談老年心血管疾病

文/林文彬中醫師（林園中醫診所、台北市立聯合醫院中興院區）

《黃帝內經》記載：「人年五十以上爲老，三十以上爲壯，十八以上爲少，六歲以上爲小。」世界衛生組織提出的亞太地區老年人劃分爲，45～59歲爲老年前期，60～89歲爲老年期，90歲以上爲長壽期。近年來Hayflick證明人類胚胎到成人死亡，其細胞可進行50次左右的有絲分裂，每次細胞周期爲2.4年，推算人的壽命爲120歲左右。中醫將人的自然壽命稱爲天年，古人認爲天年爲100～120歲。如《靈樞．天年》記載：「人之壽，百歲而死。」《素問．上古天眞論》亦載：「盡終其天年，度百歲乃去。」唐．王冰注釋說：「度百歲，謂至一百二十歲也。」(1)

老年期的改變

隨著年齡的增加，進入老年期後，身體的組織結構和生理功能方面的老化改變，可發生在所有的臟器和組織。老年人的心血管系統發生改變，主要有：

（1）心房、心室脂肪浸潤，硬化，肥厚。

（2）心肌萎縮，心肌細胞內有脂褐質沉著。

（3）心臟的間質中可見彈力纖維增加，並伴有肌肉數量的減少。

（4）傳導系統內心肌纖維減少，脂肪

與纖維組織增加。

（5）主動脈的血管壁因膠原、纖維組織的增生而硬化，伸展性降低。

老年心血管疾病特點

上述的這些改變，決定老年人心血管系統及其疾病有其自身的特點，歸納起來有以下幾個方面[2]。

（一）老年人心臟體徵的特點：心臟體徵在老年人的臨床意義，不同於青壯年。例如老年性肺氣腫，可掩蓋心臟擴大的發現。青壯年主動脈瓣區或二尖瓣區雜音，往往可判斷爲瓣膜病變或心臟擴大等病變引起，但老年人卻可由血管壁硬化或瓣膜纖維化、鈣化，以及瓣膜

周圍血管壁硬化等改變所致。高血壓或動脈硬化的患者，除出現主動脈瓣區的第二心音亢進外，往往伴有收縮期噴射音。大約有10%的健康老年人可出現心尖部第一心音分裂；但如分裂過寬，提示爲左、右束支傳導阻滯等病理性體徵。心音模糊、奔馬律、第四心音等則常提示心肌功能不良。

（二）老年人血壓的特點：老年人的血壓一般輕度升高，並不隨年齡的增長而相應增高。高血壓患者，血壓可明顯升高；嚴重動脈硬化或主動脈瓣關閉不全者，則脈壓差增高；周圍血管的硬度增加，則脈搏有力。所以，老年人原發性高血壓一般是收縮壓、舒張壓同時升高，常伴有心臟肥厚、擴大。單純動脈硬化性高血壓，往往收縮壓升高而舒張壓不高。血壓的波動性與血壓水平密切相關，大動脈的彈性減退，不能適應心搏出量的微小變動，故在老年高血壓者，無論收縮壓、舒張壓或是脈壓的搏動性，均比年輕患者爲大，尤其是收縮壓。由於老年人的機體反射性調節血壓功能減退，較易發生體位性低血壓。

（三）老年人循環系統的X光線表現：常見有主動脈擴張、延長、鈣化，使主動脈弓突出，升、降主動脈增寬。若爲高血壓和動脈硬化引起者，則擴張比較廣泛，但其程度與高血壓不成比例。冠心病患者的心肌纖維化，可使心臟輕度或中度擴大，但心影正常並不能排除心臟病或心力衰竭。

（四）老年人心電圖的特徵：老年人由於心臟位置變化、胸廓畸形、肺的變

化、心肌組織變性和代謝紊亂等，心電圖往往出現輕度非特異性的改變，包括P波輕度平坦、T波變平、P—R間期和Q—T間期延長、ST—T段非特異性改變、電軸左偏傾向和低電壓等。

（五）老年常見心臟病的特點：老年人冠心病的臨床表現多不典型，可僅表現爲勞動後氣急、心悸而無明顯胸痛。心絞痛部位常不典型，有時呈隨發性上腹部疼痛，尤在夜間或餐後發作，或表現爲反覆性左肩部、腋部及頸部疼痛。另外老年夜間心絞痛比較多見，常伴有左室舒張功能不全（早期心衰）的表現。

老年急性心肌梗塞患者，與中年患者相比，女性比例增加，發生二次或二次以上梗塞者較多，以感染爲誘因者較多，前驅症狀不典型者較多。臨床可表現爲肺水腫、休克、腦供血不足而引起的神經精神症狀，還可表現爲新近出現的心律失常，而不一定是胸痛。老年的急性心肌梗塞較易併發心臟破裂、心室間膈穿孔和乳頭肌斷裂。心肌梗塞的死亡率也隨著年齡增長而升高。

隨著年齡增大，老年人的主動脈硬化，變成幾乎無彈性的管道，心臟射血時主動脈不能充分擴張，動脈系統內驟增的血容量得不到緩衝而導致收縮壓升高。目前認爲，收縮壓升高與舒張壓升高，對老年人有同等危險。

老年竇房結的纖維化和增厚，影響竇房結的生理功能，加之，老年人副交感神經緊張性增強，更易於造成病態竇房結綜合症。心臟左側結締組織的支著處硬化，可影響希氏束等傳導系統，使其發生纖維化變性，因而老年人房室傳導系統異常的發生率升高。

老年心力衰竭，由於心排出量降低，致使腦部供血不足，而較多出現各種精神神經症狀。例如，半夜出現神智模糊、騷動、煩躁不安、失眠等。這些症狀，可隨心力衰竭的改善而消失。另外，老年心力衰竭常因呼吸道感染而誘發，會出現在原有基礎上發生呼吸困難加重；在呼吸道感染確實控制後，呼吸困難仍持續，也是老年心力衰竭的特徵之一。

中醫對老年心血管疾病觀點

中醫認爲老年心血管疾病的主要病變

部位在心，其本在腎，以氣虛爲主，兼有陰虛，日久可發展爲陽虛，失治、誤治可致陽脫。心之與腎，在生理上相互依存，「心必得腎水以滋養，腎必得心火以溫暖」。心火下降以助腎陽，腎水上濟以滋心陰，心腎相交則水火既濟。腎陰不足，不能上濟於心，則心陰虧虛，虛熱內生，陰血煎熬則成瘀血。命門附於兩腎，內寄眞陰眞陽，命門之火是人體生命的根源。心之本，腎也，命門火衰，腎陽虧虛，則心失溫煦而致寒從內生，可引起筋脈攣急，心脈閉阻，此即仲景所言：「陽微陰弦，即胸痹而痛，所以然者，責其極虛也。」所以對於老年循環系統疾病的治療，宜在補心的基礎上，酌加補腎之品，即所謂「欲養心陰，必滋腎陰；欲溫心陽，必助腎陽。」

老年心血管疾病除涉及心、腎外，還與肝密切相關。人入老境，日漸衰憊，情緒易於低落，肝氣多抑鬱。肝性條達而惡抑鬱，主疏泄，調暢人體氣機。氣行則血行，肝氣鬱結，失於疏泄，不能調暢氣機，則氣機鬱滯，不能運行血脈，則致瘀血內停。故治療老年循環系統疾病當注意疏肝，使氣機調暢，則瘀血無由生也。

老年常見心血管疾病

老年最常見的心血管疾病是冠心病，即冠狀動脈粥樣硬化性心臟病，簡稱冠心病（Coronary Heart Disease）是一種由冠狀動脈固定性（動脈粥樣硬化）或動力性（血管痙攣）狹窄或阻塞引起的心肌缺血缺氧或壞死的心臟病，亦稱缺血性心臟病。冠心病的臨床類型大致可分爲五型，即心絞痛、心肌梗塞、原發性心肌驟停（猝死）、缺血性心肌病（心力衰竭和心律失常）和無症狀心肌缺血（靜息性心肌缺血），其中以心絞痛和心肌梗塞最爲常見，而原發性心臟驟停、缺血性心肌病和無症狀心肌缺血可以獨立存在，但大多數是和心絞痛或心肌梗塞同時存在。

一、心絞痛

心絞痛，是由於冠狀動脈供血、供氧不能滿足心肌代謝需要，而造成心肌急性缺血、缺氧所引起的一組症狀。主要表現爲發作性胸前疼痛或壓迫感，主要位於胸骨後部，可放射到左肩、上肢、頸或下頷部，持續數分鐘，經休息或含

硝酸甘油可迅速緩解。五十歲以前患病率男性明顯高於女性，六十歲以後兩性患病率大致相同。

1.病因

心絞痛大多數由冠狀動脈粥樣硬化引起管腔狹窄或閉塞所致，至少有一支冠狀動脈主支管腔狹窄達其直徑75%以上。如有側支循環存在時，阻塞至90%～100%時才會引起心絞痛。冠狀動脈痙攣亦是心絞痛發生的主要因素，但粥樣硬化性狹窄的冠狀動脈發生率更高。少數心絞痛可由非冠狀動脈因素引起，如嚴重的主動脈瓣病變、肥厚性心肌病、嚴重貧血等。

2.中醫觀點

中醫認爲心絞痛屬於中醫「心痛」、「厥心痛」、「胸痹」等症狀範疇。《素問・標本病傳論》有「心病先心痛」之謂。《素問・臟氣法時論篇》關於「心病者，胸中痛，脅支滿，脅下痛，膺背肩胛肩痛，兩臂內痛」的記載，與本病的臨床表現頗爲一致。《金匱要略・胸痺心痛短氣病》云「胸痺之病，喘息咳睡，胸背痛，短氣，寸口脈沉而遲，關上小緊數」、「胸痺不得臥，心痛徹背」，這些描述與心絞痛症狀亦相似。

本病的發生與年老體虛，心、脾、腎虧損，過食膏粱厚味，寒邪侵襲，七情內傷，思慮勞倦等因素有關。病位主要在心，但與脾腎密切相關。病肌屬本虛標實，本虛爲心、脾、肝、腎虧虛，心脈失養，標實爲寒凝、氣滯、血瘀、痰阻，痹遏胸陽，阻滯心脈。臨床表現多虛實雜染，或以標實爲主，或以本虛爲主，或虛實並重。病情進一步發展，可因瘀血閉阻心脈，而發眞心痛，或因胸陽不振，水氣凌心犯肺或水邪泛溢而至咳喘、肢腫等症。

3.辯証論治

本病屬本虛標實，本虛應區分陰陽、氣血、虧虛的不同，標實應區別陰寒、痰濁、血瘀的不同。臨床多虛實夾雜，必須根據證情的虛實緩急，或補中寓攻，或攻中寓補，或攻補兼施。攻邪當以活血化瘀、辛溫通陽，或瀉濁豁痰；補虛當以滋陰益腎、益氣養陰，或溫陽補氣。

（1）心血瘀阻：症見胸部疼痛較劇，固定不移，入夜更甚，伴有胸悶，日久