



儿科常见急症指南

施云程、杨志良编译

科学技术文献出版社

儿科常见急症指南

ERKE CHANGJIAN JIZHENG ZHINAN

施云程 杨志良 编译

高伟士 校

科学技术文献出版社

(京)新登字130号

内 容 提 要

本书介绍儿科急诊中的常见病以及危重、疑难的疾病的诊断,涉及小儿内科、外科、五官科以及传染病、中毒等方面,附录中还刊有儿科急诊中的常用药物、用法等,包括一些近年来临床上常用的新药。本书叙述扼要,鉴别诊断要点明确,是基层儿科临床工作者手边必备的袖珍工具书。

儿科常见急症指南

施云程 杨志良 编译

高 伟 士 校

科学技术文献出版社出版

(北京市复兴路15号 邮政编码:100038)

上海市十二印刷厂印刷

新华书店上海发行所发行 各地新华书店经售

开本 787×1092 1/32 印张 2.5 字数 60,000

1994年7月第1版 1994年7月第1次印刷

印数: 1—3000册

ISBN 7-5023-1977-8/R·347 定价: 2.00元

目 录

突发高热	1
婴儿虚脱	2
脱水 补充水或电解质	4
关节疼痛	9
腹痛	11
腹泻	12
呕吐	13
呕血	15
腹胀和腹块	16
黄疸	16
摄入引起中毒	17
惊厥	25
脑膜炎	26
气喘	28
哮喘	30
喘鸣	32
咯血	34
心搏停止	34
循环系统疾病	35
阵发性室上性心动过速	35
心力衰竭	36
镰状细胞危象	36

冻伤	36
少尿	37
血尿	40
尿路感染	41
糖尿病	41
肾上腺皮质危象	43
伴有慢性疾病或缺陷的儿童	44
脑积水	44
癫痫	44
法洛四联症以及有关的紫绀	44
心力衰竭	45
囊性纤维变	45
急性血友病	45
常见传染病	46
水痘	46
风疹	47
腺性热	47
麻疹	48
流行性腮腺炎	48
猩红热	49
百日咳	49
头部损伤	50
挫伤和出血	51
灼伤和烫伤	53
异物	54
毒虫咬(螫)	57
红眼睛	58
耳痛	60

耳、鼻和喉病·····	61
皮疹·····	62
附录 儿科常用药物和剂量·····	65
索引·····	70

突 发 高 热

发热可分低热(体温 38°C 左右)及高热(体温 39°C 以上)。如体温超过 38.5°C , 可给孩子服用扑热息痛(Calpol), 并多给饮料, 注意室内空气通畅。如发热持续 24 小时以上, 或发热持续 38.5°C 以上不退, 或出现惊厥, 这时家长务必带孩子去医院就诊。

急性发热是儿科急诊最常见的症状。出现急性发热的主要原因之一是上呼吸道感染。其他原因还有诸如肠道感染、泌尿道感染、出疹性疾病(猩红热、麻疹、风疹、水痘等)、败血症、脑膜炎、脑炎等。一般, 在早期都能根据其临床特点予以鉴别。

1. 高热时, 如果精神状态良好, 或同时有轻度的呼吸道症状, 则病毒感染的可能性最大。病毒感染有时尚伴轻度腹泻或有皮疹, 注意排除细菌性疾病, 如尿路感染、伤寒、中耳炎及结核病等。

婴幼儿伤寒可有腹泻, 常伴腹胀。

婴幼儿暑天高热、少汗、多尿, 可能为暑热症。

新生儿及婴儿出现哭闹不安、烦渴欲饮者, 要考虑脱水热。

高热时, 如果精神状态差, 则以细菌性感染可能性为大。有迁延趋势者, 要考虑是否有恶性疾病引起的高热。

2. 超高热($>41^{\circ}\text{C}$)者, 疟疾的可能性很大; 其他的可能有败血症、恶性肿瘤、恶性网状内皮细胞增多症、类风湿病。

3. 高热伴寒颤者, 常为尿路感染、败血症、疟疾、斑疹伤

寒等。

4. 高热伴虚汗。常为败血症、疟疾。前者无定时,后者在退热时出汗。

5. 对出现突发高热的患儿,要随时注意有否出现皮疹。有时,皮疹能作为一种诊断线索。根据皮疹的特点及出现的时间,可能为败血症、伤寒、斑疹伤寒、传染性单核细胞增多症、细菌性心内膜炎、风湿病、类风湿病、全身性红斑狼疮、婴儿急性网状内皮细胞增生症、粟粒性结核等。

婴儿虚脱

当出现虚脱时,表现出萎靡、昏睡和酸中毒等症状。其原因常难以确定,因各种基础损害均可产生相似的症状。

一般来说,婴儿虚脱的主要病因是:

1. 心脏性

紫绀 产后头几天内,常因大血管转位引起。

心力衰竭 对新生儿,可因左心发育不全或缩窄而引起。患左心综合症时,不能摸及所有周围的脉搏。患左心缩窄时,肱动脉可能正常。若作胸部 X 线检查,将显示一个巨大的心脏。

出现上述情况,需将患儿急转儿科医院心脏科。

2. 败血症

婴儿呈酸中毒,皮肤灰色,虚脱。局部感染也可迅速转变为败血症。然而,最初感染的部位可能并不明显,这时可作血

液、尿和脑脊液培养检查。如果有可能转变为败血症,则需予以广谱抗生素(例如氨苄青霉素和庆大霉素)治疗。

3. 呼吸性

婴幼儿中,肺炎或毛细支气管炎(见本书第29、30页)可造成虚脱,这几乎无病史可查询。

4. 代谢性

低血糖症 可继发于败血症、饥饿或代谢性状况(例如糖原累积症)。

低钠血症 患儿因抗利尿激素分泌紊乱而患有典型的中枢神经系统或呼吸系统的疾患时,可引起低钠血症和继发性虚脱。

其他原因 肾上腺皮质功能衰竭(见本书第43页)、肾脏病、钠丧失(例如呕吐伴有幽门狭窄)。

脱水 胃肠炎或幽门狭窄所致水和盐的损失,可产生高钠血症,这是一种情况;儿童由于不适当的高钠食物也可引起脱水。如果出现惊厥,常可引起神经性损害。

所有这些情况,必须检查血糖和电解质。

5. 肾脏性

急性肾脏感染可导致败血症和电解质失衡。为了防止肾脏进一步受损,需予全面检查(见本书第41页)。

6. 损伤性

除明显的较大事故(例如交通事故)是创伤的原因外,对虚脱的婴儿,必须考虑非意外性损伤。这些情况,很可能出现

颅内出血。

7. 神经性

惊厥以后，婴儿在一段时间内其病情仍然严重。此时，应寻找基础感染或基础创伤，以及引起惊厥的原因。

8. “未发现”婴儿猝死

婴儿在家中已暂停呼吸，且已由其父母使婴儿苏醒，苏醒后患儿即被带来急诊。

呼吸暂停可能由于一种未经识别的神经性、脓毒性或其他疾病所引起。通常因不能发现其原因，而归咎于呼吸系统尚未成熟之故。因此，须予全面检查。

9. 胃肠炎

可造成脱水伴高钠血症或低钠血症。

脱水 补充水或电解质

脱水	2~3 %	5 %	10%
临床体征	口渴，粘膜干燥	轻微的眼窝凹陷 皮肤弹性消失 少尿 婴儿囟门凹陷 可能表情淡漠	左列体征 低血压 周围血管收缩 休克

在儿童期,脱水是许多疾病的特征,特别是累及胃肠道和胸部的疾病。

当出现低血压、周围血管收缩和休克等症状时,除考虑引起的病因,治疗其原发疾病外,必须立即注意脱水的情况。

若脱水,患儿仍能主动饮水,则应首先给予常用的饮料和果汁,并补充电解质葡萄糖混合剂(例如 BNF 电解质葡萄糖混合剂,或用 Rehidrat 或 Dioralyte 商品补充液体)。

如果患儿拒绝饮水,或脱水丧失超过 5%, 应进行静脉补液。

应将测定血电解质作为紧急步骤。

水和电解质静脉疗法

指证

(i)当不能口服或鼻饲液体,或不能忍受液体时, 应供给维持液。

(ii)纠正脱水。

(iii)纠正酸、碱或电解质异常。

(iv)静脉内输注药物。

根据年龄和体重,估计维持液的需要量:

年 龄(岁)	0~1	1~3	4~6	7~12	>12
每天水的需要量(ml/kg)	150	125	100	75	50

出生后几天内,水的需要量较少,可根据下列剂量供给:

出生后 1~4 天	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天
每天水的需要量(ml/kg)	30	90	120	150

对每个患儿必须精确计算，因人而异。体重的改变能反映对液体是否平衡，因如有大的变化，必定是由于增加或丧失了水分。考虑其他的因素是：

- (i) 发热：超过 37°C 时，需增加水 $10\text{ ml/kg/}^{\circ}\text{C}$ 。
- (ii) 呼吸：呼吸增快，不显性液体丧失增加。
- (iii) 湿度：在潮湿环境中，不显性液体丧失减少。

维持电解质需要

年 龄(岁)	0~3	3~6	7~12
钠(mmol/kg/天)	2.5	2.0	1.5
钾(mmol/kg/天)	2.5	2.5	1.5

将 0.18% 氯化钠和 4% 葡萄糖加在每天应用的液量中，以维持水和盐。每 500 ml 液体中加 1 g 氯化钾(=13 mmol)可保证维持钾的含量。

在下列三种情况下，不可静脉给钾：

- (i) 直接静脉或滴管
- (ii) 在已有排尿之前
- (iii) 在知道血钾浓度以前

当儿童接受静脉维持液体时，应该做到：

- (i) 每天测量体重
- (ii) 进行临床估计，至少每天 2 次
- (iii) 静脉要具有滴注速度的调节器
- (iv) 检查血浆电解质，每周至少 3 次(治疗第 1 周时应每天检查 1 次)
- (v) 仔细记录液体平衡

脱水的研究

	临 床 估 计	实 验 室 检 验
容量丧失	脱水的体征 休克的体征	中心静脉压 血尿素
渗透分子的变化	高钠血症 烦躁 面团似的皮肤 低钠血症 休克 低血压	血浆钠 血浆渗透分子 血浆钠 血浆渗透分子 尿渗透分子
酸-碱	呼吸深 呼吸急促	血气 pH 基础降低
细胞内钾的丧失	虚弱 张力减退	血浆钾 心电图改变
低钙血症	神经肌肉 应激性	离子钙 心电图
低血糖症	嗜睡, 昏迷 惊厥	血糖

紧急治疗

如果出现休克, 迅速给予血浆(在 25 分钟内)20 ml/kg,

如果无血浆,可用生理盐水。

给予液体时必须考虑到:

(i) 丧失量——估计体重丧失的百分比。

(ii) 维持量

(iii) 继续损失——常难以正确估计,特别当腹泻是液体丧失的主要原因时。

通常,在头 8 小时补充损失量的一半,其余的在以后 16 小时内补充,继续损失应根据病情而补充。

按照脱水的类型进行补液:

(i) 正常血钠性脱水

(即血浆钠 130~150 mmol/l)

如果出现休克,开始复苏时可用血浆或生理盐水,然后在头 24 小时内应用 0.45% 盐水和 4% 葡萄糖液,并给予氯化钾(如同上述)。如果进展顺利,可继续输入 0.18% 盐水和 4% 葡萄糖液。

(ii) 低血钠性脱水

(即血浆钠 < 130 mmol/l)

用 0.45% 盐水和 4% 葡萄糖液常能令人满意,但如果低钠血症严重(<120 mmol/l)或有症状,用生理盐水,可将血钠更快地恢复到正常范围。应用时可根据下列公式计算:

$$\begin{aligned}\text{所需钠的 mmol} &= (135 - \text{血浆钠浓度}) \times \text{钠的分配系数} \\ &= 0.6 \times \text{公斤体重}\end{aligned}$$

(注意:生理盐水不能供应任何能量)。

当血浆钠低下时,要考虑抗利尿激素分泌不恰当的可能性。

(iii) 高血钠性脱水

(即血浆钠 > 150 mmol/l)

如果出现休克和高钠血症,在开始复苏时,应用少盐白蛋白或 0.45% 氯化钠混于 2.5% 葡萄糖溶液。此后,在 48 小时内慢慢补充损失的液体量,以防止脑部分隔间液体迅速移动,在 48 小时内给予 0.18% 盐水和 4% 葡萄糖液,以供维持液和补充损失量。应在早期给予钾盐,且常需静脉输注钙盐。

关 节 疼 痛

急性关节痛可能是各种疾病的表现。许多病毒性感染可发生轻度和暂时性关节疼痛(例如风疹),常用止痛药处理。同样,亨诺赫-舍恩莱因紫癜综合征(见本书第 64 页)也会出现关节痛和其他症状,且疼痛可能相当严重,用止痛药的效果很好,且奏效快。

当关节疼痛不伴有其他症状时,最可能的原因则是关节创伤。还应警惕脓毒性关节炎和类风湿性关节炎。如果患儿关节肿胀,有触痛,伴发热时,应紧急进行关节穿刺,并对腔内积液作细菌学检查(包括显微镜检查)。X 线关节摄片检查对急性关节疼痛无帮助,因在疾病早期不发生骨骼病变。

较为常见的感染性病原体是葡萄球菌,但偶有嗜血杆菌。用氟氯唑青霉素或氨苄青霉素治疗常能奏效。

青少年类风湿性关节炎可出现单发性关节炎,这与感染性关节炎难以区别。

对这些患儿需进一步随访,并请眼科专家检查,以排除眼前房内沉积物。

髌 关 节

变应性髋关节炎

本症发生于其他全身情况良好的年幼儿。髋关节X线摄片将显示关节腔轻度渗出。治疗以对症为主。

目前尚无证据表明，髋关节牵引术对本症的远期后果有所裨益。

佩特兹(Perthes)病

本病与上述变应性髋关节相似，伴关节疼痛与跛行，但X线摄片显示股骨头有侵蚀现象。大多数矫形外科医师认为，对这些患儿可进行髋关节牵引术。

滑动性股骨骺

本症属青春期疾患，髋关节X线摄片将显示股骨头非对称性移位。

常需外科进行复位术。

牵拉肘

本症发生于学步的孩子，在手臂伸展时，强力地牵拉其手臂所致(例如当孩子轻快地走步时，其母亲用力握拉其手臂以制止其跌倒)。也可发生于替孩子脱衣服或在双臂自行摆动时。

孩子的肘部有疼痛，不愿使用其伤臂，这是因损伤涉及环状韧带，导致桡骨头半脱位(儿童的韧带是松弛的)。

治疗：医师可行复位术，一手支撑患儿受伤的肘部，另一手摆动其患肢，轻柔地将患儿手臂旋前，可能会有“卡嗒”感，也可试将手臂后旋。如果损伤是新近发生的，应观察患儿的肘部情况。一般全部功能常可迅速恢复。假如功能改善不明显，对肘部应进行X线摄片检查；如无骨折，可将肘部悬吊24~48小时。

腹 痛

儿童常因诉说腹痛来急诊室就诊,究其原因有多种多样,甚至经常与腹部根本无关。许多学步的孩子按压他们的肚子,往往一碰就会叫痛。虽然腹痛的根源可如下所述,但对儿童仍须进行全面检查。

腹 部 原 因

1. 肠套叠(见本书第 14 页)

2. 阑尾炎

本病发生于婴儿期, 以及幼年的任何年龄。其诊断较为困难。

3. 美克尔氏憩室

4. 嵌顿疝

5. 肠系膜淋巴结炎

6. 便秘

非肠道性腹部原因

1. 梗塞(镰状细胞疾病——见本书第 36 页)

2. 精索扭转(包括未下降的睾丸扭转)

3. 阴囊水囊肿扭转

4. 尿路感染(见本书第 41 页)

腹 外 原 因

1. 糖尿病(见本书第 41 页)