

小儿呼吸困难误诊3例分析

李跃英

(肥城市人民医院儿科, 山东 肥城 271600)

[中图分类号] R441.8 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)03-0413-02

1 病例资料

例1,女,11个月。入院前3~4d出现咳嗽、痰喘。大便为黄稀便,3~4次/日。在外院输液治疗,输液量每日300mL。治疗4d突然喘憋加重,烦躁、大汗淋漓,以肺炎、心衰急诊入院。既往无重要病史记载。入院体检:T 38.2℃、P 180次/min、R 70次/min、体重8kg。面色苍白,四肢冰冷,多汗。发育、营养中等。呼吸急促,喘憋状态,三凹征明显。烦躁不安,呻吟。前囟平,张力不高。双眼睑无水肿,双侧瞳孔等大等圆,对光反射存在。鼻翼扇动,口周发绀。咽充血,双肺呼吸音低,可闻及哮鸣音及中、小水泡音。心尖搏动不弥散,心浊音界不大,心率180次/min,律齐,心音低钝,无杂音。腹膨隆,肝右肋缘下3.5cm,剑突下4cm,边缘光滑、软,肠鸣音活跃。辅助检查:WBC $13.5 \times 10^9/L$, N 0.407, L 0.593, RBC $5.49 \times 10^{12}/L$, Hb 83g/L。大便常规:镜检白细胞少许。心肌酶谱:乳酸脱氢酶715U/L,肌酸激酶40U/L,肌酸激酶同工酶81U/L。血生化:K⁺ 4.2mmol/L, Na⁺ 141mmol/L, Cl⁻ 102mmol/L, Ca²⁺ mmol/L, 二氧化碳结合力25mmol/L。心电图:窦性心律,电轴右偏,完全性右束支传导阻滞,ST-T改变。初步诊断:喘憋性肺炎并心衰。立即给予吸氧、抗感染,强心、利尿、解痉、平喘、营养心肌,效果不佳。心脏彩色多普勒:左室46.1mm,左房22.9mm,主动脉13.6mm,右室11.8mm,右房20.3mm,室间隔6.0mm,左室后壁6.4mm,肺动脉13.5mm,二尖瓣口血流E峰1.69m/s, A峰0.56m/s。心脏各房室腔内径增大,以左心为主,呈球形增大,左心室心内膜增厚,回声增强,厚5.6mm,动度减弱。二尖瓣前后叶增厚回声增强。CDFI:二尖瓣区大量返流信号,Wmax 4.6m/s, PG 87mmHg,心功能

测定EF 32%。明确诊断为:心内膜弹力纤维增生症。长期口服地高辛治疗,随访至3岁,发育稍落后,智力正常。

例2,男,8个月,主因咳嗽、气喘1d,呼吸困难加重3h入院。入院体检:T 36.8℃, P 140次/min, R 41次/min, 体重10kg。神志清,呼吸促,喘憋、烦躁。双侧瞳孔等大等圆,直径2.5mm,对光反射存在。口唇微绀,咽充血,双肺呼吸音粗,可闻干、湿性啰音。心律180次/min,律齐,心音低钝,无杂音。四肢肌张力稍高。初步诊断:喘憋性肺炎。立即给予抗感染、解痉、平喘等治疗,效果差。辅助检查:WBC $10.8 \times 10^9/L$, N 0.618, L 0.382, RBC $4.89 \times 10^{12}/L$, Hb 134g/L。心肌酶谱:乳酸脱氢酶1057U/L,肌酸激酶845U/L,肌酸激酶同工酶39U/L。谷丙转氨酶61U/L,谷草转氨酶60U/L。血生化:K⁺ 5.20mmol/L, Na⁺ 146mmol/L, Cl⁻ 107mmol/L, Ca²⁺ 12.02mmol/L, 二氧化碳结合力19mmol/L。尿素氮4.09mmol/L,肌酐31mmol/L。胆碱酯酶800U/L(正常4650~12220U/L)。追问病史,其母患精神分裂症,曾在床上撒有对硫磷。立即使用阿托品0.1mg每2h一次静脉推注,呼吸逐渐平稳,面色潮红,后逐渐调整阿托品量并停用。治疗10d,痊愈出院。

例3,女,1岁5个月,主因咳嗽2d,口周发绀10min入院。2d前因受凉出现低热,在当地抗感染治疗。入院前2h进食炒花生米后出现呛咳,10min前出现口周发绀,面色苍黄急诊入院。入院体检:T 36.6℃, P 150次/min, R 40次/min, 体重10.5kg。神志清,精神一般,呼吸促,喘息,口周发绀。咽充血,扁桃体无肿大,咽峡部数个疱疹。颈软,双肺呼吸音粗,可闻少量干啰音。心率150次/min,律齐,心音低钝,无杂音。辅助检查:血常规 WBC $7.6 \times 10^9/L$, RBC $4.32 \times 10^{12}/L$, Hb 93g/L, PLT

[收稿日期]2007-07-28; [修回日期]2007-10-12

[作者简介]李跃英,女,大学,主攻方向:小儿呼吸、神经及新生儿疾病的研究。

$278 \times 10^9/L$ 。血生化: K^+ 4.2 mmol/L, Na^+ 134 mmol/L, Cl^- 97 mmol/L, 二氧化碳结合力 19 mmol/L。心肌酶谱: 乳酸脱氢酶 704 U/L, 肌酸激酶 51 U/L, 肌酸激酶同工酶 64 U/L, 谷丙转氨酶 19 U/L, 谷草转氨酶 60 U/L。血糖 3.64 mmol/L。初步诊断: ①疱疹性咽峡炎; ②支气管炎。入院后给予抗感染治疗。入院后第3天, 患儿突然出现憋气, 面色青灰, 青紫阵发性加重, 呼吸短促, 端坐呼吸, 双肺呼吸音稍低, 无干、湿性啰音。心率 165 次/min, 律齐, 心音低钝, 无杂音。肝右肋下 2.5 cm, 剑突下 3 cm, 质韧。立即给予西地兰、速尿静注, 两小时后症状减轻。体查: 气管居中, 右肺呼吸音低, 心率 140 次/min, 心音较前有力。床旁 X 线检查示气管向右移位, 右肺野密度增高影, 结论肺不张、支气管异物阻塞。转上级医院手术取出花生米碎块。呼吸平稳、面色紫绀消失, 痊愈出院。

2 讨论

导致小儿呼吸困难的疾病较多, 如肺炎、哮喘等, 临床多发且有明显的季节性, 临床易诊断。但其他病因所致呼吸困难因少见而不被临床医师重视。因此如果因询问病史、查体不仔细, 单凭主观臆断, 易造成误诊、漏诊。

例1心内膜弹力纤维增生症为较常见的小儿原发性心脏病, 病理为心脏扩大, 心内膜增厚, 2/3 患儿发病年龄在1岁以内。临床表现以充血性心力衰竭为主, 常在呼吸道感染之后发生^[1]。该病常突发呼吸困难, 确诊有一定难度, 当合并支气管肺炎时更易漏诊。超声检查对该病临床诊断有较大价值。当肺炎、心衰难以控制时应想到该病的可能, 并及时行心脏彩色多普勒检查。特别是基层医院应早转入有条件医院治疗。本病如能及早诊断治疗, 有治愈可

能, 如不治疗, 多于2岁内死亡。该例误诊病人考虑问题片面, 没有深究心衰的病因而造成误诊。

近几年儿童意外伤害事件增多, 已成为我国儿童的第一死亡原因。中毒、气管异物等在伤害事件中占有较大比例, 有资料显示中毒所占比例最高^[2], 临床亦有表现呼吸困难者。例2有机磷中毒患儿因其母患精神病而不能提供毒物接触史, 医师考虑问题片面从而造成误诊。对硫磷属有机磷中的一种, 中毒时表现为起病急、病情重、进展快, 因此早期诊断至关重要。当患儿以哮喘等呼吸道症状就诊, 家长又没有或不能提供毒物接触史时, 若经过认为有效治疗而没有达到有效治疗效果的, 应想到中毒的可能。应进一步观察瞳孔有无缩小、有无肌肉震颤等, 对可疑病例及早测定血胆碱酯酶, 尽早明确诊断。

例3家长提供了明确的异物吸入史, 但没有引起临床医师的重视。支气管异物多发生于学龄前儿童, 婴幼儿最多, 主要为白齿未萌出, 咀嚼功能差喉头保护性反射功能弱。异物停留的部位不同症状不同, 若异物停留于一侧支气管, 刺激性咳嗽症状会减轻, 异物咳出的机会少, 易并发肺气肿、肺不张、影响心功能、严重致死。因此及早诊断特别重要。根据异物吸入史及胸片检查完全可以明确。例3患儿在入院第3天经床旁拍片确诊, 经后期及时抢救, 最终治愈出院。

[参 考 文 献]

- [1] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002, 1513, 1545, 2534.
- [2] 徐梁, 张育才, 汤定华, 张宇鸣. 5年内PICU诊治危重意外伤害及中毒患儿情况分析[J]. 临床儿科杂志, 2006, 24(6): 489-490.

(本文编辑: 吉耕中)