

# 兒科常見疾病治療常規

旅大市第二人民醫院 編  
衛生學校

1973.3



# 录

## 内 容

1. 消化不良	1
2. 上呼吸道感染	15
3. 肺炎	18
4. 佝偻病	27
5. 风湿病	32
6. 泌尿系感染	41
7. 急性肾炎	44
8. 肾病综合征	48
9. 小儿贫血	53
10. 再生障碍性贫血	61
11. 血小板减少性紫癜	68
12. 急性白血病	72
13. 化脓性脑膜炎	76
14. 结核性脑膜炎	82
15. 传染性肝炎	84
16. 小儿惊厥	90
17. 流行性脑脊髓膜炎(流脑)	97
18. 肺结核	103
19. 结核性胸膜炎	108

# 消化不良

## 一、婴儿腹泻的命名：

1、肠炎：肠内感染性腹泻称肠炎，并在后面加病原、急性、慢性、迁延性和中毒等诊断。例如：

肠炎、细菌性大肠杆菌性、急性、中毒型。

肠炎、念珠菌性或真菌性、急性、中毒型。

肠炎、原因不明、慢性。

病毒性的感染如细菌，不包括在通常所指的婴儿腹泻之内。

2、消化不良：由饮食、肠道外感染、气候等因素引起的腹泻称为消化不良，并在后面加以说明。例如：

消化不良、急性、——由于饮食不当引起的腹泻。

消化不良、肠道外感染、——由于肠道外感染引起的腹泻。

消化不良、急性或慢性、——由于受凉或受暑引起的腹泻。

## 3、其他：如：

体质性腹泻。

过敏性腹泻。

抗生素引起的腹泻。

肠道菌群失调症。

饥饿性腹泻等。

## 二、消化不良的诊断：

### (一)、病史：询问病史：

(1)、**喂养不当**：平时喂养不按时，或饮食不节，病前有过食或食物成份不适宜等情况。

(2)、**肠外感染性**：人乳喂养的小儿患消化不良，常由于肠道外感染所致，婴儿患上呼吸道感染，肾炎、肾盂肾炎时常可伴发腹泻。

(3)、**其他因素**：如环境改变，天气过热，受凉等。

### 2、大小便情况：

大便：每日之次数、量、颜色、气味、软硬度、水份多少

以及有无毡痘取血等。

小便：次数、量及每次排尿时间。

3、有无发热、咳嗽、呕吐、口渴、气喘、不安、肤痛、肤痒、嗜睡、烦躁等。

4、发病后曾经应用之治疗（包括药物及输入之液体和饮水情况）。

(二)、体格检查：

1、注意发育营养及一般全身状态。

2、注意有无脱水、酸中毒、电解质紊乱征象以及循环与神经系统异常的表现。

3、注意有无并发症：如呼吸系、泌尿系之感染，腮腺炎、中耳炎以及各种VIT<sub>7</sub>缺乏症等。

(三)、化验：

1、大便常规：可见不消化之食物及脂肪滴，偶有少量白血球。

2、大便培养：必要时进行。

3、小便检查：筒酸中毒者，筒尿可为阳性。

4、血液检查：血常规做血常规，有血涂液涂片时并应检查，有中度以上脱水及酸中毒时，可以检查 $\text{Na}^+$ 、 $\text{K}^+$ 、 $\text{Cl}^-$ （结合力等），并在必要时予以复查。

轻型消化不良（单纯性消化不良）：

限于2岁以下小儿。肤泻稀便或带少量水份，无明显水电紊乱以及神经系统症状。

重型消化不良（中毒性消化不良）：

(1)、多数是一岁以下的婴儿，其次是1—2岁的，极少超过2岁。

(2)、肤泻水样便，常同时伴有呕吐。

(3)、有水、电解质紊乱。

(4)、有神经系统症状，包括下列一种或多种：萎靡、嗜睡、烦躁昏迷或惊厥。

(5)、有不同程度的发热。

(6)、便镜检可见绞裂脂肪球，血球成份很少。便培养无特异性细菌生长。

婴儿白色便性消化不良：

又 称 秋季腹泻，其临床特点如下：

- (1)、年龄：多见于6——18个月小儿。
- (2)、喂养及营养状态：母乳喂养儿多，营养状态较好者多。
- (3)、季节：多发生于晚秋初冬。
- (4)、临床症状：
  - ① 腹泻：多为急性，便性很稀薄，大便颜色最初多为乳汁或豆腐渣样白色水样便，白便持续1——3日，继则大便于3日内转为黄白色或黄色。
  - ② 呕吐：出现早且严重，但经大便致患儿于病后3日内呕吐即止。
  - ③ 多有发热及上呼吸道感染之状。
  - ④ 神经系统症状：突出表现为烦躁，常常反复应用镇静剂。
  - ⑤ 脱水性质及半尿等症或高张性。

### 三、治疗：

#### (一)、饮食疗法：

- 1、饥饿：根据腹泻，营养状况而规定禁食时间，呕吐腹泻严重者禁食时间长，营养不良者禁食时间短。  
轻型一般可禁食6——12小时。  
重型一般禁食12——24小时。
- 2、饥饿后又饮食：
  - (1)、母乳喂养：禁食后直接哺母乳，每次5'——7'，每次喂奶前喂定开水，以后逐渐减少奶前喂水量，延长哺乳时间，依据病情变化，轻型于第3——5日恢复正常喂奶量，重型于第5——10天左右恢复正常哺乳量。
  - (2)、人工喂养：可用稀释或脱脂牛奶，轻型自50%kg/日开始，重型

自30卡/kg/日开始。

依病情变化，轻型每日增加热奶10——15%<sup>2</sup>，于进食后3——5日左右恢复正常喂奶，重型每日增加热奶5——10%<sup>2</sup>，于进食后5——10日左右恢复正常喂奶，病情恶化时可再予禁食，但时间应简短，必须避免反复饥饿。

(二)、药物疗法：

1、磺胺及抗菌素：轻型者应用饮食疗法无效时，或重型于开始时即应用磺胺或抗菌素，各种药物之剂量如下：

- (1)、链霉素 10——30mg/kg/日 分三次口服
- (2)、金霉素 50——80mg/kg/日 分四次口服
- (3)、链霉素 + 金霉素 P.O.
- (4)、四环素 25——50mg/kg/日 分四次口服
- (5)、新霉素 50mg/kg/日，如疗效不着，可加量至100mg/kg/日。
- (6)、呋喃唑酮 10mg/kg/日，分三次口服
- (7)、硫酸抗敌素 10mg/kg/日，分三次口服

2、助消化药，收敛剂

- (1)、胃蛋白酶合剂：2岁以下 25——30%<sup>2</sup>次，一日三次 P.O.
- (2)、胰酶：0.5%<sup>2</sup>次，一日三次 P.O.
- (3)、健肠散：(本院药局方，成份：鞣酸蛋白 0.25、麦飞明0.1，胰酶0.1，乳酸钙0.3 酪母0.2，Vit B<sub>1</sub> 0.05)

0.5——1包次 7:d P.O

- (4)、群得生：(本院药局方，成份：淀粉酶0.3，乳酶生0.3，胰酶0.3)

用法：0.5——1包次 7:d P.O

- (5)、收敛剂：经治后3——5日大便仍稀，次数多，且不含脓血，可考虑加用收敛剂，如鞣酸蛋白，次碳酸铋，疗程不超过三天，腹泻次数太频者可考虑给予复方樟脑酊。肤胀明显，中毒症状重，大便有炎性成份者应慎用或禁用。各药物剂量如下：

- ① 鞣酸蛋白： 0.1—0.15/次 t.i.d P.O
- ② 次碳酸铋： 0.15—0.3/次 " "
- ③ 复方樟脑酊： 0.04—0.06ml/kg, 次。一日三次、 P.O.
- (5)、维生素：应充分保证维生素的供给。主要给V i t A、B、C、D，一般给维持量或稍多于 维持量。

(三)、对症疗法：

1 呕吐频繁：

- (1)、用冬眠灵、爱茂尔等止吐。
- (2)、应用1%N、B、或N、S洗胃。

2、烦躁不安、抽风者、给镇静剂，有缺血表现者用钙剂。

3、肠胀反肠鸣音减低：

- (1)、肛管排气
- (2)、注射新斯的明 0.05—0.1mg/岁/次 必要时4小时后可以重复注射。

(四)、给药方法 (另详)

(五)、中医辨证施治：

轻症：胃主容纳水谷，脾主运化精微，胃脾运化功能失调，是构成本病的基本因素，由于发病原因不同，根据症状表现，可因分为三类证候：

1、伤食泻：

主证：大便秘，腹胀疼，疼则泄泻，泻后疼减，大便发臭并带有不消化食物，或伴呕吐，舌苔垢腻，脉滑数，由于肠内行滞不化，腐浊之物壅积所致。

治法：消食导滞为主。

方药：保和丸加减。 神曲3克 山楂3克 茯苓3克 莱菔子3克 陈皮2克 半夏3克。

如呕吐较重加生姜1克 藿香2克；

热象明显加连翘3克。

腹泻较重次数加猪苓2戈 泽泻2戈。

### 2、湿热泻

主症：大便稀溏，色黄而臭，身微发热，口渴，腹部微疼，小便黄而少，或伴有呕吐，舌苔黄腻，脉滑数。由于湿热蕴于肠胃所致多见于夏秋季。

治法：清热利湿。

方药：葛根芩连汤加味 葛根2戈 黄芩2戈 黄连1戈 六一散3戈 金银花3戈 泽泻2戈(如以黄连可用地榆3戈代替)

如腹胀加木香戈半 枳壳2戈；

呕吐加藿香3戈；

口渴舌干加花粉3戈 乌梅1戈；

湿重者舌苔白腻，口不渴，倦怠则从健脾燥湿为主，方用藿香3戈 苍朮2戈 川朴1戈 茯苓3戈 猪苓2戈 泽泻2戈。

### 3、脾虚泻：

主症：腹泻时间较久，大便稀带有食物残渣，进食后即泻，腹胀，消瘦面黄，精神萎靡，舌苔白，舌质淡，脉细而缓。由于脾胃虚寒，运化失职，清阳不升所致，多见于营养不良儿或腹泻迁延较久者。

治法：温中健脾

方药：七味白朮散 党参2戈 茯苓3戈 白朮3戈 甘草1戈 木香1戈 藿香2戈 葛根2戈

如呕吐加炮姜1戈；

久泻不正加诃子2戈 煨肉豆蔻1戈；

如久泻兼肾阳虚者，不能温化水谷，大便稀，面色淡白四肢发凉，应温补脾肾，方用附子2戈 党参2戈 白朮子3戈 干姜1戈 诃子2戈

土验方：



1、高粱米糠治疗小儿消化不良

取高粱的第二遍糠，炒至褐色有香味为止，去掉上面剩余的壳，每日3——4次，每次10——15克，糖开水冲服，一般六次内痊愈。

2、乌梅煎剂：即%乌梅煎剂，每次10CC，每天3——4次，治疗婴儿腹泻。

3、荆芥炭2克 焦神曲3克 水煎服，治小儿泻绿色粪便。  
重症：乃受邪较重及脾胃两方面因素有关。吐泻重者，易致伤阴伤阳。如轻度脱水时，有眼眶凹陷，口粘膜干燥，尿少等征状时，为吐泻伤阴所致。重度脱水，出现面灰白，出冷汗，四肢冷，脉细数无力等休克征状时，是由于吐泻伤脾胃，而致脾胃之阳衰所致，此为一危重症候，如不及时治疗，可因阴阳两脱而死亡，必须急用参附等药急救回阳。

辨证论治：

1、清热泻痢解毒：用于发热高，腹泻重反伴有呕吐者，患儿面色尚红，精神差，烦躁，舌苔黄厚，舌尖红。

方药：葛根2克 黄芩2克 地榆3克 益元散包5克 寒水石3克 藿香3克 车前子3克

加减：邪热内陷，神志不清，昏迷，抽风者加僵蚕3克 生石决明5克或加用紫雪丹2分，分二次冲服。

2、养阴生津和胃：用于脱水伤阴者，唇干，舌绛无苔，脉细数。

方药：黄芩2克 黄连1克 葛根2克 炙甘草1克 麦冬2克 石斛3克 乌梅2克

3、温阳固脱、救逆：用于重度脱水而休克者，面白舌苔灰，四肢冷，出冷汗，脉微弱。

方药：人参2克 附子2克 干姜1克 白术3克 龙骨3克 牡蛎3克 炙甘草1克

(六)、消化不良推拿疗法：

推舒：患儿由母亲扶抱，或取坐位，并在备好姜汁水(或清石粉)在推舒时使用。

- (1)、用左手扶住患儿的手，右手用拇指蘸姜汁水，先推脾土(图1)然后向上推三关(图2)，每处推的次数以皮肤发红为度，大约需推200次以上，两手交替进行。



图1 推脾土



图2 推三关

- (2)、推背部脊柱两侧，由上而下 从第七颈椎推起，下达腰椎，或用捏脊法(沿脊柱两侧由下向上，捏到微红为度)。如有泻下次数较多，当加用拇指推，揉笔尾六(图3)。
- (3)、两手拇指分推两侧季肋部，再推脐旁两侧，如泻下次数过多可用搓热的手掌揉脐部，或舒肚角(图4)。



图3 拇指揉笔尾

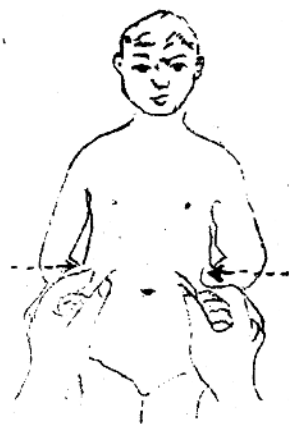


图4 舒肚角

(4)、最后用拇指和拇指平推两侧足三里穴。

新针疗法：

1 针刺法：

常用穴：中脘、天枢、气海、足三里。

备用穴：脾俞、肾俞、内关、三阴交。

先针常用穴；中等刺激，每天一次。如果效果不显，可从改用中脘、天枢、气海又条灸，配合针刺足三里，脾俞、肾俞。右胃部症状明显，有恶心、呕吐者，加内关；腹泻明显者加三阴交。

2、穴位注射法：

取穴：足三里，脾俞，每次一次。左右两侧交替使用，用复合维生素乙(每例0.5ml)注入，1—2天一次。

3、耳针法：在耳部的“胃”、“小肠”、“胆”、“大肠”、“内分泌”区针刺。

4、小儿迁延性腹泻：除上述穴位外，还可单用四缝穴，刺1寸深挤出黄色液体，临床很有效。

## 〔附〕 消化不良瘳体疗法

一、确立输泄方案前的三个判断：

(一)、判断脱水的程度：

1、轻度脱水(I°)：

(1)、丧失体重5%以下。

(2)、神经精神症状：精神尚好或稍差。

(3)、脱水征：轻度或不明显，仅表现丰满度稍减低，皮肤弹性尚好，眼窝前囟略凹。

(4)、循环系统：一般不受累。

2、中度脱水(II°)：

(1)、丧失体重5—10%

(2)、神经精神症状：呈病容，精神差，烦躁或萎靡。

(3)、脱水征：明显消瘦，软弱无力，皮肤干燥、松弛、弹性差，

充实度亦差，前囟眼窝明显下陷，露睛。

(4)、循环系统：有初期循环不全的症状，如脉细速，肢端冷凉，  
心音钝，口周发绀等。

3、重度脱水(Ⅲ)：

(1)、丧失体重 10—125%

(2)、神经精神症状：重病容、神昏不清，凝视、睁眼。

(3)、脱水症：同中度脱水，但更加明显。

(4)、循环系统：明显受累，脉细速，甚至融不清，肢端冷凉，发  
绀，心音钝弱。

(二)、判断脱水的性质：

见表1：

脱水性质的鉴别表 (表1)

	等张性	低张性	高张性
皮肤弹性	不好	极不好	尚好
触感	干	湿粘	极干粗厚
粘	干	稍湿	干焦
眼球	凹、软	凹、软	凹
前囟	凹	凹	凹
神智	嗜睡	昏睡	易受刺激
循环P	增加	增加	稍增加
BP	↓	↓↓	稍低
口渴	+	±	++
血瘀浓缩	+	++	程度末期有
尿量	↓	末期减少	明显减少
血 Na	130—150mEq/L	<130mEq/L	>150mEq/L

(三)、判断酸硷失衡情况：

消化不良所致脱水，常伴有程度不等的代谢性酸中毒。但个别情况亦可发生硷中毒。

1. 轻度酸中毒：CO<sub>2</sub>结合力在40—35vol%，一般无症状或偶而尔出现叹息样呼吸。
2. 中度酸中毒：CO<sub>2</sub>结合力在25—30vol%，可表现唇樱口，轻—中度大呼吸。
3. 重度酸中毒：CO<sub>2</sub>结合力在25—20vol%以下，临床表现有深度大呼吸，口唇发绀伴有重度脱水与循环不良。

二、输液方案的设计：

根据以上三个判断，做出关于电失衡方面的诊断，包括口渴，即脱水的有无、脱水的性质、酸中毒的程度。

如：脱水、II°，等张性，中度酸中毒。

然后根据此种诊断来设计输液方案。

(一)、补液方法的选择：

1. 轻度脱水，可先试用口服补液法。方法：NB 0.3g/kg；B，KC 0.2g/kg；D，水100—150cc/kg；E，加适量糖；随时口服送入。
2. 静脉补液法：II°以上脱水一般均用静脉补液法。  
I°脱水，如继续腹泻，不能很快好转，伴腹胀明显；不选用口服补液法者，仍应采用静脉补液法。

(二)、静脉补液法：

1. 总量：见表II (表 II)

补液 一日 输入 量	脱水程度	I°	II°	III°
	累积损失量	60—80 ml/kg	80—100 ml/kg	100—120 ml/kg
	当日生理需要量	90 %	90 %	90 %
	当日继续损失量	10—40 %	10—40 %	10—40 %
	计算公式	累积损失量 × 安全系数(%) + 当日损失量 + 当日生理需要量 - 当日尿量		
	补一日输入总量	120—150 ml/kg	150—200 ml/kg	200—250 ml/kg
补二日	补二日输入总量	100 ml/kg	120 ml/kg	150 ml/kg

2. 内容，第一日之补液，累积损失：低渗脱水补等张液

甚濃脱水補液——1张渣

高濃脱水補液——1/2张渣

生理需要量：用1/8—1/4张渣体

继续損失量：用1/2张渣体

第二日之補液：根据该日继续損失和生理需要量来補充。可補1/3张渣体。

3. 速度：最初之20ml/kg，可半小时内滴入，必要时推入，循环改善后減慢速度，以不超过最大安全速度为限(表Ⅲ)

最大安全速度 (表Ⅲ)

4 kg	11 ml/小时/kg	15 kg	8 ml/kg/小时
6 kg	10 "	26 kg	7 "
9 kg	9 "		

国内常用几种溶液的成份及張力 (表Ⅲ)

溶液种类及构成	电 解 质 (meq/kg)			張 力 (mosm/L)
	Na <sup>+</sup>	Cl <sup>-</sup>	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	
N S	154	154		308 (等張)
1/2克分子乳酸钠液	167		167	334 ( " )
2:1液(S:L=2:1)	158	102	56	316 ( " )
4(S):3(G):2(L)	105	68	37	210 (2/3張)
7 : 5 : 5	105	60	45	210 ( " )
3(G):2(S):1(L)	79	51	28	158 (1/2張)
6 : 2 : 1	52	34	18	104 (1/3張)
9 : 2 : 1	40	25	14	80 (1/4張)
12 : 2 : 1	31	20	11	62 (1/5張)
15 : 2 : 1	26	17	9	52 (1/6張)
18 : 2 : 1	23	15	8	46 (1/7張)
21 : 2 : 1	20	15	7	40 (1/8張)

(\*G代表G,S代表NS,L代表FM乳酸钠)

4. 其他电解质的补充:

- (1). 补K: 有尿后补. (1). 静脉补浓度: 0.1-0.2%
- (2). 口服 0.1/kg/次, t.: d

(2). 补Ca: 有明显烦躁, 用一般镇静剂无效, 或发生手足搐搦, 抽风者用之.

(三). 具体补液方法 (以Ⅱ°脱水为例) 第一日补液

I. 等渗性

		N. S	G. S	1/6M 乳酸钠
一液	2:1全钠液 200C/kg	140C/kg	0	70C/kg
二液	4:3:2液 500C/kg	210C/kg	160C/kg	110C/kg
三液	3(G.S):2(N.S):1(L)30%	160C/kg	240C/kg	80C/kg
四液	2(N.S):3(G.S)500C/kg	200C/kg	300C/kg	0
计	1700C/kg	710C/kg	700C/kg	260C/kg

总结Na量: 15MECC/kg

II 低渗性

		N. S	G. S	1/6M 乳酸钠
一液	2:1全钠液 400C/kg	280C/kg	0	140C/kg
二液	4:3:2液 500C/kg	210C/kg	160C/kg	110C/kg
三液	4:3:2液 500C/kg	210C/kg	160C/kg	110C/kg
四液	3(G.S):2(N.S):1(L)30%	100C/kg	150C/kg	50C/kg
计	1700C/kg	800C/kg	470C/kg	410C/kg

总结Na量: 18.5MECC/kg

III 高渗性

		N. S	G. S	1/6M 乳酸钠
一液	3(G.S):2(N.S):1(L)30%	160C/kg	240C/kg	80C/kg
二液	3(G.S):2(N.S)液 500C/kg	200C/kg	300C/kg	
三液	2(G.S):1(N.S)500C/kg	170C/kg	340C/kg	
计	1500C/kg	530C/kg	880C/kg	80C/kg

总结Na量: 9.23MECC/kg

- 说明. 1. 根据饮水及肤况情况, 最后一个液体可减量或停输。  
2. 有尿后输钾。

第二日 补液法 (表VI)

	II°	III°
补液总量	120 <sup>cc</sup>	150 <sup>cc</sup>
内容	1/2 张液	1/2 张液

输液原则: 先盐后糖, 先浓后淡, 先快后慢, 有尿补钾。

四. II III度营养不良儿的输液:

在估计脱水程度时, 避免估计过高, 应特别注意尿量, 如尿量无明显减少, 末梢循环正常, 则一般脱水不重, 静脉输液量应适当控制, 速度宜慢些, 供给K与Ca方面应高些 (KCl 不低于40mg/日, CaCl<sub>2</sub> 3—4克/日) 全部液体均可用50% GS, 予以高糖化。

上述方法仅供参考, 不能生搬硬套, 应尽量测量体重 (输液前后各测一次) 避免错误估计体重, 严重患者必须密切结合临床变化, 随时做必要之调整。



# 上 呼 吸 道 感 染

-15-

上呼吸道包括鼻腔、咽喉和大气管。这些部位的病毒性或细菌性感染，都叫做上呼吸道感染。本症为小儿时期常见疾病，有时可为麻疹等病的前驱症状或为急性肾炎，风湿热等病的前驱疾病，应予以注意。

## 一、病原体

1. 病毒：尤其是流感，副流感病毒，腺病毒 (Adenovirus)，A 族柯萨基 (Coxsackie) 病毒及呼吸道融合病毒 (Respiratory Syncytial Virus)。

2. 细菌：溶血性链球菌，葡萄球菌，流行性链球菌，肺炎双球菌等。可为主要病原体或为继发性侵蚀细菌。

## 二、临床表现：

1. 年长儿普通感冒：有鼻塞流涕、喷嚏、咽痛，咽干而发痒并有全身不适，关节发痛，头痛，疲乏等。检查：鼻粘膜充血，肿胀有分泌物，咽部轻度充血，血沉白细胞计数正常或稍偏低，如属细菌感染，则起病急，病性较重。

2. 婴幼儿感冒的特点：发热高，全身症状较重，新生儿则不一定发热，鼻咽部症状可以不太明显，有时仅表现啼哭不安，吸吮困难，小儿时期常见两种特殊类型的上感：

1) 咽、结膜热：由腺病毒引起，可有流行多见于夏季发病急，大部表现有高热、咽炎及结膜炎，结膜炎较突出，结膜充血水肿有分泌物。

2) 疱疹性咽炎：多见于二岁以下小儿，夏季较多，发病急，有发热，咽疼。在起病初二三日体温常在 39°C 以上常伴有惊厥，因咽疼而咽下困难，流口水。检查：软腭悬雍垂上和扁桃体上有多数细小疱疹，破溃后可见浅溃疡，病原体为肠道病毒。

并发症：中耳炎，鼻窦炎，结膜炎，颈淋巴结炎，咽后壁脓肿等，炎症向下蔓延，可引起支气管炎或肺炎；或侵入血沉使感染散布全身各处。

## 四、治疗：

1. 一般疗法：注意休息，易消化的饮食及充足的水分。

2. 新疗法：主穴：合谷 鼻塞加迎香 咽痛加印堂 咳嗽加太冲 喉痛点刺少商。