

急性暴发型溃疡性结肠炎合并特发性血小板减少性紫癜1例

邵幼林, 赵卫峰, 黄小平, 陈良云, 甘建和, 林敏

■背景资料

溃疡性结肠炎和特发性血小板减少性紫癜都是与感染、免疫、遗传等因素相关的病因未明的疾病,二者并发极为罕见。

邵幼林, 赵卫峰, 黄小平, 陈良云, 甘建和, 苏州大学附属第一医院感染科 江苏省苏州市 215006

林敏, 苏州大学附属第一医院消化科 江苏省苏州市 215006
作者贡献分布: 邵幼林、赵卫峰及黄小平负责诊治, 组织会诊; 陈良云、甘建和及林敏参与讨论; 邵幼林、陈良云及林敏共同收集资料; 写作由邵幼林完成。

通讯作者: 赵卫峰, 215006, 江苏省苏州市, 大学附属第一医院感染科. zhaoweifeng@yahoo.com.cn

电话: 0512-67780385

收稿日期: 2008-11-14 修回日期: 2008-12-09

接受日期: 2008-12-15 在线出版日期: 2009-01-28

A case study of acute fulminant ulcerative colitis complicated with idiopathic thrombocytopenic purpura

You-Lin Shao, Wei-Feng Zhao, Xiao-Ping Huang, Liang-Yun Chen, Jian-He Gan, Min Lin

You-Lin Shao, Wei-Feng Zhao, Xiao-Ping Huang, Liang-Yun Chen, Jian-He Gan, Department of Infectious Diseases, the First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou 215006, Jiangsu Province, China

Min Lin, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou 215006, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Wei-Feng Zhao, Department of Infectious Diseases, the First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou 215006, Jiangsu Province, China. zhaoweifeng@yahoo.com.cn

Received: 2008-11-14 Revised: 2008-12-09

Accepted: 2008-12-15 Published online: 2009-01-28

Abstract

A 19-year-old man was admitted to hospital due to a fever for two weeks and hematochezia for 8 days. A diagnosis of acute fulminant ulcerative colitis (UC) was established, based on clinical features, X-ray and colonoscopy. He was diagnosed as idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) according to clinical features, thrombocytopenia and bone marrow aspiration at the same time. ITP associated with fulminant UC is relatively rare.

Key Words: Ulcerative colitis; Idiopathic thrombocytopenic purpura

Shao YL, Zhao WF, Huang XP, Chen LY, Gan JH, Lin M. A case study of acute fulminant ulcerative colitis complicated with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(3): 340-341

摘要

患者, 男, 19岁, 因发热15 d, 便血8 d入院。典型的临床表现结合实验室检查、腹部平片和结肠镜下所见诊断为急性暴发型溃疡性结肠炎(UC)。入院后患者血小板进行性下降, 排除DIC等引起, 结合骨髓穿刺结果及激素治疗后迅速缓解疗效, 诊断为特发性血小板减少性紫癜(ITP)。急性暴发型UC合并ITP临床罕见。

关键词: 溃疡性结肠炎; 特发性血小板减少性紫癜

邵幼林, 赵卫峰, 黄小平, 陈良云, 甘建和, 林敏。急性暴发型溃疡性结肠炎合并特发性血小板减少性紫癜1例。世界华人消化杂志 2009; 17(3): 340-341

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/340.asp>

0 引言

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)可有多种肠外表现, 但免疫介导的血液病却极罕见。我们现报道急性暴发型UC合并特发性血小板减少性紫癜(idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP)1例。

1 病例报告

男, 19岁, 因发热15 d, 便血8 d, 于2008-07-20急诊入院。患者半月前无明显诱因出现发热, 体温未测, 伴鼻塞流涕, 无畏寒寒战, 无腹痛腹泻, 自行服药(具体不详)无缓解。8 d前患者解暗红色血便, 数10次, 伴里急后重, 同时感左下腹痛, 便血1 d后感发热好转, 仍解暗红色血便, 每天数10次。当晚便血晕倒后送我院急救。查体: T 37.7℃, P 90次/min, R 19次/min, Bp 105/60 mmHg; 神志清楚, 精神萎靡, 消瘦, 自主体位, 查体欠合作; 全身皮肤见散瘀点、紫癜; 心率90次/min, 律齐, 各瓣膜区未闻及病理性杂音; 腹平软, 左下腹压痛, 无反跳痛, 肠鸣音8次/min; 脑膜刺激征阴性。急查血常规: WBC: $3.7 \times 10^9/L$, NE: 75%, RBC: $2.96 \times 10^{12}/L$, HGB: 99 g/L, PLT: $33 \times 10^9/L$; 生化检查: 白蛋白22.1 g/L, 尿素氮22.3 mmol/L, 肌酐199.8 $\mu\text{mol/L}$, 超敏C反应蛋白15.44 mg/L; 大便隐血阳性, 腹部平片: 乙状结肠扩张, 低位性肠梗阻(图1)。拟“(1)发热、便血待查:

■同行评议者

张小晋, 主任医师, 北京积水潭医院消化内科

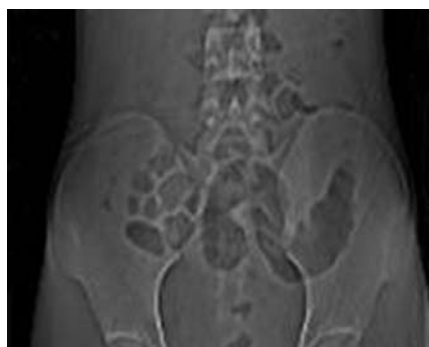


图1 腹部立位平片示乙状结肠扩张。

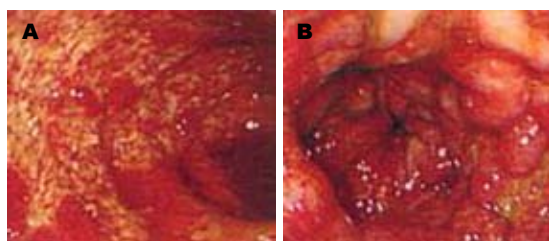


图2 结肠镜观。A: 结肠黏膜充血水肿、糜烂伴出血和溃疡; B: 散在息肉样隆起, 表面糜烂。

细菌性痢疾? 溃疡性结肠炎? (2)低位性肠梗阻, (3)DIC?”收住院。

入院后予全肠外营养(TPN)支持治疗, 隔天大便隐血均为阳性, 病原体检测阴性。第4天血小板降至 $14 \times 10^9/L$, 输血小板10单位。第6天骨穿: 巨核细胞数量增加、成熟障碍。根据临床表现和实验室检查, 符合ITP诊断标准^[1], 予地塞米松10 mg静滴, 3 d后改强的松30 mg po。第7天大便减为2次, 腹部平片: 低位性肠梗阻较前改善, 遂行结肠镜检查: 整个结肠黏膜充血水肿、脆性增加, 广泛片状糜烂伴出血和溃疡, 横结肠至直肠黏膜见散在息肉样隆起, 表面糜烂(图2)。根据临床表现和肠镜结果, 符合UC诊断标准^[2], 加用柳氮黄吡啶(SASP)3 g/d。第10天患者一般情况好转, 无腹痛, 全身皮肤无瘀点、紫癜, 左下腹无压痛, 血小板 $134 \times 10^9/L$, 予出院后继续使用SASP, 强的松治疗。患者临床过程和血小板变化见图3。2 mo后随访患者强的松10 mg/d, SASP 3 g/d维持, 血象正常, 无腹泻等不适。

2 讨论

UC是一种原因不明的肠道慢性非特异性炎症, 腹痛、腹泻、黏液便和血便是主要临床症状, 但暴发型少见。本例除一般UC表现外, 还有身体衰弱、精神萎靡、贫血、低蛋白血症、中毒性结肠扩张等临床和检查异常, 诊断急性暴发型UC。

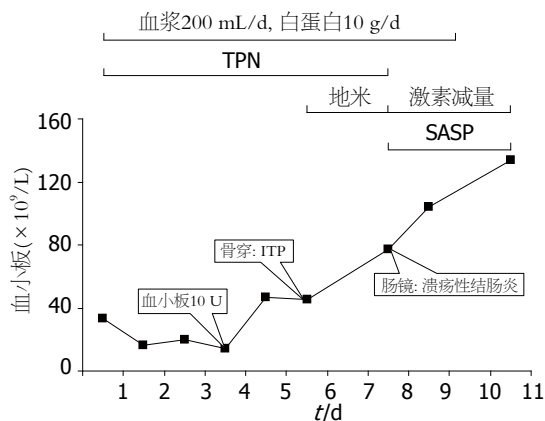


图3 患者入院后临床过程和血小板变化。

UC可伴有多种肠外表现, 包括: 外周关节炎、原发性硬化性胆管炎等。但UC合并ITP罕见, Mizuta *et al*^[3]总结了17例个案报道, 国内尚未见报道。ITP以血小板减少、骨髓巨核细胞数正常或增生伴成熟障碍, 临床表现为皮肤、黏膜出现瘀点、瘀斑。但需排除其他原因引起的血小板减少。已证明未控制的严重的UC可发生高凝和继发的纤溶异常, 甚至DIC^[4]。而UC本身也可出现纤溶物增加^[5]。本患者存在DIC的临床表现, >1次DIC实验指标异常, 但不够诊断标准, 排除DIC; 同时排除其他引起血小板减少和血液凝聚-纤溶异常的疾病, 根据检查结果和治疗反应符合ITP。UC和ITP给予激素治疗均可取得疗效。本患者予激素和SASP治疗, 有限时间内取得较好疗效。但病情如果复发, 有些患者需要使用免疫抑制剂或结肠或/和脾切除。

致谢: 感谢本院消化科和血液科医师在本病诊治中提供的帮助。

3 参考文献

- 中华医学会儿科学分会血液学组, 中华儿科杂志编辑委员会. 特发性血小板减少性紫癜诊疗建议(修订草案). 中华儿科杂志 1999; 37: 50-51
- 中华医学会儿科学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议. 中华消化杂志 2001; 21: 236-239
- Mizuta Y, Isomoto H, Kadokawa Y, Akazawa Y, Chin S, Kanazawa Y, Takeshima F, Omagari K, Murase K, Sawai T, Nakagoe T, Murata I, Kohno S. Immune thrombocytopenic purpura in patients with ulcerative colitis. *J Gastroenterol* 2003; 38: 884-890
- Suskind DL, Murray K, Christie D. An unusual case of an ulcerative colitis flare resulting in disseminated intravascular coagulopathy and a bladder hematoma: a case report. *BMC Gastroenterol* 2004; 4: 26
- Souto JC, Martínez E, Roca M, Mateo J, Pujol J, González D, Fontcuberta J. Prothrombotic state and signs of endothelial lesion in plasma of patients with inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 1883-1889

■同行评价

本文病例交代清楚, 图片清晰, 可以在临床诊断治疗时给与临床医师提供参考和帮助。

编辑 李军亮 电编 何基才