引用:房艳艳,王善辉,李慧. 中西医结合诊治婴幼儿不完全川崎病 1 例报告[J]. 湖南中医杂志,2023,39(7):100-101.

# 中西医结合诊治婴幼儿不完全川崎病 1 例报告

房艳艳,王善辉,李　慧
(临沂市中医医院,山东　临沂,276002)

[关键词]　不完全川崎病;婴幼儿;中西医结合疗法;病例报告
[中图分类号]R272.54　　[文献标识码]A　　DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.07.027

川崎病(kawasaki diseases,KD),又称皮肤黏膜淋巴结综合征,好发于婴幼儿,是一种以全身血管炎性病变为主要病理改变的急性发热性出疹性疾病,可累及心脏,尤其是冠状动脉,可引起冠状动脉损害、冠状动脉瘤。目前本病病因尚未明确,已成为小儿后天性心脏病的主要病因[1]。研究显示,不完全川崎病(incomplete kawasaki diseases,IKD)临床表现常不典型,存在诊断困难、误诊漏诊、延误治疗等情况[2],若错过最佳治疗时机,则预后不佳。因此早期鉴别诊治 IKD 已成为儿科临床研究的热点。目前西医治疗尚无特异性疗法,急性期多以控制全身非特异性血管炎症,防止冠状动脉瘤形成和血栓性阻塞发生为目的[3]。中医学根据温病学卫气营血辨证,将本病分为卫气同病、气营两燔、气阴两伤等证型,在 IKD 的治疗、转归、预后方面具有独特的优势。现将我院运用中西医结合治疗婴幼儿 IKD 1 例报告如下。

## 1　病案资料

患儿,男,1 岁 5 个月,因“发热 7 d”于 2021 年 7 月 16 日入院。患儿无明显诱因出现发热,无咳嗽及流涕,无呕吐及腹泻,发病时自行口服布洛芬治疗,热退,后热势反复,于当地医院予以抗生素静脉滴注 5 d,仍反复发热,遂于我院门诊就诊。现症见:发热,无皮疹,无咳嗽、流涕等外感症状,纳差,寐欠安。查体:体温 38.9℃,脉搏 132 次/min,呼吸 32 次/min,神志清楚,精神可。双侧非渗出性球结膜充血,分泌物未见增多,口唇色鲜红皲裂,口咽部黏膜弥漫性充血,牙龈红肿,咽充血,扁桃体Ⅱ°肿大,草莓舌。颈部无淋巴结肿大。双肺听诊呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心率 132 次/min,律齐,心音有力,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及。肛周脱皮。血常规(7 月 16 日):白细胞计数(WBC) 19.50×$10^9$/L,中性粒细胞比例(N%) 81.3%,淋巴细胞比例(L%) 13.2%,血红蛋白(Hb) 113 g/L,血小板(PLT) 572×$10^9$/L;C 反应蛋白(CRP) 76 mg/L;血生化、呼吸道病毒七项均未见明显异常。复查血常规(7 月 19 日):WBC 12.87×$10^9$/L,N% 66.4%,L% 23.8%,Hb 106 g/L,PLT 526×$10^9$/L;血生化未见明显异常。复查血常规(7 月 23 日):WBC 6.06×$10^9$/L,N% 24.7%,L% 58.1%,Hb 96 g/L,PLT 512×$10^9$/L。心脏超声(7 月 17 日):左冠状动脉 2.0 mm,右冠状动脉 1.7 mm,二尖瓣返流(轻度),三尖瓣返流(轻度),肺动脉瓣返流(轻度);颈部淋巴结超声(7 月 17 日):左侧淋巴结 0.5 cm。西医诊断:不完全川崎病;中医诊断:温病,气营两燔证。根据患者的不同时期进行治疗。发热期(7 月 16~18 日):17~18 d 予以丙种球蛋白 1 g/(kg·d),静脉滴注,连用 2 d;阿司匹林肠溶片,30 mg/(kg·d),分 3 次口服;维生素 C、腺嘌呤核苷三磷酸对症支持治疗。中药予以清瘟败毒饮加减治疗,处方:水牛角 15 g,石膏 15 g,知母 6 g,连翘 6 g,生地黄 9 g,黄连 3 g,赤芍 6 g,黄芩 9 g,栀子 6 g,甘草 6 g。2 剂,每天 1 剂,水煎服。治疗 2 d 后患儿热退,未再反复。恢复期(7 月 19 日~25 日):患儿体温正常,于 7 月 19 日左手拇指端脱皮,依次为左手、右手拇指至小指甲甲床皮肤交界处,左足大趾甲床皮肤交界处趾端脱皮,持续 1 周。患儿热退 72 h 后阿司匹林减量至 5 mg/(kg·d)口服治疗。中药予以竹叶石膏汤加减治疗,处方:竹叶 12 g,石膏 9 g,党参 6 g,麦冬 15 g,清半夏 6 g,玉竹 15 g,石斛 15 g,黄芩 6 g,甘草 6 g。7 剂,每天 1 剂,煎服法同前。患儿住院治疗 10 d,于 7 月 26 日出院,出院时阿司匹林减量至 3 mg/(kg·d)口服维持,至 8 月 30 日停药。中药予以六君子汤加减治疗,处方:党参 6 g,白术 6 g,茯苓 6 g,甘草 6 g,法半夏 4 g,陈皮

第一作者:房艳艳,女,医学博士,主治中医师,研究方向:中医儿科学及新生儿疾病的临床诊疗

3 g。7 剂,每天 1 剂,凉水浸泡 0.5 h,煎煮 0.5 h,约 100 ml 药液,分 2 次服用。7 月 31 日复查心脏超声未见明显异常,嘱定期复查心脏超声。

## 2 讨　论

KD 最初是由日本儿科医师川崎富作于 1967 年首次报道,病因尚不明确,临床以发热、皮疹、球结膜充血、草莓舌、颈部淋巴结肿大、手足硬肿为特征。根据临床表现是否典型分为完全川崎病(CKD)和 IKD 两大类。IKD 因临床表现不完全,且易合并其他系统症状,在一定程度上增加了早期临床诊断的难度,导致有效治疗延迟,从而增加冠状动脉病变(CAL)的发生率。因此,对 IKD 的早期鉴别和诊断,并及时给予有效治疗至关重要。

关于 IKD 的诊断,发热≥5 d,存在 KD 的 2 项或 3 项主要临床特征,CRP≥30 mg/L 和(或)红细胞沉降率(ESR)≥40 mm/h,且有以下 3 项实验室指标及以上者可诊断,包括:1)贫血;2)发热 7 d 后,PLT≥$450\times10^9$/L;3)白蛋白≤30 g/L;4)丙氨酸氨基转移酶升高;5)WBC≥$15\times10^9$/L;6)尿白细胞≥10 个/高倍视野。如患儿 CRP 和 ESR 均未升高但出现膜状脱皮,或患儿辅助指标不足 3 项,有心脏超声异常者亦可诊断。诊断的同时需排除麻疹,猩红热,其他病毒感染(如 EB 病毒、肠道病毒、腺病毒),Stevens-Johnson 综合征,中毒性休克综合征,渗出性多形性红斑,渗出性结膜炎,溃疡性口腔炎,幼年类风湿关节炎全身型及系统性红斑狼疮等疾病[4]。本病例患儿具备了发热≥5 d,具有双侧非渗出性球结膜充血和口咽部黏膜弥漫性充血 2 项主要临床特征,且 CRP>30 mg/L、贫血、PLT>$450\times10^9$/L、WBC≥$15\times10^9$/L,以及发病 10 d 时出现指趾端膜状脱皮等,回顾整个病程可确诊为 IKD。

关于 IKD 的治疗,目前西医多采用大剂量丙种球蛋白(IVIG)联合阿司匹林治疗。在 IKD 发病早期及时给予丙种球蛋白有利于防止冠状动脉损伤的发生,改善预后。过早给药可能产生 IVIG 抵抗,发热 6~10 d 内为最佳用药时机[5]。阿司匹林虽已作为 IKD 的常规用药,但目前具体应用方案尚无统一标准。最新研究指出,阿司匹林在急性期推荐剂量为 30~50 mg/(kg·d),体温正常 48~72 h 后或病程 2 周后逐渐减量至小剂量 3~5 mg/(kg·d)维持,并于服药 6~8 周后停用[6]。本案患儿在发病第 8~9 天给予 IVIG 1 g/(kg·d),发热期予以阿司匹林 30 mg/(kg·d),热退 72 h 后阿司匹林减量至 5 mg/(kg·d),后减量至 3 mg/(kg·d)维持,共口服近 6 周。中医学认为 IKD 属“温病”范畴,主要病因为感受温热邪毒,犯于肺卫,蕴于肌腠,入营扰血所致[7]。按卫气营血辨证,患儿入院时已发热 7 d,邪入气营,属气营两燔证,故治以清气凉营解毒之法,方选清瘟败毒饮加减治疗。方中重用石膏为君配知母、甘草,取法白虎汤,意在清气分之热而保津;黄芩、黄连、栀子共用,仿黄连解毒汤之意,以通泻三焦火热;水牛角、生地黄、赤芍相配,即犀角地黄汤,清热解毒、凉血散瘀;再配连翘清气分之热,以使气血两清。热退后,气阴两伤,治宜清热益气养阴,方选竹叶石膏汤加减治疗。方中竹叶、石膏清透气分余热、除烦止渴;党参、麦冬益气养阴生津;清半夏降逆和胃;石斛、玉竹益胃生津;黄芩清泄肺热;甘草调和诸药。全方清热与益气养阴并用,祛邪兼顾扶正。出院时,患儿临床症状不显,但病后体虚,不欲饮食,治宜健脾益气、化湿和胃,方选六君子汤加减治疗。方中党参、白术、茯苓、甘草益气健脾,脾气健运则气行湿化,以杜生痰之源,法半夏、陈皮燥湿化痰、降逆和胃,使气顺而湿化。

IKD 因临床表现不典型,早期确诊存在一定困难。猩红热、化脓性脑膜炎、组织细胞坏死性淋巴结炎和 EB 病毒感染等感染性疾病易与 IKD 混淆。临床医师对此类疾病缺乏经验、未详细询问病史及进行体格检查,是导致漏诊、误诊的主要原因。临床上,在分析本病特点和并发症的基础上应尽可能完善诊断和治疗方案,在预防心功能异常等并发症的同时,避免大剂量药物的使用,以免损伤患儿身体健康。中医对于本病的诊治多采用卫气营血辨证,在改善患儿症状以及并发症方面疗效较佳。

### 参考文献

[1] 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.
[2] 许金腾,耿玲玲,李小青. 误诊为川崎病八例原因剖析[J]. 临床误诊误治,2021,34(3):5-10.
[3] 李福钱. 川崎病的临床诊断与治疗进展[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(10):135-137.
[4] 杨柳,王慧超,李田华,等. 不完全川崎病诊疗进展[J]. 解放军医药杂志,2021,33(7):114-116.
[5] 张英谦,郝京霞,李博,等. 静脉用丙种球蛋白治疗川崎病的时机和临床效果分析[J]. 中国医药,2021,16(2):204-207.
[6] AARON,SAGUIL,MATTHEW,et al. Diagnosis and management of kawasaki disease[J]. American Family Physician,2015,91(6):365-371.
[7] 赵霞,李新民. 中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2021:306.

(收稿日期:2022-10-20)
[编辑:徐霜俐]