

各科常见疾病诊断要点与处理方法

系列丛书

总主编 / 杜永成

儿科

诊断要点与处理方法 分册

主 编 ● 杨晓丽

ERKE

ZHENDUAN YAODIAN YU
CHULIFANGFA FENCE

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

各科常见疾病诊断要点与处理方法系列丛书

儿科诊断要点与 处理方法分册

主 编：杨晓丽

副 主 编：卢先锋 高爱梅

编委名单：（按照姓氏笔画排序）

卢先锋	刘晋婷	刘 燕
杨晓丽	贾云霞	贾俊松
高爱梅	甄双平	

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

各科常见疾病诊断要点与处理方法系列丛书. 儿科诊断要点与处理方法分册/杜永成总主编. ——太原: 山西科学技术出版社, 2012. 12

ISBN 978 - 7 - 5377 - 4265 - 8

I. ①各… II. ①杜… III. ①小儿疾病—诊疗 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 238742 号

各科常见疾病诊断要点与处理方法系列丛书

儿科诊断要点与处理方法分册

主 编 杨晓丽

出 版 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社
(太原建设南路 21 号 邮编: 030012)

发 行 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社
(电话: 0351 - 4922121)

经 销 各地新华书店

印 刷 太原彩亿印业有限公司

电 话 0351 - 4922073 (编辑室)

开 本 787mm × 960mm 1/32

印 张 8

字 数 140 千字

版 次 2013 年 1 月第 1 版

印 次 2013 年 1 月太原第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5377 - 4265 - 8

定 价 16.00 元

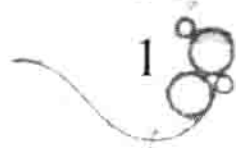
如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与发行部联系调换。



前 言

2400 年前希波克拉底勇敢地将医学与神学分离，使之成为一门独立的科学，医学随之成为人类善良情感的一种体现，并担负起社会文明的责任。而医生也成为在救死扶伤过程中磨练自己灵魂的高尚职业。医学的使命是神圣而艰难的，面对生命的神圣，实践的艰难，怀着对生命的敬畏，医生需不断学习、反复实践。如今的世界资讯迅猛发展，各类医学参考书籍浩如烟海，从内容到形式名目繁多，举不胜举。据统计，现在全世界一年的出版物相当于我国过去 3000 年的全部著作。面对恒河沙数的参考书籍，如何让临床医师在最短时间里及时便捷得到诊断、治疗的方面的要点是我们撰写此书的初衷。

全书共由 13 分册组成，其中包括内科、外科、妇产科、神经内科、儿科、皮肤科、眼耳鼻喉科、口腔科、肿瘤科、急诊科、影像、检验科、常见疾病等专业分册。各分册由我省、乃至全国



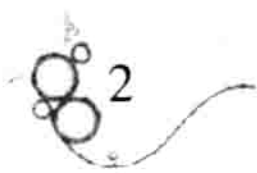


知名专家挂帅领导编写，参考权威著作，最新指南，博采各临床专业专家学者经验及多年从医心得，力争使此书做到规范、新颖、简便、实用。我们希望这部手册既能成为大型综合医院医生常见病、多发病诊断、治疗方面的常规参考书，又能为广大临床主治医生、住院医师、实习医生在日常工作中的口袋书。

全书编写时间历时半年，全体编写人员在繁忙的临床工作之余，加班加点，不辞劳苦，精益求精，一丝不苟，终于使全书得以面世。由于时间仓促，水平有限，其中难免有疏落之处，还望读者不吝赐教，为盼。

希望我们广大的医生同行们，本着救死扶伤的信念，学习、学习、再学习，实践、实践、再实践，力争让我们的崇高职业成为广大患者生命的寄托。

杜永成



《各科常见疾病诊断要点与处理方法系列丛书》编委会名单

总 主 编 杜永成

总 策 划 杜永成 赵志春

副 主 编 (按姓氏笔画排序)

王 东	石贞仙	冯建宏	李合欣	张 丽
张树平	宋洁富	杨晓丽	胡风云	赵宏光
柳 洁	郝 梅	秦小卫	梁红萍	彭 梅

编 委 (按姓氏笔画排序)

王如瑛	王 萍	文 涛	卢先锋	冯贵生
白晓鸣	吉宏明	吉建民	刘金华	刘晓红
刘 毅	刘 峰	任晋进	陈文革	陈丽芳
陈 煜	张丕逊	张彦玲	张爱珍	张淑兰
李同丽	李彩霞	吴红霞	吴变梅	邵晋凯
杜晓绵	宋菊香	范 红	房丽华	杨艳兰
段巧艳	赵 江	赵忠仁	姚春筱	徐 成
徐建萍	徐 钧	唐笑先	高润芳	高爱梅
郭慧芳	崔吉民	常 进	曹爱萍	黄 博
曾 嵘	翟春宝	管 强		



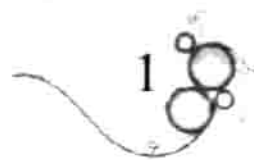
目 录

第一章 新生儿疾病/ 1

- 第一节 新生儿缺氧缺血性脑病/ 1
- 第二节 新生儿颅内出血/ 4
- 第三节 新生儿溶血病/ 6
- 第四节 新生儿败血症/ 7
- 第五节 新生儿巨细胞包涵体病/ 10
- 第六节 新生儿坏死性小肠结肠炎/ 12
- 第七节 新生儿出血症/ 15
- 第八节 新生儿呼吸暂停/ 16
- 第九节 新生儿湿肺/ 18
- 第十节 新生儿低血糖症/ 20
- 第十一节 新生儿低钙血症/ 22
- 第十二节 新生儿贫血/ 24
- 第十三节 新生儿泌尿道感染/ 29

第二章 营养性疾病/ 33

- 第一节 儿童单纯性肥胖/ 33
- 第二节 维生素 D 中毒/ 36





第三节 晚发性维生素 K 缺乏性出血病 / 37

第三章 呼吸系统疾病 / 40

第一节 急性感染性喉炎 / 40

第二节 毛细支气管炎 / 41

第三节 支气管肺炎 / 44

第四节 肺炎支原体肺炎 / 49

第五节 支气管哮喘 / 51

第四章 消化系统疾病 / 61

第一节 轮状病毒性肠炎 / 61

第二节 胃食管反流 / 64

第三节 慢性胃炎 / 69

第四节 消化性溃疡病 / 72

第五节 急性胰腺炎 / 75

第六节 肠套叠 / 77

第五章 心血管系统 / 80

第一节 病毒性心肌炎 / 80

第二节 心力衰竭 / 84

第三节 心内膜弹力纤维增生症 / 91

第四节 心律失常 / 93

第五节 常见先天性心脏病 / 102

第六章 泌尿系统疾病 / 110

第一节 急性肾小球肾炎 / 110

第二节 肾病综合征 / 113

第三节 泌尿系感染 / 118



第四节 急性肾功能衰竭/ 121

第五节 慢性肾功能不全/ 126

第七章 血液系统疾病/ 131

第一节 营养性缺铁性贫血/ 131

第二节 营养性巨幼细胞性贫血/ 135

第三节 特发性血小板减少性紫癜/ 137

第八章 神经肌肉系统疾病/ 142

第一节 化脓性脑膜炎/ 142

第二节 病毒性脑炎/ 145

第三节 热性惊厥/ 146

第四节 格林巴利综合征/ 150

第五节 急性颅内压增高症/ 152

第六节 急性小脑共济失调/ 155

第七节 面神经麻痹/ 156

第八节 重症肌无力/ 158

第九节 脊肌萎缩症/ 161

第九章 内分泌系统疾病/ 163

第一节 生长激素缺乏症/ 163

第二节 先天性甲状腺功能减低症/ 169

第三节 甲状腺机能亢进症/ 173

第四节 中枢性尿崩症/ 177

第五节 中枢性性早熟/ 180

第十章 免疫系统疾病/ 186

第一节 风湿热/ 186





第二节 幼年特发性关节炎/ 191

第三节 系统性红斑狼疮/ 196

第四节 川崎病/ 201

第五节 过敏性紫癜/ 205

第十一章 遗传性疾病/ 208

第一节 苯丙酮尿症/ 208

第二节 肝豆状核变性/ 210

第三节 唐氏综合征/ 213

第十二章 感染性疾病/ 216

第一节 麻疹/ 216

第二节 水痘/ 219

第三节 传染性单核细胞增多症/ 222

第四节 流行性腮腺炎/ 226

第五节 风疹/ 229

第六节 手足口病/ 230

第七节 猩红热/ 234

第八节 布氏菌病/ 237

第九节 急性细菌性痢疾/ 239

第十节 狂犬病/ 241



式惊厥，甚至脑干症状（瞳孔改变，眼球震颤，呼吸节律改变）。分轻中重三度。

项目	轻度	中度	重度
意识	过度兴奋	嗜睡、迟钝	昏迷
肌张力	正常	减低	松软或间歇性伸肌张力增高
拥抱反射	稍活跃	减弱	消失
吸吮反射	正常	减弱	消失
惊厥	无	通常伴有	多见或持续
中枢性呼吸衰竭	无	无或轻	常有
瞳孔改变	无	无或缩小	不对称或扩大、光反应消失
前囟张力	正常	正常或稍膨满	饱满紧张
病程及预后	兴奋症状在24小时内最明显3天内逐渐消失，预后好	症状大多在1周末消失，10天后仍不消失者可能有后遗症	病死率高，多在1周内死亡，存活着症状可持续数周，后遗症可能性大



(三) 辅助检查 脐血血气分析, 多脏器损害程度, 颅脑影像学改变等。

二、处理方法

(一) 加强监护

(二) 支持治疗

1. 维持良好的通气、换气功能, 使血气和 pH 保持在正常范围。

2. 维持各脏器血流灌注, 使心率、血压保持在正常范围 血压低、尿量少时, 可给予多巴胺 $3 \sim 5 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$; 心率慢时加用多巴酚丁胺 $7 \sim 10 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 。

3. 维持血糖水平在正常高值 (5.0mmol/L)。

(三) 对症治疗

1. 控制惊厥 苯巴比妥钠负荷量 20mg/kg , 如仍有惊厥, 可追加负荷量 5mg/kg , 维持量 $5 \text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 分 2 次。

2. 降颅压, 减轻脑水肿 20% 甘露醇每次 $0.25 \sim 0.5 \text{g/kg}$, 每 6 ~ 8 小时 1 次, 严重病例可加用呋塞米, 并控制液体入量。

3. 消除脑干症状。

4. 维持正常脑代谢 胞二磷胆碱对中度 HIE 疗效好, 对重度疗效较差。用法: 0.125g/d , 静脉滴注, 连用 7 ~ 10 天。

(高爱梅)





第二节 新生儿颅内出血

一、诊断要点

(一) 病史 询问异常分娩、产伤及围产期窒息史。

(二) 临床表现 由于出血部位、出血量多少不同，临床表现轻重不一。早期呈兴奋状态，烦躁不安、易激惹、脑性尖叫、惊厥等。后期处于抑制状态，嗜睡、拒奶、面色苍白或阵发性青紫、呼吸不整等，严重者昏迷死亡。体检发现生理反射减弱或消失，肌张力低下，前囟饱满或隆起，骨缝分离，头围增大，眼球凝视，瞳孔大小不等，对光反应消失。

(三) 分型

1. 损伤 多因分娩损伤，如急产、头盆不称、胎位不正、产钳或负压吸引助产引起小脑幕或大脑镰撕裂出血，多见于足月儿，出血在顶部硬膜下或小脑天幕附近。

2. 缺氧 任何原因引起的宫内窒息或生后窒息引起室管膜下、蛛网膜下腔、脑室内或脑实质内出血，多见于早产儿或足月小样儿。



(四) 辅助检查

1. 血常规 出血量多者血色素降低，血球压积下降。

2. 脑脊液 呈血性或黄色，镜下可见皱缩红细胞。

3. 头颅 B 超及 CT 检查 对诊断出血有重要意义，最好在生后一周内检查。

二、处理方法

(一) 护理 保持安静，免晨间护理，抬高头位，壁板保持 $15 \sim 30$ 度，保暖，保持呼吸道通畅，吸氧。

(二) 静脉输液维持热卡及入量 按日龄计算入量，一般控制在 $50 \sim 60\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，呕吐严重者可给含钠液，早期禁用碳酸氢钠以免加重出血，根据病情可鼻饲配方奶。

(三) 止血 维生素 K_1 $5 \sim 10\text{mg}$ 静脉点滴或肌注，也可用维生素 C，氨甲苯酸，酚磺乙胺，如贫血明显或有其他出血倾向，可输新鲜血，每次 $5 \sim 10\text{ml}/\text{kg}$ 。

(四) 镇静 如烦躁不安或惊厥发作可给镇静止惊处理，可应用苯巴比妥或安定等。

(五) 降低颅内压 如颅内压增高，脑水肿严重者可用 20% 甘露醇，每次 $0.25 \sim 0.5\text{g}/\text{kg}$ ，



于30分钟内静脉滴入，每日2~3次，或用呋塞米每次0.5~1mg/kg。

(六) 其他 酌情应用1,6-二磷酸果糖、胞二磷胆碱、脑活素等保护脑细胞，必要时输血浆。如硬膜下血肿做硬膜下穿刺，每日或隔日1次，每次放出液体量5~6ml，直至痊愈。反复穿刺无好转者可手术清除。脑积水尚无满意治疗方法，可口服乙酰唑胺15mg/(kg·d)，或呋塞米1~2mg/(kg·d)，须注意水及电解质平衡。用药2周无效则可停药，密切监测，必要时考虑进行外科分流术。(高爱梅)

第三节 新生儿溶血病 (母子ABO血型不合)

一、诊断要点

(一) 病史 主要发生在O型产妇，胎儿A型或B型，产妇A型，胎儿B型或AB型或产妇B型，胎儿A型或AB型时，理论上可发病实际少见。

(二) 临床表现 黄疸为主要症状，出现较早并较快加深，血清胆红素可达255μmol/L，少数超过340μmol/L。贫血、肝脾肿大程度较轻，



胎儿水肿少见。

(三) 实验室检查 做改良直接法抗人球蛋白试验、抗体释放试验、游离抗体三项试验。其中改良直接法抗人球蛋白试验及(或)抗体释放试验阳性可确诊。

二、处理方法

(一) 监测胆红素的进展。

(二) 光照疗法。

(三) 必要时加用丙种球蛋白。

(四) 少数黄疸出现早,胆红素上升快,血清胆红素 $>340\mu\text{mol/L}$ 者,必要时仍需换血治疗。

(高爱梅)

第四节 新生儿败血症

一、诊断要点

(一) 病史

1. 早产儿或小于胎龄儿。
2. 免疫缺陷新生儿。
3. 产妇有发热等感染史。
4. 胎膜早破、产程延长、羊水浑浊或发臭。
5. 接生时消毒不严格或创伤性操作史。





6. 皮肤、黏膜损伤或感染史。
7. 创伤性插管史。
8. 器械消毒不严格，医用物品被污染。

(二) 临床表现 五不症状：不吃、不哭、神志不清、面色不好、体温不升。还可出现病理性黄疸，淤点，肝脾肿大，皮肤脓肿，休克和多系统器官功能衰竭等表现。

(三) 实验室检查

1. 不同部位取双份血做血培养；病灶分泌物、深部体液或脑脊液培养，必要时做高渗 L 型细菌培养。
2. 白细胞总数和分类异常，血小板减少。
3. 抗凝血离心后取上层白细胞做革兰氏染色找菌。
4. 血清 C 反应蛋白定量检测 $>15\text{mg/L}$ 。

二、处理方法

(一) 抗生素治疗 使用杀菌药，病原菌未明前选用球菌、杆菌兼顾的抗生素联合治疗，需静脉给药，疗程 2~3 周，脓毒败血症需 4~6 周。一般选用两种抗生素，明确病原菌后根据药物敏感试验调整用药。

1. 病情危重而病原菌不明时可用头孢氨噻肟（凯福隆）加氨苄青霉素静点。前者用量为 ≤ 7 日