

痉挛发展成为 LGS。LGS 临床呈发作形式多样性特点,使脑实质常伴有损害,发病数年后 75%~90% 的患者存在智能障碍^[3]。在作出诊断时,应注意与婴儿痉挛、肌阵挛失神发作的癫痫、肌阵挛站立不稳性癫痫等进行鉴别。本组病例全部患儿均有 2 种发作形式,并且脑电图全部符合该综合征的脑电图改变。我们认为在基层医院凡发现有发作形式多样、年龄较小、脑电图有 1.5~3 Hz 慢棘慢波发放,同时伴智力低下,均要考虑该综合征。LGS 是一个病因复杂,发病机制尚不清楚、预后欠佳的儿童癫痫综合征,作出诊断后要及时确定用药方案,指导合理用药,避免不规则用药而影响治疗效果。因属难治性癫痫,对很多抗癫痫药无效,常需联合用药,一般选用丙戊酸钠+硝基安定或氯硝基安定^[4]。本组病例选用丙戊酸钠+妥泰治疗,2 例有效,1 例显效,总有效率为 13%。不甚理想。究其原因,结合文献及本组治疗转归分析,疗效不佳因素有发病年龄越早,预后越差,尤其是 2 岁时就发病的;脑电图背景活动规律出现棘慢波时多预后不好;

起病伴有智力受损害者,虽然 LGS 常伴有程度不等的智力障碍,但由婴儿痉挛发展为 LGS 的则更为严重;用药不规范。目前,虽未有可以明显改变病程改善发育和智能障碍的方法,但注意预防围产期脑损伤,加强围产期保健及婴儿保健是减少 LGS 发生的关键^[5]。

[参 考 文 献]

- [1] 邹飒枫,刘秀琴 1Lennox-Gastaut 综合征 [J] 1 国外医学神经病学神经外科学分册,2000,27(1):32-34.
- [2] 左启华 1 小儿神经系统疾病 [M] 1 北京:人民卫生出版社,2002,296.
- [3] Stoffel-Wagner B, Bauer J, Flugel D, Brennemann W, Klingmüller D, Elger CE. Serum sex hormones are altered in patients with chronic temporal lobe epilepsy receiving anticonvulsant medication [J]. Epilepsia, 1998, 39(11):1164-1173.
- [4] 林庆,叶露梅 1 小儿癫痫的现代诊断与治疗 [M] 1 天津:天津科学技术出版社,1996,104.
- [5] 王芝,孙道开 1 小儿癫痫的诊断与治疗进展 [J] 1 中国当代儿科杂志,2001,3(4):341-344.

(本文编辑:吉耕中)

经验交流 ·

16 例小儿川崎病脑电图与临床关系分析

李霞,王国芳,宋雪民

(南阳市中心医院儿科,河南 南阳 473009)

[中图分类号] R593.2 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2004)06-0530-02

川崎病是一种病因未明的全身性非特异性血管炎综合征,多侵犯冠状动脉,累及神经系统者少见^[1]。为了解川崎病患者脑电图与临床病情的相关性,对 2001 年 12 月至 2003 年 9 月收治的小儿川崎病 16 例,进行脑电图检查,对检查结果及与临床的关系分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

16 例患儿中男 10 例,女 6 例。年龄最小 5 月,

最大 5 岁 7 月,<1 岁 5 例,1~3 岁 9 例,>3 岁 2 例。16 例患儿符合 1984 年日本川崎病研究委员会制定的诊断标准^[2]:不明原因发热,持续 5 d 或更久;双侧结膜充血;口腔及咽部粘膜弥漫充血,唇发红及干裂,杨梅舌;发病初期手足硬肿和掌跖发红,以及恢复期指趾端出现膜状脱皮;躯干部多形红斑,但无水疱及结痂;颈淋巴结的非化脓性肿胀,其直径达 1.5 cm 或更大。其中符合 6 条诊断标准中 5 条或 5 条以上者 14 例;2 例符合 6 条诊断标准中 4 条,同时超声心动图有冠状动脉扩张 1 例,冠状动脉瘤 1 例。本组患儿病程 1 个月内每周 1 次

[收稿日期] 2004-01-06; [修回日期] 2004-03-27

[作者简介] 李霞(1963-),女,大学,副主任医师。主攻方向:小儿神经系统疾病。

超声心动图检查,共有7例发生冠状动脉病变:冠状动脉壁辉度增强3例,冠状动脉扩张2例,冠状动脉瘤2例。16例患儿中伴有明显神经精神症状者8例:头痛5例,恶心、呕吐2例,嗜睡3例,烦躁2例,抽搐2例,左侧周围性面神经麻痹1例。1例患儿可同时有多种症状。

1.2 检查方法

本组患儿均于病程10 d内做脑电图(EEG)检查。EEG仪采用北京太阳公司QEBS1018V定量数字视频脑电图仪,时间常数0.3 s,滤波60 Hz按国际10-20系统安置电极,常规进行单极、双极导联描记,描记时间不少于30 min,不能配合的患儿在自然睡眠状态下检查。除常规描记外,对2岁以上5例中能够配合的4例患儿还做了过度换气试验、睁闭眼反应。EEG异常者于病程1月时复查。

2 结果

2.1 EEG异常率及异常表现

本组患儿EEG正常6例,EEG异常10例(其中7例有明显神经精神症状),异常率62.5%。 <1 岁组有3/5例异常,表现基本波率3~4 c/s δ 、 θ 波,顶区为主局限性慢活动。 $1\sim3$ 岁组有5/9异常,表现3~5 c/s δ 、 θ 波,中央、顶区为主的局限性高幅慢活动,弥漫性高幅慢波活动,顶、颞区有棘慢波放电。 >3 岁组有2/2例异常,表现3~4 c/s δ 、 θ 波,顶区为主的局限性高幅慢活动,3~5 c/s δ 、 θ 波,半球后部弥漫性慢波异常,双侧不对称,左侧为主。

2.2 EEG变化与临床的关系

本组川崎病患儿伴冠状动脉病变的7例中,EEG异常6例(37.5%),无冠状动脉病变的9例中EEG异常4例(25%),经统计处理,差异无显著性($\chi^2=2.86$, $P>0.05$)。8例有明显神经精神症状者EEG异常7例(43.7%),8例无神经精神症状者EEG异常3例(18.7%),经统计处理,差异有显著性($\chi^2=4.27$, $P<0.05$)。

2.3 EEG及临床随访

本组EEG异常的10例患儿均于病程1月时复查EEG,患儿治疗后随临床症状好转,EEG均有所

改善,其中6例恢复正常,4例明显好转。

3 讨论

川崎病(也称皮肤粘膜淋巴结综合征,MCLS)是小儿的一种急性发热出疹性疾病。病因尚未明确,主要临床表现有发热、皮肤、粘膜改变,淋巴结肿大。其主要病理改变为全身性小血管炎,最常见的并发症是冠状动脉病变^[3,4],也可合并胆囊、关节及神经系统并发症。本组川崎病患儿急性期脑电图异常10/16例,提示川崎病急性期累及中枢神经系统损害也不少见。本组有明显神经精神症状者EEG异常率(7/8例,43.7%)高于无神经精神症状者(3/8例,18.7%),提示一旦出现中枢神经系统症状时,脑功能受累的程度已比较明显。川崎病引起的全身性小血管炎症可波及脑内小血管,脑的小血管炎症使血管壁通透性增高、脑水肿、颅内压增高、脑实质损害;小血管炎症反应也可波及面神经引起面瘫。对患儿的随访过程中发现随着川崎病进入恢复期,临床症状消失,EEG也随之好转,大部分恢复正常(6/10例),提示川崎病患儿的EEG异常变化是可逆的;但也有部分病例在进入恢复期临床症状消失后EEG仍未恢复正常,说明川崎病患儿EEG恢复较临床症状恢复慢。故川崎病患儿恢复期随访中除常规检查超声心动图复查冠状动脉病变外,对EEG异常者还应做脑电图检查观察随访EEG变化,以防中枢神经系统损害。

[参 考 文 献]

- [1] 李万镇 1 加强对川崎病诊治的研究 [J] 1 中华儿科杂志, 2002, 40(2): 65-67.
- [2] 吴瑞萍, 胡亚美, 江载芳 1 诸福棠实用儿科学 [M] 1 第6版 1 上册, 北京: 人民卫生出版社, 1996, 691-693.
- [3] 赵维玲, 袁泉, 李长钢 1 川崎病临床表现与早期诊断的探讨 [J] 1 中国当代儿科杂志, 2001, 3(4): 391-393.
- [4] 杨冰, 周启昌, 范平, 章鸣, 周杏君 1 彩色多普勒超声心动图检测小儿川崎病冠状动脉病变 [J] 1 中国当代儿科杂志, 2002, 4(3): 219-220.

(本文编辑: 吉耕中)