

实用儿科急症

SHI YONG ER KE JI ZHENG

主编 刘桂海 于俊峰 魏象东 张文华



天津科学技术出版社

实用儿科急症

主 编 刘桂海 于俊峰 魏象东 张文华

天津科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用儿科急症/刘桂海等主编.
天津:天津科学技术出版社,2008.9
ISBN 978-7-5308-4874-6

I. 实… II. 刘… III. 小儿疾病:急性病—诊疗 IV.
R720.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 149944 号

责任编辑:张 颖
责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版
出版人:胡振泰
天津市西康路 35 号 邮编 300051
电话(022)23332372(编辑室) 23332393(发行部)
网址:www.tjkjcs.com.cn
新华书店经销
莱芜圣龙印务有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 13.25 字数 325 000
2008 年 9 月第 1 版第 1 次印刷
定价:22.00 元

主 编	刘桂海	于俊峰	魏象东	张文华
副主编	赵 雷	林西学	王振太	崔忠俊
	王 刚	李志海	张燕霞	李培军
	张培旭	王 斌	刘守和	丁晓东
	王雪梅			

编 者 (按姓氏笔画为序)

丁晓东	于俊峰	尹凤玲	王 刚
王秀春	王振太	王雪梅	王 斌
厉德凤	刘守和	刘桂海	刘晓霞
孙志霞	李志海	李春龙	李春翠
李培军	李 彤	张培旭	张燕霞
肖春芳	林西学	越 雷	唐红梅
崔忠俊	戚 丽	路 中	魏象东

目 录

第一章 小儿常见急诊症状	(1)
第一节 高 热	(1)
第二节 惊 厥	(2)
第三节 腹 痛	(4)
第四节 呕 吐	(5)
第五节 呕血和便血	(6)
第六节 发 绀	(7)
第七节 哭 闹	(8)
第八节 头 痛	(9)
第九节 少尿和无尿	(11)
第十节 血 尿	(12)
第十一节 呼吸困难	(13)
第二章 感染性急症	(16)
第一节 软组织感染	(16)
第二节 手指感染	(18)
第三节 骨与关节化脓性感染	(19)
第四节 全身炎症反应综合征与脓毒症	(22)
第五节 流行性脑脊髓膜炎	(25)
第六节 流行性乙型脑炎	(26)
第七节 手足口病	(27)
第八节 麻 疹	(29)
第九节 水 痘	(30)
第十节 中毒性菌痢	(31)
第十一节 流行性腮腺炎	(32)
第十二节 风 疹	(33)
第十三节 传染性单核细胞增多症	(34)
第十四节 结核病	(35)
第十五节 幼儿急疹	(37)
第十六节 格林—巴利综合征	(37)
第三章 消化系统急症	(39)
第一节 急性肝功能衰竭	(39)
第二节 急性胃肠功能衰竭	(41)
第三节 腹泻病	(42)

第四节 消化道异物	(46)
第五节 急性出血性坏死性肠炎	(47)
第六节 创伤性膈疝	(48)
第七节 胃扭转	(49)
第八节 肠痉挛	(51)
第九节 先天性肠闭锁	(52)
第十节 肠旋转不良	(55)
第十一节 急性肠套叠	(56)
第十二节 肠扭转	(61)
第十三节 粘连性肠梗阻	(63)
第十四节 消化道出血	(66)
第十五节 急性阑尾炎	(69)
第十六节 先天性肛门闭锁	(76)
第十七节 肛周脓肿	(78)
第十八节 嵌顿性腹股沟斜疝	(79)
第十九节 脐膨出与腹裂	(80)
第二十节 急性胰腺炎	(83)
第二十一节 婴儿肝炎综合征	(85)
第四章 呼吸、循环系统急症	(87)
第一节 休 克	(87)
第二节 心力衰竭	(89)
第三节 急性呼吸衰竭	(92)
第四节 急性上呼吸道感染	(93)
第五节 急性感染性喉炎	(94)
第六节 肺 炎	(95)
第七节 支气管哮喘	(98)
第八节 病毒性心肌炎	(100)
第九节 心律失常	(102)
第十节 高血压	(105)
第十一节 急性颅内高压症	(106)
第十二节 气管支气管异物	(108)
第十三节 创伤性血气胸	(109)
第五章 泌尿系统急症	(111)
第一节 急性肾衰竭	(111)
第二节 急性肾小球肾炎	(113)
第三节 溶血尿毒综合征	(114)
第四节 肾病综合征	(115)
第五节 急性尿路感染	(116)
第六节 泌尿系结石	(117)
第七节 急性附睾炎	(120)

第八节 睾丸附件扭转	(120)
第九节 睾丸扭转	(121)
第十节 阴茎头包皮炎	(123)
第十一节 包皮嵌顿	(124)
第十二节 尿道损伤	(124)
第六章 新生儿急症	(126)
第一节 新生儿呼吸窘迫综合征	(126)
第二节 新生儿缺氧缺血性脑病	(128)
第三节 新生儿颅内出血	(130)
第四节 新生儿溶血病	(132)
第五节 新生儿败血症	(134)
第六节 胎粪吸入综合征	(135)
第七节 新生儿肺出血	(136)
第八节 新生儿高胆红素血症	(137)
第九节 新生儿窒息	(139)
第十节 先天性食管闭锁	(142)
第十一节 先天性肥厚性幽门狭窄	(144)
第十二节 新生儿胃穿孔	(147)
第十三节 新生儿皮下坏疽	(148)
第七章 中毒与外伤	(150)
第一节 意外伤害	(150)
第二节 动物咬伤	(154)
第三节 烧 伤	(156)
第四节 电击伤	(163)
第五节 软组织损伤	(164)
第六节 小儿骨折总论	(166)
第七节 锁骨骨折	(169)
第八节 肱骨髁上骨折	(170)
第九节 孟氏骨折	(172)
第十节 股骨干骨折	(172)
第十一节 胫腓骨骨折	(174)
第十二节 骨盆骨折	(174)
第十三节 桡骨头半脱位	(175)
第十四节 寰枢椎半脱位	(176)
第十五节 髋关节暂时性滑膜炎	(176)
第十六节 半月板损伤	(177)
第十七节 产伤麻痹	(179)
第十八节 肾损伤	(180)
第十九节 腹部损伤	(184)
第八章 内分泌系统	(186)

第一节 糖尿病酮症酸中毒	(186)
第二节 肾上腺危象	(188)
第三节 低血糖症	(189)
第九章 血液系统	(191)
第一节 弥漫性血管内凝血	(191)
第二节 急性溶血性贫血	(194)
第三节 血友病	(196)
第四节 特发性血小板减少性紫癜	(197)
第十章 结缔组织病	(199)
第一节 风湿热	(199)
第二节 过敏性紫癜	(200)
第三节 皮肤黏膜淋巴结综合征	(202)

第一章 小儿常见急诊症状

第一节 高热

小儿正常肛温为 $36.5 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$, 腋下温度为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$, 舌下温度比肛温低 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。个体之间可少有差异。肛温 $>37.8^{\circ}\text{C}$, 舌下温度 $>37.5^{\circ}\text{C}$, 腋下温度 $>37.4^{\circ}\text{C}$, 皆可认为发热。若腋温超过 37.4°C , 且一日间体温波动超过 1°C 以上, 即可认为发热。临床上按体温高低分为低热(体温 $<38^{\circ}\text{C}$)、中热($38^{\circ}\text{C} < \text{体温} < 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39^{\circ}\text{C} < \text{体温} < 41^{\circ}\text{C}$)、极热(体温 $>41^{\circ}\text{C}$)。按热型不同, 高热又可分为稽留热(每日体温升降差不 $>1^{\circ}\text{C}$)、间歇热(间隔 $1 \sim 2$ 天发热 1 次)、不规则热等。发热时间超过 2 周为长期发热。急性高热可为感染性疾病(因急性传染病早期、各系统急性感染性疾病), 非感染疾病(暑热症、新生儿脱水热、颅内损伤、惊厥及癫痫在发作等)。长期高热可分常见病(败血症、沙门菌属感染、结核、风湿热、幼年类风湿症等)或少见病(恶性肿瘤如白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞增生症或结缔组织病)。

一、诊断

(一) 详细准确采集病史

1. 根据年龄 新生儿可有脱水热。婴幼儿在南方夏季酷热时, 可发生暑热症。
2. 根据发病季节 冬春季以呼吸道感染、流行性脑脊髓膜炎、麻疹等多见; 夏秋季以急性肠炎、细菌性痢疾、乙型脑炎、伤寒等较多见。
3. 根据流行病史、传染病接触史、预防接种史 如麻疹、风疹、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎等发病前当地有发病且有接触史, 发病患儿大部分未按时进行预防接种。
4. 根据起病缓急、病程长短 小儿呼吸道感染、急性传染病等常起病较急, 病程较短; 结核病、伤寒、血液病、病、风湿热、暑热症、细菌性心内膜炎等起病稍缓, 病程较长, 常超过 2 周。
5. 根据热型 败血症、急性粟粒性肺结核、深部脓肿等呈弛张热; 伤寒、副伤寒、斑疹伤寒为稽留热; 疟疾多为间歇热; 白血病、结缔组织病、恶性肿瘤等, 热型不一, 无一定规律。
6. 根据伴随的主要症状 如呼吸道感染常有咳嗽、气急; 消化道感染常有恶心、呕吐、腹痛、腹泻; 泌尿系感染有尿频、尿急、尿痛等; 中枢经疾患, 多有呕吐、惊厥、昏迷等。发热伴黄疸常见肝脏的细菌或病毒性炎症, 肿瘤; 伴多汗者常见于结缔组织病、败血症等; 伴寒战者多为细菌感染, 如败血症、深部脓肿等。早期无特殊性明显临床表现和体征者, 结合病史特点考虑伤寒、败血症、结核病等。

(二) 体格检查

1. 局部检查 如扁桃体红肿或有脓性分泌物见于扁桃体炎; 咽部等处可见疱疹及溃疡见于疱疹性咽炎; 颊黏膜有科氏斑见于麻疹早期; 咽及扁桃体有白色假膜见于白喉等。
2. 皮疹的分布与形态 猩红热样的皮疹常见于金黄色葡萄球菌败血症、链球菌感染; 皮

肤出血点可见于血液病、流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热等；环形红斑见于风湿热；病毒感染、结缔组织病、败血症、细菌性心内膜炎、组织细胞增生症 X、皮肤黏膜淋巴结病可有出血点综合征及许多药物都可出现皮疹，但其形态和出现规律各异。

3. 精神状态 高热时精神状态良好者，常轻度感染。如嗜睡、精神萎靡，神志不清，有脑膜刺激征者，提示颅内感染。

4. 肝脾肿大 常见于白血病、结缔组织病、肝胆系统的炎症、伤寒、败血症、疟疾、肿瘤等。

5. 淋巴结肿大 周身淋巴结肿大可见于血液病、传染性单核细胞增多症、支原体感染、皮肤黏膜淋巴结病综合征等。局部淋巴结肿大、压痛，应注意查找邻近部位有无炎性病灶。

二、辅助检查

(一) 实验室检查 先做一般检查，根据一般性筛选结果，再决定进一步检查项目。

血、尿、粪常规检查为筛选的首选项目。白细胞总数和中性粒细胞分类增高，多考虑为细菌性感染；减低者则偏重于病毒感染。若怀疑败血症、肠道及泌尿道感染，需分别送血、粪、尿培养。各种穿刺液除常规检查外，有时需送培养或涂片检查。

伤寒、斑疹伤寒查肥达反应、外-斐反应、嗜异性凝集试验、冷凝集试验等，风湿热或类风湿病分别进行抗链球菌溶血素“O”或类风湿因子检查。若疑病毒感染，可行免疫学方面的早期快速诊断检查。免疫缺陷病致反复感染者可做血清免疫球蛋白及细胞免疫与补体测定。血液病宜做骨髓象检查。怀疑结核病需进行结核菌试验。怀疑胆道感染者可做十二指肠引流液

的检查与培养。

(二) X线及其他检查 胸部X线检查有助于肺与胸部疾病的诊断。其他如恶性肿瘤，可根据部位选作CT、核磁共振、血管造影、放射性同位素、B型超声波、活体组织等检查。

三、治疗

(一) 降温措施 有物理降温、药物温和针刺降温。

1. 物理降温 将患儿置放于环境安静、阴凉、空气流通处。用冷湿毛巾或冷水袋，敷额头、双腋及腹股沟等部位，或用布包裹的冰袋枕于头部或放置于上述部位。亦可用冷水(28~30℃)或酒(30%~50%)于四肢、躯干两侧及背部擦浴。也可用冷生理盐水(30~32℃)灌肠。

2. 药物降温 对未成熟儿、小婴儿与体弱儿一般不用解热剂降温。常用的解热剂有对乙酰氨基酚每次10~15mg/kg，必要时每4~6h1次，APC每次5~10mg/kg。也可用小儿退热栓(扑热息痛栓)，1~6岁，1粒/次，一日1~2次，将栓剂塞入肛门。

3. 针刺降温 常用穴位为曲池、合谷、大椎、少商、十宣等。

(二) 其他对症处理 高热时应及时补充水分和电解质。对伴烦躁不安、反复惊厥或一般降温措施不著者，可酌情选用氯丙嗪与异丙嗪。

(三) 病因治疗 对于感染引起的高热，应根据病情选用有效抗生素治疗。对局部感染病灶要及时清除。对因非感染性疾病所致的高热，需根据不同病因采取相应的治疗措施。

第二节 惊厥

惊厥(convulsions)是大脑神经元的异常放电所致全身性或局限性骨骼肌各种不自主的抽搐。惊厥临床上多出现意识丧失，全身性强直性或阵挛性发作，一般经数秒至数分后缓解。若

惊厥时间超过 30min 或频繁惊厥中间无清醒者,称为惊厥持续状态。惊厥是小儿常见的急性病症,由多种疾病引起。一般分为感染性及非感染性两大类,每类又分为颅内和颅外疾病两组。惊厥是需要紧急处理,在及时止痉的同时,需及早查明病因,进行病因治疗。

一、诊断

(一) 儿童惊厥病因 见表 1-1。

表 1-1

儿童惊厥病因

感染	非感染
颅内 脑膜炎:化脓性、结核性、病毒性	脑损伤
内 性、霉菌性	颅脑发育畸形
脑炎:病毒性、免疫性	颅内肿瘤
脑寄生虫病、脑脓肿	癫痫的惊厥性发作
颅内 热性惊厥	代谢性
外 (Febrile seizure, FS)	电解质紊乱(低钙、低镁、低钠高)
感染中毒性脑病	特发性低血糖症
	遗传代谢性疾病
	中毒:毒鼠药、农药等
	其他:高血压脑病等

(二) 临床表现 突然发作的意识丧失,双眼上翻,凝视或斜视,面肌和四肢强直、痉挛或不停抽动,牙关紧闭,头向后仰,伴有发绀,呼吸不整或暂停。一般经数秒或数分钟而自行缓解,少数反复发作或持续不止。有时惊厥后产生暂时性半身性肢体瘫痪,称为 Todd 麻痹。

(三) 惊厥与年龄的关系

1. 新生儿期 常与围产期损伤所致的窒息、颅内出血有关,其他有败血症、核黄疸、化脑、低镁血症、低钙血症等。

2. 婴儿期 以产伤后遗症、先天性颅脑畸形、低钙血症、化脑、婴儿痉挛症为多。

3. 幼儿期 以高热惊厥最常见,高热常由感染性疾病引起,如中毒性菌痢、各种脑膜炎、病毒性脑炎等。其次为维生素缺乏性手足搐搦症。

4. 儿童期 以各种脑膜炎、脑炎、颅脑外伤、颅内肿瘤、癫痫多见,尤其要注意各种中毒(农药中毒、植物中毒、杀鼠药及有害气体中毒)。

(四) 惊厥与季节的关系

1. 夏秋季节 中毒性菌痢、乙脑、低血糖症等。

2. 冬春季节 流脑、肺炎、中毒性脑病、VitD 缺乏性低钙惊厥等。

(五) 惊厥是否伴发热以及严重程度 ①无热者大多非感染性,但 ≤ 3 月幼婴、新生儿、以及休克者例外;②发热者大多为感染性(包括单纯性与复杂性热惊厥),但惊厥持续状态也可致体温升高;③顽固、反复、持续状态提示颅内病变。

(六) 体格检查 ①体温和生命体征;②意识状态;③脑膜刺激征及锥体束征;④其他:原发疾病、淤点、休克、心律失常。

二、辅助检查

除血、尿、粪常规外,有选择性的进行血钙血镁、血糖、血电解质以及肝、肾功能、脑脊液、脑

电图、脑 CT、脑血管造影等检查。

三、治疗

(一)一般措施 ①患儿右侧位,解开衣领,防止窒息及舌咬伤;②保持呼吸道通,吸氧;③高热者进行物理降温或药物降温。

(二)止痉治疗 安定: $0.3 \sim 0.5 \text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{次})$,缓慢静注,必要时重复 $2 \sim 4$ 次/ 24h ;苯巴比妥钠(鲁米那): $5 \sim 10 \text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{次})$,肌注或静滴,肌注 $20 \sim 30 \text{min}$ 、静注 $5 \sim 10 \text{min}$ 见效。静脉注射时可先给负荷量 $20 \text{mg}/\text{kg}$, 24h 后给予维持量 $3 \sim 5 \text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$;10%水合氯醛 $0.3 \sim 0.6 \text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{次})$ 灌肠。

(三)降低颅压 20%甘露醇、甘油等。

(四)热性惊厥的预防 单纯性 FS:减少发热性疾病,复杂性 FS:仅发热期给药:安定、苯巴比妥($3 \text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$),分 $2 \sim 3$ 次口服)。

(五)病因治疗 治疗原发病。

第三节 腹 痛

小儿腹痛是常见症状,病因复杂。可分为急性腹痛与慢性腹痛。病因包括腹内疾病和腹外疾病。急性腹痛首先考虑外科急腹症,慢性腹痛多因内科疾病。病儿多因年龄小,常不能正确描述腹痛部位及程度,需医师多方面检查,及时明确诊断。

一、诊断

(一)病史

1. 年龄 新生儿常见疾病有消化道畸形、坏死性小肠结肠炎、胎粪性腹膜炎等;小于2岁的病儿以腹泻、肠套叠、嵌顿疝多见;年长儿以胃肠道炎症、溃疡病、肠系膜淋巴结炎、过敏性紫癜多见。

2. 部位 中上腹痛多见于胃炎、胃十二指肠溃疡、心包炎、胆道蛔虫等;右上腹痛多见于肝炎、胆囊炎、肝脓肿等;左上腹痛多见于胰腺炎、胸膜炎等;脐周痛多为急性肠炎、肠痉挛、肠套叠等;右下腹痛以阑尾炎、肠系膜淋巴结炎可能性大。

3. 性质 持续疼痛伴压痛多为腹腔脏器炎症。经按摩及热敷缓解的腹痛常为空腔脏器痉挛。

(二)体格检查 视诊时如见明显肠型或逆蠕动波常为肠梗阻的表现,触诊时注意压痛、肌紧张、异常包块的部位、大小、形状、质地和活动度。右上腹触及腊肠样肿块提示肠套叠,急性阑尾炎可有右下腹固定压痛、肌紧张及反跳痛。叩诊时肝浊音界消失提示腹腔脏器穿孔。听诊时肠鸣音消失可能为肠麻痹,肠鸣音亢进伴气过水声提示机械性肠梗阻。

二、实验室及其他检查

(一)一般检查

1. 血常规 白细胞及其中性分类高提示炎症性腹痛。

2. 大便检查 有助于肠内感染、寄生虫和肠套叠的诊断。

3. 尿常规 可确定泌尿系统疾病。

(二) 辅助检查

1. 腹腔穿刺、穿刺液分析 脓液—腹膜炎,血性渗液或浑浊渗出一绞窄性肠梗阻、出血性胰腺炎、出血性肠炎;胆汁—胆汁性腹膜炎;血液—腹腔内脏器破裂。

2. 直肠指诊 可检查下腹部病变很有意义。

(三) 特殊检查

1. 腹部X线摄片 可明确腹膜炎、肠梗阻、肠穿孔等急腹症。

2. 胃肠钡剂造影和内镜检查 可证实胃炎、溃疡、出血、息肉等。

3. 空气灌肠 可明确肠套叠。

4. 血尿淀粉酶、胆红素及肝功能测定 判断肝胆胰疾病。

5. 其他 B超、核素、造影、CT、核磁共振等可协助诊断。

三、治疗

(一) 急腹症处理 如阑尾炎、肠套叠、嵌顿性斜疝、消化道梗阻、穿孔及消化道畸形等需急诊外科处理或手术。

(二) 内科急性腹痛

1. 病因治疗 根据病因做出相应治疗

2. 对症治疗 给予解痉、止酸剂等缓解腹痛程度。

(三) 其他 主要是先明确诊断,明确诊断前禁用止痛药,以防掩盖病情,贻误诊断及治疗。

第四节 呕 吐

呕吐是常见的临床症状,见于多种疾病,包括消化系统及非消化系统疾病。反复呕吐可导致水、电解质紊乱及酸碱失衡,甚至是营养不良,需及时明确诊断,合理治疗。

一、诊断

(一) 病史

1. 发病年龄 新生儿期以羊水吞入、消化道畸形、颅内出血多见。婴幼儿期常见于严重感染、肠套叠等。儿童期多见于消化道感染、外科急腹症等。

2. 呕吐物性状 呕吐物不含胆汁提示十二指肠壶腹部以上病变,如幽门痉挛或梗阻;呕吐物含胆汁,呕吐往往较剧烈,多见于高位小肠梗阻及胆道蛔虫症等;呕吐物含粪汁,见于低位肠梗阻;呕吐物带血性,提示上消化道炎症、溃疡、肝硬化等。喷射性呕吐多见于颅内压增高及先天性肥厚性幽门狭窄。

3. 呕吐伴随症状 呕吐伴腹泻多提示急性胃肠炎,伴有腹胀、便血或无大便,多为消化道梗阻,小婴儿伴哭闹应考虑肠套叠可能;伴发热应考虑感染性疾病;如伴有头痛、嗜睡、惊厥应考虑中枢神经系统疾病。

(二) 查体 注意有无脱水及毒血症表现,特别注意腹部体征,如腹胀、压痛部位及有无包块;怀疑中枢神经系统疾病,注意检查脑膜刺激征及病理反射。

二、辅助检查

(一) 常规检查 ①血、尿、粪常规检查,可初步明确呕吐原因;②血电解质检查,了解呕吐

程度及电解质紊乱情况。

(二)特殊检查 ①腰穿,疑有颅内感染的病人应进行脑脊液检查;②肝功,了解肝胆疾病情况;③腹部B超,了解腹部脏器及包块性疾病;④腹部X线与钡餐、电子胃镜检查,有助于诊断消化道的畸形、梗阻,食管胃部炎症和溃疡性疾病;⑤头颅CT和MRI,是否有颅内出血及占位性病变。

三、治疗

治疗措施如下:①确定是否需要外科处理;②一般治疗。呕吐重者应暂禁食,防呕吐物误吸,对脱水及电解质紊乱者积极纠正;③对症治疗。给予阿托品、颠茄、吗丁啉、莫沙比利等周围性镇吐药和氯丙嗪、胃复安舒必利、维生素B₆等中枢性镇吐药;④病因治疗。

第五节 呕血和便血

屈氏韧带以上消化道器官(食道、胃、十二指肠、空肠上段及胰腺、胆管)等部位的出血经口而出,称为呕血,又叫上消化道出血,并多伴有如柏油样的黑色大便。而屈氏韧带以下消化道器官等部位的出血,称下消化道出血。呕血和便血可以是消化系统疾病的表现,也可能是全身性疾病的消化道表现。

一、诊断

(一)年龄

1. 新生儿期 出血多为出生时咽下母血或新生儿出血症、新生儿败血症、新生儿坏死性小肠结肠炎、新生儿血小板减少性紫癜、胃坏死出血以及严重的酸中毒等。

2. 1个月~2岁 多为肠套叠、美克尔憩室、消化性溃疡、返流性食管炎以及肛裂等。

3. >2岁 多为消化道溃疡、直肠息肉、肛裂、痔疮、胆管出血、急性坏死性出血性肠炎、慢性溃疡性小肠结肠炎。

4. ~14岁 血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病以及白血病、胃肠道畸形等。

(二)临床表现

1. 呕血 鲜血多见于静脉曲张和食管炎,咖啡色提示出血已经和胃酸相互作用。

2. 便血 便血的颜色反映出出血的部位和量。食管、胃或小肠出血,常为柏油样黑便。上消化道出血肠蠕动过快时可能有紫红色大便(便血)。高位结肠出血常与大便相混。低位结肠、直肠出血多为成形大便处血液附着。肛裂则为便后滴血。

(三)伴随症状 较大的孩子有慢性胃痛病史或已确诊为溃疡病,在出血前常有上腹部或肚脐周围剧烈疼痛,出血后疼痛减轻者见于胃、十二指肠溃疡;长期大剂量服用肾上腺皮质激素,或同时服用乙酰水杨酸(如阿司匹林)的患儿,也会出现溃疡而呕血。外伤、大面积烧伤、颅脑病变,手术以后,出现没有先兆的呕血,呕血量亦较大见于应激性胃溃疡。

新生儿有呕血、便血时,若伴有皮肤、脐部、口腔黏膜少量渗血,重者各系统、各脏器均有出血,称为新生儿自然出血症。新生儿败血症的患儿在发热、精神萎靡、反应差、吃奶呛、面色苍白或发青灰色的同时,出现呕吐、便血,这是病情极其危险的标志。

直肠息肉多见于3~6岁儿童。便血特点为排便终了时出现鲜血,量少,不与粪便混杂。

肛裂便血特点为肛门有点滴鲜血。同时伴有排便痛,当孩子解大便时就会哭闹不安,大便

干硬。

急性肠套叠是婴儿时期最常见的急腹症之一。多见于两岁以内,尤其是4~10个月婴儿。便血特点为果酱样大便。病儿因腹痛引起阵发性哭闹、呕吐。

梅克尔憩室(旧称美克耳憩室)这是一种先天性肠道畸形,多见两岁以内小儿。便血特点为突然大量血便,先黑后红。

急性坏死性肠炎便血特点为赤豆汤、洗肉水样,腥臭味,同时伴有高热、腹痛、呕吐、腹泻等症状,严重时可出现休克。

其他如肠旋转不良与重复畸形、胃食管反流、食管裂孔疝、门静脉高压等疾病,均可以引起消化道出血而产生便血。

(四)体格检查 了解腹部有无包块、肠鸣音、有无触痛、反跳痛、肌卫及肛周病变。

二、实验室及其他检查

检查项目包括:①血、尿、大便常规检查,出凝血时间;②肝功、肾功;③腹部B超;④肛诊、肠镜检查。

三、治疗

治疗措施如下:①积极止血、抗生素预防感染等;②出血量大引起休克者,给予输血或生理盐水扩容治疗;③肠旋转不良、不可复位的肠套叠或出血量大者需紧急手术;④给予制酸剂1mg/kg或西咪替丁20~30mg/(kg·d),qid,口服;⑤寻找病因,积极治疗原发病。

第六节 发 绀

发绀是指皮肤和黏膜呈青紫颜色,常表现为口唇、舌、口腔黏膜、鼻尖、颊部、耳垂和指(趾)末端的青紫,尤以两颊及指(趾)甲等处最为明显。导致小儿发绀主要有3个因素:一是血中血红蛋白的总量。二是血红蛋白氧合的程度。三是血液循环的情况。

一、临床表现

发绀按发病机制不同,可分为以下三类:

(一)中心性发绀 其特点是动脉血氧饱和度降低。发绀的特点:全身性的,除四肢和颜面部外,也累及黏膜和躯干皮肤,发绀部位的皮肤通常温暖。如存在慢性缺氧,可同时伴有杵状指(趾)。

(二)周围性发绀 这种发绀的特点是:动脉血氧饱和度大多正常,发绀多发生在四肢末梢指(趾)端,局部皮肤冷。

(三)变性血红蛋白血症 如高铁血红蛋白和硫化血红蛋白血症(后者呈草蓝褐色),动脉血氧饱和度可正常或稍低。变性血红蛋白血症发绀虽明显,但一般并无呼吸困难。

二、诊断

(一)PaO₂ 正常

1. 一般情况好 如在寒冷环境暴露,引起的周围性发绀,尤其是新生儿。
2. 一般情况差 如休克(感染性休克、心源性休克)、严重的高铁血红蛋白血症。

(二) PaO_2 降低

1. 心脏无杂音 此时要注意有无呼吸困难,同时尽快拍胸片检查。①若无明显呼吸困难,胸片松果也无异常,神经肌肉病变(如重症无力影响呼吸肌),呼吸中枢病变(如脑炎、脑膜炎、颅内出血等)引起的抽搐和呼吸抑制;患儿剧烈哭吵后引起屏气、百日咳、新生儿呼吸暂停等;②若有呼吸困难,但胸片检查无异常,则要考虑是否大气道阻塞,如异物吸入等;③若同时存在呼吸困难及胸片异常,一定要考虑肺部疾病,新生儿注意有无膈疝、吸入性肺炎、湿肺、肺透明膜病等。

2. 心脏有杂音 此时需同时进行超声心动图、心电图、胸片的检查。

三、治疗

低氧引起的发绀会危及生命,因此需尽快明确病因,及时予以抢救和治疗。进行生命体征的监测。若发绀严重, PaO_2 明显降低,则需及时插管,用呼吸机治疗。由于引起发绀可以有很多原因,可边呼吸治疗。

第七节 哭 闹

哭闹(crying)是婴儿时期常见的一种表现。凡有相应的机体内源性刺激、外源性刺激或精神上的冲动都可引起哭闹,尤其在婴儿时期尚没有语言表达的能力,“哭”就是表达要求或痛苦的一种方式,因此常成为家长求医的唯一主诉。

一、诊断

(一) 发病原因

1. 生理性哭闹 新生儿时期“哭”是一种本能反应,如饥饿、口渴、睡眠不足、要抱、过热、过冷、尿布潮湿、衣带过紧或刺痛、虫咬等因素此起,此种非病理性哭闹,哭声响亮,间歇时间内精神与面色正常,当满足需要或不良环境得到改善时,哭闹即行停止。

2. 病理性哭闹 凡能引起小儿身体不适疼痛的疾病都可出现小儿哭闹不安。

(1) 消化系统疾病 急腹症如肠套叠、肠扭转、嵌疝、急性阑尾炎等可引起阵发的突然号叫和不安。口腔溃疡、疱疹性咽峡炎等,常引起吸乳疼痛而啼哭,还有拒食、流涎等症状。

(2) 神经系统疾病 有音调高、哭声急的脑性尖叫

(3) 呼吸系统疾病 小儿患上呼吸道感染时,鼻塞不舒服也要哭闹。

(4) 循环系统疾病 如阵发性心动过速、充血性心力衰竭、心内膜弹力纤维增生症等。

(5) 泌尿系统病 如泌尿系感染、结石等。

(6) 皮肤疾病 如湿疹、褶烂、虫咬疹等。

(7) 其他 常见病如营养不良小儿常好哭,烦躁,但哭声无力。

(二) 详询病史

1. 哭闹的时间 夜啼见于4个月内日眠夜哭的婴儿,还可见于活动性佝偻病、蛲虫病、湿疹、维生素 B_1 缺乏、肠痉挛等。大便时哭闹见于肛裂,排尿时哭闹见于泌尿系疾病,进食时哭闹见于口腔溃疡及咽部疾病。

2. 哭闹的强度与性质 哭闹剧烈而突然发生者,大多系疼痛引起。阵发性剧烈哭闹见于肠套叠、肠扭转、嵌顿疝、婴儿肠痉挛、机械性肠梗阻等。哭声急迫者见于各种原因引起的缺

氧,哭声嘶哑者见于喉炎。哭声尖锐者见于各种原因引起的颅内压增高。

3. 哭闹与体位关系 抱起即哭或移动肢体时哭吵者,应考虑肢体疼痛,如脊髓灰质炎,急性外耳道炎、外耳道疖肿患儿在喂奶姿势时,常因耳郭受压而哭吵加剧。转动头部或屈颈即哭者,提示有脑膜刺激症状或颅内压显著增高。

4. 哭闹与伴随症状 哭闹伴发热者,提示患感染性疾病的可能;尖声哭闹伴有发热及肌张力增高者,提示患脑炎、等疾病的可能;哭闹伴发热、便血者,要考虑患出血性坏死性肠炎、痢疾;哭闹伴发热、流涎者,提示患口腔炎、咽炎的可能;哭闹发热伴摇头或以手抓耳者,提示患中耳炎或外耳道炎的可能。

(三)体格检查 ①皮肤有无破损(特别要注意臀部及皮肤皱褶处)、湿疹、虫咬、尿布疹其他皮疹、针刺、衣带过紧等;②淋巴结有无压痛、肿大、发红等;③口、咽喉有无糜烂、溃疡等;④耳郭有无牵引痛、耳屏压痛、鼓膜充血、外耳道疖肿、中耳炎等;⑤腹部有无压痛、异常肿块及肠鸣音改变等;⑥骨骼有无肿胀、畸形、压痛及功能障碍等;⑦神经系统有无肌张力增高及脑膜刺激症状等;⑧其他包括脐部、阴囊、腹股沟有无嵌疝,肛周有无裂痕或蛲虫等。

二、实验室检查

如粪便中找虫卵,血、尿常规检查;脑脊液检查;X线摄片,空气或钡剂灌肠检查;血清钙、磷、碱性磷酸酶测定等。

三、治疗

对生理性哭闹主要是去除原因;对病理性哭闹,则应根据引起哭闹的疾病积极处理原发病。

第八节 头 痛

头痛(headache)系指颅内、外对痛觉敏感的组织受刺激,而致头颅上半部即眉毛以上至枕中为止区域内的疼痛,头痛有时牵涉到面部和颈部,反之亦然。小儿头痛多于学龄期前后发生,通常根据病因,可分为器质性头痛(如脑部感染、外伤、肿瘤等所致的头痛)、血管性头痛(如偏头痛)、功能性头痛(如紧张性头痛、心因性头痛等)。在儿科,多数头痛是良性的,器质性病变不到5%,但有时头痛是生命危险的征象。

一、诊断

根据病因分为以下3类

(一)器质性头痛 由颅内压升高或炎症等引起。头痛的特点有:①急性头痛伴神经学局部体征;②头痛伴发热与颈项强直;③呈现慢性进行性头痛、睡眠中痛醒的头痛,以及随咳嗽与体位改变的头痛。常见于:

1. 颅内感染性疾病 各种脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。头痛与发热、颈项强直有关,CT、MRI、腰穿脑脊液有助于诊断。

2. 颅内占位性病变与脑积水 如颅内肿瘤、肉芽肿、脑积水等。头痛常于平卧体位、咳嗽时明显,呈进展性,眼底可见视盘水肿。CT、MRI可帮助诊断。

3. 颅内压改变 颅内高压症如高血压脑病、良性颅内高压症等。血压与颅压检测可帮助