

儿科住院医师临床 实践手册

主 编 杨 梅 何 心 卢金玲



河北科学技术出版社

儿科住院医师临床 实践手册

主 编 杨 梅 何 心 卢金玲

河北科学技术出版社

主 编 杨 梅 何 心 卢金玲
副主编 朱晓静 李红亚 王 琨 赵钰平
于新颖 李国苍 孔艳美

编 委(以姓氏笔画为序)
于新颖 王 琨 孔艳美 卢金玲
安建令 朱晓静 何 心 李红亚
李国苍 时惠丽 杨 梅 赵钰平

图书在版编目 (C I P) 数据

儿科住院医师临床实践手册 / 杨梅, 何心, 卢金玲
主编. — 石家庄 : 河北科学技术出版社, 2013.8
ISBN 978-7-5375-6207-2

I. ①儿… II. ①杨… ②何… ③卢… 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(2013)第 157439 号

儿科住院医师临床实践手册

杨 梅 何 心 卢金玲 主编

出版发行 河北科学技术出版社
地 址 石家庄市友谊北大街 330 号(邮编:050061)
印 刷 石家庄市文义印刷有限公司
开 本 850×1168 1/32
印 张 12.625
字 数 310 千字
版 次 2013 年 8 月第 1 版
2013 年 8 月第 1 次印刷
定 价 25.00 元

前 言

临床医学是门实践性很强的学科，如何将书本上汲取来的知识与临床实践相结合，及时、准确地完成每一例疾病的诊断与治疗，快速地适应临床，如何在日常的诊疗工作中，恰如其分地处理医患关系，这些都是每一位刚从医学院校毕业走上工作岗位的住院医师面临的实际问题。为了快速提高住院医师的临床实践能力，使其成为一名优秀的医务工作者，我们特组织有丰富临床经验的一线专家编写此书。

本书从临床实用的角度出发，给临床医师一个清晰明了的诊疗指导，在理论知识与临床实践中架设一座桥梁，使住院医师能在短时间内掌握诊断、治疗的基本流程，提高专业技能。本书涉及儿科临床中各种常见病、多发病，对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述，贴近临床。本书对教科书上已阐明的病因、发病机理、病理生理等基础性内容不再赘述，只就病史采集、体格检查、辅助检查、诊断、治疗方案和临床经验等与临床工作直接相关的实际内容进行阐述。本书由一线医务人员编写，结合自身临床经验的同时，突出临床操作的保护性，即对医师与医疗行为的保护。书中特别强调了如何做好病情告知、医患沟通等方面的工作，尤其对规避医疗纠纷等提供良好的建议，帮助年轻医师更好地构筑和谐医患关系。

本书内容新颖，简明扼要，重点突出，同时又兼顾

知识面的广度及临床实用性，旨在提高医师的临床诊疗水平，是住院医师、基层医务工作者、高等医学院校学生常备的参考书。

由于编者水平所限，不足之处在所难免，望广大读者赐教。

编 者

2013年6月

目 录

第一章	营养障碍性疾病	1
第一节	蛋白质—能量营养不良	1
第二节	单纯性肥胖	5
第三节	营养性维生素 D 缺乏性佝偻病	10
第四节	营养性维生素 D 缺乏性搐搦症	17
第二章	新生儿疾病	22
第一节	新生儿窒息	22
第二节	新生儿颅内出血	31
第三节	新生儿缺氧缺血性脑病	36
第四节	新生儿胎粪吸入综合征	43
第五节	新生儿呼吸窘迫综合征	48
第六节	新生儿败血症	53
第七节	新生儿感染性肺炎	62
第八节	新生儿破伤风	66
第九节	新生儿黄疸	71
第十节	新生儿溶血病	79
第十一节	新生儿坏死性小肠结肠炎	86
第三章	遗传代谢性疾病	94
第一节	苯丙酮尿症	94
第二节	肝豆状核变性	97
第三节	黏多糖病	102
第四章	免疫性疾病	107
第一节	风湿热	107
第二节	川崎病	114

第五章	感染性疾病	122
第一节	麻疹	122
第二节	水痘	129
第三节	流行性腮腺炎	135
第四节	中毒性细菌性痢疾	141
第五节	结核性脑膜炎	149
第六节	蛔虫病	156
第七节	手足口病	160
第六章	消化系统疾病	163
第一节	疱疹性口腔炎	163
第二节	急性胃炎	166
第三节	消化性溃疡	171
第四节	小儿腹泻	179
第七章	呼吸系统疾病	192
第一节	急性上呼吸道感染	192
第二节	急性感染性喉炎	197
第三节	急性支气管炎	201
第四节	肺炎	207
第五节	支气管哮喘	220
第八章	心血管系统疾病	229
第一节	病毒性心肌炎	229
第二节	感染性心内膜炎	237
第九章	泌尿系统疾病	245
第一节	急性肾小球肾炎	245
第二节	肾病综合征	253
第三节	尿路感染	261
第四节	溶血尿毒综合征	267

第十章	造血系统疾病	272
第一节	营养性缺铁性贫血	272
第二节	营养性巨幼细胞贫血	279
第三节	再生障碍性贫血	286
第四节	特发性血小板减少性紫癜	293
第五节	急性白血病	304
第六节	弥散性血管内凝血	319
第十一章	神经肌肉系统疾病	326
第一节	化脓性脑膜炎	326
第二节	病毒性脑炎	333
第三节	急性感染性多发性神经根炎	339
第四节	小儿癫痫	345
第五节	脑性瘫痪	353
第十二章	内分泌疾病	360
第一节	生长激素缺乏症	360
第二节	尿崩症	366
第三节	先天性甲状腺功能减低症	371
第四节	甲状腺功能亢进症	377
第五节	儿童糖尿病	383

第一章 营养障碍性疾病

第一节 蛋白质—能量营养不良

【概述】蛋白质—能量营养不良简称营养不良，是指由于各种原因造成能量和（或）蛋白质摄入不足或消耗增多所导致的一种营养缺乏症，主要见于3岁以下婴幼儿。临床上以体重明显减轻、皮下脂肪减少和水肿为特征，常伴有多器官系统的功能紊乱。急性发病者常伴有水、电解质紊乱，慢性者常有多种营养素缺乏。临床常见三种类型：热能营养不良（营养不良性消瘦或消瘦型营养不良）、蛋白质营养不良（营养不良性水肿或水肿型营养不良）、混合型营养不良（消瘦—水肿型营养不良）。在我国以热能营养不良多见，混合型营养不良次之，蛋白质营养不良最少。

【诊断】

1. 临床表现 体重不增是营养不良的早期表现。随营养失调日久加重，体重逐渐下降，患儿主要表现为消瘦，皮下脂肪逐渐减少以至消失，皮肤干燥、苍白、逐渐失去弹性，额部出现如老人状皱纹，肌张力逐渐降低，肌肉松弛，肌肉萎缩呈“皮包骨”，四肢可有挛缩。皮下脂肪层消耗的顺序首先是腹部，其次为躯干、臀部、四肢，最后为面颊。皮下脂肪层厚度是判断营养不良程度的重要指标之一。营养不良初期，身高并无影响，但随着病情加重，骨骼生长减慢，身高亦低于正常。轻度营养不良，精神状态正常，但重度可有精神萎靡，反应差，体温偏低，脉细无力，无食欲，腹泻、便秘交替，合并血浆白蛋白明显下降时，可有凹陷性水肿、皮肤发亮，严重时可破溃、感染形成慢性溃

疡。重度营养不良可有重要脏器功能损害，如心脏功能下降，可有心音低钝，血压偏低，脉搏变缓，呼吸浅表等。

常见的并发症有营养性贫血，以小细胞低色素性贫血最为常见，贫血与缺乏铁、叶酸、维生素 B₁₂、蛋白质等造血原料有关。营养不良可有多种维生素缺乏，尤以脂溶性维生素 A、维生素 D 缺乏常见。在营养不良时，维生素 D 缺乏的症状不明显，在恢复期生长发育加快时症状比较突出。约有 3/4 的患儿伴有锌缺乏，由于免疫功能低下，故易患各种感染，如反复呼吸道感染、鹅口疮、肺炎、结核病、中耳炎、尿路感染等；婴儿腹泻常迁延不愈加重营养不良，形成恶性循环。

营养不良可并发自发性低血糖，患儿可突然表现为面色灰白、神志不清、脉搏减慢、呼吸暂停、体温不升但无抽搐，若不及时诊治，可致死亡。

2. 检查 实验室检查可有血红蛋白、红细胞减少；血清白蛋白、维生素 A 结合蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、甲状腺结合前白蛋白、必需氨基酸、淀粉酶、脂肪酶、转氨酶、碱性磷酸酶、三酰甘油、胆固醇、血糖、胰岛素样生长因子、尿羟脯氨酸降低。

3. 诊断要点

(1) 有导致营养摄入不足或消耗过多的原发病，如长期喂养不当、偏食；或有腹泻、肠吸收不良综合征等消化系统疾病；有唇裂、腭裂等先天畸形；或有急慢性传染病，反复呼吸道感染或肝炎、结核病、肠寄生虫病等慢性消耗性疾病等病史。

(2) 身体消瘦、体重降低于同年龄儿童正常体重值的 15%。

(3) 皮肤干燥、苍白，头发干枯，重度可有精神萎靡，反应差，体温偏低，脉细无力，凹陷性水肿等全身各系统功能紊乱表现，久病者身高低于正常儿。

(4) 皮下脂肪减少，腹壁皮肤皱褶厚度 $<0.8\text{cm}$ 。

(5) 血清白蛋白和多种氨基酸浓度降低，胰岛素样生长因子1减少，多种酶活力下降，可伴有营养性贫血。

(6) 分型和分度

①体重低下：体重低于同年龄、同性别参照人群值的均数减2个标准差，如高于或等于均数减3个标准差者为中度；低于均数减3个标准差者为重度。

②生长迟缓：身长低于同年龄、同性别参照人群值的均数减2个标准差，如高于或等于均数减3个标准差者为中度；低于均数减3个标准差者为重度。

③消瘦：体重低于同性别、同身高参照人群值的均数减2个标准差，如高于或等于均数减3个标准差者为中度；低于均数减3个标准差者为重度。主要反映近期和急性营养不良。

4. 鉴别诊断

(1) 糖尿病：糖尿病有消瘦的表现，但还有多食、多饮、多尿的表现，伴血糖升高。

(2) 其他慢性消耗性疾病：如肝炎、结核病、肠道寄生虫病、甲状腺功能亢进、恶性肿瘤等均可伴有营养不良，为继发性营养不良，有原发病的表现。

【治疗】及早查明原发病因，对因治疗；调整饮食，适度补充营养物质；积极防治各种并发症。

1. 病因治疗 尽早查明导致营养不良的原发病，积极对因治疗，如改进喂养方法，手术修补先天畸形，控制感染，根治各种消耗性疾病，纠正酸中毒，保证机体电解质平衡等。

2. 调整饮食 视患儿的病情及对食物的耐受力而定。

(1) 热能：轻症从 $250\sim 330\text{kJ}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 开始，中、重度从 $165\sim 230\text{kJ}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 开始，以后逐渐增加到 $500\sim 727\text{kJ}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。

(2) 蛋白质：从 $1.5\sim 2\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 开始，逐渐增加到 $3\sim 4.5\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，过早给予高蛋白食物，可引起腹胀和肝大。

(3) 食物中应富含维生素和微量元素。

3. 促进消化

(1) B 族维生素、胃蛋白酶、胰酶等，对食欲差的患儿不给予胰岛素、锌制剂。

(2) 中药：参苓、白术等。

(3) 针灸、推拿。

4. 治疗并发症 有营养性贫血时应辅以铁剂、叶酸及维生素 B_{12} ，并发感染时应给予足量的抗生素。及时发现和纠正电解质紊乱及酸中毒，预防和抢救自发性低血糖。重度营养不良可少量多次输血浆或全血。

5. 其他 纠正不良的饮食习惯，适当的户外活动，充足的睡眠。

【病情观察】

1. 轻症症状不明显，因皮下脂肪的减少从腹部开始，其次为躯干、臀部、四肢，最后为面颊，故应注意腹部皮下脂肪的厚度，定期进行生长监测。

2. 水肿型患儿肝脏常有严重脂肪浸润，注意行肝脏 B 超检查。

3. 患儿常有心输出量减少、心率缓慢、循环时间延长，注意监测血压及心率。

4. 患儿细胞外液一般为低渗状态，易出现低渗脱水、酸中毒、低血钾、低血镁。

5. 重症患儿可伴有肾功能不全，注意监测。

【病历记录】在病史中应记录导致营养不良的病因，体格检查中应重点记录营养不良分度的有关指标。在病程记录中记录治疗药物的剂量、疗程与疗效，出院小结中记录治疗后体重、腹壁

皮褶厚度、精神状态好转的情况，记录门诊随访的时间及向家长交代的喂养方面注意事项。

【注意事项】

1. 医患沟通 重度营养不良婴幼儿可因自发性低血糖或严重低血钾而死亡。应嘱咐家长夜间喂以食物，少量多次进食。个别患儿因年龄过小、营养不良持续时间过长且较严重，治疗后仍可有生长发育、智力等受损，应向家长说明。

2. 经验指导 患儿的消化道已适应低营养的摄入，一旦摄食多便可出现消化不良、腹泻，故饮食调整应根据实际的消化能力和病情逐步增加，不能操之过急。

第二节 单纯性肥胖

【概述】 小儿单纯性肥胖症是由于长期能量摄入超过人体的消耗，使得体内脂肪过度积聚、体重超标的一种营养障碍性疾病。本病在儿童各年龄段中均可发病，其中以婴儿期、5~6岁及青春期最为多见。小儿单纯性肥胖在我国呈逐步增多的趋势，目前占5%~8%。儿童期肥胖有部分可延续至成人，易引起高血压、糖尿病、冠心病、胆石症、痛风等疾病，故社会与家庭应重视对本病的防治。

【诊断】

1. 临床表现 肥胖可发生于任何年龄，但最常见于婴儿期、5~6岁和青春期。患儿食欲旺盛且喜吃甜食和高脂肪食物。明显肥胖儿童常有疲劳感，用力时气短或腿痛。严重肥胖者由于脂肪的过度堆积限制了胸廓和膈肌运动，使肺通气量不足、呼吸浅快，故肺泡换气量减少，造成低氧血症、气急、发绀、红细胞增多、心脏扩大或出现充血性心力衰竭甚至死亡，称肥胖—换氧不良综合征。

体格检查可见患儿皮下脂肪丰满，但分布均匀，腹部膨隆下

垂，严重肥胖者可因皮下脂肪过多，使胸腹、臀部及大腿皮肤出现皮纹；因体重过重，走路时两下肢负荷过重可致膝外翻和扁平足。女孩胸部脂肪堆积应与乳房发育相鉴别，后者可触到乳腺组织硬结。男性肥胖儿因大腿内侧和会阴部脂肪堆积，阴茎可隐匿在阴阜脂肪垫中而被误诊为阴茎发育不良。

肥胖小儿性发育常较早，故最终身高常略低于正常小儿。由于怕被别人讥笑而不愿与其他小儿交往，故常有心理上的障碍，如自卑、胆怯、孤独等。

2. 检查

(1) 实验室检查：血清三酰甘油、胆固醇、 β -脂蛋白、胰岛素升高，生长激素、免疫球蛋白、补体、全血 T 或 B 淋巴细胞、铜、锌降低。可见糖尿病性糖耐量曲线。生长激素刺激试验的峰值降低。严重红细胞增多。

(2) 特殊检查：X 线腕骨片可见骨龄超前。肝脏 B 超可见脂肪肝。有氧能力测定可见最大耐受时间、最大氧消耗减少，最大心率、每分通气量、二氧化碳产量、做功量升高，无氧阈各项指标降低，呈现“无氧阈左移”现象。发生肥胖性心肺功能不全综合征，儿童有肺换气量减少、低氧血症、心脏扩大等症状。

3. 诊断要点

(1) 体重超过同性别、同身高参照人群均值的 20% 即称为肥胖。超出 20%~29% 者为轻度肥胖；超出 30%~49% 者为中度肥胖；超过 50% 者为重度肥胖。

(2) 患儿食欲旺盛且喜食高脂肪食物，常有疲劳感，运动少，行为偏差。性发育较早，最终身高常略低于同龄正常小儿。

(3) 体格检查可见患儿皮下脂肪丰满，分布均匀，以腹部、肩部、面颊部及乳房等处最为明显。

(4) 实验室检查三酰甘油、胆固醇大多增高，常有高胰岛素血症，血生长激素水平减低，生长激素刺激试验的峰值也较正常

小儿为低，可伴有脂肪肝。

(5) 诊断时应除内分泌、遗传、代谢及中枢神经系统疾病等造成的继发性肥胖。

4. 鉴别诊断

(1) Prader-Willi 综合征：呈周围型肥胖体态、身材矮小、智能低下、手脚小、肌张力低、外生殖器发育不良。本病与位于 15q12 的 SNRPN 基因缺陷有关。

(2) Laurence-Moon-Biedl 综合征：周围型肥胖、智能轻度低下、视网膜色素沉着、多指（趾）、性功能减低。

(3) Alstrom 综合征：中央型肥胖，视网膜色素变性、失明、神经性耳聋、糖尿病。

(4) 肥胖性生殖无能综合征：本症继发于下丘脑及垂体端病变，其体脂主要分布在颈、颌下、乳房、下肢、会阴及臀部，手指、足趾显得纤细，身材短小，第二性征延迟或不出现。

(5) 其他内分泌、代谢疾病：肾上腺皮质增生症、甲状腺功能减低、生长激素缺乏症、胰岛素瘤及增生、糖原累积症（I 型）等虽有皮脂增多的表现，但均各有特点，故不难鉴别。

【治疗】加强锻炼，增加机体对热能的消耗，以运动为治疗基础，调整饮食，减少高热能食物的摄入，肥胖儿童，家长，教师，医务人员共同参与，医务人员监督下的治疗疗程至少为一年。饮食疗法和运动疗法是两项最主要的治疗措施，药物或外科手术治疗均不宜用于小儿。

1. 饮食疗法

(1) 饮食习惯：良好的饮食习惯对减肥具有重要作用。改变不良饮食习惯，母乳喂养的婴儿，应少食高糖、高脂肪的辅食，适当限制奶量；人工喂养儿，在 3 个月内应避免食用固体食物；幼儿和年长儿，应减少热量过高食物的摄入，坚持少餐多食，细嚼慢咽，晚餐进食不宜过饱，不吃夜宵及零食。

(2) 食物成分：为解决处于生长发育阶段小儿的肥胖问题，现主张饮食应以低糖、低脂肪和高蛋白食物为主，此既可有效限制体内脂肪合成、消耗体内过多储备的脂肪，又可保证机体有足量蛋白质满足自身正常生长发育的需要。

(3) 增加蔬菜食品：体积大、热量低的蔬菜食物进入胃中会产生一定程度的饱腹感，可减少机体对其他食物的摄入，且蔬菜纤维还可减少糖类的吸收和促进胰岛素的分泌，阻止胆盐的肝肠循环，促进胆固醇排泄，有一定的通便作用。胡萝卜、青菜、黄瓜、番茄、苹果、柑橘、竹笋等均可选择。

(4) 控制热量摄入：对于中、重度肥胖患儿，对其摄食量应予以适当限制。每日摄入的热量，5岁以下儿童为 2512.08～3349.44J，5岁以上儿童为 3349.44～5024.16J，青春期者为 6280.2～8374.6J。

2. 运动疗法 避免长时间从事看电视、玩游戏等静坐活动。适当的运动能促使脂肪分解，减少胰岛素分泌，使脂肪合成减少，蛋白质合成增加，促进肌肉发育。肥胖小儿常因动作笨拙和运动后易累而不愿锻炼，可鼓励和选择患儿喜欢和易于坚持的运动，故制订运动方案时，在考虑安全性同时因兼顾趣味性及经济性，并且应易于患儿长期坚持，如晨间跑步、散步、做操等。每日坚持至少运动 30min，运动要循序渐进，不要求之过急，以运动后轻松愉快、不感到疲劳为最适原则。应重视有体重移动的运动，在这些运动中距离比速度更重要。

运动的形式有有氧运动、有氧运动与无氧运动交替运动和技巧运动等。具体制订运动方案时，应包括运动强度、运动频率、运动时间、运动期限。运动强度以平均强度为主，一般为最大氧消耗的 50%（为最大心率的 60%～65%）。运动频率为每周 3～5 次。运动时间为 1～2h。运动期限以 3 个月为一个阶段，一年为一个周期。

如果运动后疲惫不堪、心慌、气促以及食欲大增均提示活动过度。

3. 肥胖儿童的行为矫正方案

(1) 行为分析：通过与肥胖者访谈，与家长、教师座谈和观察分析基线行为，找出主要危险因素。

(2) 制定行为矫正方案：根据肥胖者行为模式中的主要危险因素确定行为矫正的靶行为，设立中介行为。制定行为矫正的速度，奖励/惩罚，正/负诱导等具体内容。

(3) 肥胖者记录行为日记：内容包括对刺激/刺激控制的第一反应，对行为矫正过程中的体验、困难、体会和经验。

(4) 座谈会：包括父母亲、(外)祖父母、教师等有关人员。以深入了解肥胖儿童的生活、学习环境，个人特点。同时，协助创造有助于肥胖儿童持续坚持体重控制训练的环境。

(5) 禁忌：A. 不要搞任何表扬进步、成绩的活动，如评比、达标、竞赛等。B. 充分认识到行为矫正过程中的反复、退步，甚至退出训练，不要讽刺、打击，更不能指责、挖苦。C. 注意保护个人隐私，不向家长说孩子不愿意讲的事。

4. 药物治疗 对血脂较高有严重脂肪肝者，可用降脂药物治疗，如血脂康等。对糖耐量异常或血胰岛素升高者，可试服二甲双胍，改善糖代谢。

5. 心理治疗 应定期做心理治疗，防止患儿出现心理障碍。

6. 治疗禁忌 A. 禁止采用禁食、饥饿或半饥饿等不良疗法。B. 禁止使用所谓的“抽脂减肥”和“物理振动疗法”。C. 禁止短期(3个月内)快速减肥。

【病情观察】 1.5%~30%的肥胖儿有高血压，注意监测血压。在治疗期间观察患儿体重、皮下脂肪状况、心理状况、血清三酰甘油、胆固醇、有氧能力测定好转状况。

【病历记录】 注意排除其他继发性肥胖或药物所致肥胖的记