



国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材
专科医师核心能力提升导引丛书
供临床型研究生及专科医师用

儿 科 学

Pediatrics

主 编 桂永浩 申昆玲
副主编 毛 萌 杜立中



人民卫生出版社



国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材
专科医师核心能力提升导引丛书
供临床型研究生及专科医师用

儿 科 学

Pediatrics

主 编 桂永浩 申昆玲

副主编 毛 萌 杜立中

编 者 (以姓氏笔画为序)

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 王 伟 (上海交通大学医学院附属瑞金医院) | 陈 洁 (浙江大学医学院附属儿童医院) |
| 毛 萌 (成都市妇女儿童中心医院) | 陈 超 (复旦大学附属儿科医院) |
| 方 峰 (华中科技大学同济医学院附属同济医院) | 陈同辛 (上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心) |
| 申昆玲 (首都医科大学附属北京儿童医院) | 罗小平 (华中科技大学同济医学院附属同济医院) |
| 刘春峰 (中国医科大学附属盛京医院) | 赵正言 (浙江大学医学院附属儿童医院) |
| 杜立中 (浙江大学医学院附属儿童医院) | 赵晓东 (重庆医科大学附属儿童医院) |
| 杜军保 (北京大学第一医院) | 桂永浩 (复旦大学附属儿科医院) |
| 李 奋 (上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心) | 徐 虹 (复旦大学附属儿科医院) |
| 肖 昕 (中山大学附属第六医院) | 黄绍良 (中山大学附属第二医院) |
| 余加林 (重庆医科大学附属儿童医院) | 黄晓东 (上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心) |
| 邹丽萍 (中国人民解放军总医院儿童医学中心) | 蒋 莉 (重庆医科大学附属儿童医院) |
| 沈 颖 (首都医科大学附属儿童医院) | 静 进 (中山大学公共卫生学院) |
| 张国成 (第四军医大学西京医院) | |



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科学/桂永浩,申昆玲主编.—北京:人民卫生出版社,2014

ISBN 978-7-117-18994-1

I. ①儿… II. ①桂…②申… III. ①儿科学-研究生-教材 IV. ①R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 103072 号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询,在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导,医学数据库服务,医学教育资源,大众健康资讯

版权所有,侵权必究!

儿 科 学

主 编:桂永浩 申昆玲

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京中新伟业印刷有限公司

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/16 印张:25 插页:2

字 数:756 千字

版 次:2014 年 7 月第 1 版 2014 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-18994-1/R·18995

定 价:95.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

主 编 简 介



桂永浩,教授,主任医师,博士生导师。毕业于上海医科大学医学系。在复旦大学儿科医院长期从事医疗科研教学工作。1991—1995 年在美国宾州大学费城儿童医院做高级访问学者。1999 年取得临床流行病学硕士学位。现任复旦大学副校长,兼任上海医学院院长。担任中华医学会儿科学会前任主任委员,上海市科协副主席,国家卫生计生委“新生儿疾病”重点实验室主任,国家卫生计生委“国家临床重点专科建设项目管理委员会”专家顾问组成员,上海市住院医师规范化培养专家组副组长、上海市医学学会副会长等职,是儿科学国家级教学团队及国家精品课程负责人。担任《临床儿科学》等七部儿科医学专著或教材的主编或副主编工作。担任《中华儿科杂志》、《中国循证儿科杂志》的主编。

主要研究方向为先天性心脏病的分子发病机理及其围产期早期诊断干预方法和策略研究。先后主持国家“973”、“863”重大课题、国家“十五攻关”课题、国家自然科学基金项目等项目,在国际、国内杂志发表论文 120 余篇。

曾荣获上海市回国留学人员先进个人;全国和上海市卫生系统先进工作者;宋庆龄儿科医学奖;宝钢优秀教师奖;上海市高等教育名师;上海市领军人才,亚洲杰出儿科医师奖,卫生部有突出贡献中青年专家和中国儿科医师奖。



申昆玲,医学博士,首都医科大学附属北京儿童医院副院长,教授、博士生导师、主任医师,首都医科大学儿科学院副院长。现任国际儿科学会常委、亚太儿科学会常委、中华医学会儿科学分会主任委员、中国医师协会儿科医师分会副会长、中华医学会儿科学分会呼吸专业组组长、第十届药典委员会委员、中国医师协会呼吸医师分会常务委员、中国医师协会理事、北京女医师协会副会长、北京医师协会儿科专业专家委员会副主任委员,获得中国医师奖、北京“三八”红旗奖章、北京优秀医院管理干部、十百千卫生人才“十”人才、国务院政府特殊津贴等多项荣誉。

全国高等学校医学研究生规划教材

第二轮修订说明

为了推动医学研究生教育的改革与发展,加强创新人才培养,自2001年8月全国高等医药教材建设研究会和原卫生部教材办公室启动医学研究生教材的组织编写工作开始,在多次大规模的调研、论证的前提下,人民卫生出版社先后于2002年和2008年分两批完成了第一轮五十余种医学研究生规划教材的编写与出版工作。

为了进一步贯彻落实第二次全国高等医学教育改革工作会议精神,推动“5+3”为主体的临床医学教育综合改革,培养研究型、创新性、高素质的卓越医学人才,全国高等医药教材建设研究会、人民卫生出版社在全面调研、系统分析第一轮研究生教材的基础上,再次对这套教材进行了系统的规划,进一步确立了以“解决研究生科研和临床中实际遇到的问题”为立足点,以“回顾、现状、展望”为线索,以“培养和启发研究生创新思维”为中心的教材创新修订原则。

修订后的第二轮教材共包括5个系列:①科研公共学科系列:主要围绕研究生科研中所需要的基本理论知识,以及从最初的科研设计到最终的论文发表的各个环节可能遇到的问题展开;②常用统计软件与技术介绍了SAS统计软件、SPSS统计软件、分子生物学实验技术、免疫学实验技术等常用的统计软件以及实验技术;③基础前沿与进展:主要包括了基础学科中进展相对活跃的学科;④临床基础与辅助学科:包括了临床型研究生所需要进一步加强的相关学科内容;⑤临床专业学科:通过对疾病诊疗历史变迁的点评、当前诊疗中困惑、局限与不足的剖析,以及研究热点与发展趋势探讨,启发和培养临床诊疗中的创新。从而构建了适应新时期研究型、创新性、高素质、卓越医学人才培养的教材体系。

该套教材中的科研公共学科、常用统计软件与技术学科适用于医学院校各专业的研究生及相应的科研工作者,基础前沿与进展主要适用于基础医学和临床医学的研究生及相应的科研工作者;临床基础与辅助学科和临床专业学科主要适用于临床型研究生及相应学科的专科医师。

全国高等学校第二轮医学研究生规划教材目录

1	医学哲学	主 编 柯 杨 张大庆 副主编 赵明杰 段志光 罗长坤 刘 虹
2	医学科研方法学(第2版)	主 编 刘 民 副主编 陈 峰
3	医学统计学(第4版)	主 编 孙振球 徐勇勇
4	医学实验动物学(第2版)	主 编 秦 川 副主编 谭 毅 张连峰
5	实验室生物安全(第2版)	主 审 余新炳 主 编 叶冬青
6	医学科研课题设计、申报与实施(第2版)	主 审 龚非力 主 编 李卓娅 副主编 李宗芳
7	医学信息搜集与利用(第2版)	主 编 代 涛 副主编 赵文龙 张云秋
8	医学实验技术原理与选择(第2版)	主 编 魏于全 副主编 向 荣 郭亚军 胡 汛 徐宁志
9	统计方法在医学科研中的应用	主 编 李晓松 副主编 李 康
10	医学科研论文撰写与发表(第2版)	主 编 张学军 副主编 王征爱 吴忠均
11	IBM SPSS 统计软件应用(第3版)	主 编 陈平雁 黄浙明 副主编 安胜利 欧春泉 陈莉雅
12	SAS 统计软件应用(第3版)	主 编 贺 佳 副主编 尹 平

- | | | |
|----|------------------|---------------------------------------|
| 13 | 医学分子生物学实验技术(第3版) | 主 编 药立波
副主编 韩 骅 焦炳华 常智杰 |
| 14 | 医学免疫学实验技术(第2版) | 主 编 柳忠辉 吴雄文
副主编 王全兴 吴玉章 储以微 |
| 15 | 组织病理技术(第2版) | 主 编 李甘地 |
| 16 | 组织和细胞培养技术(第3版) | 主 审 宋今丹
主 编 章静波
副主编 张世馥 连小华 |
| 17 | 组织化学与细胞化学技术(第2版) | 主 编 李 和 周 莉
副主编 周德山 周国民 肖 岚 |
| 18 | 人类疾病动物模型(第2版) | 主 审 施新猷
主 编 刘恩岐
副主编 李亮平 师长宏 |
| 19 | 医学分子生物学(第2版) | 主 审 刘德培
主 编 周春燕 冯作化
副主编 药立波 何凤田 |
| 20 | 医学免疫学 | 主 编 曹雪涛
副主编 于益芝 熊思东 |
| 21 | 基础与临床药理学(第2版) | 主 编 杨宝峰
副主编 李学军 李 俊 董 志 |
| 22 | 医学微生物学 | 主 编 徐志凯 郭晓奎
副主编 江丽芳 龙北国 |
| 23 | 病理学 | 主 编 来茂德
副主编 李一雷 |
| 24 | 医学细胞生物学(第3版) | 主 审 钟正明
主 编 杨 恬
副主编 易 静 陈誉华 何通川 |
| 25 | 分子病毒学(第3版) | 主 编 黄文林
副主编 徐志凯 董小平 张 辉 |
| 26 | 医学微生态学 | 主 编 李兰娟 |
| 27 | 临床流行病学(第4版) | 主 审 李立明
主 编 黄悦勤 |
| 28 | 循证医学 | 主 编 李幼平
副主编 杨克虎 |

29	断层影像解剖学	主 编	刘树伟
		副主编	张绍祥 赵 斌
30	临床应用解剖学	主 编	王海杰
		副主编	陈 尧 杨桂姣
31	临床信息管理	主 编	崔 雷
		副主编	曹高芳 张 晓 郑西川
32	临床心理学	主 审	张亚林
		主 编	李占江
		副主编	王建平 赵旭东 张海音
33	医患沟通	主 编	周 晋
		副主编	尹 梅
34	实验诊断学	主 编	王兰兰 尚 红
		副主编	尹一兵 樊绮诗
35	核医学(第2版)	主 编	张永学
		副主编	李亚明 王 铁
36	放射诊断学	主 编	郭启勇
		副主编	王晓明 刘士远
37	超声影像学	主 审	张 运 王新房
		主 编	谢明星 唐 杰
		副主编	何怡华 田家玮 周晓东
38	呼吸病学(第2版)	主 审	钟南山
		主 编	王 辰 陈荣昌
		副主编	代华平 陈宝元
39	消化内科学(第2版)	主 审	樊代明 刘新光
		主 编	钱家鸣
		副主编	厉有名 林菊生
40	心血管内科学(第2版)	主 编	胡大一 马长生
		副主编	雷 寒 韩雅玲 黄 峻
41	血液内科学(第2版)	主 编	黄晓军 黄 河
		副主编	邵宗鸿 胡 豫
42	肾内科学(第2版)	主 编	湛贻璞
		副主编	余学清
43	内分泌内科学(第2版)	主 编	宁 光 周智广
		副主编	王卫庆 邢小平

- | | | | | |
|----|------------|-----|-----|---------|
| 44 | 风湿内科学(第2版) | 主 编 | 陈顺乐 | 邹和健 |
| 45 | 急诊医学(第2版) | 主 编 | 黄子通 | 于学忠 |
| | | 副主编 | 吕传柱 | 陈玉国 刘 志 |
| 46 | 神经内科学(第2版) | 主 编 | 刘 鸣 | 谢 鹏 |
| | | 副主编 | 崔丽英 | 陈生弟 张黎明 |
| 47 | 精神病学(第2版) | 主 审 | 江开达 | |
| | | 主 编 | 马 辛 | |
| | | 副主编 | 施慎逊 | 许 毅 |
| 48 | 感染病学(第2版) | 主 编 | 李兰娟 | 李 刚 |
| | | 副主编 | 王宇明 | 陈士俊 |
| 49 | 肿瘤学(第4版) | 主 编 | 曾益新 | |
| | | 副主编 | 吕有勇 | 朱明华 陈国强 |
| | | | 龚建平 | |
| 50 | 老年医学(第2版) | 主 编 | 张 建 | 范 利 |
| | | 副主编 | 华 琦 | 李为民 杨云梅 |
| 51 | 临床变态反应学 | 主 审 | 叶世泰 | |
| | | 主 编 | 尹 佳 | |
| | | 副主编 | 洪建国 | 何韶衡 李 楠 |
| 52 | 危重症医学 | 主 编 | 王 辰 | 席修明 |
| | | 副主编 | 杜 斌 | 于凯江 詹庆元 |
| | | | 许 媛 | |
| 53 | 普通外科学(第2版) | 主 编 | 赵玉沛 | 姜洪池 |
| | | 副主编 | 杨连粤 | 任国胜 陈规划 |
| 54 | 骨科学(第2版) | 主 编 | 陈安民 | 田 伟 |
| | | 副主编 | 张英泽 | 郭 卫 高忠礼 |
| | | | 贺西京 | |
| 55 | 泌尿外科学(第2版) | 主 审 | 郭应禄 | |
| | | 主 编 | 杨 勇 | 李 虹 |
| | | 副主编 | 金 杰 | 叶章群 |
| 56 | 胸心外科学 | 主 编 | 胡盛寿 | |
| | | 副主编 | 孙立忠 | 王 俊 庄 建 |
| 57 | 神经外科学(第2版) | 主 审 | 周良辅 | |
| | | 主 编 | 赵继宗 | 周定标 |
| | | 副主编 | 王 硕 | 毛 颖 张建宁 |
| | | | 王任直 | |

全国高等学校第二轮医学研究生规划教材 评审委员会名单

顾 问

韩启德 桑国卫 陈 竺 赵玉沛

主任委员

刘德培

副主任委员 (以汉语拼音为序)

曹雪涛 段树民 樊代明 付小兵 郎景和 李兰娟 王 辰
魏于全 杨宝峰 曾益新 张伯礼 张 运 郑树森

常务委员 (以汉语拼音为序)

步 宏 陈安民 陈国强 冯晓源 冯友梅 桂永浩 柯 杨
来茂德 雷 寒 李 虹 李立明 李玉林 吕兆丰 瞿 佳
田勇泉 汪建平 文历阳 闫剑群 张学军 赵 群 周学东

委 员 (以汉语拼音为序)

毕开顺 陈红专 崔丽英 代 涛 段丽萍 龚非力 顾 晋
顾 新 韩德民 胡大一 胡盛寿 黄从新 黄晓军 黄悦勤
贾建平 姜安丽 孔维佳 黎晓新 李春盛 李 和 李小鹰
李幼平 李占江 栗占国 刘树伟 刘永峰 刘中民 马建辉
马 辛 宁 光 钱家鸣 乔 杰 秦 川 尚 红 申昆玲
沈志祥 湛贻璞 石应康 孙 宁 孙振球 田 伟 汪 玲
王 果 王兰兰 王宁利 王深明 王晓民 王 岩 谢 鹏
徐志凯 杨东亮 杨 恬 药立波 尹 佳 于布为 余祥庭
张奉春 张 建 张祥宏 章静波 赵靖平 周春燕 周定标
周 晋 朱正纲

前 言

科学研究是创造性的探索活动。无论基础研究或应用研究,都是探索未知的过程,都是为了解决尚未解决的问题。随着国家经济文化和科学技术的发展,临床医学需要一大批既有扎实的临床技能,又有开展科学研究能力的复合型人才。21 世纪,中国的儿科事业的发展,正面临前所未有的机遇和挑战,培养高质量的研究生群体是高等教育的重要责任。

编写一本适合研究生使用的教材其根本的目的是为研究生科研能力(科研的思维、科研的方法)和临床能力(临床的思维、临床技能)的培养过程起到手电筒、探照灯、导航系统的作用。达到为学生的创新提供探索、挖掘新知识的工具与技能并注重学生进一步获取知识、挖掘知识,检索文献、提出问题、分析问题、解决问题的能力培养。本教材的编写通过提炼当今儿科领域的重大科学问题,选择重大有研究价值的临床问题,围绕以问题为核心进行编排,既有儿科领域全球关注的宏观问题,也有儿科学领域常见疾病发病机制,以及诊疗方案的发展过程,对学科领域的研究热点及发展趋势进行评述和分析,并针对重要疾病的诊疗难点及进展进行详细介绍和展望,为研究生留出充分的批判性思考的空间,帮助研究生培养其创新思维能力,注重研究生提出问题、分析问题、解决问题能力的培养,使儿科研究生掌握儿科专业的重要进展和面临的问题。

本书的编写尽量避免成为本科生教材的膨胀版,也不成为包罗万象的专著或参考书。本书是授予学生“渔”而非“鱼”的一种探索,侧重于获取知识、挖掘知识的技能,以及通过经典理论或技术方法的历史沿革来引导创新。

参与本书编写工作的均为中国儿科领域的知名学者,对该书的编写付出了极大的热忱,感谢他们为本书作出的贡献,希望得到广大读者,特别是研究生们对本书的意见和建议,使其不断完善。

桂永浩 申昆玲

目 录

第一章 儿科学的发展与面临的挑战	1	第二节 产前诊断的重要意义及面临的挑战	88
第一节 新千年发展目标与面临的挑战	1	第六章 消化系统疾病	97
第二节 儿科医学中的伦理学问题	3	第一节 儿童胃食管反流病诊断和治疗选择	97
第三节 儿科学的循证决策	6	第二节 儿童炎症性肠病诊断标准的解读	100
第二章 儿童生长发育与疾病	10	第三节 慢性腹泻的诊断步骤以及存在的问题	103
第一节 儿童体格发育的基本内容与评价	10	第四节 食物过敏性胃肠病的诊断和治疗	105
第二节 体格发育异常的病因学和相关机制研究进展	15	第五节 婴儿胆汁淤积症的病理生理基础与基因诊断进展	108
第三节 儿童认知发育及其评估	16	第七章 呼吸系统疾病	112
第四节 环境与儿童健康	19	第一节 从GINA方案看儿童支气管哮喘治疗的发展	112
第三章 营养性疾病	27	第二节 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的心血管系统并发症	122
第一节 儿童营养状况评价	27	第三节 支原体肺炎诊断、治疗的发展与演变	126
第二节 早期营养对生长发育的远期影响	31	第四节 闭塞性支气管炎认识历程和治疗进展	130
第三节 儿童超重与肥胖症的临床问题	35	第五节 儿童呼吸系统疾病的介入诊断和治疗	134
第四节 儿科临床营养支持治疗进展	40	第八章 循环系统疾病	140
第五节 微量元素缺乏的临床问题与应对策略	43	第一节 先天性心脏病分子发病机制及高危因素	140
第四章 新生儿疾病	49	第二节 先天性心脏病介入治疗的临床指南解读	149
第一节 新生儿窒息与复苏的发展与演变	49	第三节 肺动脉高压发病机制及治疗策略	152
第二节 新生儿呼吸窘迫综合征病因的发现及防治突破	53	第四节 感染性心内膜炎诊治现状与进展	160
第三节 新生儿持续肺动脉高压的诊治认识历程	60	第五节 从循证医学角度看心肌炎的诊断与处置	166
第四节 新生儿缺氧缺血性脑病的防治进展及评价	68		
第五节 早产儿的医学问题与社会问题	72		
第六节 新生儿败血症的认识历程	79		
第五章 围产医学问题	86		
第一节 儿科医师的新视角:从围产医学认识儿童发育与疾病	86		

第九章 泌尿系统疾病	173	第二节 儿童糖尿病的诊治与规范化管理	275
第一节 儿童肾病综合征治疗难点和长期预后分析	173	第三节 儿童及青少年代谢综合征的诊治挑战与思考	282
第二节 儿童 IgA 肾病历史回顾与进展	175	第四节 儿童性早熟的再认识	288
第三节 先天性肾脏疾病的诊治策略	178	第五节 遗传性代谢病诊断思路和处理原则	292
第四节 儿童肾衰竭的血液净化治疗现状与评估	183	第十四章 免疫相关疾病	306
第五节 溶血尿毒综合征诊治进展	187	第一节 儿童系统性红斑狼疮的诊治挑战	306
第六节 儿童肾脏疾病诊断技术的选择原则	191	第二节 幼年特发性关节炎治疗进展	310
第十章 血液系统与肿瘤疾病	195	第三节 《川崎病冠状动脉病变的临床处理建议》解读	313
第一节 地中海贫血的诊断解读与预防策略	195	第四节 原发性免疫缺陷病的发展与历史演变	317
第二节 免疫性血小板减少症的新认识及治疗困惑	197	第五节 免疫功能的检测与评价	321
第三节 获得性再生障碍性贫血免疫发病机制与治疗策略	203	第十五章 感染与传染性疾病	326
第四节 儿童急性淋巴细胞白血病治疗的个体化策略	208	第一节 回顾历史看流感病毒变异与预防策略的思考	326
第五节 噬血细胞综合征的认识与对策	214	第二节 阻断 HBV 母婴传播的策略和存在的问题	330
第十一章 神经系统疾病	223	第三节 结核病预防和治疗的回顾与展望	334
第一节 儿童热性惊厥的认识历程与预后评估	223	第四节 医院感染的环节和控制对策	336
第二节 婴儿痉挛的认识历程	228	第五节 超级耐药细菌的现状与挑战	339
第三节 脑性瘫痪诊断的挑战	232	第六节 重症手足口病的高危因素及防治进展	344
第四节 儿童期脑炎的再认识	235	第十六章 儿科危重症	350
第五节 儿童卒中的诊治应思考的问题	244	第一节 儿童脓毒症的现状与展望	350
第十二章 心理和精神卫生问题	250	第二节 血液净化疗法在儿科重症医学科的应用进展	356
第一节 儿童情绪障碍	250	第三节 国际儿童心肺复苏指南的变化及意义	362
第二节 孤独症谱系障碍	254	第四节 儿童机械通气技术的进展	366
第三节 注意缺陷多动障碍	260	中英文名词对照索引	373
第四节 青春期医学的认识进展	264		
第十三章 内分泌与遗传代谢性疾病	269		
第一节 矮身材的诊治进展	269		

第一章 儿科学的发展与面临的挑战

第一节 新千年发展目标与面临的挑战

由全球 189 个国家在新千年来临之际共同提出的“全球新千年发展目标 (millennium development goals, MDGs)”,是一个衡量世界各国社会可持续发展的重要指标体系。新千年发展目标从社会经济文化健康等多方面提出了主要包括以下 8 项内容:①消除极端贫困与饥饿;②普及初等教育;③促进男女平等及保证妇女权益;④降低儿童死亡率;⑤保证孕产妇健康;⑥征服 HIV/AIDS、疟疾及其他疾病;⑦治理环境及合理利用资源;⑧推动全球发展的合作伙伴关系。

其中有 3 项与儿童直接相关。目标特别提出全球到 2015 年,5 岁以下儿童死亡率下降为 1990 年的 2/3;将挨饿人口的比例减少一半;确保到 2015 年,世界各地的儿童,不论男女,都能上完小学全部课程。由此可见,维护儿童的权益和促进儿童的健康是实现新千年发展目标的重要任务和支柱。

从全球角度看,儿童健康状况在有明显进步的同时仍存在诸多不容乐观的问题,发达国家和发展中国家间发展很不平衡,在一些发展中国家有些指标远未达到要求的水平。2013 年发布的新千年发展报告显示:全球 5 岁以下儿童中,几乎每 6 个就有 1 个体重不足;每 4 人中有 1 个发育迟缓;2011 年体重不足的儿童人数比 1990 年的 1.59 亿虽下降了 36%,但是进步的速度还不足以实现千年发展目标,全球约有 1.01 亿的 5 岁以下儿童体重不足,占该年 5 岁以下儿童人数的 16%。

从 1990 年至 2011 年全球各地儿童发育迟缓的数量从 2.53 亿下降到 1.65 亿,下降率为 35%,但是全世界仍有四分之一的儿童显示出发育迟缓的迹象。与此同时,2011 年 5 岁以下年龄组中 7% 的儿童体重超重,这是营养失调的另一种表现 (图 1-1)。

全世界失学儿童的数量明显减少,从 1.02 亿

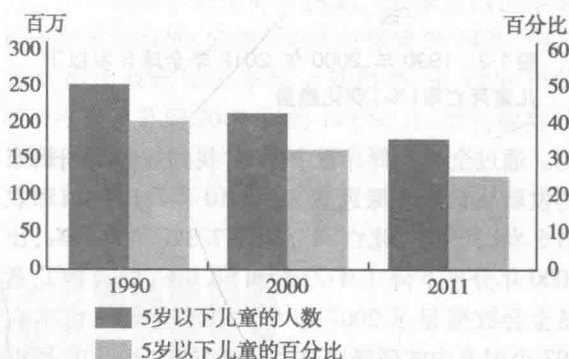


图 1-1 1990 年、2000 年、2011 年,5 岁以下儿童发育轻度或严重迟缓的人数和百分比

下降到 5700 万。净入学率从 2000 年的 83% 升至 2011 年的 90%。但是全球仍有 1.23 亿青年 (15 ~ 24 岁) 缺乏基本的读写能力;其中 61% 为年轻女性。

城乡差距虽由 2000 年的 3.3 倍缩小到 2010 年的 2.8 倍,但差距仍很显著。儿童生长发育监测结果显示,农村儿童营养状况不容乐观,西部贫困地区问题尤为突出。全国食物营养监测数据表明,2005 年中国城市、农村 5 岁以下儿童生长迟缓率分别为 3.1%、16.3%,农村是城市的 5.3 倍;城市、农村 5 岁以下儿童低体重发生率分别为 1.4%、6.1%,农村是城市的 4.4 倍。监测的九市儿童体格发育水平已达到发达国家同龄儿童水平。

2011 年,约有 690 万儿童死亡,大多死于可预防的疾病,绝大多数发生在世界上最贫穷的地区和国家。新生儿死亡率占儿童死亡率的比例在不断升高,从 1990 年的约 36% 升至 2011 年的 43%,说明新生儿死亡率仍是儿童死亡的最危险时期 (图 1-2)。

新千年发展纲要要从全球角度,提出了开展针对儿童权益和健康的共同解决方案的要求和框架。中国作为具有 13 亿人口的大国,儿童人群将占 3 亿,中国儿童的健康状况不仅对中国具有重要意义,而且对世界的儿童健康的进步也有着重要的影

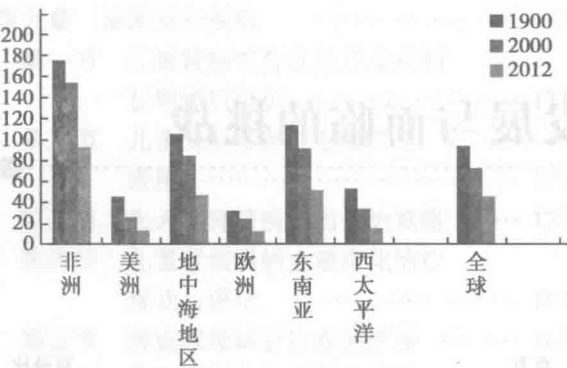


图 1-2 1990 年、2000 年、2012 年全球 5 岁以下儿童死亡率(‰)变化趋势

响。通过全球视野寻看中国,对找到适合我们国家的发展战略具有深远意义。2010 年我国城市和农村 5 岁以下儿童死亡率分别为 7.3‰和 20.1‰,比 2000 年分别下降了 47.1% 和 56.0%,联合国儿童基金会数据显示 2007 年 5 岁以下儿童死亡率在 193 个国家中按照降序排列,中国排在 107 位,居世界中等水平(图 1-3)。

在新的历史时期,伴随快速的经济的发展而出现的工业化、城市化、现代化和全球化带来的新的健

康问题,儿童健康也面临着许多新的问题和挑战,当前的健康问题往往由环境因素、社会因素、人们的行为和生活方式共同参与,不仅影响儿童期的健康,甚至还会构成对儿童发育、成长的影响,是一种多因素致病的模式,以应对单一因素致病的传统的策略和处置方法已经不能适应新的变化的需要。历史上严重威胁儿童生命和健康的传染性疾病和感染性疾病的威胁依然存在,在全球范围内一些已经得到控制的传染病出现了回升,而像艾滋病等新的传染病在世界范围内快速传播,新的病毒、新的菌种不断会构成新的潜在的和现实的威胁。在对儿童健康的威胁方面突出表现在以下几个方面:滥用抗生素和细菌耐药菌株的广泛产生和扩散;昆虫媒介和动物源性疾病;血液或血液制品传播的疾病的威胁增加;孕期和新生儿感染性疾病增加;流动人口中儿童传染病发生的防治问题。

与此同时,慢性非传染性疾病在儿童发病率和死亡率中构成了越来越高的比例,成为日益严重的儿童健康问题。早产或低出生体重、出生窒息、先天性心脏病和意外窒息等非感染性因素已成为了儿童死亡的主要原因。

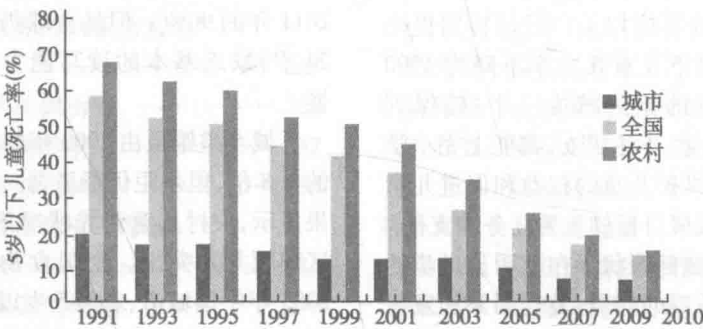


图 1-3 1991—2009 年金砖四国五岁以下、婴儿和新生儿死亡率

表 1-1 2000—2010 年全国婴儿死因顺位(前 10 位)

	2000 年	2006 年	2010 年
第 1 位	早产或低出生体重	早产或低出生体重	早产或低出生体重
第 2 位	肺炎	肺炎	出生窒息
第 3 位	出生窒息	出生窒息	肺炎
第 4 位	先天性心脏病	先天性心脏病	先天性心脏病
第 5 位	腹泻	意外窒息	意外窒息
第 6 位	意外窒息	腹泻	腹泻
第 7 位	神经管缺陷	颅内出血	败血症
第 8 位	颅内出血	神经管缺陷	颅内出血
第 9 位	败血症	败血症	神经管缺陷
第 10 位	新生儿硬肿症	新生儿硬肿症	新生儿硬肿症

儿童精神卫生和心理问题,已成为人们越来越关注的问题。其原因,首先是人们对于儿童的精神卫生和心理问题的认识有了提高和深化。由于影响儿童身心健康的家庭和社会因素在不断增加,导致儿童精神卫生和心理问题的不断增加。

环境因素对儿童健康和成长的影响日益增强,影响健康的环境因素可以来自自然和社会环境。自然环境包括生态环境的恶化,工业和生活污染。温室效应导致的气候恶化,大气层的破坏,儿童活动空间减少,居住条件恶化。食品和饮水卫生问题,环境卫生,学校条件等;社会环境涉及人们的生活方式和行为的改变,传统文化的改变,学习的压力和竞争,饮

食方式和习惯的改变对儿童和青少年的健康成长带来影响。克服环境的不良影响,建设有利于健康的环境,是我们儿童健康工作者的又一项繁重的任务。

城市儿童单纯性肥胖症的发生率呈上升趋势,已成为城市儿童的主要健康问题。据调查,2006年0~7岁儿童单纯性肥胖症发生率达7.2%,已接近发达国家水平。

中国是出生缺陷高发国家。根据全国出生缺陷医院监测数据(监测期限为妊娠满28周至产后7天),出生缺陷发生率呈上升趋势,由1996年的87.7/万,上升到2010年的149.9/万,增长幅度达70.9%(图1-4)。

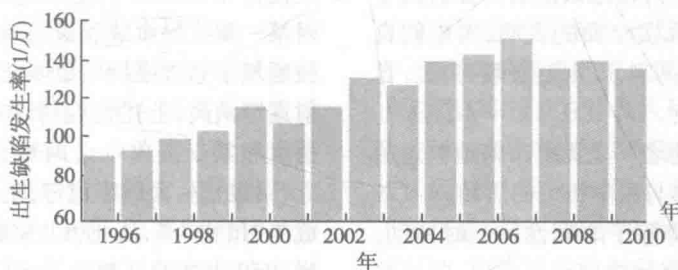


图1-4 1996—2010年医院检测出生缺陷总发生率变化趋势

儿童是一个民族和国家的未来,在我国,儿童健康事业取得巨大进步的基础上,我们必须面对全球和地区新出现的问题和挑战,通过进一步完善儿童健康保护和健康促进的保障体系,实现儿童的生存、保护和发展的三个主要目标。为应对面临的重大挑战,医学的临床、科研和教育等各方面都必须进行战略思考,并研究应对策略。根据国务院发布的中国儿童发展纲要(2011—2020)的要求,进一步完善覆盖城乡儿童的基本医疗卫生制度,提高儿童身心健康水平;促进基本公共教育服务均等化,保障儿童享有更高质量的教育;扩大儿童福利范围,建立和完善适度普惠的儿童福利体系;提高儿童工作社会化服务水平,创建儿童友好型社会环境;完善保护儿童的法规体系和保护机制,依法保护儿童合法权益。到2020年婴儿和5岁以下儿童死亡率分别控制在10‰和13‰以下。降低流动人口中婴儿和5岁以下儿童死亡率,严重多发致残的出生缺陷发生率逐步下降,减少出生缺陷所致残疾。18岁以下儿童伤害死亡率以2010年为基数下降1/6。5岁以下儿童生长迟缓率控制在7%以下,低体重率降低到5%以下。进一步降低儿童心理行为问题发生率和儿童精神疾病患病率。减少环境污染对儿

童的伤害。儿童是人类的未来,九年义务教育巩固率达到95%。为达到以上的目标,要依据儿童保护、儿童优先、儿童最大利益化、儿童平等和儿童参与的原则,通过采取切实的措施,在通过儿童教育、福利、健康、社会环境和法律保护等方面不断改善,提升我国儿童的健康水平。

第二节 儿科学中的伦理学问题

医学伦理学(medical ethics)是用伦理学理论和原则,来探讨和解决医疗卫生工作中人类行为的问题,研究内容包括医学领域中的道德作用、意义和发展规律,医学道德规范,医学道德及人际关系等。随着医学科学的发展、医学研究的深入和新的生物医学技术不断涌现,医学伦理学涉及的问题越来越多,也越来越复杂。

医学伦理学来源于医疗工作中医患关系的特殊性质。患者求医时一般要依赖医务人员的专业知识和技能,并常常不能判断医疗的质量;患者常要把自己的一些隐私告诉医务人员,这意味着患者要信任医务人员。这就给医务人员带来一种特殊

的道德义务:把患者的利益放在首位,采取相应的行动使自己值得和保持住患者的信任。

世界医学联合会通过的两个伦理学法典,即1948年的《日内瓦宣言》和1949年的《医学伦理学法典》,都明确指出患者的健康是医务人员要首先关心、具有头等重要地位的问题,医务人员应无例外地保守患者的秘密,对同事如兄弟,坚持医业的光荣而崇高的传统。

一、现代医学伦理学的核心概念

1. 自主性 自主原则是充分尊重患者/受试者的人格和尊严,要取得他们自主的知情同意或选择,而不能通过欺骗、强迫或利诱他们。强调患者/受试者的主体地位和权力,在施以他们的任何医学措施和行为前,都应作真实全面的说明,由他们自主作出决定。一旦作出决定,原则上必须尊重。自主性具有以下三个特性:

(1) 自愿性:保证患者不是无可奈何地被迫的接受,而是自觉自愿的参与医学相关的活动。

(2) 目的性:确定排除了非理性的一时冲动,建立在理性基础上的选择。

(3) 坚定性:坚持自己的目的,不因外界的干扰而妥协。

自主原则的实现的基本前提条件是:保证医生为患者提供医疗护理的完整和全面的信息;保证患者具有正常的自主判断和决定能力;患者的自主性决定不会与他人和社会利益发生严重冲突。患者可以由于社会、信仰、经济状况,选择不同的医疗方法或拒绝挽救生命的医疗措施,自主原则保证了患者能够根据他们自己的价值观来做出医疗护理方面的决定。对于大多数智力正常的成年人,自主权由自己行使,对于缺乏自主能力的人,其自主权受监护人的协助和保护。学龄儿童和青少年具有行为能力,应该重视其在医疗选择上的自主权,医务人员或研究人员在试验或实验前取得前者的知情同意。受试者在做出接受实验的决定前,应知道实验的性质、持续时间和目的、方法和手段;可能发生的不方便和危害,以及对他的健康和个人可能产生的影响。

2. 有利原则 就是把有利于患者健康放在第一位,切实为患者谋利益。有利就是行为能够带来客观利益、好处,作为行为主体的医生而言就是为患者行善事。有利原则与不伤害原则有着密切关系在医学实践中,有利原则的具体体现:

利益和主观利益;

(2) 提供最优化服务,努力使患者受益;

(3) 努力预防或减少难以避免的伤害;

(4) 坚持公益原则。

一种治疗或研究不应该造成身心伤害,不管动机如何,不允许有意伤害和任何伤害的危险的存在,这是一系列医学伦理原则中的底线原则。医疗伤害带有一定的必然性,现实中的医疗伤害现象依据其与医务人员主观意志的关系可分为有意伤害、无意伤害、可知伤害、意外伤害、可控伤害、不可控伤害、责任伤害、非责任伤害。20世纪70年代,重症监护技术的推广应用使儿童死亡率特别是新生儿死亡率明显下降。然而,在降低死亡率的同时,也使得相当数量的儿童留下后遗症而长期生存。对某一重症缺血缺氧脑病的新生儿患儿来说,在机械通气下勉强维持生命体征在正常范围,但神经反射逐渐消失,上述情况持续一段时间后,就给儿科医生和家长提出一个两难选择:如果选择继续治疗,结果是生命体征稳定,正常神经活动不能恢复,成为“植物人”,从此患儿家庭的经济和心理负担陡增,而患儿本身还要经受无穷无尽的医疗操作和由此而来的痛苦;如果选择终止治疗,就意味着终止患儿的生命。选择继续治疗,有较好的伦理学基础,但缺乏患儿实际利益的支持;选择终止治疗,比较符合患儿及其家庭和社会的长远实际利益,但缺乏伦理学的支持。在美国和其他发达国家,解决这一命题的方法是成立由多学科组成,有普通社区代表参加的医院伦理委员会,以个案研究的方式帮助临床医生和家长进行决策。在我国,由于社会、文化和经济背景的不同,破解这一伦理学命题的主要难度在于:在大多数发达国家,患儿的医疗费用都由国家或保险公司支付,患儿家庭与医院、医生之间不存在直接的经济关系,医疗活动中较少考虑经济上的问题,因此在做出医疗方面的决策时可以不考虑医疗费用的问题。但在我国,即使医疗上和伦理上认定应该继续治疗,但如果患儿家庭要求终止医疗活动,并拒绝支付进一步发生的医疗费用时,医疗活动的继续也会发生困难。

3. 公正原则 在同样有医疗需要的患者,应得到同样的医疗待遇。在基本医疗照顾上,力求做到人人享有基本的医疗保健,并以同样的服务态度、医疗技术对待有同样需要的患者。在医学服务中公平、正直地对待每一位患者。在临床实践中,公正原则体现在两个方面:

(1) 医患交往公正:医生与患者平等交往,对