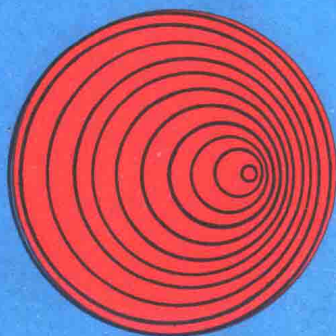


基层医院儿童呼吸道感染 处 理 手 册



世界卫生组织

人民卫生出版社

基层医院儿童呼吸道 感染处理手册

世界卫生组织 编

倪 若 愚 译

王 心 禾 校



世界卫生组织委托中华人民共和国
卫生部由人民卫生出版社出版本书中文版

ISBN 92 4 154226 8

©世界卫生组织1988

根据《世界版权公约》第二号协议书规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利,应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书中所用的名称和资料,特别是涉及任何国家、领土、城市或地区或其当局的合法地位,或涉及国境线或边界线的划分的内容,均不代表世界卫生组织秘书处的任何观点。

文中如提到一些公司或一些工厂的产品,并不意味着比其他未提及的同类公司或产品优先得到世界卫生组织的承认或推荐。除了错误和遗漏外,所有专利产品名称的字头均大写,以示区别。

基层医院儿童呼吸道

感染处理手册

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社胶印厂印刷

新华书店北京发行所发行

850×1168毫米40开本 1 $\frac{1}{5}$ 印张 26千字

1990年2月第1版 1990年2月第1版第1次印刷

印数: 00,001—2,100

ISBN 7-117-01317-6/R·1318 定价: 0.65元

前 言

本小册子为儿童急性呼吸道感染的临床处理提供指导。主要适用于在X线及细菌学设备条件受到限制的小的地方医院里工作的非专科医生，并特别强调了合理使用抗微生物药物的重要性。

本书初稿应世界卫生组织（WHO）的要求，由澳大利亚墨尔本的S. Frank博士起草，并经WHO急性呼吸道感染控制规划的工作人员根据下述专家讨论的意见作了修改：

Stephen Berman 博士（美国）

Floyd W. Denny 博士（美国）

Felicity Savage King 博士（英格兰）

Frank Loda 博士（美国）

Mark Steinhoff 博士（美国）

Ezequiel Wafula 博士（肯尼亚）

序

急性呼吸道感染和腹泻是最常见的儿童死亡原因。这本手册所提出的方案是由WHO根据所能获得的最科学的证据所制定的。希望这些方案能使更多患有严重呼吸道感染的儿童得到有效的治疗，并对患有轻度感染的儿童减少不必要的抗生素治疗。

多数死于急性呼吸道感染的儿童不足5岁，且大多死于肺炎。死亡病例中的大多数又是由流感嗜血杆菌或肺炎双球菌感染所致，而这两种细菌通常对青霉素、氨苄青霉素、羟氨苄青霉素、增效磺胺甲基异噁唑(TMP-SMZ)及氯霉素是敏感的。其它抗生素往往较昂贵或副作用更多。

许多前瞻性研究表明，判断儿童呼吸道感染的严重程度，仔细观察呼吸运动比用听诊器听诊更能得出可靠指征。所以，这本手册着重强调了呼吸频率与三凹征。

手册中的处理步骤，是按照X线和细菌学设备条件受到限制或根本没有的小医院设计的。有的病人可能需要得到手册中未提到的其它方法治疗，可根据具体条件和设备情况进行。

有关更为详细的资料可向WHO急性呼吸道感染中心索取。

目 录

前言

序

病例处理的一般原则.....	1
支持疗法.....	2
咳嗽伴哮鸣音——毛细支气管炎.....	4
反复发作的咳嗽伴有哮鸣音——哮喘.....	7
咳嗽超过30天.....	9
发热.....	11
麻疹.....	12
急性中耳炎.....	13
慢性中耳炎.....	14
百日咳.....	16
肺炎.....	18
重型肺炎.....	20
极重型肺炎.....	21
迁延型肺炎.....	23
新生儿肺炎.....	24
哮吼（喉气管支气管炎、白喉、异物吸入）.....	25
气管支气管炎.....	27
结核病.....	28
上呼吸道感染.....	30
药物剂量一览表.....	32
参考文献.....	38

病例处理的一般原则

极重型：收住院并给予氯霉素治疗

咳嗽或有哮鸣音伴紫绀或不能饮水。

（如果没有氯霉素，可给予青霉素G、氨苄青霉素，或羟氨苄青霉素和庆大霉素。）

重型：收住院并给予抗生素治疗

咳嗽不伴哮鸣音：出现三凹征者收住院。

咳嗽伴有哮鸣音：呼吸频率超过50次/分者收住院。

以下情况也应收住院：

——安静状态下有哮吼声〔喉气管支气管炎（哮吼）、白喉、会厌炎〕；

——有灰色咽假膜附着（白喉）；

——惊厥、窒息、严重脱水或嗜睡。

普通型：在家里治疗，给予抗生素和支持疗法

咳嗽伴呼吸加快（50次/分），无三凹征。

鼓膜充血或耳道溢液不足2周。

化脓性咽炎伴颈部淋巴结肿痛（颈淋巴结炎）。

轻型：在家里治疗，给予支持疗法，不用抗生素。

咳嗽或有哮鸣音，呼吸不超过50次/分。

患儿安静时无哮吼声。

鼻塞或流涕。

咽红。

耳道溢液超过2周。

支持疗法

支持疗法对大多数呼吸道感染病例是有帮助的。但并不鼓励无效的支持疗法，因为这样会分散医生的注意力，而不去为挽救患儿生命采取必要的措施。

最简单而有效的支持疗法有：

继续哺乳。患儿如果不能吸吮，母亲应将奶水挤出，用杯和匙喂饲。

鼓励患儿饮水，尤其当患儿口渴，脱水或有腹泻时。如果患儿脱水又不能进水，应给予胃管补液。静脉输液只有在患儿发生休克时方采用。

鼓励患儿进食，应少吃多餐，但不可强迫进食。

维持一个适度的温暖环境以减少耗氧量及二氧化碳产量。穿过多的衣服引起过热与将患儿暴露于寒冷之中一样是危险的。应该在温暖的房间里照料患儿，可使他少穿衣服。

给予对乙酰氨基酚(扑热息痛)以降低高热(超过 38.5°C)。用温水或冷水擦浴是不可取的，因为其不仅对降低患儿体温并不十分有效，而且能增加氧耗量和二氧化碳产量。

用注射器轻柔吸引清理鼻腔这一点很重要。在家里，母亲可用湿的软纱布或布头卷成灯芯状来清理鼻腔分泌物。

咳嗽抑制剂、祛痰剂、粘液溶解剂、减充血剂(血

管收缩药)以及抗组织胺药都不应使用。这些药既贵又无效。当地家庭土方可能是便宜而有效的。这里推荐一种便宜的止咳合剂: 2升0.1%氯化铵, 加20毫升浓缩薄荷水和5毫升苋紫溶液(或其它合适的色素)。剂量每6小时一茶匙(5毫升)。

如果能够办到, 所有伴有紫绀的患儿, 或者有哮鸣音且呼吸频率超过70次/分的患儿, 均应给氧。用鼻导管给氧, 每分钟1升。特制的低流量计有助于避免浪费和导致胃扩张的危险。导管插入深度应该等于从鼻翼到耳屏的距离。氧气最好进行湿化, 但湿化瓶要保证每天换水, 而且容器、管道及导管应每周清洗并干燥两次, 以减少细菌污染。

咳嗽伴哮鸣音——毛细支气管炎

12个月以内的婴儿首次出现哮鸣音，很可能是毛细支气管炎引起的。小婴儿的毛细支气管炎可以表现为窒息发作。反复发作的哮鸣音则提示为哮喘。哮鸣音有时可由异物吸入引起（见 26 页）

如果哮鸣音不易听见，可观察患儿的呼吸。有哮鸣音的患儿，其呼气比正常要长而且看起来要费力。几乎所有伴有哮鸣音的患儿都有三凹征。所以有哮鸣者的患儿出现三凹征并不是住院的指征。

极重型毛细支气管炎

症状：哮鸣音伴紫绀，或患儿不能饮水。

1. 收住院治疗。
2. 鼻导管给氧，1 升/分。
3. 给予氯霉素，25 毫克/公斤体重，肌肉注射，每 6 小时 1 次。
4. 需要疏通气道时，轻柔清理患儿鼻腔。
5. 如果患儿大于 12 个月，可口服或雾化吸入沙丁胺醇（舒喘宁）：

——口服（1 ~ 5 岁）：1 毫克，每日 3 次。

——喷雾：0.1 毫克，每 4 小时 1 次。

除非患儿出现休克，否则不要静脉输液。

重型毛细支气管炎

症状：哮鸣音伴呼吸急促（70 次/分以上），但无紫

紺，能饮水。

1. 收住院治疗。
2. 鼻导管给氧，1升/分。
3. 给予青霉素G，50000单位/公斤体重，肌肉注射，每6小时1次。
4. 必要时轻柔地清理患儿鼻腔。
5. 12个月以上的患儿可口服或雾化吸入沙丁胺醇（舒喘宁）：
——口服（1～5岁）：1毫克，每日3次。
——喷雾：0.1毫克，每4小时1次。

普通型毛细支气管炎：

症状：哮鸣音伴呼吸加快（50～70次/分），但无紫紺，能饮水。

1. 收住院治疗（部分病例可在院外治疗）。
2. 给予一种抗生素治疗，不少于5天。
——普鲁卡因青霉素，50000单位/公斤体重，肌肉注射，每日1次；
——或羟氨苄青霉素，15毫克/公斤体重，口服，每8小时1次；
——或氨苄青霉素，25毫克/公斤体重，口服，每6小时1次。
——或增效磺胺甲基异噁唑，4毫克TMP/公斤体重，口服，每12小时1次。
3. 12个月以上患儿可口服沙丁胺醇（舒喘宁）：
——1～5岁：1毫克，每日3次。

轻型毛细支气管炎

症状：有哮鸣音而无呼吸加快（低于50次/分），无紫绀，能饮水。

1. 院外治疗。

2. 不用抗生素。

3. 12个月以上的患儿口服沙丁胺醇（舒喘宁）：

——1～5岁：1毫克，每日3次。

4. 劝告母亲：

——继续哺乳。

——鼓励患儿饮水。

——鼓励患儿进食。

——如患儿病情加重，应及时回医院就诊。

反复发作的咳嗽伴有 哮鸣音——哮喘

出现这种症状的儿童多数大于1周岁。对于这种病例的处理，三凹征与呼吸频率不是可靠的指征。因为病情轻的哮喘患儿也可出现三凹征，而病情严重的患儿却可以表现为呼吸减慢。抗生素和抗组织胺类药物无效。

轻型哮喘

1. 院外治疗。

2. 口服沙丁胺醇（舒喘宁）：

—— 1～5岁：1毫克，每日3次。

—— 5岁以上：2毫克，每日3次。

—— 或给予肾上腺素（1毫克/毫升）0.01毫升/公斤体重，皮下注射，同时口服沙丁胺醇（舒喘宁）。

3. 要求母亲鼓励患儿多饮流质，少吃多餐。患儿病情加重，及时回医院就诊。

普通型或重型哮喘

如果患儿对肾上腺素或沙丁胺醇（舒喘宁）反应缓慢，则：

1. 收住院治疗。

2. 给氧。

3. 雾化吸入沙丁胺醇（舒喘宁）：0.1毫克，每4小时1次。

4. 给予氨茶碱, 0.4毫升/公斤体重, 静脉缓慢注射, 时间不能少于15分钟; 0.2毫升/公斤体重, 1小时后注射1次, 以后每6小时1次。如果可能的话, 也可用250毫克/100毫升的安瓿和滴定管进行滴注。

关于哮喘治疗的细节各国有所不同, 这些内容超出了本手册的范围。有关资料在许多医学教科书中都可找到。

咳嗽超过 30 天

结核病

寻找结核病证据，如：

- 发热，
- 淋巴结肿大，
- 营养不良，
- 家庭成员中有人患有结核病。

如有任何提示结核病的证据，应进行胸部 X 线检查和结核菌素皮试（芒图氏试验）。

百日咳

百日咳患儿有数周咳嗽史。百日咳可引起极其严重的阵发性咳嗽。患儿常在咳嗽末有“鸡鸣样”吼声和呕吐。

告诉患儿的母亲，咳嗽可在几周后逐渐好转。不要用抗生素，除非患儿不咳嗽时有呼吸加快或三凹征。

哮喘

多数慢性咳嗽的儿童患有哮喘。哮喘患儿可有哮鸣音和呼吸困难，但这些体征在就诊时可能并不出现。咳嗽常在夜晚加重。

给予沙丁胺醇（舒喘宁）治疗（见 36 页）——患儿需连续服药数周。应对患儿的母亲解释，此药对咳嗽会有帮助，但不能治愈哮喘。患儿有可能随时间推移而停止咳嗽。不要给予抗生素和抗组织胺药，

用这些药没有帮助。

异物吸入

一般有异物吸入史。例如，症状可以在患儿进食或玩耍时突然出现。

发 热

以下原因可引起儿童发热：

- 上呼吸道感染，
- 疟疾，
- 中耳炎，
- 麻疹，
- 肺炎，
- 脑膜炎，
- 腹泻，
- 脓肿，
- 尿道感染。

询问病史并进行体格检查，以寻找发热原因，并按如下处理：

1. 治疗发热病因。
2. 腋下体温超过 38.5°C 时，给予对乙酰氨基酚（扑热息痛）退热， $10\sim 15$ 毫克/公斤体重，口服，每6小时1次。
3. 在疟疾流行区应给予抗疟治疗。
4. 鼓励患儿多饮水，少吃多餐。让母亲继续哺乳。如果发热持续，并排除了其它原因，应检查尿液，看是否为尿路感染的体征。

寻找发热原因，并对其进行治疗。
