

临床医师手册

儿科分册

主编 宋善俊

副主编 郑岳臣

分册主编 费洪宝

上海科学技术出版社

80934

临床医师手册

儿科分册

主 编 宋善俊
副 主 编 郑岳臣 张克文
分册主编 费洪宝

上海科学技术出版社

临床医师手册

儿 科 分 册

主编 宋善俊

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海群众印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 8.25 字数 224,000

1989年8月第1版 1989年8月第1次印刷

印数 1—6,000

ISBN7-5323-1217-8/R·332 定价: 2.90元

前 言

当前,医学科学进展迅速,临床诊断技术和治疗方法日新月异,新的学科不断形成。为了适应新的形势,使疾病的诊断依据、治疗方法和疗效评定标准等逐步趋向统一,医院技术管理和质量管理逐步实现科学化、规范化,从而提高工作效率和医疗水平。我院在1982年主编的《疾病诊疗常规》基础上,重新编写了这部《临床医师手册》,删除了已经和即将过时的、不适用的部分,而代之以各学科的最新内容和诊疗技术的新进展。本书适于各级医院各层次医务人员使用,可指导临床医疗技术工作,使病人得到及时正确的诊断与合理的治疗,有利于减少医疗差错事故。本书还可作为各级卫生行政管理部门和医院领导考核评价医院工作质量和医务人员技术能力的重要参考依据。因此,是县、市级医院临床医务人员必备的参考性工具书。

在本书的编写中,得到了湖北省卫生厅的大力支持,谨此致谢。

由于我们的水平有限,医学科学又迅速发展,本书难免有不足和错误之处,希望同道们不吝批评指正,以便再版时得到修正和充实。

编 者

1988年6月

目 录

第一章 新生儿疾病	1
第一节 新生儿窒息	1
第二节 新生儿颅内出血	3
第三节 新生儿硬肿症	5
第四节 新生儿肺炎	7
第五节 新生儿败血症	9
第六节 新生儿破伤风	12
第七节 新生儿黄疸	14
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	20
第三节 维生素D缺乏性手足搐搦症	23
第四节 维生素A缺乏症	24
第三章 消化系统疾病	26
第一节 疱疹性口炎	26
第二节 鹅口疮	27
第三节 婴儿腹泻	28
第四章 呼吸系统疾病	31
第一节 上呼吸道感染	31
第二节 急性支气管炎	32
第三节 肺炎	33
第五章 循环系统疾病	38
第一节 先天性心脏病	38
第二节 病毒性心肌炎	44
第三节 小儿心律失常	47
阵发性室上性心动过速	47
过早搏动	50

第四节 小儿充血性心力衰竭·····	51
第六章 泌尿系统疾病·····	55
第一节 急性肾炎·····	55
第二节 肾病综合征·····	58
第三节 泌尿道感染·····	61
第四节 急性肾功能衰竭·····	64
第七章 造血系统疾病·····	70
第一节 贫血·····	70
营养性缺铁性贫血·····	70
营养性巨幼红细胞性贫血·····	72
再生障碍性贫血·····	74
溶血性贫血·····	76
一、遗传性球形细胞增多症·····	77
二、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症·····	80
三、地中海贫血·····	81
四、异常血红蛋白病·····	83
第二节 出血性疾病·····	84
特发性血小板减少性紫癜·····	84
血友病·····	85
播散性血管内凝血(DIC)·····	87
第三节 急性白血病·····	89
第八章 结缔组织病·····	95
第一节 风湿热·····	95
第二节 过敏性紫癜·····	98
第九章 急性传染病·····	101
第一节 麻疹·····	101
第二节 风疹·····	103
第三节 水痘·····	105
第四节 流行性腮腺炎·····	106
第五节 流行性乙型脑炎·····	107
第六节 脊髓灰质炎·····	110
第七节 病毒性肝炎·····	112

第八节 肝性昏迷	115
第九节 细菌性痢疾	118
第十节 百日咳	120
第十一节 流行性脑脊髓膜炎	122
第十二节 猩红热	124
第十三节 伤寒	126
第十章 小儿结核病	129
第一节 原发性肺结核	129
第二节 急性粟粒型肺结核	131
第三节 结核性脑膜炎	132
第十一章 寄生虫病与原虫病	136
第一节 蛔虫病	136
第二节 钩虫病	138
第三节 蛲虫病	139
第四节 疟疾	141
第十二章 其他疾病	145
第一节 败血症	145
第二节 暑热症	147
第十三章 急性中毒与意外事故	149
第一节 急性中毒	149
第二节 意外事故	155
溺水	155
电击伤	157
第十四章 儿科急症	158
第一节 惊厥	158
第二节 急性颅内高压综合征	161
第三节 急性呼吸衰竭	163
第四节 休克	168
第五节 心跳呼吸骤停	173
第十五章 特殊疗法	179
第一节 抗菌药物的临床应用	179
第二节 肾上腺皮质激素及促肾上腺皮质激素的临	

床应用	182
第三节 洋地黄药物在儿科的临床应用	186
第四节 小儿液体疗法	189
附录一 小儿时期一般生理常数及化验正常值	193
一、小儿正常生长发育的估价	193
二、血液检验正常值	194
三、肾功能试验正常值	196
四、尿液检查正常值	197
五、小儿脑脊液检查正常值	197
附录二 儿科常用药物剂量表	203
一、兴奋苏醒药	203
二、抗惊厥抗癫痫抗过动药	204
三、镇静药	206
四、退热、镇痛、抗风湿药	207
五、镇痛药	208
六、酸、碱、盐类	209
七、抗组织胺药	210
八、激素	211
九、抗生素	214
十、呋喃、磺胺类及其他抗菌药	221
十一、驱虫药	223
十二、助消化药	225
十三、制酸药	225
十四、抗胃肠痉挛、制胃酸药	226
十五、止泻药	226
十六、导泻药	227
十七、肝病辅助药	228
十八、利胆药	229
十九、祛痰止咳药	230
二十、平喘药	231
二十一、降血压药	234
二十二、利尿药	235
二十三、治疗心力衰竭及心律紊乱药	237
二十四、血管扩张药	240

二十五、升压药.....	241
二十六、脱水药.....	242
二十七、抗贫血药.....	243
二十八、止血药.....	244
二十九、抗凝血药.....	247
三十、其他.....	247

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿窒息

【病史】

(一) 出生后无呼吸或呼吸断断续续达 1min。

(二) 产妇有妊娠高血压综合征, 低血压, 严重贫血, 休克, 慢性心、肺、肾疾病, 前置胎盘, 胎盘早剥等病史。

(三) 过期产或有脐带脱垂、受压、打结、绕颈, 产程延长或产程中应用镇静药、麻醉药史。

(四) 产前胎心率 >160 次/min, 或 <100 次/min, 或不规则。

(五) 羊水粪染呈黄绿色。

【检查】

(一) 体征 婴儿娩出后, 皮肤呈紫绀者称紫绀型窒息(或轻度窒息), 其心音、肌张力、反射等多正常。肤色呈灰白者称苍白型窒息(或重度窒息), 其心音弱, 肌张力极低, 反射消失或迟钝。判断新生儿窒息的轻重程度采用新生儿 Apgar 评分法(见表 1-1)。

表 1-1 新生儿 Apgar 评分标准(出生 1 分钟及 5 分钟)

体征	0 分	1 分	2 分
皮肤颜色	全身紫绀或苍白	躯干红, 四肢青	全身红
心率(次/min)	无	<100	>100
刺激反应 (用导管插鼻孔)*	无反应	皱眉	皱眉、咳嗽或打喷嚏
肌张力	松弛	四肢稍屈曲	四肢活动
呼吸情况	无	慢, 不规则	有力, 哭声响亮

* 如弹足底: 0分为无反应, 1分为全身有些动作, 2分为哭。

5 项总和 10 分者示情况良好。出生后 1min 内评分 7 分以下, 或 5 min 时评分 8 分以下为异常; 低于 4 分为重度窒息; 4~6 分为中度窒息, 需密切监测并采取必要的治疗措施。

(二) 实验室检查 血气分析, $\text{pH} \leq 7.25$, PaO_2 低, PaCO_2 增高, 碱缺乏 ($-\text{BE}$) 数字增加; 碳酸氢离子 (HCO_3^-) 减少, 提示缺氧程度严重。

【处理】

(一) 清除呼吸道分泌物 用吸引管伸入咽喉, 快速吸引口、咽、鼻、喉中的粘液分泌物, 患儿置头低位 (一般低于水平 $15^\circ \sim 30^\circ$), 轻压胸部, 促使液体经口流出。

(二) 刺激呼吸 弹足底或插鼻管, 以刺激呼吸。

(三) 人工呼吸 若不出现呼吸, 新生儿常用的方法有:

1. 口对口人工呼吸 口与口之间应有数层纱布相隔, 吹气时压力不能过大, 频率可每分钟 20 次左右。

2. 手托法人工呼吸 患儿平卧, 急救者用一手置患儿背部, 慢慢托起使胸部扩展, 后渐放下, 每 5s 重复一次, 直至呼吸建立。

3. 应用人工呼吸器 必要时有条件者用。

(四) 吸氧 清除呼吸道吸入物后即给吸氧, 氧浓度在 $40 \sim 50\%$ 左右, 使婴儿开始呼吸时即有较高浓度的氧吸入。气管插管者可用加压给氧法 (每分钟约 20~30 次)。

(五) 纠正酸中毒和预防脑水肿 纠酸宜用碳酸氢钠, 第一次用量为 5% 碳酸氢钠 $2 \sim 3\text{ml/kg}$, 或 3.64% 三羟甲基氨基甲烷 (THAM) $2 \sim 3\text{ml/kg}$, 加入葡萄糖液内静脉滴注。以后用量根据 CO_2 结合力或 pH 测定值计算。缺氧常致脑组织水肿, 可用 20% 甘露醇 $1 \sim 2$ 次, 每次 1g/kg ; 有脑水肿表现可加用地塞米松。

(六) 其他

1. 对症治疗 ①有惊厥者, 给鲁米那, 每次 $5 \sim 8\text{mg/kg}$, 肌内注射; 或安定每次 $0.1 \sim 0.3\text{mg/kg}$, 肌内注射或加入壶腹中静脉点滴。②有低钙性喉痉挛或抽搐者, 给 10% 葡萄糖酸钙 2ml/kg , 加入等量 10% 葡萄糖液静脉滴注。③有出血倾向者给维生素 K_1 $1 \sim 5\text{mg}$, 肌内注射或静脉滴注; 或新凝灵 0.1g 静滴; 或抗血纤溶芳酸 0.1g 静脉点滴。④如因产妇在产程中用过麻醉剂而造成婴儿窒息者, 可用呼吸兴奋剂, 如 Naloxone 0.01mg/kg 肌注或静脉点滴。⑤有呼吸衰竭者, 用氨茶碱 $4 \sim 5\text{mg/kg}$ 缓慢静脉注射, 推注时间应在 15min 以上。必要时 $6 \sim 8\text{h}$ 重复一次。过去较常用的

呼吸兴奋剂如苯甲酸钠咖啡因、可拉明、洛贝林等，因在缺氧窒息条件下有降压反应，且使耗氧量增加，已渐废弃。

2. 供给葡萄糖液及能量 全日输液总量约 60~80ml/kg，其中 10% 葡萄糖液占总量的 4/5，生理盐水占 1/5。必要时加用 ATP (10mg)，辅酶 A (50u)，及细胞色素 C (15mg) 等。

3. 病因治疗 寻找病因，给予抗生素预防感染。

4. 护理 注意保暖，密切观察呼吸、心音、面色、末梢循环、尿量，采取相应措施处理。

【疗效评价】

(一) 治愈

1. 心率超过 100 次/min，心音强。
2. 呼吸正常，哭声响亮。
3. 肌张力正常，四肢活动正常。
4. 刺激时反应灵敏。
5. 全身皮肤颜色转红。

(二) 好转

1. 心音增强，心率较前增快，但少于 100 次/min。
2. 呼吸浅表，有间歇呼吸，哭声弱。
3. 肌张力恢复正常，但四肢活动欠佳。
4. 刺激时有些反应，如皱眉。
5. 皮肤颜色 躯干皮肤颜色转红，而四肢皮肤微有紫绀。

第二节 新生儿颅内出血

【病史】

(一) 产妇疾病史 心脏病、高血压病、血液病、妊娠中毒症、急性感染性疾病等。

(二) 异常分娩史 如早期破水、胎盘早期剥离、前置胎盘、产钳助产、急产、产程过长、臀位、横位、脐带脱垂、扭结或绕颈等情况，可致胎儿颅内缺氧或使脑血管撕裂损伤。

(三) 多数生后短时间内(极少数 2~3 日后)出现中枢神经系统兴奋或抑制状态，如烦躁不安、呕吐、嗜睡或脑性尖叫、呼吸不规则、阵发性紫绀、窒息、惊厥等。

【检查】

(一) 体检

1. 体温波动或不升,不会吸奶或咽反射消失。
2. 出血量较少或小脑幕上出血为主者,常先出现激惹症状、躁动不安、呕吐、尖叫、眼球震颤、囟门饱满,并可出现局限性或全身性抽搐,阵发性紫绀及反射亢进等。若病情继续发展,则由兴奋转为抑制状态。
3. 出血量较多或小脑幕下出血为主者,常开始即表现抑制状态,如面色青灰、嗜睡、昏迷、呼吸慢且有阵发暂停,全身肌肉松弛,各种反射消失,最后出现呼吸衰竭而死亡。
4. 早产儿颅内出血的表现以抑制状态为主。

(二) 实验室检查

1. 硬脑膜下穿刺 疑有硬脑膜下出血时可作,兼有诊断和治疗作用。
2. 腰椎穿刺 仅在蛛网膜下腔及脑室内出血者脑脊液才有阳性结果。放出脑脊液后使颅内压降低,可加重出血或偶有导致脑疝的可能,故需谨慎。
3. 头颅超声波检查 可探查是否有血肿而使中线波移位,并可了解出血部位。
4. 脑CT检查 可确诊出血部位及程度,快速而无损伤性,又可进行动态观察。

【处理】

(一) 一般护理

1. 保持安静,尽量避免惊动患儿。
2. 注意保暖。
3. 及时吸清咽喉分泌物,头肩垫高 $15\sim 30^{\circ}$,右侧卧位,以防吸入。

4. 喂养可用鼻饲法,或静脉供给热能,可给 $1/5$ 张含钠液。

(二) 控制惊厥 可选用下列药物,如安定每次 $0.1\sim 0.3\text{mg/kg}$,肌注或加入壶腹中静脉滴注;苯巴比妥每次 5mg/kg ,肌注;冬眠灵与异丙嗪每次各 1mg/kg ,肌注或静滴, $4\sim 6\text{h}$ 可重复1次。上述各药可交替使用,但不要短时间内同时使用安定及苯巴比妥。

(三) 降低颅内压 可给 20% 甘露醇或 25% 山梨醇静脉注射(每次 0.5~1g/kg)。若颅内出血有持续倾向时,需慎重,否则有加剧出血之危险。地塞米松有减轻脑水肿之作用,亦可应用。

(四) 止血 维生素 K₁ 5mg/次,每日 1 次,连用 3 日;维生素 C 100~300mg 静滴,以改善血管壁的致密度。亦可反复小量输新鲜血或血浆,每次 10ml/kg,每周 2~3 次。

(五) 改善脑细胞代谢 用 ATP、辅酶 A、细胞色素 C。

【疗效评价】

(一) 治愈

1. 体温正常、稳定,呼吸、心率正常。
2. 反应灵敏,哭声响亮,吸奶正常,无明显后遗症。

(二) 好转

1. 体温稳定在正常范围内,呼吸、心率正常。
2. 无颅内高压征象,吸奶正常或吸吮能力较弱,瘫痪现象尚未恢复或遗留有后遗症。

第三节 新生儿硬肿症

【病史】

(一) 多见于寒冷季节,以一周内新生儿多见,尤其是早产儿、低出生体重儿。

(二) 感染、产伤、窒息、出血及某些先天性畸形常是诱发因素。

(三) 常有保暖及喂养不当等病史。

【检查】

(一) 凡有皮下脂肪积聚的部位均可发生病变,依次在小腿、大腿外侧、整个下肢、臀部、面颊及上肢,严重者波及全身;受累部位皮肤紧贴皮下组织,不易捏起,按之似硬橡皮样;伴水肿者,按压可有凹陷。

(二) 体温不升,反应低下,拒奶,哭声低微,严重者可出现休克征象。

(三) 可伴有低血糖,代谢性酸中毒,尿少、尿闭及心肌受损等表现。

(四)合并播散性血管内凝血时,皮肤、消化道或呼吸道有出血倾向。新生儿硬肿症分度见表 1-2。

表 1-2 新生儿硬肿症分度

分 度	轻 度	中 度	重 度
体 温	$>34^{\circ}\text{C}$	$30\sim34^{\circ}\text{C}$	$<30^{\circ}\text{C}$
皮肤硬肿范围*	$<30\%$	$30\sim50\%$	$>50\%$
硬肿性质	稍硬	硬肿,指压有凹陷	硬橡皮样,指压无凹陷
一般反应	稍差	较差(吃奶差,哭声可)	极差(不吃,哭声低微)
内脏受影响	无	心音低,心率慢,肺可有罗音	心电图、血气分析、X线胸片不正常

*硬肿面积计算:头颈20%,双上肢18%,双下肢26%,臀部8%,躯干部28%。

【处理】

(一)复温 大多主张逐渐复温,室温以 $26\sim28^{\circ}\text{C}$ 为宜。轻者身体周围用温热水袋使之逐渐复温;重症身体周围加用温热水袋1h后,再将病儿置 28°C 暖箱中,每1h提高箱温 1°C ,直到箱温达 $30\sim32^{\circ}\text{C}$,使皮肤温度达 36°C 左右。也可因地制宜,采取其他各种保暖和复温方式,希望在 $12\sim24\text{h}$ 内使体温恢复正常。

(二)喂养 甚重要,有利于婴儿产生热能,促使疾病恢复。不能吸吮者可用滴管或鼻胃管喂养。重症或伴呕吐者,暂不喂乳而由静脉补充液体和高能营养物质。开始时至少每日供给基础代谢热量 209J/kg (50kcal/kg),以后逐渐增至正常需要量。

(三)补液 不能喂奶者,静脉滴注10%葡萄糖液,按每日 $60\sim80\text{ml/kg}$ 计算,其中 $1/4\sim1/5$ 液量为生理盐水。有酸中毒者,给5%碳酸氢钠每次 $3\sim5\text{ml/kg}$,应用时宜用等量葡萄糖稀释,必要时可 $4\sim6\text{h}$ 再重复1次,或根据血pH值补充需要量。低分子右旋糖酐可改善微循环,亦可根据病情输新鲜血或血浆。

(四)药物治疗

1. 抗生素 可用青霉素或氨苄青霉素防治感染,若有败血症或肺炎时应酌情加用其他广谱抗生素。

2. 肾上腺皮质激素 有促进机体代谢,增加糖元异生和分解的作用。一般用于重症病例,可用氢化可的松每日 $4\sim8\text{mg/kg}$,

或地塞米松每日 0.5~1mg/kg 静滴,连续 3~5 天。

3. 维生素 E 参与机体和某些细胞的多方面代谢过程,具有抗氧化作用,影响红细胞膜的结构和功能,促进组织呼吸和氧化磷酸化过程。用量为每日 1 次,每次 5~10mg 肌注,连续 3~5 天。

4. 改善微循环 ①东莨菪碱每次 0.1~0.2mg/kg,加入 10% 葡萄糖液 30ml 中静滴,每日 1 次。②酚妥拉明每次 1mg/kg,多巴胺 5mg,加入 10% 葡萄糖液 30ml 中静滴,每日 1 次。

5. 肝素 有播散性血管内凝血者可用肝素治疗,每次 1mg/kg,第 1 日 6h1 次,第 2 日 8h1 次,第 3 日 12h1 次并逐渐停药,使凝血时间维持在 20~30min 内。如凝血时间 >30min,则肝素宜减量。如有严重出血者,可用鱼精蛋白中和肝素,必要时输适量新鲜血液以补充凝血因子。

6. 中药 复方丹参注射液,每次 1~2ml,加入 10% 葡萄糖或生理盐水 10~20ml 中静滴。用以温阳祛寒,活血化瘀。

【疗效评价】

(一) 治愈

1. 体温稳定在正常范围内,面色红润,吸吮能力强,肌肉活动好。

2. 无并发症或并发症治愈。

3. 硬肿消失。

(二) 好转

1. 体温接近正常。

2. 硬肿面积比原来小。

3. 一般情况(包括面色、吸吮能力、肌肉活动)明显改善。

第四节 新生儿肺炎

【病史】

(一) 了解产前母亲疾病史,生产时有无异常分娩,新生儿有无羊水吸入或窒息史等。

(二) 出生 24h 内出现紫绀、气急等症状者,提示为胎内感染性肺炎或吸入性肺炎可能。

(三) 出生后有与呼吸道感染患者接触史,或护理不当与受

凉史。

(四) 生后有无奶汁吸入呼吸道病史。

(五) 病前有无呼吸道感染症状。

【检查】

(一) 体征 常不典型。

1. 胎内感染性肺炎 出生后不久有呼吸急促、呼吸缓慢、呼吸困难等表现,并有感染中毒症状,如面色灰白、体温不升、烦躁不安、腹胀,病情重但咳嗽不明显,肺部体征可以阴性,或在深吸气后听到罗音。

2. 生后感染性肺炎 多在出生后3日发病,起病时可有上呼吸道感染症状,1~2日后出现气促、紫绀、呼吸困难、口吐泡沫、呛奶、厌食及反应低下。重者呈点头样呼吸、鼻翼扇动,吸气时出现三凹征,可伴有呼吸暂停或反复窒息。病初两肺无罗音,以后可闻及细湿罗音。

(二) 实验室检查

1. 白细胞计数增高,亦可降低,中性粒细胞增高。

2. 咽拭培养及药敏试验对于确定病原菌及选择抗生素可提供参考。

3. X线胸部摄片检查 可协助诊断,两侧或一侧肺常有分散的点斑片状阴影,有时融合成大片,可伴有肺气肿改变,但阴性也不能排除诊断。

【处理】

(一) 保暖和喂养 体温不升者需保暖,环境温度调节在中性温度,使新生儿皮肤温度达 36.5°C 左右,环境相对湿度调节在50%左右。喂乳以少量多次为主,不能进食者输10~15%葡萄糖液以补充热能。

(二) 供氧 紫绀者供氧,氧先经过湿化,并使温度达 $31\sim 33^{\circ}\text{C}$ 为宜。

(三) 蒸气吸入 可使呼吸道湿润,有利于分泌物排出。

(四) 抗生素治疗 以早用及静脉给药疗效较好。根据病史考虑选用抗生素,产前或产时感染者,以肠道杆菌可能性大,宜选用氨基苄青霉素、庆大霉素或卡那霉素,产后感染者,以革兰阳性球