。常见的症状为上腹痛，疼痛性质多为隐痛，多数与饮食及天气寒冷有关，进

食生冷及刺激性食物时疼痛加重。另外，可有上腹饱胀、暖气、反酸、恶心、呕吐、食欲不振、乏力等。老年患者由于对疼痛的敏感性降低，常无典型症状，或者同时患有其它疾病而掩盖了本病的症状。

引起慢性萎缩性胃炎的病因尚不清楚。可能与不良饮食习惯有关，如长期饮烈性酒、浓茶、浓咖啡等刺激性食物，也可能与长期服用一些对胃有刺激的药物有关，这些都能破坏胃粘膜的保护屏障。一些慢性病，如冠心病、肺心病等可以使胃粘膜瘀血，导致缺血、缺氧。

目前认为慢性浅表性胃炎是可以治愈的，一般不会恶变，少数慢性浅表性胃炎可转变为萎缩性胃炎。经观察证实：萎缩性胃炎是一种稳定的发展缓慢而且难以治愈的疾病。极少数萎缩性胃炎可能发展成胃癌。

慢性萎缩性胃炎的发病率随着年龄的增长而逐渐增加。这是因为老年人胃粘膜退行性变化，分泌功能和屏障功能下降；胃幽门括约肌松弛，幽门关闭不全，胆汁易反流入胃，时间久了也可以破坏胃粘膜的屏障；随着人的逐渐衰老，自身免疫功能低下，体内特异性和非特异性免疫功能都会有明显的变化，萎缩性胃炎的发生可能与免疫反应腺体被破坏有关。

萎缩性胃炎的诊断主要依靠胃镜和胃粘膜活体组织检查来确定。本病无特殊有效的治疗方法，确诊后不要有精神负担，思想要乐观，要树立起战胜疾病的信念，生活有规律，避免对胃有刺激性的食物。轻型无症状者可不服药，有症状者可对症治疗。中度以上并有重度肠上皮化生及不典型增生者要密切观察和随访，约每隔三个月至半年复查一次胃镜。轻度的可以一年至一年半复查一次。怀疑有癌变时要及早手术治疗。药物方面可服用维酶素、三九胃泰、香砂养胃丸、胃气止痛丸等。由于萎缩性胃炎一般都是胃酸过低或缺乏，因此，对抑制胃酸分泌的药物如甲氧咪胍、雷尼替丁等应慎用。疗程一般为三个月至六个月，有时可更长些、长期服药要注意药物副作用。

（徐川荣）

呼吸系统

41. 老年性慢性支气管炎怎样防治？

不少老年人长期患有慢性咳嗽、吐痰，常常是反复发作，久治不愈。随着年龄的增长，病情逐渐加重，会出现肺气肿，发展成肺心病，严重危害老年人的身体健康。一个人一年当中咳嗽、吐痰三个月或连续二年以上并排除其它可能引起咳喘、吐痰的心肺疾病（如支气管哮喘、肺结核、风湿性心脏病等），即可诊断为慢性支气管炎。

慢性支气管炎是老年人的常见病、多发病，患病率很高。笔者在 942 名离退休老干部、老教师中调查，慢性支气管炎的患病率为 16.5%。此病在农村、厂矿及寒冷地区患病率更高，有报道在老年工人、农民中慢性支气管炎患病率可高达 20~30% 以上。

慢性支气管炎的病因是多方面的，机体抵抗力下降，过敏体质和长期吸烟者容易患病。外界因素如空气污染、气候变化、寒冷刺激等均可引起发病。但感染是引起慢性支气管炎发病的根本原因。慢性支气管炎的发生、急性发作都与感冒和上呼吸道感染密切相关。当身体受凉感冒时，病毒侵入呼吸道粘膜并在内大量繁殖，破坏粘膜上皮细胞，使之失去保护作用，细菌则乘虚而入引起感染。空气中有害气体、粉尘和烟雾长期刺激呼吸道粘膜，使上皮细胞的纤毛运动发生麻痹，吞噬细胞的活动能力减弱，降低了呼吸道的防御机能，便容易引起感染。吸烟还可使支气管分泌物增加，诱发支气管痉挛，使咳喘、吐痰加重，吸烟是引起慢性支气管炎的重要原因。

慢性支气管炎多于秋冬季节发病，以咳嗽、吐痰为主要症状。轻症病人除早晚有刺激性咳嗽外，常无其它症状。较严重者咳嗽加剧，吐白色泡沫样粘痰，如有细菌继发感染，痰液可变成黄色脓样，有时可伴有发热、胸闷和全身不适。痰的刺激可使支气管发生痉挛，呼吸道通气不畅，可有明显的气喘。

老年慢性支气管炎反复发作，病程很长，许多患者不是到了老年才得病的，而是在中年甚至青年时就患了慢性支气管炎。因此应加强预防工作。就整个社会来讲，应重视环境保护，减少空气污染。从个人来说，老年人身体抵抗力下降，每年秋末冬初和冬末春初时要随着气温变化逐渐增加或减少衣服，冬季注意身体保暖，尽量避免受凉感冒。老年人应根据自己的身体情况，进行适当的户外活动和锻炼，呼吸新鲜空气，增强体质，尤其是增强耐寒能力的锻炼尤为必要，如从初夏开始即每天用冷水洗脸，长期坚持下去，可以增强上呼吸道对寒冷的耐受力，减少感冒和上呼吸道感染的发生。应避免吸烟，减少烟尘对上呼吸道的慢性刺激。笔者在 1500 人调查中，吸烟者比不吸烟者慢性支气管炎的患病率要高 3~4 倍，吸烟数量及时间与发病严重程度成正比。不少患者戒烟后病情明显好转，因此吸烟者应戒烟。药物预防也可起到一定作用。

老年慢性支气管炎是比较顽固的疾病，不是短时间可以治愈的，但只要坚持治疗，注意保养和锻炼，也可以取得较好的效果。慢性支气管炎可分为急性发作期、慢性迁延期和临床缓解期。每个时期要采取不同的治疗措施。急性发作期多是由于受凉感冒引起急性感染使咳嗽、吐痰加重，主要应控制感染，可选择有效的抗菌药物早期、足量应用，如各种抗菌素、磺胺药等，口服或注射，必要时可以两种抗菌药物联合应用。同时配合止咳祛痰和平喘

药物，干咳时可用咳平、咳必清口服，痰多时可选用必嗽平、复方甘草合剂等。伴有喘息时可用氨茶碱类药、喘定、舒喘灵等解痉平喘。中药麻杏石甘汤、小青龙汤均可用于急性发作期的治疗。慢性迁延期是咳嗽、痰喘久治不愈，病情波动不稳，这个阶段除了使用消炎、止咳化痰的药物外，可配合一些中成药治疗，如口服复方灵芝片、刺五加片、鱼腥草素片和牡荆油丸等。有条件者还可以作雾化吸入或中药蒸汽吸入治疗。临床缓解期是炎症被控制，症状基本消失，但效果不巩固，遇到外界刺激仍容易发病。这一时期应以提高身体抵抗力为主，老年人应根据自己的身体情况增加室外活动和体育锻炼，如气功、太极拳和保健操等，改善呼吸功能。还可以由中医根据辨证施治给予补益的中药。入秋时可注射核酪注射液或气管炎溶菌素等，增强机体免疫力。缓解期不宜长期使用抗菌素。（马卜香）

42. 什么是“肺心病”，怎样防治？

慢性肺原性心脏病（简称“肺心病”）是指由于慢性肺和胸部疾病或肺部血管慢性病变，引起肺循环阻力增加，肺动脉高压，进而造成右心室肥厚，最后发生心力衰竭的一种心脏病。在我国约有 80～90% 的肺心病是由慢性支气管炎合并肺气肿进一步发展而来。此外，凡是可并发阻塞性肺气肿的疾病，如支气管哮喘、支气管扩张、重症肺结核、尘肺等，如不积极治疗，均可发展成肺心病。肺心病发生的原因主要是肺动脉高压。慢性支气管炎反复发作，炎症可向支气管周围扩散，引起肺小动脉发炎，管腔狭窄，甚至闭塞；阻塞性肺气肿严重时肺泡膨胀、内部压力增高，肺毛细血管腔受压；肺气肿时肺的通气、换气功能下降，导致缺氧和二氧化碳储留，刺激肺小动脉痉挛及血液粘稠度增加，以上几方面的变化，均引起肺循环阻力增加，肺动脉高压，因而心脏需加大压力才能将血液送入肺脏，加重了右心的负担。在早期阶段，心脏还可通过加快心跳次数、心肌增厚和心脏扩大来代偿。时间久了，长期右心负担过重、心肌劳损和缺氧，可出现右心衰竭。

肺心病是老年人最常见的心脏病之一。据统计，老年慢性支气管炎患者中，最后有 10～20% 要发展成肺心病。肺心病病程较长，多数患者有多年慢性咳嗽和咯痰反复发作的历史。随着肺气肿的发展，可出现逐渐加重的胸闷、气短和喘息。如果此时仍未得到及时而恰当的治疗，病情将反复发作，使心肺功能受到严重的损害。一旦遇寒冷刺激或受凉感冒、上呼吸道感染时，支气管粘膜充血、水肿、痰量增加或并发支气管痉挛，使呼吸道受阻，进一步影响呼吸功能和缺氧，使肺动脉压急骤升高，就引起肺心病发作。病人除原有症状（咳嗽、咯痰、喘息和气短）加重外，还表现呼吸困难，不能平卧，心悸、胸闷、紫钳，下肢或全身水肿，上腹胀、腹痛等。肺心病每次发作都会使病情进一步恶化，最后导致心力衰竭和呼吸衰竭，严重地威胁着老年人的生命健康。

由慢性支气管炎和肺气肿发展成肺心病，多数需要较长的时间，一般 6～10 年甚至更久。从肺心病早期至心功能代偿期病程也较长，在此期间往往尚有一定的劳动能力，所以还有充分的时间和条件进行防治，控制肺心病的发生和发展。积极预防感冒，及时治疗慢性支气管炎急性发作，防止呼吸道急性感染和控制炎症的发展，对预防肺心病有重要的意义。早期肺心病通过积极的中西医治疗，预防和控制感染，降低肺动脉高压，减轻心脏负担，可以阻止病情的发展。在功能代偿期，根据病人的具体情况，适当多作室外活动，

练习腹式呼吸，经常参加力所能及的体育锻炼，如散步、保健操、太极拳等；每天早晨坚持用冷水洗脸，加强耐寒能力的锻炼，从而提高身体的抗病能力。

肺心病急性发作期的治疗是综合性的。首要的仍然是控制感染，改善呼吸道的通气功能。可选择较敏感的抗菌素，充分、有效地应用，必要时可肌肉注射或静脉用药；同时给予解痉、止咳化痰药。由缺氧引起的呼吸困难和紫绀，应根据情况及时给氧，可收到很好的效果。控制心力衰竭，应用适量的利尿剂，同时补充钾盐，有利于肺通气、换气功能的恢复。常用药有双氢克尿塞、速尿、氨苯喋啶等。可少量、短期、间歇、交替应用，以达到缓慢的利尿作用。还可以选择一些血管扩张药，如消心痛、心痛定等，以减轻心脏的负担。如果仍不能控制心力衰竭，可以考虑应用小剂量的洋地黄制剂。以上药物都应在医生的指导下使用和观察下使用。肺心病急性发作期，应及时住院治疗。

(马卜香)

43. 老年人的肺炎为什么比较凶险？

人体呼吸道是内部器官与外部环境相连接的通道，每 24 小时大约有 1 万立升空气进出。空气不是纯净的，其中含有不少的细菌、病毒、尘埃及其他有害的气体。如果平时机体抵抗力强，不易发病。但是老年人则不同。

老年人肺泡数目减少，肺组织弹性差，容易有残留气体，使其中的细菌在肺组织中生长繁殖引起感染。老年人肺功能的储备能力降低，假如一部分肺组织有病变后，其他部分肺组织代偿能力差。由于老年人肺毛细血管内膜增生，导致血管壁变厚，使肺的血液循环发生障碍，不利于气体交换。老年人脊柱弯曲、后突、胸廓变形、呼吸肌萎缩弹性降低，不利于排痰，净化能力降低。

老年人的免疫功能降低是普遍现象。老年人的血清总蛋白和免疫球蛋白中的 IgM 降低，特异性抗体的生成能力降低。溶菌酶在正常情况下存在于气道粘膜表面的分泌物中，在补体和分泌型 IgA 的协同下，使细菌溶解，有较强的杀菌作用；而老年人的溶菌酶水平较低，尤其长期肺部感染者更低。这说明老年人细胞免疫功能降低，对感染的防御机能也减弱，这也是老年人肺部感染吸收慢、疗效差的原因之一。

老年人全身各器官的功能衰退，曾有统计，老年人各器官的功能平均下降 1/3 ~ 1/2，对疾病易感性高，抗感染能力降低，感染后机体反应性低，症状不典型或不显著。有半数老年肺炎患者不发烧，高烧者更少。不少人无呼吸道症状，仅有乏力、食欲减退、腹泻，有的以神志改变，突然晕倒等形式起病，或与流感并行，往往被原发病所掩盖。若就诊不及时或延误诊断治疗，会使病变扩散蔓延，较重者常易发生休克、心律失常、心力衰竭、呼吸衰竭、脱水、电解质紊乱等。老年人往往有咳嗽反射减弱，排痰能力及组织修复能力降低，且常伴有慢性支气管炎和肺气肿、肝肾功能不全及糖尿病等，常给治疗带来矛盾。在药物选择上受到限制，也就影响治疗效果。

就肺部感染的病原菌来讲，肺炎过去多为肺炎双球菌、葡萄球菌、链球菌引起，使用青霉素、链霉素容易得到控制，近十余年来，感染菌群发生了变异。大肠杆菌、变形杆菌、枸橼酸杆菌、肺炎克雷白杆菌等成为主要致病菌，或有两种以上细菌混合感染，或为病毒、霉菌感染。由于病原复杂，给诊断和治疗又带来不同程度的困难。

老年人肺炎易出现呼吸功能衰竭、消化道出血、脱水、电解质紊乱、甚至多器官功能衰竭。一般情况下，老年人全身器官功能协调地维持正常的生

理活动，即使已受衰老变化的影响和慢性疾病的损害，仍能依赖本身的潜力予以代偿。但是一旦感染，机体处于应激状态下器官的调节功能就显得力不从心了。此外，细菌感染产生的毒素和代谢产物，还可以引起重要器官缺血、缺氧、微血栓形成，并可形成免疫复合物沉淀于血管内皮细胞上，损害器官功能。

就现代医学水平而言，单一的器官功能衰竭尚不足致命，但老年人大多体弱多病，各器官本身已处于功能降低，甚至衰竭边缘，而各器官之间存在着更复杂的相互关系和影响，往往是一损俱损，一旦发生严重感染，各器官功能衰竭可能接踵而来，病程进展十分迅猛。再加上老年人反应差，症状不典型，病情隐匿，等到察觉，往往为时已晚。故预后就很差。

老年人肺炎应以预防为主。要经常参加户外活动，注意锻炼身体。卧床病人要保持室内空气新鲜，经常翻身拍背，加强营养，增加抵抗力。家属也应注意老年人的身体变化和精神变化，发现异常要及早就诊治疗。

（王季仙）

44. 老年人为什么更要警惕肺结核？

解放后，由于防痨工作的积极开展和有效抗结核药物的广泛应用，肺结核病的发病率和死亡率都已明显降低。但是，老年肺结核病则无明显减少，它仍然是老年人的常见疾病之一。据报道，1979年和1985年我国进行了两次全国结核病流行情况抽样调查，结果表明：肺结核患病率始终以老龄组最高。这是为什么呢？

首先，多数患者在青壮年时期就感染过结核病，但由于当时抵抗力强，结核菌潜伏在体内而未发病。随着人的老龄化，人体免疫机能及抵抗力逐渐降低，结核菌便在体内再度繁殖，发展为肺结核病。

其次，有些人在青壮年时期患过肺结核，由于当时治疗不系统或不彻底，病变时好时差，结核病迁延下来。到了老年免疫机能低下的时候，肺结核病再度活动。

另外，有一部分人以往患过结核病，经过治疗后病变静止，结核菌在低氧分压情况下处于休眠状态。人到老年由于各器官功能衰退，内分泌和免疫功能减退，静止的结核病便再度复发。

还有一些病人以往尽管患过结核病，经治疗后体内结核菌已被杀灭，但到老年后又重新感染，如胸膜炎、腹膜炎及粟粒结核就属于这一类。

老年人动脉硬化、糖尿病较多，结核病有时以糖尿病的合并症而存在。

老年肺结核的表现与中青年肺结核不同，归结起来，有以下几个特点。

其一，由于老年人常患慢性支气管炎、阻塞性肺气肿等呼吸道疾病，因此肺结核的症状常被忽略，而被误诊为上感、肺炎。所以老年人若咳嗽、发烧、血沉增快而按一般上呼吸道感染治疗效果不明显时应作X线检查。由于粟粒型肺结核单靠胸透难以诊断，所以必要时还须拍摄胸部X线片来确诊。老年肺结核的X线表现也不甚典型，与支气管肺癌及其他肺部感染有时很难鉴别。

其二，老年人对各种刺激的反应能力差，因此，有些肺结核病人完全没有自觉症状，只是在胸透或健康检查时偶然发现；有的缺乏特征性表现和结核中毒症状；仅有发热、消瘦、虚弱无力和食欲不振。

其三，老年肺结核的肺部病变有时颇重而症状却相当轻，这是因为老年人机体反应性差的缘故。老年人常患的结核病有：粟粒型肺结核、浸润型肺

结核、慢性纤维空洞型肺结核、结核性胸膜炎和结核性腹膜炎等较重的结核病，千万不要因为症状不重而不及时诊治。

其四，老年肺结核病人对结核菌素试验敏感性降低。有些患者痰结核菌阳性而结核菌素试验却为阴性，表明老年结核病人细胞免疫功能明显低下，所以结核菌素试验为阴性或弱阳性时，并不能排除老年肺结核病的诊断。

其五，老年肺结核的病变对肺部的破坏性大，往往形成大片状或团块状阴影。空洞的发生率和排菌率均高。由于老年人肺部毛细血管床减少，肺部的修复能力较差。尤其是老年人合并有其他全身性疾患时，治疗效果往往不佳。

综上所述，肺结核目前多发生于老年人，病情往往较重，排菌多、进展快而症状不明显，并且容易被慢性支气管炎等呼吸道疾病所掩盖，所以老年人更要警惕肺结核病的侵袭或复发。（乌云）

45. 怎样早期发现肺癌？

原发性支气管肺癌是最常见的恶性肿瘤之一，其发病率在许多国家都有明显增高趋势。近三十多年来，在我国许多大城市和工矿区肺癌的发病率也明显上升，40岁以上的人为多，城市高于农村，男性多于女性。导致肺癌的重要原因显然与周围环境的空气污染，长期吸入大量有毒的致癌物质关系密切。此外，患者长期精神上的苦闷、大量的吸烟以及机体免疫系统方面的因素或其他方面的因素有关。近年来对肺癌的病因、早期诊断和综合治疗方面的研究有了相当进展。关键是早期发现，这为早期手术赢得了宝贵的时间，从而争取了较好的后果。

早期肺癌是指病变处于开始阶段，还不很严重。医学上称隐匿型肺癌和Ⅰ期肺癌，隐匿型肺癌是指胸部X线或支气管镜检查不会发现肺癌的具体病灶，只是痰中查到癌细胞或支气管镜刷检发现癌细胞。Ⅰ期肺癌是指肿瘤直径不到3cm，肿瘤局限在支气管或肺实质内，对周围组织没有任何侵犯，也没有附近淋巴结转移。因此，手术治疗比较彻底，预后也较好。

早期肺癌往往没有自觉症状，有时某些症状是一过性或间断性的。一旦出现症状多半已到了病的中、晚期，失去了手术治疗的良机。肺癌之所以成为一种严重威胁人民健康的疾病，关键在于它发现晚，转移早，又无特效的治疗药物，也正是因为这样，肺癌的死亡率高。

老年人的肺癌通常发生在多种疾病的基础上，咳嗽常常是初期症状，但有吸烟史和慢性支气管炎肺气肿的人对咳嗽习以为常，不予注意。初期症状往往被某些慢性疾病所掩盖而被患者本人或医务人员所忽视。

假如患者出现阵发性咳嗽、刺激性干咳、痰内带血丝、血痰或持续性少量咯血时应高度警惕肺癌的可能性。老年人的反复感冒，或者咳嗽性质发生变化时应该做仔细检查。感冒的症状可因肺癌的支气管受阻塞或部分受阻塞而加重或延长。因此，感冒长期不愈或反复发作时必须立即进行X线肺部检查，同时查痰癌细胞以排除肺癌；对长期大量吸烟者尤为重要。

肺癌有时把某一部分支气管全部或部分阻塞，造成支气管引流不畅导致阻塞性肺炎或肺不张。如果老年人反复感染肺炎或肺部阴影消退缓慢，必须高度警惕。除了查痰癌细胞、胸部X线外还需要做支气管镜检查以明确诊断，便于及时治疗。

有一部分肺结核疤痕由于长期的慢性刺激，可以造成疤痕癌，老年人如果原结核病灶密度加深，病灶中或附近出现小结节模糊片状阴影时要高度警

惕肺癌的可能性，有时肺癌和肺结核同时存在。因此，即使查不出癌细胞，也需要继续观察。

鉴于以上这些情况，积极贯彻预防为主的原则，中、老年人进行定期的健康检查是早期发现肺癌的重要措施。正因为初期肺癌缺乏特征性症状，老年人久治不愈的咳嗽或咳嗽异常、血痰、反复不愈的感冒、多次出现的肺部炎症、扩大的硬结结核灶都应考虑肺癌的可能性，及早做X线肺部检查，痰查癌细胞，必要时做支气管镜检查甚至还要做支气管刷检癌细胞。总之，不要轻易放过。这一点，患者本人也必须注意。（乌云）

46. 老年人咯血可能是什么问题？

咯血是指喉部以下的呼吸道出血。咯出的血通常呈鲜红色，有时与痰混在一起，有时大口咯鲜血。老年人咯血见于多种支气管疾病，肺部疾病和心血管疾病。

人到老年，随着年龄的增长，抵抗力和免疫功能都有下降，各种急慢性呼吸道疾病随之增多。引起咯血的疾病不少于100种，其中主要是呼吸系统疾病，咯血以慢性支气管炎和支气管扩张居首位，其次是支气管肺癌和肺结核病。

在支气管疾病中，支气管扩张是引起咯血最常见的原因之一。支气管扩张的患者在青、少年时期多数患过肺炎或支气管感染，之后经常出现咳嗽、咳痰或间断咯血，合并感染时咳大量脓性痰，也有时反复间断性大咯血。这类患者的支气管呈柱状或囊状扩张并伴有炎症，血管的弹力纤维破坏，血管壁厚薄不均，容易形成假血管瘤而破裂出血。

另外，陈旧性结核病灶在硬结、钙化和纤维化基础上形成了支气管柱状或混合性扩张，致使患者也常咯血。

支气管内膜结核常有反复小量咯血或痰中带血，这是因为支气管粘膜受结核病的侵蚀血管损伤所致。支气管内膜结核发病率不高，但咯血原因不明时应想到该病的可能性。

支气管肺癌也是咯血的常见原因之一。肺癌是在支气管粘膜上由支气管上皮细胞异化而形成的恶性肿瘤。可因咳嗽或继发感染引起癌组织血管损伤而出血。血痰则是因为支气管壁有微小的营养血管，一旦被肿物侵及，即能产生含血的痰。有时癌肿中心坏死而发生血管破裂，引起大咯血。

引起咯血的肺部疾病中以肺结核为最常见，在我国老年肺结核的发病率仍然较高，结核浸润的病变部位毛细血管壁通透性增加，致血性渗出或小血管破裂致小量咯血。空洞型肺结核主要由于肺动脉分支的破裂或空洞内血管瘤破裂引起大咯血。

急性肺炎，尤以大叶性肺炎病人高烧、胸痛、起病急，可有短暂的小量咯血或带血痰，血痰主要来自病灶部位血管的通透性增加或破裂的毛细血管，这种血痰通常呈砖红色或铁锈色。肺脓肿病人的咯血主要因炎性渗出物和小血管破裂混杂而成。肺脓肿很少有大量咯血者。

引起咯血的心血管疾病中，风心病二尖瓣狭窄是引起大咯血的主要病因之一。老年风心病二尖瓣狭窄可引起左心房压力增高，致使肺静脉和毛细血管内压力升高，导致肺水肿，患者表现为极度呼吸困难伴有大量粉红色泡沫痰。如果肺毛细血管或支气管内膜微血管破裂也可以引起小量咯血。

肺栓塞和肺梗塞患者也引起咯血。多由于老年心脏病伴有心房纤颤者，

右心房附壁栓子脱落或老年人长期卧床、手术后下肢静脉栓子脱落引起肺栓塞或肺梗塞。

其他肺吸虫病、尘肺、钩端螺旋体病、流行性出血热也都可以引起咯血。

咯血的数量与血管损伤程度有关，而与病灶的大小和病变的多少不成比例。咯血量的多少根据不同的病变性质和病因而异，但与病变的严重程度并不完全一致。例如，大咯血可能是空洞型肺结核，而血痰或小量咯血也可能是支气管肺癌。因此，不论咯血是什么原因引起，也不管其血量多少，都应该到医院做仔细的检查。若痰中带血丝还应该请口腔科和耳鼻喉科医生检查口腔和咽喉部有否出血的病变。如果没有则应该做胸部 X 线检查同时查痰结核菌和癌细胞。必要时还要做支气管镜检查 and 支气管碘油造影，以明确咯血的病因诊断，以便及时治疗。

（乌云）

神经系统

47. 什么是“中风”，有无先兆，有没有预防措施？

脑血管疾病又称中风、脑卒中或脑血管意外，是指急性脑部血液循环障碍造成的脑局部损害，是严重危害人体健康和威胁生命的一种常见病，不仅发病率高，而且致残率和死亡率也相当惊人。我国每年约有 300 万人得这种病，致残者达半数以上。其特点是发病急骤，患者很快出现半身不遂（偏瘫）、失语和吞咽困难等症状。除少数患者由于病变范围小、病程短、治疗及时而康复外，大多数病人的一侧肢体都落下不同程度的活动受限或语言不畅的后遗症。

目前医学界认为中风的原因是由于多种危险因素长期作用于脑血管而引起的慢性病理性改变。如果机体通过各种代偿机制以调节脑血管功能，病人一般不会出现中风。假如脑血管结构出现严重器质性损害，而代偿调节能力又陷于崩溃时，才突然出现偏瘫、失语等症。

中风分为缺血性中风、出血性中风、双重性中风（又称混合性中风）和少见性中风四类。

缺血性中风是指脑血管痉挛、狭窄或阻塞造成的急性脑缺血、缺氧而引起的脑细胞损害。此种类型最为常见，占中风的 80% 左右。根据发病原因、持续时间长短、损伤程度及愈后情况不同可分为短暂性脑缺血发作、脑血栓形成和脑栓塞，短暂性脑缺血发作，是急性小灶性脑缺血，无脑组织坏死，表现为短暂的运动或感觉障碍、眩晕、吐字不清等，不留后遗症。这种中风可以反复发作，持续时间短，能在 24 小时后完全恢复正常。脑血栓形成，是脑部动脉管腔狭窄、闭塞，使脑组织急性缺血、缺氧，导致脑软化或坏死。脑血栓病程持续时间长，超过 24 小时，可有进行性加重，常在安静状态下起病，其发病及恢复均较缓慢，血压常不高。患者表现为突然出现头痛、恶心、呕吐、口眼歪斜、偏瘫、失语等。脑栓塞，是指各种栓子脱落随血流进入脑动脉引起阻塞，造成脑缺血，导致不同形式的脑细胞肿胀、水肿或坏死。多见于心肌梗塞、心房纤颤、风湿性心瓣膜病。多数先有一侧下肢栓塞病史，然后再突然发生脑栓塞。

出血性中风是指脑实质内小动脉破裂或渗血引起的颅内出血，发病率占中风的 10% 左右。根据出血部位，分为脑出血和蛛网膜下腔出血两种。脑出血是出血部位在脑实质的壳核、丘脑或小脑、脑干等。患者常有高血压和动脉硬化病史，多在体力活动、精神紧张、情绪激动时突然起病，有头痛、呕吐、一侧肢体瘫痪、意识障碍，也可在 1~2 小时内进入昏迷。蛛网膜下腔出血，是脑表面血管破裂出血，血液进入蛛网膜下腔。常见原因是脑瘤、脑血管畸形，其次是高血压及动脉硬化。病人突然出现剧烈头痛、频发呕吐、颈部强直等脑膜刺激征。

双重性中风指脑组织中既有出血灶，又有梗塞灶，可以是同时发病，也可以是先后发生。病人往往有多年高血压病史，尤其是舒张压过高，并患有多次中风。

少见性中风包括夹层动脉瘤、血栓闭塞性脉管炎、颈内动脉纤维肌肉发育不良等，好发于 40 岁以下年轻患者。

中风是有先兆的。当出现头痛，手脚麻木，面部抽搐或肢体无力，手脚不灵活，如手握不住笔，拿不紧筷子，走路时下肢发沉，抬不起脚，拖着地

或划圈等，则预示可能要中风，应及时就医。有些老年人表现为嗜睡、无精打采或烦躁不安，也应意识到可能是蛛网膜下腔出血。当头部外伤后出现头痛、一侧肢体无力或感觉障碍及不良精神症状时，应考虑可能是慢性硬脑膜下血肿。

由于大多数中风患者不能完全治愈，行动不便，生活不能完全自理，给本人及其家庭带来了极大的痛苦和困难，因此预防中风的发生尤为重要。本着“未病先防，已病防变”的方针，提出六条预防措施：

(1) 积极治疗高血压。由于中风病因与高血压、动脉硬化有关，发现高血压一定积极治疗，以推迟高血压病程的进展，可以防止出现血压长期过高引起的全身小动脉硬化、痉挛甚至出血。

(2) 尽量限制脂肪（尤其是动物脂肪）的摄入，防止血液粘稠度和血脂增高，避免动脉粥样硬化。

(3) 定期查体，包括尿糖和血糖检查。糖尿病是诱发中风的一个重要因素，一旦发现，就要严格控制饮食和糖的摄入，必要时在医生指导下服用降糖药物。

(4) 生活要有规律，注意劳逸结合。做到情绪稳定、性格开朗、豁达大度。这一点对高血压患者尤为重要。

(5) 骑车、行走要小心。老年人骨质疏松，外伤后易骨折，长久卧床，体重增加，易瞬发中风或直接引起外伤性中风。

(6) 积极参加社会活动，这样既可以陶冶情操，又利于促进睡眠、松弛血管平滑肌、降低血压、增加脑血流量。

相信上述预防措施的积极推行，一定有助于更多的老年人摆脱中风疾病的威胁，使更多的家庭生活得美满幸福。

（张玉梅）

48. 怎样治疗中风？

中风，应区分不同的类型而采用不同的治疗方法。

缺血性中风的治疗通常采用传统的口服或静脉给药的方式，如扩管扩容、降低颅压、抗血小板聚集、溶血栓、使用钙通道阻滞剂和抗自由基治疗。新近采用的颈动脉加压滴注和颈动脉快速推注治疗法，为中风治疗开辟了一条新的更为有效的途径。当脑缺血时，使用血管扩张药，可以改善侧支循环，增加脑血流量，保护脑细胞。常用的血管扩张药有菸酸、脑益嗪、抗栓丸、罂粟碱、盐酸普鲁卡因、低分子右旋糖酐、卡兰片、纳洛酮、川芎嗪等。通常缺血性中风后脑压增高并出现脑水肿时，必须采用降低颅压的办法，法。常使用甘露醇，以达到高渗脱水、扩容改善脑循环的目的。此法尤其适用于大面积急性期患者。抗血小板聚集采用的常用药物有阿斯匹林等，可使患者血小板避免粘附和聚集。常规服用阿斯匹林，经临床观察证实是极其安全的，服药前无须做特殊检查。钙通道阻滞剂主要作用于血管平滑肌，使血管扩张，增加脑血流量，防止脑细胞损害。常用药物有硝苯吡啶、尼莫地平、尼卡地平、尼马地平、氟桂嗪、西比灵等。机体在正常能量代谢过程中产生的自由基随时为自身的抗自由基组织清除，保持平衡。当脑细胞被破坏时，自由基组织骤增，使神经细胞受损，导致微循环障碍，对抗自由基系统主要有两种成分，即酶系统、抗氧化剂。一般补充抗氧化剂，以减少脂质过氧化作用，阻滞自由基过氧化反应，达到清除自由基的目的，减轻神经细胞的损害，控制脑水肿的发展和脑水肿面积的缩小、常用药物为维生素E、A、C，辅酶Q10，甘露醇，地塞米松，半胱氨酸，转移因子等。颈动脉加压滴注和颈动脉快速

推注治疗中风取得了良好效果，尤其对急性期患者治疗更为显著，治愈率明显提高，使许多人免除了偏瘫后遗症，行动自如，生活完全自理。对恢复期患者也均有不同程度的疗效。这种治疗的特点是：药物直接进入脑血管并到达病灶，因而局部的药物浓度高，疗效十分显著。除上述方法外，还有中药活血化瘀法，将丹参、川芎嗪、脉络宁、维脑路通等静脉滴注，10~14天为一疗程。使用降粘度药，如低分子右旋糖酐，代血浆及10%甘油滴注及通过放血补液或单纯输液使血粘度和血浆粘度同时降低。使用尿激酶、蛇毒抗栓酶、链激酶、肝素及双香豆素等溶解血栓及抗凝。治疗中风还有一些辅助办法，如体外反搏、高压氧、音乐电疗法、量子血液疗法、针灸、按摩以及心理安慰和医疗体育指导，均有助于患者康复。

治疗出血性中风一般采用脱水降颅压、止血、控制血压、积极抗炎处理并发症及应用脑细胞活化剂，如ATP、辅酶A、细胞色素C、胞二磷胆硷、氯脂醒、脑复新、都可喜、海得芬及脑活素等药。根据患者病情还可酌情采用手术治疗。手术方式概括为两种，即开颅清除血肿和钻孔穿刺清除血肿。开颅清除血肿的优点是出血清除得彻底，并可对出血动脉进行止血，但因手术创伤大，治疗对象仅限于出血过多或继续出血者。钻孔穿刺清除血肿的优点是创伤小，无需切开头皮即可进行。适应症较广，可用于脑叶、壳核、小脑、丘脑出血者，也可用于不能经受开颅手术及内科治疗无望者。对手术时机目前意见不一。一般认为，凡颅压高经脱水治疗无效、病情平稳后有恶化趋势和脑疝患者应立即手术。

混合性中风又分A型、B型。A型是指出血与梗塞均为急性期（新近性），可采用中性治疗，既不用止血药，也不用扩管扩容药物或活血化瘀药，可选用脱水剂降低颅压，选用适当抗自由基药物减少缺血性损害、应用细胞活化药物以促进脑功能恢复。B型是指血肿为急性期（新近性）、梗塞为恢复期（陈旧性），这类病人急性期可按脑出血处理，不宜把血压降得过低。

各类中风所造成的偏瘫都可采用颈动脉加压滴注和颈动脉快速推注的方法治疗。从目前情况来看、这两种方法所取得的疗效是最好的。（张玉梅）

49. 怎样预防中风再发？

中风再发比初发可见，尤其是缺血性中风，一年复发率为10%左右，五年复发率为20%左右。可见，预防中风再发的问题也十分重要。

预防中风再发，应从以下几方面着手：

（1）坚持服用常规治疗脑血管疾病的药物。一般服用维生素E、C，川芎嗪、尼莫地平、肠溶阿斯匹林及对症药物，以巩固治疗效果和防止中风再发。口服阿斯匹林可以预防短暂性脑缺血发作，一般不主张潘生丁和阿斯匹林合用，因为不能提高疗效。

（2）尽早加强患侧肢体的功能锻炼，严格按照医疗体育的要求进行。千万不能消极等待患侧肢体功能的自然恢复，而是发挥患者自身的主观能动性，强迫自己主动进行全身各部位肌肉和各关节的锻炼。对重症患者，家属应帮助病人翻身和进行抬胳膊、抬腿的训练，以防产生褥疮和肌肉萎缩。一般主张缺血性中风患者越早活动越好，脑出血病人，轻的二周、重的四周后进行活动。活动必须循序渐进，并由简单到复杂。患者自身的锻炼是防止中风再发的一个重要环节。

（3）针对诱发病因，积极治本。高血压患者要定期复查血压，按时服用降压药物，使血压维持在适合自己年龄的水平。糖尿病患者应积极控制血糖

和尿糖，血糖一般控制在 170mg% 以下，餐后尿糖最好不要超过一个加号（十）。血脂过高者除控制饮食摄入量外，应减轻体重，必要时服用降脂药物。

（4）中风病人应不吸烟、不饮酒。因为吸烟能引起动脉硬化，而饮酒则导致血压升高。

（5）合理膳食。要多吃清淡、易消化食物，减少盐和糖的摄入，注意补充钙质和高蛋白食品，多吃水果、蔬菜和粗纤维食物，如杂粮、芹菜、燕麦片等，一次食量不宜过多，提倡少吃多餐，利于大便通畅和降脂、降糖。

（6）患者家属应积极关心、安慰和耐心护理，决不可采取简单、粗暴和冷淡的态度，尤其是对伴有痴呆症的患者更应如此。态度不好，不仅不利于患者的康复，而且会加重病情，导致中风再发。

（7）对部分伴有精神症状，如喜怒无常、悲观、忧虑的患者，除服用常规药物外，还要加服金刚烷胺等药，以控制情绪，建立治病的信心。

（8）进行血液流变学监测。当血液粘稠时，流经纤细、拐弯多、内管壁不光滑的脑动脉时，很容易破坏血小板，发生凝血。造成血管阻塞，诱发中风。尤其脑豆纹动脉为中风好发部位。通过监测，经常了解血液粘稠度和血小板聚集情况。当血液流变学异常时，应警惕中风再发。

（9）冬季时注意防寒保暖，寒冷使小血管收缩，是好发中风的季节。脑血管病人本来血管弹性差，对寒冷的适应能力和调节能力均减弱，所以诱发脑缺血的可能性本来就大。因此气温很低时，早晚尽量不要外出，既防感冒又防中风再发。

（10）高度重视再发的先兆，即头痛、肢体发麻或突然出现患侧肢体功能和语言障碍加重，或健侧出现中风的先兆，均预示中风再发，应立即就医，必要时复查 CT，可发现除原病灶外，又出现新病灶区，应及时治疗。

（张玉梅）

50. 怎样防治帕金森氏病？

随着人口的老化，帕金森氏病的发生率有逐年上升趋势。这是对老年人的一种威胁。帕金森氏病具有三个主要特征：静止性震颤、肌肉强直、运动减少。

帕金森氏病又叫震颤麻痹，是中枢神经系统的进行性变性，主要病变是基底节的黑质与兰斑变性、伴有黑质色素消失及神经细胞减少，以及程度不等的神经胶质增生。由于以上病变，使在纹状体神经末梢分泌的多巴胺（抑制性神经传递介质）减少，而乙酰胆碱（兴奋性神经传递介质）相对增强，正常情况下两者是平衡的，因此出现震颤麻痹，也称帕金森氏病。本病分原发性与继发性两种。原发性帕金森氏病，发病率最高，其原因不明，以黑质变性为主，在帕金森氏病患者中占约 10~15% 有家族史。继发性帕金森氏病，多由于脑动脉粥样硬化和基底节血液供应障碍引起。其次是病毒感染，因病毒集聚于黑质与兰斑而致神经细胞变性。还可由某些药物（如利血平、抗抑郁剂、吩塞嗪类、尤其是氯丙嗪）所促发。少数因一氧化碳、锰、汞、二硫化碳等中毒而引起。个别的脑肿瘤、结核球、脑炎、脑外伤等病所致的帕金森氏病，与帕金森氏病症状一致，仅病因有所区别。

本病病程进展缓慢。静止性震颤，最早出现于肢体远端，多从一手开始，逐渐波及同侧上下肢与对侧上下肢，重者手部震颤如搓丸样。肌肉强直自始至终存在，在被动运动时肌呈“铅管样”强直，肌张力增高，呈断续地停顿

而称作“齿轮样”强直。病人站立时呈屈曲姿势，双膝略为弯曲，躯于前屈，走路时步伐小，身体向前倾，起步缓慢，但当起步后则越走越快，称作“慌张步态”，缺少摆动的联合动作，不能突然上步或转弯。运动减少及缓慢，面部表情呆滞，极少瞬目，缺乏表情而呈“面具脸”，手不能做精细动作，有写字过小的症状。

关于帕金森氏病的防治，很早就有人认为，该病是不可逆的，预后较差。所以要尽量做到早期发现，早期治疗，以延缓疾病的进展。对继发性帕金森氏综合征，必须尽快找到病因，及时有效地对病因进行针对性治疗，消除病因，以早日恢复健康。医学界人士长期以来都很关注帕金森氏病的研究，一百多年来，治疗帕金森氏病主要是应用抗胆碱能和抗组胺类药物，近三十年开展了手术治疗，对一侧震颤麻痹的疗效可达80~90%，但符合手术条件的病例不到10%。近二十多年来，由于神经系统生物化学的进展，左旋多巴、美多巴等药物的问世，为帕金森氏病的治疗打开了新局面。采用多巴胺替代疗法，补充多巴胺，可弥补纹状体中多巴胺之不足，改善症状，这种治疗须长期应用。值得注意的是，左旋多巴、美多巴不能与单胺氧化酶抑制剂、利血平、苯妥因钠、维生素B6等同用。但左旋多巴可与多巴脱羧酶抑制剂联合应用，从而减少左旋多巴的剂量。因左旋多巴有一定副作用，如出现消化道症状（恶心、呕吐、食欲不振），心血管系统症状（直立性低血压、心律失常、心绞痛），神经精神症状（不安、失眠、抑郁、幻觉、不自主运动），血像减低（白细胞、血小板减少）等现象时，应注意调整剂量，必要时停药。对严重肝、肾、心功能不全，消化性溃疡，高血压，心律失常，糖尿病，精神病，青光眼及孕妇不宜应用。安坦、东莨菪碱、开马君等抗胆碱药物的副作用有视力模糊、口干、无汗、不宁、恶心、呕吐等，青光眼患者慎用或不用。抗组胺药物有苯海拉明、非那更等，可作辅助用药。还有金刚烷胺，具有抗病毒作用，可用于疑由病毒感染引起的帕金森氏综合征。

近来国内外学者主张用大剂量-肾上腺能阻滞剂，采用心得安治疗原发性震颤麻痹，也取得一定疗效。总之，治疗帕金森氏病的药物品种繁多，药物副作用也多，所以一定要在医生的指导下酌情慎用。另外可辅以体育、头针、音乐、经络给氧、按摩、心理疏导等综合治疗，以协助尽快康复。

（谷翠康）

51；什么是“老年性痴呆”，怎样防治？

当人生步入老年以后，随着年龄的逐渐增大，人体内各脏器的功能亦随之衰退。其中老年性痴呆是较为常见的一种疾病，多见于70岁以上的老人，年龄越大，发病率越高。有人报道，60~69岁发病率为2%，70~74岁为2.6%，75~79岁为6.1%，80~84岁为13.7%，85岁以后约为27.8%。痴呆老人多见于脑卒中（脑出血、脑血栓形成，俗称中风）后遗症，其次是高血压。据日本东京都调查认为：痴呆老人中有脑卒中后遗症者占45%，高血压者占34%，半身不遂者占30%，还有嗜睡或者忽睡忽起的占60%，大小便失禁占40%。

发病原因主要是由于老年人大脑血管系统的动脉硬化，引起脑部血液循环障碍，导致大脑皮质神经细胞显著减少并发生变性，使脑组织逐渐萎缩，故属于大脑皮质神经细胞的一种慢性变性疾病。值得注意的是，此病的半数左右是由于社会因素而诱发的，老人健康欠佳，经济不能独立，与他人（子女）关系不能和睦交往时，容易产生异常心理，陷入忧郁状态，逐渐形成痴

呆。本病往往逐渐起病，表现为慢性精神异常，可以伴有谵妄。

老年性痴呆最常见的早期症状是记忆力衰退。初期以近事遗忘为主（近记忆力衰退），即对新发生、才做过或才遇到的事情容易忘记，例如自己刚放好钱财物品，旋即遗忘存放的地点；虽已吃完饭但对他人却说未吃，反而怪罪子女不孝，造成家庭不睦。然后患者的理解力、判断力和计算能力也逐渐下降，往往离家不知锁门，外出后不识归途，拿了扫帚而不扫地，走进房间不知自己要干什么等现象。此外，患者在早期表现中，性格和感情也有很大变化，往往变得孤僻、主观、固执、多疑，对别人不关心，对周围事物没有兴趣，容易激怒，言语重复啰嗦，常为一点小事与儿孙争吵不休。有些患者甚至发生错觉、幻觉等症状。病情发展严重时，久远的往事也可遗忘（即远记忆力衰退），比如忘记自己的出生地、姓名、甚至朝夕相处的亲人都辨认不清，患有上述症状的患者若不及时进行诊治，平均在五年内将会发生严重的痴呆。

对于老年性痴呆，国内外至今尚无特效的药物和治疗方法“但办法还是有的，原则上尽量减轻病程中发生的各种症状，延缓病情的发展。效果的好坏，关键在于对不同病情进行早期而适当的治疗，同时还要治疗动脉硬化、高血压、冠心病等。老年人除了应加强体育锻炼、合理膳食之外，不应忽视“运甲大脑”，因为经常运用大脑除了可以保持头脑灵敏度以外，更重要的是能够延缓脑细胞的衰老，维持脑组织之正常生理功能，有效地防止老年痴呆的过早出现。因此老年人，应该有意识地经常运用自己的大脑，可以经常读书、看报、思考一些问题。平时做些力所能及的事，培养自己多方面的兴趣爱好，并根据自己的条件和性格有选择地参加一些活动，如种花、绘画、钓鱼、养鸟、书法、下棋打扑克、听音乐、健美操等活动，保持心情愉快。这样，神经机能和全身各器官的活动才能更好地协调、平衡，对内、外各种致病因素才能有较高的抵抗力。患有糖尿病、心脑血管疾病的老人，应注意少食高胆固醇的食物，并在医生的指导下服用一些改善脑细胞代谢、扩张血管的药，如脑益嗪、复方丹参、心痛定、维生素E等。

总之，应该调动主、客观因素，采取各种措施和方法，防止老年性痴呆症过早出现，达到延年益寿的目的。（王慧芳）

52. 怎样防止安眠药成瘾？

安眠药，是有催眠镇静作用的药物的总称。常用的有速可眠、利眠宁、安定等。成瘾又称药物依赖性。在反复应用安眠药以后，产生生理或心理上的依赖性。一旦停药会出现失眠加重，乏力、烦躁、焦虑不安，紧张、激动，食欲不振等，此谓心理性药物依赖。重者可出现意识模糊，胡言乱语，兴奋躁动，心率加快，癫痫大发作等，此为生理性药物依赖。停药后的种种不适和痛苦，统称“戒断”症状。

引起安眠药成瘾的主要原因是滥用和误用。滥用是指病人不合病情地过量用药，误用主要是医务人员用药不当。长期反复用药先是产生耐受性，被迫加大剂量或联合用药。老年人肝脏解毒功能下降，药物容易在体内蓄积中毒，损害心、肝、肾等重要器官和造血系统。

防止安眠药成瘾，简单地说就是避免滥用和误用，就是要合理用药。为此，了解一些关于睡眠的常识及老年人的睡眠特点，是十分重要的。

睡眠的重要性是人所共知的。人究竟睡多少时间才算合适呢？这是因人而异的。有的人每天睡5~6小时就足以恢复疲劳，有的人要睡8小时以上。

所以，不要一律去追求 8 小时睡眠。美国心脏病专家通过调查后发现：每天睡 10 小时和只睡 7 小时的人相比较，前者因心脏病死亡的比后者多一倍，因中风死亡的比后者多 3.5 倍。

多梦的睡眠，以往认为是变相的失眠，甚至滥用药物企图消灭梦境。新的研究结果是：有梦睡眠优于无梦睡眠，多梦是精力充沛的表现，标志大脑活动健康。只有痴呆人才不做梦。日本山梨大学的一项研究证实：梦多寿命长，在正常情况下无梦睡眠（深睡眠）和有梦睡眠（浅睡眠）交替进行，相辅相成，缺一不可。当然成夜恶梦萦绕也不是正常现象。

随着年龄的增长，大脑皮层内抑制作用下降，因此老年人的睡眠特点是：入睡时间延长，睡眠时间渐短，人的一一生中“前二十年睡不醒，后三十年睡不着”；睡眠时间分散，即晚上睡不着，白天常打盹；深睡期缩短而浅睡期延长。许多老人一夜要经历 150 次左右的浅睡期，故觉得自己“彻夜未眠”，造成人为的心理上的失眠。其实，如果晚上能睡上 4 小时，加上白天打盹和午睡，总的睡眠时间就不算少了。由于老年人睡眠的这些特点，老人总的睡眠时间应在原来的习惯睡眠时间卜加 1~1.5 小时。对老人来说，睡午觉是十分重要的，它不仅能提高睡眠效果，有利于每日身心疲劳的恢复，而且对减少心血管病的急性发作大有裨益。

老年期的许多疾病也会造成睡眠障碍。脑动脉硬化性精神病患者除失眠外，还有睡眠节律的改变，常常是白天睡觉夜间清醒。一些症状如疼痛、气喘咳嗽、瘙痒、多尿也常干扰睡眠。某些药物如氨茶硷等会引起兴奋而造成失眠。

防止安眠药成瘾的对策是：生理性失眠无须用药，某些疾病引起的睡眠障碍首先要治疗原发病，必要时辅以安眠药。即使患了失眠症，也要具体分析。失眠不一定用安眠药。详细分析失眠的原因，并设法排除，甚为重要。适度的运动和体力劳动能使身体的内环境稳定，神经系统的兴奋和抑制过程协调。好的睡眠习惯才能保证有高质量的睡眠。非用药不可时，首选中成药如养血安神片，柏子养心丸等。用安眠药时切记小剂量短期使用，一般不超过 3 周。也可几种药物间断或交替使用。但以上这些药物都要在医生指导下使用，而不要自己做主。

医生提醒您：安眠药是一个危险的朋友。

（周玉芳）

53. 怎样防治偏头痛？

偏头痛是一组反复发作的血管性头痛的总称。其发病率的 70~80% 为年轻女性，其他年龄组也有发生，女性患者约为男性的两倍。偏头痛可由许多因素引起，目前较公认的是由血管的收缩或舒张（尤其是颅内血管及颅外头皮血管）而引起。因血管壁含有丰富的神经末梢，当血管收缩或扩张时就产生头痛。如在情绪（激动、愤怒、紧张等）因素作用下人体肾上腺素分泌增加，这样可以使周围小血管收缩、血压升高，同时加强了血小板聚集，并释放 5-羟色胺（5-HT），使颅脑外动脉血管扩张。颅内外血管的收缩与扩张导致了偏头痛。

典型的偏头痛发作可分先兆症状和头痛两个阶段。不典型的偏头痛（普通型）无先兆症状，一开始就是偏头痛。先兆症状是因大脑局部血管收缩脑血流量减少，使大脑区域性组织的血液灌注量降低，出现精神不振，视物不清，偏盲或出现幻视，黑矇，想睡觉及不舒适感。这种状态持续几分钟或十

几分钟，而后开始偏头痛（即进入第二阶段）。先是一侧局部出现胀痛、钻痛或跳痛（有时可随脉搏跳痛），以后扩展到半侧头部，伴有眼鼻结膜充血、恶心、怕光、甚至有的患者还怕声音。该病发作轻者数小时，重者可长达数日。该病发作有周期性，每次发作过程相似。慢性患者会出现个性特征的变化，如严重焦虑，烦躁不安，自我约束力下降，易动怒等，而这些又会加重偏头痛。

影响偏头痛的因素有三：一是社会心理刺激，如学习压力大，用脑时间过长，工作紧张，人际关系及家庭不和睦等。二是性格因素，如有的患者敏感多疑，内心矛盾，好胜心强，急躁，敌意情绪等。三是遗传因素，约 2/3 的患者有家族史。对于偏头痛的治疗，我们应采取防治相结合的方法，从心理治疗上对情绪进行调控，减少不良刺激，常用精神缓解疗法，生物反馈疗法，自我训练方法等。

前面说过偏头痛的发生分为两个阶段，在先兆症状阶段应以预防为主，针对引起偏头痛的三个因素采取相应措施。头痛阶段应以治疗为主，可以口服药物治疗，常用麦角胺扩张血管药物，抗焦虑性药物，但要注意“药瘾”的出现。还可以对一侧偏头痛的穴位及骨膜作药物注射，能取得令人满意的效果。常用的药物有奴佛卡因，维生素 B1、维生素 B12 注射液和不同浓度的酒精。要注射到与疼痛相应的枕大神经、枕小神经、第三枕神经、耳大神经、耳颞神经、颧颞神经、颧面神经、眶上神经等。常用的穴位有太阳、攒竹、睛明、头维、百会、风池等。（李智光）

54. 令人痛苦万分的三叉神经痛，究竟怎样治疗为好？

三叉神经痛是人类最痛苦的疾病之一，在中老年人中颇为常见。大部分患者丧失了劳动力，有的甚至轻生。

此病诊断容易，治疗却很难，因此被列为世界十大难治病之一。自从 1756 年 Auder 首先将三叉神经痛列为一个单独的疾病以来，至今二百多年间已有数十种药物和方法治疗此病，一般归纳为三大类。

药物疗法 苯妥英钠（Phenytoinum Natricum）又名大仑丁、癫痫宁（Dilantin），每次 0.1~0.2 克，每日 2~3 次。通常 2/3 的患者初服时疗效明显，久服后无效。卡马西平或痛痉宁（Carbamazepine632883），及台格雷妥（Tegretol），每次 0.1~0.3 克，日服 3 次，每日极量为 1.2 克。普鲁卡因（Procai-ni），口服时 5% 普鲁卡因每日 3 次，每次 10 毫升，共服 2~4 周。静脉点滴时，用普鲁卡因 0.3~0.6 克加维生素 C0.5 克溶于 500 毫升 5% 葡萄糖溶液在 1 小时内滴完，每日一次，5~7 日为一疗程。颈总动脉内注射时，可用 0.25% 普鲁卡因液 10~20 毫升，向颈总动脉内缓慢注入，每周 2 次，2 周为一疗程。另外也可根据病人情况，选用中医中药及针灸疗法。

开颅手术法及射频仪电针疗法目前国内外治疗此病常用的开颅手术方式有颧入路方式、枕入路方式及显微外科兴起后而创新的枕后小孔开颅手术。通过颅中凹或颅后凹把三叉神经感觉根或半月神经节后根切断，或三叉神经根减压术（即垫片）等。自 1933 年开始出现半月神经节电凝疗法，因有死亡而停用，七十年代在此基础上发展为射频仪热凝疗法，我国于八十年代初引进此法。还有三叉神经支的切断及撕脱手术（口腔科常做）。

注射疗法常用的有颅内半月神经节注射法。三叉神经支干的注射疗法。三叉神经第 1 支（眼神经）自眶上裂出颅，可做眶上孔眼支的封闭注射。三叉神经第 2 支（上颌支）自颅中凹圆孔出颅经眶下孔分布在上颌，可做眶下

孔的封闭注射。第3支自颅中凹卵圆孔出颅，可做亥孔的封闭注射。

以上诸多疗法中，颅内半月神经节酒精注射疗法为最好。此法是根据三叉神经的三支分布，对症注射治疗。若第3支有疼痛就治疗第3支而不损伤第1或第2支。若第3和第2支有病痛，就用酒精注射治疗第3和第2支，而不损伤第1支。用酒精阻断半月神经节，其道理与开颅切断三叉神经节后根一样，但其方法简便、安全、止痛时间长，对原发三叉神经痛的有效率可达100%，复发率仅为1~5%，此法优于药物疗法和各种开颅手术，因开颅手术有1~6%的死亡率，易有偏瘫、颅内出血、感染及失明等后遗症。另外开颅手术需要设备齐全的手术室和熟练的脑外科医生，而且开颅手术还有许多禁忌症，如高血压、冠心病，复发率在10%左右。注射疗法优于引进的射频仪电疗，在射频仪电疗的过程中，病人须承受巨大疼痛，大多数中老年患者不愿接受。另外射频仪电疗把三叉神经三个支全部破坏，使半个面部麻木，复发率达1~30%。注射疗法也优于神经支的切断及撕脱手术，因95%的病灶在半月神经节内，只做神经支干的撕脱手术，止痛时间短，复发率高。注射疗法也优于封闭法，封闭法可以说治标不治本，封闭三叉神经的支干或未梢，止痛时间仅3~6个月。所以说，颅内半月神经节选择性酒精注射，应是目前治疗三叉神经痛的最好的方法。（李智光）

55. 为什么会眩晕，怎样诊治？

从生理解剖上我们知道，掌管人体平衡不致跌倒，是人的小脑及前庭系统。它包括内耳前庭器官（即上、下、后三个半规管），第八对颅神经（即听觉神经）、脑干内前庭神经诸核、前庭传导的径路 and 大脑皮质的前庭代表区（颞叶）。每当这些部位受到生理或病理的刺激（包括物理、化学、病理、内分泌性的等）时，其神经冲动传导到大脑皮质的前庭代表区，就会出现眩晕。

我们常把眩晕分为中枢性和周围性（耳源性）两类。中枢性眩晕可分为大脑病理性、脑干性、小脑性三个方面。大脑病理性眩晕是由大脑颞叶肿瘤及脑血管硬化等引起。脑干性眩晕是由脑干部位的肿瘤、脑干脑炎、脑椎动脉供血不足而致。小脑性眩晕是由小脑肿瘤，小脑动脉血栓引起及眼源性眩晕。周围性（耳源性）眩晕，指凡是能引起内耳前庭神经（上、下、后三个半规管）的各种改变导致的眩晕。可分四个方面：供给内耳前庭器官处的血流速度减慢导致的眩晕，心脏本身各种病变导致心肌排血量减弱而使脑内及前庭器官供血减少；供给内耳前庭器官处的血流压力（晶体或胶体渗透压）变化而出现眩晕；人体血流粘稠度的改变而出现眩晕；如动脉粥样硬化，血液粘稠度增加，可使供给内耳前庭器官处的血流速度减慢，血流压力增加，贫血时血液粘稠度减弱，都会出现眩晕。前庭神经器官的毒性及变态反应可以出现眩晕，如常见的链霉素、新霉素、庆大霉素的毒性反应。眩晕的原因较复杂，几乎机体各个系统的病变都可诱发眩晕。我们可以看到有的病人到内科求治眩晕，有的病人到外科、耳科求治眩晕，甚至有的病人到妇科求治，出现临床各科医生互相推诿，使眩晕病人不能得到及时医治，同时也给诊治眩晕的医生增加了不少困难。

如何诊治眩晕呢？眩晕病人首先要做些必要的检查。

血液方面的检查化验血常规、血糖、血脂、血蛋白总量等。贫血、内耳炎、脑干脑炎、血糖增高、血蛋白总量低、高脂血症等都可引起眩晕，在相应的检查化验项目中结果异常。

血压血流压力及流速变化可以导致内耳及前庭器官的压力改变，出现眩晕。观察血压变化对眩晕患者来讲也是很重要的。

心电图心脏各方面的问题也可导致眩晕，例如心动过速、心动过缓、心肌炎、冠心病等。这些疾病可使心排出血量减少，影响内耳前庭器官处血流速度及压力变化。

脑血流图、脑电图及颈椎 X 光片、中老年人易患心血管疾病，脑供血不足。颈椎病由于椎管狭窄压迫血管造成大脑（颞叶）及内耳前庭供血不足出现血流的压力、速度改变而眩晕。

前庭功能检查眩晕患者可到耳鼻喉科专门做前庭功能检查。假如耳科检查为阴性，进一步作脑超声波，脑电图和颅脑 CT 检查，以除外大脑颞叶、脑干、小脑等处肿瘤压迫而致的眩晕。

另外，使用特殊药物如链霉素、庆大霉素等，眼部疾患及妇女更年期阶段，也可出现眩晕，应做有关科的必要检查。

眩晕原因十分复杂，青年眩晕者多见神经官能症及美尼尔氏病。中年眩晕者多因机体各系统的生理或病理变化而产生。如果经检查有血液，心脏疾患或脑供血不足者可到内科治疗，若内耳前庭功能变化则可到耳科治疗，若因颈椎病或颅脑肿瘤所致则可到外科治疗，若因眼源性或药源性则可对症治疗，若是女性更年期则可到妇科治疗。（李智光）

运动系统

56. 为什么老年人特别要防止摔交？

青少年即使经常摔交也极少骨折。但老年人则不同，有的即使轻轻的摔一下就会发生骨折。因此，老年人要尽量避免摔交。

人骨有两种不同形态，外层骨致密叫做皮质骨，内层骨疏松，由网状骨小梁构成叫做松质骨。骨主要成分是钙盐、有机质。骨骼不断进行自我更新；分解旧骨，生成新骨。在青少年，骨骼生成新骨超出破骨速度，导致大量新骨积存，同时结构合理，使青少年迅速长高，并且骨质坚硬，富于弹性，所以不易骨折。进入老年后，骨骼更新过程发生了变化，破骨速度超出成骨，使骨皮质变旧，构成松质的骨小梁变细变少，骨质的流失带走了骨内的钙，使骨质变疏松。骨质疏松可能与老年人性激素下降有关。据统计，绝经期妇女与同龄男性相比，骨折发生率要高3~7倍。骨质疏松还可能与老年人进食少、营养不良、缺少运动、户外活动少、阳光照射不足有关。因为这些因素影响新骨的生成及钙在骨内的积存。

骨质疏松，使老年人的骨骼承受外力的能力减弱，所以轻微的摔交也容易骨折。另外，老年人常有不同程度的骨质增生，使负重关节不够灵活和稳定，遇到紧急情况难以保持自身的平衡。常见的一些老年病，如心律失常，体位性低血压、脑血管意外、高血压、心肌梗塞、帕金森氏病等，会引起脑一过性眩晕而突然摔倒。此外，有些老人常服的降压药、降糖药、利眠宁等镇静安眠药，以及老人猛烈咳嗽、用力排便、情绪激动和饮酒也都会引起突然摔交。

老年人摔交引起的骨折很多，通常发生在骨结构不够坚固的松质与皮质交界处，最常见的是挠骨下端和大腿根部的股骨。

骨折后受伤部位有两种不同的表现。一种表现为疼痛很重，肿胀明显甚至出现畸形，活动受限，一动就发生难以忍受的剧痛，这种情况通常表明骨折断端移位，属不稳定骨折。另一种表现为疼痛不重，肿胀不显、患肢能活动，下肢还能行走甚至能骑自行车。这常表明骨折断端移位不多或骨断端相互嵌插，此种表现，往往使患者及其家属麻痹大意，照常活动或按“伤筋”进行按摩，因此，招致骨折断端移位或加重移位，使稳定骨折变成不稳定骨折，造成治疗困难。这样的例子，在临床并非少见。因此，凡遇到老人摔交受伤，不管受伤部位疼痛轻重，都应停止一切活动，就地设法采用衬垫好的硬板，将患肢受伤部位连同邻近的关节稳妥固定，然后送到附近的医院急诊。

老人骨质疏松，骨折常为粉碎性，愈合能力差。尤其老人常发生的股骨颈或粗隆间骨折，迫使老人长期卧床，不能活动，容易引起肺炎、褥疮、泌尿系统感染等严重并发症。有些老人即使骨折愈合也因患部固定时间过长，肌肉萎缩、关节僵硬，造成患肢病废，甚至终生卧床不起。因此，老年人行走、活动、要特别小心，鞋底要轻而不滑，留神不被地下的障碍物所绊倒或滑倒。外出时当然更要注意。

（封佩群）

57. 老年人发生股骨颈或粗隆间骨折怎么办？

股骨颈骨折是大腿根部的骨折，多见于老年人，以50~70岁者最多。男性稍多于女性。老年人骨质疏松，股骨颈脆弱，即使有轻微外伤，如平地滑倒，大腿根部外侧着地或患者下肢突然扭转都可引起骨折。骨折后主要症状

是伤侧髓部疼痛，不能站立和走路，伤肢有轻度屈髋屈膝及外旋畸形，活动伤肢或在伤肢伸直时用拳头叩打足跟会引起髋部的明显疼痛。股骨颈骨折因为是关节囊内的骨折，出血不多，又因有很厚的肌肉包围，外观上不易看到和摸到肿胀。一般说来，骨折后病人不能站立或行走，但也有一些没有骨折端移位的或有嵌插骨折的患者在伤后仍能骑车或走路，因而容易被患者忽略，也易发生诊断延误。最后确诊要靠x线检查。因此，怀疑有股骨颈骨折的患者尽管无法行动，也必须去医院急诊检查。去医院前，必须将伤肢先做固定。办法是：用一块长度相当于患者腋下至足部的窄木板作为夹板，上端放在伤侧腋下，下端放在伤侧足部，贴近身体的地方要用软的衣服垫好，务求妥贴。然后在胸部、腹部、大腿根、膝上下方和脚腕处，用绷带、围巾、布条或皮带缚住夹板，将患者放到担架上抬送医院。一时实在找不到合用的夹板，只好将两侧大腿和小腿一起绑住，以健侧下肢来充当夹板，但要叮嘱患者不要屈起大腿。

股骨颈骨折确诊后，医生会根据骨折的情况来确定治疗。没有移位的或有嵌插的骨折，可以卧床6~8周，然后持双拐下地活动，但伤肢不可负重。再过2个月拍片，证实骨折愈合后方可负重行走。在卧床期间，可以坐起，但不可盘腿，不可向伤侧侧卧。同时，要鼓励患者把痰咳出，注意冷暖，预防褥疮和坠积性肺炎。

如果患者在床上活动时会引起骨折部位的疼痛，或者骨折端有轻度移位，最好作皮肤牵引6~8周。其他注意事项同前。如果发现骨折端有明显移位或骨折属于很难愈合的内收型，则应考虑手术，打三翼钉内固定。手术不大，麻醉简单。从效果和风险来看，愈是年龄大，身体弱的愈应该考虑手术。

股骨颈骨折后，因股骨头血液循环不好，容易发生股骨头缺血性坏死，或骨折处不愈合。遇到这种情况应到医院，做人工股骨头置换术。

特别引起重视的是骨折后病人长期卧床，容易引发危及病人生命的并发症，如肺炎、血管栓塞、脑血管意外、肾盂肾炎、褥疮。此外还可能有便秘、腹胀、食欲欠佳等消化道症状。所以要加强床边护理，注意保暖，预防感冒，有痰及时咳出，还要注意防止褥疮（参见第81节）。健侧肢体要在床上适当做屈伸活动，防止肌肉萎缩。

股骨粗隆间骨折多发生于老年人，男性多于女性。发病年龄比股骨颈骨折大5~6岁。由于老年人粗隆部骨质疏松，故多为粉碎型骨折。伤后的症状为髋部疼痛，病人不能站立或行走，拒绝别人搬动患肢。一般来说，股骨粗隆间骨折的局部疼痛和肿胀程度都比股骨颈骨折明显，二者的治疗原则和预防并发症的注意事项大体相同。（王砚恩）

58. 老年人发生桡骨下端骨折怎么办？

桡骨下端骨折，通常发生在桡骨下端2~3厘米内，多为摔倒时用手掌或手背着地支撑，使桡骨下端受到作用力和反作用力的交聚而发生骨折。骨折端可无明显移位。若断端移位明显，两骨折端相互重叠，腕及手部形成正或反的如西餐用具“银叉”样畸形。腕部疼痛、肿胀，活动受限。确诊要根据X线检查的结果。

桡骨下端骨折，可依据远侧断端的移位方向而分成两种。呈正“银叉”畸形的，是在摔跌时，用手掌着地支撑而造成的，比较多见。呈反“银叉”畸形的，是在摔跌时用手背着地支撑而引起的，比较少见。

老年人桡骨下端骨折多为闭合性骨折，开放性骨折很少见。老年人一旦

摔伤并有腕部桡骨骨折症状，应以对角折叠的方围巾绕过颈部把受伤的前臂和手腕悬吊在胸前，立即到医院急诊。千万不要自行按摩推拿，以免加重断端移位，并给治疗带来困难。

对无移位的骨折，医生常直接用夹板固定前臂于中立位，用三角巾悬吊胸前。对移位骨折，医生将根据骨折移位方向，在局麻下施行手法复位，纠正畸形。复位后一般再拍X片证实复位满意后，才用石膏托或夹板固定，待麻醉消退后即可做手指屈伸及握拳活动，以促进血运，保持手指机能。在固定后数日内，如果出现手部肿胀严重，手指麻木，指甲和皮色发紫，应及时到医院复查，以决定外固定的重新调整与否。通常在复位固定的第一周内，每二、三天到门诊复查一次。以后每周复查一次。一般在五、六周后多可解除外固定，由医生检查决定。在固定期间，应尽量保持伤侧肩部、肘部和手指的功能。去除固定后，要在医生指导下作腕部和伤肢的功能练习。老年患者常见的问题是在拆除夹板或石膏托后功能练习不足，原因是怕痛或怕练坏而再次受伤，总的说来，是对功能练习的重要性缺乏足够的认识。骨折的整复、固定和功能练习是治疗骨折的三个阶段。有些老年患者不重视功能练习，结果骨折虽然早已愈合，伤腕甚至肘部和手指的功能却恢复不全，这是十分可惜的。只要骨折已经愈合，就要在医生指导下积极恢复腕、肘、前臂和手指的功能，不可怕痛。只要是主动练习（即不加外力）而不是被动练习（即施加外力），一般是不会练坏的。将腕部和前臂泡在热水中练习，有助于加速功能的恢复。

（封佩群）

59. 怎样防治骨质疏松？

人到老年，身体逐渐变矮，甚至弯腰驼背，失去了当年挺拔的风姿。走路略有磕绊便易摔跤，前仆则桡骨下端骨折，侧倒则股骨颈骨折，臀部着地又可造成脊椎的压缩骨折。乘车被人推挤也会出现肋骨骨折。为什么老骨头变得如此不堪一击？这一切都是老年骨质疏松症所造成的。

在整个人口中，40岁过后，均有骨组织的总量减少，女性较男性更易出现，发生也较早。上海市老年医学研究所在对40~90岁人群的调查中发现：骨质疏松发生率随着增龄有明显增高趋势，40~50岁一组为25.21%，60岁以上为62.17%；绝经期后的妇女骨质疏松则普遍存在。无疑，随着人们寿命的延长，这个问题将更为突出。

骨质为什么会变疏松呢？人体骨质的构造充满了力学原理，它的基础材料是以胶原纤维为主的基质和以钙、磷为主的矿物质。其外表有一层致密的骨皮质，皮质下是纵横有序、错综交织的无数骨小梁，恰如一个结构十分坚固的钢筋水泥架，其强度足以承受人体自身的重量、肌肉运动产生的强大拉力以及额外的沉重负荷。但是，骨骼本身和身体其它组织一样，并非处于一成不变的状态，无时无刻不在进行活跃的新陈代谢。骨质中的成骨细胞将血液中的钙沉积于骨以加固骨质；而骨质中的破骨细胞则将骨中的钙溶解出来，使钙游离到血液中去参与身体其它的重要生理功能。当血液中的钙不足时，破骨细胞就会活跃起来，加速骨骼脱钙。长期脱钙就会引起骨质疏松，使坚韧的骨头变得像朽木一样。当然，调节人体血钙、骨钙、基质、磷等成分的动态平衡是极其微妙复杂的“工程”，身体内有许多因素参与了这项工作，绝不是体内缺什么补什么的简单组合。

性激素缺乏是骨质疏松的一个重要原因。绝经期后的妇女，血中雌激素含量明显低于绝经期前的妇女。血中雌激素水平越低，其尿中排出的钙量越

高。雌激素水平低下就会导致缺钙，容易发生骨质疏松。其它内分泌腺分泌的激素也与骨质疏松有关，如甲状旁腺激素积极参与了破骨细胞的脱钙作用，而雌激素则有对抗作用，防止脱钙。

食物中缺钙或肠道钙吸收不良也是助长骨质疏松的因素，尤其是长期食欲差、进食少而引起营养不良的老人常发生骨质疏松。

体力活动对骨骼影响很大。活动越多对骨的牵引力越强，能促使破骨细胞转变为成骨细胞，有利于新骨形成。而长期以静坐、卧躺为主就会造成“废用性脱钙”，使骨质溶解和吸收。经常户外活动和晒太阳可促进皮肤合成维生素D，有助肠道更多地吸收食物中的钙。

下面谈谈本病的防治方法。

多参加体育锻炼体育运动能推迟骨骼老化。老年人可以结合自己的爱好，选择适合自己体力和健康状况的气功、太极拳等运动形式。练时注意循序渐进，持之以恒，要以运动后虽然有点累，但有舒适的感觉为度。名医华佗就很重视体育疗法，创造了五禽戏。他说：“人体欲得劳动，但不当使极耳。”

注意合理营养充足的蛋白质有助于骨质形成，富钙食品有助于钙代谢平衡，利于骨骼的矿物质沉积。牛奶、鸡蛋既能提供优质蛋白，又含丰富的钙、磷。高钙食物除牛奶外，尚有绿色蔬菜、豆类及豆制品、鱼虾、海产植物、贝类。多种氨基酸，其中特别是赖氨酸、甘氨酸、缬氨酸对本病的治疗更为有效。食物中各种维生素的足够摄入对骨质疏松防治也很重要。对中老年人来说，若要防治骨质疏松新鲜牛奶或酸奶占重要地位。

药物治疗对女性患者可用雌激素如乙烯雌酚1~3毫克或双烯雌酚0.3~0.9毫克，每日一次，连用4~5周，停1~2周后再重复下一疗程，如此数月或数年，大量或连续服用可产生子宫内膜肥厚、子宫出血等副作用，用间歇疗法可减轻副作用。男患者用雄激素，如舌下含服甲基睾丸素，每日25~50毫克，长期使用可出现瘙痒、痤疮等一些副作用。因此有人主张与雌激素联合使用或交替使用以减少副作用。但使用激素疗法必须慎重，一般仅限于较严重的骨质疏松，而且必须在医生指导下进行。对于较重的骨质疏松还可采用中等剂量维生素D每日500国际单位。每日给予1~1.5克乳酸钙或葡萄糖酸钙片，是一种既经济又无害的药物。

抽烟能增加血液酸度使骨质溶解，饮酒过多可导致溶骨的内分泌素增加，使钙质从尿中丢失。因此都宜节制或戒除。（乔净）

60. 骨质增生会有什么症状，什么后果，怎样治疗？

50岁以上的中老年人常常感觉腿脚不灵便了，医生检查说是患了骨质增生，也就是常说的长了骨刺。医学上通用的术语是骨关节病。

那么，骨质增生到底是怎么回事呢？是不是人老了都要长骨刺？我们知道，在构成关节的两块骨头表面有一层关节软骨，年轻人的关节软骨弹性较好，能承受较重的压力而不造成损伤，但随着年龄增长，关节软骨逐渐老化，弹性降低，承受压力的能力减退，在外力作用下容易碎裂和脱落，使软骨下面的骨板直接受到反复冲撞，骨组织发生硬化，软骨边缘出现骨质增生，形成骨刺。

骨质增生最多发生在膝关节、颈椎、腰椎关节。手的远位指间关节也为好发部位。过去有过外伤或关节本身畸形的也易出现骨质增生。

膝关节骨质增生最为多见，女性多于男性，身体肥胖，关节负担重者尤

易发生。最初的症状是关节疼痛，膝部无力，好打软腿，上下楼梯时明显，有时下蹲起立感到困难。疼痛时轻时重，多为持续性钝痛或活动时突然刺痛，常在休息时减轻。有的感觉关节发僵，即长时间停留在一个位置后，开始活动时关节僵硬疼痛，稍加活动后就减轻，但活动多后痛又加重。过度的活动可引起关节肿胀积液，有的还可形成囊肿突出于腘窝部。剧烈活动可使关节软骨碎裂脱落或骨刺断裂形成关节内游离体，活动时关节可能被“锁”住。X线片可见关节间隙狭窄，关节边缘或关节内骨刺形成，有时可见游离体。

颈椎骨质增生形成特殊的颈椎骨关节病，称为颈椎病。在颈椎病一节中叙述。

腰椎关节是人体脊柱活动范围和承受压力较大的关节，常发生腰椎间盘退行性改变和腰椎骨质增生。后者以第四和第五腰椎为突出，表现为椎体边缘唇样增生，是老年人腰腿痛的常见原因之一。疼痛的特点是早晨起床或久坐后起立行走时发生疼痛，经活动后疼痛反而减轻，活动多疼痛又明显，与膝关节骨质增生疼痛的性质相同。热敷、休息后疼痛缓解。劳累、着凉可加重。疼痛的范围较广泛，腰部活动受一定限制。若增生的骨刺压迫神经根时，可产生坐骨神经痛。

有些老年人的手指的远位指间关节呈骨性膨大，关节轻度畸形，关节的背侧常见隆起（Heberden 氏结节形成），是增生的骨刺或膨出的关节囊，多见于老年妇女。

骨质增生是一种正常的生理现象，是关节衰老的一种表现，如同老花眼和白头发一样。40~50岁的人中，约有一半人长有骨刺，而60岁以上的老年人，几乎所有的人都或多或少长有骨刺。但大多数人没有明显症状，仅少数人感到关节不灵活或关节明显疼痛，而且骨刺的严重程度与症状轻重并不一致。有些人骨刺很明显，但症状轻微。目前，无论用什么办法治疗，骨刺是不会消失的，用手术方法切除后仍会再长，正如老花眼无法根治一样。但骨刺的症状却可以在治疗后完全消失或好转，因此，不必为长骨刺而忧虑不安。

有人问长了骨刺是多活动好呢，还是少活动好？我们认为，适当的体育活动可使关节保持较大的活动范围，避免关节发僵，可以增强关节周围的肌肉力量，保持关节的稳定性，从而使躯体的重量比较均匀地分散地落在关节软骨表面，避免关节软骨因受力不均而损伤。同时，活动关节可使关节的血液循环得到改善，有利于软骨从滑液中得到充分的营养，延迟关节软骨的老化。因此，提倡打太极拳，做体操，散步等运动保护关节。有人试图用剧烈的运动，如跑步，跳迪斯科来把骨刺磨平，只能适得其反。剧烈的活动造成关节内较多较剧的冲撞，只能加重损伤，使疼痛加重，甚至出现关节积液，使疾病恶化。

无症状的骨质增生不须治疗。只要平时注意保护关节，不要过度疲劳，防止外伤，注意保暖，避免寒冷和潮湿，一般不会发病。如果症状明显，应充分休息，配合理疗，如超短波、中药离子导入、磁疗等效果均较好。针灸、按摩、内服或外用活血通络的中药均有助于消肿止痛。疼痛严重时可口服消炎镇痛药，如消炎痛、芬必得等。芬必得力长效缓释剂，药量小，药效长，胃刺激性较小，是目前治疗骨关节病止痛消炎的首选良药。（张悦容）

61. 颈椎病有什么症状，怎样治疗？

颈椎病是指由于颈椎间盘退行性改变本身及继发性改变引起脊髓或神经根受压迫和刺激所产生的一系列症状，是中老年人的常见病。

颈椎共有 7 节，每两节之间有椎间盘。颈椎支持着人头的重量，承受头颅及上肢活动时的牵拉力，并有较大的活动范围。颈部活动次数频繁，损伤机会增多。随着年龄的增长逐渐发生退行性改变，以下段颈椎，第五和第六颈椎间以及第四和第五、第六和第七颈椎之间的变化较显著。表现为纤维软骨组织弹性减弱，变薄，椎骨间隙变窄，椎间孔变小，椎体因间盘变性而失稳；小关节突及周围软组织发生改变，造成增生肥厚或骨刺形成，使原有的椎管、椎间孔变狭小，压迫刺激相邻神经根、脊髓或椎动脉。

根据临床表现，病变部位，组织受压程度，颈椎病可分为神经根型、脊髓型、椎动脉型及交感神经型四类。

神经根型最多见。一般为单侧发病，也有双侧发病的。典型症状是手指发麻和颈背或肩臂疼痛，患者常有“落枕”史，时间久而病情重者，可有上肢肌力减弱或肌肉萎缩。

脊髓型的早期症状常较轻微，仅有轻度的颈肩疼痛。随着病情发展，可逐渐出现明显的脊髓受压症状。常见症状是由下而上的下肢麻木、感觉异常和肌肉软弱无力。同时可有自远端开始的一侧或双侧上肢的麻木、疼痛、握力减退、持物不稳。常伴有头晕、头痛、眼痛、吞咽困难等。脊髓严重受压时，可出现小便潴留，便秘或大小便失禁，甚至四肢瘫痪。

椎动脉型常表现为头痛、头晕、耳鸣、恶心呕吐、视物模糊等。眩晕与头部位置有关，有时当头部转动到某一位置时突然眼前发黑，腿软，甚至摔倒，摔倒后因头部位置改变可迅速恢复，称为颈性眩晕。这是由于颈部突然转动时使途经此处的椎动脉受挤压或扭曲而引起暂时性脑供血不足所致。多见于患颈椎病和动脉硬化的中老年人。眩晕是一种症状，可以由各种原因引起。内耳病变，颅内病变以及高血压、高血脂、糖尿病等引起动脉粥样硬化都可发生眩晕。

了解颈椎病的常见症状，尤其是神经根型的病人常可自己作出初步诊断。颈椎 X 线正侧位及斜位片可显示颈椎生理曲度减小，甚至僵直，椎间隙狭窄，骨质增生，前、后纵韧带和项韧带钙化；斜位片可见椎间孔狭小等改变。脊髓型和椎动脉型颈椎病有时尚需 CT、核磁共振、椎动脉造影等检查确诊。

颈椎病的治疗常采取综合办法。

到了中老年，颈椎 X 线片都有不同程度的骨质增生，但并非人人发病。即使发病，经过一段时间的综合治疗也常可缓解。劳累和受凉常引起发病。因此，平时要注意劳逸结合。长时间伏案工作者要每隔 30 分钟活动一下颈部，改变姿势 1~2 分钟，避免肌肉劳损。睡眠时枕头要高矮合适，抛弃“高枕无忧”的习惯说法。同时注意保暖，避免颈肩部着凉。

牵引治疗除对脊髓型颈椎病不一定适宜外，对其他各型效果均较理想。颈椎牵引设备简单易行，病人可自行在家牵引。需要枕颌吊带一副，牵引绳一根，滑轮一个，重锤一个，椅子一把。可取坐位或卧位。牵引重量一般不超过 5 公斤，可从小重量开始，逐渐增加。一日二次，每次半小时到一小时。坐位牵引时头部稍向前倾 15~20 度，平卧位时头端床脚抬高 10~20cm，头部垫以薄枕，使头略向前屈。牵引时间和重量同坐位。牵引时方法应正确，保证安全可靠。对于老年人，颈椎病的牵引治疗要慎重，必要时应在医生指

导下进行，以免发生意外。

直流电中药离子导入是目前治疗颈椎病的另一较好办法。它具有活血化淤，驱风散寒，改善局部血循环，解除肌肉痉挛，从而达到消炎、消肿、止痛的作用，对各型颈椎病均有效。可以单独采用，亦可与牵引、按摩配合使用。

对于脊髓型颈椎病牵引治疗可能无效，推拿按摩有一定的危险性，可用围领、颈托制动、配合理疗、药物等综合治疗。

症状严重或非手术治疗无效者，应考虑手术治疗。
(张悦容)

62. 什么是“肩周炎”，怎样确诊，怎样治疗？

肩关节周围炎简称肩周炎，又名“凝肩”，“五十肩”等。确切的病因尚不十分清楚，但凡造成肩关节不敢活动或少活动的原因都会发生本病。其病理变化主要是肩关节周围组织粘连所致。本病多发生 50~70 岁的中老年人，女性略多于男性。

多数病例起病缓慢，但亦有起病较急且疼痛较重者。患者可有肩伤或受寒史，但常无确切的诱发因素。主要症状为肩关节活动受限，尤以肩关节外展和外旋最明显。肩痛或为钝痛或为刀割样，夜间常痛醒，疼痛还可放射至前臂或手，往往因运动而加重，表现为抬臂、穿衣、梳头和摸背动作特别困难。

本病根据肩痛、肩关节不能抬起、检查发现肩外展和内外旋活动受限，即可确诊为肩周炎。患者可用最简易的方法作自我检查：将患臂上举，若手臂不能过头触摸到对侧的耳朵，手臂后伸触摸不到对侧的肘部，这说明肩关节外展、内旋功能受到明显限制。但诊断须由医生确定。

本病主要是保守治疗，坚持肩关节的活动锻炼在治疗中必不可少，在患病之初就应积极进行。肩关节属球窝关节，能进行三个轴位的功能运动；即上臂的前举与后伸，内收和外展，内旋和外旋。三个轴混合一起可作回环运动。围绕这三个轴的运动可以编排出不少的锻炼方法，但总的目的是通过不同方向的活动，将粘连分开，恢复肩关节功能。采用全臂的放松回环运动（即“划圈”）的方法见效较快。每日做三次，每次作顺和逆方向各回环 50 次，根据自己最大的疼痛耐受程度，顺序渐进，逐渐加大回环的弧度。一切动作主要靠自己的活动完成，切忌被动的强烈牵拉，以免造成新的创伤。

治疗肩周炎，关键在于功能锻炼。如果疼痛剧烈，可辅以内服或外用的消炎止痛药，也可采用局部痛点注射。

本病的病程通常为 1 年半左右，不会致残。有时在一侧肩周炎痊愈后又在对侧发生，但并不多见。在同一侧复发的极为罕见。
(封佩群)

63. 老年人足跟疼痛是什么病，怎样治疗？

不少病人因为足跟痛来院就诊治疗，严格来说，足跟痛只是个症状，因为引起足跟痛的病因是很多的。

最常见的是老年退行性变化，也可以说是发生足跟痛的根本因素。随着年龄的老化，人的体形也发生了变化，逐步增胖，体重增加，当走路活动时，必然加大足部的负担，久而久之就会引起足跟疼痛。

骨刺也是引起足跟痛的一种原因，但不是最主要的原因。在临床就诊的病人中，许多因脚外伤需要拍 X 光片，可发现有明显的跟骨骨刺，但伤前却没有任何足跟痛的症状。所以说，有骨刺的不一定有足跟痛，反之，足跟痛

的并不一定就有骨刺。

症状轻时，要注意穿较软的袜子和软底鞋，最好不穿塑料底鞋和皮鞋，目前广泛使用的软底旅游鞋为最合适。经过几个月后，症状减轻可慢慢自愈。症状重的，可到医院做局部痛点的强的松龙注射。如果注射部位选得很准确，往往一针而愈。另外，可采取中草药熏洗的办法进行治疗，每天晚上睡前一小时，用煎好的熏洗药水泡脚 30 分钟，坚持多日，也可能收到满意的效果，（王中林）

代谢和内分泌系统

64. 老年人为什么易患糖尿病，其症状有什么特点？

糖尿病是一种全身慢性进行性疾病。由于胰岛 β -细胞不能正常分泌胰岛素，导致胰岛素相对或绝对不足，引起人体内葡萄糖、蛋白质及脂肪的代谢紊乱，使肝糖元和肌糖元不能合成，因而出现血糖升高，尿中含糖及糖耐量降低，而且可以发生心血管、眼、神经系统及各种感染等并发症。糖尿病病程长，是严重危害人体健康的内分泌—代谢疾病。

国内外各种资料表明，糖尿病的发病率随着年龄而增长。老年人易患糖尿病。这是因为老年人容易出现以下几个发病因素：老年人内分泌及新陈代谢的改变，容易出现糖代谢障碍，组织利用糖减少，肝脏对胰岛素的反应也减低，胰岛素分泌量减少与糖耐量减低呈正比；老年人的肥胖能引起体内糖、蛋白质和脂肪的代谢紊乱，使胰岛细胞容易出现功能障碍，使胰岛素相对不足；长期高热量的饮食习惯，加重了胰岛 β -细胞的负担；老年人时有各种精神创伤，精神压力大，情绪易波动，包括老年人时常有心情抑郁，可能影响大脑皮层的活动，使胰岛 β -细胞功能受到影响。

典型的糖尿病症状是“三多一少”，就是多尿、多饮、多食和体重减少。多尿是因血糖过高，不能被充分利用，从肾小球滤出而不能完全被肾小管重吸收，以致形成渗透性利尿。血糖越高、尿量越多，每昼夜尿量达三千毫升，甚至一万毫升。由于多尿的原因，病人体内失掉大量的水分，引起口渴、口干舌燥、喝水就特别多。尿中丢糖过多，机体处于半饥饿状态，能量缺乏引起食欲亢进，食量增加。体重减少是因为机体不能充分利用葡萄糖，使脂肪和蛋白质分解加速，消耗过多，体重因此而下降。还有一个主要症状是乏力。由于代谢紊乱，不能正常释放能量，组织细胞失水，电解质异常，所以病人常感全身乏力，精神不振。可是，老年人患糖尿病后约有半数左右没有这种“三多一少”的典型症状，而是有老年糖尿病的特点。（1）老年人糖尿病发病时症状较轻，常无典型的三多症状，常因出现并发症到医院求诊。不少病人因体重减轻，乏力或三种典型症状之一到医院求诊。有的病人原有糖尿病，因病情轻，不在意，未去医院就医，直到出现非酮症高渗性糖尿病昏迷才去医院抢救。

（2）急性并发症较易发生，患者口渴中枢不敏感，高血糖引起高渗性利尿后有钠丢失及脱水，老年人未能及时大量饮水，出现严重高渗性脱水，导致低血压，患者常因此跌倒，有的还发生骨折。

（3）低血糖在老年糖尿病病人中也是急性并发症之一。因为老年糖尿病病人的心血管都有动脉粥样硬化，低血糖可以引起心肌梗塞及脑血管意外，不少病人低血糖后发生脑血管痉挛，出现偏瘫，在输入高渗葡萄糖液体后即见恢复。在老年病人，低血糖的症状出现较为缓慢，不易自己察觉。

（4）老年糖尿病病人在急性应激状态下，如心肌梗塞或其它意外时，也可以发生酮症酸中毒。

（5）老年糖尿病患者较多并发泌尿系感染。严重的慢性并发症有糖尿病肾病、视力下降或失明的糖尿病性眼病、足部感染及坏疽、慢性痛性末梢神经炎和糖尿病性肌萎缩。

老年人要证实有糖尿病，不像一般人想象的那么简单。正常血糖的浓度是80~120毫克%，一般血糖升高到180毫克%以上就会出现尿糖，这就是

血糖的肾阈值。老年人由于肾动脉硬化，肾脏功能不健全，肾阈值可能升高，血糖要高于 180 毫克% 很多时才会出现糖尿，往往尿糖不高，甚至完全没有尿糖，没有尿糖也就没有多尿、多饮、多食症状。所以，老年人糖尿病的并发症多，病情严重，但又不易发现。据统计表明，约有 70% 糖尿病人最后以心血管并发症告终。不少糖尿病病人因并发症而失明或截肢。可见，糖尿病的危害主要不在糖尿病本身，而在于它的并发症。所以，老年人一旦出现一些莫名其妙的症状时，都应想到糖尿病的可能性。特别有下列情况时更要注意：有糖尿病家族史，过胖或明显消瘦，饭后三小时左右有饥饿、心慌、出汗等低血糖症状，手指足趾麻木感，浮肿和皮肤反复感染现象时，要及时就诊，并作糖尿病的检查。

(沈佩珊)

65. 老年人糖尿病怎样确诊，怎样治疗？

糖尿病是由于体内胰岛素相对或绝对不足，或胰岛素生物活性降低所引起的糖、脂肪、蛋白质代谢紊乱的一种综合征。其主要特征为高血糖和糖尿，症状多数有多饮、多食、多尿和体重减少，即“三多一少”。病程长，常伴有心血管、神经、视网膜等多系统的并发症。现在的治疗手段能控制症状，但不能根治。发病率随着年龄增大而升高，例如 50~70 岁为患病高峰期。在欧美占死亡率第三位。我国也在逐年增多。

我国 1979 年兰州会议及 1980 年北京会议决定，并经卫生部批准的糖尿病暂行诊断标准为：

(1) 若空腹血糖两次以上 $130\text{mg}\%$ (7.2 毫克分子/升)，无论有无糖尿病典型症状均可确诊。

(2) 若无症状，空腹血糖正常，但尿糖阳性或临床上有可疑，则应作葡萄糖耐量试验。若该试验中的四个点中有三点 标准，也可确诊。

应注意的是，要区别老年人生理性糖耐量减退和老年性糖尿病。老年人生理性糖耐量减退可无明显症状及并发症，但应随访。因为经过一段时间后，有可能发展成为糖尿病。同时还要注意排除内分泌及胰腺疾病所致的继发性糖尿病、药物和应激状态下产生的高血糖症及肥胖者的糖耐量减低。

根据老年人糖尿病的临床特点和化验结果，如果被确诊为糖尿病，则应按照下列原则进行治疗。

老年人发生的糖尿病多为 Ⅱ 型（非胰岛素依赖型），比较容易控制。一部分患者只要合理调整饮食就可收到满意效果。有些血糖水平较高或伴有各种合并症的患者，须要用口服降糖药物，只有极少数人须用胰岛素。要达到治疗目的，主要是控制血糖、尿糖、血脂及体重，使之达到或接近正常水平，防止并发症。具体措施有：

饮食疗法（详见下节）。

运动疗法对糖尿病人是必不可少的，老年人糖尿病患者多有肥胖，经常运动能促进葡萄糖的利用，对降低血糖控制体重有利。实验证明运动 30 分钟能降低血糖 $12\sim 16\text{mg}\%$ ，还可降低血脂，增加高密度脂蛋白。老年人糖尿病患者运动方式以步行为好，要结合自己的体力及平时的运动方式，根据具体情况而定。如有条件每日总行程 5~6 公里较为合适，不宜进行剧烈运动。紧张的劳动不能代替运动疗法。劳动时精神紧张，有一定负担，而运动时精神处于放松的状态，其效果是不同的。采取运动疗法必须在进行饮食疗法或（和）药物疗法、病情稳定的基础上进行。根据运动疗法对血糖、尿糖的改善情况相应减少药量或增加主食。运动时注意防止低血糖，必要时可备一些

面包或水果糖带在身边，以备不时之需。运动量及运动方式要循序渐进，持之以恒。随着体质改善，适当增加运动量。一般常用的是散步，不少人每次用 30~60 分钟，每日 1~2 次。

糖尿病人常用的药物主要有口服降糖药、胰岛素及部分中药等。降糖药并不是所有的糖尿病患者都必须服用的，尤其老年糖尿病患者，宜在饮食疗法配合运动疗法治疗 3~4 周后，血糖控制仍不满意时，才在医生指导下加用降糖药物，口服降糖药分两大类。磺脲类药中有 D860（甲糖宁）、优降糖、达美康、糖克利等。其作用主要是刺激胰岛细胞分泌胰岛素和增加胰岛素受体的数目与亲和力，从而达到降糖目的。绝大多数 2 型（非胰岛素依赖型）糖尿病患者都可选用。为防止低血糖，开始服用时宜小量，以后根据血糖尿糖化验情况及时调整。有的人经过一段治疗后，症状可以得到控制，逐渐停药。双胍类药物中有降糖灵（苯乙双胍，DBI）和降糖片。主要作用是促进葡萄糖无氧酵解。口服降糖药应注意对此类药物有过敏、肝肾功能不全、酮症酸中毒、有糖尿病昏迷先兆或昏迷，伴有严重感染以及大手术等诸多禁忌。

胰岛素必须在医生指导下应用。有的患者非常惧怕用胰岛素，以为一旦用了，终生撤不掉。其实并非如此。绝大多数患者不需要长期用胰岛素，只有在应激状态下短时间应用。还有少数患者，主要是青少年时期发病的 1 型糖尿病（胰岛素依赖型）患者才需长期使用。

有些中成药可对症选用。但要注意有的中成药中含有优降糖，如消渴丸。选用时要注意降糖药的含量，以免过量引起低血糖。如表现为口渴引饮、善饥、舌红苔黄、便秘、脉洪数有力，属胃热型，以清热润肺、养阴生津为主，可用玉泉丸、消渴丸等。如表现为手足心热、夜寐不安、口渴唇干、舌红少苔、脉象细数者，多为久病，肾阴不足，用滋阴清热法调理，如六味地黄丸、麦味地黄丸、生脉饮等药。如表现为形瘦畏寒、腰酸膝软、面色灰暗、舌淡苔白、脉沉细无力、多为肾阳虚衰，治以温阳补肾，可用金匱肾气、肾宝等药。当然，上述药物都须在医生指导下应用。

（王季仙）

66. 老年糖尿病患者怎样控制饮食？

合理地控制饮食是治疗糖尿病的首要措施，无论病情轻重，都应该严格执行这个基本原则。不能因为用了降糖药物就可以放松饮食控制。在消化过程中，有大部分食物变成葡萄糖，被机体吸收、代谢和利用，这个过程离不开胰岛素。老年糖尿病患者体内胰岛素不能满足需要，如果饮食控制不好，血糖就会升高而加重病情。为了减轻胰岛负担、控制血糖、尿糖及控制体重减少并发症，老年糖尿病患者的饮食控制就显得格外重要。大约有 1/3 的老年患者单靠饮食控制就可以使血糖保持稳定，而达到治疗目的。肥胖者糖尿病发病率为非肥胖者的三倍，进一步说明了控制饮食的必要性。

控制饮食的具体方法应根据每个病人的病情、体重、工作性质及劳动强度来定。首先决定每日所需的总热量。老年人一般为轻体力活动或休息，甚至卧床休息，其需热量可参照下表：

体型	需热量千卡/kg/日			
轻体力劳动	卧床休息	消瘦	20%	35
20~25 正常体型	30	15~20 肥胖	20%	
20~25	15			

热量来源于食物中的碳水化合物、蛋白质和脂肪。碳水化合物主要来源

于主食。这类食物中含碳水化合物 80%左右，蛋白质 10%和少量纤维素，应占每日总热量的 50~60%，大致合粮食 200~450 克。蛋白质主要来源于肉、蛋、奶等动物性蛋白质含量高的食物和豆类、豆制品等植物性蛋白质含量高的食物。每日所需的蛋白质占总热量的 15~20%。正常体重者每日每公斤体重需蛋白质约 1 克。消瘦者或伴有感染、手术等情况，可适当增加蛋白质的摄入量。脂肪主要来源于食用油、肉类等，占每日总热量的 20~30%，其中动物油不应超过 1/3 量。每克蛋白质和碳水化合物产热均为 4 千卡，脂肪 9 千卡。

控制饮食不是越少越好，而是必须适当，既不要因进食过多而引起血糖升高，营养过剩，也不要因为进食过少而出现低血糖。要保证足够的营养和适宜的血糖水平，就必须严格计算。其方法为：

男性标准体重（公斤）=身高-105

女性标准体重（公斤）= 身高-107.5

每日总热量= 体重（公斤）×热量（千卡/kg）

如果患者体重超过标准体重的 20%，则为肥胖型，小于 20%，则为消瘦型。现举例说明：

某患者男性，60 岁，教员，身高 170 厘米，体重 72 公斤，其标准体重为 $170-105=65\text{kg}$ （属于标准体重）。

每天所需热量为 $65\text{kg} \times 30 \text{千卡/kg} = 1950 \text{千卡}$ 。

食物中营养成分的分配比例应该是，蛋白质 60 克，供热为 240 千卡，脂肪 50 克左右，供热为 450 千卡，二者合计为 690 千卡，其余为碳水化合物 1260 千卡，折合粮食为 315 克。

三餐分配大致为 1:2:2，或 2:2:2。如因生活习惯或工作需要晚上加一餐时，可为 1:2:1:1。食谱如下：

早餐：面食 75 克，牛奶 250 克；午餐：米饭 120 克，瘦猪肉 30 克，青菜 250 克，炒菜油 10 克；晚餐：米饭 120 克，花生米 10 克，鸡蛋 50 克，豆腐 100 克，青菜 250 克，炒菜油 15 克。

如为素食者（即不吃肉），则早餐：面食 60 克，牛奶 250 克；午餐：米饭 100 克，红小豆 30 克，鸡蛋 50 克，青菜 250 克，炒菜油 15 克；晚餐：米饭 100 克，花生米 10 克，豆腐 100 克，青菜 200 克，炒菜油 15 克，牛奶 250 克。加餐：面食 25 克。

须要注意的是，在老年糖尿病患者的饮食中，一定要多配一些粗纤维的食物，其目的是减缓进餐后葡萄糖被吸收到血液中的速度，使血糖升高的时间尽量与血中胰岛素升高的时间相一致，以达到降低血糖的目的。另外，缩短肠内容在肠道停留的时间，消除便秘。还能在肠道内吸附胆固醇和胆汁酸，随粪便排出体外，以达到降低血胆固醇的目的。

糖尿病患者忌食含糖的饮料、糖果、点心之类，土豆、红薯、粉条也属于含淀粉较高的食物。

总之，严格的饮食控制和合理的热量计算对糖尿病人的治疗至关重要。如果放弃了上述的重要环节，单纯用降糖药无论如何得不到满意的疗效。

（王季仙）

67. 患糖尿病后除控制饮食外还要注意哪些问题？

患糖尿病的人除首先要控制饮食外，还要根据个人病情的轻重、年龄、工作、生活环境的不同，在医生指导下采取运动疗法、口服降糖药物疗法、

胰岛素治疗等相结合的综合治疗，并要注意各种疗法的适应症和禁忌症。因为它是一种长期慢性疾病，所以要求病人在治疗过程中要善于学习，掌握疾病的发展规律，尽量减少对医护人员的依赖性，学会观察病情变化，做好记录，及时分析总结，找出病情变化的规律，根据病情灵活调整治疗措施。即使血糖及尿糖已经正常，症状已经消失，也不能轻率地停止治疗。

糖尿病严重危害老年人的健康，甚至出现更坏的结果。但糖尿病的主要危害不在糖尿病本身，而在于它的并发症。所以我们一定要高度重视糖尿病的并发症，认识它的表现，提高警惕，防止发生。一旦发生，就要及时治疗。

糖尿病的高血糖有利于细菌生长，为细菌提供了最好的培养基。一旦细菌入侵，病人很容易并发各种感染，常见的有呼吸道感染、尿路感染、皮肤感染（毛囊炎、疖、痈等）、牙周炎、肺结核等。严重的如糖尿病脚（足部坏疽），是指血液循环障碍使血流量减少或血管闭塞，供氧差的足部易有细菌生长，引起组织坏死或坏疽。病人常在夜间感到下肢肌肉疼痛，足部肌肉萎缩，下肢常发生久治不愈的溃疡或坏疽，最后须作截肢手术，造成终生残废。

糖尿病促进和加重动脉粥样硬化过程，因为一方面糖和脂肪代谢紊乱，另一方面又常伴有植物神经功能紊乱，因而动脉粥样硬化发生率较常人高，发生较早，进展也快。北京首都医院 1000 例住院病人中，冠心病、脑血管病和下肢血管病的发生率分别为 38%、11.4% 和 2.1%，明显高于一般人。另据统计表明，约 70% 糖尿病人最终往往由于心血管并发症而去世。

糖尿病病人的血糖高，糖容易沉积于小血管壁，引起管壁增厚，管腔变窄，影响血液供应和血管的通透性。由于肾脏的微血管病变，尿中可以出现蛋白，每日从尿中丢失的蛋白可达 3~4 克，长期大量地丢失蛋白，会引起浮肿，并可发生肾功能减退，甚至尿毒症，这叫做糖尿病肾病。这种并发症在糖尿病人中甚为多见，是仅次于心脑血管病的第三位。眼睛的微血管的通透性增高，可以引起眼底出现斑斑点点的渗出物，这就是糖尿病视网膜病变，严重的可导致失明。此外，老年糖尿病合并白内障亦极为多见，在美国每年有 5000 个新失明人是由糖尿病引起。我国尚无此统计资料，但在临床糖尿病眼病并不少见。

在某种情况下，由于药物没有及时调整，老年糖尿病患者容易发生低血糖和低血糖昏迷，病人心慌、出汗、烦躁、抽搐以致精神失常，进而昏迷。昏迷时间超过 6 小时后，可导致不可逆的脑细胞损害，甚至死酮症酸中毒是糖尿病的严重急性并发症，诱发于严重感染、机体或精神严重创伤、用药不当及饮食未控制好等原因，引起体内代谢紊乱，葡萄糖不能充分利用，血糖明显升高。此外，由于体内生长素、胰高血糖素、皮质激素等抗胰岛素物质促使脂肪加速分解，脂肪酸增多而产生大量的酮体，酮体是酸性物质，酮体不能被人体组织代谢和利用就产生了酮症。

205 亡。酸性物质在体内蓄积，就形成酮症酸中毒，出现多尿、多饮，烦渴、脱水，呼吸加深加快，呼气带烂苹果味（酮体气味）、血压下降、休克、昏迷一系列症状，如救治不及时，常可危及生命。

非酮症性高渗性糖尿病昏迷又称高糖性脱水综合征，也是因严重感染或用药不当引起。特点主要是化验异常（如异常高血糖、血酮体正常或轻度增高，尿酮体阴性或弱阳性）。早期表现为精神烦躁、头晕、食欲不振、恶心和呕吐。大多数病人不知道自己患有糖尿病。这些病人常因昏迷、抽搐或出现

严重脱水到医院求治。以上情况好发于老年糖尿病病人，预后很差，所以应十分警惕。

神经系统的并发症也较多见，由于糖代谢障碍，可引起神经水肿，产生末梢神经炎，病人有下肢麻木、疼痛、无力或感觉减退，甚至痛觉消失，对外来伤害无反应。也可以引起植物神经功能紊乱，使内脏生理功能失调，产生位置性低血压（即从卧位起立时，血压明显下降，病人感到心悸、头晕），腹泻、阳痿、尿潴留等。

我们了解糖尿病的并发症和可能发生的后果，是为了防止它的发生和发展。目前糖尿病虽然不能彻底治愈，但只要得到及时合理的治疗，积极防治并发症，糖尿病病人仍可保持良好健康状况，达到与正常人同样的寿命。

（沈佩珊）

68. 老年人突然消瘦要警惕哪些疾病？

体内脂肪与蛋白质减少，体重下降超过正常标准 20% 以上，即称为消瘦。突然消瘦指体重在较短时间内大幅度下降，感觉衣服变肥、腰带变松、皮肤松弛、骨骼突出等消瘦的旁证。

老年人突然消瘦首先要警惕是否得了恶性肿瘤。癌症多见于 40 岁以上的中老年人，尤以老年人为多。癌症和其它疾病一样，都是乘虚而入的。尽管某些致癌因素早已存在，但在人体健壮的时候，精神神经、内分泌、免疫功能都很稳定、协调，各器官的机能旺盛，对癌细胞可以随时加以消灭。而老年人身体逐渐衰弱，若加上受到强烈的外界刺激，如巨大的精神创伤时，机体内环境的稳定遭到破坏或减弱，抵抗力降低，对致癌因素表现敏感，因而细胞发生质变，就容易发生癌症。另外，从致癌因素作用于人体组织开始到发病，需要漫长的发展过程，如吸烟造成肺癌大约需要 20 年，肺癌发病的大多为老年人了。癌症一旦发生，癌细胞增殖能力很强，肿瘤本身还常有组织坏死，出血和溃烂，不断夺取人体中的营养。如癌症发生在内脏，可以引起消化、吸收障碍，使机体在短期内明显消瘦。老年人原来有的疾病容易掩盖癌症的症状，不易早期发现。所以老年人突然消瘦时要警惕癌症的存在。

老年人突然消瘦还应警惕是否为糖尿病所引起。老年人易患糖尿病，“三多一少”典型症状（多饮、多尿、多食、体重减少）存在固然诊断容易，但老年人中不少糖尿病病人缺乏三多症状，因胰岛素不足葡萄糖不能充分利用，脂肪及蛋白质代谢紊乱，消耗增加，引起体重急剧的下降。所以要及时去医院作糖尿病方面的检查。

老年人突然消瘦，还要警惕是否患有甲状腺机能亢进（甲亢）。甲亢多见于青年妇女，但 60 岁以上的老年人也可以发生甲亢，约占全部甲亢病人的 10~17%。老年人得了甲亢后和青年患者表现出食欲亢进，神经过敏或甲状腺肿大等症不同，往往是以消化系统的症状为主，表现为食欲不振，甚至厌食，导致明显消瘦。有人认为这与老年人常合并有慢性胃炎、胃酸缺乏有关。有的病人短时间内体重可下降 10~20 公斤，常被怀疑患了恶性肿瘤。还有一种情况，是以精神症状为主，如表情淡漠、抑郁、嗜睡或精神错乱，常伴有明显的体重下降和心慌、脉搏快等，这在医学上叫做淡漠型甲亢。这种情况几乎只见于老年甲亢。因此，当老年人突然消瘦排除了癌症、糖尿病后要考虑是否患了甲状腺机能亢进病。应尽快到医院去作甲状腺功能检查。

老年人突然消瘦还可以由老年肺结核引起。老年肺结核由于其 X 线和症状表现不典型，容易造成误诊。大多数老年人的肺结核是早年肺结核的重新

复发，但在胸部 X 线片上却看不出原来的结核病灶有重新复发的变化，当结核病灶阴影不典型时，与肺癌的阴影很相似，因而容易误诊为肺癌。老年人肺结核一般没有典型的午后低热、盗汗等症状，大约有四分之一的患者完全没有自觉症状，有些虽然有咳嗽、咳痰和偶而咳血的症状，又常易与慢性支气管炎相混淆。另外，由于老年人身体抵抗力低，对外界反应弱，结核菌素皮肤试验不能作为结核病的早期诊断方法。所以，老年人肺结核是容易被误诊的。如发现病人突然消瘦，精神和体力欠佳，应作胸部 X 线检查。发现胸片有异常阴影时，除了警惕肺癌外，还应想到患肺结核的可能。特别是对有陈旧性肺结核的老年人更应格外注意。（沈佩珊）

69. 老年人超过标准体重时该不该减肥，怎样减肥？

老年人发胖是常见的现象，然而这并不是健康的标志，而是衰老的象征。肥胖不仅使生活诸多不便，而且由此会百病丛生。据统计，老年过度肥胖者，病死率要比正常体重者高出一倍。

为什么老年人会发胖呢？因为老人体力劳动减少，身体消耗的能量不多，不需要许多糖类和脂肪。如果进食过多，剩余的热量就会转变为脂肪在体内贮存起来，使人体脂肪组织增多而逐渐胖起来。若超过正常体重 20% 以上即为肥胖。

老年肥胖者年龄愈大，随之引起的疾病就愈多。这是由于肥胖者全身脂肪沉积，毛细血管增多，血液循环阻力增加，从而加重了心脏负担，容易产生心脏病及高血压。肥胖也可引起高血脂症，血脂的增高又促使动脉硬化加重、血液粘稠度增加，容易导致脑溢血，脑血栓形成、心绞痛、心肌梗塞等疾病。肥胖者也容易发生代谢紊乱，引起糖尿病、痛风及胆结石等疾病。

下列的表格是正常标准的身高体重表

女性标准体重

身高（厘米）	体重（公斤）
148	49.7
150	50.5
152	51.5
154	52.5
156	53.5
158	54.7
160	55.9
162	57.1
164	58.3
166	59.6
168	61
170	62.4

男性标准体重身高（厘米）体重（公斤）

155	54
160	56.7
162	57.9
164	59.1
166	60.5
168	61.9
170	63.3

172	64.7
174	66.1
176	67.7
178	69.3
180	70.9

由于老年肥胖的体重增加，骨与关节的负担随之加大，老年骨关节的退化性改变往往加重，所引起的关节痛与运动障碍直接影响了日常生活。另外，由于腹腔脂肪过多造成横膈上升而影响了呼吸，又容易产生呼吸道疾病。若脂肪沉积在肝脏和肾脏，又会影响肝肾功能。肥胖者还常常怕热，不能很好适应气候变化。而且易患下肢水肿和静脉曲张。皮肤皱折处容易患皮炎和湿疹等。由此可见，老年人肥胖不是“福气”，而是“祸害”，可以导致许多疾病，从而损害老人的健康。因此，超过标准体重的老年人应该减肥，至少应该预防由轻度肥胖发展为中度或重度肥胖。

要控制肥胖与减肥，就必须控制饮食并进行体育锻炼。首先，要控制饮食的总热量。主食和脂肪的食用量均应加以限制。主食控制在每日 250 克左右，每餐应吃 8 分饱。尽量不吃糖果、点心、甜食、肥肉、油炸食物、巧克力、冰淇淋等高热量食物。还应少饮酩茶，因为酩茶可刺激食欲，使人不自觉地增加饮食量。开始控制饮食时可能很不习惯，会有饥饿感，此时可以多吃些蔬菜、豆制品和水果。体重减轻后饥饿感会自行消失。此外，饮食要有规律，睡前不要吃东西。这样长期坚持下去，体重必然会下降。

其次是坚持锻炼，增加体内热量消耗。这样对减肥更为有效。运动可以改善神经内分泌功能；促使脂肪分解。锻炼肌肉组织，促进肌肉蛋白合成，增加呼吸运动和减轻心血管系统的负荷，有效地预防动脉硬化、降低血糖和其它疾病。

运动应量力而行，循序渐进，避免意外的伤害。运动量和形式，可以根据每个人的具体情况而定。运动量可分为小、中、大三种，小运动量使心率（自己测脉搏即可）增加不超过 100 次/分，中等运动量心率不超过 120 次/分，大运动量心率 120 次/分以上。对老人来说大运动量是不可取的，否则适得其反，甚至造成意外的后果。老年人减肥的运动量以低强度、长时间为好。例如散步、游泳、气功、做操、骑车、武术等，可以根据个人爱好和习惯进行选择。无论哪一种活动，应该从小的活动量开始，逐渐增加，切勿过量。据报道，若肥胖者的饮食量不变，每天散步半小时，一个月可减轻体重 0.5 公斤，一年就可减 6 公斤，可见，散步是老年人最好的运动方式。患有高血压、心脏病、糖尿病等合并症者可以做小运动量的活动，如散步、气功和太极拳等，并在医生指导下进行。只要长期坚持，一定会达到减肥的作用。

迄今为止，还没有发现切实有效的减肥药物，市场上畅销的减肥药作用可能是暂时的，而且有些药物还有腹泻、疲乏等副作用，必须慎用。即便使用药物减肥，也必须与控制饮食、体育锻炼相结合，才能达到预期的效果。

综上所述，体重超过标准的老年人应该减肥。只要平时做到饮食有节、运动有恒，就能达到预期的目的，也能降低疾病的发病率而延年益寿。

（王慧芳）

泌尿和生殖系统

70. 什么是前列腺增生症，怎样治疗，什么情况下应该考虑手术？

前列腺是男性生殖器官中最大的腺体，于青春期后才发育完全。前列腺外形如栗子，底向上，而尖向下，重约 20 克。位于膀胱颈部下方，包绕尿道周围。它所分泌的前列腺液是精液的一个重要组成部分。

前列腺增生症过去称为前列腺良性肥大，几乎不在青年人发生。本病在欧美各国的老年人中极其常见，在我国的发生率也很高。老年人不妨与青年人的排尿情况作比较，就会发现自己不像年轻人那样解开裤扣就立即排尿，尿流又粗又急，而且能迅速排完。可见几乎所有老年人都有不同程度的前列腺增生。

前列腺增生的原因与雄激素有关，与雌激素也有关，因此认为在老年时期，人体内雄激素与雌激素的平衡失调可能是老年人前列腺增生的发病原因，但尚须更多的资料来证实。

前列腺可分为五个叶，前叶和后叶都不十分重要。中叶恰在射精管进入尿道开口的上面，当中叶肥大向上发展时，容易引起排尿困难。如果侧叶发生肥大时，从两侧压迫尿道，也可造成尿潴留。

临床医生通常是经肛门指诊检查前列腺，正常前列腺为栗子大小，如果摸到前列腺似鸽蛋大小，说明有轻度肥大，用“+”表示；鸡蛋大小称中度肥大，用“++”表示；如鸭蛋大小，可为重度肥大，用“+++”表示。但中叶的增大主要表现在正常的中间槽的消失甚至凸出。这一点常比前列腺的大小变化更为重要。

前列腺增生症最初的症状很不明显，患者亦可能发现排尿功能不正常，但常认为这些是老年人的自然现象而不介意。进一步发展，表现为尿次数增多，尤其是夜尿次数增多更为明显。尿流分叉，尿线变细，排尿时间延长，用力才能排出尿液，射尿不远，经常因排尿不尽留下较多的“残余尿”，使膀胱的有效容量相对减少。如果发展到晚期，尿不能成流而为点滴状，形成慢性尿潴留，最后可发展到急性尿潴留，不得不急诊求医。

前列腺增生症是老年人常见病，但多数人的症状不明显，无须治疗。如果前列腺增生症引起明显症状，可以先用药物治疗，常用雌激素（如乙烯雌酚，苯甲酸雌二醇）。近年来，对前列腺增生症使用前列通和前列康治疗更为广泛，但效果均不理想，患者多在服药时有好转，停药后又恢复原有症状。前列腺肥大到了晚期，特别是每晚起夜四、五次以上，测定膀胱残留尿超过 60 毫升的，有急性尿潴留反复发作的，或用力排尿而出现脱肛，腹壁疝的患者，我们都应该考虑手术切除前列腺的办法进行治疗。

手术的方法很多，各有适应症，都有优缺点。如果患者健康情况允许，可采取耻骨上前列腺切除。如果年岁较高的患者，可采用“经尿道前列腺电切术”能减少患者手术后的痛苦。但从近年来的实践来看，电切的效果不如耻骨上切除的效果彻底。若患者的健康状况不好，不能经受手术治疗，做耻骨上膀胱造瘘术解决排尿困难，也是当前常采用的方法之一。当然，这种永久性造瘘经常会发生感染并给患者生活带来不便。

近年来，我国一些大城市引进了前列腺微波治疗和射频治疗技术，为年老体弱的患者提供了另一治疗途径。但其效果当然不如手术和电切，对前列腺中叶向膀胱凸出的患者以及已有急性尿潴留的较重的前列腺增生症患者的

效果似乎较差。最近有的医院开展了激光治疗，其疗效有待于实践的检验。

总起来说，老年人几乎百分之百地有不同程度的前列腺增生，但真正须要治疗的恐怕不到百分之十。若因体检时发现前列腺肥大或因排尿不如自己年轻时那样通畅就服药医治，往往达不到预想的目的，而且也无必要。多数人的前列腺增生达到一定程度即不再加重。但少数老年人的症状进行性加重。在诸多症状中，起夜排尿的次数比较重要，如果一夜要排尿二、三次，应该去医院诊治，必要时可以施行射频治疗。已有明确的手术适应征者（比如已有过急性尿潴留甚至反复发作，有较多的残余尿），如果医生建议手术，就不必过多地犹疑。严重的前列腺增生症引起尿流梗阻，将损害肾的功能，增加尿路感染的机会，而且十分痛苦。手术的效果是彻底的，而其他治疗方法目前都不甚彻底或不很理想，有待继续改进和提高。

（王中林）

71. 为什么对无痛性血尿

要高度警惕？在医院平日的门诊中，常常有人因尿中带血而急忙来医院检查。我们把带血的尿称为“血尿”。如果只能通过显微镜下才能发现尿液中有红细胞者称为“镜下血尿”，凡是用肉眼就能看到洗肉水样或红茶样血尿，称为“肉眼血尿”。

血尿最常见的病因是炎症，如肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎等。除血尿外，患者可有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状。当然，肾结核和泌尿系结石也是引起血尿的常见疾病。但是它们除了血尿以外，都具有其他典型的症状，患者深感痛楚，一般都能及时就医。

必须高度警惕的是“无痛性血尿”，关键就在“无痛”两个字上。正因为是无痛性，常常不伴有其他症状，而且血尿多能自行停止，很易使病人造成自愈的错觉。

当患者出现“无痛性血尿”时，千万不可忽视，而要高度警惕。首先要考虑到泌尿系肿瘤的可能性。

泌尿系肿瘤 95% 以上均为恶性肿瘤，老年人最多见。一但发现血尿就必须及时到医院检查。

临床上最常见的泌尿系肿瘤有肾癌，膀胱癌，尤以膀胱癌为最多。在无痛性大量血尿的病人中，约有 1/2 到 1/3 是膀胱肿瘤引起的。男性发病率是女性的 2~3 倍。肾癌除了典型的血尿以外，50% 以上的病人可有患侧腰部持久性钝痛，有的在上腹部或后腰部能发现肿块。

对无痛性血尿要尽早地做 x 线腹部平片检查和膀胱镜检查，并通过膀胱镜做输尿管和肾盂的逆行造影，以确定诊断。肿瘤发现越早越好，一时不能明确诊断的病人，必须定期复查，追踪观察，不可放松。

不少患者畏惧膀胱镜检查，常常迟疑良久，这是不必要的拖延。诊断无痛性血尿时，膀胱镜检查往往是不可省略的。况且，在专科医生操作下，并没有多大痛楚，希望患者切勿延误。（王中林）

72. 老年人的性生活应如何掌握？

性功能是人体的正常生理功能之一。一般来说，性行为随着年龄的增加而递减。男子的性欲常比同龄女子强。据有关资料报道，男子完全失去性交能力者，在 60 岁老年人中仅占 5%，年至 70 岁时占 30%。当然，个体的差异是很大的。许多老年夫妻常以精神生活的高度融洽体现了不渝的恩爱。有性能力和过性生活是两回事。不管怎样，老年人的性生活绝对不能过度。祖

国医学认为“本已衰弱，应清心寡欲”。

老年人常患有冠心病，脑动脉硬化等心脑血管疾病。在性生活中由于性兴奋而使呼吸心跳加速和血压升高，所以必须注意和克制。

正常的性生活有利于身心健康，所以我们主张尽量保持正常的性生活。为保证老人的休息和睡眠，有条件的以同室分居为好。年至60~65岁的男子可以平均每半个月过一次性生活。65~70岁的男子可以平均每月过一次或三个月过两次性生活。如果有明显的心血管疾病，间隔时间可以更长一些。

正常的性行为可分为目的性、过程性和边缘性性行为三种。目的性性行为就是性交，是性行为的直接目的和最终体现。过程性性行为是目的性性行为的准备阶段和辅助行为（如爱抚）。边缘性性行为是广泛的情爱表示，如银幕和荧屏上常见到的接吻和拥抱以及脉脉含情地注视对方的所谓眉目传情都属于边缘性性行为。这种性行为存在于夫妻生活的始终。老年夫妻仅仅靠它就海枯石烂，此心不渝。

年龄逐渐老化的过程中，夫妻的性行为也自然地经历目的性性行为朝着过程性行为和边缘性性行为转化。由于性冷淡、性功能减退等较早地结束目的性性行为的夫妻，也较早地经历上述转化而能始终保持初恋时的爱情生活。

（王中林）

73. 什么是更年期综合征，怎样克服？

妇女到了45~55岁，卵巢逐渐萎缩，功能明显衰退，月经周期变得不规律，经血量逐渐减少，直到绝经。这一段时间叫做更年期，是妇女的一生中必然会经历的一个重要生理阶段，只是有的人出现早一点，有的人出现晚一点而已。我们的祖先很早就对妇女更年期有了深刻的认识。《内经》曰：“女子……，六七，三阳脉衰于止，面皆焦，发始白；七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭……。”这就是说，作为一般的规律，妇女到了七七四十九，就要绝经。

更年期综合征是指妇女在更年期发生的生理的和心理的一系列症状。由于妇女在更年期卵巢功能衰退，雌激素分泌减少，丘脑下部和脑垂体及卵巢内分泌之间的平衡失调，从而引起机体某些器官的功能变化和神经系统的不稳定，由此产生种种自觉症状。主要表现是：神经血管功能障碍引起的面部阵发性潮热，随即出汗，心率加快，怕冷，胸闷和情绪不稳定，心烦意乱，爱发脾气，记忆力减退，思想不集中以及疲劳、耳鸣、失眠等。此外，由于性器官萎缩，雌激素分泌减少，性功能减退，因而对性欲表现淡漠甚至产生厌恶感。

不同妇女的更年期症状并不一样。大多数妇女都没有明显的更年期症状。她们能够平安地度过更年期。但少数妇女（约占5~10%）的症状比较明显，每日发作1~2次，甚至一日数次。这对工作和健康都有直接影响。有的还造成家庭不睦。更年期出现的症状轻重与神经类型、性格特征、健康状况、心理状态和周围环境等诸多因素有关。有的妇女缺乏更年期的基本生理常识，一旦发现自己没有了正常的月经并出现了某些更年期症状后就忧心忡忡，担心自己会丧失女性的特征，这其实是一种误解。还有的妇女本来在事业上有远大的抱负，准备大干一番，可是突然到了更年期，受到了更年期综合征的困扰，变得无精打采，认为这下事业完了，再也干不出什么成就了。这种认识也是错误的。大量事实证明，妇女过了更年期后，仿佛进入了第二个青春期，精力更旺盛，不少妇女正是在更年期后做出了一番轰轰烈烈的事

业。

总之，更年期是人生的一个必经阶段，更年期综合征是一个自然的生理过程，过一段时间后便会逐渐消失。为了减轻更年期综合征，妇女应该在心理上作好充分准备，消除不必要的思想顾虑和精神负担，保持乐观情绪。在单位里，与同事相处时应该互相谦让，不要什么问题都要争个是非曲直。在家里，遇事多和丈夫、孩子商量，互谅互让，互相关心，互相体贴，使家庭充满愉快、欢乐的气氛。心情好了，可以促使内分泌调节趋于平衡，从而减轻更年期症状。另外，生活要有规律，注意休息，不要过度劳累，对于从事脑力劳动的妇女，应多参加一些体育和娱乐活动。在饮食方面，要多吃一些蔬菜水果和蛋白质类食物。

一般说来，更年期综合征不需药物治疗。但是，个别的症状严重的妇女，为了减轻症状，可以在医生指导下服用少量雌激素。（黎春兰）

74. 绝经后发生阴道出血，会是什么问题？

绝经是妇女卵巢功能衰退的一种正常生理现象。绝经过程通常要持续一年多。多数学者认为，如果停经一年以上突然发生阴道出血，则是不正常的，称为绝经后出血。

绝经后出血往往和妇科某些肿瘤有关，所以不少妇女发现自己绝经后出血时心里非常紧张，生怕得了癌症。其实，绝经后出血并不都是由恶性肿瘤引起的，其原因很多，大致分为两类：一类是恶性绝经后出血（即由恶性肿瘤如宫体癌引起），另一类是良性绝经后出血。而且以良性绝经后出血占多数。

这里介绍一下良性绝经后出血的各种原因。

（1）是雌激素作用。绝经后1~2年内，卵巢仍能分泌少量雌激素。如果这种雌激素分泌达到一定水平，就有可能引起子宫内膜增生和脱落，从而出现1~2次“月经”。

（2）是各种妇科炎症。老年妇女容易患老年性阴道炎、阴道溃疡、滴虫性阴道炎、创伤性阴道炎、宫颈炎、子宫内膜炎、宫颈息肉，尿道肉阜等。这是因为绝经后卵巢功能衰退，雌激素水平大大降低，所以阴道粘膜变薄，上皮细胞内含糖原减少，局部抵抗力减弱，因而很容易受到细菌感染，引起上述种种炎症。其主要表现是白带增多，变黄色，甚至有血性分泌物。如果得了子宫内膜炎，由于分泌物增多，而老年妇女宫颈萎缩，宫口粘连比较严重，分泌物外流不通畅，因此还有可能发生宫腔积脓积血。

（3）是良性肿瘤。如子宫粘膜下肌瘤、良性卵巢肿瘤等。比如个别老年妇女本来就有子宫粘膜下肌瘤。由于绝经后子宫萎缩变小，因而迫使粘膜下肌瘤脱出宫颈外口，时间长了便会合并感染，引起流水和出血，淋漓不断。某些良性卵巢肿瘤（如卵巢颗粒-卵泡膜细胞瘤）可以分泌雌激素，从而使子宫内膜发生增生和脱落，引起阴道出血。

最后，药物也可能引起绝经后出血。比如为了治疗老年性阴道炎、骨质疏松症和严重的更年期综合征等，往往需要补充少量雌激素。但一旦停药后，也可能引起阴道出血。

引起绝经后出血的恶性肿瘤，主要是子宫颈癌和子宫内膜癌。一般说来，这种恶性绝经后出血的发病率并不太高。由于医务人员对绝经后出血比较重视，加上近年来各种检查技术的提高，也容易早期发现和及时治疗。

绝经后出血的病因只能由医生确定，所以一旦发生，就必须及时去医院

诊查。由于绝经后出血的病因多为良性，患者不必过于紧张，但也不能麻痹大意，因为毕竟还有一部分属于恶性。有时，绝经后出血的病因在一系列检查（包括诊断性刮宫）后，一时仍难断定。这时，医生固然要保持警惕，继续追踪，患者更不能就此置之不理，拒绝复查。这样，有些病因终究能够查出，从而开始正确而及时的治疗。也许有一些偶然出现阴道出血的患者始终查不出病因，在这种情况下，“解除警报”的决定也只能由医生作出。

（黎春兰）

75. 什么是“外阴白色病变”和“外阴白斑”？

外阴白色病变是指外阴皮肤粘膜发白，同时变得粗糙、增厚或者萎缩、变薄、并伴有自觉瘙痒的一种疾病。

多年来由于对外阴皮肤粘膜发白模糊的认识，人们把外阴发白，并伴有瘙痒统称为“外阴白斑”。甚至认为是一种癌病变。数年来，国内外学者通过临床和病理观察，发现病理分类有多种多样变化，不同的疾病有不同的分类。而有的病理学者则提出将其中有非典型增生时才称为“外阴白斑”，所以很久以来人们对诊断认识还很不统一，为了统一认识 1975 年在第二届国际性外阴病研究会议上制定了新的分类：增生性营养不良，萎缩性苔癣性及混合型营养不良三类。废除“外阴白斑”病名，而改用外阴白色病变或称慢性外阴营养不良。

外阴白色病变是一种多原因引起的外阴皮肤粘膜变化的一组疾病。因为由于妇女绝经后卵巢功能逐渐衰退，雌激素水平低下，引起内分泌的一系列失调，外阴组织逐渐退化，局部抵抗力减弱，一些老年妇女常常出现外阴发干，局部瘙痒，病变多半在大小阴唇，阴蒂，呈对称性向外扩延，有的波及到会阴及会阴后联合肛门周围，皮肤增厚呈暗红色（早期）或白色斑块（后期），皮肤失去弹性。严重者有的妇女阴蒂及小阴唇萎缩粘连，个别妇女尿道口变窄，小便或大便时常常造成外阴皲裂，引起刺痛等，使广大医务人员和患者本人“望而生畏”，从而带来许多不必要的思想负担。

目前国内外学者对外阴白色病变有了一致的意见，经过长期的随访观察，据统计外阴白色病变癌变率仅在 2~5% 或更低，国内北医三院报道 130 例外阴白色病变的病理分析合并非典型增生发病率为 1.5~4%，而 96% 以上为外阴营养不良病变。且绝大多数病人经过治疗可以避免发展为癌。所以，不能单凭肉眼见到外阴皮肤粘膜发白就称“外阴白斑”。不过，在外阴白色病变患者中是否有非典型增生，只有通过病理切片才能证实。

此外，有的老年妇女由于尿道口松弛，常常出现尿频、尿急，经常裤内潮湿，由于长期被尿液刺激外阴及浸渍引起外阴瘙痒，抓破皮肤，久而久之形成外阴溃疡等。同时要认真治疗外阴各种疾病引起的瘙痒，如神经性皮炎、湿疹、外阴溃疡、长期不愈的霉菌性及滴虫性阴道炎。因长期不愈慢性炎症及分泌物刺激外阴促进粘膜上皮增生，粗糙变硬。除了局部外还要检查全身性疾病所引起的外阴瘙痒，皮肤发白，如糖尿病、维生素缺乏（维生素 A、B1、B12，叶酸等）。老年妇女如果发现外阴皮肤瘙痒，皮肤发白或有硬块或溃疡应及时去医院诊治，以便及时发现是否有非典型增生。认真治疗各种外阴白色病变对预防癌变能起到一定的作用。

（黎春兰）

76. 怎样治疗外阴瘙痒？

外阴瘙痒并非一种疾病，而是一种妇科常见的、非常痛苦的症状。瘙痒部位大多是在阴蒂和小阴唇，但有时也可累及到大阴唇、会阴及肛门周围。

瘙痒可能是间断性的，也可能是持续性的，时好时坏，缠绵不断，特别是在公共场合发作时，常常坐立不安，严重影响工作、生活及睡眠。

外阴瘙痒多发生于中老年妇女。引起外阴瘙痒的原因是多方面的。外阴各种不同的病变和一些全身性疾病都能引起外阴瘙痒，但是它也可能发生于外阴组织完全正常的人。霉菌和滴虫性阴道炎排出的分泌物刺激外阴是最常见的原因。外阴不清洁，皮脂腺或汗腺的分泌物、月经、阴道分泌物、甚至尿与粪便的残渣，都能引起外阴瘙痒。外阴部的皮肤病如湿疹、神经性皮炎、以及外阴部的疾患如外阴白色病变、外阴溃疡等，其主要症状也是瘙痒。肥皂、药物、化纤织物或橡胶的刺激也均可诱发瘙痒。过度肥胖所致阴部皮肤磨擦、糜烂也是造成瘙痒的一个原因。有些全身性疾患如糖尿病、白血病、梗阻性黄疸、尿毒症、恶性贫血、甲状腺功能紊乱、某些维生素的缺乏等，均可有外阴瘙痒的症状，但常是全身瘙痒症状的一部分而已。

老年妇女为什么更易出现外阴瘙痒的病症呢？这是因为妇女绝经后，卵巢功能低落，雌激素分泌不足，外阴组织逐渐退化，局部抵抗力降低，因而更易诱发外阴瘙痒症。

有些患者虽然瘙痒严重，但是找不出明显的病因。这类瘙痒可能与精神因素有关。近年来的研究表明：紧张情绪常常和瘙痒同时存在，并往往互为因果。有人发现那些不能适当地宣泄自己情绪的人，对痒的感受阈很低。换言之，无法表达的情绪可能换成剧烈的瘙痒。

外阴瘙痒的治疗主要是要消除引起瘙痒的全身或局部病因。一旦病因去除，瘙痒就随之消失。严禁搔抓，不要饮酒，不吃葱、姜、蒜、辣椒等刺激性食物和易引起过敏的食物。保持外阴清洁、干燥。慎用肥皂，避免物理和化学因素的刺激。不要用40℃以上的水烫洗，如无明显的感染，不要用高锰酸钾溶液洗外阴。可用温的花椒盐水外洗，也可用中药蛇床子30g、苦参30g、黄柏30g加少量枯矾水煎后熏洗外用。急性期可用3%硼酸溶液湿敷。瘙痒严重可用些含有薄荷、樟脑等止痒作用强的药水或霜膏外涂。慢性瘙痒可用地塞米松软膏，老年妇女可用1~2%的丙酸睾酮软膏外涂。症状严重时可口服一些镇静、脱敏的药物，一方面可以达到止痒的目的，另一方面也可以消除思想负担，保证睡眠。老年患者宜补充多种维生素，并可用谷维素调节植物神经系统。此外针灸和穴位封闭也会收到一定的效果，但上述治疗都必须在医生指导下进行。

对外阴瘙痒处理不当或情绪紧张，可使瘙痒形成恶性循环：痒—搔抓—失眠、忧虑—更痒。这时可以用阅读书报或看有趣的电影，做些自己感兴趣的事来转移注意力，对减轻瘙痒会有一些帮助。

（徐以敬）

77. 子宫颈癌能预防吗？

子宫颈癌是妇女常见的一种肿瘤，多发生在40~70岁之间，50岁左右是高发年龄，20岁以下罕见。1958年以后，由于全国各地广泛地开展了宫颈癌的普查和妇科病的普治工作，子宫颈癌（特别是宫颈浸润癌）的发病率已显著下降，如北京市1972~1976年宫颈癌的患病率仅为1959年的1/7。可见，通过定期的普查普治，来控制子宫颈癌的发生和发展是完全可能做到的。

子宫颈癌的确切病因至今尚不清楚，根据大量的流行病学调查表明，似乎是不同因素局部刺激的结果。与宫颈癌有关的高危因素有：性生活开始过

早，有多个性伴侣，性生活和性器官个人卫生条件差，早育，多产，宫颈外翻，糜烂，裂伤以及配偶的包皮垢等。

性生活过早、过频，经常刺激、碰伤宫颈，容易引起宫颈糜烂。据北京市的报告，20岁以前结婚者子宫颈癌的发病率比26岁以后结婚者要高7倍。大量临床资料表明，宫颈糜烂与宫颈癌的发生有密切关系，很多人认为宫颈糜烂是宫颈癌的癌前病变。据统计，有宫颈糜烂的妇女，宫颈癌的发病率较无糜烂者高10倍，相反，凡因宫颈糜烂而曾用电烙或锥切等方法治疗过的则很少发生宫颈癌。早育及多产加重宫颈负担，增加宫颈裂伤的机会，使宫颈长期受到慢性刺激而促进宫颈癌的发生。普查结果发现，生产七胎以上的妇女，宫颈癌的发生率较1~2胎者高10倍。

目前认为包皮垢中的胆固醇经细菌作用后可转变成致癌物质。国外有人调查，男性阴茎包皮过长，而未行环切手术者，其配偶的宫颈癌发病率较行环切手术者高8倍。

近年来不少文献报道疱疹病毒型和人乳头病病毒可能与宫颈癌的发生有关。

雌激素能促进子宫和阴道组织的生长和刺激宫颈上皮增生，可能与宫颈癌的发生有关。

此外，宫颈癌的发病与社会经济状况和精神创伤也有一定的关系。家庭收入少的发病率高，宫颈癌病人中有不少人有精神创伤史。医学研究结果表明，癌症好发于那些受到一定挫折后长期出现沮丧、焦虑、苦闷甚至绝望等不良情绪的人。

综上所述，宫颈癌的发生是多种因素造成的，同时有两种以上的内在和外在因素共同起作用的结果。

一般来说，癌瘤的发生与发展都有一个相当长的从量变到质变的过程。宫颈癌这一过程大约需20~30年的时间。也就是说，人们在青壮年时代就可能有某些细胞在致癌物质的作用下发生了异常变化，随着年龄的增长，发病的机会逐渐增多。

人们一般将不典型的增生称为癌前病变。但是，并不是所有的不典型增生都发展成宫颈癌，其中轻度和中度尚可逆转致正常，有些可能长期停留不发展。据统计，如果不予治疗，有10~15%的轻、中度和约75%的重度不典型增生可转变为浸润癌，这个转变和发展过程缓慢，约需1~5年时间。

多年来的实践证明，阴道细胞学检查是发现宫颈癌前病变和早期宫颈癌的一个很有价值的方法，它取材及检查方法简便，准确率高。目前已普遍将其作为宫颈癌普查筛选的首要方法。普查时发现的宫颈糜烂等病变，经过及时治疗，可以防止向宫颈癌的转变。因此，普查后的普治是预防宫颈癌的重要手段之一。

定期进行宫颈癌的普查是早期发现宫颈癌的最有效的办法。自1958年开始各级卫生部门每隔三年对已婚妇女进行一次防癌普查工作，收到了显著的效果，大大地降低了宫颈癌的发病率。但是总有那么一部分人拒绝接受检查，其理由不外乎“我没有不正常现象，不用检查”，“怕麻烦”，“怕痛”甚至于“怕羞”。这些想法都是极其有害的。由于拒绝普查而不幸发生晚期宫颈癌者，已时有所闻。

同时应针对宫颈癌的有关发病因素采取一系列措施。诸如推广新法接生，正确处理难产，防止子宫颈裂伤，发生裂伤及时缝合修补，积极治疗慢

性宫颈病变，对配偶的包茎和包皮过长者行包皮环切手术，认真贯彻计划生育工作，晚婚、节育、少生、优生，注意性卫生等，都是减少宫颈癌发病率的有效手段。

（徐以敬）

78. 老年妇女为什么容易发生子宫脱垂，发生后怎么办？

子宫脱垂是指内生殖器的位置发生改变，子宫从正常位置沿阴道下降甚至脱出阴道之外。一般发生于已婚、已产妇女。

在正常情况下，子宫位于盆腔中部，呈前倾位，子宫体的纵轴与阴道轴呈 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$ 角，子宫颈位于坐骨棘水平以上，不因行走、站立、重体力劳动等脱入阴道。如果子宫从正常位置沿阴道下降，子宫颈外口的位置降至坐骨棘平面以下，甚至子宫体的一部或全部脱出于阴道外口称为子宫脱垂，祖国医学称之为“阴挺”。

过去，子宫脱垂是妇女尤其是农村妇女的多发病，随着城乡人民生活水平的不断提高和各级政府对妇女保健工作（特别是孕产期的保护工作）的重视，以及计划生育工作的广泛开展，子宫脱垂的病人已明显减少。

子宫之所以保持正常的解剖位置，主要是由盆底肌肉筋膜以及附着在子宫上的几条韧带起着支托作用。在生理状态下，腹压增加时，压力作用于子宫，但是由于盆底组织及韧带相当坚固，子宫位置仍可不变。当盆底组织，子宫韧带受到损伤，支托作用减弱时，再加上腹内压力增加，子宫位置就可能下降。特别是在子宫纵轴与阴道纵轴一致的情况下，更易发生子宫脱垂。

发生子宫脱垂的主要原因是产伤（尤其是难产、手术产），可能使阴道松弛、变宽，子宫韧带和盆底组织过度伸展或撕裂而使其弹性减弱，张力下降，丧失了提升和支托功能。对于一个产妇来说，这些损伤是难免的。如果产后休息得好，加强营养，避免重体力劳动，适当地进行产后锻炼，这些创伤性改变会很快修复而不会发生脱垂。如果损伤严重，又未及时修补，产后过早地从事体力劳动或长时间处于站或蹲的体位，再加上有慢性咳嗽，习惯性便秘等使腹压增加的因素，就很容易发生子宫脱垂。

绝经后子宫脱垂的发生率上升，60 岁以上的妇女约有 1/4 的人患有子宫脱垂。产伤是年轻时造成的，为什么妇女到了老年更易发生子宫脱垂呢？这是因为这些人产后可能就有轻度的子宫脱垂，而无明显的症状，到了老年，肌肉出现退行性变化，弹性降低，张力减弱；盆底的肌肉、筋膜和韧带失去弹性，组织变得松弛。绝经后卵巢功能减退，分泌的雌激素减少，子宫肌层逐渐萎缩，子宫缩小，呈后位改变与阴道轴一致，易沿着阴道下降。同时老年人易患慢性咳嗽、便秘等，长期腹压增加也易导致子宫脱垂的发生。

发生子宫脱垂后，由于子宫位置下降，腹压和子宫的各条韧带受到牵拉，病人常会有下坠感和腰酸、背痛等不适。患有子宫脱垂的人会感觉阴道口有肿物脱出。肿块随着病情的加重而逐渐增大。开始时仅在走路、劳动或用力大便时脱出，卧床休息后可自行还纳。病情加重后块状物可终日脱出阴道口外，须用手还纳才能复位，严重时脱出物因血流受阻而水肿、肥大，嵌顿在阴道外面不能还纳。脱垂的子宫、宫颈和阴道壁长期暴露于阴道口外，局部上皮增厚，粘膜角化，长期摩擦而发生糜烂、溃疡、感染而渗出脓性分泌物。阴道和宫颈的这种创伤性溃疡较浅而质脆，有发生恶变的可能，但恶变率极低。

子宫脱垂常同时伴有阴道前壁（膀胱）膨出，由于膀胱与尿道的位置发

生改变，常可出现排尿困难、尿潴留和尿失禁现象。合并有阴道后壁（直肠）膨出时，常会有便秘和排便困难等现象出现。

老年妇女如果患有子宫脱垂该怎么办呢？首先应该加强营养，增强体质。当身体的一般情况得到改善后，全身肌肉的紧张度会有所恢复，盆底托力也会增加。同时应避免超负荷的劳动，尽可能消除那些使腹压增加的因素。长期坚持提肛肌的锻炼，使肛门一缩一松，每次 10~15 分钟，每日数次，对恢复盆底组织的张力和功能是有益的。补中益气汤和大补元煎等中药起补气升陷作用，对虚弱患者可以起到调理和辅助治疗的作用。

脱垂程度较轻和体弱不宜手术的患者可采用子宫托疗法，将子宫托对着宫颈放入阴道穹窿部，使脱出的阴道和子宫还纳。使用子宫托以“放置后无不适、不脱出”为原则。子宫托能阻止宫颈下降，同时也有一定的治疗作用，是一种简单、易行、经济、安全的好方法。使用后每隔 2~3 个月应复查一次，根据情况更改型号和处理可能引起的炎症、嵌顿或瘘管等并发症。

对于那些经保守治疗无效或脱垂较重的患者可以采取手术治疗。手术的方式很多，对年龄较大的患者以采取阴式子宫切除，阴道前后壁修补术为宜。手术后复发率较少，对防癌也有积极的意义。

（徐以敬）

79；乳癌有哪些症状？

乳癌是妇女最常见的恶性肿瘤之一，近年来有年轻化、城市化、多样化的趋势。对这种疾病，早发现、早诊断、早治疗，是至关重要的。

乳癌大多发生于 40~60 岁左右绝经期前后的妇女。这间接说明，乳癌的发生与性激素方面的变化有一定的关系。

绝大多数病人是自己偶然摸到乳房内有肿物，才发觉有病。乳癌最常见的症状是乳房肿块，而且肿块常常是首发的症状，约占乳癌病例总数的 95% 以上。肿块多为单发，无痛，质地较硬，边缘不整齐，表面不光滑，与周围组织有粘连。但也有少数病人的肿块伴有疼痛。另外约有 10% 肿块的质地较软。所以不能根据肿块硬不硬、痛不痛来区别其良性还是恶性。此外，还有一种乳房良性病变名叫乳腺囊性增生病，有癌变的可能性，不能忽视。如果发现在增生结节中出现单个结节或者增厚的腺体不断长大，质地变硬；或者结节的质地、大小、长期固定无变化，失去原来月经前，中期的周期性波动与疼痛，都不要掉以轻心，而应找医生检查。

第二个常见的症状是乳头溢液。溢液可为血性，常为陈旧性血水，偶尔为鲜血，但也可呈棕色或淡黄色浆液，甚至呈无色透明液体。不管是哪一种，都不能成为乳腺良性病变或恶性病变的标志。出现乳头溢液，仍以良性病变为多见。溢液以乳腺增生最多，即使是乳头溢血，仍以良性的导管内乳头状瘤为多见，其次是导管内乳头状癌。不过，乳癌的溢液仍是血性为多，而且一般多伴有肿块。此外，乳头溢液患者年龄越大，恶性可能性也大一些。男性乳头溢液有 20~30% 为恶性病变。

有一部分病人最初发现的症状是乳部凹缩，包括患侧乳房皮肤凹陷、乳房皱缩和乳头回缩。皮肤凹陷又称皮肤粘连，是癌瘤累及乳房皮肤的表现。乳房皱缩多见于侵袭性强的硬癌，是肿瘤浸润在局部乳腺组织内引起纤维化和挛缩的结果。乳头回缩，甚至乳晕随之变形，是大导管受到侵袭的结果。所以一旦发现乳房有这三种征象之一时就应该及时就医。

还有少数病人发现自己乳房皮肤突然发红，而没有局部明显压痛，或有

发热等全身性炎症症状时，一定要警惕有炎症样乳腺癌可能。

极少数病人首先发现自己腋下淋巴结肿大。这就是所谓隐性乳癌，即乳癌十分微小而未能摸到，但是腋淋巴结转移已很明显。但总的来说，绝大多数还是以乳房肿块为首发症状，后来才出现淋巴结转移。

另外有一种乳癌叫做乳头湿疹样癌。它的早期表现是乳头瘙痒，乳头表面发红，变粗糙，进而发生糜烂，有裂隙，伴浆液性分泌物。分泌物干后，凝结为灰黄色痂皮，痂皮下有肉芽创面。这种癌有半数不伴有乳房肿块，应该引起重视。

乳癌晚期症状有橘子皮样水肿，这是癌肿广泛侵犯乳房皮肤及皮下淋巴管引起的淋巴性水肿。还有皮肤溃疡，皮肤卫星结节等。

男性乳癌临床上比较少见。其特点是乳晕下出现无痛性肿块，短期内迅速增大，质地由软变硬，肿块表面不光滑，有结节感，但一直无触痛。乳头溢液（有时为血性）更易发生在男性乳癌。男性乳癌后果不良的重要原因是患者自己的无知和忽视，不少人不知道男子也会患乳癌。所以男性乳癌确诊的时间常比女性患者为晚，往往失去了根治的机会。

（陈文琴）

80. 怎样早期发现乳腺异常肿块？

早期发现乳腺异常肿块的最重要的手段是乳腺自我检查。患者只要按要求每月检查自己的乳房，很快可熟悉自己乳腺平时的状况和触摸时的感觉。如果出现变化，患者自己就能及时察觉而就医。实际上，大多数乳癌还是由患者自己发现的，国内外都是如此。

乳腺自检应每月进行一次。有月经的妇女最好在每次月经结束后 2~3 天进行自检，因为该时乳房一般已无胀痛，比较松软。如果已经绝经，可选定一天（例如每月的第一天）为自检的日期，不易忘却。

乳腺自检时首先脱去上衣，面对镜子察看双乳。首先观察两侧乳房是否位于同一平面，有没有一侧抬高情况。其次观察有无乳头，皮肤病变，如乳头回缩，乳头溢液，乳房皮肤皱缩，炎症样表现，橘子皮样水肿，皮肤溃疡及卫星结节等。

然后用双手各三指的指肚进行触摸——采用双手交替起伏的触摸方法。一般先用右手，仔细触摸左乳。使用手指的指肚，一面触摸，一面作画小圈的运动，由乳腺外缘开始，慢慢地移向乳腺各部。最后检查乳头和乳晕。并注意捏挤乳头时有无溢液出现，仔细触摸乳晕区，看在其深面有无结节状物存在。特别要注意腋部与乳腺之间的部位不得遗漏，腋部也要依法检查。再依上法检查对侧乳房。

触摸时要注意以下几点：结节的部位和大小；结节的硬度和表面情况（是否光滑，边缘是否整齐）；肿物与胸大肌有无粘连，检查肿块上下，左右的可推动性；肿块与皮肤有无粘连。

检查的目的主要是寻找是否有异于平时的结节或肿块或乳头溢液。40 岁以上（尤其在绝经前后）出现的单发、无痛、坚硬，与周围组织有粘连的肿块常为乳癌。

乳房肿块的伴随症状常提示乳腺肿块的疾病性质，乳房胀痛在囊性增生病中常见，有周期性，经前疼痛明显。炎性肿块常局部跳痛。导管扩张病及浆细胞性乳腺炎有局部痒、烧灼样痛。突发肿块伴局部青紫、触诊疼痛者应考虑外伤。乳头溢液常提示导管肿瘤和导管扩张，其中 90% 为良性疾病，10

%为恶性。男性乳头溢液有 20 ~ 30% 为恶性病变。乳头糜烂治疗无效时必须警惕湿疹样乳癌。局部有较广泛红肿，伴有水肿，沉重感，而无局部或全身性炎症症状时，应考虑炎性癌的可能性大。如腋窝出现质地硬、与周围组织有粘连的淋巴结则提示乳癌转移。

恶性肿瘤生长速度快，而良性肿瘤生长速度缓慢，肿块若在短期内突然迅速长大，应考虑癌的可能。

一旦发现异常肿块时，就应请医生检查。包括各种辅助检查和病理学检查，以尽快明确诊断。

目前常用的诊断方法有：超声灰度显象法，乳腺 X 线摄影，（包括钼靶 X 线摄影和干板摄影）、乳腺导管造影，组织学检查（针吸活检和切除活组织检查）、目前红外光扫描已广泛用于乳腺疾病的普查和乳腺癌的早期诊断，由于无痛无创伤而受到欢迎。

（陈文琴）

皮肤、感官和口腔

81. 长期卧床的老年人怎样预防褥疮，发生后又怎么办？

褥疮多发生于有病长期卧床或瘫痪在床而不能自动翻身的老年人，是由于腰骶、足跟等持续受压而引起的皮肤坏死。

褥疮初起时，受压的局部皮肤有暗红色的小红斑或破损面，很快形成黑色的坏死组织。坏死组织脱落后就成为经久不愈的溃疡。有的引起疼痛，有的可以完全不痛。如果坏死继续蔓延，创口愈来愈深，愈来愈大，脓汁极多，则后果不良。

除了局部受压的因素以外，消瘦和营养不良也是很重要的发病因素。此外，局部皮肤受到汗液或大小便的浸渍更易发生褥疮。

要避免局部皮肤长时间受压，就要定时帮助老人更换体位。一般每2~3小时翻身一次，夜间最好能翻身一两次。翻身时不可把老人在床上拖拽，以免擦破皮肤，而应把病人抬起后再翻转其身体放下。床单应该柔软而干燥，平整而无折叠。对于明显消瘦的老人，应在臀下安放气圈垫（市上有售）。但肥胖或有水肿的老人不宜垫气圈。在骨骼隆起的部位，如骶尾、股骨大粗隆，足跟和肩胛骨突出部分等易受压处，要垫以棉垫或棉圈，泡沫塑料的垫圈也很好用。经常用湿热毛巾为老人擦澡，使皮肤保持清洁。在骨骼隆起部位，可用50%酒精涂布后轻柔地按摩，每天1~2次，每次10~20分钟。冬季可改用滑石粉。对大小便失禁的老人，要勤换尿布，保持会阴部清洁和干燥。鼓励老人多吃高蛋白、富含维生素并容易消化的食物。调换食谱，增进老人的食欲。还要注意补充足够的水，让老人饮用。

若能做到以上几点，有可能使年老体弱而又长期卧床的患者多年不发生褥疮。如果万一发生了褥疮，就要积极治疗，促其早愈，而不致发展到不可收拾的地步。

为了治疗的方便，根据病情的轻重，可把褥疮分为四期。第一期只是发红和发痒，并有麻木感。第二期为暗红色的皮肤上有水泡形成。第三期已有表浅的溃烂（即溃疡），有黄色的组织液或脓性的渗出液。第四期可见黑色的坏死组织，浅的仅达皮下组织，深的可达骨膜。若能抓紧治疗第一、二期褥疮，大多数都能很快痊愈，但第三、四期的褥疮已很难愈合。所以，必须尽早发现第一、二期褥疮，并尽早治愈，防止其向第三、四期褥疮发展。

给老人每次翻身时都要检查容易受压的骨隆突部位。如果有发红的地方，就要用50%酒精（冬季用滑石粉）有重点地轻柔按摩。发红的地方必须用中空的棉圈垫好，不能再继续受压。此时，前述的预防措施更要强化。一旦出现水泡，就要在碘酒、酒精消毒后用一次性无菌注射器，将水泡中的液体吸出。然后用多层无菌纱布包扎固定。如果水泡已经破溃，可用2%龙胆紫（紫药水）涂抹，再加无菌纱布包扎。如果水泡破溃后流出的是脓，必须每日用灭菌的凡士林纱布换药，同时使用抗菌素。

对第三、四期褥疮，要每天换药，并用灭菌的剪子一点一点地剪去发黑的坏死组织。还可用红外线、远红外等照射，最简便的是使用普通的台灯，每日照射1~2次，每次20~30分钟。要注意的是：这些治疗仪和台灯都不可离褥疮太近，以免烧伤健康的皮肤。

当然，以上种种措施不一定在每个家庭中都能办到，有的须由医务人员来处理。由于操作并不复杂，家属在医生的指导下不难学会褥疮的正确处理

方法。这就大大有利于老人褥疮的愈合，无数事实证明：褥疮是可以预防的；一旦发生褥疮，只要抓紧治疗，正确处理，大多数褥疮是可以治愈的。

（孙宗鲁）

82. 什么是丹毒，怎样治疗？

丹毒是由一种溶血性链球菌感染所引起的急性皮肤炎症。病菌通过皮肤或粘膜的小伤口（或毛囊）侵入网状淋巴管引起皮内淋巴管发炎。开始时局部皮肤出现红斑，颜色鲜红，中间较淡，边界清楚，略微隆起。手指压斑块可使红色消退，但除去压力后红色很快恢复。随着病程进展，红肿向四周蔓延，中央的红色消退，有少许皮屑脱落，颜色转为棕黄色。由于淋巴管炎症导致淋巴液回流受阻，所以可以出现水泡，伴有烧灼样疼痛。溶血性链球菌的播散力很强，当它侵入血液时，即可引起全身中毒性反应，会突然出现发冷发烧，头痛，呕吐等。

丹毒好发于面部和下肢。有时发生在头部，肿胀严重，伴有剧烈的头痛及附近淋巴结肿大。

丹毒一般不化脓，很少发生组织坏死，但容易反复发作，而且常在同一部位复发。如有足癣的患者常反复发作于足背和小腿前方皮肤，导致皮下淋巴管阻塞，使小腿皮肤粗糙变硬，日久天长可能形成橡皮腿。

丹毒往往须要和蜂窝织炎相区别。前者病变主要在皮肤、粘膜的淋巴网。典型的丹毒边界清楚，有隆起的红斑，疼痛常不明显。后者病变在深部软组织，局部红肿以中央明显，与周围边界不清，一般均有明显疼痛和压痛，并且可以化脓。

患了丹毒，一定要到医院去治疗，因为丹毒起病急，发病快，常伴有畏寒及高热，用一般的口服药不易控制。所以首先应选用青霉素类药做静脉滴注。若青霉素过敏可考虑改用红霉素或其他抗菌素静脉滴注。用量要足，特别要注意的是不可过早停药，在全身症状和局部症状消失后还应继续用药5~7天，以防复发。局部皮肤应用1%雷夫奴尔（或50%硫酸镁溶液）持续湿敷。如发生在下肢，应卧床休息，抬高患肢。同时还可以采用紫外线照射或超短波照射，以减轻肿胀和疼痛。中药凉血清热解毒方剂对丹毒也有很好的功效。

慢性复发性丹毒，若发生于颜面，在治疗的同时还应寻找鼻、咽、上颌窦及齿槽处有无病灶，并加以治疗。要改掉挖鼻孔的坏习惯。对于下肢复发性丹毒应寻找感染的病因，给予治疗，以避免病菌侵入。

老年人的免疫功能较低，即使皮肤发生轻微的损伤，也一定要及时消毒处理，必要时应使用抗菌素。

（苗静华）

83. 皮肤癌有哪些表现？

皮肤肿瘤可分为良性和恶性（即皮肤癌）两大类。良性肿瘤的瘤细胞繁殖有一定的限度，不发生转移。而恶性肿瘤的特征是瘤细胞繁殖较快，并可发生转移。

皮肤癌有原发于皮肤的，也有从内脏器官转移而来的（即转移癌）。另外还有些皮肤病（如粘膜白斑、鲍温氏病等）较易发生恶变的，称为癌前期皮肤病。

皮肤癌种类较多，如基底细胞癌、鳞状细胞癌、恶性黑色素瘤、湿疹样癌、蕈样肉芽肿，皮肤白血病、特发性多发性出血肉瘤、隆突皮肤纤维肉瘤、血管内皮细胞癌、何杰金氏病等等。下面介绍几种常见的皮肤癌及其表现。

基底细胞癌这是比较多见的皮肤肿瘤，多与皮肤受强烈的日晒、放射线或化学物品的刺激有关。但也常找不出明显的诱因。它好发于 40 岁以上的人，尤其是老年人。多发生在面、耳及手背，也可发生在任何其他部位。但不长在手掌、足底及粘膜。这种癌大多为原发性，来源于表皮或毛囊，癌细胞发展缓慢，很少发生转移。

早朝的基底细胞癌是在皮肤上出现绿豆至黄豆大小的蜡样结节。可持续数年至数十年不变，多数患者无明显外伤及外用药物史。皮肤结节的体积可逐渐增大，但最大不超过几个厘米，不痛，稍硬，容易出血。以后逐渐形成小溃疡，有一定的破坏性，如侵犯皮下组织、软骨甚至骨骼。但不出现大面积坏死、流血、化脓。最好在早期结节状态时就作切除并作活检。

鳞状细胞癌 比基底细胞癌少见，但恶性程度高得多。它是起源于鳞状上皮细胞的恶性肿瘤，但原发很少，大多继发于下列皮肤病：如寻常狼疮、红斑狼疮、慢性放射性皮炎、疤痕、慢性溃疡、日光角化病、粘膜白斑病等。病变的皮肤起初为红褐色豆疹、结节，很快增大成不规则的斑块，表面呈乳头状或菜花状。小的仅 1 厘米，大的可达十数厘米或数十厘米。极易出血、化脓、坏死、形成很深的溃疡，排出恶臭的脓血，会很快的转移到周围淋巴结或内脏，死亡率极高。患者以中老年为多，好发部位视原发病而定，全身都可发生，但以头、面、外阴及下肢更多。为了预防鳞状细胞癌的发生，应避免直接的日光曝晒，实在不能避免时应采取防晒措施。同样要作好接触电离辐射、焦油、沥青、化学药物等防护措施。

为了早期发现鳞状细胞癌，一旦在皮肤上出现原因不明的结节或乳头状物时，应及时去医院检查。还应提起注意的是从疤痕、溃疡或窦道处长出来的肿瘤可被原有慢性损害所掩盖，故原先的病损若发生增大或经久不愈，应怀疑是否并发了肿瘤。还有一种情况不容忽略的就是包皮过长与鳞癌的关系很密切，包皮过长时大量污物如尿垢等就会积存在龟头和包皮上，不仅刺激局部造成顽固的包皮龟头炎，日久天长，还可诱发阴茎鳞状细胞癌，因此包皮过长应及早作包皮环切术。

恶性黑色素瘤 起源于黑色细胞的较易转移的恶性肿瘤，是皮肤恶性肿瘤中最恶的一种。多发于中老年人，好发部位是头颈部、躯干、四肢和指（趾）甲下。它的形态为点状、斑块和结节。质硬，颜色常不均匀，呈灰黑色至青黑色。它可自然破溃。先转移到附近的淋巴结，尔后通过血液而播散至全身。恶性黑色素瘤可发源于正常皮肤或发源于内脏，也有极少数是由黑素痣（俗名黑痣）转变而来的。这就提醒人们注意：虽然绝大多数的痣是不会恶变的，但也不能忽略那极少数可恶变的痣，当出现以下情况之一时，黑痣突然增大、黑痣突然明显隆起、发痒、黑痣周围发红、边界模糊、色泽不匀、突然更黑、脱毛、出血、破溃，就不可掉以轻心，必须定期就医复查。手指足趾、掌跖、甲下和粘膜上的色痣要倍加小心。治疗以手术切除为好，既彻底，又能将切下的组织作病理学检查，进行确诊。切不可随便搽药，点药，更不能用腐蚀药去烂痣，以免适得其反，刺激其恶变。

蕈样肉芽肿发生于皮肤淋巴网状系统的一种恶性肿瘤。初起时，病人往往感觉全身发痒，经过一定的时间后，出现多种形态的皮疹，此时为蕈样前期。随之出现红色或暗红色斑块，大小不定，边缘清楚，隆起于皮肤而呈半球形或蕃茄状、蕈状，中央可糜烂，肿瘤可长期不变或时好时坏，可深达皮下组织，在晚期可侵犯内脏。

湿疹样癌此种癌来源一直存在着争议。大多数学者认为与乳腺导管癌有关。这种病已在本书的第79节中详细介绍，此处不再赘述。

以上所谈的是原发于皮肤的癌，它可以转移到内脏。另外有些皮肤癌是来自内脏的转移癌。据统计，皮肤的转移癌来自乳腺的占50%，来自胃的占13~15%，来自肺的占12%，来自子宫的占9%，来自肾的占1%，其余为结肠癌，前列腺癌，卵巢癌等的皮肤转移。因此，皮肤如果出现诊断不明的结节或斑块，又无明显的不适时，都应去医院作详细的检查。
(苗静华)

84. 老年人易患哪些皮肤病，

怎样处理？人到老年，身体各系统、各器官均要发生退行性改变，皮肤也不例外。现将常见的老年皮肤病介绍如下。皮肤瘙痒症 皮肤瘙痒是指皮肤仅有痒感而无皮疹。以躯干、股内侧、小腿部为好发部位。呈阵发性，常于夜间奇痒而影响睡眠，由于奇痒难忍而剧烈搔抓或揉搓，往往引起成条的抓痕或点状血痂。有的发展成湿疹，甚至并发感染。日久天长被搔抓的皮肤粗糙增厚，有褐色沉着。这种瘙痒一年四季均可发生，尤以冬季明显，常称为冬季瘙痒症。原因是由于老年人皮脂腺和汗腺萎缩，皮肤功能减退，末梢循环不良，在室温过高和湿度偏低时，皮肤的角质层所含水分常过度丢失，引起皮肤干燥而发生瘙痒。

皮肤瘙痒的范围可大可小，可以是全身性（如上所述部位）也可发生在某一局部，如头皮，肩背部，外阴（阴囊、女阴）和肛门部。起病可急可缓，时间可长可短。有时全身都痒，有时只限于一点，但痒得很厉害。

怎么止痒呢？至今还没有特效止痒药，但可以结合实际情况选用以下各种方法。

内服药主要是抗组织胺药、镇静药、钙片、维生素类。近年来发现口服脑嗝嗝片止痒效果明显。另外老年人经常大便干燥，也加重了瘙痒。在服西药的同时可加用清热、解毒、利湿的中成药如龙胆泻肝丸，连翘败毒丸等既可通便又能治疗皮肤瘙痒。

外用药种类很多如炉甘石洗剂、白色洗剂、3%硼酸液、肤轻松、去炎松霜剂等等。但要注意局部皮肤有破损或发炎处不能用这些药，皮肤细嫩或接近粘膜处不宜用酒精剂。

在用药物治疗瘙痒的同时要注意精神性的原因，如情绪变化、失眠等。要注意保持皮肤滋润。冬季洗澡勿过勤，一般一周一次，用碱性小的皂类，如硼酸皂、婴儿皂等。要结合自己的生活找出引发瘙痒或加重瘙痒的食物、饮料和嗜好品，并严格回避。对顽固性的瘙痒症应到医院作详细的检查，因为不是所有的皮肤瘙痒症均由单纯的皮肤老化而引起，它可能是许多重要疾病所共有的一个症状。譬如老年妇女外阴瘙痒，经上述治疗无效时，常常在医院检查尿和血后才知道自己患了糖尿病。治疗了糖尿病也减轻了皮肤瘙痒。因此瘙痒的原因是比较复杂的，有体内因素和外界因素。体内因素如糖尿病、代谢障碍性疾病、内分泌功能紊乱、肿瘤、神经衰弱等。外界因素如气候变化，毛皮或尼龙制品的刺激，药物过敏等等。还可能与螨虫、痔疮、真菌、滴虫等有关。由此可见，还要注意体内潜在着其他主要疾病的可能性。一旦上述疾病得到治疗，瘙痒会随之减轻或消失。

甲癣俗称“灰指甲”，是一种常见的皮肤病，尤以老年人最多。大多为足癣、手癣引起的甲改变。癣是真菌感染所致，甲癣即是真菌改变指（趾）

甲的形态和颜色。严重的可成勾甲。真菌可由人传染给人（如公共浴室或公用脚盆），也可由动物传给人（如猫、狗的毛皮中常有大量的真菌生长）。为了避免感染，应注意个人卫生，尤其不用别人的拖鞋和脚盆。近年来养猫和狗的家庭越来越多，请千万注意动物的卫生，以免它们身上的真菌传给全家人。

甲癣给老年人的生活带来了不便和痛苦。那是因为灰甲又高又厚从而不易剪掉，一不小心就会剪破皮肤，导致化脓感染。另外真菌使甲周围的皮肤抵抗力减弱，很易并发甲沟炎，而且会反复发作，造成行动困难。更令人厌烦的是真菌从甲上脱落经常引起身体其他部位的癣，如肛门，外阴、股部。不但瘙痒难忍，而且相当顽固。因此甲癣必须治疗。

治疗甲癣的外用药如 10%碘酊、30%冰醋酸、10%水杨酸酒精、新脚气水等。因真菌藏在甲板内，每天须用小刀耐心地刮剔甲床后再擦外用药。这些药物都有一定的腐蚀性，所以要用棉签蘸后涂在病甲上，每天一次。要避免的坏甲周围的皮肤，只要坚持用药一般是可以治愈的。也可在医生的指导下口服抗真菌药，如灰黄霉素，酮康唑等。

皮肤“红痣”老年人身上出现了不少“红痣”（鲜红的小点），特别是胸腹部比较多，于是担心是得病的先兆。其实“红病”并不是病，是老年性血管瘤。不痛不痒，数目可多可少，是皮肤老化的一种征象，所以不必担心，也不必治疗，若影响美观可用冷冻或电解法除掉。

皮肤白点有些老年人在上肢，胸腹部出现许多不规则的小白点，从芝麻到黄豆大样大小不等，这种白点（白斑）是皮肤老化性改变引起的，常与其他一些病变，如老年疣，老年血管瘤等相伴发生。随着年龄的增长，白点可逐渐增多，但无任何不适，也不会影响健康，不须治疗。有些人看到白点，就以为自己得了白癜风，因而精神紧张。其实这大可不必，因为白点小而多，很少超过黄豆大，不会发展成白癜风。

老年斑 老年人皮肤暴露部位，如面、胸、手臂等，常出现一些浅褐色、黄褐色、深褐色乃至黑褐色扁平斑片。一般多发，大小不一，多数如指甲盖大，都很表浅。表面有一层油脂状鳞屑。这称为老年斑，以后逐渐增大，突出皮肤呈疣状，又称老年疣。现在很多人又称为脂溢性角化症。它不是病毒疣，而是一种良性肿瘤，近年来认为老年斑就是脂肪酸和蛋白质结合的产物，医学称质褐素，偶尔内脏、神经系统也可出现，从而影响功能。老年斑患者无自觉不适，只有少数可因日晒或其他刺激而痒痒或发炎。老年疣影响美观，可用液氮冷冻治疗。

常见的老年皮肤病中还有神经性皮炎、脚垫、黑色痣等等。但最应引起注意的是皮肤癌，详见前文。

（苗静华）

85. 怎样矫正老花眼？

眼球的光学结构包括屈光系统及感光系统，屈光系统就好比照相机镜头，感光系统就好比照相机底片。照相机要拍摄清晰的图片，焦点必须落在底片上。同样眼睛要想看清楚外界物体物象也必须恰好落在视网膜上。照相机要靠伸长或缩短镜头来调节焦距，而眼睛要靠晶状体来调节。

晶状体位于眼球虹膜和瞳孔之后，在玻璃体之前，是一个双凸面的透明组织，直径为 10 毫米，厚约 4 毫米。晶状体借悬韧带与睫状肌相连，晶状体囊是一层弹性膜。晶状体皮质具有可塑性。调节静止时，睫状肌松弛，晶状

体韧带呈紧张状态而牵拉晶状体囊，使晶状体呈扁平状态。而当用眼时，产生调节。睫状肌收缩，晶状体韧带松弛，则晶状体借本身的弹性向前凸出而变厚，又因晶状体后面有玻璃体阻碍，所以主要向前凸起，以中央部突起为甚，这样屈光力随之加强，瞳孔区内屈光力增强更显著。在调节过程中，晶状体的变形与睫状肌的收缩是决定调节的重要因素。如果晶状体随年龄增大而逐渐硬化，失去弹性，则无论睫状肌如何加强收缩，亦不能引起晶状体变形而增加它前面凸度。这就是老视现象，也就是老花眼。40 岁以上的人，看书写字时把书报放远点才能看清，就是这个道理。

老视常于 40 岁以后开始。原有远视者可相应提早出现。原有近视者则相应推迟，或近视与老视相对消。正视眼的人一般在 45 岁时用 +1 屈光度（1 屈光度称 100 度），50 岁用 +2 屈光度，60 岁用 +3~+4 屈光度，以后此度数就不再增加了。配戴花镜时要使眼球保留 1/3 的调节力，老花镜补偿 2/3。这样看近处物体时既能持久，又觉得舒适。患者是远视眼的人，在配戴远视镜的时候，其度数除要补充因年龄而消失的调节力之外，还必须加上矫正远视眼的镜片度数，两者相加之正球镜片总和作为患者老视镜度数。例如：50 岁患者，原有远视 +300 度，老视度数 +200 度，两者之和为 +500 度。如果给近视眼患者配花镜，定要根据近视眼的屈光程度，从按年龄规定的老视眼度数中减去矫正近视眼之镜片的度数则作为老视眼的度数，例如：50 岁近视眼 -300 度，其老视镜度数为 +200 度，那么老花镜度数为 -100 度。如果患者近视为 -400 度，终生可不必配戴老视眼镜。因为他的远点正好在 25 厘米处，而看 25 厘米处目标时不用调节也能看清楚，所以在调节减退时并不影响近距离工作，也就是说永远不会有老视现象。矫正者花眼时，就是要配戴适当正球镜片来弥补调节力不足。首先要检查远视力，近视力及屈光状态。如有屈光异常，先矫正好远视力，根据矫正度数再配戴适度老视眼镜，以补充不足的调节力。按照患者工种需要的要求使其近点移至便于工作的距离。并要保留一定程度的剩余调节力，如矫正过度则调节与集合失调，可引起视力疲劳，老花镜矫正后一定让其试行阅读一段时间，再依患者感觉情况酌情增减其镜片度数，这样就会有一副合适的老花镜了。

（张凤霞）

86. 白内障究竟怎样治疗？

白内障是指晶体的不同程度的混浊。晶体长在我们眼球内瞳孔的后面，形状像一面双凸镜，起着照相机镜头的作用。老年性的白内障多见于 50 岁以后，发病大多为双侧性，但发病可有先后。老年性白内障可分为皮质性和核性两大类。这两大类不管是那种形式出现，就好比一个洋葱头一样，一层一层包上也只是一层一层混浊，或是从葱头核心部位混浊后在一层一层包严变为混浊也好，包的少，不影响视力，包的层多了，混浊的部位又正好挡住主要看东西的部位，也就是相当于黄斑的部位，这时看东西就像眼前有塑料布一样，但还能看，就是老眼昏花看不清楚。等到“葱头”都包严了，配花镜也无济于事时，在仔细看瞳孔变成了乳白色的颜色，这时会严重影响生活的自理。

大多数老年性白内障有一个漫长的过程，从初发期经过未熟期，到成熟期或过熟期。但就像我们的白头发一样，到底何时头发全白，是很难说准的。现在人民生活水平提高，经常体格检查就能发现初期白内障。但我们目前还没有一种药能把晶体混浊的地方溶化，用药物来防止老年性白内障尚处于研

究探索阶段。现在认为发生白内障的原因是随着年龄的增长而晶体内的水溶性蛋白变为不可溶性。晶体是人体蛋白质含量最高的组织，除含有可溶性蛋白质，还含有不溶性蛋白质。年龄愈大，不溶性蛋白质的含量愈高。两种蛋白质的比例变化到一定程度，晶体就开始变浊。根据这个道理，在老年性白内障的药物治疗方面，人们研制与晶体内可溶性蛋白质相结合，阻止其转化为不溶性蛋白质，来防止白内障的进一步发展，比如眼科门诊常用的白内停、白可明、晶明眼药水等。但这些眼药水要坚持使用数年，点一、二瓶眼药水是无用的，另外在白内障形成过程中，血中维生素 C 及谷胱苷肽的含量明显减少。因此，对老年性白内障亦可用维生素 C 及谷胱苷肽来治疗。由于目前还没有什么药物能够确实地治疗和预防白内障，所以只有手术是唯一有效的治疗方法。手术最佳时期是成熟期或近成熟期，也就是在这时期把混浊的晶体全部取出来，要摘干净，不遗留皮质部分。否则皮质部分还会再次混浊。白内障摘除干净后，只要眼底无病，也就像房子是好的，换块玻璃，看东西又清楚了一样。如果老年人身体尚好，无高度近视，无青光眼，没有玻璃体和视网膜的病变，都可以在做白内障摘除手术的同时植入人工晶体。不能植入人工晶体的，术后伤口愈合再验目配一双凸的镜子，一般是 +900 ~ +1200 度的双凸镜，视力也还满意。不过，这样大的度数的眼镜比较沉重。

人工晶体的材料要求质地轻，透明度好，化学性能稳定，无毒无刺激性。目前，最常用的材料是聚甲基丙烯酸甲酯（PMMA），也有人采用医用透明硅橡胶，人工晶体直径只有 5 毫米，厚 0.5 ~ 0.6 毫米，四周有尼龙丝或铂钛合金的袢，将其夹在或缝在虹膜组织上，也可以放在晶体后囊上，从而使人工晶体位于瞳孔中央。人工晶体植入后，视力的提高令人满意。现在，由于显微手术的开展，今后治疗白内障将会越来越使患者满意。（张凤霞）

87. 什么是视网膜脱离，有哪些症状？

要知道什么是视网膜脱离，就必须先弄清楚视网膜在眼的什么部位，若把眼球比做一个皮球，皮球的 1/6 是黑眼球，后 5/6 的部分是球壁，这个球壁由三层膜组成，从外向里，最外层是巩膜，中间一层是脉络膜，最内层是视网膜。这个皮球的空腔就是玻璃体。视网膜本身又分为两层，内层为感光层，外层为色素层，内层面向玻璃体，这两层之间有潜在性空隙，这两层在病理情况下可以分离，分离后这一间隙内就有液体潴留，而形成了视网膜脱离。

这两层在病理情况下，也就是指视网膜的变化，或是玻璃体有变化，把视网膜这二层分开。

视网膜脱离多见于中年或老年人。因为人到 40 ~ 50 岁以后眼球后极部血管 50% 发生硬化，至 50 ~ 60 岁时血管硬化发生率达 80%，65 岁以上的人几乎皆有视网膜动脉硬化。在视网膜动脉硬化的基础上，可以并发动脉硬化性视网膜病变，视网膜中央静脉血栓形成或视网膜中央动脉栓塞等，由于眼底血管硬化，可以发生老年性视网膜黄斑变性，视网膜就好像一块破布一样，很容易使视网膜出血、渗出、色素沉着等。另外老年人的高血压、动脉硬化和糖尿病所引起的视网膜病变出血也多有发生，在视网膜前或玻璃体内出现大片出血，当出血机化形成玻璃体混浊及机化组织发生牵引，造成牵引性视网膜脱离。

玻璃体液化情况在老年人眼和近视眼常易见到，多发生在中年以后，老

年人玻璃体的空洞扩大，液体逐渐增进。液化的玻璃体空洞中，有玻璃体基质的断片和粗细不等的纤维蛋白网，在其中有渗出细胞，故液化与混浊常常同时存在。由于玻璃体的变质，液体混浊，常常发生玻璃体后部脱离，视网膜受到牵扯，在视网膜较薄及变性部位产生裂洞，这样就会导致视网膜脱离。

视网膜脱离是一种严重的眼底病。医生常把视网膜比作照相机的底片，底片坏了照相机就拍不出照片来。当视网膜部分脱离时，在脱离对侧的视野中自觉出现黑影。也就是说你本身感到眼的上半部视物有黑影，实际上脱离的是下半部分的视网膜。脱离之前一般都有先兆症状，在眼球运动时出现闪光。由于玻璃体混浊，视野内常有黑影飘动。视力减退的程度，取决于脱离的部位、范围、时限、玻璃体混浊的程度和近视变性的存在与否。如果全脱离时，视力减至只能知道有无光感或完全丧失视力。如果老年人感到视力减退或视物变形，若眼前出现闪光及黑影，要及早到医院散瞳检查眼底，早日发现视网膜脱离，早日手术。
(张凤霞)

88. 老年人声音嘶哑会是什么病？

无论是慷慨激昂的演说，悦耳的歌声，还是窃窃私语，都离不开发声。嗓音是人们进行语言交往，表达感情的基本条件，是教师、歌唱家的“第二生命”。维护发声健康，保持良好的嗓音功能，是老年人欢度晚年，更好地发挥余热所必不可少的条件。

所谓声音嘶哑，通常是指发出的声音失去了清朗的音质，而变得粗糙、沙哑。发声突然变得嘶哑，几乎我们人人都曾遇到过。它的诱因多为感冒、咳嗽和说话过多。经过相应治疗及休息，一般都能较快痊愈。

但老年人一旦出现声音嘶哑，应想到什么病呢？如果近期有感冒、咳嗽或说话过多，首先要考虑声带急性发炎。只要注意尽量少说话，使发音器官充分休息，并服消炎药1~2周便可痊愈。如果超过2周仍不见好转，应到耳鼻喉科检查。若见声带小结或声带息肉，可以做一个小手术，就能痊愈。如果声音嘶哑而无明显诱因，并且经久不愈，日渐加重，特别是有吸烟史者，应警惕喉癌。喉癌较多发生在声带上，而其最初的症状就是声音嘶哑，有时还可发现痰中带血丝。因此，当我们出现不明原因的声音嘶哑时，决不可麻痹大意，而应当到医院仔细检查。有时一次查不清病因，服药后音哑又不见好转，还应当复查，一直到把病因查清楚为止。

对于老年人，声带麻痹是引起声音嘶哑的另一个重要原因。喉的运动神经核在延髓的疑核，某些中脑运动神经核（网状核）、纹状体及椎体外系，都可影响喉肌的机能。故发生在上述各处的颅内病变，如：脑动脉血栓形成、脑肿瘤、延髓空洞症、脊髓灰质炎、流行性脑脊髓膜炎、多发性脑脊髓硬化、萎缩性肌僵直、震颤性麻痹、脑溢血、脑软化等中枢性疾病，都可导致病人声带麻痹而出现声音嘶哑。但是，因喉肌是接受两侧大脑皮质支配的，所以只有支配喉部的两侧皮质运动中枢受累，才可引起喉麻痹，这种情况比较少见。支配喉肌运动的神经主要来自迷走神经的喉返神经。因此，甲状腺手术引起喉返神经的损伤以及颈部创伤都可引起声哑。而更多的还是见于甲状腺肿瘤、纵隔肿瘤、食管癌、左心室肥大以及肺部的疾病引起的喉返神经麻痹。另外还有三分之一的声带麻痹患者查不出原因，或许与病毒感染有关。

总的说来，声音嘶哑是一个值得重视的问题，老年人特别要警惕喉癌的可能性。若一时查不清病因，也应继续诊查，必要时作进一步检查，如纤维喉镜和胸透等，以除外喉癌或由于邻近器官的肿瘤压迫所引起的声带麻痹，

(李晓芝)

89. 怎样延缓听力减退？

我国古代医书《黄帝内经》即有“年五十，耳目不聪明矣”的记载。这就是说，人在50岁以后，听力就会逐渐减退。这种听力减退，开始表现为高频区的听力下降，而对日常生活和工作对话的中低频区的听力还没有多大影响，所以，自己还没有耳聋的感觉。以后，当听力逐渐由高频区向中低频区发展时，才有耳聋的感觉。这种随年龄增长所引起的听觉器官的衰退而出现的耳聋就叫老年性耳聋。老年性耳聋的病变和发病机制比较复杂，严格说来，由内耳听觉感受器退行性变者，表现为感音性老年聋；听神经退化萎缩者，表现为神经性老年聋；内耳血管硬化者，表现为代谢性老年聋。但通常是三者混合存在的。一般说来，人到老年，头发变白，体重减轻，身体内的各个器官都会发生衰退，而老年性耳聋正是表现在听神经系统方面的衰退，这是自然规律。但也有个体差异。具体到每个人的耳聋发生时间和发展程度并不平衡。有的人老而不聋，说明耳聋的发生受多种因素的影响。有的可以加速耳聋，有的可以延缓听力减退。

哪些因素可以加速耳聋呢？首先是药物。链霉素、庆大霉素、卡那霉素、丁胺卡那霉素、新霉素、紫霉素、万古霉素、春雷霉素、多粘菌素B等，在发挥治疗作用的同时，可损害听神经而引起感音神经性聋。此外，奎宁、水杨酸制剂（如阿斯匹林）、消炎痛、速尿、顺铂、砷、铅汞、磷、苯等制剂，在发挥治疗作用的同时，也可损害听神经而引起药物中毒性聋。其次是噪音对听力也有损害。突然的爆炸发生的强烈冲击波可引起鼓膜破裂、内耳出血和听神经感受器损伤。老年人的听神经系统本身就有一些退行性变，更易受到损伤，所以应加倍小心。若能事先知道，应尽量远离爆炸地点或用耳塞、棉花暂时堵耳。长期处于较强噪音的环境中（90dB以上）工作和生活时，会发生缓慢的进行性听觉损伤。在长期的噪音影响下，内耳的螺旋器和螺旋神经节发生退行性变，从而导致缓慢的进行性感音神经性聋。值得一提的是：长时间地使用耳机（尤其耳塞机）听取大音量的音乐（特别是摇滚乐）将对听觉造成明显损害。还有，烟酒对听力也有损害，烟硷可刺激交感神经节中的突触接合部引起小动脉痉挛和导致内耳感觉上皮发生破坏，慢性酒精中毒造成脑血管舒缩功能紊乱而造成听觉器官的损害。

突发性耳聋也是一种威胁老年人的听力的疾病。这种疾病是由高血压、高血脂、动脉硬化、颈椎病、糖尿病、酒精中毒、情绪紧张等引起内耳血管的痉挛、狭窄或栓塞而发生的。此外，病毒感染和外伤引起内耳圆窗膜破裂也可造成突发性耳聋。病人表现为突发的持续性低音调耳鸣，少数人伴眩晕、呕吐，音叉检查为患耳神经性聋。电测听检查为高频区听力下降。如果及早使用活血化瘀、血管扩张和营养神经药，配合高压氧舱治疗，一周内的疗效可达80%以上。但若超过一个月，疗效就明显减低。

另外，持续性高烧、病毒感染、高血压、高血脂、脑动脉硬化、糖尿病，甲状腺疾病、肾脏疾病等均可影响内耳血液循环从而加速耳聋的发生。

那么，怎样才能延缓耳聋的发生呢？我们应该适当锻炼身体，增强身体对疾病的抵抗力，保持良好的生活习惯，戒除烟酒的不良嗜好，保持乐观的生活态度和良好的心理状态，避免噪音刺激，慎用耳毒性药物，积极治疗高血压、高血脂、动脉硬化等疾病。中医认为：“肾开窍于耳”，肝胆二经绕耳循行。故耳鸣、耳聋多见于肾虚和肝胆火盛。中药枸杞子具有补肾、降压、

降血脂、降血糖和增强免疫功能的作用，可以单服，用开水冲泡，也可以炖猪肉，每日用量 15 克，对老年性耳聋有效。此外，香菇、银耳、均具有降血压、降血脂作用，若经常服用，可能间接地延缓听力减退的发生。

（李晓芝）

90. 怎样选配和佩戴助听器？

眼睛近视的人，一旦戴上眼镜，立刻会看到清晰美丽的世界；耳聋的人，如果戴上助听器，就能听到美妙的声音。

使用助听器的人现在已越来越多。助听器是一种增加声音强度、帮助耳聋病人提高听力的装置，实际上是一种小型的音量放大机。其主要结构是：传声器、放大器、耳机和电源四个部分。传声器把外界声波转变成电信号送到放大器，放大器再把电信号放大送到耳机，耳机再把放大的电信号转变为放大的声波送到耳内。

哪些耳聋病人可以戴助听器呢？耵聍栓塞、鼓膜穿孔、耳硬化症、中耳积液以及胆脂瘤型中耳炎等疾病，通过治疗，是可以提高听力的，因而无须佩戴助听器。一耳耳聋而另一耳听力正常的人也不用配助听器。由于听力下降而影响日常生活的老年人，如果经过治疗而未能改善听力，但戴上助听器就能清晰地听到声音者，都可佩戴助听器。为了明确耳聋的程度与性质，使之能配上更合适的助听器，应该先作电测听检查。电测听检查以分贝（dB）为听力单位。正常人的听阈为 0 分贝，听阈提高的分贝数即代表听力损失的程度。听力损失在 25～55dB，为轻度耳聋；在 55～70dB，为中度耳聋；在 70～90dB，为重度耳聋；在 90dB 以上为全聋。一般说来，在距离 1 米左右听普通对话有困难，即电测听检查听力损失在 35 分贝者，须要佩戴助听器。而在嘈杂的环境中听话困难者，电测听检查在 40～60dB 者，戴助听器的效果最好。听力损失在 60dB 以上时，助听器效果就不够理想，不能充分听清语音，但经过训练，还可以提高助听效果。严重耳聋者尚须结合看口形，才能领会对方说话的内容。

具体来说，选择什么样的助听器为好呢？现在市售助听器有盒式、耳背式、眼镜式和耳栓式等类型。盒式助听器体积较大，但性能较好，附有多种调节装置，价格便宜，适用于要求较高的重度耳聋患者。缺点是助听器盒与衣服摩擦会发生杂音，而且体积较大，有连接耳塞的电线，显得不够美观。耳背式、眼镜式、耳栓式助听器的性能在近年来有所改进，但用于重度耳聋的效果仍差。这些助听器固定在耳廓附近，易于辨别音源方向，没有与衣服摩擦的杂音，而且体积小，佩戴方便，不易被人发现。缺点是价格较为昂贵。可以根据本人的情况，选择自己适合的助听器。总之，在排除了可以治疗的疾病以后，最好的选择方法是在购置时参考电测听结果亲自试用并选择适合于自己的助听器。

买了助听器，还要详细了解它的性能、使用方法和注意事项，并经过训练，才能收到较好的助听效果。训练时，可先在安静屋子里听较为简单的声音，如钟表声和自己的简单发音，然后在安静的环境中同别人对话，最后再去适应一般的社交活动。有时在佩戴助听器以后，不仅扩大了自己所要听到的声音，也把周围环境中的嘈杂声扩大了。这种情况只有在训练和使用中才能逐渐适应，并提高分辨力。在训练期间，如果感到疲劳，应在休息后再训练。即使没有疲劳感，也不要全天佩戴。助听器结构精致，平时要妥善保护才能经久耐用。使用前先看说明书，掌握好开关，音量不要开得过大，不要

磕碰，宜干燥，忌曝晒和过冷（保存在 10℃ 以上，50℃ 以下），经常擦拭耳塞以防盯聆堵塞。若长期不用，最好把电池拿出来。

（李晓芝）

91. 牙周病怎样防治？

牙周病是一种常见病，发病率很高，在病变早期不易引起注意，但却随年龄增长而发展。牙周病所造成的破坏常不局限于单个牙而是损害多个牙齿甚至全口牙。据统计七十岁以上的老人有 50~70% 牙齿完全脱落，主要原因之一是牙周病发展的结果。

牙周病是牙齿支持组织（牙龈、牙周膜、牙槽骨）的慢性进行性破坏性疾病。牙齿长在牙槽骨内，牙周膜就是牙根和牙槽骨间的致密结缔组织，它把牙齿牢牢地植于牙槽窝内，牙龈包围着牙齿和牙槽骨。患牙周病时，牙周膜和牙槽骨遭到不同程度的破坏，牙根周围形成了一个间隙，叫做牙周袋。牙周病越重，牙周袋越深。牙周病发展到晚期，牙齿就出现松动，以至于脱落。

牙周病的发病因素比较复杂，包括全身因素和局部因素。关于全身因素的学说很多，目前尚无明确统一的认识。而在局部因素中以口腔结石为最常见、最主要的刺激因素。表现为牙面、龈沟及牙周袋的根面上均附有许多沉积物——牙垢和牙石。牙垢是牙齿上质软的污垢，由食物残渣、脱落的口腔粘膜上皮组织、细菌和唾液里的粘液混合而成。牙石是唾液中矿物质沉积在牙垢上而形成的坚硬物质。牙垢和牙石长期附在牙面上，一方面机械性地刺激牙周组织，另一方面由于其表面粗糙而有利于菌斑附着，以致大量细菌生长繁殖，释放毒素，破坏牙周组织，引起炎症。对于老年人来说，各种不良修复体（如边缘悬突的充填体、牙颈部伸延过长的套冠边缘、义齿的卡环过低或基托的边缘不合适）均可刺激牙龈组织产生炎症。某些全身性疾病，如糖尿病、胃肠疾患、甲状腺机能亢进等也可影响牙周组织的抵抗力和修复功能，使牙周病发展更快。

牙周病初期无明显自觉症状，在发展过程中，由于牙周袋存在大量细菌而经常发炎，主要是牙齿出血、红肿、溢脓甚至出现牙周脓肿。急性炎症时，自觉牙长高了，不敢咬东西，这种牙痛叫做咬合痛，患者尚能忍受。有更甚者怕冷怕热、夜间痛、自发痛伴有阵发性加剧。这就是牙周炎引起的逆行性牙髓炎疼痛。

许多人认为得了牙周病没法治，只好消极等待拔牙。其实牙周病是可以治疗的，只是需要耐心、细心和信心。牙周病治疗要靠医生和患者共同努力。医生要消除引起牙周病的诸因素。首先是清除牙垢和牙石，剔除食物嵌塞，这种治疗方法叫洁治术（俗称洗牙）和刮治术，这是治疗牙周病必不可少的基本措施。由于目前尚无理想的控制菌斑的方法，因此术后要做好维持期的治疗，每一个月、三个月、六个月、一年检查、治疗一次（依病情而定），以便随时治疗未愈合的牙周袋。在牙周病的治疗中，需要患者积极配合。还要坚持正确的刷牙方法、牙龈按摩及叩齿。刷牙似乎是平常、简单的事情，但只有选择保健牙刷和正确的刷牙方法方可收到有益的效果。老年人应该用软毛牙刷。牙刷面要平齐、牙刷把和牙刷头呈直线形。正确的刷牙方法是竖式法：由龈缘开始，上牙由上向下，下牙由下向上，顺着牙齿生长方向刷。牙刷和牙呈 45° 角，旋转刷。牙齿的里外面都要刷到，牙齿的咀嚼面要来回刷。有活动假牙的老年人饭后须把假牙摘下刷洗干净。要特别注意把假牙连

接着卡环的牙面刷净。牙周病患者，在医生洁治术后，一定要认真仔细地刷牙，做到每顿饭后刷一次牙，刷牙后不再进食，方能有效地控制牙周病继续发展。牙龈按摩方法有两种：一种是手指放于牙龈上轻轻按，可在早晚刷牙后按摩；二是牙刷放在牙龈上颤动。若能蘸些精盐按摩效果更好。如牙龈炎的症状较重，经不住牙刷的刺激，可用塑料海绵、棉花或软布蘸盐按摩。叩齿是在闭住口唇后用上下牙做上下方向的咬叩运动，每次一百余下。

对于不能治疗的重症牙周病的患牙应及时拔除，如勉强保留，不仅不能起咀嚼作用，反而由于经常发炎及嵌塞食物，还会影响邻牙的健康和功能。

牙周病是一种缓慢进行的疾病，多从牙龈炎开始，所以一旦有牙龈炎应及时找专科医生治疗，使其早期得以控制。（李秀阁）

92. 哪些情况下应该拔牙？

在医疗技术相当发达的今天，很多病牙可以通过治疗得以保留。对于可以治疗的病牙，不应轻易拔除。但一般来说，不能治疗的坏牙都应拔除并及时安装假牙。拔牙不是大手术，痛苦不大，也很安全。究竟什么情况下应拔牙呢？

首先，严重的牙周病，牙齿松动，不能再予固定，应该拔除。否则牙齿松动会引起或加重食物嵌塞，易使邻牙产生龋齿或牙周病。

其次就是牙齿因龋病破坏比较严重和根尖有明显病变的牙、牙根或残冠应该拔除。

全口牙已大部分脱落，仅存留一两颗牙齿，如其妨碍假牙的修复，就应拔除。

对于老年人来说，口内往往残留一些牙根。那么在镶牙前是否必须把所有残根全拔掉呢？目前许多学者认为：如果牙根不松动，而且X线检查根尖无病变，那么经过适当治疗后可将其保留下来，再装上“覆盖义齿”，即基托覆盖并支持在牙根上的假牙。对于镶全口假牙的患者来说，如果上下颌都能保留几个经过治疗的牙根是大有好处的。可以在治疗过的牙根面制做金属帽，再在此帽上做各种固位装置，使假牙稳固地呆在口腔内。而且由于牙根的存在可负担较大的咬合力，能增加假牙的固位和支持。保留了牙根，也就保存了牙槽骨和牙周膜的自体感受传入神经的作用，有助于感觉食物的软硬，颗粒大小及咬合力的大小和方向。保留经过治疗的牙根，还能使牙槽骨继续受到生理性刺激，从而防止或减少了牙槽骨的吸收。

老年人患高血压、冠心病者较多，能不能拔牙呢？

高血压、心脏病患者不是绝对不能拔牙，而是拔牙时应该慎重。拔牙不是什么大手术，拔牙使用的麻醉剂本身对心脏和血压没有什么直接损害。但由于大多数人害怕拔牙，精神紧张，而紧张的情绪会使血压升高、诱发心绞痛。因此，如果患者情绪稳定、血压低于150/100毫米汞柱，心脏病也处于稳定期，那么在服用镇静、降压药后还是可以拔牙的。但术前一定要对心脏、血压情况进行检查，并且要做好病人的思想工作，消除顾虑，稳定情绪，使病人在最佳精神状态下进行手术。如果病人血压虽不太高但经常头晕、头痛或冠心病正处于不稳定状态，经常胸闷、频繁早搏或近期有心绞痛发作的患者，则不宜急于拔牙，以免术后出血过多，或发生脑血管意外或其它更严重的后果。（李秀阁）

93. 安装假牙的时机和条件是什么，怎样护理假牙？

随着年龄的增长，口内存牙数目及牙列完整率都将逐渐减少。不少老年

人认为年事已高，无牙是正常现象，没有必要安装假牙。特别是缺牙较少时，总认为影响不大，戴假牙既不舒服又会把两边的牙戴坏，所以不少人不愿镶假牙。其实缺牙后不安装假牙是很有害的。前牙缺失会影响切咬东西，而且说话漏气，发音不准。后牙缺失影响咀嚼和消化。不仅如此，如果不及时安装假牙还会使缺牙两侧的邻牙向空牙处倾斜，相对的牙上长或下垂，造成咬合关系紊乱，影响咀嚼，妨碍安装假牙。缺牙后长时间不安装假牙还使牙间隙增大造成食物嵌塞，继之发生龋齿和牙周病。缺牙后牙槽嵴缺乏功能性刺激而渐渐吸收，也会给安装假牙、特别是安全口假牙带来困难。

究竟拔牙后多长时间镶牙为宜呢？一般认为拔牙后一个半月至二个月后镶牙为好。因为拔牙创口的完全愈合需要一个过程。在正常情况下，拔牙窝内充满血块，慢慢生长肉芽组织，填满这个创口，待窝洞长平需一个多月。但创口愈合过程中，牙槽骨尚有一个吸收和增生过程，骨吸收现象在二个月内较明显，以后逐渐稳定，因此，过早安装假牙，牙槽骨还在吸收，那么装好的假牙会变得松动而不稳。对老年人来说伤口长得更慢些，所以拔牙后可适当多等些时间再安假牙。如果有人拔牙后已两个多月而创口愈合仍不理想，就应找医生检查。找出原因经处理后待伤口完全恢复再安装假牙。

在安装全口假牙前应到医生处检查是否做牙槽骨整形术或系带整形术、颊沟加深术等。牙槽骨整形术是指由于牙齿缺失早晚不一，牙槽骨吸收多少就不一样，牙槽骨形态就高低不平，有的部位有明显突起，一碰就痛，因此在安装假牙前须修整牙槽骨、改善其形态、减少戴假牙后疼痛。系带整形术和颊沟加深术是指由于长期缺失牙又未经修复导致牙槽骨废用性萎缩，牙槽嵴低平，这种情况多发生于下颌，从而影响下颌假牙的固位，因此须要做手术以增加牙槽骨和基托的接触面积，增加固位。

老年人一般不易做固定假牙，因为老年人牙周组织多有萎缩，牙冠变长，牙齿松动、牙周组织代偿能力降低，有可能由于固定假牙造成牙周组织损伤。如果老年人身体健康，口腔条件又允许，也并非绝对不能做固定假牙。做固定假牙，要求前牙缺失不超过四颗，后牙缺失不超过两颗，基牙（缺隙两侧的真牙）有足够高度，牙冠完好，根尖、牙周无病变，基牙位置正，牙根外露不多，上下牙咬合关系正常。

无论是活动假牙或固定假牙都不能一劳永逸。

关于瓷牙和塑料牙的选择要因人而异。瓷牙和塑料牙在咀嚼功能及腊力方面均无明显差异。瓷牙的硬度及耐磨性能超过塑料牙，但较脆而易碎、易折裂。瓷牙并非适用所有患者，在选择义齿的材料时，不仅要考虑强度和美观，更要考虑到保护口腔组织的健康。人工牙应适合患者的口腔具体情况，尤其是牙槽嵴的条件，承托区牙龈组织及其对咬合力的承受能力，否则会引起牙槽嵴吸收和粘膜变化。

初戴假牙者常有许多不适，如恶心、发音不清，甚至由于不习惯而感到吃饭不香等。此时不要误以为自己不适合戴假牙，而应坚持戴用几日，慢慢习惯，上述症状自会逐渐消失。假牙要经常戴用，不要闲置起来，因为长期不用口腔组织和假牙形态均会改变，致使不能戴用，只好修整或重做。戴假牙时不可用力过猛以防卡环变形，而应该找准位置、方向使其慢慢就位。如戴假牙后出现过紧、过松、过高、过低、不稳或疼痛等，应及时请医生解决，切不可用工具自行磨改。

老年人多用活动假牙。临睡前应把假牙摘下，刷洗干净，浸泡在清水中，

使口腔组织及假牙都得以休息。戴用假牙不可咬过硬食品以免断裂。假牙也不可用开水煮泡，以防变形。如发现基托裂、卡环断或假牙松等均应请医生及时修理。假牙戴久后表面积有污斑，可用牙粉擦净，重者可用托牙净浸泡12小时。（李秀阁）

其 他

94. 老年人应慎用哪些药物？

众所周知，随着年龄的老化，老年人的疾病逐渐增多，因而同时服用多种药物是很平常的事情。有些药物之间可能有相互作用，例如地戈辛与双氢克尿噻合用增加疗效，但必须及时补充钾盐，否则由于缺钾，易致洋地黄中毒；乳酶生与抗菌素合用会影响乳酶生的疗效。老年人用药剂量应适当减少，一般为成人的 2/3 量。针对老年人的生理变化及病种繁多、病情复杂的特点，除必须使用的主要药品外，应尽量减少用药的品种。特别是对下面几类常用药物，老年人服用时应特别谨慎。

慎用耳毒类药物 老年人听力逐渐下降，在使用链霉素、卡那霉素、庆大霉素、新霉素等药物要特别注意。因为这些药物对听神经有一定的毒性，可能会引起耳前庭和耳蜗的受损，表现为头晕、恶心、呕吐、平衡失调、耳鸣等症状。对听力减退的患者用药后可能使听力继续下降，无疑是雪上加霜。

慎用肾毒及经肾脏排泄的药物 肾脏是分泌尿液排泄废物、毒物的重要器官。到了老年，肾血流量逐年下降，若伴有动脉硬化、高血压、糖尿病、前列腺肥大等疾病，肾功能可能还要差些。在这种情况下，如长期或一次大剂量应用新霉素、卡那霉素、庆大霉素、多粘菌素、异菸肼、磺胺类及先锋类药物，都可能产生血尿、蛋白尿甚至无尿等急性肾功能衰竭。急性肾功能衰竭是临床常见的重症，对生命威胁极大。因此，有损于肾脏的药物要慎用。

慎用激素类药物 对于过敏性湿疹、过敏性鼻炎、支气管哮喘、胶原性疾病、造血系统疾病及脑血管疾病，都经常用疗效显著的强的松、强的松、氟轻松等糖皮质激素类药物，但大剂量或长期应用可使血糖增高、血压上升、胃及十二指肠溃疡出血或穿孔、骨质疏松、脱钙，还可诱发白内障。

慎用催眠、镇静类药物 老年人睡眠时间相对比中、青年要短，这是生理现象。但老年人常因咳嗽、气喘、打鼾、起夜或全身痒等原因影响睡眠。另外，老年人情绪控制力减弱，易激动，易焦虑，而且对周围环境如卧室、床铺、光线、声音的改变都比较敏感，这些原因也可以造成失眠。此时常服用些安眠药如安定、硝基安定、利眠宁、舒乐安定等入睡。久而久之，药量逐渐加大，影响肝肾功能，长期大量服用还可成瘾。如果突然停药，又可出现不安、焦虑、惊厥等断戒现象。利眠宁可引起老年人精神病、精神错乱甚至昏厥。患青光眼的禁用安定。

慎用影响消化系统的药物 老年人因生活经历长而多有波折、多年精神紧张及饮食不调，患胃溃疡及十二指肠球部溃疡的也较多见。加之因患多种疾病而服用的药物，如阿斯匹林、利血平、消炎痛、布洛芬等，促使胃酸分泌增多，降低胃粘膜的抵抗力。目前老年人患冠心病者多，服用复方丹参片几乎成了常规，却不知其中的冰片可以造成慢性胃炎。另外，老年人消化酶分泌减少，易产生便秘。像阿托品、654—2、颠茄是常规治疗消化道溃疡及胃肠痉挛的主要药，对于老年人可以引起胃壅滞、肠蠕动减弱，加重便秘。有较重的前列腺增生症时，这些药物可引起急性尿潴留。此外还禁用于青光眼患者。

慎用心血管系统的某些药物 心血管系统药物品种繁多，分别有强心、降压、升压、抗心律失常、防治心绞痛等诸多方面的作用。原则上讲，有关心血管系统的任何一种药物都要慎用。对于其它影响心血管系统的药物，也应

慎重使用。否则不仅不能奏效还会使原来的病情加重，甚至产生新的并发症。例如血压已高达 230/130 毫米汞柱，而有高血压脑病和脑出血的危险时，应及时降压，但到底用哪种降压药为好，这要认真对待，降压作用慢的当然无济于事，而突然降得太快，又可能引起心脑血管缺血，使心绞痛频繁发作或出现脑血栓形成。在这种情况下，最好不要自作主张，而应及时求医。双氢克尿噻是心血管病人常用的利尿药物，但合并有糖尿病者最好不用，用利尿药能抑制胰岛素的分泌，使血糖升高。心得安平时是用来治疗多种原因引起的心律失常心动过速的常用药，并可治疗心绞痛和高血压。但由于老年人肾素活性较低，在伴有心动过缓、心衰和支气管哮喘时忌用。异搏定是治疗心律失常和心绞痛的常用药。老年人中有一种混合性心律，医学上称快—慢综合征，就是在缓慢心率的基础上伴有快速性心律失常。所以异搏定不应随便选用，不然用药后很可能立即出现更严重的心律紊乱，会造成阿—斯综合征而危及生命。

老年人慎用的药品还有很多，在此不能一一例举。总而言之，老年人有许多和中青年人不同的特殊性，虽说“久病成良医”，但患者对药物配伍毕竟不十分明了，平时因用药不当造成不良后果者屡见不鲜。因此，老年人用药必须在医生的指导下进行。

（余志英）

95. 老年人怎样选择手杖？

人最先发生衰老的部位是腿。大约在 30 岁以后，退行性变化开始出现，骨骼中有机成份减少，无机盐升高，使骨的弹性和韧性下降；关节软骨纤维化和骨化形成骨刺；骨质疏松和椎间盘萎缩性变化可以引起驼背和下肢弯曲；肌肉中肌纤维变细，脂肪成份增加，肌肉弹性变差，松弛无力。而且血流量减少，肌糖元备下降，肌肉收缩能量不足，因而肌力降低。老年人行动的特点是反应慢，耐力差，易疲劳。因此手杖常常成为老年人的亲密伴侣。根据动物进化中“用进废退”的理论，常运动的人动作反应快，协调，在意外冲击时不易受伤。我们奉劝老人不要过于依赖手杖，“以杖代步”是不可取的，应加强运动和锻炼。一些年老体弱者通过锻炼而获得活跃的生机和活力，他们戏说“过去不运动，手杖当腿用，而今常锻炼，手杖当宝剑”。

下列情况选用拐杖为宜。患有严重贫血，眩晕症，直立性低血压，中风偏瘫等病；过于衰老，双腿不足以支撑体重；某些特定环境条件下，如外出旅行，走在崎岖山路、河塘草地或雨雪天防滑跌交。

手杖主要有三种。四足手杖的下端有四只脚，很稳重。三足手杖下端有呈“品”字形排列的三只脚，也很稳定。单足手杖，轻便灵活，便于携带。偏瘫病人利用手杖练习走路的原则是：初期训练时用四足手杖，然后逐渐改用三足手杖和单足手杖，也可视具体情况由四足手杖直接过渡到单足手杖。

选择手杖时要注意，手杖的长度：穿鞋、取立正姿势，然后测量手腕横纹至地面的距离。所测得的数据即为手杖的长度。手杖的质地应坚实，轻重适宜。手杖的手柄不宜太光滑，应有一定的磨擦力以便于握持。手杖的终端应有橡皮头，防止在地面滑动。带有报警、按摩、防身等多功能装置的手杖，也可以根据需要选用。

（周玉芳）

96. 老年人为什么应该定期体检？

老年人的疾病往往较多。有些疾病是在中年时期就出现的，到老年时又有所发展，像慢性支气管炎和肺气肿发展成肺心病。有些是潜在的疾病，病

情发展到一定程度时才表现出症状，如动脉粥样硬化发展成冠心病等。总之，根据现代医学研究，老年人无疾而终的几乎没有。

早期发现和及时治疗疾病是保障老年人健康长寿的有力措施。但是，许多老年人由于身体虚弱，反应能力低下，致使患病后症状不典型、体征不明显，常常不能引起人们的重视。有的老年肺炎可以不出现高烧，急性心肌梗塞患者可以无痛，癌症病人早期可无任何不适，如果没有定期详细的体检，许多老年疾病是很难发现的。等到病情进一步发展而有了明显症状时，常常已到晚期，失去治疗的有利时机。这些疾病如能早期发现，及时治疗，预后就会大不一样。因此，定期对老年人进行全面体检，是早期发现疾病的有效方法。

根据现有的条件，老年人最好每年做一次全面体检，通过体检不仅可以早发现疾病，还可听取大夫的意见和建议，以指导今后对疾病的治疗和生活保健。体检时，应以心、脑血管疾病及各种癌症为主要目标。体检项目一般包括：

测血压 高血压是老年人的多发病，通过体检早期发现并及时治疗高血压，对预防心、脑血管疾病的发生和发展，有重要的意义。

量体重 不少疾病与体重有关。超重或肥胖是高血压、冠心病、糖尿病等多种疾病的危险因素。老年人适当控制体重增加，有利于对以上疾病的预防。不明原因的消瘦，体重明显下降，常常是癌症、甲亢等疾病的危险信号。因此老年人应定期测体重。

眼科检查 不但可以发现老年人眼睛本身的疾病，如老年性白内障等，还可通过眼底检查，早期发现动脉硬化的程度和视网膜病变。

耳鼻喉科、口腔科检查 除检查慢性炎症以外，仍应重视早期癌症病变的发现。

外科检查 主要检查全身淋巴结、甲状腺、乳腺、男性前列腺等，是否有异常，以发现早期病变。肛门指诊检查是早期发现直肠癌的最简便方法，也是老年人体检不可缺少的一项。

内科检查 主要查胸部和腹部，尤其是心、肺、肝和脾，并结合胸部 X 线检查及 B 超检查发现早期病变。在内科检查中，对病史的询问占很重要的地位。

胸部 X 线检查 老年人机体免疫力下降，定期胸透或拍胸片，密切观察胸部变化，警惕肺癌的发生，对长期大量吸烟者尤为重要。

心电图检查 心电图可以反映出心脏的病理变化，定期作心电图检查，可以早期发现冠心病，并了解心肌缺血情况以及有无心律失常，提高警惕，积极预防心肌梗塞的发生。

B 超检查 可发现肝、胆、胰、脾、肾、膀胱、子宫等多种脏器的病变。近年来 B 超广泛应用于体检，既经济方便又无创伤，准确率较高，对某些癌症的早期发现起到重要的作用。

化验检查 主要包括血、尿、便常规及血液生化检查如肝功、肾功、血脂、血糖等。（马卜香）

97. 哪些器官和疾病，适宜做 B 超检查？

随着医学科学现代化进展突飞猛进，高质量高分辨率的各种 B 超仪器不断出现，我们可以不开刀就能透过皮肤肌肉看到腹腔、胸腔内的脏器，为临床疾病的诊断和鉴别诊断开辟了一个新天地。

B 型超声检查没有 X 线、CT、同位素检查的放射危害，无痛苦，近期内可重复检查，价格很低，深受广大群众和医务人员的欢迎。哪些器官和疾病适宜做 B 超检查呢？

腹部实质脏器的检查

肝脏 B 超检查不但能准确地测量肝脏大小、确定位置，显示其形态，并且可以清晰地看出肝脏内部的实质以及管道走行。不同病变因其病理变化不同，B 超声像图显示也不一样，能很快识别出来。B 超对区别囊性病变是最敏感的，所以能确诊肝囊肿，能提示肿瘤是原发性的还是转移性的，可区别良性、恶性肿瘤。另外对肝包虫囊肿、肝脓肿、肝周围脓肿、肝破裂、脂肪肝、肝硬化、瘀血肝作出相应提示。还能测量肝脏大血管内径以了解病情的转归。

胆囊 B 超能清晰地显示胆囊的形态、大小、胆囊壁是否光滑、有无增厚、腔内有无异常表现、有无胆囊结石，对肝外梗阻性黄疸的鉴别诊断可提供病因或佐证。急慢性胆囊炎、胆囊息肉、胆囊良、恶性肿瘤及先天性胆系疾病等均可作出提示。还可以通过脂餐动态观察胆囊功能，弥补 X 线之不足。

脾脏 B 超可发现弥漫性脾肿大、脾萎缩、脾囊肿、脾破裂。脾脏肿瘤也可以显示，给临床作出提示。

泌尿生殖系统的检查

可诊断肾形态、位置的异常，并可提示多囊肾、肾挫伤、肾结石、肾积水、肾脏良恶性肿瘤、输尿管及膀胱结石和肿瘤。

提示前列腺增生、结石、囊肿及肿瘤。睾丸及附睾良恶性病变、鞘膜积液、隐睾位置的提示，为手术提供依据。

妇产科方面的检查

检查子宫、卵巢的位置、形态及其大小是否正常。宫内避孕器存在与否及其位置。提示子宫、卵巢良恶性肿瘤、卵泡发育和排卵的超声观察。可确定是否宫内妊娠，预测胎龄，检查胎儿生长情况，多胎妊娠、死胎、胎儿先天性畸形、确定胎位、胎盘定位、测量羊水多少、宫外异位妊娠提示，均为妇产科手术、治疗提供可靠信息。

胸腔疾病的检查

可测量心脏各腔室大小、瓣膜及室壁运动情况。对风湿性心脏病、原发性心肌病，特别是肥厚型心肌病提示具有特殊意义。显示心脏肿瘤、血栓、赘生物、心包积液、心功能测定，提示先天性心脏病等均给临床提供一定的参考价值。胸腔积液的测量、定位、肺组织实变，肺癌伴有胸腔积液时，B 超可首先测出癌块大小及形态。另外一些纵隔肿物也可被发现。

其他方面的检查

B 超还可以对甲状腺、乳腺、肾上腺的良恶性病变，外科皮下及肌肉的良恶性病变、眼睛玻璃体异物及球后肿物做出提示。超声造影新技术的应用打开了空腔脏器检查的禁区，为发现胃肠肿物开辟了新途径。B 超除发现原发病灶外，还可看到肿瘤的转移灶，在超声引导下对病变部位穿刺活检确定病变性质。

B 超在人体检查方面应用极其广泛，对腹部疼痛疾病的诊断和鉴别诊断起重要作用，已成为临床检查及健康体检不可缺少的检查手段。

(王军)

98. 哪些器官和疾病，应做 CT 或核磁共振检查？

CT 是七十年代以来研制成功并不断改善的 X 线计算机断层扫描检查，是

利用高能 X 线穿射人体后产生的衰减变化，经电子计算机处理成像的新技术。我国许多大型医院已经应用。CT 技术对组织、器官分辨力高，为传统 X 线片的 10~20 倍。图像清晰度也胜过 B 超检查，解剖关系明确。疑有病变的肥胖病人 B 超难以显示清楚者，应选用 CT 检查。以下介绍哪些器官和疾病应做 CT 检查：

头面部脑部疾病应首选 CT 检查。传统的 X 线检查因骨骼影的相互重叠，某些部位病变难以观察。CT 成像能显示病变的位置、形态大小及它与邻近组织的关系，对有无脑部肿瘤的诊断十分可靠。此外，对脑外伤、脑血管意外、耳、鼻、咽、喉及眼部的疾病也有很高的诊断价值。

腹部的肝、胆、胰、脾、肾、腹膜后组织以及盆腔器官，CT 具有良好的密度分辨率，可清楚地显示腹部及盆腔的实质性脏器。通过静脉注射造影剂增强 CT，鉴别肝癌与肝血管瘤更有价值。还可观察到肝癌患者有无门静脉瘤栓及淋巴结转移，有利于指导临床治疗。B 超常受脂肪与胃肠积气的影响，不易穿透，对胰腺病变分辨困难，CT 则可解决这一难题。对肝囊肿、肝脓肿、脂肪肝有确诊价值。CT 能确定阻塞性黄疸的梗阻部位，多数情况下可明确梗阻病因，为临床提供正确的治疗方案。

四肢软组织肿块及某些复杂解剖部位的疾病，CT 检查应为首选。

胃肠道 CT 图像质量差，需借助于造影剂才能显示病变。胸部疾病一般不将 CT 作为首选方法，可用传统 X 线检查。但某些胸片不易显示的胸膜下、近横膈区、纵隔旁病变可选用 CT。当怀疑肺部有病变，其它方法不能发现时，可做 CT 进一步检查。

由于 CT 是大型医疗设备，价格昂贵，检查费用较高，而且在短时间内不宜重复检查。对小于 2 厘米与正常肝实质密度相近的病变，CT 诊断可发生失误。较小病变也可能不显示。所以不要把 CT 当作万能工具，要合理使用 CT 检查，发挥其最佳效益。

核磁共振 (MRI) 是利用人体组织原子中质子的生物磁场在强大的均质磁场中，人体中各质子本身磁场受到影响而发生共振，获得数据输送到计算机，形成人体各断层图像的新技术。这种技术无电离辐射性损伤，没有放射性，一般不须服用或注射造影药物，可以多方向、多切层地进行回波扫描检查，克服 CT 无法达到各方位检查的缺点。核磁共振能像超声一样提供组织的信息，又像核医学一样能追踪代谢过程并提供关于生理学的信息，密度层次分辨率高。它对软组织的对比分辨力为 CT 的 70 倍，故对软组织的检查特别有效。

头部病变颅脑疾病诊断优于 X 线、CT。脑肿瘤范围、边界清楚，图像清晰、定位准确。脑干、后颅靠近骨质的部位，核磁共振可克服 CT 骨质伪影干扰，这些部位病变显示比 CT 准确。脑梗塞诊断显示其敏感性，可发现 CT 没有发现的病灶。CT 检查脑梗塞须 24 小时以后发现，而核磁共振则在本病出现症状 6 小时后就作出诊断，为早期治疗提供了宝贵时间。脑血管畸形、动脉瘤怀疑者不宜做血管造影时，则可采用核磁共振。

脊柱、中枢神经占位性病变的诊断与鉴别诊断方面优于其它成像检查技术。

由于受呼吸运动与心搏等影响，腹部图像效果较差，对原发性与转移性肝癌，核磁共振信号的强度缺乏特异性。成像较慢，强磁场对环境有较严格的要求，装有心脏起搏器、人工关节、假牙的病人都不宜作这种检查。此检

查费用昂贵，应严格选择适应症。

(王军)

99. 老年人怎样防止用药差错？

对老年人来说，记忆力、视力下降，行动缓慢，重者生活不能自理，吃错药的事常有发生。一旦发生用药差错，不仅起不到治病保健的作用，还会导致种种不良后果。所以正确指导老年人用药已引起社会的关注。

怎样防止老年人用药差错，应注意下面几个问题。

不要自行随意用药有些老年人身体不适时，不去找医生看病，而是自己想法弄些药来吃。这对症状明显的常见病、多发病尚可对付，但对症状复杂的病若也这样凑合，会耽误治疗和加重病情的。如有人发烧，不知已患上肺炎，仅仅自服一些感冒药；有人上腹痛，不知是阑尾炎发作，自认为是胃病而服治胃痛药。这些都是很危险的。值得注意的是，由于老年人主要脏器功能下降，发生疾病时，症状往往被原有的其它病变所掩盖。这时切勿凭老经验服药。也有的则是把老病当新病。如有些老年人只要头痛脑热就自服去痛片之类的止痛药，结果忽视了自己高血压病引起的头痛、头晕，失去了及时治疗的机会。因此，自行用药容易延误治疗。另外，老年人的药物代谢、解毒、排泄能力都下降，比青年人用药更易产生毒、副作用。有的老年人未经医生指导，自服解热镇痛药及某些抗生素药物，可能会出现胃肠道反应、过敏反应、肝肾功能损害和造血功能障碍。即使是滋补药品，如不对症下药，也会产生副作用。所以老年人用药要谨慎，有病及时就医，切勿滥用。

不要弄错药品的使用方法现代药品种类多，剂型多，进口药品多，并且用法不一。老年人记忆力衰退，视力降低，容易记错或看错药品的使用方法，甚至将外用药水当作内眼药水吃下，将滴鼻剂当作滴眼剂滴入眼内，将舌下含服的硝酸甘油片用水送服，结果出现呕吐。老年人用药要养成先看后用的习惯，先看清药品包装上的标签和药袋上的用法，如有疑问，一定要问清楚再用。视力不好的老人，服药时应得到亲人和他人的帮助。从医院取回的多种药品，可分为口服药、注射药、局部用药三大类保存，尤其对名称、外观相似，作用不同的药品更要注意，以免发生混淆。

掌握用药次数和时间为了使药物服用后获得满意的治疗效果，并且不产生副作用，还要记住服药的次数和时间。因为药物必须在人体血液和某组织器官达到一定浓度和维持一定时间才能发挥治疗作用，所以用药要有时间性，不能马虎。就大多数口服药物来说，一般是一日三次。在体内消除快的药物次数略有增加，如某些抗生素为一日四次，在体内消除慢的药物如磺胺类药物为一日二次。这是根据药物在体内代谢和排泄速度决定的。就眼药时间来说，一般在饭后十五分钟到三十分钟服用。对胃肠道有刺激性的解热镇痛药更应在饭后服用。安眠药和缓泻药在睡前服，驱虫药在空腹或半空腹时服用，健胃药、收敛药、抗酸药、胃肠解痉药、胆道抗感染药宜在饭前三十分钟到六十分钟服用。一般药物在自觉症状消退后可以停药，抗生素、激素以及其他一些特殊治疗药物要在医生指导下停用。

正确掌握药用量 药的用量就是剂量，是指能产生治疗作用的量。少于这个量达不到治疗作用，超过这个量到一定程度就会中毒。剂量因人的年龄、体重不同而异。一般来说，老年人的剂量是成人剂量的四分之三。有些老年人喜欢用中成药，认为要比西药安全，往往长期超量服用，产生了毒副作用。如补心丹、活络丹因含有朱砂引起汞中毒，六神丸因含有蟾酥可致腹痛腹泻。

老年人肝脏代谢能力和肾脏排泄能力下降，在用药量上稍有不慎就会发生毒副作用。

由此可见，老年人一旦有病，要及时就医，用什么药、怎样用，要遵照医生的嘱咐。就医时除了向医生说明自己的病情、病史外，还应说明自己的用药史，以求得合理的用药方案。（倪能）

100. 怎样保存药物，怎样辨认药物是否变质和过期？

老年人由于防病治病的需要，经常接触各种药物。因此，学会如何保存药物，防止药物失效，是每个家庭成员应了解的医药常识。

保存药品时，应先检查药品包装上的药名和用法是否清楚，不要将口服药与外用药放在一起，更不要将这些药物与杀虫药、卫生球或洗涤剂放在一起。我们使用的药物有化学药物、生物制品、中药等，每种药又有不同的剂型。这些药都会因受到日光、空气、温度、湿度、时间、微生物、包装方法和容器以及药物间相互作用等因素而影响其质量。保存药物的措施可概括为防潮、防热、防霉、防虫、避光、液体药剂防冻等方面。凡是发现变色、沉淀、发霉、生虫、过期失效者均不宜使用。

下面就各类药品分述如下：

效期药品 这类药品包括各种抗生素、血液制品、脏器制剂、生物制剂和生化制剂（如菌苗、疫苗、抗毒素和三磷酸腺苷、酶制剂等）。这些药品因性质不稳定，只有在有效期范围内才可使用。凡注明有效期的，系指当月有效，凡注明失效期的则为该月一日起即失效。识别进口药品的效期时，须注意欧洲国家时间顺序多为日、月、年表示；日本按年、月、日；美国按月、日、年表示。对效期药品应做到近期先用，远期后用。如在有效期内药品出现变色、沉淀、发霉等异常现象时，亦应停止使用。

片剂、散剂、胶囊剂、胶丸剂 家庭保存的药品以片剂居多，片剂应保存在干燥凉爽的环境中，置于塑料代或药瓶中密闭存放，还应避光。一些片剂和散剂容易引湿而变性，如维生素 B1 片、颠茄浸膏片、酵母片、润喉片、口腔溃疡散等。引湿后药片变软，稍有挤压就成粉末状，甚至发生粘连、发霉。一些片剂引湿后发生分解反应而变质，如 APC 中含乙酰水杨酸钠，吸潮后将分解成水杨酸和醋酸，放出刺激性的气味。还有一些包糖衣的片剂，吸潮后片子膨胀开裂、变色粘连，微生物易于生长，继而出现霉点，如黄连素片、复方降压片等。一些酶制剂，如多酶片等更易吸潮霉变。另外空气中的氧能使维生素 C、对氨基水杨酸钠、磷酸可待因等发生氧化反应，而日光中的紫外线又能加速其氧化，使其变色变质。空气中的二氧化碳也可使某些药品变质，如氨茶碱露于空气中能吸收二氧化碳变成茶碱，颜色变黄而失效，苯巴比妥、苯妥英钠也能吸收二氧化碳而变质。胶囊剂、胶丸剂受潮后可变软发霉。总之，凡出现开裂、变色、发粘、霉变、发生异味者都不能使用。

注射剂和大输液 宜在阴暗处保存。有些药品应在冷处（2~10℃）保存，如各种疫苗、菌苗、抗毒素、胰岛素、三磷酸腺苷、辅酶 A 等。在冰箱中存放应注意防冻，因温度太低会使安瓿冻裂，会破坏一些药品的生物活性而降低效价。在存放大输液时，不要倒置横放，不要碰撞以免裂口漏气。对盖有胶塞小帽的粉针剂应注意防潮，如发生结块，则不宜使用。无论是注射剂还是大输液凡出现变色、沉淀、有异物产生时均不能使用。

眼药水、眼膏 宜在阴凉处保存，并要避免尘埃的污染。如出现变色、沉淀、不能使用。

软膏、乳膏、糊剂、油剂 这些药品易受温度、光线、微生物的影响，宜放于干燥阴凉处，如温度超过 30 易变质，最适宜的温度在 15 左右。凡发生变色、分层、酸败者不宜使用。

栓剂 作为肛门和阴道用药，栓剂的使用已相当普遍。栓剂宜置于阴凉干燥处，受热后易变形而影响使用。

液体药剂（包括内眼药和外用药）有水溶液制剂、酒精制剂、糖浆制剂等，应密闭保存在阴凉处。用后必须盖严，避免空气中的氧气和二氧化碳与某些成分发生作用。防止挥发性成分逸出瓶外而影响药效。这类药品有的易霉变，有的在放置过程中起化学反应，使颜色变深、出现沉淀，凡有以上现象者，均不宜使用。对一些极易分解的易燃易爆的药剂，家庭不宜贮存，如双氧水，应随取随用。

中药（中成药和中药材、饮片）中成药的保存方法与西药相仿。中药材和饮片应在阴凉通风干燥处保存。对含水分大的可先晒干，有虫蛀和霉变的要挑出来销毁。在夏季要防虫防霉，可将药材放在太阳下曝晒 6~8 小时，待热气散尽，装入容器，但含挥发油多的不宜长时间曝晒。另一种方法是将药材放入冰箱中冷冻灭虫。少量中药材的保存可以在晾晒后装入塑料袋，放在冰箱中备用。（倪能）

