

● 论著

儿童紫癜性肾炎合并支原体感染13例临床分析

▲河南郑州第一人民医院 高兵 姜艳丽

儿童过敏性紫癜(HSP)是一种与免疫有关的全身性小血管炎。临床特点为血小板不减少性紫癜,约80%患儿病前1~3周有感染史,常伴关节肿痛、腹痛、便血、血尿和蛋白尿。过敏性紫癜性肾炎(HSPN)是指HSP时肾实质的损害。临床上在HSP病程中(≤ 6 个月)出现血尿和(或)蛋白尿即可诊断为HSPN。20%~60%的HSP患儿发生肾损伤,其好发年龄为6~10岁,发病诱因仍以感染为第1位。中华儿科学会肾脏组对全国105所医院的调查结果表明:HSPN的发病率仅次于急性肾炎、原发性肾病综合征,而居第3位。为探讨HSPN与肺炎支原体(MP)感染的关系,对2009年3月~2010年3月住院治疗的13例HSPN患者进行回顾性分析,现报告如下。

资料与方法

一般资料 13例患儿中,男5例,女8例,男女比例为1:1.6,年龄4~14岁,平均9岁,病程10天~1个月。

诊断标准 HSPN临床表现为在HSP病程中发生血尿、蛋白尿、高血压、水肿、氮质血症等。多数发生在紫癜后1~2个月内,但少数可更晚,甚至2年后出现症状,也有个别发生在紫癜发病之前。目前国内制定的HSPN诊断标准(2000年,珠海)是HSP病程中(≤ 6 个月)出现血尿和(或)蛋白尿。国外对HSPN无统一诊断标准。

临床分型 临床上将HSPN分为6型。Ⅰ型:孤立性血尿或孤立性蛋白尿。Ⅱ型:血尿和蛋白尿。Ⅲ型:急性肾炎型。Ⅳ型:肾病综合征型。Ⅴ型:急进性肾炎型。Ⅵ型:慢性肾炎型。

各型可单独或合并出现。

治疗方法

基础治疗 对于所有患儿均实行基础治疗。①避免可疑食物和药物。②有感染者积极抗感染治疗(给予10%葡萄糖酸钙静滴和口服氯雷他啶、西咪替丁)。④给予维生素C、双嘧达莫或复方芦丁片口服减轻毛细血管通透性。

差异治疗 中华医学会儿科肾病学组(2000珠海)方案:①孤立性血尿或病理Ⅰ级:双嘧达莫和(或)清热活血中药。②血尿和蛋白尿或病理Ⅱa级:雷公藤多苷片,疗程3个月,必要时可适当延长。③急性肾炎型(尿蛋白 >1.0 g/日)或病理Ⅱb、Ⅲa级:雷公藤多苷片,疗程3~6个月。④肾病综合征型或病理Ⅲb、Ⅳ级:

泼尼松+雷公藤多苷片,或泼尼松+环磷酰胺冲击治疗。泼尼松不宜大量长期应用,一般于4周后改隔日顿服。⑤急进性肾炎型或病理Ⅳ、Ⅴ级:甲基泼尼松冲击+环磷酰胺+肝素+双嘧达莫四药联合,必要时透析或血浆置换。

中医治疗 ①湿热瘀阻型方用四妙散加减或用院内制剂紫癜1号。②气虚血瘀型方用黄芪桂枝五物汤加减或院内制剂消斑愈肾颗粒。③下焦湿热型方用小蓟饮子加减或院内协定方肾复康6+7号。④脾虚湿盛型方用四君子汤和三妙散加减或院内协定方肾复康6+3号。

局部外敷法:对HSP伴关节肿痛或血管神经性水肿、皮肤痒痛、腹痛者均采用中药芒硝外敷。

讨论

HSPN肾炎指过敏性紫癜疾病中或紫癜消退过程中出现血尿和(或)蛋白尿、高血压、肾功能不全等其他肾脏病表现,且既往无肾脏病史并排除其他继发性肾小球疾患。多发生于过敏性紫癜起病后1个月内,以15天为发病高峰,少数病例发生于紫癜消退后数月内,偶发生于皮肤紫癜前,表现为血尿伴不同程度的蛋白尿,水肿一般不重,20%~40%起病前有高血压病史。

临床表现因肾脏受累程度不一而有所不同,轻者仅镜下血尿,无水肿、高血压;部分患者呈急性肾炎样改变,即血尿、水肿、高血压,其后水肿、高血压逐渐消退,但尿异常可持续较久;还有起病为肾病综合征;极少数呈急进性肾炎样改变,严重可致

死、部分患者度过急性期后进入慢性肾功能不全或缓慢进展为肾功能衰竭。

HSPN的发病率较高,临床表现不一,病理分型多样,部分患儿预后欠佳,这就要求在临床工作中对HSP患儿应高度警惕肾损害的发生,做到早期诊断,早期治疗。

近年来,随着病原学变迁,MP已成为小儿呼吸道感染重要病原之一,其肺外症状也得到人们越来越多的重视,紫癜性肾炎可能合并MP感染,应检查MP-IgM,以确保治疗及时。因此对伴有发热,上、下呼吸道感染和(或)病程迁延反复的HSPN患儿,应注意MP感染的可能,及时做相关检查。一旦确诊,要给予足疗程抗MP感染的正规治疗。

● 学术信息

美国妇产科医师学会发布乳腺癌指南

美国妇产科医师学会(ACOG)日前更新了乳腺癌指南,指出选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)可安全地用于治疗某些乳腺癌患者的潮红症状,推荐乳腺癌治疗后能妊娠的患者进行妊娠,因其并不增加疾病复发风险。

血管舒缩症状 在应对血管舒缩症状如潮红等方面,指南推荐应用SSRI、血清素去甲肾上腺素重摄取抑制剂(SNRI)或加巴喷丁。对于接受他莫昔芬治疗的患者,SNRI优于SSRI。随机对照临床试验显示,文拉法辛(一种SNRI)较低剂量(75mg)即可获得显著缓解。用来治疗神经性疼痛的抗惊厥药加巴喷丁,较低剂量应用也可帮助缓解血管舒缩症状,还可改善睡眠质量。此外,加巴喷丁同类药普瑞巴林和可乐定也有一定疗效。

骨丢失 既往研究表明,化疗、卵巢抑制和芳香化酶抑制剂均可带来骨丢失,增加骨折风险。因此,指南推荐T评分-1.5~-2.0之间的患者接受双膦酸盐治疗;对于评分 <-2.0 或10年总体骨折评分 $>20\%$ 或髌部骨折风险 $>3\%$ 的患者,强烈推荐双膦酸盐治疗,其中唑来膦酸是不错的选择。雷洛昔芬整体耐受性较好,但可致血管舒缩症状。指南推荐,治疗后整体骨丢失风险显著改变(如绝经前患者接受芳香化酶抑制剂治疗)的患者宜每年接受检查并检测维生素D水平。

阴道干燥 指南指出,约40%的乳腺癌患者有阴道干燥,通常用来治疗阴道干燥和萎缩的有激素乳膏、栓剂和阴道环等,但这些方法的安全性均无证实。非激素阴

道润滑剂或失败后短期激素性药物治疗是更好选择。此外,睾酮补充治疗也还缺乏安全性数据支持其应用。

避孕 对于乳腺癌患者,可接受的避孕方法包括屏障法和宫内铜节育器等。激素避孕是禁忌,即使对于无癌生存 >5 年患者亦是如此。宫内左炔诺孕酮释放装置却是例外,因这种方法经全身吸收的宫内左炔诺孕酮较少,但目前尚无研究深入探讨远期乳腺癌风险,证据级别不高。

生育 近期发表的一项Meta分析显示,乳腺癌患者抗肿瘤治疗后妊娠并不增加肿瘤复发风险(Eur J Cancer.2011;47:74)。然而,化疗可影响生育能力,他莫昔芬治疗5年可降低女性卵巢功能储备,低于可安全妊娠水平。因此,许多育龄女性患者治疗后妊娠有一定困难,指南推荐医生在决策之前给予患者生育相关咨询。对于该类患者,体外受精是不错的选择。由于担忧促排卵会刺激乳腺癌细胞增殖,因此,较多医生推荐非促排卵的体外受精。抗肿瘤治疗期间卵巢抑制是否可保留生育功能,目前尚不清楚。他莫昔芬对抗肿瘤治疗期间生育功能受损患者有一定获益。尽管来曲唑不能作为绝经前乳腺癌患者的抗肿瘤治疗,但可联合促性腺激素类用作抗肿瘤治疗后促生育力的选择。

随访 接受他莫昔芬治疗的绝经后乳腺癌患者,若无阴道流血,不推荐常规行子宫内膜活检和子宫超声检查。因超声检查有较高的假阳性,常导致不必要的有创检查。对于有阴道流血患者,有必要进行活检及对异常病变者追踪随访。



信 SINE 誼

OTC

双歧杆菌三联活菌

生物制品第一类

腹泻、腹胀 消化不良

快用 倍菲康®

双歧杆菌三联活菌胶囊/散

信誼良藥 百年傳承

上海信誼葯厂有限公司

批准文号: 国药准字S10950032 国药准字S10970105 沪药广审(文)第2011050186号

请仔细阅读说明书并按说明使用或在药师指导下购买和使用。