

YOUER BAIBING FANGZHI

# 幼兒百病防治

潘鴻生

生 活 百 科  
青 苹 果 電 子 圖 書 系 列

# 幼儿百病防治

潘鸿生 编著

# 《幼儿百病防治》编委会

主编 潘鸿生

编委 何 静 王 立 吴 佳 刘 心

张 力 高 亮 闫 辉 王伟朋

周 玲 张 饶 王小东 韩 伟

李庆春 何 为 王 平 李文生

# 前 言

健康、快乐的宝宝是幸福的。天下的父母谁不想自己的孩子健康、快乐地成长，但对于处在幼儿期的小宝宝们来说，他们的免疫能力低，很容易生病。另外，由于他们的年龄小，语言表达能力尚不完全，得了病只会哇哇的哭，使家长不宜发现。这就要求父母要懂一些幼儿的医疗常识和认识疾病的方法，并学会一般的护理方法，以便从小儿日常表现中，发现疾病的蛛丝马迹，尽早求医，以使病儿早日康复。

为了使天下的小宝宝健康、快乐的成长，得了病后能够得到最佳的医疗照顾和治疗，我们精心地编写了本书，希望从而能够架起医生、病儿和家长之间沟通的桥梁，使得病的小宝宝尽快恢复健康。

由于作者的实践经验和理论水平有限，因此疏漏和错误之处在所难免，敬请读者指正，并提出改进建议。

编者

# 目 录

第一章 幼儿保健.....	1
一、幼儿的发育状况.....	1
二、幼儿摄取的营养.....	7
三、幼儿的日常护理.....	8
四、人体四大生命体征.....	11
第二章 幼儿常见疾病.....	17
一、发热.....	17
二、咳嗽.....	23
三、眩晕.....	25
四、呼吸困难.....	27
五、头痛.....	29
六、厌食.....	32
七、惊厥.....	34
八、婴幼儿哭闹.....	37
九、呕吐.....	39
第三章 口腔疾病.....	43
一、流涎（流口水）.....	43
二、龋齿.....	45
三、口腔溃疡.....	47
四、鹅口疮（雪口病）.....	49

---

五、口唇疱疹.....	50
第四章 皮肤疾病.....	52
一、痱子.....	52
二、异位性皮炎.....	54
三、肠病性肢端皮炎.....	56
四、血管瘤.....	58
五、脓疱疮.....	60
六、药疹.....	63
七、疥疮.....	65
第五章 营养性疾病.....	68
一、营养不良.....	68
二、婴幼儿低钙惊厥.....	71
三、维生素 D 缺乏性佝偻病.....	74
四、肥胖症.....	77
五、锌缺乏症.....	79
六、维生素 A 缺乏症.....	82
第六章 消化系统疾病.....	85
一、吐奶.....	85
二、幼儿肠炎.....	87
三、幼儿再发性腹痛.....	89
四、便秘.....	91
五、幼儿急性肠套叠.....	93
六、急性阑尾炎.....	95
七、食物中毒.....	97

---

八、婴儿腹泻	99
九、消化性溃疡	101
十、肠痉挛	104
十一、脱肛	105
十二、肠痉挛	106
第七章 血液系统疾病	108
一、缺铁性贫血	108
二、原发性血小板减少性紫癜	111
三、血友病	114
四、白血病	116
五、再生障碍性贫血	120
六、溶血性贫血	123
第八章 泌尿生殖系统疾病	126
一、婴幼儿外阴炎	126
二、婴幼儿阴道炎	127
三、阴茎包皮炎	129
四、隐睾	130
五、肾病综合征	132
六、急性肾小球肾炎	136
七、尿路感染	138
八、包茎	141
第九章 循环系统疾病	144
一、先天性心脏病	144
二、心内膜弹力纤维增生症	146
三、幼儿克山病	147

---

四、病毒性心肌炎.....	150
五、心律失常.....	152
六、充血性心力衰竭.....	154
第十章 神经系统病.....	158
一、幼儿遗尿.....	158
二、晕动病.....	161
三、瑞氏综合征.....	162
四、化脓性脑膜炎.....	165
五、儿童瘰疬.....	168
六、癫痫.....	171
七、脑性瘫痪.....	176
第十一章 结缔组织病.....	179
一、幼儿类风湿病.....	179
二、过敏性紫癜.....	181
三、川崎病.....	183
四、儿童系统性红斑狼疮.....	187
第十二章 内分泌及遗传、代谢性疾病.....	191
一、先天愚型.....	191
二、克汀病(呆小病).....	192
三、糖尿病.....	195
第十三章 传染病.....	199
一、幼儿结核病.....	199
二、流行性感冒.....	203
三、麻疹.....	206

---

四、水痘.....	209
五、风疹.....	212
六、流行性腮腺炎.....	214
七、猩红热.....	216
八、呼吸道异物.....	218
九、哮喘.....	221
十、百日咳.....	223
十一、流行性脑脊髓膜炎.....	225
十二、流行性乙型脑炎.....	228
十三、中毒性细菌性痢疾.....	230
十四、肺炎.....	232
十五、闷热综合征.....	234
十六、病毒性肝炎.....	236
十七、急性支气管炎.....	240
十八、幼儿急疹.....	242
十九、急性喉炎.....	244
第十四章 病儿的护理.....	247
一、静养、运动、洗浴.....	247
二、病儿的日常生活护理.....	248
三、病儿的饮食护理.....	249
四、病儿的心理护理.....	250
五、传染病家庭隔离法.....	250
六、病儿的家庭护理常识.....	252
第十五章 幼儿药物治疗特点.....	256
一、儿科药物的选择.....	256

---

二、儿科用药特点.....	258
三、儿科用药的注意事项.....	259
附录一 幼儿常用药物剂量表.....	265
附录二 儿科偏方秘方.....	290
幼儿口疮.....	290
幼儿厌食.....	292
幼儿呕吐.....	296
幼儿遗尿.....	300
幼儿夜啼.....	309
幼儿惊风.....	313
百日咳.....	319
流行性腮腺炎.....	329
中毒型细菌性痢疾.....	330

## 第一章 幼儿保健

幼儿期多数是指 1~3 岁。这个时期幼儿的生长发育速度较前一时期稍减慢，表现在体格发育方面。但智力发育较突出，不但学会了说话，有了一定的思维能力、想象能力。从吃乳汁转换为吃饭菜。这个阶段一定要增加营养，注意饮食配合，保证孩子发育得更好。这个阶段孩子会走、会跑、活动范围扩大了，而且会模仿大人的动作、语言，这个时期大人一定要给孩子了第一任老师。养成良好的生活习惯。同时教育孩子注意安全、防止意外事故的发生。莫错过引导孩子健康成长的良机，此时期孩子的身体免疫能力很低，传染病发病率较高，所以防止得病是健康的重点。

### 一、幼儿的发育状况

#### 身体发育状况

1. 身长和体重。1 年里体重只增长 2kg，而身长却增长了 7cm 左右，手脚变得细长，上身体也似乎更苗条了。这时，有的孩子个子高，有的个子矮，有的很胖，有的挺瘦。但只要孩子的发育情况良好，身体健康，就不要担心了。

2. 肌肉结实。新生儿和 1 岁儿的手臂肌肉摸上去总感到软绵绵的。现在就大不相同了。这时的孩子肌肉结实，摸上

去很有弹性。那些运动剧烈的孩子，肌肉更为结实。

3. 脊椎骨弯曲。婴儿时代的脊椎骨是笔直的。但当孩子能站会走后，就开始稍稍弯曲起来，到了3岁左右，就相当明显了。

这种弯曲由四部发组成。颈椎向前弯曲（前弯），胸椎部分向后突（后弯），下面腰椎部分又微微向前突起弯曲，最下面的部分是荐骨，其弯曲是向后的。脊椎骨形成的这种前曲后弯是为适应剧烈的运动和保护内脏。

4. 脚掌心内凹。在此阶段之前，孩子的脚掌心不明显，被称之为生理性平足底。这是由于皮下脂肪太多之故。这时，那些连接小骨的韧带和肌肉等发达起来以后，脚掌心就开始内凹起来，因而能适应较长时间走路。

#### 运动机能情况

1. 全身运动。这时的幼儿已能蹦蹦跳跳、跑跑颠颠、扔来踢去的，能自由地翘配身体的各部分完成复杂的动作；可以自由调节奔跑速度、收住脚步和急转弯，以及随着音乐的节拍跑步。同时，平衡能力也强了，可以踮直脚尖往前走几步远，能不扶栏杆，交替着双脚一级级上下楼梯；能从40~50cm高处往下跳；能单脚蹦着走。

2. 手指动作。随着全身运动的发达，手指也灵巧起来，能做很多多细小的动作。例如会画圈圈，能将纸叠成4折；会用筷子吃饭，双手能接住对方抛来的大球；会用剪纸，3厘米大小的积木能往上摞10多块，等等。这些需要灵巧的手指和眼睛协调配合的复杂动作，一般都要满3岁后才能完成。

这些动作只要经常多练习练习，则进步会很快。爸爸妈

妈不能因为孩子老是毫无定性地动来动去会出危险而一律予以禁止。应该让孩子在便于活动的场所玩一些比较适合的玩具，引导孩子多活动手脚，高高兴兴地边玩边锻炼身体。

### 智力发育状况

1. 记忆力：这时期幼儿的智力发育很快。就记忆力而言，读书给孩子听时，只要多读几遍，孩子就能完全记住。有时大人中间说错了一点点，他会给你指出来。唱歌也如此，学得好、记得牢，教几遍以后就能唱。3岁儿不但能记住那些具体的、自己体验过的抽象事物。这是3岁儿在记忆力方面的一大特征。

2. 对周围事物发生兴趣：这时期的孩子对周围的一切事物都很关心，兴趣很浓。常问“这是什么”“为什么会这样”等等，对所有事物要刨根究底地问个没完。这是由于孩子些事物怀有极大的兴趣，所以就努力观察、学习、询问和尽力理解。可以说，智能的发达与否在于兴趣如何。3岁儿时间正是对什么都有浓厚兴趣的时期。因此，作为大人应该尽一切力量培养孩子这种兴趣，尽量解决孩子的疑问，这对孩子的智力发育非常重要。

3. 能区别事物的差异：3岁的孩子能区别白天和晚上、自己的东西和别人的东西、圆圈和三角等。比如把画像和所剪的圆形、三角形给孩子看，十之八、九能辨认出哪些一样、哪些不一样。从这里可看出孩子已具备了从许多东西中区别不同物体的能力。至于上和下、前和后等的区别，早已不成问题了。

## 情感发达

恐惧：1~2 岁的幼儿都很怕大的声响，3 岁则害怕那些看得见的东西，如大动物、假面具、黑暗等。这是因为，孩子虽然已开阔了眼界，看得多、听得多，但尚未真正理解这一切。比如说，1 岁的孩子看见狗也不会害怕。这是由于情感尚未发达，同时尚不知道狗是什么东西，对自己有什么害处之故。但到了 2、3 岁时，看见狗咬人，人们都怕狗，逐渐懂得了狗是可怕的动物，于是就开始怕狗了。等到再大些，知道了只要喜欢狗，狗就不咬人以后，就又不怕狗了。

## 消化系统

消化系统的功能如何，与孩子的健康成长有着密切关系。

### 1. 注意口腔卫生，保护牙齿。

口腔是人体消化系统的第一关，牙齿是咀嚼的工具。乳牙的好坏，对促进颌骨的发育和诱导恒牙的萌出关系很大，所以要保护好幼儿的牙齿。

培养幼儿早、晚刷牙，饭后或吃糖后漱口的好习惯。幼儿每天除吃饭外，还常吃零食，因此，除早上刷牙外，晚上睡前刷牙尤为重要。家长应教会幼儿掌握正确的刷牙方法：顺着牙缝上下刷，里外都要刷。幼儿应选用只有两排柔软稀毛的儿童牙刷和儿童牙膏。除此之外，还要培养幼儿饭前或吃糖后漱口的好习惯。

教育幼儿少吃零食，临睡前不要吃糖果、点心。人的口腔里有一种乳酸杆菌，能使食物碎屑中的碳水化合物转化为乳酸。这种乳酸停留在牙齿轮表面的间隙和沟裂中，当其达到一定的浓度时，就可以使牙的釉质脱落，破坏牙本质，产

生龋齿。睡觉前吃糖果、饼干等甜食，因睡觉时唾液分泌少，口腔里乳酸杆菌增长非常快，容易龋齿。因此，睡觉前不要吃东西。

儿童的饮食不能过冷、过热或过硬。在组织儿童进食时，不要让他们吃过冷、过热的食物，或冷热食物交替吃，也不要让他们用牙咬过硬的东西，如核桃、松子、汽水瓶盖等，以防牙釉质产生裂缝或损坏口腔粘膜。

但是，也不能尽让孩子吃细食，要适当地为他们提供一些粗纤维或稍硬的食物，让孩子用牙反复地咀嚼，促使乳牙、上下颌骨、面颊肌肉和牙槽良好发育。孩子在咀嚼食物时，要培养他们用两侧牙齿轮流咀嚼的习惯。如果单用一侧牙齿咀嚼，该侧牙齿表面的牙釉质容易受到磨损，时间长了会引起牙釉质过敏，一吃东西就酸痛；而不常用的那一侧牙齿因缺乏适当的咀嚼锻炼，牙齿、牙龈、牙槽会发育不好，腮部肌肉由于活动少，得不到锻炼，肌纤维发育得细弱，面部会显得干瘪，甚至影响到两侧脸蛋的大小，左右不对称，损害面容的健美。

纠正一些不良习惯。有的孩子喜欢吮手指甲，咬手指甲、铅笔、手绢、托腮等。这些不良习惯影响健康，使它们的发育受限制，上、下牙咬合不上，形成唇露齿或“地包天”。还会使面部失去和谐自然，甚至会影响发音和呼吸。所以应及时纠正这些不良习惯。

及时发现和治疗龋齿。不管是乳牙还是恒牙，只要发现有龋洞，就要及时送他们到医院治疗。幼儿园应每年请牙科医师为幼儿作牙齿检查。

使用抗菌素要十分谨慎。近年来，人们发现使用抗菌素，尤其是使用过期的四环素会引起牙齿脱钙变黄，容易龋齿。因此，对幼儿不能滥用抗菌素。

## 2. 建立合理的饮食制度，注意食物的质量和清洁卫生。

消化器官与身体的其他器官一样，活动是有规律，所以不能让幼儿暴饮暴食，必须养成他们定时、定量进餐的习惯。为幼儿做饭菜既要新鲜，有丰富的营养，又要易于消化，要注意饮食的清洁卫生，防止病从口入。

## 3. 细心组织幼儿进餐，培养幼儿良好的进食习惯。

消化道和消化腺的活动都由神经系统调节，所以，组织幼儿进餐时要使他们情绪愉快，保持旺盛的食欲；要培养他们良好的习惯。如正确的吃饭姿势，不能大口嚼饭，不能边吃边玩等。

## 4. 饭前饭后不作剧烈活动。

适当参加一些体育运动和体力劳动，能促进消化，增进食欲。但是，如果饭后立即进行剧烈运动，会抑制消化。因此剧烈运动时，由于适应性调节，大部分血液涌向肌肉，产生能量，而胃肠的血液供应不足，结果蠕动减弱。同时，迷走神经被抑制，消化液分泌减少，影响消化。饭后胃肠里充满食物，由于重力影响，运动振动比平时大，联系胃肠的系膜会拉紧，甚至扭转。产生疼痛。所以，饭后一般应休息半到一个小半小时，然后再进行剧烈运动。饭前半小时也不要进行剧烈进行。午饭后不要立即午睡，最好培养幼儿散步15~20分钟，然后入睡。

## 5. 培养孩子定时大便的习惯。

粪便中有一些有毒物质，便秘不利于健康。因此，为防便秘，应让孩子多吃蔬菜和水果，喝开水，多参运动，养成定时大便的好习惯。

## 二、幼儿摄取的营养

欲使孩子身体健壮、大脑发育良好，就必须摄取全面的营养，如蛋白质、脂肪、维生素、无机质等，更是缺一不可。

**蛋白质：**作为肌肉、血液的主要成分，是极为重要的营养。通常情况下，3岁儿每天必需的蛋白质为45g左右。按平均每公斤体重计算，3岁儿需要2.8~3.8g。应该让孩子每天都吃牛奶、鸡蛋等含有大量优质蛋白质的食物，同时再吃些鱼、肉、豆类等。

**脂肪：**脂肪是人体所必需的重要能源。脂肪可以促使大便通畅，防止幼儿便秘。另外，如果脂肪吃得太少，导致热能不足，就只能依靠糖类来补充。这样由于过多地吃甜食，可能引起诸如食欲不振、偏食、虫牙等不良后果。因此，孩子不仅要吃黄油等，而且还要多吃些植物油。

**维生素、无机质：**维生素与无机质无论对于身体的组织，还是各种机能的调节，都起着极为重要的作用。体内维生素不足就产生各种维生素缺乏症。为此，多吃些牛奶、水果、蔬菜、海藻、乳制品、蛋、肝等是很能有必要的。

**淀粉：**饭、面包、面类等富含淀粉较多的食品虽然不需要吃很多很多，但这些也是重要的热能来源之一。另外，在吃饭时应有一种欢乐的气氛。

### 三、幼儿的日常护理

培养幼儿良好的勤洗习惯

教育幼儿要每天用肥皂洗身体裸露的部分，饭前、便后要洗手，玩沙或其他游戏后，要随时洗；要为幼儿勤洗澡、勤洗头、勤换内衣、勤剪指甲。

注意幼儿衣着卫生

为幼儿挑选的衣料应能保温、吸汗和透气，质地柔软、轻便。幼儿的贴身衬衣宜选用棉布料。因为化纤品保温性虽好，但吸湿性和透气性差，皮肤易受排泄物的刺激而得病；毛织品虽保温，但易与幼儿的颈项和耳朵磨擦而使之发红。幼儿服装的式样要简单美观，便于幼儿自己穿脱和活动。成人应根据气候的变化和幼儿的活动情况，及时为幼儿增减衣服，但要注意不能让幼儿穿得太多，要知道，稍微穿少些也是一种锻炼，可以使幼儿增强适应气候变化的能力。

加强体育锻炼和户外活动

要组织幼儿进行适当的体育锻炼，并且保证每天有一定的户外活动时间。体育锻炼能是人的新陈代谢，改善皮肤的血液循环，增强皮脂腺和汗腺的分泌活动，减少皮肤病的发生。经常在户外渗透压劝，可以使皮肤调节体温的能力逐渐增强，提高人体对冷、热的适应能力，增强抵抗力。

预防和及时处理皮肤轻伤

皮肤经常跟外界接触，幼儿又活泼好动，缺少生活经验，

因而皮肤容易引起外伤。成人要对幼儿加强安全教育，预防意外事故发生。幼儿有了外伤，成人要及时处理。轻微的，可以在伤口上先涂碘或红汞，然后用消毒纱布包好；如果伤口较深，且被污染，应立即请医生治疗。

### 幼儿偏食毛病的纠正

这一时期幼儿偏食已成较普遍的现象，不喜欢吃蔬菜的占多数，孩子不喜欢吃的蔬菜有葱、茴香、柿子椒等。还有的孩子不喜欢喝牛奶，或不喜欢吃肉、鱼，有的则光吃饭。

治偏食，需要的是较长时间和耐心。并没有什么特殊的速效药，也用不着强制性地让孩子吃些不喜欢吃的菜。

不过，下面这些方法可供参考。

1. 全家人见饭桌上有啥便吃啥，而且还要说“好吃”“好吃”。

2. 吃饭时要造成一种愉快的气氛，使孩子保持舒畅的心情。

3. 注重烹调的技术，想法将菜作得使孩子爱吃；菜做完后盛得样式美观些。

4. 利用出外郊游的时机让孩子吃些不爱吃的菜；经常请些小朋友来家时吃饭，做些自己孩子不吃的菜，看见别的小朋友吃，他就会跟着吃起来。

5. 少让孩子吃零食，少给点心吃；同时让孩子经常在外面玩玩，使肚子饿得快些。

6. 要及时鼓励。哪怕孩子只吃一点原来不吃的菜，就要大大夸奖一番。

### 孩子厌食的原因

孩子厌食的常见原因有以下几种：

1. 由于养成了不良的饮食习惯引起厌食。例如：进食不定时，没有固定的地方、固定的餐具；有挑食、偏食的习惯；进食时边吃边玩；吃了过于油腻的食物；经常吃糖果、巧克力等零食。这样的饮食习惯很容易扰乱消化道的活动规律，影响正常食欲，引起厌食。

2. 由于从流质食物到固体食物过渡太快，使得习惯了流质食物的孩子不愿意吃固体食物。

培养幼儿每天晚上洗屁股的习惯

护理幼儿时，必须注意清洁，每晚或大便后要为他们洗屁股。不要让幼儿穿开裆裤。厕所、便盆要每天洗刷，定期进行消毒。

每天供应幼儿足够的开水

人体的部分代谢物必须溶解在水中才能排出体外，人体每日摄取的水量和排出的水量要维持相对平衡，组织细胞才能正常进行生理活动。因此每天要让幼儿喝适量的开水，使体内废物能及时随尿排出，维护身体健康。另外，人体内如有充足的尿液自上而下流动，对尿道有清洗作用，可以减少上行性感染。

纠正个别幼儿玩弄生殖器的习惯

个别幼儿有玩弄生殖器的现象。这需要分析原因，及时纠正。但不能以命令或斥责的语气，最好先转移其注意力。

睡眠习惯

除了养成幼儿有规律的睡眠外，同时要创造安静、舒适、稳定的环境，光线略暗淡些，但不要漆黑。在睡前半小时不

要让孩子太兴奋，给孩子洗干净手、臀部，或洗个澡。3岁开始要刷牙，换上宽松衣服上床。并逐渐培养孩子独自入睡的好习惯。从小开始分床或被子与大人分开，使孩子独自安静入睡。但有孩子非要家长陪伴或不断地抚拍、摸家长的头和耳朵，甚至抱着枕头、玩具才能入睡。这些都是不良习惯。

若家长发现孩子经常翻身不能熟睡，或梦中惊醒等，应及时查明原因。

## 四、人体四大生命体征

体温、脉搏、呼吸和血压是人体四大生命体征。它们是机体内活动的反映，是衡量机体状态的指征。以了解疾病发生、发展的规律，为幼儿的疾病诊断、治疗及护理提供依据。

下面介绍体温、脉搏、呼吸和血压的生理学基础、影响因素、测量及记录方法。

### 测体温

#### 1. 正常和异常体温

口表只适用于能配合的年龄儿童。37.5 以下为正常。小婴儿可测腋温。将体温表置于腋窝处夹紧上臂至少 5 分钟。36~37 为正常。肛表最准确，但对幼儿刺激大，将肛表搽润剂后缓慢推入肛门约 3~4 厘米，至少测 3 分钟。36.5~37.5 为正常，用半导体体温计在颈动脉处试表半分钟即可显示，但太灵敏，波动大。

#### 2. 测量体温的方法

体温计。有水银体温计、电子体温计、及半导体体温计。

我们常用的是水银体温计。体温计一端的玻璃球内装有水银，测温时水银遇热膨胀升入有刻度的细管内。有口表、腋表及肛表三种。我国多采用摄氏刻度体温计。

电子体温计有两个不易破碎的探头，一个用于口腔，一个用于直肠。电子体温计测量体温时较之水银体温计既迅速且准确。

半导体体温计是用半导体热敏电阻作感温元件，通过调节开关可在刻度上显示出体温读数，给幼儿用既方便又快捷。

### 3. 体温计的使用方法

**口温测量法。**将口表的水银端放入舌下热窝的部位。嘱咐病人闭口用鼻呼吸，切勿用牙咬，也勿说话，以免体温表咬碎或脱落，测 7~8 分钟，如用电子体温计则测 10~20 秒。

**直肠温度测量法。**滑润肛表的水银球端，轻轻插入肛门约 3~4 厘米，测 3 分钟。用电子体温计测 10~20 秒。

**腋窝温度测量法。**将腋窝擦干，置体温计于腋窝内，使上臂紧贴躯干将体温计夹紧。测 10 分钟，刚洗完澡的孩子要等 20 分钟才能测温，以免影响测温结果。

### 4. 体温计的读法

查看体温表度数时，应使体温表与视线平行。轻轻来回转动体温表，就能看清水银柱上升的度数。

### 5. 使用体温计的注意事项

使用口表测体温，只适用于年龄比较大（7 岁以上），能听话而且合作的孩子。以防咬碎体温计，要有专人看护，直到测完为止。

使用肛表时，应有人在旁守护。用手扶住肛表，防止体

温度计折断或进入直肠而造成意外。

无论使用哪种水银体温计，使用之前都应先拿住无水银的一端用力甩动，直到水银柱降到 35 以下为止。

每次测温后，先用清水把体温表洗干净，然后用纱布擦干，口表、肛表需放入 75% 酒精中浸泡 10 分钟，腋表用 75% 酒精棉球擦拭几遍即可。平时要将体温表插入表套内保存。

### 测脉搏

心脏每收缩舒张一次，在外周动脉上便出现一次搏动，这就是脉搏。

#### 1. 正常和异常的脉搏

正常的脉搏规律而有力。通常运动之后脉搏会跳得快一些，休息时较慢。异常脉搏，如脉搏跳动过快过慢，微弱或时快时慢等，都可能是患病征兆。

测脉搏应在幼儿安静时测量，可把手放在他胸部左侧心脏跳动的部位，测心脏实际跳动的次数，应测 1 分钟。对儿童应测桡动脉或颞动脉，年幼儿腕部脉搏不易摸到。可计数颈动脉或股动脉搏动，除脉搏次数外尚应注意节律是否整齐及血管充盈度。

#### 2. 测量脉搏的基本方法

测量脉搏时，首先使幼儿保持安静，采用卧位或坐位。手臂放在舒适的位置，让孩子掌心向上，用你的大拇指托住他的腕部，食指和中指放在孩子掌心面拇指侧的腕部横放下方的动脉搏动处，压力适中，以清楚地能测到脉搏的搏动为度，计数 1 分钟。

各年龄幼儿脉搏次数见下表

各年龄幼儿脉搏次数（每分钟、安静状态）

年龄	脉搏（次/分）
新生儿	120~140
1岁以下	110~130
2~3岁	100~120
4~7岁	80~100
8~14岁	70~90

### 测呼吸

人体在代谢过程中，不断地消耗氧气和产生二氧化碳。因此人体不断地从外界摄取氧气和排出二氧化碳。这种人体与外界环境之间的气体交换过程，称为呼吸。

#### 1. 正常和异常的呼吸

正常的呼吸是比较均匀、无声、规则、且不费力。吸气略长于呼气。如果孩子出现呼吸过快，或过慢，或深浅不一，则提示孩子有患病的可能。

#### 2. 测量呼吸次数的基本方法

应在幼儿安静时测量。年幼儿腹式呼吸为主，观察孩子胸部或腹部的起伏运动。一起一落算一次呼吸。测量时间为1分钟。

呼吸过快不易看清楚，可用听诊器听呼吸音计算，或可用少量棉花纤维粘在靠近鼻孔边缘，观察棉花纤维扇动计算。除呼吸频率外，呼吸节律及深浅也应注意。各年龄幼儿呼吸次数见下表

## 各年龄幼儿呼吸次数（每分钟、安静状态）

年龄	呼吸 1 次/分
新生儿	40~50
1 岁以下	30~40
2~3 岁	25~30
4~7 岁	20~25
8~14 岁	18~20

## 3. 呼吸脉搏比例

在安静状态下，呼吸 1 次，脉搏搏动 3~4 次，各年龄幼儿呼吸与脉搏的比例见下表

## 各年龄幼儿呼吸脉搏比例

年龄	呼吸：脉搏
新生儿	1：3
1 岁以下	1：3~4
2~3 岁	1：3~4
4~7 岁	1：4
8~14 岁	1：4

## 测血压

血管内血液流时，对血管壁的压力称为血压。

当心脏收缩时，血液射入主动脉，动脉压力达到最高值，称为收缩压。

心脏舒张时，主动脉管壁弹性回缩，使血液继续向外流

动及保持对血管壁的侧压力。在舒张末期，血压降至最低值，称为舒张压。收缩压和舒张压之差称为脉压差。

### 1. 正常和异常血压

不同年龄血压正常平均值或用公式推算。收缩压  $1\text{mmHg}+7.5=\text{kba}=80+(\text{年龄乘以}2)$ ，舒张压为收缩压的  $2/3$ 。

### 2. 测量血压的基本方法

测量血压前须让幼儿休息 10 分钟。婴儿或儿童啼哭时不能测压，可在入睡时测量。测上肢血压时，取坐位或卧位，使上臂动脉与心脏在同一水平。露出上臂，伸直肘部，手掌向上，放平血压计。驱尽袖带内空气，将袖带平整地缠于上臂中部，带之下缘距肘窝 2~3 厘米。袖带缠绕松紧要适度，过紧（使血管在气囊未充气前已受压）测得血压偏低。过松，测得血压偏高，不同年龄幼儿所用，血压计袖带宽度不一样，应为上臂长度的  $2/3$ 。过宽，测出血压较实际为低。太窄则测得值过高。年幼儿血压不易测准确。新生儿及小婴儿可用简易潮红法或多普超声诊断仪测定。

## 第二章 幼儿常见疾病

### 一、发热

发热是指体温超过正常值： $37^{\circ}\text{C}$ 。一般来讲，腋下温度超过  $37^{\circ}\text{C}$ ，口腔温度超过  $37.4^{\circ}\text{C}$ 。肛门温度超过  $37.6^{\circ}\text{C}$ ，24小时体温波动超过  $1^{\circ}\text{C}$  时称为发热。体温升高的度数不一定能够精确反映出疾病的严重性程度。

发热本身并不是一种病而是一种症状。一日内不同时间体温可有不同；运动对体温也有影响，尤其是新生儿或小婴儿，由于体温调节功能比较差，比如在吃奶后或饭后运动，哭闹，盖被过厚，或室温偏高情况下，幼儿均出现暂时性的体温偏高，但一般不超过  $38^{\circ}\text{C}$ ，而且小孩进食，睡眠均正常，这在医学上不属于病态，家长不必为之担忧。只要调节周围环境，松开衣被等，体温会很快恢复正常。若发现小孩皮肤触之烫手，测量体温达  $38^{\circ}\text{C}$  以上或深夜人静时小孩高热持续不退，你可根据以下情况加以识别及处理。

高热

症状

高热指口腔温度在  $39^{\circ}\text{C}$  左右或更高，是机体对致病因子

的一种全身性强烈反应。热程超过二周者称之为长期高热。

### 1. 感染性高热

#### (1) 传染病及寄生虫病

败血症：无特异性临床表现，除高热外，可无其他症状，也可有多种系统受累，热型往往为弛张型，伴有寒战、多汗。

伤寒：起病徐缓、体温呈梯形上升、继之为稽留型高热。伴有面色苍白，表情淡漠，纳差、腹胀、肠鸣、便秘、相对缓脉等症状。其病程可延长至1个月以上。

细菌性痢疾：多见于夏秋季、起病急、畏寒、腹痛、腹泻（1日10余次至数十次），里急后重。常伴恶心、呕吐等。大便量不多，粘稠或为脓血便。

疟疾：发热呈周期性、规律性、有寒颤、烦躁口渴、汗出等症状。整个发作约6~10小时。间日疟每隔1天发作1次；3日疟每隔2天发作1次；恶性疟每天或隔天发作1次。

乙型脑炎：常发生在7~9月，突然发热、头痛、呕吐、嗜睡、烦躁等。重症病员可迅速出现昏迷、惊厥或呼吸衰竭；2~3天后常见有脑膜刺激征。

丝虫病：可伴有寒颤，食欲减退，肌肉关节酸痛等全身症状。

#### (2) 各系统炎症感染

大叶性肺炎：多见于冬春两季，突然高热、寒颤（或畏寒）、咳嗽、铁锈色痰、胸痛、呼吸急促等。

肺化脓症：起病急、畏寒、胸痛、咳嗽、咳痰（前为粘液性痰、后为大量脓痰、有臭味）

肝脓肿：肝区疼痛、压痛。

胆石症、胆道感染：少数病例可周期发热、每 5~10 天发高热 1 次（不处理自动退热），常伴黄疸、腹痛。

泌尿系统感染：多有尿路刺激症状。

化脓性中耳炎：有耳部流脓史。

深部脓肿、感染：局部有深压痛。

## 2. 非感染性高热

恶性肿瘤：肝癌、肺癌、胃癌、胰腺癌、肾癌、结肠癌等常有高热倾向，病者通常无恶寒与寒颤。常有进行性消瘦、贫血等。

急性白血病：伴有进展迅速而明显的贫血、出血（出血部位可遍及全身，但以皮下、口腔、鼻腔较多见。）

药物热：较常见的有磺胺炎、多种抗菌素、碘、溴、阿托品、颠茄、吗啡等。这种发热，与一般药过敏反应不同，多在用药后一定的时期发热，不伴发皮疹。

中暑：高热昏迷型中暑（即重症热射病），肛温多在 40 以上，皮肤灼热、无汗、及昏迷。

## 低热

### 症状

低热指口腔温度在 37.4~38 ，并排除生理性原因。热程超过二周者，称之为长期低热。

### 器质性低热

结核病：是低热中较常见的原因，常伴有盗汗、消瘦、倦怠等症状。

慢性胆道感染：常有消化系统症状，如食欲不振、恶心、呕吐、右上腹慢性疼痛（亦有胆绞痛者）等。

其他感染：扁桃体、齿根、鼻窦、中耳、乳突、女孩内生殖器等地的慢性炎症，也可引起低热，但以不规则的波动热为多见。患者除局部病症外，常有精神体力欠佳、心悸、多汗等症状。

肝病：慢性人痘型病毒性肝炎或迁延性无黄疸型病毒性肝炎均可引起低热，患者常伴有食欲不振、腹胀、肝区隐痛等。

风湿：临床上常有低热，伴有关节酸痛、心慌等症状。

引发的后果

高热的不良影响主要表现在以下方面：

1. 高热能使各种营养素的代谢增加，氧消耗量也大大增加。高热还能影响消化功能，可致婴幼儿腹泻、脱水，进一步发生代谢障碍。

2. 因为产热过多，需加速散热，因而心搏加快，加重心脏负担。

3. 高热可使大脑皮质过度兴奋，表现为烦躁，头痛或惊厥，也可引起高度抑制，表现为谵语、昏睡、昏迷等，尤其婴幼儿多见。

4. 高热时消化能力差，胃肠运动缓慢，故有食欲不振、腹胀、便秘等症状。

5. 持续高热可使人防御感染的能力下降，不利于恢复健康。

6个月以下婴儿发热病情严重，5岁以下的孩子，体温过高会有热惊厥。

首要措施

首先测一下体温，体温 38 以上时，给予治疗。尤其 39 以上时更应积极治疗。

发热的治疗包括对症治疗和对因治疗两个方面，这里仅介绍对症治疗。

### 1. 药物降温

常用的药物有：

(1) 阿司匹林：多用其复方，即 APC 幼儿 5~10mg/kg·次（每次每 kg，下同），该药可退热、止痛、疗效可靠，副作用小，临床最常用。

(2) 萘普生：幼儿 10~15mg/kg·次，作用比阿司匹林、对乙酰氨基酚（扑热息痛）强，有效时间也较长，偶有腹部不适等轻度的胃肠道反应。

(3) 扑热息痛：幼儿 5~10mg/kg 口服。

以上解热药一般都是每日 3 次口服，适用于绝大多数中、低热患儿及部分高热患儿，口服困难、病情较重的高热患儿可肌肉注射安痛定。

### 2. 物理降温

一般家庭可实施的方法有酒精擦澡及枕冰袋两种。

酒精擦澡

方法如下：

(1) 揭下盖被，覆上大毛巾或浴巾。

(2) 脱去衣服。

(3) 加敷冷湿布于额上。

(4) 用 35%~50% 酒精（可用浓度相当的白酒）洗擦上、下肢两侧各 4 分钟，背部 2 分钟，边擦边揉，但不要擦胸腹

部。腋下及腹股沟（腹部与下肢交界处）要重点洗擦，洗毕裹在毛巾被或棉被中，不要随即穿衣。

（5）操作时需观察病儿皮肤颜色、呼吸及脉搏，如果皮肤发青、起鸡疙瘩、呼吸急促、脉搏加速等不宜再擦。

（6）30 分钟后再试体温，判断效果。

### 枕冰袋

取普通热水袋 1 个，内盛冰水（可用冰箱中的冰或市售冰糕配制），枕于头部或置于体侧，无热水袋时用塑料方便袋亦可，如用冰袋后患儿寒战则不宜再用，应及时撤下。

### 病情判断

1. 小孩不足 6 个月，抵抗力低，发热时即带去医院看病。
2. 有发热惊厥或有发热惊厥史。
3. 发热持续 24 小时或伴有其他症状，父母又不放心者，上述情况应去就医。

### 医生的治疗措施

医生主要寻找发热的病因。可能开出一些必要的检查单。一旦明确诊断，给予对症治疗和针对病因治疗。决定是否住院或留院治疗。

发热患儿在家庭治疗的过程中如出现以下情况，应及时住院治疗：

1. 高热持续 3 天以上；
2. 不论发热与否，精神均很差；
3. 有比较突出的伴随症状；
4. 恶心、呕吐、食欲差；
5. 出现皮疹，特别是出血点；

## 6. 面色苍白或发灰。

### 家长的协助治疗

1. 发热的病因很多，虽然多为常见病，但也有很小部分为少见病，甚至为罕见病，医生的诊断不可能总是正确，病史不清楚、临床表现不典型、病程太短、医生经验不足等均可致误诊。患儿家长在带孩子就医之后要密切观察病情变化，及时发现新情况，并对这些情况进行分析，及时再就医，才能尽早明确诊断，使孩子得到正确的治疗。

2. 对高烧病儿给予物理降温和药物降温。

## 二、咳嗽

### 咳嗽的特点：

依咳嗽无痰或有痰可分为干性咳嗽或湿性咳嗽，前者多见于呼吸道炎症早期，异物或肿物压迫，后者多见于肺炎、支气管炎、肺脓肿、支气管扩张。犬吠样咳嗽多见于喉炎、喉头水肿。嘶哑性咳嗽见于喉返神经受压或先天性心脏病。痉挛性咳嗽见于百日咳、哮喘、支气管内膜结核。支气管扩张患儿体位应改变易诱发咳嗽。

### 咳嗽的伴随症状：

根据原发病不同咳嗽可伴随发热、胸痛、气喘、紫绀、咯血等症状。

咳嗽是一种保护性反射动作，是一种爆发性的呼气。呼吸道内的分泌物和外界吸入的异物，可借咳嗽反射而排出体外。但频繁剧烈的刺激性咳嗽可影响休息，引起血压、颅内

压波动，甚至导致鼻衄、结膜出血、颅内出血、气胸等严重合并症，则失去保护意义。任何呼吸道炎症、异物、机械物理刺激、化学刺激等均可引起程度不同的咳嗽。幼儿咳嗽大多由呼吸道炎症所致。

常见下列疾病：

1. 呼吸道感染；
2. 先天性心脏病，心功能不全；
3. 呼吸道受压及物理性阻塞；
4. 吸入刺激性气体；
5. 变态反应和自身免疫性疾病。

引发的后果

咳嗽是呼吸道疾病的常见症状之一，也是非呼吸道或全身性疾病的常见症状。因原发病的不同，严重程度，病程长短，引发的后果都不同。感冒咳嗽随感冒好转，咳嗽好转。喉炎、气管异物的咳嗽，提示病情严重，必须抓紧治疗。幼儿肺结核的咳嗽需要长期治疗才能解决。

首要措施

孩子咳嗽有痰时，鼓励孩子咯出，家长可轻拍背部，帮助咳出。卧姿孩子咳嗽厉害时，可用枕头抬高头肩部。

适当饮水，减少咽部刺激引起咳嗽。

病情判断

1. 咳嗽频繁，连声咳嗽；
2. 刺激性咳嗽；
3. 咳嗽伴高热、呼吸困难；
4. 咳嗽无力、痰多；

5. 痰中带血；
6. 医院外治疗 3 天以上病情无改善，反而加重者；
7. 有犬吠样咳嗽，并有声音嘶哑者；
8. 怀疑有气管异物者；

上述情况需尽早就医。

#### 医生的治疗措施

医生问完病性后，根据咳嗽特点及检查发现，可能重点开出检查单，有的需拍肺部 X 光片，如系呼吸道异物，医生会利用气管镜等器械检查，能取出时，将异物取出。如系感冒、咽炎、气管炎，医生可能根据病情开些药物。家庭治疗，肺炎、喉炎、咯血等很可能收入住院治疗。

#### 家长的协助治疗

患儿咳嗽时，家长需认真观察相关的症状，为医生提供可靠的临床资料，以利于及早明确诊断。观察用药后咳嗽是否减轻，有没有其他变化。是否需要复诊。保持室内适宜的温度，湿度，室内空气流通。不在孩子身边吸烟。

## 三、眩晕

患儿自觉自身或外物有旋转或摇动的感觉。眩晕常伴有客观平衡障碍，如姿势不稳定或躯体向一侧倾跌。

#### 1. 周围性眩晕（耳源性）

美尼尔氏病：眩晕突然发作，伴有耳鸣、听力减退、眼球震颤、恶心、呕吐、出汗、面色苍白等。

迷路炎：多由中耳炎并发，眩晕呈阵发性，伴有恶心、

呕吐等。

链霉素及其同类药物中毒：链霉素、新霉素、卡那霉素可致内耳中毒，引起眩晕，伴耳鸣、耳聋等。

## 2. 中枢性眩晕（脑性）

肿瘤、眩晕发病较慢，持续时间长、呈进行性、眩晕程度与体征不成比例。

血管性病变：眩晕为骤发性、症状严重，常可产生共济失调。一过性脑缺血、缺氧。

## 3. 全身性疾病

很多全身性疾病可引起眩晕，但不伴有听力减退及眼球震颤，耳鸣亦不多见。如：严重贫血、心动过速（过缓）、胃肠道疾病、神经官能症、脑震荡后遗症等。

### 引发的后果

短暂的眩晕，特别是激烈活动后一过性眩晕，一般无严重后果。持续时间较长 12 小时以上是经常发作，病情往往较重。头部外伤，眩晕且有其他症状如呕吐者病情较重。

### 首要措施

让孩子保持安静，观察持续时间，有无其他症状出现。如果孩子处于立位或运动中发生，让孩子坐下，弯腰将头低至两膝之间，同时作几次深呼吸，以增加头部血液，提供更多氧气。

### 病情判断

眩晕持续 12 小时以上。孩子活动后即眩晕，有可能贫血，都应就医。

### 医生的治疗措施

医生询问眩晕发作情况，会作全面检查包括验血、耳科检查，必要时头部 CT，以找出病因。医生主要针对病因治疗。

#### 家长做什么

家长必须护理好孩子，不要让孩子到处乱跑，以免撞伤，跌倒。

## 四、呼吸困难

患儿感到空气不足，呼吸费力的感觉，称呼吸困难，严重呼吸困难时，患儿被迫坐起，称端坐呼吸。婴幼儿呼吸困难常表现为皮肤青紫。

常见下列原因：

#### 1. 心力衰竭：

心脏病（包括瓣膜、心肌、心包及先天性心脏病等）、心肌病、先天性心脏病、风湿性心脏病。

#### 2. 呼吸道疾病：

（1）炎症：喉部、气管、支气管、肺实质等处的各种急性炎症，包括喉头白喉在内。

（2）物理性障碍：异物、肿瘤、脓肿。

（3）慢性肺病：结核后期、支气管扩张等。

（4）神经性：喉头痉挛、血管神经性喉水肿、支气管哮喘。

#### 3. 胸膜疾患：

（1）胸膜渗液；

(2) 脓胸；

(3) 气胸。

4. 纵隔疾病：主动脉瘤及其他肿瘤。

5. 腹部极度膨胀：腹水、气胀、肿瘤。

6. 胸部损伤。

7. 机能性疾病：瘵病、恐惧、紧张。

8. 重度贫血。

9. 新陈代谢异常：酸中毒及甲状腺机能亢进。

引发的后果

呼吸困难多数都是较重的疾病，需要治疗原发病。呼吸困难是一个病情严重的表现。

首要措施

1. 气管内异物引起呼吸困难时，家长应立即从背后抱住幼儿，一手握拳，伸直拇指，抓住孩子的心窝（相当于脐和胸骨尖端之间的正中部位），另一只手的手掌正在这只手的拳头上。然后双臂一紧一松地挤孩子的上腹，向内向上用力，这样能从外部加大胸腔和肺的压力，产生一股有力的气流，把异物喷出气管之外。如果异物较大卡在声门下，幼儿可能出现面色青紫，神志不清，这时家长可托起幼儿的下颌骨（下巴），将自己的口对准幼儿的口吹气，每分钟约 25 次，一方面可以将异物向气管方向移位，留出换气的间隙，便于幼儿恢复呼吸，同时还因吹空气入幼儿的肺部，可改善幼儿因缺氧出现的面色青紫。

2. 鼓励孩子咯痰，帮助拍背。

3. 室内空气新鲜流动。

#### 4. 尽早就医。

##### 病情判断

呼吸困难是指幼儿呼吸的快慢、节律、深度等处于不正常的状态。呼吸困难往往突然发生，使家长措手不及，不知怎么办？面对如此的紧急状态，家长应该尽可能快地送医院抢救，并要弄清病儿发生呼吸困难前后情况，协助医生进行诊治。

呼吸困难一旦出现就应去医院看病。

##### 医生的治疗措施

对严重的呼吸困难医生简要询问病史，重点检查后，边检查边治疗，给予吸氧、吸痰及必要的用药。

引起幼儿呼吸困难的原因很多，但最常见的原因是从喉到肺的呼吸道上某一部位因某些原因，如异物、炎症、肿瘤而发生梗阻，因此，做家长的应具备这样的知识，即通过病儿呼吸的改革而初步断定呼吸困难的原因，并采取相应的措施，为医生的抢救创造必要的条件。

对呼吸困难的病儿，医生将收住院治疗。

## 五、头痛

头痛是许多疾病的常见症状。有些头痛，随疾病的好转而减轻可消失。如急性发热性疾病，常伴有头痛。发热等症状消失，头痛亦随之消失。头痛也可以某些疾病的主要表现，如偏头痛、三叉神经痛等。头痛有时是某些特殊情况的信号，如高血压动脉硬化病者突然发生剧烈头痛，提示脑血管意外

的可能。

婴儿常以烦躁不安、拉耳朵、发脾气、皱眉头、高声尖叫、撞头或用手指指于头部等方式表示有头痛，家长应该重视。

引起头痛的原因较多：常见的伤风感冒、发热时有头痛，但热退后头痛自然消失。

#### 急性头痛

伴有发热、呕吐、颈项强直，如果发生在冬春季节要想到是否是脑膜炎；发生在夏季要想到乙型脑炎。外伤之后可以有头痛，一般是逐渐减轻，如果逐渐加重，伴有呕吐，应考虑外伤后颅内出血或血肿形成。

慢性头痛，逐渐加重，伴有呕吐，尤其清晨吐得厉害，而且除头痛、呕吐之外还有走路步态不稳、说话口齿变得含糊不清、脑神经或四肢有麻界、行动不便等，要想到是否颅内肿瘤、脓肿、寄生虫或血管瘤。

凡是头面部的疾病，如鼻炎、鼻窦炎、牙病等都可以引起反射性的头痛。没有带眼镜纠正的近视眼、远视、散光，因为眼肌疲劳也可以引起头痛。儿童也有少见的情况如高血压、偏头痛、癫痫性头痛等等。

#### 引发的后果

大多数头痛无严重后果，如感冒头痛，感冒治疗后头痛消失。

头痛伴有发热、脖子僵硬、惊厥或昏迷等，可能是脑炎、脑膜炎等颅内疾病，病况就很严重。头部外伤的头痛，再有呕吐症状，情况也很严重。头痛逐渐加重，呕吐并有言语不

清，走路不稳，如脑瘤，病情也很严重。

### 首要措施

有头痛要仔细寻找原因。有无外伤，有无鼻子发炎，耳朵流脓，是否有煤气中毒。伴有症状中是否发烧呕吐、脖子僵硬、失眠等，以明了孩子为什么头痛。决定治疗对策。

### 病情判断

1. 头痛伴有发热、呕吐脖子僵硬，甚至精神不佳。
2. 头痛并有头部外伤史者。
3. 考虑孩子有一氧化碳中毒者。
4. 经常头痛。

上述情况应去医院检查。

### 医生的治疗措施

医生将详细询问发病时间，头痛部位、特点，根据病情检查身体。有时需全面检查，甚至眼底检查，头颅 CT 及脑脊液检查。一时查不清，确诊不了，医生会留孩子住院，边治疗边检查。

### 家长的协助治疗

1. 发热及精神状态：如果头痛伴发热，但精神状态好，热退头痛减轻，头痛持续时间短、且不伴有喷射性呕吐，脑膜刺激征阴性，可能为一般的呼吸道或肠道感染；如果头痛较剧烈，伴有精神不振，甚至抽风、昏睡、昏迷，多考虑为中枢神经系统感染；若不发热，或外伤后出现持续性头痛或伴有意识障碍，可能有颅内出血。

2. 呕吐情况：如果呕吐为喷射性，呕吐前无恶心及腹部不适，多为中枢病变；若呕吐为非喷射性，且伴恶心或腹痛、

腹泻为胃肠道病变。

3. 头痛部位：中枢病变头痛多呈弥漫性，鼻窦炎头痛多局限以额部为主，偏头痛常限于一侧。

4. 时间：偏头痛具有反复性，持续时间不定，中枢病变头痛常呈持续性。鼻窦炎头痛晨重晚轻。

综上所述，患儿出现头痛，家长仔细观察除头痛外，有无发热，精神状态如何，头痛部位及持续时间，为医生提供可靠的病史，以便及早明确诊断，及时治疗。

5. 日常生活中，减少孩子的精神负担，保障孩子休息，保证孩子写字、读书的正确姿势，保护视力。预防头痛发生。

## 六、厌食

幼儿的胃口不好，没有食欲或者说是食欲不振，幼儿吃饭不香，婴儿不愿吃奶，即所谓的厌食。这是一个经常为家长所烦恼而幼儿不是十分注意的问题。因为幼儿的生长发育很快，必须每天吃进足够的食物以适应身体的需要。由于幼儿身体相对比较脆弱，因此易受外界环境的影响，表现为胃口不好，不想吃东西或厌食。当发现孩子厌食，不想吃东西时，家长要做到及时识别与处理。

本症主要病因可包括：

1. 胃肠道疾病：如消化性溃疡、急慢性肝炎、慢性肠炎及慢性便秘等；

2. 药物的胃肠道反应，如红霉素、磺胺类药物、氨茶碱等可导致厌食；

3. 全身性疾病如甲状腺功能低下、肝、肾功能不全、酸中毒、贫血及慢性感染等；

4. 微量元素锌缺乏；

5. 维生素 A 或维生素 D 中毒等。除以上疾病外，应注意幼儿情绪变化所引起的厌食。家长过度溺爱，对幼儿进食采取不适当的态度，反而会引起神经性厌食。不良的饮食习惯更是厌食的常见原因，高蛋白、高糖的饮食使食欲下降，两餐之间随意吃糖果、点心等零食，以及吃饭不定时都影响食欲。夏季气候过热、温度过高以及过多的冷饮都影响消化液的分泌，而影响食欲。

引发的后果

轻症表现为长期食欲不振，体重较同龄儿偏轻，但无明显营养不良状况。

重症则长期厌食、偏食，伴有面色苍白、疲乏无力，头发干枯，体重减轻，进一步可出现皮下脂肪逐渐消失、肌肉松弛、神情淡漠等营养不良的表现和免疫功能减退。

24 小时拒绝进食，应引起重视。

首要措施

首先，要考虑孩子是否得病了。

一般来说，一岁以内的婴儿，特别是新生儿出现不想吃东西时，往往是疾病所致，而幼儿和大一点的孩子往往是由于各种不良习惯和情绪的影响引起厌食。

病情判断

许多厌食可能与不良饮食习惯或精神因素有关，但严重食欲不振或拒食常是疾病的征兆，特别是新生儿拒食常提示

有严重疾病，家长要注意幼儿是否有败血症、脑膜炎、核黄疸的征象。

即使没发现疾病征兆，一天以上不吃东西也应该去看医生。

### 医生的治疗措施

医生会详细询问饮食情况，有无偏食、冷饮爱吃零食等不良习惯。全面检查身体，寻找有无厌食的疾病存在。找出厌食原因，治疗疾病或做生活指导。

### 家长的协助治疗

因疾病引起厌食，应到医院诊治；因喂养方法、饮食习惯和食物质量不当引起的厌食，在护理时应做到：

合理安排膳食，纠正偏食、吃零食的习惯；

孩子的食谱要做到粗细调剂，劳素搭配，食物多样，让孩子吃得全一些、杂一些，食谱要常调换，防止单调。同时，尽量做到新鲜可口，色香味俱全。

吃饭要定时定量，不强迫进食。

不同孩子的食量不同，应该吃饱而不过饱为准，使胃里食物在一定时间内排空，重新产生食欲。幼儿一般 4~5 小时排空，所以，以一日三餐，中间加一次点儿较为适宜。

吃饭要有固定的地方。

## 七、惊厥

惊厥或称抽风、惊风，是幼儿时期常见的中枢神经系统器质或功能异常的紧急症状。

典型表现为突然起病，意识丧失，面部、四肢肌肉呈阵挛性、强直性抽搐，伴唇周青紫，牙关紧闭，口吐白沫，呼吸不整，两眼球上翻固定、凝视或斜视，严重者颈项强直，角弓反张，可有大、小便失禁等。发作时间由数秒至数小时不等（多数在数秒至数分钟内自行停止），有时反复发作，甚至呈持续状态。

不典型表现可为一侧肢体抽动；短暂的口角、眼角、面肌抽动；面色苍白或阵阵潮红；两眼球上翻等；新生儿可仅表现为阵发性青紫。

严重的全身肌肉抽搐，可导致发热、缺氧、颅内压增高致脑组织损害，甚至危及生命。

高热惊厥：婴幼儿时期最常见，许多发热性疾病均可发生，尤以上呼吸道感染引起者最多。大多数发热开始即伴有惊厥，每次病程中只发作一次，而且时间短暂，惊厥停止后意识迅速恢复，部分病儿有遗传史或既往史。

脑炎、脑膜炎、脑肿瘤、低血钙、高胆红素血症等也可引起惊厥。年长儿受精神刺激后可发生癔病性惊厥。

### 引发的后果

惊厥的表现十分惊险吓人，处理得当一般没生命危险。就症状而言，反复发作可造成脑操作。脑炎、脑瘤之类关键在原发病治疗。

### 首要措施

#### 1. 保持安静

禁止一切不必要的刺激，如大声喊叫，抱起来摇晃等，将病儿放在床上或平坦的地方，防止硬物碰伤。

## 2. 防止患儿身体受伤

用纱布或毛巾包裹压舌板放在上、下磨牙之间，以防咬伤舌头。不要强行制止抽动。

## 3. 必须保持呼吸道通畅

应把头偏向一侧，防止呕吐物、分泌物吸入窒息。清除口腔内的分泌物，咽喉部的分泌物可口对口及出。

## 4. 高热者物理降温。

5. 用指甲掐人中（上唇与鼻之间有一条浅沟，此沟的中点称人中）、十宣（指尖）、合谷（拇指与食指骨分叉处），多数高热惊厥能止。

## 病情判断

惊厥几乎均为重症，特别是第一次发作，诊断未明确，必须及时就近去条件较好的医院诊治。

## 医生的治疗措施

就诊时惊厥仍在继续，医生尽速采取措施控制惊厥。

1. 肛注 10% 的水合氯醛或肌注鲁米那，或静脉注安定。
2. 如为热惊厥，医生会采取物理降温和药和降温。
3. 惊厥控制后，根据病情作各种检查。

## 家长的协助治疗

惊厥发作时，按上述“首要措施”的要求作好。

有高热惊厥病史患儿，家长严密观察体温，发热时及早采取措施。

## 八、婴幼儿哭闹

哭闹是婴幼儿对来自体内或体外的不良刺激引起不适的一种反应。大多数啼哭为非疾病因素引起，只有少数才是由疾病所致。由于婴幼儿缺乏语言表达能力，哭闹就是表达要求或痛的一种方式。

1. 哭声洪亮，音色清脆：多数与饥饿、口渴、尿布潮湿等有关，一旦得到满足，哭声立即停止。

2. 阵发性啼哭：哭声响亮且与某体位关系密切，或伴有不安，常表示身体局部有炎症存在，如严重的臀红、中耳炎、鹅口疮等。

3. 高亢的尖叫声：如伴有喷射性呕吐、四肢抽搐、眼白上翻，多表示颅内出血或水肿病变。

4. 哭声低沉、嘶哑、不连贯；多见于发热、肺炎、贫血等疾病的新生儿或低体重儿。

因此，除了音色洪亮的啼哭外，如出现其他异常的音调改变时，宜仔细观察或去医院检查。

疾病造成的哭闹以腹痛最常见，其次为脑部疾病。

引发的后果

啼哭是新生儿的本能反应，能起到扩张胸廓、增加肺活量的作用。哭声异常也反映着婴儿的某些情况，如哭个不停夜间不睡并伴有其他症状表明孩子已生病。

首要措施

1. 首先抱起孩子，给予安慰，吃奶、喂水，观察孩子是否生病。

2. 检查尿布是否尿湿或排便。

3. 注意有无尿布疹，衣服是否合适等。

### 病情判断

孩子哭闹不止，又有其他症状，如发烧、呕吐、腹泻、咳嗽、呼吸困难等应尽快看医生。

### 医生的治疗措施

医生首先了解哭闹的情况程度，有无其他症状，并给予检查、判断孩子哭闹是否因疾病引起。有病治疗，无病让家长很好照顾。

### 家长能作些什么

虽然婴幼儿哭闹在大多数情况下均非疾病所致，但亦可由疾病引起，日常的喂奶，尿布的更换，定时洗澡，按时更衣之外，必须仔细观察。对短期内持续啼哭或反复啼哭，不能用玩具或饮水、进食等方法止哭者，在未找到足以解释啼哭的原因之前，应重点观察以下内容。

1. 发热：哭闹伴发热提示哭闹可能为感染所致，如口腔炎、中耳炎等。

2. 呕吐：哭闹伴呕吐见于肠梗阻，颅内出血、脑膜炎等。

3. 便血：哭闹伴便血见于肛裂、肠套叠、出血性坏死肠炎、痢疾等。

4. 凶门饱满：哭闹伴凶门饱满者多见于颅内病变。

5. 腹胀：哭闹伴腹胀多为肠道梗阻、胃肠功能紊乱。

凡出现以上情况均需及时去医院查明原因，以便及时治

疗。

哭闹不止，怀疑有病，送医院检查。

## 九、呕吐

呕吐是一些疾病常见的症状。它是由于食管、胃或肠道逆蠕动，同时伴有腹肌强力痉挛性收缩，迫使胃内容物从口、鼻腔中剧烈地涌出。

常见原因及表现如下：

### 1. 中枢神经系统病变

任何中枢神经系统病变引起颅内压增高时均可出现呕吐，并多伴有明显头痛。常见有结核性脑膜炎、流行性脑膜炎、脑肿瘤等。呕吐物开始为胃内容物，随着病情的加重可呕吐黄色或绿色粪质样物。同时伴有腹痛，婴幼儿表现为规律性、陈发性的哭吵，腹部检查可摸到香蕉样条状物。尚可出现果酱样血便。

### 2. 嵌顿性疝气

表现为突然哭吵，频繁呕吐，与饮食无关。腹股沟或阴囊内可见椭圆样肿物，质硬，有触痛，不能自行回缩。皮肤可红肿。

### 3. 先天畸形

先天性肥厚性幽门狭窄是新生儿和小婴儿的常见疾病。呕吐是主要症状，最初仅是喂奶后回奶，接着为喷射性呕吐。几乎每次喂奶后都要呕吐。呕吐物为粘液或乳汁，不含胆汁。可伴有体重不增，继之下降，腹部触到橄榄形、光滑、质硬

的幽门肿块，钡餐检查可帮助明确诊断。

#### 4. 消化道疾病

急慢性胃炎：表现为突然呕吐，呕吐为胃内容物。同时伴有上腹部不舒服，追问病史，曾吃过不洁食物或不新鲜食物。

急性传染性肝炎：表现为进餐后呕吐，伴有恶心，同时可有低热、精神萎靡、皮肤或眼白发黄等。检查肝功能可异常。

#### 5. 急腹症

急性阑尾炎：患儿突然有腹痛，持续加重，数小时后右下腹压痛明显，同时伴有呕吐，但呕吐次数不多。若小婴儿阑尾炎，初起症状常见呕吐、腹痛，伴烦躁。由于婴儿不能诉说，腹痛常被忽略。

肠套叠或肠梗阻：患儿表现为突然呕吐，而且与进食无关。

#### 6. 胃肠道外其他脏器病变引起的反射性呕吐

如慢性咽炎、胆道疾病、肝炎等，可依各原发疾病而鉴别。

#### 7. 药物刺激

如水杨酸类、磺胺类、呋喃类、四环素族、吗啡类、氯化铵等，对部分病员可引起呕吐。

#### 8. 内耳眩晕症

由眩晕而出现呕吐。

引发的后果

无论何原因呕吐，剧烈频繁的呕吐，尤其是初生儿、婴

幼儿脱水、钾、钠等电南的丢失都十分严重。这种呕吐往往是某种严重病的一种表现，因此无病是原发病，还是呕吐所造成的后果都是十分严重的。时间较长的呕吐也必须引起高度重视。

### 首要措施

首先应该想办法止吐。最好用针剂，输液用药、针灸等非口服用药治疗。

较轻的患儿进流质食物，少食多餐。

寻找呕吐原因，如因饮食不当，予以纠正。

吐后给孩子清水漱口。

### 病情判断

下列情况需要就医。

1. 喷射性呕吐。
2. 呕吐伴发热、精神萎靡、嗜睡、惊厥等。
3. 呕吐伴阵发性腹痛、无排便、排气。
4. 呕吐伴脱水如尿少，口渴等
5. 生后喂奶或喂水均呕吐，有食管气管痿可能者。
6. 反复呕吐或间断呕吐 6 小时以上者。

### 医生的治疗措施

医生询问病情和检查后，首先分辨有病无病，原发病是什么，有无脱水和电解？紊乱。如钠、钾丢失。呕吐是常见症状，婴幼儿过食后呕吐，哭闹后呕吐多不需治疗。频繁呕吐，一般情况差，甚至呕吐伴有腹痛，不排便，不排气者，常常收入住院治疗。

### 家长的协助治疗

1. 呕吐患儿应侧卧或扒着，不要仰卧位，以免呕吐物吸入或造成肺炎或窒息。

## 2. 家长应重点观察哪些内容

(1) 呕吐与饮食的关系 新生儿食后立即呕吐奶汁或水，应考虑食管闭锁或狭窄。若患儿有不洁饮食或冷饮过多，食后 24 小时内呕吐，且伴有腹痛、腹泻等，为急性胃肠炎。

(2) 呕吐的性质：吐前无恶心及腹部不适，呕吐呈喷射性，且伴头痛，大多为颅内病变；如伴发热、精神差、嗜睡或惊厥，可能为中枢神经系统感染，如脑膜炎；如外伤后出现喷射性呕吐，可能有颅内出血、脑水肿、颅内压力增高。

(3) 呕吐物的性状：吐物含有胆汁或粪质且伴有腹痛、腹胀，停止排便、排气，表示十二指肠以下有梗阻；吐出物有较多血液时，应考虑消化道溃疡等。

(4) 腹痛：应注意腹痛的部位及腹痛与呕吐的关系。若开始为上腹部，以后转移到右下腹，伴发热，可能为阑尾炎。腹膜炎为持续性全腹痛，胆道蛔虫为右肋下钻顶样痛，肠寄生虫为脐周痛。

(5) 血便：痢疾患儿为脓血便，伴腹痛及里急后重。肠套叠多见于 1 岁内的幼儿，大便果酱样或鲜红，伴阵发性哭闹不安。

(6) 注意患儿有无情绪紧张，精神创伤，过度疲劳等，若有上述情况多为精神性呕吐，多见于年长儿，一年无其他不适。

## 第三章 口腔疾病

### 一、流涎（流口水）

流涎（即人们常说的流口水），常见于婴幼儿时期，原因很多，有生理性与病理性两类因素。

生理性流涎：幼儿至3~4个月时，唾液分泌开始增多，5~6个月后显著增加，当幼儿出牙时刺激三叉神经亦使唾液分泌过多，而幼儿口腔浅，又不会及时吞咽过多的唾液，故常发生流涎，属正常生理现象，不应视为病态。随着幼儿年龄增长，口腔深度增加，婴儿能吞咽过多的唾液，流涎自然消失。

病理性流涎：当口腔粘膜症以及面神经麻痹、延髓麻痹、脑炎后遗症等神经系统疾病时，造成唾液分泌过多或吞咽障碍所致的流涎为病理现象，病理性流涎时应及时就医，积极治疗原发病。

#### 症状

经常有口水自口角流水，擦干后又流出。由于口水经常浸泡颈部、下颌、甚至颈部，可使局部皮肤发红，甚至糜烂。

### 引发的后果

流涎无严重后果。由其他疾病引起的流涎与原发疾病有关。

### 首要措施

首先区别生理性流涎和病理性流涎，病理性流涎需要治疗。

### 病情判断

病理性流涎需要就医，治疗原发病。

### 医生的治疗措施

医生主要对病理性流涎的原发病作出诊断，如泡疹性口腔炎、鹅口腔、泡疹性咽峡炎、急性扁桃体周围脓肿，以及神经系统疾病，并予以治疗。

### 家长的协助治疗

1. 注意幼儿营养。
2. 重视口腔卫生，婴儿常喂温开水以代替清洁口腔，但切勿用毛巾擦抹。
3. 保持食具清洁。
4. 勤给小孩换衣服。
5. 对病理性口腔炎做好护理及家庭治疗。

(1) 口腔炎粘膜红肿、流涎、有难闻的气味，所以清洁口腔很重要，可用棉签蘸生理盐水，或 4% 硼砂水，或 3% 过氧化氢或冷开水洗口腔，一日 4 次，动作要轻，最好于饭后一小时左右，不要刚吃过饭就去洗，以免引起呕吐，增加患儿痛苦，使他对下次洗口腔产生恐惧的心理。

(2) 局部可以涂 1% 龙胆紫，因为龙胆紫有杀菌作用。

但在没有肯定是何种口腔炎之前，最好暂勿涂，因涂过龙胆紫后，医师就不容易鉴别了。

(3) 幼儿因口腔疼痛，常致拒食，一般采用冷的或温的流质较易耐受。注意颜色和香味味的调配，以引起幼儿食欲，同时更需要注意到营养价值。必须时每次食前粘膜上可以涂以 1% 的奴佛卡因。哺乳儿可将乳汁挤出后用滴管或勺喂哺。

(4) 多饮开水以冲淡毒素。并供给身体足够水分，同时也能达到清洁口腔。

(5) 在料理口腔的前后，工作人员要洗手，既避免外界细菌的继续侵入，又能避免交互感染。

(6) 局部用粉剂涂时可用小棉签，先以冷开水或温开水湿透后再去蘸药粉，然后看准部位涂于患处，涂时速度要快，以免引起恶心或呕吐。

(7) 根据医生意见，口腔炎继发细菌感染，按时服用抗菌素。

## 二、龋齿

龋齿俗称“虫牙”，是最常见的一种牙体硬组织疾病，世界卫生组织已将其列为危险人类健康的三大疾病之一。龋病是由以细菌为主的多因素复合作用而致，呈一种慢性、进行性破坏过程，一般不经治疗不会停止发展。

浅龋顾名思义其龋损程度较浅，一般仅达牙釉质层，但牙颈部浅龋多已损及牙骨质和（或）牙本质。

中龋是指龋损程度已达牙本质浅层，牙体出现肉眼可见

的龋洞。当龋病进展到牙本质深层时则为深龋，所形成的龋洞接近于牙髓组织。

### 症状

#### 1. 浅龋：

(1) 患者多无自觉症状，亦无激发性疼痛，即受到外界物理和化学刺激，如冷热酸甜等无明显反应。

(2) 牙面有黑褐色或白垩色斑点。

(3) 牙体无明显缺损。

(4) 探及牙表面质地粗糙、变软。

#### 2. 中龋、深龋：

(1) 患者遇冷热刺激有明显的激发痛，当刺激去除后症状立即消失，无延续痛。

(2) 食物嵌入洞内出现疼痛。

(3) 牙体出现中等深或很深的龋洞。

(4) 探痛明显，但洞底整。对冷最敏感。

### 引发的后果

牙疼虽然说不是特别严重的疾病，但牙疼起来使人难以忍受，更不能吃东西，时间长了，人会消瘦、营养不良或造成根尖周围炎，影响恒牙的萌出，最后造成缺齿，并造成身体虚弱、心情烦躁。

### 首要措施

疼痛的牙如果是龄齿，家长可以给服止痛片。

### 病情判断

孩子有龋齿，应去医院检查治疗，不要等孩子病情严重时再治。

### 医生的治疗措施

1. 医生检查牙齿受损程度，对浅龋填充材料修补。
2. 对中龋或深龋需要洞底加护髓剂后再修补。
3. 如果去除龋坏的组织后，牙髓已暴露出来，医生要先治疗牙髓。
4. 医生会指导预防龋齿方法。

### 家长的协助治疗

1. 家长要注意孩子的口腔卫生，饭前饭后要漱口，早、晚漱口刷牙，一般3岁就开始刷牙。
2. 选择好牙刷，单独使用。开始学习阶段，家长每天帮助刷一次。
3. 注意正确的刷牙方法，上牙从上往下刷，下牙从下往上刷，里外都要刷，牙缝不留食物残渣。
4. 注意饮食、多吃维生素，睡觉前禁止吃东西。

## 三、口腔溃疡

口腔溃疡俗称“口疮”。病因不十分清楚，认为与维生素缺乏、精神紧张、失眠、消化不良、变态反应有关。

### 症状

病初患儿烦躁不安，体温上升，啼哭、拒食、口涎增多。检查可见口内粘膜广泛充血、水肿，并出现多数成簇的、针头大小的疱疹于唇颊、舌腭等部位、小疱很快破溃而相互融合成边界不规则的大片表浅溃疡。发病2~3天后体温逐渐下降，1~2周自愈。

局部疼痛明显，喂奶或进食时加重，影响进食。

### 引发的后果

口腔溃疡虽不是特别重的急症，虽吃奶或吃饭时很疼，时常影响进食。

### 首要措施

1. 如果孩子不很好哺乳或吃饭时，要认真看一下有否口腔溃疡。

2. 找一下溃疡的其他原因，如牙齿问题、橡皮奶头是否太硬等。

3. 用 1% 龙胆紫涂在溃疡面上。

### 病情判断

如果孩子有口腔溃疡、家庭治疗无效，应去医院诊治。

### 医生的治疗措施

医生会给想一切措施，给孩子解除痛苦。

1. 口服大剂量维生素 C 及多种维生素，给予富于营养的流汁饮食。

2. 局部涂用前硼散、锡类散，龙胆紫、西瓜霜喷剂等。

3. 如因牙齿引起，先治疗牙病。

### 家长的协助治疗

1. 患了溃疡时，要给孩子吃流食，用吸管饮水，减少疼痛。

2. 别给孩子吃刺激味的东西。如：酸辣、热、咸等食物吃。这些食物会加重孩子的疼痛。

3. 防止孩子咬嘴唇的习惯，会使口腔粘膜受伤，便会形成溃疡。

4. 多给孩子吃蔬菜、水果、瘦肉、肝、鱼、豆类等食物，防止缺维生素，引起口腔溃疡。

5. 注意口腔卫生，按时刷牙、漱口，养成良好的卫生习惯。

## 四、鹅口疮（雪口病）

真菌与细菌正常时彼此平衡地生活于口腔和咽喉内。当白色念珠菌（真菌）过分生长时，就发生鹅口疮。有鹅口疮的孩子，白斑可覆盖部分或整个舌部和口腔及咽喉内部。

鹅口疮更多发生于婴儿。婴儿与大点的儿童和成人相比，其免疫系统与酵母菌过分生长相斗争的能力要低些。服用抗生素的儿童有免疫系统问题的儿童和有糖尿病的人，都较易患鹅口疮。

### 症状

口腔或咽喉疼痛，在口腔、咽喉或舌侧部的白斑。擦去白色斑膜可见下方不出血的红色创面。

### 引发的后果

鹅口疮不是很严重的疾病。如果全口腔粘膜都被白色斑盖住或白色斑膜蔓延到咽喉和肺，病情严重。

### 首要措施

1. 注意口腔卫生，预防口腔感染。

2. 漱口：用 2% 碳酸氢钠溶液、2% 硼酸溶液、0.02% 洗必泰漱口。制霉菌片 5~10 万单位或克霉唑片 10mg 口含，每日 10 次。外擦 1%~2% 龙胆紫液。

### 病情判断

如果孩子吃奶还哭闹，又考虑孩子患鹅口疮，应该找医生诊治。

### 医生的治疗措施

1. 如感染反复发作，必须进一步检验以找出治疗无效的原因。可能做血液检验、真菌培养以及其他检验。

### 2. 治疗：

(1) 局部用 2% 碳酸氢钠溶液清洗口腔或含漱，亦可用制霉菌素混悬液清洗口腔，再以龙胆紫或亚甲蓝涂布病变局部。

(2) 可选用清心脾湿热的中药。方药：鲜生地、木通、淡竹叶、黄芩、生山栀、二花、车前子。

(3) 严重病例可口服制霉菌素。

### 家长的协助治疗

1. 不乱用抗菌素，以防口腔菌群失衡，真菌感染。
2. 注意口腔卫生，哺乳器及奶头应经常清洗消毒。
3. 加强营养，特别注意适量加维生素 B2 和维生素 C。

## 五、口唇疱疹

口唇疱疹是一种单纯疱疹病毒引起的口腔粘膜感染疾病。它具体表现为鼻孔和嘴唇周围或口腔粘膜的小水疱。

冬春两季多发，与呼吸道、消化道和皮肤粘膜直接感染有关，学龄前儿童多见，年龄越小，全身症状越严重。本病多在发烧后出现。

## 症状

这种疱疹大多都出现在鼻孔和嘴唇周围，也可发生在口腔。先是出现散在的红色斑疹，很快在斑疹上形成散在或成丛的小水泡，周围有红边。开始发痒，继而有痛感。

水疱破裂后形成浅溃疡，很快结成结痂，数日自愈。全身症状轻重不一，疱疹周围淋巴结可肿大。

## 引发的后果

本病无严重后果。在眼部出疹时，会引起角膜溃疡而影响视力。

## 首要措施

要保持鼻孔和嘴唇周围的卫生，不能随使用脏手去摸和用舌头舔。

## 病情判断

如果疱疹出现在眼部时，会影响视力，应立即找医生诊断治疗。

## 医生的治疗措施

1. 本病无特效药。医生给开一些外用药涂在疱疹处。
2. 如果疱疹外有可能细菌感染，会给开抗生素软膏涂在患处。
3. 因发热引起的疱疹，治疗发热的原发病和对症治疗。

## 家长的协助治疗

1. 大人不要和孩子亲吻，孩子吃过的东西别人不许吃。避免相互传染。
2. 不要在阳光下晒。在孩子的嘴唇和鼻子周围擦抹凡士林。

## 第四章 皮肤疾病

### 一、痱子

痱子是由汗孔阻塞引起的皮肤急性疾病。在炎热季节或高温环境中，出汗多，由于外界温度高、湿度大，汗液不能及时蒸发，汗孔周围组织在汗液浸泡下肿胀，致使汗也阻塞，汗能排出，汗管破裂。这时汗管附近会出现水泡或丘疹，这就是痱子。多见于肥胖儿童。

痱子多发生在面部、颈部、躯干、大腿内侧、肘窝等处。白痱子常见于新生儿或儿童突然因暴晒而出大汗后；红痱子常伴有小丘疹、疱疹；脓痱子呈粟粒状脓疱，破后发和成为脓肿（痱毒）。由于痱子痒而痛，所以孩子常常因此而哭叫不安并且搔抓，一旦继发感染并形成脓肿，则疼痛加重，还可有发热、精神不振等全身症状出现，应该积极处理。

#### 引发的后果

痱子虽然很常见，但常使幼儿因不适、痒、痛而烦躁不安。痱子若进一步继发局部细菌感染，有脓疱病等。

极个别的，可造成脓毒血症或败血症。

#### 首要措施

常给病儿洗澡，勤换衣服，保持皮肤干燥。洗澡用的水，最好是温水。洗澡时不用肥皂，以减少刺激，如有需要用时，可选用碱性小的香皂。洗澡过程中要避免用力擦有痒子的部位，防止擦破形成糜烂。洗完后用毛巾轻轻擦干，再搽些爽身粉或痒子粉，以减轻刺痒，衣服最好轻薄、柔软、肥大，以棉布做成的为宜，可减少对皮肤的磨擦。

### 病情判断

痒子易出现在出汗多的额头、脖子、胸背等处，有刺痒感，常影响幼儿情绪及睡眠。有经验的家长家庭治疗，不必看医生。

### 医生的治疗措施

医生接诊后，主要确定痒子轻重，有无继发细菌感染，并指导治疗。如有继发感染，给开消炎药口服。

### 家长的协助治疗

要教育病儿，不要在火热的阳光下玩耍，并勤给病儿擦干汗水，以防淹着皮肤而加重刺痒。擦拭用的毛巾要保持清洁，常用热碱水煮烫消毒，洗去污垢。不可用脏手或不洁的布、巾给孩子擦拭，以防皮肤感染。对1岁以内的婴儿，家长不要整天抱着或背着，可以在凉爽通风的地方铺一领席子，让他自己爬着玩，或者放在小车里玩。如果是睡在小床上，要勤给幼儿翻身。

饮食方面，可多喝点清凉饮料，如绿豆汤、绿豆稀饭、小豆粥等，多吃青菜和瓜果，这样既可消暑解暑，又可补充水分及维生素，增加凉爽感，以减轻刺痒等症状。

向患痒子部位扑痒子粉。痒子粉以滑石粉、氧化锌为主

或加适量清凉止痒剂。

轻的痱子可用 35~70%酒精轻轻涂擦，油膏可以防碍汗液蒸发，不能应用；重的痱毒（脓肿）应该用抗生素控制感染，以防发展成败血症。

## 二、异位性皮炎

异位性皮炎又称遗传过敏性皮炎或特应性皮炎，是具有遗传史，可伴发哮喘和过敏性鼻炎的慢性、复发性、瘙痒性、炎症性皮肤病。

### 症状

1. 患者及其家族中常有哮喘、过敏性鼻炎、荨麻疹等病史。

2. 本病在不同的年龄组表现不同，分为三个时期。

（1）婴儿期。发病常在出生后 1~3 个月，以面部为主，有时头皮、四肢和躯干亦可累及。皮损为丘疹、丘疱疹、水疱、脓疱、糜烂、渗出、结痂。病情时轻时重，瘙痒显著。病程数月 到 2 年。

（2）儿童期。可从婴儿期发展而来，皮损分两类。

痒疹型：损害为黄豆大小棕褐色或皮肤色丘疹，疏散分布于四肢伸侧，表面干燥、粗糙，伴发淋巴结肿大。大多数青春发育期可自愈。

湿疹型：好发于肘窝、腋窝或小腿伸侧，为局限性、对称性、浸润肥厚斑片，有时呈苔藓样变。表面覆灰白色鳞屑。也可糜烂、渗液呈湿诊样变。

### 引发的后果

大多数患儿 2 岁时皮疹渐愈，不再复发。极少复发，本病有到成年人时仍没治愈者。本病易并发病毒及细菌感染。

### 首要措施

1. 保持皮肤清洁，应少用碱性溶液清洁皮肤，以减少对皮肤的刺激性。
2. 保持室内空气湿润，平时洗澡时可加用浴油、润肤品等。
3. 孩子皮肤较敏感，怕接触毛线类，应避免穿着头号毛内衣。
4. 避免接触单纯疱疹病人。

### 病情判断

轻微的异位性皮炎，可在幼儿的患处涂润肤膏加以控制。但若病情无好转迹象，则需去医院由医生给予药物控制病情。

### 医生的治疗措施

医生会根据病情给予患儿对症治疗。

1. 抗组胺类药物：如氯苯那敏（扑尔敏）、赛庚啶、苯海拉明、仙特敏等，选择其中 1 种或 2 种药物口服。对小较为安全的药物为 0.2% 苯海拉明糖浆或氯苯那敏（扑尔敏）。
2. 胸腺素制剂：如胸腺肽、胸腺因子 D 对儿童患者疗效较好。
3. 皮质类固醇激素：仅用于急性、皮损广泛者。
4. 脱敏疗法：患者如对尘螨过敏，可用相应过敏原的浸出液做脱敏治疗。
5. 局部治疗

(1) 急性、亚急性皮损、渗出、糜烂时用 3% 硼酸液显敷，渗出液时，用氧化锌糊剂及皮质类固醇激素霜剂外用。

(2) 慢性期皮损，选用氧化锌、皮质类固醇激素和焦油类制剂外用，如氧化锌软膏、氢化可的松软膏、肤乐乳膏、地塞米松软膏等。

#### 家长的协助治疗

1. 家长能注意保护患儿的皮肤，不要过度洗烫，避免肥皂刺激及过度搔抓。

2. 家长除重视药物治疗外，同时注意观察食物反应，避免食用过敏性食物。

3. 在活动性损害时，家长应避免患儿接触单纯疱疹患者，防止感冒。

4. 注意发现加剧病情的环境因素，家长应尽量避免患儿接触。

5. 保持患儿愉快的心情，避免情绪紧张和过度劳累。

### 三、肠病性肢端皮炎

肠病性肢端皮炎是一种少见的婴幼儿遗传性疾病，其特征是于口腔周围和四肢末端有特殊皮损、脱毛、慢性腹泻、营养不良和生长迟滞等。本病血锌水平低，补锌治疗后可迅速和完全缓解。

#### 症状

1. 发病年龄最早于生后 3 周，最迟 10 岁。平均发病年龄在生后 9 个月。

2. 以皮损、脱毛、腹泻三大症状为特征，可相继出现或同时发生。表现为口腔周围及四肢末端的小片状红斑，其上有小水疱或脓疱，继以糜烂、结痂或脱屑，酷似银屑病。头发、眉毛、睫毛可部分或全部脱落，或表现毛发稀少，色泽暗黄而细软。腹泻和皮损严重程度往往平行，并可伴胃纳差、腹胀等其他消化道症状。

### 引发的后果

1. 常伴有口腔炎、口角炎、结合膜炎、睑缘炎、角膜混浊。手足部皮损可引起甲沟炎、甲板增厚或萎缩，甚至脱落。

2. 外生殖器及臀部常继发念珠菌感染。

3. 病情呈间歇性或进行性加剧，轻重不一。轻者到青春期症状可以自行减轻或消退，重者反复发作或因营养不良或继发感染而死亡。

4. 血清锌水平降低。

### 首要措施

注意皮肤的清洁卫生，预防感染。

### 病情判断

患儿出现皮损、脱毛、腹泻等症状，应立即就医治疗。防止和控制继发性细菌或真菌感染。

### 医生的治疗措施

1. 4 个月以上儿童医生会给患儿使用硫酸锌，每日 50mg，每日 3 次，4 个月以下减半。

2. 二碘羟基喹啉，幼儿每次每千克体重 10mg~15mg，每日 3 次。

### 家长的协助治疗

1. 家长在治疗过程中需定期测定血清锌值，以了解锌补充疗法的效果。当患者在迅速生长或感染发热时，则锌的需要量相应地增加。个别严重者，为预防复发，需长期治疗。

2. 家长要多给孩子吃贝壳类食物，因含丰富的锌。

## 四、血管瘤

血管瘤是一种由皮肤毛细血管增生、扩张所形成的良性肿瘤。属先天性疾病，多在出生时即有，或在生后不久发生，少数在儿童或成人时期开始发病。发病原因不明。

症状

血管瘤分三型：

### 1. 鲜红斑痣

(1) 皮损为一片或数片大小不等的紫红色斑片，不高出皮肤表面，指压褪色，表面光滑，边缘清楚。

(2) 多发生于枕部、鼻梁部、前额、眉间或四肢一侧，可累及口腔粘膜。

(3) 出生时或出生后即发生，随年龄而扩大，但成年期可停止生长，无自觉症状。发生于枕部、额中央鼻梁部可在2岁前自行消退。

### 2. 单纯性血管瘤（草莓状血管瘤）

(1) 单个或数个高出皮肤表面的鲜红色柔软而分叶的肿瘤，压之不易褪色。

(2) 同可发生于任何部位，但以头面部最常见。

(3) 一般在生后数周内出现，生的数月内生长较快，1

岁以内到最大限度，无自觉症状。75%的皮损可在7岁内自行消退。

### 3. 海绵状血管瘤

(1)呈暗红或青紫色隆起性皮下肿块，质软，易于压缩，形态不规则，大小不等。

(2)好发于头、面及四肢，并可累及骨骼、肌肉、肝脏等器官。

(3)多在生后不久出现，无症状。瘤体扩大到一定程度可停止发展，有的可自然消退。

### 4. 混合型

由两种类型血管瘤混合而成，但常以一型为主。

#### 引发的后果

多数血管瘤可自行消退。大的血管瘤应避免造成破裂出血。

#### 首要措施

首先应确诊血管瘤的类型，以便采取相应的治疗措施。

#### 病情判断

单纯性血管瘤多数有自行消退的倾向，可暂不治疗，7岁后仍不消退，再予治疗，海绵状血管则应积极治疗。

#### 医生的治疗措施

1. 鲜红斑痣，医生会采用同位素磷或锶贴于患处，也可用氩离子激光治疗。

2. 单纯性血管瘤，可采用液氮冷冻，激光治疗及同位素敷贴。

3. 海绵状血管瘤，局限的肿瘤可采用手术切除，可用硬

化剂局部注射。(已很少使用,因会造成明显疤痕)也可采用冷冻及放射同位素治疗。

#### 家长的协助治疗

1.鲜红斑痣无满意疗法,家长可给患儿用掩盖性化妆品遮盖。

2.单纯性血管瘤可暂不治疗,但应追踪观察,发现情况,及时治疗。

## 五、脓疱疮

脓疱疮是一种常见的化脓性皮肤病,俗称黄水疮。其特征为发生丘疹、水疱或脓疱,易破溃而结成脓痂。为接触传染、蔓延迅速,可在儿童中流行。

#### 症状

脓疱疮临床上分五型。

#### 1. 寻常型脓疱疮

(1)多发生于学龄及学龄前期儿童。

(2)好发于面衣四肢暴露部位,尤其是口周、鼻周、耳廓或手部。

(3)皮损为透明小水泡,几天变成脓疱,易破溃,周围绕以红晕。脓疱破后露出红色糜烂面,脓液干燥后形成蜡黄色痂。

(4)重者有发热、淋巴结炎。2%继发急性肾炎。

(5)病程1周,也可持续数周、数月。病程长者,多因搔抓或接触,向身体其他部位蔓延。

## 2. 大疱性脓疱疮

(1) 常继发于痱子、虫咬皮炎、接触性皮炎等瘙痒性皮肤病。

(2) 脓疱呈蚕豆大，紧张丰满，数日后松弛，脓液沉积于疱底，呈半月型坠积状，破溃后呈烫伤术糜烂面，数日结痂而愈。

## 3. 新生儿脓疱疮（新生儿天疱疮）

(1) 好发于 4~10 天营养不良的新生儿。

(2) 脓疱较大，疱壁薄易破。

(3) 好发于面、四肢，重者泛发全身。

(4) 全身症状重，发热，可致败血症、肺炎、脑膜炎。

## 4. 深脓疱疮

(1) 好发于营养不良的老人和儿童，由 B 链球菌引起。外伤或虫咬常为诱发因素。

(2) 多发生于小腿、臀部。

(3) 损害初起为炎性水疱，迅速转为脓疱，向外周及深处发展，干燥后形成棕褐色厚痂。

渗出物多时，可形成痂壳样厚痂，痂下为溃疡，损害大小如杨梅大小，数目不等。

(4) 2~4 周后，肉芽组织增生，形成轻微瘢痕和色素沉着。

(5) 可自体接种，伴有淋巴管炎及淋巴结炎。

## 5. 金葡萄性烫伤样皮肤综合症（新生儿剥脱性皮炎）

(1) 多见 1~5 周婴儿。

(2) 起病突然，先在头面部发生红斑，迅速蔓延全身。

红斑上出现松弛性大。脓疱皮后形成烫伤样糜烂面。

(3) 发热，可致败血症、肺炎、脑膜炎。

(4) 病程 7~14 天。

### 引发的后果

受脓疱疮影响的多为面部、四肢等暴露于空气中的皮肤。受感染后皮肤上的斑疹来得颇突然。初呈红斑状，后变为水泡，疹表面有黄色脓痂。由于脓疱有时有瘙痒感，小朋友可能会用手去抓，使脓疱穿破，并感染到其他部分。

严重者可伴有发热，病程较长，有的可致败血症、肺炎、脑膜炎等并发症。

### 首要措施

1. 家长应保持患儿皮肤清洁干燥，保持环境的卫生，应隔离患儿，以免传染给健康儿童。

2. 家长要小心护理患儿，不用手抓脓疱，以防止感染。

### 病情判断

若患儿得了脓疱疮，应早期发现及早就医，以免延误病情，防止不良后果的产生。

### 医生的治疗措施

1. 医生会根据病情合理使用抗菌药物治疗，常用青霉素、青霉素、头孢氨苄等抗生素。对青霉素过敏者，可给红霉素、林可霉素。对新生儿脓疱疹、金葡萄性烫伤样皮肤综合症，应根据药试验采用高敏感的抗生素。

2. 支持疗法：给患儿输血或血浆，注射丙种球蛋白。

3. 局部治疗：0.1% 雷夫奴尔液或 3% 硼酸液湿敷。对大疮或脓痂，应吸干脓液，再湿敷。红霉素软膏、百多邦、环

丙沙星软膏外用，深脓疮疮可先除去痂皮，再敷抗生素软膏。

### 家长的协助治疗

1. 家长要为孩子勤洗澡、换衣、剪指甲，注意清洁、保护创面，避免因搔抓或摩擦将细菌扩散到他处。

2. 患儿的衣服、玩具、卧具应进行消毒，应隔离患儿，以免传染健康儿童。

3. 及时治疗痱子、湿疹、接触性皮炎等瘙痒性皮肤病。

## 六、药疹

药疹亦称药物性皮炎，它是药物经各种途径进入人体而引起的皮肤粘膜炎症反应。药物进入人体途径包括口服、注射、灌注、点眼、滴鼻、漱口、含化、喷雾、吸入、外用、阴道及膀胱冲洗等。近年来，由于医药工业迅速发展，新药不断产生，从国外进口的新药不断增加，致敏药物的种类亦逐渐增多。我们用药的机会也增多，发生药疹的人也逐年增加。

### 症状

1. 发疹前有用药史，多在治疗中急骤发病。

2. 有一定的潜伏期，首次用药的潜伏期 5 天到 20 天左右，再次用药在数分钟至 24 小时内发病。

3. 皮疹类型多样，猩红热样、麻疹样皮疹多见。除固定型药疹外，药疹具有发病突然，皮疹对称，泛发，颜色鲜艳，自觉瘙痒的特点。

4. 除自觉瘙痒外，可伴发热、头痛、恶心、乏力等全身

症状。

引发的后果

1. 重症时常伴口腔粘膜损害，且可有肝、肾、心脏、关节及造血系统损害。

2. 病程多急性，停用致敏药物后，轻症者约 1 周~3 周自愈。再用该药或结构类似药可再发病。

3. 停药并用脱敏药后皮疹逐渐消退。

首要措施

立即停用致敏或可疑致敏的药物。多饮水或输液，促进药物排泄。

病情判断

用药时出现皮肤瘙痒、皮疹、及早去医院就医诊治。

医生的治疗措施

1. 轻症药疹：医生会根据病情给予抗组胺药物 1~2 种口服。

2. 给予非特异性脱敏药物，1% 葡萄糖酸钙静脉注射，每日 1 次。维生素 C，分次口服。

3. 泼尼松，分次口服。

4. 重型药疹医生会给患儿尽早足量应用皮质类固醇激素静脉滴注。

5. 抗组胺药、钙剂、维生素 C。

6. 加强支持疗法，注意水和电解质平衡，根据病人具体情况补液和补钾。重症病人由于高热及广泛皮疹致血浆蛋白降低，可静脉输入白蛋白或新鲜血液。

7. 局部治疗皮疹无渗出时，可选用粉剂或炉甘石洗剂。

8. 小面积糜烂渗出可用 3% 硼酸液湿敷，对重型多型红斑、大疱表皮松懈型药疹，应严格隔离消毒，皮损干燥暴露，糜烂面清洁后用单层浸有 0.05% 黄连素液纱布或 0.2% 庆大霉素生理盐水纱布贴敷，有大疱时先用无菌注射器抽吸疱液。

9. 皮质类固醇激素霜剂如恩肤霜或肤乐乳膏外用。

10. 加强眼、鼻、口腔、肛门及外生殖器粘膜清洁护理。

家长的协助治疗

1. 家长不要给患儿滥用药物，必须在医生的指导下用药，尽可能减少用药品种。不滥用维生素及营养品，特别是感冒药，解热止痛及中药与西药的复合制剂。

2. 患儿家长应牢记已过敏药物，避免再用同类和结构类似的药物。每次就诊时均应向医生讲清哪种药物过敏。

## 七、疥疮

疥疮是由疥螨寄生于人体表皮内所致的慢性传染病。通过密切接触而传染，易在家庭与集体中流行。

症状

1. 皮损好发于皮肤薄嫩、潮湿处，如指缝、腕部屈侧、肘窝、下腹及股内侧。

2. 皮损呈丘疹、水疱、结节。丘疹米粒大小，淡红色。水疱多见于指缝、腕部，呈米粒大小。皮肤损伤有隧道，隧道为疥疮的基本损害，长约 5~15mm，弯曲，淡灰色或正常肤色。结节多发生于阴囊、阴唇，豌豆大小，呈半球形，淡红色。

3. 剧烈瘙痒，尤以夜间为重，因疥虫多在夜间活动。

4. 由于搔痒可出现湿疹样变或继发感染而产生脓疱疮、毛囊炎、疖、淋巴结炎。

5. 3岁以下婴幼儿疥疮，损害以丘疱疹为主，常表现为湿疹样变或脓皮病。

6. 在隧道末端的水疱可找到疥螨或虫卵。

### 引发的后果

疥疮是由疥虫引起，患者会感到除面部及头部外，全身瘙痒，最痒的地方包括指缝、手腕、肝脐附近、腋下及下阻等，可继发感染产生脓疱疮、毛囊炎、疖、淋巴结炎。

### 首要措施

1. 疥疮是由接触传染的，故家长要做好患儿的隔离工作，以免相互感染。

2. 患儿穿过的衣服、被褥等须消毒或阳光下曝晒。

### 病情判断

若患儿感到皮肤瘙痒，出现丘疹、水泡、结节等，就应及时就医治疗。

### 医生的治疗措施

1. 选用5%~10%磺黄软膏、25%苯甲酸苄酯乳膏、优力肤霜中的一种，每晚自颈部以下遍搽全身，3日为一疗程。

2. 1%疥灵霜全身搽药一次。儿童、孕妇慎用。

3. 40%硫化硫酸钠溶液搽后，立即用2%盐酸涂布全身，每日1~2次，连续治疗3天~4天。

4. 结节性疥疮外用皮质类固醇激素软膏或局部封闭。

### 家长的协助治疗

1. 患儿未治愈前应避免和别人身体密切接触,以免传染给他人。

2. 治疗疥疮最好连续治疗两个疗程,因药物对虫卵的灭效较低,一般治疗第一疗程后7天,再进行第二疗程。

3. 首次感染疥疮后,须经4周以上才会出现症状,故对任何疥疮的家族成员,应同时进行抗疥治疗。

4. 家长禁止给患儿使用皮质类固醇激素外用制剂,以免加重病情、掩盖症状。

## 第五章 营养性疾病

### 一、营养不良

营养不良是一种慢性营养缺乏症，多见于3岁以下的婴幼儿。主要由于摄食不足、消化吸收不良或消耗过甚，使身体得不到足够的营养补充，迫使消耗自身的组织，造成消瘦状态。本病与喂养不当、生活环境不良及某些疾病的影响有密切关系，尤其是患慢性腹泻、慢性痢疾、迁延不愈的肺炎、结核病以及先天性消化道畸形等更易引起本病。长期营养不良可使发育停滞，身体诸多系统功能紊乱，抵抗力下降，易合并其他疾病。

#### 症状

营养不良的最初表现为体重不增或减轻，皮下脂肪减少，逐渐出现消瘦，体格生长速度减慢，直到停顿。长期营养不良也影响身体增长。全身各部位的皮下脂肪消减按一定顺序发生，最先是腹部，以后是躯干、臀部，四肢相继减少，最后是面部。故不脱衣服不易看出幼儿消瘦程度。随着营养不良程度的增加，除心目表现外逐渐出现全身症状及代谢紊乱。如重度营养不良幼儿除表现为皮包骨样极度消瘦外，尚有体

温低，智力低下，体力差，消化吸收功能低下，常发生呕吐，腹泻而加重营养不良。甚至引起胸腔及腹腔积液。头发干枯细、脆、颜色黄灰、易折断，指甲也变薄、易断。循环不良，心率慢，四肢凉。营养不良按程度不同一般分为三度：轻度、中度及重度，其临床表现见下表。

不同程度营养不良的临床特点

表现	营养不良程度		
	轻度	中度	重度
体重低于正常均值	10% ~ 25%	25% ~ 40%	40%
腹部皮褶厚度	0.8 ~ 0.4 厘米	0.4 厘米以下	消失
身高	尚正常	低于正常	明显低于正常
消瘦	不明显	明显	呈皮包骨样
皮肤	尚正常	稍苍白、松弛	明显苍白、干皱
肌张力	基本正常	弹性差、松弛	肌肉萎缩、肌张力低下
精神状态	稍不活泼	较萎靡、多哭闹	呆滞、反应差、抑制与烦躁交替

### 引发的后果

常影响生长发育。抵抗力低下，容易继发各种感染疾病。

### 首要措施

首先要区别消瘦是生理性的还是病理性的。如有的孩子

体型、体质像其父母，食量小，身材瘦小；也有的孩子生长发育快，活动量大，热量消耗多，使身材较瘦，这都属于正常生理现象，因为尽管孩子较瘦，但食欲好，活泼愉快，无疾病表现。病理性消瘦往往呈进行性加重，常伴有某种疾病的症状。若伴有低热、乏力、盗汗、食欲减退等。

### 病情判断

发现病理性消瘦及伴有症状，特别是出现自发性低血糖表现应该去医院看病。

### 医生的治疗措施

1. 医生会测身高、体重、皮下脂肪厚度。询问喂养及饮食情况，判断有无营养不良及程度。检查是否有引起营养不良疾病。

2. 指导合理的饮食及家庭护理。

3. 给予助消化药及治疗引起营养不良的疾病。

4. 下列情况住院治疗。

(1) 重度营养不良。

(2) 有合并症的营养不良。

(3) 6个月以内的中度营养不良。

(4) 院外治疗1个月以上病情无改善者。

### 家长的协助治疗

要让患儿生活在舒适、清洁、空气新鲜、阳光充足、温度适宜的环境中。避免受凉，注意饮食卫生，培养孩子不挑食、不吃零食的好习惯。保持口腔清洁，预防口腔疾病。

仔细寻找发病原因，尽量母乳喂养。若因喂养不当造成，应在医生指导下改变喂养方法；若由肺炎、腹泻或先天性消

化道畸形造成，应积极治疗原发病，同时加强营养，提高患儿抵抗力。

要合理安排饮食，可根据患儿病情及其饮食习惯进行调剂，不能只给孩子吃淀粉类食物。

尽可能增进饮食。注意不可急于求成，命名患儿的消化能力慢慢适应，逐渐达到高热量、高蛋白及高维生素饮食标准。如果患儿体重达到稳步增长，就不必过快增加饮食，以免引起消化不良。

婴儿患轻度营养不良时，若母乳不足，首选牛（羊）乳。也可用代乳粉、豆浆代替。

根据婴儿消化情况逐渐加量。在农村也可用 1/3 炒黄豆粉加 2/3 小米粉，再加适量白糖后蒸熟，调成糊浆喂食。可添加菜汁、果汁、蛋黄、蔬菜等辅助食品，供给充足水分。

中度或重度营养不良需住院治疗。

在调整饮食的同时，可在医生指导下进行按摩、推拿、针灸以及药物治疗。

## 二、婴幼儿低钙惊厥

婴儿手足搐搦症，常发生在 1 岁内，尤以 3~9 个月的幼儿发病率最高，冬春季节多见。

本病和佝偻病均由维生素 D 缺乏引起，而且本病常伴有早期轻度佝偻病。手足搐搦症主要因为不能控制血钙正常水平，若血清钙低于 1.73~1.87mmol/L 或离子钙低于 0.87mmol/L 致神经肌肉连接处兴奋性增高，便可出现手足搐

搐或惊厥，故症状出现与否主要决定于离子钙浓度。

此外，尚有以下几点为手足搐搦症的诱发因素：

1. 佝偻病患者在用维生素 D 治疗之初，或初春紫外线照射增多时，由于骨骼加速钙化，钙迅速向骨骼转移，使血钙下降。

2. 发热、感染、饥饿等使细胞破坏，磷从细胞内释出，血磷升高，使血钙降低。

3. 输注碱性液过多，频繁呕吐、过度换气等，使血液 pH 升高，致使离子钙降低。

### 症状

患儿常伴有佝偻病症状，婴儿以全身搐搦及喉痉挛为主要表现，2 岁以上幼儿可出现手足搐搦。

1. 惊厥：多见于婴儿，轻症可见两眼上翻，面肌抽动，重症发生全身性惊厥，发作后入睡，醒后活泼如常。每次发作数秒至数分钟，次数不等。一般无发热。但持续而频繁的惊厥可伴有发热。

2. 手足搐搦：多见于幼儿和儿童。腕和掌指关节屈曲，四肢伸直合并，拇指贴近掌心。足抽动时踝关节伸直，足趾向下弯曲呈弓状。

3. 喉痉挛：由于喉部内收肌群痉挛而出现青紫，吸气时有喉喘鸣。严重者可突然窒息死亡。该症状虽不多见，但后果严重，须及时抢救。

### 引发的后果

主要是喉痉挛，易引起窒息死亡。

### 首要措施

早诊断、早治疗，预防搐搦、惊厥，尤其是引起喉痉挛。

### 医生的治疗措施

喉痉挛与惊厥可致呼吸暂停，均有生命危险，应尽快急救。

#### 1. 喉痉挛治疗

先将舌尖拉出，进行代呼吸，必要时行气管插管或气管切开。

#### 2. 惊厥处理

立即肌注足量的苯巴比妥钠 8mg/kg 体重；或副醛 4~10ml/岁（最大量不超过 5ml/次）深部肌注；或 10% 水合氯醛 4~10ml 保留灌肠，同时针刺强刺激人中、合谷、少商、百会等穴。

3. 勿等血钙测定结果，立即用 10% 葡萄糖酸钙 10ml 加等量葡萄糖稀释后缓慢静注并监测心率，如发生心动过速即应减慢注入速度或停止注射。痉挛停止后改口服 10% 氯化钙 5~10ml，每日 3 次。

#### 4. 维生素 D 治疗：

病情稳定后考虑补充维生素 D 制剂，由小剂量开始，以免诱发低钙。

#### 家长的协助治疗

必须坚持合理喂养，足月儿满月后添加钙粉、鱼肝油，早产儿提前至生后两周开始添加，遇有明显多汗、睡眠不安、易惊醒的情况，应及时去医院，请医生诊治。合理安排儿童日常生活，坚持每天有一定时间的户外活动（2 小时/天），补充维生素 D，适量补充钙剂，才能预防维生素 D 缺乏性手

足搐搦症复发及使佝偻病痊愈。

孩子如果有抽痉，家长不必惊慌，应尽快解开衣领裤带，使头侧偏，以防食物进入气管。

增加含钙较高的饮食。

### 三、维生素 D 缺乏性佝偻病

维生素 D 缺乏性佝偻病为一种常见的儿童营养缺乏性疾病，主要表现为骨骼改变，为我国儿科重点防治的四病之一。

#### 1. 日光照射不足

北方寒冷地区日光照射时间短，幼儿缺乏户外活动，易患佝偻病；工矿区的烟雾、尘埃能吸收一部分紫外线；城市的高大建筑影响日光照射。

#### 2. 维生素 D 摄入不足

普通饮食中含维生素 D 很少，不能满足要求。

#### 3. 维生素 D 吸收障碍

见于胆道疾患、脂肪泻、难治性腹泻等。

#### 4. 钙、磷摄入不足

包括食物钙、磷含量不足和食物钙、磷比例不适宜所致的吸收率降低。

#### 5. 钙、磷、维生素 D 需要量增多

生长快的婴儿期，对维生素 D 的需要量相应也多，易致缺乏，早产儿更易患佝偻病。

#### 症状

##### 1. 神经精神症状

表现为烦躁好哭、睡眠不安；多汗、尤以头部汗多，但与气候无关。由于不安和皮肤受汁液刺激发痒，患儿经常在入睡前用力摇头，摩擦枕部，形成枕部环形脱发。

## 2. 骨骼畸形

颅骨软化是活动期的早期表现，多见于 3~6 个月的婴儿，用手按压顶骨或枕骨中央部位可有乒乓球样感觉。但 3 个月以内婴儿，特别是早产儿颅骨边缘处轻微软化属正常。

头颅畸形：多见于 8~9 个月的婴儿，形成方颅，有时呈鞍形或十字形。有时头颅不对称。

凶门迟闭：前凶宽大，18 个月后尚未闭合。

出牙延迟：10 个月以上仍未出牙，严重者伴有牙齿排列不齐，釉质发育不良。

胸骨畸形：由于钙化不全的肋骨不能耐受膈肌牵拉，日久沿膈肌附着处内陷而形成横行胸沟。由于胸廓两侧塌陷，胸骨被挤向前，形成胸骨前凸畸形，即“鸡胸”。剑突内陷形成“漏斗胸”。

肋骨串珠：肋骨和肋软骨交界处骨样组织增生呈球形膨大，上下相连呈“串珠状”，向内隆起部分可 2~3 倍于向外隆起部分，可致局部肺不张。

腕踝畸形：多见于 1 岁左右，腕、踝部形成环状隆起畸形，即佝偻病“手镯”、“脚镯”。

下肢畸形：多发生于学站、行走的婴儿。下肢胫腓骨的变曲畸形。可出现“O”形腿或“X”形腿。

脊柱侧变或后凸畸形、骨盆畸形均见于严重病例。

肌肉软弱，韧带松弛，蹲坐时腰背部后凸。

3. 运动功能发育迟缓，因胸腔小，肝脾随横膈下降，故易触及。重症佝偻病常有全身代谢障碍和免疫功能减退，因而容易发生各种感染。佝偻病常合并其他营养缺乏的症状。

#### 引发的后果

重度：严重鸡胸及胸部畸形，下肢畸形或有运动功能障碍，可伴有全身营养低下，精神发育迟缓和贫血等症状。

#### 首要措施

首先是早期发现。

1. 孩子易烦躁、睡眠少、受出汗、头发稀少。
2. 轻摸孩子头部，前囟比正常孩子大。病孩的顶骨和枕骨轻按时内陷。颅形不对称。
3. 出牙晚。
4. 四肢远端有圆钝的环形隆起甚至畸形。坐位时脊柱后凸畸形。
5. 肌肉松弛无力，坐、立、走、说话都晚于正常儿。

#### 病情判断

发现上述情况，应该带患儿去医院诊治。

#### 医生的治疗措施

早期诊断、早期治疗很重要。

1. 以下几点对早期诊断佝偻病有一定价值：

秋末冬初出生的幼儿，很少到户外活动。

哭闹次数明显增加，夜间多哭，睡眠不宁。

出汗多，与季节与室温高低无关，常湿透衣被、头发。

枕部有带状的头发脱落区。

前囟大于普通钥匙环。

8 个月仍未出牙。以上第一条加上其他任何一条均应考虑佝偻病。

2. 给孩子体检，拍骨骼 X 线，验血查钙、磷。

3. 确诊后医生开不同剂量的维生素 D 剂、钙剂或鱼肝油。

4. 建议孩子吃含维生素 D 丰富的食物，让孩子多晒太阳。

5. 佝偻病痊愈，下肢严重畸形，4 岁后作矫形手术。

家长的协助治疗

孕母及乳母应注意摄入富含维生素 D 的食物，多晒太阳，居室应经常开窗充满阳光。幼儿满月后即可常抱出户外活动，自生后 1 个月起即应补充维生素 D，每日 400 单位，早产儿、低出生体重自生后 2 周起即可补充，最初 3 个月应每日给 800 单位，以后减至每日 400 单位，2 岁以后不需补充维生素 D。

## 四、肥胖症

概述：肥胖症是一种由于长期能量摄入超过消耗，导致体内脂肪积聚过多而造成的疾病。一般认为按身高测体重超过平均值的 20% 即可称为肥胖症。现已发现幼儿肥胖症与成人肥胖症、冠心病、高血压、糖尿病、呼吸通气不良等有一定关系，故应及早预防。幼儿肥胖症多属于单纯性肥胖症，即非内分泌代谢疾病等引起者，如为内分泌代谢疾病等引起，则称为继发性肥胖症。

活动少、营养过剩、父母遗传都是肥胖原因。

## 症状

肥胖为其主要表现。好发年龄是1岁内，5~8岁、青春期三个年龄阶段。婴儿期发病以女孩多见。

多数患儿不仅体重超过正常，而且身高也高，骨骼发育较快。但因青春期提前，最终身高比同龄正常儿矮。皮下脂肪甚厚，分布均匀，面颊、肩部、乳房部、腹壁等处脂肪积聚尤为显著。四肢以大腿、上臂粗壮、手背厚。男孩因会阴部脂肪堆积将外生殖器遮埋，显得阴茎短小，常被误认为外生殖器发育不良，腹部皮肤可有紫色条纹，甚者在臀部外侧及大腿部皮肤也可见到同样紫纹。

肥胖儿一般发育较早，少数男孩外生殖器小，青春期延迟，女孩外生殖器多无异常，月经不延迟。

## 引发的后果

主要对成年后冠心病、高血压、脑动脉硬化有关，成人后仍可能是肥胖症。

## 病情判断

一般不必就医。必要时咨询一下。

## 首要措施

通过询问孩子年龄、测量身高体重、观察外形和身体检查定下来是否肥胖症。是该需指导饮食，增加运动。

## 医生的治疗措施

医生通过病史和检查明确诊断。单纯性肥胖幼儿多有过食、少动和肥胖家族史，全身皮下脂肪分布较均匀，无特殊的临床表现，智力与性发育均属正常。继发性肥胖者脂肪分布多不均匀，且伴有相应原发病的表现。如丘脑病变引起的

肥胖脂肪多积聚在腰部及下腹部，身材矮小，性发育迟缓，可伴眼底异常和尿崩症；肾上腺皮质增生引起的柯兴综合症呈向心性肥胖、满月脸、水牛背、四肢细、身材矮、可伴性早熟、痤疮、多毛、高血压等。其他各种继发性肥胖也都呈现各原发病的特点。

指导饮食、运动，给予必要的治疗。

家长的协助治疗

应从婴幼儿期就开始注意避免过食和鼓励多活动，有肥胖家族史或肥胖趋势者应进行体重监测，根据体重调整饮食。可多食蔬菜、水果以满足进食的食物容量。

## 五、锌缺乏症

锌是身体的重要的必需的微量元素，参加身体 90 多种酶的合成，与 200 多种酶的活性有关，具有多种生理功能。锌的缺乏导致身体多种生理紊乱，出现许多不正常的表现。

饮食中缺锌，如儿童偏食，谷物加工过程中损失过多。对锌的吸收障碍，如因食物中含粗纤维、淀粉类、植物酸等影响锌在肠道的吸收，幼儿厌食症、长期呕吐、腹泻等都影响锌的吸收，并增加锌的丢失。

锌缺乏症是身体长期缺乏微量元素锌所引起的营养缺乏症。

症状

1. 食欲不振：味觉减退是最先出现的临床症状，厌食、异食，有的患儿甚至出现异食癖（如喜食土块、烟头等）。

2. 皮肤、粘膜改变：常有复发性口腔溃疡及皮炎发生，头发枯黄易脱，伤口愈合慢。

3. 生长速度减慢或生长停止是儿童缺锌的主要表现，重者可表现为缺锌性侏儒。

4. 易感染：因免疫功能差，易患细菌、霉菌等感染。

5. 暗适应能力减退：可发生在维生素 A 有储备的情况下，出现夜盲症。

6. 性成熟推迟，性器官发育不全，第二性征发育不全。孕妇缺锌可引起胎儿畸形。

7. 其他：严重缺锌可影响脑功能，表现为急躁、嗜睡、抑郁或学习能力差等；还可出现牙龈炎、舌炎、结膜炎、角膜病等。

### 引发的后果

长期缺锌，生长发育落后、智力发育不良，抵抗力差，容易遭受细菌、病毒等微生物感染。

### 首要措施

预防低锌发生，从哺乳、喂养、饮食成分，及时治疗厌食、偏食、呕吐、腹泻等疾病入手，防止锌缺乏病。

### 病情判断

应该尽早就医，早期诊断，早期治疗，避免产生不良后果。

### 医生的治疗措施

根据病史有缺锌饮食史、锌吸收障碍史、锌消耗增加或丢失过多史，同时有临床表现，血锌低，诊断不难。诊断可疑时可试用补锌治疗，如治疗后症状消失、生长加速、血锌

上升，有助于诊断。

血清锌低于  $11.47\mu\text{mol/L}$ ，餐后血清锌浓度反应试验大于 15% 是诊断该病的重要指标。

### 治疗锌缺乏症

1. 补充锌剂：幼儿每日  $0.6 \sim 1.5\text{mg/kg}$ ，成人每日  $15 \sim 30\text{mg}$ 。如有过量锌丢失或吸收不良可适当加大剂量。常用口服锌剂有：硫酸锌、葡萄糖酸锌  $7\text{mg}$ 、醋酸锌  $2.8\text{mg}$ 。因某些原因不能口服者可住院静脉补锌。锌可经皮肤吸收，如有烫伤，慢性溃疡及开放性伤口，可外用锌剂，既有补锌又有局部杀菌抗炎作用。

2. 食物补锌：除药物补锌外，还应长期采用食物补锌，以防止愈后复发。含锌量最高的食物有牡蛎、鲱鱼，其次为肉类、肝、蛋类、淡菜、墨鱼、大黄鱼和奶酪等。

3. 防止锌中毒：药物补锌不宜过量，过量可致锌中毒，表现为：腹痛、腹泻、恶心、呕吐、嗜睡等。长期过量可引起铜缺乏所引起的贫血、血浆高密度脂蛋白及胆固醇水平下降。静脉输注锌过量可致少尿、低血压、腹泻、呕吐、黄疸有肺水肿。剂量超过建议摄入量的  $5 \sim 6$  倍可引起锌中毒。

### 家长的协助治疗

1. 饮食疗法：新生儿、婴儿最好母乳喂养，尤其初乳十分宝贵。锌广泛存在于动植物食物中，鱼、瘦肉、肝、蛋等，动物性食物含锌丰富且利用率高。谷物、麦胚、豆类等植物性食物中虽含锌不低，但吸收利用率低。上述食品可选用。

2. 纠正儿童偏食、挑食、异食等不良习惯。

3. 及时给孩子治疗慢性消化道疾病，如慢性肠炎、呕吐

等。

4. 按时按量喂补锌药。

## 六、维生素 A 缺乏症

维生素 A 缺乏症是因体内缺乏维生素 A 而引起的全身性疾病，各年龄均可发病而以婴幼儿最多见。主要表现为眼结合膜与角膜干燥，暗光下视力差及皮肤干燥、毛囊角化。

形成原因：

1. 摄入不足：维生素 A 为脂溶性维生素，若长期以淀粉类食物、炼乳、豆浆或脱脂乳喂养婴儿以及偏食都容易发生本病。

2. 吸收障碍：长期慢性腹泻、先天性胆道闭锁影响脂肪吸收容易患本病。

3. 特殊需要：未成熟儿出生时肝内维生素 A 贮存量不足，生后脂肪吸收不良，而生长发育迅速也容易患本病。

症状

1. 眼部表现：

(1) 夜盲症状常首先出现，年长儿可诉暗光下视物不清，婴幼儿则不易被发现。

(2) 眼结合膜及角膜干燥异常，失去光泽，弹性减弱，随眼球运动可起皱，并可出现结膜干燥斑（毕脱斑），表现为大小不等、状似肥皂沫的白斑。眼泪减少，自学不适，眨眼畏光。

(3) 角膜可由于干燥而至混浊、软化、坏死、形成溃疡，

易发生继发感染，愈合后可留有白翳影响视力，重者可发生角膜穿孔，虹膜脱出以致失明。

2. 皮肤表现：起初全身皮肤干燥、脱屑，以后角化增生，角化物充塞毛囊突出于皮面，触之呈粗沙样，以上下肢伸侧为重，继而发展至躯干、背部、臀部，多见于年长儿。毛发枯黄易脱，指、趾甲失去光泽，脆、薄、多纹、易折断。

3. 其他症状：其他系统粘膜上皮亦发生变性，再加上全身免疫功能低下，易反复发生呼吸道感染及泌尿道感染，且易迁延不愈，泌尿道脱落上皮可形成结石。幼儿生长发育落后，精神较差，常伴其他维生素缺乏症状。

#### 引发的后果

容易形成夜盲、重者角膜穿孔，甚至失明。

#### 首要措施

首先补充维生素 A 或进食胡萝卜素高的食物。

#### 病情判断

早期诊断，早期治疗很重要，所以应尽早就医。

#### 医生的治疗措施

根据的典型的症状和有维生素 A 缺乏的原因诊断并不困难。首先针对病因治疗，如喂养不当、慢性腹泻、肝胆疾病，必须纠正。

药物治疗：轻症口服维生素 A 胶丸或浓缩鱼肝油。重症可用维生素 AD 注射剂。治疗量每日需维生素 A30,000 ~ 60,000 国际单位。中药可选用羊肝明目丸或枸杞、苍术、白术、菊花等。并应供给含多量维生素 A 的食物如动物肝脏和蔬菜等。眼部病变的治疗可滴清鱼肝油或抗菌素眼药。

### 家长的协助治疗

母亲孕期应注意多含维生素 A 及胡萝卜素的食物，预防早产。提倡母乳喂养，尽量吃到初乳。因故不能母乳喂养者，以牛、羊奶为主人工喂养。随着月龄增长应及时添加辅食。有慢性消化系统疾病，长期感染及消耗性疾病时，应补充维生素 A 3000 ~ 5000 国际单位，必要时服水溶性制剂或深部肌肉注射维生素 A、D 制剂。但不宜长期大量应用，以免发生中毒。

1. 每日给患儿口服维生素 A，最好用滴管喂服。肌注维生素 A 时应行深部肌肉注射。

2. 供给易消化与富含维生素 A 的食物。

3. 做好眼睛的护理。每日按时滴眼药，滴药时用拇指搁在眼眶上缘，将眼睑轻轻向上提起，切不可压迫眼球，以防造成角膜穿孔。避免强光刺激，并注意观察眼部有无继发感染，角膜有否混浊、软化或穿孔等变化，及时报告医生。

4. 注意皮肤清洁，防止擦伤与感染。

## 第六章 消化系统疾病

### 一、吐奶

婴儿吐奶其原因有些是由于喝过量，基于自卫而将多余的分量吐掉，有些则是由于胃部神经过于敏感，在把喝入的空气以打嗝的方式送出时，就顺道将胃部的乳一起吐掉。

#### 症状

食后突然出现呕吐，就像气枪一样，一些奶水就从胃射入食道，从口腔喷出，然后会在身上，或地上看到发酸、凝固的奶汁。

#### 引发的后果

有时吐奶特别严重，时间较长，会造成营养不良影响幼儿的发育。

#### 首要措施

减少哺乳量，观察有无其他疾病。

#### 病情判断

下列情况就医：

1. 婴儿体重减轻，或者没有明显增加。
2. 吐奶频率增加，而且是喷射出来的（吐出的奶水飞过

你的膝部，落到地板上)。

3. 吐出的东西是绿色的(胆汁染上的色)。

4. 除了呕吐外，还伴随有剧烈腹绞痛。新生儿、婴儿阵发性哭闹。

5. 每次喂奶，都会呕吐及咳嗽。

医生的治疗措施

医生首先通过问诊和检查，区别是喂养不当，还是因病呕吐。

喂养不当医生有以下的建议：

1. 放慢喂奶速度。宝宝人小，肚子当然也小，如果你是用喂奶瓶，应该让宝宝少量多餐。

2. 喂奶时和喂奶后，都要拍拍宝宝的背，让他打嗝。如果是喂奶瓶，应该每喝 90ml 左右，并要帮宝宝拍背排气。如果是喂母乳，在宝宝换头喝奶时，帮他拍背排气。如果宝宝一直喝同一个奶头的奶，就在中间休息时给他拍背。

3. 喂奶时和喂奶后 20~30 分钟，都应把宝宝抱直。如果你没有空，要让宝宝坐直，或者用婴儿背巾把宝宝背在身上，才可以去做你要做的事。地心引力可以帮助吐奶宝宝不再吐奶。

4. 喂奶后至少半小时，不要让宝宝受到推挤或晃动。

5. 如果是喂奶瓶，奶嘴的孔要大小适中。

对于因病引起的吐奶，主要真对原因治疗。

家长的协助治疗

1. 在喝完奶后，不要让婴儿立即就寝，应将其直抱，轻轻拍打背部使喝入的空气打嗝出来。

2. 喂奶不要过急，不要过饱。
3. 最好抱着喂奶，或侧躺喂奶。
4. 喂奶要定时定量。

## 二、 幼儿肠炎

幼儿肠炎是由各种病原体如细菌、病毒、霉菌等引起的肠道感染。表现为大便次数多，水样便，体内电解质紊乱及酸碱不平衡。

### 症状

急性发病，主要表现为不同程度的腹泻和呕吐，可有发热和上呼吸道感染的症状。大便次数约 10~30 次/日，呈水样或蛋花汤样，粪质较少，含有粘液。食欲减退，有腹痛，恶心，呕吐，次数不等。

重症肠炎常合并脱水、代谢性酸中毒和低钾血症，分别叙述如下。

1. 脱水：由于吐泻丢失大量体液，摄入量减少和发热等因素导致脱水。脱水分为三度。

(1) 轻度脱水：失水量约为体重的 5%。精神稍差，皮肤稍干燥、弹性稍差，眼窝和前囟稍凹陷，哭时有泪，口腔粘膜稍干燥，尿量稍减少。

(2) 中度脱水：失水量约为体重的 5~10%。精神萎靡，皮肤干燥、弹性差，捏起皮肤皱褶展开缓慢，眼窝和前囟明显凹陷，哭时少泪，口腔粘膜干燥，四肢稍凉，尿量减少。

(3) 重度脱水：失水量约为体重的 10% 以上。精神极

度萎靡，神情淡漠，昏睡或昏迷。皮肤明显干燥、弹性极差，捏起皮肤皱褶不易展开，眼窝和前囟深陷，眼睑不能闭合，哭时无泪，口腔粘膜干燥。血容量明显减少，可出现休克，表现为眼发花、脉细速、血压下降、四肢厥冷、尿量极少或无尿。

2. 代谢性酸中毒（简称代酸）：因肠道损失钠、钾等碱性物质，摄入量少，使机体分解代谢增加，脱水使肾排酸保钾能力下降。重度酸中毒可见呼吸深长，小婴儿口唇樱红。

3. 低钾血症：肠泻时经胃肠道损失钾增加、钾摄入不足，即使身体缺钾，尿中仍有一定量的钾继续排出，因此腹泻较重时机体常缺钾。表现全身无力，尤其是肌肉无力。

#### 引发的后果

一般后果较好。但重度脱水，严重电解质紊乱，甚至酸中毒，如不及时治疗，预后极差。

#### 首要措施

讲究饮食卫生，预防肠道感染。

#### 病情判断

腹泻次数多，有脱水表现者均需看医生。

#### 医生的治疗措施

医生根据腹泻及各种症状，化验大便、检查身体，确定诊断并判断脱水程度，以决定治疗。

病毒性肠炎以饮食疗法和支持疗法为主，不需用抗菌素。这类疾病多为自限性疾病，仅用支持疗法包括输液在内常可痊愈。但对新生儿、婴幼儿、衰弱儿和脱水重症者仍用抗菌素。细菌引起的肠炎一般均需用抗菌素治疗。可选抗菌素很

多，但如果可能应根据细菌药敏试验结果调整抗菌素。

补液治疗非常重要，根据脱水程度和电解质丢失情况给予补液。轻者仅用口服补液盐即可，重者需输液纠正脱水，用药、用量都要个体化，有时要根据化验和血气分析调整药物治疗。低钾血症输液中必须注意补钾。

#### 家长的协助治疗

1. 严格执行胃肠道疾病的各种预防措施。
2. 注意预防互相感染，注意隔离消毒。
3. 如在家内治疗，注意给孩子口服补液及其他药物服用。
4. 作好生活照顾及对幼儿肠炎的护理。

### 三、幼儿再发性腹痛

腹痛是幼儿常见的症状。幼儿再发性腹痛系指腹痛反复发作。以每月均有发作，至少连续发作3个月以上，多数查不出原因为特征。另一类为器质性疾病，多发于1~2岁儿童，是由于肠道继发感染、胰腺炎、胆管及胆囊疾病、上消化道炎症及溃疡等器质性病变引起的。这类再发性腹痛我们将在有关章节中讨论，而本节要讨论的是前一类，也叫功能性再发性腹痛。

#### 症状

小孩肚子痛是常见的症状，常在进餐时发作，有时会出现呕吐，几乎每周都发作一次，而且疼得很厉害，并有以下特点：

1. 多见于5岁以下儿童。

2. 主要发作于脐周围，为痉挛性疼痛，也可见于腹部其他部位，夜间很少发作。

3. 发作时有呕吐、出汗、面色潮红、心悸、头痛等。

4. 患儿生长发育正常、营养良好、腹部触痛部位不固定，经常在左下腹扪及粪块或痉挛肠管。

引发的后果

没有什么严重后果。

首要措施

首先区别腹痛是功能性腹痛，还是由其他病造成的腹痛。

病情判断

疼痛应去就医，免除疼痛，排除其他疾病。

医生的治疗措施

1. 医生首先询问病情，检查腹部，或做些其他检查，目的是排除其他疾病引起的腹痛。

2. 解痉止痛并对症治疗。

多数患儿在保暖条件下睡眠，或用暖手按摩腹部、腹部放置温水袋等处理可自愈。必要时用解痉、镇静药物，如颠茄、氯丙嗪、异丙嗪。疼痛严重时，在排除外科急腹症后，可注射阿托品或小量杜冷丁。

3. 中医疗法

此证属“气滞寒痛”，治以温中散寒，行气止痛。

4. 针灸疗法

针灸止痛即刻效果较好，取胃经、脾经及相应俞穴为主。

家长的协助治疗

1. 注意饮食及卫生。

2. 消除患儿的心理压力：高度的精神压力和紧张的生活会诱发腹痛。

3. 调节饮食：以软食、易消化食物为主，少量多餐，忌食酸、辣及其它刺激性食物。有少量出血时一般不需禁食，以免引起饥饿和不安，增加胃肠蠕动，婴儿可给牛奶饮食，年长儿给软食。如大量出血，或反复多次出血，需暂时禁食。

4. 坚持药物治疗：饮食调节、药物治疗后症状会迅速缓解，但溃疡完全愈合的疗程一般需两个阶段，初期治疗6周，酸分泌抑制剂每日2次，胃粘膜保护剂；维持治疗6周，每日服酸分泌抑制剂1次。故症状缓解后要坚持治疗，以保证溃疡愈合，减少复发概率。必要时完成一个疗程治疗后可行胃镜复查。

## 四、便秘

便秘是幼儿常见的消化道症状之一，指大便干硬，间隔时间较长，有时排便困难及排便次数减少。大多数婴幼儿便秘是因为饮食中渣滓太少，食物太细。不少孩子都有偏食的毛病，喜欢吃鱼肉类，不爱吃水果、蔬菜。由于食物中纤维素过少，就容易便秘了。婴幼儿也常发生便秘，其主要原因是人工喂养及进食过少。一般用牛奶或奶粉喂养的孩子，由于牛奶内酪蛋白及钙质比人奶多，粪便中含有多量不能溶解的钙质，易发生便秘。

缺乏良好的排便习惯。如果家长不注意培养训练孩子定时排便，或不让孩子及时排便，还有时因上课或玩耍时，孩

子有意识抑制排便，久而久之会便秘。

### 症状

便秘的主要表现有：

1. 粪便干燥、坚硬，排出困难，排便次数减少，有的患儿因常有便意却不能排净，而次数增多。
2. 有时粪便擦伤肠粘膜或引起肛裂，使粪便表面附少量血或粘液。排便时肛门疼痛，严重者可引起外痔。
3. 严重便秘，大便在局部嵌塞，可不自觉地自干粪周围流出肠分泌物，似大便失禁。

### 引发的后果

一般说来，便秘并不是严重的疾病，可多饮水、多吃鲜菜，多吃水果和果汁。如长期便秘就麻烦了，会导致肛裂、外痔、直肠脱垂、食欲不振，甚至营养不良等。

### 首要措施

如果孩子排便费力，并诉说肛门很疼时，给孩子检查一下大便是否坚硬。孩子肚子疼痛时，以排除阑尾炎。

### 病情判断

如果孩子排便困难，大便表面有少量鲜血，这样会造成肛裂。孩子会有恐惧心理，这样排便会更加重孩子的思想压力，形成恶性循环，这就应及时去医院治疗。

### 医生的治疗措施

1. 医生会给孩子开些轻缓的通便药，让他服用。另外注意饮食的安排。

2. 如果有肛裂，会及时给孩子检查肛门，果然有肛裂，医生会给孩子在肛门用一些油或药膏，以利伤口早愈合。

### 家长的协助治疗

1. 鼓励母乳喂养，因喂配方奶的婴儿大便性质较硬。人工喂养及无力性便秘者可每天按摩腹部（沿脐周顺时针数十次、再逆时针数十次）以助肠蠕动。

2. 婴儿便秘：注意增加水分的摄入，给予果汁、果汤、菜泥等富含纤维素的食物，也可每日一小匙蜂蜜冲水喝。幼儿食谱应广，教育小孩不要挑食，多食用蔬菜、水果、海藻类可使大便软化。精粗粮混吃，如红薯、南瓜、玉米能促进肠蠕动，改善便秘。

3. 训练幼儿养成良好的排便习惯，每天选择一个较空闲且固定的时间来训练大便，通常于饭后不久的时间（因饭后通过胃——结肠反射，可刺激蠕动增加）。

4. 保证婴幼儿每天有足够的运动，刺激肠蠕动。

## 五、幼儿急性肠套叠

幼儿肠套是一种特殊类型的肠梗阻，是肠管的一部分连同所附着的肠系膜套入到邻近肠腔。本病主要发生于2岁以内的婴幼儿，尤其是4~10个月的男婴。季节气候对肠套叠的发病率有一定关系，一般春季此病多见，夏、冬次之，而在秋季就相对少见。

### 症状

本病主要特点是阵发性腹痛、呕吐、排果酱样血便及腹部肿物等。由于婴幼儿不会诉说腹痛，故表现为突然阵发性哭闹，表情痛苦、惊慌，两大腿蜷曲，面色苍白。继之发生

呕吐，吐出乳汁或食物残渣等，还可排出果酱样黑便（含血粪便）。腹部能摸到像腊肠样的肿物，肿物表面光滑、有压痛。重者精神萎靡、发烧、腹胀、脱水甚至休克等。

### 引发的后果

本病是儿科急腹症，多需手术治疗。

### 首要措施

1. 发现孩子哭闹，面色苍白，双腿屈曲收向腹部。
2. 孩子大便是否有血或粘液，应立即去医院检查。

### 病情判断

1. 阵发性腹痛或哭闹：多是 5~10 分钟一次，阵发性反复发作。

2. 呕吐：腹痛开始不久就发生呕吐，这是一种反射性作用所致，吐出物为乳汁及乳块或其他食物；以后的呕吐即带有胆汁，1~2 日后呕吐物就为已被消化食物或带有臭味的肠内容物。

3. 便血：发病后 4~12 小时就出现便血。可以是暗红色血水或一种稀薄带粘液的果酱色液体。也有一部分婴儿在来院时尚未有便血，但在作直肠指检时，发现手套上染有果酱色粘液。

4. 腹部包块：肿块多位于右侧上腹部肝下，形状像一条腊肠，质稍硬且有弹性，稍可活动，并有压痛。

5. 全身情况：发病初期虽外表营养不良，但面容苍白，烦躁不安。

有这些表现必须去医院，以免肠坏死。

### 医生的治疗措施

1. 空气或钡剂灌肠复位法：适应病程不超 48 小时而全身情况尚好的病例。

2. 手术治疗 适应用空气或钡灌肠没有这到复位的病例；发病超过 48 小时（少数病例不到 48 小时）而全身情况显著不良，腹部异常膨胀，X 线可见小肠严重积气，并有多数张力性液平面者，都须剖腹手法复位肠套叠。

#### 家长的协助治疗

好发年龄及好发季节，若病儿出现阵发性腹痛或哭闹，尤其是出现便血，要及时去医院诊治。

## 六、急性阑尾炎

急性阑尾炎可发生于任何年龄，虽然 3 岁以下儿童发病率不高，但本病延误诊治会造成严重后果，而且年龄越小，则症状越不典型，变化也快，故应引起重视。

#### 症状

发病较急，开始为上腹部或脐部持续性疼痛，几小时或十几小时后疼痛转移至右下腹部，患儿常蜷曲侧卧以减轻疼痛。发烧，体温 38 左右，也可高达 39 以上，脉搏增快在每分钟 120~130 次。多伴有恶心、呕吐，少数大便干燥或腹泻。有的患儿可用手指出腹痛部位，但年龄较小者往往不能合作。用手触摸其腹部时，可感到右下腹部腹肌紧张，有明显压痛，而且压痛部位固定，患儿可因触痛而哭闹，并拒绝检查。

#### 引发的后果

转移性右上腹痛。早期为上腹部或脐周腹痛，逐渐向右下腹转移，一般在数小时内就固定于右下腹疼痛，为持续性疼痛。但年龄越小，症状越不典型，而且往往无明显右下腹痛，即在短时间内发生穿孔、坏死。引起弥漫性腹膜炎时，则全腹有持续性疼痛。此时病情严重且复杂。

### 首要措施

急性阑尾炎需迅速送医院治疗，入院前可采取以下护理措施：

患儿卧床休息，取半卧位，以减轻腹痛。只可给流质饮，如母乳、牛奶、果汁、米汤等。未经医生许可，不要服用止痛药，以免掩盖病情，延误治疗。

密切观察病情变化，尤其注意腹痛部位、腹肌紧张程度及压痛的部位、范围，怀疑阑尾炎就应送医院检查治疗。

如果全腹部疼痛和有压痛，腹部膨胀，出现寒战，体温升至 39℃ 以上，说明阑尾已经穿孔造成腹膜炎，病情危重，必须紧急送医院救治。

如果距医院较远，短时难以到达医院，阑尾未穿孔者可先服用消炎药，解痉药，再送医院。

### 病情判断

孩子患了阑尾炎，马上去医院检查，否则加重病情，耽误治疗。

### 医生的治疗措施

医生询问腹痛情况，同时检查孩子的腹部，采血查白细胞等。确诊阑尾炎后收住院，安排手术治疗。

### 家长的协助治疗

1. 家长耐心陪伴孩子，使孩子尽快恢复健康。
2. 手术后，在排气前，不让孩子吃食物。排气后，可让孩子吃半流食，如稀饭、藕粉等。
3. 手术4天左右，可让孩子下床活动，拆线后，让孩子逐渐增加活动、逐渐恢复正常饮食。

## 七、食物中毒

食物中毒是指误食含毒的食物引起的中毒，依照毒物的性质可分三大类，这里重点介绍细菌性食物中毒及真菌性食物中毒等。

细菌性食物中毒是常见的一种中毒，多发生在夏秋炎热季节。主要是因为食物在制作、储存、出售过程中处理不当，被细菌污染，食后引起胃肠炎及中毒症状。发病原因是由于细菌随被污染的食物进入消化道，在肠道大量繁殖引起急性感染。

另一种原因是细菌在食物中大量繁殖，放出毒素，进食后毒素被肠道吸收引起毒性反应。属于前一类细菌污染的食物，经过高温蒸煮，杀死细菌就可不引起中毒；属于后一类细菌污染的食物，虽然高温杀死细菌，但毒素耐高温，食后仍能中毒。真菌俗称霉菌，放毒素引起中毒。通常是发霉的粮食，食后中毒、发病快、死亡率高。

### 症状

食物中毒的特征是：短时间内食同种食物的人同时或相继发病，症状相似，主要是胃肠道症状，以恶心、呕吐、腹

痛、腹泻为主，往往伴有发热，吐、泻严重者可发生脱水、酸中毒，甚至休克、昏迷。

### 引发的后果

幼儿食物中毒来势凶猛，一般均应住院治疗以防不测。食物中毒病情严重。出现剧烈的呕吐和腹泻会造成脱水，毒素可能导致死亡。

### 首要措施

1. 进食食物后出现中毒症状，首先去医院检查是否食物中毒。

2. 确定一下家人是否有同样病人。吃什么东西引起的。发现一个孩子食物中毒，注意共同就餐者孩子是否发病。

3. 若孩子误食了杀虫剂之类的化不药品，可用手指或勺把刺激他的咽喉部，诱使他呕吐，也可采取饮大量的水后，再刺激他吐出来，排出胃内的所有毒物。

### 病情判断

进不洁食物的孩子出现呕吐、腹泻、发热时，应立即请医生诊治。去医院最好带上致病的毒物样品，以供医生参考。

### 医生的治疗措施

对细菌性食物中毒，医生会给孩子马上输液，并立即用抗生素来控制细菌感染。严重的中毒，还可催吐、洗胃等措施。

真菌性食物中毒目前无特效治疗。医生只能洗胃、补液及对症治疗。重症者要采取综合措施抢救。

对同时进餐者全部检查，及时发现，及时治疗。

### 家长的协助治疗

1. 加强食物管理，注意饮食卫生，尤其在夏天，对鱼、蛋、菜、肉等加工、保管都要高度注意，防止污染变质，对剩饭、剩菜都不要放时间过长，如有酸味就不要吃。尤其是托儿所、幼儿园、小学校集体食堂更应特别注意。

2. 对一些肉食要引起注意，动物的头、蹄、内脏必须洗净后经过高温煮熟再食用。

3. 消毒罐装食品，水果罐头、肉类罐头，海产罐头必须充分加热熟透才可食用。变质的罐头决不能吃。

4. 对扁豆、豆角加热熟透再吃。未熟者也可中毒。

5. 变质发霉的粮食一定不能食用，防止真菌中毒。

6. 杀虫剂、灭鼠剂、消毒剂应放在孩子拿不到的地方，以防误服。

## 八、婴儿腹泻

婴幼儿腹泻系一个综合症。由特异性肠道感染引起的腹泻，称为肠炎；非感染性及病因不明引起的腹泻，称为消化不良。本症是婴幼儿时期发病较高的疾病之一，也是婴幼儿死亡的原因之一。发病率以夏秋季最高，发病年龄大多在 1 岁半以内。

### 症状

1. 临床以腹泻为主要症状，只是轻重有异

(1) 轻症：大便次数增多，一般每天 3~5 次，多的达 10 余次。大便为稀糊状，蛋白样或水样，可夹杂少量粘液或白色小块，呈黄色或黄绿色，有酸臭味，无脓血。患儿一般

精神好，不发烧或仅有低烧，食欲减退，偶有呕吐或溢奶，但不严重。

(2) 重症：严重腹泻，每日大便次数在 10 次以上，大便中含有大量水分，混有粘液，喷射状排出，呈黄绿色，食欲低下，并有严重呕吐，呕吐次数频繁，呕吐物为食物残渣或黄绿色液体。体温升高，精神萎靡不振，眼窝凹陷，口唇干燥。如不及时治疗，可逐渐出现烦躁不安、惊厥、昏迷和呼吸功能障碍。

## 2. 理化检测

(1) 轻症：大便化验可见脂肪滴及少量白细胞。

(2) 重症：大便化验可见多数脂肪滴，粘液，偶有少量血。

## 引发的后果

腹泻对婴儿来说(特别是少于 1 岁)，身体控制水分平衡的能力较低，容易出现脱水的现象。

## 首要措施

喂养不当是发病的主要原因。首先要喂好奶，人工喂养的不要过饱过饥，辅食增加要适量等，找出原因加以纠正。

## 病情判断

如果婴儿呕吐、腹泻几个小时，吃奶、喝水不能控制，出现脱水症状时，应马上请医生治疗。

## 医生的治疗措施

对婴儿腹泻，首先要查明原因，仔细询问喂养史，医生给孩子做个全面的查体，化验大便。根据这些做饮食调整、肠道消炎、全身抗炎、输液、纠正酸中毒等治疗。

### 家长的协助治疗

1. 提倡母乳喂养，辅食添加不宜太快，种类不宜太多，喂食做到定时定量，夏天或生病时不宜断奶。
2. 奶等食具每天要煮沸一次，护理人员喂奶前要洗手，以保证清洁卫生。
3. 注意寒温调节与积极治疗各种感染。

## 九、消化性溃疡

消化性溃疡系指胃、十二指肠的粘膜及其深层组织的一种局部缺损。普遍认为其发病机制与胃酸分泌过高、胃粘膜屏障功能减弱幽门螺杆菌感染有关。以往认为幼儿中少见，近年来由于诊断技术进步及现代生活环境中多种因素影响，其发病率有所上升。

### 症状

以慢性周期性发作及节律性上腹部疼痛为主要特征。起病缓慢，病程较长。多与季节变化、精神紧张、饮食不调及某些药物等因素有关。胃溃疡的疼痛常发生在餐后 1 小时内，经 1~2 小时缓解，下一餐进食后再出现。

十二指肠的疼痛好发于两餐之间，持续不减，直至下一餐进食后缓解，部分患儿有定时发生的半夜疼痛。疼痛多为钝痛、灼痛或饥饿样痛，一般较轻而能忍受。常伴有返酸、暖气、恶心、呕吐等胃肠道症状。常并发大出血、穿孔、幽门梗阻、癌变等疾病。

溃疡发生在胃或（和）十二指肠球部，分别被称为胃溃疡

疡和十二指肠溃疡。这种溃疡是因胃酸和胃蛋白酶对胃和十二指肠壁自身消化作用而形成的。粘膜损伤作用增强（如神经和胃肠激素加强胃酸和胃蛋白酶分泌、食物或药物对粘膜损害加重等）结合粘膜保护作用削弱（如各型胃炎、药物和乙醇等损害粘膜屏障功能，吸烟引起的粘膜下血管收缩和幽门括约肌功能失调所致胆汁返流，也削弱粘膜的修复和保护作用时，就可能引起消化性溃疡。胃及十二指肠溃疡过去常被归咎于紧张和饮酒，但现在知道幽门螺杆菌也促成许多溃疡。

### 引发的后果

消化性溃疡的治疗效果肯定 幼儿消化性溃疡预后良好。个别有上消化道出血等并发症，病情严重，需紧急治疗。

### 首要措施

发现消化性溃疡的表现，首先去医院明确诊断，然后治疗。

### 病情判断

应去医院明确诊断，以便在医生指导下治疗。

### 医生的治疗措施

1. 通过上消化道 X 线钡剂检查或上消化道胃镜检查，还可以进行幽门螺旋菌检查。

### 2. 药物治疗

- (1) 抗酸药：氢氧化铝凝胶、胃舒平。
- (2) 解痉止痛药：阿托品，口服或皮下注射、普鲁本辛。
- (3) 目前常用雷尼替丁、法莫替丁。
- (4) 质子泵抑制剂：是目前最强的抑制胃酸分泌的药物。

如用奥美拉唑溃疡愈合率很高。

(5) 三甲二枸橼酸铋：能促进溃疡愈合，有效杀灭幽门螺杆菌，每日三餐前及睡前服，不与牛奶及抗酸药同服。

(6) 生胃酮：促进胃粘膜细胞的更新和胃粘液的分泌，保护胃粘膜免受胆汁的损害，似能从总体上提高胃粘膜的抵抗力，可加速溃疡的愈合。

(7) 胃复安、吗叮啉均能促进胃肠蠕动，加速胃排空，对溃疡伴运动障碍者有效。

(8) 抗菌治疗服用阿莫西林、甲硝唑或克拉霉素。

目前多采用 2~3 种药物并用的二联、三联疗法。其中含铋剂的方案有：铋剂+羟氨苄青霉素+甲硝唑，疗程 2~4 周；不含铋剂的方案有：奥美拉唑+克拉霉素+甲硝唑或奥美拉唑+羟氨苄青霉素，疗程 1 周。铋剂+奥美拉唑+克拉霉素，效果更佳。

#### 家长的协助治疗

1. 保持充足的睡眠和休息，有规律地生活。疼痛剧烈者，应卧床休息。若出现柏油样大便者，应立即到医院就诊。

2. 饮食以易消化，不含粗糙食物纤维为宜，养成定时进食，细嚼慢咽习惯，溃疡发作期，宜进半流质饮食，每天进盐不超 6 天进盐不超过 3 克，以减少对激。

3. 积极治疗慢性胃炎及胃肠功能紊乱等疾病，慎重使用药物，如阿司匹林、保泰松、咖啡因等。

4. 避免暴饮暴食及生冷刺激性食物和烟酒，克服不良饮食习惯。

## 十、肠痉挛

肠痉挛也叫肠绞痛。以阵发性剧烈腹痛，突然发作，间歇期查不出明显与问题为特征，原因不明，是儿童时期常见的急性腹痛。目前更多的人认为孩子对牛奶过敏或有呼吸道感染、受凉、大量冷食、消化不良、肠道积气等因素有关。

### 症状

1. 4个月以下婴儿表现为阵发性哭闹、颜面发红、口周苍白、双腿向腹部蜷缩。多发生在夜间，甚至持续1~2个小时，于排气（放屁）或排便后停止。

2. 大孩子诉说突然腹痛，以脐周围阵发性剧烈腹痛为主。

3. 腹痛间歇期腹部柔软，没有固定部位的触痛及压痛。

### 引发的后果

孩子有阵发性腹痛表现，非发作时很安静，饮食、玩耍及精神状态都很正常，说明没有严重疾病存在。

### 首要措施

首先安慰孩子使之不哭闹。可疑腹痛时，用热水带或热毛巾热敷腹部。如为左下腹疼，可试行排便。

### 病情判断

长时间无法止住哭闹或解除腹痛，应去看医生。

### 医生的治疗措施

医生会给孩子做有关检查，排除引起腹痛的其他原因。如无其他疾病，针对腹痛给予阿托品之类止痛。

### 家长的协助治疗

严密观察腹痛的性质、部位及其变化。持续较长的严重腹痛暂不要饮水进食，更不可进冷水、凉食。

## 十一、脱肛

脱肛又称直肠脱垂，是指肛管、直肠甚至乙状结肠远端向外翻出而脱垂于肛门外。仅有肠粘膜脱出者称为部分脱垂，肠壁全层脱出者称为完全脱垂。多见于1~4岁幼儿，主要因幼儿身体发育尚未完全，骨盆底部组织较软弱，不能有效支托直肠，加上长期腹内压增加，致使直肠下滑脱而垂出。大便干燥或腹泻也可引起脱肛。该病随年龄增长可多自愈。

### 症状

患病初期，大便时有肿物自肛门脱出，肿物有“放射状”纵行沟纹或“环状”皱襞，排便后肿物自行缩回肛内。随着病情逐渐发展，每次大便后均需用手将肿物托回肛内。再以后，当幼儿哭闹、咳嗽、用力时，肿物也可脱出。脱出的肠粘膜因受内裤摩擦而充血、水肿、糜烂或出血，分泌粘液增多。幼儿可因肛门部下坠、胀痛、不适等感觉而哭闹不安。

### 引发的后果

无严重后果。

### 首要措施

预防大便干燥或腹泻等，避免脱肛或使脱肛加重。

### 病情判断

脱肛托回困难时或脱出部分有肿胀、出血或化脓性感染

时需要就医。

医生的治疗措施

检查是否脱肛。令其蹲位用力排便，肛门外有肿块脱出。

该病治疗：

1. 直肠脱垂应先治疗促成脱垂的因素，全面改善幼儿的生活规律，增强营养，加强体力。

2. 排便后直肠脱垂不能自行回纳，可用手帮助回纳，用粘膏固定两侧臀部。同时服用补中益气丸或十全大补丸。

3. 少数可采用硬化疗法：用溶于 0.5% 普鲁卡因的 75% 酒精或 5% 鱼肝油酸钠注入直肠周围疏松组织。

4. 如上述治疗无效，可采用手术疗法，肛门周围箍绕术。

家长的协助治疗

1. 因直肠脱垂随年龄的增长，大多数可以自愈，因此家长要在医生的指导下学会直肠脱垂如何手法复位。

2. 治疗促成脱垂的因素，如咳嗽、便秘、腹泻等，增加营养，加强体力。

3. 养成每日定时排便的习惯，正确使用便盆，切忌坐便盆时间太长。

## 十二、肠痉挛

肠痉挛也叫肠绞痛。以阵发性剧烈腹痛，突然发作，间歇期查不出明显与问题为特征，原因不明，是儿童时期常见的急性腹痛。目前更多的人认为孩子对牛奶过敏或有呼吸道感染、受凉、大量冷食、消化不良、肠道积气等因素有关。

## 症状

1. 4个月以下婴儿表现为阵发性哭闹、颜面发红、口周苍白、双腿向腹部蜷缩。多发生在夜间，甚至持续1~2个小时，于排气（放屁）或排便后停止。

2. 大孩子诉说突然腹痛，以脐周围阵发性剧烈腹痛为主。

3. 腹痛间歇期腹部柔软，没有固定部位的触痛及压痛。

## 引发的后果

孩子有阵发性腹痛表现，非发作时很安静，饮食、玩耍及精神状态都很正常，说明没有严重疾病存在。

## 首要措施

首先安慰孩子使之不哭闹。可疑腹痛时，用热水带或热毛巾热敷腹部。如为左下腹疼，可试行排便。

## 病情判断

长时间无法止住哭闹或解除腹痛，应去看医生。

## 医生的治疗措施

医生会给孩子做有关检查，排除引起腹痛的其他原因。如无其他疾病，针对腹痛给予阿托品之类止痛。

## 家长的协助治疗

严密观察腹痛的性质、部位及其变化。持续较长的严重腹痛暂不要饮水进食，更不可进冷水、凉食。

## 第七章 血液系统疾病

### 一、缺铁性贫血

缺铁性贫血是由于从食物中或乳汁中摄取的铁不能满足生理需要而使体内血红蛋白合成减少的一种贫血，是我国目前最常见的威胁幼儿健康的营养缺乏症之一，也是幼儿贫血中最常见的一种贫血。

任何年龄均可发病，以6个月至3岁最多见。轻者可引起食欲减退，精神行为异常，重者免疫力降低易致感染，影响生长发育，甚至合并心衰而危及生命。

缺铁性贫血可由下面原因引起：

1. 先天性储铁不足：主要见于早产、双胞胎和低体重儿，由于先天性储铁不足，而易发生缺铁性贫血。

2. 摄取入不足：为幼儿营养性缺铁性贫血的主要病因。人乳和牛乳含铁量均低，婴儿单纯用乳类喂养，不及时添加含铁较多的辅食。年长儿多因不良饮食习惯、拒食、偏食或摄入动物食品太少造成缺铁。

3. 生长发育快：幼儿生长发育较快，每日需摄入的铁量不能满足身体发育需要，则更易引起缺铁性贫血。

4. 丢失铁过多，用鲜牛奶喂养婴儿可因对牛奶过敏使肠失血，少量的长期出血丢失铁。钩虫病、消化道溃疡均可造成丢失铁过多。

### 症状

1. 贫血表现。皮肤粘膜逐渐苍白，以唇、口腔粘膜及甲床最为明显。头晕、乏力、气短，年长儿可诉眼前发黑、耳鸣等症状。

2. 髓外造血表现。由于骨髓外造血反应，肝、脾可轻度肿大。年龄越小，病程越久，贫血越重，肝脾肿大越明显。

3. 其他症状，如指甲扁平不光滑、脆薄易裂，甚至变凹呈反甲；皮肤干燥、毛发干燥和脱落；体重增长缓慢，可有行为异常，表现为烦躁、易怒，注意力不集中；食欲减退，部分患者有异食癖，如嗜食墙皮、泥土、粉笔及生米等。

### 引发的后果

长期贫血影响发育，易引起出血、抵抗力低、容易感染，严重贫血可造成心衰而危及生命。

### 首要措施

首先针对缺铁性贫血的原因增加铁的摄取，减少铁的丢失，如系早产儿、双胞胎、低体重新生儿应预防性补铁。

### 病情判断

应去医院检查是否贫血，是不是缺铁。早发现、早治疗。

### 医生的治疗措施

医生首先问家长孩子有无早产、双胞胎，出生时体重如何，怀孕时母亲健康情况等，然后检查是否存在贫血，进一步检查是不是缺铁性贫血。

### 1. 医生必须做实验室检查

(1) 血象：典型的缺铁性贫血外周血象呈小细胞低色素性贫血，血红蛋白减少程度比红细胞减少更为显著，大部分血细胞体积较小，中心浅染明显，平均体积小。

(2) 查铁：通常以血清铁蛋白低于 12ug/L 作为缺铁的诊断标准。

### 2. 缺铁性贫血的治疗

缺铁性贫血的治疗一般包括：一般治疗、去除病因和铁剂治疗，以在家中治疗为主，预后良后。

(1) 一般治疗：调整饮食，供给含铁丰富的食物如人乳、动物血、瘦肉、黄豆等，预防各种感染性疾病。

(2) 病因治疗：根据缺铁性贫血的不同病因采取相应治疗。多数贫血是由饮食不当所致，故必须改善饮食，合理喂养，有些轻症病人仅凭改善饮食即可治愈。一般在药物治疗开始数天后，临床症状好转时，逐渐添加辅食，但不可操之过急，以免造成消化不良。1岁左右的婴儿可加蛋类、菜泥、肝和肉末等。幼儿和儿童必须纠正偏食，给予富含铁质、维生素 C 和蛋白质的食物。对肠道畸形、钩虫病等在贫血纠正后应进行外科手术或驱虫。

(3) 铁剂治疗：铁剂是治疗缺铁性贫血的特效药，其种类很多，一般首选硫酸亚铁、富马酸铁口服。

### 3. 下列情况需要住院治疗：

(1) 严重贫血：血红蛋白低于 6g/dl 合并心功能不合者，多需住院输血治疗，采取少量多次的输血方法，以免加重心脏负担。

(2) 合并感染：贫血病人抵抗力低，容易引起感染，而感染又可使贫血加重难以纠正，形成恶性循环，导致病情严重，必须住院治疗。

(3) 丢失过多：正常婴儿每日排出铁相对比成人多。消化道慢性失血，如消化性溃疡、钩虫病、肠息肉、美克尔憩室等所致慢性失血，也是导致缺铁性贫血的原因，需请医生治疗。

(4) 胃肠道反应：对个别病人服铁剂后胃肠道反应强烈，虽给调整剂量和对症处理仍不能坚持服药者，可改用注射铁剂。

(5) 食欲、精神：服药后食欲增加，精神改善表明治疗有效，否则治疗失败，应请医生帮助查找原因。

(6) 铁剂治疗 3~4 周无效者，可能的原因有患儿未按医嘱服药，缺铁的病因未完全消除，如钩虫病、胃肠道隐性失血、反复鼻衄等，及合并感染未控制、诊断错误，应做有关检查排除再生障碍性贫血和其他原因的出血。

## 二、原发性血小板减少性紫癜

原发性血小板减少性紫癜是一种病因未明的出血性疾病。其特点是血液中存在抗血小板抗体，这种抗血小板抗体与血液中的血小板结合，致使血小板破坏过多，血小板计数低下，引起紫癜和其他出血表现；而骨髓中巨核细胞幼稚化、成熟障碍，不能产生正常需要量的血小板。由于本病的发病机制与免疫相关，故又称为免疫性血小板减少性紫癜。

血小板由骨髓内巨核细胞产生，在血液中生存 7~10 天。它在机体的止血、凝血、维持毛细血管通透性等方面起着重要的作用。血管一旦破裂，血小板即聚集于破口处，并与各种凝血因子起作用，形成血块而止血。主要表现为皮肤出血，口腔、鼻及内脏粘膜出血，最严重的是颅内出血。

血液检查可发现血小板计数降低和血块退缩功能不佳（血块退缩有赖于血小板的功能正常）。血小板计数误差较大，有时需多次检查才能作准。常见的血小板减少性紫癜有下列两类：

**继发性血小板减少性紫癜**：多种疾病如再生障碍性贫血、白血病、癌肿骨髓转移、脾功能亢进、尿毒症等都可伴有血小板减少。放射性物质、抗肿瘤药物、苯等因抑制巨核细胞而使血小板减少。引起的免疫反应或感染后都可使血小板破坏过多。这类患儿除有出血现象外，还有种种原发病的表现，治疗以针对原发病为主。

**特发性血小板减少性紫癜**：现认为是一种自身免疫性疾病。病人血清中出现抗血小板抗体，使血小板过多地破坏，寿命缩短。脾是产生抗血小板抗体和破坏清除血小板的主要场所。

于幼儿病毒感染之后。骨髓涂片见巨核细胞数常增多，但形成血小板的功能差。

### 症状

1. 血小板减少时出血时间延长，血块收缩欠佳。

2. 血小板减少时出血可呈瘀点或瘀斑，全身分布，以下肢最为明显。同时常有鼻衄、齿龈出血，严重者可发生内脏

出血或颅内出血。紫癜或瘀斑须与血管性出血、血小板功能异常引起之出血相鉴别，后者血小板计数均正常。

3. 有关节或深部组织出血者应考虑凝血因子异常引起，特别是血友病，若同时伴有血小板功能异常者，应除外血管性假性血友病之可能。

4. 血小板减少伴肝、脾、淋巴结肿大者，应考虑继发性血小板减少，尤其是血液病。血小板减少伴低热、皮疹、关节痛以及多个器官病变时，应除外系统红斑狼疮。

5. 消化道出血可有呕血、黑便。

6. 脑出血可出现头痛、呕吐惊厥、昏迷。

引发的后果

因血小板减少，可出现重要脏器及其他部位大出血，引起严重后果。

首要措施

发现皮肤有小的出血点及瘀斑方兴未艾，应进一步去医院检查。

病情判断

可疑本病时，应去医院查血小板等。

医生的治疗措施

1. 医生询问出血情况、部位，检查身体、查血小板、出凝血时间。血小板计数明显低于正常，考虑本病。

2. 排除引起血小板减少的其他病。

3. 治疗可给肌肉注射止血敏、及其他方法止血。

4. 对严重血小板减少者，医生会用肾上腺皮质激素治疗。也可用大量精制丙种球蛋白静脉输注治疗。

输给新鲜血液或血小板帮助止血。患本病时应特别注意外伤，以防意外。

#### 家长的协助治疗

注意防止创伤，避免使用影响血小板功能的药物，如阿司匹林、消炎痛（吲哚美辛）、保泰松等解热镇痛药。急性期出血较重者应卧床休息，减少活动，避免外伤。注意居室空气湿度，避免干燥，教育患儿不要抠挖鼻孔，以免鼻出血。

饮食以富含营养的软食为好，多食新鲜蔬菜水果，勿吃粗糙、坚硬等对口腔粘膜及胃肠道有刺激作用的食物，如骨刺多的鱼、带壳的虾蟹以及燥热的干果类零食等。此外还要注意避免呼吸道传染病，以免加重病情。

### 三、血友病

血友病是先天性凝血障碍中最常见的一种出血性疾病，也是一种遗传性疾病。本病通过女性遗传而使遗传性发病，而女性本身极少发病。血友病在临床上可分为 A、B、C 三种类型，其共同特征是幼年男童轻微损伤后即出血不止，此种现象大多持续终生。

#### 症状

患儿常有不明原因的出血，或轻微损伤、小手术后长时间不能止血，可历时数日或数周。婴儿可因爬行而致四肢伸侧及关节突出部位出现青紫，会走的孩子可见身体易摩擦的部位出现瘀斑，而且深部组织常有血肿，表现为局部肿、痛及对附近器官的压迫症状。关节出血多见于膝、踝、肘、肩

等大关节，急性期表现为局部红、肿、热、痛。粘膜出血常见于口腔粘膜出血及鼻出血。

### 引发的后果

大多需终生治疗。个别可颅内和其他脏器出血，后果严重。

### 首要措施

有遗传可能的男孩或有出血症状者，早期确诊。

### 病情判断

有出血或瘀斑，怀疑本病时早就医，早治疗。

### 医生的治疗措施

根据实验室检查，缺乏凝血因子 VIII 的为血友病 A，缺乏凝血因子 IX 的为血友病 B，缺乏凝血因子 XI 的为血友病 C，以血友病 A 为多。所以治疗上可输新鲜血或定时成份输血，输入第 VIII 或第 IX 因子。

花生米细外衣（血宁片）含第 VII 因子，有止血作用，可长期服用。肾上腺皮质激素，如强的松等也可辅助治疗。

指导预防出血和出血时止血。

### 家长的协助治疗

最重要的措施是尽量保护患儿不受外伤，限制患儿做那些有可能造成损伤的游戏。已有出血时，应限制活动。对皮肤、粘膜创伤出血，可用明胶海绵沾些止血粉、云南白药、肾上腺素等敷贴于局部。

鼻出血时，先用手指紧压鼻翼 5~10 分钟，如仍有出血，可用 0.1% 肾上腺素棉球填塞，同时可让患儿取半坐位或坐位，鼻部持续冷敷。

关节出血要卧床休息，抬高患肢，局部加压包扎或冷敷，限制关节活动，待出血停止后才可活动。口腔粘膜出血时，可用冷盐水含漱。

尽量避免引起出血的因素，如打针、拔牙或摘除扁桃体等，若必须施行上述操作，应提前告诉医生做好输血准备。如发现患儿有呕血、便血、尿血等症状时，应迅速送医院治疗。

血友病无出血时，一般不需特殊治疗。据介绍，猪皮煮红枣治疗本病有一定效果，不妨一试。取猪皮 50~80 克、红枣 3~5 枚，洗净共煮至稀烂，每日吃 1 剂。

## 四、白血病

白血病是一种造血系统的恶性疾病。其特征为骨髓及其他造血组织中有白血病细胞异常增生，并可进入体内其他脏器。这种细胞大多是未成熟和形态异常的白细胞。

临床上主要表现为贫血、发热、出血、肝脾和淋巴结肿大，外周血液中白细胞有质和量的变化。

### 症状

急性白血病的临床表现主要为发热、贫血、出血和白血病细胞浸润脏器四大特征。

1. 发热：热型不定，发热的主要原因是感染。
2. 出血：主要是由于血小板减少。

出血部位可遍及全身，程度轻重不一。颅内出血常是白血病致命的原因之一。

3. 贫血：常有不同程度的贫血，并随病情进展而加重，贫血往往与发热、出血症状同时存在。

4. 白血病细胞浸润：白血病细胞可浸润全身许多组织和脏器。

(1) 肝、脾、淋巴结肿大多见于急性患者，淋巴结肿大以纵隔淋巴结较为显著。(胸部 X 光照像显示)

(2) 皮肤粘膜可有结节、肿块和斑疹，粘膜损害可见于鼻腔、口腔和上呼吸道，齿龈肿胀亦较多见。

(3) 四肢关节痛或骨痛为白血病浸润的常见症状，尤以胸骨疼痛最为显著，幼儿及青年急性病例中偶可在眼眶骨膜上出现不痛的肿块、引起眼球突出、复视、甚至失明。

(4) 脑膜或中枢神经系统白血病(简称脑白)。白血病细胞浸润至脑膜或中枢神经系统时可出现脑膜炎或中枢神经系统症状如头痛、恶心、呕吐、视力障碍、瞳孔改变、肢体瘫痪等症状。

#### 引发的后果

白血病俗称“血癌”，治疗困难，病情严重，尤其是感染和出血难控制，预后很差。

#### 首要措施

白血病极易感染和出血，要及早预防。

#### 病情判断

尽早就医，骨骼穿刺检查后尽快治疗。

#### 医生的治疗措施

医生的检查重点是实验室检查和骨骼穿刺查骨骼变化。结合症状和一般检查明确诊断。

白血病诊断明确后收住院治疗。

住院期间医生给予化疗，有条件做骨髓移植或造血干细胞移植等治疗。

家长的协助治疗

### 1. 如何掌握化疗时机

急性白血病一旦确诊，患者则面临着出现危及生命的严重感染及出血的危险，应尽可能的及早进行治疗。骨髓检查前，暂不做化疗，影响诊断。

### 2. 白血病患者要注意饮食调理

出于白血病细胞对机体组织的浸润消耗，又由于化疗药物的毒副作用所致的恶心、呕吐、食欲不振，致使营养摄入不足。饮食问题非常突出。常出现营养不良、体重下降，进一步削弱机体的抗病能力，以致难以承受化学药物治疗，甚至影响疾病的康复和预后。

### 3. 如何调理饮食

在饮食调理方面，要注意均衡营养，除蛋白质、脂肪和碳水化合物等基本营养素外，维生素和矿物质也很重要。化疗早期患者胃口很差，此时应鼓励患儿进食，饮食以清淡可口为好，少量多餐。患者达到诱导缓解后，此时可给予富含蛋白质、维生素的饮食，以帮助肌体浅表修复，为下一次治疗做准备。

### 4. 白血病患者预防感染措施

(1) 皮肤：皮肤尤其是皱褶处是细菌隐藏部位，要注意每天擦浴保持皮肤清洁，夏季皮肤出汗多，腋下、肚脐、腹股沟及颈项等部位要用 0.5% 洗必泰液擦洗。注射部位要严格

消毒。

(2) 口腔：化疗后口腔容易出现溃疡而继发感染，因此口腔清洁护理在白血病治疗的整个过程中特别重要。要经常漱口，进食以后要及时漱口。漱口液可采用温水、淡盐水、0.08% 甲硝唑漱口液、0.5% 洗必泰液或制霉菌素漱口液等。咽部可经常含服华素片、银黄含片等。一旦出现溃疡应给予碘伏、碘甘油、口腔溃疡膜等局部涂擦。在强烈化疗时常会发生严重的消化道粘膜炎甚至口腔溃疡，此时可口服思密达，并同时用思密达糊剂口腔涂擦，必要时可将以上药液局部湿敷。

(3) 眼鼻部：可用氯霉素眼液、庆大霉素眼液、复方薄荷油滴鼻液每日 4 次点眼及滴鼻。

(4) 会阴部：也是白血病患者每日护理重点，尤其是女性患儿，治疗中免疫力低下很容易发生尿路感染。因此每日必须用洗必泰液或 1:50000 高锰酸钾液坐浴 2 次，每次 15 分钟，大便后更要及时清洗。

(5) 肠道消毒：肠道是内源性感染的源泉，有大量的微生物存在，在正常机体免疫力的保护下这些微生物不会致病，因而又称为条件致病菌。但对于免疫力极度降低的白血病患者来说，条件致病菌可以引起肠道感染甚至危及生命的败血症。故一定要注意饮食卫生，食用水果应选择能够削皮的水果类，而易烂的香蕉和不易清洗的葡萄、草莓等尽可能不吃；生冷凉拌的菜、不符合卫生条件的小摊和饭店里的食品尽量不吃，食物菜肴以自己家中新鲜烧煮为好。

预防出血。注意勿受外伤，刷牙、擦鼻子都要注意局部

损伤出血。

## 五、再生障碍性贫血

再生障碍性贫血(简称再障),是由多种病因引起的骨髓造血功能低下(或不良)的一组综合病症。其特征是:由于全血细胞减少,出现相应的临床症状,如:白细胞减少,患者易感染,出现发热等;红细胞减少,出现心悸、乏力、头晕等贫血症状;血小板减少,易出现出血情况,如鼻衄、牙龈出血等。一般的抗贫血药治疗无效。

因骨髓造血功能低下或障碍,就像工厂里的机器减少或损坏了,虽然原料充沛,产品数量仍不免减少。这时血液检查可发现全血细胞减少,即红细胞、白细胞和血小板计数均减少。少数为先天性,起病于1岁以内。

再生障碍性贫血病因不明,被称为原发性的;另一部分是继发性的,由于服用某些药物(如氯霉素、合霉素、磺胺药、抗癌药类),长期接触化学品苯、汞等而无适当的防护,放射线照射,或出现于某些疾病中(如病毒性肝炎、败血症、慢性肾炎、尿毒症、晚期癌肿等)。

### 症状

再障可以分成急性型和慢性型两种临床类型。

急性型再障的特点为起病急遽,发病后病情迅速恶化,病程短。早期症状主要为粒细胞和血小板严重缺乏而引起的感染和出血,严重贫血的症状出现稍迟。高热、咽峡炎或牙龈炎可为最早出现的突出症状。其他多见的感染有上呼吸道

感染、肺炎、皮肤疖肿、蜂窝织炎或脓肿、直肠粘膜感染、败血症等。出血部位多且严重。皮肤出现瘀斑，轻微损伤或静脉穿刺处可出现大片瘀斑。齿龈出血、鼻衄多见。眼底可出现火焰状出血斑或小出血点。

重者并可出现肠道和子宫出血。少数病人可发生脑或蜘蛛膜下出血，出现各种神经系统症状和昏迷，造成死亡。贫血症状早期较轻，但进行较速，因可因肠道出血迅速加重。肝脾不肿大，无黄疸。贫血严重者可有轻度浮肿。

慢性型再障的特点为起病缓慢，病情进展较慢，病程较长。症状以贫血为主，逐渐加重。首先出现的症状常是面色苍白、疲乏、气急、心跳、头晕、头痛等。出血较轻微，多限于体表部位，有时甚或无出血症状。感染一般亦较轻微或经治疗后较易控制。晚期肝脾可有轻度肿大，这种病例的病程漫长而较平衡，若治疗得当，病情好转希望较大。

### 引发的后果

再障的治疗效果较差，预后不好。骨髓移植和胎儿肝脏细胞输注给患儿带来更多生存机会。

### 首要措施

首先是预防再障，因多数原因不明，部分是因为接触或应用有害药物、化学放射线引起，可以避免。

### 病情判断

必须就医，通过检查骨髓血象确诊。

### 医生的治疗措施

医生通过贫血、感染、出血的症状，查血常规，并做骨穿刺检查骨髓血象，以明确诊断。

治疗上从以下几方面进行：

1. 病因治疗。停止接触（或服用）有害药物、化学品或放射线。

2. 防治感染。用 0.05% 的洗必泰漱口，应注意防感染；体温超过 38.3 摄氏度应积极控制感染，选用两种以上有效抗生素联合治疗。

3. 输血或血小板。严重贫血应适量输血；严重出血（包括颅内出血）时应输新鲜血或血小板，并且用止血药。

4. 刺激造血干细胞的药物。雄性激素如丙酸睾酮、康力龙。

5. 改善造血微象环境的药物。包括神经刺激剂和血管扩张剂如一叶秋碱、硝酸土的宁、莨菪类药物。

6. 免疫调节剂。如胸腺肽、左旋咪唑、维生素 AD 丸等。

7. 骨髓移植和胎肝造血细胞输注。骨髓移植适用于重型再生障碍性贫血，胎肝造血细胞输注对急性、慢性再障有一定疗效。目前有自身骨髓移植方法。

8. 免疫抑制治疗。常用的免疫抑制疗法有：抗胸腺球蛋白或抗淋巴细胞球蛋白、环孢菌素 A、大剂量甲基强的松龙、大剂量免疫球蛋白，临床上常采用联合免疫抑制治疗。

目前的治疗虽然有很大进展，治疗效果往往达不到目的。

家长的协助治疗

1. 家长从预防着手，注意可引起再障的人为的或可以预防的因素。如氯霉素、合霉素，因可造成再障，各医院使用都特别小心，家长千万不要乱用。同样道理避开 X 线，防止接触有害的化学品。

## 2. 再生障碍性贫血的饮食调养

蛋白质是各种血细胞增殖、分化和再生的基础，由于再障患者全血细胞减少，故在饮食方面，需补充足够的动物性蛋白质。食物治疗当以高蛋白、高维生素和矿物质为主，如鸡、鸭、猪、牛、羊等肉类，鱼类，蛋和动物肝脏以及各种水果、蔬菜等。

白细胞和血小板减少，可用花生衣、赤小豆等。

3. 预防感染和出血，尤其预防外伤。有感染和出血要积极治疗。

## 六、溶血性贫血

溶血性贫血是由于人体内红细胞的寿命缩短或破坏增加而引起的一组疾病。正常情况下，红细胞寿命约 120 天，每天有一定数量红细胞衰老死亡，同时骨髓产生相同数量红细胞进行补充。红血球寿命明显缩短，破坏明显增加，骨髓造血不能代偿补充，产生贫血。这种情况大多与红细胞本身缺陷、红细胞外形不正常、红细胞内的某些酶缺乏等有关。见于红细胞葡萄糖 - 6 - 磷酸脱氢酶缺陷症（蚕豆病）、地中海贫血、自身免疫性贫血。

红细胞的寿命缩短，破坏过多过速，原因不完全清楚，除先天缺陷外，与感染有关。

有的儿童服磺胺类药、水杨酸类药、非那酊等也可发生。  
症状

苍白、头晕、耳鸣、四肢软弱无力、食欲不振、腹胀、

活动后气急、心跳加快、心脏搏动增强等；严重者可引起贫血性心脏病、心力衰竭。

贫血症状的轻重主要取决于贫血的程度和产生贫血的原因和速度，产生贫血的速度越快，症状越严重，而缓慢出现的贫血由于人体的适应和代偿，症状相对要轻得多。

溶血后，血红蛋白分解而产生的胆红素量增多，不能及时排泄而导致溶血性黄疸。

病人常有脾肿大，且可出现酱油样的血红蛋白尿。

引发的后果

溶血性贫血病情发展迅速，红细胞破坏、缺血、缺氧，病情危重，可出现休克。大量红细胞破坏的碎片给肾脏造成极大负担及损害，甚至造成急性肾功能衰竭。本病后果往往十分严重。

首要措施

1. 了解有否服蚕豆或磺胺类及解热镇痛药，产生溶血性贫血病史，预防本病。

2. 孩子有发烧、黄疸、酱油样尿，立即去医院。检查是否已患溶血性贫血。

病情判断

可疑溶血，尽快去有条件医院就医。

医生的治疗措施

1. 询问病史，包括家族史，父母是否近亲、父母血型等。

2. 详细作有关贫血方面实验室检查，包括贫血原因方面检查。

3. 停用有关药物及食物。

4. 严重的贫血需输血或换血。

5. 治疗中预防肾功能衰竭。

家长的协助治疗

1. 对有红细胞酶缺陷的孩子，不让吃蚕豆及其制品。

2. 不吃磺胺药、呋喃类药物，以及维生素 K 类药物。

## 第八章 泌尿生殖系统疾病

### 一、婴幼儿外阴炎

新生儿出生后两周内，阴道分泌物呈酸性，随后由母体进入体内的雌激素排泄，分泌物为中性或碱性。再加上小孩又穿活裆裤，又加上小孩根本不注意卫生，在地上一坐，有些脏东西，或大便等污物使外阴污染，引起小孩外阴炎。

#### 症状

1. 外阴痛痒而哭闹或手抓外阴部。
2. 大小阴唇、阴蒂红肿，尿道口及阴道口粘膜充血、水肿。
3. 严重时外阴皮肤或粘膜溃破，分泌物增多或呈脓性。
4. 如未及时处理，可造成两侧小阴唇粘连，在其上方或下方留一小孔，尿液由此排出，尿道口及阴道口均被遮盖。

#### 引发的后果

一般无严重后果，有时会引起泌尿系统感染。

#### 首要措施

首先注意外阴部的卫生，防止污物污染。

#### 病情判断

一般不用去就医，外阴感染严重或有阴唇粘连时需去看医生。

### 医生的治疗措施

医生首先告诉家长以下几点：

1. 保持外阴清洁干燥，用 1：5000 高锰酸钾坐浴一日一次。
2. 局部用抗生素软膏涂抹。
3. 阴道异物者可用鼻镜或气管镜协助取出。
4. 小阴唇已形成粘连者可经消事，用手指向下向外分离，粘连分离后，须每日用抗生素软膏，以防止再次粘连。

### 家长的协助治疗

家长应注意以下问题：

1. 幼女应每日清洗外阴，早穿封裆裤。
2. 幼女每次大便后由前向后擦肛门，以避免粪便污染外阴。
3. 内裤应用棉织品，较宽松为宜。

## 二、婴幼儿阴道炎

由于婴幼儿卵巢无雌激素分泌，阴道狭窄，上皮薄，无皱襞，细胞内缺乏糖原，阴道酸度低，抗感染力下降，容易受细菌感染。常见病原菌有链球菌、葡萄球菌、滴虫、霉菌，淋球菌也可引起感染。

### 症状

1. 白带过多，内裤多污染。

2. 阴道炎扩展至外阴，形成外阴阴道炎。外阴红肿、搔痒、有时疼痛。

3. 白带镜可偿还可见致病菌，必要时作细菌培养及药敏试验。

引发的后果

容易造成逆行的子宫炎。

首要措施

首先注意卫生，预防外阴的感染及污浊物侵入外阴和阴道。

病情判断

发现阴道感染，立即就医。

医生的治疗措施

1. 有时取白带镜检查细菌，必要时做细菌培养和抗菌素敏感试验。

2. 局部清洁，必要时用滴管由阴道口滴入抗生素。外擦油膏防止阴唇粘连。

3. 乙烯雌酚 0.25 毫克每日一次口服。

4. 可根据致病菌及药物敏感试验，选择适当的抗生素口服或肌肉注射。

家长的协助治疗

1. 成人内衣切勿与婴幼儿衣裤同洗涤。

2. 防止浴盆、毛巾等用具传播。

3. 应每日给婴幼儿清洗外阴，防止污物污染外阴。如已有炎症，应勤换内裤。

### 三、阴茎包皮炎

阴茎包皮炎是阴茎的炎症。很可能是因洗涤剂或不讲卫生引起的，但大部分是由包皮过紧或包皮过长所引的。这样的孩子包皮内会积一些污垢，如果不给孩子经常洗，就会刺激阴茎头，造成发炎，形成阴茎包皮炎。

#### 症状

1. 包皮充血，回缩困难。
2. 阴茎红肿、疼痛、排尿非常困难。
3. 包皮内及尿道口有很多脓性物。

#### 引发的后果

本病并不是特别严重的病。如果小孩经常发生阴茎包皮炎，就需要去找医生切除包皮。

#### 首要措施

1. 发现孩子的阴茎头周围红肿，排尿困难，就要小心而轻轻地将包皮向上翻开，用清水把整个阴茎头给洗净、擦干，然后再给涂上抗生素软膏（如红霉素软膏）。

2. 如包皮不能向上翻开，不能强行回拉，清洗不方便，要找医生治疗。

3. 如果由尿布引起的皮炎，要经常给孩子换水布，而且把孩子屁股和阴茎洗净，并擦干，以免孩子病情加重。

#### 病情判断

孩子的阴茎水肿、疼痛、排尿有障碍，经过两三天家庭

治疗不消肿，就要去请求医生治疗。

#### 医生的治疗措施

1. 医生会给用一些抗生素软膏涂在包皮内和阴茎头上。
2. 会给开些抗生素口服。
3. 开一些高锰酸钾粉剂，教给孩子的父母配成 1 : 10000 的高锰酸钾溶液，浸泡阴茎，清洗包皮内部。
4. 如果包皮过紧，医生告诉家长经常到医院检查。到 5 岁以后包皮还不能翻开，就必须做包皮手术。

#### 家长的协助治疗

1. 给孩子勤换尿布，以免发生尿布皮炎及污染阴茎。
2. 讲究卫生，经常给孩子洗澡，保持阴茎清洁；对 5 岁以上的孩子，要让孩子自己洗澡时翻开包皮，清洗阴茎、龟头及包皮。
3. 服用抗生素的时候，要鼓励孩子多饮水，通过多排尿来冲洗尿道，以防止感染。
4. 用高锰酸钾溶液，按比例配水，每日两次，清洗阴茎及阴茎包皮内部，每次泡 10 分钟左右。

## 四、隐睾

胎儿早期，睾丸位于腹腔后上方。随着胎儿的发育，睾丸逐渐下降，到胎儿 4~6 个月时降至腹股沟部，7~9 个月时降入阴囊内。如果出生后一侧或双侧睾丸未降入阴囊内，而是隐藏于腹内、腹股沟部或其他部位，则称为隐睾，本病是儿童中较常见的先天性疾病，单侧多于双侧。由于隐睾有可

能发生癌变，而且双侧隐睾会造成不育症，故应引起家长重视。

### 症状

1. 出生时睾丸没有降到阴囊内，可为单侧，也可双侧。
2. 在腹股沟处可触到没有下降的睾丸。
3. 睾丸仍在腹腔内必须经医院检查确定睾丸位置。
4. 阴囊内没有睾丸。双侧时阴囊小而扁平，单侧时阴囊不对称。

### 引发的后果

1. 隐睾由于睾丸位置异常，容易受外伤挤压。隐睾也较容易发生睾丸扭转。
2. 隐睾如不早期采取治疗措施，可影响生育。
3. 隐睾长期不治疗可恶变为睾丸癌。

### 首要措施

家长应注意有无隐睾。观察是否随生长下降。

### 病情判断

一般情况下，1岁以内睾丸都会有自然下降的可能，暂可以不治疗。假如超过1岁睾丸仍未下降，应查清原因或治疗。

### 医生的治疗措施

1. 医生给孩子进行具体检查，先确定是否有隐睾。
2. 睾丸在腹股沟内，可用绒毛膜促性腺激素治疗，以促进睾丸下降。
3. 上述治疗无效，2岁内手术治疗，以免影响睾丸的功能。

### 家长的协助治疗

婴幼儿隐睾大多能自行下降，其中1岁以内者下降占多数，2岁以后下降的机会明显减少。因此，不满2周岁的婴幼儿需随时观察，父母经常仔细查看患侧腹股沟部等处睾丸的移动情况。睾丸未降入阴囊之前，其活动度较小，遇到外力作用时缓冲余地也较小，所以未入阴囊的睾丸易受挤压、碰撞而损伤，需小心保护。

双侧阴睾可按医生的建议试用绒毛促性腺激素治疗。父母要按时送孩子去医院注射，每次肌注射500单位，每周2~3次，9次为一疗程，一般要用2~3个疗程。

2岁以后睾丸仍不能降入阴囊时，可采取手术治疗。目前认为进行手术治疗的最佳年龄为2~4岁，过晚会影响睾丸的发育。一定按医生建议方案治疗。

## 五、肾病综合征

肾病综合征也叫肾病，是由于身体免疫等原因导致孩子的肾小球通透性增加，使血浆中大量的蛋白质漏至尿液中，即尿中出现大量蛋白。幼儿肾病综合征有先天性、原发性和继发性三种类型。先天性肾病综合征发生在出生1岁以内，多在生后3个月内发病，1岁至6岁症状典型，这种孩子的母亲怀孕期间常有妊娠中毒症、早产、胎盘大，孩子在出生前已存在病症，主要是肾小球对蛋白通透性增加，形成大量蛋白从尿中丢失。继发性肾病综合征是继发于其他疾病之后的肾病综合征，可发生于过敏性紫癜、系统性红斑狼疮、乙

肝肾、溶血性尿毒综合症等疾病之后；而90%以上幼儿时期的肾病综合征是原发性肾病综合征，原发性肾病综合征的病因不很明确，可能与免疫有关。

### 症状

患了肾病的孩子因血浆中大量蛋白从尿中丢失，会引起低蛋白血症，高胆固醇血症和全身浮肿，浮肿呈凹陷性。对于大量蛋白尿、高胆固醇、高度水肿、低蛋白血症，医生、护士称为三高一低症状。

继发性肾病综合征有原发病的各种症状。

### 引发的后果

肾病综合征病程多迁延，患儿抵抗力低下，容易得各种感染性疾病。本病易复发，预后较差。

### 首要措施

从孕母时预防妊娠中毒症，预防早产。

### 病情判断

肾病综合征必须经医院诊断，较重的需住院治疗。

### 医生的治疗措施

医生通过问诊和身体检查，做化验检查，检查结果很可能是下面情况：

1. 尿：尿蛋白在显微镜检查偶见少量红、白细胞和管型。
2. 血：血浆总蛋白低于正常，尤以白蛋白降低明显，血胆固醇明显增高，血沉增快，随病情好转可逐渐恢复正常，在多尿期，血钠和血钾均可降低。

典型的肾病综合征诊断并不困难。

### 治疗

## 1. 饮食疗法

原则是供给热量充足的低蛋白、低脂肪饮食。另外，需补充钙、锌等微量元素及维生素 C、D 等。

## 2. 药物治疗

糖皮质激素制剂。目前仍为诱导肾病缓解的首选药物。关于激素治疗，常用以下的药物，如强的松、甲基强的松龙、氟美松。为防止复发，可选用环磷酰胺等。

### (1) 高脂血症的治疗

限制饮食中胆固醇摄入量，控制体重。药物如：消胆胺、烟酸、3-羟-3-甲戊二酰辅酶 A 还原酶抑制剂、纤维酸和丙丁酚等。体育锻炼可降低血脂，并能增加高密度脂蛋白。

### (2) 支持和对症治疗

间断输注血浆、人血丙种球蛋白等。

低分子右旋糖酐：静脉输注，可改善高血凝状态，降低血液粘滞性，防止血栓形成，注意幼儿用量。

利尿剂：对严重水肿患者可酌情给予速尿，肌注或稀释后静注。

静脉输注人血白蛋白矫正低蛋白血症。但不主张大量或频繁输注白蛋白治疗，因为可以加重肾脏损害。

肾病综合征为一慢性疾病，浮肿消退后巩固治疗阶段时间应较长，以免复发，一般服药至少 6 个月，一般常用“参苓白术散”、“六味地黄丸”与“金匱肾气丸”加减交替使用，以巩固疗效。

### 家长的协助治疗

肾病综合征一般须住院治疗，浮肿消失、尿蛋白转阴后

可在家中继续用药治疗。由于长期大量应用激素，可带来许多副作用，此外肾病综合征易复发，及时发现肾病复发和并发症，预防激素的副作用是家庭治疗中必须重视的问题。

1. 尿量：经治疗获得缓解的肾病患者，尿量正常，尿中泡沫少。如肾病复则尿中泡沫增多，尿量减少。尿量减少出现于水肿之前。如饮水量正常，无恶心、呕吐、出汗不多的条件下，尿量减少提示肾病复发。

2. 感染：肾病患者长期服用激素，机体抵抗力下降，易继发感染。常见的有皮肤感染、呼吸道感染、原发性腹膜炎等，危害最大的是病毒感染，尤其是接受激素或免疫抑制剂过程中，并发水痘、麻疹、带状疱疹时，往往比一般儿童病情重。对有接触史者，应将激素或免疫抑制剂减量，并给免疫球蛋白注射。因此要加强护理，不去公共场所，不与病儿接触，以免交叉感染。

3. 腹痛：肾病本身无腹痛，肾病出现腹痛时应考虑以下疾病：

(1) 消化道溃疡：本病可因激素诱发，疼痛多局限于上腹部，可伴返酸。

(2) 原发性腹膜炎，表现为腹痛，伴发热、食欲低下、恶心、呕吐和腹泻。

4. 下肢痛：长期使用激素可引起骨质疏松、骨骼变形，患儿下肢痛很有可能为骨质疏松所致，应及时补充维生素D及钙剂，并教育患儿避免剧烈活动，以免发生骨折。

## 六、急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎简称急性肾炎，是幼儿时期最常见的一种肾脏病。临床表现为急性起病，以血尿、蛋白尿、水肿、高血压和肾小球滤过率下降为特点的一种肾小球疾病。临床上绝大多数属急性链球菌感染后肾小球肾炎。年龄以3~8岁多见，2岁以下罕见。男女的比例为2:1。

### 症状

主要表现为浮肿、血尿、尿少、高血压。浮肿最常表现为眼睑浮肿及下肢浮肿，以后遍及全身。其他还可有全身不适、乏力、食欲不振、发热、头痛、头晕、咳嗽、气急、恶心呕吐、腹痛及鼻出血等。

### 表现四方面：

1. 浮肿从眼睑开始，一至二日内渐及全身。浮肿时尿量明显减少，甚至尿闭。
2. 几乎每个病人都有血尿，多数为镜下血尿。尿色为洗肉水样或浓茶色。
3. 血压升高。
4. 尿常规检查，有蛋白质、红细胞、颗粒管型。（医院化验）

### 引发的后果

严重的急性肾小球肾炎患者比较难治疗，可出现急性肾功能不全，肾功能衰竭、心衰等。

### 首要措施

如果发现孩子眼睑肿，尿量尿色异常应警惕急性肾炎发生。

### 病情判断

发现有尿异常，眼睑及两踝部水肿，应及时就诊。

### 医生的治疗措施

医生会给孩子全面检查，如测量血压、检验尿常规、检验血常规、肾功能。住院后肾穿作病理检查，确定诊断。

如果：

1. 水肿、血尿较重。
2. 并发高血压脑病、严重循环弃血、急性肾功能衰竭。
3. 病情进展快，有发生严重并发症可能。
4. 合并其他疾病。
5. 经家庭治疗病情无好转。收住院治疗。

以上五种情况。

急性链球菌感染后肾炎一般为自限性疾病，目前无特异治疗方法。除治疗外，还应嘱咐孩子卧床休息，直到水肿消退、血尿消失、血压正常，才可下床活动。

医生将给予无盐或少盐的饮食，并根据病情调节饮水量。如果孩子体内还有链球菌感染，医生会给孩子使用敏感的抗生素，消除体内的感染病灶。

### 家长的协助治疗

1. 孩子患急性扁桃体炎、猩红热、皮肤化脓性感染，应及早使用抗菌素治疗。
2. 急性期开始要很好卧床休息，一般要绝对卧床 2~3

周，待高血压已被控制、浮肿及肉眼血尿已消失，即可逐渐下床作轻微活动。限制活动约 1~2 个月。3 个月内避免剧烈活动。

饮食在疾病初期要限制盐，液体摄入也应适当限制，以免加重水肿或肾脏负担。蛋白质仅仅在氮质血症及明显尿少时，限制在 0.5 克/千克体重/日。一般情况蛋白质不限制。劝幼儿多吃水果及糖。

## 七、尿路感染

尿路感染（尿路炎）是儿童时期常见的疾病，是由大量细菌在尿道内繁殖而引起的炎症，包括尿道炎、膀胱炎和肾盂肾炎。

尿路感染是儿科较常见的疾病，发病仅次于呼吸道感染，一般较难区分尿路的具体部位，所以常被统称为尿路感染。幼儿较容易患尿路感染，因为：

1. 男孩的办理尿管相对长而且弯曲，输尿管的管壁肌肉及弹力纤维发育不完善，因此容易扩张而造成尿液潴留，发生感染。女孩的尿道比较短，且接近肛门口，细菌易经尿道口向上蔓延引起感染。

2. 排尿时，由于膀胱括约肌收缩，有一部分尿液“返流”进入输尿管而引起感染。

3. 泌尿系统的先天畸形、结石或者肿瘤使尿液潴留而继发感染。

4. 在幼儿多见的感染性疾病，如扁桃体炎、肺炎等，致

病的细菌可以通过血液而达到泌尿系统引起感染。

5. 营养因素如营养不良、维生素 A 缺乏时常常并发尿路感染。

## 症状

### 1. 急性尿路感染

症状因年龄、感染累及部位及严重性各异。年长儿与成人相似，而年龄越小全身症状越明显。

#### (1) 新生儿

多以全身症状为主，表现发热或体温不升、面色灰白、吃奶差、体重不增。部分病人出现消化道症状、黄疸、惊厥。

#### (2) 婴幼儿

仍以全身症状为主，可有发热等全身性感染表现，另有腹痛、排尿时哭闹、尿布有臭味、顽固性尿布疹等。

#### (3) 儿童期

下泌尿道感染时，多表现为尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，有时有终末血尿及遗尿，全身症状轻微。但上泌尿道感染时常有发热、寒战、食欲减退、腹痛、腹胀、腰痛、遗尿等。同时可伴有下尿路刺激症状。

### 2. 慢性尿路感染

本病在儿科较少见，一般是指病程持续一年以上者。症状轻重不等，可从无症状直至肾功能衰竭（首先出现浓缩功能障碍），表现为反复急性发作或精神萎靡、乏力、消瘦、进行性贫血等。病儿多合并尿返流或先天性尿路结构异常，如能早期诊治可减少肾损伤。

## 引发的后果

急性尿路感染经合理抗菌治疗,多数于数日内症状消失、治愈,但可有复发或再感染。慢性病例仅 1/4 可治愈,其中部分病人可迁延多年发展至肾功能不全,特别对伴有先天尿路畸形或尿路梗阻者,如未及时矫治预后不良。

### 首要措施

1. 认真做好婴幼儿外阴护理很重要,每次大便后应清洗臀部,尿布要常清洗,婴儿所用毛巾及盆应与成人分开,尽早不穿开裆裤等。在儿童期应加强教育注意会阴卫生,如每天洗臀部,勤换内裤,不可用洗脚后的水洗臀部等。

2. 注意孩子尿频、尿急、尿痛(婴幼儿排尿时哭闹)尿混浊或排尿困难,或有发烧应想到尿路感染的可能。应及时治疗。

### 病情判断

只要发现孩子尿急、尿频、发热、哭闹,就立即去医院诊断。

### 医生的治疗措施

1. 医生会给孩子进行认真检查,并做尿液检验及细菌培养,以确定是何种细菌引起的感染。

2. 医生会用适当的抗生素进行治疗,一般用 2 周以上的药治疗。

3. 对尿路感染的孩子,医生给他做肾、输尿管、膀胱 B 超或 X 线尿路造影检查,以排除泌尿系统梗阻或畸形的存在。

4. 一般治疗:急性期应卧床休息,多饮水、勤排尿。发热时给予退热治疗。

### 家长的协助治疗

1. 治疗关键在于积极控制感染、防止复发、去除诱因，并纠正先天或后天尿路异常，防止肾功能损害，针对病原菌选用有效抗菌药，这需要在医生指导下进行治疗。

2. 在急性感染时除用药外，还应注意休息，多饮水，勤排尿、减少细菌在膀胱内贮留时间。女孩应注意外阴部清洁，应勤洗外阴，擦抹时应从外阴前面擦向肛门方向，以避免污染机会。根治蛲虫、滴虫感染，去除尿道异物，减少局部刺激。

3. 内裤经常更换、清洗、日光晒。

## 八、包茎

包皮过长是指包皮虽然盖住阴茎龟头，但能向上翻转而暴露阴茎龟头。

包茎是指包皮口狭小，不能将包皮向上翻转而不能显露阴茎龟头。

包茎有先天性和后天性两种。但少数幼儿包皮口非常细小，使包皮不能向上退缩，以致影响阴茎头甚至整个阴茎的发育；后天性包茎多继发于阴茎头和包皮的损伤或炎症，由于长期屡发阴茎包皮炎，包皮口形成疤痕性挛缩，失去弹性和扩张能力，包皮就不能向上退缩，并常伴尿道狭窄。这种包茎是不会自愈的。包茎幼儿临床可出现排尿不畅、困难，长期排尿用劲可引起脱肛等并发症。尿垢积留在包皮囊内，与尿液中的盐分互相结成小块，外面摸上去质地较硬，不少家长怀疑为肿瘤而去医院检查。据统计，有包茎者发生阴茎

癌的机会比没有包茎者多。

### 症状

1. 包皮不能回缩，阴茎头不能露出。
2. 尿流得很慢，排尿时包皮膨起，尿液喷向四周。
3. 包皮垢堆积在包皮内，呈一个个小肿物。

### 引发的后果

容易引起包皮内部及阴茎龟头发炎。长期的包茎影响阴茎发育。

### 首要措施

1. 幼儿于 3~4 岁或年龄更小时，家长可以试行将包皮上翻，反复多次翻转，每次上翻超过上次上翻的位置，直至冠状沟。

2. 注意每次上翻后局部涂少量石蜡油或红霉素眼膏起润滑作用，然后将包皮复位，避免因包皮水肿、嵌顿造成严重后果。

3. 包皮能上翻后经常清洗，避免包皮垢的刺激，然后将包皮复位。

4. 有些幼儿包皮很不容易上翻。如包皮上翻困难或幼儿不配合，应到医院找儿科工程师治疗。

5. 包皮红肿时有感染发生，此时不宜上翻包皮或手术，应及时应用抗菌素，待炎症消退后再行处理。

### 病情判断

当孩子到 5~7 岁时仍然有包茎，就要去找医生治疗。包皮回缩后不能恢复原位应急速去医院治疗。

### 医生的治疗措施

医生检查阴茎，诊断是不是包茎。如果是包茎给予治疗。手术多在5岁以后进行。

1. 气囊扩张治疗包茎。对于轻症患者，可选择气囊扩张治疗，采用一次性气囊扩张装置，充气使包皮扩张。

2. 包皮钳切术。对于严重狭窄患者，应选择包皮钳切术，该手术为改良的包皮环切术，不需要缝线和拆线，门诊手术，不需住院。

3. 包皮环切术。此为传统的包皮手术。

4. 若包皮回缩后不能复位，医生首先通过手法复位。如失败尽速手术。

#### 家长的协助治疗

对于婴幼儿时期的先天性包茎，可经常将包皮重复试行上翻，以便扩大包皮口。这种手法应轻柔，不可过分急于把包皮退缩上去，以免引起包皮嵌顿。一旦发生嵌顿应及时去医院进行复位，否则会造成嵌顿后阴茎头坏死。对于反复发生阴茎包皮炎的孩子，要注意经常清洗阴茎头，可用1:5000高锰酸钾泡阴茎，2次/天，用温水，但不要太烫。对于较严重的包茎，经扩张治疗无效的孩子，可去医院进行包皮钳切术或包皮环切术。手术后应注意护理，局部用0.5%洗必泰液冲洗伤口，保持局部干燥，避免用金霉素等油膏涂搽伤口，以免造成局部感染。

## 第九章 循环系统疾病

### 一、先天性心脏病

在胎儿心脏发育阶段，任何因素（如遗传、母孕早期风疹或流感等病毒感染、接触放射线、有代谢性疾病、服特殊药物等）影响了心脏胚胎发育，使心脏某一部分发育停顿或异常，可导致先天性心脏病。临床上常见的先天性心脏病是室间隔缺损、房间隔缺损、动脉导管未闭和法乐四联症等。

先天性心脏病是胎儿时期心脏血管发育异常而致的畸形疾病，并与周围环境的影响而成。成因有三个：

1. 胎儿的心脏血管系统因遗传因子而有趋于不正常发展的倾向。

2. 周围环境有影响的元素，例如辐射、母亲染有过滤性病毒、服食特别药物如防止痉挛药物等。

3. 若以上两种情况同时存在，再加上胎儿正处于最易受伤害的发育阶段，即怀孕初期两三个月，任何以上因素足以令胎儿心脏发育出现问题。导致先天性心脏病的形成。

#### 症状

由先天性心脏病的表征，可将之分为两大类：非紫绀性

和紫绀性。

非紫绀性心脏病的患者面色和指甲红润，就如普通小孩一般；包括心室间隔缺损、心房间隔缺损、主动脉导管未闭、主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄、主动脉狭窄等，这些都是较常见的先天性心脏病。

紫绀性心脏病的患者面孔和指甲呈现紫蓝色，手指头似棍状。较常见的紫绀性心脏病有“法洛氏三联症”和主动脉移位。紫绀性心脏病的病情通常较非紫绀性严重。

#### 引发的后果

先天性心脏病是一种严重的疾病，轻则影响孩子的生长发育，重则危及生命，应尽早发现和是否手术治疗。

#### 首要措施

1. 预防胎儿畸形。孕妇怀孕初三个月左右，有病毒感染。如感冒、风疹、腹泻或接触放射线或服用某些孕妇禁服药可造成胎儿畸形。孕妇一定预防之。

2. 产前 B 超发现胎儿明显畸形可人工流产。

3. 对先天性心脏病早诊断，根据医生意见早治疗。

#### 病情判断

先天性心脏病必须到有条件医院去就医。

#### 医生的治疗措施

对先天性心脏病的正确诊断，必须将病史、症状，体征及其他辅助设备，经过精密的综合和分析，明确诊断，提出治疗方案。

#### 家长的协助治疗

1. 父母按“首要措施”中要求的作好预防，对严重畸形

胎儿行人工流产。

2.对先天性心脏病幼儿要有特殊的照顾。根据病情建立合乎病情的生活制度和饮食照顾。规定运动量。

## 二、心内膜弹力纤维增生症

心内膜弹力纤维增生症又名心内膜硬化症。以心内膜增厚伴弹力纤维增生及心室肥厚为特征,多见于1岁以下婴儿。

至今病因不明,部分患儿因病毒性心肌炎发展而来。心内膜供血不好及缺氧也可能是发病原因。

### 症状

按症状的轻重缓急,可分为三型。

1.暴发型:起病急骤,突然出现呼吸困难、口唇发绀、面色苍白、烦躁不安,少数出现面色灰白、四肢湿冷及脉搏过快,有时不规律,时常很微弱等症状,甚至于数小时内猝死。此型多见于6个月内的婴儿。

2.急性型:起病也较快,多见6月内婴儿。但病情发展不如暴发型急剧,常并发支气管肺炎,有些患儿因附壁血栓的脱落而发生脑栓塞等。如不及时治疗,多数死于心力衰竭。

3.慢性型:症状如急性型,但进展缓慢,患儿生长发育落后。经治疗可获缓解,活至成人期,也可因反复发作心力衰竭死亡。

大部分患儿属于急性型,新生儿期发病较少。

### 引发的后果

病情严重,发展急速,死亡率高。

### 首要措施

首先是预防感染，1岁以内尤其是6个月左右，婴儿出现呼吸困难、烦躁、不安、面色苍白、口周发绀等症状及早就诊。

### 病情判断

尽速就医，早诊断早抢救。

### 医生的治疗措施

医生对1岁以内幼儿，尤其是生后6个月出现呼吸困难、烦躁不安、面色苍白、口周发绀等症状，心脏听诊、心脏X线、B超检查和心电图检查，可诊断本病。

该病治疗主要为加强护理，预防感染，控制心力衰竭及维持心脏功能。

多数主张用药至临床症状消失，X线、心电图恢复正常后1~2年方可停药。

## 三、幼儿克山病

克山病是一种以心肌病变为主的地方性疾病，1935年首次发现在黑龙江省克山县，本病流行于我国黑龙江、吉林、辽宁、内蒙、陕西、甘肃、山东、山西、河南、河北、四川和云南等省的部分地区。主要在荒僻的山岳、高原地带的农村。城市和滨海地区则较少发病。

主要为水土因素，认为克山病地区的自然环境中，某些物质的缺乏或中毒是致病病因。目前认为当地普遍缺硒，但仅有小部分居民发病，故本症可能是多种因素综合作用的结

果，在缺硒的基础上附加其它因素方能引起发病。感染、过劳、过热或过冷、暴食、精神刺激均可诱发本病。

### 症状

在临床上根据心脏功能代偿状态可将本病分为急型、亚急型、慢型和潜在型四种，各型之间可互相转化。

1. 急型：可以由健康人突然发病，也可从潜在型或慢型基础上发生急性发作。急型多发生于冬季，半数在过劳、受寒、精神刺激或感冒后发病。起病急骤，病情进展迅速。

患者常诉“迷糊”，即一时性头晕、头迷，头晕程度和休克相平行。“心难受”觉胸骨后或心窝部不适感。恶心呕吐常见，且大多严重而顽固，呕吐多呈喷射状，可吐出黄水，呕吐之同时常觉烦渴，喜冷饮。

幼儿患者常表现为精神萎靡，食欲不振，脐周或上腹部疼痛。体征：呈急性病容，颜面灰暗或苍白，表情淡漠，但神志始终清醒。出冷汗，四肢厥冷。

2. 亚急型：此型在得病 5~7 天后发病，主要发生于儿童，常以全身水肿为主诉。主要是心衰、休克和心律不齐的各种表现。但多数症状持续三个月以上转为慢型。

3. 慢型：自然缓慢发病或由其他三型转来。患儿呈慢性病容，可有生长发育落后，精神萎靡，疲乏无力，常有头痛、头晕、浮肿、呼吸困难、腹部膨胀、尿量减少。晚期常出现四肢厥冷和口唇发绀。

重症患者的体征：呈慢性病容，少数显示面颊潮红。偶可有低热。血压偏低，脉多弱，可有脉律不齐。呼吸多浅而快。心界向两侧明显扩大。医生听诊两肺有湿罗音。由于右

心衰竭，可出现颈静脉怒张、阳性肝颈反流征、肝肿大、胸腹腔积液、下肢浮肿等体征。长期心力衰竭及并发肺梗塞或心源性肝硬化者，皮肤粘膜可出现黄疸。

4. 潜在型：多在流行病区普查时发现或为其他各型治疗后心力衰竭被控制而转为本型。一般无明显症状，有的可表现精神萎靡，面色稍差，少玩耍，多哭吵，食欲减退等。

此型心脏虽亦受损，但心机能代偿良好，故一般无明显自觉症状。可发生于健康人，亦可为其他型好转的结果。由健康人发病者多数无自觉症状，能照常从事劳动，而在普查中被发现。由其他型克山病转变而来者，大多数有心悸、气短、头晕、乏力等自觉症状，偶觉“心难受”。

#### 引发的后果

本病多有心脏损伤、心力衰竭、休克、严重的心律失常。病情严重，死亡率高。

#### 首要措施

采取综合性预防措施，注意环境卫生和个人卫生。

口服亚硒酸钠可减少本病的急性发作和降低死亡率。方法为 1~5 岁 0.5mg，6~10 岁 1mg，大于 10 岁 2mg，每周 1 次，连服 3~6 月。

#### 病情判断

克山病的儿童均需要就医，并且要群防群治。

#### 医生的治疗措施

1. 诊断是不是克山病。

2. 对本病治疗必须采用综合疗法，并应贯彻早诊断、早治疗和辨证论治的原则，以期提高疗效，减少病死率。克山

病的治疗在于抢救心源性休克，减轻心脏负担，控制心力衰竭，纠正心律失常。

#### 家长的协助治疗

1. 吃预防药，口服亚硒酸钠可养活本病的急性发作和降低死亡率。
2. 做好病儿的生活和疾病护理。
3. 急性患者病情严重变化多，必须进行守护治疗，加强护理，病情好转增加一些活动。
4. 要注意群防群治。
5. 注意个人卫生、环境卫生、饮水卫生，室内通风。

## 四、病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是一种病毒感染后而得的疾病，能引起心肌炎的病毒有多种。

病情轻重悬殊，轻者可无症状、重者可致猝死或心力衰竭。发病以夏秋季节为高。近 10 年来，研究证实数种腺病毒可引起儿童左心室功能障碍并导致死亡，这一发现解决了 10 年未决的问题，因为某些上呼吸道腺病毒是否可引起人左心室功能障碍存在争论，并将为预防和治疗左心室功能障碍提供新的策略。腺病毒是上呼吸道感染常见的病因之一，因此遇到心肌疾病时，必须考虑到这一病因可能性。

#### 症状

初起有发热、咽痛、全身酸痛、腹泻等。以后突然感疲乏无力，食欲减退、持续心悸、心前区隐痛、心率快或恶心

呕吐，甚至发生心力衰竭。

### 引发的后果

多数病人预后良好。经数周、数月甚至迁延数年逐渐痊愈。少数呈暴发过程，因心源性休克或急性充血性心力衰竭于数小时至数日内死亡，个别病例可猝死。有少数病例转为慢性。

### 首要措施

首先注意孩子胸闷、气短、心慌、烦躁、不安、呼吸困难等，应想到患病的可能性，去医院检查。

### 病情判断

如患儿在感冒样或胃肠道症状出现后数日或 1~3 周内出现乏力、多汗、头晕、心前区疼痛、心悸等症状，应及时就诊，可做些辅助以助诊断。

### 医生的治疗措施

通过询问病况，医生可能查心肌酶谱、胸部 X 线检查、心电图、心脏超声及多普勒检查等，并且排除风心病、克山病其他非病毒性心肌炎。

急性期治疗原则主要是减少心肌负荷，对症治疗，以及改善心肌营养等。慢性期可适当加用免疫抑制性药物。病情危重者应床边监护，以利抢救。

以下情况必须住院治疗：

1. 心力衰竭未控制或反复发作。
2. 心源性休克。
3. 1 岁以内的幼儿。
4. 合并其他感染。

### 5. 在家庭治疗后病情无改善。

初步报告在该病急性期应用大剂量静脉注射丙种球蛋白取得较好的临床效果。

#### 家长的协助治疗

卧床休息极为重要，在急性期至少应休息到退热后 3~4 周。有心功能不全及心脏扩大者，强调绝对卧床休息，以减轻心脏负担，总的休息时间不少于 3~6 个月，直至病情好转，心脏及心功能均恢复正常后，可起床逐渐增加活动。患者烦躁不安、心前区疼痛、腹痛等可选择下列方法：气促、紫绀者给氧，严防各种不利因素，尤其是细菌感染，一旦发生，必须及时治疗。

病毒性心肌炎一般住院治疗，轻型或急性期过后的中、重症心肌炎可在家中治疗，但应密切观察病情变化及治疗反应。

## 五、心律失常

心脏的电活动起源于窦房结，然后规则性的、依一定频率、一定的次序和时间进行传导，最后变成心脏搏动，这种起源于窦房结的电活动，称为正常窦性心律，如果心脏活动起源和（或）传导发生异常，出现其他心脏部位活动起源或传导过快、过慢或不规则，就导致心律失常，亦称为心律不齐或心律紊乱。心律失常分心脏激动起源异常和（或）心脏激动传导异常两大类，包括心动过速或过缓、早搏、传导阻滞等。

## 症状

1. 常见心慌、胸闷气短，或有左侧胸痛。
2. 头晕，全身无力，严重者昏厥抽搐。
3. 婴幼儿可出现面色苍白，拒乳拒食、呕吐等。
4. 心跳与脉搏不规则，可有间歇。医生叫早搏、逸搏或房颤。

## 引发的后果

心律失常轻重不一。严重的心律失常可引起心力衰竭、休克、脑栓塞，甚至心脏骤停死亡。

## 首要措施

有症状应先让患儿安静下来，测量脉搏次数，了解脉搏是否规律。也可将手放在心前区，触摸心跳，掌握心率情况，有否心律失常，决定是否看医生。

## 病情判断

孩子有心慌、气短、阵发性胸疼，并有心率快慢的明显变化，或心律不规则应尽快就医。

## 医生的治疗措施

1. 对孩子做一般的检查，听诊心脏，测量血压、检查呼吸次数，听诊两肺是否正常。
2. 医生给绘描心电图，明了心律失常快慢以及早搏的发生频率及性质。
3. 查找心律失常原因，医生可能排胸部 X 光片及心脏超声及多普勒检查。
4. 病情比较严重的住院治疗。
5. 可以门诊治疗的小孩，医生根据心律失常类型，开出

不同的药物，针对病因和症状给予治疗。

6. 向家长交代病情，并指导护理，交代注意事项。

家长的协助治疗

大量的早搏幼儿是在院外，由父母监护下观察或治疗。对未发现心脏疾病，但出现明显的早搏，经过抗心律失常药物治疗后早搏消失者，让家长了解家庭治疗和预防的重要性是非常重要的。

1. 家长应该学会数脉搏，或测心跳，最好每天在固定时间数幼儿的脉搏。

2. 定期看医生，记录幼儿的心电图，以观察孩子早搏的情况和用药的反应。

3. 医生制的抗心律失常药物的治疗方案家长不能随便更改。

4. 抗心律失常药物在减量或停止后，早搏有可能再度出现需复诊。

5. 饮食应该多样化，多吃新鲜蔬菜和水果，少吃加工过去的包装食品。

6. 不要让孩子玩空中飞旋或惊险的娱乐活动。

心律失常可以由多种疾病和多种原因引起，家长必须按医生意见家庭护理。

## 六、充血性心力衰竭

心脏的主要功能是向全身组织包括心脏本身输送足够的血液，以满足身体的活动和生长发育需要。当心脏本身发病

或其他原因使心脏负担过重，心脏的功能逐步减退。早期通过心率加快、心肌增厚，调整排血量满足身体需要，此时医学上叫代偿期。此时多无症状。当心脏功能进一步减退，心脏该送出的血送不出，该回心脏的血又受到阻碍，就出现血液瘀至心脏以外，出现全身及各脏器瘀血的表现，医生称之为充血性心力衰竭。

幼儿心衰 1 岁以内发病最多。

充血性心力衰竭常见于先天性心脏病、病毒性或中毒性心肌炎、风湿性心脏病等心血管本身原因。也可以来自非心血管因素、呼吸系统疾病、中枢神经系统疾病、贫血、脓毒败血症、婴儿期酸中毒、低血糖，甲状腺功能亢进等。

症状

1. 心脏作功的改变：出现心动过速、心脏扩大、脉细弱、肤色苍白、湿冷。全身乏力或烦躁、厌食。

2. 全身表现：肝脏肿大、眼眶周围水肿、腹水、颈静脉和外周静脉扩张。

3. 肺部症状：咳嗽、呼吸困难、气促、鼻翼扇动、青紫。

婴幼儿呼吸快速、表浅，频率可达 50~100 次/分，喂养困难，烦躁不安，有明显的呼吸困难。青紫主要表现在嘴唇三角区。

引发的后果

充血性心力衰竭常常是其他疾病较重的表现，病情较重，预后与原发病治疗和预后有关。

首要措施

首先预防和治疗原发病。

## 病情判断

充血性心力衰竭是严重疾病，多需要住院治疗。

## 医生的治疗措施

首先寻找充血性心力衰竭的原发病是什么，再查清心力衰竭的程度。医生可做多方面的问诊和检查。治疗方面多需住院治疗。

重要的是去除病因，治疗原发疾病。儿科治疗的目的是增进心功能，去除过量潴留和钠和水分，降低氧的消耗和纠正代谢紊乱。

吸氧，给予血管紧张素抑制剂如卡托普利，强心药如地戈辛，给较大剂量的利尿剂如速尿等。

## 家长的协助治疗

1. 绝对安静、卧床休息：休息可降低代谢、减少氧的消耗，减轻心脏负担。要尽量避免引起婴幼儿哭闹，鼓励较大患儿保持稳定情绪。衣服要宽松，被子要软松，以利呼吸。患儿取半卧位，青紫型先心病患儿取膝胸卧位，以减少静脉回流。

2. 饮食：一般给低盐饮食，钠盐每日 0.5~1 克，重病患儿有时给无盐饮食。要少食多餐，防止由于饱食而使横膈抬高。婴儿喂奶也要少量多次，所用奶头孔宜稍大，但需注意呛咳。吸吮困难者采用滴管，必要时鼻饲。水肿严重时应限制入量。静脉补液时滴速不可过快，以防加重心衰。无盐饮食影响食欲可管当加调味品，如糖、醋或无盐酱油等，并可更换烹调方法，使患儿易于接受。

3. 吸氧：呼吸困难及青紫时应给氧吸入，家长要护理好。

4. 详细记录出入量：定时测量体重，了解水肿增减情况。

5. 保持大便通畅，避免排使用力。鼓励患儿食用纤维较多的蔬菜、水果。必要时服缓泻剂或给予甘油栓或开塞露通便，或每晚睡前服用少量食用油。

## 第十章 神经系统病

### 一、幼儿遗尿

凡年满三周岁具有正常排尿功能的幼儿不自主的排尿，可分为夜间遗尿和白天不能抑制而使小便自遗者，称为遗尿，夜间遗尿俗称“尿床”。偶因疲劳、兴奋、或临睡饮水过多而遗尿，不作病态论。若三岁以内的幼儿，由于智力未健，排尿正常习惯尚未养成，引起小便自遗，亦不属病态。

遗尿症不能用一种原因解释，可用多种因素：

1. 发育延缓：同时在其他方面也表现发育迟缓，如说话、走路等。

2. 遗传因素：如双亲都遗尿，则 77% 的幼儿遗尿。

3. 器质性尿路疾病：约占 1%，常有尿路梗阻性疾病，继发尿路感染。白天及夜间均有遗尿。

4. 精神因素：幼儿焦虑、精神压力、惊吓等与遗尿有关。

5. 其他因素：食物过敏可引起膀胱功能性容量减小及膀胱活动加强。

症状

1. 遗尿症无明确年龄界定：3 岁时绝大多数幼儿在白天

及夜间均能控制排尿。5岁时约15%幼儿仍有夜间遗尿。15岁时仅1%幼儿夜间遗尿。

2. 幼儿遗尿可分为二组：一组仅有夜间遗尿而无感染，不需作进一步检查；另一组则有尿路感染或神经系病变，需作全面的尿路检查及神经系统检查。

3. 体检时拍腰骶骨X光片，检出隐性脊柱裂畸形。

### 引发的后果

多属生活习惯和排尿功能不很健全，可以纠正和治疗。

### 首要措施

1. 一般训练。入睡后定时唤醒，建立排尿时间的条件反射；调节饮食，晚餐以干食为主；白天训练孩子的排尿时间。

2. 心理治疗。鼓励孩子树立克服遗尿的信心，消除孩子对遗尿的紧张心理，减轻心理负担。

3. 行为疗法。可采取电铃—电路法。方法是：让孩子睡在一个特制的床单上，床单内分别放着用纱布包好的两个电极，电极的另一端分别与电铃及电池连接。当床单干燥时，电路不通，电铃不响；当患儿遗尿时，少量的尿液即可使纱布潮湿导电，电铃随之响起，唤起幼儿和（或）父母。如此多次刺激后就会形成条件反射，一旦膀胱充盈，便会自动起床……排尿。

### 病情判断

如果没有泌尿系及神经系病变，单纯的遗尿不必就医。

### 医生的治疗措施

医生通过询问遗尿情况和其他症状，检查有无其他疾病。如果是遗尿症，主要是作家庭护理指导。

## 1. 改变生活习惯

(1) 傍晚限制饮水，夜间唤醒排尿。

(2) 逐渐延长排尿间隔以扩大膀胱容量，训练膀胱，逐渐建立条件反射。

## 2. 药物治疗

(1) 抗胆碱药物：可减少膀胱无抑制性收缩。大孩子常用阿托品每次 0.3 毫克，每日 3 次或 654-2 每次 5~10 毫克，每日 3 次。小孩用量根据体重计算。

(2) 遗尿酊：作用于中枢及周围神经系统。停药后常复发。

## 家长的协助治疗

1. 树立幼儿自信心。指导并辅助孩子建立正常排尿习惯。

2. 保护幼儿自尊心，避免训斥、羞辱，注意保守“秘密”。

3. 去除幼儿精神压力、焦虑、恐惧等。

4. 限制对遗尿有直接影响的食物：美国学者对幼儿遗尿的原因进行了深入的研究后提出，饮食中牛奶、巧克力和柑橘类水果过量是造成幼儿夜间遗尿的主要原因。

在膳食中不宜食辛辣刺激之品，尤其忌饮茶。

5. 白尽量忌限制饮水：3 岁幼儿当膀胱充盈时，常能利用膀胱括约肌、肛提肌和耻骨尾骨肌，在短时间内制止尿的排出，这一控制作用在白尽量逐渐有效。4 岁幼儿当膀胱接近充盈时，常能使膈肌和腹肌收缩，从而使膀胱压力增加而引起排尿，以锻炼膀胱功能。

通过大脑皮层的控制，暂时延迟排尿，夜间的排尿控制也逐渐形成。

6. 晚餐后忌饮水过量：午后4点以后，督促患儿控制饮水量，不用流质饮食，晚餐中减少盐量，少喝水，以免加重肾脏负担，减少夜间排尿量。

## 二、晕动病

晕动病一般指乘火车、汽车、乘飞机以及摇摆、抖动、旋转、加速等各种原因所致疾病的总称。孩子坐公共汽车、坐船、坐飞机旅游时常发生。但对这种晕动病的病因仍不清楚，可能与小脑平衡功能失调有关。小孩比成人容易患病。随着年龄增长，孩子的症状会逐渐减轻或消失。

### 症状

1. 恶心、呕吐、眩晕、心慌。
2. 面色苍白、头痛、发凉、出冷汗。
3. 严重的会出现意识丧失。

### 引发的后果

晕动病不是特别严重的病，但发病两、三天内头晕脑胀，不想吃东西，四肢乏力，休息两天会好转。

如果孩子持续呕吐，会造成脱水，需要治疗。

### 首要措施

1. 如果在旅行中，发现孩子面色苍白，而且不愿意说话，又不敢动，父母可问孩子一下情况，摸一下头上是否有冷汗。
2. 让孩子躺下，闭上眼睛，别活动。
3. 打开车窗，让孩子吸新鲜空气。

### 病情判断

孩子晕车晕得严重，呕吐、脱水，应立即找医生治疗。

医生的治疗措施

1. 给孩子开抗组胺药吃，这些药吃了孩子会困倦、爱睡觉。可换一下乘晕宁、晕海宁等。

2. 如用药无效的孩子，医生要认真检查，排除内耳或小脑的疾病。

家长的协助治疗

1. 施行前，父母让孩子早点入睡，休息好，以免晕车。

2. 旅行前提前 40 分钟给孩子服乘晕宁之类药。

3. 饱肚子施行乘车，空着肚子乘车容易呕吐、晕车。

4. 吃些咸菜，在途中多饮水，防止孩子脱水。

5. 开窗坐车，另外带塑料袋留呕吐用。

### 三、瑞氏综合征

瑞氏综合征是一种以急性脑病合并肝脂肪变性为特点的综合症，1963 年由瑞氏等首先报告。对本病研究中，发病原因至今还不清楚，多数认为本病是与病毒感染有关的肝、脑等多器官细胞内结构受操作所导致的全身性疾病。某些遗传性代谢缺陷病的临床表现酷似体征，应予以鉴别。

医生们发现，本病的发生与 B 型流感和水痘病毒等感染的流行相关，发病高峰年龄为 4~12 岁，6 岁左右较多。80 年代后由于慎用乙酰水杨酸治疗，本征的发病率已显著减少，死亡率由 40% 下降至 10%~20%。

该病有脑肿胀及水肿，肝脏细胞内有许多变化。表现为

突然发烧、反复呕吐，并有惊厥、意识不大清楚、甚至昏迷。因为瑞氏首先作为一个单独的病报导，人们以瑞氏的名字命名了这种病。又因为本病急性脑水肿和内脏（主要是肝脏）发生脂肪变性，人们又把它称作脑病合并内脏脂肪变性综合症。

### 症状

患儿先有上呼吸道病素养感染，伴轻度发热、咳嗽、流涕、疲倦、头痛、嗓子疼，有时腹泻等症状。起病 4~7 天时可突然发生反复呕吐，吐物可为咖啡色。继而出现嗜睡、烦躁不安、精神错乱。

呈进行性恶化，出现惊厥、昏迷、喷射性呕吐、脖子硬、脉缓、深呼吸，直至死亡。

肝脏轻至中度增大，肝功能异常，但病儿始终无黄疸。

病程进展可分以下几期：0 期，呕吐而无脑功能受累；I 期，有呕吐、意识混乱、嗜睡；II 期，有不安、谵妄、无意识及过度换气；III 期，有惊厥、昏迷、身体强直；IV 期，有全身肌弛缓、呼吸暂停、瞳孔固定且散大。从第 I 期快速发展至第 IV 期，甚至在 24 小时内即死亡，但多数病儿的反复呕吐及嗜睡可持续 1 多。

### 引发的后果

本病非常严重，十分凶险，即使及时诊治，大部分孩子也会留下程度不同的后遗症，如智力低下、癫痫、瘫痪、语言障碍，或行为异常。病情进展至 III、IV 期的各年龄小孩死亡率均高。婴儿得本病预后更差。

### 首要措施

1. 孩子患流感或普通感冒或患水痘等疾病开始恢复时，又突然呕吐，注意是否发烧，不要乱用药，应立即去医院。对发烧可用物理降温。

2. 如果孩子先有呕吐，随后变得呆滞、嗜睡很难叫醒，应想到本病可能。

#### 病情判断

如上所述必须及时就医。

#### 医生的治疗措施

医生询问病情，注意是否有过上呼吸道病毒感染病史，目前的病况如何，详细检查身体。可能做些血液生化方面检查，查脑电图等明确诊断。

治疗上无特效治疗，治疗成功与否取决于：

1. 早期识别轻症，及时治疗；
2. 及时控制颅内压增高。一经诊断即应予以密切观察，给 10%~15% 葡萄糖静脉滴注及对症处理。惊厥、昏迷参见有关章节。

#### 家长的协助治疗

1. 家长尽可能发现本病早期症状，尽早送医院诊治。
2. 积极配合医生检查治疗。医生要做肝穿刺和腰椎穿刺，有一定危险，家长应予保作。
3. 本病死亡率高，存活者多有程度不同后遗症，家长应有思想准备，应该理解。

## 四、化脓性脑膜炎

化脓性脑膜炎是幼儿常见的感染性神经系统疾病，由于幼儿免疫功能不够成熟，化脓性细菌容易侵入血液，又由于血脑屏障功能较差，血液内的细菌容易侵入中枢神经系统，引起脑膜炎症。

病原菌的种类与患儿的发病年龄有关。新生儿期以大肠杆菌、副大肠杆菌、金黄色葡萄球菌为多见，婴幼儿期以肺炎双球菌、流行性感胃杆菌为多见。脑膜炎双球菌性脑膜炎（即流行性脑脊髓膜炎）在流行季节各年龄组都可发病，以年长儿为多见。

细菌可由血行、呼吸道、消化道、皮肤、粘膜及新生儿脐部侵入。如果患中耳炎、乳突炎及颅骨骨折时，细菌可直接侵入脑膜。

### 症状

临床表现随患儿年龄、致病菌性质、发病天数、病后所用药物的效果以及所患脑膜炎是原发疾病，抑或严重疾病的并发症而具有很大差别。

年长儿的临床表现，往往为急性发病，典型症状为发热、寒颤、头痛和呕吐，或随后出现神经精神方面的改变，极度烦躁、易激惹与嗜睡交替出现，进而昏睡、昏迷。可出现惊厥，有时以惊厥为首发重要症状。体检发现颈强直，克氏征和布氏征阳性。

新生儿和6个月以内的婴儿，其临床表现可很不典型，表现为不明原因的发热和一般情况欠佳，如进食少、呕吐等，当出现颈强直、阳性布氏征和克氏征时脑膜炎已非早期。对这类幼婴应特别注意有无烦躁与嗜睡交替出现，有无脑性尖叫和凝视，前囟有隆起或张力增高。只有提高警惕，及时进行腰椎穿刺，才能不失去早期诊断的可能性。

### 引发的后果

化脓性脑膜炎病情严重，发展迅速，死亡率高。有的虽经治疗留有后遗症。

### 首要措施

早诊断、早治疗，可减少后遗症，降低死亡率。

### 病情判断

患儿有病，立即去医院就医。

### 医生的治疗措施

1. 医生询问病史后，重点做神经系统检查，抽脑脊液化验。

2. 一般治疗：应保持安静休息，减少不必要的刺激，供给足量液体与营养，不能口服者可鼻饲或静脉输液。

3. 抗生素治疗：要求所选药物能够透过血脑屏障，在脑脊液中达到较高浓度。氯霉素最为理想，但对新生儿和未成熟儿有可能引起灰色综合症，要很慎重；大剂量氨基苄青霉素或青霉素分次静脉滴注。一般静脉给药10~14日，病情疑难者持续3周以上，待脑脊液恢复正常后数日停药。病情较轻或治疗后病情好转，可肌注给药。

4. 肾上腺皮质激素的应用：常用氢化考地松静滴或强地

松口服。

5. 对症治疗：高热者予以物理降温。惊厥者用止惊剂，常用苯巴比妥、水合氯醛、安定等。有脑水肿者用脱水剂，如甘露醇、尿毒等于半小时到1小时内静脉输入。

6. 硬脑膜下积液的治疗：积液较多，出现颅内压增高者，应行硬膜下穿刺，进行放液。反复穿刺，积液仍不减少时，应考虑外科手术治疗。如有硬脑膜下积脓者，除穿刺放脓外，应用抗菌素治疗。

7. 其他治疗：包括供给充足的液体，各种症状治疗。

备好氧气、吸痰器、压舌板和急救药品，可能随时应用。

家长的协助治疗

1. 保持安静，昏迷病人取平卧头侧位或侧卧位，注意呼吸道通畅。

2. 予以高热量易消化的流质或半流质饮食，不能口服者鼻饲，注意食物的温度，注入速度应缓慢，以防呕吐。

3. 皮肤护理：经常保持皮肤清洁干燥，勤擦澡、勤更换衣服及被单等。注意骨突部位的护理，防止发生褥疮。

4. 注意口腔卫生：朵贝尔氏液或生理盐水清洗口腔，年长儿可含漱，还可少量多次饮用白开水，保持口腔清洁。

5. 输液的观察和护理。

6. 对昏迷及鼻饲幼儿，每日进行口腔护理两次。

7. 经常更换体位，预防肺炎及褥疮。

## 五、儿童癔症

癔症，又名歇斯底里。患者以女性多见，少年学生发病有上升趋势。

多数在精神因素作用后起病，呈阵发性发作，临床症状复杂而多变，可类似多种疾病。

### 症状

#### 1. 精神型障碍

(1) 意识障碍或称意识改变状态，表现为呼之不应，推之不动，四肢发硬僵卧于床，可见双目紧闭，眼睑颤动，动其肢体有抗力，强行张开其眼，可见眼球活动良好。

(2) 情感暴发：病人大哭大笑，大喊大叫，蹬足捶胸，倒地翻滚，手舞足蹈，撕衣咬物，乱唱乱骂，常有装模作样的戏剧样表演。病人以生动的表情、夸张的动作以博取注意和同情。

(3) 遗忘：发作后阶段性或局限性遗忘，患者不能回忆某一段时间的生活经历，甚至否认既往的生活和身份。

(4) 神游症：不仅记忆力丧失，且从原地出走，当发现则否认全部经历，甚至否认其身份。

(5) 癔症性痴呆：给人的印象是什么也不懂，较大的孩子，称自己三岁， $2+2=5$ 。患者有问必答，有答必错，有时显得故意讲错。

(6) 身份识别障碍：患者有时在不同时间以不同身份出

现，表现为双重人格。

## 2. 身体功能障碍

(1) 感觉障碍：包括感觉缺失，感觉过敏和感觉异常。

(2) 癔症性失明：可表现为双目突然失明或弱视，眼科检查，无眼真正疾病的证据。

(3) 癔症性耳聋：在强烈的精神因素影响下，突然失去听力，缺乏耳聋的证据。

(4) 癔症性抽搐：发病时突然倒地，全身僵直，呈角弓反张，四肢不规则抖动，呼吸急促，呼之不应，发作可一日数次，但无大小便失禁，无咬伤唇舌，无跌伤。

(5) 癔症性瘫痪：以单肢瘫，偏瘫和截瘫多见。常有明显的躯体诱因，如外伤、术后、躯体疾病后等。轻者可活动但无力，重者不能活动，客观检查没有异常情况。

(6) 癔症性失音：患者保持不语，常用手势或书写表达自己的思想。

(7) 其他转换型障碍：如癔症性震颤，表现为粗大、不规则的全身抖动。

## 3. 躯体性障碍

诉多种躯体症状，描述时模糊不清，变化不定、夸张，并无躯体疾病证据。

## 4. 其他形式的癔症

流行性癔症（又称群体癔病），呈集体发作，多发生于女学生，男性少见。发病前常因该地有某种威胁性疾病的讹传，这些人的文化程度不高，症状可多种多样。

引发的后果

癔病没有严重后果。

### 首要措施

首先是家庭和社会对儿童精神上的刺激。

### 病情判断

严重的癔病需要就医。排除器质性的原因所造成的精神症状。

### 医生的治疗措施

就医时，医生首先根据儿童的以下表现：

1. 病人平时常具有感情用事、易受暗示等表现；
2. 发病与精神因素密切相关；
3. 临床上具有癔症的特征：夸张、做作和易受暗示、阵发性发作、间歇期完全正常；
4. 经常详细而周密的检查，没有发现相应器官的器质性病变。首先确定是否是癔病。如果是癔病，就及时给予治疗。

(1) 心理疗法是治疗癔症的首要方法。要关心，同情病人，了解病史，体格检查要详尽仔细。通过检查，可排除器质性疾病，又可取得患者及家属的信赖，解脱精神刺激，解脱精神压力，这样才能利于精神疗法的成功，是促进疾病治疗的决定性因素。

让患者知道，所患关病是功能性而非器质性，是可以治愈的。消除患者的各种疑虑，稳定患者情绪，正面的诱导，调动其主动性和积极性，配合医生，战胜疾病。

引导患者认识病因，分析病因与治疗的关系。

(2) 对症治疗包括暗示疗法、药物、理疗等。

暗示疗法：是消除癔症症状特别是癔症性感觉障，如失

听、失明，癔症性运动障碍如瘫痪、失语等的有效疗法。暗示治疗有相当好的疗效，在催眠状态下，医生结合患者的症状，用语言引导患者对所患症状有针对性进行暗示。

药物治疗：对癔症的精神发作、激情或兴奋状态、抽搐发作等最好作紧急处理如注射氯丙嗪或地西泮(安定)，待安静后，可口服弱定剂或心理治疗。

其他，如中医、中药及针灸或电针等治疗，在患者易接受暗示的基础上，尤其癔症性瘫痪患者，可获得较好的疗效。

### 家长的协助治疗

1. 因本病有精神因素作为诱因，因此家庭要避免使患者遭受来自社会及家庭的精神刺激，以免诱发本病。

2. 家庭要配合医生的诊断及处理，以利及时的康复。

3. 如是本病的易患者，家庭有过患病的经验，可在家中处理，采用精神上的同情，关怀及暗示、诱导，可使患者病情好转。

## 六、癫痫

癫痫是一种常见的神经症状，表现为突然发生的短暂脑功能异常(如意识障碍、肢体抽动)，有反复发作的倾向。

简单来说，根据起因，癫痫可分为两大类，一种是原因未明的，另一种则是有因可寻的癫痫。有因可寻的癫痫，病因主要有以下四种：

### 1. 遗传

患者家族中有该病的病史，得到父母的遗传，令先天性

染色体异常，导致脑部结构或功能不稳定。

## 2. 婴儿期脑部受损

胎儿在母亲体内受过滤性病毒感染，出生时脑部会缺氧、出血，又或者出生后感染脑膜炎、脑炎等，都会使脑部受到损害，导致癫痫。

## 3. 先天脑部受损

有些小朋友先天性新陈代谢失常，例如身体制造出不正常的氨基酸，这些不正常的氨基酸可损害脑部，令小朋友产生抽筋的症状。

## 4. 脑部意外受损

若脑部因意外撞伤、跌伤而受到伤害，创伤康复后也有机会造成癫痫。

### 症状

根据发作时的表现，主要可分为大发作、小发作、局限性发作和精神运动性发作。

1. 大发作：为神志丧失及全身抽搐发作。按症状演变可分为三期。

(1) 先兆期：继发性大发作的部分病人在神志丧失前的一瞬间出现先兆症状，可分为感觉性（如上腹部不适、胸气上升、心悸、眩晕和各种幻觉等），运动性（如身体局部抽动或头眼向一侧转动等）或精神性（如无名恐惧、外界不真实感或如入梦境等）。先兆历时极短暂，仅几秒钟，是癫痫发作的开始。原发性大发作的病人则并无先兆期。

(2) 抽搐期：病人突然神志丧失，发出尖叫声，跌倒在地，瞳孔扩大，光反应消失。又可分为二期：

强直期：全身肌肉强直痉挛，肩部内收，肘腕和掌指关节屈曲，拇指内收，两腿伸直，足内翻。因呼吸肌强直痉挛，呼吸暂停而脸色由苍白或充血转为青紫。历时约 5~30 秒钟。

阵挛期：即强直性痉挛的间歇发作。这时病人可能会咬破舌唇，自口中喷出白沫或血沫，并可能有尿或（和）大便失禁，有的还要呕吐。持续约 1~3 分钟。

（3）痉挛后期或昏睡期：呼吸渐趋平稳，脸色也逐渐恢复正常，病人由昏迷、深睡、意识模糊而转为清醒，约数分钟至 1 小时，醒后除先兆症状外，对发作经过毫无记忆。往往感到头痛、头昏、全身酸痛和乏力。少数病人在发作后还可能出现历时长短不等的精神失常。

大发作病人可能因突然神志丧失跌倒而遭受各种程度的外伤；也可能在发作时由于肌肉的剧烈收缩而发生下颌关节脱臼，及其他部位外伤。

癫痫持续状态：于短时间内大发作连接发生，病人始终处于昏迷状态。随反复发作而间歇期一次比一次缩短，体温升高，昏迷加深。这种情况是非常严重的，如不采取紧急措施中止发作，病人将因心、肺、脑衰竭而死亡。突然停用抗癫痫药物和感染都是引起癫痫持续状态的重要原因。

2. 小发作：在儿童期起病，通常至成年后即消失或转为大发作。

（1）小发作：目前称儿童失神癫痫的简单型为短暂的神志丧失，约持续数秒钟至半分钟，患者突然停止活动，中断谈话，面色泛白，双目凝视而无神，手中持物可能落地，有时头向前倾跌或眼睑及上肢出现不易察觉的颤动。也可能机

械地从事原先的活动（如行走或骑车）。发作一停止，患者立即意识清楚，但对发作经过毫无记忆。

（2）肌阵挛小发作：为涉及肢体、躯干及头部肌肉的突然抽动，通常两侧对称，频率每秒3钟次，有时患者可因强烈的抽动而跌倒在地，每次发作不到1分钟。

小发作与大发作为两种不同类型的癫痫，当大发作病人仅出现先兆而不发生意识丧失或全身抽搐时，可称为不完全性发作而不应称为小发作。

3. 局限性发作：最常见的是局限性运动性癫痫，即从一侧口角、手指或足趾开始的局部肌肉抽搐。此型属失神癫痫繁杂型之一。

#### 引发的后果

绝大多数癫痫经过治疗能得到控制，原发病能治疗的癫痫如脑瘤、脑寄生虫等，预后较好。癫痫持续状态需紧急抢救，否则可致死亡。

#### 首要措施

预防癫痫发作意外伤害，预防舌咬伤。重视癫痫持续状态的抢救治疗。

#### 病情判断

癫痫大发作、癫痫持续状态者应尽快就诊。有癫痫表现，应尽早就诊治疗。

#### 医生的治疗措施

癫痫属急症，要靠医生确诊，家长如发现孩子突然意识丧失、肌肉抽搐等症状时，应想到癫痫的可能，及时去医院就诊，并详细向医生叙述患儿当时发作的情况，以往有无类

似发作史，产时有无难产窒息的癫痫家族史，医生再结合脑电图等有关检查，多能明确诊断。

### 治疗癫痫

癫痫治疗的目的是完全控制发作，去除病因，减少脑操作，并尽量保持病儿的正常生活和学习以及精神愉快。以家庭治疗为主，服用抗癫痫药，要求严格执行。

1. 早治，一旦癫痫诊断明确，就应开始药物治疗。治疗愈早，脑损伤愈小，预后愈好。

2. 药物选择，根据发作类型和病人情况用药。尽量使用单一药物，无效时可换用或加用另一药物。

3. 规律用药，应先从小剂量开始，逐渐增量，有一定的服药间隔，使药物在血中保持稳定的有效浓度，以达到完全控制发作。

4. 疗程要长，停药要慢。大多数癫痫在发作完全控制后，仍需继续服用抗癫痫药维持2~4年，然后逐渐停药。停药要慢，突然停药常可引起严重的发作或癫痫持续状态。故应慎重地逐渐地减药和停药。

### 家长的协助治疗

1. 定期复查：在用抗癫痫药期间，要求患定期去医院复查，开始每2~3周复查一次，以后可3~6个月复查一次。服药后发作次数明显减少或停止发作，表示治疗有效，可继续用药；如减轻不显著，可能是用药剂量偏小，可管当增加药物剂量。如仍无效，可考虑换用或加用另一种药物。

### 2. 观察药物作用及时作用

观察有无眼震、嗜睡、兴奋、走路不稳等药物副作用，

还要定期带孩子去医院查血象及肝、肾功能等，以便调整剂量，减少药物的毒性反应。

3. 惊厥发作时间：一般惊厥发作时间很少超过 15 分钟，如一次性惊厥发作时间在 30 分钟以上，应考虑为癫痫持续状态，须立即去医院治疗。

4. 预防癫痫外伤及舌咬伤。

5. 不经医生允许不得自己减量或更换抗癫痫药物。

## 七、脑性瘫痪

脑性瘫痪（简称脑瘫）是在出生前到出生后 1 个月内发育时由多种原因引起的脑病。主要表现为非进行性中枢性运动障碍和姿势异常，可伴有智力低下、惊厥、语言听觉与视力障碍等。

迄今脑瘫无特效的治疗方法，早期经多方面综合治疗，可使病情获得不同程度改善。轻者智力正常，能接受教育，并有独立生活的能力，如病情严重，智力低下，常需终生照顾。

病因包括产前、产时、产后多种原因。母亲智力低下是脑瘫的重要危险因素。孕期应用甲状腺素、孕酮等药物，妊娠早期患病毒感染，早产、先天性脑发育异常，产时窒息，缺氧与颅内出血，难产，新生儿惊厥，颅内感染，核黄疸等均为脑瘫的重要病因。

### 症状

脑瘫症状开始于婴儿时期，患儿主要表现为运动功能障

碍，以痉挛性脑瘫最常见，可为双侧肢体瘫、偏侧肢体瘫或单侧肢体瘫，下肢比上肢重。自主运动困难，动作僵硬，不协调，不对称，写字受影响。运动发育落后，如抬头、翻身、坐立及站立行走等落后。垂直抱起时表现为两下肢伸直，两腿交叉呈剪刀样，足跟悬空，足尖着地，两肘关节屈曲内收于胸前。

常有异常姿势，有的病儿头和四肢不能保持在中线上。走路呈现剪刀型步态和马蹄足内翻足。

重症患儿一般智力发育差，往往伴有喂养困难和继发感染，部分有视力、听力和语言缺陷，也可伴有癫痫发作。

#### 引发的后果

脑瘫的治疗效果不明显，后果较差，多数需家长照顾日常生活。

#### 首要措施

预防脑瘫发生，如孕期用药，预防风疹，注意从产前、产时和产后的造成脑瘫的因素。

#### 病情判断

发现上述症状，应及时就医。

#### 医生的治疗措施

首先确诊，可能作脑电图、颅脑 CT 检查。

脑瘫的治疗较困难，治疗有一定效果，经过较长一段时期疗养后多能逐渐获得不同程度的功能恢复。多采用综合康复医疗措施。需医院治疗与指导家庭治疗相配合。

1. 一般疗法：争取早诊早治，可提高康复治疗的效果。合理营养，精心护理，促进患儿的生长发育，减少并发症的

发生。

2. 药物治疗：早期可静滴脑活素、胞磷胆碱，促进脑细胞功能恢复，并宜给减低肌张力药物如巴氯芬（氯苯氨丁酸）、地西泮（安定）等。对手足徐动症可服用苯海索（安坦）或甲丙氨酯（眠尔通）。吡拉西坦（脑复康）能促使大脑对葡萄糖的利用和能量储存，提高智力。

3. 如有矫形手术适应症时告知家长。

家长的协助治疗

1. 教养方面：推广家庭教育，父母应根据患儿的行动、能力和智力水平建立一定的生活制度和教育方法，如日常生活活动训练，包括进食、大小便、穿脱衣服、卫生梳洗等训练，鼓励患儿尽可能做某些动作和语言训练。全家人不要歧视，给予较多的照顾。

2. 功能训练，功能训练是脑瘫患儿康复常用的行之有效的主要方法，一般由训练有素的治疗师根据患儿的运动障碍情况进行有计划运动训练，让患儿学习抬头、翻身、爬行、站立、步行等功能。最好父母也学会功能训练手法，以便患儿在家庭内康复治疗。

3. 理疗、按摩、推拿、捏脊等疗法及电疗、光疗对瘫痪肌肉的功能恢复都有帮助。

## 第十一章 结缔组织病

### 一、幼儿类风湿病

幼儿类风湿病是幼儿常见的结缔组织病，表现不规则发热和大小关节肿痛，但以小关节为主。日久天长可导致关节畸形。发展到全身淋巴结、肝、脾肿大，容易出现贫血和白细胞增高等症。年龄愈小全身症状会更明显。

#### 症状

1. 类风湿病多见于幼儿。

(1) 发热：多呈弛张热，可高达 40 摄氏度以上，常为本病的首发症状，早期不易明确诊断。发热可持续数周或数月，可自然缓解，但易复发。

(2) 皮疹：部分患儿在发热期间伴有皮疹。皮疹随发热的有无而时显时隐。皮疹呈多形性，为斑疹、斑丘疹及环形红斑，或见融合成片，色较鲜艳，以躯干多见，可及四肢。

(3) 关节症状：一般症状较轻，持续时间可短暂，常为多关节受累，并以小关节为主，以疼痛和晨僵为主。也可无关节症状，使诊断迟迟不能明确。

(4) 淋巴结、肝、脾可有不同程度的肿大。

(5) 偶见胸膜炎、心包炎和间质性肺炎。

2. 多发性关节炎型：至少有五个关节受累，通常从大关节开始，如膝、踝、肘，逐渐累及小关节，出现梭状指。颈椎、颞颌关节均可受累。表现为疼痛、晨僵，活动受限，局部肿胀。起病缓慢，病变进展，持续数年后关节僵直变形，肌肉萎缩。可间断有低热。尚有乏力、食欲不振、贫血及肝脾肿大等，偶见皮下小结。

3. 少发性关节炎型：受累关节不超过四个，可只有一个关节受累，为大关节。少数病例可有虹膜睫状体炎，且可成为首发症状，全身症状也多轻微。

引发的后果

类风湿可导致关节畸形，影响关节功能。

首要措施

早发现、早治疗。

病情判断

发现关节疼痛，尤其是小关节疼痛，有发烧、皮疹应早期就诊。

医生的治疗措施

医生首先询问疾病情况，检查身体，对疼痛的关节拍 X 光片及必要的实验室检查确定诊断。

治疗方面可给强地松、氟美松之类的肾上腺皮质激素以及阿司匹林等药物治疗。中药雷公藤制剂效果也不错。高烧 40 摄氏度以上且呈弛热者需住院治疗。

家长的协助治疗

做好家庭护理：

1. 卧床休息：发热、关节肿胀、疼痛时需卧床休息。

2. 关节炎的护理：注意保暖，保持患病关节于功能位置，防止关节肌肉萎缩。湿热能减轻关节疼痛，局部可做热敷，有条件及病情许可者每日可行温水盆浴 1~2 次，洗毕即做体育活动，使患病关节附近肌肉得到活动机会，从而保存肌力、预防关节强直或畸形，同时可保持皮肤清洁此法可指导家长在家中执行。

3. 关节疼痛剧烈者可即服少量镇痛剂。

## 二、过敏性紫癜

过敏性紫癜是一种以毛细血管炎为主要病变的疾病，一般认为由过敏反应引起，但致敏原常不易弄清楚。有的可能由细菌或病毒感染引起；有的可能因吃某种食物(如鱼、虾、蟹、蛋等)引起；有的可能因应用某药物引起；也有的可能因吸入花粉、昆虫叮咬或注射疫苗而引起。本病多见于 3~7 岁的儿童。

### 症状

紫癜多出于四肢和臀部，对称分布，以伸侧为多，常成批反复出现，高于皮面，按之不退色。可伴有瘙痒、荨麻疹等其他皮肤过敏的表现。另外有关节型紫癜，以关节疼痛肿胀为主，不留后遗症；胃肠型紫癜，以腹痛为主，发作性绞痛可伴恶心、呕吐、便血。有些病人在紫癜出现后出现肾炎症状，可吸血尿、蛋白尿、水肿，少数可发展为慢性肾炎。

三分之二的过敏性紫癜患儿有腹痛等消化道症状。约 1/3

的患儿出现肾脏损害。常常是在病程中出现肉眼血尿或常规检查发现镜下血尿,也有患儿在皮疹消退后才出现肾脏改变。

### 引发的后果

一般无严重后果,引起肾病综合征或内脏出血病情严重,后果不好。

### 首要措施

孩子身上有紫癜或有腹痛、便血、尿色改变应尽快去医院检查。

### 病情判断

有症状中的表现,应去医院检查治疗。

### 医生的治疗措施

本病的诊断主要领先临床表现,皮疹典型者诊断不困难,如果皮肤表现非紫癜,或是在皮疹出现之前有其他系统症状者,容易误诊。皮肤紫癜需与血小板减少引起的紫癜鉴别,根据皮疹的形态、分布、血小板的数量一般不难鉴别;在皮疹出现之前出现急性腹痛者需与外科急腹症鉴别。

检查血常规注意血小板以及尿的变化,肾功能方面的变化。

防治过敏性紫癜,首先要积极寻找引起致病的过敏因素,避免再接触,针对病因予以去除。

可用抗过敏药物,如非那根、苯海拉明、去氯羟嗪等;同时用维生素C、安络血和葡萄糖酸钙等。症状较重者应用强的松。多数患儿持续几天至几周而痊愈。如症状反复者可合用免疫抑制剂(环磷酰胺、硫唑嘌呤)。预后一般良好。

### 家长的协助治疗

首先尽可能寻找过敏源，去除致病因素。有上呼吸道感染时，应尽快清除感染病灶；有蛔虫的孩子，应进行驱虫治疗；停用可能引起过敏的药物。宜吃清淡饮食，不吃鱼、虾等可能引起过敏的食物，对怀疑引起发病的食物应避免再食用。口服维生素 C，酌情选用抗过敏药物，如苯海拉明、扑尔敏、异丙嗪(非那根)。病情严重者，可在医生指导下使用泼尼松或地塞米松治疗。对有出血的患儿，应注意观察出血部位和出血量。鼻出血时，可用 1 : 1000 肾上腺素浸润棉球或明胶海绵填塞。牙龈出血可用 4% 碘甘油涂牙龈或明胶海绵压迫止血；有便血者，应吃少渣饮食或流食，便血量较多时应禁食，给以静脉输液。如发现患儿烦躁不安、头痛、呕吐、甚至抽风、昏迷时，应想到颅内出血，迅速送往医院治疗。

### 三、川崎病

川崎病又称皮肤粘膜淋巴结综合症，是以全身血管炎为主要病变的幼儿结缔组织病，特征为发热，结膜充血，皮疹，淋巴结肿大和手足硬肿。日本发病最高，世界各地均有发病，我国有逐年增多的趋势。患了川崎病的孩子，如果没有冠状动脉问题，一般经过合理的治疗和护理，预后是好的，但有冠状动脉问题的孩子，要进行长期随访治疗，家长要学一些本病的知识，尤其是本病还有复发的可能，对曾经患过川崎病的家长也应该警惕。

近年该病发病率已超过儿童风湿热。

国内报导，川崎病与风湿热病例数之比均为 3：1 左右。该病的冠状动脉并发症为幼儿时期冠状动脉心脏病最常见原因。川崎病主要病理改变为全身性血管炎，最严重的危害是病程中、后期发生的中、大动脉尤其是冠状动脉损害。据统计，发热 10 天内未经及时治疗者冠状动脉病变发生率达 20%~25%，虽经阿司匹林等药物治疗也有 15% 患儿发生冠状动脉病变。

川崎症通常是在 6 个月至 4 岁之间的儿童出现，间中亦有 8 岁至 9 岁儿童病患的个案，而以夏季及冬季病发的机会较多。到现在为止，川崎症病因未明，极可能是对某种病菌的反应。

### 症状

症状有七种：

1. 发烧连续超过 5 天，高烧呈持续性抗菌素治疗无效。
2. 口唇红裂、口腔发红、舌苔增多，舌乳头隆起呈“草莓舌”。
3. 皮肤出疹，呈多形红斑或猩红热样皮疹，分布于躯干、四肢等部位。
4. 眼发红，双侧球结膜充血，无分泌物，随体温下降逐渐消退。
5. 手脚红肿，一两星期后趾尖有脱皮现象。
6. 淋巴结肿大，颈部最常见。
7. 心脏损害，可发生心肌炎、心包炎及各种心律失常表现。

引发的后果

只要医生能正确判断儿童所患的是川崎症，病发 9 日内得到阿司匹林及针药的治疗，病者便会很快退烧，大约 1 星期便会康复(注射及服食抗生素是没有任何效用的)，而患上冠状动脉血管瘤的机会亦会低于 5%，否则如果太迟才发现的话，儿童日后便有 1/4 机会患上冠状动脉瘤。虽然会患有川崎症状儿童，日后很少机会再复发，不过，由于心脏受影响的后遗症可能很多年后才发现，因此，患儿日后亦要定期作心脏检查。

25%至 35%的川崎症病患者，心脏会受影响，引致冠状动脉胀大成动脉瘤，因而使川崎症的死亡率为 1%。

### 首要措施

孩子持续发烧，有皮疹及淋巴结肿大者应尽早去医院，早诊断早治疗。

### 病情判断

本病的早期治疗对疾病预后有严重影响，应尽早就诊。

### 医生的治疗措施

医生为明确诊断及判断病情严重程度，检查血常规、血沉、心肌酶、心电图和心动超声以及免疫功能。

治疗主要是对症治疗和调节免疫状态。

降低血粘度：常用阿司匹林每天 40~100mg/kg 体重，分次口服，退热后减量，改成 30mg/kg 体重，连续 2 个月或更久，病情控制后逐渐减量，每周约减 1/4，防止停药反跳。潘生丁 3~6mg/kg 体重可与阿司匹林合用，可以减少阿司匹林剂量。

主张早期应用丙种球蛋白(发病 10 天内应用更好)，剂量

每天 400mg/kg 体重，静脉滴注，共用 3~5 天，或每日 1g/kg 体重，连用 2 天。我们的经验是丙种球蛋白，每天剂量 400mg/kg 体重，静脉滴注，共用 3~5 天，患儿依从性好，也利于调节患儿免疫状态。丙种球蛋白可减少冠状动脉瘤的发病率，缩短发病时间，有助于实验室异常情况要到医院看医师，以防有术后并发症：

1. 幼儿术后仍反复患呼吸道感染；
2. 运动后紫绀；
3. 运动后气急；
4. 双下肢有水肿；
5. 食欲差，腹胀或腹痛或腹泻；
6. 经常发热或出现皮肤红点(即出血点)。

关于静脉注射丙种球蛋白，已证明单次大剂量(2g/kg)比分 4 次给药 [ 400mg/(kg · d)用 4d ] 疗效更佳，急性期症状缓解更快，冠状动脉病变发生率更低(2.4%)。给药时间最好在发病 7~10 天内，IVIG 输注同时和输注后 1~2 个月仍需服用阿司匹林以取得最佳疗效。

#### 家长的协助治疗

##### 1. 一般家庭护理

(1)休息：有冠状动脉扩张的幼儿强调休息 3~6 个月，以后逐步增加活动。

(2)营养：加强营养，吃容易消化食物，多食蔬菜和水果等。

##### 2. 继续降低血粘度，按时服药。

出院时患儿常有血小板高水平，对血小板高的幼儿一般

应用阿司匹林 6 个月左右，由于幼儿胃肠道组织较嫩，尽管给予胃粘膜保护剂和阿司匹林的肠溶剂型，但仍难以接受长期每天 300mg/kg 体重的剂量，故临床多合用潘生丁 3~6mg/kg 体重，分 3 次服，这样阿司匹林可以每天 10~15mg/kg 体重，分 2~3 次服。疗程以血小板计数为依据，2~6 个月不等。

### 3. 免疫调节剂的使用：

继续左旋咪唑 2.5mg/kg 体重，隔 1 日或 2 日服，或每天中药黄芪 10~20g，两者的疗程 6~12 个月，我们的经验是免疫调节的时间长一些，对疾病的恢复有益，并发症少，使再发率明显下降。

### 4. 定期门诊检查：

幼儿川崎病如果有心电图异常，该心电图异常多在病程 3~4 周恢复；如出现冠状动脉扩张，该扩张的冠状动脉多数在发病 3~6 个月内逐渐消退，应门诊定期行超声波检查，如一般出院后 2 周、1 个月、2 个月、6 个月、1 年和 2 年，观察冠状动脉的改变，如果冠状动脉有变大，要立即看医生。

## 四、儿童系统性红斑狼疮

儿童系统性红斑狼疮，是指儿童包括青春期前后的少年时期患病。

系统性红斑狼疮是一种涉及许多系统和脏器的全身结缔组织炎症疾病，可以累及皮肤、浆膜、关节、肾脏及中枢神经系统等，并以自身免疫为特征。近年来，随着对本病认识

的不断提高及免疫检测技术的不断改进，发现本病在幼儿中发病数增多，仅次于幼年类风湿关节炎，居幼儿全身结缔组织病中第2位。以学龄儿童多见，而且女性患儿与男性患儿之比为4:1。其病因及发病机制目前仍未明。共识的观点是认为发病与遗传因素有关；另外环境因素对其发病也起到非常重要的作用。感染、女性激素可促进遗传基因成分表达。有人认为免疫系统缺陷的患儿可能是对抗原的处理缺陷而易发生本病。

### 症状

儿童系统红斑狼疮多发病急、发展迅速，症状各不相同，可同时多系统多脏器受损。

初发症状主要是不明原因的发热、皮疹、关节痛和体重减轻。亦可以某一脏器损害症状为首发，尤其是肾损害者较常见。

1. 全身症状：主要表现为不规则发热，发热高低与起病急缓有关，与内脏器官受损程度无一定关系。在发热同时或先后出现其他临床症状体征，抗生素治疗对退热无效。其他全身症状为食欲不振、无力、体重减轻。

2. 皮肤症状：患儿皮肤有典型的蝶型的蝶形红斑位于两颊和鼻梁，为鲜红色、边缘清晰的红斑，形似蝴蝶，可波及下眼睑，但很少波及上眼睑。其他皮肤表现有斑丘疹、丹毒样皮疹、糜烂、结痂、出血性紫癜等，全身各部位均可见到。

3. 关节及肌肉症状：表现为关节痛或关节炎，可为多关节受累，一般不遗留关节变形，部分病例可伴肌痛或肌无力。手足部尤其是指甲周围多形红斑样损害亦具特殊性。

4. 心血管症状：幼儿心血管症状者较成人多。临床有心包炎，心肌炎在幼儿较常见，一般可有气短、胸前区疼痛等，严重时可出现心脏扩大，甚至心力衰竭。心内膜炎常与心包炎同时存在，表现为心脏瓣膜病变。

5. 肾脏症状：狼疮性肾炎为内脏病变中最常见者，几乎所有患儿均有肾脏受累，或轻或重，轻者尿常规检查异常，重者出现肾功能衰竭。临床所见可为急性、慢性肾炎或肾病综合征。

6. 肺部病变症状：患儿有肺或胸膜病变，肺部病变有狼疮性肺炎、慢性间质纤维化、肺弥漫性血管炎、肺水肿等，临床可出现相应的呼吸道症状及体征。患儿发生胸膜炎。

7. 消化系统症状：患儿可有恶心、呕吐、食欲不振等症状，多数患儿可有肝脏增大，肝功异常，部分伴有黄疸。

8. 血液系统症状：患儿可见红细胞、白细胞、血小板三者皆减少。

9. 神经系统症状：约 50%~60% 的患儿可见神经或精神异常。临床表现为头痛、癫痫样发作、舞蹈病、偏瘫、面瘫、多发性神经炎、颅内压增高及精神异常等。

10. 其他症状：约半数病例淋巴结肿大，个别脾肿大。

#### 引发的后果

本病病情复杂，发展迅速，后果常较严重。狼疮性肺炎是死亡的主要原因之一。另外的死亡原因是：肾功能衰竭、狼疮性脑病、心力衰竭和继发严重感染、服用激素引起的消化道出血等并发症。

#### 首要措施

关键是高度警惕，早期发现。

### 病情判断

尽早就医，住院治疗。或在医生指导下，较轻的患者在家中治疗。

### 医生的治疗措施

明确诊断后，制定中西医结合的治疗方案，指导家长护理。

### 家长的协助治疗

该病是一种慢性病，做家长的不仅要对此种疾病有一个大概的了解，还要向医生详细了解自己孩子病情，并学会协助医护人员观察孩子的病情变化。首先，要在有经验专科工程师的指导下用药，最好能固定医院或医师诊治，有些家长病急乱投医，而每个医生的治疗方案也不可能完全相同，过于频繁地更换治疗方案，单纯用中药而放弃西医治疗、或是激素减药太快，可能都会适得其反。应严格遵医嘱，按时按量服药。

## 第十二章 内分泌及遗传、代谢性疾病

### 一、先天愚型

先天愚型是最常见的一种染色体异常疾病。以智力障碍、特殊的面容为主要表现，并伴其他畸形的疾病。正常人有 46 条染色体，而先天愚型每个细胞中有 47 条染色体。多余的染色体属于第 21 对染色体，一对染色体多一个，多一个额外的染色体，变成三个。母亲年龄越大发病率越高。目前可以通过羊水检查诊断胎儿是否有此病，可以不得留此病胎儿。高龄孕妇都应作羊水检查，早发现染色体异常。

#### 症状

该病大脑、小脑发育异常，不对称，可有第三囟门。面容特殊、头小、脸圆而扁平，眼别具匠心宽、眼裂斜向外上，常有斜视、低鼻梁、鼻孔上翘、小耳朵、口半张、圆嘴唇、舌常伸出口外，流口水，常傻笑。四肢短小、牙齿萌生延迟。体格发育迟缓、智力障碍。患儿四肢肌张力差，关节柔软、骨盆小、小指中节和末节发育不良，大脚趾和第二趾明显分开等。其他部位的先天畸形、先天性心脏病的发病率也很高。

#### 引发的后果

成活率低。傻孩子寿命长短决定并发症的存在与治疗。

#### 首要措施

早在妊娠期作羊水检查，如为先天愚型，最好人工流产。

#### 病情判断

应该看医生，尤其是高龄孕妇，应做此项检查。

#### 医生的治疗措施

无特效药治疗，采取长期教育和训练。

对于先天性心脏病、胃肠道和其他部位畸形，多采用手术治疗。

#### 家长的协助治疗

照顾生活、开发智力、耐心教育和训练。鼓励孩子学习、关心身体发育成长。协助治疗并发症。

## 二、克汀病(呆小病)

呆小病是由于先天性甲状腺缺陷使甲状腺激素分泌减少而引起的内分泌疾病，可引起生长发育减慢，智力障碍。发病较早，在新生儿期或婴儿期即出现异常表现，多呈散在性发病，个别有家族史。

#### 症状

发病早晚及其表现轻重与患儿甲状腺组织多少及功能低下程度有关。生后 1~3 个月即可发病，也可迟至 4~5 岁才出现症状。

早期症状为生理性黄疸重，持续时间长，反应迟钝，少哭、多睡、食量小、吞咽慢，怕冷，皮肤发凉，肌张力低、

便秘。前囟大、有脐疝。

逐渐明确患儿体格和智力发育落后，生长缓慢，四肢短，皮肤粗糙、少汁、可有粘液水肿。特殊面容，精神迟钝、说话晚、坐和走路晚，声哑、性发育亦延迟。

呆小病特殊面容表现为表情呆滞，面色发黄，发稀而干枯，发际低，前额有皱纹，眼睑浮肿、眼裂小，两眼分开较远，鼻梁宽而平，鼻翼肥大，舌大而宽厚，经常伸出口外，颈短。

### 引发的后果

呆小病重症患儿不治疗可导致死亡。而治疗愈早，效果愈好。

### 首要措施

首先是家长早期发现。

### 病情判断

尽早去医院治疗。经甲状腺素治疗，可获正常的体格和性发育，但智力发育能否正常取决于治疗开始的早晚。发病早、症状重、治疗不及时预后差。若新生儿于1个月内开始治疗，3~4岁时智商可达正常标准。

### 医生的治疗措施

应争取早期诊断，有条件时作以下辅助检查：

1. 骨骼 X 线检查：对呆小病的诊断有重要价值。通常检查腕部的骨化中心，克汀病患者骨化中心出现迟，其骨龄明显落后于同年龄幼儿。

2. 血清丁醇提取碘或蛋白结合碘：可间接估计血清内甲状腺素的浓度。正常值丁醇提取碘为 3.5~7 微克%，蛋白结

合碘为 4~8 微克%，患儿明显降低。

3. 血清胆固醇增高，多见于 2 岁以上患儿。
4. 血糖降低。
5. 甲状腺吸碘率降低。
6. 基础代谢率降低。

此外，对可疑病例诊断困难者，可试用甲状腺制剂治疗观察，服药 2~3 个月后果见生长发育加速，骨骼发育好转，即可协助诊断。

医生会告诉家长，呆小病的治疗需要终身服用甲状腺片，以替代补充甲状腺素的分泌不足。

一般婴儿开始每日用 5~10mg，每 1~2 周增加 1 倍，至达到所需的维持量（精神活泼、食欲增加、便秘消失、腹胀等症状好转，并且无多汗、烦躁不安等甲状腺功能亢进表现时的剂量为维持量）。维持量在 1 岁以下为每日 20~40mg；1~3 岁每日 40~60mg；3~6 岁每日 60~80mg；6~10 岁每日 80~120mg；10 岁以上每日 120~160mg，每日一次或分两次口服。在应用甲状腺片治疗后，患儿代谢增加，生长发育加速，应适当多补充各种营养物，如蛋白质、多种维生素等。

呆小病治疗应注意以下几点：

1. 一旦确诊，马上治疗，治疗愈早，效果愈好。
2. 家长要有耐心，患儿要有信心，坚持终身治疗，不能中断，否则前功尽弃。
3. 严格执行医嘱，服药从小剂量开始，逐渐增大剂量，防止过量或不足。

家长的协助治疗

### 家庭治疗应注意哪些问题

1. 精神、食欲和智力。精神改善、食欲增加、智力进步表示治疗有效，服药剂量适宜。否则应请医生帮助调整服药剂量。

2. 生长发育情况。每月测量体重、身高，每年去医院复查腕骨 X 线片观察骨龄的发育，作为医生评定疗效的指标，以指导用药。

3. 定期复查 TSH(促甲状腺素)、T<sub>4</sub>(甲状腺素)以确定所服药剂是否合理。治疗开始每周查 1 次，用维持量后，可每 3 个月复查 1 次，再以后每半年~1 年复查 1 次。

4. 服药过程中如出现烦躁不安、多汗、明显消瘦、腹痛、腹泻等症状，均提示剂量过大，宜酌情减量。

5. 呆小病患者安静、少动、食欲欠佳，应定时哺喂。吸吮吞咽缓慢，舌又宽大。哺喂困难应十分耐心、细致。应用甲状腺素制剂治疗后食欲好转，应及时增加各种饮食。

6. 患儿代谢慢，怕冷，注意保暖。

7. 强调甲状腺素制剂治疗必须长期坚持，不可随便停药。

8. 对遗留弱智的患儿，应加强辅导。

## 三、糖尿病

幼儿糖尿病是由于胰岛素分泌不足引起的内分泌代谢疾病，可引起高血糖和糖尿，易出现酮症酸中毒，后期有血管病变，眼及肾最易受累。幼儿糖尿病的发病高峰为 5~6 岁及 10~14 岁，多为胰岛素依赖型，即称为 I 型。

## 症状

儿童时期的糖尿病起病较急骤，多数患儿常因感染、饮食不当或情绪激惹的诱发而起病，且常有多尿、多饮、易饿多食和体重减轻(三多一少)等典型表现。但是婴幼儿多饮、多尿不易被发觉，而很快发展为脱水和酸中毒。部分学龄儿童因晚间遗尿而就诊，多食并非儿童糖尿病必有的症状，部分儿童食欲正常或减低。消瘦、精神不振、倦怠乏力等体质显著下降症状在年长患儿中颇为突出。部分患儿可以突发恶心、呕吐、厌食或腹痛、关节及肌肉疼痛等酮症酸中毒症状，幼年患儿酮症酸中毒的发生率较年长为高。各种感染、咳嗽、阴道瘙痒或结核等容易与糖尿病共存。

## 引发的后果

常需终生胰岛素治疗。

## 首要措施

注意有否三多一少症状，尤其注意尿的气味，如怀疑有糖尿病，应尽快明确诊断。

## 病情判断

怀疑小孩患糖尿病时要及时就诊，早期得到治疗。

## 医生的治疗措施

根据孩子的症状，主要通过实验室检查确定是否有糖尿病及其并发症酮症酸中毒。

## 主要实验室检查

### 1. 血液：

(1) 血糖：血糖增高，随时血糖大于 11.1mmol/L 即可诊断为糖尿病。

(2) 血脂：I 型糖尿病患儿来治疗前血糖增高同时血脂亦增高。

(3) 酮症酸中毒时，血电解质紊乱和血酮体增加，此时血常规白细胞总数也升高。

2. 尿：I 型患者治疗前尿糖多为阳性。酮症酸中毒时尿酮体增加。

糖尿病的治疗包括饮食管理、胰岛素应用和身体锻炼，增强身体的适应能力，目的是使患者达到最佳的“健康”状态，尽可能延长生命。糖尿病是终身性疾病，以家庭治疗为主，但须医生指导整个治疗过程，正确理解、执行医嘱十分重要。

儿童发生糖尿病最初应住院治疗，如果诊断为糖尿病酮症酸中毒更应住院治疗，及时抢救。

儿童糖尿病知道使用胰岛素用量及方法后，可以家庭治疗。

### 家长的协助治疗

诊断前家长如果发现有“三多一少”症状应高度警惕，有夜间遗尿及不明原因的消瘦、乏力等也应引起注意。尤其是突发恶心呕吐、腹痛、腿痛，并伴有脱水、呼吸深长等脱水酸中毒症状时应立即就诊，以免延续抢救时机。

该病诊断后对于一个儿童来讲，让他面对、接受和适应糖尿病这样终生的慢性疾病确实是一件巨大的工程。当他知道自己患了糖尿病并且不得不终生治疗这一残酷事实时，孩子出现一些心理问题是不足为怪的。8~14 岁儿童在被确诊糖尿病的一开始，大多会出现心情压抑、缺乏自信心和疏远其

他儿童等表现，尤其是在他们逐渐认识到糖尿病是一种终生疾病时，又会出现一段时间的抑郁和捻。对父母而言，认识到这一规律是很重要的，当你觉得孩子有抑郁征兆，要及时与医生联系并妥善解决。一般来讲，绝大多数在充满关爱的家族中成长的孩子都会有很好的适应能力，也不会产生远期的心理障碍，因此家庭应配合医生对患儿进行调适和疏导，帮助树立信心，使患儿能坚持有规律的生活和治疗，使患儿在治疗过程中健康地成长。

正是由于本病需要终生饮食控制和注射胰岛素，给患儿及其家庭带来种种烦困。因此，家长及患儿必须接受糖尿病知识的教育，自觉、严瑾地进行糖尿病的监测，应每天测2~4次血糖，每8周测1次糖化血红蛋白，还应观察生长和发育情况，长期门诊随访并做好家庭记录，以备复诊时为医生指导治疗提供参考。学龄儿童应培养他们对疾病的责任感，年龄大的儿童要训练自己注射胰岛素，培养自己控制饮食的能力。

饮食治疗上患儿要改掉进甜食的习惯，富含纤维素的食物有助于糖尿病的治疗，尤其对血脂高且糖耐量降低的人而言，此类食物有水果、蔬菜、大豆、谷类（小麦、燕麦），早餐吃一些谷类如燕麦粥、麦麸片是个不错办法。用黄芪、枸杞、玄参、生山药、葛根等具有降糖作用的中药作药膳也可。

## 第十三章 传染病

### 一、幼儿结核病

幼儿结核病是由结核杆菌引起的一种慢性、全身性传染病。呼吸道是主要的传染途径。幼儿结核病的传染源主要是成人患者，尤其是家庭内因较为密切接触而传染，活动性肺结核患者传染性最强。结核病可累及全身多个脏器，造成严重伤害，甚至危及生命，其中以肺结核为多。

#### 症状

##### 1. 结核病的全身症状

低热、乏力、纳差、消瘦、盗汗、精神萎靡、少数患儿可无任何症状。

##### 2. 其他症状

(1) 原发性肺结核。常是幼儿初次感染时常见类型，包括原发综合症和支气管淋巴结核，主要表现为频繁干咳，痰中带血丝，常可发生胸膜炎。X线检查可见哑铃样阴影或肺门淋巴结肿大。结核菌素试验呈阳性反应。

(2) 颈淋巴结核。临床症状不明显，颈淋巴结肿大质硬而无痛，如并发细菌感染，有红肿热痛症状，如有破溃，多

形成瘰道及皮肤多形瘢痕。

(3)急性粟粒性肺结核。为原发性肺结核血行播散所致，结核杆菌随肺血流散发到全肺或全身脏器。临床发病急骤，弛张性高热，呼吸急促，口唇发绀，属重症肺结核。胸部 X 线表现为两肺野密度均匀一致的粟粒状阴影，结核菌素试验阳性反应。

(4)结核性脑膜炎。是幼儿结核病中最严重的类型，出现严重的中枢神经系统症状，如头痛、呕吐、嗜睡、抽搐、昏迷等，而后因呼吸循环衰竭而死亡。脑脊液检查可以其他神经系统感染鉴别。

(5)腹腔结核。结构杆菌经血行或消化道播散，在腹腔内形成结核病变，常见为结核性腹膜炎、肠结核及肠系膜淋巴结结核，三种病变或以某一病变为主，或同时存在，消化道症状为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、腹部包块等，并常继发营养不良。

(6)肾结核。表现为不明原因血尿、贫血、消瘦等。病变累及输尿管和膀胱出现尿频、尿急、尿疼症状。

#### 引发的后果

经治疗多数预后良好。如果幼儿免疫力强，治疗及时，一般在治疗 3~6 个月病变开始吸收，多在 2 岁以内完全吸收痊愈，且以钙化者为多。若未合理治疗，病状长期残存，可成为继发性肺结核的潜伏因素。遇幼儿营养不良或患其他疾病抵抗力低下时，原发病灶扩大，干酪样坏死，引起胸膜炎，甚至恶化，通过血行播散引起急性粟粒性肺结核、结核性脑膜炎。

## 首要措施

有结核病接触史，并有低烧、咳嗽、全身无力、消瘦或发现颈部淋巴结无痛性肿大等，应想到本病可能，应带孩子去医院检查。

## 病情判断

怀疑有结核病之可能时，应早发现、早治疗。

根据不同部位采取不同的检查。如肺结核检查，可排 X 线胸片，查痰中结核菌。结核性脑膜炎需腰穿查脑脊液等。

## 医生的治疗措施

确诊后给予全身治疗和抗结核药物治疗。

1. 全身治疗：以合理营养和休息为主，保持良好的生活环境，心情愉快，食物应富含蛋白质和维生素，尤其是维生素 A 和 C，病情来重者如有发热等结核中毒症状及高度衰竭者应卧床休息，病情较轻者可进行适当的活动。全身治疗可加强患儿的免疫功能，使抗结核药物能更好的发挥作用。

2. 药物治疗：治疗原则是早期、规律、足量、联合，从而使抗结核药物能最大限度地起到杀菌作用，又能避免细菌产生耐药性。常用的抗结核药物有异烟肼，利福平、链霉素、吡嗪酰胺。对氨基水杨酸钠等。传统疗程 12~24 个月，短程疗法 6~9 个月。

## 家长的协助治疗

### 1. 提高机体抵抗力

结核的发病与幼儿的健康状况和生活环境有密切关系，因此，应注意幼儿体育锻炼，增加足够的营养，养成良好的卫生习惯，保证空气流通和阳光充足的居住环境，积极采取

对麻疹、百日咳的预防措施。

## 2. 消毒隔离

对家庭中的结核患者，应充分考虑做好消毒隔离工作，保护幼儿不受感染。对已接触活动性肺结核的幼儿，家长应和医生配合，实施严密监控，及时给予预防措施，因其感染率、患病和发病率均高于一般幼儿。如家庭中聘用保姆或家庭教师，应仔细询问既往病史和家庭史，尽可能进行 X 线胸部透视，确保无结核病。要与主管医生多交流，积极配合治疗。

## 3. 发现病例及早防治

早期发现可疑患儿，是早期治疗的先决条件，定期作体格检查以及早发现疾病。接触活动性结核患者的幼儿，其感染率、发病率与患病率都较一般幼儿显著为高。

## 4. 起居饮食

患儿居室要保持空气新鲜，阳光充足，衣被勤晒太阳，患儿不随地吐痰，咳嗽时不要面对他人。饮食供给充分营养，给予富含蛋白质与维生素的食物，结核性脑膜炎患儿应给足热量，昏迷者可予鼻饲。以补充疾病所消耗，提高机体免疫力，促进疾病恢复。患肠结核的患儿，应给予无渣或少渣饮食，不宜进食含纤维素较多的蔬菜如韭菜、芹菜等，注意有无腹痛、腹胀，大便是否异常。

## 5. 定期复查

结核病的治疗时间较长，家长要指导和督促患儿按时服药，定期医院复查。用药过程中，应定期复查血常规和肝功能，注意有无听力和视力异常及四肢以麻木等神经系统表现。

## 6. 预防接种

家长应重视预防,按要求正规进行卡介苗的接种和复种。

## 二、流行性感冒

流行性感冒(以下简称流感)是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病,主要通过飞沫传播,具有高度传染性。流感病毒极易变异,人群对于变异后的毒株缺乏免疫力,如不及时控制,每易引起暴发、流行或大流行。临床特点为起病急、全身中毒症状明显,有发热、头痛、全身无力、全身酸痛等症状。婴儿、体弱者易有肺炎等并发症。

除新生儿外,其他人群对流感病毒普遍易感。

### 症状

1. 单纯型流感:最常见。骤起畏寒、发热、头痛、乏力、全身酸痛、鼻塞、流涕、咽痛等,体温可达 $39\sim 40$ ,持续2~3日后降渐,呼吸道症状不明显,各种症状周以上。

2. 中毒型和胃肠型流感:高热不退、神志昏迷、谵妄、脑膜刺激症、血压下降、休克等严重表现,病死率高。胃肠型以恶心、呕吐、腹痛、腹泻为主要症状,可引起休克。

3. 流感肺炎:发热持续时间长,咳嗽、咳痰、胸痛明显,肺部可闻及干、湿、音,X线检查可见炎性阴影,婴幼儿可因心功能不全或呼吸衰竭而死亡。部分患者可继发细菌感染、细菌性肺炎,全身中毒症状及呼吸道症状较重,咯黄色脓痰,肺部呈灶性或大片状浸湿。

### 引发的后果

幼儿抵抗力低，易患流感并且合并肺炎、中耳炎、喉炎、心肌炎等。

### 首要措施

1. 预防感冒。
2. 高热时给予及时降温。

### 病情判断

高烧持续 36 小时不退或可疑有其他合并症者应尽早就诊。

### 医生的治疗措施

流感流行时，诊断常无问题。

流感无并发症时，不需任何特殊治疗，应着重于护理及并发症的预防。患者宜予隔离，卧床休息，多饮水。

重症需住院隔离治疗。

### 家长的协助治疗

由于没有确切有效的治疗方法，因此，护理和预防并发症是极其重要的。

#### 1. 隔离与消毒

病儿和负责照顾病儿的人应单独居住一室，病儿所用的生活用品、玩具等也要与健康人分开，应隔离至热退后 48 小时。流感病毒对紫外线敏感，病儿居室要加通风，常开门窗，充分接受阳光照射，以达到消毒的目的。病儿吐的痰或流出的鼻涕等可用 2% ~ 3% 来苏水儿或漂白粉液消毒，或吐在废纸里烧掉。

#### 2. 休息

发热期间要注意让病儿卧床休息。病儿的居室要保证空气新鲜湿润，以防空气干燥、尘土飞扬刺激病儿的鼻子和咽喉引起咳嗽。室内阳光应充足，每天中午可打开门窗，充分接受阳光的照射，但要给病儿盖好被子，孩子冷风直吹病儿身体而凉。

### 3. 饮食

要给病儿吃清淡易消化的半流食，如稀小米粥、挂面汤、藕粉、鸡蛋汤等，不给油腻大的食品，并注意多给病儿吃青菜、水果。发热期间让病儿多喝水，这样即可补充体内因发热损失的水分，又可促进毒素的排出。为了促进病儿的饮水量，最好给病儿喝些白糖水和果汁。对于年龄大的病儿可以劝他们喝些有治疗作用的药水，如野菊花 10~15g，水煎后当茶饮；鲜芦根 30~60g（用干芦根可减半量），水煎后当茶饮；还可用白菜根、萝卜根、大葱根、生姜等，水煎后当茶饮。

### 4. 发热及时降温

降温可用冷敷法，可将冰块弄碎，放在冰袋或不漏水的塑料袋中，或者用毛巾浸凉水，稍加挤拧后，叠成长方形，放在病儿的头部、腋窝、大腿根或腋窝下。也可用温水擦浴，用 30 左右的温水毛巾，擦遍病儿的周身，每 1~2 分钟将毛巾重新浸一次水，毛巾在腋窝、大腿根等处停留的时间要长一些，以促进热量的散发。酒精擦浴更能提高降温效果，可用白酒 1 份加水 2 份，配好后用纱布或手绢儿蘸湿从头部开始擦遍周身。

在对病儿使用上述方法降温时，开始或做完后要注意测

量体温，观察降温效果。在降温过程中要注意患儿的一般状态，如果用冰袋冷敷患儿感到太凉不能忍受，可暂停几分钟再进行。用上述方法仍不能达到降温时，可在医生指导下给幼儿服用退热止痛药。

注意发现并发症，及时复诊或住院治疗。

### 三、麻疹

麻疹是由病毒扩散全身所引起，主要是影响到皮肤及呼吸道的一种高度传染性疾病。麻疹发生肺炎及脑炎都属于麻疹的并发症。

#### 症状

1. 前驱期：约3~5日，有发热、咳嗽、流涕、眼结膜充血、流泪、畏光等。在起病第2~3日可于双侧近臼齿颊粘膜处出现细砂样灰白色小点，绕以红晕，称麻疹粘膜斑。

2. 出疹期：约3~5日。上述症状加重，首先于耳后发际出现皮疹，逐渐扩散至头，颈、胸背、腹及四肢，约3~4日皮疹出齐出透。皮疹初呈淡红色，散发，后渐密集呈鲜红色，进而转为暗红色，疹间皮肤正常。

3. 恢复期：皮疹按出疹顺序隐退，留有棕色色素斑，伴糠麸样脱屑。随皮疹消退全身中毒症状减轻、热退。整个病程约10~14天。

#### 引发的后果

经过10~14日的病程，头面部皮疹转为暗红色而开始消退。依出疹先后顺序隐退。随着皮疹的隐退，体温逐渐降至

正常，全身症状明显改善。疹退后留有棕色色素沉着，表皮有糠麸样脱屑，一般顺利度过全病程。

肺炎是麻疹最常见的并发症，约占10%或稍多，大多见于出疹期。常见的病原体有葡萄球菌、肺炎球菌、链球菌和流感杆菌，还有腺病毒等。当患儿体温持续不退、或再度上升，咳嗽加重，伴有气喘时，即使肺部体征不明显，也应进行X线检查，并及早按麻疹肺炎处理。由于肺组织已遭受麻疹病毒的损害，又受到新的侵袭，病情往往很严重。还可以并发喉炎、中耳炎、脑炎等。

### 首要措施

1. 首先要隔离患儿。尽量使患儿不出门，易感儿不需接触麻疹患儿。

2. 患病后加强护理，使患儿卧床休息。房间内保持适当温度及湿度，有晨光症状时房内光线要柔和，给予容易消化的富有营养的食物、补充足量水分，保持皮肤、粘膜清洁。

### 病情判断

如患儿症状较轻，发热低，上呼吸道症状轻，麻疹粘膜斑不明显，皮疹稀疏、病程约1周左右，可痊愈，可不去就医。如患儿症状较重，发热高达40℃以上，中毒症状重，伴惊厥、昏迷等应立即就医。

### 医生的治疗措施

1. 高热时医生可给患儿小量退热剂。
2. 烦躁可适当给苯基巴比妥等镇静剂。
3. 剧咳时用镇咳祛痰剂。
4. 继发细菌感染可给抗生素。

### 家长的协助治疗

1. 经常保持室内空气新鲜流通，避免对流风。温度 18 ~ 20 ，湿度 55 ~ 60%。每日洒水擦扫数次，防止尘土飞扬。室内光线宜稍暗，避免强光直接照射眼睛。

2. 患儿需卧床休息，直至疹退咳止。

3. 保持面部、手、脚、会阴及臀部等处的皮肤清洁。出疹处只用清水洗净，忌用肥皂。每日更换内衣裤。解除隔离时，可沐浴或擦浴。皮肤发现脱皮可涂稀释甘油或石腊油，避免患儿搔抓，防止继发感染、衣被不可穿盖太多。以手暖不出汗为度。

4. 饮食。患儿胃肠道可能出疹，又由于发热等原因，以致消化功能降低、食欲不振、腹泻，故饮食应清淡易消化富于营养。婴儿配奶需适当稀释，其他儿童可吃牛奶、新鲜果汁、豆浆、鸡肉清汤、稀粥、蒸鸡蛋等，病情较轻者可吃半流食。皮疹消退后，要供给高蛋白高维生素的食物，尤其是维生素 A，防止角膜混浊、软化、或穿孔。患儿需多饮水，鼓励饭后多饮白开水，可少量多次饮用。

5. 注意口腔卫生，加强鼻、耳、眼的护理，避免继发感染。婴儿多喂白开水，较大儿童用生理盐水或朵贝尔液含漱。清除鼻痂保持鼻腔通畅。用 3% 双氧水清洗外耳道分泌物，保持局部清洁。经常用生理盐水清洗眼部分泌物，保持清洁。白日滴 0.25% 氯霉素眼药水，晚间入睡时可涂红霉素眼膏，以防继发感染。

## 四、水痘

水痘是主要发生在幼儿身上的急性传染病。这种传染病是由带状疱疹病毒所引起，带状疱疹病毒有时又叫做水痘带状疱疹病毒。这种病毒全身症状较轻，主要是影响到皮肤及口腔与咽部内膜。潜伏期 7~14 天，传染源是唾液飞沫，被病毒污染的衣服、用具、玩具。

### 症状

发生皮疹。病童身体会出现成群的红色小水疱。经过数日之后，这些小水疱溃破变干，然后形成硬痂。发生小水疱时病童会非常痒，出现在口腔内、眼睛四周及阴道内的小水疱却非常疼痛，由于痂盖表浅，脱落后不留疤痕。病童还会有轻微发热、食欲不振、咳嗽或轻度腹泻等症状。约 2~3 天，然后发生皮疹，病童会在 7~10 天内很快复原。

可能出现的症状有每 3~4 天出现一批新的小水疱，一般由躯干开始，然后延至面部、手臂及腿，最后结痂，有奇痒、头痛、发热等表现。

### 引发的后果

病儿体弱，应用糖皮质激素、免疫抑制剂的患儿或有原发性免疫缺陷的患儿容易得重型水痘。表现为高热，全身中毒症状较重，疱疹多，少数融合成大疱，有的呈出血性，有的呈坏死性，有的继发细菌感染，形成脓疱。病情可危重，可能发生死亡。

虽然水痘在儿童多为轻症，但对青少年和免疫缺陷病人病死率的增加，并易患严重的 A 组链球菌和金葡菌的感染。

妊娠期水痘病毒感染，孕妇病情危重，并可导致罕见但却明显的宫内综合症，使新生儿病情危重甚至危及生命。

### 首要措施

1. 水痘的传染性很强，为了避免迅速传播，应及时隔离发病患儿，治前保护易感儿，让患儿远离孕妇。因水痘的传染性很强，可从胎盘传给新生儿。

2. 患儿应安静休息，居室要保持空气新鲜湿润。冬季可在炉子上放盆水，以保证室内湿度。每天中午要开窗通风 20~30 分钟，通风时，可给患儿穿盖好抱到室外晒太阳，呼吸新鲜空气，以利于患儿恢复。

### 病情判断

如患儿症状较轻，伴低热或中度发热，水滴状清亮水泡、周围红晕，有痒感，24 小时内变混浊，1~3 天后变干结痂，可不去就医。如症状较重，伴高热、疱疹多或继发感染者，应及时就医。

### 医生的治疗措施

1. 水痘的皮疹容易发痒。止痒可局部应用含 0.25% 冰片的炉甘石洗剂涂抹或用 2%~5% 硫酸氢钠湿敷或洗拭。口服息斯敏类抗过敏药物亦可有止痒效果。

2. 发热者给退热药。高热者可给醋氨酚（扑热息痛）退热。但不用水杨酸制剂，不用皮质激素类药。

3. 水痘肺炎或免疫功能受损者患水痘时，抗病毒治疗。首选阿昔洛韦每次 5~10mg/kg 静滴，每 8h 用 1 次，用 7~

10d，肾功能不全者应减量。若皮疹发生后 24h 内进行治疗，能减轻症状和缩短病程。

可预防肺炎或其他内脏侵犯，可给阿昔洛韦口服。在潜伏期服用可减轻病情。继发细菌感染时，全身症状（如发热等）时可全身应用抗菌药，一般可选用抗阳性球菌（如金葡菌等）的抗菌药，有条件时应做细菌培养，根据药敏结果，选用适当抗菌药。

### 家长的协助治疗

1. 患儿发热期间家长应让患儿卧床休息，室内要安静，空气要新鲜湿润，每天中午应开窗 3~5 分钟进行通风换气，此时要给患儿盖严被子，防止受凉。

2. 水痘的皮疹容易发痒，要经常保持患儿双手清洁，避免搔抓，防止继发感染及痊愈后遗留瘢痕。指甲要剪短，必要时戴纱布不分指手套，但要经常清洗，保持清洁。用 5% 碳酸氢钠或 75% 酒精涂擦止痒，疱疹破裂处可涂 1% 龙胆紫，有继发感染者可涂 2% 白降汞软膏。禁用含激素的软膏。

3. 家长要每日给患儿更换内衣裤，皮疹较少的部位可用清水擦洗，保持皮肤清洁。

4. 在发热出痘时应给患儿吃清淡流质饮食，如牛奶、豆浆、蛋汤、稀小米粥等。注意让患儿多喝开水，有条件的可喝些果汁，多吃水果和各种蔬菜。病情好转后，可吃面片汤、挂面、小米粥、鸡蛋糕等。对于体弱的患儿更要注意补充营养。

## 五、风疹

风疹是由风疹病毒引起的一种轻轻的急性传染病，多发生于冬、春季，1~5岁的幼儿性病多见。患过风疹后可获终身免疫。

风疹病儿和带毒者是主要传染源。在病儿的鼻、咽、口腔中都含有风疹病毒，从潜伏期后3~5天至皮疹隐退后都有传染性。风疹病毒可随咳嗽喷出体外，漂浮在空气中，如果被未患过风疹的幼儿吸入，就有可能染病。

### 症状

1. 潜伏期2~3周。

2. 发热1~2天即再现皮疹。初见于面部，出疹迅速，在24小时内可波及全身。皮疹为七色藜红色斑丘疹，与麻疹相似，但颜色较鲜明，无麻疹粘膜斑。2~3天皮疹消退，无脱屑或色素沉着。全身症状轻，出疹期体温不再上升。常伴有耳后、颈后及枕后淋巴结肿大。极少数可并发关节炎、脑炎或血小板减少性紫癜。

3. 先天性风疹。妊娠3个月感染风疹后，可使胎儿宫内感染，影响胚胎细胞发育，而造成先天性风疹。可致死胎或胎儿发育迟缓，并产生各种疾病或畸形，最常见有白内障、心血管畸形、聋哑、小头畸形、生长呆滞、骨发育障碍等。

### 引发的后果

风疹是症状较轻并可获终身免疫的病毒引起的传染病。

先天性风疹可产生严重后果。

近年认为进行性风疹全脑炎——一种罕见的中枢神经系统慢病毒感染与风疹病毒感染密切相关。患者有先天性风疹病史，常在 10 多年后发病，表现为进行共济失调、强直和痴呆等。病程缓慢，预后极差。

### 首要措施

1. 预防风疹，尤其妊娠 3 个月之内的预防接触非常重要。
2. 患风疹的病儿自潜伏期后期至皮疹消退需隔离。

### 病情判断

风疹症状较轻，无特殊治疗，一般不用去医院。

### 医生的治疗措施

本病无特殊治疗，根据病情对症治疗。

建议家长隔离病孩、避孕接触孕妇。

### 家长的协助治疗

#### 1. 发热的护理

对于发热较重的病儿，可用温水擦浴进行物理降温。

#### 2. 口腔的护理

要保持病儿的口腔清洁，饭前饭后和睡醒后，用淡盐水给病儿漱口，乳儿可多喂几次水，以清洁口腔。

#### 3. 皮肤的护理

注意保持病儿皮肤干燥，可用温水轻轻给病儿擦身。对于皮疹严重的部位，可搽爽身粉或滑石粉。

#### 4. 消毒与隔离

由于风疹病毒传染期短，出疹后隔离 5 天即可。风疹病毒离开人体后生命力很弱，所以病儿的居室只要定时开窗通

风，就能达到消毒目的。病儿的餐具、水杯等，可在锅内煮沸 10 分钟。不能采用煮沸消毒的物品，如被褥、衣服、玩具等，可在阳光下曝晒 1~2 小时。病儿的鼻涕、口水等分泌物，要吐在纸上用火烧掉。所用的毛巾、手绢儿要用开水烫洗，注意妊娠早期孕妇不可接触风疹病儿。

## 六、流行性腮腺炎

流行性腮腺炎就是平常所说的“ 痄腮 ”，是由流行性腮腺炎病毒引起的急性传染病。多在冬、春季发生，呈散发流行，任何年龄的人都可患这种病。但以 5~15 岁的幼儿发病率为高。如果幼儿患了腮腺炎，体内产生了抵抗力，可获得终生免疫。

患痄腮的人和带病毒者是这个病的主要传染源。在病人咳嗽、打喷嚏时可把病毒传给健康人。病毒侵入健康人的口腔粘膜及鼻粘膜后会大量的繁殖，然后进入血液，使幼儿开始发病；病毒也可经腮腺管口直达腮腺而发病。

### 症状

腮腺炎的潜伏期一般为 14~24 天，初染病时病儿感觉周身没劲、嘴发干、口渴，病儿可有哭闹不安、发高烧，体温可高达 40 左右。1~2 天后，病儿耳垂周围腮腺部出现红肿、疼痛；开始只有一边腮腺肿痛，然后另一侧也有。张嘴或吃酸性食物时，由于唾液分泌增多，可使疼痛加剧。在上颌第二臼齿旁的颊粘膜上，可看到红肿的腮腺管口。整个病程需 1~2 个星期。

## 引发的后果

病情严重的可并发脑膜脑炎、急性胰腺炎、睾丸炎，发现病情严重及时住院治疗，以预防并发症的发生。

## 首要措施

幼儿患腮腺炎后，应立即与健康人分开居住。病儿所用的生活用品、玩具、文具等也要与健康人分开。由于流行性腮腺炎病毒对外界环境抵抗力很低，病儿的居室定时进行通风换气，保持空气流通，就可达到消毒的目的。病儿所用的碗筷、杯盘等，煮沸 30 分钟即可达到消毒目的。

## 病情判断

腮腺肿大常是本病的首先表现，常持续 7~10 天。肿胀腮腺的边缘不清，有疼痛及触痛，同时咽及软腭可肿胀。扁桃体向中线移位，为了防止并发症的发生，应及时就医，及时治疗。

## 医生的治疗措施

1. 一般患儿医生主要采用中草药治疗，以清热解毒为主。
2. 继发睾丸炎患者，医生一般采用保守治疗，包括休息、把睾丸托起，止痛药，尚可试用糖皮质激素口服，可使睾丸肿胀提早消退。
3. 严重呕吐者医生一般给予补充水分及电解质。
4. 注意观察是否合并脑炎，如有脑炎发生需积极治疗。

## 家长的协助治疗

1. 测体温。如发热，用温湿毛巾擦身以降温。
2. 吃流质食物，如进食困难，用饮管饮。忌给刺激性食物，特别是酸味食物。

3. 多喝水，或鼓励患儿常漱口以减轻口干。
4. 让患儿卧床，用热水袋裹上毛巾敷上毛巾敷于患处。

## 七、猩红热

猩红热，又叫烂喉痧，是一种由乙型溶血性链球菌引起的急性呼吸道传染病。多发生在冬、春季，3~12岁的幼儿易患。

### 症状

潜伏期一般为2~5日。起病急骤，早期以发热、咽痛、头痛、呕吐为主要症状。

咽部发红，扁桃体红肿，表面有白色渗出物，舌面光滑呈肉红色，乳头隆起，如同杨梅，有草莓舌之称。

皮疹多出现在高热1~2日之后，首先从耳后颈根及上胸部开始，数小时后蔓延至胸、背、上肢，24小时左右到达下肢。典型皮疹或出血性皮疹。于皮肤皱褶处如腋窝、肘窝、腹股沟等处，皮疹密集，如同红线一样。患儿面部充血潮红，但口鼻周围皮疹稀少，形成环口白圈。一般皮疹于2~4日可完全消失，一周左右开始脱皮。病程中可有颈及颌下淋巴结中度肿大，压之疼痛。

### 引发的后果

#### 1. 轻型

症状轻、轻热、咽痛、皮疹少但仍有皱褶处的线状疹。

#### 2. 重型

伴有严重的中毒症状，有高热、头痛、剧烈呕吐，甚至

嗜睡、烦躁、昏迷。咽峡炎症状显著，扁桃体上有脓性分泌物，或有组织坏死形成假膜。皮疹呈暗红色或出血性瘀点布及全身。有时心血管系统受累，可发生中毒性心肌炎及休克，病死率高。

过去相当长的一段时间一直认为：本菌各种不同血清型所分泌产生的红疹毒素完全相同，所以只患 1 次猩红热，而后获得持久免疫，不再发生猩红热。目前已研究证明：本菌所有不同血清型所分泌的红疹毒素至少有 5 种不同类型。不同类型的红疹毒素刺激机体所获得抗毒免疫无交叉免疫性。因此，目前认为儿童可能多次发生猩红热。

### 首要措施

猩红热是传染病。避免与传染病儿接触。患病儿要主动隔离，尽快使用抗菌素治疗，而且越早越好。

### 病情判断

急性疾病，高热 39℃ 以上，头痛、恶心呕吐、咽痛。常于发热次日出疹，先自耳后、颈部、上胸部开始，24 小时内遍及全身。

发热和皮疹持续 3~5 天，退热后一般情况即好转，可在家中治疗与护理。如病情较重，伴有高热、头痛、呕吐、扁桃体上有脓性分泌物，应及时就医，在医生的指导下用药治疗。

### 医生的治疗措施

1. 医生会给患儿青霉素，需肌注青霉素，青霉素过敏者可用红霉素、林可霉素等。治疗应发以免 3~4 周后并发急性肾小球肾炎。

2. 重型患儿除给大剂量青霉素静点外, 应予血浆及少量新鲜血液以改善全身中毒症状。

#### 家长的协助治疗

1. 患儿发热期间直卧床休息, 尽量减少外人探望, 患儿睡觉时, 家长要注意减少噪音。室内可挂上窗帘, 减少强光刺激, 使患儿安静入眠, 室内空气要新鲜。

2. 出疹阶段患儿皮肤会有瘙痒, 此时家长要将患儿的指甲剪短, 以免抓破皮肤。可在皮肤皱褶处, 如脖子、腋下、大腿根涂些止痒粉, 或用温水轻轻擦洗, 以清洁皮肤, 同时帮助止痒。禁用肥皂水擦洗, 防止挤压磨擦, 以免加重皮下出血。患病后期会出现大片的脱皮, 要使其自行脱落, 必要时可用经酒精消毒过的剪刀修剪或用炉甘石洗剂涂沫。千万不要用手强行撕剥, 以免损伤皮肤引起感染。

3. 对患儿的餐具要煮沸 15 分钟。被褥要拿到室外曝晒 6 小时, 患儿的痰和鼻涕要放在废纸里烧掉。脏手绢儿、脏衣服要用开水烫、洗净晒干, 幼儿病愈后, 对上述物品需要再进行一次消毒。

## 八、呼吸道异物

喉部气管、支气管有异物, 多见于学龄前幼儿。五岁以下幼儿发生率最高。因为此期儿童臼齿未长出, 咀嚼功能差, 喉头保护性反射功能不良, 加之儿童进食爱哭闹、嬉笑, 容易将食物或放在口中的小玩具吸入呼吸道。

#### 症状

喉部气管、支气管异物以婴幼儿最为多见，其中75%见于3岁以下的幼儿。

一般常常是先有突然胸闷、咳嗽、紫绀并随之进入无症状期。病史询问在婴幼儿吸入性异物中较为困难，只好依靠一些间接微象，如在玩耍的周围发现有大头钉，吃了一部分的苹果或花生米、饼干等可提示诊断线索。有时患儿胸部可闻及喘鸣或哮喘音。

喉部异物，此处异物主要危险是异物引起的窒息。有时异物被挤入纵长的声门孔内，反而允许在异物的两侧进行呼吸交换。啼哭时声音嘶哑和呼吸困难可能是开始的症状。有时隐性期可长达3周，后来逐渐由于必然要发生的声门水肿而导致呼吸道的梗阻。

喉部异物，主要危险是异物引起的窒息。有时异物被挤入纵长的声门孔内，反而允许在异物的两侧进行呼吸交换。啼哭时声音嘶哑和呼吸困难可能是开始的症状。有时隐性期可长达3周，后来逐渐由于必然要发生的声门水肿而导致呼吸道的梗阻。

气管内异物症状和喉部异物相似。有三个特殊体征：

1. 可听到叭嗒声；
2. 可触及异物坠落的砰拍声；
3. 哮喘音。

前两种由于异物在呼吸道的位置的不同所致。第三种可反映呼吸道狭窄。

引发的后果

病情严重。立即致死多为喉部、大气管异物阻塞。

支气管内异物，如无粘膜反应及分泌物梗阻可以没有即刻的症状和体征出现。部分性梗阻时出现阻塞性肺气肿和气管及纵隔移位，叩诊时有过清音。完全性支气管梗阻时，按照梗阻部位可表现肺叶或全肺不张，气管、心脏、纵隔可移向患侧。

### 首要措施

幼儿喉部有异物，要速将幼儿抱起，使其头低臀高，并用手拍背，让幼儿咳出异物。如不能咳出，应即刻送医院处理。如果能看到异物要尽快小心抠出。

大孩子吸入异物时，可让他趴在大人膝盖上，上身向前向下倾斜，用手在孩子背部两肩胛骨之间猛拍。

### 病情判断

呼吸道异物需紧急就医。窒息时即刻现场抢救。

仅有 3% 的呼吸道异能够自己咳出，故任何等待，观望都是无益的。只有经多次试取未能成功者，由于患者已有喉头水肿，或患称不能耐受时，应待其恢复体力后进行气管切开术。

异物吸入后的即刻处理方法：古老而简便的方法是将幼儿腿伸起来并敲打其背部，有可能使异物由气管内脱出。另一方法为使患儿垂直站立，以便异物掉入主支气管以保证对侧正常肺的呼吸，和进一步将异物取出。

支气管内异物：从外科观点看这一操作是相当困难的，需要组成一个小组包括一个熟练的麻醉师和一位内腔镜工程师。检查前对异物的性状要经过仔细研究，必要时用粗橡皮管做气管模型，做一次取异物的模拟试验。

喉部异物：常见于婴幼儿且多伴有初期声门水肿。患儿麻醉后放入支气管镜。看到异物后，轻轻异物钳咬住外露部分取出。至少住院三天，以防喉水肿的发生。

家长的协助治疗

预防呼吸道异物：

1. 口腔内勿含非食物性东西；
2. 幼儿进食时勿诱其发笑，恐吓或打骂；
3. 所有细小物件应妥善放置，远离幼儿；
4. 婴幼儿要注意看管，勿在口内含有玩具等，进食时要细嚼缓咽。

学会呼吸道异物抢救知识，以备现场抢救。

## 九、哮喘

哮喘病是个人先天体质与环境因素合成所致。有证据显示家族中有亲属患有哮喘、鼻敏感或皮肤敏感等的小孩。患哮喘的机会也愈大，可见哮喘病有其遗传的因素。哮喘病病发也受到环境的影响，骤变的气温或气压，空气中的尘埃及其中的寄生虫如麴螨虱，还有花粉、动物的毛、烟，或是上呼吸道感染、压力、剧烈运动等均是诱发哮喘病发的因素。

症状

部分患者有过敏史或季节性发作史。轻度咳嗽，胸部紧闷感，常突然发作，鼻痒、流涕、继之喘咳、呼吸困难，端坐和哮鸣，发作数小时乃至数日。

引发的后果

哮喘大发作和持续状态是儿科急症。严重缺氧可导致严重后果。

### 首要措施

哮喘发作时，尽快送医院，终止发作。

### 病情判断

哮喘发作，尽速就医。

### 医生的治疗措施

#### 1. 发作期治疗

(1) 平喘：全国多家医院采用面罩型筒式储雾罐吸入丙酸倍氯米松 250~750ug/d，治疗轻、中、重度婴幼儿哮喘。证明借助储雾罐吸入丙酸倍氯米松治疗婴幼儿哮喘能收到较好疗效。

近年研究发现茶碱在低浓度下具有抗炎和免疫调节作用，其抗炎与激素有协同作用。小剂量茶碱配合吸入皮质激素治疗幼儿哮喘，可使激素减量较快，维持用量减少，因而可减少激素的副反应。

静点抗生素药抗过敏药及抗生素类药如氨茶碱、肾上腺皮质激素及抗生素类（抗菌素或抗病毒药）。

#### (2) 吸氧。

#### 2. 根据病情决定住院治疗或带药家中治疗。

#### 家长的协助治疗

1. 采取避、替、忌、移的方法，以防止发病。如避免接触过敏原，对花粉过敏的幼儿不宜观看花展，对阿司匹林过敏的幼儿在发热时应采用除阿司匹林以外的退热治疗。又如对牛奶及海鲜食品过敏，就要适当忌口。也有的患儿居住在

低矮潮湿的环境里，此处利于霉菌和尘螨的生长，就应该改善居住条件，减少引起哮喘发作的外界因素。

2. 加强“医护人员——家长——患儿”三位一体的合作方式。医生有责任将哮喘的发病机制、治疗方案、观察方法等知识告诉家长和患儿；家长及患儿加强哮喘管理，积极配合医生治疗；并对哮喘患儿定期检查。家长在医生指导下帮助患儿制定运动方案，并有意识地引导患儿参加适合其体质的体育锻炼，循序渐进，不断提高患儿适应外界气候及环境变化的能力，逐渐强化其抵御外界感染性疾病的能力；增加营养，最终增强机体内因，不断改善体质。

## 十、百日咳

百日咳是一种咳嗽很厉害的幼儿传染病，一年四季均可发生，以冬、春季发病率高。这种传染力很强的病，从几个月的吃奶婴儿到7~8岁的幼儿都有可能染病。

百日咳是由百日咳杆菌引起的，这种杆菌在百日咳病儿的唾液中含有量很高，病儿咳嗽或打喷嚏即可把病菌传染给健康的幼儿。

### 症状

初起往往与普通的伤风感冒差不多，有低烧、流鼻涕、鼻子不通气等，表现为日轻夜重。经过2~3天，幼儿的发烧和感冒症状会减轻，但咳嗽越来越厉害，尤其是晚上咳嗽得更甚，以后逐渐发展为一阵一阵的咳嗽，咳起来连着几十声，咳到最后有吸长气的声音，像公鸡叫一样，人们称之为“回

勾”。这种剧烈的咳嗽使得病儿血管膨胀，脸憋得发红、发紫，流眼泪，流鼻涕，有时候还会把吃下去的东西吐出来，甚至咳出血来，严重时鼻子和眼睛也会出血。这种病好起来很慢，严重的常需2~3个月的时间，当幼儿这种痉挛性咳嗽开始缓解、阵发次数逐渐减少时，则标志着病情在向好的方向转化。

### 引发的后果

每次阵咳末常伴有呕吐，夜间更甚，睡眠受累。如遇各种外界刺激，更加促使阵咳的发作。剧烈的阵咳使颜面、眼睑浮肿，并使眼结膜、鼻粘膜毛细血管破裂出血。持续2~6周或更长。6个月以内的婴儿常常表现为阵发性痉挛性咳嗽，容易误诊。突出表现为憋气和窒息。

阵发性痉咳逐渐减少或日渐消失。患儿一般情况逐渐好转，无并发症者此期持续2周左右。部分重症患儿当患上呼吸道感染时，又出现痉挛性咳嗽，伴“鸡啼样”吸气声，需经1年左右才会消失。

### 首要措施

1. 家长发现幼儿患了百日咳，应该马上隔离。家中若有其他幼儿或体质弱的周岁以内的婴儿，可请医生注射胎盘球蛋白，以防止染病，即使已染病也可使病情轻一些。如果幼儿在托儿所、幼儿园或上学，患百日咳后，需隔离一个半月后再送。同时，也不要让病儿和别的小朋友一起玩，以免传染给别人。

2. 有呕吐症状的患者，要使患儿侧卧位，以免呕吐物呛入气管，注意口腔清洁，皮肤清洁干燥。

### 病情判断

患儿开始时呈现感冒症状，以后咳嗽日渐加重，逐渐发展为痉挛性咳嗽、呕吐、造成营养不良，患儿易倦怠，不喜活动、食欲减退，要及时去传染科就医，必要时可住院治疗。

#### 医生的治疗措施

1. 在痉咳期早期医生会给患儿服抗菌素。
2. 痉咳严重者，医生可给患儿用止咳、祛痰药。
3. 痉咳严重、呕吐频繁或出现百日咳脑病或并发肺炎均应收住院治疗。

#### 家长的协助治疗

1. 去掉容易诱发咳嗽的原因，可以减少咳嗽的次数。患儿咳嗽发作时，家长要镇静，要想办法转移他们的注意力，对于年龄大、懂事的病儿，也要为他们创造好的生活环境，常用玩具逗他们。要少别让孩子生气、哭闹，周围的人咳嗽时，要避免，不要让患儿听到，因为别人咳嗽可以诱发病儿也咳嗽起来，夜间咳嗽比白天多，常影响孩子休息，可在睡前服点安眠药。

2. 呕吐时要让病儿坐起或将其抱起，把头侧向一边，以免呕吐物呛入气管。呕吐后要及时漱口。保持口腔清洁，用温水漱口。

3. 家中治疗服药 7~14 天，医院复查治疗否。

## 十一、流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎又称流行性脑膜炎(简称流脑),是由脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎。临床特征有突然发热、

头痛、呕吐、皮肤粘膜瘀点和颈项强直，常有脑膜刺激症。脑膜炎双球菌对外界抵抗力极弱，低于 37 或高于 50 及干燥环境中均不能生存，此菌易自身溶解，释出内毒素，具有较强的致病作用。

### 症状

潜伏期 1~7 天，一般 2~4 天。

1. 上呼吸道感染期：病菌自上呼吸道入侵，引起上呼吸道感染，轻度发热、咽喉疼痛，鼻咽粘膜充血。此期持续时间较短，不易明确诊断。

2. 败血症期：病菌侵入血流并繁殖，引起中毒症状，出现高热、恶寒、头痛、全身乏力、恶心、呕吐，神情淡漠等症状。70%左右患儿可见皮肤出血点。出血点特点是大小不等，较大者边缘不规则，常于短时间内不断增多，很快颜色变暗，中央变白。多数于 1~2 日后进入昏迷，有时出现呼吸或循环衰竭。

### 引发的后果

少数病人起病急骤，病势凶险，如不及时抢救，于短期内即危及生命。

1. 暴发败血症型（休克型）：休克是本型的重要表现及致死原因。以高热、头痛、呕吐发病，精神极度萎靡，患儿面色苍灰，四肢厥冷、皮肤发花、指端紫绀、脉搏细弱而速，血压下降、脉压差减少，严重者瘀点、瘀斑迅速扩大融合成片，也可发生皮肤大片坏死。

2. 暴发脑膜脑炎型（脑水肿型）：病人因脑水肿，引起颅内高压和呼吸衰竭为特征。临床表现为剧烈头痛、呕吐、

躁动不安，反复惊厥，进入昏迷、血压上升，脉搏缓慢等重的颅内高压时，可见眼球固定、瞳孔忽大忽小，对光反应迟钝或消失、上肢屈曲内旋，下肢挺直、呼吸节律及速率不整。当出现脑疝时可见瞳孔一大一小，呼吸骤停，如不迅速抢救，心跳也很快停止。

### 首要措施

1. 发现病人，立即就地隔离，隔离期从发病之日起不少于7日。

2. 搞好环境和个人卫生，流行期间不带幼儿到公共场所。

### 病情判断

发现病人，及时就医治疗，以降低患儿的死亡率。

### 医生的治疗措施

1. 医生全面检查，包括神经系统和有关化验以及腰穿查脑脊液，以明确诊断。

2. 流脑必须住院治疗，大剂量应用抗菌素。

3. 住院治疗中，定期查脑脊液，甚至细菌培养及细菌和抗菌素的敏感试验，指导治疗，决定是否出院。

### 家长的协助治疗

1. 家长应让患儿卧床休息。保持室内空气新鲜流通，防止致病菌的隐潜，并做好消毒隔离工作。

2. 饮食应营养丰富、清淡、少量多次，以减少呕吐。

3. 家庭隔离。

## 十二、流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎是由乙型脑炎病毒引起的中枢神经系统急性传染病，由蚊子传播，多发生于 10 岁以下儿童，流行于夏秋季节。

### 症状

在流行季节（7~9 月），遇有突然发热、头痛、呕吐、嗜睡或烦躁等现象，并在 2~3 天内逐渐加重时，应首先考虑本病。重症患者可迅速出现昏迷、惊厥或呼吸衰竭等，幼儿常见凝视。本病早期可无特殊表现，2~3 天后幼儿表现为前囟膨隆。医生发现腹壁反射消失，巴彬斯基征阳性，常见脑膜刺激征，四肢肌张力增高等体征。一般轻症，体温在 40 以下，神志可始终清楚，或有显著嗜睡及短暂浅昏迷，于病程 5~7 天后，体温下降，症状消失。少数重症者，体温常在 40 以上，并伴有昏迷，惊厥、呼吸衰竭等。9~11 天后，体温下降，进入恢复期时，患者可有意识障碍，精神异常，智能障碍，失语、肢体瘫痪、震颤、吞咽困难，痴呆等症状（大多可在半年内恢复）。如持续半年以上，则称为后遗症，积极治疗后仍可好转。

### 引发的后果

1. 轻型：体温在 38 左右，可有头痛、呕吐及轻度嗜睡，无惊厥。神志清醒，脑膜刺激征阳性，脑脊液检查有改变，一般病程在 5~7 天内，即恢复健康。

2. 普通型：体温 39~40℃，头痛、恶心、呕吐，可有烦躁、谵妄、惊厥、浅昏迷，反应迟钝、脑膜刺激症明显阳性。一般病程要 7~10 天，逐渐恢复健康。

3. 重型：起病急，高热、谵妄、反复惊厥，神志由浅昏迷到深昏迷，脑膜刺激症强阳性，可呈角弓反张，深浅反射消失、呼吸节律不规则，过度换气，潮式呼吸、呼吸暂停，瞳孔大小不等或散大，血压可上升。常于 1 周左右死亡。幸存者病程迁延，常留有各种后遗症。

### 首要措施

流行季节，孩子突然高烧、头痛、呕吐、嗜睡等现象出现，想到本病的可能，尽早去医院。

### 病情判断

发现感染乙脑，应及时住院治疗，减少并发症。

### 医生的治疗措施

1. 对高热患儿医生会采取物理降温为主和药物降温为辅的方法，使体温控制在肛表 38℃ 上下为宜。

2. 对高热为主的惊厥，医生会以降温为主，配合止痉药物，即安定、苯巴比妥纳等。

3. 如因颅压增高引起的惊厥，则以脱水疗法为主，可用甘露醇 0.5~1g/kg/次，每 4~6 小时静脉快速滴注。

4. 患儿呼吸衰竭时，医生会让患儿吸氧，保持呼吸道通畅，寻找病因，对症治疗，必要时做气管插管进行人工呼吸。

5. 合理应用抗生素，防止继发感染。

### 家长的协助治疗

1. 应保持室内清洁，注意防蚊，室内通风，凉爽，使室

温维持在 28 以下，做好隔离工作。

2. 家长应保证患儿的营养，给予患儿营养丰富，易消化的饮食，鼓励患儿多饮西瓜水，绿豆汤。

3. 恢复期家长应协助患儿做好功能锻炼，使患儿的肢体尽早恢复正常功能。

### 十三、中毒性细菌性痢疾

中毒型细菌性痢疾是急性细菌性痢疾中的一种严重类型，由痢疾杆菌引起。本病临床特征为高热、昏迷、抽搐，或迅速出现休克或呼吸衰竭。细菌性痢疾患者及带菌者为传染源。传播途径为通过消化道传播。本病多发生于夏秋季，且多见于平素体格健壮、营养状况较好的 2~7 岁幼儿。基本症状本病起病急骤，病势凶险，出现高热、抽搐、昏迷，迅速发生休克和（或）呼吸衰竭。

#### 症状

潜伏期数小时至 7 天，一般 1~2 天。

起病骤然，高热在 39.5~40 以上，伴寒颤、面色不佳，精神萎靡、嗜睡或惊厥。起病数小时内即可进入休克状态。表现为感染性休克，面色灰白、四肢厥冷、脉搏细速、呼吸急促、血压正常或偏低，脉压差减少，严重时发绀、皮肤发花、呼吸深快或节律不整，少尿或无尿，血压测不出和意识障碍。部分患儿由于脑组织损伤而致脑水肿，出现颅压增高的症状，神志由嗜睡进入昏迷、反复惊厥、呼吸节律不整、双吸气、瞳孔忽大忽小、对光反应迟钝，晚期瞳孔散大，可

因脑疝呼吸骤然停止。

病初可无腹泻，或者先有稀便，典型脓血便出现可稍晚。一旦出现，大便次数和性状与一般细菌性痢疾相同。毒血症严重时可有腹胀、呕吐、吐物呈咖啡色，肠鸣音可减弱。

### 引发的后果

对发病急剧，病情严重的毒痢，可以发生高热乃至惊厥，加重脑缺氧及脑水肿，发生休克，脑疝等。

### 首要措施

1. 发现病人和带菌者及早隔离治疗。看护患儿的家长要经常洗手以防传染。

2. 患儿的居室要设有窗帘、纱窗等防蝇设备。室内要保持安静、凉爽，给病儿提供良好的休息条件。急性期的病儿要卧床休息。

### 病情判断

如患儿高热在 39.5 ~ 40 以上，伴寒颤，面色不佳，嗜睡或惊厥时，应立即就医，以免症状加重，延误幼儿的治疗和诊断，必要时应住院治疗。

### 医生的治疗措施

1 就医时会选用以往使用较少的丁胺卡那霉素或第三代头孢菌素静脉给药。因氨苄青霉素的耐药菌株日渐增多。

2. 严重病例可静脉慢推 1 ~ 2 次地塞米松，可用头部冰枕、冰帽，退热药等降温。

3 眼底有动脉痉挛时可用山莨菪碱或东莨菪碱扩张小动脉，改善微循环。

4. 有休克者可静滴右旋糖酐等扩容，纠正酸中毒，然后

再用扩血管药物以及多巴胺等。

#### 家长的协助治疗

1. 如发现幼儿得中毒性细菌性细菌，应及早隔离治疗，不可进入托幼机构。

2. 病儿体温过高时，可采用物理降温，用冰袋或凉毛巾在额部冷敷，或用 30 ~ 50% 酒精擦四肢。

3. 注意患儿的口腔卫生、因口腔内不干净易发生口腔炎或中耳炎等并发症。因此，要经常用温水给患儿漱口。

## 十四、肺炎

肺炎是幼儿时期常见病，是由于感染的原因而影响肺的正常通气功能和换气功能，致使全身发生改变。我们平时讲的支气管肺炎、大叶性肺炎、间质性肺炎等是根据病理形态的不同对肺炎所进行的分类；而细菌性肺炎、病毒性肺炎、支原体肺炎是根据病原微生物的不同进行的分类。肺炎主要的表现是发热、咳嗽、气急、呼吸困难及肺部固定性细湿罗音；不同病原体感染、肺炎的表现也有一定的差别，支气管肺炎发病率较成人高。

#### 症状

肺炎患者会有咳嗽、发热、气促现象，有时患者会发冷、出汗、胸腔疼痛、发绀、痰中带血，重患者神志不清、烦闷不安，嗜睡甚至会精神错乱。这些症状随感染的扩大而加重，感染的原因不同，症状出现的速度和明显性也有所不同。

#### 引发的后果

肺炎是较重的疾病，及时治疗，一般效果较好。但可能并发脓胸、心力衰竭、中毒性脑病及呼吸衰竭等。

### 首要措施

首先注意孩子患有呼吸道感染性疾病，如感冒、鼻炎、咽炎、扁桃体炎等病情不见好转，症状反而加重，孩子出现咳嗽，咳痰、呼吸困难，应引起注意。

孩子体温 38.5 以上，给予降温处理。

### 病情判断

本病咳嗽痰多，呼吸困难等症状，应立即就医。

### 医生的治疗措施

1. 通过询问病史及重点检查，明确肺炎诊断。
2. 高烧时，体温超过 39 以上，给予物理降温或药物降温。
3. 根据病情收住院治疗或家庭治疗。

### 家长的协助治疗

对患肺炎的孩子，家长在孩子的饮食、起居等方面都要注意。在饮食上，孩子在发热、咳嗽期饮食宜富含维生素和蛋白质，易高热量、易消化，督促孩子多饮水、多食水果、蔬菜、少食油腻、油煎食物。居室内保持空气流通，保持一定的湿度（60%左右）。空调房间注意经常开窗换气，保持室内空气清洁。在呼吸道疾病流行时少去车站、码头等公共场所，以免交叉感染；家中有人感冒时尽量少接触孩子，尤其不要过多地亲吻孩子，家长应及时治疗。

由于孩子小，咳嗽反射差；但及时排除气道内分泌物对疾病恢复很重要。较大点的孩子，家长要鼓励孩子咳痰，而

且痰咳出后不要咽下。1岁以内的宝宝咳痰较难，这也是家长经常头痛的事情，除了经常给孩子拍背、变换本位外，应配合氧气驱动或超声雾化吸入、口服或静脉应用沐舒坦等药物辅助治疗。

## 十五、闷热综合征

闷热综合征，又称被捂综合征、蒙被综合征。指因闷捂后严重缺氧所导致的一系列临床病症。

如果睡觉时空气中的氧气在减少，或者二氧化碳在增多，都会影响呼吸的正常进行。

孩子在睡觉时，体内的各种器官仍在不停地进行着新陈代谢，呼吸系统也在不断工作，不停的吸进氧气，呼出二氧化碳。

如果这时把头蒙在被窝里睡觉，外面的空气基本被隔绝，被窝里能容纳的空气又很少，而外面的新鲜空气又无法进入，孩子在被窝里呼吸久了，氧气就会变得越来越少，而二氧化碳就会越积越多，再加上人体会散发出其他污浊的气体，不但会造成氧气缺乏，则且还会使局部空气很不卫生。

### 症状

一般患儿表现为面色先红后白、哭闹不安、反应迟钝、眼窝凹陷、口唇发青、呼吸急促、费力、出汗等。

如果长时间在这样的环境里呼吸，不但身体各器官会失去良好的调节功能，而且容易使孩子产生气闷、头晕、头痛、乏力及精神萎靡不振等多种不良反应。

### 引发的后果

由于受到捂闷后又大量出汗失水，造成脑血流量减少，脑组织缺血缺氧，并发继发脑水肿。严重者脑细胞缺血坏死，可导致中枢神经系统产生永久性损害，遗留癫痫、智力低下等后遗症。该病起病急，病情重，容易累及心、脑、肾、胃肠道等多个脏器，病死率可高达 18.33%。

可呼吸不规则，呈抽泣样或呼吸停止。

可神志不清，昏迷或伴有抽搐。缺氧时间较长者呼吸心跳停止。

有的孩子被捂出痱子，继发细菌感染。

### 首要措施

从小应注意不让孩子蒙头睡觉，应该从小养成良好的睡姿。

### 病情判断

闷捂综合征出现严重症状时，应立即就医。

### 医生的治疗措施

医生会因婴儿病情及时给予抢救治疗。

1. 立即吸氧，并保持呼吸道通畅。补液纠正脱水，维持水电解质及酸碱平衡。缺氧可导致脑细胞肿胀，因此补液同时进行脱水降颅压治疗。

2. 治疗心力衰竭和呼吸衰竭。防治继发感染。

### 家长的协助治疗

小婴儿一旦发生了闷捂综合征，家长首先要立即去除捂热因素，让孩子脱离高温环境，移至空气新鲜和通风良好的地方；同时，采用温水擦浴，物理降温。切勿在这里用发汗

药物，以免孩子因出汗过多而加重虚脱。有条件的要尽早吸氧，以缓解机体缺氧状态。幼儿最好分床或分被单独睡眠，将头部暴露在外，并应经常照看，不要将单独熟睡的孩子留置家中而外出，以免发生不测。值得注意的是，婴儿捂热综合征是完全可以预防和避免发生的，注意不要让孩子含着奶头睡在母亲腋下；冬天不要给孩子盖被过多或与大人合盖一个被。

2. 冬天出门时不要用被子把孩子裹得太紧，更不要太厚，注意空气流通。

3. 婴儿被褥与衣服，应随气温的变化而增减。天气冷了多穿点，气温高了应及时脱掉。冬天在户外可以适当增加衣服，在室内就不要棉衣、棉裤、棉帽捂得太多。不分季节，不分室内外，捂盖太多、太严密，这种孩子抵抗力低下，非常容易发生感冒。

要让孩子经常到户外呼吸新鲜空气，晒晒太阳。

## 十六、病毒性肝炎

病毒性肝炎是由数种不同类型的肝炎病毒所致，病原主要侵犯肝脏引起肝炎。常见有甲型、乙型、丙型、丁型及戊型5种肝炎病毒。肝炎传染性较强，传播途径复杂，在我国流行较广，发病率较高，为儿童常见传染病之一，儿童的生长发育影响较大，应引起家长的特别关注。

病毒性肝炎是怎样流行的

### 1. 甲型肝炎

(1) 传染源：急性期甲肝患者及亚临床感染者是甲肝的传染源。

(2) 传播途径主要经粪——口传播，可通过日常亲密接触、水污染、食物传播。

(3) 人群对本病普遍易感，感染后可获得长久的免疫力。

## 2. 乙型肝炎

(1) 传染源：主要为各型乙肝患者及乙肝病毒携带者。我国是乙肝的高发地区，表面抗原阳性者（即乙肝病毒携带者或乙肝患者）约占 10%，且儿童阳性者多具传染性。

(2) 传播途径：乙肝病毒可通过多种途径传播，主要为注射，输血或血制品及密切的生活接触、母婴传播（指患乙肝或推带乙肝病毒的孕妇或乳母通过宫内、分娩过程和哺乳将乙肝病毒传给婴儿）。

(3) 人对乙肝病毒普遍易感，感染后可获得一定的免疫力。

另外，丙型、丁型肝炎病毒传播途径基本同乙型肝炎病毒，以注射、输血为主。戊型肝炎病毒同甲型肝炎病毒，以粪——口传播为主。

### 症状

病毒性肝炎表现复杂，轻重差异较大，轻者可无症状，重者可以致死。通常将其分为 3 种类型：急性、慢性及重症肝炎。

1. 急性肝炎：又分黄疸型、无黄疸型。无黄疸型症状轻，易被忽略，于查肝功时才被发现异常。此型恢复亦快。黄疸型表现明显，以甲型或戊型多见。可分以下 3 期：

(1) 黄疸前期：起病急，表现为发热、精神不振、乏力、食欲差、厌食油腻食物、恶心、呕吐、右上腹胀痛或不适。通常持续 2~8 天。

(2) 黄疸期：此期全身皮肤及巩膜出现黄疸，尿黄，大便呈灰白色，肝大，右上腹疼痛明显。多持续 1~2 周，重者可持续 1 月以上。

(3) 恢复期：皮肤、巩膜黄疸逐渐消退，肝脏回缩，肝功能恢复正常。

2. 慢性肝炎：肝炎病人病程持续一年以上者，常有食欲不振，疲乏无力、肝区疼痛，腹胀四大症状，多数病人肝脏仍肿大，质变硬，少数病例有进行性脾脏肿大，肝功能有明显异常，劳动力明显降低。慢性肝炎经过积极治疗，症状可逐渐消失，恢复健康，极少数病例可发展为早期肝硬化。

3. 重症肝炎：急性重症肝炎即暴发性肝炎，多于黄疸型肝炎起病后 10 天内迅速加重。表现为：重症黄疸，肝脏回缩，性格出现异常，食欲亢进或减退，多睡、嗜睡以至昏迷。多伴皮肤瘀斑、呕血、咯血、尿血、有浮肿、腹水、常可突然死亡。

### 引发的后果

急性甲型肝炎可很快康复，因幼儿肝细胞的再生能力很强，受损的肝脏能较快修复。乙、丙型肝炎以及丁型、戊型肝炎如治疗不及时，可发展成慢性肝炎，严重者可发展为肝硬化变成肝癌，出现肝昏迷，甚至急性肝坏死而导致死亡。重症肝炎预后差。

### 首要措施

首先要对患儿进行精心护理、认真进行消毒隔离、照顾好病儿的饮食休息，对患和早日恢复健康、防止病情迁延和恶化起着重要作用。

### 病情判断

一旦怀疑孩子患了肝炎，应立即带病儿到医院检查治疗。

### 医生的治疗措施

1. 医生会给孩子作出明确诊断，如肝功能检查，各型肝炎的抗原、抗体测定，以确定孩子是否患了肝炎，并确定是哪一型肝炎。

2. 急性期病儿要充分卧床休息，减轻肝脏负担，以利肝细胞的修复。

3. 适当的营养在肝炎治疗中很重要。要合理安排饮食，多吃些碳水化合物（含主食、糖类、水果等）、蛋白质（含瘦肉、奶类、鸡蛋、豆制品等）和维生素（蔬菜、水果、药用维生素等），即所谓高糖、高蛋白和高维生素“三高饮食”。

4. 医生会给孩子开一些维生素类及保护的药物。口服维生素 C、复合维生素 B 或酵母等。

5. 急性重型肝炎。淤胆型肝炎及乙肝阳性慢性活动的肝炎。常用药物为强的松口服、静注或肌注。氟美松口服、静注或肌注。

6. 医生会建议家庭中的其他未患过肝炎的成员注射胎盘球蛋白或丙种球蛋白以减少被传染的机会。

### 家长的协助治疗

1. 家长要根据患儿的口味和病情的不同合理调配多样化饭菜，以促进患儿食欲，以保证患儿足够的营养。

2. 对患儿的用物进行消毒隔离,限制孩子与其他人接触,毛巾、水杯的餐具最好每天用开水煮沸消毒。

3. 养病期间应该让孩子多看书、看电视、听音乐、保持孩子愉快的心情,可使孩子早日康复。

4. 对未患过肝炎的孩子,要按照卫生防疫部门的要求,按时接种肝炎疫苗,以减少肝炎的发生。

## 十七、急性支气管炎

幼儿由于呼吸道各部位的功能不善,加上免疫功能不强,所以上呼吸道感染容易发生急性支气管炎。

此病由各种病毒和细菌引起。细菌感染常在病毒感染的基础上发生,因此病毒和细菌混合感染较常见。大多继发于“上感”,是呼吸道急性传染病的并发症。体弱、过敏以及患慢性鼻炎的幼儿易患本病。

物理、化学刺激也可引起的气管和支气管的急性炎症。

### 症状

1. 常急性发作,畏寒、发热、头痛、鼻卡他、咽喉干痒及声哑,背部及四肢肌肉酸痛,发热不高,可能持续2日,很少超过4~5日。全身症状常于3~5日内消失。

2. 支气管症状明显:咳嗽,伴有胸骨后压迫感,活动后可能有呼吸困难。最初干咳,少痰,呈粘液性稠痰,其后咳嗽减轻,痰量增多,呈粘液脓性,最后咳嗽转阵发性,痰液呈脓性,可能持续2~3星期之久。

3. 有高热者,呼吸次数可随着增加,无呼吸困难等症状。

## 引发的后果

一般讲一岁以上的急性气管炎并无严重问题。

哮喘性支气管炎是一种特殊的、家长疑虑较多并经常担心的支气管炎，它是指一组有喘息表现的婴幼儿急性支气管感染，病因与病毒感染、特异性体质有关，病情较重。一部分患儿可能发展为婴幼儿哮喘。

## 首要措施

1. 预防和治疗上呼吸道感染，如果抵抗力差或治疗不当，那么病毒或细菌所致的感染向下呼吸道蔓延，导致急性支气管炎。

2. 帮助孩子咳嗽、咯痰，可给拍背。咳嗽严重，呼吸困难可取坐位。

## 病情判断

剧烈咳嗽、呼吸困难、口唇发绀等应去医院诊治。

## 医生的治疗措施

医生给予止咳、祛痰及时对症治疗。如考虑合并细菌感染应用抗菌素。有呼吸困难、呕吐需要吸氧补液时需住院治疗。

## 家长的协助治疗

孩子患支气管炎时饮食方面需要的注意事项与上呼吸道感染相同；在起居环境方面，如果居室内经常开空调，空气不流通而且干燥。

房间内最好放置一盆水，以保持空气的湿度，这样有利于孩子的康复。另外，对于痰液较多的孩子，家长不能完全依赖痰药的作用，认为只要吃了祛痰药，痰液就会自动排出。

其实不然，祛痰药只是一种辅助治疗，这种情况下物理治疗的效果不容忽视，家长要定时给孩子拍背，拍背时应由下至上，促进痰液排出；特别在孩子咳嗽剧烈时更要帮其拍背，痰液排出来了，气道内的刺激因素少了，咳嗽支委会减轻。

## 十八、幼儿急疹

幼儿急疹顾名思义这种病见于婴儿，以3岁以下发病多。因为患儿发热3天后退热，此时全身出现皮疹，临床表现很有特征，故也称“三日热疹”。本病是由人类疱疹病毒-6型引起的，通过空气、飞沫传播。一般没有流行性。

### 症状

幼儿急疹好发于3岁以下的婴幼儿，生后6~7个月为发病高峰。国外有学者对年龄为4~12个月的幼儿急疹进行统计，发现98.2%为生后6个月发病。其典型表现为患儿无明显诱因突然高热，体温一般为38.9~40.5℃，但除食欲不振以外，患儿往往精神好，此有助于与其它感染引起的发热相鉴别。极个别患儿表现为发热，体温不超过38℃。发热3~5天后，体温突然下降，一般24小时内降至正常，热退后或体温下降同时体表开始出皮疹。本病的皮疹为玫瑰红色的斑疹或斑丘疹，直径1~5mm，初起时散发分布，以后相邻近的皮疹可以融合成大片，皮疹主要集中于头面、颈部及躯干，四肢相对较少，肘膝以下及掌跖部多无皮疹。24小时内皮疹出满，1~2天后皮疹开始消退，不留色素沉着及脱屑。发病期间患儿常合并耳后、枕部淋巴结肿大，并有轻度烦躁、不

适及腹泻等症状。

### 引发的后果

本病一般症状较轻，多数为良性经过，但国外有报道，该病毒具有亲神经性，可引起高热惊厥，并可侵入中枢神经系统，引起脑膜脑炎，应予以重视。

### 首要措施

本病发病急，持续性高热，必须对症治疗。本病空气传染，健康孩子不去病儿家。

### 病情判断

高烧或小孩有皮疹、阵阵哭闹，甚至出现精神不好，脖子发僵，应尽快就诊。

### 医生的治疗措施

医生询问病情，检查身体，观察皮疹特点，了解体温及全身情况。

幼儿急疹在患儿高热、皮疹发出之前诊断有一定困难，但国外有学者研究发现，由人类疱疹病毒 - 6 型 (HHV - 6) 感染引起者，在发热期 (出皮疹前)，89.5% 的患儿其悬雍垂根部两侧出现溃疡。因此，悬雍垂根部两侧溃疡对于 HHV - 6 引起的幼儿急疹可能具有早期诊断意义。

有条件医院，医生可做病因学方面检查。

幼儿急疹具有自愈性，预后良好，治疗原则以对症处理为主。高热时予物理降温，并适当应用退热剂，防止高热惊厥；补充足量水分，给予易消化食物；适当应用清热解毒的中药，如 (板蓝根) 冲剂、清解合剂或抗病毒口服液等；发生惊厥时，可予镇静剂，如苯巴比妥、安定等。

### 家长的协助治疗

1. 避免接触幼儿急诊患儿。
2. 注意孩子高热时退烧。
3. 严密观察病情变化，根据医生意见进行家庭护理、隔离。

## 十九、急性喉炎

急性感染性喉炎为喉部粘膜的急性弥漫性炎症。可发生于任何季节，以冬春二季发病较多。常见于婴幼儿。

急性喉炎是喉粘膜的急性炎症，好发于冬、春季节，儿童急性喉炎由于其免疫机能差，咳嗽反射功能不良，喉腔狭小，声门下组织松弛，又富于淋巴及腺体组织，炎症时易致肿胀，加之儿童神经系统不稳定，易发生喉痉挛，故病情多较严重。常见感染的病毒有流感病毒或腺病毒，继发细菌感染。

### 症状

急性喉炎主要表现为声音嘶哑、说话费力，重者失音，喉内干痒，异物感，有阵发性咳嗽，有时有喉痛。症状可在3~5日内开始好转，愈后嗓音可完全恢复正常。

儿童急性喉炎常在夜间突然加重，以喉痉挛为主，除声音嘶哑外，有吸气性呼吸困难及三凹症（吸气时胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙凹陷），伴有犬吠声。

### 引发的后果

一般情况病程大多不超过7天，但婴幼儿急性喉炎应相

当重视，喉部水肿，喉痉挛可产生严重呼吸困难，甚至窒息死亡。

### 首要措施

注意病儿体温 38℃ 以上和喉痉挛发生（犬吠声、吸气时鸣响）。尽早治疗。

### 病情判断

急性喉炎是儿科、五官科、呼吸科以及急诊科急症。呼吸困难、喉痉挛都需紧急抢救。

### 医生的治疗措施

急性喉炎除一般治疗外，应属病人尽量少讲话，以使声带休息，可给病人笔、纸嘱作笔书，声音嘶哑，喉部干痒，可用蒸气或雾化吸入治疗法，也可以复方安息。

香酊或桉油少许加入沸水中作热蒸气治疗，并给维生素 C 等口服。中药宜用清热解表，宣肺利咽药物，对感染较重者，可给抗生素、激素治疗。

儿童急性喉炎有呼吸困难时应住院观察，并作紧急处理，除全身使用足量抗生素外，应配合激素治疗。可选用强的松片口服，氢化可的松静脉滴注或氟美松肌肉注射。异丙肾上腺素雾化吸入对解除喉痉挛有一定效果。喉部炎症性水肿用抗生素，激素加入麻黄素液少许反复作蒸气或雾化吸入常可奏效。如喉梗阻严重，病情不断恶化，呼吸困难进行性发展，应随时通知医生，并作好气管切开的准备。

### 家长的协助治疗

家长对孩子病情的观察非常重要。如果孩子咳嗽声音呈空瓮样或犬吠样，不论伴有或不伴有呼吸困难表现，家长都

应想到发生急性喉炎的可能，及时到医院就诊。如果孩子病情发展快，出现了喉梗阻，这时急忙找车或找医院都会耽误抢救时机，有发生窒息的可能；这种情况下家长应掌握一些急救知识，如用粗针头或水果刀等在喉头下方的环甲膜处进行穿刺，就可以防止窒息，有了这样的时机再到医院就诊，就不会发生在救护途中因窒息而死亡的悲剧。当孩子在医院经治疗病情平稳后，家长要按照医生的要求口服抗生素及激素类药物，如强的松，并随病情好转而逐渐减少激素用量，不能一味担心激素的不良反应而自行撤药。在饮食方面，孩子生病期间的食物要容易消化，要多给孩子吃富含维生素 C 的水果、蔬菜，以利于机体康复，其他如补液、保持室内一定湿度亦不能忽视。

让孩子少讲话，避免高声喊叫。想办法让婴幼儿不哭不喊。

## 第十四章 病儿的护理

### 一、静养、运动、洗浴

静养是为了恢复因生病而耗损的体力，而静养时间的长短是经由医师所下的判定作为参考的依据，家长认真配合。

#### 绝对静养

一般而言，内藏器官的疾病，病情严重往往必须做绝对的静养，必要时让患者进入睡眠状态。其他如发高烧、呼吸困难，或是因为呕吐、下痢所引起的脱水症都必须尽量做睡眠式的静养。

但是虽然说是静养，而如果是乳儿在哭泣时硬是放置不管，反而因此招来相反的效果，此时不妨偶尔抱起来走动，用动听的语言，鼓励孩子配合治疗，建立治疗信心，或是逗弄嬉戏着，其所收到的效果反而良好。

#### 尽量静养

病情好转时，而感冒发烧在 37~38 左右，或是肺炎的病情除了咳嗽之外并无其他严重症状是不妨尽量进行静养，以便于病情加速痊愈。

同时如果是患有传染性疾病时，为了不使疾病传染给其

他儿童，亦必须尽量在家中静养。

#### 日常生活的轻度活动

因感冒而引起的咳嗽，流鼻涕，若是没有发高烧，而且食欲良好，精神充沛时，应当无碍于正常的日常活动。即使是轻度支气管炎或轻微的气喘发作亦可以外出，但是如果早晚温度剧降时仍然当天往返为宜。

内脏疾病之中若是天生的心脏病（轻度），好多的肾炎，或是尿蛋白、血尿等病症，除了主治医师特别禁止之外，适当活动，也是不可少的。

自然风景，日光对于幼儿的发育成长有莫大的帮助，因此除了疾病的特殊情形之外，父母应当使幼儿尽量接近大自然的阳光。

#### 洗浴

感冒发高烧当然是不宜入浴，此外若是感冒退热且经过一日之后应该进行沐浴。而轻度咳嗽、流鼻涕亦可以进行温水沐浴以促进新陈代谢，加速体力的恢复。身体很衰弱，有些皮肤病，不要洗浴。

## 二、病儿的日常生活护理

对新生儿注意保暖：新生儿体温调节中枢的功能发育不够完善，调节功能差皮下脂肪薄，易散热，如果室温过低，易致体温不升。在寒冷季节，如不注意保暖，体温可上升很高，甚至达 40℃，引起抽风。因此，新生儿的居室室温要恒定，衣服要轻软、御寒，必要时可用热水袋放在小棉被外取

暖，但要防止烫伤。

衣服和尿布，衣服要用轻软的棉布制作，大小要适中，易穿易脱，以不妨碍幼儿的肢体活动为适宜。包被不宜裹得过紧，以免影响肢体活动。

尿布要用质软、耐洗，易干吸水性强的棉布制成。尿布湿了要勤换勤洗，尽量用日光晒干。当喂奶、喂水及进行其他护理工作时，都应检查尿布、尿湿或排大便后，一定要立即换掉，并以温开水洗臀部，预防尿布疹的发生。

除此之外，还应该注意病儿的静养。

### 三、病儿的饮食护理

哺乳时应取半坐姿势，用上臂托住幼儿头颈，以免幼儿头部过于后仰，妨碍乳汁下咽。如果乳房较大，哺乳时应用食指和中指轻压乳房上方，以免乳晕周围的乳房遮住幼儿的鼻孔，影响呼吸。每次喂完奶后，应将幼儿抱起轻拍背部，使吞入的空气排出，防止吐奶。

饮食取决于孩子的大小，各有不同需要。因病的不同又有不同的饮食要求。肠梗阻，肠套叠，阑尾炎需禁食。幼儿厌食，消化不良，需调整食物，用些易消化，幼儿喜吃的食物。汽水、可口可乐，雪碧以及冷食、冷饮加重腹胀，呕吐和许多胃肠疾病均应限制。

## 四、病儿的心理护理

孩子生病后多有心理变化，新生儿也是爱哭闹、大的犟心理变化更会复杂。需要家长更多的耐心、照顾，采取相应的护理措施和精神安慰，配合治疗，促使疾病早日康复。

## 五、传染病家庭隔离法

传染病患儿在家中治疗时，要根据传染途径及传染力，采取必要的隔离措施，以防传染病扩散蔓延，保护其他售货员健康。

### 呼吸道隔离

麻疹、水痘、带状疱疹、风疹、肺结核、猩红热、百日咳、流行性腮腺炎、流行性感冒等传染病中的轻型患儿可在家中隔离治疗；流行性脑脊髓膜炎、白喉及其他重症患儿必须住院隔离治疗。

患儿最好能住单房间，选择朝阳、通风较好的房间。每天开窗通风，保持空气新鲜。接触患儿呼吸道分泌物后必须洗手。嘱咐患儿不要随地吐痰，咳嗽、打喷嚏时用手帕或软纸掩住口、鼻，减少对空气的污染。患儿用过的食具、洗漱用具、痰盂、便盆及衣物等均应消毒，不要与其他人合用。被褥、书本要经常在阳光下曝晒消毒。不要带患儿去公共场所，也不要吃患儿剩下的食物。室内可用紫外线灯消毒。

## 消化道隔离

轻型细菌性和阿米巴性痢疾及感染性腹泻可在家中隔离治疗；病毒性肝炎、伤寒和副伤寒、脊髓灰质炎及其他重症患儿应住院隔离治疗。

### 家中治疗

患儿最好能单住一室，如无条件，也应单睡一床。患儿所用的水杯、餐具、脸盆、毛巾、衣服被褥等应与其他人分开，并单独刷洗。餐具每次用后要煮沸消毒 5~10 分钟，被褥定期放在阳光下曝晒 30 分钟。患儿应单独进餐，吃剩的饭餐倒掉。患儿的呕吐物、分泌物及排泄物则须消毒后倒掉。患儿饭前、便后洗手，家人每次接触患儿后也应用肥皂、清水洗手。家中要有防蝇设备，彻底消灭室内苍蝇。

### 接触隔离

布鲁氏菌病、钩端螺旋体病、血吸虫病及急性出血性结膜炎等可在家中隔离治疗。皮肤炭疽、破伤风、狂犬病等应住院隔离治疗。

此外，鼠疫、霍乱和副霍乱、艾滋病、肺炭疽等传染病必须住院严密隔离。流行性乙型脑炎、流行性出血热、疟疾、流行性和地方性斑疹伤寒、丝虫病、回归热、黑热病等须住院治疗，主要是避免遭受昆虫叮咬，同时做好灭蚊、虱、蚤、螨和白蛉工作。

### 家庭消毒

一方面要根据传染病的传播途径和传染力，选择有效的消毒方法；另一方面要根据家庭实际条件，选择确实可行的消毒方法。

## 六、病儿的家庭护理常识

### 病室环境

在家庭中病儿的卧室，必须清洁、整齐、舒适、安静、安全。家长与病儿同居。

#### 1. 室内温湿度

一般室温以 18~20 最适宜。湿度以 50~60% 为宜。但也要根据季节和病人具体情况灵活掌握，婴儿应适当提高室温，对高热病人则应适当降低室温。酷热的夏日在高热病人的卧室，可置冰块或冷水，用风扇向冰块处吹，促使其融化，吸收热量，以降室温。或用空调控制。冬季床上可用热水袋，但用热水袋要防止烫伤病人。

#### 2. 室内空气

定期打开病室窗户，流通空气，使病人感觉舒畅。夏天使用风扇时需注意勿使病人长时间直接吹风，以免受凉。在病室内陪伴或探望的人，不应吸烟，以免污浊空气。

#### 3. 室内光线

充分利用自然光线，尤其要让病人尽可能与日光直接接触，通过日光中紫外线的杀菌作用，并可以增强病人对疾病的抵抗力。如果病人体力尚佳，在征得医生同意的情况下，尽可能到室外活动并接受阳光。对于婴儿更需要日光。病人午睡时应避免阳光或其他强光射入室内，可拉窗帘。

不论在有无电气设备的地方，病人居住的室内，必须准

备灯火（如手电筒、煤油灯、空气电石灯等）以防万一。夜间，病人安睡后，灯光最好能从床下、床侧低处射出，以减少光线对病人的刺激，同时又不致妨碍夜间对病人观察护理。

### 家庭病室布置

#### 1. 家庭病室的整洁

室内首先应注意消除四害（苍蝇、蚊子、臭虫、老鼠）。这些害虫不但传播着细菌，而且妨碍病人治疗和休养。室内布置应尽量简单雅致，白天在窗台可设置一些鲜花或盆景，但在晚上要移到室外，以免植物在夜间排出二氧化碳，使室内积聚过多。

#### 2. 病室的安全

病人床这次不要放置不必要的物件。病孩或神志不清的病儿，应加床围，防止跌伤。病儿随时需用的东西，如痰盂、茶杯等，应当放在病人最易取到的地方，便于病人自己取用。用各种方法鼓舞他们对治愈疾病的信心。

病室的安静，对病人也是一种安全。避免呼噜和噪音、电视等惊吓病人，影响睡眠。因此要做到说话轻、走路轻、操作轻、关门轻。

#### 3. 床位的设置

病床的舒适与清洁，直接关系到病儿的治疗与睡眠。卧位利于治疗与护理。病儿的床位不宜面对窗口，以免风直接吹病人。

为了便于诊察、治疗、护理，病床最好比一般床铺高些，构要简单而牢固，清洁而柔软，要考虑到病儿不仅是在床上睡眠，而且是在床上生活，例如饮食，甚至大小便都在床上

进行的。

#### 4. 病儿的被褥

病儿的垫褥要平整、柔软。被单要整洁。如病儿大小便失禁或创口经常有脓血外流时，应在褥面被单上加橡皮或塑料单，在橡皮或塑料单上再加小被单。病儿的盖被要选择轻而柔软的棉胎或毛毯，最好用不缝合的被套式，便于经常换洗。病儿的枕头应当稍大些、软些。夏季或病儿高热时，可用枕席或凉枕。枕头下面及四周要保持清洁，不要堆放杂物。被单及枕套要经常洗换，充分曝晒。应每天替病人铺床，拍松枕头，尽量使褥面被单平整，垫褥及棉胎要定期翻晒。如染有污物，更应立即刷净曝晒。在冬天，病儿脚部盖被应包盖好，以利保暖。

#### 5. 皮肤护理

人的皮肤经常排汗液，分泌油垢。这些分泌物都带有刺激性，例如创口皮肤破损处碰到汗液时，就有痛感。长期卧床病儿，较难利用空气的流通和温度的调节来蒸发掉皮肤分泌的汗液，因而也就不容易保持皮肤的干燥、清洁，所以特别需要注意皮肤的护理。

病儿的皮肤护理，除了经常更换内衣裤外，主要是沐浴。根据病儿情况，可施行床浴、淋浴或盆浴。

浴室温保持在 20~24℃，盆浴水温以 40~43℃ 为宜。水温不可过高，以免体表毛细血管扩张而致脑缺血产生眩晕。病儿沐浴时，家长陪伴，帮助洗浴。随时注意照顾，以免发生意外。

#### 6. 床浴

病情较重，全身情况较差的病儿可施行床浴。床浴的次序是先洗脸、颈部，注意眼眦及耳的清洁，然后脱下衣服，依次擦洗上肢、胸腹、背部、下肢及会阴。擦洗部位下面铺上大毛巾，擦洗动作要敏捷，用力适当，根据情况调节水温及更换清水，注意将皮肤皱褶处擦洗干净，避免不必要的暴露、严防病儿受凉。擦洗时注意皮肤有无异常，骨突部位擦洗后用 50% 酒精按摩。擦洗后为病儿换上清洁衣服（如病儿肢体疼痛或有伤口，应先穿患侧，后穿健侧）。

### 7. 口腔护理

能自己漱口的尽量自己漱口；婴幼儿不能漱口的，可用镊子夹生理盐水棉球擦净口腔内部、软腭硬腭、舌部和两颊部，动作要轻柔，以免擦破口腔内粘膜，注意勿使棉球丢在口腔内。高热病儿口唇干裂，可涂石蜡油于唇上。用过的棉球等料，可用火烧掉，其他用具煮沸流水线后再用。

口腔护理一般早晚一次，必要时在餐前餐后也进行。

## 第十五章 幼儿药物治疗特点

由于幼儿处于生长发育时期，具有许多解剖生理特点，对药物的耐受性、反应性和成人不尽相同，而且幼儿病情多较急，变化快，用药理须确切及时，因此必须熟悉儿科用药在药物选择、给药方法、剂量计算等方面的特点，以便更好地收到药物治疗的效果。

### 一、儿科药物的选择

#### 抗感染药物的应用

幼儿易患感染性疾病，而且病情急，变化快，应根据不同病情合理选用抗菌药物，并严格掌握其适应征，目前广泛存在乱用抗菌素问题。要全面考虑患儿的临床诊断、全身情况、药物的抗菌作用及副作用。是否该用抗菌素，用量应适当、疗程应充分，以免细菌产生耐药性。用药时间不宜过短，以免引起病情复发，但亦不可迟迟不停导致不必要的副作用。抗生素对病毒无效，勿随便应用。氯霉素、合霉素有造成再障性贫血的可能，能不用时尽量不用。

#### 镇静药的应用

高热、过度兴奋、烦躁不安、频繁呕吐、惊厥等情况可

用镇静药，使幼儿得到充分休息，有利于病情复发。常用药物有苯巴比妥、异丙秦、安定等。幼儿对巴比妥类药物耐受性较强，剂量可相对略大；吗啡类药物虽镇静作用强，但婴幼儿对之特别敏感，容易引起呼吸中枢抑制，一般不用或必要时慎用。严格根据月龄、年龄、体重计算使用剂量。

#### 祛痰、镇咳、止喘药物的应用

幼儿呼吸道较窄，炎症时粘膜水肿，渗出物较多，易出现呼吸道梗阻而发生呼吸困难。在呼吸道感染时应多用祛痰药，少用镇咳药，婴幼儿一般不用可待因等镇咳，相反咳嗽严重时也可适量应用镇静药。婴幼儿气喘时常用非那根（异丙嗪）止喘，喘憋严重时静点氢化考的松、氟美松、氨茶碱有止喘作用，但多用于幼儿以上儿童，因可兴奋神经系统，对新生儿小婴儿可小剂量使用。

#### 泻药与止泻药的应用

婴儿便秘时应以饮食治疗入手，哺乳的母亲多饮水。或用栓剂通便，可适当饮些水，一般不宜应用泻药，更不宜应用石蜡油等油剂药物导泻以免引起吸入。婴儿腹泻时亦应从调整饮食、控制感染及液体疗法等入手，不宜首选止泻药，因可使肠道毒素吸收增多。增加全身中毒症状。

#### 退热药的应用

发热是人体防御疾病和适应内外环境温度的一种代偿性反应，因此一般发热不需用退热药，可采用物理降温。但是若体温升高过快、过高引起幼儿不安、惊跳或惊厥时，应立即应用退热药，也应物理降温。另外高热持续过久可使体内调节功能失常、营养素及氧消耗量增加，食欲减退、防御感

染能力降低，不利患儿健康的恢复，可适当应用退热药。处理发热的同时应积极进行病因治疗，注意高热失水及电解质丢失的补充问题。

### 肾上腺皮质激素的应用

目前有乱用激素问题。激素主要用于：

1. 利用其降低炎症反应和抗毒、抗休克作用，常用于严重感染。

2. 利用其免疫抑制作用和抗过敏作用，治疗各种严重过敏反应及自身免疫性疾病。

3. 作为肾上腺皮质功能不足时的替代疗法。要注意在病因未确诊前不要滥用激素，有可能掩盖原发疾病的性质而使病情恶化，但不表现出来。激素用于感染时须同时应用有效的抗生素，并应加强病情观察。

## 二、儿科用药特点

用药无论用什么方法计算所得的剂量都有其局限性，在具体应用时应结合下列情况全面考虑。

### 生理特点

新生儿（尤其是生后5天以内）早产儿一般用药剂量宜小。如对肾脏有损害的药物，及对肝脏有损害的药物，甚至仅给幼儿常用剂量的半量。一般幼儿对巴比妥类耐受性较强，用量可较大。

### 疾病种类和病情

例如治疗化脓性（包括流行性）脑膜炎所用的青霉素、

磺胺药的剂量需较一般感染的剂量大数倍。当肝、肾功能受损时，某些由肝解毒、肾排泄的药物剂量宜减小，以免造成肝、肾严重损害。

#### 用药目的

同一药物，因用药目的不同而剂量不同。例如苯巴比妥用于抗惊厥时剂量宜大，用于镇静、催眠时则剂量较小，因病、因人不同需要个体化。

#### 用药途径

同一药物，以灌肠法给药比口服法剂量大，而口服法又比静脉注射法剂量为大。但静脉注射或静脉滴入比口服见效快，需要不断用药时静脉滴入更方便。

### 三、儿科用药的注意事项

#### 正确掌握用药剂量

幼儿用药剂量一般按每日（次）每公斤体重所需药量计算。新生儿及幼婴儿有些药物剂量较小，如地高辛。有些治疗营养缺乏症的药物，幼儿剂量与成人所用剂量相等，或高于成人，如维生素 D 治疗幼儿佝偻病剂量高于成人。

因此要求熟悉幼儿用药剂量，有疑问时应与剂量表进行核对。

#### 不要滥用药物

1. 抗生素：目前存在乱用抗菌素现象。滥用抗生素可延误诊断和治疗，例如婴儿化脓性脑膜炎可因滥用抗生素而不能明确病因诊断，延误治疗，导致死亡或严重后遗症。长期

滥用也可导致二重感染（如并发霉菌感染或耐药性细菌感染），增加疾病的复杂性，甚至危及生命。

2. 肾上腺皮质激素：目前也存在乱用激素问题。滥用激素可引起感染扩散，或使结核感染恶化。滥用大剂量激素可出现明显的柯兴氏综合症、骨质疏松等副作用。尤其长期使用更易产生副作用。

3. 用药同时要考虑药物的副作用：刚生下 1~2 周以下的新生儿，特别是早产儿，应用氯霉素容易贫血，6 岁以下幼儿服用四环素族药物可引起乳牙或恒牙变黄和釉质发育不良以及婴儿颅内压增高、前凶膨隆。具有耳毒副作用的药物因小婴儿不易反应病情，适当少用不同。同化激素如苯丙酸诺龙可促进骨骼的生长，使骨、软骨的生长增速，但最后却促进骨骼与骨干的过早闭合，反而限制幼儿身体的增高。用药时要考虑到它的副作用。

4. 用药必须考虑月龄、年龄特点：婴幼儿服药困难，尽量选择可口的、容易溶解的药物。新生儿和婴幼儿不用磺胺药，因可引起高胆红素血症。婴幼儿在选择退热药时亦需十分慎重，因可引起青紫等副作用，退热尽量服中药或用物理降温。

5. 哺乳的母亲需要服药时，要注意药物对婴儿的影响。如吗啡、阿托品、溴剂、碘化物、水杨酸盐和一些安眠药。假如乳母必须服用上述药物，就必须暂停哺乳。

### 婴幼儿药量的计算

由于婴幼儿身体各部位发育不全，特别是新生儿的肝、肾功能还不完善，药量不当，常可造成中毒。另外，婴幼儿

生长发育迅速，不同年龄的药物剂量相差很大。因此，家长要严格掌握婴幼儿用药剂量。

### 婴幼儿体重计算法

1. 6个月前婴幼儿体重 = 月龄乘以 0.6+3 (公斤)

7~10个月婴幼儿体重 = 月龄乘以 0.5+3 (公斤)

1岁以上婴幼儿体重 = 年龄乘以 2+8 (公斤)

婴幼儿药量 = 体重乘以药量/公斤

如果只知道成人的用药剂量，需计算婴幼儿用药量时，可按下述方法：

婴幼儿用药量 = 成人剂量除以 60 乘以婴幼儿体重。

此方法虽较简便，但有婴儿药量偏低，幼儿药量偏大的缺点。

### 2. 按体表面积计算

体表面积 = 体重乘以 0.035+0.1。此公式适合于 30 公斤以下幼儿，30 公斤以上则以 30 公斤的体表面积为基数，每增加 5 公斤，体表面积增加 0.1 平方米。药量 = 每平方米体表面积所需药量乘以体表面积。

### 3. 按年龄计算

有些药物剂量不需十分准确，如一般止咳药水，可按每次每岁多少 ml 计算。

### 4. 从成人剂量计算

幼儿剂量 (小于 1 岁) = (月龄+12) 除以 100 乘以成人量。  
(大于 1 岁) = (4 乘以年龄+20) 除以 100 乘以成人量。

无论用何法计算所得的剂量都有其局限性，在具体应用

时还须结合患儿的情况作些加减。

### 禁忌用药

药物一般是通过肝脏解毒和肾脏排泄，而婴儿肝脏解毒功能和肾脏排泄功能有限，而且身体各器官未发育完善，用药宜慎重，遵从医嘱。

1. 链霉素、卡那霉素、庆大霉素会影响听神经及肾功能，尽量不用，更不能长期应用。避免耳聋及肾功能损害。

2. 四环素类药物（包括四环素、土霉素、强力霉素）易沉积在骨组织中，妨碍骨骼发育，引起牙釉质发育不良牙齿发黄，不宜用。

3. 氯霉素可引发婴儿灰色综合症，并能抑制骨髓造血功能，导致再生障碍性贫血、血小板减少，不可用。

4. 磺胺类药物（包括复方新诺明）会引起新生儿黄疸，还会影响肾脏功能，6个月以内的婴儿尤其是新生儿慎用或不用。

5. 阿司匹林会引起新生儿生理性黄疸加重，抑制血小板的凝集，婴儿发热不宜用阿司匹林退热，新生儿及有出血状态的婴儿忌用。退热时1岁以下幼儿可用复方扑热息痛片，每次每公斤体重20mg，一般在39℃以上才用，两次间隔至少要4小时，体温降至38℃以下应停用。

6. 维生素K3、K4可使新生儿出现高胆红素血症、溶血性贫血等，新生儿慎用。

7. 鼻眼净不可用于新生儿来减轻鼻塞，因吸收后易导致中毒。

8. 肤轻松软膏对湿疹、神经性皮炎有效，但不可用于疔

肿、毛囊炎、水痘等，不可擅自乱用。

### 按时按量给患儿用药

有些家长不按规定的时间和用量给患儿服药，只凭自己想当然乱用，这样很危险，常会给患儿带来严重后果。

服药剂量的大小和次数以及间隔时间与治病的效果关系非常大。无论是吃药还是打针，药物都被吸收入血，然后分布到全身。药物在血液中达到一定的浓度，才能起到作用，收到治病的效果。如果用药量小，在体内达不到一定的浓度，服药次数又少，间隔时间也长，这样药物在体内就不能保持一定的浓度，起不到治病的作用，只会延误治疗，使病情发展，给患儿带来危险；如果给药量过大，间隔时间过短或服药次数过多，大大超过常用量，人体不能及时地排除药物的毒性，就会导致中毒，严重的还可引起死亡，必须按时按量用药。

对于细菌感染性疾病，如果不按时、按量服药，患儿体内的细菌不仅不能被杀死，反而会对药产生耐受力（即医生们称的抗药性），给以后治疗造成很多困难。有的家长见孩子吃了1~2次药效果不明显，就把药量加大，或增加每天服药次数，这就有可能产生不良反应。因此，婴幼儿有病时，家长一定要遵照医嘱，按时按量给其服药。

### 注意观察药物的治疗作用和不良反应

世间的万物都有两面性。中国有句古语：水可载舟亦可覆舟。药，作为人类用来治病的一种手段亦不例外。

当药物进入人体内发挥作用时，它会表现出两个方面的功效，其一是它对疾病的治疗作用，再者是它对人体的不良

反应：包括不良反应、毒性反应、后遗效应和特殊反应。要根据不同的病和不同的药观察，为用药提供依据。

## 附录一 幼儿常用药物剂量表

### 一、镇静、催眠、抗惊厥药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
苯巴比妥（鲁米那） 苯巴比妥钠（鲁米那钠）	片剂 0.01 克、 0.015 克、0.03 克 针剂 0.1 克、0.2 克	镇静、催眠 口服 2~3 毫克/ 公斤/次 抗惊厥 肌注 5~8 毫克/ 公斤/次 必要 时隔 4 小时可重 复	严重肝、肾损 害者慎用
水合氯醛	溶液 3~10%	镇静、催眠 口服 30 毫克/公 斤/次 抗惊厥 灌肠 50 毫克/公 斤/次	对胃有刺激， 口服需冲淡
盐酸氯丙嗪 （冬眠灵）	片剂 12.5 毫克、 25 毫克、50 毫 克 针剂 1 毫升~25 毫克、1 毫升~50 毫克	口服、肌注、静 注、0.5~1 毫克/ 公斤/次	用药后应平 卧，防体位性 休克

复方氯丙嗪	针剂 2 毫升含盐酸氯丙嗪及异丙嗪各 25 毫克	同上	
安定	针剂 10 毫克	片剂 2.5 毫克 肌注 0.1~0.3 毫克/公斤/次 口服 5 岁以上 1~2.5 毫克/次	
硫喷妥钠	针剂 250 毫克	肌注 10 毫克/公斤/次	
氨甲丙二酯 (安宁、眠尔通)	片剂 0.2 克	口服 7 毫克/公斤/次	
苯妥英钠(大仑丁)	片剂 0.05 克、0.1 克	口服 3~8 毫克/公斤/次 日分 2~3 次	

## 二、解热、镇痛、抗风湿药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
乙酰水杨酸 (阿司匹林)	片剂 0.1 克、0.3 克、0.5 克	解热、止痛 口服 5~10 毫克/公斤/次 日 3~4 次 抗风湿 口服 100 毫克/公斤/日分 3 次 治疗后期减量	大量、长期服用时可加制酸药以减轻对胃粘膜的刺激
复方阿司匹林	片剂 0.42 克	口服 5~10 毫克/公斤/次	含乙酰水杨酸、非那西汀及咖啡因

安乃近	片剂 0.5 克	口服 10~20 毫克/公斤/次	
非那西汀	片剂 0.1 克	口服 30~60 毫克/公斤/日分 4~6 次口服	
氨基比林 (匹拉米洞)	片剂 0.1 克、0.3 克	口服 20 毫克/公斤/日分 3~4 次	
水杨酸钠	片剂 0.3 克、0.5 克	抗风湿 口服 0.1~0.15 克/公斤/日分 3~4 次口服	同时服用氢氧化铝可减轻对胃刺激

### 三、兴奋剂

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
苯甲酸钠咖啡因(安钠加)	针剂 1 毫升~0.25 克、2 毫升~0.5 克	皮下、肌注 6~12 毫克/公斤/次	
山梗茶碱(洛贝林)	针剂 1 毫升~3 毫克、1 毫升~10 毫克	皮下、肌注、静注 1~3 毫克/次	
尼可刹米(可拉明)	针剂 1 毫升~0.25 克	皮下、肌注、静注 0.3~1 毫升/次	
回苏灵	针剂 2 毫升~8 毫克	4 毫克/次 新生儿酌减	有痉挛病儿禁用

## 四、平滑肌、横纹肌兴奋药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
新斯的明	片剂 15 毫克、 1 毫升~0.5 毫 克、2 毫升~1 毫克	口服 1~2 毫克/公 斤/日 肌注 0.03~0.04 毫克/公斤/次	机械性肠梗 阻及哮喘患 者忌用
加兰他敏	片剂 5 毫克 针剂 1 毫升~1 毫克	口服 0.5~1 毫克/ 公斤/日 肌注或皮下 0.05~0.1 毫克/公 斤/次 每日 1 次一疗程 为 2~6 周	超剂量可引 起流涎、心动 过缓、头晕、 腹痛

## 五、抗胃肠痉挛药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
颠茄酊	酊剂 片剂每片含颠 茄浸膏 10 毫克	酊剂 0.03~0.06 毫升/岁/次 片剂大于 5 岁 1~2 片/次	
硫酸阿托品	片剂 0.3 毫克 针剂 0.5 毫克	解痉 口服、皮下 0.01 毫克/公斤/次 抗休克 静注 0.03~0.05 毫克/公斤/次	早期感染性 休克及抢救 有机磷中毒 时,其有效量 与中毒剂量 相近,应注意
溴化丙胺太 林(普鲁本 辛)	片剂 15 毫克	口服 1.5 毫克/ 公斤/次	

### 六、制酸药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
氢氧化铝	片剂 0.3 克 凝胶 4%	口服大于 5 岁 1/2~1 片 日 3 次	
胃舒平(复方氢氧化铝)	片剂每片含氢氧化铝 0.245 克, 三矽酸镁 0.105 克, 颠茄浸膏 2.6 毫克	口服大于 5 岁 1~2 片 日 3 次	
奥美拉唑	片剂每片含 20 毫克	口服大于 5 岁 1/4 片日 3 次	

### 七、助消化药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
胃蛋白酶合剂		口服 2 岁以下、 1~2.5 毫升/次 2 岁以上、3~5 毫升/次、日 3 次	忌与碱性药物配伍
稀盐酸	10% 溶液	口服 1 滴/岁/次	稀释后服, 以免刺激胃粘膜, 饭前服
乳酶生(表飞鸣)	片剂 0.3 克	口服 0.3~0.6 克/次日 3 次	不宜与抗菌药物或吸着剂合用
多酶片	片剂每片含淀粉酶 0.12 克 胃蛋白酶 0.04 克、胰酶 0.12 克	口服 1 片 日 3 次 饭时服	

胰酶片	片剂 0.3 克	口服 1~2 片 日 3 次 饭前 服	
-----	----------	---------------------------	--

### 八、导泻剂

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
双醋酚汀（一轻松）	片剂 5 毫克	口服 5 岁以下： 2.5~5 毫克/次 5 岁以上：5~10 毫克/次	缓泻药，睡前服
酚酞	片剂 0.1 克	口服 3 毫克/公斤/次	
镁乳（氢氧化合剂）		口服 0.5~1 毫升/公斤/次	
硫酸镁	溶液 50%	口服 0.15~0.25 克/公斤/次	
液体石蜡（石蜡油）		口服 0.5 毫克/公斤/次	
开塞露	每只 10 毫升、 20 毫升	肛门注入 10 毫升/次	

### 九、止泻药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
鞣酸蛋白	片剂 0.25 克、 0.3 克	口服 婴儿 0.05~0.2 克/次 儿童 0.2~1 克/ 次、日 3 次	在细菌性感染所致肠炎时，宜先控制感染后使用
活性炭	片剂 0.3 克	口服 0.3~0.6 克/次日 3 次	

复方樟脑酊		口服 0.05~0.1 毫升/公斤/次 日 3~4 次	腹胀时禁用
-------	--	-----------------------------------	-------

### 十、祛痰、镇咳药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
氯化铵	溶液 10% 片剂 0.3 克	口服 40~60 毫克 /公斤/日分 4 次 饭后服	长期服用可致 酸中毒
复方甘草合剂	合剂 片剂	口服合剂 1 毫升 /岁/次 片剂 1/2~1 片/ 次 日 3 次	
可待因糖浆	0.5%	口服 0.2~0.3 毫 升/公斤/日 分 3~4 次	
咳必清	片剂 25 毫克 糖浆：复方咳必 清糖浆含咳必 清 0.2% ,氯化铵 3%	口服 5 岁以上每 次 6.25~12.5 毫 克 日 2~3 次	多痰、肺淤血、 咳嗽无力者忌 用

### 十一、止喘药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
盐酸肾上腺素	针剂 1 毫升~1 毫克	皮下注射 0.1~0.2 毫升/公斤/次 心跳停止时心内 注射 1 毫克/次	注射后有心悸 等副作用

氨茶碱	片剂 25 毫克、 0.1 克 针剂 2 毫升~50 毫克 10 毫升 ~0.25 毫克	口服 4 毫克/公斤 /次 静注 2~4 毫克/公 斤/次	静注以 50% 葡 萄糖 20~40 毫 升稀释后缓慢 注入或静滴， 露置空气中变 黄失效
盐酸麻黄碱	片剂 25 毫克 针剂 1 毫升~30 毫克	口服、皮下、肌 注 0.5~0.75 毫克/公 斤/次	
异丙肾上腺素	片剂 10 毫克 针剂 2 毫升~1 毫克 气雾剂 0.5%、 20 毫升	舌下 2.5~10 毫克 /次日 3 次 静滴 0.5~1 毫克 加于 10% 葡萄糖 液或生理盐水 100~200 毫升中 气雾吸入每天 2~3 次	忌与肾上腺素 同用与碱性药 物不宜配伍 休克时需先补 充血容量，静 滴浓度及速度 依病情而定

## 十二、抗过敏药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
苯海拉明	片剂 12.5 毫克、 25 毫克	口服 2~4 毫克/ 公斤/日	
盐酸异丙嗪 (非那更)	片剂 5 毫克、 12.5 毫克、50 毫克 针剂 1 毫升~25 毫克、2 毫升 ~50 毫克	口服、肌注或静 滴 0.5~1 毫克/ 公斤/次	

扑尔敏	片剂 4 毫克	口服 0.35 毫克/ 公斤/日 分 3~4 次	
葡萄糖酸钙	片剂 0.5 克 针剂 10% 毫升	口服、静注 0.5~1 克/次 静注时以 5~10% 葡萄糖 液 20 毫升稀释 后缓慢注入	静注时过浓、 过速会使心跳 骤停

### 十三、治贫血药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
硫酸亚铁	片剂 0.3 克	口服 0.02~0.04 克/公斤/日分 3 次	
枸橼酸铁铵	溶液 10%	口服 0.1~0.2 克/ 公斤/日分 3 次	
氯化钴	溶液 0.3%	口服 2~4 毫克/公 斤/日分 3 次	
叶酸	片剂 5 毫克	口服 5 毫克 日 3 次	
维生素 B <sub>12</sub>	针剂 1 毫升~100 微 克、 1 毫升~500 微 克	肌注 100 微克/次 隔日一次或突击 一次 300~500 微克	

## 十四、凝血药、止血药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
安特诺新(安络血)	片剂 2.5 毫克、5 毫克 针剂 2 毫升~10 毫克	口服 5 岁以下 1.25~2.5 毫克/ 次 5 岁以上 2.5~5 毫克/次 日 3 次 肌注 5 岁以下 2.5~5 毫克/次 5 岁以上 5~10 毫克/次	
仙鹤草素	片剂 20 毫克 针剂 1 毫升~10 毫克、5 毫升~10 毫克	口服 10~30 毫 克/次 日 3 次 肌注 10 毫克/次	
维生素 K1	针剂 1 毫升~10 毫克	肌注 10 毫克/次 每日 1~2 次	
维生素 K3(亚硫酸氢钠甲萘醌)	针剂 1 毫升~4 毫克	肌注 4 毫克/次 每日 1~2 次	
维生素 K4(乙酰甲萘醌)	片剂 2 毫克 4 毫克	口服 2~5 毫克/ 次 日 3 次	
6-氨基乙酸	片剂 0.5 克 针剂 10% 15 毫升 20% 10 毫升	口服、静滴, 1~2 克/次 静注时溶于 50~100 毫升葡 萄糖或生理盐 水中, 每 4~6 小 时 1 次	

对羧基苄胺 (抗血纤溶 芳酸)	针剂 10 毫升 ~0.1 克	静注 0.1 克/次 溶于葡萄糖液 或生理盐水中 缓慢滴注	
-----------------------	--------------------	--	--

### 十五、抗凝血药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
枸橼酸钠	针剂 0.25 克	输血时用 每 100 毫升血 中加 0.25 克	先以生理盐水 10 毫升溶解后 再加入血液中
肝素	针剂 1 毫升 ~12, 500 单位	静滴 100 单位/ 公斤/次溶于 10% 葡萄糖溶 液或生理盐水中,在 4 小时内 缓慢滴入	

### 十六、利尿药及脱水药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
双氢克尿塞 (双氢氯塞 嗪)	片剂 25 毫克	口服 1~2 毫克/ 公斤/日分 2 次	可致低血钾需 加服氯化钾
氨苯喋啶(三 氨喋呤)	片剂 50 毫克	口服 2~4 毫克/ 公斤/日分 2 次	
螺旋内脂固醇 (安利舒通)	胶囊 20 毫克	口服 2 毫克/公 斤/日分 3 次	
利尿酸	片剂 25 毫克 针剂 25 毫克	口服 2 毫克~3 毫克/公斤/日 静注、静滴 0.5 毫克/公斤/日	

速尿 (呋喃苯 氨酸钠)	针剂 20 毫克	肌注或静注 1 毫克/公斤/次	
汞撒利	针剂 1 毫升 2 毫升	肌注 5 岁以下 0.1~0.5 毫升/次 5 岁以上 0.5~1 毫升/次	忌用于肾炎及 肾功能减退者
高渗葡萄糖注 射液	针剂 50% 20 毫 升	静注 20~40 毫 升/次	为高渗利尿脱 水剂
尿素	针剂 30 克 60 克	静注 0.5~1 克/ 公斤/次	漏出血管外可 致组织坏死
甘露醇	针剂 20% 100 毫升 250 毫升	静注 1~2 克/公 斤/次 必要时 6~8 小 时重复 1 次	静脉推注在 20~30 分钟内 注入, 或快速 滴入, 室温过 低时, 可析出 结晶, 用热水 加温溶解后再 用
山梨醇	针剂 25% 100 毫升 250 毫升	同上	同上

## 十七、降压药

药 名	剂型及规格	剂量及用法	备 注
利血平	片剂 0.25 毫克 针剂 1 毫升~1 毫克	口服 0.02 毫克/ 公斤/日 肌注 0.07 毫克/ 公斤/次 最大一次量不超 过 1 毫克	

降压灵	片剂 4 毫克	口服 4 毫克/次 日 2~3 次	
胍苯哒嗪	片剂 10 毫克、 25 毫克、50 毫克 针剂 1 毫升~20 毫克	口服 0.75 毫克/ 公斤/日分 3~4 次 肌注 0.15 毫克/ 公斤/次	
硫酸镁	针剂 10 毫升 ~2.1 克	肌注 25%溶液 0.2~0.4 毫升/公 斤/次 静滴 1~2%溶液 0.1~0.15 克/公斤/ 次	静滴可产生 中枢抑制、血 压下降、心 脏、呼吸抑 制，故须严密 观察血压、呼 吸、脉搏

### 十八、升压药（抗休克药）

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
重酒石酸间羟胺（阿拉明）	针剂 10 毫升 ~100 毫克	肌注 0.1 毫克/ 公斤/次 静滴 0.3~2 毫克/ 公斤/次 以 5%葡萄糖液 100 毫升稀释后 滴入	从小量开始， 无效时逐渐加 量
多巴胺（3-羟酪胺）	针剂 2 毫升~20 毫克	静滴 10~20 毫 克/次 以 5%葡萄糖 100 毫升稀释后 滴入	依病情调节滴 入速度，先从 小剂量开始
酚妥拉明（苄胺唑啉）	针剂 1 毫升~10 毫克	静滴 5~10 毫克/ 次 以 5%葡萄糖 200~500 毫升稀 释后滴入	本药有降压作 用，常与多巴 胺联合使用

## 十九、治疗心力衰竭药物

制剂	给药法	药物作用时间			毛地黄化总量 mg/公斤		毛黄化法		维持量	备注
		开始	最强	持续	2岁以下	2岁以下	速给法	缓给法		
毛地黄叶	口服	6小时	12~24小时	10~14天	40	30	将毛地黄化量分为四次,每六小时一次。	将毛地黄化量分为十二次,每六小时一次	毛黄化量的十分之一,每天一次。	目前不为主要用药
毛地黄毒甙	口服	2小时	8~12小时	12~20天	0.04	0.03				
	肌肉或静注	30分钟	2~8小时	12~20天	0.04	0.03				
地高辛	口服	2小时	4~8小时	4~7天	0.06~0.08	0.04~0.06				
西地兰	肌肉或静注	10分钟	1~2小时	2~4天	0.03~0.04	0.02~0.03				目前不为主要用药
毒毛旋花子素K	静注	5分钟	1小时	1~3天			0.007~0.01毫克/公斤/次			

二十、维生素制剂

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
维生素 A、D	针剂 1 毫升含 A25,000 单位 D2,500 单位 口服鱼肝油 淡：每毫升含 A5,000 单位 D500 单位 浓：为上者 10 倍量浓鱼肝油 丸含 A10,000 单位 D1,000 单位	肌注 1 毫升/天 口服 浓：滴剂 5~8 滴 (预防量)、 15~30 滴(治疗 量)每日 1 次 鱼肝油丸 1 丸日 3 次	
维生素 B1	片剂 10 毫克 针剂 50 毫克、 100 毫克	口服 5 毫克/日 (预防量) 15~30 毫克/日 (治疗量) 肌注 50~100 毫 克/日	
维生素 B2	片剂 5 毫克 针剂 5 毫克、10 毫克	口服 2 毫克/日 (预防量) 10~15 毫克/日 (治疗量)	
维生素 B6	片剂 10 毫克 针剂 50 毫克	口服 1~2 毫克/ 日(预防量) 10~30 毫克/日 (治疗量) 肌注 10~25 毫克 /日	

维生素 C	片剂 100 毫克 针剂 100 毫克、 500 毫克	口服 50 毫克/日 (预防量) 0.2~0.4 克/日(治 疗量) 肌注 0.2~0.6 克/ 日	
维生素 D <sub>2</sub> (骨化醇)	丸 10,000 单位 针剂 40 万单位	肌注 40 万单位/ 次 每周或每 2 周 1 次,共注射 3 次	
维生素 D <sub>3</sub>	针剂 30 万单位	肌注 30 万单位/ 次 每周或每 2 周 1 次,共注射 3 次	
维丁胶性钙	针剂 1 毫升含维 生素 D 5,000 单位、胶 性钙 0.5 毫克	肌注 1 毫升/次 每天或隔天 1 次	
维生素 E	片剂 5 毫克 针剂 5 毫克、50 毫克	口服 5 毫克/次 日 3 次 肌注 5 毫克/次 日 1 次	

### 二十一、激素

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
促肾上腺皮 质激素	针剂 1 单位~1 毫克 10 单位 25 单位	肌注 1.6 单位/公 斤/日 静滴 5~10 单位/ 次 于 8 小时内滴入	

氢化可地松	片剂 20 毫克 针剂 2 毫升~10 毫克 5 毫升~25 毫克	口服 4~8 毫克/ 公斤/日分 3~4 次 静滴 4~8 毫克/ 公斤/日 于 8 小时内滴入	
强地松	片剂 5 毫克	口服 1~2 毫克/ 公斤/日分 3 次	
强地松龙(氢化泼尼松)	片剂 5 毫克 针剂 2 毫升~10 毫克	口服 1~2 毫克/ 公斤/日 肌注或静滴 同上剂量分数次	
地塞米松(氟美松)	片剂 0.75 毫克 针剂 1 毫升~5 毫克	口服 0.1~0.25 毫克/ 公斤/日 肌注、静滴 1~2.5 毫克/次 日 1~2 次	
甲基睾丸素	片剂 5 毫克	口服或舌下含 1~2 毫克/公斤/ 日分 3 次	
丙酸睾丸酮	注射剂 1 毫升~5 毫克 1 毫升~10 毫克 1 毫升~25 毫克	肌注 1~2 毫克/公斤/ 日	
甲状腺素	片剂 30 毫克 60 毫克	口服 15~120 毫克/ 日视病情而定	

## 二十二、解毒药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
亚甲蓝(美兰)	针剂 2 毫升~20 毫克	静注 1~2 毫克/ 公斤/日	
二巯基丙醇	针剂 1 毫升~0.1 克	肌注 2.5~5 毫克/ 公斤/次	

解磷定	针剂 10 毫升 ~0.4 克	静注 15~30 毫 克/公斤/次	
-----	--------------------	----------------------	--

### 二十三、驱虫药

药 名	剂型及规格	剂量及用法	备 注
枸橼酸哌嗪 (驱蛔灵)	片剂 0.5 克 糖浆 15%	口服 驱蛔虫 0.15 克公斤/日 连服 2 天 1 日量不超过 3 克驱蛲虫 0.06 克/公斤/日 分 2 次 连服 7~10 天	
山道年	片剂 15 毫克 30 毫克	口服 10 毫克/ 岁/日 每晚 1 次,连服 2 天 5~10 毫克/ 岁/次 隔 1 小时服 1 次,共 2 次	忌服油类
驱虫净(四咪 唑)	片剂 25 毫克	口服 3 毫克/公 斤饭后 1 次服	
槟榔		口服 40~90 克, 加水十倍煎成 40~60 毫升晨 间 1 次服下	

二十四、抗结核药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
异烟肼(雷米封)	片剂 50 毫克 100 毫克 针剂 2 毫升 ~100 毫克 2 毫升~50 毫克	口服、肌注 10~20 毫克/公斤/日分 2~3 次	
对氨基水杨酸钠	片剂 0.5 克 针剂 1 支~2 克	口服 0.15~0.2 克/公斤/日分 3~4 次 静滴 0.15~0.2 克/公斤日 1 次	
利福平	胶囊 150 毫克	口服 10~25 毫克/公斤/日分 3 次	
链霉素	针剂 1 克	肌注 20~30 毫克/公斤/日 1 次	

二十五、磺胺及呋喃类药物

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
磺胺嘧啶	片剂 0.5 克 针剂 2 毫升~0.4 克、5 毫升~1 克	口服 0.1~0.15 克/公斤/日分 4 次,首剂加倍 肌注或静注 0.1~0.15 克/公斤/日分 3~4 次	肌注部位宜深

磺胺噻唑	片剂 0.5 克	口服 0.1~0.15 克/公斤/日分四次, 首剂加倍	
磺胺甲基异恶唑	片剂 0.5 克	口服 25 毫克/公斤/次 每日 2 次, 首剂加倍	
磺胺甲氧嗪 (长效磺胺)	片剂 0.5 克 口服 10~20 毫克/公斤/日 每日 1 次, 首剂加倍		
磺胺脒 (磺胺胍)	片剂 0.5 克	口服 0.2~0.4 克/公斤/日 分 3 次, 首剂加倍	
甲氧苄氨嘧啶 (增效剂)	片剂 0.1 克	口服 10 毫克/公斤/日分 2~3 次	
呋喃唑酮 (痢特灵)	片剂 0.1 克	口服 5~10 毫克/公斤/日分 3 次	
呋喃妥因 (呋喃坦啶)	片剂 0.05 克、 0.1 克	口服 6~10 毫克/公斤/日	

## 二十六、抗菌素

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
青霉素 G 钠	针剂 20 万单位 40 万单位 100 万单位	肌注 2.5~5 万单位/公斤/日 分 2~4 次 静滴按年龄及病情决定 400~800 万单位/日分 2~4 次	本药易引起过敏反应, 使用前必须询问有无过敏史, 并作皮试, 静滴速度不宜太快, 配后冷藏并于当天用完

普鲁卡因青霉素 G (青霉素混悬液)	针剂 40 万单位 80 万单位	肌注 20~40 万单位/日 每日 1 次	使用前先作皮试
二甲氧苯青霉素钠 (新青霉素 I)	针剂 0.5 克 1 克	肌注 0.1 克/公斤/日 分 4 次	与青霉素 G 可生交叉过敏, 使用前应作皮试 深部肌肉注射, 以免引起疼痛 配后冷藏并于 24 小时内用完
苯甲异恶唑青霉素钠 (新青霉素 II)	胶囊 0.25 克 针剂 0.5 克	口服、肌注 50~100 毫克/公斤/日 分 4 次	使用前用于青霉素 G 作皮试 配后冷藏并于 24 小时内用完
苄星青霉素 G (长效西林)	针剂 120 万单位	肌注 60~120 万单位/次 每半月 1 次	使用前作青霉素皮试
氨基苄青霉素	片剂 0.25 克 针剂 0.5 克	口服、肌注、静注 50~100 毫克/公斤/日 分 4 次	使用前作青霉素皮试, 肌注部位宜深, 溶解后溶液不稳定保存于冰箱内
羧基苄青霉素	针剂 0.5 克	肌注 100 毫克/公斤/日分 4 次 静注 100~300 毫克/公斤/日	使用前作青霉素皮试
硫酸链霉素	见抗结核药		

卡那霉素	片剂 0.25 克 针剂 2 毫升~0.5 克	口服 50 毫克/公斤/日分 4 次 肌注 15 毫克/公斤/日分 2~3 次 静注 15~30 毫克/公斤/日分 2~3 次	
庆大霉素 (正泰霉素)	针剂 1 毫升~20 毫克 1 毫升~40 毫克 (1 毫克=1,000 单位)	口服 10~15 毫克/公斤/日 肌注 2~5 毫克/公斤/日分 2~3 次 静滴 2~5 毫克/公斤/日分 2~3 次	
杆菌肽	针剂 5 万单位(1 毫克 = 50 单位)	肌注 600~1,600 单位/公斤/日分 3~4 次	
杆菌肽	针剂 5 万单位(1 毫克 = 50 单位)	肌注 600~1,600 单位/公斤/日分 3~4 次	
先锋霉素 1 号 2 号	针剂 0.5 克	肌注、静注或静滴: 30~50 毫克/公斤/日分 3~4 次	
新霉素	片剂 0.1 克 针剂 1 克	口服 25~100 毫克/公斤/日分 3~4 次	
万古霉素	针剂 50 万单位 (0.5 克)(1 毫克 = 1,000 单位)	静滴 2~4 万单位/公斤/日分 2~4 次	

新生霉素	胶囊 0.25 克 针剂 0.25 克 0.5 克	口服、肌注、静注：15~30 毫克/公斤/日	肌注可引起局部疼痛，静注时用注射用水或生理盐水作溶媒，不可用葡萄糖液作溶媒
多粘菌素 B	片剂 50 万单位 (50 毫克) 针剂 50 万单位 (50 毫克) (1 毫克 = 1 万单位)	口服 10~20 毫克/公斤/日 分 4 次 肌注、静滴：1.5~2.5 毫克/公斤/日分 4 次	
多粘菌素 E (硫酸抗敌素、粘菌素)	片剂 12.5 万单位 25 万单位 针剂 50 万单位 (1 毫克 = 6, 500 单位)	口服 5~10 万单位/公斤/日 分 3~4 次 肌注 (深部) 1.5~2.5 万单位/公斤/日	
巴龙霉素	片剂 10 万单位 20 万单位 (1 毫克 = 620 单位)	口服 2.5~5 单位/公斤/日 分 3~4 次	
金霉素	片剂 0.125 克 0.25 克 针剂 0.1 克 0.2 克	口服 25~50 毫克/公斤/日分 4 次 静滴 15~30 毫克/公斤/日分 2~3 次	
四环素	片剂 50 毫克 0.125 克 0.25 克 针剂 0.125 克 0.25 克	口服 25~50 毫克/公斤/日分 4 次 静滴 15~30 毫克/公斤/日分 2~3 次	

土霉素	片剂 50 毫克 0.125 克 0.25 克	口服 25~50 毫克/公斤/日分 4 次 静滴 15~30 毫克/公斤/日分 2~3 次	
氯霉素	片剂 50 毫克 0.25 克 针剂 1 毫升 ~0.125 克 2 毫升~0.25 克	口服、肌注 25~50 毫克/公斤/日分 4 次 新生儿不超过 25 毫克/公斤/日 静滴 25~50 毫克/公斤/日	
合霉素	片剂 50 毫克 0.25 克 针剂 2 毫升 ~0.25 克	口服、肌注剂量为氯霉素加倍量	慎用防再障性贫血
红霉素	片剂 0.1 克 针剂 0.3 克	口服 20~40 毫克/公斤/日分 4 次 静滴 15~30 毫克/公斤/日分 2~3 次	注射时先以注射用水溶化,若用生理盐水或其他无机盐溶液作溶剂发生沉淀
制霉菌素	片剂 25 万单位 50 万单位	口服 2 岁以下 40~80 万单位/日 2 岁以上 100~200 万单位/日分 3 次	

二十七、其他注射用药

药名	剂型及规格	剂量及用法	备注
细胞色素 C	针剂 15 毫克	静注、静滴 15~30 毫克/次 日 1~2 次	使用前作皮肤 过敏试验
三磷酸腺苷	针剂 20 毫克	肌注、静注 10~20 毫克/次 日 1~2 次	
辅酶 A	针剂 50 单位	肌注、静滴：50 单位/次 日 1~2 次	
a - 糜旦白酶	针剂 1 毫克 5 毫克	肌注 0.1 毫克/公 斤/日 每日 1 次 喷雾或滴入 0.1 毫克/公斤/次 (0.5 毫克/毫 升)	需以生理盐水 或注射用水新 鲜配制后应用
胎盘球蛋白	针剂 3 毫升	肌注 0.3~0.8 毫 升/公斤/次	
丙种球蛋白	针剂 3 毫升~0.3 克	肌注 10~50 毫克 /公斤/次	

## 附录二 儿科偏方秘方

### 幼儿口疮

幼儿口疮是一种幼儿常见的口腔疾患。它以口腔内唇颊、上腭粘膜、牙龈及舌边等处出现数量及大小不等的浅黄色或灰白色溃烂面，并见周围红赤疼痛为特征。本病常由脾胃积热、心火上炎、虚火上炎几种情况所引起。常用的临床有效偏方如下。

#### 方一

番茄数个。将番茄洗净，用沸水浸泡，剥皮去籽，用洁净纱布绞挤汁液。将番茄汁含口内，尽量多含些时间，1日数次。

本方适用于脾胃积热型口疮。

#### 方二

五倍子、枯矾各等量，共压碾着细粉面，每次取少许搽于患处，每天3次，连搽用3~5天，或五倍子30克，枯矾20克，压碾成细面，用适量香油调匀涂患处，每天2~3次，连涂3~5天。

#### 方三

西瓜皮 90 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服，连服 3~5 天。

方四

茅根、芦根各 12~15 克，玄参 6~9 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服，连服 3 天。

方五

玫瑰花、白扁豆各 6 克，生姜 2 片，每天 1 剂，水煎分 2~3 次服，连服 2~3 天。

方六

生地 12 克，木通、竹叶各 6 克，灯心、甘草各 2 克，每天 1 剂，水煎分 2~3 次服，连服 3 天。

方七

生地、藿香、防风、栀子、石膏各 20 克，甘草 15 克，共压碾成细末，每次 2 克，每天服 2 次。

方八

茄蒂适量，烧炭研细面搽患处，每天 2~3 次，连搽用 3~5 天。

方九

红糖适量研细，每次取少许涂患处，每天 3~5 次，连涂 3~5 天。

方十

柿霜适量，每次用少许涂患处，每天 3 次，连涂 3~5 天。

方十一

绿豆粉、冰片、硼砂研末，搽口内。

本方适用于齿龈溃烂。

方十二

红柿不拘多少，糯米 50 克，蜂蜜少许。将红柿下筛取汁，和糯米煮粥，调和蜂蜜，做餐食。

本方适用于热病口烦渴，干咳咯血，口疮舌烂。

### 方十三

葫芦瓜 500 克，冰糖若干。

将葫芦瓜洗净连皮切块，加水适量煲汤，用冰糖调味，饮汤，瓜可吃可不吃。

本方对脾胃之热所引起的口疮有效。

### 方十四

向日葵茎髓适量，烧炭研末，用香油调匀搽患处，每天 2~3 次，连搽用 3~5 天。

### 方十五

侧柏炭、枯矾各等量，共压碾着细粉面，每次取少许涂于患处，每天 3~5 次，连用 3~5 天。

### 方十六

朱砂 1 克，枯矾 5 克，共研成细粉面涂患处，每天 2 次，连涂用 3~5 天。

## 幼儿厌食

幼儿厌食是以幼儿较长时间见食不贪，食欲不振，甚至拒食为主要特征。本病发生的原因是由于脾胃虚弱或饮食不节，喂养不当，脾胃不和，运化失职所致。常用的临床验方、偏方主要如下。

### 方一

栗子 10 枚，白糖 25 克。

将栗子去皮，加水适量煮成糊膏，下白糖调味。每日 2 次。

本方适用于幼儿消化不良、脾虚腹泻。

方二

山楂片 20 克，大枣 10 枚，鸡内金 2 个，白糖少许。

山楂片及大枣烤焦呈黑黄色，加鸡内金、白糖煮水。频频温服，每日 2 或 3 次，连服 2 天。

适用于幼儿不思饮食、腹胀、手足心热、头发干枯、大便干燥或稀溏。

方三

韭菜籽 9 克，面粉适量。

将韭菜籽研末，调入面粉和匀，制成饼，蒸熟，日分 3 次服用，连服 3~5 日。

本方适用于幼儿食欲不振兼见自汗、面白、肌肤不平等症。

方四

神曲 10~15 克，粳米适量。先将神曲捣碎，煎取药汁后，去渣，入粳米，一同煮为稀粥。

本方适用于脾失健运所致之厌食症。

方五

白萝卜、葱白各适量。

将上述两物洗净，切小块，捣烂取汁。多量饮用。

消食，导滞，下气。用治幼儿食物停滞、消化不良。

方六

大葱 1 根，鲜姜 30 克，茴香粉 15 克。

葱、姜洗净，切碎捣烂如泥，加入茴香粉搅拌均匀后，炒至温热（不伤皮肤为度）。以纱布包好，敷于脐部，每日 1 或 2 次，直至痊愈。

温中健胃，扶脾散瘀。用治幼儿消化不良食少腹胀。

#### 方七

北沙参、玉竹、百合、山药各 15 克，猪瘦肉 500~1000 克。将猪肉洗净，切块，与诸药加水炖熟，饮汤食肉与药。

本方适用于胃阴不足所致的食欲不振。

#### 方八

锅焦（炒黄）、莲肉各 120 克。将莲肉去心，蒸熟后，干燥，与锅焦共为细面，每次 3~5 匙，加白糖，开水调匀温服，日 3 次。

本方常食可增加食欲。

#### 方九

牛肚 250 克，大米 70 克，盐少许。

用盐将牛肚搓洗净，切小丁，与大米煮作烂粥，加盐调味。食用。

健脾养胃。用治幼儿病后虚弱、食欲不振、四肢乏力。

#### 方十

山药 500 克，豆馅 150 克，金糕 150 克，面粉 60 克，白糖 150 克，香精、青丝、红丝各少许。

将山药洗净蒸烂，去皮，晾凉，然后捣成泥，加入面粉搓成面团。把面粉团擀开铺平，抹匀豆馅，再摆匀金糕，撒上白糖和青丝、红丝，切成条状入笼蒸熟。食之。

补脾胃，助消化。尤适于幼儿服食。

方十一

鸡内金 2 个，白面粉 100 克，白糖少许。

将鸡内金放在瓦上用微火焙干，研成粉末，与白面粉、白糖加水搅拌，如烙饼样烙熟可食。

健胃，消食，化积。用于幼儿消化不良，食欲不佳，可增进饮食。

方十二

梨 2~3 个，大米 30~60 克，梨洗净切块，加水煮开捞出梨块，放进大米，用梨汤煮粥空腹吃。

方十三

鲫鱼 1 条，去鳞和脏杂洗净，加薏米 15 克，共炖熟配以适量调料服食；或鲫鱼 1 条，去鳞鳃和脏杂，将姜 30 克（切片），橘皮 9 克，胡椒 1 克共用纱布包好装入鱼肚内，慢火炖熟，放盐和葱丝调味，分 2 次喝汤吃鱼。

方十四

蚕蛹 100 克，油、盐各适量。

将锅置于火上，加食用油待热，放入蚕蛹翻炒呈金黄色，撒上盐末即成。食之。

健脾消积。用治幼儿疳积、消瘦、脾胃虚热。

方十五

鲜麦冬 500 克，白蜜适量。

将鲜麦冬捣汁，入白蜜，隔水加热至饴糖状。每服 2~3 匙，用温酒或白开水化服。

本方适用于幼儿因体虚所致之厌食。

### 方十六

炒扁豆、党参、玉竹、山栀、乌梅各等分，白糖适量。

各药加水同煮，至豆熟时取汁，加白糖饮服。

本方适用于因脾胃虚弱所致的厌食症。

### 方十七

蚕豆 500 克，红糖适量。

将蚕豆用水浸泡后，去壳晒干，磨粉（或磨浆过滤后，晒干），即成。每服 30~60 克，加红糖适量，冲入热水调匀食。

本方适用于脾胃不健，消化不良，饮食不下等所致的厌食症。

### 方十八

西红柿 1~2 个，滚水烫一下撕净皮，与适量西瓜瓢共绞汁频饮。

### 方十九

山楂、砂糖各 10 克，大米 30~60 克，山楂洗净掰开去核，与米和糖共煮成粥吃。

### 方二十

大枣 6 个炒焦，与鲜橘皮 9 克加水煎沸，频饮。

## 幼儿呕吐

幼儿呕吐是以乳食由胃中上逆经口而去为主要特征。本病常因伤食、胃热、胃寒、肝气犯胃、惊恐气逆所致。常用的临床偏方主要如下。

方一

绿豆空 60 克、鸡子清 2 个，把上药 2 味调成稠浓适度，敷于足心，外用绷带缠之，1 日 1 换。

用于幼儿热性呕吐。

方二

明矾 12 克研细，和饭作饼贴脚心。

用于幼儿急性呕吐。

方三

吴萸 6 克，绿豆粉 9 克用清水调如糊状，敷两足心，以布裹之。

用于幼儿寒性呕吐。

方四

炒山楂、炒神曲、炒麦芽各 6 克水煎服。

主治幼儿消化不良呕吐。

方五

小米 100 克，鲜嫩黄瓜 300 克，生姜 10 克，精盐 2 克。将黄瓜去皮去瓢，洗净切薄片，大米洗净，姜洗净拍破，砂锅加清水 1000 毫升，下大米，大火烧开后，小火慢煮至米烂时下瓜片。再煮至汤稠，表面浮有粥油时入盐调味，作餐食。

本方适用于暑热吐泻。

方六

丁香、肉桂各 1.5 克研开，分 3 次服，用开水吞下。本方适用于由胃寒引起者，又方用老生 1 节，将生姜挖 1 也，放入丁香 1 粒，用细火水煎服。治幼儿呕吐不止。

方七

乳儿伤暑吐。

乳苏叶 5 克，滑石 15 克，甘草 25 克，开水泡服，每日 5~6 次。

方八

幼儿呕吐。

草果 4 克，甘草 5 克，藿香、砂仁各 1.5 克，加乳汁蒸，分服。

方九

南瓜蒂 3~7 个，水煎，每日 3 次。

方十

苦瓜根 10 克，水煎服。

方十一

丁香 25 克，姜半夏 50 克，用生姜汁煮糊为丸，每用 5 克，姜枣汤送下。

方十二

幼儿消化不良呕吐

炒山楂、炒神曲、炒麦芽各 10 克，水煎服。

方十三

幼儿急性呕吐

明矾 20 克，研细，和饭作饼贴脚心。

方十四

幼儿热性呕吐

绿豆粉 100 克，鸡蛋清 2 个；把两味药调成适当稠浓，敷于足心，外用绷带缠之，每日 1 换。

方十五

幼儿寒性呕吐

吴茱萸 10 克，绿豆粉 15 克，用清水调如糊状，敷两足心。

恶阻

方十六

伏龙肝（即灶心黄土）75~200 克，水煎，澄清服。

方十七

黄连 10 克，研细末，米糊制成 10 丸，每服 3 丸，开水送下。

方十八

白术 25 克，水煎服。

方十九

白蔻仁去壳，频频细嚼吞下，每日 5~10 粒。

方二十

香附子 15 克，水煎服。

方二十一

取鲜铁树叶片切碎炒黄，水煎，每日服 2 次。

方二十二

建兰叶适量，泡汤代茶饮。

方二十三

棕树根 20 克，研末配酒服，或炒后水煎服。

方二十四

文旦壳（即柚子皮）1 只，水煎，每日分数次服。

方二十五

生扁豆 75 克，研细末，每用 15 克冲饭汤吞服。呕吐甚

者可用黄连粉每饭前服 1.5~2.5 克。

#### 方二十六

干葡萄藤 15 克，水煎服。

#### 方二十七

每次用糯米 50 克，水熬饮服，1 日 4 次。忌硬冷食物。

#### 方二十八

蝉蜕 5 克，烧灰，调开水服。

#### 方二十九

川连 1.5~2.5 克，苏叶 1.5~5 克，水煎服，或研末，白开水送下。

#### 方三十

苏叶 7.5 克，姜汁数滴；先以苏叶泡茶，再滴入姜汁数滴，内服。

## 幼儿遗尿

遗尿，是一种夜间无意识的排尿现象。俗称尿床。幼儿在 3 岁以内由于脑功能发育不全，对排尿的自控能力较差；学龄儿童也常因紧张疲劳等因素，偶尔遗尿，均不属于病态。孩子超过 3 岁，特别是 5 岁以上的儿童经常尿床，轻者数夜 1 次，重者 1 夜数次，这就可能是疾病状态的遗尿，父母则应引起注意。

常用的临床治疗幼儿遗尿的偏方主要如下。

#### 方一

取桑螵蛸 60 克，研细粉，分成 10 分，贮瓶备用；另以

新鲜鸡蛋 10 枚，茶叶 10 克，食盐少许，煮至蛋黄变色为度，临睡时取 1 只蛋蘸桑螵蛸粉 1 份食用。服完 10 天为 1 个疗程。一般 1~3 个疗程可愈。

#### 方二

##### 鸡肠 1 副

将鸡肠洗净，瓦焙干、研成细末，每日 2 次，每次 3~6 克，开水送服。

本方治幼儿遗尿，单服即有效，若用排骨煮白果汤送服，疗效更佳。

#### 方三

川断、酒白芍、桂枝、龙骨、菟丝子、益智仁、淮山药各 6 克，巴戟天、破故纸各 3 克，远志 6 克，甘草 6 克，炮姜、党参为引幼儿量，水煎口服，日服 1 剂，一般 3~6 剂愈。

#### 方四

淫羊藿 6 克与瘦猪肉 50 克煮汤，可加调味品，每天服用 1 次，饮汤吃肉，连服 10 天。补中益气止遗尿。

#### 方五

炒芡实 30 克，炒山药 30 克，太子参 15 克。共研末，加白糖适量，开水冲服，早、午各 1 次，每次 2 克调羹，每 1000 克为 1 疗程。

#### 方六

白果。白果用文火炒暴，去壳末过筛备用。用白水或桑螵蛸煎汗送服炒熟的白果面。3 岁每次 3 克，日 2 次；4 岁每日 4 克，日 2 次；5~9 岁每次 5 克，日 2 次；10 岁以上每次 5.5 克，日 2 次。

## 方七

瓣鲜猪脬（膀胱）1~3个（按年龄大小定数量），炙黄芪20克，食盐适量。先将猪脬洗净，每个装入炙黄芪10克，适量食盐，用棉线扎紧膀胱口，加少量水用文火蒸烂，弃去黄芪，趁热令幼儿一次或几次吃完肉、喝尽汤。如未愈，1周后可再服1剂，3剂为1疗程，80%的患儿可获痊愈。

本方适用于幼儿因脾肺气虚所致的遗尿。

## 方八

羊肉250克，大蒜15克，调料适量。将羊肉洗净，煮熟切片，大蒜捣，同放大盘内，加适量熟食油（或熟油辣椒）、酱油、精盐等拌匀食。

本方适用于肾虚之遗尿。

## 方九

粉甘草末2.4克，五倍子3克（去虫粪研末）和匀，分成9包，早、晚各服1包，开水送下。

## 方十

金银花蕊9克，菟丝子3克，水煎服。

## 方十一

锁阳、车前子各60克，共为细末，每服6~9克，白开水送下，早晚空腹服。

## 方十二

白术9克，益智12克，黑小豆24克，用水煎服。水煎服。

## 方十三

生姜30克，炮附子6克，补骨脂12克。炮附子、补骨

脂共研细末，生姜捣泥与药粉调匀。填脐孔，用纱布固定，5天换药1次，一日1剂，不拘时当茶温服。

#### 方十四

用黄芪30克，熟地30克，黄母鸡肉200克切小块，粳米适量，加水煮粥，加少许食盐调味服食。主治幼儿体质虚弱、肺脾气虚所致遗尿。

#### 方十五

露蜂房10~15克将上药炒黄存性，研末冲服，每天2次，连续服用1周。此药有小毒，剂量每次最大不能超过15克。

#### 方十六

红葡萄干带籽适量

每天晚上吃1把红葡萄干，即可在短时间内见效。适用于治疗夜尿多、尿床、小便频数。

#### 方十七

麻雀5只，去毛、内脏，洗干净，炒熟，加水适量，入糯米100克，煮熟成粥，加油、盐调味服食。

#### 方十八

公鸡肠1具，洗净，加水，文火慢炖5小时，去渣取汁，加大米150克煮粥，分顿食用。

#### 方十九

猪睾丸10枚，黑木耳5克，香菇3克，食盐少许，白烧熟，当菜佐膳，连服10天即见疗效。

#### 方二十

取鸡蛋1只，将鸡蛋敲一小孔，放入白胡椒7粒，堵住蛋壳小孔，蒸熟，每晚睡前吃1~2个鸡蛋，不喝水。此方是

民间治疗幼儿遗尿的良方。

#### 方二十一

韭菜适量，洗净切段，放入油锅内爆炒片刻，下酱油及盐适量即可食用。或捣烂绞汁 1 小杯，蒸热服用。每天 1 剂，连服 1 周。温阳缩尿，治幼儿遗尿症。

#### 方二十二

生姜 1 片。采用隔姜灸列缺穴，以皮肤感到灼热但能忍受为度。每天 1 次。每次各灸双侧列缺穴 30 分钟，5 次为 1 疗程。

#### 方二十三

猪腰子 1 只，生姜 3 片，盐适量。猪腰子洗净后从侧面剖开 2/3，夹生姜 3 片，并抹上少许食盐，用薄白纸包 2 层，再用黄泥裹上，放入柴火中煨。等泥干得味散出，即可取出食用。每日 1 只，连服 2 只为 1 疗程。

#### 方二十四

大枣 2 斤，每晚睡前 1 小时生吃 7~8 个，食后口渴也不饮水，连服 1 个月。

#### 方二十五

核桃量不限，炒黄食用。

#### 方二十六

茶叶 8 克，食盐 3 克，鸡蛋 10 枚。将茶、蛋共放锅中煮约 8 分钟，将蛋壳击破，加盐再煮 10~15 分钟。取蛋去皮蘸酱油食。

#### 方二十七

山药、益智仁（盐炒）、乌药各 60 克，猪脬 1 具。前 3

味共为细末，用纱布包好，与猪脬共炖至熟。日2次，吃肉饮汤。

本方适用于肾阳不足之遗尿。

#### 方二十八

取生龙骨30克水煎，用此药汁煮鸡蛋2个，第二次亦用龙骨30克，仍用药汁煮2个鸡蛋，如此逐日加入。约有200克龙骨煮12个鸡蛋为1个疗程用量。3岁以下每天吃1个龙骨煮鸡蛋，8岁以上每天吃两个龙骨煮鸡蛋。按上法服，1周控制尿床，坚持半月，可以根治。

#### 方二十九

玉竹100克，洗净切片，水煎，饭前服。

#### 方三十

覆盆子根（又名叫吊竿泡）25克，水煎，和瘦猪肉汤冲服，每日3次。

#### 方三十一

金樱子1500克，熬膏，酌加白糖，每服1大汤匙，每日2次。

又方：金樱子萸根3个，洗净，与鸡蛋1个煎服。

#### 方三十二

韭菜子15克，研末和面，做饼分两次吃。

#### 方三十三

柿蒂20克，水煎服，每日1次。

#### 方三十四

白果肉30粒（去衣壳），大红枣10枚，浓煎取汁，睡前服，也可加白糖同服。

## 方三十五

紫河车 1 个，瓦上慢火焙干研末，面糊为丸，每服 5 克，开水送下，早、晚各 1 次。

## 方三十六

猪小肚（猪膀胱）1 个，益智仁 15~25 克；先把猪小肚切开后洗净，再将益智仁放入猪小肚内炖熟，去药服，每日 1 次，连服 3 日。

## 方三十七

桑螵蛸 100 克，益智仁 50 克，研末，加砂糖调服，每服 15 克，每日 2 次。

## 方三十八

白龙骨、桑螵蛸各等份，共研细末，每服 10 克，盐汤送下。

又方：加韭子各等份为末，水泛为丸，每服 5 克，患儿减半。

## 方三十九

桑螵蛸 100 克，覆盆子 50 克；将药加酒同炒，至深黄色，研末。

## 方四十

白果去皮研末，每天 3~5 克调入食物中服食，连用 6~9 天，或白果肉 15~30 粒，大红枣 5~10 个，加水共煎，取浓汁加白糖适量，睡前服下。

## 方四十一

韭菜子 5 克研成细粉，同面粉 50 克做成面饼，加糖或盐调味蒸熟，分 2 次吃下。

## 方四十二

狗肉 30 克，韭菜根 6 克，加水煮熟，喝汤吃肉。

## 方四十三

鸡肝、鸡胆各 1 个，烧碳研末分作 3 份，每天用米汤送服 1 份，连服 3 天。

## 方四十四

桑螵蛸 10 个，煨灰存性，研细末，用砂糖汤调服。各地用量每次多为 5~15 克，连服 1 周或 1 个月。用盐水或白糖或姜汤或黄酒送服均可。亦有用鸡蛋或猪小肚炖服的。

## 方四十五

益智仁 15 克，醋炒研末，分 3 次用红酒送服。

各地用量不一，有的用 200~250 克，加适量甜酒煎，分 3 次服夜数次有用 5 克或 24 粒捣碎，入盐少许，同煎浓汤服；再有用盐水浸透炒干，白开水送下，每岁服 5 克，连服 15 次。

## 方四十六

破故纸（即补骨脂）50 克，以盐水泡 1 天，再晒干研末。睡前吞服 2.5~3.5 克。此药用法各有不同，有的炒研末，每早、晚各服 2.5~10 克，开水或淡盐水冲服；有用甘草 5 克煎水送服的。

## 方四十七

桑螵蛸、山药各等量，共压碾成细末，每次 3~5 克，每天 1 次，用开水冲服，也可桑螵蛸 30 克，焙干研末，每次 1~2 克，每天 2 次，用砂糖水或红糖水调服。

## 方四十八

桑螵蛸 3~5 克，胡桃肉 1 枚，每天 1 剂，水煎分早、晚 2 次空腹服下，连服用 5~7 天。

#### 方四十九

桑螵蛸、益智仁、复盆子各 9 克，每天 1 剂，水煎分 2~3 次服，或桑螵蛸 50 克，益智仁 30 克，共压碾成细末加适量砂糖调服，每次 9 克，每天服 2 次，也可益智仁适量，蜡炒研末，每次 1 克，每天吞服 2~3 次。

#### 方五十

桑螵蛸 6 克，龙骨、茯苓各 9 克，焙干研末，每次 5~6 克，用淡盐汤送上，或桑螵蛸、龙骨各等量，共研细末，每次 6 克，用盐汤关下，也可桑螵蛸 6 克，龙骨 9 克，每天 1 剂，水分 2 次服。

#### 方五十一

益智仁、乌药各等量，共研细末，每次 5 克，每天 2 次，用白开水送下。

#### 方五十二

益智仁 15 克，刺猬皮 30 克烘干，共压碾成细末，每次 5~6 克，用温开水送服。

#### 方五十三

灯心、枳壳、甘草各 3 克，生白芍 12 克，每天 1 剂，水煎分 2~3 次服。

#### 方五十四

灯心草，每天 1 剂，水煎加适量白糖或冰糖分 3 次服，连服 3 天。用量是：新生儿日煎服 3 克，1~6 个月的日服 6 克，6 个月至 1 岁的日服 9 克，鲜品可酌情加量。也可将灯

心草蘸油点火烧成灰，搽于幼儿两眉毛上，每晚睡前搽 1 次。

## 幼儿夜啼

幼儿夜啼是指幼儿白天如常，但入夜啼哭，或每夜定时啼哭者。常用的有效临床偏方如下。

### 方一

干姜 1~3 克，高良姜 3~5 克，粳米 100 克。

先煎干姜、高良姜取汁，去渣，再入粳米同煮为粥。

本方对于因脾脏虚寒所致的幼儿夜啼有效。

### 方二

五倍子 30 克。

烧存性研末，用乳母口水调成饼，外用贴患儿脐部，以布缚定。

### 方三

牛蒡子 3 克，研末撒膏药上，贴患儿脐中。

### 方四

防己 1.5 克水煎温服。

### 方五

车前草头 10 根水煎服。

本方适用于热证，分量以 3~4 根为宜。

### 方六

黄连 3 克，乳汁 100 毫升，食糖 15 克。将黄连水煎取汁 30 毫升，兑入乳汁中调入食糖。本方适用于幼儿心经有热，夜啼不安。

## 方七

淡竹叶 30 克，北粳米 50 克，冰糖适量。将淡竹叶加水煎汤，去渣后入粳米，冰糖，煮粥。早晚各 1 次，稍温顿服。本方适用于心火炽盛之夜啼。

## 方八

薄荷 5 克，蝉蜕 10 克，钩藤 10 克水煎去渣取药液，用消毒干棉签蘸药液令患儿吮吸。

## 方九

马蹄金 10 克用开水 50~100 毫升泡服，每日 1~2 次。

## 方十

葛根 5 克，蜂蜜适量。葛根研粉，开水冲泡，加入蜂蜜饮服。

本方适用于幼儿夜啼，有助于幼儿安睡。

## 方十一

钩藤 6 克，乳汁 100 毫升。将钩藤水煎 15 分钟取汁 30 毫升，入乳汁中，食药乳，每次 20~30 毫升。

本方适用于幼儿惊骇啼哭。

## 方十二

灯花 3 克研末 3 克冲服。此方应用较多，有用香油灯花的，有用清油的，有用胡油或桐油的；另外还可把灯花 3 朵，以乳汁调涂在母乳头上，令儿吮吸。

## 方十三

广木香 0.9 克，白豆蔻 0.6 克，钩藤 1.2 克，丁香 0.6 克依量配好以开水泡出汁，频频喂服。同时宜减少奶食，时喂开水。用于幼儿腹胀、准备啼（俗名盘肠气）。

## 方十四

大茴香、小茴香、锦文大黄各 10 克，面粉 60 克。将药研成细末，加入面粉及水，做成 3 个小饼，外敷肚脐处，上加热水（以幼儿能承受为度），每日早、午、晚各敷 1 次，3 个饼交替使用，连用 3 天。本方适用于幼儿夜啼。

## 方十五

陈年茶叶 6~10 克，嚼烂捏成小饼，敷在幼儿及早上，外用干净纱布或棉布盖上固定好。

## 方十六

生姜 3 片，葱白 30~60 克，食盐 15 克，共捣烂炒热，用毛巾包好，趁热敷脐处。

## 方十七

蝉蜕 7 个去头足，通草 1.5 克，每天 1 剂，水煎分 2 次服，或蝉蜕 5 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服，连服 2~3 天。

## 方十八

蝉蜕 10 个，茯神 3 克，每天 1 剂，水煎分 2 次服。

## 方十九

蝉蜕 5~6 克，薄荷 2~3 克，灯心 1.5~2 克，每天 1 剂，水煎分 3~5 次服，或蝉蜕 7 个，朱砂 7 克，共研成细面，分 7 包，每晚睡前送服 1 包。

## 方二十

蝉蜕 7 个，薄荷 1~2 克，槟榔 2~3 克，枳壳 3 克，灯心 10 根，每天 1 剂，水煎分 2 次服。

## 方二十一

幼儿腹胀、夜啼（俗名盘肠气）

广木香 1.5 克，白豆蔻 1 克，钩藤 2 克，丁香 1 克，依量配好，以开水泡出汁，频频喂服。同时宜减少奶食，时喂开水。

#### 方二十二

幼儿昼夜啼哭，食少发黄

淮山药、茯苓各 15 克，煎汤，加糖调服，连服半月。

#### 方二十三

蝉蜕 2 个，竹叶 2 克，灯心草 1 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服。

#### 方二十四

蝉蜕、黄连各 1 克，灯心 2 克，竹叶 2 克，每天 1 剂，水煎分 3~5 次服，连服 2~3 天。

#### 方二十五

灯心草 3~5 克，珍珠母 6~9 克，每天 1 剂，水煎分 2~3 次服，也可灯心草少许，烧焦研末，睡前用奶水或开水送服，连服 3~5 天。

#### 方二十六

灯心 0.3~0.5 克，朱砂 0.2~0.3 克，麦冬 6~9 克，先用热开水浸泡后再蒸一下，每天 1 剂，中午和晚上临睡时各服 1 次。

#### 方二十七

灯心草 1 克，竹叶、钩藤、茯苓各 5~6 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服。

#### 方二十八

莲子心 2 克，生甘草 3 克。开水冲泡，日数次。

本方适用于心火炽盛所致幼儿夜啼。

## 幼儿惊风

幼儿惊风是以幼儿颈项强直，四肢抽搐，甚则角弓反张或意识不清为特征。临床常用的比较有效的偏方验方主要如下。

### 方一

飞朱砂 0.15 克，乌梅 0.03 克共研匀，乳汁调服。又方丁香 0.03 克，乌梅肉 0.9 克，朱砂 0.6 克，共研细，每服 0.3~0.6 克。

### 方二

天竺黄 0.9 克，朱砂 0.6 克，薄荷叶 3~4 片共为细末，未满 1 个月的患儿服一半，2 次服完；5~6 个月的患儿 1 次服完。

### 方三

血竭 1.5 克，乳香 7.5 克同捣，火炙熔化为丸，如梧桐子大，每服 1 丸，薄荷汤送下。

### 方四

代赭石若干。将赭石火烧醋淬 10 次；细研水飞，日干。每服 3~4.5 克，白汤调下，连进 3 服。

本方主治幼儿急慢惊风。

### 方五

苏叶 1.5 克，薄荷、粉葛各 9 克。各净水煎好，另用古搭屎 1.5 克（即偷油婆屎，又名臊甲子屎）冲服。

## 方六

鲜车前子根、鲜菊花根各 12.5 克，水 2 杯，煎至半杯，徐徐温服。

## 方七

蚤休 5 克，研细末，凉开水冲服。

## 方八

钩藤叶 15 克，水煎服。

## 方九

龙胆草 5 克，菊花 10 克，钩藤 15 克，水煎服。

方中龙胆草苦寒清泻，不宜多用，应按患儿年龄酌情分几次服。

## 方十

取水仙花残花，线挂悬以使阴干，凡遇惊风症，将花（干）10 余朵加糖少许，加清水盖密煎服。

## 方十一

全蝎、僵蚕各 1 个；将药以火焙干，加朱砂 5 克研细为细末，白水送服，每服 0.75~1 克。此用量管用于周岁以内患儿，超周岁者，应加倍服。

## 方十二

川军 5 克，全蝎 1 个，钩藤 7 个，水煎 1 小杯，分 3 次服完。

## 方十三

僵蚕 5 克，蝉蜕 10 个，南星 4 克，水煎服。

## 方十四

大蜈蚣 1 条（去头足），水了。亦可在瓦上微焙干，研末，

开水送服，还可用小米炒黄研细末，黄酒冲服。

方十五

取松花蛇胆阴干，或将胆汁拌末阴干。用时将胆末放乳汁内，加麝香少许，捣匀服。

方十六

蛇胆末

把松花蛇打死，取胆阴干，或把胆汁拌末阴干亦可。用时将胆末放乳汁内，加麝香少许捣匀服。

方十七

海蛤粉 9 克、广木香 3 克

研细末，黄酒送下，每次 1.2 克，1 日 2 次。忌食生冷。

方十八

山羊角 60 克

水煎，按年龄酌量内服。

方十九

鲜菖蒲 9 克

捣烂，滤汁取 3 茶匙，加老姜汁数滴，和匀灌服。

方二十

蛇蜕 2.5 克，钩藤 15 克，天麻 5 克，全蝎 3.5 克。水煎服。

方二十一

桃仁、郁李仁各 14 粒，黄栀子 6 克

共研末，以鸡蛋清调匀，摊在布上敷在两手腕脉搏处，24 时后解下，以敷处呈现青黑色为度。

方二十二

全蝎 2 个，天竺黄 1.5 克，栀子 4.5 克  
共研细末，开水 1 杯冲服。如有呕吐，加竹沥汁少许冲服。

### 方二十三

制僵蚕、钩藤各 9 克、鲜菖蒲 15 克  
水煎下紫雪丹 0.6 克。

### 方二十四

菊花 9 克，当归 9 克，防风 6 克，天麻 6 克，荆芥穗 6 克，钩藤 6 克，木耳 1.50 克共研细面，匀分方包。每日早晚各服 1 包，温黄酒送下，服后取汗。

主治鸡爪风。服后胃中发热，渐至周身发热，待汗后胃热即消失。

### 方二十五

半边莲 30 克，灶心土 6 克  
水煎服。不满周岁的患儿每服 15~18 克。

### 方二十六

红花、郁金各 3 克  
研末，分数次冲服。

### 方二十七

川军 3 克，全蝎 1 个，钩藤 7 个  
水煎 1 小杯，分 3 次服完。

### 方二十八

海蛤粉 15 克，广木香 5 克，研细末，黄酒送下，每次 2 克，每日 2 次。忌食生冷。

### 方二十九

山羊角 100 克，水煎，按年龄酌量内服。

方三十

飞朱砂 0.25 克，乌梅 0.15 克，共研匀，乳汁调服。

方三十一

天竺黄 1.5 克，朱砂 1 克，薄荷叶 3~4 片，共为细末，未滿 1 个月的患儿服 1/2，2 次服完；5~6 个月的患儿 1 次服完。

方三十二

血竭 25 克，乳香 12.5 克，同捣，火炙精密仪器化为丸，如桐子大，每服 1 丸，薄荷汤送下。

方三十三

鱼鳔 15 克，黄酒 120 克。

以黄酒煮鱼鳔，俟鱼鳔呈胶黏液即成。灌服。

镇惊熄风。用治幼儿急惊风。

方三十四

钩藤 3~5 克，僵蚕、薄荷叶各 3 克，每天 1 剂，水煎分 3~5 次服，连服 3 天。

方三十五

钩藤、龙胆草各 5~6 克，僵蚕 3 克，生石膏 12~15 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服。

方三十六

生石膏、金银花、蝉蜕各 9 克，艾叶 5 克，每天 1 剂，水煎分 2 次服。

方三十七

金银花 20 克，伏龙肝 5 克，半边莲 2~3 克，猪苦胆 1

个，水煎分 3 次服。

#### 方三十八

石膏 10~15 克，郁金、艾叶各 3~5 克，蚯蚓 15 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服。

#### 方三十九

石膏、薄荷各 10 克，郁金 5 克，蚯蚓 15 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服。

#### 方四十

鲜菖蒲 9 克，苦瓜根 6~9 克，远志 3~5 克，老姜 2 克，加水煎汤，取适量灌服。

#### 方四十一

胆南星、大黄、黄连各 12 克，共压碾成细面，每次 3~5 克，每天服 2 次。

#### 方四十二

胆南星、枳实各 15 克，黄连 12 克，共压碾成细面，每次 5 克，水煎服。

#### 方四十三

礞石 1 小块，磨水取适量灌服。

#### 方四十四

蝉蜕 2 个，烧焦研末用温开水冲服，黄酒少许为引服下效果更好，每天服 2~3 次。

#### 方四十五

蝉蜕、蛇蜕各 3 克，紫荆树皮 5 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服，连服 2~3 天。

## 百日咳

幼儿百日咳的临床特征是发病的 1~2 周，咳嗽是阵发性、痉挛性，当咳嗽剧烈时，一次发作完毕后，伴有拖长的鸡鸣样吸气声。其发作时，有连续不断而紧接的短咳，没有吸气的余地，甚至发生呕吐，口鼻出血等症。临床上常用的有效偏方主要如下。

### 方一

大蒜适量，捣烂备用，双足底涂一层薄荷的猪油或凡士林，然后将大蒜泥敷在涌泉穴，用纱布包扎固定。临睡时敷上，次日清晨除去。

### 方二

大梨 1 个，麻黄 0.5~1 克；将梨挖去心，装入麻黄，放锅中蒸熟，去麻黄食梨汤及梨。

### 方三

梨 1 个，硼砂 1 克；梨扎孔 3~4 个，硼砂放孔内，湿纸包 7 层，火内煨熟 1 天吃完，若不见好再吃，连吃 3~4 个。

### 方四

荸荠 2500 克，洗净，去皮食，每日量 500 克，连服 5 天。

### 方五

柿饼 1 个，生姜 10 克；将生切碎，夹在柿饼内焙熟吃。

### 方六

晒干柿子蒂 200 克，梅干核仁 10 粒，共研细末，加冰糖 150 克。

#### 方七

鲜葱菇 4~5 个，饭汤半碗，冰糖适量。将鲜葱菇洗净去皮捣烂，与饭汤、冰糖隔水蒸熟成糊状服食。日 1 次，连服数日。本方适用于幼儿百日咳恢复期。

#### 方八

胡萝卜 120 克，红枣 10 枚。选优质胡萝卜及红枣，加水 750 毫升，煎至 250 毫升，连服 10 次。化痰降气止咳。

#### 方九

新鲜鸡胆汁适量，白糖适量。在新鲜鸡胆汁内加入白糖，调成糊状，蒸热内服。1 岁以内，3 天服鸡胆 1 个；1 岁以上，1 天服鸡胆 1 个，连服 5~7 天。清热润肺止咳。

#### 方十

生姜汁 100 毫升，川贝粉 15 克，蜂蜜 300 克。三药入搪瓷缸内搅匀，另用小锅盛水，缸放锅内旺火烧，1 小时取出。每日 3 次，开水冲服，3 岁幼儿每次服 10 毫升。散寒润肺止咳。

#### 方十一

罗汉果 1 粒，柿饼 25 克，冲开水顿服，连服 3~4 剂。

#### 方十二

鲜荷叶蒂 3 个，百草霜 5 克；将荷叶蒂捣烂，煎水，滤渣，每次调百草霜 2.5 克，每日 2 次。

#### 方十三

甜杏仁、银杏仁各 10 克，焙黄研末，每日 1 剂分 2~3

次服。

#### 方十四

百部 500 克，水 1500 克，将百部熬取浓汁 250 克，用布滤过去渣，加白糖或红糖 250 克，再微熬搅匀，每日服 3 次，每次 1 匙。此为 5~6 岁用量，幼儿酌减。

#### 方十五

鸡胆 1 个，用针刺破鸡胆，挤出胆汁，将胆汁烘干，加入适量的白糖研末调匀。患儿周岁以上分 3 天服；1~2 岁分 2 天服；2 岁以上，每天服 1 个，每天分 2~3 次服。（注：如无鸡苦胆，可改用猪苦胆 1 个，用法同上。1~2 岁分 12 天服，2 岁以上分 6 天服，每天分 2~3 次服，可连续服，以愈为度。）

#### 方十六

取紫皮大蒜 3 瓣切开，开水一茶杯浸泡 15 分钟左右，将蒜取出，加入白糖、醋适量，频频饮之，1 日服完。或将紫皮大蒜 50 克，去皮捣烂，加入冰糖、食醋适量，再加冷开水浸泡 1 昼夜后过滤去渣，即可饮服。每日 3 次，每次 10~20 毫升，温开水服，连服 5~7 天。适用百日咳痉咳期。

#### 方十七

凤栗壳 20~40 克，糖冬瓜 30~60 克。煎水代茶饮，味甘甜，儿童喜服，每天 1 剂，一般 4~6 剂即可。

此方适用于幼儿百日咳的初咳期。

#### 方十八

百部 15 克，紫苏叶、桑白皮各 10 克，冰糖 15 克。前 3 味水煎去渣，入冰糖，每日 1 剂，1 周为 1 疗程。

#### 方十九

麻雀 1 只。将麻雀拔去粗毛，在火上烤焦，去内脏，洗净顿服。每日 1 只，至愈为止。

本方可用于百日咳恢复期。

#### 方二十

蚱蜢 30 只，甘草、麻黄各 5 克，水煎至 200 毫升，每日分 3 次服。

#### 方二十一

糖瓜蒌 100 克，白糖 200 克，鸭梨 100 克（取汁）；用水煎瓜蒌，过滤去渣，加梨汁、白糖搅匀。2~3 岁患儿每日服 1 剂，分 4 次服。

#### 方二十二

青礞石 15 克，芒硝、明矾各 5 克，共为细末。1~3 岁每次 1~2.5 克；4~10 岁每次 1.5~5 克，每日 3 次开水送服。

#### 方二十三

露蜂房（有仔者）10 克，豆腐 50 克，白糖 20 克。蜂房加水 100 毫升煮 30 分钟，取汁，入豆腐、白糖，再煮 10 分钟。饮汤吃豆腐，每服 1 剂，日 2 次。

本方适用于百日咳痉咳期偏热者。

#### 方二十四

大蒜头 10 个，南天竺 15 克；以大蒜头捣汁，煎南天竺，取煎出液，以白糖 100 克溶化服下，每日 3 次，连服 7 天。

#### 方二十五

大蒜 2 个，胖大海不拘量；大蒜略捣，同胖大海加开水泡服。

#### 方二十六

大蒜 1 个（捣汁），甘草（为末）20 克，加冰糖和水煮汁，分 3 次服。

方二十七

生扁豆 15 克，红枣 10 枚，水煎，连服 3~4 日。

方二十八

红萝卜洗净，捣成泥取汁，用白糖蒸开，温服。

又方：白萝卜汁加饴糖蒸熟服用。

方二十九

万寿菊 15 克，糖适量。将万寿菊加清水 2 碗煎至 1 碗去渣，加糖适量调味饮用。

本方适用于幼儿百日咳的痉咳期。

方三十

鲜地龙 100 克，白糖 50 克。地龙水煎去渣加糖收膏。

本方适用于幼儿百日咳。

方三十一

大蒜去皮 50 克，白糖 200 克；将大蒜打成蒜泥，加入白糖和开水 500 克，搅拌澄清，取澄清液另放待服，每日 3~4 次，每次 2 匙。服量按患儿年龄酌情增减。

方三十二

生蒜头 5 只，白豆腐 5 块或炸豆腐 100 克；先用生蒜头捣烂，以后用菜油炸好豆腐，再将二味混合，加 1 小碗水，放锅内隔水炖 1 小时，将这些蒜头、豆腐及水吃下，连服 2 天。

方三十三

大蒜、百部各 15 克，水煎半碗，入白蜜 15 克和服。大

蒜用量 1 岁以内为 200 克；2~3 岁用 300 克。

#### 方三十四

大蒜头 1 个（约 15~20 克），桔梗 10 克，二味同打烂，晒干研细末，每日开水吞服 5 克。

#### 方三十五

蜂蜜 5 克，鸡蛋 1 个，将蜂蜜加适量水烧开，鸡蛋磕入碗内，用筷子搅散，用烧沸的蜂蜜水冲即可。

#### 方三十六

大蒜 50 克，胆汁 100 毫升，将蒜洗净捣烂加水过滤取汁 200 毫升，再加猪胆汁 100 毫升配成胆蒜合剂 300 毫升。每次 1 毫升，最大不超过 15 毫升，每日服 3~4 次。

#### 方三十七

取菱白根洗净，水煎，当茶常服，2~3 日咳嗽减退。婴幼儿可加白糖少许。

#### 方三十八

鲜慈菇打汁和饭汤，再加冰糖放在饭锅上蒸熟成糊，给小孩吃，数次可有效。

#### 方三十九

金针菜根 25 克，水煎服。

#### 方四十

棉花梗 50 克，切片晒干，水煎加糖服。每日 1 剂，连服 3~4 日阵咳减轻。

#### 方四十一

红枣 12 枚，胡萝卜 120 克。将红枣、胡萝卜煎水，取汁液，药液可加入白糖，代茶频频饮之，连服十余剂。本方适

用于百日咳恢复期。

方四十二

猪肺 1 具，麻黄适量。二者洗净，猪肺切片，加水共炖汤服食。

本方适用于幼儿百日咳。

方四十三

罗汉果、海浮石各 25 克，百部 15 克，水煎服。

方四十四

罗汉果 1 枚，枇杷叶 15 克，荸荠 7 个，水煎服。

方四十五

大蒜 60 克，白糖适量。

将大蒜去去，切碎，加冷开水 300 毫升，浸泡 10 个小时，滤取清液加白糖少许。5 岁以上每次服 15 毫升，5 岁以下减半，每 2 小时服用 1 次。止咳祛痰。用治小称百日咳。

方四十六

鲜葱（连头须）3 根，猪小肠 33 厘米长，老白酒少许。

小肠洗净，将葱纳入肠内，然后将肠切成五六段，勿切段，放锅内微火炒，加入老白酒少许，再添入适量米泔水将猪肠煮熟（两碗煎至一碗）。以热汤喂病儿，每日 1 剂，连服 2 或 3 次。驱风热，止咳嗽。用治百日咳。

方四十七

罗汉果 1 个掰开，柿饼 25 克，加水煎煮，喝汤吃柿饼；或柿饼 1 个，生姜 5 克切碎，夹入柿饼内焙熟吃；也可将蒜 3 瓣捣烂，夹在柿饼内火上煨熟吃。

方四十八

红枣 10 个，扁豆 15 克，水煎煮，饮汤吃枣，连服食 3~6 天。

#### 方四十九

白萝卜 1 个，洗净捣烂绞汁，加麦芽糖匀蒸熟服。

#### 方五十

红枣 10 个，胡萝卜 100 克，加水煎煮，1 天内分次服食。

#### 方五十一

麻雀 1 只去毛、脏洗净，与冰糖 9 克共炖熟服食。

#### 方五十二

驴奶适量，每天饮服 3~4 次。

#### 方五十三

鲜柳树叶 15 克捣烂绞汁，加蜂蜜 6 克调匀，每天 1 剂，分 3 次用开水送服。

#### 方五十四

鲜白兰花 50 克（干品减半），蜂蜜 50~60 克，共炖 3~5 小时，每天 1~2 次，连续 5 天服完。

#### 方五十五

新鲜牛胆汁。

取鲜牛胆汁上锅蒸干，研成粉末，然后将牛胆粉 240 克、淀粉 240 克、白糖 520 克混合成粉剂。2 岁以下每日服 0.5~1 克，2~5 岁 1~1.5 克，5 岁以上 1.5~2 克，分 2 或 3 次服，同时配合对症治疗。用治幼儿百日咳。

#### 方五十六

杏仁 5 克（去皮和杏仁尖），冰糖 5 克。

共捣烂分成 2 份，早是各 1 次，用开水冲服。7~8 岁儿

童每日可用 10 克杏仁，亦分 2 次服用。一般 1 周左右即愈。

温肺散寒，镇咳祛痰。用治幼儿百日咳。

### 方五十七

猪胆汁（1 个胆所含的量）

将胆汁放铁锅中用文火炼 4 小时，取出研末。1 岁以下服 0.5 克，1~2 岁服 1.5 克，均加炒熟的面粉少许，分成 14 包，早晚各服 1 包，7 日服完。2 岁以上药量酌增。

猪苦胆味苦性寒，泻热润燥，清心肺火。用治幼儿百日咳。

### 方五十八

蜂蜜 60 克，放锅内熬开，再加入橘络 6 克继续熬 15 分钟，每次 9 克，每天服 3 次。

### 方五十九

竹菇 9 克煎水冲蜂蜜 60 克搅匀，每天 1 剂，分 3 次服完。

### 方六十

马齿苋 30~60 克，冰糖 15~30 克，每天 1 剂，水煎分 3 次服。

### 方六十一

威灵仙 5 克，冰糖 30 克，每天 1 剂，水煎分 3~5 次服。

### 方六十二

一支黄花 10~20 克，冰糖适量，每天 1 剂，水煎分 2~3 次服。

### 方六十三

稻草根 30 克（陈年糯稻根佳），水煎去渣，加冰糖 15~30 克搅化匀分 2~3 次服。

## 方六十四

露蜂房 1 只用纱布包好，加水 2~3 杯熬滚后去渣，放入 30 克冰糖溶化匀，每次 2~3 匙，每天服 2 次。

## 方六十五

鸡蛋黄适量。

取熟鸡蛋黄，用铁锅以文火将蛋煎熬出油，饮用。5 岁以下幼儿用 3 个蛋黄油，每日 2 次；5 岁以上者可酌加。均连服半月即愈。

滋阴润燥，养血熄风。用治百日咳，对幼儿消化不良亦有显效。

## 方六十六

鸡苦胆 1 个，白糖 30 克。

取鸡胆汁烘干，拌入白糖。1 周岁以下 3 天服 1 个，2 岁以下 2 天服 1 个，2 周岁以上 1 天服 1 个，每天可分次服用。

清热、润肺、止咳。用治百日咳及久咳不愈。

## 方六十七

豆腐、冰糖、青葱（去白）各适量。

青葱管纳入冰糖，放在豆腐里，上锅蒸至冰糖溶解，青葱浸出液后，便可趁热吃并饮汤。2 周岁以下每次用青葱 3 根，2 周岁以上每次用 5~7 根，每日早晚各服 1 次。在咳嗽痉挛期，可酌加川贝母 3~6 克，有效。

止咳定喘。用治百日咳。

## 方六十八

白萝卜汁、麦芽糖各适量，共蒸熟服用。

## 方六十九

驴奶适量，每天酌情饮服 2~4 次。

## 方七十

板栗树叶 10~15 克，玉米须 20 克，每天 1 剂，水煎调入适量冰糖溶化匀，分 3 次饮用，或栗毛球（栗壳斗）9 克，糖冬瓜 15 克，水煎分 2 次服。

## 方七十一

刀豆子、甘草各 3 克，冰糖适量，加水 1 杯半，煎剩 1 杯去渣频服。

## 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒所引起的幼儿常见呼吸道传染病。中医称该病为“痄腮”。

## 方一

黄芩 10 克，黄连 5 克，板蓝根 15 克，玄参 10 克，马勃 6 克，牛蒡子 6 克，薄荷 6 克，僵蚕 10 克，柴胡 5 克，炙甘草 3 克。

## 方二

复方板蓝根冲剂。每次 1 包，1 日 3 次，温开水冲服。重症患儿可酌情增加剂量。

## 方三

仙人掌或鲜蒲公英，捣烂外敷患处。以上外用药均 1 日 1~2 次。

## 中毒型细菌性痢疾

中毒型细菌性痢疾是急性细菌性痢疾中的一种严重类型，由痢疾杆菌引起。本病临床特征为高热、昏迷、抽搐，或迅速出现休克和（或）呼吸衰竭。细菌性痢疾患者及带菌者为传染源。传播途径为通过消化道传播。本病多发生于夏秋季，且多见于平素体格健壮、营养状况较好的2~7岁幼儿。

### 方一

白头翁 15 克，黄连 5 克，秦皮 5 克，黄芩 10 克，赤芍 5 克，丹皮 5 克，马齿苋 20 克，木香 5 克，甘草 3 克。呕吐者加玉枢丹；抽搐者加僵蚕、地龙；昏迷者加菖蒲、郁金；喉中痰鸣者加天竺黄、竹沥水；高热不退者加紫雪丹。

### 方二

马齿苋 30 克，泥鳅串 15 克，车前草 10 克，铁苋菜 15 克。煎水服，每日一剂，频频服用。

板蓝根 15 克，蒲公英 9 克，连翘 9 克，黄芩 4.5 克，牛蒡子 9 克，柴胡 9 克，僵蚕 6 克，水煎服。另用如意金黄散香油调外敷。腮腺漫肿坚硬者加夏枯草 9 克，昆布 9 克，海藻 9 克。如温毒化火，内陷心、肝两经则除腮腺肿胀外，出现高热，头痛，呕吐，嗜睡，甚则昏迷抽风，舌质红，脉数，即合并脑炎。可在上方中加黄连 3 克，全蝎一线，蜈蚣二条。或加紫雪丹 0.6 克，每日 2 次。

肝经绕外生殖器，邪陷肝经则有睾丸红肿疼痛，可在上方中加龙胆草 9 克，荔枝核 9 克，桔核 9 克，元胡 6 克。