

医疗护理常规 及各项技术操作规程

第六分册 小儿科



广东省人民医院

前 言

为贯彻华主席、党中央“抓纲治国”的伟大战备决策，抓纲治院，拨乱反正，进一步加强医疗技术建设，提高医疗质量和医疗水平，特重新编写我院一套医疗护理常规及各项技术操作规程（以下简称常规）。

本“常规”共分十六分册，按分册以单行本的方式编写出版，其顺序是：（一）一般医疗常规；（二）护理；（三）内科；（四）外科；（五）妇产科；（六）小儿科；（七）眼科；（八）耳鼻喉科；（九）皮肤科；（十）麻醉科；（十一）检验科；（十二）病理科；（十三）放射科；（十四）理疗科；（十五）技术诊断科；（十六）药剂科。

本“常规”经各科室反复修订，编写小组审修和院领导审查批准，在全院试行。本常规和操作规程，有与过去不同之处应以本“常规”为主。各科室应认真组织学习和训练，各级医务人员应严格参照执行。

由于我们经验不足，水平有限，编写中错漏在所难免。同时，随着医疗护理技术的不断发展，需不断更新，故请各科在执行中随时提出修改意见，供今后修订时参考。

广东省人民医院

《医疗护理常规及各项技术操作规程》编写组

一九七八年十月

目 录

医疗常规

第一章 新生儿疾病	(1)
第一节 新生儿高胆红素血症(附光疗常规)	(1)
第二节 新生儿窒息	(7)
第三节 新生儿呼吸窘迫	(10)
第四节 新生儿肺透明膜综合征	(12)
第五节 新生儿肝炎	(15)
第六节 新生儿肺炎	(17)
第七节 早产儿发育月小样儿	(18)
第二章 常见营养缺乏症	(22)
第一节 营养不良	(22)
第二节 佝偻病	(25)
第三章 呼吸系统	(33)
第一节 支气管肺炎	(33)
第二节 毛细支气管炎	(38)
第三节 腺病毒肺炎	(40)
第四节 大叶性肺炎	(42)
第五节 呼吸功能衰竭	(43)
第四章 消化系统	(51)
第一节 婴幼儿腹泻	(51)

第二节	急性出血性坏死性小肠炎·····	(55)
第五章	循环系统·····	(60)
第一节	急性风湿病·····	(60)
第二节	小儿细菌性心内膜炎·····	(64)
第三节	病毒性心肌炎·····	(69)
第四节	小儿充血性心力衰竭·····	(74)
第五节	小儿常见心律失常·····	(82)
第六节	小儿心搏骤停·····	(89)
第六章	泌尿系统·····	(95)
第一节	急性肾小球肾炎·····	(95)
第二节	急进性肾小球肾炎·····	(100)
第三节	肾病综合征·····	(102)
第四节	泌尿系统感染·····	(108)
第五节	急性肾功能衰竭·····	(110)
第七章	血液系统·····	(117)
第一节	缺铁性贫血·····	(117)
第二节	营养性巨幼红细胞性贫血·····	(119)
第三节	遗传性球形细胞增多症·····	(120)
第四节	地中海贫血·····	(121)
第五节	红细胞6—磷酸葡萄糖脱氢酶缺陷症·····	(123)
第六节	再生障碍性贫血·····	(126)
第七节	原发性血小板减少性紫癜·····	(128)
第八节	小儿急性白血病·····	(131)
第九节	弥漫性血管内凝血·····	(141)
第八章	神经系统·····	(147)
第一节	神经系统检查方法·····	(147)

第二节	小儿急性偏瘫·····	(157)
第三节	小儿癫痫·····	(160)
第四节	脑水肿·····	(168)
第九章	常见传染病·····	(175)
第一节	病毒性肝炎·····	(175)
第二节	中毒型痢疾·····	(184)
第三节	流行性乙型脑炎·····	(187)
第十章	其他部分疾病·····	(191)
第一节	小儿结核病·····	(191)
第二节	小儿感染性休克·····	(198)

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿高胆红素血症

新生儿时期，血清胆红素浓度高于12毫克%，称为高胆红素血症。临床主要表现为黄疸，严重者可导致胆红素中毒性脑病（核黄疸）。多数由于母子Rh或A、B、O血型不合，先天性红细胞6—磷酸葡萄糖脱氢酶（G—6—PD）缺乏，以及严重感染所致的溶血性黄疸。

（一）ABO血型不合溶血症：

诊断要点：

1、必须有母子血型不合为首要条件：

血 型	母 亲	儿 子
	O	A、B、AB，
	A	B、AB，
	B	A、AB

2、黄疸出现早，多在生后24小时内出现，进展快，血清胆红素多数超过20毫克%。

3、因溶血而发生贫血，心衰等所致面色苍白，肝脾肿大，呼吸促，心率快等症状。

4、母亲分娩史中所生婴儿有早期重症黄疸及核黄疸者。第一胎即可患病。

5、实验室检查：

(1) 红细胞及血红蛋白明显降低，网织红细胞明显增高，有核红细胞增多。

(2) 血清胆红素明显增高，以间接反应胆红素为主，每日有增高，表示溶血进展。

(3) 免疫血清学检查：Coomb'S试验呈间接阳性，免疫性抗A或抗B抗体测定滴定度增高。

(二) RH血型不合溶血症：(较少见)

诊断要点：

1、母Rh因子(-)，子Rh因子(+)，母血清中有抗D(或C、E)抗体者。Coomb'S呈直接阳性。

2、多胎儿易得此病，第一胎很少发病。

3、其他同ABO溶血症，一般临床表现较ABO溶血症者重。

(三) 先天性红细胞G-6-PD缺乏所致溶血症：

诊断要点：

1、可有家族史，蚕豆病发病区发病率高。

2、母或子有明确的服用过引起溶血的药物(如维生素K₃K₄，奎宁，伯氨奎宁，阿斯匹林，非那西丁。安替比林，氯霉素，磺胺及呋喃类等)或用过樟脑丸贮藏的衣服或尿布的历史。

3、黄疸多于生后3—4天出现，临床表现与ABO溶血症相似。若无药物史，亦可有合并感染的临床表现。

4、红细胞G-6-PD缺乏的鉴定，高铁血红蛋白还

原率明显降低，应在75%以下才表示有缺陷。

（四）感染性溶血性黄疸：

诊断要点：

- 1、有宫内、产时及出生后的感染病史。
- 2、临床上有脐部、皮肤等感染病灶或有败血症的临床表现。
- 3、黄疸出现时间，宫内感染常于生后48小时出现，产时感染则生后3—5天出现，产后感染多在生后3—14天出现。

4、实验室检查

- （1）白细胞多数增高，并有核左移。
- （2）如有肝功能损害者，血清胆红素增高，以直接反应为主。

（3）血培养或感染病灶分泌物培养有致病菌生长。

除上述常见的溶血性黄疸外，若在生后一周内出现的病理性黄疸，应先与先天性球形细胞增多症、Q型重型地中海贫血及其他红细胞酶缺陷所致者相鉴别，若在出生一周后发生的，应与新生儿肝炎，先天性胆道畸形，胆汁粘稠综合征，维生素E缺乏溶血等相鉴别。

（五）核黄疸（胆红素中毒性脑病）：

核黄疸是溶血性高胆红素血症的严重并发症，多数发生在出生后4~10天，凡上述溶血原因所致的高胆红素血症，当血清胆红素浓度超过20毫克%，同时出现神经系统症状时，则应诊断为脑核黄疸。临床特点如下：

初期：黄疸突然加重，吮乳反射减退，嗜睡及肌张力减低。

极期：以痉挛症状为主。

(1) 轻症：仅为眼直视，凝视。

(2) 重症：肌肉强直，自发抽搐，头向后仰或角弓反张，抽搐后肌张力减退。反复发作者可出现呼吸衰竭等症状。

治疗原则

(一) 中草药治疗：

1、50%蛇总管糖浆，5毫升，每日三次口服，或2毫升加入生理盐水50毫升静脉点滴，每天一次。用至黄疸消退。

2、退黄合剂：玉米须50克，田基黄25克、绵茵陈25克、大叶蛇总管25克、车前草25克、钩藤10克、蝉退6克。每天一剂，煎成100毫升每次5—10毫升，分次喂服。

(二) 血浆、激素、葡萄糖“三联”疗法：

1、血浆或白蛋白：血清胆红素15毫克%以上时应用。

(1) 血浆25—30毫升/次，缓慢静注，每日1—2次，可用2—3天。

(2) 25%白蛋白10—20毫升/次，静注，用2—3天。

(3) 伴明显贫血时，可输新鲜血30—50毫升/次。

2、皮质激素：激活肝酶，减轻免疫反应。轻者用强的松5—10毫克/日，分2—4次口服，用3—4天。重者用氢化可的松50—100毫克/日或地塞米松2.5—5毫克/日，加入10%葡萄糖中静脉滴注，10%葡萄糖每日用量100—150毫升。可连用4—5天。

(三) 苯巴比妥疗法：

激活葡萄糖醛酸转移酶，加速间接胆红素的葡萄糖醛酸化。对疑有溶血者，出生后即用苯巴比妥 5—8 毫克/公斤/日，分 3—4 次口服，连用 3—7 天。

（四）光疗：用法见附光疗常规。

（五）其他药物：

1、抗菌素应用：疑有感染时可用青霉素或加链霉素；对葡萄球菌感染，选用红霉素 50 毫克/公斤静脉滴注，一般连用 5—7 天，或用新型青霉素肌注。

2、适当护肝治疗：可用肝太乐口服或静注。

3、纠正酸中毒：可用 5% 碳酸氢钠静脉慢注。

4、维生素 E，5 毫克/次，每日 2 次，口服或肌注。

5、对核黄疸者早期应用促进脑细胞恢复的药物：可选用 ATP、辅酶 A、细胞色素 C、 α -氨基酸、克脑迷、维生素 B₆、维生素 B₁₂ 等。

（六）换血疗法：必要时进行。

附：光疗常规

新生儿高胆红素血症“光疗”常规

（草案）

1、病例选择：

新生儿血胆红素浓度达 10—18 毫克% 以上者。

2、资料采集方法：

（1）检验项目：全血常规、血总胆红素定量、间接胆红素、尿常规、尿三胆、肝功能、粪三胆。

（2）病历采集（较全面）：

询问患儿黄疸出现天数、大小便性状、有否发热、精神、饮食、出生时情况、并明确记录患儿胎次、孕次、过去

几胎的黄疸程度史，母亲孕期病史、服药史，父母血型等。

(3) 详细体检：主要包括黄疸情况，皮肤、眼睛、脐带等部有否感染，肝、脾、心、肺、体重等。

3、光疗时观察注意事项：

(1) 寒冷季节，每次使用光疗机前，先测定半—1小时温箱的温度，调节到30—32℃，才把婴儿放入箱内。若超32℃可将光管高度提高若干。保持30—32℃，若婴儿体温超过38℃(肛探)，暂停照射。如照射6小时无不良反应，可连续照射24小时以上。

(2) 血胆红素定量检验：治前、治后各抽血化验一次(必要时治程中期验一次)共2至3次。

(3) 进行光疗时，要用白布慢圈围着光源及小床。注意保护婴儿眼睛，用黑色纸及纱布二层掩盖双眼，并随时注意勿使黑色纸脱落。婴儿尽量裸体。

(4) 每小时观察婴儿体温一次、并作记录。

(5) 每半—1小时替婴儿翻身一次，喂奶时暂停照射。

(6) 每天记录皮肤及大小便情况)。

(7) 光疗时，注意光源距离婴儿固定在36—38厘米之间，勿超过40厘米。

(8) 开始试行照射6小时，停照2小时的间歇照射法。照射总时间的长短，据病情轻重及血胆红素的减低程度而定，一般约为24—100小时之内。

(9) 入院及出院时各磅体重一次。每名婴儿出院后，作一次较全面小结。

(10) 光疗时，要把光管下的有机玻璃板抽出，有利于

蓝光充分透射，光疗后再行装上，以保护光管。

第二节 新生儿窒息

婴儿在出生前或出生当时短时间内表现为无呼吸或呼吸不足的乏氧状态称为新生儿窒息。窒息是新生儿常见症状，也是引起新生儿死亡的主要原因之一。

一、诊断要点：

(一) 病史

1 宫内因素

(1) 母体血氧含量减少影响胎儿：见于急性失血，严重贫血、心脏病、妊娠中毒症等。

(2) 子宫胎盘间血循环障碍：如多胎、羊水过多、胎盘早剥、前置胎盘、胎盘功能不全等。

(3) 脐带血流中断：脐带受压、脱垂、绕颈、打结等。

2 产时因素：产程延长，产力异常，头盆不称，手术产（臀位、产钳等）；分娩过程中应用麻醉药，镇痛药等。

(二) 症状：分为青紫窒息及苍白窒息（见表）。苍白窒息为重度窒息表现，预后严重。

(三) 生出时评分法对早期发现病例，及时进行抢救有一定意义（见表）。

* 评10分者情况良好，6分以上者可观察不须处理，5分以下者须严密观察或紧急处理。

(四) 化验：根据窒息时间长短，可有不同程度的血清二氧化碳含量改变，动脉血二氧化碳分压升高，动脉血氧分

新 生 儿 窒 息 的 体 征

体 征	青紫窒息	苍白窒息
皮 肤	发 绀	苍 白
肌 张 力	正常或增强	松弛或消失
心 跳	慢, 有力	慢 而 弱
呼 吸	浅	无或微弱
反 射	有或亢进	减低或消失
对 刺 激 反 应	有	无

新生儿评分法 (Apgaz评分法) *

体 征	0	1	2
心 跳	无	<100	>100
呼 吸	无	浅, 哭声弱	佳, 哭声宏亮
肌 张 力	无	四肢屈曲	活动自如
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红, 四肢青紫	全身红润
弹足底或导管触鼻反应	无	稍有表情	打喷嚏或哭

压下降及PH下降, 血清钾, 磷可升高。

(五) 患儿往往出现体温低, 生理黄疸加重, 头面及四

肢躯干水肿及前囟紧张等体征。

二、治疗原则：

（一）窒息的抢救

1 清除呼吸道分泌物，婴儿头位低，用吸管清除口鼻及咽喉部粘液或羊水。吸入量多者须进行喉镜检查，气管插管吸出粘液。亦可用手指引导，插气管导管法。

2 输氧：用口罩法，必要时插管加压给氧。输氧浓度不宜过高。

3 人工呼吸：无插管条件者可用口对口呼吸或托背法人工呼吸。口对口吹气时要隔几层纱布，以减少新生儿感染机会。

4 母接受麻醉或镇痛剂者，可应用山梗菜碱等呼吸兴奋剂。

5 脐静脉缓慢注射25%葡萄糖10毫升，内加可拉明25毫克及维生素C100毫克刺激呼吸。严重窒息患儿可用5%碳酸氢钠2—3毫升/公斤，加入25%葡萄糖5毫升脐静脉缓慢注入（约需5分钟，进液量过快可使脑脊液PH突然改变而抑制呼吸，并可由于高渗碳酸氢钠暂时增加 P_{CO_2} ，加重呼吸性酸中毒）。

6 针刺人中、百会、十宣、素髎、涌泉或弹足底以刺激呼吸。

7 抢救过程应注意保暖，以免皮肤温度下降使耗氧量增加（室温32—35℃时散热及耗氧量最少）。同时，注意预防感染，避免翻动过多。

（二）窒息后处理要点

- 1 仍须持续给氧。
- 2 注意肺炎等并发症，用抗菌素预防感染。
- 3 每日给维生素K₁ 5毫克肌注2—3天，预防并发颅内出血。

4 纠正酸中毒。（见肺透明膜综合征治疗）。附（一）手指引导插气管导管法：用左手食指伸入口腔，经舌根至会厌，沾手指掌面将导管（14或15号）插进咽部，然后用指将导管前部引入喉部与气管。

附（二）托背人工呼吸法：以一手稳托婴儿背部，渐渐举起使胸向前挺出，背柱极度伸展，然后渐渐放平。每5—10秒钟重复一次。此法利用腹腔内脏将横膈推上拉下，可避免引起内脏损伤出血。

第三节 新生儿呼吸紊乱

新生儿或未成熟儿发生呼吸困难，表现为呼吸频率、节律、深浅度、呼吸型（胸式、腹式或胸腹式）及呼气吸气相比比例等不同程度的异常状态称为新生儿呼吸紊乱，临床可出现“三凹征”“吭吭”呼吸及青紫等症状。由于新生儿神经系统发育不成熟，呼吸中枢机能不足，胸廓及呼吸肌弱以及肺组织发育不全等生理特点，易于产生呼吸紊乱，尤其早产儿可出现呼吸暂停及间歇性青紫。

一、诊断要点

（一）病史：包括母亲孕期情况，出生后情况及临床表现。

1 患儿系过期产或母临产时用过大量镇静剂，出生时无呼吸，皮肤苍白或青紫，肌张力低下，经抢救后建立呼吸并出现呼吸紊乱而肺部检查不一定发现异常，应考虑为窒息。

2 母孕期有出血情况，出生时发现前置胎盘、胎盘早剥或胎盘功能不全（如胎盘部分缺损或帆状部位有破裂），患儿出生时无呼吸或呼吸浅，心率快或慢，则应考虑为窒息。患儿苍白时，应警惕出血性休克，须立即检查血红蛋白及红细胞。

3 母有糖尿病史，小儿为未成熟儿或剖腹产娩出，生后数小时即出现逐渐加重的呼吸困难，明显“三凹征”，“吭吭”不安伴循环衰竭及酸碱失衡的化验结果，则可确诊为肺透明膜综合征。

4 小儿臀先露、脐带脱垂或产程延长者则可能为吸入性肺炎。

5 母有骨盆狭窄，头盆比例不称，出生困难，产程延长或手术产（产钳助产者），出现呼吸紊乱同时有较明显的神经系统症状，表现阵发性青紫，应考虑为颅内出血。

6 其他：如食道气管痿、气胸、膈疝等均有各自特异体征，收集各方面材料，经细致分析观察可以确诊。

（二）生产呼吸困难时间：生后即产生明显呼吸紊乱者，多为先天畸形（如膈疝）；突然发生者，多见于气胸、心力衰竭、肺不张；逐渐加重者，多见于肺透明膜综合征、肺炎等。

（三）根据呼吸节律可分为：

1 呼气性呼吸困难，多见于大气管狭窄，大片肺气

肿、肺发育不全所致心力衰竭。

2 吸气性呼吸困难，多见于上呼吸道梗阻。

3 混合性呼吸困难，可见于肺炎，颅内病变，先天性心脏病及酸碱失衡时等。

（四）中枢性及周围性呼吸紊乱的鉴别。

1 中枢性呼吸紊乱常表现为呼吸暂停，呼吸节律不整而慢，呈喘息样呼吸。出现阵发性青紫可见于颅内出血、窒息及中枢神经系统发育异常等。

2 周围性呼吸困难往往呼吸增快，出现三凹征、下颌呼吸及呼气呻吟、口吐泡沫及桶状胸，可见于原发性肺不张、肺透明膜综合征、气胸、膈疝、肺炎等疾患。

二、处理要点

（一）去除病因及诱因。

（二）保持呼吸道通畅，给氧。

（三）纠正酸中毒。

（四）维持心、肺、脑的功能。

（五）应用呼吸兴奋剂。

（六）预防感染，合理选用抗菌素。

（七）辅助呼吸：应用人工呼吸器及必要时气管开切。

第四节 新生儿肺透明膜综合征

本病又称为特发性呼吸窘迫综合征，多见于未成熟儿。病理改变为肺泡，肺泡管壁上形成嗜伊红性透明膜，使肺泡萎陷，趋向肺不张。患儿于生后短期内出现呼吸困难，青