

ERTONG CHANGJIAN JIBING
JI XIANGGUAN ZHISHI

上册

内科部分

儿童常见疾病 及 相关知识

李培国◎主编

 吉林出版集团
 吉林科学技术出版社

儿童常见疾病及相关知识

上册 内科部分

主编 李培国

图书在版编目（CIP）数据

儿童常见疾病及相关知识/李培国主编. —长春：
吉林科学技术出版社，2011. 3

ISBN 978-7-5384-5161-0

I. ①儿… II. ①李… III. ①小儿疾病：常见病—诊疗 IV. ①R72

中国版本图书馆CIP数据核字（2011）第029859号

儿童常见疾病及相关知识

主 编 李培国
出 版 人 张瑛琳
责任编辑 隋云平 王旭辉
书籍装帧 长春美印图文设计有限公司
开 本 787mm×1092mm 1 / 16
字 数 850千字
印 张 33.25
印 数 1000册
版 次 2011年3月第1版
印 次 2011年3月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
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 0431-85677817 85635177 85651759
85651628 85600311 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85610611
网 址 www.jlstp.net
印 刷 长春市太平彩印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5384-5161-0

定 价 88.00元（全二册）

如有印装质量问题可寄出版社调换

版权所有 翻印必究 举报电话：0431-85635185

编 委 会

主 编：李培国

副主编：李丽华 张增雷

编 委：（按姓氏笔划）

王 璇 王清义 孙红伟 宋彬彬

李丽华 李培国 罗海龙 周云军

张瑞云 张增雷 崔 红 楼南芳

编 者 名 录

李培国：牡丹江医学院红旗医院

李丽华：牡丹江医学院红旗医院

张增雷：牡丹江医学院红旗医院

王 璇：牡丹江医学院红旗医院

孙红伟：牡丹江医学院红旗医院

宋彬彬：牡丹江医学院红旗医院

罗海龙：牡丹江医学院红旗医院

周云军：牡丹江医学院红旗医院

张瑞云：牡丹江医学院红旗医院

楼南芳：牡丹江医学院红旗医院

王清义：牡丹江医学院红旗医院

崔 红：牡丹江医学院红旗医院

内容提要

本书主要是供儿科与相关专业临床工作者及实习医师在工作中参考，它是一本以诊断和治疗为主的实用性指导书。

全书共分上、下二册，即内科部分和外科部分。字数约七十万字。作者根据多年临床工作体会和国内先进经验，重点阐述了百余种疾病的诊断依据及治疗方法、手术规则、危重情况和急救处理方法。对儿内、儿外科及相关科室医师会有所帮助。本书还介绍了小儿常见病的心电图、脑电、超声诊断特点，小儿常用药物用法用量，眼科及妇产科相关知识。本书中许多疾病的诊治具有一定的先进性和实用性，融中西医结合于一体，既有西医的治疗常规，亦有中医的辩证实施及方剂，可供医务工作者参考。

前 言

我国著名医学教授张孝骞大夫曾经说过：临床工作“如临深渊，如履薄冰”，作为儿科工作者更能体会此番话的深刻含意。儿科古称哑科，由于患儿幼稚，对病症不能自诉或表达不清，家长有时也未能准确掌握病情及经过，此时医生的敏锐观察，根据患儿的表现细致分析病症的发生和发展，并作出正确的诊断十分重要。有鉴于此，我们组织了牡丹江医学院红旗医院儿科及其它相关科室的在教学、临床、科研第一线工作的专家、教授编写了这本书。

本书广泛收集了国内外有关文献资料及大量的临床病例诊治体会，对儿科及相关专业的常见病、多发病的发病原理、临床表现及诊治手段进行了系统的阐述。在某些罕见病和疑难病例方面，即便有相当经验的医师诊断也有一定困难，尤其是在多数医疗单位缺乏先进的诊疗仪器的情况下，本书通过大量的临床病例进行比较和分析，由浅入深，由表及里，纵向深入，横向剖析，一环扣一环的逻辑推理，从成功的经验及失败的教训中，总结出了一大套独具特色的临床思维指南。对刚刚步入医学殿堂的医生来说最缺乏的就是临床经验，有鉴于此，本书以此为起点，希望能对活跃在医疗第一线的儿科临床医生、相关专业临床医生、进修医生及基层医院医生有所裨益。此处，为满足医学院校学生考试及医师资格考试的需要，此书是根据全国高等医学院校儿科学大纲的要求和2007年出版的儿科第七版的最新教材内容编写而成，是医学专业必修课及考试辅导用书。

由于此书涉及面广，编写人员较多，又因不尽相同，繁简程度不一，因此内容、深度和广度不可能完全一致。限于编者的水平，书中不免有错误与疏漏之处，希望读者批评指正，以便今后补充和修改。

编 者

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	2
第三节 母子血型不合溶血病	3
第四节 新生儿肺透明膜病	4
第五节 新生儿湿肺症	5
第六节 新生儿出血症	6
第七节 新生儿感染性肺炎	7
第八节 先天性感染	8
第九节 新生儿化脓性脑膜炎	8
第十节 新生儿败血症	10
第十一节 新生儿缺氧缺血性脑病	11
第十二节 新生儿颅内出血	12
第十三节 新生儿低血糖症	13
第十四节 新生儿低钙血症	14
第十五节 新生儿寒冷损伤综合征	15
第十六节 新生儿坏死性小肠结肠炎	17
第二章 传染病	18
第一节 麻疹	18
第二节 脊髓灰质炎	22
第三节 水 痘	25
第四节 风 疹	27
第五节 猩红热	28
第六节 幼儿急疹	30
第七节 传染性单核细胞增多症	31
第八节 流行性腮腺炎	33
第九节 百日咳	35

第三章 营养缺乏性疾病	39
第一节 维生素D缺乏性佝偻病	39
第二节 维生素D缺乏性手足搐搦症	41
第三节 蛋白质—热能营养障碍	42
第四章 消化系统疾病	44
第一节 胃食管反流病	44
第二节 小儿幽门螺旋杆菌感染	45
第三节 急性胰腺炎	47
第四节 胆囊炎	48
第五节 溃疡性结肠炎	49
第六节 胃 炎	50
第七节 消化性溃疡	55
第八节 腹泻病及儿科液体疗法	57
第九节 急性坏死性肠炎	66
第十节 腹膜炎	68
第十一节 胃肠道出血	70
第十二节 息肉病	74
第十三节 门静脉高压	76
第十四节 化脓性肝脓肿	79
第十五节 胃管插入术	80
第五章 呼吸系统疾病	81
第一节 上呼吸道感染	81
第二节 急性喉、气管、支气管炎	83
第三节 毛细支气管炎	84
第四节 肺 炎	85
第五节 肺不张	94
第六节 脓胸及脓气胸	97
第七节 肺结核	100
第八节 支气管哮喘	102
第九节 支气管扩张症	110
第十节 隐匿性致纤维性肺泡炎	112

第十一节 先天性肺囊肿	113
第十二节 特发性肺含铁血黄素沉着症	114
第十三节 常用检查方法	115
第六章 泌尿系统疾病.....	118
第一节 急性肾小球肾炎	118
第二节 急进性肾炎	120
第三节 原发性肾病综合征	121
第四节 IgA 肾病	124
第五节 狼疮性肾炎	125
第六节 过敏性紫癜肾炎	126
第七节 急性肾功能衰竭	128
第八节 慢性肾功能衰竭	130
第九节 尿路感染	131
第十节 诊断及操作技术	133
第七章 内分泌和遗传代谢疾病.....	140
第一节 中枢性尿崩症	140
第二节 特发性性早熟	141
第三节 甲状腺功能亢进症	142
第四节 先天性甲状腺功能减低症	144
第五节 甲状腺功能减低症	145
第六节 生长激素缺乏症	146
第七节 肥胖病	148
第八节 先天性肾上腺皮质增生症	150
第九节 儿童I型糖尿病	151
第十节 糖尿病酮症酸中毒 (diabetic ketoacidosis, DKA)	154
第十一节 Turner综合征.....	155
第十二节 苯丙酮尿症	156
第十三节 内分泌系统常用诊断及操作方法	157
第八章 神经系统疾病.....	176
第一节 化脓性脑膜炎	176

第二节	病毒性脑炎	180
第三节	急性感染性多发性神经根炎	186
第四节	小儿癫痫	189
第五节	脑性瘫痪	195
第六节	莱姆病	197
第七节	森林脑炎	198
第八节	高热惊厥	201
第九节	小儿急性偏瘫	202
第十节	急性小脑共济失调	203
第十一节	抽动-秽语综合征	204
第十二节	重症肌无力	205
第十三节	横段性脊髓炎	207
第十四节	偏头痛	208
第十五节	注意力不足症	211
第九章 小儿常见辅助检查		213
第一节	正常窦性心律与窦性心律不齐	213
第二节	心房肥大及心室肥厚	216
第三节	过早搏动	218
第四节	室上性与室性心动过速	220
第五节	扑动与颤动	223
第六节	房室传导阻滞	224
第七节	室性传导阻滞	225
第八节	预激综合征	226
第九节	小儿超声常见疾病诊断	227
第十节	小儿脑电图常见疾病诊断要点	230
第十一节	心包炎及心肌病的心电图改变	233
第十章 药物应用		235
第一节	药物剂量的计算	235
第二节	药物的有效浓度	237
第三节	药物的相互作用	239
第四节	抗感染药物的应用	241

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿窒息

呼吸暂停（apnea）为新生儿期常见的危重症状之一，是指呼吸停止时间超过20s，并有心率减慢（ <100 次/min）

一、诊断

（一）病因与分类

1. 原发性呼吸暂停。原发性呼吸暂停指早产儿发生的呼吸暂停，不伴有其他疾病。一般发生在生后2~10d。主要由于呼吸中枢发育不成熟以及对CO₂升高的反应性较差所致。

2. 继发性呼吸暂停。此症多见于足月儿，可继发于下述情况：① 低氧血症：如肺炎、呼吸窘迫综合征、窒息、先天性心脏病等。② 呼吸中枢受损或功能紊乱：如颅内感染、颅内出血、胆红素脑病、败血症、电解质紊乱、酸中毒等。③ 反射性因素：导管吸氧、插胃管、胃食管反流等，均可刺激咽喉部，反射性引起呼吸暂停。④ 其他：环境温度过高或过低、体位不正、被动的颈部弯曲或面罩给氧时颏下受压等。

（二）临床表现

主要临床表现为呼吸停止、青紫、心率减慢和肌张力低下。

（三）实验室检查

血气分析可有PaO₂下降和PaCO₂增高，SO₂下降。应积极寻找原因，进行相应的检查，如血糖、血钙、各种体液的培养、X线检查、B超、CT扫描等。

二、治疗

1. 监护

对可以发生呼吸暂停的新生儿应加强观察，注意呼吸状况，有条件者可以使用呼吸监护仪。

2. 物理刺激

采用托背、刺激皮肤等方法可使小儿啼哭或清醒后呼吸暂停消失。

3. 药物兴奋呼吸中枢

氨茶碱首次剂量4~6mg/kg，12h后给维持量2~3mg/（kg·次）。用法：将氨茶碱加入10%葡萄糖液20ml中，缓慢静滴。

4. 机械辅助呼吸

用于药物治疗无效，呼吸暂停频繁发作者。

5. 原发病的治疗

对于原发病，应视具体病情采用相应的措施加以治疗。

第二节 胎粪吸入综合征

胎粪吸入综合征(MAS)常见于足月儿及过期产儿,胎儿在宫内或产时窒息而排出胎粪,污染了羊水,吸入后可发生本病。

一、诊断

(一) 病史

1. 患儿多有宫内窘迫及生后窒息史。
2. 气管内可吸出含胎粪的羊水。

(二) 临床表现

羊水被胎粪污染呈黄绿色,患儿皮肤、指甲、外耳道、脐带均被粪染成黄色。出生后不久出现呼吸困难、呻吟、青紫、三凹征甚至发生抽搐。胸廓饱满,肺内满布干湿啰音。还可发生气胸,纵隔气肿等并发症。

(三) X线表现

轻症可见肺纹理增粗,轻度肺气肿。胎粪吸入较多者两肺可见密集斑片状或结节状浸润、肺气肿、纵隔积气或气胸。

二、治疗

1. 清理呼吸道

应在胎头娩出后和肩娩出前即开始吸引,吸净口腔和气管内污染的羊水,以保证呼吸道通畅。

2. 氧疗

在清理呼吸道后立即用鼻管、面(头)罩给高浓度的氧,到青紫消失为止,应维持 PaO_2 在8.0~10.7kPa(60~80mmHg)之间。

3. 机械通气

此法可使胎粪颗粒进入呼吸道深部及加重气漏,故需谨慎使用。常用高压氧、高频氧、通气方式多采用吸气短呼气长和低压力。

4. 维持营养及水电解质平衡

轻症患儿可少量多次喂奶,防治呕吐;重症不能吮乳者可静脉输入10%葡萄糖、血浆或静脉营养液,液量60~80ml/(kg·d)。

5. 合并气胸、纵隔气肿

轻者可待其自然吸收,重症应立即穿刺抽气或闭式引流。

6. 感染的防治

对于感染者可用抗生素予以治疗。

7. 烦躁不安

对于烦躁不安者可酌情使用镇静剂予以控制。

第三节 母子血型不合溶血病

新生儿溶血病（neonatal hemolytic disease）通常是指因母子血型不合，由血型抗原免疫后引起的同族免疫性溶血性疾病，在胎儿和新生儿都可以发病。

一、诊断

（一）病因

本病是由于母子间血型不合而发生的同族免疫性溶血，当胎儿红细胞由父亲遗传来的显性抗原恰为母亲所缺少时，此红细胞如通过胎盘进入母体，可刺激母体产生相应的抗体，抗体通过胎盘进入胎儿循环，与胎儿红细胞发生凝集，使红细胞破坏而发生溶血。最常见的是ABO系统，其次是Rh系统。

（二）病史

母亲既往有流产、死胎、输血或重症新生儿黄疸病史。

（三）临床表现

1. 轻型。与生理性黄疸相似或稍重，贫血、肝脾大不明显。
 2. 中型。生后24h内出现黄疸，进展快，2~3d胆红素可超过 $342\mu\text{mol/l}$ （20mg/dl），有发生胆红素脑病的危险。可伴有贫血、肝脾大，重者全身苍白、水肿、心衰，后期可发生晚期贫血。
 3. 重型。出生时苍白、水肿或为死胎，病死率甚高。
- ABO溶血病多以黄疸为主要症状，贫血、肝脾大均较轻，少数胆红素过高应及时处理，以免发生胆红素脑病。而Rh溶血病则症状较重。

（四）实验室检查

1. 血常规。红细胞及血红蛋白降低，网织红细胞增高，有核红细胞增多。
2. 血清胆红素增高，以间接胆红素为主。
3. 血型。母子血型不合（ABO，Rh），为必备条件。
4. 血清学检查（Coombs试验）。直接Coombs试验呈阳性可以确诊，抗体效价 $>1:64$ ，间接Coombs试验阳性可作为参考。

二、治疗

（一）一般治疗

治疗时应纠正缺氧、酸中毒、心衰。

（二）积极控制高胆红素血症

1. 药物治疗。肾上腺皮质激素、白蛋白、丙种球蛋白、中药。
2. 光照疗法。对已确诊为新生儿溶血病者，应及早进行。
3. 换血疗法。

（三）晚期贫血

每周查血红蛋白， $<90\text{g/l}$ 时可少量多次输血，出院后继续随访。

第四节 新生儿肺透明膜病

肺透明膜病（HMD）又称为新生儿特发性呼吸窘迫综合征（RDS）。其临床特点是新生儿出生后不久出现进行性呼吸困难、明显的三凹征和紫绀。多见于早产儿或糖尿病母亲分娩的婴儿，发病率与胎龄成反比，是早产儿死亡的主要原因之一。

一、诊断

（一）病因

由于肺发育不成熟，产生或释放肺泡表面活性物质不足，引起广泛的肺泡萎陷和肺顺应性降低。

（二）病史

本病多见于早产儿，尤其是胎龄32周以下的极低体重儿，或有围生期缺氧的新生儿。母亲患糖尿病的新生儿也可发生。

（三）临床表现

出生时呼吸多正常，生后1~4h内逐渐出现呼吸困难，进行性加重并伴呼气性呻吟，吸气性三凹征，青紫，严重者呼吸减慢，节律不整，呼吸暂停。由于严重缺氧和酸中毒，患儿可出现反应迟钝，肌张力低下，体温不升，心功能衰竭，休克等。病情于24~48h达高峰，多于3d内死于呼吸衰竭。如果患儿度过3d，病情可逐渐恢复。

（四）X线检查

由于肺泡的萎陷，两侧肺野普遍透光度减低，呈弥漫性网状小颗粒状阴影，以后呈毛玻璃状，但各级支气管仍有空气，在这种毛玻璃状的背景下，显得更加清楚，称为“支气管充气征”。严重者肺不含气呈“白肺”。

二、治疗

（一）支持治疗和护理

1. 保温

最好将患儿置于辐射式抢救台上，可监测体温，又便于抢救和护理，维持患儿体温在36℃~37℃之间。

2. 营养及水电解质平衡

因患儿有缺氧、复苏抢救的过程，为防止发生坏死性小肠结肠炎（NEC），应适当延迟经口喂养的时间。如患儿已排胎便，肠鸣音正常；一般情况稳定，可给鼻饲喂奶，每次2~3ml，每2~3h1次。然后根据患儿耐受情况每天增加奶量，以每次增加2~5ml为宜。

一般在营养需要量超过40%时，不经口喂养。静脉注射10%葡萄糖液60~80ml/（kg·d），维持水电解质平衡及基础热卡，避免液量过多。热能不足时，应考虑静脉营养，可用氨基酸，1g/（kg·d）及脂肪乳0.5g/（kg·d）。

（二）维持血压和血容量

应连续监测血压，在发生肺出血、颅内出血、败血症等严重并发症时，血压可以下降。可输血浆，新鲜的全血等扩容，同时可给多巴胺、多巴酚丁胺5~10μg/（kg·min）静脉点滴，使收缩压维持在6.67kPa（50mmHg）以上。

（三）防治感染

因肺不张，经气管内插管和脐血管插管均有增加感染的可能，除全身应用抗生素外，还可气管内滴注抗生素。要严格遵守消毒隔离制度。

（四）氧疗及人工通气

1. 鼻管，口罩、头罩、氧帐等。多用于病情较轻的病人。

2. 呼吸道持续加压供氧（CPAP）。此种通气方式适用于：

（1）患儿有自主呼吸。

（2）孕周小于32周，体重小于1.5kg者，生后应立即使用。

（3）一般氧吸入无效者。

（4）当吸入氧体积分数已达60%，而动脉血氧分压仍小于6.65~8.0 kPa（50~60mmHg）者。

3. 间歇正压通气（IPPV）要在用呼吸器和气管内插管施行。此法适用于：

（1）无自主呼吸或频发呼吸暂停者。

（2）持续呼吸道加压供氧使用失败者。

（3）当患儿吸入氧浓度已达60%~100%时， $PaO_2 < 6.65$ kPa（50mmHg）者。

（4） $PaCO_2 > 8.0$ kPa（60mmHg）或迅速上升者。

（五）表面活性物质替代疗法

一般应在出生后24h内尽早使用，药液通过气管插管注入，为使其均匀分布至各肺叶，应分次改变体位注入，给药后应用100%纯氧，手控气囊加压给氧，使药物深入肺泡。必要时可给2次。有效者1~2h后呼吸困难减轻，血气改善，胸片好转，可降低呼吸器参数，缩短机械通气时间。

第五节 新生儿湿肺症

新生儿湿肺症（wet lung of the newborn）又称暂时性呼吸困难，系由于肺内液体积留所致，是一种自限性疾病，预后良好。

一、诊断

（一）病史

1. 多见足月儿剖宫产或接近足月的早产儿。

2. 病史中可有宫内窘迫或出生窒息史。

（二）临床表现

该症儿大多无症状。有症状者出生时呼吸正常，生后2~5h出现呼吸急促，唇周青紫，呼吸60~80次/min以上，但反应正常，哭声响亮。症状重者青紫明显，呻吟，反应较差。肺部体征不多，仅有呼吸音减低或有粗湿啰音。临床症状于出生后24~72h消失。

（三）X线表现

肺野可见斑片状、面纱和云雾状密度增深影，有时可见叶间或胸腔积液及代偿性肺气肿。

二、治疗

本病是自限性疾病，病程1~2d，重者3~5d恢复。其基本治疗方法如下。

1. 给氧。有呼吸急促和青紫者应间歇给氧吸入。
2. 加强护理，维持营养。吸吮困难者可静脉输液。
3. 纠正酸中毒。有代谢性酸中毒者，可依据血气分析结果予以纠正。
4. 重症者可适当应用抗生素。

第六节 新生儿出血症

新生儿出血症（hemorrhagic disease of new born）是由于维生素K依赖因子显著缺乏引起的一种自限性出血性疾病。患儿多在生后2~4d有自发性出血，预后良好。

一、诊断

（一）病因

主要病因是维生素K缺乏。

1. 新生儿期维生素K依赖因子II，VII，IX，X合成不足。
2. 孕母有肝胆疾病或服用维生素K抑制药物，则胎儿体内维生素K储存不足。
3. 新生儿喂奶延迟，或母乳喂养，或有肠道畸形影响正常菌群建立，均可导致维生素K缺乏。

（二）病史

应询问母亲有无肝胆疾病或服用维生素K抑制药物史，小儿有无肠道畸形和产伤、缺氧、感染史，多为单纯母乳喂养。

（三）临床表现

患儿多为外表健壮的新生儿。出血很少发生在生后20h以内，多在生后的2~4d发病。

早产儿发病可迟至生后2周以内。一般以局部渗血为多见，急性大量出血者少见。出血部位可发生在皮肤、脐部、消化道或其他脏器。大量出血可致休克，颅内出血可危及生命。

（四）实验室检查

1. 血常规检查。可有贫血和网织红细胞增多，血小板计数正常，出凝血时间正常。
2. 凝血酶原时间。这是重要的诊断指标，常比对照延长2倍以上。

二、治疗

1. 首选择维生素K₁，每天5mg肌注或静脉缓注，可根据病情连用3~5d。
2. 输血。患儿出血严重，可急输入新鲜全血10ml/kg，一般只输1~2次即可。
3. 其他。消化道出血时应禁食，待呕吐控制后及早喂奶。