

儿科常见病的 临床诊治方法

(上)

张 婧等◎主编



儿科常见病 的临床诊治方法

(上)

张 靖等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

儿科常见病的临床诊治方法 / 张靖等主编. — 长春:
吉林科学技术出版社, 2016. 5
ISBN 978-7-5578-0622-4

I. ①儿… II. ①张… III. ①小儿疾病—常见病—诊
疗IV. ①R72

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第104841号

儿科常见病的临床诊治方法

ERKE CHANGJIANBIN DE LINCHUANG ZHENZHI FANGFA

主 编	张 靖	李香玉	孙大宏	王 丽	王中玉	郭 鹏
副 主 编	都修波	余忠琴	朱浩宇	全 玲		
	邵新娜	王怀颖	张 娟	姜增凯		
出 版 人	李 梁					
责任编辑	张 凌	张 卓				
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司					
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司					
开 本	787mm×1092mm 1/16					
字 数	986千字					
印 张	40.5					
版 次	2016年5月第1版					
印 次	2017年6月第1版第2次印刷					

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-0622-4
定 价 160.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话:0431-86037565



张 靖

1979年出生。儿科主治医师。2002年七月毕业于郑大医学院，2003年9月至今在南阳市中心医院从事新生儿科工作，2011年在浙江大学附属儿童医院新生儿科及NICU进修学习，在新生儿科专业方面积累了丰富的经验。发表国家级及省级学术论文数篇。



李香玉

1974年出生。医学博士，副主任医师，副教授，硕士生导师。1998年毕业于长春中医药大学获学士学位，2001年毕业于长春中医药大学获硕士学位，2016年毕业于黑龙江中医药大学获博士学位。吉林省中医药学会儿科分会副主任委员，吉林省中西医结合学会儿科分会常务委员。一直从事儿科临床、教学、科研工作，积累了丰富的临床经验，专业特长为小儿呼吸、消化系统疾病的诊治。主持和参与国家级、省级课题10余项，其中一项获吉林省科技进步三等奖，参与4部儿科专著编写，发表国家级、省级论文30余篇。



孙大宏

1969年出生。青岛市第三人民医院，副主任医师，科主任。1989年毕业于滨州医学院临床专业。20多年来，一直从事儿科临床工作，对儿科常见病多发病及疑难重症的诊治有丰富的临床经验，擅长诊治小儿呼吸系统、如重症肺炎、支气管哮喘、反复呼吸道感染、先天性支气管肺发育异常、长期发热、免疫功能紊乱、严重感染、过敏性紫癜。研究方向为儿童呼吸道疾病和感染性疾病。先后发表专业文章20余篇，参编专著2部。

编 委 会

主 编 张 靖 李香玉 孙大宏
王 丽 王中玉 郭 鹏

副主编 都修波 余忠琴 朱浩宇 仝 玲
邵新娜 王怀颖 张 娟 姜增凯

编 委 (按姓氏笔画排序)

于少飞 内蒙古自治区人民医院
王 丽 滨州医学院烟台附属医院
王中玉 河南省中医院
河南中医药大学第二附属医院
王怀颖 长春中医药大学附属医院
仝 玲 河南省唐河县人民医院
朱浩宇 长春中医药大学附属医院
孙大宏 青岛市第三人民医院
李战强 邢台医专第二附属医院
李香玉 长春中医药大学附属医院
李彦枝 开封市儿童医院
余忠琴 十堰市太和医院
(湖北医药学院附属医院)
张 娟 南阳医专第二附属医院
张 靖 河南省南阳市中心医院

邵新娜 平顶山市第一人民医院

罗媛媛 随州市中心医院

(湖北医药学院附属随州医院)

赵家艳 新乡医学院第三附属医院

姜增凯 南阳市第二人民医院

袁记霞 开封市儿童医院

都修波 河南中医药大学第一附属医院儿科医院

郭 鹏 河南省驻马店市中心医院

前 言

进入 21 世纪以来，科学技术高速发展推动了医学技术不断进步，儿科学在新世纪也取得了跨越式的进步，越来越科学化，细致化，专业化。随着疾病诊疗的新技术及新理论不断更新，我们结合近几年在临床一线的儿科专家的实践经验并参考大量文献编写了本书。

本书重点介绍了儿科基础理论、儿科用药特点、儿科常见症状和体征及儿科临床常见疾病的临床诊治等内容，针对儿科疾病的中医治疗及护理也做了相应的论述。内容丰富，资料新颖，紧扣临床，实用性强，是一本对医疗、教学和研究工作者有价值的参考书，有助于解决在儿科临床中遇到的实际问题。由于编写经验及组织能力有限，加上时间仓促，书中难免有不足和疏漏之处，敬请各位医护工作者及广大读者给与批评指正。

编 者

2016 年 5 月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 儿科学的范畴	1
第二节 小儿年龄分期	1
第三节 儿科治疗方法概念	3
第四节 新生儿特点	8
第五节 小儿体液平衡的特点和液体疗法	14
第二章 儿科用药特点	23
第一节 儿科药理学的基本知识	23
第二节 小儿药物剂量的计算	26
第三节 小儿药物治疗的影响因素	27
第四节 小儿药物体内过程和治疗特点	28
第五节 儿科药物选择	30
第六节 其他方面	30
第三章 儿科常见症状和体征	32
第一节 发热	32
第二节 青紫	36
第三节 呕吐	37
第四节 腹痛	39
第五节 便秘	41
第六节 紫癜、紫斑和出血倾向	42
第七节 婴儿哭闹	44
第八节 惊厥	47
第四章 新生儿疾病	49
第一节 新生儿窒息	49
第二节 新生儿缺氧缺血性脑病	51
第三节 新生儿呼吸窘迫综合征	57
第四节 新生儿颅内出血	60
第五节 新生儿肺炎	64
第六节 新生儿黄疸	70
第七节 新生儿高血糖症	84

第八节	新生儿低血糖症	87
第九节	新生儿败血症	89
第十节	新生儿寒冷损伤综合征	94
第十一节	新生儿心力衰竭	98
第五章	呼吸系统疾病	107
第一节	急性上呼吸道感染	107
第二节	鼻窦炎	109
第三节	急性感染性喉炎	111
第四节	先天性喉喘鸣	113
第五节	急性支气管炎	114
第六节	毛细支气管炎	115
第七节	支气管肺炎	121
第八节	细菌性肺炎	125
第九节	病毒性肺炎	128
第十节	支原体肺炎	131
第十一节	衣原体肺炎	133
第十二节	吸入性肺炎	134
第十三节	支气管哮喘	135
第十四节	儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	141
第十五节	机械呼吸 - 呼吸机的临床应用	145
第十六节	脓胸与肺脓肿	155
第六章	消化系统疾病	160
第一节	口炎	160
第二节	小儿厌食症	161
第三节	胃食管反流	162
第四节	胃炎和消化性溃疡	169
第五节	肝脏和胰腺疾病	177
第六节	急性坏死性肠炎	179
第七节	急性阑尾炎	181
第八节	肠套叠	184
第九节	肠痉挛	186
第十节	先天性巨结肠	186
第十一节	小儿腹泻	190
第七章	循环系统疾病	198
第一节	房间隔缺损	198
第二节	室间隔缺损	201
第三节	动脉导管未闭	204
第四节	肺动脉狭窄	208
第五节	法洛四联症	211

第六节	完全性大动脉转位	214
第七节	心肌炎	216
第八节	扩张性心肌病	220
第九节	肥厚性心肌病	222
第十节	感染性心内膜炎	225
第十一节	心律失常	229
第八章	血液系统疾病	240
第一节	营养性贫血	240
第二节	再生障碍性贫血	243
第三节	原发性血小板减少性紫癜	246
第四节	急性白血病	248
第五节	骨髓增生异常综合征	253
第六节	霍奇金病	257
第七节	非霍奇金淋巴瘤	267
第九章	泌尿系统疾病	277
第一节	急性肾小球肾炎	277
第二节	肾病综合征	279
第三节	IgA 肾病	281
第四节	尿路感染	282
第五节	肾血管性高血压	290
第六节	溶血尿毒综合征	294
第七节	血尿	298
第八节	小儿遗尿症	302
第九节	泌尿系结石	306
第十章	神经肌肉系统疾病	309
第一节	小儿癫痫	309
第二节	惊厥	321
第三节	小儿头痛	324
第四节	神经皮肤综合征	329
第五节	小儿脑性瘫痪	334
第六节	病毒性脑炎	339
第七节	脑积水	341
第八节	颅内出血	346
第十一章	风湿性疾病	351
第一节	川崎病	351
第二节	过敏性紫癜	356
第三节	儿童系统性红斑狼疮	359
第十二章	内分泌系统疾病	363
第一节	下丘脑-垂体-IGF ₁ 生长轴功能障碍及生长落后	363

第二节	甲状腺功能减退症	367
第三节	甲状腺功能亢进症	373
第四节	先天性肾上腺皮质增生症	376
第五节	儿童糖尿病	382
第十三章	染色体及遗传代谢性疾病	388
第一节	21-三体综合征	388
第二节	苯丙酮尿症	389
第三节	肝豆状核变性	391
第四节	糖原累积病	394
第五节	黏多糖病	397
第十四章	感染性疾病	400
第一节	麻疹	400
第二节	水痘	404
第三节	流行性腮腺炎	406
第四节	脊髓灰质炎	409
第五节	流行性乙型脑炎	414
第六节	猩红热	418
第七节	百日咳	422
第八节	中毒型细菌性痢疾	425
第九节	软组织感染	428
第十节	淋病	434
第十五章	儿童急症急救	439
第一节	休克	439
第二节	心肺脑复苏	446
第三节	昏迷	454
第四节	高热	461
第五节	腹痛	462
第六节	中毒	471
第七节	呼吸困难	483
第八节	心力衰竭	489
第十六章	儿科疾病中医治疗概述	503
第一节	中医对小儿生理病理特点的认识	503
第二节	中医儿科四诊	507
第三节	中医儿科辨证辨病方法	512
第四节	儿科常用中医治疗方法	513
第十七章	常见营养性疾病的中医治疗	515
第一节	单纯性肥胖症	515
第二节	蛋白质-能量营养不良	517
第三节	维生素D缺乏性佝偻病	519

第四节 维生素 D 缺乏性手足搐搦症	521
第十八章 常见感染性疾病的中医治疗	523
第一节 百日咳	523
第二节 流行性感冒	525
第三节 幼儿急疹	528
第四节 水痘	529
第五节 流行性腮腺炎	531
第六节 流行性乙型脑炎	535
第十九章 常见呼吸系统疾病的中医治疗	541
第一节 急性上呼吸道感染	541
第二节 急性支气管炎	544
第三节 小儿肺炎	546
第四节 支气管哮喘	551
第二十章 常见消化系统疾病的中医治疗	555
第一节 厌食	555
第二节 胃炎及消化性溃疡	557
第三节 小儿腹泻	561
第四节 急性胰腺炎	565
第二十一章 儿科常见疾病护理与康复	568
第一节 维生素 D 缺乏性佝偻病	568
第二节 肠套叠	570
第三节 急性支气管炎	573
第四节 肺炎	574
第五节 支气管哮喘	578
第六节 先天性心脏病	580
第七节 营养性缺铁性贫血	587
第八节 急性肾小球肾炎	588
第九节 小儿癫痫	590
第十节 新生儿黄疸	594
第十一节 新生儿肺炎	599
第十二节 病毒性心肌炎	602
第十三节 泌尿道感染	603
第十四节 小儿惊厥	606
第十五节 小儿异物	609
第十六节 语言发育迟缓的康复治疗	612
第十七节 儿童智力障碍康复治疗	620
参考文献	632

绪论

第一节 儿科学的范畴

随着科学的发展,尤其与儿科有关的边缘学科的发展,儿科学研究的范围逐渐扩大及深入。如果以年龄来分,有新生儿学、青少年(青春期)医学。如果从临床的角度以器官系统的疾病来分,包括小儿心脏病学、小儿神经病学、小儿肾脏病学、小儿血液病学、小儿胃肠道疾病学、小儿精神病学等。从小儿发育的角度考虑有发育儿科学,从研究社会与儿科有关的问题考虑有社会儿科学等。

残疾儿童是全社会关心的问题,先进的国家已建立了残疾儿科学,由神经病学、精神病学、心理学、护理学、骨科、特殊教育、语言训练、听力学、营养学等许多专科所组成,专门讨论残疾儿童的身心健康。相信今后一定会有新的与儿科学有关的边缘学科兴起,为儿童的健康服务。

(张 靖)

第二节 小儿年龄分期

一、概述

根据小儿的解剖、生理和心理特点,一般将小儿年龄分为七个期。由于小儿生长发育为一连续过程,各期之间既有区别,又有联系,不能截然分开。了解各年龄期的特点,有利于掌握保健和医疗工作的重点。

二、年龄分期

(一) 胎儿期 (fetal period)

胎儿期从受精卵形成至胎儿娩出前,共 40 周,胎儿的周龄即胎龄。

临床上将胎儿期划分为 3 个阶段:①妊娠早期 (first trimester of pregnancy), 此期共 12 周,受精卵从输卵管移行到宫腔着床,细胞不断分裂增长,迅速完成各系统组织器官的形成。此期各组织器官处于形成阶段,若受到感染、放射线、化学物质或遗传等不利因素的影响可引起先天畸形甚至胎儿夭折;②妊娠中期 (second trimester of pregnancy), 自 13 周至 28

周（16周），此期胎儿体格生长，各器官迅速发育，功能日趋成熟。至28周时，胎儿肺泡发育基本完善，已具有气体交换功能，在此胎龄以后出生者存活希望较大；③妊娠后期（third trimester of pregnancy），自29周至40周（12周）。此期胎儿体重迅速增加，娩出后大多能够存活。做好婚前、孕前体检，普及孕前咨询，定期监测胎儿生长发育，避免接触有害物质和滥用药物，预防感染，保持良好心情是孕妇和胎儿的保健工作的重要内容。

（二）新生儿期（neonatal period）

新生儿期自胎儿娩出脐带结扎至生后28天，此期包含在婴儿期中。

新生儿期不仅发病率高，死亡率也高，约占婴儿死亡率（infant mortality）的 $1/3 \sim 1/2$ ，尤以新生儿早期为高。

围生期（perinatal period）：国内定义为胎龄满28周至出生后7天。此期包括了妊娠后期、分娩过程和新生儿早期3个阶段，是小儿经历巨大变化、生命受到威胁重要时期。围生期死亡率（perinatal mortality）是衡量一个国家和地区的卫生水平、产科和新生儿科质量的重要指标，也是评价妇幼卫生工作的一项重要指标。切实做好围生期保健工作，通过儿科和妇产科工作者协作，控制影响围生期死亡率的因素，提高围生期保健水平，有利于降低围生期死亡率。

（三）婴儿期（infant period）

婴儿期自胎儿娩出脐带结扎至1周岁，其中包括新生儿期。

此期为小儿生长发育最迅速的时期，每日需要的总热量和蛋白质相对较高，但其消化功能尚不完善，易发生消化和营养紊乱，发生佝偻病、贫血、营养不良、腹泻等疾病。婴儿期体内来自母体的免疫抗体逐渐消失，而自身免疫系统尚未完全成熟，对疾病的抵抗力较低，易患传染病和感染性疾病。此期保健重点在提倡母乳喂养、指导合理营养和及时添加辅食、实施计划免疫和预防感染。良好生活习惯和心理卫生的培养可从此期开始。

“婴儿死亡率”是指每1000名活产婴儿中在1岁以内的死亡人数，国际上通常以其作为衡量一个国家卫生水平的指标。我国建国之初婴儿死亡率约在200‰，农村则更高。解放后10年（1959年），婴儿死亡率已降至70‰，至90年代中期，婴儿死亡率50.2‰。2000年我国婴儿死亡率为32.2‰，至2007年，婴儿死亡率降至15.3‰。

（四）幼儿期（toddlers age）

幼儿期自满1周岁至3周岁。体格生长速度减慢，智能发育加速。

开始会走，活动范围增大，由于缺乏对危险事物的识别能力和自身保护能力，要注意预防意外伤害和中毒，预防传染病，保证营养和辅食的添加，培养良好的饮食习惯和使用餐具的能力。

（五）学龄前期（preschool age）

学龄前期自满3周岁至6~7岁。

此时期体格发育进一步减慢，但智能发育增快、理解力逐渐加强，好奇、好模仿，可用语言表达自己的思维和感情。可进入幼儿园，学习简单文字、图画及歌谣。此时期小儿可塑性很强，应重视思想品德教育，培养他们爱劳动、爱卫生、爱集体、懂礼貌等优良品质。应开始重视眼和口腔卫生。仍应防范发生传染病、意外事故和中毒等。

(六) 学龄期 (school age) 自 6~7 岁至青春期前。

学龄期自 6~7 岁至青春期前。此期除生殖器官外各器官外形均已与成人接近,智能发育更加成熟,可接受系统的科学文化知识。此期应保证营养、体育锻炼和充足的睡眠,防止龋齿,保护视力。在学校与家庭配合下重视德、智、体、美、劳方面的教育。

(七) 青春期 (adolescence)

女孩从 11~12 岁开始到 17~18 岁,男孩从 13~14 岁开始到 18~20 岁,为中学学龄期。此期开始与结束年龄可相差 2~4 岁。体格生长再次加速,出现第二个高峰。生殖系统发育加速并趋于成熟,至本期结束时各系统发育已成熟,体格生长逐渐停止。各种疾病的患病率和死亡率降低,精神、行为和心理方面的问题开始增加。加强道德品质教育与生理、心理卫生知识教育,包括性知识教育和其他卫生指导,保证营养为本期保健重点。青春期高血压和肥胖可能是成年和老年期各种心血管疾病的潜在威胁,需做好防治工作。

(张 靖)

第三节 儿科治疗方法概念

一、概述

明确了诊断以后,治疗措施是影响预后的关键。由于小儿机体代偿能力差,病情变化快,免疫功能差,疾病易于扩散到全身各系统。因此,正确、细致、全面、及时的治疗措施极为重要。根据长期从事儿科临床工作者的经验。总结出一套治疗方法,概括为一、三、五,即一个正确、全面、细致、及时的治疗计划,解决三个关键问题,五个方面的治疗措施。

二、一个正确、全面、细致、及时的治疗计划

儿科多数疾病较简单,如上呼吸道感染、腹泻病等治疗方法较简单,因此,儿科医师容易养成“头痛医头、脚痛医脚”的治疗思路和方法的简单化。但儿科也有一些危重、复杂、疑难病例,这些疾病的治疗正是考验儿科医师医疗技术水平的时候。危重病例就是一个或多个器官功能衰竭;复杂疑难病例就是诊断未能确定或诊断确定,而其是否并发其他脏器病变未能确定。这时需要治疗措施多且有些治疗措施有矛盾(治疗矛盾)。这时应该采取哪些治疗措施,必需有一个正确的治疗计划,这一个治疗计划必需全面考虑到以下几方面:

- (1) 每一个治疗措施的利弊及是否有副作用;治疗药物相互之间是否有影响。
- (2) 患儿机体健康情况和对治疗的反应情况,对所用药物是否过敏。
- (3) 治疗必需及时,但由于疾病复杂,需要用的药物多,哪个治疗在前,哪个治疗在后,必需安排好先后次序。
- (4) 治疗中必需考虑到水、电解质和酸碱平衡:小儿体液平衡代偿能力差,在幼婴尤其如此,重症患儿必需从静脉输入的液体多。因此必需有一个计划,患儿每天需要输入多少液体,其中多少是等张含钠液(0.9%氯化钠或1.4%碳酸氢钠),计划好哪些药物放在哪些液体输入,哪些药物之间有配伍禁忌,必需单独输入。根据以上几个方面,安排好一个正

确、全面、细致、及时的治疗计划，并且根据患儿病情变化和药物治疗反应，及时修改治疗计划。

三、解决三个关键问题

制订患儿治疗计划时，必需注意解决以下三个关键问题：

（一）发现和解决治疗矛盾

治疗矛盾是指一个患儿要用的主要治疗药物，同时对患儿该病有不良影响。此种情况甚为常见，必需及时发现，采取必要措施。由于患儿体质不同，疾病不同，治疗矛盾也不同，因此，采用的措施也不同。

如伤寒症患儿，有明显发热和中毒症状，需使用氯霉素以控制伤寒杆菌，但在氯霉素杀死伤寒杆菌的同时，伤寒杆菌的内毒素大量释放到血液，使中毒症状加重，甚至产生感染性休克，这就是治疗矛盾。这时应加用糖皮质激素以减轻内毒素的中毒症状。

又如肺炎支原体肺炎患儿谷丙转氨酶（ALT）和谷草转氨酶（AST）升高（支原体感染引起的或患儿原来有肝炎），必需使用抗支原体药物。四环素虽对部分肺炎支原体有抑制作用，由于8岁以下应用可能引起牙齿病变而禁止使用。环丙沙星类药物虽对部分肺炎支原体有抑制作用，由于可能对骨骼生长发育有不良影响，国内也不应用。因此，只能应用大环内酯类抗生素（如阿奇霉素、红霉素、交沙霉素等）。而大环内酯类抗生素对肝功能有损害，使转氨酶更加增高，这就是治疗矛盾。对这种患儿只要转氨酶升高不很严重，可使用大环内酯类抗生素，同时使用保肝药，每周复查肝功能一次。有的患儿在肺炎支原体感染被控制的同时，转氨酶可能逐步下降，这样可继续使用大环内酯类抗生素；有些患儿转氨酶继续升高，则应停用大环内酯类抗生素。

又如频发期前收缩并房室传导阻滞，使用治疗期前收缩药物如普罗帕酮、胺碘酮、莫雷西嗪、美托洛尔等都可增加房室传导阻滞。由于期前收缩后果轻，房室传导阻滞后果严重，因此，不应使用普罗帕酮或胺碘酮，定期观察心电图变化（2~4周一次）。

又如梅毒合并主动脉病变，治疗可使用青霉素，青霉素可杀死大量梅毒螺旋体，主动脉便很快愈合。但可能引起冠状动脉狭窄而发生心肌缺血，这就是治疗矛盾。因此，这时应先使用铋制剂10~14天，先缓慢、小量杀死梅毒螺旋体，这样不会造成冠状动脉口狭窄，以后再改用青霉素。

又如肺炎并脑水肿，由于患儿呕吐、进食少、尿少，有脱水、酸中毒，减轻脑水肿需用脱水剂，纠正脱水需快速补液，产生了治疗矛盾。由于脑水肿可能引起脑疝后果严重，脱水后果轻，此时应采用快脱慢补，快脱水纠正脑水肿，慢补以纠正脱水。

以上所举的病例都是一个简单的疾病，治疗矛盾容易发现，矛盾也容易解决。对一些患儿有几种疾病或一种疾病影响到几个器官，治疗矛盾发现较困难，解决矛盾也较困难。如一个6个月婴儿患先天性心脏病，有一个较大的室间隔缺损，直径0.8cm，同时患有支气管肺炎（简称肺炎）、心力衰竭（简称心衰），一般的处理方法是先治疗肺炎、心衰，控制肺炎、心衰1~3个月后治疗室间隔缺损。但由于室间隔缺损较大，大量左向右分流，使肺充血，肺炎、心衰不易控制。先手术治疗室间隔缺损，由于患儿有肺炎、心衰，手术的危险性加大，这就是治疗矛盾。由于近年来心脏手术技术的进步，采用微创手术（小切口、短体外、不停跳），手术后监护水平提高，有些患儿（如动脉导管未闭）在肺炎、心衰时可用介入治

疗,也较安全。因此,在上述情况下,用抗生素和抗心衰药物治疗2周不能治愈肺炎、心衰,病情反而加重,此时可考虑手术或介入治疗先天性心脏病,当先天性心脏病治愈后,肺炎、心衰就很容易控制了。我们采取这种方法已治愈十几个病例,全国各地都有这方面经验。

解决治疗矛盾的方法和步骤是:①发现矛盾;②发现主要矛盾,就是对比所发现疾病治疗矛盾中影响病情和预后的最主要的矛盾;③解决主要矛盾,兼顾次要矛盾:对主要矛盾的治疗放在第一位,如果治疗主要矛盾同时能解决次要矛盾,那是最理想了;如果不能同时解决次要矛盾,但也不加重次要矛盾,那也没有问题。如果解决主要矛盾的方法加重次要矛盾,那就需要进一步研究是否可更换治疗主要矛盾的方法,如不能更换治疗主要矛盾的方法,那么就加用治疗解决次要矛盾的方法,并加强观察次要矛盾的变化。

(二) 分清主次、轻重缓急,安排好治疗次序

一个疑难、复杂、危重患儿有很多治疗措施,分清治疗措施中主要的和次要的,哪个治疗措施在前、哪个在后对治疗效果起重要作用,并且这些治疗措施的主次随病情变化而改变。临床医师必需深入了解患儿病情,安排好治疗计划。如一般病毒性心肌炎患儿发现时已处于病毒复制后期,此时病毒感染已不是发病的主要问题,而自身免疫是发病的主要病理生理,使用糖皮质激素虽可减少心肌病理损害、减轻心肌细胞坏死和凋亡,但可使病毒复制加重且病毒在心肌内停留时间延长。因此,治疗一般病毒性心肌炎主要是用抗氧化剂(如大剂量维生素C),中药黄芪和给心肌提供能量(如果糖二磷酸钠)。对于暴发性病毒性心肌炎,此时减轻心肌病理变化及减少心肌细胞凋亡与坏死成为疾病主要治疗措施,而减少心肌病毒浓度增高和心脏内病毒停留时间延长可留待以后解决。由于暴发性心肌炎都在病毒复制早期,此时使用静脉注射丙种球蛋白(IVIG)和黄芪以抵制病毒,也成为重要治疗措施。对于已发生心源性休克或心力衰竭时,纠正心源性休克和心力衰竭成为最主要治疗措施。总之,一个危重患儿治疗中纠正器官衰竭是最主要的治疗措施,器官衰竭中最优先要考虑的是治疗呼吸衰竭和循环衰竭。危重疾病中合理安排好优先采取的治疗措施,并且根据病情变化而调整治疗措施是治疗危重患儿的关键。

(三) 根据病情变化和治疗反应随时调整计划

由于疾病轻重不同,患儿机体免疫功能不同,因而对药物治疗反应不同,发生的并发症也不同。因此,虽计划很正确,仍有可能治疗效果不好。如肺炎支原体肺炎应用大环内酯类抗生素,诊断与治疗都没有错误,但由于部分肺炎支原体对大环内酯类抗生素耐药或患儿免疫功能异常,因此,部分患儿治疗效果不好,需要修改治疗计划。又如诊断明确的川崎病患儿,使用IVIG治疗,有10%左右的患儿治疗效果不好,称为对IVIG无反应性川崎病,这时也需要更改治疗计划。上面介绍两种情况都是诊断很明确的,对有些诊断不很明确的病例,治疗效果不好,更改治疗计划的可能就更大。如支气管肺炎、化脓性脑膜炎、感染性心内膜炎等,虽诊断明确,但其病原菌不易明确,在病原菌不明确情况下制订的治疗计划就有一定盲目性,治疗效果差,更改治疗计划的可能性就更大。

更改治疗计划的关键是掌握恰当时机,更改早了,可能把将要生效的治疗方法撤换下来;更改晚了,可能失去了最佳的治疗时机。由于病情不同,更改治疗时机不好硬性规定,因此,教科书和文选上很少明确规定,主要是依据临床医师个人的经验而定。经验来源于实