

儿科疑难病案分析选

福建科学技术出版社



责任编辑：郑霄阳

儿科疑难病案分析选

赖海英 朱少波 徐瑞华 编

*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 7.25印张 157千字

1988年5月第1版

1988年5月第1次印刷

印数：1—6 010

ISBN 7-5335-0103-9/R·20

书号：14211·178 定价：1.45元

编 者 的 话

小儿疾病具有不易诊断、病情变化快、死亡率高的特点，因此儿科医师诊断水平的高低，成了挽救患儿生命、降低死亡率的关键。

为提高儿科医师、医学生分析病情、解决问题的能力，练就科学的思维技巧，进而提高诊断和鉴别诊断水平，编者精心遴选了具有临床较少见、或虽常见但诊断较困难、或诊疗过程中有经验教训等特点的疑难病案分析近50例，供广大儿科工作者借鉴。这些病案分析既具有代表性，又有特殊性，对儿科医师、医学生开拓思路、提高诊疗水平颇有裨益。

由于作者多、病案复杂，在编写中为统一

体例，对个别文字作了必要的修改。限于水平，加之时间仓促，收集的资料不够全面，书中误漏在所难免，敬祈同道批评指正。

一九八七·十

目 录

早产儿呼吸暂停.....	(1)
新生儿 α 溶血性微需氧链球菌性 脑膜炎.....	(5)
贫血, 腹痛, 腹部肿块.....	(8)
腹痛、便血、发热3天, 抽搐、 昏迷3小时.....	(11)
慢性腹痛.....	(16)
发热, 腹痛.....	(21)
腹痛, 发热, 血便.....	(25)
腹痛1年, 左中上腹肿物8个月.....	(31)
腹痛, 发热, 腹部肿块.....	(34)
纵隔内空肠重复畸形合并脊柱畸形.....	(39)
左上腹肿块.....	(44)
不规则发热4月余.....	(49)
急性腹痛——坏疽性胆囊炎.....	(52)
发烧, 黄疸, 酱油色尿.....	(56)
肝棘球蚴病.....	(61)
发热、咳嗽、胸闷1个月, 尿频、	

尿痛 3 天.....	(65)
高热, 呼吸急促, 紫绀.....	(70)
头痛, 高热, 抽搐, 昏迷.....	(79)
贫血, 低热, 肝脾大.....	(83)
左小腿肿痛, 发热, 气促.....	(92)
发绀, 昏迷, 惊厥.....	(98)
发热 5 天, 腹泻 2 天, 惊厥 1 天.....	(104)
反复心力衰竭, 心电图有病理 Q 波.....	(111)
高血压, 男性化, 左上腹包块.....	(116)
多饮、多尿、消瘦 6 个月.....	(120)
腹膜透析合并急性大量胸腔积液.....	(123)
反复皮肤糜烂, 气喘.....	(126)
腹泻, 无尿.....	(132)
腹泻, 无尿.....	(136)
急进性肾小球肾炎.....	(142)
面色苍白 8 个月, 水肿, 尿少 3 天.....	(146)
上呼吸道感染伴双下肢瘫痪 12 个月.....	(152)
偏瘫, 双视神经乳头水肿, 脑脊 液黄变.....	(156)
化脓性脑膜炎.....	(161)
气促、抽搐 3 天.....	(164)
消瘦, 乏力, 浮肿, 发热, 咳嗽.....	(168)
发热, 呕吐, 抽风.....	(172)

右上腹包块.....	(177)
儿童胃癌.....	(180)
肝肿大, 贫血, 发热.....	(182)
间歇性头痛、头晕半年, 加重10余天.....	(187)
发热, 胸闷, 偏瘫.....	(190)
进行性骨关节肿大, 伴身材矮小、 智力低下.....	(196)
间断发烧, 咳嗽, 伴皮疹.....	(201)
肠切除术后粪瘘.....	(207)
亚急性坏死性淋巴结炎.....	(213)
黄疸, 肝脾肿大, 皮疹.....	(215)
组织胞浆菌病.....	(223)

早产儿呼吸暂停

病 历 摘 要

女，2天。第1胎第2产，孕期34周，臀位产，双胎第2。出生体重2100g。生后10小时喂糖水后有呕吐转入我院。

【体检】早产儿外貌，体重1800g。呼吸36次/分，时有呼吸暂停。胸廓对称，心率140次/分，律齐，胸骨左缘第2～4肋间闻及收缩期杂音III/Ⅵ级。肝肋下1cm，质软。

【实验室检查】血红蛋白17.8g/dl，红细胞585万/dl，白细胞32500/dl，中性粒细胞76%，淋巴细胞24%。总胆红素10.8mg/dl，直接胆红素0.83mg/dl。动脉血气分析除氧分压7.56kPa (56.7mmHg)、氧饱和度88.2%外，余均在正常值内。胸部X线摄片示左右心室大，肺气肿。B型超声波示动脉导管未闭(PDA)，内径2～3mm。术前诊断：早产儿PDA。

讨 论

宁寿葆(上海医科大学儿科医院)：未成熟儿患呼吸窘迫综合征(RDS)时，常伴有PDA。如果动脉导管在生后48小时内关闭，则RDS较轻。我们所见到的病例，往往杂音不呈连续性，有时一天之内杂音发生较大变化。据报道，左向右分流量很大时，也可能听不到杂音，这种现象在生后1～2天内更为常见。心电图对诊断帮助不大。胸部X线摄片

可见到左心室和左心房增大。M型超声心动图对诊断有价值，扇形超声心动图更能直接看到未闭的动脉导管，结合多普勒超声心动图还能证明分流的存在。

闻琿（上海市第六人民医院）、林其珊（上海医科大学儿科医院）：超声心动图（超声）对早产儿PDA可提供重要的诊断依据。M型超声：左房与主动脉内径之比（LA/AO） >1.4 可提示PDA，但也有假阳性，其原因多与声束投射角度并非显示左房确切大小有关。因此有人认为对早产儿PDA的诊断应为LA/AO >1.0 。二维及多普勒超声，我们常选用高频率探头置于胸骨上探查，可清楚地见到导管的全长。早产儿动脉导管的内径约为1~3mm，亦有显示导管的肺动脉端已近闭合，尽管解剖上导管未闭合，但在导管的肺动脉侧未见到主动脉分流来的湍流多普勒信号。而导管内径 >3 mm，可在肺动脉内检测到来自主动脉分流的湍流多普勒信号。此外还可见到左心房和左心室增大。二维超声还能动态检测本病的病程进展，其特异性高达100%，敏感性为90~95%。近年来采用多普勒血流彩色标测新技术，可提供血流分流的时相、部位、方向和分布，可望完全代替侵入性的检查。

王舒（上海市儿童医院放射科）：据我院21例早产儿PDA胸部X线摄片的表现，以下几点可供参考。（1）肺充血：平均出现日龄为5天。（2）肺间质及肺泡性水肿：可见网织状或云絮斑片模糊影，肺门阴影亦增大模糊。（3）肺灌气过度：此有助于与RDS鉴别。（4）心脏进行性增大：本组2次以上摄片者，79%显示心胸比率进行性增大。（5）正位片示主动脉与肺动脉间夹角消失，但也可因胸腺影重叠而不能显示。本组内科保守治疗后1周复查者，肺充血及心影均已恢复正

常。本例手术者，术后6天摄片已恢复正常。

孙庆懿（上海市儿童医院）：我院自1981年11月～1985年11月根据临床症状，结合M型及二维超声诊断未成熟PDA 24例，并采用口服消炎痛关闭动脉导管。其中9例为双胎之一。体重最小900g，最大2450g。经检查白细胞正常，血小板 >6 万/dl，尿素氮 <20 mg/dl，总胆红素 <12 mg/dl，方接受消炎痛治疗。22例剂量为每次 0.2mg/kg ，每8小时1次，共3次。服药后未见一例出现副作用。此外有心衰者应限制入液量，纠正贫血和低钙。经治疗后17例关闭，成功率70.84%，7例无效（3例死亡，1例手术）。

邵世昌（上海市儿童医院麻醉科）：早产儿PDA的麻醉和手术前后处理：（1）术前宜将红细胞压积维持在45VOL%以上，血红蛋白低于 14g/dl 时应输入红细胞。（2）严格控制输液量 $80\sim 100\text{ml/kg}\cdot\text{d}$ ，可使心衰的发病率由55%降到10%。洋地黄对此症心衰无效。有肾衰者给速尿和多巴胺滴注。（3）麻醉方案可选用笑气、潘侃隆和氟烷或小剂量吗啡。避免用高浓度氧，维持氧分压 $8.0\sim 10.66\text{kPa}$ （ $60\sim 80\text{mmHg}$ ）。麻醉间输液量为 $2.5\text{ml/kg}\cdot\text{h}$ ，应注意保暖。（4）术后早期多有肺功能残气量降低，同时吸入氧浓度和通气压应较术前提前提高。少数患儿因麻醉药物抑制自主呼吸，应采取间歇性强制换气（IMV）治疗。一旦自主呼吸恢复，可给纳洛酮1～2次（间隔6～8小时）。短期内IMV的频率可明显减低。本例采取静脉复合麻醉，术后维持机械通气3小时后顺利拔除气管插管。

苏肇伉（上海第二医科大学新华医院）：我院近年来对新生儿期PDA结扎术进行了10余例。最小年龄为生后18天。除伴发畸形外，恢复顺利。因此对未成熟儿PDA伴RDS用

氧疗及消炎痛无效者，应早期手术。单纯PDA的手术死亡率在0.5~1%以下。PDA伴RDS的未成熟儿术前应采用呼吸机辅助，但时间不宜过长，因其对肺功能有损害。在未成熟儿中，PDA伴其它心内复杂畸形不少，术前需明确诊断。术中要警惕其它合并畸形。

吴容（上海市儿童医院胸心外科组）：近年来随着新生儿监护病房的建立，早产儿PDA手术结扎可在新生儿监护病房内进行。据报告早产儿PDA的结扎率已由30%上升到50%，几无术中死亡。手术适应症：（1）呼吸伴二氧化碳潴留。（2）呼吸机依赖。（3）难治性充血性心衰。（4）M型超声LA/AO>1.0。（5）消炎痛治疗禁忌和无效者。手术多采取胸腔进路，因早产儿动脉导管解剖位置常有变异，有时需要显露主动脉峡部和锁骨下动脉起始部，以此可除外主动脉缩窄，肯定动脉导管才予结扎。文献报告有将左肺动脉与降主动脉误结扎。本例系应用消炎痛治疗二个疗程无效，心衰不能控制，心影进行性增大，经手术结扎导管后，显效甚速。据文献报告在现代监护下，体重在1000g左右，90%可由手术关闭导管，挽救生命。存活者最低体重为660g。因此我们不能单纯依赖消炎痛治疗。

杨思源（上海市儿童医院内科）：未成熟儿动脉导管出生后未能及时关闭可占20%，1000g左右者达80%。症状和体征可不典型，往往发生心衰，重者有呼吸暂停，心率减慢，甚至死亡。前列腺素E₁及E₂具有使导管保持开放的作用，用前列腺素合成的抑制剂消炎痛可使导管关闭，于是各家争相应用。足月儿如导管不能关闭，在导管的结构方面有无先天缺陷，所以用消炎痛无效。导管未闭如伴有其它心血管畸形，则导管的分流可能对病理生理有利，但这种情况往往有青紫

等其它体征，不能辨认。对绝大多数未成熟儿如发现导管仍开，又无高胆红素血症，肾功能和血小板正常，即可进行消炎痛治疗。剂量要算准，一次治疗无效尚可重复用药，如仍无效，可进行手术。未成熟儿的导管未闭如能安然渡过新生儿期，两三个月后绝大多数自闭，不致构成后患。

(缪维洲等)

新生儿 α 溶血性微需氧链 球菌性脑膜炎

病 历 摘 要

男，2天半，第1胎，第1产，胎龄38周。因宫内窘迫，羊水草绿色，于1983年5月21日剖腹产娩出。Apgar's评分8分，3分钟9分。生后44小时突然发热39℃，口流泡沫液体，即予氨苄青霉素。13小时后出现皱眉，偶有惊厥，面色略苍白，四肢凉，取血及咽试子培养后加苯唑青霉素，病情继续发展，5月24日转儿科。

【体检】体温38℃，呼吸70次/分，心率140次/分，一般情况差，哭声低，呼吸急促，不规则，间有叹息样呼吸。前囟平。瞳孔等大，直径1~2mm，对光反射存在。X线胸片无特殊。

【住院经过】经纠酸、补液、供氧，继用氨苄青霉素+苯唑青霉素治疗，次日体温正常，呼吸略改善，然时有单声哭叫、小抽搐及口流白沫。脑脊液色黄，浑浊，白细胞数5854，

中性粒细胞47%，潘氏试验++++，糖30~40mg/dl，涂片未找到细菌。考虑革兰氏阴性杆菌感染的可能大，改用庆大与氨苄青霉素联合应用，并给甘露醇、地塞米松及对症处理等。72小时后患儿仍有阵发性小抽搐及屏气，脑脊液检查疑为厌氧链球菌，及改用氨噻肟头孢菌素每天134mg/kg静脉滴注，病情好转。外周血白细胞数正常，6月25日出院。

5月25日第1次及5月30日第2次脑脊液培养均有 α 溶血性链球菌生长。生化试验也一致，并对生长环境氧的抵抗性相同，后经上海市卫生防疫站检验科叶自隽医师诊断为微需氧菌。

随访：患儿已11个多月龄，体格及智能发育均正常。

讨 论

1. 诊断：本例婴儿出生44小时发病，有羊水混浊宫内窘迫，提示宫内感染，非产时或产后感染。宫内感染主要经宫颈上行性羊膜感染，或经胎盘血源性感染，亦有同时经两种途径感染。羊膜感染病原微生物通常为细菌，如链球菌、厌氧菌、革兰氏阴性肠杆菌、李斯特氏菌，以及毒力低的尿素支原体等，也可为真菌及病毒。血源性病原微生物主要为病毒，如巨细胞病毒、风疹病毒、单纯疱疹病毒、水痘病毒、乙型肝炎病毒等。也可为细菌，如伤寒杆菌、葡萄球菌、肺炎球菌等。本例第1及第2次脑脊液细菌培养结果一致，从而肯定为致病菌，不是污染菌。

新生儿期感染的溶血性链球菌以及B及D群为多，A、C、F、G群感染也有报道。本例为 α 溶血性细菌，可排除A、B、C、G、F群等B族溶血性链球菌；并以七叶树苷试验阴性及6.5%氯化钠肉汤培养无生长，证明了不是D群链

球菌，而属于非D群 α 溶血性链球菌；又以菌株对生长环境氧的抵抗力差，在普遍环境初代及转种各代均生长良好，故属微需氧菌。

微需氧链球菌中变形链球菌、血链球菌、轻链球菌可呈 α 溶血。变形链球菌与龋齿的发生有关。轻链球菌的致病性未得到承认。血链球菌有两个生物型。I型有致成人子宫内膜炎、败血症、肺炎、脑膜炎的记载。近年有II型致新生儿脑膜炎的报道。

近10余年来围产期感染的致病菌种有所变迁。国外资料，链球菌感染居首位，大肠杆菌等革兰氏阴性杆菌退位于其后。Broughton等对1970~1980年在美国休斯敦市的一所医院出生婴儿感染时常规做血及/或脑脊液培养，11年共有非D群 α 溶血性链球菌感染56例，其中病史记录完整者34例（败血症33例，脑膜炎1例），且1978年以来发病率有所上升，至1980年其发病率仅次于B群链球菌，分别为23%及28%。此虽是局部地区的现象，似亦值得注意。

2. 治疗：新生儿化脑的治疗，一般开始用氨苄青霉素+庆大霉素，待细菌培养药敏试验后再调整抗生素。链球菌性脑膜炎一般用大剂量青霉素静脉滴注。本例第6病日脑脊液初步报告疑似厌氧性链球菌，因未做药敏试验及此时患儿脑膜炎症状尚未控制，考虑新生儿化脑预后严重，须尽早改用有效抗生药物。新的第3代先锋霉素具有抗菌谱广、杀菌活性强、脑脊液浓度较满意及毒性低等优点。氨噻肟头孢菌素对一些厌氧菌也具有活性。该药治疗细菌性脑膜炎疗效较好。本例应用氨噻肟头孢菌素疗效满意，未见副反应。但须说明，先锋霉素并非细菌性脑膜炎的首选药，链球菌性脑膜炎仍用青霉素治疗，除非对后者不敏感时才选用其它敏感的抗

生素。

(洪菁等)

贫血，腹痛，腹部肿块

病 历 摘 要

男，11岁。因头昏、头痛、面黄2个月，于1981年8月20日收住我院儿科，拟诊重度贫血症。后经胃低张气钡双重X线造影检查诊断为十二指肠球部变形及胃窦炎；胃窦区占位性病变（淋巴肉瘤可能性大），遂于9月26日转入我外科。

【体检】重度贫血貌，一般情况尚可。锁骨上淋巴结阴性。腹软，肝肋下刚扪及，脾未扪及，上腹部稍膨，饱满感，中上腹偏右可扪及包块，上界不甚清楚，下界在剑突下4指，肋下2指左右，肿块固定质中，伴有明显压痛。胃震水声阳性。大便隐血试验阳性。拟诊胃恶性肿瘤。

【住院经过】于10月16日行剖腹探查。手术中见：胃小弯处有一10×10cm硬块，与胰腺头部、胆囊、肝脏、十二指肠及小网膜紧密粘连，局部水肿明显，幽门前区、胃左、胃结肠韧带处及盆腔有多枚散在性的肿大淋巴结，如黄豆及蚕豆大小。行根治性胃大部切除术。术后诊断：(1)胃巨大溃疡恶变。(2)胃恶性肿瘤。

病理检查：胃窦部小弯侧见6×5cm巨大溃疡，深2cm，底部污浊，高低不平，出血明显，并有灶性隆起。溃疡边缘

不规则，切面、底部及边缘均为灰红色纤维组织，最厚处达3 cm。溃疡以外的胃壁显著水肿、充血、出血而呈弥漫性增厚。镜检为慢性溃疡合并霉菌感染的全部典型改变，如坏死层厚、大量嗜酸性粒细胞浸润、巨细胞反应、小窦道形成等。溃疡面找见许多霉菌，并深入肉芽深部。未见恶性病变。

病理诊断：胃窦部小弯侧慢性溃疡伴发霉菌（曲菌）感染、区域淋巴结慢性炎症。

讨 论

医师甲：本例患者11岁，就诊时主诉头昏、头痛、面色萎黄，拟诊贫血（原因待查）入院。入院后追溯贫血原因时，才发现患儿有长期上腹胀痛伴呕吐病史。分析贫血原因有二：（1）原胃小弯巨大溃疡合并霉菌感染，食后腹痛加重，使患儿1年余不肯多进饮食，影响营养的吸收。（2）溃疡引起长期慢性少量的失血（大便隐血试验阳性）。贫血只是胃溃疡合并霉菌感染引起的征象之一。

由于本病较少见，发生在儿童患者更是罕见，因此认识不足，警惕性不高，只注意到患儿的贫血，而忽略了重要的上腹疼痛、餐后加重的病史，在初检时未能发现上腹境界不甚清楚的肿块这一重要体征，致使诊断延误，应吸取教训。

医师乙：并发霉菌感染的胃慢性溃疡，往往溃疡灶巨大，形成胼胝溃疡，由于龛影底部纤维增生情况严重，而将壁龛顶向胃腔，从而形成溃疡部分位于腔内，部分位于腔外，类似“癌性溃疡”的X线特征表现，溃疡周围胃壁炎性浸润、充血、水肿，加上原有纤维组织增生，使胃壁增厚，尤以溃疡周围为重，从而形成与正常胃壁分界清楚的透光带，

类似癌性溃疡的“环堤征”。溃疡邻近组织因纤维组织增生，加压时较硬的纤维组织顶在柔软的粘膜层上，使纠集的粘膜出现愈近愈影愈增粗，甚至出现粘膜中断和杵状改变的假象，易作出恶性溃疡的错误诊断。二者的鉴别在于加压投照时溃疡周围的透光带和粘膜纹能随所加压力的大小发生改变，溃疡口部也无典型的“裂隙征”或“指压迹征”，再结合患者的临床表现，是可以作出鉴别诊断的，纤维胃镜检查也有助于诊断。

医师丙：胃溃疡并发霉菌感染，由于霉菌代谢产物的毒性作用，使胃溃疡加深加大，增加了慢性穿孔的机会，使患者长期节律性疼痛变成不规则性疼痛，并可形成局部肿块及周围组织和脏器的广泛粘连，易造成临床误诊，本例在术前和术中均误诊为胃恶性肿瘤或溃疡恶变，可见两者的鉴别诊断还是比较困难的。

下面几点可作临床鉴别诊断时参考。(1) 胃慢性溃疡并发霉菌感染患者病情演变一般较胃癌病人慢，有些患者虽然上腹部可扪及巨大肿块，但病人一般情况较好，没有晚期胃恶性肿瘤病人那样的恶液质表现，锁骨上淋巴结不肿大，肛门指检也触摸不到转移癌结。(2) 胃慢性溃疡并发霉菌感染所形成的肿块，是一种炎性肉芽肿，肿块质地不象胃癌那样硬，且多具有较明显的压痛。(3) 术中虽见胃溃疡处与周围组织、脏器广泛粘连，但不如癌组织那样硬脆，无转移癌灶可见，胃网膜及肠系膜淋巴结肿大，质地软，都为炎性改变。(4) 术中如遇到可疑病例，应取组织快速病检或涂片行脱落细胞学检查，发现霉菌菌丝，找不到肿瘤细胞，可以帮助确诊。

医师丁：胃慢性溃疡并发胃霉菌感染标本镜下可见出