

表现为胸闷、憋气、胸痛的儿童精神障碍 2 例报告

鲁珊 刘丽娟 隋静 王雪梅

(北京大学第三医院儿科,北京 100191)

[中图分类号] R749.94 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)09-0756-02

例1,男,9岁。因胸闷、憋气反复发作4个月,加重1周于2003年12月入院。发作时伴头晕、心悸、手凉,每次持续约20~30 min,可自行缓解。多在人多场合发作,上午或中午发作较多,晚上发作较少,夜间入睡后从未发作。开始约1个月发作1次,以后发作间隔逐渐缩短。3个月前外院心电图为I度房室传导阻滞(简称房室阻滞)。2个月来在外院及本院检查心电图、超声心动图、心电图运动试验、心肌酶谱、肌钙蛋白等均未见异常。近1周来发作频繁,约1~2 d发作1次,入院当天又有2次发作。发作都不影响生活、学习及活动。既往健康,未做过心电图,否认哮喘、心脏病、癫痫、惊厥、癫痫等病史及家族史。生于山东农村,一直在北京上小学,学习成绩较好。平时性格易急躁,争强好胜,患儿母亲比较溺爱。有1个同父异母的哥哥。体检:T 36℃,R 20次/min,P 90次/min,BP 105/60 mmHg。神志清楚,呼吸平稳,无呼吸困难,面色、口唇无青紫及苍白。咽无充血,双侧扁桃体无肿大,双肺、心脏、腹部及其他系统未见异常。实验室检查:心电图5次为I度房室阻滞,4次未见异常。24 h动态心电图(Holter)为间歇性I度房室阻滞,房性早搏1次。三大常规、肝肾功能、心肌酶谱、肌钙蛋白、电解质、动脉血气分析、胸片、超声心动图、心电图平板运动试验、肺功能等均未见异常。入院第2天、第3天早晨各发作1次,持续数分钟或10 min自行缓解。第4天早晨护士静脉取血后,患儿突发胸闷、憋气,表情痛苦,手抚腹部,不停地说“昨晚我吃得很多,现在肚子像被护士抽血抽干了”,持续10 min自行缓解。北京大学精神卫生研究所(简称精研所)儿科专家会诊意见为儿童癔症。住院第9天下午准予出院,其父办完出院手续,其母让患儿戴上一次性口罩,父母带患儿离开病房下楼时,患儿突发胸闷、憋

气,表情痛苦,不停呻吟,家长立即让患儿摘下口罩,返回病房,患儿无呼吸困难,面色、口唇无青紫及苍白,系统体检未见异常,复查心电图为I度房室阻滞,30 min后症状自行缓解出院。出院后在精研所儿科专家门诊给予定期心理疏导。

例2,男,9岁。因反复胸痛5年,加重2~3个月,咳嗽伴头痛1周于2009年12月入院。5年前出现胸痛,不影响活动,可自行缓解,无发热、咳嗽等症状,否认感染史及外伤史。在当地医院检查心电图为典型预激综合征,偶发室性早搏,未发现阵发性室上性心动过速(简称室上速),血常规、肝肾功能、心肌酶谱、胸片未见异常,按“心肌炎”住院治疗。以后每年胸痛发作1~2次,曾按“心肌炎”再次住院治疗。胸痛发作时多次心电图均为典型预激综合征,始终未发现室上速。复查血常规、肝肾功能、心肌酶谱、胸片未见异常,超声心动图、脑电图未见异常。近2~3个月来胸痛发作频繁,多为每天晨起和放学后发作,持续数分钟至1 h不等,不影响活动,可自行缓解。1周前开始咳嗽、流涕伴头痛,无发热。既往健康,未做过心电图,否认心脏病、鼻窦炎等病史及家族史。生于河南农村,一直在城镇上小学。有1个弟弟。体检:T 37℃,R 25次/min,P 90次/min,BP 105/75 mmHg。神志清楚,双侧副鼻窦区无明显压痛,咽充血,双侧扁桃体I度肿大,无渗出物。呼吸平稳,胸廓未见异常,胸部无压痛,双肺、心脏、腹部及其他系统未见异常。三大常规、肝肾功能、心肌酶谱、肌钙蛋白、电解质、胸片、超声心动图等均未见异常。心电图、Holter均为典型预激综合征,无早搏及室上速等其他异常。头颅MRI平扫为双侧副鼻窦炎。耳鼻喉科会诊意见为急性副鼻窦炎,给予相应治疗。追问病史患儿近2~3个月来与老师及弟弟有矛盾。患儿为此伤心、生气,易急躁,

[收稿日期]2010-03-03;[修回日期]2010-03-14
[作者简介]鲁珊,女,大学,主任医师。

爱发脾气,甚至摔东西,不愿意上学,上课不专心。越想到上学,心情越不好,胸痛时间越长,程度越重。1年前及1个月前,患儿有2次出现幻视。近5年来母亲过度关注患儿胸痛。精研所儿科专家会诊意见为儿童焦虑障碍,出院后每2周1次来京在精研所儿科专家门诊给予心理疏导。

讨论:儿童健康成长离不开身体健康和心理健康。家长往往关注儿童身体健康,而忽视心理健康。部分儿科医生关注的是儿童躯体疾病,很少询问躯体症状与情绪变化的关系,对表现为躯体症状的精神障碍认识不足^[1-6]。临床经常见到因胸闷、憋气、胸痛等症状反复发作而奔波于各医院儿科就诊的患儿,经系统体检和实验室检查,用躯体疾病并不能解释其反复发作症状,按躯体疾病治疗也不见好转,应想到儿童精神障碍,建议家长带患儿看儿童精神科医生,进行心理疏导治疗。

本组2例病例均以胸闷、憋气、胸痛这些躯体症状发病,病程分别为4个月、5年,均有躯体症状与体征不一致,经过详尽的医学检查,除心电图有改变外,心、肺等各器官、系统未见异常,用心电图改变并不能解释其躯体症状。

例1心电图I度房室阻滞时有时无,为间歇性,考虑迷走神经张力不均衡所致,为功能性心电图改变。例1自身有不良个性,母亲溺爱的教养方式也不当。住院期间,患儿有2次胸闷、憋气发作都有明确情绪方面的诱因,如被迫抽血、戴口罩等,而且都是在人多的场合发病,如儿科医生亲眼目睹,不难想到儿童癔症。

预激综合征为一种心电图诊断,儿童多无器质性心脏病,可见于健康儿童。预激综合征由于心室

通过房室旁路预先激动,易发生各种早搏和室上速,如室上速发作频繁,可行射频消融根治。预激综合征由于心室复极变化而继发的ST-T波改变,容易误诊为“心肌炎”而造成家长和患儿沉重的心理负担。例2心电图为典型预激综合征,经过详尽的医学检查,未发现室上速及心脏结构和功能异常。患儿最初胸痛可能与室性早搏有关。5年来母亲对患儿的过分担忧以及患儿情绪低落,使患儿胸痛与情绪变化的关系越来越密切,甚至出现一过性幻视,需详细询问病史,才能发现精神障碍。

因此,儿科医生应与时俱进,观念创新,从躯体疾病的单向思维模式,转变为躯体疾病和心理疾病的双重思维。当患儿胸闷、憋气、胸痛等症状与体征不一致,经详尽的医学检查除外了躯体疾病,或用躯体疾病不能解释症状时,应想到儿童精神障碍。

[参 考 文 献]

[1] 朱性霞,姚丰菊,李玉凤,朱金富. 青少年儿童情绪障碍的相关因素[J]. 实用儿科临床杂志, 2009, 24(12):958-964.

[2] 田燕翔,牛亮. 儿童精神障碍218例诱因和治疗效果分析[J]. 中国药物与临床, 2009, 9(7):645-646.

[3] 杨家义,姚坚,沈金娥,周莉. 121例儿童精神障碍临床分析[J]. 中国医药导报, 2009, 6(12):122-123.

[4] 王胜兴,许英. 儿童情绪障碍以躯体症状为主要表现的临床研究[J]. 中国基层医药, 2006, 13(9):1451-1452.

[5] 张建明. 儿童情绪障碍[J]. 临床儿科杂志, 2008, 26(11):1000-1001.

[6] 谈钧佩,周志英,贾贤贞,陆正川,吴自蓉. 以躯体化症状为主诉的儿童情绪障碍41例分析[J]. 中国实用儿科杂志, 2004, 19(6):348-349.

(本文编辑:黄 榕)