



临床常规与禁忌系列

总主编/郑长青

儿科 ERKE

医嘱常规与禁忌

YIZHUCHANGGUIYUJINJI

主编/尚云晓

本书以图表的形式具体介绍了儿科常见疾病医嘱的常规与禁忌。这些相关医嘱均是编者所在医院及其它大医院长期应用、经过临床实践检验、为国内外专家所公认的。最后2章介绍了小儿常用诊治技术、儿科常用护理技术等儿科常用诊疗知识。本书内容实用，贴近临床，形式直观。

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



临床常规与禁忌系列

第1辑 内科卷

儿科 ERKE

医嘱常规与禁忌

YIZHUICHANGGUIGUIJINI

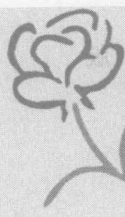
主编 周凤林

本书是《临床常规与禁忌》系列丛书之一，由周凤林主编。本书共分10章，主要介绍儿科临床常规与禁忌，包括：儿科临床常规、儿科临床禁忌、儿科常用药物、儿科常用检查、儿科常用手术、儿科常用器械、儿科常用设备、儿科常用材料、儿科常用耗材、儿科常用试剂。

人民军医出版社

http://www.jjmm.com.cn

临床常规与禁忌丛书



儿科医嘱常规与禁忌

ERKE YIZHU CHANGGUI YU JINJI

人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目(CIP)数据

儿科医嘱常规与禁忌/尚云晓主编. —北京:人民军医出版社,2009.8

(临床常规与禁忌系列)

ISBN 978-7-5091-2775-9

I. 儿… II. 尚… III. 小儿疾病-医嘱 IV. R720.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第110115号

策划编辑:郭颖 文字编辑:秦伟萍 责任审读:余满松

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市100036信箱188分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8153

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京蓝迪彩色印务有限公司

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:13.875 字数:326千字

版、印次:2009年8月第1版第1次印刷

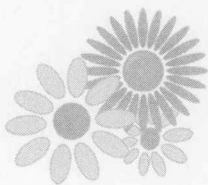
印数:0001~3500

定价:39.80元

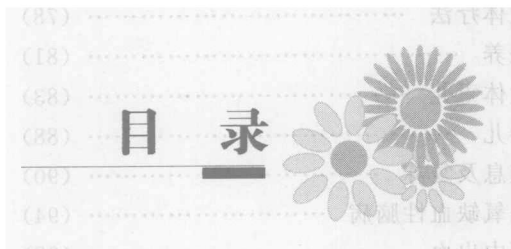
版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要



本书具体介绍了儿科常见疾病医嘱的常规与禁忌。这些相关医嘱均是编者所在医院及其他大医院长期应用、经过临床实践检验、为国内外专家所公认的。本书分为 12 章,介绍了儿科急重症、营养性疾病、新生儿与新生儿疾病、消化系统疾病、呼吸系统疾病、心血管系统疾病、泌尿系统疾病、造血系统疾病、神经系统疾病、内分泌疾病等儿科常见疾病的医嘱常规与禁忌。最后两章介绍了儿科常用诊治技术、儿科常用护理技术等儿科常用诊疗知识。本书内容实用,贴近临床,形式直观,适于各级医院的儿科医师、实习医师和基层医护人员阅读参考。



第 1 章 儿科急重症	(1)
第一节 心搏呼吸骤停与心肺复苏	(1)
第二节 急性呼吸衰竭	(6)
第三节 急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征	(10)
第四节 充血性心力衰竭	(14)
第五节 感染性休克	(19)
第六节 弥散性血管内凝血	(25)
第七节 急性肾衰竭	(29)
第八节 小儿多脏器功能障碍综合征	(33)
第九节 惊厥	(42)
第十节 昏迷	(48)
第十一节 急性颅内压增高症	(54)
第十二节 急性中毒	(59)
第十三节 小儿胃肠道外营养	(64)
第 2 章 营养性疾病	(69)
第一节 蛋白质-能量营养不良	(69)
第二节 小儿单纯性肥胖	(71)
第三节 维生素 D 缺乏性佝偻病	(73)
第四节 维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(75)

第3章 新生儿与新生儿疾病	(78)
第一节 新生儿液体疗法	(78)
第二节 新生儿喂养	(81)
第三节 极低出生体重儿	(83)
第四节 小于胎龄儿	(88)
第五节 新生儿窒息及复苏	(90)
第六节 新生儿缺氧缺血性脑病	(94)
第七节 新生儿颅内出血	(98)
第八节 新生儿肺透明膜病	(102)
第九节 新生儿湿肺	(106)
第十节 新生儿肺炎	(107)
第十一节 胎粪吸入综合征	(110)
第十二节 新生儿持续性肺动脉高压	(113)
第十三节 新生儿肺出血	(115)
第十四节 新生儿呼吸暂停	(118)
第十五节 新生儿气胸	(120)
第十六节 新生儿呼吸衰竭	(122)
第十七节 新生儿心力衰竭	(130)
第十八节 新生儿心律失常	(133)
第十九节 新生儿红细胞增多症	(135)
第二十节 新生儿出血病	(138)
第二十一节 新生儿黄疸	(142)
第二十二节 新生儿溶血病	(146)
第二十三节 新生儿败血症及化脓性脑膜炎	(150)
第二十四节 巨细胞病毒感染	(155)
第二十五节 新生儿脐炎	(158)
第二十六节 新生儿皮下坏疽	(159)
第二十七节 新生儿破伤风	(161)

第二十八节 新生儿硬肿病	(163)
第二十九节 新生儿急性肾衰竭	(166)
第三十节 新生儿坏死性小肠结肠炎	(169)
第三十一节 新生儿低血糖	(173)
第三十二节 新生儿高血糖	(175)
第三十三节 新生儿低钙血症	(176)
第三十四节 先天性梅毒	(178)
第 4 章 消化系统疾病	(181)
第一节 小儿胃炎	(181)
第二节 消化性溃疡	(186)
第三节 胃石	(191)
第四节 消化道出血	(193)
第五节 小儿腹泻	(199)
第六节 急性胰腺炎	(205)
第七节 婴儿肝炎综合征	(207)
第八节 母乳性黄疸	(209)
第九节 过敏性紫癜(腹型)	(211)
第 5 章 呼吸系统疾病	(214)
第一节 急性上呼吸道感染	(214)
第二节 急性感染性喉炎	(216)
第三节 急性支气管炎	(218)
第四节 毛细支气管炎	(220)
第五节 支气管肺炎	(222)
第六节 支气管哮喘	(226)
第 6 章 心血管系统疾病	(235)
第一节 先天性心脏病	(235)
第二节 病毒性心肌炎	(244)
第三节 心内膜弹力纤维增生症	(248)

第四节	川崎病	(250)
第五节	心律失常	(252)
第六节	急性心包炎	(261)
第七节	感染性心内膜炎	(264)
第 7 章	泌尿系统疾病	(267)
第一节	急性感染后肾小球肾炎	(267)
第二节	原发性肾病综合征	(270)
第三节	泌尿系感染	(275)
第四节	过敏性紫癜	(277)
第五节	过敏性紫癜肾炎诊疗常规	(280)
第 8 章	造血系统疾病	(283)
第一节	营养性缺铁性贫血	(283)
第二节	营养性巨幼细胞贫血	(285)
第三节	感染性贫血	(287)
第四节	自身免疫性溶血性贫血	(289)
第五节	遗传性球形红细胞增多症	(291)
第六节	慢性获得性再生障碍性贫血	(294)
第七节	免疫性血小板减少性紫癜	(296)
第八节	血友病 A	(299)
第九节	晚发性维生素 K 缺乏性出血症	(300)
第十节	传染性单核细胞增多症	(302)
第十一节	噬血细胞综合征	(304)
第十二节	朗格汉斯细胞组织细胞增生症	(307)
第十三节	急性淋巴细胞性白血病	(309)
第十四节	急性早幼粒细胞白血病	(311)
第十五节	淋巴瘤	(313)
第十六节	成神经细胞瘤	(315)
第 9 章	神经系统疾病	(317)

第一节	热性惊厥	(317)
第二节	化脓性脑膜炎	(321)
第三节	病毒性脑炎和病毒性脑膜炎	(327)
第四节	癫痫	(333)
第五节	小儿头痛	(342)
第六节	脑性瘫痪	(348)
第七节	急性脊髓炎	(352)
第八节	吉兰-巴雷综合征	(357)
第九节	重症肌无力	(362)
第 10 章	内分泌疾病	(368)
第一节	儿童糖尿病	(368)
第二节	先天性甲状腺功能减退症	(375)
第三节	中枢性尿崩症	(378)
第四节	生长激素缺乏性侏儒	(382)
第 11 章	儿科常用诊治技术	(386)
第一节	X 线检查	(386)
第二节	超声诊断	(390)
第三节	洗胃法	(396)
第四节	胃肠减压法	(397)
第五节	胃镜检查	(398)
第六节	结肠镜检查	(399)
第七节	纤维支气管镜检查	(400)
第八节	肝脏穿刺术	(402)
第九节	胸腔穿刺术	(403)
第十节	腹腔穿刺术	(405)
第十一节	骨髓穿刺术	(406)
第十二节	腰椎穿刺术	(407)
第十三节	硬膜下穿刺术	(409)

第十四节	侧脑室穿刺术	(410)
第十五节	肾穿刺术	(411)
第十六节	心导管检查	(413)
第十七节	经口及经鼻气管插管术	(415)
第 12 章	儿科常用护理技术	(419)
第一节	静脉留置针技术	(419)
第二节	经口/鼻腔吸痰技术	(421)
第三节	氧气吸入技术	(422)
第四节	肌内注射技术	(424)
第五节	桡动脉采血技术	(425)
第六节	皮内注射技术	(427)
第七节	股静脉穿刺技术	(428)
第八节	口腔护理技术	(429)

第 1 章

儿科急重症

第一节 心搏呼吸骤停与心肺复苏

心搏呼吸骤停常用医嘱如下：

长期医嘱	临时医嘱
特殊护理	心肺复苏
心电监护	肾上腺素 0.1ml/kg(1:10 000) iv
记录心率、呼吸、血压、经皮血氧饱和度、意识、瞳孔 15~30min 1次	肾上腺素 0.1ml/kg(1:10 000) iv (必要时)
禁食	非同步直流电除颤
留置鼻胃管	2J/kg(第一次)(必要时)
胃肠减压(必要时)	4J/kg(第二次)(必要时)
留置导尿	4J/kg(第三次)(必要时)
记 24h 出入液量	NS 适量
气管插管	肾上腺素 0.1~1.0 μ g/(kg·min) iv gtt (输液泵控制滴速)
机械通气	

(续表)

长期医嘱	临时医嘱
气道护理	呋塞米 0.5~1mg/kg iv (必要时)
5% GS 50ml+	5%碳酸氢钠 5ml/kg+
青霉素 5万~10万 U/(kg·d) iv gtt q6~8h	2倍注射用水 iv gtt (必要时)
20%甘露醇 每次 2.5~5ml/kg iv q8~12h	NS 适量+
地塞米松 每次 0.25mg/kg iv q8~ 12h	多巴胺 5~15μg/(kg·min) iv gtt (输液泵控制滴速)
5% GS 50ml+	血常规+血型
ATP 20mg+	尿常规
Co A 100U+	便常规加隐血试验
维生素 C 1g iv gtt qd	血气分析
5% GS 50~60ml/(kg·d)	血钠、钾、氯、钙、磷、镁测定
10%NaCl 1.5ml/kg	血糖
10%KCl 1ml/kg iv gtt qd (维持 24h)	肝炎标志物
	肝功生化、心肌酶谱、血尿素氮、肌 酐测定
	床边心电图
	床边胸部 X线摄片
	青霉素皮试()

【概念】 心搏呼吸骤停是指患儿突然呼吸及循环功能停止。心肺复苏(CPR)是采用一组简单的技术,使生命得以维持的方法。

【病因及高危因素】 新生儿窒息、婴儿猝死综合征、喉痉挛、喉梗阻、气管异物、胃食管反流、严重肺炎及呼吸衰竭、药物、严重心律失常、中毒、代谢性疾病、心肌炎、心肌病、心力衰竭、心血管介入治疗操作过程、各种意外损伤等。诱发本病的高危因素包括:①心血管系统的状态不稳定,如大量失血、难治性心衰、

低血压和反复发作的心律失常；②急速进展的呼吸系统疾病，如严重的哮喘、喉炎、重症肺炎、肺透明膜病等；③外科手术后的早期；④留置气管插管的患儿发生导管堵塞或脱开；⑤患儿神经系统疾病有急剧恶化时，如昏迷、惊厥持续状态等。

另外，临床的一些操作对于有高危因素的患儿能加重或触发心搏呼吸骤停，包括：①气道吸引；②不适当的胸部物理治疗（如拍背、翻身、吸痰等）；③任何形式的呼吸支持（如人工呼吸机的应用）的撤离；④镇静药的应用；⑤腰穿等各种操作；⑥放置鼻胃管、气管插管等操作引起迷走神经的兴奋性增加等。

【诊断依据】

1. 突然昏迷，触诊大动脉搏动或心前区搏动消失，呼吸停止，瞳孔散大，皮肤黏膜苍白或发绀，听诊心音消失，可确定诊断。

2. 以下情况也应视为心搏呼吸骤停的前兆，需要心肺复苏。

(1) 严重心动过缓，年长儿 $<30/\text{min}$ ，婴儿 $<60/\text{min}$ ，新生儿 $<80/\text{min}$ 。

(2) 呼吸过于浅弱、缓慢，呈抽泣样呼吸或呼吸极度困难，虽有呼吸动作，胸部听诊无呼吸音。

3. 心电图表现为室颤，各种类型的心动过缓或完全停止呈直线及心电机械分离。

【医瞩方案与禁忌】

1. ABC措施 ①用吸引器迅速清除口腔及气道分泌物，并保持颈部平直，头略后仰；②先用简易复苏器面罩加压供氧数次或十数次，然后气管插管，加压给氧（供100%）；③胸外心脏按压，持续至心跳恢复。胸外按压与加压给氧次数之比：新生儿3~4:1，婴儿、儿童5:1（双人）或15:2（单人）。心脏按压中断时间不得超过15s，手指切勿触及胸壁，放松时手掌不应离开胸骨，用力不可过猛。

2. 药物治疗 ①肾上腺素：是心肺复苏时最常应用的药物。

首次静脉或骨髓内稀释成 1/万浓度, 0.01mg/kg (0.1ml/kg , $1:10\ 000$ 溶液), 气管内 0.1mg/kg (新生儿尤早产儿剂量宜偏小)。第二剂和以后的剂量与首剂相同, $3\sim 5\text{min}$ 重复 1 次, 一般 $3\sim 5$ 次。心跳恢复后心率、血压不能维持, 则用肾上腺素持续输注, 速度为 $0.05\sim 1.0\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$, 最大速度为 $20\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$, 5min 调整一次滴速, 直至心率增加, 血压升高, 体循环灌注改善。②阿托品: 用于心动过缓或三度房室传导阻滞, 0.02mg/kg , 最大 0.1mg/kg , 5min 重复 1 次, 最大剂量儿童 1mg , 青少年 2mg , 经静脉、骨髓和气管内给药。气管内给药剂量较静脉内大 $2\sim 3$ 倍。③碳酸氢钠: 在给予基本生命支持及肾上腺素后, 心跳仍不恢复, 无血气情况下, 一般先给予 5% 碳酸氢钠 5ml/kg , 稀释成等渗液快速滴入, 如心跳仍不恢复, 又缺乏血气检查条件, 可缓慢注射碳酸氢钠 $0.5\text{mmol}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。若有血气, 则需 $5\% \text{NaHCO}_2(\text{ml}) = \text{BE} \times \text{kg} \times 0.5$, 可给予计算结果的 $1/2\sim 2/3$, 再视病情与血气、血生化结果酌情补充。④利多卡因: 用于室颤及室性心动过速。剂量 1mg/kg , 加 5% 葡萄糖 10ml 中静脉推注, $5\sim 10\text{min}$ 后可重复用, 总药量不超过 5mg/kg , 维持量为 $20\sim 50\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。⑤纳洛酮: 用于逆转麻醉药或毒物引起的呼吸抑制及镇静作用, 剂量 0.1mg/kg , 可静脉或气管内给药。⑥钙剂: 在低钙血症、高钾血症、高镁血症时可应用。用法: 10% 葡萄糖酸钙 $1\sim 2\text{ml/kg}$ (葡萄糖酸钙 $100\sim 200\text{mg/kg}$), 最大剂量 $2.0\text{g}/\text{次}$, 10% 氯化钙 $0.2\sim 0.5\text{ml/kg}$ (氯化钙每次 $20\sim 50\text{mg}/\text{kg}$), 最大剂量 $1.0\text{g}/\text{次}$, 注意静脉缓注。具体内容见表 1-1。

3. 除颤 在心脏按压或利多卡因无效的情况下可行非同步直流电除颤。首次 2J/kg , 如无效可依次增到 4J/kg 及 6J/kg , 每次时间 0.2s , 间隔 $1\sim 2\text{min}$, 通常不超过 $2\sim 3$ 次。通常婴儿用 $20\sim 40\text{J}$, 儿童 70J , 少年则 100J 。对持续存在的室颤, 有必要加用肾上腺素, 利多卡因或溴苄胺, 在对室颤病人使用以上三种药

中任何一种后的 30~60s 内,都应以 4J/kg 电击除颤,如室颤终止后再次发作,应以前次除颤成功所用的电击量重复电击。电击复律后应加用利多卡因或溴苄胺,防止复发。

表 1-1 心跳恢复后心血管支持药物的配置和应用

药 物	制剂配置方法	1ml/h 的药物速度	常用剂量范围 [$\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$]
肾上腺素和 异丙肾上腺素	($0.6 \times \text{kg}$)加入 100ml 溶液	$0.1 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$	0.05~1.0
多巴胺	($6 \times \text{kg}$)加入 100ml 溶液	$1.0 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$	2~5(扩肾血管), 5~10(正性肌力), >10(升压)
多巴酚丁胺	($6 \times \text{kg}$)加入 100ml 溶液	$1.0 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$	5~20
利多卡因	($60 \times \text{kg}$)加入 100ml 溶液	$10 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$	20~50

4. 维持血压和外周灌注 多巴胺、多巴酚丁胺是常用的正性肌力药及升压药,多巴胺剂量不同作用不同:2~5 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,增加肾脏等内脏及冠状血管及脑血流量;5~10 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,可增加心肌收缩力;大于10 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 使血管明显收缩,血压升高。多巴酚丁胺增强心脏收缩力,但不增快心率、不影响周围血管的扩张和收缩,剂量为5~20 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 。对病人的尿量、体循环灌注、血压评估后调整剂量。

5. 呼吸机通气后半小时作动脉血气分析,根据血气结果调整呼吸机参数。

6. 脑保护措施 ①头部降温:冰枕、冰帽;②脑水肿处理:20%甘露醇,每次0.5~1.0g/kg,4~6h 1次;地塞米松,每次0.25~0.5mg/kg,8~12h 1次;或吠塞米,每次1mg/kg,静注。

保持正常通气(PaCO_2 控制在4.7~6.0kPa)。③脑代谢活化剂: ATP、辅酶 I (CoA)、细胞色素 C、胞磷胆碱、B 族维生素、脑活素、神经生长因子等。④止痉: 地西泮(安定)0.3mg/kg, 静注; 或苯巴比妥 5mg/kg, 静注。

7. 维持水电解质平衡 根据尿量、心功能、血压、水电解质检测结果调整输液速度和输液内容。水、钠、钾按生理需要补充。因患儿存在应激性高血糖症, 复苏期间不宜用高渗糖。

8. 治疗原发病, 防止感染。

9. 记录生命体征 起初每 15~30min 1 次, 病情稳定后渐改为 1~2h 1 次。

10. 如气道分泌物多、黏稠, 予气道冲洗, 拍背吸痰, 气道护理时间缩短到每 1~2h 1 次。

【疗效及预后评估】 根据病因及心搏呼吸骤停持续时间、缺氧程度的不同, 其预后不同, 如及时抢救, 大部分患儿可恢复正常。缺氧时间较长但抢救成功者, 部分患儿可留有如精神智力障碍等后遗症, 但有一部分患儿因抢救不成功而死亡。

(蔡栩栩)

第二节 急性呼吸衰竭

小儿急性呼吸衰竭(acute respiratory failure, ARF)常用医嘱如下:

长期医嘱	临时医嘱
特殊护理	血常规
心电监护	尿常规
记录心率、呼吸、血压、经皮血氧饱和度 q1~2h	便常规
	血气分析