



不完全川崎病临床表现及误诊原因探究

杨姿荣

张家界市人民医院 湖南张家界 427000

【摘要】目的 探讨不完全川崎病临床表现及误诊原因。**方法** 通过回顾分析的方法,选取我院2012年-2015年4月收治的44例川崎病患者作为研究对象,对不完全川崎病临床表现及误诊原因进行分析。**结果** 通过调查显示,44例不完全川崎病患者有8例误诊,病发率100%,误诊率18.18%;同时,在不完全川崎病冠状动脉受损的发病率36.5%,典型川崎病患者为28.64%,所有患者的比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 不完全川崎病的表现极其复杂,症状多与常见的疾病相似,因此误诊率比较高。所以,早期识别该疾病的早期症状,对确诊有着非常重要的作用。

【关键词】 不完全川崎病; 临床表现; 误诊原因; 分析

【中图分类号】 R725.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2015) 10-015-02

【Abstract】Objective To investigate the clinical manifestations and causes of misdiagnosis of incomplete Kawasaki disease.. **Methods** Through retrospective analysis of the method, we selected 44 cases of Kawasaki disease treated in our hospital from 2012 to April as the research object, and analyzed the clinical manifestations and misdiagnosis reasons of incomplete Kawasaki disease. **Results** According to the survey, 44 patients with incomplete Kawasaki disease had 8 cases of misdiagnosis, the incidence of disease was 100%, the misdiagnosis rate was 18.18%, while the incidence of coronary artery disease was 36.5%, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Incomplete Kawasaki disease is very complicated, and the symptoms are similar to common diseases, so the rate of misdiagnosis is high. Therefore, early identification of the disease's early symptoms, the diagnosis has a very important role.

【Key words】 Incomplete Kawasaki disease; clinical manifestation; Misdiagnosis reason; analysis

川崎病(KD)在临床中又称为皮肤黏膜淋巴结综合征,主要是一种急性与病因不明的血管炎性疾病。多发生在婴幼儿身上。通过对川崎病(KD)的不断研究,一些表现不明显或者误诊的不完全川崎病病例越来越多,由于该疾病的临床症状较多,使得医生对该疾病的认知有所欠缺,所以该疾病的误诊率比较高,为诊断和治疗带来了严重的不便^[1]。本文主要将我院收治的44例川崎病患者作为研究对象,通过对不完全川崎病临床表现及误诊原因进行分析^[2]。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院2012年-2015年4月收治的44例川崎病患者作为研究对象,通过回顾分析,男性25例,女性19例,年龄4个月-7岁,平均年龄(3.5 ± 2.65)岁,就诊时间为2-12d,其中44例不完全川崎病患者有8例误诊。所有患者的临床资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2 方法

通过回顾分析的方法,对不完全川崎病临床表现、辅助检查以及误诊原因等方面进行探讨分析,如下所示:

2.1 临床表现

所有患者均出现不规则发热现象,住院前发热时间2-11d,患者体温为36-40℃,其中有10例患者双眼球结膜出现充血症状,病程为2-5d,连续3-6d。5例患者口腔黏膜发生改变病程2-8d,连续3-6d,9例一过性多形性皮疹,病程在1-7d,连续2-7d,10例肛周皮肤潮红,病程为3-13d,连续5-6d,3例肢端有所改变,还有3例掌坏发红和手足硬肿,病程3-7d,连续4-6d,2例指趾端膜状脱皮,病程9-15d,连续5-8d,2例颈部淋巴结增大,出病程为1-3d,连续6-11d;都是一过性,其中3例单侧,1例双侧,直径在1.5-3.0cm,患者表面不红、无化脓等情况,触痛有3例。2例片剂疫苗接种处红肿,病程在3-5d,连续5-9d。其中合并呼吸系统并发症6例,其中黄疸、肝大以及血清转氨酶增高的消化系统表现4例,1例合并神经系统并发症、1例腮腺增大。

2.2 辅助检查

44例不完全川崎病患者中,外周血WBC增加的患者有16例,最高达到 $30.2 \times 10^9/L$,PLT超过 $300 \times 10^9/L$ 患者有14例,高达 $650 \times 10^9/L$,ESR和CRP增加有14例。在常规尿检查过程中,尿蛋白的患者有10例,尿液中的WBC增加的11例,肝功能受损的有9例,

CIA-MB增加的有14例。在血培养过程中,所有患者都是阴性。利用心电图检查,窦性心动过速的患者有15例,ST段压低的有5例。

2.3 误诊情况

44例不完全川崎病患者有8例误诊,其中败血症误诊的有1例,1例猩红热,2例上呼吸道感染,1例类风湿性关节炎,1例传染性单核细胞增多症,1例心肌炎,1例药疹。通过对所有患者的病史查看,通过发病经过、治疗效果、结合心脏彩超检查、其他实验室检查等回顾分析,从而排除其他类似疾病,之后确诊,其中误诊时间最长的是4周,最短的3d。在2例被误诊为上呼吸道感染的患者,连续数天使用尼美舒利、地塞米松等进行治疗,发热时间为3-5天,患者恢复正常后出现猩红热周脱皮、口唇皲裂以及指趾脱皮等情况,在患者体温恢复到正常后并没有使用丙种球蛋白白,而是采用阿司匹林进行治疗,随后出现冠状动脉^[3]。

1.4 统计学处理

所有数据均采用SPSS17.0软件进行统计分析,计量资料应用平均值 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$),计量资料组间比较采用独立样本t检验,计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验, ($P < 0.05$)为差异有统计学意义。

3 结果

通过调查显示,44例不完全川崎病患者有8例误诊,病发率100%,误诊率18.18%;同时,在不完全川崎病冠状动脉受损的发病率36.5%,典型川崎病患者为28.64%,所有患者的比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

川崎病(KD)在临床中又称为皮肤黏膜淋巴结综合征,主要是一种急性与病因不明的血管炎性疾病^[4]。多发生在婴幼儿身上。通过对川崎病(KD)的不断研究,一些表现不明显或者误诊的不完全川崎病病例越来越多,由于该疾病的临床症状较多,使得医生对该疾病的认知有所欠缺,所以该疾病的误诊率比较高,为诊断和治疗带来了严重的不便^[5]。不完全川崎病误诊与下列原因有关:第一,医生认识不足,根据惯性考虑往往倾向于常见的干扰疾病,例如:呼吸道感染、败血症、急性淋巴结炎以及猩红热等疾病。第二,症状不典型。第三,首发症状^[6]。例如:以上比例中的患者出现发热、肝脾肿大以及肝功能异常等情况,其中出现眼结膜充血、肛周潮红脱皮、唇红干裂、卡

(下转第18页)



(12.35±3.43) d, 两组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 术后 5d 前房纤维蛋白渗出情况比较

术后 5d, 研究组轻度渗出 6 例, 中度渗出 2 例, 总渗出率为 8.70%, 对照组轻度渗出 11 例, 中度渗出 9 例, 重度渗出 2 例, 总渗出率为 23.91%, 两组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 术后后发障发生率比较

随访观察, 研究组 I 级 2 例, 后发障发生率为 2.17%; 对照组 I 级 5 例, II 级 4 例, 后发障发生率为 9.78%, 两组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

世界卫生组织认为矫正视力 < 0.7 便可诊断为白内障, 白内障属于眼科常见病, 多发于老年人, 它是导致患者眼盲的主要原因之一。近几年, 白内障的发病率在逐渐上升, 对其进行治疗的首要目标为恢复视力。目前, 临床治疗的有效方法为手术, 但手术治疗使患者的眼部组织产生与释放前列腺素, 破坏了眼血-房水屏障, 致使葡萄膜毛细血管扩张充血, 血管内的蛋白质合格游走细胞等大量深入眼内, 房水中的蛋白质含量大幅度增加, 同时, 在免疫复合物、毒素及其他致炎因素的作用下, 便引发了术后炎症反应^[3]。白内障人工晶体植入术后并发症的发生率较高, 其中最为常见的便是慢性虹膜睫状体炎^[4]。术后炎症反应直接影响患者的视力恢复, 严重者病情迁延不愈, 不仅会降低手术效果, 还极易引起多种并发症, 甚至会导致失明及眼球摘除。以往临床上主要利用抗炎、抗感染与快速扩瞳的药物进行治疗, 但疗效欠佳, 并且具有严重的副作用。

中医认为人工晶体植入术后炎症反应的发病原因为手术损伤导致血运不通、气血瘀滞、虚弱, 因此, 治疗时, 要采取补血养血、祛风活络的方法。祛风活血汤中的茺蔚子、夏枯草、车前子均有活血利尿的作用, 当归、川芎具有通络除滞的作用, 红花可补血, 熟地可滋阴,

白芍可养血护肝, 藁木、前胡、防风可祛风散瘀, 上述药物的共同使用, 便达到了祛风除滞、活血养血的目的^[5]。

本组研究了我院收治的人工晶体植入术后出现炎症反应的 184 例患者, 随机抽取 92 例为对照组行常规抗炎、抗感染药物与短效扩瞳药治疗, 另 92 例为研究组行中药祛风活血汤治疗, 治疗 3 周后, 研究组的治疗总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组的住院时间少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组术后 5d 前房纤维蛋白总渗出率、术后后发障发生率均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。本组研究证实了祛风活血汤的治疗效果显著、治疗总有效率较高, 缩短了患者的住院时间, 并且安全可靠。

综上所述, 祛风活血汤治疗人工晶体植入术后炎症反应, 疗效确切, 减轻了术后炎症反应, 减少后发障的发生率、缩短了住院时间, 因此, 在临床中应积极推广。

参考文献:

- [1] 陈艳芳, 张明杰. 祛风活血丸治疗老年性白内障术后前房炎性反应及修复术后泪膜功能的临床疗效观察 [D]. 湖南中医药大学, 2012.
- [2] 姬秀丽. 活血利水、退翳明目中药干预治疗白内障术后并发症的临床疗效观察 [D]. 成都中医药大学, 2009.
- [3] 朱雄亮. 除风益损汤加味治疗白内障人工晶体植入术后慢性虹膜睫状体炎的临床观察 [J]. 中外医学研究, 2015, 05: 37-38.
- [4] 李树星, 毛泉报, 李真等. 中西医结合治疗人工晶体植入术后虹膜睫状体炎 41 例 [J]. 山东中医学院学报, 2013, 04: 252-253.
- [5] 李迎舒, 周莺, 钟敬祥等. 术后抗炎汤对白内障晶体植入术患者白细胞介素 2 及其受体的影响 [N]. 广州中医药大学学报, 2015, 02: 106-108.

(上接第 15 页)

介苗接种处红斑以及硬结等症状要特别注意。第四, 仔细观察患者的临床症状^[7]。第五, 对患者采用心脏彩超的检查, 寻找病因。

本文主要将我院收治的 44 例川崎病患者作为研究对象, 通过对不完全川崎病临床表现及误诊原因进行分析。通过调查显示, 44 例不完全川崎病患者有 8 例误诊, 病发率 100%, 误诊率 18.18%; 同时, 在不完全川崎病冠状动脉受损的发病率 36.5%, 典型川崎病患者为 28.64%, 所有患者的比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 不完全川崎病的表现极其复杂, 症状多于常见的疾病相似, 因此误诊率比较高。所以, 早期识别该疾病的早期症状, 对确诊有着非常重要的作用。

参考文献:

- [1] 钟石艳, 戴莉, 杨尧, 杨玉湘, 张海, 周静, 黄婷婷. 凉山彝族自治州不完全川崎病临床调查分析 [J]. 西部医学, 2011, 35(07): 165-166.

- [2] 颜福珍, 谭本才, 严德强, 李琼, 李明君, 李明张. 浅谈小儿不完全川崎病的临床特征及治疗体会 [J]. 求医问药 (下半月), 2012, 34(09): 18-19.

- [3] 张茜, 邓宇, 谢梅. 小儿川崎病的典型临床表现相关性分析 [J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 02(04): 248-249.

- [4] 陈烨, 曹磊, 丁粤粤, 徐秋琴, 孙凌, 徐明国, 吕海涛. 六个月龄以内婴儿完全与不完全川崎病 99 例回顾性分析 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2015, 35(03): 65-66.

- [5] 唐珩, 王全, 夏雯, 赵德育. 肺炎支原体肺炎合并不完全川崎病两例并文献复习 [J]. 现代医学, 2011, 34(12): 189-190.

- [6] 徐凤琴, 毕良学, 杨泽玉. 3 例以腹胀为首发表现川崎病的临床特点分析 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2013, 02(11): 248-249.

- [7] 朱文标, 钟凤娣. 川崎病患儿在基层医院的临床诊断与治疗分析 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 02(10): 248-249.

(上接第 16 页)

本研究中, 实验组 32 例产妇在产后实施了包括基本知识宣教、心理疏导、身体按摩在内的护理干预措施, 数据结果显示: 实验组产后 3d、5d、7d 乳房胀痛 VAS 评分分别为 (1.1±0.2) 分、(1.2±0.3) 分、(1.0±0.2) 分, 均明显低于对照组, 两组数据组间对比下差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。其中, 基本知识的宣教能够引导患者正确对待本症状, 认识到产后发生乳房胀痛的可能性与正常性, 告知患者不必过于惊慌, 仅需要通过积极配合临床治疗与护理的方式即可达到顺利分娩的目标; 通过心理疏导措施的实施, 能够改善患者产后的情绪状态, 在防止产后抑郁的同时能够帮助产妇增加与新生儿的感情; 在此基础上进行身体按摩护理, 能够帮助患者提前乳汁分泌时间, 缓解胀痛, 促进乳腺导管的通畅, 同时对预防产后乳头皲裂,

保障母乳喂养都有非常好的效果。

综上所述可总结: 在产妇产后实施包括基本知识宣教、心理疏导、身体按摩在内的措施进行护理干预, 可缓解乳房胀痛干, 对提高母乳喂养率有促进作用, 价值值得肯定。

参考文献:

- [1] 张岩, 陈晓, 侯海燕等. 哺乳综合护理对预防产后乳房胀痛的影响 [J]. 武警后勤学院学报 (医学版), 2012, 21(10): 805-806.
- [2] 冯媛, 张俊茹, 张燕妮等. 应用低频脉冲治疗仪辅助治疗减轻产后乳房胀痛的效果观察 [J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(3): 624-626.
- [3] 周英凤, 张俊平, 丁焱等. 基于循证的产后妇女乳房胀痛的预防和管理 [J]. 护理学杂志, 2013, 28(22): 18-20.