



丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病的疗效观察

冯 妍

江苏省苏州市吴江区第一人民医院儿科

【摘要】目的 探讨丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病的临床疗效。**方法** 选择我院2016年1月-2017年8月收治的川崎病患者40例作为研究对象,随机分为治疗组与对照组各20例。对照组给予阿司匹林治疗,治疗组给予丙种球蛋白联合阿司匹林治疗,观察对比治疗效果。**结果** 治疗组患儿发热症状持续时间、手足肿胀持续时间、黏膜充血持续时间、颈淋巴结消散时间均比对照组短,差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患儿临床治疗总有效率高于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2=3.047, P < 0.05$)。**结论** 丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病,可在更短的时间内缓解患儿临床症状,提高治疗有效率,临床应用价值显著。

【关键词】 丙种球蛋白; 阿司匹林; 小儿川崎病

【中图分类号】 R725.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 05-108-02

川崎病为皮肤黏膜淋巴结综合征,主要是以全身血管炎变为主的急性发热性出疹性小儿疾病,可发生严重心血管病变,心肌梗死为致死的主要原因,本病婴儿及儿童均可发病^[1]。此病病因尚未明确,一般认为可能是多种病原,包括EB病毒、逆转录病毒、链球菌、丙酸杆菌感染引起^[2]。常规采用阿司匹林治疗小儿川崎病,效果欠佳,有报告显示^[4],采用丙种球蛋白冲击治疗川崎病效果明显。为验证这一观点,本研究对我院收治的40例川崎病患者中作为样本,观察了丙种球蛋白联合阿司匹林的治疗效果,报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2016年1月-2017年8月收治的川崎病患者40例作为研究对象,随机分为治疗组与对照组各20例。治疗组患儿男10例,女10例。年龄1-5岁,平均年龄(3.56±0.21)岁,发热时间3-12d,平均发热时间(8.94±0.36)d,9例伴皮疹,7例淋巴结肿大,8例口唇干裂、手足皮肤硬性水肿,3例双眼结膜充血,4例舌乳头突起呈杨梅舌。对照组患儿男11例,女9例,年龄1.5-5岁,平均年龄(3.55±0.20)岁,发热时间4-11.5d,平均发热时间(8.90±0.35)d,8例伴皮疹,7例淋巴结肿大,9例口唇干裂、手足皮肤硬性水肿,2例双眼结膜充血,3例舌乳头突起呈杨梅舌。两组患者在一般资料上对比无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患儿均在入院时立即服用阿司匹林控制急性炎症过程,早期每日服用30-100mg/kg阿司匹林,患儿体温降低后,调整阿司匹林的剂量,每日服用3-5mg/kg,根据患儿的治疗情况选择用药时间。

治疗组在对照组的基础上采用丙种球蛋白冲击治疗方法,丙种球蛋白剂量根据患儿体重及病情调整,最大剂量2g/kg。

1.3 观察指标

观察两组患儿治疗后临床症状持续时间,包括发热、手足肿胀、黏膜充血、颈淋巴结消散4项指标。

观察两组患儿治疗效果,包括显效、有效、无效3项指标。

1.4 疗效判定依据

视两组患儿临床症状消失情况,判定治疗效果:(1)显效:临床症状基本或完全消失。(2)有效:临床症状有所缓解。

(3)无效:临床症状未缓解或加重。

1.5 统计学方法

采用统计学软件SPSS21.0处理数据, $P < 0.05$ 时,认为数据对比具有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患儿治疗后临床症状持续时间

治疗组患儿发热症状持续时间、手足肿胀持续时间、黏膜充血持续时间、颈淋巴结消散时间均比对照组短,差异具

有统计学意义($P < 0.05$),如表1:

表1: 两组患儿治疗后临床症状持续时间 ($\bar{x} \pm s, d$)

临床症状	例数	治疗组	对照组	t	P
发热持续时间	20	1.29±0.12	4.06±0.37	8.051	0.001
手足肿胀持续时间	20	2.58±0.38	5.49±0.67	6.625	0.005
黏膜充血持续时间	20	3.00±0.19	5.66±1.74	4.628	0.014
颈淋巴结消散时间	20	3.55±0.55	7.01±0.24	4.981	0.011

2.2 两组患儿治疗效果

治疗组患儿临床治疗总有效率高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),如表2:

表2: 两组患儿治疗效果 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	20	14 (70)	5 (25)	1 (5)	95.0
对照组	20	4 (20)	10 (50)	6 (30)	70.0
χ^2					3.047
P					0.024

3 讨论

川崎病为小儿常见病,川崎病的病理变化为全身性血管炎,可累及全身动脉系统,如肱动脉、髂内动脉、髂外动脉、腹主动脉等,好发于冠状动脉^[2]。临床主要症状为连续5d以上高热,抗生素治疗无效,淋巴结肿大、双眼结膜充血、唇红皸裂、杨梅舌、手足出现硬肿、脱皮等,如未及时治疗,容易导致冠状动脉受损,血液常规检验可发现,患儿白细胞及中性粒细胞指标明显升高,血小板增加,严重的会并发心脏疾病,对患儿健康乃至生命影响严重。

阿司匹林为常规抗血小板凝集药物,且具有解热与镇痛的效果,用于川崎病的治疗,能够起到一定效果,但药物起效较慢,且无法改善患儿冠状动脉病变问题。本文研究发现,采用阿司匹林治疗小儿川崎病,治疗后,患儿发热症状持续时间(4.06±0.37)d、手足肿胀(5.49±0.678)d、黏膜充血(5.66±1.74)d、颈淋巴结消散(7.01±0.24)d、治疗有效率70%。丙种球蛋白是一种被动免疫疗法,使机体从低或无免疫状态暂达到免疫保护状态,丙种球蛋白用药后,药物可与抗原抗体中和,抑制单核细胞对PDGF-13的表达,减缓内皮细胞的凋亡,且能够有效的阻断患者血管表面免疫反应,将其用于小儿川崎病的治疗中,能够有效抑制血栓形成,避免冠状动脉病变发生,应用效果较好,安全性较强,将其与阿司匹林联合,治疗效果能够达到更好^[3]。本文研究发现,采用丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病,治疗后,患儿发热症状持续时间(1.29±0.12)d、手足肿胀(2.58±0.38)d、黏膜充血(3.00±0.19)d、颈淋巴结消散(3.55±0.55)d、治疗有效率95%,与单独口服阿司匹

(下转第111页)



图 4: IV型, 双侧肾脏及输尿管积水

3 讨论

产前超声对肾脏囊性病变诊断的敏感性和特异性都较高, 但肾脏囊性疾病是一组异质性的疾病, 产前表现多样, 其病因可分为遗传和梗阻两大类型^[2]。当产前超声检查发现肾脏囊性病变时, 先确定是单侧还是双侧, 双侧病变遗传性可能大, 单侧病变梗阻型可能大。发现双侧病变时, 询问孕妇有无家族史, 如果超声图像表现为肾脏回声弥漫性增强, 以肾髓质部分为主, 而周围皮质为低回声, 则应考虑为 I 型, 肾脏回声强弱的判断标准以胎儿肝脏为参照, 早期由于囊肿较小, 只有 1mm 左右, 不易显示, 建议使用高频探头加局部放大功能, 可以将这些小囊肿显示出来, 如果不能显示, 发现肾脏回声有弥漫性病变时不能大意, 应建议孕妇定期随访, I 型早期诊断困难, 24 周以前超声表现正常, 最终确诊须基因诊断^[3], 本组病例中发现的 I 型 1 例早期怀疑, 随访发现羊水渐少, 肾脏增大, 回声增强后引产; 如双肾呈弥漫性、进行性多囊性增大, 父母一方患有此病, 需考虑 III 型, 此时应注意胎儿有无肝、脾囊肿, 声像图表现为患肾多个囊肿, 部分几乎布满, 囊与囊不相通, 一个切面上囊与囊重叠呈“蜂窝状”样改变, 囊肿大小相差不大, 囊间见不到正常的皮质回声, III 型是一种常染色体显性遗传性疾病^[4], 本组病例中有 III 型

4 例, 均有家族史, 此两型患儿因肾脏功能受损而出现羊水量进行性减少, 需动态随访。如发现单侧病变时考虑梗阻型可能大, II 型声像图表现为患肾增大, 正常形态消失, 为一多房性囊性占位代替, 囊肿大小不等, 囊与囊不相通, 相互重叠, 囊与囊之间可见部分正常实质回声, 呈小块状或小岛状, 此点可与 III 型相鉴别^[5], 本组病例中发现 6 例, 最早 17 周即发现肾脏有囊性占位, 随访可发现囊肿增多增大。IV 型病因是由于在妊娠早期发生下泌尿系梗阻, 尿道后瓣膜以及巨大膀胱发育不良等原因导致肾脏受损, 肾发育不良, 超声图像上表现为肾脏及输尿管积水, 随着孕周增大, 积水程度进行性加重, 受损肾脏实质回声增强重度积水时皮质变薄成线状, 常单侧发病, 检查时若发现肾脏集合系统分离, 应按序追踪, 尽量找出梗阻原因, 本组 IV 型 4 例中有 2 例可见明显输尿管狭窄, 1 例后尿道瓣膜, 1 例病因不明。本组检出的 15 例胎儿肾脏囊性病变中, 4 例选择分娩的孕妇, 1 例尚在孕中, 1 例失访, 2 例出生后超声检查证实均存在肾病变。

总之, 在超声产前检查时, 对中、晚期胎儿应认真检查胎儿泌尿系统, 当检查出肾脏囊性病变时, 应在孕期及时复查, 肾脏囊性病变具有典型的、独特的超声声像图特征, 能够对胎儿肾脏囊性病变作出早期诊断和鉴别, 为临床干预提供依据, 以达到优生优育的目的。

参考文献:

- [1] 张又红. 胎儿肾脏囊性病变的产前超声筛查分析 [J]. 现代中西医结合杂志, 2015(18):2022-2024.
- [2] 贾林平. 胎儿肾脏囊性病变产前超声诊断与价值 [J]. 中国计划生育和妇产科, 2012, 04(1):54-57.
- [3] 周业英, 杨家翔, 项莉亚. 胎儿先天性肾囊性病变的超声产前诊断价值 [J]. 西部医学, 2010, 22(8):1516-1517.
- [4] 谢纯平, 聂娅, 赖慧华等. 产前超声诊断胎儿肾脏囊性疾病 44 例临床分析 [J]. 长江大学学报 (自科版), 2014, 11(18):28-30.
- [5] 黄猛, 梁朝朝, 王玲等. 产前超声对胎儿肾脏囊性病变的诊断价值 [J]. 安徽医药, 2013, 17(4):578-580.

(上接第 108 页)

林相比, 具有明显优势 ($P < 0.05$), 证实了两组联合在治疗小儿川崎病方面的显著疗效。

综上所述, 丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病, 可在更短的时间内缓解患儿临床症状, 提高治疗有效率, 临床应用价值显著。

参考文献:

- [1] 邓涛, 何善辉, 钱培屏, 等. 中医辨证论治结合静脉滴注丙种球蛋白、口服阿司匹林治疗小儿川崎病临床效果评

价 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(02):94-95.

- [2] 黄仁映. 不同剂量丙种球蛋白治疗川崎病的临床疗效 [J]. 现代医院, 2017(6):872-874.

- [3] 赖志光, 戴道华. 丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病的临床疗效观察 [J]. 中国医药科学, 2015, 5(9):88-89.

- [4] 陈芳. 小儿川崎病 16 例给予丙种球蛋白联合阿司匹林治疗的临床观察 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(19):6.

- [5] 王丽. 丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病的临床价值 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(7):72.

(上接第 109 页)

具统计学差异 ($P < 0.05$)。观察组患儿不良反应率为 1.7% 低于对照组的 13.3%, 对比具统计学差异 ($P < 0.05$)。提示在阿奇霉素应用基础上取头孢他定钠加用, 可加快病情恢复进程, 对保障患儿身心健康意义显著, 同时, 观察组不良反应率明显低于对照组, 表明上述方案具较高安全性, 患儿有更理想的遵医嘱依从。

综上, 针对临床收治的小儿肺炎支原体肺炎病例, 采用头孢他定钠与阿奇霉素联合治疗方案, 可显著增强临床效果, 且具较高安全性, 能够有效缩短症状消失时间, 具有临床应用价值。

参考文献:

- [1] 陈春玉. 头孢他定钠联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原

体肺炎的临床效果观察 [J]. 医药卫生:文摘版, 2016(6):247.

- [2] 王勇, 王蕾, 方红星, 等. 头孢他定钠联合阿奇霉素治疗小儿急性呼吸道感染疗效观察 [J]. 社区医学杂志, 2015, 13(6): 48-49.

- [3] 杜峰. 头孢他定钠联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果及安全性分析 [J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(07):1511-1513.

- [4] 王岚, 楼毅. 盐酸氨溴索辅助阿奇霉素治疗儿童肺炎支原体肺炎的疗效 [J]. 中国现代医生, 2015, 53(9): 80-82, 87.

- [5] 卢仕仰, 黄从付, 刘巧红. 头孢他定钠联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(5):59-60.