

儿科疾病 诊断治疗学

权 弋◎主编

吉林科学技术出版社

儿科疾病诊断治疗学

权 弋◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

儿科疾病诊断治疗学 / 权弋主编 . -- 长春 :
吉林科学技术出版社 , 2017. 4
ISBN 978-7-5578-2097-8

I . ①儿… II . ①权… III . ①小儿疾病—诊疗 IV .
① R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 077462 号

儿科疾病诊断治疗学

ERKE JIBING ZHENDUAN ZHILIAOXUE

主 编 权 弋
出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波 陆海燕
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 750千字
印 张 42
印 数 1—1000册
版 次 2017年4月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-2097-8
定 价 85.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

儿科学自 21 世纪以来在基础理论与临床实践方面迅猛发展,新药及新的诊疗技术层出不穷,对儿科疾病的防治发挥了积极的作用。应用先进的诊断技术和治疗方法对小儿疾病给以及时的、恰当的、正确的治疗,以促使小儿早日康复并健康地发育成长是广大儿科工作者的神圣职责。鉴于此,编者结合国内外临床循证及现行的儿科疾病治疗规范,对儿科临床各系统疾病进行了详细的描述,其内容包括概述(病因、发病机制等)、临床表现及诊断、鉴别诊断、治疗及预防等。

本书共分为十七章,在内容的编排上,首先介绍了儿科疾病的特点、治疗原则及一般治疗措施等,然后详细介绍了新生儿疾病和儿科各系统常见病病,包括呼吸系统、消化系统、循环系统、泌尿系统、神经系统、血液系统及内分泌系统。

本书在编写过程中参阅了大量权威医学书籍、期刊和专家论述,在此对原作者表示感谢。由于本书参编人员较多,文风很难一致,加之时间仓促,书中难免有疏漏和不妥之处,敬请各位专家同仁不吝指正。

《儿科疾病诊断治疗学》编委会

2017 年

目 录

第一章 概述	(1)
第一节 儿科病历和体格检查的特点	(1)
第二节 儿科疾病的特点	(7)
第三节 儿科疾病治疗原则及一般治疗措施	(9)
第四节 儿科常规诊疗技术	(14)
第五节 儿童保健及预防接种	(15)
第二章 儿科学基础	(19)
第一节 小儿年龄分期	(19)
第二节 小儿生长发育	(20)
第三节 儿科病史与体格检查	(32)
第四节 儿科疾病的治疗	(36)
第五节 小儿喂养与保健	(40)
第六节 小儿体液平衡特点和液体疗法	(47)
第三章 新生儿疾病	(58)
第一节 早产儿、足月小样儿生理特点及护理	(58)
第二节 新生儿黄疸	(60)
第三节 新生儿寒冷损伤综合征	(63)
第四节 新生儿缺血缺氧性脑病	(66)
第五节 新生儿颅内出血	(68)
第六节 新生儿出血症	(70)
第七节 新生儿肺透明膜病	(71)
第八节 新生儿窒息及心跳呼吸骤停	(73)
第九节 新生儿肺炎	(75)
第十节 新生儿化脓性脑膜炎	(77)
第十一节 新生儿败血症	(79)
第十二节 新生儿坏死性小肠炎	(81)
第十三节 新生儿巨细胞病毒感染	(82)
第十四节 新生儿破伤风	(84)
第十五节 新生儿皮下坏疽	(85)
第十六节 新生儿脐炎	(86)
第十七节 新生儿脐疝	(87)
第四章 呼吸系统疾病	(88)
第一节 小儿呼吸系统解剖生理特点	(88)
第二节 急性上呼吸道感染	(89)
第三节 急性感染性喉炎	(91)
第四节 急性支气管炎	(93)

第五节	肺炎	(94)
第六节	支气管扩张症	(100)
第七节	支气管哮喘	(102)
第八节	脓胸	(108)
第九节	气管及支气管异物	(109)
第五章	消化系统疾病	(112)
第一节	口炎	(112)
第二节	反流性食管炎	(113)
第三节	慢性胃炎	(115)
第四节	消化性溃疡	(117)
第五节	感染性腹泻	(121)
第六节	肝硬化	(124)
第七节	Reye 综合征	(129)
第八节	胆道感染	(130)
第九节	急性胰腺炎	(132)
第十节	急性出血性坏死性肠炎	(134)
第六章	循环系统疾病	(137)
第一节	概述	(137)
第二节	先天性心脏病	(141)
第三节	心律失常	(157)
第四节	心源性休克	(170)
第五节	心力衰竭	(173)
第六节	风湿性心脏病	(182)
第七节	感染性心内膜炎	(184)
第八节	心肌疾病	(187)
第九节	心包炎	(196)
第七章	泌尿系统疾病	(201)
第一节	急性肾小球肾炎	(201)
第二节	急进性肾小球肾炎	(205)
第三节	慢性肾小球肾炎	(209)
第四节	儿童慢性肾脏病	(217)
第五节	原发性肾病综合征	(220)
第六节	先天性肾病综合征	(232)
第七节	原发性 IgA 肾病	(234)
第八节	家族性 IgA 肾病	(238)
第九节	Alport 综合征	(239)
第十节	紫癜性肾炎	(241)
第十一节	狼疮性肾炎	(247)
第十二节	泌尿道感染	(256)

第十三节 急性肾衰竭	(260)
第八章 神经系统疾病	(265)
第一节 小儿抽动症综合征	(265)
第二节 面神经炎	(266)
第三节 急性感染性多发性神经根炎	(268)
第四节 神经系统其它感染性疾病	(269)
第五节 进行性脊髓性肌萎缩症	(276)
第六节 痉挛性截瘫	(277)
第七节 脑性瘫痪	(278)
第八节 脑病合并内脏脂肪变性	(279)
第九节 小儿急性偏瘫	(280)
第十节 小儿头痛	(281)
第九章 血液系统疾病	(284)
第一节 营养性缺铁性贫血	(284)
第二节 营养性巨幼红细胞性贫血	(291)
第三节 溶血性贫血	(294)
第四节 原发性血小板减少性紫癜	(296)
第五节 急性白血病	(300)
第十章 内分泌系统疾病	(306)
第一节 性早熟	(306)
第二节 中枢性尿崩症	(307)
第三节 儿童糖尿病	(308)
第四节 甲状腺功能亢进症	(312)
第五节 先天性甲状腺功能减低症	(315)
第十一章 中毒与意外事故	(320)
第一节 中毒的诊断及处理原则	(320)
第二节 食物中毒	(324)
第三节 有毒动物中毒	(328)
第四节 金属中毒	(329)
第五节 意外事故	(332)
第六节 常用药物中毒	(336)
第七节 农药中毒	(341)
第十二章 感染性疾病	(349)
第一节 中毒型细菌性痢疾	(349)
第二节 麻疹	(351)
第三节 获得性免疫缺陷综合征	(356)
第十三章 免疫性疾病	(362)
第一节 概述	(362)
第二节 原发性免疫缺陷病	(370)

第三节	风湿热	(372)
第四节	幼年类风湿关节炎	(376)
第五节	过敏性紫癜	(380)
第六节	皮肤黏膜淋巴结综合征	(383)
第七节	计划免疫	(388)
第十四章	小儿常见传染性疾病	(395)
第一节	水痘	(395)
第二节	风疹	(397)
第三节	麻疹	(399)
第四节	猩红热	(402)
第五节	流行性腮腺炎	(404)
第六节	中毒型细菌性痢疾	(407)
第七节	小儿结核病	(409)
第十五章	小儿常见急症	(415)
第一节	心跳呼吸骤停	(415)
第二节	充血性心力衰竭	(418)
第三节	急性呼吸衰竭	(423)
第四节	感染性休克	(428)
第五节	急性中毒	(432)
第十六章	儿科常用诊疗操作技术	(439)
第一节	小儿头皮静脉穿刺术	(439)
第二节	气管插管术	(441)
第三节	胸腔穿刺术	(443)
第四节	腹腔穿刺术	(445)
第五节	腰椎穿刺	(446)
第六节	骨髓穿刺术	(447)
第七节	洗胃术	(448)
第十七章	儿科病康复	(450)
第一节	百日咳	(450)
第二节	小儿腹泻	(452)
第三节	疳证	(455)
第四节	遗尿症	(458)
第五节	癫痫	(461)
第六节	智能迟缓	(464)
第七节	小儿麻痹综合征	(468)
参考文献		(471)

第一章 概述

第一节 儿科病历和体格检查的特点

在疾病的临床诊疗过程中,病史采集和体格检查(简称体检)是医生最为重要的基本功。对于儿科病人而言,其病史采集和体检无论是在内容、方法以及技巧方面,还是在所得信息的判断方面都与成人有所不同,有其自身特点,掌握这些特点是正确诊疗儿科疾病的基础。

一、儿科病史采集的特点

病史采集是医师与患儿及家长直接交流的过程,体现医务人员的工作态度和医疗水平,须以高度的责任感和实事求是的态度对待。

(一) 询问方法

小儿常不能自述或准确表达病史,多由家长或保育人员代述。他们所提供的资料可靠与否,与代述者的文化程度、观察能力和对孩子的关注程度等有关,对此应予以注意并在记录中说明。问病史前应简单介绍自己的姓名和询问目的,询问过程中应态度和蔼,语言温和,建立彼此的信任感,充分体谅家长因子女患病而引起的焦急心情,给予必要的安慰。一般先让家长按时间顺序详细叙述病情经过,耐心听取并记录,尽量不打断,然后根据需要以提问的方式给予必要的提示和引导,重要的信息应反复确认,但切忌以暗示的语气对家长进行不正确的引导或以责问的语气使家长不愿说出实情,而导致错误的结论。在询问时应尽量用通俗易懂的语言,少用医学术语。表达清楚的患儿如能陈述病情,可让他直接补充有关病情的细节,但应注意其记忆及表达的准确性(尤其是在时间和症状性质上不易表达确切);同时也要注意有些患儿因惧怕打针、住院等不肯实说病情,有些患儿因不愿上学、去幼儿园而谎说症状(如腹痛、头痛等),刚会说话的小儿往往把不痛说成痛,对这些均须综合分析判断。

另外,对于病情危急的患儿应先重点询问现病史,最好边体检边询问,以便及时进行抢救。待病情稳定后再详细询问全面病史,切不可为了完成病历而延误治疗。

(二) 询问内容

1. 一般情况

包括姓名、性别、年龄、出生日期、民族、入院日期、病史陈述者及其可靠性、家长姓名及职业、年龄、住址(包括电话号码)等项。对于年龄一项:新生儿期要求精确到天数,甚至小时、分钟数;婴儿要求精确到月数;一岁及一岁以上儿童写明几岁几个月。了解患儿的确切年龄对评估其生长发育是否正常,计算饮食量、用药量、输液量以及对疾病的诊断都有重要意义。

2. 主诉

即患儿来院就诊的主要原因(症状)及其经过时间,例如“发热5天”、“生后呼吸困难1小时”等,具体要求同内科。

3. 现病史

是病历的主要部分。应确切描述各症状的发生、发展、轻重程度、伴随症状,以及所行辅助检查、治疗及疗效等,对于主要的阴性症状也应进行描述。最后应记录起病后全身状况的

改变,如精神、食欲、睡眠及二便情况。此外,儿科医师还应注意以下特点:

(1)有些疾病状态较难发现,起病时间往往不易说准确,尤其起病隐匿、进展缓慢、症状不明显者,如低热、苍白、黄疸、轻微疼痛、心律不齐、腹内肿物等。故家长陈述的起病时间可能和实际情况有出入,医师需注意仔细分析。

(2)婴幼儿不会诉说症状,医师须询问患儿家长有无相应的间接反映患儿症状的特殊表现。例如要了解小婴儿有无活动耐力下降,可问“有无吃奶时间较长,吸吮后出汗”;要了解有无剧烈腹痛,可问“有无喜俯卧位、阵发性屈腿、哭闹、打滚”等表现。

(3)小儿一个系统的疾病常有多个系统的症状,问病史时要分清主次,除问清主要症状的特点、发展变化外,还要全面询问伴随症状。一般根据主诉先问清一个系统的症状,再问其他有关系统的症状。例如呼吸道感染,常先后出现发热、流涕、咽痛、咳嗽、呼吸困难等呼吸系统症状,还常伴有呕吐、腹泻等消化系统症状,重症病例还可出现昏迷、惊厥等神经系统症状。因此,询问内容既要有重点,又要全面。

(4)小儿各系统疾病都能影响全身情况(食欲、睡眠、大小便、精神状况、体力活动等),而全身情况的改变常能反映病情轻重。因此,对任何疾病都应详细询问并记录这些内容。

(5)小儿常同时患有多种疾病,且互相影响,应同时治疗或按一定顺序处理。例如患感染性疾病(如肺炎)的婴幼儿,特别是病情迁延或反复发生者,常同时伴有营养缺乏症(如佝偻病、营养不良、营养性贫血等),而这些慢性疾病常被家长忽视,因此在问病史的过程中应注意观察患儿并询问相关情况。

(6)与主要疾病有密切关系的一些状况和疾病对诊断和预后可有提示意义,应注意询问。例如对于血小板减少性紫癜患儿,问出发病前1~3周有前驱病毒性感染史,则有助于诊断。又如对癫痫患儿,问出过去有颅脑损伤、脑炎或脑膜炎等病史,则有助于病因诊断和预后估计。

(7)小儿时期易患各种急性传染病,其早期表现往往非特异。应问清近期内有无传染病接触史,以助于及时诊断处于潜伏期和发病早期的急性传染病患儿,并早期做好隔离,避免传染他人。

4. 个人史

主要包括出生史、喂养史、生长发育史及预防接种史等。可依据患儿年龄及所患疾病各有侧重。

(1)出生史:新生儿或小婴儿应重点询问。包括胎次、产次、是否足月(新生儿应询问胎龄)、是否顺产、初生体重、生后情况(如有无窒息、青紫,Apgar评分,是否进行复苏)等。这些内容在新生儿可记录在现病史中。必要时应详细询问母亲妊娠、分娩时的情况。

(2)喂养史:婴幼儿或有营养缺乏症及消化功能紊乱者,应详细询问。包括生后开奶时间、喂奶的种类和方法,何时添加何种辅食,何时断奶及断奶后食物种类。年长儿则应注意询问有无偏食、食量异常及特殊饮食习惯等。

(3)生长发育史:早产儿、智力或运动发育落后、先天性心脏病患儿应重点询问。主要询问体格及精神神经发育的几项重要指标,如体重、身高(高)增长情况、开始出牙的月龄,以及何时开始会抬头、独坐、独走、说话等。对学龄儿童还应了解其学习情况及与同学相处情况。

(4)预防接种史:包括何时接种过何种疫苗及接种次数、接种效果。视患儿年龄大小按时按序逐项询问。

5. 既往史应重点询问以下内容:

(1) 出生后到就诊时所患疾病史、外科手术史等:应询问发病时间及当时诊断、治疗(尤其注意有无输血史、特殊用药史)和病情转归。注意与现患疾病相同或类似的疾病史,如现病为发作性疾病(包括支气管哮喘、晕厥、抽搐等),应询问过去有无类似发作史;现病有高热、惊厥症状,应询问过去有无热性惊厥史等。

(2) 急性传染病史:应问清何时患过何种传染病,并依序记录患病经过和并发症。有些传染病患病后可获长期免疫,有助于对现病的诊断。例如过去曾患过麻疹,现虽有发热、出疹等症状,一般不必再考虑麻疹的诊断。

(3) 药物过敏史:问清何时对何种药物过敏及具体表现,以便决定药物的选择,避免再次发生。

6. 家族史

询问父母及其他家庭成员的年龄及健康状况,有无家族性或遗传性疾病及传染病病史,尤其注意有无与患儿相同的疾病或相似的临床表现。如有成员已死亡,应记录当时年龄及死亡原因。

7. 其他

包括父母的职业、家庭经济状况、居住环境和条件、就读学校(或幼儿园)的环境。

二、小儿体格检查的特点

(一) 注意事项

1. 查体环境

检查室应比较安静,光线充足,布置温馨;室温要适宜,冬天注意保暖,以尽量暴露检查部位;检查工具应准备齐全,使查体过程流畅。

2. 尽量取得患儿合作

根据患儿年龄特点采取不同的交流方式,与患儿建立良好关系,使患儿在检查中保持安静。对新生儿及小婴儿以安抚为主,悦耳的声音可吸引患儿的注意;对幼儿及学龄前儿童应先与其交谈,态度和蔼,必要时用玩具、听诊器等哄逗,以解除其恐惧心理及紧张情绪,查体过程中应不断以“真乖、真听话”等话语表扬、鼓励患儿,使之勇于接受检查;对年长儿则可直接交流、说明检查目的,获得患儿的信任。

3. 检查时的体位

不用统一要求卧位,根据患儿年龄可有不同。婴幼儿可让家长抱着检查,有些婴幼儿在看不见医生时尚安静,可让家长直抱小儿伏在肩上,医生从其背后进行检查。

4. 应注意隔离保护

检查前应洗手,早产儿、小婴儿及免疫低下的患儿容易感染,应注意戴口罩。手和用具要温暖,手法要轻柔,动作要迅速。尽量仅暴露正在检查的部位,且不宜过久,以免患儿着凉。对婴幼儿须于离开小儿前拉好床栏,以防小儿坠地;检查用具(如压舌板、叩诊锤等)应及时拿走,以免小儿误伤自己,保证患儿的安全。

5. 检查顺序

不必强求一致,应视患儿配合程度、病情而灵活掌握。原则上是将容易受哭闹影响的项目趁小儿安静时最先检查,如数呼吸、脉搏、心脏听诊、腹部触诊等。而皮肤、淋巴结、骨骼等

项无论哭闹与否随时均能检查。对小儿刺激较大的项目如咽部、眼部检查,生理及病理反射应留在最后。对病情危重、需紧急抢救的患儿应先重点检查生命体征或抢救所需项目,待病情稳定后再作全面体格检查。

(二)各项检查方法

1. 一般外表

见到患儿即应开始观察,尤其是当小儿尚未注意时(如与家长谈话或洗手时)观察所见更为可靠。望诊内容包括发育营养状况、精神状态(易激惹、烦躁、清醒、安静、嗜睡、昏迷等)、体位、步态、面部表情、反应情况、哭声强弱等。根据这些可大致判断小儿精神神志、病情轻重等,对诊断很有帮助。

2. 一般测量

包括体重、身长、头围、胸围、腹围等项,可根据年龄、病情选测必要项目。此外,测量还包括体温、呼吸、脉搏和血压四项基本生命体征。

(1)体温:方法有:①口表:较可靠,但仅用于可配合的较大儿童。②腋表:试法简单,易为小儿接受,不易交叉感染,最为常用。试表时间不应少于5分钟,较胖婴儿也可于腹股沟处试表。③肛表:较准确,放置5分钟可取出读数,但对小儿有一定刺激,并需注意清洁、消毒问题。

正常小儿的体温,腋表约为36~37℃,较口温约低0.2~0.4℃,肛表36.5~37.5℃。体温差别除与试表方法有关外,还与小儿年龄、活动量、穿衣多少及外界温度等有关。年龄愈小,体温相对偏高,且越易受外界温度影响。一天中的体温波动在年龄较大者较为明显,1个月时约0.25℃,6个月时约0.5℃,3岁后约为1℃。

(2)呼吸、脉搏:较易受患儿情绪的影响,应在小儿安静时进行。小儿年龄愈小,呼吸、脉搏愈快。不同年龄小儿正常值见表1-1-1。检查时,除注意呼吸、脉搏的频率外,还应记录呼吸类型、深浅和节律以及脉搏节律、血管充盈度和紧张度。

表 1-1-1 各年龄小儿呼吸、脉搏(次/分钟)

年龄	呼吸	脉搏	呼吸:脉搏
新生儿	40~45	120~140	1:3
<1岁	30~40	110~130	1:3~4
1岁~	25~30	100~120	1:3~4
4岁~	20~25	80~100	1:4
8~14岁	18~20	70~90	1:4

(3)血压:首先应选择合适的水压计袖带,宽度以上臂长度的2/3为宜。袖带过宽时测得值较实际低,过窄时则较实际高。小儿血压随年龄增长而升高,不同年龄小儿血压正常值可用下列公式大致推算:

收缩压(mmHg) = 80 + (年龄 × 2)

舒张压 = 收缩压 × 2/3

(注:血压的法定单位以kPa值表示。mmHg与kPa的换算公式为:1mmHg = 0.133322kPa,或1kPa值 = 7.5mmHg值。)

小婴儿和新生儿可用监听式超声波多普勒(Doppler)诊断仪测量。无条件时可用较简易的潮红法测量。方法是:使小儿仰卧,将血压计袖带绑在手腕上部,紧握袖带远端的手(手掌和手背)使之发白,迅速打气到 80mmHg 以上,移去局部握压,徐徐放气,当受压处皮肤由白转红时,血压计上的读数即为收缩压的近似值(介于听诊法测得的收缩压与舒张压之间)。对于心血管疾病的患儿应测量四肢血压。

3. 皮肤及皮下组织

在光线充足的情况下进行望诊,观察皮肤有无苍白、潮红、黄疸、发绀、皮疹、瘀点、脱屑、瘢痕、色素沉着、毛发质量的改变。触诊时注意皮肤弹性和湿度、皮下脂肪厚度(可测腹壁、背部肩胛骨下角外侧的皮脂层厚度)和充实感,以及检查有无水肿、硬肿及皮下结节等。

4. 浅表淋巴结

检查头颈部、枕部、耳后、腋窝、腹股沟等处浅表淋巴结的数量、大小、质地、边界、活动度以及表皮是否发红,皮温是否升高、有无粘连及触痛等。应注意正常儿童亦可在颈部、腋窝及腹股沟触及单个、直径不超过黄豆大小的淋巴结,一般质软、活动、无触痛。

5. 头部

(1) 头颅及面部:观察头颅有无畸形。新生儿注意有无头颅血肿、产瘤、颅骨重叠等,小婴儿应注意有无颅骨软化。婴幼儿检查前囟是否关闭,并测量其大小(量对边中点的距离),注意其紧张度,是否膨隆或凹陷。此外,视不同年龄和病史注意有无枕秃、颅骨缺损及特殊面容等。

(2) 眼、耳、鼻:注意眼睑有无肿胀及下垂,眼球有无突出、斜视、眼震,结膜有无充血及分泌物,有无结膜干燥斑(见于维生素 A 缺乏症)、疱疹性结膜炎(见于结核病),角膜有无混浊或溃疡,有无巩膜黄染等。检查双侧瞳孔大小、形状及对光反射。耳部应检查耳郭有无畸形,外耳道有无流脓,提拉耳郭是否引起疼痛,必要时应用耳镜检查鼓膜。鼻部检查注意有无鼻翼扇动、有无脓性或血性分泌物、鼻黏膜情况等。

(3) 口腔:由外向内检查。首先观察口唇是否湿润(小儿鼻阻时常张口呼吸,致使唇舌干燥,应与脱水相鉴别),唇色是否苍白或发绀,口角有无疱疹、糜烂,颊黏膜有无充血、血疱、溃疡、黏膜斑、鹅口疮等,牙的数目及位置,有无龋齿,牙龈有无肿胀、溃疡,舌苔及舌乳头情况(哺乳儿可有乳白苔,糖果和药物可致舌苔染色,川崎病患儿可呈现杨梅舌)。最后检查咽部。检查者一手将小儿头部固定,使之面对光线(必要时使用手电筒),同时由家长或助手固定小儿双手,另一手持压舌板压到舌根部使小儿反射性地张口,利用此短暂时间观察咽部,注意有无充血、疱疹、溃疡,同时注意扁桃体大小,有无充血、伪膜、渗出物等。

6. 颈部

注意有无斜颈、短颈、颈蹼等畸形,颈静脉是否充盈,是否有颈抵抗,可否触及甲状腺,颈动脉搏动是否对称有力,气管是否居中,听诊是否闻及血管杂音。

7. 胸部

(1) 胸廓:注意有无鸡胸、漏斗胸、肋骨串珠、郝氏沟(Harrison 沟)、肋外翻等佝偻病表现。

注意左右胸廓是否对称,有无心前区隆起(提示心脏长期扩大)或肋间隙饱满、凹陷、增宽、变窄及其他畸形(如桶状胸等)。

(2) 肺:望诊包括呼吸频率、节律、深度的改变以及有无呼吸困难的表现。触诊主要检查语颤的改变,可让小儿说话或在小儿啼哭时进行。小儿胸壁叩诊时须注意:①用力要轻,一般

常用直接叩诊法,即用1、2个手指直接叩击胸壁;②叩诊声音较成人“清”,判断结果时需对比两侧相应部位(注意体位要对称)。听诊要注意以下特点:①婴幼儿胸壁较薄,呼吸音较成人响,且呼气音能明显听到,很类似成人的支气管肺泡呼吸音,不要误认为异常;②小儿啼哭可影响听诊,可趁哭后深吸气时注意听诊;③应注意全面听诊(如早期肺炎易在肺底、腋下、肩胛间区几个部位听到湿啰音)。

(3)心脏:望诊:①心前区是否膨隆;②心尖搏动的强弱、部位及范围大小(一般不超过2~3cm),肥胖婴幼儿不易看到。触诊:①心尖搏动的位置:婴幼儿大都在第4、5肋间乳线内,少数及新生儿可在乳线外;②用右手小鱼际感知有无震颤及其发生的时相(收缩期、舒张期或连续性)和位置(尤应注意触摸胸骨左缘,因先天性心脏病的震颤多于此部位触到)。叩诊(了解心界大小):

①动作要轻,可用一个手指直接叩诊。如叩击过重,则声音变化不易分辨,往往使所测心界比实际小。②婴幼儿一般只叩左右界。叩左界时应在心尖搏动点水平自左向右叩,听到清音转轻度浊音点即为左界,以左乳线为标准记录在外或内几厘米或在乳线上;叩右界时应在肝浊音界上一肋间的水平自右向左叩,有浊音改变时即为右界,以右胸骨线(即胸骨右缘)为标准记录在外几厘米或在右胸骨线上。③在判断检查结果的意义时须结合年龄特点(见表1-1-2)。听诊:①选择合适的听诊器体件;②宜趁小儿安静时听诊;③特别注意在胸骨左缘听诊,因先天性心脏病的杂音多在此区最明显;④小儿胸壁较薄,故心音较成人响。小婴儿心尖第一音和第二音的响度几乎相等。除此年龄外,心尖第一音均比第二音响,健康儿童有时听到第三心音,并比成人更易听到第二心音分裂,而心底部第二音总是比第一音响。小儿年龄阶段肺动脉瓣区第二音(P2)常比主动脉瓣区第二音(A2)响。学龄前期及学龄期小儿常于肺动脉瓣区或心尖部听到功能性收缩期杂音,也可有窦性心律不齐。

表 1-1-2 各年龄小儿的心界

年龄	左界	右界
<1岁	左乳头线外1~2cm	沿右胸骨旁线*
1岁~	左乳线外1cm	右胸骨旁线与右胸骨线之间
5~12岁	左乳线上或乳线内0.5~1cm	接近右胸骨线
12岁以后	左乳线内0.5~1cm	右胸骨线

* 胸骨旁线即胸骨线与乳线之间的中线

8. 腹部

(1)检查项目:除一般内科要求的项目外,在新生儿还应检查脐部,观察有无出血、炎症、渗出物或脐疝等。

(2)检查方法:①小儿哭闹时影响腹部触诊,应尽量避免哭闹时进行腹部查体,如可在小婴儿吮奶或熟睡时触诊。实在不能制止哭闹时可趁吸气时的短暂时间进行触诊。另外,检查者的手应温暖,手法应轻柔,以免因刺激引起哭闹。②检查有无压痛时主要看小儿表情反应,不能完全根据小儿的回答。③小儿腹壁较薄,肝、脾边缘触诊应用力适中,可用游离示指反复感知。

(3)结果判断:①新生儿因腹壁薄,正常时亦可有肠型及肠鸣音亢进。②婴儿期仰卧时

腹部可高于胸部。③正常婴幼儿肝可在右肋缘下1~2cm触及,柔软而无压痛。6~7岁后即不应摸到。在婴儿期偶可摸到脾边缘。

9. 脊柱及四肢

注意脊柱四肢有无畸形,各关节有无红肿、活动受限等,有无躯干四肢比例失调等。

10. 肛门及外生殖器

注意有无畸形(如先天性锁肛、尿道下裂、假两性畸形等)、感染和疝。女孩注意有无阴道分泌物、畸形。男孩注意有无隐睾、腹股沟疝、鞘膜积液、包皮过紧等。

11. 神经系统

根据年龄、病种选作必要的项目,较为重要的如下:

(1)一般情况:观察小儿的神志、精神状况、面部表情、语言能力、对外界反应、有无异常行为等,小婴儿还应注意囟门是否膨隆、紧张。注意掌纹及头围、颅型、特殊面容等,这些对某些神经系统疾病的辅助诊断有很大帮助。

(2)脑膜刺激征:包括颈抵抗、克氏(Kernig)征及布氏(Brudzinski)征。检查方法基本同内科,但在婴幼儿不易一次检查准确,有时需反复多次检查才能肯定结果。正常小婴儿由于生理性屈肌紧张,克氏征在生后3~4个月内可阳性,布氏征在生后数月也可阳性,应结合其他检查综合诊断。

(3)神经反射:除根据病情选作一般内科要求的项目外,在新生儿及小婴儿有时须检查该年龄时期一些特有的神经反射(原始反射),如觅食反射、吸吮反射、握持反射、拥抱反射等。另外,新生儿和小婴儿浅反射(提睾反射、腹壁反射)可引不出或很弱,而面神经征(Chvostek征)可为阳性;2岁以下小儿巴氏(Babinski)征可为阳性。因此,在解释检查结果的意义时应注意年龄特点,双侧对比,全面考虑。

(三)体检记录方法

1. 无论检查顺序如何,记录应按以下顺序

一般检查(包括体温、呼吸、脉搏、血压、体重、身长、头围、胸围)、一般外表、皮肤皮下组织、淋巴结、头部、颈部、胸部、腹部、脊柱、四肢、神经系统、肛门、外生殖器。

2. 所有阳性体征都应记录,重要的阴性结果也要记录例如:“咽无充血”、“双肺未闻及啰音”、“心脏各瓣膜听诊区未闻及杂音”等。

第二节 儿科疾病的特点

儿童并非成人简单的缩影,在临床上儿童与成人有很多不同之处,年龄越小,差别越大。表现在疾病种类、病理、临床表现以及预后各方面与成人的不同构成了儿科特点。

一、疾病的种类

如婴幼儿患先天性疾病、遗传性疾病、感染性疾病较成人为多;心血管疾病中小儿常见先天性心脏病,而很少患高血压、冠心病等。如同为肺炎,儿童易患支气管肺炎,而成人则以大叶性肺炎多见。

二、临床表现

婴幼儿高热常易引起惊厥,而成人则很少单纯高热引起惊厥者;低钙血症在婴儿常引起全身惊厥,而成人则表现为手足搐搦,新生儿严重感染时常表现为精神萎靡、面色发灰、拒奶、体温不升等非特异性症状。因此家长及医护人员对病情的密切观察在儿科是至关重要的。

三、诊断

由于不同年龄的病儿所患疾病种类和临床表现不同,因此诊断时必须重视年龄因素。如3岁以上小儿一般很少有首次高热惊厥发作,而在6个月~3岁儿童则较常见。又如学龄前儿童患风湿病很少,但在学龄期儿童则就较多等等。

四、治疗

儿童由于免疫机能差、代偿能力有限,多数患病后病情重、发展快、易有并发症,因此强调抓紧时间,及时采取有力的治疗措施。由于儿童体液调节能力差,病后极易因摄入不足、异常丢失过多而发生水、电解质和酸碱平衡紊乱,故小儿液体疗法的实施颇为重要。

五、预后

儿童患病起病急、变化快、调节能力差,因此小儿疾病病死率显著高于成人。年龄越小,病死率越高,因此对新生儿及小婴儿患病要密切、细致观察病情变化,及时采取措施,以改善预后。另一方面儿童生长旺盛,机体修复能力强,如诊断治疗正确及时,虽病情危重,可望痊愈。

六、医学遗传学

是近年来进展速度很快的学科。它研究人类遗传与疾病的关系,迄今已发现3000多种人类的遗传疾病,在儿科学中占有重要地位,例如先天畸形为新生儿、婴幼儿甚至整个小儿时期主要的死亡原因,而很多遗传性智力发育障碍的儿童是一个突出的社会问题。为了保证小儿的健康,减少社会大量经济和精神负担,对遗传性代谢性病的研究,可以阐明其发病理论,并提供正确的诊疗和预防措施。但最重要的是如何避免出生有遗传代谢病患儿,应积极开展优生优育宣传,注意做好:①胎儿的产前检查和中止妊娠;②携带者的检出和防止近亲结婚;③搞好计划生育。通过以上措施,至少能减少 $1/4 \sim 1/3$ 的遗传性代谢性疾病。近年来,对此类疾病的治疗有了较大的进展,包括环境工程和基因工程两大类,前者通过改善内、外环境因素(如饮食、药物、手术、脏器移植)以纠正代谢紊乱,改善症状;后者系用人工方法改造和修补有缺陷的基因,以期达到治疗的目的(如将半乳糖血症患儿的皮肤纤维母细胞培养,加入载有自大肠杆菌切下来的半乳糖转移酶基因的噬菌体,噬菌体侵入纤维母细胞,使些细胞获得半乳糖转移酶基因,从而使细胞内半乳糖转移酶活性增高,并能维持8~10个细胞世代以上)。基因工程疗法取得了初步的成果,但目前仍有许多问题有待于继续探索。

第三节 儿科疾病治疗原则及一般治疗措施

一、治疗原则

在儿科学中,治疗学占有非常重要的地位,其目的是为了消除疾病、解除病痛、恢复健康或延长生命,提高患儿的生活质量。随着社会的发展,健康的定义亦逐渐演变。目前世界卫生组织(WHO)对健康的定义为“不仅没有身体上的疾病或缺陷,而且要有完好的生理、心理状态和适应社会的能力”。相应的,传统的生物医学模式正向生物—心理—社会医学模式转变。因此,在处理临床治疗问题时,不仅要正确选用物理、化学等方法治疗疾病,还应充分认识心理、社会因素对患儿的致病和治疗作用,适当应用包括心理治疗、改善社会环境因素等在内的全面措施治疗患儿。

儿科治疗的对象是小儿,他们处于生理及心理的发育过程中。小儿除在解剖、生理、生化、病理、起病和疾病恢复过程等方面具有明显特点外,在心理、社会适应能力等方面也与成人不同。治疗上应根据病情轻重缓急,分主次逐步诊治,对急重症分秒必争,重点抢救、观察及管理;在液体疗法及用药方面,严格按照小儿用量、用法及给药速度;另外细致观察、护理,加强支持与心理安慰也不能忽视。因此,治疗儿科疾病时,不但要考虑由于解剖、生理等方面的特点,也应重视心理、社会因素对治疗选择的影响。

总之,儿科治疗原则是采取有针对性的病因治疗,必要而有效的对症治疗,还要精心护理、改善营养以及提供必要的支持治疗,结合适宜的心理治疗和康复治疗,最终达到促进疾病恢复,提高抗病能力,并使小儿达到完善的生理、心理状态的治疗目的。

二、一般治疗措施

(一)一般护理

在小儿疾病的治疗中,护理工作占有非常重要的地位。无论是护理人员在医院中的护理,还是家长在家中的护理都是治疗工作的重要方面,而且需要有关人员的协作。不同年龄、不同病种、不同病情的患儿在护理上有不同要求。一般护理措施包括以下几方面:

1. 病室环境:病室内应保持清洁、安静,空气流通,光线适当,室温一般维持在 18°C 左右为宜,使患儿有良好的休养环境。另外,一般儿科病室可设玻璃隔栅,在相对隔离的同时,可使患儿互相观望,减少寂寞孤独感;而护理人员也便于观察。

儿科病室可按以下原则分组:①按年龄:不同年龄小儿生活习惯不同,对疾病的抵抗能力不同,对护理的要求也不一样。如早产儿、新生儿应单设病室,要求较高室温及适宜湿度,并注意防止交叉感染。②按性别:目前部分医院将儿科患者接诊年龄扩大到18岁,对较大年龄的患儿还应实行按性别分住。③按病种:同类疾病的患儿诊疗方案及护理要求类似,可相对集中,便于管理,也有利于提高医护质量。传染病患儿应严格按病种分住隔离病室,以防交叉感染。④按病情:危重患儿收住加强监护病室(intensive care unit, ICU),以重点观察、及时抢救。

2. 保证休息与睡眠:足够的休息和睡眠有利于减少患儿体力消耗,提高抗病能力,因此对疾病康复非常重要。疾病急性期尤其有高热、全身症状明显的患儿要求卧床休息。卧床休息