

·论著摘要·

高血压合并高尿酸血症治疗的研究

王卫明

当高尿酸血症和高血压同时存在时,冠心病等其他心血管病发生的危险性比血尿酸正常的高血压患者高3~5倍。因此高血压患者伴高尿酸血症的治疗尤应重视。目前,国内有关氯沙坦治疗轻中度高血压合并高尿酸血症的作用专题报道尚少。本试验对460例诊断高血压合并高尿酸血症的初治患者进行筛选。观察氯沙坦与络活喜对轻中度高血压合并高尿酸血症的影响及患者对药物的耐受性。

1 资料与方法

(1)一般资料:从1999~2003年来自门诊的460例高血压患者中筛选出68例轻中度高血压合并高尿酸血症患者。所有患者均符合WHO/ISH诊断标准,治疗前3次不同时间,坐位测血压为140~160/90~95 mmHg。经临床和实验检查排除继发性高血压的可能,无肝肾功能障碍,血尿酸0.50~0.63 mmol/L。将患者随机分为氯沙坦(A组)和络活喜(B组)两组,其中A组35例,B组33例,每组年龄、性别、体重指数、收缩压与舒张压,血尿酸等指标相近。(2)给药方法:A组口服氯沙坦(美国默沙东公司产品)50 mg/d,早晨口服1次,B组口服络活喜(辉瑞制药有限公司产品)10 mg/d,早晨口服1次,试验期间禁用其他一切影响血压及血尿酸药物。(3)观察指标及方法:诊室血压及心率测定按国际标准要求进行,进入治疗期后,有固定的医师每两周随访一次,于9:00~11:00就诊,每次测心率和右上臂坐位测血压3次,取两次数值较高者计算血压平均值。第4、8、12周复查血尿酸(全套血生化)。(4)实验室检查:全部患者试验前后行心电图、胸部X线、血尿常规检查。(5)疗效评价:显效:舒张压下降10 mmHg以上并降至正常(<85 mmHg)或收缩压下降20 mmHg以上。有效:舒张压下降<10 mmHg,但降至正常或收缩压下降10~19 mmHg。无效:未达上述标准。血尿酸治疗前后第4、8、12周进行对照,下降20%~40%显效,下降10%~20%有效,下降<10%无效。(6)统计学处理:组间、组内各数据以 t 检验,有效率以 χ^2 检验法进行统计处理。 $P<0.01$ 为有显著性差异。

2 结果

(1)对血尿酸的影响:A组(0.54 ± 0.03) mmol/L降至(0.43 ± 0.07) mmol/L($P<0.01$),有效率70%;B组($0.54 \pm$

0.03) mmol/L降至(0.51 ± 0.03) mmol/L($P>0.05$),有效率22%。两组间第4、12周血尿酸差值比较 $P<0.01$,有显著性差异(表1)。(2)心率:两组治疗前后心率无明显变化。(3)用药前后两组生化指标:治疗第8、12周除A组血压尿酸较用药前明显降低外,两组其他各项血生化指标均无明显变化。(4)不良反应:干咳A组1例(3%),B组0例。头晕乏力A组2例,B组3例。

表1 两组药物治疗前后血压及血尿酸变化($\bar{x} \pm s$)

组 别	SBP,DBP 及 UA 值			差值
	用药前	用药后		
		4 周	12 周	
A 组(<i>n</i> = 35)				
SBP	157.5 ± 6.0	145.4 ± 6.2	142.3 ± 5.4	15.2
DBP	99.2 ± 3.0	89.0 ± 4.1	88.3 ± 5.2	11.9
UA	0.54 ± 0.03	0.51 ± 0.05	0.43 ± 0.07	0.13
B 组(<i>n</i> = 33)				
SBP	158.9 ± 6.0	145.4 ± 5.4	142.3 ± 5.3	15.6
DBP	101.2 ± 3.6	89.3 ± 4.7	87.2 ± 6.0	12.0
UA	0.54 ± 0.03	0.54 ± 0.03	0.51 ± 0.03	0.03

注:SBP及DBP单位:mmHg, UA单位:mmol/L

3 讨论

高尿酸血症是长期嘌呤代谢障碍引起的代谢性疾病,其发生主要是尿酸生成增多或尿酸排除减少引起。长期的高尿酸血症,尤其是当血尿酸超过0.48~0.54 mmol/L时,可引起痛风,其特征是急性关节炎反复发作,后转为慢性关节炎,导致关节畸形和功能障碍,出现皮下痛风结节,尿酸性肾病及肾结石等。高血压伴高尿酸血症的机制,是由高血压引起大血管病变,微血管病变,使组织缺氧,血乳酸水平升高,使肾小管分泌尿酸被抑制,且体内尿酸合成增加,肾脏清除减少。而部分高血压患者在长期使用噻嗪类利尿剂后造成血容量减少,使尿酸重吸收增加,引起高尿酸血症。长期的高尿酸血症在一些诱因作用下可引起痛风急性发作。高血压伴高尿酸血症或痛风患者在选择抗高血压药物时,必须考虑到对肾脏有保护作用的血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素II受体拮抗剂。氯沙坦是新型的特有的血管紧张素II受体拮抗剂,口服生物利用度为25%~35%,主要在肝脏代谢,消除半衰期长达1~9 h,口服一次即可维持24 h以上的降压作用,是目前唯一能降低血尿酸的血管紧张素II受体拮抗剂^[1]。本试验结果,高血压病患者服用氯沙坦后血尿酸明显下降,而服用络活喜组无此作用,与国外报道一致。高血

收稿日期:2004-11-04

作者单位:100036北京市,北京水利医院高干门诊

作者简介:王卫明,女,1961年5月生,北京市人,医学本科,副主任医师。Tel:010-88614818-3233

压患者易产生高尿酸血症是由于肾的排泄减少而不是由于尿酸的产生过多,氯沙坦减少血清尿酸是通过直接抑制近曲小管对尿酸盐的重吸收,使尿酸盐排泄增加,而与受体无关^[2]。氯沙坦促尿酸盐排泄特性能使其与利尿剂合用,增强降压疗效,减少利尿剂使血尿酸升高的不良反应。总之,氯沙坦治疗高血压疗效与络活喜相似,又有独特的降低血尿酸作用,使它在降低高血压患者的危险因素中有重要的地位。

参考文献

- 1 Fauve JP, Velon S, Berra N. Effects of losartan on renal

function in patients with essential hypertension. *J Cardiovasc Pharmacol*, 1996, 28: 259-263.

- 2 Edward RM, Trizna W, Stack EJ. Interaction of nonpeptide angiotensin II receptor antagonists with the urate transporter in rat renal brush border membranes. *J Pharmacol Exp Ther*, 1996, 276: 125-129.

· 经验交流 ·

胸外科老年肿瘤患者围手术期医院感染的临床分析

潘友民 潘铁成 汤应雄 申正义

胸外科老年肿瘤患者围手术期医院感染是一个应引起重视的问题,为降低其发生率,作者回顾性调查了2000年1月至2004年12月期间同济医院胸外科587例在60岁以上的老年肿瘤手术患者的医院感染情况,报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 587例(男372例,女215例),年龄60~89岁,平均 (65.7 ± 8.6) 岁。其中肺癌426例,食管癌118例,贲门癌25例,其他肿瘤18例。

1.2 调查方法 查阅调查对象的住院病历,记录及统计相关数据。医院感染诊断标准参照中华人民共和国卫生部《医院感染诊断标准》(试行)及根据文献中关于医院感染的标准进行诊断。病原菌的来源有下呼吸道,泌尿道,伤口及血液等。

1.3 统计学处理 对统计数据采用卡方检验(χ^2)处理。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 医院感染情况、部位与菌种 587例老年胸科肿瘤患者发生围手术期医院感染93例,占15.8%,远高于同期同济医院胸外科肿瘤患者手术的医院感染率(188/1967, 9.6%)。感染以下呼吸道为最多见,其次为手术切口。病原菌培养阳性87例,占93.5%。病原菌依次为金黄色葡萄球菌,铜绿假单胞菌,产酸克雷伯氏菌,鲍曼不动杆菌及阴沟肠杆菌等。

2.2 老年胸科肿瘤患者医院内感染的相关因素 结果显示,肿瘤患者发生医院感染明显与年龄,肥胖,长期吸烟史,伴发糖尿病、肾功能不全以及使用呼吸机时间大于24h等呈正相关,差异有统计学意义。

3 讨论

随着肿瘤发病率的升高和人类平均寿命的延长,老年胸科肿瘤患者在胸外科所占比例越来越高。由于老年患者组织器官功能低下和免疫力的降低,且伴有多种慢性疾病,加上恶性肿瘤的危害以及胸外科手术创伤大、手术时间长等因素,使得老年肿瘤患者极易发生围手术期间的医院感染。本组60岁以上老年胸科肿瘤患者的医院感染达15.8%,明显高于同济医院胸外科总的医院感染发生率(9.6%),与60岁以下患者的医院感染率(6.88%)相比,差异亦有明显的统计学意义。围手术期的医院感染同时造成患者医院死亡率明显增高。作者的研究表明,胸科老年肿瘤患者围手术期医院内感染的发生与患者年龄、肥胖、吸烟史、伴有糖尿病、肾功能不全以及术后机械辅助呼吸超过24h以上等因素呈正相关。医院内肺炎和下呼吸道感染是老年肿瘤患者最常见的医院感染,可能的原因与患者年龄大、长期吸烟以及肿瘤所致阻塞性肺炎等因素有关。加之患者手术后由于镇静镇痛,气管插管等抑制了呼吸道正常自净排痰功能,易造成痰液在呼吸道积聚,抑或患者术后切口疼痛和体力虚弱等使得患者惧怕或无力咳嗽、咳痰等。上述因素的综合存在极易造成患者的肺部感染。为降低老年肿瘤患者的围手术期医院感染率,临床医师应对围手术期医院感染有足够的认识和重视。防治的主要对策:营养支持提高患者的机体免疫力,消除感染源和切断感染途径,依据病原学培养及药敏结果合理使用抗生素,重视糖尿病患者血糖水平的监测和控制等。

收稿日期:2005-02-01

作者单位:430030 武汉市,华中科技大学同济医学院附属同济医院胸心外科(潘友民、潘铁成、汤应雄);感染科(申正义)

作者简介:潘友民,男,1967年3月生,江苏省泗阳县人,医学博士,主治医师。Tel:027-83663804