

儿科疾病诊断与 重症救治

惠晓霞等◎主编

儿科疾病诊断与重症救治

惠晓霞等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

儿科疾病诊断与重症救治 / 惠晓霞等主编. -- 长春:
吉林科学技术出版社, 2018. 6
ISBN 978-7-5578-4367-0

I. ①儿… II. ①惠… III. ①小儿疾病—诊断②小儿
疾病—险症—急救 IV. ①R72

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第094465号

儿科疾病诊断与重症救治

主 编 惠晓霞等
出 版 人 李 梁
责任编辑 赵 兵 张 卓
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
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 220千字
印 张 11.5
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1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 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4367-0
定 价 50.00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

随着现代医学和生命科学的不断进步、新技术和新理论的不断涌现，儿科学在疾病诊疗方面也取得了跨越式的发展，越来越科学化、细致化、专业化。而儿科医师担负着从受孕到儿童发育成熟全过程中的体格、精神、心理发育及疾病防治的重任，因此，他们需要不断学习新知识，掌握新技术，才能更好地为患者服务。为此，编者编写了这部儿科学著作，供大家学习和参考。

本书首先介绍儿科常见症状和体征、儿科常用诊断技术；然后介绍儿科常见疾病诊疗，涉及呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、风湿免疫性疾病、营养性疾病等；最后介绍儿科急重症及监护技术、中医儿科。内容新颖，覆盖面广，突出临床实用性，适合于各基层医院的住院医师、主治医师及医学院校本科生、研究生参考使用。

本书参编人员较多，编写风格不尽一致，再加上当今医学发展迅速，书中难免会有不足之处，诚恳希望广大读者不吝赐教。

编 者
2018 年 6 月

目 录

第一章 儿科常见症状和体征	1
第一节 发热	1
第二节 青紫	4
第三节 呕吐	5
第四节 腹痛	7
第五节 便秘	9
第六节 紫癜、紫斑和出血倾向	10
第七节 婴儿哭闹	11
第二章 儿科常用诊断技术	14
第一节 中心静脉压测定	14
第二节 支气管镜术	15
第三节 多导睡眠监测技术	23
第四节 胃(食管)镜检查术	26
第五节 结肠镜	28
第六节 双气囊小肠镜	30
第七节 内镜下逆行胰胆管造影术	32
第八节 胶囊内镜	34
第三章 呼吸系统疾病	35
第一节 急性上呼吸道感染	35
第二节 重症肺炎	37
第三节 急性支气管炎	46
第四节 支气管哮喘	46
第五节 儿童间质性肺疾病	55
第四章 循环系统疾病	68
第一节 心律失常	68
第二节 心力衰竭	76
第三节 感染性心内膜炎	84
第四节 病毒性心肌炎	88
第五节 扩张性心肌病	94
第六节 肥厚性心肌病	96
第七节 房间隔缺损	98
第八节 室间隔缺损	100
第九节 动脉导管未闭	103
第五章 消化系统疾病	107
第一节 小儿厌食症	107
第二节 功能性消化不良	108
第三节 胃食管反流	113

第六章 泌尿系统疾病	119
第一节 遗传性家族性肾病	119
第二节 急性肾小球肾炎	124
第三节 肾病综合征	126
第七章 儿童常见神经心理行为异常	129
第一节 精神发育迟缓	129
第二节 儿童孤独症	132
第三节 注意缺陷多动障碍	135
第四节 抽动障碍	137
第五节 焦虑障碍	141
第六节 抑郁症和自杀	145
第八章 儿科急重症及监护技术	147
第一节 弥漫性血管内凝血	147
第二节 溶血尿毒综合征	153
第三节 休克	157
第四节 婴儿猝死综合征	163
第五节 心搏呼吸骤停与心肺复苏术	166
第六节 重症监护技术	174
参考文献	184

儿科常见症状和体征

第一节 发热

体温升高是小儿疾病时常见的一种临床表现。正常小儿的肛温在 $36.9 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ ，舌下温度较肛温低 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，腋下温度为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。不同个体的正常体温虽稍有差异，但一般认为体温超过其基础体温 1°C 以上时，则认为是“发热”。

一、病因

引起发热的病因可分为感染性和非感染性两大类，小儿期以前者多见。

1. 感染性发热 由各种病原体，如细菌、病毒、肺炎支原体、立克次体、螺旋体、真菌、原虫、寄生虫所引起的感染，均可导致发热。

2. 非感染性发热 ①恶性肿瘤（包括白血病）。②结缔组织病，如风湿热、幼年型类风湿关节炎、川崎病等。③内分泌疾病，如甲状腺功能亢进。④由于应用药物或血清制品引起的发热。⑤大手术后由组织损伤、内出血、大血肿等导致分解产物增加而引起的发热。⑥散热障碍，如广泛性皮炎、鱼鳞病、先天性外胚层发育不良或大面积烫伤造成的汗腺缺乏，严重失水、失血等。⑦癫痫大发作，使产热增多。⑧中枢性发热，如大脑发育不全，脑出血等使体温调节中枢受损引起发热，以及暑热症等。

二、诊断要点

1. 详细询问病史 包括年龄、发热规律和热型、发热持续时间、居住条件、居住地区的疾病（如疟疾、血吸虫病、钩端螺旋体病、伤寒等传染病）流行情况；有无提示系统性疾病的症状，如咳嗽、气促、腹泻、腹痛、尿频、尿急、尿痛等；有无结核接触史、动物接触史；详细询问预防接种史。

2. 仔细观察热型的特点 主要见于稽留热、弛张热、间歇热、不规则热等热型。

3. 仔细全面体格检查 对全身各系统都应仔细检查，还要注意有无淋巴结肿大、肝脾大、皮疹和贫血等。

4. 实验室及其他特殊检查 对急性发热的患儿应常规查血、尿常规，必要时胸部 X 线透视或摄片。对较长期发热的患儿，可选择必要的实验室检查或其他特殊检查（表 1-1）。

表 1-1 长期发热鉴别诊断时的临床检查项目

常规检查	选择检查
血、尿、粪常规检查	细菌涂片镜检、培养
红细胞沉降率	脑脊液常规检查、培养
CRP、ASO、RF	骨髓穿刺、涂片及培养
血清蛋白电泳	其他穿刺液的常规检查涂片、培养
AST、ALT、LDH	血清抗体检查
胸部 X 线摄片	免疫补体系统检查
血压测定	血清 Na^+ 、 K^+ 、 Cl^- 、BUN 测定

常规检查	选择检查
	心电图
	X 线检查（必要部位）
	B 超检查
	CT 检查

注：CRP：C 反应蛋白；ASO：抗链球菌溶血素 O；RF：类风湿因子（罗氏试验）；LDH：乳酸脱氢酶。

三、鉴别诊断

发热可由病儿年龄、热型、持续天数、所伴有的症状和（或）体征结合临床检查结果予以鉴别诊断（表 1-2 ~ 表 1-6）。

表 1-2 由病儿年龄鉴别发热病因

婴儿期	幼儿期	学龄期
上呼吸道感染综合征	上呼吸道感染综合征	上呼吸道感染综合征
急性呼吸道感染	急性呼吸道感染	急性胃肠炎
肠道感染	急性胃肠炎	沙门菌感染
幼儿急疹	中耳炎	尿路感染
中耳炎	尿路感染	其他急性感染
尿路感染	沙门菌感染	结核
败血症、骨髓炎	其他急性感染（如手足口病）	恶性肿瘤（包括白血病）
化脓性脑膜炎	结核病	结缔组织病
其他急性感染症	肝炎	内分泌疾病（如甲状腺功能亢进症）
川崎病	川崎病	体质性高热温症
结核病	恶性肿瘤（包括白血病）	
脱水热		
中枢性发热		
暑热症		
免疫不全综合征		

表 1-3 由热型鉴别发热病因

稽留热	弛张热	间歇热	不规则热
幼儿急疹	中耳炎	结缔组织病	流行性感冒
沙门菌感染	尿路感染	恶性肿瘤（包括白血病）	癌性发热
肺炎	败血症、骨髓炎	疟疾	
化脓性脑膜炎	脓肿	自身免疫性疾病	
脑炎	细菌性心内膜炎		
尿路感染	结核病		
中耳炎	沙门菌感染		
败血症	川崎病		
	结缔组织病		
	恶性肿瘤（包括白血病）		

表 1-4 由发热持续时间鉴别发热病因

3~4 日	5~6 日	7 日以上
上呼吸道感染综合征	上呼吸道感染综合征	下呼吸道感染
幼儿急疹	中耳炎	败血症、骨髓炎
肠道感染症	尿路感染	尿路感染
中耳炎	沙门菌感染	沙门菌感染
尿路感染	化脓性脑膜炎	结核病
化脓性脑膜炎	其他感染症	传染性单核细胞增多症
败血症	川崎病	其他感染症
其他急性感染		川崎病
川崎病		结缔组织病
脱水热		恶性肿瘤（包括白血病）
		中枢神经系统功能障碍
		药物热
		免疫不全综合征
		感染后发热
		体质性发热
		心理性发热
		不明原因发热

表 1-5 由发热所伴随的症状鉴别发热病因

1. 呼吸系统症状	风湿热	腮腺炎
呼吸道感染	自主神经功能异常	传染性单核细胞增多症
中耳炎	脱水热	结核
鼻窦炎	精神性发热	少年型类风湿关节炎
咽后壁脓肿	5. 皮肤症状	川崎病
免疫不全综合征	幼儿急疹	恶性肿瘤（包括白血病）
2. 消化系统症状	猩红热	8. 肝脾大
肠道感染	病毒性感染（如手足口病）	败血症
口腔炎	沙门菌感染	沙门菌感染
脑膜炎	败血症	结核
病毒性肝炎	风湿热	传染性单核细胞增多症
尿路感染	少年型类风湿关节炎	恶性肿瘤（包括白血病）
阑尾炎	全身性红斑狼疮	9. 贫血
急性腹膜炎	川崎病	恶性肿瘤（包括白血病）
急性胰腺炎	免疫不全综合征	溶血性贫血
恶性肿瘤	6. 循环系统症状	10. 肌肉、关节症状
脱水热	细菌性心内膜炎	化脓性关节炎
精神性发热	心肌炎	败血症、骨髓炎
3. 泌尿系统症状	风湿热	肌炎
尿路感染	少年型类风湿关节炎	病毒性感染症
4. 神经系统症状	川崎病	风湿热
脑膜炎	7. 淋巴肿大	少年型类风湿关节炎
脑炎	扁桃体炎	恶性肿瘤（包括白血病）
中枢神经功能障碍	麻疹	所谓“生长热”

表 1-6 由临床检查鉴别发热病因

检查项目	病因
末梢血白细胞计数增加	细菌感染
末梢血白细胞计数降低	病毒感染、沙门菌感染、结缔组织病、粒细胞减少症
嗜酸性粒细胞计数增加	寄生虫病、药物过敏、结核、白血病、结缔组织病
淋巴细胞比例增高	病毒性感染、恶性肿瘤（包括白血病）
贫血相关检查提示贫血	恶性肿瘤、慢性感染
红细胞沉降率增加、CRP（+）	感染、风湿病、恶性肿瘤、川崎病
红细胞沉降率增加、CRP（-）	感染恢复期
ASO 个、CRP（+）	风湿热
RA（+）	风湿病、肝脏病、结核病、恶性肿瘤
血清蛋白电泳 γ 球蛋白个	风湿病、慢性感染、恶性肿瘤、肝脏疾病
ALT、AST、LDH 个	肝脏疾病、肌炎、恶性肿瘤
血培养（+）	败血症、骨髓炎
尿沉渣白细胞计数个	尿路感染
脑脊液蛋白、细胞数增加	脑膜炎
胸部 X 线片阳性征象	肺炎、肺结核
骨髓穿刺提示恶性肿瘤骨髓象	恶性肿瘤（包括白血病）
鼓膜充血	中耳炎

(惠晓霞)

第二节 青紫

因血液中还还原血红蛋白或异常血红蛋白增高，并达到一定程度时，使皮肤和黏膜呈青紫色，称为青紫（发绀）。青紫一般在口唇、颊黏膜、鼻尖、鼻唇间区、耳郭、甲床、指尖等毛细血管丰富的部位，皮肤、黏膜较薄的部位尤为明显。

一、病因

1. 还原性血红蛋白增多 如下所述。

（1）中心性青紫：系心肺疾病所致，动脉血 SaO_2 、 PaO_2 降低。

1) 肺源性青紫：①各种原因引起的呼吸道梗阻：如分娩时羊水吸入、先天性呼吸道畸形、咽后壁脓肿和各种原因的喉梗阻、急性末梢细支气管炎等。②肺和胸腔疾病：如肺炎、肺水肿、先天性肺囊肿、膈疝、脓胸、呼吸肌麻痹等。③肺血管疾病：如先天性肺静-动脉瘵等。

2) 心源性青紫：伴有右向左分流的先天性心脏病，如法洛三联征及大血管易位、艾森门格综合征、法洛四联征、单心房、单心室等。

（2）周围性青紫：可见于全身性或局部性病变，动脉血 SaO_2 、 PaO_2 均正常。

1) 全身性疾病：如心功能不全、慢性缩窄性心包炎、休克等。

2) 局部血流障碍：如上腔静脉梗阻、肢端动脉痉挛症（雷诺病）及肢端动脉痉挛现象。

2. 异常血红蛋白增多 如先天性高铁血红蛋白血症、血红蛋白 M 病、后天性高铁血红蛋白血症（药物或食物所致）。

二、诊断

1. 病史 仔细询问患儿有可能引起青紫的常见疾病史，如心血管或呼吸系统疾病，青紫出现的年

龄及伴随情况，药物及食物史。

2. 体征 注意患儿面容，面颊颜色，青紫分布特征，坐卧姿态，颈静脉是否充盈，有无胸廓畸形、杵状指（趾），应仔细检查心肺特征性体征。

3. 辅助检查 ①动脉血气分析（pH、PaO₂、PaCO₂、SaO₂），新生儿应做血糖、血钙测定和血培养检查。②疑有心源性青紫，应作心脏 X 线摄片、心电图、超声心动图检查，必要时作心导管及选择性心血管造影予以确诊。③疑为肺源性青紫，应行胸部 X 线摄片，必要时做支气管镜或支气管造影检查。④疑为血红蛋白异常引起的青紫，可抽静脉血，装于容器内振荡，使之与空气接触。正常者变红色，异常者则不变色，进一步可做血液光谱分析及血红蛋白电泳检查。

三、鉴别诊断

如图 1-1 所示。

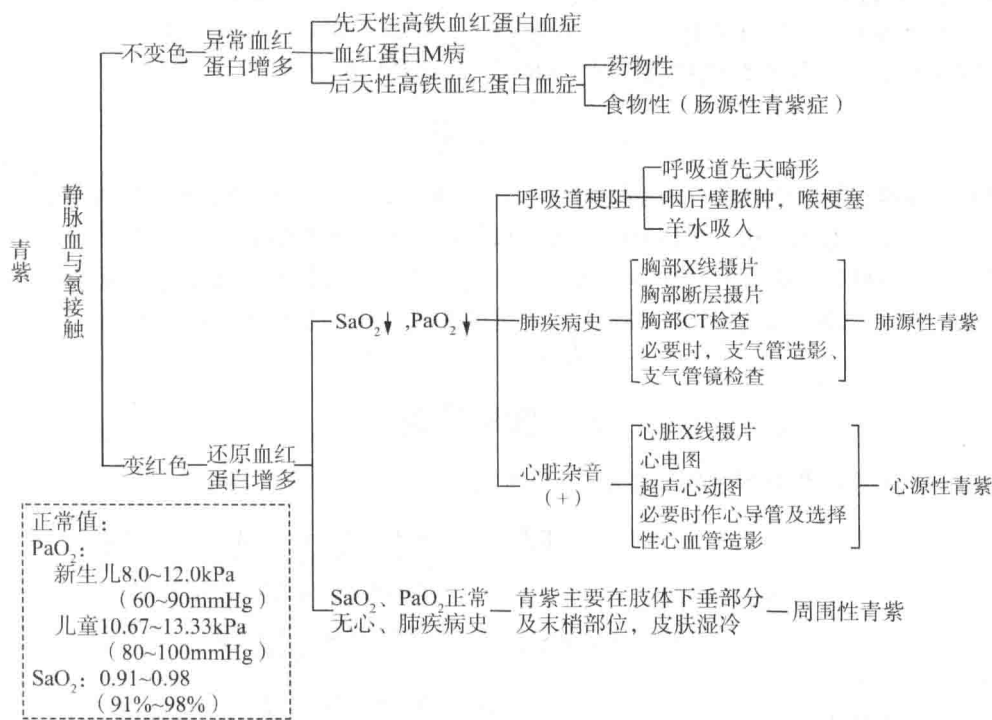


图 1-1 青紫的分类和鉴别

(惠晓霞)

第三节 呕吐

呕吐是小儿常见症状之一，虽可单独发生，但常随原发病而伴有其他症状及体征。引起呕吐的病因很多，故对呕吐患儿应仔细分析病史，尤其需注意呕吐与饮食的关系、起病的急缓、发病年龄，以及伴随的症状与体征。必要时，应进行 X 线等进一步检查，以明确诊断。

一、病因

1. 新生儿期 如下所述。

(1) 非器质性疾病：早期贲门发育不成熟、空气咽下症、新生儿假性肠梗阻、溢乳等。

(2) 器质性疾病：消化道梗阻（食管闭锁、肠狭窄、肠梗阻、肠旋转不良、胎粪性肠梗阻）、感染（败血症、脑膜炎等）、中枢神经系统疾病（硬膜下血肿、颅内出血、脑水肿）、胆红素脑病、代谢性疾

病（苯丙酮尿症、肾上腺 - 性腺综合征、乳糖不耐受综合征、高氨血症）、肾脏疾病（肾积水、尿路畸形）、贲门食管弛缓症、特发性胃穿孔等。

2. 婴儿期 如下所述。

（1）非器质性疾病：见于溢乳、空气咽下症等。

（2）器质性疾病：见于先天性肥厚性幽门狭窄、肠套叠、感染（尤其是尿路感染及胃肠道感染）、裂孔疝、贲门食管弛缓症、代谢性疾病（高氨血症、肾上腺 - 性腺综合征）、阑尾炎、腹膜炎、心脏病、肾脏病（急性肾功能不全、溶血尿毒症综合征）、颅内出血、药物中毒、嵌顿疝、脑病并发内脏脂肪变性（Reye 综合征）等。

3. 幼儿 - 学龄期儿童 如下所述。

（1）非器质性疾病：周期性呕吐，神经精神性呕吐等。

（2）器质性疾病：感染症（扁桃体炎、中耳炎、脑膜炎、脑炎、胃肠道感染、阑尾炎、肠系膜淋巴结炎）、肠梗阻、肠寄生虫症、脑肿瘤、硬脑膜下血肿、糖尿病酮性酸中毒、肾功能不全、自主神经发作性呕吐（腹型癫痫、周期性呕吐）、十二指肠溃疡；药物所致呕吐、毒物误服、嵌顿疝、裂孔疝、代谢异常、屈光不正、脑病并发内脏脂肪变性（Reye 综合征）等。

二、诊断

可从病儿的年龄、呕吐物性状和发病经过（急性或慢性）作初步病因分类。应详细询问呕吐以外的症状，如一般状况；有无发热、意识障碍、惊厥和其他颅内压增高症状；有无腹部饱满、腹部肿块；有无腹痛、腹泻、血便等。必要时，应进行直肠、肛门检查，以及胸部、腹部 X 线检查。腹部 X 线检查应包括正位、侧位、卧位和立位，注意有无消化道穿孔或闭锁。必要时，应行钡餐或空气灌肠胃肠道造影检查。

三、鉴别诊断

1. 由呕吐伴随的症状作病因鉴别 如图 1-2 所示。



图 1-2 呕吐的鉴别

2. 呕吐的诊断步骤 如图 1-3 所示。

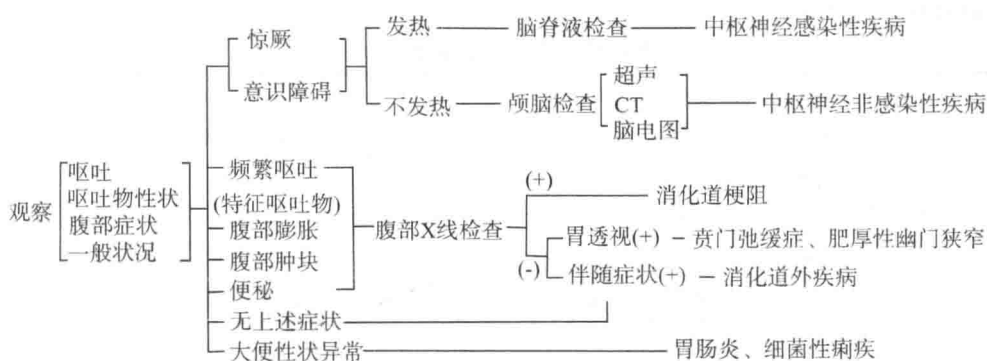


图 1-3 呕吐诊断步骤

四、处理

伴呕吐的婴幼儿期疾病，不论急性或慢性，常伴有脱水和电解质紊乱，故应输液和纠正电解质紊乱。消化道梗阻性疾病，应力求及早诊断和外科紧急处理。伴呕吐的消化道感染或其他感染，除应及时纠正水、电解质紊乱外，应及早选用有效抗生素。对中枢神经系统感染，呕吐多因颅内压增高所致，故除应用抗生素外，还需使用脱水剂，以降低颅内压。对食物中毒、药物中毒等中毒性呕吐，应洗胃并输液，以促进毒物排出和减少毒物吸收。

(惠晓霞)

第四节 腹痛

腹痛是小儿常见症状之一，引起腹痛的原因很多，因幼儿多数不能准确地表达疼痛的感觉、性质及部位，常仅能以哭闹来表示，造成诊断上的困难。

一、病因

1. 急性腹痛 如下所述。

(1) 婴儿期：①多见的病因：如肠绞痛、急性胃肠炎。②常见的病因：如肠套叠、急性阑尾炎、肠管闭锁或狭窄（多见于小肠）、裂孔疝、睾丸或卵巢扭转、肠扭转、外伤等。③较少见的病因：如牛乳蛋白过敏症、消化性溃疡、中毒（铅、铁）、肿瘤等。

(2) 幼儿期及学龄前期：①常见的病因：如急性胃肠炎、肠寄生虫病、肾盂肾炎、外伤、急性阑尾炎、Meckel 憩室等。②较常见病因：如肺炎、风湿热、中毒、急性或慢性胰腺炎、胆囊炎、肝炎等。③少见的病因：如肝脓肿、肿瘤、结核病（腹腔或肠道）等。

(3) 学龄期（6~14岁）：①常见的病因：如急性胃肠炎、外伤、肾盂肾炎、急性阑尾炎、肠寄生虫病等。②较常见的病因：如肠道炎症性疾病、消化性溃疡、肺炎、风湿热、胆囊炎、中毒等。③少见的病因：如结缔组织病、盆腔内炎症性疾病等。

2. 反复性腹痛 如下所述。

(1) 腹部疾病：①消化道疾病：见于胃或十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎、慢性便秘、过敏性紫癜、结核病、肠套叠、肿瘤等。②肾、尿路疾病：如肾盂肾炎、肾积水、尿路结石等。

(2) 腹外疾病：如癫痫、风湿病、心源性腹痛。

二、诊断

应注意发病年龄，并详细询问腹痛发作情况、性质、部位和伴发症状（如呕吐、便秘、便血、皮疹、尿痛、血尿、咳嗽及大便性状等）。由于引起腹痛的病因不一定在腹部，故应做全面体检。腹部体

检时尤应注意触诊（表 1-7）。

表 1-7 腹痛的腹部触诊要点

腹部柔软度	部位、抵抗、紧张度及反跳痛
肿块	部位、形状、数量、大小、硬度、压痛、表面光滑度、波动感、移动性
腹部胀满	是全腹还是局部，有无波动感及肿块
腹部脏器	肝、脾、肾的位置、大小、硬度，有无膀胱尿潴留
腹股沟部肿块	精索水肿、疝
压痛	最后检查，注意部位、最痛点及其他处压痛点，压痛与肿块的关系，由于体位改变所致压痛的变化

三、鉴别诊断

如表 1-8 所述。

表 1-8 小儿急性腹痛的鉴别

病名	症状	腹部表现	其他检查
急性阑尾炎	上腹痛转移至右下腹痛，呕吐，有时发热	麦氏点压痛、反跳痛、局部肌紧张	白细胞增多
胃、十二指肠溃疡	有时上腹痛，有时吐血、便血	上腹部压痛点，穿孔时上腹部胀满	大便隐血试验阳性，缺铁性贫血，消化道钡餐造影及消化内镜检查阳性，穿孔时膈下游离气体
细菌性胃肠炎	发热、呕吐、腹痛、腹泻	沿结肠压痛	大便中查见脓血，大便培养阳性
蛔虫性肠梗阻	腹痛、呕吐、便秘，持续腹痛、阵发加剧	腹部多柔软，可触及条索状团块，多位于脐周，一般无压痛	X 线腹部检查可见部分性肠梗阻
急性肠系膜淋巴结炎	常有呼吸道感染，腹痛在右下腹、脐周，偶有呕吐、腹泻	无腹肌紧张，压痛部位不固定，反跳痛不明显	常有末梢血白细胞增多
胆管蛔虫症	有肠道蛔虫病史，右上腹痛，甚至可吐出蛔虫及胆汁	右上腹有局限性压痛，上腹部轻度肌紧张	大便蛔虫卵阳性
急性胆囊炎	较少见，起病急，伴恶心、呕吐	右上腹压痛、肌紧张	末梢血白细胞增多
胆石症	发热、腹胀，腹痛以右上腹为主		
急性肝炎	发热、食欲不振、恶心、呕吐，部分可有黄疸	肝大	ALT、LDH 升高，甲型肝炎 TIT、IgM 升高，乙型肝炎 HBsAg 阳性
尿路感染	伴发热、呕吐等症状，2 岁以下男孩多，年长儿女性多，并有膀胱刺激征尿频、尿急	腹部无定位体征	尿检白细胞增多，尿培养阳性，菌落 $>1 \times 10^5$ /ml
尿路结石	输尿管结石有绞痛，肾盂结石为钝痛或无痛，膀胱结石有膀胱刺激征，尿道结石除排尿困难外常有血尿	肾区肌紧张及压痛	尿检查有血尿，部分病例 X 线摄片可见结石阴影，静脉肾盂造影可确诊
过敏性紫癜	腹部剧痛、血便，皮肤尤其四肢末端及臀部对称性紫癜	腹部无定位压痛	血便，出凝血时间及血小板正常
急性胰腺炎	上、中腹部剧痛，恶心、呕吐、发热	上腹、周压痛及肌紧张	血、尿中淀粉酶上升

（惠晓霞）

第五节 便秘

在儿科临床实践中,以便秘为主诉来诊者较常见,多数虽不是病态,但应妥善处理。母乳喂养儿,在新生儿期排便每日2~4次。出生2个月后,逐渐减少为每日1~2次。但以牛乳或其他代乳品喂养者,大便次数较少,每日1次或2~3日1次。母乳不足可使婴儿大便次数减少而被误认为便秘,对此应添加母乳,而不是灌肠通便。

对便秘儿童,应首先区分是否应立即给予处理。若进食、全身状态以及体重的增加等均无异常,则一般不予处理,继续观察。但若大便干燥、量少又难排出,虽一日排便2~3次,但其总量比平时1次的量还少,则仍应视为便秘。特别是同时伴有食欲减退、腹部胀满,尤其伴腹痛、呕吐、血便者,则应立即寻找原因,妥善处理。

一、病因

可分为食物性便秘、习惯性便秘、肠管功能紊乱性便秘,以及由肠管、肛门器质性病变所引起的便秘四类。

1. 食物性便秘 ①食物摄入不足。②摄入食物纤维素及水分不足。③偏食。
2. 习惯性便秘 ①不规则排便习惯。②滥用泻剂或灌肠。
3. 肠管功能紊乱 ①先天性巨结肠。②由各种慢性疾病引起的的生活能力低下。③肌肉神经疾病。
- ④脊髓病变(脊柱裂或隐性脊柱裂、脊髓髓膜瘤、脊髓肿瘤、脊髓炎)。
4. 肠管、肛门器质性病变 ①肛门、直肠畸形(闭锁或狭窄)。②肛裂。③结肠过长。④肠梗阻、肠套叠。

二、诊断

绝大多数新生儿在生后24~36小时内就应有胎粪排出。若无排便,就应检查有无肠道梗阻,包括肛门闭锁及狭窄。因为在梗阻以下的肠段仍可排出少量胎粪,所以即使有胎粪,也不能完全排除肠道梗阻。若便秘而同时体重不增,且常因饥饿而啼哭,则应怀疑食物摄入不足。应详细了解饮食情况、排便习惯和是否伴发其他症状,如腹痛、呕吐、腹胀等。对某些找不出便秘原因或经适当处理后仍不见效者,需用X线钡餐或钡灌肠检查,以助诊断。

三、鉴别诊断

如图1-4所示。

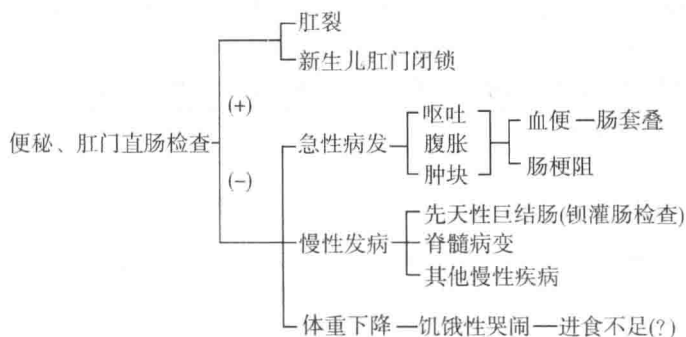


图1-4 便秘的诊断

(惠晓霞)

第六节 紫癜、紫斑和出血倾向

紫癜、紫斑和出血倾向大多因为血管结构或功能异常，出凝血机制障碍所引起，其轻重表现差异可以很大，轻者仅见皮肤有少量紫癜、紫斑；重者则可发生很难控制的黏膜大量渗血，甚至可因内脏出血而危及生命。

一、病因

1. 血管异常症 由血管结构或功能异常所致。

(1) 过敏性紫癜：常见于幼儿、学龄儿。伴有腹痛、关节痛，可伴发紫癜性肾炎和其他并发症。

(2) 小儿单纯性紫癜：紫癜仅发生于下肢，各项出凝血检查均正常，不伴其他症状。

(3) 坏血病：为维生素 C 缺乏症，可伴牙龈、黏膜和肌肉内出血，婴儿并可伴骨膜下出血。

(4) 症状性血小板不减少性紫癜：由感染性疾病（如流行性脑脊髓膜炎、亚急性细菌性心内膜炎等）、药物（抗生素或化学性药物）、肾上腺皮质功能亢进症等引起。

(5) 遗传性疾病：如皮肤弹性过度症（Ehlers Danlos 综合征）、遗传性毛细血管扩张症（Osler 病）等。

2. 血小板异常性疾病 如下所述。

(1) 血小板量的异常：特发性血小板减少性紫癜，多种原因引起的继发性血小板减少症、原发性及继发性血小板增多症等。

(2) 血小板功能缺陷性疾病：如血小板无力症、血小板第Ⅲ因子活性异常症、继发性血小板功能异常（如继发于药物、肝脏疾病）等。

(3) 其他：如血小板减少症伴巨大海绵状血管瘤（Kasabach Merrit 综合征），湿疹 - 血小板减少性免疫缺陷病（Wiskott Aldrich 综合征）。

3. 凝血、抗凝血功能异常 如下所述。

(1) 先天性：如血友病 A（因子Ⅷ缺乏）、血友病 B（因子Ⅸ缺乏）、血友病 C（因子Ⅺ缺乏）、纤维蛋白原缺乏症等。

(2) 后天性：如维生素 K 依赖性凝血因子缺乏症、新生儿出血症、各种病因引起的弥散性血管内凝血（DIC）、抗凝剂的使用、肝脏疾病等。

二、诊断

1. 病史、体征 应仔细询问发病年龄、家族史、紫癜及紫斑的出现部位、特征，有无皮下、肌肉深部出血或关节腔内出血现象，出血程度和通常止血方式，有无患有可能引起出血的原发疾病，发病前有无药物使用史等（表 1-9）。

表 1-9 血管、血小板异常和凝血因子缺乏所致出血倾向的比较

	血管、血小板异常	凝血因子缺乏
家族史	一般无	通常有
性别	女性多	男性多
多发部位和症状	皮肤、黏膜点状出血、紫斑、鼻出血、月经过多、消化道出血	皮下、肌肉内深部出血（血肿）、关节腔内出血
出血始发状况	突发性	迟发性
出血持续状况	短	迁延性（易再出血）
局部处理状况	压迫止血有效	止血困难，多数再发

2. 实验室检查 实验室检查对出血性疾病的诊断有重要意义，一般先做一些简易的检查项目以进行初步鉴别，包括出血时间、凝血时间、血块退缩试验、血小板计数及毛细血管脆性试验。如仅有毛细血管脆性增加，其余4项均正常，提示毛细血管异常；如出血时间延长、毛细血管脆性正常或增加，血块收缩完全或不良，提示血小板异常，其中血小板数减少者可能为血小板减少性紫癜，血小板数正常者则可能为血小板功能异常；如出血时间正常、凝血时间延长或正常，毛细血管脆性试验正常，血小板计数正常，血块退缩完全，则可能为凝血障碍或抗凝物质增多，应进一步检测白陶土部分凝血活酶时间（KPTT）、凝血酶原时间（PT）、凝血时间（TT），以作凝血性疾病的过筛试验，进一步明确诊断（图1-5）。

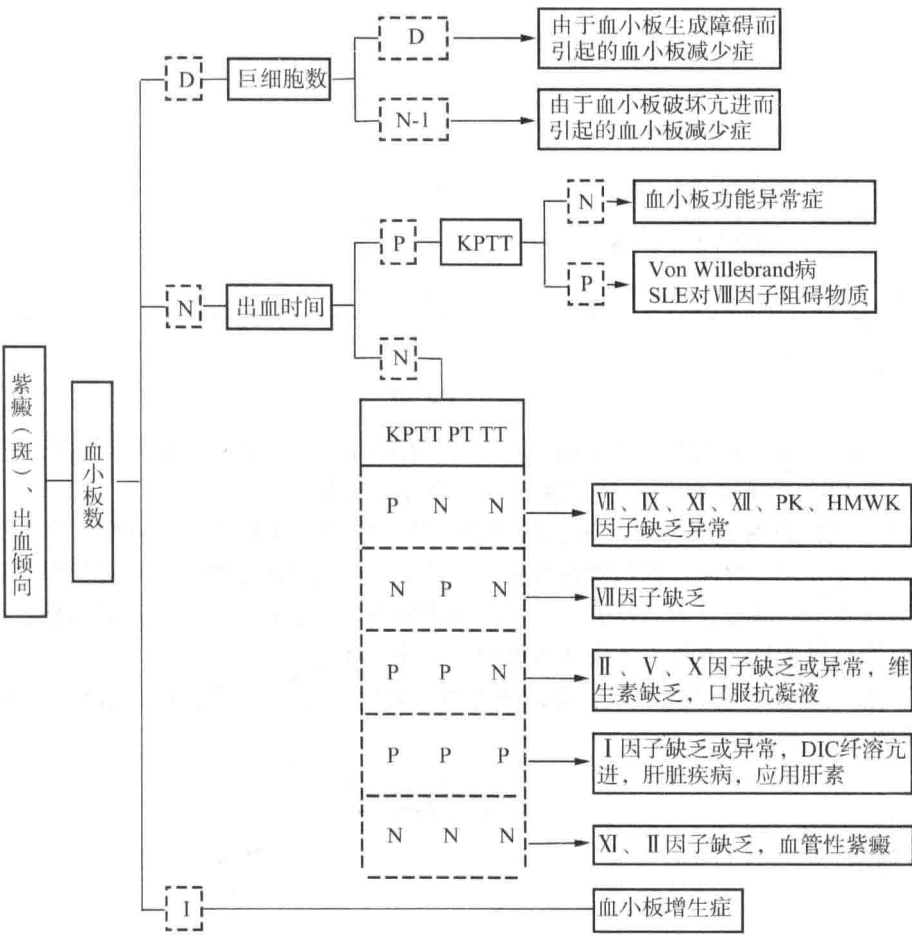


图1-5 出血倾向主要病因的鉴别诊断
D：减少；N：正常；I：增加；P：延长

(钟英杰)

第七节 婴儿哭闹

哭闹是婴儿对体内或体外刺激不适的一种反应，也就是婴儿表达要求和痛苦的一种方式。

一、病因

哭闹可分为非病理性和病理性两类。

1. 非病理性哭闹 哭声有力，除哭闹外无其他异常表现。主要原因为饥饿、口渴、鼻塞、哺乳不当致使咽下气体过多、欲排大小便等；亦可因过冷、过热、尿布潮湿、衣服过紧、被褥过量、光线过