

表 4 肺炎链球菌药敏结果 (n, %)

抗生素	敏感		中介		耐药	
	2008 年 (23 例)	2013 年 (25 例)	2008 年 (23 例)	2013 年 (25 例)	2008 年 (23 例)	2013 年 (25 例)
青霉素	8(34.78)	5(20.00)	1(4.35)	1(4.00)	14(60.87)	19(76.00)
头孢唑啉	18(78.26)	19(76.00)	0(0)	1(4.00)	5(21.74)	5(20.00)
头孢呋辛	18(78.26)	20(80.00)	0(0)	0(0)	5(21.74)	5(20.00)
头孢曲松	18(78.26)	21(84.00)	1(4.35)	0(0)	4(17.39)	4(16.00)
红霉素	12(52.17)	6(24.00)	1(4.34)	1(4.00)	10(43.48)	18(72.00)
四环素	20(86.96)	21(84.00)	1(4.35)	1(4.00)	2(8.70)	3(12.00)
左氧氟沙星	22(95.65)	22(88.00)	0(0)	2(8.00)	1(4.35)	1(4.00)
氯霉素	23(100.00)	25(100.00)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
万古霉素	23(100.00)	25(100.00)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
复方新诺明	21(91.30)	22(88.00)	2(8.70)	1(4.00)	0(0)	2(8.00)

3 讨论

本研究显示 2008 年儿童化脓性扁桃体炎最常见病原菌是:化脓性链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌;2013 年为:化脓性链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌上升至第二位(11.46% : 26.64%),革兰氏阴性菌比例增加(14.01% : 31.66%)。与国内多项研究结果相似^[1]。

化脓性链球菌治疗临床上多首选青霉素,但 Cohen 等^[2]多项研究发现青霉素耐药率逐年增加,35%化脓性链球菌对青霉素治疗失败,特别≤6 岁儿童更明显。本研究显示青霉素耐药率由 2008 年 39.24% 升至 2013 年 60.40%;化脓性链球菌对第二、三代头孢菌素耐药率低,对红霉素耐药率高且有增加趋势(40.50% : 52.48%)。本研究显示流感嗜血杆菌对第三代头孢菌素、红霉素、氨基糖甙类耐药率低,对氯霉素、亚胺培南极少耐药,对氨苄西林、复方新诺明耐药率高,对第一代头孢菌素耐药率明显增加(16.67% : 65.22%),对第二代头孢菌素耐药率增加(16.67% : 36.23%)。本研究显示金黄色葡萄球菌对第三代头孢菌素、克林霉素、阿米卡星、氟喹诺酮类耐药率低,对青霉素耐药率高,对氯霉素和万古霉素极少耐药,对第一代头孢菌素耐药率增加(24.24% : 41.18%)。本研究显示肺炎链球菌对头孢菌素、四环素、氯霉素、复方新诺明、氟喹诺酮类耐药率低,对青霉素广泛耐药(60.87% : 76.00%),对红霉素耐药率增加(43.48% : 72.00%)。此外,有研究显示厌氧菌也是化脓性扁桃体炎的重要病原,特别是复发性扁桃体炎患者中性率更高^[3]。

综上所述,儿童化脓性扁桃体炎最常见病原菌是:化脓性链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌,流感嗜血杆菌和革兰氏阴性菌比例增加;最常见病原菌对青霉素和红霉素(除流感嗜血杆菌外)普遍耐药性高,不推荐为首选药,对第二、三代头孢菌素耐药性低,推荐为首选药,第一代头孢菌素耐药性普遍增加。与国内的一些研究结论相似^[4-5]。总之,临床上应尽量行微生物学检测,根据药敏结果合理使用抗生素,并监测细菌耐药性的变化。

参考文献:

- [1] 曹阳,李筑英,张国琴,等. 413 例儿童化脓性扁桃体炎病原学及药敏分析[J]. 国际儿科学杂志,2014,40(1):107-108.
- [2] Cohen R. Defining the optimum treatment regimen for azithromycin in acute tonsillopharyngitis[J]. *Pediatr Infect Dis J*,2004,23(2 Suppl):S129-134.
- [3] Gavriel H, Vaiman M, Kessler A, et al. Microbiology of peritonsillar abscess as an indication for tonsillectomy[J]. *Medicine(Baltimore)*,2008,87(1):33-36.
- [4] 何亚薇,吴玫. 272 例化脓性扁桃体炎患儿咽拭子培养分析[J]. *四川医学*,2009,30(1):101-102.
- [5] 俞涟芳,潘开宇,邵媛仙,等. 儿童化脓性扁桃体炎咽拭子培养 176 例分析[J]. *中国基层医药*,2012,19(20):3079-3080.

收稿日期:2014-03-17;修回日期:2014-04-08

71 例小儿川崎病临床分析

熊寿贵

(广东省珠海市妇女儿童医院小儿血液消化科,广东 珠海 519000)

E-mail: xiongshougui@126.com

摘要:目的 总结分析小儿川崎病(Kawasaki disease, KD)临床特点,以提高诊断治疗水平。方法 回顾分析我院 2008 年 1 月~2012 年 12 月间的 71 例 KD 住院患儿的诊治情况。71 例 KD 患儿中有典型 KD 组 57 例,不完全 KD 组 14 例。结果 ①与典型组 KD 相比,不完全 KD 组 PLT 明显升高($P < 0.05$),而 HCT 明显降低($P < 0.05$),冠状动脉病变(comnary anery lesion, CAL)发生率高(85.71%)。②不完全 KD 组女性患儿比例较典型 KD 组高,年龄较典型 KD 组小($P < 0.05$),热程较典型 KD 组长($P < 0.05$)。③两组对 IVIG 的治疗反应大致相同。结论 不完全 KD 女性患儿发病多、且发病年龄小,多在 1 岁以内、CAL 发生率高、PLT 升高明显、HCT 降低明显,提示其血管炎病变可能发生更早更重。

关键词: 黏膜皮肤淋巴结综合征;冠状动脉病变;血管炎

中图分类号: R725.5

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)03-0420-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.054

2008年1月~2012年12月我院收治71例川崎病(Kawasaki disease, KD)患儿, 将其临床资料分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 71例KD患儿中, 典型KD组57例, 其中男44例, 女13例, 女性患儿比例22.81%; 不完全KD组14例, 其中男8例, 女6例, 女性患儿比例42.86%。典型KD组中年龄<3个月1例, 3~12个月15例(1岁以下26.32%), 1~3岁28例(49.12%), 3~6岁8例, 6岁以上5例, 平均年龄(2.28±1.99)岁。不完全KD组中年龄<3个月1例, 3~12个月6例(1岁以下50%), 1~3岁3例, 3岁以上4例, 平均年龄(1.65±1.60)岁, 两组患儿主要临床指标比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

1.2 诊断 两组病例根据标准典型KD诊断标准^[1]以及中华医学会儿科学分会心血管学组和免疫学组专家的意见^[2], 不完全型KD诊断标准^[3]进行诊断。按照冠状动脉病变(coronary anery lesion, CAL)诊断标准^[4]对两组患儿冠状动脉进行评估。静脉注射免疫球蛋白(IVIG)治疗无反应型KD的诊断标准^[5]: KD发病后3~9d内, 大剂量IVIG治疗后发热($>38^{\circ}\text{C}$)持续48~72h。

1.3 统计学方法 应用统计软件SPSS 11.0进行统计分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 计量资料的组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 主要临床表现 典型KD组的6项主要临床表现发生率依次为发热57例(100%), 颈部淋巴结肿大54例(94.74%), 口腔黏膜病变52例(91.23%), 多形性皮疹46例(80.70%), 球结膜充血45例(78.95%), 肢端病变42例(73.68%); 而不完全KD组依次为发热13例(92.86%), 颈淋巴结肿大10例(71.43%), 球结膜充血8例(57.14%), 肢端病变6例(42.86%), 口腔黏膜病变6例(42.86%), 多形性皮疹4例(28.57%)。典型KD组具备5项以上主要临床症状者55例(96.49%), 4项者2例(3.51%)。两组患儿的热程差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

2.2 超声心动图检查 71例全部行心脏超声心动图检查, 典型KD组有冠状动脉病变(CAL)35例(61.40%), 其中冠状动脉壁辉度增强26例(45.61%), 冠状动脉扩张16例(28.07%), 冠状动脉瘤0例; 不完全KD组有CAL12例(85.71%), 其中冠状动脉壁辉度增强10例(71.43%), 冠状动脉扩张7例(50.00%), 冠状动脉瘤0例。两组均有部分病例同时出现冠状动脉扩张和冠状动脉壁辉度增强。不完全KD组CAL发生率明显高于典型KD组。

2.3 血液学及生化检验 典型KD组与不完全KD组中, WBC、CRP、ESR两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。PLT不完全KD组较典型KD显著升高($P < 0.05$), 而HCT不完全KD组较典型KD显著降低($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组患儿主要临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄 (岁)	热程 (d)	PLT ($\times 10^9/L$)	HCT
典型KD组	57	2.28±1.99	9.16±3.00	456.5±129.4	0.31±0.03
不完全KD组	14	1.65±1.60	10.85±3.89	515.55±169.87	0.25±0.03
t		2.494	2.830	2.894	6.705
P		0.015	0.006	0.005	<0.001

2.4 治疗与转归 典型KD组除5例因家长拒绝外, 其余52例均按“2g/(kg·d)×1d”方案大剂量IVIG冲击治疗, 46例

患儿IVIG治疗有反应(88.46%), 有6例IVIG治疗无反应(11.54%)。不完全KD组中除2例因家长拒绝外, 其余12例按“2g/(kg·d)×1d”方案大剂量IVIG冲击治疗, 其中10例IVIG治疗有反应(83.33%), 余2例无发热。两组的所有病例均予以阿司匹林、潘生丁口服。两组患儿经治疗均临床治愈出院。

3 讨论

KD近年来发病率逐渐增高, 目前已经成为最常见的小儿获得性心脏病, 其主要危害是CAL。目前诊断主要靠临床表现结合超声影像学检查, 不完全KD诊断困难。

本文14例不完全KD在收治的71例KD中约占为19.72%, 与国内王琰等^[6]的研究结果(19.4%)相符, 与国外多项回顾性研究中不完全型KD发生率在10%~36%之间^[7]相符。本临床分析发现: ①不完全KD组女性患儿发病比例高, 且发病年龄较小, 1岁以内居多(50%), 与国外学者Genizi等^[8]的研究相近。典型KD组发病年龄主要集中在1~3岁(49.12%)。不完全KD组热程较长考虑与临床表现少、诊断困难有关。②急性期心脏彩超检查, CAL发生率不完全KD组(85.71%)较典型KD组(61.40%)明显升高, 与国外学者研究相符^[8], 故临床考虑不完全KD组时更应尽早行心脏超声检查。③PLT不完全KD组较典型KD组显著升高($P < 0.05$), 而HCT不完全KD组较典型KD显著降低($P < 0.05$), 结合不完全KD组CAL发生率高提示其血管炎病变可能更早更重, 与陈琳^[9]报道大致相符。④两组对IVIG的治疗反应大致相同。

综上所述, 本临床分析认为: 与典型KD相比, 不完全KD女性患儿发病多、且发病年龄小, 多在1岁以内、CAL发生率高、PLT升高明显、HCT降低明显, 提示其血管炎可能发生更早更重, 建议在诊断过程中结合上述特点分析。本文不完全KD病例较少, 随诊情况不详, 尚有待今后继续努力加深对KD的研究。

参考文献:

- [1] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 698-705.
- [2] 赵晓东, 杜忠东. KD专题讨论会纪要[J]. 中华儿科杂志, 2007, 45(11): 826-830.
- [3] Rowley AH. Incomplete (atypical) Kawasaki disease[J]. Pediatr Infect Dis J, 2002, 21(6): 563-565.
- [4] Brogan PA, Bose A, Burgner D, et al. Kawasaki disease: An evidence based approach to diagnosis, treatment, and proposals for future research[J]. Arch Dis Child, 2002, 86(4): 286-290.
- [5] 李万镇. 加强对KD诊治的研究[J]. 中华儿科杂志, 2002, 40(3): 65-67.
- [6] 王琰, 林毅, 苏英姿, 等. 283例川崎病的临床分析[J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(2): 609-612.
- [7] Rowley AH. Incomplete (atypical) Kawasaki Disease[J]. Pediatr Infect Dis J, 2002, 21: 563-565.
- [8] Genizi J, Miron D, Spiegel R, et al. Kawasaki Disease in very young infants: high prevalence of atypical presentation and coronary arteritis[J]. Clin Pediatr, 2003, 42: 263-267.
- [9] 陈琳. 川崎病患儿血小板参数的变化与冠状动脉病变的关系[J]. 右江民族医学院学报, 2009, 31(5): 849-850.

收稿日期: 2014-05-04; 修回日期: 2014-05-13