

噻氯匹定联用阿司匹林致血栓性血小板减少性紫癜 1 例

潘耀柱 欧英贤 徐淑芬(兰州 730050 兰州军区总医院血液科)

患者女,62岁。因全身皮肤瘀点、瘀斑、黄染及血尿11d,伴晕厥1次,抽搐2次。于1999年4月23日入院。于3月2日因“胸闷、气短”在当地医院住院诊为“冠心病”,当时查血常规正常,既往无癫痫病史。予噻氯匹定250mg 2/日及肠溶性阿司匹林50mg/日治疗,治疗25d出院,院外继续服药至4月12日。4月12日19:00突然出现晕厥,意识丧失,持续20min,无大小便失禁,无抽搐。急送当地医院,当晚出现肉眼血尿伴全身皮肤散在瘀点、瘀斑,皮肤巩膜黄染,无发热。急查尿常规:PRO + + +,BLD + + +,镜检:红细胞管型 + +/低倍视野;查血常规:WBC $3.1 \times 10^9/L$,Hb 103 g/L,PLT $23 \times 10^9/L$;生化示:总胆红素 49.11 mol/L,间接胆红素 47.55 mmol/L,GOT,GPT正常;BUN,Cr亦正常。考虑为“急性肾炎”,予青霉素抗炎治疗,疗效不佳,症

状进行性加重,4月16日复查血常规示:WBC $3.1 \times 10^9/L$,Hb 69g/L,PLT $18 \times 10^9/L$;尿常规示:PRO + + +,BLD + + +;并于4月19日晨9:00及20日中午13:00先后出现两次抽搐,两次症状不同:第一次意识丧失,牙关紧闭,口吐白沫,肢体抽搐,20min后缓解;第二次意识尚清,但眼皮及口唇不自主抽动。遂于20日中午转我院,入院查体:T 36.5℃,BP 16.0/10.0KPa;全身皮肤散在瘀点瘀斑,静脉穿刺部位及输液部位瘀斑明显,皮肤巩膜黄染;心肺未见异常;肝脾肋下未及;双下肢无浮肿。未见明确神经系统体征。查血常规:WBC $4.5 \times 10^9/L$,Hb 68g/L,MCV,MCH正常,PLT $21 \times 10^9/L$;查尿常规 BLD + + +,PRO + + +,BIL +;查生化示:总胆红素 48.43 mmol/L,间接胆红素 39.05 mmol/L,GOT,GPT正常,BUD,Cr亦正常;肝炎系列(-);骨

髓涂片示:有核细胞增生活跃,红系增生明显活跃,以中晚幼红增生为主,可见核碎裂及双核;Coomb's 试验阴性;头颅 MRI 未见异常。明确诊断为血栓性血小板减少性紫癜(TTP),药物性。予新鲜血浆 400 ml 并地塞米松 10 mg 静脉输注 1/日治疗,治疗 3 d 复查尿常规已完全正常,遂停用血浆及地塞米松静脉输注,改用强的松 20 mg 3/日治疗,血红蛋白及血小板进行性升高,胆红素进行性下降,治疗半月,全身皮肤瘀点瘀斑消失,血红蛋白、血小板及胆红素完全恢复正常,治疗中及治疗后再无抽搐、晕厥等神经系统症状发生。随访 2 月各指标均正常。

讨论:血栓性血小板减少性紫癜(TTP),为 L-少见获得性多系统性微血管血栓-出血综合征,发病率每年 1/100 万,其病因分:①特发性,无特殊病因可寻,占大多数;②继发性,有病因可寻,如妊娠,感染,癌症,药

物,自身免疫病等;其中能引起本病药物有:氯霉素,青霉素,普鲁卡因酰胺,抗肿瘤药物等。

噻氯匹定作为一种血小板聚集抑制剂,临床主要用于预防和治疗中风、冠心病等血栓性疾病及预防和纠正体外循环导致的血小板功能紊乱;其副反应主要为血液系统,消化系统及过敏反应;其中血液系统副反应主要为出血及白细胞减少,偶见血小板减少,罕见骨髓抑制或 TTP;该药副反应多发生于头三个月;因与非甾体类消炎镇痛药等对抗血小板活性有协同作用,联用时更易发生严重副反应。患者既往体健,无其他病史,发病前无服用其它药物史;服用噻氯匹定及阿司匹林 1 月余出现 TTP,停药后经有效治疗恢复,因此考虑本例 TTP 为服用噻氯匹定及阿司匹林引起。其机理尚待进一步研究。

收稿日期:1999 - 10 - 15