

儿科 疑难病例 分析

赵时敏 魏 珉 主编



安徽
科学技术
出版社

儿科疑难病例分析

主 编 赵时敏 魏 珉
副主编 董 梅 王丹华 朱传西
编著者 (按姓氏笔画为序)
丁国芳 万伟琳 王丹华
张 伟 孙秀静 李正红
李素萍 李 静 何艳燕
沈 菁 沈 激 邵力华
邱正庆 周 喆 周 俊
郭异珍 赵时敏 柴精华
褚晓青 董 梅 魏 珉

安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

儿科疑难病例分析/赵时敏,魏珉主编. —合肥:安徽科学技术出版社,2001.1

ISBN 7-5337-1094-0

I. 儿… II. ①赵…②魏… III. 小儿疾病:疑难病-案例分析 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 75949 号

*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市跃进路 1 号新闻出版大厦)

邮政编码:230063

电话号码:(0551)2825419

新华书店经销 合肥义兴印刷厂印刷

*

开本:850×1168 1/32 印张:13.5 字数:362 千

2001 年 1 月第 1 版 2001 年 1 月第 1 次印刷

印数:5 000

ISBN 7-5337-1094-0/R·232 定价:18.00 元

(本书如有倒装、缺页等问题请向本社发行科调换)

前 言

北京协和医院是国内一所历史悠久的大型综合性医院，又是国家卫生部指定的全国疑难病诊治中心。多年来，协和医院的儿科与其他科室均收治了很多疑难重症病人。儿科所收治的不少病例曾辗转于全国各地，数年甚至十余年得不到明确诊断，更谈不上恰当治疗，使患儿备受疾病折磨，甚至因延误治疗时机而使患儿终生残疾，家长也蒙受巨大的精神压力和经济负担。多年来儿科在诊治这些病例过程中，无疑取得了很多有益的经验，但也走了一些弯路，我们将众多临床资料加以精心整理并给予全面分析讨论，编写成一本儿科诊治方面的实用性专著，供同道们参考。本书包括从20世纪80年代以来所收治的疑难重症中筛选的85例具有代表性的病例，所选病例覆盖了新生儿疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、自身免疫性疾病、遗传代谢病、感染性疾病、血液病及肿瘤等诸多专业。

本书当然是各位作者们辛勤劳动的成果，但应指出的是，它也包含了几科全体医师和有关科室的宝贵经验，因为在这些疑难重症的诊治过程中，无不经历了多次各级查房、会诊及反复的多种临床讨论，作者将这些内容与结论以及有关文献复习都整理在内。更强调协和医院儿科老一辈专家如周华康教授等多年来传授给我们的一系列正确的临床思维方法，在这些疑难重症的诊治过程中发挥了至关重要的作用。在这方面的深刻体会可以概括为以下几个方面：

首先，在诊断过程中，尤其是疑难病的诊断，一定要全面收集资料，从繁杂的临床表现中，梳理头绪，抓住要领，对患儿的实际情况做具体的、有针对性的分析。不要孤立地看待任何一个临床表

现，更不可只看一些枝节现象，攻其一点不及其余，要把所有临床现象放在患儿整体情况下分析，以权衡其临床意义。

另外，目前大量临床辅助检查不断涌现，这些方法常常是使用了高科技手段，正确使用它们，临床诊断肯定会更准确、更直观、更快捷，尤其是疑难病例的诊断往往是离不开辅助检查的，但有了先进仪器设备，绝非就有了一切。首先在众多的辅助检查中如何准确、有效地选择是至关重要的，漫无目的地“撒大网”的做法，并不能解决问题，且对资源是个很大浪费。另外，对检查结果如何判断，对某项检查的局限性如何认识，对数项检查中出现的矛盾现象如何解释，诸如此类的问题均要全面分析，才能从辅助检查中得到有助于诊断的信息，而不至于被一些现象误导。

本书是针对具体病例，阐述其诊断、治疗过程中的特殊问题，不是一般的诊断或治疗等，故不苛求做到内容上的完善及系统性或全面性。

作为临床医生，身处科学技术飞速发展的今天，知识更新当然十分重要，这也备受青年一代的重视。如果对正确的临床思维重视不够，对养成正确临床思维的艰难过程也就体会不深。本书的另一目的就是贯穿在诊治疑难重症中的正确临床思维方法再现出来，这对我们自己起到温故知新的作用，也愿与更多儿科医生共享，更希望得到同道们的批评指正。

赵时敏

于北京协和医院

目 录

第一篇 新生儿疾病	1
病例 1 青紫、呼吸窘迫——新生儿肺透明膜病、肺动脉高压	1
病例 2 肝脾肿大、皮肤淤斑——新生儿巨细胞包涵体病	4
病例 3 呼吸暂停、抽搐——新生儿颅内出血	7
病例 4 青紫、呼吸困难——胎粪吸入综合征、血栓性心内膜炎	11
病例 5 面色发灰、体重不增——新生儿晚期代谢性酸中毒	15
病例 6 气促、发热——新生儿甲亢、新生儿败血症	18
病例 7 呕吐、腹胀——先天性巨结肠	21
病例 8 胸水、呼吸困难——乳糜胸	25
病例 9 皮疹——新生儿红斑狼疮	30
第二篇 感染性疾病	35
病例 1 发热、皮疹、心脏杂音——急性金葡菌性心内膜炎、多发性栓塞	35
病例 2 发热、头痛、呕吐——结核性脑膜炎	39
病例 3 低热、腹痛、腹胀——结核性腹膜炎	47
病例 4 发热、淋巴结肿大——全身播散性隐球菌病	51
病例 5 大便次数多、乏力——肠结核	55
第三篇 消化系统疾病	60
病例 1 反复发热、脓血便——溃疡性结肠炎	60
病例 2 反复腹痛——幽门螺杆菌相关性慢性胃炎	64
病例 3 间歇性腹痛、腹水——胰腺炎合并假性囊肿	69
病例 4 食欲减退、消瘦——神经性厌食	75
第四篇 心血管系统疾病	81
病例 1 大量腹水——缩窄性心包炎	81

病例 2	喘憋、腹水——限制性心肌病	85
病例 3	肝脾肿大——布-加综合征	90
病例 4	心悸、气促、下肢浮肿——多发性大动脉炎	95
病例 5	头痛、抽搐——先天性肾动脉发育不良	101
病例 6	反复大呕血——肝前性门脉高压症	104
第五篇	泌尿系统疾病	110
病例 1	浮肿、血尿、咳喘——肾病综合征合并结核感染	110
病例 2	血尿——薄基底膜肾病	118
病例 3	“O”型腿、乏力——范可尼综合征	122
病例 4	下肢关节疼痛——远端肾小管酸中毒（Ⅰ型）	130
病例 5	“O”型腿、全身无力——混合性肾小管酸中毒（Ⅲ型）	136
病例 6	浮肿、血尿、蛋白尿——脂蛋白肾小球病	143
病例 7	消瘦、多饮多尿——Bartter 综合征	147
第六篇	肿瘤及血液系统疾病	154
病例 1	反复淤斑、鼻出血——特发性血小板减少性紫癜	154
病例 2	黄疸、尿色红——遗传性球形红细胞增多症	159
病例 3	反复鼻出血——骨髓增生异常综合征	164
病例 4	间歇性发热——家族性嗜血性细胞淋巴瘤组织细胞增生症	168
病例 5	反复发热——周期性粒细胞减少症	174
病例 6	颈部淋巴结肿大——亚急性坏死性淋巴结炎	179
病例 7	皮疹、突眼、多饮多尿——郎格罕细胞组织细胞增生症	183
病例 8	反复发热、皮疹、右颌下肿物——非何杰金淋巴瘤	188
病例 9	多发性关节痛、发热、腹痛——神经母细胞瘤	193
病例 10	持续黄疸，间歇性加重——Gilbert 综合征	204
病例 11	多饮多尿——咽咽管瘤	210
第七篇	风湿性疾病	214
病例 1	皮疹、发热、关节痛——幼年型类风湿性关节炎（全身型）	214
病例 2	关节痛——幼年型类风湿性关节炎（少关节型）	219
病例 3	间歇性关节肿痛——儿童强直性脊柱炎	226

病例 4 发热、皮疹、呼吸困难	系统性红斑狼疮、急性呼吸窘迫综合征	231
病例 5 水肿、蛋白尿	狼疮性肾炎	236
病例 6 关节肿痛、乏力、皮疹	皮炎	242
病例 7 紫癜、多饮多尿、腮腺肿痛	原发性干燥综合征	245
病例 8 皮疹伴腹痛、关节痛	过敏性紫癜、肠穿孔	251
病例 9 持续高热	皮肤粘膜淋巴结综合征	255
病例 10 紫癜、蛋白尿、血尿	显微镜下多血管炎	261
病例 11 发热、红斑、肢痛	结节性多动脉炎	266
病例 12 发热、皮下结节	结节性多动脉炎	272
病例 13 颌下肿痛、发热	韦格纳肉芽肿	277
病例 14 关节肿痛、皮疹	皮炎	282
第八篇 遗传代谢性疾病		289
病例 1 出生后反应差	肝糖原累积症	289
病例 2 转氨酶升高	进行性肌营养不良	295
病例 3 特殊面容、发育迟缓	GM-1 神经节苷脂贮积症 (婴儿型)	300
病例 4 矮小、关节僵直	粘脂贮积症 III 型	304
病例 5 运动能力倒退	晚发婴儿型异染性脑白质营养不良	309
病例 6 惊厥、智力减退	线粒体脑肌病	313
病例 7 反复抽搐	维生素 B ₆ 依赖症	317
病例 8 吃奶差、抽搐	枫糖尿病	321
病例 9 出生后反应差、拒奶	甲基丙二酸尿症	326
病例 10 抽搐、毛发稀疏	Menkes 铜发综合征	330
病例 11 骨骼畸形	假软骨发育不全脊柱骨骺发育不良	334
病例 12 咳嗽、呼吸困难	窒息性胸廓发育不良	339
病例 13 矮小、双膝肿痛	多发性内生性软骨瘤病	342
病例 14 聋哑、发作性神志不清	聋哑心综合征	347
病例 15 指关节僵直、头晕	Scheie 综合征	351
病例 16 肝脾肿大	肝豆状核变性	355

第九篇 其他疾病	361
病例 1 蛋白尿——维生素 D 中毒后遗症	361
病例 2 拒奶、烦躁、呕吐——维生素 AD 中毒	365
病例 3 下肢无力、畸形——低血磷性抗维生素 D 性佝偻病	371
病例 4 高热、昏迷——瑞氏综合征	377
病例 5 发作性头痛、呕吐——嗜铬细胞瘤	383
病例 6 肥胖、发绀——肥胖-肺通气不良综合征	389
病例 7 腹泻、肝大——高胆固醇血症	394
病例 8 发热、面部不对称——婴儿型骨皮质增生	398
病例 9 皮肤网状红斑——毛细血管扩张性环状紫癜	402
病例 10 皮肤粘膜发黑、纳差——慢性肾上腺皮质功能不全	405
病例 11 腹胀、消瘦——乳糜腹、先天性淋巴管畸形	410
病例 12 气促、杵状指——脂性肺炎	414
病例 13 呼吸急促——淋巴细胞性间质性肺炎	419

第一篇 新生儿疾病

病例 1 青紫、呼吸窘迫—— 新生儿肺透明膜病、肺动脉高压

性别：男；年龄：7 小时。

主诉：出生后青紫，呻吟，呼吸窘迫。

一、病历摘要

【病史】

G₃P₁，孕 36⁺¹¹周顺产，母胎膜早破 16 小时。生后 Apgar 评分 1 分钟为 8 分，面部青紫，手足心发绀，口吐白沫。当时心肺听诊无异常，摄胸片拟诊为新生儿湿肺，转入我院。母孕期平顺，家族史无特殊。

【体格检查】

T: 36.4℃，P: 124 次/分，R: 80 次/分，Wt: 3.2kg。神志清，精神弱，气促，呼气性呻吟，面部及手足发绀明显，无三凹征。心肺听诊无异常，肝脾不大。睾丸未降。新生儿反射弱。

【入院诊断】

1. 早产儿，适于胎龄儿
2. 新生儿肺透明膜病
3. 先天性心脏病？

【实验室检查】

血常规：Hb 218g/L，WBC $22.8 \times 10^9/L$ ，PLT $269 \times 10^9/L$ 。尿、便常规（-），血气 pH 7.21，PaCO₂ 55.4mmHg，PaO₂ 65.4mmHg，

BE -5.3mmol/L , HCO_3^- 21.5mmol/L 。

血糖、电解质及肾功能均正常。

【其他辅助检查】

X线胸片：双肺普遍透光度减低，支气管充气征明显。

超声心动图：心脏结构无异常。

头颅超声：未见颅内出血。

【诊治经过】

入院后置开放暖箱，予以鼻塞CPAP辅助呼吸，氧浓度60%。入院第3天患儿出现气促、发绀及三凹征(+)。血气示低氧血症，且耳垂和足跟动脉化血气 PaO_2 相差50mmHg，考虑存在新生儿持续肺动脉高压(PPHN)。予以妥拉苏林、多巴胺持续静滴，并予以气管插管呼吸机辅助呼吸。插管后胸片示右侧气胸，右肺压缩1/2。经两次胸穿抽气115ml后，气胸未见减轻，故予以胸腔闭式引流及抗生素抗感染。入院第7天改为持续气道正压给氧(CPAP)，拔除胸腔引流管。次日改为面罩给氧，血气正常，病情渐稳定，住院20天痊愈出院。

二、病例讨论

【本例特点】

1. 孕36⁺1周早产儿，适于胎龄儿。
2. 出生后即青紫，口吐白沫伴呼吸气性呻吟。X线胸片示双肺普遍透光度减低，支气管充气征明显。
3. 病程中出现呼吸窘迫加重，胸片示右侧气胸，血气示低氧血症，且耳垂和足跟处动脉化血气 PaO_2 相差50mmHg。
4. 经呼吸机辅助呼吸、胸腔闭式引流、妥拉苏林及多巴胺持续静滴等治疗，患儿治愈后出院。

【鉴别诊断】

1. 新生儿湿肺：临床表现与轻型肺透明膜病相似。但湿肺多见于足月儿，为自限性疾病，症状较轻，多在数小时或1天内恢复。胸片表现多样，如斑片状、网状条纹影、叶间胸膜和胸腔积液等。

2. B族溶血性链球菌感染：有时与肺透明膜病难以鉴别。如孕妇有胎膜早破史或妊娠后期感染史，及时作血培养、血象及胸片检查以资鉴别。

3. 先天性心脏病：许多青紫型心脏病在新生儿期即表现症状。吸纯氧后青紫不消失、有心脏杂音、心界扩大。超声心动图有助于先天性心脏病的诊断。

三、出院诊断

1. 新生儿肺透明膜病
2. 新生儿持续肺动脉高压
3. 右侧气胸
4. 早产儿，适于胎龄儿

四、疾病简述

【诊断要点】

1. 新生儿肺透明膜病：

- (1) 多见于早产和糖尿病母亲的小儿。
- (2) 出生后6~12小时出现呼吸困难，伴呼气性呻吟、青紫和三凹征。血气示低氧血症、高碳酸血症及呼吸性或代谢性酸中毒。
- (3) 肺部X线表现：早期两肺野普遍透光度减低，内有均匀分布的细小颗粒影；以后肺野呈毛玻璃样，支气管充气征明显；严重时两肺呈“白肺”表现。

2. 新生儿持续肺动脉高压：

- (1) 有缺氧和酸中毒的病史。
- (2) 严重低氧血症不能用肺部疾病来解释。
- (3) 高氧试验：吸入100%氧10分钟， PaO_2 升至100mmHg为肺疾患， $\leq 40\text{mmHg}$ 为先天性心脏病或PPHN。
- (4) 高氧过度换气试验：加压给予100%氧，呼吸频率60~100次/分，维持 PaCO_2 20~30mmHg，10分钟后测 $\text{PaO}_2 < 40\text{mmHg}$ 为先天性心脏病， $> 100\text{mmHg}$ 为PPHN。

(5) 超声心动图：有利于鉴别青紫型先心病和PPHN。

3. 气胸：为肺透明膜病的常见合并症，尤其胎龄小、使用机械通气者更易发生。如在治疗过程中突发呼吸困难和青紫、肺部听诊一侧呼吸音减低或消失，要考虑气胸的可能。X 线检查有助于诊断。

【治疗原则】

1. 护理：保暖，保持呼吸道通畅，维持液体入量和营养。
2. 氧疗和机械通气：根据病情采用面罩、CPAP 或呼吸机辅助呼吸。
3. 肺表面活性物质替代疗法。
4. 降低肺动脉高压：对发生 PPHN 者，可采用过度通气和血管扩张剂妥拉苏林。国外已应用 NO 吸入、高频通气来治疗 PPHN。
5. 发生气胸时，给予胸腔闭式引流。

(王丹华)

病例 2 肝脾肿大、皮肤淤斑—— 新生儿巨细胞包涵体病

性别：女；年龄：10 天。

主诉：肝脾肿大、皮肤淤斑伴血小板减少。

一、病历摘要

【病史】

G₅P₅，孕 36⁺₆ 周顺产，产前胎儿宫内窘迫，生后 Apgar 评分 1 分钟为 5 分，5 分钟为 4 分，10 分钟为 9 分。经气管插管吸痰、吸氧后好转。出生时体重 2 900 克，出生后腹部膨隆，两次 B 超均见肝脏明显增大。出生后第四天面部出现淤斑，眼周发青。无发热，吃奶好，大小便正常。于外院多次查血象高、血小板低，胸片示两肺小斑点影，于出生后第 10 天转入我院。

其母前四胎均于孕 3~6 个月时胎死宫内，原因不明。此次孕期平顺，仅轻度贫血。否认传染病接触史，无放射物质接触及特殊服药史，无遗传代谢病家族史。

【体格检查】

T: 36.4℃, P: 140 次/分, R: 60 次/分, Wt: 2 400g, 发育及营养欠佳, 神志清, 哭声响。巩膜及皮肤无黄染, 面部可见多处淤斑, 浅表淋巴结无肿大。头颅无畸形, 前囟平, 眼眶及口周发青, 咽不充血, 两肺未闻及啰音, 心脏无杂音, 腹部膨隆, 肝肋下 6cm, 剑下 4cm, 脾肋下 2.5 cm, 质中, 表面光滑, 无移动性浊音, 肌力及肌张力均正常。

【入院诊断】

1. 早产儿, 适于胎龄儿
2. 新生儿窒息
3. 新生儿肺炎
4. 新生儿血小板减少症
5. 肝脾肿大原因待查

【实验室检查】

血常规: Hb20~26g/L, WBC $22.4 \times 10^9 \sim 12.8 \times 10^9$ /L, 分类正常, PLT $48.0 \times 10^9 \sim 140.0 \times 10^9$ /L。网织红细胞 0.006。大小便常规正常。

血培养阴性。血气、血糖、CRP、肝功、A/G、PT+A 均正常, HBsAg (-)、血 CMV 抗体 IgM (-)、弓形体抗体 IgG (-)、尿 FeCl₃、DNPH 均 (-)。

骨髓象: 粒系增生显著, 核左移, 红系受抑制, 巨核细胞及血小板少见。

【其他辅助检查】

X 线检查: 两下肺小斑点状阴影, 胃及小肠积气。

腹部 B 超: 肝脾明显增大, 回声均匀。

超声心动图: 正常。

【诊治经过】

入院后予以青霉素、庆大霉素抗感染, 2 周后复查 X 线胸片仍见斑点状阴影。但面部淤斑逐渐吸收, 血小板数量回升。经各项检查

除外血液系统及遗传代谢病。18 天后尿病毒分离结果报告巨细胞包涵体阳性。患儿家长要求出院。

二、病例讨论

【本例特点】

1. 患儿，女，10 天。
2. G_5P_5 ，前四胎均胎死宫内，原因不明。
3. 出生时窒息，出生后即发现肝脾大、皮肤淤斑。
4. 胸片示两肺斑点阴影，抗生素治疗无效。
5. 实验室检查血象高、血小板低；尿中查到巨细胞包涵体。

【鉴别诊断】

1. 败血症：患儿肝脾大、血象高、胸片两肺斑点状阴影，需考虑有无败血症存在。但患儿一般状况好，无细菌感染的中毒症状，血培养阴性，故可排除。

2. 免疫性血小板减少性紫癜：特点是母亲血中的抗血小板抗体透过胎盘进入胎儿体内，破坏血小板，使小儿生后血小板减少导致出血。但除此以外无肝脾肿大、宫内生长迟缓及其他全身性疾病。本例患儿有明显肝脾肿大、肺部疾患及母亲不良产史，均不能以此来解释。

3. 先天性白血病：表现为进行性苍白、发热、肝脾肿大、浸润性结节及出血倾向，病情进展快，预后差。本患儿除肝脾肿大以外无其他相关表现，一般状况好，骨髓象已可除外本病。

4. 遗传代谢病：患儿虽有肝脏肿大，但无喂养困难、呕吐等临床表现及酸中毒、低血糖、高血氨等代谢异常，尿 $FeCl_3$ 、DNPH 均（一）。此外，肺部病变、血小板减少均不能用遗传代谢病解释。

三、出院诊断

1. 新生儿巨细胞包涵体病
2. 新生儿窒息
3. 早产儿，适于胎龄儿

四、疾病简述

【诊断要点】

新生儿巨细胞包涵体病由母婴垂直传播所致。包括经胎盘传播的宫内感染、出生时经产道吸入的产时感染以及予以排毒母乳喂养造成的出生后获得性感染。如胎儿在孕早期感染可致流产、死胎、发育迟缓、智力低下及先天性畸形。

1. 多为早产儿、小于胎龄儿。

2. 多器官受累的表现：常见有肝脾肿大、黄疸、贫血、血小板减少、紫癜、小头、脑钙化、听力损害、间质性肺炎、血尿、蛋白尿，此外还可有心脏及眼部病变等。

3. 从尿、唾液、脑脊液及活检组织中分离出巨细胞病毒（CMV）是最可靠的直接证据。

4. 组织病理学检查找到典型的猫头鹰样巨细胞包涵体最具诊断价值。

5. 用PCR方法从体液及组织中检出CMV-DNA特异片段提示CMV感染。

6. 血清特异抗体检测有助于诊断。

【治疗原则】

先天性巨细胞包涵体病死亡率高，存活者多遗留中枢神经系统后遗症。目前尚无特异治疗药物，故应采取综合治疗措施。

1. 抗CMV药物：丙氧鸟苷、无环鸟苷等。

2. 免疫治疗：大剂量免疫球蛋白静注。

3. 对症支持疗法。

（王丹华）

病例3 呼吸暂停、抽搐——新生儿颅内出血

性别：男；年龄：1天。

主诉：呼吸暂停，抽搐。

一、病历摘要

【病史】

G₁P₁，孕44周剖宫产出生。产前宫内窘迫，生后Apgar评分：1分钟为7分，5分钟为10分。出生后6小时曾有一过性皮肤青灰，出生后14小时出现肢体抽动，伴呼吸暂停，1分钟内自行缓解，转入儿科。

母孕期平顺，因过期妊娠而静滴催产素5天，阴道试产失败而行剖宫产。产前检查有霉菌性阴道炎。家族史无特殊。

【体格检查】

T: 37.2℃, P: 143次/分, R: 88次/分, Wt: 3.6kg, Ht: 56cm。过期产儿貌，神志清，易激惹，皮肤无黄染及出血点，无发绀。头围38.5cm，前囟2.5cm×2.5cm，平坦，颅缝未闭，双目凝视，瞳孔等大等圆，对光反射正常。颈软，心肺（-），四肢张力较高，双手为通贯手。新生儿反射存在，病理反射未引出。

【入院诊断】

1. 过期产儿
2. 新生儿惊厥原因待查

【实验室检查】

血常规：Hb 12.7~18.7g/L，WBC $9.0 \times 10^9 \sim 20.8 \times 10^9/L$ ，N 0.53~0.63，L 0.31~0.47，PLT $130 \times 10^9 \sim 100 \times 10^9/L$ 。尿便常规（-）。血糖、血气、血电解质正常，CRP（-），血清Ca 2.3mmol/L（2.1~2.7），P 2.1mmol/L，ALP 100u/L（27~107）。脑脊液常规：蛋白+~++，五管糖+，细胞数2~5；生化：蛋白1.47~1.94g/L，糖1.0~2.66mmol/L，氯34.13~35.5mmol/L，培养阴性。

血染色体：46XY，尿FeCl₃（-），DNPH（-）。

新鲜尿查CMV三次阴性。

【其他辅助检查】

X线头颅片正常，EKG正常，眼底检查正常，头颅B超双侧脑室宽0.9cm，未见明显积液。

【诊治经过】