

# 伐昔洛韦在小儿 EB 病毒感染患者中的 临床疗效及安全性研究

李俊

广州市妇女儿童医疗中心儿内科 广东 广州 510620

**【摘要】目的：**探讨伐昔洛韦在小儿 EB 病毒感染患者中的临床疗效及安全性。**方法：**选取 2019 年 2 月—2021 年 2 月我院收治的 EB 病毒感染患儿 80 例，根据治疗方式的不同分为对照组和观察组，对照组应用干扰素治疗，观察组应用伐昔洛韦治疗。比较两组患儿体征缓解情况、两组患儿临床治疗有效率、两组患儿不良反应发生率。**结果：**观察组患儿退热时间、咽峡炎缓解时间、淋巴结缩小时间、肝脾缩小时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ )。观察组临床治疗后的总有效率 96.00% 高于对照组的 82.00% ( $P < 0.05$ )。观察组出现食欲不振、精神倦怠、咳嗽、体温升高的总不良反应发生率 10.00% 低于对照组的 27.50% ( $P < 0.05$ )。**结论：**伐昔洛韦在小儿 EB 病毒感染患者中的临床疗效显著，能够降低不良反应发生率，利于患儿体征缓解，值得推广。

**【关键词】**伐昔洛韦；小儿 EB 病毒感染患者；临床治疗有效率；不良反应

**【中图分类号】**R725.6

**【文献标识码】**B

**【文章编号】**2096-1685(2021)47-45-03

EB 病毒属于临床上儿科常见病毒，且该病毒感染比例随着患儿年龄增长而不断增大。一旦感染 EB 病毒，临床表现为发热、皮疹、淋巴结肿大，甚至会继发肝胆疾病等，具有较强的传染性，尤其在儿童群体中传播最为严重，对其身心健康以及生命安全构成严重威胁<sup>[1]</sup>。对此，需要在临床上寻找一种积极有效的药物治疗。本研究选取 2019 年 2 月—2021 年 2 月我院收治的 EB 病毒感染患儿 80 例，探讨伐昔洛韦在小儿 EB 病毒感染患者中的临床疗效及安全性。现报道如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 2 月—2021 年 2 月我院收治的 EB 病毒感染患者 80 例，根据治疗方式的不同分为两组。对照组 40 例，男 25 例、女 15 例，年龄 3~13 岁，平均  $(8.23 \pm 3.09)$  岁；体重 9~42kg，平均  $(24.22 \pm 1.69)$  kg。观察组 40 例，男 26 例、女 14 例，年龄 5~13 岁，平均  $(9.16 \pm 2.75)$  岁；体重 9~41kg，平均  $(24.5 \pm 1.73)$  kg。两组患者以上资料具有可比性 ( $P > 0.05$ )，同时通过医院伦理委员会批准。

### 1.2 纳入排除标准

纳入标准：①纳入患儿均符合临床上小儿 EB 病毒感染相关诊断标准，且符合临床病症，如发热、咽峡炎、淋巴结肿大等；②经病理学检测分泌物 EB 病毒 DNA 测定提示拷贝数  $> 1.0 \times 10^3$  /mL；③签署知情同意书且本次研究经伦理委员会批准；④意识情绪正常，可与医护人员正常沟通及交流。排除标准：①对本次研究药物过敏者；②不同意或是中途退出研究者；③入院资料不全者；④精神障碍者。

### 1.3 方法

#### 1.3.1 对对照组应用干扰素治疗 每次取重组人干扰素 a2b

喷雾剂 [天津华立达生物工程有限公司，国药准字 S20030028，规格为 100mL:100 万 IU (120 喷)] 少许直接喷于患者咽喉部位，每次 1~2 喷，连续治疗 1 周。

1.3.2 对观察组应用伐昔洛韦治疗<sup>[2]</sup> 每次取伐昔洛韦 (湖北科益药业股份有限公司，国药准字 605H50372，规格为 0.15g) 0.75mg/kg，每天 2 次，于饭前空腹服用，或是遵循医嘱适当给药<sup>[3]</sup>，连续治疗 1 周。

### 1.4 观察指标

1.4.1 体征缓解情况 两组患儿体征缓解情况比较。

1.4.2 临床治疗有效率 两组患儿临床治疗有效率比较：分为痊愈 (治疗后，患儿临床病症在 3h 内完全消失，经病理学检查 EB 病毒感染完全恢复正常水平)、显效 (治疗后，患儿临床病症在 3h 内得到显著改善，经病理学检查 EB 病毒感染显著改善)、有效 (治疗后，患儿临床病症在 3h 有所改善，经病理学检查 EB 病毒感染改善依旧不理想，继续药物治疗) 和无效 (治疗后，无任何改善，甚至恶化) 4 个版块，总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数  $\times 100\%$ 。

1.4.3 不良反应发生率 不良反应包括食欲不振、精神倦怠、咳嗽、体温升高。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件处理，计数资料行  $\chi^2$  检验，采用  $n(\%)$  表示，计量资料行  $t$  检验，采用  $(\bar{x} \pm s)$  表示， $P < 0.05$  差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患儿体征缓解情况比较

观察组患儿退热时间、咽峡炎缓解时间、淋巴结缩小时间、肝脾缩小时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患儿体征缓解情况比较 [ $(\bar{x} \pm s)$ ]，d]

组别	例数	退热时间	咽峡炎缓解时间	淋巴结缩小时间	肝脾缩小时间
观察组	40	$2.21 \pm 0.34$	$3.79 \pm 0.55$	$5.32 \pm 0.27$	$5.97 \pm 0.15$
对照组	40	$3.49 \pm 0.49$	$5.82 \pm 0.37$	$7.97 \pm 0.31$	$8.64 \pm 0.22$
$t$		5.387	7.391	5.330	8.102
$P$		0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.2 两组患儿临床治疗有效率比较

观察组临床治疗后的总有效率 96.00% 高于对照组的 82.00% ( $P < 0.05$ )，见表 2。

### 2.3 两组患儿不良反应发生率比较

观察组出现食欲不振、精神倦怠、咳嗽、体温升高的总不良反应发生率 10.00% 低于对照组的 27.50% ( $P < 0.05$ )，见表 3。

3 讨论

EB病毒全称为 Epstein-Barr 病毒, 又称人类疱疹病毒, 属于疱疹病毒科嗜淋巴细胞病毒属之一, 在全球各地广泛分布, 且在人群中传播较为普遍<sup>[4]</sup>。此病与鼻咽癌、儿童淋巴瘤等有着密切联系, 在临床上被归类为可能会致癌的一种人类肿瘤病毒。EB病毒进入人体具有三种不同的途径: (1)EB病毒感染B淋巴细胞, 且大量繁殖, 与感染细胞相互融合。(2)EB病毒以环状DNA

形式长期存留在淋巴细胞内, 且游离在胞浆中, 并整合至染色体内<sup>[5]</sup>。(3)EB病毒可以被有效灭活, 然后进行重生而产生感染性, 再依据原有的方式再度感染细胞或是将病毒传染至下一个个体。该病毒最先复制的部位为口咽部, 在B淋巴细胞和口腔上皮细胞内生长繁殖, 然后感染B淋巴细胞, 而被感染的细菌随着血液进入体内, 从而造成全身感染<sup>[6]</sup>。

表2 两组患儿临床治疗有效率比较 [n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	21 (42.00)	12 (24.00)	5 (10.00)	2 (4.00)	38 (96.00)
对照组	40	9 (18.00)	14 (28.00)	8 (16.00)	9 (18.00)	31 (82.00)
$\chi^2$						5.297
P						0.039

表3 两组患儿不良反应情况比较 [n(%)]

组别	例数	食欲不振	精神倦怠	咳嗽	体温升高	总不良反应发生率
观察组	40	2 (5.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	4 (10.00)
对照组	40	3 (7.50)	2 (5.00)	3 (7.50)	3 (7.50)	11 (27.50)
$\chi^2$	—					4.398
P	—					0.048

在临床上, 对于EB病毒感染引起的传染性单核细胞增多症, 几乎无任何特效药, 多数采取抗病毒、抗感染、调节免疫系统治疗, 或是等待此病自愈。干扰素是以往临床应用较为广泛的治疗小儿EB病毒感染的药物, 它是一种广谱抗病毒药物, 具有广泛的生物活性、抗病毒以及免疫调节作用, 在患儿体内起到良好的抗病毒以及抗感染的作用, 同时调节机体免疫功能。此外, 这种药物不仅可以抑制人体中病毒RNA的复制, 减少水肿和组织表面渗出, 还可以提高免疫功能并诱导体内内源性干扰素的产生与人体抵抗病毒的能力<sup>[7]</sup>。干扰素药物的抗病毒机制是通过与靶细胞膜上的受体结合后改善细胞膜, 随后激活细胞中的抗病毒蛋白基因, 从而阻止病毒蛋白的合成, 通过抑制病毒核酸的复制和转录来实现多种免疫调节功能, 增加巨噬细胞的吞噬活性的同时, 增强淋巴细胞对靶细胞的特异性细胞毒性, 并促进和维持人体的免疫监视、免疫保护和免疫稳态功能<sup>[8]</sup>。虽然干扰素对于治疗小儿EB病毒感染具有长期的效果, 但是长期服用会出现诸多副作用: (1)大量的干扰素使用会促使类似流感的综合征发生, 如鼻塞、流鼻涕以及发烧等。(2)患儿在服用过程中会出现轻度或是中度脱发现象, 影响患儿外形美观度, 引发一定程度的负面情绪。(3)可影响造血系统, 在使用干扰素期间会出现骨髓抑制, 白细胞减少症、血小板减少症, 需要在服药期间严密监测白细胞和血小板。(4)对患儿精神状态造成影响, 引发如抑郁或焦虑等情绪。

本研究显示, 观察组患儿退热时间、咽峡炎缓解时间、淋巴结缩小时间、肝脾缩小时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ ), 由此可知, 将伐昔洛韦用于小儿EB病毒感染治疗中, 可有助于患儿身体恢复。伐昔洛韦同样也是广谱抗病毒药物的一种, 是阿昔洛韦的前体药物, 患儿口服后迅速吸收, 并在体内快速转化为阿昔洛韦, 具有显著的抗病毒作用<sup>[9-10]</sup>。待该药物进行感染细胞后, 与脱氧核苷竞争病毒胸腺嘧啶激酶或细胞激酶, 药效被磷酸化成活化型无环鸟苷三磷酸酯, 作为病毒底物与脱氧鸟嘌呤三磷酸酯竞争病毒DNA多聚酶, 从而抑制病毒DNA合成, 起到抗病毒、改善临床症状的作用。

观察组临床治疗后的总有效率96.00%高于对照组的82.00% ( $P < 0.05$ ); 观察组出现食欲不振、精神倦怠、咳嗽、体温升高的总不良反应发生率10.00%低于对照组的27.50% ( $P < 0.05$ ), 由此可以看出, 将伐昔洛韦用于治疗小儿EB病毒感染能够提高临床治疗效果, 安全性也较高。现阶段对于EB病毒感染在早期的诊断, 是通过EB病毒的DNA进行科学有效的监测, EB病毒DNA用来诊断EB病毒感染具有安全可靠的特征。这次研究通过对两组患儿分别采取干扰素与伐昔洛韦治疗, 分析两种药物对治疗小儿EB病毒感染的效果, 依据EB病毒DNA测定, 随后可得出结论, 发现采取伐昔洛韦药物治疗的患儿, 其治疗后相关临床病症得到显著的改善, 且治疗后不良反应发生率低。分析原因为, 伐昔洛韦依据患儿的病情及身体状态适当给药, 严格控制用药时间、用药次数以及用药剂量, 避免了不规范用药造成的诸多不利影响<sup>[11-12]</sup>。

综上所述, 伐昔洛韦在小儿EB病毒感染患者中的临床疗效显著, 能够降低不良反应发生率, 利于患儿体征缓解, 值得推广。

参考文献

[1] 张正玲, 张翔玲, 路革, 等. EB病毒感染对慢性阻塞性肺疾病急性加重期炎症反应影响41例临床研究[J]. 中国实用内科杂志, 2019, 21(2): 153-157.

[2] 黄河银, 张勤修, 蒋路云, 等. 中药治疗青年EB病毒感染的疗效评价及其免疫干预的机理研究[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(1): 13-16.

[3] 江伟焯, 苏旭春, 闫冰川, 等. 普济煎液对豚鼠EB病毒的抑制及免疫干预作用[J]. 内蒙古医科大学学报, 2020, 42(4): 382-386.

[4] 王云花, 马丹, 马利敏, 等. 双环醇治疗EB病毒肝炎儿童疗效分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2020, 23(3): 451-452.

[5] 谭晓丽. 单磷酸阿糖腺苷治疗小儿EB病毒感染的临床疗效分析[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(7): 833-835.

处理,在计数方面采用的是  $t$  检验,通过百分数来表示计术资料,不同组之间所存在的差异具备一定的统计学意义。

2 结果

照组的患者中,出现皮肤瘙痒的患者共计 10 例,所以患者治疗满意度的概率为 20%,而观察组的患者,共计出现皮肤瘙痒的人数为 2 例,患者治疗满意度的概率为 4%,组间瘙痒发生率存在差异性 ( $\chi^2=4.35, P=0.02$ ),见表 1。

表 1 患者治疗满意度对比

组别	满意	较满意	不满意	总满意率 (%)
观察组	25	24	1	98.00
对照组	23	18	9	82.00
$\chi^2$ 值				8.27
$P$ 值				0.00

3 讨论

在妊娠期内发生肝内胆汁淤积症实际上是一种并发症,其危害最大的不是患者本身,而是胎儿。因为该病造成的后果可能是胎儿的死亡,这可以说是对妊娠产生的最大危害,并且这是无法预测的,同时病情的程度直接关系到危害风险的大小,同时这种病不是恢复后就完好,存在复发的可能,如果再次出现妊娠则会复发的情况,截至目前我们并没有完全掌握造成该病的主要原因,其中可能的影响因素有女性激素以及环境因素等,会对患者的妊娠行为以及健康产生影响,并且会对胎儿的健康产生消极影响<sup>[11-14]</sup>。临床上通常使用复方丹参进行治疗。

4 结论

综上所述,本次研究观察组患者对治疗的满意度高于对照组,表明对症护理可以有效预防皮肤瘙痒,取得更加理想的护理效果。同时,对妊娠期肝内胆汁淤积症致皮肤瘙痒症施行综合护理,可以降低皮肤瘙痒的发生率,提高患者的护理满意度,值得推广<sup>[15]</sup>。

参考文献

[1] 李珺. 丁二磺酸腺苷蛋氨酸与地塞米松联合对妊娠期肝内胆汁淤积患者疗效观察及对患者炎症因子和肝功能影响 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018,26(1):58-61.  
 [2] 崔健. 妊娠期肝内胆汁淤积患者总胆汁酸水平与胎儿宫内窘

迫的相关性分析 [J]. 临床研究, 2018,26(2):77-78.  
 [3] 郑惠珍, 陈晓飞. 血清 TSH、TPOAb 水平变化与妊娠期肝内胆汁淤积疾病严重程度的关联性 [J]. 世界华人消化杂志, 2018,26(5):318-324.  
 [4] 张冲, 张华. 乙型肝炎病毒合并妊娠期肝内胆汁淤积患者妊娠结局分析 [J]. 山西医药杂志, 2018,47(21):2510-2513.  
 [5] 周幼芳, 郭海香, 陈倩. 妊娠期肝内胆汁淤积对分娩方式及母婴结局的影响分析 [J]. 实用医技杂志, 2018,25(10):1138-1139.  
 [6] 秦利, 张京京, 折开娥, 等. 多烯磷脂酰胆碱联合丁二磺酸腺苷蛋氨酸治疗妊娠期肝内胆汁淤积的疗效观察 [J]. 肝脏, 2019,24(11):1326-1328.  
 [7] 林朝凤, 徐小凤, 朱惠昭, 等. 不同程度妊娠期肝内胆汁淤积母婴结局的探讨 [J]. 中国卫生标准管理, 2019,10(21):39-41.  
 [8] 李柳柳, 李晶晶, 刘小玲. 雷公藤红素联合熊去氧胆酸减轻妊娠肝内胆汁淤积的临床研究 [J]. 中国性科学, 2020,29(2):40-43.  
 [9] 陈韵洁, 张晨, 谭娟. 脂肪酸转运体蛋白 FATP4、CD36、FABP1 在妊娠期肝内胆汁淤积胎盘中表达研究 [J]. 中外医疗, 2020,39(15):30-31,46.  
 [10] 王梁萍. 妊娠期肝内胆汁淤积综合症对母儿影响及孕期管理探讨 [D]. 大连医科大学, 2013.  
 [11] 伊丽努尔·阿布力孜. 思美泰联合熊去氧胆酸治疗妊娠期肝内胆汁淤积的观察及预后分析 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019,6(9):98,102.  
 [12] 庞连胜, 赵万春. 妊娠期肝内胆汁淤积患者血清促甲状腺激素、甲状腺过氧化物酶抗体水平变化及临床意义 [J]. 中国医药导报, 2019,16(16):159-162.  
 [13] 郭严, 王凤燕. 乙型肝炎携带合并妊娠期肝内胆汁淤积对母婴的影响分析 [J]. 中国当代医药, 2019,26(24):105-107.  
 [14] 罗艳, 吕红, 袁琼, 等.  $\alpha$ -谷胱甘肽转移酶和  $\alpha$ -羟丁酸脱氢酶水平与妊娠期肝内胆汁淤积产妇产期母婴结局的关系 [J]. 中国优生与遗传杂志, 2020,28(9):1116-1118,1129.  
 [15] 毛利云. 自拟养血祛风方为主治疗妊娠期肝内胆汁淤积临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2014,49(12):882-883.

(上接第 46 页)

[6] 徐玲玲, 林宏容, 巴宏军, 等. 联合用药治疗慢性活动性 EB 病毒感染并多器官受累一例报道并文献复习 [J]. 中国全科医学, 2020,23(24):3099-3103.  
 [7] 艾昊, 符粤文, 王倩, 等. 小剂量利妥昔单抗治疗异基因造血干细胞移植后 EB 病毒感染相关性疾病的疗效及安全性观察 [J]. 中华内科杂志, 2018,57(8):592-595.  
 [8] 刘晓宇, 王丹丹, 呼婵娟, 等. 淋巴细胞亚群对儿童 EB 病毒感染所致传染性单核细胞增多症的诊断意义 [J]. 空军医学杂志, 2021,37(4):313-316.  
 [9] 杨雪, 李慧文. 更昔洛韦与阿昔洛韦治疗小儿 EB 病毒感染的效果比较 [J]. 临床医学研究与实践, 2020,5(19):85-86.  
 [10] 林发振. 更昔洛韦联合重组人干扰素  $\alpha$  2b 注射液治疗小儿 EB 病毒感染的效果 [J]. 河南医学研究, 2019,28(19):3549-3550.  
 [11] 杨琴, 周太光. 儿童 EB 病毒感染相关性肾损伤临床特点分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2018,28(13):79-84.  
 [12] 陈红艳. 更昔洛韦联合干扰素治疗小儿 EB 病毒感染的疗效分析 [J]. 实用中西医结合临床, 2020,20(8):36-37.