

· 论著 ·

多学科协作诊疗模式下1例成人腹型过敏性紫癜的诊断报道并文献复习

熊健威^{1,*} 鲁 婧²

1.广东省南雄市中医院脾胃病科(广东 韶关 512400)

2.广东省南雄市中医院麻醉科(广东 韶关 512400)

【摘要】目的 评估多学科协作诊疗(MDT)模式在成人腹型过敏性紫癜(HSP)诊断中的应用价值,优化复杂病例的临床识别与决策流程。方法 回顾1例49岁男性腹型HSP病例。患者以急性腹痛就诊,腹部CT提示十二指肠水平部环周性增厚,消化内镜显示十二指肠、回肠、结肠粘膜散在不同程度炎症性改变。初始抗感染、抑酸治疗无效,病程中出现皮肤紫癜后启动MDT,联合消化内科、皮肤科、病理科及放射科专家,基于多系统症状、影像学、病理与内镜特征进行跨学科分析,整合专业意见确立诊断。结果 通过运用多学科协作诊疗(MDT)模式,确诊腹型HSP。经加用激素、抗炎抗过敏等对症治疗后腹痛、下肢皮肤紫癜明显好转,成功出院。结论 MDT模式通过跨学科协同,系统整合临床症状、影像及实验室证据,显著提升腹型HSP诊断效率,避免单一专科局限性。针对症状隐匿、多系统受累的成人腹型HSP,MDT可减少误诊漏诊风险,达到早诊早治的目的,具有重要临床推广意义。

【关键词】过敏性紫癜;免疫球蛋白A;多学科协作诊疗;腹痛;鉴别诊断

【中图分类号】R554+.6

【文献标识码】A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.5.007

Diagnosis Report of 1 Case of Adult Abdominal Allergic Purpura under Multidisciplinary Team Mode and Literature Review

XIONG Jian-wei^{1,*}, LU Jing²

1.Department of Spleen and Stomach Diseases, Guangdong Nanxiong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shaoguan 512400, Guangdong Province, China

2.Department of Anesthesiology, Guangdong Nanxiong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shaoguan 512400, Guangdong Province, China

Abstract: *Objective* To assess the value of the multidisciplinary team (MDT) model in diagnosing adult abdominal Henoch-Schönlein purpura (HSP) and optimizing clinical recognition and decision-making processes for complex cases. *Methods* A 49-year-old male presenting with acute abdominal pain was retrospectively analyzed. Abdominal CT revealed circumferential thickening of the horizontal duodenum, and gastrointestinal endoscopy showed scattered inflammatory changes in the duodenal, ileal, and colonic mucosa. Initial anti-infective and acid-suppressive treatments were ineffective. Upon the appearance of cutaneous purpura, an MDT approach involving gastroenterology, dermatology, pathology, and radiology specialists was initiated to integrate multisystem clinical, imaging, pathological, and endoscopic findings for diagnosis. *Results* The MDT model confirmed the diagnosis of abdominal HSP. Following the addition of glucocorticoid, anti-inflammatory, and anti-allergic therapies, the patient's abdominal symptoms and cutaneous purpura significantly improved, resulting in successful discharge. *Conclusion* The MDT model enhances the diagnostic efficiency of abdominal HSP by systematically integrating multidisciplinary clinical, imaging, and laboratory evidence, overcoming the limitations of single-specialty approaches. It effectively reduces the risks of misdiagnosis and delayed diagnosis in adult abdominal HSP with atypical and multisystem presentations, supporting its broader clinical application.

Keywords: Allergic Purpura; Immunoglobulin A; Multidisciplinary Collaborative Diagnosis and Treatment; Abdominal Pain; Differential Diagnosis

HSP是一种血管壁结构和功能异常所致的原发性血管炎,主要累及皮肤真皮层、消化道、肾脏等组织器官中的细小动脉和毛细血管,属于全身性变态反应性疾病^[1]。流行病学研究显示,HSP常发生于3~10岁的儿童,成人发病极为罕见,仅为1.3/10万,但成人患病后病情往往更为严重^[2]。HSP临床以皮肤特发性紫癜、腹痛腹泻、关节肿痛和肾脏受损等主要症候群大致分为单纯型、腹型、关节型和肾型以及上述混合型过敏性紫癜,HSP常急性发作,首发症状主要表现为四肢、臀部皮肤出现紫红色丘疹,或痛或痒^[3]。据报道有50%~75%的HSP患者会出现胃肠道症状,以脐周、下腹部或全腹疼痛最为常见,同时可伴发腹泻、恶心呕吐,严重者甚至合并消化道出血和肠穿孔等。多数情况下腹型HSP患者腹部症状与皮肤紫癜同时发生,极少出现腹部症状发生于紫癜之前的病例^[4]。迄今为止,国内外有关成人腹型HSP的文献报道不多,为了提高内科医师对该病的诊断水平,减少延诊、误诊,现回顾性系统分析1例本院首发腹痛的成人腹

型HSP的临床、内镜、影像学资料及治疗和随访情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者男性,49岁,因“腹痛2天”于2023年09月25日收入南雄市中医院消化内科。患者9月23日晚餐时饮酒,约20时出现腹痛,为脐周及上腹持续性胀痛,阵发性绞痛,进食后加重。病程中呕吐胃内容物1次,食后即吐,呕吐咖啡样物,大便未解,尚有肛门排气。无发热,无消瘦,无胸闷、胸痛,无心悸,无解黑便,无解黏液血便。患者在家中自服“硫糖铝、艾司奥美拉唑、莫沙必利”后症状无缓解,遂来我院就诊。既往诊断有高血压、高脂血症、高尿酸血症,病史1年余,一直口服比索洛尔、非布司他、阿托伐他汀治疗。疑似有对“头孢”类抗生素过敏,表现为全身皮疹;有吸烟、饮酒史。入院时查体:腹平软,上腹及脐周压痛,无反跳痛,墨菲征阴性,麦氏点无压痛,无移动性浊音,双肾区无叩击痛,

【第一作者】熊健威,男,主治医师,主要研究方向:消化内科疾病诊疗。E-mail: 258165253@qq.com

【通讯作者】熊健威

肠鸣音正常。初步诊断为腹痛待查。

1.2 检查方法 入院后辅助检查：血常规白细胞计数 $16.44 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞70.80%，淋巴细胞比率18.00%，血红蛋白171g/L，血小板计数 $329 \times 10^9/L$ ；C-反应蛋白29.04mg/L；肾功能肌酐116.0 $\mu\text{mol/L}$ ；肝功能、淀粉酶、心肌酶、凝血功能、血糖、肿瘤筛查四项、红细胞沉降率、大便常规和隐血试验均无异常。9月28日完成内镜、CT平扫。腹部立位DR：两膈下未见明显游离气体，腹部肠腔内可见少许积气影，未见明显扩张的肠袢及液平。消化系和泌尿系彩超未见异常。腹部CT示：(1)十二指肠水平部环周性增厚，性质待定，克罗恩病？淋

巴瘤？周围数个小淋巴结，建议增强；(2)左肾小结石(图1)。胃镜示：(1)反流性食管炎，待病理；(2)食管裂孔疝；(3)十二指肠呈炎症改变，待病理(图2)。肠镜：(1)回肠末端呈炎症改变，待病理；(2)阑尾内口呈炎症改变，待病理；(3)降结肠息肉(已钳除)，待病理；(4)直肠呈炎症改变，待病理；(5)痔(图3)。病理诊断：(贲门部)重度慢性轻度活动非萎缩性胃炎，考虑为螺旋杆菌性胃炎；(十二指肠)慢性溃疡(图4)；(回肠末端)重度慢性中度活动性肠炎，伴局部粘膜浅表糜烂；(阑尾内口)中度慢性中度活动性肠炎；(降结肠)中度慢性中度活动性肠炎；(直肠)中度慢性轻度活动性肠炎。

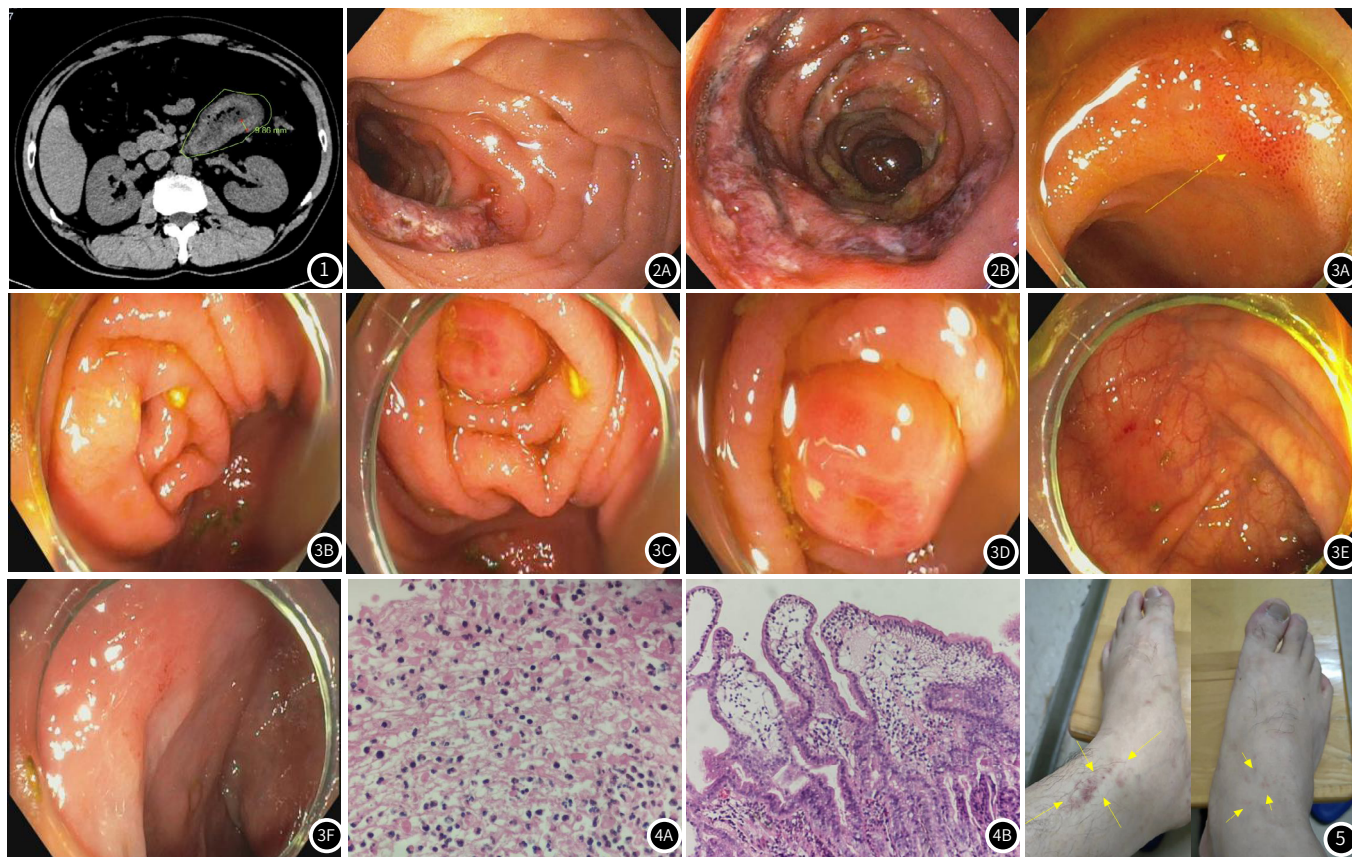


图1 十二指肠水平部环周性增厚。**图2** 图2A-图2B：十二指肠水平部粘膜不规则充血水肿、糜烂，粘膜下血肿样改变。**图3** 图3A-图3F：回肠末端：粘膜散在充血；盲肠粘膜水肿，阑尾内口粘膜水肿、充血、红斑；横结肠、直肠粘膜见散在粘膜充血。**图4** 图4A-图4B：粘膜广泛纤维素样坏死，间质内多量中性粒细胞为主的炎性细胞浸润。**图5** 双下肢皮肤紫癜。

2 结果

患者于10月13日双下肢小腿及足背部皮肤出现片状红色斑疹，按压不褪色(图5)。10月15日请影像科和皮肤科会诊，考虑腹型过敏性紫癜，建议加用激素治疗。10月16日开始每日予以患者甲强龙40mg静脉滴注，分两次滴注，治疗时间持续一周。10月23日给予泼尼松口服序贯治疗。经加用激素、抗炎抗过敏等对症治疗后腹痛症状逐渐消失，下肢皮肤紫癜明显消退。复查肠镜和腹部CT，肠壁水肿好转，粘膜充血和糜烂有所恢复。患者于10月26日出院，后多次随访，患未诉再发腹痛及紫癜。

3 讨论

HSP的病因和发病机制尚未完全阐明，但可能诱发HSP的致病因素众多，感染性病原体如细菌、病毒等和药物、疫苗接

种、食物过敏原等均被认为是HSP的可能触发因素^[5]。HSP是多种因素导致的免疫复合性疾病，机体对某类物质致敏后发生变态反应，以免疫球蛋白A(immunoglobulin A, IgA)为主的免疫沉积物聚集在小血管壁，激活内皮细胞上的补体，诱导管壁内皮细胞裂解，致使小血管壁脆性和通透性增加，造成皮下组织、黏膜和内脏出现出血及水肿，发生紫癜^[6]。由于IgA在其发病机制中占据关键性作用，又称作IgA血管炎。此外，这类血管炎还具有一定遗传倾向，研究表明人类白细胞抗原基因、家族性地中海相关的基因突变与HSP的发生风险存在相关性^[7-8]。本病好发于儿童和青少年，儿童一般预后良好。由于成人起病时临床特征不典型，且缺乏特异性的实验室检查，以腹部等消化道症状为首发症状的成人腹型HSP发生时，会产生症状与体征分离现象，在皮肤紫癜出现之前，极易被临床医生

延诊、误诊^[9-10]。为提高患者的诊疗质量,提升治疗效果,我院起用MDT模式,组成由皮肤科、消化内科、放射学和病理学医师参与的专业医疗团队,为难以诊断或治疗效果欠佳的病患制定个性化的治疗方案,避免过度诊疗和误诊误治、延诊延治,实现患者获益最大化^[11]。

本例患者首发症状是腹痛,为脐周及上腹部持续性胀痛,阵发性绞痛,进食后加重。腹平软,上腹及脐周压痛。患者的皮肤紫癜体征晚于腹痛首发症状10d出现,且皮疹仅为双下肢小腿和双足背小范围瘀斑和少许散在瘀点,容易被患者本人忽略,需医师仔细查体才能发现。由于临床表现缺乏特征性,症状与体征发生间隔时间长,极易被误诊为急腹症而将后期才出现的皮疹当作普通合并症状。故需明确HSP的诊断标准,基于1990年美国风湿病学会的标准^[12],皮肤出现明显的紫癜皮疹时,也满足以下四个标准中的1条及以上时,即可诊断:(1)急性弥漫性腹痛;(2)关节肿痛或关节炎;(3)肾脏受损;(4)活检显示小动脉或小静脉壁中存在粒细胞浸润。同时需要关注患者发病前几周有无上呼吸道感染史,出现倦怠乏力、低热等前驱症状,也有助于早期确诊。

患者实验室检查提示白细胞计数增高,C-反应蛋白水平显著上升,可能是感染病原体诱发HSP,体内存在一系列炎症反应,但隐血试验无异常,说明此腹型HSP未并发消化道出血。腹部CT示十二指肠水平部环周性增厚,研究报道,成人腹型HSP的CT表现多为十二指肠、空肠和回肠处多发节段性管壁环形增厚,管腔变窄,累及浆膜时,可见腹腔积液,呈现出“双环状”^[13]。本例与腹型HSP的影像学表现相符。近年来国内外关于HSP胃肠道内镜的文献报道日益增加,肯定了内镜在首发症状为腹痛的成人腹型HSP中的早期诊断价值^[14]。内镜下表现为多发性黏膜充血、散在点状出血、水肿、糜烂、弥漫性溃疡,可累及胃部和大小肠。研究显示^[15],超过半数的腹型HSP患者最严重的病变部位在十二指肠,表现为广泛糜烂、溃疡,甚至呈弥漫性出血。本例内镜下显示黏膜水肿、充血、糜烂等病变累及十二指肠、横结肠、直肠粘、阑尾以及盲肠,以十二指肠的病变最为严重,与HSP的内镜下表现相符。然而,克罗恩病和溃疡性结肠炎等诸多消化道疾病也累及十二指肠、回肠等,临床上需要进行鉴别诊断。克罗恩病好发于青少年,常以终末回肠和邻近结肠多见,偶见发生于十二指肠,其内镜下形态特点为节段性非对称性肠壁增厚、肠腔狭窄,肠道纵形溃疡呈跳跃性分布、黏膜卵石样改变,与HSP有明显差异。腹痛也常为克罗恩病的首发症状,但肠内病变进展缓慢,活动期与缓解期交替发作,迁延不愈^[16-17]。溃疡性结肠炎好发于青壮年,属于大肠疾病,病变仅累及大肠黏膜和黏膜下层。内镜下示黏膜粗糙、呈细颗粒状,可见弥漫性充血水肿、糜烂或多发性浅表溃疡,活动期时病理可表现为隐窝炎、隐窝脓肿,慢性期隐窝结构紊乱,杯状细胞减少^[18-19]。本例病理示黏膜广泛纤维素样坏死,间质内大量炎性细胞浸润,以中性粒细胞为主,也符合所回顾的HSP文献中关于病理改变的报道^[20]。嗜酸性肉芽肿性血管炎(eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA)也可发于空肠、回肠,可累及胃肠道、

肺、肾脏和神经系统等全身多个器官和系统。胃肠道受累时会出现腹痛腹泻、消化道出血等,EGPA的病理表现为伴有周围组织嗜酸性粒细胞明显浸润的小血管肉芽肿或纤维素样坏死性血管炎及血管外肉芽肿,但由于消化道活检阳性率很低,所以需综合临床表现、皮肤活检组织结果、内镜所见等进行诊断^[21],而腹型HSP病理所见为白细胞破碎性血管炎。因对成人腹型HSP缺乏充分认知,在得知实验室检查、腹部CT、内镜检查以及病理学检查结果后,本研究忽略了其与HSP存在的联系,未考虑到这一诊断。直至出现皮疹后,运用MDT模式请多学科医师协作诊治,才及时明确诊断,制定出正确的治疗方案,即积极找出并避免潜在的过敏原,坚持抗炎抗过敏治疗,最终治疗效果和预后良好。

综上所述,腹型HSP好发于儿童,成人发病较罕见,且体征不典型。皮肤紫癜可作为其较为特异的临床表现,但当紫癜晚于腹痛发生时,会加大早期诊断的难度,使得HSP在基层医院的诊断会变得愈发困难。应进一步强化腹型HSP相关理论知识学习,跟进查阅国内外相关文献报道。结合临床内镜、放射影像学及病理检查结果,恰当运用MDT诊疗模式,达到早诊早治的目的。

参考文献

- [1] 陈德鹏. 实用内科学[M]. 吉林: 吉林科学技术出版社, 2013, 365-370.
- [2] Hetland LE, Susrud KS, Lindahl KH, et al. Henoch-schönlein purpura: a literature review[J]. Acta Derm Venereol, 2017, 97(10): 1160-1166.
- [3] 王辰, 王建安. 内科学(第3版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015, 236-242.
- [4] Virovets I, Biggs D. Henoch-schönlein purpura in the adult, a case report[J]. J Educ Teach Emerg Med, 2020, 5(1): 20-24.
- [5] Lee WS, Koh CT. Serosal surface small vessel vasculitis in Henoch-Schönlein purpura[J]. Pediatr Neonatol, 2020, 61(4): 447-448.
- [6] Sugino H, Sawada Y, Nakamura M. IgA vasculitis: etiology, treatment, biomarkers and epigenetic changes[J]. Int J Mol Sci, 2021, 22(14): 75-84.
- [7] 孙建伟, 蔡敏. 尿微量白蛋白转铁蛋白 α 1-微球蛋白对过敏性紫癜肾损害患儿诊断的符合率及检出率分析[J]. 罕少疾病杂志, 2023, 30(9): 60-62.
- [8] 何庭艳, 黄瑛, 杨军. 儿童过敏性紫癜合并可逆性后部脑白质病临床分析[J]. 罕少疾病杂志, 2017, 24(5): 21-23, 34.
- [9] 谢宏钊, 胡益群, 范燕云, 等. 以肠梗阻为首发症状的成人过敏性紫癜1例[J]. 中国临床案例成果数据库, 2022, 4(1): 2-10.
- [10] 魏慧, 次珍, 燕宇, 等. 以大疱性紫癜样皮疹为首发表现的成人过敏性紫癜一例[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(26): 2-9.
- [11] 刘媛怡, 董奇, 付建宇, 等. 多学科协作诊疗模式在急性消化道大出血治疗中应用的临床价值[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2023, 30(2): 196-198.
- [12] 王辉. 美能辅助治疗儿童过敏性紫癜临床观察[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(18): 4215-4216.
- [13] Guo Q, Hu X, Song C, et al. Clinical characteristics and associating risk factors of gastrointestinal perforation in children with IgA vasculitis[J]. Ann Med, 2021, 53(1): 2315-2320.
- [14] Zeng SX, Chen HL, Yin XF, et al. Capsule endoscopy successfully diagnosed Henoch-Schönlein Purpura in a patient with small intestine involvement[J]. Endoscopy, 2023, 55(1): 322-325.
- [15] Fang Y, Peng K, Zhao H, et al. Correction: the characteristics of video capsule endoscopy in pediatric Henoch-Schönlein purpura with gastrointestinal symptoms[J]. Pediatr Rheumatol Online J, 2022, 20(1): 33-41.
- [16] 许静. MSCT对克罗恩病, 肠结核的鉴别诊断价值分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2021, 19(10): 160-162.
- [17] 郭有标, 伏红超, 韩丹, 等. 胶囊内镜与小肠CT成像在小肠克罗恩病诊断中的应用[J]. 医药论坛杂志, 2022, 43(15): 4-8.
- [18] 廖佳蓉, 南京, 文韵玲, 等. 结肠镜和超声内镜对炎症性肠病诊断和病情评估的价值[J]. 胃肠病学, 2020, 259(11): 660-665.
- [19] 徐晓, 陈涛, 尹强龙. 英夫利西单抗治疗小肠克罗恩病的效果及对克罗恩内镜简化评分、血常规、营养指标的影响[J]. 中国基层医药, 2022, 29(6): 6-11.
- [20] Hastings MC, Rizk DV, Kiryluk K, et al. IgA vasculitis with nephritis: update of pathogenesis with clinical implications[J]. Pediatr Nephrol, 2022, 37(4): 719-733.
- [21] 张耀允, 余建群. 嗜酸性肉芽肿性血管炎的临床及胸部高分辨率CT表现特点分析[J]. 中华风湿病学杂志, 2021, 25(1): 4-8.

(收稿日期: 2024-01-06)

(校对编辑: 韩敏求)