维普资讯 http://www.cqvip.com

87-88

文章编号：0253-3626(2000)01-0087-02

血小板减少性 特发性紫癜，儿童 (32)

小儿特发性血小板减少性紫癜临床疗效观察

（附83例分析）

徐酉华，宪 莹
（重庆医科大学儿科学院血液科 400014）

摘 要 本文通过对83例特发性血小板减少性紫癜四种方案治疗，即静脉丙种球蛋白，常规剂量强的松口服，大剂量地塞米松及甲基强的松龙冲击治疗观察，经过比较分析，结果表明：四种方案均可在短期内控制出血症状。除常规剂量强的松口服治疗外，三种方案可短期提高血小板数。静脉丙种球蛋白虽短期疗效高，由于价格昂贵，本文认为对重症病例可首选甲基强的松龙或地塞米松冲击，一般病例仍以常规口服强的松为最佳选择。合并自身免疫性溶血性贫血病人预后差。

关键词 紫癜；血小板减少；特发性；丙种球蛋白；糖皮质激素类
中国图书分类法分类号：R529.9 **文献标识码**：A **收稿日期**：1999-10-25

Clinical effective observation of the children with Idiopathic thrombocytopnic purpura

XU You-hua, et al
Department of Hemotology, College of Peadiatrics

Abstract: Eighty three cases of idiopathic thrombocytopennic purpura were managed by four medicine therapies included intravenous immunoglobulin ,injective Dexamethethasome,oral Methylprednisolone and oral Prednison. The result demonstrated that the symptoms could be control by every one of four medicines and the level of thrombocyte count in all groups increase in short term except only in group using routine dose of Prednison. The conclusion of this study suggested that the better choise medicines are methylprednisoelone or Dexamethasone in severe cases and the first choise medicine is Prednison in general cases. The curative effect of immunoglobulin was best one in all four groups but its cost was expensive.The response was poul in the cases of idiopatlie thrombocytopenic purpura associated autoimmune hemolytic anemia.

Key words: Purpura; Blood platelet decrease; Idiopathic; Gammaglobulin; Glucocorticoid

特发性血小板减少性紫癜（ITP）是小儿时期最常见的出血性疾病之一，是因患儿血循环中存在血小板抗体引起血小板破坏增多的自身免疫性疾病。小儿ITP多为急性型，75%于发病后2～3月内恢复正常，80%于6个月内痊愈，10岁以内发病的6个月痊愈率可高达90%，约15%转为慢性过程。病死率约1%，主要死于颅内出血。我科对从1997年1月～1999年4月收治的83例ITP，进行分组疗效观察及临床评价。

1 病例和方法

1.1 一般资料

本组83例小儿ITP均符合1986年杭州会议儿童ITP诊断标准[1]。临床分型：急性型60例，慢性型23例。其中男61例，女22例，男女之比3：1，其中急性型男女之比3.3：1（46：14）。年龄1月～13岁；10岁以前发病者76例（占91.6%），10岁以后发病者7例（占8.4%）。

1.2 临床资料

贫血36例（43.3%），83例全部有皮肤出血点及瘀斑，鼻衄32例（38.5%），口腔粘膜、齿龈出血 25 例（30.1%），颅内出血3例（3.6%）。外周血小板计数≤10×10^9/L34例（40.9%），>10及≤20×10^9/L27例（32.5%），>20及≤50×10^9/L18例（21.6%），>50×10^9/L及>80×10^9/L 4例（4.8%）。骨髓象：83例均作巨核细胞计数分类，计数均正常或升高，无低增生（即巨核细胞<35个/片）性骨髓象。>100个/片63例（75.8%），最高657个/片。分类未见到产板型81例（97.6%），见1～2个产板型2例（2.4%）。血小板均为散在分布并少见或罕见。

1.3 合并症

83例ITP中3例伴有颅内出血，5例（6.0%）合并自身免疫性溶血性贫血（Evans综合征），其Coomb's试验直接阳性，间接弱阳性。

作者介绍：徐酉华(1945-05出生)，女，教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.4 治疗方法

1.4.1 静脉丙种球蛋白（IVIG）加皮质激素组33例，IVIG剂量0.4-1g/kg。0.4～0.5g/kg疗程5天，1.0g/kg疗程2天，均同时给强的松1～1.5mg/kg.d，疗程2～4周后逐渐减量。

1.4.2 静脉地塞米松冲击组38例，剂量1～2mg/kg.d疗程3～5天，然后改强的松1.5～2mg/kg.d分次口服，2～4周逐渐减量。

1.4.3 大剂量甲基强的松龙治疗1例，剂量15mg/kg.d，疗程3～5天，然后改强的松2mg/kg.d，2～4周逐渐减量。

1.4.4 单用口服强的松治疗组11例，剂量1.5～2mg/kg.d，疗程2～4周逐渐减量，病例选择血小板>20×10^9/L患者。

四组方案均有口服强的松治疗，其总疗程根据急、慢性型而定。急性型一般3个月左右，慢性型常需6个月或更长。

1.4.5 Evans综合征治疗：5例Evans综合征除皮质激素治疗外，分别输洗涤红细胞200～400ml以纠正贫血.急性期用地塞米松1.5～2mg/kg.d,疗程2～4周逐渐减量。83例中的3例颅内出血.除按重症紧急处理外同时分别输注单采血小板1～3个治疗量(每个治疗量相当10个以上单位).

2 结　果

治疗后分别于第3天和第7天检查血小板计数.以血小板≥100×10^9/L为标准.结果分别为：IVIG加皮质激素治疗组治疗后第3天17/33例(51.5%)第7天30/33例(90.9%)达到上述标准；大剂量地塞米松冲击组7/38例（18.4%）及24/38例（63.2%）达到标准；甲基强的松龙组给药3天1/1例；单纯口服强的松治疗组给药7天4/11例（36.4%）血小板≥100×10^9/L。Evans综合征5例，均于用药后3天溶血停止，出血停止或减轻，血小板$28\sim43\times10^9$/L，1月以后随访，4例溶血未反复，血小板波动在$20\sim60\times10^9$/L，1例自行停药，出血及溶血进行性加重死亡。3例伴有颅内出血，ITP无一例死亡，痊愈同院。83例无一例消化道大出血。

3 讨　论

3.1 ITP特点

小儿ITP之急性型，多数作者认为男女性别无显著差异[2]，本文83例男女之比为3:1，其中急性型男女比3.3:1，显示男性发病明显高于女性。出血部位以皮肤粘膜出血为主，83例均有全身出血点及瘀斑，可见泌尿道出血及颅内出血。颅内出血可危及生命，应及早综合处理，胃肠道大出血很少见[3]与文献报道一致。

3.2 IVIG治疗ITP作用机理

主要对单核-巨噬细胞Fc受体有封闭作用；干扰单核-巨噬细胞的免疫廓清作用；提高抑制T细胞的功能，调节免疫反应，从而抑制抗体生成；清除体内存在的慢性病毒感染。又因其疗效高且见效快，对ITP治疗有很强的指征。然而由于费用昂贵[3]，本文认为应选择出血严重或重要内脏出血病例如女性月经过多，泌尿道出血，颅内出血及血小板<20×10^9/L，尤其≤10×10^9/L，或年龄在1岁左右，尤其6个月以内患者较适应用IVIG治疗(年龄小，用量少)；本组仅用大剂量甲基强的松龙治疗1例，其疗效高与文献报道一致[4]，疗程短暂而费用适中，可作为急救治疗使用，肾上腺皮质激素能减低毛细血管通透性，抑制巨噬细胞对附有抗体的血小板吞噬作用和抗体产生，虽口服强地松血小板升高速度较慢，但能使出血症状很快减轻或停止，价格亦便宜仍应作为小儿ITP治疗的首选药物。重要脏器颅内出血危及生命，积极采用综合治疗方法可挽救生命。

3.3 合并症的预后

合并Evans综合征，即ITP合并自身免疫性溶血性贫血（IHA）预后差[5]。本组83例ITP有5例合并IHA，1例死亡，4例血小板不能稳定上升，预后差与文献报道一致。

参 考 文 献

[1] 杨士元、特发性血小板减少性紫癜诊疗常规(草案).中华儿科杂志，1987;25(2):104～108

[2] 许积德、特发性血小板减少性紫癜.小儿内科学，1995:258～261

[3] 郁知非.特发性血小板减少性紫癜治疗进展的现状.国外医学内科学分册，1993;20(1):8～10

[4] 张源慧、成人特发性血小板减少性紫癜的治疗.中华血液学杂志，1992;12(2):104～106

[5] 褚福棠、特发性血小板减少性紫癜.实用儿科学，1985:676～679