

韩百灵 张贵君 主编

常见儿科病

主编 吕玉霞

黑龙江科学技术出版社

家庭疗法



前 言

追求健康,希望长寿,是每个人终生所期盼的。但人或多少、或轻或重总会生病的,能不能做到一般性的常见病不去医院求治,而自行调理就可以治愈?我们认为这是完全有可能的。

为了满足广大家庭的需求,我们组织了 30 余位具有教学与临床经验丰富的专家教授,编写了《家庭医疗书库》。这套丛书集科学性、实用性、可操作性为一体。在编写过程贯穿了在家庭条件下,可选择的一些治疗方法,贴近家庭,贴近读者。

本套书是编著者多年临床经验的科学总结,所载的内容突出简明易懂,科学实用的特点,在叙述诊断和治疗上,根据疾病的本身特点,采用了中西医结合最有效的方法和手段,并用通俗的语言告诉读者如何处理好日常生活中的卫生问题,遇到突然发生的病症,能够知道正确的处理方法,为及时治疗打好基础。

这套丛书包括《常见病家庭针灸疗法》、《常见病家庭饮食疗法》、《常见病家庭药物疗法》、《常见病家庭按摩疗法》、《常见病家庭物理疗法》、《常见病家庭运动疗法》、《常见病家庭自然疗法》、《常见病家庭护理》、《常见内科病家庭疗法》、《常见外科病家庭疗法》、《常见妇科病家庭疗法》、《常见儿科病家庭疗法》、《常见五官科病家庭疗法》等。丛书宗旨是立足家庭,面向大众,让每位读者准确判断自身的身体状况,掌握一些防病治病的科学知识,并将这些知识成功的运用到日常生活之中。

编 者

目 录

第一章 基础知识	(1)
第一节 儿科学的特点	(1)
一、呼吸频率与节律	(1)
二、心率与血压	(2)
三、小儿血象的特点	(3)
四、体液平衡的特点	(4)
五、睡眠时间	(5)
六、小儿排尿及尿液的特点	(5)
七、小儿粪便的特点	(6)
八、小儿指纹	(7)
九、疾病的发生发展、诊断与预后转归特点	(8)
第二节 小儿各年龄分期的特点及其家庭保健	(9)
一、胎儿期	(9)
二、新生儿期	(10)
三、婴儿期	(11)
四、幼儿期	(11)
五、学龄前期	(12)
六、学龄期	(12)
七、青春期	(13)
第三节 祖国医学对小儿生理病理特点的认识	(14)
一、生理特点	(14)
二、病理特点	(15)
第四节 小儿生长发育	(16)
一、体格生长	(16)
二、骨骼发育	(22)

三、牙齿的发育·····	(23)
四、生殖系统发育·····	(24)
五、神经、精神发育·····	(25)
六、影响小儿生长发育的因素·····	(31)
第五节 心理行为的发展和心理行为障碍·····	(33)
一、心理行为的发展·····	(33)
二、心理行为障碍·····	(37)
第六节 小儿喂养与膳食·····	(40)
一、婴儿喂养·····	(40)
二、小儿膳食·····	(50)
第七节 常见病的防治措施·····	(53)
一、常见病的预防·····	(53)
二、常见病的家庭治疗措施·····	(60)
第二章 小儿急症的处理·····	(71)
第一节 小儿惊厥·····	(71)
第二节 急性中毒·····	(77)
第三节 一氧化碳中毒·····	(81)
第四节 触电与雷击·····	(83)
第五节 溺水·····	(85)
第六节 心跳呼吸骤停·····	(87)
第三章 常见病的治疗·····	(92)
第一节 新生儿疾病·····	(92)
一、新生儿窒息·····	(92)
二、新生儿黄疸·····	(96)
三、新生儿硬肿症·····	(102)
四、新生儿肺炎·····	(105)
五、新生儿颅内出血·····	(107)
六、新生儿肺透明膜病·····	(110)
第二节 营养性疾病·····	(113)

一、营养不良	(113)
二、小儿肥胖症	(120)
三、维生素 D 缺乏性佝偻病	(125)
四、维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(132)
五、锌缺乏症	(135)
六、缺碘性疾病	(138)
第三节 呼吸系统疾病	(140)
一、急性上呼吸道感染	(141)
二、急性感染性喉炎	(145)
三、急性支气管炎	(149)
四、小儿肺炎	(153)
五、支气管哮喘	(161)
第四节 消化系统疾病	(168)
一、流涎	(168)
二、鹅口疮	(171)
三、疱疹性口炎	(174)
四、溃疡性口炎	(177)
五、婴幼儿腹泻	(179)
六、消化性溃疡	(187)
七、先天性肥厚性幽门狭窄	(191)
八、急性坏死性肠炎	(193)
第五节 循环系统疾病	(196)
一、先天性心脏病	(196)
二、病毒性心肌炎	(201)
第六节 泌尿系统疾病	(206)
一、急性肾小球肾炎	(206)
二、肾病综合征	(210)
三、泌尿道感染	(216)
第七节 造血系统疾病	(221)

一、营养性缺铁性贫血	(221)
二、营养性巨幼红细胞性贫血	(226)
三、原发性血小板减少性紫癜	(229)
四、再生障碍性贫血	(234)
五、急性白血病	(239)
第八节 神经系统疾病	(244)
一、化脓性脑膜炎	(244)
二、病毒性脑膜炎、脑炎	(249)
三、小儿癫痫	(254)
四、注意力缺陷多动症	(261)
五、多发性抽搐	(266)
第九节 感染性疾病	(269)
一、麻疹	(269)
二、风疹	(275)
三、幼儿急疹	(279)
四、水痘	(281)
五、流行性腮腺炎	(285)
六、猩红热	(289)
七、病毒性肝炎	(293)
八、细菌性痢疾	(300)
九、原发型肺结核	(305)
十、粟粒型肺结核	(310)
十一、结核性脑膜炎	(313)
十二、结核性胸膜炎	(317)
十三、蛔虫病	(320)
十四、蛲虫病	(324)
第十节 结缔组织病	(326)
一、风湿热	(326)
二、儿童类风湿病	(332)

三、过敏性紫癜	(337)
四、皮肤粘膜淋巴结综合征	(342)
第十一节 遗传、内分泌疾病	(346)
一、21 三体综合征	(346)
二、肝豆状核变性	(348)
三、甲状腺功能减低症	(352)
四、儿童糖尿病	(357)
第四章 常见症状的鉴别与处理	(366)
第一节 长期发热	(366)
第二节 呕吐	(371)
第三节 食欲不振	(376)
第四节 腹痛	(381)
第五章 常见病的家庭护理及其技术操作	(387)
第一节 常见病的家庭护理	(387)
一、病情观察	(387)
二、病儿的心理护理	(390)
三、小儿四病的家庭护理	(391)
第二节 护理技术操作	(396)
一、体温的测量	(396)
二、脉搏的测量	(397)
三、呼吸的测量	(398)
四、血压的测量	(398)
五、尿液标本的收集	(400)
六、粪便标本的收集	(401)

第一章 基础知识

儿科学是研究小儿生长发育规律,提高小儿身心健康水平的一门医学科学。服务对象是智能与体格均处于不断生长发育过程的小儿,其年龄自胎儿至14岁。

第一节 儿科学的特点

小儿从生命开始直到长大成人,整个时期都处在不断生长发育的过程中,不论解剖、生理、营养、机体防御机能、病理以及疾病的发生发展、症状表现、诊断、治疗、预后转归、预防等方面,均与成人有很大差别,因此不能把小儿简单地看成是成人的缩影。

一、呼吸频率与节律

(一)呼吸频率

小儿新陈代谢旺盛,需氧量高,但因婴幼儿鼻腔短,后鼻道狭窄,气管与支气管管道口径小,胸部短,呼吸肌不发达等解剖特点,使呼吸量受到一定的限制,小儿只有增加呼吸次数来满足机体代谢的需要,故小儿呼吸频率比成人快。年龄愈小,呼吸次数愈快。新生儿平均每分钟呼吸为40次~45次,3岁小儿平均每分钟呼吸为25次~30次,而成人则平均每分钟呼吸为16次~18次。

(二)呼吸节律

新生儿与婴儿由于呼吸中枢发育尚未完全成熟,易出现呼吸快慢不均,称之为呼吸节律不整,属生理现象。

二、心率与血压

(一) 心率

小儿的心率比成人快,这是因为小儿新陈代谢旺盛,身体组织需要供给更多的血液,而心脏每次搏出量有限,只有增加心脏搏动的次数来满足需要。同时婴幼儿迷走神经兴奋性低,交感神经占优势,易使心搏加速。心率随年龄增长而逐渐减慢,新生儿平均每分钟心率为120次~140次,2岁~3岁小儿平均每分钟心率为100次~120次,而成人则平均每分钟心率为60次~100次。

小儿的心率次数极不稳定,常因进食、活动、哭闹、排便、发热等因素而出现心率过快(临床上称为窦性心动过速)。因此,应在小儿安静时测量脉搏。凡是脉搏显著增快,而在睡眠时不见减慢者,应怀疑有器质性心脏病。

小儿的心率可随呼气时心率减慢与吸气时心率增快而出现心律不齐。因此,婴幼儿窦性心律不齐绝大多数为正常生理状态。

表 1-1 小儿呼吸脉搏次数平均值与呼吸脉搏之比

年龄(岁)	呼吸(次/分)	脉搏(次/分)	呼吸:脉搏
新生儿	40~45	120~140	1:3
1岁以下	30~40	110~130	1:3~4
2~3	25~30	100~120	1:3~4
4~7	20~25	80~100	1:4
8~14	18~20	70~90	1:4

(二) 血压

临床上常测的血压有动脉压和静脉压。

1. 动脉血压

心搏出量和外周血管的阻力决定动脉血压的高低。婴儿心搏出量少,血管口径粗,动脉壁柔软,故血压偏低,随年龄增大而逐渐升高。新生儿收缩压平均为8千帕~9.2千帕,1岁收缩压平均为

9.2 千帕~10.67 千帕。2 岁以后收缩压可按下列公式计算:收缩压(千帕)=(年龄 $\times$ 0.27)+10.67 千帕。此数值的 2/3 为舒张期血压。收缩压高于此标准 2.7 千帕为高血压,低于此标准 2.7 千帕为低血压。1 岁以上的小儿一般收缩压低于 10 千帕~10.6 千帕为低血压。正常情况下,下肢血压比上肢血压高 2.7 千帕。

2. 静脉血压

静脉血压的高低与心脏搏血能力、血管功能及循环血容量、上、下腔静脉回流阻力有关。

仔细观察小儿的颈外静脉,可以估量静脉压。正常儿童仰卧床上,背部垫高成 45 度,颈静脉在锁骨上窝的水平上应隐塌不现,如颈静脉饱满,超过此水平,视为静脉压增高。学龄前儿童颈静脉压一般在 5.3 千帕。当小儿哭叫不安、剧烈活动及变换体位时,静脉压可显著升高;若小儿因腹泻脱水、感染性休克所致循环血容量减少时,静脉压减低。

三、小儿血象的特点

(一)红细胞数及血红蛋白量

胎儿期在宫内处于相对缺氧状态,红细胞与血红蛋白量较高,出生时红细胞数约为 500 万~700 万/毫米³($5.0 \times 10^{12} \sim 7.0 \times 10^{12}/L$),血红蛋白量约为 150 克~220 克/升。生后 6 小时~12 小时红细胞和血红蛋白量可比出生时稍高,主要与液体入量少及不显性失水而致血液浓缩有一定的关系。由于生后建立了自主呼吸,吸氧量增大,血含氧量增加,再加胎儿期生成的红细胞寿命短等因素,在生后几天内有较多的红细胞自行破坏,同时由于吮奶进水量增多,血容量增加,因而出生后 10 天左右红细胞数和血红蛋白量比出生时约减少 20%。以后由于生长发育迅速,循环血量增加较快,红细胞生成不足,至 2 个月~3 个月时红细胞降至 300 万/毫米³($3.0 \times 10^{12}/L$),血红蛋白降至 110 克/升以下(11g/dl),此即所谓“生理性贫血”。以后随年龄增长,红细胞数及血红蛋白量逐渐上

升,在整个婴幼儿时期红细胞均维持在 400 万~450 万/毫米³($4.0 \times 10^{12} \sim 4.5 \times 10^{12}$ /升),血红蛋白在 110 克/升(11g/dl)左右,以后缓慢增长,约于 12 岁达成人水平。

(二)白细胞数与分类

初生时白细胞数为 $15 \times 10^9 \sim 20 \times 10^9$ /升(15 000~20 000/毫米³),生后 6 小时到 12 小时达 $21 \times 10^9 \sim 28 \times 10^9$ /升(21 000~28 000/毫米³),以后逐渐下降,生后一周时平均为 12×10^9 /升(12 000/毫米³),婴儿期白细胞数维持在 10×10^9 /升(10 000/毫米³)左右,8 岁以后接近成人水平。

白细胞分类特点主要是中性粒细胞与淋巴细胞比例的变化。初生时中性粒细胞占 65%,淋巴细胞约占 30%,生后 4 天~6 天两者比例相等,之后淋巴细胞约占 60%,中性粒细胞约占 35%,至 4 岁~6 岁时两者又相等,7 岁以后中性粒细胞增多,淋巴细胞减少,逐渐达到成人水平。嗜酸、嗜碱粒细胞及单核细胞各年龄差别不大。

(三)血小板数

血小板数在小儿各年龄期间与成人相比差别不大,约为 $150 \times 10^9 \sim 250 \times 10^9$ /升(15 万~25 万/毫米³)。

(四)血容量

小儿血容量相对较成人多,新生儿血容量约占体重的 10%,平均 300 毫升,儿童约占体重的 8%~10%,成人血容量占体重的 6%~8%。

四、体液平衡的特点

(一)体液的总量与电解质组成

小儿年龄愈小,体液总量相对愈多。新生儿体液总量占体重的 80%,婴儿体液总量占体重的 70%,2 岁以后体液总量占体重的 65%,而成人体液总量占体重的 55%~60%。

小儿体液的电解质与成人相似,唯新生儿在生后数日内血钾、

氯、磷和乳酸偏高，血钠、钙和碳酸氢盐偏低。因此，新生儿补液时钾盐宜少。

（二）水的交换

正常人体内水的出入量与体液保持动态平衡。每日需水量与热量消耗成正比，小儿所需热量高，故水的需要量大；小儿体表面积相对大，不显性失水（呼吸增快、环境温度高于适中温度、活动增加等）较多。机体的代谢产物需要排泄，而肾脏浓缩功能差，故需水量多，婴儿每日排出水量约等于细胞外液的 $1/2$ ，而成人则为 $1/7$ 。每日水的生理需要量与饮食热量、气温、活动量有关，一般按每代谢 420 千焦热量需要 120 毫升～150 毫升水计算，若扣除少量食物内生水，婴儿每日需水量约为每代谢 420 千焦热量需要 100 毫升～115 毫升水。在禁食及疾病情况下，应维持基础代谢需要热量每日 210 千焦～250 千焦/公斤，即 24 小时内应供给生理需要量的水为 60 毫升～90 毫升/公斤。

五、睡眠时间

睡眠是个生理过程，与醒觉一样均依赖大脑皮质和皮下神经活动来调节。因小儿大脑发育尚未成熟，而新生儿出生后不适应宫外生活，常采取消极情绪，故睡眠时间比成人长，而且年龄愈小睡眠时间愈长。

新生儿每天睡眠 20 个小时，随着小儿月龄的增长，睡眠时间逐渐缩短。6 个月婴儿每天睡眠 15 小时～20 小时；1 岁 15 小时～16 小时；2 岁～3 岁 12 小时～14 小时；4 岁～6 岁 11 小时～12 小时；7 岁以上 9 小时～10 小时，包括日间 1 小时～2 小时小睡和夜间睡眠时间；而成人睡眠时间为每日 8 小时～10 小时。

六、小儿排尿及尿液的特点

（一）排尿次数

新生儿生后不久即开始排尿，但也有首次排尿延至生后 36 小

时左右者,不能认为是病理现象。99%的新生儿生后48小时内即有尿,生后的头几天内,因摄入量少每日排尿仅4次~5次。1周后小儿新陈代谢旺盛,进水量较多,膀胱容量小,排尿次数突增至每日20次~25次。1岁时每日排尿15次~16次。1岁半(18个月)左右小儿可自动控制排尿,排尿间隔时间逐渐延长,至学龄前和学龄期儿童每日排尿6次~7次。

(二)排尿量

小儿尿量个体差异很大,新生儿生后48小时内正常尿量为15毫升~60毫升,生后28天每日尿量达180毫升~360毫升,正常婴儿每日排尿量达400毫升~500毫升,幼儿为500毫升~600毫升,学龄前儿童为600毫升~800毫升,学龄期儿童为800毫升~1400毫升。当学龄期儿童每日排尿量少于400毫升,学龄前儿童少于300毫升,婴幼儿少于200毫升时,即为少尿。每日尿量少于30毫升~50毫升时为无尿。

(三)尿的颜色

生后头几天内尿的颜色深,稍有混浊,放置后有红褐色沉淀,此为尿酸盐结晶,数日后尿色变清。正常婴儿尿液淡黄色透明,但在寒冷季节放置后可有盐类结晶析出变混浊,似米汤样,尿酸盐加热后,磷酸盐加酸后可溶解,可与脓尿和乳糜尿相鉴别。若尿的颜色是茶色、洗肉水色、烟灰色及红色可疑为血尿。

(四)尿的性质

正常小儿尿中仅含微量蛋白,24小时每平方米体表面积少于或等于100毫克,尿蛋白定性为阴性;尿红细胞每高倍视野少于3个,尿白细胞每高倍视野少于5个视为正常;管型一般不出现。可疑者做12小时尿细胞计数;蛋白含量少于50毫克,红细胞少于50万个,白细胞少于100万个,管型少于5000个为正常。

七、小儿粪便的特点

(一)胎粪

胎粪由胎儿肠道脱落上皮细胞、肠分泌物、胆汁及吞入的羊水组成。出生后 10 小时内首次排出胎粪，呈深墨绿色，粘稠，无臭味，进食后 2 天~3 天内变黄色。

(二)母乳喂养儿的粪便

外观金黄色，稠度均匀为糊状，排便有酸味，不臭，偶有细小乳凝块或较稀薄的绿色便，每日 2 次~4 次。有些婴儿虽便次数较多，每日 4 次~6 次，但便性状正常，小儿精神活泼，体重增加如常，无不适症状，可视为生理现象。

(三)牛、羊乳喂养儿的粪便

呈淡黄色，大多成形，含乳凝块较多、较大，量较多，有臭味，每日排便 1 次~2 次，有时易发生便秘。

(四)混合喂养儿的粪便

哺喂母乳加牛乳的小儿粪便与单纯喂牛乳者相似，但较软、色黄。添加谷类、蛋、肉、蔬菜等辅食后，粪便性状接近成人，每日排便 1 次。

八、小儿指纹

察看小儿指纹是中医儿科独特的一种诊断方法，主要用于 3 岁以内的小儿。看指纹又称看虎口三关，即观察小儿食指掌面靠拇指侧的浅表静脉。

(一)正常指纹

指纹分为风、气、命三关。次指(食指)第一节为风关，第二节为气关，第三节为命关，正常小儿指纹应该是淡紫隐隐可见(图 1-1)。

(二)病理指纹

小儿发生疾病时，指纹的变化



图 1-1 正常小儿的指纹

可用“浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实，三关定轻重”这四句话来概括。

(1)浮沉分表里 浮主表、沉主里。病在表则指纹浮露，久病或病邪入里则指纹深而不显。

(2)红紫辨寒热 红主寒、紫主热。红为外感风寒，暗紫为邪热内盛，纹色紫黑为热邪深重或气滞血瘀。

(3)淡滞定虚实 淡主虚、滞主实。色淡为气血不足，淡红为体虚有寒，淡紫为体虚有热。指纹滞为实证。

(4)三关定轻重 即以风、气、命三关部位来判定疾病的深浅轻重。指纹现于风关，病多轻浅而易治；指纹现于气关，病情较重，邪已进一步深入；指纹现于命关，病情危重。若透关射甲则表示疾病已到了十分危险的阶段。

临床实践中察看指纹时必须结合舌诊和脉诊。当脉症不符时，可“舍脉求证”；当指纹与症不符时，也可以“舍纹从症”，以保疾病的正确诊断。

九、疾病的发生发展、诊断与预后转归特点

(一)疾病种类

小儿患病种类与成人不同：婴幼儿患感染性疾病多，水痘、风疹、麻疹、手足口病、猩红热等在儿科属常见病，而在内科不常见；小儿患心血管系统疾病如先天性心脏病、病毒性心肌炎为多，而成人则常见动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)；肿瘤中小儿多见急性白血病、神经母细胞瘤等，而成人则以肝、胃、肺等部位的恶性肿瘤为多见。

(二)临床表现

婴幼儿患感染性疾病，常起病急，来势凶猛，易并发败血症，患急性肺炎易合并心力衰竭和中毒性脑病。新生儿、体弱儿患严重感染时往往反应低下，例如：体温不升，拒食，表情呆滞，外周血白细

胞不高或降低,并常常无定位性症状与体征。

(三)诊断

各年龄期小儿患病都有其独特的表现,因此临床诊断应重视年龄因素。以小儿惊厥为例:新生儿惊厥应多考虑产伤、窒息、颅内出血、破伤风或先天异常;6个月以内婴儿应多考虑维生素D缺乏性手足搐搦症和中枢神经系统感染;3岁以后小儿惊厥应多考虑癫痫。年幼儿患病后,临床症状常不典型,故应仔细观察病情变化,如发现小儿面红耳赤,凝视或叹气眨眼,或呼吸暂停应怀疑这是不典型的惊厥发作,以便早期做出诊断,及时处理。

(四)预后转归

小儿起病急骤,来势凶猛,变化多端,但若诊断及时,治疗及时恰当,好转恢复很快,这是由于小儿脏器组织修复功能强,功能恢复迅速所致。例如骨折后容易愈合,脑炎后遗症较成人少。但年幼儿体弱儿、危重病儿病情变化迅速,若不随时守护,分秒必争地积极抢救,则病情很快恶化甚至死亡。掌握小儿预后转归的正反两方面特点,更有利于患儿的康复。

第二节 小儿各年龄分期的特点及其家庭保健

小儿处于生长发育的动态过程中,不同年龄阶段的小儿解剖、生理、病理等都各具有其相应特点。一般把小儿整个时期划分为7个阶段。

一、胎儿期

从卵和精子结合到小儿出生统称为胎儿期,子宫内约经过294天。

(一)特点

此期胎儿完全靠母体生存,孕母的健康、营养、情绪、环境、疾

病等对胎儿的生长发育影响极大。

(二)家庭保健

(1)应从其父母婚前做起,婚前体检及遗传学咨询,防止近亲结婚,减少先天性遗传性疾病患儿的出生。

(2)保证孕母充分的营养,合理安排生活工作,积极防止孕期感染、妊娠高血压综合征、流产、早产、异常产等情况。

(3)妥善处理孕母心肾疾病、糖尿病、结核病等,用药慎重。

二、新生儿期

自出生后脐带结扎开始至生后 28 天内,称新生儿期。

(一)特点

此期小儿脱离母体开始独立生活,内外环境变化巨大,但其生理调节和适应能力不够成熟,易发生体温不升、体重下降及各种疾病如产伤、窒息、感染、先天畸形等。新生儿 7 天内死亡率最高,在发达国家约占婴儿死亡率的 2/3。

(二)家庭保健

(1)保健重点放在生后第一周,建立和加强新生儿家庭诊视制度,建立城乡“卫生报告制”,儿保人员对新生儿在第一个月内应诊视 2 次~3 次。

(2)诊视时测量新生儿身长、体重、体温;观察面色、哭声、呼吸、吸吮力和大小便;检查有无先天性心脏病、先天性髋关节脱臼、唇裂和腭裂等。

(3)注意保暖,预防硬肿症,食具消毒防止感染,避免过多亲友探视,坚持母乳喂养。

(4)围产期(又称围生期,国内常采用的定义是指胎龄满 28 周至出生后 7 足天)需要儿科、产科、助产人员的密切协作,坚持对胎儿的定期监测,提高接生技术,加强出生时新生儿的护理、喂养,及时处理产伤、窒息、感染等。