

· 临床经验 ·

冠状动脉造影诊断川崎病冠状动脉扩张 14 例分析

王瑞耕 邓淑珍 尹薇

(武汉市儿童医院心内科,湖北 武汉 430016)

[中图分类号] R72 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2010)08-0675-02

川崎病是一种血管炎综合征,好发于2~4岁儿童,其最大的危害为冠状动脉受损,是小儿后天性心脏病的主要原因,也是成年后发生冠心病的潜在危险^[1]。目前大多数医院均采用心脏彩超判断川崎病的冠状动脉损害。但对于冠状动脉远端及细小动脉损害的诊断,心脏彩超存在局限性。本研究对14例川崎病患儿进行冠状动脉造影检查,准确诊断了冠状动脉损害的病变程度,报道如下。

1 资料与方法

2003年1月至2007年10月我院共收治川崎病患儿884例,其中男584例,女300例。年龄3个月至14岁。所有病例均在睡眠或安静状况下行心脏彩超检查判断冠状动脉的损害情况。327例(37%)合并冠状动脉损害,其中141(15.6%)例出现冠状动脉瘤。确诊冠状动脉损害病例均给予大剂量丙种球蛋白治疗(2 g/kg)及阿司匹林治疗。在病情稳定2~6个月后选择14例心脏彩超示冠状动脉损害的病例,行冠状动脉造影检查。14例患儿中,男9例,女5例,年龄2~6岁。14例患儿中5例发现冠状动脉瘤,4例左右冠状动脉均有轻度扩张,5例仅有左侧冠状动脉扩张。

造影方法:在氯胺酮静脉复合麻醉下穿刺右股动脉送入冠状动脉造影管达左右冠状动脉开口,缓慢注入造影剂,同时进行电影摄像,判断冠状动脉病变。

2 结果

心脏彩超发现的5例冠状动脉瘤的患儿冠状动脉造影均提示相同的病变,两者符合率为100%,但

冠状动脉造影还见到部分病例前降支有扭曲、局限性扩张等心脏彩超没有发现的病变。4例心脏彩超显示左右冠状动脉均有轻度扩张的患儿与造影结果相同。5例心脏彩超仅有左侧冠状动脉扩张的患儿有2例与造影结果相同,另2例冠状动脉造影后发现右冠状动脉也有扩张;还有1例患儿患川崎病后随访1年,多次心脏彩超均见左冠状动脉轻度扩张,行冠状动脉造影显示左右冠脉均正常,后根据冠状动脉造影结论,该患儿停止治疗,临床观察1年,多次心脏彩超随访均正常。

3 讨论

川崎病目前被认为是易感者感染病原体后触发的免疫介导的一种全身血管炎,常累及中心血管,冠状动脉最易受累而形成冠状动脉扩张或冠状动脉瘤。本组884例川崎病发生冠状动脉损害者占37%,其中15.6%的患儿出现冠状动脉瘤。冠状动脉瘤是川崎病最严重的并发症,也是造成患者死亡的重要原因。目前心脏彩超是检测川崎病是否具有血管损伤、尤其是检测冠状动脉病变的可靠有效的非侵入性诊断方法,而且无痛苦,易重复,检出率高,耗资少,容易被大多数临床医生及患儿家长接受。从本研究心脏彩超与冠状动脉造影两者结果对比来看,心脏彩超判断川崎病冠状动脉损害有较高的准确性,尤其是诊断冠状动脉瘤的准确率达100%。但是对于冠状动脉远端及细小的动脉损害,心脏彩超诊断的准确性明显降低,如本研究中2例患儿右侧冠状动脉扩张没有从心脏彩超的检查中发现。心脏彩超虽然准确诊断了冠状动脉瘤,但没能发现其前降支的病变。尤其是1例冠状动脉造影显示冠状动脉正常的患儿,心脏彩超却提示其冠状动脉扩张,

[收稿日期]2009-10-24;[修回日期]2010-02-25
[作者简介]王瑞耕,男,本科,副主任医师。

这样可能会导致过度医疗或丧失治疗时机。龚方威等^[2]在 167 例次的川崎病冠状动脉造影的研究中也发现心脏超声检查有假阳性和假阴性。冠状动脉造影是诊断冠状动脉病变的金标准,对于复杂及严重的患儿,为了准确判断冠状动脉的准确病变,及时进行冠状动脉造影是可行的。本研究中 14 例患儿在进行冠状动脉造影检查过程中,过程顺利,只有 1 例患儿在造影过程中导管置于右冠状动脉口时发生室颤,经及时撤离导管及心脏除颤后患儿恢复正常,随访半年没有并发症。对于年龄太小的患儿,如果导管置于冠状动脉开口困难,并且为防止因导管过大堵塞冠状动脉影响心脏供血而引起室颤,也可以行升主动脉造影。本研究发生室颤的患儿后改用升主动脉造影也能清楚显示冠状动脉的病变。在儿童进行冠状动脉造影时应该注意下面几个事项:①应该在川崎病患者治疗病情稳定,病程至少两个月后进行;②实验室检查显示白细胞、血沉、C-反应蛋白、

血小板基本正常;③儿童不能很好配合手术,为了清楚准确测定冠状动脉病变,选择氯胺酮静脉复合麻醉;④造影前进行正规手术所需必要检查;⑤造影过程中心电监护非常重要,能及时发现心律失常,特别是发现室颤并及时处理。

[参 考 文 献]

[1] Francesca P, Filippo A, Willem BM. Post-processing using multi-slice computer tomography coronary angiography improves image interpretability in patients with fast heart rates and heart-rate variations[J]. J Cardiovasc Med (Hagerstown), 2007, 8(12):1088-1090.

[2] 龚方威,白石裕比湖,桃井真里子. 川崎病患者冠状动脉病变的随访及超声与造影的对照研究[J]. 中华儿科杂志,2000,38(10):634-635.

(本文编辑:王庆红)

· 病例报告 ·

儿童嗜酸细胞性胃肠炎 1 例

史佩佩 张建江

(郑州大学第一附属医院儿内科,河南 郑州 450052)

[中图分类号] R725.7 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)08-0676-02

患儿男,11 岁,因腹泻 11 d,腹胀 7 d 入院。11 d 前食用鱼虾后出现黏液水样便,10 余次/日,伴恶心、间断性腹痛、呕吐。按“急性肠炎”予抗感染治疗,疗效差。7 d 前出现腹胀,食欲减差。入院查体:心肺检查无异常,腹膨隆,脐周压痛,移动性浊音阳性。WBC $15.59 \times 10^9/L$,N 75%,E 4%;大便培养示肠球菌;尿、大便常规、肝肾功能、ESR、CRP、PPD 皮试、传染病检查、免疫学检查、人体血吸虫抗体等均正常。腹部彩色超声:腹腔内及肠间隙内探及约 70 mm 不规则液性暗区。腹水涂片瑞氏染色:以成熟嗜酸细胞为主,少见淋巴细胞;腹水细胞学检查:镜下可见大量嗜酸性粒细胞。CT 平扫:双侧胸腔少量积液,腹腔大量积液。入院第 10 天复查

WBC $9.79 \times 10^9/L$,N 14%,E 65%。骨髓检查(图 1A)示粒系比值增高,可见大量各阶段嗜酸细胞,占 41.6%;血涂片示粒细胞增高,以嗜酸细胞为主。全消化道钡餐示空肠近端扩张明显,钡餐蠕动缓慢,“漂浮征”明显。电子结肠镜检(图 1B)示盲肠黏膜充血水肿,皱襞粗大,表面糜烂,回肠末端及全结肠黏膜散在片状充血,血管纹理不清。回肠病理检查(图 1C)示(盲部)黏膜慢性炎症,可见嗜酸性粒细胞浸润。诊断为“嗜酸细胞性胃肠炎”,予低敏饮食及地塞米松每日 5 mg 静脉滴注,4 d 后腹泻、腹胀好转,腹水征阴性出院。出院后控制饮食,继续口服强的松每次 10 mg,一日三次。1 周后逐渐减量至停药。现门诊复查外周血嗜酸细胞正常。

[收稿日期]2010-01-05;[修回日期]2010-02-19
[作者简介]史佩佩,女,硕士研究生。