

13 岁少年急性心肌梗死 1 例

崔璐

(大连市友谊医院儿科, 辽宁 大连 116001)

[中图分类号] R542.2 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)10-0837-02

患儿,女,13岁,因突发上腹部绞痛 30 min 就诊。患儿近 1 月无咽痛、腹泻史。既往体健,无川崎病等免疫结缔组织病病史。平素活动正常,无先心病史、无高血压、糖尿病史,家族成员无冠心病史。体格检查:T 36.5℃,P 96 次/min,R 23 次/min,BP 85/50 mmHg。体格偏瘦,神志清晰,查体合作。面色苍白,大汗淋漓。无口唇发绀,咽部中度充血。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。心前区无异常隆起,未触及震颤,心界叩诊不大,心率 96 次/min,偶有早搏,三尖瓣听诊区收缩期 2/6 级吹风样杂音。腹软,中上腹轻压痛,无反跳痛,无肌紧张,肠鸣音正常。四肢末梢温暖。神经系统查体未见异常。心电图示 I、avF、V2、V3 ST 段明显抬高,Ⅱ、Ⅲ、avF、V4~V6 ST 段下移 0.1~0.6 mv。经与内科急会诊考虑初步诊断为暴发性心肌炎,冠心病急性心肌梗死待排。即收入我院内科病房,行冠脉造影,提示冠脉分布右优势型,左主干近段 100% 闭塞,见图 1。因此该患儿明确诊断为冠心病急性前壁、侧壁心肌梗死。其他检查如下:肌钙蛋白(TNI)、心肌酶谱变化见表 1。血脂:HDL-C 0.85 mmol/L,LDL-C 1.5 mmol/L,Apo-A 0.88 mmol/L,Apo-B 0.36 mmol/L。WBC $13.2 \times 10^9/L$,PLT $307 \times 10^9/L$ 。心脏彩超示左室壁活动弥漫性减低(收缩功能减低为主)。入院后该患儿成功实施冠脉造影及支架置入术。而后予抗血小板、抗凝及对症治疗。但术后 48 h 病情加重,经皮血氧饱和度明显下降,血压在升压药维持下 82/50 mmHg,患儿躁动,出现呕血,血糖、白细胞、血小板因应激均上升,予抗炎、补液、呼吸机辅助呼吸对症治疗。胸片示双肺纹理增强模糊,肺野透过度明显减低,呈毛玻璃状。上肺静脉粗,右心缘模糊,心外形增大,提示肺水肿、心衰。后突然出现室颤,抢救无效,终因急性左心衰、心源性休克,于入院后 51 h 死亡。

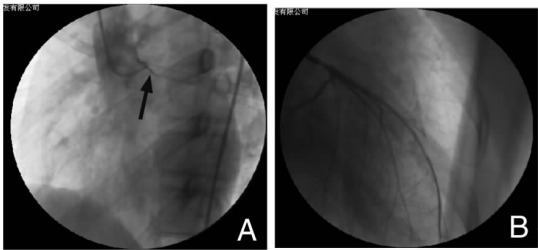


图 1 冠状动脉造影影像 A:闭塞支架置入术前:左主干近段 100% 闭塞(箭头所示); B:支架置入术成功,血供恢复。

表 1 肌钙蛋白 TNI、心肌酶谱变化

	LDH (IU/L)	HBDH (IU/L)	CK (IU/L)	CK-MB (IU/L)	TNI (定性)
入院时	178	129	94	21	阴性
入院 8 h	1014	64	3318	864	未查
入院 28 h	1444	786	2178	270	阳性

讨论:腹痛是儿科常见症状,以上腹痛为首发症状,常考虑为急性胃炎、胃肠炎、溃疡穿孔、急性胰腺炎等。但某些心脏疾患也可以腹痛为首表现,如暴发性心肌炎、急性心肌梗死等。暴发性心肌炎临床表现多以心外症状为首表现,从而易造成误诊或漏诊^[1]。而急性心肌梗死于儿童、青少年极其少见,易被儿科医生忽视。

急性心肌梗死是心肌缺血性坏死,为在冠状动脉病变的基础上,发生冠状动脉供血急剧减少或中断,使相应的心肌发生严重而持久的急性缺血所致^[2]。儿童急性心肌梗死大多数为非冠状动脉粥样硬化所致。儿童川崎病(1.9%发生心肌梗死)^[3]、冠状动脉瘘、冠状动脉畸形、冠状动脉起源、走向、通路异常、冠状动脉开口狭窄、壁层冠状动脉、冠状动脉栓塞、炎症、痉挛^[4]及家族性高胆固醇血症等均可引起心肌缺血,临床上出现心绞痛、心肌梗死。国内有儿童川崎病、白塞病并发急性心肌梗死的个案报道^[5,6]。

[收稿日期]2010-02-21;[修回日期]2010-03-10
[作者简介]崔璐,女,在读硕士研究生,主治医师。

该患儿年仅 13 岁,发生急性心肌梗死在全国范围内罕见。彩超及冠脉造影排除冠脉畸形、马凡氏综合征。所行化验检查无结缔组织病及大动脉炎征象。患儿冠脉造影提示左主干近段 100% 闭塞,其病变部位及临床表现与川崎病有较多相符之处,但该患儿无川崎病史,且遗憾的是本例患儿未作尸检,以证明诊断及病因。

患儿虽成功实施冠脉造影及支架置入术,最终出现室颤,抢救无效,因急性左心衰、心源性休克死亡,考虑原因为梗阻血管位于左主干,急性闭塞缺乏侧枝循环,大量心肌坏死,预后不良。

本病例提示,对于门诊以腹痛就诊的患儿,当急腹症不能解释时,应及时行心电图、酶学、心脏彩超检查,以免误诊、漏诊。重症心肌炎、急性心肌梗死有时仅依靠心电图、酶学、心脏彩超检查难以鉴别,有条件应尽早行冠脉造影检查,以资鉴别,为抢救治

疗争取时间。

[参 考 文 献]

[1] 田杰. 病毒性心肌炎的诊断与治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2005,20(3):285-288.

[2] 叶任高,内科学. 心肌梗死[M]. 第 5 版:北京:人民卫生出版社,2002:294.

[3] 覃丽君,张有为,宋金萍. 川崎病的心血管病变观察[J]. 中国心血管杂志,2003,8(3):195-197.

[4] 杨思源. 心肌梗死[M]. 小儿心脏病学. 第 2 版. 北京:人民出版社,1996:105.

[5] 王宇,赵丽珍,孙耀利,王永红. 川崎病并发急性心肌梗塞 1 例[J]. 航空航天医药,2006,17(3):177.

[6] 王树水,张智伟,曾少颖,石韞珍,黄关萍,沈娜君. 儿童白塞病合并急性心肌梗死一例[J]. 中华风湿病学杂志,2006,10(6):382-384.

(本文编辑:黄 榕)

· 病例报告 ·

丙酸血症 1 例

梅亚波 刘海洪 王春枝 何玺玉 封志纯

(北京军区总医院附属八一儿童医院,北京 100700)

[中图分类号] R722.11 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)10-0838-02

患儿,女,3 个月,因精神反应差 1 个月,加重 3 d 入院。患儿于入院前 1 个月无明显诱因出现反应差,嗜睡。3 d 前精神差明显加重,嗜睡,吃奶少,呼吸深快,就诊北京某大医院,急查血气分析提示酸中毒明显,予碳酸氢钠治疗后,症状明显缓解,为求进一步治疗转入我院。母孕 3 产 2(G3P2),第 1 胎胎死宫内,第 2 胎新生儿期不明原因死亡。该患儿足月顺产,生后母乳喂养,发育缓慢。父母体健,非近亲结婚,否认家族遗传疾病史。入院体查:神志模糊,嗜睡,面色苍白,贫血貌,无发绀,皮肤温度、湿度正常,弹性好。呼吸运动及频率正常,双肺呼吸音粗,可闻及痰鸣音。心腹检查无异常。四肢活动自如,肌张力正常。脑膜刺激征、巴氏征(-)。血常

规 WBC $3.39 \times 10^9/L$, N 0.475, 粒细胞绝对值 $1.6 \times 10^9/L$, RBC $3.1 \times 10^{12}/L$, Hb 84 g/L, PLT $58 \times 10^9/L$; CRP 1 mg/L; 血生化:总蛋白 53.6 g/L, 前白蛋白 137 mg/L, 乳酸脱氢酶 262 U/L, 碱性磷酸酶 281 U/L, 血钙 1.89 mmol/L, 血尿酸 588 $\mu\text{mol/L}$; 血二氧化碳结合力 9.20 mmol/L; 血糖 4.60 mmol/L; 尿、大便常规正常; 抗巨细胞病毒-IgM 阴性; 血氨 103 $\mu\text{mol/L}$ 。骨髓检查显示:粒、红二系增生,巨核细胞成熟障碍。心电图正常。头颅 CT 平扫:脑池、脑沟略加深。胸部摄片:双肺纹理增粗,可见片状模糊影。脑电图及脑电地形图未见痫样放电。腹部 B 超未见异常。血液串联质谱(MS/MS)分析:丙酰肉碱(C3)、甘氨酸(Gly)、丙酰肉碱/游离肉碱(C3/C0)、

[收稿日期]2009-10-21;[修回日期]2010-07-18
[作者简介]梅亚波,男,硕士,医师。