

(2)多处于进展期,肿瘤恶性程度高;(3)肿瘤细胞多处于S分裂期,肿瘤细胞侵袭性强、易转移、发展快、预后差;(4)患者正值生育年龄,合并妊娠、哺乳促进乳腺癌恶化,且肿瘤不易被发现,故影响预后;(5)青年女性腺体致密,且是腺纤维瘤、乳腺增生、乳腺炎的好发年龄,故误诊误治率高;(6)青年女性接受临床检查特别是钼靶X线检查的机会少,故易漏诊,就诊晚。但上述观点尚存在争议,目前认为淋巴结受累,c-erbB2的扩增和过度表达与乳腺癌患者无病存活期短及复发独立相关,是影响预后的独立因素^[5],一些学者认为年龄与乳腺癌的侵袭性无直接相关性^[6]。韦达等^[7]研究发现青年组与老年组乳腺癌5年及10年生存率差异无统计学意义($P>0.05$),提出年龄不是决定预后的独立因素,关键在于早期诊断和正确的治疗。本组组织病理学恶性程度高的浸润性非特殊癌占83.1%(54/65),63.1%的患者有腋淋巴结转移,且淋巴结阳性 >3 个占33.8%,但3年和5年生存率为84.6%和70.8%,考虑与本组青年乳腺癌患者术后规范的辅助化疗、放疗、内分泌治疗等有关。

本病治疗原则是以手术为主的综合疗法,目前乳腺癌在手术方式上有较多争论。近30年来的资料显示手术切除范围是越来越小,传统根治术已经越来越少应用,这是因为青年患者对生活质量、心理要求比其他年龄患者有更高的要求。乳腺癌保乳手术已成为欧美国家早期乳腺癌的首选术式,采用保乳手术完全可以在不降低生存率的基础上明显提高患者的生存质量,但我国乳腺癌保乳治疗的开展尚未普及,故对青年乳腺癌开展保留乳房根治术要有新的认识。本组病例中传统的根治术已不开展,而保留乳房根治术逐渐得到认可,大多数患者,尤其是未婚者手术前均表达了保留乳腺的意愿及要

求,但多数患者就诊时已经偏晚期,肿块较大、已侵犯皮肤、离乳晕较近等原因,不符合保乳手术适应证^[8],本组只有8例(12.3%)做了保乳手术。因此应该加强女性乳腺保健知识宣教,提倡妇女自查与专科医生检查相结合的预防方法,早期诊断,有选择地开展保乳手术,这样既有利于提高患者的生活质量,也有利于提高术后的远期生存率。

参 考 文 献

- [1] 吴在得,吴肇汉. 外科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社, 2008:308-313.
- [2] 谭邦昌,韦立春,庞恩娇. 48例青年乳腺癌淋巴结转移规律的临床分析[J]. 广西医学,2004,26(6):818-819.
- [3] Shannon C, Smith IE. Breast cancer in adolescents and young women [J]. Eur J Cancer, 2003, 39(18):2632-2642.
- [4] Curigliano G, Rigo R, Colleoni M, et al. Adjuvant therapy for very young women with breast cancer: response according to biologic and endocrine features[J]. Clin Breast Cancer, 2004, 65(2):125-129.
- [5] 陶 苹,龙启明,胡 锐. 86例青年乳腺癌的临床分析[J]. 四川医学,2008,29(4):399-401.
- [6] 王中华,徐兵河. 129例30岁以下女性乳腺癌的临床特点及预后分析[J]. 中华肿瘤杂志,2005,27(2):111-113.
- [7] 韦 达,秦建伟,俞 乔,等. 青年和老年乳腺癌的比较研究[J]. 南京医科大学学报·自然科学版,2007,27(9):1045-1047.
- [8] 张保宁. 早期乳腺癌保乳手术的相关问题[J]. 中国肿瘤,2007,16(10):758-760.

(收稿日期:2009-08-27 修回日期:2009-09-31)

氨氯地平和美托洛尔联合治疗高血压病的疗效和安全性研究

杨 平

(广西柳州市肿瘤医院内科,柳州市 545006)

【摘要】 目的 评价氨氯地平和美托洛尔联合治疗高血压病的疗效和安全性。**方法** 采用随机双盲的方法对经2周洗脱期后的48例高血压病患者随机分为两组,单药组24例,联合组24例,两组均给予口服氨氯地平5mg,1次/d,晨服;联合组加用美托洛尔25mg,2次/d;疗程均4周。治疗4周后评价药物治疗的疗效和安全性。**结果** 两组患者治疗4周后血压均显著下降($P<0.05$),联合组不良反应发生率较单药组明显减少($P<0.05$)。**结论** 氨氯地平联合美托洛尔可有效平稳控制血压,不良反应少。

【关键词】 高血压;氨氯地平;美托洛尔;疗效;安全性

【中图分类号】 R 544.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)11-1644-03

近年来研究认为,为了提高治疗高血压的疗效,就要求更大程度地降低血压,而做到这一点单药治疗疗效欠佳,如增加剂量则易出现不良反应^[1]。临床上氨氯地平的常规使用剂量为5mg,1次/d,对单药治疗血压控制不良且副作用增多的患者,我们应用氨氯地平联合美托洛尔治疗,对控制血压和保护靶器官有较好的作用,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2007年1~10月,我院门诊或住院的高血压病患者共48例,男30例,女18例,年龄40~68岁,平均60岁,符合1999年WHO/ISH制定的高血压的诊断及分级标准^[2],血压均为1~2级。排除标准:继发性高血压、伴有严重肝、肾功能不全、糖尿病、心肌梗死、肺心病、慢性心力衰竭,严

重心律失常、妊娠、对药物过敏或 β 受体阻滞剂禁用、慎用者及不能合作者不入选本研究。全部患者经2周的洗脱期后随机双盲法分为氨氯地平治疗组(单药物)24例和氨氯地平+美托洛尔治疗组(联合组)24例。两组患者性别、年龄、病程、血压分级等方面差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 单药组给予氨氯地平(商品名:洛活喜,辉瑞制药有限公司产品)5 mg, 1次/d。晨服;联合组给予氨氯地平5 mg, 1次/d,晨服,美托洛尔(商品名:倍他乐克,阿斯利康制药有限公司产品)25 mg, 2次/d,均4周为1个疗程。治疗期间不使用其他对血压有影响的药物。

1.3 观察指标 治疗前后观察血压、心率,检测血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、尿蛋白等。血压监测:所有进入试验的患者每天来我院门诊测量血压,采用汞柱台式血压计,患者于每日8:00~10:00静坐30 min后进行坐位血压测定,观察血压情况,按照我国高血压指南,非同日3次血压测量 $\geq 140/90$ mmHg,诊断为高血压^[3]。

1.4 统计学处理 统计分析采用SAS(6.02)统计分析软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组治疗前后比较用配对 t 检验,组间比较用治疗前后差值进行成组 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后各检测指标比较 两组治疗4周后总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白均无变化($P > 0.05$), α 微球蛋白、尿微量白蛋白均显著降低,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组血脂、尿蛋白比较($\bar{x} \pm s$)

指标	单药组($n=24$)		联合组($n=24$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
总胆固醇(mmol/L)	4.62 \pm 0.76	4.57 \pm 0.74	4.61 \pm 0.75	4.59 \pm 0.57
甘油三酯(mmol/L)	1.59 \pm 0.41	1.56 \pm 0.40	1.57 \pm 0.44	1.54 \pm 0.40
HDL(mmol/L)	1.79 \pm 0.39	1.77 \pm 0.36	1.70 \pm 0.42	1.66 \pm 0.41
α 微球蛋白(mg/L)	19.50 \pm 3.60	11.00 \pm 2.70	21.70 \pm 5.20	7.20 \pm 1.60
尿微量白蛋白(mg/L)	27.60 \pm 6.20	16.70 \pm 3.60	28.40 \pm 6.90	11.30 \pm 4.10

2.2 两组治疗前、后血压、心率变化比较 两组治疗4周后血压均显著下降($P < 0.05$)。单药组治疗后心率明显增快,联合组心率增加不明显,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组治疗前、后血压、心率变化比较($\bar{x} \pm s$)

指标	单药组($n=24$)		联合组($n=24$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
收缩压(mmHg)	151 \pm 6.2	128 \pm 9.1	150 \pm 6.8	121 \pm 5.4
舒张压(mmHg)	104 \pm 8.6	88 \pm 5.7	102 \pm 6.7	82 \pm 5.1
心率(次/min)	71 \pm 4.9	86 \pm 7.7	71 \pm 5.1	68 \pm 4.8

2.4 不良反应 服药期间,单药组头痛3例,颜面潮红2例,便秘2例,踝部水肿4例,心悸6例,不良反应发生率33.3%(8/24),联合组无头痛、颜面潮红、踝部水肿、心悸等现象,便秘2例,不良反应发生率8.3%(2/24)。两组不良反应发生率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.547, P = 0.033$)。

3 讨论

2002年我国卫生部、科学技术部和国家统计局公布的“中国居民营养健康现状”指出,我国成人高血压患病率比1991年增加31%,全国现有高血压患者达1.6亿,即每5名成年人中就有1例高血压患者^[5]。2006年底公布的对我国11个省市队列人群危险因素与不同类型心血管病发病危险的比较研究再次确认了高血压是我国所有心脑血管病的最主要的危险因素^[6]。降压是减少高血压并发症、减少心脑血管病发病率与病死率的关键,这一观点已达成共识。最近欧洲高血压协会和欧洲心脏病协会(ESH/ESC)高血压管理工作小组发表了2007年高血压管理指南^[7],该指南明确指出微量蛋白尿是靶器官损害的重要指标,同时明确心率加快是心血管病的危险因素,且能增加高血压病的发病危险^[8]。氨氯地平为二氢吡啶类钙拮抗剂,扩张外周血管作用强,对心脏传导、抑制作用弱,可引起反射性心率增快、头痛、颜面潮红、下肢水肿等不良反应,且呈剂量依赖性。美托洛尔为水溶性非内在拟交感活性的 β 受体阻滞剂,能降低交感神经活动,改善心肌供血,使心率减慢,两者联合不仅能协同降低血压,而且可抑制由于降压而引起的反射性心率增快,同时对心、脑、肾等靶器官具有保护作用。本试验证实,单药组及联合组均能明显降低血压,但联合组血压下降有较强的趋势,随着治疗时间的延长,降压的幅度将比单药组更大,血压更平稳。而且联合组在4周治疗期间与单药组治疗对比,血压下降差值比较小,但患者临床的症状改善明显,具有良好的安全性和耐受性。有研究结果还表明,使用 β 受体阻滞剂治疗高血压与长期临床转归的改善有关,包括降低病死率^[9-11],减少卒中^[12-14]和心力衰竭的发生率^[12]。本次试验还显示:无论是单药组或联合组治疗后均能显著降低高血压患者尿 α 微量蛋白、尿微量白蛋白($P < 0.05$)。因此不能肯定联合组氨氯地平和美托洛尔之间对降低尿微量蛋白的排泄、保护肾功能有相加作用。

综上所述,联合使用氨氯地平和美托洛尔治疗高血压病和单一使用氨氯地平具有近似相同的降压作用,但是有更好的安全性和耐受性。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会心血管分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国高血压防治指南[J]. 中华心血管病杂志,2003,31(6):347-348.
- [2] 周和,伍爱禅. 高血压病的诊断进展[J]. 新医学,2000,31(1):45-47.
- [3] 中国高血压防治指南修订委员会. 2004年中国高血压防治指南(实用本)[J]. 中华心血管病杂志,2004,32(12):1060-1064.
- [4] 朱平,管月凡,丁汉臣. 氯沙坦治疗高血压病逆转左心室肥厚的疗效观察[J]. 国外医学·心血管病分册,2000,27(6):356-358.
- [5] 卫生部、科技部、国家统计局. 中国居民营养与健康现状调查报告2002[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:1-25.
- [6] 王薇,赵科,孙佳艺,等. 中国11个省市队列人群危险因素与不同类型心血管病发病危险的比较[J]. 中华心血管病杂志,2006,34(5):1133-1137.

- [7] Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension; the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) [J]. *J Hypertens*, 2007, 25(5): 1105-1187.
- [8] 吴兆苏. 重视高血压患者的总体心血管病危险 [J]. *中华心血管病杂志*, 2007, 35(10): 883-884.
- [9] Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L et al. Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension) [J]. *Lancet*, 1991, 338(6): 1281-1285.
- [10] Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: Principal results [J]. *Br Med J*, 1985, 291(3): 97-104.
- [11] Olsson G, Tuomilehto J, Berhnlund G et al. Primary prevention of sud-

- den cardiovascular death in hypertensive patients. Mortality results from the MAPHY study [J]. *Am J Hypertens*, 1991, (4): 151-158.
- [12] Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents; a systematic review and meta-analysis [J]. *JAMA*, 1997, 277(5): 739-745.
- [13] Holme I. MaPHY and the two arms of HaPPHY [J]. *JAMA*, 1989, 262(3): 3272-3274.
- [14] Goldstein LB, Adams R, Becker K, et al. Primary prevention of ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association [J]. *Circulation*, 2001, 103(2): 163-168.

(收稿日期: 2009-08-05 修回日期: 2009-09-08)

老年 2 型糖尿病伴社区获得性肺炎 76 例的临床分析

黄飞烟 邓书禄

(广西壮族自治区龙泉山医院老年科, 柳州市 545005)

【摘要】 目的 分析老年 2 型糖尿病伴社区获得性肺炎的临床特点和病原菌情况。方法 回顾性分析 76 例老年 2 型糖尿病伴社区获得性肺炎的临床资料。结果 老年 2 型糖尿病伴社区获得性肺炎患者临床表现不典型, 血糖均控制不佳, 均伴有一种以上的并发症; 痰细菌培养阳性率为 83.9% (47/56), 病原菌以革兰阴性菌为主。结论 老年糖尿病伴社区获得性肺炎临床表现不典型, 病原菌以革兰阴性菌最多见。早期诊断, 联合胰岛素治疗并控制血糖可降低老年糖尿病伴社区获得性肺炎病人的病死率。

【关键词】 糖尿病; 社区获得性肺炎; 老年人

【中图分类号】 R 563.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)11-1646-02

据国内报告感染占糖尿病死因的第二位, 国内糖尿病并发感染以肺部感染最为常见, 且感染的发生与血糖、年龄等密切相关^[1,2]。社区获得性肺炎 (community-acquired pneumonia, CAP) 是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症。本文对 76 例老年 2 型糖尿病伴 CAP 患者的临床资料进行回顾性分析, 以探讨其临床特点及治疗措施。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科 2005 年 8 月至 2008 年 8 月共收治老年糖尿病合并社区获得性肺炎 76 例, 男 40 例, 女 36 例; 年龄 60~86 岁, 平均 73.6 岁; 病程 2.5~36 年, 平均 11.8 年。入院前口服降糖药 51 例, 使用胰岛素 25 例。患者入院时血糖均控制不佳, 空腹血糖 9.8~30.1 mmol/L, 餐后 2h 血糖 18~38.2 mmol/L。发热 21 例, 咳嗽 36 例, 咳痰 29 例 (痰以黄痰及白痰为主), 咯血 5 例, 部分患者并发食欲下降、恶心呕吐、腹胀腹痛、周身乏力, 少数患者有呼吸困难、发绀等缺氧表现。76 例患者胸片或肺部 CT 检查有感染改变 (100%), 血常规白白细胞升高 51 例 (67.1%), 糖化血红蛋白偏高 68 例 (89.5%)。本组患者均有一种以上并发症, 其中高血压 42 例, 冠心病 32 例, 脑血管意外 21 例, 肾功能不全 12 例, 神经系统病变 11 例, 糖尿病足 3 例, 视网膜神经病变 9 例。56 例患者进行痰细菌学培养, 47 例阳性 (83.9%), 其中肺炎克雷伯氏菌 17 例, 肺炎球菌 11 例, 铜绿假单胞菌 6 例, 大肠阴沟杆菌 6 例, 大肠埃希氏菌 4 例, 白色念珠菌 3 例。

1.2 诊断标准 糖尿病的诊断按照 WHO 1999 年制定标准,

即空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L, 或餐后 2h 血糖 ≥ 11.1 mmol/L。本组病例均符合 2002 年中华医学会呼吸病学分会修定的《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》的诊断标准^[3], 排除活动性肺结核、肺部肿瘤、阻塞性肺气肿, 发病前 2 周无住院治疗史。

1.3 治疗方法 患者入院后均使用胰岛素控制血糖, 在痰细菌培养之前按经验选用抗生素治疗, 随后根据痰细菌培养结果选用敏感抗生素, 一般采用联合用药, 疗程 2~4 周。同时给予吸氧、化痰、平喘等对症、支持治疗。

1.4 临床疗效评定 临床疗效按卫生部 1993 年制定的抗菌药物临床研究指导原则进行判断。痊愈: 症状、体征、实验室检查及病原学完全恢复正常; 显效: 病情明显好转, 但上述 4 项中有一项未完全恢复正常; 进步: 用药后病情有所缓解, 但不够明显; 无效: 用药 72 h 后病情无明显改善或有所加重。

2 结果

76 例治疗后, CAP 痊愈 28 例 (36.8%), 显效 23 例 (30.3%), 进步 18 例 (23.7%), 无效 7 例 (9.5%), 其中 2 例因感染性休克抢救无效死亡, 5 例因病危重家属放弃治疗自动出院) 肺炎痊愈、显效者糖尿病症状明显改善, 血糖控制好, 空腹血糖 6.1~7.9 mmol/L, 餐后 2h 在 9.1~10.6 mmol/L。

3 讨论

3.1 老年 2 型糖尿病伴 CAP 的发病机制 (1) 高血糖: 长期的高血糖状态使血浆渗透压升高, 细胞免疫机制中多形核白