



主 编 蔡忠钦

福建科学技术出版社

儿科临床难点 分析与处理

R72
97

R72
97

儿科临床难点分析与处理

蔡忠钦 主编

(以下按姓氏笔画排列)

王海燕 池友四 陈军林 陈斯一
周一真 林英哺 林 瑜 蔡忠钦

福建科学技术出版社

(闽)新登字 03 号

儿科临床难点分析与处理

蔡忠钦 主编

福建科学技术出版社出版、发行

(福州得贵巷 59 号)

福建省新华书店经销

沙县印刷厂印刷

开本 787×1092 毫米 1/32 8.625 印张 179 千字

1993 年 11 月第 1 版

1993 年 11 月第 1 次印刷

印数:1—3000

ISBN 7-5335-0654-5/R·145

定价:4.90 元

书中如有印装质量问题,可直接向承印厂调换

前 言

我们经常听到基层医务人员反映,自己手头有关儿科的书籍已有不少,就是缺少一本在临床工作中遇到难点时就能翻阅查找以解决实际问题的书。于是,我们决定编写这本书。

在临床实践中,几乎每天都会遇到几个难题。本书限于篇幅,不可能包罗万象,只能根据自己从事儿科各不同专业多年的临床实践体会,对临床主要难点,通过查阅国内外新近文献资料,结合自己的临床经验,提出相应的处理方法。难点内容以疾病的诊断和治疗为重点,也涉及到部分疾病的病因、预防和预后等有关临床咨询方面的难题。同时还适当介绍一些对临床实践有重要指导意义的理论研究新进展,以供读者参考。

本书以介绍儿科临床诊疗难点为目的,不求全面,侧重点也各不相同,形式不拘一格,因此它并非一本全面、系统的儿科参考书。我们的主观愿望是要把它编写成既便于广大基层医务人员、年轻医生和实习医生在工作中遇到重要难点时便于查找,又能反映学术上某些新进展的实用型参考书。然而由于我们知识水平和经验的不足,恐难以符合主观愿望和读者的需要,为此望同道不吝赐教。

编 者

1992 年 11 月

目 录

一、小儿急救	(1)
多系统脏器功能衰竭的诊断	(1)
多系统脏器功能衰竭的治疗措施	(4)
心肺复苏的急救步骤	(7)
肾上腺素在心肺复苏中的应用	(10)
呼吸衰竭时呼吸兴奋剂的正确使用	(11)
血气分析在体内酸碱平衡中的应用	(13)
脑复苏治疗中应注意的几个问题	(15)
脑死亡的诊断	(18)
感染性休克治疗程序	(20)
感染性休克抗菌药物的选择	(22)
几种输液反应及其处理	(24)
青霉素、庆大霉素过敏性休克的急救	(26)
再灌注损伤理论在临床上的应用	(28)
急性一氧化碳中毒的急救	(31)
急性酒精中毒的诊断与急救	(33)
二、新生儿疾病	(35)
托背式人工呼吸法抢救新生儿急性呼吸衰竭	(35)
新生儿呼吸暂停的治疗	(36)
新生儿惊厥的病因判断	(38)

新生儿肺出血的诊断和治疗	(40)
新生儿先天性心脏病紧急诊断措施	(42)
早产儿动脉导管未闭的诊断和治疗	(44)
几种新生儿中度黄疸的疾病	(46)
新生儿水肿的鉴别诊断	(48)
新生儿消化道出血的鉴别诊断	(49)
新生儿急腹症的诊断	(51)
新生儿咽下羊水的诊断和洗胃处理	(56)
新生儿先天性肾上腺皮质增生症的诊断和处理 ...	(58)
三、营养性疾病	(60)
维生素 C 缺乏症的诊断和治疗	(60)
低镁血症的诊断和治疗	(62)
小儿缺锌及治疗	(64)
小儿单纯性肥胖症的危害性和治疗	(67)
吸收不良综合征的诊断和治疗	(69)
小儿厌食症的治疗	(71)
四、消化系统疾病	(74)
反复腹痛的鉴别	(74)
幽门螺杆菌致小儿胃炎及消化性溃疡的诊治	(77)
小儿各年龄期消化性溃疡的诊断	(78)
小儿消化性溃疡的治疗与预后	(80)
原虫性肠炎	(82)
小儿迁延性、慢性肠炎的病因和诊治	(84)
良、恶性腹水的鉴别诊断	(88)

多发性黑痣综合征合并色素沉着息肉综合征的诊断	(90)
五、呼吸系统疾病	(92)
小儿慢性咳嗽的鉴别诊断	(92)
支气管哮喘的防治	(94)
小儿肺炎使用碳酸氢钠的适应症	(99)
肺炎支原体肺炎的诊断与治疗	(100)
反复呼吸道感染的诊断及防治	(102)
肺含铁血黄素沉着症的诊断和治疗	(104)
小儿肺活检的临床应用	(106)
六、心血管系统疾病	(111)
法氏四联症缺氧发作的诊断及紧急处理	(111)
病毒性心肌炎的诊断与鉴别	(114)
风湿性心脏病二尖瓣返流的诊断和鉴别诊断	(117)
心肌病与心包炎的鉴别	(120)
原发性心内膜弹力纤维增生症的诊断与治疗	(121)
感染性心内膜炎的治疗	(124)
良性早搏与器质性早搏的鉴别与治疗	(128)
Q-T 间期延长综合征的早期治疗	(130)
阵发性室上性心动过速的选药	(132)
室性心动过速的选药	(136)
小儿难治性充血性心力衰竭的处理	(140)
洋地黄中毒的诊断	(143)
心源性休克的治疗	(146)

继发性高血压的鉴别诊断.....	(150)
直立性调节障碍的病因、诊断与治疗	(153)
七、泌尿系统疾病	(157)
小儿多尿的鉴别诊断.....	(157)
不典型小儿急性肾炎的诊断.....	(159)
难治性肾病综合征的诊断.....	(161)
难治性肾病综合征的治疗.....	(162)
原发性肾病综合征激素的合理应用.....	(164)
肾病综合征顽固性水肿的治疗.....	(166)
急性肾功能衰竭少尿期的补液.....	(167)
大剂量甲基强的松龙冲击疗法在儿科肾脏病中的应用	(169)
八、血液系统疾病	(171)
血液病所见的神经症状.....	(171)
胎儿肝细胞悬液输注治疗再生障碍性贫血.....	(173)
重症再生障碍性贫血免疫抑制剂的治疗.....	(174)
自身免疫性溶血性贫血的治疗.....	(176)
儿童嗜酸粒细胞增多的病因诊断.....	(178)
顽固性原发性血小板减少性紫癜的治疗.....	(180)
晚发性维生素 K 缺乏所致颅内出血的诊断和治疗	(181)
难治性急性淋巴细胞性白血病的化学治疗.....	(183)
难治性急性非淋巴细胞性白血病的化学治疗.....	(185)
类白血病反应的诊断及其鉴别.....	(188)

九、神经、肌肉和骨骼系统疾病	(191)
腹痛型和头痛型癫痫诊断和治疗的药物选择.....	(191)
癫痫持续状态的危害性及处理.....	(193)
急性脑水肿与颅高压的分型与诊断.....	(196)
急性颅高压的治疗.....	(198)
小儿高热惊厥的诊断、预后和治疗	(201)
化脓性脑膜炎并发症的诊断和治疗.....	(205)
小儿睡眠多汗症的鉴别诊断和治疗.....	(208)
儿童多动症的诊断.....	(209)
抽动-秽语综合征的诊断和治疗	(212)
小儿神经性尿频的诊断和治疗.....	(214)
遗尿症的治疗.....	(215)
急性痉挛性斜颈.....	(217)
小儿急性突发性跛行.....	(218)
小儿头痛的鉴别诊断.....	(220)
小儿关节痛的鉴别诊断.....	(222)
十、内分泌系统	(224)
身材矮小的原因.....	(224)
儿童高身材的原因.....	(227)
小儿突眼的病因.....	(228)
测定甲状腺激素的临床意义.....	(230)
小儿糖尿病的鉴别诊断.....	(231)
症状不典型的小儿糖尿病.....	(233)
抗利尿激素分泌异常综合征.....	(235)

十一、结缔组织疾病	(237)
儿童类风湿病的诊断	(237)
过敏性紫癜少见的临床表现	(239)
系统性红斑狼疮的诊断要点	(240)
十二、传染、寄生虫疾病	(243)
变异型麻疹的临床特点	(243)
流行性腮腺炎的并发症	(244)
百日咳的痉挛性咳嗽及其治疗	(246)
乙肝疫苗的使用	(247)
小儿肠伤寒病的特点及诊断	(250)
肠蛔虫并发胆道蛔虫的原因及其治疗	(252)
如何提高驱蛔虫的效果	(254)
十三、其他疾病	(257)
败血症的临床诊断线索	(257)
儿童厌氧菌感染临床诊断问题	(259)
几种儿童眩晕症	(262)

一、小儿急救

多系统脏器功能衰竭的诊断

多系统脏器功能衰竭 (Multiple System Organ Failure 即 MSOF), 是指多个器官的脏器功能在严重感染或创伤等之后, 短期内同时或先后发生衰竭。

由于对 MSOF 的发病机制尚不清楚, 早期诊断较为困难。儿科 MSOF 具有以下特点: ①发病隐匿, 临床无明显症状。②一旦发病, 发展迅速, 病情危重, 且均已进入 Carrico 分期的 I、II 期。Carrico 将 MSOF 分为 4 期, 即 I 期: 外表似乎正常或基础疾病未加重。II 期: 有轻病貌或基础疾病加重。III 期: 病情危重。IV 期: 已处于濒死状态。③基础疾病多为感染性休克、败血症、重症肺炎、急性中毒及医源性疾病等。④发病率有明显年龄差异, 年龄愈小发病率愈高。⑤预后取决于受累脏器的严重程度、数目以及基础疾病的严重程度。因此诊断 MSOF 的关键在于注意观察病情, 提高警惕。

目前对 MSOF 尚无统一的诊断标准。1988 年全国小儿急救会议对小儿 MSOF 的指标进行研究探讨, 初步拟定了诊断指标, 具体指标如下。

(一)诊断指标

1. 心力衰竭(心衰)

- (1)心率突然加快,婴儿 >180 次/分,幼儿 >160 次/分。
- (2)心音明显低钝,心脏扩大,心胸比例 >0.06 。
- (3)心律不规则,如出现早搏、奔马律或心动过缓。
- (4)肝脏明显的进行性增大。
- (5)突然极度烦躁不安、气急、吸乳费劲,超过30分钟。
- (6)明显紫绀,皮肤发花、发灰,四肢厥冷,面色苍白。
- (7)中心静脉压(CVP) $>1.37\text{KPa}(14\text{cmH}_2\text{O})$ 。
- (8)氧分压(P_{O_2}) $<6.67\text{KPa}(50\text{mmHg})$,毛细血管再充盈时间延长。

2. 呼吸衰竭(肺衰)

- (1)血气分析显示: $\text{PaO}_2 < 6.67\text{KPa}$,二氧化碳分压(PaCO_2) $>6.67\text{KPa}$ (即 $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$)。

(2)临床表现:①突然出现严重呼吸困难或过度换气,呼吸频率 >60 次/分,不规则,暂停,呼吸节律紊乱。②突然出现双肺啰音,三凹征明显。③明显的紫绀,用高浓度氧吸入后,仍有进行性缺氧,需辅助呼吸。④昏迷或反复惊厥。

3. 肾功能衰竭(肾衰)

- (1)明显少尿或无尿,儿童 $<10\text{ml/小时}$ 、婴儿 $<5\text{ml/小时}$ 为少尿。

(2)血生化改变,出现氮质血症 $\text{BUN} > 7.14\text{mmol/L}$ 、高钾血症 $\text{K}^+ > 5.5\text{mmol/L}$ 、低钠血症。 $\text{Na}^+ < 130\text{mmol/L}$ 、代谢性酸中毒 $\text{pH} < 7.34$ 。

- (3)尿比重固定在1.010或持续下降。

(4)尿常规检查,可出现不同程度的红细胞、蛋白尿、各种管型。

4. 胃肠道功能衰竭(胃肠衰)

(1)严重腹胀,肠鸣音减弱或消失。

(2)有便血、呕血,吐咖啡样物,需要输血方可维持循环稳定。

5. 肝功能衰竭(肝衰)

(1)有严重的感染、创伤等疾病,在短期内迅速出现黄疸或有出血的倾向。

(2)肝脏在短期内呈进行性增大或缩小。

(3)有肝功能损害,GPT增高,大于正常2倍以上,凝血酶原时间大于25秒,血清胆红素迅速增高大于 $34.2\mu\text{mol/L}$ 。

6. 血液或凝血机制衰竭(DIC)

(1)皮肤粘膜有出血倾向。

(2)血小板进行性减低,低于 $80\times 10^9/\text{L}$ 。

(3)凝血时间(试管法)异常,高凝状态时小于3分钟,低凝状态时大于12分钟,(正常值:5~10分钟)。

(4)红细胞形态异常。

(5)凝血酶原时间延长,大于15秒,或比对照组大3秒以上;纤维蛋白元定量小于 1g/L (100mg%)。

7. 脑功能衰竭(脑衰)

(1)严重的进行性意识障碍,反复持续惊厥及/或昏迷。

(2)顽固的颅内压增高,瞳孔及呼吸节律改变,颅内压 $>2.1\text{KPa}$ (15mmHg)。

(3)有呼吸中枢的改变,需气管插管辅助呼吸者。

(二)关于 MSOF 诊断标准的具体解释

1. 心衰 各项指标中(1)+(2)、(1)+(3)、(1)+(4)有两项或第3项一项即可诊断,(7)、(8)二项为非必备指标。

2. 肺衰 有血气指标+临床表现任何一项即可诊断;无血气指标者,临床表现4项中各具有(1)+(2)、(1)+(3),(1)+(4)两项亦可诊断。

3. 肾衰 4项指标中各具有(1)+(2)、(1)+(3)、(3)+(4),两项即可诊断。

4. 胃肠衰 2项指标中有一项即可诊断。

5. 肝衰 3项指标中具有一项即可诊断。

6. DIC 5项指标中各具有(1)+(2)、(2)+(3)、(2)+(4)、(2)+(5)两项即可诊断。

7. 脑衰 3项指标中各具有(1)+(2)或(1)+(3)两项即可诊断。

多系统脏器功能衰竭的治疗措施

多系统脏器功能衰竭(MSOF)是各种急危重症的最终并发症。由于发病机理极为复杂,常采取综合治疗。遗憾的是大多数病人多在几个器官系统都有明显的临床异常表现时,才开始针对多器官衰竭(MOF)进行治疗,显著降低了抢救的成功率,因此临床上当一个脏器有可能发生衰竭时,必须迅速采取积极措施,动态监测器官功能,及早进行支持治疗。主要的措施是早期脏器功能支持治疗以维持组织氧平衡,消除病因,控制感染,合理使用抗生素,维持机体内环境稳定,加强营养

支持治疗,针对主要矛盾,兼顾各脏器管理。

1. 早期脏器功能支持治疗 目前被认为是 MSOF 的治疗关键。

(1)早期呼吸道管理及支持:成人呼吸窘迫综合征(ARDS)常是首发器官衰竭,故应保持呼吸道通畅,防止低氧血症的发生。有呼吸功能不全预兆时应予吸氧,必要时插管或气管切开,应用呼吸器作机械呼吸。在严重肺功能不全的情况下,若大量输入碳酸氢钠,会使 PaCO_2 增高,导致呼吸性酸中毒及 pH 值降低,因此应避免过量输入碳酸氢钠。

(2)心脏功能支持:在积极纠正休克的同时,应权衡利弊关系,切忌过量、过快输液,避免导致心衰。最好行中心静脉压监测,有条件的可插 Swan-Ganz 心导管进行血液动力学监测,指导输液。正确使用血管活性药物及强心剂,保证足够的心输出量,及时地纠正心衰。

(3)肾功能支持:足够的全身性氧合作用,以及血容量和维持足够的尿量,是预防急性肾功能衰竭的重要措施。因此,在积极纠正休克,控制感染的基础上,应适量补充钠盐,以改善和维护肾小管功能及肾小球滤过率,早期使用利尿剂,保证足够的尿量。尽量使尿素氮不超过 28.56mmol/L ,肌酐不超过 $353.6\mu\text{mol/L}$,必要时可采用透析疗法。

(4)脑功能支持:预防脑水肿及脑疝的发生,高热或抽搐者应行人工冬眠法,及时使用脱水剂、激素等,以降低颅压,维持脑代谢。

(5)肝功能支持:若能有效地防治肺、心、肾功能衰竭,同时就能预防肝功能衰竭的发生。凝血机制异常、低血浆蛋白、低血糖均提示潜在肝功衰竭的可能,应积极予以相应的处理。

2. 抗感染和抗炎治疗

(1) 消除病因控制感染: 感染是 MSOF 发生和死亡的重要原因。应找出病灶, 及早清除。早期正确使用抗生素, 尽可能根据药敏试验给药, 选用合适的途径和适当的剂量。特别提出, 氯霉素对类杆菌属敏感, 灭滴灵对厌氧菌感染尤其对合并中枢神经系统感染者有效, 因其能迅速通过血脑屏障。

(2) 抗炎治疗: 目前研究认为 MOSF 可能是一种超常的、白细胞和吞噬细胞被自我破坏性地激活的炎症反应, 从而造成弥漫性血管炎症性反应, 因此在抗感染时应重视抗炎治疗。可使用①非类固醇抗炎剂: 除了应用类固醇激素阻断感染性休克和 MSOF 的发展外, 已发现环氧化酶抑制剂布洛芬 (Ibuprofenum) 可抑制花生四烯酸代谢中花生酸类物质的产生, 而减少前列腺素 (PGS) 的合成, 同时又不影响宿主的抗感染能力, 对低血压病人可改善血压、降低心率和每分通气量。②抗氧化剂: 例如维生素 E、C、别嘌呤醇、超氧歧化酶等, 为自由基清除剂, 可对抗氧化剂的细胞毒性作用。

3. 营养和代谢支持治疗 营养不良、代谢紊乱被认为是 MSOF 及造成死亡的一个促进因素。营养代谢支持可控制营养及代谢紊乱, 减少治疗并发症。多脏器衰竭患者具有高分解代谢、肝糖元异生增强、尿素氮排出增加等特点, 可致机体抵抗力降低。另外因 MSOF 病人较长时间不能经口摄食, 故需营养支持以提供适当的热卡, 减少氨基酸作为能量消耗; 提供足够的外源性氨基酸, 以减少肌肉蛋白质的分解代谢, 促进蛋白质的合成。若情况允许, 尽可能通过胃肠道给予营养支持, 以促进肝脏蛋白质的合成, 保护胃肠道粘膜及减少应激性溃疡的发生。目前认为静脉输入富含支链氨基酸的高热卡混合物,

优于常规静脉高营养的氨基酸,其营养构成更近似“天然热源”。由于支链氨基酸可以满足 MSOF 时机体的需要,所以适合于较长时间的支持治疗。

4. 抗凝治疗 败血症极易引起凝血机制紊乱,并发 DIC,促使多个脏器受损及衰竭。故早期应用超小剂量肝素和及早发现潜在 DIC 十分重要。

5. 免疫治疗 MSOF 被认为是机体防御机能衰竭,因此免疫调节和免疫支持治疗得以重视。纤维结合蛋白(Fn)是一种增加网状内皮系统吞噬功能的调理素,有助于减轻 MSOF。

心肺复苏的急救步骤

在心肺复苏术中,为了便于急救者有所遵循,分秒必争地抢救病人,Gorden 等提出按 ABCD 步骤进行,即 A:气道通畅(Airway);B:人工呼吸(Breathing);C:人工循环(Circulation),D:药物治疗(Drugs)。近年又有所发展,提出 A~G,其中 E:心电图(Electrocardiogram);F:去颤(Fibrillation);G:做好记录(Good-record)。由于近年来再灌损伤理论研究的进展,对既往心肺复苏中钙剂及过氧化氢的应用,有了新的看法,并开始注意应用自由基清除剂及钙阻滞剂。

1. 气道通畅 呼吸道梗阻是小儿呼吸心跳停止的重要原因,故应立即开放气道。因昏迷时全身肌肉均松弛,舌根常后坠阻塞气道。处理方法是去掉枕头,使头颈伸展及抬高下颌骨,使下齿槽向前向上移动。及时清除气道内异物,如分泌物、呕吐物等。

2. 人工呼吸 在确认气道通畅后,立即行使人工呼吸,常