

〔文章编号〕 1007-0893(2021)02-0131-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.02.064

# 抗病毒治疗对儿童传染性单核细胞增多症的临床效果

孙亮 占诗贵 冯丽燕 胡泽华

(东莞市第五人民医院, 广东 东莞 523000)

〔摘要〕 **目的:** 比较儿童传染性单核细胞增多症 (IM) 采用抗病毒治疗与非抗病毒治疗的临床效果。**方法:** 选取 2017 年 5 月至 2019 年 5 月期间东莞市第五人民医院收治的 89 例 IM 患儿作为研究对象, 并按照双盲分组法将其随机分为两组。对照组 ( $n = 44$ ) 实行常规治疗, 观察组 ( $n = 45$ ) 在常规治疗的基础上实行抗病毒治疗, 比较两组患儿治疗后的实验室指标变化以及患儿的临床指征发生情况。**结果:** 两组患儿的发热、咽峡炎、淋巴结肿大、肝大、脾大、眼睑浮肿以及皮疹等临床体征的发生率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组患儿短期血清/血浆 EBV 病毒 (EBV)-DNA 与全血 EBV-DNA 检出率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患儿的长期血清/血浆 EBV-DNA 与全血 EBV-DNA 检出率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 抗病毒治疗与常规治疗疗效差异并不明显, 因此临床上儿童 IM 患儿不推荐采用抗病毒治疗的方式, 并且 IM 患儿全血中的 EBV-DNA 会出现持续阳性的情况, 最长可达 12 个月以上, 由此可见, 对儿童 IM 患儿的病情监控中, 监测全血标本中 EBV-DNA 无意义。

〔关键词〕 传染性单核细胞增多症; 抗病毒治疗; 儿童

〔中图分类号〕 R 725.1 〔文献标识码〕 B

传染性单核细胞增多症 (infectious mononucleosis, IM) 是儿童时期的一种高发性疾病<sup>[1]</sup>, 主要是由 EB 病毒 (Epstein-Barr virus, EBV) 引起<sup>[2]</sup>, 该疾病主要侵犯人体的淋巴系统, 一般 IM 患儿的主要临床表现为高烧, 且过程可达 3 个星期<sup>[3]</sup>, 一般经口腔传播, 不及时采取积极有效的治疗措施, 可导致其发生川崎病。因此, 本研究主要分析了 IM 患儿采用抗病毒治疗与非抗病毒治疗的效果比较, 详情报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究对象为 2017 年 5 月至 2019 年 5 月期间本院收治的 89 例 IM 患儿, 按照双盲随机分组法将其分为两组。观察组患儿中, 男 23 例, 女 22 例, 年龄 0.8 ~ 13 岁, 平均年龄 ( $4.31 \pm 2.73$ ) 岁; 对照组患儿中, 男 22 例, 女 22 例, 年龄 0.7 ~ 13 岁, 平均年龄 ( $4.25 \pm 2.85$ ) 岁。两组患儿性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 两组患儿均符合儿童 IM 的临床诊断标准<sup>[4]</sup>; (2) 两组患儿均具备完善的临床资料; (3) 两组患儿家属均对本研究知情同意。

1.1.2 排除标准 (1) 合并其他急、恶性疾病者; (2) 合并精神障碍、心理障碍不能配合正常治疗者; (3) 合并多器官功严重衰竭者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规治疗方式, 主要为: (1) 给予发热患儿布洛芬混悬液 (江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H19980017) 每次 4 ~ 8 mL, 根据体质量调节剂量, 根据患儿的情况给予其静脉补液或口服补液支持<sup>[5]</sup>; (2) 及时给予肝功能损伤患儿降酶护肝治疗; (3) 及时给予存在细菌感染的患儿抗感染药物治疗; (4) 对于合并脏器损伤的患儿需及时给予丙种球蛋白或者激素药物进行干预。每 7 d 为 1 个疗程, 治疗时间为 3 个疗程。

1.2.2 观察组 在常规治疗的基础上采用盐酸伐昔洛韦片 (湖北省益康制药厂, 国药准字 H20083699) 进行抗病毒治疗。药物剂量以及使用方法为: 按照  $15 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$  的剂量, 分为 2 ~ 3 次口服<sup>[6]</sup>。注意儿童用药的最大剂量应少于成人药物剂量<sup>[7]</sup>。每 7 d 为 1 个疗程, 治疗时间为 3 个疗程。

### 1.3 观察指标

观察两组患儿治疗中发热、咽峡炎、淋巴结肿大、肝大、脾大、眼睑浮肿以及皮疹等临床症状体征的发生率; 根据实验室检查结果判断患儿治疗后血清/血浆 EBV-DNA 与全血 EBV-DNA 长期 (6 个月后) 与短期 (1 个月后) 检出率。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 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  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

〔收稿日期〕 2020 - 10 - 21

〔作者简介〕 孙亮, 男, 主治医师, 主要从事小儿内科工作。

## 2 结果

### 2.1 两组患儿治疗中的临床体征比较

两组患儿的发热、咽峡炎、淋巴结肿大、肝大、脾大、

眼睑浮肿以及皮疹等临床体征的发生率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患儿治疗中的临床体征发生率比较 (n(%))

组别	n	发热	咽峡炎	淋巴结肿大	肝大	脾大	眼睑浮肿	皮疹
对照组	44	42(95.45)	41(93.18)	42(95.45)	41(93.18)	38(86.36)	40(90.91)	4(9.10)
观察组	45	42(93.33)	42(93.33)	38(84.44)	40(88.89)	36(80.00)	38(84.44)	4(8.89)

### 2.2 两组患儿长短期血 EBV-DNA 阳性率比较

观察组患儿短期血清/血浆、全血 EBV-DNA 检出率均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患儿长期血清/血浆、全血 EBV-DNA 检出率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患儿长短期血 EBV-DNA 阳性率比较 (n(%))

组别	n	时间	血清/血浆	全血
对照组	44	短期	6(13.64)	5(11.36)
		长期	7(15.91)	8(18.18)
观察组	45	短期	2( 4.44) <sup>a</sup>	1( 2.22) <sup>a</sup>
		长期	7(15.56)	7(15.56)

与对照组同时间比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

注: EBV-DNA - EB 病毒

本研究结果显示, 两组患儿的发热、咽峡炎、淋巴结肿大、肝大、脾大、眼睑浮肿以及皮疹等临床体征的发生率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组患儿短期血清/血浆 EBV-DNA 与全血 EBV-DNA 检出率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患儿的长期血清/血浆 EBV-DNA 与全血 EBV-DNA 检出率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

综上所述, 抗病毒治疗与常规治疗的疗效差异并不明显, 因此临床上儿童 IM 患儿不推荐采用抗病毒治疗的方式, 并且 IM 患儿全血中的 EBV-DNA 会出现持续阳性的情况, 最长可达 12 个月以上, 由此可见, 对儿童 IM 患儿的病情监控中, 监测全血标本中 EBV-DNA 无意义。

## 3 讨论

当儿童出现发热、咽喉不适、颈部淋巴结肿大  $> 1\text{ cm}$  以上、以及肝脏、脾出现不同程度的增大, 即需要排查其是否患 IM<sup>[8]</sup>。患儿诊断是否患 IM 需进行血象检查以及 EBV 抗体检查, 当其血象结果提示, 白细胞明显增多, 占淋巴细胞的 60% 以上且患儿的异型淋巴细胞总数  $> 1.0 \times 10^9$  个  $\cdot \text{L}^{-1}$  时<sup>[9]</sup>; 患儿的 EBV 抗体检查结果存在: (1) EBV 免疫球蛋白 (immunoglobulin, Ig) M 抗体初期检查结果为阳性, 后转为阴性; (2) 双份血清 EBV IgG 抗体呈现为滴度 4 倍及以上速度升高; (3) EBV 早期抗体出现一过性升高; (4) EBV 膜壳抗体 IgG 初期检查结果为阳性, 这些症状的其中 1 项, 则可确诊其为 IM<sup>[10]</sup>。EBV 隶属于疱疹病毒中的一种, 其主要由病毒壳抗体、膜抗原、早期抗原、EBV 核抗原、经淋巴细胞监测的膜抗原以及补体结合抗原等 6 种抗原组成。一般抗病毒药物主要用于已知病毒核酸, 但是 EBV 病毒感染的患儿其病毒基因主要存在于患儿的细胞基因组内, 且其具有一定的自限性, 正因为如此, 该病毒不容易被免疫系统清除, 在治疗上一般选择常规对症治疗的方式, 抗菌类药物一般对该患儿的治疗无效, 临床上仅用于咽部出现明显炎症、扁桃体炎症或继发细菌感染时可采用此类药物进行治疗。而阿昔洛韦以及其衍生的抗病毒药物对 EBV 有一定程度的抑制作用, 当 IM 患儿合并口腔黏膜白斑、艾滋病时采用抗病毒药物可抑制其疾病发展的首选药物。由此可见, 抗病毒治疗并不适用于普通 IM 患儿, 对症治疗仍是该疾病患儿的首选治疗方式。

### [参考文献]

- (1) 任高伟, 刘灵, 李明丽, 等. 长疗程抗病毒治疗对传染性单核细胞增多症患儿 EBV 抑制的影响 (J). 药物生物技术, 2019, 26(6): 516-520.
- (2) 周高枫, 张锐沐, 李迟, 等. 阿昔洛韦治疗传染性单核细胞增多症对发热及住院时间的影响 (J). 儿科药理学杂志, 2018, 24(2): 15-17.
- (3) 欧阳文献, 朱咏贵, 李双杰, 等. 儿童传染性单核细胞增多症临床特征及治疗的单中心研究 (J). 中华实验和临床病毒学杂志, 2018, 32(1): 12-16.
- (4) 周继敏. 儿童传染性单核细胞增多症 50 例临床特点分析 (J). 临床合理用药杂志, 2017, 10(17): 167-168.
- (5) 单鸣凤, 胡静, 穆原, 等. 更昔洛韦联合干扰素- $\alpha 1b$  雾化吸入治疗儿童传染性单核细胞增多症的疗效 (J). 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(15): 1174-1178.
- (6) 袁利超, 马安林, 徐潜, 等. 更昔洛韦治疗成人传染性单核细胞增多症的回顾性研究 (J). 中国感染控制杂志, 2017, 16(8): 730-732.
- (7) 诸葛远莉, 崔侃, 薛春玲. 儿童传染性单核细胞增多症 146 例临床分析 (J). 交通医学, 2017, 31(6): 558-560.
- (8) 彭惠轩, 麦彩喜, 陈广道. EB 病毒 DNA 检测对儿童传染性单核细胞增多症的诊断价值及其影响因素 (J). 国际医药卫生导报, 2018, 24(4): 491-493.
- (9) 田净忆. 中西医结合治疗儿童传染性单核细胞增多症的临床研究进展 (J). 中国基层医药, 2020, 27(5): 637-640.
- (10) 邱菁华, 海冬, 张葭, 等. 儿童传染性单核细胞增多症 42 例临床特点分析 (J). 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(53): 40-41.