

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0124-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.059

# 儿童不完全川崎病 28 例临床分析

冯海红 李 丽

(河南科技大学第二附属医院, 河南 洛阳 471000)

〔摘要〕 目的: 分析儿童不完全川崎病(KD)临床特征。方法: 选取河南科技大学第二附属医院2017年5月至2019年6月收治的不完全KD患儿28例为研究对象进行回顾性分析, 另选取同期完全KD患儿30例作为参照, 比较两组患儿临床特征、实验室检查结果及冠状动脉损害发生率、对静脉注射用丙种球蛋白无反应发生率。结果: 不完全KD患儿的卡疤红斑、肛周潮红脱屑发生率较完全KD患儿高, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组患儿白细胞计数、血小板计数、C反应蛋白、红细胞沉降率、血浆蛋白检查结果比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 不完全KD患儿冠状动脉损害发生率高于完全KD患儿, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 但对静脉注射用丙种球蛋白无反应发生率与完全KD患儿比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 儿童不完全KD临床特征与完全KD相似, 卡疤红斑、肛周潮红脱屑可作为诊断不完全KD的参考指标, 且不完全KD冠状动脉损害发生率较高。

〔关键词〕 不完全川崎病; 冠状动脉损害; 儿童

〔中图分类号〕 R 725.4 〔文献标识码〕 B

川崎病(Kawasaki disease, KD)是黏膜皮肤淋巴结综合征, 高发年龄为5岁以下, 发病率可达20%~25%, 由于其可引起严重心血管疾病而受到临床重视<sup>[1]</sup>。近年来, 部分不完全符合KD诊断标准或表现不典型病例逐渐增多, 而由于不完全KD临床特征少, 易出现误诊、漏诊情况, 增加冠状动脉损害发生率, 不利于患儿健康成长。因此, 分析儿童不完全KD临床特征有助于临床及早确诊并进行干预。本研究选取本院收治的不完全KD患儿28例及完全KD患儿30例, 对其治疗效果开展了研究, 结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院2017年5月至2019年6月收治的不完全KD患儿28例为研究对象进行回顾性分析, 另选取同期完全KD患儿30例作为参照。不完全KD患儿男18例, 女10例; 年龄1~5岁, 平均(2.94±0.89)岁; 病程3~9 d, 平均(5.91±1.36) d。完全KD患儿男19例, 女11例; 年龄1~5岁, 平均(3.05±0.91)岁; 病程3~10 d, 平均(6.15±1.44) d。不完全KD与完全KD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。

### 1.2 诊断标准

(1) 四肢末端变化; (2) 双侧球结膜充血; (3) 急性期非化脓性淋巴结肿大, 直径>1.5 cm; (4) 多形性皮疹; (5) 口唇、口腔改变。完全KD标准: 发热时间>5 d且符合上述4项以上者; 不完全KD标准: 发热时间>5 d

且符合上述2~3项并伴有冠状动脉病变者。

### 1.3 方法

回顾性分析患儿的临床表现及相关检查结果, 并进行统计学处理。

### 1.4 观察指标

比较不完全KD患儿与完全KD患儿的: (1) 临床特征; (2) 实验室检查结果; (3) 冠状动脉损害发生率; 采用二维超声检测冠状动脉受累情况, 受累标准: 冠状动脉内径>3 mm诊断为冠状动脉扩张; 冠状动脉弥漫性或局限性扩张、直径>相邻正常冠状动脉1.5倍, 诊断为冠状动脉瘤; (4) 对静脉注射用丙种球蛋白无反应发生率: 经静脉注射用丙种球蛋白治疗48 h体温>38℃或治疗2周再次发热, 且符合KD诊断标准1项以上, 确诊为对静脉注射用丙种球蛋白无反应。

### 1.5 统计学分析

采用SPSS 22.0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, 等级资料采用 $Ridit$ 检验, 检验标准 $\alpha = 0.05$ ,  $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 不完全KD患儿与完全KD患儿的临床特征比较

不完全KD患儿的发热时间为(6.55±1.27) d, 完全KD患儿为(6.72±1.36) d, 组间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 不完全KD患儿的卡疤红斑、肛周潮红脱屑

〔收稿日期〕 2021-04-26

〔作者简介〕 冯海红, 女, 副主任医师, 主要从事小儿内科工作。

发生率较完全 KD 患儿高, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 不完全 KD 与完全 KD 患儿的临床特征比较

(n(%))

组别	n	皮疹	手足硬肿	淋巴结肿大	结膜炎	黏膜炎	卡疤红斑	肛周潮红脱屑	呼吸系统症状	消化系统症状	神经系统症状
完全 KD	30	24(80.00)	17(56.67)	10(33.33)	24(80.00)	22(73.33)	1( 3.33)	3(10.00)	9(30.00)	5(16.67)	2( 6.67)
不完全 KD	28	22(78.57)	15(53.57)	8(28.57)	23(82.14)	23(82.14)	9(32.14) <sup>a</sup>	11(39.29) <sup>a</sup>	15(53.57)	10(35.71)	6(21.43)

与完全 KD 比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

注: KD 一川崎病

2.2 不完全 KD 与完全 KD 患儿的实验室检查结果比较

细胞沉降率、血浆蛋白检查结果比较, 差异无统计学意义

两组患儿白细胞计数、血小板计数、C 反应蛋白、红

( $P > 0.05$ ), 见表 2。

表 2 不完全 KD 患儿与完全 KD 患儿的实验室检查结果比较

(n(%))

项目	n	白细胞计数/ $\times 10^9 \cdot L^{-1}$			血小板计数/ $\times 10^9 \cdot L^{-1}$		
		< 10	10 ~ 20	> 20	< 300	300 ~ 400	> 400
完全 KD	30	6(20.00)	9(30.00)	15(50.00)	7(23.33)	9(30.00)	14(46.67)
不完全 KD	28	7(25.00)	8(28.57)	13(46.43)	7(25.00)	10(35.71)	11(39.29)

  

项目	C 反应蛋白/ $mg \cdot L^{-1}$		红细胞沉降率/ $mm \cdot h^{-1}$				血浆蛋白/ $g \cdot L^{-1}$	
	$\leq 8$	> 8	< 30	30 ~ 50	51 ~ 80	81 ~ 120	$\leq 35$	> 35
完全 KD	9(30.00)	21(70.00)	3(10.00)	4(13.33)	10(33.33)	13(43.33)	17(56.67)	13(43.33)
不完全 KD	6(21.43)	22(78.57)	4(14.29)	5(17.86)	9(32.14)	10(35.71)	15(53.57)	13(46.43)

2.3 不完全 KD 与完全 KD 患儿的其他指标比较

不完全 KD 患儿冠状动脉损害发生率高于完全 KD 患儿, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 但对静脉注射用丙种球蛋白无反应发生率与完全 KD 患儿比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 3。

表 3 不完全 KD 与完全 KD 患儿的其他指标比较 (n(%))

组别	n	冠状动脉损害	对静脉注射用丙种球蛋白无反应
完全 KD	30	6(20.00)	2(6.67)
不完全 KD	28	13(46.43)	1(3.57)

与完全 KD 比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

注: KD 一川崎病

3 讨论

KD 致病因素暂未明确, 一般认为是在遗传基础上由感染因子引起自身免疫系统异常激活所致, 近年来发病率有升高趋势, 临床表现为眼结膜充血、发热、口腔黏膜炎、手足硬肿、多形性皮疹、非化脓性淋巴结等症状<sup>[2]</sup>。杜忠东等<sup>[3]</sup>报道指出, KD 发病率与环境因素密切相关, 且存在季节性, 冬夏发病率较高, 春秋发病率较低。而部分患儿临床症状不典型或未完全符合 KD 诊断标准, 即为不完全 KD, 儿童不完全 KD 易造成冠状动脉损害, 是小儿后天性心脏病的重要原因<sup>[4-5]</sup>。因此, 探究不完全 KD 临床特征为临床诊断、干预提供参考意见有重要意义。本研究回顾性分析本院收治的 28 例不完全 KD 患儿及 30 例完全 KD 患儿临床资料, 结果显示两者性别、年龄、发热时间、皮疹、手足硬肿、淋巴结肿大、结膜炎、黏膜炎、呼吸系统症状、消化系统症状、神

经系统症状以及实验室指标白细胞计数、血小板计数、C 反应蛋白、红细胞沉降率、血浆蛋白检查结果比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 与相关研究结果<sup>[6]</sup>一致。不完全 KD 患儿卡疤红斑、肛周潮红脱屑发生率较完全 KD 患儿高, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 提示卡疤红斑、肛周潮红脱屑可作为临床诊断不完全 KD 参考指标。

张丹凤等<sup>[7]</sup>的研究指出, 不完全 KD 巨大冠状动脉肿瘤发生率、血栓发生率、冠状动脉损害总发生率均高于完全 KD 患儿。本研究对所有患儿冠状动脉损害发生率、对静脉注射用丙种球蛋白无反应发生率进行统计分析, 结果显示不完全 KD 患儿冠状动脉损害发生率高于完全 KD 患儿, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患儿对静脉注射用丙种球蛋白无反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 表明超声心动图检查对明确不完全 KD 患儿诊断有积极作用。同时, 两组患儿对静脉注射用丙种球蛋白无反应发生率均较低, 提示对确诊不完全 KD 或完全 KD 患儿可给予静脉注射用丙种球蛋白进行治疗。谷志宏<sup>[8]</sup>的研究证实, 静脉注射丙种球蛋白治疗 KD 患儿, 可有效缓解炎症反应, 减轻氧化应激损伤及冠状动脉损伤。而对静脉注射用丙种球蛋白无反应患儿, 可考虑给予糖皮质激素, 预防严重冠状动脉损害。

综上所述, 不完全 KD 临床特征与完全 KD 相似, 卡疤红斑、肛周潮红脱屑可作为诊断不完全 KD 的参考指标, 且不完全 KD 冠状动脉损害发生率较高。

[参考文献]

(1) 刘丽莎, 谈诚, 李喆倩, 等. 川崎病合并冠脉损伤患儿血清抑制 HUVECs 增殖并诱导其凋亡 (J). 南京医科大学学

- 报(自然科学版), 2017, 37(4): 434-436.
- (2) 栗枫筠. 小儿川崎病病因及发病机制研究现状(J). 武警后勤学院学报(医学版), 2016, 25(9): 773-777.
- (3) 杜忠东, 陈笑征. 川崎病流行病学研究进展(J). 中国实用儿科杂志, 2017, 32(8): 565-569.
- (4) 张久玲. 不完全川崎病合并冠状动脉病变的临床研究(D). 重庆: 重庆医科大学, 2018: 1-37.
- (5) 李湘津, 李玉宁, 颜娟. 血清降钙素原与不完全川崎病合并冠状动脉损害关系的研究(J). 当代医学, 2018, 24(18): 88-90.
- (6) 张颖, 犹登霞, 周杰林. 典型川崎病与不完全川崎病的临床特征分析(J). 中国妇幼健康研究, 2018, 29(11): 1475-1479.
- (7) 张丹凤, 钟家蓉, 王丹. 完全川崎病和不完全川崎病冠脉病变对比研究(J). 临床儿科杂志, 2018, 36(1): 14-18.
- (8) 谷志宏. 静脉注射丙种球蛋白对川崎病患儿炎症反应及氧化应激反应的影响(J). 实用临床医药杂志, 2016, 20(5): 103-106.

(文章编号) 1007-0893(2021)13-0126-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.060

## 经皮椎间孔镜治疗腰椎管狭窄症的近远期疗效观察

屈盈乐 肖迪 高琦

(洛阳市第六人民医院, 河南 洛阳 471000)

**〔摘要〕** **目的:** 观察采用经皮椎间孔镜手术治疗腰椎管狭窄症患者的近远期效果。**方法:** 将2017年6月至2018年6月洛阳市第六人民医院收治的72例腰椎管狭窄的患者作为研究对象, 根据患者自愿的原则将其分为对照组32例与观察组40例。其中对照组给予常规开放性手术, 观察组给予经皮椎间孔镜手术。比较两组患者的手术相关指标(手术时间、术中出血量、住院时间), 临床效果, 视觉模拟评分法(VAS)评分, Oswestry功能障碍指数(ODI)。**结果:** 观察组患者的手术时间、住院时间均较对照组更短, 术中出血量较对照组更少, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者术后10d、术后3个月的VAS评分与ODI均显著低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 术后1年, 观察组患者的腰椎功能优良率显著高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 经皮椎间孔镜手术治疗腰椎管狭窄症可显著改善患者症状, 缓解疼痛, 其近远期疗效均更佳。

**〔关键词〕** 腰椎管狭窄症; 经皮椎间孔镜手术; 常规开放性手术

**〔中图分类号〕** R 687.3 **〔文献标识码〕** B

腰椎管狭窄症属于神经功能障碍疾病, 在我国主要发病人群为中老年人, 病因为各种原因(主要是退行性改变)所致的腰椎管的中央、侧方及椎间孔狭窄变形, 进而压迫神经、脊髓等内容物, 导致患者下肢行走无力甚至跛行, 且造成被压迫的神经所支配的部位进行性疼痛、麻木, 严重影响患者的正常生活<sup>[1-2]</sup>。该病症状较轻的患者优先选择保守治疗, 对于症状较为严重的患者手术治疗是首选<sup>[3]</sup>。目前针对腰椎管狭窄症患者的热门手术治疗包括开放性手术与内镜术, 各自均有其优缺点<sup>[4]</sup>。本研究以开放手术作为参照, 探讨了经皮椎间孔镜手术治疗腰椎管狭窄症的疗效, 结果报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

将2017年6月至2018年6月本院收治的72例腰椎管狭窄的患者作为研究对象, 根据患者自愿的原则将其分为对照组32例与观察组40例。观察组患者中, 男23例, 女17例; 年龄48~75岁, 平均(58.85±5.42)岁; 病程7~15个月, 平均(10.82±2.06)个月; 病变部位: 腰3~腰4节段6例, 腰4~腰5节段24例, 腰5~骶1节段10例。对照组患者中, 男20例, 女12例; 年龄47~76岁, 平均(59.14±5.95)岁; 病程6~16个月, 平均(11.02±2.42)个月; 病变部位: 腰3~腰4节段4例, 腰4~腰5节段19例, 腰5~骶1节

**〔收稿日期〕** 2021-04-17

**〔基金项目〕** 河南理工大学青年基金项目资助课题(Q2018-7)

**〔作者简介〕** 屈盈乐, 男, 主治医师, 主要从事骨科工作。