

现代中西医结合诊疗丛书



ERKE ZHONGXIYI JIEHE ZHENLIAO JIQIAO

儿科

中西医结合 诊疗技巧

总主编 万力生 周大桥
主编 万力生 程 红

 广东科技出版社 (全国优秀出版社)

现代中西医结合诊疗丛书

儿科中西医结合 诊疗技巧

总主编 万力生 周大桥

主 编 万力生 程 红

副主编 王永梅 祝华平

编 委 万力生 万力群 王永梅 祝华平 徐传毅
金钟大 陈云霞 周大桥 程 红

广东科技出版社

· 广 州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科中西医结合诊疗技巧/万力生, 程红主编. —广州: 广东科技出版社, 2005.4
(现代中西医结合诊疗丛书)
ISBN 7-5359-3782-9

I. 儿… II. ①万…②程… III. 小儿疾病—中西医结合—诊疗 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 106778 号

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路 11 号 邮码: 510075)

E - mail: gdkjzbb@21cn.com

http: //www.gdstp.com.cn

经 销: 广东新华发行集团

排 版: 广东科电有限公司

印 刷: 广东省肇庆新华印刷有限公司

(广东省肇庆市星湖大道 邮码: 526060)

规 格: 850mm×1168mm 1/32 印张 18.25 字数 370 千

版 次: 2005 年 4 月第 1 版

2005 年 4 月第 1 次印刷

印 数: 1~4 000 册

定 价: 35.00 元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

前 言

中西医结合融会贯通, 扬长避短, 在诊治儿科疾病中取得的成就已日益受到了广大医务人员和患者的高度重视。《儿科中西医结合诊疗技巧》一书的编写以中西医结合为宗旨, 立足临床, 着眼现代, 注重实用。全书内容包括新生儿疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、循环系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、内分泌及遗传性疾病、免疫异常及胶原性疾病、神经系统及肌肉疾病、传染性疾病、寄生虫病及儿科急症等。体例统一规范, 每一病种均介绍诊断、治疗、病情分析、医嘱等几个方面, 各部分条理分明, 点到精髓之处。中医部分力求体现辨证论治的特点, 西医部分力求客观、科学、先进。由于临床病情瞬息万变, 读者切不可生搬硬套, 而要密切观察病情变化, 紧密结合病人的具体情况, 因人而异, 合理选择适合病情的治疗方法, 这样才能做到化险为夷。

由于本书编者水平有限, 谬误疏漏之处在所难免, 真诚渴望医界同行批评指正。

万力生 程红

2004年9月于深圳市儿童医院

丛书引言

中医和西医各有所长,运用中西医结合防治疾病的经验已引起国内外医学界的高度重视。基于此,我们组织中西医专家将两种理论的优势结合起来,编写了这套“现代中西医结合诊疗丛书”,旨在介绍临床各科常见多发病的诊断、治疗方法,希望对中西医结合医师的临床工作能有指导和帮助作用。

早在民国至中华人民共和国建国初期,享誉全国的著名中医临床学家肖龙友、施今墨、汪逢春及孔伯华四位老先生就积极主张中西医合作,促进中西医学交流,共同为人民健康服务。肖龙友先生论及中西医之间的关系时,认为中医、西医均是生命科学,他强调:“医药为救人而设,本无中西之分,研此道者,不可为古人囿,不可为今人欺,或道或术,当求其本以定……”。施今墨先生是近代中国推进中西医结合最积极的中医学者之一,他强调中西医学理论的结合,提出“中医积累千年之经验,必须与西洋医学相结合,始能究其真理”。在“21世纪东西方卫生保健展望”大会上,中国著名医学家吴阶平在谈到东西方医学的对比时反复强调,中医的特点是整体观念很强,是把病人作为一个整体考虑,有其独到之处,而西医尽管也重视整体,但对局部的详细了解反而把整体角度的认识冲淡了。他认为,中医与西医可以进行优势互补的合作,这对新世纪医学的发展将起到重要推动作用。

其实,理论体系完全不同的中西医学,并无绝对的优劣高下之分,双方都各有其科学性和合理性,但又都不是尽善尽美。如果说中医学缺乏分析定量和实验,那么西医学则有机机械唯物论和缺乏整体统一性的遗憾。如果将中国传统医学与西方医学很好地结合,这显然是未来中医现代化的发展方向。

实践证明,近半个世纪的中西医结合临床研究,取得了可喜成就。“病证结合”、“宏观与微观结合”等诊断模式,极大丰富和发展了临床诊断学。辨证论治与辨证论治相结合、疾病的分期分型辨证论治与微观辨证论治相结合等治疗模式,极大丰富和发展了临床治疗学。当前,越来越多的国内外科学家、医学家、药学家,乃至医药企业等将投入更多精

力和物力到中西医结合研究中,使中西医结合研究朝着多学科、多层次、高层次、综合性研究方向发展,中西医药结合必将成为“综合防治”人类疾病的重要途径。

然而,当前还有一些医院的医务人员对中西医结合医学存在认识上的不足,诸如把中、西医分得太清楚,中、西两科似乎“井水不犯河水”;对中医存在偏见,认为中医治疗效果太慢,而且疗效不可靠;过于倚重西医,把中医作为一些辅助性治疗手段等等,这些都是临床医学上的误区。事实上,中医和西医虽是两种不同的理论体系,诊断上可以相互参考,治疗上可以相辅相成。中西药的联合运用、中药西化、西药中化等多种途径联合应用提高了临床疗效,进一步说明了中西医结合的必要性和重要性。因此,作为祖国的一名医务工作者,应摒弃狭隘的医学观念,积极推广中西医结合医学在临床上的应用,造福于全人类。

丛书包括4分册,重点介绍内科、妇产科、儿科、皮肤科等临床各科常见多发病。编写突出以下三方面特点:一是实用性,编写内容着眼于临床,强调实用,以便于掌握;二是先进性,全书力求反映目前临床上的新技术、新标准、新手段;三是可行性,全书介绍的诊疗方法大部分都是基层临床医院也可以开展的。应该说明的是某些疾病中医文献尚无记载,故仅录西医部分,还有,本书医学术语如“静脉滴注”省略为“静滴”,“静脉注射”省略为“静注”,“肌肉注射”省略为“肌注”等。另外,我们已尽己所能保证书中所列药物的剂量、使用方法和禁忌证的正确,并使其与现代公认的标准相符,但由于水平有限,仍建议读者随时核对查阅每一种药物的使用信息。本书的药物的推荐剂量仅供参考。

丛书编写人员,由深圳市儿童医院、深圳市中医院、广东省中医院、广州中医药大学第一附属医院、江苏省中医院、南京中医药大学等临床各科中、西医专家共同编写,是他们扬中医之优势,取西医之所长,将中西医各自优点融为一体,以便临症查阅。在编写过程中我们虽然尽了最大努力,但谬误疏漏之处尚属难免,因此,恳切希望广大读者批评指正。

目 录

第一章 新生儿疾病

新生儿窒息	1
新生儿湿肺	6
新生儿肺透明膜病	8
新生儿肺炎	12
新生儿缺氧缺血性脑病	19
新生儿出血症	25
新生儿颅内出血	29
新生儿黄疸	32
新生儿硬肿症	39
新生儿败血症	44
新生儿破伤风	49

第二章 呼吸系统疾病

急性上呼吸道感染	54
急性喉炎	58
支气管炎	63
肺炎	67
支气管哮喘	81
支气管扩张	91
肺脓肿	95
脓胸与脓气胸	99

第三章 消化系统疾病

疱疹性口炎	103
消化性溃疡	106
小儿厌食症	111
婴幼儿腹泻	114
急性出血性坏死性小肠炎	122
肠痉挛	127
肝脓肿	131
急性胰腺炎	135

第四章 循环系统疾病

原发性心脏病	141
病毒性心肌炎	147
感染性心内膜炎	155
急性心包炎	162
心律失常	167
过早搏动	174
急性充血性心力衰竭	178
感染性休克	184

第五章 泌尿系统疾病

尿路感染	192
急性肾小球肾炎	199
过敏性紫癜性肾炎	206
乙型肝炎相关性肾炎	210
狼疮性肾炎	215
慢性肾小球肾炎	220
肾病综合征	225

急性肾功能衰竭	235
---------------	-----

第六章 血液系统疾病

缺铁性贫血	245
营养性巨幼红细胞性贫血	249
再生障碍性贫血	252
葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	261
特发性血小板减少性紫癜	264

第七章 内分泌及遗传性疾病

尿崩症	271
甲状腺功能低下	275
糖尿病	279
单纯性肥胖症	287
皮质醇增多症	291
中枢性性早熟	294

第八章 免疫异常及胶原性疾病

过敏性紫癜	299
急性风湿热	304
幼年型类风湿性关节炎	312
系统性红斑狼疮	319
皮肤黏膜淋巴综合征	323
皮炎	328

第九章 神经系统及肌肉疾病

急性感染性多发性神经根炎	333
--------------------	-----

癫痫	339
先天性脑积水	347
脑脓肿	352
脑性瘫痪	358
进行性肌营养不良	364
重症肌无力	369
肝豆状核变性	376

第十章 营养障碍性疾病

蛋白质-能量营养不良	382
维生素A缺乏症	389
维生素D缺乏性佝偻病	393
婴儿手足搐搦症	398
锌缺乏症	402

第十一章 传染性疾病

麻疹	407
水痘	414
伤寒和副伤寒	418
白喉	427
百日咳	433
猩红热	437
钩端螺旋体病	442
流行性腮腺炎	448
流行性乙型脑炎	454
化脓性脑膜炎	464
传染性单核细胞增多症	471
病毒性肝炎	477
细菌性痢疾	491

第十二章 寄生虫病

阿米巴病	503
疟疾	512
蛔虫病	520
蛲虫病	525
钩虫病	527
绦虫病	531
血吸虫病	536

第十三章 急症

高热	543
惊厥	551
腹痛	558
呕吐	564
参考文献	571

第一章 新生儿疾病

新生儿窒息

一、诊断技巧

(一) 中医诊断技巧

1. 青紫型 皮肤青紫色，呼吸浅慢不规则，哭声弱，四肢不温呈屈曲状，有皱眉动作，舌暗红或青紫。

2. 苍白型 皮肤苍白，呼吸初慢后弱或无，哭声弱，全身肌肉松弛，瘫软，手足厥冷，舌淡白。

(二) 西医诊断技巧

本病西医诊断主要从病史、临床表现及 Apgar 评分可确诊。

1. 病史 凡影响母体与胎儿间血液循环和气体交换各种造成血氧浓度降低的因素，均可引起窒息。大致分为：①产前因素，包括母亲因素、胎盘因素、脐带因素、胎儿因素、羊水因素。②产时因素，包括病理分娩、临产时用药不当、接产时措施不当及其他如胎儿经产道吸入羊水、血液而阻塞呼吸道。③产后因素，主要是由于新生儿本身的呼吸系统、循环系统或神经系统疾病引起，如肺发育不成熟、心血管畸形、膈疝等导致出生后窒息。另外也见于早产儿、小于胎龄儿、巨大儿。

2. 临床表现 宫内窒息先表现为兴奋状态，如胎动增多、胎心增快；如缺氧持续则进入抑制状态，最后心脏停搏且肛门括约肌松弛，排出胎粪污染羊水。窒息程度轻者全身青紫，呼吸变浅或

不规则，肌张力增强或正常。缺氧严重者全身皮肤苍白、四肢厥冷、呼吸微弱或无呼吸、肌张力松弛。

3. Apgar 评分 4~7 分者属轻度窒息，也称青紫窒息；0~3 分者属重度窒息或苍白窒息。国外有以生后 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分或经过辅助呼吸 1 分钟以上才建立自主呼吸者诊断为窒息。若生后 1 分钟评分为 8~10 分，数分钟后又降到 7 分以下者也属窒息。

4. 实验室检查

血气分析： $\text{pH} \leq 7.2$ 提示严重缺氧；血清电解质测定：血钠、钾、氯、磷、钙、镁、糖常降低，但有时可见高血钾；头颅 CT：有助于脑水肿及颅内出血的诊断与程度评估；胸片：有助于早期发现各系统并发症。重症患儿需同时监测心、肝、肾功能。

（三）西医鉴别诊断技巧

本病应注意与新生儿低血糖、新生儿低钠血症、药物撤退综合征等相鉴别。

1. 新生儿低血糖 临床可表现为喂养困难、气急、呼吸暂停、青紫、肌张力低下、颤抖、易激惹、惊厥、昏迷等。可有母亲患妊娠高血压综合征、糖尿病，或小于胎龄儿、饥饿、窒息、寒冷损伤、先天性心脏病、新生儿败血症、溶血病等病史，血糖降低可明确诊断。

2. 新生儿低钠血症 凡有导致低钠血症的各种诱因如早产儿出生时窒息、腹泻、使用氨茶碱、利尿剂等病史，血清钠低于 130 毫摩/升可确诊。

3. 药物撤退综合征 母亲有药物成瘾史，主要是镇静剂，如海洛因、美沙酮、芬太尼、安定等，常在生后 24~48 小时发病，患儿可出现烦躁不安，易激惹，高调哭叫，反射亢进，吸吮要求增加，且动作不协调，有肌阵挛、震颤、抽搐、嗜睡、呼吸暂停、发热、低体温、出汗、呕吐、腹泻、心跳及呼吸增快。

二、治疗技巧

(一) 中医治疗技巧

1. 青紫型 治则宣通肺气，益气救逆，方药选用独参汤加减：人参3克，四肢冷加熟附子2克。

2. 苍白型 治则回阳救逆，方药选用参附汤加减：人参3克，熟附子1.5克，大枣1枚，若伴有抽搐加钩藤1.5克，全蝎1.5克。

(二) 西医治疗技巧

1. 一般治疗 暖箱温度或室温应保持中性环境温度。加强呼吸道管理，及时清理口咽分泌物，6小时后如不能喂养，应静脉补充葡萄糖溶液。

2. 病因治疗

(1) 保持呼吸道通畅 胎头娩出后不应急于娩肩，应立即吸除口、咽、鼻内的黏液。如见胎粪，在胎儿娩出后，为防止新生儿过早开始呼吸，用双手环绕并紧箍患儿胸部，在喉镜直视声门下立即吸出或用长棉签卷出黏稠胎粪，如声门涌出黏液或胎粪，则应气管插管后负压吸引，尽可能将胎粪吸除干净，未吸净前切忌刺激使患儿哭或呼吸。

(2) 建立呼吸 轻度窒息者先通过触觉刺激（如弹足底或摩擦患儿背部）来建立呼吸，但触觉刺激2次无效者应立即改用下述方法：①口对口人工呼吸；②气囊面罩复苏器加压给氧；③气管插管加压给氧。

(3) 建立正常循环 经上述处理后心率仍 $<60\sim80$ 次/分，立即行胸外心脏按压，部位为胸骨下1/3处（双乳头连线之下），方法有指按压法和拇指手掌按压法2种。每分钟按压120次，且应与给氧人工呼吸相配合，即每按3次心脏，进行1次人工呼吸，测6秒钟心率，若达不到80次/分，说明心脏不足以维持基础循环的需要，需继续按压。

(4) 药物治疗 极少数重度窒息患儿气管插管加压给氧和胸

外心脏按压 30 秒后无好转，才考虑加用药物治疗。对临产前有胎心音而出生时已无心跳者，则需在气管插管胸外心脏按压的同时立即用药。给药途径有 3 种，即：脐静脉、末梢静脉、气管内滴注。所用药物有：①肾上腺素，1:10 000 浓度 0.1~0.3 毫升/千克，静注或再加用生理盐水 1:1 稀释后气管内滴入，用于经 100% 纯氧正压呼吸及胸外心脏按压，持续 30 秒，心率仍 < 80 次/分或无心跳者。②碳酸氢钠，一定要在建立良好的呼吸通气前提下应用，窒息急救中，可用 5% 碳酸氢钠 2~3 毫升/千克，加 5% 糖水或注射用水等量稀释后，从脐静脉缓慢推注；窒息复苏后，以血气值计算用量。③扩容剂，当心率正常而脉搏弱，给氧后仍苍白，复苏效果不明显，考虑血容量不足或有急性失血依据时应使用扩容剂，可用全血、血浆、自身胎盘血、5% 人体白蛋白或生理盐水等，用量为 10 毫升/千克。④多巴胺和多巴酚丁胺，用量为 $0.6 \times \text{体重(千克)} = \text{每 10 毫升溶液内加入两药各自的毫克数}$ ，有增强心脏收缩力和升高血压的作用，多巴胺半衰期短只有 2~5 分钟，与多巴酚丁胺合用效果好。⑤纳络酮，孕母在分娩前 4 小时用过吗啡、哌替啶等药物严重抑制新生儿呼吸，可用 0.1 毫克/千克肌注或静脉给药，作用维持 1~4 小时，如无效可每 5 分钟用药一次，可用数次。

3. 对症治疗

(1) 监护 观察呼吸、心率、血压、肤色、脉搏强弱、末梢循环、神经反射、意识状态、体温、哭声、吸吮力、肌张力、颅内压、大小便情况。

(2) 防治感染 怀疑有感染或曾行气管插管者，应用广谱抗生素治疗。

(3) 并发症的治疗 对有反复呼吸暂停者可用氨茶碱，对重度窒息的呼吸衰竭儿宜及早使用呼吸机治疗，胎粪吸入综合征、缺血缺氧性脑病、颅内出血、坏死性小肠结肠炎等并发症的治疗按相应处理。

三、病情分析技巧

1. 病因分析 ①母亲因素：胎盘母体侧血流灌注不足。②胎儿因素：新生儿肺通气和换气功能障碍。③分娩因素：脐带血流受阻，胎盘气体交换功能障碍。

2. 疗效分析 缺氧时间短，程度轻，监护2~3日病情即可恢复。若有其他脏器功能损害或发生其他并发症则导致病情反复。病情恶化主要原因为发生多系统器官衰竭，常见的有新生儿缺氧缺血性脑病、肺出血、成人呼吸窘迫综合征、呼吸衰竭、肾功能衰竭、心功能不全、休克、弥漫性血管内凝血、低血钙等。

3. 预后评估 急性期，严重病例因多系统器官功能衰竭，易发生死亡。如并发缺氧缺血性脑病或颅内出血，可发生神经系统后遗症。

四、医嘱示范

新生儿窒息（以3千克为例）

长期医嘱	临时医嘱
新生儿常规护理 一级护理 暂禁食 病重通知 头罩给氧（必要时气管插管） 监测呼吸、心率、脉搏 记24小时尿量 青紫型选宣通气机，益气救逆方药独参汤加减，水煎服，日一剂；苍白型选回阳救逆方药参附汤加减，水煎服，日一剂 青霉素 40万单位 静滴 1次/12小时 10%葡萄糖液 20毫升 10%葡萄糖液 20毫升 维生素K ₁ 5毫克 静滴 1次/日 止血敏 125毫克	血气分析 血常规 尿常规 血电解质测定 肝功能 肾功能 心电图 床边胸片 血糖测定 5%碳酸氢钠 8毫升 10%葡萄糖液 15毫升 静滴

新生儿湿肺

一、诊断技巧

(一) 西医诊断技巧

本病西医诊断主要从临床表现、胸片检查确诊。

1. 临床表现 多为足月儿或接近足月的未成熟儿，出生时大多正常，2~5小时后出现呼吸急促、唇周青紫，但一般情况好，吃奶正常；症状重者，青紫明显，反应差，呻吟，不吃不哭，体温正常。

2. 胸片检查 表现多样，可有：①肺泡积液征，肺野呈斑片状、面纱或云雾状或小结节状；②间质积液征，呈网状条纹影；③叶间胸膜和胸腔积液影；④肺气肿。

(二) 鉴别诊断技巧

本病要注意与肺透明膜病、羊水吸入综合征、脑过度换气鉴别。

1. 肺透明膜病 多见于早产儿，常有宫内窘迫史，病情呈进行性发展，胸片有特殊改变，病情重预后差与新生儿湿肺大不相同。

2. 羊水吸入综合征 有窒息或呼吸窘迫史，呼吸急促在复苏后发生，而新生儿湿肺在出生时正常，呼吸窘迫发生较晚，胸片检查有助于鉴别。

3. 脑过度换气 由脑水肿所致，常见于足月儿伴窒息、气促，但肺部无体征，预后与病因有关。

二、治疗技巧

(一) 中医治疗技巧

中医尚无有效治疗方法。