

氯吡格雷致粒细胞和血小板减少一例报告

Clopidogrel-associated severe granulocytopenia and thrombocytopenia: a case report

王颖婷,陈少萍,郑 兴

(第二军医大学长海医院心内科,上海 200433)

[关键词] 氯吡格雷;粒细胞缺乏;血小板减少

[中图分类号] R 973.2; R 55 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)08-0858-01

1 临床资料 患者,男,71岁,因“突发胸痛、大汗6h”于2006年9月21日入急诊,心电图示“V₂~V₅导联ST段弓背向上抬高”,肌钙蛋白10.34IU,诊断为“冠心病,急性广泛前壁心肌梗死”,后行冠脉造影,证实“前降支近端闭塞,右冠中段局限性狭窄60%”,予前降支近段、中段置入Firebird 3.0mm×18mm,2.5mm×29mm药物支架2枚,术前氯吡格雷300mg、拜阿司匹林300mg顿服,术后氯吡格雷75mg、拜阿司匹林100mg,1次/d,术前、术后血常规均正常。出院后,2006年9月至2007年2月,患者一直服用氯吡格雷75mg、拜阿司匹林100mg,1次/d,每月门诊检查血常规均未见明显异常。2007年3月8日,患者出现咽部多个散在的出血点及鼻腔少量渗血,查血常规:白细胞 $2.36\times10^9/L$,中性粒细胞 $1.81\times10^9/L$,红细胞 $3.22\times10^{12}/L$,血红蛋白100g/L,血小板 $7\times10^9/L$ 。骨髓病理报告示:以粒、红系为主的低生性骨髓象。除外其他原因,考虑氯吡格雷用药所致,立即停用氯吡格雷、拜阿司匹林,给予惠尔血(重组人粒细胞集落刺激因子)150μg皮下注射,血小板10U输入,地塞米松10mg静滴6d,后改为泼尼松20mg口服3次/d,3月9日至3月19日期间多次监测血常规,白细胞 $1.29\times10^9\sim15.59\times10^9/L$,中性粒细胞 $1.01\times10^9\sim12.20\times10^9/L$,血小板 $30\times10^9\sim227\times10^9/L$,总体呈上升趋势。3月19日查血常规:白细胞 $15.59\times10^9/L$,中性粒细胞0.78,红细胞 $2.92\times10^{12}/L$,血红蛋白88g/L,血小板 $227\times10^9/L$ 。后继续口服拜阿司匹林100mg1次/d,治愈后出院,随访至今血常规正常,无新的出血倾向发生。

2 讨论 该患者术后使用氯吡格雷、拜阿司匹林联合治疗,在6个月里,血常规检查一直未发现明显异常。后出现口腔黏膜出血及鼻腔少量渗血,血常规中白细胞、血小板降至正常范围以下,尤以血小板下降明显,随即停用氯吡格雷、拜阿司匹林,予输入血小板、糖皮质激素、重组人粒细胞集落刺激因子等治疗,白细胞数、血小板恢复正常水平,患者既往无家族史及血液病史,考虑为药物引起。后患者继续服用拜阿司匹林,未出现血常规异常变化,因此排除拜阿司匹林,可能为氯吡格雷所致。

氯吡格雷通过选择性抑制二磷酸腺苷与血小板受体的结合来抑制血小板聚集。氯吡格雷联合拜阿司匹林用于冠脉造影术后,可以有效预防支架内血栓的形成。WHO乌普萨拉监测中心(UMC)的数据库于2000年显示:氯吡格雷可以引起血小板减少症,血栓性血小板减少性紫癜(TTP)等血液系统疾病,在CURE研究中,9599例接受氯吡格雷治疗的患者出现血小板减少症的人数为19例,发生率为0.2%,出现严重粒细胞缺乏有2例,发生此类情况非常罕见。该患者在术后服药6个月同时出现白细胞和血小板减少,临床未见报道。因此,对经腔内冠状动脉介入术后服用氯吡格雷的患者需要定期复查血常规,一旦发现问题,立即停药并积极治疗。

[收稿日期] 2007-05-23 [修回日期] 2007-06-22

[本文编辑] 曹 静

[作者简介] 王颖婷, E-mail: lukiya129@126.com