

·病例报告·

腹型过敏性紫癜合并出血坏死性胰腺炎 1 例

娄平平 冯子攀 何巍 张大 杨合英 王家祥

【中图分类号】 R576 R554.6

临床上腹型过敏性紫癜合并胰腺炎并不多见,本文报道郑州大学第一附属医院收治的1例腹型过敏性紫癜合并出血坏死性胰腺炎患儿的临床特点及诊疗过程,总结腹型过敏性紫癜合并胰腺炎的诊断及治疗体会。

患儿,男,6岁,无明显诱因出现便血合并双下肢散在出血点,急诊入住当地医院,诊断为“过敏性紫癜”,给予激素及对症治疗,上述症状较前稍缓解。患儿于当地医院治疗第3天渐出现腹痛,彩超提示腹腔积液,入院第5天腹痛加重,转至全腹,伴呕吐,呕吐物为胃内容物,含黄色胆汁样液体,遂转至本院就诊。

入院查体:体温 36.9℃,脉搏 120 次/分,呼吸 28 次/分,血压 116/65 mmHg,神志清楚,精神差,痛苦面容,腹部膨隆,无压痛、反跳痛,未触及明显包块,肝脾肋缘下未触及,听诊肠鸣音弱,约 1 次/min,未闻及高调肠鸣音及气过水声,移动性浊音阳性。双侧臀部、双下肢可见散在浅褐色皮肤瘀点,对称分布,大小不等,部分融合成片,压之不褪色。腹部彩超提示:中腹部包裹性积液,下腹腔积液。腹部 CT 提示:腹盆腔大量积液。实验室检查结果见表 1。诊断:①弥漫性腹膜炎;急性胰腺炎?肠穿孔?②过敏性紫癜。完善检查及术前准备后急诊行剖腹探查术,术中见腹腔及盆腔有大量血性液体,约引出 1 300 mL,未见明显活动性出血,考虑为急性坏死性胰腺炎。切开小网膜囊及胰腺被膜,切开两侧结肠外侧腹膜,游离腹膜后间隙,清除胰腺坏死组织及渗出液,切除炎症明显的大网膜,用生理盐水反复冲洗腹腔。于左侧小网膜囊、右侧肝下、左侧结肠外腹膜后及盆腔各置留橡胶引流管,肠管涂粘停宁,检查器械无误后逐层缝合切口。

术后查体:体温 36.2℃,脉搏 90 次/min,呼吸 30 次/min,血压 110/68 mmHg。术后处理:①给予心电监护、吸氧、一级护理以及禁食禁水、留置胃管并给予止血、抑酸、纠正水电解质酸碱平衡紊乱、静脉营养支持等对症治疗;②应用美罗培南、左奥硝唑、拉氧头孢三联抗生素抗感染,术后第 8 天改为左奥硝唑、拉氧头孢二联应用,术后第 17 天停药;③生长抑素持续泵注抑制消化酶的分泌,第 5 天停药;④术后第 2 天和第 3 天各输入悬浮红细胞 1U;术中及术后第 2 天和第 3 天各输血浆 200 mL;术后第 1、2、3 天各输白蛋白 10 g;⑤

术后第 4 天加用甲泼尼龙、西米替丁治疗过敏性紫癜 7 d,此后改为口服甲强龙,1 周后停药;⑥术后第 10 天胃液少且清亮,胃肠功能恢复,淀粉酶正常,开始进食少量低脂流质饮食,无不适,逐渐加量;⑦术后第 5 天腹水明显减少,颜色清亮,腹腔无明显积液,此后根据引流量于第 10 天拔除腹腔引流管;⑧术后病理检查结果提示:镜下仅见胰腺坏死组织,大网膜纤维脂肪组织内见出血、坏死及炎细胞浸润;⑨术后第 17 天主要指标均接近正常,告知院外注意事项后出院;⑩出院后每个月返院复查血糖、胰淀粉酶、肝肾功能,结果均无明显异常,无粘连性肠梗阻症状。术后复查彩超:胰腺实质回声欠均匀,胰管无扩张,胰腺周围及下腹腔肠间隙未见明显液性暗区。术后各项指标结果见表 1。

讨论 过敏性紫癜是以小血管的急性变态反应性炎症为主要病理基础的全身性疾病,目前认为病因可能与某些致敏因素(如感染、药物、食物等)有关。其临床表现为皮肤瘀点、瘀斑,腹痛、便血以及胆囊炎、急性胰腺炎、胰腺坏死等消化系统症状,亦可引起血尿、蛋白尿等肾脏损害,还可累及关节引起关节痛等。当以消化系统症状为首发表现时,症状不典型,检查结果多无特异性,重症患儿需手术探查。胰腺炎是胰腺因胰蛋白酶的自身消化而引起,可呈现水肿、充血或出血、坏死等不同程度的病变。临床症状表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐、发热等,实验室检查特征性表现为血、尿中淀粉酶升高。该例患儿以过敏性紫癜起病,累及消化道及胰腺,症状为腹痛、便血、腹胀、全腹部压痛及反跳痛、板状腹等,术中诊断为重症胰腺炎合并胰腺出血和坏死。重症胰腺炎是医疗资源占用及治疗费用最大的疾病之一^[1]。依照急性胰腺炎严重程度分为 3 类^[2]:①轻症急性胰腺炎为自限性疾病,预后良好;②中重症急性胰腺炎早期发生的器官功能衰竭为短暂性,容易纠正,死亡率极低;③重症急性胰腺炎早期阶段可因持续性器官功能衰竭导致死亡,死亡率较高。中重症胰腺炎可伴有胰腺实质和(或)胰周组织坏死,即坏死型胰腺炎。如果坏死组织合并感染则病情进展迅速,死亡率高可达 30% 以上^[3]。近年来,过敏性紫癜合并急性胰腺炎的报道逐渐增多,多为轻型胰腺炎,糖皮质激素治疗效果良好^[4,5]。常见引起急性胰腺炎的原因如感染、胆道疾病、高脂血症、创伤、药物、遗传及酗酒等。因此,过敏性紫癜是导致急性重症胰腺炎的原因。过敏性紫癜引起急性胰腺炎的发病机制与胰腺毛细血管受累导致胰腺水肿、胰液排出受阻有关,具体机制有待进一步研究。

DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2019.10.019

作者单位:郑州大学第一附属医院小儿外科(河南省郑州市,450052),Email:15617750690@163.com

表 1 腹型紫癜合并重症坏死性胰腺炎患儿术后实验室结果及重要数据归纳

Table 1 Postoperative laboratory results and important data of children with abdominal purpura complicated with severe necrotizing pancreatitis

指标	入院	术后第 1 天	术后第 2 天	术后第 3 天	术后第 5 天	术后第 7 天	术后第 10 天	术后第 17 天
WBC($10^9/L$)	21.2	11.2	10.5	13.2	10.2	15.3	15.8	13.1
NE% (%)	81.7	73.3	74.5	74.5	69.4	82.3	53.3	55.9
HGB(g/L)	158	105	90	95	114	116	113	123
PLT($10^9/L$)	574	432	338	407	521	598	620	476
CRP(mg/L)	49.2	36.4	—	30.2	13.5	7.64	—	3.32
PCT(ng/mL)	1.58	1.80	—	1.3	0.6	0.19	—	0.04
ALB(g/L)	27.5	29.2	—	31.5	33.2	34.4	42.8	44.3
血淀粉酶(U/L)	—	394	64	—	76	—	85	81
尿淀粉酶(U/L)	2 696	182	192	—	857	—	1 290	632
腹腔引流液(mL)	300	140	310	82	80	10	10	—
胃液(mL)	130	20	30	70	120	80	—	—

急性重症胰腺炎术后并发症多、病死率高,但该患儿术后恢复良好。分析原因:①手术清除体内坏死胰腺组织彻底,防止炎症扩散引起多器官功能衰竭;②小儿机体代偿能力有限,早期病变相对局限,中毒症状较轻,对手术耐受性较好;③术后积极内科治疗,防止进行性胰酶激活引起自身胰腺消化。对于该病例,反复过敏性紫癜可能导致胰腺炎复发或肾损害,应定期随访过敏性紫癜反复情况及尿常规。

该患儿表现为:过敏性紫癜发病后出现进行性加重的腹痛、腹膜炎症状,病情进展迅速,与外科急腹症难以鉴别,手术探查后得以明确诊断。经验总结:①过敏性紫癜合并腹痛的患儿,排查外科急腹症的同时,应尽早完善血、尿淀粉酶检测,以明确有无急性胰腺炎;②儿童急性重症胰腺炎临床少见,一旦发病往往病情危重,对于合并大量腹水、胸腔积液的病例,应考虑到急性重症胰腺炎的可能,应早期诊断及治疗,提高急性重症胰腺炎的存活率。

过敏性紫癜合并急性重症胰腺炎的患儿,如出现腹痛且腹膜刺激征明显,应在内科治疗同时监测生命体征,如病情变化,需及时手术。急性继发性腹膜炎的手术指征:①经非手术治疗 6~8 h(一般不超过 12 h),症状或体征不能缓解,反而加重者;②腹腔内原发疾病严重,如胃肠道或胆囊坏死穿孔、绞窄性肠梗阻、腹腔内脏器损伤破裂,胃肠手术后短期内吻合口瘘所致的腹膜炎;③腹腔内炎症较重,有大量积液,出现严重的肠麻痹或中毒症状,尤其是有休克表现者;④腹膜炎病因不明,无局限趋势。

过敏性紫癜应明确发病类型,腹型过敏性紫癜应与急腹症相鉴别。前者除有腹痛、腹泻外,一般无肌紧张及反跳痛。如出现腹部症状,应完善检查明确受累脏器,如胰腺受累需尽早干预,避免进展为胰腺炎。如为轻症或中重症急性胰腺炎早期,可给予保守治疗,包括禁食禁水、静脉营养及生长抑素应用,如有炎症指标明显升高可给予抗生素。如胰周大量积液合并明显胃肠道压迫等症状者可先行经皮穿刺置管引流术,必要时行剖腹探查。对于重症坏死性胰腺炎,原则上需手术清除坏死组织,腹腔冲洗及充分引流、抗感染、营养支

持、应用生长抑素,如坏死合并感染更应积极给予外科处理^[6,7]。如患儿合并感染而得不到及时处理可导致脓毒症,甚至出现多器官功能障碍综合征而死亡^[8]。有国内外学者认为,对于坏死性胰腺炎除了行胰腺坏死组织清除术以外,还应积极预防多器官功能障碍综合征、多器官功能衰竭、弥漫性血管内凝血,应把握其合理的手术时机。

参考文献

- Ellis MP, French JJ, Charnley RM. Acute pancreatitis and the influence of socioeconomic deprivation[J]. Br J Surg, 2009, 96(1): 74-80. DOI: 10.1002/bjs.6414.
- 杨明, 勾善森, 王春友, 等. 坏死性胰腺炎外科治疗体会: 单中心 10 年经验总结[J]. 中华外科杂志, 2015, 53(9): 672-675. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2015.09.009. Yang M, Gou SM, Wang CY, et al. Surgical treatment of necrotizing pancreatitis: 10-year experience at a single center [J]. Chin J Surg, 2015, 53(9): 672-675. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2015.09.009.
- Lowenfels AB, Maisonneuve P, Sullivan T. The changing of acute pancreatitis: epidemiology, etiology and prognosis [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2009, 11(2): 97-103.
- Huang DY, Li Q, Jiang KR, et al. Henoch-schonlein purpura: a rare cause of recurrent acute pancreatitis[J]. Chin Med J (Engl), 2016, 129(20): 2510-2511. DOI: 10.4103/0366-6999.191830.
- 郑伟, 徐心坦, 牛峰海, 等. 儿童过敏性紫癜并发急性胰腺炎 20 例临床分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2015, 29(6): 591-592. DOI: 10.13507/j.issn.1674-3474.2015.06.024. Zheng W, Xu XT, Niu FH, et al. Acute pancreatitis in 20 children with Henoch-schonlein purpura[J]. J Chin Pract Diagn Ther, 2015, 29(6): 591-592. DOI: 10.13507/j.issn.1674-3474.2015.06.024.

(下转第 896 页)

相容性较好的移植物。近年来,膀胱无细胞基质移植物已经被逐渐应用于临床治疗缺损性疾病。

2002 年 Atala^[5]报道了将膀胱无细胞基质应用于尿道下裂修复手术,取得了较理想的治疗效果。他们采用膀胱无细胞基质用“Onlay”的手术方式修复尿道缺损,在临床试验中取得了满意的疗效。2007 年 Lee 等^[6]尝试了 17 例人真皮脱细胞基质修补较大的食管裂孔疝。2011 年 Avella^[7]报道了 2 例腹腔镜下人真皮脱细胞基质修补膈疝。在小儿外科领域中,新生儿腹裂造成的腹壁缺损是生物材料修复的最常见适应证。2016 年 Filisetti 等^[8]对 20 例人真皮脱细胞基质修补小儿腹壁缺损发现在没有切口感染的情况下生物材料修复效果是肯定的。而应用该生物材料来修补儿童先天性膈疝在国内外鲜有报道。我们使用该补片的体会是,补片具有韧性足,很难扯断、撕裂等优点,术中修复效果满意。术后短期未发现不良反应,目前该患儿随访至术后 1 年,膈肌修复效果良好,未见不良反应,远期疗效仍需进一步随访观察。

参考文献

- Yokota K, Uchida H, Kaneko K, et al. Surgical complications, especially gastroesophageal reflux disease, intestinal adhesion obstruction, and diaphragmatic hernia recurrence, are major sequelae in survivors of congenital diaphragmatic hernia[J]. *Pediatr Surg Int*, 2014, 30 (9): 895-899. DOI: 10. 1007/s00383-014-3575-x.
- 刘威,汪风华. 膈疝复发的原因分析及处理[J]. *临床小儿外科杂志*, 2017, 16(1): 41-43. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-6353. 2017. 01. 010.
Liu W, Wang FH. Causes and treatments of recurrent congenital diaphragmatic hernia[J]. *J Clin Ped Sur*, 2017, 16(1): 41-43. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-6353. 2017. 01. 010.
- Meezan E, Hjelle JT, Brendel K. A simple, versatile, nondisruptive method for the isolation of morphologically and chemically pure basement membranes from several tissues[J]. *Life Sci*, 1975, 17(11): 1721-1732. DOI: 10. 1016/0024-3205(75)90119-8.
- Dahms SE, Piechota HJ, Dahiya R, et al. Composition and biomechanical Properties of the bladder acellular matrix graft: comparative analysis in rat, pig and human[J]. *Br J Urol*, 1998, 82(3): 411-419.
- Atala A. Experimental and clinical experience with tissue engineering techniques for urethral reconstruction[J]. *Urol Clin North Am*, 2002, 299(2): 485-492. DOI: 10. 1016/S0094-0143(02)00033-2.
- Lee E, Frisella MM, Matthews BD, et al. Evaluation of acellular human dermis reinforcement of the crural closure in patients with difficult hiatal hernias[J]. *Surg Endosc*, 2007, 21(4): 641-645.
- Avella DM, Podany A, Staveley-O'Carroll KF, et al. Laparoscopic repair of post-esophagectomy diaphragmatic hernias using human acellular dermal matrix[J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2011, 13(2): 248-249. DOI: 10. 1510/icvts. 2011. 272310.
- Filisetti C, Costanzo S, Marinoni F, et al. Effectiveness and properties of the biological prosthesis Permacol™ in pediatric surgery: A large single center experience[J]. *Ann Med Surg (Lond)*, 2016, 7: 48-54. DOI: 10. 1016/j. amsu. 2016. 03. 017.

(收稿日期:2018-09-26)

本文引用格式:顾绍栋,张宏伟,罗洪. 应用脱细胞异体基质材料修补巨大后外侧膈疝 1 例[J]. *临床小儿外科杂志*, 2019, 18(10): 895-896. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-6353. 2019. 10. 020.

Citing this article as: Gu SD, Zhang HW, Luo H. Application of acellular allogenic basal matrix for repairing giant posteriolateral diaphragmatic hernia: one case report [J]. *J Clin Ped Sur*, 2019, 18(10): 895-896. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-6353. 2019. 10. 020.

(上接第 894 页)

- Amano H, Takada T, Isaji S, et al. Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis[J]. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2010, 17(1): 53-59. DOI: 10. 1007/s00534-009-0211-6.
- Madenci AL, Michailidou M, Chiou G, et al. A contemporary series of patients undergoing open debridement for necrotizing pancreatitis[J]. *Am J Surg*, 2014, 208(3): 324-331. DOI: 10. 1016/j. amjsurg. 2013. 11. 004.
- Fernández-del Castillo C, Rattner DW, Makary MA, et al. Débridement and closed packing for the treatment of necrotizing pancreatitis[J]. *Ann Surg*, 1998, 228(5): 676-684.

(收稿日期:2017-03-22)

本文引用格式:姜平平,冯子攀,何巍,等. 腹型过敏性紫癜合并出血坏死性胰腺炎 1 例[J]. *临床小儿外科杂志*, 2019, 18(10): 893-894. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-6353. 2019. 10. 019.

Citing this article as: Lou PP, Feng ZP, He W, et al. Abdominal type allergic purpura complicated with hemorrhagic necrotizing pancreatitis: one case report[J]. *J Clin Ped Sur*, 2019, 18(10): 893-894. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-6353. 2019. 10. 019.