DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.04.021

的已13年零10个月。本组早期生存时间和其它组基本相同，但远期疗效不如其它组，可能与本组术前未能做组织学定性，部份肿瘤对放射线不敏感有关。

在三脑室后部肿瘤中，松果体瘤和生殖细胞瘤占绝大多数，其发生率为64%与70%[1,2]，它们对放射线高度敏感[1-5]。这就为放射治疗提供了理论依据，该肿瘤放射治疗可获长期疗效。三脑室后部肿瘤患者几乎都有颅内压增高，分流术能迅速缓解颅内压，改善全身情况，为放射治疗创造条件。而且手术创伤小，简单易行，便于推广。缺点是不能获得确切的细胞学诊断。直接手术多数报导全切率低，死残率高，总生存率并不比非切除术疗效好，尤其对放射线高敏度肿瘤，如生殖细胞瘤既不能全切，术后又不能避免放疗，所以它并不适用于此区所有的肿瘤。因此，我们认为对该区肿瘤的治疗应区别对待，提出下列原则供参考：(1)凡有颅内压增高者首先做脑脊液分流；(2)根据CT，脑脊液细胞学检查及血中HCG，CEA及AFP测定，尽可能做出定性诊断，以确定肿瘤对放射线的敏感程度，尤其是CT能发现此区生殖细胞瘤的特征性改变[6]，从而选用合适的治疗方法，减少盲目性，提高治愈率。如为良性肿瘤如畸胎瘤、胶样囊肿等应首选切除术，而对放射线高敏度肿瘤则行分流加放疗；(3)某些肿瘤如生殖细胞瘤可随脑脊液扩散[1-5]，播散率为6.9～57%[1,2]，为防止扩散应行全神经轴照射，总剂量不应低于5000rad；(4)不能明确定性者，可试照射2000rad后复查CT。如肿瘤缩小说明对放射线敏感，继续照射至5000rad（如典型病例2），否则应手术切除；(5)松果体缺乏正常的血脑屏障，对全身化疗较敏感，暂无放疗条件时，可先试用化疗，对提高疗效可能有所帮助；(6)不论手术或放疗加分流术病例，都应做CT随访，以了解疗效或是否复发，复发后应再照射。

参考文献

1. Abag EO, et al. Pineal tumors in children adolescents treatment by CSF shunting and rabiotherapy. J Neurosurg1981; 55:889
2. Handa H. Current treatment of pineal tumors(summary). Surg Neurol 1981; 16:279
3. Onoyama Y. Radiation therapy of pineal tumors. Radiology 1979; 130:755
4. 张天锡。松果体区肿瘤附72例手术结果和治疗展望。国外医学神经病学神经外科学分册 1982；1:28
5. 李少华，等。右枕部经天幕入路切除松果体区肿瘤。中华神经外科杂志1986；1(4):213
6. 关长群，等。颅内生殖细胞瘤的诊断。中华放射学杂志 1986；20:146

（收稿日期：1987年5月22日，修回日期：1988年5月26日）

慢性阻塞性肺疾患血气与肺功能关系初步探讨

贾巨才 郭先健 钱桂生（第二附属医院 呼吸中心）

低氧血症是慢性阻塞性肺疾患(COPD)临床常见合并症之一，国外曾有学者对CC/FRC%与血气的关系进行过研究[1][2]。本文对77例吸烟者和COPD患者同时进行了血气与肺功能测定，现分析如下：

对象及方法

77例受检者均为本院门诊或住院病人，诊断明确。重症肺气肿和肺心病患者均在病情缓解期检查常规肺功能，坐位测功能残气量（FRC）及闭合

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

容积（CV）检查前或检查后取股动脉血进行血气分析。测定数据均以本室533例不吸烟者健康成人肺功能预计公式作为对照[3]。

测定结果

77例均为男性，计吸烟组30例，平均35.70±10.33（20～57）岁；慢支组13例，平均54.07±7.31（39～65）岁；肺气肿组15例，平均57.67±4.92（50～65）岁；肺心病组19例，平均60.32±8.67（38～73）岁。测定结果见表1。PaO_2与CV/ERV%、CV/VC%、CC/TLC%、RV/TLC%呈非常显著负相关（$P<0.01$）；与FEV_1%、MMEF、$\dot{V}50$、$\dot{V}25$呈非常显著正相关（$P<0.01$）。PaO_2、$PaCO_2$均值在四组间比较有非常显著差异（$P<0.01$）。各组间均值相互比较：PaO_2仅吸烟组与肺心病组间有显著差异（$P<0.05$）。$PaCO_2$吸烟组与各组间无显著差异（$P>0.05$），而慢支组、肺气肿组则与肺心病组有显著差异（$P<0.05$）。

表1　77例吸烟者及COPD患者血气和肺功能实测值占预计值百分比

	吸烟组（30例）	慢支组（13例）	肺气肿组（15例）	肺心病组（19例）	与PaO_2相关性(r)	F（P）
PaO_2(kPa)	11.8485±0.6993	10.7412±1.1207	10.5060±0.9788	8.8452±1.2454		9.2390<0.01
$PaCO_2$(kPa)	4.9227±0.5239	4.5496±0.7169	4.8117±0.4520	5.4596±0.8319		5.8265<0.01
CV/ERV%实/预%	72.5967±26.2115	88.4900±35.4200	191.1500±71.2600	302.0000±151.1600	−0.7156	38.1700<0.001
CV/VC%实/预%	80.6833±22.1536	105.1615±32.0424	191.6154±65.2004	263.8900±83.9100	−0.6401	50.4282<0.001
CC/TLC%实/预%	97.8800±17.0114	102.7077±16.8960	132.2769±22.3010	151.7778±18.9195	−0.6809	37.5900<0.001
FEV_1%实/预%	105.2400±8.4431	103.8154±10.3184	76.6200±28.4440	49.0800±15.7200	+0.4796	54.0087<0.001
MMEF实/预%	94.4100±25.8500	71.0767±47.6532	41.4467±33.9725	16.3105±11.0501	+0.6779	37.7664<0.001
$\dot{V}_{50}$实/预%	123.1133±28.6288	98.4000±42.0016	62.7667±45.4695	17.7000±14.4483	+0.7136	43.3312<0.001
$\dot{V}_{25}$实/预%	112.9900±36.6727	95.6308±50.6726	43.6533±32.0434	37.5268±30.7174	+0.6476	69.1376<0.001
RV/TLC%实/预%	94.6667±20.0549	97.7923±19.0040	126.2214±20.3460	139.8000±21.8900	−0.6849	66.2567<0.001

* 实＝实测值　预＝预计值

八项肺功能实测值占预计值百分比：吸烟组、慢支组均属预计值正常范围，肺气肿组和肺心病组均超过正常预计值范围，四组间比较均有非常显著差异（$P<0.01$）。表明FEV_1%、MMEF、$\dot{V}50$、$\dot{V}25$等随病情发展程度的不同逐渐降低，PaO_2则随其数值降低程度的不同而逐渐降低（正相关）；CV/ERV%、CV/VC%、CC/TLC%、RV/TLC%等则随病情的不断加重而增高，PaO_2则随CV/ERV%等数值增高程度的不同而降低（负相关）。

47例COPD患者中CV/ERV＞100%者，肺气肿组7例（7/15＝46.7%），肺心病组18例（18/19＝94.7%），其余22例CV/ERV均＜100%。＜100%以下者PaO_2与CV/ERV%有非常显著性相关（−0.5311，$P<0.01$）。而＞100%者与PaO_2相关性不显著（−0.0209，$P>0.05$），其PaO_2平均值为68.4125±9.0285，两组间有非常显著差异（$P<0.01$）（表2）。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

表2 COPD患者CV>ERV和<ERV与PaO_2相关性及显著性

	CV>ERV (%)25例	CV<ERV (%)22例	T	P
CV/ERV%	152.5333±37.0438	62.3550±20.9394	10.0434	<0.01
PaO_2(kPa)	8.5668± 1.2007	10.8188± 1.0550	5.0559	<0.01
r	—0.0209	—0.5311		

讨 论

COPD患者临床上常发生低氧血症，多数学者认为与通气不均，引起通气/血流($\dot{v}/\dot{Q}$)比值失调有关，文献报导CC/FRC>100%易产生低氧血症[1]，Craig等认为无论坐位或仰卧位时呼吸基线（CP）升高或超过正常呼吸范围，肺及动脉氧压差〔P(A-a)O_2〕便增大，导致气体发生障碍，当坐位转为仰卧位时更为明显[2]。

本文资料可见PaO_2与CV/ERV%等八项肺功能均有非常显著相关（P<0.01）（见表1），但CV/ERV>100%后相关则不显著（r=−0.0209）（见表2）。CV/ERV>100%者多见于肺气肿和肺心病组患者（分别占46.7%和94.7%），该患者由于肺组织破坏，弹性回缩力降低，或炎变等因素使等压点（EPP）明显移向上游段，导致CV增加或ERV降低，CV>ERV可使低垂部小气道在平静呼吸时即出现闭合，导致肺泡通气减少，血流氧合不全，从而$\dot{v}/\dot{Q}$比值失调，虽然中上肺可部分代偿，仍会产生低氧血症。部分患者CV/ERV虽未大于100%，只要超过正常预计值，或接近100%时，亦有发生低氧血症的可能。这与国外文献报导是一致的[1][2]。于此同时，并考虑到其相应肺功能降低等因素，防患于未然。

参 考 文 献

1. 山林一，等。血气分析临床解释。张瑞祥译校，武汉医学院第一附属医院呼吸疾病研究室，1982；61～64
2. Craig. et al. "Closing Volum" and its relationship to gas exchange in seated and supine position. J Appl Physiol 1971; 31(5):717～721
3. 贾巨才，等。533例不吸烟健康人肺功能测定结果。第三军医大学学报 1987；9(3)：314～317

（收稿日期：1986年10月13日，修回日期：1988年5月10日）

急性细菌性心内膜炎误诊分析

陈尚彝（第一附属医院 心肾科）

为了提高对急性细菌性心内膜炎（简称ABE）的认识，结合尸体解剖证实的ABE而临床误诊漏诊的4例，报告如下。

误诊为流行性脑膜炎

例1 某女，33岁。住院号101215，尸体解剖号A—2689。因畏寒、高热、关节痛、头痛、呕吐5天于1984年1月入院。有风心病史。体温39.5℃，神清，全身皮肤及粘膜有大小不等瘀点瘀斑，左踝及指关节肿胀，颈强直，心前区有Ⅱ级收缩期及舒张期杂音，肝刚及，脾未及，克氏、布氏征（+）。白细胞14.8×10^9/L，中性92%，尿蛋白±，红细胞5～10，脑脊液呈轻度化脓性改变，用大剂量SD及青霉素（简写“青”）静滴。入院第3天突然昏迷抽搐，次日有肉眼血尿，改用大剂量氯霉素（简写“氯”）及红霉素(简写“红”)静滴，新青Ⅰ肌注。入院第5天，右足背动脉搏动减

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net