静脉注射丙种球蛋白治疗川崎病 53 例

王 蕊
(武汉大学人民医院急诊科,430060)

[关键词] 丙种球蛋白;川崎病/药物疗法
[中图分类号] R977.6 [文献标识码] B [文章编号] 1004-0781(2002)增 05-0023-01

川崎病(Kawasaki disease),又叫皮肤粘膜淋巴结综合征(mucocutaneous lymphnodc syndrome,MCLS),是一种以全身血管炎为主要病变的急性发热性出疹性疾病,特点以发热、皮疹、手足红斑及硬性水肿、指趾特异性脱屑、眼结膜充血、杨莓舌及颈淋巴结肿大等,原因不明。现将 1994 年 7 月～1997 年 7 月我院收治川崎病患儿 53 例,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 川崎病患儿 53 例,女 24 例,男 29 例,年龄 6 个月～8.5 岁。全部符合日本 MCLS 研究会制订的诊断标准[1]。随机分组:治疗组 24 例,对照组 29 例。

1.2 治疗方法 治疗组口服阿司匹林,急性期 80～150 mg·kg^{-1}·d^{-1},体温正常后用量为 5～10 mg·kg^{-1}·d^{-1},同时加静脉滴注人血丙种球蛋白(上海安普莱士制剂)400 mg·kg^{-1}·d^{-1},用 5 d 或用 1 g·kg^{-1}一次性给药。对照组单用阿司匹林,用法治疗组。

心脏 B 超检查[1],冠状动脉(冠脉)内径>3 mm 诊断为冠脉扩张。心电图出现 R 波和 T 波下降时,预测冠脉病变。急性期通过治疗冠脉回缩不明显者,出院后限制运动量,定时追踪复查至正常。本资料仅 1 例有冠脉扩张,治疗半个月后冠脉恢复正常,B 超追踪一直正常。

2 结果

治疗组患儿发热症状治疗 1 d 时退至正常,7 d 后全部发热症状控制,体温正常。对照组患儿发热症状 1 例,治疗 1 d 退至正常,7 d 后 26 例发热得以控制,其余 7 d 后逐渐转为正常。结果表明,人血丙种球蛋白对川崎病发热症状控制有显著效果($P<0.01$)。

3 讨论

川崎病早期应用人血丙种球蛋白,可缩短发热病程,有效降低川崎病冠脉扩张,促进扩张的冠脉恢复正常,减轻炎症反应。

人血丙种球蛋白输注过程中速度不能过快,12～15 滴·min^{-1}为宜。输液前将体温控制在 38℃以下。治疗组 24 例中,2 例在输液过程中有高热、寒战、皮肤无花纹。给异丙嗪抗过敏,暂停输注,体温正常后,将剩下部分输完,无不良反应。1 例患儿输注后次日皮肤瘙痒,对症治疗后缓解。大量人血丙种球蛋白用量为 400 mg·kg^{-1}·d^{-1}连用 5 d,控制川崎病发热及冠脉扩张效果较好。因考虑价格,故我科采用单一剂量 1 g·kg^{-1}·d^{-1}1 次给药,效果较单一用阿司匹林好。同时还减少反复输注异体蛋白可能发生的不良反应。

[收稿日期] 2002-02-08 [修回日期] 2002-03-12

[作者简介] 王 蕊(1977－),女,湖北武汉人,医师,学士,主要从事内科急救工作。

[参考文献]

[1] 王慕逖.儿科学[M].北京:人民卫生出版社,1996.170.

高聚金葡素与化疗药联用治疗恶性腹水 76 例

张学平[1],王 琼[2],苏玉永[1]
(华中科技大学同济医学院附属协和医院 1.药剂科;2.外科,武汉 430022)

[摘 要] **目的**:观察高聚金葡素与化疗药联用治疗恶性腹水的疗效。**方法**:恶性腹水患者 76 例,用高聚金葡素 2 000 U加化疗药加 0.9%氯化钠溶液每次 40 mL,4～7 d 1 次,腹腔内注射。**结果**:完全缓解 18 例,有效 40 例,总有效率 76.3%。**结论**:高聚金葡素与化疗药联用治疗恶性腹水的疗效较好,不良反应少。

[关键词] 高聚金葡素;化疗药物;腹水
[中图分类号] R979.5 [文献标识码] A [文章编号] 1004-0781(2002)增 05-0023-02

恶性腹水是癌症、特别是消化系统癌症的严重并发症之一。消除腹水可提高患者的生存质量及延长生存期。笔者从 1999～2001 年使用高聚金葡素与化疗药联用治疗恶性腹水,其疗效较好。

1 资料与方法

1.1 临床资料 恶性腹水患者 76 例,男 36 例,女 40 例,年龄 24～76 岁,平均(56.0±3.5)岁。均为住院患者。胃癌 34 例,直肠癌 21 例,肝癌 16 例,乳腺癌 5 例。均经过手术治疗,并经病理切片确诊为癌症。

1.2 治疗方法 手术治疗后,对腹水患者定时抽取腹水,待抽尽后,向腹腔内注射高聚金葡素(中国沈阳协合制药厂,国药准

[收稿日期] 2002-02-08

[作者简介] 张学平(1969－),男,湖北武汉人,药师,主要从事医院药学工作。

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

字 S19990010)2 000 U 加化疗药加 0.9%氯化钠溶液每次 40 mL，4～7 d 1 次。直肠癌、乳腺癌用氟尿嘧啶，肝癌用米托蒽醌。

1.3　疗效判断标准　按 WHO 评定标准，完全缓解(CR)：腹水完全消失，持续＞30 d；有效(PR)：腹水消失 75%，持续＞30 d；稳定(MR)：腹水消失 25%～50%；恶化(P)：腹水增加。总有效率：CR＋PR。

2　结果

76 例中 CR 18 例，PR 40 例，MR 14 例，P 4 例。总有效率 76.3%。不良反应：主要有发热，体温约 38.5℃，2～3 d 后自行消退，无需特殊治疗。

3　讨论

恶性胸腹腔积液常见于多种恶性肿瘤，目前没有特效治疗方法，反复抽取腹水可导致蛋白质丢失和电解质紊乱。近年来，采用生物免疫制剂治疗是主要的治疗手段，使用腹腔注射可使腔内药物的浓度显著提高。高聚金葡素是以超抗原葡萄球菌肠毒素 C(SEC)为主要成分的生物制剂，具有刺激 T 细胞增殖，增加 NK 细胞活性，增强免疫功能、抗癌、升高白细胞、减轻化疗药物副作用的作用[1]。本文研究表明，高聚金葡素与化疗药联用治疗恶性腹水疗效较好，副作用小，两者联用具有明显的优越性，值得临床应用。

[参考文献]

[1]　王蓝田. 世界上第一个超抗原抗癌生物制剂[J]. 中国肿瘤临床，1998，25(6)：45－46.

房间隔缺损误诊 2 例

李风原，杨晓飞

(陕西省商业医院心内科，西安　710005)

[关键词]　缺损，房间隔；误诊

[中图分类号]　R541.1　　[文献标识码]　B　　[文章编号]　1004-0781(2002)增 05-0024-01

房间隔缺损(ASD)是先天性心脏病中最常见的一种，占先天性心脏病的 26%[1]。临床上典型的 ASD 不难诊断，不典型病例，尤其伴有并发症和其他合并症时，常易误诊，影响预后，现报道 2 例。

1　临床资料

例 1，女，66 岁，以头晕 30 a，心慌，不能平卧 5 a 反复多次住院。家族有高血压病史，经常患感冒。体格检查：血压 180/115 mmHg(1 mmHg＝0.133 kPa)，半卧位，口唇发绀，胸廓对称，两肺可闻及小水泡音，心率 110 次·min^{-1}，心律不齐，心尖部及胸骨左缘第 3 肋间可闻及 3/6 级收缩期杂音，心尖部杂音向腋下传导，P_2＞A_2；腹平软，肝肋下 2 cm，脾肋下未触及，腹水征阴性，双下肢轻度凹陷性水肿。心电图示：心房纤颤，完全性右束支阻滞(CRBBB)。心肺 X 线：肺瘀血，肺动脉段突出，左心房、右心房、右心室大。诊断：高血压病Ⅲ期、高血压性心脏病、心功能Ⅲ级，肺部感染。经多普勒超声心动图发现房间隔有 2.3 cm 的回声中断，左心房、右心房、右心室内径增大，左心室内径正常高限，诊断为中心型房间隔缺损。因年龄较大，心功能差，未能手术修补。

例 2，男，46 岁，因咳嗽、咯痰、气短 9 a，近 2 a 来出现双下肢肿、腹胀、不能平卧反复住院。体格检查：血压 90/60 mmHg，半卧位，口唇发绀，颈静脉怒张，胸廓对称，两肺底可闻及中小水泡音；心界向双侧扩大，心率 100 次·min^{-1}，胸骨左缘第 3 肋间可闻及 4/6 级收缩期杂音，剑突下可闻及 3/6 级收缩期杂音，并向心尖部传导，P_2＞A_2；腹膨隆，肝肋下 3 cm，脾肋下未及，腹水征阳性，双下肢凹陷性水肿。心肺 X 线：心脏呈二尖瓣型普大，肺动脉段突出，右下肺动脉增宽，两肺呈慢性支气管炎改变。心电图示：肺性 P 波，电轴显著右偏，右心室大。曾诊断为慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病。多次住院治疗，效果差，经多普勒超声心动图检查，为房间隔继发孔型缺损，面积 2.2 cm^2、左心房、右心室大，肺动脉高压，丧失手术时机。

2　讨论

临床上典型的 ASD 不难诊断，伴有并发症时，掩盖了原发病的表现，或原有症状不典型，易误诊而影响愈后。本文例 1 诊断为高血压病，高血压性心脏病，是由于早期 ASD 的症状不明显，缺乏 ASD 的典型杂音，如胸骨左缘第 2 肋间的收缩期杂音、P_2 亢进和固定性分裂[2]。而且很早就患高血压，出现心尖部收缩期杂音，在控制血压后仍反复心衰，病程进展迅速，治疗效果逐渐变差。经仔细分析，听诊中 P_2＞A_2，心电图有 CRBBB；X 线示右心房右心室大，不能用高血压性心脏病解释，经多普勒超声心动图检查，发现中心型 ASD，因年龄大，心功能差，未能手术治疗。例 2 误诊为慢性支气管炎、肺心病。ASD 患者常易患肺部感染出现呼吸道症状，随着病程发展出现肺动脉高压，心功能衰竭，与慢性支气管炎、肺心病的病情发展极相似，心电图、X 线的晚期表现均为肺动脉高压。在 ASD 缺乏典型杂音时易误诊。经多普勒超声心动图证实为 ASD，但已形成肺动脉高压，心衰难以控制，丧失手术时机，教训深刻。

[参考文献]

[1]　吴雅峰. 实用心脏超声诊断学[M]. . 北京：中国医药科技出版社，1996.165.

[2]　戴自英. 实用内科学[M]. 第 10 版. 北京：人民卫生出版社，1999.1147.

[收稿日期]　2001-06-14

[作者简介]　李风原(1964－)，男，陕西西安人，主治医师，学士。

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net