

内 科 资 料

小儿内科疾病诊疗常规

R725.504

BJE

2-02549

北 京 儿 童 医 院

一九七六年四月

.....88

.....90

.....92

.....95

.....98

.....99

目 录

急性中毒诊疗常规.....	1
低烧诊疗常规.....	11
肝脾增大诊疗常规.....	13
血尿诊疗常规.....	15
上呼吸道诊疗常规.....	17
小儿肺炎.....	18
腺病毒肺炎诊疗常规.....	23
婴儿腹泻.....	26
小儿结核病.....	31
婴儿手足搐搦症.....	43
维生素D缺乏性佝偻病.....	46
抗维生素D性佝偻病.....	49
新生儿黄疸.....	50
新生儿破伤风.....	57
产伤性疾患.....	58
新生儿自然出血.....	61
新生儿皮脂硬化症.....	63
新生儿肺透明膜综合症.....	64
新生儿肺炎.....	65
风湿热.....	66
原发性心肌炎.....	68
心律紊乱.....	71
充血性心力衰竭.....	77
心源性休克.....	80
结缔组织病.....	82
儿童类风湿病.....	85
急性肾炎.....	86
慢性肾小球肾炎.....	88
肾病综合征.....	90
泌尿系统感染.....	92
急性肾功能衰竭.....	95
慢性肾功能衰竭.....	98
透析治疗.....	99

常见贫血.....	102
出血性疾病.....	104
✓ 白血病.....	108
内分泌疾病.....	111
✓ 糖尿病.....	112
散发性呆小病.....	116
地方性呆小病.....	118
✓ 小儿癫痫.....	119
多发性神经根炎.....	123
化脓性脑膜炎.....	128
暴发型流脑抢救.....	135
急性菌痢.....	141
中毒型痢疾.....	142
伤寒.....	146
小儿暴发型病毒性肝炎.....	149

急性中毒诊疗常规

【诊断要点】

1. 详问病史：诊断关键在病史，能得知中毒病史者容易诊断，无中毒史者遇有以下情况应想到中毒。

- (1) 一家数人或集体儿童同时出现相同症状。
- (2) 突然发病，症状与体征不能用一般疾病解释者。
- (3) 症状与体征不一致者。
- (4) 异乎寻常的症状与体征者。
- (5) 诊断不明的急性病例。

2. 病史：

(1) 详细询问小儿病前1—2日内饮食情况。生活环境中有无毒品或药物（如有毒植物、农药、化学物品以及家中备用药等），是否能被小儿拿到。

(2) 家中或与患者经常在一起玩的小朋友中有无同样患者，他们是否知道患儿病前饮食和活动情况。

(3) 近期曾否用过药物。

(4) 若已确为中毒，必须弄清毒物名称、服用量、发病时间、主要表现以及经过何种治疗。

3. 检查注意点：

- (1) 注意有无各种中毒的特有症状：见附表1
- (2) 寻找衣物口袋中有无毒物。
- (3) 检查吐、泻物中有无毒物残渣。

4. 化验：

应用化验方法，肯定或排除其他疾病。

几种中毒的简单化验检查：见表2

【治疗】

治疗要争分夺秒，毒物性质没有明确以前，尽早应用中毒的一般处理，一旦确定中毒性质，凡有特效治疗的，应尽快用特效药。

一般处理原则：

1. 对危重症状（如惊厥、呼吸或循环衰竭等），立即进行对症抢救。

2. 清除未被吸收的毒物。

(1) 接触中毒者：去解除有毒衣服，应用肥皂水清洗皮肤。

(2) 吸入中毒者：应立即使其脱离有毒场所，呼吸新鲜空气，或给予氧气吸入。

(3) 口服中毒者：只要胃内尚存毒物（一般4—6小时内）就应进行催吐和洗胃。

但腐蚀性毒物中毒，禁忌催吐和洗胃。服毒较久者应洗肠。

表 1

有诊断意义的几种中毒特征

临 床 症 状	常 见 中 毒 种 类
呼出气体及吐 物有特殊气味	蒜臭：无机磷，有机磷。 杏仁味：含氰苷及氰酸。 异味：酒精、煤油、石炭酸、来苏、烟草，有机氯等。
幻视，幻听， 乱语，癫狂	阿托品类，冬眠灵、非那更、毒蕈、酒精、樟脑，大麻等。
口干渴，皮肤 潮红无汗	阿托品，磷化锌。
皮肤紫兰而无 相应呼吸困难	变性血红蛋白血症，亚硝酸盐类，吡唑酮类，磺胺类。 硫血红蛋白血症，含硫化物。
呼吸困难而无 明显紫绀	一氧化碳，氰苷及氰酸，砷，汞。
暴露部位水肿	植物日光性皮炎
流涎，大汗	有机磷，毒蕈，砷汞，野芹，六六六，氟丹，柳酸盐，吡唑 酮类。
脱 发	砷
失 明	奎宁，甲醇，绵马。
色 视	山道年，洋地黄。
心动过缓，心 率紊乱	洋地黄，夹竹桃，蟾蜍，缬。
肺 水 肿	有机磷，毒蕈，安妥，毒气吸入，淹溺。
肌肉震颤，抽动	有机磷，D.D.T，氟丹，钡，汞，烟碱。
肌肉麻痹	肉毒杆菌，河豚，蛇咬，野芹，钩肠。

注：阿托品类包括阿托品，莨菪萝，莨菪。含氰苷及氰酸包括桃仁，杏仁及木薯等，
亚硝酸盐类包括亚硝酸盐及青菜引起的肠源性青紫。
有机氯包括D.D.T，六六六，氟丹。

表2

几种中毒的简易化验

1. 一氧化碳：取血数滴加水呈红色（正常黄色）。
取血数滴加水10毫升，加10% NaOH数滴呈粉红色（正常绿棕）。
2. 变性血红蛋白：取血呈暗红色置于空气中，15分钟不变色，5—6小时后变色（正常15分钟变鲜红色，用氧气吹时变更快）硫血红蛋白5—6小时后仍不变色。
3. 有机磷：尿或吐物放置黑暗处有荧光。
4. 碘：吐物加淀粉变为兰色。
5. 曼陀罗，阿托品：尿滴猫眼能散瞳。
6. 柳酸盐：吐物或尿放在试管中煮沸加酸，然后放数滴三氯化铁变为红葡萄酒色。
7. 有机磷：血尿胆碱脂酶降低。
8. 汞
9. 砷 > 中毒：吐物10毫升或食物10克加6%盐酸50毫升煮沸数分钟，加铜片1—2片再煮15分钟，铜片未变色为无毒，变灰黑色为砷，变银白为汞。
10. 铅中毒：血涂片有点彩红细胞。尿紫质阳性。

催吐可刺激咽部，最好先让患者喝水再引吐。

口服催吐剂，1%硫酸铜每次5 c. c.，每5—10分钟一次，至发生呕吐为止。

洗胃：洗胃可用生理盐水、1:2,000—5,000过锰酸钾溶液或其他选用液。见表3
导泻药：硫酸镁或硫酸钠0.5克/公斤体重/次。

洗肠：应作高位连续清洗灌肠，用1%盐水1,500—3,000毫升加温40°C左右。

3. 减少毒物吸收。

(1) 肌注中毒者：局部应用冰袋。

(2) 口服中毒者：

① 服用凉牛奶、蛋清、豆浆、氢氧化铝、明胶、面糊等，以减少毒物吸收。腐蚀性毒物给服植物油，保护胃肠道粘膜。

② 应用局部拮抗剂，见表3

③ 应用通用解毒剂，配方为

活性炭3份 氧化镁1份 鞣酸1份 加水50份

④ 中药。

4. 促使毒物排泄：

(1) 静点10%葡萄糖。

(2) 凡由尿中排泄者可用利尿药，碱性尿中排泄者用碱性药。

(3) 一氧化碳中毒应面罩给 O₂，以替出一氧化碳。

(4) 腹膜透析，人工肾，换血，输血。仅用于少数严重中毒如巴比妥类药物及水杨酸类药物中毒等。

5. 对症治疗：

如纠正脱水酸中毒，制止惊厥，抢救呼吸衰竭，循环衰竭及休克。治疗昏迷、脑水肿，肺水肿，镇静止疼。

表3

毒物拮抗剂及其作用

毒物	局部拮抗剂	作用性质
腐蚀性酸	弱碱（如4%氧化镁，氢氧化镁，石灰水）。牛奶，豆浆，蛋清，肥皂水。 忌洗胃，忌服碳酸氢钠。	中和作用
腐蚀性碱	弱酸（如稀醋，1%醋酸），果汁，桔子水（碳酸盐中毒时忌用），牛奶，豆浆，蛋清。 忌洗胃或催吐。	中和作用
生物碱类	1:5,000高锰酸钾洗胃。 20%碳酸氢钠洗胃。 1—4%醋酸或浓茶。 鞣剂15滴加水100毫升。	氧化作用 沉淀作用
砷	硫代硫酸钠5—10克。 豆浆，牛奶，蛋清。 新配的铁镁合剂（硫酸亚铁饱和液100毫升，硫酸镁88克，活性炭40克，加水800毫升）。 新配的氢氧化铁（氧化铁30毫升，重碳酸钠30克加水120毫升）。	沉淀作用 形成无毒的亚砷酸铁
汞	牛奶，豆浆，蛋清。 25%碳酸氢钠洗胃。 5%甲醛次硫酸钠洗胃。 硫代硫酸钠5—10克。	沉淀作用
无机磷	0.2%硫酸铜洗胃。 1:5,000高锰酸钾洗胃。 3%双氧水洗胃。 应避免用油性泻药，以免促进磷在体内的吸收。	沉淀为磷酸铜（氧化作用）
钡盐	2—5%硫酸钠或硫酸镁。	沉淀为硫酸钡
含氰化物	硫代硫酸钠5—10克。	形成无毒硫化物
铁	重碳酸钠。	生成碳酸亚铁
氟化物草酸盐	牛奶，石灰水，1%乳酸钙，葡萄糖酸钙或氯化钙等。	生成氟化物，草酸钙
福尔马林	0.1%氨水，1%碳酸氨或醋酸氨。	生成无毒物
石炭酸	植物油	延缓吸收
碘	1—10%淀粉，面糊，米汤。	使不活动

6. 预防感染:

昏迷病人或有腐蚀性创面,或暴露于寒冷地方者,应用药物预防感染。

常见各种中毒之症状及治疗,见表4

【预防】

经常向群众和儿童宣传预防中毒知识,特别是要保管好药品,防止小儿自己取用。不让小儿随便采食野生植物,食物变质不可食用。不让小儿与有毒化学物品或金属接触等等。一旦发生中毒,尽快送医院治疗。

表4 常见各种中毒之症状及治疗

中毒种类	症 状	解 救 措 施
变性血红蛋白血症 亚硝酸盐类 非那西丁 安替比林 磺胺类 苯胺 硝基苯 硝酸盐类	有吃亚硝酸盐类植物,如腌不好的青菜,或剩熟菜(如小白菜、青白菜、菠菜等),或饮枯井水史。有服相应药物历史。 可在数小时内骤然起病,全身皮肤粘膜呈乌紫色,头晕、无力、嗜睡或不安,呼吸急促,严重者昏迷,窒息,静脉血呈紫兰色或黑褐色。	美 兰 (亚甲兰) 1%溶液1—2毫克/公斤体重/次,静注或2—3毫克/公斤体重/次口服。若症状不消或重现,一小时后可重复上量,同时吸氧,或给中枢兴奋剂,严重者输血。 维生素C 500—1000毫克/日,加在5—10%葡萄糖内静点。或1—2克/日,口服。作用比美兰慢
氢氰酸及氰 酸化合物 桃 仁 杏 仁 李子仁 樱桃仁 枇杷仁 亚麻仁 木 薯	少量吞入时有流涎、恶心、呕吐,腹痛、腹泻、气急、眼球固定、瞳孔散大、呼吸有杏仁味。 大量吞入时知觉立即丧失,出现惊厥,瞳孔散大,眼球固定而突出,呼吸困难,牙关紧闭,可于数分钟内死亡。	亚硝酸异戊酯 吸入剂,用时压碎安瓿,1—2分钟吸入15—30秒,反复吸入至用亚硝酸钠注射为止。 亚硝酸钠 1%溶液10—25毫升静脉注射,3—5分钟注入。注射前要准备好肾上腺素,当血压急剧下降时应给注射肾上腺素。或按6—10毫克/公斤体重/次以注射用水配成5%溶液,于5—10分钟内静脉注入。 硫代硫酸钠 25%溶液0.25—0.5克/公斤体重/次静脉缓慢注射,约10—15分钟内注完。 美 兰 1%溶液10毫克/公斤体重/次,静脉注射。口唇变暗紫色,即停止注射。 以上三种药最好先注射亚硝酸钠,继之注射硫代硫酸钠或先注射美兰,继之注射硫代硫酸钠,重复时剂量减半,注意血压下降时,应给注射肾上腺素。
有机磷化合物 敌敌畏 敌百虫 1605 1059 乐果	头昏、头疼、发烧、呕吐、腹泻、多汗、流涎、面色苍白、瞳孔缩小、呼吸困难、血压升高、震颤、昏迷、严重时出现呼吸衰竭。皮肤接触部位充血,起水泡。	解 磷 毒 (磷敌、P.A.M) 15—30毫克/公斤体重/次,(成人0.5—1克/次)配成2.5%溶液,静脉缓慢注射或静点,严重病人二小时后可重复注射,并与阿托品同时应用,至肌肉震动停止,意识恢复。 氯磷定可作肌肉注射。 双 复 磷 成人0.25—0.75克/次,皮下、肌肉,或静脉注射均可

(续1)

中毒种类	症 状	解 救 措 施
		阿托品 严重病人首次剂量0.05—0.1毫克/公斤体重,静脉注射。以后0.05毫克/公斤体重/次5—10分钟一次,至瞳孔开始散大,肺水肿消退,改为0.02—0.03毫克/公斤体重,皮下注射,15—30分钟一次至意识开始恢复。改为0.01—0.02毫克/公斤体重/次,30—60分钟一次。 中度中毒,0.03—0.05毫克/公斤体重,15—30分钟一次。皮下注射,减量指征同上。 轻度中毒,0.02—0.03毫克/公斤体重,口服或皮下液射,必要时重复。 以上治疗均为瞳孔散大后停药。严密观察24—48小时,必要时应再给药。同时合併应用解磷毒比单用阿托品效果好,阿托品的剂量也可以减小。
无机磷 火柴 磷化锌 杀鼠药	数小时后腹部不适,恶心、吐泻,口腔有大蒜味。呕吐物及大便在暗处可见发磷的黄光。1—3日内以上症状可显著减轻或消失。以后又出现全身症状,吐泻、肝肿胀、黄疸、全身出血症状,白细胞减低,少尿、血尿、管型尿,谵妄、抽搐、昏迷。	葡萄糖酸钙 静注 氯化钙 静注 同时可用葡萄糖及各种维生素保肝,静脉补液,对症治疗。
蓖麻子	恶心、呕吐、腹疼、腹泻、头疼、痉挛、休克、黄疸、便血、蛋白尿等。	服蛋白或牛奶,用兴奋剂,保温,对症治疗。
白果	恶心、呕吐、腹泻、发烧恐惧不安或呆滞、抽搐、呼吸困难、昏迷,重者可呼吸中枢麻痹。	止惊、氧气吸入、静脉补液、对症治疗、保肝药物。
苍耳子	恶心、呕吐、腹泻、或便秘,中度中毒者可头疼、口干、瞳孔散大,重者烦躁不安,有胃肠道出血,黄疸、肝大,心率紊乱,血压下降,最后尿闭、昏迷、休克。	静脉输液,维生素C、B、K,呼吸中枢兴奋剂。心力衰竭时予洋地黄制剂。黄疸者予以肾上腺皮质激素,保肝药物。尿闭者按急性肾功能衰竭处理。绿豆或板蓝根2—4两,水煎服。
毒蕈 (毒蘑菇)	各种毒蕈含毒素不同,症状出现早晚及表现各异 红色捕蝇蕈、斑毒蕈:食后2—4小时发病,有副交感神经兴奋症状。 白帽蕈:4—12小时或24—30小时发病,有严重胃肠症状,肝、肾损害。 马鞍蕈,溶血。 牛肝蕈,有突出之精神症状。可出现下列一种或多种表现。	阿托品 0.03—0.05毫克/公斤体重,皮下注射,15—30分钟一次。 高渗葡萄糖、谷氨酸或精氨酸、维生素B、C、K、新霉素,保肝药物。 有溶血及血红蛋白尿者,给肾上腺皮质激素口服或静滴。口服碳酸氢钠以碱化尿液。必要时输新鲜血。 镇静药。 输液。 吸氧。

(续2)

中毒种类	症 状	解 救 措 施
	1. 胃肠症状: 恶心、呕吐、腹泻、腹痛。 2. 肝损害: 黄疸、肝大、出血倾向。 3. 溶血: 贫血、黄疸、血红蛋白尿。 4. 精神症状: 谵妄、昏迷、抽搐、精神错乱。 5. 副交感神经兴奋症状: 流涎、流泪、多汗、瞳孔缩小、腹痛。	
菸碱、毛果云香、碱新斯的明、毒扁豆碱、槟榔碱	恶心、呕吐、流涎、出汗、腹痛、瞳孔缩小, 视物不清, 心律紊乱, 呼吸困难。	解磷毒 氯磷定或双复磷 阿托品 剂量同毒草中毒
氯苯乙胺 (D.D.T)	面部四肢及全身肌肉颤动, 精神紧张, 无尿, 瞳孔对光反应消失, 共济失调, 重者黄疸、昏迷、惊厥、呼吸衰竭。	避免用油性泻药。 止惊, 静注10%葡萄糖酸钙, 5—10毫升 (忌用吗啡) 葡萄糖及各种维生素保肝。 禁用肾上腺素及其他肾上腺解药 (D.D.T等使心肌对肾上腺素过敏, 易致室颤)
六六六	抽搐、运动失调以至昏迷。	止惊, 静注葡萄糖酸钙, (忌吗啡) 葡萄糖及各种维生素保肝。 禁用肾上腺素及其他肾上腺能药 (理由同上)
蒴茄碱类 阿托品 蒴茄 曼陀罗 莨菪碱等	皮肤潮红、口干、烦躁、吞咽困难、心悸、脉速、瞳孔散大、呼吸困难、昏迷。	毛果芸香碱 (匹罗卡品) 1%溶液0.5—1毫升/次, 皮下注射, 15分钟一次, 只能对抗阿托品类引起副交感神经作用。对中枢神经中毒症状无效, 故应加用短作用的巴比妥类药物, 如戊巴比妥钠或异戊巴比妥。或选用下药。 新斯的明 0.05—0.1毫克/岁/次, 肌肉或皮下注射, 每15—30分钟一次, 至口腔湿润, 瞳孔缩小。
麻醉剂 鸦片 吗啡 可待因 海洛因 度冷丁 美沙酮 其他鸦片类	初有兴奋不安、谵妄、口渴, 继之嗜睡或昏迷, 呼吸高度抑制, 瞳孔极度缩小。	丙烯去甲吗啡 0.1毫克/公斤/次, 静脉或皮下注射。(成人每次5—10毫克) 需要时隔10—15分钟再注射一次, 总量不超过40毫克。 丙稀左吗啡 0.02毫克/公斤/次, 静脉注射。 麻黄素 1毫克/公斤/次, 皮下注射或口服, 每4—6小时一次。 戊四氮 10%溶液1—2毫升/次, 皮下或肌肉注射, 每4小时一次。

(续3)

中毒种类	症 状	解 救 措 施
		尼可利明 25%溶液1—2毫升/次, 皮下或静脉注射, 每4小时一次。 山梗茶碱 3—6毫克/次, 皮下或静脉注射, 20—30分钟一次。 苯甲酸钠 25%溶液, 1—2毫升/次, 皮下或肌肉注射, 每4小时一次。 咖啡因 8毫克稀释于5%葡萄糖溶液或生理盐水中, 静脉注射或静脉滴注, 有痉挛的患儿忌用或慎用。 以上药物最好交替使用。
巴比妥类及水合氯醛 鲁米那 戊巴比妥 阿米妥 速可眠 硫喷妥钠	头晕、谵妄、震颤、瞳孔缩小、唇青紫、尿少呼吸慢而不规则, 血压、体温均降低, 甚至呼吸衰竭。	即防已毒 0.1—0.3毫克/公斤/次, 肌肉或静脉注射, 每20分钟一次。 麻黄素、戊四氮、山梗茶碱、苯甲酸钠、咖啡因。 剂量同治疗麻醉剂中毒。 美解眠 1毫克/公斤/次, 加入5%葡萄糖溶液内, 静脉滴注或缓慢注射, 15—30分钟可重复一次, 至病人醒时为止。
氯丙嗪 (冬眠灵) 奋乃静	软弱、面色苍白、嗜睡、恶心、呕吐、心动过速、血压下降、瞳孔缩小、共济失调、肝大、黄疸、大剂量时抽搐, 昏迷。	苯海拉明 1—2毫克/公斤/次, 口服或肌肉注射, 只对抗肌肉震颤。 可静脉输右旋醌醇等补充血容量, 保肝。 血压低用去甲肾上腺素, 忌用盐酸肾上腺素。保暖、平卧, 勿抬高头部。
乙酰水杨酸 (阿斯匹林)	头晕、头疼、大汗、换气过度而致呼吸性碱中毒, 后转代谢性酸中毒, 呼吸深长, 不安, 嗜睡, 昏迷, 因肝损伤而有出血倾向及低血糖。	乙酰唑胺 (醋磺胺胺) Diamox 5毫克/公斤/次口服或肌注, 于输液后2小时给药。 24小时内重复2—3次。 碳酸氢钠 纠正脱水后仍有严重酸中毒, 可用5%碳酸氢钠溶液6毫升/公斤/次, 静脉滴入, 必要时可重复一次, 治疗开始后每半小时查尿一次, 使尿保持为碱性, 若变为酸性时, 应改为静脉滴入1.4%碳酸氢钠溶液10毫升/公斤。也可用1/6克分子浓度乳酸钠溶液代替上述1.4%碳酸氢钠, 但效果不如碳酸氢钠。 乳酸钠 维生素K 20—50毫克肌肉注射, 预防出血。
洋地黄类	恶心、呕吐、大量流涎、头疼、视力障碍, 黄视绿视, 心律紊乱等。	见心力衰竭治疗常规
氨茶碱	不安、震颤、抽搐、呕吐、呕血、发热、蛋白尿、休克、昏迷、呼吸衰竭。	用抗惊厥药及退热药。 输液。 抗休克及对症治疗。 忌用咖啡因、尼可利米、麻黄碱。

(续4)

中毒种类	症 状	解 救 措 施
异 烟 肼	恶心、呕吐、便秘、震颤、精神失常、抽搐、昏迷、可有肝、肾功能损害。	烟 酰 胺 大量可200毫克/天
		维生 素B ₆ 大量可100毫克/天
		输液。 用镇静剂或中枢兴奋剂。
枸橼酸哌嗪 (驱蛔灵)	头晕、呕吐、无力、冷汗、视力、听力减退。 重者呼吸困难、抽搐、昏迷、可有肝功损害、类白血病样血相。	肾上腺皮质激素。 输液。 维生素。 必要时用阿托品、异丙嗪。
汞 (升汞、氧化汞、甘汞、宙力散、西力生)(西力生又称氯化乙基汞)	吞服升汞可至口腔粘膜糜烂，呼吸有金属味，面肿、唇白、流涎、少尿或无尿、蛋白尿及管型尿，重者肾功能衰竭，昏迷。	急服大量生蛋白水或牛奶。
		二巯基丙醇 (BAL) 2.5—5毫克/公斤/次，肌注(成人150—200毫克/次)最初2日每4小时一次。 第3日每6小时一次，第4日以后，12小时一次，7—14日为一疗程。
		二巯基丙磺酸钠 5%溶液0.1毫升/公斤/次，皮下或肌肉。 第一日 3—4次。 第二日 2—3次。 第三日以后1—2次/日共3—7日总量30—50毫升。
		二巯基丁二酸钠 (DMS) 对酒石酸锑钾解毒力很强，约为BAL的10倍。 剂量：急性中毒首次2克加注射用水10—20毫升中静脉注射。以后每次1克每日1—2次。 危重病人每小时一次，共5—6次。
		硫代硫酸钠 5—10%溶液10—20毫升静注，每日一次，或10—20毫升口服每日2次，(口服只能作用于胃肠道内未被吸收的毒物)
铅 (铁、铜、钴)	烦躁不安，口渴、吐泻、肠绞痛、软弱、呼吸有金属味。 重者惊厥、昏迷。 慢性中毒：贫血、头疼、呕吐、肠绞痛。	依地酸钙钠 (Ca-Na ₂ -EDTA) 15—25毫克/公斤/次，作成0.3—0.5%溶液，静脉点滴，需1小时以上点完，每日2次，每个疗程不超过5天，疗程间休息2天，总治疗量以病人反应而定。
		青 霉 胺 治疗肝豆状核变性时20—25毫克/公斤/日口服。 治疗慢性铅中毒100毫克/公斤/日分四次口服，5—7天为一疗程。
酚类 (来苏尔、碳酸煤酚油酚、臭药水)	呼气有酚味，口咽、胃部灼疼，粘膜糜烂，腹疼、吐、泻、血尿、尿闭。 重者面苍白，出冷汗，休克、昏迷，呼吸中枢麻痹。	植物油洗胃至无酚味为止。留少量清结植物油于胃内。洗胃后，多次口服牛奶或蛋白水。 输液。 给中枢兴奋剂，强心剂。 皮肤烧伤用25—75%酒精，温水或甘油洗。 保温、防止休克及吸入性肺炎。

(续5)

中毒种类	症 状	解 救 措 施
强 酸 (硫酸、盐酸、硝酸、 酚药水)	接触部位受腐蚀, 肿胀有灼疼, 吐物有酸味带血, 声门水肿时有 呼吸困难。 重者虚脱。	止疼服滑润剂如橄榄油, 保护粘 膜。 输液。 静注氢化考地松。 对症治疗。 保温。
强碱。 氢氧化钾 氢氧化钠 碳酸钾 碳酸钠 氨水	接触部位腐蚀、灼疼、剧烈腹 疼、吐物呈碱性血性, 吐泻, 声 哑。 重时虚脱。	除一般处理外, 其他处理同强酸 中毒。
一氧化碳 (煤气)	头晕、头疼、无力、恶心、呕吐。 重者呼吸困难, 脉弱、昏迷、 唇、颊、指(趾)甲呈樱红色, 昏 迷时间长者可遗留智力减退, 瘫 痪, 癫痫等后遗症。	打开窗户。将患者移至空气新鲜 处。 保温。 氧气吸入, 人工呼吸。 静注50%葡萄糖, 有脑水肿时用利 尿剂, 给予维生素B ₁ 、B ₆ 、B ₁₂ 、C、 及三磷酸腺甙, 细胞色素C等。针刺 太阳、列缺、人中、涌泉、十宣等 穴。忌用亚甲兰(美兰)
蚕豆黄病	食蚕豆或吸进蚕豆粉后几小时 至1、2天发病。发热, 阵发性 腹痛, 恶心、呕吐、尿少呈红葡 萄酒样或酱油样。 重者昏迷, 很快出现黄疸, 肝 大。	新鲜全血 200—400毫升, 静脉输入。 呕吐致 酸中毒, 对症治疗。 保肝治疗。 休克急救时应包括肾上腺素, 肾 上腺皮质激素等治疗。
肉毒中毒	由吃咸肉, 罐头、腊肠及密封 缺氧储存之食物引起。 潜伏期长, 少胃肠道症状, 神 经系症状突出, 头疼, 头晕, 眼 睑下垂, 瞳孔散大, 失音咽下困 难, 呼吸困难, 意识清楚, 最后 呼吸麻痹而死亡。	多价抗肉 毒血清 1万—5万单位肌肉注射。

低烧诊疗常规

每日体温口温在 $37.5-38^{\circ}\text{C}$ ，肛温 $37.8-38.5^{\circ}\text{C}$ 左右，持续二周以上者。应注意询问病史，作全面系统体格检查，寻找潜在感染病灶，明显发烧原因，并选择必要的辅助检查，如血、尿、便常规，血沉、结核菌素试验，抗链球菌溶血素O，咽培养、肝功能，胸透及其他进一步检查如十二指肠引流、超声波、基础代谢率等。

【诊断要点】

一、器质性低热，

(一) 结核病，小儿结核病可伴有低热，一般肺结核及肺外结核均有受损器官相应的症状体征等，而肺外结核易被忽略。有的早期病例只有结核中毒症状如低热、盗汗、体重减轻、苍白、乏力、腹疼、咳嗽、浅层淋巴结肿大及肝脏增大等。对此类患儿可参考结核接触史，结核菌素试验，血沉，X线摄片等协助诊断。

(二) 链球菌感染后综合症，可有低热，关节酸疼，心动过速，抗链球菌溶血素O增高，血沉增高或正常，有时咽培养有乙型链球菌，此类病儿可用水杨酸盐及青霉素治疗，无好转者可加用小剂量强的松，奏效者可证实为此症。

(三) 慢性感染病灶，如慢性扁桃腺炎，慢性副鼻窦炎，龋齿，慢性牙龈炎，或牙周脓肿，慢性中耳炎等，此类病灶不一定与低热有关，需根据病灶除去后退烧效果而定。

(四) 肝胆疾病，

1. 肝炎低热，多见于无黄疸的慢性迁延性或活动性肝炎，有肝炎症状，肝肿大或肝、脾均肿大，而肝功能检查大多数正常，病儿有肝炎密切接触史，必要时作肝超声波协助诊断。

2. 胆道感染，除低热外主要表现为消化系统症状，如食欲不振、恶心、呕吐，右上腹慢性疼痛，肝大等，必要时作十二指肠引流。病因可有细菌性及寄生虫性二种。

(五) 慢性肾盂肾炎，多有尿疼，尿频史，反复作尿常规及尿培养，可协助诊断。清洁中段尿常规每高倍视野内有5个以上的白细胞，中段尿培养阳性，细菌计数大于10万时有助于诊断。

(六) 慢性非特异性感染性淋巴细胞增多症（低热综合症），年龄在6个月至10岁，3—6岁最多见，低热多发生在上呼吸道感染之后，体温波动在 37.5°C 左右，极少超过 38.5°C ，其他症状有厌食，苍白，烦躁，易倦和腹疼（脐周），查体主要发现是咽部充血，扁桃体肥大，鼻咽部常有分泌物。颈部淋巴结轻度肿大，心肺正常，婴幼儿可有脾轻度增大，白细胞总数 $8,000-18,000/\text{mm}^3$ ，很少超过2万，6个月以内的患儿可达25,000，淋巴细胞占60—80%，以成熟小淋巴细胞为主，血红蛋白在10—11克左右，血小板正常，血沉正常或偶有轻度增高，以上血象可持续在半年或一年以上，治疗以控制呼吸道感染为主，必要时切除肥大的扁桃腺。若无明显呼吸道感染时，应用抗菌素无效。

(七) 甲状腺功能亢进。

（八）其他

1. 暑热症：年龄在6个月至5岁，夏季长期发热随气温高低而变化，出汗少或无汗，无其他阳性所见。

2. 外胚层发育异常，汗腺缺乏时，夏季可发热。外胚层发育不正常可伴有毛发、牙齿、指甲、软骨、角膜等的营养障碍。

二、功能性低热：在排除器质性疾病后，考虑此病。

正常小儿直肠温平均 $37.42-37.50^{\circ}\text{C}$ ，口腔温 $37.16-37.34^{\circ}\text{C}$ ，腋温 $37.01-37.22^{\circ}\text{C}$ ，腋温春夏秋冬三季平均值上午 36.6°C ，下午 36.7°C ，夏季上午为 36.9°C ，下午为 37°C ，四季均有部分小儿可达 37.2°C 以上，尤以夏季为多，约占25%，其他三季约5.9%，最高可达 $37.8-38^{\circ}\text{C}$ ，而临床并无任何症状，连续观察数日，可有不同程度的下降，小儿体温高与小儿活动量大，新陈代谢旺盛有关。

1. 功能性低热：清晨体温正常，活动后出现低热，精神，食欲正常，体重增长正常。少数患儿乏力，食欲减退等。体检及化验并无阳性发现。预后良好，勿须处理。

2. 感染后热：常为病毒或细菌感染引起高热而起病，高热退后，低热一直持续不退，并伴有乏力，食欲不佳等症状，体检及化验并无阳性发现，应用抗菌素亦无效。

【治疗】

一、器质性原因引起的低热：根据不同病因进行治疗。

二、中医辨证施治：

（一）阴虚低热：消瘦，盗汗，夜热晨退，颧红，手足心热，口渴喜饮，心烦急躁，大便干燥，苔少或无，脉细数。治则：滋阴清热。

青蒿三钱 丹皮二钱 生地三钱 知母二钱 地骨皮三钱

可加 元参三钱 银柴胡三钱 白薇三钱

盗汗加 浮小麦一两 五味子三钱——五钱 生牡蛎五钱

（二）毒热不尽：多发生在高热后延续不退，烧无定时，虚象不著，苔淡黄腻，脉细数。

治则：清热解毒

鲜芦茅根各一两 地骨皮三钱 白薇三钱 连翘三钱 板兰三钱

毒热盛加 鱼腥草五钱 败酱草五钱 丹皮二钱 知母二钱 草河车三钱

（三）久滞化热：多见于3岁以下小儿，有积滞症状如食少，颊红，急躁，腹胀，恶心，呕吐，便干或不消化，苔厚腻，脉有力，细滑或滑数。

治则：消食导滞

焦四仙各二钱 炒莱菔子三钱 胡连一钱 熟军七分

（四）湿热内蕴：午后发热，身热不扬，面黄，困倦无力，不喜饮，腹胀，恶心呕吐，便溏，苔厚腻，脉细滑或濡。

清化湿热：甘露消毒丹

茵陈三钱 藿香三钱 卜荷二钱（后下） 连翘三钱 黄芩二钱

可加 竹茹二钱 梔子二钱 滑石或六一散三钱 茅根五钱

肝脾增大诊疗常规

肝脾都有其特殊的结构和多种功能，除其本身的器质性病变（如炎症，肿瘤）外，一个脏器的疾病也可以引起两个脏器同时增大（如肝吸虫病）。全身性疾病也可以引起肝脾同时增大（如肝豆状核变性）。这是由于它们之间有一些共同的功能和血液循环上的联系往往可以两者同时增大。

【功能】

一、肝脾的共同功能与特点有：

- （一）胎内造血，在严重溶血性贫血时此功能可出现，表现为肝脾肿大代谢造血。
- （二）有较多的网状内皮细胞，故网状内皮系统增生时两者同时增大。
- （三）血液充沛，容易淤血。
- （四）脾静脉流入门静脉系统，故门静脉高压时脾脏随之增大。

二、肝脏功能：肝脏具有复杂的生理机能

（一）新陈代谢

1. 碳水化合物的代谢。
2. 蛋白质的代谢。
3. 脂肪和类脂质的代谢。
4. 水的代谢。
5. 矿物质的代谢和酸碱平衡。
6. 维生素的代谢。
7. 供给热能。
8. 激素的代谢。

（二）分泌和排泄胆汁的机能。

（三）有关血液方面的机能：

1. 血液的制造（胎儿期）
2. 血液凝固。
3. 肝脏储存血液是分配调节器官之一。

（四）解毒机能。

（五）排泄机能。

三、脾脏功能：脾脏具有多种功能：

（一）贮藏血液。

（二）参与造血和胎内造血。

（三）参与破坏血细胞。

（四）调节骨髓的机能。

（五）参与机体的防御机制和免疫作用。

(六) 参与某些新陈代谢过程。脾脏机能减退并不引起明显的机能障碍。临床上比较重要的是脾机能亢进。

肝脏触诊，健康儿肝易触及，在右锁骨中线触诊，新生儿及婴幼儿肝下缘在肋下1—2厘米，少数7—8岁儿童在肋下1厘米。脾脏触诊正常小儿5—10%可以触及脾脏，但脾脏触及时已比正常增大2—3倍。注意移位时可造成大小的判断错误，向下移位的原因有胸廓畸形，腹肌松弛（严重营养不良，腹肌瘫痪，先天性肌弛缓综合症），胸内压增高（气胸，肺气肿等），膈下脓肿。向上移位可因腹水，腹腔肿瘤，膈肌瘫痪引起。

【肝脾增大的原因】

一、肝增大为主：

(一) 肝脏疾病：本身感染，传染性肝炎，中毒性肝炎，化脓性细菌及阿米巴脓肿，寄生虫如：肝包囊虫病，肝吸虫病，中华分枝吸虫，良性肿瘤如血管瘤，肝错构瘤，恶性肿瘤如原发性肝癌，其他部位转移到肝脏的肿瘤。

(二) 胆道疾病：畸形如先天性胆道闭锁（肝内，肝外），先天性总胆管囊肿，胆汁性肝硬化，毛细胆管炎及胆结石，胆汁淤积综合症。

(三) 充血性：各种心脏病心力衰竭，慢性缩窄性心包炎，心包积液，下腔静脉受压。

(四) 代谢原因：糖元累积瘤（肝型），半乳糖血症，脂肪肝，肝豆状核变性，肝淀粉样变性。

(五) 全身感染：伤寒，疟疾，钩端螺旋体病，传染性单核细胞增多症，麻疹，肺炎，布氏杆菌病，肺结核病，亚急性细菌性心内膜炎，全身巨细胞包涵体病。

二、脾脏增大为主：

(一) 充血性：慢性充血性心力衰竭，肝硬化门脉高压症，充血性脾肿大。

(二) 血液病：球型细胞增多症，白血病，恶性淋巴瘤，恶性网状细胞病，地中海贫血，营养性贫血或合并感染的雅克什氏综合症。

(三) 全身感染性疾病，败血症，传染性淋巴细胞增多症，伤寒，疟疾，黑热病，细菌性心内膜炎。

三、肝脾同时增大：

(一) 胶原性疾病，类风湿（变应性亚败血症），全身性红斑性狼疮。

(二) 代谢原因，尼满——匹克氏病（神经磷脂积蓄），高杰氏病（脑甾脂积蓄），粘多糖Ⅰ型（承雷病），血紫质病（后期肝脾肿大），范可尼氏综合症，胱氨酸血症，淀粉样变性，严重佝偻病。

(三) 血液病：慢性白血病，原发性血小板减少性紫癜，后天性免疫性溶血性贫血，异常血红蛋白病（镰状，椭圆形），网状内皮细胞增生症（婴儿急性），韩、薛、柯氏综合症（幼儿慢性网状内皮细胞增生症），大理石骨病，肺含铁血黄素沉着症，真性红细胞增多症，何杰金氏病。

【诊断要点】

根据不同疾病详细追问与该病有关病史，如地方性，家族历史，肝脾增大的时间、速度及伴随增大的症状，一般体征检查外，特别注意检查肝脾增大的本身特点，如：增大的