

## • 临床研究 •

## 52 例儿童腹型过敏性紫癜诊疗分析

苏琳<sup>1</sup> 王晓晔<sup>2</sup> 崔华雷<sup>2</sup>

**【摘要】 目的** 总结儿童腹型过敏性紫癜的诊疗经验,提高早期诊断率。**方法** 对 52 例以腹痛为首发症状的腹型过敏性紫癜患儿的发病特点及临床表现进行回顾性分析。**结果** 本组病例有如下临床特点:①上呼吸道感染是最常见的诱因。②均以腹痛为首发症状,腹部体查无明显腹肌紧张及固定压痛点,腹部体征与腹痛剧烈程度不平行。③皮肤紫癜多于 48 h 内出现,皮肤紫癜出现后可以明确诊断,经激素等综合治疗后,52 例患儿 1~3 d 腹痛明显缓解;皮肤紫癜出现前,需及时行内镜及腹部 B 超等检查,综合分析临床特点,反复评估病情。**结论** 提高对腹型紫癜的认识,详细询问病史及全面体查,并结合合理的辅助检查,可以及早诊断本病,从而给予早期治疗。

**【关键词】** 腹痛;紫癜;过敏性;诊断;治疗

过敏性紫癜是一种常见的毛细血管变态反应性疾病,多发生于儿童及青少年,临床分为皮肤型、腹型、肾型、关节型及混合型等,典型表现为皮肤紫癜,紫癜伴腹部症状者称腹型过敏性紫癜。约 50% 的腹型过敏性紫癜患儿腹部症状先于皮肤紫癜出现,临床表现无特异性,早期很难作出诊断<sup>[1]</sup>。作者自 2008 年 1 月至 2011 年 7 月,共收治以腹痛为首发症状的过敏性紫癜 52 例,现报告如下。

## 资料与方法

## 一、临床资料

52 例中,男 28 例,女 24 例,年龄 4~14( $9.2 \pm 5.8$ )岁。冬春季发病 36 例(69.23%),夏秋季发病 16 例(30.77%)。发病至就诊时间为 3~6 d。发病前有诱因 24 例(46.15%),其中呼吸道感染 16 例(30.77%),食海鲜类 6 例(11.54%),有药物过敏史 2 例(3.84%)。

52 例均以腹痛为首发症状,呈阵发性绞痛或胀痛,无明显腹肌紧张及固定压痛点,腹部体征与腹痛剧烈程度不平行。其中全腹痛 32 例,脐周痛 15 例,中上腹痛 5 例,阵发性绞痛 40 例,持续性钝痛伴阵发性加重 12 例。恶心、呕吐 28 例,其中呕吐咖啡色液体 5 例,便血 10 例,柏油样便 2 例,排鲜血或暗红色血便 8 例。既呕血又便血 6 例,伴关节肿痛 4 例,眼睑水肿、血尿 2 例。

## 二、辅助检查

1. 血白细胞及中性粒细胞升高 35 例,中性粒细胞  $>70\%$  17 例,CRP 增高 20 例。大便隐血试验阳性 14 例。血小板及出凝血时间正常,毛细血管脆性试验强阳性。尿蛋白阳性 4 例。肺炎支原体抗体 1:160 者 4 例。食物过敏原:蛋清蛋黄(+~++)5 例,鱼虾蟹(+~++)4 例。以上腹痛为主的患儿血、尿淀粉酶、血胰淀粉酶检查均正常。免疫球蛋白 IgG 降低, IgA 升高 51 例。补体 C<sub>3</sub> 升高 49 例。

2. 20 例胃镜检查提示胃、十二指肠黏膜不同程度充血、水肿、糜烂,表面散在大小不一出血性斑点,呈圆形或椭圆形,以浅表多发溃疡形成为主。胃镜下胃体部受累 3 例,胃窦部受累 4 例,十二指肠球部受累 5 例,十二指肠降部受累 8 例。食管黏膜均无异常发现;10 例结肠镜检查提示以升结肠为主的不同程度充血、水肿、糜烂。

3. 腹部 B 超检查提示节段性肠壁水肿、对称或不对称性肠壁增厚、腹腔积液 15 例,肠系膜淋巴结肿大 30 例。

52 例均于住院后相继出现皮肤紫癜,腹部症状与皮肤紫癜出现的间隔时间: $<48$  h 者 37 例,48~72 h 者 10 例, $>72$  h 者 5 例。

## 三、治疗方法

均给予禁食、西咪替丁  $10 \sim 20 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ,直至临床症状消失、大便隐血试验阴性停药;应用抗组胺类药物、解痉剂、维生素 C、维生素 E、葡萄糖酸钙、抗炎症反应药物等;有消化道出血者给予抗菌素、质子泵抑制剂等。皮肤紫癜出现后明确诊断,加用氢化考的松  $5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$  加入 5% GS 200 mL

静滴, 2 次/d, 每次最高用量不能超过 150 mg, 每隔 3 d 减量 25 mg, 减至 75 mg/d 时改为等量强的松口服, 每隔 3 d 减 1 片, 直到紫癜消失后停药。

## 结 果

经激素等综合治疗后, 52 例患儿 1~3 d 腹痛明显缓解, 85% 的患儿便血症状于腹痛缓解后 48 h 内消失, 43 例皮肤紫癜 3 d 内开始消退, 其余 5 d 内开始消退。平均住院时间 15 d, 出院前复查血白细胞及中性粒细胞、CRP, 均降至正常, 大便隐血试验转阴性, 免疫球蛋白 IgG 升至正常, IgA 及补体 C<sub>3</sub> 明显降低。52 例均治愈出院。随诊 6 个月, 各相关指标均无异常, 无一例复发。

## 讨 论

过敏性紫癜可由感染、药物、食物等诱发, 特别是一些含特殊蛋白质的食物, 如海鲜类食品。病理可见血管壁灶性坏死及血小板血栓形成, 重者有坏死性小动脉炎、出血及水肿<sup>[2]</sup>。腹型过敏性紫癜以消化道症状如腹痛、腹胀、恶心、呕吐、便血等为主要表现, 其特点如下: ①儿童及青少年常见, 男孩多于女孩; ②发病以冬春季为多; ③大多有明确诱因, 尤以上呼吸道感染多见; ④均以腹痛为首发症状, 为阵发性绞痛, 反复发作, 可合并呕吐、血便等; 无明显腹肌紧张及固定压痛点, 皮肤紫癜多于 48 h 内出现; ⑤血小板计数、出凝血时间、毛细血管脆性试验、机体免疫功能状态监测、相关补体测定以及内镜检查胃肠黏膜皮肤紫癜样改变等, 有助于诊断; 腹部超声检查显示多发或单发的节段性肠壁水肿、对称或不对称性肠壁增厚、境界模糊不清、肠腔狭窄, 肠腔积液有助于诊断<sup>[3]</sup>。

为提高早期诊断率, 临床应注意详细询问病史及腹痛特点, 以腹痛为首发症状就诊者如不出现皮疹表现要详细询问食物、药物过敏及感染等病史, 有无游走性关节疼痛症状, 体检时仔细检查口腔黏膜及四肢关节等处有无紫癜、荨麻疹与散在出血点, 同时要充分了解本病腹部临床表现的多样化, 腹痛的

严重程度与体征不相称, 体征往往不如症状明显, 腹部无明显的肌紧张和固定的压痛点。注意鉴别“外科急腹症”, 明确手术探查指征。腹型过敏性紫癜由于主要表现为胃肠道症状, 特别是以腹痛为首发症状者, 皮肤紫癜出现前诊断十分困难, 易误诊为“外科急腹症”<sup>[4]</sup>, 与阑尾炎、肠套叠、胰腺炎、出血性坏死性小肠结肠炎等难以鉴别, 需密切观察, 反复体查。出现下列情况者应考虑有急腹症, 需及时行剖腹探查术: ①腹痛进行性加重伴有明显腹膜炎体征者; ②腹腔穿刺抽出血性或脓性液体, 怀疑有肠坏死或穿孔者; ③肠梗阻症状不缓解, 怀疑有绞窄性肠梗阻者; ④消化道出血经对症治疗无缓解并伴有休克症状或腹膜炎体征加重者<sup>[5]</sup>。

治疗要点: ①积极寻找过敏原, 一方面要避免接触过敏原, 另一方面要针对过敏因素进行有效的脱敏治疗。②抗过敏治疗, 如抗组胺药物。③应用降低毛细血管壁通透性及脆性的药物, 如维生素 C、维生素 E、钙剂等。④糖皮质激素治疗: 有抗过敏及减轻血管通透性的作用, 可迅速减轻关节疼痛及胃肠道症状。⑤有感染者给予抗感染治疗。⑥急性期患儿存在免疫调节功能紊乱, 故对于症状不典型的患儿, 在常规治疗的基础上配合应用对抗炎症反应药物, 抑制炎症介质、细胞因子的分泌释放, 以便促进机体免疫功能的恢复。⑦密切观察病情变化, 如有手术指征, 应及时剖腹探查。

## 参 考 文 献

- 1 张微, 张冰. 小儿腹型过敏性紫癜 37 例临床特点及误诊原因分析[J]. 实用医学杂志, 2006, 22(7): 842.
- 2 徐兰芹. 小儿腹型过敏性紫癜 21 例临床及胃镜检查分析[J]. 陕西医学杂志, 2009, 38(1): 123.
- 3 黄建勇, 赵玉亭, 刘建文. 腹型过敏性紫癜 36 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(1): 142.
- 4 吴冬科. 儿童过敏性紫癜 128 例临床分析[J]. 中国医药导报, 2008, 5(28): 157.
- 5 王李, 谢显平, 刘宝华. 腹型过敏性紫癜的诊治分析[J]. 家庭医药, 2009, 1(1): 038.