

诊疗常规

小儿科

ZHENLIAO
CHANGGUI
XIAUERKE



云南省卫生厅医政处
云南科技出版社

诊疗常规

小儿科

云南省卫生厅医政处编

云南科技出版社

责任编辑：学 简

封面设计：苏 定

诊 疗 常 规

小 儿 科

*

云南科技出版社出版发行

(昆明市书林街100号)

云南新华印刷二厂印刷 云南省新华书店经销

*

开本：787×1092 1/32 印张：4.375 字数：96,000

1987年10月第一版 1987年10月第一次印刷

印数：1—11,800

ISBN 7—5416—0034—2/R·10

统一书号：14466·22 定价：0.95元

诊疗常规

小儿科

主 编 胡显章

编写人员 (按姓氏笔划)

马俊仙	马婉君	王棣华	王雅香	米 芳
刘景延	许江涛	华世镁	华月龄	杜百年
杜宝珠	李 丽	李竞雄	纳志云	张 涛
祝云华	段琮安	胡显章	梁其绶	黄瑞兰
蒋式宜	谭来锡			
审 定	李本孝	常 鹏	任永真	胡松谋

前 言

为了加强医院的科学管理，逐步实行质量控制，不断提高各级医院的诊疗水平，基本统一我省常见疾病的疗效判定标准，云南省卫生厅组织省、市级医院的专家、教授和有丰富临床经验的医师，编写了《诊疗常规》丛书。

本丛书共分内科、外科、妇产科、小儿科、皮肤科、眼科、耳鼻喉科、口腔科和急救科等九个分册。编入丛书的每个常见疾病，都按诊断要点、治疗原则和疗效判定标准等三个部分来阐述，条理清楚，简明实用，对临床各科医务人员，特别是年轻医务人员有较好的参考价值。

编 者

目 录

第一章 新生儿疾病	(1)
第一节 新生儿溶血症.....	(1)
第二节 新生儿肝炎综合征.....	(3)
第三节 新生儿破伤风.....	(5)
第四节 新生儿肺炎.....	(7)
第五节 新生儿硬肿症.....	(9)
第六节 新生儿颅内出血.....	(11)
第七节 新生儿败血症.....	(13)
第二章 营养缺乏性疾病	(18)
第一节 营养不良.....	(18)
第二节 维生素D缺乏性佝偻病	(21)
第三节 维生素D缺乏性手足搐搦症	(24)
第四节 维生素D中毒	(27)
第三章 呼吸系统疾病	(29)
第一节 上呼吸道感染.....	(29)
第二节 支气管炎.....	(31)
第三节 哮喘性支气管炎.....	(33)
第四节 支气管哮喘.....	(35)
第五节 毛细支气管炎.....	(41)
第六节 支气管肺炎.....	(43)
第七节 大叶性肺炎.....	(46)
第八节 肺脓疡.....	(47)
第九节 脓胸、脓气胸.....	(50)
第四章 循环系统疾病	(53)

第一节	先天性心脏病.....	(53)
第二节	病毒性心肌炎.....	(59)
第三节	感染性心内膜炎.....	(61)
第四节	风湿热.....	(63)
第五节	急性心包炎.....	(66)
第五章	消化系统疾病.....	(69)
第一节	婴幼儿腹泻.....	(69)
第二节	急性出血性坏死性小肠炎.....	(76)
第三节	消化性溃疡.....	(78)
第四节	肠蛔虫病.....	(81)
第五节	猪绦虫病及囊虫病 (囊尾蚴病)	(84)
第六章	血液系统疾病.....	(87)
第一节	营养性缺铁性贫血.....	(87)
第二节	营养性大细胞性贫血.....	(91)
第三节	营养性混合性贫血.....	(94)
第四节	再生障碍性贫血.....	(95)
第五节	特发性血小板减少性紫癜.....	(98)
第六节	过敏性紫癜.....	(101)
第七节	白血病.....	(104)
第七章	泌尿系统疾病.....	(114)
第一节	肾病综合征.....	(114)
第二节	急性肾小球肾炎.....	(117)
第三节	急性尿路感染.....	(119)
第八章	神经系统疾病.....	(123)
第一节	化脓性脑膜炎.....	(123)
第二节	结核性脑膜炎.....	(126)
第三节	病毒性脑膜炎.....	(130)

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿溶血症

新生儿溶血症主要指母子血型不合（ABO、Rh等）而引起的同种免疫性溶血。当胎儿由父亲方面遗传来的显性血型抗原恰为母亲缺少时，母亲体内产生相应抗体，此抗体通过胎盘进入胎儿血循环使胎儿红细胞破坏而出现溶血。

ABO血型不合者，大多数母亲是O型，胎儿为A型或B型。Rh血型不合者常见于母亲为Rh阴性，胎儿为Rh阳性。见下表：

母亲血型		胎儿血型
ABO血型	O型	A或B（常见）
	A型	B或AB
	B型	A或AB
Rh血型	Rh（-）	Rh（+）

一、诊断要点

（一）症状体征

生后24小时以内出现黄疸，48小时以内迅速加重，以及肝脾肿大、心力衰竭、水肿等症状。黄疸加重越迅速者，病情越重，黄疸出现时伴有不同程度贫血。Rh血型不合者贫血程度较ABO血型不合者重。由于溶血，血红蛋白分解产生的游离间接胆红素可透过血脑屏障进入神经细胞引起胆红素中毒性脑病—核黄疸。可出现嗜睡、肌张力减退，进一步可有抽搐，角弓

反张、严重时出现呼吸衰竭，甚至死亡。

(二) 实验室检查

1. 血清胆红素增高，主要是间接胆红素增高远远超过生理性黄疸范围。若血清胆红素大于20毫克/分升即有发生核黄疸的可能性。

2. 红细胞数和血红蛋白减少（低于新生儿同日龄的正常值），同时有网织红细胞和有核红细胞增多。

3. 检查母子血型，可证明母子血型不合。

4. 检查患儿血清中是否有相应血型抗体存在。间接抗人球蛋白试验阳性，表明血清中有血型抗体存在；直接抗人球蛋白试验阳性说明红细胞已被血型抗体所致敏。

二、治 疗

1. 光疗：血清间接胆红素超过12毫克/分升时可用波长420~460 μ m的蓝光照射，时间24~48小时。照射时注意用黑布保护眼睛及外阴。适当补充水分、维生素B₂及维生素E。

2. 酶诱导剂：苯巴比妥5~8毫克/公斤/日与可拉明100毫克/公斤/日联合使用，分2~3次口服，可连用1周。

3. 激素：强的松1~2毫克/公斤/日，分2~3次口服或每日静脉滴注一次，可连用4~7天。

4. 白蛋白或血浆：白蛋白1克/公斤/次，血浆25~30毫升/次。

5. 换血疗法可用于：①产前已明确诊断为新生儿溶血症，出生时新生儿血红蛋白低于12克/分升，伴有水肿、肝脾肿大、心衰者。②血清胆红素20毫克/分升或以上。③有早期核黄疸表现。④早产儿或前一胎有较重黄疸及贫血者，可适当放宽指征。

三、疗效标准

治愈：临床症状消失；血红蛋白测定、血清胆红素测定在正常范围。血清特异抗体检查阴性。

好转：临床症状改善，黄疸消退，面色转红，水肿消退。血红蛋白测定值上升，血清胆红素值下降，但未恢复到正常水平。

第二节 新生儿肝炎综合征

此综合征包括：新生儿肝炎；新生儿胆道闭锁（肝内、肝外）及胆汁粘稠症；遗传性疾病（ α_1 -抗胰蛋白酶缺乏症、半乳糖血症等）。

一、诊断要点

（一）症状和体征

1. 黄疸持续不退，逐渐加深或消退后又重新出现。黄疸程度轻重不一，胆道闭锁者较重。

2. 大便色变浅，可呈淡黄色或灰白色，重者呈白陶土色。

3. 可出现呕吐、厌食、体重不增、尿色深黄。一般均有肝脾肿大。重者肝脏可达肋下5～7厘米，继而出现腹壁静脉怒张、腹水、甚至肝昏迷。

（二）实验室检查

1. 血清胆红素升高，以直接胆红素升高为主。

2. 可有GPT升高。

3. 某些新生儿肝炎可查到病因。如乙型肝炎病毒引起者血中HBsAg阳性；由巨细胞包涵体病毒引起者，尿脱落上皮细胞

中可查到（特别是胞核内）巨细胞包涵体病毒的包涵体等。

4. α_1 -抗胰蛋白酶缺乏者，血清蛋白电泳可发现 α_1 球蛋白减少（ α_1 球蛋白 <0.2 克%可考虑为 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏）。

(三) 新生儿肝炎与胆道闭锁鉴别

项 目	新 生 儿 肝 炎	胆 道 闭 锁
1.大便同位素 I ¹³¹ 玫瑰红排泄试验（不能混尿）	> 5 %	< 5 %
2.用苯巴比妥和消胆胺后血清 I ¹³¹ 玫瑰红排泄试验	增加	不增加
3.用苯巴比妥或消胆胺后胆汁酸含量	下降	不变
4.低密度血浆脂蛋白X	重症时有	有
5.血清甲胎蛋白含量	常阳性，火箭电泳>4毫克/分升	阴—阳，火箭电泳<4毫克/分升
6.血清5-核苷酸酶	正常—轻度升高	明显升高
7.亮氨酸氨肽酶	轻度升高	明显升高
8.血清胆红素动态变化	可有波动	逐渐升高

二、 治 疗

1.支持疗法：注意营养，酌情给高糖、低脂肪食物，供给一定量蛋白质。

2.激素：强的松 1 ~ 2 毫克/公斤/日。新生儿肝炎与胆道闭锁鉴别时，可用强的松 2 毫克/公斤/日，口服二周后改用为1.5 毫克/公斤/日，再服二周。新生儿肝炎常有效，胆道闭锁常无

效。若有效，维持最低剂量。六周无效则停用。

3.利胆药：可用胆酸钠50毫克/次，1日三次。

三、疗效标准

治愈：一般情况、饮食及精神良好，黄疸完全消退，体重增加。肿大的肝脏、脾脏回缩到正常或接近正常范围。肝功能恢复正常。

好转：一般情况好转，食欲增进，黄疸未完全消退，肝脏和脾脏较前缩小，但未完全恢复到正常范围。肝功能检查有好转，部分恢复正常。

第三节 新生儿破伤风

一、诊断要点

症状和体征

有处理脐带不当史。发病时间常在生后3~14天，以7天左右为多见。最初出现的症状是牙关紧闭、哭闹、不能吮乳，进而面肌痉挛形成苦笑面容，吞咽困难、四肢抽动呈强直性痉挛。一经刺激即痉挛发作，甚至因喉肌、呼吸肌痉挛致窒息。

二、治 疗

(一) 护理和营养

患儿应置于安静环境中，尽量避免声、光刺激。供应充分热卡和液体，注意水、电解质的平衡。由于牙关紧闭，吸奶困难可以静脉输液，液体总量按100~120毫升/公斤/日，热卡按100卡/公斤/日给予，必要时输全血及血浆。

(二) 病原疗法

1.破伤风抗毒素：2～3万单位/日，用5～10%的葡萄糖稀释后作静脉滴注。1日剂量分二次(两次注射间隔8小时)。若用人体破伤风免疫球蛋白，剂量为250单位，病情需要时可加倍，深部肌注。此药无血清反应，一次注射后被动免疫可持续3～4周。

2.抗生素：青霉素静脉滴注，剂量20～40万单位/日，共用7～10天。

(三) 止痉剂

可选下列镇静药及肌肉松弛剂，交替应用，使患儿既不发生严重痉挛又不过度抑制。

1.氯丙嗪和异丙嗪：各用0.5～1毫克/公斤/次静脉滴入或肌注，每6～8小时一次。

2.鲁米那：5～8毫克/公斤/次肌注，每6～8小时一次。

3.安定：0.1～0.3毫克/公斤/次，肌注或静脉滴注，每6～8小时一次。

4.眠尔通：50～100毫克/次，肌注或稀释后静脉滴入，每6～8小时一次。

5.水合氯醛：用10%溶液0.5毫升/公斤/次，口服或灌肠，作用快，作为痉挛发作时用药。

(四) 脐部处理：脐带残端用3%双氧水或1：4000高锰酸钾溶液清洗后涂1%龙胆紫 每日一次至伤口痊愈。脐部感染严重者可再沿脐周注射破伤风抗毒素(TAT) 3000单位，必要时行扩创引流。

三、疗效标准

治愈：全身抽搐停止，停止治疗后不再出现症状。无并发症。

好转：一般情况改善。抽搐停止，肌肉张力恢复正常。停止治疗后可再出现小抽搐或局部肌肉痉挛。

第四节 新生儿肺炎

一、诊断要点

（一）症状和体征

1. 出生时有窒息史、难产史，胎儿宫内窘迫者往往提示羊水吸入。

2. 早产儿、未成熟儿、有消化道畸形的新生儿易发生乳汁或分泌物吸入。

3. 新生儿肺炎症状多不典型，常表现为呼吸困难、青紫或苍白、口吐白沫、点头呼吸，用氧后青紫有改善但不能脱离氧。一般状况差，面色青灰，口唇、口周青紫。体温多不升，哭声不畅，拒乳。肺部体征可完全阴性，有时可闻细湿罗音。胎粪吸入性肺炎常常并发气胸、纵隔气肿，表现为呼吸困难突然加重。

（二）X线检查

1. 吸入性肺炎：肺门增宽，肺内有斑片状影，可伴有肺气肿或肺不张，胎粪吸入者肺气肿明显。

2. 感染性肺炎：早期呈不规则肺纹理增粗，以后融合成片状模糊影。

二、治 疗

(一) 一般疗法

1. 保暖：应使患儿穿衣后室温经常保持在 23° 以上。皮肤温度达 36.5°C 左右，环境相对湿度保持在50%左右。早产儿、未成熟儿可置于暖箱中保暖。

2. 供氧：供氧的指征是青紫，但贫血和周围血管扩张的婴儿缺氧时往往无青紫表现，故有条件时应作血气分析，根据血气分析结果供氧，至少使 PaO_2 达30mmHg以上，但不应高于120mmHg，以免发生氧中毒。用氧需经湿化，并使温度达 $31\sim 33^{\circ}\text{C}$ 。若一般给氧方法不能改善缺氧，可用面罩持续正压呼吸给氧。

3. 窒息新生儿要吸净呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。

4. 注意护理和喂养，室内空气要流通。保证热卡供给。喂奶以少量多次为佳，对不能吸乳婴儿，可用鼻胃管哺乳或静脉补液。生后第一天滴入10%葡萄糖液60~80毫升/公斤，根据需要可加碳酸氢钠、氯化钾或葡萄糖酸钙等，第一天以后液量可加至100毫升/公斤。

(二) 抗生素治疗

已知病原菌者根据药物敏感试验结果给抗生素(见附表)。未知药敏试验结果前首选青霉素，或氨苄青霉素及庆大霉素。剂量：青霉素5~15万单位/公斤/日，氨苄青霉素50~200毫克/公斤/日，庆大霉素2~5毫克/公斤/日静滴或每日每2~3次肌注。疗程为10天，以静脉给药为好。葡萄球菌性肺炎不能用青霉素者改为红霉素，剂量为20毫克/公斤/日。对耐药的金黄色葡萄球菌菌株可选用邻氯青霉素或双氯青霉素。

(三) 人工呼吸器应用

对呼吸极度困难、严重缺氧患儿，呼吸骤停可使用人工呼吸器，尤其是胎粪吸入性肺炎，可采用呼气末正压呼吸（CPAP）。

三、疗效标准

治愈：一般情况好，吃奶正常，体温稳定在正常范围三天以上；全身症状及体征消失；X线胸片显示两肺野炎性病灶吸收。

好转：全身情况好转，体温稳定在正常范围；两肺罗音减少或消失。X线胸片显示肺部炎症尚未完全吸收。

第五节 新生儿硬肿症

一、诊断要点

（一）症状和体征

本病多发生于寒冷季节，有感染因素者亦可发生在夏季，多见于早产儿，且多发生在生后一周以内的新生儿。患儿表现为皮肤呈暗红色，严重者呈青紫色。凡有皮下脂肪积聚的部位均可出现皮肤紧贴皮下组织，不易拈起或移动，按之似硬橡皮。全身冰冷、拒食、不哭、不动或呼吸微弱。终末期常伴有肺出血，消化道出血或全身出血。体温约 $31\sim 35^{\circ}\text{C}$ ，甚至仅有 26°C 。根据硬肿的范围和程度分为轻症和重症。

（二）分 类

1. 轻症：一般反应尚佳，体温正常或降低，硬肿部位多限于下肢、面颊，硬肿面积 $<50\%$ 。

2. 重症：一般反应较差，体温常低于 35°C ，硬肿部位可及全身，硬肿面积 $>50\%$ 。

二、治 疗

(一) 复温

可采用各种保暖和复温方法，逐渐复温，切忌加温过速。轻者置24~26℃室温中，给热水袋，重者先置26~28℃室温中，给热水袋，一小时后置暖箱中。最初暖箱温度为27~28℃，每小时提高箱温1℃，逐渐调至30~32℃，使皮肤温度达36℃左右，在12~24小时内使体温恢复正常。

(二) 营 养

保证营养物质进入，有利于患儿产生热能恢复体温。能吸吮者尽量母乳喂养和口服补液。开始按50卡/公斤，水分1毫升/卡给予，随体温上升渐增至100~120卡/公斤。不能吸吮者用管饲或滴管，伴呕吐者可静脉补液。

(三) 抗生素

选用青霉素、庆大霉素防治感染。

(四) 激 素

氢化可的松5~8毫克/公斤/日，或地塞米松0.1~0.2毫克/公斤/日静脉滴注。轻者可口服强的松1~2毫克/公斤/日。

(五) 维生素E

5~10毫克/次，连用3~5日。

(六) 防治DIC

重症患儿常合并DIC，应在尚未大量出血前测凝血时间和凝血酶原时间，并适当应用肝素，入院后可先由静脉推注肝素1.5毫克/公斤一次，以后每6小时静脉推注0.5~1毫克/公斤/次，至凝血时间和凝血酶原时间正常病情好转后，适当延长给药时间，约3~4天为一疗程。或可静脉滴注维生素K₁、止血敏，并及时输血。一般在静注第二次肝素后立即输血25毫升，必要