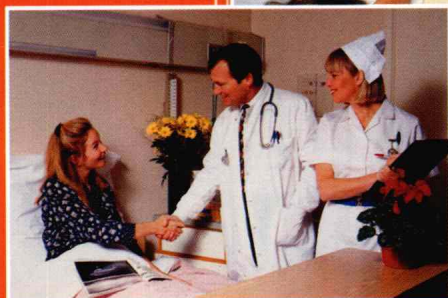
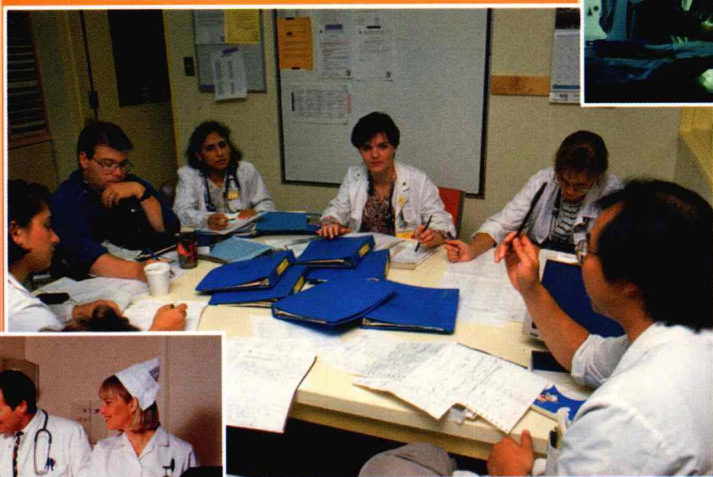


全国高等医药院校临床实习指南系列教材



儿科学临床实习指南

徐佩茹 主编



科学出版社

www.sciencep.com

全国高等医药院校临床实习指南系列教材
案例版™

儿科学临床实习指南

主 编 徐佩茹

副主编 多力坤·木扎帕尔 张卫平 阿依古丽·力提甫

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 莉 古丽巴哈·买买提

吐尔逊娜依·玉山 朱洪涛

多力坤·木扎帕尔 刘 玉

严 媚 杨奎兰 李明霞 何 萍

沙坎·阿克纳依 张卫平 张季红

张晓英 阿布来提·阿不都哈尔

阿依古丽·力提甫 陈红华 罗 琼

茹 凉 热娜·买买提 徐佩茹

郭艳芳 塔吉古丽·阿不扎热

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

医生的职责就是对患者进行临床诊治,在面对每一位患者时,如何规范医师的诊疗行为,是保证基本医疗质量的关键。正是为了规范儿科实习医师的诊疗技能,提高临床思维,培养高素质的人才队伍,将儿科医生们的诊疗决策行为及操作技术纳入标准化、科学化、规范化的管理轨道,使之在医疗实践活动中做到有章可循,有据可依,确保儿科临床实习医师最基本的医疗质量和安全,以期达到满足现实的医疗要求,新疆医科大学儿科学教研室的各级医生,弘扬医科大学敬业、严谨、仁爱、奉献的职业精神,集数十年临床实践经验,结合现代儿科学之精髓,列举近年来大量的典型病例,编写了《儿科学临床实习指南》。通过第一部分儿科临床实习——案例分析和第二部分儿科诊疗常规,使临床医师,尤其是实习医师在短期内掌握基本技能、基础理论和基本知识。编著者都是工作在儿科临床、教学第一线的学科带头人和骨干,博览相关文献,精心撰稿,几经修改,集体讨论定稿。

本书供儿科医师及实习医生参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

儿科学临床实习指南:案例版 / 徐佩茹主编. —北京:科学出版社,2008

全国高等医药院校临床实习指南系列教材

ISBN 978-7-03-022371-5

I. 儿… II. 徐… III. 儿科学-实习-医学院校-教学参考资料

IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 091961 号

策划编辑:李国红 / 责任编辑:周万灏 李国红 / 责任校对:朱光光

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008 年 6 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2008 年 6 月第一次印刷 印张:20 1/2

印数:1—5 000 字数:471 000

定价:34.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换<新蕾>)

前 言

医学是门实践性很强的学科,临床实习是医学教育中重要的实践阶段,是临床理论教学的一个延续,是理论联系实践的关键性培养阶段,是巩固知识、锻炼技能、开拓思维的重要过程。它要求医学生通过临床实习学习临床工作方法,熟练掌握临床基本技能,独立地进行常见病、多发病的诊治等。

为适应医学科技的飞速发展和培养医学专业人才的需要,我们组织经验丰富的临床各专业的专家教授,编写了这套临床实习指南。

本书引入案例的编写模式:首先根据病例的临床资料书写病历摘要;其次结合病例,提出与发病机制、诊断、鉴别诊断、治疗、预后、随访等有关的问题,以启发学生思维;然后根据问题,给出简明扼要的答案或提示;最后引出重点理论知识,旨在加强临床理论向临床实践的过渡,为学生走上工作岗位打下基础。书中附有大量思考题和复习题,以加深理解,掌握知识点;同时,本书还创造性地增加了本学科操作诊疗常规和常见病、多发病的诊治重点。

本书内容系统全面、简明扼要、重点突出、临床实用性和可操作性强,突出“三基”内容,知识点明确,学生好学,教师好教,可以使学生在尽可能短的时间内掌握所学课程的知识点。

本书以5年制医学本科生为基本点,以临床医学专业为重点对象,兼顾预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、护理等专业需求。

本书含有大量真实的临床案例,供高等院校医学生临床实习和见习时使用;同时,案例和案例分析紧跟目前国家执业医师资格考试和研究生入学考试案例分析的命题方向,可供参加这些考试的人员使用。

由于本书涉及专业较多,各领域科技进展迅速,受时间和水平的制约,难免存在缺点和错误,欢迎广大读者批评指正。

新疆医科大学第一临床医学院

2007年12月10日

目 录

第一部分 儿科临床实习——案例分析

第一章 营养及营养障碍性疾病	(2)
第一节 蛋白质-能量营养不良	(2)
第二节 维生素 D、维生素 A 缺乏及过多	(3)
第二章 新生儿及新生儿疾病	(10)
第一节 新生儿窒息	(10)
第二节 缺氧缺血性脑病	(13)
第三节 新生儿败血症	(14)
第四节 新生儿低钙血症	(17)
第五节 小于胎龄儿	(19)
第六节 新生儿肺透明膜病	(20)
第七节 新生儿肺炎	(23)
第八节 新生儿出血症	(25)
第九节 新生儿低血糖症	(28)
第十节 早产儿	(30)
第十一节 新生儿黄疸及溶血病	(33)
第十二节 正常足月儿	(35)
第十三节 复习	(37)
第三章 结缔组织疾病	(44)
第一节 过敏性紫癜	(44)
第二节 风湿热	(46)
第三节 幼年类风湿性关节炎	(48)
第四章 传染性疾病	(56)
第一节 水痘	(56)
第二节 麻疹	(59)
第三节 流行性脑脊髓膜炎	(61)
第四节 猩红热	(63)
第五节 流行性腮腺炎	(65)
第六节 中毒性细菌性痢疾	(67)
第七节 沙门菌属感染	(71)
第八节 小儿结核病	(72)
第五章 消化系统疾病	(82)
第一节 小儿腹泻	(82)

第二节	胃炎	(88)
第三节	消化性溃疡	(89)
第四节	胃食管反流	(91)
第五节	婴儿肝炎综合征	(93)
第六节	小儿急腹症	(95)
第六章	呼吸系统疾病	(101)
第一节	上呼吸道感染	(101)
第二节	小儿急性喉炎	(103)
第三节	喘息性支气管炎	(105)
第四节	小儿肺炎	(106)
第五节	支气管哮喘	(114)
第六节	化脓性胸膜炎	(118)
第七节	结核性胸膜炎	(120)
第八节	气胸、脓气胸	(121)
第七章	心血管系统疾病	(125)
第一节	先天性心脏病	(125)
第二节	心力衰竭	(128)
第三节	病毒性心肌炎	(132)
第四节	心内膜弹力纤维增生症	(134)
第五节	室性期前收缩	(137)
第八章	泌尿系统疾病	(144)
第一节	急性肾小球肾炎	(144)
第二节	肾病综合征	(146)
第三节	血尿	(150)
第四节	蛋白尿	(151)
第五节	IgA 肾病	(152)
第六节	泌尿系统感染	(154)
第九章	血液系统疾病	(160)
第一节	营养性巨幼红细胞性贫血	(160)
第二节	营养性缺铁性贫血	(162)
第三节	急性淋巴细胞白血病	(163)
第四节	特发性血小板减少性紫癜	(166)
第五节	传染性单核细胞增多症	(168)
第十章	神经系统疾病	(171)
第一节	病毒性脑炎	(171)
第二节	化脓性脑膜炎	(173)
第三节	吉兰-巴雷综合征	(176)
第四节	重症肌无力	(178)

第五节 进行性肌营养不良	(181)
第六节 癫痫	(182)
第十一章 内分泌、代谢、遗传、免疫缺陷病	(189)
第一节 生长激素缺乏症	(189)
第二节 中枢性尿崩症	(191)
第三节 性早熟	(192)
第四节 先天性甲状腺功能减低症	(194)
第五节 儿童糖尿病酮症酸中毒	(196)
第六节 唐氏综合征	(198)
第七节 苯丙酮尿症	(200)
第十二章 儿科急症	(207)
第十三章 儿科常见症状鉴别	(214)
第一节 头痛	(214)
第二节 水肿	(215)
第三节 腹部肿块	(217)
第四节 呕吐	(220)
第五节 惊厥	(223)
第六节 发绀	(225)
第七节 皮疹	(227)
第八节 长期发热	(229)
第九节 肝肿大	(230)
第十节 脾肿大	(232)
第十一节 黄疸	(234)

第二部分 儿科诊疗常规

第一章 儿科操作诊疗常规	(238)
第二章 儿科疾病诊疗常规	(246)
第一节 营养及营养障碍性疾病	(246)
第二节 新生儿及新生儿疾病	(248)
第三节 结缔组织疾病	(256)
第四节 传染性疾病	(258)
第五节 消化系统疾病	(268)
第六节 呼吸系统疾病	(278)
第七节 心血管系统疾病	(283)
第八节 泌尿系统疾病	(289)
第九节 血液系统疾病	(294)
第十节 神经系统疾病	(302)
第十一节 内分泌、代谢、遗传、免疫缺陷病	(312)

第一部分
儿科临床实习——
案例分析



第一章 营养及营养障碍性疾病

第一节 蛋白质-能量营养不良

案例 1-1

患儿,女,出生后9个月,主因生长缓慢体重不增2月就诊。患儿近3个月来反复腹泻,呈稀水样或蛋花汤样大便,每日10余次,病初有呕吐,治疗后好转,食欲欠佳,进食即泻,尿量多,明显消瘦。近2个月主要以米粉为主食,第1胎第1产,足月顺产,出生体重3.5kg,母乳喂养至4月,添加牛奶及米粉。体格检查:T 36.3℃,P 105次/分,R 30次/分,体重5.5kg,身长69cm。精神欠佳,消瘦,皮下脂肪少,无水肿,皮肤松弛无黄染,弹性差,全身浅表淋巴结不大,前囟1cm×1cm,稍凹陷,发稀少,干枯,心音有力,无杂音,两肺呼吸音清,腹软,腹壁皮下脂肪0.2cm,肝脏肋下2.0cm,质软,脾未及,肠鸣音亢进。辅助检查:血常规 WBC $5.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.45,淋巴细胞0.53,Hb 87g/L;粪常规黄色稀水便,余阴性;血生化 ALT 55U/L,AST 58U/L,GGT 87U/L,LDH 619U/L,HBDH 227U/L,TP 49g/L,ALB 29g/L,肾功能正常,血K⁺ 3.5mmol/L,Na⁺ 131mmol/L,Cl⁻ 96mmol/L,空腹血糖3.5mmol/L;甲肝、乙肝检测均阴性。

问题

- ◆初步诊断是什么?
- ◆诊断依据是什么?
- ◆治疗方案是什么?

参考答案和提示

蛋白质-能量营养不良(中度)

◆初步诊断 蛋白质-能量营养不良(中度)。

◆诊断依据

1. 生长迟缓,体重低下,较同龄儿平均体重低38.9%。
2. 明显消瘦,腹壁皮下脂肪0.2cm<0.4cm。
3. 有反复腹泻史,影响食物消化吸收。
4. 喂养史中,近2月主要以米粉为主食,有蛋白质能量摄入不足。
5. 伴其他系统功能紊乱,有肝功能损害、低蛋白血症、贫血等。

◆治疗方案 去除病因,调整饮食,改进喂养方法。①补充热量从40~60kcal/(kg·d)开始,逐渐增加至100~150kcal/(kg·d),蛋白质从1.5~2.0g/(kg·d)开始逐渐增加至3.0~4.5g/(kg·d),其中蛋白质、脂肪、糖类供能比例为12%~15%、20%~30%、55%~68%;②促进消化改善消化功能,可给与B族维生素、胃蛋白酶、肠道微生态制剂;③纠正脱水、低血糖、电解质紊乱;④其他:有感染及抗感染,可适当应用蛋白同化糖皮质激素。

临床思维:蛋白质-能量营养不良

蛋白质-能量营养不良是由于各种原因所致,能量和/或蛋白质缺乏的一种营养缺乏症,常伴有各种器官功能紊乱和其他营养素缺乏,主要见于3岁以下婴幼儿。

【病因】

可分为原发性和继发性。

【临床表现及体征】

为3型:①消瘦型多见于1岁以下婴儿,首先体重不增,继之体重下降,久之可出现身高不增,智力发育落后,皮下脂肪减少,皮下脂肪减少的顺序:腹部→躯干→四肢→面颊部。皮肤皱缩、松弛、干瘪似“老头”,全身肌张力低下,体温低于正常,心率缓慢,心音低钝,呼吸浅表等;②水肿型:又称恶性营养不良,多为蛋白质严重缺乏,可伴能量摄入不足,多见于单纯糖类喂养的1~3岁小儿,水肿部位先内脏再四肢皮肤、面部,体重下降不明显。体征:外形似“泥膏样”,可伴肝大,毛发稀疏,易脱落,舌乳头萎缩等;③消瘦水肿型:介于上述二者之间。蛋白质-能量营养不良常并发营养性贫血,微量营养素缺乏,如维生素A、B、C、D及微量元素铁、锌、镁、铜、磷等缺乏,易发生自发性低血糖及并发各种感染。

【实验室检查】

1. 血清清蛋白降低最为特征性改变,胰岛素样生长因子I是早期诊断的灵敏可靠指标。
2. 血清中各种酶活性均下降,血糖降低。

【诊断】

主要是依据年龄、喂养史、临床表现、体格检查及必要的实验室检查,对轻症和早期患者还需依靠精确饮食史、定期体格检查和营养评估及实验室指标来确诊。临床分型用体重低下、生长迟缓、消瘦3项,对于营养不良程度判断用轻度(低于体重15%~25%)、中度(低于体重25%~40%)、重度(低于体重>40%)。

【治疗原则】

祛除病因,调整饮食,营养支持和积极治疗并发症。营养支持时应从低能量开始,根据消化功能和食物耐受情况逐渐增加热量和营养物质供应量。治疗后期要补充维生素及矿物质,同时可应用酶类助消化剂和蛋白同化糖皮质激素制剂等,亦可用中药、推拿等,调理脾胃功能。

第二节 维生素D、维生素A缺乏及过多

案例1-2

患者,男,出生后9个月,主因睡眠欠佳,易惊,2个月余就诊。患儿近2个月来睡眠不宁,哭闹,易激惹,有惊跳、多汗,大小便正常,食欲正常。5个月后反复腹泻3次,每次5~7天,无黄疸病史及特殊服药史。足月顺产,出生体重3.2kg,母乳与牛奶混合喂养,5个月

后添加蛋黄和米粉等,现每天喂少量蔬菜汁果汁,5个月前间断服用维生素D制剂,户外活动少。母孕期无疾病史,无双下肢抽搐史。体格检查:T 36.8℃,P 116次/分,R 28次/分,体重8.5kg,身长72cm,头围43cm。神清,生长发育正常,体态匀称。皮肤不粗糙,前囟2.5cm×2.5cm,枕秃明显,方颅,无特殊面容,未出牙,胸廓无畸形,无郝氏沟,心肺检查无异常,腹部膨隆柔软,肝脏肋下1.5cm,脾未及,无手镯脚镯征。实验室检查:血常规示WBC $10.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.35,淋巴细胞0.63,Hb 128g/L;血生化:肝肾功正常,电解质钙1.97mmol/L,磷1.0mmol/L,Na⁺ 141mmol/L,Cl⁻ 105mmol/L,K⁺ 4.1mmol/L,ALP 890U/L,X线示:腕骨骨化中心1枚,尺桡骨远端呈毛刷样及杯口样改变,干骺端骨皮质疏松,临时钙化带消失,软骨间隙增宽。

问题

- ◆初步诊断是什么?
- ◆诊断依据是什么?
- ◆鉴别诊断是什么?
- ◆治疗原则是什么?
- ◆治疗方案是什么?

参考答案和提示

维生素D缺乏性佝偻病(激期)

◆初步诊断 维生素D缺乏性佝偻病(激期)。

◆诊断依据 7月龄,为好发年龄;临床有哭闹、易激惹、夜惊、多汗等症状;体检有前囟大、枕秃、未出牙;X线示:尺桡骨远端呈毛刷样及杯口样改变,干骺端骨皮质疏松,临时钙化带消失等表现,实验室检查:钙1.97mmol/L,磷1.0mmol/L,ALP 890U/L。

◆鉴别诊断 先天性甲状腺功能减低症;软骨发育不良;脑积水;低血磷性抗维生素D佝偻病;远端肾小管酸中毒;维生素D依赖性佝偻病;肾性佝偻病;Fanconi综合征。

◆治疗原则 采取综合措施,早诊断早预防,控制佝偻病的活动,防止骨骼畸形。提倡母乳喂养,及时添加辅食,多晒太阳,及时补充预防量维生素D 400~800IU/d。

◆治疗方案 维生素D 2000~6000U/d,共2~4周口服后改预防量400~800U/d,治疗量时不宜用鱼肝油,以防维生素D中毒;不能口服或有腹泻不易吸收,可给予维生素D 15万~20万U/月,深部肌肉注射,1~2月后改口服预防量;补充维生素D时应同时补钙200~500mg/d。

案例1-3

患者,女,出生后3.5个月,主因反复抽搐1周入院。第1胎第1产,足月顺产,出生体重3.5kg,生后母乳喂养,至今未添加辅食。近1周反复发作四肢抽动,两眼上翻,每次历时数秒钟至数10秒钟,1日数次,可自行缓解,发作后嬉戏如常,有时憋气,面色发紫。无发热,不吐,近1周大便稀,5~6次/日。否认有外伤史。未补充过鱼肝油及钙剂,很少晒太阳。体检:T 36.3℃,P 112次/分,R 28次/分,体重6.5kg,身长62cm,头围41cm。神清,精神反应好,生长发育正常。皮肤无皮疹、出血点,前囟2.0cm×2.0cm,平软,轻度枕秃,无颅骨软化,无特殊面容,面神经征阳性,颈软无抵抗,胸廓无畸形,心率112次/分,律齐有力,双肺呼吸音清晰,腹软,肝肋下1cm,脾未及,四肢肌张力正常,神经系统未查及阳性体征。

问题

- ◆初步诊断是什么?
- ◆进一步需做哪些检查?
- ◆鉴别诊断是什么?
- ◆治疗原则是什么?
- ◆治疗方案是什么?

参考答案和提示

维生素 D 缺乏性手足搐搦症

◆初步诊断 维生素 D 缺乏性手足搐搦症。

◆进一步检查 血、尿、便常规;钙磷四项;血糖;血镁;血电解质;左手腕骨平片;头颅平片及 CT。

◆鉴别诊断

1. 无热惊厥 低血糖症;低镁血症;婴儿痉挛症;原发性甲状旁腺功能减低症。
2. 颅内感染。
3. 急性喉炎。
4. 屏气发作。

◆治疗原则 紧急处理惊厥,维持生命体征平稳。控制惊厥,补钙及维生素 D 治疗。

◆治疗方案

1. 止惊 10% 水合氯醛 0.5 ~ 0.6ml/kg · 次加等量盐水保留灌肠、地西洋 0.1 ~ 0.3mg/(kg · 次)或鲁米那(苯巴比妥)5 ~ 8mg/(kg · 次),肌内注射。
2. 保持呼吸道通畅,吸氧。
3. 钙剂治疗 10% 葡萄糖酸钙 1 ~ 2ml/kg 加等量葡萄糖缓慢静脉注射,可重复使用,惊厥停止后改口服钙剂。
4. 对症治疗。
5. 控制症状后维生素 D 治疗 维生素 D 15 万 ~ 20 万 U/月,深部肌内注射,1 ~ 2 月后改口服预防量。注意先后顺序不能颠倒。

临床思维:营养性维生素 D 缺乏症及维生素 D 中毒

维生素 D 缺乏症指小儿体内维生素 D 不足引起钙磷代谢失常的一种慢性营养性疾病,其临床表现依赖于甲状旁腺功能,如甲状旁腺功能充足,则表现为以骨骼改变为主,特征是在生长的长骨干骺端或骨组织矿化不全或骨质软化症称维生素 D 缺乏性佝偻病;如甲状旁腺功能不足,则表现为血钙降低明显,出现手足搐搦症。该病多发生在 2 岁以下婴幼儿。维生素 D 属脂溶性维生素,在体内功能是:①促进小肠黏膜细胞合成钙结合蛋白,促进钙磷从肠道吸收,促使骨钙沉积;②增加肾小管对钙磷重吸收,特别是磷的重吸收,提高血钙磷浓度,有利于骨的矿化作用;③促进成骨细胞增殖和破骨细胞分化,直接影响钙、磷在骨的沉积和重吸收;④与甲状旁腺素、降钙素一起对维持体液和组织的钙、磷内环境起主要作用。

（一）维生素 D 缺乏性佝偻病

【病因】

维生素 D 缺乏性佝偻病最主要病因是日光照射不足,其次是摄入不足、生长过速、疾病因素及药物影响(尤其抗癫痫药和激素)。

【临床表现】

其临床表现为生长最快部位骨骼改变,肌肉松弛(低血磷所致)及神经兴奋性改变,重症者可伴有消化、心肺功能障碍,并影响动作和智能发育及免疫功能,临床上分初期、激期、恢复期、后遗症期,其中初期以非特异性神经兴奋性增高为主要表现,激期主要表现为骨骼改变和运动功能发育迟缓。实验室检查,血 $25(\text{OH})\text{D}_3$ 是早期诊断指标,其次可作钙、磷、碱性磷酸酶等生化检查及骨骼 X 线检查。

【鉴别诊断】

应注意与先天性甲状腺功能低下、软骨营养不良、家族性低血磷症、远端肾小管酸中毒、维生素 D 依赖性佝偻病、肾性佝偻病、Fanconi 综合征鉴别。

【治疗】

治疗上补充维生素 D 制剂, $50 \sim 150 \mu\text{g}/\text{d} \times (2 \sim 4)$ 周,之后改为预防量 $10 \mu\text{g}/\text{d}$,或突击治疗 $7500 \sim 15000 \mu\text{g}/\text{次}$,肌肉注射 2 ~ 3 月后改预防量口服,同时补充钙剂,对后遗症严重者可外科矫形。

（二）维生素 D 缺乏性手足搐搦症

【病因】

维生素 D 缺乏性手足搐搦症主要原因是维生素 D 不足时,血钙下降而甲状旁腺不能代偿增加,血钙不能恢复正常。

【临床表现】

当 $\text{Ca}^{2+} < 1.75 \sim 1.88 \text{mmol}/\text{l}$ 时出现神经肌肉兴奋性增高,出现症状,表现为无热惊厥、手足搐搦及喉痉挛;当血钙在 $1.75 \sim 1.88 \text{mmol}/\text{l}$ 时,可无惊厥表现,表现为隐性体征如面神经征、腓反射、陶瑟氏征,该病诊断容易,需与低血糖、低镁、婴儿痉挛症、原发性甲状旁腺功能减退症、神经系统感染、急性喉炎等鉴别。

【治疗】

治疗上应迅速止惊、吸氧,再静脉给药补充钙剂,惊厥停止、血钙正常后再补充维生素 D。

【预防】

针对营养性维生素 D 缺乏症的预防,应注意充足的日光照射和进食富含维生素 D 食物。对生长迅速的婴儿可预防量服用维生素 D 和钙剂,足月儿生后 2 周开始预防, $10 \mu\text{g}/\text{d}$ 至 2 岁;早产儿、低体重儿可予 $20 \mu\text{g}/\text{d}$,3 个月后改预防量,在夏日日光照射充足户外活动多

时可减量或暂停服。

【注意事项】

在补充维生素 D 时应注意防止维生素 D 中毒,维生素 D 中毒剂量个体差异很大,一般每日 500 ~ 1250 μg ,或 50 $\mu\text{g}/\text{kg}$,服数周或数日即可中毒,临床表现为早期厌食、恶心、烦躁、低热、继之呕吐、腹泻、顽固性便秘、体重下降,甚至出现惊厥、血压升高、头痛、尿频、夜尿及脱水酸中毒、肾小管坏死、慢性肾功能衰竭等,钙盐沉积于其他组织可引起一系列变化:呼吸道上皮细胞溃疡及钙化,心、脑、皮肤等钙化,产生严重不可逆损害,诊断主要依据病史、症状、辅助检查,以查血钙 $> 3\text{mmol}/\text{l}$,尿中出现蛋白、红细胞等,X 线示长骨干骺端钙化带增宽、骨皮质增厚、骨硬化、异位组织钙化等确诊。治疗上立即停药维生素 D,如血钙高限制钙盐摄入,并予呋塞米、泼尼松治疗,注意保持水电解质平衡。

临床思维:维生素 A 缺乏症及过多症

蛋白质-能量营养不良,最易合并维生素 A 缺乏症,维生素 A 在体内主要功能是:①构成视觉细胞内感光物质;②维持全身上皮细胞正常结构和功能;③促进生长和骨骼发育;④促进生育功能;⑤免疫调节剂。

【临床表现】

当维生素 A 缺乏时可出现:①眼部病变:暗适应延长→暗视力减退→夜盲症→泪少眼干→眼干燥症;体征:眼毕脱斑,角膜软化,溃疡穿孔等;②皮肤:皮肤干燥脱屑,角化增生似“鸡皮样改变”,毛发干枯,指甲脆薄易折断;③生长发育障碍;④亚临床状态:易反复感染,免疫功能下降。

【诊断】

该病诊断依据病史及眼部及皮肤表现,早期诊断可测血浆维生素 A 浓度,视黄醇结合蛋白及暗适应检查。

【治疗】

治疗上应祛除病因,治疗并存的营养缺乏症,给予富含维生素 A 及胡萝卜素食物,补充维生素 A 轻症患者 7500 ~ 15 000 $\mu\text{g}/\text{d}$,有眼症者维生素 A 7500 $\mu\text{g}/\text{d}$,肌肉注射 $\times 5$ 天改口服维生素 A 1500 $\mu\text{g}/\text{kg}$,直至痊愈,夜盲在 2 ~ 3 天恢复,干眼症状 3 ~ 5 天消失,皮肤需 2 ~ 3 月恢复。眼症者局部可滴消毒鱼肝油,有角膜溃疡者加滴 1% 阿托品扩瞳以防虹膜脱出粘连。

【注意事项】

治疗过程中应注意预防维生素 A 过量致中毒,其临床表现分急性和慢性,急性型婴幼儿一次摄取维生素 A 100 000 μg 即可发生,多在 1 天内出现,表现为恶心、呕吐、嗜睡、过度兴奋、头痛等颅内高压症状,体征:前囟隆起,皮肤红肿脱皮。停药数日症状好转。慢性型指连续摄入过量维生素 A 达数周或数月,表现食欲下降,体重减轻,皮肤干燥、瘙痒、脱屑,毛发干枯,烦躁,骨骼肌肉疼痛,伴局部肿胀、压痛、活动受限,但不红,也可有颅内高压、肝大、颅骨软化等,X 线可显示长骨皮质增生,骨膜增厚。治疗上立即停用维生素 A 及富含维生素 A 食物,大多 1 ~ 2 周症状好转,骨病变恢复需数月或数年。

复 习 题

一、单项选择题

1. 蛋白质-能量营养不良最早出现的症状是()
A. 体重不增
B. 体重下降
C. 精神萎靡
D. 肌肉松弛
E. 智力发育迟滞
2. 蛋白质-能量营养不良时,皮下脂肪消减的顺序是()
A. 四肢、躯干、腹部、臀部、面颊部
B. 腹部、躯干、臀部、四肢、面颊部
C. 腹部、躯干、四肢、面颊部、臀部
D. 躯干、四肢、腹部、躯干、面颊部
E. 面颊部、腹部、躯干、臀部、四肢
3. 引起婴儿维生素 D 缺乏性佝偻病的主要原因是()
A. 摄入不足
B. 生长过速
C. 日照不足
D. 疾病因素
E. 母孕期缺乏维生素 D
4. 蛋白质-能量营养不良时,最常见的维生素缺乏是()
A. 维生素 A
B. 维生素 B
C. 维生素 C
D. 维生素 D
E. 维生素 E
5. $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ 合成的部位是()
A. 皮肤
B. 骨骼
C. 肝脏
D. 肾脏
E. 肠道
6. 关于维生素 D 的生理功能,哪项不正确()
A. 促进小肠黏膜对钙磷的吸收
B. 促进肾近曲小管对钙磷的重吸收
C. 促进破骨细胞的形成
D. 抑制旧骨的吸收
E. 促进骨盐沉积于成骨细胞周围,利于新骨形成
7. 下列维生素 D 中活性最强的是()
A. 维生素 D_2
B. 维生素 D_3
C. $25(\text{OH})-\text{D}_3$
D. $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$
E. $24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$

二、填空题

1. 佝偻病激期的颅骨改变有_____和_____。

2. 维生素缺乏性佝偻病,临床表现一般以_____出现最早,继而出现_____改变,伴有肌肉松弛、生长迟滞、免疫力低下等。

三、问答题

试述婴幼儿营养不良的主要临床特征。

复习题参考答案

一、单项选择题

1. A 2. B 3. C 4. A 5. D 6. D 7. D

二、填空题

1. 乒乓颅 方盒样头
2. 神经系统症状 骨骼改变

三、问答题

答题要点:婴幼儿营养不良的主要临床特征是:体重明显减轻,皮下脂肪减少和皮下水肿,常伴有各器官系统的功能紊乱。急性发病者常伴有水、电解质紊乱,慢性者常有多种营养素缺乏。



第二章 新生儿及新生儿疾病

第一节 新生儿窒息

案例 2-1

患儿,女,日龄1天, G_1P_1 ,孕40周,患儿因胎心变慢,立即行剖宫产分娩,出生时羊水3度污染。Apgar评分:1分钟2分。皮肤颜色青紫,无肌张力,有心跳,立即气管插管,人工呼吸复苏,Apgar评分5分钟8分,皮肤转红,自主呼吸恢复,肌张力恢复,病情好转,稳定、拔管、因窒息转入新生儿科住院观察。体格查体: $T\ 36.5^{\circ}\text{C}$ $P\ 123\text{次/分}$ $R\ 50\text{次/分}$,体重3200g,精神反应好,皮肤红润,呼吸稍促,双肺呼吸音清,心率123次/分,律齐,心音有力,未闻及杂音,腹软,肝脾不大,双下肢无水肿,四肢肌张力正常,原始反射引出正常,吃奶好,吸吮有力,二便正常。

问题

- ◆最可能的诊断及诊断依据?
- ◆治疗原则是什么?

参考答案和提示

新生儿重度窒息

◆诊断 新生儿重度窒息。

◆诊断依据

1. 足月儿,有胎儿宫内窘迫,羊水3度污染。
2. Apgar评分:1分钟2分,5分钟8分。
3. 经过正规新法复苏效果良好,Apgar评分很快恢复正常,查体无任何系统受累的表现。

◆治疗原则

1. 做好复苏的人员和器械准备工作,必须是有经验的熟悉新法复苏的医务人员在分娩现场。
2. 新生儿出生后立即正确地评估新生儿并进行正确有效的复苏。
3. 要求复苏人员做到秒秒必争,在20秒内完成气管插管术,同时采取ABCDE方案。
4. 复苏后注意观察生命体征及多脏器功能损害的监护和治疗,维持内环境稳定,必要时营养支持治疗。

案例 2-2

患儿,男,生后2天, G_1P_1 ,孕39⁺₅周,自然分娩,有胎儿宫内窘迫,羊水3度污染。出生时Apgar评分:1分钟2分,5分钟3分,10分钟7分,20分钟9分。出生体重3500g。出生