

小儿常见病 诊疗与护理

主 编 苏建平 赵振河 刘文静



黑龙江科学技术出版社

小儿常见病诊疗与护理

主 编 苏建平

副 主 编 刘得江

参编人员(按姓氏笔

方淑芹

刘得江

徐小超

赵振河

董新华

戈清风

苏建平

高玉英

刘文静

方淑芹

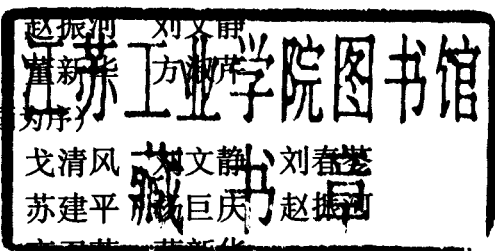
刘文静

赵巨庆

董新华

刘春基

赵振河



黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目 (C I P) 数据

小儿常见病诊疗与护理/苏建平主编. —哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2005. 4

ISBN 7-5388-4799-5

I. 小... II. 苏... III. ①小儿疾病: 常见病-诊疗
②小儿疾病: 常见病-护理 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 028341 号

责任编辑 王嘉英

小 儿 常 见 病 诊 疗 与 护 理

主 编 苏建平 赵振河 刘文静

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话 (0451) 53642106 电传 53642143 (发行部)

印 刷 大庆广播电视报社印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 880 × 1230 1/32

印 张 12.5

字 数 264 000

版 次 2005 年 5 月第 1 版·2005 年 5 月第 1 次印刷

印 数 1-1 000

书 号 ISBN 7-5388-4799-5/R·1186

定 价 20.00 元

序

本书编写的指导思想在于使人们进一步了解和掌握儿童保健及小儿常见病的预防、保健、治疗和护理的一般知识,有效地保护儿童的健康成长,使我国计划生育、优生优育的国策得到全面贯彻落实。

我们在过去多年的临床工作中,经常会遇到有人因缺乏相关的小儿常见病的医学知识,而未能对小儿进行及时、正确、有效的治疗护理,甚至延误病情造成难以弥补的遗憾,因此深感普及小儿常见病医学知识的必要。小儿处于生长发育的特殊时期,抵抗力较弱,发病来势快,又不善于用语言表达病情等,以致常常未能得到正确、及时、妥善的护理和治疗,使患儿的身心健康受到严重的影响。本书为儿童能得到更好的护理而作,较为详细地介绍了各种疾病的病因、临床表现、治疗措施及预防护理知识,以期令小儿疾病的防治成为医护人员与家长相互配合的双边活动。本书的编写希望能在专业医护人员和读者之间起到一种对话交流和桥梁纽带作用,使小儿疾病的防治成为医护人员与家长相互配合的双边活动,减少因抵抗力低,发病来势快,而又不善于用言语表达病情所造成的危害。

编 者

2005年4月

目 录

第一章 呼吸系统疾病.....	1
第一节 急性上呼吸道感染.....	1
第二节 急性喉炎.....	9
第三节 急性支气管炎	17
第四节 支气管肺炎	21
第五节 支气管哮喘	58
第二章 消化系统疾病	77
第一节 小儿腹泻	77
第二节 肠套叠.....	101
第三节 急性坏死性肠炎.....	110
第四节 口腔黏膜疾病	121
第三章 循环系统疾病.....	134
第一节 小儿先天性心脏病	134
第二节 小儿心律失常.....	142
第三节 病毒性心肌炎.....	156
第四节 小儿充血性心力衰竭.....	163
第四章 内分泌系统疾病.....	174
第一节 儿童糖尿病.....	174
第二节 甲状腺功能亢进症.....	186
第三节 先天性甲状腺功能减低症	195
第五章 泌尿系统疾病.....	204
第一节 急性肾小球肾炎.....	204
第二节 肾病综合征.....	217
第三节 急性肾功能衰竭.....	234

第四节	泌尿系感染·····	247
第六章	神经、精神系统疾病·····	260
第一节	化脓性脑膜炎·····	260
第二节	病毒性脑炎·····	272
第三节	小儿癫痫·····	278
第四节	脑性瘫痪·····	292
第五节	儿童多动症·····	307
第七章	血液系统疾病·····	316
第一节	营养性缺铁性贫血·····	316
第二节	营养性巨幼红细胞性贫血·····	333
第三节	原发性血小板减少性紫癜·····	340
第八章	结缔组织病·····	351
第一节	风湿热·····	351
第二节	过敏性紫癜·····	369
第三节	皮肤黏膜淋巴结综合征·····	374
第四节	幼年型类风湿关节炎·····	385

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是小儿最常见的疾病,主要侵犯鼻、鼻咽和咽部,常诊断为“急性鼻咽炎(普通感冒)”、“急性咽炎”、“急性扁桃体炎”等,也可统称为上呼吸道感染,或简称“上感”。

【病因】

各种病毒和细菌都可引起上呼吸道感染,尤以病毒为多见,约占上感发病病原体的60%~90%以上,常见有鼻病毒、腺病毒、副流感病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒等,其他病毒如冠状病毒、肠道病毒、单纯疱疹病毒、EB病毒等也可引起。细菌感染常继发于病毒感染之后,其中溶血性链球菌占重要地位,其次为肺炎链球菌、葡萄球菌、嗜血流感杆菌,偶尔也有革兰氏阴性杆菌。亦有报告肺炎支原体菌亦可引起上呼吸道感染。

【病理改变】

病变部位早期表现为毛细血管和淋巴管扩张,黏膜充血水肿、腺体及杯状细胞分泌增加及单核细胞和吞噬细胞浸润、以后转为中性粒细胞浸润,上皮细胞和纤毛上细胞坏死脱落。恢复期上皮细胞新生、黏膜修复、恢复正常。

【临床表现】

本病多为散发,偶然亦见流行。婴幼儿患病症状较重,年长儿较轻。婴幼儿患病时可有或无流涕、鼻塞、喷嚏等呼吸道症状,常突发高热、呕吐、腹泻、甚至因高热而引起惊厥。年长儿患者常有流涕、鼻塞、喷嚏、咽部不适、发热等症状,可伴有轻度咳嗽与声嘶。

部分患儿发病早期可出现脐周围阵痛,咽炎,咽痛等状,咽黏膜充血,若咽侧索也受累,则在咽两外侧壁上各见一纵行条索状肿块突出。疱疹性咽峡炎、在咽弓、软腭、悬雍垂黏膜上可见数个或数十个灰白色小疱疹,直径1~3mm,周围有红晕,1~2d破溃成溃疡。咽结合膜热患者,临床特点为发热39℃左右,咽炎及结合膜炎同时存在。而有别于其他类型的上呼吸道感染。急性扁桃体炎除了发热咽痛外,扁桃体可见明显红肿,表面有黄白色脓点,可融合成假膜状。

【实验室检查】

病毒感染时白细胞计数多偏低或正常,粒细胞不增高。病因诊断除病毒分离与血清反应外,近年来广泛利用免疫荧光、酶联免疫等方法开展病毒学的早期诊断,对初步鉴别诊断有一定帮助。细菌感染时白细胞计数及中性粒细胞可增高。由链球菌引起者血清抗链球菌溶血素“O”滴度增高,咽拭子培养可有致病菌生长。

【诊断】

急性上呼吸道感染具有典型症状如发热、鼻塞、咽痛、扁桃体肿大等全身和局部症状,结合季节、流行病学特点等,临床诊断并不困难,但对病原学的诊断则需依靠病毒学和细菌学检查。

【鉴别诊断】

(1)症状中以高热惊厥和腹痛严重者须与中枢神经系统感染和急腹症等疾病相鉴别。

(2)很多急性传染病早期也有上呼吸道感染的症状,虽然现在预防接种比较普遍及传染病发病率明显下降,但在传染病流行季节要仔细询问麻疹、猩红热、腮腺炎、百日咳、流感以及脊髓灰质炎的流行接触史。当夏季时尤要注意和中毒性疾病的早期相鉴别。

(3)如有高热、流涎、拒食、咽后壁及扁桃体周围有小疱疹及小溃疡者,可诊断为疱疹性咽峡炎;如高热、咽红伴眼结膜充血,可诊为咽结膜热;扁桃体红肿且有渗出者为急性扁桃体炎或化脓性扁

桃体炎;如有明显流行史、高热、四肢酸痛、头痛等全身症状而较鼻咽部症状更重时要考虑为流行性感冒。

【治疗】

1. 一般治疗

充分休息,多饮水,注意隔离,预防并发症。WHO 在急性呼吸道感染防治纲要中指出,关于感冒的治疗主要是家庭护理和对症处理。

2. 对症治疗

(1)高热:口服阿司匹林类,剂量为 $10\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$,持续高热可每 4h 口服 1 次;亦可用扑热息痛,剂量为 $5\sim 10\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$,市场上多为糖浆剂,便于小儿服用。高热时还可用赖氨匹林或安痛定等肌注,同时亦可用冷敷、温湿敷、酒精擦浴等物理方法降温。

(2)高热惊厥:可针刺人中、十宣等穴位或肌注苯巴比妥钠 $4\sim 6\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$,有高热惊厥史的小儿可在服退热剂同时服用苯巴比妥等镇静剂。

(3)鼻塞:乳儿鼻塞妨碍喂奶时,可在喂奶前用 0.5% 麻黄素 1~2 滴滴鼻,年长儿亦可加用扑尔敏等脱敏剂。

(4)咽痛:疱疹性咽峡炎时可用冰硼酸、锡类散、金霉素鱼肝油或碘甘油涂抹口腔内疱疹或溃疡处;年长儿可口含碘喉片及其他中药利咽喉片,如华素片、杜美芬、四季润喉片、草珊瑚、西瓜霜润喉片等。

3. 病因治疗

如诊断为病毒感染,目前常用 1% 病毒唑滴鼻,每 2~3h 双鼻孔各滴 2~3 滴,或口服三氮唑核苷口服液(威乐星),或用三氮唑核苷口含片。亦有用口服金刚烷胺、病毒灵(吗啉双呱片),但疗效不肯定。如明确腺病毒或单纯性溃疡病毒感染亦有用疱疹净(碘苷)、阿糖胞苷。近年来有报道用干扰素治疗重症病毒性感染取得较好疗效。如诊断为细菌感染,大多合并有中耳炎、鼻窦炎、化脓

性扁桃体炎、淋巴结炎以及下呼吸道炎症时,可选用复方新诺明、氨苄青霉素、羟氨苄青霉素或其他抗生素。但多数上呼吸道感染病例不应滥用抗生素。

4. 风热两型

治法以清热解表为主。常用中成药有银翘解毒片、桑菊感冒片、感冒退热冲剂、板蓝根冲剂以及双黄连口服液等。

【预防】

减少上呼吸道感染的根本办法在于预防。平时要多户外活动,增强体质,要避免交叉感染,特别是在感冒流行季节要少去公共场所或串门;注意气候骤变,及时添减衣服;对体弱儿及反复呼吸道感染儿可服玉屏风散或左旋咪唑, $0.25 \sim 3\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,每周服2d停5d,3个月为一疗程,亦可口服卡慢舒。这些治疗目的多是增强机体抵抗力,预防呼吸道感染复发。

【并发症】

正常5岁以下小儿平均每年患急性呼吸道感染4~6次。但有的患儿患呼吸道感染的次数过于频繁,可称为反复呼吸道感染,简称复感儿。

1. 影响因素

由于小儿正处在生长发育之中,身体的免疫系统还未发育完善,缺乏抵御微生物侵入的能力,故很容易患急性呼吸道感染,但有的患儿由于环境或机体本身条件比一般小儿更易患急性呼吸道感染,影响因素有:

(1)机体条件:如患儿长期营养不良,小婴母乳不足又未及时添加辅食,体内缺乏必需的蛋白质、脂肪及热量不足,影响器官组织的正常发育致抵抗力低下;也有的家庭经济条件并不差,但父母缺乏科学育儿知识,偏食或喂养不合理,特别是只吃牛奶、巧克力,缺乏多种维生素和微量元素如铁、锌等,也会对免疫系统造成损害,抗病能力下降而易患病。

(2)环境因素:特别是大气污染或被动吸烟。如冬天屋内生炉子,空气中大量烟雾、粉尘以及有害物质进入小儿呼吸道;同样被动吸烟也是。这些有害物质不但损伤呼吸道正常黏膜,而且还可降低抵抗力,诱发呼吸道感染。有报道在吸烟家庭中生长的婴儿比无吸烟家庭的小儿患急性呼吸道感染的机会大数倍至近10倍。

(3)先天因素:小儿患有先天的免疫缺陷病或暂时性免疫低下也可造成反复呼吸道感染。

2. 诊断

根据1987年全国小儿呼吸道疾病学术会议讨论标准作出诊断(表1-1)。

表1-1 小儿反复呼吸道疾病诊断标准

年龄(岁)	上呼吸道感染(次/年)	下呼吸道感染(次/年)
0~2	7	3
3~5	5	2
6~12	5	2

3. 治疗

急性感染可参照上述方法外,还要针对引起反复上感的原因,如增加营养、改善环境因素。应该指出患先天性免疫缺陷的小儿是极少数,大部分还是护理问题,因此,增强患儿体质是治疗及预防之根本。加强体育锻炼及注意户外活动,使患儿增强适应外界环境及气候变化的能力;同时注意对反复呼吸道感染患儿的生活护理,随气候变化增减衣服,切忌过捂过饱,这些都是治疗反复呼吸道感染的关键。

(董新华)

【护理评估】

(1)健康史:询问发病情况,注意有无受凉史,或当地有无类似

疾病的流行,患儿发热开始时间、程度,伴随症状及用药情况;了解患儿有无营养不良、贫血等病史。

(2)身体状况:观察患儿精神状态,注意有无鼻塞、呼吸困难,测量体温,检查咽部有无充血和疱疹,扁桃体及颈部淋巴结是否肿大,结合膜有无充血,有无皮疹,腹痛及支气管、肺受累的表现。了解血常规等实验室检查结果。

(3)心理社会状况:了解患儿及家长的心理状态和对该病因、预防及护理知识的认识程度;评估患儿家庭环境及经济情况,注意疾病流行趋势。

【常见护理诊断与合作性问题】

- (1)体温过高:与上呼吸道感染有关。
- (2)潜在并发症(惊厥):与高热有关。
- (3)有外伤的危险:与发生高热惊厥时抽搐有关。
- (4)有窒息的危险:与发生高热惊厥时胃内容物反流或痰液阻塞有关。
- (5)有体液不足的危险:与高热大汗及摄入减少有关。
- (6)低效性呼吸形态:与呼吸道炎症有关。
- (7)舒适的改变:与咽痛、鼻塞等有关。

【护理目标】

- (1)患儿体温降至正常范围($36 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$)。
- (2)患儿不发生惊厥或惊厥时能被及时发现。
- (3)患儿维持于舒适状态无自伤及外伤发生。
- (4)患儿呼吸道通畅无误吸及窒息发生。
- (5)患儿体温正常,能接受该年龄组的液体入量。
- (6)患儿呼吸在正常范围,呼吸道通畅。
- (7)患儿感到舒适,不再哭闹。

【护理措施】

- (1)保持室内空气新鲜,每日通风换气4次,保持室温 $18 \sim$

22℃,湿度 50% ~ 60%,空气每日用过氧乙酸或含氯制剂每日喷雾消毒 2 次。

(2)密切观察体温变化,体温超过 38.5℃时给予物理降温,如头部冷敷、腋下及腹股沟处置冰袋,温水或乙醇擦浴。冷盐水灌肠,必要时给予药物降温:扑热息痛,安乃近、柴胡、肌肉注射安痛定。

(3)发热者卧床休息直到退热 1d 以上可适当活动,做好心理护理,提供玩具、画册等有利于减轻焦虑,不安情绪。

(4)防止发生交叉感染,患儿与正常小儿分开,接触者戴口罩,防止继发细菌感染。

(5)保持口腔清洁,每天用生理盐水漱口 1~2 次,婴幼儿可经常喂少量温开水以清洗口腔,防止口腔炎的发生。

(6)保持鼻咽部通畅,鼻腔分泌物和干痂及时清除,鼻孔周围应保持清洁,避免增加鼻腔压力,使炎症经咽管向中耳发展引起中耳炎。鼻腔严重时于清洁鼻腔分泌部后用 0.5% 麻黄碱液滴鼻,每次 1~2 滴,对鼻塞而妨碍吸吮的婴幼儿,宜在哺乳前 10~15min 滴鼻,使鼻腔通畅,保持吸吮。

(7)多饮温开水,以加速毒物排泄和降低体温,患儿衣着、被子不宜过多,出汗后及时给患儿用温水擦干汗液,更换衣服。

(8)每 4h 测体温 1 次,体温骤升或骤降时要随时测量并记录,如患儿病情加重,体温持续不退,应考虑并发症的可能,需要及时报告医生并及时处理,如病程中出现皮疹,应区别是否为某种传染病的早期征象,以便及时采取措施。

(9)注意观察咽部充血、水肿等情况,咽部不适时给予润喉含片或雾化吸入(雾化吸入药物可用病毒唑、糜蛋白酶、地塞米松加 40mL 盐水 2 次/d)。

(10)室内安静减少刺激,发生高热惊厥时按惊厥护理常规。

(11)给予易消化和富含维生素的清淡饮食,必要时静脉补充

营养和水分。

(12) 病儿安置在有氧气、吸痰器的病室内。

(13) 平卧、头偏向一侧, 注意防止舌咬伤。防止呕吐物误吸, 防止舌后倒引起窒息, 应托起病儿下颌同时解开衣物及松开腰带, 以减轻呼吸道阻力。

(14) 密切观察病情变化, 防止发生意外, 如坠床或摔伤等。

(15) 抽搐时上、下牙之间放牙垫, 防止舌及口唇咬伤, 病儿持续发作时, 可按照医嘱给予对症处理。

(16) 按医嘱用止惊药物, 如酒地泮、苯巴比妥等, 观察患儿用药后的反应, 并记录。

(17) 治疗、护理等集中进行, 保持安静。减少刺激。

(18) 保持呼吸道通畅, 及时吸痰, 发绀者给予吸氧, 窒息者给人工呼吸, 注射呼吸兴奋剂。

(19) 高热者给予物理降温或退热剂降温, 在严重感染并伴有循环衰竭, 抽搐、高热者, 可行冬眠疗法, 冬眠期间不能搬动病儿或突然竖起, 防止直立性休克。

(20) 详细记录发作时间, 抽动的姿势, 次数及特点, 因有的病儿抽搐时间相当短暂, 虽有几秒钟, 抽搐姿势也不同, 有的像眨眼一样, 有的口角微动, 有的肢体像无意乱动一样等等, 因此需仔细注视才能发现。

(21) 密切观察血压、呼吸、脉搏、瞳孔的变化, 并做好记录。

【健康教育】

(1) 指导家庭护理。因上呼吸道感染患儿多不住院, 要帮助患儿家长掌握上呼吸感染的护理要点: 让患儿多饮水, 促进代谢及体内毒素的排泄; 饮食要清淡, 少食多餐, 给高蛋白、高热量、高维生素的流质或半流质饮食; 要注意休息, 避免剧烈活动, 防止咳嗽加重。患儿鼻塞时呼吸不畅可在哺乳及临睡前用 0.5% 的麻黄碱溶液滴鼻, 每次 1~2 滴, 可使鼻腔通畅。但不能用药过频, 以免引起心悸

等表现。

(2)指导预防并发症的方法,以免引起中耳炎、鼻窦炎,介绍如何观察并发症的早期表现,如高热持续不退或退而复升,淋巴结肿大,耳痛或外耳道流脓,咳嗽加重、呼吸困难等,应及时与医护人员联系并及时处理。

(3)介绍上呼吸道感染的预防重点,增加营养和体格锻炼,避免受凉;在上呼吸道感染流行季节避免到人多的公共场所,有流行趋势时给易感儿服用板兰根、金银花、连翘等中药汤剂预防,对反复发生上呼吸道感染的小儿应积极治疗原发病,改善机体健康状况。鼓励母乳喂养,积极防治各种慢性病,如维生素 D 缺乏性佝偻病,营养不良及贫血等,在集体儿童机构中,有如上感流行趋势,应早期隔离患儿,室内用食醋熏蒸法消毒。

(4)用药指导。指导患儿家长不要给患儿滥服感冒药,如成人速效伤风胶囊以及其他市场流行各种感冒药、消炎药、抗病毒药,必须在医生指导下服药,服药时不要与奶粉、糖水同服,两种药物必须间隔半小时以上再服用。

(徐小超)

第二节 急性喉炎

小儿急性喉炎是儿科常见病,可发生于任何季节,以婴幼儿多见,病情往往来势迅猛,如不及时采取措施,随时会危及生命。

【病因】

急性喉炎大多是上呼吸道感染的一部分,可以由病毒及细菌引起。病毒中可以是流感、副流感病毒以及其他很多引起呼吸道感染的病毒;细菌多见乙型溶血性链球菌、肺炎链球菌和金黄色葡萄球菌。此病也可发生在流感、百日咳、麻疹和白喉等急性传染病的过程中。其他如用声过度、过敏和吸入刺激性物质也可引起急

性喉炎。

【临床表现】

急性喉炎可有不同程度的发热、声嘶、犬吠样咳嗽和吸气性喉鸣,有时可表现声哑甚至失音,严重时还有全身不适,咽下困难,进食发呛。由于咽喉部充血水肿,还可出现各种喉梗阻症状,此时有吸气性呼吸困难,鼻翼扇动,吸气时可出现三凹症,患儿可面色发绀、烦躁不安,甚至因严重呼吸困难而致呼吸衰竭,故急性喉炎可以发展成严重危重症。急性喉炎在小儿属于急症,这与喉部的解剖特点有关。喉部位于口咽部和气管之间,此部位相对狭窄,再加上小儿黏膜下组织疏松,黏膜纤嫩,血管丰富,所以一旦发炎,黏膜及黏膜下引起水肿,就使得这一狭窄处更加狭窄,甚至可堵塞气道,造成严重呼吸困难,可导致小儿窒息甚至危及生命。故小儿急性喉炎的症状发展及严重后果比成人为重。除口腔检查见咽部明显充血外,还可通过间接喉镜检查声带、声门下黏膜肿胀情况。

【诊断】

小儿急性喉炎起病快,有声嘶、喉鸣、犬吠样咳嗽即可诊断,如发生呼吸困难、紫绀则意味病情危重,应予即刻急救处理。

急性喉炎一般诊断无困难,但仍须与急性喉、气管、支气管炎以及白喉、喉痉挛、急性会厌炎与喉、气管异物等常见喉梗阻疾病相鉴别。同时也要注意可能为某些急性传染病的前驱期及并发症。

(1)急性喉、气管、支气管炎:是整个上、下呼吸道的急性弥漫性炎症,常见由病毒引起,主要是副流感病毒、腺病毒、合胞病毒,多见于婴幼儿。比起急性喉炎,多数有中度至高度发热,以及全身中毒症状,临床症状与急性喉炎相似,但喉镜检查除喉及声门下黏膜肿胀,还可见气管黏膜肿胀以及支气管内有黏稠分泌物,痰痂积聚,有时呼吸困难可呈吸气加呼气性呼吸困难并存。

(2)急性会厌炎:症状与喉炎相似,最常见的致病菌是嗜血流

感杆菌 B 型。发病骤然,很快出现呼吸困难,年长儿诉咽痛,有流涎、吞咽困难,很快出现喉梗阻症状。病人常有特殊体位,如宁可座位,下倾向前,伸舌,表情紧张焦虑,颈部常有淋巴结肿大。侧位颈部 X 线检查,可见会厌部肿胀狭窄,因气道梗阻,吸气时声门不扩张。

(3)痉挛性喉炎:又称痉挛性哮喘,其特征为喉痉挛,常在夜间骤然发作。病原体主要为副流感病毒,与婴儿低钙性手足搐搦症无关。患儿年龄多在 2~6 岁,其家庭成员亦可能有相同病史。这些患儿夜间发作多见,骤发骤停,发作时亦有声音嘶哑和喉梗阻症状。

【治疗】

小儿急性喉炎病情发展快,易并发喉梗阻,应积极治疗,目前主要采用抗生素及大量肾上腺皮质激素,常可取得较好疗效。

抗生素主要应用于怀疑有细菌感染者,应及早应用足量、广谱的抗生素。常用青霉素类,如青霉素 G 10 万 U/(kg·次),6h/次,可静注或肌注,或用苄苄青霉素 100~200mg/(kg·d),静注或肌注,或羟氨苄青霉素 50~100mg/(kg·d),口服。近年来亦采用一、二代头孢菌素及复合抗生素(如优立新、安美汀等)。

在应用抗生素同时,应立即静滴肾上腺皮质激素,能迅速达到抗炎、抗毒以及控制过敏反应作用。对重症可用氢化可的松 5~10mg/(kg·次),4~6h/次,或地塞米松 0.15~0.25mg/(kg·次)。对呼吸困难不严重,年长儿能口服药物者,可用强的松 1mg/(kg·次),每 4~6h 口服 1 次,直至喉炎及呼吸困难缓解和消失。

喉炎患儿因呼吸困难,多烦躁不安,反过来可增加氧耗,加重缺氧,故宜用镇静剂,一般病儿可口服异丙嗪 0.5~1mg/(kg·次),每日 2~3 次,既有镇静又有抗过敏作用;重症患儿可用 10%水化氯醛 50~80mg/(kg·次)灌肠,或肌注苯巴比妥钠 5~10mg/(kg·次),或冬眠合剂(氯丙嗪和异丙嗪复合剂)0.5~1mg/