

小儿急性 呼吸道感染

门诊保健指南

25.6
JW

世界卫生组织



人民卫生出版社



R725.6
SJW

小儿急性呼吸道感染

门诊保健指南

Y4P6/h4



A0286084

世界卫生组织 编
王国兴 李旭 译



世界卫生组织



人民卫生出版社

小儿急性呼吸道感染

门诊保健指南

世界卫生组织 编

王国兴 李 旭 译

人民卫生出版社出版发行
(100050 北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店经销

880×1230 16开本 $4\frac{1}{4}$ 印张 2插图 92千字

1997年5月第1版 1997年5月第1版第1次印刷

印数:00 001—1 000

ISBN 7-117-02665-0/R·2666 定价:15.50元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

本书是为那些负责处理急性呼吸道感染（ARI）的第一线的卫生管理人员或医务人员而编写的。书中的指南部分可作为世界卫生组织的一项名叫“检测技术：急性呼吸道感染的处理”的培训课程的技术基础。医院或其他能治疗严重急性呼吸道感染患儿的机构的工作人员可查阅文献《儿童急性呼吸道感染：发展中国家小医院的病例处理——高级医务人员实用手册》。（本书提到的文献都可以从各国的急性呼吸道感染控制中心得到。如有困难，可向 Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR), WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland 索取）。

正确处理呼吸道感染患儿的三个步骤是：病情评估、诊断和治疗。附于书末的两张折页图表总结了处理呼吸道感染的方法，分别是：“咳嗽与呼吸困难患儿的处理”和“耳病或咽喉疼痛患儿的处理”。本书具体介绍了这三个步骤以及图表中的各个部分。

- 有关病情评估的章节讲述了如何搜集呼吸道疾病的体征。
- 有关诊断的章节仔细分析了如何根据体征推断病因并采取正确治疗方法。
- 有关治疗的章节则介绍了如何选择抗生素和给予家庭护理、如何处理发热、喘息以及用纱布吸干耳内的脓液。

在每章的最后，列出了处理急性呼吸道感染时医务人员必须具备的知识和技能，并将其简要列于附录 1。书末还给出了书中用到的术语及其简要解释，若不理解术语涵义时可查阅这一部分。

目 录

前言	■
第一章 简介	1
理解问题	1
正确选择病例处理表	2
 第一部分 咳嗽与呼吸困难患儿的处理	 5
第二章 咳嗽与呼吸困难患儿的病情评估	7
问诊内容	8
视诊与听诊内容	8
第三章 两个月到五岁患儿的疾病	12
危症	13
肺炎	15
病例	19
小结：两个月到五岁患儿的疾病	19
第四章 婴儿疾病的诊断	21
危症	22
肺炎	23
病例	26
小结：婴儿疾病的诊断	26
第五章 治疗	28
抗生素	28
建议母亲给予家庭护理	30
发热的处理	33
喘息的处理	34
 第二部分 耳病或咽喉疼痛患儿的处理	 37
第六章 耳病患儿的处理	39
病情评估	39

诊断	40
治疗方案	41
第七章 咽喉疼痛患儿的处理	44
病情评估	44
诊断	45
治疗方案	46
附录 1 必需的知识和技能一览表	47
附录 2 麻疹、百日咳和白喉	48
附录 3 转诊	51
附录 4 院外治疗	52
附录 5 速效支气管扩张剂	55
术语简释	57
表:	61
咳嗽与呼吸困难患儿的处理	
耳病或咽喉疼痛患儿的处理	

第一章 简介

理解问题

多数患儿每年都会患 4 到 6 次急性呼吸道感染，这些患儿构成了保健中心病人的很大一部分。呼吸道感染在城市比在乡村似乎更容易发生。

呼吸道感染包括发生于呼吸系统任何部位的感染，如鼻 (nose)、中耳 (middle ear)、咽 (throat, pharynx)、喉 (voice box, larynx)、气管 (windpipe, trachea)、支气管 (bronchi)、细支气管 (bronchioles) 和肺 (lungs) 的感染 (见图 1)。

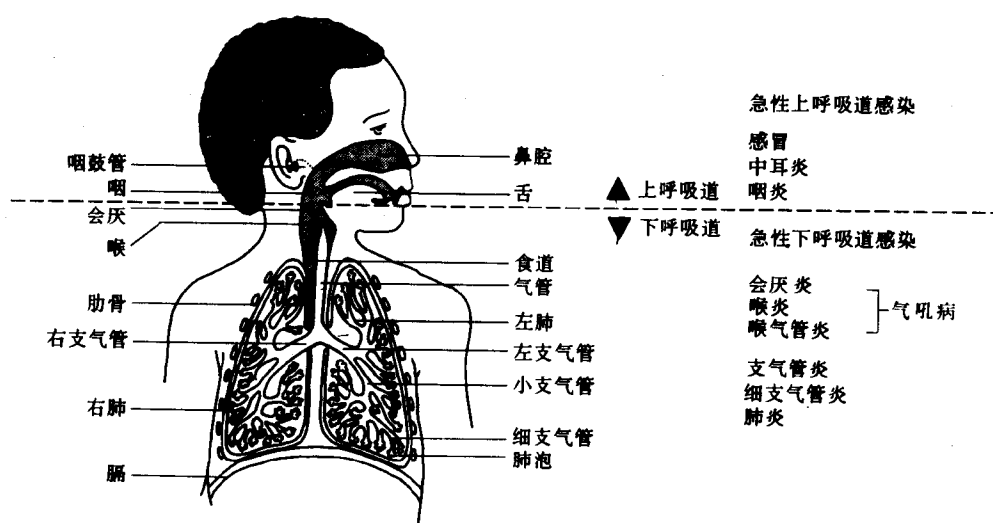


图 1 急性呼吸道感染综合征

呼吸系统各部位都可能受到感染，并表现出多种多样的体征和症状，包括：

- 咳嗽；
- 呼吸困难；
- 咽喉疼痛；
- 流鼻涕；
- 耳部不适；

发热也很常见，幸运的是，大多数有这些呼吸道症状的患儿都只是受到轻微感染，如感冒或支气管炎。他们咳嗽可能是因为鼻分泌物流到了咽的后部，或由于支气管受到病毒性感染。他们由父母在家中护理即可，不必用抗生素。

然而，少数肺炎患儿如果不用抗生素治疗，会因为缺氧或血液被病菌感染（称为败血病，sepsis or septicaemia）而死亡。发展中国家五岁以下死亡儿童中大约有四分之一是死于肺炎。肺炎和腹泻是造成儿童死亡的两大原因，而肺炎常常造成婴儿的死亡（在本书中，“婴儿”专指两个月以下的新生儿）。因此，治愈肺炎患儿将大大减少婴儿的死亡。基于此，医护人员必须担当起将少数重病患者从大多数轻症患者中区分开来的重任。

正确选择病例处理表

在书尾，附录了两张折页表，简要概括了对不同疾病的处理步骤。治疗时首先应选择正确的处理表格。应做到：

1. 请母亲坐在患儿旁边。
2. 询问母亲来就诊的原因。
3. 如果母亲没有谈及咳嗽和呼吸困难，可向她询问。
 - 如此询问很重要，因为母亲通常只是简单诉说患儿感冒或流鼻涕，而不会特别指出伴有咳嗽或呼吸困难。
 - “呼吸困难”指的是患儿任何异常的呼吸方式。母亲通常会用不同的词描述，如：“很重”、“急促”或“断续”。
 - 婴儿可能患上肺炎或其他重病而不咳嗽，因此应仔细听母亲描述症状以判断婴儿是否有呼吸困难。
4. 如果母亲回答没有咳嗽，也没有呼吸困难，查看患儿是否正在咳嗽或表现出呼吸困难。
5. 然后，选择正确的病例处理表：
 - 若在母亲叙述或你的观察中，有呼吸困难或咳嗽的现象，使用表“咳嗽与呼吸困难患儿的处理”。
 - 若患儿耳部不适或咽喉疼痛（没有呼吸困难或咳嗽的现象），使用表“耳病或咽喉疼痛患儿的处理”。
 - 若患儿有呼吸困难或咳嗽的现象，同时伴有耳部不适或咽喉疼痛，首先使用表“咳嗽与呼吸困难患儿的处理”。
 - 若患儿只是流鼻涕或感冒，给予家庭护理即可。告诉母亲如何护理患儿并处理（如果有）发热。

图 2 概括了正确选择表格的步骤，包括病情评估、诊断和治疗三个步骤。

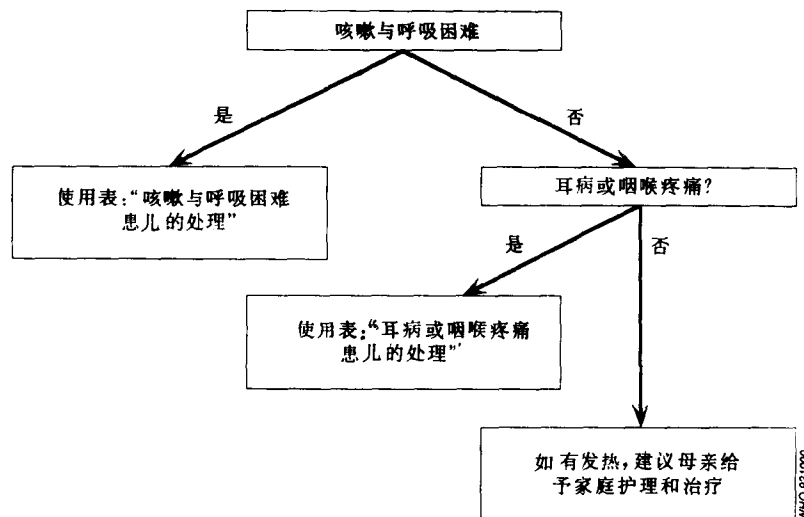


图 2 正确选择病例处理表

必备的知识技能

至此,你能正确选择表格对急性呼吸道感染进行病情评估、诊断和治疗。

- 对咳嗽和呼吸困难患儿,使用表“咳嗽与呼吸困难患儿的处理”。
- 对耳部不适或咽喉疼痛患儿,使用表“耳病或咽喉疼痛患儿的处理”。

第一部分

咳嗽与呼吸困难 患儿的处理

第二章

咳嗽与呼吸困难患儿的病情评估

“病情评估”指的是通过询问母亲，并查看和听诊患儿的体征以对疾病作出诊断。本章讲述如何查体和进行病情评估。

若患儿有咳嗽和呼吸困难的现象，很可能患有严重的甚至是致命的疾病——肺炎。但也可能是由普通感冒、环境不洁、百日咳（pertussis），肺结核（tuberculosis），麻疹（measles），喉吼（croup）或哮喘引起的。（附录 2 介绍了诊断和治疗几种可种痘预防的疾病如百日咳、白喉（diphtheria）的方法。）对患儿仔细作病情评估将有助于防止肺炎或其他严重疾病致死。

病情评估的各个步骤列表于下并置于书末折页表“咳嗽与呼吸困难患儿的处理”的“病情评估”栏目中。你应先询问母亲一些问题，然后查看和听诊患儿呼吸困难的体征及其一般情况ⁱ。

下表是病情评估的要点。

问

- 患儿多大？
- 患儿咳嗽吗？有多久了？
- 两个月到五岁的患儿：能否饮水？
 婴儿：喂奶还好吗？
- 患儿发热吗？有多久了？
- 有抽搐现象吗？

看，听

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| (应保持患儿安静) | ● 观察哮喘（wheeze）状况，是复发的吗？ |
| ● 患儿每分钟的呼吸次数。 | ● 患儿是否异常思睡或难以唤醒。 |
| ● 观察胸部是否内陷。 | ● 查是否发热或体温过低，也可测体温。 |
| ● 听诊是否有喘鸣（stridor）。 | ● 观察是否严重营养不良。 |

保持患儿安静是很重要的。因为患儿在哭泣或躁动时可能表现出与症状相混淆的情况。在病情评估之前请母亲：

- 不要唤醒睡着的患儿。
- 不要脱患儿衣服或打扰患儿。

然后评估病情。检查中可将结果用一张纸记录下来以免遗忘。

ⁱ 若患儿明显病重而你无法提供充分治疗，立即将患儿送往医院，勿需对其评估。在本书中，病情评估只是诊断呼吸道感染或其他相关疾病的一个步骤。

在很多诊所，免疫状态检查是所有儿科例行检查。进一步了解有关信息，请查看“EPI training for mid-level managers”一书中的“Plan to provide immunization services”部分。

问诊内容

问母亲如下问题：

●患儿多大？

●患儿是否咳嗽？有多久？

●两个月到五岁的患儿：能否饮水？

若他（她）根本就不能喝水就只能看作“不能饮水”。这包括患儿太虚弱而无法饮水，或不能吮吸吞咽，或不断呕吐几种情况。

正在喂奶的患儿可能会因鼻塞而难以吮奶。然如不严重，清洗鼻孔后应能喂奶。

●婴儿：哺乳还好吗？

这个问题类似于上一问题。所不同的是，大一点的患儿的特征是根本不能喝水，而婴儿则是比平时哺乳量少了一半以上。母亲可以根据患儿吃奶时间长短估计出变化来。

●患儿发热吗？有多久了？

●有抽搐现象吗？

问母亲患儿在生病期间是否有抽搐现象。

视诊与听诊内容

下文讲述呼吸困难患儿查体中视诊与听诊的内容，如胸部内陷（chestindrawing），呼吸过速（fast breathing），哮喘（stridor and wheeze）。

尤应注意在观察患儿呼吸时保持其安静。当患儿受到惊吓、哭泣或烦躁时，根本不可能正确数出其呼吸次数和确认呼吸困难的体征。为此，可以给他（她）玩玩具，让母亲给其喂奶或让他们在另一房间休息直到患儿安静下来。

●数出一分钟的呼吸次数

查看患儿的胸腹部位以检测其呼吸状况，若不易看清，请母亲掀开患儿上衣。若患儿哭泣或烦躁，待其平静下来再开始计数。

患儿年龄越大，呼吸次数越少，因而应根据年龄判断其是否呼吸过速。

计算呼吸频率的三种有用方法是¹：

¹ 这三种方法也可用于两个月到五岁患儿的半分钟计数。两到十二个月的幼儿呼吸过速为每半分钟 25 次及以上。但是，由于婴儿呼吸不均匀，必须计满一分钟。

如果患儿：	呼吸过速：
年龄小于两个月	每分钟 60 次或更多
两到十二个月 ^a	每分钟 50 次或更多
十二个月到五岁 ^b	每分钟 40 次或更多

a) “到十二个月”上溯至（并包括）患儿一岁生日的前一天。

b) “到五岁”上溯至（并包括）患儿五岁生日的前一天。因而，若他（她）正好十二个月，那么呼吸次数达到或超过 40 次每分钟就是呼吸过速。

1. 使用一个 60 秒后响铃的计时器，计数患儿的呼吸次数。
2. 使用秒表或数字化表。请人在满 60 秒时告诉你以便观察患儿的胸部。若没人能帮助你，把秒表置于你观察病人时能看得到的地方。
3. 使用秒表或数字化表。计数呼吸次数到界限处（60，50，或 40，随患儿年龄不同而变），看时间是否超过了一分钟。

当你不能确定两个月到五岁患儿的呼吸次数时，可重做一次。（因为患儿可能乱动而难以观察）。

并且，每当你数出一个婴儿的呼吸次数大于 60 次每分钟时应重复一次。这很重要，因为婴儿的呼吸是不均匀的，他们偶尔停止呼吸数秒，然后在一段时间内非常急促地呼吸。这也是要对婴儿计满一分钟的原因。判定婴儿是否呼吸过速有如下规则：

- 若数出每分钟不到 60 次，那么婴儿无呼吸过速；
- 若数出每分钟大于或等于 60 次，过几分钟再重复计数：
 - 若第二次也计出超过或等于 60 次，则婴儿是呼吸过速；
 - 若第二次计数不到 60 次，则婴儿无呼吸过速。

计数之前请母亲掀开患儿上衣以观察胸部内陷和哮喘，并应于观察体征前弄清楚患儿何时呼气，何时吸气。

●观察胸部内陷

于患儿吸气时观察是否有胸部内陷。胸部下半部分凹入而上半部分凸出，是胸部内陷的体征。这是由于吸气要比平时更费力造成的。正常呼吸情况下，患儿吸气时整个胸部（上面和下面）和腹部都凸出（见图 3a）。而有胸部内陷的患儿在吸气时下半胸部内陷而上半胸部以及腹部凸出（见图 3b）。如果只是肋骨间及锁骨上部的软组织凹入，则不是胸部内陷。（本书胸部内陷与肋骨下凹入（SUBCOSTAL INDRAWING）或肋骨下内陷（SUBCOSTAL RETRACTION）相同。）

在查看婴儿时应特别仔细，婴儿的胸骨很软因而有轻微内陷是很正常的，但若是严重内陷（非常深而且明显）则是肺炎的体征。不能确定时，可重新观察。患儿弯腰时，很难判断胸部下半部分的变化，因而应让患儿平躺在母亲腿上。若此时仍看不到胸部内陷则可判定无此体征。

只有胸部内陷一直清晰可见，才可确诊。如在婴儿躁动或想吃奶时而非安静时查见，则不能确诊。

●观察喘息

在患儿吸气时查看是否有喘息。喘息患儿会在吸气时发出刺耳的声音，由于其不易听清，应将耳朵贴近患儿的嘴巴。喉咙、气管、会厌（epiglottis）变窄，会阻碍空气进入肺部。这种病常称为喉吼。

(a) 吸气时没有胸部内陷体征的患儿



(b) 吸气时有胸部内陷体征的患儿



图3 胸部内陷的鉴别

若患儿鼻塞，可听到鼻涕抽动声。这时应洗鼻后再听。另外，患儿哭泣或躁动时也有喘息声，因而应确保在安静时查看。

●观察哮鸣，是复发的吗？

在患儿呼气时观察。哮鸣患儿在呼气时会发出轻微的哨音或表现出呼吸困难。因为声音较小，也应贴近患儿嘴巴去听。哮鸣是由于肺部的空气通道变窄而造成的。呼气通常比正常延长且费力。

气流太小可以没有哮鸣音，可查看呼气是否比平常延长且费力。

如有哮鸣，询问母亲患儿既往是否有过。如果在一年内有过，应当作复发性哮鸣。

患儿的一般情况同样重要，现列于后，观察时无需保持患儿安静。

●查看患儿是否过度思睡而且难以唤醒

过度思睡的患儿在应该清醒时思睡，通常注意力不集中，表情淡漠，有时可能目光呆滞。

可向母亲询问这一点。观察患儿在母亲说话或你击掌时能否醒来。即使有干扰，思睡的患儿也可能继续沉睡；而即使是睡觉很多的婴儿在受到同样的干扰，或脱衣服时也应醒来。

●查是否有体温过低或发热（也可测体温）

如有可能，应测体温。 38°C (100.4°F) 及以上应看作发热。低于 35.5°C (96°F ，按直肠温度计。若测腋下温度，则应大约降低 0.5°C 。) 则应看作体温过低 (hypothermia)。(注意应确保温度计有低于 36°C 的读数。)

如无体温计,可触摸患儿感觉其是否太热或太冷。没有裹好的患儿手和脚可能会发冷,而冰冷的腋窝和小腿则表明患儿体温太低。

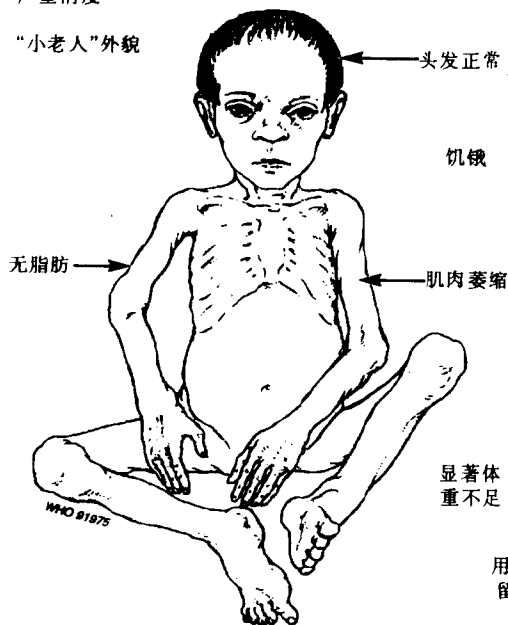
●观察是否严重营养不良

通过观察患儿来判断其是否营养不良(也可用诸如称体重,量身高,测臂围的方法来判断患儿是否营养不良。按各国母儿健康计划而定)。注意以下体征:

- 严重消瘦 (severe marasmus), 特征是肌肉萎缩和脂肪缺乏, 以致于患儿瘦得象皮包骨似的。
- 夸希奥科症 (Kwashiorkor), 恶性营养不良, 特征是全身浮肿 (oedema), 皮肤干裂, 头发细疏 (图 4)。

严重消瘦

“小老人”外貌



夸希奥科症



图 4 严重消瘦与夸希奥科症的临床体征

必须的知识和技能

至此, 你能正确进行病情评估 (问诊, 视诊, 听诊), 找出危症和肺炎的危险体征, 并查看患儿的一般情况。