

小儿过敏性紫癜诊治体会

杨晓春

(内蒙古乌兰察布市第二医院 乌兰察布 012000)

关键词: 小儿; 过敏性紫癜; 诊治体会

中图分类号: R 554.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0044-02

过敏性紫癜 (Henoch-Schonlein purpura, HSP) 是侵犯皮肤或其他脏器的毛细血管及细小动静脉的一种过敏性血管炎症, 是一种变态反应性疾病, 其临床表现多样, 是儿童多发病之一。我院 1989~2003 年共收治 45 例 HSP 患儿。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 45 例, 女 33 例, 男 12 例; 2~7 岁 12 例, 7~14 岁 33 例。45 例均有双下肢紫癜, 以伸侧面多见, 呈对称分布, 分批出现, 其中 3 例紫癜波及上肢及臀部。肉眼血尿 6 例, 浮肿、尿少 3 例, 双踝关节肿痛 6 例, 双膝关节肿痛 3 例, 下肢痛 6 例, 阵发性腹痛 24 例, 黑便 3 例, 鼻衄 6 例, 牙龈肿痛 6 例。39 例在发病前 1~3 周内有不洁、乏力、纳差、低热等前驱症状。

1.2 病因 较复杂, 除感染、食物、药物等诱因外, 还与受凉、外伤、接种、花粉、虫咬、精神创伤等有关。本组 28 例于发病前 1~2 周有上感。

1.3 辅助检查 45 例血小板计数均属正常范围($105\sim200\times10^9/L$), 出、凝血时间均正常, 血沉 25mm/h 3 例; 大便潜血阳性 12 例; 尿中脓细胞 (+~++) 6 例, 尿蛋白 (+~+++)、尿红细胞 (+~满视野) 6 例; 心电图: 窦性心动过速 6 例, 左室高电压 3 例, PR 间期缩短、ST 段压低 3 例。

1.4 诊断 均为 HSP, 其中皮肤紫癜型 15 例, 肾型 6 例, 关 ZZ-5431 苏卫药准字 (1999) 第 177601 号] 30mL 加入生理盐水 250mL 中静滴, qd; 蕲蛇酶注射液 (每支 0.75U, 批准文号: 国药准字 X19990362) 0.75U 加入生理盐水 250mL 中静滴, qd。10d 为 1 个疗程, 间隔 5d 后行第 2 个疗程, 共进行 2 个疗程。对照组在此基础上, 创面采用常规外科清创换药处理。治疗组在对照组基础上加用中药泡洗法治疗, 中药泡洗方: 生大黄 30g, 黄柏 30g, 苦参 30g, 金银花 30g, 白芷 30g, 丹参 30g, 乳香 15g, 没药 15g, 儿茶 15g, 生甘草 15g。上药煎煮过滤成 2 000~3 000mL 药液, 水温保持在 35~45℃ 之间, 将患处浸泡在药液里, 每次 20~30min, 浸泡后小心清除附着于疮面的坏死组织, 但不强行清除附着紧密的坏死组织, 泡洗后用无菌纱布覆盖创面, 每日 2 次。疗程为 1 个月。疗程结束后观察疮面坏死组织或脓苔消失情况, 疮面肉芽生长及愈合情况, 最后根据结果进行综合评价。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 按照《中药新药临床研究指导原则》制定。临床治愈: 疮面完全愈合, 疗效指数 [疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$] 为 100%; 显效: 疗效指数在 60%~100% 之间; 有效: 疗效指数在 30%~59% 之间; 无效: 疗效指数小于 30%。

2.2 治疗效果 治疗组 18 例, 临床治愈 6 例, 显效 7 例, 有

节型 9 例, 腹型 6 例, 混合型 9 例。

1.5 治疗 本病目前尚无特效疗法, 以综合治疗为主。高蛋白软食, 卧床休息, 抗感染、抗过敏、止血等对症治疗。本病具自限性, 一般 6 周内可自愈, 预后良好。

1.6 结果 随访 2~16 年, 3 例病情明显好转后转院查过敏原未访。36 例未复发; 1 例受凉后复发; 2 例吃羊肉后复发; 3 例肾型紫癜常有血尿。

2 讨论

2.1 临床表现 本组资料表明, 小儿 HSP 好发于 7~14 岁儿童, 女性多见, 少数复发 (随访 42 例, 有 3 例复发, 占 7.14%)。发病诱因以上呼吸道感染居多 (28/45, 占 62.22%), 这与寒冷的高原气候有关。皮肤紫癜是本病常见之特征, 也可侵及脏器, 受累程度依次为肾、关节、消化道、心血管、神经系统等, 本组病例分别有皮肤、肾脏、关节、消化道和心血管受损害的临床表现。文献报道, 少数病人有头痛、惊厥、昏迷、偏瘫、视神经萎缩、脑电图异常、胸痛、咯血、哮喘、胸膜炎、X 线有肺梗塞样改变等临床表现, 极少数病人可见低蛋白血症、睾丸肿胀、阴囊水肿、胆囊积水、腰部肿块、双足趾干性坏死等临床表现。血象和骨髓象一般正常, 血小板数及出、凝血时间无异常, 白细胞可增加, 血沉可增快。有肾脏损害者尿中可出现蛋白和红、白细胞或管型等, 应进一步作肾功能检查, 必要时作肾活检。

效 4 例, 无效 1 例; 对照组 18 例, 临床治愈 2 例, 显效 5 例, 有效 6 例, 无效 5 例。治疗组愈显率为 72.22%, 对照组愈显率为 38.89%。2 组愈显 (临床治愈加显效) 率经 χ^2 检验, 差异有显著性 ($P<0.01$)。

3 讨论

一般认为, 糖尿病足的病理基础是糖尿病所致的慢性血管病变、神经病变和感染共同作用的结果。内科治疗包括控制血糖、改善血液循环、营养神经、抗感染等, 外科治疗包括清创、血管重建、截肢等方法。我们在内科控制血糖、应用蕲蛇酶和脉络宁注射液改善血液循环及外科常规清创等综合治疗的基础上, 配合中药泡洗取得了良好的疗效。

中药泡洗法古称“塌洗法”, 应用此法可使药物直接作用于创面, 具有见效快、副作用小、患者容易接受等特点。本方中生大黄、黄柏、苦参、金银花清热解毒; 白芷、丹参、乳香、没药活血托毒生肌; 儿茶收敛生肌, 促进疮面愈合; 甘草调和诸药, 兼有解毒之功效。诸药合用, 能杀灭和稀释病菌, 改善局部缺血缺氧状态, 使坏死组织排出, 促进肉芽组织生长和溃疡面愈合。这种集药疗、热疗、水疗于一身的中医外治法, 其疗效明显优于常规的外科清创法, 体现中医治疗独特优势。

(收稿日期: 2006-04-13)

小儿食管异物并发症的分析

钟水军 杨雪明 钱林荣 李海同

(浙江省嘉兴市第二医院 嘉兴 314000)

摘要:目的:探讨小儿食管异物并发症的防治。方法:分析 1996~2005 年收治的 156 例小儿食管异物病例。结果:156 例小儿食管异物成功取出 153 例,推入胃内 2 例,未取出转上级医院 1 例,58 例出现不同的并发症。结论:做好预防宣教工作,诊断及时准确,提倡全麻气管插管手术,可更好地预防及减少并发症。

关键词: 儿童;食管异物;并发症

中图分类号: R 766.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0045-02

小儿食管异物为临床常见急症之一,我院 1996~2005 年共收治小儿食管异物 156 例。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 156 例中,男 98 例,女 58 例;年龄 5 个月~14 岁;病程 0.5h~12d。异物种类:硬币 54 例,鱼刺 23 例,肉骨 12 例,禽骨 15 例,果核 28 例,钮扣 7 例,塑料玩具 6 例,塑料瓶盖 1 例,啤酒瓶盖 1 例,别针 1 例,塑料笔帽 3 例,玻璃球 1 例,金属弹簧 1 例,苹果块 1 例,肉丸 1 例,肉块 1 例。

1.2 治疗情况 3 例采用 Foley 管取出(无麻醉下),少数食管入口环咽肌处异物在表麻或全麻下直接喉镜下取出,大部分食管异物在表麻或全麻下硬食管镜下取出。术后先进食水、奶等流食,逐渐过渡到正常饮食。必要时可鼻饲并延长禁食时间,严密观察有无呕血、便血等表现。

2 结果

156 例中除 2 例术前注射阿托品后异物自行入胃,1 例

2.2 诊断要点 典型病例根据病史及症状诊断不难,多数患者有:(1)发病前可有上感、药物和食物的诱发病因;(2)皮肤见到典型的紫癜;(3)于紫癜出现前、中或后常有关节炎、腹绞痛和(或)尿液变化等;(4)实验室检查无特异性出、凝血试验异常,但毛细血管脆性试验及甲皱毛细血管镜检可异常。HSP 的皮肤紫癜出现于其它症状如关节、腹部症状之后时,诊断一时常有困难,应予注意。以腹痛为首发症状的患儿,皮肤紫癜出现之前应与急腹症相鉴别,HSP 患儿腹痛多为脐周痛,易变性,重者出现消化道出血,对此类患儿除有急腹症手术指征外,不宜急于施行剖腹探查手术,可行内镜检查有助于诊断^[2]。肾脏受累与 HSP 早期肾外表现有关^[3],对早期出现较多肾外症状的 HSP 患儿,特别是消化道表现,应反复多次观察尿液变化,警惕紫癜性肾炎的存在。此外,过敏性紫癜还应与血小板减少性紫癜、风湿热及链球菌性肾小球肾炎作鉴别。

2.3 治疗 去除病因,综合治疗,即一般疗法(脱敏、抗感染、封闭、止痛、止血)、肾上腺皮质激素和免疫抑制剂的应用、中医中药治疗、抗凝及对症治疗。脱敏常用苯海拉明、异丙嗪、扑尔敏、氯化钙或葡萄糖酸钙。肾上腺皮质激素和免疫抑制剂的应用:强的松每日 1~2mg/kg,或氢考每日 4~8mg/kg,4~5 周有效后逐渐减量。激素能缓解水肿、腹痛及关节痛,但不能根治,对皮肤和肾损害的治疗效果不佳。当激素治疗无效时,加用环磷酰胺,每日 2~3mg/kg 静脉滴注,见效后改为口服 50mg,每日 2 次或用硫唑嘌呤每日 150mg,起效后改为每日 25~50mg 维持。本组 13 例应用上述治疗,效果满意。对并发肾损害的选用丙种球蛋白为佳,对关节及胃肠道症状严重

因全身情况极差而未取出转上级医院外,其余均顺利取出异物,最终痊愈出院。出现并发症 58 例,其中牙齿牙龈损伤 42 例,食管黏膜损伤 29 例,呼吸困难 10 例,咽喉部擦伤 6 例,脱水和衰弱 9 例,颈深部感染 2 例,纵隔脓肿 1 例,咽喉后壁脓肿 1 例,食管穿孔 1 例(有些患儿同时出现几种并发症)。

3 讨论

3.1 常见并发症

3.1.1 牙齿牙龈损伤 是表麻下硬食管镜检查异物取出术中最常见的并发症,本组发生 42 例(26.9%),主要因患儿术中不合作、咬食管镜所致。全麻气管插管下手术则无此情况发生。

3.1.2 食管黏膜损伤 是最常见的并发症之一,本组发生 29 例(18.6%)。大都因尖锐异物、表面粗糙异物直接损伤;部分由患儿家长不恰当处理造成,如强行吞咽食团、揉搓颈部等;由于患儿不配合而强行插镜引起的医源性损伤也不可忽视。因者,可短期使用激素,疗程最好 10d,联合丙种球蛋白应用,效果尤著^[4]。对肾病所致的少尿、浮肿可给利尿剂山梨醇;急性肾衰者行腹膜透析或血液透析;有脑部并发症时可给大量激素、速尿及甘露醇;疑有肠套叠时,早做空气灌肠,在 X 线下整复,既可诊断又具治疗作用,若复位未成功,应急诊手术,以防发生肠坏死。紫癜性肾炎目前尚缺乏较好的治疗药物,依据中华医学会儿科学分会肾脏病学组紫癜性肾炎的诊断与治疗(草案),一般治疗同过敏性紫癜,临床应尽量结合病理分级和临床分型予以治疗,注意个体化处理,应进行长期随访。基层医院常常以临床分型予以治疗:(1)孤立性血尿或孤立性蛋白尿:双嘧达莫和(或)清热活血中药;(2)血尿和蛋白尿:雷公藤多甙片,疗程 3 个月;(3)急性肾炎型(尿蛋白 > 1.0g/d):雷公藤多甙片,疗程 3~6 月;(4)肾病综合征型:泼尼松+雷公藤多甙片,或泼尼松+环磷酰胺冲击疗法;(5)急进性肾炎型:甲基强的松龙冲击+环磷酰胺+肝素+双嘧达莫四联疗法,必要时透析或血浆置换。

参考文献

[1]中华医学会儿科学分会肾脏病学组.紫癜性肾炎的诊断与治疗(草案)[J].中华儿科杂志,2001,39(12):748

[2]欧弼悠,吴秀英,陈肖肖,等.小儿消化道出血病因的内镜诊治[J].中华消化内镜杂志,1997,14(5):315~316

[3]葛卓黎.过敏性紫癜 287 例临床分析[J].实用儿科临床杂志,2004,19(3):233

[4]许伟,卢思广,薛天阳.静脉滴注丙种球蛋白治疗重症过敏性紫癜疗效观察[J].临床儿科杂志,2002,20(4):236~237

(收稿日期:2006-07-22)