

# 目 录

## 儿童心理咨询技术规范

注意缺陷多动障碍（儿童多动综合症）	1
孤独症	3
学习障碍	5
情绪障碍	6
焦虑症	6
恐怖症	8
社交恐怖症	9
学校恐怖症	9
抑郁症	10
癔症	11
屏气发作	12
睡眠障碍	13
睡行症	13
睡惊或者夜惊	14
梦魇	15
抽动障碍	16
脑性瘫痪	17

## 儿童体格发育专项技术规范

儿童体格发育	20
体重	20
身长（身高）	20
上、下部量	20
坐高	21
头围	21
胸围	21
上臂围	21
骨骼和牙的发育	21
小儿体格发育的评价	22

## 儿童营养咨询与喂养指导诊疗常规

营养评估方法	24
营养评价的时间	24
母乳喂养的优点和断乳时间	24
辅食添加的时间和种类	24
食物添加的现代营养观	25
及时添加转奶期食物的原因	25
开始添加转奶期食物的时间	25
怎样添加转奶期食物	25
喂养行为	25
影响喂养行为的因素	26
喂养行为问题干扰	26
婴幼儿常见进食问题及不良后果	27
婴幼儿营养简单计算	27
儿童每日所需矿物质	27
营养不良性疾病	28
营养不良	28

生长发育不良.....	28
营养素缺乏性疾病.....	28
维生素 A 缺乏症.....	28
维生素 B 族缺乏.....	29
维生素 C 缺乏.....	30
叶酸缺乏.....	30
维生素 D 缺乏性佝偻病.....	30
维生素 E 缺乏.....	31
维生素 K 缺乏.....	31
碘缺乏.....	31
维生素中毒.....	31
维生素 A 中毒.....	32
维生素 D 中毒.....	32
儿童营养异常干预措施.....	32

### 儿童常见病诊疗常规

维生素 D 缺乏性佝偻病.....	34
营养性缺铁性贫血.....	35
蛋白质——能量营养不良.....	36
小儿肥胖症.....	37
铅中毒.....	39
锌缺乏症.....	40
急性上呼吸道感染.....	40
腹泻病.....	42

### 儿童口腔保健诊疗常规

牙齿发育异常.....	45
牙齿萌出异常.....	45
牙齿数目异常.....	46
牙齿结构异常.....	46
唇、腭及颌骨发育异常.....	46
牙齿疾病.....	47
龋齿.....	47
牙髓炎.....	47
根尖周炎.....	48
牙列异常（错牙畸形）.....	48
口腔粘膜疾病.....	49
牙龈炎.....	49
卡他性口炎.....	49
鹅口疮.....	50

### 新生儿听力筛查常规

新生儿听力筛查常规.....	51
----------------	----

### 托幼机构卫生保健服务管理工作规范

托幼机构卫生保健服务管理工作规范.....	52
-----------------------	----

---

# 儿童心理咨询技术规范

## 注意缺陷多动障碍（儿童多动综合症）

注意缺陷多动障碍（ADHD）是最常见的儿童期起病的神经精神疾病之一，也是儿童心理咨询门诊、儿童发育行为门诊最常见的疾病之一。以注意障碍、过度的活动和冲动控制力差为主要临床特征。

### 【临床表现】

- 1、注意障碍：ADHD 的核心缺陷是注意障碍，并由此造成患儿不能有效学习。
- 2、过多的活动：表现为年龄不相称的活动过多。这种活动过多有不分场合、不明确目的性的特点。
- 3、情绪不稳、冲动任性：ADHD 儿童常常做事欠考虑、行为冲动、不顾后果、甚至伤害他人。
- 4、学习困难：一般而言，ADHD 儿童的智力水平大都正常，极少数儿童得分处于临界水平，可能与测试时注意力不集中有关。也有部分 ADHD 儿童合并特定性学习困难。
- 5、社交问题：约一半以上的 ADHD 儿童有社交问题。
- 6、其他：ADHD 儿童大多没有神经系统的异常，但也有一部分 ADHD 儿童存在知觉活动障碍。

### 【共患病】

研究发现，约 50% 以上的 ADHD 儿童同时共患另一种精神障碍。

- 1、对立——违抗性障碍（ODD）；
- 2、品行障碍（CD）；
- 3、抽动障碍（tic）；
- 4、抑郁障碍；
- 5、焦虑障碍。

### 【诊断】

#### 1、诊断

- （1）采集病史：由与孩子关系密切的家长 and 教师提供一个正确、完整的病史。
- （2）一般的体格检查和神经、精神检查：注意生长发育、营养状况、听力和视力情况以及

---

精神状态，神经系统检查主要包括肌张力、协调和共济运动、触觉辨别、生理反射以及病理反射。

### （3）心理评定

①智力测验：常用中国修订的韦氏学龄前儿童智力量表（WIPPS-CRR）和韦氏学龄儿童智力量表（WISC-CR）。ADHD 儿童大多智力正常，极少数处于临界状态。

②学习成就和语言能力测验。

③注意测定：常用持续性操作测验（CPT），ADHD 儿童可出现注意力持续短暂，易分散。

（4）量表：目前常用 Conners 父母问卷（PSQ）、教师用量表（TRS）和学习困难筛查量表（RPS）以及 Achenbach 儿童行为量表（CBCL）。

## 2、诊断标准

ICD-10、CCMD-3 和 DSM-IV 关于 ADHD 的诊断标准基本一致。目前，ADHD 仍主要依据临床诊断，所以必须综合病史、临床观察、躯体和神经系统检查、行为评定量表、心理测验和必要的实验室检查，同时参考儿童的年龄、性别因素考虑，才能得到一个准确的诊断。

### 【治疗】

ADHD 的治疗主要包括药物治疗和非药物治疗。

#### 1、药物治疗

（1）中枢兴奋剂：能够减少 ADHD 儿童多动、冲动性和攻击行为，并改善注意缺陷。

①哌醋甲酯：又名利他林，是最常用的中枢兴奋剂。

②苯异妥因（匹莫林）：可在哌醋甲酯效果不明显的情况下使用，有效率为 65%-70%。

（2）三环类抗抑郁药：常用的有丙米嗪、去丙米嗪。

（3） $\alpha$ -受体拮抗剂：一般使用可乐定。

#### 2、非药物治疗

（1）行为矫正：利用学习原理，在训练中合适行为出现时，就给予奖励，以求保持；如果有不恰当行为出现时，就加以漠视，或剥夺一些权利，以示惩罚。实施该法前应该先确定患儿的某些行为为“靶行为”，并将具体的操作方法告知孩子，取得孩子的合作。

（2）认知行为训练：训练的目的在于使患儿养成“三思而后行”及在活动时养成“停停、看看、听听”的习惯，以达到自我调节。

（3）疏泄疗法。

（4）父母和教师的咨询。

- 
- (5) 社交技能训练。
  - (6) 躯体训练项目。
  - (7) 其他：脑电生物反馈、饮食限制等。

#### 【预防】

ADHD 的预防主要是避免各种危险因素及对有高危因素者进行早期干预治疗。对于有高危因素的儿童，如出生低体重儿、早产儿、出生时有脑损伤的婴儿、属于“难养育气质婴儿”应定期追踪观察；对在婴幼儿早期和学龄前期就有好哭、少睡、注意力分散、活动过多、冲动任性等症状的儿童，在进行行为矫正的同时，应及早进行提高注意力的训练，有助于减少或减轻以后 ADHD 的发生。

## 孤 独 症

交流障碍、语言障碍和刻板行为是孤独症的三个主要症状。一般从 1 岁半左右，家长逐渐发现儿童与其他儿童存在不同。

#### 【临床表现】

1、语言障碍：语言障碍是大多数孤独症儿童就诊的主要原因，可以表现为多种形式，多数患儿语言发育落后，通常在两岁和三岁时仍然不会说话，或者在正常语言发育后出现语言倒退，部分患儿具备语言能力甚至语言过多，语言缺乏交流性质。

2、社会交流障碍：交流障碍是孤独症的核心症状，儿童喜欢独自玩耍，对父母的多数指令常常充耳不闻，但是父母通常清楚地知道孩子的听力是正常的，因为孩子会愉快地执行某些他所感兴趣的指令。

3、狭隘的兴趣和重复刻板行为：孤独症儿童可能对多数儿童喜爱的活动和东西不感兴趣，但是却会对某些特别的物件或活动表现出超乎寻常的兴趣，并因此表现出这样或那样的重复刻板行为或刻板动作。

4、智力异常：70% 左右的孤独症儿童智力落后，20% 智力在正常范围，约 10% 智力超常。

5、感觉异常。

6、其他：多动和注意力分散行为在大多数孤独症患儿较为明显，常常成为被家长和医生关注的主要问题，也因此常常被误诊为儿童多动症。

#### 【诊断】

---

典型孤独症诊断并不困难，但是目前在我国孤独症误诊率极高，原因主要在于儿童保健专业人员对孤独症缺乏认识、众多家庭存在着“孩子大些语言就会好”的观点。因此对于 2—3 岁语言发育落后的儿童，如果合并有非语言交流障碍和刻板行为均应该考虑孤独症的可能。诊断主要通过病史询问、体格检查以及儿童行为观察和量表评定，对可疑患儿，病史询问和行为观察应该根据事先设计好的有关问题或量表，进行结构式或半结构式访谈。常用量表有 ABC 量表和 CARS 量表。ABC 量表为家长评定量表，共 57 个项目 4 级评分，53 分疑诊，67 分确诊；CARS 量表为医生评定量表，共 15 个项目 4 级评分，总共大于 30 分可以诊断为孤独症。

### 【治疗】

孤独症目前没有特效药物治疗，但采用以教育和训练为主、药物为辅的办法，包括各种孤独症儿童的预后可以有显著的改善。在教育或训练过程中有三个原则：①对孩子行为宽容和理解；②异常行为的矫正；③特别能力的发现、培养和转化。训练应该以家庭为中心，在对患儿训练的同时，也向家长传播相关知识。为了配合做好教育和治疗，父母亲需要接受事实，克服心理不平衡状况，妥善处理孩子的教育训练和父母生活工作的关系。化爱心、耐心、恒心为动力，积极投入到孩子的教育、训练和治疗活动中并和医生建立长期的咨询合作关系。

1、结构化训练：该方法主要针对孤独症儿童在语言、交流，以及感知觉运动等方面所存在的缺陷有针对性地对孤独症儿童进行教育，核心是增进孤独症儿童对环境、对教育和训练内容的理解和服从。

2、应用行为分析疗法：ABA 采用行为塑造原理，以正性强化为主促进孤独症儿童各项能力发展。其核心部分是任务分解技术（DTT），典型 DTT 包括以下步骤：①任务分析与分解；②分解任务强化训练；③奖励；④提示和提示渐隐；⑤间歇。

3、关系发展干预（RDI）。

4、感觉统合训练。

5、听觉统合训练。

6、药物治疗：没有特异性药物治疗，但在其他的行为控制方面药物治疗方面取得了进展，这些药物的合理运用可以显著改善儿童的训练和教育效果，保证儿童正常生活和学习。

（1）多动行为：利培酮（维思通）。剂量从 0.25mg/日开始，最大剂量一般不超过 2mg/日。

（2）攻击行为：氟哌啶醇可以用于治疗孤独症儿童的攻击行为。

（3）自伤行为：阿片受体拮抗剂纳曲酮，用于治疗儿童自伤和攻击行为疗效较好。

（4）刻板僵直行为：羟色胺重摄取抑制剂氟西汀（百忧解）可治疗孤独症的重复刻板行为。

---

(5) 抑郁：可首选氟西汀。

### 【预后】

儿童孤独症的预后取决于患者病情的严重程度、儿童的智力水平、教育和治疗干预的时机和干预程度（儿童的智力水平高、干预的年龄较小、训练强度越高，效果越好），不予治疗多数孤独症儿童预后较差。

## 学习障碍

儿童学习障碍（简称 LD）是一组异质性综合征，指智力正常儿童在阅读、书写、拼字、表达、计算等方面的基本心理过程存在一种或一种以上的特殊性障碍，推测是中枢神经系统的某种功能障碍所致。这类儿童不存在感觉器官和运动能力的缺陷，学习困难亦非原发性情绪障碍或教育剥夺所致。

### 【临床特征】

学习障碍儿童的临床特征随年龄增长而发生变化，至学龄期后实际学习能力达不到预期水平，在听、说、读、写、推理、算术等方面表现特殊的困难。

1、早期表现：这类儿童往往较早就表现好动、好哭闹，对外刺激敏感和容易过激反应。建立母子情感关系困难。进入幼儿期有些发生不同程度的语言发育问题，到了学龄前期出现更明显的认知偏异。

#### 2、入学后的表现

(1) 语言理解困难；

(2) 语言表达障碍；

(3) 阅读障碍；

(4) 视空间障碍；

(5) 书写困难；

(6) 情绪和行为问题；

(7) 神经心理特征：LD 儿童虽智力正常，但临界智力状态者占有相当比例。智力测验多表现结构不平衡，VIQ 和 PIQ 分值差异大。

### 【诊断】

---

诊断时首先要向家长了解儿童的出生情况、发育过程、发病过程及其表现特征。并对儿童现场行为进行观察记录。必要时向教师了解患儿在校的表现。进行有关神经精神检查和心理测评。必要时亦可进行影像学、电生理方面的检测。一般可根据临床表现特征和心理测评结果大致做出诊断。心理测评包括：

- (1) 学业成就测验。
- (2) 智力测验。常用 WPPSI 或 WISC-R 。
- (3) 神经心理测验。
- (4) 学习障碍筛查量表 (PRS)：总分低于 60 分者，为 LD 可疑儿童。

#### 【预防和矫治】

防治重点在于早期预防早期干预。前者包括加强围生期保健。做到优生优育，防止烟酒毒等有害物质的侵害，正确开展早期教育。要特别关注那些具有高危出生史的儿童，并且及早进行诊断。后者，在于一旦发现儿童有语言或其他类学习问题时及时就诊，指导家长改进养育条件和方法，尽早进行心理咨询与指导。

治疗措施应根据 LD 儿童的年龄、类型、程度、临床表现以及心理测评结果来确定。当今治疗教育观点认为这类儿童仍需在普通学校的普通班级就读，避免给他们贴“标签”，注意他们的学习特点来实施教育。一般原则是以接纳、理解、支持和鼓励为主，以改善 LD 患儿不良的自我意识，增强其自信心和学习动机。进而根据障碍儿童的认知特点，采取针对性的教育治疗，并且尽可能取得家长与学校的配合。应用于这类儿童的治疗方法已有多种。但得到公认有效的方法主要是治疗教育、药物疗法和精神（心理）疗法，综合应用效果更佳。实施矫治时坚持个别化原则，并且忌高起点、超负荷训练，要及时进行效果/心理评估，以调整后期训练。

具体矫治方法包括：

- (1) 感觉统合疗法；
- (2) 行为疗法；
- (3) 正负强化；
- (4) 游戏疗法；
- (5) 社会技能训练；
- (6) 理解规则训练；
- (7) 结构化教育训练等。

药物治疗目前尚无特殊药物。通常给予促进脑功能、增智类药物，包括脑复康、脑复新、γ-氨基酪酸等口服治疗。



---

# 情绪障碍

## 焦虑症

焦虑症是个体在预感潜在的危险或不幸时，所产生的负性情绪和紧张的躯体症状。儿童单纯焦虑症可根据发病原因和症状特征分为：①分离性焦虑；②过度焦虑反应；③社交性焦虑三个主要类型。分离焦虑障碍是儿童中最多见的。

### 【诊断】

#### 1、分离焦虑的诊断要点（DSM-IV-TR）

在离家或与所依恋的人分离时，出现不适当的和过度焦虑，具有以下 3 种或 3 种以上的症状：

- （1）离开家或与主要依恋对象分离时，或分离即将发生时出现过度的痛苦和忧伤；
- （2）持续而过度地担忧主要依恋对象可能消失或受到伤害；
- （3）持续而过度地担忧因突发事件而与主要依恋对象分离（如迷路或被绑架）；
- （4）由于对分离恐惧，而持续不愿或拒绝上学或出门；
- （5）持续过度地担忧独自一人、主要依恋对象不在家或没有大人陪伴的情形；
- （6）对不在主要依恋对象旁边睡觉或在家以外地方睡觉感到持续而过度的担忧；
- （7）不断做有关分离主题的噩梦；
- （8）在与主要依恋对象分离或即将分离时，出现头痛、恶心、胃痛、呕吐等躯体不适。

#### 2、惊恐发作的 DSM-IV 诊断标准

一段时间的极度害怕或不舒服，有下列 4 种以上症状突然发生，并在 10 分钟内达到：

- （1）心悸，心慌，或心率增快；
- （2）出汗；
- （3）颤抖；
- （4）觉得气短或气闷；
- （5）窒息感；
- （6）胸痛或不舒服；
- （7）恶心或腹部不适；

- 
- (8) 感到头昏、站不稳、头重脚轻、或晕倒；
  - (9) 环境解体（非现实感）或人格解体（感到并非自己）；
  - (10) 害怕失去控制或将要发疯；
  - (11) 害怕即将死亡；
  - (12) 感觉异常（麻木或刺痛感）；
  - (13) 寒颤或潮热。

### 3、广泛性焦虑障碍的 DSM-IV 诊断标准

- (1) 对许多事件或活动（如作业或在学校的表现）过度焦虑和担忧（预期焦虑），持续时间不少于 6 个月；
- (2) 难以控制担忧；
- (3) 焦虑和担忧至少有以下 3 种或 3 种以上症状（至少某些症状的持续时间不少于 6 个月）：①坐立不安或感到紧张；②容易疲倦；③难以集中注意或头脑变得空白；④易激惹；⑤肌肉紧张；⑥睡眠障碍（难以入眠，易惊醒和睡眠不宁）。

#### 【治疗】

儿童焦虑症以综合性治疗为原则，以心理治疗为主要手段。

#### 1、心理治疗

(1) 查明原因，解除诱发焦虑症的心理应激因素。

(2) 采用支持、认识的心理治疗：首先要与患儿建立良好的信任关系，继而耐心听取患儿的主诉和家长的介绍，作仔细分析。然后有目的的进行交谈，使患儿认识到这是心理疾病。要告诉患儿只要积极配合，医师非常愿意帮助他治好病。

认识治疗着重于将焦虑思维重新调整至正确的结构，从而形成明确的适应的行为方式。认为认知行为治疗应包括重现自我、榜样、暴露、角色扮演、放松训练和认知增强训练等方法。

(3) 家庭辅导治疗：为患儿父母提供咨询，提高对患儿疾病的认识，了解产生疾病的因素，并请父母配合医疗，消除家庭环境或家庭教育中的不良因素，克服父母自身弱点或神经质的倾向。

(4) 生物反馈疗法（松弛疗法）：帮助患儿进行全身放松训练，结合生物反馈治疗仪更佳。

#### 2、药物治疗

以抗焦虑药治疗为主。苯二氮卓(BDZ)类药抗焦虑作用较好.如安定 1—2.5mg，分次服用；利眠宁 0.5mg/kg，分次服用。严重的焦虑症用小剂量地西洋或多塞平（多虑平）或阿普唑仑服

---

用均可收效。

## 恐 怖 症

恐怖症是指对某些事物明知不存在真实的危险，却产生异常强烈的恐怖，伴有焦虑情绪及自主神经系统功能紊乱症状，有回避行为以期达到解除恐怖所致的痛苦，并持续至少 6 个月。

### 【诊断】

特异性恐怖症的诊断标准是：

1、由于存在或预期某种特殊物件或情景（如飞行、高度、动物、在注射时看到流血）而出  
现的过度或不合理的显著而持续的害怕。

2、一接触（暴露于）所恐惧的刺激，几乎毫无例外地立即发生焦虑反应，采取一种仅限于  
此情景或由此情景所诱发的惊恐发作形式。这种焦虑表现为哭闹、发脾气、惊呆、或纠缠大  
人、紧紧抱住他人。

3、患儿一般都设法避免这种情况，否则便以极度的焦虑或痛苦烦恼忍耐着。

4、这种对所恐怖的情景的避免、焦虑的期待或痛苦烦恼，会显著地干扰个人的正常生活、  
职业（或学业）、或社交活动或关系，或者对于具有这种恐怖感到显著的痛苦烦恼。

5、应有至少 6 个月病期。

### 【治疗】

1、心理治疗：在支持的认知疗法的基础上，加以行为疗法，能取得较好效果。行为疗法可  
采用系统脱敏法、阳性强化法、冲击疗法。

2、放松或生物反馈治疗：训练主动全身放松或采用生物反馈治疗仪进行全身放松治疗，可  
取得一定效果。此外音乐及游戏对幼小儿童恐怖症治疗效果也较好。

3、药物治疗：对症状较为严重的患儿投于小剂量药物，如丙咪嗪 12.5mg 每日 2 次；氯米  
帕明 12.5mg ，每日 2 次；多塞平 12.5mg 每日 2 次。另外亦可用抗焦虑药物如地西洋、阿普唑  
仑等。

## 社交恐怖症

社交恐怖症（socialphobia）也叫社交焦虑，指儿童明显持续的对社交或一些自我表现的

---

恐惧，因这些场合可能引起他人对自己的关注而引起可能的尴尬。

#### 【诊断】

1、对可能面对陌生人或引起他人注意的一种或多种社交或自我表现场合，表现出明显而持续的恐惧。个体恐惧自己的行为可能会使自己丢脸或引起尴尬，或因此产生焦虑症状。这种恐惧不仅出现在与成人交往过程中，也会出现在同伴交往过程。

2、每次处于恐惧的社交场合都会引起焦虑，焦虑的形式可包括情景限制性焦虑或情景性惊恐发作。这种焦虑可表现为哭泣、发脾气、惊呆、手脚僵硬或从与陌生人交往中退缩出来。

3、个体可能会意识到恐惧是过度的和不合理的，但非绝对。

4、个体会采取回避恐惧的社交或自我表现的场合，或忍受强烈的焦虑与痛苦。

#### 【治疗】

同恐怖症治疗。

## 学校恐怖症

学校恐怖症（school phobia）是儿童对学校特定环境异常恐惧，强烈地拒绝上学的一种情绪，是恐怖症中的一个特殊类型，可能由童年期分离焦虑或幼儿园恐怖症演化而来，因此这几类情况在病质上有着共同特征。

#### 【诊断】

1、去学校产生严重困难。

2、严重的情绪焦虑。

3、父母明知病儿在家是因恐怖不去上学。

4、无明显的反社会行为。

学校恐怖症应与逃学儿童鉴别，前者大多学习成绩较好，有焦虑恐惧的情绪，但行为品德无问题。而逃学儿童无情绪问题，行为品德问题甚多，学习成绩较差，仔细观察可以鉴别。

#### 【治疗】

与治疗恐怖症方法基本相同，但应注意查明产生学校恐怖症的原因，帮助消除心理社会因素。如病儿经常诉说头痛、腹痛，应予以检查排除躯体疾病，解除顾虑以利治疗。行为治疗常采用系统脱敏疗法、认知重建、治疗教育、学习技能培训等方法。在治疗中，医务人员、父母和教师的充分合作是成功的关键。消除各种紧张因素，增强学校的吸引力，培养儿童入校学习

---

的自觉性。父母避免强制，多加鼓励和支持；教师和蔼可亲，增加文体活动。由医生指导和协调，并开展个别和家庭心理治疗，必要时使用药物辅助治疗，以抗抑郁和抗焦虑药为主。抗抑郁药：①氯丙咪嗪：每天 25—75mg/d，分两次服；②丙咪嗪：25—100mg/d，分两次服；③多虑平：25—100mg/d，分两次服。抗焦虑药：使用比较多的是阿普唑仑和舒乐安定。一般阿普唑仑使用剂量为 0.02—0.06mg/kg，分次服用。

## 抑 郁 症

儿童抑郁症 (childhood depression) 属于儿童青少年情感障碍或心境障碍范畴，其特征为儿童处于极端的、持续的或难于调节的情绪状态，如过度不愉快或从伤心欲绝到兴高采烈的大幅波动。

### 【诊断】

主要根据临床特征和症状进行诊断。症状标准为：在两周内至少出现以下 5 种症状，并且出现功能改变。

- (1) 每天几乎都出现抑郁情绪，并自述主观感受或他人发觉；
- (2) 每天几乎表现明显的失去活动兴趣或乐趣，可自述或他人发觉；
- (3) 未节食情况下体重明显减轻或体重加重，或每天食欲下降或食欲增强；
- (4) 几乎每天失眠或睡眠过多；
- (5) 几乎每天都有精神运动性激越或阻滞，可自述或他人发觉；
- (6) 几乎每天表现疲乏或精力不足；
- (7) 几乎每天都有无价值感或过度内疚感 (可以是妄想)；
- (8) 几乎每天都有思维或注意能力下降表现，可自述或他人发觉；
- (9) 反复想到死，而非对死的恐惧、反复自杀意念或自杀企图，或有计划的自杀。

### 【治疗】

常用药物治疗结合认知行为疗法进行治疗。抑郁发病早的儿童复发风险也高，因此早期干预十分关键，这样可达到缩短抑郁发作，防止再度发作，减少相关功能的损害，并减少自杀的危险性。

#### 1、药物治疗

- (1) 三环抗抑郁药 (TCA)：如丙咪嗪、阿米替林、多塞平 (多虑平)、氯米帕明 (氯丙

---

咪嗪)等。通常 TCA 剂量为每日 1—5mg/kg，分 2—3 次口服。有癫痫的儿童慎用 TCA。

(2) 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs) 如氟西汀(百优解)、帕罗西汀(赛乐特)、万拉法新等。TCA 治疗无效者,改用 SSRIs 可获得疗效,氟西汀每日 20—80mg,分 1—2 次服用。

## 2、认知-行为疗法

可通过认知的归因策略,帮助儿童重塑战胜悲观信念的认知。

## 3、青少年综合治疗

这是一种心理教育方法,旨在强调技能训练以增强青少年对情绪的控制,提高他们应对导致抑郁的情景的能力。核心治疗内容是青少年参加集体活动,进行角色扮演。此外,开展对青少年父母的补充治疗,以促进支持青少年的学习技巧,帮助他们将团体治疗中习得的技能应用到现实生活中去。

# 癔 症

癔症(hysteria) 又称歇斯底里,在 ICD-10 和 DSM-IV 中称为分离性和躯体形式障碍。该症是由明显情绪因素所诱发的精神障碍现象,起病甚急,主要表现为感觉、意识或运动方面的障碍,症状无器质性基础。

### 【诊断要点】

(1) 症状标准: 有社会因素诱因, 并且至少表现下列一项:

- ①癔症性遗忘;
- ②癔症性漫游;
- ③癔症性多重人格;
- ④癔症性精神病;
- ⑤癔症性运动和感觉障碍;
- ⑥其他癔症形式。

(2) 不存在可以解释症状的器质性依据。

### 【治疗】

以综合性治疗为原则, 包括心理治疗、环境治疗、暗示治疗和药物治疗等。

1、心理治疗: 医生须与患儿建立信任关系, 通过谈话消除其紧张、不安情绪, 并鼓励患儿说出存在的问题和内心矛盾, 共同寻找问题症结, 再帮助患儿了解疾病原因, 讲明该病可以治愈, 使其建立治病的信心, 克服不适当的性格特征和情绪反应, 以达到治愈的目的。亦可进行

---

集体心理治疗。

2、暗示疗法：暗示疗法适用于急性发作而且暗示性较强的儿童。

3、对可能诱发集体发作的病例，应将首发儿童隔离开来，减少社会强化，及时解除其躯体不适，分散注意力，稳定其情绪。

4、药物治疗：对情感暴发或某些痉挛发作患儿一般不宜使用暗示疗法，可给予安定 2.5—10mg 或奋乃静 5mg 肌内注射。儿童癔症不宜长期用药，以免增加暗示作用而巩固病情。

## 屏气发作

屏气发作 (breath holding spell) 是指儿童因发脾气或需求未得到满足而剧烈哭闹时突然出现呼吸暂停的现象。一般发生于 6 个月至 3 岁左右的婴儿。

### 【诊断与鉴别诊断】

根据症状一般即可诊断。屏气发作与癫痫发作的区别是：①屏气发作前一般有情绪诱因存在；②突然停止呼吸为起点，继之出现发绀、意识丧失，而癫痫的青紫往往在发作后出现；③常出现角弓反张，而癫痫少见；④呼吸正常后意识即恢复正常，不像癫痫常在发作后昏睡；⑤脑电图一般正常。

### 【治疗】

矫正重点是为父母提供咨询，解决儿童与父母及环境间的冲突，消除父母的焦虑，告知屏气发作是一种一过性现象，预后良好。并指导他们对待儿童要镇静，避免溺爱，简单的惩罚与斥责只会促进该行为的发作。须强调，父母当孩子面时要保持一致的教养态度，避免当孩子面表现过分焦虑不安，后者亦可成为暗示诱因。一般不需要药物治疗，必要时可用苯巴比妥或大仑丁以减少发作，并预防脑缺氧而发生损害。对年龄稍大儿童的暴怒发作，可实施“冷处理”，即劝说无效时，在注意安全的前提下，不予理睬。该行为预后较好，随着年龄增长可逐渐消失，但部分儿童的任性可持续存在，难以克服。

## 睡眠障碍

### 睡行症

---

睡行症又称梦游症（sleep walking），表现为开始于慢波睡眠而引起在睡眠中行走的一系列复杂行为为基本特征的睡眠障碍。

### 【诊断】

本病的诊断可以参考以下美国睡眠医学会的睡眠障碍国际分类中的睡行症诊断标准：

#### 1、临床标准

A、患者表现在睡眠中行走。

B、通常起病在青春期儿童。

C、附加症状有：

（1）在发作时难以唤醒患者。

（2）发作后遗忘。

D、发作通常在夜间的开始 1/3 阶段。

E、夜间睡眠脑电图：本病发作开始在睡眠第 3—4 阶段。

F、可以同时存在其他的内科或精神科障碍，但不能解释发作的症状。

G、行走不是由于其他的睡眠障碍所致，例如，REM 睡眠行为障碍或睡惊。

#### 2、最低诊断标准

A+B+C

#### 3、严重程度标准

轻微：睡惊发作每个月少于一次，并不导致伤害父母或家人。

中度：睡惊发作每个月超过一次，但不是每晚发作，而且导致伤害父母或家人。

重度：睡惊发作几乎每晚发作一次，常常导致伤害父母或别人身体。

#### 4、病程

急性：1 个月或以内。

亚急性：不止 1 个月但在 3 个月以内。

慢性：3 个月或更长。

### 【治疗和教育】

要教育儿童父母和其他照顾者注意对患者的保护。教育父母由于大多数情况下儿童症状可以随年龄增大而有可能消失，故对年龄大的儿童不必进行治疗。只有在行为干扰家人或者儿童和家人会有受伤的情况下才进行治疗。



---

应该避免各种刺激和诱发因素，同时应该采取措施尽力避免儿童受伤，例如关好门和窗、排除有尖锐物品存在等。有报道认为心理治疗可能对部分患者有一定疗效。

在症状发作频繁的情况下，可以使用小剂量苯二氮卓类药物（安定、氯硝安定等）或者三环类抗抑郁药物（如丙咪嗪和氯丙咪嗪）治疗。

## 睡惊或者夜惊

睡惊或夜惊是一种基本特征表现为突然从慢波睡眠中苏醒，伴有尖叫或呼喊，同时可有极端恐惧的自主神经和行为改变。

### 【诊断】

本病的诊断可以参考以下美国睡眠医学会的睡眠障碍国际分类中的睡惊诊断标准：

#### 1、临床标准

- A、患者主诉睡眠之中有突然的强烈恐惧发作。
- B、本病发作通常在夜间睡眠的前 1/3 的时间里。
- C、在对发作过程中的事件出现部分或全部遗忘。
- D、夜间睡眠脑电图显示在第 3—4 睡眠阶段出现发作，而且发作时通常伴有心动过速。
- E、其他的内科疾病（如癫痫不是本病的原因）。
- F、其他睡眠障碍（如可以存在梦魇）。

#### 2、最低诊断标准

A+B+C

#### 3、严重程度标准

轻微：睡惊发作每个月少于一次，并不导致伤害父母或家人。

中度：睡惊发作每个月超过一次，但不是每晚发作，而且导致伤害父母或家人。

重度：睡惊发作几乎每晚发作一次，常常导致伤害父母或别人身体。

#### 4、病程

急性：1 个月或以内。

亚急性：不止 1 个月但在 3 个月以内。

慢性：3 个月或更长。

### 【治疗和教育】

---

要教育父母和儿童其他照顾者注意对患者的保护。如果发作次数比较少，可以不必进行治疗。

在症状发作频繁的情况下，可以在睡前使用苯二氮卓类药物治疗，临床通常使用氯硝安定和安定，通常这一类药物可以抑制儿童夜间发作。

心理治疗，一般应激处理措施和技术对年龄大的儿童有一定疗效。

## 梦 魇

梦魇或者称之恶梦发作，是指儿童从恶梦中惊醒，回忆恐怖的梦境而引起焦虑和恐惧发作。

### 【诊断】

本病的诊断可以参考以下美国睡眠医学会的睡眠障碍国际分类中的恶梦发作（梦魇）诊断标准（1997）：

#### 1、临床标准

A、患者至少有一个突然从睡眠中醒来的周期，常伴有强烈的害怕、焦虑和即将受到伤害的感觉。

B、患者立即可以回忆惊恐害怕的梦中内容。

C、从梦中醒来后立即处于全部警觉状态，意识浑浊或定向力障碍比较少出现。

D、至少包括以下一个特征：

（1）在发作周期后入睡延迟和不能迅速恢复入睡；

（2）发作周期通常出现在习惯睡眠的下半夜。

E、夜间睡眠多导脑电图显示：

（1）在REM 睡眠开始后 10 分钟出现突然醒来；

（2）在发作周期里出现没有与睡眠联系的癫痫活动表现。

F、可以出现其他睡眠障碍，例如：睡行症和睡惊。

#### 2、最低诊断标准

A+B+C+D

#### 3、严重程度标准

轻微：每周发作期不超过一次，没有明显的心理社会功能的损害。

---

中度：每周发作期超过一次，但不是每晚都发作，有轻微的心理社会功能的损害。

重度：每晚发作，有中度或严重的心理社会功能的损害。

#### 4、病程

急性：1个月或不足1个月。

亚急性：超过1个月但不足6个月。

慢性：6个月或超过6个月。

#### 【治疗和教育】

对于频繁发作而且对儿童造成影响的恶梦发作（梦魇）应该进行治疗，应该避免导致梦魇发作的各种应激刺激，少数严重患者目前可以采用抑制REM睡眠的药物治疗。临床常采用的药物有以下几种：

1、三环类抗抑郁药物：如阿米替林、丙咪嗪和氯丙咪嗪。使用剂量应在12.5—50mg之间。

2、中枢兴奋药物 如利他林10—20mg/d。

上述药物应逐渐停药，以免症状反跳。

心理治疗也有一定疗效，即通过训练来控制梦境内容。对睡眠周期不规律的儿童可进行睡眠卫生教育，以减少发作频率。

本病预后较好，多数患儿随年龄增长而症状减轻或消失。

## 抽动障碍

抽动障碍（tic disorders）是指一种以不自主的、突发的、快速的、反复的单一或多个部位的肌肉运动抽动和（或）发声抽动为主要临床特征的慢性神经精神疾病，可伴有多动、注意力不集中、强迫性动作和思维或其他行为症状。多起病于儿童期和青少年期，少数可持续至成年。

#### 【临床表现】

1、运动性抽动：抽动形式可以是简单性的，也可以是复杂性的。通常从头面肌肉的抽动开始，逐渐转向肩颈部、四肢、躯干部的肌肉抽动。

2、发声性抽动：通常出现较晚。既可以是简单性的发声抽动，也可以是复杂性的发声抽动。

3、感觉性抽动：通常发生在运动性抽动或发声性抽动之前，患者感觉身体局部有不适感。

#### 【诊断】

## CCMD-3 的诊断标准

症状标准：表现为多种运动抽动和一种或多种发声抽动，多为复杂性抽动；二者多同时出现。

动可在短时间内受意志控制，在应激下加剧，睡眠时消失。

严重标准：常生活和社交功能明显受损，患儿感到十分痛苦和烦恼。

病程标准：18 岁前起病，症状可延续至成年，抽动几乎天天发生，1 天多次，至少已持续 1 年以上，或间断发生，且 1 年中症状缓解不超过 2 个月。

### 【治疗】

#### 1、药物治疗

对于症状严重、影响到儿童日常生活、学习和社交，单纯的心理行为治疗无效者，应及早进行药物治疗。

(1) 氟哌啶醇：通常从小剂量开始，每日 1—2mg，分 2—3 次口服，一般每日总量为 1.5—12mg。同时加用抗震颤麻痹药（如苯海索）可以减少锥体外系反应。

(2) 利培酮：商品名为维思通。推荐初始剂量为 0.25—0.5mg，每天 2 次，视情况逐渐加重，最终剂量 0.5—10mg，尽可能使用最小剂量。

(3) 胍法新：起始剂量为每晚睡前 0.5mg，然后逐渐增加剂量至每日 0.5—3mg，分 2—3 次口服。

#### 2、心理行为治疗

主要包括对患儿进行支持性的心理咨询、对家长进行支持指导和行为治疗三个方面。有报道采用松弛训练、习惯反转训练和自我监控训练等方法有助于减轻 TS 的抽动症状，其中以习惯反转训练效果最好。

## 脑性瘫痪

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)简称脑瘫,是以运动功能障碍为主的致残性疾病。

脑瘫是指胎儿、婴儿或儿童时期脑发育阶段，各种原因所致的非进行性脑损伤综合征，主要表现为中枢性运动障碍和姿势异常，可伴有不同程度的智力低下、惊厥、心理行为异常、感知觉障碍及其他异常。它是具有不同临床表现的一组综合征，而不是一种单一的疾病。

### 【分类】

按临床神经病学表现分为 8 型：

- 
- (1) 痉挛型；
  - (2) 手足徐动型；
  - (3) 强直型；
  - (4) 共济失调型；
  - (5) 震颤型；
  - (6) 肌张力低下型；
  - (7) 混合型；
  - (8) 不可分类型。

#### 【诊断】

诊断脑瘫的主要依据：

- (1) 有引起脑瘫的原因；
- (2) 有脑损伤的发育神经学异常；
- (3) 有不同类型脑瘫的临床表现。

首先要仔细询问病史，注意寻找有无引起脑损伤的原因，即高危因素。按照家族史、出生前、出生时和出生后的顺序仔细调查。如果患儿有明显的高危因素，对于诊断脑瘫有很大价值，同时还可以根据高危因素的种类，分析脑瘫型别的可能性以及预后。有的患儿可能只有一种高危因素，有的则有两种以上高危因素，有的患儿可能找不到高危因素。

#### 【评定】

- (1) 肌力测定；
- (2) 肌张力测定；
- (3) 关节活动度评定；
- (4) 反射发育评定；
- (5) 姿势与运动发育评定；
- (6) 粗大运动功能评定；
- (7) 日常生活活动能力评定；
- (8) 功能独立性评定；
- (9) 感知认知评定。

#### 【康复治疗】

脑瘫的康复治疗应以综合性康复治疗为主，即采用物理治疗、作业治疗、语言治疗等现代康复治疗方法，辅以必要的药物治疗、手术治疗、辅助器具的使用、传统康复治疗等方法。

---

## 1、物理治疗

物理治疗（PT）包括运动疗法和物理因子疗法，主要针对患儿的运动功能进行康复治疗。

目前常用的物理治疗方法是 Bobath 疗法。

## 2、作业治疗

作业治疗（OT）是指有计划、有针对性地从患儿日常生活、学习、劳动、认知等活动中，选择一些作业，对患儿进行训练，以恢复和学习各种精细协调动作，解决生活、学习、工作及社交中所遇到的困难，取得一定程度的独立性和适应性。

## 3、言语障碍的矫治

语言障碍的矫治（ST）实际上指语言及交流障碍的矫治。

## 4、其他治疗

（1）药物治疗：小儿脑瘫的药物治疗目前仍属辅助性治疗，主要目的是针对脑瘫患儿的伴随症状和合并症。

（2）传统医学康复疗法：临床上多采用头针和按摩疗法。

（3）手术治疗：手术治疗是脑瘫康复治疗的一种辅助疗法，分为神经外科和矫形外科的手术治疗。

（4）辅助器具及矫形器。

---

# 儿童体格发育专项技术规范

## 儿童体格发育

### 体 重

体重是身体各器官、骨骼、肌肉、脂肪等组织及体液重量的总和，是反映近期营养状况的客观重要指标之一。正常足月的新生儿出生平均体重为 3kg(2.5—4kg)。生后 1 周内可有暂时性体重下降，大约减少原来体重的 3%—9%，一般于生后 7—10 天内恢复到出生时体重，称为“生理性体重下降”。生后前半年体重增长速度最快，平均每月增长 600—800g，后半年每月平均增长 300—500g。1 周岁时增至出生时的 3 倍(9kg)，满 2 岁时增至出生体重的 4 倍(12kg)，2—12 岁平均每年增长 2kg。不同年龄阶段的体重可按以下公式计算：

6 个月龄 体重(kg) = 出生体重(kg) + 月龄 × 0.7(kg)

7—12 个月龄 体重(kg) = 出生体重(kg) + 6 × 0.7(kg) + (月龄 - 6) × 0.3(kg)

2—12 岁 体重(kg) = 年龄(岁) × 2(kg) + 8(kg)

10 岁以前，男孩较女孩为重，12—14 岁女孩体重超过男孩。在 14—16 岁时男孩体重又可超过女孩。

### 身长(身高)

身长代表头部、脊柱和下肢长度的总和。3 岁以下小儿检测时用仰卧位，故称身长，3 岁以上者多为立体，故称身高。足月新生儿身长平均为 50cm(46—53cm)，生后前半年每月平均增长 2.5cm，后半年每月平均增长 1.5cm；1 周岁为 75cm；2 周岁身长约 85cm，2—12 岁平均每年增长 5cm，推算公式为：身高 = 年龄 × 7 + 70。

### 坐 高

---

坐高指由头顶至坐骨结节的长度。坐高与身高的比例可间接反映肢体与躯干的比例，临床应用较为方便。出生时坐高占身长 66%。4 岁时占身高 60%。6—7 岁时小于 60%。

## 头 围

自眉弓上缘经枕骨枕外隆凸最高点绕头 1 周的围度即头围。头围反映脑和颅骨的发育。新生儿的头围平均为 34cm；生后 6 个月增加约 8—10cm；1 岁时头围增加约 12cm，平均为 46cm；2 岁时增加 2cm，达 48cm；以 5 岁时头围为 50cm 左右；15 岁时约 53—54cm，与成人相近。大脑发育不全时常呈头小畸形；头围过大，常见于脑积水及佝偻病后遗症。

## 胸 围

经胸部乳头下缘和两肩胛下角水平绕体 1 周的围度为胸围。胸围代表胸廓与肺的发育。出生时胸围比头围小 1—2cm，平均为 32cm。1 岁时胸围与头围大致相等。1 岁至青春期前，胸围超过头围的厘米数约等于周岁数减 1。

## 骨骼和牙的发育

### 1、颅骨的发育

前囟为额骨和顶骨形成的菱形间隙，出生时大小约 1.5—2cm，在生后数月随着头围增大而稍变大，6 个月以后逐渐骨化而变小，多数在 1—1.5 岁闭合。后囟是两块顶骨和枕骨形成的三角形间隙，一般在生后 6—8 周闭合，颅骨骨缝在出生时稍分开，至 3—4 个月时闭合。

囟门与骨缝的闭合反映颅骨的骨化过程，前囟门在生后 4 个月内闭合为早闭，常见于头小畸形；前囟门闭合迟于 1 岁半为囟门晚闭，多见于佝偻病、脑积水或克汀病。

### 2、脊柱的发育

脊柱是躯体的主要支架，生后第 1 年，脊柱的生长比四肢快，以后四肢的增长快于脊柱。生后 2—3 个月时，小儿会抬头时出现第 1 个弯曲即颈部的脊柱前凸；6 个月会坐时，出现第 2 个弯曲即胸部脊柱后凸，1 周岁开始站立和行走时出现第 3 个弯曲为腰部的脊柱前突。至 6—7 岁才为韧带所固定。生理弯曲的形成，有利于保持身体平衡，活动时能减少脑部震动。

### 3、骨化中心的发育

正常小儿的骨化中心按年龄出现，并按年龄融合。通过 X 线检查身体各部的骨化中心出现时间、数目及骨骺部融合的情况，可测定骨骼的发育年龄。骨龄反映小儿发育成熟度，在临床



---

判断生长发育有重要的参考价值。

腕部是骨龄检查常选的部位。正常小儿于出生 5—6 个月出现头骨及钩骨，2—3 岁出现三角骨，4—6 岁出现月骨及大、小多角骨。桡骨远端的成骨中心于 6—7 个月时出现，尺骨远端的到 6—8 岁时才出现。9—13 岁出现豆状骨，腕部骨化中心出齐的数目为 10 个，故 1—9 岁腕部骨化中心数约为其岁数加 1。

出生后 4 个月内，腕骨骨化中心尚未出现，而股骨远端骨化中心在出生时已形成。如怀疑小婴儿甲状腺功能低下，可检查此骨化中心进行鉴别诊断。

#### 4、牙齿的发育

小儿出生时无牙，牙孢隐在颌骨中，被牙龈遮盖，出生时已骨化。牙齿有乳牙和恒牙两种。一般乳牙在 5—6 个月开始萌出，迟者可到 10—12 个月。正常婴儿在 1 周岁末有 6—8 个乳牙，2—2.5 岁时乳牙全部出齐，共 20 个。恒牙（即磨牙）在 6 岁左右开始出第一颗。7—12 岁恒牙按乳牙长出的先后替换同位乳牙；12 岁左右出现第二磨牙；18 岁以后出第三磨牙（智齿），也有终身不出者。恒牙共 32 个，一般于 20—30 岁出齐。

## 小儿体格发育的评价

体格发育评价包括体格的发育水平、生长速度及身体匀称度三个方面。

### 【常用指标和参数】

#### （1）常用指标

常用指标为体重、身高（长）、坐高、头围、胸围和上臂围。有时为了判断营养状况及骨骼发育，还要测量皮下脂肪，上、下部量及指距。

#### （2）常用参数

①年龄别体重：用于评价个体或群体的营养及发育状况。它对近期营养状况变化较敏感。

②年龄别身高：适用于远期营养状况的监测，身高的变化在短期内不易被观察到，如果身高增长速度明显落后，反映慢性营养不足或长期营养不足而造成的生长迟缓。

③身高别体重：即每厘米身高的标准体重，是判断近期营养状况的常用参数。应用这个指标可避免对瘦高和矮胖体型的错误判断；对实际年龄不明的儿童，也可用以判断其营养状况。

### 【评价方法】

#### （1）单项指标评价

常用体重、身高、上臂围指标进行评价。

---

①均值离差法：以均值( $\bar{x}$ )为基值，以标准差(s)为离散值 $\bar{x} \pm 1s$ 包含 68.3% 的总体， $\bar{x} \pm 2s$ 包含 95.4%， $\bar{x} \pm 3s$ 包含总体的 99.7%。根据离差范围的不同分成三等、五等或六等级进行评价。

②百分位数评价法：百分位数法就是把某一组变量从小到大按顺序排开并计算出某百分位的相应数值，通常以第 3，10，25，50，75，90，97 七个百分位数(P)来表示。P<sub>3</sub>代表第 3 百分位数值(相当于离差法的均值减 2 个标准差)，P<sub>97</sub>代表第 97 百分位数值(相当于离差法的均值加 2 个标准差)。从 P<sub>3</sub>到 P<sub>97</sub>包括全部样本的 95%，P<sub>50</sub>为中位数。当变量值的分布呈非正态分布时，百分位数比离差法更能准确地反映实际情况。

## (2) 多项指标综合评价

①多项指标综合评价法：近年来的实际工作中，常用 WHO 推荐的“年龄别身高”、“年龄别体重”和“身高别体重”三项指标综合评价小儿的营养状况，既可反映近期营养状况的变化，又可同时反映出远期营养状况。此评价法可以对小儿的营养状况和体型作出判断，也可进行纵向观察，是一种较合理的体格评价方法。

②相关评价法：是将体重、身高、胸围、上臂围等多项指标综合起来，进行小儿体格发育的综合评价。

③生长指数评价法：是根据人体各部分之间有一定的比例，用数学公式将几项有关体格发育的指标联系起来判断体格发育、营养状况、体型和体质。

## (3) 纵向评价法

纵向评价法是通过定期、连续的身高、体重的测量，以观察、分析身高、体重的增长情况和增长速度，目前常用生长发育图根据性别、各年龄组正常儿童横剖面的体格生长(体重或身高)调查资料标记在身高、体重图上制成参考曲线，作为评价儿童生长的标准。

---

# 儿童营养咨询与喂养指导诊疗常规

## 营养评估方法

采用年龄标准体重、年龄标准身高、身高标准体重三项指标来判断并检出肥胖、低体重、生长迟缓和消瘦儿。针对性地给出营养及喂养指导方案，及时纠正生长发育偏移。

## 营养评价的时间

(1) 过程评价 主要是喂养史的评价，包括母乳喂养的评价和食物添加的评价，后者还包括食物添加时间、品种、量、进食餐数及量、膳食调查。

(2) 结果评价 包括体格测量、横断面、纵向速率等。具体指标：W/A、H/A、W/H、体重指数（BMI）等，临床症状，实验室评价：铁、锌、维生素A和维生素D等。

## 母乳喂养的优点和断乳时间

母乳喂养的优点很多，具体来说有以下几方面：母乳营养较高，易于被婴儿消化吸收和利用。人乳中糖类以乳糖为主，这有助于钙和镁的吸收，且钙磷铁的比例也合适，其吸收率均很高；母乳喂养还能增强婴儿的抗病能力，尤其是初乳和过渡乳中含有较多的分泌型免疫球蛋白A及其他免疫球蛋白和多种微生物抗体，对许多细菌和病毒有抵抗作用；而且，母乳无菌，温度适宜，不易造成肠道感染和消化功能紊乱，母乳喂养实在是经济又方便。同时母乳喂养还能增强母婴感情，使婴儿得到更多的母爱，增强安全感，这对孩子的性格形成有积极的影响。

断乳时间：世界卫生组织推荐，6个月之内要求纯母乳喂养，6个月以后必须添加辅食，母乳可以继续喂到2岁。断奶要循序渐进，突然断奶最不可取。夏季不适宜断母乳。

## 辅食添加的时间和种类

时 间	种 类
1—3 个月	鱼肝油
4—6 个月	米粉糊、麦粉糊、烂粥等淀粉类、蛋黄、大豆蛋白粉、豆腐花嫩豆腐、全脂牛奶等高蛋白食品、叶菜汁（先）、果汁（后）、叶菜泥、水果泥、鱼肝油
7—9 个月	稀粥、烂饭、饼干、面包、馒头等淀粉类食物、无刺鱼、全蛋、肝泥、动物血、碎肉末、黄豆制品、较大婴儿奶粉或全脂牛奶、蔬菜泥、水果泥、鱼肝油
10—12 个月	稠粥、烂饭、饼干、面条、面包、馒头、无刺鱼、全蛋、肝、动物血、碎肉末、黄豆制品、较大婴儿奶粉或全脂牛奶

## 食物添加的现代营养观

(1) 食物多样化、平衡、适量 没有一种食物能够具备所有的营养素，因此，食物的多样化，实际是保证孩子获得全面营养的基础。可以让孩子获得丰富的味觉、嗅觉、视觉、触觉的感知刺激，这些方面都有利于孩子的早期发展。

(2) “吃”和“动”的平衡 吃是为了健康。孩子每日摄入的产能营养素所产生的热能，50%用于维持生命即基础代谢，如维持体温、呼吸、心跳等；20%—30%用于生长发育；还有10%—15%的热能用于运动，这是人类生存不可缺少的部分。

(3) “总量控制”是关键 在吃的问题上“总量控制”，是指将一日的总摄入量控制在一个合乎生理需要的范围之内。

## 及时添加转奶期食物的原因

①消化功能日趋完善；②某些营养素的储备已耗尽；③补充乳品营养不足；④为转奶作好准备；⑤促进神经心理发育。

## 开始添加转奶期食物的时间

---

①从 4-6 个月起；②体重增加一倍时；③体重增长减慢和不增加；④每次哺乳量达 200mL；⑤全天哺乳量达 1000mL；⑥吃完后还意犹未尽。

## 怎样添加转奶期食物

①每次添加一次（至少连吃 3-5d）；②消化道逐步适应；③防止食物过敏；④由少到多、由稀到稠；⑤由淡到浓、逐步增加；⑥在心情舒畅、有饥饿感时添加；⑦若遭拒绝，可反复试验；⑧在下列情况下，暂缓添加：天气炎热、小儿患病、多次拒绝。

## 喂养行为

包括婴幼儿食物的制备行为、家长的喂养行为、儿童的进食行为和喂养环境。我们把喂养行为分为三型：放任型、强迫型、适宜型。

放任型：喂养人在喂养中完全依赖儿童的个性和食欲进行喂养，放任儿童的进餐行为，让儿童随自己的意愿进食。其结果是增加了营养不良的比例。

强迫型：喂养人在喂养行为中，通过自身示范或采取威胁、提供很多食物等多种措施，帮助、促进儿童多进食。其结果会干扰儿童自我调整摄入量的能力，导致超重或肥胖。

适宜型：能够合理的调节喂养行为，有适度的喂养频率，在儿童进餐中能监护儿童，并尽量不分散儿童注意力等行为。

### （1）家长正确的喂养行为

①培养孩子喜欢吃各种食品 避免形成挑食、偏食、异食、拒食等不良进食习惯。恐新是一种基本的防护本能，这是儿童同环境建立关系时完全正常的表现。一般经过先舔、勉强接受、吐出、再喂、吞咽等，反复 5-15 次，经过数天才能毫无戒心的享受开始拒吃的食物。

②培养良好的进食习惯 营造良好的进餐气氛，首先要有轻松、愉快、安静的进餐环境。进餐环境避免嘈杂，关闭收音机和电视机。在进餐过程中父母应注意自己的语言和行为，给孩子树立良好的榜样。不在吃饭时训斥、打骂儿童。

③鼓励孩子自己吃 从进入食物添加期开始要注意给孩子提供“自食”的机会，鼓励孩子自

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/088015122005007003>