

儿科疾病 中西医比较诊疗手册

周淑娴 编著

山东科学技术出版社

一九九〇年·济南

儿科疾病中西医比较诊疗手册

周淑娟 编著

*

山东科学技术出版社出版
山东省新华书店发行
山东济宁日报社印刷厂印刷

*

787×1092毫米 32开本 20印张 390千字

1990年5月第1版 1990年5月第1次印刷

印数1—3,180

ISBN7—5331—0729—2/R·199

定价:6.50元

序

周淑娴副主任医师多年从事儿科教学和临床实践,编写了许多儿科教学讲义,在此基础上,经过细心整理,参阅了国内外大量的有关资料,完成了这本《儿科疾病中西医比较诊疗手册》。

她的这本专著,引起了莫大的兴趣,她的研究,虽不能说是开辟了一个新的领域,但这个领域,确实很少有人涉足。如今,她勇敢地进行探索,坦率地把她在探索中的所想所感,所见所闻,自身多年从事教学和临床的实践经验奉献给我们,旨在为治疗儿科疾病作出贡献,这是值得敬佩的。

我国人口众多,居于全球之冠,小儿数量超过三亿。勿庸置疑,治疗小儿疾病,对于儿科医生是一重任。治疗方法采用中医、西医和中西医结合,大家的意见是比较统一的。但如何进行“结合”,怎样迈出“结合”的第一步,却是众说纷纭,莫衷一是。

儿科疾病学和其他科学一样,也应重视用理性方式去整理感性材料。对于一个儿科医生来说,总是对中、西两种治疗方法发生浓厚兴趣,并且努力找出它们之间的异同,通过归纳、分析、比较,找出更好的治疗方法。笔者认为运用比较的方法是研究和治疗儿科疾病的好方法,也是研究中西医结合迈出的可喜一步。

事物之间的差异性和同一性,是比较方法的客观基础。周淑娴医生根据自己几十年的临床经验认为中医和西医之间就存在着这种差异性和同一性。有效地研究其差异性和同一性,

对治疗儿科疾病大有裨益。

中医儿科及西医儿科书籍国内外屡见不鲜,但对中西医结合儿科进行比较的儿科专著确属少见。为了满足广大读者对这类书籍的渴求,作者受德国弗里德里希·史勒格耳“比较解剖学曾给自然历史以光明”的启发,将中西医结合儿科在疾病诊疗方面之特点进行比较编著成书,这在儿科学里还是一个新的课题,也是儿科学中的一种新的学术意识的觉醒,它可以改变锁闭的医学观念,扩大人们的观察点,有助于拓宽儿科学视野,在儿科疾病面前能够多角度、立体地加以观察。它可以唤醒儿科医务工作者自觉的比较意识,推动我们建立一种更为博大的医学观,站在更高的角度上,从更大的领域来看待儿科疾病的治疗。

“任何比较都不会十全十美”,因此,周淑娴大夫用比较的方法研究治疗儿科疾病的成果也只能是初步的。我相信,继续努力,不断开拓,坚持用比较的方法进行儿科疾病诊疗的研究,一定会开创出一个新天地。

李廷来

1989年7月1日 济南

目 录

序

作者的话

新生儿窒息.....	(1)
新生儿黄疸	(12)
新生儿硬肿症	(40)
新生儿脐炎	(49)
新生儿破伤风	(55)
新生儿败血症	(67)
麻疹	(76)
风疹	(97)
幼儿急疹.....	(104)
水痘.....	(109)
流行性腮腺炎.....	(117)
流行性乙型脑炎.....	(128)
病毒性肝炎.....	(149)
小儿麻痹症.....	(178)
细菌性痢疾.....	(194)
猩红热.....	(218)
百日咳.....	(231)
流行性脑脊髓膜炎.....	(246)
营养不良.....	(267)
婴儿腹泻.....	(284)

肺炎.....	(319)
支气管哮喘.....	(350)
急性肾炎.....	(377)
肾病综合征.....	(400)
尿路感染.....	(424)
营养性贫血.....	(439)
再生障碍性贫血.....	(462)
紫癜.....	(479)
寄生虫病.....	(501)
暑热症.....	(539)
遗尿症.....	(547)

附录：

一、小儿常用西药剂量表	(559)
二、小儿常用中药剂量表	(582)
三、小儿常用中药方剂	(598)
四、小儿常用检验正常值	(616)

新生儿窒息

西医

〔病名〕

新生儿窒息。

〔概述〕

新生儿娩出后一分钟内只有心跳而无呼吸,或者只有不规则、间歇性、浅表的微弱呼吸,且经清除呼吸道粘液、血液、羊水后仍未能出现正常呼吸者,称为新生儿窒息。

新生儿窒息是新生儿期急症之一,亦是新生儿的主要死亡原因之一,幸存者,也多留有不同程度的后遗症,影响婴儿的智力发育,必须积极抢救。

〔病因病机〕

影响母体和胎儿间血液

中医

〔病名〕

初生不啼、闷气生、婴儿假死证、闷脐生、梦生、草迷、落地惊、寤生。

〔概述〕

小儿生下,立即啼哭(从娩出至开始啼哭,正常极限为75秒钟),这是一种自然现象,因为啼哭一发,则肺气运行,全身的经络脏腑、四肢百骸,才能得到灌输和营养。若不能啼哭,则气机闭塞,气血不能运行,甚至会气闭闷绝而死,此即所谓初生不啼或闷气生、草迷、梦生等,名称虽不同,但所指的却都是不啼之症,此即小儿的危急病症。《小儿卫生总微论方》、《寿世保元》等书中均记载,初生不啼,皆以“回气法”治之。

〔病因病机〕

一、母体因素

循环和气体交换的任何原因均可导致新生儿窒息，具体有以下原因：

一、宫内因素

母体因素：母体低血压、心力衰竭、严重贫血等疾患。

子宫因素：产程过长、子宫痉挛性收缩、子宫内出血、羊膜早破等。

胎盘因素：前置胎盘、胎盘早期剥离、胎盘功能不全等。

脐带因素：绕颈、打结、脱垂、扭转等。

二、分娩因素

分娩时应用过量麻醉剂及止痛剂；颅内出血；剖腹产儿因缺乏经过产道的正常节律刺激。

以上诸因素均可使胎儿发生缺氧，中枢神经系统对缺氧最敏感，开始缺氧时，中枢神经系统尚处于兴奋状态，这时可反射性地使胎儿心跳加快，胎动增加，同时使胎儿反射性的张口深呼吸，

(一)母体疾病：

母素有疾患，或产前外感毒邪，或临产时用药不当。

(二)产时情况：

1. 产前、产时失血过多。

2. 临产时阵痛过剧，痛时屏气努胀，时间过久所致之难产，滞产、或子痫发作等。

二、胎儿因素

(一)胎儿疾病：

先天性畸形发育。

(二)脐带异常：

脐带打结、脱垂、绕颈等。

三、分娩时因素

(一)产时感寒：

分娩时天气太冷，寒气逼迫，气为寒闭。

(二)羊水吸入：羊水入肺，致秽浊之邪壅结。

以上因素均可使初生儿发生气闭而不息不啼。

企图缓解缺氧状态,但结果将羊水吸入肺内,引起吸入性肺炎,如缺氧继续加重,可使中枢神经系统由兴奋转入抑制状态,当出生时,无论是空气对婴儿皮肤的刺激,或是断脐后氧气供给停止引起缺氧的强烈刺激,都不能引起新生儿中枢神经系统的反应,不能象正常新生儿那样,在出生后一分钟内就开始呼吸,从而发生窒息。

三、产后因素

多由新生儿严重畸形或疾病造成,如大血管畸形、先天性心脏病、食道气管瘘、肺不张、新生儿肺透明膜病等。

〔诊断〕

一、临床表现

(一)有上述病因者均有可能发生窒息。

(二)宫内窒息(胎内窒息),开始时胎心增快,可达160次/分以上,以后渐减慢至100次/分以下,甚至停止搏动。羊水有胎粪污染。有

〔辨证〕

辨证及分型:

初生不啼之小儿,出生后身体温而不息不啼,或出现若断若续之呼吸,或出现微弱之呼吸,但不会啼哭。初生不啼可有轻、重两种程度之分,主要根据皮肤颜色不同来区分二者。

时孕妇可感觉胎动增强。

新生儿窒息可以是胎儿窒息的延续。窒息程度轻重不一，依窒息原因及发展阶段而不同。一般早期较轻，系青紫型；晚期较重，系苍白型。但有时小儿一出生就可见到苍白型窒息。

(三)青紫窒息，面部及全身紫绀，呼吸表浅或不整，心音减慢但有力，肌张力存在，体温可正常，知觉存在。此型较轻。

(四)苍白窒息，为严重窒息，可于出生时即出现，或由青紫窒息发展而成。全身苍白、冰冷，呼吸极微弱不整，心音微弱，肌肉松弛，各种反射及知觉均消失。窒息程度的轻重通常用 Apgar 评分法表达。见〔说明〕1。

二、实验室检查

胎儿和新生儿缺氧都有代谢性和呼吸性酸中毒，当胎儿头刚露出宫颈口时，有条件者可取头皮血，如血 pH

一、轻证(青紫型不啼)

皮肤为青紫色，呼吸时断时续，或极微弱，四肢呈屈曲状，但可活动，手足尚温暖，可有皱眉动作。

二、重证(苍白型不啼)

皮肤为苍白色，呼吸停止或偶见微弱之呼吸。四肢柔软无力，无任何伸屈动作，手足厥冷。

轻证经紧急救治后好转较快，呼吸渐恢复之，且次数及节律均趋于正常，哭声变洪亮，皮肤由青紫转红润，四肢可有伸屈等运动。重证不啼之患儿经抢救后亦可好转，但较轻证要慢，呼吸恢复后也较弱，皮色仍苍白，口周仍青紫，哭声亦微弱，四肢逆冷，体温低于正常，不会吮乳。

≤7.25 提示胎儿有严重缺氧症,需准备各种急救措施。出生后再多次测血 pH, PaCO₂、BE 和 PaO₂ (见附录), 作为用碱性溶液和供氧的依据。婴儿在应激情况下可能发生高血糖或低血糖、低血钙、低血钠和高血钾,必要时都需检验。

〔治疗〕

新生儿窒息的治疗属紧急措施,应由儿科和产科医师共同处理。处理原则:①清除呼吸道分泌物;②刺激呼吸;③供给氧气;④人工呼吸;⑤各种对症治疗。

具体措施如下:

一、产前处理

有胎内窒息时,如心率变化者,给孕妇吸入氧气,做好急救准备。

二、产后处理

(一)清理呼吸道:

生后及时清除呼吸道障碍,如头低位引流,用纱布拭出或用导管吸出口腔内羊水

〔治疗〕

初生不啼属小儿急症,必须分秒必争,积极进行抢救。

一、清理气道

用干净纱布擦净口鼻之恶血及羊水。使之不被吸入肺内。

二、鞭背法

小儿初生后气闭不通,呼吸奄奄,没有啼声者可用大葱一束,轻轻鞭打儿背,自可发出啼声而回醒。因为大葱味辛通气,击动可以醒神,用葱鞭背,就是取其开通击醒的道理。假如没有大葱,可以用手轻拍儿背,同样可以

及分泌物，保证呼吸道通畅。

(二)刺激呼吸：

1. 拍打背部或弹足底。

2. 注射呼吸中枢兴奋剂，对山梗茶硷、苯甲酸钠咖啡因或尼可刹米等药，目前国际上强调在新生儿窒息抢救时禁用，以免引起深吸气，使污染的羊水或胎粪吸入肺的深部而引起吸入性肺炎、肺不张或胎粪性肺炎等。耽误抢救时间，影响抢救效果。除非孕妇曾用大量镇痛剂、麻醉剂，而新生儿处于严重抑制状态可酌情应用。

(三)氧气吸入。

(四)其他抢救措施：

经以上处理后，轻度窒息者可恢复呼吸，但重度窒息患儿尚须采取以下措施。

1. 人工呼吸：口对口呼吸。

2. 人工呼吸器：气管插管后先从气管中吸出粘液，吸尽后从插管中用人工呼吸器供给氧气。供氧的浓度以

达到肺部舒张，气通即能啼哭的目的。

三、熏脐带法

小儿刚刚生下，如正值天寒季节，气为寒闭，使小儿不能啼哭，这时不可剪断脐带，急用棉絮包裹，抱在怀中，用纸捻蘸油（或艾条）点火放在脐带上往来熏之（防止烫伤），驱散寒气，使暖气入腹，寒气一散，自能啼哭，然后再行剪断脐带。

四、针灸疗法

针灸治疗初生不啼，方法简便而易行。常用穴位：人中、水沟、十宣、百会、涌泉、四维（双合谷、双太冲）。

五、推拿疗法

主穴：掐人中穴 3 至 5 次，掐中冲穴 3 至 5 次，掐少商穴 3 至 5 次，揉小天心穴 5 分钟。

配穴：推补脾土穴 5 分钟，推上三关穴 3 分钟，分阳 1 分钟，推补肾水穴 5 分钟，揉二人上马穴 3 分钟，揉外

40~50%为宜,压力开始约15~20cmH₂O,以后根据病情调整。呼吸次数25~30次/分,吸气与呼气比例1.5:1或1:1,维持PaO₂在60mmHg以上,待出现规则的自主呼吸、青紫消失、皮肤转红后停止加压或拔管,继以面罩供氧。

3. 碱性液的补充:纠正酸中毒是治疗窒息的重要措施。在15分钟内缓慢滴注5%碳酸氢钠溶液5~8ml/kg(用等量10%葡萄糖溶液稀释),以后根据pH或病情估计用量。

4. 心脏复苏:如无心跳或每分钟心跳在30次以下者,可作心脏按摩;两手手指及前掌托住胸廓背部,而两大拇指把胸骨前中部压向脊柱约2cm,每分钟60~80次。同时静注10%葡萄糖酸钙1ml/kg。

(五)对症处理:

1. 抗生素预防感染。

劳宫穴3分钟。

方义:掐人中、中冲,揉小天心,开郁通窍,并能通畅全身经络,使神志清醒,掐少商穴,可宣通肺气,加强呼吸和啼声,推补脾土,配建上三关、分阳,补气活血脉,温通经络,可使面色由青紫转为色红;推补肾水,揉二人上马,外劳宫等穴,补肾阴,温肾阳,以助疗效。

六、药物

主要用以巩固及加强疗效。经抢救复苏后,仍有口周青紫,面色苍白,哭声低微,呻吟喘息,四肢欠温,体表发凉等情况,除保暖及氧气吸入等措施外,尚可同时服用中药。

参附汤:人参0.5g、附子1.5g。

四逆汤加当归、红花:附子1.5g、干姜1.5g、甘草1.5g、红花1.5g。

以上二方剂均可温里祛寒、回阳救逆。伴抽风者可加

2. 其他,如继发脑水肿和颅内压增高者用甘露醇,也可用地塞米松,发生低血糖及低血钙时需相应补充。整个抢救过程中均应注意保暖等。

附:预防:

1. 孕妇要定期作产前检查,发现不正常现象及时治疗。

2. 提高产科技术,正确处理难产。

僵蚕 0.5g、钩藤 1.5g、全蝎 1g。

不能口服者可用鼻饲。

[说明]

1. 新生儿评分法(Apgar氏)(阿氏)

体 征	评分标准			出生后	以后评分	
	0	1	2	1 分钟	() 分钟	() 分钟
皮肤颜色	青紫 或苍白	身体红, 四肢青紫	全身红			
心率 (次/分)	无	<100	>100			
弹足底或 导管插鼻 后反应	无反应	有些动作 如皱眉	哭、 喷嚏			

肌肉张力	松弛	四肢略 屈曲	四职能 活动			
呼吸情况	无	慢, 不规则	正常, 哭声响			

评分标准:8~10 分钟为正常,4~7 分为轻度窒息或青紫窒息,0~3 分为重度窒息或苍白窒息。生后 1 分钟内即评分,如不正常应继续作 5 分钟或更长时间的评分。

2. 新生儿窒息(初生不啼)在抢救时以采用中西医结合治疗方案为佳,既采用现代医学抢救措施,如吸痰、吸氧、人工呼吸器、血气分析、静脉输液等,又可采用中医之针灸、推拿、中药等疗法,特别是针灸及推拿又极方便易行,效果又佳,可刺激患儿尽快恢复呼吸,以缩短窒息时间,减少脑缺氧所致之后遗症,如大脑瘫痪、智力不全、耳聋、视力减退、癫痫等。但在刺激呼吸以前必须在清除呼吸道障碍的基础上进行。

3. 新生儿窒息的研究点滴

(1)籍孝诚、徐景蕓在新生儿窒息的调查报告(《中级医刊》1985,20(6):340)中讨论以下问题:①阿氏评分:强调越是高危情况越需评分,熟练者半分钟即可得全部指标评分。在农村、家庭接生,不易推广则可考虑采用只观察颜色、呼吸两个指标的办法。②清理呼吸道,已普遍重视,电吸引器如用于吸痰,负压宜在 150mmHg 以下,管道上应装 T 型管,以便减压。

呼吸道被粘稠羊水或胎粪堵塞时,插管吸痰是关键措施,不足之单位应及时健全插管技术措施。③呼吸建立,人工通气无论何法,压力不宜过大,口对口只应用口中余气,苏生囊压力以20~30cm水柱为宜。插管加压时只要胸廓微微升动即可,否则易发生气胸。④洛贝林和尼可刹米多已废弃不用。葡萄糖用量不可多,以防心衰,浓度不超过10%,否则可损伤门静脉窦而引起血栓。用碳酸氢钠之前,必须先建立有效通气,并掌握指征及剂量。

(2)过氧化氢溶液脐静脉注射抢救新生儿窒息 37例观察(《中级医刊》(3):39,1982),此文根据过氧化氢内给氧法纠正缺氧的机理,抢救新生儿窒息 37例,效果良好。

过氧化氢是强氧化剂,和血液中过氧化氢酶接触即分解出大量氧气,和血红蛋白结合分布到各器官,使器官的缺氧状态得到改善,机能得到恢复。临床使用时应选未启封的过氧化氢溶液,以免部分氧气析出影响效果,并严格控制浓度、剂量和推注速度,避免太快而形成气栓,每次用3%过氧化氢溶液1ml加25~50%葡萄糖溶液10ml稀释,以减少副作用,且可防治脑缺氧、缺糖所引起的颅内出血,又可减轻严重窒息时的酸中毒,如症状改善不明显者,5分钟后可重复一次。

静脉推注过氧化氢溶液抢救新生儿窒息,疗效迅速、明显,方法简单,尤其适用于农村无氧气设备的地区。

(3)胎粪吸入综合征的研究。

胎粪吸入综合征是指产前及产时吸入胎粪污染的羊水所引起的一组征候群。Marx 等认为当胎儿陷于低氧血症时机体产生潜水反射,为了维持生命,血流主要分布于心脑及肾上腺,而肠与皮肤血流显著减少,肠壁缺血而产生痉挛,肛门括约肌弛缓促使胎儿排便。低氧血症使胎儿发生喘息样呼吸运动,胎粪羊水吸入气道内形成活瓣性阻塞,气体能吸入但呼气时口径缩小,管腔完全阻塞,呼出气体又从活瓣周围返回小气道造成弥漫或局部肺气肿,完全阻塞时形成肺不张。由于化学性炎症反应可致弥漫性肺炎,加重缺氧和酸中毒,肺泡和间质可有出血。肺顺应性下降,表面活性物质减少可导致肺透明膜形成。

关于胎粪吸入综合征的诊断问题,竹峰久雄等指出:①胎粪羊水污染、羊水混浊,新生儿皮肤指(趾)甲经胎粪黄染;②气管内积贮胎粪羊水 1ml 以上;③X 线胸片,典型的呈粗、细颗粒、肺不张、肺气肿,时有气胸、纵膈气肿;④尿路胎粪指数 >2 ,正常值 ≤ 1 ,临界值 $1\sim 2$ 。由于吸入胎粪羊水水中的胆红素由肺循环吸收后经尿排泄故胎粪吸入综合征时尿路胎粪指数增高。