

· 临床经验 ·

36 例不完全川崎病临床分析

邹长新

(娄底市锡矿山中心医院儿科, 湖南 冷水江 417500)

[中图分类号] R593 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)03-0397-02

川崎病(Kawasaki disease, KD)的诊断主要依赖于临床表现而缺乏特异性的实验室资料,对典型 KD 诊断不难,而不完全 KD 的早期诊断比较困难,容易误诊。现将我院 1997 年 10 月至 2007 年 10 月诊治的 81 例 KD 进行回顾性分析,旨在提高对不完全 KD 的认识。

1 资料与方法

1.1 一般资料

81 例 KD 中,典型 KD 45 例(55.6%)为典型组,男 28 例,女 17 例,男女比为 1.65 : 1,年龄(3.6 ± 1.8)岁;不完全 KD 36 例(44.4%)为不完全组,男 22 例,女 14 例,男女比为 1.57 : 1,年龄(3.5 ± 1.9)岁。

1.2 诊断标准

1.2.1 KD 主要临床表现 ①急性期掌跖红斑,手足硬性水肿,恢复期指趾端膜状脱皮;②多形性红斑;③眼结合膜充血,非化脓性;④唇充血皲裂,口腔黏膜弥漫性充血,舌乳头呈草莓舌;⑤颈部非化脓性淋巴结肿大^[1]。

1.2.2 典型 KD 不明原因持续发热 5 d 以上,抗生素治疗无效,伴其他 5 项主要临床表现中的至少 4 项者,在排除其他疾病后,即可诊断为 KD,称为典型 KD^[1]。

1.2.3 不完全 KD 不明原因持续发热 5 d 以上,抗生素治疗无效,伴其他 5 项主要临床表现中不足 4 项者,在排除其他需要与 KD 相鉴别的疾病后,也可诊断为 KD,称为不完全 KD^[2]。

1.2.4 冠状动脉病变(CAL) 冠状动脉(CA)内径正常值:≤3 岁 < 2.5 mm,4~9 岁 < 3.0 mm,10~14 岁 < 3.5 mm。I 度(轻度)扩张:正常值 < CA 内径 < 4 mm,为冠状动脉扩张(CAD);II 度(中度)扩张:CA 内径 4~7 mm,为冠状动脉瘤(CAA);III

度(重度)扩张:CA 内径 ≥ 8 mm 为巨大冠状动脉瘤(GCAA)^[3]。

1.3 检测项目

白细胞(WBC)、血小板(PLT)、红细胞比积(HCT)、血沉(ESR)、C 反应蛋白(CRP)、谷丙转氨酶(ALT);心电图(ECG)和超声心动图(UCG)。

1.4 统计学处理

数据以频数和百分比表示,两组比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床表现

不完全 KD 36 例中 18 例(50.0%)具备除发热外的 3 项主要指标;10 例(27.8%)具备除发热外的 2 项主要指标;7 例(19.4%)具备除发热外的 1 项主要指标;1 例(2.8%)除发热外不具备主要指标。典型 KD 与不完全 KD 两组主要临床表现比较差异有统计学意义($P < 0.05$,表 1)。

表 1 两组主要临床表现比较

症状	典型组 例(%)	不完全 KD 组 例(%)	χ^2	P
发热 ≥ 5 d	45(100.0)	36(100.0)	-	-
指(趾)改变	43(95.6)	20(55.6)	18.51	<0.05
多形性红斑	41(91.1)	17(44.2)	18.95	<0.05
眼结膜充血	42(93.3)	18(50.0)	19.56	<0.05
唇充血皲裂	38(84.4)	16(44.4)	14.40	<0.05
颈淋巴结肿大	28(62.2)	10(27.8)	9.53	<0.05

2.2 非典型临床表现

有流涕、喷嚏、咳嗽、气促、腹泻、呕吐、淋巴结肿大、肺部啰音等单个表现存在或多个表现同时存在。

2.3 ECG 及其他实验室检查

典型组 ECG 检查 32 例,异常 ECG 13 例(40.6%),(窦性心动过速除外,下同);不完全组

[收稿日期]2008-01-09;[修回日期]2008-03-08
[作者简介]邹长新,男,大学,主治医师,科主任。主攻方向:小儿内科。

ECG 检查 23 例,异常 ECG 7 例(30.4%),两组异常 ECG 及 ECG 异常类型比较差异无统计学意义。两组其他实验室检查结果比较差异亦无显著性(表 2)。

表 2 两组检查结果比较 例(%)

项目	典型组	不完全组
肢导联低电压	4(30.77)	2(28.57)
I 度房室阻滞	2(15.38)	1(14.29)
ST-T 改变	4(30.77)	3(42.86)
期前收缩	3(23.08)	1(14.29)
CAD	21(80.77)	13(76.47)
CAA	4(15.38)	3(17.65)
GCAA	1(3.85)	1(5.88)
WBC 增高	28(62.22)	20(55.56)
PLT 增多	30(66.67)	21(58.33)
HCT 降低	24(53.33)	20(55.56)
ESR 增快	31(68.89)	22(61.11)
CRP 阳性	19(42.22)	16(44.44)
ALT 升高	25(55.56)	19(52.78)

2.4 UCG 检查

两组均进行 UCG 检查,典型组发生 CAL 26 例(57.8%),不完全组发生 CAL 17 例(47.2%),两组 CAL 比较及 CAL 类型比较差异无显著性。

2.5 确诊时间

不完全组 10 例(27.8%)就诊时确诊,19 例(52.8%)就诊后 3 d 内确诊,7 例(19.4%)就诊 4 ~ 6 d 确诊,平均确诊时间 4.2 d。

2.6 治疗

不完全组 36 例确诊后联合使用单剂量免疫球蛋白(IVIG)2 g/kg,8 ~ 12 h 缓慢静脉输入;阿司匹林每日 50 ~ 100 mg/kg,分 3 ~ 4 次口服,热退 3 d 后逐渐减量,热退 2 周左右减至每日 5 ~ 10 mg/kg 顿服,连用 6 ~ 8 周;同时加服双嘧达莫每日 3 ~ 5 mg/kg,分 2 ~ 3 次口服。24 h 内退热 25 例(69.4%),24 ~ 48 h 退热 9 例(25.0%),48 ~ 72 h 退热 2 例(5.6%)。

3 讨论

KD 是一种以全身血管炎性病变为主要病理改变的急性热性发疹性疾病,病因未明,主要累及全身中、小动脉,CA 最易受累^[1,4]。KD 的发生、发展及其 CA 损害可能与免疫细胞过度激活产生的多种细胞因子介导的促炎与抗炎症反应失衡有关^[5]。本组不完全 KD 的发生率为 44.4%,与国内报道的 18.8% ~ 43.1% 基本一致^[6,7]。

UCG 与 ECG 检查在不完全 KD 的诊断中具有重要意义,动态观察 CA 变化价值更大。UCG 可准确测量近端 CA 内径,观察 CA 形态、管壁厚度及管

腔内有无血栓,ECG 检查异常可间接反映存在于远端的 CAL^[8]。如用体表面积纠正 CA 内径更能反映 KD 发作期 CA 受累的实际情况^[9]。两组异常 UCG 检查结果比较及异常 UCG 类型比较差异均无统计学意义;两组异常 ECG 检查结果比较及异常 ECG 类型比较差异无统计学意义,说明 CAL 在典型 KD 与不完全 KD 之间无明显差异,CAL 不因不完全 KD 的增多而减少。本组有 1 例只有发热而无其他主要临床表现,经 UCG 与 ECG 检查证实有 CAL 而诊断为 KD。典型 KD 与不完全 KD 的实验室检查结果基本相同,均有不同程度的 WBC 增高、PLT 增多、HCT 降低、ESR 增快、CRP 阳性、ALT 升高等改变,两者比较差异无统计学意义,与文献报道基本一致^[6],说明常规实验室检查对 KD 的诊断有参考意义,但价值有限。KD 的治疗目前首选 IVIG 和阿司匹林联合应用,疗效显著,在发病 10 d 内应用能有效防止 CAL 的发生,应用越早其效果越好。不完全组 36 例联合应用 IVIG、阿司匹林、双嘧达莫等治疗,全部病例在 72 h 内热退。

综上所述,无论不完全 KD 的主要临床表现的多少,都有发生 CAL 的可能,应高度重视。临床上当患儿出现发热 5 d 以上,抗生素治疗无效时,即使不存在 KD 的主要临床表现,在排除了其他疾病的情况下,应考虑不完全性 KD 的诊断,应动态观察 CA 的情况,有条件的医院可以进行 CA 造影,及早使用或诊断性应用 IVIG 和阿司匹林,才能有效地防止 KD 的漏诊与误诊,减少 KD 的心脏并发症的形成。

[参 考 文 献]

[1] 薛辛东. 儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005, 198-201.
[2] 张清友,杜军保. 不完全川崎病的诊断现状[J]. 中华儿科杂志,2006,44(5):339-341.
[3] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2002, 698-705.
[4] 陈兆鸿,刘特长,吕淑泓. 川崎病并冠状动脉损害的危险因素[J]. 实用儿科临床杂志,2005,20(10):998-999.
[5] 张俊,桂永浩,杨毅. 川崎病患儿童外周血单个核细胞基质细胞衍生因子-1 和其受体的变化及意义[J]. 中国当代儿科杂志, 2006,8(4):283-286.
[6] 赵懿,钱娟,王莹,陈树宝. 非典型川崎病的诊断[J]. 中国当代儿科杂志,2004,6(5):429-431.
[7] 郎新玲. 非典型川崎病的早期诊断[J]. 实用儿科临床杂志, 2005,20(7):643-644.
[8] 张建军,张爱真,韩秀珍. 川崎病冠状动脉损害超声心动图及心电图分析[J]. 实用儿科临床杂志,2005,20(3):237-238.
[9] 惠慰,桂永浩. 体表面积纠正的冠状动脉内经测量在川崎病随访中的意义[J]. 中国当代儿科杂志,2001,3(5):534-536.

(本文编辑:吉耕中)