

# Diagnosis and Treatment of Incomplete KD Complicated with Infectious Mononucleosis

Yang Wang

Changping District Maternal and Child Health Hospital, Beijing, 102200, China

## Abstract

**Objective:** Mainly treat patients with incomplete KD and infectious mononucleosis, and analyze the specific points of diagnosis and treatment. **Methods:** 1 patient with this kind of disease diagnosed and treated in our hospital was selected, and the clinical data were analyzed. **Results:** during the development of the disease, the main symptoms of the patient were: the increase of white blood cells, fever, white secretion of tonsil, enlargement of liver, swelling of hands and feet, and lip red. After examination, it was found that there were abnormalities of creatine kinase isoenzyme, IgG ( $\pm$ ) of anti EB early antigen, IgM (+ of anti EB capsid antigen), and color Doppler ultrasonography. On the basis of this, we found that the coronary artery was dilated, so we diagnosed the disease of this patient. During the treatment, we used aspirin, gamma globulin, ganciclovir and dipyridamole in the vein, and the effect was good. **Conclusion:** Patients with this disease are prone to misdiagnosis and mistreatment. In the process of diagnosis and treatment, we must strengthen the recognition and analysis of this disease, so that the incidence of misdiagnosis can be greatly reduced.

## Keywords

incomplete KD; infectious mononucleosis; diagnosis

# 不完全川崎病并传染性单核细胞增多症诊治分析

王洋

北京市昌平区妇幼保健院, 中国·北京 102200

## 摘要

**目的:** 主要对不完全川崎病并传染性单核细胞增多症患者进行治疗, 并对其具体诊治要点进行分析。 **方法:** 选择在我院进行诊断以及治疗的此类疾病患者为 1 例, 对其临床资料实施具体分析。 **结果:** 本例患者在疾病的发展过程中出现的主要症状为: 血白细胞增高, 发热、扁桃体出现白色分泌物、肝脏增大, 手足硬肿以及唇红等, 经过检查, 发现肌酸激酶同工酶出现异常、抗 EB 病毒早期抗原抗体 IgG( $\pm$ ), 抗 EB 病毒衣壳抗原抗体 IgM(+), 在彩色多普勒超声检查的基础上发现冠状动脉出现扩张的情况, 因此对此例患者的疾病进行确诊, 在治疗的过程中静脉使用阿司匹林, 丙种球蛋白、更昔洛韦以及双嘧达莫等进行治疗, 取得的效果比较不错。 **结论:** 这种疾病的患者非常容易出现误诊以及误治的情况, 在诊断以及治疗的过程中一定要强化对这种疾病的认知以及分析, 这样就可以使得误诊的发生率在很大程度上降低。

## 关键词

川崎病; 传染性单核细胞增多症; 诊断

## 1 引言

川崎病属于一种多系统的血管炎综合征, 其具体发病原因并不是非常的清楚, 在临床上按照不同的特征可以分为: KD、不完全 KD 以及非典型 KD。临床上会出现一些病毒感染的情况。例如, EB 病毒所造成的传染性单核细胞增多症, 其临床症状和 KD 具备一致性, 在疾病的早期阶段, KD 以及 IM 疾病在鉴别以及诊断的过程中非常容易出现混淆的情况; 如果同时出现 KD 以及 IM 情况, 那么在诊断的过程中将会更加困难。

## 2 临床资料

女患者, 年龄为 22 个月, 主要由于出现持续性的发热而入院, 在 5d 之前出现发热, 体温处在 37.5~40 之间, 发热之前比较的怕冷, 具备少量的清水鼻涕, 呕吐, 属于非喷射状。家长在家给予布洛芬口服进行控制, 治疗 2d 之后, 患儿仍然存在反复高热情况, 因此入院治疗, 经检查之后, 发现血白细胞为  $15.8 \times 10^9/L$ , 淋巴细胞为 0.221, 中性粒细胞为 0.696, 红细胞为  $4.29 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白 113g/L, 血小板  $278 \times 10^9/L$ 。随后按上呼吸道感染进行治疗, 给与痰热清以及头孢呋辛

进行静脉滴注,治疗时间为3d,患儿仍有高热,因此需进一步检查明确诊断。患儿自发病来,纳差,睡眠可,无咳嗽、腹泻、皮疹及关节疼痛,无尿频、尿痛及尿急等症状。查体:体温为39.5℃,呼吸28/min,脉搏122/min,体重为18kg。神清,精神可,全身皮肤正常、无发绀,及破溃,卡介苗接种处没有出现红斑的情况,浅表淋巴结无肿大;双眼结膜无充血,口腔黏膜较光滑,咽部充血,两侧扁桃体增大,表面无分泌物;心、肺以及腹部查体无异常;手足硬肿;颈软无抵抗,脑膜刺激征未引出。血检查白细胞 $22.2 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞0.172,中性粒细胞0.768。红细胞 $3.95 \times 10^{12}/L$ ,血小板 $432 \times 10^9/L$ ,血红蛋白111g/L;红细胞沉降率88mm/h;C反应蛋白(CRP)158mg/L;乳酸脱氢酶888U/L,肌酸激酶同工酶98U/L,肌酸激酶99U/L,尿便常规、免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)、电解质、白蛋白、天冬氨酸氨基转移酶、胆红素、丙氨酸氨基转移酶、肌酐、类风湿因子以及肺炎支原体等均正常;血培养无细菌生长<sup>[1]</sup>。

拟诊:发热原因待查,具备感染倾向,使用头孢曲松静脉滴注治疗,同时口服辅酶Q10营养心肌。入院3天后,患儿热退,查体发现唇红,手足稍硬肿,两侧扁桃体少量白色分泌物,培养结果正常,肝脏在肋下1cm处可以触及。复查:中性粒细胞0.580,血白细胞 $12 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞0.372,血小板 $519 \times 10^9/L$ 。分析之后,认为患儿存在IM或者KD疾病,实施EB病毒抗体检查,发现:抗EB病毒早期抗原抗体IgG(±),抗EB病毒衣壳抗原抗体IgM(+);进行彩超检查:右冠状动脉内径约为2.7mm,左冠状动脉的内径约为3mm,治疗4天后,两侧扁桃体无分泌物,肝脏在肋下2cm处可以触及,肛周皮肤出现潮红;两次复查血:血小板分别为 $526 \times 10^9/L$ 和 $612 \times 10^9/L$ ;彩超:右冠状动脉内径约为2.8mm,左冠状动脉内径约为3.2mm,最终诊断为不完全KD以及IM<sup>[2]</sup>。

### 3 讨论

KD的具体诊断标准:持续性的发热5d,出现下列内容当中的4项或者4项以上的情况都可以对其进行诊断为KD:四肢出现的变化:手足硬性水肿、急性期掌跖红斑、恢复期指(趾)端出现膜状脱皮情况;非化脓性眼结合膜充血,多形性红斑;口腔黏膜弥漫性充血;唇红皲裂,草莓舌;颈部淋巴结增大。不完全KD的具体诊断标准:由于不明原因出

现发热时间为5d,具备上述内容的大致2~3项,实施超声检查显示冠状动脉出现扩张等,如果可以排除其他的一些疾病,那么就可以诊断为不完全KD。如果在早期阶段没有出现心电图异常的情况,但是具备上述内容当中的2~3项,存在CRP $\geq 30mg/L$ 或者红细胞沉降率 $\geq 40$ 的情况,那么患儿需要实施详细的观察,包含:丙氨酸氨基转移酶升高及病程7d后血小板 $>450 \times 10^9/L$ 、贫血、尿常规示白细胞 $\geq 10/$ 高倍视野(HP),如果具备上述的3项内容或者3项以上的内容,也可以诊断为不完全KD。非典型KD主要具备脏器损害等症状,比如:无菌性脑膜炎以及黄疸等。IM诊断标准:咽峡炎、发热、肝脾大,颈部淋巴结增大等,如果具备上述3项内容,又具备抗EB病毒衣壳抗原抗体,IgM属于阳性,那么就可以清楚的进行诊断<sup>[3]</sup>。

本例患者和KD并IM的诊断标准是完全不符合的,临床表现为:发热、扁桃体渗出物、咽峡炎、手足硬肿、肝大以及唇红等,不存在淋巴结肿大的情况、口唇皲裂、眼结合膜充血、口腔黏膜充血以及外周血异型淋巴细胞增多等比较典型的症状,在一些实验室当中发现:红细胞沉降率、中性粒细胞、CRP以及血小板等,这些都具备KD的特点。当前关于造成这些差异的机制还不是非常的清楚,在今后需要实施详细的研究。

#### 3.1 治疗体会

IM属于自限性的疾病,在临床上不具备具体治疗方法,但是经常会利用支持治疗以及抗病毒治疗的方法,效果非常不错。在KD的具体治疗当中,使用IVIG以及阿司匹林的联合治疗是非常有效的,本例患者在10d之内实施IVIG以及阿司匹林进行治疗。考虑EB病毒属于KD的病原,因此本例再次的使用更昔洛韦抗病毒进行治疗,病情得到好转,冠状动脉的扩张得到减轻,但是更昔洛韦在KD的具体治疗当中不具备较好的疗效,这一点值得在临床当中进一步进行研究,关于组织KD形成血栓巨大冠脉瘤的过程中需用使用抗血小板、溶栓以及抗血凝等药物进行治疗,详细见下表<sup>[4]</sup>。

表1 治疗药物

药物	途径	剂量
阿司匹林	po	抗血小板3~5mg/(kg·d), qd
氯吡格雷	po	1mg/(kg·d)
双嘧达莫	po	2~6mg/(kg·d), 分3次
肝素	iv	负荷量50u/kg, 输液20u/(kg·d)

低分子肝素	sc	1.5mg/ ( kg·d ) ;
阿昔单抗	iv	0. 125μg/ ( kg·min ) for12h
链激酶	iv	1000 ~ 1500u/ ( kg·h )
组织纤溶酶原激活物	iv	0. 1 ~ 0. 5mg/ ( kg·h ) for6h
尿激酶	iv	4400u/ ( kg·h )
华法令	po	0.1mg/ ( kg·d ) , qd

### 3.2 误诊原因分析

不完全 KD 以及 IM 在临床属于比较少见的一种疾病,非常多的医师对这种疾病不具备详细的认知,通常会花费大量的时间用来对 IM 以及 KD 的具体诊断方面,对 IM 以及 KD 并存的这种情况忽略,最终造成漏诊情况的出现, KD 以及 IM 的症状与体征经常交叉性的出现,这样使得诊断难度在很大程度上加大;关于 KD 患者在使用这种标准进行检查的过程中,总检出率是比较低的,仅仅为 25%,并且很多患者在发病 10d 以后,阳性率仅仅为 5%。结合中国儿童的具体年龄以及体表面积之间的相关关系,发现年龄如果小于 3 岁的冠状动脉扩张在判断的过程中可以规定为冠状动脉内径 >2.5mm,如果根据上述标准,那么对本例患者的检查以及诊断中,可以判断其属于冠状动脉扩张。

近些年来,关于 KD 以及 IM 的发病率一直呈现出上升的趋势,出现这种情况主要是由于这种疾病在诊断的过程中不具备 KD 的具体特征,这样在诊断的过程中,就会给医生的准确诊断带来非常大的难度,非常容易出现误诊以及漏诊的情况,甚至非常容易造成患儿出现死亡的情况。因此,中国医学在发展的过程中一定要积极的研究以及分析关于 KD

以及 IM 的具体线索,只有这样才可以更好地确定治疗方法。不完全川崎病的发病几率在婴幼儿中是比较常见的,常常在诊断的过程中由于不能准确的判断而造成误诊的情况,甚至会由于这种误诊会在很大程度上造成心血管损害的发生率大大的增加。因此,关于不完全川崎病在早期阶段进行准确的判断是非常重要的,这样才可以保障诊治的及时性,这一点具备非常重要的意义。

总之,在 KD 合并 IM 的诊断当中一定要详细的对其临床特点进一步的熟悉以及认知,尤其对不完全 KD 的具体诊断是非常重要的,如果在诊断的过程中,面临的症状非常的复杂,实施体征检查是非常必要的,这样可以使得漏诊以及误诊的情况降低,如果具备 KD 和 IM 的具体特征,一定要考虑其是否具备 KD 合并 IM 这种疾病的情况,只有详细地进行诊断,才可以及时地进行治疗,从而提高治疗率以及更好的完善预后。

### 参考文献

- [1] 黄若谷,李玉华,文飞球,等.川崎病与传染性单核细胞增多症临床对比分析[J].广东医学,2016(06):652-653.
- [2] 王卫平.儿科学(8版)[M].北京:人民卫生出版社,2015.
- [3] 狄亚珍,吴菱,李蕴言,等.血浆 N 末端脑利钠肽原和血清白蛋白在早期诊断不完全川崎病中的临床价值[J].中华风湿病血杂志,2017(09):595-600.
- [4] 孙雨,王华,胡青华,等.不同年龄儿童传染性单核细胞增多症临床特征分析[J].临床误诊误治,2015(11):65-68.