

儿科急症救治 速查手册

吕善根 编著

金盾出版社

儿科急症救治速查手册

吕善根 编著

金盾出版社

内 容 提 要

本书分别介绍了儿科常见急症和小儿意外伤害的抢救方法,并对常见组织器官病症分级标准、儿科常用药物、检验正常值作了扼要的介绍。内容通俗易懂,方便实用,便于携带,可供临床儿科医生、基层全科医生及实习医生阅读参考。

前 言

近年来,儿科急症医学救治发展较快,各种有关急诊救治的书籍相继出版。但因内容较多,其书多数大而厚重,不便于临床儿科医生携带,更不便于快速查阅。对于工作在临床一线的急诊儿科医生和进修、实习的医生来说,如果有一本能放在白大衣口袋的急诊救治速查手册,是再好不过了。为此,作者根据数十年的临床经验及汇总各方面的资料,编写了《儿科急症救治速查手册》一书,供临床儿科医生、基层全科医生及实习医生阅读参考。

本书共分为十二章,以儿科循环、呼吸、消化、泌尿、血液、神经及内分泌系统常见急症和小儿意外伤害的抢救方法为重点,并在附录中,对常见急症的诊断标准、分级、分度,以及儿科常用药物、临床检验正常值也作了简明扼要的介绍。

由于婴幼儿不能正确的表达所存在的症状,有时只能以哭闹不安的形式来表示。所以,书中把小儿哭闹也作为病症予以介绍,其目的就是要引起儿科医生和家长注意,当婴儿哭闹不安时,要谨慎区别是生理

性哭闹,还是由于存在病痛而哭闹不安。

本书编写过程中力求精练、实用,但仍可能存在疏漏和缺点,请广大医学界同仁批评指正。

解放军总医院儿科

吕善根

目 录

第一章 循环系统急症救治措施

一、心跳呼吸骤停	1
二、过敏性休克	3
三、感染性休克(脓毒性休克)	4
[附]抗休克疗效评定	8
四、弥散性血管内凝血	8
五、小儿全身炎症反应综合征	12
六、小儿多脏器功能障碍综合征	15
七、严重心律失常	16
八、小儿充血性心力衰竭	21
九、高血压危象与高血压脑病	25

第二章 呼吸系统急症救治措施

一、小儿急性呼吸功能衰竭	27
二、急性肺水肿	30
三、急性粟粒性肺结核	31
四、气管异物	32

五、急性喉炎	33
六、哮喘危重状态	34
七、毛细支气管炎	37
八、急性发绀	38
九、小儿咯血	39

第三章 消化系统急症救治措施

一、小儿重症腹泻	41
二、小儿消化道出血	45
三、小儿急性出血性坏死性小肠炎	46
四、小儿急性肝功能衰竭	47
五、小儿肠痉挛	48
六、小儿急性腹痛	49
七、小儿急性阑尾炎	52
八、重症手足口病	53

第四章 泌尿系统急症救治措施

一、小儿少尿与无尿	56
二、小儿急进性肾小球肾炎	57
三、小儿肾性高血压	58
四、溶血尿毒综合征	59
五、肾静脉血栓形成	61

六、小儿急性肾功能衰竭	61
-------------------	----

第五章 血液系统急症救治措施

一、再生障碍性贫血危象	65
二、急性溶血危象	66
三、噬血细胞综合征	68
[附]噬血细胞综合征常见病因	70

第六章 神经系统急症救治措施

一、小儿瘫痪	71
二、小儿急性颅内压增高症	72
三、小儿瑞氏综合征	73
四、急性感染性多发性神经根炎	74
五、结核性脑膜炎	75
六、暴发性流行性脑脊髓膜炎	77
七、重症肌无力危象	80

第七章 内分泌、免疫系统急症救治措施

一、肾上腺危象	83
二、狼疮危象	84
三、免疫性血小板减少性紫癜	85
四、低血糖	87

五、糖尿病酮症酸中毒	88
------------------	----

第八章 新生儿急症救治措施

一、新生儿呼吸窘迫综合征	91
[附]早产儿的氧疗	91
二、胎粪吸入综合征	93
三、新生儿肺出血	94
四、新生儿破伤风	94
五、新生儿缺氧缺血性脑病	96
六、新生儿颅内出血	96
七、晚发性维生素 K ₁ 缺乏症	97
八、极低出生体重儿	98
[附]高危新生儿的转运原则	99

第九章 小儿意外伤害救治措施

一、溺水	100
二、电击伤	101
三、烧伤	102
四、毒蛇咬伤	103

第十章 小儿中毒救治措施

一、小儿中毒救治原则	106
------------------	-----

[附]有诊断意义的中毒特征	107
二、有机磷农药中毒	109
三、食物中毒	111
四、发芽土豆中毒	112
五、亚硝酸盐中毒	112
六、含氰苷果仁中毒	113
七、河豚中毒	113
八、毒蕈中毒	113
九、蓖麻子中毒	114
十、一氧化碳(煤气)中毒	115
十一、毒鼠强中毒	115
十二、氟乙酰胺中毒	116
十三、氨基甲酰酯中毒	116
十四、蜂刺中毒	117
十五、小儿铅中毒	117

第十一章 其他急症救治措施

一、小儿高热	119
二、婴儿捂热综合征	121
三、新生儿寒冷损伤综合征	122
[附]短期发热原因	125
四、小儿发热伴皮疹	125

[附]幼儿急疹	127
五、重症药物疹	128
六、小儿惊厥	129
七、婴儿手足搐搦症	132
八、惊厥持续状态	133
九、原因不明的新生儿无热惊厥	134
十、小儿昏迷	135
十一、小儿哭闹	137

第十二章 常见组织器官病症分级 (分型、分度)标准

一、感染性休克诊断标准	139
二、弥散性血管内凝血的临床表现及实验室 诊断	140
三、小儿全身炎症反应综合征诊断标准	141
四、小儿全身炎症反应综合征临床分期	142
五、改良的 Glasgow 昏迷评分法	143
六、肝性脑病分级	144
七、婴儿及儿童多器官功能衰竭诊断标准 的建议	145
八、呼吸困难临床分度	147
九、喉梗阻程度分度	148

十、呼吸困难病因鉴别	148
十一、哮喘持续状态临床指标	149
十二、脱水程度及表现	150
十三、肾功能衰竭诊断标准	151
十四、噬血细胞综合征诊断标准	151
十五、瘫痪肌力评定标准	153
十六、瑞氏综合征病情分期	154
十七、狼疮危象诊断标准	154
十八、新生儿缺氧缺血性脑病临床分度	155
十九、新生儿寒冷损伤综合征诊断评分标准	156
二十、热性惊厥的诊断标准	157
二十一、昏迷分度	157
二十二、免疫性血小板减少性紫癜分度	158
二十三、改良 ROSS 心衰分级法	159

附 录

一、特效解毒剂应用	161
二、儿科常用药物简介	164
三、儿科常用检验正常参考值	230

第一章 循环系统急症 救治措施

一、心跳呼吸骤停

1. 基本生命支持(ABC)

(1)保持呼吸道通畅(airway,A):清除鼻腔、口咽部分泌物、呕吐物和可见的异物、血块。最好用吸管,不推荐盲目用手指探寻异物,以免将异物推向深处。

(2)人工呼吸(breathing,B)

①口对口人工呼吸。婴儿每分钟 30~40 次,儿童每分钟 15~20 次。吹气均匀,不可吹气过猛。

②复苏器人工呼吸。通过挤压橡皮囊,帮助患儿进行正压呼吸。

③气管插管(气管切开)人工呼吸。是一种最有效的通气方式。

(3)人工循环(circulation,C)

①胸外心脏按压法。是最常使用的方法,按压中断时间不得超过 15 秒。新生儿频率为每分钟 100 次,婴幼儿每分钟 80~100 次,学龄儿童为每分钟

60~80次,按压与人工呼吸应协调进行。2人抢救时,心脏按压5次,人工呼吸1次;1人抢救时,心脏按压15次,人工呼吸2次。注意按压时,手指切勿触及胸壁,避免引起肋骨骨折。放松时,手掌不离胸骨,以免按压点移位。用力不可过猛,以免造成肝、肺、胃破裂。

②胸内心脏按压法。如胸外按压10~15分钟仍无效,可考虑开胸直接按压心脏,但在小儿较少应用。

2. 进一步生命支持(DEF)

(1)药物治疗(drugs,D):如静脉通道一时难以建立,可采用骨髓内给药(常用胫骨粗隆下),用骨穿针即可。此法安全、可靠、有效,用药剂量、输液速度同静脉给药。肾上腺素、阿托品、异丙肾上腺素、多巴胺、利多卡因均可气管内注入,用药剂量较静脉剂量大5~10倍,并稀释后应用,婴幼儿以2~5毫升为宜。心内注射目前已很少采用。

(2)心电监护(ECG,E):在心肺复苏中很重要,便于观察心跳是否恢复,可及时发现心律失常。

(3)除颤(defibrillation,F):婴幼儿心脏按压也是一种除颤方式。在心脏按压,或利多卡因无效的情况下可电击除颤。通常婴儿用20~40瓦·秒,儿童用70瓦·秒,少年用100瓦·秒,每次时间0.2秒,通常

不超过 3 次。电击复律后,应加用利多卡因或溴苯胺,防止室颤复发。

3. 复苏后处理(GHI)

(1)预后评估(gauge,G):对患儿的急救疗效作出评估判断,决定进一步的治疗决策。

(2)低温疗法(hypothermia,H):用冬眠疗法将体温降至肛温 35℃左右,特别是头部局部降温,能降低脑代谢和颅内压,维持 3~5 日,出现听觉即逐渐复温。

(3)监护病房(intensive care unit,I)进一步治疗:维持有效循环、脑复苏、治疗原发病等。

二、过敏性休克

1. 去除过敏原 如青霉素、破伤风抗毒素、白喉类毒素和虾、蟹等。

2. 立即急救 应酌情静脉注射、肌内注射或皮下注射 0.1%肾上腺素,剂量 0.01~0.03 毫克/千克体重,必要时 30~60 分钟后重复。氧气吸入。

3. 抗过敏药物 肌内注射非那根或苯海拉明注射液 12.5~25 毫克。静脉注射 10%葡萄糖酸钙

10 毫升加 5% 葡萄糖液 20 毫升,或葡萄糖酸钙加于 5% 葡萄糖液 100 毫升中静脉滴注。

4. 糖皮质激素 如地塞米松 0.25~0.5 毫克/千克体重,肌内注射或静脉注射。也可肌内或静脉注射氢化可的松或甲泼尼松。

5. 通气术 如出现喉头水肿、呼吸困难,应酌情给予气管插管或气管切开;如伴有气管痉挛时,可用氨茶碱、地塞米松,静脉滴注。

三、感染性休克(脓毒性休克)

1. 液体复苏 充分液体复苏是逆转病情、降低病死率最关键的措施。需迅速建立两条静脉输液通道。条件允许应放置中心静脉导管。

(1)第一小时快速输液:常用 0.9% 氯化钠,首次 20 毫升/千克体重,10~20 分钟静脉推注。然后对循环与组织灌注情况(心率、血压、脉搏、毛细血管再充盈时间等)进行评估。若循环无明显改善,可再给予第二剂、第三剂,每剂均为 10~20 毫升/千克体重。总量最多可达 40~60 毫升/千克体重。第一小时输液既要重视液体量不足,又要注意心肺功能(如肺部

啰音、奔马律、肝大、呼吸做功增加等,常示心功能衰竭、肺水肿),条件允许应监测中心静脉压。第一小时液体复苏不用含糖液,血糖应控制在正常范围,若有低血糖可用葡萄糖 0.5~1 克/千克体重纠正;当血糖 >11.1 毫摩/升时,每小时用胰岛素 0.05 单位千克/体重,称强化胰岛素治疗。

(2)继续和维持输液:由于血液重新分配及毛细血管渗漏等,感染性休克的液体丢失和持续低血容量可能要持续数日。因此,要继续和维持输液。继续输液可用 $1/2\sim 2/3$ 张液体,可根据血电解质测定结果进行调整,6~8 小时内输液速度每小时 5~10 毫升/千克体重。维持输液用 $1/3$ 张液体,24 小时内输液速度为每小时 2~4 毫升/千克体重,24 小时后可根据情况进行调整。在保证通气前提下,根据血气分析结果给予碳酸氢钠,使 pH 值达 7.25 即可。可适当补充胶体液,如血浆等。一般不输血,若红细胞比容 $<30\%$,应酌情输红细胞悬液或鲜血,使血红蛋白 >100 克/升。继续及维持输液阶段也要动态观察循环状态,评估液体量是否恰当,随时调整输液方案。

2. 血管活性药物 在液体复苏基础上,休克难以纠正,血压仍低或仍有明显灌注不良表现,可考虑使用血管活性药物以提高血压,改善组织灌注。