

川崎病中西医结合诊治的临床分析

宋家华 冉志玲 曾彩琼
(泸州医学院附属中医院 四川泸州 646000)

关键词:川崎症;诊断;中西医结合疗法;综述
中图分类号:R 729 文献标识码:A 文献编号:1671-4040(2005)06- 0093-02

川崎病(KD)是一种以全身血管炎为主要病变的急性发热性出疹性小儿疾病,又称为皮肤粘膜淋巴结综合征。1967年由日本川崎富作首先报道。由于本病可发生严重心血管病变,已引起人们高度重视。近年发病增多,川崎病为风湿热的2倍,川崎病已取代风湿热为小儿后天性心脏病的主要病因之一^[1]。本病的病因尚未明了,现多认为是一定易患宿主对多种感染病原触发的一种免疫介导的全身性血管炎,急性期存在明显的免疫失调。中医学将其归属于温病范畴。

1 诊断

1.1 诊断标准(日本1984年标准) (1)发热持续5d以上;(2)急性非化脓性颈淋巴结肿大;(3)多形性红斑样皮疹;(4)双侧眼结膜充血;(5)唇红皲裂,杨梅舌;(6)初期手足硬肿、掌跖红斑,恢复期指趾端膜状脱皮。在6项主症中包括发热在内的5项即可确诊。若超声心动图有冠状动脉损害,具有4项主症即可确诊。在诊断时还可参考辅助检查结果进行判断。白细胞总数及百分数增高,核左移;血小板早期正常,第2~3周增高;血沉明显增快;血液呈高凝状态;C反应蛋白增高;细菌培养或病毒分离阴性;抗链球菌溶血素“O”滴度正常;血清IgA、IgG、IgE、IgM增高;血清补体正常;心电图以ST段和T波异常多见;二维超声心动图出现冠状动脉扩张或冠状动脉瘤^[1]。

1.2 不典型病例诊断及误诊 近年报道不典型病例增多,约为10%~20%,仅具2~3条主症,但有典型冠状动脉病变^[1]。不典型症状:可有无菌性脑膜炎、间质性肺炎、关节痛和关节炎、腹痛、腹泻、胆囊积液、麻痹性肠梗阻、中耳炎等。少数可出现体动脉瘤,以腋、髂动脉多见。一旦疑为川崎病者,应尽早做超声心动图检查。

常见误诊为其它疾病有以下几种:殷团芳报道^[2]15例KD患儿因咽喉疼痛,颈淋巴结肿大和发热咳嗽等就诊于耳鼻喉咽喉科,其中8例被首诊为急性扁桃体炎(1例)、急性淋巴结炎(3例)、疱疹性咽喉炎(2例),首次误诊率为53.3%。张胜红报道^[3]:误诊14例均因在外院诊断为其他病而转入儿科,最后确诊为川崎病。误诊为败血症1例、小儿肠炎3例、支气管炎5例、心肌炎3例、关节炎1例、化脓性脑膜炎1例;误诊时间最短5d,最长18d。王秀芳报道^[4]:川崎病52例早期诊为败血症17例,急性上呼吸道感染15例,淋巴结炎8例,炎风湿性关节炎4例,肺部感染3例,肝炎2例,心肌炎2例,猩红热1例。

2 治疗

2.1 西药治疗

2.1.1 急性期治疗 早期静脉输入丙种球蛋白加口服阿斯

匹林后,使川崎病冠状动脉病变发生率从20%~25%下降为2%~4%^[1]。(1)丙种球蛋白(IVIG):发病10d内使用效果好。单剂静脉滴注大剂量IVIG 2g/kg,10~12h输入。何旭香^[5]采用IVIG 400mg/kg·d,用4d,亦取得较好效果。经多种研究证实单次大剂量较多次小剂量更为有效^[6]。(2)阿斯匹林:30~100mg/kg·d,分3~4次口服,用14d左右至体温降至正常后减量。李光旭^[7]认为,对川崎病拟诊者早期使用阿斯匹林治疗可使其急性冠状动脉发生率下降。(3)皮质激素:Kata认为应用强的松可影响冠状动脉瘤的修复,可促使血栓形成和形成冠状动脉瘤。新近报道用甲基强的松龙冲击疗法治疗对IVIG无效的并发冠脉病变的川崎病患者,无1例发生冠状动脉病变或不良反应。朱迪卿等^[8]用小剂量甲基泼尼龙治疗IVIG无反应型川崎病取得较好效果。根据川崎病的发病机理,提示应用皮质激素加阿斯匹林治疗是可行的^[1]。

2.1.2 恢复期治疗 (1)阿斯匹林:3~5mg/kg·d,1次顿服。无冠状动脉异常,用6~8周;遗留冠状动脉病变者,应长期应用阿斯匹林直到动脉瘤消退或更长时间。(2)潘生丁:3~6mg/kg·d,对阿斯匹林不耐受者,可用潘生丁治疗。冠状动脉成形术、冠状动脉搭桥术:有冠状动脉异常或阻塞者,应采用气囊导管及冠状动脉支架术或冠状动脉搭桥术。

2.2 中医药治疗 汪受传^[9]认为根据其发热,起病急骤及临床表现,认为属中医学温病范畴,与疫伤、温毒、阴毒发斑较为接近。运用卫气营血辨证施治已取得较好疗效。近年来,中医药在治疗本病时,早期采用活血化瘀的方法,提高了临床疗效,控制了病程,减少了并发症的发生。刘小凡^[10]认为川崎病为外感或温热毒邪从口鼻而入,表现为卫气营血的传变过程,病变脏腑以肺胃为主,可累及肝肾诸脏。以清热解毒、活血化瘀为主治疗,在治疗过程中注意滋养胃津、顾护心阴。中医药治疗川崎病,主要按卫气营血辨证论治。见表1。

表1 川崎病常见辨证施治比较表

专家	证型	治法	代表方剂
汪受传 ^[9]	卫气同病	辛凉透表,清热解毒	银翘散加減
	气营两燔	清气凉营,解毒化瘀	清瘟败毒饮加減
	气阴两伤	益气养阴,清解余热	沙参麦冬汤加減
刘小凡 ^[10]	卫气同病	辛凉解表,清热解毒	银翘白虎汤加減
	气营两燔	清营解毒,凉血化瘀	清营汤加減
	气阴两伤	益气养阴	生脉散加減
罗世杰 ^[11]	邪在卫气	疏风清热,透邪解毒	银翘散加減
	气营两燔	清气凉营,解毒护阴	清营汤合清瘟败毒饮加減
	气阴两伤	益气养阴,清解余热	生脉散加減
邓德英 ^[12]	邪在卫气	辛凉宣透,清热解毒	银翘散加減
	气营两燔	清气凉营,解毒救阴	清瘟败毒饮加減
	热恋阴伤	清解余邪,滋阴生津	竹叶石膏汤加減
	气阴两伤	益气养阴,活血化瘀	人参五味子汤加減

江西省九江市中医医院简介



全国优秀医院院长：周泽甫主任医师

九江市中医医院创建于 1984 年，位于九江市中心风景秀丽的南门湖畔。医院占地面积 30 余亩，建筑面积 2 万多平方米，医院环境幽雅宁静，是一所集医疗、预防、康复、科研、教学为一体的现代化综合性中医医院、中西医结合医院。医院是国家三级中医院、全国肾病重点专科建设单位、全国百姓放心示范医院、江西省示范中医院、江西省中西医结合肾病医疗中心和江西省文明单位、江西省管理创新示范单位，中国质量万里行质量诚信“示范单位”，全国首批“医德、医术、信誉”百姓三满意示范医院。是江西中医学院、九江学院医学院、江西中医药高专的临床教学基地；是上海中医药大学附属龙华医院、曙光医院的技术协作医院。

医院 现开放病床 320 张，病床使用率达 104%。医院设置齐全，技术先进，设 28 个临床科室，18 个二级专科，30 个专病门诊。医院现有职工 352 人，其中全国优秀院长 1 人，主任医师 15 人，副主任医师 35 人，中级职称 80 人。医院拥

有先进的设备有：GE 四层螺旋 CT，日本电子胃肠镜、西门子 X 光机，美国进口 CR 机、进口血球仪机、全自动生化分析仪、全自动血凝仪、骨密度测定仪，尿、粪沉渣仪，多功能三维牵引床，多功能监护仪，椎间盘镜，气化电切刀，腹腔镜和自制的太空熏蒸器等大型医疗设备。

医院管理实现计算机网络化，全院医疗设备固定资产 800 多万元。多年来，医院始终坚持科学发展观，不断深化医院改革，使医院整体发展驶上快车道。充分突出中西医结合特色，以肾病科为龙头，骨伤科、肛肠科、糖尿病等重点专科优势日益明显，专科建设呈现欣欣向荣的局面，形成了“大专科，大综合，强综合”的医疗格局。微创外科是医院一支新兴生力军；泌尿外科、心胸外科、矫形外科百花齐放，从同种异体肾移植到动静脉造瘘、从断肢再植到肺叶切除、从食道癌的根治到肿瘤的体内粒子植入治疗；中药薰蒸治疗中心治病健身作用明显；“椎间盘超市”多渠道多方面解决病人痛苦；这一切无不昭示医院技术进步、医疗水平在不断提高。从听力重建术的诞生，到亚健康调治中心的成立，也是在向世人宣告：九江市中医医院前途无限，“人性化服务”是医院推崇的治院方针。

面对新的发展机遇，医院把病人需求和满意作为工作的出发点和落脚点，转变静态服务模式，主动找市场，主动提供动态的服务模式，一切以病人为中心，在技术上追求精益求精，在服务上追求至善至美，在信誉上追求诚信可靠，为群众提供高质量、高水平的医疗服务，全面提升医院综合实力，建成有特色的现代化医院。

院址：九江市庐山南路 261 号，邮编：332000
电话：0792-8188809，8188366，8188826

李淑英^[13]用川芎嗪 4~6mg/kg·d 静滴治疗，认为能改善 KD 的高凝状态，减少冠状动脉的损伤，显示明显优越性。

3 结语

川崎病为儿科疑难重症，近年发病增多，已取代风湿热为小儿后天性心脏病的重要原因之一。川崎病为一全身性血管炎综合征，起病方式多样，不典型病例尤易造成误诊。如在急性发热期未被认识，可能造成严重的心脏并发症。故对本病的早期诊断和治疗，减少心脏疾患后遗症的发生愈显重要。治疗方面主张采用中西医结合治疗。大剂量丙种球蛋白静脉滴注加阿斯匹林及中药治疗，使川崎病冠状动脉病变发生率明显下降。众多医家均认为其属中医学温病范畴，运用卫气营血辨证施治，以清热解毒，活血化瘀为主治疗，在治疗过程中注意滋养胃津、顾护心阴。通过西药对症支持治疗，辅以中药分型论治，临床结果表明，对缩短病程，控制病情，具有良好效果^[14]。

参考文献

[1] 胡亚美, 诸福棠. 实用儿科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002.698~705

[2] 殷团芳. 川崎病误诊 8 例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2002,8(3): 204~205

[3] 张胜红. 川崎病误诊 14 例分析[J]. 锦州医学院学报, 2001,22(6): 47

[4] 王秀芳, 王西阁. 川崎病早期误诊 52 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2002,2(8): 1 158

[5] 何旭香. 大剂量丙种球蛋白加阿斯匹林治疗川崎病 56 例疗效观察[J]. 福建医药杂志, 2003,25(1): 81~82

[6] 阿日根, 高娃, 刘春华. 川崎病的诊治进展[J]. 医学综述, 2001,7(3): 167~170

[7] 李光旭. 川崎病早期治疗方案探讨[J]. 中华中西医杂志, 2004, 5 (6) : 506~07

[8] 朱迪卿, 王永清, 曹晓军. 小剂量甲泼尼龙治疗 IVIG 无反应型川崎病的探讨(附 3 例报告)[J]. 井冈山医学学报, 2004.6(11): 12~13

[9] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004.353~357

[10] 刘小凡. 中医儿科学[M]. 北京: 科学出版社, 2004.195~200

[11] 罗世杰. 川崎病诊治体会[J]. 陕西中医学院学报, 2001,24(3): 22~23

[12] 邓德英. 浅谈川崎病的中医药治疗[J]. 河南中医, 2004,24(3): 62

[13] 李淑英. 川芎嗪对川崎病治疗的临床观察[J]. 现代中西医杂志, 2002,11(13): 1 223~1 224

[14] 郭萍. 中西医结合治疗川崎病 10 例临床疗效观察[J]. 中华实用中西医杂志, 2004,4(17): 2 111~2 112

(收稿日期: 2005-05-29)