

儿科急重症



袁 壮 主编

诊治评析



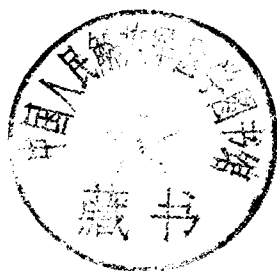
沈阳出版社

0.597

107164

儿科急重症诊治评析

主编 袁 壮



沈阳出版社

C0196234



儿科急重症诊治评析

袁 壮 主编

沈阳出版社出版发行

(沈阳市沈河区南翰林路10号 邮政编码 110011)

沈阳市天元印刷厂印刷 全国各地新华书店经销

开本: 787×1092 毫米 1/32 字数: 405 千字 印张: 18.625

印数: 1-3000 册

1997 年 12 月第 1 版

1998 年 1 月第 1 次印刷

责任编辑: 葛 君

责任校对: 朱科志

封面设计: 秋 阳

版式设计: 玉 成

ISBN 7-5441-0928-3/R·46

定价: 28.00 元

内 容 简 介

随着医学的发展和各种先进的检测仪器的应用,给小儿急、重症的诊断与治疗提供了准确、客观的检查手段。但借鉴以往的成功经验对指导年青医师做好临床工作,及时而正确地抢救急、重症患儿仍然是很重要的。鉴于此,本书总结了从医30年以上的专家、教授在新生儿、儿科呼吸、循环、消化、血液、神经、泌尿、内分泌等系统亲自参与抢救的100余例的成功经验。在撰写体例上也打破了既往固定的格局,本着简明、实用的原则,每个疾病以概述为先导,然后介绍病例,又以病例为中心谈急救措施、评述诊治经验,讲述当代进展与鉴别诊断,最后总结临床经验,不失为一本理论与实践结合的参考书。

《儿科急重症诊治评析》编委会

主 编 袁 壮

副主编 吴荫云 吴保敏

编 者 (以姓氏笔划为序)

于一兵 于宪一 王 夫

王志超 白桂珍 龙秀荣

朴英爱 刘春峰 吴荫云

吴保敏 杨舒泉 张立忠

张 惠 袁 壮

秘 书 袁 野

正、副主编简历



壮教授 辽宁辽阳人, 1961年毕业于中国医科大学, 现任中国医科大学第二临床学院儿科教授、PICU主任、硕士研究生导师, 兼任中华医学会沈阳市儿科学会副主任委员、小儿急救医学杂志副主编、中国实用儿科杂志常务编委、上海临床儿科杂志特邀编委、辽宁医学杂志编委。毕业后一直从事呼吸、急救临床、教学与科

研工作, 其婴幼儿重症肺炎与器官功能衰竭的诊断与治疗系列研究获1997年度辽宁省科技进步三等奖。先后发表学术论文近40篇。参与编写《中国儿科专家经验文集》, 并为副主编之一。

吴荫云 福建闽侯人。生于1935年, 1957年毕业于北京医学院(现北京医科大学)医疗系儿科专业。毕业后分至中国医科大学, 一直从事儿内科工作, 曾长期任代理总住院医师、主治医师及讲师。1983年晋升为副教授, 硕士研究生导师。1973年成立新生儿病房时, 即负担病房的日常医疗、教学和科研工作。1986起重点致力于医学信息。1992年任中国医科大学研究员, 国外医学儿科学分册副主编。曾参与《实用新生儿学》等书刊之编写, 现为中华儿科杂志与儿科急救学杂志编委。



吴保敏教授 辽宁辽阳人, 1960年毕业于莫斯科第二医学院(现名俄罗斯医科大学)儿科学系。归国后一直在中国医大儿科从事临床、科研及教学工作。对小儿神经病学有较深的造诣, 为硕士研究生导师。参加过全国高等院校教材《儿科学·神经》及《实用小儿神经病学》的编写。曾4次到俄罗斯讲学。是东北地区小儿神经医学创始人之一, 现任中华医学会儿科分会神经学组委员、东北区及辽宁省小儿神经学会主任委员, 是中国实用儿科杂志和小儿急救

杂志的编委, 在国内外发表有关小儿神经方面的论文30余篇。

序 一

急诊医学是一门新兴学科,它跨越的学科多,涉及的知识面广,服务的对象普遍,面临的病种复杂而危重,因此长期处在紧张、繁忙、抢救第一线的急诊专业人员,精神压力大,体力负担重,但为了救死扶伤的目的,他们经常忘了自己的疲劳,奋不顾身,夜以继日,坚持在岗位上,使不少垂危的患儿,又获得了生命。家属们的喜悦使他们忘却了自己的劳累,患儿们的康复使他们释去了精神压力。通过许许多多案例的实践,不断积累经验,吸取教训,提高了技术水平,准备为下一次的抢救任务多做贡献,但更希望的是在理论认识方面,不断地得到充实和提高。

急诊医学历史虽短,但发展迅速,工作量大,任务艰巨,仍有许多摆在眼前的任务急待解决。我国政府曾庄严承诺,至本世纪末要把5岁以下儿童死亡率降低1/3,时间紧迫,只有3年了,这是一项艰巨而光荣的任务,必须全力去完成,既需要全体儿科界的积极行动,更需要整个社会的大力协助。分析我国5岁以下儿童死亡率最高的前3位疾病是新生儿窒息、重症肺炎、意外事故。这些疾病又是儿科急诊的重点内容。因此这一任务又主要落在急诊工作者的肩上,为了更好地完成这一任务,必须加速儿科急诊队伍的建设,提高儿科急诊工作者的理论水平和技术水平,把我国儿科急诊事业向前推进。

沈阳中国医科大学儿科,在小儿急诊方面是国内居于领先地位的单位之一。机构建立较早,设备齐全,抢救危重病例较多,著名专家教授集中,袁壮教授就是其中经验丰富的急救专家之一,为了更好地提高儿科急救队伍的理论水平和普及儿科急救知识,促进我国急诊事业的发展,主编了《儿科急重症诊治评析》专著,该书编写风格独特,集综述、典型病例介绍、临床病例讨论、鉴别诊断、诊断、治疗等为一体,既有国内的最新进展概况,又有理论基础与临床实践相结合,编排新颖,独具风格,使广大儿科医师喜读、易懂、便于联系实际,尤其对一些从事基层儿科急诊的专业人员,提高理论水平和基本技能更有裨益。

该书的出版,必将有利于我国儿科急诊事业的发展,在普及和提高儿科急诊方面,起到积极的推动作用。

特此作序。

中华急诊医学会儿科学组顾问

湖南省儿童医院名誉院长

赵祥文

1997年8月10日于长沙

序 二

《儿科急重症诊治评析》由中国医科大学第二临床学院著名专家、教授们编著。他们积数十年丰富的临床经验,收集整理儿内、外科范畴内各系统急、重症 100 余例,着重介绍有关疾病的诊治进展、鉴别诊断、急救措施,特别是宝贵的临床经验,作为有益的启示、新鲜生动的教材,无疑将对基层以及年青的儿科医师积累专业知识,提高业务水平颇有裨益。

本书内容丰富,写作风格新颖、独特,层次清晰,重点突出,因而实用性强,易为广大读者接受,不失为指导儿科医师临床实践的一本好书。

儿科医务工作者正面临本世纪末使 5 岁以下儿童病死率降低三分之一的光荣使命,任务艰巨,责任重大。此时,《儿科急重症诊治评析》一书的出版具有极其特殊的意义,必将推动我国儿科急诊医学事业的发展!

中华急诊医学会儿科学组组长

北京儿童医院院长

樊寻梅

1997 年 3 月 8 日

于北京儿童医院

目 录

第一章 新生儿疾病	1
第一节 新生儿窒息与复苏	1
第二节 新生儿吸入综合征与吸入性肺炎	7
第三节 新生儿缺氧缺血性脑病与颅内出血	15
第四节 新生儿肺透明膜病与新生儿肺出血	23
第五节 新生儿败血症与化脓性脑膜炎	30
第六节 新生儿心内膜炎	36
第七节 新生儿出血症	40
第八节 新生儿黄疸与新生儿溶血症	46
第九节 新生儿肾静脉血栓与急性肾功能衰竭	52
第二章 呼吸系统疾病	62
第一节 急性呼吸道感染	62
第二节 呼吸道感染与维生素 D 缺乏手足搐搦症	68
第三节 气管、支气管异物	73
第四节 小儿哮喘	77
第五节 婴幼儿重症肺炎	83
第六节 婴幼儿重症肺炎并发心力衰竭	85
第七节 婴幼儿重症肺炎并发呼吸衰竭	90
第八节 婴幼儿重症肺炎并发胃肠功能衰竭	97
第九节 婴幼儿重症肺炎并发微循环障碍	102
第十节 婴幼儿重症肺炎并发中毒性脑病	108

第十一节	婴幼儿重症肺炎并发弥漫性血管内凝血	112
第十二节	肺炎并发急性呼吸窘迫综合征	117
第十三节	婴幼儿重症肺炎并发多器官功能衰竭	123
第十四节	婴幼儿重症肺炎并发低钠综合征	128
第十五节	婴幼儿重症肺炎并发代谢性碱中毒	135
第十六节	肺炎支原体肺炎及其肺外并发症	138
第十七节	脓胸与脓气胸	143
第十八节	弥漫性肺间质纤维化	147
第三章	心血管系统疾病	154
第一节	阵发性室上性心动过速	154
第二节	病毒性心肌炎	160
第三节	心内膜弹力纤维增生症	167
第四节	感染性心内膜炎	173
第五节	完全性房室传导阻滞	179
第六节	急性心包炎	185
第七节	慢性心包炎	191
第八节	皮肤粘膜淋巴结综合征	195
第四章	消化系统疾病	201
第一节	婴幼儿呕吐	201
第二节	婴儿肝炎综合征	208
第三节	小儿坏死性胰腺炎	215
第四节	肝豆状核变性(肝型)	221
第五节	小儿细菌性肝脓肿	228
第六节	小儿胃炎与溃疡病	235
第七节	失蛋白性胃肠病	241
第八节	肢皮炎性肠病	246

第九节 弓形体病	251
第五章 神经系统疾病	256
第一节 高热惊厥	256
第二节 部分治疗过的化脓性脑膜炎	260
第三节 瑞氏综合征	266
第四节 癫痫持续状态	275
第五节 病毒性脑炎	280
第六节 脑出血	286
第七节 蛛网膜下腔出血	290
第八节 短暂性脑缺血发作	293
第九节 急性感染性多发性神经根炎	296
第十节 全血置换疗法治疗格林-巴利综合征 并发呼吸肌麻痹	302
第十一节 小儿急性偏瘫	305
第十二节 急性上颈段脊髓病变	308
第十三节 急性脊髓炎	314
第十四节 脊髓前动脉综合征	319
第十五节 先天性皮毛窦	322
第十六节 脑囊虫病	327
第十七节 肝豆状核变性	336
第十八节 重症肌无力	342
第十九节 颅底凹陷症	347
第二十节 小儿脑瘤卒中	353
第六章 血液系统疾病	361
第一节 感染性贫血	361
第二节 营养性巨幼红细胞性贫血	366

第 三 节	自身免疫性溶血性贫血	375
第 四 节	特发性血小板减少性紫癜	384
第 五 节	遗传性球形细胞增多症	390
第 六 节	血友病 A	397
第 七 节	急性淋巴细胞白血病	406
第 八 节	急性非淋巴细胞性白血病	418
第七章 泌尿系统疾病		433
第 一 节	扁桃体与肾小球疾病	433
第 二 节	溶血尿毒综合征	437
第 三 节	急性肾炎合并高血压脑病	442
第 四 节	急性肾功能衰竭	447
第 五 节	急性肾炎合并急性肾功能衰竭	450
第 六 节	肾病综合征与急性肾功能衰竭	454
第 七 节	连续动静脉血液滤过透析治疗小儿急性肾功能衰竭	460
第 八 节	慢性肾功能衰竭	465
第 九 节	抗生素的肾毒作用	471
第 十 节	庆大霉素致急性肾功能衰竭	473
第八章 内分泌系统疾病		477
第 一 节	儿童糖尿病酮症酸中毒	477
第 二 节	先天性甲状腺功能减低	485
第 三 节	肾小管酸中毒	492
第九章 休克与心肺脑复苏		500
第 一 节	感染性休克	501
第 二 节	过敏性休克	508
第 三 节	心源性休克	514

第 四 节	心跳、呼吸骤停与心肺脑复苏·····	522
第十章	与儿科急、重症有关的小儿外科急腹症 ·····	531
第 一 节	小儿阑尾炎·····	531
第 二 节	急性腹膜炎·····	537
第 三 节	肠旋转不良·····	544
第 四 节	小儿肠套叠·····	548
第十一章	小儿中毒 ·····	556
第 一 节	小儿急性中毒·····	556
第 二 节	有机磷农药中毒·····	563
附录一	小儿危重病例评分法 ·····	572
附录二	临床常用特异性解毒剂 ·····	578
附录三	常用临床检验新旧单位对照表 ·····	580

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿窒息与复苏

新生儿窒息狭义地是指胎儿或新生儿在妊娠晚期和/或分娩过程,各脏器对缺氧和/或缺血(灌流不足)所引起的一系列病理生理反应状态,伴有乳酸血症和高碳酸血症,临床上表现为新生儿出生时无呼吸或未能建立有效的规律呼吸。它是新生儿死亡的主要原因,存活者致残率高达10%~30%,故它是搞好我国优生优育工作的关键所在。发达国家新生儿窒息的发生率为1.0%~2.0%。我国1993年的统计约为2.6%~16.2%,其病死率为3.8%~17.2%,而在广大农村尤以偏僻地区的情况更为严重。

任何影响母婴间血循环和氧气交换的因素均可导致窒息。它可发生在妊娠晚期,但绝大多数是发生在分娩过程中。其原因众多而复杂,大多数窒息患儿都是由综合的病因所致。具体病因可归为以下三个方面:

1. 胎儿或新生儿方面 以早产儿尤以极低体重儿和过期产儿易发生窒息。胎龄小于36周的窒息发生率为9%,但以绝对值计,窒息多发生于足月新生儿。胎儿若有先天性染色体遗传病,宫内发育迟缓,尤以有中枢神经系统和呼吸系统发育障碍,如无脑儿、膈疝、肺发育不全或喉狭窄等,均易发生

窒息。

2. 母体方面 包括妊娠高血压综合征、子痫、严重贫血、循环功能不全、急慢性感染性疾病和糖尿病, 孕妇应用降压药、镇静麻醉药和催产药等。

3. 胎儿着床和分娩异常 包括脐带过长或过短引起的脐带绕颈或肢体, 脐带打结、受挤压、脱垂或脆弱破裂; 前置胎盘、胎盘早剥、双角子宫、子宫过度膨胀(羊水过多或多胎)以及胎盘功能不全; 臀位产、面先露、急产、滞产或胎膜早破、宫内窘迫等异常分娩, 为新生儿窒息的主要原因。

迄今, 国内外仍以 Apgar 评分作为判断新生儿窒息的主要依据。Apgar 评分满分为 10 分, 4~7 分为轻度窒息, 0~3 分为重度窒息。生后 1 分钟的 Apgar 评分用以指导复苏, 生后 5 分钟和 10 分钟的评分更反映出各重要脏器系统受缺氧缺血损伤的严重程度, 预示预后见下表。

新生儿 Apgar 评分表

体 征	生 后 1 分 钟 内			5 分钟 二 评
	0 分	1 分	2 分	
(A)皮肤颜色	紫或白	躯体红, 四肢青紫	全身红	
(P)心率(次/分)	无	<100	>100	
(G)弹足底或导管插鼻反应	无反应	略有反应如皱眉	哭, 喷嚏	
(A)肌张力	松弛	四肢略屈曲	四肢活动好	
(R)呼吸	无	慢而无规律	正常, 规律	

Apgar 由 appearance, pulse, grimace, activity, respiration 5 个英文词的第一个字母所组成。近 10 余年来已对其

是否能确切反映窒息的程度提出异议。目前倾向于用 Apgar 评分结合血气分析,如 $\text{pH} \leq 7.25$, PaO_2 下降和 PaCO_2 上升作为新生儿窒息的判断依据以指导复苏。

在新生儿娩出前,亦可有宫内窘迫,表现为胎动、胎心率加多、加强,进而减弱、减慢至完全消失。羊水被胎粪污染呈黄色、绿色及混浊不清以致有臭味。宫口开大后经胎儿头皮行血气监测,则可见到 PaO_2 和 SaO_2 下降, PaCO_2 上升,但这些数值可随宫缩情况而有很大波动,只有持续性 $\text{pH} \leq 7.2$ 时,则证明已有宫内窒息,需立即决定助产方式及做好出生时复苏准备。

目前主要应采用世界卫生组织推广的 ABCDE 复苏法,坚决摒弃旧的复苏法,禁用各类的“三联针”。

【病例介绍】

刘小孩,男,2 小时。住沈阳市和平区砂山街,于 1986 年 7 月 14 日 18 时入院。患儿为第 3 胎第 1 产,足月侧切低产钳助产。父母均为盲人。母婚前曾患肺结核和月经不调,经较长期中西医治疗而痊愈。曾有 2 次流产史,目前仅体格较弱,孕晚期血压稍高,于分娩前一天因阵阵腹痛而入我院产科,午夜零时左右有规律宫缩 4 小时后破膜,并流出少许羊水,以后宫缩乏力,经侧切及低产钳助产而娩出。患儿出生时全身略青紫,经 Delee 管口咽部抽吸并拍打臀部,约 2~3 分钟始有呼吸,但哭声弱。当时产科做 Apgar 评分为 8 分,入婴儿室评为 7 分,因发现反应差、喂奶困难而转 NICU。

孕妇入院后做 B 超检查除胎盘有 II 度钙化斑外,胎儿、胎位、胎盘位置及脐带等均未发现异常。母胸片示左肺门部有陈旧钙化斑。

体格检查: $T 36^\circ\text{C}$, $P 104$ 次/分, $R 32$ 次/分, $W 2500\text{g}$ 。发育营养尚可,呼吸略浅而不规律,喉部有呼噜声。四肢青紫而肌张力弱。胸廓外形及起伏无异常,胸背部均可听到上气道杂音,此杂音经胃管口咽部