

儿科临床思维

第二版

易著文 王秀英 主编



科学出版社

www.sciencep.com

儿科临床思维

第2版

主编 王卫平 副主编 王 颖



人民卫生出版社
PEOPLE'S HEALTH PUBLISHERS

儿科临床思维

第二版

易著文 王秀英 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书旨在引导儿科医师在面对病人错综复杂的症状、体征时,合理选择检查方法,然后根据儿科疾病的发展变化规律,建立起多元思维分析体系和实际工作中程序化的操作系统,以便应对日常大量的接诊,及时做出正确、合理的诊断。全书分上、中、下三篇,分别为儿科临床思维程序、常见儿科疾病的临床思维和临床病例讨论。针对各类疾病的症状、体征、检查和疾病的临床思维过程,均在文后附有图表进行概括总结,同时还介绍了作者的经验体会供读者参考。

本书可供儿科临床医师、医学生及相关人员参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

儿科临床思维 / 易著文,王秀英主编. —2 版. —北京:科学出版社,2008
ISBN 978-7-03-021767-7

I. 儿… II. ①易…②王… III. 儿科学 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 058520 号

策划编辑:黄 敏 / 责任编辑:王 霞 / 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>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003 年 1 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2008 年 7 月第 二 版 印张:35

2008 年 7 月第三次印刷 字数:830 000

印数:4 501—6 500

定价:98.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈双青〉)

《儿科临床思维》(第二版)

编写人员

主 编 易著文 王秀英

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

曹 艳	陈淳媛	陈平洋	党西强	郭 青
何庆南	胡劲涛	黄丹琳	旷寿金	李介民
刘洁明	刘利群	刘喜红	刘晓艳	毛定安
万伍卿	王 成	王秀英	吴小川	谢宗德
许 毅	易著文	殷 萍		

第二版前言



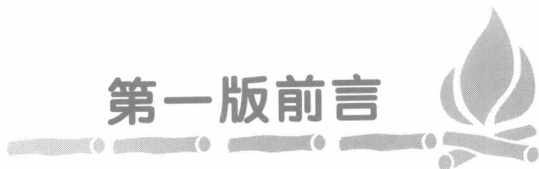
《儿科临床思维》第一版自2003年1月面世以来,已有五年之久。五年来,本书得到广大儿科临床医师的青睐,尤其是被广大儿科青年医师和研究生们所认可,对其儿科临床基本理论的学习和基本技能的训练,以及培养正确的临床思维分析方法,建立快速的思维程序,都起到了有益的指导作用。第一版虽经重印,仍未能满足广大读者的需求,而且,随着儿科临床医学的快速发展,本书第一版内容已显不足,部分知识已陈旧。应科学出版社的邀请和鼓励,现对原书内容进行修订。

本版对上一版的内容稍做调整和增补,尤其是对原书中的错误和陈旧之处进行了修正或重写,但要使知识的更新与时俱进,仍有力不从心的感觉。再版中的不足和遗漏之处,恳请广大儿科同仁一如既往地不吝斧正。有了广大读者的抚育和呵护,《儿科临床思维》这株临床医学的幼苗,必然会茁壮成长,成为临床培训儿科专科医师的有益读物。

易著文

2008年元旦

第一版前言



诊病和治病是临床医师的两项主要工作。正确的诊断是正确治疗病人的前提。作为一名临床医师,要想对一个病人的疾病做出正确的诊断,必须做到:①具有扎实宽厚的专业理论基础,包括基础医学知识和临床医学知识,并不断更新知识,掌握本专业领域的最新进展;②认真、仔细地询问和收集病人的病史资料,进行正确详尽的体格检查;③选择针对性强、特异性强的实验室检查和特殊检查;④注意临床经验的积累、循证医学的应用,查阅并收集最科学、最可靠的临床证据用于指导临床实践;⑤在临床中善于运用辩证法和逻辑性强的临床思维分析方法;⑥善于观察病人疾病的演变过程及追踪治疗效果,能及时修正诊断意见。综上所述,临床医师建立起一种科学、辩证而又富于逻辑推理的临床思维至关重要。笔者多年来一直想将自己在儿科临床中诊断的思维方法、技巧与经验系统地进行总结,以便与儿科学界的同道们交流探讨,但又感觉举步艰难,在科学出版社的支持下方下决心。经过努力,笔者和本院儿科的同仁将几十年来临床解疑和教学查房的思路和体会总结汇编于《儿科临床思维》。

本书分为三篇。上篇介绍了针对儿科临床常见症状、体征和实验室检查的临床思维程序,中篇为各系统疾病的临床思维,下篇为临床思维病例讨论。本书力图以一名儿科临床医师的身份,按照每日接诊病人时的工作程序和方法,对病人错综复杂的症状、体征及各种检查结果根据儿童疾病的变化规律建立起正确的临床思维分析方法和快速思维程序,及时对病人做出恰当的临床诊断,以利于治疗方案的制定,有效地实施于病人。因此,本书力图体现以下特色:①体现临床“诊病”的实际工作程序,即采集病史—体格检查—辅助检查—思维分析—产生诊断的程序化操作系统;②力图建立从症状、体征到实验室检查等的不同角度的多元思维分析体系,防止单一思维的局限性和盲目性;③将建立起的临床思维方法置入各系统疾病的临床诊断分析中去检验,举一反三,以求真谛。

参加编著本书的作者大多是我院儿科专业学术骨干,也有近年来成长起来的具有硕士、博士学位而又工作在临床一线的骨干医师,都具有一定的临床经验。各章节内容虽由个人执笔,但都经过全科医师反复讨论,书稿写成之后又经约一年的临床工作再次验证和修改。全书还经我科资深儿科专家周汉昭教授和余孝良教授审核,使质量得以保证。此外,何平老师为本书的整理和书稿软盘录制,黄丹琳、张建江硕士为本书索引的编制付出了辛勤的劳动,在此一并致以诚挚的谢意!

由于编写人员较多,加之平时临床工作繁忙,书中的疏误之处诚请同道们不吝斧正。

易著文

2002年夏于中南大学湘雅二医院

目 录

上篇 儿科临床思维程序

第一章 症状	(3)
第一节 发热	(3)
第二节 水肿	(10)
第三节 消瘦	(13)
第四节 生长障碍	(19)
第五节 肥胖	(27)
第六节 婴儿啼哭	(34)
第七节 慢性咳嗽	(38)
第八节 呼吸困难	(42)
第九节 咯血	(46)
第十节 胸痛	(48)
第十一节 厌食	(51)
第十二节 呕吐	(53)
第十三节 腹痛	(56)
第十四节 腹泻	(60)
第十五节 呕血	(66)
第十六节 便血	(69)
第十七节 心悸	(72)
第十八节 晕厥	(75)
第十九节 少尿	(77)
第二十节 多尿	(81)
第二十一节 血尿	(85)
第二十二节 白色尿	(88)
第二十三节 尿频	(92)
第二十四节 遗尿	(94)
第二十五节 贫血	(98)
第二十六节 出血倾向	(104)
第二十七节 头痛	(110)
第二十八节 惊厥	(115)

第二十九节 昏迷	(120)
第三十节 瘫痪	(123)
第三十一节 异食行为	(126)
第三十二节 多动	(128)
第三十三节 抽动障碍	(132)
第三十四节 学习困难	(136)
第三十五节 智力低下	(138)
第三十六节 性早熟	(143)
第三十七节 两性畸形	(147)
第二章 体征	(151)
第一节 皮疹	(151)
第二节 发绀	(154)
第三节 休克	(156)
第四节 高血压	(160)
第五节 淋巴结大	(163)
第六节 胸膜腔积液	(168)
第七节 心包积液	(171)
第八节 黄疸	(173)
第九节 肝脾大	(176)
第十节 腹水	(181)
第十一节 小儿腹部肿块	(184)
第十二节 特异面容	(188)
第十三节 四肢短小	(192)
第十四节 杵状指(趾)	(194)
第十五节 乳房过早增大	(196)
第十六节 库欣样面容	(198)
第十七节 毛发增多	(200)
第十八节 色素沉着	(203)
第三章 实验室检查	(210)
第一节 血液一般检查	(210)
第二节 血生化检查	(218)
第三节 酶学检查	(252)
第四节 动脉血气分析	(268)
第五节 脑脊液检查	(273)
第六节 羊水检查	(277)
第七节 尿检查	(278)

中篇 常见儿科疾病的临床思维

第四章 新生儿疾病	(285)
第一节 新生儿败血症	(285)

第二节	新生儿黄疸	(287)
第三节	新生儿呼吸困难	(290)
第四节	新生儿溶血病	(293)
第五节	新生儿寒冷损伤综合征	(295)
第六节	新生儿坏死性小肠结肠炎	(296)
第七节	新生儿缺氧缺血性脑病	(298)
第五章	呼吸系统疾病	(302)
第一节	肺炎	(302)
第二节	支气管哮喘	(305)
第三节	特发性肺含铁血黄素沉着症	(309)
第六章	循环系统疾病	(312)
第一节	先天性心脏病	(312)
第二节	病毒性心肌炎	(324)
第三节	感染性心内膜炎	(328)
第四节	扩张型心肌病	(333)
第五节	原发性肺动脉高压	(336)
第六节	心力衰竭	(339)
第七章	消化系统疾病	(343)
第一节	消化性溃疡	(343)
第二节	婴儿肝炎综合征	(346)
第三节	先天性巨结肠	(349)
第四节	蛋白丢失性胃肠病	(351)
第八章	泌尿系统疾病	(355)
第一节	急性肾炎综合征	(355)
第二节	肾病综合征	(359)
第三节	肾小管酸中毒	(362)
第四节	泌尿道感染	(366)
第五节	反流性肾病	(369)
第六节	溶血尿毒综合征	(374)
第七节	肾功能衰竭	(376)
第九章	血液系统疾病及肿瘤	(382)
第一节	营养性贫血	(382)
第二节	遗传性溶血性贫血	(387)
第三节	再生障碍性贫血	(393)
第四节	原发性血小板减少性紫癜	(399)
第五节	血友病	(402)
第六节	急性白血病	(405)
第七节	恶性组织细胞病	(409)

第八节 朗格汉斯细胞组织细胞增多症	(413)
第十章 遗传代谢与内分泌疾病	(418)
第一节 糖尿病	(418)
第二节 苯丙酮尿症	(420)
第三节 糖原累积病	(423)
第四节 肝豆状核变性	(427)
第五节 尿崩症	(430)
第六节 原发性生长激素缺乏症	(434)
第七节 先天性甲状腺功能减低症	(438)
第八节 甲状腺功能亢进症	(442)
第十一章 神经系统疾病	(445)
第一节 感染性脑膜炎	(445)
第二节 脑脓肿	(450)
第三节 瑞氏综合征	(452)
第四节 颅内肿瘤	(455)
第五节 急性弛缓性麻痹	(457)
第十二章 风湿性疾病	(464)
第一节 风湿热	(464)
第二节 幼年性特发性关节炎	(468)
第三节 红斑狼疮	(473)
第四节 过敏性紫癜	(476)
第五节 川崎病	(480)
第十三章 感染性疾病	(484)
第一节 小儿结核病	(484)
第二节 伤寒	(491)
第三节 传染性单核细胞增多症	(494)
第四节 麻疹	(497)
第五节 中毒性细菌性痢疾	(501)
第六节 脊髓灰质炎	(503)

下篇 临床病例讨论

病例一 发热、肝脾大、血细胞减少	(509)
病例二 发热、咳嗽、心力衰竭	(512)
病例三 发热、头痛、呕吐、意识障碍	(514)
病例四 长期发热、皮疹、骨髓衰竭	(518)
病例五 高热、腹痛、肝脾大	(520)
病例六 腹胀、多浆膜腔积液、昏迷	(522)
病例七 贫血、肝脾大	(526)

病例八 皮疹、肝脾大	(529)
病例九 腹痛、发热、贫血	(531)
病例十 抽搐、发热	(534)
病例十一 水肿、少尿、肝大	(536)
病例十二 干咳、声嘶、吸气性喉鸣	(539)
病例十三 颈部包块、纳差、盗汗	(541)
病例十四 间断抽搐 2 年	(544)

上篇 儿科临床思维程序

第一章 症 状

第一节 发 热

发热(fever)指病理性的体温升高,是人体对于致病因子的一种全身性反应。一般来说,口腔温度在 37.3°C 以上,直肠内温度在 37.6°C 以上,腋窝温度在 37°C 以上,且除外生理因素可认为在发热。一般采用 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 为低热, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 为中度发热, $39.1\sim 40.4^{\circ}\text{C}$ 为高热, 40.5°C 以上为超高热。

发热是儿科最常见的症状,而不是独立的疾病。小儿发热的病因复杂,一般短期发热多为常见的感染性疾病,但如发热超过2周以上称为长期发热,病因更复杂,有时又缺乏特异性症状,使诊断造成一定的困难。小儿发热的诊断需要收集详尽的病史、体征、实验室检查及特殊检查资料,并密切观察症状和体征的变化,根据不同的年龄、季节、居住地域、流行病史情况、既往史、发热特征、伴随症状和体征,甚至需要观察对特殊治疗的反应,才能最后做出诊断。

一、诊断步骤

(一) 采集病史

1. 应注意年龄、季节、居住地域、流行病史情况,特别注意收集早期、不典型的或隐匿发展的可能感染史、感染接触史、预防接种史、既往感染史等,注意询问抗生素使用情况。

2. 特别应注意发热的时间,有的病例在典型症状出现之前数周或数月就可开始发热;应了解发热的高低、缓急、发热的规律、热程等,初步判断热型。小儿时期的体温改变不如成人典型,特别是近年来患儿发病早期常使用抗生素和解热剂甚至糖皮质激素治疗,致使较多发热患儿的热型不典型。尽管如此,但掌握有关疾病的典型热型对诊断仍是有帮助的。

(1) 稽留热:体温持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,达数天或数周,24小时体温波动为 $<1^{\circ}\text{C}$,主要见于大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、白血病、腺病毒感染、流行性脑脊髓膜炎等。

(2) 弛张热:体温在 39°C 以上,但体温波动幅度大,24小时内体温差达 $\geq 2^{\circ}\text{C}$,体温最低时一般仍高于正常范围,此热型多见于粟粒性结核、败血症、感染性心内膜炎、风湿及类风湿热、渗出性胸膜炎、骨髓炎、肝脓肿、结缔组织病、朗格汉斯细胞组织细胞增生症等。

(3) 间歇热:高热期与无热期交替出现,体温波动幅度较大,高热体温突然上升达 39°C 以上,无热期(间歇期)持续1天至数天,反复发作。多见于间日疟、三日疟、恶性淋巴瘤等疾病。

(4) 双峰热:高热曲线在 24 小时之内有两次波动,形成双峰。可见于大肠杆菌败血症、铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)败血症、黑热病、恶性疟疾等。

(5) 双相热:第一次发热持续数天后,经一至数天解热期,然后又发热数天再次退热。多见于脊髓灰质炎、麻疹、病毒性肝炎、淋巴细胞性脉络膜丛脑膜炎等。

(6) 波浪热:体温在数天内逐渐上升,达到高峰后又逐渐下降至正常或低热阶段,间隔一段时间后体温又上升,如此反复多次呈波浪式。多见于布鲁菌病、恶性淋巴瘤、周期热、脂膜炎等。

(7) 不规则热:发热无一定规律、热型多变、持续时间不定,体温波动较大。多见于流行性感、支气管肺炎、结核病、类风湿疾病、感染性心内膜炎、渗出性胸膜炎、脓毒症、恶性疟疾等。

3. 注意询问发热伴随体征

(1) 发热伴皮疹:根据是否为出血性将皮疹分两大类。出血性皮疹,为不高出皮肤、压之不退色的瘀点、瘀斑;非出血性皮疹包括丘疹、斑疹、斑丘疹、荨麻疹、水疱疹、脓疱疹、小结节、结节、环形红斑、多形性红斑。

(2) 发热伴急性关节红肿热痛:发热伴有急性关节红、肿、热、痛常提示为急关节炎,可同时伴有关节腔积液。根据积液的性状,如为化脓性改变则可诊断为急性化脓性关节炎,如为浆液性改变,仅有发热伴关节症状,涂片及培养未获得病原菌,则可诊断为急性非化脓性关节炎。

1) 急性化脓性关节炎若伴有全身急性感染征象,血和(或)骨髓细菌培养阳性,且与关节液中细菌一致,则应考虑发热为败血症、脓毒败血症或菌血症所致,化脓性关节炎为上述全身疾病的一种表现。若不伴有全身急性感染征象,血和(或)骨髓细菌培养阴性,发热为急性化脓性关节炎的一个症状。

2) 急性非化脓性关节炎根据有无全身感染征象分为感染性变态反应性关节炎、非感染性变态反应性关节炎。前者多为化脓性细菌、结核性变态反应所致,后者常见于幼年类风湿关节炎、风湿热、药物热、血清病等。

4. 询问发热伴随系统症状 尤其应注意有无伴随系统症状,这些症状常提示病变部位和病变性质。

(1) 呼吸道症状:发热伴有咳嗽、咳痰、流涕、咽痛等症状应考虑上呼吸道感染,但应警惕许多呼吸道传染病及某些早期表现为上呼吸道感染的系统疾病;发热伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难甚至鼻扇时要考虑下呼吸道感染,包括各种气管炎、支气管炎,各种肺炎以及胸膜炎、胸膜腔积液、肺脓肿等。活动性肺结核常以咳嗽、潮热、盗汗、消瘦为主要症状。

(2) 消化道症状

1) 发热伴有明显腹痛者要根据腹痛的部位、性质、程度等考虑急性腹膜炎、胆囊炎、胰腺炎、阑尾炎、坏死性结肠炎等。

2) 发热伴有腹泻者,如有感染中毒症状多系感染性腹泻,要根据腹泻的次数、大便的性状、大便病原学检测做出相应肠内感染的诊断,如大肠杆菌肠炎、沙门菌肠炎、轮状病毒肠炎、柯萨奇病毒肠炎、细菌性痢疾、阿米巴痢疾、霍乱等;亦应警惕肠外感染引

起的发热和腹泻。非感染性发热伴腹泻者多见于局限性肠炎、坏死性肠炎、溃疡性结肠炎等。

3) 发热伴有不同程度的其他消化道症状,如恶心、呕吐、食欲不振、便秘或腹泻,但这些症状无特异性,当伴有消化道功能障碍时,除要考虑局部病变外,特别要警惕全身疾病在消化系统的反应,如慢性传染病免疫缺陷病和恶性肿瘤等。

(3) 循环系统症状:小儿心血管疾病的常见症状有呼吸困难、喂养困难、呼吸急促、发绀与水肿,伴有发热的心血管疾病多见于心内膜炎、心包炎、心肌炎等。

1) 发热期间出现器质性心瓣膜杂音,或基础心脏病原有的心杂音响度明显增强或音质改变,强烈提示心内膜炎的可能。

2) 发热伴有呼吸困难,并出现心包摩擦音与心包积液征,说明心包炎的存在。心包炎包括化脓性、风湿性、结核性及非特异性心包炎。化脓性心包炎往往高热而体温波动大,多伴有畏寒或寒战。而结核性、风湿性和非特异性者其发热往往不很高。

3) 中等度发热或微热时,当体温与心率的比率不相称(体温上升不高而心率明显增快或显著减慢),或出现各种类型心律失常,第一心音减弱,心脏普遍增大,出现奔马律,多提示心肌炎的诊断。

4) 发热期间出现周围循环衰竭或休克时,要警惕感染性休克。

(4) 血液系统症状:小儿血液系统疾病常见的症状为贫血、出血、溶血与肝、脾、淋巴结大。

1) 发热伴有贫血、出血及肝、脾、淋巴结大者,常提示有白血病、恶性组织细胞病的可能。

2) 发热伴有贫血、出血,而肝、脾、淋巴结不大,同时有白细胞和血小板减少者,常提示有再生障碍性贫血。

3) 发热伴有贫血、一组或多组淋巴结大者,提示恶性淋巴瘤的可能。

4) 发热伴有溶血症状,同时有急性肾衰和血小板减少者常提示急性溶血尿毒综合征。

(5) 泌尿系统症状:泌尿系统感染常是小儿发热的原因之一。

1) 发热伴脓尿多为尿道感染,可通过清洁尿细菌培养确诊。

2) 发热伴尿频、尿急、尿痛多为下尿道感染。

3) 发热伴血尿、腰腹痛者要考虑尿路结石并发感染的可能。

4) 发热伴剧烈腰痛、大量脓尿、排尿困难、少尿,又有不同程度蛋白尿、管型尿、血尿、氮质血症等肾衰表现时,要考虑肾乳头坏死;发热伴剧烈腰痛,无脓尿及尿路刺激征,伴有明显菌血症,应考虑肾皮质多发性脓肿可能,如出现脓尿及尿路刺激征,要考虑脓肿向肾盂破溃的可能。

(6) 神经系统症状

1) 发热伴头痛、频吐甚至惊厥、昏迷者,常提示中枢神经系统感染,如各种脑膜炎、脑炎、各种感染中毒性脑病、脑脓肿等,也见于颅内出血及脑瘤。

2) 发热伴有舞蹈症:结合其他表现要考虑风湿性舞蹈病、狼疮性脑病以及某些急性传染病如麻疹、伤寒、疟疾等的中枢神经系统损害。

3) 发热伴有共济失调:急性全身性病毒感染,如传染性单核细胞增多症、流行性腮腺炎、水痘、流感、风疹、Coxsack 病毒感染性心内膜炎或 ECHO 病毒感染均影响小脑,发生急