

国家基本药物临床应用培训系列教材

临床分册之血液、内分泌、 风湿免疫、耳鼻喉、口腔科疾病及用药

《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会 组织编写

主 编 刘 伟

副主编 于凤秀



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国家基本药物临床应用培训系列教材

临床分册之血液、内分泌、风湿 免疫、耳鼻喉、口腔科疾病及用药

《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会 组织编写

主 审 孙亚东

主 编 刘 伟

副主编 于凤秀

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁 一 于凤秀 王 锐

石 璐 刘 伟 李 霖

宋宇哲 张振波

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家基本药物临床应用培训系列教材. 临床分册之血液、内分泌、风湿免疫、耳鼻喉、口腔科疾病及用药/《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会组织编写. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 3

ISBN 978-7-117-14089-8

I. ①国… II. ①国… III. ①血液病-药物-临床应用-教材②内分泌病-药物-临床应用-教材③代谢病-药物-临床应用-教材④免疫性疾病-药物-临床应用-教材⑤五官科学-疾病-药物-临床应用-教材
IV. ①R97

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 011074 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床分册之血液、内分泌、风湿免疫、 耳鼻喉、口腔科疾病及用药

组织编写:《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会

主 编: 刘 伟

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 9

字 数: 185 千字

版 次: 2011 年 3 月第 1 版 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14089-8/R • 14090

定 价: 29.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

《国家基本药物临床应用培训系列教材》

编辑委员会组成人员

主任委员 隋殿军

副主任委员 张湘富 秦海涛

委员 (以姓氏笔画为序)

马 剑	马立新	伍新民	吴 璠
张可佳	杨丽娟	陈艳兰	周 涛
林 吉	夏时畅	贾立明	梁法兴
梅遂章	黄金星	黄新生	傅 强

序

建立国家基本药物制度,是国务院深化医药卫生体制改革五项重点任务之一,李克强副总理明确指出,国家基本药物制度是对现行体制机制的重大创新,要使基本药物制度的各项政策尽快取得实效,降低虚高的药价,真正减轻群众的基本用药负担,让人民群众得到实惠。

为了让广大医务工作者准确把握基本药物配备的方政策和临床应用,促进科学规范的诊治和用药,引导广大患者建立良好的用药习惯,吉林省卫生厅组织相关人员,不辞辛苦,编写了这套“国家基本药物临床应用培训系列教材”,从临床症状和实验室检查、疾病诊断分析、基本药物治疗方案、预后和注意事项等方面,对基本药物的使用进行指导。这套教材内容详实,通俗易懂,方便基层医务工作者日常查阅和使用,同时对于重点和难点,也有深层次的剖析,能够达到学习与应用相结合的效果。

当前,全国医药卫生体制改革正进入全面推进的新阶段,基层医疗卫生机构承担着城乡居民常见病、多发病的诊治任务,规范并指导基层医院医生安全合理使用国家基本药物任务繁重、紧迫,希望广大医务工作者积极发挥改革主力军的作用,认真学习,锐意进取,为提高人民群众健康水平作出新贡献。



2011年2月

前 言

基本药物的配备使用是实施国家基本药物制度的核心环节,为了促进广大医务工作者了解科学规范的用药方法和形成科学规范的用药观念,有效地服务患者,同时引导广大患者建立良好的用药习惯,我们根据 2009 年版《国家基本药物临床应用指南(基层部分)》、《国家基本药物目录(基层部分)》编写了本系列教材。

本教材的编写力求简明扼要、科学实用,力求符合基层医生在临床诊疗过程中的需求,包括学习目标、任务引领、概述、诊断要点、治疗要点、药物治疗、预后及注意事项等 7 个部分。

学习目标强调了本部分内容学习应达到的目的。

任务引领精选了临床典型病例,通过分析病例使学员能够迅速进入学习情境中。

概述部分主要包括疾病的病因和临床表现等内容。

诊断要点是根据疾病的主要临床症状、体征和辅助检查,并综合分析病史、流行病学等资料进行诊断和鉴别诊断。

治疗要点主要介绍了治疗疾病的主要措施及方法。

药物治疗是按照疾病诊断并结合国家基本药物目录介绍了药物的作用机制、使用方法、不良反应、疗效等,为基层医生的临床规范用药提供参考。

预后及注意事项主要针对疾病的预后和转归,疾病的预防及影响康复治疗的主要因素加以叙述,使医生进一步全面了解疾病。

本教材以临床病例入手,按照诊疗过程组织教材,将基层的常见病、多发病与 307 种化学药品和生物制品类基本用药紧密结合,促进了基层医生对国家基本用药的了解,规范了医疗过程中药物的应用。

本套教材在编写过程中得到了吉林省卫生厅主要领导的支持和帮助,在此表示衷心的感谢。但由于编写时间仓促、编者水平有限,在一定程度上还有不足之处,敬请专家和学者批评指正。

编 者

2010 年 12 月

目 录

第一篇 血液、内分泌、代谢和免疫风湿性疾病

第一章 血液及造血系统常见疾病	1
第一节 缺铁性贫血	1
第二节 巨幼细胞贫血	3
第三节 过敏性紫癜	5
第四节 原发性血小板减少性紫癜	7
第二章 内分泌系统常见疾病	10
第一节 甲状腺功能亢进症	10
第二节 甲状腺功能减退症	14
第三节 糖尿病	16
第四节 骨质疏松症	22
第五节 骨软化症和佝偻病	24
第六节 高尿酸血症和痛风	26
第七节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	29
第八节 男性性腺功能减退症	33
第九节 高脂血症	34
第三章 风湿免疫系统疾病	37
第一节 系统性红斑狼疮	37
第二节 强直性脊柱炎	43
第三节 类风湿关节炎	45
第四节 多发性肌炎和皮肌炎	51
第五节 系统性硬化症	52

第二篇 眼、耳鼻咽喉及口腔系统疾病

第四章 眼部系统疾病	55
第一节 睑腺炎	55
第二节 眶蜂窝织炎	56
第三节 沙眼	58
第四节 结膜炎	59
第五节 角膜炎	62
第六节 青光眼	65

第五章 耳鼻咽喉科疾病	73
第一节 咽炎	73
第二节 喉炎	76
第三节 鼻炎	80
第四节 鼻窦炎	85
第五节 外耳道炎	91
第六节 外耳道耵聍栓塞	93
第七节 中耳炎	95
第八节 梅尼埃病	100
第九节 晕动病	102
第六章 口腔科疾病	104
第一节 疱疹性龈口炎	104
第二节 药物变态反应性口炎	106
第三节 口腔念珠菌病	107
第四节 急性坏死性溃疡性龈炎	113
第五节 牙周炎	115
第六节 牙周脓肿	118
第七节 急性根尖周围炎	119
第八节 冠周炎	123
第九节 腮腺炎	126

第一篇 血液、内分泌、 代谢和免疫风湿性疾病



第一章

血液及造血系统常见疾病

第一节 缺铁性贫血

学习目标

识记:

缺铁性贫血的病因,临床表现,补铁方法。

理解:

缺铁性贫血的实验室检查。

应用:

1. 利用所学知识能够对缺铁性贫血的患者实施基本的诊断和治疗。
2. 查找缺铁性贫血的病因,作出病因学诊断,针对病因进行治疗。
3. 培养关心、爱护、尊重患者的品质,诊断和治疗时表现出对患者认真、负责、尊重、热心、爱心、细心和耐心以及救死扶伤的精神。



任务引领

刘某,女,35岁,月经量多5年,头昏、乏力、食欲减退,活动后心慌、气短约6个月。患者自5年前开始出现月经量增多,夹有暗红色血块,9~10天干净,每次需卫生巾2包以上,月经周期28~30天。因无明显不适,从未求医。自6个月前起常感头昏、乏力、食欲减退,走路稍快或上楼时感心慌、气短,鼻腔、牙龈、皮肤等无出血现象。2个月前在当地医务室查血红蛋白58g/L,给予硫酸亚铁口服,3天后因胃内不适、恶心而自行停药,改服中药煎剂1个多月,症状无明显好转。近日到某院门诊,检查血红蛋白60g/L,白细胞计数 $5.7 \times 10^9/L$,血小板计数 $120 \times 10^9/L$ 。病程中食欲减退、睡眠差、多梦、记忆力减退、时有耳鸣。

请思考:

1. 刘女士可能的诊断是什么?
2. 应该进一步做哪些检查?
3. 如何治疗?



【概述】

缺铁性贫血是指体内铁缺乏导致红细胞生成障碍而发生的小细胞低色素性贫血。常见的铁缺乏的原因有铁摄入不足(食物中铁的含量不足、偏食或吸收不良等)和铁丢失过多(月经过多、胃肠道少量慢性失血或慢性咯血等)。

缺铁性贫血是最多见的一种贫血,广泛地存在于世界各地,据世界卫生组织(WHO)调查报告,全世界约有 10%~30% 的人群有不同程度的缺铁。男性发病率约 10%,女性大于 20%。亚洲发病率高于欧洲。在生育年龄的妇女(特别是孕妇)和婴幼儿中,这种贫血的发病率很高。在钩虫病流行地区如桑、棕、麻种植地区,缺铁性贫血不但多见而且贫血的程度也较重,但近年随着医药卫生条件的改善,农村经济情况的好转,缺铁性贫血在我国的发病情况和严重程度都有明显好转。

(一) 临床表现

1. 贫血的表现 常见症状有头晕、头痛、乏力、易倦、心悸、活动后气短、眼花、耳鸣等。
2. 缺铁的特殊表现 口角炎、舌乳头萎缩、舌炎、异食癖。严重的缺铁可导致匙状指甲(反甲)、食欲减退、恶心或便秘。儿童可出现生长发育迟缓或行为异常。
3. 存在铁缺乏的常见原因。

(二) 实验室检查

1. 血象 典型的血象为小细胞低色素性贫血($MCV < 80\text{fl}$ 、 $MCH < 27\text{pg}$ 、 $MCHC < 30\%$)。血片中可见红细胞染色浅淡,中心淡染区扩大,大小不一。
2. 体内铁储备 血清铁降低($< 50\mu\text{g/dl}$),总铁结合力增高($360\mu\text{g/dl}$),转铁蛋白饱和度 $< 15\%$,血清铁蛋白低于 $12\mu\text{g/L}$ 。骨髓红系细胞内及细胞外铁染色均减少或缺如。

【诊断要点】

1. 具备典型的临床表现。
2. 符合实验室检查。
3. 铁剂治疗有效。

【治疗要点】

针对病因尽可能除去引起缺铁性贫血的原因;补充足够量的铁以供机体合成血红蛋白,补充体内铁的贮存量至正常水平。另外需要加强营养,增加含铁丰富的食品。

【药物治疗】

(一) 病因治疗

去除导致缺铁的病因。

(二) 铁剂治疗

1. 口服补铁 硫酸亚铁,0.3g,一日 3 次,宜同时服用维生素 C,增加铁的吸收。血红蛋白大多于 2 周后明显上升,1~2 个月后达正常水平。血红蛋白恢复正常后仍需继续铁剂治疗,待血清铁蛋白恢复到 $50\mu\text{g/L}$ 再停药。如果不能



耐受口服硫酸亚铁,换用其他口服制剂。

2. 肠外补铁 若口服铁剂不能耐受,口服铁剂不能吸收,或失血速度快,需迅速补充,可改用注射铁剂。常用的铁注射剂有右旋糖酐铁及山梨醇枸橼酸铁。这两种制剂各含铁 50mg/ml。给铁的总剂量应准确计算,不应超量,以免引起体内铁负荷增加而致病。计算方法:所需补充铁的毫克数根据以下公式初步估算: $[150 - \text{患者的 Hb (g/L)}] \times \text{体重 (kg)} \times 0.33$ 。首次给药量 0.5ml 作为试敏试验,若 1 小时后无过敏反应可继续给药,首次注射 50mg,如无不良反应,第 2 次可增加至 100mg,每周 2~3 次,直到铁蛋白达 $50\mu\text{g/L}$ 。第一天给 50mg,以后每日或隔日给 100mg,直至总剂量给完。给药途径是深部肌肉注射。

【预后及注意事项】

1. 口服铁剂宜进餐时或餐后服用,以减少药物对胃肠道的刺激。不要与茶、钙盐及镁盐同时服用。

2. 注射铁剂后可发生局部肌肉疼痛、淋巴结炎、头痛、头晕、发热、荨麻疹及关节痛等,多为轻度及暂时的。偶尔可出现过敏性休克,故给药时应备有急救设备和药品。有右旋糖酐铁过敏史者禁用。

3. 缺铁性贫血大多是可以预防的,在易发生这类贫血的人群中应重视开展卫生宣教和采取预防措施,例如:改进婴儿的哺乳方法,及时增加适当的辅助食品;在妊娠后期和哺乳期间注意补充铁剂;在钩虫病流行地区进行大规模的寄生虫病防治工作;及时处理慢性出血灶等。

第二节 巨幼细胞贫血

学习目标

识记:

巨幼细胞贫血的病因、临床表现及治疗。

理解:

巨幼细胞贫血的发病机制、实验室检查。

应用:

1. 利用所学知识能够对巨幼细胞贫血的患者进行治疗。

2. 因部分巨幼细胞贫血的患者有精神症状,要培养关心、爱护、尊重患者的品质,诊断和治疗时表现出对患者认真、负责、尊重、热心、爱心、细心和耐心的精神。



任务引领

李某,男,63岁,5年前溃疡病行胃大部切除术,近5个月来头晕、乏力、四肢发麻,舌呈“牛肉舌”状改变,化验血常规:WBC $6.8 \times 10^9/\text{L}$, RBC $2.49 \times 10^{12}/\text{L}$, Hb 101g/L , HCT 0.31, PLT $93 \times 10^9/\text{L}$ 。

请思考:

1. 患者的可能诊断是什么?
2. 需要哪些相关检查明确诊断?
3. 治疗原则是什么?



【概述】

巨幼细胞贫血是因叶酸和(或)维生素 B_{12} 缺乏,细胞核 DNA 合成障碍引起血细胞生成异常的贫血。由于细胞核和细胞质的发育不平衡,红细胞、粒细胞及巨核细胞的体积增大,呈现形态与功能均不正常的巨幼改变,常导致全血细胞减少。更新较快的胃肠道上皮细胞也会发生类似改变,引发胃肠道症状。维生素 B_{12} 缺乏时也常因神经系统的细胞和髓质发生改变,出现神经系统症状。

(一) 叶酸和维生素 B_{12} 缺乏的原因

1. 叶酸缺乏的原因 下列原因导致叶酸摄入不足,如食物中缺少新鲜蔬菜或过度烹煮,酗酒及空肠的炎症、肿瘤、手术切除等。某些药物的影响也会导致摄入不足。以下人群需要增加叶酸,如妊娠期妇女、生长发育的儿童及青少年、慢性反复溶血、肿瘤、长期血液透析等。

2. 维生素 B_{12} 缺乏的原因 下列原因可导致摄入减少,如常年素食,胃酸缺乏和胃蛋白酶的分泌减少等;各种病因也可导致吸收减少,如内因子缺乏,胰腺外分泌不足,小肠内细菌和寄生虫竞争维生素 B_{12} 等。

(二) 临床表现

1. 贫血表现 起病隐匿,多有明显贫血症状,如头晕、乏力、活动后气短等。严重者因红细胞未发育成熟就在骨髓内遭破坏即原位溶血,可出现轻度黄疸。

2. 胃肠道症状 常有反复发作的舌炎、舌面光滑、食欲缺乏,偶有腹胀、腹泻及便秘等。

3. 神经系统症状 维生素 B_{12} 缺乏者可出现神经系统症状,包括手足对称性麻木、感觉障碍、步态不稳、行走困难等,有些小儿及老年维生素 B_{12} 缺乏者及少数叶酸缺乏者可出现抑郁、嗜睡或精神错乱等精神异常。

(三) 实验室检查

1. 血象 为大细胞($MCV>100\text{fl}$)正色素性贫血,中性粒细胞及血小板也常减少。血涂片中可见大卵圆形的红细胞和中性粒细胞核分叶过多。

2. 骨髓象 各系细胞均可出现巨幼变,以红系细胞最为显著。

3. 血清叶酸和维生素 B_{12} 水平 相应降低。红细胞叶酸不受短期内叶酸摄入的影响,与血清叶酸相比,其水平降低能更准确地反映体内叶酸的缺乏。

4. 内因子阻断抗体 50% 以上的恶性贫血患者为阳性。

【诊断要点】

在无条件进行叶酸和维生素 B_{12} 水平和内因子抗体检测时可进行试验性治疗。根据病史、临床表现、血象和骨髓象,疑似诊断的患者可予生理剂量的叶酸(0.2mg/d)或维生素 B_{12} ($1\mu\text{g/d}$)试验性治疗 10 天。生理剂量的叶酸(或维生素 B_{12})只对相应元素缺乏的患者有效,有助于诊断与两者的鉴别。

【治疗要点】

针对病因尽可能除去引起巨幼细胞贫血的原因。加强营养知识教育,改善营养状况,鼓励吃含维生素 B_{12} 及叶酸较多的食物,避免偏食,改进烹调习惯,婴



儿合理喂养,孕妇加强营养。

【药物治疗】

(一) 病因治疗

有原发病的积极治疗原发病;用药后继发的巨幼细胞贫血,应酌情考虑停药。

(二) 补充所缺乏的物质

1. 叶酸缺乏 口服叶酸,每次 5~10mg,每日 2~3 次;大剂量叶酸对维生素 B₁₂ 缺乏的贫血和胃肠道症状亦部分有效,但不能减轻神经系统症状,甚至可使之加重而造成严重的后果,如分不清叶酸缺乏或维生素 B₁₂ 缺乏时,可二者同时并用。

2. 维生素 B₁₂ 缺乏 肌内注射维生素 B₁₂ 100μg,一天 1 次(或 200μg,隔日 1 次),直至血红蛋白恢复正常。恶性贫血或胃全部切除者需终身采用维持治疗,100μg,一月注射 1 次。维生素 B₁₂ 缺乏伴有神经症状者时,每日用量可增加至 500μg,以后每周肌内注射 2 次,每次 50~100μg,直到血象恢复正常;维持量每月肌内注 100μg。

【预后及注意事项】

1. 单纯维生素 B₁₂ 缺乏者不宜单用叶酸治疗,否则会加重维生素 B₁₂ 的缺乏,引发或加重神经系统症状。

2. 严重巨幼细胞贫血的患者在补充治疗中因贫血恢复时大量血钾进入新生红细胞,会突发低血钾,需适时补钾。

3. 如治疗 3~4 周后血象恢复不明显,应寻找是否同时存在缺铁、感染或其他基础疾病,予以纠正。

4. 胃肠道不能吸收叶酸者可肌内注射四氢叶酸钙(非基本药物)5~10mg,每天 1 次。直至血红蛋白恢复正常。一般不需维持治疗。

5. 纠正不良饮食习惯,对需要量增加的人群注意补充,应用于干扰核苷酸合成的药物要注意补充维生素 B₁₂ 及叶酸。

治疗及时正确,多数患者预后良好。

第三节 过敏性紫癜

学习目标

识记:

过敏性紫癜的病因。

理解:

过敏性紫癜的临床表现及鉴别要点。

应用:

1. 利用所学知识能够对过敏性紫癜患者实施基本的诊断和治疗。

2. 培养关心、爱护、尊重患者的品质,诊断和治疗时表现出对患者认真、负责、尊重、热心、爱心、细心和耐心以及救死扶伤的精神。



任务引领

患者高某,男,9岁,于8天前无明显诱因出现发热、咽痛、腹痛、体温达 38.8°C 。给予病毒唑、林可霉素、柴胡注射液等1天,上述症状明显好转,渐出现四肢关节疼痛,屈伸不利、腰痛等,1天后出现双下肢皮肤紫癜,对称分布,大小不一,融合成片,伴四肢关节疼痛、灼热。

体格检查:T 36.1°C ,P 96次/分,R 20次/分,BP 80/50mmHg。一般情况可,双下肢对称性皮肤紫癜,色暗红,融合成片,压之不褪色,不高出皮肤,压痛(+),双颌下可触及2个约 $1\text{cm} \times 1\text{cm}$ 大小的淋巴结,活动度好,压痛(+),边缘清,光滑,左上腹压痛(+),腹软,无反跳痛,双肩、肘、膝关节无肿胀,压痛(+),皮温正常。

实验室检查:ESR:2mm/L,风湿(+),类风湿(-);WBC: $15.1 \times 10^9/\text{L}$,N:80%,Hb:130g/L。

请思考:

1. 高某的诊断是什么? 诊断依据是什么?
2. 如何治疗?

【概述】

(一) 病因

过敏性紫癜为一组由不同病因引起的血管性紫癜,但病因常常难以确定。可能的病因包括细菌、病毒的感染,食物过敏,昆虫叮咬,寄生虫感染或药物过敏等。发病机制主要为免疫异常介导小血管炎,致组织及脏器损伤。冬、春季为本病的发病高峰期。主要见于2~10岁的儿童,尤其以3~7岁者为最多见,也可累及成人。本病无明显的性别差异。

(二) 分类

根据病变受累范围和临床表现,可将本病分为皮肤型、腹型、关节型、肾炎型,若有两种以上合并存在时称为混合型。

(三) 临床表现

本病通常突然起病,以对称性紫癜、关节痛、腹痛、黑便、血尿为特征,其中以紫癜最具诊断特异性。典型的紫癜呈红色或紫红色,多为高出皮肤的荨麻疹样皮疹,压之不褪色。皮疹可融合成片,重者可为出血性疱疹、皮肤溃疡或坏死。紫癜有分批出现的倾向,每批间隔数日至数周不等,多呈对称性分布,以四肢(尤其是下肢)的伸侧和臀部为多见,较少累及面部、掌心、足底和躯干。

【诊断要点】

1. 可有发热、咽痛等前驱症状
2. 四肢对称性斑丘疹样紫癜,可累及躯干
3. 可有腹痛、关节痛或累及肾
4. 血小板计数、血小板功能和凝血功能试验正常
5. 排除其他具有弥散分布的类似紫癜的疾病
6. 确诊困难的病例可做病理检查

【治疗要点】

防治感染,驱除寄生虫,避免可引起过敏反应的食物和药物等。急性期可



平卧休息数日,通过减轻下肢静脉压力,避免下肢紫癜加重。有消化道出血者,可禁食,予静脉补液。仅大便潜血阳性者,如腹痛不重,可进流食。

【药物治疗】

1. 单纯皮肤或关节病变者 轻型可仅口服抗组胺药物,氯苯那敏口服,4mg,一日3次;或苯海拉明 25~50mg,一日2~3次,饭后服;或赛庚啶 2~4mg,一日2~3次;或异丙嗪 12.5mg,一日4次,饭后及睡前服用,必要时睡前可增至25mg。另外可以用保护血管的药物:维生素C 0.1~0.2g,一日2~3次;葡萄糖酸钙静脉注射或静脉滴注:用10%葡萄糖注射液稀释后缓慢注射,每分钟不超过5ml,一次1g,需要时可重复;氨甲苯酸口服给药,0.25~0.5g,一日2~3次,每日总量为2g。重型患者急性期可给予糖皮质激素(每日泼尼松 0.5~1mg/kg,或氢化可的松 200~300mg/d)数日,以缓解症状。多次复发的患者可试用硫唑嘌呤等免疫抑制剂。

2. 腹痛型患者 腹痛可予解痉药。消化道出血可静脉滴注法莫替丁 20~40mg/d,可给予糖皮质激素(如泼尼松每日 1~2mg/kg,或氢化可的松 200~300mg/d),有效后逐渐减量,总疗程为2~3周。

3. 肾脏病变者 可予免疫抑制剂,如雷公藤总苷片 10~20mg,一日3次。病情控制后可减量维持或间歇疗法。1个月为一疗程。用药期间应复查血象和观察其他副作用。糖皮质激素对肾脏损害无显著疗效,仅限用于严重肾脏病变者,可试用甲泼尼龙冲击疗法。

【预后及注意事项】

1. 儿童出现急性腹痛应考虑到过敏性紫癜,需行皮肤、关节及尿液等检查。

2. 虽然本病目前无特效疗法,且由于无肾脏受累的患者大多预后良好,故无须积极治疗。关节痛者可用非甾体类抗炎药。

3. 激素对各型病变的自然病程无明显影响,也无明确预防复发和肾脏受累的作用,应避免滥用和长期使用。

4. 部分患者可反复发作。肾脏是否受损及受累的程度是决定预后的关键因素,故应随查尿液。

5. 本病可自愈,一般预后良好。少数伴有肾脏严重损害者预后较差。寻找及去除病因和致病因素,对预防本病至关重要。

第四节 原发性血小板减少性紫癜

学习目标

识记:

原发性血小板减少性紫癜的病因及发病机制。

理解:

原发性血小板减少性紫癜的临床表现及鉴别要点。

应用:

1. 利用所学知识能够对原发性血小板减少性紫癜患者实施基本的诊断和



治疗。

2. 培养关心、爱护、尊重患者的品质,诊断和治疗时表现出对患者认真、负责、尊重、热心、爱心、细心和耐心以及救死扶伤的精神。



任务引领

患者孙某,女性,19岁。因全身皮肤散在瘀点4天入院。入院前1周患感冒,至入院前4天起全身皮肤出现散在瘀点,分布不均匀,以颈部和四肢为多,压之不褪色。至入院前1天起口腔黏膜及舌边尖有血泡,破碎后出血,口苦,不多饮,食欲缺乏,大便干燥,小便短赤,低热,出汗,不恶寒。既往身体健康无出血病史。

体格检查:体温 37.9℃,血压 16/11kPa,心率 120次/分,心尖区 I 级有收缩期杂音。肝在肋下未扪及,在剑突下 2cm,脾在肋下可触及,舌质红,苔薄黄,舌背青筋较显露,口腔黏膜及舌边尖有泡,全身皮肤有散在的瘀点,以颈部和下肢为多,脉速。

实验室检查:红细胞 $31 \times 10^{12}/L$,白细胞 $8.1 \times 10^9/L$,中性 0.79,淋巴 0.21,血小板 $20 \times 10^9/L$,大便隐血试验阳性。

请思考:

1. 孙某的诊断是什么?依据是什么?
2. 如何治疗?

【概述】

特发性血小板减少性紫癜(简称 ITP)是最常见的获得性出血性疾病,是因免疫功能异常,导致血小板破坏增多和生成障碍所致。ITP 分急性和慢性两型。急性型常见于儿童,慢性型则多见于成人,年龄多在 20~50 岁,且以女性居多,男女比约为 1:2。

临床表现包括既往有出血病史,尤以皮肤、口腔和鼻出血为多见,女性常以月经过多就诊。少数患者可有消化道、泌尿道等内脏出血。中枢神经系统出血是罕见的但常危及生命的出血。脾脏不大或轻度增大。

【诊断要点】

1. 多次检查血小板计数减少(包括血涂片)。
2. 骨髓检查巨核细胞数增多或正常,有成熟障碍,血小板减少。
3. 排除血小板减少的其他各种原因。

【治疗要点】

急性型及重症者应住院治疗,限制活动,加强护理,避免外伤。止血药物对症处理。同时禁用阿司匹林等一切影响血小板聚集的药物,以免加重出血。脾切除是 ITP 的有效疗法之一。脾切除有效率可达 70%~90%,术后复发率 9.6%~22.7%。适应证:①慢性 ITP,正规激素治疗 3~6 个月无效;②肾上腺皮质激素疗效差,或需用较大剂量维持者(30mg/d);③对激素或免疫抑制应用禁忌者;④ ^{51}Cr 标记血小板检查,若血小板主要阻留在脾脏,则脾脏切除有效率可达 90%。

【药物治疗】

1. 观察 血小板计数 $\geq 30 \times 10^9/L$,无活跃出血者。



2. 首选治疗 泼尼松每日 1mg/kg,有效者逐渐减量维持,总疗程 3~6 个月。给药 28 天无效者,可酌情试用脉冲式地塞米松治疗,40mg/d,4 天,每 2 周一疗程,共 2~3 个疗程。也可首先采用脉冲式地塞米松治疗。

3. 免疫抑制剂 环磷酰胺 50~150mg/d 口服,一般 2~6 周才可奏效,对骨髓抑制作用强。硫唑嘌呤 50~150mg/d 口服,需长期用药。长春新碱除具有免疫抑制作用外,还可能有促进血小板生成及释放的作用。每次 1mg,每周一次,3~4 次为一疗程。

4. 免疫球蛋白 作用包括:①抗体中和作用;②封闭单核巨噬细胞的 Fc 受体的功能;③免疫调节。

5. 达那唑 是一种合成的雄激素,但其雄性化作用已被减弱,其作用可能与免疫调节及抗雌激素作用有关。剂量 300~600mg/d。

6. 输注血小板 用于有危及生命的出血患者或术前准备。如先输注免疫球蛋白再输注血小板,可使血小板寿命延长。

7. 血浆置换 适用于急性重症患者,可以在短时间内除去部分抗血小板抗体。每日置换血浆 3000ml,连续 3~5 日。

【预后及注意事项】

1. 肾上腺皮质激素治疗期间注意监测电解质、血糖、血压、骨质疏松、胃肠道溃疡等副作用,酌情防治。

2. 患者出现肉眼血尿时禁忌使用氨甲苯酸等抗纤溶药物。

3. 急症治疗适用于:①血小板计数 $<10 \times 10^9/L$,伴活跃出血;②内脏或颅内出血;③近期拟手术或分娩者。酌情静脉输注人血丙种球蛋白或血小板,可辅以抗纤维蛋白溶解药物,如氨甲苯酸。重症者及时转上级医院救治。

一般预后尚可,严重血小板减少者,可因颅内出血或重要脏器出血而死亡。