

五年制临床医学专业

儿科学临床见习指导

中南大学湘雅医学院第二临床学院儿科

二〇〇一年十月

儿 科 学 临 床 见 习 指 导

主编 万伍卿

审阅 易著文 王秀英

编者（按姓氏笔画为序）

刘洁明 刘利群 刘晓艳 李介民

陈平洋 郭 青 党西强 谢宗德

中南大学湘雅二医院儿科教研室

目 录

一、生长发育·····	(01)
二、儿童保健·····	(03)
三、儿科完全病历·····	(04)
四、门诊病历书写及门诊处方·····	(13)
五、新生儿与新生儿疾病·····	(16)
六、维生素D缺乏症·····	(22)
七、小儿喂养·····	(23)
八、营养不良·····	(24)
九、小儿肥胖症·····	(25)
十、肺炎·····	(26)
十一、先天性心脏病·····	(28)
十二、婴幼儿腹泻·····	(30)
十三、小儿液体疗法·····	(32)
十四、急性肾炎与肾病综合征·····	(35)
十五、小儿造血、血液特点与营养性贫血·····	(36)
十六、小儿结核病·····	(38)
十七、甲状腺功能减低症、21-三体综合征、 苯丙酮尿症和原发性免疫缺陷病·····	(40)

一、 生 长 发 育

【目的要求】

- 一、正确掌握小儿一般体格检查的方法，对检查的结果，经过分析作出正确的判断。
- 二、熟悉小儿生长发育规律及小儿神经精神和心理发育一般规律。

【地点】医院内幼儿园

【学时数】2 学时

【教具】血压计、体重计、皮尺或测量床、听诊器、叩诊锤、压舌板、棉杆、手电筒、腕关节 X 线片、小儿玩具等，生长发育录像片。

【见习内容及方法】

一、重点复习小儿体格生长的各项指标(包括测量、计算方法及正常值)。

1、体重：准确校正体重计，测量前先矫正零点，被测者脱去鞋、帽及衣服，仅穿内衣裤。应注意保暖及室内温度。

前半年体重(kg)=出生时体重(kg)+月龄 $\times$ 0.7 (kg)

后半年体重(kg)=6(kg)+月龄 $\times$ 0.25(kg)

1~2 岁体重(kg)=9+ (月龄-12) $\times$ 0.25(kg)

2 岁至青春前期体重(kg)=年龄 $\times$ 2+7 (或 8) (kg)

体重正常波动范围在 $\pm 10\%$ 以内。

2、身高(长)：头顶至足底的垂直长度。小儿脱去衣、帽、鞋，取直立位使被检者的枕部、肩胛、臀部紧贴测量器，双眼平视。3 岁以下可用测量床，取平卧位，量取身長。

2~12 岁身高(cm)=年龄 $\times$ 7+70(cm)

平均出生身長 50cm。

身高的全长以耻骨联合上缘为界划分为上部量和下部量。

身体呈比例矮小，多见于垂体性侏儒症。

下部量过短，考虑甲状腺功能减低症、软骨发育不良。

3、头围：平两眉弓上缘、枕后结节，绕头一周的长度。皮尺宜紧贴头皮。

出生时平均头围 33~34cm。第一年前三个月增加 6cm，后 9 个月增加 6cm，即 1 岁时头围 46cm，2 岁 48cm，5 岁 50cm，15 岁时头围接近成人，约 54~58cm。

头围过小——头小畸形。

头围过大——脑积水，轻度过大见于佝偻病。

4、胸围：平左右乳头下缘，两肩胛下角下缘，绕胸一周的长度即为胸围。

出生时胸围<头围。

1 岁时胸围=头围。

>1 岁时胸围>头围，其差数约等于小儿岁数-1。

5、上臂围：将皮尺零点固定于左上臂外侧肩峰至鹰嘴连线中点，沿该点水平将皮尺轻沿皮肤绕上臂一周之长度。

6、呼吸、脉搏的测量(应在小儿安静时进行)。

各年龄小儿呼吸、脉搏次数（每分钟）

年龄	呼吸	脉搏	呼吸：脉搏
新生儿	40~50	120~140	1: 3
1 岁以下	30~40	110~130	1: 3~4
2~3 岁	25~30	100~120	
4~7 岁	20~25	80~100	1: 4

7、血压测量：小儿安静情况下，取仰卧位，用血压计测量，袖带宽度为小儿上臂宽度的 $1/2 \sim 2/3$ 。新生儿和婴儿用超声波多普勒诊断仪测量。

收缩压(mmHg) = $80 + (\text{年龄} \times 2)$

舒张压 = 收缩压 $\times 2/3$ 。

二、骨骼的发育：

1、前囟门：由额骨和顶骨组成，呈菱形。在安静情况下，用食指和中指检查，先检查囟门是否闭合，如未闭合，则应测量囟门大小(对边中点连线长度)，压力高低(即囟门张力)。

前囟门于出生时约 $1.5 \sim 2\text{cm}$ ， $1 \sim 1.5$ 岁闭合。早闭或过小，见于头小畸形；迟闭、过大则见于佝偻病、甲状腺功能减低症或脑积水。前囟饱满见于颅内高压，凹陷见于重度营养不良或脱水。

2、后囟门：为两块顶骨和枕骨的间隙组成，呈三角形。后囟门大多于出生时已闭合，最迟至生后 $6 \sim 8$ 周闭合。

3、颅缝：用食指或中指扪到骨缝，接着左手拇指、右手拇指交替压迫颅骨，即可测知骨缝有无分离。颅缝于出生后稍分开，约于生后 $3 \sim 4$ 个月闭合。

4、脊柱检查：取直立或坐位，观察脊柱自然弯曲曲线及活动情况，有无压痛及畸形。新生儿脊柱轻微后凸，3 个月能抬头，出现颈椎前凸，6 个月会坐，出现胸椎后凸，1 岁后能行走，出现腰椎前凸。

5、骨化中心的检查：一般摄左腕部片，半岁前宜摄膝部及踝部片。腕部于出生时无骨化中心，1 岁时 3 个，3 岁时 4 个， $1 \sim 9$ 岁腕部骨化中心数约为岁数加 1。10 岁时全部出现为 10 个。

6、牙齿的检查：注意牙齿的数目、形状，有无龋齿，以及出牙顺序。

乳牙自 6 个月 ($4 \sim 10$ 个月) 开始萌出， $2 \sim 2.5$ 岁出齐，共 20 个。2 岁以内乳牙数约为月龄减 $4 \sim 6$ 。

三、教师一般讲解神经、精神心理发育的情况及正常发育的规律：

四、生长发育歌谣：

一哭二笑会抬头，三月伊呀四哈哈
五月取物辨人声，还可扶站发单音，
六月独坐识陌生，七月翻身懂己名，
并能无意发复音，八月会爬识物体，
九月试站懂再见，十月独站能模仿，
十二独走叫物名，指手指眼爱憎明。

十五能道姓和名，同意与否自表明，
活波可爱小 Baby，十八就能懂命名。

五、具体方法：见习前与幼儿园联系好见习时间及对象，并请安排好小儿的活动。带教老师亲临指导，观察小儿在活动中的状态及小班、中班、大班小儿的各项作业。将同学 2~3 人分为一组，重点接触与测量一个小儿，每组选择大、中、小班不同年龄组小儿，并作详细记录，评价所测小儿体格、精神发育是否正常。最后由带教老师小结。

【思考题】

试述一个 8 个月小儿体格发育(含身高、体重、体围、骨骼发育、牙齿)及精神神经发育的正常标准。

(刘利群)

二、儿童保健

【目的要求】

- 1、掌握各年龄组保健原则。
- 2、掌握小儿预防接种。
- 3、了解托幼机构管理及保健具体措施。

【地点】 医院内幼儿园、示教室

【学时数】1 学时

【教具】血压计、体重计、皮尺或测量床、听诊器、叩诊锤、压舌板、棉杆、手电筒、腕关节 x 线片、小儿玩具、儿童保健录像片等。

【见习内容及方法】

- 一、由教师重点介绍小儿各年龄组的保健原则。
- 二、由教师重点介绍 1 岁内儿童的计划免疫。
- 三、由幼儿园保健医师介绍传染病管理及预防接种。
- 四、参观幼儿园所在地、建筑物的卫生要求、饮食管理等。

【思考题】

- 1、试述各年龄组保健原则有何不同？
- 2、试述小儿卡介苗、乙肝疫苗、脊髓灰质炎减毒活疫苗、麻疹减毒活疫苗，百日咳菌液、白喉、破伤风类毒素混合制剂的初种与复种年龄。

(刘利群)

三、儿科完全病历

儿科病历是对儿科疾病发生、发展的客观、全面、系统的科学记载。它不但对患儿疾病的正确诊断与治疗有着现实的指导意义。而且是临床教学、科研、预防工作必不可少的客观资料。同时也是衡量医疗质量的重要标志。儿科病历书写是每个医学生必须掌握的一项基本技能。

【目的要求】

- 一、掌握儿科病史的询问方法。
- 二、熟悉儿科完全病历写作和体格检查的特点。

【地点】儿科病房、示教室。

【学时数】 4 学时。

【教具】 体重计、温度计、血压计、皮尺或测量床、听诊器、压舌板、棉扦、叩诊锤、手电筒、手表、钢笔、小儿玩具等。

【方法】 按每 2~3 人一组分若干组，分别担任记录病史，做体格检查，参阅实习指导并记录病史，最后整理原始资料，按儿科完全病历书写格式及内容，每人写一份交指导老师评阅。

儿科完全病历

一、儿科完全病历的内容与要求： 病史采集必须真实、完整、系统、条理、规范。体检时应态度和蔼，动作轻柔，举止端庄，取得小儿及家长的合作。

【一般资料】姓名、年龄(5 天；4 月；1 岁 2 个月)、性别、籍贯(省、市、县)、民族、现在住址、父母姓名、年龄、职业、住址。入院日期、病历书写日期、病史叙述者及其可靠性。

【主 诉】就诊的主要原因、发病情况和时间。(20 个字以内)

【现 病 史】围绕主诉详细地记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊治情况。主要包括：

- 1、起病的情况：何时、何地、如何起病，起病的缓急，发病的可能原因和诱因。
- 2、主要症状的发生和发展情况：按主要症状发生的先后详细描述。直至入院时为止。包括症状的性质、部位、程度、持续的时间、缓慢或加剧的因素以及伴随的症状。对慢性患儿及反复发作的患儿，应详细记录描述第一次发作的情况、以后过程中的变化以及最近发作的情况，直至入院时为止。
- 3、伴随症状：注意伴随症状与主要症状的相互关系，伴随症状发生的时间特点和演变情况，与鉴别诊断有关的阴性症状也应记载。
- 4、诊治经过：曾在何时何地就诊，作过的检查及结果，诊断与治疗情况，治疗效果如何、有无不良反应等，应重点扼要地加以记录。特殊药物(如洋地黄制剂)要记明用法、剂量和时间。

5、患儿病后的一般情况：简要叙述患儿起病以来的食欲、精神、大小便、睡眠和体重的变化(未测体重者可用起病后是否“长胖”或“消瘦”来表示)。

6、与现病史有关的病史，虽年代久远但仍属现病史，如风湿性心脏瓣膜疾病患儿的现病史应从风湿热初次发作算起。

【既往史】既往健康情况：一向健康还是多病。既往患过何种疾病，患病时的年龄、诱因、症状、治疗经过、有无并发症或后遗症。诊断肯定者可用病名，但应加引号，诊断不肯定者则简述其症状，注意与现患疾病相同或类似的疾病。记录药物过敏史、外伤手术史、最近有无传染病接触史、预防接种史。

【个人史】

1、生产史：三岁以内的患儿必须询问，三岁以上的患儿可重点询问。包括胎次、是否足月、顺产或难产、接生方式、出生时体重及一般情况如哭声大小、皮肤颜色、有无产伤、窒息、抽搐及Apgar评分等。母亲是否有特殊嗜好，如吸烟、喝酒等。母孕期的营养情况以及孕期是否患过其他疾病、服过哪些药物、是否接触过X线、是否接受过同位素检查或治疗。

2、喂养史：三岁以内患儿必须询问，三岁以上患儿可重点询问。详细询问喂养方式，母乳分泌量是否充足，人工喂养儿以何种乳品为主，如何配制，喂哺的次数及量。添加辅食的种类与时间，断乳时间。对年长儿要询问饮食的习惯（有无偏食、挑食、厌食）、食欲情况。

3、生长发育史：三岁以内患儿必须详细询问。三岁以上的患儿重点询问，若所患疾病与发育史有密切关系应详细询问。体格发育：结合年龄进行询问。如抬头、挺胸、独坐、爬行、站立、扶走、跑、跳，出牙的时间、出牙的数目及顺序。智力发育：结合年龄了解何时大笑、认识熟人、发单音及说短句，已入学者应了解在校读书的成绩和行为表现。

4、生活史：居住条件、户外活动及晒太阳的时间、生活有无规律、睡眠时间、个人卫生习惯。

【家族史】 父母年龄、职业及健康状况，是否近亲结婚，家庭经济情况，居住环境，家中有无遗传性疾病，有无急、慢性传染病(如肝炎、结核)及患儿相似疾病的患者。

一般情况下，三岁以内的患儿均应详细书写生活史、喂养史、发育史以及免疫史。三岁以上的患儿仅书写与本次发病有密切关系的生产史、喂养史、发育史以及免疫史。大于七岁的患儿则应书写系统查询结果。儿科系统查询内容要求：

1、呼吸系统：咳嗽、咳痰、气喘、咯血、胸痛、低热、盗汗、肺炎史等。

2、心血管系统：心慌、气促、胸闷、心悸、发绀、水肿等。

3、消化系统：呕吐、恶心、腹泻、腹痛、腹胀、便秘、黄疸等。

4、泌尿系统：血尿、水肿、尿急、尿频、尿痛、少尿、多尿、遗尿等。

5、血液系统：头昏、乏力、眼花、出血、气促、发热、淋巴结肿大、肿块等。

6、内分泌及代谢系统：多饮、多食、多尿、口渴、消瘦肥胖、四肢短小、匀称矮小等。

7、关节及运动疾病：关节红、肿、痛、热、活动受限，关节畸形，跛行，肌肉乏力、萎缩、震颤等。

8、神经系统：抽搐、昏迷、瘫痪、精神异常等。

【体格检查】

一般测量：体温、脉搏(次/分)、呼吸(次/分)、血压(病情需要或五岁以上者测量)、体重、身长，结合患儿病情需要可测量头围、胸围、上部量和下部量。

一般情况：发育(好、中、差)、营养(好、中、差)、体位(自动、被动、强迫)、病容(急、慢、轻、危重)、神志(清楚、模糊、昏睡、谵妄、昏迷)、步态、表情和面容(安静、淡漠、痛苦、恐慌)、检查是否合作。

皮肤及皮下组织：色泽(红润、潮红、紫绀、苍白、黄疸、色素沉着)、水肿(部位、性质、程度)、皮疹、出血点、紫斑、蜘蛛痣、皮肤弹性、毛发分布、皮下脂肪厚度(检查方法：在锁骨中线与脐孔水平交叉点，检查者以右手拇指与食指相距3厘米与腹壁垂直，在腹壁上滑行，捏起脂肪层，再测量拇指与食指间同一平面的腹壁皮下脂肪厚度)，皮下结节、溃疡、疤痕。

浅表淋巴结：浅表淋巴结肿大应描述其部位、数目、大小、质地、压痛、活动度、有无粘连、瘰管、疤痕。

头部及头部器官：头颅大小、形状、有无颅骨软化(乒乓球感)，颅骨缝、前囟门、后囟门是否闭合，前囟大小(以菱形对边中点假设连线记录)、紧张度(平坦、凸出、凹陷)、头发分布及颜色光泽。

面部：有无特殊面容。

眼：眼球有无突出、震颤，眼眶有无凹陷，眼裂是否对称，眼睑有无浮肿、外翻、下垂，结合膜有无充血、滤泡、颗粒，巩膜有无黄疸，角膜有无混浊、溃疡、云翳、白斑，眼球活动有否受限，视力如何，瞳孔形状、大小、双侧是否等大、对光反射是否存在。

耳：听力，外耳道有无流脓，耳屏及乳突有无压痛。

鼻：有无畸形、堵塞、排液，鼻窦区有无压痛，鼻唇沟是否对称。

口腔：气味，口腔粘膜颜色，有无斑疹溃疡、色素沉着。

唇：有无紫绀、疱疹、溃疡、皲裂、兔唇。

齿：牙齿数目，有无缺齿、龋齿，牙龈有无红肿、齿槽溢脓、色素沉着和出血。

舌：舌苔与乳突颜色，伸出方向、震颤，舌系带是否过短。

咽：有无充血及分泌物，扁桃体大小、充血、渗出物、伪膜，喉发音有无嘶哑。

颈部：是否对称、有无强直，颈静脉是否怒张，有无颈动脉异常搏动，气管位置有无移位，甲状腺(大小、硬度、压痛、搏动、杂音、震颤、结节感)。

胸部：胸廓的形状、对称性、有无压痛，有无异常搏动和畸形(鸡胸、漏斗胸、桶状胸、心前区隆起、肋骨串珠、肋缘外翻、赫氏沟)，呼吸运动是否对称、是否受限，有无皮下捻发感。

肺部：

- 望诊：有无软组织下陷，呼吸运动是否对称，呼吸频率、节律和深度。

触诊：语音震颤(可利用患儿哭啼声音)的改变(增强、减弱)、是否对称，有无胸膜摩擦感。

叩诊：叩诊音的性质(清音、浊音、实音、鼓音、过清音)、左右两侧是否对称。

听诊：呼吸音强弱、对不对称、啰音性质(干性、湿性)、部位(满肺、双肺背基部、右肺背基部、左肺背基部)、程度(大量、中量、少量、偶闻)、有无胸膜摩擦音、支气管呼吸音。

心脏及血管：
望诊：心尖搏动位置、范围及强度，心前区有无隆起。
触诊：心尖搏动位置、范围，有无震颤(收缩期、舒张期或连续性)。
叩诊：三岁以内婴儿除心脏血管疾病外，一般不叩心界。3~7岁的小儿可叩心界。叩左界时，应在心尖搏动最明显部位左侧2~3cm起自左而右，如发觉有浊音改变则为左界。同时以左乳线作为标准记录在内或在外多少厘米。叩右界时应在肝浊音界上一肋间水平自右而左，有浊音改变即为右界。以右胸骨线(即胸骨右缘)外多少厘米来记录。七岁以上年长儿按成人方法检查记录。

小 儿 心 界 表

右	肋间	左
	II	
	III	
	IV	
	V	

胸骨中线至锁骨中线的距离是 _____ cm

心脏扩大与否 _____。

听诊：心音强弱、心率、节律(有心律不齐时详细描述其特点)、有无杂音，有杂音则要求检查杂音部位、强弱、性质、时期、传导与否，摩擦音。各瓣膜区均要仔细听诊(同内科诊断学)。

血管：桡动脉强度、节律，有无水冲脉、奇脉、交替脉、脉搏短绌、射枪音、毛细血管搏动。

腹部：
望诊：外形 (平坦、饱满、膨隆如球形或蛙式腹、凹陷如舟状腹)，腹部呼吸运动，肠型，蠕动波，血管曲张及血液流向，新生儿脐部有无出血、分泌物。

触诊：腹软或腹肌痉挛，压痛、反跳痛，有无包块，如有，应记录包块的部位大小、边缘清楚与否、硬度、表面光滑或结节感、压痛、搏动、移动度，肝脏脾脏是否肿大，其大小记录方法同成人，液波震颤。

叩诊：有无移动性浊音。
听诊：肠鸣音有无增强、减弱或消失。有无腹部血管杂音。(为了避免触、叩诊对肠鸣音的影响，听诊常在触诊之前进行。)

脊柱四肢：脊柱有无畸形(脊柱侧凸、前凸、后凸、僵直、压痛)，四肢有无畸形[手、脚镯、“O”型腿、“X”型腿、杵状指(趾)、多(趾)]，肌肉有无萎缩，关节有无畸形，有无红、肿、痛、热、活动障碍。

肛门：肛周皮肤有无充血、皮疹、瘻管，有无脱肛、肛裂、畸形。
外生殖器：

男孩：两侧睾丸是否下降、有无包茎或包皮过长、阴囊水肿、腹股沟斜疝或阴囊鞘膜积液。

女孩：外生殖器有否畸形，外阴是否清洁，阴道有无分泌物。

神经系统：

四肢张力有否异常。

运动：有无瘫痪、不自主运动。

反射：浅反射（腹壁反射、提睾反射）、深反射（膝腱反射）。

病理征：布氏征、克氏征、巴氏征、踝阵挛等。

【实验室检查及其他特殊检查】

记录门诊所做的检查及其检查日期。

【摘 要】

姓名、性别、年龄、籍贯、入院日期。

主诉（与完全病历同）

现病史重点内容摘录(主要的阳性症状及与诊断有关的阴性症状)

与现病史及诊断有关的个人史，既往史及家庭史。

体格检查的重要阳性和阴性体征，并且按系统顺序记录。

实验室检查及其他检查结果。

【诊断依据】

重点写第一诊断的诊断依据，每一诊断的依据应分开写，不可将所有诊断的依据混写在一起。

【鉴别诊断】 写出主要诊断的鉴别诊断病名及鉴别依据。

【入院诊断】 写出入院诊断，主要诊断应写在前面，诊断排列在右侧，格式如下。

入院诊断：

1、

2、

3、

【病例分型】 根据病情的缓急、严重程度、预后等分为 A、B、C、D 型。

【诊疗计划】 根据病情定出初步的诊断治疗计划，如进一步做哪些检查、采取哪些治疗措施等。

医师签名：×××

（万伍卿 刘利群）

病 案 单

姓名 黄 河 病室 2 床位 05 住院号 574809

日期	完全病历(一) 姓名: 黄 河 性别: 男 年龄: 8 个月 民族: 汉族 籍贯: 湖南长沙 住址: 长沙市湘雅路 88 号 父母姓名及工作单位: 父亲: ×××, 中南大学湘雅医学院××教研室 入院日期: 2001 年 10 月 6 日 病历写作日期: 2001 年 10 月 6 日 病史叙述者: 患儿父母 可靠程度: 可靠 主诉: 腹泻 4 天, 加剧伴气促、尿少 1 天 现在史: 患儿入院前 4 天忽起腹泻, 大便每日 5~6 次, 为黄色蛋花样稀便, 含水分多, 无粘液和血丝, 亦无里急后重现象。伴有咳嗽和非喷射性呕吐, 每日 1~2 次, 每次量不多, 且有发热, 体温 38~39.5℃之间。曾服“婴儿素”、“复方新诺明”治疗(剂量不祥), 无明显疗效, 今日腹泻次数突然增多, 上午已达 11 次, 进食即呕, 每次量较多, 同时出现气促, 口干, 精神差, 嗜睡, 小便量显著减少, 来院前 4 小时未解小便, 病后无抽搐, 于 2001 年 10 月 6 日 1Pm 急诊入院。病前无不洁饮食史。 既往史: 既往于 2 个月时患过“肺炎”, 平时易受凉后流涕咳嗽, 共三次, 每次服“婴儿素”2~3 日痊愈。过去未腹泻过, 无急性及慢性传染病史, 无传染病接触史, 无外伤、手术史, 无药物过敏史。 个人史: 生产史: 第一胎, 足月平产, 新法接生, 生后哭声宏亮。出生体重 3.5 公斤, 无发绀、窒息或抽搐, 母孕期身体健康。 喂养史: 母乳喂养、乳量充足, 3 个月起加服鱼肝油与钙片, 4 个月后加蛋黄、平时食欲好。 发育史: 3 个月能抬头挺胸, 6 个月能独坐, 7 个月出牙, 8 个月能爬行, 4 个月能大笑。病前一周开始喊“妈”。 免疫史: 已接种卡介苗、乙肝疫苗、百白破三联疫苗, 2 个月服过脊髓灰质炎糖丸。 生活史: 睡眠及饮食有规律, 经常户外活动晒太阳。 家族史: 父 34 岁、母 30 岁, 均为教师, 身体健康, 家中无“肝炎”、“结核”或与患儿疾病相同的患者。 体格检查 一般测量: T38.5℃ R56 次/分 P148 次/分。Wt 7.0Kg 一般情况: 发育、营养中等, 急性病容、神志清楚、嗜睡状, 呼吸深快、规则, 无明显发绀或鼻扇。
----	---

病 案 单

姓名 黄 河 病室 2 床位 05 住院号 574809

日期

完全病历(二)

皮肤及皮下脂肪：皮肤无黄疸、皮疹、瘀斑、水肿，皮肤弹性差，腹壁皮下脂肪厚度 1cm，躯干、四肢、面颊部皮下脂肪丰满。

淋巴结：无周身浅淋巴结肿大。

头部及头部器官：头颅形态正常，无颅骨软化，后囟门及骨缝均已闭合，前囟 1×1cm，稍凹陷，头发黑色有光泽。

眼：双眼眶凹陷，哭时无泪水流出，眼球不突出，结合膜不充血，巩膜无黄疸，无毕脱氏斑，角膜透明，无混浊或溃疡，双瞳孔形圆、等大，直径 4mm，对光反射灵敏。

鼻：无分泌物，无出血，无畸形。

口腔：唇干燥，呈樱桃红色，口腔粘膜淡红色，无斑疹，出牙四颗，齿龈无红、肿、出血。

咽：咽部充血，扁桃体无肿大、无白膜，声音无嘶哑。

颈部：颈软，气管位置居中，甲状腺无肿大，颈静脉无怒张。

胸部：胸廓两侧对称无畸形，呼吸运动不受限，无软组织下陷。

肺部：

望诊：呼吸深快，两侧对称，呼吸 56 次 / 分。

触诊：呼吸运动及语音震颤两侧对称，无增强或减弱。

叩诊：清音

听诊：双肺呼吸音清晰，无干、湿啰音及胸膜摩擦音。

心脏：

望诊：心前区无隆起，无弥漫性心尖搏动。

触诊：心尖搏动在左第 4 肋间乳线外 1 厘米，无震颤。

叩诊：免叩

听诊：心音强有力，心率 148 次 / 分， $P_2 > A_2$ ，律齐，无杂音。

周围血管征：桡动脉搏动强有力、律齐，无射枪音、水冲脉或毛细血管搏动，无脉搏短绌。

腹部：

望诊：腹部平坦，无脐疝、肠型、蠕动波、腹壁静脉曲张，脐部无分泌物及出血。

触诊：软，无腹肌紧张、无压痛与反跳痛，未触及索状物及肿块，无水波感。肝在右肋缘下 1 厘米，质软，表面光滑，边缘清楚、无压痛反应。脾未触及。

叩诊：呈鼓音，无移动性浊音。

听诊：肠鸣音增多，10 次 / 分，无高调音。

脊柱四肢：肢端稍凉，活动不受限，无畸形、无压痛，无杵状指(趾)，关节无红、肿、痛、热，活动不受限，亦无畸形。

肛门、外生殖器：

肛周皮肤明显发红，但无溃疡、畸形、肛裂、脱肛、瘻管，两侧睾丸均已下降到阴囊，无腹股沟斜疝或阴囊鞘膜积液。

病 案 单

姓名 黄 河 病室 2 床位 05 住院号 574809

日期

完全病历(三)

神经反射:

双侧膝腱反射和跟腱反射未引出, 肱二头肌、肱三头肌反射因患儿不合作未做, 腹壁反射如右图示, 两侧提睾反射存在, 克氏征、布氏征、巴氏征、踝阵挛均为阴性。

实验室检查:

大便常规: 黄水样大便、少许粘液。镜检: WBC 0~3 / HP。脂肪球 + / HP。

周围血象 (2001 年 10 月 6 日): Hb 120g/L WBC 8.4×10^9 /L N 0.40 , L 0.60

病 历 摘 要

黄河, 男, 8 个月, 因腹泻 4 天, 加剧伴气促、尿少 1 天, 于 2001 年 10 月 6 日 1Pm 急诊入院。病史叙述者系患儿双亲, 认为可靠。

入院前 4 天忽起腹泻, 每日 5~6 次, 黄色蛋花样稀便, 水分多、无粘液及血丝。伴有咳嗽和非喷射性呕吐, 每日 1~2 次, 每次量不多, 且有发热, 体温在 38~39℃ 之间, 曾服“婴儿素”、“复方新诺明”治疗无效, 今日腹泻次数突然增加, 上午达 11 次, 大便为黄水状, 量多、呕吐亦加重, 进食则呕, 口渴, 同时出现气促, 嗜睡, 小便量显著减少, 近 4 小时无尿, 于 2001 年 10 月 6 日 1Pm 急诊入院。

第一胎, 足月平产, 母乳喂养, 奶足, 3 个月加服鱼肝油与钙片, 平时饮食好, 3 个月能抬头挺胸, 4 个月能大笑, 6 个月独坐, 7 个月出牙, 8 个月爬行, 此次病前一周开始叫“妈妈”。已接种卡介苗、乙肝疫苗、百白破三联疫苗和脊髓灰质炎疫苗。平时睡眠饮食有规律。既往健康, 2 个月患“肺炎”。患过三次“感冒”, 服“婴儿素”2~3 天即痊愈。父母健康, 无肝炎、结核病史。

体查: T38.5℃ P148 次 / 分 R56 次 / 分 Wt 7.0Kg

发育营养中等, 急性病容, 嗜睡状, 呼吸深快、规则, 无发绀鼻扇, 皮肤弹性差, 肢端稍凉, 无黄疸及出血点, 腹壁皮下脂肪厚度为 1cm, 无周身浅表淋巴结肿大, 前囟 1×1cm, 稍凹陷, 双眼眶凹陷, 哭无泪水, 唇粘膜干燥, 呈樱桃红色, 咽部充血, 颈软, 双肺呼吸音清晰, 无干、湿啰音, 心音强有力, 律齐、无杂音, 腹平软、未触及肿块, 亦无压痛或反跳痛, 肝在右肋下 1cm, 质软、表面光滑, 脊柱四肢、肛门外生殖器无畸形, 双膝反射未引出, 腹壁反射正常, 提睾反射阳性, 克氏征、布氏征、巴氏征阴性。

大便常规 (2001 年 10 月 6 日): 黄水样大便、少许粘液。镜检: WBC 0~3 / HP, 脂肪球 + / HP。

周围血象 (2001 年 10 月 6 日): Hb 120g/L, WBC 8.4×10^9 /L, N 0.40, L 0.60。

诊断依据:

一、婴儿腹泻(急性重型)

- 1、8 个月婴儿, 急性起病腹泻 4 天, 有脱水及酸中毒表现, 可诊断为急性重型婴儿腹泻。
- 2、婴儿发病, 发病季节 10 月份, 病初即有呕吐, 水样大便, 大便化验 WBC 0~3 / HP, 脂肪球+, 临床药物治疗无效, 考虑轮状病毒肠炎可能性大。

病 案 单

姓名 黄 河 病室 2 床位 05 住院号 574809

日期

完全病历(四)

二、脱水(中度等渗性)

- 1、有腹泻、呕吐病史。
- 2、有尿少、嗜睡、皮肤弹性差、前囟稍凹陷、眼眶凹陷，但脉搏强，无循环受累的表现，故考虑为中度等渗性失水。

三、代谢性酸中毒

- 1、患儿有腹泻呕吐病史。
- 2、失水中度以上。
- 3、患儿呼吸深快、嗜睡，则应考虑代谢性酸中毒。

四、低钾血症

- 1、腹泻、呕吐病史。
- 2、有双膝反射、跟腱反射未引出。

鉴别诊断：

细菌性痢疾：有发热，腹泻，呕吐，应与细菌性痢疾鉴别，但无脓血粘液便，大便化验无脓球和红细胞，不支持痢疾诊断。进一步送大便培养排除。

入院诊断：

- 1、婴儿腹泻(急性重型)
- 2、脱水(中度等渗性)
- 3、代谢性酸中毒
- 4、低钾血症

病例分型：B 型

诊疗计划：

- 1、测血浆二氧化碳结合力，血钠、血钾、血氯化物及血钙。
- 2、送大便普通细菌培养。
- 3、送大便和血清作人类轮状病毒酶联免疫吸附(ELISA)试验。
- 4、送大便作直接电镜或免疫电镜找人类轮状病毒颗粒。
- 5、用旋磁场治疗。
- 6、维生素 B、C。
- 7、纠酸、补液、补钾。

医生签名：李 江

四、门诊病历书写及门诊处方

【目的要求】

- 一、掌握儿科门诊病历书写。
- 二、掌握门诊处方规则。
- 三、熟悉儿科常用药物及其剂量。

【地点】儿科示教室，儿科门诊。

【学时数】3 学时

【教具】听诊器、体温计(肛表及腋表)、血压计、皮尺、压舌板、棉扦等。

【实习内容及方法】

一、由教师向学生介绍儿科门诊见习注意事项。

(一) 遵守门诊工作制度。爱护公物，保持整洁。

(二) 各种记录及申清单必须由老师审核签名。

(三) 尊敬老师，服从安排。

(四) 接待患儿及家属要热情，看病时对患儿要关心、体贴、认真、负责。

(五) 遇有不合作的家长时，不要争吵，应耐心解释取得家长的合作。

(六) 下课前若有未处理完的病儿，应向门诊老师或急诊室老师进行交班。

二、教师讲解儿科门诊病历内容与要求：

(一) 填写病历首页各项(包括姓名、性别、年龄、住址、药物过敏史、日期等)。

(二) 门诊病历记录的各项内容(主诉、现病史等)应比完全病历简明扼要，可免写“主诉”等小标题。

(三) 既往史、个人史(包括生产史、喂养史、发育史、生活史)、家族史要求简单记录与本次发病有关的病史。

(四) 体格检查记录顺序同完全病历，但主要记录阳性体征及有鉴别诊断意义的阴性体征。

(五) 记录实验室检查及其它特殊检查结果。

(六) 最后写出诊断和治疗意见以及进一步检查项目。

(七) 签名(学生先签名，老师审查后再签名)。

(八) 力求记录规范、书写整洁、签名应清楚。

儿科门诊病历示范一：

2001 年 10 月 10 日 8Am， 儿科， 男， 4 岁

咳嗽 4 天

患儿因受凉于本月 6 日出现单声咳嗽，以夜间为重，同时伴有低热，无气促、发绀、呛咳。曾服“止咳糖浆”效果不佳。起病来大小便如常，食欲未减，精神好。

患儿既往体健，家族中无结核病患者。无药物过敏史。

体查：T38.2℃，呼吸 20 次/分，脉搏 92 次/分，神清，精神面色好，发育营养中等。咽红，双扁桃体 I 度充血。未见脓性分泌物。无三凹征，双肺呼吸音增粗，闻及少

许干性罗音，未闻及湿罗音。心音有力，未闻及杂音。腹平软，肝脾未扪及。

诊断：急性支气管炎

处理：

青霉素注射液 80 万 u×6 支

用法： 80 万 肌注 每日二次(皮试)

复方阿斯匹林片 0.1×6

用法： 0.15 发热高于 39℃时口服。

医生签名：宋新民

儿科门诊复诊病历示范二：

2001 年 10 月 5 日 8Am 儿科

“支气管炎”患儿，经上述处理后热退，但仍有单声咳嗽。精神、食欲仍好。

体查：一般可，咽稍红，两肺干罗音已消失。

处理：

磺胺二联混悬剂 60ml×1 瓶

用法： 7.5ml 每日二次

BM 100ml×1 瓶

用法： 4ml 每日三次

医生签名：宋新民

三、教师向见习学生介绍门诊处方规则及门诊处方的正规格式。

(一) 门诊处方规则：

1、见习学生所开的门诊处方一律要用标准格式书写，所开的一切处方均应经教师审查签名，否则不予生效，更不准临摹教师书体签名。

2、门诊处方的书写可用中文、英文、拉丁文，但字迹必须清楚。

3、一般门诊处方一次开药 3~4 天，慢性疾病如支气管淋巴结结核可一次开药 1~2 个月，危急重症则临时开药。

4、用药注意事项及可能出现的副作用应向家长说明。

(二) 儿科门(急)诊处方格式：

姓名 刘芳 年龄 5 岁 性别 男 2001 年 10 月 8 日

R：剂型 药名，剂量 用药总数量

用法：每次量(注明单位) 给药途径(口服不必注明) 每日次数

Inj. Renicillin 80 万 u× 6

Sig: 80 万 u im Bid

Tab. APC 0.1×6

Sig: 0.2 SOS.

医生签名：宋新民