

实用儿科

疾病诊断与治疗手册

主 编：于桂珍 范成立
刘淑华 李保芹 唐莉莉



★黄河出版社

实用儿科疾病诊断与治疗手册

主 编: 于桂珍 范成立
刘淑华 李保芹 唐莉莉

黄河出版社

2004年4月·济南

责任编辑 洪 林

封面设计 张宪峰

图书在版编目 (C I P) 数据

实用儿科疾病诊断与治疗手册/于桂珍等主编. —济南: 黄河出版社, 2004. 4
ISBN 7-80152-561-2

I. 实… II. 于… III. 小儿疾病—诊疗—手册
IV. R72-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 013266 号

书 名 实用儿科疾病诊断与治疗手册

主 编 于桂珍 范成立 刘淑华
李保芹 唐莉莉

出版发行 黄河出版社(250002)
(济南市英雄山路 19 号)

印 刷 山东高唐印刷厂印刷
规 格 850×1168 毫米 32 开本
6.75 印张 180 千字

版 次 2004 年 4 月第 1 版

印 次 2004 年 4 月第 1 次印刷

书 号 ISBN7-80152-561-2/R·031

定 价 25.00 元

序

随着我国经济的腾飞,各项社会事业都得到了长足发展,特别是卫生事业日新月异,有利的提高了人民的生活质量,确保了人民健康水平的稳步提高。但是,在基层特别是在农村,儿童在社会和家庭中地位的普遍提高,儿童健康成长的高度关注与儿科疾病防治知识匮乏的矛盾日渐显现出来,已成为卫生事业发展的一个薄弱环节,我们必须正视问题的存在,并为解决这个矛盾而努力工作,作出应有的贡献。为了适应目前儿科临床的需要,我院儿科副主任医师于桂珍同志等,主编了《实用儿科疾病诊断与治疗手册》一书。本书内容丰富,条理清晰,通俗易懂,实用性强。既可作为广大基层医务人员的参考书,又是广大患儿家属的良师益友。

本书主编于桂珍同志是一位具有近三十年儿科临床经验的专家。她工作中不断学习和借鉴国内外儿科疾病治疗的新技术和新经验,不断丰富自己并运用于临床中,积累了许多成功经验,成为我院儿科的中坚力量。范成立、刘淑华等同志,也都是多年从事儿科临床工作的青年专家。多年来,他们在儿科临床中勇于探索、善于研究、对技术精益求精,取得了丰硕的成果。本书,就是他们临床经验的结晶。对于提高广大基层医务人员的儿科疾病诊断及治疗水平,保障儿童的健康成长,都将发挥重大作用。借此,也希望他们再接再厉,为我们的医疗卫生事业做出更大贡献。

高唐县人民医院院长



前 言

近年来,随着计划生育基本国策的实施,儿童在总人口中的比例愈来愈少,儿童的地位却愈来愈高,特别是儿童的健康成长,倍受人们的关注。为了满足广大基层医务工作者的需要,普及儿科疾病防治知识,我们参考大量最新版本的理论书籍,结合临床经验,编写了《实用儿科疾病诊断与治疗手册》一书。

本书分为新生儿疾病、呼吸系统疾病、循环系统疾病等共十三章,近百种疾病,基本上涵盖了儿科的常见病、多发病,实为基层医务工作者提高儿科疾病诊断与治疗水平的良好教材。

本书以广大基层医务工作者为主要对象,在编写过程中力求通俗易懂,切实可用。一般疾病重治疗,特殊疾病重鉴别,每种疾病都有预防及健康指导。既有诊断标准,又有治疗方案。期望能对从事本专业的同仁有所帮助。为了方便读者,书中还附有小儿体重、身高、血压及药物剂量计算方法,小儿各年龄出现的骨化中心(X线检查),正常小儿心电图特点和正常值,常用化验检查正常值及常用药物参考剂量,以供查阅。

由于我们的水平有限,缺点和错误之处在所难免,恳请广大读者批评、指正。

于桂珍

目 录

序	武希君(1)
前言	于桂珍(1)
第一章 新生儿与新生儿疾病	(1)
足月新生儿及特殊表现	(1)
新生儿窒息	(2)
新生儿缺氧缺血性脑病	(4)
新生儿颅内出血	(5)
新生儿呼吸窘迫综合征	(7)
新生儿溶血病	(8)
新生儿出血症	(9)
新生儿肺炎	(10)
新生儿尿路感染	(11)
新生儿化脓性脑膜炎	(12)
新生儿败血症	(14)
新生儿寒冷损伤综合征	(15)
新生儿坏死性小肠结肠炎	(16)
第二章 呼吸系统疾病	(18)
急性上呼吸道感染	(18)
急性喉炎	(20)
急性支气管炎	(21)
毛细支气管炎	(22)
支气管肺炎	(24)

支气管哮喘	(26)
第三章 循环系统疾病	(32)
先天性心脏病	(32)
病毒性心肌炎	(39)
小儿心律失常	(41)
心内膜弹力纤维增生症	(44)
小儿心力衰竭	(45)
第四章 消化系统疾病	(51)
口炎	(51)
胃食管反流	(54)
消化性溃疡	(56)
先天性肥厚性幽门狭窄	(59)
肠套叠	(60)
先天性巨结肠	(62)
小儿腹泻病	(63)
液体疗法	(66)
第五章 泌尿系统疾病	(69)
泌尿系感染	(69)
急性肾小球肾炎	(72)
肾病综合征	(74)
急性肾功能衰竭	(80)
第六章 血液系统疾病	(85)
缺铁性贫血	(85)
溶血性贫血	(87)
再生障碍性贫血	(89)
特发性血小板减少性紫癜	(91)
血友病	(93)
白血病	(95)

弥散性血管内凝血	(96)
第七章 内分泌系统疾病	(99)
先天性甲状腺功能减低症	(99)
儿童糖尿病	(101)
生长激素缺乏症	(102)
中枢性尿崩症	(104)
第八章 神经肌肉系统疾病	(107)
病毒性脑炎	(107)
化脓性脑膜炎	(109)
急性感染性多发性神经根炎	(111)
脑性瘫痪	(113)
进行性肌营养不良	(116)
小儿癫痫	(117)
第九章 结缔组织病	(123)
风湿热	(123)
幼年类风湿病	(126)
过敏性紫癜	(128)
皮肤粘膜淋巴结综合征	(130)
第十章 营养性疾病	(133)
营养不良	(133)
锌缺乏症	(134)
维生素 D 缺乏性佝偻病	(136)
维生素 B ₁ 缺乏症	(139)
小儿肥胖症	(140)
第十一章 代谢性遗传疾病	(143)
苯丙酮尿症	(143)
肝豆状核变性	(144)
21—三体综合征	(145)

第十二章 感染性疾病	(147)
麻疹	(147)
风疹	(149)
水痘—带状疱疹	(151)
幼儿急疹	(154)
流行性腮腺炎	(155)
小儿病毒性肝炎	(157)
小儿结核病	(160)
百日咳	(165)
中毒型细菌性痢疾	(167)
巨细胞病毒感染	(169)
第十三章 小儿常见急症	(172)
食物中毒	(172)
有机磷农药中毒	(173)
灭鼠药中毒	(175)
一氧化碳中毒	(176)
溺水	(177)
触电与雷击	(178)
附录	
一、小儿体重、身高、血压及 药物剂量计算方法	(180)
二、小儿各年龄新出现的骨化 中心(x线检查)	(181)
三、正常小儿心电图的特点和 正常值	(182)
四、临床常用化验检查正常值	(184)
五、常用药物参考剂量	(188)

第一章 新生儿与新生儿疾病

足月新生儿及特殊表现

正常足月新生儿,是指胎龄 ≥ 37 周至 < 42 足周,体重 $\geq 2500\text{g}$ 和 $< 4000\text{g}$ 无畸形和疾病的活产婴儿。足月儿的皮肤红润,皮下脂肪丰满,毳毛少;头发分条清楚;耳壳、软骨发育好,耳舟成形直挺;指、趾甲到达或超过指、趾端;足底纹遍及整个足底;乳腺结 $> 4\text{mm}$;男婴睾丸已降至阴囊,阴囊皱纹多;女婴大阴唇遮盖小阴唇。新生儿出生的最初数日内可出现生理性体重下降、脱水热、生理性黄疸、新生儿红斑、色素斑、马牙、生理性乳腺肿胀、阴道出血(假月经)。

1. 生理性体重下降

新生儿在出生最初2~3天内,因进食少,不显性失水和大小便的排出,体重减轻不应超过10%,一般7~10天内恢复。体重下降过多或恢复过晚,应找出原因。

2. 脱水热

其特征是在生后2~4天时,体温骤然升高,可达 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$,可有烦渴、尿少,哭闹不安等,口服或静脉补液后热退。须与感染所致发热区别。

3. 生理性黄疸

根据新生儿胆红素代谢特点,约50~60%新生儿在出生后2~3天出现皮肤和巩膜黄染,4~5天达到高峰,7~10天消退。最迟不超过2周。

4. 新生儿红斑

出生后与大自然接触,皮肤受刺激,发生充血,约1~2天后消退。

5. 色素斑

新生儿尾骶部及臀部或体位任何部位,可见到蓝灰色的色素斑,呈圆形或不规则形,边缘明显,压之不褪色,生后可在几年内自行消失。

6. 马牙

新生儿口腔上腭中线附近,可见到小白点,牙龈上可见有白色颗粒状物,俗称“马牙”,不作处理。

7. 生理性乳腺肿胀

新生儿生后3~5天可出现一过性泌乳或乳腺肿大,多于生后2~3周自行消失。挤压易感染,无须处理。

8. 假月经

女婴由于在胎内受母体雌激素影响,可在生后5~7天见到阴道少量出血,持续1~2天消失,不作特殊处理。

新生儿窒息

新生儿窒息是指生后1分钟无自主呼吸或未能建立规律呼吸,而导致低氧血症和混合性酸中毒。本病是新生儿伤残和死亡的重要原因之一。国内发病率约为5%~10%。

[病因]

1. 母亲因素 严重贫血、糖尿病、妊娠高血压综合征、急性失血、休克、吸毒、吸烟等。

2. 胎盘因素 胎盘早剥、前置胎盘、胎盘功能不全等。

3. 脐带因素 脐带受压、脱垂、绕颈、打结、过短和牵拉等。

4. 胎儿因素 早产儿、巨大儿、先天畸形等。

5. 分娩因素 急产、难产、多胎、胎头吸引手术产或母亲产程中使用药物不妥当等。

〔临床表现〕

反应差、皮肤青紫或苍白、呼吸浅表、呻吟、心率减慢、四肢肌张力降低。少数可出现眼球震颤、瞳孔散大、对光反射消失、抽风及前囟饱满。严重者出现休克、尿少、血尿。

合并坏死性小肠结肠炎时,可出现腹胀、呕吐、便血等。黄疸加重、低血糖及低钙血症。

窒息程度的判定,主要依靠 Apgar 评分,简易可行。国际上公认的窒息评分法为:生后 1 分钟判断有无窒息及窒息的严重程度,0~3 分为重度,4~7 分为轻度,8~10 分为正常(表 1-1),5 分钟评分提示复苏的效果及预后情况,如未恢复,应在 10、15、20 分钟继续评分,至到恢复正常。如 1 分钟评分正常,而 1 分钟后评分低于或等于 7 分亦为窒息,称倒评分。

表 1-1 新生儿窒息 Apgar 评分法

观察 项目	评分标准			评分	
	0 分	1 分	2 分	1 分钟	2 分钟
皮肤颜色	青紫或苍白	身体红、四肢青紫	全身红		
呼吸	无	微弱、不规则	规则、哭声响		
心律(次/分)	无	<100	>100		
肌张力	松弛	四肢略屈曲	四肢活动		
对刺激的反应	无反应	有反应、如皱眉	哭声响、喷嚏		

〔辅助检查〕

做血生化指标检测如血二氧化碳分压、血糖、电解质、血尿肌酐等。

〔治疗〕

关键是立即进行正确的复苏,分秒必争,由产科、儿科医师合作进行。采用国际公认的 ABCDE 复苏方案进行(即 A 清洗呼吸道,B 建立呼吸,C 恢复循环,D 药物治疗,E 评估复苏效果及病情发展)。复苏后严密观察各脏器受损情况,并采取相应的防治措施,保护各脏器的功能。

〔预防及健康指导〕

加强围产期保健,及时处理高危妊娠,产程中要加强监护,避免难产,推广复苏技术,培训接产人员,对高危孕妇分娩时,必须有掌握复苏技术的人员在场。

新生儿缺氧缺血性脑病

缺氧缺血性脑病(HIE)是新生儿窒息后的严重并发症,严重病例存活者可产生神经系统后遗症,是儿童残疾的重要原因之一,缺氧缺血性脑病以足月儿为多。据统计1岁以下脑瘫中HIE所致者占25%~50%。

〔病因〕

围产期窒息是造成新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)的主要原因。

〔临床表现〕

主要表现为意识障碍,肌张力及原始反射改变、惊厥脑水肿等神经系统症状。惊厥常发生在24小时内,脑水肿24~72小时内最明显。根据HIE的临床表现,全国新生儿学组将其分为三度(表1-2)。

表1-2

HIE临床分度

分度	意识	肌张力	原始反射 拥抱 吸吮		惊厥	中枢性呼吸衰	瞳孔改变	前囟张力	病程及预后
轻度	过度兴奋	正常	稍活跃	正常	无	无	无	正常	兴奋症状24小时内最明显,3日内逐渐消失,预后较好
中度	嗜睡迟钝	减低	减弱	减弱	常有	无或轻	无或缩小	正常或增高	症状大多在1周末消失,10月后仍不消失者,可能留有后遗症
重度	昏迷	松软或肌张力增高	消失	消失	多见或持续	常有	不对称或扩大 对光反应消失	饱满明显增高	多在1周内死亡,存活者症状可持续数周,多留有后遗症

〔辅助检查〕

颅脑 CT 检查有助于病变范围和预后的判断,3~5 天内检查最为适宜。

缺氧缺血性脑病诊断时需排除宫内感染、先天性神经、呼吸、循环、肌肉等系统疾病,产伤及母亲产前使用麻醉剂、镇静、止痛剂等可影响 Apgar 评分的情况。

〔治疗〕

治疗原则为早治、足够疗程、综合措施、周密计划和树立信心。

1. 支持疗法 维持良好通气换气功能;维护周身和各脏器足够的血流灌注;维持血糖在正常高值;控制输液量及滴速,每日液体总量不超过 60~80ml/kg。

2. 控制惊厥 首选苯巴比妥,负荷量 15~20mg/kg,缓慢静注,若不能控制惊厥,1 小时后再加用 10mg/kg,12~24 小时后给维持量为 3~5mg/kg·d;一般用 4~5 天停药。顽固性抽搐者加用安定,每次 0.1~0.3mg/kg,静脉滴注。或水合氯醛 50mg/kg 灌肠。

3. 降低颅内压 选用速尿每次 1mg/kg 静注,20% 甘露醇,每次 0.5g/kg 静注,每 4~6 小时后可重复应用。

4. 消除脑干症状 开始用纳络酮,剂量为 0.05~0.1mg/kg,以后每小时为 0.03~0.05mg/kg,持续 4~6 小时静注,连用 2~3 天。

5. 其他 可选用自由基清除剂;促进神经细胞代谢药;高压氧疗等。

〔预防及健康指导〕

积极推广新法复苏,防止围生期窒息。

新生儿颅内出血

新生儿颅内出血为围生期新生儿严重疾病,病死率及后遗症发生率均较高。产伤所致者多见于足月儿,近年来发生率已明显下降。缺氧所致的颅内出血多见于早产儿,尤其在极低出生体重

儿,发生率较高,现已成为新生儿颅内出血的主要病理类型。

〔病因〕

主要由缺氧、产伤引起。

〔临床表现〕

主要表现为一般先出现兴奋症状,如烦躁不安、易激惹、脑性尖叫、肌震颤、惊厥、呕吐、眼球颤动等,后出现抑制症状,肌张力减低、反应差。

根据出血部位不同,临床特点表现不一。

1. 脑室周围-脑室内出血 约50%的发生在生后1天,85%发生在3天内,多见于早产儿,表现为面色苍白、呼吸异常、意识障碍、惊厥、肌力松弛、拥抱反射消失。存活者易合并脑室周围软化、脑积水、智力低下。

2. 硬脑膜下出血 多有产伤史。见于足月儿。可在出生24小时后出现惊厥、偏瘫和斜视,出血重者可在数小时内死亡。

3. 蛛网膜下腔出血 可为原发性。缺氧多见早产儿。产伤多见于足月儿。可有惊厥、反复呼吸暂停等。大量出血可迅速死亡。

4. 小脑出血 多见于早产儿。由于缺氧所致。表现为频繁的呼吸暂停、心动过缓等。病情迅速恶化,多在发病12~36小时死亡。

〔辅助检查〕

作头颅CT和B超确诊。

〔治疗〕

1. 维持充分的灌注压及血压 血压过低时给予多巴胺(每分钟5~10 μ g/kg),静滴。

2. 限制液体量40~60ml/kg·d,控制脑水肿及惊厥。颅内出血使用20%甘露醇。但要慎重,需用时每次0.25~0.5g/kg,时间延长。

3. 维生素K₁1~5mg/d,静滴,共用3~5日。

〔预防及健康指导〕

提倡产前保健。预防早产。加强产程监护,选择最佳分娩方式,防止缺氧。产前预防脑室出血,可应用维生素 K,纠正凝血障碍。

新生儿呼吸窘迫综合征

新生儿呼吸窘迫综合征(RDS),因病理所见肺泡和细支气管壁上附有嗜伊红性透明膜,故又称肺透明膜病。其表现为出生后不久出现进行性加重的呼吸困难。主要见于早产儿,龄愈小,发病率愈高,胎龄 37 周者为 5%,32~34 周者为 15%~30%,小于 28 周者为 60%~80%。糖尿病母亲婴儿也易发生此病。

〔病因〕

由肺表现活性物质缺乏所致。

〔临床表现〕

出生时多正常,生后 2~6 小时出现呼吸困难,严重者生后即可出现。表现为呼吸急促(>60 /分)、发绀、鼻扇、吸气性三凹征和呼气性呻吟,呼吸困难呈进行性加重是本病的特点。患儿可出现反应迟钝,四肢肌张力低下,体温不升,肺部呼吸音低,可闻及湿罗音,心率由快变慢,心音由强变弱,肤色灰白或青灰,常伴有血压下降。

生后第 2、3 天病情严重,72 小时后明显好转。有并发症(颅内出血、肺炎)时病程较长。如出生 12 小时后出现呼吸困难,不考虑本病。

〔辅助检查〕

胸部 X 线(两肺透明度降低,肺灌气不足和支气管充气征),为重要诊断依据。可做血气分析及出生前抽取羊水测定肺成熟程度。

〔治疗〕

目的是保证通、换气正常,待自身肺表面活性物质产生增加,呼吸窘迫得以恢复。机械通气和应用肺表面活性物质是治疗本病的重要手段。

〔预防及健康指导〕

加强高危妊娠和分娩的监护及治疗,预防早产。对孕 24 ~ 34 周需提前分娩或有早产迹象的胎儿,出生 48 小时前给孕母肌注地塞米松,促进胎肺成熟,可明显降低发病率和病死率。

新生儿溶血病

新生儿溶血病是指母婴血型不合引起的同族免疫性溶血病,主要包括 Rh 溶血病和 ABO 溶血病。该病仅发生在胎儿及新生儿早期,其中 ABO 系统血型不合约占 85%,Rh 系统血型不合约占 15%。

〔病因〕

母婴血型不合(ABO 型、Rh 型)。

〔临床表现〕

1. 黄疸 出现时间可在出生 24 小时内,发展速度快、尤其 Rh 溶血病严重,血清胆红素上升快。

2. 贫血 轻重不一,早期与黄疸成正比,晚期只表现贫血,重症 $< 80\text{g/L}$,甚至 $30 \sim 40\text{g/L}$,Rh 溶血病贫血出现早且重,ABO 溶血病多数病人儿贫血可不明显。

3. 精神和神经系统改变 出现嗜睡、喂养困难、吸吮无力、拥抱反射减弱、消失、肌张力减低,双目凝视、角弓反张、前囟隆起、呕吐、尖叫、惊厥等,提示存在胆红素脑病(核黄疸)。

〔辅助检查〕

1. 血常规 红细胞计数、血红蛋白下降,网织红细胞、有核红细胞增多。

2. 血清胆红素 未结合胆红素升高。

3. 母婴血型 ABO、Rh 型。

本病需与先天性肾病、新生儿贫血、生理性黄疸鉴别。

〔治疗〕