

临床处方丛书

Department of Pediatrics

儿科

临床处方手册

Clinical Prescription
Manual

主编 甘卫华 于宝生 焦泽霖

第5版

Fifth Edition

江苏凤凰科学技术出版社



临床处方丛书

Department of Pediatrics
Clinical Prescription Manual

儿科 临床处方手册

主 编 甘卫华 于宝生 焦泽霖

副主编 龚 晶 王安茹 邬 薇

编写人员(以姓氏笔画为序)

于宝生	王安茹	甘卫华	朱永生	邬 薇
刘新荣	吴伟玲	张爱青	陈永香	陈彩霞
郑大同	单 晔	殷 勤	郭 祥	诸葛留珍
黄 杰	龚 晶	盛伟松	盛晓静	符艳蓉
葛 蕾	董 娜	蒋 艺	焦泽霖	曾智凤
薛 娟				

第

Fifth Edition

江苏凤凰科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

儿科临床处方手册 / 甘卫华, 于宝生, 焦泽霖主编.
—5 版. —南京: 江苏凤凰科学技术出版社, 2017.6
ISBN 978-7-5537-8180-8

I. ①儿… II. ①甘…②于…③焦… III. ①小儿疾
病—处方—手册 IV. ①R720.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 100049 号

临床处方丛书

儿科临床处方手册(第 5 版)

主 编	甘卫华 于宝生 焦泽霖
责任编辑	王 云
责任校对	郝慧华
责任监制	曹叶平 方 晨

出版发行	江苏凤凰科学技术出版社
出版社地址	南京市湖南路 1 号 A 楼, 邮编: 210009
出版社网址	http://www.pspress.cn
照 排	南京紫藤制版印务中心
印 刷	江苏凤凰印务有限公司



开 本	850 mm×1 168 mm 1/32
印 张	15.25
字 数	420 000
版 次	2017 年 6 月第 5 版
印 次	2017 年 6 月第 1 次印刷

标准书号	ISBN 978-7-5537-8180-8
定 价	48.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

前言

P R E F A C E

本书自 2002 年出版以来,经过四次再版,每一版先后多次重印,总发行量达十多万册,受到了广大临床医师的欢迎。近年来,儿科学发展迅速,新的诊疗理念及临床药物不断涌现,儿科用药处方变化较大,为满足儿科临床医师的迫切要求,有必要对本书内容再次进行全面修订。

本书此次再版,仍保留了原版处方内容具体、重点突出、选用方便的特点,同时对治疗程序进行了强化;在治疗处方方面,更新了治疗方法和常用药物,反映了近几年来的新进展。同时结合近年来儿科疾病谱的变迁,调整了疾病归类,如泌尿症、IgA 肾病等;按最新标准全新编写了脑死亡;在泌尿系统疾病中增加了 Alport 综合征和特发性高钙尿症;在常见儿童皮肤病中增加了葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征和汗腺疾病等;根据临床实用性,删减了心血管系统疾病中的潜在青紫型疾病等。

本书在编写过程中,采用了临床开列处方时常用的一些拉丁文缩写,说明如下:

qd: 一日 1 次	bid: 一日 2 次	tid: 一日 3 次
qid: 一日 4 次	q6h: 每 6 小时 1 次	qod: 隔日 1 次
qn: 每晚 1 次	prn: 必要时	st: 即刻
iv: 静脉注射(静注)	iv gtt: 静脉滴注(静滴)	im: 肌肉注射(肌注)
io: 骨髓内给药	ih: 皮下注射	po: 口服
d: 日	h: 小时	min: 分钟
s: 秒	U: 单位	IU: 国际单位
GS: 葡萄糖注射液	NS: 生理盐水	GNS: 葡萄糖氯化钠注射液

本书读者对象仍定位于年轻儿科医师、全科医师和实习医师。其内容强调科学性和实用性。限于篇幅,有关疾病发病机制本书未予详述,若读者有需要请另行参考其他儿科学专著。

疾病的表现千变万化,儿科疾病更是如此。读者在选用处方时切不可生搬硬套,要根据病儿个体的具体病情,考虑到全身情况,结合其他有效的治疗措施,采用最佳的治疗方案。

临床儿科医学的发展总在不断地进行,本书的再版还不能说就尽善尽美,不妥之处恳请广大同道指正。

甘卫华 于宝生 焦泽霖

于南京医科大学第二附属医院

目 录

(第5版)

C O N T E N T S

第一章 急诊	1
第一节 昏迷	1
附 脑死亡	2
第二节 高热惊厥	3
第三节 休克	5
一、感染性休克	5
附 儿科感染性休克治疗流程	9
二、心源性休克	10
三、过敏性休克	13
第四节 心脏骤停	14
第五节 充血性心力衰竭	20
一、急性心力衰竭	21
二、慢性心力衰竭	22
三、急性左心衰竭、肺水肿	24
第六节 急性呼吸衰竭	26
第七节 消化道大出血	29
第八节 颅内高压综合征(急性脑水肿)	31
第九节 急性肾衰竭	33
第十节 肝衰竭	35
第十一节 意外伤害及物理损害	38

一、溺水	38
二、坠入粪池	40
三、电击伤	41
四、烧伤	42
五、中暑	43
六、捂热综合征(婴儿蒙被综合征)	45
七、犬咬伤	46
八、毒蛇咬伤	47
第十二节 急性中毒	49
一、有机磷中毒	49
二、煤气中毒	50
三、灭鼠药中毒	52
四、亚硝酸盐类中毒	53
五、药物中毒	54
六、铅中毒	56

第二章 营养性疾病

第一节 蛋白质-能量营养不良	58
第二节 维生素缺乏及其中毒	59
一、维生素A缺乏症	59
二、维生素B ₁ 缺乏症	60
三、维生素C缺乏症	62

四、维生素 D 缺乏及维生素 D 缺乏性佝偻病	63	二、新生儿颅内出血	95
五、维生素 D 中毒	64	第五节 新生儿感染性疾病	97
六、维生素 D 缺乏性手足搐搦症	65	一、新生儿脐炎	97
第三节 锌缺乏症	66	二、新生儿败血症	98
第三章 新生儿疾病	68	三、新生儿化脓性脑膜炎	101
第一节 新生儿呼吸系统疾病	68	四、新生儿破伤风	104
一、新生儿窒息	68	五、新生儿皮下坏疽	105
二、新生儿胎粪吸入	72	六、新生儿硬肿症	106
三、新生儿呼吸窘迫综合征	75	七、新生儿低血糖症	109
四、新生儿肺炎	78	八、新生儿低钠血症	111
五、新生儿呼吸暂停	80	九、新生儿低钙血症	112
第二节 新生儿消化系统疾病	82	十、新生儿低镁血症	113
一、新生儿坏死性小肠结肠炎	82	十一、新生儿静脉营养	114
二、新生儿呕吐	84	第四章 呼吸系统疾病	117
三、新生儿肝炎	86	第一节 上呼吸道及支气管疾病	117
第三节 新生儿血液系统疾病	87	一、急性上呼吸道感染	117
一、新生儿贫血	87	二、急性喉炎	119
二、新生儿母婴血型不合溶血症	88	三、先天性喉喘鸣	120
三、新生儿出血症	91	四、急性支气管炎	121
四、新生儿免疫性血小板减少性紫癜	92	第二节 肺炎	122
第四节 新生儿神经系统疾病	93	一、支气管肺炎	122
一、新生儿缺氧缺血性脑病	93	二、呼吸道合胞病毒肺炎	125
		三、腺病毒肺炎	126
		四、金黄色葡萄球菌肺炎	128
		五、流感嗜血杆菌肺炎	129
		六、支原体肺炎	130
		七、衣原体肺炎	131
		八、卡氏肺孢子菌肺炎	132

九、真菌性肺炎	133	二、急性胰腺炎	164
第三节 胸腔疾病	134	三、胆道蛔虫症	166
一、化脓性胸膜炎	134	第六章 心血管系统疾病	167
二、脓气胸	136	第一节 先天性心脏病	167
第四节 支气管哮喘	137	一、左向右分流型(潜在青	
第五节 特发性肺含铁血黄素		紫型)	167
沉着症	140	二、右向左分流型(青紫型)	
第六节 特发性纤维化性肺泡炎			169
.....	141	第二节 心肌疾病	171
第五章 消化系统疾病	144	一、病毒性心肌炎	171
第一节 口腔疾病	144	二、原发性心肌病	174
一、疱疹性口腔炎	144	三、原发性心内膜弹力纤维增	
二、溃疡性口腔炎	145	生症	179
三、鹅口疮	146	第三节 感染性心内膜炎	180
四、地图舌	147	第四节 急性心包炎	184
第二节 食管、胃肠疾病	147	第五节 心律失常	186
一、便秘	147	一、期前收缩	187
二、胃食管反流	148	二、心动过速	189
三、急性胃炎	149	三、房室传导阻滞	193
四、慢性胃炎	150	第六节 高血压	195
五、幽门螺杆菌感染	151	第七章 造血系统疾病	198
六、消化性溃疡	153	第一节 贫血	198
七、胃黏膜脱垂症	154	一、营养性缺铁性贫血	198
八、腹泻病	154	二、营养性巨幼红细胞性贫血	
九、急性坏死性肠炎	156		200
十、溃疡性结肠炎	157	三、再生障碍性贫血(儿童获得	
十一、克罗恩病	158	性再生障碍性贫血)	201
十二、急性肠套叠	160	四、溶血性贫血	204
十三、急性阑尾炎	161	五、红细胞葡萄糖-6-磷酸	
十四、先天性巨结肠	162	脱氢酶缺陷症	205
第三节 肝胆疾病	163	六、珠蛋白生成障碍性贫血	
一、婴儿肝炎综合征	163		207

七、自身免疫性溶血性贫血	208
八、失血性贫血	209
第二节 白细胞疾病	210
中性粒细胞减少症	210
第三节 急性白血病	211
一、急性淋巴细胞性白血病	212
二、急性非淋巴细胞性白血病	218
第四节 恶性肿瘤	222
一、霍奇金病	222
二、非霍奇金淋巴瘤	225
三、郎格罕组织细胞增生症	228
四、恶性组织细胞病	230
第五节 噬血细胞性淋巴组织细胞增生症	231
第六节 出血性疾病	234
一、原发性免疫性血小板减少性紫癜	234
二、继发性血小板减少性紫癜	237
三、血友病	238
四、婴儿期获得性维生素 K 依赖因子缺乏症	240
五、弥散性血管内凝血	241

第八章 泌尿系统疾病 243

第一节 血尿和蛋白尿	243
一、血尿	243
二、蛋白尿	245
第二节 原发性肾小球疾病	246

一、急性肾小球肾炎	246
二、慢性肾小球肾炎	248
三、急进性肾小球肾炎	250
四、原发性肾病综合征	253
第三节 继发性肾病	256
一、狼疮性肾炎	256
二、过敏性紫癜性肾炎	258
三、乙型肝炎病毒相关性肾小球肾炎	260
第四节 其他肾小球疾病	261
一、IgA 肾病	261
二、Alport 综合征	263
三、溶血尿毒症综合征	263
第五节 间质性肾炎	265
第六节 肾小管疾病	267
一、肾小管性酸中毒	267
二、Bartter 综合征	268
三、肾性尿崩症	269
第七节 泌尿系统感染及膀胱输尿管反流	270
一、泌尿系统感染	270
二、膀胱输尿管反流	272
第八节 肾衰竭	274
一、急性肾衰竭	274
二、慢性肾衰竭	277
第九节 其他泌尿系统疾病	278
一、肾性骨营养不良	278
二、肾静脉血栓	279
三、肾性高血压	280
四、特发性高钙尿症	282
五、神经源性膀胱	285

六、膀胱过度活动症	287	一、先天性甲状腺功能减低症	315
七、遗尿症	288	二、慢性淋巴细胞性甲状腺炎	318
第九章 神经肌肉系统疾病	291	三、甲状腺功能亢进症	320
第一节 脑性瘫痪	291	四、单纯性甲状腺肿	324
第二节 智力低下	292	五、获得性甲状腺功能减退症	326
第三节 肌病	293	六、原发性甲状旁腺功能减退症	327
一、进行性肌营养不良	293	第三节 肾上腺疾病	328
二、重症肌无力	294	一、先天性肾上腺皮质增生症	328
第四节 家族性周期性麻痹	296	二、嗜铬细胞瘤	331
一、低血钾性周期性麻痹	296	第四节 性早熟	332
二、高血钾性周期性麻痹	296	第五节 1型糖尿病	336
第五节 癫痫	297	第六节 低血糖症	342
一、癫痫及癫痫综合征	297	第七节 小儿肥胖症	344
二、癫痫持续状态	299	第十一章 遗传代谢性疾病	347
第六节 化脓性脑膜炎	300	第一节 苯丙酮尿症	347
第七节 病毒性脑膜脑炎	302	第二节 肝豆状核变性	348
第八节 急性感染性多发性神经根炎	304	第十二章 风湿病	351
第九节 面神经炎	305	第一节 风湿热	351
第十节 心理情绪异常	305	第二节 幼年特发性关节炎	353
一、多发性抽动	305	第三节 系统性红斑狼疮	356
二、注意缺陷多动障碍	306	第四节 过敏性紫癜	359
三、情感性交叉擦腿	307	第五节 川崎病	360
第十章 内分泌系统疾病	309	第十三章 传染病	363
第一节 下丘脑-垂体疾病	309	第一节 病毒性传染病	363
一、生长激素缺乏症	309	一、流行性感 冒	363
二、尿崩症	311	二、人禽流感	364
第二节 甲状腺及甲状旁腺疾病	315		

三、麻疹.....	365	二、先天性梅毒	398
四、风疹.....	367	第十四章 结核病	400
五、幼儿急疹	367	第一节 原发综合征、支气管淋	
六、水痘.....	368	巴结结核	400
七、流行性腮腺炎	369	第二节 急性粟粒型肺结核	
八、传染性单核细胞增多症			401
.....	370	第三节 结核性脑膜炎	403
九、甲型肝炎	371	第四节 结核性胸膜炎	404
十、乙型肝炎	372	第五节 结核性心包炎	404
十一、丙型肝炎	373	第六节 肠结核、结核性腹膜炎	
十二、丁型肝炎	374		405
十三、戊型肝炎	375	第七节 肾结核	406
十四、庚型肝炎	375	第八节 潜伏结核感染(结核	
十五、脊髓灰质炎	376	中毒).....	406
十六、流行性乙型脑炎	377	第十五章 寄生虫病	408
十七、巨细胞包涵体病	379	第一节 蛔虫病	408
十八、狂犬病	381	一、肠蛔虫症	408
十九、艾滋病	382	二、胆道蛔虫症	409
二十、传染性非典型肺炎		三、蛔虫性肠梗阻	410
(SARS).....	384	第二节 蛲虫病	411
第二节 细菌性传染病	386	第三节 钩虫病	412
一、细菌性痢疾	386	第四节 鞭虫病	413
二、伤寒与副伤寒	387	第五节 丝虫病	414
三、其他沙门菌属感染	389	第六节 绦虫病	415
四、细菌性食物中毒	390	第七节 血吸虫病	416
五、猩红热	391	第八节 肺吸虫病	417
六、白喉.....	392	第九节 肝吸虫病	419
七、百日咳	393	第十节 姜片虫病	420
八、流行性脑脊髓膜炎	394	第十一节 疟疾	420
九、霍乱.....	395	第十二节 弓形虫病.....	422
第三节 螺旋体病	397	第十三节 阿米巴病.....	423
一、钩端螺旋体病	397	一、急性阿米巴痢疾.....	423

二、慢性阿米巴痢疾	424	九、中枢兴奋药	448
第十四节 滴虫病	424	十、利尿、脱水、降压药	449
第十六章 常见儿童皮肤病	426	十一、强心、升压、抗休克药	450
第一节 变态反应性皮肤病	426	十二、抗心律失常药	452
一、婴儿湿疹	426	十三、抗贫血、止血、抗凝血药	453
二、尿布皮炎	427	十四、消化系统用药	454
三、脂溢性皮炎	428	十五、激素类药物	455
四、间擦疹	428	十六、维生素类药物	456
五、荨麻疹	429	附录一 各年龄小儿正常身高-体重表	458
第二节 感染性皮肤病	430	一、正常男童身高评价数值表 (1995 年)	458
一、单纯疱疹	430	二、正常女童身高评价数值表 (1995 年)	459
二、带状疱疹	431	三、正常男童体重百分位表 (城镇, 1995 年)	460
三、脓疱疮	432	四、正常女童体重百分位表 (城镇, 1995 年)	461
四、葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征	433	五、2005 年九市城区 7 岁以下儿童体格发育测量值 ($\bar{x} \pm s$)	463
五、毛囊炎、疖和痈	434	六、2005 年九市郊区 7 岁以下儿童体格发育测量值 ($\bar{x} \pm s$)	464
六、丹毒	435	附录二 各年龄小儿身高-体重-体表面积图	465
七、手足癣	435	附录三 儿科诊疗操作技术	466
第三节 汗腺疾病	436	一、心内注射	466
第十七章 儿科常用处方药	438	二、心包穿刺	466
一、抗生素类	438	三、胸腔穿刺	466
二、磺胺类及其他抗菌药	442		
三、抗真菌药	443		
四、抗病毒药	444		
五、解热消炎镇痛药	445		
六、镇痛药	446		
七、止咳、祛痰、平喘及抗过敏药	446		
八、抗惊厥、抗癫痫、镇静、催眠药	447		

四、腹腔穿刺	467
五、骨髓穿刺	467
六、腰椎穿刺	468
七、硬脑膜下穿刺	468
八、侧脑室穿刺	468
九、氯疗	469
十、成分输血	469
十一、血液净化技术	470

附录四 临床检验正常参考值	472
一、各年龄小儿血细胞正常参考值	472
二、尿液检查正常参考值 ...	473
三、血液物理性质及生化检验参考值	474
四、小儿脑脊液正常参考值 ...	476

》》第一章《《

急 诊

第一节 昏 迷

昏迷是维持正常意识状态的脑干网状结构和大脑皮质的代谢活动因疾病发展到危重阶段而被高度抑制,引起意识完全丧失的一种临床表现。

R 诊断要点

1. 浅昏迷(半昏迷) 意识丧失,无随意运动,可有谵妄及躁动,瞳孔往往缩小。对强烈刺激(如压迫眶上缘)可有痛苦表情及躲避反应,可有较少无意识的自动动作。瞳孔对光反射、角膜反射、吞咽反射、咳嗽反射等存在。体温、脉搏、呼吸、血压正常。

2. 深昏迷 意识丧失,对各种刺激无反应,肢体动作和各种反射消失(包括结膜反射、角膜反射、吞咽反射),体温低下,呼吸、脉搏正常或不规则,血压正常或下降,大小便失禁。病儿仅具维持呼吸与心跳的生命的最基本功能。有的病儿呈角弓反张或去大脑强直体位。后者脑干功能尚存在,病儿能睁眼、转动眼球或凝视,对疼痛刺激有反应,角膜反射、瞳孔对光反射存在,俗称“瞪眼昏迷”,即“植物人”。植物人与脑死亡是截然不同的概念,请勿混淆。

R 治疗程序

1. 尽快明确病因(如中毒、感染等),对因治疗 临床常见的为一氧化碳中毒(煤气中毒)和杀鼠药(毒鼠强)中毒。

2. 一般治疗 ① 密切观察,除注意意识障碍程度外,尤其注意体温、脉搏、血压、呼吸、瞳孔改变,以期及早发现生命体征变化,及时发现脑疝。② 准确记录出入液量,保证入液量,随时监测血电解质,调节输液种类。凡昏迷时间超过3 d,要争取鼻饲,保证热量供给。③ 取平卧位,头抬高 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 角,并倾向一侧。保持气道通畅,及时吸痰,维持 PaCO_2 在4.0 kPa(30 mmHg)左右。④ 吸氧,维持 PaO_2 在13.3 kPa(100 mmHg)左右。一氧化碳中毒首选高压氧。⑤ 做好眼、耳、鼻、口、皮肤护理,尤其要防止压疮与暴露性角膜炎(可用眼药膏封闭睑裂)。⑥ 及时对症处理,如退热、止惊,纠正循环、呼吸衰竭。

3. 降低颅内压 ① 药物治疗:可应用20%甘露醇、地塞米松、甘油果糖等。

② 低温疗法:一般主张2 h内使体温降至 $33\sim 34^{\circ}\text{C}$,维持12~24 h,力争以后保持正常体温。③ 被动过度换气:面罩或气管内插管接人工呼吸机,增加通气量,使 PaCO_2 下降至 $3.3\sim 4\text{ kPa}$ ($25\sim 30\text{ mmHg}$),使 PaO_2 达 $12\sim 20\text{ kPa}$ ($90\sim 150\text{ mmHg}$),可使脑血管收缩,脑血流量减少,从而降低颅内压。但持续作用的时间不能超过1 h。

4. 维持脑组织代谢与功能 应用能量合剂、胞磷胆碱、左旋多巴、乙胺硫脲(克脑迷)和吡拉西坦等。

R 处 方

处方1 降低颅内压。

20%甘露醇 $0.25\sim 1.5\text{ g/kg}$ iv(20~30 min内) q4 h~q6 h

或 甘油果糖 $0.25\sim 1.5\text{ g/kg}$ iv q4 h~q6 h

或 地塞米松 $0.5\sim 1.0\text{ mg/kg}$ iv q6 h(外伤所致的颅内压增高无效)

处方2 维持脑组织代谢与功能。

10% GS 250 ml

ATP 20~40 mg

辅酶A 50~100 U | iv gtt qd

10% GS 50 ml

神经节苷酯 20 mg | iv gtt qd

R 警 示

1. 新生儿使用20%甘露醇时每次量宜小,以免导致颅内出血。使用甘露醇若超过3d,应注意水、电解质紊乱。

2. 甘露醇脱水作用迅速,甘油果糖作用时间较长,故两者交替使用,降颅压效果更佳。

3. 迅速判明昏迷程度,及时采取抢救措施。

4. 对深昏迷病儿,应边抢救边查找病因,诊治兼顾,不可偏废。

5. 高压氧可刺激引起支气管痉挛且使肺泡表面活性物质产生减少或发生肺水肿等而严重影响肺部气体交换,并有使心排血量下降,脑血流减少及氧中毒等不良反应,还可发生减压病。有活动出血,发热,肝、肾或心功能不全者慎用。因此,必须根据具体情况,权衡利弊,掌握使用。

附 脑死亡

脑死亡是包括脑干在内的全脑功能不可逆转的丧失,即死亡。

儿童青少年脑死亡判定标准(适用年龄范围:29日至18岁):

1. 判定的先决条件 ① 昏迷原因明确;② 排除了各种原因的可逆性昏迷。

2. 临床判定 ① 深昏迷;② 脑干反射消失;③ 无自主呼吸,靠呼吸机维持通气,自主呼吸激发试验证实无自主呼吸。以上3项临床判定必须全部具备。

3. 确认试验 ① 脑电图显示电静息;② 经颅多普勒超声(transcranial Doppler, TCD)显示颅内前循环和后循环血流呈振荡波、尖小收缩波或血流信号消失;③ 正中神经短潜伏期体感诱发电位(short latency somatosensory evoked potential, SLSEP)显示双侧 N9 和(或)N13 存在, P14、N18 和 N20 消失。以上3项确认试验需至少具备2项。

4. 判定时间 临床判定和确认试验结果均符合脑死亡判定标准可首次判定为脑死亡。29日至1岁婴儿,首次判定24h后再次复查,结果仍符合脑死亡判定标准,方可最终确认为脑死亡。1~18岁儿童,首次判定12h后再次复查,结果仍符合脑死亡判定标准,方可最终确认为脑死亡。严重颅脑损伤或心跳呼吸骤停复苏后应至少等待24h进行脑死亡判定。

5. 判定步骤 脑死亡判定分为以下3个步骤:第1步进行脑死亡临床判定,符合判定标准(深昏迷、脑干反射消失、无自主呼吸)的进入下一步。第2步进行脑死亡确认试验。第3步进行脑死亡自主呼吸激发试验,验证自主呼吸消失。3项试验中可任选2项。上述3个步骤均符合脑死亡判定标准时,判定为脑死亡。

6. 判定人员 参与脑死亡判定的人员至少2名,并要求为从事临床工作5年以上的执业医师。

R 警 示

1. 在机械呼吸及其他的生命支持技术广泛应用于临床之后,心跳、呼吸停止就是死亡的概念已经不再适用。

2. 有两种情况,即使证明脑死亡后也应该继续进行重症监护支持:一是为了器官移植而暂时地进行呼吸、循环支持,以维持所需器官的生活能力;二是在妊娠妇女脑死亡后胎儿仍然活着时。

3. 脑死亡患儿在观察过程中偶可出现短暂肢体移动或浅反射(部分),这并不能否定脑死亡的诊断。

4. 国家卫生和计划生育委员会脑损伤质控评价中心2014年制定了脑死亡判定标准与技术规范(儿童质控版)。

第二节 高热惊厥

年幼儿任何原因所致突发高热均可引起惊厥,其发病率2%~8%。高热惊厥是小儿惊厥最常见的原因,其发病机制尚不完全明确。

R 诊断要点

1. 多见于6个月至3岁小儿,6岁后罕见,有显著遗传倾向。

2. 病儿体质较好。
3. 惊厥多发生在病初体温骤升时,常见于上呼吸道感染,少见干支气管肺炎。
4. 惊厥呈全身性,次数少,时间短,恢复快,无异常神经系统症状,预后好。

R 治疗程序

高热惊厥急症处理的目的是防止惊厥性脑损伤,减少后遗症,解除长时间惊厥引起的颅内高压、代谢性和生理性紊乱。治疗的原则是:① 维持生命功能;② 药物控制惊厥发作;③ 寻找并治疗引起惊厥的病因;④ 预防惊厥复发。

1. 一般治疗 ① 保持呼吸道通畅,及时清除鼻咽部的分泌物。病儿头应转向一侧,以防误吸引起窒息。防止舌咬伤和关节损伤。② 常规给氧,以减少缺氧性脑损伤。③ 保持安静,禁止一切不必要的刺激。静脉补充液体。④ 物理降温:温水擦浴,28~32℃冷盐水灌肠;颈旁、腋下、腹股沟等大血管处置冰袋。

2. 药物治疗 以地西洋、苯巴比妥钠、苯妥英钠或水合氯醛止惊,以布洛芬或对乙酰氨基酚进行药物降温。

(1) 地西洋:本药的优点是作用快,1~3 min内生效,比较安全,最宜用于急症。必要时可重复注射1次,间隔15~20 min。地西洋可不经稀释直接注射,也可稀释后注射(可用注射用水,生理盐水,5%葡萄糖注射液稀释均可),稀释后产生的浑浊不影响疗效。

氯羟西洋疗效较地西洋更好,静注0.06~0.10 mg/kg,最大剂量4 mg。氯硝西洋用于惊厥持续状态时剂量为0.01~0.10 mg/kg,静脉慢注,其需要量个体差异较大。

(2) 苯巴比妥钠:本药肌注吸收较慢,用于急救时起效稍慢,此时最好选用静脉制剂,开始用10 mg/kg静注,注速每分钟不超过25 mg,可在15 min内起作用。必要时于20~30 min后重复上述剂量1次。

R 处 方

处方1 首选。

地西洋 0.3~0.5 mg/kg(最大剂量10 mg) iv(速度1~2 mg/min,5 min内生效) 必要时15 min后重复(也可保留灌肠,最好不用肌注)

布洛芬混悬液 每次5 mg/kg po prn(24 h不超过4次)
或 对乙酰氨基酚 每次5~10 mg/kg po prn(24 h不超过4次)

处方2 次选。

苯巴比妥钠 5~10 mg/kg im st(作用较慢)
或 10 mg/kg iv(速度不超过25 mg/min,可在15 min内起效),必要时20~30 min后重复1次
或 15~20 mg/kg iv st(用于控制惊厥持续状态)