

总主编 陈茂仁 张俊龙

中西医结合专科病诊疗大系

儿 科 病 学

汪受传 主编

山西科学技术出版社

儿
科
病
学

中西医结合专科病诊疗大系

2
SC

技术出版社

K72

WSc

105076

中西医结合专科病诊疗大系

儿 科 病 学

主 编	汪受传		
副主编	朱先康	韩新民	
编 者	王明明	叶 进	朱先康
	任现志	李江全	汪小蓉
	汪受传	韩新民	杨建荣



山西科学技术出版社



(請一個月內归还)

责任编辑
复
终

1998年 6月 3 0日

[illegible]

总主编 陈茂仁 张俊龙
主 编 汪受传

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路 69 号)
山西省新华书店发行 铁三局印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:24 字数:588 千字
1997年10月第1版 1997年10月太原第一次印刷
印数: 1—5000册

ISBN 7-5377-1441-X
定价:27.00 元



C0191564

编委会主任 张俊龙

总 主 编 陈茂仁 张俊龙

编 委 (按姓氏笔画为序)

马金凤	王 凯	王 钢	王元元
王东梅	吕 波	吕志平	孙兆英
宋鲁成	汪受传	邱红明	刘瑞芬
李如辉	李景阳	苏勋庄	张 娟
张俊龙	张俊忠	张洪斌	苗爱勤
金 实	金 星	陈茂仁	周光林
赵秀芳	祝维峰	段学忠	秦小卫
秦红松	钱秋海	傅新利	路玉滨
翟秀玲	熊传渠	魏建润	

22/7/06

出版说明

一百多年前,西方医学大举进入中国,打破了中医学一统天下的局面。虽然中西医之间文化背景和思维方式存在巨大差异,然而,共同服务于人类的宗旨,使得开始于一百多年前的“中西汇通”的尝试到本世纪 50 年代得以蓬勃发展,并日益显示出其活力和生机,医学也形成了中医学、西医学、中西医结合医学三足鼎立的局面。但是迄今为止,还没有一套在广度和深度上能充分反映中西医结合医学这一学科丰富内容的专书出版。有鉴于此,我社于 1994 年开始组织编写这套“中西医结合专科病诊疗大系”,目的是通过这套丛书,全面总结中医学、西医学,尤其是中西医结合医学在临床诊疗方面的新发展、新成就。我们希望这套丛书既能体现中医临床诊疗的特点和丰富内容,又能体现西医临床诊疗的原则和方法,并富有中西医结合的时代气息;广收旁引,芟除芜杂,努力编成一套系统、全面、新颖、实用的临床系列全书,为提高中医、中西医结合水平作出贡献。

本套丛书的作者大都是从事中医、中西医结合研究的专家、教授,他们当中绝大多数是本学科各专业的博士学位获得者,能够全面了解和掌握本学科的研究方向和信息,这是这套丛书得以顺利出版的前提和基础。

1994 年 10 月召开了第 1 次编委会会议,通过了编写大纲,并进行了分工;1995 年 10 月召开了第 2 次会议,研究了编写中存在的问题,并对初稿进行了修改;1996 年 3 月完成全部书稿的编写任务;同年 5 月邀请有关专家进行审改和定稿工作。历时三载,数易其稿,1996 年 10 月工程全部告竣。

在编写过程中,陈茂仁博士、张俊龙博士对这套丛书的组织和编写做了大量的工作,对这套丛书的完成起了至关重要的作用。

山东中医药大学的张珍玉教授、周次清教授对本套书的修改和最后定稿提出了许多建设性意见,有力地保证了这套丛书的质量。

这套丛书之所以能顺利出版,是各有关单位大力支持和全体编委辛勤劳动的结果。参加本套书编写工作的单位有:山东中医药大学、南京中医药大学、山西中医学院、浙江中医学院、福建中医学院、重庆中医药研究所、山东医科大学、第一军医大学、第二军医大学、山西医科大学、江苏省中医医院、山东省千佛山医院等。

编写如此大型中西医结合临床专科专著,尚属首次,由于缺乏经验,人员分散,限于水平,缺点、错误在所难免,恳请广大读者批评指正,以便将来修订再版。

山西科学技术出版社

编写说明

一、临床诊断和治疗是医学的最终目的所在。中医、西医、中西医结合各具特色。本书博采众长,不拘学派,去粗存精,总结当代中西医结合临床诊疗的新理论、新诊断、新疗法、新方药,并作出客观评价,努力反映今日之创获。全书务求立论精当,内容充实,系统全面,客观实用,从而适应临床、教学和科研工作的需要,促进医学学术的繁荣。

二、依据西医疾病分类方法,选取其中常见病和疑难病为研究对象。“疑”是疑惑不解,即在病理和诊断上难以定论;“难”是指治疗上有难度,缺乏有效或根治的治疗措施。疑难与否,以西医诊疗为基准。“常见”,是指发病率高,为临床常见病。

三、以西医疾病的系统分类为单元,采用丛书系列方式集成14册。包括:《心脏病学》、《肺脏病学》、《肝胆病学》、《胃肠病学》、《肾脏病学》、《神经病学》、《风湿病学》、《内分泌病学》、《血液病学》、《男科病学》、《妇产科病学》、《骨伤科病学》、《儿科学》、《外科学》。

四、这套丛书每一分册均分上、中、下三编。上编为基础理论部分,主要简述各系统的西医生理、病理等基础知识,并逐一尝试用中医理论解释说明之,以求取得中西医结合各系统病治疗理论方面的发展与突破,并为中编具体病种的临床诊疗奠定基础。中编为临床诊疗部分,遵循“西医简明,中医详深”的原则,凡涉及西医的部分,简明扼要,归纳出几点结论;涉及中医的部分,则详细深入,务求理论上深入探讨,方法上广泛收集,突出中医、中西医结合特色。下编为专题研究部分,针对上编、中编未能详细说明的一些临床难点和共性问题进行探讨。

五、每一病证,分概述、病因病理、诊断、治疗、预防等节,每节各有独立的内容,并前后呼应,蔚成一体。

六、“概述”重点介绍病证的西医病名定义、分类及发病率、防治等一般知识,简要说明中医对这些病症的认识及防治源流。西医病因病理,着墨适中,条理清晰;中医病因病机,丝丝入扣,针对性强;西医诊断简而不漏,要点突出;中医诊断纲目清楚,纲举目张;西医治疗简明扼要,中医治疗详细实用;预防在思路中突出中医治未病的思想,在具体措施上则中西医并用。

七、中医药治疗是这套丛书的重点,其常规治疗“辨证论治”部分,列出治法、选方、用药、剂量及加减变化,并做适当用药分析。“验方治疗”部分,选择文献报道中经统计处理证实对本病证确有良效的科学处方,分别在组成、用法、功用、疗效分析条下阐述。“单味药治疗”中的药理部分主要介绍单味药对本病(系统)的基础药理,未涉及对其他系统的药理。“其他治疗”部分,详收中医学的独特疗法,但所选之术均系临床文献报告对本病确有良效者。“中西医结合治疗”部分,主要说明在本病治疗中的中西药配用问题,但所选之法皆为临床文献报道和个人经验的总结,绝非无根据之推测性发挥。

八、我们组织山东、山西、江苏、浙江、福建、四川、上海等地的学者编写如此大型中西医结合临床诊疗专科病系列丛书,由于缺乏经验,囿于水平,加之人员分散,尽管多次统稿协调,各册之间仍有不尽统一和不尽完善之处,敬请读者批评指正。

总主编:陈茂仁 张俊龙

前 言

中医儿科学是随着中华民族的诞生和发展,伴随着中华文明,在中医学的学术进步过程中,产生和丰富起来的一门临床学科。她以中医学基本理论为指导,集中了我国人民在防治儿科疾病、保障儿童健康方面的经验与成就,为中华民族的健康繁衍作出了卓越的贡献。

近半个世纪以来,在中西医结合儿科领域内,硕果累累。在预防医学方面,应用现代诊断手段,通过在胎儿期给孕妇服药,来预防新生儿溶血症、出生时低体重等的发生,取得了突破性进展。对体弱而反复呼吸道感染、反复消化道疾病,以及哮喘缓解期、肾病综合征缓解期、癫痫休止期等扶正固本治疗,都从临床和实验研究各方面取得了成果。

在基础医学方面,四诊客观化和证的诊断标准化等方面取得长足进步。应用色度学与测色技术使望诊客观化,应用声学分析方法使闻诊客观化,都在探索和积累资料。舌诊研究是四诊研究中最活跃的领域,使用物理舌诊仪分析舌色、舌表浅血流量测定仪测定血流量、显微录像装置识别舌蕈状乳头微血管丛,刮舌涂片作细胞学、生物化学和组织化学、细菌学等检查,以及不同舌象患儿的生理生化测定等,都深入了中医学舌诊的认识层次。辨证在传统宏观辨证的基础上,正不断充实微观辨证的内容,证的动物模型研制为中医科研创造了条件。辨证与辨病相结合提高了临床疗效。证的诊断客观化、标准化更是做了大量工作,定性与定量相结合,增加微观辨证指标,都使得辨证内容在传统的基础上得到充实与提高。

在临证医学方面,从50年代中西医结合治疗流行性乙型脑炎取得突破之后,相继在麻疹合并肺炎、百日咳、病毒性肝炎等传染病,肺脓肿、哮喘等肺系疾病,腹泻、营养不良、厌食等脾胃病,急性肾炎、肾病综合征等肾脏病,各类儿科常见疾病的中西医结合治疗方面取得了成果,显示了中西医结合较之单纯中医或单纯西医的特长和优势。还有一些采用现代方法得以明确诊断的疾病,如传染性单核细胞增多症、皮肤粘膜淋巴结综合征、幼年型类风湿病、过敏性紫癜、儿童多动综合征等,都已初步摸索出了中医药辨证论治的规律。对儿科疾病的临床研究,都逐步采用了现代科研方法,严密的科研设计、明确的诊断和疗效标准、先进的实验指标、大样本、结果作统计学处理等,已经得到推广。

建国以来中西医结合研究的最重要的成绩,则是在实践中培养和造就了一批兼通中医学,能够在中、西医两种不同的医学体系之间沟通、扬长避短、相互补充,使之更好地为人民健康服务的专业人员队伍,加上西医学习中医、中医学习西医的广泛开展,这就为中西医结合建立了基础。通过《中西医结合专科病诊疗大系》这套书,对近半个世纪来的中西医结合研究成果加以系统总结,不仅将促进中西医结合事业的发展,而且必将促进已有成果的推广应用,造福于广大人民群众,这正是本书作者们的共同愿望。

汪受传
南京中医药大学

目 录

上编 基础理论

第一章 新生儿疾病基础	(3)
第一节 生理病理	(3)
第二节 临床诊断	(6)
第二章 消化系统疾病基础	(9)
第一节 生理病理	(9)
第二节 临床诊断	(11)
第三章 呼吸系统疾病基础	(14)
第一节 生理病理	(14)
第二节 临床诊断	(16)
第四章 泌尿系统疾病基础	(19)
第一节 生理病理	(19)
第二节 临床诊断	(22)
第五章 神经系统疾病基础	(26)
第一节 生理病理	(26)
第二节 临床诊断	(29)
第六章 感染性疾病基础	(33)
第一节 生理病理	(33)
第二节 临床诊断	(37)

中编 临床诊疗

第一章 新生儿疾病	(43)
第一节 低出生体重儿	(43)
第二节 新生儿硬肿症	(48)
第三节 新生儿黄疸	(54)
第四节 先天性肌性斜颈	(60)
第二章 消化系统疾病	(64)

第一节	口炎	(64)
第二节	厌食	(67)
第三节	胃结块症	(72)
第四节	再发性腹痛	(75)
第五节	婴幼儿腹泻	(80)
第六节	急性坏死性肠炎	(88)
第七节	细菌性肝脓肿	(93)
第八节	急性胰腺炎	(97)
第三章	呼吸系统疾病	(102)
第一节	急性上呼吸道感染	(102)
第二节	反复呼吸道感染	(107)
第三节	支气管炎	(112)
第四节	支气管哮喘	(118)
第五节	肺炎	(125)
第六节	肺脓肿	(133)
第四章	泌尿系统疾病	(139)
第一节	急性肾小球肾炎	(139)
第二节	肾病综合征	(146)
第三节	血尿	(153)
第四节	尿路感染	(159)
第五节	遗尿症	(164)
第五章	神经系统疾病	(170)
第一节	病毒性脑炎	(170)
第二节	急性感染性多发性神经根炎	(174)
第三节	癫痫	(180)
第四节	儿童多动综合征	(186)
第五节	智力低下	(192)
第六章	感染性疾病	(199)
第一节	麻疹	(199)
第二节	水痘	(206)
第三节	流行性腮腺炎	(210)
第四节	流行性乙型脑炎	(215)
第五节	病毒性肝炎	(223)
第六节	传染性单核细胞增多症	(235)
第七节	流行性出血热	(240)

第八节 流行性脑脊髓膜炎	(248)
第九节 百日咳	(253)
第十节 蛔虫病	(259)
第十一节 蛲虫病	(264)
第十二节 绦虫病	(267)
第七章 其他疾病	(271)
第一节 营养不良	(271)
第二节 锌缺乏症	(277)
第三节 营养性贫血	(282)
第四节 原发性血小板减少性紫癜	(289)
第五节 过敏性紫癜	(295)
第六节 皮肤粘膜淋巴结综合征	(300)
第七节 病毒性心肌炎	(305)
第八节 高热惊厥	(311)

下编 专题研究

一、中医药养胎护胎的研究	(319)
二、脑髓理论对儿科临床的指导意义	(323)
三、变蒸与枢机龄	(325)
四、儿科辨证学的现代研究	(328)
五、儿科中药剂型的改革与现代研究	(332)
六、滋脾养胃法的儿科临床应用	(337)
七、运脾法的儿科临床应用及机理研究	(339)
八、通腑泻下法在儿科的临床运用	(342)
九、马钱子的儿科临床应用	(345)
十、不同类型新生儿黄疸的辨证论治	(348)
十一、新生儿脐部疾患的辨证治疗	(351)
十二、不同类型婴幼儿腹泻的辨证论治	(352)
十三、不同类型肺炎的辨证论治	(356)
十四、麻杏石甘汤在小儿肺系疾病的运用	(360)
十五、雷公藤在肾脏疾病中的应用	(362)
十六、小儿精神障碍的治疗	(366)
十七、透、清、养三法在出疹性疾病中的运用	(370)
十八、用热痰风理论指导流行性乙型脑炎辨证论治	(372)

上编 基础理论

第一章 新生儿疾病基础

小儿自出生后脐带结扎开始,至生后 28 天称新生儿期。新生儿期在儿科占有重要位置,是小儿死亡率最高的时期,因此,降低新生儿死亡率是降低儿科死亡率的关键。新生儿时期,在生理病理、疾病表现、诊断治疗各方面均有其显著特点。新生儿疾病病种繁多,病因复杂。包括呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、血液系统、神经系统、新生儿黄疸、新生儿感染、新生儿硬肿症等各类疾病。

新生儿窒息相当于中医的初生不啼;新生儿呼吸窘迫综合征相当于初生儿喘证;新生儿肺炎相当于百啐内嗽;新生儿出血症、新生儿肺出血、新生儿坏死性小肠结肠炎属于初生儿血证;新生儿鹅口疮相当于初生儿雪口;新生儿颅内出血、新生儿低钙症相当于初生儿急惊风;新生儿黄疸、新生儿溶血症相当于胎黄;新生儿败血症相当于初生儿毒邪内陷或疮毒走黄;新生儿破伤风相当于脐风;新生儿硬肿症相当于五硬、胎寒;新生儿脐炎相当于脐湿、脐疮;新生儿脐疝相当于脐突。

以中医中药为主,中西医结合治疗新生儿黄疸、新生儿硬肿症、低出生体重儿及先天性肌性斜颈等疾病具有独特的疗效,对降低新生儿的死亡率具有重要意义。

第一节 生理病理

一、西医的生理病理

(一)呼吸系统

新生儿肋间肌较弱,呼吸运动主要靠膈肌的升降,呈腹式呼吸。若胸廓软弱,随膈肌下降而下降,则通气受限,可造成缺氧。多见于未成熟儿及患有骨骼、肌肉疾病者。呼吸较表浅,节律常不匀,呼吸次数 40 次/分~45 次/分,初生儿两周内呼吸频率波动较大,个别可达 80 次/分。

(二)循环系统

每分钟心搏出量 180ml/kg~240ml/kg,比成人多 2 倍~3 倍,此与新生儿高耗氧量相适应。血流分布多集中于躯干和内脏,故肝脾易触及,而肢端易发凉和青紫。心率波动较大,生后 24 小时内约 100 次/分~150 次/分,以后 100 次/分~190 次/分,血压约 10.00kPa~5.32kPa。有的新生儿生后 1 天~2 天内心前区可听到杂音,过几天又消失,与动脉导管暂时性未闭有关,并不是先天性心脏病,相反,先天性心脏病在新生儿期常无杂音。

(三)泌尿系统

大多在生后第一天排尿,少数到第二天才开始,如生后 48 小时仍无尿,需要检查原因。肾小管回吸收及分泌功能有限,排出过剩钠的能力也低,输入含钠液稍多可致高钠血症及水肿。酸碱调节功能也有限,碳酸氢根的肾阈低,排磷较少,产氨能力较差,易发生酸中毒。肾的稀释功能较好,不过在水负荷后,水的排泄常随时间而逐渐减少,故不可输液过多。尿中可有微量蛋白,尿酸较多时,尿可呈粉红色。

(四)消化系统

胃呈横位,贲门括约肌不发达,幽门括约肌则较发达,因此易溢乳。消化道面积较大,有利于吸收营养物质。唾液分泌及淀粉酶较少,吸收脂肪的功能稍低。

(五)神经系统

脑相对较大,但脑沟、脑回尚未完全形成。大脑皮层和纹状体尚未发育完善,神经髓鞘尚未完全形成,常出现泛化反应、不自主运动和手足徐动等表现。生后即出现各种无条件反射,如吸吮、觅食、吞咽、拥抱、握持、交叉伸腿、踏步反射等。当有神经系统损伤时,这些反射可能消失。正常情况下生后数月这些反射也自然消失,而在中枢神经系统发育落后者则可能延迟消失。腹壁反射、提睾反射、膝腱反射等常较弱,不易引出。佛氏征、巴氏征、克氏征、踝阵挛等呈阳性反应属正常现象。

(六)免疫系统

免疫球蛋白 IgG 可从母体通过胎盘传给胎儿,因此新生儿对某些传染病(如麻疹)不易感染,但被动免疫抗体出生后逐渐消失,约半年后对这些传染病又成为易感者。免疫球蛋白 IgA 和 IgM 则不能通过胎盘传给胎儿,因此易患呼吸道和肠道细菌性感染。人乳(特别是初乳)中 IgA 含量高,可提高抵抗力。新生儿特异性和非特异性免疫功能都不够成熟,皮肤和粘膜娇嫩,易破损和感染,网状内皮系统和白细胞的吞噬作用较弱,血清补体较成人低,白细胞对真菌的杀灭能力较低,这些都使新生儿易患各种感染,因此要特别重视感染性疾病的预防。

(七)代谢

新生儿能量代谢较旺盛。初生时产热能源主要来自糖代谢,但因糖储备不足,故生后几天内机体越来越多地动用脂肪和少量蛋白质产热。由于糖原储备不足,血糖较低,故饥饿时易出现低血糖。由于初生几天内丢失较多的水分,故可发生“生理性”体重降低。血钙在 3 天内较低,人工喂养儿可因血磷过高而更降低,以致出现低钙血症。肝脏酶系统发育不成熟,如葡萄糖醛酰转换酶不足,多数新生儿因胆红素代谢不完善而有不同程度的“生理性”黄疸。此酶不足,也可使多种药物在新生儿体内的生物转化发生障碍,造成过量及中毒现象,如氯霉素可引起灰婴综合征。

(八)体温调节

新生儿皮下脂肪薄,体表面积相对较大,容易散热。新生儿对寒冷的反应与成人不同,不是

依靠寒颤产热,而是通过去甲肾上腺素的调节,促进棕色脂肪的代谢产热。棕色脂肪产热需要葡萄糖的参与并增加耗氧量,故饥饿和缺氧均对新生儿保持体温不利。室温过高时足月儿能通过皮肤蒸发和出汗散热,如果体内水分不足,血液浓缩,可发生“脱水热”。

二、中医的生理病理

中医称新生儿为初生儿,并充分认识到初生儿为小儿时期的一个特殊阶段,必须加强调护。唐代孙思邈在其所著的《备急千金要方》中指出:“小儿初出腹,骨肉未敛,肌肉犹是血也,血凝乃坚成肌肉耳。”宋代钱乙在《小儿药证直诀·卷上 脉证治法》中指出:“小儿在母腹中,乃生骨气,五脏六腑成而未全。”元代张子和在《儒门事亲》中说:“小儿初生之时,肠胃绵脆,易饥易饱,易虚易实,易寒易热。”明代万全在《育婴家秘》中说:“儿之初生,脾薄而弱,乳食易伤,故曰脾常不足也。”这些论述都充分说明初生儿由于刚离母腹,其五脏六腑、气、血、精、津液以及各脏腑的功能活动都是处于极其幼稚和不稳定的状态。

小儿的生理特点即为脏腑娇嫩,形气未充,初生儿则尤其突出。特别是脾肾之脏,因脾为后天之本,肾为先天之本,可见脾肾二脏在人体中所处的重要地位。脾主运化,气血生化之源,主肌肉。小儿的气血、营卫来源及肢体健壮、肌肉丰满等均与脾有密切关系。肾主生长发育,肾阴肾阳是其他脏腑阴阳的根本。骨骼、脑髓、发、耳等皆与肾密切相关。小儿初生之时,骨柔肢软肉弱,吮乳及运化功能较差,尤其是早产儿,表现为形体瘦小,肌肉萎软,皮肤薄嫩,头大凶张,毛发细黄,耳壳软薄,耳舟不清,指甲软短等脾肾虚弱之证。

小儿稚阳未充,稚阴未长。初生小儿,尤为明显。如小儿生后3天~4天,在室温过高,保暖过度或进水量少时,可出现体温突然升高,哭闹不安,口干而渴等症状,及时给予饮水后,体温可在数小时内降至正常,表明初生儿稚阴未长,当体内水分不足时,则出现发热,口干渴等阴伤阳亢之证;补充水后,阴平阳秘,则体温迅速降至正常。或由于寒冷季节,保温不善,寒邪直中脏腑,损伤脾肾之阳,阳气不能温煦肌肤四末,出现四肢不温,肌肤硬肿,体温不升之硬肿症,为初生儿期特有的病症,充分表明其稚阳未充之特点。

初生儿若由于其父母高龄,体质虚弱,房劳过度,可使胚胎形成虚羸;或孕母气血两亏,胎衣薄弱,胎儿禀受精血未充,可致出生后先天不足,脾肾虚弱,脏器缺损,出现解颅、五软、五迟等病症。

初生儿出生时,若由于断脐不洁,邪毒侵入脐中,经络受阻,营卫壅滞,气血不运,经络为邪毒所闭,邪毒入脏,肝风内动,则发为脐风。若由于母体素蕴湿热邪毒,传于胎儿,或小儿产时、生后感受湿热邪毒,郁蒸肝胆,胆汁失于疏泄,则可出现胎黄之证。

初生儿由于肌肤柔嫩,藩篱疏薄,若调护失宜,则易感外邪。感邪后,由于正气未充,无力抗邪,邪势嚣张,极易传变。如由于断脐不洁,水湿邪毒浸淫为患,则发为脐湿、脐疮。由于正不胜邪,邪入营血,化热化火,内陷心包,可传变为疮毒内陷或疮毒走黄之危证。

正由于初生儿初离母腹,脏腑极其娇嫩,不耐邪侵,易于发病,且传变迅速,可使阴阳离决而致夭折。所以初生儿是小儿死亡率最高的时期。如新生儿硬肿症,死亡率可高达40%左右。

第二节 临床诊断

一、西医诊法

(一) 体格检查

1. 一般情况

观察在安静状态下面色是否红润,呼吸是否平稳,对外界反应如何,哭声是否洪亮,有无间断性尖叫。过度兴奋常是缺氧、中枢神经系统损伤或低血糖症的表现。

2. 皮肤

正常新生儿皮肤较红润。较苍白表示有贫血、重度窒息或低血糖、休克。24小时内出现黄疸,或黄疸较重,多为新生儿溶血症或败血症。特别红润为红细胞增多症。有较多出血点应考虑有先天性血小板减少症的可能。面色发绀可由缺氧引起,用氧后如不减轻多为先天性青紫型心脏病所致。

3. 头部

头围正常为34cm,过大可为脑积水,过小可为小头畸形。前囟紧张膨隆,提示颅压增高,可为脑水肿、颅内出血或脑膜炎表现。注意有无特殊面容,如先天愚型、克汀病、小颌畸形等。

4. 颈部

检查锁骨有无骨折,胸锁乳突肌处触及无疼痛的梭形肿块为肌性斜颈。

5. 胸部

注意胸廓有无畸形,如漏斗胸或鸡胸。胸骨上窝有凹陷性喘鸣者常为先天性喉骨软化表现。出现三凹征常为呼吸窘迫综合征或肺炎。呼吸不规则、浅表提示缺氧或有中枢神经系统损伤。心率 <100 次/分或 >160 次/分应考虑有无缺氧或心力衰竭。

6. 腹部

腹胀明显首先应考虑有无肠梗阻、内脏穿孔或腹膜炎等。舟状腹提示有膈疝。注意脐部有无炎症、脐疝或脐膨出。

7. 四肢

注意有无畸形。肌张力过高可能有中枢神经系统疾患。肌张力低下可能是脊髓受损或由于缺氧、低血糖、颅内出血、严重感染等原因所致。

8. 神经反射

应检查觅食反射、拥抱反射、握持反射、交叉伸腿反射。如这些反射消失说明中枢神经系统有损伤,或为全身反应低下的表现。

(二) 理化检查

1. 胸部 X 线检查

新生儿吸入综合征可表现为明显的肺气肿、节段性或一侧肺不张和斑片状炎症阴影等,部分患儿可有气胸、纵隔气肿的征象。新生儿呼吸窘迫综合征早期胸片可见透亮度减低,并有

均匀细小颗粒、斑点状(示肺泡萎陷与不张)和网状阴影(示过度充血的细支气管和肺泡管)的特征;晚期由于肺泡内无空气,萎陷的肺泡互相融合形成实变,因气管及支气管仍有空气充盈,故可见清晰透亮的管状充气征。初生儿肺炎胸片显示两肺野局灶、节段或弥漫性浸润。宫内感染性肺炎示密度较淡的片状阴影,分布广泛。胎粪吸入性肺炎阴影密度深浓,伴节段性肺不张。金黄色葡萄球菌肺炎常出现肺大泡,有时并发脓气胸、脓胸。胸部摄片还可以了解心影的大小、形态、位置及肺血管的位置,可对先天性心脏病的类型作出初步的诊断。

2. 腹部X线检查

包括腹部平片、钡餐造影及钡剂灌肠。可协助诊断消化道梗阻、腹膜炎、胃肠道穿孔、坏死性小肠炎、腹部肿块、肠闭锁、肠回转不良、巨结肠和直肠肛门畸形等。

3. 心电图检查

是诊断先天性心脏病的重要手段。可协助确定心脏的位置,心房心室有无肥大,心脏传导情况及有无心律失常,心律失常的性质。此外,对电解质紊乱如高钾血症、低钾血症、低钙血症及洋地黄中毒等均有参考价值。

4. 超声心动图检查

目前有M型、B型超声心动图及脉冲多普勒超声血流仪三种类型,是重要的非侵入性的检查方法。利用超声的回声反射来显示心脏各解剖学层次及其动态特征,能对心脏各个结构进行定位,并通过辨认波型,对心脏的腔室和血管大小进行定量测定,用以估计心脏解剖上的异常及严重程度,因而有利于先心病的诊断。

5. 血常规检查

出生时红细胞数约 $5 \times 10^{12}/L \sim 7 \times 10^{12}/L$,血红蛋白约 $150g/L \sim 230g/L$,红细胞压积约 $50\% \sim 55\%$ 。当新生儿出生两周内静脉血红蛋白低于 $130g/L$,毛细血管血红蛋白低于 $145g/L$ 时,为新生儿贫血。出生时白细胞总数较高,约 $15 \times 10^9/L \sim 20 \times 10^9/L$,最高达 $30 \times 10^9/L$,生后12小时~24小时达高峰,然后逐渐下降,1周时平均为 $12 \times 10^9/L$ 。出生时白细胞分类以中性粒细胞占优势,约为65%,淋巴细胞约为35%。随白细胞总数下降,中性粒细胞亦相应下降。生后4天~6天,淋巴细胞与中性粒细胞比例相等,形成交叉曲线,称为第一交叉。随后淋巴细胞比例较中性粒细胞为高,至4岁~6岁两者又相等,形成第二次交叉。新生儿末梢血液可出现少量幼稚中性粒细胞,但数日内消失。患严重细菌感染性疾病时,常有核左移现象。血小板数与成人相似,约 $150 \times 10^9/L \sim 250 \times 10^9/L$,低于 $100 \times 10^9/L$ 为病理现象。有人认为早产儿血小板低于 $100 \times 10^9/L$ 为生理现象。

6. 尿常规

一般认为每天尿蛋白超过 $150mg$ 有病理意义。窒息、脱水、心力衰竭均可产生尿蛋白。持续性大量蛋白尿多为先天性肾病综合征或肾小球肾炎。严重缺氧和窒息可致轻度血尿。如为持续性血尿,应考虑有肾实质病变、尿路感染或凝血障碍性疾病等。新生儿偶可见一过性脓尿,但持续性脓尿多见于尿路感染。出现白细胞管型常表示有肾实质病变。

7. 肾功能

用一般婴儿奶方喂养的新生儿,如尿素氮升高提示有肾功能不全。正常新生儿用高蛋白奶方喂养时,尿素氮可高达 $10.71mmol/L$ 。初生时血清肌酐值与成人大致相仿,要在2周~4周内才降到 $8.84\mu mol/L \sim 17.7\mu mol/L$ 。因此新生儿早期测血清肌酐对估价肾功能没有意义,除非是已升高到超过成人正常值 $44.2\mu mol/L \sim 97.24\mu mol/L$ 。