

累及消化系统多脏器过敏性紫癜1例

陈文科, 邹兵, 叶红军, 张智翔, 王俊萍, 李曦, 杨莉丽

陈文科, 邹兵, 叶红军, 张智翔, 王俊萍, 李曦, 杨莉丽, 北京大学深圳医院消化内科 广东省深圳市 518036
通讯作者: 陈文科, 518036, 广东省深圳市福田区莲花路1120号, 北京大学深圳医院消化内科. chenwenkedg@hotmail.com
电话: 0755-83923333-3703 传真: 0755-83061340
收稿日期: 2006-11-04 接受日期: 2007-01-20

摘要

过敏性紫癜患者1例, 以腹痛为首表现, 累及消化系统多脏器, 出现急性胰腺炎、十二指肠多发溃疡、食管炎、浅表性胃炎伴胆汁反流、消化道出血、肝功能损害、胆囊炎。此外, 尚出现肾脏、血液系统受累, 临床上较为罕见, 治疗上以大剂量糖皮质激素为主。

关键词: 过敏性紫癜; 溃疡; 胰腺炎

陈文科, 邹兵, 叶红军, 张智翔, 王俊萍, 李曦, 杨莉丽. 累及消化系统多脏器过敏性紫癜1例. 世界华人消化杂志 2007;15(10):1171-1172
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/1171.asp>

0 引言

过敏性紫癜是一种常见的血管变态反应出血性疾病, 病变主要见于皮肤, 此外, 尚可累及肠道、肾脏、关节, 其他部位少见。我院今年收治以腹痛为首表现, 累及全消化道和胰腺、肝脏、胆囊等多部位脏器的过敏性紫癜患者1例, 临床上较为罕见, 现报告如下。

1 病例报告

男, 14岁, 因上腹阵发性隐痛3 d入院。入院前3 d开始无明显诱因出现上腹部阵发性隐痛, 自觉饥饿时明显, 进食后可减轻, 伴有恶心、呕吐胃内容物, 无发热、黑便。查体: 皮肤巩膜无黄染, 无皮疹, 腹平软, 无压痛反跳痛, 肝脾肋下未触及。胃镜检查发现十二指肠球部及降部多发性溃疡, 浅表性胃炎伴胆汁反流, 食管炎。入院后检查: 血常规: 白细胞(WBC) $14.3 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比值(N) 80.7%。血淀粉酶2550.5 nkat/L (参考值500.1-1833.7 nkat/L), 脂肪酶7934.9 nkat/L (参考值383.4-5001.0 nkat/L), 尿淀粉酶65 496.4 nkat/L (参考值533.4-10 685.5 nkat/L)。

大便潜血阳性。尿常规: 蛋白+, 隐血阴性。肝功能、肾功能、电解质、凝血功能无明显异常。腹部平片、胸片未见明显异常。胰腺区CT扫描: 胰腺饱满, 表面毛糙, 部分肠管壁显示较厚, 肠管积气。诊断考虑: 急性胰腺炎、十二指肠多发溃疡、食管炎、浅表性胃炎伴胆汁反流。予以禁食、抑酸、抗感染、支持对症治疗, 病情加重, 腹痛呈持续性, 阵发加重, 上腹部出现轻压痛。入院第4天四肢出现多发红色小皮疹, 高出皮面, 压之不褪色, 成批反复出现, 部分出现血痂。血常规持续升高, WBC最高 $22.20 \times 10^9/L$, N 84.0%。血淀粉酶最高5584.4 nkat/L, 脂肪酶35 423.8 nkat/L, 尿淀粉酶71 080.9 nkat/L, C反应蛋白(CRP) 35.1 mg/L。肝功能: 谷丙转氨酶(ALT) 1717.0 nkat/L, 谷草转氨酶(AST) 961.9 nkat/L, 直接胆红素(DBIL) 8.6 $\mu\text{mol/L}$, 总蛋白(TP) 51.4 g/L。D-二聚体2441.3 $\mu\text{g/L}$ 。凝血功能: 血浆凝血酶时间(PT) 23.95 s, 纤维蛋白原(FIB) 4398.2 mg/L。血培养无病原菌生长, 上腹部MR+MRCP(磁共振胰胆管造影)检查: 胰腺形态饱满, 胆囊体积增大、壁稍厚, 胃体、胃窦部及十二指肠壁水肿, 十二指肠充盈缺损。彩超腹腔肠系膜动静脉未见明显异常, 腹腔少量积液。骨髓细胞学检查: 增生活跃, 粒、巨核系增生, 红系减少, 骨髓血象易见异型淋巴细胞。考虑过敏性紫癜。但因患者合并十二指肠多发溃疡、明显感染, 肾上腺皮质激素可诱发急性胰腺炎, 开始未予大剂量糖皮质激素治疗。血液科、皮肤科会诊后予以小剂量地塞米松、美能(复方甘草二酸)、维生素C、西米替丁、钙剂抗过敏, 同时予以胃肠减压, 奥美拉唑抑酸, 奥曲肽抑制胰酶分泌, 先后予以罗氏芬(头孢曲松)、甲硝唑、泰能等抗感染, 以及护肝、解痉、支持对症等治疗。但患者病情无明显好转, 遂在上述强有力抑酸、抗感染基础上予大剂量糖皮质激素(氢化可的松200 mg静滴, 2次/d)治疗, 腹痛、皮疹很快好转、消失。激素逐渐减量, 渐进食米汤、稀饭、面条, 病情好转出院。出院前复查血常规、尿常规、大便潜血、凝血功能、D-二聚体正常, 血

■背景资料

过敏性紫癜是一种常见的毛细血管变态反应出血性疾病, 病变主要见于皮肤, 此外, 尚可累及肠道、肾脏、关节, 其他部位、脏器少见。

■同行评价

本文通过对累及消化系统多脏器过敏性紫癜1例的分析研究发现,该病例治疗上予以大剂量糖皮质激素后病情好转出院,随访2 mo腹痛、皮疹无复发。因此,该病例治疗非常成功,值得临床借鉴。

淀粉酶3750.8 nkat/L, 脂肪酶25 555.1 nkat/L, B超腹腔积液消失。出院后门诊随诊, 1 wk后肝功能恢复正常, 2 wk后血淀粉酶、脂肪酶恢复正常, 随访2 mo腹痛、皮疹无复发。

2 讨论

过敏性紫癜多见于儿童及青少年^[1-2], 常因机体对某些致敏物质发生变态反应, 导致毛细血管脆性和通透性增加, 血液外渗, 产生皮肤、黏膜及某些器官出血。过敏因素有感染、食物、药物、粉尘等。但1/3患者可无明显致敏物质, 该患者就未发现明显过敏原。临床主要表现为皮肤紫癜, 黏膜出血, 也常伴有关节痛、腹痛及肾脏损害^[3]。皮疹见于大部分病例。腹痛的原因为消化道黏膜及腹膜脏层毛细血管受累, 以肠道多见。由于浆液性血性分泌物渗入肠壁以致黏膜及黏膜下水肿、出血、糜烂, 严重的可引起肠蠕动增加和肠痉挛, 甚至可以发生肠套叠、肠管坏死。此外, 食道、胃黏膜也可受累。该患者肠道、胃、食道均出现受累, 出现恶心、呕吐、腹痛, 大便潜血阳性, 胃镜提示十二指肠多发溃疡、浅表性胃炎伴胆汁反流、食管炎, CT, MR也提示肠壁、胃壁水肿、增厚。国内外文献报道^[4-11], 腹型过敏性紫癜常以十二指肠、空肠及回肠病变较重, 十二指肠病变常呈多发, 可见弥漫性溃疡形成伴血肿样隆起, 以降段明显, 并据此提出十二指肠降段不规则溃疡是过敏性紫癜在胃肠道的典型该病例也支持这一结论。除消化道外, 该患者尚出现了胰腺、肝脏、胆囊等消化系统多脏器受累, 其中以胰腺炎症明显。胰腺、肝脏受累文献中也有报道, 但不多见^[12-16]。过敏性紫癜伴发的急性胰腺炎的原因可能为: (1)过敏性紫癜累及十二指肠黏膜, 十二指肠黏膜、乳头充血、水肿、渗出, 胆道、肠腔压力升高, 胰液排出受阻, 胆汁、十二指肠液逆流入胰管, 激活胰酶引起胰腺炎; (2)胰腺内血管丰富, 毛细血管壁的完整性受到破坏, 血管活性物质释放, 血管的通透性增加, 胰腺组织水肿, 同时血管相对狭窄, 致胰腺供血不足而引发炎症; (3)药物因素: 常见的药物为肾上腺皮质激素, 部分过敏性紫癜患者肾上腺皮质激素治疗时可诱发急性胰腺炎, 其机制目前尚不明确。肝功能受累与广泛的毛细血管炎性改变有关, 在该患者尚考虑与急性胰腺炎炎症细胞因子、内毒素、游离脂肪酸等作用有关。

临床上腹痛多与皮肤紫癜同时出现, 偶可

发生于紫癜之前。当腹痛先于皮疹出现时常易误诊^[17]。该患者以腹痛为首表现, 开始胃镜检查发现十二指肠多发溃疡, 入院后检查提示急性胰腺炎, 似乎都可以解释腹痛表现, 但按相应方案治疗后腹痛未缓解, 进一步加重。待皮疹出现后, 方确诊为过敏性紫癜, 予以大剂量糖皮质激素治疗后病情缓解。这提示我们, 在临床上遇到消化道、胰腺、肝脏、胆囊等多脏器病变时要考虑本病可能; 另一方面, 在过敏性紫癜患者, 除常见的皮肤、关节、肾脏、消化道病变外, 尚需警惕胰腺、肝脏、胆囊等脏器少见并发症。此外, 该患者还出现蛋白尿、D-二聚体升高、凝血功能异常、骨髓细胞形态学改变等肾脏、血液系统受累表现。血液系统受累在过敏性紫癜中鲜见报道, 虽然该患者病变表现较轻, 也值得我们关注。

3 参考文献

- 1 Tizard EJ. Henoch-Schonlein purpura. *Arch Dis Child* 1999; 80: 380-383
- 2 赵桂杰, 周建芹. 腹型过敏性紫癜的临床特点分析. *中国当代儿科杂志* 2001; 3: 328-329
- 3 陈瀚珠. 实用内科学. 第12版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2434-2435
- 4 Esaki M, Matsumoto T, Nakamura S, Kawasaki M, Iwai K, Hirakawa K, Tarumi K, Yao T, Iida M. GI involvement in Henoch-Schonlein purpura. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 920-923
- 5 张燕, 欧阳钦. 86例腹型过敏性紫癜的临床及内镜特点分析. *临床内科杂志* 2005; 22: 458-459
- 6 张莉, 段丽萍, 吕愈敏, 郭长吉, 薛艳. 腹型过敏性紫癜的临床及内镜表现. *中华消化内镜杂志* 2005; 22: 25-28
- 7 桂明, 鹿玲, 邓芳. 儿童腹型过敏性紫癜胃肠表现和内镜观察. *临床儿科杂志* 2002; 20: 556-557
- 8 朱欢, 黄开宇, 黄爱芬, 胡伟国, 卢华君, 程芹芹. 儿童过敏性紫癜致溃疡的胃镜表现及临床特点分析. *温州医学院学报* 2006; 36: 254-256
- 9 Choong CK, Beasley SW. Intra-abdominal manifestations of Henoch-Schonlein purpura. *J Paediatr Child Health* 1998; 34: 405-409
- 10 王春连, 侯林毅, 杨燕, 张丽荣, 李素亭. 腹型过敏性紫癜患儿胃十二指肠黏膜的变化及其治疗. *实用儿科临床杂志* 2005; 20: 1081-1082
- 11 Gunasekaran TS, Berman J, Gonzalez M. Duodenitis: is it idiopathic or is it Henoch-Schonlein purpura without the purpura? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 22-28
- 12 马玉英. 过敏性紫癜并发多脏器损害22例临床分析. *中国煤炭工业医学杂志* 2002; 5: 923
- 13 刘晓东, 岳圣增, 魏根福. 过敏性紫癜合并肝脏损害11例报告. *临床儿科杂志* 1996; 14: 308-309
- 14 郭春英, 刘向阳, 裴坤, 李宏伟. 过敏性紫癜致肝功能损伤1例. *实用儿科临床杂志* 2003; 18: 266, 295
- 15 姚永莉, 郭文, 姜泊, 朱薇, 张万岱. 过敏性紫癜合并急性胰腺炎1例报告. *现代消化及介入诊疗* 2005; 10: 156
- 16 谢秋. 过敏性紫癜患儿并发急性胰腺炎临床分析. *苏州医学院学报* 2000; 20: 1039
- 17 朱宗耀, 盛崇明, 袁晋华, 李中艳, 杨院平. 首发腹痛的成人过敏性紫癜临床分析(附24例报告). *中国医师杂志* 2006; 8: 668