

● 中 国 ●

现代老年医学研究

蒋军广 谭伟丽 主编



中国科学技术出版社

前 言

老年医学是医学的一个重要分支,它包括基础医学、预防医学及临床医学等专业。由于老年人无论在机体组织形态、生理功能、病理改变、临床诊断与治疗、保健及护理等方面,都具有特殊性,因此,目前在许多国家中都对老年医学进行了深入的研究。我国早在2400多年前就有关于老年人保健的研究。随着人类寿命逐渐延长,老年人在全国人口中的比重也明显增高,预计到本世纪末我国老年人将占人口总数的10.5%,即进入老年型国家,因此,老年医学研究越来越受到重视。从1964年起,中华医学会先后召开了5次全国性老年医学会议,各地还出版了老年医学专著及杂志,但这远不能满足老年医学迅速发展及老年医学工作者学习和交流的需要,为此,我们组织有关人员编写了《中国现代老年医学研究》一书。

本书主要刊载了医学工作者有关老年临床医学、流行病学、检验及影像学、中医中药学、保健及护理学等方面的文章近200篇,内容广泛,信息量大,既具有一定的学术价值,也具有较强的实用性,且材料较新颖。它从一个侧面反映了我国老年医学正在迅速发展和普及,对临床和科研都具有一定的指导意义和实用价值。相信本书的问世,将对从事老年医学工作的广大医务人员有所帮助、有所启迪。

在本书编辑及出版过程中,我们得到了中国科学技术出版社有关同志及河南科技出版社李娜娜老师的大力支持;并由衡阳市中心医院贺卒英同志、辽阳市中心医院李敬芝同志、牡丹江造纸厂医院杜春杰同志、青岛医学院附属医院田玉波同志、桂林医学院附属医院邱小鹰同志等积极协助组稿,谨此一并表示感谢。

老年医学是一门迅速发展的科学,时代越前进,越显示出它无限的生命力,我们希望有更多的同道加入到这个行列中来,为老年医学发展增砖添瓦。

《中国现代老年医学研究》编委会

1996年6月1日

目 录

第一篇 讲座与进展

老年人肺炎的诊断与治疗·····	陈秋生	(1)
肺癌的诊疗进展·····	陈秋生	(4)
老年人慢性支气管炎诊断与治疗·····	陈晓霞等	(13)
老年人肺心病的诊疗进展·····	陈晓霞	(16)
老年人呼吸衰竭的诊断与治疗·····	陈晓霞	(20)
老年人呼吸疾病的 X 线诊断·····	陈晓霞	(24)
老年人肺结核的诊断与治疗·····	王珍珍	(27)
老年人药物性肺损害·····	王珍珍等	(29)
抗生素的合理应用·····	王珍珍	(32)
人工通气治疗·····	王珍珍	(35)
老年患者的氧气治疗·····	王珍珍等	(39)
老年自发性蛛网膜下腔出血·····	邱小鹰等	(43)
老年脑血管病的诊断与治疗·····	张 可	(45)
老年高血压病的诊疗进展·····	张 可等	(54)
老年心脏病动态心电图检查·····	张 可	(57)
老年人症状不典型急性心肌梗塞·····	褚学振	(59)
老年高血压病现代观·····	魏志勇	(62)
老年冠心病的诊断与治疗·····	陈保利	(64)
老年心律失常的诊断与治疗·····	陈保利等	(68)
老年人消化性溃疡的临床特点·····	陈保利	(72)
老年人上消化道出血的诊断与治疗·····	陈德毅	(74)
老化肝·····	翟文治	(77)
老年人的营养膳食问题·····	谭伟丽	(79)
老年病人的基础护理·····	谭伟丽	(85)
常见老年疾病的护理·····	谭伟丽	(88)
老年性骨质疏松症·····	董惠民	(96)
谈谈抗衰老与长寿的措施·····	王顺宝等	(98)

第二篇 流行病学

脑卒中流行病学状况及危险因素分析·····	孙常林等	(101)
-----------------------	------	-------

200 例老年急性脑血管病的危险因素与临床特点分析	万 勇等 (103)
老年人恶性肿瘤 1285 例分析	陈显钊等 (104)
高血压病的危害——对 260 例病人调查分析	刘韻笙 (106)
286 例老年呼吸系统疾病住院病谱分析	郑德玲 (109)
260 例山区农民老年人眼病分析	陈慧君 (110)
屈光不正 1878 例统计分析	张作富 (112)
老年人口腔感觉异常的调查	苏顺庭 (113)
朝阳市部分老干部健康状况调查分析	刘丽红 (115)
老年人住家庭病床患病情况调查报告	曲凤媛 (116)

第三篇 临床医学

运动功能训练对老年脑梗塞偏瘫恢复的影响	王艺光等 (119)
弹性酶治疗脑梗塞临床观察	白玉珍 (121)
维脑路通、胞二磷胆硷加体外反搏治疗 30 例脑梗塞后遗症	梁少琼等 (122)
老年人大面积脑梗塞 42 例临床分析	纪彩顺 (123)
蝮蛇抗栓酶与脑活素联合治疗老年脑梗塞 62 例临床观察	覃碧武等 (124)
气脑疗法治疗老年人脑血管病	贺卒英 (125)
缺血性脑血管病应用激光血管内照射治疗体会	牛玉琴等 (127)
丽珠赛乐治疗老年人脑血管病	雷 文 (128)
三例不同首发症状脑梗塞分析	梁少琼 (130)
预后良好的多次再发性脑出血 1 例	巫建军 (131)
血液流变学检测在心脑血管疾病诊断中的应用	罗虹灿 (132)
脑源性心电图改变 92 例临床分析	朱 华等 (133)
脑血管病的康复	朱 华等 (134)
脑血管病康复的对策	霍桂珍等 (135)
老年高血压与胰岛素抗性关系探讨	刘式拱等 (136)
胰激肽释放酶治疗高血压 152 例临床疗效观察	白玉珍 (138)
尼群地平治疗老年人高血压疗效观察	吴以龙 (139)
卡托普利与卡托普利加双氢克尿噻治疗老年收缩期高血压的疗效比较	郑瑞凤 (140)
维生素 C 治疗轻度高血压病的观察	胡仁德等 (142)
老年高血压病 117 例分析	郑智非等 (143)
老年高血压病血 β_2 -微球蛋白测定的临床意义	华 凡 (145)
老年人高血压的治疗特点	周后远等 (146)
老年高血压病检眼镜下的眼底改变	邹志伟等 (147)
老年冠心病的临床特点	黄美杏 (149)
力抗栓对老年人冠心病治疗作用的探讨	戴仙英 (150)
老年人冠心病与高脂血症关系 165 例临床观察	白玉珍 (152)
不典型心绞痛延误就诊 1 例报道	李红宇 (153)

低能量 He-Ne 激光血管内照射治疗老年人冠心病心绞痛	蒋路平 (153)
老年人心源性猝死的合理救治	张 茗等 (155)
老年人心功能不全的诊断和治疗	张 才等 (156)
老年人心衰早期误、漏诊 48 例分析	张育书 (157)
老年人肺炎的临床特征——附 100 例分析	汪月光 (158)
老年肺部感染 60 例回顾分析	钟 霞 (160)
老年肺炎 102 例临床分析	赵惠莉等 (161)
肺心病并发肺性脑病 42 例临床分析	聂采光 (163)
光量子血疗联合肺心汤治疗肺心病 40 例	陈全寿等 (165)
复合氨基酸静滴治疗慢性肺心病急性加重期 60 例疗效观察	程香秋等 (167)
老年肺气肿并发气胸 19 例临床分析	姚 苹等 (168)
穴位封闭治疗老年人喘息病 27 例	孙玉东等 (169)
101 例老年人胃癌内镜诊断与分析	李奇林等 (169)
老年人乳腺肿块病理分析	李秀江等 (171)
心理因素与癌症关系分析	张新庆等 (172)
保守剂量放疗加化疗治疗老年晚期肺癌 23 例	乔天奎等 (173)
老年食管癌的放射治疗疗效分析	辛 立等 (174)
老年鼻咽癌放射治疗分析	申源峰等 (175)
青年肺未分化癌 1 例	刘亚丽等 (176)
老年人肺癌表现为 MDS 1 例报告	周国华等 (177)
老年糖尿病的早期症状特点	韩其蔚等 (178)
老年糖尿病患者的社会心理状况及治疗对策	胡 欣 (179)
老年糖尿病合并冠心病 84 例分析	倪小青等 (181)
老年人糖尿病 21 例误诊分析	梁洋兴 (182)
W S 频谱仪并用 TPK 治疗糖尿病足下肢坏疽 4 例	陈坚梅等 (183)
自感咽部臭味糖尿病酮症酸中毒 1 例	柏进迎 (185)
中西医结合治疗老年人溃疡病穿孔 56 例分析	谢 解 (185)
老年消化性溃疡 51 例临床分析	陈淑梅等 (187)
食道静脉曲张破裂出血院内复发 52 例临床分析	黄德沛等 (188)
善得定治疗老年肝硬化食道静脉曲张破裂出血 18 例观察	郝卫东等 (190)
以胸痛为突出表现的老年人食管裂孔疝的诊断与鉴别	刘润霖等 (191)
麦滋林-S 颗粒对高胃酸患者门诊应用疗效观察	胡晓燕等 (193)
老年人肺结核病	聂采光 (194)
老年肺结核 290 例临床分析	郭士金 (196)
老年肺结核 58 例临床分析	夏夕霞等 (197)
恙虫病 654 例临床分析	何康贵 (199)
老年流行性出血热 18 例临床分析	刘 霞 (202)
新型隐球菌性脑膜炎误诊为结核性脑膜炎 1 例	何康贵 (203)
老年人急性尿路感染的临床特点 (附 200 例回顾分析)	李 力等 (204)

老年原发性肾病综合征中西医结合治疗探讨	柳超平 (205)
浅谈老年性白内障	邹志伟等 (206)
33 例男性老年干部家庭病床 6 年临床分析	董瑶英 (207)
气功对老年人脑电生理活动的探讨	王 红等 (209)
老年甲状腺机能亢进的特点及治疗 (附 120 例临床分析)	刘 浩等 (211)
脉络宁配合西药治疗老年人下肢血栓性静脉炎	彭俊清 (212)
老年人临床安全用药	曾月秀等 (213)
老年人用药浅述	张俊英 (215)
浅谈老年人用药误区	管晨峰 (216)
谈老年病人的合理用药	王佩莉等 (217)
泰星 (妥布霉素) 在老年内科中的应用	贺卒英 (219)
氟哌酸引起过敏性紫癜 1 例报告	麦观保 (221)
老年病人使用交沙霉素的少见不良反应——附 3 例报告	严 颖 (221)
中老年人无骨折、脱位的颈脊髓损伤	赵 凯等 (223)
老年脊髓损伤后并发症的防治	王殿友等 (224)
加压螺钉治疗老年人股骨颈骨折体会	庄小强 (227)
老年人颈椎病误诊 10 例分析	窦连纲 (228)
降钙素治疗老年骨质疏松症的临床观察	许兆忠等 (230)
骨痹灵治疗骨质增生 200 例疗效观察	左延君 (232)
浅谈老年人骨折	赵启梅等 (233)
老年嵌顿性腹外疝 48 例	陈 勇等 (234)
老年急性阑尾炎诊断与治疗	王玉桥 (235)
老年人阑尾周围脓肿的预防及治疗	孙元杰 (236)
老年食管、贲门癌患者的麻醉及手术治疗	胡振华等 (237)
食物致低位性肠梗阻误诊菌痢 2 例	何康贵 (239)
老年结肠粪性穿孔致腹膜炎 1 例报告	王晓民等 (240)
老年人硬膜外阻滞不同区域对脉搏血氧饱和度的影响	王百胜等 (241)
右腹膜后腰椎旁纤维瘤漏诊 5 年 1 例	张育书 (242)
乳腺癌的早期发现及防治	黄志春 (243)
前列腺切除术后膀胱尿道痉挛的综合防治	王金星 (244)

第四篇 检验及影像学

老年冠心病患者纤溶活性变化的临床意义	张敬一等 (246)
老年冠心病患者甲襞微循环的变化	范雪丽 (247)
老年冠心病患者血流变学检测结果分析	崔双兴 (248)
健康人纤溶活性及其与年龄的相关分析	杨惠敏等 (250)
应用血清蛋白醋酸纤维电泳的体会	沈 源等 (251)
134 株痢疾杆菌菌群分布及药敏试验	贺 敬等 (253)

500 例电脑尿液快速检验结果与临床分析	周立国等 (254)
高血压病人甲襞微循环检查的临床意义	李敬芝 (256)
辽阳地区老年人血清 T_3 、 T_4 含量分析	李 丽等 (256)
交叉配血应注意血样的一致性	王传英等 (257)
胸腹水的性质可用 C-反应蛋白来鉴别	王传英 (258)
老年人葡萄糖耐量试验结果分析	程 慧 (258)
老年恶性肿瘤病人的甲襞微循环	王成杰 (259)
快速金杯胶孕检试纸法妊娠试验 200 例	赵立军等 (260)
皮层下动脉硬化性脑病临床、病理和 CT	袁小平等 (261)
腰腿痛病的腰椎 X 线片分析及探讨	武俊杰等 (263)
慢性硬膜下等密度血肿的平扫 CT 诊断	李文欣 (265)
钙化性关节周围炎 (附 15 例报告)	王俊国 (266)
X 线检查避孕器误诊 2 例分析	华春雷等 (267)
结肠造影和 T 抗原检测在结肠癌筛检中的临床应用	金德胜等 (267)
应用粘稠碘质水溶剂做子宫输卵管造影的临床体会	金德胜 (268)
老年人囊肿性肾病 106 例实时超声与临床研究	蓝伟龙等 (270)
下肢静脉血栓形成彩色多普勒超声诊断的初步探讨	张 华 (271)
中老年头痛患者的脑电图与经颅多普勒超声的对比研究 (附 40 例报告)	袁小红等 (272)

第五篇 中医中药学

单味大黄粉冲服对老年病的防治研究	王君相 (273)
天寿芝宝片等药物对老年心脑血管病患者微循环的影响	卢作瑞等 (275)
脉络宁、复方丹参治疗冠心病心绞痛疗效比较	张 茗等 (277)
乾坤通便汤治疗老年功能性便秘的体会	王岐江等 (278)
三七粉治疗老年冠心病心绞痛 38 例	韩志铭等 (280)
化淤通关汤治疗前列腺肥大 50 例体会	周岳兆 (281)
浅谈炮制“炭药”对止血作用的影响	宁廷莲等 (282)
试论中药炮制与临床用药的关系	董 芳等 (283)
常见老年病与中医理论发病学说的有关探讨	程 敏 (284)

第六篇 保健及护理学

小剂量雌激素应用于老年妇女的保健	谭瑞臻等 (287)
积极做好老年保健工作	刘春生等 (288)
老年人心身保健应注意的几个问题	刘金忠等 (289)
老年人冠心病的防治与保健	郑 磊 (290)
体外反搏与老年保健	崔丽慧等 (292)
河北省廊坊市离退休国家干部生活质量研究	赵玉林等 (293)

琼南滨海民族的饮食特色	黎玉渊 (297)
浅谈老年皮肤保健与内脏疾病	刘莉娅等 (298)
合作医疗管理的探讨	许亚顺 (299)
老年肾脏病病人 296 例的护理与观察	董 萍等 (300)
老年人感染的预防和护理	胡新枝 (301)
警惕老年胆道疾病引发心脏猝死	李腊梅等 (302)
浅谈创伤休克病人的监护	叶惠均等 (303)
青霉素过敏试验的观察体会	王风云 (305)
气管插管患者静滴脂肪乳 77 例观察	葛玉香等 (306)
老年人感染性休克护理	曾燕茜 (307)
用三因制宜谈对感冒行辨证施护的体会	王风云 (309)
老年人肺部感染的观察与护理	王爱寸等 (310)
肺心病呼吸衰竭的护理	吴美爱 (310)
老年脑血管病的家庭护理与康复	田玉波等 (311)
自血光量子疗法治疗 900 例脑血管病的观察与护理	杨清侠等 (313)
气脑疗法治疗老年人脑血管病的护理	王德美等 (314)
老年人痴呆的护理	李春芝等 (315)
子宫肌瘤切除术后及老年人手术前后的护理查房	徐淑琴 (316)
巧用红霉素	展英敏 (317)
老年冠心病病人的护理	邹桂香等 (317)
WS 频谱仪治疗糖尿病足下肢坏疽的护理体会	黎 萍 (318)
老年病人的心理分析与护理对策	黄廷芬等 (319)
老年冠心病患者的心理反应及护理对策	赵虹艳 (321)
老年患者常见心理问题分析及对策	封兰芳 (322)
老年病人的心理护理	莫海英等 (323)
胸痹的心理护理	吴冠军等 (325)
老年肝炎患者的心理分析	隋术兰等 (326)
42 例老年患者家庭治疗心态分析及心理护理	李春英 (327)
老年癌症病人的心理变化及护理体会	张桂兰 (329)
癌症病人的心理护理	王美玲 (330)

第一篇 讲座与进展

老年人肺炎的诊断与治疗

河南省郑州市第四人民医院 (450007) 陈秋生

肺炎是指肺实质的炎症,可由多种病原体引起,如细菌、病毒、真菌和支原体、寄生虫等,也可以由放射线、物理化学、过敏等因素引起。肺炎是呼吸系统常见疾病,曾严重威胁广大人民群众的健康。随着医疗卫生事业的发展,特别是有效的抗菌药的广泛应用,肺炎已得到有效的控制。细菌性肺炎的发病率和死亡率显著降低。但老年人由于免疫功能减退,肺炎的发病率并未降低,它仍然是老年人的多发病,而其发病以病情重、变化快为特点,这一切已成为老年医学工作的重点。

1 老年人肺脏的特点

1.1 病理学特点 老年人之所以易发生肺炎,并且发病重,治疗效果又不如青壮年,是与下述生理与病理特点有关。第一,老年人的肺脏常年通过呼吸与外界接触,不断吸入有害的化学物质、粉尘和病原体。开始,借助各种防御能力免于损害,但久而久之,随着年龄增大,机体抵抗能力下降,纤毛细胞的减少,排除异物的功能降低,小支气管和细支气管又由于炎症产物的积存,成为致病菌的天然培养基,有利于细菌的繁殖。这种炎症不局限于细支气管,也可波及肺泡。因此,病理上可见有肺体积增大、肺泡扩张、肺组织弹性减弱。第二,参与呼吸运动的胸部、膈肌、肌肉等组织也由于老年性生理和病理变化而引起脊柱后弯,呼吸肌萎缩,胸廓的弹性减弱。这样使咳嗽排痰活动减弱,不利于排出异物,而易引起吸入性肺炎。第三,肺组织的“老年性改变”,如:呼吸道纤毛运动活性低;免疫球蛋白分泌减少;肺实质功能正常的细胞减少;肺弹性减弱;肺泡壁间质纤维增生;肺功能贮备能力降低。第四,由于肺血管内膜增生,可见血管壁增厚,尤以肺尖部明显,同时老年人常伴有动脉硬化性改变以及小血管内血栓的形成,因此容易发生肺循环障碍。此外,全身脏器的老年性变化也会对肺脏产生一定的影响。

1.2 肺功能的改变 由于老年人上述的病理特点,致使肺功能也有变化。随着年老,肺活量减少,例如身高170厘米的男性,20岁时肺活量约为4700毫升,60岁时则减少为3400毫升,而残气量增加,最大通气量,第1秒用力呼出量等均减少。由于弹性回缩压降低,肺压力容量曲线左

移。静、动态应变性已有改变。老年肺常有肺通气分布不均；闭合气量和年龄呈线性增加；肺泡、动脉血氧分压差增大。由于肺泡弥散面积减少，肺毛细血管血流量的减少，弥散能力下降33%左右，动脉血氧分压降低，而二氧化碳分压正常不变。这样就造成了阻塞性通气障碍和动脉血氧分压降低，小血管的透明性改变，胶原组织的增生和内膜明显增厚，可使肺血管阻力增加。

2 老年人免疫功能降低

2.1 体液免疫的降低 60岁以上的老年人，血清总蛋白基本正常，但随着年龄进一步增长，有减少的趋势。 α_1 球蛋白轻度增加， α_2 球蛋白正常， γ 球蛋白增高。免疫球蛋白中，IgG、IgA均有轻度增加，IgM有降低趋势，但免疫球蛋白的含量和抗体效价并非完全平行。老年人由于B细胞的减少而致特异性抗体的产生能力下降。以上情况说明，老年人的免疫能力和抗炎能力均降低。

2.2 细胞免疫力的降低 老年人周围血淋巴细胞计数的青壮年没有显著差别。试验时发现注射肾上腺素后，引起的一时性淋巴细胞增加现象不明显。说明老年人动员淋巴释放组织释放淋巴细胞的能力下降；植物血凝素反应减弱。这些都揭示老年人免疫能力的衰退。另外病理解剖也发现老年人的脾脏和胸腺重量明显减轻。

3 老年人肺炎的病因

细菌性肺炎是肺炎中最常见的类型，老年人肺炎中也是以细菌性为多。老年人肺炎常由于排痰能力减弱不易获得满意的痰标本，不易查到病原菌，因此，未能明确病原菌者较青壮年病人为多见。近年的临床工作中，常将呼吸道感染的病原菌的来源分为院外感染和院内感染，这样区别有利于总结疾病的自身规律及为临床治疗提供帮助。

3.1 院外感染 也称社区感染，即病人在医院外接触病原菌而引发的肺炎，病原体多为革兰氏阳性球菌，如肺炎球菌等。病人以青壮年为多，多有典型的淋雨、受寒、饥饿等病因。

3.2 院内感染 也称医院内获得性感染，主要是指病人在住院期间发生的肺感染。其发病原因有：①外源性的传染。即医院内的各种病人、工作人员及环境携带和生存着大量的致病菌；②一些医疗器械的交叉使用。当它们消毒不严时也造成相互感染。院内感染由于其特殊性，其致病菌与院外感染有所不同，表现为以革兰氏阴性杆菌为主，当检出革兰氏阳性菌时，也以耐药株为多。

应特别指出的是，老年人由于身体各种抵抗能力的下降、伴发多种慢性疾病、既往曾使用过抗菌药物等因素，成为院内感染的易感人群。据1990年上海市的一组大宗数据调查，2600例院内感染所引起的老年人肺炎中，革兰氏阴性菌占61.9%，革兰氏阳性菌占36.7%。阳性菌中肺炎球菌占13.3%，其他链球菌占17.9%。金黄色葡萄球菌占13%。阴性菌主要由绿脓杆菌17.1%、大肠杆菌11.4%、肺炎克雷白杆菌17.1%等组成。经过药敏学试验，发现上述几种细菌对常用的抗菌药物均耐药，细菌毒力特别强。

另外，老年人除免疫能力降低外，常并发脑血管病、心血管病、糖尿病及呼吸道疾病，这些病人抵抗力很差，一些寄生虫和非致病菌、毒力弱的致病菌都易成为条件致病菌，引起感染，发生肺炎。老年人易患各种恶性肿瘤，如果使用放射治疗及化学疗法，使用肾上腺皮质激素及免疫抑制剂，也易发生院内感染性肺炎。如胸部接触放射线，易发生放射性肺炎。

4 老年人肺炎的临床特点

老年人肺炎多是支气管肺炎，隐袭发病。起病症状较轻，或以疲倦、食欲不振等非特异症状

为始发,这一点与一般青壮年肺炎有明显区别。发热者只占总数的一半左右,体温多在 $37\sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间,发生寒颤者较少,咳脓痰者多见,咳痰量较大,咯血者约有10%,但典型铁锈色样痰也很少见到。易合并脱水、电解质紊乱、心力衰竭和休克等。老年人肺炎常以并发症为首发症状,或以腹胀、纳差、恶心、呕吐、腹痛和腹泻等消化道症状为首发,一般认为其呼吸道症状轻微,体格检查体征很不明显为特点。辅助检查中,白细胞由于机体的反应性差常不升高,有时还可能减少,分类中中性粒细胞可稍升高;血沉大多增快。胸部X线检查常较体格检查时早期有阳性发现,且病变改变很快,易融合成肺不张及小空洞为其特点。老年人肺炎常合并心血管并发症,约有 $1/3$ 的病人出现异常心电图,可有P-R间期延长、T波倒置、期前收缩、心房扑动、心房纤颤以及肺性P波等。

总之,根据老年人肺炎的临床特点,即无明显诱因,发病缓慢,少见高热、寒颤、胸痛,易有并发症发生,血常规检查白细胞常不升高等表现,诊断老年人肺炎一般没有问题。需要指出的是,老年人肺炎常可由肺癌引起,如积极治疗后,炎症消散很慢,应做进一步检查,确定有无肺癌发生。

5 老年人肺炎的治疗和预后

老年人肺炎的治疗原则包括积极控制感染、加强呼吸管理、循环管理,对症治疗和对原发病的治疗。

5.1 一般治疗 老年肺炎病人由于年老体衰,尤其在伴有脑血管疾病时,常不能自进饮食,容易发生营养不良和脱水,应做静脉滴注补充水分,供给热量,同时要防止电解质的失衡。有条件时可静脉补给高营养液体,如脂肪乳、复方氨基酸注射液。要注意老年人的饮食,宜用富于营养,易于消化的饮食。为了防止褥疮和坠积性肺炎,要经常变换体位。

5.2 抗感染治疗 病人在使用抗菌药物以前,应尽早取痰标本做涂片及培养检查,有异常者还需做药敏试验。但老年人由于排痰功能减弱,或神志不清楚,常不能得到满意标本,因而开始治疗时,大多数只能凭经验“盲目”使用抗生素。由于老年人的身体衰竭,且易合并其他疾病(高血压、糖尿病、心力衰竭、尿路感染),引起肾功能降低,因此在使用抗菌药物时要注意如下问题:①肾脏功能损害时仍可按正常剂量给药,即选用主要经肝胆系统代谢或排泄的药物,且药物本身的毒性也较小,如大环内脂药物;②肾脏功能严重损害时剂量应加以调整:如青霉素G、半合成青霉素、氯霉素类;③肾功能损害不宜使用的药物,如四环素、头孢菌素V、喹诺酮类。下面就根据病原菌的不同对使用的治疗方法加以概述。

5.2.1 肺炎球菌肺炎 仍应首选青霉素G,一般均需静脉滴注,剂量可加大为每日800万单位,分两次使用,中间维持液体,补充水分,达到气管粘膜湿化,使痰易咳出。如不能使用青霉素或疗效差时,可使用红霉素、头孢菌素。

5.2.2 金黄色葡萄球菌肺炎 这些病人多有营养不良及糖尿病,全身一般情况差,应使用疗效较好的苯唑西林、氯唑西林、头孢唑啉,治疗的时间一定要长,抗菌药物应使用6周以上。

5.2.3 绿脓杆菌肺炎 应选用头孢哌酮、头孢他定、哌拉西林及氟喹诺酮类。由于此类肺炎较为难治,病死率高,除了有条件时使用上述抗菌药物静脉滴注外,还可使用庆大霉素或氟喹诺酮类药物做气雾吸入疗法,每日3~4次,可提高呼吸道局部药物浓度,并能湿化、稀释痰液。另外绿脓杆菌的耐药问题也日益严重,由于绿脓杆菌是天然耐多种抗菌药物的细菌,特别是近几年出现诱导型染色体酶加上渗透力降低,使绿脓杆菌对少数新头孢菌素耐药。目前认为治疗顽固绿脓

杆菌肺炎的药物,除上面提及的以外,尚可选用舒谱深(头孢哌酮加青酶浣硇)、阿罗西林、特美汀、氨基糖甙类的阿米卡星、妥布霉素等,不过这些药物价格都十分昂贵,应根据病人的经济能力来选用。

5.2.4 其他革兰氏阴性杆菌肺炎 包括常见的肺炎克雷白杆菌、大肠杆菌、流感嗜血杆菌等,这些细菌引起的肺炎在老年性肺炎中比例较多,可使用与治疗绿脓杆菌相同的抗菌药物,也可根据药敏试验选用有效的抗生素。

5.2.5 病原菌未查明者 由于上面提到的各种原因,老年人肺炎常不易查出致病菌,这时采取经验治疗也十分重要,因为这种情况下的经验治疗,本身也有规律性。应仔细收集病人患病的一切资料,包括起病因素,胸部体征,是否有感染性中毒症状及临床客观表现(如白细胞计数及分类计数情况,胸部X线表现及痰液情况),是否有原发疾病(慢性呼吸道疾病、消耗性疾病、恶性肿瘤等)。一般临床上未查到致病菌的老年人肺炎,大都也是由致病菌感染引起的,使用高效抗生素也都有效。这些致病菌仍以革兰氏阴性杆菌为多。这时应反复做细菌学检查,争取找到致病菌。抗菌药物可选用氧哌嗪青霉素等,对大多数原因未查明的老年人肺炎有确实的疗效。这种方法也较经济,副作用小,特别是对于曾单独使用过一种抗菌药物效果不好者,也有明确的疗效。

5.3 氧疗法 老年人肺炎较易发生呼吸衰竭,故在肺炎的急性期应常规持续吸氧,这不仅起到对症治疗作用,且可防止心脏并发症。通常吸氧以4~6L/min吸入。如合并有高碳酸血症时,不宜用高浓度吸氧,应以1~2L/min为宜,以免发生二氧化碳麻醉,引起肺性脑病。给氧过程中,最好定时检查动脉血氧和二氧化碳分压。注意保持呼吸道通畅,有排痰困难者,应注意湿化气道,避免痰液粘稠,还可拍背变换体位,引流以助排痰,也可加用祛痰剂。有呼吸衰竭应及时做气管切开或气管内插管,送呼吸病监护室做机械辅助呼吸。

5.4 并发症的治疗 老年人肺炎由于病人抵抗力差,病情重,常合并有胸膜炎及心血管疾病。如发生胸膜炎,除继续使用有效的抗菌药物及加强支持治疗以外,应做胸腔穿刺,抽出积液,并送检验确定其性质,积液粘稠不宜抽取时,应请外科会诊做切开引流。老年人易患高血压、动脉硬化和冠心病,患肺炎以后常诱发心力衰竭。一旦出现心力衰竭则应及时用洋地黄类药物和利尿剂。老年人使用强心剂后常易发生低钾血症,如无明显肾功能障碍,应及时补钾。老年人肺炎由于循环血量减少,心肌收缩力减弱,极易引起休克,此时,除积极治疗肺炎外应合理补液,并根据高动力性和低动力性休克不同,分别采取不同的血管活性药物以及其他抗休克治疗。

老年人肺炎的预后与其发现的早晚、治疗是否及时、病原菌的种类、有无原发疾病有很大关系。革兰氏阴性杆菌引起的肺炎,病死率很高,有原发疾病及出现并发症者病死率也很高。一般认为,病人有尿素氮升高、明显的低钠血症、DIC、低蛋白血症和淋巴细胞减少时,预后较差。

肺癌的诊疗进展

河南省郑州市第四人民医院(450007) 陈秋生

肺癌是指原发生于支气管粘膜的恶性肿瘤,也是老年人最常见的肺部原发性肿瘤。近年来,世界各国的肺癌发病率及死亡率急剧上升,成为对人类最有威胁的恶性肿瘤。所以,认识、研究肺癌,做到早期发现、早期诊断、尽早治疗是我们医务工作者的责任。

1 肺癌的流行病学及病因

人们对肺癌的流行病学及病因学研究开始于本世纪50年代初,近年来,已获得了大量的资料,取得了很大进展,现将有关的几个问题简述如下:

1.1 肺癌发病的年度增长趋势和地区分布 20世纪初,全球仅有300余例肺癌的报告,以后逐年增多,特别是近20年。这里面除了诊断水平提高及人类平均寿命增长等因素外,肺癌的发病也确实增加很多。据统计,欧洲国家的发病率1970~1990年比20年前,男性增加2.45倍,女性增加1.15倍。美国1992年肺癌占全部癌症的百分率,男性为18%,居第二位,女性12%,占第三位。病死率则分男为34%和22%,均居第一位。我国的发病也处于上升趋势,上海市区1960年肺癌死亡率为5.25/10万,1965年为15.75/10万,1975年为27.02/10万。根据世界卫生组织提供的资料,1986~1988年,肺癌死亡率最高的三个国家是比利时(77.2/10万)、荷兰(75.5/10万)和英国(75.5/10万),较低的有泰国(5.5/10万)、厄瓜多尔(7.1/10万)。据统计资料完整的50个国家和地区报道,肺癌男性死亡率占恶性肿瘤首位的有36个国家和地区。

值得注意的是,近年来肺癌发病率一直很高的工业化发达国家,上升渐缓;而一些原来发病率较低的国家,转而加快。其原因可能是,前者已走过其早期工业发展阶段,加上采取防癌措施,使60岁以上男性人群发病呈较缓的“饱和状态”,从而使其发病率上升相对缓慢。而原来的低发病国家,工业发展处于新兴时期,各种致癌因素已在发生作用,因此后者正在重复前者走过的流行病学的历史过程。

肺癌不但在一些国家发病有高有低,而且由于地理环境、工业布局、卫生状况及生活习惯等因素,造成致癌因子分布不均,与人的接触频度不同,造成不同的地区发病和死亡率也不相同。如上述,一般以欧美等发达国家为高,发展中国家为低;而一个国家内,则以城市为高,农村为低,这已被大量的统计数据证明。如美国1962年调查,人口100万以上的城市,肺癌发病率为29.4/10万;人口25~100万的为22.7/10万;25万以下者为17.5/10万;农村为14.6/10万。我国12个省市调查也证明,工业发达的辽宁,平均死亡率为10.4/10万,而边远的广西和甘肃仅为1.80/10万和1.79/10万,约为前者的1/6。而同为沈阳市,其工业集中的铁西区发病率为20.75/10万;一般市区为17/10万左右;郊区为12/10万;郊县为8/10万。

从上述可以看出,肺癌的发病近年来增长较快,且以工业化国家为主,各个地区分布以城市的工业区为中心,向四周农村递减。

1.2 肺癌的病因学 人们投入大量的人力和财力对肺癌的病因进行研究,认为引起肺癌的主要原因是外界环境因素,即长期吸入致癌物质是主要原因。许多研究证实,长期烟雾使支气管粘膜上皮变性,如纤毛消失、细胞增生,最后发展成为原位癌。

1.2.1 吸烟 现已证明,吸烟是引起肺癌的重要因素,吸烟(特别是吸纸烟)者较不吸烟者发病相差10~13倍,且吸烟量大(每日20支以上),吸烟史长(20年以上)者,更达28倍以上。北京市东城区调查(1974~1976年)肺癌死亡者中,吸烟者占60%。另一项资料显示,80%的鳞癌和70%的未分化癌的发病与吸烟有关。吸烟的致癌作用有远期影响,即戒烟后的人群,其肺癌的发病率并不立即恢复到一般水平,而是逐步下降。戒烟20年者,其肺癌死亡率为24/10万,仍高于非吸烟者7/10万。吸烟的致癌原因是因为烟草有多种致癌剂,其中3,4-苯并芘作用最强。

1.2.2 大气污染 从上述的流行病学资料中可以看出,工业化国家的肺癌发病较高,发展中国家近年来增长很快,城市发病高于农村,这一切均提示,肺癌的发病与大气污染有关。其污染源

主要有燃烧煤及燃油，汽车排出的尾气，公路的沥青及其他废气。污染的大气中的苯并[a]芘增高是主要的致病因素。

1.2.3 职业性致病因素 从事某些特殊职业的人，可随呼吸吸入石棉、砷、铬、煤焦油等，另外经常接触放射线、烟草加热产物、有毒气体也与肺癌发生有关。有关资料提示，许多职业性致癌因子均有较长的潜伏期，即脱离该职业多年，仍保留后效作用。

1.2.4 与其他慢性疾病相关 有些研究证明，肺部的一些慢性疾病与肺癌发病相关，即原有慢性支气管炎、肺结核、肺纤维化等疾病形成的肺部疤痕可有致癌作用。另外，病毒感染、真菌感染、机体免疫功能下降也与其发病有关。

总之，在肺癌的各种病因中，吸烟是最重要的，控制吸烟能有效地减少肺癌发生。上述多种致癌因素尚有叠加作用，即接触多个致癌因素较接触一个致癌因素发病率为高。

2 临床表现及分类

肺癌的常见症状为咳嗽、咳痰、咯血、胸痛及发热等，缺少特异性，有的早期病人可无任何症状。各种症状还与肿瘤生长的部位、大小、组织分型有关。我们深入地认识肺癌的常见症状，尽量做到早期发现、早期诊断，以便早期治疗。

2.1 肺部症状 肺癌原发生于肺部，肿块本身生长会形成各种肺部症状。

2.1.1 咳嗽 是肺癌最常见的症状。肿块生长浸润支气管粘膜时产生，也可能是由于肿块阻塞支气管，造成感染所致。约有80%的病人以咳嗽为第一症状来就医。肺癌病人的咳嗽与慢性支气管炎咳嗽的性质没有明显区别，也可能是刺激性干咳，这一点尤其要注意观察。

2.1.2 咳痰与咯血 咳嗽时常伴咳痰及咯血，这也是肺癌病人的常见症状。咯血是由于肿块侵袭小血管引起，也可能是肿瘤组织本身由于生长过快，表面小血管破裂引起。发生咯血时，应注意查找原因，因为这不能用慢性支气管炎解释。要区别是否由于口腔及咽喉部出血，或鼻腔出血及呕血。第一次咯血时，病人应及时就医，向医生详细描述，尽快得到诊断。如突然咯血量很大时，可能是肿块溃烂、破裂，有窒息的危险。

2.1.3 胸痛 约有40%的病人出现肺性胸痛，一般为隐痛，常无明显定位，有时可与肿块的相关位置不一致。胸痛的原因可能是与肿块侵犯支气管壁的神经末梢有关。

2.1.4 发热 恶性肿瘤常有发热的症状，肺癌更常见，可能是由于肿瘤代谢旺盛引起。若肿块压迫或阻塞支气管，造成感染引起阻塞性肺炎、肺不张时，更常有发热，且反复发作，使用抗菌药物后能控制，部位固定。

2.1.5 胸闷、呼吸困难、声音嘶哑、吞咽困难 这些肺癌的常见症状，是由于肿块压迫引起，也可能由于胸腔内转移引起，有时还有心律失常。

2.2 肺外转移的症状 肿块组织恶性程度高，或生长部位特殊，未能及时诊治时，常会发生肺外症状，而有时上述肺部症状尚未出现，即先有一些肺外症状。如肿瘤细胞先转移到头部、骨骼、肝脏等处，即可出现头痛、呕吐、肢体麻痹、厌食、肝腹水、皮下结节等，当出现上述症状时，应注意检查有无肺癌的发生。

少数恶性程度高的肺癌病人，由于肿瘤细胞可释放一系列激素样物质，引起浮肿、高血压、嗜睡、肥大性骨关节病及小脑性运动失调等。这些症状与转移无关，常与肿瘤同时发生，有时甚至可以早于肿瘤若干年。

临床上根据病人上述症状出现的早晚，肿块的部位，将肺癌分为两大类，即中心型肺癌和周

围型肺癌。中心型者大多都有上述的各种症状，即症状出现早，易早期发现。周围型者症状少，不易引人注意，有时在体检时发现。

3 常用的检查方法

当病人有上述各种临床表现时，就医后通过各种检查，常可建立有无肺癌的诊断。其中最常见的是胸部X线检查、痰脱落细胞学检查、纤维支气管镜检查 and 肺组织活体检查。

3.1 胸部X线检查

3.1.1 胸部透视 是最常见的大规模体检时应用的方法，具有快速、价低的优点，但由于不能保存资料，精确率较低，对于针对肺癌进行的检查中，应用价值较小。

3.1.2 一般摄片 以后前位片最常用，可显示大多数肿块的位置、大小、形态和密度等，有时附加侧位片可进一步确定部位。

3.1.3 断层摄片 可显示肿块的确切位置，并去除人体各组织对片子的影响，较一般摄片更能清楚显示肿块的部位及性质。

3.1.4 支气管造影 可了解肺部肿块与支气管的关系，确定病变范围、大小和确定手术的切除范围。

3.1.5 CT 检查 它具有分辨率高、结构清晰、损伤性小的优点，可以区分肿块组织的性质，与正常较组织的关系，可以早期发现小肿块组织等，是目前诊断肺癌的有力工具。

3.2 痰脱落细胞检查 也是有效地确定肺癌的方法。主要是让病人留痰标本送病理检查，如能查出有肿瘤细胞，即可确定诊断。许多中心型肺癌的病人，咳痰液中能查到癌细胞，甚至有时早期病人，胸部症状不明显，也可查出癌细胞，有助于早期发现。送痰标本时，一定要让病人用力咳出深部位的痰液，快速固定，及时送检。一般要连查3天，有高度怀疑的要查4~6次。

3.3 纤维支气管镜检查 是目前检查诊断肺癌的重要手段。纤维支气管镜（简称纤支镜）是采用新技术、新材料制成，自从本世纪60年代制成以后，经过不断改进，已成为呼吸系统病的重要检查手段。它具有痛苦小，可视范围大，能直接看到肿块组织，并能刷取脱落细胞或取活检标本等优点。不但可以早期发现，对于疑诊的病人有确诊作用，而且能对肿瘤进行治疗。

3.4 肺组织活检 包括上述的纤支镜下活体检查和CT引导下肺穿刺活检。有时对高度怀疑者可开胸肺活检。一般认为如X线检查提示为中心型肺癌，可考虑使用纤支镜检查取活检标本，准确率较高；若X线提示周围型者，可考虑做CT引导下的肺组织穿刺活检。

另外，近年来肺癌的免疫学检查也有许多进展，测定肿瘤相关抗原、细胞免疫功能也是反映肿瘤的指标。放射性核素检查也有很大的应用价值，可了解有无远处转移等。

4 肺癌的早期诊断、鉴别诊断及病理分型

4.1 早期诊断 当一个病人出现上述肺癌的各种症状时，以及经过上述各种检查后，诊断问题一般不存在。目前，临床上面临的主要是早期诊断问题。

首先是早期诊断的概念。我们常说对肺癌应做到“三早”，即早期发现、早期诊断和早期治疗，其中关键是早期诊断。关于早期诊断的具体标准，学术上有很多争议，但最终的意见相对统一。一般认为，肺癌的早期诊断有三项标准，即①管内型：肿块完全局限于支气管管腔内，肺组织无浸润；②管壁浸润型：不形成明显肿块，只表现为支气管粘膜增生，无淋巴结或胸膜转移；③肿块型：肿块直径在2厘米以内。

早期标准下的肺癌如能及时发现、诊断和手术治疗，效果很好。但可惜在目前诊为肺癌的病人中，只有10%为早期肺癌，其原因是早期病人常缺少上述各种症状，多在体检或检查别的疾病时而被偶然发现。为了能早期发现，世界各地对这项工作特别重视，国外曾将45岁以上男性、重吸烟者（每日20支，20年以上吸烟史）及从事易有职业性患肺癌的高危人群，进行普查工作，即进行X线及痰脱落细胞学检查。普查的间隔一般以肺癌细胞的倍增时间考虑，以半年为宜。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 肺结核 肺门淋巴结结核常表现为一侧肺门肿大，病人年纪较轻，常有结核好发部位，肿块很少大于3厘米，常有结核病的长期症状，结核菌素试验为强阳性，痰中能查到结核杆菌，纤支镜下无明显异常，刷检及活检无癌细胞。边缘的结核球X线下密度均匀，内常有钙化点，无临床症状，一般做CT引导下穿刺活检可确诊。

4.2.2 肺炎 肺癌可引起阻塞性肺炎，而老年人肺炎有时也缺乏典型的表現，两者鉴别较为困难。一般有疑诊时，应积极抗感染治疗，尽快做局部CT及脱落细胞学检查，如仍不能明确诊断，可进一步观察。如是癌性肺炎常反复发作，在同一部位形成炎性假瘤时可做纤支镜及CT引导下穿刺活检确诊。

4.2.3 肺脓肿 主要应与肺癌引起的空洞相区别。原发性肺脓肿起症急，中毒症状明显，常有寒颤、高热、咳大量脓痰；而癌性空洞起病较慢。X线鉴别：脓肿有好发部位，空洞壁厚，内部规则，多有液平，周围常有炎性浸润；而癌性空洞壁厚，内部不规则，周围多光滑，空洞内无液平，CT和纤支镜常可区别。

4.2.4 肺部其他肿瘤 肺部的其他肿瘤虽然少见，但也有发现，与肺癌较难区别。如发现肺部有一块影，可进行胸CT及穿刺活检，一般均能确定诊断。

4.2.5 肺转移癌 人体许多部位原发的恶性肿瘤常转移到肺部，这时转移癌大都是双侧或多发，以下叶为多见，规则圆形，小于2厘米，边缘光滑，密度较淡，生长较快。应积极查找原发部位，有时做CT引导下穿刺活检可确诊。

4.2.6 胸膜炎 肺癌发生胸膜炎时常为血性胸水，应注意病人的年龄，胸水增加的快慢，检查时应抽取胸水做脱落细胞学检查，腺苷酸脱氢酶、胸膜活检也可确定诊断。

4.3 病理分型 一般根据其肿瘤细胞的病理，将其分为四型。这样做不仅能从病理上确定诊断，还能对治疗方案的选择和预后做出判断。这是因为不同病理类型的肺癌，其疾病演变过程也不同。

4.3.1 鳞状细胞癌 简称鳞癌，是最常见的一种，占全部肺癌的37%~47%，恶性程度较低，与吸烟关系最密切，多生长于较大的支气管，易出现临床症状。

4.3.2 腺癌 占26%~30%，以女性为常见，与吸烟关系不密切，肿块多生长两肺的边缘，即以周围型为常见，生长较鳞癌快，恶性程度高，容易早期转移。

4.3.3 未分化癌 又常被分为未分化小细胞癌和未分化大细胞癌。恶性程度最高，约占全部肺癌的27%~31%。未分化癌由于恶性程度高，生长迅速，转移很早，发现时大都有转移，手术治疗的机会很少，预后最差。

4.3.4 支气管肺泡癌 较少见，约占1%~5%，X线表现多样，有时为多发的小结节，有时为大片状阴影，常易与慢性支气管炎相混。由于生长广泛，也不宜手术治疗。

4.4 临床分期 临床上确定肺癌后，常需对其分期做出判断，以利于治疗及观察病情。

4.4.1 我国肺癌临床分期

0 期：原位癌或局限于支气管粘膜内。

I 期：病变最长径小于 3 厘米，无肺门淋巴结及肺外淋巴结转移。

Ⅰa 期：病灶最长径小于 3~5 厘米，或有肺不张，但无肺内淋巴结或肺外转移。

Ⅰb 期：病灶最长径 3~5 厘米，有肺门淋巴结转移者。

Ⅱ 期：病灶最长径大于 5 厘米，有胸膜或纵膈淋巴结转移，或外侵血管，神经压迫表现，或全肺不张者。

Ⅲ 期：有胸腔外转移，或对侧肺门转移，或有癌性胸水者。

4.4.2 国际肺癌分期 TMN 的含义

T：原发肿瘤。

T₀：无原发肿瘤的证据。

T_x：支气管、肺分泌物中查到恶性细胞而证明患有肿瘤，但 X 线无阳性发现。

T_{is}：原性癌。

T₁：肿瘤最大径<3 厘米，并局限于肺或脏层胸膜内。支气管镜检查未见肿瘤侵及叶支气管。

T₂：肿瘤最大径<3 厘米，或任何大小的肿瘤已侵犯脏层胸膜，或合并肺不张或阻塞性肺炎未达一侧肺野。支气管镜检查见肿瘤范围局限于叶支气管或至少距隆突 2 厘米。

T₃：任何大小的肿瘤直接侵犯到胸壁，膈肌，纵膈胸膜或心包，但未累及心脏、大血管、气管、食管或椎体。或肺不张、阻塞性肺炎达到一侧肺野或支气管镜检查见肿瘤在主支气管内距隆突不到 2 厘米，但未累及隆突。

T₄：任何大小的肿瘤侵及纵膈或心脏、大血管、气管、食管、椎体、气管隆突或出现恶性胸水。

N：淋巴转移。

N₀：无区域淋巴转移。

N₁：支气管周围淋巴结或同侧淋巴结或两处淋巴结转移，包括直接侵犯。

N₂：同侧纵膈淋巴结和隆突下淋巴结转移。

N₃：对侧纵膈淋巴结，对侧肺门淋巴结转移，同侧或对侧斜角肌或锁骨上淋巴结转移。

M：远处转移。

M₀：无远处转移。

M₁：有远处转移，并标明其部位。

5 肺癌的治疗

肺癌的治疗方法有外科手术治疗、放射治疗、化学治疗、免疫疗法、中医中药等方法，但总的有效生存率仅为 10% 左右，这主要是因为早期诊断的病人太少，很多病人发现时已失去最好的手术时机。肺癌发生转移很快，手术难度也很大，目前仍缺少综合治疗的有效方案。

5.1 外科手术治疗 包括肺叶切除术及姑息性手术。自从本世纪 30 年代开始对肺癌病人进行肺叶切除术以来，外科手术一直是治疗肺癌的主要方法，特别是对于非小细胞癌的病人，如有手术机会，应争取手术。如按国内分期方法，Ⅰ期以前的病人一般都应手术切除，除非有明确的手术禁忌证。经过各种检查仍不能确定性质的肺部肿块，也应手术探查。

5.1.1 手术治疗的适应症 如病人有手术机会，术前要做各种检查，确保手术治疗的成功。选