

老年消化系疾病的中西医结合治疗

张万岱

张万岱,中国人民解放军第一军医大学南方医院 广东省广州市 510515
项目负责人:张万岱,510515,广东省广州市,中国人民解放军第一军医大学南方医院. zwd999@263.net
电话:020-61641547 传真:020-87280770
收稿日期:2002-11-06 接受日期:2002-12-18

张万岱. 老年消化系疾病的中西医结合治疗. 世界华人消化杂志 2003;11(7): 897-899

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/897.asp>

1 老年期消化系疾病的特点

消化系疾病为老年人常见病之一, 约占所有老年病的18%, 1989年一组国内资料报道, 在住院的消化系疾病患者, 中老年人占9.6%, 以消化性溃疡、急性胃肠炎、肝硬化、慢性胆囊炎、胆石症、上消化道出血及肿瘤等最常见. 上消化道出血、恶性肿瘤、肝硬化及急性胰腺炎等又为老年人死亡的主要原因. 老年人消化系疾病发病隐袭, 病情较复杂, 并发症亦多, 因而死亡率高. 由于衰老、消化系解剖及生理功能的改变, 老年人常有不同程度的消化、吸收、代谢及排泄功能障碍, 加之老年人特有的精神、心理变化, 消化系疾病的表现多不典型. 另外, 老年人对一些特殊检查的耐受性下降, 使之不能满意进行, 往往导致疾病诊断与治疗的延误. 所以了解与掌握老年消化系疾病的一些特点, 对临床医务工作者至关重要.

1.1 多病性 患消化疾病的老人常同时有其他疾病存在, 如高血压、动脉粥样硬化、慢性支气管炎、肺气肿, 或兼有肾功能损害, 这从临床上可以发现, 从尸检中则更加常见. 北京报告, 64例80岁以上患者尸检的结果, 竟无1例为单一脏器病变, 虽然大部分脏器病变并不致命, 但当某一脏器功能减退时, 其他脏器的病变必然影响全身抵抗力, 给治疗带来一定困难, 在防治老年人疾病时应予注意. 由于同一人患有多种疾病, 在症状和体征方面相互影响, 必然使临床表现变得更为复杂和不典型.

1.2 不典型性 老年人的多病性是临床表现不典型的原因之一. 同样的症状在不同年龄的诊断可以不同, 例如烧心上腹痛, 在青年人以溃疡病可能性大, 而老年人则以真菌性食管炎为多见; 同样的疾病在不同的年龄组中可以表现不同, 例如口炎性腹泻, 在青年人患此病时表现为恶臭性腹泻, 而老年人表现为骨质疏松, 股骨颈骨折. 老年人敏感性降低, 自觉症状轻微. 老年人体温调节能力低, 发热不如年轻人明显, 甚至在严重感染时也是如此; 对冷的反应也差, 容易发生低温状态而不自觉. 老年人对疼痛的反应较差, 有剧烈疼痛的疾病, 如肠

穿孔、腹膜炎等可能仅有轻微不适或全无主诉. 急性阑尾炎或胆石症发作时亦可症状不多, 但可引起穿孔, 老年人消化性溃疡特点是溃疡大, 可以突然发生上消化道出血.

1.3 发病快、病程短、容易发生全身衰竭 老年人脏器储备功能低下, 尤其是高龄老人, 活动能力减退, 长期卧床, 食欲逐渐减退, 饮水量也减少, 其血钾、血钠均较青年人低, 而尿素氮却较高, 免疫力下降, 内环境的稳定性已有改变, 一旦受到应激因素, 如消化道出血或急性胆道感染, 病情可迅速恶化, 原来处于勉强平衡状态的某些脏器功能, 容易在发病后短期内迅速衰竭, 治疗极为困难, 预后恶劣. 据统计, 40.6%的80岁以上的患者在住院1 wk内死亡, 5%甚至来不及住院而死在家中.

1.4 易有意识障碍 高龄患者不论患何种疾病, 都容易发生意识障碍, 如老年人脑血管硬化、血压改变、感染、毒血症和电解质紊乱等均是重要因素. 据报道, 70岁以上老年人17%可出现体位性低血压, 其收缩压可达8 kPa(60 mmHg). 意识障碍的出现给诊断和治疗带来很多困难. 在分析老年人意识障碍时, 必须排除医源性因素, 如服用安定药、抗抑郁药等的作用.

1.5 容易引起水、电解质紊乱 老年人脏器呈萎缩状态, 由于口渴中枢敏感性降低, 因此饮水量不多, 轻微的原因即可引起水和电解质失调. 老年人脱水可有缺水性脱水与低钠性脱水, 缺水性脱水时血压尚可维持. 周围循环衰竭症状少见, 但由于细胞内水分丢失可引起脑细胞失水, 容易发生中枢神经功能障碍, 由于老年人口渴感觉不灵敏, 在照顾时更应注意舌的干燥与否、皮肤弹性, 以及有无少尿或体重减轻. 老年人患肿瘤、中枢神经疾患或肺疾病时, 可有抗利尿激素分泌异常引起的慢性缺钠性脱水. 老年人肾处理钾的能力减低, 如有腹泻或呕吐, 容易产生低血钾, 如因便秘而使用泻药或用利尿剂, 必需小心防止失钾, 而肾功能减退伴有感染时, 又容易发生高血钾. 肾功能减退比较隐匿, 不作化验很难发现, 对老年人肾功能变化应予格外警惕.

1.6 容易发生后遗症和并发症 老年人患病后容易产生后遗症和并发症. 由于长期卧床, 可以引起坠积性肺炎、便秘, 也可引起肌肉萎缩和体位性低血压, 也可以引起肢体挛缩、骨质疏松、褥疮、静脉血栓形成和肺栓塞等, 对此均应作出早期预防措施, 例如勤翻身, 清洁皮肤, 腹肌及肢体肌肉的按摩等. 近年来已注意到

老年人容易发生播散性血管内凝血, 并发症常是引起老年人死亡的重要原因, 例如严重的电解质紊乱是老年急性腹泻患者的常见并发症, 死亡率很高。

1.7 对治疗的反应不同 同样的一种药物治疗, 在青-老年之间的反应不同, 老年人的耐受性低, 容易出现副反应, 并且个体之间的差异也较大。

2 老年期消化系疾病的治疗

老年期消化系疾病的发病率常高于一般人群, 约有20%老年患者死于消化系严重病变, 而恶性肿瘤的发病率尤高。老年人胃肠病的表现、诊治和预后与年轻人有明显区别而处理各异。因此, 对老年期消化系病的诊断处理就显得更为重要。

2.1 消化性溃疡 老年消化性溃疡以胃溃疡多见, 多发生在胃角至贲门区, 且有随年龄增大而上移的特点。在内镜下常显示巨大溃疡而被疑为恶变, 但相当比例的溃疡经内科治疗可愈合。临床症状不典型, 有节律性上腹痛者仅在30%, 常表现消瘦、纳差、呕吐、贫血等而易被误诊为胃癌。病程长, 约有83.5%的患者在60岁前已患本病, 并有反复发作史。常伴发多种疾病, 合并症多且严重。

治疗上以黏膜保护剂(铋剂、麦滋林、硫糖铝、喜克溃、施维舒、欣络维等)为主, 以抑酸剂(质子泵抑制剂、 H_2 受体阻断剂等)为辅, 兼以调整神经胃肠功能对症治疗。中医辨证分型治疗: 脾胃虚寒型以黄芪建中汤加减, 肝胃不和型以柴胡疏肝汤加减, 胃阴不足型以一贯煎加减, 寒热夹杂型以甘草泻心汤加减治疗之。若合并幽门螺杆菌(Hp)感染, 则应以铋剂或抑酸剂加二种抗生素(如羟氨苄青霉素、甲硝唑、替硝唑、呋喃唑酮、四环素、克拉霉素等任选两种)形成三联疗法以根除之。也可采用固定方中成药治疗, 我们研制的胃必宁片, 服用4 wk总有效率达97%, 溃疡愈合率达80%, 5 a疗效巩固率达67%, 此外如胃乃安、胃热清等均可酌情应用。

2.2 慢性胃炎 老年慢性胃炎可有浅表性胃炎和/或萎缩性胃炎, 尤以后者较年轻人多见, 可合并幽门螺杆菌(Hp)感染或肠化和不典型增生等癌前病变。临床上以功能性消化不良症状(上腹痛、早饱、腹胀、嗝气、恶心等)为多见。确诊以胃镜及活检病理所见为依据。同时也有表现不典型, 病程长, 合并症多, 难治愈等特点。

治疗上同样以黏膜保护剂为主, 以功能调节剂(如促动力剂)为辅, 根据不同情况分别应用抑酸剂或酶类补充剂或抗Hp剂。中医辨证分型治疗, 张子理对68例合并不典型增生或肠化的萎缩性胃炎进行分型治疗, 用黄芪建中汤治疗脾胃虚寒, 用四逆散治疗肝胃不和, 用香橼积术汤治疗脾虚气郁, 总有效率达94.12%, 不典型增生逆转率58.14%, 肠化逆转率64%。固定方中成药治疗, 我们研制三九胃泰对各类慢性胃炎总有效率94.6%, 萎缩性病变更逆转率52%, 糜烂性病变更逆

转率89.89%, 此外, 如摩络丹、消胀冲剂, 舒肝健胃冲剂, 胃细胞逆转丸等均可酌情采用。朱庄庄 et al 自拟清热祛瘀方(蒲公英、神曲、太子参、山药、赤芍、丹参、郁金、木香、黄连)加减及中小量雷尼替丁(150 mg/d)治疗老年糜烂性胃炎30例, 总有效率96.7%优于对照组(单用雷尼替丁150 mg 2次/d)之81.8%($P < 0.01$), 刘运林采用补阳还五汤(生黄芪、赤芍、当归、地龙、川芎、桃仁、红花)加减及阿莫西林(1 g, 2次/d)治疗老年幽门螺杆菌相关性胃炎, 结果Hp根除率及治愈率75.76%明显优于对照组(阿莫西林1 g 2次/d)之45.5% ($P < 0.05$)。

2.3 胃癌 老年人胃癌发生率高, 但脏器转移反而有减少的倾向, 约1/3患者可向肝、胰腺转移。老年胃癌病灶多位于下半胃, 为 < 2 cm之隆起型早期胃癌, 多为分化型, 除溃疡恶变外, 溃疡型较少见。症状不典型, 约1/2患者有胃肠道症状, 但很少出现上腹痛、烧心、嗝气等, 部分患者无症状或表现为非胃肠道症状如心悸、气短、贫血或浮肿等。若胃肠道症状经正规治疗不缓解或出现黑便、贫血及消瘦等应尽快行胃镜检查。胃镜和活检病理检查是确诊早期胃癌唯一可靠方法。

治疗上, 一旦确诊应争取尽早行根治手术, 效果常比年轻人好。有研究报道老年胃癌进展较年轻人慢。但如有严重合并症, 不宜行手术。一般老年胃癌预后较年轻人佳, 术后或不能手术者常用以5FU为主的化学治疗。中医辨证分型治疗, 肝胃不和型多见于早中期胃癌及术后患者, 常以柴胡舒肝散加减; 脾胃虚寒型多见于中晚期胃癌, 常以理中汤合平胃散加减; 病毒内阻型多见于进展期胃癌, 常以膈下逐瘀汤合失笑散加减; 胃热伤阴型多见于中期胃癌及合并化疗反应的患者, 常以麦门冬汤合玉女煎加减; 痰浊中阻型多为中晚期胃癌合并贲门或幽门梗阻者, 常以二陈汤合海藻玉壶汤加减; 气血双亏型多见于晚期胃癌, 常以十全大补汤加减治疗。抗癌中成药有复方天仙胶囊、平消胶囊、参莲胶囊、冬凌草片、肿节风片、华蟾素、羟基喜树碱等。

2.4 慢性肝炎 老年患者由于输血及应用血液制品机会增多而易患乙型病毒性肝炎和丙型病毒性肝炎, 由于存在多种疾患, 用药多致肝损害机会多, 易患药物性肝炎。随年龄增长而趋向慢性过程者居多。表现常不典型, 有些症状轻微而被忽视, 有些症状严重, 乏力和恶心常见, 黄疸较深, 消退缓慢, 淤胆型者常见。诊断方面应重视病史、临床特点、肝功能、病原学检查及肝穿刺活检病理检查而确诊。老年性肝炎易发展为暴发性肝炎和重症肝炎, 常有肝炎并发症及其他多种合并症而预后不佳死亡率较青壮年者为高。

治疗上应争取综合治疗, 包括适当休息、合理饮食、心理治疗及药物治疗。后者应包括护肝、降酶、退黄、缓解炎症, 调节免疫, 抗病毒药物及基因导入治疗等; 中药在防止肝纤维化、改善肝功能方面疗效显

著. 中医辨证论治, 湿热证多见于肝炎初期、急性期, 也见于中重度慢性肝炎和重症肝炎, 常以龙胆泻肝汤加减; 疫毒证多见于肝炎急性活动期及重症肝炎, 常以清瘟败毒饮或黄连解毒汤加减; 气滞证多见于肝炎慢性期、恢复期或慢性黄胆型肝炎, 常以柴胡舒肝散合平胃散加减; 阴虚证多见于肝炎慢性期、可见于慢性肝炎各期、瘀胆型肝炎, 常以一贯煎合六味地黄丸加减; 血瘀证多见于肝炎慢性期、可见于慢性肝炎各期、瘀胆型肝炎, 常以血府逐瘀汤加减; 阳虚证多见于肝炎慢性期、肝肾功能衰竭, 常以暖肝煎加减治疗之.

2.5 肝硬化 近年来本病老年人发病率有增高趋势, 其病因在国内主要继发于肝炎病毒感染, 长期瘀胆和循环障碍等. 老年肝硬化肝脏多不萎缩, 呈小结节颗粒状, 假小叶常不规整, 纤维增生减少, 结节再生力弱, 较少有腹水、门脉高压和肝功能衰竭, 故临床表现多不典型, 起病隐匿, 病程长, 症状轻或无, 有的体检才发现肝脾肿大, 甚至死亡后尸检时才发现肝硬化.

治疗上, 一旦出现门脉高压表现时, 耐受出血和耐受手术能力差, 门腔静脉分流术容易诱发肝性脑病, 但可以耐受内镜诊治, 食管下端静脉曲张局部注射硬化剂或结扎术均可取得较好效果. 老年人肝肾功能减低, 药物治疗应格外注意, 强调个体化用药, 密切观察毒副作用. 中医辨证分型治疗, 在肝硬化代偿期, 可概括为积聚型, 其中肝硬化早期多表现为肝郁脾虚, 以柴胡疏肝散合四君子汤加减; 中期多为气滞血瘀, 以化瘀汤加减. 在肝硬化失代偿期可概括为鼓胀型, 其中水湿内阻相当于腹水轻症, 以胃苓汤加减; 瘀血阻络相当于明显门脉高压者, 以膈下逐瘀汤加减; 肝肾阴虚相当于反复出血、神昏、潮热起伏者, 以一贯煎加减; 脾肾阳虚相当于肝硬化晚期, 附子理中汤合五苓散加减治疗之.

2.6 胆石症和胆道感染 老年人胆石症的发生率随增龄而升高, 70岁以上老人胆石形成率可达21-50%, 总胆管结石发病率比青年人高2倍. 老年患者症状不典型, 甚至无症状, 出现症状常很突然, 病情变化亦快. 老年人胆石症并发急性梗阻性化脓性胆管炎及休克者占56%, 约有1/3死亡. 患者疼痛和体温升高与病变严重程度常不相符, 易发生胆囊坏疽、积脓和穿孔. 胆道内瘘、胆石性肠麻痹和肝脓肿等并发症发生率较高. 因此, 时常延误诊断并急需紧急手术而增加了死亡率. 老年患者常存在多种疾病, 使各器官代偿功能减退, 特别是冠心病、糖尿病等增加了手术的难度, 同

时易致感染扩散或某些厌氧菌感染, 有发展成多器官功能衰竭之可能. 急性胆囊炎缓解后有的可遗留为慢性胆道感染, 表现更不典型, 仅有右上腹隐痛、B超声可示相应征象(如胆囊或胆管壁毛糙、增厚、结石影等)而诊断.

治疗上应用内镜下乳头肌切开取石及腹腔镜下胆囊切除使老年患者争取了更多的手术机会. 慢性胆道感染则给消炎、解痉、利胆治疗. 中医辨证治疗, 肝胆气滞证, 以大柴胡汤或柴胡疏肝散加减; 肝胆湿热证以茵陈蒿汤或龙胆泻肝汤加减; 肝胆脓毒证以清营汤合茵陈蒿汤加减; 气滞血瘀证以膈下逐瘀汤加减; 肝阴不足证以一贯煎加减治疗之.

2.7 胃肠道出血

2.7.1 上胃肠道出血 常见原因为消化性溃疡, 约占老年上胃肠道出血的半数. 其余30-40%出血是由于急性胃黏膜病变、糜烂性食管炎、食管胃底静脉曲张破裂和贲门撕裂症. 最后3-4%为食管裂孔疝和胃癌等. 更少见的原因有吻合口溃疡、卓-艾氏综合征、胃息肉和食管癌. 老年人常有多病基础, 一旦遇有某些应激、酗酒或药物刺激等易招致上胃肠道出血, 甚至有重要脏器功能衰竭, 常无先兆而突然发生, 有的无呕血和黑便, 而以失血性休克为主症而求诊.

治疗上对老年人上胃肠道出血除常规方法外, 应注意某些特点. 老年人脏器多有功能减低, 故应防治并发症如电解质紊乱、心肺功能不全、肾功衰竭和感染等. 还应注意多病共存和用药上的特殊性, 如应用垂体后叶素可诱发心绞痛、房颤等; 疑有恶性病变或内科治疗无效者应及早手术治疗. 中医辨证分型治疗, 胃中积热型, 以大黄、黄连泻心汤加减; 肝火犯胃型, 以丹栀逍遥散加减; 脾虚不摄型, 以补中益气汤合归脾汤加减; 气衰血脱型以参附汤加减治疗之.

2.7.2 下胃肠道出血 常见于肠憩室病和结肠癌, 也见于结肠血管扩张和动脉发育异常, 其他原因尚有肠息肉, 缺血性结肠炎, 肠道炎症和痔出血. 肛门指诊、结肠镜检查、血管造影等为主要诊断手段.

治疗上除一般止血、输血治疗外, 应针对病因进一步采取措施. 对于老年人出血常需内外科医师密切协作, 权衡利弊选择治疗方法. 如有报道憩室病的5-10%需手术治疗, 但其死亡率可达30%左右; 结肠血管病变反复出血, 内科治疗无法控制时应行左半结肠或右半结肠切除术. 中医辨证分型治疗, 肠道湿热型以地榆散加减; 气虚不摄型以归脾汤加减; 脾胃虚寒型以黄土汤加减治疗之.