

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0027-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.011

小儿川崎病合并冠状动脉损伤的临床特征及危险因素分析

王春海 黄丽珊 陆 腾

(来宾市人民医院, 广西 来宾 546100)

〔摘要〕 目的: 研究小儿川崎病(KD)合并冠状动脉损伤(CAL)的临床特征及危险因素。方法: 选取来宾市人民医院2017年2月至2019年2月期间收治的KD合并CAL患儿36例, 对所有患儿的临床特征进行回顾性分析。结果: 36例患儿的临床特征中, 发热、咳嗽和眩晕的出现率较高。有25例患儿出现发热, 占69.44%; 有5例出现咳嗽, 占13.89%; 有4例出现眩晕, 占11.11%; 发热持续时间、患儿性别、C反应蛋白、红细胞沉降率、丙种球蛋白剂量和丙种球蛋白时间均是KD合并CAL的危险因素。结论: KD合并CAL患儿的临床特征主要为发热、咳嗽和眩晕, 主要危险因素有发热持续时间、患儿性别、C反应蛋白、红细胞沉降率、丙种球蛋白的使用剂量和时间。

〔关键词〕 川崎病; 冠状动脉损伤; 儿童

〔中图分类号〕 R 743.3 〔文献标识码〕 B

川崎病(Kawasaki disease, KD)又名黏膜皮肤淋巴结综合征, 是一种以急性发热和具有出疹性为特征的儿科疾病^[1]。冠状动脉损伤(coronary artery lesion, CAL)是KD患儿在临床上出现的最严重的一种并发症, 且有着相对较高的发病率, 达20%~35%, 该并发症往往可持续数年, 并且极有可能成为引发成人出现冠心病的原因, 目前该并发症已经成为继风湿热后致使小儿出现后天性心脏病的重要因素之一。因KD目前在临床上并无明确的致病原因, 众多学者将关注点放在了该病的临床特征以及实验室检查结果上, 希望以此总结出能够有效预防和缓解CAL的方法, 对KD合并CAL尽早干预。为提升KD合并CAL的临床治疗效果, 笔者就KD合并CAL的临床特征和危险因素进行了探讨, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2017年2月至2019年2月期间收治的KD合并CAL患儿共36例。患儿的选取以第7次世界小儿KD研讨会上修订过的KD诊断标准为依据^[2], 并与CAL诊断标准相符合^[3], 其中男22例, 女14例; 年龄0.1~8.35岁, 平均年龄为(2.6±0.3)岁; 其中≤1岁的患儿有9例, >1岁且≤3岁有15例, >3岁且≤5岁有7例, >5岁有5例。

1.2 方法

回顾性分析36例患儿的实验室检查结果, 包括: 血白细胞计数、血小板计数、C反应蛋白、超声心动图、血红蛋

白、红细胞沉降率以及血浆白蛋白; 并对患儿的临床特征和危险因素进行观察和分析。

1.3 观察指标

(1) 观察并记录患儿的各项临床特征出现率, 主要包括发热、咳嗽、眩晕、呕吐以及心律不齐; (2) 对KD合并CAL的影响因素进行分析。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用t检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, 影响因素分析采用多因素Logistic回归分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患儿的临床特征分析

36例患儿的临床特征中, 发热、咳嗽和眩晕的出现率较高。有25例患儿出现发热, 占69.44%; 有5例出现咳嗽, 占13.89%; 有4例出现眩晕, 占11.11%; 有1例出现呕吐, 占2.78%; 有1例出现心律不齐, 占2.78%。

2.2 KD合并CAL影响因素的单因素分析

单因素分析结果显示, 发热持续时间、患儿性别、C反应蛋白、红细胞沉降率、丙种球蛋白的使用剂量和时间是KD发生CAL的影响因素, 见表1。

2.3 KD合并CAL影响因素的多因素分析

发热持续时间、患儿性别、C反应蛋白、红细胞沉降率、丙种球蛋白剂量和丙种球蛋白时间均是KD合并CAL的危险因素, 见表2。

〔收稿日期〕 2020-09-16

〔作者简介〕 王春海, 男, 主治医师, 主要研究方向为儿科疑难及危重症疾病。

表1 KD合并CAL影响因素的单因素分析 (n=36, 例)

因素	KD	CAL	χ^2	P
发热持续时间/d				
≤ 10	24	8	0.935	0.033
> 10	12	6		
患儿性别				
男	22	9	4.862	0.027
女	14	1		
C反应蛋白/g·L ⁻¹				
≤ 0.8	5	1	4.848	0.028
> 0.8	31	22		
红细胞沉降率/mm·h ⁻¹				
≤ 100	25	12	5.013	0.025
> 100	11	1		
丙种球蛋白剂量/g·kg ⁻¹				
≤ 1	5	1	4.848	0.028
2	31	22		
丙种球蛋白时间/d				
≤ 10	28	6	4.947	0.026
> 10	8	5		

注: KD—川崎病; CAL—冠状动脉损伤

表2 KD合并CAL影响因素的多因素分析

因素	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
发热持续时间	0.063	0.143	2.354	0.025	1.066	(1.006, 1.446)
患儿性别	0.013	0.006	2.156	0.027	1.001	(1.007, 1.036)
C反应蛋白	1.776	0.825	1.654	0.035	6.659	(10.002, 33.948)
红细胞沉降率	0.111	0.058	3.254	0.013	1.020	(1.003, 1.260)
丙种球蛋白剂量	1.484	0.774	1.655	0.035	1.020	(1.003, 1.160)
丙种球蛋白时间	1.358	0.698	1.254	0.046	1.016	(1.002, 1.150)

注: KD—川崎病; CAL—冠状动脉损伤

3 讨论

KD的主要发病机理为患儿出现全身血管炎, 该病的多发群体为5岁以内的男性婴幼儿^[4]。CAL是临床上KD患儿最严重的一种并发症, CAL会使得流向心肌的血液含量不能满足患儿心脏正常功能的需求量, 在该并发症长期的影响之下, 会提升患儿心脏病发生的风险^[5]。KD处于急性期时会出现比较严重的血管免疫炎症反应, 从而激活细胞因子级联, 活化血管内皮细胞, 增加血管通透性, 形成致使CAL的关键原因^[6]。基于此, 分析小儿KD合并CAL的临床特征和危险因素有着重要的价值。

通过长期的临床观察和研究发现, KD的常见临床表现有发热、颈部非脓性淋巴结肿大、口腔黏膜形成弥漫性充血、掌指(趾)红斑、皮疹、眼结合膜充血、杨梅舌以及手足出现硬性水肿等^[7]。CAL在临床上的表现受其程度的不同而有着明显的差异, 其中轻度的CAL对患儿心脏基本不产生影响, 临床上不具有明显的症状, 中度的CAL会致使患儿的管腔出现狭窄这一现象, 重度的CAL则在患儿心脏工作量提升时会产生心肌血液供应不足的现象, 从而致使患儿出现心律不齐、心绞痛以及心力衰竭等症状^[8]。在KD合并

CAL患儿的治疗工作中, 密切观察患儿出现的各项临床特征, 对患儿可能出现的发热、咳嗽、眩晕、呕吐以及心律不齐等现象进行针对性的治疗, 对提升整体治疗效果有着重要的意义。而由于该病至今没有总结出明确的致病原因, 常在无意间给CAL这一并发症的发生创造了条件^[9]。通常情况下, 临床上会在患儿患有KD的9d之内进行丙种球蛋白治疗, 丙种球蛋白治疗能有效抑制冠脉瘤的形成, 能够对CAL的发生产生显著的预防作用, 但没有根据患儿实际病情对患儿展开规范化的丙种球蛋白治疗工作也会成为CAL发生的高危风险因素^[10]。本研究结果显示, 36例患儿的临床特征中, 发热、咳嗽和眩晕的出现率较高。有25例患儿出现发热, 占69.44%; 有5例出现咳嗽, 占13.89%; 有4例出现眩晕, 占11.11%; 单因素分析结果显示, 发热持续时间、患儿性别、C反应蛋白、红细胞沉降率、丙种球蛋白的使用剂量和时间是KD发生CAL的影响因素; 多因素分析结果显示, 发热持续时间、患儿性别、C反应蛋白、红细胞沉降率、丙种球蛋白剂量和丙种球蛋白时间均是KD合并CAL的危险因素。说明对KD合并CAL患儿的危险因素进行控制, 能够对治疗效果产生积极作用。

综上所述, KD合并CAL的临床特征主要表现为发热、咳嗽和眩晕, 主要危险因素有发热持续时间、患儿性别、C反应蛋白、红细胞沉降率、丙种球蛋白的使用剂量和时间, 在临床治疗中应加强对各项危险因素和患儿体征症状的关注程度, 以减少KD合并CAL的发生。

〔参考文献〕

- (1) 刘红, 刘培政. 儿童典型和不典型川崎病72例临床及冠脉损害分析(J). 临床和实验医学杂志, 2016, 13(13): 1321-1323.
- (2) 杜军保. 进一步提高川崎病的临床诊疗水平(J). 中华儿科杂志, 2006, 44(5): 321-323.
- (3) 王文, 罗钢, 张乾忠. 川崎病并发冠状动脉损害19例临床分析(J). 中国实用儿科杂志, 2016, 31(11): 843-846.
- (4) 仲玉强. 小儿川崎病心率变异性指标与肌钙蛋白I和氨基末端脑钠肽前体相关性分析(J). 中国实用儿科杂志, 2016, 31(8): 615-618.
- (5) 高明东, 王建军, 缪树琼, 等. Z值对儿童川崎病冠状动脉病变的评估价值(J). 中国小儿急救医学, 2018, 25(6): 442-445, 449.
- (6) 谢圭, 杨作成, 刘琳, 等. IL-12B基因rs3212227位点多态性与川崎病及其并发冠状动脉损伤的关联性研究(J). 中国免疫学杂志, 2018, 34(9): 98-102.
- (7) 陈洁, 余更生. 川崎病合并冠状动脉病变的研究进展(J). 现代医药卫生, 2017, 33(11): 1664-1666.
- (8) 徐雯雅, 刘桂英. 川崎病合并冠状动脉损害危险因素研究进展(J). 中国医药, 2016, 11(2): 293-297.
- (9) 陈志宏. 川崎病(KD)患儿冠状动脉损害与左室扭转值的相关性(J). 中西医结合心血管病杂志, 2016, 4(33): 44.
- (10) 赵银霞, 何金虎, 徐艳萍, 等. 儿童川崎病临床特征及并发冠脉损害的高危因素分析(J). 宁夏医学杂志, 2016, 38(2): 141-143.