

儿科临床系列丛书

Erke Linchuang Xilie Congshu

儿科疑难病例 查房实录

ERKEYINANBINGLI
CHAFANGSHILU

主编◎万力生 马祖祥

儿科临床系列丛书

儿科疑难病例查房实录

ERKE YI' NAN BINGLI CHAFANG SHILU

主 编 万力生 马祖祥

编 者 (以姓氏笔画为序)

万力生 马祖祥 方湘玲 武宇辉

袁 泉 鲍燕敏 操德智 戴蕾蕾

主 审 李成荣

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科疑难病例查房实录/万力生, 马祖祥主编. —北京: 人民军医出版社,
2008.11

ISBN 978-7-5091-2167-2

I .儿… II.①万…②马… III.小儿疾病: 疑难病-病案-汇编 IV.R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 156045 号

策划编辑: 王 琳 文字编辑: 池 静 责任审读: 周晓洲

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010)51927270; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: (010)51927409

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 中国农业出版社印刷厂

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 24.75 字数: 447 千字

版、印次: 2008 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~3000

定价: 69 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



内 容 提 要

本书共有 13 章，92 个病例，每一个病例都涵盖了临床常见主诉，并详细介绍了入院时病史特点、入院后病史特点、查房记录及诊断分析，对于重要知识点还有“相关知识链接”介绍，直至最后做出确切诊断，并附有各病例的诊治体会。读者可通过对本书中不同病例的学习，提高临床思维能力和判断能力。全书条理清晰，实用性、指导性强，适合儿科临床医师和医学院校师生阅读参考。



丛书前言

儿科学是一门发展中的临床学科，是一门实践性很强的科学。儿童疾病的发生、发展有其独特的规律，诊断与治疗也有其特有的复杂性。在临床医疗工作中，对于病情发展凶险的患儿，儿科医师须及时诊断、迅速治疗，一旦误诊、漏诊或治疗不及时，则可造成难以弥补的损失；对于病情发展缓慢或病情复杂的患儿，特征性的临床表现出现得较迟，一旦出现则病程可能已进展到晚期，从而易延误治疗。儿科医师若想在这一高风险的工作中尽可能地提高诊断与治疗的成功率，除了须具备坚实的理论基础和规范化的诊断与治疗外，长期的临床实践经验积累是必不可少的。有鉴于此，应人民军医出版社之约，中国医科大学儿科临床学院（深圳市儿童医院）的专家，在国内知名医学专家的指导与审定下，编写了这套《儿科临床系列丛书》。

本丛书的编写以立足临床，注重实用为宗旨。《儿科门急诊处理》是针对门急诊患儿，讲述门诊医师是如何能在仅有的几分钟内做出快速诊断，并给患儿一个正确的处理。《儿科临床医嘱示例》是讲述临床医师是如何对危重、疑难患儿进行初步诊断，并根据病情需要开出必要的医嘱检查单，以确认诊断的正确性，并给出正确医嘱治疗单以及用药说明。《儿科临床液体治疗》是儿科医师必须熟练掌握的治疗方法，主要针对体内水代谢失常的患儿，讲述患儿水代谢失常的判定，哪些疾病要补水、要脱水，如何使补水、脱水恰到好处。《儿科疑难病例查房实录》是针对临床上难诊断、难治愈、病死率高以及少见病的病例进行剖析，讲述各级医师对一典型病例的层层分析、讨论，专家查房、会诊，逐步展开诊断及治疗思路，从中发现病例的独特性，使读者领悟正确诊断及治疗方法的由来，以此为镜，加以借鉴，受益良多。

由于参编人员的学识、经验及学术观点不尽一致，编写中不足之处尚望同道批评指教。

《儿科临床系列丛书》编委会

2008年6月



前 言

疑难病例查房是提高临床医师诊断和治疗水平、丰富临床实践并和理论学习紧密结合的重要方法，临床医师可以从中汲取成功的经验并接受失败的教训，培养正确的临床诊疗思维，对今后处理疑难病例，理清、拓宽临床思路大有裨益。应人民军医出版社之邀，中国医科大学儿科临床学院（深圳市儿童医院）的临床专家编写了这本《儿科疑难病例查房实录》。

作为一位临床医师，不亲身经历无数次惊心动魄的临床救治场面，是很难应对复杂多样的疑难疾病的，高尚的救死扶伤的职业道德固然重要，但过硬的临床功底才是成功救治患儿的关键。只有这样才能在面对复杂危重病情时，临危不乱，正确地分析、判断并把握疾病演变的内在规律，做出恰当的诊断和治疗。

《儿科疑难病例查房实录》收集的病例来源于全国众多医院儿科，经过严格审稿筛选，极具代表性。本书中每一病例都通过层层分析、讨论、专家查房、会诊等方式，逐步展开诊断及治疗思路，从中发现病例的独特性，使读者领悟正确的诊断及治疗方法，凝聚了众多资深专家的临床经验和教训。本书所列举的药物尽管已经编者反复核校，但药物剂型、剂量和用法仍难免存在错误，读者如有发现请告知编者，并根据国家药典用药。

在本书的编写过程中，得到了中国医科大学儿科临床学院院长李成荣教授的极大关心和支持，并亲自主审，为此，我们代表全体编写人员向李成荣教授表示衷心的感谢。

万力生 马祖祥

2008年6月

目 录

第 1 章 新生儿疾病	(1)
[病例 1] 呼吸困难、惊厥 (新生儿红细胞增多症-高黏滞度综合征)	(1)
[病例 2] 颤抖、气促、发绀、呛奶 (新生儿撤药综合征)	(5)
[病例 3] 拒乳、软弱、阵发性发绀 (新生儿代谢性酸中毒)	(9)
[病例 4] 双下肢麻、疼痛、行走困难 (新生儿型巴特综合征)	(12)
[病例 5] 咳嗽、气促、肝大 (新生儿肺炎、心功能不全、肝血管瘤) ..	(16)
第 2 章 呼吸系统疾病	(20)
[病例 6] 咳嗽、发热、音哑、呼吸困难 (急性会厌炎、急性呼吸衰竭)	(20)
[病例 7] 反复咳嗽、喘憋 (巨细胞病毒性肺炎)	(24)
[病例 8] 咳嗽、脸色苍白、镜下血尿 (特发性肺含铁血黄素沉着症) ..	(29)
[病例 9] 贫血、肝脾大 (特发性肺含铁血黄素沉着症)	(33)
[病例 10] 咳嗽、气促、贫血 (特发性肺含铁血黄素沉着症)	(37)
[病例 11] 发热、咳嗽、气促 (气管异物)	(41)
[病例 12] 咳嗽、胸闷 (咳嗽变异型哮喘)	(44)
[病例 13] 发热、咳嗽、肺部阴影、心房颤动 (肺毛霉菌病)	(48)
第 3 章 消化系统疾病	(55)
[病例 14] 发热、腹泻、呕吐、头痛 (肠道感染、高渗性脱水)	(55)
[病例 15] 发热、腹泻、皮疹 (轮状病毒性肠炎)	(59)
[病例 16] 咳嗽、腹泻 (抗生素相关性腹泻)	(64)
[病例 17] 腹痛、呕吐、腹块 (嗜酸细胞性胃肠炎)	(68)
第 4 章 泌尿系统疾病	(73)
[病例 18] 水肿、尿少 (急性肾小球肾炎)	(73)
[病例 19] 腹痛、肉眼血尿 (紫癜性肾炎)	(77)

[病例 20] 肉眼血尿 (胡桃夹现象)	(80)
[病例 21] 腹泻、黄疸、无尿 (溶血尿毒综合征)	(84)
[病例 22] 血尿、水肿、高血压 (急性肾小球肾炎合并泌尿系感染)	(89)
[病例 23] 腹痛、茶色尿及少尿 (溶血性尿毒综合征)	(93)
[病例 24] 脸色苍白、头晕、气促 (慢性肾小球肾炎并肾衰竭尿毒症)	(97)
[病例 25] X 型腿、酸中毒 (肾小管酸中毒)	(101)
[病例 26] 发热、咽痛、抽搐 (药物性肾损害)	(104)
第 5 章 循环系统疾病	(108)
[病例 27] 气促、烦躁、发绀 (急性全心功能不全, 心源性休克, 扩张型心肌病)	(108)
[病例 28] 发热、咳嗽、气促 (支气管肺炎、先心病)	(113)
[病例 29] 咳嗽、气促 (感染性心内膜炎)	(117)
[病例 30] 咳嗽、水肿 (扩张型心肌病)	(121)
[病例 31] 腹胀、黄疸、双下肢水肿 (Budd-Chiari 综合征)	(125)
[病例 32] 咳嗽、气促、发绀、惊厥 (法洛四联症)	(132)
第 6 章 血液病及肿瘤	(136)
[病例 33] 面色苍白 10 个月 (急性下尿路感染、继发性血小板 减少症、十二指肠球部溃疡、慢性失血性贫血)	(136)
[病例 34] 发热、骨关节疼痛、贫血 (急性单核细胞白血病)	(142)
[病例 35] 发热、颈淋巴结肿大 (亚急性坏死性淋巴结炎)	(145)
[病例 36] 发热、黄疸、肝大、肝功能异常 (恶性组织细胞病)	(149)
[病例 37] 腹痛、血尿 (左肾母细胞瘤)	(154)
[病例 38] 发热、皮疹、脾大 (组织细胞增生症 X)	(158)
[病例 39] 呕吐、脱水、酸中毒 (肾上腺肿瘤)	(162)
[病例 40] 发热、头痛、交叉性瘫痪 (脑结核瘤)	(165)
[病例 41] 头痛、多饮、多尿 (肾动脉瘤)	(168)
[病例 42] 发热、头痛、腹痛 (腹膜后淋巴瘤)	(171)
[病例 43] 发热、头痛、呕吐、斜视 (颅咽管瘤)	(174)
[病例 44] 发热、咳嗽、胸腔积液 (Askin 瘤)	(178)
第 7 章 内分泌系统疾病	(183)
[病例 45] 反应低下、气促、发绀 (先天性克汀病)	(183)
[病例 46] 胸闷、气短、双下肢水肿 (甲状腺功能减退症)	(187)

[病例 47] 咳嗽、心脏扩大(甲状腺功能减退症)	(191)
[病例 48] 呕吐、腹泻、伴脱水(糖尿病合并酮症酸中毒)	(195)
[病例 49] 头痛、抽搐、昏迷(糖尿病合并酮症酸中毒)	(199)
[病例 50] 黄疸、发热、腹痛(胰岛腺瘤)	(202)
第 8 章 免疫及风湿性疾病	(205)
[病例 51] 腹泻、咳嗽、呼吸困难(先天性细胞免疫缺陷病, 迁延性腹泻,重症肺炎,ARDS)	(205)
[病例 52] 咳嗽、水肿(系统性红斑狼疮)	(211)
[病例 53] 反复发热伴皮疹和关节肿痛(SLE 重症合并狼疮脑, 狼疮性肝炎,狼疮性肾炎)	(214)
[病例 54] 贫血、皮肤黄染、咳嗽、头晕(SLE; 继发性自身免 疫性溶血性贫血; 狼疮脑病; 狼疮肾炎; 狼疮危象)	(219)
[病例 55] 反复发热、咳嗽、腹泻(艾滋病)	(225)
[病例 56] 间断发热、视物模糊、抽搐(艾滋病)	(230)
[病例 57] 长期发热、腹痛(儿童多发性肌炎)	(235)
第 9 章 神经系统疾病	(238)
[病例 58] 厌食、呕吐、腹胀、消瘦(神经性厌食)	(238)
[病例 59] 发热、咳嗽、头痛、呕吐(结核性脑膜炎, 卡马西平中毒)	(243)
[病例 60] 头痛、截瘫(结核性脑膜炎)	(247)
[病例 61] 发热、头痛、抽搐、呕吐(金黄色葡萄球菌性脑膜炎)	(251)
[病例 62] 发热、前囟隆起、抽搐(化脓性脑膜炎)	(254)
[病例 63] 幻听、妄语、行为怪异(病毒性脑炎)	(257)
[病例 64] 发热、头痛、抽搐(Mollaret 脑膜炎)	(261)
[病例 65] 发热、头痛、瘫痪、视物模糊 (急性播散性脑脊髓膜炎)	(264)
[病例 66] 左胸疼痛(躯体型癔症)	(268)
[病例 67] 发热、头痛、左侧肢体乏力(左额叶脑脓肿)	(272)
[病例 68] 咳嗽、抽搐、肝大(Reye 综合征)	(275)
[病例 69] 腹痛、呕吐伴四肢无力反复发作 7 次 (癫痫失张力发作)	(278)
[病例 70] 反复抽搐、意识障碍(癫痫)	(281)
[病例 71] 面无表情、说话不清(重症肌无力)	(286)

第 10 章 遗传代谢疾病	(290)
[病例 72] 反复咳嗽、运动障碍(共济失调-毛细血管扩张症)	(290)
[病例 73] 气促、跛行(生物素酶缺乏症)	(297)
第 11 章 传染性疾病	(303)
[病例 74] 肝脾大、黄疸、咳嗽、抽搐(先天性巨细胞病毒感染)	(303)
[病例 75] 发热、咳嗽、黄染、肝大、抽搐(巨细胞包涵体病)	(307)
[病例 76] 发热、咳嗽、肺部浸润(肺结核)	(312)
[病例 77] 发热、腹泻(肺门淋巴结结核)	(316)
[病例 78] 气促、腹胀(结核性心包炎)	(321)
[病例 79] 上腹部疼痛(胸椎结核)	(324)
[病例 80] 发热、多浆膜腔积液(结核性多浆膜腔积液)	(328)
[病例 81] 腹痛、发热、消瘦、右下腹包块(结核性肉芽肿)	(336)
[病例 82] 发热、关节肿痛、贫血、血红蛋白尿(Poncet 病)	(341)
[病例 83] 发热、抽搐、昏迷(中毒性痢疾)	(345)
[病例 84] 新生儿发热、皮疹、肝脾大(先天性梅毒)	(349)
第 12 章 寄生虫病	(353)
[病例 85] 发热、咳嗽、头痛(肺吸虫病)	(353)
[病例 86] 反复咳嗽伴气促(肺吸虫病合并胸膜炎)	(357)
[病例 87] 发热、腹胀、腹痛、血便(急性细菌性痢疾、 肠蛔虫症并蛔虫性肠梗阻)	(363)
第 13 章 循小儿外科疾病	(366)
[病例 88] 贫血、反复发热、咳嗽(先天性膈疝)	(366)
[病例 89] 头痛、脑积水(小脑肿瘤)	(371)
[病例 90] 发热、腹泻、尿频、尿急(急性阑尾炎)	(374)
[病例 91] 咳嗽、气促、液气胸(胸腺瘤)	(378)
[病例 92] 发热、腹胀、休克、多脏器功能不全 (肠重复畸形肠扭转肠穿孔、感染性腹膜炎)	(381)

第1章 新生儿疾病

[病例 1]

呼吸困难、惊厥（新生儿红细胞增多症-高黏滞度综合征）

病史特点（入院时）

患儿，男，10d。因呼吸困难2d入院。患儿系第1胎、第1产、足月顺产，出生体重为3.3kg。出生后第2天出现皮肤黄疸，血红蛋白（Hb）280g/L，红细胞（RBC） $7.88 \times 10^{12}/L$ ，血细胞比容为85%。曾在当地医院拟诊为新生儿红细胞增多症，给予输用低分子右旋糖酐及蓝光治疗4d，黄疸减退，血细胞比容降为60%。但随之出现反应差，吃奶不好，经抗感染及输新鲜血等治疗后，症状无减轻。因突发呼吸困难而转入我院。体格检查：体温（T）35℃，呼吸（R）52/min，心率（P）132/min，体重（Wt）2500g。发育正常，营养中等，急性病容，呼吸表浅，不规则，面色青紫。皮肤无皮疹及出血点，巩膜无黄染。全身浅表淋巴结无肿大，头颅、五官无畸形，前囟张力不高，鼻翼扇动明显。颈软，胸廓无畸形，见吸气性三凹征，双肺呼吸音粗，无干、湿性啰音。心界不大，心音有力，心率（P）132/min，节律整齐，各瓣膜区未闻及杂音。腹部平软，无肠型及蠕动波，肝肋下1.5cm、剑下2cm，脾未扪及，肠鸣音正常。觅食反射、吸吮反射未引出，拥抱反射减弱，握持反射存在，病理反射未引出。实验室检查：血常规 血红蛋白（Hb）215g/L，红细胞（RBC） $6.7 \times 10^{12}/L$ ，白细胞（WBC） $20 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞（N）0.72，L 0.28，血细胞比容51.6%。血气分析 pH 6.9，PCO₂ 23.8mmHg，BE 24.5mmol/L。胸部X线片：右肺模糊不清。心电图：窦性心动过速。

诊断分析

该患儿的病史特点如下：①出生 10d，足月顺产，产时无窒息和损伤；②出生后 3d 出现黄疸及红细胞增多症，经治疗后好转；③2d 前出现呼吸困难，体温不升，吃奶不好，反应差；④体格检查发现呼吸表浅不规则，明显发绀、鼻翼扇动及吸气性三凹征，肺部无啰音，部分原始反射减弱或消失；⑤外周血白细胞总数及中性粒细胞增高，血红蛋白、红细胞及血细胞比容正常，X 线胸片检查提示右肺模糊不清。综合上述特点，首先考虑该患儿为新生儿肺炎。该类肺炎可由宫内感染、产时感染和产后感染所致，前两类肺炎一般在出生后 3~5d 内出现症状。该患儿出生 1 周后发病，应该属于产后感染肺炎，结合外周血象增高，应考虑为细菌性肺炎，确诊有赖于血或痰液培养阳性。新生儿产后感染性肺炎的病原菌以金黄色葡萄球菌和大肠埃希菌多，临床表现为中毒症状重、体温不稳定、精神萎靡、不吃、少动、呼吸窘迫及肝脾大，早期肺部啰音可不明显，易并发化脓性脑膜炎、脓胸、肺脓肿或肺大疱。X 线胸片可见斑片状阴影，肺脓肿时两侧肺野可见大小不等的播散病灶和云絮状阴影。近年来，国内由表皮葡萄球菌引起新生儿肺炎的报道日趋增多，是医院内感染的重要病原菌，其病情比金黄色葡萄球菌感染轻，并发症少，但常耐药。该患儿在住院期间发病，极有感染该菌的可能性，目前又具备不少新生儿肺炎的临床特点，应该给予明确。另外，尚需排除新生儿败血症。该病的发病率占活产婴儿的 1%~10%，长期住院者更高，可达 30%。常表现为精神、食欲欠佳，反应低下，体温不稳定，面色不好和呼吸增快、暂停、发绀及肝脾大，在没有出现黄疸及皮肤瘀斑等出血倾向，甚至感染性休克等特殊表现之前，极易与新生儿肺炎混淆。本患儿需进一步观察并做血培养予以排除。最后则需确定患儿目前是否还存在新生儿红细胞增多症——高黏滞度综合征。大部分学者认为，新生儿早期出现静脉血细胞比容 $\geq 65\%$ ，血液黏度 $>18\text{cps}$ 即可诊断该病。本患儿出生后 3d 时血细胞比容高达 85%，红细胞增多症的诊断应该成立。经过治疗后复查血细胞的比容已经降为 65%，本次入院检查仅仅为 51.6%，目前，该病可能已经缓解或得到了控制。为了明确诊断，立即抽血、取呼吸道分泌物培养，以明确病原菌。治疗：立即给予保温，吸氧，补液，纠酸，维持水、电解质及酸碱平衡。积极控制感染，注意心肺功能的监测。

病史特点（入院后 18h 补充）

患儿入院后经过上述处理，呼吸困难反而加重，同时出现频繁抽搐，立即进行腰椎穿刺检查脑脊液，结果为红细胞 $20 \times 10^6/\text{L}$ ，白细胞 $10 \times 10^6/\text{L}$ ，潘氏试验

(++)，蛋白 0.55mmol/L，糖 1.2mmol/L，氯化物 17mmol/L。给予止惊药、甘露醇、呋塞米等治疗后，抽搐略有减轻，却出现心率 180/min，双肺湿性啰音，肝进行性大等急性心、肺功能不全的表现，并呈持续性加重。

诊断分析

目前，患儿的临床表现可谓纷繁复杂，大致可归纳为既有急性心、肺功能不全的表现，又有脑功能障碍等症状和体征，这势必应该考虑多脏器衰竭的诊断。引起多脏器功能不全的原因很多，目前，能否尽快确定原发病因是决定治疗的关键。现就提供给临床的几个疑点进行重点分析：①当患儿入院时治疗组就考虑了肺部感染的诊断，为何自始至终缺乏明显的肺部体征；②患儿在入院前诊断为红细胞增多症的依据是充分的，目前的多脏器衰竭和红细胞增多症究竟有无相关性；③患病期间的治疗（包括院内、院外）是否影响了原发疾病的诊断及预后。上述三者关系可能是有内在联系的。比如，患儿最初表现的呼吸困难，就可能是红细胞增多症的一个主要表现。因为，红细胞增多症伴有血液黏滞度增高时，由于全身缺氧可累及多个系统而出现相应的症状。其主要依据有：①患儿曾经用过的低分子右旋糖酐，能暂使血液稀释而使病情暂时缓解，同时外周血红细胞计数和血细胞比容也呈现一过性的降低，这给临床诊断带来困惑，输注低分子右旋糖酐可增加容量负荷，加重心脏负担；②曾输用的全血能使已经下降的血细胞比容再度上升；③患儿吃奶差，并且使用光疗、利尿药等都会加重水分丧失，结合患儿目前的体重较初生时下降了 30%，可以说明目前存在有明显的脱水和酸中毒。该脱水和酸中毒进一步增加了血液的黏滞度，加重了各脏器缺血、缺氧及血栓形成，而出现相应的临床症状和体征。理顺了该患儿治疗上存在的多方面的关系后，结合患儿现有症状和体征，目前应该高度考虑红细胞增多症-高黏滞度综合征的诊断。

红细胞增多症和高黏滞度常同时伴随存在，与宫内缺氧、胎-母输血、胎-胎输血和延迟结扎脐带等因素有关。该病并非少见，发生率为 1.8%~5%，其中有 1/3 无症状，仅有红细胞增多而无血液黏稠。大部分患儿呈多血貌，重者有口唇、四肢末端发绀，50%以上有黄疸，神经系统症状较为突出，表现为嗜睡或觉醒时间延长，反应低下或激惹，肌张力减弱或增强，重者可出现惊厥。因全身缺氧，可出现多脏器功能损害。用常规治疗方法往往不易治愈，换血后可迅速好转。

确定诊断

经测定血黏滞度，支持新生儿红细胞增多症-高黏滞度综合征的诊断。经过换

血、强心、降颅压等积极治疗后，终因病情过重抢救无效死亡。死后尸体解剖发现：患儿内脏普遍淤血，脑膜出血，肺动脉分叉处有一直径为 1.2mm 的血栓与肺动脉壁相连，肺小静脉附近见多处炎性细胞浸润，并可见多处血栓形成，有轻度小叶肺炎和肺水肿。

诊治体会

1. 对有症状的红细胞增多症，应进行换血治疗，禁止输全血。
2. 患儿出现多脏器功能损害时，应注意积极寻找原发病因，切忌离开原发病因针对各个继发的症状处理，反而加重病情。

(袁 泉)

[病例出处：中国医科大学儿科临床学院]

参 考 文 献

- [1] 金汉珍, 黄德民, 官希吉. 实用新生儿学. 北京: 人民卫生出版社. 第 2 版, 1997: 563-564.

[病例 2]

颤抖、气促、发绀、呛奶（新生儿撤药综合征）

病史特点（入院时）

患儿，男，出生 9h。因阵发性颤抖、气促、发绀及呛奶 8h 入院。患儿出生后 1h 左右出现阵发性颤抖，进行性呼吸增快及喘憋，偶有呼吸暂停，阵发性口唇发绀，口吐白沫，易激惹，吮奶动作不协调，易呕吐和呛奶。无发热、咳嗽、抽搐及昏迷。患儿为第 1 胎、第 1 产，孕 36 周时因胎儿宫内窘迫进行剖宫产，产时无窒息及损伤，但羊水呈 II 度浑浊。妊娠期间母亲健康，无用药史。无传染病及遗传病史。体格检查：T 36℃，R 68/min，P 160/min，Wt 2 400g。发育正常，营养中等，急性病容，非成熟儿貌。觉醒度增高，拥抱反射增强。皮肤未见皮疹及出血点，巩膜无黄染，浅表淋巴结未扪及。五官无畸形，前囟张力不高。双侧瞳孔对称，直径约 2mm，对光反射灵敏。颈软，胸廓无畸形。呼吸动度增强，呈现吸气性三凹征及呼气性呻吟，双肺呼吸音清，未闻及干、湿性啰音。心界不大，心音有力，P160/min，节律整齐，各瓣膜区未闻及杂音。腹部平软，无肠形及蠕动波，肝、脾未及，肠鸣音正常。脊柱四肢无畸形，病理反射未引出。实验室检查：血常规 Hb108g/L，RBC $5.8 \times 10^{12}/L$ ，WBC $14 \times 10^9/L$ ，N 0.67，L 0.33。尿常规及大便常规（-）。血离子 Na^+ 140mmol/L， K^+ 3.2mmol/L， Cl^- 102mmol/L， Ca^{2+} 2.38mmol/L， Mg^{2+} 1.8mmol/L。血糖 3.2mmol/L。肾功能 BUN 6.8mmol/L Cr 66 μ mol/L。

诊断分析

该患儿病史特点如下：①早产儿，剖宫产，有宫内窘迫史；②表现为气促、发绀、呼吸暂停、口吐白沫及呛奶等呼吸道症状，同时伴有激惹、颤抖及觉醒度增高等神经精神症状；③体格检查，呼吸、心率明显增快，时有呼吸暂停、吸气性三凹征、呼气性呻吟、肌张力及拥抱反射均增强；④实验室检查，血离子正常。

根据以上临床特点，目前应该明确该患儿是否存在以下疾病。

1. 吸入综合征 本病常见于有宫内窘迫及羊水污染史的患儿。其表现为出生以后很快便出现呼吸增快、三凹征及呼气性呻吟，肺部可听到啰音，X 线胸片可见斑片状阴影。一般患儿在 1~3d 逐渐好转，重症病例可并发呼吸衰竭缺氧性脑病。该患儿具有宫内缺氧及羊水污染病史，同时伴有呼吸和神经系统症状，虽然肺部未出现啰音，但仍需进一步观察排除。

2. 肺透明膜病 该病又名呼吸窘迫综合征，早产儿高发，初生时可无窒息。几乎所有的病例均在出生后 6h 内出现呼吸困难、面色苍白、发绀、吸气性三凹征及呼气性呻吟，并呈进行性加重。双肺叩诊可呈浊音，呼吸音减弱，可闻及湿性啰音。脑部 X 线片出现细颗粒网状影，重症呈“白肺”。一般情况下 2~3d 后开始好转，严重者可死于呼吸衰竭。该患儿系 36 周早产儿，生后较快发病均符合本病特点，目前虽然无明显肺部体征，但暂时还不能排除。

3. 先天畸形 导致呼吸困难常见的先天畸形有：膈疝、食管闭锁及食管、气管痿。该患儿不具有胸廓和上腹部隆起，可以排除膈疝。但出现口吐白沫及呛奶，加之有呼吸困难，应该注意排除食管闭锁或食管气管痿。

4. 缺血缺氧性脑病（HIE） 该患儿有宫内窘迫的病史，而且出生后很快出现缺氧症状，因此极易导致 HIE 的发生。HIE 是新生儿缺氧后的严重并发症，主要表现为出生后 1 周内出现过度兴奋或抑制现象，严重者甚至出现惊厥和昏迷等神经精神症状。根据意识状态、肌张力、原始反射及脑干功能的改变，临床将之分为轻、中、重 3 度，中、重度一般伴有反复惊厥及意识障碍。本患儿目前无惊厥及意识改变，估计属于轻型 HIE。

为了进一步明确诊断，应该继续检查以下项目：胸部 X 线片、头颅 CT、脑电图、血糖、血电解质及血气分析。

治疗

加强心肺功能的监护，纠正低氧血症，保证热卡供应，维持水、电解质及酸碱平衡，降低颅内压，减轻脑水肿，防治感染，保护心肺功能。

病史特点（入院后第 2 天补充）

入院后遵循以上治疗原则进行治疗后，患儿原有的症状仍呈阵发性发作，而且出现抽搐，表现为神志丧失、双眼凝视、四肢强直，抽后神志恢复正常，每 30~60min 抽搐 1 次，每次持续 5~10min。胸部 X 线片及头颅 CT 检查均正常。请主任查房对诊治问题提出意见。

诊断分析

患儿病史中具备宫内窘迫、羊水污染及早产等因素，临床上确实应该首先考虑存在肺部及脑部问题，可现在辅助检查又极不支持上述诊断。目前，患儿同时具备呼吸、神经及消化等系统症状，根据“一元论”的临床诊断思维常规，理应用一种疾病合理地解释目前所有的症状和体征。例如，宫内感染和妊娠期某些药物的应用，往往是导致新生儿出现多系统症状的主要原因。仔细观察本患儿，除存在呼吸、心率增快及神经精神症状外，同时还具备多汗、鼻塞及哈欠等症状。这一系列交感神经兴奋的表现均提示：患儿的母亲在妊娠后期极有可能使用过甲状腺素、茶碱类，甚至毒麻类等药品。一般情况下，前两类药品的应用情况易于得知，而毒麻药品则不然，往往由于社会及心理因素的影响，其使用史常被隐瞒而导致临床误诊。因此，对患儿家庭讲明提供病史的重要性及详细了解和观察母亲情况，对确定诊断极为重要。通过检查发现，其母亲的手臂上遗留有多处经注射的痕迹，虽然患儿母亲解释是在当地医院输液后留下的注射痕迹，但根据其面容消瘦和晦暗等表现，不能完全排除有吸毒的可能。临床可通过更长的时间观察该母亲是否会出现颤抖、流涕、喷嚏及频繁哈欠等毒瘾发作症状。

相关知识链接

母亲吸毒对患儿的影响：有药瘾史的妇女在妊娠期如果继续滥用成瘾药物，药物通过胎盘进入胎儿体内，导致新生儿出生以后不久即出现药物中毒或撤药综合征，临床上出现神经、消化、呼吸、循环及自主神经等多系统的症状和体征。本病在北美和欧洲发病率较高，在美国大有3%~11%的妇女在妊娠后期继续用药，其中，受影响的新生儿为3%~50%。国内虽罕见报道，但鉴于目前吸毒成瘾者在妇女中也并不少见，所以新生儿撤药综合征将有可能成为我国儿科医师即将面临的新问题。

新生儿撤药综合征的临床特点：其病情的轻重、发作时间的早晚及持续期限，与母亲所用药物的种类、剂量、用药时间的长短、最后1次用药距离分娩的时间以及胎儿成熟度有关，临床表现随使用药物的不同而略有差异。常见的症状有：①中枢神经兴奋的表现，激惹、颤抖、惊醒度增强、高音调的哭声、肌张力及拥抱反射增强、深腱反射亢进、惊厥、频繁哈欠及喷嚏等；②胃肠功能失常的表现，喂养困难、不协调的吸吮动作、呕吐、腹泻、失水及体重不增等；③自主神经功能失调方面的表现，多汗、鼻塞、皮肤花斑、体温不稳定等。