

原发性血小板增多症转急性白血病 M2a 一例

· 病例报告 ·

黄利娜, 李相磊, 马春燕, 李航, 张海军, 丁真真

作者单位: 475000 河南,开封市中心医院检验科

作者简介: 黄利娜(1981-),女,大学本科,学士学位,主管检验师,研究方向:临床检验。E-mail: zhanghaijun770325@163.com

[关键词] 原发性血小板增多症; 骨髓抑制性药物治疗; 急性白血病 M2a

[中图分类号] R 446 [文章编号] 1674-3806(2014)07-0650-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.07.24

1 病例介绍

患者,女,78岁,于8年前在本市某医院经相关检查确诊为原发性血小板增多症(ET)。长期使用羟基脲进行治疗,依据血常规结果调整剂量,维持在0.5~1.5 g/d至今。2009-02-02因“发热”来我院就诊,查血常规:白细胞 $19.22 \times 10^9/L$,血红蛋白100 g/L,血小板 $478 \times 10^9/L$,涂片镜检,中性粒细胞0.82、淋巴细胞0.16、单核细胞0.02,红细胞形态未见异常,门诊给予抗感染治疗,后痊愈。于2009-03-15再次以“牙龈肿痛、发热5 d,高热半天”为主诉来我院就诊。血常规:白细胞 $18.99 \times 10^9/L$,红细胞 $1.66 \times 10^{12}/L$,血红蛋白62 g/L,血小板 $118 \times 10^9/L$,分类100个白细胞有核红细胞占3个,原始细胞0.09、早幼粒0.01、中幼粒0.10、晚幼粒0.12;网织红细胞0.4%;中性粒细胞碱性磷酸酶(NAP)染色:92%阳性,积207分。肝肾功能及控感三项均正常。于次日行骨髓穿刺术,进行骨髓细胞学及免疫分型检查。骨髓细胞学显示骨髓增生明显活跃,其中原始粒细胞占34%,过氧化物酶(POX)染色87%阳性,成熟红细胞未见有明显异常。免疫分型示原始细胞(R2)占48.51%;CD7:42.6%,CD13:73.4%,CD33:78.8%,CD64:50.5%,CD117:19.2%,CD2:13.1%,组织相容性抗原(HLA-DR):12.6%,CD10:0.8%,CD14:1.6%,CD19:1.2%,CD20:1.8%,CD34:0.6%,符合急性髓系白血病(AML)原始粒细胞白血病部分分化型(M2a)诊断。于2009-03-21选用“高三尖杉酯碱+阿糖胞苷”进行化疗,高三尖杉酯碱2 mg/d,阿糖胞苷150 mg/d,化疗3 d,后因患者血小板迅速下降至 $3 \times 10^9/L$,全身呈现瘀斑点并伴全身骨痛,患者家属要求终止化疗,改为支持治疗。此后,患者经多次输血治疗,血红蛋白维持在70~90 g/L,血小

板维持在 $2 \sim 5 \times 10^9/L$,白细胞逐步升高并伴原始粒细胞不断增多,于2009-03-29再次检查肝肾功能及心肌酶谱,各项指标均出现明显异常,于2009-03-30抢救无效死亡。

2 讨论

原发性血小板增多症是巨核细胞克隆性异常增生为主的慢性骨髓增殖性疾病(MPD)。本病病程较长,隐匿性强,伴有或不伴有脾肿大,多因其他病症发现确诊本病。可与真性红细胞增多症(PV)、慢性粒细胞白血病(CML)、骨髓纤维化(MF)互相转化。对该类患者治疗时,可选用骨髓抑制性药物烷化剂或非烷化剂类的羟基脲,也可选用放射核素(^{32}P)。其原因较复杂,既往研究^[1]显示,这类治疗均可促使其转化成急性淋巴细胞白血病(AL),原因是长期使用这类药物治疗,导致染色体上的基因发生改变,造成AL的发生。查阅相关文献^[2]发现,对从ET转化来的AL患者而言,病程较短,无过渡期,来势凶险,使用化疗药物效果差,往往在短期内死亡。近期研究进一步证实,本病转变为AL的几率与治疗方法有一定关系。如使用 ^{32}P 或烷化剂类药物治疗,转化为AL的几率明显高于非烷化剂类药物羟基脲,而使用2种或2种以上骨髓抑制剂治疗后,发生AL可能性明显高于单纯使用1种用药比例,故应慎重选择。随着近年来医务工作者对ET深入研究,发现基于生物制剂的 α 干扰素可抑制巨核细胞生成并且能缩短血小板寿命,以达到降低血小板数量的目的。而以物理学原理为基础的血小板分离术,可迅速减少血小板数量,改善症状,并能明显降低因化学药物及放疗药物治疗造成的AL转化率,以提高ET患者的生存周期,因此原发性血小板增多症治疗要慎重选用烷化剂类药物治疗。

参考文献

- 1 Bentley MA, Taylor KM, Wright SJ. Essential thrombocythaemia[J]. Med J Aust, 1999, 171(4): 210-213.
- 2 陈 况, 黄细莲, 钱申贤. 原发性血小板增多症转变为急性髓系白血病一例[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(8): 700.

[收稿日期 2014-02-17][本文编辑 韦所苏]

护理研讨

诺舒与热球治疗月经过多的临床观察及护理

夏秀芳, 张 静

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇科

作者简介: 夏秀芳(1974-), 女, 大学本科, 医学学士, 主管护师, 研究方向: 妇科护理。E-mail: 164916333@qq.com

[摘要] 目的 比较诺舒与热球治疗月经过多的临床疗效并探讨其护理措施。方法 将 120 例月经过多患者分为两组, 60 例患者采用诺舒子宫内膜切除系统进行治疗(诺舒组), 并采用常规护理。60 例患者采用热球进行治疗(热球组), 同时采取有针对性的护理措施。收集两组临床随访资料并进行疗效分析。结果 诺舒组手术时间、术后恢复时间短于热球组($P < 0.05$)。术后阴道排液时间诺舒组长于热球组($P < 0.05$)。诺舒组术后需用药止痛率较热球组低($P < 0.05$)。两组术后 1、3、6、12 个月的有效率差异无统计学意义($P > 0.05$), 术后 1、3 个月闭经率差异有统计学意义($P < 0.05$), 术后 6、12 个月闭经率差异无统计学意义($P > 0.05$), 无并发症发生。结论 与热球治疗相比, 诺舒治疗月经过多具有治疗时间短、不需预处理、手术操作方便、安全性高、术后恢复时间短等优点, 特别适用于功能失调性子宫出血合并严重的内科疾病不宜手术的患者。术前应做好心理护理及健康教育, 术后细致的观察及护理, 可有效防止并发症的发生。

[关键词] 诺舒子宫内膜去除术; 热球子宫内膜去除术; 月经过多; 护理**[中图分类号]** R 473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)07-0651-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.07.25

月经过多是指每次月经量超过 80 ml, 是围绝经期妇女常见病症, 严重影响妇女的生活质量。据国外文献报道, 约有近 1/3 的育龄期女性经受月经过多的困扰^[1]。诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统(下文简称:诺舒)是治疗月经过多的有效方法, 在国外已广泛应用, 在美国已成为功能失调性子宫出血(下文简称:功血)治疗的金标准, 而在国内尚属于起步阶段。为探讨诺舒在治疗月经过多方面的临床运用, 我院于 2012-02 开始对月经过多患者应用诺舒治疗, 与热球子宫内膜去除术(下文简称:热球)进行比较, 总结护理工作体会, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2012-02 ~ 2013-07 在我院进

行诺舒治疗(诺舒组)和 2008-01 ~ 2010-09 进行热球治疗(热球组)各 60 例月经过多患者的临床资料。诺舒治疗纳入标准:(1)围绝经期或无生育需要女性良性原因引起的月经过多;(2)药物治疗无效;(3)手术前 3 个月失血图评分法评分(PBLAC) > 100 分。诺舒治疗排除标准:(1)有生育需求的女性;(2)子宫内膜恶性病变;(3)子宫肌层薄弱情况, 如有子宫肌瘤剔除术史;(4)手术时患有活动期的生殖系统或泌尿系统感染(例如宫颈炎、子宫内膜炎、膀胱炎);(5)目前内置宫内节育器;(6)宫腔长度 < 4 cm;(7)宫腔宽度 < 2.5 cm。两组患者疾病构成、贫血情况、年龄等差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较[n(%)]

组 别	例数	平均年龄(岁)	功血	子宫腺肌症	子宫内膜息肉	患有严重内科疾病	伴有贫血	血红蛋白(g/L)
诺舒组	60	45.39 ± 5.88	40(66.7)	4(6.7)	4(6.7)	12(20.0)	49(81.7)	85.16 ± 18.60
热球组	60	44.78 ± 2.26	49(81.7)	0(0.0)	0(0.0)	11(18.3)	52(86.7)	90.3 ± 16.20
χ^2/t	-	0.750	3.523	-	-	0.054	0.563	-1.614
P	-	0.455	0.061	0.060	0.060	0.817	0.453	0.109

注:“-”为确切概率法(下文同义)