

浅谈全身性过敏反应的临床救治

上海市同仁医院急诊科 马骏

过敏性疾病已被世界卫生组织(WHO)列为21世纪重点防治的重要疾病之一,每年7月8日为世界过敏反应组织(WAO)命名的“世界过敏性疾病日”。由于过敏物质种类繁多,在加上气候变化和生活方式改变等诸多因素叠加影响,导致人群中此类疾病易感性增加,常见的如过敏性鼻炎、哮喘、接触性皮炎、湿疹、荨麻疹等,临床共同特点是难以忍耐的瘙痒、皮疹和血管性水肿等,并且反复发作和迁延不愈,对人们的生活质量产生众多不良影响,尤其以全身性过敏反应的表现最为严重,如食物过敏或药物过敏往往迅速起病,甚至出现过敏性休克等急危重症导致生命危险!因此更需要我们提高认识、合理预防、规范诊疗、避免复发风险。为什么会过敏?如何识别危及生命的全身性过敏反应?常见的过敏诱因有哪些?又如何预防和治疗?

1. 全身性过敏反应表现

过敏是一种常见的变态反应,又称为过敏反应,主要是由免疫系统介导对粉尘、食品、药物、昆虫叮咬等过敏原产生的免疫反应。发生机制可分为致敏、激发和效应三个阶段,常常累及多个器官诸多系统,表现多种多样。临床上全身性过敏反应可呈现十余种症状和体征,在实际病例中多达90%的过敏表现为皮肤与黏膜相关的临床症状,其次85%为呼吸系统表现,而胃肠道和心血管系统表现各为45%。

根据2020年WHO的修订版诊断标准,当人们出现突然发病,并且有迅速进展的典型过敏症状和体征,很可能就是全身性过敏反应,而且当再次发作时,过敏症状的严重程度及先后顺序可能与之前发作相同,其中临床表现可以是以下二种情形之一:其一,急性起病,即数分钟至数小时发病,同时累及皮肤、或黏膜组织,如泛发性荨麻疹、瘙痒或潮红、唇-舌-悬雍垂肿胀等,并且出现至少一项有关器官功能受损的临床表现,如呼吸困难、喘鸣、低氧血症等呼吸功能损害,血压下降或者晕厥、虚脱等

心血管循环障碍和终末器官功能损伤,重度痉挛性腹痛、反复呕吐等严重胃肠道症状,特别是在暴露于非食入性过敏原后发生者。其二,暴露于已知或很可能的过敏原后,即使没有典型的皮肤受累表现,在数分钟至数小时内迅速发生低血压休克、支气管痉挛或喉部受累等征象。

2. 全身性过敏反应机制

WAO将全身性过敏反应机制分为免疫性和非免疫性两类。免疫性全身性过敏反应通常为典型的速发型过敏反应,是由特异性免疫球蛋白E(IgE)介导的I型过敏反应,即暴露于过敏原后数分钟至1小时内发作,约95%的病例最常见单相病程,表现为在症状出现后数分钟至数小时内达到高峰,之后会在数小时内自行消退或在治疗后消退。当人体首次暴露于过敏原时,经过免疫系统致敏作用,产生特异性IgE并与全身的肥大细胞和嗜碱性粒细胞上的高亲和力IgE受体结合,之后当已致敏的机体再次接触相应的过敏物质后激发免疫应答,广泛活化肥大细胞和嗜碱性粒细胞脱颗粒并释放和产生组胺、缓激肽、类胰蛋白酶、细胞因子等多种炎症介质进入循环系统,引起全身细小血管扩张,血管通透性增加,并使气道平滑肌收缩,心肌缺血和心律失常,既直接作用于组织导致过敏反应,又募集并活化其他炎症细胞,尤其是嗜酸性粒细胞,继续释放出更多血管活性介质推动过敏反应的爆发性“连锁反应”,临床上迅速发生周围循环灌注不足的低血压表现,严重者出现过敏性休克、喉头水肿窒息等。非免疫性全身性过敏反应无特异性IgE介导,是由过敏物质或不良事件诱导,直接激发肥大细胞或嗜碱性粒细胞脱颗粒释放炎症介质而引起的速发型或迟发型过敏反应,如阿片类药物、喹诺酮类抗生素引起的药物过敏反应。

3. 全身性过敏反应诱因

常见的过敏原分为吸入性、食入性和接触性等多种,能够诱导人体过敏的过敏原多为蛋白或多肽,偶尔是

碳水化合物,临床研究全身性过敏反应的诱发因素中,药物、昆虫蜇刺毒液和食物等过敏原分别为41%、27%和21%,其中58%的病例有一种或多种辅助因素,包括感染、运动、非甾体药物和酒精等。临床上成人食物过敏中,IgE介导的速发型过敏反应患病率高达5%,以胃肠道症状伴随其他器官受累为显著特征,并且急性荨麻疹患者中约20%为食物过敏,最常见花粉-食物过敏综合征,2%发生全身性过敏反应,常发生于花粉过敏患者进食生新鲜水果或蔬菜后,其次对鱼类和海鲜或花生和坚果等食物过敏的患病率为2%,后者发病常从儿童期持续至成年。食物依赖性运动诱发全身性过敏反应,青年人最常见,为摄入小麦、芹菜和海鲜等致敏食物后2-4小时内大量运动后出现,以及进食牛羊肉或猪肉等红肉中 α -半乳糖诱发的迟发型过敏反应,而且合并哮喘、酒精和阿司匹林等药物、劳累应激和睡眠缺乏等触发因素,可以降低反应阈值更易发生食物诱发的全身性过敏反应。临床流行病学调查药物过敏反应发生率大于8%以上,部分患者因过敏性休克、重症药疹等严重过敏反应死亡,在住院患者中最常发生 β -内酰胺类抗生素药物过敏,如青霉素、头孢菌素类,几乎都会引发荨麻疹,其中青霉素速发型过敏反应最严重,哮喘患者如果对敏则发生全身性过敏反应的风险更高。由于昆虫叮咬无法避免,如蜜蜂、马蜂及入侵火蚁等,因此昆虫蜇伤中全身性过敏反应发生率多达3%,大量蜇伤可导致中毒反应,伴心血管病及应激耐受性差的患者,更易发生重度和致死性全身性过敏反应的风险。

4. 全身性过敏反应治疗

全身性过敏反应的严重程度随时间而变化,开始可能为轻度仅表现为最常见的荨麻疹而逐渐自行消退,也可能为重度累及多个器官,在数分钟内进展为致死性全身性过敏反应,因心血管循环衰竭或者气道梗阻窒息导致患者直接死亡,从症状开始至出现呼吸或心脏骤停的中位时间为5分

钟~30分钟,因此对于临床表现为全身性过敏反应患者,如急性荨麻疹、急性过敏性哮喘、急性过敏性休克和复发性昆虫蜇刺过敏,为防止进展危及生命应尽早给予肾上腺素的治疗极为关键,同时还要尽快清除诱因,进行抗休克容量复苏及心肺复苏急救处理,以达到防止或纠正呼吸循环梗阻和心血管循环衰竭的目的。对于轻中度过敏反应予以常规抗过敏药物治疗,包括抗组胺药,西替利嗪、氯雷他定等,可抑制组胺与相应受体结合作用;支气管扩张剂,如沙丁胺醇辅助肾上腺素治疗重症支气管痉挛;糖皮质激素类药物,对于单纯性荨麻疹伴血管性水肿或症状已持续数日,联合抗组胺治疗的短疗程糖皮质激素治疗,可抑制致病炎症机制有助于取得更好临床疗效。

5. 全身性过敏反应预防

预防的关键包括,规避明确的过敏诱因,识别真实过敏原和可能的促发因素,及时就医和规范救治,降低慢性基础疾病加重过敏反应的风险,采取干预措施避免复发,保持乐观心态,注意生活起居、饮食得当和体育锻炼,促进机体免疫功能稳定健康。临床上过敏原皮肤试验阳性,血清过敏原特异性IgE水平升高,表明患者已致敏,更易发生IgE介导的速发型过敏反应。值得注意的是,这并不一定能证明是引起过敏症状的诱因,仍须结合临床病史,如果患者暴露于这种物质后出现过敏症状,远离后症状减轻而再次接触症状又重新出现,这基本可以明确其为过敏诱因。皮肤试验也是对青霉素类药速发型过敏反应评估的首选,青霉素皮试阳性患者对头孢菌素类抗生素发生过敏反应约2%,使用此类抗生素仍需谨慎。对于药物过敏患者应进行药物过敏评估后使用安全药物替代治疗,食物过敏者需远离致敏食物并严格回避致敏因素,昆虫蜇刺毒液过敏者可采取脱敏治疗,对于全身性过敏反应多次发作未确定病因患者,应鉴别是否有隐藏的诱因或肥大细胞疾病,可以使用抗组胺药或糖皮质激素来预防。

一文读懂 EB 病毒：它和鼻咽癌到底有啥“关联”？

来宾市兴宾区人民医院 韦明草

一、认识 EB 病毒：你可能早已“中招”

EB 病毒,全称 Epstein-Barr 病毒,是一种常见的人类疱疹病毒。据统计,全球 90% 以上的成年人都曾感染过 EB 病毒,多数人在儿童或青少年时期就已通过唾液、血液等途径接触。

感染 EB 病毒后,多数人症状轻微,类似普通感冒,可能出现咽痛、低热、颈部淋巴结肿大、乏力等表现,1-2 周后会自行痊愈。但 EB 病毒有个关键特点——一旦感染,便会潜伏在人体 B 淋巴细胞内,当熬夜、压力大、生病等导致免疫力下降时,病毒可能被再次激活,持续复制并侵犯鼻咽黏膜组织。

二、EB 病毒与鼻咽癌：并非“感染即癌变”，但关联紧密

很多人担心“感染 EB 病毒就会得鼻咽癌”，其实两者并非直接划等号，但关联机制已被阐明：EB 病毒潜伏在鼻咽细胞后，会通过基因整合改变细胞正常功能——比如其携带的 EBNA-1、LMP-1 等蛋白，会破坏细胞增殖与凋亡的平衡，让细胞出现异

常增生，长期积累便可诱发癌变。临床数据显示，几乎 100% 的鼻咽癌患者肿瘤组织中，都能检测到 EB 病毒的 DNA 片段，且病毒活跃程度与肿瘤恶性程度正相关。

不过，鼻咽癌的发生是“病毒+多因素”共同作用的结果：遗传因素会增加易感性，若家族中有鼻咽癌患者，亲属患病风险比普通人群高 3-5 倍；环境因素中，长期食用咸鱼、腊味等腌制食品（含亚硝胺类致癌物）、长期吸入油烟或空气污染颗粒，会进一步加重鼻咽黏膜损伤，为病毒致癌创造条件。简单说，EB 病毒是“导火索”，但是否引爆癌变，还需看遗传、环境等“助燃剂”是否存在。

三、如何早发现：4 类检查精准排查风险

EB 病毒感染无症状，鼻咽癌早期症状也隐匿，定期检查是早发现的关键，不同检查各有侧重。

EB 病毒抗体检测：通过抽血查 EB 病毒相关抗体（如 VCA-IgA、EA-IgA），若 VCA-IgA 持续阳性或滴度升高，提示鼻咽癌风险增加，适合作为大规模筛查（如体检）的初筛

项目，费用低、操作便捷。

EB 病毒 DNA 定量检测：比抗体检测更灵敏，能直接检测血液中 EB 病毒的复制量。若病毒载量持续超标，说明病毒活跃，需警惕鼻咽细胞病变，尤其适合鼻咽癌患者治疗后的随访，可提前预警复发。

鼻咽镜检查：分普通鼻咽镜和电子鼻咽镜，后者能高清观察鼻咽部黏膜（如咽隐窝、顶后壁），若发现黏膜粗糙、溃疡、新生物，可当场取组织做病理检查，是确诊鼻咽癌的“金标准”。有家族史、EB 病毒检测异常者，建议每年做 1 次。

影像学检查：若鼻咽镜发现异常，需进一步做鼻咽部增强 CT 或 MRI，明确肿瘤大小、侵犯范围（如是否侵犯颅底、颈部淋巴结），为后续治疗方案制定提供依据，属于“确诊后的精准评估”检查。

四、日常预防：降低风险从点滴做起

降低 EB 病毒相关鼻咽癌风险，日常可从 3 方面入手：

增强免疫力：每天保证 7-8 小时睡眠，避免长期熬夜；饮食上多吃新

鲜蔬果、优质蛋白（如鱼、蛋、豆制品），少吃高油高糖食物；每周做 3-4 次中等强度运动（如快走、瑜伽），提升身体对病毒的抑制能力。

减少致癌因素：少吃咸鱼、腊味、腌菜等腌制食品，烹饪时少用盐和酱油；厨房安装油烟机，减少油烟吸入；雾霾天外出时佩戴 N95 口罩，减少空气污染对鼻咽的刺激。

阻断病毒传播：EB 病毒主要通过唾液传播，避免与他人共用餐具、牙刷、水杯；打喷嚏或咳嗽时用纸巾遮挡，减少病毒扩散。

五、总结：科学看待，不必恐慌
EB 病毒虽普遍存在且与鼻咽癌有关，但大家无需过度焦虑。多数人感染后，免疫力会将病毒控制在潜伏状态，不会引发病变；即使属于高风险人群，只要定期做 EB 病毒检测和鼻咽镜检查，早发现、早治疗，鼻咽癌 5 年生存率可达 90% 以上。

若出现鼻塞、涕中带血（尤其晨起回吸涕带血）、耳鸣、耳闷、颈部无痛性肿块等症状，误以为是“鼻炎”或“感冒”，需及时到耳鼻喉科就诊，避免延误治疗时机。