

儿科常见病

临床实践手册

ERKE CHANGJIANBING LINCHUANG SHIJIAN SHOUCHE

主 编 张建丽 张 芳 田 玲 王爱芹



河北科学技术出版社

儿科常见病

临床实践手册

主 编 张建丽 张 芳 田 玲 王爱芹

河北科学技术出版社

编 委 名 单

主 编 张建丽 张 芳 田 玲
王爱芹
副主编 李文慧 马艳丽 贾东新
高 洁 张东坡 黄光举
吴晓磊 杨 靖

图书在版编目 (C I P) 数据

儿科常见病临床实践手册 / 张建丽等主编. -- 石家
庄 : 河北科学技术出版社, 2012. 10
ISBN 978-7-5375-5461-9

I. ①儿… II. ①张… III. ①小儿疾病-常见病-诊
疗-手册 IV. ①R72-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 244070 号

儿科常见病临床实践手册

张建丽 张 芳 田 玲 王爱芹 主编

出版发行 河北科学技术出版社
地 址 石家庄市友谊北大街 330 号(邮编:050061)
印 刷 石家庄文教印刷厂
经 销 新华书店
开 本 850×1168 毫米 1/32
印 张 11.5
字 数 290 千字
版 次 2012 年 10 月第 1 版
2012 年 10 月第 1 次印刷
定 价 23.00 元

前 言

儿科作为一个特殊科室,面对的是小到呱呱坠地的新生儿,大到十五六岁的少年。儿科医师面对的主体绝大多数是不能表达或不能正确表达自己的不适或难以顺利进行体格检查的患儿,因而要求儿科医生应具有更扎实的临床基本功、敏锐的洞察力、高超的采集病史技巧与语言沟通技巧。儿童具有其特殊的生理特点及生长发育特性,不是成人的简单缩影。小儿从生命开始直到长大成人,整个阶段都处于不断生长发育的过程,与成人有许多不同之处,而不同年龄患儿之间也是不尽相同,往往同一种疾病的诊断标准在患儿不同年龄,甚至不同天数都是不相同的,危重患儿的液体疗法更是复杂多变,每天一个样,天天不一样,用药量与中毒量的接近等,这些都不同于成人科室。只有了解儿科的特殊性,才会提升儿科医师的诊治水平。为了培养出更多的高素质高技术的儿科医生,我们特组织一线专家,结合自己多年临床、科研及教学经验,编写这本《儿科常见病临床实践手册》。

本书编写的目的,就是从临床实践中架设一座桥梁,使住院医师能在最短的时间内掌握诊断、治疗、处理医患关系的技术,成为合格的儿科医师。本书涉及儿科常见病、多发病近 80 余种,从疾病的概念、病史采集、临床症状、病患体征,到检查、诊断、鉴别诊断及治疗方案展开阐述。为了使读者能方便、快捷地掌握书中所涉知识技能,本书突出内容简明扼要,条理清晰,逻辑性、实用性强的特点。

本书读者对象为儿科住院医师、进修医师、实习医师,及儿科专业的老师、学生。希望本书的出版,能够为儿科基层医师的临床实践提供帮助与指导;同时也希望各位同仁不吝赐教,对本书提出宝贵意见和建议。

编 者

2012 年 7 月

目 录

第一章 儿科疾病概述	1
第一节 儿科疾病的诊断.....	2
第二节 儿科疾病的治疗.....	5
第二章 新生儿疾病	19
第一节 新生儿窒息	20
第二节 新生儿缺氧缺血性脑病	28
第三节 新生儿呼吸窘迫综合征	33
第四节 新生儿感染性肺炎	37
第五节 新生儿出血症	40
第六节 新生儿黄疸	44
第七节 新生儿溶血病	51
第八节 胎粪吸入综合征	56
第三章 营养障碍性疾病	61
第一节 蛋白质—能量营养不良	62
第二节 小儿单纯性肥胖	65
第三节 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病	69
第四节 营养性维生素 D 缺乏性手足搐搦症	72
第四章 遗传代谢性疾病	75
第一节 黏多糖病	76
第二节 肝豆状核变性	79
第五章 结缔组织及免疫性疾病	85
第一节 风湿热	86
第二节 过敏性紫癜	91
第三节 皮肤黏膜淋巴结综合征	96

目 录

第四节	支气管哮喘·····	102
第六章	感染性疾病 ·····	139
第一节	麻疹·····	140
第二节	水痘·····	145
第三节	手足口病·····	149
第四节	流行性腮腺炎·····	154
第五节	流行性乙型脑炎·····	158
第七章	呼吸系统疾病 ·····	165
第一节	急性上呼吸道感染·····	166
第二节	急性支气管炎·····	169
第三节	支气管肺炎·····	173
第四节	急性感染性喉炎·····	184
第八章	消化系统疾病 ·····	189
第一节	口炎·····	190
一、鹅口疮	·····	190
二、疱疹性口炎	·····	191
第二节	消化性溃疡·····	194
第三节	胃炎·····	200
一、急性胃炎	·····	200
二、慢性胃炎	·····	204
第四节	小儿腹泻·····	207
第九章	心血管系统疾病 ·····	219
第一节	先天性心脏病·····	220
一、房间隔缺损	·····	220
二、室间隔缺损	·····	223
三、动脉导管未闭	·····	227
四、法洛四联症	·····	230

第二节	病毒性心肌炎·····	234
第三节	感染性心内膜炎·····	241
第十章	泌尿系统疾病 ·····	247
第一节	急性肾小球肾炎·····	248
第二节	肾病综合征·····	254
第三节	泌尿道感染·····	260
第十一章	血液及造血系统疾病 ·····	267
第一节	营养性缺铁性贫血·····	268
第二节	营养性巨幼红细胞性贫血·····	273
第三节	再生障碍性贫血·····	277
第四节	急性白血病·····	282
第十二章	神经系统疾病 ·····	297
第一节	化脓性脑膜炎·····	298
第二节	病毒性脑炎·····	303
第三节	急性感染性多发性神经根炎·····	306
第四节	小儿癫痫·····	311
第五节	脑性瘫痪·····	316
第六节	小儿惊厥·····	321
第十三章	内分泌系统疾病 ·····	325
第一节	儿童糖尿病·····	326
第二节	性早熟·····	335
第三节	先天性甲状腺功能减低症·····	339
第四节	甲状腺功能亢进症·····	343
第五节	尿崩症·····	348
第六节	生长激素缺乏症·····	352
第十四章	小儿常见心理障碍 ·····	357

第一章 儿科疾病概述

第一节 儿科疾病的诊断

为了正确认识疾病,得出较为可靠的诊断,儿科医师必须认真收集、整理和分析临床资料,做出诊断和鉴别诊断,经过临床观察和验证,最后得出更为可靠的诊断结论。

一、收集临床资料

收集临床资料必须全面、细致、客观、准确。片面的资料常造成误诊和漏诊,粗糙带主观性或不够准确的资料常使诊断和鉴别诊断难以进行,或将分析和诊断引至错误的方向。临床资料包括采集病史、体格检查和实验室检查、特殊器械检查三个方面。

1. 完整病史 病史是疾病发生、发展过程中一系列主观和客观感觉的表述。由于患儿(或亲属)的文化卫生知识、性格和对疾病的关心程度不同,叙述病史的能力亦不同,医师除全面系统地听取患儿或亲属的叙述外,还应巧妙地正面、侧面和反面提出各种问题,尽可能了解每一现象发生发展的细节。不经医师提问,患儿或亲属叙述的病史常很不全面,甚至遗漏重要部分或实质性部分。医师凭主观想象进行暗示性提问容易诱导出虚假的资料。这两种倾向都应注意避免。

儿科完整病史包括以下内容:

- (1) 患儿本次发病情况和可能的诱因。
- (2) 本次病前的患病情况和家族遗传病史。
- (3) 喂养(营养)和生长发育情况。
- (4) 生活环境、传染病接触史和预防接种史。
- (5) 父母健康情况、母亲妊娠和生产史。

(6) 治疗情况和疾病对治疗的反应,包括症状、体征和化验检查的变化。

2. 体格检查 体格检查应全面、准确、有次序地进行,不要遗

漏体征。医师不仅应注意阳性体征,而且要注意重要的阴性体征。遗漏体征、不准确或错误的体征可导致错误的诊断。查体的准确性与医师的经验和负责精神有很大关系。医师检查小儿应采用正确的方法,动作要轻柔,且应尽量取得患儿的合作,先检查不引起痛苦、不激惹小儿的部位,然后再检查易引起小儿哭闹的部位。查体结束后,立即详细记录。

3. 实验室检查 应根据病史和体格检查结果进行初步分析,有目的地提出必要的检查项目,反对盲目撒大网,进行过多项目的检查增加患儿的痛苦和家长的负担。安排正确的检查次序,从简单项目到复杂项目,从主要项目到次要项目,逐步进行。医师在安排可能给患儿造成痛苦或危险的检查项目时应慎重。

检查结果必须结合临床正确评价,必须考虑到各种检查方法的可靠性、特异性和敏感性,要注意到各种检查都可能有误差,单纯依赖实验室或器械检查结果可能导致诊断错误。

二、整理临床资料

将所收集到的病史、体格检查和实验室检查、器械检查资料进行认真整理,去粗取精,全面分析,有条理、按系统归纳出患儿本身的临床特点,列出条目。这种归纳是一种高度的概括,既要全面,又要注意细节和疾病的动态变化,既要注意各种阳性的症状、体征和检查结果,又要注意与鉴别诊断有关的阴性资料。

三、诊断与鉴别诊断

在归纳出临床特点之后,每例患儿都应进行诊断和鉴别诊断。一些患儿的病程短、资料齐全、临床表现典型,可以很快地得出诊断结论,另一些患儿病程长、临床表现不典型、涉及的面宽、比较复杂,诊断比较困难。

无论是诊断简单的患儿,还是诊断复杂的患儿,都必须按规范的方法进行鉴别诊断。在复杂的患儿,鉴别诊断尤其必要。鉴别诊断是整个临床思维活动的精髓所在。鉴别诊断时,应从已归纳

出的临床特点中选取一条(或两条)最重要、最客观又最便于进行鉴别的临床特点。从这点出发进行鉴别诊断,应用有关鉴别诊断的知识,正面分析,找出能全面合理解释该患儿每一临床特点的疾病。另外,还应从侧面分析,排除有关类似疾病,从而得出可能性最大的诊断。

在进行诊断和鉴别诊断时,若使用一条临床特点进行鉴别有困难,或所得出的诊断不令人满意,可再选择一条进行鉴别。有些患儿比较复杂,正面分析无法做出可靠诊断,可采用排除诊断法诊断,逐个排除类似疾病,不断缩小范围,最后找出可能性最大的诊断作进一步的检查和观察。临床上遇到的患儿,大多数可先提出正面诊断,然后与类似疾病进行鉴别,做出可靠诊断。

诊断要注意力求完整。每例患儿,不但要做出主要疾病的诊断,而且应做出并存疾病的诊断。每一诊断应定出疾病分期(如急性期、慢性期、恢复期或后遗症期等)、分型和严重程度。有并发症的患儿应做出并发症的诊断。因为疾病的分期、分型、严重程度和并发症的诊断与治疗 and 预后 有直接关系。

四、临床观察,验证诊断

每一患儿都要经临床观察验证,这样才更为可靠。有些患儿虽然作了很多检查,仍然得不出确切诊断,只能根据可能性的大小排列出第一、第二、第三……可能诊断。这些可能诊断更应经临床观察(包括治疗反应)验证,不断补充资料,反复分析,才有可能得出结论。

在诊断过程中,应随时考虑到误诊的可能性。即使是最有经验的医师,也不能完全避免偶然的误诊,关键在于尽早发现,及时纠正。误诊病例应进行总结、吸取教训,积累起来就成为最宝贵的经验。在诊断过程中,切忌抱住最初诊断不放,寻取片面资料证明原定错误诊断,这样会一误再误,影响治疗,给患儿带来不应有的痛苦。

临床上正确处理诊断与治疗的关系,不能片面强调诊断而延误治疗时机。何时开始治疗,用什么治疗措施,如何安排检查与治疗的次序,都应从患儿的利益出发,根据病情和预后估计等情况做出正确判断,争取最好的治疗效果。

第二节 儿科疾病的治疗

一、小儿疾病的处理原则

小儿处在生长发育过程之中,随年龄增长各系统组织器官逐渐成熟,功能逐渐完善。不同年龄小儿其生理、病理、疾病类型、临床表现以及疾病的转归、恢复的过程,都具有不同的特点。因而小儿疾病治疗的原则、方法、药物应用、剂量等,与成人有显著的差别。

1. 病因治疗和支持疗法 治疗疾病首先是去除病因,并给予支持疗法,提高机体抗病能力,增强代偿力,争取早期治疗、彻底治疗,促使机体尽快恢复健康。

2. 注意疾病的整体性治疗 小儿时期尤以婴幼儿期,一个器官的病变,常可引起其他器官病变。例如婴幼儿重型维生素 D 缺乏性佝偻病易并发肺炎,治疗肺炎同时应治疗维生素 D 缺乏性佝偻病。

3. 做好急救工作 争分夺秒抢救危重患儿,及时解除危重征象,为进一步彻底治疗患儿创造条件。

4. 对症治疗 有利于病情缓解、减少患儿痛苦。例如高热患儿应用适宜的退热剂,抽搐患儿应用镇静剂等。

5. 加强护理工作 细致周密的护理对新生儿及小婴儿治疗尤为重要。

6. 治疗过程中应防止交叉感染和并发症 如新生儿病室可因消毒隔离工作不严而致交叉感染。恶性肿瘤患儿长期使用免疫抑

制剂,机体抵抗病菌侵袭的能力低下,也易致感染,应予注意。

二、治疗方法

(一)一般治疗

应保证患儿有良好的休养环境。如病室的清洁、消毒和隔离制度。室内应有良好通风并能见阳光,新生儿室尚需保持一定的温度和湿度,以保证维持正常新生儿的体温 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。安排患儿合理的生活制度,保证充足的睡眠,充分的休息时间,各种治疗操作应集中在觉醒时间进行,避免一切不必要的打扰。任何疾病的急性期都强调卧床休息,恢复期根据年龄和病情,给予适宜的玩具或画报,组织患儿活动,使患儿感到病室的温暖,消除恐惧心理,精神愉快,促进早日恢复健康。

(二)饮食疗法

小儿饮食的质和量应随不同年龄的需要而定。小儿患病时常易出现消化功能紊乱,故凡有发热或其他病症出现,应立即减少食物入量,增加水的入量。特殊病情尚需特殊饮食治疗,如急性肾炎早期,因肾功能减退,尿量减少,应限制饮食成分和液体入量,给予高糖、适量脂肪、无盐或少盐饮食。有水肿、高血压和循环充血时应限制盐的入量,少尿或有氮质血症时应限制蛋白质入量。伤寒患儿由于伤寒杆菌经肠道繁殖入血,进而入全身各脏器并释放内毒素,可产生严重临床症状,治疗饮食宜给高热量、高营养、易消化和不产气的饮食,以避免肠穿孔等并发症发生。婴儿有用于治疗的各种奶类,如脱脂奶因含脂肪低,易于消化,适用于腹泻患儿短期应用。牛奶中加入适量凝乳能提高蛋白质含量及热量,适用于重症营养不良及婴儿腹泻的患儿。因酪蛋白凝块小,易于消化,适用于病初愈及消化力较弱的婴儿。营养不良、食欲不振的婴儿,用普通牛乳制品不能取得良好效果时,则可用高热量的牛乳混合食。但高热量的牛乳混合食,渗透压高,不宜长期应用,且应另外增加水分。普通饮食,适用于病情轻,无消化道疾病以及疾病恢复期年

长患儿。软饭适用于低热、消化不良、咀嚼不便或恢复初期患儿。流食如米汤、蛋花、肉汤、牛乳、豆浆等,适用于高热、急性感染初期,胃肠道疾病患儿以及昏迷患儿不能进食需要用管喂者。半流质饮食,适用于口腔患儿不能咀嚼或患咽喉疾病吞咽困难患儿。此外,尚有某些疾病需要特殊治疗饮食,如少渣、无盐、高蛋白、低脂肪等饮食,视病情需要而定。

(三) 药物治疗

1. 药物选择 应根据患儿年龄特点、疾病类型、临床症状,结合药物的药物动力学、药效学、毒性和机体的反应性等选择适宜有针对性的药物,且药物种类不宜太多。

(1) 抗生素的应用:细菌性感染最为常见,抗菌药物的广泛应用治愈和挽救了许多患儿生命。抗菌药物不合理应用导致的不良后果,如不良反应的增多,细菌耐药性的增长,给患儿造成影响。抗菌药物的不合理应用表现在诸多方面:无指征的预防用药,治疗用药,抗菌药物品种、剂量的选择错误,给药途径、给药次数及疗程不合理等。

抗菌药物治疗性应用的基本原则:诊断为细菌性感染者,方有指征应用抗菌药物;尽早查明感染病原,根据病原种类及细菌药物敏感试验结果选用抗菌药物;按照药物的抗菌作用特点及其体内过程特点选择用药;抗菌药物治疗方案应综合患儿病情、病原菌种类及抗菌药物特点制订。

抗菌药物预防性应用的基本原则:用于预防一种或两种特定病原菌入侵体内引起的感染,可能有效;如目的在于防止任何细菌入侵,则往往无效;预防在一段时间内发生的感染可能有效;长期预防用药,常不能达到目的。患儿原发疾病可以治愈或缓解者,预防用药可能有效。原发疾病不能治愈或缓解者(如免疫缺陷者),预防用药应尽量不用或少用。对免疫缺陷患儿,应严密观察其病情,一旦出现感染症状时,在送检有关标本作培养同时,首先给予

经验治疗。通常不宜常规预防性应用抗菌药物的情况:普通感冒、麻疹、水痘等病毒性疾病,昏迷、休克、中毒、心力衰竭、肿瘤、应用肾上腺皮质激素等患儿。

肾功能减退患儿抗菌药物的应用:基本原则为尽量避免使用肾毒性抗菌药物,新生儿期肝、肾均未发育成熟,应避免应用毒性大的抗菌药物,肾排出的青霉素类、头孢菌素类等 β 内酰胺类药物需减量应用,氨基糖苷类抗生素有明显耳、肾毒性,<6岁患儿尽量避免应用,四环素类抗生素不可用于8岁以下患儿,喹诺酮类抗菌药避免用于18岁以下未成年人。

抗菌药物实行分级管理:①非限制使用。②限制使用。③特殊使用。

常用抗生素种类:①青霉素类抗生素。主要作用于革兰阳性细菌的药物。耐青霉素酶青霉素,如苯唑西林、氯唑西林等,适用于青霉素酶的葡萄球菌感染。广谱青霉素,如氨苄西林、阿莫西林、哌拉西林、阿洛西林、美洛西林,适用于革兰阴性杆菌。用青霉素类药物前须先做青霉素皮肤试验。②头孢菌素类。第1代头孢菌素主要作用于需氧革兰阳性球菌,如头孢唑林、头孢拉定等。第2代头孢菌素对革兰阳性球菌的活性部分革兰阴性杆菌具有抗菌活性,如头孢呋辛、头孢克洛。第3代头孢菌素对肠杆菌科细菌等革兰阴性某些菌具有强大抗菌作用,如头孢噻肟、头孢曲松、头孢他啶、头孢哌酮等。第4代头孢菌素与第3代头孢菌素大致相仿,对铜绿假单胞菌、金葡菌等的作用较第3代头孢菌素略强。③碳青霉烯类抗生素。有亚胺培南/西司他丁、美罗培南和帕尼培南/倍他米隆。对各种革兰阳性球菌、革兰阴性杆菌(包括铜绿假单胞菌)和多数厌氧菌具强大抗菌活性。④氨基糖苷类抗生素。对肠杆菌科和葡萄球菌属细菌有良好抗菌作用,但对铜绿假单胞菌无作用者;庆大霉素、奈替米星、阿米卡星、氨基糖苷类药物对肺炎链球菌、溶血性链球菌的抗菌作用均差。氯霉素可用于氨苄西林耐

药流感嗜血杆菌、脑膜炎球菌及肺炎链球菌所致的脑膜炎或败血症、伤寒。⑤大环内酯类。红霉素、阿奇霉素、克拉霉素、罗红霉素等,其对流感嗜血杆菌、肺炎支原体或肺炎衣原体等的抗微生物活性增强。甲硝唑、替硝唑及奥硝唑可用于各种需氧菌与厌氧菌的混合感染。⑥喹诺酮类抗菌药。诺氟沙星、依诺沙星、氧氟沙星、环丙沙星等。对肺炎链球菌、化脓性链球菌等革兰阳性球菌的抗菌作用增强,18岁以下避免使用。⑦磺胺类药。复方磺胺甲噁唑(SMZ-TMP)、磺胺嘧啶(SD-TMP)等。适用于脑膜炎奈瑟球菌所致的脑膜炎,卡氏肺孢菌肺炎。⑧抗真菌药。两性霉素B及其脂质复合物适用于真菌所致侵袭性真菌感染的治疗,如隐球菌病、毛霉属、曲霉病等。吡咯类抗真菌药包括咪唑类和三唑类。咪唑类药物常用者有酮康唑、咪康唑、三唑类中有氟康唑和伊曲康唑,主要用于治疗深部真菌病,如念珠菌病、隐球菌病。⑨其他。林可霉素适用于敏感肺炎链球菌、链球菌、金黄色葡萄球菌所致的各种感染(包括骨髓炎)。

利福平与异烟肼、吡嗪酰胺联合是各型肺结核短程疗法的基石,对甲氧西林耐药葡萄球菌考虑采用万古霉素联合利福平治疗。

万古霉素及去甲万古霉素适用于耐药革兰阳性菌所致的严重感染,特别是甲氧西林耐药金黄色葡萄球菌(MRSA)或甲氧西林耐药凝固酶阴性葡萄球菌(MRCNS)、肠球菌。

β 内酰胺类/ β 内酰胺酶抑制剂(克拉维酸、舒巴坦、三唑巴坦),适用于因产 β 内酰胺酶而对 β 内酰胺类药物耐药的细菌感染。

小儿极易患感染性疾病,患病后病情变化大且严重,应结合病情选用抗生素、磺胺药及有抗菌作用的中草药等。合理使用抗生素大有必要,否则,不仅起不到治疗作用,而且导致药物不良反应增多,耐药菌株增长以及诱发二重感染等,给进一步治疗带来困难。因此,应该严格掌握抗生素的适应证,在联合用药时尤应注

意。如氨基糖苷类均有一定耳、肾毒性,因此,6岁以下儿童不宜以庆大霉素作为门诊的第一线药物使用。又如不适当的联合用药如青霉素与抑菌类抗生素类合用,庆大霉素与其他氨基糖苷类药物合用等,反可使抗生素疗效降低、毒性增强,有时还可发生交互作用。细菌药物敏感试验和联合药物敏感试验对指导合理用药有重要意义,与临床疗效的符合率达80%左右。使用抗生素应考虑到患儿的生理、病理和免疫状况,不同年龄小儿的生理、病理、免疫状况不同,新生儿体内酶系统不完整,如葡萄糖醛酰转移酶不足;血浆蛋白结合药物的能力较弱,故血中药物游离浓度比年长儿和成人高;肾小球滤过率较低,故血中药物浓度(尤其青霉素类和氨基糖苷类)较高,半衰期延长。生后30d后小婴儿酶系、肾功能渐完善,因而应按不同日龄的药代动力学参数而调整剂量和给药时间。凡有肝功能减退或肝病者慎用或不用四环素类(可致肝脂肪变性)、氯霉素(严重肝功不全者,氯霉素与葡萄糖醛酸的结合受损,可致未代谢的药物浓度升高,抑制红、白细胞的生成)以及红霉素、氯霉素等。肾功能减退、免疫缺陷伴细菌感染时均应按药物的毒效而慎用或不用某些药物。有下列情况应严加控制使用抗生素,避免滥用,如预防应用抗生素,皮肤、黏膜局部应用抗生素(易发生过敏反应及导致耐药菌的产生);病毒性感染早期未继发细菌感染;原因不明的发热等。抗生素使用时应选用适当的给药方案、剂量和疗程。应按药物动力学的计算选择方案,一日量应分2~4次平分给予,抗生素于日间一次滴完为不合理治疗方案,剂量过大过小均不适宜。抗生素应用后,一般应继续使用至体温正常,症状消失后3~4d,在败血症、化脓性脑膜炎、骨髓炎疗程应延长至2~3周。如效果不显著,急性感染应在48~72h考虑改药。

(2)肾上腺皮质激素的应用:临床上常用于补充肾上腺皮质分泌生理性不足、抗过敏、抗炎、抗休克等。肾上腺皮质激素用于治疗重症感染时应同时使用有效的抗生素,长期使用时应供给足