

· 临床经验 ·

飞行人员腹型过敏性紫癜 1 例及文献复习

薛霞,汪东军,刘义欣,王丽萍,李洁

[摘要] 目的 提高对腹型过敏性紫癜的认识水平。方法 通过回顾我院收治的 1 例飞行人员过敏性紫癜的诊疗过程,复习有关文献分析腹型过敏性紫癜的临床特点、检查手段及治疗方法。结果 此例患者经多次误诊,最终确诊为腹型过敏性紫癜,并经激素和对症治疗痊愈。结论 该患者的诊疗过程为及早确诊腹型过敏性紫癜提供了有益指导。

[关键词] 紫癜;腹型过敏性;诊疗

[中图分类号] R554.6 **[文献标志码]** B **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2015.06.024

腹型过敏性紫癜在临床报道中并不少见,但由于其症状不典型、检查无明显特异致临床误诊率极高,给患者带来很多痛苦。现总结我院在收治的飞行人员中发现 1 例过敏性紫癜的诊疗过程,复习有关文献,分析腹型过敏性紫癜的临床特点、检查手段及治疗方法,旨在提高对腹型过敏性紫癜的认识。

1 病例资料

1.1 病史 患者,男,26 岁,直升机空中机械师。主因“腹泻 1 d,腹痛、恶心、下肢胀痛 2 d”急诊入院。患者诉入院 3 d 前因进食冰凉食物和啤酒后出现腹泻 7 次,排黄色水样大便,无发热、腹痛,次日未再排便,出现上腹部持续性疼痛、恶心,下肢胀痛,在某医院门诊行血常规、血尿酸淀粉酶、肝肾功能、腹部彩超检查均正常,诊断为“急性胃肠炎”,予以抗感染及保护胃黏膜治疗 2 d 症状无好转入我院。既往体健,无特殊病史。近期无上呼吸道感染病史。

1.2 入院检查 体温 36.7℃,脉搏 76 次/min,呼吸 20 次/min,血压 120/70 mmHg,意识清,精神差,痛苦面容,全身皮肤黏膜无黄染和出血点,心肺检查无异常,腹平软,中上腹有轻微的压痛感,无反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未扪及,莫非征阴性,肠鸣音 3~4 次/min,移动性浊音阴性,四肢关节活动自如,无明显压痛,无水肿。查血白细胞 $10 \times 10^9/L$,中性粒细胞 76%,血红蛋白 150 g/L,血小板 $225 \times 10^9/L$,尿便常规、肝肾功能、电解质、淀粉酶、红细胞沉降率、C 反应蛋白、凝血功能及肌酶均正常。入院诊断:急性胃肠炎。

2 治疗过程

2.1 抗感染、保护胃黏膜治疗 入院后继续给予抗感染、保护胃黏膜治疗 3 d,患者腹痛症状无好转,呈持续性钝痛伴阵发性绞痛,严重时坐卧难安,用解痉药无效改用强止痛剂,腹痛时查体腹部压痛不明显,无腹肌紧张,再次化验血白细胞仍升高,大便潜血(+),余化验检查正常,腹部彩超肝胆胰肾均正常,但盆腔内可见少量包裹性积液,行腹部平片见小肠部疑有不全性梗阻,诊断考虑消化道溃疡并出血及不全性肠梗阻,给予禁食补液,胃肠减压,同时应用质子泵抑制剂及胃黏膜保护剂,治疗 6 d 后症状仍无好转。于次日行胃镜检查见胃黏膜正常,十二指肠降部黏膜充血、水肿、糜烂,散在小出血斑点,病理检测见幽门螺杆菌(+).入院 10 d 观察患者双上肢、双下肢伸侧和踝部出现少量浅红色针尖样的出血点,压之不褪色,回顾病史和临床表现,诊断:过敏性紫癜(混合型)。

2.2 激素治疗 给予静脉滴注地塞米松、维生素 C 及抑酸对症治疗,腹痛很快缓解,皮疹消退,激素应用 5 d 后停用,复查血尿便正常,B 超见盆腔积液消失,此时行结肠镜检查见回肠末端散在片状充血,停用激素 2 d 后四肢再次出现大小不等的红色皮疹,反复分批出现,呈游走性,较大的可略高于皮面,压之不褪色,无腹痛等其他不适,后用甲泼尼龙、维生素 C 和复方芦丁治疗,并予抗幽门螺杆菌治疗 2 周,皮疹全部消退后出院,经体检给予飞行合格结论。

2.3 随访 2 个月后随访,患者无任何不适症状,飞行状态良好,门诊化验血尿便常规、肝肾功能、肌酶和凝血功能均正常,腹部彩超未见异常。

作者单位: 100089 北京,空军航空医学研究所附属医院内一科

3 讨论

过敏性紫癜是一种毛细血管变态反应性疾病,以广泛的小血管病变为病理基础,主要表现为以毛细血管为主的无菌性小血管炎,导致多脏器病变,临床表现除了常见的皮肤紫癜外,还有消化道、关节症状及肾脏的损害等表现,为此分为单纯型、腹型、关节型、肾型和混合型五种类型。其中以腹痛为首发症状的腹型紫癜较为少见,多发生于儿童和青少年,男性多于女性,其诱因多样,主要为病毒、细菌、支原体、寄生虫、食物、药物等,其中溶血性链球菌感染为重要致敏源。发病机制至今未明,多数学者认为是机体对某些致敏物质发生免疫反应,形成免疫复合物沉积于小血管,引起胃肠道广泛的毛细血管炎甚至坏死性小动脉炎,造成血管壁通透性及脆性增高,致皮下组织、黏膜及内脏器官出血、水肿,造成肠蠕动增强或肠痉挛,出现腹痛、呕吐等症状^[1-3]。近年来有部分学者开始关注幽门螺杆菌与过敏性紫癜的关系,认为腹型过敏性紫癜幽门螺杆菌感染阳性率(56.5%)远高于非腹型过敏性紫癜的幽门螺杆菌感染阳性率(21.4%),反复发作者幽门螺杆菌感染阳性高达 66.7%,显示幽门螺杆菌感染与过敏性紫癜之间存在一定的关系^[4-5],但其机制尚不清楚。目前认为是幽门螺杆菌刺激浆细胞产生提异性幽门螺杆菌-IgE 诱发 I 型变态反应引起皮肤黏膜病理改变^[6]。但也有认为幽门螺杆菌感染多为慢性感染,一次过敏性紫癜的发生很难认为与幽门螺杆菌感染相关^[7]。

腹型紫癜因其早期无特异的临床表现,很难及时作出诊断,极易造成临床误诊而延误治疗,有报道统计误诊率高达 75%~87%^[8-9]。回顾文献资料^[10-13],分析腹型过敏性紫癜的临床特点:①临床表现缺乏特异性:腹型过敏性紫癜的胃肠道症状常以腹痛为主,疼痛剧烈,常伴恶心、呕吐、便血等消化道症状,但查体时压痛不明显或轻微,且部位多变而不固定,多无明显的腹肌紧张和反跳痛,与急性胃肠炎、消化性溃疡等消化系统疾病临床表现极为相似,早期诊断非常困难,极易误诊,尤其过敏性紫癜的胃肠黏膜病变较紫癜出现早时更容易误诊;症状分离是腹型过敏性紫癜的重要特点,应用一般解痉药(654-2、东莨菪碱)不能缓解,甚至被诊断为外科急腹症而行不必要的手术。消化道出血是腹型过敏性紫癜患者就诊的另一主要原因,但多数患者出血量少,血红蛋白、血小板未见明显异常。可行束臂试验,但阳性率不高。患者通常无发热。②多数人仅

只了解腹型紫癜皮损特点为对称性、隆起性、紫癜性皮损,不同于特发性血小板减少性紫癜的点、片状出血斑^[14],却未予综合考虑。刘建湘等^[15]研究发现,单纯腹型紫癜较少见,过敏性紫癜有腹痛症状者中混合型明显多于无腹痛者,有腹痛者合并关节受累者较无腹痛者多,且腹痛型在发病初的 3 个月内约 40%~60%患者并发肾炎,其原因不清,可能是引起腹痛症状者的免疫复合物较丰富,容易在身体多个部位沉积。本例患者入院时诉发病初有下肢胀痛,但被医生忽视。③临床医生过分倚重辅助检查,而常规检查对本病诊断缺乏特异性。白细胞和中性比率增高,尿常规有时可见红细胞和蛋白,大便潜血阳性,血沉和 C 反应蛋白增高,腹部彩超可见腹腔内少量积液,腹部曲线片见小肠不全性梗阻表现等,但仅此医生也很难诊断为该疾病。④对于腹痛明显而体征较轻,经解痉、抑酸治疗病情无好转的患者,如无内镜检查的禁忌证者,可及早行胃肠镜检查,内镜检查及胃肠道病理改变无特异性。食管黏膜均正常,胃和十二指肠黏膜呈现不同程度的充血、水肿、糜烂或浅溃疡,散在点、片状黏膜下渗血,易出现接触出血,病变间黏膜正常,十二指肠降部黏膜改变最为显著。结肠镜检查可见肠黏膜的病理改变与胃镜表现类似,而以回肠末端黏膜呈充血性红斑最明显,结肠黏膜以回盲部和升结肠为重,病理可见毛细血管炎症性改变及血管灶性坏死,黏膜内大量嗜酸性粒细胞和淋巴细胞浸润^[16-17]。张西亮^[18]研究表明,消化道出血的量、腹痛的性质与内镜下黏膜病变的范围、程度呈正相关;而且内镜下改变早于皮肤紫癜^[19]。因此胃肠镜检查可提高对腹型过敏性患者在皮疹出现前的诊断准确率。但内镜医生对紫癜性胃肠黏膜表现认识单纯,与急性胃黏膜病变、消化性溃疡及溃疡型结肠炎的内镜表现无差异,易引起临床误诊。⑤孙斌等^[20]发现腹型过敏性紫癜在早期腹部 CT 就可表现为十二指肠和(或)小肠、结肠局部肠管节段性水肿增厚与盆腔少量积液,与进一步的胃镜、肠镜检查相结合,均能在 1~3 d 快速诊断出腹型过敏性紫癜,不需要等到出现皮疹才诊断,同时可排除急性阑尾炎、胰腺炎、腹膜炎、胆囊炎、急性肠系膜淋巴结炎等疾病,但需注意肠壁水肿增厚也不是腹型过敏性紫癜特有的征象,需与急性坏死性肠炎、溃疡性结肠炎、Crohn 病、急性肠炎相鉴别。⑥另外对不典型皮肤紫癜的腹型过敏性紫癜行皮肤活检术,组织病理表现为中性粒细胞浸润及 IgA 沉积为特点的血管炎症状,此点可帮助诊断^[21]。

在治疗中,过敏性紫癜是一种自限性疾病,一般

3~6 周可自愈,无特效疗法。急性期应卧床休息,给予低敏碳水化合物饮食。寻找致敏因素,对可疑的食物或药物,应暂时不用,对可疑的食物,应逐一加以排除,食物特异性 IgG 检测对食物不耐受的过敏性紫癜的饮食方案的制定和治疗有重要指导意义。对外科急腹症诊断存在疑问时,不宜急于手术,应细致观察。对于腹痛者给予质子泵抑制剂、胃黏膜保护剂、解痉剂;对感染者加用抗生素治疗;皮肤紫癜出现后考虑腹型过敏性紫癜者,立即给予肾上腺皮质激素、非甾体类抗炎药治疗,可有效抑制抗原-抗体反应,改善血管通透性,迅速缓解腹痛和消化道出血症状,缩短病程^[22]。但激素同时增加胃酸分泌,抑制胃黏膜细胞更新,加剧胃肠黏膜的损害,可导致溃疡产生或使溃疡愈合延缓,在治疗时要同时防治消化道大出血、穿孔等并发症。另一方面,合并有明确幽门螺杆菌感染的腹型过敏性紫癜,也要同时给予四联疗法抗幽门螺杆菌,可缓解胃肠道症状,且减少反复。

通过该例患者的诊治和文献回顾,对腹型过敏性紫癜的诊治总结以下经验:①临床医生应详细采集病史,仔细查体,尽早发现皮肤紫癜,综合分析诊断疾病;②对常见诊断和治疗效果不佳的腹痛患者,应尽早行胃镜和肠镜检查,临床医生应熟悉腹型紫癜的内镜下表现,提高对该病的认识;③以消化道表现为主者,尤其是重症紫癜,应尽早应用肾上腺皮质激素治疗,推荐使用甲泼尼龙短期冲击治疗,以缩短病程,减少并发症。

【参考文献】

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2014:622-624.
- [2] 何平,胡华.应警惕以急性腹痛为首表现的腹腔外脏器疾病[J].临床误诊误治,2009,22(11):55-56.
- [3] Zhang Y, Huang XL. Gastrointestinal involvement in Henoch-

- Schonlein purpura [J]. Scand J Gastroenterol, 2008, 43(9): 1038-1043.
- [4] 刘玲,魏岚,赵学良.抗幽门螺杆菌治疗儿童腹型过敏性紫癜临床观察[J].吉林医学,2012,33(7):1395-1396.
- [5] 宋志梅,褚小青.儿童腹型过敏性紫癜与幽门螺旋杆菌的关系[J].临床医学,2010,6(11):53.
- [6] 严家林,张明亮,卢小刚,等.过敏性紫癜与幽门螺杆菌感染关系的初步探讨[J].中国现代医学杂志,2006,16(15):3274-3276.
- [7] 单玉霞.以消化道为首发症状的 22 例儿童过敏性紫癜的临床诊断[J].中国冶金工业医学杂志,2010,27(1):56-57.
- [8] 常瑞玲,程照华.成人过敏性紫癜 18 例误诊分析[J].中国误诊学杂志.2009,9(27):6664-6665.
- [9] 张海华,袁伟建.成人腹型过敏性紫癜的临床特征及误诊分析[J].中国内镜杂志,2012,18(12):1260-1263.
- [10] 姚永刚,陈海燕.以消化道大出血为首发表现的重症腹型紫癜 1 例[J].胃肠病学和肝病杂志,2011,20(4):344-346.
- [11] 牛美智.过敏性紫癜腹型 40 例临床分析[J].现代诊断与治疗,2013,24(7):1604-1606.
- [12] 吕冬华,宋效成.成人腹型过敏性紫癜 13 例误诊分析[J].东南国防医药,2008,10(4):291.
- [13] 马松林,李惊雷,李磊.腹型过敏性紫癜反复误诊一例[J].临床误诊误治,2009,22(5):56.
- [14] 王侠生,廖康煌,杨国亮.皮肤病学[M].上海:科学技术文化出版社,2005:666-668.
- [15] 刘建湘,王银江,王化虹,等.成人过敏性紫癜腹型病例临床特点分析[J].中国实用内科杂志,2008,28(7):565-567.
- [16] 周薇,刘思德.23 例成人腹型过敏性紫癜临床表现及内镜特点分析[J].现代消化及介入诊疗,2014,19(2):110-111.
- [17] 王晓霞,胡威.成人腹型过敏性紫癜临床内镜特征的回顾分析[J].中国社区医师·医学专业,2012,14(13):183-184.
- [18] 张西亮.成人腹型过敏性紫癜的临床分析[J].中国医药导报,2006,3(30):20-21.
- [19] 赵卫东,朱建友,钟晓琴,等.消化内镜在腹型过敏性紫癜早期诊断中的应用[J].临床医学,2010,30(3):15-16.
- [20] 孙斌,易军,刘继炎,等.CT 检查在腹型过敏性紫癜诊断中的意义[J].实用儿科临床杂志,2010,25(9):660-662.
- [21] Weiss PF, Klink AJ, Localio R, et al. Corticosteroids may improve clinical outcomes during hospitalization for Henoch-Schonlein purpura[J]. Pediatrics, 2010, 126(4):674-681.
- [22] 王建安.小儿过敏性紫癜[J].东南国防医药,2002,4(5):47.

(收稿日期:2015-07-28;修回日期:2015-09-06)

(本文编辑:张仲书)