

EB 病毒感染 128 例临床及治疗分析

杜曾庆 刘晓梅 杨红雁

(云南省昆明市儿童医院 昆明 650034)

关键词: EB 病毒感染;IM;小儿发热; α -1b 干扰素;治疗分析

中图分类号: R 511

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)06-0029-02

EB 病毒(EBV)感染是小儿长期发热的病因之一。现将我院 1998 年 1 月~2004 年 12 月收治的 EBV 感染 100 例报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 82 例,女 46 例;年龄 10 月~14 岁,其中 1~3 岁 32 例,3~6 岁 45 例,6~9 岁 37 例,>9 岁 14 例;发病季节:1~3 月 22 例,4~6 月 29 例,7~9 月 63 例,10~12 月 14 例;农村 81 例,城镇 47 例。

1.2 临床表现 128 例均有发热,体温 39~41.5℃,其中 39~40℃56 例,>40℃72 例;寒战 20 例,咳嗽 24 例,食欲减退 55 例,呕吐 13 例,便秘 19 例,腹泻 9 例,眼睑浮肿 24 例,鼻阻 15 例,咽痛 29 例,扁桃体 II° 肿大、有灰白色渗出物覆盖 34 例,麻疹样皮疹 7 例,不能行走 3 例,嗜睡 4 例;肝肿大 115 例,脾肿大 79 例,浅表淋巴结肿大 77 例;胸腹水(B 超诊断)1 例,治疗后复查正常;合并川崎病 1 例,传染性单核细胞增多症(IM)41 例。

1.3 实验室室检查 血 WBC 总数正常 49 例;分类中性粒细胞增高 30 例;血 WBC 总数 $>10 \times 10^9$ 例,最高达 $38.5 \times 10^9/L$,其中分类中性粒细胞增高 30 例,淋巴细胞增高 46 例;血 WBC 总数在 $(20.0 \sim 38.5) \times 10^9/L$ 的 22 例,治疗后复查正常;3 例入院时血 WBC 总数分别为 $[1.5$ (其 $PLT 18.9 \times 10^9/L$), $3.1, 3.5 \times 10^9/L]$,治疗后复查正常;在 41 例 IM 中,均检出异型淋巴细胞分别占 12%~47%,白细胞分类淋巴细胞均升高,其中 WBC 总数 $>10 \times 10^9/L$ 40 例;1 例多次检查 WBC 总数均正常。心电图检查:窦性心动过速 64 例, I. AVB 的 11 例, T 波改变 8 例。65 例做过 PPD 试验检查均为阴性。血培养检查 70 例,其中 5 例做过 2 次,结果均无细菌生长。骨髓检查 7 例(1 例做了 2 次),其中 3 例正常,4 例为感染性骨髓象;7 例 8 人次做过骨髓培养检查均无细菌生长。3 例淋巴结活检均为增生淋巴结炎;ALT 增高 53 例,其中 21 例出院前复查 18 例正常,3 例近正常,8 例在出院后半月复查正

常。肥达反应检查 20 例:其中 4 例 O 1:80(+),H 1:40(+),3 例 O、H 均为 1:160(+),1 周后 7 例复查效价均降低或转阴;8 例 O、H 均为 1:80 (+),1 周后复查效价不变或降低;5 例 O (-),H 为 1:40 (+)1 例,H 分别为 1:80 (+)、1:160 (+) 各 2 例。嗜异性凝集试验检查 40 例:其中阴性 12 例,1:10 (+)5 例,1:20 (+)17 例,1:40 (+)1 例,>1:40 (+)5 例。本组病例除 23 例 IM 外,其中 67(包括 5 例 IM)例:做了 EBVCA-IgA 检查:其中 1:10 (+)42 例,1:20 (+)13 例 1:40 (+)9 例,1:80 (+)3 例;38(其中 1 例做了 2 次)例 FQ-PCREBVDNA 检查均 $>3.3 \times 10^3$ Copies/mL (正常 $0 \sim 10 \times 10^2$ Copies/mL),最高达 4.1×10^9 Copies/mL。

1.4 治疗及转归 本组病例中的 41 例 IM,其中 40 例 IM 入院时根据发热,肝、脾或肝肿大,血 WBC 总数及分类淋巴细胞增高,异型淋巴细胞 $>10\%$ 很快确诊,改用 α -1b 干扰素 100 万 U 肌注,连用 5d,临床症状很快消失,热退,肝脾回缩。1 例 IM,发热、腹泻、肝脾肿大,血 WBC 总数 3 次检查正常,分类淋巴细胞均升高,抗生素治疗 5d 无效,外周血检出异型淋巴细胞占 18%,嗜异性凝集试验 1:20 (+),确诊 IM,改用 α -1b 干扰素肌注,2d 后热退,临床症状很快消失。41 例 IM 选用 α -1b 干扰素肌注后治愈出院,平均退热天数 2.2d,平均住院天数为 8.2d。除 IM 外的 87 例 EVB 感染病例,入院前或入院中均用过包括第 3 代头孢菌素在内的多种抗生素治疗无效,在确诊 EVB 感染后,选用 α -1b 干扰素每日肌注 100 万 U (3 例 <2 岁选用 50 万 U) 肌注,连用 5d,临床症状很快得到控制,其中 86 例治愈出院,平均退热时间 2.7d;住院时间 7~36d,平均住院时间 11.3d;发热时间 8~40d,平均发热时间 14.8d;另外 1 例肝脾肿大,高热不退,高热不退,白细胞、血小板明显降低,2 次 FQ-PCREBVDNA 阳性,2 次骨髓、1 次血培养无细菌生长,给过肌注 α -1b 干扰素 10d,静滴阿西洛韦 5d,静滴静脉丙种球蛋白 17.5g,病情危重,体温高达 41.5℃,治疗近 3 周,转外院 3d 无效死亡。

加心肌收缩力,改善心肌供血,并能解除微血管痉挛,纠正休克,阻断 DIC;对预防肺出血有重要作用。参麦注射液是红参、麦冬的复方制剂,具有兴奋垂体-肾上腺皮质系统及增加网状内皮系统对休克时各种病理性物质的清除作用,且对血压呈双向调节,故可维持血压稳定和保证心、脑、肾上腺等重要脏器的血供及改善微循环,增加机体耐缺氧能力。该药属中药类正性肌力药物,具有增加心输出量、减少心肌耗氧量、扩张血管作用,从而改善肺动脉高压和心功能,并有保护、修复心肌细胞及一定的抗心律失常的作用。同时,参麦注射液还能解除微血管痉挛,降低肺循环阻力,纠正休克,阻断

DIC,对预防肺出血有重要作用。参麦注射液还能增加膈肌的收缩力,改善其舒张功能,利于疲劳膈肌的恢复,因此对纠正呼吸衰竭有重要意义。两者合用可使患儿心搏出量增加,微循环改善,尿量增多,体温回升,从而使皮肤硬肿、水肿减轻,防止机体重要脏器功能衰竭及休克、DIC、肺出血的发生。虽然 2 组在治愈率上无明显差异,但治疗组在体温回升、硬肿消退及 MSOF 的恢复上体现出一定的优势,尤其是硬肿消退方面有显著疗效,对阻抑 MSOF 的进一步发展有重要意义。

(收稿日期: 2005-05-16)

炎琥宁与头孢拉定联合治疗小儿支气管肺炎疗效观察

肖清云 简敏 刘大香

(江西省新余市妇幼保健院 新余 338025)

摘要:目的:观察炎琥宁与头孢拉定联合治疗小儿支气管肺炎的疗效。方法:选择小儿支气管肺炎患儿 100 例,随机分为治疗组 50 例和对照组 50 例,治疗组以炎琥宁与头孢拉定联合治疗;对照组单以头孢拉定治疗。2 组均以临床症状的缓解及单位时间病情的缓解率判断疗效。结果:2 组止咳、平喘、退热、肺部罗音消失,胸部 X 光片恢复正常所需的时间具有显著性差异($P < 0.05$),治疗组总有效率 96%,明显高于对照组的 82%($P < 0.05$)。结论:炎琥宁与头孢拉定联合使用治疗小儿支气管肺炎疗效明显优于单纯使用头孢拉定治疗,炎琥宁与头孢拉定联合使用可降低耐药性的发生,增强疗效。

关键词:支气管肺炎;儿童;中西医结合疗法;炎琥宁;头孢拉定;必嗽平

中图分类号:R 725.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06-0030-02

小儿支气管肺炎是小儿常见病、多发病,严重危害小儿的身体健康,严重者危及生命。为提高支气管肺炎的治愈率,笔者于 2003 年 1 月~2004 年 12 月在我院急诊科使用炎琥宁与头孢拉定联合治疗小儿支气管肺炎 50 例,并以单纯使用头孢拉定 50 例进行临床疗效对比观察,取得了满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本文病例均符合 1993 年全国小儿呼吸道疾

病学术会议制定的肺炎诊断标准。全部病例系我院急诊科患儿共计 100 例,随机分为 2 组,治疗组 50 例,其中男 28 例,女 22 例;1 岁以内 18 例,1~3 岁 26 例,3~7 岁 6 例;病程 2~7d,平均 4.5d。对照组 50 例,其中男 27 例,女 23 例;1 岁以内 19 例,1~3 岁 27 例,3~7 岁 4 例;病程 2~7d,平均 4.3d。主要症状及体征等观察指标见表 1。

1.2 治疗方法 对照组:以石药集团中诺药业有限公司生产的注射用头孢拉定 50~100mg/(kg·d),分 3~4 次静脉滴注,必

2 讨论

EBV 是英国病毒学家 Epstein、Barr 等人于 1964 年从非洲儿童恶性淋巴瘤的细胞培养发现,它是 DNA 病毒,属疱疹病毒科 γ 亚科,它广泛存在于全世界。EBV 可在全球各人种中引起广泛感染,近年来 EBV 越来越受到人们的关注,这不仅因为它对人类的普遍感染 IM 的病因,更重要的是它与越来越多的恶性肿瘤发生有关。它也是某些癌症的致癌因素之一。像人类感染其它疱疹病毒一样,一旦感染 EBV 后,人类可终生带毒。以前认为,EBV 只感染 B 淋巴细胞,现已明确 EBV 还可感染 T 细胞、NK 细胞、单核细胞、上皮细胞及内皮细胞等多种细胞。少数 EBV 感染可发展为慢性活动性 EBV 感染(CAEBV),本症属预后不良的全身性感染,患本病后约半数患儿于 4~5 年死亡,其中因脏器功能不全而死亡的病例约占半数^[1]。EBV 感染是小儿长期发热、肝脾肿大的病因之一,大部分为散发病例。IM 为 EBV 感染,具有典型临床表现,发热,大部分病人肝脾肿大、扁桃体红肿可有渗出物,血 WBC 及分类淋巴细胞均升高,血象改变具有诊断意义的是异型淋巴细胞增多,异型淋巴 $> 10\%$,结合临床即可作出诊断。其它病毒性感染也可出现异型淋巴细胞,但其百分比远远低于 10%(一般低于 5%)^[2]。从本组病例中看出,可有 WBC 总数正常的 IM,临床应引以误诊。IM 外的 EBV 感染,其外周血无 IM 典型的改变,并可干扰肥达反应,临床诊断较困难;易被误诊为细菌感染,临床应引起重视。嗜异性凝集试验、EBVCA-IgA、FQ-PCREBV DNA 检查可作为 EBV 感染诊断的实验室重要依据。嗜异性凝集试验有时在第 3 周后才有意义,故 1~2 次阴性结果不能除外本病。多聚酶链反应(PCR)于 1985 年问世,其原理类似于 DNA 天然复制过程,PCR 技术可用于检测 DNA,也可用于检测 RNA,已用于

HIV、CW、HEV、EBV 等诊断,具有快速、灵敏、特异性高等优点^[3]。PCR 法可检出 B 细胞内的 EBV DNA 基因,采用 PCR 进行 EBV DNA 的检测时,发现患儿血清中含有高浓度 EBV DNA,提示存在病毒血症。PCR 检测的结果也应结合临床和其它有关资料。如果采集标本的部位和种类合适,检出某种病毒的核酸即可诊断该病毒感染,并可认为有一定的传染性^[4]。PCR 法可作为检测 EBV 感染的重要实验室检测方法。

目前为止的儿科学、传染病学等教科书认为,IM 无特殊治疗,主要为对症治疗。抗生素对 EBV 感染无效, α -1b 干扰素是采用中国健康人白细胞来源的干扰素基因克隆利表达的基因工程药物,具有抗病毒作用及抗肿瘤活性,且可促进 B 细胞分化,增强杀伤细胞和 NK 细胞的活性,有助于恢复患儿的免疫功能,可阻断病毒颗粒的复制,清除 EBV 及 EBV 感染细 病毒感染的恢复,有较好的抗病毒作用。本组病例确诊 EBV 感染后,选用 α -1b 干扰素治疗后,临床疗效满意,未见明显的副作用。除 1 例治疗无效外,其余 127 例全部治愈出院。以往认为干扰素治疗 EBV 感染及 IM 疗效不肯定的原因可能与剂量太小、制剂不纯有关。笔者认为: α -1b 干扰素可作为 EBV 感染的有效治疗用药。

参考文献

- [1]胡亚美,江载芳.褚福棠实用儿科学(上册)[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.720~724,821~827
- [2]田庚善,贾辅忠.临床感染病学[M].南京:江苏科技技术出版社,1998.232~234
- [3]彭文伟.现代感染性疾病与传染病学(上册)[M].北京:科学出版社,2000.17~25

(收稿日期:2005-05-08)