

· 综 述 ·

儿童 IgA 血管炎现状及护理研究进展*

程雪瑾¹, 张丽芳^{2△}, 肖永凤¹, 蔡蕊¹

(1. 大理大学护理学院, 云南大理 671000; 2. 云南省昆明市儿童医院呼吸与危重症医学科, 云南昆明 650000)

[摘要] 该文从儿童免疫球蛋白 A(IgA)血管炎流行病学概况、临床表现、护理干预策略及护理现存的问题及对策进行综述,旨在为临床 IgA 血管炎患儿、照顾者及管理者采取有效的护理干预措施提供理论依据,以丰富临床护理管理策略。

[关键词] IgA 血管炎; 儿童; 护理干预; 综述

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.02.044

中图法分类号:R654.3

文章编号:1009-5519(2025)02-0490-05

文献标识码:A

Current status and nursing research progress of IgA vasculitis in children*

CHENG Xuejin¹, ZHANG Lifang^{2△}, XIAO Yongfeng¹, CAI Rui¹

(1. School of Nursing, Dali University, Dali, Yunnan 671000, China; 2. Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Kunming Children's Hospital, Kunming, Yunnan 650000, China)

[Abstract] This article reviewed the epidemiological overview, clinical manifestations, nursing intervention strategies, existing nursing problems and countermeasures of pediatric IgA vasculitis, aiming to provide a theoretical basis for effective nursing interventions for children, caregivers and managers with clinical IgA vasculitis, so as to enrich clinical nursing management strategies.

[Key words] IgA vasculitis; Children; Nursing intervention; Review

国际教堂山共识会议于 2012 年正式将过敏性紫癜(HSP)更名为 IgA 血管炎(IgAV)^[1]。该疾病不仅是儿童时期主要的出血性疾病,还是引起继发性肾损伤的重要原因。往年数据显示,儿童 IgAV 的年发病率和复发率分别为(8.8~25.0)/10 万和 6.67%~33.33%^[2]。近年来,随着环境和个人习惯的改变,该病发病率和复发率均呈明显上升趋势,在世界范围内儿童年发病率为(6~24)/10 万,而我国年发病率为(6.1~55.9)/10 万,4~6 岁儿童的发病率更是高达 70.3/10 万^[3-4]。该病易反复发作,国外该病复发率为 2.7%~66.2%^[5],而我国复发率在 16.4%~71.8% 均有报道^[6]。有研究发现,有效的护理干预可将复发率下降至 2.04%,同时也能提高患儿及照顾者的遵医行为,缓解其负性情绪^[7]。由此可见,有效的护理措施能够促进患儿康复,减轻肾脏负荷,降低终末期肾病的发生率。本文通过综述儿童 IgAV 现状及护理相关研究,为进一步完善 IgAV 患儿护理管理策略提供借鉴。

1 危险因素

1.1 感染因素 在基因、环境等因素的影响下,70% 的患儿在发病前 1~2 周均有感染史,其中伴随呼吸道感染的患儿占 30%~65%^[8]。目前,已有大量研究证实呼吸道感染史是该病复发的独立危险因素^[9]。链球菌、幽门螺旋杆菌、EB 病毒、轮状病毒、支原体、衣原体等感染均可诱发该病。由此可见,病毒、细菌、真菌等病原体感染均是该病的主要危险因素。研究发现,新型冠状病毒感染(COVID-19)也与该疾病之间存在一定相关性^[10],但可能受到环境或其他因素的影响,现临床上对此仍存在一定争议,故对于 COVID-19 是否作为 IgAV 的危险因素未来还有待进一步研究予以证实。

1.2 遗传因素 IgAV 具有一定的家族遗传性,通常表现为在家族中同时或先后发病。国外研究认为,由于家族性地中海基因(FMF)发生突变,导致 IgAV 发生,且 FMF 患者该疾病的发生率与普通人相比更高^[11]。目前,国内研究发现,除 FMF 基因外,人类白

* 基金项目:大理大学护理学院 2024 年度研究生科研项目专项立项(2024HLY04)。

△ 通信作者, E-mail:1090550849@qq.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20241210.0948.004\(2024-12-10\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20241210.0948.004(2024-12-10))

细胞抗原基因(HLA)、肾素-血管紧张素系统基因(RAS)及血管内皮生长因子基因(VEGF)等均与该病存在密切相关性,随着医疗科学技术的发展,越来越多的研究者开始关注遗传因素与该疾病发生发展、严重程度及预后等方面的关系,可见遗传因素在该病的病程中占据重要地位^[12]。

1.3 药物因素 有研究表明,药物因素与该疾病的发生发展密切相关,其中抗凝剂(华法林等)、非甾体类抗炎药(阿司匹林等)、抗生素(青霉素、头孢呋辛等)、抗癫痫药物(丙戊酸钠等)、抗-肿瘤坏死因子(TNF)药物(阿达木单抗等)等药物均可诱发该疾病^[13-14]。除病原体外,疫苗接种也是该疾病的主要危险因素,包括麻疹疫苗、白喉疫苗、流感疫苗、乙型肝炎疫苗等。随着 COVID-19 的爆发,法国一项观察性研究通过对 24 个国家接种 COVID-19 疫苗的儿童进行调查,结果表明接种 COVID-19 疫苗能够引发该病,且儿童的发病率高,预后差^[15]。

2 临床表现

IgAV 是一种以非血小板减少性紫癜、关节炎或关节痛、胃肠道不适及肾脏损害为主要的临床表现的毛细血管变态反应性疾病。(1)皮肤受累:皮疹是该病主要的症状之一,常为首发症状,约有 73% 的患儿最早出现皮疹^[16],主要累及双下肢,以伸侧为主,稍高于皮面,呈对称性分布,按压不褪色。据调查,有 2.45% 的患儿会因血管完全被破坏或炎症引起血管内血栓形成,导致出血性水疱、溃疡和坏死灶的形成^[17]。(2)胃肠道受累:高达 50%~75% 的患儿会累及胃肠道,表现为脐周或下腹部疼痛,严重者会出现急性消化道出血,表现为黑便或呕血^[18],胃肠道表现可能比皮肤表现早几天或 1 周出现,故而以消化道症状为首发症状的 IgAV 容易被误诊为急性阑尾炎、急性胃肠炎等急腹症^[5]。因此,当患儿出现严重消化道症状时,可使用腹部超声、腹部 X 线片或 CT 检查进行疾病的判断与筛查,避免延误病情。(3)关节受累:80% 的 IgAV 患儿伴随关节受累,以双下肢(踝关节、膝关节)多见,可表现为关节周围皮肤肿胀、关节疼痛和活动受限,且该症状多在数日内消失,不留关节畸形。(4)肾脏受累:肾脏受累是 IgAV 最严重的表现,有 20%~80% 的患儿会出现肉眼血尿和(或)镜下血尿、蛋白尿等症状,也可能出现急性肾炎综合征或肾病综合征的表现,其中约有 2% 的患儿会发展成为终末期肾病^[19]。(5)生殖器受累:2%~38% 的男性患儿会引起生殖器受累,表现为睾丸或阴囊疼痛、肿胀^[20]。(6)神经系统受累:部分患儿在病程的 2~4 周会出现头痛、头晕、情绪不稳定、局灶性神经功能缺损等累及

神经系统的表现。

3 护理干预策略

3.1 皮肤护理 当患儿出现皮疹时,需注意保持皮肤清洁、干燥,选择纯棉、柔软的衣服。若皮疹处出现水泡时,使用 1 mL 无菌注射器将水疱内的液体抽吸干净并消毒,若溃疡一旦形成,由于血管损伤,愈合会相对缓慢,可在破溃处由内向外使用无菌生理盐水清洗、聚维酮碘消毒、遵医嘱使用莫匹罗星软膏外涂,并使用新型敷料进行包扎,例如:双相作用敷料、生物活性敷料等,使患儿皮疹破溃处维持创伤低氧微环境,湿性愈合能够加速创面愈合,同时也能减轻患儿的疼痛感^[21-22]。也可联合使用中药溻渍,将无菌纱布浸泡在紫草、青黛等中药中,以不滴水为宜敷在治疗部位,温度控制在 38℃ 为宜,使药物通过皮肤渗透、转运和吸收直达病灶,具有抗炎消肿、凉血消斑等作用,能够有使广泛的小血管炎症消散,从而加速紫癜消退、缩短病程^[23]。

3.2 饮食护理 最新指南指出,目前暂未有证据直接表明食物因素是引起 IgAV 发病的主要原因^[19],因此,轻症患儿建议进食清淡、少渣、易消化饮食,以白粥、软面条等食物为主,避免食用含过量防腐剂、添加剂的食物或饮食不规律,导致机体肠道菌群免疫防御和耐受功能之间的平衡被破坏,从而加重肠道病变,使该病持久不愈^[24]。若伴随剧烈腹痛、呕吐、消化道出血等胃肠道症状时,需暂时禁食予以肠外营养支持。

以往有研究建议 IgAV 患儿需限制蛋白质饮食,但由于患儿处于生长发育阶段,需保证充足优质蛋白的摄入,若长时间限制蛋白质,会导致患儿机体能量供应不足,易缺乏营养物质和微量元素,出现营养不良、抵抗力下降、免疫功能降低等情况,使得患儿遭受感染的风险增加,容易引起疾病反复,不利于恢复。蛋白质的摄入量会根据患儿的病情进行动态调整,IgAV 患儿蛋白质摄入量为 2.0~2.5 g/d,IgAV 肾炎患儿蛋白质的摄入控制在 0.8~1.0 g/d,若伴有水肿或高血压者,盐的摄入控制在 2~3 g/d,严重者控制在 0.5 g/d^[25]。有研究发现,每日摄入 250~350 mL 氨基酸基配方(AAF)和广泛水解蛋白配方(eHF),维持 2~4 周,且渗透压均低于 400 mOsm/L [即 450 mOsm/(kg·H₂O)],可补充患儿机体所需的营养,满足 IgAV 患儿对蛋白质的需求,提高机体免疫力,降低疾病风险^[26-27]。若症状再次出现,应继续使用 AAF 或 eHF 至少 3~6 个月。但由于该研究的人群范围较小,未来还有待进一步研究以证实该观点。

3.3 疼痛护理 IgAV 会随着病情的发展出现不同程度的腹痛或关节痛症状,由于该疾病常见于学龄期儿童,该时期儿童的机体、认知功能正处于生长发育阶段,不同年龄的患儿对疼痛的耐受程度和表达方式也会有所不同,对此,针对患儿的临床表现予以疼痛干预在护理工作中是非常重要的。

当患儿出现急性腹痛时,应卧床休息,可取半卧位,保持屈膝姿势缓解疼痛,禁止按揉腹部,也可根据患儿的疼痛部位仅选择一个穴位进行中医针刺疗法(上腹部穴内关、脐周穴足三里、下腹部穴三阴),大量临床研究已证实针刺疗法能够疏通经络,调节阴阳,以缓解腹痛,且疗效显著^[28]。对于急性期出现关节疼痛时,应严格卧床休息,减少肢体活动,可将软枕垫于关节下,使关节处于伸展位,以缓解疼痛。关节肿痛时可使用紫苏叶、蒲公英等中药煎制后进行熏蒸(每天 1 次,每次 30 min),利用蒸汽的温热作用促进局部皮肤对药物的吸收,达到活血化瘀、缓解关节肿痛的目的,建议 3~<7 岁患儿中药熏蒸治疗时温度控制在 39℃,7~<13 岁患儿为 41℃,13~14 岁患儿为 43℃为宜^[29]。对于轻度疼痛者可选择转移疼痛注意力的方式缓解疼痛(看漫画、玩游戏等)。若疼痛加重则需遵医嘱服用镇痛药,IgAV 所引起的关节肿痛通常在短时间内消失,可选择对关节和肌肉疼痛有效的镇痛药,如对乙酰氨基酚及其衍生物。也可使用非甾体类抗炎药止痛治疗,如布洛芬、吲哚美辛等,但由于该药具有抗血小板聚集的作用,肾功能损害患者和胃肠道出血患者应避免使用^[30]。对于伴随激烈疼痛且糖皮质激素治疗无效者可静脉输注 Ig,输注过程中需严密观察患儿心率、血压等生命体征。研究发现,针对 IgAV 患儿不同的疼痛部位、疼痛程度予以有针对性的疼痛护理,能够有效缩短疼痛时间、减少并发症的发生^[31]。

3.4 心理护理 IgAV 多见于学龄期患儿,由于该时期的儿童认知、理解和表达能力较弱,容易产生恐惧和焦虑的情绪,从而产生抵触行为,使其依从性较低,不利于疾病恢复。目前,临床上有关 IgAV 患儿心理干预大多是从与患儿的沟通方式、家庭协作参与等角度出发,可能对于患儿的心理状况不能给予及时、准确的专业心理治疗。对此,可以经心理咨询师对患儿目前心理状况进行全面了解、评估后,由心理治疗师针对患儿的心理状况采用专业的心理治疗方法对其进行干预治疗,如治疗性游戏、曼陀罗绘画、小丑疗法等,从心理学专业角度出发,最大限度地提高心理干预效果,以增加家长与患儿共同面对、战胜疾病的信心,同时使患儿以积极的心态配合后续治疗和护理。

3.5 家庭护理 由于 IgAV 病因复杂,易复发,且复发时间最短为 2 周,最长可达 10 年^[6],该疾病早期在于对症治疗,以减少并发症的发生,后期则是以家庭护理进行康复管理为主,有效的家庭护理能为患儿及照顾者提供健康指导,提高照顾者相关护理技能水平,并给予心理咨询、营养指导等,帮助患儿最大限度地改善健康结局。因此,患儿的愈后不仅取决于临床治疗和护理干预,还取决于完善的家庭护理管理。研究发现,以家庭为中心,鼓励照顾者共同参与,这不仅能够提高照顾者对疾病知识的掌握程度及家庭管理能力,有效改善患儿的遵医行为,还能缓解双方的焦虑情绪,帮助共同建立战胜疾病的信心,从而降低复发率,提高其生活质量^[32]。家庭护理应根据患儿不同的家庭情况及需求,给予有针对性的帮助,在掌握该疾病相关护理技能的同时,也可利用互联网,采取线上问诊、建立微信交流群等方式,一方面可以向照顾者提供健康指导,帮助其解决问题,另一方面也能使医务人员更加直观、便利地进行随访,能够更加清楚地了解患儿具体的病情变化,并给予及时、有效的帮助。

3.6 健康教育

3.6.1 复查随访时间 定期测量血压并进行尿液分析,在发病的第 1 个月应每周重复测量血压和尿液检测,然后在第 2、3 个月每 2 周重复 1 次,第 3~6 个月每月重复 1 次,最后每 6 个月重复 1 次,以检测血尿的存在,并量化蛋白尿^[17,35]。肾活检是诊断 IgAV 肾炎的“金标准”,但由于肾活检是一种侵入性手术,故可选择尿液检测作为复查指标,建议对 IgAV 肾炎患儿进行至少 6~12 个月的随访,对肾炎高危患儿随访至少 3~5 年^[34]。

3.6.2 疫苗接种 本病常见于学龄期儿童,该时期的儿童需按照疫苗接种计划开展疫苗接种工作,但考虑到疫苗接种也是该疾病的主要危险因素之一^[35],因此,对有 IgAV 病史的儿童暂不推荐接种疫苗,待痊愈后再进行接种,且 IgAV 患儿在使用免疫抑制剂治疗期间,需暂缓接种减毒活疫苗(麻疹减毒活疫苗、甲型肝炎减毒活疫苗、乙型肝炎减毒活疫苗等)^[36-37]。

3.6.3 病情观察 由于 IgAV 发病机制、诱发因素较为复杂,病情发展迅速,容易误诊,因此应教会患儿照顾者如何及时、准确观察病情变化。对于单纯型 IgAV 患儿应指导家长正确观察和记录皮疹的状态、颜色、数量及是否有破溃或反复出现。在观察的同时,对皮肤进行准确、及时、有效的护理以减少刺激,促进皮疹的消散;对于腹型 IgAV 患儿,应仔细观察腹痛的部位疼痛程度及持续时间,并记录呕吐物的性

状、量等具体情况。对于关节型 IgAV 患儿,应观察患儿关节肿痛的部位、疼痛程度及持续时间;对于肾型 IgAV 患儿,仔细观察并记录大小便的颜色、性状、量等具体情况。若出现水肿,应注意观察并记录患儿的血压变化、水肿消退和体重变化情况并及时就医。

4 IgAV 患儿护理现存的问题及对策

4.1 口腔感染问题未引起足够重视 国外有研究发现,口腔感染问题与 IgAV 发病之间有一定相关性,口腔感染会导致口腔微生物菌群失调,IgAV 患儿口腔菌群失调比健康儿童更加明显,其口腔微生物的丰富度、多样性及口腔疾病检出率较高^[38-39]。而国内有关于 IgAV 患儿口腔感染问题的研究比较少,在临床中该问题容易被忽视,因此应加强对它的重视程度。

龋病是儿童时期最常见的口腔感染性疾病,若早期针对 IgAV 患儿的龋齿问题进行干预,可降低 IgAV 复发,减轻肾脏损害^[40],对此,为促进口腔微生物菌群维持稳定,降低口腔感染,临床中需对患儿进行针对性口腔护理。减少进食含糖量高的食物,引导患儿饭后及早晚正确刷牙,可选择对预防龋齿有显著效果的含氟牙膏进行刷牙,每次刷牙不低于 3 min,以清理干净口腔中的食物残渣,减少细菌在牙齿表面附着,从而进一步降低龋齿发生率。近年来,益生菌已广泛应用于龋齿的预防,研究发现,使用益生菌能够有效降低龋齿的风险、改善牙周状况、提高口腔疾病的治疗效果^[41]。其次,牙痛也可作为 IgAV 首发症状,但在临床上牙痛容易只诊断为根尖周炎,容易被忽视^[42]。因此,未来需提高对口腔感染问题的重视程度,进行更为全面的体格检查,并加强多学科间的合作,对 IgAV 患儿口腔感染问题予以尽早干预,以改善患儿的远期预后。

4.2 运动与机体免疫之间未达到平衡 现代医学对 IgAV 患儿主张静养,对一般病例要求卧床休息,对于伴有严重并发症的患儿建议绝对卧床休息,虽然卧床休息限制了皮肤紫癜和关节疼痛的发展,但对消化道或肾脏损害的发展没有影响,并有静脉血栓形成的风险。因此,为促进儿童生长发育,待 IgAV 患儿皮疹消退且无并发症后,可鼓励患儿进行适度的运动,根据患儿的兴趣爱好,在专业人士的指导下从无负荷、简单、缓慢的有氧运动开始,循序渐进,逐渐延长运动时间及更换运动方式,再过渡到正常的运动,但切忌半年内进行剧烈运动。但由于目前缺乏运动项目、频率、强度与机体免疫之间的充分研究,这一问题未来还有待进一步研究。

4.3 缺乏特异性生活质量研究工具 目前,有关 IgAV 患儿生活质量的评价工具使用较多的是儿童健

康问卷(CHQ)和儿童生活质量测定量表(Peds QLTM4.0),其中儿童健康问卷^[43]包括生理功能、社会功能、情感职能等 8 个方面的内容,该问卷用于未成年人存在一定局限性,部分条目过多或者文本内容过大,患儿难以理解及完成,降低了临床实践的可行性和推广性。儿童生活质量测定量表(Peds QLTM4.0)^[44]虽划分了年龄段,但由于患儿可能会因疾病的发生发展暂时不能上学,对于该量表中有关学校的内容结果会发生偏倚,影响最终结论的准确性。

由于该病易复发,复发周期可长达 5~10 年,且复发因素较为复杂,频繁复发会增加疾病风险,加重患儿肾脏负荷,最终导致慢性肾衰竭的发生,使患儿的生活质量大幅度下降,且目前尚未有符合我国国情的 IgAV 患儿生活质量评估工具。因此应加大力度开展有关患儿后期生活质量相关方面的研究,并延长研究时间,予以构建我国有关 IgAV 患儿生活质量研究工具,能够科学、严谨、全面地为提高患儿的生活质量提供相应的干预措施,以促进患儿全面生长发育,使其健康成长。

5 结语与展望

随着环境和个人习惯的改变,IgAV 的发病率和复发率在我国呈上升趋势,该疾病易受到感染、遗传、药物等因素影响,导致该疾病易反复发作,并伴随不同程度的临床表现,包括以非血小板减少性紫癜、关节炎或关节痛、胃肠道不适及肾脏损害等。针对患儿不同的临床表现给予皮肤护理、饮食护理、疼痛护理、心理护理及家庭护理以达到改善其健康结局的目的。目前,我国关于 IgAV 患儿的研究大多聚焦于发病机制及疾病治疗,而对口腔感染问题重视程度不足、未维持运动与机体免疫之间达到平衡及有关生活质量的研究工具尚缺乏特异性等问题在临床护理工作中还存在一定的不足。因此,针对 IgAV 患儿护理管理,未来可在以下几个方面着手:(1)加强多学科合作并开展多中心研究,在临床工作中重视患儿的每一个临床表现,以避免延误病情;(2)未来应开展更多的护理干预对照研究,促进患儿运动与机体免疫之间保持平衡;(3)根据我国国情开发出适合我国 IgAV 患儿生活质量的特异性研究工具,最终达到降低复发率、减轻肾脏负荷、提高生活质量的目的,从而更有力促进患儿的康复,并推动临床护理事业的发展。

参考文献

- [1] JENNETTE J C, FALK R J, BACON P A, et al. 2012 revised international chapel hill consensus conference nomenclature of vasculitides[J]. *Arthritis Rheum*, 2013, 65

- (1):1-11.
- [2] 常克,范涛,邱继春,等. 儿童过敏性紫癜相关因素调查研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(5):5-8.
- [3] MOSSBERG M, SEGELMARK M, KAHN R, et al. Epidemiology of primary systemic vasculitis in children: A population-based study from southern Sweden[J]. *Scand J Rheumatol*, 2018, 47(4):295-302.
- [4] PIRAM M, MAHR A. Epidemiology of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schonlein): current state of knowledge[J]. *Curr Opin Rheumatol*, 2013, 25(2):171-178.
- [5] ONI L, SAMPATH S. Childhood IgA vasculitis (henoch schonlein purpura)-advances and knowledge gaps [J]. *Front Pediatr*, 2019, 7:257.
- [6] 赵亚斌. 过敏性紫癜患儿复发或反复情况的影响因素分析[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(12):1463-1464.
- [7] 曾阿真,张秀梅. 儿童过敏性紫癜的护理方法及影响其复发的相关因素[J]. 黑龙江中医药, 2022, 51(4):164-166.
- [8] HETLAND L E, SUSRUD K S, LINDAHL K H, et al. Henoch-schonlein purpura: A literature review[J]. *Acta Derm Venereol*, 2017, 97(10):1160-1166.
- [9] 戴本启,张志梅,王华好. 儿童过敏性紫癜复发的危险因素分析[J]. 海南医学, 2018, 29(9):1239-1241.
- [10] ALGHOOZI D A, ALKHAYYAT H M. A child with Henoch-Schonlein purpura secondary to a COVID-19 infection[J]. *BMJ Case Rep*, 2021, 14(1):232-239.
- [11] SAPINA M, FRKOVIC M, SESTAN M, et al. Geospatial clustering of childhood IgA vasculitis and IgA vasculitis-associated nephritis[J]. *Ann Rheum Dis*, 2021, 80(5):610-616.
- [12] LOPEZ-MEJIAS R, CARMONA F D, CASTANEDA S, et al. A genome-wide association study suggests the HLA class II region as the major susceptibility locus for IgA vasculitis[J]. *Sci Rep*, 2017, 7(1):5088.
- [13] ALMASOUDI A A, BABLGHATH E S, ALAAUL-DEEN S I, et al. Ceftriaxone-induced leukocytoclastic vasculitis; A case report and literature review of antibiotic-induced leukocytoclastic vasculitis[J]. *J Int Med Res*, 2022, 50(5):665808600.
- [14] HOSSEINI F, SAFARI M. Henoch-Schonlein purpura due to sodium valproate: A case report [J]. *Clin Case Rep*, 2022, 10(3):e5596.
- [15] RAMDANI Y, LARGEAU B, JONVILLE-BERA A P, et al. COVID-19 vaccination as a trigger of IgA vasculitis: A global pharmacovigilance study[J]. *J Rheumatol*, 2023, 50(4):564-567.
- [16] DU L, WANG P, LIU C, et al. Multisystemic manifestations of IgA vasculitis[J]. *Clin Rheumatol*, 2021, 40(1):43-52.
- [17] SESTAN M, JELUSIC M. Diagnostic and management strategies of IgA vasculitis nephritis/henoch-schonlein purpura nephritis in pediatric patients: Current perspectives[J]. *Pediatric Health Med Ther*, 2023, 14:89-98.
- [18] LEUNG A, BARANKIN B, LEONG K F. Henoch-schonlein purpura in children: An updated review[J]. *Curr Pediatr Rev*, 2020, 16(4):265-276.
- [19] 中华医学会儿科学分会免疫学组, 中华儿科杂志编辑委员会, 中国儿童风湿免疫病联盟. 中国儿童 IgA 血管炎诊断与治疗指南(2023)[J]. 中华儿科杂志, 2023, 61(12):1067-1076.
- [20] GOMEZ S, PEREZ M, PELLEGRINI M, et al. Henoch-Schonlein purpura in pediatrics: Ten years of experience at a moderate risk office of a general hospital[J]. *Arch Argent Pediatr*, 2020, 118(1):31-37.
- [21] 马云鹤. 过敏性紫癜患儿皮疹破损结痂 1 例的护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(70):243-276.
- [22] 刘子怡,张旭娟,蔡子松,等. 湿性愈合研究进展[J]. 生物技术进展, 2023, 13(4):534-541.
- [23] 刘卫青,王昕泰,杨燕. 中药漏渍疗法治疗过敏性紫癜患儿疗效观察[J]. 护理研究, 2023, 37(11):2049-2051.
- [24] 邢亚萍,韩姗姗,丁樱,等. 基于“阳明有余”探讨“肠道微生态-免疫炎症”失衡在腹型过敏性紫癜中的作用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(12):2038-2041.
- [25] 徐海玲,陈晓榆,方丽燕,等. 饮食管理在儿童过敏性紫癜临床治疗中的意义[J]. 中国医药科学, 2019, 9(4):52-54.
- [26] WANG L, YIN C, ZHANG M, et al. A randomized controlled trial on the effect of dietary guidance on the treatment of Henoch-Schonlein purpura in children[J]. *J Investig Med*, 2021, 69(8):1464-1472.
- [27] 中华医学会儿科学分会新生儿学组, 中华儿科杂志编辑委员会. 新生儿牛奶蛋白过敏诊断与管理专家共识(2023)[J]. 中华儿科杂志, 2024, 62(1):12-21.
- [28] 高旭光,姚慧莹,李相珍,等. “三才取穴”针刺法在过敏性紫癜急性腹痛中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(4):622-624.
- [29] 张君,胡桂丽,王娅如,等. 中药熏蒸治疗儿童过敏性紫癜适宜温度研究[J]. 中国中西医结合儿科学, 2023, 15(2):99-104.
- [30] PILLEBOUT E, SUNDERKOTTER C. IgA vasculitis [J]. *Semin Immunopathol*, 2021, 43(5):729-738.
- [31] 何惠玲,洪志明. 个性化护理干预在小儿过敏性紫癜护理中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2024, 22(18):169-172.
- [32] 叶春春,苗秀欣. 系统化家庭管理对过敏性紫癜患儿家庭功能及生存质量的影响研究[J]. 护理管理杂志, 2020, 20(8):560-565.
- [33] JELUSIC M, SESTAN M, GIANI T, et al. New insights and challenges associated with IgA vasculitis and IgA vasculitis with nephritis-is it time to change the paradigm of the most common systemic vasculitis in childhood? [J]. *Front Pediatr*, 2022, 10:853724.
- [34] 易著文. 儿童紫癜性肾炎诊治循证指南的解读[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(4):289-291. (下转第 501 页)