

过敏性紫癜 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E8\\_BF\\_87\\_E6\\_95\\_8F\\_E6\\_80\\_A7\\_E7\\_c22\\_302368.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E8_BF_87_E6_95_8F_E6_80_A7_E7_c22_302368.htm) 名称过敏性紫癜所属

科室血液内科病因 本病属免疫血管性疾病，过敏原可能与下列因素有关 一、细菌与病毒感染 细菌中以alpha.2球蛋白释放缓激肽，也能刺激副交感神经兴奋，释放乙酰胆碱。组织胺、SRS - A、缓激肽和乙酰胆碱作用于血管平滑肌，引起小动脉及毛细血管扩张，通透性增加，进而导致出血。（二）抗原 - 抗体复合物反应 致敏原刺激浆细胞产生IgG（也可产生IgA和IgM），后者与相应抗原在血流中结合成小分子可溶性抗原 - 抗体复合物，能在血流中长期存在，促使血小板和嗜碱性粒细胞释放组织胺和5 - 羟色胺，复合物沉积在血管壁和肾小球基底膜上并激活补体，其C3a、C5a、C567可吸引中性粒细胞，对复合物进行吞噬，并释放溶酶体酶类物质，引起血管炎症及组织损伤。抗原 - 抗体复合物也可刺激肥大细胞和嗜碱性粒细胞，促其释放血管活性物质，使血管通透性增加，引起局部水肿和出血。病理 基本病理改变是毛细血管炎及小动脉壁纤维素样坏死，血管四周浆液渗出及炎细胞浸润。临床表现 一、一般症状 多数患者于发病前1~2周有上呼吸道感染史及症状。二、皮肤表现 典型皮疹为棕红色斑丘疹，突出于皮表，压之不退色，，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，消退后可遗有色素沉着。除紫癜外，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。偶然口腔粘膜或眼结合膜也可出现紫癜。三、关节表现 关节可有稍微疼痛到明显的红、肿、痛及活动障碍。病变常累及大

关节，以膝、踝、肘、腕等关节多见，可呈游走性，常易误诊为“”。主要是关节四周病变，可反复发作，不遗留关节畸形。

四、腹部表现 腹痛常见，多呈绞痛，是由血液外渗入肠壁所致。以脐及右下腹痛明显，亦可遍及全腹，但一般无腹肌紧张，压痛较轻，可伴有恶心、呕吐、腹泻与黑便。因肠道不规则蠕动，可导致肠套叠，可扪及包块，多见于儿童。偶可发生肠穿孔。如不伴有皮肤紫癜，常易误诊为“”。

五、肾脏表现 肾炎是本病最常见的并发症，发生率在12~65%。一般于紫癜出现后1~8周内发生，轻重不一，有的仅为短暂血尿，有的很快进展为肾功衰竭，但少见。主要表现为血尿、蛋白尿、管型尿、浮肿及高血压等急性肾小球肾炎表现，少数可为慢性肾炎、肾病综合征、个别病例可转入慢性肾功衰竭。以上四型（皮肤、关节、腹部、肾脏）可单独存在，两种以上合并存在时称为混合型。

六、其他 少数病人出现紫癜后，病变累及脑膜血管，表现为头痛、呕吐、谵妄、抽搐、瘫痪和昏迷等。少数可累及呼吸系统，表现为咯血、哮喘、胸膜炎、肺炎等。

检查 一、血象 白细胞计数可增加，嗜酸性粒细胞增加；血小板计数正常，偶有轻度减少，但>80%。风湿性关节炎鉴别，后者的关节红、肿、热、痛及游走性均较前者明显，且皮疹多为环形红斑或多形性红斑。

三、腹型 需与急腹症鉴别，后者有腹部肌肉紧张，压痛明显，体温升高，甚至出现中毒性休克，白细胞明显增加。但须注重过敏性紫癜也可有肠套叠及肠穿孔。

四、肾型 需与肾小球肾炎鉴别，二者临床表现及实验室检查无法区别，但后者无皮肤紫癜。

治疗 一、去除病因 寻找并清除过敏原很重要，如扁桃腺炎及其他感染病灶治愈后，本病也常

获得缓解。曾经有经驱钩虫后顽固性紫癜得到治愈的报道。避免可疑的药物、食物及其他因素。

二、一般治疗

(一) 抗变态反应药物 疗效不定，扑尔敏4mg每日三次口服；苯海拉明或异丙嗪25mg每日三次口服；息斯敏10mg每日一次口服；10%葡萄糖酸钙0ml静注，每日一次。

(二) 路丁和维生素C可增加毛细血管抵抗力。一般用药剂量宜大。维生素C以静脉注射为好。路丁20~40mg、口服每日二次；维生素C2~3g每日一次静脉注射或加入葡萄糖液中静脉滴注。

(三) 止血药 安络血10mg每日2~3次肌肉注射，或用40~60mg，加入葡萄糖液中静脉滴注。止血敏，0.25~0.5g每日2~3次肌肉注射，或静脉滴注。有肾脏病变者应慎用抗纤溶药。

三、肾上腺皮质激素可抑制抗原-抗体反应，改善毛细血管通透性。对皮肤型及肾型疗效不佳，也不能预防肾炎的发生。对关节型及腹型有效，可减轻肠道水肿，防止肠套叠。强地松30~40mg，每日一次口服，严重者可用氢化考地松100~200mg或氟米松10~20mg每日静脉滴注，连续3~5天，病情转后改口服。病情控制后宜用小维持量，一般需3~4个月。

四、免疫抑制剂 对肾炎或并发膜性、增殖性肾炎，单用激素疗效不佳者，可采用环磷酰胺2~3mg/kg/d静注，或硫唑嘌呤2~3mg/kg/d口服，但应注重血象及其它副反应。潘生丁亦可减少蛋白尿。

五、中医中药 本症是风湿之邪外袭，与气血相搏，热伤脉络，使血不循经，溢于脉外，渗于肌肤而成。热毒发斑者，宜用凉血解毒，代表方为犀角地黄汤加减。夹有风湿者加防风；夹湿者加陈皮、半夏、苡仁。热毒清除后可改用归脾汤加减或红枣汤治疗。

预防及预后 预防 预防和治疗各种感染，不吃可诱发本病的药物或食物，避免严寒，加强

锻炼，增强体质，在春秋好发季节更应注重预防病毒和细菌感染。预后 本病常可自愈，但可复发，首次发作严重者，复发率高。一般病程为4周，肾型病程最长，长者可达4~5年以上，死亡率低于5%。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)