

expression in a significant proportion of leukemic patients [J]. PLoS One, 2009, 4(3): e4788.

[15] Tins B, Illelinda J, Robert E, et al. Loss of red cell A, B, and H antigens is frequent in myeloid malignancies [J]. Blood, 2001, 97(11): 3633-3639.

[16] Ichikawa D, Itanda K, Hakomod S. Histo-blood group A/B antigen deletion /reduction vs. continuous expression in

human tumor cells as correlated with their malignancy [J]. Int J Cancer, 1998, 6(2): 284-289.

[17] David JA. Red cell genotyping and the future of pretransfusion testing [J]. Blood, 2009, 114(2): 248-256.

(收稿日期: 2011-04-23)

老年肺结核的临床特点及治疗展望

宋关君¹综述, 谢 柯²审校(重庆市红十字会医院: 1. 内科; 2. 医务科 400025)

【关键词】 老年; 肺结核; 临床特点; 治疗展望

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)15-1880-02

近年来, 老年人肺结核患病率居高不下, 且有逐渐增多的趋势, 老年肺结核成为结核病的重要传染源^[1]。为此, 作者就老年肺结核的流行现状、临床特点、治疗和督导策略等做如下简要分析, 为老年结核病防治提供参考^[2-3]。

1 老年结核病的流行病学现状

结核病发病年龄向老年推移, 是当今世界结核病的流行趋势^[4-5]。根据中国 2000 年全国第 4 次结核病流行病学抽样调查结果, 全国活动性肺结核患病率为 367/10 万, 涂(+)肺结核患病率 122/10 万, 菌(+)肺结核患病率为 160/10 万。男性活动性肺结核患病率在 60 岁为 1 415/10 万, 65 岁为 1 948/10 万, 70 岁为 2 196/10 万, 75 岁增加到 3 167/10 万; 女性活动性肺结核患病率在 60 岁为 445/10 万, 65 岁为 765/10 万, 70 岁为 795/10 万, 75 岁达到 878/10 万。男性涂(+)肺结核患病率在 60 岁为 427/10 万, 65 岁 621/10 万, 75 岁为 823/10 万; 女性涂(+)肺结核患病率在 60 岁为 148/10 万, 65 岁为 170/10 万, 70 岁为 204/10 万, 75 岁达 387/10 万。男性菌(+)肺结核患病率在 60 岁为 575/10 万, 65 岁为 914/10 万, 75 岁高达 1,275/10 万; 女性菌(+)肺结核患病率在 60 岁为 193/10 万, 65 岁为 289/10 万, 70 岁为 463/10 万, 75 岁达 457/10 万。这些调查结果表明, 老年人活动性肺结核患病率、涂(+)患病率和菌(+)患病率都随年龄的增长呈明显上升趋势^[6]。此外, 中国老年肺结核不但发病率高, 而且排菌和耐药情况严重, 已成为中国结核病传染源的主要组成部分^[7]。

2 老年肺结核的临床特点^[8-10]

2.1 发病率增加 肺结核是以细胞免疫功能低下为特征的慢性传染病。老年肺结核患者增多, 主要原因有: (1) 由于老年人机体功能退化性病变, 免疫功能逐渐减退, 再加上慢性基础疾病(如慢性支气管炎、肺源性心脏病等)的消耗, 使免疫功能低下更为明显, 成为肺结核病的易感人群。(2) 现在的老年人, 在青少年时期正是中国历史上结核病流行最猖獗的年代, 绝大多数受过结核的感染, 由于当时历史条件限制, 未得到规范及时的抗结核治疗, 病情缓慢进展一直迁延未愈或机体免疫功能下降使结核复发。(3) 人口老龄化, 老年人口比率增高, 使老年肺结核的发病率及患病率也随之增加, 当代老年肺结核患者增多已成为结核病流行的重要特征。

2.2 临床症状不典型, 合并症多, 漏诊、误诊率高 老年肺结核患者由于组织器官衰老, 功能衰退, 结核中毒症状轻, 不典型, 起病亦缓慢, 缺乏典型的结核病症状, 如低热、盗汗、咳嗽、咳痰、消瘦等。有资料显示, 老年肺结核并发症高达 10.7%~38.1%, 且重症肺结核多^[11-12]。临床常见的并发症如继发肺部感染、糖尿病、肺心病、呼吸功能不全以及心、肝、肾功能不全

等。常见的结核并发症如结核性胸膜炎、结核性腹膜炎、结核性脑膜炎、骨关节结核等。有统计数字报道, 住院老年肺结核合并各种并发症者比例高达 73.8%, 其中糖尿病占 17.5%, 肝、肾功能异常者占 30%^[13]。

老年肺结核患者常常多种疾病并存, 加之脏器老化, 功能低下, 其临床表现不典型, 症状及体征常不一致, 胸部 X 片也不典型, 导致患者及医务人员疏忽。老年人因抵抗能力降低, 虽然患了肺结核, 做结核菌素皮肤试验常呈假阴性, 这亦是引起临床上误诊、漏诊的一个重要因素。王丽华^[14]报道中老年人肺结核误诊、漏诊率常达 60%~70%, 而接受正规抗结核治疗的仅有 15% 左右。不少被其他并发症所掩盖, 常被认为是慢性阻塞性肺病、支气管扩张症、细菌性肺炎、胸内恶性肿瘤等疾病的症状, 而忽视肺结核的可能。

2.3 复发率高, 病程冗长 老年人抵抗能力伴随着年龄的增加而下降, 对自己的症状和感受不如青年人敏感, 加之常常并发有其他疾病, 如慢性支气管炎、哮喘等, 往往对自己的症状忽视, 不能及时就诊, 自行延误, 使病程迁延不愈, 不规则治疗, 而成为复治。老年人常常有慢性呼吸系统病患反复急性感染, 如中老年人在慢性支气管炎的基础上易反复发生肺部感染, 在肺炎的基础上引起肺结核复发, 这在临床上是很常见的。老年人抗结核治疗, 不容易长时间坚持。治疗期间常常因出现药物不良反应或者其他器官疾病的干扰而中途停药, 不能得到彻底治疗^[15]。有报道显示 50 岁以上肺结核患者中复治患者占到 75%^[16]。

2.4 耐药、难治患者多, 病死率高 耐药结核病是指致病结核菌对一种或一种以上主要抗结核一线药物产生耐药性。若发展为广泛耐药结核病, 则对几乎所有抗结核一、二线药物都产生耐药性, 不仅治疗困难, 疗效很差, 复发率、致残率和病死率也高, 其危害不亚于癌症。有研究者采用世界卫生组织(WHO)制定的结核分支杆菌耐药监测方案, 发现老年肺结核患者耐药状况非常严重。老年人肺结核重型的比较常见, 因老年人免疫功能低下, 又患有糖尿病、慢性支气管炎、肺气肿等多类疾病, 肺组织对结核菌的抵抗能力非常低, 肺结核病灶非常容易融合、扩散、坏死, 所以老年人空洞型、粟粒型、多灶型肺结核多见; 全身性和肺外结核如淋巴结核、肝结核、肠结核、结核性脑膜炎等亦并不是罕见。老年人结核病灶里可存有大量结核菌, 痰的排菌率也非常高, 痰菌的阳性率可达 60% 以上, 所以老年人肺结核已成为社会上一个重要的传染源。老年人肺结核容易并发心肺功能不全、肺部感染, 甚至引发多器官功能衰竭。此外据统计, 老年人肺结核治疗有效率为 78.4%, 比青年组 91.1% 要低得多, 病死率为 14.6%, 而青年组仅有 2.9%。

3 老年肺结核的治疗策略^[17-18]

由于老年肺结核有以上临床特点,老年人要特别注意结核病的早期诊断,尤其重视痰结核杆菌的检查。根据老年人的生理特点,应用抗结核药物时,特别要注意药物的肾毒性、肝毒性和耳毒性,遵守早期、联用、适量、规律和全程原则。但由于老年人年老体衰,耐受性差,对抗结核药物的不良反应比较敏感,在选择治疗措施时,药物搭配及其剂量应尽可能恰到好处,可根据病情不同选用个体化方案,同时注意全身情况的改善和积极处理并发症。老年人抗结核治疗过程中建议遵循以下原则。

3.1 一般治疗 老年肺结核患者在病灶活动期,应卧床休息,必须摄入足够的营养素。病情好转后,逐步参加一些活动,增强体质和抗病能力。

3.2 抗结核药物治疗 根据患者既往用药史和药物敏感试验结果,选用敏感药物组成有效的治疗方案。避免使用不良反应大而效果差的抗结核药物,如对氨基水杨酸、环丝氨酸和氨基糖苷类药物等。药物剂量宜偏小,切忌偏大剂量用药。耐受性较好的患者可常规应用一线(异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、链霉素、乙胺丁醇等)、二线(卡那霉素、阿米卡星、卷曲霉素、紫霉素、利福喷丁、对氨基水杨酸、乙硫异烟胺和丙硫异烟胺、力排肺疾、力克肺疾或结核清、氧氟沙星、左氧氟沙星等)和三线(莫西沙星、加替沙星、阿莫西林/克拉维酸、新大环内酯类等)化疗方案。不能耐受短程化疗而肺内病变范围相对较小时,老的方案如 SHE(即链霉素+异烟肼+乙胺丁醇)依然可以采用。对于那些曾在 20 世纪 60 年代中期以前接受过抗结核治疗的复治老年肺结核患者,仍可以采用标准的初治短程化疗方案。

老年人的肝肾功能往往较差,需要时可用力排肺疾、力克肺疾或结核清等替代治疗方案中的链霉素和异烟肼、异烟肼和对氨基水杨酸,或用利福喷丁替代利福平。必要时可用具有抗结核作用的其他抗生素如氧氟沙星、左氧氟沙星或莫西沙星、加替沙星等替代异烟肼或利福平,亦可选择阿莫西林/克拉维酸。老年复治患者的结核菌中所含耐药性菌增多,必须选用对细菌敏感的药物进行治疗。因此,临床上常根据患者过去详细用药情况,选出以往未用过或少用的,或曾规则联合使用过的药物,另定治疗方案,联合两种或以上药物进行治疗,以后根据药物敏感试验结果调整治疗方案。

3.3 加强并发症的治疗 老年人肺结核容易并发心肺功能不全、肺部感染,甚至引发多器官功能衰竭。并发肺部感染等呼吸系统疾病的患者,急性发作期要控制感染、祛痰止咳、解痉平喘。慢性支气管炎患者鼓励进行有效的咳嗽,促进排痰,痰量较多黏稠不易咳出时,定时行雾化吸入;出现呼吸衰竭征象时,及时给予吸氧,提高气道和肺组织的氧浓度,改善缺氧症状。对并发糖尿病的患者,可通过应用降糖药,尤其是胰岛素控制高血糖。对并发心脑血管病的患者,要注意卧床休息,监测血压,协助医生指导高血压患者应用降压药,以免发生脑血管意外。

4 老年肺结核的治疗展望

4.1 加强服药管理^[19] 老年结核病患者具有特殊的生理及病理,致使用药安全范围变窄,无法适用固定统一的治疗模式。在治疗过程中发现,坚持规则抗结核用药和完成规定的疗程,提高结核患者服药依从性对提高结核病治愈率十分关键。老年人因记忆力减退,常忘记服药或多服、误服而引起不良后果。WHO 提出“直接面视下短程督导化疗”的控制策略,有条件者最好采取直接面视下的督导治疗或强化期住院治疗。用药过程中注意观察药物不良反应,定期检查肝、肾功能。老年人的感知功能有所下降,对有些不明显的不良反应,不一定能及时

感觉到,也不一定能准确表达,这就要求治疗中做到观察认真细致,使患者尽早得到妥善处理,提高患者对治疗的依从性。

4.2 饮食指导^[20-21] 结核病是一种慢性消耗性疾病,根据结核病的消耗性特点,可造成机体能量和营养素的大量丢失,尤其是老年患者,常导致中度至重度的蛋白质能量营养不良,而各类维生素和矿物质也会处于负平衡状态。营养不良会进一步加重结核病的病情,造成恶性循环,严重影响老年结核患者的预后。合理的饮食、充足的营养补充对疾病的恢复非常重要。因此,在饮食上供给充足的优质蛋白质、丰富的维生素,适当补充矿物质和水分、补充含钙的食物,能减少抗结核药物的不良反应及帮助钙的吸收,促进钙化及帮助机体恢复。以软烂、无刺激易消化的饮食为主,根据个人的饮食习惯,给予合理的营养搭配,做到食物多样化。同时戒除不良生活习惯,戒烟、戒酒等。

4.3 心理治疗^[22-23] 结核病是一种慢性传染性疾病,治疗时间长,恢复慢且病情易反复,同时老年肺结核患者常伴有多器官慢性病,病情复杂易变化^[24]。患病后常伴有心理情绪改变,有的感到孤独无助,焦虑紧张,康复求生欲强,希望得到及时诊断,良好的治疗。针对老年患者的心理特征和肺结核疾病特点实施身心治疗非常重要。治疗中应注意倾听患者的叙述,做好患者与家属的沟通,要积极提供患者与外界沟通的条件,使其能够不断得到亲人及朋友的关怀。应将病情和有关疾病的知识适时地告知患者,耐心向患者及家属讲解肺结核及其并发症的特点,使患者对疾病有一个全面的认识,帮助患者树立起战胜疾病的信心,消除思想顾虑,能积极主动地配合医护人员做好治疗工作,早日康复。

5 结 语

目前,结核病流行学的特征之一是结核病发病、患病高峰向中老年人推移。近年来,老年人肺结核的发病率有明显上升趋势,老年肺结核已成为备受关注的公共卫生问题。

由于老年人各脏器功能都有不同程度的减退,身体对疾病的反应能力下降,患病后不同于青年人症状特征明显,常易漏诊、误诊,在防治工作中应引起高度重视。要提高对老年肺结核的认识,提高对老年肺结核合并肺癌或其他肺部疾病的警惕性,做到早期发现、早期治疗。成功治愈肺结核的关键是保证患者合理服药,加强老年肺结核患者的治疗管理,进行健康教育,积极进行身心治疗、督导,从而达到控制肺结核的目的。

参考文献

- [1] 肖和平. 要重视老年肺结核[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000, 23(12): 1560-1562.
- [2] 赵习林. 老年人肺结核现状[J]. 河北医药, 2004, 26(5): 698-699.
- [3] 余晶波. 人口老龄化: 老年医学面临的机遇和挑战[J]. 现代实用医学, 2010, 22(6): 607-609.
- [4] 全国结核病流行病学抽样调查办公室. 2000 年全国结核病流行病学抽样调查报道[J]. 中国防痨杂志, 2002, 24(1): 65-67.
- [5] 全国结核病流行病学抽样调查技术指导组. 第四次全国结核病流行病学抽样调查报告[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(1): 3-6.
- [6] 唐神结, 肖和平, 夏祥新, 等. 不同年龄组结核分支杆菌耐药性的研究[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001, 24(2): 83-86.
- [7] 祝斌. 老年人涂阳肺结核临床特征[J]. 临床肺科杂志, 2008, 13(9): 1151-1153.

口服避孕药或针剂避孕,但因担心体质量增加,面部色素沉着等不良反应停用。观察对象均无下生殖道感染征象,并经妇科检查除外阴道和宫颈炎,68 名观察对象的平均年龄 28(20~35)岁,月经周期 26~32 d。6 名对象虽未生育,但均有 2~3 次妊娠史,其余 62 例均有 1 次分娩,有 47% 妊娠 3~4 次,观察对象以具有高中文化水平为主,占 71%(48 例),其余均为大专以上学历,占 29%(20 例)。

1.2 方法 对入选观察对象进行女性生殖生理基本知识和比林斯法避孕原理及操作要点讲解。每位对象试用期为 2~3 个周期,此期间内观察对象在医生的指导下,每天记录宫颈黏液变化,于第 1 个周期每周随访 1 次,第 2、3 个周期每 2 周随访 1 次,需要时可随时与指导医生联系。进入观察期后,观察对象按比林斯法的要求进行观察和记录,要求观察对象在易受孕期避免同房或使用男用避孕套。观察期间,前 3 个月每月随访 1 次,以后每 3 个月随访 1 次,1 年后每年随访 1 次。

2 结 果

共进行 3 年观察,6 例失访,失访率为 8.8%,2 例分别于使用 21 个月和 32 个月后改用 IUD,终止率为 3%。

2.1 使用效果 68 例 3 年每 100 名妇女使用率为 187.3,5 例失败发生妊娠,其中 3 例使用失败(1 例为本周期未记录、未观察宫颈黏液情况,而以上周期结果为参考安排同房时间,1 例在黏液峰推迟出现时未使用避孕套,另 1 例为在易受孕期使用避孕套破裂),2 例为方法失败,在使用 1 年内,分别于第 2 个月和第 4 个月发生妊娠,每 100 名妇女 1 年的使用失败率(比林指数)为 3.1。使用 3 年每 100 名妇女每年总妊娠率为 2.7,方法失败率为 1.6。

2.2 满意程度 去除 6 例失访妇女,对 62 例观察对象的满意度调查显示,74%(46 例)的妇女对采用此方法感到非常满意,16%(10 例)较满意,仅有 6 例不满意,占 10%。

3 讨 论

宫颈黏液观察法是由妇女观察自身宫颈黏液性状及外阴

部感觉的周期性变化来确认自己的易孕期和不易受孕期^[1]。观察方法简单,便于学习理解、科学性高、效率高、接受性好,不必使用任何药具,至今已在世界 100 多个国家广泛应用,为不同文化程度的人所接受。对不能采用其他更有效的避孕方法的妇女,介绍比林斯法可满足其特殊需求,本文观察对象因不宜使用 IUD 或口服避孕药,均有多次人工流产史。帮助其落实常规避孕方法并正确和坚持使用,以保证避孕效果十分必要。

比林斯法是一种较有效的判断易受孕期的方法,更适合于月经周期比较规律的妇女,本次观察对象的妇女月经周期为 26~32 d,均无下生殖道感染征象,并具有有高中文化水平,较符合使用比林斯法的条件。服务人员不仅对观察对象给予了具体的指导,还设定了为期 3 个月的试用期,通过严密的随访和及时指导,有助于妇女更好掌握此方法的使用要点。由于绝大多数观察对象能够做到坚持使用和正确使用,每 100 名妇女 1 年的失败率为 3.1,处于世界卫生组织对比林斯法效果评价数据的较低水平(1 年使用失败率为 20)。本文观察 3 年的方法失败率甚低,仅为 1.6,低于世界卫生组织的数据(1 年的使用失败率为 1~9)^[2]。作为由妇女自行使用的避孕方法,使用失败的情况难免发生,且也有妇女难以坚持而终止使用,因此在做好指导的同时,还有必要向使用者告知紧急避孕的方法。

参考文献

- [1] 何小红,陈进,梁淑玲.比林斯自然避孕法的临床效果研究[J].江西医药,2009,44(5):475-477.
- [2] 国家人口和计划生育委员会科学技术研究所编译.避孕方法使用的医学标准[M].3 版.北京:中国人口出版社,2006.

(收稿日期:2011-04-22)

(上接第 1881 页)

- [8] 王雪松.老年肺结核病临床特点分析[J].泰山医学院学报,2004,25(3):224-225.
- [9] 赵辉,张秀峰,杜秀玲.老年肺结核病的特点及督导对策[J].中国医药导报,2009,6(1):103-104.
- [10] 吴殷,张培元,孙桂芝,等.肺结核患者外周血 T 淋巴细胞亚群与核仁组成区嗜银蛋白的关系及临床应用的研究意义[J].中国防痨杂志,2002,24(2):185-187.
- [11] 周晓萍,赵振岩,高明霞.31 例老年肺结核临床分析[J].中国实用医药,2009,4(15):86-87.
- [12] 张莉娜,壬永成.中西医结合治疗老年肺结核的临床疗效[J].齐齐哈尔医学院学报,2009,25(11):1478-1480.
- [13] 黄秀芬.老年肺结核 80 例诊治分析[J].中国误诊学杂志,2009,9(15):1890-1892.
- [14] 王丽华.老年肺结核临床分析[J].中国医药指南,2008,18(24):3421-3423.
- [15] 张昭,刘丽萍.抗结核药物不良应对老年肺结核患者服药依从性的影响[J].临床肺科杂志,2007,12(3):286-287.
- [16] 李永祥,沈鑫,梅健.上海市 1996~2000 年高龄肺结核临

床流行病学特征分[J].上海预防医学,2003,25(6):756-758.

- [17] 郑家美,陈珍.老年人肺结核治疗与管理特征分析[J].海峡预防医学杂志,2005,11(1):73-74.
- [18] 李桂梅.肺结核患者治疗失败的原因分析及督导对策[J].中国实用医药,2009,4(2):185-187.
- [19] 钱林美.老年肺结核的督导体会[J].医学信息,2009,22(21):2475-2476.
- [20] 吴明柯.老年肺结核患者的家庭督导[J].中外医疗,2010,12(2):163-164.
- [21] 杨传玲.老年人肺部感染的督导[J].临床肺科杂志,2010,15(3):450-452.
- [22] 王英.老年肺结核患者的心理督导[J].中国现代医生,2008,46(1):123-125.
- [23] 刘立华.使老年性肺结核病患者处于治疗的最佳心理状态探讨[J].中国误诊学杂志,2010,10(17):4119-4120.
- [24] 李婉君.涂阳肺结核患者院外治疗与护理[J].国际医药卫生导报,2009,14(1):45-47.

(收稿日期:2011-03-07)