

老年心衰易“变脸” 三类症状别忽视

□倪幼方

症状的多样性和非典型性是老年人心衰(心力衰竭)的一个重要特点,就像川剧中的“变脸”一样,令人捉摸不定。尤其是心衰早期,有的患者甚至可以毫无症状或仅感觉疲劳,对此认识不足,会导致临床误诊或漏诊。

老年心衰症状一:咳嗽、气喘
左心衰竭最初往往表现为频繁咳嗽或胸闷气短,活动及劳累时尤甚。还有的患者在夜间突然憋醒,呼吸短促,被迫坐起后症状逐渐缓解。这是由于左心衰竭导致肺淤血及支气管黏膜水肿、分泌物增多,使呼吸道通气受阻所致。

由于老年人多有慢性肺部疾病史(如慢性支气管炎、肺气肿等),因而当心衰以呼吸道症状为突出表现时,常常被误诊为支气管炎或哮喘发作。二者该如何区别呢?心衰引发的咳嗽与体位关系密切,卧位时症状重,坐(立)位时症状轻,并且常常在夜间发作。

此外,除合并感染外,心衰性咳嗽一般无发热及脓痰,抗生素治疗效果不明显,而采用强心、利尿、扩张血管药物治疗效果显著。

老年心衰症状二:纳差、腹胀、腹泻
这种情况主要见于右心衰

竭。由于右心回流血受阻,使体循环的静脉压升高,导致内脏(胃、肠、肝、胆等)淤血,出现食欲不振、腹胀、恶心、呕吐等症状,病情严重者可因胃肠平滑肌缺血性痉挛而导致腹痛、腹泻。如果不详细询问病史及查体(右心衰竭一般有肝大、下肢浮肿、颈静脉怒张等阳性体征),很容易被误诊为慢性胃炎等消化道疾病。

老年心衰症状三:尿少、浮肿,貌似肾脏疾病

右心衰竭患者由于心排血量降低,体循环淤血,有效循环血量减少,肾血流不足,而导致24小

时总尿量减少,夜尿相对增多。这是因为在夜间平卧休息状态下,回心血量增加,肾脏状态好于白天的缘故。

与肾脏疾病不同的是,心源性水肿多从人体下垂部位(足踝、小腿)开始,而肾性水肿常常首先出现在面部。另外,心源性水肿患者尿常规检查结果多数正常,同时伴有心衰的其他症状和体征。情绪或精神异常,貌似老年性精神病或脑病。有些老年心衰患者精神症状表现突出,如头晕、失眠、烦躁不安、幻觉、谵妄、意识不清甚至昏迷等。这主要是

由于老年人都存在程度不同的动脉硬化及脑供血不足,心衰时血流量下降,脑缺血症状进一步加重。

当然,由心衰引发的水、电解质紊乱,引起脑代谢异常,也是导致精神障碍的一个重要原因。如果不注意鉴别,心衰很容易被误诊为老年性精神病、卒中、脑肿瘤等。

老年心衰临床表现复杂多样且不典型。因此,基层医师只要提高警惕,不放过任何提示心衰的线索,还是能够发现可疑病例的。(作者供职于上海远大心胸医院心血管内科)

慢病防治



引言:高血压病是最常见的慢性非传染性疾病,也是心血管病最重要的危险因素。高血压病不仅发病率高,而且可引起心、脑、肾等器官的并发症,严重危害人民健康。国内外大量研究证明,原发性高血压病是一种环境因素与遗传因素共同决定的复杂疾病。

如何为基层高血压病患者开出精准处方

高血压病用药的精准路线

对于高血压病这种具有复杂致病因素的慢性进展性疾病,生活方式、饮食习惯、心理状态等外部环境的作用力,更是明确病因、出台个体化干预方案不可缺少的决定性因素。高血压病有不同的基因分型,血压的控制也需要根据不同个体采取个性化的治疗方案。

在高血压病的亚群中,由于发病机制不同,对不同类型降压药物治疗不一。在临床实践中,基层医生可根据患者自身的药物代谢特点来选择降压药物,以增加药物治疗的有效性。不同的药物对不同的个体有不同的代谢模式,基因检测可以做出一些判断。

临床实践表明,不同种族的患者甚至同一种族的不同个体在接受同一种药物治疗时,其治疗的效果、产生副作用的概率、对药物的耐受性等方面都存在着明显的种族和个体差异。不同个体对于药物治疗的反应差异可由多种因素造成,遗传因素就是非常重要的方面。

高血压病防治的5个处方:药物、运动、营养、心理(含睡眠)和戒烟限酒。每一点均很重要,5个处方相互支撑。

高血压病运动处方的精确化

运动的度与量如何控制?

以运动疗法实现高血压病的康复管理。长期而有规律的体育锻炼,不仅能有效减轻体重、控制血压,降低高血压病和其他心脑血管疾病风险,而且运动对血压的控制与药物控制疗效相当,不但能增强体质,减少药物的副作用,而且针对个体化心肺功能及运动能力制定有氧运动方案,能有效维持降压效果。

运动可降低体内交感神经的活动及其逆质活性;运动能增加毛细血管的分布,改变血管的形态。精准运动疗法所给出的个性化运动处方,会让高血压病患者形成良好的、科学的健身习惯,增强免疫力,提高生活质量,改善精神状态,减少因“治疗疲乏”所造成的沉重心理负担。

个性化运动处方与个体有关。目前比较一致地认为有氧训练为高血压病患者主要的运动方式,包括步行、慢跑、骑自行车、打太极拳、游泳和跳绳等。运动强度因人而异,一般以轻、中度为宜,简单地讲就是达到运动出汗与气喘程度就可,用心率来计算是这样的:心率(脉搏) $\times 180 - \text{年龄} = \text{最佳运动量}$ 。小运动量120~140次/每分钟,中运动量141~160次/每分钟,大运动量161~180次/每分钟。

每次运动时间以30~60分钟为宜,达到适宜心率的时间应持续5分钟以上;每周运动3次以上。精确的个性化运动处方可以通过在一定运动条件下检测最大脂肪氧化、最大摄氧量、最大力量等数值来评价强度,以此为依据制定个体化方案。

(摘自《中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册》)

合理用药

警惕磺脲类药物与苯扎贝特合用引起低血糖反应

非胰岛素依赖型糖尿病患者常服用磺脲类口服降糖药物,如果这些患者同时患有高甘油三酯血症,合并服用苯扎贝特的概率就会大增。苯扎贝特本身的降血糖作用很弱,与口服磺脲类降糖药联合用药,血糖下降,不良反应的认定较难,患者开始出现低血糖症状时一定要引起注意。

因此,格列本脲和苯扎贝特联合应用的时候,尽管对糖尿病控制效果不好的患者而言,转为低血糖的可能性较小;但对糖尿病已得到良好控制的糖尿病患者来说,应该考虑诱发低血糖的可能性。苯扎贝特引起低血糖的变化,老年糖尿病患者对低血糖症状自我感觉较差,加之有时会并发自律神经功能障碍,一旦发生低血糖,恢复起来会比较慢,可能发生严重的不良反应。因此,这些患者合并服用苯扎贝特的时候更应该特别注意。

(张子秋)

本版图片均为资料图片

识本草

红娘子



虻虫



桑螵蛸



【性味功能】 味苦、辛,性平;有毒。破血、攻毒、消积。
【主治用法】 用于血瘀经闭、狂犬咬伤、瘰疬、恶疮、疥癣。内服:炒炙后研末入丸散;外用:研末敷贴或调敷。
【用量】 1~5枚;外用适量。

【性味功能】 味苦,性凉;有毒。逐瘀,破积。
【主治用法】 用于癥瘕积聚、少腹瘀血、血滞经闭、扑损瘀血。水煎服或研末吞服。
【用量】 1~1.5克;研末吞服,每次0.3克。

【性味功能】 味甘、咸,性平。益肾固精,缩尿,止遗。
【主治用法】 用于遗尿、滑精、遗精、尿频、小便白浊。水煎服或入丸散。
【用量】 4.5~9克。
(摘自《中国本草彩色图鉴》)

抛砖引玉

肝病患者的病案纪实



韩某,男,60岁;主诉咽下梗滞不适一周。患者的直系亲属中,肝病发病与死亡多人。11年前,患者被诊断为乙肝,转氨酶曾经达到1615单位,经治愈后

现为病毒携带者,服用医院开的抗病毒药已有3年多。几年前,患者冠状动脉造影报告显示冠状动脉70%狭窄,医生建议放入支架,患者未植入支架,持续服用降脂、扩冠、抗凝药至今。

3年前,患者曾因咽下不适,接受胃镜检查,被诊断为胃炎,临床治愈。

1年前,患者因反复尿血一个多月,被诊断为输尿管上段泥沙样结石。患者服用中药治疗,临床治愈未复发。

患者长期咳嗽,少痰;数年前,因坐骨神经痛、腿抽筋,被检查出腰椎间盘突出症。患者没有接受规范化治疗,症状持续一年多后逐渐缓解。

患者除了去医院开药外,从未在他处用药,30年来都是在笔者处诊治。

近日,患者咽下不适一周,笔者嘱其去医院做胃镜检查,被诊断为胃炎,食管未见异常。

笔者先给予其西药,略有效果。但患者仍有咽下至胸骨后中下段梗滞感,上腹胀,偶有暖气,口不干不苦,饮食、睡眠、排便正常;咽痒,少痰;长期睑结膜轻度充血;声音稍哑,舌稍紫齿痕+,苔底白浮黄。

笔者怀疑有隐性胃食管反流,胃镜未能证实,遂给予以下药方。香附15克,紫苏10克,陈皮15克,桔梗15克,甘草10克,柴胡10克,枳壳15克,香橼10克,大枣15克,半夏10克,黄芩10克,连翘15克。三剂。

二诊,无效。舌苔如前。又给予以下药方。桔梗15克,甘草15克,大枣15克,半夏15克,瓜蒌20克,紫苏10克,枳壳15克,厚朴15克,茯苓30克,元胡15克。

三诊,患者服用三剂药后,见其舌微黄而润,与吸烟多有关。笔者遂督促其戒烟,又给予以下处方:桔梗15克,甘草10克,蒲公英15克;半夏15克,瓜蒌15克;柴胡15克,枳壳15克,陈皮15克,紫苏10克;党参15克。患者服用三剂后,有效,遂再给予三剂,症状消失。

此外,患者久咳,咽痒,偶有少量白黏痰。笔者以改善咳嗽为用药目标,理气化痰利咽。药方:柴胡15克,陈皮15克,紫苏10克;橘红15克,半夏15克,茯苓、桔梗各15克,甘草10克,杏仁15克,苍术15克,丹参20克。三剂。

除特殊标明者外,药方常规用法都是三煎混合,日服两次,3剂/4.5天量。

笔记:长期以来,患者症状主要见于上中焦部位,肝、心、胃、食道、咽喉,上至睑结膜,下至尿血;患者体力强壮,坚持劳动,胃肠功能好,两次胃镜检查,都是因为食道中段咽下不适,报告显示患有胃炎,但患者却极少出现症状。当前,患者也只是偶有暖气,或与天凉药也偏凉,长期服用数种西药有关。患者患的不是典型咽炎。

患者苔有齿痕,不滑不干,痰少而黏,燥湿当慎。轻度咳嗽,与长期大量吸烟有关;属郁热寒痰,痰阻肺胃,经气不利。当清化郁热,温化痰痰,利气活血。

(张汇丰)

慢阻肺的早期防治方法

雾霾天气,老年人及妇女儿童更易患呼吸系统疾病。其中,慢阻肺(慢性阻塞性肺疾病)患者是需要加以重视的。慢阻肺,以不完全可逆的气流受限为特点。慢阻肺患者气流受限常呈进行性加重,并伴有肺部异常炎症反应。虽然慢阻肺直接累及肺,但也可引起显著的全身效应。慢阻肺与慢性支气管炎和肺气肿密切相关。当患者有咳嗽、咯痰或呼吸困难症状和(或)疾病危险因素接触史时,应考虑慢阻肺的可能性。慢性咳嗽、咯痰常先于气流受限许多年存在,但不是所有具有咳嗽、咯痰症状的患者都会发展为慢阻肺。要明确诊断慢阻肺,则需要进行肺功能检查。

慢阻肺的典型症状包括咳嗽、气短或呼吸困难、喘息和胸闷以及其他一些症状。慢阻肺病死率高;病程迁延难愈并容易反复加重,不仅损伤气道、肺泡和肺血管,同时还损伤肺外组织,如骨骼、骨骼肌、心脏以及其他器官,是一个多基因的全身性疾病。慢阻肺的发病因素很多,迄今尚有许多因素不够明了,有待进一步研究。近年来,科研人员认为,慢阻肺发病因素包括个体易感因素以及环境因素两方面,它们之间相互影响。

慢阻肺多属于中医学的“咳嗽”“喘证”“肺胀”“痰饮”等范畴。对慢阻肺病因病机的认识多为脾阳虚痰湿内蕴,肺气郁闭,成为发病的基础。时间长久就容易导致肺虚。若外感风、寒、暑、湿、燥、火等外邪或饮食不当,情志失调,劳倦过度等都会诱发病情发作,呈进行性加重,最终导致肺、脾、肾、心功能失调。简单说来,这就是内有病因、外感邪气的结果。内因中肺虚、脾虚、肾虚、痰阻是主因;外邪中寒邪、风邪、热邪最为常见。

中医治疗慢阻肺,对于缓解症状、提高患者生活质量有突出效果。因此,中医治疗慢阻肺也受到了广泛关注。

除了传统的汤药治疗之外,还可根据慢阻肺的病因和



病证选择物理疗法。传统疗法三伏贴(冬病夏治)、三九贴(冬病冬防)对于慢阻肺的防治有着显著的效果,其简便易行,患者对疗效也十分认可。

寒邪和痰阻是慢阻肺的最主要病因,基层医生可采用艾灸等几种行之有效的温热疗法,对肺腧、心腧、脾腧、关元、气海等重要穴位进行艾灸治疗,或直接使用督脉灸,都可以起到驱寒通阳、温肺化痰的作用,对寒邪内阻所致的慢阻肺症状有显著的缓解作用;针对痰湿阻肺证;用针灸行气通络,火针温通化痰,再配合汤药治疗会取得理想效果。以上各类理方法简便、安全无副作用,单用、合用都有显著的疗效,配合中药汤剂使用更是相辅相成,事半功倍。

慢阻肺的预防与治疗同样重要,预防的办法一般有以下几点:禁烟及戒烟,要做到不吸烟,不吸二手烟;防止伤风感冒,尤其是体弱及患有呼吸系统基础疾病的老年人;经常进行体育锻炼,有氧锻炼尤其重要,还可以练习腹式呼吸,但是雾霾天气不要进行户外活动;针对自身症状选用中药代茶饮,如咳嗽伴咽干者可选用麦冬、沙参、百合等;咳嗽痰多者可用桔梗、陈皮、莱菔子等;胸闷气短者可用山药、大枣、杏仁、五味子等。保持心情愉快。

由于慢阻肺目前尚无根治手段,只能有效控制、减缓发展,因此早期防治显得至关重要。如果存在慢阻肺的高危因素,请及时调整生活工作环境,并及时完成肺功能检查、早期诊断、早期治疗。