

国外肺科资料翻译及综述

汇编第十集



1991

编

浙杭嘉松中中	江州兴江防防	省市市县	结结结结	核核核核	病病病病	防防防防	治治治治	所所所所
国国	防防	协协	会会	浙上	嘉松	兴江	分分	会会

目 录

一、结核病控制与流行病学研究

- 1、国际防痨和肺病联合会第十六届东方地区国际学术会议概况.....朱孝铭(1)
- 2、结核病在中国.....时建 严启林合译 周质胜 冯冠茂合校(2)
- 3、中国的结核病现状及发展趋势.....卢润生 陈德献审校(4)
- 4、肺结核与肺癌流行趋势和病例发现.....王忠仁(6)
- 5、结素试验、预防性治疗与消除结核病.....邹级谦译 谢汇江校(14)
- 6、结核病在发展中国家:疫情、措施和费用.....彭东晖 吴宁译 陈德献校(15)
- 7、家庭内结核病感染的研究.....李继明译 凌基耀校(38)
- 8、东欧国家的结核病状况.....叶军译 邢万富校(38)
- 9、1974~1976年巴伐利亚州菌阳肺结核病登记诊断和治疗措施监测五年的报告
.....张建陶节译 吴佳正校(42)
- 10、估算社会中结核病例发现覆盖率的一种方法.....徐道康译(44)
- 11、试用直线回归方程式计算肺结核病发病率.....洪建军(49)
- 12、松江县结核病发现工作探讨.....王克俭 洪建军(53)

二、卡介苗与结核菌素试验、免疫、生化及病理的研究

- 13、卡介苗接种预防结核病的作用.....张建陶摘译 吴佳正校(56)
- 14、评价汉城接种B、C、G方案的接触研究.....叶隆昌摘译 陈德献校(57)
- 15、松江县1990年新生儿卡介苗未种原因调查.....张秋萍 洪建军(57)
- 16、ELISA测定微量耳垂血中结核抗体在儿童结核病普查上的应用
.....林恩尧 杨秀英等(59)
- 17、分枝杆菌抗原A60产生的迟发过敏反应及其在结核病的皮肤试验
.....徐道康译(61)
- 18、结核病免疫治疗的最新进展.....张觉人 李慧英合译 陈德献 陈恒合校(62)
- 19、吸烟与循环中NK细胞降低的关系.....郝才摘译 陈德献校(63)
- 20、在正常人肺内神经内分泌细胞群:量的研究.....游作先摘译 郭云霞校(65)
- 21、各种肺部疾病支气管肺泡灌洗液中液体成分的测定.....卢林 鲁辉洁摘译(66)

三、肺结核化疗及副作用的研究

- 22、英国的结核病化疗(英国胸科协会结核病联席会推荐)

-杜瀚 郝才合译 陈融华 陈施惠合校 (68)
- 23、涂阴培阳肺结核的IR六个月短化疗效.....郝才摘译 陈德献校 (72)
- 24、现代结核病化学治疗和化学预防及新药方案.....李慧英译 陈恒校 (73)
- 25、旧金山用INH、RFP有计划的治疗9个月的效果.....李延俊译 (76)
- 26、两个短程化疗方案的比较观察.....李延俊译 (78)
- 27、南印短程化疗治疗肺结核的五年随访.....侯知才译 (81)
- 28、抗结核药物生物利用率的意義及固定剂量的联合制剂.....张觉人综述 (82)
- 29、肺结核病长、短程化疗的对照分析.....杨华林综述 (83)
- 30、非排菌性肺结核病.....叶军摘译 邢万富校 陈德献审校 (88)
- 31、结核性短程预防疗法.....方晓惠 刘兴山 徐福椿合译 何礼贤 陈诚献合校 (88)
- 32、4例广泛无反应性结核病的临床病理.....陆正良摘译 陈德献审校 (89)
- 33、吡嗪酰胺引起的过敏反应.....汪夫义译 马瑞娟校 (91)
- 34、链霉素引起的过敏反应.....马瑞娟译 汪夫义校 (93)
- 35、利福平治疗结核病引起阿迪森危象.....游作先译 郭云虞校 (94)
- 36、乙胺丁醇引起血小板减少症.....刘兴山译 徐福椿校 (95)

四、肺外结核的研究

- 37、肺外结核在美国.....郝才摘译 陈德献校 (96)
- 38、结核性脑膜炎分型与分期的商榷附149例的分型.....陈施惠 潘晔 韩安娣 (98)
- 39、结核性脑膜炎的治疗.....杨文涛译 杨伟利校 (100)
- 40、结核性脑膜炎并发皮质肾.....何汉清等 (103)
- 41、菲律宾耐药性结核性脑膜炎：报告一例
.....尹晓莉 王文玲 游作先合译 陈诚献 李延俊 郭云虞合校 (104)
- 42、浅淋巴结核的治疗.....王龙海等译 (105)
- 43、食道结核误诊为食道平滑肌瘤一例.....潘浩峰 徐财源 (106)
- 44、对比骨关节结核3组短程(6个月)化疗方案的5年后疗效
.....曹心如译 陈诚献校 (106)
- 45、一例无人免疫缺陷病毒抗体的扁桃腺及咽结核.....计浩翔译 陈诚献校 (109)
- 46、多发性结核性骨损害酷似转移性疾病
.....陆正良 蒋久龄合译 郑丽琳 陈德献合校 (110)
- 47、妊娠期的腹部结核.....杨文涛译 杨伟利校 (111)

五、结核病细菌学的研究，胸部CT及其他新技术的介绍

- 48、结核分枝杆菌有细胞质膜吗？.....王龙海 沈宝生 徐国权摘译 (112)
- 49、结核菌数量变化与临床的关系.....陈施惠 (113)
- 50、结核杆菌的动物实验(综述).....郭 钧 (116)
- 51、菌阴结核病的快速诊断.....刘大弟译 陈德献校 (120)
- 52、智利的结核分枝杆菌耐药情况——1986年原始耐药率和1985年获得性耐药
.....侯知才译 (122)

53. 纤支镜检查对吸出液常规培养诊断肺结核病的价值……游作先摘译 郭云庚校 (126)
54. 胸部CT的临床应用……张国桢 (126)
55. 胸部CT在肺癌诊断的应用(附40例X线、CT、手术及病理对照分析)……王学广 (139)
56. CT在肺癌术前诊断中的评价……王关富译 周质胜校 (143)
57. 肺穿刺在肺部疾病诊断中的应用……许佩舜 (144)
58. 胸腔穿刺术和胸膜针活检术指南……
……金美玲 冯晓青 郝才合译 何礼贤 陈德献合校 (147)
59. 磁共振成像在颅内结核瘤诊断和治疗上的作用……杜方熊 (150)
60. 支气管动脉造影、灌注和栓塞……何礼贤 (151)
61. 大咯血的处理……冉献贵译 时建 周质胜校 (159)
62. 经纤支镜使用凝血酶和血纤维蛋白原——凝血酶灌注法治疗咯血
……游作先摘译 郭云庚校 (161)
63. 结核病人唾液中异烟肼和利福平的含量
……王龙海 沈宝生 游作先摘译 徐国权 郭云庚 陈德献合校 (162)
64. 常规用纤维支气管镜作支气管吸引物培养诊断结核病的价值……陆正良摘译 (162)
65. 门诊病人在无荧光透视下经支气管活检的五年经验介绍……陆正良摘译 (164)
66. 儿童结核病和传染源之间的关系……叶军译 邢万富校 (165)
67. 支气管肺泡灌洗对可疑肺结核病人的诊断价值……郝阳译 (169)

六、艾滋病与肺结核等疾病关系的研究

68. 艾滋病、结核病和分枝杆菌病……廖喜梅 (173)
69. 艾滋病患者血培养结核杆菌的结果……游作先摘译 郭云庚校 (176)
70. 卡氏肺孢子虫肺炎诊断及进展……瞿介明综述 何礼贤 李锡莹校 (177)
71. 艾滋病并发全身播散性卡氏肺孢子虫感染……瞿介明摘译 何礼贤校 (181)
72. 艾滋病并发卡氏肺孢子虫肺炎患者支气管肺泡灌洗液的嗜酸细胞增多
……瞿介明摘译 何礼贤校 (182)
73. 卡氏肺孢子虫肺炎: 伴与不伴AIDS患者肺寄生虫数量和炎症的差别
……方晓惠译 何礼贤校 (183)
74. 卡波济氏肉瘤合并全身性粟粒性结核……陈昭名译 陈诚献校 (185)
75. 卡波济氏肉瘤……薛明秋 周维立综述 周学章校 (186)
76. 分支杆菌与艾滋病的死亡率……郝才节译 陈德献校 (189)
77. 发展中国家的结核和HIV感染……卢润生译 刘正根校 (191)

七、非典型分枝杆菌病的研究

78. 我国非典型分枝杆菌的研究现状……陈施惠 (195)
79. 肺非典型分枝杆菌病诊断与治疗的进展……夏祥新 (199)
80. 非典型分枝杆菌病个案报告……夏祥新 (202)
81. 几种常见的非典型分枝杆菌肺病(综述)……刘敬东 (205)
82. 地分枝杆菌引起的肺部疾病

..... 顾秀英 程志忠 王传纲 尹晓莉合译 王广济 陈德献合校 (208)

八、肺癌等肺部疾病研究的新进展

83. 肺癌治疗的进展..... 陈德献 张玉铭 沈祝山合编 (210)
84. 肺癌的气管内治疗..... 王巍译 金关甫校 (226)
85. 肿瘤免疫治疗的进展..... 陈德献编 (229)
86. 关于肺癌病人血清中可溶性白细胞介素-2受体含量增高的研究
..... 刘玉梅译 邢万富校 (230)
87. IL-2/LAK细胞疗法的临床研究进展 (综述)
..... 姚一中 秦菁 杨德燕综述 徐昌文校 (231)
88. 肺癌核放射血管造影检查..... 程远晓摘译 蒋潼凤审阅 陈诚献校 (237)
89. 支气管体层摄影在肺癌诊断上的应用..... 赵基津 (238)
90. 小细胞肺癌肺切除术后长期存活
..... 陆正良 时建合摘译 陈德献 周质胜合校 (241)
91. 常规胸片、CT对肺癌和肺结核鉴别诊断上的应用..... 何国钧 周春晓 (242)
92. 结核性和癌性胸膜炎鉴别诊断的新进展..... 宋文九 (246)
93. 肺癌与燃煤污染..... 潘民德 (249)
94. 卡介苗接种和癌症..... 姚晓雄译 邢万富校 (250)
95. 典型和非典型支气管类癌..... 范钦仁 朱友才摘译 陆正良审阅 陈诚献校 (252)

九、呼吸系疾病的研究

96. 从幼年到成年哮喘患者的预后..... 游作先摘译 郭云虞校 (254)
97. 关于支气管哮喘的遗传因素的几个问题..... 林恩尧综述 (255)
98. 哮喘的危险因素及预防策略..... 顾玲萍译 何礼贤校 (257)
99. 高剂量吸入皮质类固醇激素治疗慢性不稳定性: 多中心、双盲、
安慰剂对照研究..... 金美玲译 何礼贤校 (258)
100. 运动性哮喘作为一种血管现象的假说..... 郝才译 陈德献校 (260)
101. 哮喘、黄体酮与妊娠..... 郝才摘 陈德献校 (262)
102. 结节病 (附六例报道及文献复习)..... 张晋文 陈圣光 陈德献指导 (263)
103. 结节病引起多发性颈淋巴结肿大, 误诊为颈淋巴结核一例报告
..... 潘浩峰 徐财源 (270)
104. 成人呼吸窘迫综合征的表面活性剂替代治疗..... 韦国楨 何礼贤校 (271)
105. 粟粒性肺结核合并成人呼吸窘迫综合征 (ARDS)..... 王关富译 周质胜校 (273)
106. 肺功能测定临床应用及进展..... 黄文礼 (274)
107. 急性气道阻塞及缺氧的心血管反应..... 方晓惠译 何礼贤校 (277)
108. 胸膜子宫内膜异位症: CT和超声波所见..... 潘唏译 (278)
109. 用丹那唑治疗肺子宫内膜异位症..... 潘唏译 (279)
110. 特发性肺纤维化下呼吸道衬里液中谷胱甘肽的缺乏..... 郝才摘译 陈德献校 (281)
111. 特发性肺纤维化和外源性肺炎的T-淋巴细胞对纤维母细胞的作用

.....	郝才摘译 陈德献校 (282)
112、睡眠呼吸暂停综合征 (SAS)	黄绍光 (283)
113、在疑有肺梗塞时, 更好地运用动脉血气分析	
.....	陆国础 陆明华节译 王学广校 (286)
114、上腹部手术后的胸腔渗液	王葆青摘 何礼贤校 (286)
115、咯血: 临床医师的观点	陈峥译 张锦垣校 (287)
116、自发性气胸用单纯引流术、滑石粉、胸膜粘连术、四环素胸膜粘连术疗效对比	
.....	游作先摘译 郭云庚校 (291)
117、肺部感染细菌学诊断的防污染采样技术 (综述)	李锡莹 (292)
118、医院职工中的吸烟观念和习惯	杨中华 朱友才摘译 (294)
119、心性哮喘	郝才摘译 陈德献校 (296)
120、红色奴卡氏菌提取物的研制与防治感冒的研究	林恩尧 朱绍璋 (297)
121、激素治疗肺嗜酸性细胞增多症的疗效和预后	陆正良摘译 (299)
122、胸腺瘤的组织类型、临床表现和预后之间的联系	于骏翔摘译 陆正良校 (300)
123、为人民防痨事业奋斗终生的陈德献医师——祝贺他从事防痨事业45周年及 主编《肺科汇编》10周年献言	郭士新 (302)
124、咬住青山不放松——记有突出贡献的专业人才、结防所顾问、主任医师 陈德献	徐行翔 (310)

国际防痨和肺病联合会第十六届 东方地区国际学术会议概况

无为县人民医院 朱孝铭

金秋十月的北京，天高气爽，整洁优美，朝气蓬勃，这座现代化的东方古城刚送走了十一届亚运会的健儿，今天又迎来了世界各地的防痨战士。国际防痨和肺病联合会第十六届东方国际学术会议经过多年的准备，终于在1990年10月16日至20日在风景如画，气候宜人，红叶初染的北京香山饭店如期召开，这是自中华人民共和国成立以来，也是自国际防痨和肺病联合会1920年成立以来，首次在我国举行国际性防痨学术会议，通过这次盛会，标志着我国防痨学术与工作日益受到国际防痨界的注意与重视。（中国防痨协会于1955年就参加国际防痨组织。1963年因该组织出现两个中国问题而退出，于1987年恢复了我国合法席位并于当年12月在巴基斯坦举行的第十五届东区国际会议期间，与会代表一致表示希望中国在北京承办第十六届东区会议，经中国防痨协会的努力和卫生部、中国科协及国家科委的批准，原决定第十六届东区国际会议于1989年10月在北京召开，后因动乱因素推迟到1990年10月16日召开）。

这次会议受到我国政府的非常重视：10月16日由东区会议阙冠卿会长主持了开幕式，并致以简短而热情洋溢的欢迎词，接着由张立兴副会长宣读了李鹏总理致会议的贺信，他代表中国政府和个人名义，对会议的召开表示诚挚的祝贺，对这次前来参加会议的各国朋友表示热烈的欢迎。希望通过这次会议能进一步促进和加强我国医务界与国际医务界之间的友谊与合作。促进国际上更加广泛的交流，更好地造福于世界各国人民，以推动人类和平与发展事业的不断前进，接着全国政协副主席钱正英在会上作了重要讲话，卫生部陈敏章部长和北京副市长出席了会议，国际防痨和肺病联合会副理事长、秘书长等国际著名学者参加了会议并讲了话，开幕式进行了录像，并于17日中央电视台晚间新闻中播出。

参加这次会议的来自25个国家和地区的800名防痨专家其中国外代表200名，国内来自29个省市自治区和部队及其它系统的代表共600名，会议上以各种形式交流了具有广泛题材的各种论文722篇。从吸烟与健康到各种呼吸病，从结核病到艾滋病，从结核病到控制各种有效的措施，从预防、诊断和化疗等各方面的进展与动向，每天有4—5个会场同时进行交流，均以、英语为其交流方式，会议进行了五天，除进行学术交流外还进行了其它友谊交流活动，与会代表间亲切友好、广泛地交流各自的经验和体会，共商了国际防痨大事，体现了友谊和合作、团结和前进的精神，会议于20日闭幕，这次国际学术会议的圆满成功标志着我国防痨事业在继十一届亚运会后，已开始走向国际，在改革开放中不断前进。

结核病在中国

阜阳地区结核病防治所 时建 空军获鹿医院 严启林合译
阜阳地区传染病院肺科 周质胜 空军获鹿医院 冯冠茂合校

中华人民共和国人口约占世界四分之一。正如多数发展中国家一样，结核病仍是一个严重的公共卫生问题，其具体表现就是大量病人存在。据估计1979年全国有活动性肺结核病人690万人，其中菌阳病人180万人。令人感兴趣的是学习中国如何处理这一问题，采取哪些步骤及有效措施控制结核病。遗憾的是，迄今中国方面有关报道为数甚少。近来意外地看到了来自北京农村化疗结果的两篇报道。最近我有幸随胸科医生代表团应中华医学会邀请访问了中国，参观了北京、沈阳、上海和杭州呼吸医学中心，得到了一个良好的学习机会。

就象世界上其他国家一样，本世纪初中国结核病蔓延。1926年北京结核病死亡率 $为435/10^5$ ，此后则逐年下降。作为社会经济状况改善的结果，1938年降为 $259/10^5$ 。1933年中国防痨协会成立并采用了预防措施。值得注意的是牛乳巴氏消毒法和儿童BCG接种，但这些活动于1938—1948年间由于中日战争而中断。1949年中华人民共和国成立，建立了国家卫生服务机构并开始实施国家结核病防治规划，重要的表现为新生儿普遍接种BCG，小型群体X线普查（MMR）发现病人并在可能情况下对菌阳病人化疗。

BCG接种

全国开展新生儿BCG接种。北京和某些省市接种率接近于100%，而多数省份约有85%。初种要求在出生后一周内，最迟在一年内完成。复种（做或不做结素试验），对小学一年级（7岁）及六年级儿童各加强一次。这样儿童到13岁时，多数已接种BCG三次。BCG接种予防儿童结核病得到了肯定，尽管并没有采用对照试验以证实这种假设。一个有趣的现象是儿童结核性脑膜炎已经下降到了一个非常低的水平。北京1988年仅发现8例儿童“结脑”，年龄 ≤ 14 岁（1987年12例，1986年19例）。BCG接种是扩大免疫计划（EPI）的一部分，但其作用是有限的，此外予防麻疹、百日咳、脊髓灰质炎和白喉均包含在这一规划之中。

病例发现

结核病控制的一个重要方面即病例发现。50和60年代在中国病例发现主要依赖MMR（小型X线集检）。但是，结核病发病率已下降到一个较低水平而大规模X线普查也显然早已过时。病例发现目前主要依靠因症就诊和对新近发现的结核病患者的接触者中的病例搜寻。痰涂片检查已列为成人结核病诊断的一项手段。

化疗

现代化疗方案已在全国实行。采用标准化疗方案和短程化疗方案，间歇疗法亦广泛应用，尤其在治疗的第二阶段中。1982年全国结核病会议认为应作为一个结果把八个化疗方案推荐用于菌阳和X线发现的空洞性肺结核而痰菌阴性的病人，另有四个化疗方案则用于无空洞的菌阴患者。选择化疗方案取决于多种因素，如药物供应等。所有主要化疗药物中国均可生产

而勿需进口。这就有力地保证维持药品价格稳定,如利福平等均较世界其他国家为低。充足的药物可供选择以用于各种形式的联合用药,如PZA、EMB、KM、PAS和TB₁。应用PZA(1.5g)和EMB(15mg/kg)毒性相对来说是低的甚至很低,然而并用TB₁时药物作用则常常发生。

北京:应用标准化疗方案为ISH,然后每周两次,巩固治疗11个月(ISH/11S₂H₂)。若6个月后痰菌仍为阳性则变更化疗方案,应用RFP和EMB,每日用药一次,两个月后改用每周两次,维持10个月(2RE/10R₂E₂)。1988年应用此方案治疗初治菌阳患者1325例,疗程结束时痰菌阴转率为92%。1977年对2个郊区县农村调查发现,坚持12个月全程化疗者仅38%,而痰菌阴转率仅为44%。自加强化疗后,改善了不论是对新发病人或是对慢性传染源患者(痰菌阳性≥2年)的化疗结果。

化疗管理在全国普遍实行。一些地方采用全监化疗而其他地方则管理较差。例如,在开始治疗阶段,需要每天用药的患者每周到诊所取药一次。在农村地区,关键在于乡村医生,如何成为一个具有初步知识的乡村医生,如果乡村医生和护士不能及时家访的话,患者则必须每次去乡村医生处用药。

武汉:南方的一个大工业城市。标准化疗方案采用2SHP,然后应用S₂H₂或HP,连续用药10个月。痰菌阴转率为91%。对于治疗失败和痰菌持续阳性的患者,应用KZE和TB₁,每日一次连用3个月,然后再应用PZA、EMB,每日一次,连用9个月。12个月全疗程结束时,痰菌阴转率为68%。

中国北方城市沈阳,则采用更多的药物联合用效。2SHR后改用每周两次,继用7个月。结果阴转率为98%,随访两年后复发率仅3.4%。

上海短程化疗方案更为普遍:采用2SHRZ/4HR。令人鼓舞的是应用利福喷丁(DL473),具有较长的半衰期而在间歇疗法中应用。对134例患者采用对比观察,应用2HER₂/7H₂R₂而对照组以利福喷丁取代RFP,方法及疗程同上。结果痰菌阴转率为96%,随访两年后仅1例复发。有希望的结果是能否试图证实类似方案的效果,如在巩固治疗阶段采用INH和利福喷丁,每周一次。这一结果尚有待发展。倘若取得成功将是一重大突破,每周一次的化疗方案将较便宜而且易于管理。此外,希望应用利福喷丁较RFP发生流感样症状和其他一些副作用为少。

国家调查结果

控制结核病规划中的一个实质性部分即成功的监测。象中国这样一个大国,人口超过11亿,而80%人口居住在农村,任务是十分艰巨的。中国防痨协会声望很高,十年内进行了两次大规模的全国性结核病调查。1979年对全国29个省市进行了随机抽样调查,888个点,受检人口140万人。其中对所有成年人群进行X线筛选(MMR),对可疑肺结核病例常规痰涂片两次查找抗酸杆菌。多数病例系X线发现,患病率为717/10⁵,而菌阳患病率为187/10⁵。不同地区患病率差异很大。如菌阳患病率最低为上海,最高为福建,分别为60/10⁵和318/10⁵。某些地区对15岁以下未接种过BCG儿童采用不做结素试验直接接种BCG。15万儿童接受结素试验,8.8%为阳性,年感染率为0.83%。

第二次全国性调查为1984/5,全国人口由9.6亿升至10.35亿。结果显示自1979年以来,菌阳结核病年递减率为5%,年感染率降至0.6%。不同省市之间递减率没有惊人的差异。部分地区为10%,而某些地区5年期间则没有下降。推测可能与全国对结防规划落实情况不

中国的结核病现状及发展趋势

四川省结核病防治所 卢润生 嘉兴市防治所 陈德献 审核

(编者按:前文是国外学者对中国结核病的看法,此文乃我国学者自己的看法,可作一对比,并可展开讨论)

近几年,由于各级卫生行政部门对结核病的普遍重视,並相继建立,建全了各级卫生防痨机构,充实了防痨机构的科技人员,使结核病疫情得到了一定的控制。但是,我国的人口多、国家底子薄,且结核病患者的基数大(84/85年全国第二次结核病流行病学调查表明,有活动性肺结核570万左右),防痨工作者的任务是相当艰巨的。

据84/85年全国第二次结核病流行病学调查,结核病原发耐药率占47.8%。部份地区的研究报告指出,原发耐药率还有逐年上升的趋势。这一结果与南非的报道也极为吻合。耐药菌株的增多,必将造成慢性传染源增多,最终将导致结核病的患病率不能逐年下降而使疫情出现反复或回升。

在发展中国家中,我国的结核病诊断水平应该是居于前列的。很多县级以下的医院或防痨机构,都具有结核病的常规检测手段和细菌培养设备,而很多非洲国家还无细菌培养条件。但是,应该看到我国有较多的结核患者在被确诊以后,往往是在治疗和管理上存在着一些问题,致使相当一部份初治患者转成复治、难治患者。例如:

病例1:刘××、女、22岁、待业;79年因咳嗽,X胸片诊断为“肺门淋巴结结核”,在某单位医务室治疗(用药不详)。83年咳嗽加重,痰中带血,伴胸痛,到某县医院诊治,

均衡有关。有关资料有待发表。(编者按:全国流调第二次结果已发表,第三次也将发表)。

某些区域性调查亦显示了类似的结果。例如东北省份辽宁,1950年患病率为5000/10⁵,而1984年下降至316/10⁵,平均年递降率为7.8%。而上海市在1957—1979年间,患病率则由4200/10⁵下降到350/10⁵,年递降率为5%。该病的患病高峰亦由第二位降至第六位。

从可能得到的资料可以看出,中国防痨工作的进展是明显的,但要根治这种疾病尚需长时间努力。其他一些感染性疾病和寄生虫病,这样一些公共卫生问题,早在本世纪上半叶即已大幅度下降,甚至得到了根治。值得注意的如:血吸虫病、天花、伤寒、黑热病、梅毒、丝虫病、霍乱和疟疾等。如能采用同样的方法,投入相应的财力物力来对付结核病,我们有充分的理由相信同样会取得成功。能否证明这一点?近来WHO公布一对策即劝告第三世界国家无论如何也要把防痨工作纳入初级卫生保健计划中去。有争议的是,与其他疾病相比制定专项计划控制结核病,则花费更大。中国防痨工作规划已纳入正式轨道,并置于全国结核病防治中心管辖之下,通过该中心对每一个省、市、自治区及村镇行使职能。应用高效率的组织机构强令执行。另一方面,通过专业医生和乡村医生的结合使得医疗和预防工作的统一,从而更有效地使用有限的人力物力以达到更好地控制结核病的效果。

译自 Tubercle (1989) 70, 297—300 (英文)

胸片诊断为“右肺下部结核”；处方为：INH（100mg/次，三次/日）+VitB₆，服药12个月。86年出现剧烈咳嗽，咯血，到我所门诊就诊；X胸片诊断为Ⅲ上中/上中下，痰菌（++）；耐药性测定：INH⁺、PAS⁺；处方为：2REZT/10R₁T₂，痰菌至今仍未阴转。

病例2，付××、女、19岁、农民；两年前因咳嗽、咯黄痰，左侧胸部疼痛、盗汗。到某区卫生院诊治，初诊为肺结核，间断服用（有时自购药）过INH、EMB、RFP等药（剂量不详），病情不见好转。今年四月，因咳嗽，胸痛加重，伴食欲下降，心累、消瘦，来我所门诊就诊，X胸片为Ⅲ上/上中下，伴左侧胸膜增厚、粘连；痰菌（++），耐药性测定：INH⁺、SM⁺、PZA⁺。治疗方案为2HRZT/10H₂R₁T₂，现已治疗半年多，病员自觉症状有所减轻，但痰菌仍未阴转。

j·Crofton认为，处方合理，患者并能按此治疗，痰菌应100%阴转；若化疗时间充足，则没有复发。黄明等在“初治涂片阳性肺结核痰菌阴转情况研究”一文指出：短化和标化的痰菌逐周阴转率均100%（14周）。上述两病例为何不能痰菌阴转？究其原因，有以下三个问题：

1、**处方不合理与用药不合理**：如病例1的INH+VitB₆，并用VitB₆能耐受较大剂量的INH，但无治疗上的好处；即INH的用量不大，不必搭用VitB₆。单用一种抗痨药物也不符合现代结核病的治疗原则。且100mg/次，一日三次的用药剂量早被200mg/次/日（成人）所代替。

2、**不规则治疗**：据一些发展中国家报道：用短化或标化方案治疗结核病，因不规则而导致治疗失败的占1/2左右。因此，一当患者被诊断为结核，就应按结核的短化或标化方案进行治疗；以早期、并用、适量、全程、规则为治疗原则，而不应单药或间断服用抗痨药物。无规则治疗肺结核的结果，必然造成初治失败。初治失败的患者往往容易产生耐药性而影响治疗或长期排菌，形成较多的耐药传染源，给以后的结核病预防和治疗带来更多的困难。

3、**患者自服药**。如病例2，患者的化疗知识不足，对全程规则化疗缺乏认识，造成患者自己买抗痨药物服用，使复治选药产生困难。

我国的结核病现状，不管是治疗，还是管理，其情况都非常严重，值得社会各界给予足够重视。艾滋病（AIDS）患者易患结核病，已被世界大多数国家所承认。在我国境内已发现四百多例HIV阳性患者，也就是说在不久的将来我国也将有艾滋病流行；到那时，我国的结核病将无法控制。在AIDS流行之前，我国应把结核病疫情降到尽可能低的水平，要做到这一点，我们认为：（1）在综合性医院的内科或肺科，应加强结核病诊治知识的宣传和培训（综合性医院发现肺结核患者占总的肺结核发现率的71.3~86.1%），使每一个临床医生都知道结核病的研究已发展到了一个什么样的阶段，避免使用陈旧的治疗方法而造成初治失败。（2）结核病的专业防治机构，除了研究结核病，监测结核病外，还应加强对患者的管理和宣传，使人人都知道患了结核病之后应作什么样的检查和该怎样进行治疗。（3）医药管理部门应加强市场的抗痨药物管理，使患者不能随意购药而造成用药混乱。用药混乱的后果必然是造成患者耐药，使初治患者转成复治、难治患者。（4）各级卫生行政部门对结核病的管理，监测、预防和治疗应引起足够的重视，特别是复治排菌患者的管理和治疗。

总之，中国的结核病形势险峻，特别是复治耐药排菌患者在逐年增多，这给结核病的有效控制带来了困难。当务之急，是如何减少慢性传染源以对付AIDS流行时的结核病患病率回升期。

肺结核与肺癌流行趋势和病例发现

北京市结核病胸部肿瘤研究所流行病学研究室 王忠仁研究员

肺结核病与肺癌皆系肺部疾患，国内随着结核病疫情的好转，许多结防机构多兼做肺癌的防治，所谓一网两用。本文着重介绍两病的流行情况和病例发现组织管理综合研究成果。

一、国内外结核病的流行趋势

世界卫生组织估算全世界每年新发现菌阳肺结核病人400—500万，菌阴肺结核病人（包括儿童结核与肺外结核）400—500万，每年死于结核病的300万左右。自从1944年链霉素问世以后又有许多新的特效抗结核药物相继被发现，一些技术发达国家对结核病广泛推行了化学治疗，50年代起这些国家的结核病疫情迅速下降，美国、加拿大等国的结核病疫情迅速下降，美国、加拿大等国的结核病死亡率已下降到1/10万以下，荷兰等国结核病年感染率已下降到0.02%，与此相反近三十年来发展中国家结核病疫情下降缓慢，甚至有的没有下降，这些国家的人口都成倍增长，因此，发展中国家结核病的绝对数字非但没有减少还略有增加，我国属于发展中国家结核病疫情也和后者相仿。50年代我国肺结核病的患病率约1.5%左右，1979年第一次全国结核病流行病学抽样调查结果，肺结核患病率0.71%，三十年来患病率下降一半。但我国人口亦由4.5亿增加到10亿多。所以，肺结核病例的绝对数字不但没有减少反而由600余万增加到700余万。1984/1985年全国第二次肺结核病抽样调查结果，肺结核患病率550/10万，菌阳患病率以156/10万，按此估算全国有活动性肺结核病人510万，痰涂片阳性肺结核病人162万。1975年结核病死亡率为34.98/10万，1984/1985年结核病死亡率仍徘徊于34/10万。（湘西土家族、苗族自治州竟达到90/10万以上），以此推算全国每年死于结核病约35万。也就是说每天有900余人死于结核病，每小时有40人死于结核病。由结核病死的总人数为各种传染病人的2倍，与日本和美国相比，肺结核患病率是日本的五倍，美国的55倍。结核病死亡率是日本的10倍，美国的40倍。

就技术而言结核病已经是病因明确，治有办法、防有措施的病。但从全球乃至我国结核病的现状而论，结核病仍是一个常见病多发病，危害人民健康最严重的疾病之一。

世界卫生组织估算，发展中国家大约有50%的人已经感染。其中5—10%的人早晚是会发病的，从这点出发，消灭结核病是一个长期任务。据美国估算（不用新技术，只用现有的方法）只对高发人群采用异烟肼预防，到2082年（64年），Koch发现结核菌200周年时，每年有结核病人500人。再推延下去到2123年（135年），每年有100结核病人。要达到零还需要更长时间。美国肺结核病患病率逐年递减率从1975—1984年（除去艾滋病与移民的影响）一直稳定在5—7%。1989年4月21日在疾病与死亡周报上美国正式公布：消灭结核战略病计划，要求到2010年时肺结核菌阳发病率在1/100万以下。

1987年美国菌阳病例为9.3/10万到2000年下降到3.5/10万到2010年下降到1/100万以下。荷兰提出要到2025年。日本为2055年达到消灭结核病，我国肺结核病患病率与涂阳肺结核

患病率的年递降率仅为4.7%和3.2%，皆属自然递降率范围。

二、国内外肺癌的流行趋势

1988年8月在瑞士间湖召开的第五届世界肺癌会议指出，肺癌和爱滋病是21世纪初危害人类最严重的两个常见病。世界卫生组织估计全球每年恶性肿瘤新发病例为635万，其中中国为100万，发达国家主要肿瘤：肺、直肠/结肠、乳腺、胃和前列腺；发展中国家主要肿瘤：胃、食道、宫颈、肝和肺。2000年控制肿瘤死亡率目标：美国要求下降25—50%；欧洲地区要求65岁以下肿瘤死亡率至少下降15%；我国建议下降10%。世界各国肿瘤防治规划的重点是：一级预防：控制吸烟、食物、致癌因素（职业、曝晒），注意性和生育卫生，预防乙型肝炎；二级预防主要用于宫颈癌和乳腺癌的筛选和早期诊断、治疗；三级预防主要注意现代优化诊治方案和解除疼痛，提高生存质量的措施。

1980年世界和中国肺癌年发病例：全世界为6,605,000人，中国为663,000人，占全国各种恶性肿瘤5.7%，占全世界肺癌的10%。中国的食道癌、肝癌、胃癌、宫颈癌分别为世界恶性肿瘤的53.9%、44.7%、30.1%、28.4%，（中国肺癌发病率是由上海、天津、香港、新加坡的中国人材料估计出来的（见表1）。

表1 1980年世界和中国主要恶性肿瘤年新发病例

位次	部 位 (ICD)	世 界	中 国	中国占世界%
1	胃 (151)	669.4 (10.5)	201.6 (17.2)	30.1
2	肺 (162)	660.5 (10.4)	65.3 (5.7)	10.0
3	乳腺 (174)	572.1 (9.0)	30.9 (2.6)	5.4
4	结/直肠 (153/4)	572.1 (9.0)	79.8 (6.8)	13.9
5	宫颈 (180)	465.6 (7.3)	132.3 (11.3)	28.4
6	口腔/咽 (140~49/161)	378.5 (6.0)	52.5 (4.5)	13.9
7	食管 (150)	310.4 (4.9)	167.2 (14.3)	53.9
8	肝 (155)	251.2 (4.0)	112.3 (9.6)	44.7
9	淋巴肉瘤 (200—3)	237.9 (3.7)	19.5 (1.7)	8.2
10	前列腺 (185)	235.8 (3.7)	8.7 (0.7)	3.7
11	膀胱 (188)	219.4 (3.5)	15.1 (1.3)	6.9
12	白血病 (204—8)	188.2 (3.0)	40.5 (3.5)	21.5

*本材料摘自Parkin DM，中国材料按上海、天津、香港和新加坡中国人估计出来。

+ () 内指全部肿瘤的百分比

北京市肺癌死亡水平的增长趋势：

据龙德环报告1977—1979年北京恶性肿瘤共死亡数为12214人，死亡率为89.18/10万，原发性肺癌死亡数为2216人，死亡率为16.18/10万。肺癌死亡占总死亡数3.02%，占恶性肿瘤死亡18.14%，各种死亡率下降5.61%，各种恶性肿瘤死亡率上升1.02%，肺癌死亡率上升9%，增长幅度居首位。北京肺癌死亡率低于工业发达国家（30.34/10万）。其中北美洲26.97/10万，欧洲31.87/10万，大洋洲27.08/10万。高于亚洲（10.72/10万），拉美（7.56/10万），非洲（2.30/10万），高于国内平均水平（4.91/10万）的三倍。接近全国各大城市平均水平（12.92/10万）、上海为16.24/10万、天津为10.4/10万。北京男女肺癌死亡之比为1.2:1，性别差异不明显。世界各国肺癌死亡率皆系男高于女，其比值为2—16:1。其中亚洲为2—3:1；非洲为2—6:1；美洲为2—4:1；欧洲为3—16:1；大洋洲为4—4:1。我国平均水平为2.16:1。上海为2.27:1。北京低于国内外也低于国内，这可能表明北京无对性别选择致癌和促癌因素存在。

北京东城区1974—1987年14年间居民肺癌的死亡监测（北京市胸部肿瘤结核病研究所流行病学研究室报告），1974年肺癌死亡率为16.06/10万，1987年上升为29.87/10万，14年上升了63.3%，年递增率为3.6%，居各种恶性肿瘤死亡第一位。1987年按世界人口标化肺癌死亡率为36.53/10万，接近工业发达国家70年代水平（40/10万）。1987年统计在总死因中每死5人就有一个系恶性肿瘤，每死四个恶性肿瘤中有一个系肺癌。与此同时居民的结核病死亡直线下降，1974年为15.4/10万，1987年下降到6.4/10万，由1979年各种死因第一位下降到第10位。1987年居民肺癌死亡是结核病死亡的5倍。

上海肺癌流行趋势：据彭东晖报告：

1、上海市肺癌发病率

男性肺癌标化发病率（1963—1965）30.8/10万；1981—1983年为55.3/10万，年增长率3.3%，以此预测2000年肺癌发病率为98.0/10万，而男性其它恶性肿瘤年增长率为0.5%，2000年265/10万。

女性肺癌标化发病率10.3/10万（1963—1965），18.2/10万（1981—1983），年增长率3.2%，预测2000年为32.1/10万。女性其它恶性肿瘤的标化发病率1963/1965和1981/1983分别为197.9/10万和153.9/10万，与男性相反，女性肺癌年递减率为1.4%，预测2000年女性恶性肿瘤标化发病率为119.1/10万。

2、上海肺癌的死亡数占全部恶性肿瘤死亡数：男性肺癌死亡占全部恶性肿瘤死亡数，1963年为14.5%，1984年为24.6%，女性分别为8.9%和16.1%。

从81年起上海市男性肺癌死亡居全部恶性肿瘤死亡第一位。女性居第二位。增长的原因可能有三：

1、致癌因素增加（吸烟、职业、大气污染）

2、人口结构老龄化（60岁以上人口1963年为4.5%，1983年为14.7%）

3、诊断技术的发展和普及

三、肺结核与肺癌病例发现研究的构思

根据1984/1985年第二次全国结核病流行病学抽样调查结果估算，全国现有活动性肺结核570万，涂阳肺结核162万。根据1987年北京全国结核病防治研究中心统计，1987年全国活动性肺结核病例掌握率为4.4%，菌阳肺结核掌握率为5.9%，涂阳肺结核病人为7%，说明

尚有95%的传染源未被掌握；国外学者报告95%的涂阳患者有咳嗽、咳痰、咯血等症状。这些患者95%首次就诊在综合医院内科，但这些病人因被误诊漏诊、不能合理化疗，不能追踪随访，不能及时转到结防所致使90%左右病人成为流散病例，渐渐变成慢性传染源；以往流调或结防所在分析病例来源时从对病人询问中得知他们90%多曾在综合医院诊断发现，误认为综合医院内科门诊发现的肺结核病人90%多都转来结防所。第二次流调检出的已知病人只有7—11%在结防所登记，90%成为流散病例，凡此种种皆说明，欲提高肺结核检出率必须从综合医院内科门诊病人入手，这还涉及到痰菌化验，X线检查和许多行政管理问题，及医技人员对结核病诊治的认识问题。

肺癌早期发现的重要性：肺癌治疗效果以手术为最佳方案，五年生存率可达30%多，其中早期肺癌2/3可长期生存，化学治疗极少有生存达五年者，放射治疗五年生存率不到10%。1988年11月日本京都大学胸部疾病研究所胸外科副教授和田洋已博士在“肺癌的外科综合治疗”中指出：京都大学11年来外科治疗肺癌的五年总存活率时36%，其中一期达68%，在全部N2病例中，CNO—1组（临床分期无淋巴结或有局部淋巴结转移组）的术后5年生存率明显高于CN₂组（临床分期有纵膈淋巴结转移组），提示术前分期有助于预测术后生存。目前国内只有30%可以手术，实际切除了只有15%，总的五年存活率不到7%。因此提高手术切除率，争取长期生存的关键在于早期发现。

关于肺癌早期发现的手段与途径国内外学者进行过多方面的探索。

1、X线普查每年一次，每年两次，每三年一次结果差不多（捷克）都不能提高五年存活率。

2、其它免疫试验也多不能检出早期病例，或正在探索中。

3、痰液细胞筛选五年存活率较高，但现有方法殊难广泛施行。

肺癌发病与年龄有关多在45岁以上，这可作为高发人群一个界限。

国内外的研究皆证明肺癌发病与吸烟有关：

美国：40支/日患肺癌危险性>不吸烟65倍。

法国：10支/日患肺癌危险性>不吸烟13倍。

日本：25支/日患肺癌危险性>不吸烟50倍。

被动吸烟：重度吸烟人的妻子肺癌发生率>不吸烟者2倍，戒烟1—4年肺癌发病率逐渐下降，戒烟15年将可下降到一般水平。

北京市东城区1974—1987年肺癌死亡中吸烟年龄≤20岁为37.2%，20—29岁为48.9%，>30岁的为13.9%；吸烟30年以上者87.7%。

上海分析2740例肺癌吸烟者男性占81.6%；女性占33.7%。

我国烟草消费增长速度1965年464万箱；1976年961.5万；1979年1352万箱1985年2345万箱，1987年为2700万箱，22年增长4.8倍，年递增率8.3%。

当前肺癌患者诊断延误十分严重，这也严重影响了病人的早期诊断和早期手术。

患者自身延误：以首发症状到就诊>15天为患者自身延误论。1988年上海市肺癌自身延误率58.6%（2288/3147），首发症状到就诊平均28.7天（90216/3147）。

医院延误：首次就诊到确诊>30天的为医源性延误论，1988年上海为63.9%（2019/3161）。首次就诊到确诊平均75.3天（23804/3161）。1988年上海市肺癌病例总确诊平均时间104.6天（328250/3131）。

北京市东城区1974—1987年肺癌诊断医源延误。

初诊到确诊<1个月者27.7%

<2个月者26.9%

<3个月者8.1%

<6个月者21.3%

>6个月者16.0%

从确诊到死亡者:

<1年者 77.3%

<2年者 10.6%

<3年者 6.4%

<4年者 1.4%

<5年者 0.8%

>5年者 3.5%

以上数字表明:确诊后生存五年以上者仅有3.5%,以上情况就是在综合医院内科门诊研究两病病例发现的科学依据和出发点。

四、肺结核和肺癌病例发现组织与管理方法的综合研究

1、预初试验:1984年1月—1985年1月在北京红十字朝阳医院内科门诊病人中进行了观察研究。

一年中内科门诊病人共142,380人,其中有咳嗽、咳痰、咯血、胸疼症状2周以上者2076人(肺结核可疑者)1.4%,经X线胸部透视照片确诊为肺部疾病者242人,其中71名活动性肺结核(其中涂片阳性病人24例)非结核性肺部疾患171例,其中肺癌20例,(原发肺癌16例),24例涂阳病人中22例咳嗽、咳痰、咯血2周以上。试验结果表明,不仅可以提高肺结核的检出率,还可提高肺癌的检出率。新发现的涂阳病人相当于北京一个管40万人的区结防所半年的工作量。若要健康检查大约需检17—33万人。20例肺癌也需要检查20多万人。本研究获得一个可疑率为1.4%,活动性肺结核检出率3.4%,涂阳肺结核检出率1.15%,肺癌检出率为0.96%,取得一整套组织管理经验。

1、现状调研:在九个城市55所综合医院对有关肺结核发现工作存在的问题进行了综合调研。

1)、内科医师对发现工作的认识:

共调查内科医生465人,其中主任和副主任医师52名(11.2%),主治医师104人(22.4%)。医师和医士309人(66.4%),除1人未回答外,余皆作了回答:

对门诊因症就诊病人中,可疑肺结核的主要症状,认为是原因不明的慢性咳嗽/或咳血等呼吸道症状者占22.0%;认为结核中毒症状是主要可疑症状占78%其中最多的是低热。

可疑肺结核病人应首先作何种检查?认为应先胸透,异常者再作其它检查占36%,其他人认为应拍胸片和/或痰培养、血沉、结素试验等,1/3的内科医师认为X线检查结果为主要诊断根据,忽略了痰细菌学的检查。

被调查的内科医生中认为确诊肺结核后应转往结核病防治机构者占85%,(其中17.3%回答转往结核病院),14.2%回答不转诊。

2)、内科住院肺结核病人发现与诊断:

共调查内科住院结核病人759例，其中结核性胸膜炎265例，其它类型肺结核494例。首次就诊诊断为肺结核者51.4%，胸膜炎诊断正确者63%，其它类型肺结核45.1%，误诊为其它疾病者58.8%。

病人入院前无胸部X线检查者占40.4%，无痰结核菌检查者占84.6%，入院前所有痰菌检查结果均为阴性。

入院后检痰者46.6%，阳性率25.8%。

全部病人，入院后两周以上未明确诊断者30.6%。

病人出院后转往防治机构和专科医院者只占11.7%。余均嘱本院门诊随诊。

3)、检验科和放射科有关肺结核的检查：

检验科：平均每单位有检验人员16.6人，最多46人，最少也有10人，开展痰抗酸菌染色检查项目的75.6%，采用涂片厚涂片各半，每张痰涂片检查时间和视野均规范者无一单位。按全国统一计数报告者仅3.4%，平均每单位每天检查标本数一件，痰菌阳性率为4.0%。

放射科：平均每单位有放射技术人员10.2人，多者41人，少者也有7人，每单位平均配备200MAX线机3台，最多9台，最少也有1台。诊断报告按五型分类报告者50%。误诊17.2%。

上述情况表明。欲提高综合医院内科门诊病人中肺结核与肺癌的检出率。内科、放射科、检验科的医技人员必须进行有关结核病防治技术的培训。

2、现场调研：本研究在北京、上海、武汉等11个城市140所综合医院中实施。其中有上海106所，其它10个城市共34所。

一年内140所医院内科门诊病人6,299,242人次，从中筛选可疑结核症状者205,471人。(咳嗽2周以上和/或咯血者)，可疑者筛选率3.26%。

可疑者经检查确诊为活动性肺结核5,792例。其中涂阳肺结核936例，发现率为2.82%和0.46%。

可疑者经检查确诊为原发性肺癌者925例，发现率为1.42%。(如果能增加每日吸烟10支以上，45岁以上作为可疑者条件就更好)。

3、综合医院内科肺结核与肺癌发现工作的监测和评价，通过以上一系列的试点、实践、总结经验，在北京市崇文区、宣武区召开现场会全面推行这一经验，把它经常化、制度化、规范化。在各综合医院建立以下制度。

1)、常规检查制度：要求临床医生对凡有咳嗽症状两周以上和/或咯血者一律进行胸透，异常者拍片并作痰脱落细胞和结核菌检查。

2)、会诊制度：综合医院的疑难病例可到结防所会诊。

3)、转诊制度：综合医院门诊或住院病人中发现肺结核或可疑者转往结防所进一步诊治。

4)、报告制度：综合医院确诊或待诊的肺结核病例，填写报告卡，由地段保健人员取走寄往结防所。

5)、登记管理制度：结防所接到报告卡进行登记，如过一周病人未来由地区医生随访。

6)、检查考核制度：区结防所定期去综合医院检查发现工作。

检查考核指标如下：