

川崎病 50 例误诊分析

陈荣寿¹⁾, 华春珍²⁾

(1) 安徽医科大学附属六安医院普儿科, 安徽 六安 237000; 2) 杭州市第三人民医院儿科, 浙江 杭州 310000)

[摘要] **目的** 研究影响川崎病诊断的因素, 了解误诊带来的后果. **方法** 分析 50 例川崎病误诊病例的临床表现特征, 误诊的病症, 了解因误诊带来的不良后果. **结果** 调查结果显示, 50 例误诊的川崎病患儿中, 15 例误诊为上呼吸道感染, 占 30%, 误诊时间为 5 d; 10 例误诊为肺部感染, 占 20%, 误诊时间 8 d; 8 例误诊为副伤寒, 占 16%, 误诊时间为 3 d; 7 例误诊为过敏性紫癜, 占 14%, 误诊时间为 15 d; 6 例误诊为心肌炎, 占 12%, 误诊时间为 11 d; 4 例误诊为药疹, 占 8%, 误诊时间为 9 d. 50 例误诊的患儿冠脉扩张以及心脏扩大情况与非误诊患儿进行比较, 结果显示冠脉扩张误诊病例 26 例 (52%)、瘤样扩张误诊病例 12 例 (24%)、总冠脉扩张误诊病例 38 例 (76%)、心脏扩大误诊病例 11 例 (22%). 均明显多于非误诊病例, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$). **结论** 由于对川崎病认识的不足, 病症临床表现不典型, 造成川崎病在治疗中容易出现误诊. 对此需要提高诊断水平, 降低临床误诊率.

[关键词] 川崎病; 误诊; 临床表现; 调查

[中图分类号] R725.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2015) 10-0125-03

Analysis of Misdiagnosis of 50 Cases of Kawasaki Disease

CHEN Rong-shou¹⁾, HUA Chun-zhen²⁾

(1) Dept. of General Pediatrics, The Affiliated Lu'an Hospital of Medical University, Lu'an Anhui 237000; 2) Dept. of Pediatrics, The Third People's Hospital of Hangzhou, Hangzhou Zhejiang 310000, China)

[Abstract] **Objective** To analyze the 50 cases of misdiagnosed Kawasaki disease, study the influencing factors on the Kawasaki disease diagnosis, and understand the consequences of misdiagnosis. **Methods** The clinical symptoms and features of misdiagnosed cases of Kawasaki disease, and the adverse consequences due to misdiagnosis were analyzed. **Results** According to the results of the survey, among 50 cases of misdiagnosed Kawasaki disease, 15 cases were misdiagnosed as upper respiratory tract infection, accounting for 30%, the misdiagnosis time was 5 days; 10 cases were misdiagnosed as pulmonary infection, accounting for 20%, the misdiagnosis time was 8 days; 8 cases were misdiagnosed as typhoid fever, accounting for 16%, the misdiagnosis time was 3 days; 7 cases were misdiagnosed as Henoch Schonlein purpura, accounted for 14%, the misdiagnosis time was 15 days; 6 cases were misdiagnosed as viral myocarditis, accounted for 12%, the misdiagnosis time was 11 days; 4 cases were misdiagnosed as drug eruption, accounted for 8%, the misdiagnosis time was 9 days. The coronary dilatation and heart enlargement was compared between misdiagnosed and non-misdiagnosed patients, the results showed that there were 26 cases of coronary artery dilatation (52%), 12 cases of aneurysm (24%), 38

[基金项目] 浙江省医药卫生科技计划基金资助项目 (2011KYA128)

[作者简介] 陈荣寿 (1974~), 男, 安徽六安人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事儿科临床研究工作.

[通讯作者] 华春珍. E-mail: EK0955@126.com

cases of total coronary dilatation (76%), 11 cases of cardiac enlargement (22%) in misdiagnosed patients, which were significantly higher than those of non misdiagnosed cases, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Due to the lack of knowledge of Kawasaki disease and the atypical clinical manifestation, misdiagnosis is easy to appear in the treatment of Kawasaki disease. We need to improve the level of diagnosis and reduce the misdiagnosis rate.

[Key words] Kawasaki disease; Misdiagnosis; Clinical manifestation; Investigation

川崎病即皮肤粘膜淋巴结综合症, 表现为急性发热、出疹等全身血管炎症^[1]。川崎病是一种危害性强的小儿疾病, 由于症状的多样、不典型的临床表现, 常常在诊断时出现误诊的情况, 导致治疗延迟, 引发严重的合并症^[2]。努力提高川崎病的诊断准确率, 不仅关系到患者的生命安全, 同时也是医疗水平提升的体现, 意义重大。笔者通过对 50 例川崎病误诊情况进行分析, 了解误诊病例的临床表现症状, 调查在临床中常出现的误诊病症类型, 研究误诊造成的危害, 并提出相应应对措施, 努力减少临床误诊情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取安徽医科大学附属六安医院误诊的川崎病患儿 50 例, 其中男 28 例, 女 22 例, 年龄 1~11 岁, 平均 (5 ± 1.5) 岁, 病程 5~18 d, 误诊时间 3~15 d。了解患儿误诊情况, 以及因误诊造成的有害影响, 分析误诊原因。

1.2 临床表现

50 例误诊患儿中, 发热 50 例 (100%), 颈部淋巴结肿大 27 例 (54%), 眼结合膜充血 39 例 (78%), 指端脱皮 42 例 (84%), 嘴唇皲裂 20 例 (40%), 四肢末端红肿 40 例 (80%), 咳嗽等呼吸道感染症状 43 例 (86%)。

1.3 诊断标准

诊断以 1984 年日本川崎病研究委员会所修订的诊断标准为依照, 患者出现主要体征和症状^[3]。

1.4 统计学方法

本研究采用 SPSS22.0 软件统计, 数据采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者误诊种类及误诊时间调查

调查结果显示, 50 例误诊的川崎病患儿中, 15 例误诊为上呼吸道感染, 占 30%, 误诊时间为 5 d; 10 例误诊为肺部感染, 占 20%, 误诊时间 8 d; 8 例误诊为副伤寒, 占 16%, 误诊时间为 3 d; 7 例误诊为过敏性紫癜, 占 14%, 误诊时间为 15 d; 6 例误诊为心肌炎, 占 12%, 误诊时间为 11 d; 4 例误诊为药疹, 占 8%, 误诊时间为 9 d, 见表 1。

2.2 冠脉扩张以及心脏扩大情况比较

50 例误诊的患儿冠脉扩张以及心脏扩大情况与非误诊患者进行比较, 结果显示冠脉扩张误诊病例 26 例 (52%)、瘤样扩张误诊病例 12 例 (24%)、总冠脉扩张误诊病例 38 例 (76%)、心脏扩大误诊病例 11 例 (22%)。均明显多于非误诊病例, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 50 例误诊患者情况 [n (%)]

Tab. 1 The data of 50 misdiagnosed patients [n (%)]

误诊种类	例数	误诊时间 (d)
上呼吸道感染	15 (30)	5
肺部感染	10 (20)	8
副伤寒	8 (16)	3
过敏性紫癜	7 (14)	15
心肌炎	6 (12)	11
药疹	4 (8)	9

表 2 50 例误诊病例冠脉扩张和心脏扩大情况与非误诊病例的比较 [n (%)]

Tab. 2 Comparison of the coronary dilatation and heart enlargement between misdiagnosed and non-misdiagnosed patients [n (%)]

类别	误诊病例	非误诊病例
冠脉扩张	26 (52)	19 (38)*
瘤样扩张	12 (24)	8 (20)*
总冠脉扩张	38 (76)	27 (58)*
心脏扩大	11 (22)	7 (14)*

与误诊病例比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

川崎病的主要症状有发热、颈部淋巴结肿大、口唇皲裂出血、皮疹等, 是一种急性小儿疾病, 可能引发严重的心血管病变。一旦出现病变, 将可能出现冠状动脉瘤和血栓等症状, 将严重威胁患者生命^[4,5]。及时、正确的诊断对治疗川崎病至关重要, 但是由于川崎病早期症状并不明显, 无典型症状, 致使早期诊断较为困难^[6]。诊断主要依靠医师临床判断, 而临床表现情况复杂, 症状出现的时间不集中, 容易被忽略等都增加了误诊的机率。川崎病的病理病因尚未明确, 本病呈一定的流行及地主性, 临床表现有发热、皮疹等, 推测与感染有关, 一般认为可能是多种病原, 包括 EB 病毒、逆转录病毒 (Retrovirus)、或链球菌、丙酸杆菌感染^[7]。

本病在急性期存在明显的免疫失调, 在发病机理上起重要作用, 患者循环免疫复合物 (CIC) 增高, 50%~70% 病例于病程第 1 周即可获得, 至第 3~4 周达高峰, CIC 在本病的作用机理还不清楚, 但本病病变部位无免疫复合物沉积, 血清 C3 不下降反而升高, 不符合一般免疫复合物病, 上述免疫失调的触发病因不明, 现今多认为川崎病是一定易患宿主对多种感染病原触发的一种免疫介导的全身性血管炎^[8,9]。

部分阳性体征持续时间短, 到医院就诊时已消失, 造成误诊, 从而延误治疗时间, 使病情加重。部分医师治疗时, 采用激素进行退热, 会掩盖掉川崎病的症状, 增加诊断的难度。此外, 相关医护人员对川崎病缺乏足够的认识也是造成误诊的成因之一^[10]。诊断时发现患者发热并伴咳嗽等症状, 常常只考虑到肺部以及呼吸道感染, 发现患者心电图异常只考虑到心肌炎, 发现患者出现皮疹仅考虑到过敏性紫癜等。这些过失都有可能将川崎病误诊为其他类型病症, 进行错误的治疗。当发现治疗无效时已经延误了最佳治疗时间, 造成病情恶化, 给患者造成巨大的痛苦。研究表明^[11,12], 川崎病的误诊会因延误治疗时间, 治疗方法不当从而使患者得不到及时有效的治疗, 加重病情。患者血管炎性病症未能及时得到终止, 会

造成体内冠脉扩张, 加剧心肌细胞的损伤, 使心脏出现扩大。而冠状动脉炎症后期将致使血管纤维性增加, 造成血管狭窄。冠状动脉功能损失将降低血流储备, 使患者心肌梗死的发病率增加。

本研究表明医护人员需要加强对非典型性川崎病的了解, 提高诊断水平, 减少误诊, 提升川崎病的临床诊断、治疗效果^[13]。

[参考文献]

- [1] 秦伟玲, 黄章琼, 阮毅燕, 等. 17 例川崎病误诊分析[J]. 广西医学, 2007, 29(11): 1 800.
- [2] 唐珍. 15 例川崎病误诊分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 12(24): 2 705 - 2 706.
- [3] 王亚宇, 张蕾. 21 例不完全川崎病误诊分析[J]. 安徽医科大学学报, 2011, 6(4): 63 - 64.
- [4] 毛华军, 陈苓. 6 例川崎病误诊分析[J]. 湖北省卫生职工医学院学报, 2003, 16(4): 27 - 28.
- [5] 张成, 刘改英, 刘芳, 等. 川崎病 31 例误诊分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2012, 17(6): 675 - 676.
- [6] 任玉琴, 任立君, 胡永红, 等. 8 例川崎病误诊分析[J]. 中原医刊, 2005, 32(3): 45.
- [7] 侯红梅. 15 例川崎病误诊分析[J]. 安徽医科大学学报, 2013, 27(27): 5.
- [8] 欧婉杏. 川崎病 59 例误诊分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2012, 33(1): 42 - 43.
- [9] TABIT C E, CHUNG W B, HAMBURG N M, et al. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: molecular mechanisms and clinical implications [J]. Rev Endocr Metab Disord, 2010, 11(1): 61 - 74.
- [10] ENDEMANN D H, SCHIFFRIN E L. Endothelial dysfunction[J]. J Am Soc Nephrol, 2010, 15(8): 1 983 - 1 992.
- [11] IZZARD A S, RIZZONI D, AGABITI-ROSEI E, et al. Small artery structure and hypertension: adaptive changes and target organ damage [J]. J Hypertens, 2011, 23(2): 247 - 250.
- [12] NICOLLS M R, HASKINS K, FLORES S C. Oxidant stress, immune dysregulation, and vascular function in type I diabetes [J]. Antioxid Redox Signal, 2012, 9(7): 879 - 889.

(2015 - 04 - 08 收稿)