

• 病例分析 •

川崎病并发冠状动脉瘤继发心脑血管疾病：

1例病例报告并文献复习

张艳芝 李莉

300134 天津，天津市儿童医院心电图室

通讯作者：张艳芝，Email：bigbird008030@sina.com

DOI：10.3969/j.issn.1008-9691.2017.03.027

【摘要】 川崎病又称小儿皮肤黏膜淋巴结综合征，是儿科常见的急性血管炎综合征，病变主要累及中、小动脉，尤其是冠状动脉（冠脉），是小儿冠脉病变的主要原因，也是成年后发生冠心病的潜在危险因素。回顾性分析1例川崎病并发冠脉瘤患儿4年后发生心脑血管损害的临床资料及治疗，并分析相关文献，探讨川崎病并发冠脉瘤患儿发生心脑血管损害的临床特点。提示对于川崎病患儿应早期采取正规治疗以及定期随访，长期监测冠脉变化情况，以减少心脑血管意外事件的发生。

【关键词】 川崎病； 冠脉瘤； 定期随访； 心房颤动； 脑梗死

One case report on Kawasaki disease complicated with coronary aneurysm and secondary cardio-cerebrovascular disease and literature review Zhang Yanzhi, Li Li

Tianjin Children's Hospital, Tianjin 300134, China

Corresponding author: Zhang Yanzhi, Email: bigbird008030@sina.com

【Abstract】 Kawasaki disease, also known as infantile skin mucous membrane lymph node syndrome, is an acute vasculitis syndrome in pediatric department. The lesion mainly involves medium and small arteries, particularly the coronary artery, being a major cause of pediatric coronary lesion and also a potential risk factor of coronary heart disease during later adulthood. Here the clinical data and treatment of one case of Kawasaki disease complicated with coronary aneurysm and 4 years later the occurrence of cardiocerebrovascular lesion (CCVL) were retrospectively analyzed, and the related literatures were reviewed and analyzed to approach the clinical characteristics of this disease complications. It is suggested that at early stage regular treatment should be applied and afterwards periodical follow-up should be performed; long-term monitoring coronary changes ought to be carried out to decrease the occurrence of CCVL accident.

【Key words】 Kawasaki disease; Coronary artery tumor; Regular follow-up; Atrial fibrillation; Cerebral infarction

川崎病又称小儿皮肤黏膜淋巴结综合征，是儿科常见的急性血管炎综合征，病变主要累及中、小动脉，尤其是冠状动脉（冠脉），是小儿冠脉病变的主要原因，也是成年后发生冠心病的潜在危险因素，未经治疗的患儿心血管并发症发生率达20%~25%^[1]。临幊上应用丙种球蛋白能尽快缓解临床症状并显著降低冠脉损伤的风险。大部分川崎病患儿经过及时适当的治疗可以很快康复，预后良好。但是部分冠脉瘤较大患儿有形成血栓及心肌梗死的危险，需要定期复查，长期监测冠脉变化情况。本研究报道1例川崎病并发冠脉瘤患儿4年后发生心脑血管意外的情况，并复习相关文献。

1 病例简介

患儿男性，11岁，主因“失语，右侧肢体活动障碍6 h”入院，入院前6 h睡眠过程中突然喊叫，仅能发音，不能吐字及正确表达，伴右侧肢体活动障碍，右手不能抬起，右下肢蹬踹无力，左侧肢体活动尚可，同时伴有机体恍惚，无抽搐、吞咽困难、呛咳、不自主运动、发热等。4年前患儿起病前发热1周，后体温正常，约10 d后出现心前区不适、乏力，就诊于

本院，诊断为川崎病，超声心动图检查发现存在冠脉瘤，于本院住院1 d后转入某儿童医院住院半月，行超声检查提示心脏扩大，具体诊疗不详，后间断于多所外院随诊。

患川崎病后平素不能剧烈运动，目前口服药物为地高辛0.25 mg qd，阿司匹林50 mg qd，华法林2.5 mg qd，螺内酯20 mg qd，托拉塞米5 mg qd。入院查体：血压100/60 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa），意识清，精神恍惚，刺激能发声，不能应答，呼吸急促，无发绀；未见皮疹、出血点及黄染；咽部无充血，双肺呼吸音粗，心音低钝，心界扩大，律不齐，腹部膨隆；肝右肋下约4 cm可及，质中边钝，脾未触及；颈抵抗（-），双侧瞳孔等大等圆，直径3 mm，对光反射灵敏，额纹对称，右侧鼻唇沟变浅，右侧口角下垂，吞咽反射灵敏，右上肢及双下肢肌张力降低，右侧上肢：近端肌力0~I级，远端II级，左侧上肢肌力IV级+，右侧下肢肌力III级，左侧下肢肌力III级+，双跟膝腱反射（-），右侧巴宾斯基征（+），左侧巴宾斯基征（-）。双下肢水肿，末梢稍凉，脉搏尚可。超声心动图示全心扩大，左心室收缩功能降低，左室射血分数（LVEF）为0.18，二三尖瓣轻度反流，右冠脉瘤，最宽处约7.9 mm，少量心包

积液,肺动脉高压,心电图异常,持续性心房颤动(房颤)。头颅磁共振(MR)+磁共振血管造影(MRA)示左侧大脑半球及左侧基底节区异常信号,右侧大脑前动脉水平段变细,诊断为缺血性脑血管疾病,左侧大脑中动脉供血区受累,结合患儿川崎病病史及冠脉血管损害心肌损伤,考虑房颤是心血管损害、心房扩大的直接后果,而脑梗死则考虑为心源性,入院后给予神经保护,纠正心源性休克,保护心肌,抗心律失常,改善心功能等对症治疗后患儿血压正常,右侧肢体肌力好转,腹水吸收,仍存在右侧中枢性面瘫,失语,仍有心律失常,自动出院。

2 讨 论

川崎病是一种儿童高发的急性自限性血管炎性疾病,主要累及冠脉,多见于5岁以下男性患儿,春夏交接之际发病较多,全身各系统均有受累。川崎病的诊断主要依据临床表现,包括:①发热≥5 d;②结膜充血;③口唇鲜红;④手足硬肿,指趾脱皮;⑤多形性红斑样皮疹;⑥颈部有直径超过1.5 cm的肿大淋巴结。其中发热伴其他4项;或发热伴其他3项,但见到冠脉瘤者可明确诊断。

川崎病的实验室检查无特异性指标,C-反应蛋白(CRP)升高,红细胞沉降率(ESR)增快,低白蛋白血症,贫血,低钠血症等可以协助诊断。心电图以ST段改变和T波异常多见,也可见P-R间期、Q-T间期延长,异常Q波及各种心律失常,超声心动图早期常无明显改变,随病情进展可见各种心血管病变如心包积液、左室扩大、二尖瓣关闭不全及冠脉扩张或形成动脉瘤^[2]。15%~25%未经治疗的患儿会发生冠脉瘤。如果在高热10 d内给予及时正确的治疗可将冠脉瘤的发生率降低到7%^[3]。40岁以下由于心肌缺血而接受冠脉造影的人群中冠脉瘤的发生率为7.9%,这些人中85%有过明确或可能的川崎病史^[3]。大多数冠脉瘤呈自限性经过,多数于1~2年内自行消退。有冠脉瘤病变者应密切随访定期复查超声心动图,通常在临幊上冠脉瘤会几十年无明显症状。但冠脉血栓形成和心肌缺血或梗死的风险终身存在。一旦确诊为川崎病,大剂量使用丙种球蛋白可以缓解症状,降低冠脉损害,对部分丙种球蛋白不敏感的患儿可用糖皮质激素和英夫利昔单克隆抗体联合治疗,根据儿科的病生理特点,也可考虑联合中药治疗^[4-5]。川崎病并发冠脉扩张的患儿建议终身服用阿司匹林。阿司匹林联合口服抗凝剂适用于有中度或巨大冠脉瘤和有过心肌梗死病史者^[6-7]。对有症状及冠脉严重受累者应进行冠脉造影检查。部分晚期出现冠脉狭窄及心肌梗死的川崎病患儿,药物已经无法达到预期效果,需要考虑介入或外科手术治疗。Sabiniewicz等^[8]曾报告1例川崎病并发冠脉瘤病史因为运动引发心绞痛,成功实施介入手术的病例。

本例患儿根据其4年前外院治疗经过及现病史很明显冠脉受累严重,对症治疗只能缓解症状,根据其病情进展,持续房颤是其心肌严重受损的表现,而房颤持续状态是心脑血管病症的高危因素,且目前已经有脑梗死的表现,有效的治疗应该考虑介入或外科手术^[9],其预后较差,这也提醒临床医师及时诊断川崎病,早期正规治疗及严格规范的后期随访复查对患儿意义重大。

参考文献

- [1] 胡景伟,周忠蜀.川崎病冠状动脉损害的临床特点及随访研究[J/CD].中华临床医师杂志(电子版),2016,10(9):1204-1207. DOI: 10.3877/ema.j.issn.1674-0785.2016.09.002.
- Hu JW, Zhou ZS. Clinic features and follow-up study of coronary artery lesion in children with Kawasaki disease [J/CD]. Chin J Clin (Electron Ed), 2016, 10 (9): 1204-1207. DOI: 10.3877/ema.j.issn.1674-0785.2016.09.002.
- [2] 穆研,段晓莉,赵苏云.川崎病冠状动脉扩张的超声心动图诊断[J].中国中西医结合影像学杂志,2016,14(3):314-315. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0512.2016.03.028.
- Mu Y, Duan XL, Zhao SY. Coronary artery expansion of echocardiography in the diagnosis of Kawasaki disease [J]. Chin Imaging J Integr Tradit West Med, 2016, 14 (3): 314-315. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0512.2016.03.028.
- [3] Shah V, Christov G, Mukasa T, et al. Cardiovascular status after Kawasaki disease in the UK [J]. Heart, 2015, 101 (20): 1646-1655. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-307734.
- [4] 万琦,邓玉萍,鄢素琪,等.中医中药治疗川崎病疗效的系统评价及Meta分析[J].中国中西医结合急救杂志,2015,22(2):124-127. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.02.004.
- Wan Q, Deng YP, Yan SQ, et al. The clinical effects of traditional Chinese medicine on Kawasaki disease: a systematic review of randomized controlled trials and Meta analysis [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2015, 22 (2): 124-127. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.02.004.
- [5] 洪美丽.中药治疗川崎病[J].中华危重病急救医学,1992,4(2):94-96.
- Hong ML. Traditional Chinese medicine in the treatment of Kawasaki disease [J]. Chin Crit Care Med, 1992, 4 (2): 94-96.
- [6] Rizk SR, El SG, Daniels LB, et al. Acute myocardial ischemia in adults secondary to missed Kawasaki disease in childhood [J]. Am J Cardiol, 2015, 115 (4): 423-427. DOI: 10.1016/j.amjcard.2014.11.024.
- [7] JCS Joint Working Group. Guidelines for diagnosis and management of cardiovascular sequelae in Kawasaki disease (JCS 2013). Digest version [J]. Circ J, 2014, 78 (10): 2521-2562.
- [8] Sabiniewicz R, Woźniak L, Mielczarek M, et al. Ten-year evolution of giant coronary artery aneurysms secondary to Kawasaki disease [J]. Cardiol J, 2016, 23 (5): 513-514. DOI: 10.5603/CJ.2016.0073.
- [9] 高艳霞,李毅,于学忠,等.药物洗脱支架置入术后非急性血栓预防的临床研究[J].中华危重病急救医学,2013,25(5):285-289. DOI: 10.3760/ema.j.issn.2095-4352.2013.05.012.
- Gao YX, Li Y, Yu XZ, et al. Prevention of non-acute stent thrombosis after drug-eluting stent implantation [J]. Chin Crit Care Med, 2013, 25 (5): 285-289. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2013.05.012.

(收稿日期:2017-04-17)