

儿科临床起点

主编 © 常杏芝

Pediatrics: Basic
Practice for Beginners



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

儿科临床起点

Pediatrics: Basic Practice
for Beginners

主 编 常杏芝

主 审 秦 炯

编 者 杨志仙 华 瑛
王 芳 符 娜

人民卫生出版社

前言

虽然临床常用的参考书越来越多,网络资源也很丰富,但是,对于刚刚接触临床的高年级医学生和低年资住院医师来说,面对如此浩瀚的信息难免有无所适从之感。对于这些初学者而言,掌握基本的知识点和疾病诊断思路,搭建疾病诊断的基本框架结构可能比掌握复杂的具体疾病更重要。

基于上述出发点,本书主要侧重于介绍疾病的诊断程序和思路、常见辅助检查结果的判读、常用治疗方案和医嘱,对于临床少见病和罕见病,以及疾病的最新诊治进展则基本不涉及。本书作者从事多年临床工作,并多次带教见习和实习医学生,深知高年级临床医学生和低年资住院医师的需求。对有志于从事儿科专业的医学生而言,首先需要掌握的是常见疾病的诊断和治疗;对无意从事儿科专业的医学生而言,需要掌握基础的儿科知识以通过执业医师资格考试。本书紧扣儿科学教学见习和实习大纲,从临床实践需要出发编写而成,希望对高年级临床医学生的儿科见习和实习有所帮助,同时适合于儿科研究生及低年资住院医师阅读参考。

由于个人经验所限,书中所述难免挂一漏万,希望本书能起到抛砖引玉的作用。在此基础上,读者可参阅其他参考书和网络资源,进一步完善儿科疾病的诊治理念。

承蒙秦炯教授百忙之中对本书给予审阅、校正,不胜感激。

常杏芝

2013年1月

目 录

第一章 常见疾病诊断思路	1
第一节 维生素D缺乏性佝偻病	1
第二节 急性喉炎	4
第三节 肺炎	7
第四节 哮喘	10
第五节 腹泻病	12
第六节 先天性心脏病	15
第七节 川崎病	17
第八节 过敏性紫癜	20
第九节 消化道出血	21
第十节 发热待查	23
第十一节 出疹性传染病	25
第十二节 急性链球菌感染后肾小球肾炎	28
第十三节 肾病综合征	30
第十四节 血尿待查	33
第十五节 肾上腺皮质危象	34
第十六节 多尿多饮	35
第十七节 泌尿系感染	37
第十八节 急性淋巴细胞白血病	39
第十九节 贫血待查	41
第二十节 特发性血小板减少性紫癜	42
第二十一节 化脓性脑膜炎	44
第二十二节 结核性脑膜炎	46
第二十三节 惊厥	48
第二十四节 热性惊厥	49
第二十五节 肢体瘫痪	51
第二十六节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根 神经病	53

第二十七节	头痛待查	55
第二十八节	颅内压增高	57
第二十九节	偏头痛	59
第三十节	抽动症	61
第三十一节	苯丙酮尿症	63
第三十二节	肝豆状核变性	65
第三十三节	智力低下	66
第三十四节	21-三体综合征	68
第三十五节	新生儿窒息复苏	70
第三十六节	新生儿缺氧缺血性脑病	72
第三十七节	新生儿黄疸	74
第三十八节	新生儿溶血病	76
第三十九节	新生儿肺透明膜病	78
第四十节	急性中毒	80
第二章	常用诊疗方案和医嘱	82
第一节	医嘱通项	82
第二节	上呼吸道感染常用医嘱	85
第三节	急性喉炎常用医嘱	86
第四节	哮喘急性发作常用医嘱	86
第五节	支气管肺炎常用医嘱	87
第六节	传染性单核细胞增多症常用医嘱	88
附:	传染性单核细胞增多症特殊用药及指征	89
第七节	婴儿腹泻病常用医嘱	90
第八节	细菌性痢疾常用医嘱	90
附:	腹泻患儿液体疗法	91
第九节	川崎病常用医嘱	93
第十节	病毒性心肌炎常用医嘱	94
第十一节	心力衰竭常用医嘱	95
第十二节	肾病综合征常用医嘱	97
第十三节	肾小球肾炎常用医嘱	98
第十四节	过敏性紫癜常用医嘱	99
第十五节	化脓性脑膜炎常用医嘱	100
第十六节	病毒性脑炎常用医嘱	102

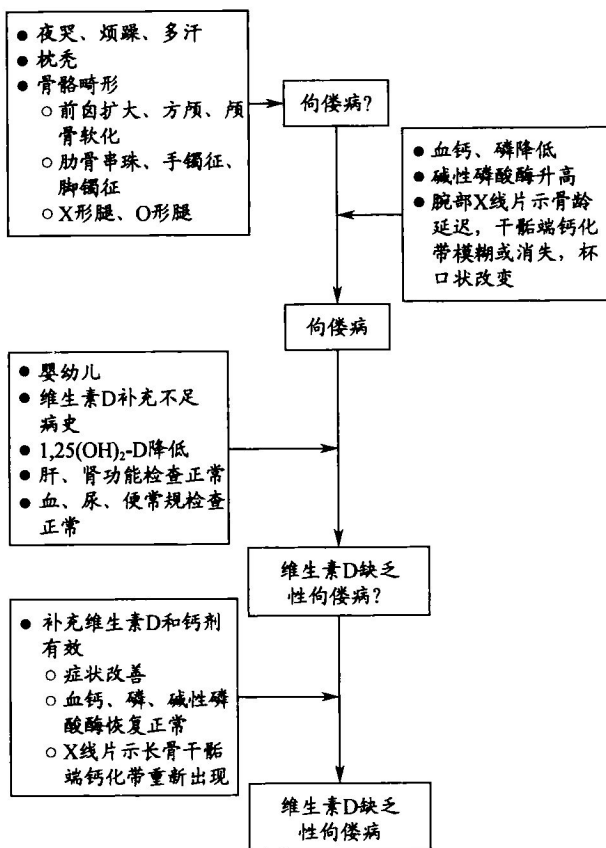
第十七节	结核性脑膜炎常用医嘱	103
第十八节	惊厥发作的急救处理	105
第十九节	急性淋巴细胞白血病常用医嘱	106
第二十节	特发性血小板减少性紫癜常用医嘱	108
附:	常用血液制品输注指征	109
第二十一节	新生儿高胆红素血症常用医嘱	110
第二十二节	早产儿常用医嘱	112
第二十三节	一氧化碳中毒常用医嘱	113
第二十四节	重症药物过敏常用医嘱	114
第二十五节	过敏性休克常用医嘱	115
第三章	常用辅助检查结果判读	118
第一节	血、尿、粪便常规	118
第二节	常用血生化检查	122
第三节	血气分析	124
第四节	脑脊液检查	126
第五节	浆膜腔积液检查	128
第六节	心电图	129
第七节	X线片	131
第八节	结核菌素试验	132
第九节	常用检验参考值	133
第四章	儿童保健	137
第一节	生长发育评估	137
第二节	新生儿分类	138
第三节	常见儿童发育中的生理现象	139
第四节	儿童营养及喂养	140
第五节	预防接种	141
第五章	常用的病例记录范文	142
第一节	体格检查	142
第二节	各种穿刺操作记录	145
第三节	病程与查房记录	147
第四节	知情同意书与病重(危)通知单	150

附录：临床常用的疾病诊断标准	152
一、病毒性心肌炎诊断标准	152
二、风湿热诊断标准	153
三、系统性红斑狼疮诊断标准	154
四、儿童哮喘诊断标准	155
五、营养不良与肥胖诊断标准	157
六、新生儿缺氧缺血性脑病诊断标准	159
七、感染性心内膜炎诊断标准	160
八、偏头痛诊断标准	161

第一章

常见疾病诊断思路

第一节 维生素D缺乏性佝偻病



诊断注意事项

一、维生素 D 缺乏性佝偻病的临床分期诊断及要点

1. 初期(早期) 主要表现为神经兴奋性增高的非特异性表现,如易激惹、烦闹、汗多等。体检可见枕秃,但无骨骼病变。血钙、磷和骨骼 X 线检查基本正常或轻微改变。

2. 活动期(激期) 除初期表现之外,出现典型骨骼、生化和 X 线改变。6 个月龄以内婴儿以颅骨改变为主,如颅骨软化、方颅等,6 个月至 1 岁可见肋骨串珠、手镯征、脚镯征。1 岁及以后小儿可见到“鸡胸”、肋膈沟、O 形腿或 X 形腿。血生化示血清钙、磷降低、碱性磷酸酶显著升高。X 线片示长骨钙化带消失、干骺端呈毛刷样或杯口状改变、骨质稀疏以及骨皮质变薄等典型改变。

3. 恢复期 经治疗后,临床症状和体征逐渐减轻或消失。血钙、磷水平逐渐恢复正常,碱性磷酸酶逐渐降至正常水平。X 线片示骨骼钙化带重新出现。

4. 后遗症期 多见于 2 岁以后的儿童,仅有残留的不同程度的骨骼畸形,无任何临床症状。血清钙、磷、碱性磷酸酶正常,X 线检查骨骼干骺端病变消失。

二、鉴别诊断

随着我国居民生活水平提高,典型和重症维生素 D 缺乏性佝偻病已经比较少见,临床常见的多为轻症或佝偻病早期的患儿。由于夜间烦哭、多汗而就诊的婴幼儿并不少见。诊断过程中首先要重视患儿是否有维生素 D 缺乏的高危因素,如早产儿、低出生体重儿、未及时添加维生素 D 和钙剂、冬季出生的患儿、长期腹泻病史等。体检除佝偻病体征外,应注意是否伴有营养不良、缺铁性贫血等其他体征。如果补充维生素 D 治疗效果欠佳时,应注意与以下疾病进行鉴别。

1. 与具有佝偻病样体征的其他疾病相鉴别。有一些疾病由于伴有骨骼发育的畸形,需要与佝偻病进行鉴别,如黏多糖病和软骨营养不良,均可以出现头围增大、头型异常、脊柱畸形等体征,依据特殊的体态、骨骼的 X 线变化以及其他伴随征候等,临床不难鉴别。

2. 与其他原因所致的佝偻病相鉴别

(1) 低血磷性抗维生素 D 佝偻病: 症状严重,发病较晚。

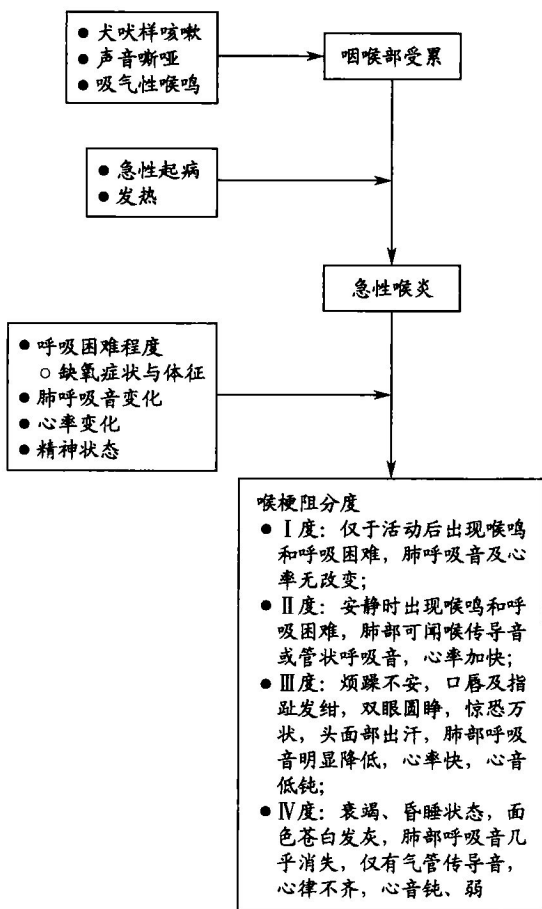
症状多于 1 岁以后出现, 在 2~3 岁后仍有活动性佝偻病表现。血生化检查示血钙正常, 血磷明显降低, 尿磷增加。一般治疗剂量维生素 D 治疗无效。

(2) 远端肾小管性酸中毒: 除佝偻病体征外, 患儿有代谢性酸中毒、碱性尿(尿 pH 不低于 6)。血生化检查除低血钙、低血磷之外, 血钾亦低, 并常有低血钾症状。

(3) 维生素 D 依赖性佝偻病: 为常染色体隐性遗传性疾病, 分两型: I 型为肾脏 1-羟化酶缺陷, 患儿血中 25-(OH)D 浓度正常, 且可伴有高氨基酸尿症。II 型为靶器官 1, 25-(OH)₂D 受体缺陷, 患儿血中 1, 25-(OH)₂D 浓度增高, 常伴随脱发。

(4) 肾性佝偻病与肝性佝偻病: 由于严重的肝、肾功能障碍, 影响维生素 D 的转化和功能发挥, 导致钙磷代谢紊乱, 出现佝偻病症状。血肝、肾功能检查可以辅助诊断。

第二节 急性喉炎



诊断注意事项

急性感染性喉炎是儿科常见的上呼吸道感染性疾病，也是儿科常见的危急重症。由于儿童喉腔狭窄，声门狭小，软骨柔软，黏膜柔嫩而富有血管及淋巴组织，故轻微炎症即可引起声音嘶哑和呼吸困难。由于病情往往发展急剧，因此，

要特别重视喉炎时呼吸困难程度的判断,并及时治疗,以防发展至严重喉梗阻、窒息而危及患儿生命。

一、喉梗阻的诊断与分度

根据典型症状和体征,喉炎的诊断并不困难。关键在于准确判断喉梗阻的程度,及时考虑是否有气管切开的指征。临床评估时应充分重视喉炎症状变化急剧、夜间症状加重、哭闹与烦躁常加重喉梗阻症状等特点,重视对患儿的一般状态的评估。对于病程早期喉梗阻症状的评估,应以“宁重勿轻”为原则,即使症状不太严重,亦应积极治疗,住院或留观随诊,并给予积极的干预措施。

评估的重点内容包括患儿的精神状态、缺氧症状和体征(如发绀、鼻扇、三凹征的有无)、呼吸音和心率及心音的变化。按照吸气性呼吸困难的严重程度,喉梗阻分为以下四度,具体如下表(表 1-1):

表 1-1 喉梗阻评估内容

评估内容	喉梗阻 Ⅰ度	喉梗阻 Ⅱ度	喉梗阻 Ⅲ度	喉梗阻 Ⅳ度
喉鸣及呼吸困难	活动后出现吸气性喉鸣及呼吸困难	安静时也出现吸气性喉鸣和呼吸困难	明显的吸气性喉鸣和呼吸困难,并且烦躁不安、发绀、惊恐、出汗	渐衰竭,呈昏睡状态,因无力呼吸三凹征可不明显,面色苍白发灰
肺部听诊	肺呼吸音清晰	可闻及喉传导音或管状呼吸音	呼吸音明显减低	呼吸音几乎消失,仅有气管传导音
心脏听诊	心率无改变	心率增快	心率增快,心音低钝	心率增快或减慢,心律不齐,心音极钝

二、与支气管异物所致气道梗阻的鉴别

1. 支气管异物多起病急骤,剧烈呛咳,可伴异物吸入史,急性喉炎的症状高峰多在起病后 3~4 天。

2. 支气管异物以咳嗽起病时体温一般正常,数日后继发感染时可出现发热。急性喉炎咳嗽的同时或之前就可以发

6. | 第一章 常见疾病诊断思路

热,但病毒性感染时也可以不伴发热。

3. 支气管异物时肺部体征常不对称,容易伴随肺不张或肺气肿。急性喉炎时双肺呼吸音多对称变化。

4. 胸部 X 线透视有助于二者鉴别。纤维支气管镜检查可确诊支气管异物。

三、与低钙性喉痉挛的鉴别

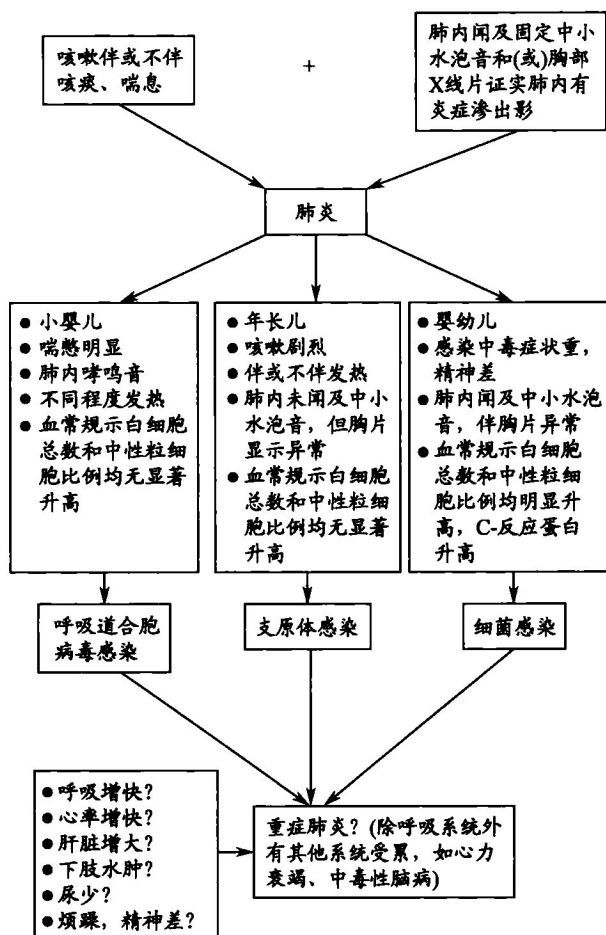
1. 低钙性喉痉挛多发生于 2 岁以内的婴幼儿。

2. 常有鱼肝油和钙剂摄入不足的病史,体检可能有佝偻病体征。

3. 血清钙、磷水平降低,碱性磷酸酶水平升高。

4. 腕部 X 线片可见活动性佝偻病征象。

第三节 肺炎



诊断注意事项

1. 根据临床症状和体征及胸部X线检查结果, 肺炎的诊断一般不难。需特别重视对病原学的分析。一般根据发病年龄、临床症状和体征、X线检查结果、血常规白细胞总数和中

性粒细胞比例、C-反应蛋白等进行初步病原学判断。痰培养结果和特殊辅助检查如血清病毒抗体和抗原检测等有助于进一步明确病原。其中,呼吸道合胞病毒是婴幼儿肺炎常见的病原,临床突出表现为喘憋症状,肺内喘鸣音突出。支原体是年长儿肺炎常见的病原,但近年来,支原体在婴幼儿感染的报道有增多趋势,应引起重视。临床特征为症状重而体征相对轻(早期虽然咳嗽剧烈但肺内中小水泡音不明显)。

2. 肺炎病情的判断。重症肺炎的诊断无统一标准。国内儿科界重症肺炎的标准主要是根据有无呼吸系统以外受累作为依据,如存在心力衰竭、中毒性脑病等为重症肺炎,但这种分类欠科学,因为重症肺炎可以仅合并低氧血症,而轻度肺炎也可以出现呕吐、腹泻症状。2006年中华医学会儿科学分会呼吸学组制定了我国儿童社区获得性肺炎管理指南(《中华儿科杂志》,2007年),拟定社区获得性肺炎严重度评估标准见表1-2:

表 1-2 不同年龄期小儿社区获得性肺炎病情严重度评估

年龄期	轻度社区获得性肺炎	重度社区获得性肺炎
婴幼儿	腋温 $< 38.5^{\circ}\text{C}$	腋温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
	呼吸频率增快,但 < 70 次/分	呼吸频率 ≥ 70 次/分、三凹征、鼻扇、发绀、间歇性呼吸暂停、呼吸呻吟
	正常进食	拒食
年长儿	腋温 $< 38.5^{\circ}\text{C}$	腋温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
	呼吸频率增快,但 < 50 次/分	呼吸频率 ≥ 50 次/分、鼻扇、发绀、呼吸呻吟
	无脱水征象	有脱水征象

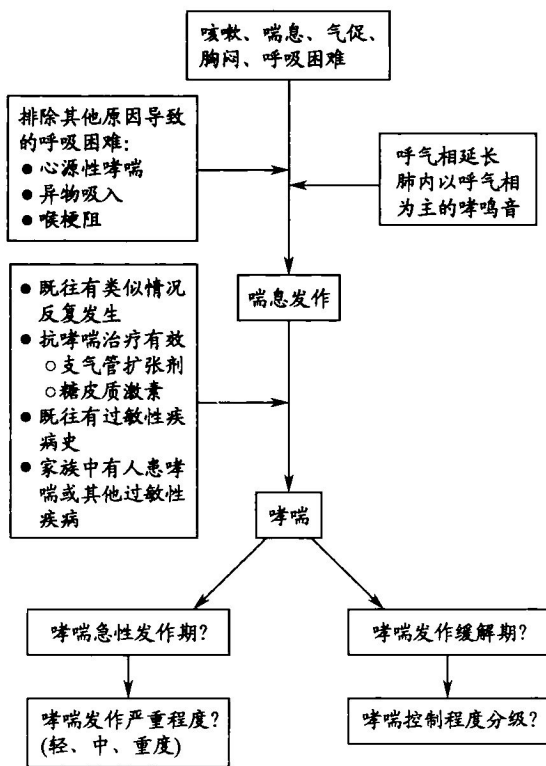
总体来讲,以下几种情况需注意考虑重症肺炎:肺炎合并严重通气或换气功能障碍,呼吸衰竭;肺炎合并其他系统严重受累,如心力衰竭、中毒性脑病、脓毒血症、感染性休克和多器官功能障碍;肺炎伴有其他基础疾病,如先天性心脏病、免疫功能缺陷、先天畸形或遗传代谢性疾病等。

3. 肺炎合并心力衰竭的诊断依据。①安静时心率增快,婴儿 > 180 次/分,幼儿 > 160 次/分,不能用发热或缺氧解释

者；②呼吸困难，青紫突然加重，安静时呼吸达 60 次 / 分以上；③肝大达肋下 3cm 以上，或在密切观察下短时间内较前增大，而不能以横膈下移等原因解释者；④心音明显低钝，或出现奔马律；⑤突然烦躁不安，面色苍白或发灰，而不能用原有疾病解释；⑥尿少、下肢浮肿，已除外营养不良、肾炎、维生素 B₁ 缺乏等原因所造成者。

4. 重症支原体肺炎。支原体肺炎是儿童常见的肺炎之一，支原体肺炎符合以下条件之一者需考虑重症支原体肺炎。①起病急、症状重、肺大叶实变、单用大环内酯类抗生素治疗反应不佳；②肺大叶实变伴中至大量胸腔积液；③影响呼吸功能或合并其他系统功能障碍（脑炎、心肌炎、心包炎、严重肝脏损害等）；④合并闭塞性支气管炎或者坏死性肺炎；⑤合并全身炎症反应综合征；⑥病程超过 6 周，肺部病变仍迁延不愈。

第四节 哮 喘



诊断注意事项

1. 儿童哮喘多由感染诱发，需要根据患儿的其他伴随症状包括发热、感染中毒症状等，结合辅助检查结果如血常规白细胞总数及中性粒细胞所占比例、C-反应蛋白等寻找感染的病原。

2. 喘息是儿童常见的临床症状，出现喘息并不意味着哮喘。5岁以下儿童喘息分为3种临床表型：①早期一过性喘息：多见于早产和父母吸烟者，喘息主要是由于环境因素导致肺的发育延迟所致，年龄的增长使肺的发育逐渐成熟，大