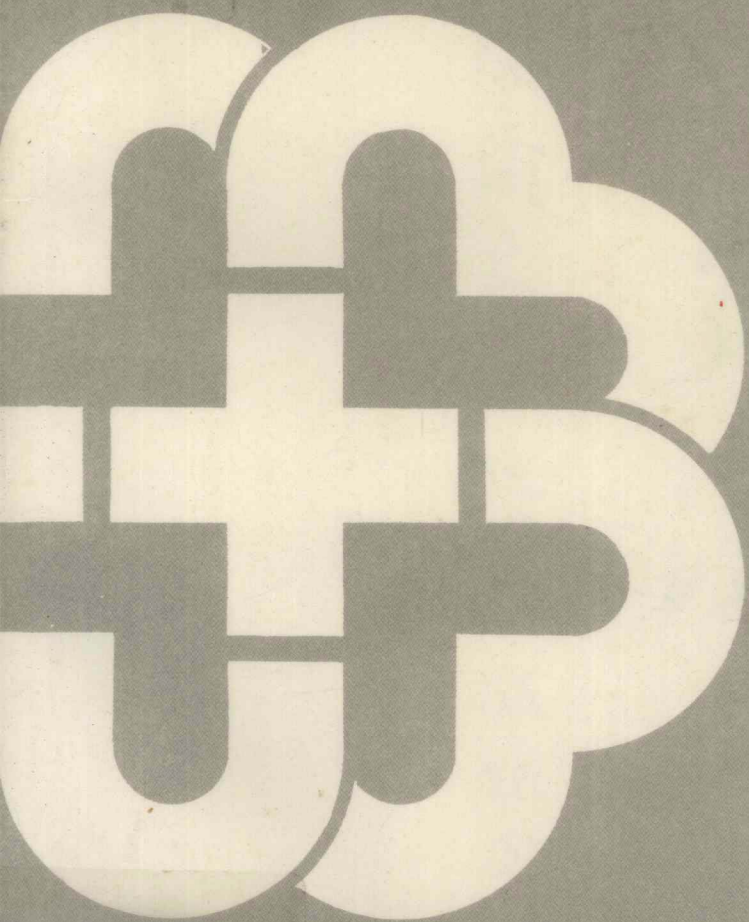


北京医院论文集

BULLETIN OF BEIJING HOSPITAL

第二集



北京医院

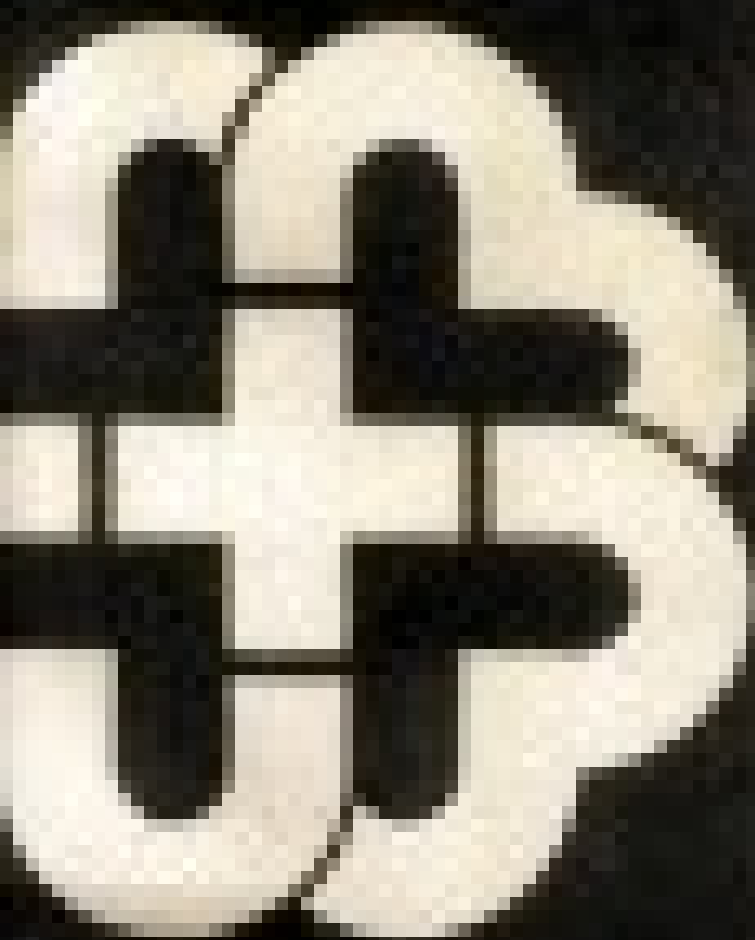
科研处

1993

北京医院论文集

BEIJING HOSPITAL COLLECTION OF PAPER

· 总 目 录 ·



北京医院
图书馆
2000

繁榮學術
促進交流

北京醫院論文專集出版紀念

吳階平



目 录

第一部分 论 著

肺炎病人周围血 T 淋巴细胞产生白细胞介素-2 能力的研究	丘道明等 (1)
老年人急性下呼吸道感染发展的自然史	张蕙芬等 (3)
美降脂治疗原发性高胆固醇血症的临床观察	迟家敏等 (7)
235 次 80 岁以上老年人外科手术评价	孙建华 鲁纯智 (10)
93 例 70 岁以上老年人胆道疾病外科治疗分析	乔江春等 (12)
老年人髌部骨折若干预测因素探讨	张华伟等 (15)
噻替派、丝裂霉素和 BCG 膀胱灌注预防膀胱肿瘤术后复发的效果比较	王少华 邵鸿勋 (19)
帕金森病的长期药物治疗与预后	郑剑晖 王新德 (21)
Effect of 6-Thioguanine on Chlamydia trachomatis Growth in Wild-Type and Hypoxanthine-Guanine Phosphoribosyltransferase-Deficient Cells	Qin Bin, et al (23)
Mirror Writing of Chinese Characters in Children and Neurologic Patients	Wang Xin-de (38)
汉语失读症的研究	陈海波 王新德 (44)
高龄老年人人工晶体植入术	高 岩 张尧贞 (48)
老年糖尿病与老年耳聋	王淑云等 (50)
肺癌中医辨证分型与血清铜、锌关系探讨	米逸颖等 (53)
颈椎牵引的力学实验及临床应用	李 晶等 (56)
交感型颈椎病的康复医疗	李 晶等 (59)
不同病理类型肺癌骨转移的特点及规律	杨瑞品 屈婉莹 (61)
核素骨显像诊断老年人不同病理类型肺癌骨转移	杨瑞品 屈婉莹 (64)
肌型肌酸激酶亚型判断急性心肌梗塞溶栓治疗后的再灌注	杨振华等 (67)
血清肌型肌酸激酶亚型等电聚焦测定法	唐志毅等 (69)
降胆固醇新药——HMGCoA 还原酶抑制剂	傅得兴等 (73)
人体雌三醇透皮吸收的研究	宋友华等 (76)
血清胆固醇酯脂肪酸组成的种属差异及其与动脉粥样硬化易感性的关系	陈文祥 李健斋 (78)
人血清载脂蛋白 C II 的分离纯化及其单克隆抗体的制备	黎 健等 (81)
载脂蛋白 C _I 保护内皮细胞拮抗低密度脂蛋白损伤的实验观察	刘清华等 (86)
人工合成胸腺五肽的免疫增强作用	刘俊达等 (88)
全国乙型肝炎病毒标志物免疫学检验室间质量评价	郑怀竞等 (91)
高效液相色谱法测定全血环孢霉素 A	梁 玉 吴莱文 (95)
诺衡和美降脂治疗原发性高胆固醇血症的疗效比较	迟家敏等 (99)
ERCP 对 5 例先天性胆总管囊肿的诊断报告	田自然等 (103)
肌型肌酸激酶亚型在急性心肌梗塞早期诊断的临床应用	毛利民等 (105)
假单胞菌苗 (PJV) 治疗恶性胸水疗效的评价	许佩珉等 (108)

70 岁以上老年人急性胆道感染的手术处理 (附 58 例报告)	乔江春等 (113)
Bentall 手术中出血的预防和处理	金旦年等 (115)
肺大疱的外科治疗 (附 30 例分析)	肖 锋等 (118)
95 例前列腺癌临床分析	王少华 邵鸿勋 (120)
镜像书写与大脑功能关系的探讨	王新德等 (122)
脑血管病引起的失语症 48 例《汉语失语症检查法 (草案)》检查结果的讨论	王新德等 (125)
胰腺及胰腺周围淋巴结结核的影像学诊断 (附 3 例报告)	顾占军等 (128)
无功能性胰岛细胞瘤的影像学诊断 (附 4 例报告)	胡荣剑等 (130)
慢性阻塞性肺病中 X 线和肺功能的关系	潘纪成等 (132)
贲门癌 X 线诊断的问题	赵增寿 顾占军 (136)
放射性核素骨显像诊断股骨头缺血性坏死	杨瑞品 朱 明 (138)
老年人甲状腺癌——附 30 例扫描与病理对照分析	杨瑞品 (140)
中药饮片加工炮炙在临床中的意义	冯素坤 傅得兴 (141)
自制亲和色谱微柱测定糖化血红蛋白	邹 定等 (144)
老年病人医院感染的抽样调查	周清德 赵菊英 (146)
一种行之有效的病案质量控制方法	付雪英等 (150)
北京市医院血清胆固醇与甘油三酯测定情况调查 (1991)	李健斋等 (152)
老年糖尿病患病影响因素的主成分分析	李宁华等 (155)

第二部分 研究生毕业论文摘要

经尿道 (膀胱内) B 超和 CT 扫描对膀胱肿瘤分期的评价	魏 东 (157)
头颈肿瘤病人外周血内 T 淋巴细胞亚群的研究	段政明 (159)
肝炎肝纤维化时胶原及纤维连接蛋白的变化	刘慧丰 (161)
丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 同工酶的测定及其临床应用	马 兰 (162)
免疫沉淀法测定乳酸脱氢酶同工酶 (LD _s) 及其临床应用	李义龙 (163)

肺炎病人周围血 T 淋巴细胞产生白细胞介素-2 能力的研究

呼吸内科 丘道明 张蕙芬 高立 缪竞智 李佩珍

摘要 对 54 例急性期肺炎病人及部分恢复期肺炎病人周围血 T 淋巴细胞产生白细胞介素-2 (IL-2) 的活性进行了测定, 并与 20 例老年缓解期慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 病人、27 例健康老年人和 32 例健康中老年人进行了比较, 结果显示: 老年急性期肺炎病人的 IL-2 活性显著低于健康老年人、老年缓解期 COPD 病人和老年恢复期肺炎病人 ($P < 0.01$); 健康老年人和老年缓解期 COPD 病人的 IL-2 亦显著低于健康中老年人 ($P < 0.01$); 这些可能是老年肺炎病人病情较重及易迁延不愈的原因之一; 而老年缓解期 COPD 病人及老年人机体细胞免疫功能低下可能是他们易患感染性疾病的原因之一。

关键词 肺炎 T 淋巴细胞 免疫 白细胞介素-2

淋巴因子白细胞介素-2 (IL-2), 原称 T 细胞生长因子 (TCGF), 是由 Morgan 等^[1] 人在 1976 年发现的。IL-2 的主要作用是促进 T 细胞的增殖, 并能增强自然杀伤细胞 (NK) 活性及作用于 B 细胞, 使之增殖。IL-2 在机体的免疫反应中起重要作用。现已注意到某些细菌的酶类在体外可抑制 T 淋巴细胞的增殖并能分解 IL-2^[2]。本文对 54 例急性期肺炎病人及部分恢复期病人外周血 T 淋巴细胞产生 IL-2 的活性进行了测定, 旨在了解肺炎过程中患者 T 淋巴细胞产生 IL-2 能力的变化及其在疾病发生发展中的作用机制。

材料与方 法

一、检测对象的选择:

检测对象为 1989 年 9 月至 1990 年 3 月住院及急诊留观的急性期病人 54 例 (老年人 31 例, 年龄 60~96 岁, 平均 74 ± 5 岁, 男 17 例, 女 14 例; 中老年人 23 例, 年龄 20~57 岁, 平均 40 ± 13 岁, 男 12 例, 女 11 例), 所有病人在近 1~2 周内均有上呼吸道感染病史, 此次发病均有明显的肺炎临床表现, 并且无慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 以外的重要

合并症。痰培养 25 例为革兰氏阴性杆菌 (G^-), 4 例为革兰氏阳性杆菌 (G^+), 其余为正常菌群。恢复期病人 33 例 (老年人 24 例, 年龄为 62~94 岁, 平均 73 ± 4 岁, 男 15 例, 女 9 例; 中老年人 9 例, 年龄 20~54 岁, 平均 37 ± 11 岁)。老年缓解期 COPD 病人 20 例 (年龄 60~87 岁), 平均 69 ± 7 岁, 男 10 例, 女 10 例)。健康对照组 59 例 (老年人 27 例, 年龄 60~88 岁, 平均 70 ± 6 岁, 男 14 例, 女 13 例; 中老年人 32 例, 年龄 20~55 岁, 平均 35 ± 12 岁, 男 17 例, 女 15 例)。

二、主要仪器、试剂与用品:

1. 主要仪器: β -液闪仪 (Beckman 公司)。

2. 培养基与试剂。

(1) 培养基: RPMI-1640 培养基 (GIBCO), 添加入 $15 \times 10^{-3} \text{mol}$ 的 4-(羟乙基)-1-哌嗪乙磺酸 (HEPES)、 $2 \times 10^{-3} \text{mol}$ 谷氨酰胺、 $16 \times 10^{-3} \text{mol}$ 的碳酸氢钠、 $5 \times 10^{-5} \text{mol}$ 的 2-巯基乙醇 (2-ME, 瑞士)、100U/ml 青霉素和 100 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 链霉素, 再加入 10% 灭活健康人 AB 型血清 (协和医院血站提供) 成为完全型培养基。(2) 试剂: 淋巴细胞分离液 (Ficoll-Hypaque), 比重 1.077, (上海生物制

品所);胎牛血清(FCS,北京生物制品所);P型植物血凝素(PHA-P,DIFCO),³H-胸腺嘧啶核苷(³H-TdR,中科院原子能所);刀豆蛋白A(ConA,Sigma)。

3. 动物: C₅₇BL/6 小鼠(医科院动物中心提供)。

三、方法

1. 外周血淋巴细胞(PBL)的分离:

取外周静脉血 4~6ml, 10U/ml 肝素抗凝;用等量 D-Hanks 液稀释,置于淋巴细胞分离液上进行密度梯度离心(冷冻离心机), 2000r/min, 20 分钟,吸出中层单个核白细胞,用含 4%FCS 的 D-Hanks 液洗净,收获淋巴细胞,细胞存活率在 95%以上。

2. IL-2 的诱生:

采用张蒲^[3]、常金丽^[4]等方法,分离的 PBL 按 1×10^6 /ml 悬于 RPMI-1640 完全培养基中,置于 24 孔细胞培养板(Costar)内,加入 PHA-P,终浓度为 0.25%,总容量为 1ml,在 37℃, 5%CO₂ 条件下培养 48 小时, 5000r/min,离心 3 分钟,收集上清液,0.22μm 滤膜过滤除菌, -40℃冻存待测。

3. IL-2 样本的最适稀释度:

收获的 IL-2 样本分别在 1:4、1:8、1:16、1:32 稀释度下测每分钟放射性计数值(cpm),选出的最适稀释度为 1:16,所有样本在此稀释度下进行 IL-2 测定。

4. 小鼠脾脏 T 母细胞作为反应细胞:

ConA 刺激三天的 C₅₇BL/6 小鼠脾细胞用 Ficoll-Hypaque 分层液分离出活的淋巴细胞,用 D-Hanks 液洗净,于 96 孔平底板(Costar)每孔加入 5×10^4 个细胞,加入 1:16 稀释的 IL-2 样本,使总液量为 200μl。培养 22 小时后每孔加 0.5μCi³H-TdR (1Ci=37GBq),再培养 6 小时收获细胞于玻璃纤维纸片上,纸片干燥后加闪烁液测 cpm 值,用刺激指数(SI)表示增殖能力,代表 IL-2 的活性。

$$SI = \frac{\text{实验组 cpm}}{\text{对照组 cpm}}$$

5. 统计学处理:

所测结果进行 *t* 检验。

结 果

老年急性期肺炎病人 PBL 产生的 IL-2 活性显著低于健康老年人、老年缓解期 COPD 病人,并且也低于恢复期的老年病人 ($P < 0.01$);老年缓解期 COPD 病人 PBL 的 IL-2 活性与健康老年人的差异无显著性 ($P > 0.05$);中青年急性期肺炎病人 PBL 的 IL-2 活性也显著低于健康中青年 ($P < 0.01$);部分恢复期中青年肺炎病人 PBL 的 IL-2 活性仍低于健康中青年人 ($P < 0.01$);健康老年人 PBL 的 IL-2 活性也非常显著地低于健康中青年 ($P < 0.01$) (附表)。

附表 各组 PBL 的 IL-2 活性比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	n	IL-2 (SI)
老年急性期肺炎病人	31	3.61 ± 2.73
健康老年人	27	$7.54 \pm 2.73^{*\Delta}$
老年恢复期肺炎病人	24	$5.51 \pm 1.65^{**}$
老年缓解期 COPD 病人	20	$6.17 \pm 2.06^{***\Delta}$
中青年健康人	32	$18.09 \pm 4.48^{*\Delta}$
中青年急性期肺炎病人	23	$9.23 \pm 3.02^{*\Delta}$
中青年恢复期肺炎病人	9	$13.62 \pm 1.96^{*\Delta}$

注: * 为与老年急性期肺炎组比较 $P < 0.01$; * 为与健康老年组比较 $P < 0.01$; ** $P < 0.05$; *** $P > 0.05$; Δ 为与健康中青年组比较 $P < 0.01$

讨 论

本文结果显示,无论是老年肺炎病人或是中青年肺炎病人,他们 PBL 的 IL-2 产生能力均明显低于健康对照组,恢复期时的 IL-2 活性也仍然低下。老年肺炎病人的免疫功能在疾病的发生发展中变化较为复杂,但一直处于免疫抑制状态,原因是多方面的:(1)由于老年人受感染因素的影响,易诱导出较多的 T 抑制细胞(Ts),Ts 胞膜上的 IL-2 受体能吸收 IL-2,使 IL-2 产生减少^[5],同时 Ts 也可直接抑制 T 辅助细胞(T_H)产生 IL-2;(2)一些感染因子成份亦可抑制 IL-2 的生

成^[6]；像绿脓杆菌的碱性蛋白酶（AP）和弹性蛋白酶（ELA）在体外可分解 IL-2，并抑制淋巴细胞的增殖^[2]；（3）T_h 产生 IL-2 需要单核巨噬细胞（Mφ）的存在，Mφ 分泌的 IL-1 作为 Mφ 的第二信号使 T_h 细胞产生 IL-2^[7]；老年人 Mφ 功能低下，产生 IL-1 减少；Mφ 功能尚可为流感病毒所抑制；（4）肺炎病人在炎症情况下前列腺素 E₂（PGE₂）产生增多，PGE₂ 能通过激活 Ts 细胞而抑制 IL-2 的产生^[8]。所以病毒性感冒之后发生肺炎的病人，他们 PBL 的 IL-2 活性降低，其原因较多，机制较为复杂，尤其是老年病人。

老年缓解期 COPD 病人 PBL 产生的 IL-2 活性与健康老年人相比差异无显著性，但均较为低下，这可能与他们易患感染性疾病有一定关系。

健康老年人 PBL 的 IL-2 活性明显低于健康中青年，为后者的 1/2~1/3，与 Gillis^[9] 的结果相同，与陈慰峰等^[10] 的报道一致。

参 考 文 献

1. Morgan DA, et al. Selective in vitro growth of T lymphocytes from normal human bone marrow. *Science*, 1976, 193 : 1007.
2. Theander TG, et al. Inhibition of human lymphocyte

- proliferation and cleavage of Interleukin-2 by pseudomonas aeruginosa proteases. *Infect Immun*, 1988, 56 : 1673.
3. 张 蒲, 张建中. IL-2 产生的条件和不同测定方法的比较. *中国免疫学杂志*, 1986, 2 : 367.
4. 常金丽, 等. PHA 诱导人外周血淋巴细胞产生 IL-2 的方法学及影响因素探讨. *上海免疫学杂志*, 1989, 9 : 9.
5. Schmidt JA, et al. Interleukin 1, a potential regulator of fibroblast proliferation. *J Immunol*, 1982, 128 : 2177.
6. Lamb JR, et al. Induction of tolerance in influenza virus immune T lymphocyte clones with synthetic peptides of influenza hemagglutinin. *J Exp Med*, 1983, 157 : 1434.
7. Farrar JJ, et al. The biochemistry, biology, and role of interleukin 2 in the induction of cytotoxic T cell and antibody-forming B cell responses. *Immunol Rev*, 1982, 63 : 129.
8. Antonaci S, et al. Humoral immune response in aged humans; suppressor effect of monocytes on spontaneous plaque forming cell generation. *Clin Exp Immunol*, 1983, 52 : 387.
9. Gillis S, et al. Immunological studies of aging. Decreased production of and response to T cell growth factor by lymphocytes from humans. *J Clin Invest*, 1981, 67 : 937.
10. 陈慰峰, 等. 老年人末梢血 T 淋巴细胞分泌淋巴因子的能力. *中华老年医学杂志*, 1987, 6 : 110.

〔刊于中华结核和呼吸杂志, 1992, 15(1) : 11~13〕

老年人急性下呼吸道感染发展的自然史

呼吸内科 张蕙芬 李佩珍 樊永固 侯 军 张桂兰

摘要 32 例 80 岁以上老年人呼吸道感染长期病史纵向分析表明：老年人急性呼吸道感染多始于中年以后；多先患上呼吸道感染，而后下行致下呼吸道感染（简称下感）。受凉为主要诱因；吸入异物为高龄者及神经系统疾病患者发生下感的重要因素，本组有 14 例。一些老年人合并症的存在影响下感的发展和治疗。随增龄下感发生渐频，以至迁延久治难愈。病程进度个人不同，全程可达数十年。多死于急性肺炎，并发呼衰、心衰。讨论了老年人急性非特异性下感发生和发展的自然过程及有关因素。

关键词 呼吸道感染 痰

呼吸道感染（简称呼感）是老年人的常见病。本院 1978~1987 年十年中，部分内科

病房每年因呼感入院者占该病房住院总例数的 40%~50%，其中一些病例反复多次住院。在长期的观察下，我们见到有些病例原无呼感史，后来发生了急性呼感；并随增龄而发展，甚至最终死于呼感；为了有足够长的时间纵向观察呼感的发生和发展，我们对 1978~1989 年底死亡的和现存的 80 岁以上的常患呼感患者在本院有长期的、详细的病历资料进行分析，试图探讨老年人急性呼感发生和发展的进程和有关因素。

方 法

对每份病历从最早开始，逐页查阅，注意患呼感的病史，记录其发生的年龄、诱因、临床表现、部位（鼻、咽、喉、气管、支气管、肺）及治疗等资料，加以整理，综合分析，探讨老年人呼感发生和发展的规律。

资料与分析

一、一般资料

共收集 80 岁以上老年患者 32 例，其中已死亡者 20 例，病史长达 10~37 年，平均 29 年；生存者 12 例，观察至 1989 年底已 14~40 年，平均 31.9 年。32 例均为男性，患呼感前大多年龄在 50~60 岁，健康状况尚好，都担负着脑力工作和参加社会活动。20 例已死亡者终年：80~84 岁 5 例，85~89 岁 7 例，90~94 岁 5 例，95~99 岁 2 例，100 岁 1 例；12 例尚生存者现年：80~84 岁 7 例，88 岁 1 例，90~94 岁 3 例，99 岁 1 例。

二、呼感发生和发展的年龄

见表 1。

由表 1 可见上感、下感初患多在 50~60 岁以后，肺炎初患多在 70 岁后，80 岁后肺炎频患者增多。

表 1 32 例 80 岁以上老年人
呼感发生和发展的年龄

例数	呼感发生和发展的年龄（岁）						
	30~40	40~50	50~60	60~70	70~80	80~90	90~
上感初患 32	2	4	16	9	1	0	0
下感初患 32	2	3	12	7	8	0	0
下感频患 32	0	1	2	7	13	7	2
肺炎初患 29*	0	1	2	5	10	11	0
肺炎频患 27**	0	0	0	2	9	14	2

*3 例未患肺炎，**5 例未频患

上感：上呼吸道感染；下感：下呼吸道（不含肺）感染；频患：每年一或数次。肺炎均有 X 线证实

三、呼感发展进程

从 20 例已死亡患者病程分析老年人呼感发展进程，见表 2。从表 2 可见，自上感初患至下感初患相隔时间多较短，自上感初患

表 2 20 例 80 岁以上老年人长期呼感发展进程

	年数			总例数
上感初患→下感初患	0*	1~4	14~20	20
	(12)	(4)	(4)	
上感初患→肺炎初患	7~10	12~17	21~51	19
	(4)	(5)	(10)	
下感初患→死亡	10~17	23~37	51~57	20
	(5)	(13)	(2)	
肺炎初患→死亡	1~10	12~17	20~25	19
	(11)	(4)	(4)	
呼感全程	17	20~40	51~57	20
	(1)	(17)	(2)	

注：（）为例数

*表示同时或同年患上感、下感
1 例在全程中未患肺炎

至肺炎初患间隔较长，其间可能有多次呼感；自下感初患至死亡多历时长久，而自肺炎初患至死亡多在 10 年以内，其中常反复多次发生。呼感的全程很长，早期对患者健康影响小；至后期下感迁延或肺炎反复。影响患者生活和生命。

四、呼感的诱因

受凉：本组 32 例几乎各例每次发生呼感的主要诱因都是受凉，如气候变化、风扇、空调、衣着不当、洗澡等外界的变化。

吸入：32例中，14例有吸入现象，表现为进食或呕吐时咳嗽剧烈或吸入食物。特别是在高龄者或患神经系统疾病者吸入后发生下呼吸道感染或肺炎，本组有6例因反复肺炎用鼻饲后肺炎的发生明显减少。

劳累：有的高龄体衰老年人在参加社会活动后感到疲劳，随之发生呼感。

也有的找不出诱因。

五、血白细胞的变化

本组各例在患上感时，除呼吸道症状外，常伴有不同程度的发热、白细胞略增高或不高。痊愈后，血象恢复正常。初患下感时，白细胞多升高，愈后下降至正常。反复患下感者白细胞总数及中性细胞升高持续时间较长，随治疗仍可恢复至正常；但有时临床表现已愈，而白细胞总数偏高，常 $>10 \times 10^9/L$ 。在最后感染加重时，白细胞更升高。抗感染治疗难以控制时，白细胞愈见升高。

六、痰细菌学检查

各例在长期反复患呼感时都做过多次痰培养。出现的细菌，有的无特殊，有的多种多样，难以判断其致病性。总的趋势是，在急性下感早期细菌种类少，常见的有甲型链球菌、奈瑟球菌、肺炎克雷白菌、流感嗜血杆菌及肺炎链球菌等。反复感染用药较多者常并有大肠埃希氏菌、绿脓假单孢菌及白色念珠菌。终末期患者的痰培养常有多种少见的革兰阴性杆菌，并多耐药。

七、血气分析

20例死亡者中，有19例在生命最后数年内做过多次血气分析。动脉化耳血二氧化碳分压($PaCO_2$)大都在正常范围内，氧分压(PaO_2)偏低(6.3~8.4kPa，即47~65mmHg，1kPa=7.5mmHg)。在急性呼感严重、呼吸加快时， PCO_2 下降(3.1~4.1kPa)。到临终，呼吸变浅， PCO_2 上升(8.3~10.7kPa)。

八、影响下呼吸道感染发展的合并症

脑血管病14例，帕金森综合征3例，冠心病19例(包括心肌梗塞、心律失常、心

衰)，肺心病5例，慢性支气管炎12例，糖尿病6例，肺癌2例。

九、转归

现存活的12例，年龄81~99岁，病程10~40年，下感均处于频患阶段，病情轻重不一；8例可自由活动，2例活动受限，2例痴呆卧床。

死亡20例，死亡原因：(1)肺炎13例，其中并发呼衰2例，呼衰并心衰6例，呼衰并肾衰1例，呼衰并消化道出血1例，感染性休克1例，合并肺癌呼衰2例；(2)下感合并慢性支气管炎、肺心病、冠心病、心衰、呼衰3例及下感合并慢支、胃癌、呼衰1例；(3)急性心肌梗塞3例，原患下感恢复，合并慢支、冠心病。

讨 论

一、老年人急性非特异性下呼吸道感染发生和发展的过程

综合对32例常患呼吸道感染的80岁以上老年人呼感病史的纵向分析，可见初患急性下感前均先有上感发生；随之，咳嗽、咯痰、胸前不适，伴或不伴发热，经治疗不久痊愈。以后的发展不同形式：(1)数年不再患或偶患；(2)每患上感，随之患下感，治愈后不久又再发，有时一年数次；(3)随增龄，下感发生增多，用原常用的有效药物不易完全治愈，平时就有咳嗽、咯痰，成为迁延性，临床上难与慢性支气管炎区别，急性下感与所谓的“慢性支气管炎急性发作”在治疗上相同，均需用抗感染药，表明二者均有感染存在；(4)进入七八十岁后易发生肺炎，80岁后患肺炎者明显增多。随增龄，老年人下感或肺炎易频患，常伴发热，血白细胞持续升高，痰培养虽不绝对可靠，但可见细菌种类增多，尤其是革兰阴性菌，并多耐药。终末阶段在吸氧时血气分析仍显示低氧血症，而没有或有较轻度的高碳酸血症。

通过上述分析可将老年人下感的发展进

程分为以下阶段：(1) 从急性上感→急性下感；(2) 下感偶患→频患→迁延→终末。各阶段历时长短不一，全程可长达数十年。

二、与老年人下感发生和发展有关的因素

老年人患上感不比青年人多，而下感则多见。其发生与许多因素有关^[1,2]。本组资料可见增龄是一个主要因素。增龄引起机体各方面的变化：(1) 上呼吸道保护性反射减弱，喉部反应下降，病原体易进入下呼吸道，据 Pontoppidan 等^[3]报道，这种变化主要发生于中年以后，与本组所见老年人初患下感多在中年以后相一致；(2) 气管及支气管的粘膜纤毛运动功能下降，不能将从外界、口腔和上呼吸道进入下气道的尘埃、食物残渣及分泌物等迅速排出，以致病原体在气道内得以滋生，这种变化也是在 50 岁以上的人明显，在不吸烟者也是如此；(3) 免疫功能下降，体循环中 T 细胞和巨噬细胞比例下降；(4) 各系统器官组织功能下降，御寒能力降低，因而常不自觉地受了凉，这在本组各例中很常见。

一些合并症的存在与老年人下感的发生和发展有密切关系，特别是神经系统疾病。本组有 14 例都是在发生脑血管病或帕金森综合征后，由于行动障碍或长期卧床及吞咽动作不协调，引起吸入而反复发生下感，特别是肺炎；也有因呕吐时将食物吸入气道而致吸入性肺炎。心肌梗塞或心力衰竭的老年人，

因卧床活动受限，肺淤血，气道分泌物排出困难，致下感不易痊愈，肺炎吸收缓慢，而易反复发生。合并慢性支气管炎的患者支气管分泌物多，为细菌繁殖提供条件，易反复发生急性下感。

一些老年人由于长期睡眠障碍，惯用安眠药。本组患者多数如此。镇静安眠剂对老年人的呼吸功能是不利的，它可抑制呼吸和呼吸道的保护性反射，从而使老年人本来就偏低的血氧更降低及二氧化碳潴留。熟睡后，咳嗽反射减弱，痰液不易排出，或口咽部分泌物流入下呼吸道而无反射性咳嗽。

本组 32 例中，8 例从不吸烟，7 例在患下感前已戒烟，2 例一直吸烟至临终，其余多有 30~50 年的吸烟史。从患者吸烟情况，未见急性下感的起病与吸烟有明显的直接关系。

参 考 文 献

1. Brocklehurst JC. Textbook of geriatric medicine and gerontology 3 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985, 735—736.
2. Pathy MSJ. Principles and practice of geriatric medicine. Chichester: John Wiley and sons Ltd, 1985, 517.
3. Pontoppidan H, Beechcher HK Progressive loss of protective reflexes in the airway with the advance of age. JAMA, 1960, 174: 2209.

[刊于中华老年医学杂志, 1992, 11(2): 74~76]

The natural history of development of acute lower respiratory infection in elderly

Zhang Hui-fen, et al

A longitudinal analysis of the history records of 32 elderly patients over 80 years and about the development of acute lower respiratory infection (ALRI) indicates: ALRI in elderly mostly began after middle age. It started as acute upper respiratory infection and then descended to become ALRI. Catching cold is the main precipitating cause of respiratory infection. Aspiration is an important factor in inducing ALRI or pneumonia especially in those of advanced age and with neurological diseases. ALRI became more frequent and protracted with the increase of age. Its progress varied individually. The whole course might last several decades. The presence of some geriatric diseases affected the development and treatment of ALRI. The majority of patients died of pneumonia complicated by respiratory failure and heart failure. The natural development of acute non-specific lower respiratory infection in elderly and its relevant factors are briefly discussed.

美降脂治疗原发性高胆固醇血症 的临床观察

内 分 泌 内 科 迟家敏 孙美珍 曾昭者
药 剂 科 万翼英 傅得兴
生物化学研究室 李洛生 李健斋

摘要 我们报道了美降脂治疗 40 例原发性高胆固醇血症的疗效。结果显示：服安慰剂 35 天血脂无改变 ($P>0.5$)。服美降脂 3 个月后平均降低血清总胆固醇 31.5%，低密度脂蛋白—胆固醇 39.8%，载脂蛋白 B 27.3%，总胆固醇/高密度脂蛋白—胆固醇之比值 35.9%；甘油三酯的降低和高密度脂蛋白—胆固醇及载脂蛋白 A₁ 的升高不明显。3 个月的临床观察中，未见严重的副作用。我们认为美降脂是目前降低血清总胆固醇、低密度脂蛋白—胆固醇和载脂蛋白 B 较有效而安全的药物之一，值得临床推广使用。

关键词 血胆固醇过多症 美降脂

美降脂 (Lovastatin 原名 Mevinolin) 是胆固醇合成酶系中限速酶甲基羟戊二酰辅酶 A (HMG·CoA) 还原酶的竞争性抑制剂，据认为是目前降低血清胆固醇有效而安全的药物之一。该药于 1987 年由美国 FDA 正式批准临床使用，现已有不少报道^[1~3]，但国内尚未见到。我们于 1990 年冬至 1991 年春用该药治疗原发性高胆固醇血症，现将临床观察结果报道如下。

资料和方法

一、病例选择 在血脂门诊选择符合下列条件的原发性高胆固醇血症患者为临床观察对象：1. 排除了由糖尿病、甲状腺机能减退症、痛风和肝、胆、胰及肾脏等疾病引起的继发性高脂血症；2. 至少 1 个月未服用噻嗪类利尿剂、 β 受体阻滞剂、性激素、甲状腺激素、胰岛素等影响血脂的药物；3. 近 6 个月内无急性心肌梗塞、心脏手术、脑血管意外及其他严重疾病者；4. 在停用一切血脂调节剂并进行低脂低胆固醇饮食后，连续 2 次

以上（每次间隔至少 1 个月）测定血清总胆固醇 (TC) $>6.5\text{mmol/L}$ (250mg/dl)。按以上条件，共选择 40 例，其中伴血清甘油三酯 (TC) $<2.3\text{mmol/L}$ (200mg/dl) 者 15 例，伴高密度脂蛋白—胆固醇 (HDL-C) 低下者即男性 $<0.9\text{mmol/L}$ (35mg/dl) 或女性 $<1.0\text{mmol/L}$ (40mg/dl) 10 例。40 例中，男性 19 例，女性 21 例。除 1 例 8 岁患者外，平均年龄 58.6 ± 11.0 岁 (38~74 岁)。合并高血压病者 12 例、冠心病者 8 例、脑血管病者 1 例。体重质量指数 (BMI) >24 者 22 例， ≤ 24 者 18 例。

二、临床观察方法 所有受试者低脂低胆固醇饮食后，临床观察分三期：1. 病例选择期 (1 个月)，先后 2 次测血清 TC $>6.5\text{mmol/L}$ ；2. 安慰剂期 (35 天)，40 例患者均口服与美降脂药片相似的安慰剂 20mg/日。结束时测血清 TC 在 $<7.8\text{mmol/L}$ 18 例， $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 22 例；3. 美降脂期 (3 个月)，第 1 个月时口服美降脂 20mg/日，第 2 个月时血清 TC 仍在 5.2mmol/L (200mg/dl) 以上的

37 例剂量增加至 40mg/日, 其中 30 例在第 3 个月时最大剂量为 80mg/日。药物均在每日晚餐时 1 次口服。治疗期间保持与服药前相似的膳食。疗程中, 每 1 个月测血清 TC、TG、HDL-C、载脂蛋白 A₁ (Apo-A₁) 和 B (Apo-B)、GOT、CPK、AKP, 计算 TC/HDL-C 比值和低密度脂蛋白-胆固醇 (LDL-C) 浓度 (LDL-C 按 Friedewald 公式计算), 并记录体重、血压、心律、心率及服药的不良反应。服药前后测血清 CPT、TTT、血糖、BUN、Cr、Bil、血、尿常规和血小板, 检查肝脾大小、皮肤黄色瘤和角膜环变化, 记录心电图, <40 岁者由眼科检查晶状体。采取空腹 12 小时 (过夜) 后的血标本进行检测。血脂测定由卫生部北京老年医学研究所生化室在严格质量控制条件下进行^[4], 载脂蛋白用该室自制的抗血清用药光比浊法测定^[5]。其它血液生化由本院检验科测定。

美降脂及其安慰剂由美国默沙东 (Merck Sharp & Dohme) 大厂提供。

临床实验结果的数据经统计学处理, 进行 *t* 检验 (同体比较)。

结 果

一、40 例原发性高胆固醇血症患者服用美降脂 3 个月疗程中, 平均每例每日服美降脂 42.2mg, 其中血清 TC<7.8mmol/L 者平均 37mg, ≥7.8mmol/L 者平均 46.7mg。

二、美降脂对 40 例原发性高胆固醇血症的治疗效果见表 1。经 3 个月的治疗, 血清 TC<7.8mmol/L (平均 7.0 ± 0.4 mmol/L) 的 18 例, 7.8~10.3mmol/L (平均 8.9 ± 0.9 mmol/L) 的 16 例和 >10.3mmol/L (平均 11.4 ± 1.1 mmol/L) 的 5 例分别降至 5.1 ± 0.4 mmol/L (-27.6%)、 5.9 ± 1.1 mmol/L (-33.4%) 和 6.7 ± 0.7 mmol/L (-41.3%)。另有 1 例可能患纯合子家族性高胆固醇血症的 8 岁女孩, 血清 TC 由 26.3mmol/L 降至 20.2mmol/L (-23.2%)。

三、原发性高胆固醇血症患者服美降脂 3 个月后血脂各指标的变化 按目前国内血脂调节剂疗效评定标准 (卫生部·心血管药物临床研究指导原则, 1988 年) 其结果见表 2。

四、美降脂的副作用 所有受试者在治疗过程中, 有 7 例 (17.5%) 服药后中上腹不适感, 其中 3 例在第 2 个月服美降脂 40mg 时, 4 例在第 3 个月药物剂量增加至 80mg 时, 均未停药, 半月左右自行缓解。服药前后其他体征和心电图及 <40 岁的 9 例患者晶状体检查未见异常。有 2 例 (5.0%) 血清 CPK 在第 2 个月末比服药前升高 1 倍 (分别为 131U 和 89U), 疗程结束时又下降至正常。另 1 例 8 岁女孩服药第 2 个月末血清 AKP 由 86U 上升到 202U, 第 3 个月末又下降到 74U, 临床上无肌肉酸痛、乏力等不适感。其他血液生化指标都在正常范围内。40 例受试者都能坚持服药, 未中断治疗。

讨 论

降低高胆固醇血症患者血清 TC、LDL、Apo-B 水平, 对防治动脉粥样硬化和冠心病有肯定意义。对于饮食控制无效的原发性高胆固醇血症, 选择有效而安全的降脂药物是必要的。近几年国外临床观察, 证明美降脂降低血清 TC、LDL-C、Apo-B 的作用显著。

我们的临床观察结果显示: 服安慰剂前后血脂各项指标变化无差异 ($P>0.5$)。服美降脂 3 个月后, 血清 TC、LDL-C、Apo-B、TC/HDL-C 明显下降, 而降低 TG 及升高 HDL-C 和 ApoA₁ 的作用不明显, 与国外报道相似^[6]。从本文尚可看出, 血清 TC 越高, 每日需药物剂量越大, 其下降幅度也越大。各异常指标变化的有效率判断, 服美降脂 3 个月, 40 例血清总胆固醇升高者其 TC 降低总有效率达 95.0%, 15 例血清甘油三酯升高者其 TG 降低的总有效率为 73.3%, 10 例血清高密度脂蛋白-胆固醇过低者其 HDL-C 升

高的总效率为 70.0%。

美降脂降低血清胆固醇的作用机制是该药能对细胞内胆固醇合成的限速酶 (HMG·CoA 还原酶)起竞争性的抑制作用,从而减少了肝内胆固醇的合成;而且通过反馈调节,增加了 LDL 受体的合成,促进循环血中 LDL 的清除^[7]。

服美降脂 3 个月的患者,除 7 例有暂时

性中上腹不适及个别患者一时性 AKP 和 CPK 升高外,其他检查均在正常范围内。

通过对美降脂治疗 40 例原发性高胆固醇血症 3 个月的临床观察,认为该药能明显地降低血清 TC、LDL-C、ApoB 和 TC/HDL-C,优于目前临床上常用的血脂调节剂;且耐受性良好,未见严重的副作用。故我们认为值得临床推广使用。

表 1 美降脂治疗 40 例原发性高胆固醇血症的血脂变化 ($\bar{x} \pm s$)

		TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	TC/ HDL-C	ApoA _I (g/L)	ApoB (g/L)
观察期均值		9.2±3.2	2.2±1.3	1.3±0.3	6.9±3.5	7.7±5.0	1.23±0.20	1.70±0.59
安慰剂	均 值	8.8±3.3	2.2±1.2	1.2±0.3	6.5±3.5	7.8±5.1	1.26±0.21	1.65±0.63
	P 值	>0.5	>0.5	>0.5	>0.5	>0.5	>0.5	>0.5
美 降 脂	均 值	6.8±2.2	2.0±1.8	1.3±0.3	4.6±2.5	6.0±3.8	1.28±0.18	1.33±0.37
	一个月 升降 (%)	-22.2	-6.8	+2.5	-29.2	-23.1	+1.6	-19.4
	P 值	<0.005	>0.5	>0.5	<0.01	>0.05	>0.5	<0.01
	均 值	6.6±2.4	2.0±1.1	1.3±0.3	4.4±2.6	5.6±3.4	1.35±0.19	1.35±0.64
脂	二个月 升降 (%)	-24.7	-9.4	+5.0	-32.7	-28.2	+7.1	-18.2
	P 值	<0.002	>0.2	>0.2	<0.005	<0.05	>0.05	<0.05
	均 值	6.0±2.5	1.7±1.1	1.3±0.3	3.9±2.7	5.0±3.4	1.28±0.17	1.20±0.57
三 个 月	升降 (%)	-31.5	-22.1	+6.3	-39.8	-35.9	+1.6	-27.3
	P 值	<0.001	>0.05	>0.2	<0.001	<0.01	>0.5	<0.002

注:服美降脂的 P 值为与安慰剂期各指标比较的结果表中负为下降,正为升高

表 2 原发性高胆固醇血症患者服美降脂 3 个月后血脂各指标的变化

	总例数	显效例数 (%)	有效例数 (%)	无效例数 (%)	恶化例数 (%)	总有效例数 (%)
TC 升高者	40	35 (87.5)	3 (7.5)	2 (5.0)	0 (0)	38 (95.0)
TG 升高者	15	6 (40.0)	5 (33.3)	3 (20.0)	1 (6.7)	11 (73.3)
HDL-C 过低者	10	3 (30.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	7 (70.0)

注: 各项指标的显效、有效、无效和恶化的标准分别是 TC ↓ ≥20%、↓ 10%~20%、↓ ↑ <10%和 ↑ ≥10%; TG ↓ ≥40%、↓ 20%~40%、↓ 20%~↑ <10%和 ↑ ≥10%; HDL-C ↑ ≥10mg/dl、↑ 4~10mg/dl、↑ 或 ↓ <4mg/dl 和 ↓ ≥40mg/dl。

参 考 文 献

1. Lovastatin Study Group II. Therapeutic response to lovastatin (mevinolin) in nonfamilial hypercholesterolemia. JAMA 1986; 256 : 2829.
2. Havel RJ, et al. A multicenter study of lovastatin (mevinolin) in the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia Ann Intern Med 1987; 107 : 609.
3. Grundy SM. HMG • CoA reductase inhibitors for treatment of hypercholesterolemia. New Engl J Med 1988; 319 : 24.

4. Li Jian-zhai, et al. Serum lipid and lipoprotein patterns of Beijing populations from birth to senescence. Chin Med J 1988; 10 : 659.
5. 王嘉瑾, 等. 光散射及透射比浊法测定人血清载脂蛋白 A₁ 及 B. 中华医学检验杂志 1988; 11 : 2.
6. Jonathan AT Efficacy and long-term adverse effect pattern of lovastatin. Am J Cardiol 1988; 62 : 28.
7. Brown MS, Goldstein JL. A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis. Science 1986; 232 : 34.

[刊于中华内科杂志, 1992, 31 (1) : 32~34]

235 次 80 岁以上老年人外科手术评价

普外科 孙建华 鲁纯智

摘要 分析 80 岁以上老年人 193 例 235 次外科手术。73.5% 患者同时伴有各种内科疾病。术后并发症发生率为 26.4%，其中 75.0% 是由肺及心、脑血管等疾病引起。手术死亡率为 8.3%。死亡原因主要为急腹症休克及由内科疾病所致并发症。82.0% 患者术后效果满意。我们认为高龄并非外科手术的绝对禁忌症。80 岁以上老年人患外科疾病，适时采取手术治疗，可以减轻患者痛苦，提高生活质量。

关键词 外科手术/副作用 外科手术/死亡率

近年来，随着人口结构老龄化的进展，需要外科手术治疗的高龄老年人也逐渐增多。我院 1976~1980 年 80 岁以上老年患者外科手术仅 34 例次^[1]，1981~1985 年为 81 例次，1986~1990 年达 154 例次。我们总结 1981~1990 年 193 例 80 岁以上患者所行 235 次外科手术，以探讨对 80 岁以上老年人手术的态度及其死亡原因。

临 床 资 料

一、一般资料

193 例中，男 119 例，女 74 例。其中 28 例先后行两次以上手术，共 235 次手术。手术时患者年龄在 80~89 岁 216 例次，90~98 岁 19 例次。

有并存症者 142 例，占 73.5%，同时患

有两个系统以上疾病者 39 例。以冠心病 (76 例)、高血压病 (49 例)、慢性支气管炎 (46 例)、脑血管病 (32 例)、糖尿病 (20 例) 及肾功能不全 (11 例) 为主。

二、麻醉方法

采用硬膜外阻滞麻醉 174 例次，气管内综合麻醉 23 例次，局部麻醉 35 例次，静脉内、臂丛阻滞及蛛网膜下腔麻醉各 1 次。未发生麻醉意外。

三、手术类型

手术类型见表 1。大、中型手术占 68.5%。

四、术后并发症

235 次外科手术后发生并发症 62 例次，发生率为 26.4%。75.0% 的并发症是由并存内科疾病引起。并发症发生情况见表 2。

表 1 235 例次手术类型

手术类型	例次	手术类型	例次
大型手术	83	腹腔内引流术	5
食管癌根治	1	膀胱切开取石	5
胃大部切除	10	鹅头钉内固定术	48
胆囊切除胆管探查	11	小型手术	74
回结肠部分切除	19	剖腹探查术	6
前列腺切除	29	疝修补术	18
人工股骨头置换	13	阑尾切除	10
中型手术	78	大隐静脉剥脱术	1
甲状腺大部切除	2	膀胱肿瘤电灼	11
乳腺癌简化根治	4	睾丸切除	8
单纯胆囊切除	14	其他*	20

*如切开引流、取三刃钉及胃、肠、膀胱造瘘术等

表 2 并发症发生情况

并发症名称	例次	并发症名称	例次
肺部感染	17	电解质紊乱	7
肺梗塞	1	肝功衰竭	1
胸腔积液	1	肾功衰竭	1
心律失常	6	应激性溃疡	6
心绞痛发作	4	切口感染	2
心力衰竭	3	切口裂开	2
心肌梗塞	1	吻合口瘘	2
脑血管意外	6	尿道感染	2

五、死亡率及死亡原因

术后三个月内死亡 16 例，手术死亡率 8.3%。由于术后发生严重并发症致死 8 例，其中肺部并发症 5 例，心肌梗塞、脑血栓形成、肝功能衰竭各 1 例；由于疾病本身致死 8 例，包括术前休克手术抢救未成功 4 例，尿毒症行膀胱造瘘术 2 例，癌症晚期衰竭 2 例。

六、术后效果

82.0%患者术后效果满意。各种癌症患者 47 例，共行手术 54 次，资料完整的 35 例中，手术死亡 3 例，术后生存一年以上 23 例，占 65.7%；三年以上 10 例，占 28.6%，其中最长一例为 9 年，急症手术共 49 例次，其中急腹症手术 43 例次，死亡 6 例，其他急症手术 6 例次，死亡 3 例，手术成功率为

81.6%。股骨颈骨折 59 例，手术治疗 61 次（2 例双侧骨折），随诊 50 例中，手术死亡 2 例，37 例术后能下地行走，手术满意率为 74.0%。前列腺增生切除手术 29 例次，手术死亡 2 例，效果不满意行二次手术者 1 例，余皆恢复正常排尿功能。其他各种非急症手术 42 例次，未发生手术死亡。

讨 论

一、对 80 岁以上老年人手术的态度及疗效评价

老年人术后并发症发生率及死亡率各医院报道不同，广州红十字会医院统计 65 岁以上老年人手术并发症为 16.4%，病死率 10.2%^[2]。我院 1980 年资料分别为 10.4%、4.7%^[1]，本组分别为 26.4% 及 8.3%。因而我们认为高龄并非手术的绝对禁忌症，只要准确估计病情、充分术前准备、谨慎麻醉处理及精心术后护理，80 岁以上老年人手术治疗也可以取得良好效果。高龄老年人急腹症病情变化快，及时手术是防止病情恶化及挽救生命的重要措施。对 80 岁以上癌症患者，有人主张放弃手术或作简单手术。本组资料表明，80 岁以上癌症患者术后亦有较为满意的生存时间。老年人肿瘤有分化好、生长缓慢的特点^[3]，手术切除机会较多，应尽可能争取根治。股骨颈骨折、前列腺增生是高龄老年人最常见的外科疾病，适时采取手术治疗可以避免长期卧床及排尿困难，防止肺炎、尿潴留发生，使生活质量明显提高。我们有一例 92 岁老年人，先后两侧股骨颈骨折，术后均能下地行走。

二、80 岁以上患者手术死亡原因及预防措施

高龄老年人急腹症手术病死率较高。有报道 75 岁以上急腹症患者手术死亡率为 14%^[4]，本组亦为 14.0%。高龄老年人患有各种内科疾病是导致术后并发症及死亡的主要原因。其中肺部并发症及由此引起的病死

率较高,其次为心、脑血管并发症。因此,对80岁以上老年人除非急症抢救,术前应详细检查,了解各脏器功能,并有效地治疗各种并存疾病。肺部感染性疾病必须术前予以控制,心功能衰竭患者应控制心功能至少在Ⅰ~Ⅱ级,心肌梗塞后最好稳定半年,严重的心律失常及心肌缺血须采取有效治疗措施后考虑手术。对于相对紧急情况,如股骨颈骨折、前列腺增生尿潴留,可在非手术处理同时控制和治疗并存疾病,增加手术的安全性。我们有2例股骨颈骨折患者,因严重房室传导阻滞,术前先安装心脏临时起搏器,使手术顺利完成。

术式选择不当也是导致手术失败的原因之一。80岁以上老年人对手术的耐受性较差,应选择创伤小、出血少、牵拉轻、时间短

的术式。危重患者以挽救生命为主,有脏器衰竭或严重并存症者要以解除症状为主,尽量缩短手术时间。身体情况较好的高龄患者可适当选择效果好的术式。如股骨颈骨折采用人工股骨头置换术,术后两周即可下地行走。

(本资料骨科、泌尿科部分得到王福权、邵鸿勋主任医师指导,特致谢)

参 考 文 献

1. 徐世荣,等. 关于老年人手术问题. 中华老年医学杂志, 1982, 1: 84~87.
2. 李春爵. 老年人手术 528 例分析. 广州医药, 1984, 15(4): 28~30.
3. 陈嘉. 老年与肿瘤. 实用老年医学杂志, 1988, 2(2): 76~78.
4. 吴言涛. 高龄老人急腹症时术前准备. 实用外科杂志, 1987, 7: 174~174.

[刊于中华老年医学杂志, 1992, 11(5): 272~274]

Surgery in over 80 years old patients

Sun Jian-hua, Lu Chun zhi

The results of 193 patients, aged over 80, undertaken 235 surgical operations during the 10 years period from 1981 to 1990 in the Surgical Department of Beijing Hospital were analysed. Among them, 73.5% had one or more concomitant medical disorders of clinical importance. The rate of postoperative complications was 26.4% and majority caused by concomitant medical diseases. 16 patients died postoperatively and the mortality rate was 8.3% in terms of the number of operations. Their death was mainly from acute abdomen with shock or from surgery in those with concomitant diseases or postoperative complications. Under proper management, 82.0% patients showed good tolerance to surgical intervention and went through the procedures smoothly and with good result.

93 例 70 岁以上老年人胆道疾病 外科治疗分析

普外科 乔江春 王在同 李大军

摘要 报道 93 例 70 岁以上老年人胆道疾病手术治疗效果, 其中 44 例为急性胆道感染。有并存症者 65 例, 其中心血管疾病占 62.4%。胆囊切除 39 例, 胆囊切除及胆总管探查 43 例, 胆总管切开取石 8 例, 胆囊造瘘 4 例, 胆囊切除及胆总管十二指肠吻合和胆总管探查及肝左叶切除各 1 例。术后发生并发症 22 例 (23.7%)。手术总死亡率为 3.2%, 其中急诊组为 6.8%, 择期组无死亡。我们主张在充分术前准备后, 积极手术治疗。年龄不是老年患者胆道手术的禁忌症。

关键词 胆道疾病 外科手术*