

# 前 言

正确诊断疾病后如何开出有效、合理的处方就成为直接关系到疾病的治疗效果和转归的关键，也是临床医生的医疗水平的具体体现。怎样开合理的处方对临床工作者来说是值得探讨的问题，也是不断学习新知识、总结经验的过程。处方中最重要的组成部分为处方用药。临床工作中，医师除了应结合具体情况选择正确的处方药物、准确的药物剂量、合理的给药方式、适当的治疗时间等外，还应特别注意药物的毒副作用等。鉴于目前系统地介绍儿科常见疾病处方的专业书较少，我们结合儿科临床工作中的体会、教学中遇到的问题和儿科医学的新进展，编写了《袖珍儿科处方手册》一书，供读者参考。

本书分两大部分：在第一部分中，简明扼要地介绍了儿科处方用药的注意事项；在第二部分中，分别总结了儿科常见疾病的处方。每一疾病的内容有三项：即首先对疾病进行扼要叙述，包括定义、病因病理、主要临床症状、检查、诊断和治疗原则等；然后以处方 1、处方 2……的形式列出常用处方；最后以“说明”的形式

对各组处方在临床中的具体应用给予详细的解释，包括处方中所应用的特殊药物的适应证、禁忌证、剂量、用法、疗程及毒副反应和配伍注意事项等。在编写过程中，我们努力使本书中所列举的处方“活”起来，使读者在临床具体工作中能活学、活用，结合实际，解决问题。当然，同一疾病的病情变化多端，读者应根据病人的具体情况选择处方，而且处方也需要根据具体情况及时进行修改。为此，请读者在诊断明确的基础上，结合具体情况参阅本书。

本书适合儿科年轻医师、实习医师和广大的基层临床医护人员阅读参考，也可作为相应专业参考书。由于编者水平所限，书中难免有疏漏之处，敬请读者和同道批评、指正。

编 者

# 目 录

## 儿科临床用药概述

儿科处方用药原则.....	( 1 )
合理用药的注意事项.....	( 2 )
影响药物疗效的因素.....	( 5 )
选择正确的给药途径.....	( 7 )
给药次数和时间要适宜.....	( 7 )
慎用、禁用药物.....	( 9 )
联合用药问题及配伍禁忌.....	( 12 )
合理选用抗生素.....	( 14 )

## 营养性疾病

蛋白质—热能营养不良.....	( 24 )
维生素 D 缺乏性佝偻病 .....	( 25 )
维生素 D 缺乏性手足抽搐症 .....	( 27 )
维生素 A 缺乏症 .....	( 28 )
维生素 B <sub>1</sub> 缺乏症 .....	( 29 )
维生素 B <sub>2</sub> 缺乏症 .....	( 30 )
维生素 B <sub>6</sub> 缺乏症 .....	( 31 )
维生素 C 缺乏症 .....	( 31 )
锌缺乏症.....	( 32 )

## 新生儿疾病

新生儿窒息.....	( 35 )
新生儿肺透明膜病.....	( 37 )
新生儿肺炎.....	( 39 )
胎粪吸入综合征.....	( 40 )
新生儿湿肺.....	( 43 )
早产儿呼吸暂停.....	( 43 )
新生儿黄疸.....	( 44 )
新生儿高胆红素血症.....	( 45 )

新生儿溶血病.....	( 46 )
新生儿胆红素脑病.....	( 47 )
新生儿惊厥.....	( 48 )
新生儿缺氧缺血性脑病.....	( 49 )
新生儿颅内出血.....	( 51 )
新生儿出血症.....	( 53 )
新生儿败血症.....	( 53 )
新生儿化脓性脑膜炎.....	( 55 )
新生儿破伤风.....	( 56 )
新生儿肝炎.....	( 57 )
新生儿呕吐.....	( 58 )
新生儿坏死性小肠结肠炎.....	( 60 )
新生儿脐炎.....	( 61 )
新生儿硬肿症.....	( 62 )
新生儿低钙血症.....	( 64 )
新生儿低血糖症.....	( 65 )
新生儿高血糖症.....	( 66 )
新生儿产伤性疾病.....	( 67 )
头颅血肿.....	( 67 )
胸锁乳突肌血肿.....	( 67 )
锁骨骨折.....	( 68 )
臂丛神经麻痹.....	( 68 )
面神经麻痹.....	( 69 )

## 遗传性疾病

21 - 三体综合征.....	( 70 )
18 - 三体综合征.....	( 70 )
13 - 三体综合征.....	( 71 )
猫叫综合征.....	( 71 )
先天性卵巢发育不全症.....	( 71 )
先天性睾丸发育不全症.....	( 72 )
脆性 X 染色体综合征.....	( 72 )
皮肤松垂症.....	( 73 )

爱 - 唐综合征.....	( 73 )
结缔组织病	
风湿热.....	( 75 )
儿童类风湿病.....	( 76 )
系统性红斑狼疮.....	( 77 )
川崎病.....	( 79 )
过敏性紫癜.....	( 79 )
皮炎.....	( 81 )
结节性多动脉炎.....	( 81 )
大动脉炎.....	( 82 )
传染性疾病	
麻疹.....	( 84 )
风疹.....	( 85 )
水痘.....	( 86 )
幼儿急疹.....	( 87 )
流行性感冒.....	( 88 )
流行性腮腺炎.....	( 89 )
病毒性肝炎.....	( 91 )
脊髓灰质炎.....	( 92 )
传染性单核细胞增多症.....	( 92 )
流行性乙型脑炎.....	( 93 )
猩红热.....	( 95 )
百日咳.....	( 96 )
细菌性痢疾.....	( 96 )
流行性脑脊髓膜炎.....	( 98 )
斑疹伤寒.....	( 100 )
狂犬病.....	( 100 )
流行性出血热.....	( 101 )
伤寒与副伤寒.....	( 102 )
鼠疫.....	( 103 )
结核病	
结核感染.....	( 104 )

原发性肺结核.....	(104)
急性粟粒型肺结核.....	(105)
干酪性肺炎.....	(107)
浸润性肺结核.....	(107)
腹腔结核.....	(108)
结核性胸膜炎.....	(109)
结核性脑膜炎.....	(110)
周围淋巴结结核.....	(112)
消化系统疾病	
小儿腹泻.....	(113)
厌食.....	(116)
便秘.....	(116)
再发性呕吐.....	(117)
再发性腹痛.....	(118)
口腔粘膜病.....	(118)
胃食管反流.....	(119)
胃炎和消化性溃疡.....	(120)
急性胰腺炎.....	(121)
原发性腹膜炎.....	(122)
非特异性溃疡性结肠炎.....	(124)
坏死性小肠结肠炎.....	(125)
肠套叠.....	(126)
先天性巨结肠.....	(127)
细菌性肝脓肿.....	(127)
肝硬化及门脉高压症.....	(128)
肝性脑病.....	(130)
胃肠道出血.....	(131)
呼吸系统疾病	
急性上呼吸道感染.....	(133)
急性喉炎.....	(134)
急性支气管炎.....	(135)
毛细支气管炎.....	(136)

支气管肺炎.....	(137)
金黄色葡萄球菌肺炎.....	(139)
流感嗜血杆菌肺炎.....	(140)
呼吸道合胞病毒肺炎.....	(141)
腺病毒肺炎.....	(142)
大叶性肺炎.....	(143)
支原体肺炎.....	(144)
肺脓肿.....	(145)
气胸.....	(147)
脓胸和脓气胸.....	(148)
过敏性肺炎.....	(149)
特发性肺含铁血黄素沉着症.....	(150)
支气管哮喘.....	(151)
急性呼吸衰竭.....	(152)
循环系统疾病	
先天性心脏病.....	(155)
室间隔缺损.....	(155)
房间隔缺损.....	(156)
动脉导管未闭.....	(157)
法洛四联症.....	(158)
感染性心内膜炎.....	(159)
病毒性心肌炎.....	(161)
心内膜弹力纤维增生症.....	(162)
急性心包炎.....	(163)
小儿心律失常.....	(164)
窦性心动过速.....	(164)
窦性心动过缓.....	(165)
过早搏动.....	(165)
充血性心力衰竭.....	(166)
心源性休克.....	(168)
泌尿系统疾病	
急性肾小球肾炎.....	(170)

急进性肾小球肾炎.....	(171)
迁延性肾小球肾炎.....	(172)
慢性肾小球肾炎.....	(173)
间质性肾炎.....	(173)
乙型肝炎病毒相关肾炎.....	(174)
肾病综合征.....	(175)
IgA 肾病 .....	(176)
肾小管性酸中毒.....	(177)
溶血尿毒综合征.....	(179)
肺出血肾炎综合征.....	(180)
药物性肾损伤.....	(180)
泌尿道感染.....	(181)
泌尿系结核.....	(182)
急性肾功能衰竭.....	(183)
<b>造血系统疾病</b>	
缺铁性贫血.....	(185)
营养性巨幼红细胞性贫血.....	(186)
遗传性球形红细胞增多症.....	(187)
红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺陷症 .....	(188)
地中海贫血.....	(189)
$\alpha$ 地中海贫血 .....	(189)
$\beta$ 地中海贫血 .....	(190)
自身免疫性溶血性贫血.....	(191)
再生障碍性贫血.....	(192)
特发性血小板减少性紫癜.....	(194)
原发性血小板增多症.....	(196)
先天性血小板无力症.....	(197)
血友病甲.....	(197)
血友病乙.....	(198)
血友病丙.....	(199)
弥漫性血管内凝血.....	(199)
急性淋巴细胞白血病.....	(201)

急性非淋巴细胞白血病.....	(206)
慢性粒细胞白血病.....	(208)
骨髓增生异常综合征.....	(209)
组织细胞增生症 X .....	(211)
神经、精神及肌肉疾病	
化脓性脑膜炎.....	(213)
病毒性脑膜炎、脑炎.....	(215)
急性感染性多发性神经炎.....	(216)
小儿癫痫.....	(217)
儿童多动综合征.....	(219)
抽动 - 发声综合征.....	(220)
儿童脑血管病.....	(220)
缺血性脑血管病.....	(221)
出血性脑血管病.....	(221)
脑性瘫痪.....	(222)
小儿偏头痛.....	(223)
进行性肌营养不良.....	(224)
重症肌无力.....	(224)
内分泌系统疾病	
垂体性侏儒症.....	(226)
中枢性尿崩症.....	(227)
性早熟.....	(228)
先天性甲状腺功能减低症.....	(229)
甲状腺功能亢进症.....	(230)
单纯性甲状腺肿.....	(230)
慢性淋巴细胞性甲状腺炎.....	(231)
甲状旁腺功能亢进症.....	(232)
甲状旁腺功能减低症.....	(232)
先天性肾上腺皮质增生症.....	(233)
皮质醇增多症.....	(234)
肾上腺皮质功能减退症.....	(235)
原发性醛固酮增多症.....	(236)

糖尿病.....	(236)
低血糖.....	(238)
急性中毒	
氯丙嗪类中毒.....	(239)
有机磷农药中毒.....	(240)
氟乙酰胺中毒.....	(242)
敌鼠中毒.....	(242)
曼陀罗中毒.....	(243)
含亚硝酸盐类食物中毒.....	(244)
棉子、粗制棉子油中毒.....	(244)
一氧化碳中毒.....	(245)
铅中毒.....	(246)
汞中毒.....	(248)
砷中毒.....	(249)
参考文献 .....	(251)

# 儿科临床用药概述

---

儿童是一个特殊的群体，他们正处在生长发育阶段，各方面生理功能尚未发育成熟，因此用药方面与成人有着很大的区别，儿童安全用药已越来越受到注意和重视。临床医生应熟悉儿童不同发育时期的解剖生理特点、对药物的特殊反应以及生理等方面影响药物发挥疗效的各种因素。要坚持合理选择药物，合理联合使用药物，这样才能使得药效“最佳发挥”，不良反应最少产生。

## 儿科处方用药原则

1. 严格掌握适应证，用药有的放矢：如急腹症在没有明确诊断之前不要轻率使用止痛剂，以免掩盖病情，延误治疗。检验是否为病毒感染和细菌感染之后，再选择抗病毒药和抗生素。总之，只有病情被确诊后方能进一步选择药物。

2. 尽量减少不必要的用药：如小儿非感染性轻微咳嗽、轻度消化不良等，可通过加强生活护理，提高机体免疫力。

3. 全面了解、掌握药物的不良反应，权衡利弊，牢记禁忌证：临床上常用抗生素治疗感染性疾病，但对有变态反应性疾病的病人及有过敏家族史的病人应谨慎使用，如青霉素类、头孢菌素类、链霉素等有引起过敏性休克的可能，用药前必须皮试，皮试过敏者禁止使用。

4. 依据个体情况对症下药：用药前应根据患儿具体情况，如年龄、性别、种族、体重、机体各器官的发育情况等因素而合理选用药物，合理计算用药量，采用科学的给药方法，合理配伍。

# 合理用药的注意事项

## 一、药物的合理选择

如何恰当地选择药物关系到治疗措施的成功与失败，在给病人用药前必须考虑用药的目的，所用药物是否能收到理想效果，所用药物是否有不良反应，用药后可能会给病人带来什么样的负面影响。即药物的疗效和安全度。

1. 药物的疗效：即严格掌握药物的适应证，不但要掌握每一类药物的共同适应证，而且要掌握各个药的具体适应证。如多种洋地黄制剂，均可用于充血性心力衰竭，但在紧急病症时，应选择作用快的药物。起效慢的但药效维持时间较长的药物，可用来维持疗效。治疗吗啡中毒引起的呼吸衰竭，尼可刹米（可拉明）或安纳咖都有效，但用尼可刹米疗效比较好。

2. 药物的不良反应：一方面药物有治疗疾病的功效，另一方面也存在着不同程度的副作用，甚至是毒性。因此临床选择用药时，凡在同一作用范围的药物，尽量选择不良反应较小的药物，特别是毒麻、限剧、精神药品。如止咳药除非剧咳外，一般不用可待因，而采用咳必清或咳平；吗啡属镇痛药，但有成瘾性，应慎用；哌替啶虽然止痛效果较理想，但长期使用可产生依赖性，一般先选择曲马多、强痛定等。治疗细菌性痢疾避免使用合霉素，而应采用黄连素或氨苄青霉素等。氨基糖苷类药物中链霉素、卡那霉素严重的不良反应可引起神经性耳聋；某些磺胺药物可引起结晶尿、血尿；催眠药（苯巴比妥、异戊巴比妥、水合氯醛）、镇静药安定等久用可成病态嗜好；抗结核药长期使用或过多使用，会给肝脏带来一定负担，也会产生耐药性使疗效降低。还有一些药物能引起过敏性休克，如青霉素、链霉素、普鲁卡因、丁卡因、血清及蛋白质制剂等。除此以外，长期使用广谱抗生素会引起严重的二重感染，出现由白色念珠菌引起的口腔炎（鹅口疮）、呼吸道炎症和葡萄球菌肠炎（伪膜性肠炎）。医生选用药物时，必须考虑到这些不良反应，以获得理想疗效和用药安

全。

3. 避免滥用药物：临床用药坚决反对“堆积法”，以避免药物之间相互作用，影响疗效，甚至造成不良后果。对于营养药、维生素类也不要无目的或超剂量服用。

## 二、临床常用药物举例

1. 退热药：儿童一般使用对乙酰氨基酚，对乙酰氨基酚和布洛芬可反复使用，急需降体温时，可用安乃近滴鼻，也可注射或使用肛肠栓剂。

2. 肾上腺皮质激素：短疗程用于过敏性疾病或配合抗菌药物使用，但应该明确诊断后方可使用，否则容易掩盖病情。用于治疗肾病综合征、血液病、自身免疫性疾病时，长期使用激素可产生较多的不良反应，如抑制骨骼生长，影响水、盐、蛋白质、脂肪代谢，引起血氮增高和库欣综合征，可致肾上腺萎缩，降低免疫使病灶扩散。注意水痘患儿禁用激素，以防病灶扩散加重病情。

3. 镇静止惊药：儿童高热有时会出现烦躁不安，甚至发生惊厥，安定为首选药物，也可使用苯巴比妥或水合氯醛保留灌肠。

4. 镇咳平喘药：儿童多发生气管、支气管炎，应考虑使用青霉素、头孢菌素等药物，尽快控制感染。痰多的患儿一般只用祛痰止咳药，如复方甘草制剂和镇咳化痰中成药；雾化剂吸入法使分泌物稀释易咳出。

5. 止泻药：多数患儿由于喂养不当或由于气候变化引起的非感染性腹泻一般不用止泻药，可口服补液，同时用微生态疗法以促进肠道菌群恢复，其药物包括：乳酶生、乳酸菌素、丽珠肠乐、复方乳酸菌健肠散（妈咪爱）。确诊为细菌感染可选用相应的抗生素，如黄连素等。

6. 治疗便秘的药物：小儿多由于喂养不当或进食含纤维的食品较少引发便秘，多用润滑性泻药，如液体石蜡、开塞露、肥皂栓剂等，大龄儿童可用酚酞（果导）。

7. 镇痛药：儿童一般不用强镇痛剂，如吗啡、哌替啶、美

沙酮。急需镇痛者，可选用强痛定。

8. 抗感染：由于感染问题内容较多，也较复杂，在此仅简单举例。由于儿童免疫功能的特点，儿童患感染性疾病较多见，临床应强调全面考虑综合治疗措施，不要片面依赖抗菌药物。如对化脓性链球菌的感染所引发的咽炎、扁桃体炎、中耳炎等上呼吸道感染，青霉素是首选药，也可考虑使用疗效确切的中成药。治疗化脓性脑膜炎时，要选择能够通过血脑屏障的抗生素，使脑脊液中的药物浓度大大地超过抑菌浓度才能尽快控制病情，如氯霉素、磺胺嘧啶；也可选择头孢三嗪、头孢氨噻肟（新生儿禁用氯霉素）。近年有报道青霉素对神经的毒性，大剂量使用时应注意。对患有细菌性痢疾的儿童可考虑口服黄连素以及痢特灵，病情较重者可用氨苄西林静脉给药。

### 三、药物用量的计算方法

1. 按体重计算：是儿科最常用的计算方法，即算出每日或每次需用量：每日（次）剂量 = 病儿体重（千克）× 每日（次）每千克体重所需药量。须连续应用数日的药，如抗生素、维生素等，都按每日剂量计算，再分 2~3 次服用；而临时对症用药如退热、催眠药等，常按每次剂量计算。病儿体重应以实际测得值为准。年长儿按体重计算如已超过成人量则以成人量为上限。

2. 按体表面积计算：此种方法比按年龄、体重计算更为准确，因其与基础代谢、肾小球滤过率等生理活动有着较密切的关系。小儿体表面积计算公式为： $< 30\text{kg}$ ，小儿体表面积（ $\text{m}^2$ ） = 体重（ $\text{kg}$ ） $\times 0.035 + 0.1$ ； $> 30\text{kg}$ ，小儿体表面积（ $\text{m}^2$ ） = [体重（千克） - 30]  $\times 0.02 + 1.05$ 。

3. 按年龄计算，营养类药物一般不需要十分精确，具体方法见表 1。

表 1 按年龄计算药物用量表

年龄	剂量	年龄	剂量
初生至 1个月	成人剂量的 $1/18 \sim 1/14$	2~4岁	成人剂量的 $1/4 \sim 1/3$
1~6 个月	成人剂量的 $1/14 \sim 1/7$	4~6岁	成人剂量的 $1/3 \sim 2/5$
6个月 至1岁	成人剂量的 $1/7 \sim 1/5$	6~9岁	成人剂量的 $2/5 \sim 1/2$
1~2岁	成人剂量的 $1/5 \sim 1/4$	9~14岁	成人剂量的 $1/2 \sim 2/3$

4. 从成人剂量折算：小儿剂量 = 成人剂量  $\times$  小儿体重 (kg) / 50，此方法幼儿求得的剂量偏低，年长儿童求得的剂量偏高，因此仅供参考。

用上述任何方法计算剂量，还必须与病儿具体情况相结合，要注意儿童的生理特点，如新生儿或小婴儿肾功能较差，一般药物剂量宜偏小，但对新生儿耐受较强的药物如苯巴比妥，则可适当增大用量；另外，儿童对强心甙、阿托品等耐受性较大，对吗啡、乙醚等较敏感，实际用药时应考虑到。须通过血脑屏障发挥作用的药物，如治疗化脓性脑膜炎的磺胺类药或青霉素也需较大剂量。为达到不同的治疗目的，用药剂量也需调整，如阿托品用于抢救中毒性休克时的剂量要比常规量大几倍到几十倍。

## 影响药物疗效的因素

由于药物在体内分布、吸收、排泄受体液的 pH 值、细胞膜的通透性、药物与蛋白的结合程度、药物在肝脏中的代谢和在肾脏中的排泄有关系。因此影响药物疗效有以下几方面因素。

1. 药物分布和对药物的反应因年龄而异：婴幼儿时期体液占体重的比例较成人大，水盐转换较成人快，但对水和电解质代谢的调整功能较差，故易致平衡障碍，对影响水盐代谢及酸碱代谢的药物特别敏感，用药不当易引起中毒。新生儿血浆蛋白总浓度和白蛋白比幼童低，因此对药物的结合能力也较低，而游离的

进入组织和消除的药物较多，使得新生儿药物的血浆浓度较低，临床用药稍有不慎即可引起中毒。又如巴比妥类、吗啡、四环素在幼儿脑浓度明显高于年长儿；幼儿口服利尿药容易出现严重的血钾及血钠减少症，水杨酸类可引起酸血症；吗啡对新生儿呼吸中枢的抑制作用明显高于年长儿；麻黄素使血压升高的作用在未成熟儿童却较低。

2. 肝脏解毒功能：儿童肝脏解毒功能不同，特别是新生儿和早产儿肝脏酶系统发育不成熟，进入到体内的药物半衰期延长，增强药物的血浓度和毒性作用，如红霉素、羧苄青霉素、氨苄青霉素、利福平等。新生儿服氯霉素可发生“灰婴症”，死亡率极高。

3. 肾功能：幼小儿童肾脏排泄功能不足，新生儿、特别是未成熟儿的肾功能发育不成熟，药物及其分解产物在体内滞留时间延长，增强药物的毒副作用。仍以氯霉素为例，成人服用氯霉素 24h 后约有 90% 的结合物从尿中排出，而出生 10d 的新生儿在同一时间内从尿中排泄的结合物不到给药量的 5%，因而氯霉素的严重不良反应常发生。

4. 病理情况：在病理情况下，婴幼儿各种功能均易减弱，用药时应根据患儿身体的各方面具体情况选定药物，并给予适当用量。

5. 遗传因素：选择药物要考虑家族中有遗传病史的患儿对药物的先天性异常反应；对家族中有药物过敏史的患儿要慎用某些药，非用不可的要注意观察。

6. 个体差异：某些儿童对某些药物的反应存在高敏性、耐受性、特异性反应等现象。再有因病人缺乏 6-葡萄糖脱氢酶，对伯氯喹林、磺胺类等药易出现溶血反应，引起溶血性贫血或出现黄疸。因此，用药需要考虑到以上因素。

7. 考虑药物对胎儿的影响：庆大霉素、卡那霉素、氯霉素、四环素、磺胺类都能透过胎盘屏障进入胎儿体内，可造成胎儿骨、齿骨发育不良，听神经损害，核黄疸等中毒反应，临床用药应注意。

## 选择正确的给药途径

根据年龄及病情选择给药途径、药物剂型和用药次数，以保证疗效、减少不良影响。

1. 口服法：一般地讲，口服给药比较安全，也是最常见的用法之一，儿童用药应选择适当加入矫味剂且胃肠刺激较小的药物，使儿童容易接受，如铁制剂、维生素、抗生素等。婴儿可服一些糖浆剂、水剂、冲剂等；新生儿胃排空时间较长，口服药后在肠道中的通过时间也较长，因此服某些药如口服红霉素后高峰出现晚，使用时应注意给药间隔时间及给药量。需要注意儿童在入睡间或哭闹时的给药方式，以免发生危险。

2. 注射法：早产儿肌肉很薄，多次注射可损害神经，应慎重。婴幼儿皮下注射容量很小，对周围组织易造成损害，影响药物吸收，故多选用头皮静脉给药方法。婴幼儿静脉给药一定要注意控制滴速，不要过急，并且避免使用高浓度的药液。较大幼儿可用肌肉注射或静脉点滴方法给药。

3. 外用：外用药多为水剂、混悬剂、粉剂，婴幼儿皮肤角质层薄，对药物的刺激性反应也很强烈，故涂抹后，注意观察，发现异常，立即清除药物，以免对皮肤造成严重伤害，用药也不要时间过长。

4. 直肠给药：直肠给药或灌肠主要适用于某些易被胃液破坏或口服易产生恶心呕吐及厌食等不良反应者，且能直接被肠粘膜吸收的药物。如儿童常用的红霉素栓剂、小儿退热栓剂、治疗支气管哮喘的栓剂均可获满意效果；再如水合氯醛用于保留灌肠以治疗高热惊厥等。

## 给药次数和时间要适宜

1. 用药次数：应根据病情的需要以及药物在体内的消除速度而定，主要依据药物半衰期。大多数药物每日服用3次，但有些药物例外，如地高辛是一个吸收快而排泄慢的药（半衰期为