

手足口病儿童病情重症化的危险因素分析

杜明红, 周云

(重庆市涪陵区妇幼保健院儿科 408000)

摘要:目的 探讨手足口病儿童病情重症化的危险因素。方法 选取 2009 年 10 月至 2016 年 10 月在该院儿科就诊的手足口病患儿 550 例。对入选的 550 例患儿进行分组,将非重症患儿 423 例分为普通组,重症患儿 127 例分为重症组,收集两组患儿的一般资料。然后采取回顾性分析,通过利用医院信息管理系统,采用多因素 Logistic 回归分析的方法,对儿童手足口病重症化的危险因素进行分析。结果 两组患儿呕吐、口腔溃疡、肌酸激酶升高所占百分比比较,差异无统计学意义的($P>0.05$);两组患儿神经传导异常、抽搐、年龄 <3 岁、外周血白细胞升高、颈抵抗、精神状态差、意识障碍、血糖 >9 mmol/L 所占百分比比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。多因素 Logistic 回归分析显示,神经传导异常、年龄 <3 岁、外周血白细胞升高、精神状态差及血糖水平 >9 mmol/L,是儿童手足口病重症化的危险因素($P<0.05$)。结论 神经传导异常、年龄 <3 岁、外周血白细胞升高、精神状态差以及血糖水平 >9 mmol/L,是儿童手足口病重症化的危险因素,对于出现这些症状的患儿要进行早期治疗,防止重症化的进一步恶化。

关键词:手足口病; 儿童; 危险因素

中图分类号:R720.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)16-2488-03

手足口病(HFMD)是一种由肠道病毒感染所引起的急性传染病,在儿童中较为常见,它具有流行范围较为广泛、传染性较强及易群体性暴发的特点^[1]。近年来,该病在我国的发病率呈现出显著升高的趋势,并且还出现全年性散发及季节性流行的特征。该病在全年都有发病的可能性,尤其在夏、秋季节较为多见^[2]。HFMD 患儿的症状大多数比较轻,但是有少数患儿会出现脑炎、无菌性脑膜炎、神经源性肺水肿、急性弛缓性麻痹及心肌炎等重症疾病,并且病情发展速度快,如果不及治疗,可能会导致患儿的死亡^[3]。重症 HFMD 患儿的预防工作较为重要,而且早期发现患儿重症的倾向,及时对其进行治疗,可以达到降低病死率的效果^[4]。本研究通过对 HFMD 患儿的资料进行整理,对 HFMD 重症化的相关影响因素进行分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 10 月至 2016 年 10 月在本院儿科就诊的 HFMD 患儿 550 例,其中非重症患儿 423 例(普通组),重症患儿 127 例(重症组),平均年龄 (1.64 ± 0.29) 岁。HFMD 患儿均符合原卫生部 2010 年制定的关于 HFMD 预防和防控指南的诊断标准^[5]:普通患儿除手足口外,臀部出现皮疹,并且伴随或不伴随发热;重症患儿在普通患儿症状的基础上同时还会出现呼吸系统、神经系统及循环系统等出现功能障碍的表现。并且符合以下纳入标准:(1)年龄为 3 个月至 5 岁;(2)手掌或者脚掌会出现斑丘疹或者疱疹;(3)病历资料齐全,并且患儿家属均同意参与本次研究。排除标准:(1)病历资料不完全;(2)运动或者神经发育比同龄儿童落后;(3)存在先天性心

脏病或肺部发育不良;(4)慢性基础性疾病。所有参与本次研究的患儿父母均签署了知情同意书,且本研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 方法 收集两组患者的一般资料进行统计分析;通过利用本院医院管理信息系统(HIS 系统),分析儿童 HFMD 重症化的影响因素。

1.3 观察指标 对患儿的发热状况、皮疹情况、外周血白细胞计数(WBC)、神经系统的状况、血糖及病程等 11 项 HFMD 重症诊断的指标进行分析。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。采用多因素 Logistic 回归分析 HFMD 的影响因素。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿一般资料的比较 普通组平均年龄 (1.68 ± 0.82) 岁,其中男 204 例,女 219 例;重症组平均年龄 (1.59 ± 0.97) 岁,其中男 65 例,女 62。两组性别、年龄比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 两组患儿单因素比较 通过比较普通组和重症组 11 项单因素指标,可以发现,呕吐、口腔溃疡、肌酸激酶升高所占百分比比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组神经传导异常、抽搐、年龄 <3 岁、外周血白细胞、颈抵抗、精神状态差、意识障碍、血糖 >9 mmol/L 所占百分比比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.3 HFMD 重症化多因素分析 以是否患有 HFMD 重症化作为因变量,根据 2.2 结果得出的两组患儿比较差异有统计学意义的 8 个单因素作为协变

量,进行多因素 Logistic 回归分析。结果显示,神经传导异常、年龄<3 岁、外周血 WBC 升高、精神状态

差及血糖水平>9 mmol/L,是儿童 HFMD 重症化的危险因素($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患儿单因素比较[n(%)]

组别	n	呕吐	神经传导异常	抽搐	年龄<3 岁	口腔溃疡
普通组	423	182(43.0)	3(0.7)	5(1.1)	298(70.5)	394(93.1)
重症组	127	53(41.4)	9(7.3)	44(34.7)	115(90.4)	118(92.8)
χ^2		2.872	3.981	4.284	4.012	1.876
P		0.079	0.041	0.032	0.039	0.087

组别	n	外周血 WBC 升高	颈抵抗	精神状态差	意识障碍	血糖>9 mmol/L	肌酸激酶升高
普通组	423	138(32.7)	0(0.0)	153(36.1)	0(0.0)	8(1.8)	105(24.9)
重症组	127	76(60.2)	47(36.8)	127(100.0)	52(41.3)	40(31.7)	33(25.7)
χ^2		3.916	5.307	4.782	5.569	4.281	3.182
P		0.045	0.023	0.028	0.019	0.036	0.063

表 2 HFMD 重症化多因素 Logistic 回归分析

因素	OR	95%CI	P
神经传导异常	1.972	1.23~3.19	0.021
抽搐	1.361	0.18~3.21	0.083
年龄<3 岁	2.197	1.62~3.42	0.018
外周血 WBC 升高	3.721	1.76~3.65	0.002
颈抵抗	1.452	0.86~4.79	0.073
精神状态差	5.012	2.16~7.47	<0.001
意识障碍	1.673	0.98~6.42	0.064
血糖>9 mmol/L	5.875	3.08~8.75	<0.001

3 讨论

在我国, HFMD 为丙类传染病,从 2012 年开始我国 HFMD 患儿每月的病例报告总数可以达到上一年的 3 倍以上^[5-6],而且在发病的患儿当中,重症患儿比例呈现出逐渐升高的趋势,从而导致该病的病死率也上升^[7-8]。有研究表明, HFMD 发病率的不断上升和患者本身遗传的敏感性及与此相关的病毒重组变异存在很大关系^[9]。有研究表明, EV71 病毒主要导致了 HFMD 的重症化,这种病毒致病性非常强^[10]。国外一些研究者对 HFMD 死亡患者的尸体进行解剖检查,结果发现 EV71 病毒通过侵犯运动神经从而导致中枢神经受到感染,主要感染的部位是脊髓、下丘脑、齿状核、脑干^[11]。对已经发生病变的组织做病理检测,结果发现,在神经元及神经细胞轴突上面发现有 EV71 病毒抗原的存在,这一结果表明 EV71 属于一种高度嗜神经的病毒,它可以存在于中枢神经系统的任何一个区域,并且脑干是最容易被 EV71 感染的部位,但是它的神经毒性发生的机制还不清楚^[12-13]。

本研究结果显示,通过比较普通组和重症组 11 项单因素指标,可以发现两组神经传导异常、抽搐、年龄<3 岁、外周血 WBC 升高、颈抵抗、精神状态差、意

识障碍、血糖>9 mmol/L 的构成比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。多因素 Logistic 回归分析显示,神经传导异常、年龄<3 岁、外周血 WBC 升高、精神状态差以及血糖水平>9 mmol/L,是儿童 HFMD 重症化的危险因素($P<0.05$),这些因素对于重症化的早期预警着重要意义。

综上所述,神经传导异常、年龄<3 岁、外周血 WBC 升高、精神状态差及血糖水平>9 mmol/L,是儿童 HFMD 重症化的危险因素,对于出现这些症状的患儿应预防 HFMD 重症化发生。

参考文献

- [1] 郑雪.手足口病病情相关因素及预防措施分析[J]. 中国卫生产业, 2015, 27(3): 100-102.
- [2] 邹金林, 黄敏, 范美兰. 儿童重症手足口病危险因素分析[J]. 包头医学院学报, 2016, 6(4): 18-20.
- [3] 孙丹, 韩旻. 儿童手足口病实验室指标特征与病情进展相关性分析[J]. 淮海医药, 2016, 4(7): 396-398.
- [4] 马晓梅, 闫国立, 刘颖, 等. 基于 BPNN 的手足口病重症化进程中的相关因素变化及预测分析[J]. 西安交通大学学报(医学版), 2016, 5(8): 721-725.
- [5] 陈丽, 彭婉君, 骆庆明, 等. 重症手足口病的相关危险因素分析[J]. 海南医学, 2014, 5(6): 667-669.
- [6] 钟土立, 周涛, 刘玉玲, 等. 中山市 5 岁以下儿童手足口病发病相关因素分析[J]. 疾病监测与控制, 2016, 10(11): 876-878.
- [7] 李树林. 儿童重症手足口病危险因素分析[J]. 中国社区医师, 2014, 10(6): 54-56.
- [8] 焦月琴, 葛利民. 重症手足口病患儿血中儿茶酚胺含量测定及相关因素分析[J]. 中国医学工程, 2014, 7(9): 30-33.
- [9] 谭丽琴. 儿童重症手足口病的临床分析及危险因素探究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(8): 1441-1443.
- [10] 施宗湖, 唐柳平, 杨振兴, 等. 柳州市某综合性医院重症手足口病危险因素研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2014, 10(2): 960-963.

[11] 刘永梅,董力,陈晖,等. 2013年保定市手足口病流行病学、病原学及临床特征分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版),2015,9(5):696-699.

[12] 刘艳芹,庞保东,田庆玲,等. 儿童重症手足口病进展为危重型的相关危险因素分析[J]. 现代预防医学,2012,11(4):2704-2706.

[13] 赵倩,张少丹,高艳霞,等. 重症手足口病患儿血清去甲肾上腺素水平变化及其他相关因素分析[J]. 实用儿科临床杂志,2012,27(18):1418-1420.

(收稿日期:2018-01-12 修回日期:2018-03-08)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.16.041

万古霉素联合双黄连治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎的临床效果分析

袁海燕¹, 伏俊²

(江苏省泰兴市人民医院:1. 检验科;2. 呼吸科 225400)

摘要:目的 探讨万古霉素联合双黄连治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎的临床效果。方法 选取2014年2月至2016年2月该院收治的耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎患者76作为研究对象,采用随机数字法分为对照组和试验组,每组各38例。两组患者均给予常规对症治疗,对照组在此基础上加用万古霉素治疗,试验组在此基础上采用万古霉素联合中药双黄连注射液治疗,对比分析两组患者的临床疗效。结果 两组治疗有效患者的临床症状均得到不同程度的改善,试验组患者的体温正常时间、咳嗽消失时间、白细胞计数恢复正常时间、C反应蛋白恢复正常时间及住院时间均明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后试验组患者临床总有效率高达97.37%,明显高于对照组的78.94%,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组不良反应率仅为2.63%(1/38),明显少于对照组的18.42%(7/38),差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 万古霉素联合双黄连治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎患者可明显改善患者临床症状,减少不良反应的发生率,临床效果显著,值得临床推广使用。

关键词:万古霉素; 双黄连; 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌; 肺炎

中图分类号:R446

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)16-2490-03

随着临床治疗中抗菌药物的广泛使用,导致细菌对抗菌药物的耐药性日益增加,耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)感染已成为院内感染的重要菌种,且其耐药性正不断增强^[1-2]。传统的糖肽类抗菌药物对MRSA肺炎患者的临床疗效较差,且不良反应较多,对老年体弱或肾衰竭患者使用受限^[3]。导致MRSA耐药的重要机制之一即生物被膜形成,成熟生物被膜包裹的细菌对抗菌药物的敏感性降低10~1000倍^[4]。近年来,有研究表明中药在抗感染方面作用突出,具有作用时限长、效果好及不良反应轻微等优点^[5]。本研究旨在观察万古霉素联合双黄连治疗MRSA肺炎患者的临床疗效,旨在为MRSA肺炎患者的治疗提供更多的参考,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年2月至2016年2月本院收治的MRSA肺炎患者76例作为研究对象。采用随机数字表法将其分为两组,每组38例。对照组中男25例,女13例;年龄28~67岁,平均(46.31±9.12)岁;病程1~6d,平均(5.86±2.69)d;院内感染13例,院外感染25例。试验组中男26例,女12例;年龄25~68岁,平均(45.21±8.76)岁;病程1~7d,平均(5.24±2.71)d;院内感染14例,院外感染24例。纳入标准:患者临床症状表现为发热、咳嗽、气促

有痰,经X线片检查及痰液培养或血培养结果确诊为MRSA肺炎;经头孢类抗菌药物、喹诺酮类抗菌药物及碳青霉烯类抗菌药物治疗无效;均伴有高血压、糖尿病、冠心病及慢性肺病等1种以上基础疾病。排除标准:病历资料不全,无法提供治疗前后的实验室检查结果和影像学检查资料;疗程<14d;无MRSA感染依据。本次研究得到患者知情同意,并经本院伦理委员会批准通过。两组患者在年龄、性别、白细胞计数(WBC)及病程等基本资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者的基本资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)	体质量(kg)	病程(d)	WBC($\times 10^9/L$)
试验组	38	45.21±8.76	55.31±5.31	5.24±2.71	18.57±0.67
对照组	38	46.31±9.12	56.14±5.69	5.86±2.69	18.34±0.79
t		0.536	0.657	1.001	1.369
P		0.593	0.513	0.320	0.175

1.2 方法 两组患者入院均进行血常规、C反应蛋白(CRP)、血培养、痰液培养、X线片检查或胸部螺旋CT等常规检查,给予常规的祛痰、止咳及营养支持治疗。常规治疗的基础上根据药敏试验结果,对照组给予万古霉素(浙江海正药业股份有限公司)静脉滴注治疗,每次20mg,加入5%葡萄糖5mg/mL稀释后