

小儿



常见疾病防治

XIAOER CHANGJIAN
JIBING FANGZHI

王兴河 张 华 主编

人 民 军 医 出 版 社

小儿常见疾病防治

AOER CHANGJIAN JIBING FANGZHI

主 编	王兴河	张 华	
编 者	王兴河	李金华	张 华
	黄国蓉	杨淑华	王佩珍
	屠善庆	刘玉华	薛 萍
	李忠玉		

人民军医出版社
北 京

(京)新登字 128 号

图书在版编目(CIP)数据

小儿常见疾病防治/王兴河,张华主编. —北京:人民军医出版社,1996. 8

ISBN 7-80020-667-X

I. 小… II. ①王…②张… III. 小儿疾病:常见病-防治 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 07051 号

人民军医出版社

(北京复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话 68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

北京科技太学印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/32·印张:5.625·字数:120 千字

1996 年 8 月第 1 版 1996 年 8 月(北京)第 1 次印刷

印数:1~8000 定价:8.50 元

ISBN 7-80020-667-X/R·599

〔科技新书目:397-079①〕

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

目 录

第一章 新生儿喂养与新生儿疾病	(1)
一、新生儿喂养	(1)
二、早产儿喂养	(3)
三、早产儿护理	(6)
四、新生儿颅内出血	(9)
五、新生儿肺炎	(10)
六、新生儿硬肿症	(13)
七、新生儿呕吐	(18)
八、新生儿败血症	(21)
九、新生儿惊厥	(22)
十、新生儿黄疸	(25)
十一、新生儿脓疱疹	(28)
十二、新生儿脐炎	(29)
十三、新生儿洗澡	(30)
第二章 小儿内科	(33)
一、维生素 A 缺乏	(33)
二、维生素 D 缺乏	(35)
三、婴幼儿腹泻	(38)
四、便秘	(42)
五、腹痛	(43)
六、消化道出血	(46)
七、急性上呼吸道感染	(48)
八、急性支气管炎	(49)
九、肺炎	(50)

十、病毒性心肌炎	(53)
十一、心内膜弹力纤维增生	(55)
十二、过早搏动	(56)
十三、阵发性室上性心动过速	(57)
十四、阵发性室性心动过速	(58)
十五、房间隔缺损	(59)
十六、室间隔缺损	(60)
十七、急性肾炎	(62)
十八、肾病综合征	(64)
十九、急性泌尿道感染	(67)
二十、肾盂肾炎	(69)
二十一、营养性缺铁性贫血	(70)
二十二、营养性大细胞贫血	(71)
二十三、雅克什综合征	(72)
二十四、遗传性球形红细胞增多症	(73)
二十五、再生障碍性贫血	(73)
二十六、特发性血小板减少性紫癜	(75)
二十七、急性白血病	(76)
二十八、血友病	(77)
二十九、癫痫	(78)
三十、癫痫持续状态	(80)
三十一、病毒性脑炎	(81)
三十二、急性感染性多发性神经根炎	(82)
三十三、多动症	(82)
三十四、克汀病	(83)
三十五、糖尿病	(84)
三十六、垂体性侏儒	(86)
三十七、麻疹	(87)
三十八、风疹	(88)
三十九、幼儿急疹	(89)

四十、水痘	(90)
四十一、流行性腮腺炎	(92)
四十二、脊髓灰质炎(小儿麻痹)	(93)
四十三、手足口病	(94)
四十四、乙型脑炎	(95)
四十五、细菌性痢疾	(97)
四十六、流行性脑脊髓膜炎(流脑)	(98)
第三章 小儿外科	(100)
一、新生儿乳腺炎	(100)
二、新生儿皮下坏疽	(101)
三、新生儿肛门周围感染	(102)
四、新生儿骨折	(103)
五、新生儿巨结肠	(103)
六、新生儿血管瘤	(104)
七、小儿脑震荡	(105)
八、危险三角区	(106)
九、小儿斜颈	(106)
十、脐疝	(107)
十一、肠套叠	(108)
十二、阑尾炎	(109)
十三、肠梗阻	(111)
十四、包皮过长及包茎	(112)
十五、隐睾	(113)
十六、婴儿型鞘膜积液	(114)
十七、急性骨髓炎	(115)
十八、先天性髋脱位	(115)
第四章 小儿耳鼻喉科	(117)
一、外耳湿疹	(117)
二、外耳道异物	(118)
三、外耳道疖肿	(119)

四、盯眵	(119)
五、耳前瘻管	(120)
六、化脓性中耳炎	(121)
七、鼻外伤	(122)
八、鼻疳	(123)
九、鼻出血	(124)
十、挖鼻孔	(125)
十一、鼻腔异物	(125)
十二、鼻窦炎	(126)
十三、扁桃体炎	(127)
十四、慢性咽炎	(128)
十五、腺样体增生	(129)
十六、急性喉炎	(130)
十七、先天性喉鸣	(131)
十八、急性喉梗阻	(132)
十九、气管异物	(132)
二十、食道异物	(133)
二十一、小儿音声的特点	(134)
二十二、小儿音声障碍	(135)
二十三、小儿言语障碍	(135)
二十四、耳聋小儿的矫治	(137)
第五章 小儿眼科	(142)
一、弱视	(142)
二、急性结膜炎	(143)
三、角膜炎	(144)
四、斜视	(145)
五、近视	(146)
六、眼外伤	(148)
七、麦粒肿	(149)
八、眼化学伤	(150)

第六章 小儿口腔科	(152)
一、舌系带短	(152)
二、龋齿	(152)
三、口角炎	(154)
四、鹅口疮	(154)
五、口腔溃疡	(156)
六、唇腭裂	(157)
第七章 小儿皮肤科	(159)
一、脓疱病	(159)
二、痱子	(160)
三、尿布皮炎	(161)
四、冻疮	(162)
五、扁平疣	(163)
六、带状疱疹	(164)
七、蚊虫叮咬	(166)
八、婴儿湿疹	(166)
九、药疹	(168)
十、血管瘤	(171)

第一章 新生儿喂养与新生儿疾病

一、新生儿喂养

(一)母乳**喂养**:产前必须对母亲进行系统健康教育,使母亲充分认识到母乳喂养的重要性及好处,母亲也要下决心在产后实施纯母乳喂养。

新生儿刚出生处理完脐带后,即产后半小时内母亲与自己的孩子进行皮肤接触,让其贴近母体胸前,含住乳头,使其早吸吮。

不要给新生儿喂母乳以外的食品,不要喂水、果汁,不要用代乳品,不要让孩子吸人工奶头。

让母亲与婴儿一天 24 小时在一起(生后母亲在住院期间实行母婴同室)。

新生儿不但要早吸吮,而且要按需哺乳,孩子什么时候想吃奶,妈妈就什么时候给孩子吃。产后一周内最好一天吸吮 10~12 次,以后每天至少喂 8 次以上。

喂奶时要有正确的喂奶姿势,让母亲舒适、松弛,有益于排乳反射不被抑制,使乳汁排出通畅。喂奶时母婴必须紧密相贴,无论将新生儿抱在哪边,新生儿的身体与母亲身体均应相贴,头与双肩向乳房,乳房应紧贴新生儿下巴。母亲喂奶时托乳房姿势也要正确,即拇指在乳房上方,其余四指托住乳房,呈“C”字形,原来用的剪刀式喂奶方法不利于乳汁排出(除非

在奶流过急,新生儿有呛溢时才用剪刀式喂奶姿势——食指和中指夹住乳晕上方控制奶流量)。母亲在怀孕期间就要用一个玩具娃娃进行练习如何喂奶。据报道,有效的吸吮时间为4分钟可获得80%奶量,10分钟时几乎达到100%,但每对母亲和婴儿都可能有个体差异,哺喂时间过长或过短都应注意观察其原因,以便及时纠正不正确的喂奶姿势。

喂哺中新生儿正确的含接姿势也很重要,每次喂奶,先将乳头触及新生儿口唇,诱发觅食反射;当新生儿口张大、舌向下的一瞬间,即将新生儿靠近母亲,使之能大口地把乳晕吸入口内。这样,新生儿在吸吮时能充分挤压乳晕下的乳窦使乳汁排出,通过吸吮又能有效地刺激乳头上的感觉神经末梢,促进泌乳和排乳反射,同时能看到新生儿两颊有节律的吸吮动作,并有咕咕咽奶声。

为了促进乳汁分泌,使乳汁充足,哺乳期的母亲应做到以下几点:①让孩子勤吸吮。吸吮是下奶的最好方法,只有勤吸吮奶水才会充足。②喂奶时要左右乳房交替,如前一次先从左乳房开始,下一次则从右乳房开始,哺乳后乳房里多余的奶要用吸奶器吸出,使双侧乳房都能充分排空。③妈妈的精神要松弛、愉快、不要焦虑和紧张,以免抑制泌乳和排乳。④哺乳期的妈妈饮食要充足、花样要多、品种要齐全,要多喝汤。一旦母乳不足,补充牛奶或配方乳时,应放在哺乳后,而不应放在哺乳前,以免新生儿因无饥饿感而不愿吸吮母乳。

保证母乳喂养的另一个环节还应做好乳房护理,以保证母乳来源。①保持皮肤清洁,不要用肥皂洗乳头、乳晕,只用清水洗就可以了。②哺乳期间,母亲应戴大小适宜的棉质乳罩,以起支托乳房和改善乳房血液循环的作用。③进行乳房按摩、拍打、抖动,促进乳房的血液循环。④怀孕8个月后作乳头伸

展、转动练习。⑤纠正扁平及凹陷乳头。

乳汁是婴儿最理想的天然食物,其营养成分完全符合婴儿生长发育的需要,易消化吸收。母乳中含有丰富的抗感染物质,如免疫球蛋白、巨噬细胞、溶菌酶、双歧因子等,初乳中以上抗感染物质含量更丰富,所以初乳是人生的第一次免疫,可预防多种疾病。母乳中还含有消化酶,如脂肪酶、乳糖酶,以帮助消化。当妈妈喂奶时,母亲要看着自己的孩子,孩子看着母亲的乳或乳房,这样可促进母子感情。母乳喂养能促进早期智力开发,婴儿智商高。母乳喂养对于母亲可预防产后出血,促进子宫复旧,减少发生乳腺癌及卵巢癌的危险。以上是母乳喂养的好处,应大力推广和实施母乳喂养。

(二)牛乳和配方乳喂养:生后试喂温开水和糖水后开始喂奶,喂奶时跟母乳喂养一样,也是根据食欲按需喂乳。新生儿生后第一天每次喂奶 15~20 毫升,以后每天每次增加 10~15 毫升,直至每次 60 毫升,再隔天每次增加 15 毫升至每次 90 毫升。生后 7~8 天,每天喂奶总量应达到每公斤体重给予 120~180 毫升才能达到营养需要。不可过量喂奶,以免脂肪细胞增生,至儿童期容易出现肥胖症。

(三)增加辅食:生后 4 天,可每天加维生素 C 50 毫克,第 8 天可加维生素 A 500 国际单位和维生素 D 400 国际单位。

二、早产儿喂养

早产儿喂养开始时间,目前多主张早期、足量喂养,一般生后 6 小时先试喂 1~2 次温开水或糖水,体重过低或体质弱者可推迟喂养。

(一)早产儿的母乳喂养:早产儿生长发育速度要比足月

儿快得多,充分满足其营养需要是个首要问题。按每公斤体重计算,早产儿对葡萄糖、蛋白质、维生素、钙、铁等需要量很大,对蛋白质也有特殊要求。母乳中的蛋白质含量比足月儿母亲乳汁中的高出 80%,且以乳清蛋白为主,它保持着溶解状态,所以易消化吸收,这样更适合于早产儿迅速生长发育的需要。早产儿母亲乳汁中非蛋白氮含量也较多,某些非蛋白氮是表皮生长因子、 T_3 、 T_4 、胰岛素样生长因子 I、胰岛素等等的氨基酸糖类的组成物合成所必需的物质,这些营养成分的摄入更有利于早产儿适应于宫外生活。人脑发育必需的重要物质——长链不饱和脂肪酸存在于母乳中,早产儿只有在母乳中才能获得这些脂质,它有保护脑细胞膜免受损伤的作用。母乳中游离氨基酸的含量如牛磺酸(牛乳中不存在)和谷氨酸也很高,这两种氨基酸都被认为与大脑发育有关。母乳中的维生素 A、C 都是牛奶中的 2 倍,维生素 E 是牛奶中的 3 倍,特别是维生素 E 对早产儿来说更为重要,因为它能稳定细胞膜,减少气管、肺发育不良症等疾病。母乳中的钙、铁与锌也都较牛奶中的更容易被早产儿所吸收,这样早产儿就可以通过母乳来补偿一些由于孕后期过早脱离母体而造成的营养不足。

早产儿消化道粘膜未发育成熟、通透性大,肝肾功能不完善,对牛奶中的异性蛋白不仅容易过敏,而且不易吸收和排泄。母乳所含的钠等电解质,量也比较适当,不易消化吸收的废物又少,这样就减轻了肾脏的负担。母乳的渗透压接近人血清的渗透压,对肠粘膜的损伤小。据国外报道,926 名早产儿中用牛奶喂养者,坏死性小肠结肠炎的发病率为纯母乳喂养的 6 倍,比混合喂养也要高 3 倍。

以上大量事实说明早产儿母乳喂养的好处,所以早产儿要以母乳喂养为首选,鼓励母亲树立信心,坚持母乳喂养。

早产儿因刚出生吸吮能力太差或需要治疗而不能直接吸吮时,母亲应每 2 至 3 小时挤一次奶,然后用滴管、小勺喂给早产儿,一旦早产儿具备直接吸吮母亲乳房的能力时,应尽早试喂,试喂的重要指征是体重大于 1 500 克。吸吮和吞咽功能基本正常的早产儿,喂奶时由于早产儿肌张力较低易引起哽噎,这时让母亲躺下,以减慢乳汁的流速,在哺乳时还要观察早产儿有否过度疲劳等表现。因早产儿胃容量较小,所以要勤哺乳,每天至少在 12 次以上,这样可避免喂奶前啼哭而造成能量消耗,每次哺乳后要竖抱,促使打嗝,还要挤出乳房中的余奶,保持足够的刺激使乳汁始终充沛,以利当婴儿吸吮力增强时,仍能满足日益增长的需要。有条件的医院应建立奶库,将多余的早产儿母亲的乳汁贮存起来,以供备用。

(二)早产儿的人工喂养

1. 喂养方案:对不能母乳喂养者以采用早产儿配方乳为宜。喂养早产儿是一项细致的工作,在生后 3~5 天内,其奶量要以不发生呕吐为主,注意吸入和防止窒息。早产儿生后 5 日内喂养具体方案见表 1-1。

表 1-1 早产儿生后 3~5 日内喂养方案

出生体重 (克)	<1000	1000~1499	1500~1999	2000~2499	稀释液
出生时龄 (小时)	每次喂奶量 (毫升)				
4~8	1	3~4	5~10	10~15	温开水
8~12	1	3~4	5~10	10~15	5%葡萄糖
12~24	1~2	4~6	10~15	15~20	1:1(乳品:糖水)
24~48	2~3	6~8	15~20	20~25	1:1(乳品:糖水)
48~72	3~4	8~10	20~30	25~30	1:1(乳品:糖水)
72	5~10	10~15	30~40	30~45	2:1(乳品:糖水)

2. 鼻饲法:一般用于体重在1 000~1 500 克的早产儿,虽吸吮及吞咽功能差,但胃肠功能尚可者。操作方法,即取消毒胃管,从口腔或鼻腔插入,长度为从鼻尖到耳垂,加从鼻尖到胸骨下端的总长度,打一点空气试一试胃管是否在胃中(如在胃中用听诊器在胃部可听到水泡音)。每次喂前将乳品加热(滴一滴在手背上以不烫为宜),倒在接胃管的空针筒内(20毫升注射器将芯拨出),使之缓缓流入胃中,然后将胃管反折扎紧。每次喂奶前抽吸胃液,看有无残留奶,如有残留奶应减少喂奶量,可用静脉高营养来补充不足。

3. 持续胃管法:将胃管插入胃中后,用输液泵以每小时2毫升左右的速度将乳品的一日量持续滴入胃中。此方法适用于胃中易残留奶和鼻饲法易出现缺氧征及呼吸困难的早产儿,每隔2小时左右抽一次胃液,检查是否仍有残留奶。

4. 肠管法:用于极低体重儿(体重小于1 000 克),将胃管插入胃中后,右侧卧位,使胃管通过幽门进入十二指肠或空肠,此时可抽出胆汁和碱性肠液,确定位置后将体外的胃管固定好。此方法的优点是减少呕吐和吸入,但容易出现肠穿孔,因此插管时间不宜过长。多次发作呼吸暂停者不宜用鼻饲法和肠管法喂养。

5. 静脉高营养法:用于不适宜胃肠乳品喂养的早产儿。静脉高营养应在医院进行。

(张 华 王兴河)

三、早产儿护理

对于早产儿的护理,要根据出生体重和生理能力不同而采取不同的护理措施:体重在2 000 克以上者,尚能较快适应

外界环境;体重低于 2 000 克,尤其低于 1 500 克的早产儿适应能力差,抵抗力又低,护理时要特别小心。

(一)出生时护理:早产儿出生时产房的温度应提高,备好温暖的接生台,包孩子的包被或睡袋也要事先预热,并通知有关护士预温早产儿暖箱,或备好红外线暖箱。早产儿娩出后首先要清除口、咽、鼻部粘液,保持呼吸道通畅。在无菌条件下结扎脐带,防止感染。尽量保护早产儿不使受凉,应迅速用消毒纱布擦净全身的羊水及血迹,皮肤上的胎脂有保护体温失散的功能,不必擦去。双眼滴 0.5% 的氯霉素或 0.5% 的新霉素。处理完毕应及时送入暖箱,并采取相应的抢救措施。

(二)日常护理

1. 一般性护理:护理人员要有高度责任感,对早产儿要体贴如微。每 4 小时测体温 1 次,发现脚凉时要用热水袋保暖,体温应保持恒定,24 小时内体温差不应超过 1°C 。每日固定时间测体重 1 次,一般在上午哺乳前进行,以了解其营养供给量情况,体重不升时,应查找原因。

2. 保暖:早产儿室应有空调设备,室温调至 $24\sim 26^{\circ}\text{C}$,晨间护理时应提高到 $27\sim 28^{\circ}\text{C}$,其周围的相对湿度应保持在 $55\%\sim 65\%$,以防失水过多,此湿度可协助体温恒定和减少氧气对呼吸道粘膜的刺激。在没有暖箱及取暖设备条件下,应因地制宜,可用暖水袋(水温 $40\sim 60^{\circ}\text{C}$)、热水瓶(空葡萄糖瓶装热水)、电灯泡烘烤等办法保暖。但要注意预防烫伤或烤伤。

早产儿体重在 2 000 克以下者均应入暖箱,具体要求见表 1-2。

2 000 克以上者因特殊情况需住暖箱者,暖箱的温度为 $28\sim 30^{\circ}\text{C}$ 。

适当的环境温度称为中性温度,早产儿的中性温度一般

表 1-2 早产儿体重小于 2 000 克所需暖箱的温度

体 重(克)	暖箱温度(°C)
1 500~2 000	30~32
1 000~1 500	32~34
1 000 以下者	34~36

为 32~36°C,在这个环境温度里早产儿的耗氧量最低。

3. 氧气供给:原则上在早产儿发生青紫和呼吸困难时给以氧气吸入,但勿常规持续使用。给氧以解除症状为度,测动脉血氧分压值 13.33kPa(100mmHg)内尚属安全。氧气浓度过高(30%~40%为宜),用氧气时间过长易引起晶体后纤维组织增生,导致视力障碍(用氧持续时间最长不超过 3 天)。

4. 防止低血糖发生:出生后两次血糖值低于 1.1 毫摩尔/升(20 毫克/分升)即可称为低血糖,应静脉推注葡萄糖(每公斤体重 1 克),然后以每分钟每公斤体重 10 毫克的速度持续滴入,待血糖稳定后再滴入 24 小时。血糖不升者可用氢化考的松,每日量按每公斤体重 5 毫克计算,分次滴入可升高血糖。

5. 维生素及铁剂供给:早产儿生长快,体内贮存各种维生素量少,应及时予以补充。生后每日应给维生素 K₁ 1~3 毫克和维生素 C 50~100 毫克静脉点滴,共 2~3 天。3 天后可口服复合维生素 B 半片和维生素 C 50 毫克,每日 2 次。10 天后可给浓鱼肝油每日 3~4 滴。生后 1 个月可给予 10%枸橼酸铁胺,每日按每公斤体重 2 毫升给。出生体重大于 1 500 克者,生后 10 天每日给维生素 E 30 毫克,共 2~3 个月。

6. 预防感染:预防早产儿感染是护理中的重要一环。室内要定时通风(避免直接吹风),保持空气新鲜,早产儿室要定

期清洗地面,每天用消毒液擦地,并行紫外线空气消毒等。要严格执行消毒隔离制度,各种操作要按操作规程进行。医务人员操作前后要用肥皂洗手。工作人员应按期做咽培养,有上呼吸道感染者应暂调离早产儿室,早产儿中有感染者除及时治疗外,必要时进行隔离。

(王兴河 张 华)

四、新生儿颅内出血

新生儿颅内出血是新生儿期常见的严重疾病,主要表现为硬脑膜下出血、脑实质出血、小脑出血及混合性出血等。新生儿颅内出血可分为缺氧性出血和产伤性出血。缺氧性出血多见于早产儿,产伤性出血多见于足月儿及异常分娩新生儿(臀位分娩居多)。

【病因】 颅内出血分内因和外因。

1. 内因:新生儿生后1周内凝血功能不够健全和血管壁弹力纤维发育不够完善而血管壁脆弱,容易发生出血。

2. 外因:①缺氧。凡能引起胎儿缺氧的因素均能导致颅内出血,如胎盘早期剥离、脐带脱垂、母亲患心脏病、贫血等均可引起胎儿缺氧。临产时早期用吗啡类镇静剂可抑制胎儿呼吸中枢而缺氧。脑组织在缺氧情况下可发生脑水肿、充血,脑血管通透性增加引起渗血。②产伤。由于分娩过程中胎儿头部受挤压、牵拉变形而引起颅内血管破裂。

有时缺氧性出血和产伤性出血可同时存在。

【表现】

1. 早期表现:多呈兴奋状态,如烦躁不安、脑性尖叫、呕吐、拒奶、痉挛、肌张力增强、下颌振颤、两眼发呆。