

- 口睾丸下降固定术的对比研究[J]. 中华泌尿外科杂志, 2013, 34(2): 120-122.
- [5] Jensen MS, Snerum TM, Olsen LH, et al. Accuracy of cryptorchidism diagnoses and corrective surgical treatment registration in the danish national patient registry[J]. J Urol, 2012, 188(4): 1324-1329.
- [6] 任兰军, 宁静, 姜良富. 腹腔镜与开放手术治疗低年龄患儿非腹腔型隐睾的比较研究[J]. 中国医药指南, 2012, 10(5): 185-186.
- [7] 王金晶, 唐达星, 吴德华, 等. Bianchi 辜丸下降固定术在治疗中低位隐辜中的应用[J]. 中华小儿外科杂志, 2011, 32(5): 354-357.
- [8] 聂令孝. 低位双侧隐辜行改良 Bianchi 术治疗的研究[J]. 中国继续医学教育, 2013(4): 7-8.
- [9] 段志年, 卢兆辉, 莫少波. 经阴囊皮纹单切口手术治疗儿童可触及隐辜的临床效果观察[J]. 中国当代医药, 2014, 21(14): 180-182.
- [10] 曹闯. 两种手术方式对小儿隐辜治疗效果的影响研究[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(7): 769-770.
- [11] 汪自力, 易炜, 陈刚, 等. 腹腔镜手术与传统开放手术治疗非腹腔型隐辜临床疗效的对比研究[J]. 腹腔镜外科杂志, 2011, 16(1): 53-55.
- [12] 陈秋咏, 郑娟, 叶文娟. 腹腔镜下小儿隐辜治疗手术的护理配合[J]. 福建医药杂志, 2011, 33(2): 154-155.
- [13] 蒙丽萍, 罗秋菊. 腹腔镜手术与开放手术治疗小儿隐辜的护理体会[J]. 蛇志, 2013, 25(4): 451-452.
- [14] 叶安. 腹腔镜手术治疗 103 例非腹腔型隐辜[J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(3): 187-188.

收稿日期: 2015-01-30 修回日期: 2015-02-15 编辑: 王娜娜

· 临床研究 ·

强化序贯疗法抗幽门螺杆菌治疗儿童 过敏性紫癜的临床应用

王婧¹, 张震¹, 汤兴萍²

1. 张掖市人民医院皮肤科, 甘肃 张掖 734000; 2. 张掖市人民医院儿科, 甘肃 张掖 734000

摘要: **目的** 观察强化序贯疗法抗幽门螺杆菌(Hp)治疗儿童过敏性紫癜的临床疗效。**方法** 将 2011 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 158 例 Hp 检测为阳性的过敏性紫癜(HPS)患儿随机分为两组, 治疗组 80 例, 对照组 78 例。治疗组在常规治疗基础上给予强化序贯疗法抗 HP 治疗, 对照组给予常规治疗, 3 周后进行临床疗效评价, 并随访 6 个月。**结果** 治疗组总有效率为 90.0%, 对照组总有效率为 74.4%。治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。治疗组的 HSP 复发率为 5.0%, 对照组复发率为 23.1%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 对儿童 HPS 常规治疗基础上联合给予强化序贯疗法抗 HP 治疗, 可提高临床疗效, 降低复发率。

关键词: 过敏性紫癜; 儿童; 幽门螺杆菌; 强化序贯疗法

中图分类号: R 725.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)06-0790-03

过敏性紫癜(henoch schonlein purpura, HSP)为儿童常见病, 占小儿风湿性疾病首位, 发病率逐年增高^[1], 冬春季好发, 多见于 3~10 岁的学龄前和学龄儿童^[2], 其临床特点为血小板不减少性紫癜, 易引发关节炎、腹痛、肠道出血及血尿、蛋白尿、肾炎等甚至危及生命^[3]。近年来有研究表明, 幽门螺杆菌(Hp)感染与 HSP 的发病关系密切^[4-5]。本研究对 Hp 现症感染的 HSP 患儿联合应用强化序贯疗法抗 HP 治疗进行分组对照临床研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2011 年 6 月至 2014 年 6 月于我院就诊且临床诊断为 HSP 的患儿 360 例作为研究对象, 所选病例均符合美国风湿协会制定的儿童 HSP 的诊断标准^[6]。360 例病例均抽取外周静脉血进行 Hp 抗体检测, 其中 202 例患儿 Hp 抗体检测为阴性, 158 例患儿 Hp 抗体检测为阳性; 皮肤紫癜伴有消化道症状的 82 例, 皮肤紫癜伴有关节症状的 32 例, 皮肤紫癜合并肾脏损害的 16 例, 病例多数为混合型(混合型指出现两个或两个以上症状者); 120 例为首发病例, 38 例为复发病例。将 Hp 阳性的 HSP 患儿 158 例随机分为两组, 治疗组 80 例, 对照组 78 例。治疗组: 男 48 例, 女 32 例, 发病年龄 3~13 (6.9 ±

4.5)岁,病程(12.6±4.7)d。对照组:男42例,女36例,年龄3~12(7.2±3.7)岁,病程(13.7±5.6)d。两组患儿年龄、性别、病程等一般资料比较差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 治疗方法 对照组:有荨麻疹或血管神经性水肿时,应用抗组胺药物和钙剂;腹痛时应用解痉剂,消化道出血时应禁食,可静脉滴注西咪替丁20~40 mg·kg⁻¹·d⁻¹,7~14 d,必要时输血。腹型和关节型紫癜加用泼尼松1~2 mg·kg⁻¹·d⁻¹,分次口服,或用地塞米松、甲泼尼龙(甲基泼尼松龙)静脉滴注,维持7~21 d,症状缓解后即可停用。重症可用免疫抑制剂,如环磷酰胺或雷公藤总甙片。抗血小板聚集药物阿司匹林3~5 mg/kg,或25~50 mg/d,1次/d服用;双嘧达莫(潘生丁)3~5 mg·kg⁻¹·d⁻¹,分次服用,维持3~6个月。治疗组:在对照组常规治疗方案的基础上,给予抗HP强化三联疗法。第1阶段:第1~7天给予奥美拉唑0.6~0.8 mg·kg⁻¹·d⁻¹,1次/d,静脉滴注;阿莫西林50 mg·kg⁻¹·d⁻¹,3次/d,口服;克拉霉素15 mg·kg⁻¹·d⁻¹,1次/d,口服。第2阶段:第7~21天予奥美拉唑口服,1岁及以上儿童,体重5~10 kg,每次5 mg,每日1次;10~20 kg,每次10 mg,每日1次;20 kg以上,1次20 mg,每日1次。阿莫西林50 mg·kg⁻¹·d⁻¹,3次/d,口服;克拉霉素15 mg·kg⁻¹·d⁻¹,1次/d,口服,总疗程为3周。

1.3 疗效评价标准 (1)治愈:2周内皮疹、消化道及关节等临床症状完全消失,无新的皮疹出现,2周后测HP转阴。(2)好转:2周内皮疹、消化道及关节等临床症状大部分消失,皮疹消退50%以上,偶有少量新发皮疹,2周后测HP转阴。(3)未愈:2周内皮疹、消化道及关节等临床症状无改善,皮疹消退50%以下,不断有新发皮疹,2周后测HP无转阴。治愈+好转计算总有效率。6个月后随访,再次发病符合HSP诊断标准判定为复发,比较两组复发率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件处理数据,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后HP感染清除率比较 治疗组治疗前HP阳性例数80例,治疗后HP阳性例数7例,清除率91.2%,对照组治疗前HP阳性例数78例,治疗后HP阳性例数59例,清除率24.4%,治疗组HP感染清除率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 HSP临床疗效 治疗组总有效率为90.0%,对照组总有效率为74.4%,治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组HSP治疗疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	80	50(62.5)	22(27.5)	8(10.0)	90.0*
对照组	78	28(35.8)	30(38.5)	20(25.6)	74.4

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 复发率比较 治疗组80例,6个月后复发4例,复发率为5.0%,对照组78例,6个月后复发18例,复发率为23.1%,治疗组复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

HSP是儿童时期一种常见的血管变态反应性出血性疾病^[7],是免疫应激反应引起的血管通透性以及脆性增加导致的出血,主要病变在全身小血管^[8]。临床症状多样,常累及消化道、关节和肾脏等器官。HSP病程一般4周,33%可能在1~4个月内出现复发^[9],并发肾炎者病情易迁延^[10],少数可迁延数月或1年以上,预后大多良好。HSP的预后取决于有无明确病因,在诊断HSP的同时要积极寻找病因,明确病因后可给予有效的病因治疗,常可起到事半功倍的效果。

HSP病因及发病机制尚未完全明确^[11],目前一般认为与感染、药物及食物等因素有关。有学者认为Hp的感染是引起腹型紫癜的重要因素。研究发现,特别是高毒力菌株的Hp感染机体后,一方面,产生炎症反应,局部损伤胃黏膜,减弱胃肠黏膜屏障功能,增加机体与消化道内其他过敏原的接触机会^[12];另一方面,产生免疫反应:(1)毒力Hp菌株产生致病因子,如细胞毒素相关蛋白(CagA)、热休克蛋白60(Hsp60)等,刺激机体产生的抗体(如anti-CagA、anti-Hsp60等)与正常血管抗原发生交叉反应,导致血管的免疫性病变^[13-14];(2)Hp感染后刺激Th0细胞分化为Th1和Th2细胞,促使IL-4、IL-6、IL-10、TNF- α 等细胞因子分泌,这些细胞因子表达水平的增高,在HSP的发病过程中发挥了重要的作用^[15-16];(3)Hp感染者常有血清IgA升高、冷球蛋白升高和C3降低,这些免疫因素可能参与了HSP的发生发展^[17-18]。

Hp是一种单极、多鞭毛、末端钝圆、螺旋形弯曲的细菌,Hp感染最重要的年龄段是儿童时期^[19],我国儿童Hp感染率为20.6%~53.0%^[20]。但并非所有Hp感染者都出现临床症状,大部分为隐性感染,

一部分胃肠道症状为主,近些年有研究表明伴有消化道症状的 HSP 患儿约占总数的 60% ~ 90%,Hp 诱发的 HSP 具有病程长,易复发,儿童易患,腹痛型多见等特点^[21]。

本次研究采用抽取外周静脉血进行 Hp 抗体检测 HP 感染,方便实用。对 Hp 感染阳性的 HSP 患儿在常规治疗基础上加用强化序贯疗法抗 Hp 疗法根治 Hp,疗效优于常规治疗组,可提高临床有效率和降低复发率,应该是一种值得重视的有效临床治疗措施,这是近年多数临床研究者的看法^[22-24]。这进一步确定 HSP 的发病与 Hp 感染有关。除常规抗过敏治疗外,应先行抗 Hp 感染的治疗。Hp 感染可能是 HSP 发病的诱发因素之一,对反复发作或伴明显胃肠道症状的 HSP 患者可考虑进行 Hp 检测,及时发现和处理 Hp 感染,防止 HSP 复发^[25]。

综上所述,对 HSP 患儿,及时发现和处理 Hp 感染,可有效提高临床疗效和防止 HSP 复发。

参考文献

[1] Penny K, Fleming M, Kazmierczak D, et al. An epidemiological study of Henoch-Schönlein purpura [J]. Paediatr Nurs, 2010, 22 (10) : 30 - 35.

[2] 黎书,王峥. 儿童过敏性紫癜诊疗指南解读 [J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2014, 10(6) : 733 - 736.

[3] 吴小川. 儿童过敏性紫癜循证诊治建议解读 [J]. 中华儿科杂志, 2013, 51(7) : 508 - 511.

[4] Wang BH, Zhou LQ, Zuo YH. Relationship between Helicobacter pylori infection and Henoch-Schönlein purpura with gastrointestinal involvement in children [J]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi, 2007, 9(4) : 367 - 369.

[5] Prelepcean CC, Mihai C, Gogălniceanu P, et al. Extragastric manifestations of Helicobacter pylori infection [J]. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2007, 111(3) : 575 - 583.

[6] 王卫平. 儿科学 [M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:190.

[7] 熊毅敏,王一鸣,徐维田,等. 以消化道症状首发的成人过敏性紫癜临床及内镜分析 [J]. 实用医学杂志, 2010, 26(16) : 2983 - 2985.

[8] 魏菊荣,马红玲,罗宏英,等. 以腹痛为首发症状的过敏性紫癜的内镜下表现 [J]. 中华儿科杂志, 2005, 43(2) : 146 - 147.

[9] Saulsbury FT. Henoch-Schönlein purpura in children. Report of 100 patients and review of the literature [J]. Medicine (Baltimore),

1999, 78(6) : 395 - 409.

[10] 陈梅枝,郭爱红. 儿童过敏性紫癜 108 例临床分析 [J]. 临床医学, 2010, 30(7) : 90 - 92.

[11] Hamdan JM, Barqawi MA. Henoch-Schönlein purpura in children. Influence of age on the incidence of nephritis and arthritis [J]. Saudi Med J, 2008, 29(4) : 549 - 552.

[12] 胡伏莲. 幽门螺杆菌致病因子与胃黏膜屏障 [J]. 临床药物治疗杂志, 2007, 5(3) : 1 - 4.

[13] Franceschi F, Sepulveda AR, Gasbarrini A, et al. Cross-reactivity of anti-CagA antibodies with vascular wall antigens: possible pathogenic link between Helicobacter pylori infection and atherosclerosis [J]. Circulation, 2002, 106(4) : 430 - 434.

[14] Lenzi C, Palazzuoli A, Giordano N, et al. H pylori infection and systemic antibodies to CagA and heat shock protein 60 in patients with coronary heart disease [J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(48) : 7815 - 7820.

[15] Basso D, Plebani M, Kusters JG. Pathogenesis of Helicobacter pylori infection [J]. Helicobacter, 2010, 15 suppl 1 : 14 - 20.

[16] Li YY, Li CR, Wang GB, et al. Investigation of the change in CD4 T cell subset in children with Henoch-Schönlein purpura [J]. Rheumatol Int, 2012, 32(12) : 3785 - 3792.

[17] Shin JI, Koh H, Lee JS. Henoch-Schönlein purpura associated with helicobacter pylori infection: the pathogenic roles of IgA, C3, and cryoglobulins? [J]. Pediatr Dermatol, 2009, 26(6) : 768 - 769.

[18] Shin JI, Park JM, Shin YH, et al. Serum IgA/C3 ratio may be a useful marker of disease activity in severe Henoch-Schönlein nephritis [J]. Nephron Clin Pract, 2005, 101(2) : c72 - c78.

[19] 彭昊,华锋,肖晨,等. 200 例儿童胃镜检查与临床病理分析 [J]. 实用临床医学, 2013, 14(7) : 82 - 83, 109.

[20] 江米足. 儿童消化系统疾病临床研究进展 [J]. 中国实用儿科杂志, 2009, 24(5) : 342 - 346.

[21] 程书权,张富平. 大环内酯类抗生素在儿科疾病应用进展 [J]. 中国实用儿科杂志, 2005, 20(4) : 248 - 252.

[22] 李丰,陈佩瑜,曾华松. 儿童过敏性紫癜消化道病变与幽门螺杆菌感染的相关性 [J]. 广东医学, 2010, 31(1) : 36 - 37.

[23] 陈澄,欧阳国栋,龚长富. 序贯疗法抗幽门螺杆菌对小儿过敏性紫癜腹型的疗效研究 [J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(7) : 177 - 178.

[24] 刘玲,魏岚,赵学良. 抗幽门螺杆菌治疗儿童腹型过敏性紫癜临床观察 [J]. 吉林医学, 2012, 33(7) : 1395 - 1396.

[25] 仝桃玲. 过敏性紫癜复发与幽门螺杆菌感染的关系 [J]. 医药论坛杂志, 2011, 32(7) : 85 - 86.

收稿日期:2015-01-02 修回日期:2015-02-01 编辑:王娜娜