

大。此纵向研究显示,TC 增加 0.32mmol/L 可使缺血性心脏病和中风的危险性分别增加 15% 和 6%。TC, 尤其 LDL-C 通常与长期的动脉粥样硬化过程有关, 然而很难说动脉粥样硬化的这种微小进展能引起冬季心血管病死亡率的骤增。本组结果显示的 HDL-C 与 TC 比值高峰出现在冬末初春, 更动摇了 TC 季节性变化能影响心血管病死亡率的假说, 因为此时的死亡率亦高。在此老年组, HDL-C 与 TC 的比值与心血管病死亡率呈强负相关。血栓形成的倾向性改变可能是死亡率季节性变化更为直接的机制。高 TG 时由于因子 VIIc, Xc 和纤维蛋白原浓度升高, 溶解纤维蛋白的活性降低, 可能导致冠心病和脑血栓形成发病率冬季亦高。然而本研究发现冬季 TG 的升高主要见于女性, 因此, 还应考虑到其他季节性变化的危险因素如血压、血浆纤维蛋白原。本组研究没有涉及血脂季节变化的原因, 进一步研究时应注意饮食、体育活动、体重和饮酒等方面。应当指出的是, 医生和研究者应当重视老年人血脂的季节性变化。

(林加滨摘 董长城校)

123 运动训练对老年慢性阻塞性肺气肿患者的益处 [英]/O'Donnell DE // Geriatrics. — 1993, 48(1). — 59~66

慢性阻塞性肺气肿 (COPD) 是导致老年人死亡及造成功能障碍的主要原因之一。在重症, COPD 仅以进行性呼吸困难及运动能力下降为特征。本文报道老年慢性阻塞性肺气肿患者进行运动训练的方法及益处。

对象与方法 23 例临床上稳定的 COPD 患者 (平均年龄 66 岁, 1 秒钟用力呼气量 FEV₁ 38±2%) 作为训练组, 13 例年龄匹配 (FEV₁ 36±3%) 的患者为对照组。要求患者不吸烟, 不伴有其它禁忌活动的疾病 (如活动性缺血性心脏病、严重心律失常或严重的肌与骨骼疾病)。

训练方案共 8 周, 每周 3 次, 每次持续 2~3 小时, 训练注重用运动大肌群来完成 (如步行、登梯、踏车、弯曲上肢等)。记录基础呼吸困难指数 (BDI)、医学研究会的呼吸困难标准 (MRC)、氧消耗曲线 (OCD) 和 Borg 主观劳累积分量表。对运动训练效果的评价是通过对训练前后的呼吸困难问卷及运动能力 (测量 6 分钟的步行距离等) 的评估进行的。两周进行一次理论教育。完成 8 周训练方案后, 可组成自助组进行院外持续训练。对具有低氧血症的

呼吸困难、呼吸肌无力的病人及那些行上肢运动比步行或登梯运动更感到呼吸困难的病人等, 可同时应用吸氧, 持续正压呼吸法, 呼吸肌力训练及上肢肌力训练等辅助训练方法。

结果 训练组的上肢累积做功显示增加了原来的 101±29%, 6 分钟步行距离平均增加 27±6% (64±10 米)。在对照组中运动耐力无任何改变。

顺序观察 102 个临床稳定 (FEV₁ 40±1%) 的严重 COPD 门诊病人, 完成训练方案后, 6 分钟步行距离增加 35±5%, 并有效地降低了呼吸困难症状 (用 Borg 量表表示)。

理论教育使病人提高了对自己疾病的认识。后期持续运动使患者每日生活得到充实, 自助小组使他们在心理上得到支持。

结论 经过有氧运动训练, 可减轻呼吸困难, 提高运动能力, 改善身心机能。

(顾春红 吕国良摘 周士材校)

124 能耐受肺切除术的肺功能生理标准 [英]/Miller JJ ... // J Thorac Cardiovasc Surg. — 1993, 105(2). — 347~352

本文是将肺功能的生理学、病理生理学和胸外科的临床治疗密切结合的一项研究工作。作者对 1974 年 7 月 1 日~1990 年 12 月 31 日期间进行肺切除术的 2340 名病人的肺功能进行了全面的分析。据此, 制定出能耐受各种类型肺切除术的肺功能的生理学标准:

一侧全肺切除 1 秒用力呼气量大于 2L, 用力呼气流速比每秒 1.6L 大 25%~75%, 最大随意通气量大于正常值的 55%。

肺叶切除 1 秒用力呼气量大于 1L, 用力呼气流速比每秒 0.6L 大 25%~75%, 最大随意通气量大于正常值的 40%。

肺段切除与肺楔状切除 1 秒用力呼气量大于 0.6L, 用力呼气流速比每秒 0.6L 大 25%~75%, 最大随意通气量大于正常值的 35%。

我们用此标准在临床上应用时, 否定了约 1% 根据其它临床指征原定进行肺切除术的手术治疗方案, 降低了肺切除术后的死亡率。

上述肺功能的生理标准, 为胸外科选择各类肺切除术适应症时, 提供了一个较准确的定量指标。

(江 岩摘)

125 因阻塞性肺疾病行单侧肺移植后的肺

功能与移植肺的位置 [英]/Levine SM... //Chest. —1993,103(2). —144~148

单侧肺移植已经成为梗阻性肺疾患晚期的一种可供选择的治疗措施。回顾1989年4月至1990年6月的14个此类病例,这些病人于术后1年复查时,14例中有11例存活,3例为左侧肺移植,8例为右侧肺移植。X线检查显示,左侧肺移植病人,其右侧肺压挤左侧的移植肺,而右侧肺移植病人,左侧肺则不压挤右侧的移植肺。因此,曾设想,因梗阻性疾患进行右肺移植的病人可能比进行左肺移植者的肺功能改善得更好些,所以比较了左肺移植与右肺移植病人的肺功能。共进行三项检测:于术前及术后第3和第12个月时测定1秒钟用力呼气量和肺活量,于术后第3和第12个月,进行分级运动试验和用扫描法测定肺通气—血流量。

结果 ①两组病人的1秒钟用力呼气量和肺活量,术后均比术前显著增大,表明无论左肺或者右肺移植都能明显地改善肺通气功能。至于改善的程度,虽然右肺移植病人比左肺移植病人的1秒钟用力呼气量和肺活量增加得都更大些,但组间区别无统计学意义。②分级运动试验结果在两组病人之间无显差异。这两项试验的结果一致表明左、右肺移植后肺通气功能均明显改善,且改善的程度相同。③右肺移植病人比左肺移植病人的肺通气和肺血流量大。不过,由于右肺比左肺的体积大,则此差异很可能是两侧肺的体积不同所致,而与移植肺是左肺还是右肺无关。

结论 因阻塞性肺疾患进行左侧肺或右侧肺移植后,病人肺功能的改善程度相同。

(江 岩摘)

126 65岁以上老年病人的透析 [英]/ Verbeelen D... //Kidney International. — 1993,43(Sup41). —27~30

本文回顾性评价65岁以上老年病人应用血液透析或腹膜透析的生存率。

方法 44例65岁以上终末期肾脏疾病病人,使用Karnowski和ECOG评分评价治疗开始时的状态,用生命表方法计算生存曲线并用对数等级检验进行比较,从透析开始的日期计算存活,用Cox比例机遇模式的均值分析预后因素。以下变量作为预后因素:年龄、性别、肾脏疾病、糖尿病、瘤形成、高血压、冠心病、ECOG和Karnowski评分和治疗

方式。组间比较用学生t检验。结果以均值±标准差表示,血液透析(HD)和连续门诊腹膜透析(CAPD)均按标准方法进行。

结果 24例采用HD,20例用CAPD。HD组开始治疗时年龄 72.7 ± 5.9 岁(65~85),ECOG评分 2.1 ± 0.8 (1~3),Karnowski评分 59 ± 14 (20~90)。CAPD组年龄 70.9 ± 5.5 岁(65~85),ECOG评分 1.9 ± 1.0 (1~4),Karnowski评分 62 ± 13 (40~80)。CAPD组存活中位数19个月,HD组47个月。尽管临床上许多不同,但无统计学意义。多变量分析表明治疗方式和评分是2种独立影响生存的因素。ECOG评分1(良好状态)的不同治疗方式的病人间生存率无差异,而评分3和4(不良状态)的病人HD组存活好于CAPD组。

讨论 欧洲资料表明CAPD组较HD更恶化;加拿大资料表明HD和CAPD治疗的病人3和5年生存率相似;Williams等观察到治疗方式(CAPD或HD)不影响病人的生存率;澳大利亚资料表明HD 5年生存率为59%,而CAPD仅为39%,然而65~74岁年龄组中无此差别。欧洲南部生存率好于北部,两地区间唯一相关差别是北部的糖尿病和冠心病发病率较高。

本研究中独立影响生存的因素是ECOG或Karnowski评分和治疗方式。欧洲肾脏病协会的资料表明年龄、肾脏疾病、地域、治疗方式可能都部分或全部影响肾脏病人的生存。Maiorca等概述不同作者的某些研究并发现显著影响生存的因素是年龄、血管病和糖尿病。本文发现病人的评分既受年龄也少许受肾脏病的影响。因此本文所见与其它学者研究一致,评分是多种因素综合的结果,甚至可以作为重要预后因素。

(李 强摘 杨品清校)

127 风湿性多肌痛和Horton氏病的抗心 肌磷脂抗体 [俄]/Рытикова МИ... //Клин Мед. —1993,71(2). —33~36

抗心肌磷脂抗体(ACL)常在全身性风湿性疾病患者的血清内出现,这些患者呈现以血栓形成、血管壁和中枢神经系统损害为特点的多系统表现。风湿性多肌痛(RP)和Horton氏病(HD)是两种多发于老年人的全身性风湿性疾病。本文旨在研究ACL增高与RP及HD的关系并探讨ACL的临床意义。

对象与方法 共检查RP病人29例(男9,女