

庄思齐 ● 主编

实用儿科

SHIYONG ERKE
YIZHU
SHOUCE

医嘱
手册

中国协和医科大学出版社

实用儿科医嘱手册

庄思齐 主 编
莫恩明 副主编

编 者 (按姓氏笔画排列)

庄思齐	刘美娜	刘晓红	张红宇
沈振宇	李晓瑜	李燕虹	苏 喆
余慕雪	岳智慧	胡 志	柯志勇
莫恩明	黄越芳	蒋小云	覃有振
覃肇源			

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用儿科医嘱手册 / 庄思齐主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2006.1

ISBN 7-81072-751-6

I. 实… II. 庄… III. 儿科学-医嘱-手册 IV. R72-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 145055 号

实用儿科医嘱手册

主 编: 庄思齐
责任编辑: 王 伟 左 谦

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 787×960 毫米 1/32 开
印 张: 15
字 数: 250 千字
版 次: 2006 年 4 月第一版 2006 年 4 月第一次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 26.00 元

ISBN 7-81072-751-6/R·744

(凡购本书,如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题,由本社发行部调换)

前 言

本书为《临床实用医嘱手册》中的儿科部分，重点介绍儿科常见疾病的医嘱书写内容，如儿科急症、新生儿、感染性疾病、营养性疾病以及呼吸、消化、泌尿、血液、心血管、神经、内分泌代谢、免疫等各系统的儿科常见病，同时介绍部分常见病的护理常规。所介绍的医嘱主要为住院医嘱，少数为门诊处理；内容是以某一特指病种已初步明确诊断者、或倾向于该病种的常用诊疗方案为基础，并选择该病种的好发年龄为药物剂量计算标准举例，力求符合现有的儿科诊疗规范并着重介绍相关的诊治新技术新药物。对于某些疾病的诊断要点、进一步检查项目，以及根据病情和/或病程选择不同的治疗方案，则在每份医嘱之后的标注中加以详细说明。常用的药物及其剂量、用法、注意事项，文中采用的英文缩写符号，均在附录中予以介绍。

医嘱体现了对病人实施诊治计划的过程，还可以作为对医疗技术质量水平的评价，及时正确的医嘱书写有赖于主管医师对病情的正确判断、具备相关的专业理论知识和临床实践经验以及认真细致负责的工作

2 实用儿科医嘱手册

态度，是保证诊疗计划规范进行、使病人得到迅速有效治疗的关键措施。

在使用本书时必须注意各地医疗单位的实际情况，因地制宜，有的放矢，首先选择当地可用的检查项目及治疗药物，适当增加先进的检查措施及新疗法，尽量做到开出的医嘱完整、合理、实用。

本书由中山大学附属第一医院儿科的医师和护师们共同编写完成，由于编者水平有限，难免会出现不足和错漏之处，诚望各位读者多提宝贵意见。

编者

目 录

第一章 急诊	(1)
第一节 有机磷农药中毒	(1)
第二节 氟乙酰胺中毒	(5)
第三节 毒鼠强中毒	(6)
第四节 一氧化碳中毒 (重度)	(8)
第五节 毒蕈中毒	(10)
第六节 亚硝酸盐类中毒	(12)
第七节 鱼胆中毒	(14)
第八节 感染性休克	(15)
第二章 营养性疾病	(21)
第一节 维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(21)
第二节 肥胖症	(24)
第三节 蛋白质 - 能量营养不良	(29)
第三章 新生儿疾病	(33)
第一节 新生儿重症监护	(33)
第二节 新生儿呼吸支持疗法	(34)
第三节 新生儿营养支持疗法	(39)
第四节 早产儿	(45)
第五节 新生儿窒息复苏	(50)
第六节 新生儿肺透明膜病	(53)
第七节 胎粪吸入综合征	(57)

第八节	新生儿肺出血	(60)
第九节	新生儿慢性肺部病变	(62)
第十节	新生儿病理性黄疸	(65)
第十一节	新生儿外周动、静脉同步 换血	(69)
第十二节	新生儿缺氧缺血性脑病	(73)
第十三节	新生儿颅内出血	(77)
第十四节	新生儿惊厥(不明原因)	(79)
第十五节	新生儿坏死性小肠结肠炎	(82)
第十六节	新生儿胃食管反流	(85)
第十七节	新生儿出血症	(88)
第十八节	新生儿红细胞增多症	(90)
第十九节	新生儿硬肿症	(92)
第二十节	新生儿败血症	(96)
第二十一节	新生儿破伤风	(99)
第二十二节	先天性梅毒	(101)
第二十三节	新生儿脐炎	(105)
第二十四节	尿布皮炎	(106)
第二十五节	婴儿湿疹	(107)
第二十六节	新生儿剥脱性皮炎	(108)
第二十七节	新生儿反复或持续性低 血糖	(110)
第四章	呼吸系统疾病	(113)
第一节	急性上呼吸道感染(合并高热 惊厥)	(113)
第二节	急性扁桃体炎	(115)

第三节	急性感染性喉炎	(116)
第四节	急性支气管炎	(118)
第五节	毛细支气管炎	(120)
第六节	肺炎	(122)
第七节	支气管哮喘	(128)
第八节	特发性肺含铁血黄素沉着症	(135)
第九节	化脓性胸膜炎与脓气胸	(136)
第十节	反复呼吸道感染	(138)
第五章	消化系统疾病	(142)
第一节	胃炎和消化性溃疡	(142)
第二节	消化道出血	(146)
第三节	小儿腹泻及液体疗法	(149)
第四节	婴儿肝炎综合征	(159)
第五节	胃食管反流	(162)
第六章	泌尿系统疾病	(168)
第一节	急性肾小球肾炎	(168)
第二节	慢性肾小球肾炎	(171)
第三节	原发性肾病综合征	(173)
第四节	泌尿系感染	(178)
第五节	IgA 肾病	(181)
第六节	狼疮性肾炎	(186)
第七节	紫癜性肾炎	(190)
第八节	乙型肝炎病毒相关性肾炎	(193)
第九节	急进性肾炎	(195)
第十节	血尿	(197)
第十一节	溶血尿毒综合征	(200)

第十二节	急性肾衰竭(肾源性)·····	(203)
第十三节	慢性肾衰竭·····	(207)
第十四节	肾活检穿刺术·····	(212)
第七章	血液系统疾病 ·····	(217)
第一节	缺铁性贫血·····	(217)
第二节	珠蛋白生成障碍性贫血 (附成分输血)·····	(220)
第三节	葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺 乏症·····	(228)
第四节	再生障碍性贫血·····	(232)
第五节	急性白血病·····	(241)
第六节	特发性血小板减少性紫癜·····	(249)
第七节	血友病·····	(253)
第八节	弥散性血管内凝血·····	(257)
第八章	心血管系统疾病 ·····	(263)
第一节	病毒性心肌炎·····	(263)
第二节	心律失常·····	(266)
第三节	心力衰竭·····	(274)
第四节	先天性心脏病·····	(277)
第五节	感染性心内膜炎·····	(282)
第六节	风湿性心脏病(风湿活动)·····	(284)
第七节	急性心包炎·····	(287)
第八节	高血压·····	(289)
第九章	神经系统疾病 ·····	(293)
第一节	高热惊厥·····	(293)
第二节	病毒性脑炎·····	(295)

第三节	化脓性脑膜炎·····	(298)
第四节	急性颅内压增高症(颅内压 增高及脑疝)·····	(301)
第五节	癫痫·····	(303)
第六节	癫痫持续状态·····	(306)
第七节	急性感染性多发性神经根炎·····	(308)
第八节	急性脊髓炎·····	(310)
第九节	重症肌无力·····	(311)
第十节	进行性肌营养不良症·····	(314)
第十章	内分泌代谢疾病 ·····	(316)
第一节	1型糖尿病·····	(316)
第二节	2型糖尿病·····	(323)
第三节	甲状腺功能亢进·····	(326)
第四节	甲状腺功能低下·····	(329)
第五节	先天性肾上腺皮质增生症 (含肾上腺危象)·····	(332)
第六节	皮质醇增多症·····	(336)
第七节	中枢性尿崩症·····	(339)
第八节	性早熟·····	(343)
第九节	生长激素缺乏症·····	(346)
第十节	糖原贮积病·····	(350)
第十一章	免疫性疾病 ·····	(354)
第一节	严重联合免疫缺陷病 (SCID)·····	(354)
第二节	X连锁无丙种球蛋白血症	

	(XLA)	(356)
第三节	先天性胸腺发育不全症 (DiGeorge 综合征)	(358)
第四节	全身型幼年特发性关节炎.....	(360)
第五节	少关节型幼年特发性关节炎.....	(364)
第六节	系统性红斑狼疮.....	(366)
第七节	过敏性紫癜.....	(369)
第八节	皮肤粘膜淋巴结综合征 (川崎病)	(371)
第十二章	感染性疾病.....	(374)
第一节	麻疹.....	(374)
第二节	水痘与带状疱疹.....	(375)
第三节	传染性单核细胞增多症.....	(376)
第四节	伤寒.....	(379)
第五节	结核病.....	(382)
第六节	肠虫病.....	(389)
第十三章	儿科护理常规.....	(395)
第一节	儿科护理常规.....	(395)
第二节	分级护理.....	(397)
第三节	特殊护理.....	(400)
附录	(421)
I	儿科医嘱书写规则.....	(421)
II	常用略语符号一览表.....	(422)
III	儿科常用药物.....	(423)

第一章 急 诊

第一节 有机磷农药中毒 (以 6 岁, 20kg 儿童为例)

长期医嘱	临时医嘱
按儿科常规特级护理	书面病危通知
禁食	血常规
留置鼻胃管	尿常规
吸氧	便常规
记录心率、呼吸、血压、意识、瞳孔	血胆碱酯酶活力测定(即复!)
经皮测血氧饱和度 q1 ~ 2h	洗胃(生理盐水或清水)st!
记24小时出入量	20%硫酸钠 30ml(洗胃后注入胃内)
青霉素 80万 U im bid (AST)	活性炭 8g(洗胃后注入胃内)
10% GS 250ml / iv drip	NS 5ml / iv
三磷酸腺苷 20mg qd	阿托品 1mg/ (必要时重复)
辅酶 A 100U	5% GS 25ml / iv
Vit C 2.0g	氯磷定 0.6g / (必要时重复)
气道吸引(q1 ~ 2h)	10% GS 500ml iv drip
	胃液/尿液有机磷测定(pm)

【说明】

1. 有机磷农药种类很多，根据其对小白鼠半数致死量分为：①剧毒类，如甲拌磷（3911），内吸磷（1059），对硫磷（1605）等；②高毒类：如敌敌畏、甲胺磷、氧化乐果等；③低毒类：如敌百虫、马拉硫磷、乐果等。因其脂溶性较好，较易透过皮肤、呼吸道、胃肠道进入人体内，与胆碱酯酶迅速结合成磷酰化胆碱酯酶，丧失分解乙酰胆碱的能力，并导致乙酰胆碱积聚、蓄积，引起神经生理功能紊乱，而表现一系列中毒症状。其中毒表现可分为：潜伏期、毒蕈碱样症状、烟碱样症状、中枢神经系统症状、心血管功能障碍及慢性中毒表现。根据中毒程度分为轻、中、重度，轻度中毒时胆碱酯酶（CHE）降至正常值的50%~70%，中度中毒CHE降至正常值的30%~50%，重度中毒CHE降至正常值的30%以下。

2. 诊断：要根据其接触史、吸入史或食入有机磷毒物史，特殊的蒜臭味，有机磷中毒典型症状，CHE下降，必要时可取呕吐物、洗胃液及呼吸道分泌物等做有机磷毒物测定。

3. 处理：首先使患儿脱离现场，脱去被污染的衣裤，并用清水彻底清洗皮肤、头发、指甲及外耳道，可先用微温肥皂水反复彻底清洗（除敌百虫外）。眼睛污染者可先用生理盐水反复冲洗干净，再滴入1%阿托品溶液1~2滴。

4. 迅速清除毒物：口服中毒者应尽早催吐，洗胃、导泻，洗胃时间应不受时间限制，即使患儿中毒

12小时以上，亦应洗胃。洗胃液选择：凡中毒种类不明时，宜用微温清水、生理盐水。硫磷、甲拌磷、乙拌磷、乐果、内吸磷等硫代磷酸酯类中毒忌用高锰酸钾溶液洗胃，敌百虫中毒禁用碳酸氢钠。洗胃时应尽量先抽尽胃内容物，再注入洗胃液，每次注入量50~100ml，要反复抽洗，直至抽出胃液颜色和注入液一样，且无有机磷蒜臭味为止。洗胃后用硫酸钠（1克/岁）导泻，用活性炭起吸附作用，禁用油性泻剂。

5. 特效解毒药：常用阿托品或654-2等，可拮抗乙酰胆碱的毒蕈碱样作用，但对烟碱样症状无效，也无复活胆碱酯酶的作用。轻度中毒：阿托品每次0.02~0.03mg/kg，或654-2每次0.3~0.5mg/kg，肌注或静注，必要时2~4h可重复一次，直至症状消失。中度中毒：阿托品每次0.03~0.05mg/kg或654-2每次1~2mg/kg静注，视病情30~60分钟重复一次，然后逐渐减少药物剂量及延长给药时间。重度中毒：阿托品每次0.05~0.1mg/kg或654-2每次2~4mg/kg静注。对特别危重病人，阿托品首次可用0.1~0.2mg/kg静注，以后每次0.05~0.1mg/kg，10~20分钟1次，必要时5分钟1次，当瞳孔开始散大、肺水肿消退后，改为每次0.02~0.03mg/kg，肌注，15~30分钟1次；意识开始恢复后改为每次0.01~0.02mg/kg，30~60分钟1次。阿托品本身属剧毒药，过量可中毒，有机磷中毒对其耐受性提高，故使用可超过一般剂量，但应以达到和维持“阿托品化”（即

瞳孔散大不再缩小，皮肤干燥、颜面潮红，心率增快，肺部啰音减少或消失，意识障碍减轻，有轻度躁动等）为标准，勿盲目加大剂量。阿托品与胆碱酯酶复活剂合用时，阿托品剂量应适量减少。判断阿托品化应全面分析，不可只根据一两个指标进行判断，以免发生阿托品用量不足而耽误抢救时机，或阿托品过量中毒。阿托品减量和停药不能太快，一般达阿托品化后仍需维持用药 1~3 天，以后逐渐减量及延长给药间隔时间，待中毒症状消失，瞳孔大小正常且不再缩小，可暂停药观察。观察 12 小时后病情无反复，方可停药，停药后仍要继续观察，若有复发征象，立即恢复用药。用阿托品时应警惕中毒，如有中毒表现立即停用，并用毛果芸香碱解毒，不宜用毒扁豆碱。

6. 胆碱酯酶复活剂的应用：解磷定，轻度中毒每次 10~15mg/kg，中度中毒每次 15~30mg/kg，重度中毒每次 30mg/kg，用 5%~25% 葡萄糖稀释成 2.5% 的溶液，静滴或缓慢静注，严重病人可于 2~4 小时重复，视病情好转后渐减量停药。目前临床多用氯磷定，剂量和用药法同解磷定并可肌注。也可用双复磷，轻、中度中毒每次 5~10mg/kg，重度每次 10~20mg/kg，肌注或缓慢静注，视病情可 30 分钟至 3 小时重复 1 次，病情好转后减量至停药。

7. 在无禁忌情况下可大量输液、利尿以促进毒物排泄，必要时可行换血疗法。

8. 保持呼吸道通畅，及时清除口腔、气道分泌物。吸氧。呼吸衰竭可酌情选用呼吸兴奋剂，必要时

行气管插管或气管切开，使用呼吸机辅助呼吸。抽搐者可用短效镇静剂，如地西洋、水合氯醛。忌用吗啡。及时处理肺水肿和脑水肿，保护心、肝、肾功能，维持水、电解质平衡，危重患儿可用肾上腺皮质激素，应用抗生素预防感染。

第二节 氟乙酰胺中毒 (以6岁, 20kg儿童为例)

长期医嘱	临时医嘱
儿科常规特级护理	书面病危通知
禁食	洗胃(1 5000高锰酸钾溶液)
心电监护	50%硫酸镁20ml(洗胃后注入胃内)
记录心率、呼吸、血压、意识	氢氧化铝凝胶5ml(洗胃后注入胃内)
经皮测血氧饱和度 q1 ~ 2h	血气分析 st!
吸氧	血糖测定 st!
记录24小时出入量	血柠檬酸含量测定
留置鼻胃管	血氟含量测定
VitB ₁ 10mg tid	心电图
乙酰胺 1.5g im tid	10% GS 1000ml
10% GS 100ml /	5% GNS 250ml / iv drip
辅酶 A 100U / iv drip	10% 氯化钾 20ml /
三磷酸腺苷 20mg / qd	
Vit C 2.0g /	

【说明】

1. 氟乙酰胺为剧毒的有机氟内吸性杀虫剂，无味，

无臭，主要为误服中毒，但也可通过破损的皮肤侵入人体引起中毒，进入人体后可导致三羧酸循环中断，主要影响神经系统、消化系统、心血管系统和糖代谢。

2. 诊断：根据毒物接触史，神经及循环系统表现，血氟含量增高（正常值为 $2 \sim 5\text{mg/L}$ ），血柠檬酸含量升高（正常值 $< 25\text{mg/L}$ ）。

3. 洗胃导泻、保护胃粘膜：洗胃液体选择 1:5000 高锰酸钾溶液，洗胃后用硫酸镁导泻和氢氧化铝凝胶或蛋清保护胃粘膜，用清水冲洗污染的皮肤。

4. 解毒剂：乙酰胺 $0.1 \sim 0.3\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，分 2~4 次肌注，连用 5~7 天。也可用无水乙醇 5~10ml，稀释于 50% 葡萄糖 20~40ml 中静脉注射。

5. 对症处理：输液、导泻促进毒物排泄，保持呼吸道通畅，吸氧。有脑水肿、心力衰竭、呼吸衰竭及心律失常应积极采用相应的治疗措施。应用维生素 B_1 ，维生素 C 及能量合剂保护神经系统及心脏等。抽搐者可选用苯巴比妥钠或地西洋。

第三节 毒鼠强中毒 (以 6 岁, 20kg 儿童为例)

长期医嘱	临时医嘱
儿科常规特级护理	书面病危通知
禁食	洗胃(1:5000高锰酸钾溶液)