

为获得性单纯无(低)巨核细胞性血小板减少性紫癜^[1]。1990 年版 Willam 血液学这一专著中称为巨核细胞再生障碍。本研究认为这正是考虑到本病与纯红细胞再生障碍性贫血有相似的骨髓选择性造血细胞再生障碍,它只是表述了一种原因,结合 ITP 这一病名,本研究认为将本病称为纯巨核细胞再生障碍性紫癜(PMAP)更为适宜一些。

3.2 病因与发病机制 关于病因与发病机理有过诸多争议,直到 1996 年还有人认为该病不是独立疾病,并认为多种因素与本病有关,病毒如丙型肝炎病毒(HCV)、艾滋病病毒(HIV-1)等逆转录病毒,乙醇,多种药物如噻嗪类利尿剂,雌激素,甲磺丁脲,瑞斯托霉素等,体液或细胞免疫异常。此外,系统性红斑狼疮(SLE),弥漫性肋膜炎,血液病如 MDS,ITP,AA 等可诱发本病,或本病为这些疾病的早期表现。实验表明,体外骨髓 CFU-MK 培养,大多无集落生长,表明大部分患者骨髓中 MK 造血祖细胞存在缺陷,而将患者血清与正常人骨髓共同培养,结果大多数患者有增强正常骨髓的 CFU-Meg 集落生长的作用,显示这些患者血清中结合造血干细胞集落刺激活性(Meg-CSA)增高,少数降低,表明本病发病机制有二:其一是由于 T 细胞,巨噬细胞的介导作用,造成血小板相关抗体(PAIgG)的增高,致使血液循环中存在自身抗体,直接抑制巨核细胞(MK)造血祖细胞;其二是造血祖细胞存在缺陷,这一点在 PMAP 的发病中尤为重要^[2]。至于 PMAP 是否与其他一些血液病及其他疾病有关联,尚无确切证据,有待于进一步探讨。

3.3 诊断与鉴别诊断 迄今为止,仍有学者认为少部分 ITP 病例的骨髓 MK 生成存在障碍,往往将 PMAP 作为 ITP 的一种少见类型,现在看来是一种不确切的观点,尽管 ITP 与 PMAP 有部分共同的临床特征,但 ITP 患者的血小板表面结合有抗血小板抗体,血小板寿命短,因而骨髓 MK 呈代偿性增生,未见骨髓 MK 减少或缺如。早有研究证明,对 30 例 ITP 患者的骨髓切片图像分析发现,在单位面积骨髓组织中,ITP

患者的骨髓 MK 数量显著增多,这一点与 PMAP 患者的骨髓 MK 减少或缺如有着本质的区别。并且 PMAP 具有独特的发病机理,因而具有其独特的血液学特征,即骨髓的 MK 减少或缺如,其他系统如红系、粒系、淋巴细胞等骨髓象检查大致上无明显质和量的改变,仅少数病例可因出血而导致贫血或感染等。此外,像 MDS、AL、AA、ITP、巨幼细胞性贫血、脾功能亢进等其他一些血液系统疾病都有各自独特的病因学,临床特征及血液学改变,本病较易与之鉴别。本组 PMAP 中成年男性 12 例,女性 10 例,性别差异无统计学意义($P>0.05$),但在 22 例幼儿中男性 18 例,女性 4 例,性别差异有统计学意义($P<0.01$),这一点与过去报道有差异^[3]。

值得指出的是,在今后 PMAP 的诊断与鉴别诊断过程中,必须重视作一些特殊项目的检查,如 PAIgG、干细胞培养以及免疫功能的测定等。进行细胞遗传学的分析,看其是否具有克隆化的染色体改变,注意 PMAP 与其他一些血液病的联系与区别,这对于 PMAP 的诊断和进一步研究都具有重要的临床价值。

参考文献

[1] Hoffman R, 陆德炎. 获得性单纯无巨核细胞性血小板减少性紫癜[J]. 国际医学:输血及血液学分册,1993,16(1):19-20.
 [2] 陆德炎,陈义平,丁润生,等. 获得性单纯无巨核细胞性血小板减少性紫癜发病机制的研究[J]. 中华血液学杂志,1999,3(3):124-126.
 [3] 罗绿艳,曾祥泰. 纯巨核细胞再生障碍性血小板减少性紫癜的诊治[J]. 中华现代中西医结合,2003,1(4):306.

(收稿日期:2011-02-18)

顽固性高血压 60 例临床分析

陈 超(重庆市潼南县中医院 402660)

【摘要】 目的 探讨顽固性高血压的诊断与治疗,避免降压失败。**方法** 对 60 例顽固性高血压患者进行临床分析。**结果** 顽固性高血压经治疗后,血压均控制在正常范围。**结论** 顽固性高血压病因复杂,治疗要合理,重视个体化治疗。

【关键词】 顽固性高血压; 降压失败; 临床分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.13.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)13-1629-02

顽固性高血压又称难治性高血压,是指应用改善生活方式和合理搭配足量的至少 3 种抗高血压药物(包括一种利尿剂)治疗,但仍然不能使收缩压和舒张压控制在目标水平。高血压治疗目标水平:普通高血压患者的治疗目标血压小于 140/90 mm Hg,糖尿病或慢性肾病患者要求血压小于 130/80 mm Hg。顽固性高血压约占高血压患者总数的 5%~15%,在临床上比较常见,给治疗带来了一定困难。根据患者血压必要时逐步加用降压药,控制血压达标。现将本院收治的 60 例顽固性高血压临床治疗情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2001 年 1 月至 2010 年 1 月收治的顽固性高血压患者 60 例,其中男 24 例,女 26 例;年龄 18~84 岁,平均 57 岁。其中高血压 1 级 5 例,2 级 13 例,3 级 42 例。单

纯收缩期高血压 10 例,伴高脂血症 12 例,糖尿病 8 例,靶器官损害 15 例,心绞痛 6 例。体质量指数(BMI)≥28 或腰围大于或等于 85 cm(女性 80 cm)13 例。

1.2 药物治疗 所有患者均使用利尿剂、β-受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂、α-受体阻滞剂或中枢 α-受体激动剂、盐皮质激素受体拮抗剂等联合用药,由最初的 2 种逐渐加至 3 种、4 种等,血压仍不能降至正常。

1.3 避免降压失败的措施 分析降压失败原因,停用使血压升高的药物,排除继发性高血压,合理治疗并发症。并针对原因引导健康生活方式,制订合理降压方案,提高服药依从性。

2 结 果

60 例患者开始服药均采用小剂量,逐渐增大剂量至血压

稳定后改用维持量,配合戒烟、戒酒、低脂、低盐饮食等行为治疗。治疗期间根据血压调整剂量,详细询问不良反应,此后继续用以上药物维持治疗,每周门诊随访复查血压,对药物剂量进行增减,血压均控制在正常范围。

3 讨 论

3.1 降压失败的分析 (1)首先排除假性顽固性高血压。如“白大衣性”高血压,24 h 动态血压可以鉴别。这种情况无需降压药物治疗,仅需改变生活方式,定期复诊。还有患者上臂较粗时未使用较大的袖带导致血压值升高,更换对应的袖带即可明确。(2)同时服用升高血压的药物,如口服避孕药、抗抑郁药、拟交感神经药、甘草片、可卡因、糖皮质激素、非甾体类抗炎药等。(3)存在继发性高血压,如肾实质性高血压、肾动脉狭窄、原发性醛固酮增多症、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退等疾病。

3.2 非药物治疗 排除了以上原因导致的治疗效果不佳的高血压,首先应强调非药物治疗。

3.2.1 戒烟、戒酒 虽然尼古丁能使心率增加、血管收缩,但是血压一过性升高,可降低服药依从性并增加药物剂量;同时乙醇摄入量与血压水平及高血压患病率呈线性关系,饮酒可增加服用降压药物的抗药性。应向患者反复说明、多次强调烟酒的不利,争取患者主动配合戒烟、戒酒,常能取得满意的效果。

3.2.2 合理膳食 减少钠盐摄入,膳食中约 80% 钠盐来自烹调和各种腌制品,并可能存在剂量-效应关系,即钠减少越多,血压下降越大。世界卫生组织(WHO)建议食盐摄入量应每日不超过 6 g。因此,根据我国居民饮食习惯,限盐首先要减少烹调用盐及含盐高的调料,少食各种咸菜及盐腌食品。营养专家还建议应多吃鱼类、禽类及适量的瘦肉;增加鲜奶、豆类、豆制品及杂粮的食用量;多吃青菜及水果;少吃动物油、肥肉及动物内脏;少吃煎炸食品及甜点。

3.2.3 增加运动,保持心理平衡 根据年龄适当增加体力活动,运动的强度因人而异,选择步行、慢跑、太极拳等锻炼方式,持之以恒,对预防和治疗高血压有良好作用。

3.3 患者依从性差是治疗效果不佳的主要原因 患者未严格按医嘱服药,或不按时服药,或间断服药,或自行停、换药物。本组 3 例使用短效制剂不能坚持,自行停用,此类患者应尽可能使用长效制剂或缓释制剂以改善患者的依从性,经调整后血

压大多都能良好控制;5 例患者因两种以上长效制剂费用昂贵而自行停用一种药物;9 例自行换用短效降压药物,致使血压再次升高。9 例因药物不良反应而终止原来的治疗方案,其中 1 例因性欲减退、3 例用钙拮抗剂出现胫前水肿、5 例用血管紧张素转换酶抑制剂出现难以忍受的干咳而改用他药。部分患者高血压知识缺乏,认为高血压病是能够治愈的疾病,4 例患者服药一段时间后,多次复查血压正常,认为治愈而自行停药,致使血压反跳。因此一定要向患者交代服药时间、方法,告知患者高血压的严重危害性,强调服药的规律性及终身性,在医生的指导下调整药物,不能随意停药。

3.4 高脂血症及血糖过高也是导致高血压难治的原因之一。

3.5 治疗方案不当 本组有 6 例顽固性高血压患者是因为降压药物剂量不足、降压药使用不合理所致。本组中 3 例并发多种疾病,用药复杂而影响了降压药物的效果。经过重新制订治疗方案如增加药物剂量、合理联合用药、正确使用利尿剂、针对不同患者选择适宜的降压药,最后均使血压达标。

顽固性高血压虽然病因复杂,但从对本组病例资料的分析来看,因患者依从性差引起者约占 55%,患者的不健康生活方式约占 25%,医师治疗方案不当约占 15%。因此,作为临床医生,对于顽固性高血压的治疗,不仅首先要排除假性顽固性高血压,去除妨碍治疗的外界因素,还有必要对此类患者进行健康教育,提高患者对高血压病严重危害性的认识,倡导健康的生活方式,改善患者依从性。同时,细致地审视每一个治疗方案,合理用药,重视个体化治疗。这样,大多数顽固性高血压都可以得到控制。

参考文献

- [1] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南(2005 年修订版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:21.
- [2] 施仲伟. 顽固性高血压的降压药物治疗[J]. 心血管病学进展,2007,28(5):665-668.
- [3] 张清奇. 自拟滋肾活络方治疗顽固性高血压 27 例临床观察[J]. 中国医药导报,2006,3(24):115.

(收稿日期:2011-02-22)

右肺中叶不张 80 例临床分析

邓 旭(四川省达州市第二人民医院呼吸科 635000)

【摘要】目的 通过对右肺中叶不张的诊断对右肺中叶不张的原因进行分析。**方法** 利用纤支镜检查作刷检、活检、支气管肺泡灌洗,防污染毛刷进行痰培养获得病原学诊断,部分作开胸手术病理检查。**结果** 非特异性炎症 48 例(60%),肿瘤 18 例(22.5%),结核 10 例(12.5%),支气管异物 2 例(2.5%),支气管结石 1 例(1.25%),真菌感染 1 例(1.25%)。**结论** 治疗右肺中叶不张关键在于明确病因,并根据病因进行治疗,纤支镜检查对右肺中叶不张具有较大的诊断作用。

【关键词】 右肺中叶不张; 纤维支气管镜; 诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.13.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)13-1630-02

肺不张是指一个或多个肺段或肺叶的容量或含气量减少,它是临床上一种常见的 X 线表现,其中以右肺中叶不张多见。收集了本院 2000 年 3 月至 2010 年 3 月的 80 例右肺中叶不张患者,回顾性分析其病因及其诊治,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 80 例右肺中叶不张患者,其中男 52 例,女 28 例。年龄 14~78 岁,平均 48 岁,其中 14~29 岁 18 例,30~59 岁 45 例,60 岁以上 17 例。临床表现:主要为咳