

手足口病合并病毒性脑膜炎和心肌损害的临床分析

李土桂(广东省中山市大涌医院 528400)

【摘要】 目的 研究手足口病合并病毒性脑膜炎和心肌损害的临床治疗效果。**方法** 抽取近年收治的手足口病合并病毒性脑膜炎和心肌损害的患儿 40 例,分为治疗组和对照组,每组各 20 例。对照组对患儿实施常规临床治疗模式,治疗组在对照组治疗的基础之上对患儿实施针对性临床治疗措施,对比分析两组的临床治疗效果。**结果** 治疗组患儿的临床治疗效果明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患儿的心电图以及心肌酶变化明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患儿以及家属满意度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 手足口病容易引发病病毒性脑膜炎和心肌损害,应及时发现,及早采取针对性临床治疗模式,对临床治疗效果以及预后起到明显的促进作用,使患儿的健康生活质量得到保障,具有临床推广价值。

【关键词】 手足口病; 脑膜炎; 心肌损害

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.02.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)02-0236-02

手足口病在临床当中是一种常见疾病,是因肠道病毒造成的一种传染性疾病,大多数出现在 5 岁以下儿童,主要在手部、足部以及口腔部位出现疱疹、斑丘疹等。根据相关临床报道表明,手足口病伴有病毒性脑膜炎和心肌损害的儿童越来越多,每年呈现递增趋势。一旦没有采取及时、有效的临床治疗措施,会造成患儿死亡,给患儿的生命安全带来巨大的威胁。现如今,对治疗手足口病合并病毒性脑膜炎以及心肌损害的相关临床报道比较少见,其临床治疗效果不尽相同,并且不良反应较多。针对这一情况,作者抽取近年来本院收治的手足口病合并病毒性脑膜炎以及心肌损害的患儿,对其采取合理、有效的临床治疗措施,并取得显著效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取 2012 年 4 月至 2014 年 4 月在本院收治的 40 例手足口病合并病毒性脑膜炎以及心肌损害的患儿,40 例患儿全部符合《手足口病防治指南》《病毒性脑膜炎诊断标准》以及《小儿内科学》诊断标准^[1]。患儿全部在手部、足部、躯干部位都能看见疱疹或者斑丘疹,全部有高热和神经系统相关临床症状。同时还伴有皮肤花纹、手脚冰凉、大量盗汗、心率反复变化以及脉搏减弱。全部患者在发现疱疹 1~3 d 内到医院就诊。40 例患儿分为治疗组和对照组,每组各 20 例。治疗组男 14 例,女 6 例;年龄 10 个月至 6 岁,平均 2.6 岁。对照组男 11 例,女 9 例;年龄 1~5.7 岁,平均 2.3 岁。两组的性别、年龄、疾病情况等差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 临床特征 40 例患儿的相关临床症状包括有头晕(12 例)、呕吐(13 例),发热(7 例),面色苍白(5 例),脑膜刺激呈现阳性以及惊厥(3 例)。

1.3 临床检查 40 例患儿全部在入院 48 h 内采取心电图和心肌酶学[肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(Ck-MB)]临床检查,同时对患儿的脑脊液进行检测。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 患儿实施常规临床治疗模式,其中包括增强临床护理,保证睡眠治疗,以及相关营养支持,纠正水、电解质平衡,根据病情的实际情况采取相对应的临床治疗模式,对体表温度过高的患儿采取冰袋冷敷以及药物来降低体表温度,同时对患儿的生命体征进行密切监测。

1.4.2 治疗组 在上述临床治疗模式的基础上对患儿采取针对性的临床治疗模式。(1)激素治疗。对患儿采取甲泼尼龙冲击

临床治疗,首先每天静脉滴注甲泼尼龙 20 mg/kg,对于病情危重或者昏迷的患儿每天 30 mg/kg^[2]。3 d 以后根据患儿的实际情况适当减少药物剂量。如果病情得到显著改善,可以减少到每天 2 mg/kg,维持治疗 3 d 以后停止使用甲泼尼龙;如果病情没有显著改善,可以减少到每天 15 mg/kg,连续使用 3 d,之后可以减少到每天 2 mg/kg,维持治疗 3 d 以后停止使用甲泼尼龙。(2)丙种球蛋白治疗。采取静脉滴注丙种球蛋白每天 1 g/kg,持续 2 d。(3)减少颅内高压。采取甘露醇联合甘油果糖,其中甘露醇(20%)每次 0.5~1 g/kg,甘油果糖每次 2.5~5 g/kg,每隔 3~6 h 交替使用,采取推注方式,同时根据病情的不断减轻,可以先降低用药量,之后再降低使用药物次数,4~6 d 为 1 个疗程。对病情危重以及颅内压增高的患儿,可以加入吠塞米每次 1~2 mg/kg,采取静脉推注方式^[3]。(4)抗病毒治疗。采取静脉滴注利巴韦林每天 10 mg/kg。(5)营养支持治疗。采取静脉滴注神经节苷脂每天 20 mg/kg,10~14 d 为 1 个疗程。根据病情好转情况选择使用药物时间。(6)采取磷酸肌酸钠 0.2~0.5 g/kg 静脉滴注护心治疗,每天 1 次。10 d 为 1 个疗程^[4]。(7)抗菌药物治疗。对伴有细菌感染或者病情危重的患儿需要采取抗菌药物治疗时,要根据患儿的具体情况采取相对应的抗菌药物。

1.5 观察指标 记录 40 例患儿的相关临床症状、体征和完全消失时间,并进行对比分析。两组患儿在治疗第 7 天、第 14 天分别复查心电图以及心肌酶谱,对比分析两组患儿的临床治疗效果。

1.6 疗效判定标准 显效:临床症状、体征、心肌酶谱以及心电图全部恢复正常,没有发生相关并发症;有效:心肌酶谱的各项指标全部有一定的下降,其临床症状、体征以及心电图有一定程度的改善;无效:心肌酶谱各项指标没有降低,甚至加重,其临床症状、体征没有任何改变,甚至病情进一步加重。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.7 满意度评价标准 采取问卷回收方式,患儿以及家属满意度评价标准使用本院设计的满意度评价标准,其中包括非常满意(90~100 分)、一般满意(70~89 分)、不满意(<70 分);满意率=(非常满意例数+一般满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析处理,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿治疗前后心电图以及心肌酶变化比较 两组患儿治疗前心电图和心肌酶相关指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 7 d 后,与治疗前相比有一定的变化,其中治

疗组略优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 14 d 后,治疗组患儿明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患儿治疗前后的心电图以及心肌酶变化对比(n)

时间	组别	心电图异常					心肌酶	
		T 波低平	ST 段改变	房室传导阻滞	窦性心动过速	窦性心动过缓	CK ↑	CK-MB ↑
治疗前	治疗组	7	5	2	2	2	11	10
	对照组	6	6	2	3	2	9	12
治疗 7 d 后	治疗组	2	2	0	1	1	5	4
	对照组	5	4	1	2	2	6	5
治疗 14 d 后	治疗组	0	1	0	0	0	1	1
	对照组	3	2	0	1	2	3	3
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患儿临床疗效比较 治疗组临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	20	7	12	1	95
对照组	20	3	11	6	70
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患儿以及家属满意度比较 治疗组患儿以及家属满意度明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患儿以及家属满意度之间的对比(n 或 %)

组别	n	非常满意	一般满意	不满意	满意率(%)
治疗组	20	8	10	2	90
对照组	20	4	9	7	65
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

手足口病是由于柯萨奇 A 组 16 型(CA16)和肠道病毒 71 型(EV71)造成的,两种病毒造成的手足口病在临床诊断中难以区分^[5]。本文 40 患儿全部都是因为手足口病引发的病毒性脑膜炎和心肌损害。造成病毒性脑膜炎和心肌损害的主要诱因就是 CA16 和 EV71。其中 EV71 是导致中枢神经系统并发症的关键因素,例如脑炎、病毒性脑膜炎以及瘫痪等。最近几年,在世界各地都出现手足口病暴发流行,其中大部分都发生在 5 岁以下儿童,已经引起人们的广泛关注。

目前,手足口病合并脑膜炎或者心肌损害的患儿每年呈现递增趋势,根据相关临床报道表明,在引发病毒性脑膜炎的同时会引发心肌酶增加^[6],本文作者认为这是由于病毒侵入到脑部组织,脑血管炎以及颅内压增高造成脑细胞改变以及坏死,其发病机制可能是病毒和毒素在疾病的初期经过血液侵入到心肌进而形成病变。临床上可以在心肌炎患儿的鼻腔和咽部内容物或者粪便中提取出病毒,或从死亡患者的心肌组织中查找出病毒,表明病毒可以对心肌造成损害。

现今,手足口病没有特效药物,对于合并病毒性脑膜炎的患儿,主要进行针对性的器官支持治疗。本文作者体会如下:(1)及时减轻颅内压力,采取甘油果糖联合甘露醇共同治疗,特殊情况采取呋塞米,可以在短时间把颅内压力减轻到有效水平,使颅内压力对机体的损害明显降低。(2)采取甲泼尼龙可

以使药物在极短时间内在脑部组织中的浓度非常高,起到非特异性免疫抑制作用,以免血液当中的细胞使神经系统受损,使脑水肿症状得到明显改善,以及对细胞膜的受损程度降到最低。(3)丙种球蛋白当中包含广谱抗病毒的免疫球蛋白 G,可抑制病毒复制,使机体自主形成抗病毒抗体,机体受损程度进一步减轻。除此之外,其还能对免疫功能起到一定的调节作用,使神经系统恢复正常。(4)在上述治疗方法的基础之上加入磷酸肌酸给予治疗。根据相关临床报道表明,磷酸肌酸钠属于一种全新型的心肌细胞保护剂,能够给予心肌充分的营养支持,对心肌代谢起到良好的作用^[7]。除此之外,其还可以增加心肌细胞中的腺苷三磷酸浓度,使氧气浓度明显提高,对心肌细胞结构起到保护作用。因为在心肌受损期间会出现心肌缺血。本研究结果显示,治疗组患儿在治疗 7、14 d 后的心电图异常和心肌酶相关变化明显优于对照组($P<0.05$);治疗组临床疗效明显优于对照组($P<0.05$);治疗组患儿以及家属满意度明显优于对照组($P<0.05$)。

综上所述,对手足口病合并病毒性脑膜炎以及心肌损害患儿采取针对性的临床治疗,取得良好的效果,降低病死率及并发症的发生率,促进患儿康复。

参考文献

- [1] 张风华. 手足口病并病毒性脑膜炎及心肌损害 18 例临床观察[J]. 中国医药导报, 2012, 17(5): 183.
- [2] 何利丽, 唐英姿, 武海燕. 120 例手足口病患者的脑脊液细胞学观察[J]. 检验医学与临床, 2010, 16(2): 156.
- [3] 姜冲, 罗娟, 王永强, 等. 360 例手足口病病毒核酸检测结果分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(4): 78.
- [4] 纵书芳, 王洪青, 孙浩森, 等. 手足口病并病毒性脑炎 100 例诊治分析[J]. 临床合理用药, 2013, 6(8): 139.
- [5] 李社会. 手足口病并病毒性脑炎 65 例临床分析[J]. 临床医学, 2010, 35(3): 254.
- [6] 史伟新. 磷酸肌酸钠治疗手足口病并心肌损害的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2012, 33(7): 20.
- [7] 薛杰. 手足口病并病毒性脑炎 12 例临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2012, 15(6): 851.