维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)04-0614-04

90例紫癜性肾炎临床分析

胡章学,谭淳予,秦 伟,米绪华,付 平

(四川大学华西医院肾脏内科,四川成都 610041)

【摘 要】目的:分析过敏性紫癜性肾炎(HSPN)患者临床特点和提示活跃的临床指标。方法:对 90 例确诊 HSPN 患者的临床及相关检查进行分析,并按照尿蛋白定量进行分组比较。结果:就诊时尿蛋白定量大于 1g/ 天的患者占 64.44%,肾病综合征占 27.78%,持续性肉眼血尿常伴更严重的蛋白尿和低蛋白血症,随尿蛋白的增加,伴白细胞尿的比例增加。结论:青少年和成人 HSPN 临床表现多样,伴消化道症出血比例较高;随着尿蛋白增加,临床表现也逐渐加重。持续性肉眼血尿和白细胞尿提示 HSPN 病变严重且具有活动性。

【关键词】过敏性紫癜性肾炎;肉眼血尿;白细胞尿

【中国图书分类法分类号】R692.3+4 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-02-16

Clinical analysis on 90 cases of Henoch-Schonlein purpura nephritis

HU Zhangxue, et al

(Department of Nephrology, Huaxi Hospital, Sichuan University)

【Abstract】*Objective*: To analyze the clinical characteristics of Henoch-Schonlein purpura nephritis(HSPN). *Methods:* The clinical data of 90 HSPN patients were analyzed. *Results:* The patients with proteinuria over 1 gram per day and those with nephritic proteinuria accounted for 64.44% and 27.78%, respectively. Persistent gross hematuria often accompanied severe proteinuria even nephritic syndrome. Leucocyturia prevalence increased while the proteinuria became severe. *Conclusion:* Adolescent and adult HSPN have many clinical presentations with high index of gastral bleeding. The clinical presentations are getting worse with the increasing profile of proteinuria. Persistent gross hematuria and leucocyturia may reflect the severity and activity of HSPN.

【Key words】Henoch-Schonlein purpura nephritis; Gross hematuria; Leucocyturia

过敏性紫癜(Henoch-Schonlein purpura, HSP)是主要累及皮肤、关节、肾脏和消化道的系统性小血管炎,10 岁以下好发[1],但在青少年和成人中并不少见,而且临床表现与小儿颇为不同[2]。为了解青少年和成人过敏性紫癜性肾炎(Henoch-Schonlein purpura nephritis, HSPN)的临床特点,指导治疗,我们对 2003 ~ 2005 年在我院住院诊治的 90 例 HSPN 患者的临床特点进行分析,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

90 例临床确诊为过敏性紫癜性肾炎的患者,均符合以下诊断条件:①具有典型的皮肤紫癜,伴/不伴关节和消化道症状,血常规血小板计数正常;②病程中(多数在 6 月内)出现血尿和(或)蛋白尿,伴/不伴水肿、高血压和肾功能损害,③排除系统性红斑狼疮,血小板减少性紫癜,肝脏疾病,微型多血管炎,韦格纳肉芽肿,类风湿性关节炎等疾病。

1.2 临床资料

记录病程,有无关节、消化道、皮肤损害、肉眼血尿等;肝肾功能,IgA, IgG, IgM, C_3, C_4,尿常规,尿蛋白定量。病程指发现肾脏受累至入院的时间。

根据患者的尿蛋白水平分为 4 组:组 1,单纯血尿型;组 2,尿蛋白 ≥0.2g/ 天,<1g/ 天;组 3,尿蛋白 ≥1g/ 天,<3.5g/ 天;组 4,尿蛋白 ≥3.5g/ 天。

1.3 统计学处理

计量资料采用均数 ± 标准差表示,多组间采用方差分析,存在差异时,组间比较采用 q 检验。组间率比较采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 为统计学有显著性差异。

2 结 果

90 例入选患者中男性 61 例,女性 29 例,男女

作者介绍:胡章学(1972-),男,硕士,主治医师,主要研究方向:肾脏病理。

维普资讯 http://www.cqvip.com

比例为 2:1。年龄范围 12～76 岁，平均年龄 28.69±15.96 岁，中位年龄为 21 岁，其中不同年龄段的比例如下：12～19 岁 42 例，占 46.67%，20 岁以上（含 20 岁）48 例，占 53.33%，其中 20～29 岁 14 例，30～39 岁 13 例，40～49 岁 9 例，50～59 岁 9 例，60 岁以上 3 例。24 例（26.67%）存在诱因，上呼吸道感染 18 例，肠道蛔虫症 1 例，与用药有关 2 例，饮酒后发病 2 例，种疫苗后出现 1 例。

病程中累及的器官主要是肾脏，皮肤，消化道，关节。仅累积肾脏和皮肤的患者 47 例，占 52.22%，伴关节痛 15 例，占 16.67%，伴消化道症状 37 例，占 41.11%，伴血压升高 15 例，16.67%，36 例至少复发 1 次。紫癜均损伤下肢皮肤，少数伴上肢和腹部的受累。消化道症状主要为腹痛，消化道出血比例较高，23 例，占 62.16%。关节痛主要出现在膝关节，少数伴踝关节甚至腕关节痛。

72 例（80%）患者在病程 1 月内出现肾脏损害，其中 4 例为肾脏损害首发。伴肉眼血尿（GH）16 例，其中 5 例为持续存在 1 周以上，3 例为反复出现，8 例为一过性，均未见血块，相关资料见表 1。

表 1 伴肉眼血尿的紫癜性肾炎患者的临床资料

	一过性 GH	持续性 GH	间断反复 GH
病例数	8	5	3
男:女	4:4	3:2	3:0
发病年龄（岁）	20.63±9.58	22.2±17.96	21.33±4.71
复发病例数	2	0	3
腹痛	1	3	2
临床分型			
单纯血尿	1	0	0
急性肾炎型	2	1a	0
肾病综合症+GH	2	4	0
慢性肾炎	3	0	3
Alb(g/l)	33.7±6.66	25.4±2.84	36.7±1.33
Scr(umol/l)	79.19±28.07	176.62±186.24	111.7±10.84
BUN(mmol/l)	7.04±1.77	7.55±4.33*	5.43±0.41
尿蛋白定量（g/d）	3.34±3.30	5.07±2.91	0.98±0.97
白细胞尿病例	3	4	0

入院时持续性 GH 患者的病程均不足 1 月，间断反复发作 GH 的患者病程均大于 12 月。持续性 GH 患者出现肾病综合症的比例较高，血清白蛋白低于其它各组，除 1 例伴急性肾衰外，其它患者的血清肌酐均低于 133 μmol/l。

根据尿蛋白的水平分组后各组临床和辅助检查资料见表 2。尿蛋白大于 1g/天的患者占 64.44%，肾病综合征占 27.78%。各组平均年龄，性别比例，病程，肾功能，血脂，免疫球蛋白和补体水平均无显著性差异。随尿蛋白增加，消化道受累的比例呈上升趋势，白蛋白水平明显下降，白细胞尿的比例也明显升高。在肾病综合征组，球蛋白水平明显下降，IgG 也有下降趋势。

3 讨 论

过敏性紫癜是常见的系统性小血管炎，常伴肾脏损害，25~60%出现临床尿检异常，而 90%以上的患者存在肾脏组织学改变[3]。其肾脏损伤的严重程度决定患者的远期预后。HSPN 患者男多于女，虽然随着年龄增长，发病减少，但在青少年和成人中并不少见。本文 20 岁以上患者 48 例，占 53.33%，亦有 76 岁发病患者。仅 26.67%患者有明确的诱因，以上呼吸道感染为主。本研究纳入的病例中 40%至少复发 1 次，41.11%伴有腹痛等消化道症状，其中 62.16%出现消化道出血。2 例患者起病时仅表现为肾脏和消化道损伤，容易误诊。对有此类表现的患者要注意腹型紫癜的可能。

过敏性紫癜肾炎（HSPN）合并肉眼血尿的比例较高，与肾小球毛细血管袢坏死和新月体形成有关，为临床活跃的标志之一。伴不同程度肉眼血尿的 HSPN 临床表现是否不同？本文比较了孤立性

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 2 紫癜性肾炎临床资料表

	组 1	组 2	组 3	组 4
病例数	14	18	33	25
M:F	10:4	13:5	22:11	16:9
发病年龄(岁)	31.57 ± 14.93	31.22 ± 18.57	26.27 ± 14.78	28.44 ± 16.44
就诊前病程(月)	14.04 ± 31.88	16.86 ± 24.47	22.73 ± 40.80	11.96 ± 27.55
消化道受累(例)	2	6	16	13
高血压	1	3	6	5
复发	4	11	16	5
肉眼血尿例数	1	3	7	5
Alb(g/l)	41.09 ± 3.28	39.75 ± 4.78	34.3 ± 7.11*a	27.73 ± 7.38*abc
Glo(g/l)	25.76 ± 3.56	27.1 ± 3.57	25.34 ± 5.29	21.3 ± 2.79*abc
Scr(umol/l)	93.76 ± 33.79	100.25 ± 42.63	134.48 ± 133.55	126.4 ± 71.47
BUN(mmol/l)	5.13 ± 1.03	5.62 ± 1.90	7.44 ± 5.29	8.80 ± 6.23
CH(mmol/l)	4.38 ± 1.03(11)	4.99 ± 0.96(16)	5.18 ± 2.03(25)	5.29 ± 2.32(18)
TG(mmol/l)	1.68 ± 0.85(11)	1.41 ± 0.59(16)	1.72 ± 0.82(25)	1.64 ± 0.82(18)
IgA(mg/l)	3504 ± 1543(5)	3230 ± 1256(7)	3370 ± 1775(22)	2596 ± 947(13)
IgG(g/l)	8.49 ± 4.17(5)	11.59 ± 1.35(7)	10.48 ± 5.75(22)	6.69 ± 2.07(13)
IgM(mg/l)	2040 ± 638(5)	1652 ± 757(7)	1809 ± 847(22)	1444 ± 893(13)
C3(mg/l)	1.23 ± 0.20(5)	1.11 ± 0.26(8)	1.21 ± 0.38(26)	0.99 ± 0.26(16)
C4(mg/l)	0.26 ± 0.07(5)	0.36 ± 0.35(8)	0.28 ± 0.27(26)	0.37 ± 0.62(16)
尿蛋白(g/d)	0.05 ± 0.07	0.55 ± 0.25	2.06 ± 0.71*ab	7.82 ± 3.58*abc
WBC尿(例) * e	3	3	11	14

*：$P<0.05$，括号内为实际该项检查的病例数.；a：与组 1 比较，b：与组 2 比较，c：与组 3 比较，d：与组 4 比较；e：χ^2 检验时将组 1 和组 2 合并。

GH，间断反复性 GH 和持续性 GH 的临床表现，发现持续及反复发作 GH 的患者伴腹痛的比例呈升高趋势，提示肾脏的损害程度和消化道的损伤比例可能存在平行的关系。一过性 GH 患者肾功能多正常。虽然因紫癜活跃出现较多蛋白尿但血清白蛋白仅稍低于正常，出现肾病综合征的比例并不高，而且血尿消失后尿蛋白也会有所下降。反复发作型 GH 病程较长，入院时不一定伴有新近血尿的发作，因此呈现出慢性肾炎的表现。持续性 GH 与其它两组相比，症状较重，临床突出表现为大量尿蛋白的漏出和低白蛋白血症，甚至达到肾病综合征的标准，易出现非感染性白细胞尿。此类患者临床表现较重，同时具有肾病综合征和肾炎综合征的特点，肾内免疫炎症处于持续激活状态，属于 HSPN 中一种比较特殊的类型，需要及时积极治疗。其中 1 例患者因出现量肾小球源性的红细胞堵塞肾小管导致急性肾功衰竭。因此，不同表现的 GH，其临床情况是不同的。一过性 GH 提示近期疾病活跃，可伴一定量的蛋白尿，但一般程度并不严重，肾功能和白蛋白变化不大，但持续的 GH 临床表现则严重得多，对二者宜仔细鉴别。

小儿过敏性紫癜为自限性疾病，预后良好。但有成人 HSPN 的研究表明，初诊时尿蛋白定量超过 1g，血清肌酐大于 120umol/l 提示预后不良[2]。本研究中起病时 64.44％患者尿蛋白大于 1g/ 天，肾病综合症患者占 27.78％，提示青少年和成人 HSPN 患者的临床类型构成和预后与小儿可能存在差异，预后不容乐观。本文着重比较了不同尿蛋白水平组的关系发现，不同蛋白尿组的发病年龄、性别构成、病程并无差异，血脂、IgA、IgG、IgM 和补体水平等均无显著性差异，但血肌酐呈现上升趋势，提示随肾内病变加重，尿蛋白增加，已可早期出现肾脏滤过功能的损害，有待更大样本的研究结果支持。血清白蛋白水平明显下降，与尿蛋白漏出有关。在组 3 中有 3 例患者虽然尿蛋白均低于 2g/ 天，血清白蛋白却明显下降至 30g/l 以下，无肝脏病变，进食障碍以及其它导致低蛋白血症的因素。此类患者可能存在紫癜诱发的蛋白丢失性肠病，紫癜活跃时从肠道丢失蛋

维普资讯 http://www.cqvip.com

白导致与尿蛋白水平不相符合的严重低蛋白血症，经糖皮质激素治疗后白蛋白改善明显[4]。在肾病综合征组，球蛋白水平明显下降，IgG 也有下降趋势，提示球蛋白的降低可能与肾脏非选择性丢失蛋白有关。

有趣的是，随着尿蛋白的增加，非感染性白细胞尿比例明显上升达到统计学显著性标准。非感染性白细胞尿一般来源于肾实质的炎症反应。急性过敏性间质性肾炎患者出现的嗜酸细胞尿，是间质大量浸润的嗜酸细胞经肾小管排出所致。链球菌感染后肾炎也可出现非感染性白细胞尿，因为急性期肾小球丝球体的中性粒细胞渗出明显，经 Bowman 氏囊腔进入小管形成。紫癜性肾炎出现随尿蛋白水平增加的上升的非感染性白细胞尿可能存在相似的机制。Evangeline 等的研究中 250 例 HSPN 患者中 61%病理表现为毛细血管内增生性肾小球肾炎，为该研究 HSPN 最主要的病理类型[2]。此外，活跃的 HSPN 常伴多少不等，大小不一的新月体形成，间质也可见较多破碎的白细胞，这也是导致尿白细胞增多的因素[5]。刘冬妍等报道，随着尿蛋白的增加，肾小球新月体和毛细血管内细胞增殖相应增加[6]。HSPN 肾小球免疫炎症的持续激活和加重，毛细血管内皮增生，新月体形成，尿蛋白增加，同时中性粒细胞在襻腔内滞留，加重肾脏的损害，自身也部分随尿液排除体外，形成非感染性白细胞尿。因此，出现随尿蛋白的增加非感染性白细胞尿相应增加，这提示临床和病理活跃。

综上，青少年和成人 HSPN 临床表现多样，伴消化道症出血比例较高；随着尿蛋白增加，临床表现也逐渐加重，而持续性肉眼血尿和非感染性白细胞尿是 HSPN 临床活跃的重要指标。

参 考 文 献

[1] Anup R, Cynthia N, Sharon A. Henoch-Schonlein purpura nephritis [J]. J Am Soc Nephrol, 1999;10:2637-2644.

[2] Evangeline P, Eric T, Gary H, et al. Henloch-Schonlein purpura on adults: outcome and prognostic factors [J]. J Am Soc Nephrol, 2002;13:1271-1278.

[3] 杨霁云.小儿过敏性紫癜性肾炎诊治中的几个问题[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 13(2):147-149.

[4] 叶任高，沈清瑞. 肾脏病诊断与治疗学[M].第 1 版,北京:人民卫生出版社,1994.290-294.

[5] Bertram LK, William FK. Laboratory Assessment of Renal Disease: Clearance, Urinalysis, and Renal Biopsy. In BM Brenner (eds). Brenner and Rector's the Kidney [M] .5th edition. Philadelphia: W.B.Saunders company, 1996.1137-1174.

[6] 刘冬妍，文煜冰，李 航，等. 蛋白尿在成人紫癜性肾炎中的临床意义[J]. 中国医学科学院学报,2005;27(2):237-240.

（上接第 594 页）

流动力学和氧合会受不同程度干扰，我们的研究结果显示：61 例患者转诊后心率(HR)增加，平均动脉压(MBP) 下降，与转诊前比较，差异有显著性($P<0.05$)；动脉血氧分压(PaO_2)、血氧饱和度(SaO_2)、氧合指数(PaO_2/FiO_2)亦有所下降，但与转诊前比较，差异无显著性($P>0.05$)。因此，我们必须加强路途中循环、呼吸的监测与管理，根据监测结果行及时有效的抢救治疗。那例在转运途中突发心室颤动心跳骤停者，就是根据心电监测结果立即行电击除颤、胸外心脏按压、静脉推注肾上腺素等紧急抢救，于很短时间(4 分钟内)恢复了自主心跳。

3.3 目的地交接班

长途转诊是以每辆救护车为急救单元，由于工作环境的流动性，路途中的不确定性，所以要求出诊人员应随时同所要到达的目的医院保持联系，定时向目的医院汇报目前的状况，如车辆的位置、到达目的医院的大致时间、病人病情等，并通知急诊抢救室和 ICU 作好相应的接诊准备工作，如呼吸机的准备、有创血流动力学监测的准备、床旁血液净化的准备等。

总之，要保证长途转诊院前急救医疗工作的安全有序，离不开先进的设备、畅通的通迅、精湛的救护技术、良好的医德医风、高效的管理、强有力的后援队伍、开放的绿色通道、病人家属的充分理解与配合以及集院前急救－院内急诊－急诊 ICU 为一体的完善医疗体系作强有力的保障。

参 考 文 献

[1] 陈明玉，刘林成，唐剑星，等. 院前急救学[M] 武汉：湖北科学技术出版社，1999.2-3.

[2] Gray S, Bush S, Whiteley S. Secondary transport of the critically ill and injured adult[J]. Emerg Med J, 2004;21: 281-285.