

过敏性紫癜的诊断和治疗

□申广生

过敏性紫癜又称自限性急性出血症，是一种较常见的微血管变态反应性出血性疾病，是侵犯皮肤或其他器官的毛细血管及毛细血管后静脉的过敏性小血管炎，具有自限性；常见于3~10岁的儿童，男性较女性多见，起病前1~3周往往有上呼吸道感染史，好发于冬春两季，主要表现为非血小板减少性紫癜、腹痛、关节痛以及肾脏受累，过敏性紫癜性肾炎是最严重的并发症，与过敏性紫癜病情进展及预后关系最为密切。

病因

过敏性紫癜的病因尚未明确，虽然食物过敏(蛋类、乳类、豆类等)、药物过敏(阿司匹林、抗生素等)、昆虫咬伤过敏、微生物感染(细菌、病毒、寄生虫等)、疫苗接种、麻醉、恶性病变等与过敏性紫癜发病有关，但均无确切证据。与遗传的关系，过敏性紫癜有一定的家族聚集倾向，提示遗传因素在发病过程中起到一定作用。大量研究显示遗传多态性可能与疾病的发生、严重程度及过敏性紫癜性肾炎的发生有关。目前，虽已发现多种基因及其基因多态性与过敏性紫癜的发生发展相关，但有些基因的多态性与过敏性紫癜发病中的关系尚不明确，需要扩大样本量进一步研究，并且仍有很多未知的相关基因需要我们继续去探索发现。对于过敏性紫癜遗传易感性基因遗传学的研究结果不尽一致，这可能与种族、地域、样本量及环境因素有关。

过敏性紫癜的发病机理可能为各种刺激因子，包括感染源和致敏物质作用于具有遗传背景的个体，激发B细胞克隆扩增，导致IgA(免疫球蛋白A)介导的系统性血管炎病理改变，轻者可为轻度系膜增生、微小病变、局灶性肾炎，重者为弥漫增殖性肾炎伴新月体形成。肾小球IgA性免疫复合物沉积也见于IgA肾病，但过敏性紫癜和IgA肾病的病程全然不同，不是同一疾病。

诊断

一、病史：多见于儿童和青少年，尤其是5~10岁的儿童，常无明

确诱发因素，但发病前1~3周有上呼吸道感染。

二、症状

1.典型皮疹为棕红色斑丘疹，突出皮表，压之不褪色，单独或互相融合，对称性分布，以四肢伸侧及臀部多见，很少侵犯躯干，可伴有痒感或疼痛，成批出现，消退后可遗留有色素沉着。除过敏性紫癜外，还可并发荨麻疹、血管神经性水肿、多形性红斑或溃疡坏死等。

2.反复阵发性腹痛，位于脐周或下腹部，可伴有呕吐、便血。

3.大关节肿痛，活动受限，可单发或多发。

4.病程中(多数在6个月内)出现血尿和蛋白尿，可伴有高血压病和水肿，诊断为过敏性紫癜性肾炎。

5.约一半患者毛细血管脆性试验为阳性，血小板计数、出血时间或凝血时间、血块退缩时间正常，排除血小板减少性紫癜。

同时具有第1项和第5项可确诊过敏性紫癜性肾炎。

三、体征

高出皮面可触及紫癜为典型表现，皮疹常为对称性，四肢为主，伸侧面为多；可伴有关节、消化道或肾脏症状。

四、实验室检查

周围血象：白细胞正常或增加，中性粒细胞和嗜酸性粒细胞可增高；除非严重出血，一般无贫血。血小板计数正常甚至升高，出血和凝血时间正常，血块退缩试验正常，部分患者毛细血管脆性试验为阳性。

尿常规：可有红细胞、蛋白、管型，重症有肉眼血尿。

大便隐血试验为阳性。

血沉轻度增快；血清IgA升高，IgG(免疫球蛋白G)/IgM(免疫球蛋白M)正常，亦可轻度升高；血清补体C3、C4正常或升高。抗核抗体及类风湿因子阴性，重症血浆黏度升高。

分型

一、临床分型

皮肤型(单纯型)：仅有上述

诊断依据第1项。

腹型：有上述诊断依据第1项

和第2项。

关节型：有上述诊断依据第1项和第3项。

肾型：有上述诊断依据第1项和第4项。

混合型：有上述诊断依据第1项，伴有第2项和第4项中的2项或2项以上。

二、肾型临床分型诊断

1.孤立性血尿：为离心尿红细胞>5个/高倍视野(儿童医院离心尿红细胞>10个/高倍视野)。

2.孤立性蛋白尿：为24小时尿蛋白定量>0.15克，或每小时>4毫克/千克。

3.血尿和蛋白尿：同时有血尿和蛋白尿表现，无其他异常。

4.急性肾炎型：有血尿和蛋白尿，并有不同程度的水肿和高血压，肾功能一般正常。

5.肾病综合征型：符合肾病综合征的诊断依据。

6.急进性肾炎型：起病急，有急性肾炎型表现，并有持续性少尿或无尿，进行性肾功能减退。

7.慢性肾炎型：起病缓慢，持续性血尿和蛋白尿，部分患者有水肿、高血压病及不同程度的肾功能减退程度>1年。

三、肾脏病理分级诊断

1.Ⅰ级 肾小球轻微异常。

2.Ⅱ级 单纯系膜增生，分为：

a.局灶/节段；b.弥漫性。

3.Ⅲ级 系膜增生，伴有<50%肾小球新月体形成/节段性病变(硬化、粘连、血栓、坏死)，其系膜增生可为：a.局灶/节段；b.弥漫性。

4.Ⅳ级 病变同Ⅲ级，50%~75%的肾小球伴有上述病变，分为：

a.局灶/节段；b.弥漫性。

5.Ⅴ级 病变同Ⅲ级，>75%的肾小球伴有上述病变，分为：

a.局灶/节段；b.弥漫性。

6.Ⅵ级 膜增生性肾小球肾炎。

治疗

一、一般治疗

急性期卧床休息。要注意出入液量、营养及保持电解质平衡。有消化道出血者，如腹痛不重，仅大便潜血阳性者，可进流食，消化道出血者暂禁食。若合

并明显感染者，应给予有效抗生素。注意寻找和避免接触过敏原。

二、对症治疗

有荨麻疹或血管神经源性水肿时，应用抗组胺药物和钙剂；近年来又提出用H2受体阻滞剂西咪替丁20~40毫克/千克/天，分2次加入葡萄糖溶液中静脉滴注，一两周后改为口服；15~20毫克/千克/天，分3次服用，继续应用一两周。有腹痛时，应用解痉挛药物；消化道出血时，应禁食。

三、抗血小板凝集药物

阿司匹林3毫克~5毫克/千克/天，每天1次，口服；双嘧达莫片3~5毫克/千克/天，每天3次，口服。

四、抗凝治疗

本病可有纤维蛋白原沉积、血小板沉积及血管内凝血的表现，故近年来有使用肝素报道，剂量为肝素钠120~150单位/千克，加入10%葡萄糖溶液100毫升中静脉滴注，每天1次，连续5天；或肝素钙10单位/千克/次，皮下注射，每天2次，连续7天。也有推荐使用尿激酶2500单位/千克。

五、糖皮质激素

糖皮质激素可改善腹痛、关节症状及血管性水肿，但不能减轻紫癜与肾脏损害。对腹痛、消化道出血、关节肿痛、血管神经性水肿者，可服用泼尼松1~2毫克/千克/天，分次口服；甲泼尼龙2~4毫克/千克/天，分2次静脉滴注，症状缓解后即可停用。

六、过敏性紫癜性肾炎的治疗

1.单纯性血尿或病理Ⅰ级 给予双嘧达莫片和清热活血的中药，如丹参酮、肾复康等。

2.血尿和蛋白尿或病理Ⅱa级 雷公藤多苷片1毫克/千克·天(每天最大量<45毫克)，一个疗程为3个月，必要时可稍延长。

3.急性肾炎型(尿蛋白>1克/天)或病理Ⅱb、Ⅲa级 雷公藤多苷片1毫克/千克·天，一个疗程为3~6个月。

4.肾病综合征型或病理Ⅲb、Ⅳ级 泼尼松中程疗法+雷公藤多

苷片(3~6个月)，或泼尼松中程疗法+环磷酰胺冲击治疗，泼尼松不宜大量长期应用，一般于4周后改为隔日顿服。

5.急进性肾炎型或病理Ⅳ、Ⅴ级 甲泼尼龙冲击+环磷酰胺冲击+肝素+双嘧达莫三联疗法，同时泼尼松中程疗法，必要时透析或者血浆置换。

皮疹持续超过1个月、皮疹再发、严重腹部疼痛、消化道出血、关节疼痛、起病时年龄偏大、中枢神经系统损伤、凝血因子XⅢ活动度下降、链球菌感染、FIB(纤维蛋白原)、PLT(血小板)升高、血清补体C3降低等均可能是导致过敏性紫癜性肾炎的高危因素，当患儿出现上述高危因素(特别是同时出现多个满足条件)时，应严密监测肾损害情况，做到早诊断、早治疗。

目前，过敏性紫癜性肾炎的治疗有以下方法：

- 1.肾上腺皮质激素
- 2.免疫抑制剂
- 3.抗凝剂
- 4.血小板抑制剂
- 5.血管扩张剂
- 6.血管紧张素Ⅰ转换酶抑制剂(ACEI)和血管紧张素AⅡ受体拮抗剂
- 7.抗氧化剂
- 8.免疫球蛋白治疗
- 9.血浆置换法
- 10.光子血疗法
- 11.间隙白细胞祛除法
- 12.中医治疗
- 13.扁桃体切除
- 14.血液透析和肾移植

(作者供职于南阳市中医院)



健康教育

如何做好病媒生物预防控制工作

□唐振强

2020年4月是第32个爱国卫生月，今年爱国卫生月的活动主题为“防疫有我，爱卫同行”。而病媒生物预防控制工作是爱国卫生工作的一个重要组成部分。做好病媒生物预防控制工作，可有效促进人民生命安全和身体健康、改善人类居住环境、提高人类生活质量。

一、什么是病媒生物？
能直接或间接传播疾病(一般指人类疾病)，危害、威胁人类健康的生物。广义的病媒生物包括脊椎动物和无脊椎动物，脊椎动物媒介主要是鼠类，属哺乳纲啮齿目动物；无脊椎动物媒介主要是昆虫纲的蚊子、苍蝇、蟑螂、跳蚤等和蛛形纲的蜱、螨等。

生活中常见的病媒生物主要有苍蝇、蚊子、老鼠、蟑螂，也就是人们常说的“四害”。

二、病媒生物的危害有哪些？

病媒生物的主要危害有：污染食物，通过叮咬或骚扰影响人类正常生活，毁坏衣物、家具、家电等，更为严重的是传播一系列传染病。

三、病媒生物相关的传染病有哪些？

病媒生物可通过机械性和生物性传播多种传染病。常见的病媒生物及其传播的传染病如图所示。

四、如何通过病媒生物预防控制工作来预防传染病？

病媒生物预防控制是切断媒介生物传染病传播的重要途径。

随着气温的变暖，病媒生物活动也越来越活跃，病媒生物传播的疾病风险也越来越高。我们可以根据病媒生物的生物学特性，科学防控病媒生物，避免病媒生物的危害。

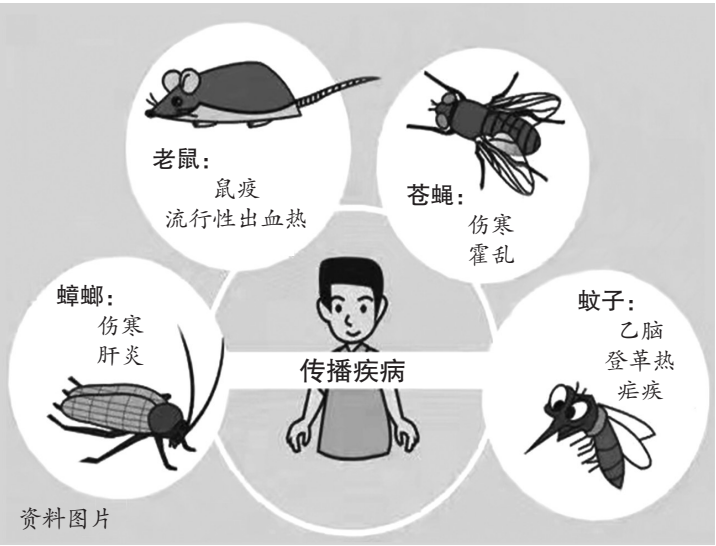
1.宣。加强健康宣传，科学预防控制病媒生物。

2.清。清理病媒生物滋生地，预防病媒生物滋生。

3.防。完善病媒生物预防设施，防止病媒生物侵入我们居住或活动的场所。

4.灭。消灭病媒生物，避免病媒生物侵害和病媒生物性传染病发生。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)



小伤口处理不当可能带来大麻烦

□张玉姬

在生活中，遇到一些小的意外伤害(如皮肤擦伤、划伤、烫伤)时，若伤口较小，是否就可以不去医院，从而进行自我处理呢？一般情况下，一些较为表浅的伤口经过自己的处理也能够很快好转，但是，如果是面积较大或者较深的伤口，自行处理反而容易引发感染等一系列问题。

目前，大家对于常见的急性伤口不够重视，通常是一自行在家涂点药膏或者按照偏方处理一下，根本不会想到去医院寻求专业的治疗。一些患者的伤口一开始其实并不严重，但由于自身的疏忽，加上处理办法不当，会导致病情恶化，惹出大麻烦。

去年夏天，我遇到一个病例，感触很深。一个11岁的男孩和伙伴玩耍时，不小心被干树枝扎破了小腿的皮肤。男孩回家后告诉妈妈，妈妈并未太在意，就给孩子

的伤口上抹了一些紫药水，第二天伤口就干燥了。两周后，男孩的伤口虽然早已结痂，但依旧没有愈合的迹象，小腿反而也愈发疼痛肿胀起来。到医院检查后，发现孩子的伤口虽已结痂，但痂下有大量脓性积液，已感染至皮下组织形成窦道，经骨科医师会诊，必须进行手术治疗。

手术后小切口若没有得到及时正确的换药处理，也容易出现问题。40多岁的王先生背部做了个小手术，留下了一个蚕豆大小的切口。没过几天切口就结痂了，也没有渗液，看起来恢复得不错。可是王先生总是感觉切口部位疼痛，他便让家人帮其在切口上撒些消炎粉；几天后，切口处不但疼痛，又开始出现红肿。王先生来到医院，我将王先生切口处形成的痂皮取掉后，发现伤口内都是黄色分泌物，伤口已经感染了。

看来，诸如此类的小伤口万万不可轻视。接下来，再看看自行换药的常见误区。

换药误区之一

紫药水是万能药水

紫药水是用化学药品龙胆紫配制而成的稀醇溶液，有较好的杀菌和收敛作用。对于新鲜、表浅的皮肤外伤具有杀菌和促进伤口愈合的作用，但对已经化脓的伤口表面与坏死组织之间易形成一层保护膜，乍看起来伤口似乎干燥了，实际上会掩盖病情，使痂皮下方的脓液流不出来，加重感染。此外，较大面积的伤口若涂抹紫药水，伤口愈合后，可能在体残留紫色瘢痕。因此，对较大面积的皮肤创伤，还是不用紫药水为好，以免影响美观。

换药误区之二

消炎药是万能药粉

我在伤口造口门诊经常遇到

患者把头孢类的胶囊拆开，把药粉涂在伤口上，认为能起到消炎作用。头孢类药物静脉输注、口服具有抗感染作用，外用涂抹伤口也有一定的消炎作用。但伤口局部使用抗生素争议较大，一般不提倡外用，在没有确切证据证明伤口存在感染时，最好不要局部使用抗生素，以免在伤口局部产生耐药菌，影响伤口愈合。

那么，如何处理伤口，以防后患呢？可以根据伤口的深度和面积，采用湿性伤口愈合方法。若伤口不是很深，也不是很大，7天左右就可以愈合。在传统的伤口愈合上，一般建议干燥的环境，但其实还有很多弊端，如换药的二次损伤、愈合速度慢等。

湿性伤口愈合方法采用先进的伤口敷料覆盖伤口，保持伤口床平衡湿度，相对于传统的干性

愈合，可有效加速伤口愈合，伤口愈合后的疤痕也更少。具体优势如下：

- 1.减少脱水与细胞死亡，增加伤口愈合参与细胞的活性，包括中性粒细胞、巨噬细胞和成纤维细胞等。
- 2.增加血管生成活动。
- 3.增强自溶性清创。
- 4.加速上皮化。
- 5.减少疼痛，采用湿性敷料可以避免粘连伤口而减少换药相关的疼痛，伤口床适宜的湿润度亦可以保护神经末梢而减少疼痛。

如果生活中再遇到诸如皮肤擦伤、划伤、烫伤这样的小伤口时，一定要及时到伤口护理专科门诊进行处理，避免小伤口惹出大麻烦。

(作者供职于河南省肿瘤医院，刘倩整理)

每周一练

(微生物、噬菌体、细菌、病原性球菌、肠道杆菌、弧菌、棒状杆菌)

一、不属于原核细胞型的微生物是

A.螺旋体

B.放线菌

C.衣原体

D.真菌

E.立克次体

二、关于噬菌体以下错误的是

A.是一种病毒

B.毒性噬菌体仅有溶菌周期

C.前噬菌体可整合到细菌染色体上

D.分为毒性噬菌体、温和噬菌体

E.温和噬菌体基因组不可整合到细菌染色体上

三、质粒在细菌间的转移方式主要为

A.转化

B.接合

C.转导

D.易位

E.溶源性

四、以下对菌群失调症的描述正确的是

A.正常菌群的遗传特性明显改变

B.正常菌群的增殖方式明显改变

C.大量使用生态制剂

D.正常菌群的组成和数量明显改变

E.正常菌群的耐药性明显改变

五、关于外毒素的叙述，哪一项是错误的

A.化学成分是蛋白质

B.毒性作用强，对组织有选择性

C.受甲醛处理形成类毒素

D.毒性部分是类脂质

E.多由革兰氏阳性菌产生，不耐热

六、对内毒素叙述错误的是

A.G-菌裂解后释放出

B.化学成分是脂多糖

C.不耐热 60 摄氏度，30 分钟可被破坏

D.引起发热、休克、弥散性血管内凝血等症状

E.甲醛处理不能形成类毒素

七、内毒素有关的细菌结构是

A.外膜蛋白

B.脂多糖

C.脂蛋白

D.磷壁酸

E.肽聚糖

八、患者为男性，45 岁，2 周前烧伤，烧伤面积 40% 左右，近 5 天开始发热，体温 38~39 摄氏度，间歇性，逐渐加重伴有寒战，血培养出的细菌可产生凝固酶、杀白胞素、肠毒素，最可能感染的细菌是

A.肺炎链球菌

B.溶血性链球菌

C.厌氧芽孢菌

D.脑膜炎奈瑟菌

E.金黄色葡萄球菌

九、下面与肺炎链球菌致病物质不相关的是

A.神经氨酸酶

B.肺炎链球菌溶血素

C.M 蛋白

D.荚膜

E.紫癜形成因子

十、可引起食物中毒的细菌是

A.葡萄球菌

B.链球菌

C.肺炎链球菌

D.脑膜炎奈瑟菌

E.淋病奈瑟菌

十一、黏膜表面黏附时，可产生分解 SIgA(分泌型免疫球蛋白 A)蛋白酶的细菌是

A.葡萄球菌

B.链球菌

C.肺炎链球菌

D.脑膜炎奈瑟菌

E.淋病奈瑟菌

十二、引起猩红热的病原体是

A.志贺菌

B.伤寒沙门菌

C.新型肠道病毒 70 型

D.大肠埃希菌

E.轮状病毒 A 组

十三、引起急性出血性结肠炎的原体是

A.志贺菌

B.伤寒沙门菌

C.新型肠道病毒 70 型

D.大肠埃希菌

E.轮状病毒 A 组

十四、下属病原体中最易引起脓血便的是

A.轮状病毒

B.鼠伤寒沙门菌

C.产毒性大肠埃希菌

D.隐孢子虫

E.致病性大肠埃希菌

十五、关于霍乱弧菌的生物学性状，错误的描述是

A.革兰染色为阴性

B.有菌毛和单鞭毛

C.悬滴观察呈“穿梭”样运动

D.EL-Tor 生物型可形成芽孢

E.增菌培养基通常为碱性蛋白胨水

十六、霍乱弧菌的致病物质不包括

A.肠毒素

B.菌毛

C.内毒素

D.鞭毛

E.荚膜

十七、白喉棒状杆菌最主要的致病物质是

A.内毒素

B.外毒素

C.芽孢

D.荚膜

E.索状因子

(答案见下期本版)

上期答案(4月23日)

一、A

二、C

三、C

四、B

五、A

六、D

七、E

八、E

九、D

十、D

遗失声明

商丘市第一人民医院陈陆阳的医师执业证书(编码：110410000092776)不慎丢失，声明原件及复印件作废。

征 稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术，来稿应注重实践操作，介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等；栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑释惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿，并提供宝贵的意见和建议。

邮箱：54322357@qq.com

联系人：杨小玉

电话：(0371)85966391