

# 糖尿病肌梗塞 1 例

何清华, 周晓梅, 唐 晨, 谭 斌, 张春龙, 高学明(四川电力医院内科, 成都 610051)

**【关键词】** 糖尿病; 肌梗塞; 病例报告

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.075

中图分类号: R587.2

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)16-1784-02

糖尿病性肌梗塞(DMI)是糖尿病一种少见的微血管并发症。国际上 Angervall 和 Stener<sup>[1]</sup>于 1965 年首次报道,我国冉兴无教授于 2002 年首先报道<sup>[2]</sup>。本院曾收治糖尿病肌梗塞 1 例。现将该病例情况报道如下。

## 1 临床资料

患者,女,60 岁。因血糖升高 8 年,右侧大腿疼痛 2 个月,复发 5 d,于 2009 年 2 月 21 日入院。患者在 8 年前体检时发现血糖升高,伴有皮肤瘙痒,无典型三多一少症状,未治疗。后每 2 年的单位体检时血糖检测均高,血糖波动 10~20 mmol/L,未重视。4 年前出现四肢麻木,有蚁爬感,伴有双眼视力下降。2 年前出现双腿乏力,不能上高层楼梯,未诊治。2 个月前,出现右大腿疼痛,并触及一痛性包块,自感局部皮肤温度升高,无畏寒、寒战。院外诊断为 2 型糖尿病,右侧大腿感染性包块。给予头孢哌酮舒巴坦钠、川芎嗪、胰岛素等抗炎、活血、降糖治疗 1 个月,疼痛减轻,包块逐渐缩小。出院后在家加强锻炼。出院第 2 天,患者感右侧大腿疼痛,向小腿放射,口服盐酸曲马多止痛,效果差。大腿疼痛逐渐加重,活动受限。既往有 10 年高血压病史,从未服降压药,偶尔体检测得血压高,最高达 180/120 mm Hg。入院查体: T 36.2℃, P 75 次/分, R 20 次/分, BP 150/90 mm Hg, 体质量指数(BMI)25.6。痛苦面容,心、肺、腹未见异常,右大腿股四头肌处扪及大小约 5 cm×4 cm 包块,质偏硬,表面光滑,触痛明显,皮温颜色正常。整个右大腿肿胀明显,压痛,皮肤颜色温度正常。右大腿腿围比左大腿腿围平均大 7.5 cm。

入院时磷酸肌酸激酶 432 U/L,红细胞沉降率 37 mm/h, C 反应蛋白 39.5 mg/L,抗 Jo-1、抗 Mi2 等检查阴性,肝功能、肾功能、血脂、血常规、凝血功能未见异常。葡萄糖耐量试验:空腹血糖 14.05 mmol/L(参考范围:3.33~6.11 mmol/L);餐后 0.5 h 血糖 21.34 mmol/L(参考范围:5.20~8.60 mmol/L);餐后 1 h 血糖 24.57 mmol/L(参考范围:6.11~10.00 mmol/L);餐后 2 h 血糖 23.88 mmol/L(参考范围:4.44~7.78 mmol/L)。胰岛素释放试验:空腹胰岛素 3.2 μU/mL(参考范围:1.7~17 μU/mL);餐后 0.5 h 胰岛素 11.8 μU/mL(参考范围:19.0~73.0 μU/mL);餐后 1 h 胰岛素 13.0 μU/mL(参考范围:18.0~68.0 μU/mL);餐后 2 h 胰岛素 7.9 μU/mL(参考范围:9.0~53.0 μU/mL)。右侧大腿加强核磁共振示:右侧大腿肌肉前群及后群可见片团状,稍长 T1、稍长 T2 信号影,肌束紊乱,肌间隙肿胀,显示不清。增强扫描可见不均匀强化,后群肌肉病变周围可见不规则环形强化,病变区域动脉分支减少,局部区域未见确切显示。股动脉主干未见明显狭窄及充盈缺损影。右侧股骨骨质未见确切异常信号影。下肢血管

彩超:双侧股总动脉、股深动脉、股浅动脉、腓动脉、胫后动脉、足背动脉管壁径在正常范围内,右侧胫前动脉内径 0.24 cm,内膜欠光滑,中内膜未见确切增厚,于双侧足背动脉前后壁探及数个强回声点附壁。彩色多普勒超声及 PW 显示:上述动脉血管充盈好,血流方向、频谱形态正常。双侧胫前动脉血流速度在正常范围内,右侧稍高于左侧,双侧余各动脉血流速度在正常范围内。双侧股总静脉、股深浅静脉、腓静脉、胫前/后静脉管径正常,瓦氏试验阴性。双侧股隐、腓隐静脉汇入处静息状态下未见反流,瓦氏试验阴性。提示:于双侧腹股沟区探及多个淋巴结样回声,右侧最大为 2.6 cm×0.6 cm,左侧最大为 1.7 cm×0.6 cm。超声提示:双侧足背动脉硬化斑形成,左侧胫前动脉变细,双侧腹股沟淋巴结肿大。心脏彩超:主动脉硬化,肺动脉瓣反流(轻度),三尖瓣反流(轻度),左室舒张功能减低,收缩功能正常。腹部 B 超:胆囊结石多个,右肾结石。胸片:未见异常。

入院后,给予川芎嗪、胞二磷胆碱、甲钴胺、西洛他唑予以活血、营养神经,抗血小板聚集;胰岛素强化降糖以及硝苯地平缓释片、巯甲丙脯酸降压并严格卧床休息,但治疗效果不佳,患者疼痛明显。第 9 天加用前列地尔、卡马西平,加强活血止痛治疗 40 余天,患者右大腿肿胀消退,疼痛逐渐缓解,功能恢复,右大腿平均腿围比左大腿腿围小 1 cm。随访 1 年,患者病情稳定,局部病灶未复发。

## 2 讨论

糖尿病性肌梗塞其发病机制至今尚未完全清楚,推测可能由于肌肉内小动脉栓塞,肌肉缺血水肿,引起肌筋膜室综合征<sup>[3]</sup>,加重肌肉缺血,形成恶性循环,进而通过缺血再灌注损伤的机制导致骨骼肌广泛梗塞,同时认为高凝状态与肌梗塞的发生有关。许多临床医师对其认识不足,常造成误诊或漏诊,导致误治。该患者在院外曾诊断右大腿感染性包块,经抗炎、活血等治疗 1 月虽有一定效果,但治疗未痊愈,患者出院第 2 天病情复发加重。因此,一旦诊断明确,应给予严格的卧床休息,在严格控制血糖的基础上给予强有力活血、抗凝、营养神经及止痛治疗。该病短期治疗效果较好,但是由于多数患者合并有一种以上的终末期糖尿病慢性并发症,特别是合并终末期肾病,其长期预后不佳,大约 15% 的患者在发病 4 年以内死亡<sup>[2]</sup>。Chow 等<sup>[4]</sup>认为患该病的患者与曾发作心肌梗死的糖尿病患者有相同的预后。故早期严格控制血糖及治疗各种慢性并发症对防止糖尿病性肌梗塞的发生尤为重要。

## 参考文献

[1] Angervall L, Stener B. Tumoriform focal muscular degen-

eration in two diabetic patients[J]. Diabetologia, 1965, 1: 39-42.

[2] 冉兴无, 童南伟, 步宏, 等. 糖尿病性心肌梗塞的诊断和治疗[J]. 华西医科大学学报, 2002, 33(2): 311-313.

[3] 王椿, 冉兴无, 王华, 等. 糖尿病性心肌梗塞 6 例[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2004, 20(4): 314-317.

[4] Chow KM, Szeto CC, Wong TY, et al. Diabetic muscle infarction: myocardial infarct equivalent[J]. Diabetes Care, 2002, 25: 1895-1898.

(收稿日期: 2010-03-09)

## 外周血涂片查见淋巴瘤细胞辅助诊断淋巴瘤 1 例

王 琼, 殷 和, 王丽媛, 陈慧琳(解放军第四医院检验科, 青海西宁 810007)

**【关键词】** 淋巴瘤细胞; 血涂片; 外周血

DIO: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.076

中图分类号: R730.45; R733

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)16-1785-02

淋巴瘤是一组起源于淋巴结或其他淋巴组织的恶性肿瘤。本科曾通过外周血涂片查见淋巴瘤细胞辅助诊断淋巴瘤 1 例, 现将该病例情况报道如下。

### 1 病例资料

患者, 女, 43 岁, 汉族, 已婚。1 个月前无明显诱因发现左侧腹股沟有一直径约 5 cm 包块, 质韧, 无疼痛。随后以盆腔包块待查入院。给予抗炎治疗 2 周, 无好转。进而出现右腿肿胀, 并发现颈部包块, 觉口干、晨起眼周浮肿, 浑身酸痛。2 周后行左腹股沟淋巴结活检细胞学检查, 见恶性肿瘤细胞, 恶性淋巴瘤可能性大。次日行 CT 提示盆腔占位。B 超见左右髂动脉分叉处异常回声结节, 右髂内外动脉分叉处 10.5 cm × 8.5 cm × 7.5 cm 实质回声结节; 左髂动脉数枚低回声结节, 最大为 6 cm × 5.2 cm × 3.8 cm; 双侧颈部多枚低回声结节; 双侧腹股沟多枚低回声结节, 沿血管走向呈簇状分布, 最大为 5.3 cm × 3.8 cm × 2.7 cm。

### 2 实验室检查结果

**2.1 肝肾功能** 总蛋白 58 g/L、清蛋白 34 g/L、前清蛋白 81 g/L、乳酸脱氢酶 2 117 U/L、肌酐 111 μmol/L、尿酸 0.62 mmol/L、磷 2.12 mmol/L。

**2.2 尿液检查** 尿白细胞 100/μL、白细胞计数(仪器) 123.30/μL、上皮细胞数(仪器) 256.50/μL。

**2.3 两对半** 乙型肝炎表面抗原阳性、乙型肝炎 E 抗原弱阳性、乙型肝炎核心抗体阳性, 其余为阴性。

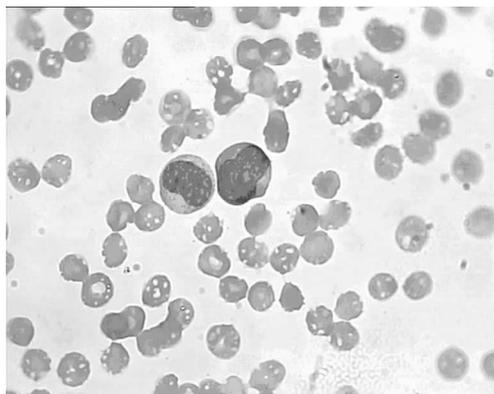


图 1 瑞吉染色(×1 000)

**2.4 红细胞沉降率** 66 mm/h。β<sub>2</sub> 微球蛋白 6.2 mg/L。HBV DNA 复制: 1.32 × 10<sup>3</sup> copy/mL。

**2.5 血常规检查** WBC 12.81 × 10<sup>9</sup>/L、中性杆核 34%、中性幼粒 2%、异淋 4%、异常细胞 14%、GRA10%、幼稚红细胞 2/100WBC、血红蛋白 97 g/L、血小板 28 × 10<sup>9</sup>/L。制血片, 瑞吉染色分片, 发现此类异常细胞: 形态不规则, 大小不等, 约 15~30 μm, 胞质丰富, 偶见伪足, 着色浅蓝或灰蓝, 胞核圆形或不规则形, 有凹陷、切迹, 核染色质较粗, 分布不均, 核仁 1~2 个, 见图 1、2, 怀疑淋巴瘤细胞。提示临床进行相关诊断检查。

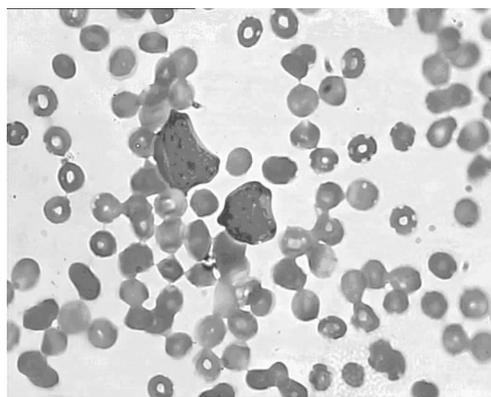


图 2 瑞吉染色(×1 000)

**2.6 骨髓细胞形态学检查提示** 异常细胞 72% 骨髓象。骨髓穿刺免疫组化标记: CD20(+), CD10(-), CD3(-), TdT(-), CD79a(+), Bcl-2(±), CD5(-), CD30(-), Pax-5(-), Bcl-6(-), CD7(-), EMA(-), Mum1(-), CD19(+), CD43(+), Ki-67(少+)。提示: B 细胞淋巴瘤, 倾向于外周 B 细胞淋巴瘤。

**2.5 左侧淋巴结免疫组化** CD20(+), CD19(+), Mum1(+), CD79a(+), Pax-5(+), Ki-67(±), CD5(-), CD30(-), CD10(-), EBV(-), EMV(-), TdT(-), CD23(-), CD7(-)。诊断: 淋巴结 B 细胞淋巴瘤。

### 3 讨论

淋巴瘤可分为霍奇金病(简称 HD)和非霍奇金淋巴瘤(简称 NHL)两大类, 其发病较隐蔽, 易被误诊、误治, 必须提高警惕, 建立正确的诊断思维。对于无痛性表浅淋巴结肿大, 持续