

DOI:10.7499/j.issn.1008-8830.2013.11.024

临床经验

儿童过敏性紫癜消化道症状临床分析

张琴 鹿玲 郭旗 桂明

(安徽医科大学第一附属医院儿科, 安徽 合肥 230032)

过敏性紫癜(Henoch-Schonlein Purpura, HSP)是儿科临床常见疾病。研究报道儿童HSP年发病率为3~26.7/10万^[1]。本课题组前期研究结果显示,HSP住院构成比有逐年升高的趋势^[2]。HSP是一种多系统免疫性血管炎,临床以皮肤、消化道、关节及肾脏等器官受累为主要表现^[3]。有报道显示,HSP患者消化道受累比例为50%~80%,表现为恶心、呕吐、腹泻、腹痛和消化道出血^[4]。HSP患者消化道常见并发症有消化道大出血、肠穿孔、肠套叠和胰腺炎等^[5]。笔者回顾2003年至2011年本院收治的1964例HSP患儿,根据HSP患儿症状、体征、实验室检查总结HSP患儿的腹痛、呕吐、消化道出血和腹泻等消化道症状的发生率,以及消化道大出血、肠梗阻、肠套叠和胰腺炎等并发症,并同时统计HSP消化道症状发生早于皮肤损害的发生率,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2003年1月至2011年12月,本院儿科共收治HSP患儿1964例,其中男1065例,女899例,年龄1.4~15.0岁,平均年龄6.7岁。<3岁的患儿61例,3岁~537例,6岁~906例,9岁~412例,12~15岁48例。所有患儿均出现紫癜性皮疹,表现为棕红色斑丘疹,突出于皮表,压之不退色,单独或互相融合,对称性分布,以四肢伸侧及臀部多见,可伴有痒感或疼痛,成批出现,消退后可遗留有色素沉着。同时伴有1个或多个典型的HSP临床表现,其中关节症状包括关节红、肿、痛和(或)活动障碍;肾脏受累症状包括血尿、蛋白尿、管型尿、浮肿及高血压等;消化道症状包括腹痛、呕吐、消化道出血和腹泻,腹痛多呈绞痛,其中消化道

出血表现为咖啡样呕吐物或柏油样便(上消化道)以及便血(下消化道);消化道症状并发症包括消化道大出血、肠梗阻、肠套叠、胰腺炎和腹膜炎,其中消化道大出血表现为呕血或便血,血压下降,有休克表现,需要输血;肠梗阻表现为腹胀,停止排便和排气;肠套叠表现为患儿阵发性哭闹,腹部胀痛,腹部橄榄状包块;胰腺炎表现为右上腹疼痛,压痛和反跳痛,腹部肌紧张,伴有血、尿淀粉酶明显升高。所有病例均符合2005年欧洲风湿病防治委员会和欧洲儿童肾脏病防治委员会及美国风湿协会共同修订的儿童过敏性紫癜诊断标准^[6]。

1.2 方法

1964例HSP患儿常规检查包括血常规、尿常规、血生化检查、血小板计数、凝血功能、C反应蛋白、血沉、抗链球菌溶血素O等。如有肾脏受累,常规检查肾功能。若伴随消化道症状,如消化道出血,检测呕吐物及大便隐血。若伴随消化道并发症,如消化道大量出血,需记录24h出血量,并行内镜检查;如出现肠梗阻症状,则行摄腹部平片或超声检查;如有肠套叠症状需进行钡剂灌肠或超声检查;如为胰腺炎则行胰腺B超、腹部CT、血尿淀粉酶和脂肪酶、血中性粒细胞数及炎症指标等检查;如有腹膜炎体征,则应检查血象等。同时关注首发症状为消化道症状的HSP患儿,记录首发症状与出现典型皮疹的时间间隔。所有病例接受皮质激素、抗组胺药、钙剂、维生素C等治疗。腹痛的患儿采用甲基强的松龙(每日5~10 mg/kg)治疗,治疗时间为1~2周。针对反复消化道出血、反复皮肤紫癜的难治性HSP患儿,采用甲基强的松龙冲击联合应用大剂量丙种球蛋白治疗,甲基强的松龙(每日5~10 mg/kg)静脉滴注,3~5次为一个疗程,视病情重复2~3个疗程,配合

[收稿日期] 2013-04-01; [修回日期] 2013-04-22

[基金项目] 安徽医科大学第一附属医院青年培育计划资助项目(2010KJ17)。

[作者简介] 张琴,女,硕士,副主任医师。

使用丙种球蛋白（每日 200~400 mg/kg）。皮质激素疗效不佳或激素副作用明显的 HSP 患儿，联合应用免疫抑制剂环磷酰胺（每日 10 mg/kg），连续使用 2 d，每 2 周重复 1 次，共 8 次。甲基强的松龙冲击疗法应注意心电监护，而使用环磷酰胺治疗时应多饮水，以防进一步肾损害。

2 结果

2.1 HSP 患儿常见消化道症状

1964 例 HSP 患儿应用糖皮质激素、抗凝剂、维生素 C 及 H₂ 受体阻滞剂联合治疗，消化道症状完全缓解时间为 4.4 ± 2.3 d，随访时间为 1~6 年，无 HSP 患儿发展成为终末期肾病。HSP 患儿中 1473 例伴有消化道症状，占 75.00%，其中男 814 例，女 659 例，平均年龄 6.3 岁。所有 HSP 患儿的平均住院天数为 5.4 ± 2.3 d，而伴有消化道症状患儿的平均住院天数为 8.5 ± 3.2 d，长于无消化道症状的患儿（ 4.2 ± 2.4 d）。

1473 例伴有消化道症状的 HSP 患儿中，腹痛 1405 例，占 71.54%（1405/1964）；呕吐 560 例，占 28.51%（560/1964）；腹泻 135 例，比例为 6.87%（135/1964）；消化道出血 302 例，占 15.38%（302/1964），其中上消化道出血 251 例，占 12.78%（251/1964），下消化道出血 54 例，占 2.75%（54/1964）。268 例消化道出血患儿采用内镜检查，其中 253 例为十二指肠炎和（或）胃炎，表现为十二指肠和（或）胃黏膜充血及水肿，可见多个出血斑或出血点（图 1）；腹痛的患儿经甲基强的松龙治疗后，绝大部分在 48 h 内缓解，平均腹痛时间为 4.6 ± 2.2 d。

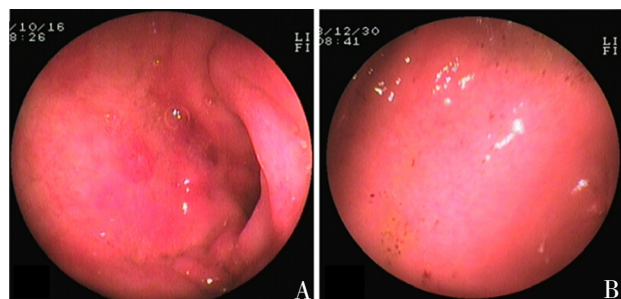


图 1 胃或十二指肠黏膜的出血斑和出血点 A：十二指肠炎，十二指肠球降部黏膜充血、可见出血斑；B：胃炎，胃体黏膜充血，可见较多的出血点。

2.2 HSP 患儿消化道并发症

1964 例 HSP 患儿中并发胰腺炎 9 例，占 0.46%（9/1964），其中男 6 例，女 3 例，平均年龄 10.1 ± 2.4 岁，其他消化道并发症包括肠梗阻 2 例，由影像学检查提示，未进行手术处理；未见消化道大出血、肠套叠、腹膜炎等其他并发症的发生。

2.3 HSP 患儿消化道症状发生早于皮肤损害的发生率

1473 例伴有消化道症状的患儿中，发生早于皮肤损害的 HSP 患儿 106 例，占 5.40%（106/1964），发生消化道症状与出现皮肤损害之间的平均间隔为 4.2 d。106 例患儿中，37 例 HSP 患儿在腹痛症状发生 1 周后，才出现皮肤损害表现；2 例曾因疑似急性阑尾炎，于外院接受手术治疗，直到出现 HSP 皮肤损害后，才被确诊为 HSP，后转入我院，给予抗凝、抗过敏等治疗，患儿手术切口愈合后，加用激素治疗，临床症状逐步缓解，分别于入院后第 9 天和第 14 天出院。

3 讨论

儿童过敏性紫癜是一种较常见的毛细血管变态反应性疾病，其基本病理改变为 IgA 为主的免疫复合物沉积引起的免疫性小血管炎^[1]。目前 HSP 病因不清，典型特征为出现对称性紫癜样皮疹，常出现在臀部或下肢，本病可累及全身多脏器，以皮肤、消化道、关节及肾脏等器官受累为主要表现，少数病例可累及心、脑、肺、胰腺、生殖器等器官^[7-8]。有研究显示，消化道受损的发生率高达 52.8%~77.8%^[9]，HSP 患儿的消化道症状主要包括腹痛、恶心、呕吐、腹泻、黑便和便血等，以腹痛最为常见^[5]。本组资料显示，消化道症状出现在 75.00% 的 HSP 患者中，其中腹痛最常见，占 71.54%（1405/1964），高于 35%~60% 的报道^[10]，而与台湾地区报道腹痛的比例相近^[9]。

80 年代的报道显示，HSP 患者的消化道并发症发生率为 4%~20%^[9]，差别较大，可能与报道的 HSP 患者的例数不同有关，其中消化道大量失血是 HSP 患儿常见的消化道并发症，有文献报道 HSP 患儿消化道大量失血，需要输血的比例约为 3%~6%^[9-10]，而本组资料显示 HSP 患儿消化道出血的比例高达 15.38%（302/1964），高于之前的研究结果，可能与临床行内镜检查的比例增加有关。本研究中没有因消化道大量失血而输血的病例，

这一结果与之前的报道不一致^[9],可能与早期临床上对HSP的诊断及治疗认识不足,导致治疗延缓,病情加重有关。本回顾性研究发现,HSP并发胰腺炎9例,约占所有HSP患儿的0.46%(9/1964),由实验室辅助检查或超声提示诊断,之前HSP并发胰腺受损报道较少,考虑可能与没有常规检查血淀粉酶和脂肪酶或行腹部超声检查有关^[11]。有报道胰腺影像学检查对HSP并发胰腺受累的诊断、分类和预后具有重要价值^[12]。因此,HSP急性期患儿腹痛明显时应考虑胰腺受累的可能。辅助检查包括腹部平片、超声、内镜、CT和钡剂灌肠等,有助于对HSP消化道症状及其并发症,如肠梗阻、肠套叠、十二指肠炎和胃炎等的诊断。本回顾性研究中发现2例肠梗阻及253例十二指肠炎或胃炎患儿,均由腹部平片、超声和内镜等辅助检查提示,未进行手术等特殊处理。

部分HSP患者以消化道症状为首发症状,而消化道症状为首发症状的比例各不一致。早期的文献报道,HSP患者以消化道症状为首发症状的比例为14%~36%^[13],2004年台湾学者Chen等^[9]报道,208例HSP患者中消化道症状早于皮疹发生的比例为25.3%,而国内的报道差别更为明显,曾有报道以消化道症状为首发症状的比例高达51.5%^[14]。本研究发现,消化道症状发生早于皮肤损害的HSP患儿106例,比例为5.40%(106/1964),低于之前的报道结果,可能的原因包括,早期HSP诊断标准的差别、临床样本数量和样本的选择等因素。

HSP患者没有出现典型皮肤损害前,易被诊断为外科急腹症。Cream等^[15]报道,9例HSP患者中有5例由于腹痛等症状,而进行了剖腹探查术。国内严进霞等^[16]报道,以腹痛为首发症状的儿童过敏性紫癜21例,被误诊为急性胃肠炎、急性肠炎、急性胃炎和急性胆囊炎等共18例,误诊比例高达86%。本研究中消化道症状发生早于皮肤损害的HSP患儿106例,其中2例患儿因疑似急性阑尾炎,在当地医院接受了手术治疗,后转入我院治疗。因此,在没有出现HSP典型皮肤损害前,针对腹痛剧烈,但无固定压痛点,且腹部体征与腹痛剧烈程度不一致的患儿,应考虑HSP可能,完善实验室和胃镜等辅助检查,排除外科急腹症,有助于HSP诊断。

总之,本回顾性研究提示,正确及时的诊断和治疗,绝大多数HSP患儿的消化道症状和并发症能很快得到缓解。但由于部分HSP患儿消化道症状发生早于皮肤损害,需要完善实验室和其他

辅助检查,以便及时诊断和治疗。

[参考文献]

- [1] Piram M, Mahr A. Epidemiology of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schonlein): current state of knowledge[J]. *Curr Opin Rheumatol*, 2013, 25(2): 171-178.
- [2] 鹿玲, 邓芳, 张琴, 胡波, 桂明, 吴礼权. 儿童过敏性紫癜901例临床分析[J]. *中华风湿病学杂志*, 2008, 12(6): 51-54.
- [3] Luo S, Liang G, Zhang P, Zhao M, Lu Q. Aberrant histone modifications in peripheral blood mononuclear cells from patients with Henoch-Schonlein purpura[J]. *Clin Immunol*, 2013, 146(3): 165-175.
- [4] Hamzaoui A, Melki W, Harzallah O, Njim L, Klii R, Mahjoub S. Gastrointestinal involvement revealing Henoch Schonlein purpura in adults: Report of three cases and review of the literature[J]. *Int Arch Med*, 2011, 4(1): 31.
- [5] Tobino K, Shimizu Y, Miura S, Sugawara K, Takeda K, Tomino Y. Severe erosive lesions in the digestive tract of patients with Henoch-Schonlein Purpura (HSP) and its impact on prognosis-presentation of two cases and statistical review of adult-onset Japanese HSP[J]. *Clin Nephrol*, 2011, 75(Suppl 1): 47-55.
- [6] Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, Bagga A, Barron K, Davin JC, et al. EULAR/PreS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides[J]. *Ann Rheum Dis*, 2006, 65(7): 936-941.
- [7] Lutz HH, Ackermann T, Krombach GA, Grne HJ, Rauen T, Floege J, et al. Henoch-Schonlein purpura complicated by cardiac involvement: case report and review of the literature[J]. *Am J Kidney Dis*, 2009, 54(5): e9-e15.
- [8] Matsubayashi R, Matsubayashi T, Fujita N, Yokota T, Ohro Y, Enoki H. Pulmonary hemorrhage associated with Henoch-Schonlein purpura in a child[J]. *Clin Rheumatol*, 2008, 27(6): 803-805.
- [9] Chen SY, Kong MS. Gastrointestinal manifestations and complications of Henoch-Schonlein purpura[J]. *Chang Gung Med J*, 2004, 27(3): 175-181.
- [10] Lin Q, Min Y, Li Y, Zhu Y, Song X, Xu Q, et al. Henoch-Schonlein purpura with hypocomplementemia[J]. *Pediatr Nephrol*, 2012, 27(5): 801-806.
- [11] Jhin J, Lee JS. Comment on acute pancreatitis: a rare presenting feature of Henoch-Schonlein purpura[J]. *J Paediatr Child Health*, 2008, 44(11): 678-679.
- [12] Soyer T, Egritas O, Atmaca E, Akman H, Ozturk H, Tezic T. Acute pancreatitis: a rare presenting feature of Henoch-Schonlein purpura[J]. *J Paediatr Child Health*, 2008, 44(3): 152-153.
- [13] Choong CK, Beasley SW. Intra-abdominal manifestations of Henoch-Schonlein purpura[J]. *J Paediatr Child Health*, 1998, 34(5): 405-409.
- [14] 李仙玉, 朴洙玉. 68例小儿过敏性紫癜及消化道表现分析[J]. *中国实用医药*, 2007, 2(28): 70-71.
- [15] Cream JJ, Gumpel JM, Peachey RDG. Schonlein-Henoch purpura in the adult. A study of 77 adults with anaphylactoid or Schonlein-Henoch purpura[J]. *Q J Med*, 1970, 39(156): 461-484.
- [16] 严进霞, 喻国建. 以腹痛为首发症状的儿童过敏性紫癜21例[J]. *黑龙江医学*, 2006, 30(2): 124-125.

(本文编辑: 刘伟)