



临床常规与禁忌系列

总主编/郑长青

儿科 ERKE

医嘱常规与禁忌

YIZHUCHANGGUIYUJINJI

(第2版)

主编/尚云晓

本书以图表的形式具体介绍了儿科常见疾病医嘱的常规与禁忌。这些相关医嘱均是编者所在医院及其它大医院长期应用、经过临床实践检验、为国内外专家所公认的。最后2章介绍了小儿常用诊治技术、儿科常用护理技术等儿科常用诊疗知识。本书内容实用，贴近临床，形式直观。



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

临床常规与禁忌系列

儿科医嘱常规与禁忌

ERKE YIZHU CHANGGUI YU JINJI

(第2版)

总主编 郑长青

主 编 尚云晓

副主编 蔡栩栩

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 弘 刘雪雁 许 巍

杜 悦 吴 捷 佟雅洁

张 晗 陈 宁 陈 睿

尚云晓 俞志凌 贺琳晰

舒林华 蔡栩栩



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

儿科医嘱常规与禁忌/尚云晓主编.—2版.—北京:人民军医出版社,2014.2

(临床常规与禁忌系列)

ISBN 978-7-5091-5088-7

I. ①儿… II. ①尚… III. ①小儿疾病—医嘱②小儿疾病—禁忌 IV. ①R720.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 018102 号

策划编辑:郭颖 文字编辑:伦踪启 卢紫晔 责任审读:陈晓平

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8153

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:15 字数:335千字

版、印次:2014年2月第2版第1次印刷

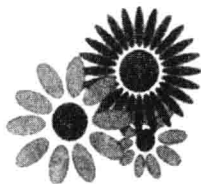
印数:3501—7000

定价:39.80元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

目 录



第 1 章 儿科急重症	(1)
第一节 心搏、呼吸骤停与心肺复苏	(1)
第二节 急性呼吸衰竭	(7)
第三节 急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征	(13)
第四节 充血性心力衰竭	(19)
第五节 感染性休克	(27)
第六节 弥散性血管内凝血	(36)
第七节 急性肾功能不全	(41)
第八节 小儿多脏器功能障碍综合征	(46)
第九节 惊厥	(56)
第十节 昏迷	(61)
第十一节 急性颅内压增高症	(66)
第十二节 急性中毒	(71)
第十三节 小儿肠外营养	(76)
第 2 章 小儿营养性疾病	(83)
第一节 蛋白质-能量营养不良	(83)
第二节 小儿单纯性肥胖	(85)
第三节 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病	(87)
第四节 营养性维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(90)

第3章 新生儿疾病	(93)
第一节 新生儿液体疗法	(93)
第二节 新生儿喂养	(96)
第三节 极低出生体重儿	(98)
第四节 小于胎龄儿和大于胎龄儿	(103)
第五节 新生儿窒息及复苏	(105)
第六节 新生儿缺氧缺血性脑病	(112)
第七节 新生儿颅内出血	(115)
第八节 新生儿肺透明膜病	(118)
第九节 新生儿湿肺	(123)
第十节 新生儿肺炎	(124)
第十一节 胎粪吸入综合征	(128)
第十二节 新生儿持续性肺动脉高压	(131)
第十三节 新生儿肺出血	(133)
第十四节 新生儿呼吸暂停	(136)
第十五节 新生儿气胸	(138)
第十六节 新生儿呼吸衰竭	(140)
第十七节 新生儿心力衰竭	(149)
第十八节 新生儿心律失常	(152)
第十九节 新生儿红细胞增多症	(155)
第二十节 新生儿出血性疾病	(158)
第二十一节 新生儿黄疸	(162)
第二十二节 新生儿溶血病	(166)
第二十三节 新生儿败血症及化脓性脑脊髓膜炎	(171)
第二十四节 巨细胞病毒感染	(176)
第二十五节 新生儿脐炎	(179)
第二十六节 新生儿皮下坏疽	(181)

第二十七节	新生儿破伤风	(183)
第二十八节	新生儿寒冷损伤综合征	(185)
第二十九节	新生儿急性肾衰竭	(189)
第三十节	新生儿坏死性小肠结肠炎	(192)
第三十一节	新生儿低血糖	(196)
第三十二节	新生儿高血糖	(198)
第三十三节	新生儿低钙血症	(199)
第三十四节	先天性梅毒	(201)
第4章	消化系统疾病	(205)
第一节	小儿胃炎	(205)
第二节	消化性溃疡	(211)
第三节	胃石	(216)
第四节	消化道出血	(218)
第五节	小儿腹泻	(225)
第六节	急性胰腺炎	(231)
第七节	婴儿肝炎综合征	(234)
第八节	母乳性黄疸	(236)
第九节	过敏性紫癜(腹型)	(238)
第5章	呼吸系统疾病	(242)
第一节	急性上呼吸道感染	(242)
第二节	急性感染性喉炎	(245)
第三节	急性支气管炎	(247)
第四节	毛细支气管炎	(248)
第五节	支气管肺炎	(252)
第六节	支气管哮喘	(257)
第6章	心血管系统疾病	(266)
第一节	先天性心脏病	(266)

第二节	病毒性心肌炎·····	(275)
第三节	心内膜弹性纤维增生症·····	(280)
第四节	川崎病·····	(283)
第五节	心律失常·····	(285)
第六节	急性心包炎·····	(296)
第七节	感染性心内膜炎·····	(298)
第7章	泌尿系统疾病·····	(301)
第一节	急性感染后肾小球肾炎·····	(301)
第二节	原发性肾病综合征·····	(304)
第三节	泌尿系统感染·····	(310)
第四节	过敏性紫癜肾炎·····	(312)
第8章	造血系统疾病·····	(316)
第一节	营养性缺铁性贫血·····	(316)
第二节	营养性巨幼细胞性贫血·····	(318)
第三节	感染性贫血·····	(320)
第四节	自身免疫性溶血性贫血·····	(322)
第五节	遗传性球形红细胞增多症·····	(325)
第六节	慢性获得性再生障碍性贫血·····	(327)
第七节	免疫性血小板减少性紫癜·····	(330)
第八节	血友病甲·····	(333)
第九节	晚发性维生素 K 缺乏性出血症·····	(335)
第十节	传染性单核细胞增多症·····	(337)
第十一节	噬血细胞综合征·····	(339)
第十二节	郎汉斯细胞组织细胞增多症·····	(342)
第十三节	急性淋巴细胞性白血病·····	(344)
第十四节	急性早幼粒细胞白血病·····	(346)
第十五节	淋巴瘤·····	(349)

第 9 章 神经肌肉系统疾病	(351)
第一节 热性惊厥.....	(351)
第二节 化脓性脑脊髓膜炎.....	(356)
第三节 病毒性脑炎和病毒性脑脊髓膜炎.....	(361)
第四节 癫痫.....	(367)
第五节 小儿头痛.....	(374)
第六节 脑性瘫痪.....	(378)
第七节 急性脊髓炎.....	(382)
第八节 吉兰-巴雷综合征	(388)
第九节 重症肌无力.....	(392)
第 10 章 内分泌疾病	(398)
第一节 儿童糖尿病.....	(398)
第二节 先天性甲状腺功能减退症.....	(406)
第三节 中枢性尿崩症.....	(408)
第四节 生长激素缺乏症.....	(413)
第 11 章 小儿常用诊治技术	(418)
第一节 X 线检查.....	(418)
第二节 超声诊断.....	(421)
第三节 洗胃法.....	(428)
第四节 胃肠减压法.....	(429)
第五节 胃镜检查.....	(430)
第六节 结肠镜检查.....	(431)
第七节 纤维支气管镜检查.....	(433)
第八节 肝穿刺术.....	(435)
第九节 胸腔穿刺术.....	(436)
第十节 腹腔穿刺术.....	(438)
第十一节 骨髓穿刺术.....	(440)

第十二节	腰椎穿刺术·····	(442)
第十三节	硬膜下穿刺术·····	(443)
第十四节	侧脑室穿刺·····	(444)
第十五节	肾穿刺术·····	(446)
第十六节	心导管检查·····	(448)
第十七节	经口及经鼻气管插管术·····	(450)
第 12 章	儿科常用护理技术 ·····	(455)
第一节	静脉留置针技术·····	(455)
第二节	经口/鼻腔吸痰技术·····	(458)
第三节	氧气吸入技术·····	(459)
第四节	肌内注射技术·····	(461)
第五节	桡动脉采血技术·····	(463)
第六节	皮内注射技术·····	(465)
第七节	股静脉穿刺技术·····	(466)
第八节	口腔护理技术·····	(468)
第九节	经外周插管的中心静脉导管(PICC) 护理技术·····	(470)

(续 表)

长期医嘱	临时医嘱
体温 34~36℃ 气管插管 机械通气 气道护理 5%葡萄糖注射液 50ml+青霉素 5 万~10 万 U/(kg·d), 静脉滴注, 6~8h 1 次 20%甘露醇, 每次 2.5~5ml/kg, 静脉注射, 6~8h 1 次 肾功能异常时应用甘油果糖(布瑞得) 3~5ml/kg, 静脉注射, 6~8h 1 次 呋塞米 1mg/kg, 静脉滴注 8~12h 1 次	10%葡萄糖注射液 10ml, 缓慢静脉注射(心室颤动时) 胺碘酮持续静脉滴注(快速室性心律失常) 生理盐水适量 肾上腺素 0.1~1.0μg/(kg·min), 静脉滴注(输液泵控制滴速) 呋塞米 0.5~1mg/kg, 静脉注射(必要时) 5%碳酸氢钠注射液 5ml/kg+2 倍注射用水静脉滴注(必要时) 生理盐水适量+多巴胺 5~15μg/(kg·min), 静脉滴注(输液泵控制滴速) 血常规+血型 尿常规 粪常规加隐血试验 血气分析 血钠、钾、氯、钙、磷、镁测定 血糖 肝炎标记物 肝功能、心肌酶谱、血尿素氮、肌酐测定 床边胸部 X 线摄片 青霉素皮试

【概念】 心搏、呼吸骤停是指患儿突然呼吸及循环功能停止。心肺复苏(CPR)是包括采用一组简单的技术,使生命

得以维持的方法。

【病因及高危因素】 新生儿窒息、婴儿猝死综合征、喉痉挛、喉梗阻、气管异物、胃食管反流、严重肺炎及呼吸衰竭、药物、严重心律失常、中毒、代谢性疾病、心肌炎、心肌病、心力衰竭、心血管介入治疗操作过程、各种意外损伤等。诱发的高危因素包括：①心血管系统的状态不稳定，如大量失血、难治性心力衰竭、低血压和反复发作的心律失常；②急速进展的肺部疾病，如严重的哮喘、喉炎、重症肺炎、肺透明膜病等；③外科手术后的早期；④安有人工气道的患儿气管插管发生堵塞或脱开；⑤患儿神经系统疾病有急剧恶化时，如昏迷、惊厥持续状态等。

另外，临床的一些操作对于有高危因素的患儿能加重或触发心搏、呼吸骤停，包括：①气道吸引；②不适当的胸部物理治疗（如拍背、翻身、吸痰等）；③任何形式的呼吸支持（如人工呼吸机的应用）的撤离；④镇静药的应用；⑤腰穿等各种操作；⑥放置鼻胃管、气管插管等操作引起迷走神经的兴奋性增加等。

【诊断依据】

1. 突然昏迷，呼叫或者刺激无反应，多有前驱病史或者意外伤害病史，例如呼吸困难，反应差，抽搐或者有中毒、创伤、烧伤等情况。触诊大动脉搏动或心前区搏动消失，呼吸停止，瞳孔散大，皮肤黏膜苍白或发绀，听诊心音消失，可确定诊断。

2. 以下情况也应视为心搏、呼吸骤停的前兆，需要心肺复苏。

(1) 严重心动过缓，年长儿 $<30/\text{min}$ ，婴儿 $<60/\text{min}$ ，新生儿 $<80/\text{min}$ 。

(2)呼吸过于浅弱、缓慢,呈抽泣样呼吸或呼吸极度困难,虽有呼吸动作,胸部听诊无呼吸音。

3. 心电图表现为心室颤动,各种类型的心动过缓,心搏完全停止呈直线及心电机械分离。

【医嘱方案与禁忌】

1. ABC 措施 ①用吸引器迅速清除口腔及气道分泌物,并保持颈部平直,头略后仰;②先用简易复苏器面罩加压供氧数次或十数次,然后气管插管,加压给氧(供 100%);③胸外心脏按压,持续至心搏恢复。胸外按压与加压给氧次数之比为新生儿(3~4):1,婴儿、儿童 5:1(双人)或 15:2(单人)。心脏按压中断时间不得超过 10s,手指切勿触及胸壁,放松时手掌不应离开胸骨,用力不可过猛。2010 版国际心肺复苏指南对于非专业人员推荐复苏顺序由 ABC 改为 CAB,即现场复苏时可首先进行心脏按压,以免由于通畅气道及人工通气等耽误心脏按压,导致脑等缺血时间过长,但对专业人员仍应先给予通气,因为儿童患者更多的是呼吸原因所致心搏停止。

2. 药物治疗 ①肾上腺素:是心肺复苏时最常应用的药物。首次静脉或骨髓内稀释成万分之一浓度,0.01mg/kg(0.1ml/kg,1:10 000 溶液),气管内 0.1mg/kg(新生儿,尤其早产儿剂量宜偏小)。若首次无效,第 2 次静脉或骨髓内给药可加倍,甚至可 10 倍于首次量,可按 0.02mg/kg,0.04mg/kg 递增至 0.1mg/kg(0.1ml/kg,1:1000)给予,3~5min 重复 1 次,一般 3~5 次。心搏恢复后心率、血压不能维持,则用肾上腺素持续输注,速度为 0.05~1.0 μ g/(kg·min),最大速度为 20 μ g/(kg·min),5min 调整 1 次滴速,直至心率增加,血压升高,体循环灌注改善。②阿托品:用于心动过缓或三度

房室传导阻滞,0.02mg/kg,最大0.1mg/kg,5min重复1次,最大剂量儿童1mg,青少年2mg,经静脉、骨髓和气管内给药。气管内给药剂量较静脉内大2~3倍。③碳酸氢钠:在给予基本生命支持及肾上腺素后,心搏仍不恢复,无血气情况下,一般先给5%碳酸氢钠注射液5ml/kg,稀释成等渗液快速滴入,如心搏仍不恢复,又缺乏血气检查条件,可缓慢注射碳酸氢钠0.5mmol/(kg·min)。若有血气,则需5%NaHCO₃注射液(ml)=-BE×体重(kg)×0.5,可给计算结果的1/2~2/3,再视病情与血气、血生化结果酌情补充。④胺碘酮:用于心室颤动以及快速性心律失常,尤其是室性心动过速。剂量每次3~5mg/kg,加10%葡萄糖注射滴10ml中缓慢静脉推注,10~15min后可重复用1次,最多至12mg/kg,总量不超过300mg,维持量为20~50μg/(kg·min)。⑤利多卡因:用于心室颤动及室性心动过速。剂量1mg/kg,加5%葡萄糖注射液10ml中静脉注射,5~10min后可重复用,总药量不超过5mg/kg,维持量为20~50μg/(kg·min)。⑥纳洛酮:用于逆转麻醉药或毒物引起的呼吸抑制及镇静作用,剂量0.1mg/kg,可静脉或气管内给药。⑦钙剂:在低钙血症、高钾血症、高镁血症时可应用。用法:10%葡萄糖酸钙注射液1~2ml/kg(葡萄糖酸钙100~200mg/kg),最大剂量每次2.0g,10%氯化钙注射液0.2~0.5ml/kg(氯化钙每次20~50mg/kg),最大剂量每次1.0g,注意静脉缓注。

3. 除颤 在心脏按压或利多卡因无效的情况下可行非同步直流电除颤。首次2J/kg(2瓦秒/kg),如无效可依次增到4J/kg(4瓦秒/kg)及6J/kg(6瓦秒/kg),每次时间0.2s,间隔1~2min,通常不超过2~3次。通常婴儿用20~40J,儿童70J,少年则100J。对持续存在的心室颤动,有必要加用肾

上腺素、利多卡因或溴苄胺,在对心室颤动病人使用以上3种药中任何一种后的30~60s,都应以4J/kg电击除颤,如心室颤动终止后再次发作,应以前次除颤成功所用的电击量重复电击。电击复律后应加用利多卡因或溴苄胺,防止复发。

4. 维持血压和外周灌注 多巴胺、多巴酚丁胺是常用的正性肌力药及升压药,多巴胺剂量不同,作用不同:2~5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 增加肾等内脏及冠状血管及脑血流量;5~10 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 可增加心肌收缩力;>10 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 使血管明显收缩,血压升高(表1-1)。多巴酚丁胺增强心脏收缩力,但不增快心率、不影响周围血管的扩张和收缩,剂量为5~20 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。对病人的尿量、体循环灌注、血压评估后调整剂量。

表 1-1 心搏恢复后心血管支持药物的配制和应用

药物	制剂配制方法	1ml/h的 药物速度	常用剂量范围 [$\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$]
肾上腺素和异丙肾上腺素	(0.6 \times kg)加入100ml溶液	0.1 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$	0.05~1.0
多巴胺	(6 \times kg)加入100ml溶液	1.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$	2~5(扩肾血管),5~10(正性肌力),>10(升压)
多巴酚丁胺	同多巴胺	同多巴胺	5~20
利多卡因	(60 \times kg)加入100ml溶液	10 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$	20~50

5. 血气分析 呼吸机通气后30min做动脉血气分析,根据血气结果调整呼吸机参数。

6. 脑保护措施 ①头部降温:冰枕、冰帽,降温速度应快,如果复温,需要每2小时使头部温度升高 0.5°C 。②脑水肿处理:20%甘露醇注射液,每次 $0.5\sim 1.0\text{g}/\text{kg}$, $4\sim 6\text{h}$ 1次;地塞米松,每次 $0.25\sim 0.5\text{mg}/\text{kg}$, $8\sim 12\text{h}$ 1次;或吠塞米,每次 $1\text{mg}/\text{kg}$,静脉注射;肾功能异常者可应用甘油果糖(布瑞得 $2\sim 5\text{ml}/\text{kg}$)代替甘露醇。保持正常通气(PaCO_2 控制在 $4.7\sim 6.0\text{kPa}$)。③脑代谢活化药:ATP,CoA,细胞色素C及胞磷胆碱、B族维生素、脑活素、神经生长因子等。④止惊:地西泮 $0.3\text{mg}/\text{kg}$,静脉注射;或苯巴比妥 $5\text{mg}/\text{kg}$,静脉注射。

7. 维持水电解质平衡 根据尿量、心功能、血压、血电解质检测结果调整输液速度和输液内容。水、钠、钾按生理需要补充。因患儿存在应激性高血糖症,复苏期间不宜用高渗糖。

8. 治疗原发病,防止感染

9. 记录生命体征 起初每 $15\sim 30$ 分钟1次,病情稳定后渐该为 $1\sim 2\text{h}$ 1次。

10. 气道护理 如气道分泌多、黏稠,给予气道冲洗,拍背吸痰,气道护理时间缩短到每 $1\sim 2$ 小时1次。

【疗效及预后评估】 根据病因及心搏呼吸骤停持续时间、缺氧程度的不同,其预后也不同,如及时抢救,大部分患儿可恢复正常。缺氧时间较长但抢救成功者,部分患儿可留有如精神智力障碍等后遗症,并有一部分患儿因抢救不成功而死亡。

(许巍 蔡栩栩)

第二节 急性呼吸衰竭

小儿急性呼吸衰竭(acute respiratory failure, ARF)常用

医嘱如下：

长期医嘱	临时医嘱
特殊护理	血常规
心电监护	尿常规
记录心率、呼吸、血压、经皮 血氧饱和度,1~2h 1次	粪常规
持续呼吸末 CO ₂ 监测	血气分析
牛奶 60~80ml/(kg·d) 口 服或鼻饲,3~6h 1次	血钠、钾、氯、钙、磷、镁测定
留置鼻胃管(必要时)	血糖
记录 24h 出入液量(记录尿 量)	血培养
面罩吸氧(5L/min)	痰培养
气管插管(必要时)	肝炎标志物
呼吸机辅助正压通气(必要 时)	肝功能、心肌酶谱、血尿素氮、肌酐 测定
拍背吸痰,2~4h 1次	C 反应蛋白、降钙素原(PCT)测定
生理盐水 2ml+盐酸氨溴索 15mg,8~12h 1次泵吸	痰和(或)气管内吸出物培养+药物敏 感试验
头孢呋辛 50~100mg/(kg· d),静脉滴注,12h 1次(依 病原学检出予以抗生素)	床边胸部 X 线摄片
呋塞米每次 1mg/kg,静脉滴 注,12h 1次	青霉素皮试
	处理气胸、胸腔积液等
	床旁纤维支气管镜检查
	肺泡灌洗,灌洗液送检病原学或其他 生化检查

【概念】 急性呼吸衰竭是指由于直接或间接原因导致呼吸功能异常,使肺不能满足机体代谢的气体交换需要,造成动脉血氧下降和(或)二氧化碳潴留,并由此引起一系列病理生

理改变以及代谢紊乱的临床综合征。

【病因及高危因素】 急性呼吸衰竭的病因主要有三大类：即呼吸道阻塞、肺实质病变及呼吸泵异常。

【诊断依据】

1. 原发病的临床表现 根据原发病不同而异。吸气性喉鸣为上气道阻塞的征象，如喉炎、喉软化及异物吸入等。而呼气延长伴喘鸣是下气道阻塞的征象，如毛细支气管炎及支气管哮喘，若为神经系统疾病，则有相应的临床表现。

2. 呼吸困难的临床表现 周围性呼吸衰竭表现为呼吸困难、鼻翼扇动、三凹征、点头状呼吸、呻吟等。早期表现为呼吸增快、喘息，以后可出现呼吸无力及缓慢，严重者呼吸停止，一旦呼吸减慢提示呼吸衰竭严重，可很快出现呼吸停止。中枢性呼吸衰竭表现为呼吸节律不齐，可出现潮式呼吸，晚期出现抽泣样呼吸、叹息样呼吸、呼吸暂停及下颌呼吸等。

3. 低氧血症的临床表现

(1)发绀：一般血氧饱和度降至0.80以下时出现发绀。

(2)神经系统表现：烦躁、意识模糊甚至昏迷、惊厥，一般是先兴奋后抑制，可出现嗜睡、反应迟钝、肌张力下降等。

(3)循环系统表现：心率增快，后可减慢，心音低钝，轻度低氧血症时心排血量增加，严重时减少，血压先增高，后期则降低，严重缺氧可致心律失常。

(4)消化系统表现：可有消化道出血，亦可有肝功能损害，合并转氨酶升高。

(5)肾功能损害：尿中出现蛋白、白细胞及管型，少尿或无