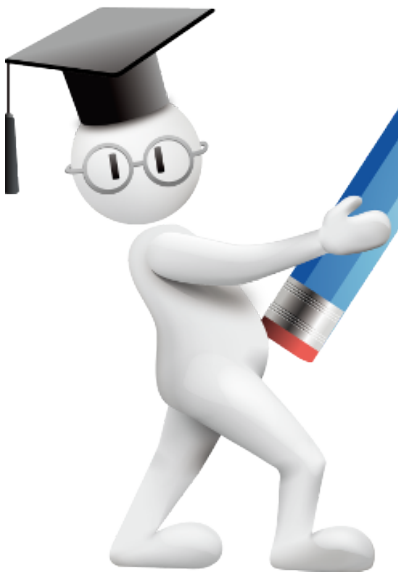


过敏性紫癜

Allergic Purpura



目录

CONTENTS

1

病因与发病机制

2

临床表现

3

实验室及其他检查 诊断要点

4

治疗要点

5

护理诊断及措施

健康指导



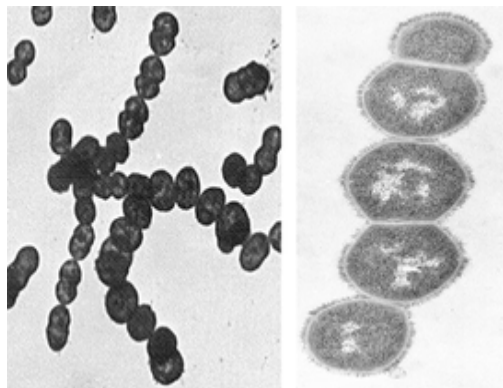
第一部分

病因及发病机制

Blue Concise General Academic Graduation Defense Template

病因

Blue Concise General Academic Graduation Defense Template



感染

最常见的病因，包括细菌，主要是 β 溶血性链球菌；病毒，多见于发疹性病毒，如麻疹，水痘，风疹病毒；寄生虫感染，蛔虫性感染为多



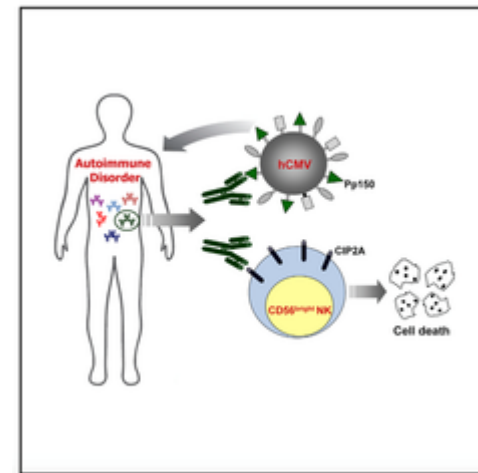
食物及药物

主要是机体对某些动物性食物蛋白过敏所致，如虾，蟹，蛋，鸡及乳类等。某些药物如磺胺类、苯巴比妥、三磷酸腺苷辅酶A等均有



疫苗

某些药物如磺胺类、苯巴比妥、三磷酸腺苷辅酶A等均有



免疫机制

5, IgA1糖基化异常及分子清除障碍, 导致IgA1免疫复合物介导的体液免疫异常; Th2和Th17细胞异常活化, IL-6、TNF- α 分泌增多, TNF样凋亡弱化因子调控的核因子- κ B活化, 血浆一氧化氮、内皮素水平增高等细胞免疫和炎症介质的参与, 可能共同导致微血管内皮损伤, 促进过敏性紫癜的发生。

发病机制

目前认为是免疫介导的一种全身血管炎症。

体液免疫

HSP患者体液免疫功能紊乱,B细胞多克隆活化,患者血清Ig A、Ig E水平增高,Ig A及Ig A免疫复合物沉积于小血管,导致血管炎。以Ig A1沉积于小血管壁引起的炎症反应和组织损伤在HSP发病过程中起重要作用。Ig A1氧连接枢纽区的糖基化异常及Ig A1分子清除障碍是导致Ig A1免疫复合物沉积的主要原因[11]。HSP患者血清Ig E水平升高,可能为Ig A循环免疫复合物激活了Ig E敏感肥大细胞,释放了血管活性物质,导致了毛细血管通透性增加和Ig A循环免疫复合物沉积[12]。

细胞免疫

HSP患者T细胞功能紊乱,Th1和Th2失衡,Th2细胞优势活化,从而分泌的细胞因子增多,促使B细胞大量合成、分泌特异性Ig E抗体,产生循环免疫复合物沉积于血管壁引起炎症反应;Th1的减少可降低NK细胞等对外来抗原的清除能力,从而出现异常的免疫应答引起免疫损伤。**Wiercinski**等[13]研究发现HSP患者CD4活性降低,CD8活性增高,CD4/CD8比值降低,表明T细胞亚群失调及功能低下为HSP重要的发病因素之一。

细胞因子

研究发现细胞因子在介导全身血管炎发生中起重要作用[16]。HSP患者血清TNF- α 水平较正常儿童明显升高,提示TNF- α 作为促炎性因子参与了HSP的发生、发展过程[17]。在HSP急性期血浆血管内皮生长因子(VEGF)水平显著升高,表明VEGF参与了HSP血管炎症反应过程。研究发现白细胞介素IL-2,IL-4,IL-5,IL-6,IL-8,IL-10,IL-21,IL-26,IL-28,IL-33等均可能与HSP的发病相关[18]。

凝血系统异常

李保强等[19]研究指出,HSP患者血P-选择素表达量高于正常对照组,推测在HSP发病时血小板通过P-选择素的高表达及血栓素的释放等不同途径不断活化和聚集,共同参与了致病及病情发展。HSP患者D-二聚体明显升高,提示其病程中存在血液高凝状态和微血栓的形成,通过D-二聚体含量测定,可观察HSP患者的病情变化。

遗传因素

研究发现与HSP发病有关的基因主要有 人类白细胞抗原(HLA)基因、血管紧张素转换酶基因(ACE基因)DD型、白细胞IL-1受体拮抗等位基因、家族性地中海基因、甘露糖结合凝集素基因、血管内皮生长因子基因、PAX2基因等。



第二部分

临床表现

Blue Concise General Academic Graduation Defense Template

	单纯型	腹 (Henoch) 型	关节型	肾型	混合型	其它
主要症状体征	皮肤瘀点、紫癜同时可伴有皮肤水肿和荨麻疹等过敏症状	皮肤瘀斑和（或）紫癜、以及腹痛等一系列消化道症状与体征	紫癜以及累及各大关节局部血管引起肿胀疼痛及压痛功能障碍	紫癜、血尿、蛋白尿、管型尿伴水肿高血压及肾功能不全症状	常具有两种以上分型的临床表现	少数病人可出现视神经萎缩。虹膜炎、视网膜出血、水肿以及中枢神经系统受累表现
主要累及部位	多局限于四肢及臀部、且下肢伸侧面最多、躯干及其他部位少见	多位于脐周、下腹及全腹并可累及消化道黏膜及腹膜脏层毛细血管。	膝、腕、踝、肘等大关节及其局部血管	皮肤、肾组织及其部分血管		眼部、脑及其脑膜血管
病变特征	瘀点和紫癜形状大小不等，可融合形成瘀斑。呈对称性 常成批反复发作	阵发性绞痛、发作时可有腹肌紧张，明显压痛及肠鸣音亢进。幼儿可致肠套叠	呈游走性，反复发作			
颜色	深红色且压之不褪色，数日内转为紫色继而逐渐淡化					
疾病转归	最常见型 。约1~2周内逐渐消退、预后良好	最具潜在危险且最易误诊型。易误诊为外科急腹症	数日内愈合且不留关节畸形。预后	最严重型 。多数病人3~4周内恢复，少数可反复发作致		

常见并发症

1. 肾炎 是本病**最常见的**并发症之一。、、其发病率，国外报道为22%~60%，国内报道为12%~49%。一般于紫癜出现后1~8周内发生，轻重不一。

2. 偶见有哮喘

3. 声带部水肿引起的呼吸道阻塞是一种严重的并发症，但较为罕见。

4也有并发**心肌梗死**，**肝大**，**缺血坏死性胆管炎**及**睾丸出血**的报道。



第三部分

实验室及其他检查 诊断要点

Blue Concise General Academic Graduation Defense Template

实验室及其他检查

凝血功能：

出血时间（BT）延长

尿常规

.肾型或混合型有血尿、蛋白尿、管型尿；肾功能受损时可出现血尿素氮升高、内生肌酐清除率下降等。

隐血试验

消化道出血者粪便隐血试验阳性。

HSP患者T淋巴细胞亚群(CD4细胞百分数、CD4/CD8比值)出现比例失调;

免疫球蛋白IgA、IgM分泌增多;
高血脂、低血钙发生率偏高;

HSP患者潜伏链球菌感染发生可能性偏高。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/656205014002011004>