参考文献：

[1] Yu X, Xia W, Zhang T, *et al*. Enhanced cytotoxicity of IL-24 gene-modified dendritic cells co-cultured with cytokine-induced killer cells to hepatocellular carcinoma cells[J]. Int J Hematol, 2010, 92(2): 276-282.

[2] Sun J C, Pan K, Chen M S, *et al*. Dendritic cells-mediated CTLs targeting hepatocellular carcinoma stem cells[J]. Cancer Biol Ther, 2010, 10(4): 368-375.

[3] 胡嘉升, 傅晋翔, 张宏. 自体CIK细胞辅助治疗非霍奇金淋巴瘤患者的临床观察[J]. 中国血液流变学杂志, 2007, 17(1): 61-63.

[4] Edinger M, Cao Y A, Verneris M R, *et al*. Revealing lymphoma growth and the efficacy of immune cell therapies using *in vivo* bioluminescence imaging[J]. Blood, 2003, 101(2): 640-648.

[5] Sangiolo D, Mesiano G, Carnevale-Schianca F, *et al*. Cytokine induced killer cells as adoptive immunotherapy strategy to augment graft versus tumor after hematopoietic cell transplantation[J]. Expert Opin Biol Ther, 2009, 9(7): 831-840.

[6] Linn Y C, Niam M, Chu S, *et al*. The anti-tumour activity of allogeneic cytokine-induced killer cells in patients who relapse after allogeneic transplant for haematological malignancies[J]. Bone Marrow Transplant, 2012, 47(7): 957-966.

[7] Dunn G P, Bruce A T, Ikeda H, *et al*. Cancer immunoediting: from immunosurveillance to tumor escape[J]. Nat Immumol, 2002, 3(11): 991-998.

[8] Rettinger E, Kuci S, Naumann I, *et al*. The cytotoxic potential of interleukin-15-stimulated cytokine-induced killer cells against leukemia cells[J]. Cytotherapy, 2012, 14(1): 91-103.

[9] Winter J, Barbin K, Bacci C, *et al*. A new bioassay for the immunocytokine L19-IL2 for simultaneous analysis of both functional moieties[J]. J Pharm Biomed Anal, 2011, 54(1): 81-86.

[10] 惠吴函, 徐娟, 万岁桂, 等. CIK细胞对G0期急性髓系白血病细胞的杀伤作用[J]. 首都医科大学学报, 2007, 28(5): 666-667.

[11] Nishimura R, Baker J, Beilhack A, *et al*. *In vivo* trafficking and survival of cytokine-induced killer cells resulting in minimal GVHD with retention of antitumor activity[J]. Blood, 2008, 112(6): 2563-2574.

[12] Introna M, Borleri G, Conti E, *et al*. Repeated infusions of donor-derived cytokine-induced killer cells in patients relapsing after allogeneic stem cell transplantation a phase I study[J]. Haematologica, 2007, 92(7): 952-959.

（**收稿**:2012-08-06;**修回**:2012-11-03）

（编辑　王　红）

经验交流

文章编号:1000-5404(2012)24-2452-01

56例老老年高血压危象患者的急救治疗体会

任慧琴,乔着意,王　梅,王兴志　（400020 重庆,解放军第324医院急诊科）

[**关键词**] 老老年高血压;高血压危象;急救

[**中图法分类号**] R544.1　[**文献标志码**] B

老老年高血压是近几年提出的新名词,其诊断与一般成人高血压病的诊断相同,连续3次非同日血压测定收缩压≥140 mmHg和(或)舒张压>90 mmHg患者,除外假性高血压与继发性高血压,年龄若≥80岁,则符合老老年高血压诊断[1]。高血压危象患者血压急剧升高往往>200 mmHg/120 mmHg[2],临床上具体治疗存在争议[3]。我科2005年10月至2012年6月共收治老老年高血压危象患者56例,临床救治效果满意,现将相关情况报告如下。

1　资料与方法

1.1　临床资料

回顾性选择2005年10月至2012年6月我科收治老老年高血压危象患者56例,男性32例,女性24例,年龄80~91(84.1±4.0)岁,诊断符合2005年高血压防治指南标准[4]。其中单纯性高血压39例,合并脑出血4例,合并脑梗死5例,合并心肌梗死5例,合并急性左心衰1例,合并肾功能不全1例,合并主动脉夹层1例。临床表现为头痛、头晕、胸痛、心悸、呼吸困难、烦躁、意识障碍等,少数患者临床无明显症状,仅查体时发现严重高血压。

1.2　治疗目标及方法

患者进入监护室,常规给氧、心电监护,建立静脉通道,辅以头颅CT、胸部CT、心电图、心肌酶谱等检查,治疗前后行血常规、生化8项、肝功能检查。均以静脉给药为主,静脉泵调节静滴药物速度,必要时辅以口服给药。降压目标[5]<150/90 mmHg;脑卒中、病程长的老年糖尿病、冠状动脉严重狭窄的冠心病、终末期肾脏病、双侧颈动脉严重狭窄患者,血压目标<140/90 mmHg。单纯高血压危象患者可口服卡托普利25~50 mg,或用硝普钠25 mg(避光)以150 μg/min速度静滴,或用硝酸甘油10 mg加入5%葡萄糖或0.9%生理盐水100~250 ml中静滴。合并脑出血、肾功能不全患者用乌拉地尔12.5 mg稀释后静推,继以25 mg滴注。合并脑梗死患者用尼卡地平5 mg静滴。合并急性左心衰竭、心肌梗死、肺水肿患者用硝酸甘油治疗。合并主动脉夹层患者15~30 min内将血压降至正常范围,可用硝普钠、盐酸乌拉地尔或尼卡地平。如果患者颅内压明显增高,可给予20%的甘露醇250 ml快速静脉滴注;急性左心衰患者给予西地兰0.4 mg静推;呼吸困难患者必要时行气管插管术辅助呼吸。

1.3　疗效判断标准[6]

有效:患者用药后1~2 h血压下降10%~25%,2~6 h血压降至目标血压,患者自觉症状缓解;或1~2 h血压下降<20%,但已达目标血压。无效:未达到上述标准,或患者死亡。

1.4　统计学处理

采用SPSS 18.0统计软件,计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,对治疗前后白细胞、血钾、尿素氮、谷丙转氨酶、血糖差异行t检验。

（下转2455页）

[**通信作者**] 王　梅,电话:(023)68762120,E-mail:mei_wang0918@hotmail.com

了长期无病生存,2 年 DFS 达到 75%,allo-HSCT 联合伊马替尼治疗 Ph + ALL 取得了良好的效果,明显降低了复发率,提高了长期生存率,值得临床进一步推广。

参考文献:

[1] Yanada M, Naoe T, Iida H, *et al*. Myeloablative allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia in adults: significant roles of total body irradiation and chronic graft-versus-host disease[J]. Bone Marrow Transplant, 2005, 36(10): 867 - 872.

[2] Laport G G, Alvarnas J C, Palmer J M, *et al*. Long-term remission of Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia after allogeneic hematopoietic cell transplantation from matched sibling donors: a 20-year experience with the fractionated total body irradiation-etoposide regimen[J]. Blood, 2008, 112(3): 903 - 909.

[3] Bassan R, Rossi G, Pogliani E M, *et al*. Chemotherapy-phased imatinib pulses improve long-term outcome of adult patients with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia: Northern Italy Leukemia Group Protocol 09/00[J]. J Clin Oncol, 2010, 28(22): 3644 - 3652.

[4] Mohty M, Labopin M, Volin L, *et al*. Reduced-intensity versus conventional myeloablative conditioning allogeneic stem cell transplantation for patients with acute lymphoblastic leukemia: a retrospective study from the European Group for Blood and Marrow Transplantation[J]. Blood, 2010, 116(22): 4439 - 4443.

[5] Wassmann B, Pfeifer H, Goekbuget N, *et al*. Alternating versus concurrent schedules of imatinib and chemotherapy as front-line therapy for Philadelphia-positive acute lymphoblastic leukemia (Ph + ALL)[J]. Blood, 2006, 108(5): 1469 - 1477.

[6] 阮长耿, 吴德沛, 李建勇, 等. 现代血液病诊断治疗学[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2007: 56.

[7] Mizuta S, Matsuo K, Maeda T, *et al*. Prognostic factors influencing clinical outcome of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation followingimatinib-based therapy in BCR-ABL-positive ALL[J]. Blood Cancer J, 2012, 2(5): e72.

[8] Ohno R. Changing paradigm of the treatment of Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia[J]. Curr Hematol Malig Rep, 2010, 5(4): 213 - 221.

[9] Mizuta S, Matsuo K, Yagasaki F, *et al*. Pre-transplant imatinib-based therapy improves the outcome of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for BCR-ABL-positive acute lymphoblastic leukemia[J]. Leukemia, 2011, 25(1): 41 - 47.

[10] 徐玉秀. 伊马替尼联合化疗治疗 ph + 成人急性淋巴细胞白血病 20 例治疗分析[J]. 中国实用医药, 2011, 6(18): 175 - 176.

[11] Thomas D A, Faderl S, Cortes J, *et al*. Treatment of Philadelphia Chromosome-positive acute lymphocytic leukemia with hyper-CVAD and imatinib mesylate[J]. Blood, 2004, 103(12): 4396 - 4407.

[12] Lee K H, Lee J H, Choi S J, *et al*. Clinical effect of imatinib added to intensive combination chemotherapy for newly diagnosed Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia[J]. Leukemia, 2005, 19(9): 1509 - 1516.

[13] Lee S, Kim Y J, Chung N G, *et al*. The extent of minimal residual disease reduction after the first 4-week imatinib therapy determines outcome of allogeneic stem cell transplantation in adults with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia[J]. Cancer, 2009, 115(3): 561 - 570.

(**收稿**:2012-06-09;**修回**:2012-11-14)
(编辑 王 红)

(上接 2452 页)

2 结果

本组 56 例患者,53 例(94.6%)均给予静脉用药,51 例(91.1%)需辅以对症治疗;治疗有效 50 例(89.3%),治疗无效 6 例(10.7%),临床用药安全(表 1)。6 例治疗无效患者中,3 例(5.4%)死亡,另 3 例收入院继续治疗。

表 1 53 例患者用药前后白细胞、血钾、尿素氮、转氨酶、血糖变化的比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	白细胞 ($\times 10^9$/L)	血钾 (mmol/L)	尿素氮 (mmol/L)	谷丙转氨酶 (U/L)	血糖 (mmol/L)
治疗前	6.8 ± 4.1	4.0 ± 1.0	5.3 ± 2.6	45.8 ± 12.5	9.3 ± 3.1
治疗后	7.1 ± 5.0	3.9 ± 0.9	5.5 ± 3.4	46.0 ± 14.8	8.9 ± 2.8
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

老老年高血压患者常合并 1 种或多种疾病,其靶器官损害常常已不可逆,心血管死亡率及总死亡率显著高于同龄正常人[7]。研究证实,降压治疗可显著减少老老年高血压患者脑卒中、冠心病、心力衰竭等风险[8]。然而,盲目地把血压降得过快、过低,反而会引起缺血及血栓形成。本组患者用药均从小剂量开始,根据血压下降情况调节用量,不同的靶器官损害,有不同的血压控制标准和用药选择。本组 39 例单纯高血压危象患者用硝普钠治疗 19 例,其中 10 例出现不同程度头昏、恶心、心悸,3 例无效,4 例改用硝酸甘油继续治疗达到治疗效果;另外 20 例使用硝酸甘油治疗,仅 2 例出现面部潮红、头痛,临床可以耐受,不影响继续用药而最终达到治疗目的。虽然临床观察例数较少,但笔者认为硝酸甘油临床使用较硝普钠更方便。因此在救治老老年高血压危象患者时,应充分考虑患者的特点,把握好降压的速率和时间,将血压控制在合理范围,降低病死率。

参考文献:

[1] 林仲秋, 谢志泉. 老老年高血压的临床特点及研究现状[J]. 广东医学, 2010, 31(23): 3147 - 3150.

[2] 贾隽怡, 曹同瓦. 高血压危象患者的急救和治疗[J]. 中国医药指南, 2011, 9(15): 15 - 16.

[3] 张文, 罗震. 高血压危象患者的临床救治与护理体会[J]. 中外医疗, 2010, 29(30): 143, 145.

[4] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南[J]. 高血压杂志, 2005, 13(增刊): 2 - 41.

[5] 陆惠华. 关注《中国高血压防治指南 2010》的新进展、新理念[J]. 中国老年保健医学, 2011, 9(5): 5 - 6.

[6] 许照权. 浅谈几种常见高血压急症的处理[J]. 医学信息, 2001, 24(9): 4769.

[7] 苗懿德. 老老年高血压患者的风险评估及治疗对策[J]. 中国心血管杂志, 2010, 15(4): 262 - 263.

[8] Backett N S, Peters R, Fletcher A E, *et al*. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older[J]. N Engl J Med, 2008, 358(18): 1887 - 1898.

(**收稿**:2012-08-05;**修回**:2012-09-11)
(编辑 龙 亮)