

病。但由于黄疸明显加深，肝脏肿大显著，触诊质硬，早期出现腹水征，血沉显著增速也曾疑及肝癌的可能。但入院后第三天及继后发生的脓血便和找到了痢疾阿米巴滋养体，以及经抗阿米巴痢疾治疗，症状与体征迅速好转与消失，有助于阿米巴病的回顾性诊断。

二、在病人入院后，首先考虑系急性重症肝炎并发肝性脑病、肝功能衰竭的可能，曾静滴一剂氢化可的松 200mg，入院后第四天开始出现明显的肠道症状，1978 年 stuiver 报导认为即使无肠道症状，凡疑及有阿米巴病及阿米巴肝脓肿可能的病例，用皮质类固醇后可激发肠道症状和使症状暴发、恶化，认

为皮质类固醇可使痢疾阿米巴原虫更富有侵袭性，作者认为“对任何曾居住热带而准备皮质类固醇治疗的病人，均应作阿米巴病血清学的检查和反复的粪检，若检查阴性，但在类固醇治疗期间及其后发生腹泻和发热，应重新考虑有阿米巴病的可能”。本例用一剂治疗量的氢化可的松，采取患儿的新鲜粪质标本送检，明确了病原诊断，采取了有效的治疗措施，取得满意的疗效。

三、在有并发症的重危病人的治疗方面，我们认为选用 2~3 种适当的抗阿米巴药物联合治疗，本例在深昏迷情况下，鼻饲给药，其疗效是明显的。

(浙江省绍兴市传染病院 顾功绩)

新生儿坏死性肠炎并发肠套叠

男，7 天，足月顺产。出生后次日起不规则发热，三天后伴腹泻，呈黄色稀水样便。体检：体温 39°C，呼吸稍急，心肝无异常，腹软，未触及包块，肠鸣音正常，以“新生儿败血症”收住入院。经抗感染及支持治疗 6 天，病情好转，体温降至正常，无呕吐，黄色乳便，随即将抗生素减量。第 7 天患儿突然剧烈呕吐，呕吐物中含胆汁及粪便样物，有粪臭味，高度腹胀，即刻行胃肠减压，情况无好转，病情急剧恶化，全身皮肤紫绀，呼吸急促，呻吟，腹壁静脉曲张。腹透：双横膈下可见游离气体，呈半月形，肠腔见多量充气。

经抢救无效死亡。

尸检：肉眼观，满腹粪便，升结肠、回盲部广泛坏死，回肠充血，末段可见约 3cm 肠套叠，结肠部有 1cm 大小的穿孔。病理诊断：结肠炎伴部分肠粘膜坏死、肠套叠、肠穿孔。新生儿坏死性肠炎是常见病，但并发肠套叠却极为罕见。在临床工作中应对少数症状不典型的坏死性肠炎引起警惕，以便早期诊断，及时治疗。

(湖北省襄凡市中心医院儿科 童德英)

气管异物非手术治疗

我科 1977~1984 年收住疑气管异物 3 例，均经支气管镜检查，但临床症状及胸片仍不能排除本病者，运用综合治疗，使异物自行咳出，得以治愈，现报告如下。

病例 1，女，1 $\frac{7}{12}$ 岁。因不规则发热、咳呛、唇紫绀 3 个月。有明确异物吸入史。第一次支气管镜下取出绿豆大小碎花生米 7 粒。事后仍有咳喘，行第二次支气管镜检查，无异物发现。抗菌素加激素治疗仍无效。再次施行第三次支气管镜检查：见双侧气管粘膜肿胀，无异物发现。最后印象为右肺弥漫性肺不张（炎症所致）、左肺代偿性气肿伴纵膈肺疝。支气管残留异物待排。经抗生素、地塞米松、胸部超短波理疗、超声雾化吸入、体位引流治疗等。在雾化吸入第 34 次、附加体位引流时，突然激起剧咳，随粘痰咳出松软 1/4 花生米一块，当天咳喘消失。胸

片示肺不张、肺气肿及纵膈疝消失。

病例 2，男，3 岁。病程 7 个月，有异物花生米吸入史。临床表现为间歇性哮喘。胸片示右肺下叶不张伴炎症。经抗生素、体位引流 30 次时，剧咳 1 分钟后，咳出半粒花生米。

病例 3，男，2 $\frac{6}{12}$ 岁。病程 4 个月，异物吸入史不详。临床主要表现为咳喘。胸片示右肺下叶不张伴炎症。经超声雾化吸入时，患儿喉部痒，咳出半粒黄豆。

讨 论

一、支气管异物诊断问题：有典型异物吸入史为诊断此病之首要条件，但有些病史则不明确。有些异物过声门到支气管内，可在一段时间内无任何症状，易于疏忽。但呼吸道症状均为突然发作，且病程

持续或反复,与一般呼吸道症状有所不同。对长期肺不张、肺气肿、难治性哮喘、特别是慢性肺脓疡,内科治疗无效者,对有气管异物行手术取出后,仍有症状,应考虑有残存气管异物之可能。对已作气管切开,术后仍有原因不明阻塞,应考虑有异物阻塞在声门下之可能。

二、治疗:支气管镜检查仍为最可靠方法。但对上述治疗施行 1~3 次,未能明确诊断及症状改善不明显者,我们采用综合疗法,非手术治疗,使 3 例病例异物自行咳出。(1) Heimlich 法:病人取立位或平卧位,抢救者一手握拳,一手复盖其上,双手在

病人脐至肋骨缘下之上腹部,行向上迅速推击动作,反复数次,可迫使异物进入咽喉而咳出。此法可作为抢救第一步方法,适用于任何年龄包括婴儿;(2) 体位引流法:病人俯卧,叩击其背部,气管或主要支气管之异物由于冲力,由下部进入喉部而咳出,每次进行 15 分,共 2~3 次;(3) 超声雾化吸入,药物为 α 糜蛋白酶、庆大霉素,一日二次,每次 20~30 分;(4) 其他如胸部超短波理疗,静脉滴注抗生素及激素等,疗程达 1 月余,以利肺部炎症吸收。

(山东省立医院儿科 郭漱清 穆瑞卿)

儿童腹痛——急性卟啉病

男,11 岁。因阵发性腹痛 2 周,伴吐 3 次入院。近 2~3 年来,患儿经常在清晨出现上腹部疼痛,而后自行缓解。无吐酸及毒物接触史。父母非近亲婚配。家族中无类似腹痛史。体检:神清,痛苦容,右小腿内侧有数个蚕豆大小暗红色斑,不痛不痒。心肺无特殊,腹软,肝脾未及,肠鸣音弱。神经系检查(-)。实验室检查:WBC $13,100$,淋巴 13%,中性 87%,血小板 27.2 万。血淀粉酶 8 单位。血 K^+ 4.6mEq/L, Na^+ 150mEq/L。尿淀粉酶 32 单位。尿微红,尿常规(-),尿醋酮(-)。粪虫卵(-)。2 次尿检:卟胆元阳性。其父母和姐尿检:卟胆元阴性。入院后仍阵发性上腹部疼痛,剧烈时在床上打滚,叫喊不停。疼痛持续数十分钟,间隔 15 分钟左右。肌注阿托品等后略减轻,曾因肌注鲁米那使腹痛加剧,先呈狂躁,后呈半昏睡状态。经验尿确诊为卟啉病后,给以大剂量维生素 B_{60} 和 C,和高渗葡萄糖静滴等支持疗法取得缓解,腹痛停止出院。共住院 7 天。

讨论 本症有三大症状:(1) 暴露皮肤可有大

疱疹、色素沉着、疤痕,面部多毛,及陪拉格样皮炎。文献指出,由于 I 型卟啉沉着,口粘膜有红色斑,牙呈红色或棕色。本例右小腿有数个散在暗红色斑;(2) 突发腹痛,伴恶心呕吐、便秘,白细胞增多,有时误诊为急腹症而手术的;(3) 神经系统症状,易与神经衰弱、癔病、上行性瘫痪及多发性神经炎混淆。有神经症状者死亡率高。可伴有肝肾功能障碍。此外,尚可并发水与电解质紊乱,引起血浆钠、氯、钙、镁浓度降低。但本例血钠增高,与文献报道不同,可能与患者多日不食不饮有关。因此,治疗时要测定电解质,不可盲目从事。1971 年, Bonkowsky 等创用血红素疗法,使有神经机能障碍的危重患者取得惊人效果。但是血红素的制备手续烦琐,不易取得,成本也高。本病为遗传性疾病,无根治疗法。平时要重视预防,避免疲劳、感染和精神刺激;避免使用巴比妥类、磺胺、灰黄霉素及 666 等药物,以免诱发或使病情加重,甚至死亡。

(上海市浦东中心医院儿科

罗星照 张国通 沈铭江)

告 读 者

当您收到本期《临床儿科杂志》后不久,全国邮局即将开始征订 1987 年下半年度期刊。因此凡欲订订本刊 1987 年下半年度 4~6 期的读者请注意邮局征订日期或赴邮局订阅。本刊报刊代号 4-426。特此知照。

《临床儿科杂志》编辑部 一九八七年四月

欢迎订阅《新生儿科杂志》

《新生儿科杂志》是北京医科大学附属第一医院主办的医学专业刊物,内部发行,双月刊,欢迎广大读者订阅。订购者请与河北省承德市山城印刷厂联系。每册 0.80 元,全年 6 册,合计 5.40 元(包括邮费)。

北京医科大学附属第一医院新生儿科杂志编辑部 地址:北京市西城区厂桥西什库大街 8 号