

. 个案报告 .

基底动脉狭窄介入术后替罗非班诱发重度血小板减少症 1 例

唐 跃 许 松 黄春林 张操魁 贺礼进 张金灿

【关键词】基底动脉狭窄;血管内介入治疗;替罗非班;血小板减少症  
【文章编号】1009-153X(2023)04-0285-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743; R 815.2

1 病例资料

65 岁男性,因突发左侧肢体乏力伴言语不清 20 h 于 2021 年 5 月 24 日急诊入院。既往有高血压病 6 年,未规律监测血压及用药;有糖尿病 6 年,长期服用二甲双胍+格列齐特,未规律监测血糖。入院体格检查:GCS 评分 15 分,NIHSS 评分 4 分。急诊头颈部 CTA 显示基底动脉局部未见显影。入院后予以双抗、降脂、改善循环等药物治疗。2021 年 6 月 11 日在全麻下行基底动脉远端重度狭窄球囊扩张+支架血管成形术,术后复查头颅 CT 未见出血,给予替罗非班以 4 ml/h 速度持续静脉泵入。术后 12 h 出现血尿、牙龈少许渗血,急查头颅 CT 未见出血;血常规显示血小板计数  $1\times 10^9/L$ 、血红蛋白  $118\text{ g/L}$ (表 1);双下肢血管彩色多普勒示双下肢肌间静脉血栓形成(不完全性)。立即停用替罗非班、阿司匹林和氯吡格雷等抗血小板药物,加用激素、输注血小板,术后 2 d 头颅 MRI( $T_1WI$ 、 $T_2WI$ 、FLAIR)+DWI+MRA 未见明显血管问题及新发梗死;双下肢深静脉彩色超声多普勒示肌间静脉血栓无进展;血小板计数  $55\times 10^9/L$ ,重新加用抗血小板药物;术后 3 d 血小板计数  $84\times 10^9/L$ ,术后 4 d 血小板计数恢复正常,术后 8 d 顺利出院。

2 讨论

阿司匹林、氯吡格雷、肝素、替罗非班等均可诱发血小板减少,血小板计数  $<150\times 10^9/L$  称血小板减少,分为轻度( $100\sim 149$ ) $\times 10^9/L$ 、中度( $50\sim 99$ ) $\times 10^9/L$ 、重度  $<50\times 10^9/L$ 。本文病例术后 12 h 出现血尿、牙龈少许渗血,血小板计数  $1\times 10^9/L$ ,血栓弹力图示血小板功能显著受抑制,术前已口服阿司匹林和氯吡格雷 2 周,且术前血小板计数为  $248\times 10^9/L$ ,可基本排除阿司匹林和氯吡格雷诱发血小板减少。肝素诱导的血小板减少症(heparin-induced thrombocytopenia, HIT)可分为 I 型与 II 型, I 型多发生于应用肝素 24~48 h,且血小板下降轻微; II 型则于初次接触肝素 4~14 d 才会发生严重的血小板减少。本文病例 HIT 4T 评分仅 3 分, HIT 的可能性较低。从发病时间、血小板减少程度及恢复时间方面综合考虑,替罗非

表 1 基底动脉狭窄介入术后替罗非班诱发重度血小板减少症病人血小板监测结果

检测指标	检测时间						
	术前	术后 12 h	术后 18 h	术后 24 h	术后 48 h	术后 72 h	术后 96 h
血小板计数( $10^9/L$ )	248	1	1	8	55	84	125
血红蛋白(g/L)	121	118	113	106	105	106	111
D-二聚体( $\mu\text{g/ml}$ )	0.18	0.46	0.49	0.58	0.47	0.45	1.74

班诱导性血小板减少症(GP IIb/IIIa inhibitor-induced thrombocytopenia, GIT)的诊断基本成立。

文献报道, GIT 的发生率在 1%~2%,可能机制为替罗非班诱导血小板表面糖蛋白受体发生结构改变,导致产生新的抗原决定簇,从而被血液中存在血小板表面糖蛋白抗体识别。应用替罗非班后 1~8 h 是血小板减少的高发时间窗。本文病例术后 12 h 开始出现血尿、牙龈少许渗血,急查血常规示血小板计数为  $1\times 10^9/L$ ,血栓弹力图示血小板功能显著抑制。因此,临床应用替罗非班后应早期严密监测血小板计数和血栓弹力图,既可做到早发现、早治疗,又可防止漏诊。本文病例出现血小板重度减少后,立即停用替罗非班、阿司匹林和氯吡格雷,复查头部 CT 未见颅内出血,双下肢彩色超声多普勒示肌间静脉血栓形成(不完全性),权衡利弊后决定予以激素联合输注血小板治疗。输注血小板后,为尽早发现及避免缺血性事件,应密切观察临床表现,及时进行影像学检查。本文病例术后 2 d 复查头部 MRI+MRA 未见新发血管闭塞及脑梗死,双下肢肌间静脉血栓形成亦无进展,血小板计数上升至  $55\times 10^9/L$ ,血小板功能较前恢复,重新加用阿司匹林和氯吡格雷等抗血小板药物;术后 4 d 血小板计数恢复正常,术后 8 d 顺利出院。我们的体会:临床上确诊 GIT 为一个排除性过程,目前多无特殊实验室检查确诊;临床应用替罗非班后应早期及时监测血小板计数,早发现、早处理; GIT 具有自愈性,为保证临床用药安全性且有效治疗原发病,应综合评估出血及血栓风险,慎重停用抗血小板药物和输注血小板。

(2021-08-11 收稿, 2021-11-05 修回)