

湖南省人民医院儿童医学中心组织编写

儿科门诊 速查手册



主 编 ● 李云 副主编 ● 张兵

CSK 湖南科学技术出版社

湖南省人民医院儿童医学中心组织编写

儿科门诊 速查手册

ERKE MENZHEN
SUCHA SHOUCHE

主 编：李 云

副主编：张 兵

编 委：（按拼音排序）

龚 萍 何学华 何展荣 贺湘玲 李树根 李 云
梁 沫 刘珊珊 汤学专 徐 璇 杨曼琼 余 阆
张爱民 张 兵 张先华 钟礼立

编 者：（按拼音排序）

陈可可 陈 敏 丁小芳 贺一薇 黄芙蓉 黄 寒
李文开 李 喆 林小娟 刘丽萍 刘震宇 龙 毅
彭丹霞 彭 威 田 鑫 王 娟 王 涛 文 辉
徐 俊 羊 鑫 杨 乐 杨 利 袁子杰 曾赛珍
张 亮 赵梦华 朱呈光 邹润英

秘 书：黄 寒 王 娟

图书在版编目 (C I P) 数据

儿科门诊速查手册 / 李云主编. — 长沙 : 湖南科学技术出版社, 2016. 7

ISBN 978-7-5357-8900-6

I. ①儿… II. ①李… III. ①小儿疾病—诊疗—手册IV. ①R72-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 028432 号

ERKE MENZHEN SUCHA SHOUCE

儿科门诊速查手册

主 编: 李 云

副 主 编: 张 兵

责任编辑: 李 忠

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

湖南科学技术出版社天猫旗舰店网址:

<http://hnkjcs.tmall.com>

印 刷: 衡阳市顺昌印务有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 衡阳市雁峰区光明路 20 号

邮 编: 421001

版 次: 2016 年 7 月第 1 版第 1 次

开 本: 787mm×1092mm 1/32

印 张: 18.75

字 数: 520000

书 号: ISBN 978-7-5357-8900-6

定 价: 68.00 元

(版权所有·翻印必究)

序 言

儿童是一个特殊的群体，联合国儿童基金会报告全球仍然有10亿儿童缺乏生存和发展所必不可少的条件，仍然有儿童死于可以预防的疾病，如肺炎、疟疾、麻疹和营养不良；数以百万的儿童在暴力、虐待、剥削、歧视和忽视面前缺乏保护；降低5岁以下儿童死亡率和婴儿死亡率是目前国际上公认的反映儿童生存状况的重要指标。现代医学的重要标志是临床医师在诊疗过程中要遵循证据，应在仔细采集病史和体格检查的基础上，进行有效的文献检索，进行评价判断，将最适宜的诊断方法、最精确的预后估计及最安全有效的治疗方法用于对每个具体患者的服务。在新医改大环境下，分级医疗已经是重要的方向，需要建立新的医疗体系，使儿科医师熟练掌握儿科常见疾病的诊疗，而常见疾病大部分在门诊，《儿科门诊速查手册》就是在这样的背景下诞生的。

本书内容精练，在编写上具有许多新的特点，集中反映在以下方面。一是在疾病的诊治方面，注重于门诊疾病及常见问题的介绍，较好地引用近年来的新知识、诊断标准及相关治疗方案。二是对需要住院的疾病，内容则较简单，重点介绍了院前的诊治措施及出院后的随访；门诊需要留观的疾病，尝试性采用留观观察标准，可操作性较强。三是附录部分、疾病鉴别诊断中，所述的症状概念明确；在检验正常值的内容中，对一些数值较多、难以记忆的内容进行归纳总结，添加了一些新的检验内容；对常用

的儿科药物，增加了特别提示，有利于读者的记忆兴奋点的提醒及参考。

本书由湖南省人民医院儿童医学中心组织专家编写，集中儿科各专业的人员，对儿科门诊、急诊、各专业常见病、常见问题作了全面介绍，并结合医院百年儿科发展积累的经验和现代儿科的最新进展进行编写，充分反映三湘第一儿科的全面发展和学科实力。目前湖南省人民医院儿科有呼吸、心血管、血液、重症、新生儿等7个病区11个亚专业科目，形成具有各专业人才梯队的儿科专业队伍，在全省乃至全国具有一定的影响力，这是编写这本书的信心和力量。本书将专家们在长期实践中形成的一套固定的诊疗方案介绍给同道们，供从事儿科、儿保的专业工作者和相关专业人员，特别是年轻的儿科医师和立志做儿科医师的临床医学生参考，也期盼得到大家的指正，共同为儿童健康做出贡献。

湖南省医学会儿科专业委员会主任委员
湖南省人民医院院长、博士生导师、二级教授

祝益民

前 言

医院门诊是医疗工作的第一线，大量的患儿在门诊完成诊治后离开医院，这个过程包括了就诊、临床检查、诊断与治疗。这些患儿中有新就诊及来院复查者，有急诊，也有普通病、慢性病、疑难病，而每一名患儿在门诊的就诊时间有限，诊治过程中医师的专业、工作年限、业务的掌握情况也有较大的差别。因此，我们组织湖南省人民医院儿童医学中心的相关专家编写了这本能及时了解儿科常见病诊断与治疗的手册，以帮助每一名医师对儿科各专业疾病进行处理。

本书共分 13 章，主要包括各种常见儿科疾病的诊断要点和门诊处置，门诊处置注重处理要点、药物应用及药物剂量和应用时间。本书立足于对一些常见问题、易于忽视的门诊情况进行重点阐述；并对近年来儿科诊疗进展予以介绍；对临床上经常碰到的医学名词，在疾病的诊治部分作为知识点进行说明。附录部分包括常见症状鉴别、临床检验和儿童正常值、儿科常用药物表以及部分传染病潜伏期、隔离期、检疫期和疫苗接种程序。症状鉴别中，列举了 18 个临床常见症状，从概念上与常见疾病列举，扩大思考面。临床检验和儿童正常值内容较多、范围较广，故将近年来的进展和临床上难以记忆的检验值均编入附录中，一些有专一定性和含量明确的检验则未列入本书。常用药物表为儿科主要用药，对近年来相关研究用于儿科的药物也编入本书，并加入了编者特别提示，以提示药物的

特别治疗作用和药物他用。

本书的一些新内容、新观点，难免有错误和争论，有待今后进一步实践和探讨。

本书的编写得到湖南省人民医院领导的大力支持，特此致谢。

湖南省人民医院

李 云

目 录

第一章 急诊疾病

心搏呼吸骤停与心肺脑复苏 (1)	溺水 (41)
感染性休克 (7)	中毒 (43)
过敏性休克 (12)	食物中毒 (47)
急性心力衰竭 (14)	亚硝酸盐食物中毒 (48)
脑水肿 (17)	有机磷农药中毒 (50)
急性呼吸衰竭 (20)	敌鼠钠中毒 (55)
热性惊厥 (22)	毒鼠强中毒 (57)
高血压脑病 (25)	一氧化碳中毒 (58)
癫痫持续状态 (27)	药物中毒(误服药物) (60)
哮喘持续状态 (30)	儿童急腹症 (68)
消化道大出血 (33)	急性肠套叠 (68)
肺出血 (36)	急性阑尾炎 (70)
婴儿捂热综合征 (38)	急性肠系膜淋巴结炎 (73)
中暑 (39)	原发性腹膜炎 (74)

第二章 新生儿疾病

新生儿随访 (76)	辅助生殖技术出生婴儿随 访 (78)
低出生体重、早产儿随访 (77)	新生儿家庭护理指导 (79)

新生儿生理性黄疸	(80)
母乳性黄疸	(81)
鹅口疮	(82)
咽下综合征	(83)
新生儿脐炎	(84)

新生儿缺氧缺血性脑病	(86)
新生儿颅内出血	(90)
新生儿溶血病	(92)
苯丙酮尿症	(94)

第三章 感染性疾病

流行性感冒	(98)
麻疹	(100)
风疹	(102)
幼儿急疹	(103)
水痘	(104)
手足口病	(106)
流行性腮腺炎	(111)
甲型病毒性肝炎	(113)
乙型病毒性肝炎	(115)
EB病毒感染	(120)
病毒性脑炎	(123)
婴儿肝炎综合征	(126)
细菌性痢疾	(129)
流行性脑脊髓膜炎	(134)
猩红热	(137)

疟疾	(139)
脓疱疮	(141)
儿童结核病	(142)
原发型肺结核	(148)
急性粟粒性肺结核	(149)
结核性脑膜炎	(151)
颈淋巴结结核	(153)
潜伏性结核感染	(154)
假丝酵母菌病	(156)
先天性梅毒	(158)
弓形虫病	(160)
阿米巴病	(162)
蛔虫病	(164)
蛲虫病	(166)
钩虫病	(168)

第四章 神经系统疾病

抽动障碍	(170)
脑性瘫痪	(172)
癫痫	(174)
吉兰-巴雷综合征	(181)

偏头痛	(183)
面神经麻痹	(185)
肝豆状核变性	(187)

第五章 呼吸系统疾病

急性上呼吸道感染	(192)	毛细支气管炎	(212)
变应性鼻炎	(195)	肺炎	(215)
上呼吸道咳嗽综合征	(200)	支气管肺炎	(218)
急性化脓性扁桃体炎	(202)	支原体肺炎	(222)
慢性扁桃体炎	(204)	衣原体肺炎	(223)
急性感染性喉炎	(205)	支气管哮喘	(223)
急性支气管炎	(207)	感染后闭塞性细支气管炎	(233)
气管和支气管异物	(208)	特发性肺含铁血黄素沉着 症	(236)
气管和支气管软化症	(210)	反复呼吸道感染	(238)

第六章 消化系统疾病

胃食管反流病	(242)	食物不耐受症	(262)
急性单纯性胃炎	(244)	婴儿肠绞痛	(265)
慢性浅表性胃炎	(246)	肠易激综合征	(267)
消化性溃疡	(247)	厌食症	(271)
小儿腹泻病	(252)	炎症性肠病	(274)
便秘	(259)		

第七章 心血管系统疾病

先天性心脏病	(280)	风湿热	(287)
房间隔缺损	(281)	病毒性心肌炎	(289)
室间隔缺损	(283)	心肌病	(292)
动脉导管未闭	(284)	扩张型心肌病	(293)

心内膜弹力纤维增生症	(296)	阵发性室性心动过速	(305)
急性心包炎	(298)	房室阻滞	(306)
心律失常	(299)	心源性晕厥	(308)
早搏	(302)	β 受体功能亢进综合征	(310)
阵发性室上性心动过速	(304)	血管瘤	(311)

第八章 血液系统疾病

缺铁性贫血	(314)	血友病	(325)
血红蛋白病	(316)	急性白血病	(329)
红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	(319)	恶性淋巴瘤	(332)
中性粒细胞减少症	(321)	非霍奇金淋巴瘤	(332)
免疫性血小板减少性紫癜	(322)	霍奇金淋巴瘤	(335)
		朗格汉斯细胞组织细胞增生症	(336)

第九章 内分泌系统疾病

垂体性侏儒	(341)	肾上腺皮质功能减退症	(353)
中枢性尿崩症	(343)	糖尿病	(355)
甲状腺功能减退症	(346)	先天性肾上腺皮质增生症	(360)
甲状腺功能亢进症	(349)	性早熟	(362)
慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(351)	儿童肥胖症	(365)

第十章 泌尿系统疾病

泌尿道感染	(368)	急性肾小球肾炎	(372)
-------------	-------	---------------	-------

肾病综合征	(375)	原发性肾小管性酸中毒	(382)
IgA 肾病	(379)		

第十一章 结缔组织病

川崎病	(386)		(396)
过敏性紫癜	(388)	皮炎	(401)
系统性红斑狼疮	(392)	韦格纳肉芽肿病	(405)
幼年特发性关节炎			

第十二章 免疫过敏性疾病

原发性免疫缺陷病	(407)	食物变态反应	(415)
继发性免疫缺陷病	(412)	湿疹	(417)

第十三章 儿童保健与其他

口臭	(421)	神经性尿频	(440)
锌缺乏症	(423)	功能性腹痛	(441)
儿童铅中毒	(425)	儿童生长痛	(443)
维生素 B ₁ 缺乏病	(426)	剥脱性角质松懈症	(445)
维生素 A 缺乏病	(428)	屏气发作	(446)
维生素 D 缺乏性佝偻病	(430)	胸腺肥大	(447)
磨牙症	(432)	夜惊	(448)
先天性斜颈	(433)	注意缺陷障碍	(450)
臀红症	(435)	学习困难	(454)
原发性遗尿症	(437)	网络成瘾症	(458)

附录一 常见症状鉴别	(460)
附录二 临床检验和儿童正常值	(479)
附录三 儿科常用药物表	(499)
附录四 部分传染病潜伏期、隔离期、检疫期和疫苗接种程序	(580)

第一章 急诊疾病

心搏呼吸骤停与心肺脑复苏

心搏骤停(cardiac arrest)是指心脏突然停止搏动,血液循环完全停止,全身器官都处于无血流或极低血流状态,临床上表现为摸不到脉搏、窒息、无意识,呈死亡状态。呼吸骤停是指心脏与肺停止活动,人停止呼吸。心肺复苏术指采用急诊医学手段恢复已中断的呼吸及循环功能,为急救技术中最重要的抢救措施。随着对保护脑功能和脑复苏重要性认识的深化,将复苏全过程称为心肺脑复苏。

【诊断要点】

(一) 病因

肺炎,呼吸道梗阻,窒息,溺水,呼吸道异物,外伤及意外,心脏疾病,中毒,水、电解质紊乱及酸碱平衡失调,婴儿猝死综合征,喉水肿,中枢神经系统病变等。

(二) 临床表现

1. 突然意识丧失,严重呼吸困难或呼吸停止,无反应。
2. 体征 ①突然昏迷。②瞳孔扩大(心跳停止后 30~40 秒)。
- ③大动脉搏动消失(婴幼儿颈部较短,颈动脉触诊困难,可直接触摸心尖部确定有无心跳)。
- ④心音消失、微弱或进行性心率下降(新生儿<100 次/min,婴儿<80 次/min,儿童<60 次/min)。有人认为心率比正常减慢 1/2,即应进行心脏按压。
- ⑤严重呼吸困难或呼吸停止(心跳停止后 30~40 秒)。

(三) 诊断注意事项

严格做到四不要:①不要等待瞳孔扩大。②不要依赖心电图。

③不要等待上级医师。④不要混淆心电活动和心泵活动。初生婴儿1分钟无自主呼吸即为复苏指征。

【门诊处置】

(一) 心跳呼吸停止的第一时间救治

1. 立即判断心跳、呼吸是否停止(意识丧失、无呼吸、大动脉搏动消失)以及停止时间;了解患儿相关疾病;立即实施抢救措施,同时呼叫其他救治人员及医师。

2. 开放呼吸道 去枕,头偏向一侧,清理口鼻腔分泌物,头复位,压额抬颌,避免舌后坠,保持呼吸通畅。

3. 立即行心肺复苏 立即进行胸外心脏按压及人工呼吸。心肺复苏从30次/min按压(单人施救)或15次/min按压(由2名医务人员施救)开始。大多数儿童心搏骤停源于窒息,有效的心肺复苏需要进行有效通气。可应用呼吸气囊加压给氧或气管内插管加压给氧。

4. 建立静脉双通路 以便采集血液标本及用药。一侧应用抢救药物(近心端静脉),一侧应用酸碱平衡液或常规液体。

5. 持续心电监护或做心电图 根据心电图形指导药物治疗,心室颤动(简称室颤)立即进行非同步直流电击除颤。

6. 脑保护 头部及体表大血管处放冰帽、冰袋降温,降低机体耗氧量。

7. 密切观察患儿心跳、呼吸、血压、瞳孔、尿量等,记录抢救药物应用的时间、剂量及抢救操作过程。

8. 交待病情及签字。

(二) 具体操作

1. 判断意识、开放呼吸道 ①拍患儿的面部或肩部,大声喊叫其名字或其他称呼,判断有无反应。②观察心跳及脉搏、瞳孔反应。③吸出鼻或口腔分泌物和异物,常用举颏法,去枕,抬高下颏,伸展颈部,保持呼吸道通畅;外伤患儿采用推颏抬颌法或戴颈托保护颈椎。④小儿气管缺乏坚固软骨的支持;婴幼儿肌肉韧带亦较松弛,因此保持头后仰位时用力不应过猛,后仰过度则气管塌陷反可造成呼吸道阻塞,甚至引起颈椎脱位,也可压迫椎动脉及颈静

脉而加重脑循环障碍。

2. 胸外按压

(1) 恢复循环：充分通气两次后除观察呼吸是否恢复外，还要确定脉搏是否存在，心跳停止者立即行胸外心脏按压。

(2) 不同年龄小儿心脏按压法：见表 1-1。

表 1-1 不同年龄小儿心脏按压法

年 龄	新生儿	儿 童
脉搏触诊	肱动脉和股动脉	颈动脉、股动脉
按压部位	乳头连线中点	乳头连线中点
按压手法	双指按压法 双手环抱按压法	单掌按压法 双掌按压法
按压深度	胸廓下陷 1/3~1/2	胸廓下陷 1/3~1/2，婴儿 约 4 cm，儿童约 5 cm
按压速度 (次/min)	120	100~120
按压/通气比例	3 : 1	气管内插管前 30 : 2(单人)， 15 : 2 (双人) 气管内插管后一人持续按 压，一人负责气囊加压给氧 8~12 次/min

(3) 实施方法：使患儿仰卧在木板床上，术者的肩、肘、腕关节应呈一条直线，并与患儿胸骨平面呈直角，利于上身的力量垂直按压胸骨。

(4) 注意事项：①首先清理呼吸道分泌物，呼吸道通畅后才能进行人工呼吸。②胸外按压部位要正确，用力适当，按压与放松时间相等，放松时手不离开患儿皮肤，每次按压后要让胸骨复位。③胸外按压与人工呼吸必须同时进行。④心肺复苏必须连续进行，每 5 个循环后 (约 2 分钟)，评估 1 次心跳和呼吸，直到心跳和呼吸恢复或医师宣告死亡。胸外心脏按压不可中断，若因气管内插

管、转运患儿等必须暂停时,也不得超过 15 秒。⑤胸外按压有效的指征是可以扪到大动脉(颈动脉、肱动脉、股动脉)搏动。基本生命支持有效的最佳依据是扩大的瞳孔缩小并恢复对光反射;口唇、甲床颜色好转;肌张力增强,有自主运动;出现自主呼吸。

3. 人工呼吸 ①复苏囊人工法,注意选择大小合适的面罩,操作者一手节律性挤压(吸气)、放松(呼气)气囊,另一手固定口罩,使与患儿面部紧密,并托举患儿下颌。②根据年龄,用复苏囊给予 8~12 次/min 的呼吸,以胸廓抬起为准。③插管后的人工控制呼吸使用复苏气囊,待心跳恢复后接呼吸机。

4. 药物治疗

(1) 肾上腺素(1 mg/1 mL):肾上腺素静脉或骨髓内 0.01 mg/kg,或气管内 0.1 mg/kg。用法:每 3~5 分钟重复 1 次,或持续静脉用药 0.05~2 μ g/(kg·min)。

(2) 阿托品:导致低血压和低灌注的心动过缓,特别是对心脏复跳后心动徐缓病例效果明显;预防和治疗气管内插管时刺激迷走神经所致的心动过缓、房室阻滞。用法:儿童 0.02 mg/kg,最小单次剂量 0.1 mg,最大单次剂量 0.5 mg;青少年 1 mg。5 分钟后可重复给予。最大剂量:儿童 1 mg,青少年 2 mg。可静脉、骨髓和气管内给药。

(3) 碱性液 5%NaHCO₃: 5 mL/kg 用注射用水(稀释 2.5 倍)配成等渗液静脉注射(简称静注),应用 2 次肾上腺素无效或血气显示 pH<7.20 时给予。

(4) 葡萄糖:仅在低血糖时应用。剂量:0.5~1 g/kg,最大浓度 25%(中心静脉)。

(5) 钙剂:低钙、高钾(非洋地黄中毒时)、高镁血症时应用。用法:10%葡萄糖酸钙注射液 1~2 mL/kg,最大剂量 2 g/次。首次给钙速度不应超过 100 mg/min。试验证实,钙可使室颤变得更顽固,随着医学研究的进展,钙剂已不作为心肺复苏一线药物。

(6) 胺碘酮或利多卡因:心肺脑复苏时室颤多与代谢、酸碱平衡失调和电解质紊乱有关,因此消除诱发室颤的原因是治疗的关键。指征:室颤以及在数次电除颤失败或电转复成功后预防室颤复

发。胺碘酮：首次 5 mg/kg，30 分钟静注。利多卡因：负荷量 1 mg/kg，之后立即给维持量 20~50 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 。

(7) 心跳恢复后的药物治疗：重点是正性肌力药物，如肾上腺素和去甲肾上腺素、多巴胺、多巴酚丁胺等（表 1-2）。

表 1-2 心跳恢复后的药物治疗

	常用剂量 [$\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$]	最大剂量	作用部位	效 应
去甲肾上腺素	0.05~2	1 mg	$\alpha > \beta$	缩血管、正性肌力
肾上腺素	0.05~2	1 mg	$\beta > \alpha$	正性肌力、正性频率
多巴胺	0.5~4	20 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$	多巴胺受体	扩张肾血管
		4~10	β	正性肌力
		11~20	$\alpha > \beta$	缩血管
多巴酚丁胺	1~20	20 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$	β_1 和 β_2	正性肌力、扩血管(β_2)
米力农	负荷量：25 ~ 75 $\mu\text{g}/\text{kg}$ ，5~10 分钟缓慢静注；维持量：0.25~1.0 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$	每日不超过 1.13 mg/kg	抑制磷酸二酯酶	正性肌力、扩血管、提高心率

复苏时给药途径：静脉通路，气管内给药，骨髓输液。

5. 建立给药通路

(1) 建立静脉通路：如原已建立静脉通路，依次选择上腔静脉系统的中心静脉，下腔静脉系统的中心静脉，周围静脉。

(2) 如尚未建立静脉通路，首选气管内给药，同时行快速静脉穿刺，如穿刺 3 次失败，时间超过 90 秒，即行骨髓穿刺输液。

(3) 气管内给药：肾上腺素，异丙肾上腺素，阿托品，利多卡因。方法：可用吸痰管或鼻饲管插入气管插管内进行深部给药。肾