

[6] 刘欢. 临床肺部感染评分对重症监护病房机械通气患者下呼吸道检出多重耐药菌的临床分析. 中国危重病急救医学, 2012, 24 (11): 680-682.

[7] 冷玉鑫, 宋崖含, 姚智渊, 等. 45° 半卧位对机械通气患者呼吸机相关性肺炎影响的 Meta 分析. 中国危重病急救医学, 2012, 24 (10): 587-591.

[8] 温晓红, 孙慧, 邵学平, 等. 持续声门下吸引预防呼吸机相关肺炎. 中华急诊医学杂志, 2007, 16 (2): 202-206.

[9] 童佳兵, 季红燕, 杨程, 等. 基于“菌毒共治”理论对两种老龄大鼠肺炎模型作用机制的研究思路和方法. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19 (6): 324-325.

[10] 王文娜, 杨发明. 自拟利肺汤直肠滴注治疗卒中相关性肺炎临床观察 60 例. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19 (2): 111-112.

[11] 李游, 田伟盟, 武祺, 等. 中西医结合治疗 100 例老年重症肺炎的临床疗效分析. 中国危重病急救医学, 2011, 23 (1): 44-45.

[12] 魏大臻, 孔万权, 林丽娜, 等. 疏肝健脾汤对重型颅脑损伤患者呼吸机相关性肺炎的影响. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17 (4): 206-208.

[13] 周仲英. 中医内科学. 北京: 中国中医出版社, 2003: 95-96.

(收稿日期: 2012-12-20)  
(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

# 1 例肝素诱导的血小板减少症患者的观察和护理体会

赵园媛

(天津市第一中心医院心脏中心, 天津 300192)

肝素诱导的血小板减少症 (HIT) 主要表现为血小板减少、血小板激活和血栓形成。本院 2012 年 6 月 13 日收治 1 例急性心肌梗死 (AMI) 的患者, 行冠状动脉 (冠脉) 介入治疗 (PCI) 使用肝素后发生血小板减少, 报告如下。

## 1 病例简介

患者男性, 55 岁, 主因突发心前区疼痛 5 h 入院, 急诊入院后经体检及心电图和心肌酶标志物检查诊断为冠心病急性广泛前壁心肌梗死, 心功能 I 级 (Killip 分级); II 型糖尿病; 高血压。入院后立即嚼服阿司匹林肠溶片 300 mg 加氯吡格雷 600 mg 抗血小板治疗。急诊行冠脉造影加 PCI, 术中显示左主干无狭窄、前降支近段闭塞、回旋支近段闭塞、右冠脉轻度狭窄, 术中置入 3 枚支架, 成功开通前降支。术前、术中共给予普通肝素 8 kU, 术后患者返回心脏重症监护病房 (CCU), 诉心前区不适, 予硝酸异山梨酯静脉滴注扩张冠脉血管, 盐酸替罗非班静脉泵入抗血小板 (根据患者体质量速度为 14 ml/h), 但患者心前区不适仍加重, 伴喘息、躁动、不能平卧; 查体双肺可闻及湿啰音, 监护示: 动脉血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>) 为 0.80~0.85 (鼻导管吸氧 3 L/min), 考虑发生急性左心衰竭, 予以塞米、吗啡等治疗, 患者症状渐缓解。连续监测示血小板进行性下降, 由入院时的 209×10<sup>9</sup>/L 降至最低至 3×10<sup>9</sup>/L, 停止皮下注射肝素及盐酸替罗非班, 予皮下注射磺达肝癸钠, 并口服阿司匹林肠溶片、氯吡格雷, 血小板逐渐回升, 7 d 后病情平稳。发病 17 d 时患者血小板计数 (PLT) 为 361×10<sup>9</sup>/L, 对其回旋支慢性完全闭塞 (CTO) 病变行 PCI 术置入支架 1 枚。仅使用少量肝素盐水冲洗导管, 术后监测血小板再次呈进行性下降, 最低至 21×10<sup>9</sup>/L, 之后逐渐回升, 术后 6 d 升至 146×10<sup>9</sup>/L, 最终病情平稳好转出院。

## 2 护理及观察

**2.1 基础护理:** 给予持续吸氧, 保持输氧管道通畅, 控制输液速度, 观察喘息症状改善情况, 严密监测心率、心律、血压、SaO<sub>2</sub>, 伤口处加压包扎, 观察皮肤颜色、温度及外周血管搏动情况。术后 2 h 内饮水 1000~1500 ml, 以促进造影剂排出。加强与患者沟通解除其紧张情绪, 同时向家属做好解释工

作, 取得患者和家属的信任<sup>[1]</sup>。

**2.2 出血的观察及预防:** 由于患者术前口服抗凝药物以及 PCI 术中、术后使用肝素、替罗非班等抗凝剂, 应严密观察有无出血征象。替罗非班的主要副作用是导致出血和血小板减少<sup>[2]</sup>, 所有使用该药物的患者均应予以重视, 静脉穿刺时勿扎得过紧、过久, 注射后要压迫进针部位。观察患者有无全身其他部位出血。观察尿液及粪便颜色有无异常。

**2.3 血栓栓塞并发症的观察及预防:** 严密观察 PLT 是最重要的预防措施, 使用肝素治疗的患者一旦出现 PLT 减少都应疑为 HIT。若 PLT>50×10<sup>9</sup>/L, 应慎重停用肝素, 部分患者 PLT 可自行恢复正常, 而停用肝素可使血栓症状加重; 若 PLT<50×10<sup>9</sup>/L, 则应立即停用肝素。当患者二次手术再次使用肝素时, 应高度警惕 HIT 复发, 因为 HIT 患者体内产生一定量的 IgG 抗体, 能介导血小板减少<sup>[3]</sup>。应了解不同部位血栓形成的临床表现, 尤其是下肢血栓及其脱落所致肺栓塞。如有下肢肿胀及颜色变化应行超声检查、检测 D-二聚体水平, 观察患者有无咳嗽、胸闷、胸痛、口唇发绀、咳痰带血等肺栓塞症状, 通知医生及时处理。

## 3 体会

HIT 是使用肝素治疗后的重要并发症, 尤其是 II 型 HIT 可出现严重的血小板减少和血栓形成。如何在“防栓”与“止血”的矛盾中找到一个有效预防血栓形成的联合用药方案, 需要不断积累经验。对高度怀疑 HIT 或确诊 HIT 的患者, 无论有无血栓症, 均应停止肝素治疗 (包括静脉留置针封管的肝素钠), 采用非肝素的替代性药物抗凝治疗, 密切观察出血和血栓形成情况。

## 参考文献

[1] 陈建娟. 急性心肌梗死患者急诊护理中的易疏忽环节及对策. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19 (3): 191-192.

[2] 张玉霄, 卢才义, 周圣华, 等. 国产替罗非班对老年急性冠脉综合征介入治疗患者近远期预后的影响. 中国危重病急救医学, 2011, 23 (12): 727-730.

[3] Warkentin TE. How I diagnose and manage HIT. Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 2011, 2011 (1): 143-149.

(收稿日期: 2012-10-25)  
(本文编辑: 李银平)