

· 经验交流 ·

川崎病血小板参数的变化及临床意义

刘益林,李凌媛,肖曙芳

(昆明市儿童医院,云南·昆明 650034)

[中图分类号] R593.1 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2002)03-0251-01

为了解川崎病血小板参数的变化及临床意义,本文对我院1997~2000年8月收治71例川崎病(KD)血小板参数的变化进行了分析,报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

我院于1997年1月至2000年8月收治KD患儿71例,均符合1984年日本MCLS研究委员会提出的KD诊断标准,男45例,女26例,年龄3月至6岁,所有患儿行心脏二维超声心动图检查,发现冠状动脉损伤18例,其中冠状动脉扩张13例,冠状动脉瘤5例。

1.2 方法

采用法国BiemaceII Pius全自动血细胞计数仪,试剂和质控由该公司提供,分别于KD急性期和恢复期取手指毛细血管血做血小板计数(PLT)、血小板平均体积(MPV)及血小板分布宽度(PDW)检测。对照组为我市入托体检儿童200名。

1.3 统计学处理

数据以均数±标准差表示,以方差分析,*t*检验判断差别显著性。

2 结果

71例川崎病患儿急性期PLT增多,MPV呈下降趋势,PDW变化不明显,随着PLT继续升高,MPV降低明显,KD进入恢复期,急性期PLT增多,MPV增大,可发生冠状动脉病变($P < 0.05$)。血小板参数测定结果见表1,川崎病并冠状动脉损伤与无冠状动脉损伤血小板参数比较见表2。

表1 71例川崎病血小板参数测定结果

	PLT($\times 10^9/L$)	MPV(fl)	PDW(%)
对照组	263.7±67.2	8.83±1.2	40.62±6.8
川崎病急性期	347.7±123.9	8.42±1.2	42.14±6.7
川崎病恢复期	462.5±146.2	7.49±1.5 ^a	39.97±7.4

注:与对照组相比 $P < 0.01$

表2 冠脉损伤组与无冠脉损伤组血小板参数比较

	PLT($\times 10^9/L$)	MPV(fl)	PDW(%)
有冠状动脉损伤 n=18	342.4±128.1	9.7±2.2	41.87±5.1
无冠状动脉损伤 n=53	350.0±123.4	8.1±1.8	39.57±10.8
<i>t</i>	0.22	3.078	0.91
<i>P</i>	>0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

已知川崎病是一种免疫介导的全身性血管炎,有研究表明KD患者血小板4因子(PF4)、血小板β球蛋白(β-TG)和血小板α-颗粒膜蛋白(GMP-140)增高,证实KD患儿血小板活化增强。另有研究证实白细胞介素α(IL-6)有刺激血小板活性作用,说明血小板作为一种细胞急性时相反应物,与KD时血管内皮损伤、内皮细胞凋亡密切相关,成为KD血管炎致动脉狭窄、闭塞,冠状动脉瘤形成的主要病理基础^[1]。冠状动脉瘤是KD的严重并发症,早期的防治直接关系到患儿预后,寻找影响冠状动脉的危险因素并加以防范是临床医师关注的重要问题^[2]。

MPV主要是反映骨髓巨核细胞的增生、代谢及血小板生成的参数,PDW是反映血小板体积差异程

(下转第253页)

症^[3]。本组有 10 例曾误诊为阑尾炎 ,但本病压痛部位与阑尾炎有所不同 ,靠近中线或偏高 ,不似急性阑尾炎时压痛固定 ,少有反跳痛及腹肌紧张。同时急性肠系膜淋巴结炎腹痛部位易变 ,当患儿体位改变时由于肠系膜淋巴结位置的改变 ,主要压痛点也随之改变 ,且触痛范围较急性阑尾炎为广 ,均有助于区别。鉴别有困难者 ,借助于腹部 B 超多能明确诊断。本病腹部 B 超表现为腹腔多发淋巴结肿大 ,外形光滑完整 ,皮髓质分界清 ,呈低回声改变 ,大小不等。急性阑尾炎在腹部 B 超中绝大多数可见增粗的阑尾^[4]。本组 100 例患儿腹部 B 超检查均符合上述表现 ,而未发现增粗的阑尾。同时 ,急性肠系膜淋巴结炎诊断需排除其它引起腹痛常见原因。因此在诊断中需注意全面体检 ,以防误漏诊。

急性肠系膜淋巴结炎目前尚无统一诊断标准 ,根据临床观察 ,我们体会有以下情况应考虑为急性肠系膜淋巴结炎 :发病前有上呼吸道感染或肠道感染 ,临床表现有发热、腹痛、呕吐等症状 ,腹痛多位于右下腹 ,为阵发性、痉挛性痛 ,少有反跳痛及腹肌紧

张 ,腹部 B 超提示多发肠系膜淋巴结肿大 ,并排除其它引起腹痛的常见病。

本病的治疗以抗感染为主 ,辅以解痉 ,补液等支持疗法 ,预后大多良好。本组病例主要予头孢哌酮 ,丁胺卡那霉素抗感染 ;山莨菪碱能缓解多数患儿的腹痛 ,但对少数腹痛难以忍受者可考虑用阿托品 ,必要时用镇静剂。因患儿多有呕吐、进食少 ,故维持水、电解质平衡亦很重要。

[参 考 文 献]

[1] 吴瑞萍 ,胡亚美 ,江载芳 . 诸福棠实用儿科学上册 [M]. 第 6 版 . 北京 :人民卫生出版社 ,1996 ,1304.
[2] 赵衡萍 . 急性肠系膜淋巴结炎 22 例临床分析 [J]. 蚌埠医学院学报 ,1999 ,24 (2) :358.
[3] 石景森 ,王瑞禄 ,郑凯玲 . 急性肠系膜淋巴结炎 46 例临床分析 [J]. 实用外科杂志 ,1985 ,5 (8) :410.
[4] 万里业 . 高频超声对急性肠系膜淋巴结炎的诊断价值 [J]. 中国医学影像技术 ,1999 ,15 (2) :95.

(本文编辑 :吉耕中)

(上接第 251 页)

度的参数。本组资料显示 ,川崎病急性期 PLT 增多 ,MPV 呈下降趋势 ,PDW 变化不明显 ,随着 PLT 继续增多 ,MPV 明显降低 ,川崎病进入恢复期 ,提示 KD 时血小板代谢活跃 ,聚集力、粘附力均增强 ,消耗亦增加 ,呈高凝状态 ;值得注意的是当急性期 PLT 增多 ,而出现 MPV 增大 ,可能发生冠状动脉损伤。因此 ,KD 急性期 MPV 增大提示川崎病并发冠状动脉病变的危险性增加。

[参 考 文 献]

[1] Furukawa S , Mafsubara T , Umezawa , et al . Serum levels of P60 soluble tumor necrosis factor receptor during acute Kawasaki disease [J]. J Pediatr , 1994 , 124 : 721 - 725 .
[2] 梁翊常 ,王乃坤 ,柴晓敏 . 我国川崎病概况 [J]. 中国实用儿科杂志 ,1995 ,10 (5) :302 - 303 .

(本文编辑 :吉耕中)