depression during adolescence[J]. Psychological Bulletin, 1993, 124(20): 323-344.
[2] Maes M, Meltzer H Y, Bosmans E, *et al*. Increased plasma concentrations of interleukin-6, soluble interleukin-6, soluble interleukin-2 and transferrin receptor in major depression[J]. J Affect Disord, 1995, 34(4): 301-309.
[3] Maes M. Evidence for an immune response in major depression: a review and hypothesis[J]. Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry, 1995, 19(1): 11-38.
[4] Maes M, Bosmans E, De Jongh R, *et al*. Increased serum IL-6 and IL-1 receptor antagonist concentrations in major depression and treatment resistant depression[J]. Cytokine, 1997, 9(11): 853-858.
[5] Maes M. Major depression and activation of the inflammatory response system[J]. Adv Exp Med Biol, 1999, 461(1): 25-46.
[6] 范长河, 谢光荣, 陈凤华, 等. 抑郁症患者血清炎症细胞因子和急性期反应蛋白水平及其意义[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2000, 26(5): 272-275.
[7] Maier S F, Watkins L R. Cytokines for psychologists: implications of bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood, and cognition[J]. Psychol Rev, 1998, 105(1): 83-107.
[8] Brambilla F, Maggioni M. Blood levels of cytokines in elderly patents with major depressive disorder[J]. Acta Psychiatr Scand, 1998, 97(4): 309-313.
[9] 屈 娅, 冯正直. 下丘脑-垂体-肾上腺轴在抑郁症发病中的作用[J]. 局解手术学杂志, 2004, 13(1): 57-60.
[10] Anisman H, Kokkinidis L, Merali Z. Further evidence for the depressive effects of cytokines: anhedonia and neurochemical changes[J]. Brain Behav Immun, 2002, 16(5): 544-556.
[11] 汪向东, 王希林, 马 弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999. 191-216.
[12] Herbert T B, Cohen S. Depression and immunity: a meta-analytic review[J]. Psychol Bull, 1993, 113(3): 472-486.
[13] 姚 辉, 肖 红, 侯 钢. 抑郁症患者白细胞介素2,6对照研究[J]. 临床精神医学杂志, 2001, 11(5): 272-273.
[14] Capuron L, Ravaud A, Dantzer R. Timing and specificity of the cognitive changes induced by interleukin-2 and interferon-alpha treatments in cancer patients[J]. Psychosom Med, 2001, 63(3): 376-386.
[15] 张艳美. 抑郁症与细胞因子[J]. 国外医学精神病学分册, 2000, 27(2): 122-124.
[16] Irwin M. Immune correlates of depression[J]. Adv Exp Med Biol, 1999, 461(1): 1-24.

(编辑 薛国文)

文章编号:1000-5404(2005)05-0457-01

个案与短篇

7例SARS患者激素治疗后骨坏死回顾性调查

Retrospective investigation on 7 cases of osteonecrosis after steroid treatment in SARS

游绍莉,辛绍杰,李保森,荣义辉,王 岩,赵 军 (解放军302医院感染二科,北京 100039)

严重急性呼吸综合征(SARS)患者应用激素治疗可减轻症状,度过急性肺损伤期,然而激素应用出现的骨坏死令医学同仁关注及担忧,我们就我院SARS患者激素治疗后出现的7例骨坏死进行随访10个月,现就随访到的情况进行探讨。

1 资料与方法

1.1 患者来源

我院收治的SARS患者56例,男28例,女28例,年龄18~74岁,平均年龄31.34岁,其中7例出现骨坏死,对其进行10个月的跟踪调查。

1.2 急性期激素治疗原则

甲泼尼龙静脉点滴3~6 $mg \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$,对于极重型,在冲击治疗时甲泼尼龙可用至7~10 $mg \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$,体温正常、肺部病灶开始吸收后激素逐步减量。

1.3 统计学方法

应用Stata软件进行χ^2检验及t检验。

作者简介:游绍莉(1972-),女,贵州省雷山县人,硕士研究生,主治医师,主要从事传染病方面的研究,发表论文10余篇。电话:(010)66881822
通讯作者:辛绍杰,电话:(010)66933422
收稿日期:2004-07-05;修回日期:2004-10-23

2 结果

2.1 一般情况

7例患者主要表现是股骨头的坏死,都为双侧,可一侧轻,一侧重,但也可出现股骨头外的损伤,如膝关节周围胫骨、股骨(4例)、全身小关节周围(1例)的坏死。56例患者激素用量大于5 600 mg的2例患者均出现骨坏死。坏死组与其他患者比较见表1。

表1 7例出现骨坏死患者与其他患者情况比较

组别	性别比(男:女)	激素用量(mg, $\bar{x} \pm s$)	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	急性期病情(重症:非重症)
骨坏死组	4:3	4 600.00±2 727.63	31.31±10.99	4:3
非骨坏死组	24:25	3 261.22±1 235.72	34.00±13.37	22:27
P值	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.2 病情发展经过

该7例患者出院后即感明显关节酸痛,出院3个月时行MRI检查出现异常,X线骨盆检查及双髋CT检查及CT骨密度检查未发现异常。出院6个月双髋CT检查7例患者均见异常,2例髋关节活动受明显限制。出院10个月,经治疗6例患

(下转465页)

心性乳腺癌对侧乳腺癌发生的危险性较高，发生在对侧乳房与同侧乳房只是位置不一样。对保乳手术来说，多中心性乳腺癌较单发乳腺癌局部复发率明显增高，而且保乳手术都需要行根治性放疗，如果去掉放疗这个因素，多中心性乳腺癌保乳手术后复发率可能明显增加。

关键词：多原发性乳腺癌；双侧乳腺癌；多中心性
中图法分类号：R737.9　　文献标识码：A

参考文献：

[1] 刘复生，秦德发，王奇璐. 多原发癌172例临床病理分析[J]. 中华肿瘤杂志，1979，1(2)：113－118.
[2] Skowronek J, Piotrowski T. Bilateral breast cancer[J]. Neoplasma, 2002, 49(1): 49－54.
[3] 张　毅，姜　军，封传悦，等. 双侧原发性乳腺癌雌激素与孕激素受体表达及病理分析[J]. 第三军医大学学报，2003，25(23)：2080－2082.
[4] Leis H P. Bilateral breast cancer[J]. Surg Clin Amer, 1978, 58(4): 833－841.
[5] 毛一冲，乔新民，张庆广. 原发性双侧乳腺癌25例临床分析[J]. 普外临床，1996，5(11)：292－294.
[6] 王克有，游凯涛. 原发性双侧乳腺癌[J]. 中国肿瘤临床与康复，1988，5(2)：40－42.
[7] Fung M C, Schultz D J, Solin L J, *et al*. Early-stage bilateral breast cancer treated with breast-conserving surgery and definitive irradiation[J]. Int J Raeiat Oncol Biol Phys, 1997, 38(5): 959－967.
[8] Newman L A, Sahin A A, Cunningham J E, *et al*. A case-control study of unilateral and bilateral breast carcinoma patients[J]. Cancer, 2001, 91(10): 1845－1853.
[9] Carmichael A R, Bendall S, Lockerbie L. The long-term outcome of synchronous bilateral breast cancer is worse than metachronous or unilateral tumours[J]. Eur J Surg Oncol, 2002, 28(4): 388－391.
[10] Uematsu T, Sano M, Homma K. False-positive helical CT findings of multifocal and multicentric breast cancer: is attenuation of tumor useful for diagnosing enhanced lesions[J]? Breast Cancer, 2002, 9(1): 62－68.
[11] Lesser M L, Rosen P P, Kinne D W. Multicentricity and bilaterality in invasive breast carcionma[J]. Surgery, 1982, 91(2): 234－240.
[12] Middlton L P, Vlastos G, Mirza N Q, *et al*. Multicentric mammary carcinoma: evidence of monoclonal proliferation[J]. Cancer, 2002, 94(7): 1910－1916.
[13] Vargas H I, Aghunag R V, Kalinowski A, *et al*. The clinical utility of Tc-99m sestamibi scintimammography in detecting multicentric breast cancer[J]. Am Surg, 2001, 67(12): 1204－1208.
[14] Fowble B. Ipsilateral breast tumor recurrence following breast-conserving surgery for early-stage invasive cancer[J]. Acta Onco, 1999, 38 (Suppl 13): 9－17.
[15] Malur S, Wurdinger S, Moritz A, *et al*. Comparison of written reports of mammography, sonography and magnetic resonance mammography for preoperative evaluation of breast lesions, with special emphasison magnetic resonance mammography[J]. Breast Cancer Res, 2001, 3(1): 55－60.
[16] Uematsu T, Sano M, Homma K, *et al*. Staging of palpable T1-2 invasive breast cancer with helical CT[J]. Breast Cancer, 2001, 8(2): 125－130.
[17] Morris EA. Breast cancer imaging with MRI[J]. Radiol Clin North Am, 2002, 40(3): 443－466.
[18] Hlawatsch A, Teifke A, Schmid M, *et al*. Preoperative assessment of breast cancer: sonography versus MR imaging[J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179(6): 1493－1501.
[19] 沈镇宙，邵志敏. 现代乳腺肿瘤学进展[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，2002. 128－130.
[20] Ohsumi S, Takashima S, Saeki T, *et al*. Breast-conserving therapy consisting of wide excision, axillary dissection, and radiotherapy for early-stage breast cancer: the experience of the National Shikoku Cancer Center [J]. Biomed Pharmacother, 2002, 56(Suppl 1): 196s－200s.

（编辑　张大春）

（上接457页）

者病情稍好转，1例出现股骨头塌陷趋势，可能需要行外科手术治疗。

2.3　相关化验

6例患者出院后化验即发现有血脂升高，第7个月正规治疗时7例患者均出现血脂升高和高凝低纤溶状态。

2.4　针对骨坏死的相关治疗

出院早期未予特殊重视，继续服用钙剂，全休状态，第3个月MRI检查出现异常后减负运动（拐杖或轮椅），出院7个月左右予积极针对骨坏死的临床治疗。

3　讨论

对56例SARS临床治愈患者的跟踪调查中，共发现7例骨坏死患者，出现骨坏死与年龄、性别、急性期病情轻重无明显相关，与激素用量有关，这与屈辉[1]报道不一致，由于我们病例数偏少，这有待进一步论证。我们发现激素用量较大及疗程较长的2例患者的确出现骨坏死，故分析在激素剂量一般情况下出现骨坏死的几率有一定的个体差异，但如果激素剂量较大、疗程较长，激素剂量与骨坏死之间可能还是有关系。

激素治疗引起骨坏死机制目前学说很多[2]，本组中的多数患者在出院后即发现有高脂血症，同时在出院7个月左右化验时均出现高凝低纤溶状态，至于激素应用后多长时间即可出现高脂血症及高凝低纤溶状态没有进行前瞻性检查，急性期应用降脂治疗和及时开始改善微循环治疗对骨坏死有否预防作用尚不明确。同时该7例患者在临床出院后感到髋关节不适及关节酸痛明显或MRI检查发现异常后才进行减负行走，我们分析这与诱发出现骨坏死可能有一定关系。目前人们尚不能排除骨坏死的出现与SARS疾病本身也有一定关系，但从骨坏死与急性期SARS病情轻重无明显差异，骨坏死的出现可能与SARS疾病本身关系不大。

不难看出激素治疗SARS后骨坏死有相当高的发病率，故对SARS患者激素的应用应该慎之又慎，一旦应用激素，应对其副作用进行长期周密的监测和积极的预防。

关键词：SARS；激素；骨坏死
中图法分类号：R681.025　　**文献标识码：**B

参考文献：

[1] 屈　辉. 重视SARS病人激素治疗后的骨坏死[J]. 中国全科医学，2003，6(7)：567.
[2] 文良元，黄公怡. 创伤性和激素性股骨头坏死的病理学研究及进展[J]. 中华骨科杂志，1997，17(2)：140－143.

（编辑　汪勤俭）