

中国儿童医疗之家家庭儿科儿保医学热身培训

儿科儿保基础知识和基本技能-儿科常见症状 7-12



带教策划：沙彬医师
大白安心医疗总监
复旦大学医学硕士
原复旦大学附属儿科医院重症医学科

家庭儿科急诊医学基础 7-12 周热身培训

7) 皮疹 1 8) 皮疹 2 9) 眼症 10) 耳痛 11) 呕吐 12) 惊厥

讲座及带教总结

讲座：呕吐 严虎医师，原上海市第一妇幼保健院，主治医师，大白安心初级培训课程
儿童呕吐的鉴别诊断带教 沙彬医师 大白安心医疗总监
带教复习编写：石应珊医师，芝加哥大学儿童医院儿科

呕吐常见疾病的鉴别诊断

呕吐是指胃内容物被强力地经口排出体外，伴腹壁及胸壁肌肉收缩。呕吐物通常为淡黄色，这是由少量胆汁逆流入胃所致。如呕吐物为绿色或亮黄色，则提示有大量的胆汁进入胃中，此时考虑为胆汁性呕吐；胆汁性呕吐通常与肠道梗阻相关。

在急诊科和常规门诊中，应采取以下 3 个步骤来处理恶心和呕吐患者：

- 寻找病因，要考虑到儿童的年龄，以及恶心和呕吐是急性、慢性还是发作性
- 应识别和纠正呕吐导致的后果和并发症(如脱水、低钾血症和代谢性碱中毒)
- 提供针对性治疗(如，有肠梗阻转外科，对食物过敏则改变饮食)
- 其他情况下应对症治疗

呕吐问诊要点，4 个最后：

- 最后 24 小时呕吐次数及量 ——提示呕吐的严重程度

- 最后 1 小时呕吐次数及量 ——提示呕吐的严重程度和口服补液的可能性
- 最后一次排尿时间和尿量 — 提示脱水严重程度
- 最后一次呕吐，进食，进水情况 - 提示有助口服补液计划

脱水程度的评估：

脱水程度	轻	中	重
失水占体重%	1-5	6-9	10 和以上
尿量	正常	减少	明显减少/无尿
精神状态	无明显改变	烦躁或萎靡	昏睡或昏迷
心率脉搏：	正常	增加减弱	增加细微
呼吸：	正常	深	深快
收缩压：	正常	正常或降低	降低
毛细血管延迟再充盈	<2 秒	>2 秒	3 秒和以上
皮肤弹性（眼窝/前囟凹陷等）	基本正常	稍差	明显降低

1124-124 家庭补液疗法：

进液进食状况，体重尿量变化， 呕吐频繁呕吐量而定。

1 呕吐后一小时内不宜进食进水

1 一小时如没呕吐，给 30 毫升口服补液剂观察 1 小时

2 如没呕吐，给 60 毫升观察 2 小时

4 如没呕吐，给 120 毫升观察 2- 4 小时。

-124 如没呕吐可开始进易消化食物。加每种食物从 1 到 2 到 4 两逐渐增加，间隔时间为 2- 4 小时，进食之间可加水或口服补液剂。



能提示呕吐病因是严重疾病的警示征象，需要及时转诊的征象包括：

- 非特异性症状：
 - 长时间呕吐
 - 严重嗜睡
 - 体重明显下降
- 胃肠道梗阻或胃肠道疾病的症状：
 - 胆汁性呕吐
 - 3-6 周的婴儿出现喷射性呕吐
 - 呕血
 - 便血(直肠出血)
 - 明显的腹部膨隆及压痛
- 提示神经系统或全身性疾病的症状或体征：
 - 新生儿或小婴儿囟门突出
 - 头痛、体位变化引起呕吐或睡醒时呕吐，和/或无恶心
 - 意识改变、癫痫发作或局灶性神经功能异常
 - 头部外伤史
 - 与表面疾病不相称的低血压，和/或低钠血症和高钾血症

根据发病年龄，常见呕吐相关疾病：

一、新生儿和小婴儿：

1. 胃食管反流病

- 新生儿和婴儿常见生理性胃食管反流，其特征为无其他疾病的婴儿出现不费力的反流（“快乐的呕吐者”），父母可能会将这种症状描述为呕吐。对于大多数婴儿，该症状会在出生后 1 年内逐渐改善，并可通过保守性抗反流措施将其尽量减轻。
- 少数婴儿的反流属于病理性胃食管反流，称为胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD)。没有特定的临床特征可明确识别这些婴儿，但他们可能有反复的易激怒或易激惹以及喂食厌恶。这些症状被认为是由胃酸引起食管疼痛所致。

也可能发生心动过缓或发绀，尤其是在早产儿或有神经系统损伤的婴儿中。尽管摄入充足热量但体重增长欠佳，则应评估除 GERD 以外可引起呕吐和体重减轻的病因。

2. 食物蛋白诱导的肠炎

对膳食蛋白(最常见的是奶蛋白)不耐受通常表现为结肠炎，会出现血便。然而，在一些婴儿中，膳食蛋白引起小肠炎，伴或不伴相关的结肠炎，受累婴儿可能会出现呕吐、腹泻以及生长迟滞。与食物过敏/全身性过敏反应不同，这些疾病并不是由 IgE 介导的，而且往往呈亚急性或迟发性。

3. 幽门狭窄

- 婴儿肥厚性幽门狭窄 (infantile hypertrophic pyloric stenosis, IHPS) 是幽门肥厚并伴有伸长和增厚的疾病，最终进展到胃出口几乎完全梗阻。1000 例活产儿中大约有 3 例会发生该疾病，更常见于男性 (4:1-6:1)。大约 30% 的病例为头胎。
- IHPS 的典型表现为 3-6 周的婴儿餐后立即出现非胆汁性且常为喷射性的呕吐，呕吐后常常需要重新喂养 (“饥饿的呕吐者”)。
- 患者的典型表现为：消瘦、脱水，右上腹腹直肌外侧缘可触及 “橄榄样” 肿块。
- 实验室评估通常显示大量胃酸丢失所致的低血氯性代谢性碱中毒，其严重程度取决于初次评估前症状的持续时间。然而随着时间的推移，该病的典型表现已发生了改变。患儿更早得到诊断，营养状况也往往更好，且通常无显著的电解质紊乱。通过腹部超声检查来诊断。

4. 肾上腺皮质功能减退症

- 婴儿若表现出与幽门狭窄类似的症状，但伴有低钠血症、高血钾性酸中毒和/或与表面疾病不相称的低血压，应怀疑是否为肾上腺危象。
- 肾上腺危象可危及生命，应及时评估和治疗。在婴儿中，肾上腺皮质功能减退症的最常见原因是 21-羟化酶缺乏症所致先天性肾上腺皮质增生 (congenital adrenal hyperplasia, CAH)。肾上腺危象通常出现在出生后第 1-4 周。受累女婴会出现外生殖器性别不清，男婴通常没有明显的生殖器异常。

5. 肠梗阻

- 婴儿早期发生肠梗阻的病因包括：肠闭锁、赫什朋病、幽门狭窄、肠旋转不良伴或不伴肠扭转、肠套叠



- 新生儿胆汁性(胆汁色)呕吐应被视为一种危及生命的急症,因为这通常是肠闭锁或中肠扭转所致梗阻的症状,不过在无肠梗阻的婴儿中偶尔也可见胆汁性呕吐。
- 非胆汁性呕吐可能是由近端梗阻引起,如幽门狭窄、十二指肠上部狭窄、胃扭转或环状胰腺。
- 腹部平片通常可以快速评估可能存在的肠梗阻,且辐射暴露量相对较少。腹部超声对检测肠套叠具有高度敏感性和特异性。如果超声检测不能确诊,且怀疑有近端肠梗阻,那么通常可以进行上消化道造影检查。如果腹部 x 线检查或体格检查提示远端肠梗阻(正如赫什朋病中可能发生的情况),那么通常适合行灌肠造影。

年龄较大的婴儿和儿童

1. 肠胃炎

- 为目前婴儿、儿童和青少年呕吐最常见的病因。
- 肠胃炎的病原体通常为病毒,聚集性发病,起病急,能较快缓解。细菌性肠胃炎可能持续更长时间且更严重。

2. 咽炎(特别是链球菌咽炎)及泌尿道感染常会出现恶心和/或呕吐

3. 胃轻瘫

- 胃轻瘫是指在无机械性梗阻的情况下,胃内容物排空至十二指肠存在障碍的疾病,这可能导致餐后腹胀和恶心以及餐后呕吐。胃轻瘫患者通常在进食后几个小时后发生呕吐,这一特征可将该病与胃食管反流或反刍综合征相鉴别,后两种疾病中呕吐发生在进食期间或进食后不久。
- 下列疾病可能导致胃轻瘫:
 - 1) 病毒性疾病(病毒感染后胃轻瘫)
 - 2) 手术导致迷走神经损伤(如胃底折叠术)
 - 3) 使用某些药物,如阿片类或抗胆碱能药物
 - 4) 代谢紊乱,如低钾血症、酸中毒或甲状腺功能减退
 - 5) 嗜酸细胞性胃肠病
 - 6) 神经肌肉疾病,如脑性瘫痪、糖尿病、假性梗阻和肌营养不良 病毒感染后胃轻瘫常见于曾患急性、短期病毒性疾病(通常是轮状病毒肠胃炎)的儿童,且伴有餐后胃窦运动减弱。大多数情况下,这些症状会在 6-24 个月内自行缓解。

4. 肠套叠



- 肠套叠是 6-36 个月大的婴儿中最常见的肠梗阻病因。
- 肠套叠患儿通常会突发间歇性、痉挛性、进行性严重腹痛，伴无法安抚的哭闹和腿部向腹部弯曲。
- 随着时间的推移，发作变得更加频繁且更加严重。呕吐可能出现在腹痛发作之后。最初为非胆汁性呕吐，但随着肠梗阻的进展，可能变为胆汁性呕吐。右侧腹部可能触及腊肠形肿块。随着症状的进展，患儿出现逐渐加重的嗜睡症状，可被误诊为脑膜脑炎。多达 70% 的患儿大便带血或隐血。
- 肠套叠也可发生在新生儿和小婴儿中。婴儿肠套叠可能表现为嗜睡，伴或不伴呕吐或直肠出血。小婴儿肠套叠更常由病理性诱发点(lead point)引起，如 Meckel 憩室或肠重复囊肿。

5. 全身性过敏反应

- 全身性过敏反应，由摄入的物质所致(通常是食物或药物)，往往表现为突出的胃肠道症状，包括恶心、腹部痉挛痛或绞痛、呕吐(有时是大量浓稠的黏液)和腹泻。
- 这些直接(IgE-介导)的全身性过敏反应通常在摄入致敏物质后数分钟至 2 小时内快速起病。
- 胃肠道症状极少是食物过敏反应的唯一临床表现。

6. 颅内高压

- 脑肿瘤和其他颅内肿块可以通过增加延髓最后区的颅内压而引起恶心、呕吐或两者。
- 提示颅内压增高的临床特征包括因突然改变体位而发生的呕吐，特别是在睡醒起身时，很少或不伴恶心。更重要的是，神经源性呕吐通常伴有其他神经系统症状，如头痛或局灶性神经功能障碍，不过这些体征和症状可能非常轻微。
- 特发性颅内高压(假性脑瘤)指颅内压增加，但脑脊液(cerebrospinal fluid, CSF)成分正常，神经系统影像学表现正常，除第六对脑神经麻痹外无异常神经系统体征，且病因不明。该病通常伴头痛，偶尔伴恶心和呕吐。在儿科患者中，其最可能累及肥胖的青春期女孩。

7. 周期性呕吐综合征

- 周期性呕吐综合征的特点是反复发作、持续数小时至数日的恶心和呕吐，存在无症状且长短不一的发作间期。这种“开-关”呕吐模式明显区别于呕吐的大多数其他原因。强烈的呕吐和恶心是其主要症状，通常会导致严重的水、电解质紊乱。
- 周期性呕吐最常见于学龄儿童，但也可累及其他年龄段。尽管人们已提出了许多假说，但其病因目前仍不清楚。关于周期性呕吐综合征与偏头痛之间关联的报道最一致，提示这两种疾病可能有共同的病理生理过程。

8. 嗜酸性食管炎或嗜酸性细胞性肠胃炎



- 嗜酸性细胞性疾病可单独或同时累及上消化道的多个部分。在嗜酸性细胞性食管炎中，男孩与女孩的受累比例为 4:1。幼儿往往有上腹痛、恶心和呕吐，以及喂食厌恶。青少年往往有吞咽困难的症状，并可能因食物嵌塞而被紧急送往急诊科就诊。
- 许多情况下，这种疾病似乎是由对食物的迟发性细胞介导超敏反应导致。
- 许多患者都有相关的过敏性疾病，如湿疹和哮喘。
- 嗜酸性细胞性肠胃炎可出现在任何年龄，表现为腹痛、恶心、腹泻、吸收不良、低蛋白血症和体重减轻。

9. 功能性消化不良

- 消化不良的定义是持续性或复发性上腹部疼痛或不适；通常伴有餐后恶心、呕吐和早饱。大多数情况下，消化不良似乎是功能性的，由上消化道感觉和运动障碍导致。功能性消化不良患者常报告有恶心，但持续性呕吐并不常见。
- 除外器质性疾病，如消化性溃疡（有或无潜在幽门螺杆菌感染）、食物过敏或克罗恩病。

临床实践-带教问答 QA 及病例思考（所有的题目将为结业考试复习资料） 带教多选练习题

- 关于生理性胃食管反流正确的是
 - 一岁内常见
 - 常伴有生长发育迟缓
 - 常伴有呼吸道并发症
 - 常常伴有食管炎
 - 症状会通常在出生后 1 年内逐渐改善
- 肠套叠典型的常见临床表现包括：
 - 惊厥
 - 腹痛
 - 突发高热
 - 血便
 - 呕吐
- 新生儿期呕吐原因包括：
 - 胃食管反流
 - 幽门狭窄
 - 肠梗阻
 - 咽炎
 - 食物蛋白诱导的肠病

带教病例思考

以下的病例是促使大家思考诊治方案。下周会给出具体病例分析讨论。

病例 1. 1 月龄，男，餐后常立即出现喷射状呕吐，呕吐后饥饿感明显，问可能诊断，需要的进一步检查，和治疗方案

病例 2. 10 月龄，女，今晨起发热，最高 38.5 度左右，呕吐 3 次，为胃内容物，无腹泻，问：可能诊断、需要的进一步检查，和治疗方案

病例 3. 2 岁龄，男，晨起间歇性腹痛，哭闹时无法安抚，喜蜷缩位，后呕吐 2 次，为胃内容物，第 2 次为淡黄色，无腹泻，问：可能诊断、需要的进一步检查，和治疗方案

带教病例思考

以下的病例是促使大家思考诊治方案。下周会给出具体病例分析讨论。

病例 1. 1 月龄，男，餐后常立即出现喷射状呕吐，呕吐后饥饿感明显，问可能诊断，需要的进一步检查，和治疗方案

- 需要考虑的诊断：幽门狭窄
- 鉴别诊断：胃食管反流病、肾上腺皮质功能减退症等
- 进一步的检查：
 - 1) 体检是否有腹部肿块
 - 2) 超声确定是否有幽门狭窄
 - 3) 判断是否有脱水，若有，进行电解质、血气检查
- 治疗：

若为先天性肥厚性幽门狭窄，手术为根治性治疗

病例 2. 10 月龄，女，今晨起发热，最高 38.5 度左右，呕吐 3 次，为胃内容物，无腹泻，问：可能诊断、需要的进一步检查，和治疗方案

- 可能诊断：胃肠炎？
- 需要考虑的鉴别诊断：咽炎及泌尿道感染等其他急性感染，排除外科性疾病
- 进一步检查：
 - 1) 体检是否有腹部包块、肠鸣音等，神经系统查体
 - 2) 评估脱水情况
 - 3) 血常规
 - 4) 必要时腹部 B 超
- 治疗方案：

对症治疗，主要防止脱水，观察患儿精神情况，根据 1121-124 家庭补液法观察进食进液情况。

1124-124 家庭补液疗法

进液进食状况，体重尿量变化， 呕吐频繁呕吐量而定。

1 呕吐后一小时内不宜进食进水

1 一小时如没呕吐，给 30 毫升口服补液剂观察 1 小时



2 如没呕吐，给 60 毫升观察 2 小时

4 如没呕吐，给 120 毫升观察 2- 4 小时。

-124 如没呕吐可开始进易消化食物。加每种食物从 1 到 2 到 4 两逐渐增加，间隔时间为 2-4 小时，进食之间可加水或口服补液剂。

病例 3. 2 岁龄，男，晨起间歇性腹痛，哭闹时无法安抚，喜蜷缩位，后呕吐 2 次，为胃内容物，第 2 次为淡黄色，无腹泻，问：可能诊断、需要的进一步检查，和治疗方案

- 可能诊断：肠套叠？
- 需要考虑的鉴别诊断：急性胃肠炎
- 进一步检查：
 - 1) 查体腹部包块、肠鸣音等
 - 2) 腹部 B 超
- 治疗方案
及时转诊至有儿外科的机构。
根据患儿临床情况决定采取非手术还纳还是手术。