

112 例川崎病临床分析

丁文水

(江西省九江市妇幼保健院 九江 332000)

关键词:川崎病;冠状动脉病变;血管炎;临床分析

中图分类号:R 543.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)05-0062-02

我院于 1995 年 1 月~2000 年 1 月共治疗川崎病 112 例,现对其临床资料作一分析。并将分析结果报道如下:

1 临床资料

1.1 病例来源 1995 年 1 月~2000 年 1 月我院共收治川崎病 112 例,男 82 例,女 30 例;年龄为 6 个月~13 岁,<2 岁 51 例,2~4 岁 29 例,>4 岁 32 例;病程 2~12d。符合 MCLS 研究会制定的川崎病诊断标准。

1.2 临床表现 112 例均有发热,多为高热,热程 5d 以上,最长 44d,其中 >14d 76 例,<14d 36 例。全部患儿均有皮疹,于发热第 2~3 天出现,呈多形性,猩红热样皮疹。眼结膜充血 78 例(占 69.64%),于病初出现;淋巴结肿大 97 例,其中颈部和颌下淋巴结肿大 68 例(占 60.71%),腋下、腹股沟及耳根淋巴结肿大 29 例(占 25.89%);手足硬肿 88 例(占 78.57%),皆伴有疼痛;口唇皲裂、出血、草莓舌及口腔黏膜弥漫性充血 105 例(占 93.75%)。

1.3 辅助检查 (1)化验检查:112 例外周血 WBC 为 $10\sim 30\times 10^9/L$ 者 102 例,以中性粒细胞升高为主,PLT> $300\times 10^9/L$ 者 95 例,最高为 $740\times 10^9/L$;血沉增快 80 例,C 反应蛋白阳性 76 例。肝功能检查 51 例,其中 28 例 SGPT 增高。(2)其它检查:心脏彩超 93 例,冠状动脉受累者 37 例(占 39.78%),冠状动脉扩张 33 例(左侧 17 例,右侧 8 例,双侧同

于对照组,经统计学比较有显著性差异($P<0.01$)。治疗组未出现任何毒副反应。

3 讨论

秋季腹泻的病因和病机,我们可以从两方面来分析。(1)内因:我国现在卫生及生活条件虽然大有改善,但大部分尤其在农村地区的家长对儿童健康成长知识尚有较多的欠缺。如只知让孩子吃钙片补钙,不知让其多晒太阳或补充 Vit D;未能及时添加含铁丰富的动物肝、蛋黄等辅食;有的家长对患儿消化不良不予以足够重视,以至让生长迅速而需要大量营养的婴幼儿长期营养摄入不足,导致一种或多种营养物质缺乏。而患秋季腹泻的小儿,尤其病程迁延较长的患儿,多有不同程度的佝偻病、缺血性贫血、营养不均衡和消化功能不良等慢性疾病。这些慢性疾病虽然不会导致患儿有生命危险,但却能导致患儿的免疫功能受损,抵抗力下降,以致对疾病的易感性增高,恢复减慢。(2)外因:秋冬季节是病毒的流行季节,尤其轮状病毒,是小儿秋季腹泻最常见的病原,该病毒致病力较强,可引起发热、上呼吸道感染症状和严重稀水样便,它还可以侵犯多脏器,如神经系统、心脏,引起惊厥、心肌炎等。

虽然秋季腹泻为自限性疾病,但对于抵抗力低下的患

时受累 8 例),冠状动脉瘤 4 例,心脏扩大 1 例。心电图检查 101 例,正常 45 例,异常 56 例,窦性心动过速 23 例,窦性心动过缓 19 例,ST 段下沉 11 例, I° 房室传导阻滞 8 例, II° I 型房室传导阻滞 2 例,室性期前收缩 5 例,低电压 11 例。胸部 X 线检查 95 例,异常 16 例,肺纹理增强 6 例,肺炎 11 例,心脏扩大 1 例。

1.4 治疗方法 诊断后运用大剂量丙种球蛋白(IVIG)治疗,均在起病的 3~8d 内应用,剂量 $400mg/(kg\cdot d)$,连用 5d;阿司匹林 $30\sim 60 mg/(kg\cdot d)$,分 3 次口服;潘生丁 $3\sim 6 mg/(kg\cdot d)$,分 3 次口服。另常规口服维生素 E。

2 结果

2.1 转归 72 例治愈,40 例好转,无死亡。

2.2 随访 门诊复诊 66 例(其中有 33 例冠状动脉扩张患儿,4 例冠状动脉瘤患儿),随访 1~5 年。复查内容包括血常规、心脏彩超、X 线及心电图。33 例冠状动脉扩张患儿于病程 1 个月内每周、3 个月内每个月、1 年内每 3 个月、1 年以上每 6 个月做 1 次心脏彩超检查,结果 22 例冠状动脉扩张回缩,继续随访 1 年内恢复正常;3 例于 1 年内无明显变化,随访 5 年恢复正常;3 例冠状动脉扩张 1 年内无回缩,随访 5 年冠状动脉无进一步扩张。4 例冠状动脉瘤患儿 2 例于 1 年内瘤体渐缩小,2 年内消失;另 2 例 1 年内无明显变化,3 年内渐回

儿,不但易患病,而且往往持续时间较长,迁延不愈,甚至恶性循环致营养不良,影响患儿生长发育及生活质量。治疗上除了病因治疗、补液、对症支持治疗以外,我们还应重视提高患儿的抵抗力和调整加强患儿的胃肠功能,以尽量缩短病程。我们在治疗组加用了黄芪注射液、四磨汤口服液。

黄芪注射液主要成分为黄芪。中医认为其有益气养元、扶正祛邪、养心通脉、健脾利湿的功能。西医药理研究认为其既有调整脾胃功能、增强机体免疫力的作用,又有广泛抗病毒、抗菌作用,因而能针对性地对秋季腹泻患儿起到良好的治疗作用。四磨汤口服液的主要成分有木香、枳壳、乌药、槟榔。中医认为其具有顺气降逆、消积止痛之功。西医药理认为其有增强胃肠正常蠕动、促进消化液正常分泌、促进胃肠道血液循环功能。因为腹泻时病原及其毒素以及合并的电解质紊乱可以导致胃肠蠕动差、消化液分泌失常、局部血液循环障碍,故该药能够对腹泻以及合并的腹胀有良好疗效。

黄芪注射液与四磨汤口服液合并使用,既可益气养元、扶正祛邪、健脾利湿,又能顺气降逆、消积止痛。故可以明显改善症状,有效缩短病程。从本组资料来看,治疗组方法疗效确切,经济实用,无明显副作用,值得临床推广应用。

(收稿日期:2005-12-23)

脑脊液置换术 32 例临床分析

关启印 秦远文 郝春波
(北京市顺义区中医医院 北京 101300)

关键词:蛛网膜下腔出血;脑出血;脑脊液置换术;临床分析

中图分类号:R 743.45

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0063-02

蛛网膜下腔出血(SAH)是神经内科临床上常见病、多发病之一。据文献报道,SAH 后脑血管痉挛(DCVS)发生率在 30%~50%,于 SAH 后 3~4d 发生,于第 2 周达高峰,一般需 3 周左右的恢复过程^[1],随着时间的推移,部分红细胞随着脑脊液(CSF)进入蛛网膜颗粒,使其堵塞,引起 CSF 的吸收减慢而致交通性脑积水。原发性及继发性脑室出血临床上也不少见,大量血液集中于第三、第四脑室诸孔附近,影响了脑室内、外 CSF 的循环,大量红细胞聚集形成血凝块,在侧脑室内形成积血甚至铸型,血量多者第三、四脑室可呈铸型,堵塞中脑导水管,可造成阻塞性脑积水。我们采用腰穿行脑脊液置换的方法进行治疗,症状减轻,病死率明显降低,同时也发现此法治疗后 DCVS、蛛网膜粘连、阻塞性或交通性脑积水明显下降。

1 临床资料

1.1 治疗组 本组 32 例,男 17 例,女 15 例。SAH28 例;年龄 36~72 岁,按 Yasargil 分级法:IIIb 级 7 例,IV 级 18 例,V 级 3 例,所有患者均符合中华医学会第四次脑血管病会议确定的诊断标准,脑 CT 显示双侧外侧裂、环池等脑基底池大量积血,腰穿均为血性 CSF;继发性脑室出血 3 例;尾状核出血破入脑室 1 例,丘脑出血破入脑室 2 例,均为脑室内的积血较多,原发灶出血较少;原发性脑室出血 1 例。结果治愈 28 例,死亡 4 例(均在活动时突然昏迷,其中 1 人为继发性脑室出血,随访 5 年内消失。其余 29 例无冠状动脉扩张患儿随访 1~5 年冠状动脉无受损。56 例异常心电图患儿于病程 1 个月内恢复正常者为 44 例,余 12 例在半年~2 年内恢复正常。1 例心脏扩大患儿于 6 个月恢复正常。42 例血小板升高患儿,于 1 个月内恢复正常者 23 例,19 例 2 年内恢复正常。66 例 5 年内随访无复发。

3 讨论

川崎病是以冠状动脉病变为主的小血管炎症,主要累及全身各系统的中小动脉,以皮肤、黏膜、淋巴结受累最常见^[1]。本病多见于 4 岁以内的小儿,为儿童期冠状动脉心脏病的重要病因,也是肝脏损害的病因之一^[2]。现在的研究表明该病的急性期存在明显的免疫失调,在发病的机理上起着重要作用。因此对原因不明的发热,若白细胞增高,特别是中性粒细胞增高,血清免疫球蛋白增高者,或有颈和(或)颌下淋巴结肿大,排外化脓性感染以及多形性皮疹,就应考虑本病。此外病程中出现手、足硬肿,双眼结膜充血,口唇潮红皲裂以及杨梅舌即可确诊。对疑诊患者应进行观察,经确诊后,应劝说病人及早做心脏彩超,因为通过彩超观察血管形态以及对冠状动脉的检查,能发现川崎病的冠状动脉早期病变。对不明原因发热,抗生素治疗无效,且具备 2~3 项主要诊断标准者,争

出血者)。经腰穿脑脊液置换后,血压、头痛、颈强、意识状态均明显改善。

1.2 对照组 19 例,男性 10 例,女性 9 例(其中 1 例为原发性脑室出血,量少痊愈)。在 18 例 SAH 中,有 2 例 CT 未见异常,腰穿为血性 CSF;按 Yasargil 分级法:均在 II a~IV 级。结果治愈 14 例,死亡 5 例(其中 2 例分别于第 14 天、第 18 天突然昏迷,呼吸、心跳停止;1 例于第 3 天脑疝,腰穿证实为再出血;2 例于第 5 天、第 8 天出现癫痫持续状态而后死亡)。

以上 2 组均使用尼莫地平注射液及甘露醇注射液静脉滴注。

2 操作方法

病人取侧卧位,选腰椎 3-4 或 4-5 椎间隙,常规消毒,铺巾,局部麻醉;用 9 号腰穿针垂直进针,待有血性脑脊液流出时,用针芯来控制流出速度,慢慢地放出脑脊液 5mL,缓慢地推注 0.9%氯化钠注射液 5mL,反复置换多次。每次置换量在 5~10mL,不宜大于 10mL,以免诱发脑疝;每次置换总量在 80~100mL,总流出量大于推注量 5mL,推注地塞米松注射液 5mg,以预防蛛网膜粘连。最后拔出腰穿针,外用无菌酒精纱布固定。隔日 1 次。自发病始,14d 内均可采取此方法。

3 结果

治疗组 32 例病人,头痛持续时间平均为 7d,而对照组为 16d;颈强持续时间为 10d,而对照组为 22d。2 组相比有显著差异,在病程 1 周内作心脏彩超。静脉点滴大剂量丙种球蛋白可以控制症状,特别是可以控制冠状动脉血管的扩张,对冠状动脉瘤的缩小起着重要作用。本组冠状动脉血管病变,经大剂量丙种球蛋白治疗后,冠状动脉扩张都有好转,冠状动脉瘤都缩小。近年不典型川崎病有逐渐增多的趋势,有些只有 2~3 条主要症状,但有典型的冠状动脉病变,多见于婴儿。对冠状动脉的早期干预,可以减少儿童期心脏病的发生^[3]。川崎病是小血管炎症,可累及全身血管。全身其它血管炎经阿司匹林、潘生丁等治疗后可以痊愈,但冠状动脉病变却难以控制,而且这是小儿时期冠状动脉心脏病的重要病因。因此应进行长期随访,通过长期随访,合理用药,可以减少冠状动脉病变的发展,降低儿童期心脏病的发生,对川崎病患儿的生存质量将有重大的提高。

参考文献

[1]吴瑞萍,胡亚美,江载芳.诸福堂实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1996.687~693
[2]王慕逖.儿科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2003.188
[3]Newburger JW,Takahashi M,Beiser AS,et al.A single intravenous infusions in the treatment of acute Kawasaki syndrome [J].New Engl J Med,1991,324(23):1 633~1 639

(收稿日期: 2006-03-16)