

# 原发性血小板增多症并急性心肌梗死行 急诊经皮冠状动脉介入治疗 1 例

· 病例报告 ·

卢拥华, 秦 辉, 冯小坚

作者单位: 414000 湖南,岳阳市第一人民医院心血管内科

作者简介: 卢拥华(1978 -),男,硕士研究生,主治医师,研究方向:心血管内科疾病诊治及介入治疗。E-mail:lyh200818@163.com

[关键词] 心肌梗死; 血小板增多,出血性; 心电图记录术

[中图分类号] R 542.22 [文章编号] 1674 - 3806(2013)04 - 0370 - 02

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2013.04.30

## 1 病例介绍

患者,男,55岁,因胸痛、胸闷1h急诊入院。患者入院前1h出现胸闷、胸痛,位于胸骨后及心前区,呈闷胀、压榨感,伴有大汗,持续不缓解。体格检查:心率100次/min,呼吸20次/min,血压126/70 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa),急性面容,双肺呼吸音清晰,未闻及干、湿啰音,心界不大,心率80次/min,心律绝对不齐,第一心音强弱不等,未闻及病理性杂音,肝脾未及,双下肢无水肿。床旁心电图示:心房颤动,Ⅱ、Ⅲ、aVF、V1 ~ V6导联的T段广泛性下移约0.3 ~ 0.4 mV。血常规示:白细胞(WBC)  $18.47 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞(N)0.77,血红蛋白(Hb)120 g/L,红细胞(RBC)  $4.19 \times 10^{12}/L$ ,血小板(PLT)  $991 \times 10^9/L$ 。肌钙蛋白阴性,凝血常规正常。初步诊断:(1)冠心病,急性非特异性ST段抬高心肌梗死,心功能I级;(2)血小板增多。住院后急诊介入室行局麻后穿刺右桡动脉成功,置6F鞘,行选择性左、右冠状动脉造影,多体位投照示左主干严重狭窄95%,可见钙化斑块,前降支近端狭窄80%,回旋支近端狭窄85%,右冠状动脉基本正常。行左主干经皮冠状动脉介入治疗(PCI),先沿导丝送6F JL3.0指引导管至左冠口,进指引导丝至前降支远端,再进另一指引导丝至回旋支远端进行保护,沿前降支指引导丝送Medtronic 2.5 mm × 15 mm球囊至主干病变处,10 atm (1 atm = 101.325 kPa)扩张,复查造影示冠状动脉造影血流分级(TIMI)血流2 ~ 3级,退球囊,经指引导丝送爱克赛尔4.0 mm × 18 mm,支架至左主干病变处,定位后以22atm释放,再次造影时TIMI血流3级,支架处无狭窄,术毕血压110/70 mmHg,心率95次/min,房颤,安返病房。术后相关ST段恢复

至基线。复查肌钙蛋白示阳性。继续给予阿司匹林、氯吡格雷抗血小板,低分子肝素抗凝,应用欣康、倍他乐克及雷米普利、阿托伐他汀等治疗。多次查血常规示WBC  $22 \sim 24 \times 10^9/L$ ,PLT  $1\ 000 \sim 1298 \times 10^9/L$ ,请血液科会诊,考虑原发性血小板增多症。骨穿涂片示巨核系造血系统为主,巨核系活跃骨髓象。活检示骨髓增生活跃,巨核系各阶段细胞均增生,以偏成熟阶段细胞为主,多为胞体较大成熟分叶核巨核细胞,红系较少见,淋巴细胞少见,上述形态结合临床及相关检查需考虑原发性血小板增多症。JAK2基因V6突变定性检测阳性。给予羟基脲口服,3周后血常规示:WBC  $9.57 \times 10^9/L$ ,Hb 145 g/L, RBC  $4.75 \times 10^9/L$ ,PLT  $370 \times 10^9/L$ 。随访1年,病情稳定。

## 2 讨论

原发性血小板增多症为多能干细胞克隆性疾病。其特征是血小板水平显著持续性增多而功能异常,骨髓中巨核细胞过度增殖,伴有出血及血栓形成,脾常肿大<sup>[1]</sup>。本患者并发冠状动脉内血栓致急性心肌梗死实为罕见。文献认为原发性血小板增多所致急性心肌梗死归因于冠状动脉内血栓形成,往往与动脉粥样硬化无关,其发病机制可能为:(1)冠状动脉主干及前降支血流量大,血压高,血管壁承受的切变力高,易引起其内皮细胞完整性受损,血小板易于黏附并聚集;(2)PLT数目明显升高,血液黏滞度增高,血流速度减慢,增加了PLT与血管壁的黏附与聚集;(3)PLT活化及活性增高,使PLT相互黏附,并且更易于附着于血管壁。本病例有长期吸烟史,造影可见钙化斑块,考虑为斑块破裂后血栓形成所致<sup>[2]</sup>。原发性血小板增多症并发急性心肌梗死

患者,主要为 PLT 增多所致,行支架植入术易引起支架内血栓形成等风险,故 PLT 计数正常前不考虑支架植入手术<sup>[3]</sup>。本患者冠状动脉造影提示左主干有斑块,行急诊 PCI,术后坚持抗 PLT 治疗及羟基脲口服降血小板,未并发血栓事件,病情稳定。由于出血或血栓形成等并发症主要与 PLT 数量及功能改变有关,出血发生率为 8.8%<sup>[4]</sup>,栓塞发生率远高于出血。应坚持应用干扰素或羟基脲控制 PLT,防血栓发生,定期随访患者 PLT 计数及 PLT 功能<sup>[5]</sup>。

## 参考文献

- 1 邹萍.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:784-786.
  - 2 秦任甲.临床细胞流变学[M].北京:北京大学医学出版社,2006:156-158.
  - 3 苏杭,杨侃,蒋卫红,等.湖南省最年轻急性心肌梗死患者 1 例报道[J].临床医学工程,2011,18(5):801.
  - 4 王芳,罗莉,黄丽芳,等.原发性血小板增多症 34 例临床分析[J].内科急重症杂志,2009,15(2):90-92.
  - 5 陈俊冲,陈礼平.原发性血小板增多症并发急性心肌梗死 2 例报告及文献复习[J].心脑血管病防治,2010,10(1):74-75.
- [收稿日期 2012-12-05][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

## 护理研讨

# 基层医院住院糖尿病患者对饮食治疗认知的调查分析

简清

基金项目:广西钦州市科学研究与技术开发计划项目课题(编号:20114209)

作者单位:535400 广西,灵山县人民医院营养科

作者简介:简清(1963-),女,大学本科,护理学士,副主任护师,研究方向:临床护理及护理管理。E-mail:03jianqing@sina.com

**[摘要]** **目的** 了解基层医院住院糖尿病患者对饮食治疗的认知情况。**方法** 采用自设的调查问卷,对 249 例住院糖尿病患者进行饮食治疗相关知识调查,并对调查结果进行统计分析。**结果** 糖尿病患者对饮食治疗的认知程度不够理想,不同性别、文化程度及病程的糖尿病患者对饮食治疗的认知程度差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),且认知水平与患者文化程度、是否受过相关教育、病程长短呈显著相关。**结论** 基层医院糖尿病患者对饮食治疗的认知情况有待提高,文化程度低、病程短、男性患者是健康教育的重点对象。

**[关键词]** 糖尿病; 饮食治疗; 血糖

**[中图分类号]** R 459.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)04-0371-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.04.31

糖尿病是一种常见的内分泌代谢性疾病,近年来随着经济和生活条件的改善,发病率不断上升,而饮食治疗又是治疗糖尿病最基本的治疗措施之一,通过对饮食的控制来减轻胰岛  $\beta$  细胞的负担,使血糖、尿糖、血脂达到或接近正常值<sup>[1]</sup>。为了了解我院住院糖尿病患者对饮食治疗的认知情况,以便更好地开展临床饮食治疗教育,本文对我院住院的 249 例糖尿病患者进行了饮食治疗的认知情况调查,结果报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 为我院 2011-01~2011-12 住院的

249 例糖尿病患者,其中男 146 例,女 103 例。年龄 20~83 岁,平均 64 岁。I 型糖尿病患者 14 例(5.6%),II 型糖尿病患者 235 例(94.4%)。诊断依据按 WHO1999 年标准<sup>[2]</sup>:空腹血糖  $\geq 7.0$  mmol/L,餐后 2 h 血糖  $\geq 11.1$  mmol/L,出现多饮、多食、多尿、消瘦等症状。

**1.2 调查方法** 采用自行设计的调查问卷,由我科人员到病房对患者逐条询问并代填写问卷,询问的内容主要包括以下几方面:(1)一般情况。姓名、性别、年龄、身高、体重、职业、吸烟、饮酒、糖尿病病程、糖尿病家族史。(2)入院前 1 周内的饮食情况。