



临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

LINCHUANG JIBING ZHENLIAO JIANYAN YU HULI CHENGXU CONGSHU

儿科疾病诊疗程序

ERKE JIBING ZHENLIAO CHENGXU

总主编 马 智

主 编 王兰英 张远枝 张晓莉



军事医学科学出版社

★临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

儿科疾病诊疗程序

总主编 马 智

主 编 王兰英 张远枝 张晓莉

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

儿科疾病诊疗程序/王兰英,张远枝,张晓莉主编.

-北京:军事医学科学出版社,2007.8

(临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书/马智总主编)

ISBN 978-7-80121-991-6

I. 儿… II. ①王… ②张… ③张… III. 小儿疾病-
诊疗 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 110225 号

出 版: 军事医学科学出版社

地 址: 北京市海淀区太平路 27 号

邮 编: 100850

联系电话: 发行部: (010)63801284

63800294

编辑部: (010)66884418, 86702315, 86702759

86703183, 86702802

传 真: (010)63801284

网 址: <http://www.mmsp.cn>

印 装: 三河佳星印装有限公司

发 行: 新华书店

开 本: 850mm × 1168mm 1/32

印 张: 12.25

字 数: 301 千字

版 次: 2007 年 8 月第 1 版

印 次: 2007 年 8 月第 1 次

全套定价: 168.00 元 **每册定价:** 24.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书重点论述了儿科常见疾病的诊疗过程,涉及疾病约 90 种。书中从医师接触患者的角度,对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述,从询问病史到进行体格检查、辅助检查,从诊断、鉴别诊断到提出治疗方案,每一步骤都为医师提供了精辟的指导。本书力求简明、实用、规范,旨在提高儿科医生临床诊疗水平和能力。

《儿科疾病诊疗程序》编委会

总主编 马 智

主 编 王兰英 张远枝 张晓莉

副主编 侯桂军 赵志清 严 慧

张淑敏 冯 雪 高静云

彭建霞 李进岩

编 委 刘 伟

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科。医学院校毕业后走上工作岗位的住院医师、经验不足的临床大夫,在实践中必将面临着许许多多的实际问题,如何将书本上汲取来的理论知识与临床实践相结合,如何将书本中学到的对疾病的介绍与临床上复杂的患者主诉及病情相结合,如何对具有相似临床表现的疾病做出正确的诊断和鉴别诊断,并给出切实可行的治疗方案,在诊断过程中又该依据怎样的先后程序等。为此,我们组织了具有丰富临床经验的一线专家编写了这套《临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书》。本书编写的目的就是临床实用的角度出发,给临床医师一个清晰明了的诊疗指导,在理论知识与临床实践中架设一座桥梁,使住院医师能在短时间内掌握诊断、治疗的基本流程,提高专业技能。

本套著作共含七册,《内科疾病诊疗程序》《外科疾病诊疗程序》《妇产科疾病诊疗程序》《儿科疾病诊疗程序》《五官科疾病诊疗程序》《临床疾病检验诊断程序》《实用临床护理程序》。主要涉及相应临床中常见疾病,从医师接触患者的角度,对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述,从询问病史到进行体格检查、辅助检查,从诊断、鉴别诊断到提出治疗方案,都为医师提供了方便、简捷的指导。

本套著作力求简明、实用、规范,旨在提高临床医师的临床诊疗水平和能力。是住院医师、基层医务工作者常备的参考书。

由于编者能力及时间所限,文中不足之处在所难免,望广大读者赐教。

编者

2007年5月

目 录

第一章 新生儿疾病	(1)
第一节 新生儿窒息	(1)
第二节 胎粪吸入综合征	(6)
第三节 新生儿呼吸窘迫综合征	(9)
第四节 新生儿感染性肺炎	(13)
第五节 新生儿出血症	(16)
第六节 新生儿黄疸	(20)
第七节 新生儿溶血病	(27)
第八节 新生儿缺氧缺血性脑病	(33)
第九节 新生儿颅内出血	(38)
第十节 新生儿败血症	(42)
第十一节 新生儿破伤风	(49)
第十二节 新生儿寒冷损伤综合征	(53)
第十三节 新生儿肺出血	(57)
第十四节 新生儿坏死性小肠结肠炎	(60)
第二章 消化系统疾病	(65)
第一节 口炎	(65)
第二节 消化性溃疡	(71)
第三节 胃炎	(75)
第四节 急性坏死性肠炎	(81)
第五节 肠套叠	(85)
第六节 先天性肥厚性幽门狭窄	(88)
第七节 小儿腹泻	(91)

第三章 呼吸系统疾病	(103)
第一节 急性上呼吸道感染	(103)
第二节 急性支气管炎	(107)
第三节 肺炎	(110)
第四节 急性感染性喉炎	(121)
第五节 支气管哮喘	(124)
第四章 循环系统疾病	(134)
第一节 先天性心脏病	(134)
第二节 病毒性心肌炎	(150)
第三节 感染性心内膜炎	(157)
第五章 泌尿系统疾病	(163)
第一节 急性肾小球肾炎	(163)
第二节 肾病综合征	(168)
第三节 乙型肝炎病毒相关肾炎	(175)
第四节 泌尿道感染	(178)
第五节 急性肾功能衰竭	(184)
第六章 血液及造血系统疾病	(192)
第一节 小儿贫血	(192)
第二节 珠蛋白生成障碍性贫血	(195)
第三节 再生障碍性贫血	(201)
第四节 急性白血病	(207)
第五节 特发性血小板减少性紫癜	(217)
第六节 弥散性血管内凝血	(222)
第七节 血友病	(227)
第七章 神经系统疾病	(234)
第一节 化脓性脑膜炎	(234)
第二节 病毒性脑炎	(239)
第三节 急性感染性多发性神经根炎	(243)

第四节	注意力缺陷多动症	(249)
第五节	小儿癫痫	(252)
第六节	脑性瘫痪	(259)
第七节	小儿脑肿瘤	(262)
第八章	结缔组织疾病	(266)
第一节	风湿热	(266)
第二节	过敏性紫癜	(272)
第三节	皮肤黏膜淋巴结综合征	(277)
第九章	遗传代谢内分泌疾病	(282)
第一节	苯丙酮尿症	(282)
第二节	先天性甲状腺功能减低症	(285)
第三节	甲状腺功能亢进症	(290)
第四节	尿崩症	(295)
第五节	生长激素缺乏症	(299)
第六节	性早熟	(303)
第十章	感染性疾病	(309)
第一节	麻疹	(309)
第二节	水痘	(313)
第三节	流行性腮腺炎	(317)
第四节	流行性乙型脑炎	(321)
第五节	中毒型细菌性痢疾	(327)
第六节	败血症	(331)
第七节	蛔虫病	(335)
第八节	钩虫病	(339)
第十一章	其他儿科常见疾病	(342)
第一节	急性中毒	(342)
第二节	原发性免疫缺陷病	(347)
第三节	蛋白质-热能营养不良	(354)

第四节	单纯肥胖症	(358)
第五节	维生素 A 缺乏症	(361)
第六节	维生素 D 缺乏性佝偻病	(364)
第七节	维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(371)
第八节	锌缺乏症	(375)

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿窒息

新生儿窒息(asphyxia of newborn)是指婴儿由于产前、产时或产后的各种病因引起气体交换障碍,在生后1 min内无自主呼吸或在数分钟后仍有呼吸抑制,未能建立规律呼吸,伴有低氧血症、高碳酸血症和酸中毒。新生儿窒息多为胎儿窒息(宫内窘迫)的延续。本病是围生期小儿死亡和导致伤残的重要原因之一。窒息的本质是缺氧,凡是造成胎儿或新生儿血氧浓度降低的任何因素均可引起窒息。包括孕母、胎盘、脐带异常、分娩及胎儿等因素。

步骤一:病史采集

1. 现病史 对接生员询问患儿生后1 min内Apgar评分情况,对1 min Apgar评分 ≤ 7 分者,还需询问生后5 min、10 min的Apgar评分。对于出生时Apgar评分不详者,要询问出生时患儿皮肤颜色有无青紫或苍白,有无心跳、呼吸,以及心跳、呼吸有无异常,对刺激有无反应,四肢有无活动等。

2. 过去史 询问孕母产前是否患病、产程有无延长或缩短、出生前胎动有无增加或减少甚至消失、胎心率有无增快或减慢、有无脐带绕颈、羊水有无被胎粪污染而呈黄绿或墨绿色。

3. 个人史 询问出生体重,是否早产、双胎、小于胎龄儿、巨大儿,是否顺产或难产,询问有无宫内窘迫,有无羊水或胎粪吸入。

4. 家族史 询问孕母妊娠期有无疾病,如严重贫血、CO中毒、呼吸功能不全、心力衰竭、妊娠高血压综合征、失血、糖尿病,有无

吸烟或被动吸烟,询问分娩时有无产程延长、脐带绕颈、脱垂、打结等异常情况及各种难产,分娩前有无应用药物如麻醉剂、镇痛剂、催产素等。询问患儿同胞是否身体健康。

步骤二:体格检查

1. 对于初生新生儿,注意有无哭声弱、皮肤颜色青紫色或苍白、心跳呼吸不规则、对刺激反应弱或无反应、四肢松软等情况。进行 Apgar 评分(表 1-1)。

表 1-1 新生儿窒息 Apgar 评分

体征	评分标准			1 min 5 min 10 min		
	0 分	1 分	2 分	一评	二评	三评
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红四肢紫	全身红			
心率(次/min)	无	<100	>100			
弹足底或插鼻管反应	无反应	有些动作如皱眉	哭,喷嚏			
肌张力	松弛	四肢略屈曲	四肢活动好			
呼吸	无	慢,不规则	正常,哭声响			

2. 窒息儿经复苏后要继续注意皮肤有无青紫或苍白、体温低下、四肢发冷、心率慢、心音低钝,呼吸有无浅表不规则、呻吟、吸气时“三凹征”、前胸隆起,听诊有无粗湿啰音或捻发音,生后 24 ~ 48 h 内有无大小便、有无呕吐、吐咖啡色液体、腹胀、便血,四肢肌张力是否仍低,有无震颤样动作、易激惹、惊厥。

步骤三:辅助检查

1. 实验室检查 对宫内缺氧胎儿,可通过羊膜镜或在胎头露

出宫颈时取头皮血,或取脐动脉血进行血气分析,血 pH 值 <7.0 。出生后动脉血气分析 pH 值降低、氧分压降低、二氧化碳分压增高。可有低血糖、电解质紊乱、血尿素氮和肌酐升高等生化指标异常。

2. 特殊检查 对出现呼吸困难者摄 X 线胸片,常见两肺纹理增粗紊乱,或见斑片状阴影。头颅 B 超、CT、MRI 检查可发现并发新生儿缺氧缺血性脑病或颅内出血等征象。对心率减慢者查心电图、二维超声心动图、心肌酶谱,可有异常变化。

步骤四:诊断

(一) 诊断要点

1. 临床表现

(1) 宫内缺氧早期胎动增加、胎心率增快,晚期胎动则减少或消失,胎心率减慢或不规则、羊水污染。

(2) 娩出后,表现为皮肤青紫或苍白,呼吸表浅、不规则或无呼吸,心动过缓或心脏停搏,肌张力下降。

(3) 窒息、缺氧缺血可导致各脏器功能的损害(表 1-2)。

表 1-2 围产期窒息对各系统可能造成的损害

系统、 脏器	损 害 情 况
中枢神 经系统	缺氧缺血性脑病、颅内出血、脑水肿
肺	肺动脉高压、胎粪吸入、肺出血、肺表面活性物质↓
肾	肾小球滤过率和(或)肾小管吸收功能↓、肾小管坏死、肾功能衰竭
心血管	右心压力↑、三尖瓣关闭不全、心肌坏死、心力衰竭、心源性休克
代谢	酸中毒、低血糖、低血钙、抗利尿激素分泌↑
消化道	应激性溃疡、坏死性小肠结肠炎、肝功能损害
血液	血小板减少、弥散性血管内凝血

儿科疾病诊疗程序

2. Apgar 评分(表 1-3) 出生后 1 min 内评分 8~10 分者为正常,4~7 分为轻度窒息,0~3 分为重度窒息。若出生后 1 min 评分 ≥ 8 分,而数分钟后降到 7 分以下亦属窒息,常称倒评分。脐动脉血或用羊膜镜取胎儿头皮血 pH 值 < 7.0 也可作为新生儿窒息的诊断依据。

表 1-3 新生儿 Apgar 评分表

体征	0 分	1 分	2 分
心率(次/min)	0	< 100	> 100
呼吸	无	浅表、哭声弱	佳、哭声响
肌张力	松弛	四肢屈曲	四肢活动好
弹足底或插管反应	无反应	有些动作	反应好
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红、四肢青紫	全身红

(二) 鉴别诊断

1. 颅内出血 患儿可有出生窒息史,也常有产伤史,或有维生素 K 缺乏等其他出血性疾病史,而且颅内出血神经系统症状进展快,其表现呈兴奋与抑制状态交替,并进行性加重,头颅 B 超或 CT 可见出血病灶。

2. 新生儿呼吸窘迫综合征 早产儿多见,生后不久出现进行性呼吸困难、青紫、呼气性呻吟等为其特点。死亡率高,死亡多发生在生后 48 h 内。胸部 X 线为毛玻璃样改变或支气管充气征伴“白肺”的特异性表现可确诊。

步骤五:治疗

1. 复苏的原则与方案 窒息婴儿的复苏,必须分秒必争,可由产、儿科医生合作进行。复苏者应先熟悉病史,掌握熟练的复苏技术和对器械设备做好充分准备,这些是复苏成功的基础。在复苏过程中应不断评价婴儿的呼吸、心率和肤色以确定复苏措施。采

用ABCDE复苏方案,即A(air way):清理呼吸道;B(breathing):建立呼吸,增加通气;C(circulation):维持正常循环,保证足够心搏出量;D(drug):药物治疗;E(evaluation):评价婴儿。前3项最为重要,其中A是根本,通气是关键。

2. 初步复苏步骤 ①保暖与擦干羊水,生后置婴儿于已预热的保暖台上,用湿热毛巾揩干头部及全身,减少散热;②摆好体位,肩部以布卷垫高2~3 cm,颈部轻微伸仰;③婴儿娩出后立即吸净口、鼻、咽黏液,先吸口,而后吸鼻,吸引时间不超过10 s;④触觉刺激,婴儿经上述处理后仍无呼吸,可采用拍打足底2次和摩擦患儿背来刺激呼吸。以上步骤要求在生后20s内完成。

3. 通气复苏步骤 婴儿经触觉刺激后,如出现正常呼吸,心率 >100 次/min,肤色红润可予观察。如无自主呼吸,心率 <100 次/min;如气囊加压给氧后30 s,心率不增快或 <80 次/min者;同时加胸外心脏按压30s;无好转则给予1:10 000肾上腺素0.1~0.3 ml/kg,静脉或气管内注入;如心率仍 <100 次/min,根据病情酌情用纠酸、扩容剂。婴儿在产前6 h内母用麻醉药者,可用纳洛酮0.1 mg/kg,静脉或气管内注入。

4. 复苏技术要求 ①复苏加压给氧:面罩应密闭面部,而不压及双眼,通气率为30~40次/min,加压2 min以上者须插胃管;②胸外心脏按压:采用拇指法,压胸骨体下1/3处,频率为120次/min(每压3次,间断加压给氧1次),压下深度为1~2 cm。③经口气管插管适应证:胎粪黏稠或声门下胎粪颗粒需吸净者;重度窒息需较长时间加压给氧人工呼吸者;需气管内给药者;膈疝患儿。应在20 s内完成气管插管及1次吸引。

5. 复苏后的监护与转运 包括体温、呼吸、心率、血压、尿量、肤色和血气、血糖、电解质改变等。如需转运婴儿并发症严重,应在转运过程中给予监护生命体征和必要的治疗措施,如保暖、吸氧等。

步骤六:注意事项

1. 新生儿窒息除依靠 Apgar 评分,还应结合实际临床表现做出确切诊断,避免误诊。

2. 应通过各种监护观察窒息儿脏器功能受损情况,生后短时间内出现神经系统表现、多器官系统功能损害;脐动脉血气分析显示严重酸中毒($\text{pH} < 7.0$);生后 5 min Apgar 评分 0~3 分均提示有可能引起神经系统后遗症,且窒息重、持续时间长、惊厥频繁、昏迷深则后遗症发生率高,强调早发现、早治疗。

3. 新生儿窒息缺氧可损伤内耳,造成感应性耳聋。早产低出生体重儿视网膜血管发育不完善及缺氧是早产儿视网膜病最危险的因素,合理的氧疗及护理是预防的关键。故应做好听力筛查和视力随访工作。

4. 坚持门诊随访,早期采取干预措施。

第二节 胎粪吸入综合征

胎粪吸入综合征(meconium aspiration syndrome, MAS)是指胎儿在宫内或产时吸入被胎粪污染的羊水,发生气道阻塞、肺内炎症及一系列全身症状。本病多见于足月儿和过期产儿。

步骤一:病史采集

1. 现病史 询问出生时羊水是否浑浊, Apgar 评分多少,复苏时口、鼻、咽部吸引物有无胎粪,是否出现呼吸急促、呻吟、青紫等情况。

2. 过去史 有无新生儿窒息。

3. 个人史 询问出生时是否早产、足月或过期产,是否顺产或难产,有无宫内窘迫史。

4. 家族史 母妊娠期有无疾患,分娩时有无应用镇静剂、麻醉剂。

步骤二:体格检查

注意皮肤、脐带、指(趾)甲有无被胎粪污染痕迹,有无气促、呻吟、鼻翼扇动、发绀和三凹征现象,胸廓有无隆起,注意两肺听诊有无呼吸音减弱或湿性啰音,有无凝视、抽搐等神经系统症状。

步骤三:辅助检查

1. 实验室检查 血气分析 pH 值、 PaO_2 降低, PaCO_2 增高。若颞动脉或右桡动脉血 PaO_2 高于股动脉血 PaO_2 1.9 kPa (15 mmHg) 以上,表明动脉导管处有右至左分流。检查血常规、血糖、血钙、血生化,观察有无白细胞升高、低血糖、低血钙等,同时可进行气管内吸出物、血细菌培养等。

2. 特殊检查

(1) 胸部 X 线检查: MAS 患儿气管内有胎粪者,其中 50% 胸部 X 线片有异常;气管内无胎粪者,仅 20% 胸部 X 线片异常。胸部 X 线表现两肺 X 线透亮度增强伴有阶段性肺不张,或并发气胸、纵隔气肿者病情严重,预后差;而肺内仅有弥漫性浸润影但无肺不张者为吸入稀薄胎粪,很少需要呼吸机治疗。

(2) 超声波检查: 彩色多普勒超声检查可确定新生儿持续肺动脉高压 (PPHN) 的存在。

步骤四:诊断

(一) 诊断要点

1. 多为足月儿和过期产儿,常有宫内窘迫史或出生时窒息史, Apgar 评分常 <6 分,气管内有胎粪吸出。

2. 羊水被胎粪污染,轻者呈现黄色或绿色,重者呈深绿色或墨绿色。

3. 新生儿娩出后脐带、皮肤、指(趾)甲和口腔被胎粪污染,呈黄色。

4. 出生不久即可出现呼吸困难、青紫、呻吟;并发肺气肿者胸廓隆起呈桶状,呼吸音减低或有啰音。