

第二十五章 儿童保健

第一节 营养不良

【病史采集】

1. 入院 24 小时完成病历。
2. 出生史、喂养史、生长史。
3. 相关疾病史（急慢性感染、慢性代谢性疾病、长期消化功能紊乱等），病情发生发展过程。
4. 合并症及治疗经过。

【检查】

1. 入院后 1 小时必须完成体格检查，除常规体格检查外，应注意皮下脂肪减少部位、程度、水肿、精神状态及心肺功能。
2. 实验室检查：根据营养不良的程度，作血常规、血电解质、血糖、血清总蛋白及白蛋白等相关检查，针对原发病作相关检查及心电图、肝脏超声、X 线检查，有条件者可作血游离氨基酸、血清酶、血微量元素及各种维生素含量测定。

【诊断】

1. 根据临床症状及有关实验室检查确定营养不良的类型(消瘦型、水肿型、混合型)和程度（轻、中、重）。
2. 尽力找出原发疾病。
3. 寻找可能的合并症。

【治疗原则】

1. 迅速纠正严重合并症：如水电解质紊乱、低血糖、严重感染等。
2. 及时处理各种原发疾病。
3. 调整饮食，合理喂养。
4. 可选用各种消化酶、蛋白同化类固醇如苯丙酸诺龙；补充各种营养素，如蛋白质、脂肪、维生素、微量元素、矿物质。
5. 病情严重、血浆蛋白过低或有严重贫血者，可输全血或血浆。
6. 病情复杂，处理困难，需请相应专科或上级医生会诊或转上级医院。

【疗效标准】

1. 治愈：体重增长至相应身高体重标准第三个百分位以上，各项化验检查恢复正常，各项并发症均已治愈。
2. 好转：体重增长，各项化验指标基本恢复正常，各种并发症好转。
3. 未愈：未达到上述指标者。

【出院标准】

凡达到临床治愈或好转，病情相对稳定者可出院。

（张芳蓉）

第二节 维生素D缺乏性手足搐搦症

【病史采集】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 喂养史、疾病史。
3. 抽搐发作状态、持续时间、是否伴有喉鸣及意识障碍、有无发热等诱因。
4. 治疗经过和治疗反应。

【检查】

1. 入院后 15 分钟必须完成体格检查,重点注意面神经征、腓反射、止血带征。

2. 实验室检查:血清钙等电解质及碱性磷酸酶。

【 诊 断 】

1. 根据发生年龄、无热、手足搐搦、喉痉挛及佝偻病体征而无其它神经系统表现,血清钙低于 $1.75 \sim 1.88 \text{ mmol/L}$ 可诊断。

2. 本病应与其它无热惊厥的疾病如婴儿痉挛症、低血糖症、低镁惊厥、颅内出血等病鉴别。

3. 喉痉挛的患儿应与急性喉炎、先天性喉鸣鉴别。

4. 伴有发热者应注意与中枢神经系统感染鉴别。

【 治疗原则 】

首先控制惊厥或喉痉挛,然后或同时予以病因治疗。

1. 紧急处理:保持呼吸道通畅,持续抽搐者应立即选用安定或苯巴比妥等药控制惊厥,严重喉痉挛可进行气管插管。

2. 补充钙剂选用 10%葡萄糖酸钙加等量 10%葡萄糖液稀释后进行缓慢静脉注射或滴注,注意监测心率,如发生心动过缓,即应减慢注入速度或停止注射。

3. 及时应用维生素 D 制剂。

4. 病情复杂,处理困难,需请相应专科或上级医生会诊。

【 出院标准 】

临床症状消失,血钙恢复正常,病情稳定者可以出院。

(张芳蓉)

第三节 迟发性维生素 K 依赖因子缺乏症

【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。

2. 单纯母乳喂养史、既往疾病史。

3. 病情发生、发展过程、有关诱因、并发症及治疗经过。

【 检 查 】

1. 入院后 15 分钟内必须完成体格检查,特别注意出血部位、程度、贫血程度和循环状态,怀疑颅内出血,应注意意识等中枢神经系统症状及体征。

2. 实验室检查:血常规、出凝血时间、凝血酶原时间检查,入院后应立即采血送检,颅内出血者根据病情可作腰穿及脑部超声和 CT 检查,有条件者应作凝血因子活性测定。

【 诊 断 】

1. 根据年龄、喂养史、出血表现,结合实验室检查即可诊断。

2. 颅内出血病人应注意与颅内感染或其它原因颅内病变进行鉴别,同时应与其他出血性疾病进行鉴别。

【 治疗原则 】

1. 补充维生素 k 制剂。

2. 输新鲜全血。

3. 止血药物可选用止血敏、6-氨基乙酸等。

4. 处理颅内压增高、感染等并发症,有硬膜下血肿者要酌情穿刺,多次穿刺无效者再考虑手术治疗。

5. 病情复杂，处理困难，需请相应专科或上级医生会诊。

【 出院标准 】

临床症状消失,出血停止，病情稳定者可以出院。

（ 张芳蓉 ）

第二十六章 新生儿疾病

第一节 新生儿窒息

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 母孕期患病史；多胎、羊水过多；胎盘、脐带异常；分娩异常及用药物均可引起胎儿和新生儿窒息。
3. 缺氧首先出现胎儿胎动增加、胎心增快,如缺氧持续,则胎心减慢、胎动减少。

□□□□ 【 检 查 】

1. 体格检查：娩出后在复苏的同时在 1 分钟内对呼吸、心率、皮肤颜色、肌张力、对刺激的反应等进行评估。
2. 血气分析。
3. 检测窒息缺氧后可引起的多脏器损害：测血糖、血钙、血钾、血钠、心肌酶谱、肾功能、摄胸部 X 光片、脑 B 超、脑 CT 等。

【 诊 断 】

孕期及分娩中有缺氧史,出生 Apgar 1 分钟评 4~7 分为轻度窒息,0~3 分为重度窒息,若生后 1 分钟 Apgar 评 8~10 分,而数分钟后又降到 7 分及以下者亦属窒息。有条件单位可做脐血 PH 检测以作为 Apgar 评分的补充。

□□□□ 【 治 疗 】

对宫内窘迫胎儿进行处理及监护,做好复苏的准备,由经过专业训练的专业人员进行迅速、正确、有效的复苏。

1. 立即清理呼吸道分泌物,有羊水胎粪吸入者必要时予气管插管,行气管内清理,操作在 1 分钟内完成,确保呼吸道通畅。
2. 建立呼吸、增加通气、保证供氧。有重度窒息需较长时间加压给氧、应用气囊面罩复苏器仍然紫绀及需气管内给药者予气管内插管,频率以 40 次/分为宜。
3. 建立正常循环,保证足够的心搏出量。胸外按压心脏以拇指手掌法为佳,心脏按压频率与人工呼吸频率之比为 3:1。
4. 根据病情选用药物辅助复苏:肾上腺素、多巴胺、多巴酚丁胺、纳络酮、碳酸氢钠。
5. 评价、监护、保温、减少氧耗,有感染可能者用抗生素防治感染,保证营养供给。□

(文 伟)

□□□□□□□□□□□□□□□□

第二节 新生儿肺透明膜病

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 本病多见于早产儿,尤其是胎龄 32 周以下的极低出生体重儿。
3. 胎龄较大,但有宫内窘迫和出生窒息史,孕母产道流血的婴儿发生该病也较多,男性婴儿较女性婴儿多发。
4. 糖尿病母亲婴儿及剖宫产婴儿较多见。

5。多数生后情况尚可,6~12小时内出现进行性呼吸困难、呻吟、青紫。

□□□□【检查】

1。体格检查:缺氧、呼吸困难的表现,呼吸音的改变,肺部罗音的出现及特征,呼吸衰竭的表现。

2。有条件的单位可做肺成熟度的检测:羊水卵磷脂与鞘磷脂比值(L/S),羊水磷脂酰甘油(PG)测定,羊水泡沫试验。

3。血电解质、血气分析、胸部X光片。

□□□□【诊断】

1。有上述病史,生后12小时内出现进行性呼吸困难,吸气三凹、呼气呻吟,胸部X光片呈现毛玻璃样改变及支气管充气影可诊断。

2。与B族溶血性链球菌感染、大量羊水吸入综合征、湿肺、颅内出血、横膈膜神经损伤鉴别。

□□□【治疗】

1。预防性治疗:产前孕母应用肾上腺皮质激素,分娩后新生儿气管内注入表面活性物质。

2。保温:环境温度达中性温度,相对湿度达50%~65%。

3。输液:控制输液速度及液体量。

4。氧疗及辅助呼吸,疑诊病人应及早摄胸部X光片,确诊后根据病情选用CPAP、IPPV。

5。表面活性物质替代疗法。

6。心衰者强心、利尿。

7。纠正酸中毒。

8。防治感染。

9。监护:呼吸、心率、血压、血氧饱和度、血气分析、用呼吸机治疗的头三天,每天至少摄胸片两张观察病情及了解气管插管的位置。

□□□□【疗效标准】

□□□□无合并症患儿,生后60~72小时病情好转,72小时以后便可撤离呼吸机,如呼吸机治疗时间延长,要考虑气漏、动脉导管开放及支气管肺发育不良等并发症的发生。

(文 伟)

第三节 新生儿肺炎

□□□□【病史采集】

1。入院24小时内完成病历。

2。孕母在妊娠期感染。

3。胎膜早破、急产、滞产、反复经产道检查。

4。婴儿出生有窒息史,生后有感染病人接触史及脐炎、皮肤感染、败血症等病史。

5。接受侵入性操作和检查等医源性因素。

6。吃奶少或拒乳、反应低下等一般症状及咳嗽、喘、吐沫、呛奶等呼吸道症状,体温不升或发热。

□□□□【检查】

1。

体格检查:缺氧、呼吸困难的表现,呼吸音的改变,罗音的性质及特征,重症伴呼吸衰竭、心力衰竭及中枢神经系统等多脏器功能异常的表现。

2. 血常规、血培养、痰培养、病毒学检查、血气分析等实验室检查及摄胸部X片等。

□□□□【 诊 断 】

1. 根据上述病史、临床表现及胸部X光片等辅助检查可确诊。
2. 需与大量羊水吸入综合征、胎粪吸入综合征、肺透明膜病等鉴别。

□□□□【 治 疗 】

1. 加强护理及监护、保温。
2. 抗感染治疗。
3. 加温湿化后供氧,加强呼吸管理。
4. 胸部物理治疗,体位引流、胸背部叩击或震动。
5. 保持呼吸道通畅,定时吸痰、雾化吸入及气管内冲洗等。
6. 纠正酸中毒,心衰者强心、利尿、对症处理,对并发症治疗。
7. 供给足够的营养及液体,支持疗法。

□ (文 伟)

第四节 新生儿出血症

□□□□【 病史采集 】

1. 入院24小时内完成病历。
2. 孕母产前用药(抗惊厥药、抗凝血药、利福平、异烟肼)史,孕母既往妊娠出血史,家族出血史。
3. 患儿多母乳喂养,未用维生素K,有肝胆疾病、感染、缺氧病史。
4. 多数在生后2~3天、迟可达6天发病。
5. 由于腹泻、服用抗生素可在1~3个月诱发迟发性出血。

□□□□【 检 查 】

1. 体格检查:出血部位、特点、程度、是否伴有失血性贫血、休克及脏器功能障碍的表现。
2. 实验室检查:血常规、血小板、出凝血时间、凝血酶原时间、部分凝血活酶时间、APTs试验。

□□□□【 诊 断 】

1. 结合病史、临床表现、辅助检查凝血酶原时间及部分凝血活酶时间延长,血小板、出血时间正常可确诊。
2. 需与咽下综合征、血小板减少性紫癜、血友病、美克尔憩室、DIC鉴别。

□□□□【 治 疗 】

1. 立即静脉注射维生素K。
2. 严重大量出血,立即输新鲜全血或新鲜血浆。
3. 对症处理:局部止血、静脉营养等。
4. 其他:保温、供氧、纠正酸中毒、维持电解质平衡、治疗原发病。

(文 伟)

第五节 新生儿黄疸

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 患儿父母有黄疸、遗传代谢病家族史，患儿父母血型。
3. 孕母既往有原因不明的死胎、流产史、输血史、分娩过黄疸新生儿病史。
4. 患儿有窒息、缺氧史。
5. 患儿有宫内感染史或感染性疾病患病史。
6. 患儿有内出血病史。
7. 黄疸出现在生后 24 小时内、进展快,或消退延迟,□伴吃奶差、呕吐、腹泻、体温波动等。
8. 黄疸退而复现。

□□□□ 【 检 查 】

1. 体格检查：黄疸的分布、程度、颜色,有无贫血、肝脾肿大及核黄疸的神经系统体征。
2. 血常规、血型、网织红细胞、总胆红素、未结合胆红素、结合胆红素检测。
3. 抗人球蛋白试验、游离抗体、抗体释放试验、抗体效价测定。
4. G—6—PD 活性测定、血红蛋白电泳。
5. 血培养、肝功能、转氨酶、乙肝病毒血清学检测、TORCH 血清学检测及基因诊断 (PCR)。
6. 碱性磷酸酶、B 型超声、同位素扫描、CT 等。

□□□□ 【 诊 断 】

1. 根据病史、临床表现及辅助检查可确诊为高未结合胆红素血症、高结合胆红素血症、混合性高胆红素血症及黄疸的致病原因。
2. 需与生理性黄疸鉴别,以及引起高未结合胆红素血症、高结合胆红素血症及混合性高胆红素血症之间的病因鉴别。

□□□□ 【 治 疗 】

1. 光照疗法。
2. 药物治疗：酶诱导剂:苯巴比妥、尼可刹米。输白蛋白、血浆、纠正酸中毒.肾上腺皮质激素。治疗原发病。肝泰乐、胆酸钠保肝、利胆。中药退黄。
3. 一般治疗：保温、供氧，尽早开奶，尽快排出胎便，避免使用与胆红素竞争葡萄糖醛酰转移酶或白蛋白竞争结合位点的药物。
4. 胆道闭锁确诊后手术治疗。

□□(文 伟)

第六节 新生儿低钙血症

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 孕母患有糖尿病、妊娠高血压综合征、低钙血症、维生素 D 缺乏或甲状旁腺功能亢进等疾病。
3. 患儿早产、低出生体重、有缺氧病史。
4. 牛乳喂养或人工喂养。
5. 曾注射碱性药物或用枸橼酸钠抗凝血换血。

6. 有不安、易激惹、惊跳、惊厥等神经症状。

□□□□ 【 检 查 】

1. 体格检查:震颤、惊厥、呼吸暂停或呼吸改变,肌张力、腱反射的改变。
2. 血钙、血磷、血镁测定,有条件可做 24 小时尿钙测定及血甲状旁腺激素的测定。心电图检查。

□□□□ 【 诊 断 】

1. 根据母亲饮食史、疾病史及围产期病史,婴儿胎龄、分娩情况,生后病史、饮食及临床表现,血清钙 $<1.75\text{mmol/L}$ (7mg/dl),游离钙 $<0.9\text{mmol/L}$ (3.5mg/dl)可确诊。

2. 需与低镁血症、低血糖症、缺氧缺血性脑病、颅内出血、原发性呼吸暂停鉴别。

□□□□ 【 治 疗 】

1. 钙剂治疗:确诊为低钙血症者,立即静脉注射钙剂,输注过程中监护心电图或监测心率,心率在 80 次/分以下停用。

2. 补充维生素 D,提倡母乳喂养。

3. 低钙血症不易纠正,可能合并低镁血症者,给予镁剂治疗。

4. 止痉、降颅压、对症处理。

□ (文 伟)

□□□□□□□□□□□□□□□□

第七节 新生儿低血糖

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 母有糖尿病、妊娠高血压、胎盘功能不全史。
3. 早产、巨大儿、小于胎龄儿,有窒息、重度溶血病、红细胞增多症、□严重感染、硬肿症者。
4. 迟开奶、摄入不足。

□□□□ 【 检 查 】

1. 全身检查:反应差、阵发性发绀、多汗、面色苍白、无力及神经系统症状者。

2. 血糖测定 $<2.2\text{mmol/L}$;生后 1 小时内监测。

3. 反复发作或持续性低血糖,应测血胰岛素、 T_4 、TSH、生长激素和皮质醇,必要时作 B 超或 CT 检查。

□□□□ 【 诊 断 】

1. 具有以上病史者,应结合临床表现做相应的辅助检查以明确诊断。

2. 对顽固、反复发作、□严重的低血糖患儿多由于先天性内分泌疾病和遗传性疾病引起,应做有关检查进行鉴别诊断,找出原发病。

□□□□ 【 治疗原则 】

1. 测出血糖低,不等出现症状即开始治疗,口服 10%葡萄糖液,早开奶。

2. 出现症状者立即以静脉输注葡萄糖液,根据患儿低血糖的程度、出现的症状及体征选择葡萄糖的浓度(25%、10%、5%葡萄糖)及静脉输入的速度。

3. 经治疗 3 天血糖仍低者,除查找病因外可用氢化可的松或胰高糖素。

4. 对内分泌及代谢性疾病所致顽固反复发作性低血糖应积极同时治疗原发病。

□□□□ 【 疗效标准 】

1. 治愈：低血糖表现消失，空腹血糖正常稳定。
2. 未愈：低血糖表现基本消失，空腹血糖大致正常或正常尚未稳定。

□（肖**云）

第八节 新生儿缺氧缺血性脑病

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 缺氧因素：宫内窘迫、出生时窒息、反复呼吸暂停、呼吸窘迫综合征、胎粪吸入综合征等严重的呼吸道疾病病史。
3. 缺血因素：心跳骤停或严重心动过缓。
4. 神经系统症状体征：有无意识障碍、吸吮、觅食反射、惊厥等症状。

【 检 查 】

1. 全身检查：重点查意识、肌张力、有无惊厥、前囟张力、瞳孔大小、呼吸节律、吸吮及拥抱反射情况。
2. 神经系统检查：瞳孔大小、前囟张力、颅缝、原始反射、肌张力的改变。
3. 临床分度：分轻、中、重度(根据意识，肌张力，原始反射——拥抱反射、吸吮反射，惊厥，中枢性呼吸衰，瞳孔改变、前囟张力，病程及预后情况来分度)。
4. 血常规、血液生化检查、血气分析。
5. 经前囟头颅 B 型超声检查。
6. 头颅 CT 及 MRI 检查。
7. 必要时腰椎穿刺查脑脊液。

□□□□ 【 诊 断 】

通过上述病史、神经系统症状体征、特殊检查及血液生化检查即可明确诊断。应与新生儿颅内出血、化脓性脑膜炎及其他惊厥病因相鉴别。

□□□□ 【 治疗原则 】

1. 供氧；
2. 止惊：用苯巴比妥、安定；
3. 脱水剂：速尿、20%甘露醇；
4. 稳定血压：可用多巴胺等药；
5. 限制液量：60~80ml/kg.d，纠正酸碱紊乱、电解质紊乱；
6. 维持营养：静脉内营养，病情稳定后无吸吮能力时给予鼻饲奶；
7. 改善脑细胞缺氧及代谢障碍：用能量合剂、胞二磷胆碱、脑活素，恢复期可用高压氧治疗；
8. 应用抗生素预防及控制感染；
9. 进入恢复期阶段即要早期理疗或康复治疗，以减少神经系统后遗症。

□□□□ 【 疗效标准 】

治愈：轻度缺氧缺血性脑病恢复快无神经系统后遗症，症状消失、反应好、吃奶好，一周即可出院。

（肖**云）

第九节 新生儿颅内出血

【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 产伤:臀位产、急产、胎吸、产钳等手术产。
3. 缺氧:窒息、产程过长、胎盘早剥、前置胎盘、胎盘功能不全、脐带脱垂以及母亲患严重疾病。
4. 出生后有烦躁、凝视、呻吟、尖叫、惊厥,早产儿有嗜睡、反应差、拒奶、肌张力低下等抑制症状。
5. 常有呼吸不规则。

□□□□ 【 检 查 】

1. 全身检查。
2. 神经系统检查 前囟饱满或紧张,瞳孔、肌张力改变,原始反射消失。
3. 血常规、出凝血时间、血型。
4. 经前囟头颅 B 型超声检查。
5. 头颅 CT 检查。
6. 腰椎穿刺或硬膜下穿刺。

□□□□ 【 诊 断 】

1. 有异常分娩史。
2. 有神经系统症状及体征。
3. 头颅 B 型超声及 CT 检查。
4. 腰穿或硬膜下穿刺:可协助蛛网膜下腔及硬膜下出血的诊断。
5. 本病诊断要与新生儿化脓性脑膜炎、新生儿缺氧缺血性脑病、□低血糖、低血钙、低血镁等疾病相鉴别。

□□□□ 【 治疗原则 】

1. 一般治疗:保持安静、保暖、给氧、头位抬高、减少搬动、延迟开奶、密切观察瞳孔及呼吸情况。
2. 止痉:用苯巴比妥、安定。
3. 脱水剂:20%甘露醇、速尿、地塞米松降低颅内压,控制脑水肿。
4. 止血:维生素K₁、止血敏、止血芳酸、补充凝血因子,输新鲜血或血浆。
5. 抗生素:一般按新生儿早期感染选用。
6. 维持营养:早期由静脉补充营养与液体,病情稳定后不会吸吮者用鼻饲喂养或予静脉内营养。
7. 改善脑细胞缺氧缺血及代谢障碍:用能量合剂、胞二磷胆碱、脑活素。
8. 苏醒剂:醒脑静。
9. 防止后遗症:要早期干预,进行训练,□亦可选用α-氨基酪酸、□VitB₁、B₆、B₁₂、VitE、ATP 及针灸等。
10. 门诊随访,定期给予指导。

(肖**云)

第十节 新生儿硬肿症

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。

2. 发病多见于寒冷季节、环境温度过低或保温不当, □早产儿、低出生体重儿易患本病。

3. 感染、产伤、窒息、出血及某些先天畸形等常是诱发因素。

4. 早期哺乳差、哭声低、反应低下、体温不升、皮肤硬肿。

□□□□ 【 检 查 】

1. 全身体检。

2. 专科检查:腋温-肛温差, 皮肤硬肿范围,各器官功能改变的临床体征。

3. 血常规、血小板计数、出凝血时间、血型。

4. 血清钠、钾、钙、磷、尿素氮、肌酐、血糖。

5. 血气分析。

6. 心电图、胸部 X 线片。

7. 合并 DIC 时应查:血小板计数、凝血酶原时间、部分凝血活酶时间、凝血酶时间、纤维蛋白原、3P□试验(指标中 4 项以上阳性者可确诊为 DIC,符合 3 项者高度怀疑)。

□□□□ 【 诊 断 】

1. 根据以上病史。

2. 临床表现:不吃, 不哭, 反应差,体温 35℃以下,重者〈30℃,心率减慢,心音低钝,常伴有低血糖、代谢性酸中毒、多脏器功能损害、微循环障碍、休克、心功能不全、弥漫性血管内凝血、肺出血、肾功能衰竭等。

3. 硬肿症分为轻、中、重三度(根据体温-肛温、□腋-肛温差、硬肿范围、器官功能改变, 每项分别评分),总分为 0 分者轻度, 1□3 分为中度, 4 分以上为重度。

□□□□ 【 治疗原则 】

1. 复温。

2. 不能吃奶者用胃管喂养,重症或呕吐者暂不喂奶, 由静脉供给液体及热量。

3. 选用适当抗生素防治。

4. 改善微循环选用多巴胺、酚妥拉明、东莨菪碱。

5. DIC 高凝状态时用肝素。

6. 治疗原发病及各器官功能损害之合并症。

7. 其他有缺氧者进行氧疗, 能量合剂,VitE。

8. 中药复方丹参、川芎、红花。

(肖**云)

第十一节 新生儿败血症

□□□□ 【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。

2. 孕母有发热及感染史。

3. 胎膜早破、产程延长、羊水混浊或发臭。

4. 接生时消毒不严或过多产程操作。

5. 早产、小于胎龄儿、有免疫缺陷病者易感染。

6. 皮肤粘膜损伤史, 脐部感染史。

7. 气管插管、脐血管或外周**脉插管史, 抢救器械消毒不严, 医疗用品被污染。

8. 患儿常表现吃奶少、吸吮无力,少哭,哭声低微,精神萎靡,嗜睡,面色发黄、发青、发白、发灰,发热或体温不升。重症者拒奶、不哭、不动、神志不清、面色不佳、体温不升。

□□□□【 检 查 】

1. 全身检查:黄疸迅速加重、肝脾肿大、出血倾向、贫血、休克、血压下降、面色苍白、皮肤大理石花纹、脉细而速、肌张力低下、尿少、尿闭、腹胀。
2. 出现化脓性病灶。
3. 血培养:有条件者可作厌氧菌培养, L 型细菌培养。
4. 外周血白细胞计数及分类。
5. C 反应蛋白 (CRP)增高。
6. 疑宫内感染查脐血 IgM, 胃液涂片查细菌, 脐带及胎盘病理学检查有绒毛膜炎, 血管炎等改变。
7. 其他培养:从尿液、脑脊液、□浆膜腔液或非暴露病灶分离或涂片找到同一细菌。
8. 有条件作对流免疫电泳:以了解新生儿体液(血液、□脑脊液)存在的细菌抗原, 作败血症的病因诊断。

□□□□【 诊 断 】

根据以上病史、症状、体征分析及通过血液方面的特殊化验检查及其他病灶、体液的有关检查即能准确作出对本病的诊断。

□□□□【 治疗原则 】

1. 一般治疗:安静, 保持呼吸道通畅,保暖, 维持水、电解质平衡,纠正酸中毒和缺氧,输血、血浆支持疗法。局部病灶处理。
2. 控制感染:选用杀菌性抗生素。
3. 对症治疗:抗休克, 控制心衰,同时治疗并发症。
4. 免疫治疗:中性粒细胞减少者可输注白细胞, 或静脉滴注丙种球蛋白。

(肖**云)

第十二节 新生儿坏死性小肠结肠炎

【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 早产儿、极低出生体重儿, 有窒息、缺氧、严重感染、肠道感染、用高渗奶喂养者。
3. 有腹胀、呕吐、腹泻、便血。

□□□□【 检 查 】

1. 全身检查:腹胀, 重症病例并发肠穿孔、腹膜炎时症状更明显,肠壁皮肤红肿, 肠鸣音消失。
2. 查血常规, 出凝血时间, 血型。
3. 血生化, 钾、钠、氯、钙、二氧化碳结合力。
4. 大便常规, 潜血试验。
5. 腹部 X 线立位平片。

□□□□【 诊 断 】

1. 根据以上病史有呕吐、腹泻、腹胀、大便潜血试验阳性或有便血及本病特殊的消化道 X 线征象即可确诊。
2. 本病应与先天性巨结肠、新生儿出血症相鉴别。

□□□□ 【 治疗原则 】

1。 内科治疗：

- (1) 禁食 7□ 10 天。
- (2) 胃肠减压。
- (3) 补液、纠正酸中毒及电解质紊乱。
- (4) 支持疗法:全静脉高营养液、输新鲜血、血浆。
- (5) 抗生素治疗：给予口服加静脉点滴。

2. 外科手术指征:

- (1) 腹腔内出现游离气体;
- (2) 临床恶化发生肠坏死；
- (3) 大量便血;
- (4) 持续性肠梗阻；
- (5) 腹腔穿刺阳性，抽出血性或黄色浑浊液大于 0.5 m l。

(肖**云)

第二十七章 遗传、免疫及结缔组织病

第一节 21—三体综合征

【病史采集】

1. 入院后 24 小时内完成病历。
2. 有否智力低下、体格发育落后、有无反复感染史。
3. 母亲妊娠年龄, 孕期中疾病及用药情况、是否放射线照射、不良嗜好等。

【检查】

1. 体检应注意特殊面容, 肌张力低下, 通贯手等典型表现, 亦应判别有否先天性心脏病。对异常情况的描述, 包括: 皮肤、皮纹、面容、神经反射、肌张力等。
2. 实验室检查: 染色体核型检查; 必要时作智商测定。

【诊断】

1. 根据病史、临床表现, 结合染色体检查, 可明确诊断。
2. 不典型者须与先天性甲状腺功能减低症鉴别。

【治疗原则】

本病无特殊治疗。主要是对症处理和治疗合并症。

(李 其)

第二节 半乳糖血症

【病史采集】

1. 入院后 24 小时内完成病历。
2. 拒食、嗜睡、呕吐及黄疸等症状发生的时间、程度, 与摄入的奶量及时间的关系, 有否抽搐、智力障碍及肝功能衰竭相应症状。
3. 有无家族史。

【检查】

1. 入院后 1 小时内完成体检。注意肝脏大小、质地、肌张力及有无白内障等。
2. 实验室检查: 作尿还原糖试验、血半乳糖及其代谢相关酶 (半乳糖—1—磷酸尿苷酰转移酶) 测定; 必要时作肝功能检查、血糖、血电解质等检查。

【诊断】

根据病史、临床表现, 结合实验室检查, 可明确诊断。

【治疗原则】

1. 饮食方面: 停用奶及奶制品, 加用谷类、脂类、其它类蛋白质。
2. 食物及维生素喂养。
3. 对症处理: 防治低血糖; 纠正水电解质及酸碱失衡。
4. 有感染者, 给予抗生素治疗。

(李 其)

第三节 肝豆状核变性

【病史采集】

1. 入院后 24 小时内完成病历。

2. 发病年龄,久治不愈的“肝病”史,缓慢进展的神经、精神症状及溶血性贫血、泌尿和骨骼系统症状等。

3. 家族中有无不明原因的肝病史,精神病史。

【 检 查 】

1. 入院后 1 小时内完成体检。

2. 实验室检查:作血浆铜蓝蛋白、肝功能检查;裂隙灯下检查角膜 K-F 环;有条件者作头颅 CT、MRI 检查或同位素铜结合试验;必要时肝脏活检。

【 诊 断 】

根据有本病家族史、原因不明的肝病、溶血性贫血、肾脏病变或精神神经症状的患儿,都要考虑本病的可能性、采取必要的实验室检查。

【 治疗原则 】

1. 限制铜摄入:不宜进食动物内脏、鱼虾海鲜和其它含铜高食品;可应用锌剂治疗。

2. 加速铜排泄:可应用青霉胺、三乙四胺促进尿铜排出。

3. 针对肝功能受损、高铜血症可给予能量合剂、维生素 C 及白蛋白。

4. 有条件者可作肝移植。

5. 病情复杂,处理困难,需请相应专科或上级医生会诊。

【 疗效标准 】

1. 治愈:铜代谢平衡,临床症状、体征消失。

2. 好转:症状、体征较入院时好转,病情进入恢复期。

3. 未愈:症状、体征无改善。

(李 其)

第四节 风 湿 热

【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。

2. 病前 1~3 周有否上呼吸道感染史。

3. 病史采集内容应包括发热的热型、心脏受累情况,有无游走性关节疼痛、皮肤改变以及有无舞蹈病的表现。

【 检 查 】

1. 全身体检,生命体征及咽部特征。

2. 心脏听诊包括心音、心律,有无返流性杂音、奔马律或心包摩擦音。

3. 皮疹的部位、特点、关节的局部表现,有无遗留畸形。

4. 实验室检查:血常规、咽拭子培养、抗“O”、血沉、C 反应蛋白、血清补体试验等。

5. 心电图,胸部 X 线检查。

【 诊 断 】

1. 主要表现:心脏炎、多发性关节炎、舞蹈病、环形红斑、皮下结节。

2. 次要表现:发热、关节痛、以往有风湿热或风湿性心脏病史,血沉加快或 C 反应蛋白阳性,白细胞增多,心电图 P-R 间期延长。

3. 链球菌感染证据:抗“O”或其他抗链球菌抗体增加,咽拭子培养为 A 组链球菌阳性,或近期有链球菌感染如咽炎、猩红热等。

4. 凡有两项主要表现或一项主要表现和两项次要表现,并附有近期链球菌感染病史可考虑该病诊断.

5. 凡诊断不明确又怀疑风湿热,应与类风湿性关节炎、结核感染、过敏性关节炎、急性化脓性关节炎、病毒性心肌炎、亚急性细菌性心内膜炎等疾病相鉴别并做相应的检查。

【治疗原则】

1. 一般治疗:休息及控制活动量,急性期需卧床休息,卧床休息时间及活动量视病情而定。

2. 控制感染病灶,急性期用抗菌素控制感染。

3. 抗风湿治疗,常用阿司匹林及肾上腺皮质激素,两者药物的选择、用量及疗程必须根据临床表现决定,用药中注意用药副作用及停药后“反跳现象”。

4. 并发症处理:如充血性心力衰竭。

5. 对舞蹈症的治疗。

(杨跃萍)

第五节 幼年类风湿性关节炎

【病史采集】

1. 入院24小时内完成病历。

2. 发热的热型及与皮肤出疹的关系。

3. 关节的病变受累部位、出现时间、有无活动受限、僵硬及游走性。

4. 视力有无减退。

【检查】

1. 全身体检及重要的生命体征。

2. 关节局部表现,是否对称并累及四肢以外的其他关节,有无僵硬变形。

3. 皮疹特点,肝、脾、淋巴结是否肿大。

4. 实验室检查:血常规、血沉、抗“O”、C反应蛋白、 $\square$ 粘蛋白、血清白蛋白、 α_2 及 γ 球蛋白、抗核抗体、类风湿因子。

5. 关节的X线检查。

【诊断】

1. 主要根据临床症状,凡关节炎或全身症状持续6周以上,能排除其他疾病的应考虑该病,并根据不同的年龄,不同的临床特征分型。

2. 凡诊断不明确又怀疑该病时应与风湿热、全身性感染(败血症)、结核病、急性白血病、组织细胞增生症等疾病相鉴别,并做相应的检查。

【治疗原则】

1. 一般治疗:宜早采取综合疗法,适当休息、营养,并采用医疗体育、理疗、热敷等预防局部强直或畸形,同时要尽量避免及控制感染。

2. 采用阿司匹林和肾上腺皮质激素,必要时加用环磷酰胺,三种药物的选择、剂量及疗程视病情而定,注意用药副作用及处理方法。

3. 合并虹膜睫状体炎,应请眼科医生协助诊断及治疗。

(杨跃萍)

第六节 过敏性紫癜

【病史采集】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 皮疹出现时间、顺序、部位、特点及可能诱因。
3. 胃肠道症状,腹痛部位、性质,大便性状,是否呕吐。
4. 关节受累,小便量及颜色,有否浮肿。

【检查】

1. 全身体检及重要的生命体征。
2. 皮疹的部位、特点,腹部体征、局部关节特征。
3. 实验室检查:血常规、血小板计数、出凝血时间、□大小便常规、大便隐血试验及查血沉、类风湿因子、抗核抗体、血清补体、血清免疫球蛋白等。
4. 毛细血管脆性试验。

【诊断】

1. 根据典型的皮肤紫癜,尤其是伴有荨麻疹、神经血管性水肿及关节、胃肠道或肾脏损害表现时可确诊。
2. 凡诊断不明确又怀疑过敏性紫癜者,应与特发性血小板减少性紫癜、风湿性关节炎、外科急腹症、急性出血性坏死性小肠炎等疾病相鉴别,并做相应的检查。

【治疗原则】

1. 一般治疗:注意休息,避免与可疑过敏原接触,存在感染时要抗感染治疗,补充维生素 C、维生素 P。
2. 肾上腺皮质激素及免疫抑制剂疗法,前者对控制严重胃肠道出血和腹痛疗效显著,后者对长期肾脏病变者试用。
3. 对症处理及中医治疗。

(杨跃萍)

第七节 皮肤粘膜淋巴结综合征

【病史采集】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 发热的时间、热型,抗生素治疗情况。
3. 手足皮肤改变,躯干皮疹特点,口唇、舌、结膜充血程度。
4. 与心脏受累有关的症状。

【检查】

1. 全身体检及重要的生命体征。
2. 手足皮肤病变的特点,有无脱皮,脱皮的部位,结膜、唇、舌充血表现。
3. 淋巴结肿大的部位、大小、疼痛感。
4. 心脏听诊:心律、心音、杂音情况。
5. 实验室检查:血常规、血小板计数、血沉、抗“O”、C反应蛋白,血清蛋白电泳,血清免疫球蛋白电泳,血清补体。
6. 心电图,心脏 B 超,胸部 X 线检查。

【诊断】

1. 不明原因持续发热 5 日以上，双侧结膜充血，口咽充血，唇红、干裂，杨梅舌，手足皮肤特异性改变，淋巴结肿大，尤其是 B 超提示有冠状动脉瘤或扩张可确诊。

2. 凡诊断不明确又怀疑该病者，应与出疹性传染病、病毒感染、急性淋巴结炎、类风湿病、病毒性心肌炎、风湿性心脏炎等疾病相鉴别，并做相应检查。

【 治疗原则 】

1. 急性期治疗：丙种球蛋白加阿司匹林治疗。

2. 恢复期治疗：小剂量阿司匹林抗凝治疗，严格掌握减量及停药时间，对阿司匹林不耐受者用潘生丁。

3. 注意心脏并发症治疗，定期复查心脏情况，必要时做冠状动脉造影，并适当控制活动量。

4. 对有血栓形成者，可用尿激酶或链激酶治疗；内科治疗无效，或个别严重的病人，可采用外科手术治疗；

5. 对心力衰竭、心律失常、心源性休克的病人及时进行对症处理。

（ 杨跃萍 ）

第二十八章 感染性疾病

第一节 麻疹

【 病史采集 】

1. 发病前与麻疹病人接触史.
2. 发热及上呼吸道卡他症状.
3. 皮疹出疹时间、顺序、蔓延速度及持续时间.
4. 与之鉴别的症状及皮疹特点.

【 检 查 】

1. 全身检查及主要生命体征.
2. 专病检查：皮疹形态、分布部位、口腔颊粘膜处见麻疹粘膜斑.
3. 实验室检查：血常规，必要时做麻疹 Ig M 抗体检查.
4. 器械检查：
 - (1) 胸部X线片；
 - (2) 必要时做心电图检查.

【 诊 断 】

1. 依据麻疹接触史,病前上呼吸道卡他症状,皮疹出现的时间、顺序、蔓延速度、持续时间等皮疹特点可作出诊断.
2. 本病需与风疹、幼儿急疹、猩红热、肠道病毒感染鉴别.

【 治疗原则 】

1. 护理及对症治疗.
2. 中医中药治疗.
3. 并发症治疗（肺炎、心肌炎、中耳炎、脑炎等的处理见相关章节）.

□□□□（ 翁坤荣 ）

第二节 传染性单核细胞增多症

【 病史采集 】

1. 上呼吸道前驱表现、咽痛.
2. 多系统受累症状(神经、呼吸、消化、泌尿、□循环及血液等系统相应症状).
3. 发热，热度及持续时间.

【 检 查 】

1. 体格检查：浅表淋巴结肿大、皮疹形态、肝脾肿大.
2. 实验室检查：
 - (1) 血象:淋巴细胞与单核细胞总数,异型淋巴细胞所占比例；
 - (2) 血清嗜异性凝集试验；
 - (3) 肝功能;
 - (4) EB 病毒抗体.

【 诊 断 】

1. 依据持续发热、多系统受累症状、外周血白细胞增多，单核细胞增多，可见异型淋巴细胞，血清嗜异性凝集试验阳性可作出诊断。□

- 2。 本病需与传染性淋巴细胞增多症、急性白血病鉴别。

【 治疗原则 】

1. 护理及对症治疗。
- 2。 重症可使用皮质激素及 α 干扰素。

□ (翁坤荣)

第三节 细菌性痢疾

【 病史采集 】

1. 进食不洁食物及饮料史。
- 2。 发热、腹痛、腹泻、里急后重、排脓血样大便。
3. 突发高热、惊厥、精神萎靡或昏迷等中毒性痢疾表现。
4. 与之鉴别的其它腹泻。

【 检 查 】

1. 全身检查：疑毒痢时应在 15 分钟内完成体格检查。
2. 实验室检查：
 - (1) 血常规；
 - (2) 疑毒痢时应作血清电解质、二氧化碳结合力等检查；
 - (3) 大便常规、培养及药敏试验；
 - (4) 如有条件可作免疫荧光菌球法、葡萄球菌协同凝集试验以快速诊断。
3. 器械检查：必要时作乙状结肠镜检。

【 诊 断 】

1. 依据进食不洁食物史，腹痛、腹泻、里急后重、排脓血便等症状可作出临床诊断，确诊需依靠大便培养痢疾杆菌阳性。
- 2。 本病需与致病性大肠杆菌肠炎、沙门菌肠炎、霍乱与副霍乱、病毒性腹泻、阿米巴痢疾等鉴别。

【 治疗原则 】

1. 一般治疗和对症治疗。
- 2。 抗菌药物治疗。
3. 中药治疗。
4. 中毒性菌痢治疗:包括抗休克扩容、纠正酸中毒及电解质失衡、防治肺水肿等措施。

□ (翁坤荣)

第四节 伤 寒

【 病史采集 】

- 1。 近期接触伤寒病人或饮食过伤寒菌污染的生水或食物史。
- 2。 有持续发热、食欲不振、腹泻或血便。

【 检 查 】

1. 重要生命体征：体温、脉搏、血压、呼吸、神志。
2. 体征：表情呆滞、相对缓脉、玫瑰疹、“伤寒舌”、□肝脾肿大。
3. 实验室检查：

- (1) 血、尿、大便常规，肝肾功能、二氧化碳结合力；
- (2) 血培养、大便培养及药敏，肥达氏反应；
- (3) 必要时骨髓穿刺培养。
4. 器械检查：心电图、腹部B超、腹部X线检查（疑肠穿孔时）。

【 诊 断 】

1. 病史：伤寒病人接触史及不洁食物史；
2. 症状：持续发热、食欲不振、腹泻、腹胀；
3. 体征：相对缓脉、玫瑰疹、“伤寒舌”、肝脾肿大；
4. 血、大便培养及肥达氏反应有伤寒杆菌感染的证据。

【 鉴别诊断 】

本病需与疟疾、粟粒性肺结核、革兰氏阴性杆菌败血症、病毒感染、传染性单核细胞增多症、败血症及恶性组织细胞病相鉴别。

【 治疗原则 】

1. 一般治疗：按肠道传染病隔离，卧床休息，无渣流质或半流饮食。
2. 对症治疗。
3. 病原治疗：根据临床或药敏试验选用下列抗生素：氯霉素、百炎净、氨苄青霉素、羟氨苄青霉素、氟哌酸、环丙沙星等。
4. 并发症的治疗：疑肠穿孔应及早请外科会诊。

（ 翁坤荣 ）

□

第五节 败 血 症

【 病史采集 】

1. 高热及全身不适，如头痛、纳差、苍白、婴幼儿可惊厥、吐泻。
2. 皮肤粘膜伤口感染史；皮肤疔疖、脓肿史；胃肠道症状及尿路感染史。

【 检 查 】

1. 全身检查，重要的生命体征。
2. 专科检查：皮肤感染病灶、出血点、肝脾有无肿大。
3. 实验室检查：
 - (1) 血常规，出凝血时间，血型；
 - (2) 尿常规，大便常规；
 - (3) 血培养加药敏试验；
 - (4) 局部病灶分泌物的培养及涂片；
 - (5) C反应蛋白及其他有关检查。

【 诊 断 】

1. 根据病史、症状及体征，结合血象可初步做出诊断。
2. 确诊需与病毒性上呼吸道感染、伤寒、毒痢及粟粒性肺结核相鉴别。

【 治疗原则 】

1. 一般及对症治疗：卧床休息，注意营养及维生素补充，保持水、电解质及酸碱平衡。
2. 严重者输血、血浆、白蛋白、丙种球蛋白。
3. 抗菌药物治疗：最好根据药敏结果选择抗生素。
4. 中毒症状严重者需加用激素治疗。

5. 脓性病灶切开排脓。
6. 免疫疗法。

(翁坤荣)

第六节 小儿结核病

【 病史采集 】

1. 询问小儿结核中毒症状：低热、消瘦、盗汗、纳呆、乏力、轻咳等。
2. 急起发热、面色苍白、烦躁不安、盗汗、咳嗽、气促等表现，注意急性粟粒性结核可能。
3. 出现不规则低热、淡漠、神萎、少言等性格改变，伴有头痛、呕吐、便秘等注意结核性脑膜炎可能。
4. 上述小儿结核中毒症状加纳呆、腹痛、腹泻与便秘交替等消化道症状，要注意腹腔结核可能。
5. 询问结核病接触史、卡介苗接种及复查情况。

【 检 查 】

1. 全身检查。
2. 专科检查：浅表淋巴结、脑膜刺激征、肺部物理征、肝脾、腹腔触诊等。
3. 实验室检查：
 - (1) 结核菌素或 PPD 试验；
 - (2) 血沉；
 - (3) 寻找病原菌（痰、脑脊液、胸水、腹水），必要时抽胃液浓缩找结核菌，结核培养或动物接种；
 - (4) 必要时脑脊液、胸水、腹水检查、涂片或培养找抗酸杆菌。
4. 器械检查：
 - (1) X 线检查；
 - (2) CT 检查(支气管结核、肺门淋巴结结核)。

【 诊 断 】

1. 详细询问病史：包括卡介苗接种史、结核接触史、有否结核中毒症状等；
2. 临床表现各种不同类型的结核均有某些共同及特殊的临床表现；
3. 辅助检查协助进一步诊断。

【 鉴别诊断 】

1. 原发性肺结核：轻症应与上呼吸道感染、流行性感冒鉴别；重症病例与伤寒、恶网、结缔组织病鉴别。
2. 急性粟粒性结核应与肺炎、败血症、伤寒、风湿热或组织细胞增生症鉴别。
3. 结核性脑膜炎病初需与化脓性脑膜炎、病毒性脑膜炎或隐球菌脑膜炎鉴别。

【 治疗原则 】

发现结核应转到患者所在结防机构诊治,不许截留病人。

1. 一般治疗。
2. 对症及辅助(激素等) 治疗。

- 3。 抗结核药物治疗不同类型用不同化疗方案并坚持规则用药.
4. 免疫疗法。

(翁坤荣)

第二十九章 常见儿科疾病

第一节 消化系统疾病

消化性溃疡

【病史采集】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 有关消化性溃疡的症状包括厌食、消瘦、恶心、呕吐、上腹部不适、反酸、反复上腹部疼痛、呕血及便血史。
3. 有关上消化道疾病包括溃疡的家族史。
4. 以前的检查、治疗经过及疗效情况。

【检查】

1. 全身体检，重点检查腹部情况。
2. 上消化道钡餐检查。
3. 有条件可作上消化道纤维内窥镜检查。
4. 有条件可进行抗幽门螺旋杆菌 (*Helicobacter Pylori*, HP) IgG 检测，快速尿素酶试验，¹³-C 素呼吸试验等。

【诊断】

1. 具有上消化道疾病的症状，钡餐及纤维内窥镜检查的结果即可诊断。
2. 注意与应激性溃疡、胃泌素瘤所致 Zollinger—Ellison 综合征相鉴别。

【治疗原则】

1. 饮食治疗。
2. 并发症治疗,如溃疡出血等。
3. 抗酸治疗，包括 H₂ 受体阻滞剂及质子泵抑制剂。
4. 保护胃粘膜，如胶体铋。
5. 根除 HP 治疗。
6. 病情复杂，医疗条件欠佳者，需请专科医师或转上级医院医治。

【疗效标准】

1. 治愈：临床症状消失，钡餐或纤维内窥镜检查溃疡愈合。
2. 好转:临床症状明显好转，钡餐或纤维内窥镜检查溃疡缩小。
3. 未愈：未达到上述水准者。

【出院标准】

病情好转、并发症控制后可出院门诊治疗。

小儿腹泻病

【病史采集】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 大便性状、次数及病程。
3. 有无脱水、电解质和酸碱平衡紊乱表现。
4. 有无中毒症状。
5. 有无明显病因及诱因。

【检查】

1. 全身体检,注意生命体征及脱水情况。
2. 血常规、大便常规,电解质及肾功能检查。

3. 病毒学检查，大便细菌培养。

【 诊 断 】

1. 根据大便性状、次数即可诊断，病因未明确之前，统称腹泻病。
2. 尽可能找出腹泻的病因以鉴别诊断。

【 治疗原则 】

1. 合理饮食。
2. 控制感染。
3. 消化道粘膜保护剂,微生态疗法。
4. 纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。
5. 脱水程度、中毒症状严重又缺乏相应检查及治疗手段者需送上级医院治疗。

【 疗效标准 】

1. 治愈:大便次数、性状恢复正常，脱水纠正。
2. 好转:大便次数减少，性状明显好转,脱水基本纠正。
3. 未愈：未达到上述标准者。

【 出院标准 】

凡达到临床治愈或好转、病情稳定者可出院。

急性坏死性肠炎

【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 胃肠道症状：腹痛、腹泻、腹胀、呕吐、便血、大便奇臭等。
3. 有无全身中毒症状，如发热、烦躁、神萎、嗜睡等。
4. 有无中毒性休克、DIC、肠穿孔等并发症表现。

【 检 查 】

1. 全身体检，注意生命体征及腹部情况检查。
2. 血常规、大便常规+潜血，大便培养，电解质,注意并发症相关检查。
3. 腹部 X 线检查。

【 诊 断 】

1. 具有典型症状、体征及实验室证据即可诊断。
2. 注意同感染性腹泻、功能性肠麻痹、急性肠套叠、绞窄性机械性肠梗阻相鉴别。

【 治疗原则 】

1. 禁食。
2. 纠正水、电解质紊乱，营养支持疗法。
3. 控制感染。
4. 积极防治休克及DIC等并发症。
5. 病情严重,可能出现并发症时应及时转上级医院治疗。

【 疗效标准 】

1. 治愈：临床症状及体征消失，患者恢复健康。
2. 好转:临床症状及体征明显好转，疾病处于恢复之中。
3. 未愈：未达到上述标准者。

【 出院标准 】

凡达到临床治愈或好转、病情稳定者可出院。

(项 立)

第二节 呼吸系统疾病

急性喉炎

【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 发热、咳嗽、声嘶、喉鸣及吸气性呼吸困难。
3. 治疗经过及反应。

【 检 查 】

1. 入院后 15 分钟必须完成体格检查。
2. 应作血象检查,必要时可作直接喉镜检查,但对有严重呼吸困难者要慎用。有条件者可作分泌物培养,严重喉梗阻者应作血气分析。

【 诊 断 】

1. 根据急性起病、犬吠样咳嗽、声嘶、喉鸣、吸气性呼吸困难等典型表现,可作出诊断。但注意与咽后壁脓肿等疾病相鉴别。
2. 按呼吸困难的程度,将喉梗阻分为 4 度,可据此掌握气管切开的时机。

【 治疗原则 】

1. 保持呼吸道通畅,纠正低氧血症,雾化吸入以利分泌物排出。
2. 控制感染,及时静脉输入足量抗生素。
3. 肾上腺皮质激素:常用制剂有氢化可的松、甲基强的松龙或地塞米松等,宜与抗生素合并使用。
4. 对症治疗,烦躁不安宜用镇静剂。
5. **Ⅳ**度喉梗阻,或**Ⅲ**度喉梗阻经治疗无缓解者,应及时作气管插管或气管切开术。
6. 病情严重,处理困难者,应请上级医师或相应专科会诊。

【 疗效标准 】

1. 治愈:体温正常、喉炎症状和体征消失。
2. 好转:体温正常,气促及犬吠样咳嗽和喉鸣减轻。
3. 未愈:症状及体征无好转或有加重。

支气管肺炎

【 病史采集 】

1. 入院 24 小时内完成病历。
2. 发热,咳嗽、气促及并发症的表现。
3. 治疗经过及其疗效。

【 检 查 】

1. 体检注意呼吸频率,有否鼻扇、紫绀、三凹征,肺部细湿罗音及合并的气胸、脓胸体征。须注意有否呼吸衰竭、心功能不全及其它脏器功能受累而出现的症状。
2. 入院后应作血象及胸部 X 线检查,有条件者应作病原学检查,中性粒细胞硷性磷酸酶积分等。危重病例应作血气分析。

【 诊 断 】

- 1.

典型的支气管肺炎有发热、咳嗽、呼吸困难、紫绀、肺部有较固定的细湿性罗音,结合 X 线检查结果,可作出诊断。□同时辨别病情轻重,及有无心衰、呼衰等并发症和脓气胸等合并症。

2. 可疑病例应与急性支气管炎、肺结核、支气管异物等鉴别。

【治疗原则】

1. 一般治疗:患儿宜减少活动,室内空气清新,饮食宜清淡.重症病例可酌情应用血浆或新鲜全血等。

2. 病原治疗:根据病情或病原学检查结果,合理选用抗生素。

3. 对症治疗:

(1) 保持呼吸道通畅,包括祛痰剂,雾化治疗等。

(2) 氧疗。

(3) 防治水、电解质失衡。

4. 重症患儿宜应用血管活性药物,如酚妥拉明,酌情加用阿拉明或多巴胺。严重肺炎,喘憋不能缓解者,可短期应用皮质激素。

5. 防治并发症及合并症:及时纠正心衰、呼衰、□胃肠功能衰竭、脓胸及脓气胸等。

【疗效标准】

1. 治愈:体温正常,呼吸平稳,喘息消失或偶有咳嗽,精神及食欲改善,肺部体征消失,X 线检查炎症吸收。

2. 好转:体温正常,精神食欲改善,气促好转,紫绀消失,有轻、中度咳嗽,肺部罗音明显减少,X 线检查炎症部分吸收。

3. 未愈:症状及体征无好转。

(刘灿霞 李成荣)

支气管哮喘

【病史采集】

1. 入院 24 小时内完成病历。

2. 咳嗽喘息的频度及强度,持续时间及诱因,有无发热。

3. 有否存在哮喘持续状态。

4. 既往有无喘息史、过敏性疾病史及有无家族过敏史。

5. 治疗经过和治疗反应。

【检查】

1. 入院后 1 小时内完成体检

2. 实验室检查:作血象、X 线等相关检查;有条件者作肺功能、气道反应性测定及变应原检测;病情严重者作血气分析。

【诊断】

1. 具有反复喘息史,肺部哮鸣音,支气管扩张剂治疗有效者可作出明确诊断。哮喘急性严重发作,经合理应用拟交感神经药物和茶碱类药物仍不能缓解者,可诊断哮喘持续状态。

2. 对疑诊病例可作肾上腺素或舒喘灵试验,或气道反应性测定及变应原检测,结合个人或家族过敏史,有助于诊断。

3. 需与毛细支气管炎,喘息性支气管炎,支气管淋巴结结核及呼吸道异物等

疾病鉴别者,应做相关检查。

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/365024133311012111>