

儿科临床系列丛书

ERKE JIBING MENJIZHEN SHOUCE

儿科疾病门急诊手册

主审 李成荣 主编 万力生 袁雄伟



广东省出版集团 广东科技出版社
(全国优秀出版社)

儿科临床系列丛书



儿科疾病 门急诊手册

主审

李成荣

主编

万力生 袁雄伟

副主编

罗宏英 徐伟英

编委

万力生 李德发 罗宏英 范红霞

徐伟英 段金海 袁雄伟 韩天娥

广东省出版集团

广东科技出版社

· 广 州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科疾病门急诊手册/万力生, 袁雄伟主编. —广州: 广东科技出版社, 2009. 1

儿科临床系列丛书

ISBN 978-7-5359-4807-6

I. 儿… II. ①万…②袁… III. ①小儿疾病—门诊—手册②小儿疾病—急诊—手册 IV. R72-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2008) 第129715号

责任编辑: 丁嘉凌

封面设计: 林少娟

责任校对: 陈杰锋 陈静

责任印制: LHZH

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路11号 邮码: 510075)

E-mail: gdkjzbb@21cn.com

http: //www.gdstp.com.cn

经 销: 广东新华发行集团股份有限公司

排 版: 广东科电有限公司

印 刷: 广东广彩印务有限公司

(广东省南海盐步镇河东管理区南井 邮码: 528247)

规 格: 850mm×1 168mm 1/32 印张12.5 字数280千

版 次: 2009年1月第1版

2009年1月第1次印刷

印 数: 1~4 000册

定 价: 26.00元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

◎序

儿科学是一门发展中的临床学科，是一门实践性很强的科学。要成为一名优秀的临床医师，除了具备坚实的理论基础，长期的临床实践经验积累是必不可少的。“儿科临床系列丛书”的编写正是以立足临床，着眼发展，注重实用为宗旨。

“儿科临床系列丛书”一套4册，分别为《儿科疾病门诊急诊手册》、《儿科疾病临床医嘱》、《儿科疾病液体疗法》、《儿科疑难病例现场剖析》。以大型参考书形式，系统、全面地讲述儿科疾病的诊疗知识。

该丛书主编为中国医科大学儿科临床学院（深圳市儿童医院）的专家，他们是改革开放后新一代的杰出代表，得到了前辈专家的精心培养，并且广泛学习了国外的先进技术，都有了20年以上的丰富临床实践经验。他们的经验记录与总结，无疑是宝贵的、可靠的、切合实际的、可推广的。“儿科临床系列丛书”，确实是一部能指导儿科临床实践，提高儿科临床水平的著作，可供儿科专业的临床医师、研究生及医学院校学生参考阅读。

中国医科大学儿科临床学院院长
深圳市儿童医院院长



2008.5

● 前言

门急诊是医院医疗服务的窗口，是医院医疗工作的第一线。患者就医能否得到医师的正确诊断和及时准确的治疗，对于患者的康复极其重要。在医师繁忙的日常医疗工作中，应用所掌握的医疗知识和临床经验，通过仔细问诊、认真查体和科学检验，使患者的疾病得到正确的诊断和处理，这是每一位门急诊医师所追求的目标。儿科门诊病人多，疾病变化快，临床医师必须利用门急诊的医疗资源，迅速、准确地做出诊断和鉴别诊断，及时处理，并规范地记录门急诊病史，避免和减少误诊、漏诊，从而提高门急诊的医疗质量。

本书每一疾病按门急诊诊断、门急诊处理的顺序逐条阐明，便于查阅和参考。门急诊诊断以疾病的主要症状展开，对于有助于诊断的既往病史以及家族史和有助于鉴别诊断的症状，亦在此条中述及；体检要点以疾病的主要体征展开，并尽可能注意全身可能伴随的阳性体征和有助于鉴别诊断的阴性体征；辅助检查尽可能选择在门急诊条件下可操作者，某些检查可在住院后进行，以使疾病的诊断过程完整；诊断要点中以诊断依据为主，逐条列举，并与相关的疾病进行鉴别诊断；根据门急诊病史书写规范要求，以要点的形式提醒临床医师注意完整记录门诊病历。门急诊处理，按一般治疗、病因治疗、对症治疗的顺序阐述。由于疾病临床表现多样复杂，疾病的进程不同，而处理方法和选药方案均不同，所列举的基本处方不可能囊括疾病处理的全部内容；而新兴的技术和方法不断出现，药物剂型、剂量的更新和改变、病人的年龄和个体差异均可能使临床处理有所改变，此点敬请临床医师参考时注意，切勿生搬硬套。

尽管编者反复核校，药物剂型、剂量和用法仍难免存在错误，读者如有发现请告知编者，并根据国家药典用药。

在本书编写过程中，得到了中国医科大学深圳儿童医院院长李成荣教授的极大关心和支持，并亲自主审，并在百忙之中为本书作序，对此我们全体编写人员表示衷心的感谢。

万力生 袁雄伟

2008.5

第一章 新生儿疾病	1
第一节 新生儿窒息	1
第二节 新生儿湿肺	5
第三节 新生儿肺透明膜病	7
第四节 新生儿肺炎	9
第五节 新生儿缺氧缺血性脑病	12
第六节 新生儿颅内出血	16
第七节 新生儿黄疸	18
第八节 新生儿硬肿症	21
第九节 新生儿破伤风	25
第十节 新生儿败血症	28
第二章 营养性疾病	34
第一节 蛋白质-能量营养不良	34
第二节 维生素A缺乏症	38
第三节 维生素D缺乏性佝偻病	40
第四节 婴儿手足搐搦症	42
第五节 锌缺乏症	45
第六节 单纯性肥胖症	47
第三章 消化系统疾病	50
第一节 疱疹性口炎	50
第二节 消化性溃疡	52
第三节 慢性胃炎	55
第四节 小儿厌食症	58
第五节 婴幼儿腹泻	59
第六节 急性出血性坏死性小肠炎	65
第七节 肠痉挛	68
第八节 肝脓肿	69

第九节	急性胰腺炎·····	72
第四章	呼吸系统疾病·····	75
第一节	急性上呼吸道感染·····	75
第二节	小儿急性喉炎·····	77
第三节	急性支气管炎·····	79
第四节	肺炎·····	81
第五节	支气管哮喘·····	89
第六节	支气管扩张·····	94
第七节	肺脓肿·····	97
第八节	化脓性胸膜炎·····	99
第五章	心血管系统疾病·····	104
第一节	原发性心肌病·····	104
第二节	病毒性心肌炎·····	111
第三节	感染性心内膜炎·····	115
第四节	急性心包炎·····	118
第五节	过早搏动·····	122
第六节	阵发性室上性心动过速·····	124
第七节	急性充血性心力衰竭·····	127
第六章	泌尿生殖系统疾病·····	133
第一节	泌尿系感染·····	133
第二节	急性肾小球肾炎·····	138
第三节	过敏性紫癜性肾炎·····	142
第四节	乙型肝炎相关性肾炎·····	145
第五节	狼疮性肾炎·····	148
第六节	慢性肾小球肾炎·····	153
第七节	肾病综合征·····	157
第八节	肾小管酸中毒·····	162
第七章	血液系统疾病·····	166
第一节	缺铁性贫血·····	166
第二节	营养性巨幼红细胞性贫血·····	170
第三节	再生障碍性贫血·····	172

第四节	葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	178
第五节	特发性血小板减少性紫癜	181
第六节	急性淋巴细胞性白血病	185
第八章	神经系统及肌肉疾病	195
第一节	病毒性脑炎	195
第二节	化脓性脑膜炎	200
第三节	结核性脑膜炎	204
第四节	流行性脑脊髓膜炎	210
第五节	流行性乙型脑炎	214
第六节	急性感染性多发性神经根炎	219
第七节	癫痫	222
第八节	先天性脑积水	227
第九节	进行性肌营养不良症	230
第十节	重症肌无力	233
第九章	内分泌及遗传性疾病	239
第一节	中枢性尿崩症	239
第二节	先天性甲状腺功能减低	242
第三节	甲状腺功能亢进	244
第四节	儿童糖尿病	248
第五节	先天性肾上腺皮质增生症	252
第六节	中枢性性早熟	255
第七节	肝豆状核变性	258
第十章	免疫缺陷病及胶原性疾病	262
第一节	过敏性紫癜	262
第二节	风湿热	264
第三节	幼年型类风湿性关节炎	271
第四节	系统性红斑狼疮	275
第五节	皮肤黏膜淋巴结综合征	278
第六节	皮肤炎	282
第十一章	病毒性传染病	287
第一节	流行性感冒	287

第二节	风疹·····	289
第三节	麻疹·····	290
第四节	水痘·····	294
第五节	流行性腮腺炎·····	295
第六节	传染性单核细胞增多症·····	297
第七节	病毒性肝炎·····	300
第八节	脊髓灰质炎·····	306
第九节	流行性出血热·····	309
第十二章	细菌性传染病·····	318
第一节	伤寒与副伤寒·····	318
第二节	细菌性痢疾·····	323
第三节	猩红热·····	329
第四节	白喉·····	333
第五节	百日咳·····	337
第六节	细菌性食物中毒·····	340
第十三章	寄生虫病·····	344
第一节	阿米巴病·····	344
第二节	疟疾·····	348
第三节	蛔虫病·····	353
第四节	蛲虫病·····	355
第五节	钩虫病·····	357
第六节	绦虫病·····	359
第七节	血吸虫病·····	362
第十四章	急症·····	366
第一节	高热惊厥·····	366
第二节	急性呼吸衰竭·····	369
第三节	急性肾功能衰竭·····	373
第四节	颅内压增高综合征·····	377
第五节	弥漫性血管内凝血·····	381
第六节	感染性休克·····	386

第一章 新生儿疾病



第一节 新生儿窒息

一、概述

新生儿窒息是指新生儿因缺氧发生宫内窘迫及娩出过程中引起呼吸、循环障碍，在娩出后1 min内，迟迟不出现自主呼吸，但心跳仍存在。窒息是新生儿最常见的病症，也是新生儿死亡及伤残的主要原因。近年来复苏方法虽有改进，但还不够普及。预防和操作规范化亟待加强。

二、门急诊诊断

1. 病史

引起新生儿窒息的母体因素有：①妊娠高血压综合征、先兆子痫、子痫、急性失血、严重贫血、心脏病、急性传染病、肺结核等使母亲血液含氧量减低而影响胎儿；②多胎、羊水过多使子宫过度

膨胀或胎盘早期剥离、前置胎盘、胎盘功能不足等影响胎盘间的血循环；③脐带绕颈、打结或脱垂使脐带血流中断、产程延长、产力异常、羊膜早破、头盆不称、各种手术产（如产钳、内回转术）处理不当以及应用麻醉、镇痛、催产药物不当等都可引起新生儿窒息。

此外，新生儿呼吸道阻塞、颅内出血、肺发育不成熟、严重的大脑神经系、心血管系统畸形和膈疝等也可导致出生后的新生儿窒息。

2. 症状与体征

宫内窒息首先出现胎动增加，胎心增快（ >160 次/分），肠蠕动增加，肛门括约肌松弛，排出胎粪等症状。羊水可能被胎粪污染为黄绿色。若缺氧继续，心率减慢（ <100 次/分），胎心减弱且不规则，最后消失。

产后窒息一般根据窒息轻重分青紫窒息（轻度）和苍白窒息（重度）（表1-1）。

表1-1 青紫窒息与苍白窒息的表现

体征	青紫窒息（轻度）	苍白窒息（重度）
皮肤	发绀	苍白
心跳	心音有力	初慢，后弱，不规则
呼吸	浅或间歇	几乎无或缺如
对刺激反应	有	无
肌张力	正常或增强	松弛或消失，肛门松弛

也可采用Apgar评分法来判断窒息的轻、重程度（表1-2）。Apgar评分8~10分为正常；4~7分为轻度窒息或青紫窒息；0~3分为重度窒息或苍白窒息。胎儿娩出后1 min内即评分，如不正常应继续作5 min评分或更长时间的评分。

表1-2 新生儿Apgar评分

体征	0分	1分	2分
皮肤颜色	全身青紫或苍白	躯干红, 四肢青紫	全身红
心率(次/分)	无	<100	≥100
刺激反应(用导管 插鼻孔、弹足底)	无反应	皱眉	皱眉, 咳嗽或 喷嚏、哭
肌张力	松弛	四肢稍屈曲	四肢能活动
呼吸情况	无	慢, 不规则	有力, 哭声响亮

注: Apgar系人名, 为了便于评分记忆, 可将A (appearance) 表示为皮肤颜色; P (pulse) 表示心率; G (grimace) 表示为刺激后的皱眉动作; A (activity) 表示肌张力; R (respiration) 表示呼吸情况。

产后窒息经过抢救, 多数新生儿呼吸很快好转, 哭声响亮, 皮肤转红, 四肢活动。少数严重者常呈休克状态, 皮肤苍白, 体温低下, 四肢发冷, 呼吸表浅而不规则, 哭声微弱, 呻吟、吸气性三凹征。深吸气时前胸隆起, 膈肌下移。听诊偶闻及粗大湿啰音或捻发音, 叩诊可有浊音, 心音有力, 心率增快, 可闻及轻度收缩期杂音。四肢松弛, 可有震颤样动作。

3. 辅助检查

(1) 实验室检查 血液气体分析可显示呼吸性酸中毒或代谢性酸中毒。当胎儿头皮血 $\text{pH} \leq 7.25$ 时提示胎儿有严重缺氧征, 需准备实施各种抢救措施。出生后应多次测 pH 、二氧化碳分压(PaCO_2)和氧分压(PaO_2), 作为应用碱性溶液和供氧的依据。根据病情需要还可选择性测血糖、血钠、血钾、血钙。

(2) X线检查 胸部X线可表现为边缘不清, 大小不等的斑状阴影, 有时可见部分或全部肺不张, 灶性肺气肿, 类似肺炎改变及胸腔可见积液等。

(3) 心电图检查 P-R间期延长, QRS波增宽, 波幅降低, T波升高, ST段下降。

4. 诊断标准

主要通过病史和临床表现作出诊断。近年来采取对胎儿胎心率

的监护及胎儿头皮毛细血管的pH测定（正常胎儿头皮血pH最低值为7.25，若pH<7.15说明胎儿窒息）来发现胎儿的窒息。

三、门急诊处理

1. 一般治疗

暖箱温度或室温应保持中性环境温度。加强呼吸道管理，及时清理口咽分泌物，6h后如不能喂养，应静脉补充葡萄糖溶液。

2. 病因治疗

（1）保持呼吸道通畅 胎头娩出后不应急于娩肩，应立即吸除口、咽、鼻内的黏液。如见胎粪，在胎儿娩出后，为防止新生儿过早开始呼吸，用双手环绕并紧箍患儿胸部，在喉镜直视声门下立即吸出或用长棉签卷出黏稠胎粪，如声门涌出黏液或胎粪，则应气管插管后负压吸引，尽可能将胎粪吸除干净，未吸净前切忌刺激使患儿啼哭或呼吸。

（2）建立呼吸 轻度窒息者先通过触觉刺激（如弹足底或摩擦患儿背部）来建立呼吸，但触觉刺激两次无效者应立即改用下述方法：①口对口人工呼吸；②气囊面罩复苏器加压给氧；③气管插管加压给氧。

（3）建立正常循环 经上述处理后心率仍<60~80次/分，立即行胸外心脏按压，部位为胸骨下1/3处（双乳头连线之下），方法有指按压法和拇指手掌按压法两种。每分钟按压120次，且应与给氧人工呼吸相配合，即每按3次心脏，进行1次人工呼吸，测6s心率，若达不到80次/分，说明心脏不足以维持基础循环的需要，需继续按压。

（4）药物治疗 极少数重度窒息患儿气管插管加压给氧和胸外心脏按压30s后无好转，才考虑加用药物治疗。对临产前有胎心音而出生时已无心跳者，则需在气管插管胸外心脏按压的同时立即用药。给药途径有3种，即：脐静脉、末梢静脉、气管内滴注。所用药物有：①肾上腺素，1:10 000浓度0.1~0.3 mL/kg静脉推注或再加用生理盐水1:1稀释后气管内滴入。用于经100%纯氧正压呼吸及胸外心脏按压，持续30s，心率仍<80次/分或无心跳者。②碳酸氢钠，一

定要在建立良好的呼吸通气前提下应用，窒息急救中，可用5%碳酸氢钠2~3 mL/kg，加5%糖水或注射用水等量稀释后，从脐静脉缓慢推注；窒息复苏后，以血气值计算用量。③扩容剂，当心率正常而脉搏弱，给氧后仍苍白，复苏效果不明显，考虑血容量不足或有急性失血依据时应使用扩容剂，可用全血、血浆、自身胎盘血、5%人体白蛋白或生理盐水等，用量为10 mL/kg。④多巴胺和多巴酚丁胺，用量（mg）为 $0.6 \times \text{体重（kg）} = \text{每10 mL溶液内加入两药各自的毫克数}$ ，有增强心脏收缩力和升高血压的作用，多巴胺半衰期短只有2~5 min，与多巴酚丁胺合用效果好。⑤纳洛酮，孕妇在分娩前4 h用过吗啡、哌替啶等药物严重抑制新生儿呼吸，可用0.1 mg/kg肌内注射或静脉给药，作用维持1~4 h，如无效可每5 min用药1次，可用数次。

3. 对症治疗

（1）若患儿在血气正常以后，出现低血容量表现时，可用全血或血浆每次10 mL/kg静脉滴注。

（2）有脑水肿和颅内压增高时，可用甘露醇和地塞米松治疗。

（3）当有低血糖、低血钙时应相应补充。

（4）出现肺炎、颅内出血、坏死性小肠结肠炎，应采取相应的治疗措施。

（5）对有反复呼吸暂停者可用氨茶碱，对重度窒息的呼吸衰竭儿宜及早使用呼吸机治疗。

（万力生）

第二节 新生儿湿肺

一、概述

新生儿湿肺又称新生儿暂时性呼吸困难或第Ⅱ型呼吸窘迫综合

征（RDS type II），是一种自限性疾病。出生后出现短暂性气促，与新生儿呼吸窘迫综合征及羊水吸入综合征稍相似，但多见于足月儿或足月剖宫产儿，其症状很快消失，预后良好。1966年Avery首次叙述此症。

二、门急诊诊断

1. 病史

常多见于剖宫产儿，因其肺泡液未被挤出；亦多见于吸入过多羊水的窒息儿。

2. 症状与体征

患儿大多为足月婴，多数在出生后6 h内即出现呼吸加速（ >60 次/分）。轻症较多，症状仅持续12~24 h。重症较少见，可拖延到2~5 d，表现为哭声低弱、青紫、轻度呻吟、鼻煽、吸气性三凹征、呼吸急速（可 >100 次/分）。肺部阳性体征不多，听诊可有呼吸音减低和粗湿啰音，患儿一般情况较好，能哭、亦能吮奶。

3. 辅助检查

PaO_2 略下降。 PaCO_2 上升及酸中毒均不常见。X线检查表现多样，可有：①肺泡积液征，肺野呈斑片状、面纱或云雾状或小结节状；②间质积液征，呈网状条纹影；③叶间胸膜和胸腔积液影；④肺气肿，第2 d以后连续摄片时这些异常所见迅速恢复正常。

三、门急诊处理

1. 一般治疗

保持呼吸道通畅，维持患儿于中性温度。

2. 病因治疗

尽量避免剖宫产，提倡经阴道分娩。

3. 对症治疗

（1）给氧 可面罩给氧或持续呼吸道正压给氧，必要时可上呼吸机给氧。

(2) 补液 不能吃奶时，每日静脉滴注10%葡萄糖液60~80 mL/kg。

(3) 纠正酸中毒 有酸中毒时，用5%碳酸氢钠2~3 mL/kg，稀释后静脉滴注或缓慢静脉推注。

(4) 镇静 烦躁时用苯巴比妥3~5 mg/kg。

(万力生)

第三节 新生儿肺透明膜病

一、概述

新生儿肺透明膜病(HMD)又称新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)，是指出生后不久即出现进行性呼吸困难、青紫、呼气性呻吟、吸气性三凹征和呼吸衰竭。主要见于早产儿，因肺表面活性物质不足导致进行性肺不张。其病理特征为肺泡壁至终末细支气管壁上附有嗜伊红透明膜。

二、门急诊诊断

1. 病史

多系早产、刮宫产儿，或有窒息史、孕母有糖尿病、妊娠高血压综合征等。生后6~12 h内出现进行性呼吸困难。

2. 症状与体征

患儿呆钝，面色灰白或青紫，四肢松弛。出现进行性呼吸困难、呼气性呻吟及吸气性三凹征。心率先快后慢，心音由强转弱，胸骨左缘可听到收缩期杂音。呼吸频率60~100次/分或更快，呼吸节律不规则，间有暂停，两肺呼吸音减低，早期肺部啰音常不明显，以后可听到细湿啰音，叩诊可出现浊音。肝脏可增大。

3. 辅助检查

(1) 胸片检查 早期两侧肺野透亮度普遍降低, 内有均匀分布的细小颗粒和网状阴影。小颗粒为肺不张, 网状阴影为充血的小血管, 支气管有充气征, 如若整叶肺不张, 则肺野呈毛玻璃样改变, 支气管充气征更明显, 好像秃树枝, 心边界不清。

(2) 实验室检查 血气分析显示pH下降, PaO_2 降低, PaCO_2 增高, 碳酸氢根减低。血钾增高。在分娩前抽取羊水或娩出后抽取气管分泌物检测磷脂和鞘磷脂的比值 $<2:1$; 或磷脂酰甘油阴性; 或饱和磷脂二棕榈卵磷脂 $<5\text{ mg/L}$, 有助诊断。早产儿在出生后立即进行胃液泡沫诊断试验(胃液1 mL加95%酒精1 mL, 震荡15 s, 静置15 min后沿管壁有一圈泡沫为阳性), 阳性者可排除肺透明膜病。

三、门急诊处理

1. 一般治疗

患儿应置于适宜温度的保暖箱内, 合适的湿度, 减少氧耗, 保持呼吸道通畅, 监测体温、心率、呼吸。

2. 病因治疗

肺表面活性物质替代治疗, 预防性治疗可在出生后30 min内应用, 已确定为肺透明膜病者应尽早应用肺表面活性物质, 天然肺表面活性物质第1次剂量 $120 \sim 200\text{ mg/kg}$, 第2次和第3次可减少到 $100 \sim 120\text{ mg/kg}$, 每次间隔 $8 \sim 12\text{ h}$, 每次用 $3 \sim 5\text{ mL}$ 生理盐水稀释滴入气管。

3. 对症治疗

(1) 纠正缺氧 轻症可用鼻塞、面罩或持续面罩给氧, 使 PaO_2 维持 $6.7 \sim 9.3\text{ kPa}$ ($50 \sim 70\text{ mmHg}$), 如吸氧浓度 $>80\%$, 而 $\text{PaO}_2 < 6.7\text{ kPa}$ (50 mmHg), 则应气管插管, 使用呼吸机。

(2) 纠正酸中毒和电解质紊乱 对混合性酸中毒先纠正呼吸性酸中毒; 对严重代谢性酸中毒可使用5%的碳酸氢钠溶液 $3 \sim 5\text{ mL/kg}$, 以5%~10%葡萄糖液稀释成等张液, 于30 min内经静脉滴入。

(3) 支持治疗 静脉补液 $40 \sim 80\text{ mL/(kg} \cdot \text{d)}$ 。热量应充足,