

核黄疸的第一位原因是 G-6-PD 缺陷,在防治胆红素脑病时可考虑加用 IVIG。

[参 考 文 献]

[1] 刘义,韦秋文,刘悠南. 静脉注射免疫球蛋白对新生儿 ABO 溶

血疗效观察 [J]. 新生儿科杂志,1998, 13(4): 172-173.

[2] 卢桂森. 红细胞 G-6-PD 缺陷与新生儿高胆的关系 [J]. 新生儿科杂志,1990, 5(4): 151-153.

[3] 崔艳丽,邢杰. 新生儿 G-6-PD 缺陷与高胆红素血症有关因素及预防探讨 [J]. 中国妇幼保健,1998, 13(4): 239-240.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

以急性肾功能衰竭为首发表现的川崎病 1 例

蔡青,江丽,于春

(山东省德州市人民医院儿科,山东 德州 253014)

[中图分类号] R593.1;R692.5 [文献标识码] E

1 临床资料

患儿,女,11岁,因发热6d,憋气、尿少1d入院。患儿于入院前6d,因受凉出现发热,体温38~39℃,伴头痛,在家服去痛片和螺旋霉素无效,到当地诊所就诊,以“感冒”给予青霉素、病毒唑和双黄连静脉点滴3d,仍不奏效,并出现胸闷憋气、恶心呕吐和少尿(1天尿量不足100ml),转来我院。入院查体:体温39℃,血压30/20mmHg,发育营养不良,神志清,烦躁不安,口唇及指趾端发绀,皮肤无皮疹,右颌下淋巴结肿大似花生米大小,双侧结合膜充血,咽部充血,双肺呼吸音清,心率128次/min,律齐,心音低钝,无杂音,神经系统检查无异常。实验室检查:血红蛋白124g/L,红细胞 $4.08 \times 10^{12}/L$,白细胞 $23.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.90,淋巴细胞0.10,血小板 $89 \times 10^9/L$;心电图检查:窦性心动过速,P-R间期延长,多导联ST段压低,T波低平。入院诊断:感染性休克,给予扩容纠酸、升压、强心、吸氧、镇静、抗炎和较大剂量速尿,治疗后血压有所回升,但24h仍无尿(24h尿量不足50ml),查尿素氮41.7mmol/L,肌酐761.6 μ mol/L,尿酸969 μ mol/L,血气pH7.293,碳酸氢根13mmol/L,碱剩余-12mmol/L,C反应蛋白24mg/L;IgG16g/L(正常 11.2 ± 3.2 g/L),IgA2.30g/L(正常 1.7 ± 0.56 g/L),IgM1.51g/L(正常 1.35 ± 0.59 g/L);心肌酶:乳酸脱氢酶703U/L,肌酸激酶1058U/L,同功酶(CK-MB)109

U/L,谷丙转氨酶233U/L,谷草转氨酶836U/L,以急性肾功能衰竭(重度),心肝等多脏器损害给予血液透析治疗,于透析5d后开始有尿,继续透析5d后,尿量正常,血尿素氮、血肌酐均接近正常。

患儿入院约6~7d逐渐出现口唇皲裂渗血,口腔粘膜溃烂和指端脱皮,于住院第10天复查血小板 $598 \times 10^9/L$,血沉56mm/h,彩色超声心动图检查:发现左冠状动脉主干及分支呈囊性不均匀改变,最宽处为开口下方约4.9mm,管腔内透声差,管壁回声强弱不等,右冠状动脉正常。报告为左侧冠状动脉囊性扩张。诊断为川崎病,加服阿斯匹林和潘生丁,2周后复查超声心动图:左冠状动脉最宽处较前变窄,为2.5mm,管径趋于平行,管壁回声基本一致;复查肝功能、心肌酶、肾功能等均正常,住院25d带药出院,定期复查。最后诊断:川崎病合并急性肾功能衰竭。

2 讨论

川崎病亦称皮肤粘膜淋巴结综合征,病因不明,是一种小儿高发的血管炎综合征。主要症状有发热、皮肤粘膜改变、淋巴结肿大。本病可引起多脏器损害,但以急性肾功能衰竭为首发表现者少见。本患儿之所以以急性肾衰为首发表现,可能与既有液体入量严重不足和心源性休克的肾前因素,又有川崎病本身引起的肾小血管炎肾性因素有关。

(本文编辑:吉耕中)

[收稿日期] 1999-12-02; [修回日期] 2000-02-06

[作者简介] 蔡青(1958-),女,大学本科,副主任医师。