

图书在版编目(CIP)数据

儿童常见病家庭指南/蒋泽先,王共先主编.—西安:
世界图书出版西安公司,2007.2
ISBN 978 - 7 - 5062 - 8507 - 0

I.儿... II.①蒋...②王... III.小儿疾病:
常见病—防治 IV.R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 001332 号

儿童常见病家庭指南

主 编	蒋泽先 王共先
丛书策划	齐 琼
责任编辑	赵亚强
美术设计	吉人设计

出版发行	世界图书出版西安公司
地 址	西安市北大街 85 号
邮 编	710003
电 话	029 - 87214941 87233647(市场营销部) 029 - 87232980(总编室)
传 真	029 - 87279676
经 销	全国各地新华书店
印 刷	
开 本	880 × 1230 1/32
印 张	7.5
字 数	180 千字

版 次	2007 年 2 月第 1 版 2007 年 2 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978 - 7 - 5062 - 8507 - 0
定 价	20.00 元

☆如有印装错误,请寄回本公司更换☆

开 篇

如今，中国的年轻父母大多只有一个孩子。面对独一无二的“宝贝”，该如何让他健康地成长呢？这是所有年轻父母都十分关注的问题。年轻父母对养护孩子没有什么经验，在孩子的吃饭穿衣等问题上容易走进误区。一旦遇到意外情况更是不知所措。

我们经常碰到这种情况：父母慌慌张张地抱着孩子来看病，但是孩子并没有病，只是出现了生长发育中的一些看似“异常”的现象而已。孩子真正得病时，有的家长又不能及时发现，发现后更不知如何护理患病的孩子，服药及饮食不当，反而加重了孩子的病情。以上情况，都是因为父母对孩子生理和病理知识的匮乏造成的。



当前，在看病时，医生不可能对父母的所有疑惑逐一解答，另外，有少部分医生的工作态度不够认真，对孩子的看似“异常”的现象给予“治疗”，反而给孩子增加了不必要的痛苦。

一、家长如何知道孩子患了病

小儿并非成人的简单的缩影，在临床上，小儿与成人的解剖生理有很多不同之处，年龄越小，差别越大。表现在疾病的种类、病理、临床表现以及预后等各个方面，构成了小儿自身的特点。父母可以从这些特点入手，去观察自己的孩子是否患了病。儿童因为年龄小不会说话或不会表达，病了无法告知父母，只能通过表情、行为、情绪等表答，作为父母就要善于观察，注意这些变化。

1 听一听孩子的哭声

哭是孩子的本能，也是他们表达情感和需求最重要的一种方式。在孩子出生后的第一年，当他还未学会用语言或肢体动作来表达他的情绪或需要时，他们只能用哭泣来表示。孩子哭泣所代表的信息是多层面的，大约可分为生理需求、心理反应和病理状况3种，表达这3种状况或需求的哭法是不同的。

➤ (1) 生理需求

对于尿布脏了或湿了，饿了，渴了，痒了，太热或太冷，太吵，光线太亮或太暗等不适，婴儿都用哭声来表达。与婴儿朝夕相处的母亲只要仔细倾听，就能分辨引起的原因。满足婴儿的要求后，婴儿就会停止哭闹。因此，这类哭泣是比较好解决的。



➤ (2) 心理需求

每个孩子的气质都不同，有的孩子动不动就大哭大闹，有的孩子却常常是笑容满面，父母应该多观察孩子的行为表现，了解他们先天的气质。爱哭泣的孩子比较黏人，易受惊吓，是性格上比较敏感或坚持度高、适应性差的类型。这类孩子表达心理需求的哭声比较轻、低，甚至会盯着成人或伸出双手表示他想要被抱，想要有人陪他玩。对于这种哭，父母只要抱抱他、逗逗他，就可万事大吉了。3~6个月时，婴儿开始熟悉亲近的人，高兴就笑，不高兴就哭。6个月以后，婴儿对四肢的控制更成熟，表情也更丰富，因此表达情绪时哭泣的比例增加，不满、失望、害怕、生气、挫折感等都是哭泣的原因。当被成人拥抱时，孩子能感到满足与愉悦，所以父母应该抱抱孩子，让孩子感到被关爱，这对他日后的情绪发展有良好的启发。

另外，还有一种哭闹是由父母管教不当导致的。孩子在与父母的互动中，会以一定的方式探测父母的反应，如果这种方式很“管用”，那么孩子就会采用这种表达方式达到自己的目的。例如，如果孩子一哭闹父母就给他玩具、糖果，那么日后孩子就会以哭闹的方式来“谋取”玩具、糖果，达到自己的目的。这种哭闹主要见于稍大的孩子。

➤ (3) 病痛

假如孩子的哭声比平常尖锐、凄厉，或哭闹时还伴随握拳、蹬腿、烦躁不安，不论如何也无法让他安静下来，那么孩子可能是生病了。当身体不适引起疼痛时，不会说话的婴儿就用肢体语言和哭声来表达。各种系统的疾病，只要引起不适，孩子都会用哭声来表达，而且这种哭声往往不同于一般的哭声。常见的导致婴儿哭闹的疾病如下：

口腔溃疡或咽部溃疡 哭闹发生在喂奶或进食时。

腹痛 肠套叠、急性阑尾炎、嵌顿性疝等都会引起哭闹，

开

篇



但各有特点。肠套叠时的哭闹是阵发性的，孩子面色苍白，不哭闹时两下肢蜷曲，靠近腹部，同时伴有呕吐，排果酱样的大便；急性阑尾炎时的哭闹是持续性的，孩子不让别人摸腹部，如果阑尾穿孔，哭闹更加剧烈；嵌顿疝是指肠子嵌住了，腹痛剧烈，伴有呕吐，孩子常常用双手抚着嵌顿的腹股沟处，可在患处摸到嵌顿的肠管。

鼻塞 鼻塞的孩子吃奶时不能呼吸，故常吃几口奶后哭几声，哭几声后又吃几口奶，不吃奶时则不哭闹。

头痛 各种原因引起的头痛都会使孩子哭闹，脑膜炎或者新生儿颅内出血时，孩子的哭声短促而尖利。

中耳炎 患中耳炎时，孩子耳朵贴近母亲身体时就哭，牵拉其耳屏时哭闹更厉害。

其他 如尿布皮炎、皮肤溃烂、虫咬等。

对初为父母的人来说，婴儿(尤其是新生儿)的哭闹常常让他们感到手足无措。不过，与孩子打交道时间长了，父母们就能充分了解孩子哭声传达的信息。当孩子哭时，一定要弄清孩子的哭因。如果属于生理方面的或心理方面的，是正常的，就要用关爱的态度去安抚和满足他们；如果是疾病引起的哭闹，则必须请医师诊治。

2

看一看孩子的精神

从精神变化能看出宝宝是否生病。健康宝宝在他的需求得到满足后，精神饱满、两眼有神、不哭不闹，容易适应环境。生病的孩子情绪往往异常。宝宝烦躁不安、面色发红、口唇干燥，表示发热；目光呆滞、两眼直视、两手握拳，常是惊厥预兆；哭声无力或一声不哭往往提示病情严重。除以上明显征兆外，宝宝还可能表现出表情淡漠、不愿说话、不喜欢活动，或烦躁不安，或



时时哭吵。父母要仔细观察，及时发现，及时就诊。

“活动力变化”也是判断宝宝生病的重要因素。因为孩子不懂得假装，所以得病后的不舒服会明显反映在活动力的改变上。因此，父母应多观察孩子日常的活动力情况，比如，精神状况如何，孩子的作息时间和平常食量多少，一旦掌握了孩子健康时的情况，那么就能很容易地比较出生病时的不佳状况了，大部分疾病的表现都包括精神不振，这需要和平时的表现做比较。

爱心贴士

对于宝宝因疾病而产生的情绪反应，父母一定不要对其呵斥，一方面要予以理解，另一方面更要爱护。因为疾病和情绪可以相互影响，疾病会使宝宝的情绪发生变化，而不良情绪又会加重病情。



3 摸一摸孩子的体温

人的正常肛温为 $36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ ，口温为 37°C 以下，腋下及颈温为 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。正常情况下，孩子一天之中的体温是波动的，清晨最低，下午 4~8 时最高。一天之内体温的波动幅度在 1°C 之内。

➤ (1) 测体温

测量体温的方法很多，应根据年龄选择。测体温之前，要检查一下体温计上的水银线是否在 35°C 以下。每次测量完毕后，应将体温计的水银线甩至 35°C 以下，然后用冷水洗净，再消毒。消毒时可用 1% 消毒灵浸 30 分钟，或用 75% 酒精浸泡 3 分钟。然后取出，用冷开水冲洗。

腋温与颈温 测量腋下或颈温比较适合于新生儿。先擦干

开

篇



局部汗液，然后把口腔体温计的水银球部放在腋下或颈部，紧贴皮肤，5~10分钟后读体温。腋温和颈温的正常值是 36°C ~ 37°C 。

肛温 测量肛温适用于婴幼儿。让孩子俯卧，在肛温计的水银球部涂上石蜡油、凡士林或食用油，然后将体温计插入肛门内(约深3厘米)。用手扶着体温计并固定孩子，以免孩子动弹而折断体温计。测体温时间为3~5分钟，正常肛温为 36.5°C ~ 37.5°C 。

口温 测量口温对于较大孩子比较适合。将口腔体温计的水银球部放在舌下，让孩子紧闭嘴，测量3分钟。正常口温为 36°C ~ 37°C 。

➤ (2) 发热

体温升高称为发热。以口温为例， 37.5°C ~ 38°C 为低热， 38.1°C ~ 39°C 为中等发热， 39.1°C ~ 41°C 为高热，超过 41°C 则称为超高热。发热持续2周以上为长期发热。发热时，如果每天体温波动幅度在 1°C 以下，为持续热；波动幅度在 1°C 以上，为弛张热；每隔1~2天发热一次称为间歇热；不规则热则指没有一定规律的发热。当孩子发热时，每天数次记录体温，有助于医生根据热型判断疾病。

引起发热的原因一般可从两方面考虑。

感染性发热 它是由各种病原微生物(如细菌、病毒、支原体、衣原体、原虫等)感染引起的发热，如细菌性脑膜炎、细菌性痢疾、病毒性肠炎、细菌性尿路感染、支原体肺炎等。

非感染性发热 组织破坏或组织坏死使机体产热过多可引起发热，如恶性肿瘤、大面积烧伤时输液反应。在夏天，儿童会因体温调节中枢功能低下而引起发热，即暑热症；新生儿捂得太热，失水太多，可以引起脱水热；中暑也会使体温增高。



医生提示

孩子发热，一定要用体温计测量体温，不要凭手摸来感知体温，因为发热时他们往往手脚冰凉。孩子发热时，应卧床休息，多饮水，尤其高热时或用退热药大量出汗之后。同时要注意除了发热之外还有什么其他的不适。发热只是症状，不要一有发热就服退烧药，而应去医院诊治。头痛医头、脚痛医脚，那是错误的方法。

➤ (3) 体温过低

肛温在 36°C 以下或口温在 35.5°C 以下，称为体温不升，也就是体温过低。体温过低在新生儿，尤其早产儿中比较多见，与保暖不够、吃得不多有关。当新生儿患严重疾病(如败血症)时，体温也可能过低。对较大的孩子来说，体温过低见于冬季户外逗留时间过长、冬天跌入河中、经常进食少导致产热不足等情况。当孩子体温过低时，首先要保暖、喂食或静脉输入葡萄糖。对新生儿采取保暖措施时，要防止烫伤。

4 问一问孩子的饮食

正常的婴幼儿大多数都有食欲不振的情况发生。母乳喂养或者人工喂养的小婴儿常会出现这几天吃得多而过几天吃得少的现象，已经添加辅食的孩子更可能连续几天胃口差。但即使如此，孩子的精神还是很好。1岁以后，这种食欲不振或者挑食的现象会更频繁地发生，主要有以下几方面的原因：

婴幼儿的食欲可以时好时差，不会一直保持旺盛状态，尤其是1岁以后的幼儿，对食物会变得挑剔，饥饿感减退。

出牙的时候，尤其出乳磨牙的时候，孩子常常会食欲

开

篇



大减。

孩子的记忆力比以前好，已出现自主性，可能拒绝吃不喜欢吃的东西。很多疾病都会影响食欲，如发热性疾病期间或恢复阶段，孩子的胃口会差一些。长期不吃动物性食物而导致体内锌缺乏时，也可能出现食欲不佳。如果长期食欲不佳，则需要请医生帮忙找找原因。

5 查一查孩子的大小便

➤ (1) 大便异常

孩子的大便次数与性状反映了孩子的消化情况。一般的说，婴儿在出生后的头几个星期里，每天要排好几次大便，有的甚至刚吃完奶就会大便。母乳喂养的婴儿大便呈金黄色，较稀，或呈糊状，可能会有些黏液，这些都是正常的。人工喂养的婴儿大便呈淡黄色，较干燥。随着年龄的增长，大便次数逐渐减少至每天1次或2天1次。

腹泻 腹泻又称腹泻病，是一组多病因引起的大便次数增多、性质改变的疾病。常见的原因有以下方面：

感染因素：往往由于食物或餐具被细菌、病毒污染所致，一些肠道外感染，如小儿呼吸道感染、中耳炎、肺炎、败血症等疾病常会同时出现腹泻。

非感染因素：主要由饮食因素引起，如饮食过多或吃了不易消化的食物，或短期饮食变化太多，都可发生腹泻。

另外，吃得太少也会引起饥饿性腹泻。受凉、过热、情绪紧张、过度疲劳都会使消化酶分泌减少或肠蠕动增加而引起腹泻。

不管是什么原因引起的腹泻，按照病情轻重，可以分为轻型腹泻和重型腹泻。

轻型腹泻：大便每天约3~10次，黄色或黄绿色，稀糊状或蛋花汤样，有酸臭味，偶尔有恶心、呕吐。患儿精神状态好，无



明显口干、眼窝凹陷、尿少、皮肤弹性差等脱水症状。

重型腹泻：起病急，常有发热。大便次数增多，每天 10 次以上，大便量多、水分多，像蛋花汤样，带有少量的黏液。孩子精神萎靡，有时烦躁、哭吵，有不同程度的脱水症状及电解质紊乱症状。脱水表现为皮肤干燥、弹性差，眼窝及前囟凹陷，口唇干燥，哭时泪少或无泪，尿少或无尿。

! 注意事项 !

要强调一句，很多年轻的父母不太注重宝宝的腹泻，甚至认为“拉肚子”无关紧要。腹泻严重的孩子会引起严重脱水，出现四肢冰凉、脉搏细速、昏睡或昏迷、电解质紊乱等症状，还有呼吸快、昏迷、嗜睡、四肢无力、惊厥等表现。重型腹泻多由感染因素引起，也可以由轻型转变而来。如不及时抢救就会发生生命危险，因此孩子腹泻应引起父母重视，及时就医。

便秘 小儿大便干燥难解，排便时哭闹费力，次数明显减少，有时 2~3 天甚至 6~7 天排便一次，称为便秘。首先，家长应了解婴幼儿的排便次数是有个体差异的。有的孩子 2 天甚至 3 天一次大便，但小孩排便时无痛苦表情，不哭闹，大便不干结，这种情况可以看做是正常的。如果持续排便不规律，大便干结，且孩子哭闹、费力，那就是便秘了。便秘的原因很多，吃得太少、食物过于精细、食物中蛋白质过多而纤维素太少、不吃蔬菜、生活习惯的改变等，都可以导致便秘，有的孩子乘火车旅游也会发生便秘。

当孩子便秘时，未经医生允许家长不要经常给孩子服用泻药或用开塞露等帮助孩子排便，以免造成依赖性。应针对引起便秘的不同原因区别对待。饮食不当引起的便秘，可给孩子喂些果汁、菜泥等，多给他们喝些开水，也可以在牛奶里冲些米汤。对大一些的孩子，应鼓励其多吃蔬菜和水果，可适当增加含脂类的

开

篇



rtang

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

食物，使大便变软、通畅。若调整饮食后仍不排便，可将肥皂头塞入孩子肛门内，使其产生便意，促使排便。如果还不见效，可将儿童的开塞露注入肛门通便。对年龄大一些的幼儿，可给以缓泻剂，如果导片、麻仁丸等，以帮助排便。

有的孩子便秘是因为有肠道畸形如小儿肛裂、先天性巨结肠等，应去医院检查、治疗。

便血 便血可以是全身疾病的一个表现，也可以是消化道疾病的表现，而后者更常见。不同的消化道部位出血时，便血的性质不同。大便表面有鲜红色的血液，可能是肛裂、直肠息肉所致；鲜血混在大便内并有黏液，可能是由结肠炎、肠套叠引起的；大便为棕黑色，则为胃及小肠上段出血，见于胃或十二指肠溃疡、过敏性紫癜或美克尔憩室等。

! 注意事项 !

需要注意的是，鼻出血时可因吞下血液而引起假性便血。此外，若孩子因患贫血而服用铁剂或铋剂类药物，也可使大便呈黑色或绿黑色，看起来像便血。总之，不管是何种原因引起的便血，都应及时就医。

➤ (2) 小便异常

孩子排尿的次数与年龄有关，一般出生后第1周到6个月，每天排尿20~25次，1岁时每天排尿约15次，2~3岁时减少为6~8次。正常情况下，儿童每天的最低排尿量为300毫升，婴儿为200毫升，如果低于上述尿量，则为少尿。尿的正常颜色为稻草黄色。

尿频 排尿次数增多，超过正常情况下每天的排尿次数，即为尿频。当孩子患膀胱炎、尿道口炎或女孩患蛲虫病时，因尿道受刺激，会频繁排尿。此外，精神因素亦会引起孩子尿频。曾有一位幼儿园老师，在每节课(约30分钟)后都要问小朋友是否要排小便，而一个初入幼儿园的孩子每到这时都要去小便。这样，



时间条件和小便之间发生了多次联系，不到2天，这个孩子在家里时也要半小时排一次小便。如果孩子尿频，可以去医院先做尿常规检查，明确原因后再进行治疗。

遗尿 孩子在5岁以后入睡后还是不自主地排尿，就称为遗尿。遗尿是一个很伤脑筋的问题，尤其是夜间遗尿，父母常常为此埋怨，孩子也为此感到羞愧。

大多数遗尿找不出明确的原因。遗尿的孩子一般每夜遗尿一次。多数发生在上半夜，少数孩子一个晚上会遗尿两三次，甚至午睡时也会遗尿。

治疗遗尿必须采取综合性措施，除了服用一些中药、西药外，膀胱容量和膀胱括约肌的功能训练十分重要。平时可嘱咐孩子白天多饮开水，然后练习憋尿，一直等到万不得已时才排尿，这样可使膀胱容量逐渐增加；每次排尿时要停停排排，训练膀胱括约肌功能。如此反复训练，常可取得满意效果。

除此以外，遗尿的孩子晚餐时要少喝汤，晚餐后少喝饮料，

开

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

这样可减少晚上的尿量。

另外，父母可在遗尿前半小时（根据孩子遗尿的规律估计）用闹钟唤醒孩子，嘱其排尿。以后逐渐推迟唤醒孩子的时间，直至孩子可以自己起床排尿。

血尿 正常小便的颜色是稻草黄色。当小便的颜色变红，呈洗肉水样，提示肉眼血尿。如果用显微镜检查，每个视野有3个以上的红细胞，就为镜下血尿。

有许多原因可以导致血尿，常见的有肾炎、泌尿系统结石、肾结石、肾肿瘤、出血性疾病、过敏性紫癜、高尿钙等，服用某些药物后也会出现血尿。



医生提示

当孩子出现血尿时，首先应让孩子好好休息，减少活动，并带孩子去医院进行检查，明确病因，根据病因进行治疗。

脓尿 将未经离心的新鲜尿液放在低倍显微镜下观察，每个视野中如能找到5个以上的白细胞，即为脓尿。

脓尿是尿路感染（肾盂肾炎、膀胱炎及尿道炎）的表现。除了脓尿外，尿路感染急性发作时还伴有发热、寒战、尿频、尿急、尿痛等症状，小儿还伴有高热、腹痛、腹泻等，较大的孩子则会诉腰部酸痛。

爱心贴士

孩子患了尿路感染后，一定要休息，注意营养，多饮水、多排尿。在医生指导下选用有效的抗生素，进行彻底治疗。





米泔水样尿 在冬天，有的父母会发现孩子排在尿盆里的小便发白，像米泔水一样。其实，在儿童时期，孩子经常会出现米泔水样尿，这可能与小便的酸碱度和饮食有关。这些孩子的小便中含有相当多的草酸钙和磷酸钙，当这些钙的盐类结晶沉淀后，尿液就变成米泔水样。如果孩子小便呈米泔水样，可以给孩子吃些维生素 C 片。当小便偏酸时，盐类结晶就会减少。

此外，还应让孩子多喝水，使小便稀释，避免尿液过于浓缩。

6 关心一下孩子的发育

孩子处在不断生长发育的阶段，尤其是 1 岁以内的孩子，长得特别快。由于生长快，容易出现消化不良、营养缺乏之类的问题。营养缺乏的早期往往只表现为生长速度减慢，父母不易觉察。

另外，一些发育上的问题也容易被父母忽视。因此，应带孩子去儿童保健门诊体检，以及时发现、纠正这些问题。

新生儿出生后，所属街道医院的儿童保健科医生会上门访视。医生会询问孩子吃奶、睡眠及大小便等情况，同时给孩子做体格检查，包括测量体重和身高、检查皮肤和脐带、检查有无红臀等。最后，医生会根据具体情况给予指导。

根据我国的国情，卫生部门规定，新生儿出生后进行 3 次家庭访视，6 个月内的婴儿每隔 2 个月要进行 1 次体格检查，6 个月到 1 岁的孩子每 3 个月 1 次，1~3 岁的孩子每 6 个月 1 次，4~6 岁的孩子每年 1 次。通过对婴幼儿定期的体格检查，可以判断婴幼儿的生长发育情况。生长发育卡可以让父母直观地了解孩子的营养状态和生长趋势。卡上还有母乳喂养及各种辅助食品添加的时间、各种预防接种的记录及以往的病史和就诊记录等，可供医生参考。

开

篇



二、预防儿童常见病的基本知识

1 教育孩子讲卫生：洗手、漱口

饭前洗手，是一个重要的卫生习惯。俗话说：“饭前要洗手，病菌不入口。”孩子除睡眠时间外，两只小手一刻也不闲着，尤其是较大的孩子看见什么都想摸一摸、拿一拿。有的孩子还喜欢在地上玩土，手上就会沾染很多细菌、病毒和寄生虫卵。如果吃食物前不洗手，手上的病菌就容易随同食物一起被吃入腹内。若孩子平时身体抵抗力强，病菌也闹不起来。当孩子着凉或玩得过度疲劳时，身体的抵抗力下降，体内潜伏着的病菌或新吃入的病菌就会活跃起来使孩子发病。所以，做到饭前(或吃食物前)先给孩子洗手，是预防肠胃疾病发生的最好方法，父母要从小培养孩子饭前洗手的良好习惯。





2 预防疫苗：一针一粒也不能少

“无病早防，有病早治”是许多人都知道的一个道理。打预防针就是无病早防的一项重要措施，它可以使个人抵抗住某些传染病的侵袭。当接受预防接种的人数达到一定水平时，还可以控制某种传染病的流行。

预防针剂是用科学方法，把某些能引起人体生病的细菌或病毒减低毒性做成的，叫做菌苗或疫苗。还有些是把毒素注入马等动物体内，使动物产生大量抗体，再把它们的血清取出制成的，叫做抗毒素。医生用打针的方法把这些生物制品送入人体内，使人体在一定时间内产生对某些传染病的特殊抵抗力，从而预防疾病的发生。因为有的生物制品也可以通过口服进入人体内，所以现在把这种打针、口服预防的方法，统称为“预防接种”或“计划免疫”。

我国卫生部门规定，孩子出生后，要根据各年龄段的生理特点有计划地进行预防接种。如注射卡介苗、乙型肝炎疫苗，以预防结核病和传染性乙型肝炎的感染；口服小儿麻痹糖丸，预防小儿麻痹症；注射百白破（百日咳、白喉、破伤风）混合疫苗、麻疹疫苗及乙脑疫苗、流脑菌苗等，以预防这些疾病的发生。

3 营养：合理营养的了解

合理营养是维持身体健康的基础，营养成分（或叫营养素）主要来源于食物，我们习惯称之为“营养”。人体需要 42 种以上的营养物质，包括蛋白质、脂肪、碳水化合物（糖类）、无机盐（包括微量元素）、维生素、食物纤维素和水等。摄入的食物通过在内体的消化吸收和利用，产生热能，组成机体的一部分，以满足生长

开

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

发育和各种生理功能的需要，增强对疾病的抵抗力和康复能力。儿童的生长发育与营养的摄入水平密切相关。

机体的一切生命活动都离不开蛋白质，蛋白质是生命的基础。它在人体内担负着信息传递，维持大脑活动，促进化学反应，抵御外来的“入侵者”等任务，在人体生长和组织的修复方面也有着极为重要的作用。因此蛋白质是最重要的一种营养素。富含蛋白质的食物有：黄豆、豆制品、蛋类、瘦肉、鱼虾、牛奶和动物内脏等。

脂肪是人体必需的一种重要营养素，是构成人体细胞的重要成分。其作用是在人体内贮存和提供能量。当脂肪在人体内完全“燃烧”变成能量时，1克脂肪放出的能量是糖或蛋白质的2倍。脂肪也是构成人体不可缺少的原材料。平时食用的花生油、菜油等都是脂肪类食物。

碳水化合物由碳氢氧三种元素组成，是构成人体的一种重要物质，如人体细胞膜中的糖蛋白、神经细胞中的糖脂等都离不开糖。人体最经济的能量来源中大约有70%由糖类也叫碳水化合物提供。每克糖在体内可产生约16.7千焦(4千卡)热量，是人体需要量最大的一种营养素。食物中的糖类主要来自植物如水果、甜菜，动物食品含糖很少。

无机盐又叫矿物质，人体内含量较多的是钙、镁、钾、钠、磷、硫和氯等7种，其他如铁、锌、碘、铜等含量较少，有的只有极微量，称为微量元素。无机盐不但构成人体的组织，而且在正常的生理活动中也起重要的作用。钙和磷是构成骨骼和牙齿的重要材料；铁是血红蛋白的组成部分，也是维生素和激素中不可缺少的物质；铜参与造血过程；锌对儿童生长发育有重要作用。各种食物及蔬菜、水果中都含有矿物质。

维生素是保证人体正常机能和健康的一类化学物质。它们是某些酶的组成成分，在人体的代谢中起重要作用。如维生素A能促进人体的生长发育，保证正常的视力，维持上皮组织的健康；B



族维生素构成多种酶，参与食物的消化和利用；维生素 C 能促进造血，增强机体的抵抗力。人体对维生素的需要量很少，但不可缺少，缺少了就会生病。在肉类、豆类 and 新鲜的蔬菜、水果等食物中，都含有各种维生素，只要没有偏食习惯，一般不会缺少。

医生提示

水在人体中约占体重的 60%，儿童还要更多些。每天适量地喝水能帮助消化和保证一定的尿量，以排除体内的有害物质。在某些缺水的特殊环境中，水对于人的生命的重要性就会超过食物。

纤维素在人体内既不能被消化吸收，也不能提供能量和营养物质，因而有着不可忽视的作用，近年来被列为饮食的“要素”之一。食物中的纤维可以使人产生饱腹感，并有利于排便。据研究，饮食过精，缺少纤维素，是发生结肠癌等疾病的因素之一。

4 习惯：良好的饮食习惯从小培养

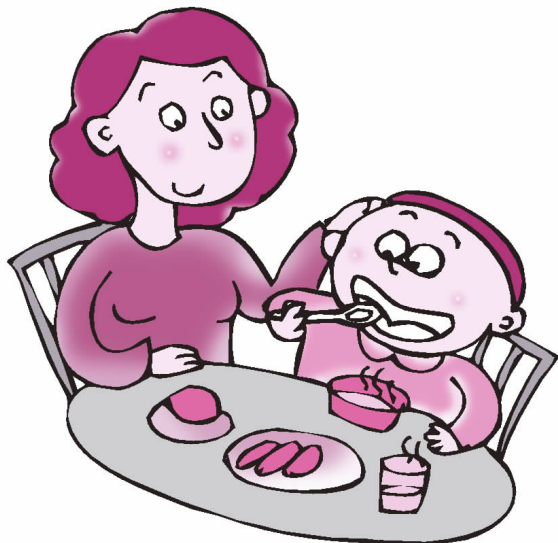
俗话说“病从口入”，很多疾病是由饮食不卫生引起的。而不好的饮食习惯，同样会影响身体的健康。吃的习惯包括两方面，一是吃什么，二是怎样吃。吃什么是指合理搭配保证全面营养，科学地安排一日三餐，不偏食，不吃过多零食等。每天要保证有蔬菜和水果，有些小朋友只爱吃肉，这是不对的。但完全不吃肉，或只吃肉不吃蔬菜也是不对的。条件允许的话，小朋友可以每天吃一定量的瘦肉、1 个鸡蛋、1 个苹果、1 杯牛奶。

怎样吃是指用餐习惯，包括：

吃东西不要狼吞虎咽，食物要经过消化才能被人体吸收。

开

篇



食物进入口腔是消化的开始。吃东西时，口腔里会分泌唾液，唾液中的淀粉酶能帮助消化，嚼得时间越长，唾液分泌就越多，饭也嚼得越烂，再咽下去就容易消化吸收。所以吃东西要细细嚼，慢慢咽。

不要用开水或汤泡饭吃，或一边吃饭一边喝大量开水。这样饭还来不及细嚼就被吞下去了，减弱了口腔中的消化作用，而且大量的水分进入胃里，既冲淡了胃酸，又增加了胃的劳动量，就会损害胃的功能，影响消化吸收。

不要边吃饭边看书，吃饭时主管消化的大脑皮层区域处于兴奋状态，进行紧张的工作。如果吃饭时看书、谈笑，就会分散注意力，使消化道的血液供应和消化液分泌减少，影响食物消化。同时，还可能使饭粒进入支气管，引起呛咳，甚至发生意外。

注意饭前饭后不要剧烈运动。饭前剧烈运动会使食欲减退，饭量减少，而且空腹容易发生低血糖休克和伤害事故。饭后剧烈运动，会使胃肠血液供应减少，严重影响消化。

要做到定时定量，不要暴饮暴食。



5 户外活动：阳光与运动的好处

小儿一年四季均可进行户外活动。户外活动可增加儿童对冷空气的适应能力，提高机体的免疫力；接受日光直接照射还能预防佝偻病。

医生提示

婴儿出生后应尽早到户外活动，最好到人少、空气新鲜的地方，开始户外活动的时间每日 1~2 次，每次 10~15 分钟，逐渐延长到 1~2 小时。

冬季进行户外活动时仅暴露面、手部，注意身体保暖。年长儿除恶劣天气外，鼓励多在户外玩耍。

三、小儿急救的家庭应急措施

1 小儿心脏停搏的应急处理

在一般情况下，如果一个人的呼吸、心跳完全停止 4 分钟以上，生命就有危险；若超过 10 分钟，就很难挽救了。因此，有人因意外事故或疾病而出现心跳、呼吸不规则或停止时，一定要分秒必争，采取急救措施。人工呼吸和心脏按摩，是急救措施中最

开

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

主要的两种方法。

人工呼吸常用口对口、仰卧压胸和俯卧压背三种方法，其中口对口的方法效果最好，方法也简单。做法是：在做人工呼吸前，要先将病人口中、鼻中的痰或污泥清除。使病人仰卧，并将病人的头尽量后仰，使呼吸道伸展。救护者站(跪)在病人一侧(可能时用手帕或纱巾盖住病人的口鼻)，然后一手把病人下颌托起，使病人张开嘴另一手捏住其鼻孔。救护人员深吸气后，对准病人的口，快速向病人口中吹气；病人胸部扩张起来后，停止吹气，并放松捏鼻子的手。待胸部自然缩回去，再做第二次。如此反复，每分钟约进行20次，吹气与排气的时间比为1:2。如果牙关紧闭，可采用口对鼻呼吸。

心脏胸外按摩是使心脏恢复跳动的一种急救措施。发现孩子心脏停搏或心率小于等于30次/分时，应立即进行胸外心脏按压术，以维持血液循环。不同年龄孩子的心脏按压术的方法有所不同：

➤ (1) 年长儿

采取双手胸外心脏按压法，即用一只手的掌根(手指不接触孩



子的胸壁), 放在胸骨中下部, 另一只手压在第一只手的手背上, 有节奏地按压胸骨下半段及其相连的肋骨, 使之下陷 3 ~ 4 厘米, 速度大约为每分钟 80 次, 按压与放松的时间大致相等。

➤ (2) 婴幼儿

可用单掌胸外心脏按压法或环抱胸外心脏按压法, 即抢救者一手放在孩子胸骨下 $1/3$ 处, 用掌根按压; 或将两手的拇指并放在孩子胸前第四肋间水平, 其余手指托在背部进行按压。按压的深度约 2 厘米, 速度大约为每分钟 90 次, 按压与放松的时间大致相等。

➤ (3) 新生儿

仅用一手按压, 拇指在前, 其余四指在背后。速度为每分钟 90 ~ 100 次, 按压与放松的时间大致相等。

在进行胸外心脏按压时, 应注意以下事项:

按压的着力点是在胸骨中下部, 不能按压肋骨。

用力要适度, 不要过度, 否则容易造成肋骨骨折、气胸、肝破裂等并发症。

按压应有节奏, 有一定的冲击力, 对准脊柱方向进行。

抢救时一定要将孩子放在硬板床上或地上, 不能放在弹簧上或尼龙绷床上。如果为钢丝床, 应在孩子身下垫一块木板。

心脏按压有效的征象是能摸到颈动脉或股动脉的搏动、面色青紫好转或散大的瞳孔缩小。

❗ 注意事项 ❗

心搏骤停与呼吸骤停往往互为因果, 相伴发生, 所以遇到呼吸、心跳都停止的病人, 可以同时进行人工呼吸和心脏按摩, 否则抢救很难成功。婴儿可由 1 人进行抢救, 年长儿最好由 2 人配合, 一人负责胸外心脏按压, 另一人负责人工呼吸。胸外每按压 5 次, 应进行人工呼吸 1 次。如果只有 1 人抢救, 也应尽量按比例交替进行。为了急救者能坚持较长时间, 可连续按压心脏 9 次或 10 次, 继以吹气 2 次。

开

篇



2 煤气中毒的应急处理

冬天室内生煤炉取暖，若门窗紧闭，又不装烟筒，时间一长就会头晕、头痛、恶心、呕吐、昏昏欲睡，甚至昏迷不醒。这是因为人体吸入了一定数量的一氧化碳后造成人体中毒的现象，叫做煤气中毒。

➤ (1) 危害与表现

煤气中毒症状的轻重和血液中产生的碳氧血红蛋白有关。由于碳氧血红蛋白呈红色，所以煤气中毒者虽然全身缺氧，但不表现出口唇、指甲青紫。相反，皮肤及口唇呈樱桃红色。煤气中毒后，人体各个器官都处于缺氧状态。神经系统的耗氧量最大，因此其症状也最早出现。轻度中毒时，表现为头晕、眼花、四肢无力、恶心、视力模糊。症状进一步加重，则出现嗜睡、意识模糊、气急、四肢震颤，甚至出现惊厥、昏迷、呼吸麻痹，导致迅速死亡。

➤ (2) 现场抢救

煤气中毒死亡率高，抢救时应争分夺秒。

一旦发现屋内的孩子煤气中毒，抢救者应破门或破窗而入，迅速将孩子抬到空气新鲜处，并赶快打开门窗，使室内空气流通。

立即松解孩子的衣领、裤带，让其头转向一侧平卧（以免呕吐时发生窒息），观察其意识状态。同时，要注意保暖，避免着凉。

进行口对口人工呼吸。

如果有条件，应迅速将孩子送到医院接受高压氧治疗，这是治疗急性煤气中毒首选的迅速、有效的方法。



3 哮喘持续状态的应急处理

➤ (1) 哮喘持续状态

指严重的哮喘发作，经合理用药但仍不能在 24 小时内缓解者，发作时张口呼吸和大量出汗，发绀明显。呈端坐呼吸，甚至出现呼吸、循环衰竭。

➤ (2) 哮喘持续状态的处理

患这种病的孩子家中要备有氧气，及时给予吸氧。

到医院补液，纠正酸中毒。

在医生指导下，进行糖皮质激素类静脉滴注。原则是在早期，较大剂量应用。

用支气管扩张剂如博利康尼、沙丁胺醇、沙美特罗等。

经以上治疗无效时，可试用异丙肾上腺素静滴。

使用镇静剂如非那根、鲁米那等。

4 小儿外伤的应急处理

夏天小儿穿衣少，裸露在外的皮肤面积较大，因小儿的皮肤很娇嫩，所以很容易发生各种皮肤创伤，比如跌跤后的皮肤损伤、被锋利的工具或玻璃割伤还有关节扭伤等。

小儿受外伤后，父母正确处理伤口的方法是：

➤ (1) 割伤

小而浅的伤口首先进行止血，将小儿患侧手部举高，并捏住手指根部两侧，使出血止住。

其次，及时送往医院包扎止血或缝合止血，较长、较深、较宽的伤口一定要缝合。绝大部分的创口要清洁，可用碘酒、酒精涂擦伤口及周围的皮肤，用干净的消毒纱布包扎好。如伤口无

开

篇



感染征象，过两天可用酒精棉球再消毒一次。

若再次被脏或生锈的锐器割伤，大而深的伤口有可能被破伤风杆菌感染，应及时带孩子去医院注射破伤风抗毒素。

➤ (2) 扭伤

多发生在手腕、踝关节等部位，扭伤的部位有肿胀与疼痛、皮肤青紫、局部压痛、关节不能转动等症状。处理的方法是：

限制受伤关节的活动，踝关节扭伤后，可将小腿垫高。

早期处理宜冷敷，以后用热敷。一般 1~2 天后可对患处进行按摩，促使血液循环加速，肿胀消退。

发生扭伤后要注意关节韧带有无裂伤。如果发现孩子有骨折或关节脱位的迹象，比如疼痛难忍、患侧肢体不能动弹时应去医院摄片及时诊治。

爱心贴士

误区：扭伤后立即按摩推拿是错误的，这样只会致伤处更肿胀更疼痛。



➤ (3) 一般小儿如刺伤、砸伤、碎片嵌入伤等现象

可根据出血部位、出血量加以处理。若出血很慢，量不多，可用干净的毛巾或消毒纱布盖在创口上，再用绷带扎紧，并将出血部位抬高，达到止血的目的。若出血很快，出血量又很多，临时性急救方法就是马上施行压指法，即迅速用手指将受伤的血管向邻近的骨头上压迫，压迫点一般在离心脏近的一端。

四肢部位的大出血，也可用橡皮管、橡皮带充当止血带，应注意每隔 30 分钟左右放松一次止血带，以免影响血液循环，并及时送往医院抢救治疗。



5 气道异物的应急处理

异物被吸入或误入气管是一种极其危险的事故。异物进入气道后，人会立即本能地出现保护性咳嗽反射，企图将异物咳出，表现为剧烈地咳嗽。如果咳不出来，异物卡在气管内随呼吸上下移动，则咽喉部可听到异物的撞击声及喘鸣声。如果异物停留在支气管内（一般以右侧为多），则除了咳嗽外，数小时后还会出现发热、气急等肺部症状。

如果发现孩子将异物吸入气道，应马上让孩子俯卧在自己的双膝上，将孩子头部位置放低（小婴儿可倒拎其双脚，使其头在下、脚在上），拍击其背部，以协助孩子将异物咳出。咳不出者要赶紧送医院，五官科医生会用气管镜将异物取出。

! 注意事项 !

注意护送时最好的体位是平卧，不要让孩子自己行走，更不要背驮颠簸，以免异物顺势往下造成取异物困难。

四、怎样代孩子叙述病情

1 从哪些方面代孩子叙述病情

年轻的父母带孩子看病时，经常会遇到这样的问题：在着急地向医生述说了一大堆孩子的病情后，医生却不得要领。在为孩子代述病情时，应注意如下几点：

开

篇



➤ (1) 体温

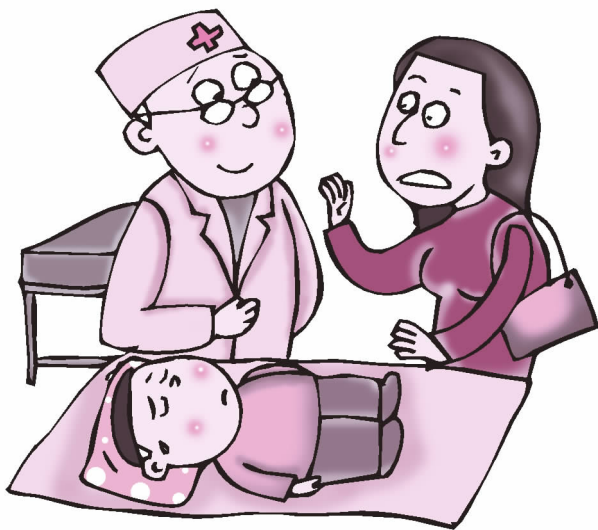
因孩子发热而求医的最为多见。如果在家里已测过体温，应该说明是什么时候测的，共测过几次，最高多少度；如未测过体温，可以用手感来说明孩子的体温，以有点儿发烧、烫手、滚烫等大概地说明发热的程度。还要注意说明孩子发热有无规律性、周期性以及手心、脚心、手背的温度差别，发烧时是否伴随抽搐等其他症状。

➤ (2) 时间

对患儿发病时间的叙述也很重要，医生只能通过父母代述来了解孩子患病时间的长短和发病过程。发病时间、间隔时间和恶化时间对区别多种疾病都有实际意义。

➤ (3) 状态

孩子发病时的状态也要向医生表述清楚。如四肢活动是否自如，颈项是否发硬；神志是否清楚，有无烦躁不安、哭闹、嗜睡、昏睡等现象；疼痛是否剧烈；咳嗽是干咳还是有痰，有无鸡鸣样声音；呕吐是溢出性的还是喷射状的等。





➤ (4) 饮食

许多疾病对孩子的饮食都有不同程度的影响。家长主要向医生叙述饮食的增减情况，饮食间隔次数的变化以及孩子有无饥饿感、饱胀感、厌食、停食等现象，同时应说明孩子的饮水情况，是口干舌燥而喝，还是总想喝水。还应说明孩子有无吃土、石子、煤渣等现象，有无食不洁食物及喝生水、吃剩饭菜等。

➤ (5) 睡眠

睡眠的变化是家长比较容易观察发现的。首先是睡眠时间，其次是睡眠的状态，是正常睡眠还是昏睡，摇叫不醒或是稍有动静则不能入睡，睡眠中有无惊叫、哭泣，睡眠时是否需要母亲或其他人搂抱、抚爱才能入睡等。

➤ (6) 大小便

应该将孩子的大小便如实地反映给医生，如大小便的颜色、次数、形状、气味以及大小便有无脓样物或血样物，大小便时有无哭闹、出汗等。

➤ (7) 病史

包括孩子以前的病史及家族成员的病史。孩子以前患过什么病，治疗效果如何，有无后遗症，后来还吃过什么药，有无对某种药物过敏的情况。有时还需要向医生说明出生时的情况，家族中有无遗传病、传染病史，在托儿所、幼儿园的孩子，还应讲清有无其他孩子患传染病及类似病。以前是否还去过其他医院求医诊治过，已服过什么药，剂量多少，这些情况千万不要遗忘或回避隐瞒，都要详细地向医生讲明，以免重复检查、浪费时间和短期内重复用药引起不良后果。

2 代孩子叙述病情的注意事项

➤ (1) 要主动地将孩子的病情提供给医生。不要等医生询问，也

开

篇

不要怀疑某些医生的诊断能力，以免拖延时间。尤其是农村孩子的父母或祖母，为了考验医生是否高明，故意不说病史，这是错误的，这样会给那些庸医、假医提供可乘之机，对孩子的疾病治疗不利。

➤ (2) 不要主观地给孩子的疾病断言。有些父母还没经医生诊断，就说孩子得了什么病，腹痛不是说肠炎，便说肚子里有虫；头痛就认为是感冒等，这些早于医生的断言是主观臆想和推测，有可能会影响一些经验不足的门诊医生分析和判断的准确性。

➤ (3) 实事求是地代为叙述，不夸大或缩小孩子的病情。也不要隐瞒旧病的诊治情况，避免增加误诊误治的可能性。

五、家长不要为孩子乱用药

俗话说，“是药三分毒”，对于孩子来说更是如此。大多数的药品都要经过肝脏解毒和肾脏排泄。3岁前的孩子，各脏器的功能尚不完善，用药不当，对孩子的健康会产生重要的影响。生活中，有很多年轻的父母，一发现孩子稍不舒服，不经医生指导，仅凭自己一点点医药常识，擅自用药，这是很危险的行为。除了会引起不良反应外，还会掩盖病情，延误治疗。

1 家长常犯的错误之一——不对症下药

➤ (1) 发热

发热是许多疾病所共有的一种很常见的临床表现。当人体发热时能刺激机体的免疫系统，提高免疫能力，同时由于体内代谢加速，血液循环加快，利于毒素排出。在没有弄清发热原因之前



就滥用退热药，不仅会削弱幼儿的抗病能力，还会掩盖病情，这种做法是错误的。

正确的做法是：先要对孩子发热有一个初步的判断。认识发热的程度、发热的类型。

医生提示

一般认为低热是 $37.5^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ ，中度发热是 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ ，高热是 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ ，超高热为 41°C 以上。 38°C 以内不要急于用退热药，多饮开水，观察病情； 38°C 以上要请医生检查是由细菌引起的还是病毒引起的，是慢性的还是急性的。可以扎手指的血查查白细胞，白细胞偏高可以选用抗生素；若偏低可能是病毒感染。

发热类型是医生根据发热的缓急、高低、时限、规律性及发展的特点而命名的，有以下几类：

稽留热 高热在 39°C 以上，每日体温波动在 1°C 以内，可以持续数天或数周。多见于肺炎、伤寒等病。

弛张热 高热，每日体温波动在 2°C 以上，多见于败血症。

间歇热 高热 39°C 以上，经数小时降至正常，一到数天后又再次发热，反复发作多见于疟疾，俗称“打摆子”。

还有不规则发热(持续时间不定，体温波动较大)、波浪热、双相热等。

爱心贴士

孩子发热时，应卧床休息，多饮水，尤其是高热时或用退热药大量出汗之后。发热是症状，不要头痛医头、脚痛医脚。一有发热就服退热药，这是错误的处置，而应去医院诊治。

开

篇

➤ (2) 咳嗽

咳嗽是婴儿常见的呼吸道症状，咳嗽是人体的一种保护性反射，通过咳嗽可以将呼吸道内的病菌和痰液排出体外，因此急于给孩子喂各种止咳药虽可暂时缓解咳嗽症状，但它会使大量痰液和病菌堆积于呼吸道内，容易继发细菌感染。所以急于止咳也是错误的。

止咳药有几种作用，一是单纯止咳，二是又止咳又排痰，还有一种是止咳排痰止喘。如果患儿多痰，单纯用止咳药有害无益，如果咳嗽伴有发热，那还要考虑正确选择抗生素。

➤ (3) 腹泻

腹泻是幼儿的常见病之一，对人体同样具有一定的保护作用，肠道内的细菌和毒素均可通过腹泻而排出体外。若盲目应用止泻药，使存留于肠道内的细菌和毒素不能排出体外，使细菌和毒素在肠道内迅速生长繁殖，加重病情。腹泻最主要是查大便，若大便内无白细胞，无血，仅仅只是稀便则可用思密达或微生态菌群调节剂。若有白细胞则要选用杀灭肠道有害细菌的抗生素。

➤ (4) 疼痛

疼痛也是多种疾病的早期信号，诱发疼痛的原因很多，如痉挛性疾病、炎症性疾病、血管性疾病等均可引起疼痛。如发现孩子诉说疼痛就盲目地应用止痛药，虽疼痛症状暂时得到缓解，但很容易掩盖病情，造成误诊，使病情加剧恶化。

! 注意事项 !

需要特别提醒的是很多家长把腹痛与肌肉疼痛混为一谈，都用止痛药。腹痛是胃肠痉挛所致，服用的是解痉药，不是止痛药。重要的是腹痛(肚子痛)不能随便使用解痉药，要观察是否为其他病，如小儿急性阑尾炎。若随便使用解痉药(止痛)，会掩盖阑尾炎所致的疼痛，阑尾化脓穿孔导致腹膜炎，延误治疗，更会危及生命。



2 家长常犯的错误之二——乱用抗生素

孩子发热、咳嗽、腹泻时许多家长都不带孩子上医院，而是到药店买几袋先锋霉素或口服青霉素片吃几天。有的家长是今天给吃罗红霉素明天又换阿奇霉素，还有的家长“见好就停”，这都是步入了服用抗生素的误区。正确的做法是：

选准抗生素或抗病毒药。

确定使用方法，口服或肌肉注射或静脉点滴。

首服要足量，一般抗生素要按时服用，一般是一天三次或两次，长效的可以一天一次，要连续服用3~5天，不要擅自停药。

不要随便更换抗生素，药物对人体作用有一个过程，不要一两天不见效就换药。

服药期间要查白细胞，注意白细胞是否减少。

3 家长常犯的错误之三——乱吃营养药

一些家长总害怕自己的孩子缺乏营养，三天两头地给孩子买各种“保健药”、“补剂”，例如多种维生素制剂、微量元素制剂、“脑黄金”、“助长乐”甚至参、茸、龟等。

其实对于孩子来说，最好的“补品”就是饮食，“补药”服用不当会使孩子出现不耐受的表现，如流鼻血等。有的孩子长期服用锌制剂，导致缺铁性贫血；有的孩子服用“补品”出现性早熟；有的孩子大量使用“脑黄金”后引起凝血障碍等等，年轻的父母应引以为鉴。

开

篇



4 家长常犯的错误之四——过于相信激素

这种错误多见于农村，见孩子高热不退，马上要医生进行静脉注射“地塞米松”。激素可掩盖病情，长期使用激素还会使孩子免疫功能降低，导致感染扩散加重病情。

医生提示

最后，要提醒大家的是，孩子有病千万不要乱用药，特别是年龄小、抵抗力弱的孩子，最好是在医生的指导下用药。

新生儿篇

新生儿是指生后不满 28 天的婴儿。出生到 28 天这段时间，在医学上叫新生儿期。新生儿每个系统都有其特点，比如说呼吸系统，新生儿气道内径相对较小，呼吸道软骨发育不完善，很容易塌陷，黏膜很嫩，血管很丰富，炎症时容易产生水肿，且容易加重气管狭窄。新生儿气道纤毛运动等防御功能和呼吸的代偿能力差，稍微有点呼吸道疾病就会呼吸增快。

从消化上来讲，消化道分泌的消化酶数量和种类都不够健全，胃肠道肌肉运动功能不够协调，食道和贲门括约肌相对较松弛，所以容易导致呕吐等症状或消化道的疾病。

从抵抗力来讲，新生儿可以从母体得到一些抗体，一般 6 个月以内比较少有呼吸道病毒感染性疾病，比如麻疹。但是由于皮肤比较嫩，它有脐带暴露在外面，很容易发生脐炎、皮炎，而且通过这个环节细菌容易侵入到血液里，形成败血症。父母应了解一些新生儿防病的知识。



一、新生儿黄疸不退就有病

新生儿黄疸是新生儿期最常见的症状，这是由于新生儿胆红素的代谢特点而引起血中胆红素升高，出现皮肤、巩膜及黏膜黄染的临床现象。肉眼观察，足月儿 50% 左右、早产儿 80% 左右均有此症状，此为生理性黄疸。有些新生儿由于疾病及某些致病因素使黄疸加重，则为病理性黄疸，多为高胆红素血症 简称高胆。若得不到及时诊断和治疗，会导致胆红素脑病而危及生命或造成神经系统后遗症，每个家长应加强对新生儿黄疸的观察，尽早找出原因，及时治疗。

1 生理性黄疸与病理性黄疸

➤ 1 生理性黄疸的特点

① 孩子生后两三天里会出现黄疸，一般说来足月儿生后 2~3 天出现黄疸，4~5 天达到高峰，5~7 天消退，最迟不超过 2 周；早产儿多于生后 3~5 天出现黄疸，5~7 天到达高峰，7~9 天消退，最长可延迟到 4 周。

② 血清胆红素每天上升小于 85.5 微摩尔 / 升 5 毫克 / 分升。

③ 血清总胆红素 TSB 足月儿不超过 220.6 微摩尔 / 升 12.9 毫克 / 分升，早产儿不超过 256.5 微摩尔 / 升 15 毫克 / 分升。

④ 患儿一般情况良好，食欲好。

➤ 2 病理性黄疸的特点

若出现下列情况之一时应考虑病理性黄疸：

① 生后 24 小时内出现黄疸，血清胆红素大于 102.6 微摩尔 /



升 6 毫克 / 分升 。

② 足月儿血清胆红素大于 220.6 微摩尔 / 升 12.9 毫克 / 分升 , 早产儿大于 256.5 微摩尔 / 升 15 毫克 / 分升 。

③ 血清结合胆红素大于 34.2 微摩尔 / 升 2 毫克 / 分升 。

④ 血清胆红素每天上升大于 85.5 微摩尔 / 升 5 毫克 / 分升 。

⑤ 黄疸持续时间较长 , 2 ~ 4 周仍进行性加重 , 或退而复现。

2 黄疸不退可能是哪些病

➤ 1 新生儿血型不合溶血病

因母子血型不合而发生的同种免疫溶血病, 黄疸和贫血在婴儿出生时已经存在。由于在妈妈怀孕的时候, 抗体由胎盘传到宝宝身上, 宝宝就可能会出现溶血问题。妈妈与宝宝的血型不合, 大部分 O 型血的妈妈生 A 型或 B 型血的宝宝比较容易发生, 因妈妈体内有抗 A、抗 B 的抗体, 但是这并不代表 O 型血妈妈生的孩子一定会有问题。可做母子血型的鉴定和有关血清学检查、抗人球蛋白试验作出明确的诊断。

➤ 2 G - 6 - PD 缺陷症

缺乏葡萄糖 - 6 - 磷酸脱氢酶会发生一种叫 G - 6 - PD 缺陷症的疾病, 在南方发病率较高, 蚕豆、磺胺药、抗疟药、樟脑丸等为诱发因素。

➤ 3 感染性黄疸

败血症、尿路感染、感染性肺炎等均可引起黄疸加深。

➤ 4 母乳性黄疸

可分为早发型和晚发型, 早发型发生在生后第 1 周, 与热卡摄入不足和肠肝循环增加有关。晚发型在生后第 5 天开始出现, 第 2 周达到高峰, 与母乳中存在抑制因子和肠肝循环增加有关, 患儿一般情况较好, 暂停母乳 3 ~ 5 天黄疸减轻。

新

生

儿

篇

➤ 5 其他

头颅血肿、颅内出血、其他部位出血、窒息、药物 维生素 K₃、磺胺药、新霉素等、红细胞增多症、胎粪延迟排出等均可引起黄疸。

➤ 6 新生儿肝炎

如甲型肝炎、乙型肝炎、巨细胞病毒肝炎、弓形体病等。

➤ 7 胆汁淤滞综合征

某些药物、静脉营养、败血症等可引起胆汁淤滞。

➤ 8 胆管疾病

先天性胆管闭锁、胆总管囊肿等。

➤ 9 先天性代谢疾病

如甲状腺功能低下、半乳糖血症、 α -抗胰蛋白酶缺乏症等。

3 黄疸持续不退的危害

黄疸的危害主要是胆红素对神经系统的毒性作用，医学上叫胆红素脑病，也叫核黄疸。

由于胆红素过高，加上早产、窒息、缺氧、酸中毒、低蛋白血症等，使胆红素通过血脑屏障对脑细胞产生毒性作用，婴儿初期表现为嗜睡、不爱吃奶，甚至抽搐等症状，死亡率极高，存活者往往都有后遗症，如注意力不集中，学习困难，视力、听力障碍，甚至脑瘫、智力低下、娃娃眼、手足徐动、牙釉质发育不良等。

4 家长如何判断新生儿黄疸的程度

在宝宝刚出生的几天里，父母应该每天把宝宝抱到自然光线好的地方，仔细观察新生儿皮肤黄染的程度，如果仅是面部黄染



则为轻度黄染；躯干部用手指将皮肤按压后抬起，观察皮肤黄染的情况，躯干部皮肤黄染为中度黄染；用同样的方法观察四肢和手足心，如果也出现黄染，即为重度黄染，应该及时到医院检查和治疗。

5 新生儿黄疸妈妈要注意什么

发现新生儿出现黄疸时，妈妈要注意：

- ① 判断黄疸的程度。
- ② 观察大便的颜色。如果大便成陶土色，应考虑病理性黄疸，多由先天性胆管畸形所致。如果黄疸程度较重，出现伴随症状或大便颜色异常应及时去医院就诊，以免耽误治疗。
- ③ 使胎便尽早排出。因为胎便里含有很多胆红素，如果胎便

新

生

儿

篇

不排干净，胆红素就会经过新生儿特殊的肝肠循环重新吸收到血液里，使黄疸增高。

- ④ 给新生儿充足的水分，小便过少不利于胆红素的排泄。

6 母乳性黄疸

这是一种特殊类型的病理性黄疸。少数母乳喂养的新生儿，其黄疸程度超过正常的生理性黄疸，原因还不是十分明了。其黄疸特点是：在生理性黄疸高峰后黄疸继续加重，胆红素可达 $171 \sim 513$ 微摩尔/升 $10 \sim 30$ 毫克/分升，如继续哺乳，黄疸在高水平状态下持续一段时间后才缓慢下降，如停止哺乳 48 小时，胆红素明显下降达 50%，若再次哺乳，胆红素又上升。

许多人认为喂母乳与黄疸有关，其实并不尽然，专家认为只有把其他造成黄疸的原因都排除，才能说明是因为母乳造成黄疸。新生儿前 1 个星期的黄疸，有可能是因为喂食不足导致脱水，这时如果指数小于 342 微摩尔/升 20 毫克/分升 就没有问题，因为至今还没有因母乳性黄疸产生脑病变报告的文献，所以一般不用终止母乳喂养。但如果超过 256.5 微摩尔/升 15 毫克/分升，可以暂时停止喂食母乳，用婴儿奶粉辅助。如果在 2~3 天之内黄疸改善再重新喂食母乳，胆红素可能会稍微回升 $34.2 \sim 68.4$ 微摩尔/升 $2 \sim 4$ 毫克/分升，对宝宝不会有影响。母乳产生的黄疸，约在 1~3 个月内完全消失。

7 如何防治新生儿高胆红素血症

治疗新生儿高胆红素血症的措施有：

- 1 生理性黄疸一般不需处理，出生后较早地进食可以使胎粪较早地排出，而且建立肠道的正常菌群，从而减少胆红素自肠道



吸收，能在一定程度上减轻黄疸。新生儿出现黄疸时要避免使用磺胺药、阿司匹林和含苯钠酸钠的药物，因为这些药物有利于核黄疸的发生。红细胞葡萄糖 - 6 - 磷酸脱氢酶缺陷时很多具有氧化作用的药物如维生素 K₃、维生素 K₄，磺胺类、呋喃类也不能使用。

➤ 2 光照疗法，简称光疗，是降低血清未结合胆红素简单而有效的办法，临床上采用 425 ~ 475 纳米波长的蓝光和波长 510 ~ 530 纳米的绿光效果较好，要在医生的指导下进行。

➤ 3 促进结合和排泄

① 可用白蛋白或血浆 以增加其与未结合胆红素的联结，减少胆红素脑病的发生。

② 纠正代谢性酸中毒 应用 5% 碳酸氢钠提高血 pH，以利于未结合胆红素与白蛋白联结。

③ 静脉用免疫球蛋白 早期应用临床效果较好，可抑制吞噬细胞破坏致敏红细胞。

➤ 4 换血治疗

严重的高胆红素血症可换血治疗，换出部分血中游离抗体和致敏红细胞，减轻溶血；换出血中大量胆红素，防止发生胆红素脑病；纠正贫血，改善携氧，防止心力衰竭。传统方法是脐静脉单管抽注法，目前采用周围动静脉同步换血法，如桡动脉或尺动脉抽血，手背静脉接输液泵注血，更为简便实用。

预防措施：

➤ 1 孕妇，特别是分娩期者慎用或禁用对肝脏有毒性的药物如氯丙嗪和促进胆红素与血浆蛋白分离的药物如苯甲酸钠咖啡因等。

➤ 2 药物诱导酶的应用。治疗量的苯巴比妥可激活肝脏药酶活性，促进血中胆红素的代谢和排泄，所以有人主张分娩前 2 周按 30 ~ 120 毫克 / 千克的量给待产妇注射苯巴比妥，以降低新生儿血中胆红素浓度。但这种预防用药会激活其他非特殊性肝微粒体酶系，导致胎儿发育期内环境的改变，使弊大于利。



8 注意能引起新生儿溶血和黄疸的药物

某些新生儿 尤其是早产的体重较轻的新生儿 的红细胞对某些药物的溶血反应敏感，这是由于红细胞中缺乏葡萄糖 - 6 - 磷酸脱氢酶 G - 6 - PD 和谷胱苷肽还原酶的缘故。能引起溶血反应的药物有：

➤ 1 抗生素类

头孢霉素、金霉素、氯霉素、四环素、青霉素磺胺类 尤其是长效磺胺类 、 呋喃妥因、痢特灵。

➤ 2 激素类

甲基睾丸酮、孕酮、皮质激素。

➤ 3 其他

安定、水合氯醛、乙醇、合成维生素 K、山梗菜碱、西地兰、毒毛旋花子苷 K、苯甲酸钠咖啡因、吩噻嗪类 氯丙嗪、甲派氯丙嗪 。

二、新生儿肺炎的预防

新生儿肺炎是新生儿期的常见病、多发病，在新生儿感染性疾病中占首位，往往起病较急、病情较重，是新生儿死亡的重要原因之一。

1 新生儿肺炎的分类

由于产生的病原不同，感染途径不同，可分为：



① 吸入性肺炎 在胎内吸入胎粪、羊水，生后吸入乳汁或分泌物引起。

② 感染性肺炎 出生前母亲有感染性疾病通过胎盘传给胎儿，或生后与家庭成员中“感冒”的人接触引起发病。

2 新生儿肺炎的症状

本症多见于在未成熟儿，死于新生儿肺炎的病例中几乎一半为未成熟儿。早期临床表现不典型，呼吸困难容易被家长忽视，病儿只出现吃奶减少或不吃奶，哭闹不安或体温不升。随后出现口吐泡沫、阵发性发绀、咳嗽、呼吸急促、鼻翼扇动、三凹征等症。呼吸困难严重者呼吸不规则，出现点头呼吸，双吸气或呼吸暂停，口周发青等较为典型症状，此时送医院病情已经较重。此病虽发病率高，如果及时就诊，得到合理治疗、护理，治愈率较高，预后良好。





rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

新生儿肺炎临床表现不典型，患儿拒奶，精神差，面色发绀，口吐泡沫或喂奶后呛咳、气促，应考虑有此病的可能，应及时就诊治疗。平时注意室内空气流通，避免受凉，衣被适度，室温不宜过高，勿与发热、咳嗽、流鼻涕等人员接触。

爱心贴士

母亲有感冒，接触患儿时必须戴口罩。平时家庭成员不要经常亲吻小儿，以免从呼吸道传入病菌。



3 新生儿肺炎的防治

➤ 1 保暖

受凉时可以发生肺炎，或加重肺炎，因此保暖很重要。

➤ 2 供氧

新生儿有青紫即可供氧。

➤ 3 雾化吸入

以湿化呼吸道，易于使呼吸道黏稠的分泌物排出，减少呼吸道梗阻。

➤ 4 抗菌素疗法

根据病原菌选用有效抗菌素，病原菌尚未明确前，首选青霉素类杀菌剂，以静脉注射途径为宜。

三、为什么新生儿会得败血症

新生儿败血症，可能会一下子夺走一条来之不易的小生命。



这是新生宝宝的头号杀手，无论是对于家长还是医生来说，都需要高度警惕。

我们生活的周围环境中，存在着无数各式各样的细菌、病毒以及其他有害身体的物质。人通过借助皮肤的保护隔绝作用，使外界物质不能侵入体内 除非皮肤有伤口，但是身体仍有两个途径能让细菌或病毒入侵，一是胃肠道，二是呼吸道。胃肠道由口腔开始，经由食道、胃、小肠、大肠到肛门。在这条路径中，如有任何损害，我们每天吃入的无数细菌就有可能侵入身体内的组织以及血液中。同样的道理，每天由呼吸道吸入的细菌，也可能在气管或肺部的某一处突破而侵入体内。有时，在新生儿例行的处理中，如抽血、打预防针或注射维生素 K 时，外界物质也很容易乘机进入体内。新生儿 尤其是早产儿 因为自身抵抗力弱，加上得自母体的抗体不足，在一般人以为然的感染中，即会产生败血症。

1 新生儿得败血症的感染源有哪些

➤ 1 宫内感染

其中又可分经胎盘感染和经羊水感染两种。经胎盘感染者多因孕妇本人患败血症等重病，病菌经胎盘传给胎儿。经羊水感染者多因羊膜早破或产程延长造成缺氧，吸入污染的羊水所致。

➤ 2 分娩时感染

即在分娩时产妇外阴周围未经严格消毒，胎儿于娩出时吸入或吞入细菌。

➤ 3 产后感染

约占新生儿败血症的 70%。多因护理不当，细菌可从脐部、皮肤、呼吸道、泌尿道等进入所致，其中脐部是最常见的感染灶。较常见的病原菌有金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌等。

新

生

儿

篇



2 新生儿患败血症有哪些症状

新生儿败血症并非一开始就来势汹汹，起病急缓不一，在生后 48 小时内起病者多为宫内感染所致。

➤ 1 早期症状

早期症状有哭声弱、吃奶少、嗜睡、反应低下、面色苍白、体温不稳；严重者不哭、不吃、不动、体温过低。

➤ 2 晚期症状

晚期患儿除上述症状加重外，还伴有抽搐、黄疸、呼吸浅快、心律过速而弱，肝脾肿大并伴有腹泻、呕吐，有时皮肤黏膜有出血点和皮疹。

由于败血症早期症状不明显，凡新生儿有不正常现象而又不能用其他原因解释时，应考虑败血症的可能，并及时送往医院，可抽血两次做细菌培养，作出诊断，以便选择适宜的药物治疗。血培养检查的抽血量不多，不会对婴儿造成危害，家长对此不必顾虑。

败血症的影响是全身性的，一般最基本的检查项目包括：血液 白细胞、血小板、白细胞分类、血液培养、尿液、粪便检查培养、脑脊髓检查以及培养、胸部 X 线片检查等。因为败血症是由血液中的细菌蔓延至各处所致，因此由婴儿体内抽取少量血液 尿液等，送到检验室中加以特别培养，希望可以在短时间内鉴定出有无细菌、是何种细菌等，有助于医生在治疗时对症下药。抽取脑脊髓液，有时也是必要的检查。因为根据调查资料显示，在新生儿败血症中，约有 1/3 的病儿会产生脑膜炎，其死亡率以及后遗症高达 60% 以上，千万疏忽不得。许多父母常存有一种非常错误的观念，认为抽取脑脊髓液很危险，或对身体有害，拒绝医生的要求。这样会延误脑膜炎的诊断和治疗，造成不可挽回的损失。其他检查还包括：血糖、肝功能、肾功能、免疫抗体检查



以及各类病毒检查等，可视医生的临床判断而定。单纯的败血症只要治疗得当，应该不会有任何后遗症，日后宝宝会像健康的孩子一样茁壮成长。复杂的败血症，例如合并脑膜炎、坏死性肠炎等，其后果则视此器官被破坏的程度而有所不同，如脑萎缩、脑积水、听力障碍、消化吸收不良、营养不良或是长期腹泻等。

3 新生儿败血症的治疗

➤ 1 控制感染

早期合理地使用抗生素治疗，选用杀菌、易通过血脑屏障的抗生素，静脉联合应用两种抗生素，剂量要足，保证疗程，一般7~14天。若病原菌明确，抗生素应按药敏试验选用；如病原菌不明，一般宜联合使用青霉素和第三代头孢类药物。氨基糖苷类抗生素因可能产生耳毒性尽量避免使用。如为院内感染，选用头孢类碳烯青霉素类等对耐药菌株效果较好的抗生素。

➤ 2 支持疗法

供给足够的液体和营养，必要时鼻饲，白细胞低者可输中性粒细胞或静脉滴注免疫球蛋白等。

➤ 3 抗休克

重症或休克病儿可输全血或血浆10毫升/千克，半小时内输完，根据病情选用多巴胺、糖皮质激素静脉点滴。

➤ 4 加强护理，注意保暖，必要时给患儿输氧。

➤ 5 有心衰者可用强心剂等。

➤ 6 治疗病灶

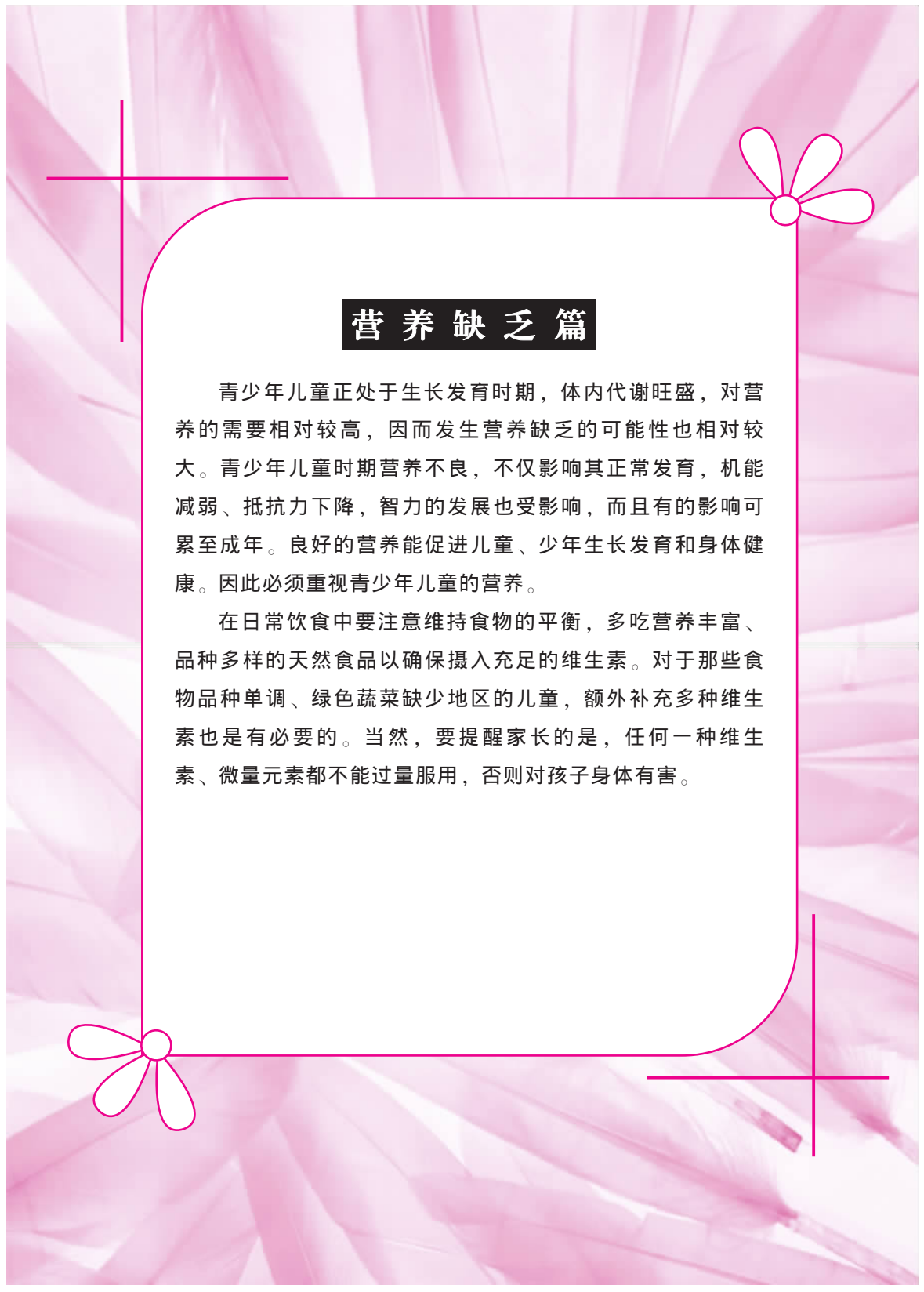
如脐部感染，可先用3%过氧化氢溶液（双氧水）清洗局部，然后用消毒棉球拭净，再盖以消毒过的纱布，每日2次；皮肤脓疱疹，先用75%的酒精局部消毒后，再用无菌针头将脓疱刺破，拭出脓液，涂以百多帮软膏。

新

生

儿

篇



营 养 缺 乏 篇

青少年儿童正处于生长发育时期，体内代谢旺盛，对营养的需要相对较高，因而发生营养缺乏的可能性也相对较大。青少年儿童时期营养不良，不仅影响其正常发育，机能减弱、抵抗力下降，智力的发展也受影响，而且有的影响可累至成年。良好的营养能促进儿童、少年生长发育和身体健康。因此必须重视青少年儿童的营养。

在日常饮食中要注意维持食物的平衡，多吃营养丰富、品种多样的天然食品以确保摄入充足的维生素。对于那些食物品种单调、绿色蔬菜缺少地区的儿童，额外补充多种维生素也是有必要的。当然，要提醒家长的是，任何一种维生素、微量元素都不能过量服用，否则对孩子身体有害。



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

一、维生素缺乏病

1 维生素 A 缺乏病

世界卫生组织将维生素 A 缺乏症定为全球性的营养缺乏病之一，尤以婴幼儿多见。在不发达国家，维生素 A 缺乏是引起失明的最主要原因，同时也影响许多生理功能。我国维生素 A 严重缺乏症已不多见，亚临床维生素 A 缺乏症仍非常普遍，可达 20% ~ 30%。

维生素 A 又名视黄醇，是一种脂溶性维生素。





➤ (1) 主要生理功能有

与正常视觉和感光细胞关系密切，缺乏后致夜盲症。

与人体上皮细胞的正常形成和功能有关，一旦缺乏，可引起眼结膜和角膜上皮组织的退化以及泪液分泌减少所致的干眼病，进一步发展可成为角膜软化、溃疡及穿孔，导致失明。

可提高机体免疫功能，有“抗感染维生素”之称。缺乏时机体对病原微生物的抗病能力降低，呼吸道及消化道疾病增加。

可促进生长和骨骼的发育，缺乏时青少年的生长发育将发生障碍，生殖功能也会受影响。

与儿童死亡率密切相关，在维生素 A 缺乏地区普遍补充维生素 A，可使 5 岁以下儿童死亡率降低 23%，孕产妇死亡率降低 44%。麻疹患儿补充维生素 A，死亡率下降 50%。

➤ (2) 分类

临床维生素 A 缺乏 患者出现夜盲症、眼角膜或结膜干燥、毕脱斑、角膜软化、角膜溃疡或瘢痕等临床表现。据世界卫生组织 1994 年估计，全球 280 万 0~4 岁儿童表现为临床维生素 A 缺乏。

亚临床维生素 A 缺乏 即血中维生素 A 降低，而无上述临床表现，貌似健康的人群。据估计全球有 2.51 亿儿童存在亚临床维生素 A 缺乏，这些儿童虽无维生素 A 缺乏症的临床表现，但抵抗力低，生长发育迟缓，易于患呼吸道感染和腹泻等疾病且较严重，死亡率高，严重危害儿童健康。

人类所需要的维生素 A 来自动物性食物和植物性食物。动物性食物直接提供维生素 A，植物性食物(蔬菜、水果等)主要提供类胡萝卜素，然后在人体内转化为维生素 A。

根据世界粮农组织和世界卫生组织推荐，各人群每日需维生素 A 摄入量如下：婴儿 350 微克，1~10 岁儿童 400 微克，10 岁以上 500~600 微克；哺乳母亲需要量大，为 850 微克。

增加富含维生素 A 食物的摄入，尤其是要增加动物性食物的

营

养

缺

乏

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

比例。动物性维生素 A 占维生素 A 总需要量的 40% 以上。动物性食物中, 维生素 A 含量高的是肝脏, 羊肝、牛肝每 100 克含维生素 A 约 5 万 U; 奶、黄油、奶酪和蛋类中维生素 A 呈中等含量; 牛、羊、猪肉中维生素 A 含量较低。植物性食物中富含胡萝卜素的蔬菜水果有番瓜、胡萝卜、深绿色蔬菜、马铃薯、芒果、杏、西红柿。

医生提示

食物中的脂肪对胡萝卜素吸收十分重要, 吃蔬菜时一定要放一些油脂。由于肝中维生素 A 含量高, 有的地区提倡每周给孩子吃一次肝, 对预防维生素 A 及缺铁性贫血有着很重要的作用。因为肝中铁的含量也高, 维生素 A 和铁可以相互促进吸收和利用。

➤ (3) 治疗

在确定维生素 A 缺乏症后, 给予维生素 A, 治疗眼部病变, 保护眼睛。强化食物是纠正维生素 A 缺乏的直接有效而稳妥的途径。目前强化维生素 A 的食品有小麦、稻米、奶制品、茶、人造黄油、糖等。

我国应在西部地区农村的面粉中强化维生素 A, 以改善我国边远地区维生素 A 缺乏状况。油剂维生素 A 口服最常用, 吸收效果好且方便。水剂可肌肉注射, 但很少需要, 除非有严重的吸收不良如严重的胆囊纤维化。一般轻症口服维生素 A 每日 5 000U/千克。重症或有明显消化吸收不良可用维生素 A 水剂每日 10 000U/千克, 4~5 天后改为每日 2 500U, 症状好转后改为口服。

➤ (4) 眼部处理

干眼病可用消毒鱼肝油滴眼, 用 0.25% 氯霉素眼药水以及 0.5% 红霉素或金霉素眼膏以防止继发感染; 有角膜溃疡时用 1%



阿托品扩瞳防止虹膜脱出或粘连；为保护角膜软化损伤，眼睛可用眼罩保护；对婴幼儿要限制其手臂运动，以免损伤眼睛。

❗ 注意事项 ❗

维生素 A 可在体内蓄积，治疗时应避免维生素 A 中毒。儿童大剂量服用维生素 A 会出现恶心、头痛、呕吐等副作用，副作用时间短暂，一般不超过 24 小时。

2 佝偻病与维生素 D 缺乏

➤ (1) 什么是佝偻病

谈起佝偻病，人们常说“这孩子缺钙”。而实际上是缺乏维生素 D，误以为“缺钙”，所以只给孩子吃钙片，吃了很久也不见好转。这是因为钙的吸收靠维生素 D 的协助，维生素 D 促使肠道中钙吸收到血液中，再由血液储存到骨端。

人体维生素 D 主要有两个来源：一个是内源性，通过日光中紫外线照射皮肤基底层 7-脱氢胆固醇，使之转化为胆钙化醇即维生素 D₃；另一种是外源性，通过摄入含有维生素 D 的食物如肝类含 15~50U/千克，牛奶 3~40U/升，蛋黄 25U/个。但这些食物中维生素 D 含量很少，不能满足机体所需。因此维生素 D 缺乏性佝偻病是由于儿童体内维生素 D 不足，使钙、磷的代谢失常，钙盐不能正常地沉着在骨骼生长部分，从而造成以骨骼生长障碍为特征的一种慢性营养不良性疾病，简称佝偻病。佝偻病虽然很少直接危及生命，但因发病缓慢，易被忽视，一旦发生症状时，机体抵抗力低下，易并发肺炎、腹泻、贫血等其他疾病。佝偻病在于积极防治。

➤ (2) 维生素 D 缺乏的原因是什么

日光照射不足。紫外线照射皮肤，可获得足够的维生素

营

养

缺

乏

篇

D₃。我国幅员辽阔，南北自然条件不同，尤以日照时间长短不同，南方日照时间长，佝偻病发病率较低，北方日照时间短，发病率较高。但日光中的紫外线经常被尘埃、煤烟、衣服或普通玻璃遮挡或吸收，影响其作用。

目前我国工业发展快，城市建筑多，大气污染严重及高楼大厦挡光等，均能影响部分内源性维生素 D 的生成。据中国医学科学院儿科所的调查发现，户外活动少，尤其是冬季不能坚持户外活动的儿童，佝偻病的发病率比户外活动多者高 7~8 倍。北京、天津、上海等地大面积普查结果表明，每日户外活动不足 2 小时的婴幼儿佝偻病的发病率明显高于户外活动多的儿童，并且这种差别在气候寒冷的地区更显著。

婴幼儿户外活动时间与佝偻病的关系

食物中含维生素 D 不足。一般天然食品中维生素 D 含量很少，动物性食品中含量虽然较多，但普通膳食中的含量也难以满足机体的需要。如单纯乳类喂养不另加维生素 D 制剂或少晒太阳，可发生维生素 D 缺乏。

某些动物性食品中维生素 D 的含量(国际单位/100 克)



食物中钙、磷含量不足或比例不适宜，亦可导致佝偻病的发生。如人乳中钙、磷比例适宜，其比例为 2:1，易于吸收；而牛奶含钙、磷虽多，但磷过高，吸收较差，故牛奶喂养儿的佝偻病发病率比母乳喂养儿要高。

生长过速，所需维生素 D 亦多，因此生长快的小儿容易发生佝偻病，早产儿体内钙、磷储备不足，生后又生长较快，如缺维生素 D，极易发生佝偻病。

胃肠、肝胆疾病可影响维生素 D 的代谢和钙、磷的吸收和利用。

长期应用苯妥因钠、鲁米那等抗癫痫药物，能缩短维生素 D 半衰期，激发肝细胞微粒体氧化酶系统，使各种类固醇激素分解代谢增强。

➤ (3) 佝偻病的表现

佝偻病多见于 3 个月到 2 岁的小儿。患有骨软化症孕妇的母乳喂养儿可在出生后 2 个月内出现佝偻病症状。主要表现为正处于生长中的骨骼的病变、肌肉松弛和神经兴奋性的改变。佝偻病的骨骼改变常在维生素 D 缺乏后数月出现，重症佝偻病患儿还可有消化和心肺功能障碍，并可影响智能发育和免疫功能。临床上分期如下：

初期 多见于 6 个月以内，特别是小于 3 个月的婴儿，主要表现为神经兴奋性增高，如易激怒、烦躁、夜间啼哭、睡眠不安、汗多、刺激头皮而摇头，出现枕秃即与枕头接触的后脑脱发呈秃顶状。这些非特异性症状可作为临床早期诊断的参考依据。

激期 维生素 D 缺乏的婴儿如不治疗，症状会继续加重，出现甲状腺功能亢进，钙、磷代谢失常和典型的骨骼改变。小于 6 个月的佝偻病婴儿以颅骨改变为主，颅骨薄、前卤边缘较软，检查者用指尖轻轻压迫枕骨或顶骨的后部，可有压乒乓球样的感觉；6 月龄以后，尽管病情仍在进展，但颅骨软化逐渐消失，额骨和顶骨双侧骨样组织增生呈对称性隆起，至 7~8 个月时变成“方

营

养

缺

乏

篇



盒样”头型即方头，严重时呈鞍状或十字状颅形，头围也较正常增大。“方盒样”头应与前额宽大的头型区别。

胸廓骨骼改变多见于1岁左右患儿，肋骨骨骺端因骨样组织堆积而膨大，于肋骨与肋软骨交界处可扪及圆形隆起。以第7~10肋骨最明显，从上至下如串珠样突起，称佝偻病串珠；肋骨骺部内陷，胸骨向前突起，形成鸡胸样畸形，如胸骨剑突部向内凹陷，即成漏斗胸；膈肌附着处的肋骨受牵拉而内陷，形成一道横沟，称为郝氏沟，这些胸廓病变都会影响呼吸功能。手腕、足踝部亦可形成钝圆形环状隆起，称佝偻病手、足镯；由于骨质软化与肌肉关节松弛，小儿双下肢在开始站立与行走后因负重可出现股骨、胫骨、腓骨弯曲，形成严重膝内翻（“O”型）或膝外翻（“X”型）畸形。

正常1岁内小儿亦可有生理性弯曲和轻微的姿势变化，如足尖向内或向外等，以后会自然矫正，须予以鉴别。患儿在会坐和站立后，因韧带松弛可致脊柱畸形。严重低血磷导致肌肉糖代谢障碍，使全身肌肉松弛、乏力，肌张力降低，坐、立、行等运动功能发育落后，腹肌张力低下致腹部膨隆如蛙腹。重症患儿脑发育亦受影响，表情淡漠，语言发育迟缓，条件反射形成缓慢，免疫力低下，容易感染，贫血较常见。

此期血生化检测除血清钙稍低外，其余指标改变更加显著；X线长骨片显示骨髓端钙化带消失，呈杯口状、毛刷样改变，骨骺软骨带增宽（大于2毫米），骨质稀疏，骨皮质变薄，可有骨干弯曲变形或青枝骨折（骨折可无临床症状）。

恢复期 患儿经治疗和日光照射后，临床症状和体征会逐渐减轻、消失；血清钙、磷浓度逐渐恢复正常，碱性磷酸酶约需1~2月降至正常水平；骨骺X线影像在治疗2~3周后有所改善；出现不规则的钙化线，以后钙化带致密增厚，骨质密度逐渐恢复正常。

后遗症期 婴幼儿期重症佝偻病可残留不同程度的骨骼畸



形，多见于大于2岁的儿童。

➤ (4) 佝偻病怎样治疗

治疗佝偻病的原则是“关键在早，重点在小，综合治疗”。治疗目的是控制活动期，防止畸形和复发。

初期 维生素D 5 000~10 000U，口服，疗程一个月；不能口服者用维生素D₂ 40万U或维生素D₃ 30万U肌注，多数一次则可，少数需要者，一个月后可再注射一次。也可口服“英康利”口服液，每次7.5~15毫升一次顿服(能维持1~2个月)。

激期 维生素D 1万~2万U，口服，疗程一个月，不能口服者可肌注维生素D₂ 40万或D₃ 30万U，可根据病情注射2~3次，间隔1个月。并适当补充钙剂和维生素A、维生素B、维生素C等，若治疗3个月病情无缓解，应注意寻找原因，不应一味使用维生素D制剂，以免造成中毒。6个月以下婴儿尤其曾有过手足搐搦症病史者，肌注前3天应先补充钙剂，以防治低钙血症导致抽搐。

恢复期 可使用“夏季晒太阳，冬季服AD”的办法，维生素D用量为10万~25万U，一次口服或肌注。

后遗症期 无须药物治疗，要注意加强体格锻炼，对骨骼畸形者采取主动或被动方法矫正，胸部畸形可做俯卧位抬头展胸运动；下肢畸形可做肌肉按摩(“O”形腿按摩外侧肌；“X”形腿按摩内侧肌)，增加肌张力以矫正畸形。

➤ (5) 佝偻病如何预防

预防佝偻病首先要从胎儿期抓起，母亲在孕末期要注意营养，多吃蛋类、动物肝脏等含维生素D及蛋白质丰富的食物，经常晒太阳，并在医生的指导下服用维生素D和钙剂。

营

养

缺

乏

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

爱心贴士

合理喂养对预防佝偻病是十分重要的。宝宝出生后应尽量采用母乳喂养，因为母乳中维生素 D 以及其他营养物质易于吸收。4 个月的宝宝开始添加辅食时，不要以谷类食品为主，否则会影响膳食中钙盐的吸收，应逐步添加蛋、肝等含维生素 D 丰富的食品。



晒太阳是预防佝偻病最方便经济、最安全有效的方法，因为紫外线照射在皮肤上，可使皮肤产生维生素 D，这是人体内维生素 D 的主要来源。因此小婴儿过了满月后，可逐步增加日晒时间，在正常天气下，每日晒太阳 2 小时左右就可以满足维生素 D 的需要。夏季避免阳光直晒，在树荫下玩耍，也可以达到日晒的目的。晒太阳时不要隔着玻璃、戴着帽子或口罩，否则达不到抗佝偻病的目的。

因为膳食中维生素 D 的含量较少，所以按时服药也是必不可少的预防措施。宝宝出生半个月应在医生的指导下服用维生素 D 和钙剂，并定期到保健单位进行健康查体，在医生的监测下增减药物剂量。一般婴儿每天需维生素 D 约 400U。

对体弱生病的孩子和生长速度较快的孩子，如早产儿、双胞胎、低出生体重儿、肥胖儿要格外注意，因为这些孩子需要维生素 D 及钙的量多一些，如补充不足，极易发生佝偻病。

加强疾病的防治工作，对反复生病的孩子的父母进行继续教育，这类孩子特别是患有脂肪代谢异常性疾病的孩子，更容易得佝偻病。

➤ (6) 小儿佝偻病防治误区

不重视母乳喂养 有些母亲由于听说母乳中的钙、磷含量比牛奶低，就采用人工喂养，以牛奶作为婴儿主食，这是非常片面的。她们忽视了母乳中钙、磷比例适宜、易于消化吸收、利用



率高的特点；忽视了母乳中含各种免疫因子，可减少婴儿的发病率。用母乳喂养婴儿，即使患佝偻病，也很轻微。

隔着玻璃晒太阳 通常，由于怕热怕冷或住高楼等原因，多数家长都不愿带小孩到户外活动，只是抱着小孩在室内隔着玻璃晒太阳。这样，太阳光中的紫外线是不能充分透过玻璃而进入人体的，因此就起不到作用。

医生提示

专家指出：小儿面部皮肤多晒太阳是补充体内维生素 D 的最好方法，即使在冬天，只要每周坚持晒 3 个小时，就不会或很少患佝偻病。

误选维生素 AD 滴剂 目前市场上常见的维生素 AD 滴剂有 10:1、3:1 和 2:1 的几种，各有其用途，但家长们有时会误选。这里有必要作一介绍：10:1 的维生素 AD 滴剂，维生素 A 含量高，维生素 D 含量低，只能用于预防维生素 A 缺乏症，不能用于预防和治疗佝偻病。预防佝偻病应选 3:1 或 2:1 的维生素 AD 滴剂。

让患活动性佝偻病的小儿久站立、早行走 这样做并不利于孩子骨骼的发育。尤其是患活动性佝偻病的小儿，久站则易形成“O”型或“X”型腿，或使原有的畸形加重。小儿佝偻病俗称“软骨病”，患病时由于体内甲状旁腺激素的调节作用，为保持血钙水平可使骨脱钙，骨质变软，当小儿受重力压迫时，特别是胖小儿，骨骼就会弯曲变形，造成上述畸形。

“佝偻病就是缺钙” 这是错误的观点，应树立“佝偻病是维生素 D 缺乏”的正确观念，只补钙不补充维生素 D 并不能预

营

养

缺

乏

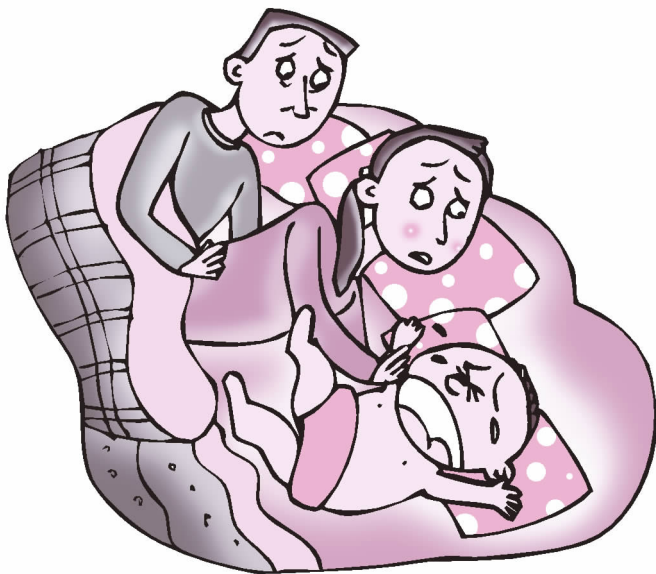
篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan



防和治疗佝偻病。

➤ (7) 给孩子补钙时注意事项

给孩子服用钙剂时应注意不要与奶类同食。人工喂养的孩子应选用配方奶(不同阶段的婴儿奶粉)喂养,不要食用含磷过高的奶制品,以免导致高磷、低钙血症。

如果孩子有胃肠道、肝胆、肾疾病,如慢性腹泻,会影响维生素D的吸收和利用,应预防和及时治疗这些疾病。

给孩子补充维生素D和钙剂应该补到什么时候?2岁以内的孩子生长发育特别迅速,户外活动较少,而乳类(母乳和牛奶)中维生素D含量均较少,为预防维生素D缺乏性佝偻病,应每日给予生理需要量的维生素D(400U/日或1020微克/日),钙剂根据进乳量多少适当补充即可。2岁后,随着生长速率的减慢,户外活动的增多(接受充分的阳光照射),饮食的均衡,已无须额外补充了。乳类中含有丰富的钙,所以孩子“断奶”后,还要记得坚持给孩子喝奶。



3 维生素 B₁ 缺乏症

维生素 B₁ 缺乏症又称“脚气病”，是因缺乏维生素 B₁（又名硫胺素）所致，临床上以多发性神经炎、肌肉萎缩、组织水肿、心脏扩大、循环功能不全及胃肠道症状为主要特征。“脚气病”与这些症状有点名不符实。

➤ (1) 常见病因

摄入不足 当乳母膳食中缺乏维生素 B₁，且单纯以母乳喂养未加辅食，婴儿即可患病；长期食用精制米、面；洗米、煮饭、煮菜过程中维生素 B₁ 丧失、破坏；某些鱼类、贝类含有破坏维生素 B₁ 的酶，长期喜食生鱼、贝类者易患本病。目前随着谷类粮食（尤其是大米）摄入量的减少，米面加工过于精细，该病发生率有上升趋势，以亚临床型多见。

吸收障碍 慢性消化不良、长期腹泻等引起吸收障碍，导致缺乏。

需要量增加 小儿生长发育迅速，需要量相对较多；长期发热、感染、手术后、甲状腺功能亢进等，因代谢旺盛、消耗增加，对维生素 B₁ 需要量亦增加，若不及时补充，易引起缺乏。

➤ (2) 症状

维生素 B₁ 缺乏症婴儿多为急性发病，以神经系统为主者称脑型脚气病；出现心功能不全者称心型（冲心型）脚气病；以水肿症状显著者称水肿型脚气病。也可以数型症状同时出现。年长儿则以水肿和多发性周围神经炎为主要表现。

消化系统症状 以 3~6 月婴儿最多见，多为母乳中维生素 B₁ 不足所致。常有厌食、呕吐、腹胀、腹泻或便秘、体重减轻等。

神经系统症状 婴儿可表现为神经麻痹。早期有烦躁、夜啼、因喉返神经麻痹所致声音嘶哑、甚至失音，继而出现神志淡漠、喂食呛咳、吸乳无力、眼睑下垂、全身软弱无力、深浅反射

营

养

缺

乏

篇

减弱甚至消失、嗜睡，严重者惊厥、昏迷等症，可引起死亡。年长儿以多发性周围神经炎为主，先有双下肢对称性感觉异常、腓肠肌触痛，进而感觉减退，以至于消失，病情进展可出现上行性弛缓性瘫痪。

心血管系统症状 婴幼儿常突发心力衰竭，多见于哺乳后或睡觉将醒时突然发生。表现为气促、烦躁、尖叫、呛咳、出冷汗、紫绀、心率过速，出现奔马律、心音低钝、心脏扩大、双肺布满湿啰音、肝肿大等症，重症迅速死亡。心电图呈低电压、S-T段压低、T波低平、倒置等改变。

水肿与浆液渗出 年长儿可于早期出现下肢踝部水肿，甚至延及全身或伴发心包、胸腔、腹腔积液。

➤ (3) 治疗

调整饮食。

补充维生素 B_{12} ，轻症可口服维生素 B_{12} 每次 5~10 毫克，每日 3 次。重症或伴有消化道功能紊乱时可采用肌注维生素 B_{12} ，每次 10 毫克，每日 2 次，病情缓解后可改为口服。

对急性心力衰竭以及惊厥的脚气病患儿可首先静脉注射 20 毫克 B_{12} ，以后每 4 小时注射 10 毫克，至心力衰竭缓解后改为口服。





❗ 注意事项 ❗

在抢救此类患儿时，尽量不用高渗葡萄糖和糖皮质激素，前者会使血中丙酮酸增高，加重病情，后者对抗维生素 B₁，亦加重病情。婴儿脚气病须立即治疗，每日肌肉注射 10 毫克，5 日后改为口服。

➤ (4) 预防

维生素 B₁ 广泛存在于谷类、豆类、坚果、酵母、猪肉、肝脏中，谷类中的维生素 B₁ 80% 存在于外皮和胚芽中，过度碾磨可使之大量丢失。平时要注意膳食多样化，做到米、面、荤、素、细粮和粗粮搭配，烹调时不宜加碱，鼓励多吃肉类和豆制品，并戒绝偏食、挑食的不良习惯。婴儿每日维生素 B₁ 需要量为 0.5 ~ 1 毫克；幼儿 1 ~ 2 毫克；孕妇及乳母每日也应补充维生素 B₁ 3 ~ 4 毫克。

4 蛋白质 - 能量营养不良

➤ (1) 什么叫蛋白质 - 能量营养不良

蛋白质 - 能量营养不良是因食物供应不足或因某些疾病等因素而引起的一种营养不良，在世界各地都有发生。

该病分为两种，一是原发性蛋白质 - 能量营养不良，多发生在饥饿、战争时期或贫困的国家和地区的人群中，因食物供应不足所致。二是继发性蛋白质 - 能量营养不良，散存在世界各地的各类人群中，因疾病等因素所引起。

严重的蛋白质 - 能量营养不良可直接造成死亡；轻型慢性蛋白质 - 能量营养不良常被人所忽视，但对儿童的生长发育和患者的康复都很有影响，所以蛋白质 - 能量营养不良是临床营养学上的一个重要问题。

营

养

缺

乏

篇



蛋白质 - 能量营养不良是由于缺乏能量和(或)蛋白质所致的一种营养缺乏症, 主要见于3岁以下的婴幼儿。临床表现为体重明显减轻, 皮下脂肪减少和皮下水肿, 常伴有各种器官的功能紊乱。分为三种类型:

一种是以能量供应不足为主的消瘦型, 另一种是以蛋白质供应不足为主的浮肿型, 还有一种是介于两者之间的消瘦 - 浮肿型。

➤ (2) 病因有哪些

长期摄入不足 常见于以下几种情况: 母乳不足而又未及时添加其他乳品; 奶粉配制过稀; 突然断奶而未及时添加辅食; 长期以淀粉类食品(粥、奶糕)为主; 不良的饮食习惯如偏食、挑食、吃零食过多或早餐过于简单等。小儿处于不断生长发育的阶段, 对营养素的需要相对较多, 父母要时时关心孩子的营养尤其是早餐。

消化吸收障碍 消化系统解剖或功能上的异常如唇裂、腭裂、幽门梗阻、迁延性腹泻、过敏性肠炎、肠吸收不良综合征等均可影响食物的消化。

需要量增多 急、慢性传染病(如麻疹、伤寒、肝炎、结核)后的恢复期、双胎早产、生长发育快速阶段等均可因需要量增多而造成相对缺乏。

消耗量过大 糖尿病、大量蛋白尿、急性发热性疾病、甲状腺功能亢进、恶性肿瘤等均会使营养素的消耗量增多。

➤ (3) 如何发现孩子患了蛋白质 - 能量营养不良

体重不增, 随后体重下降。

身高不长, 低于正常。

消瘦, 皮下脂肪逐渐减少甚至消失, 首先累及腹部, 其次为躯干、臀部、四肢, 最后为面颊部。腹部皮下脂肪厚度是判断营养不良程度的重要指标之一。

随着病程的进展各种临床症状的逐渐加重, 体重和皮下脂肪进一步减少, 身高停止增长, 皮肤干燥、苍白, 肌肉松弛。体重



明显减轻，额部出现皱纹如老年人，身高明显低于同龄儿，皮肤苍白、干燥、无弹性，肌肉萎缩，精神萎靡，体温偏低，脉搏细而无力，食欲低下，常伴腹泻、便秘交替，部分小儿还会因血浆白蛋白明显下降而出现浮肿。

➤ (4) 常见并发症

营养性小细胞性贫血 这类并发症最为常见，与缺乏铁、叶酸、维生素 B₁₂、蛋白质等造血原料有关。

各种维生素缺乏 常见者为维生素 A 缺乏，有时也有维生素 B、维生素 C、维生素 D 的不足。

感染 由于免疫功能低下，易患各种感染，如上呼吸道感染、鹅口疮、肺炎、结核病、中耳炎、尿路感染等。特别是婴儿腹泻，常迁延不愈，加重营养不良，造成恶性循环。

自发性低血糖 患儿面色灰白，神志不清，脉搏减慢，呼吸暂停，体温不升但无抽搐，若未及时诊治会因呼吸麻痹而死亡。

医生提示

根据小儿的年龄、喂养情况、体重下降、皮下脂肪减少、全身各系统功能紊乱及其他营养素缺乏的症状和体征，典型病例的诊断并不困难，但轻症患儿易被家长忽视，须通过定期生长监测、随访才能发现。消瘦儿童可以定期到医院检查，前后作对比，作出病因诊断。

➤ (5) 营养不良的治疗

营养不良的治疗原则是祛除病因，调整饮食，促进消化和治疗并发症。

祛除病因 在查明病因的基础上，积极治疗原发病，如纠正消化道畸形，控制感染性疾病，根治各种消耗性疾病等。

调整饮食 此患儿的消化道已适应低营养的摄入，一旦

营

养

缺

乏

篇

摄食稍多便会出现消化不良、腹泻，故饮食调整应根据实际的消化能力和病情逐步增加，不能操之过急。食品除乳制品外，可给予豆浆、蛋类、肝泥、肉末、鱼粉等高蛋白食物，也可给予酪蛋白水解物、氨基酸混合液等饮食。具体的喂养情况应在医生的指导下进行。

促进消化 主要依靠药物来帮助消化，可补充 B 族维生素和胃蛋白酶、胰酶等。苯丙酸诺龙是蛋白质同化类固醇制剂，能促进蛋白质合成，增加食欲。每次肌注 10 ~ 25 毫克，每周 1 ~ 2 次，连续 2 ~ 3 周，用药期间应供给充足的热量和蛋白质。注射胰岛素可降低血糖，增加饥饿感，提高食欲，通常每日一次皮下注射正规胰岛素 2 ~ 3 个单位，注射前先服葡萄糖 20 ~ 30 克，1 ~ 2 周为一疗程。

➤ (6) 如何预防营养不良

合理喂养尤其重要。大力提倡母乳喂养，对母乳不足或不宜母乳喂养者应采取合理的部分母乳喂养或人工哺育并及时添加辅食；戒偏食、挑食、吃零食的不良习惯，小学生要吃早餐，中餐应保证供给足够的能量和蛋白质。

合理安排生活作息制度，坚持户外活动，保证充足睡眠。

防治传染病和先天畸形，按时进行预防接种，对患有唇裂、腭裂及幽门狭窄等先天畸形者应及时手术治疗。

推广应用生长发育监测图，定期测量体重，并将体重值标在生长发育监测图上，如发现体重增长缓慢或不增，应尽快查明原因，及时给予纠正。



二、微量元素缺乏症



1 厌食多动要查查微量元素锌

锌是人体所含重要的微量元素之一，参与体内含锌酶和锌依赖性酶的组成，在组织呼吸及蛋白质、脂肪、糖及核酸代谢中起重要作用；促进细胞分裂生长和组织再生，缺锌会影响体格生长、智力发育和生殖功能。表现为味觉迟钝、食欲差、异食癖、生长发育迟缓、皮炎或伤口不易愈合等。

味觉素含有锌原子，可维持味觉，促进食欲；锌影响视网膜视黄醇还原酶活性，并参与视黄醛的合成；锌可促进与免疫有关的酶的合成，增强机体免疫功能。

➤ (1) 原因

摄入不足 植物性食物含锌少，故素食者容易缺锌；全胃肠道外营养如未加锌会导致严重缺锌。

吸收障碍 各种原因所致的腹泻皆会妨碍锌的吸收。谷类食物含大量植物酸和粗纤维，均可与锌结合从而妨碍其吸收。牛奶中含锌量与母乳类似，约 45.9 ~ 53.5 微摩尔/升 (300 ~ 350 微克/分升)，但牛奶锌的吸收率 (39%) 远低于母乳锌 (65%)。肠病性肢端皮炎是一种染色体隐性遗传病，因小肠缺乏吸收锌的载体，故表现为严重缺锌。

需要量增加 处于生长发育迅速阶段的婴儿，或组织修复过程中，或营养不良恢复期等皆可能发生锌需要量增多。

丢失过多 如反复出汗、溶血，长期多汗，大面积灼伤，蛋白尿以及应用金属螯合剂 (如青霉胺) 等均会导致锌缺乏。

营

养

缺

乏

篇

➤ (2) 症状

多发生于 6 岁以下的小儿，起病缓慢。开始表现为食欲不振、厌食或拒食，常伴有味觉减退、异食癖及复发性口腔溃疡等。而后生长迟滞或停止，身材矮小，性发育延迟。视觉暗适应能力下降，重症者会出现角膜浑浊。免疫力差，反复感染，伤口不易愈合。皮损呈特征性分布，主要分布于口、肛周围等处。亦会出现牙龈炎、舌炎、结膜炎等。孕母饮食中长期缺锌会影响胎儿生长发育。儿童严重缺锌会影响脑功能，表现为急躁、嗜睡、抑郁或学习能力差等。

➤ (3) 诊断

锌缺乏症目前尚无特异性诊断指标，主要根据锌缺乏病史、临床表现、低血锌，以及结合治疗效应等综合判断。目前常用的锌水平检查方法有三种，为测试头发、血清和尿液标本中锌含量。其中发锌测定因无法彻底去除标本所受到环境污染，以及发锌含量难以反映体内近期锌营养的变化，所以很少用于临床诊断，仅用于大规模的普查。血锌能反映近期锌的动态平衡状况，若除急、慢性感染与肝、肾等疾病外，血锌低于 11.48 微摩尔/升 (75 微克/分升) 有诊断价值，正常值 13.94 微摩尔/升 (91.14 微克/分升)。

尿锌能反映锌的代谢水平，24 小时的标本收集相当困难，已很少应用。对临床上有缺锌表现，血锌或发锌不低者，补锌治疗后的营养及临床改善，可作为确定锌营养状态的重要手段。

➤ (4) 治疗

首先应查明病因，治疗原发病，同时给予补充。

饮食治疗，鼓励多进食富含锌的动物性食物如肝、鱼、瘦肉、禽蛋、牡蛎等。初乳含锌丰富。

补充锌剂，常用葡萄糖酸锌，每日剂量为锌元素 0.5 ~ 1.0 毫克/千克，相当于葡萄糖酸锌 3.5 ~ 7 毫克/千克，疗程一般为 2 ~ 3 个月。



➤ (5) 预防

动、植物食物几乎都含锌，动物性食物中锌的含量丰富，且利用率高。坚持合理膳食，保证膳食中动物性食物占一定比例。建立良好的饮食习惯，不挑食、偏食。提倡母乳喂养，母乳含锌丰富，且能促进锌的吸收，并及时添加辅食。

锌的生理需要量：小儿为每日 5~15 毫克，成人每日 15 毫克，孕妇每日 20 毫克，乳母每日 25 毫克。

2 营养性贫血

➤ (1) 什么是营养性贫血

与体内铁、叶酸、维生素 B₁₂ 等造血物质缺乏有关。缺乏原因有三：一是婴儿发育快，所需营养素相对较多，其摄入量不足，易造成缺乏。二是婴幼儿胃肠功能差，易发生腹泻、呕吐、肠炎，营养物质吸收不足，排出增多，患病时食欲减退，营养素消耗增加。三是长期慢性失血和体内某些代谢障碍导致造血物质缺乏。

根据临床特点，分为：

缺铁性贫血 红细胞的主要成分是血红蛋白，铁是制造血红蛋白的主要原料，全身的铁有 2/3 在血红蛋白中。人体的铁主要来源于食物。由于牛奶的含铁量比母乳少，所以母乳喂养的婴儿易发生缺铁性贫血。有些孩子长期以乳类喂养而不加辅食，大多孩子偏食或有某些慢性疾病如呕吐、腹泻等，会造成铁的吸收不良，也可能发生缺铁性贫血。

营养性巨幼红细胞贫血 缺乏维生素 B₁₂，可使红细胞停留在幼稚阶段，幼稚的红细胞较正常红细胞要大，寿命较正常红细胞要短，易发生破裂。由于缺乏维生素 B₁₂，血液中含有较大的红细胞，故又称大细胞性贫血。维生素 B₁₂ 主要来源于动物食品，牛奶中的含量较母乳中多，故母乳喂养儿易得维生素 B₁₂ 缺乏性贫血。

营

养

缺

乏

篇



血。婴儿初生时肝脏内储存着一定量的维生素，量的多少与孕期母体内维生素 B₁₂ 含量有关，婴儿每天需要维生素 B₁₂ 1 微克，低于此量，即引起缺乏。

营养性混合性贫血 为两者都不足所致。

➤ (2) 如何发现孩子患了营养性贫血

烦躁不安或精神不振。缺铁性贫血，常表现为注意力不集中，学龄儿童会在课堂上乱闹，不停地做小动作，理解力降低，反应慢，对周围环境不感兴趣。维生素 B₁₂ 缺乏导致的贫血，表现为表情呆滞，目光发直，少哭不笑，对周围反应极不灵敏，嗜睡不认亲人，运动功能发育慢或倒退，如原来 5~6 个月已会的动作、语言和表情，到 7~8 个月时反而都不会了。严重的会发展为神经系统器质性病变。而叶酸缺乏性贫血不出现这些神经精神症状。

皮肤黏膜苍白。缺铁性贫血，常见口唇、口腔黏膜、指甲和手掌明显苍白。维生素 B₁₂ 和叶酸缺乏的贫血，除睑结膜、口唇、指甲等处明显苍白外，皮肤呈蜡黄色，颜面稍显浮肿，头发细黄且稀疏。

肝、脾肿大。缺铁性贫血肝脾肿大很少超过中度，并伴淋巴结轻度肿大。维生素 B₁₂ 和叶酸缺乏性贫血，淋巴结肿大不明显，以肝肿大为明显。





食欲减退。缺铁性贫血，常伴有疲乏的症状。婴幼儿不爱活动，年长儿可自述无力。维生素 B₁₂ 和叶酸缺乏的贫血，常伴有恶心或呕吐，大便稀薄，含有少量黏液，无白细胞等异常改变。

出现以上症状，应怀疑为营养缺乏性贫血，要带孩子到医院进一步化验，如血液检查结果表明红细胞数和血红蛋白值均低于正常，具有小细胞低色素、血清铁和运铁蛋白饱和度降低、铁剂治疗效果良好等特点。

➤ (3) 治疗建议

通过血中的铁蛋白、维生素 B₁₂、叶酸检查和其他血液学化验，医生会根据病情提出合理的治疗措施，相应的补充体内缺少的造血物质。

症状较轻的缺铁性贫血，父母可以进行有针对性的治疗，对于缺铁性贫血的婴幼儿，应加用强化铁饮食。足月儿从 4~6 个月开始（不晚于 6 个月），在奶中和辅食中加硫酸亚铁，用量每日每千克体重低于 1 毫克。早产婴儿及低体重儿从 3 个月开始，用量每日每千克体重 2 毫克。人工喂养儿在 6 个月以后，若喂不加铁的牛奶，总量不可超过 750 毫升，否则就挤掉了含铁饮食的摄入量。年龄较大的患儿可以口服富马酸亚铁，每日 20 毫克/千克，或硫酸亚铁，每日 30 毫克/千克，于两餐之间服用。同时服用维生素 C 以增加铁的吸收。注意不能与牛奶同时服用，因为牛奶中含磷较多，影响铁的吸收。待血红蛋白恢复正常后，还应继续服用铁剂 2 个月，以利于铁的贮存。

对于口服铁剂不吸收、腹泻严重、红细胞极低或伴有急性感染的患儿，以及因缺乏维生素 B₁₂ 引起的巨幼红细胞贫血的患儿，必须经由医生诊治，可考虑铁剂注射，如肌注右旋糖苷铁，但应注意的是注射铁剂会引起疼痛和荨麻疹，须谨慎。

患维生素 B₁₂ 缺乏性贫血时，可肌肉注射维生素 B₁₂ 500 微克，一次即可。叶酸口服剂量为 5 毫克，每日 3 次，持续数周至临床症状好转、血象恢复正常为止。

营

养

缺

乏

篇

➤ (4) 预防措施

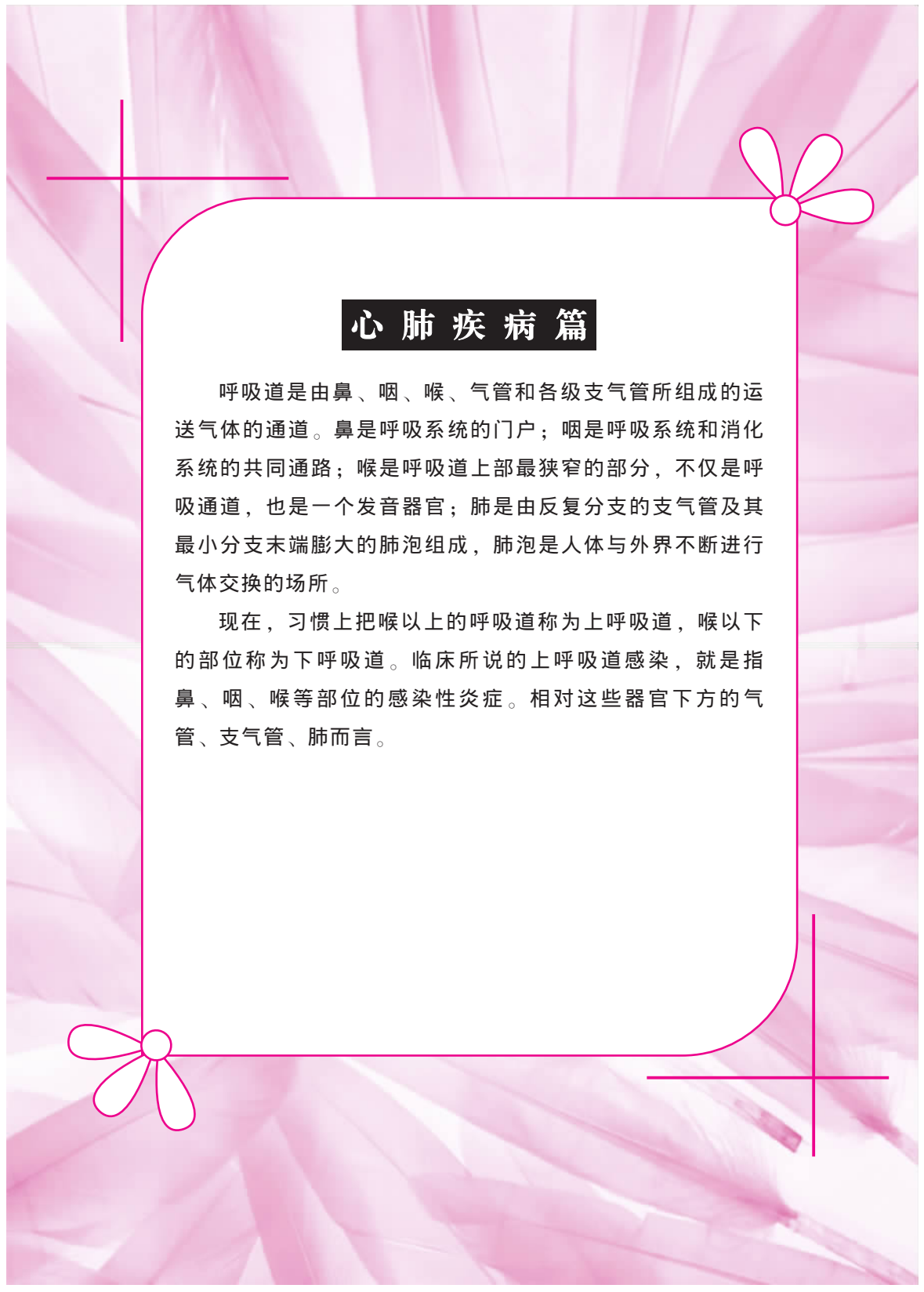
应做好婴儿喂养指导。母乳中铁虽不够，但其吸收较好。如不能用母乳喂养时，应选用强化铁配方奶喂养，或及早在食物中加铁。加用强化铁的饮食，足月儿从4~6个月开始（不晚于6个月），早产儿及低体重儿从3个月开始。最简单的方法即在奶中或辅食中加硫酸亚铁。对母乳喂养儿每日加1~2次含铁谷类，尚可交替使用硫酸亚铁滴剂。足月儿纯铁用量不超过1毫克/千克/日（2.5% FeSO₄ 0.2毫升/千克/日），早产儿不超过2毫克/千克/日。在家庭使用最多不超过1个月，以免发生铁中毒。

➤ (5) 生活提示

饮食调理。饮食不当是小儿营养缺乏性贫血发生的主要原因，有些轻症病人，仅通过改善饮食即可治愈。但在改善饮食时不宜过急，否则会造成消化不良。

注意在饮食中增加紫菜、海带、鱼以及红枣、各种新鲜蔬菜和水果等含铁丰富的食物；猪瘦肉、猪肝、鱼等动物脏器中含维生素B₁₂较丰富，而叶酸在绿叶蔬菜和各种瓜果中的含量都较丰富，因此要均衡饮食，不可偏食。





心肺疾病篇

呼吸道是由鼻、咽、喉、气管和各级支气管所组成的运送气体的通道。鼻是呼吸系统的门户；咽是呼吸系统和消化系统的共同通路；喉是呼吸道上部最狭窄的部分，不仅是呼吸通道，也是一个发音器官；肺是由反复分支的支气管及其最小分支末端膨大的肺泡组成，肺泡是人体与外界不断进行气体交换的场所。

现在，习惯上把喉以上的呼吸道称为上呼吸道，喉以下的部位称为下呼吸道。临床所说的上呼吸道感染，就是指鼻、咽、喉等部位的感染性炎症。相对这些器官下方的气管、支气管、肺而言。



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

一、如何发现先天性心脏病

欧美国家的资料显示，先天性心脏病（先心病）的发病率是0.8%，我国上海市先心病流行病学调查所显示的先心病发病率为0.65%。严重复杂性心脏畸形，如果不治疗的话，会给患儿带来很大的影响，30%在生后1个月夭折，60%在1岁以内死亡。

1 什么是先天性心脏病

先天性心脏病是孩子一出生就有的疾病，它主要是正常的心脏在发育过程中，由于种种原因造成了发育停滞或者不发育，这样就会出现各种心脏病。

目前先天性心脏病是新生儿死亡的主要原因。先天性心脏病发病的原因还不是十分清楚，可能是在心脏胚胎发育的关键时期——第2~8周，由于内因（遗传）与外因（环境的变化）影响了心脏胚胎的发育，使心脏某一部分发育停顿或发育异常即造成各种先天性心脏病。内在因素主要与遗传有关，外来因素主要是宫内感染，特别是母亲在怀孕早期3个月内，母体受到了外界的干扰，尤其是病毒的感染（如风疹、巨细胞病毒、腮腺炎、流行性感冒、柯萨奇病毒等）。有人报告在全部先心病畸形中，因病毒感染引起者约占10%。其他如放射线辐射、叶酸缺乏、药物、代谢紊乱性疾病（糖尿病、高钙血症等）及引起胎儿宫内缺氧的慢性疾病都可能与先心病发病有关。

所以，在怀孕早期积极预防病毒感染及避免上述一切不利因素，对预防先心病有积极意义。



2 如何判断孩子是否患有先天性心脏病

➤ (1) 家长怎么判断自己的宝宝是否有先天性心脏病

孩子出生以后反复哭闹时，发生皮肤青紫、气促多汗现象，并且声音嘶哑就要警惕了，要仔细观察。孩子稍大，运动后易气喘，口唇发紫，负重过度感，伴有生长发育迟缓，不能很好进食，应及时去医院检查，请医生听诊，看有无心脏杂音，若有就应该考虑可能有先天性心脏病，还要做相关的检查如心电图、心脏B超、胸部X线检查，如果仍不能明确诊断，还可以做心导管及心血管检查。

先天性心脏病的种类比较多，有几十种甚至上百种，可有两种以上畸形并存，病情表现不尽相同，常见的表现主要是呼吸困难、心率加快，极个别的会出现口唇发紫，临床上叫紫绀。绝大部分病人都能在心脏胸骨的前沿听到杂音，另外，大部分孩子容易患感冒、肺炎，常常会合并严重的心力衰竭，危及患儿生命，应尽早诊断，及时治疗。





➤ (2) 先心病在临床上根据有无青紫可分为三大类

潜伏青紫型 如室间隔缺损、动脉导管未闭、房间隔缺损等。

青紫型 如大动脉转位、法洛四联症等。

无青紫型 如肺动脉狭窄和主动脉缩窄等。其中以室间隔缺损、动脉导管未闭、房间隔缺损较常见，这三种疾病占先心病的 30% ~ 45%。

目前心血管外科技术发展很快，如果没有严重的并存疾病或严重的手术并发症，手术成功率几乎 100%，手术后可以与正常人的生活质量相同。但是如果合并肺动脉高压等严重并发症，就可能失掉手术机会或大大降低手术的成功率。因此掌握恰当的手术时机是非常重要的。

二、感冒要防心肌炎

1

“感冒”为前驱，心损步后尘

小儿病毒性心肌炎是冬春季节儿科的常见病，是病毒侵犯心肌，引起心肌功能紊乱的一种疾病，有的还伴有心包或心内膜的炎症。

发病之初，常以“感冒”症状为先驱，如发热、咳嗽、咽痛、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻等，经 1~3 周后，出现一系列心肌炎症状，轻者可无自觉症状，仅有心电图异常。婴幼儿表现为精神萎靡、哭吵、面色苍白、乏力、多汗及食欲不振等，如哭吵伴面色苍白等呈发作性改变，则应警惕。年长儿可自诉头晕、胸闷、心悸及心前区不适乃至疼痛。少数病例除上述症状外，会在



1~2日内出现心功能不全或突发心源性休克，危及生命。

近年来该病发生有明显增多趋势。小儿遭受病毒感染的机会很多，例如，冬春季节感冒流行时，孩子易被传染。但患儿多数是发热、咳嗽、流鼻涕，经过治疗休息，过几天就好了，并不发生心肌炎。如果患了感冒没能及时治疗，或在感染期间又受到一些不利因素的干扰，如剧烈运动、过度疲劳、细菌感染、营养不足、外伤、接受手术等，那么，步感冒后尘的另一种疾病——病毒性心肌炎就会乘虚而入了。

引起心肌炎的病毒有许多种：柯萨奇病毒、埃可病毒、流感和副流感病毒、腺病毒、疱疹病毒、腮腺炎病毒、鼻病毒等，其中，特别是柯萨奇病毒B组引起的心肌炎最常见。

2 家长“三察”及早发现病毒性心肌炎

1个多月以前，7岁的贝贝着凉了，有点流鼻涕、打喷嚏，妈妈怕孩子耽误功课，就给他吃了一些感冒药，过了几天，感冒症状也“消失”了。可是1个多星期后，贝贝出现头晕、心慌症





rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

状，还说胸口不舒服，躺在床上不愿起来。妈妈发现他面色很不好，连忙把他送到医院。经过检查，医生诊断为心肌炎，要住院治疗。入院当天贝贝就出现休克症状，经过医生护士的及时抢救，才转危为安，又在医院住了差不多 1 个月，医生才允许贝贝出院。尽管多数孩子可以在半年内逐渐恢复正常，但也有部分患儿症状反复出现，迁延不愈，甚至呈慢性进展，反复出现心力衰竭或心律失常，严重影响孩子的生活质量和身体健康。

爱心贴士

鉴于病毒性心肌炎对儿童的危害，提醒家长们：小儿感冒莫轻视。



病毒性心肌炎的预后与病情轻重有关。年龄小、治疗晚、易复发者预后差，所以早发现早诊治是关键。感冒所致病毒性心肌炎有一定的先兆，只要家长细心观察就可能发现：

一察色，由于病毒侵犯了心肌，影响了心脏的功能，使人体缺氧，孩子发热虽说退了，但脸色总缓不过来，面色灰白，口唇发青发紫。

二察气，平时孩子精神很好，感冒后“打蔫”，总头昏没劲，动一下就气喘、胸闷、心慌。

三察脉，安静时孩子的脉搏每分钟少于 60 次或超过 120 次，或跳几下后出现较长的间隙，这种过慢、过快和不规则的脉搏，都是不正常的现象。



病毒性心肌炎关键在于预防，感冒后一定要注意休息，减少活动，更不要进行剧烈的运动，一旦出现上述用“感冒”不能解释的变化时，应及时去医院检查。到医院后，医生一般会给孩子查血常规、血沉和心肌酶谱，做心电图检查。急性期，周围血白细胞总数及中性粒细胞正常或降低，血沉增快。病程早期血清谷草转氨酶、肌酸磷酸激酶增高，心电图主要表现为心肌供血不足和各种心律失常。

3 如何治疗和护理病毒性心肌炎

➤ (1) 休息

休息是最有效的方法。急性期应卧床休息，尽量保持安静，减轻心脏负荷。一般应休息至体温正常后 3~4 周。有心力衰竭、心脏扩大者，休息应不少于 6 个月，须待心力衰竭、心律失常得到控制，心脏恢复正常大小后，再逐渐增加活动量。

➤ (2) 促进心肌代谢药物

维生素 C(2~4 克)加入葡萄糖 40 毫升静注，每日 1~2 次。辅酶 A(50~100 单位)、三磷酸腺苷(20~40 克)，单用或联合应用。极化液(葡萄糖-胰岛素-氯化钾液)静滴，每日 1 次，10~15 日为 1 疗程。

➤ (3) 防治诱因

应严防细菌及病毒感染。

➤ (4) 控制心功能不全

应用洋地黄类药物时，注意剂量宜小，总量较一般用量减少 $1/3 \sim 1/2$ ，首次剂量勿超过总量的 $1/3$ 。

心

肺

疾

病

篇

➤ (5) 激素

仅用于重症患儿。

➤ (6) 积极控制心律失常。

4

走出认识上的误区

➤ (1) 心脏出现早搏就表示得了病毒性心肌炎

心脏早搏又分为良性和恶性，一般健康人在精神紧张、过度疲劳、吸烟、饮酒、喝浓茶、喝咖啡或消化不良时均会出现早搏。功能性或良性早搏常出现于饭后及安静时，活动后早搏反而减少或消失。但如果在运动后早搏明显增多，须去医院检查，医生会根据孩子发病前是否有明显发热及感冒、腹泻等病毒感染史及相应的化验和检查，做出诊断。

➤ (2) 心肌酶谱高了就是病毒性心肌炎

一般医院怀疑孩子得了病毒性心肌炎后，都会抽血检查心肌酶谱，尤其是检查肌酸激酶(CK)的心肌同功酶(CK-MB)和血清中心肌肌钙蛋白，因为它能在一定程度上反映心肌受损的情况。但这并不是诊断病毒性心肌炎的唯一依据，医生还会结合临床表现，综合分析。

➤ (3) 得了病毒性心肌炎的孩子以后会发展成为慢性心肌炎患者

如果医院已经通过全面的检查明确了孩子的诊断，应了解孩子的病情轻重程度。全国性的大批病人的长期随访资料表明，一般经过2~6年的随访，小儿病毒性心肌炎患者中60%经数周或6个月内治疗即痊愈，不到40%经数年后痊愈或好转。只有极少数孩子(2%~3%)在患病过程中出现心脏扩大等重症症状导致死亡。可见，小儿病毒性心肌炎的预后是好的，只有少数遗留后遗症，如早搏，I度房室传导阻滞大多是由心肌修复时疤痕组织引起的，家长不必为之恐惧或担忧。



5 病毒性心肌炎生活须知

➤ (1) 休息

充分卧床休息，避免婴儿过度哭闹，增加心脏负担。

➤ (2) 避免继发感染和重复感染

保持室内空气新鲜，保证适宜的温度和湿度。

➤ (3) 饮食注意

吃营养丰富且易消化的食物，初期少吃脂肪类食物，不能一次吃得过饱，可以少量多次。有心力衰竭时要减少盐的摄入量。

➤ (4) 有慢性感染病灶时应早发现早治疗

如慢性扁桃体炎，应在心肌炎好转稳定后进行扁桃体切除术。有龋齿者应尽早修补或拔除，避免反复感染。

三、认识支气管哮喘的防治

支气管哮喘又叫哮喘病，是当前威胁公共健康最常见的慢性肺部疾病。它的病理基础是气道慢性变态反应性炎症，以往称过敏性疾病。哮喘可发生于各年龄段，可在婴幼儿起病，以儿童多发，男孩多于女孩。

据统计我国儿童哮喘的患病率为 0.11% ~ 2.03%，男女婴幼儿患病率分别为 1.17% 和 0.82%，1 ~ 6 岁发病率最高，多数病儿的起病年龄在 3 岁以内。该病有明显的遗传倾向，62.2% 有个人过敏史。呼吸道感染是首次发病和复发的第一位原因。支气管哮喘已成为影响儿童入学和身心健康的重要原因。因此对小儿支气管哮喘的早期诊断、早期治疗非常重要。

心

肺

疾

病

篇

1 常见诱因

➤ (1) 感染

呼吸道感染是小儿哮喘发作的最主要的诱因，主要病原有合胞病毒、腺病毒、流感和副流感病毒、支原体等。

➤ (2) 接触过敏

它也是哮喘发作的常见诱发因素，如花粉、螨虫、霉菌等过敏物质。

➤ (3) 接触对气道有刺激的物质

由于患儿气道反应性高，当接触油烟、香烟或特殊气味、天气变化、冷空气刺激等都会诱发哮喘发作。

➤ (4) 有些患儿也会因进食鱼虾、鸡蛋、牛奶、冷饮或甜咸食品、药物(如阿司匹林)等发病。还有的患儿因情绪紧张等精神刺激或过度运动而诱发哮喘病。

2 常见症状

不同患儿发作时表现不一，部分患儿在接触过敏原或吸入刺激性气体后突然起病，出现咳嗽、喘息和呼吸困难，多数患儿是在上呼吸道感染的基础上出现上述症状。大多在清晨或夜间突然发作，少数患儿逐渐发病，春、秋季节更多见，发作时间自数小时至数日不等。常有喷嚏、流涕、鼻痒、喉痒、咳嗽等先兆症状，发作时患儿烦躁不安，不能平卧，呼吸困难，尤以吸气时更为困难，面色苍白，口唇青紫，两侧鼻翼煽动，还常伴有咳嗽、咳痰，一般不发热。肺部可听到哮鸣音，有时不用听诊器也能听到“嘶嘶”的喘息声。部分患儿没有喘息，而仅表现为长期咳嗽，以凌晨或夜间为重，干咳无痰，运动或受冷空气刺激后加



重，抗生素治疗无效而平喘药有效，称为咳嗽变异性哮喘。这些患儿诊断较难，极易误诊，如不能得到及时正规的治疗，会发展成典型哮喘。

3 孩子得了哮喘怎么办

对大多数哮喘患儿，如果不采取积极治疗，病情会越来越重，发作越来越频繁，以至发展为成人哮喘。实际上，得了哮喘并不可怕，由于小儿时期病情处于可逆阶段，如果给予规范化治疗，绝大多数患儿的病情可以得到长期控制，不会影响生长发育。但如不及时给予长期规范化治疗，导致气道重塑、变形，就难以根治。所以非哮喘急性发作期亦应坚持治疗，如果能有效地控制气道炎症，哮喘的发作是可以预防的。目前国际上治疗哮喘提倡吸入疗法，因气雾剂直接作用与呼吸道起效快、用药剂量小、副作用少而备受重视。常用药物有：

➤ (1) 糖皮质激素

传统上哮喘发作时用氢化可的松、地塞米松等静注，病情好

心

肺

疾

病

篇

转后改用强的松口服，但有较多副作用。目前认为较早吸入激素可以防止哮喘发展成不可逆的气道阻塞，且对儿童发育无影响。可用丙酸倍氯米松(必可酮)或布地奈德(普米克)或氟替卡松(辅舒酮)手控或定量气雾剂。一般在哮喘好发季节前1~2周，气候骤变或罹患上呼吸道感染后立即每日吸入2~4次，每次嗽1~2下，一般无副作用，仅有口咽部局部刺激感，故用后要漱口。这种方法给慢性哮喘及激素依赖患儿带来了福音。

➤ (2) 支气管扩张剂

2 受体激动剂 短效 2 受体激动剂是最有效的支气管扩张剂(沙丁胺醇、特布他林)，现主张有症状时按需吸入，但症状未完全控制时，用做激素吸入的补充治疗，其使用频率每天3~4次，每次100~200微克。

茶碱类 氨茶碱有一定的抗炎作用，并偏向用于夜间发作的哮喘患儿，用茶碱控释片最好。

➤ (3) 其他

如果有呼吸道感染存在，则用青霉素或红霉素、头孢菌素等抗菌药物控制感染。如烦躁不安，要及时给予镇静剂。如果你的孩子得了哮喘病，最好到哮喘门诊治疗。

4

预防孩子患哮喘须知

➤ (1) 提倡母乳喂养

消化道黏膜分泌的免疫球蛋白A能阻断引起变态反应的物质的吸收，母乳喂养不仅能补充分泌型免疫球蛋白A，而且能减少牛奶和其他辅食的添加，从而减少婴儿发生哮喘的机会。

➤ (2) 找出诱因，避免接触过敏原

如已知过敏原应尽量避免，有条件的话，可改善环境或易地生活。患儿住室宜空气新鲜，室内布置力求简单，易于清洁。若



怀疑呼吸道感染是诱发哮喘的原因时，应积极治疗感染病灶。

➤ (3) 脱敏治疗

对花粉、尘埃、尘螨引起变态反应者，将变态反应原浸液进行皮肤试验，对阳性者将浸液做皮下注射，浓度从低到高逐渐增加。脱敏疗法一般坚持2~3年，对单一过敏原过敏者疗效较好。

➤ (4) 预防药物

色甘酸钠 可将粉剂20毫克，置于喷雾吸入器吸用，每日3~4次，一般在2~4周后可发挥作用，疗程4~6个月。本药对已有哮喘发作者无效。

酮替酚 既可预防哮喘发作，也具有治疗的作用。计量每天0.1毫克/千克体重口服，至少服6~12月。

➤ (5) 锻炼身体

应坚信，只要在医生指导及一定药物治疗下，持之以恒地进行体育锻炼也是预防哮喘发作的重要措施。可因人制宜循序渐进地增加运动量，进行冷水洗脸等锻炼，夏季可参加游泳运动等。

➤ (6) 减少精神刺激

哮喘也是一种心身性疾病，家长要避免过分宠爱和迁就或过分厌弃和冷淡的态度，鼓励患儿多参加集体活动，学会自我管理，与医生密切配合，提高战胜疾病的信心。



心

肺

疾

病

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

四、小儿咳嗽要警惕支气管炎与肺炎

1

咳嗽与疾病

咳嗽是机体的一种保护性机制，它能促使呼吸道内的痰液或者异物排出。引起小孩咳嗽的原因很多，各种病原体入侵后引起鼻咽部、扁桃体、气管、支气管以至肺部的感染，都是小孩咳嗽的常见原因。不同的咳嗽方式，提示不同的疾病。

➤ (1) 犬吠样咳嗽或咳声嘶哑

多为喉部疾病引起，最常见的是急性喉炎。

➤ (2) 呛咳

孩子吃瓜子、花生之类后发生呛咳，提示异物被吸入呼吸道。

➤ (3) 运动后的阵咳

剧烈运动或活动后出现阵咳，要考虑运动诱发的哮喘。

➤ (4) 咳嗽伴气急、发热

咳嗽伴气急、发热，甚至鼻翼扇动，则多数为肺炎所致。

➤ (5) 痉挛性咳嗽

阵发性、痉挛性的咳嗽多见于百日咳，咳嗽常常成串，连续咳十几声或者几十声，接着发出一种特殊的吸气性的吼声。百日咳患儿晚上咳嗽频繁，白天咳嗽较少。

➤ (6) 伴哮鸣音的咳嗽

多见于支气管哮喘。除咳嗽外，孩子喉咙中发出哮鸣音，多数呼吸急促。



孩子一旦出现咳嗽，父母要观察咳嗽的情况，包括是干咳还是湿咳（有痰），如果是湿咳，还要观察痰是否容易咳出；咳嗽是白天严重还是入睡后严重；咳嗽声是否嘶哑；咳嗽与进食是否有关系。同时，还须注意与咳嗽同时存在的症状，例如发热、胸痛、喘息等。如果有痰咳出，要观察痰液性状，或收集痰液，就诊时将痰液给医生观察，以助明确诊断。

2 咳嗽与支气管炎和肺炎

当孩子感冒发热治疗不愈而又出现了咳嗽时，要警惕发生气管炎。感冒是急性上呼吸道感染，是指鼻和咽部的炎症，但如果未得到控制，炎症向下蔓延就可能发展为急性气管炎、支气管炎，甚至肺炎。初为刺激性干咳，以后随着病变的发展，支气管内分泌物增多转为带有咯痰声的咳嗽。年龄大些的孩子咳出黄色脓性痰，但婴幼儿不会把痰咳出来，常常咽下而不易观察到。如果小儿虚胖，发热咳嗽后出现了哮喘性呼吸困难，即呼吸增快，有哮喘声，鼻翼随呼吸而扇动，吸气时肋窝加深，那么就有可能得了哮喘性支气管炎。有的患儿一般先有发热、咳嗽等症状，继之高热持续不退，体温达 39℃ 以上，咳嗽加剧，出现呼吸急促、鼻翼扇动。婴幼儿抵抗力较弱，大多数起病迟缓，发热不高，咳嗽不明显，但常有呛奶、呕吐、烦躁不安、哭闹无力及呼吸困难等症状。此时表明患有肺炎了。

肺炎对婴幼儿健康威胁很大，如同时伴有营养不良、佝偻病、先天性心脏病则病情更严重，治疗困难，死亡率极高。家长

心

肺

疾

病

篇

应高度警惕以下严重并发症，防患于未然。

➤ (1) 心脏损害

常见有中毒性心肌炎和心力衰竭。若病儿呼吸困难突然加重，烦躁不安或青紫严重，心跳在 160 ~ 180 次/分以上，应考虑是否有心衰可能。

➤ (2) 胃肠损害

轻者表现为食欲减退、呕吐、腹泻，重者会出现呕吐咖啡色样物，甚至便血，如发生中毒性肠麻痹则腹胀明显，还会加重呼吸困难，使缺氧更加严重。

➤ (3) 大脑损害

轻度缺氧时表现为烦躁不安或嗜睡，严重的缺氧会导致脑水肿及中毒性脑病，表现为两眼凝视或上翻，神志不清，甚至抽搐、昏迷等生命危险。

当孩子感冒后出现咳嗽加剧、发热不退、呼吸急促、呛奶、烦躁不安、口唇及鼻唇区发青时，家长切莫大意，应及时带孩子去医院诊治，医生肺部听诊可闻及较固定的中、细湿啰音，临床可诊断支气管肺炎；拍胸片肺部可见散在斑片状阴影，或融合成片状阴影，有肺气肿、肺不张，伴发脓胸、脓气胸或肺大泡者则有相应的 X 线改变；血常规检查细菌性肺炎，白细胞总数及中性粒细胞多增加；病毒性肺炎白细胞大多正常或偏低，亦有少数升高者。若延误诊断或病原体致病力强者会引起并发症，如脓胸、脓气胸或肺大泡等。

3 家庭护理要点

咳嗽的小儿要注意多喂温开水，可使痰液稀薄，经常更换体位，促使其分泌物易于排出。在婴儿剧烈咳嗽时最好将其抱起，使上身呈 45 度角，同时用手轻轻拍背，使黏附在气管上的分泌物得以



松劲, 利于咳出。夜间咳嗽厉害可稍抬枕头, 减少患儿胃食道反流对咽喉部刺激。保持空气湿度, 温度和洁净度也十分重要。室温最好保持在 $20^{\circ}\text{C} \sim 26^{\circ}\text{C}$ 左右, 定时通风, 室内湿度 $50\% \sim 70\%$, 利于痰液稀释而咳出, 空气太干燥, 痰液粘在气管壁上不易排出。同时要加强小儿营养。

4 肺炎的治疗要点

➤ (1) 抗菌治疗

首选青霉素类或头孢菌素类抗菌素。青霉素过敏者、支原体、衣原体肺炎, 可静脉注射大环内酯类药物如红霉素、罗红霉素或阿奇霉素。抗菌素一般用至体温恢复正常后 $5 \sim 7$ 天, 症状、体征消失后 3 天为止。

➤ (2) 抗病毒治疗

可选用病毒唑、干扰素等药物。

➤ (3) 对症治疗

高热烦躁者给予退热药及镇静剂; 咳嗽剧烈、痰多者给予止咳祛痰药物, 如沐舒坦、富露施等; 呼吸困难、发绀者给予氧气吸入; 分泌物黏稠、痰不易咳出者可用雾化吸入, 必要时吸痰; 并发心力衰竭者, 宜早用西地兰等洋地黄类药物。以上药物均应按照医嘱应用。

心

肺

疾

病

篇

肠胃篇

新生儿食管下端及贲门括约肌发育不成熟，易发生胃食管反流和溢乳。婴儿胃呈水平状。幽门紧张度高，自主神经调节功能不成熟，是婴幼儿时期易呕吐的原因。胃容量出生时 30~60毫升，随年龄增大，1~3月为 90~150毫升，1岁时达 250~300毫升。婴儿肠道相对长，对消化吸收有利，但固定差及蠕动协调能力弱，易发生肠套叠。婴儿肠黏膜对葡萄糖的转运能力低于成人，但因奶中乳糖含量低，仍可正常分解、吸收。婴幼儿尤其是未成熟儿肠壁薄、黏膜血管丰富，肠黏膜屏障作用较差，肠腔内微生物、过敏原及不完全分解产物可经肠黏膜进入体内，引起全身性感染或变态反应病。

新生儿出生后几小时，肠道开始出现细菌。肠道菌群受食物成分影响，母乳喂养者以双歧杆菌及乳酸杆菌为主；人工喂养则以大肠杆菌为主。肠道细菌对体内合成维生素和其他 B族维生素起重要作用。婴儿消化功能易紊乱，是每个父母要关注的。



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

一、认识小儿生理性腹泻

1

认识小儿生理性腹泻

在儿科病例中，常常见到这样一些情况：宝宝生下没几天就开始腹泻，每天大便稀薄，呈黄色或黄绿色，少则几次，多则十几次，时间长达几个月，甚至半年。为此，家长们怕腹泻影响宝宝的健康，于是，抱着宝宝到处看病求医。尽管药吃了不少，可孩子还是照样腹泻，唯一值得庆幸的是，孩子虽然腹泻了这么长时间，但吃得还蛮好，人也不见瘦下去。那么，这些宝宝究竟得了什么病呢？





这种病在医学上称“生理性腹泻”。生理性腹泻是指母乳内所含的某种营养成分超过婴儿的需要，由于婴儿的消化能力还没有发育健全而引起的腹泻。生理性腹泻多见于6个月以下的婴儿，其外观虚胖，常有湿疹，出生后不久即腹泻，每天大便次数多，每次大便量不一定很多，其中含少量水分，一般没有特殊腥臭味。生理性腹泻的婴儿除大便次数增多外，多无其他症状，食欲好，无呕吐现象，生长发育不受影响，添加辅食后，大便即逐渐转为正常。

2 引起小儿生理性腹泻的原因有哪些

婴儿的消化能力有一定的限度，如果给婴儿吃的食物超过其承受能力，就会发生腹泻。比如，将牛奶里的水分蒸发掉一半，制成所谓蒸发奶，然后用这种奶不加稀释地喂养婴儿，部分婴儿就可能因奶内营养成分太高而发生腹泻。

母乳的成分由于民族、饮食习惯、健康状况以及个体差异而有很大差别，有的母乳汁内含的营养成分不足，造成婴儿营养不足；而有的母乳汁内含的营养成分超过婴儿的需要，其多余的部分便随腹泻而排出体外。所以患“生理性腹泻”的婴儿，尽管从大便中排出一些营养成分，已经吸收的营养成分还是比一般孩子多。

医生提示

如果生理性腹泻是由人工喂养造成的，那么只要注意调整喂养习惯即可；如果生理性腹泻是由母乳原因造成的，解决的根本办法就是换奶，当改吃牛奶或其他乳品后一般都能奏效，应注意药物治疗是不能解决根本问题的。

肠

胃

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

婴儿吃奶的目的，就是为了获取身体所需的营养物质，以维持机体正常的功能和生长发育。排便的意义在于，既保证营养，又能排除消化道内的废物。既然“生理性腹泻”并不影响婴儿的生长发育，所以完全可以不必因为大便次数多而舍弃母乳，改换牛乳或其他乳制品，也不必使用止泻药物。随着宝宝的渐渐长大，消化功能的健全，并且添加粥、面、鱼、菜泥等辅食，孩子的大便会逐渐转为正常。

3 怎样处理小儿生理性腹泻

“生理性腹泻”患儿无需药物治疗，因为治疗腹泻的药物均有抗感染、收敛、助消化等作用，而“生理性腹泻”既不是消化道感染，也不是消化不良，故没有用药的必要，且“是药三分毒”，对婴儿也没有益处。

爱心贴士

对“生理性腹泻”婴儿应加强护理，及时换尿布，用温水清洗臀部及会阴部，并用软膏涂抹，否则就有可能引起臀部皮肤发红，甚至局部感染。此外，对“生理性腹泻”婴儿，应警惕在此基础上引发“病理性腹泻”。如果大便次数突然增加，大便内水分增多，有臭味，就很可能有其他因素加重了腹泻，此时应该寻找原因，去除造成腹泻的新因素，积极给予治疗，直到恢复平时状况为止。





二、秋冬防腹泻，夏季防菌痢

1 小儿秋季腹泻

因其在秋冬季节发病率高而得名，其中 70% ~ 80% 是由轮状病毒引起的，主要侵犯对象是 6 ~ 24 月的婴幼儿，4 岁以上者少见。婴幼儿胃肠道发育不成熟，孩子对营养需求又较高，肠道负担重。婴儿时期的神经系统、内分泌系统、循环系统以及肝、肾功能均未成熟，调节功能较差，免疫功能也不够成熟，因而很容易发病。

爱心贴士

秋冬季节气候干燥，适宜轮状病毒生长繁殖。如果孩子的器具或食品不干净，或孩子有吃东西不洗手、咬手指头等习惯，很容易使孩子感染轮状病毒，从而导致腹泻。

孩子感染轮状病毒后，最初表现出感冒的症状，如发热、流鼻涕、打喷嚏、鼻塞等。这时，很多家长会误以为孩子感冒了，而急于给孩子吃感冒药，以致耽误了治疗。秋季腹泻病初 1 ~ 2 天常出现呕吐症状，随后出现腹泻，而且越来越重，排泄物像水样或蛋花样，带少量黏液，无腥臭味。

此外，孩子在腹泻时，会出现严重口渴及明显的烦躁，一般提示有轻度或中度脱水、酸中毒及电解质紊乱。近年报道，轮状病毒感染亦会侵犯多个脏器，产生神经系统症状，如惊厥等；

肠

胃

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

50% 左右患儿血清心肌酶谱异常，提示心肌受累。发现有类似症状应及时就医。本病为自限性疾病，数日后呕吐渐停，腹泻减轻，不喂奶类的患儿恢复更快，自然病程约 3~8 天，少数较长。大便镜检偶有少量白细胞，感染后 1~3 天即有大量病毒自大便中排出，最长可达 6 天。轮状病毒肠炎多有继发性双糖酶(主要是乳糖酶)缺乏，对疑似病历可暂停奶类喂养，改为豆制代乳品，或发酵奶，或去乳糖配方奶(腹泻奶粉)以减轻腹泻，缩短病程。腹泻停止后逐渐恢复营养丰富的饮食，并每日加餐一次，持续 2 周。

由于腹泻多是由病毒引起的，一般不用抗生素治疗，应合理使用液体疗法，选用微生态制剂和黏膜保护剂。如伴有明显中毒症状不能用脱水解释者，尤其是对重症患儿、新生儿、小婴儿和衰弱患儿(免疫功能低下)，应选用抗生素治疗。

一般来说，秋季腹泻是由于致病微生物随着被污染的食物进入宝宝的消化道引起的，因此，预防秋季腹泻，关键是防止“病从口入”。婴儿期尽量提倡母乳喂养，因种种原因而不得不采用人工喂养时，应注意食用新鲜且成分及制造日期标识清楚的婴儿配方奶粉，不要给宝宝吃储藏时间太久的食物和水，尽量少吃生冷、富含脂肪的食物。经常给宝宝洗手、剪指甲等；给他们的喂





奶器具清洁消毒，并经常用消毒水擦拭桌椅和宝宝的玩具，防止上面带有病毒。父母下班后，要先更衣、洗手，甚至沐浴后才可亲近自己的小宝贝。

轮状病毒还可通过空气传播，在病毒的高发季节要注意室内的通风，切莫因为天冷怕宝宝着凉而一天到晚紧闭门窗。避免带宝宝到人多的地方，避免宝宝和已感染病毒的人接触。接种秋季腹泻疫苗是一种预防的方法，防病率可达 75% 以上，家长应及时带宝宝接种疫苗。

2 细菌性痢疾是夏秋季节常见的肠道传染病

➤ (1) 原因

在炎热的夏季，胃肠功能容易失调，一旦痢疾杆菌入侵，就容易失去对病菌的抵抗力，而使痢疾杆菌在肠道中生存繁殖，并产生毒素致病。

➤ (2) 症状

腹部不适或疼痛、呕吐、腹泻，每日大便十余次、或二三十次，有内急后重(即排便不畅、肛门重坠感)，大便夹有黏液甚至脓血等。严重者起病急骤，高热，全身毒血症症状明显，精神萎靡，反复抽搐，神志不清，昏迷，并有面色苍白，四肢厥冷等休克表现。肠道症状常不明显，数小时或 10 余小时后才出现腹泻，初为稀便后转为黏稠脓血便。此为中毒性细菌性痢疾(毒痢)，是细菌性痢疾的危重临床类型，多发生于儿童。

由于患儿特异性体质对痢疾杆菌内毒素产生强烈的反应引起微循环障碍，导致休克、弥散性血管内凝血(DIC)形成，脑水肿和脑疝发生。得了菌痢后，要及时去医院检查，进行血常规(白细胞计数和中性粒细胞比例增高，并可出现核左移)、大便常规(无腹泻者以直肠拭子或生理盐水灌肠采集大便镜检，可见大量脓细胞与红细胞，并有巨噬细胞)、大便培养和药敏试验(大便细菌培养

肠

胃

篇

有志贺痢疾杆菌生长可确诊。大便培养须早期多次送检。有时须直结肠拭取样,立即送检,这样阳性率较高)、血气分析及电解质测定(以了解水、电解质及酸碱平衡失调情况)、甲皱微循环及眼底检查(以了解微循环功能和有无脑水肿发生)。

➤ (3) 家庭护理

痢疾患者的饮食以稀软易消化的食物为主,可吃些稀饭、面条等,必要时可禁食;不吃油炸、生冷食物,以减轻胃肠道负担。

➤ (4) 治疗

抗感染治疗可选用第三代头孢菌素或氨基糖苷类抗生素。早期静脉给药,症状好转后改为口服用药,疗程7~10天,停药48小时后复查,大便培养2次,阴性提示病愈。只要治疗及时,护理得当,不发生反复感染,患者恢复是比较快的。对中毒性细菌性痢疾,应采取综合性抢救治疗。除抗感染外,以休克为主要表现者予以扩充血容量,纠正酸中毒,改善微循环等治疗;以脑病为主者应控制高热、止惊、脱水和防治呼吸衰竭;可短期使用糖皮质激素。

➤ (5) 预防

首先,要把好“病从口入”这一关。做到不吃腐烂变质及被苍蝇、蟑螂污染过的食物。坚持做到饭前便后洗手,生吃瓜果要用清水多清洗几遍,或削皮后再吃。餐具要按时煮沸消毒。

其次,不要使孩子与菌痢病人接触,以免感染患病。在流行期间(或家中有人患菌痢),多食大蒜能够收到较好的预防效果。

三、小儿也有溃疡病

人们普遍认为溃疡病好发于中老年人群,殊不知儿童期也易



罹患溃疡病。有这样一位患儿，刚满 10 岁，经常腹痛一年有余，有时夜间也被痛醒，疾病剧烈时伴有满头大汗，在进食一些食物后，有所缓解。到多家医院就诊，打了驱虫，做了脑电图，吃了抗癫痫药物，长期应用抗感染治疗未见好转，花费了 2 万多元，家长非常焦急，特来儿科门诊，通过电子胃镜检查，发现为十二指肠球部溃疡，并且幽门螺杆菌阳性，通过制酸、护胃、抗感染治疗，腹痛很快消失，2 个月后复查胃镜，十二指肠溃疡完全愈合。

随着近年来，小儿纤维胃镜检查的开展，发现小儿消化性溃疡患者并不少，小儿消化性溃疡在学龄儿童中较多见，并以十二指肠溃疡为主，十二指肠溃疡为胃溃疡的 3~5 倍。婴幼儿也可有消化性溃疡，但大多数发生在继发严重感染、大面积烫伤、严重营养不良和长期使用皮质激素以后。成年人的消化性溃疡约有 21%~50% 始于儿童期，约 1.4% 始于 4 岁以前，因此家长平时应留心观察自己的孩子，如经常喊肚子疼，应及时带到医院就诊，以免延误病情。



肠

胃

篇

1 什么是小儿溃疡病

消化性溃疡包括十二指肠溃疡和胃溃疡。本病好发于学习好、情绪易波动的年长儿。小儿消化性溃疡的病因较为复杂，包括胃酸分泌过多、胃蛋白酶的消化作用、胃十二指肠黏液、幽门螺杆菌、遗传及饮食习惯。其中，幽门螺杆菌引起小儿消化性溃疡比较常见。

2 引发小儿溃疡病的主要原因有哪些

➤ (1) 食无规律

许多小孩进食无规律，或饱或饥，想到什么就吃什么，完全不考虑进食时间和多少。过饱易使胃窦部过分扩张，而引起十二指肠液和胆汁反流，腐蚀胃壁；过饥会使胃黏膜水肿，胃酸在空腹时易破坏水肿的黏膜形成溃疡。

➤ (2) 药物损害

现在的小孩多为独生子女，有点什么小毛病全家围着转，有个头痛脑热，马上给孩子服用退烧药、止痛片等，而不少药物如阿司匹林、消炎痛等，对胃黏膜均有一定的刺激和腐蚀作用。

➤ (3) 精神障碍

由于儿童迷走神经调节胃肠的支配功能尚不完善，如吃饭时训斥孩子，儿童、少年在学习、考试阶段负担过重，心理压力，情绪受抑等，都很容易刺激胃肠，发生功能紊乱而诱发溃疡病。

➤ (4) 遗传因素

一项对溃疡病患者的权威调查显示，其家族的发病率达 6%，而健康人的家族中，发病率仅为 0.9%。



➤ (5) 不良习惯

现在许多儿童常吃奶油蛋糕、巧克力等高糖、高脂食物，还大量饮用可乐、雪碧等碳酸饮料，既加重了胃肠的负担，又削弱了小儿免疫力，降低了胃肠道消化吸收功能。更有甚者，许多家庭纵容娇惯，使有些儿童自幼就养成吸烟、喝酒等坏习惯，而使孩子娇嫩的胃黏膜受到损害，易导致溃疡病的发生。

3 幽门螺杆菌导致消化性溃疡病

在众多引起溃疡病的因素中，继发于幽门螺杆菌感染占很大比例。幽门螺杆菌是一种螺旋形的杆菌，1983年 Marshall 和 Warren 在微氧条件下从胃炎患者的胃黏膜活检标本中分离出幽门螺杆菌，英文是 *Helicobacter pylori*，简称 Hp。Hp 是世界各地最常见的感染性疾病病原之一，已证明幽门螺旋杆菌是居于胃窦部，95% 以上的十二指肠溃疡与 85% 以上的胃溃疡与幽门螺旋杆菌有关，它是胃和十二指肠溃疡的致病因子，是消化性溃疡发生的重要因素。人的一生中感染 Hp 的最主要年龄阶段是在儿童期，尤其在生后最初几年内，可见儿童是受 Hp 侵袭的最危险人群。

据报道，在西方发达国家和地区的儿童与青少年中一般很少有幽门螺杆菌，与此相反的是在发展中国家 Hp 感染率较高。我国儿童人群中幽门螺杆菌感染率与其他发展中国家相似，并随年龄递增，与社会经济状况和文化卫生水平呈反比关系。Hp 是可以传染的，也就是说，由 Hp 引发的胃病是可以互相传染的。饭前洗手，不使用公筷也是预防 Hp 传播的措施之一。

4 小儿溃疡病症状

典型的症状大多数表现为消化道大出血，起病年龄越小，症

肠

胃

篇

状越不典型，容易引起误诊与漏诊。

年长儿发病症状接近成人，主要是上腹部疼痛和脐周疼痛感，时轻时重，有时缓解时间较长。精神紧张、疲劳、天气变化容易复发，腹痛有时与饮食有关。胃溃疡多为进餐后疼痛，而十二指肠溃疡多在饥饿时或夜间疼痛，进食后可以缓解，可伴有暖气、反酸、恶心、呕吐、便秘、腹泻等表现，但大多数患儿上述症状并不典型。如果孩子反复腹痛，尤其是夜间发作次数频繁，常规服驱虫药无效，应想到消化性溃疡的可能，应及时到医院就诊。有些病例会并发大出血、穿孔，长期少量出血会引起慢性贫血，并发幽门梗阻时会引发进食后呕吐、腹胀等表现。

5 小儿溃疡出血怎么办

小儿一旦发生溃疡病出血，来势汹汹，出血量较多，临床症状重，严重的出血会导致休克甚至死亡。小儿溃疡病出血多发生于学龄儿童，大部分病例出血前有溃疡病的症状，例如溃疡病人进食后上腹痛，进食缓解。但是部分患儿可以无溃疡病疼痛病史，出血时患儿会感到全身无力、出汗、口渴，甚至发生昏厥、大便发黑、呕血。因此，对于孩子的大便，家长要学会用肉眼观察其颜色，以识别是否正常，如果发生大便发黑呈柏油样，应带上大便到医院请医师检查。

小儿溃疡病出血的防治，关键在于早期发现溃疡病并进行积极的治疗。在儿童期若有以下情况时就应该考虑溃疡病的可能：原因不明的便血或呕血；复发性上腹痛；有溃疡病家族史，并有消化道症状者；大便隐血试验阳性以及原因不明的缺铁性贫血。



6 哪些辅助检查可以诊断小儿消化性溃疡

小儿消化性溃疡症状不典型，所以诊断比成人困难，辅助检查就显得特别重要，如果孩子有慢性上腹与脐周疼痛，合并或不合并呕血与便血时需要做以下检查：

➤ (1) 上消化道钡餐

钡餐检查对十二指肠溃疡的检出率为 75%，胃溃疡检出率不足 40%，具有局限性。近年来逐渐被纤维电子胃镜检查所替代。

➤ (2) 纤维或电子胃镜检查

由于超小口径胃镜应用于临床，小儿咽反射较弱，胃镜较易通过咽部，不会发生意外，成功率较高。通过胃镜检查，可直接观察溃疡病的位置、数目、形态和病灶边缘的改变，对消化性溃疡的确诊率高达 95% 左右，并且可以进行病灶活检、幽门螺旋杆菌检查和内镜下直接止血治疗，是目前诊断消化性溃疡最直接有效的办法。

7 小儿消化性溃疡如何治疗

➤ (1) 膳食治疗

饮食既要营养丰富，又要容易消化，每日进餐 3~4 次，饮食应温度适中、食量适度、细嚼慢咽，避免辛辣食物、浓茶、咖啡、果汁、汤类等，过酸水果、煎炸食物均应节制。

➤ (2) 抗酸治疗常用的抗酸药物有

H₂ 受体阻断剂 常用制剂有西咪替丁每天 20~40 毫克/千克，分 4 次口服；雷尼替丁每天 2~6 毫克/千克，分 2 次口服（8 岁以内的孩子不宜使用），疗程 4~8 周。

质子泵抑制剂 此类药物抑制胃壁细胞的 H-K-ATP 酶

肠

胃

篇

活动减少，胃酸分泌，如奥美拉唑(洛赛克)每天 0.5~0.7 毫克/千克，每日 2 次。

复方制剂如胃达喜 一般为氢氧化铝和三硅酸镁等成分，可直接中和胃酸。

➤ (3) 胃黏膜保护品

常用制剂有铋剂(得乐、乐得胃、胃得乐)和硫糖铝、思密达等，主要是可以形成保护膜，使溃疡不发生侵蚀作用。

➤ (4) 抗幽门螺旋杆菌治疗

常用抗生素有羟氨苄青霉素、克拉霉素等药物，一般与制酸药或铋剂合用，进行三联治疗(一种制酸剂或铋剂加用 2 种抗生素，疗程为 2~4 周左右)。

8 如何预防小儿消化性溃疡

预防溃疡病要从小抓起，从多方面着手。培养良好的饮食习惯是预防消化性溃疡的关键，按时定时进食，少吃零食，避免暴饮暴食，少吃辛辣、过酸、过凉及刺激性食物，适度参加体育活动，增强体质，就餐时应有宽松的环境，保持愉快、精神集中、细嚼慢咽，不要边吃饭边看电视，家长切忌利用吃饭时间训斥孩子，禁止小儿吸烟、饮酒。如能做到以上几条，小儿就不容易发生消化性溃疡。

需要提醒的是，由于儿童溃疡病的临床症状不太典型，易被家长忽视。故对有慢性腹痛、不明原因贫血、胃口差等表现的孩子应提高警惕，及时去医院检查，以利早期诊断和治疗。



四、腹痛警惕肠套叠

1 肠套叠及症状

顾名思义，肠套叠是指一段肠管套入了其邻近的另一段肠管中，这是一种小儿常见的外科急腹症。肠套叠是小儿的常见急症，以2岁以下特别是4~10个月的婴儿最多见，其发病率占婴儿肠梗阻的首位。因为小儿肠管的长度及肠系膜均较长，易活动，且小儿肠道发育尚不完善，肠蠕动也不规律，某些因素很容易引起肠蠕动紊乱而发生肠套叠。肠套叠大多突然发病。如有这样一个患儿：

深夜，一对年轻夫妇急匆匆抱着孩子来就诊，孩子的妈妈讲，5个月大的孩子两天前开始拉肚子，一直在吃药，可是当天上午，孩子突然大哭大闹，并且呕吐不止。妈妈以为小孩哭闹、呕吐是正常的，并没有太在意。到了晚上，孩子的大便带血。妈妈这才慌了，赶紧抱孩子来医院就诊。经医生诊断，孩子出现了肠套叠，并且由于套叠得太紧，无法用空气灌肠整复，于是对孩子立即施行了手术。术中医生发现，孩子部分肠管已坏死，只好进行切除。

肠套叠的典型症状是：

➤ (1) 腹痛

为早期出现的症状，其特点是平素健康的婴儿，无任何诱因而突然发生剧烈的有规律的阵发性腹痛。患儿表现阵发性哭闹不安、屈腿、面色苍白。每次发作约10~20分钟，以后安静入睡，或玩耍如常，约数十分钟后又突然发作，其症状如前。如此反复

肠

胃

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

多次，患儿精神渐差，疲乏不堪，面色苍白。这种有规律的阵发性腹痛，是由于较强的肠蠕动波把套入的肠管向前推进，牵拉肠系膜，同时套叠鞘部发生强烈收缩所引起。个别较小的病儿无剧烈哭闹，而表现为阵阵不安和面色苍白，随后进入休克状态，须特别警惕。

➤ (2) 呕吐

起病不久即出现反射性呕吐。这是由于肠系膜被牵拉所致，呕吐物为奶块或食物，以后即有胆汁甚至可为粪便样物，是肠梗阻严重的表现。

➤ (3) 血便

多于病后 6~12 小时出现，是本病特征之一。常为暗红色果酱样便，亦可为新鲜血便或血水，一般无臭味，出现便血原因是套入部肠壁血循环障碍，致使黏膜渗血与肠黏液混合在一起的结果。出血量与肠套叠的松紧程度有关。开始时是大便带血，以后可能就会便出鲜血，套叠越紧出血越多，病情也越严重。

➤ (4) 腹部包块

肿块的部位依套入点和套入程度而定，在病程早期，肿块多位于右上腹部，呈腊肠样，光滑而不太硬，略带弹性，可稍活动，有压痛。以后随套叠的进展，肿块会沿结肠移至左腹部，严重时套入直肠内。

❗ 注意事项 ❗

腹部的包块一般在医生检查时才能被发现，但细心的家长当孩子腹痛时也可在其右上腹部可以触及肿块，似香肠样，能活动。但须注意，疾病晚期由于患儿发生脱水、电解质紊乱、休克甚至出现腹膜炎时，腹部肿块反而不易查出。



2 肠套叠的治疗

肠套叠虽然属于急症，只要早诊早治就不会产生太大危害。当孩子出现以上症状时，细心观察一两个小时，若症状仍无改善，就要尽快带孩子到医院就诊，千万不要延误治疗时机。

如果治疗及时，凡是病程在 48 小时内的原发性肠套叠，患儿全身情况良好，无明显脱水，无明显腹胀者均可以灌肠疗法治疗。一般采用空气或钡剂灌肠。晚期病情比较严重，不适合做灌肠复位的病例，或已经灌肠未能复位的病例，疑有小肠套叠者，以及复位达 3 次以上者均需手术治疗。术前应做好准备，包括纠正脱水及电解质紊乱、抗生素退热及输血等。手术时根据患儿当时情况及病理变化进行套叠复位、肠切除吻合、肠造瘘等；套叠很紧的病例，不能强力复位，以免引起浆膜撕破；鞘部有白色斑块疑有肠坏死的病例，应行肠切除吻合术，避免术后发生破裂穿孔。

医生提示

特别提醒家长朋友，肠套叠容易复发，患过肠套叠的孩子，父母尤其要提高警惕。

3 肠套叠的预防

孩子患肠套叠可以预防吗？两岁以下的小儿肠套叠多为原发性，病因至今尚未完全明了，因此并不好预防。一般认为，肠套叠是由于肠蠕动紊乱所致。引起肠蠕动紊乱的因素较多，如环境

肠

胃

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

和气候的变化、饮食不当、肠炎腹泻等，因此要注意以下几方面：

➤ (1) 根据天气变化及时给孩子加减衣物，孩子睡眠时特别要注意不要让肚子着凉。

➤ (2) 不要突然改变孩子的饮食结构，给孩子添加辅食时应循序渐进，使孩子娇嫩的肠道有个适应的过程，防止肠道蠕动异常，保持孩子肠道功能正常。

➤ (3) 肠炎腹泻会诱发肠套叠，所以，当腹泻的孩子突然出现阵发性哭闹、呕吐时就应警惕肠套叠的发生。因肠子发炎，患儿较易引起肠坏死，应及早诊治，麻痹不得。

孩子出现肠套叠并不可怕，可怕的是家长对肠套叠毫无认识，耽误了孩子。

感 染 篇

免疫系统由免疫器官、免疫细胞和免疫分子组成。免疫器官可分为中枢免疫器官和周围免疫器官。胸腺和骨髓属于中枢免疫器官，淋巴结、肠淋巴组织、扁桃体等为周围免疫器官。全部免疫细胞均来自骨髓多能造血干细胞。免疫分子由免疫细胞合成分泌，在免疫反应中起着重要调控作用。

小儿处于生长发育时期，免疫生理状况与成人明显不同，小儿免疫系统总的来说是发育尚不够完善，但由于免疫球蛋白（IgG）可通过胎盘传给胎儿，于是出生后 6 个月以内小儿有母体来的免疫球蛋白（IgG）以及自身产生的免疫球蛋白（IgG）等，此段时间患麻疹等传染病较少，主要是被动免疫在起作用。停止母乳后，易发生感染等疾病。



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

一、最常见的几种小儿季节性传染病

1

流行性感冒

➤ (1) 病因

流行性感冒简称流感，是由流行性感冒病毒引起的急性呼吸道传染病，传染力强，常呈地方性流行，当人群对新的流感病毒变异株尚缺乏免疫力时，可酿成世界性大流行，其特点为突然发生与迅速传播，1918~1919年曾发生极广泛的世界性大流行，引致2 000万人死亡。流感病毒可分为甲、乙、丙三型，同型病毒又可分为若干个亚型。其中甲型流感病毒还可感染多种动物，是人类流感的主要病原，易发生变异，往往容易造成暴发流行或大流





行。20 世纪发生的 4 次世界大流行，均由甲型流感引起。乙型病毒变型缓慢，流行比较局限，呈局部暴发。丙型病毒很少变异，丙型流感主要以散在病例形式出现，各型之间无交叉免疫。

➤ (2) 传播方式

流感是通过飞沫传播的。当病人咳嗽、喷嚏及大声说话时，病毒随飞沫喷到病人周围空气中，侵入正常人的鼻黏膜而传染，也有可能通过尘埃及日常用品的间接接触传播。流行性感冒病人是主要传染源，潜伏期数小时至 1~2 天，自潜伏期即有传染性。发病 3 天内传染性最强，轻型患者在传播上有重要意义。隐性感染者排病毒的数量较少而时间短，故传染意义不大。

➤ (3) 症状

孩子如果患了流感，呼吸道的症状和上呼吸道感染(感冒)相像。如：鼻塞、流涕、喷嚏、咽干、咽痛、干咳、结膜充血、流泪等。但是流感起病急，伴有高热、寒战、头痛、肌肉疼痛、皮疹、乏力等症状。发热一般持续 3~4 天，退热后全身症状减轻。还会出现腹痛、腹泻、腹胀、呕吐等消化道症状。婴幼儿可以并发肺炎，病原可为流感本身，或继发细菌感染。偶见浆液性或化脓性胸膜炎。部分患儿可能并发中毒性脑病发生惊厥、嗜睡。还可见心肌炎、脑炎。如果孩子患了流感，只要没有并发其他严重的合并症，一般无需特殊的治疗，3~4 天后就会好转。但是，也有的孩子因为发生流感后，机体抵抗力下降，发生继发感染，因此必须引起充分重视，及早去医院就医。

➤ (4) 流行性感冒的诊断可根据以下四点确定

接触史及集体发病史 短期内有较多患者出现感冒症状。

典型症状和体征 流感发病较急，全身症状较重，病人持续高热，体温高达 40℃，肌肉关节酸痛，而鼻塞、流涕、咽痛等症状出现较迟。

流行特征 流行性感冒发生突然，传播迅速，同时有明显的地区性流行。

感

染

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

实验室检查 血常规检查：白细胞总数降低，嗜酸性粒细胞消失，淋巴细胞相对增加。如合并细菌感染，则白细胞总数及中性粒细胞偏高。

病毒分离：早期可获得 70% 的阳性结果，一般于发病第 7 日即不能再获得阳性结果。

免疫荧光技术：取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞的涂片标本，应用荧光抗体技术加以检测，结果出现快，灵敏性高，有助于早期诊断。

血清学检查：血凝抑制试验的特异性较高，补体结合试验的灵敏性较高。这些方法不适合于快速诊断。

➤ (5) 治疗

目前尚缺乏有效的抗流感病毒药物，如无并发症不需特殊治疗，着重于护理及并发症的预防。





患者宜于隔离、卧床休息，多饮水、给予流质或半流质饮食，进食后以温盐水或温开水漱口，保持鼻咽及口腔清洁。

对症治疗 高热用物理降温或药物降温。剧咳者给予镇咳剂或祛痰剂。有继发细菌感染时，选用相应的抗生素治疗。

抗病毒治疗 可用利巴韦林(每日 10~15 毫克/千克)、双黄连等治疗。甲型流感可用金刚烷胺治疗，1~9 岁每日 5 毫克/千克，分两次。大于 9 岁，每次 100 毫克，一天两次。

关于预防 应与患者隔离，并可接种流感疫苗。

如果孩子患了流感，家长一般应做以下一些工作：

要注意孩子体温的变化，一般每 3~4 小时要给孩子测一次体温。

遵医嘱给孩子服用退烧药，并给孩子多喝水，注意休息，这样有利于退烧。

注意房间的卫生和保暖，并对房间进行简易消毒，例如将加热的醋放在房间里。

患儿擦鼻涕用过的纸巾要及时处理掉；用过的毛巾要用沸水消毒。在孩子康复以前不要让孩子上幼儿园，以免传染给其他孩子。

2

麻疹与水痘的区别

➤ (1) 麻疹的症状

病因 麻疹，俗称“痧子”，是一种由麻疹病毒引起的急性出疹性呼吸道传染病，具有高度的传染性，是小儿常见的传染病之一，约 90% 发生在 6 个月至 5 岁的未接种过麻疹疫苗的小儿，一年四季均可发生，但以冬末春初为多。

特点 麻疹病毒存在于患者的鼻咽分泌中，具有较强的传染性。通常要直接与患者接触才被感染，通过第三者或衣物间接传染的可能性较小。因此出疹前后 5 天内为本病的传染期。没有

感

染

篇

患过麻疹的，不论男女老少皆易受到传染。6个月以下的小儿从母体获得免疫力可暂不受传染。如果母亲没有患过麻疹，新生儿也能发病。患病后大多能获得终身免疫。

症状 以发热、上呼吸道感染、结膜炎、口腔黏膜斑及全身丘疹为主要特征。麻疹潜伏期一般在8~14天左右，少者可短到6天，接受过免疫注射者可延长至3~4周。

典型的麻疹特点为：

前驱期：一般为3~4天，病初起似感冒，发热(体温39℃~40℃)，伴纳差乏力、全身不适等。同时出现呼吸道其他症状：两眼发红，畏光，眼泪汪汪，流涕，咳嗽、喷嚏。发热2~3天后，口腔颊黏膜口会出现小白点，周围有红晕，即为麻疹黏膜斑。

出疹期：多在发热后3~4天出现红色斑丘疹，不伴痒感，先见于耳后颈部，逐渐蔓延至面部躯干及四肢，最后达手掌足底，至此说明疹子已出齐，疹间皮肤正常。随着皮疹发展，全身症状加重，体温可达40℃以上，中毒症状加重，咳嗽及卡其他症状加剧。全身淋巴结以及肝脾轻度肿

恢复期：皮疹出齐后按出疹顺序消退，体温下降，全身症状明显改善。疹退后可见糠麸样脱屑以及棕褐色色素沉着症，经过10~14天后完全消失。民间“烧三天，出(疹)三天，退三天”的俗语即是对麻疹病情的概括。

不典型麻疹表现为：

轻型麻疹：体温轻度升高，其他症状不明显，皮疹稀疏，色淡，疹退后不留色素沉着。

重型麻疹：体温持续在40℃以上，会有惊厥或昏迷，全身中毒症状严重。皮疹密集且融合，常有并发肺炎及心功能不全。出现循环衰竭时皮疹突然隐退，四肢冰冷，面色苍白，血压下降。

出血性麻疹：皮疹呈淤点或淤斑状，可伴鼻衄、消化道出血或泌尿道出血，中毒症状严重。

如果疹出突然隐没，或出疹顺序杂乱，或疹出不透，伴面色



苍白，咳嗽气急，高热肢冷，口唇紫绀者，表示有并发症。常会并发：

喉、气管、支气管炎 麻疹病毒本身可导致整个呼吸道炎症。由于小于3岁的小儿喉腔狭小、黏膜层血管丰富、结缔组织松弛，如继发细菌或病毒感染，会造成呼吸道阻塞而须行气管切开术。表现为声音嘶哑、犬吠样咳嗽、吸气性呼吸困难及三凹征，严重者会窒息死亡。

肺炎 由麻疹病毒引起的间质性肺炎常在出疹及体温下降后消退。支气管肺炎更常见，为细菌继发感染所致，常见致病菌有肺炎链球菌、链球菌、金黄色葡萄球菌和嗜血性流感杆菌等，故易并发脓胸或脓气胸。艾滋病(AIDS)病人合并麻疹肺炎，伴有皮疹，常会致命。

心肌炎 此并发症较少见，但一过性心电图改变常见。

神经系统 麻疹脑炎发病率约为1‰~2‰，多在出疹后2~5天再次发热，外周血白细胞增多；出现意识改变、惊厥、突然昏迷等症状。

结核 病情恶化麻疹患儿的免疫反应受到暂时抑制，对结核菌素的迟发性皮肤超敏反应消失，可持续几周，使原有潜伏结核病灶变为活动甚至播散而致粟粒型肺结核或结核性脑膜炎者不鲜见。

营养不良与维生素A缺乏症 麻疹过程中由于高热、食欲不振，可使患儿营养状况变差、消瘦；常见维生素A缺乏，角膜呈浑浊、软化，且发展极迅速，最后导致失明。

感

染

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

医生提示

麻疹需要做哪些检查：

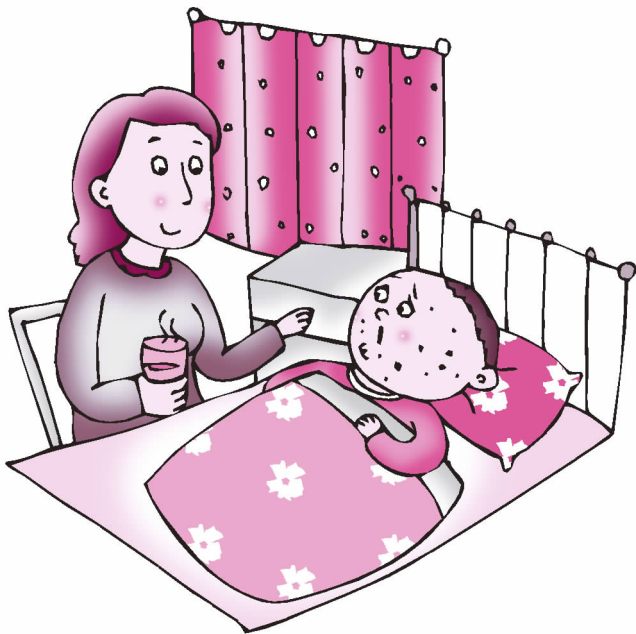
血象 白细胞正常或下降，淋巴细胞相对增多。

病毒分离 病初取咽拭子作组织培养可分离麻疹病毒。

免疫学检查 麻疹特异性 IgM 抗体的测定。

➤ (2) 孩子得了麻疹怎么办

孩子得了麻疹如无并发症应在家中隔离。隔离时间为 5 天，有并发症者需延长至 10 天。由于麻疹病毒一旦离开人体很快就会丧失致病力，因此，只要居室经常开窗通风换气，就可以达到空气消毒的目的。家长接触病儿后，只需在户外逗留 20 分钟，





即可不传染他人。病儿的衣服、被褥、玩具等在室外晒 1~2 小时即可达到消毒目的。

卧床休息至疹子消退、症状消失。为了使病儿休息好，应为其创造一个良好的休息环境。居室要安静、空气要新鲜湿润，经常要开窗通风，但应避免穿堂风，不要让冷风直接吹到病儿身上，要避免强烈光线刺激病儿的眼睛，窗户拉上窗帘，灯泡用灯罩罩住。给病儿穿衣盖被要适当，穿盖过多，捂得全身是汗，见风反而容易感冒着凉，而引起肺炎。

食物给以清淡易消化的流食或半流食。多喝水或热汤，这样不但有利于将身体内的毒素排出，利于退热，还可以促进血液循环，使皮疹容易发透。疹子消退，进入恢复期，及时添加营养丰富的食物。除生冷油腻的食物外，无需“忌口”。

注意病儿的皮肤、眼睛、口腔、鼻腔的清洁。麻疹病毒侵入人体后，不但使皮肤出疹子，同时还使眼结膜、口腔、鼻腔黏膜产生分泌物，这些分泌物中含有大量病毒，如不及时清洗，分泌物长时间地刺激皮肤黏膜，使这些部位的抵抗力下降，给病毒继续入侵和其他致病菌的生长繁殖创造了条件。因此，做好病儿皮肤黏膜的清洁卫生是十分重要的。

高热的护理。麻疹病儿如果没有并发症，发热不超过 39℃，不必采用退热措施，发热在 39℃ 以上的，须采取一些退热措施，如按医生的指导吃小量退热剂，忌冷敷及酒精浴。烦躁可适当给予苯巴比妥等镇静剂；剧咳时用镇咳祛痰剂；继发细菌感染可给抗生素。麻疹患儿对维生素 A 的需要量大，世界卫生组织推荐，在维生素 A 缺乏区的麻疹患儿应补充维生素 A，小于 1 岁者每日给 10 万 U，年长儿 20 万 U，共两日，有维生素 A 缺乏症状者 1~4 周后应重复。

注意观察病情，及早发现并发症。麻疹的并发症多而且比较严重。常见的并发症有肺炎、喉炎、心肌炎及脑炎等。肺炎表现为咳嗽加重、气喘、呼吸困难、面色发绀。喉炎表现为声音嘶

感

染

篇

哑、吸气性呼吸困难，甚至出现像狗叫声的哮吼性咳嗽。心肌炎表现为面色苍白、心慌气短、乏力多汗。脑炎表现为嗜睡或烦躁、头痛、剧烈呕吐甚至惊厥昏迷，如果发现上述表现，应立即请医生诊治，防止发生严重后果。

➤ (3) 麻疹的预防

被动免疫 在接触麻疹后 5 天内立即给予免疫血清球蛋白 0.25 毫升/千克，肌注，可预防麻疹发病；被动免疫只能维持 8 周，以后应采取主动免疫措施。

主动免疫 采用麻疹减毒活疫苗是预防麻疹的重要措施，其预防效果可达 90%。虽然 5% ~ 15% 接种儿会发生轻微反应如发热、不适、无力等，少数在发热后还会出疹，但不会继发细菌感染，亦无神经系统合并症。国内规定初种年龄为 8 个月，如应用过早则存留在婴儿体内的母亲抗体将中和疫苗的免疫作用。由于免疫后血清阳转率不是 100%，且随时间延长免疫效应会变弱，

1989 年美国免疫咨询委员会提出：4 ~ 6 岁儿童进幼儿园或小学时，应第二次接种麻疹疫苗；进入大学的青年人要再次进行麻疹免疫。急性结核感染者如需注射麻疹疫苗应同时进行结核治疗。

控制传染源 早期发现患者，早期隔离。一般病人隔离至出疹后 5 天，合并肺炎者延长至 10 天。接触麻疹的易感者应检疫观察 3 周。

切断传播途径 病人衣物应在阳光下曝晒；病人曾住房间应通风并用紫外线照射，流行季节中做好宣传工作，易感儿尽量少去公共场所。

➤ (4) 认识水痘

病因 水痘是由水痘 - 带状疱疹病毒引起的一种传染性极强的儿童期出疹性疾病，通过接触或飞沫传染。一般初次感染时都发生水痘，再度感染同样病原体时则出现带状疱疹。易感儿发病率可达 95%，以学龄前多见，多在集体托幼机构陆续发病。

症状 水痘潜伏期为 10 ~ 21 天，孩子发热，但体温不太



高。发热当天或次日皮肤出疹，皮疹先见于躯干及头面部，逐渐蔓延至四肢，呈向心性分布。皮疹大小不一，初为红色小斑疹，数小时内变为丘疹，再经数小时变为水疱，疱内含清状液，壁薄，易破，1~3天后干结成痂，患者身体同一部位(躯干明显)可见斑疹、丘疹、水疱、破溃、结痂不同类型的皮疹，3~5天分批出现。1~2周后痂盖脱落，一般的说，水痘的痂脱落后不留瘢痕，因皮疹痒，孩子经常用手去抓，可能继发细菌感染，感染后有可能形成瘢痕。轻的水痘没有什么并发症，少数孩子可能并发肺炎、心肌炎和脑炎等。

实验室检查

- 血象 白细胞正常或下降，淋巴细胞比例升高。
- 免疫学检查 血清抗体检测，荧光技术测抗原。
- 病毒检测以及病毒分离。

特点 水痘多为自限性疾病，10天左右自愈，治疗以家庭护理为主。

家庭护理

- 剪指甲，勿抓破疱疹，以免继发感染。
- 水疱破裂时涂以无环鸟苷眼药水。
- 皮疹痒时可给予口服扑尔敏每日0.3~0.4毫克/千克，每日2~3次。维生素B₁₂ 500毫克，一次性肌肉注射，可使皮疹减轻，疱疹结痂较快。
- 当体温很高，水痘频繁发出及出现并发症的重症病例可用阿昔洛韦治疗：剂量为每日10~15毫克/千克，口服或静滴5~7天。重型水痘早期可用干扰素。水痘患者禁用激素，因其他疾病服用肾上腺皮质激素或免疫抑制剂者应迅速减量并停用。

预防 患水痘后要隔离起来，不要与其他小朋友接触，以免传染给他人，直至全部疱疹结干痂脱落为止。如果正常孩子接触了出水痘的孩子，应观察21天，观察在这期间是否发生水痘。对体弱、免疫力低下的患儿，在接触水痘后用人体球蛋白做被动

感

染

篇



免疫，在接触后 4 天内注射丙种球蛋白 0.4 ~ 0.6 毫升/千克。可免于发病或减轻症状。

我国已制成“水痘减毒活疫苗”，经卫生部批准已开始应用，可预防水痘。

3 幼儿急疹

幼儿急疹，又称婴儿玫瑰疹，由人类疱疹病毒 6 型病毒引起，是婴幼儿时期一种常见的出疹性传染病。多发生于 2 岁以下的婴儿，6 个月以下的婴儿更多见。幼儿急疹虽然也是传染病，但传染性没有麻疹、风疹强。患过此病后，一般不再患第二次。

一般家长对幼儿急疹可能不如对麻疹、水痘等那么熟悉。该病也是婴儿常见的出疹性疾病，老年人俗称“烧疹子”，病毒通过呼吸道进入体内经过一段潜伏期（感染病毒后约 10 天）就开始发热，起病很“凶猛”，小儿突然高热，可达 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 。个别患儿病初有因高热发生抽风的，一般仅抽一次，时间很短，抽风后仍然一切如常。急疹表现为白细胞下降，淋巴细胞比例升高，嗓子有点红，常在耳朵后面或枕骨后两侧可摸到黄豆大的淋巴结，孩子发热一直不退，吃药、打针都无效，3 ~ 4 天后，体温突然降至正常，退热时全身皮肤出现粉红色（玫瑰色）的斑丘疹，面部较少，颈及躯干部多见，1 天出齐，伴随发热出现的症状如厌食、恶心、呕吐、腹泻等也随着热退疹出而逐渐消失，1 ~ 2 天疹退后不留痕迹、不脱皮。

因此幼儿急疹的最大特点是热退后周身迅速出现皮疹，并且皮疹很快消退，没有脱屑，没有色素沉着。这些婴儿在没有出现皮疹前有发热，热度会比较高，但是感冒症状并不明显，精神、食欲等都还可以，咽喉可能有些红，可以触到颈部、枕部的淋巴结，但无触痛感，其他也没有什么症状和体征。至体温将退或已退清时，全身出现玫瑰红色的皮疹，此时急疹已近尾声。急疹对



婴儿健康并无影响，出过一次以后也不会再出。

孩子患了幼儿急疹，无须特效治疗，主要是：

让患儿休息，病室内要安静，空气要新鲜，被子不能盖得太厚太多。

保持皮肤的清洁卫生，经常给孩子擦去身上的汗渍，以免着凉。

给孩子多喝些开水或果汁，以利于出汗和排尿，促进毒物排出。

给予流质或半流质饮食。

高热时给予药物退热(泰诺林滴剂或美林)或物理降温；可用清热解毒中成药。有高热惊厥者给予止惊药：安定 0.3~0.5 毫克/千克/次，最大量 10 毫克，静注，速度每分钟 1~2 毫克，必要时 15 分钟重复一次。鲁米那钠 8~10 毫克/千克/次，肌注。10% 水合氯醛 0.5 毫升/千克/次，灌肠。绝大多数病人预后好，病人隔离至皮疹退尽，密切接触者隔离、检疫 10 天。

医生提示

本病无特殊预防方法，流行期间，婴儿宜少外出。

4

流行性腮腺炎

人们常说的“腮腺炎”，医学上称为流行性腮腺炎，俗称“痄腮”。流行性腮腺炎是一种常见的儿童呼吸道传染病，它是由流行性腮腺炎病毒引起的，一年四季均可发生，以冬春两季为

感

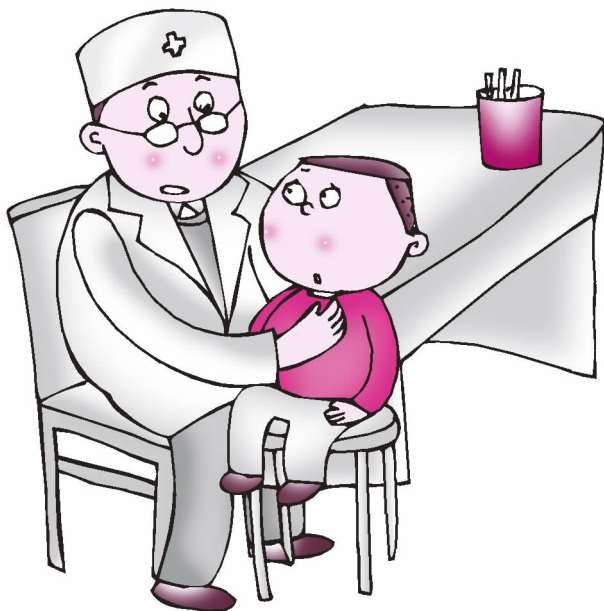
染

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

多见，4~15岁的儿童容易受感染，以腮腺的非化脓性肿胀和疼痛为主要特征。

流行性腮腺炎的潜伏期可达14~21天。流行性腮腺炎病毒侵入机体后，病初，孩子常常有发热、纳差乏力等症状；1~2天后，腮腺就会肿大，开始时可能一侧先肿大，然后对侧肿大，也可能两侧同时肿大。腮腺肿大以耳垂为中心，向前、后、下周围弥漫肿大，边界不清，疼痛，并逐渐加重，尤其张口进食，咀嚼以及进食酸性食物时疼痛加剧。腮腺管口可见红肿。如果腮腺严重肿大，孩子面孔显得鼓胀胀的，几天就变成了一个“小胖子”。肿胀的皮肤不发红，边界与周围正常皮肤界限不明显，用手轻轻触摸具有弹性感及轻压痛。颌下腺、舌下腺也可同时受累。肿胀期一般1~3天达高峰，持续4~5天，整个过程6~10天，最长2周。热程一般3~7天。

单纯的流行性腮腺炎并不是严重的疾病，家长要特别注意和



预防出现并发症，如睾丸炎、卵巢炎、胰腺炎等，尤其是并发脑炎，应特别重视。男孩子可并发睾丸肿痛，女孩子下腹部疼痛，这是并发症的危险信号。尤其是当孩子合并发热、头痛、项强、呕吐、嗜睡等症状，应考虑是否合并脑炎。在腮腺肿期或前后还会出现肾炎、心肌炎、胰腺炎以及感应性耳聋。此时要及时到医院检查。

实验室检查有以下方面：

血象 白细胞大多正常或下降，淋巴细胞相对升高，有并发症时白细胞会升高。

血清和尿液淀粉酶测定。

免疫学实验 血凝抑制实验：取早期及恢复期双份血清测腮腺炎病毒抗体 IgM。病毒分离：自患者早期唾液、血、尿中分离。

孩子患了腮腺炎，急性期应卧床休息，避免劳累，给予半流质饮食，少食酸性、刺激性及硬的食物，注意口腔清洁，至腮腺肿胀完全消退为止。高热患儿退热对症，呕吐患儿注意补液，维持水电解质平衡。发病早期可用利巴韦林每日 15 毫克/千克，口服、肌注或静滴，疗程 5~7 天。干扰素可降热及缩短热程。腮腺肿大部分位可用中药青黛调水或鸡蛋清外敷，也可用紫金锭以水调匀外敷，每日 1 次。脑炎症状明显者按病毒性脑炎治疗。对重症脑膜脑炎、睾丸炎或心肌炎患儿必要时可采用中等剂量的糖皮质激素进行 3~7 天的短期治疗。胰腺炎时应禁食，胃肠减压，补液，疑有细菌感染时可加用抗生素。

腮腺炎患儿应隔离至腮腺肿大消退或发病后 10 天。流行性腮腺炎高发季节，尽量不要带孩子到人多拥挤的地方，更不要到有腮腺炎病人的家里串门。居家环境保持空气清新，每天开窗通风 2~3 小时，减少病毒侵犯的可能性。

感

染

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

医生提示

接触过麻疹病人的孩子，可按照医生的指导给其吃些板蓝根，有一定预防作用。而且还要密切观察一周，确定其没有出现发病的症状才可以安心让其接触别人。最佳的预防方法莫过于接种疫苗，常采用麻疹、风疹、腮腺炎三联疫苗（即MMR），在18个月龄时预防注射，免疫后的中和抗体至少可维持9.5年。

二、父母要警惕及预防的几种传染病

1 怎样预防病毒性肝炎

➤ (1) 病毒性肝炎的种类

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的常见传染病，具有传染性强、传播途径复杂、流行面广、发病率高等特点。临床上主要表现为乏力、食欲减退、恶心、呕吐、肝肿大及肝功能损害，部分病人会有黄疸和发热。有些患者还会出现荨麻疹、关节痛或上呼吸道症状。

我国是个肝炎大国，病毒性肝炎发病数位居法定管理传染病的第一位，仅慢性乙型肝炎病毒感染者就达1.2亿。慢性乙型肝炎病程迁延，如得不到及时的治疗，将会发展为肝硬化甚至肝癌，严重危害人类健康。只有采取以切断传播途径为主的综合防治措施，做好易感人群的保护，才能减少疾病发生。

病毒性肝炎分甲型、乙型、丙型、丁型和戊型肝炎五种。以



往所谓的非甲非乙型肝炎(NANBH)经血行感染者称输血后非甲非乙型肝炎(PT-NANBH)，通过粪-口感染的称为肠道传播的非甲非乙型肝炎(ET-NANBH)。近年来经分子生物学技术研究，证实上述非甲非乙型肝炎的病原引起病毒性肝炎者有两种类型，前者称丙型肝炎(Hepatitis C; HC)，后者称戊型肝炎(Hepatitis E; HE)。急性肝炎病人大多在6个月内恢复，乙型、丙型和丁型肝炎易变为慢性，少数会发展为肝硬化，极少数呈重症经过。慢性乙型、丙型肝炎与原发性肝细胞癌的发生有密切关系。

➤ (2) 病毒性肝炎的流行渠道

传染源 甲型肝炎的主要传染源是急性病人和亚临床感染者，在甲型肝炎自然史中，亚临床型或隐性感染是主要的。甲型肝炎暴发流行时，隐性感染与显性感染的比例最高为10:1。甲型肝炎病人在恢复期无传染性，在流行病学中有意义的系甲型肝炎亚临床型或隐性感染患者。急性和慢性乙型肝炎患者以及病毒携带者均是本病的传染源，急性患者从潜伏期末至发病后66~144天，其血液都具有传染性。由于传染期短，作为传染源的意义不如慢性肝炎患者和病毒携带者大。丙型肝炎分布世界各地，无明确地理界限，慢性丙型肝炎和HCV阳性无症状携带者均是本病传染源。急性和慢性丁型肝炎患者以及HDV携带者、戊型肝炎病人和隐性感染者均是各病传染源。

传播途径 甲型肝炎病毒主要从肠道排出，通过日常生活接触而经口传染。甲型肝炎常引起暴发流行，主要通过水或食物的污染而引起。乙型肝炎病毒(HBV)可通过输血、血浆、血制品或使用污染病毒的注射器针头、针灸用针、采血用具而发生感染，血液透析等亦有感染HBV的危险。乙型肝炎的母婴传播主要系分娩时接触母血或羊水和产后密切接触引起；但少数(约5%)会在子宫内直接感染。丙型肝炎主要通过输血而引起，本病约占输血后肝炎的70%以上。输血或血液制品是传播丁型肝炎(HDV)的最主要途径之一，其他包括经注射、针刺传播，日常生活密切接

感

染

篇



触传播。在 HDV 高流行区，观察到 HBsAg 阳性的家庭人员中存在 HDV 呈家属聚集性。与 HBV 不同，HDV 的母婴传播较少见，仅当孕妇携带 HBV，合并或重叠 HDV 感染，其所生婴儿感染了 HBV，才有可能感染 HDV。戊型肝炎的传染源主要是患者粪便污染水源或食物，传染途径主要通过粪-口感染。

人群易感性 甲型肝炎主要发生于儿童及青少年，婴儿在出生后 3 个月内血清中抗-HAV 约 60% 呈阳性，主要是从母体中被动获得。6 个月后抗-HAV 迅速下降，故在儿童期内易得甲型肝炎。

乙型肝炎年龄分布与 HBV 传播途径及当地的流行程度有关，高峰年龄多在 20~40 岁的青壮年，儿童由于母婴传播引起于生后 6 个月发病率升高，4~6 岁为高峰年龄。人群普遍有易感性。

丙型肝炎常呈散发，无明显季节性，无地理界限，呈全球性分布，人群感染率 0.1%~6%，发病年龄以青壮年为主，20 岁以后抗 HCV 阳性率明显升高，以后持续在一定水平上，但性别间和民族间差异不大，儿童感染率不高。

丁型肝炎(HDV)普遍易感，但存在地理区域的差异，我国发病率不高，分布以西北边疆少数民族地区略高，各地均可检测到。儿童感染率低，在儿童病毒性肝炎的构成比中低于 1%。

戊型肝炎主要侵犯青壮年，儿童及老年人发病较少。1986~1988 年我国新疆流行戊型肝炎，15~19 岁年龄组的罹患率为 6.3%，40 岁以上组 2.9%，15 岁以下组仅 0.9%。流行性戊型肝炎统计表明男性高于女性约 1.5~3 倍，散发性 HEV 中男性更多。散发性戊肝无明显季节高峰，流行性戊肝常多见于雨季或洪水后。

➤ (3) 病毒性肝炎的预防

控制传染源 甲、戊型肝炎病人主要通过粪便排出病毒，排出时间主要是在发病前 2 周至发病后 3 周。故急性期病人必须在传染病专科住院隔离治疗(因传染病医院所有的废弃物包括日常



用水，都要在消毒之后才能排出院外，以避免污染食物、水源及日常用品)。对防止甲、戊肝的暴发流行有着重大的意义。应采取综合措施，改善卫生条件，建立严格的消毒隔离制度，加强医源性传播途径的管理，如肾透析、外科手术、拔牙、针灸、妇科检查及产科接生、献血员的乙型肝炎过筛等。加强对饮食行业、保育人员和幼托机构儿童患者和乙型肝炎携带者的管理等。

切断传播途径 应在社区内开展卫生宣传教育。养成良好的卫生饮食习惯，饭前便后洗手，把好“病从口入”这一关。水产品不宜生吃，蔬菜水果仔细洗净后再食。对于已经发生了病毒性肝炎病人的家庭，除了将病人送入传染病医院隔离治疗外，还要将病人所用物品进行消毒。

乙型肝炎重点在于防止通过血液和体液传播；加强血制品的管理，避免滥用血液制品和输注血液，须严格掌握使用指征；防止医源性传播，注射器、针头、针灸针、采血针、划痕针、探针、口腔科磨牙齿的钻头等都应经过高压蒸汽消毒，预防接种或注射药物时，注射器和针头必须严格执行一人一针一管；防止生



感

染

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南

Changjianbing Jiating Zhinan

活用具感染，餐具及个人卫生洗漱刮面等用具，各人专用；阻断母婴传播，对携带 HBsAg 孕妇应设专床分娩，产房所有器械设 HBsAg 阳性孕妇专用，并严格消毒。孕妇产前检查呈 HBV 携带者，于产前 3 个月每月注射一针乙肝免疫球蛋白 200 ~ 400U (孕妇单阳性指“小三阳”，肌注 200U；而双阳性或 HBV DNA 也阳性即“大三阳”，每次肌注 400U)。

医生提示

凡生于携带 HBV 母亲，属易感染 HBV 的高危新生儿，出生后须即刻采取主动免疫和被动免疫联合，以阻断母婴传播。HCV 的传播途径主要为血液传播，献血员中 HCV 感染者是主要传染源之一，所以给孩子输血时应保证血源来源于血站。

免疫预防 甲、戊型肝炎罕有两次发病者，故免疫预防对象是未感染者，主要为儿童和与肝炎病人有密切接触者。

甲肝疫苗已有成型产品，甲肝灭活疫苗 (贺福立适) 1 毫升 (720U) 肌肉注射，通常接种 2 次，间隔 1 个月，有效保护时间可超过 10 年以上。

乙肝主动免疫目前应用基因重组的乙肝疫苗，易感儿童每次 5 ~ 10 微克，按 0、1、6 月接种 3 次，所产生的特异性抗体可持续 10 ~ 15 年。对乙肝的被动免疫，可用乙肝免疫球蛋白 (HBIG)，HbsAg 阳性孕妇所生的新生儿应给予注射。目前尚无主动免疫和被动免疫措施可预防 HCV 感染。

丙型肝炎疫苗在积极研制中。目前尚无丁型肝炎供疫苗接种，由于丁肝病毒是缺陷病毒，必须依赖乙肝病毒才能复制，预防乙肝病毒感染也就可免受 HDV 感染。对易感者广泛接种乙型肝炎疫苗，可达到预防 HDV 感染的目的。HEV 的基因重组疫苗尚在



研制中。

2 警惕卷土重来的肺结核病

➤ (1) 为什么肺结核又重来

近 10 年来，在全球范围内出现了结核病重新蔓延的趋势。造成结核病卷土重来的原因是多方面的，经济交通等方面的发展，人口流动不断增加，造成结核菌的广泛传播，特别是高发病地区的人群移向低感染低发病地区，使结核病疫情地区出现结核病回升。艾滋病的迅猛增加，使感染艾滋病病毒的人免疫力明显下降，使结核病发病率急剧上升，结核菌和艾滋病病毒双重感染者发生结核病的机会是单纯感染结核菌者的 30 倍，专家估计，仅 2000 年由于艾滋病的传播，造成了 300 万以上新结核病人的产生。据统计有 32% 艾滋病人是死于结核病。由于对结核病人的治疗不合理和缺乏管理，有的病人不能坚持规律治疗。如果结核菌对目前所用的抗结核药物产生了耐药性，将使结核病又回升到从前的“不治之症”，使结核病人大量增加。

医生提示

近些年来对结核病防治工作的忽视，社会关注减少，群众对结核病缺乏防治知识，警惕性下降，有病不能早发现、早诊断和早治疗等都是结核病重来的原因。

鉴于全球结核病出现的严峻形势，世界卫生组织最近宣布全球结核病处于紧急状态。我国结核病疫情比较严重，但政府对结核病控制工作十分重视，制定了规划，加大了投入，以遏制结核

感

染

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

病的蔓延。

➤ (2) 儿童肺结核的症状

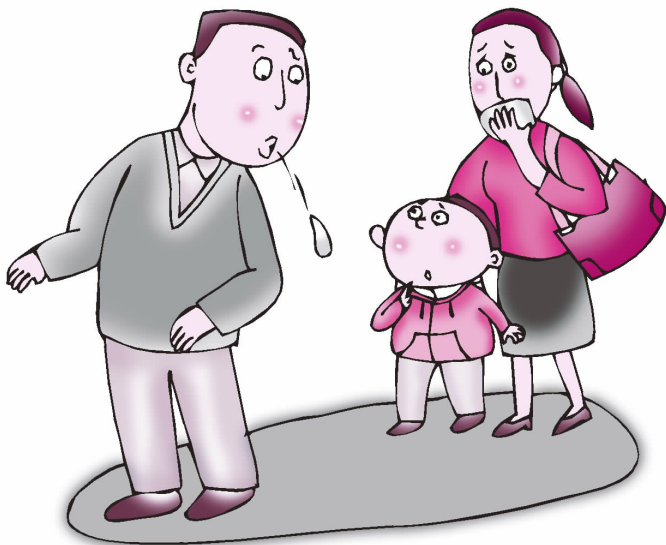
儿童时期的结核病是一种慢性传染病，发病时小儿表现为烦躁、好哭、精神减退、体重减轻、盗汗、胸痛、反复感冒等症状。如果发现孩子长期低热、伴有咳嗽(即“结核中毒”)症状时，一定要及时去医院就诊。

小儿结核病中最常见的是原发型肺结核，大多数是肺部第一次受结核菌感染而引起的。小儿肺结核相对成人而言，起病较急，如果不及时治疗，会发展较快；一旦得到及时有效的治疗康复也快。多数患儿是可以病愈的，但在肺部会留下钙化灶。如果孩子与有结核病人有过接触，不论有无上述症状都应该及时到结核病防治所进行检查。早期诊断、及时治疗对小儿结核病特别重要。一般先采用结核菌素皮肤试验，如果试验呈阳性，可能感染了结核病，有必要作进一步的检查，若需要，还应给小儿做胸部X线检查，确诊有无原发性肺结核病。

➤ (3) 传染方式

结核病是慢性呼吸道传染病，主要通过带有结核菌的痰液传染。细菌通过患者咳嗽、喷嚏及高声谈笑时所喷射到空气中的飞沫传播。飞沫在空气中漂浮可达4~5小时，每打一次喷嚏可排出100万个飞沫，如果小儿将此飞沫吸入肺泡，细菌能在肺泡内生长繁殖，从而得病。孩子与患者距离愈近，或接触愈密，则传染机会就愈多。因此保持室内空气流通，使飞沫数量减少，传染机会也将减少。一旦室内阳光照射充分，结核菌不易生存，儿童被传染的机会也就减少了。

如果家里发现了痰内细菌阳性的结核患者，应动员去结核病防治所接受治疗，以减少或控制其传染性。最重要的预防措施是将孩子与患者隔离，切勿让其喂食和亲吻搂抱，要分床睡，以切断传染源。哺乳母亲若患了肺结核，则应终止喂哺。



➤ (4) 结核预防

卡介苗是一种用来预防儿童结核病的活的减毒的结核菌苗。接种的主要对象是新生儿，一般新生儿出生后 48 ~ 72 小时内接种，接种部位在左上臂三角肌下端的皮内。接种后局部出现一个白色的小疱，大约 10 分钟后消退，留下一些痕迹，几天消失。3 ~ 4 周后，接种处的皮肤会出现黄豆大小、暗红色的突起，摸上去有硬块的感觉。随后，硬块的中央部位软化，形成一个小脓疱。脓疱可能自行吸收，也可能破溃，流出少量脓液，形成溃疡，2 ~ 3 周后逐渐结痂，留下一个略凹的小瘢痕。同时，左腋下的淋巴结肿大，直径一般不超过 1 厘米。以上是接种卡介苗后的正常反应，除了有溃疡时涂 1% 甲紫外，不必处理。

❗ 注意事项 ❗

注意，洗澡时不要让水沾湿溃疡处。如果溃疡 3 ~ 4 周后仍不结痂或左腋下淋巴结直径大于 1 厘米，皮肤表面发红、发热，则须到医院进行恰当的处理。

感

染

篇

早产儿、难产儿、明显的先天畸形儿、出生体重在 2 500 克以下的新生儿以及正在发热、腹泻及患有严重皮肤病的孩子暂时不能接种卡介苗。

卡介苗初次接种 3 个月后，应去防疫站进行结核菌素试验。如果试验结果是阴性，说明卡介苗没有接种成功，应重新接种。因此，接种卡介苗后的 2~3 个月内，孩子不能与结核病接触。即使接种成功，体内产生的免疫力也是相对的，不一定能抵御反复的、大量的、毒力强的结核菌，因此最好远离结核病患者。

3 怎样预防流行性乙型脑炎

➤ (1) 蚊子与乙脑

流行性乙型脑炎(简称乙脑)是由乙脑病毒引起的以脑实质炎症为主要病变的急性传染病。临床以高热、惊厥、意识障碍、呼吸衰竭等症状为特征。重症者病后会留有神经系统后遗症。本病是一种人畜共患的传染病，猪是主要传染源，经蚊子叮咬而传播。

我国除东北、西北的边远地区及高原地区外，均有本病发生。该病发病的季节性很严格，常在夏秋季流行。我国乙脑的流行高峰通常在 7~9 月，华南始于 5 月底，华中、华北始于 6~7 月。患病者多为 10 岁以下儿童，尤以 2~6 岁儿童最为常见。

➤ (2) 症状

乙脑起病急，体温在 1~2 天内升高至 39℃~40℃，持续 7~10 天，伴头痛、恶心、呕吐、嗜睡、精神萎靡、食欲不振，幼儿会有腹泻。体温持续上升至超高热，反复惊厥不止，昏迷或呼吸衰竭，甚至发生脑疝。重症者恢复期会有神志迟钝、痴呆、失语、扭转痉挛等。

实验室检查：血象中白细胞数及中性粒细胞均增高；脑脊液透明或微浊，细胞数轻度或中度增加，蛋白质稍增高，糖和氯化物正常。特异性 IgM 抗体检查、白细胞黏附抑制试验、荧光抗体



检测及脑脊液抗原等均可出现阳性，有早期诊断价值。

➤ (3) 治疗

当怀疑病人患乙脑时，应送医院进一步诊断治疗。病人应隔离，病室要做好防蚊、安静、空气流通等工作。病儿多发生意识障碍，家长要配合医护做好口腔清洁，防止继发感染。昏迷病人要常翻身，注意皮肤清洁。保证营养及热量补充，适量补液。高热病人必须降温，以物理降温为主，头部必须枕冰袋，躯干用酒精或温水擦洗，可服少量阿司匹林，儿童可用安乃近滴鼻。惊厥或抽搐时，要给氧，给镇静药，保持呼吸道通畅，清除痰液。应用呼吸兴奋剂，加强脱水降颅压，使用肾上腺皮质激素及东莨菪碱等进行治疗。抗病毒和免疫疗法可选用干扰素等。重症病例合并细菌感染时应加用抗生素。恢复期及后遗症处理时，应加强营养，配合针刺，进行功能锻炼。

➤ (4) 预防

乙脑的预防主要采取两个方面的措施：灭蚊防蚊和预防接种。

灭蚊 三带喙库蚊是一种野生蚊种，主要滋生于稻田和其他浅地面积水中。成蚊活动范围较广，在野外栖息，偏嗜畜血。因此，灭蚊时应根据三带喙库蚊的生态学特点采取相应的措施。如结合农业生产，可采取稻田养鱼或洒药等措施，重点控制稻田蚊虫滋生；在畜圈内喷洒杀虫剂等。

人群免疫 目前主要使用的乙脑疫苗有两种，一种是将病毒灭活的疫苗，另一种是减毒的活疫苗。疫苗注射的对象主要为6个月以上10岁以下的儿童。在流行前1个月开始，首次皮下注射(6~12个月婴儿每次0.25毫升，1~6岁小孩每次0.5毫升，7~15岁每次1毫升，16岁以上每次2毫升)间隔7~10天复种1次，以后每年加强注射1次。预防接种后2~3周体内产生保护性抗体，一般能维持4~6个月。

感

染

篇



! 注意事项 !

流行性乙型脑炎是一种主要危及儿童的传染病。病情重，变化快，高热、惊厥、呼吸衰竭是本病的三个主要症状，可互为因果，形成恶性循环，因此必须及时发现病情变化，抓住主要矛盾，尽早尽快地采取中西医结合的治疗措施，提高治愈率，减少后遗症。本病通过皮下接种乙脑疫苗是可以预防的，对未打过乙脑预防针的儿童，如果是在乙脑流行季节出现高热、抽搐、嗜睡甚至昏迷，应首先想到乙脑的可能，速送医院就诊，以争取早期诊断早期治疗。

4

婴儿肝炎综合征

婴儿肝炎综合征是指1岁以内婴儿(包括新生儿)由不同病因引起的，主要以黄疸、肝功能损害、肝或脾肿大的一组症状。近年研究认为本病是由某种病原使围产期感染造成之生理性胆汁淤滞的增强与延续，肝活检可见肝细胞多核巨细胞化和炎症改变。引起此征的病因有以下方面：

感染性 有病毒性感染，如巨细胞病毒(CMV)、肝炎病毒、EB病毒、风疹病毒、肠道病毒、疱疹病毒、腺病毒、黄热病毒等。也有各种细菌感染及弓形体感染。

先天性代谢异常性疾病 如肝豆状核变性、半乳糖血症、果糖不耐受性、 α -抗胰蛋白酶缺乏症等。

肝内或肝外胆管异常 如先天性胆管闭锁。

病毒感染是婴儿肝炎综合征最主要的病因，其中乙肝病毒是国内主要的病因之一。甲肝病毒和戊肝病毒作为婴儿肝炎综合征的病因罕见。丙肝病毒通过母婴传播和输注血制品引起婴儿肝炎综合征的报道日益增多，其危害并不亚于乙肝病毒感染。

近年来巨细胞病毒的感染率逐渐上升，已成为婴肝的首要病



因，且认为可能和胆管闭锁的发生及胆总管囊肿有关。其他病毒感染如单纯疱疹病毒、EB 病毒、肠道病毒、流感病毒和腺病毒的感染等均是婴儿肝炎综合征的少见病因。由于我国育龄妇女血液中大多存在风疹病毒抗体，故风疹病毒感染在婴儿综合征中极为罕见。

婴儿(包括新生儿)黄疸持续不退或加深，大便发白，小便深黄，肝脾肿大，肝功能损害，医师诊断为“婴儿肝炎综合征”，简称“婴肝征”。家长听到“肝炎”二字，心里十分紧张，担心这个病会传染，需要隔离。要回答这个问题，首先要弄清楚哪些原因会引起婴儿肝炎综合征。凡属上述 、 类疾病引起的这组综合征是不会传染的，而第 类疾病引起的婴儿肝炎综合征是会传染的，要注意隔离。这一类由各种感染引起的婴儿肝炎综合征，其病理检查常见巨多核细胞样病变，这是新生儿和婴幼儿肝炎的一种特殊病理现象，故有时亦称为巨细胞性肝炎。

对婴儿肝炎综合征，不能一概而论，应根据不同的病因，区别对待。婴儿肝炎综合征的治疗主要是控制继发感染，支持疗法，保肝疗法。等待进一步明确病因治疗，以从根本上解除病因。实际上，这一治疗过程也是诊断明确的过程，因为经过以上治疗，各种原因引起的肝炎都会逐渐治愈。对治疗没有反应，黄疸进行性加重者，即可逐渐明确为先天性胆管梗阻，这种病儿的预后一般不好，多因继发感染而死亡。婴儿肝炎综合征的护理更为重要，应预防继发感染的发生。居室应清洁舒适，空气新鲜，阳光充足。要改善喂养，如孩子因呼吸道感染而呛奶，可在牛奶中加少许糕干粉或市售亨氏米粉，使奶液变稠。避免呛奶引起窒息，喂奶时取半卧位或抱起拍背以减少呕吐。如腹泻，病儿每次大便后要洗其臀部，涂油，注意观察大便的颜色变化，适当禁食，以防脱水。

中药治疗效果较佳，运用清肝热、利胆退黄的治法，用汤药治疗，已取得较好的疗效，特别是对于胆汁黏稠综合征效果较明显。

感

染

篇

血液篇

儿童血液病是儿童及青少年较常见的疾病，一般表现有头晕、乏力、面色发白或发黄，有时伴有发热，皮肤黏膜出血点，浅表淋巴结和肝脾肿大等症状。小儿血液病一般分成三大类。一是出血类疾病，一般都是有出血表现的，比如鼻子出血、皮肤有针尖大的出血点，关节腔出血等等。二是贫血类疾病，贫血分成营养性贫血、免疫性贫血、再生障碍性贫血，其他原因引起的贫血，还有溶血性贫血。三是血液系统发生的恶性肿瘤。最常见的就是白血病，另外一个就是恶性淋巴瘤。

除了这三大类之外还有一些比较少见的其他类型，如骨髓增生异常综合征、噬血细胞综合征，以及其他的不是血液系统的疾病，也可以有血液病的表现，比如说可以有贫血、有出血表现但并不是血液病的疾病，是由于其他病引起的血液系统异常表现。由于环境的污染，如装修、不合格的家具等，儿童血液病在增加。



一、儿童出血不止要验血

出血是儿童较为常见的症状，发现宝宝出现鼻出血或皮肤上的出血点，家长会变得很恐慌。出血有时确实与一些疾病有关，应该重视。日常生活中，有些人轻微磕碰后会形成大块淤斑，过一段时间后淤斑自然消失，有时刷牙牙龈会出血，甚至，皮肤会不明原因地出现出血点，为什么会出现这些异常现象呢？首先要了解出血性疾病的常见原因。

血液在人体的血管内流动着，它主要由血细胞和血浆组成，前者主要包括白细胞（主要负责抵御外来细菌、病毒等的侵犯）、红细胞（主要携带氧气）、血小板（保证机体正常的凝血功能），血浆中存在着 12 种凝血因子，其中血小板和血管壁、凝血因子共同维护出、凝血功能的平衡，任何一方发生异常就会出现出血性疾病，血小板增多则容易形成血栓。如果小儿特别容易出血，就要考虑以下几种可能：

➤ (1) 凝血功能有问题

在正常情况下，磕磕碰碰总是难免的，只要不是大血管损伤，依靠机体本身的血液凝固功能，凝固的血块堵住小血管的破裂处，制止出血。如果凝血有问题，则凝血时间延长。凝血机制障碍多见于遗传性凝血因子缺乏，包括凝血因子量的减少和质的异常。如血友病患儿的出血就是因为缺少了一些凝血因子而引起的。其中凝血因子（又称为抗血友病因子，简称 F_Ⅷ）是一种血浆糖蛋白，在内源性凝血体系中起了十分重要的作用，它是激活凝血因子的辅助因子，体内凝血因子的数量不足或质量异常将导致血友病甲。凝血因子缺乏引起的血友病甲最常见，约占先



天性出血性疾病的 85%。遗传性凝血因子缺陷引起的出血表现为终生轻微损伤或手术长时间出血倾向。出血时间持久，可历时数小时、数天或数周，多须输血或补充凝血因子后方能止血。出血多见于皮肤黏膜，但以深部肌肉及关节自发性或外伤后血肿为特点。血肿多见于腿部、臀部和前臂肌肉及膝、踝、肘、髌等关节。同一部位反复血肿可致相应肌肉或关节功能损伤或丧失。

由于患者毛细血管和初级止血功能均正常，因而皮肤淤点、淤斑现象少见，但局部穿刺后压迫时间如果太短，可能发生皮下血肿。

实验室检查：束臂试验、血小板计数及出血时间多正常，凝血时间都有不同程度的延长。凝血因子活性测定有助于明确诊断。

➤ (2) 血小板有问题

血小板积极参加血液凝固和血块收缩等一系列过程，血小板的问题包括血小板数量和质量两个方面，这一类患儿往往凝血时间正常但是出血时间延长，例如血小板减少性紫癜，就是由于血液中有破坏血小板的因素或者骨髓制造血小板有问题，使血小板减少而引起出血。有了一定数量的血小板后还要有一定的质量，否则仍然起不到止血作用。

➤ (3) 血管的因素

血管破裂后，即刻的反应是血管收缩。如果血管收缩不良，或者血管的脆性增加，轻微的损伤便会引起血管破裂，如果血管的通透性增加，也会使红细胞渗出而致出血。这一类患儿的出血时间、凝血时间都很正常，但是毛细血管脆性试验阳性，过敏性紫癜引起的出血便是例子。

总之，如果小儿无诱因地出血或轻微外伤后出血不止，常反复发作，持续时间较长。出血部位可广泛，也可局限，皮肤、黏膜常为主要发生部位，家长应仔细检查孩子的全身，尤其是下肢和受压部位皮肤。皮肤淤点与充血性皮疹的区别在于，淤点用手指按压后不会退色，而充血性皮疹会瞬时退为正常肤色。发现孩





子有出血倾向，应及时去医院就诊，配合医生的检查，以便及早诊断。

二、小儿几种常见的血液病

1 血友病

➤ (1) 血友病及其分类

血友病是一种遗传性的血液凝结功能障碍的疾病。人的身体依靠血液的凝结来阻止受伤后的出血并帮助康复。正常的血液凝结可以在受外伤后防止淤血，而且可以阻止日常生活中轻微伤害所引起的出血深入肌肉和关节。正常的血液凝结是血液中很多物质共同作用的结果，其中一些物质就叫做凝血因子。如果一种凝血因子数量缺乏就可能发生出血时间延长现象。血友病患者的凝血因子比正常人要少。血友病甲是这种疾病中最常见的一种，它是由于缺乏一种叫做第八因子(F₈)的凝血因子造成的。血友病乙是缺乏第九因子(F₉)。血友病丙则是缺乏第十一因子(F₁₁)。病人的出血并不比正常人快，而是出血时间比正常人长得多。

血友病甲和乙为性连锁隐性遗传，几乎全部发生在男性身上，它是通过那些通常没有出血问题的妇女遗传的。常有明确的家族史，特别是母系家族史，同一家族的病人，疾病的严重程度常相似，大约有 1/3 的血友病人没有家族病史。两者发病占血友病总数的 95% 以上，血友病 C 为常染色不完全隐性遗传，男女均可发病，发病率仅占血友病总数的 3%。新生男儿的患病率大约为 1:5 000。



➤ (2) 血友病常见的典型症状

最常见的是出血，家长要注意出血的部位、出血的形式、出血的时间，这些因素的不同决定血友病类型的不同。通常病情越严重，淤血和出血现象就出现得越早。小孩在他开始爬行和走路之前很少有什么问题。发生在学走路孩子身上的一些不可避免的摔倒或碰伤可能会引起皮下淤血或嘴唇及舌头的出血。从2~3岁开始，出血(通常是大出血)可以导致肌肉和关节疼痛肿胀或造成胳膊和腿部的活动受限。

家长要注意给小儿注射疫苗时进行正常方式的肌肉注射可能会引起大面积深度出血。血友病甲病儿关节、肌肉、软组织出血较多见。关节出血表现为关节肿胀、触痛、活动障碍，反复发作后会出现关节僵直畸形。皮下软组织和深部肌肉出血时表现为皮下组织深浅不一，淤斑，局部明显肿胀，轻度疼痛。如发生于肢体，双侧会不对称。表皮破损会出现持续渗血。内脏出血和颅内出血会出现相应的症状。血友病乙、丙症状相似，但重型出血少见。

实验室检查有利于诊断：血常规一般正常，大量出血时会有





血红蛋白和红细胞计数下降；出血时间、凝血酶原时间(PT)正常；凝血时间轻症患儿可正常，重症患儿延长；部分凝血活酶时间(APTT)延长，少数轻症正常。凝血活酶纠正试验血友病甲可被硫酸钡吸附血浆纠正，正常血清不纠正，血友病乙不被硫酸钡吸附血浆纠正，正常血清可纠正，血友病丙可被硫酸钡吸附血浆正常和血清纠正；有条件可用免疫方法直接测定： C_1 、 C_2 、 C_3 ； C_1 的活性，对血友病甲、乙、丙有确诊意义。

➤ (3) 血友病的治疗

血友病是通过补充体内缺乏的凝血因子来治疗的。这些凝血因子或者从血浆中提取或者通过基因工程得到。可用因子Ⅷ、Ⅸ替代治疗，输入剂量应按： C_1 在体内半寿期(8~12小时)、出血部位、严重程度而定，一般1U/千克； C_2 可提高： C_1 活性2%。冷沉淀物，每袋约含： C_1 60~100U不等。凝血酶原复合物物含因子Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ，适用于血友病乙。其他醋酸去氨加压素(DDAVP)，可提高凝血因子活性；抗纤溶药，如氨基己酸、氨甲苯酸等对舌、咽、扁桃体及拔牙引起的出血有效，关节、肌肉出血疗效不佳，血尿时不宜应用；肾上腺皮质激素，口服泼尼松每日0.5毫克/千克可以促进出血后的吸收，减轻关节畸形。

➤ (4) 对父母的建议

一旦孩子被诊断为血友病，父母就要注意防止或减少其出血现象的发生。选择柔软的无锐角的玩具。如果在学步期间总是摔伤则可加厚衣服。从很小的时候就告诉患儿及其兄弟姐妹和小伙伴有关血友病的情况。父母应该鼓励他们通过和其他孩子的玩耍而正常成长。

遵守当地的疫苗接种计划，但要记住，必须采用皮下注射而不能深入至肌肉。注射后应该压迫5分钟。强烈建议接种乙肝疫苗，因为一些血液制品仍会传播这种病毒。同时也推荐接种甲肝疫苗。坚持刷牙和看牙医，可以防止烂牙和牙龈疾病，这点非常重要，因为被忽视的牙齿感染后牙龈就会出血。保持身体健康，



积极、有规律的锻炼计划是非常有益的，强壮的肌肉可以支撑关节以减少出血次数，在那些不能轻易得到血制品的地区，这点尤为重要。像游泳、骑车和步行这样的对关节压力很小的运动还是非常适宜的，许多其他运动也是可以参加的。应该禁止参加那种接触性的体育运动，比如拳击、橄榄球等，这些运动存在着头部或颈部受伤的危险性。

为实现对血友病病人的全面治疗，欧美国家通过建立“血友病中心”来管理病人，中心内有血液科、整形外科、遗传学、心理学等各科医生，还包括社会工作者、专业护士，除了进行家庭治疗、遗传咨询、产前诊断外，通过中心管理，降低血友病病人伤残的发生率，使他们保持健康的心理状态，参与正常的社会生活。

2 白血病

➤ (1) 家长应知道的症状

白血病为小儿常见的恶性肿瘤(占第一位)，是由于造血干细胞增殖分化异常而引起的恶性增殖性疾病，它不仅影响骨髓及整个造血系统，并侵入身体其他器官。临床上分为急性淋巴细胞性白血病(ALL)及急性非淋巴细胞性白血病(ANLL)，小儿以急性淋巴细胞性白血病更为多见。儿童白血病在早期有以下七大表现：

发热 这是儿童白血病最常见的首发症状，可以是低热、不规则发热、持续高热或弛张热，暂时性热退时常



大汗淋漓，低热常伴盗汗。发热的原因有两个：肿瘤性发热和感染性发热。

出血 是不可忽视的一个症状。主要表现为鼻黏膜、口腔、牙龈及皮肤出血，严重者内脏、颅内出血，也往往是造成患儿的死因。

贫血 常于早期表现的症状。表现为面色、皮肤黏膜苍白，软弱无力，气促、心悸、颜面浮肿等，这些症状呈进行性加重。

肝、脾、淋巴结肿大 急性淋巴细胞性白血病，肝、脾、淋巴结肿大较为显著，慢性粒细胞性白血病则脾肿大更为明显。

骨关节疼痛及骨骼病变 可为首发症状，表现为持续性并阵发性加剧的骨、关节疼痛或肿痛，活动受限，多见于腕、肘、肩、膝、踝、髌等关节处，常被误诊为风湿病、类风湿性关节炎或骨髓炎。

脑膜白血病 细胞浸润中枢神经系统可发生脑膜白血病，患儿出现头痛、恶心、呕吐，甚至惊厥、昏迷。其他如皮肤、软组织、腮腺、纵隔淋巴结、睾丸等器官浸润也会出现相应症状。

血化验 检查数据的异常改变，白细胞计数可增高、正常或降低，血涂片可见原始及幼稚细胞，血红蛋白和血小板大多降低。最后确诊小儿白血病的必须项目是骨髓涂片，骨髓现象异常。确诊后，要进行分类及分型，以便制定化疗方案及判断预后。化疗期间注意营养，加强支持疗法，预防感染，化疗间歇期定期到医院复诊。

➤ (2) 儿童白血病的特点

儿童白血病具有两个特点：一是恶性程度高，病情发展迅速，大多是急性；二是对化学药物治疗十分敏感，癌细胞容易杀死。再加上我国采用骨髓移植治疗白血病取得了很大的进展，特别是 80 年代以来，小儿急性白血病，尤其是 ALL 已成为可以治愈的恶性肿瘤，也是当今疗效最好、治愈率最高的恶性肿瘤性疾病。



之一。

小儿 ALL 的完全缓解(CR)率可达 95% 以上, 5 年以上持续完全缓解(CCR)率可达 70% ~80%, ANLL 的 CR 率亦可达 80% 左右, 5 年以上 CCR 率可达 40% ~50%。本病全年均可发病, 但春季和秋季各有一个高峰。

有报导治疗效果欠佳的重病人应进行骨髓移植, 或自体外周血造血干细胞移植, 可使病情持续完全缓解, 生存期延长。

医生提示

经过多年实践, 我国对儿童急性白血病的治疗已形成一套有效的方法。经过正规治疗, 90% 以上的患儿可以获得完全的缓解, 再经过 2~3 年的巩固治疗, 80% 的患儿可以获得根治, 因此千万不要随意放弃治疗。

➤ (3) 家长应知道的可能相关因素

根据目前的认识, 本病尚不属于遗传性疾病, 但在家族史中可有多发恶性肿瘤的情况。少数患儿有其他的先天性异常, 诸如唐氏综合征、先天性心脏病等。发病年龄以 3~10 岁为多见, 男孩略多于女孩。本病病因未明, 但多与某些化学物质、物理射线有关, 近来又发现与机体对某些病毒感染所致的特殊反应有关。

白血病的发病因素有:

食品污染 例如某些食品不符合卫生标准, 瓜果蔬菜残留农药。

装修污染 现已证实, 装修材料中的苯及其他一些有害气体与白血病发病相关。

水源和大气污染。

滥用药物。

血

液

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

遗传缺陷。

爱心贴士

孕妇与有害物质接触，不适当地接受药物治疗、放射检查，营养摄入不充分等。因此，预防白血病应当从起居饮食做起，孕妇和儿童要尽量远离有害环境，提倡吃符合卫生标准的食物，在装修住宅时要选择对人体无害的装修材料，并在充分开窗通风后再入住等。



➤ (4) 给家长的温馨提醒

如果孩子出现以下情况，应及时到医院检查治疗，听从医生劝告进行骨髓检查。

不明原因的发热，用抗生素治疗无效。

面色苍白、贫血、有出血倾向(如牙龈、鼻腔出血或皮下有出血点)。

局部有包块或颌下、颈下、腋下、腹股沟有淋巴结肿大。

不思饮食，日渐消瘦。

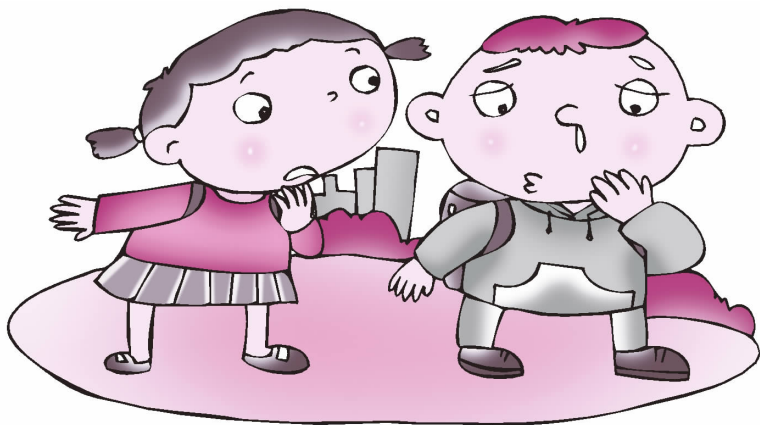
肝脾肿大或上腹部有肿块。

有视力障碍、斜视或眼球向外突出等。

血液检查白细胞异常增高或过低，或伴有红细胞、血红蛋白及血小板减少等。

3 特发性血小板减少性紫癜

特发性血小板减少性紫癜(ITP)是儿童常见的出血性疾病，病因不清，一般病前1周常有急性上呼吸道感染或其他诱发因素，如病毒感染或新近预防接种史等。血循环中可存在血小板抗体(如血小板相关抗体PAIg)，致使血小板破坏增加，血小板计数减少，也称免疫性血小板性紫癜。



特发性血小板减少性紫癜临床上可分为急性及慢性两种，儿童多属急性型。

➤ (1) 急性型

多见于2~5岁小儿，起病急，出血倾向明显，有前驱感染者较多，病程在6个月以内，表现为皮肤黏膜自发性出血，皮肤出血呈大小不等的淤点、淤斑，分布不均，以四肢为多。鼻衄、牙龈出血也很常见，亦可有消化道、泌尿道出血，眼结合膜下出血，少数视网膜出血。

一般无发热，无肝、脾、淋巴结肿大。当血小板小于 50×10^9 /升时有自发性出血，当小于 20×10^9 /升时出血明显，当小于 10×10^9 /升时出血严重，病情有自限性，出血症状多在起病2周内好转，但血小板数仍较低。糖皮质激素治疗效果好，约80%的病儿在1个月内恢复正常，6个月内完全治愈，不需糖皮质激素维持。急性型ITP在儿童中约占80%，预后好。少数病儿初期有颅内出血或其他内脏严重出血会危及生命，一旦发生，则预后不良。

➤ (2) 慢性型

多见于学龄期前后儿童，女多于男，起病较缓慢，出血倾向相对较轻，前驱感染者不明显，病程超过6个月，可有持续性出血或反复发作，有的表现为局部出血倾向，如反复鼻出血。淤点

血

液

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

及淤斑可发生在任何部位的皮肤与黏膜，但以四肢远端较多。可有消化道及泌尿道出血。外伤后也可出现深部血肿，感染时症状加重。

医生提示

一般认为血小板持续减少或病情反复超过 6 个月为慢性型。慢性型由其本身的致病因素决定，不是由于急性型治疗不当转化而来。约 70% 病儿最终在脾切除后得到缓解。

特发性血小板减少性紫癜实验室检查：血小板小于 $100 \times 10^9/\text{升}$ ，急性型血小板减少明显，部分血小板体积较大。出血量多时可有红细胞。血红蛋白降低，网织红细胞升高，白细胞计数及分类多正常。骨髓涂片巨核细胞正常或增多，慢性型。巨核细胞增多明显，有成熟障碍，释放血小板的巨核细胞减少。血小板相关抗原增高 (PAIgG, PAIgM, PAIgA 等均可增高)，以 PAIgG 增高最多见。补体在特发性血小板减少性紫癜 (ITP) 的发病进展起着一定作用，ITP 患者血小板检测到 C_3C_4 补体与 IgG 相关，引起血小板寿命缩短。

医生提示

家长要做到：患儿应适当限制活动，避免外伤；有或疑有感染时，酌情使用抗生素；避免使用影响血小板功能的药物，如阿司匹林等。



治疗首先要止血，可局部止血或使用止血敏等止血药物。当血小板小于 $10 \times 10^9/L$ 时，严重出血者或有危及生命的出血须紧急处理者，可补充新鲜血液及血小板，输注浓缩血小板制剂，每次 $0.2 \sim 0.25U/$ 千克，静滴，隔日 1 次，至出血减轻，血小板达安全水平即大于 $30 \times 10^9/L$ 。同时给予肾上腺皮质激素或静脉丙球 (IVIG)，可以提高疗效。先静脉点滴氢化可的松，待症状控制后，改用泼尼松口服，视病情逐渐减量，疗程一般不超过 4 周。如果反复严重出血，各种治疗方法不能奏效者，可考虑给患儿行脾切除手术。

❗ 注意事项 ❗

家长要注意几点：小儿如有流鼻血、牙龈渗血、皮肤出血，应立即到医院检查。一旦发现血小板减少，最好住院以进一步检查及系统治疗。门诊治疗的病人必须按医生的嘱咐去做，以免发生严重出血危及小儿生命，注意点是：

要限制活动，最好卧床休息，避免外伤。

吃容易消化的食物，干的、硬的、带刺食物不要吃，以免损伤黏膜引起出血。

避免应用阿司匹林、潘生丁等药物。

注意预防病毒感染(如感冒)，以免使好转的病情再度加重。

三、患了白血病，不要乱投医

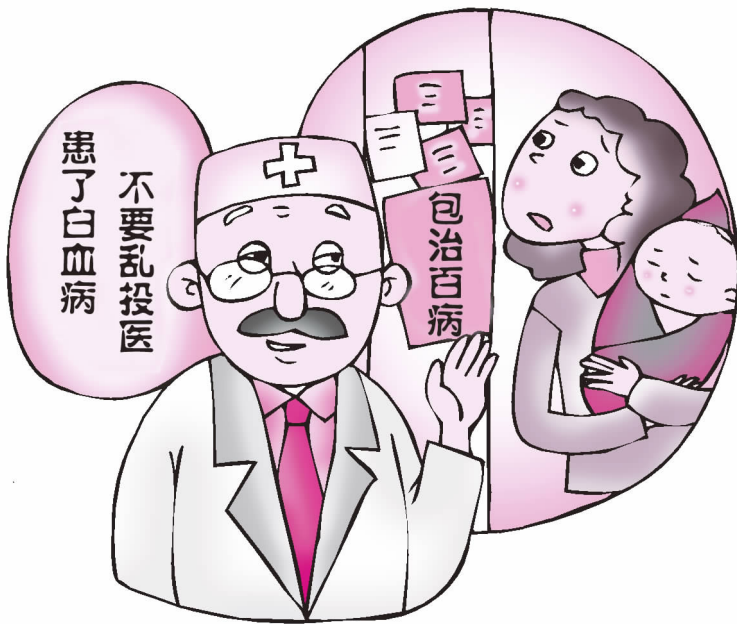
白血病虽然是一种造血组织的恶性疾病，但由于医学技术的发展，已使白血病成为可治的病。通过积极的化疗、放疗、骨髓或外周血干细胞移植，生物反应调节剂应用等联合治疗手段，已





rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

能使半数以上的患者延长生存期，少数患者还能得到痊愈。治疗白血病是一个漫长的过程，需要坚持治疗才能治愈，有一些家长在治疗中不认真配合医生治疗，随意中断治疗，酿成大错。

曾经有一个小患者经化疗后很快缓解，家长就不带孩子继续强化治疗，听信江湖郎中的吹嘘，服用“祖传秘方”，结果小患者的病情很快复发，最后回天乏术，受到了惨痛的教训。

爱心贴士

在此，我们也提醒家长一旦发现小孩患了某一类型的白血病，千万要保持镇静。尽管白血病属于血液系统的恶性疾病，但医学发展至今，此恶性病已非绝症。此时应与医生合作，积极配合治疗。轻易放弃生命或有病乱投医，迷信“偏方”而耽误治疗均是不可取的。





四、皮肤有紫癜，及时找病因



紫癜是血液系统疾病中常见的主要体征之一。除了血液病外，其他系统的许多疾病也可以出现紫癜，其发病因素较多，发病机制也很复杂。紫癜是血液渗出血管外，在皮下、黏膜下出血的总称。

紫癜主要体征为：皮肤黏膜因出血而形成红色或暗红色的斑点，一般不高出皮面，压之不退色，其出现紫癜的广泛程度与出血面积视病情而异。一般将直径不超过2毫米的称淤点，直径3~5毫米者称为紫癜，直径5毫米以上者称为淤斑，片状出血并伴有皮肤显著隆起者称为血肿。

紫癜新发生时，一般小的淤点多呈红色，而淤斑常呈紫红色，1~2天后淤斑开始呈紫蓝色，继而变为灰蓝色和淡黄色，以后逐渐消失，皮肤颜色恢复正常，一般不留痕迹。这种情况会在皮肤的不同部位，分批持续出现，所以在同一个患者身上，既可看到初发的新斑，又可看到尚未吸收的陈旧斑。因为皮肤紫癜是许多疾病及不同出血原因的共同表现，因此其性质、部位、伴随症状也有很大差别，现将临床上常见的疾病及其主要症状作一介绍。

➤ (1) 过敏性紫癜

过敏性紫癜由毛细血管壁通透性增加引起儿童时期常见的以小血管炎症为主要病变的变态反应性疾病，一年四季都可发病。皮肤紫癜呈对称性分布，以下肢、臀部多见，高出皮面，分批出现，紫癜大小不等，常伴有荨麻疹及四肢出现血管神经性水肿，偶有痒感。约半数患者有腹痛症状，严重者可合并呕吐及消化道出血(呕血、便血等)，甚至关节疼痛，也可有血尿、蛋白尿、水





肿、高血压等症状。

➤ (2) 血小板数量减少或质量异常引起的疾病

血小板减少性紫癜, 又分特发性血小板减少性紫癜和继发性血小板减少性紫癜。特发性血小板减少性紫癜, 多见于1~5岁的婴幼儿, 多在春季发病, 特点是皮肤、黏膜广泛出血, 四肢较多, 为针尖样出血点。严重的头面部及全身皮肤均有大小不等的出血斑。继发性血小板减少性紫癜, 多见于严重细菌感染或病毒感染, 如败血症、脑膜炎、毒血症及病毒血症等。因血小板质量异常引起紫癜的疾病则有血小板无力症等。

➤ (3) 严重感染性疾病

如流行性脑膜炎、溶血性金黄色葡萄球菌脓毒败血症、猩红热等。这是因为这些细菌的毒素会使毛细血管的通透性增加, 出现异常的凝血状态, 从而出现紫癜。

➤ (4) 孩子皮下出血点可能是疾病的前兆

因为这两种疾病都会引起血小板减少而产生紫癜。

❗ 注意事项 ❗

家长在给孩子擦身、洗澡或洗手、洗脚时, 要注意观察孩子身上有没有皮下出血点。一旦发现有出血点, 就应及时去医院小儿科诊治, 决不可掉以轻心。因为这种出血点可能是某种严重疾病的预兆。

结 缔 组 织 篇

结缔组织是由细胞和细胞间质组成。它与上皮组织相比，具有细胞成分少、间质成分多的特点，而且细胞没有极性，分散存在于细胞间质中。结缔组织的间质由基质和纤维成分组成，其中还有不断流动的组织液。基质为均质的无定形物质，纤维呈细丝状包埋在基质中。结缔组织是四大基本组织中结构和功能最为多样的组织。广义的结缔组织包括液态流动的血液；松软的固有结缔组织；较坚硬的软骨和骨。

一般所谓的结缔组织是指固有结缔组织而言。结缔组织广泛分布于机体各器官中，具有支持、连接、充填、营养、保护、修复和防御等功能。结缔组织构成了身体几乎各个组织、器官、系统，可以说无处不在，许多疾病进入多功能衰竭时，都会影响到结缔组织。由于结缔组织分布的广泛性，决定了这类疾病临床表现的多样性，它常常是多器官、多系统损伤，因此也导致了治疗的艰巨性。



一、不容忽视的儿童川崎病

从 20 世纪 60 代中后期开始，日本出现了一种奇特的怪病，患者几乎都是咿呀学语的幼儿，当时这种病的死亡率在 5% 以上，因此引起人们的恐慌。日本的川崎富作医生 1967 年首先报告了此病，因此这种病就被称为“川崎病”。此后，世界各地均有报道。近年来发病率有增多的趋势。

川崎病又名“急性发热性皮肤黏膜淋巴结综合征”，是一种病因不明的全身性血管炎，绝大多数患者为 4 岁以内的儿童，目前病死率为 0.25% 左右。由于该病的临床表现与感冒或上呼吸道感染的早期症状类似，因此常常被误诊而延误治疗，对此应引起高度重视。

1 儿童川崎病的临床表现

根据儿童川崎病临床表现，持续发热 5 天以上，具备下列 5 项临床表现中的 4 项即可确定诊断：

- ① 双侧结膜充血，非化脓性；
- ② 躯干尤其会阴部多形性红斑；
- ③ 口唇发红皲裂，草莓样舌，口腔及咽部黏膜弥漫性充血；
- ④ 急性期手掌与足底充血、硬结性水肿，恢复期指趾端膜状脱皮；
- ⑤ 急性非化脓性颈部淋巴结肿大。

有些患儿在发病第 10 日，当皮疹、发热和其他急性期症状开始消退时发生心脏炎，出现面色苍白、发绀、乏力、胸闷、心前



区痛等症状。经心电图等检查，约 50% 的病人可发现心脏损害，包括急性心肌炎、心包炎、心律失常和心力衰竭。发生冠状动脉瘤或扩张者，可无临床表现，少数可有心肌梗死的症状。冠状动脉损害多发生在病程 2~4 周，血管彩色 B 超检查发现有冠状动脉瘤或冠状动脉扩张存在即为本病的重要依据。血常规检查急性期白细胞增高、轻度贫血，在患病的第 2~3 周血小板增多、血沉增快，其他表现主要累及大关节的关节炎或关节肿痛、中耳炎、肺炎、无菌性脑膜炎、腹痛腹泻等。有的表现为肝炎、胆囊水肿、肠麻痹及肠出血、胸腔积液、肛周皮肤潮红、脱皮等。决定本病预后因素是心血管，尤其冠状动脉受累后进展，冠状动脉瘤是严重危险合并症，经治疗后大约一半的病人冠状动脉瘤可自行消退，10%~20% 的病人有冠状动脉瘤经 1~2 年后可消退，有 3% 的病人可致冠状动脉狭窄而引起缺血性心肌病，因而血小板数值高要用抗凝治疗，至血小板值正常。

本病病因至今未明，可能与感染及宿主特异性免疫反应有

结

缔

组

织

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

关。其死亡原因是心肌炎、心力衰竭、冠状动脉破裂、缺血性心肌病。

2 儿童川崎病的治疗

目前治疗川崎病的主要方法是：

- ① 急性发热期可用阿司匹林 30 ~ 100 毫克 / 千克，分 3 ~ 4 次口服 2 周，热退后减至 3 ~ 5 毫克 / 千克，1 次顿服，连续 6 ~ 8 周。阿司匹林能防止冠状动脉血栓形成。
- ② 发生冠状动脉瘤的高危病人，在应用阿司匹林的同时，最好在发病 10 天内 但并非超过 10 日治疗完全无效，可给予大剂量静脉用丙种球蛋白每日 400 毫克 / 千克，连续使用 5 日。与单用阿司匹林相比，丙种球蛋白能显著减轻冠状动脉病变。
- ③ 晚期冠状动脉受累者，合并冠状动脉狭窄或闭塞者可进行冠状动脉成形术外科治疗。
- ④ 根据不同患儿每 3 ~ 6 月应进行心脏超声检查。

二、幼年类风湿病

幼年类风湿病是 16 岁以下儿童最常见的风湿性疾病，以对称性关节肿痛和晨僵为特征，可有高热及全身多系统 包括关节、皮肤、肌肉、肝、脾、淋巴结、肺和心脏 的受累，又称幼年类风湿性关节炎。有反复发作倾向，小部分病儿会遗留个别关节畸形和功能障碍，也是小儿致盲的原因之一。

病因至今不完全明了，一般认为与变态反应以及自身免疫有关。可能是因病毒、支原体或其他病原的持续感染。



根据起病最初半年的临床表现，将本病分为三类，即全身型、多关节炎型和少关节炎型。

➤ 1 全身型 又称斯蒂尔病

全身型约占幼年类风湿性关节炎的 20%。可发生于儿童期任何年龄，5 岁以前略多见，无明显性别差异。起病急骤，以发热、皮疹、关节痛或关节炎伴肝脾肿大、淋巴结肿大为其特征，部分患儿可有胸膜炎、心包炎、神经系统病变。发热常为高热，体温每日波动于 36 ~ 41 度之间，骤升骤降，高热时可伴寒战、乏力、食欲减退。热退后患儿嬉戏如常。发热可持续数周至数月，自然缓解后常复发。皮疹常伴发热出现，随体温下降而隐退。皮疹呈现多形性，为麻疹样或荨麻疹样，可散在或融合成片，可见于身体任何部位，但以胸部和四肢近端为多见。80% 以上患儿有关节痛和关节炎，发病关节多少不一，常在发热时加剧，热退后减轻或缓解。关节肿痛可以游走，以膝关节最早和最易受累。关节症状既可首发，也可在发热数周乃至数年后才出现。半数以上有不同程度的肌肉酸痛，可为全身性，或以腓肠肌 小腿肚 为主。实验室检查可有血沉、C 反应蛋白、白细胞增高、类风湿因子阳性率低。

➤ 2 多关节炎型

多关节炎型约占幼年类风湿性关节炎的 40%。特点为慢性对称性关节炎，受累关节达 5 个或 5 个以上，女孩发病多于男孩。多见于年长儿童，致残性高。先累及肘、腕、膝、踝大关节，逐渐累及小关节，以指间关节、掌指关节和跖趾关节最明显，表现为关节肿痛、活动受限伴晨僵。全身症状轻，常有乏力、厌食、低热、体重下降等。约 10% 的患儿类风湿因子阳性。

➤ 3 少关节炎型

少关节炎型约占幼年类风湿性关节炎的 40%。受累关节为 4 个或 4 个以下。膝、踝或肘等大关节为多发部位，常为非对称性。又可分为两型，I 型：多于 6 岁以前发病，女孩多见。虽有反复发

结

缔

组

织

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

作的慢性关节炎，但不严重，较少发生关节畸形和功能障碍。约 20% 的患儿会发展成多关节炎。20% ~ 30% 的患儿在起病 10 年内发生慢性虹膜睫状体炎，是引起失明的重要原因。

Ⅱ型：男孩多见，好发于 8 岁以后。关节病变常限于下肢大关节，如膝、踝、髋关节。患儿常有足跟疼痛及跟腱炎。部分患儿出现急性自限性虹膜睫状体炎，但很少造成视力障碍。一些患儿 16 岁以后出现强直性脊柱炎。约 75% 患儿 HLA - B27 人类白细胞抗原 B27 阳性，而类风湿因子阴性。

小儿类风湿病与成人慢性类风湿性关节炎之间仍存在着较多的差别。如小儿类风湿病有较多的全身表现 弛张热，皮疹，肝脾淋巴结肿大，白细胞总数明显增多等，而关节病变较轻，偶有并发虹膜睫状体炎、心包炎、颈椎受累等症；另一方面小儿皮下结节比较少见，类风湿因子阳性率较低。患儿有长期持续的对称性多关节炎，并以小关节为主，最后导致关节畸形的典型症状，小儿以全身型多见，特别是幼儿可只有发热而无明显关节症状，易被误诊。故如有长期间歇性发热，一过性多形性皮疹，肝脾淋巴结肿大，白细胞总数增高，而又找不到感染病灶者应考虑本病。



若发现患儿晨起有关节僵硬，多活动后症状减轻现象，更可帮助诊断。应进一步作有关实验室检查及骨关节 X 线检查以求确诊。

采用综合治疗，药物可选：阿司匹林、萘普生等非甾体类抗炎药及激素、免疫抑制剂等。配合理疗、体疗。

三、认识风湿热

风湿热是小儿时期结缔组织的非化脓性疾病，常累及血管、皮肤、浆膜、脑、心脏及关节等，特别是诱发心肌炎后会留有永久性的瓣膜病变，临床易反复发作，对小儿危害极大，必须引起足够的重视。

1 风湿热的病因

对风湿热的病因及机制至今尚不十分明了。多数学者认为，病儿在患病前的 1~4 周内曾有咽炎、扁桃体炎、上呼吸道感染等 A 组 B 型溶血性链球菌感染的病史。感染的细菌不直接侵犯身体结缔组织，而是经机体自身免疫反应致病，临床以 5~15 岁的小儿多见。初起常表现为不规则发热、面色苍白、精神不振、腹痛、多汗，继而出现游走性的大关节肿痛，活动受限，躯干、四肢处可见红色斑疹，呈不规则环状，高出皮肤，称环形红斑。在肘、腕、膝、踝关节的伸面可出现皮下小结。患病后，多有不随意、不自主、不规则的动作，称为舞蹈病。严重的病例常侵犯心脏，还可累及心肌、心内膜、心包，临床上以心肌炎及心内膜炎多见。三者均累及时称全心炎。心脏的风湿损害，如能及时治疗可治愈。而心脏受累，如风湿活动频繁复发，则易发展为慢性风

结

缔

组

织

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

湿性瓣膜病。

风湿热侵犯心脏的主要病变是累及心脏瓣膜，二尖瓣、主动脉瓣受损多见，急性期瓣膜增生肿胀，内皮细胞膜受损，表面粗糙，胶原纤维外露，血小板、纤维蛋白可形成灰白色粟粒状的赘生物，发生心内膜炎。当炎症消退或复发时，瓣膜因大量纤维组织增生与收缩而变硬变厚，产生粘连和缩短，导致瓣膜狭窄及关闭不全。发生心肌炎，心肌间质小血管形成风湿小体，晚期有瘢痕形成，常易发生心功能不全而危及生命。少数患儿则可出现胸痛，心包摩擦音，常提示患儿感染了风湿性心包炎，但较少见。

2

风湿热的诊断

一旦发现小儿有上述表现，应尽早去医院检查以明确诊断。迄今风湿热尚无特异性的诊断方法，临床上沿用修订 Jones 诊断标准，主要依靠临床表现，辅以实验室检查。如具有两项主要表现，或一项主要表现加两项次要表现，并有先前链球菌感染的证据，可诊断为风湿热。

风湿热患儿应卧床休息，给予易消化的蛋白质、维生素类食物，并连续使用足够的青霉素 10 ~ 14 天，按时服用抗风湿药，常用的药物有水杨酸制剂和糖皮质激素两类。对无心脏炎的患者不必使用糖皮质激素，水杨酸制剂对急性关节炎疗效确切。伴有心衰时及早采用强心剂等综合治疗。

抗风湿药物对舞蹈症无效。舞蹈症患者应尽量安置于安静的环境中，避免刺激。病情严重者可使用镇静剂如鲁米那、地西泮安定等，亦可用氟哌啶醇 1 毫克，加安坦 1 毫克，每日服用 2 次，可较快控制症状。如果患儿一切恢复正常时，仍要继续观察患儿病情变化。如临床再次发生扁桃体炎、咽炎等感染时，应迅速使用抗生素、激素或抗风湿药物，以防止病情复发和反跳，避免心脏进一步受累。



3 急性风湿热的预后

急性风湿热的预后取决于心脏病变的严重程度，复发次数及治疗措施。严重心脏炎、复发次数频繁、治疗不当或不及时者，可死于重度或顽固性心力衰竭、亚急性感染性心内膜炎或形成慢性风湿性心瓣膜病。

风湿热的预防，关键在于控制和预防链球菌感染，即初发的预防和复发的预防。抗生素中，青霉素为链球菌的杀菌剂，且不致产生耐药性，一直作为预防风湿热的首选药物。长效青霉素 120 万 U，肌肉注射，每 4 周注射 1 次。对青霉素过敏者，口服红霉素 0.25 克，每日 2 次；或口服磺胺嘧啶 0.5 克，每日 2 次。在应用中要密切观察白细胞，以防止白细胞减少症的发生。患儿预防最少不短于 5 年或者至 18 岁。

另外应坚持每 3~6 个月门诊随访一次，检查预防工作是否正规进行，酌情复查血沉、ASO、C-反应蛋白等实验室检查，及 X 线胸片、超声心动图等特殊检查，及时发现复发可能，及时治疗。

结

缔

组

织

篇

神经内分泌篇

神经精神发育的基础是神经系统的生长发育。而神经精神活动是神经系统对内外刺激反应的表现，包括感知、反射、动作、语言及对周围人的感情反应等。神经精神活动的发展取决于神经系统特别是大脑的成熟程度，出生时脑重为体重的 20% ~ 25%，6 个月时为成人脑重的 50%，10 岁时达 90%。出生时脊髓、中脑、桥脑及延髓已发育较好，许多皮层下中枢发育也较早，从而保证了婴儿出生时有较好的循环、呼吸等生命功能。丘脑及下丘脑在出生后数月内发育较快，对体温调节、饥饱等反应有关。大脑皮质较成人薄，各层细胞已开始分化，到 3 岁时皮质细胞大致分化完成；8 岁时已与成人无多大区别，但细胞功能却随着年龄的增长和发育日益复杂化。除了大脑皮质的分层及细胞的分化外，传导神经的髓鞘形成对神经系统的反应也有意义。

在婴儿期，由于皮质发育尚不完善，皮质下中枢的兴奋性较高，神经髓鞘形成不全，当外界刺激通过神经传入大脑时，在皮质不易形成一个明确的兴奋灶，兴奋与刺激容易扩散。因此，小儿的神经活动不稳定，反应较迟缓，患病时，特别是高热或中毒时，容易发生烦躁、嗜睡、惊厥或昏迷等神经系统症状。



一、癫痫治疗要正规

小儿癫痫俗称“羊儿风”，是小儿神经系统的常见疾病，我国目前约有 800 万 ~ 900 万患者，其中半数以上发生于小儿时期，每年还有 40 万新发病人。其中，40% 的患者从未进行过治疗，35% 的患者接受的是不正规治疗。世界各国临床观察证实，只要给予合理治疗，75% ~ 80% 的患儿能够完全康复。

癫痫的病因有很多，能找到明显病因的称为继发性癫痫或症状性癫痫，如脑发育畸形神经皮肤综合征，母亲妊娠早期先兆流产、感染、中毒，生产时及产后的窒息、产伤，颅内出血、缺氧、中毒、脑外伤、肿瘤等。经检查未找到病因的，称为原发性癫痫，可能与遗传有关。

癫痫不仅表现为肢体抽搐，还会表现出其他多种类型的发作，如感觉障碍、精神障碍或不同程度的意识障碍，可以说任何发作性症状都可能是癫痫。无论出现哪种形式的发作，都应及时到正规医院就诊，根据需要进行脑电图检查，明确诊断。

脑电图是诊断癫痫的主要工具，如果查出大脑有异常放电，多数即可明确诊断。值得注意的是，约 20% ~ 30% 的癫痫患儿脑电图检查不能发现癫痫波，另有约 5% 的正常人脑电图会出现癫痫波。因此，脑电图对癫痫诊断非常重要，但绝不是唯一的工具，癫痫的诊断应由专科大夫根据患儿的病情和脑电图结果综合分析。

癫痫儿童的智力低下，主要取决于脑损害程度，而引起癫痫儿童智力低下的重要原因是其原发病。癫痫儿童的认知障碍还与癫痫类型、发作频率与病程、脑电图及抗癫痫药物有关。

癫痫的类型及影响癫痫儿童智力的因素主要有：继发性癫



痫，如各种脑炎、产伤，或患有先天性遗传病等，几乎均可导致智力障碍；原发性癫痫，大约有 1/3 会出现智力障碍。据文献报道，癫痫儿童认知障碍也和癫痫类型有关，其中小运动型发作伴智力低下的百分比最高，达 59.3%；失神小运动发作最低，占 10%。

医生提示

癫痫病并非不治之症，如果坚持正规治疗，80% 以上的患儿可以完全控制发作，70% 以上的患儿可以正常生活、学习和工作。如果治疗不正规，反复的癫痫发作会导致或加重脑损害，影响患儿的生活质量。因此对癫痫患儿及时正规的治疗非常重要。

➤ (1) 抗癫痫药物治疗

尽管癫痫的治疗方法有很多，但合理的使用抗癫痫药物仍是最重要的治疗方法。使用抗癫痫药物时应特别注意以下几点：

早期治疗 癫痫诊断明确后应尽如症状不重、持续时间较短、查体及影像学检查无异常者，可暂不用药，但须密切观察。

正确选药 抗癫痫药物的选择主要根据临床发作类型，但也要考虑到药物的毒副作用、患儿的依从性以及家庭的经济状况等。

单药治疗与联合用药。单药治疗对大多数患儿有较好疗效。但是对于难治患儿，有时需要联合用药。

用药剂量要个体化。用药时先从小剂量开始，逐渐增加剂量，直至达到有效血浓度和临床佳效，而又没有明显副作用，为最佳剂量。

服药要规律，疗程要长。要保证患儿规律服药，一般服药时间越长，复发的概率越低，因此癫痫患儿一般在控制发作后 2 ~

神

经

内

分

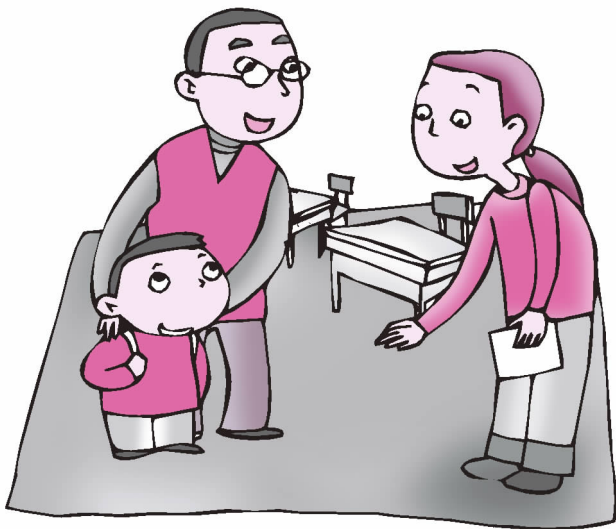
泌

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

4 年方可停药。

停药过程要慢。突然停药容易引起癫痫持续状态，因此患儿停药要有一个缓慢的过程，一般要有半年到 1 年的时间。

➤ (2) 其他治疗

手术治疗主要用于难治性癫痫，术前应定位明确。生酮饮食对难治性癫痫有较肯定的疗效，但患儿的依从性较差，很难推广。

迷走神经刺激疗法，但价格昂贵，国内应用较少。

中医中药对控制癫痫发作有一定作用，但缺乏规范化。

➤ (3) 家庭护理

合理安排患儿的生活，饮食与正常孩子一样，不要暴饮暴食，保证充足的睡眠，最好每天午睡。发作不频繁可以预防接种，需要手术的话可以采用各种麻醉，并将病情告诉麻醉医生。可以参加一般性体育运动，但不要过量。发作控制不好者不宜游泳、爬山、骑自行车。

一般情况下应允许患儿上学，学习、思考、记忆不会诱发癫痫发作，要向学校说明孩子病情及目前治疗情况，以免患儿发



病，老师措手不及。对癫痫患儿应关心爱护，不要娇惯、迁就、纵容、过度保护，以免影响患儿的身心发育，诱发情绪、行为、人格障碍。有些因素如疲劳、睡眠不足、感情冲动、饮酒等会诱发癫痫发作，称为诱因。只有在某种刺激(如光、声等)作用下才发作的癫痫称为反射性癫痫。

二、小儿脑瘫治疗

小儿脑性瘫痪简称脑瘫，是小儿时期常见的一种伤残情况，是出生前到出生后一个月内各种原因所致的非进行性的脑损伤，主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常。常见病因有出生前、出生时或出生后的脑缺氧、颅脑损伤、中枢神经系统感染，及早产儿、过期产儿、脑发育异常、核黄疸等，近亲结婚、夫妻双方或一方智力低下，或孕前甲亢、营养不良、吸烟、酗酒、母亲妊娠期滥用药物等均可造成小儿脑瘫。

不少脑瘫婴儿呱呱坠地时，家长们很难发现孩子有什么明显的异常症状，特别是那些轻型的脑瘫婴儿更容易被忽视。有的家长即使发现了某些异常情况，也没有引起足够的重视，甚至会误认为是缺钙、软骨病等疾病，这样就使这些脑瘫婴儿错过了早期诊断，贻误了早期治疗。因此早期发现小儿脑瘫，具有十分重要的意义。我国脑瘫的发病率为 1.8‰ ~ 4‰，这种病对儿童健康危害极大，给家庭和社会造成严重负担。

1 小儿脑瘫早发现

只有耐心、细致的观察，才能早期发现小儿脑瘫的种种表现，可以从以下三个方面观察：

第一是运动异常。正常婴儿运动的发育是有规律的，如果发现孩子的年龄与这个阶段的运动有很大差异，比如说到了3、4个月，头还竖不直东倒西歪，9、10个月还不会单独坐，12个月还不会站立，1岁半还不会行走，就要引起家长的注意。

第二是姿势异常。比如两腿分开困难，不容易换尿布；站立的时候两腿交叉，用足尖走路，脚跟不着地；手握东西不灵活，握拳的时候拇指握在手掌中；有的还有脸部怪动作，如吐舌头、说话口齿不清等现象。

第三是在围产期，婴儿有窒息缺氧病史。有产伤、早产或出生体重偏低的孩子，患脑瘫的可能性大大增加。

如果小儿存在过早产、低出生体重(不足2500克)以及出生时或新生儿时期有严重缺氧、惊厥等病史，应警惕。如有上述体征表现之一，切不可大意，应当立即去医院做进一步检查。

2

小儿脑瘫早治疗

小儿脑瘫的康复关键在于早治疗。脑发育在6岁前(尤以3岁前)最快。初生儿脑重340~400克，生后6个月可达800克，以后增重就逐步缓慢。

国外医师报道，生后6个月作出诊断并得到治疗的疗效最好，96.1%的患儿痊愈。日本大阪市某区进行5年以上的新生儿筛查和防治研究，结果使小儿脑瘫发病率从1‰~2‰降低到0.07‰。强调小儿脑瘫要早诊早治，这是各国一致的认识。



脑瘫的康复是个长期的过程，短期住院治疗不能取得良好的效果，许多治疗需要在家里完成，家长和医生应密切配合，共同制订训练计划，评估训练效果，在医生指导下纠正不合理的训练方法。家教可以不受时间和空间的限制，尤其是在关键性的学前阶段，如果能及早给予患儿各种基本训练，往往会达到事半功倍的效果。可开展理疗、针灸、按摩等治疗，畸形严重的可手术矫正。有癫痫发作、痉挛性的用对症药物治疗，改善脑代谢的药物也可试用。注意营养，预防感染和其他合并症，给予良好的生活和医学护理。积极帮助病儿进行肌肉功能的锻炼。

3 小儿脑瘫家长应注意

➤ (1) 保持正确姿态

当患儿有较好的躯干控制能力与进食能力时，就可以开始语言训练了。交谈时要与患儿眼睛的高度保持一致，如果位置过高，会使患儿全身过度伸展，不利于发音。

➤ (2) 增加说话和活动的量

父母不要因为与患儿说话得不到回应就丧失信心，应利用各种机会跟患儿说话；做游戏时与患儿一起进行呼吸和发声训练，寓教于乐，引起患儿对训练的兴趣。

➤ (3) 鼓励患儿说话

应多表扬，鼓励患儿发声的积极性，帮助患儿树立说话的信心；当患儿发声时，要立即回应，多启发其表达想说的话。千万不要批评和指责患儿。

神

经

内

分

泌

篇



➤ (4) 教育要持之以恒

语言的矫正和训练是长期而艰苦的，家长要有极大的耐心和毅力，只有持之以恒，才能有所收获，才能给有语言障碍的脑瘫儿打下良好的语言基础。

➤ (5) 对患儿不过分保护、不怜悯、不放弃、不与其他孩子作比较，多鼓励患儿参加游戏和活动。

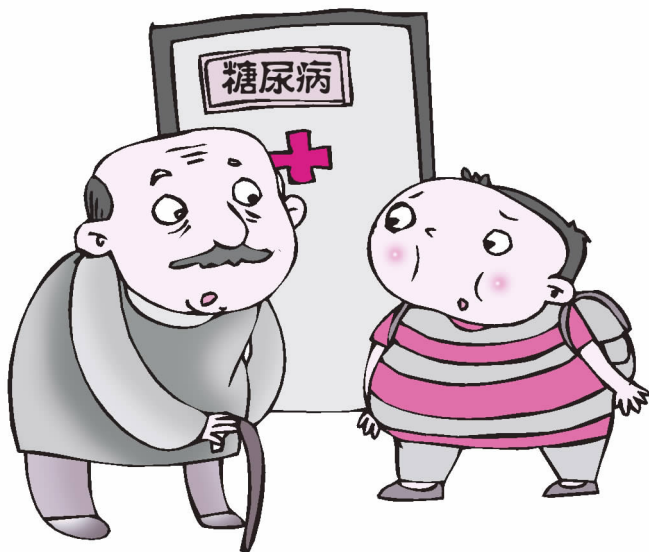
三、儿童糖尿病正在逐年增多

小儿糖尿病是由于胰岛素分泌不足所引起的内分泌代谢疾病，以碳水化合物、蛋白质及脂肪代谢紊乱为主，引起高血糖及尿糖，小儿易出现酮症酸中毒，后期常有血管病变，眼及肾脏受累。5~6岁儿童及10~14岁少儿多发病，5岁以下小儿少见。

儿童糖尿病的发病率并不低。据世界卫生组织最新统计，全世界已有糖尿病患者1.25亿人，其中儿童糖尿病患者占糖尿病病人的10%~15%，并且其发病率正在逐年增加。儿童糖尿病多见于肥胖或有家族遗传倾向的少年儿童。调查发现，儿童糖尿病发病春季较多，这与春季病毒活跃且感染机会多有关。

小儿糖尿病的病因与成人不同，一般多认为与遗传和病毒感染有关。国内外的许多资料表明，柯萨奇病毒、腮腺炎病毒、心肌炎病毒等均可致实验动物诱发高血糖或糖尿病。在临床上，由病毒感染引起的糖尿病，主要见于青少年，故大多以儿童型糖尿病为特点，成人型极为少见。

小儿糖尿病一般起病较急，起病前常有发热、感染或情绪激动等病史。多数患儿初次看病时有饮水多、尿多、吃饭多及消瘦等典型症状。幼年儿童夜间尿多或尿床为最初症状。部分病儿饮



食不增多，相反出现食欲不振，婴幼儿的饮水多、尿多症状不易被发现，而以酮症酸中毒起病。部分病儿起病缓慢，表现为软弱无力、体重逐渐减轻、视力减弱等。病程长且病情控制不好者会出现生长发育迟缓，身材矮小，甚至智力发育落后，后期可发生白内障、高血压、肾功能不全等。

医生提示

因此当小儿有饮水多、尿多、饮食增多及消瘦等表现时应到医院就诊，可查空腹血糖、尿糖以确诊是否为小儿糖尿病。如确诊患有小儿糖尿病，应调整小儿饮食，加强锻炼，提高肌肉对糖的利用，使血糖下降，配合胰岛素的治疗，将病情控制好，缩短病程，减轻对小儿生长发育及智力发育的影响。

神

经

内

分

泌

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

爱心贴士

预防比治疗更重要，建议已患糖尿病的患儿父母，应密切注意孩子的饮食习惯，当有某些病毒性感染病流行时，及早为孩子做好预防措施。糖尿病低龄化与孩子不健康的生活方式息息相关。专家认为：1克油产生的热量是大米的2倍，所以孩子应该少吃薯条、炸鸡、汉堡包和可乐等高热量食品。



四、预防孩子性早熟

随着物质条件的不断丰富，家长对自己孩子的注意也不仅仅停留在吃得饱、穿得暖的水平上。实际上，现在的小孩的饮食非常丰富，很多父母甚至把燕窝、虫草等补品也一起塞给儿童。加上现在的许多经营者为了谋求更多的利益，在食物中添加了一些促进成熟的物质。儿童如果长期进食这样的食品，往往容易导致性早熟。

现在儿童成熟的年龄与20年前相比，已经提前了许多。也许大部分的家长还有印象：在自己念书的年代，许多都是在读了中学以后才开始发育，而一些男孩子更是到了高二、高三，甚至大学以后才开始迅速发育、长高。现在的小孩子，发育的年龄已经大大提前。一般来说，读小学高年级的同学都基本开始了发育。所以，我们把目前的儿童性早熟的年龄定为：男孩在9岁以前，女孩在8岁以前开始发育。

性早熟可分为真性、假性及部分性三类。真性是指儿童提前具有生殖能力，男性可排精，女性可排卵；假性是指生殖器官提早发育，第二性征提早出现，无生殖能力。部分性性早熟也称为



不完全性性早熟，比如只是乳房隆起，无其他的症状。大部分的性早熟患儿属于真性性早熟，又称特发性性早熟。

孩子性早熟的直接危害是患儿虽然现在看似比一般孩子个头高，但因提前发育使其生长骨骼过早闭合，成年后反而会发育不全或得矮小症。同时性早熟患儿容易有注意力不集中、学习成绩下降、交往不利等心理问题，进一步引发社会问题。

因此，若家长发现女孩出现乳房及外阴发育，阴毛、腋毛出现，身材迅速增高，体形改变或月经来潮；男孩有阴茎和睾丸增大，出现阴毛及喉结，继之有遗精现象时就应及时带孩子去医院就诊。性早熟患儿提倡早发现早诊断早治疗。性早熟的检查手段为拍X线片、做B超、全套激素测定等，科学检测、定期跟踪是治疗的依据，这样才能保证治疗的效果。

神

经

内

分

泌

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

爱心贴士

作为家长，为预防孩子出现性早熟，注意不让孩子营养过剩、不吃补品，不吃那些看上去色泽鲜艳个头明显超常的果蔬。家长还应该多给孩子关爱，注意他们的心理问题，不要给他们多看超越年龄的爱情片，特别对于女孩子，做父亲的要多和孩子沟通。



对性早熟的治疗，应该提倡中西医结合治疗。对一般性早熟的治疗，应首选中药。西医多采用孕酮类衍生物抑制垂体促性腺激素的分泌，从而起到减缓或阻止孩子性征发育的作用。但此类药物会产生高血压、糖尿病及抑制生长等副作用，不宜长期应用。而中药强调内源性的激素控制，通过药物可自动调节下丘脑-垂体-性腺轴的分泌，不会产生过度发育或发育不良的情况，中药可在医生指导下较长期服用。

中西医结合治疗结合了两方面的优势，既强调了内源性的激素控制，起效又快，经过长期跟踪检查治疗，必能达到最好的治疗效果。

五、身矮痴呆警惕“甲低症”

提到小儿甲状腺功能减低症，人们可能有些陌生。的确，甲状腺功能减低症并不是小儿常见病，这种病在我国的发病率大约只有 1/7 000。但是，如果父母对这种病没有一点认识，孩子一旦发病就有可能延误诊治，将会给孩子的一生带来无法弥补的损害。这种病如果早期发现，早期进行正确治疗，孩子是可以正常



生长发育的。但若延误了诊治，则会严重影响孩子的体格和智能发育，从而留下令人遗憾的终生残疾。

1 小儿甲状腺功能减低症的发病原因

概括地说，小儿甲状腺功能减低症是由于多种原因导致甲状腺激素分泌不足或者缺乏，使全身代谢率降低的一种内分泌疾病。通常，女孩发病比男孩多，多数属于原发性，发病原因有以下几个方面：

➤ (1) 甲状腺不发育或者发育不全

大约有 90% 的先天性甲状腺功能减低症是由于甲状腺不发育或者发育不全所致。这种甲状腺发育障碍的原因现在还没有查明，目前医学界认为可能与遗传和免疫介导机制有关。

➤ (2) 甲状腺激素缺乏

在甲状腺合成途径中，发生酶缺乏或促甲状腺激素缺乏。

➤ (3) 碘缺乏引起

地方性甲状腺功能减低症是由于孕妇饮食中缺乏碘，使得胎儿在母体中就发生缺碘，从而导致甲状腺功能低下。这种情况在我国虽然已经很少，但是在个别地区仍然可以见到。

2 小儿甲状腺功能减低症的表现

➤ (1) 新生儿期甲状腺功能减低症状

多为过期产，出生体重超过正常新生儿。

生理性黄疸时间延长可达 2 周以上。

生后喂养困难，拒乳，吸吮无力，常有呕吐。

出生后一般即有腹胀便秘，很容易被误诊为先天性巨结肠症。

神

经

内

分

泌

篇



对外界反应迟钝，常处于睡眠状态，哭声低，声音嘶哑。
体温低，末梢循环不好，四肢发凉。

➤ (2) 典型甲状腺功能减低症状

患儿常常在 6 个月以后出现典型症状，随着孩子逐渐长大，症状也越来越明显，这时父母往往才注意到孩子的异常。

具有特殊面容，面部及眼睑浮肿，眼距增宽，鼻梁塌平，舌体大而宽厚，舌常伸出口外。

具有特殊体态，如身材矮小，四肢短，躯干长，头大颈短。

出现智力低下，如表现为安静少哭，表情呆板，反应迟钝。

出现发育滞后，如不爱活动，坐立行走及语言均发育迟缓，第二性征发育延迟。

3 小儿甲状腺功能减低症的早期诊断

甲状腺功能减低症会损害小儿的神经系统功能，早期确诊早期治疗可以避免造成神经和精神发育缺陷。这种病治疗容易，疗效也好，因此早期确诊至关重要。

新生儿筛查是诊断甲状腺功能减低症的最好方法。目前，国内外大都对新生儿进行筛查。这种筛查采集标本简单，费用低廉，是早期确诊的最好方法。当新生儿筛查结果可疑或者有可疑症状时，应该检测血清 TSH、 T_4 和 T_3 浓度。如果 TSH 明显增高， T_4 降低就可以确定诊断。

4 小儿甲状腺功能减低症的治疗

甲状腺功能减低症治疗时间越早越好，如果出生后 1~2 个月



即开始治疗，一般不会遗留神经系统损害。

无论什么原因造成的甲状腺功能减低症，都需要使用甲状腺素终生治疗，这样才能维持孩子正常的生理功能。甲状腺素的使用一定要在医生的指导下进行，一般从小剂量开始，逐渐增加剂量。用药剂量的调整要根据血清 TSH 和 T_4 浓度的测定。因此，家长千万不可以自作主张，随意加减或者停用药物。如果用量不足，患儿会出现生长发育迟缓，用量过大则会引起烦躁多汗、消瘦、腹泻等症状。

六、儿童多动症与多发性抽动症

1 何为儿童多动症

多动症是一种常见的儿童心理疾病，这类孩子智力一般正常，但存在与实际年龄不相符合的注意力涣散、活动过多、冲动任性、自控能力差的特征，以致影响学习。往往上学以后才表现出来典型症状，但实际起病多在 7 岁以前，所以早期发现和治疗非常重要。

2 儿童多动症的早期表现

➤ (1) 活动过多

这类孩子不论在何种场合，都处于不停活动的状态中，如上课不断做小动作，敲桌子，摇椅子，咬铅笔，切橡皮，撕纸条，拉同学的头发、衣服等。平时走路急促，爱奔跑，轮流活动时迫不及待，经常无目的地乱闯、乱跑，手脚不停而又不听劝阻。由

神

经

内

分

泌

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

于自控力差，这类孩子常说一些使人恼怒的话，好插嘴和干扰大人的活动，常引起大人的厌烦。他们胆大不避危险，不计后果，尤其在情绪激动时，会出现不良行为，如说谎、偷窃、斗殴、逃学、玩火等。敢翻墙爬高，喜争吵打骂，常称王称霸。

➤ (2) 注意力不易集中

这类孩子的注意力很难集中，或注意力集中时间短暂，不符合实际年龄特点，如上课时，常东张西望，心不在焉，或貌似安静，实则“走神”、“溜号”，听而不闻。做作业时，边做边玩，随便涂改，马马虎虎，潦潦草草，错误不少。不能集中注意力做一件事，做事常有始无终，虎头蛇尾。

➤ (3) 冲动任性

这类孩子由于自控力差，冲动任性，不服管束，常惹是生非。当玩得高兴时，又喊又叫，又唱又跳，情不自禁，得意忘形；当不顺心时，容易激怒，好发脾气。这种喜怒无常，冲动任性，常使同学和伙伴害怕他，讨厌他，对他敬而远之。因为患儿不易合群，久而久之也可造成其反抗心理，常常发生自伤与伤人的行为。





➤ (4) 学习困难

这类孩子由于注意力不集中,上课不注意听讲,对教师布置的作业未听清楚,以致做作业时,常常发生遗漏、倒置和理解错误等情况。部分孩子读书时可把“6"读成“9",或把“d"读成“b",甚至左右不分。写字时,不是多一横,就是少一竖,或偏旁反写。画图时,不是比例大小失调,就是位置安排不当,这些也是造成学习困难的原因。这类孩子考试成绩波动较大,到3~4年级时,留级的可能相对较多。但因智能正常,如课后能抓紧复习、辅导,尚可赶上学习进度。

3 如何测定是否患有儿童多动症

多动症患儿与顽皮儿童间的区别:多动症患儿与正常顽皮儿童鉴别主要有两点,一为主动注意力方面的区别。患多动症儿童上课时大都注意力涣散,作业潦草,边做边玩,拖拉时间;而正常顽皮儿童虽有注意力不集中,但大部分时间仍能集中,为了贪玩,常草率迅速完成作业,并不拖拉。前者学习成绩日趋下降,而后者随年龄增长,日趋上升。

二为自控能力方面的区别。两者虽均表现为活动过多,但前者不能参加集体活动,不守纪律,喜好挑逗,不能控制行为,后者则能自我制约,能遵守纪律,能和群体相处。

目前常用的一种量表——康纳氏儿童多动症评定量表,用它来进行评定和鉴别。

项目程度无(0分)、有一点(1分)、较多(2分)、很多(3分):

- 动个不停;
- 容易兴奋或冲动;
- 打扰其他小孩;
- 做事有头无尾;
- 坐不住;

神

经

内

分

泌

篇



注意力只能短暂集中,易随环境转移;

要求必须立即得到满足;

好大声叫喊;

情绪改变快;

脾气暴躁,有不可预料的行为。

注:可按数字级别判定症状,逐次打钩,然后将每次得分累加成分,总分在15分以上者,应怀疑有多动症,要尽快查明原因,以便及早治疗。

多动症儿童如不及时治疗,到成人后由于自控能力差、易冲动,且好逸恶劳、贪图享受,往往犯罪率较高,并屡教不改成为惯犯,影响社会安定及人民人身和财产安全。

目前对多动症的治疗主要是药物治疗。所选用的药物大多是一些精神兴奋剂,如哌醋甲酯、右旋苯丙胺;苯异妥因等,这类药物的副作用小,服用后可使患儿注意涣散状况有所改进,攻击性行为减少。但仅靠药物是远远不够的,因为这种病症原本就存在着生理及心理的多重病因,所以在使用药物疗法时还需要结合一系列的心理治疗,给患儿以鼓励,树立学习自信心。

4

何为儿童多发性抽动症

多发性抽动症又称抽动秽语综合征,是近年来在儿童中发生比较多的一种儿童行为障碍综合征,多见于4~12岁的儿童,尤其以7~8岁的儿童发病多,男孩多于女孩。

本病为发声或多种运动联合抽动障碍,多部位、形式多种多样的抽动为本病早期临床特点之一,常从眼、面开始,逐渐发展到肢体,以致全身多部位肌肉抽动。有突然、快速、刻板、不随意,难以控制和孤立发生的特点。可以表现为简单性运动如眨眼、挤眼、眼球转动、做鬼脸、转头、耸肩、挺腹、吸气等,或表现为复杂性运动抽动,如呈冲动性触摸别人或周围的物品,刺



戮动作，跺脚，走路回旋，下蹲，跪地，或反复出现一系列连续无意义的动作。

发声抽动是本病的另一主要临床特点。常出现在病程的 1~2 年以后，抽动时呈爆破音、呼噜声、咳嗽、清嗓音；舌肌抽动发出“咂嗒”、“嘘”、“吱”、“嘎”声，鼻部抽动则呈喷鼻声、气喘声等。本病的临床特点之三是重复语言。秽语症是本病第四个特点，为在不适宜的地点和场合，以罕见的抑扬顿挫、无礼的方式，大声表达淫秽词语。大约 1/2 的病人注意力不集中，出现不同程度的学习困难，患儿智力正常，且自知有病。

5 儿童抽动秽语综合症的发病原因

- (1) 与脑内某些组织的功能发育异常以及大脑基底神经节发育及功能障碍等因素有关。
- (2) 与精神及环境因素、遗传因素、胚胎发育及感染、生化代谢、服药不当等多种因素有关。
- (3) 长期居住在不良的家庭环境中，孩子精神处于紧张状态，从而导致心理和神经调节功能障碍。
- (4) 性格孤僻、精神紧张、心理压力、长时间玩电子游戏等原因也有可能导致此病。

6 儿童抽动秽语综合症的治疗方法

➤ (1) 中医

根据患儿的不同体质和症状，多采用滋阴降火、柔肝息风等方法。

➤ (2) 西医

氟哌啶醇每日 0.05~0.1 毫克/千克，分 2~3 次口服。每

神

经

内

分

泌

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

日最大剂量小于 3 毫克。疗程 1~2 年。若出现锥体外系统不良反应，可加服安坦，每日 1~2 毫克。

泰必利每日 10~20 毫克/千克，分 2~3 次口服，其不良反应轻。

对顽固难控制病例加用硝西泮(硝基安定)或氯硝西泮(氯硝安定)治疗。有些药物会有副作用，应该在医生指导下进行，千万不要自作主张，随使用药和停药。

➤ (3) 加强教养，注意心理治疗

可以适当地将疾病告诉孩子，让孩子不要有自卑心理，帮助孩子树立战胜疾病的信心。合理安排好孩子的日常生活，使孩子精神放松，不要过度兴奋和紧张。

另外，家长一定要有耐心，当孩子出现抽动、秽语等表现时，不要直接制止、训斥，最好的方法是把孩子的注意力引导过来，使兴奋点转移。

肾病篇

泌尿系统是机体排泄代谢产物的途径之一，代谢产物以尿的形成由肾排出。它不仅将机体代谢产生的废物运出体外，且可保持机体内环境相对恒定。泌尿系统由左右两侧肾脏、输尿管及膀胱、尿道组成。由肾脏生成的尿液，通过输尿管暂储于膀胱，当膀胱储尿达到一定程度时，刺激神经反射作用，经尿道排出体外。正常婴儿每日排尿 400~500 毫升，幼儿为 500~600 毫升，学龄前儿童 600~800 毫升，学龄儿童 800~1400 毫升。当一昼夜尿量小于 400 毫升或学龄前儿童小于 300 毫升，婴幼儿小于 200 毫升时，即为少尿。若一昼夜尿量小于 30~50 毫升时称为无尿。

正常情况下小儿尿色呈淡黄色，新生儿出生后 1~2 天尿色较深略谈，因含黏液和较多的尿酸盐，尿酸盐分解可使尿布染成淡红色，以后即较清。正常婴幼儿尿在寒冷季节放置后可有盐类结晶而使尿变为混浊，加热或加酸后尿即变清，应与脓尿、乳糜尿鉴别。保护孩子的肾，从学会观察尿开始。



一、小儿入秋要防肾炎

八月秋临，天高气爽。在这大好时光里，也会有一些疾病给人们带来烦恼，小儿急性肾炎便是其中之一。该病发病率从9月开始逐渐增多，每年的12月到次年的1月达到高峰。究其原因，这是夏季天气炎热，小儿容易患脓包疮、扁桃体炎、咽炎、猩红热等由链球菌引起的疾病，机体对链球菌毒素发生变态反应，从而引起小儿急性肾炎。

1 认识急性肾炎

小儿肾炎属自身免疫性疾病，民间俗称“腰子病”，患儿多为5~10岁的儿童，通常在感染链球菌后1~4周发病，它的发生主要与溶血性链球菌感染有关，是由于链球菌感染后引起身体内发生免疫反应而使肾脏呈弥漫性非化脓性炎症。

急性肾炎的临床表现：

➤ (1) 浮肿

这是最常见及最早出现的症状，水肿轻则表现为早晨起床双眼眼皮肿胀，孩子会有眼皮厚重的感觉；重则全身皆肿，皮肤被水肿撑得胀胀实实的（称“紧张性水肿”），有时胸腔及腹腔内都有积液，随着尿量的增多，浮肿逐渐消退。

➤ (2) 尿少

浮肿时尿量明显减少，每日尿量可仅有200~300毫升，甚至可以完全无尿。



➤ (3) 血尿

轻者仅显微镜下有红细胞，严重者尿色像洗肉水样、浓茶样或者葡萄酒样，这是肉眼血尿，一般 1~2 周内消失，但显微镜下血尿可持续时间较长。

➤ (4) 高血压

70% 左右的患儿在病初几天内血压增高，可达 120~150/80~110 毫米汞柱 (16~20/10.7~14.7 千帕)，病儿可诉头痛、头晕。

2

急性肾炎恶化的信号有哪些

严重病例可于起病 1~2 周内出现下列任何一种并发症：

➤ (1) 高血压脑病

血压急剧升高、头痛、烦躁不安、呕吐、患儿突然诉说视物不清或完全失明，发生极严重的抽筋、昏迷。

➤ (2) 心力衰竭（或循环充血）

因高血压、尿少、血容量相对增多所致，患儿不能平卧，呼吸急促，咳嗽频繁，并咳出粉红色泡沫痰，全身浮肿，心脏及肝脏肿大，甚至可因肺水肿而死亡。

➤ (3) 肾功能不全

尿少后，体内的代谢产物不能由尿排出而聚集在体内，若持续时间较长会出现头痛、头晕、胃口差、恶心、呕吐，甚至昏迷等症状，急需恰当治疗。

如出现上述表现，不仅要住院治疗，多数还得进监护室，加强护理和治疗，当然近年来此类严重症状的发生率已显著减少，降至 5% 以下。

急性肾炎的实验室检查：

尿常规 有红细胞、管型和蛋白尿。

肾

病

篇



血沉增快。

抗链球菌素“O”（ASO）增高（可持续3~6个月）。

血清总补体及补体下降。

肾功能检查指标一般在正常范围内，当有严重的尿少或者无尿时则有急性肾功能不全的改变。

3 急性肾炎的预后

急性肾炎是一种自愈性疾病，如未经任何治疗也会自行恢复，且迄今为止也无特异的治疗方法，重要的是对症治疗和休息。急性肾炎急性期大约2~4周。

医生提示

在这段时期，大多数患儿能平安度过，仅有小部分患儿因病情严重或处理不当（如休息不好、不适当的静脉输液、大量饮水和吃咸食等），会出现严重症状甚至危及小儿生命，应引起重视。

4 急性肾炎会转为慢性肾炎吗

与成人相比，小儿时期慢性肾炎是相当少见的。按照目前国内儿科肾小球疾病分类，慢性肾炎是指“急性肾炎病程超过1年并有肾功能减退者”，而急性肾炎后留下少量尿蛋白和红细胞不能诊断为慢性肾炎。

急性肾炎很少转变为慢性，这是因为，急性肾炎时肾小球有炎症后不会继续发展。仅在急性期肾的病变十分严重，有大量肾



小球被破坏，且不能修复时才会转变为慢性肾功能不全、持续高血压等慢性肾炎的表现。

某些慢性肾小球病，会以急性肾炎的表现起病，这类疾病常迁延难愈，发展为慢性肾炎，但这与大多数病孩得的急性肾炎是不同的。如何鉴别尚须由有经验的儿科医生分析辨别，必要时还得靠肾穿刺做病理检查。

5 急性肾炎需要注意什么

➤ (1) 休息

起病 2 周内须卧床休息，直至肉眼血尿消失、利尿消肿、血压正常后方能下床活动。至尿明显好转，仅留微量蛋白（化验单中红细胞项用“±”或“Trace”表示）和少量红细胞（化验单中红细胞项用“+”或“数个/HP”表示），血沉正常后才可复学，但在发病 3 个月内应避免剧烈活动。

➤ (2) 饮食

为防止水钠进一步潴留，须减轻肾脏负担，急性期宜限制盐、水、蛋白质摄入。对有水肿、血压高者用无盐或低盐饮食。水肿重且尿少者限水。对有氮质血症者限制蛋白质摄入。注意以糖类提供热量。

➤ (3) 避免感染

特别是上呼吸道感染。

➤ (4) 定期去医院复查尿常规

开始每周 2 次，以后可每周 1 次，以了解肾脏情况。

6 急性肾炎的治疗要点

患有急性肾炎后，需在医生指导下积极治疗。

肾

病

篇

➤ (1) 清除感染灶

为了彻底消灭体内现有的或潜在的病灶，可注射青霉素等抗生素治疗 7~10 天，以减少体内抗原抗体的免疫反应。

➤ (2) 对症治疗

主要是利尿降压治疗。水肿明显及尿少时，酌情使用利尿剂，如双氢克尿噻、速尿等；轻度高血压者经严格控制水、盐后血压可降至正常；严重高血压者要服用降压药，如心痛定、利血平、硝普钠等。

➤ (3) 中医药治疗

辨证论治，对利尿、消肿、控制血尿有较好疗效。

7 怎样防治小儿急性肾炎

预防小儿急性肾炎，关键在于防止链球菌感染，经常给小儿洗澡，保持皮肤清洁，防止脓包疮。增强体质，预防感冒、咽炎、扁桃体炎、猩红热等链球菌感染。

爱心贴士

一旦感染，应及早治疗，及时治愈，以杜绝后患。对肾炎还未完全痊愈者，应防止再次发生链球菌感染，以免肾炎延误难愈。

二、小儿肾病综合征

小儿肾病综合征会有严重的蛋白尿，合并水肿、低蛋白血症及高脂血症，可分为原发性和继发性。继发性指伴随其他全身性



疾病的小儿肾病综合征，如红斑性狼疮、乙型肝炎病毒引起的膜性肾炎、过敏性紫癜等。医生参考年龄、临床表现及检验数据大致上可作鉴别诊断，但遇到困难病例则可能需要肾脏活体检查辅助确诊。

1 小儿肾病综合征有什么特点

小儿肾病综合征的突出特点是高度浮肿。孩子下肢、头面、躯干都可有浮肿，特别是组织疏松的部位更明显，如眼睑，男孩的阴囊可肿得像灯泡，同时还有内脏浆膜腔的积液，如胸腔积液及腹水。浮肿严重者皮肤薄而透亮，皮肤稍有损伤便会渗水。水肿影响血液循环，使局部抵抗力降低，极易发生感染。肾病综合征的尿液含有大量的蛋白质，尿常规检查发现尿蛋白可达“+++”至“++++”，24小时尿蛋白排出量增高。血化验检查可发现血浆白蛋白减少，使正常的白蛋白、球蛋白的比例由1~1.5变为0.5，发生比例倒置，血浆胆固醇增高。

有些病儿可在大腿及上臂内侧、腹部及胸部出现和孕妇相似的皮肤白纹或紫纹，尿量明显减少。由于长期从尿中丢失大量蛋白质，可出现蛋白质营养不良表现，毛发干枯黄萎、毛囊角化、皮肤干燥、指（趾）甲出现白色横纹，发育迟缓、贫血并易感染。

有的病儿有血尿及高血压。肾病综合征病程较长，极易反复发作。最大的危险是继发感染，如皮肤丹毒、肠道感染、肺炎、原发性腹膜炎和败血症等，任何继发感染都可引起死亡。

医生提示

肾

病

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

2 小儿得了肾病综合征怎么办

一般人常以为小孩子不会得肾脏病，但事实上肾脏病可发生在任何年龄，其中6岁以下孩童是小儿肾病综合征的好发者，占有患者的80%，尤其是2~3岁的孩童，且男多于女。肾脏是由数百万肾小球所组成，一旦发炎，造成微血管通透性改变，血中的红细胞或蛋白渗入尿中，造成血尿或蛋白尿。

爱心贴士

小儿肾病综合征为肾脏的炎症反应，若置之不理，可能从良性发展为尿毒症。故早期诊断，早期治疗是十分重要的。

3 肾病综合征的治疗要点

孩子得了肾病综合征，应注意休息。首先应限制孩子的活动量，饮食宜低盐，高蛋白，肉类、蛋类、豆类都含有较多蛋白质，可以增加此类饮食。每天食盐1~3克，浮肿严重时要完全忌盐，并稍限饮水量。经治疗尿量增加后，要增加食物中盐分，并给氯化钾、钙片等口服。长期低盐或忌盐，会引起低钠症状，如精神不振、呕吐、烦躁、尿血、血压降低。遇此情况要及时向医生报告。

对于本病的治疗，肾上腺皮质激素疗效较好，可用泼尼松每日1~2毫克/千克。在医生指导下做有规律的治疗，疗程要长，不要轻易停药，服药后会出现肥胖，圆胖脸、全身多毛等副作用、停药后可以消失。如效果不明显，可改用或合用免疫抑制剂，如环磷酰胺，服此药期间要注意血液白细胞的变化，并可有脱发等副作用。浮肿严重者，可暂用利尿剂，如双氢克尿噻等。



并发感染时，可用青霉素或红霉素等治疗。

爱心贴士

肾病综合征治疗困难，但还不是不治之症，多数病人虽然反复发作最终还是能治愈的。因此，家长应当有信心，与大夫密切合作，持久不间断地治疗。



4

肾病综合征患儿的家庭护理

患肾病综合征的儿童，经过住院治疗一段时间后，病情稳定，尿蛋白转阴或血压正常了，即可回家养病。家长在护理孩子的时候，要注意以下几点：

第一，孩子不宜劳累。孩子的自我约束能力差，从医院回到家会感到很新鲜，容易玩得过累，睡眠不足，家长要特别注意安排好孩子的作息时间，尽量得到充分的休息。

第二，患儿不宜吃多盐食物。饮食要注意少盐，对血压还没有降到正常的孩子，这点十分重要。但饭菜无盐又会影响食欲，宜用低盐饮食。在浮肿和高血压消失后，才可改进普通饮食，但也要清淡，不可过咸。馒头和苏打饼干中也含有钠，最好不要给孩子吃。可以让孩子吃一些新鲜蔬菜和水果，以补充体内维生素。

第三，小孩衣服不宜久穿不换。感染常是诱使肾病复发的原因。经常洗澡换衣，保持皮肤清洁，可防止皮肤感染。

第四，患儿不宜去公共场所。要保持室内空气新鲜，尽量不带孩子去商店、影院等公共场所。注意根据气候变化增减衣服，预防感冒。

第五，不宜随便减量或停药。治疗肾病，大都需要服用激素类药物。服用激素的病孩，一定要在医生的指导下，随病情好

肾

病

篇



转，逐渐减量直至停药。家长要督促孩子按时按量服药，切不可随意减量和停药，以免造成病情反复。

三、尿感小儿常见病，防治并不难

1 什么是尿路感染

尿路感染简称尿感。尿路是指尿排出的通道，上有肾脏下有膀胱、尿道，中间由输尿管相连。尿路感染主要包括三种疾病，即肾盂肾炎、膀胱炎及尿道炎，是儿科常见病。

由于小儿尿感很少局限于上述某一部位，有时难以分辨，所以常统称为尿路感染。

2 为什么小儿容易患尿路感染

主要是由小儿的生理和解剖特点决定的。

- (1) 小儿尿道比较短，女孩更短，约 1~2 厘米，尿道口距肛门近，容易污染。
- (2) 穿开裆裤的孩子坐在地上玩，细菌容易侵入尿道口引起感染。
- (3) 婴幼儿的输尿管长而弯曲，管壁发育尚不完善，易于扩张而造成尿潴留，给细菌的繁殖提供了条件。
- (4) 泌尿系统的先天畸形、结石或肿瘤使尿潴留而继发感染。



3 尿路感染的途径

➤ (1) 上行感染

细菌经尿道口、膀胱、输尿管达到肾脏。

➤ (2) 血行感染

在小儿多见的感染性疾病，如扁桃体炎、肺炎等细菌可通过血液达泌尿系统。

➤ (3) 淋巴感染

若小儿肠道发炎时，可通过淋巴管的传播波及泌尿道，但这是较少见的。

➤ (4) 直接感染

肾脏邻近的器官发炎之后直接蔓延到肾脏。

4 尿路感染的主要表现

小儿以急性尿感为多见，其表现不像成人尿感有典型的尿频、尿急、尿痛，症状变化多端。新生儿患病时，轻重不一。轻者可以毫无症状，仅在尿培养时有细菌生长；重者发热或体温不升，面色灰白，易激惹或嗜睡，有的还可以表现为黄疸、惊厥或消化道症状。

婴幼儿患病时，全身症状明显，如发热、面色苍白、呕吐、腹泻、腹痛、腹胀、亦可出现神经系统症状如烦躁、嗜睡、惊厥、昏迷，泌尿道症状较轻时，仅表现为排尿时吠吵。

年长儿患病时与成人差不多，患肾盂肾炎时，有发热、寒战、两侧肾区（腰部）有叩击痛；患膀胱炎时，有尿频、尿痛、血尿；患尿道炎时，有烧灼感，尿道口红肿。慢性尿路感染大多由急性尿感迁延不愈。也可由于泌尿道畸形引起，此点与成人不同。

肾

病

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

医生提示

病程在 6 个月以上，或多次复发，肾实质损害显著，肾功能持久不能恢复而转为慢性。病儿可表现为精神萎靡；乏力、消瘦、发育迟缓、进行性贫血等。

5 怎样判断小儿患有尿路感染

➤ (1) 中段尿检查（即排尿开始的一部分弃去，取中间一段的尿），在显微镜下每个高倍视野中如果白细胞超过 5 个则认为异常，如果见到成堆的白细胞则更有价值。当膀胱炎时可以有血，蛋白为微量或阴性。

➤ (2) 中段尿培养和细菌计数，药物敏感试验，即清洁及消毒外阴和尿道口后，取中段尿细菌培养，这样可以明确尿内有无细菌。如有，属于哪一种细菌，然后根据菌落计数，细菌多于 10 万/毫升为感染。1000~10 万/毫升为可疑，少于 1000/毫升为污染。如果细菌接着阳，要作细菌的药物敏感试验，根据结果选用药物。中段尿培养最好在用药物治疗之前进行，因为用药之后能药物将尿中的细菌杀死或抑制，得出阴性的培养结果而误认为不是尿感。

6 治疗小儿尿路感染应彻底

小儿尿路感染（尿感）的治疗十分重要，如果治疗不彻底，极易复发而转为慢性，使肾组织遭到严重破坏，引起肾性高血



压、肾功能衰竭、尿毒症等，后果十分严重。

➤ (1) 抗菌疗法

药物的选择，原则上采用广谱、效果好、在血和尿中浓度高而又容易产生耐药菌株的副作用少的药物。急性尿路感染，一般用足量药物治疗 7~10 天，治疗前如中段尿培养阳性，疗程结束后再做尿培养。慢性多次复发的病例，尤其是革兰阴性杆菌引起的，要采用长程疗法，可选择两种药物联合间歇或轮流使用，而且在治疗过程中要反复做中段尿培养以检查治疗的结果。

➤ (2) 去除病因

如因先天畸形、肿瘤、结石等引起者，要纠正畸形，切除肿瘤，治疗结石等。

7 小儿尿路感染的预防要点

➤ (1) 急性期应卧床休息，多喝水，以增加尿量，有利于冲出尿路内的细菌。

➤ (2) 注意会阴部卫生，对婴儿每次大便后应清洗臀部，由前向后擦洗，尿布每次用后洗涤并用开水烫洗，勤换内裤。孩子所用洗具应与成人分开。

➤ (3) 控制原发感染病灶，如蛲虫、女婴滴虫感染以及肺炎、败血症等。

四、小儿遗尿与神经性尿频

儿童遗尿与神经性尿频，是两个独立的疾病，二者没有必然的联系和因果关系。但是，从临床资料分析来看，56.7% 的患有



神经性尿频的儿童都有不同程度的遗尿史。这些儿童从遗尿到神经性尿频的重要促发因素，是由于家长不能正确对待儿童遗尿，对他们进行责骂或恐吓。

1 如何判断孩子患有遗尿症

年龄在 5 周岁以上或智龄在 4 岁以上，觉醒时或入睡后，仍不能控制排尿；5 岁儿童每月至少有 2 次遗尿，6 岁以上儿童每月至少有 1 次遗尿；不是由神经系统损害或药物引起。

2 儿童遗尿症的治疗

➤ (1) 行为治疗

从治疗第 1 天起，要求家长为患儿设置日程表，以便每天进行记录（可使用日历）。当尿床时，努力寻找可以导致尿床的因素，并记录在日程表上，如未按时睡眠，睡前过于兴奋，白天过于激动，傍晚液体摄入量太多等。当患儿无尿床时，便把 1 颗星画在日程表上，并予口头表扬或物质奖励。每周与医师会晤 1 次。

建立条件反射 从治疗开始起，要求家长每天在患儿夜晚经常发生尿床的时间前，提前半至 1 小时用闹钟将患儿及时唤醒，起床排尿。并鼓励患儿自己去厕所小便，目的在于使患儿在比较清醒的情况下把尿排泄干净。

膀胱功能锻炼 督促患儿白天多饮水，尽量延长两次排尿间隔时间，促使尿量增多，使膀胱容量逐渐增大，鼓励患儿在排尿中间中断排尿，数 1 至 10，然后再把尿排尽，以提高膀胱括约肌的控制能力。



➤ (2) 药物治疗

服用氯丙咪嗪，每天睡前 1 小时服药 1 次，7 岁以下者每次 7~10 毫克，7 岁以下者每次 10~20 毫克，一般在见效后持续服药 3 个月，然后逐渐减量，用同样的剂量每 2 天睡前服药 1 次，持续 1 个半月，直至停药，总疗程 6 个月。

3 小儿神经性尿频的治疗

神经性尿频症指非感染性尿频尿急，是儿科一个独立的疾病，患儿年龄一般在 2~11 岁，多发生在学龄前儿童，其发病特点为尿频，每 2~10 分钟一次，患儿尿急，一要小便就不能忍耐片刻，较小患儿经常为此尿湿裤子，可继发尿路感染或阴部湿疹。小儿神经性尿频多半是父母无意中发现，到某些基层医疗单位就诊时，常被误诊为泌尿系统感染而使用抗生素治疗，但收效甚微。

其实，神经性尿频症患儿并没有器质性的病变。诱发本病的主要原因，一方面是小儿大脑皮层发育尚不够完善，对脊髓初级排尿中枢的抑制功能较差，容易受外界不良刺激的影响而出现障碍。另一方面是孩子生活中有一些引起精神紧张、对精神状态造成不良刺激的因素。例如生活环境的改变，孩子对刚入托，入学心理准备不足，被寄养给他人抚养，父母的突然分离、亲人的死亡，以及害怕考试或对某种动物的惧怕等。这些都可能使小儿精神紧张、焦虑，使抑制排尿的功能发生障碍，结果表现出小便次数增多。

肾

病

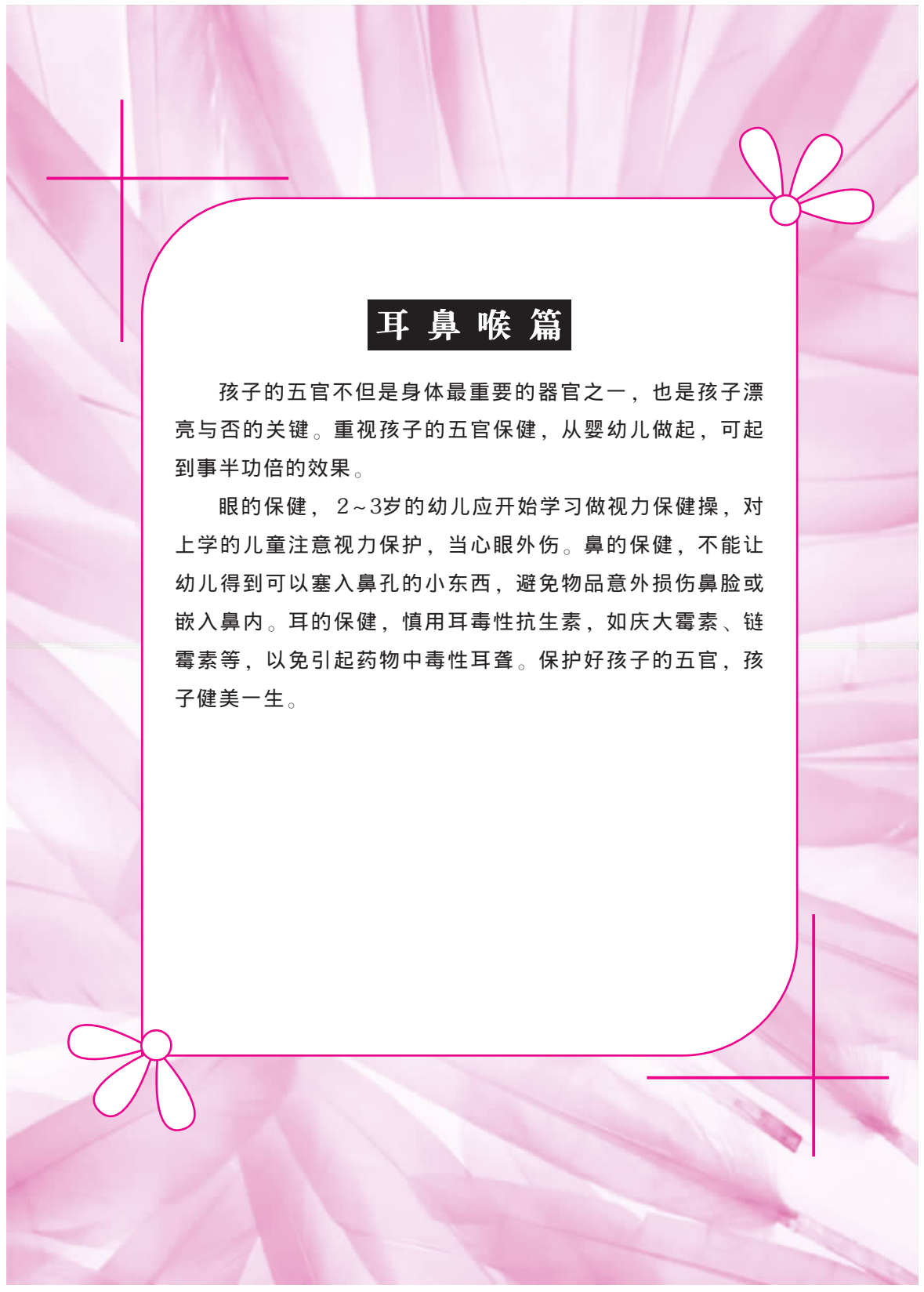
篇

爱心贴士

发现孩子尿频时，首先要到医院检查，排除身体疾病的影响。当确定为神经性尿频后，家长不必过于紧张，应该对孩子耐心诱导，告诉他身体并没有毛病，不用着急，不要害怕，尿频症状会很快好起来消除患儿的顾虑，鼓励他说出引起紧张不安的事情，关心他提出的问题，给他认真解释，安慰，使他对害怕担心的问题有一个正确认识，尽快恢复到以前轻松愉快的心境之中。这样，尿频就会自然而然地得到纠正。平时对患儿在想小便时，鼓励用力忍一下，延长两次排尿的时间，如有进步时就应给以表扬，逐渐使排尿间隔延长到正常。

对孩子的矫正教育要有耐心，千万不要打骂训斥，这样使孩子情绪更紧张。对于入园、入学儿童，还要取得幼儿园学校老师的配合，多理解、安抚孩子，上课要放松情绪，多参加一些轻松愉快的游戏，把孩子的注意力集中到游戏或其他活动中。





耳鼻喉篇

孩子的五官不但是身体最重要的器官之一，也是孩子漂亮与否的关键。重视孩子的五官保健，从婴幼儿做起，可起到事半功倍的效果。

眼的保健，2~3岁的幼儿应开始学习做视力保健操，对上学的儿童注意视力保护，当心眼外伤。鼻的保健，不能让幼儿得到可以塞入鼻孔的小东西，避免物品意外损伤鼻脸或嵌入鼻内。耳的保健，慎用耳毒性抗生素，如庆大霉素、链霉素等，以免引起药物中毒性耳聋。保护好孩子的五官，孩子健美一生。



rtong

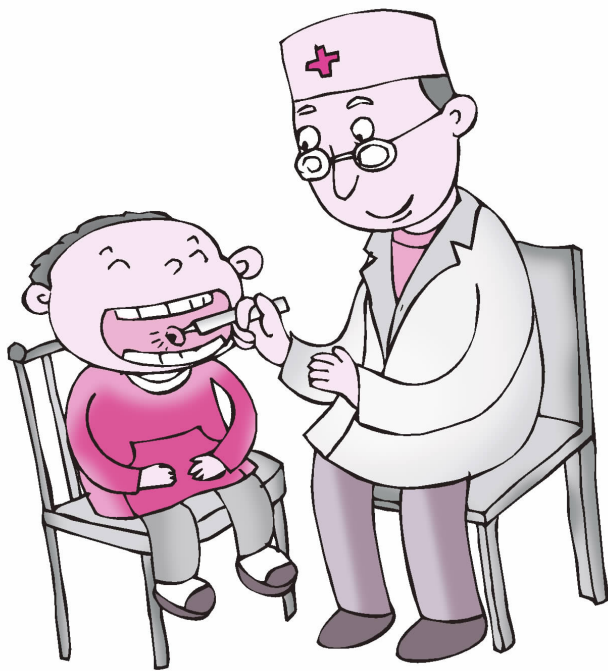
儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

一、定期看牙防龋病

龋病俗称蛀牙，是由牙釉质被酸性物质腐蚀而致，与饮食习惯和卫生习惯等有关。

乳牙和恒牙都可能发生龋病。有的父母认为“十人九龋”，不认为是一种病；有的父母认为乳牙被龋坏了没关系，反正乳牙是要被恒牙所代替的。其实，“蛀牙”是一种病，叫龋病，对孩子健康的危害很大。龋病影响孩子的消化及吸收功能；龋病继发细菌感染时，可引起牙髓炎、牙周炎、齿槽脓肿等。牙齿是紧密排列着的，龋病可影响其左右牙齿的生长。乳牙被龋坏时会早期





脱落，影响恒牙长出的位置，被龋坏的乳牙残根和周围组织粘连之后，也会影响恒牙的长出。龋病还与一些全身疾病密切相关如肾炎、风湿热等。

预防龋齿应该从婴儿期开始，定期进行口腔健康检查，尽早预防龋病。要求每隔半年定期给婴儿进行一次口腔健康检查，随时发现问题，及时处理，以利于婴幼儿的健康成长。3~4岁的孩子可去医院将上、下第一、二乳磨牙的面，用窝沟封闭剂涂布，以达到防龋的目的。

婴儿乳牙未萌出前家长就应开始帮助儿童进行口腔卫生护理了，最好在哺乳后和每天晚上，由母亲用手指缠上消毒纱布轻轻擦洗牙龈和腭部。并注意在进食后给少量温开水，用以清洁口腔。

3~6岁儿童的预防项目主要是培养其建立口腔卫生习惯，掌握刷牙方法。可以选用软毛小头的尼龙牙刷，易于清洁牙齿和按摩牙龈。要保证儿童每天至少2次使用含氟牙膏正确地刷牙，每次要花2分钟时间，刷牙可应用少量含氟牙膏祛除牙菌斑。

6岁左右，儿童的乳牙开始脱落，恒牙逐渐萌出，父母应该继续帮助儿童维持早期建立的口腔卫生习惯，保护好新萌发的恒牙。此时如果出现疼痛、牙龈水肿等症状，应及时找医生检查处理，有些儿童的恒牙长出来时排列不整齐，对此，应该及早去看口腔科的专门正畸医生，咨询牙齿矫正的相关问题。

医生提示

一般来说口腔正畸治疗的最佳时机是12岁左右，某些骨性畸形的儿童可能需要选择适当的年龄接受治疗。





rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

二、常见的口腔炎

口腔炎是指口腔黏膜发炎，常见的有真菌性口腔炎和疱疹性口腔炎。

1 真菌性口腔炎

真菌性口腔炎又称为鹅口疮，是由白色念珠菌引起的，多发生于小婴儿。患本病时，孩子口腔黏膜上有乳白色的斑片，不易擦去，严重时整个口腔黏膜及舌面都有白色斑片。

真菌性口腔炎治疗方法是涂 2% 的克霉唑甘油或制霉菌素溶液，每天 2~3 次。注意不要用纱布擦拭婴儿的口腔黏膜，人工喂养婴儿的奶瓶、奶嘴要经常清洁、消毒。

2 疱疹性口腔炎

疱疹性口腔炎由疱疹病毒引起。婴儿先有高热、哭吵，不愿进食，尤其是比较热的食物，口水多。检查口腔可以发现孩子的牙龈、颊黏膜、口唇黏膜、舌尖、上腭及咽部有直径 2~3 毫米的疱疹，疱疹破后形成溃疡。一旦孩子患此病，应去医院就诊。

治疗疱疹性口腔炎主要以对症治疗为主，高热病儿，可予退热保持口腔清洁，补充维生素，局部止痛，涂用消炎药。进食以微温流质为宜。预防继发细菌感染。



三、说话不清是否迟剪了舌系带

孩子出生后，很多家长 and 接生员、助产师都积极要求口腔科医生为孩子剪舌系带，农村俗称伴舌，称舌系带为“舌筋”。舌筋医学上称为舌系带，是在舌腹（舌下面）黏膜正中与口底正中相连的一层薄薄的黏膜。所谓过短是指舌下面与口底连在一起，舌尖不能伸出盖过下唇，往外伸时舌尖呈 W 状。当舌系带过短时，可能影响婴幼儿吮吸、咀嚼及语言障碍，语言不清主要表现为发含有 a、s、z、c 的音含糊、不准，此症状称为“伴舌”。医学上叫舌系带过短，需要行手术进行矫正。很多父母急于在孩子出生后的两三天内要医生进行舌系带手术。其实，这种观念是错误的。原因是婴幼儿期由于发育不完全，系带前份附着在牙槽嵴顶，多呈紧张状态，随着年龄增大，牙的萌出，系带会逐渐松弛，前份的附着会下降移到口底。

医生提示

因此口腔专家指出婴幼儿期不必急于进行舌系带矫正术，只要婴儿能够吮吸母乳就可以待幼儿说话前就医。根据当时情况再决定是否要手术。

孩子说话不清原因很多，有的农村孩子做了舌系带矫正术，仍然说话不清，此时，要注意与大脑发育不全，智力障碍的病儿说不清话相区分。还有的孩子说不清可能是伴有听力障碍，如果





孩子说话有严重鼻音，要请口腔科医生检查是否有隐性腭裂或软腭裂（即腭部软组织裂开）。大多数孩子发音不准是由从小学说话时大人不能细心耐心地矫正引起的，与舌系带无关，不是舌系带矫正术的适应证，不必手术，只要父母认真矫正其说话就可以了。

四、防止儿童鼻腔和气道异物

孩子常因好奇而把小纸团、纽扣、瓜子、果核、塑料小玩具、豆类、花生等异物塞入鼻腔。异物被塞入鼻腔后，出现鼻塞、疼痛，捏鼻时更加明显。如果继发感染，则会有鼻臭、流脓血性分泌物等症状。

异物进入气管后，人会立即本能地出现保护性的咳嗽反射，企图将异物咳出，于是出现剧烈的咳嗽。如果咳不出，异物卡在气管内随呼吸上下移动，则咽喉部可听到异物的撞击声及喘鸣声。如果异物停留在支气管内（一般以右侧为多），则除了咳嗽外，数小时后还会出现发热、气急等肺炎症状。

鼻部被塞入异物后，如果孩子年龄较大，异物又较小，则可嘱其用手压紧没有异物一侧的鼻孔用力捏鼻，将异物挤出。也可用棉签或胡椒粉刺激鼻腔，使孩子打喷嚏，将异物喷出。如果上述方法无效，或孩子年龄太小、异物太大，则应送医院由专科医生将异物取出。



医生提示

异物被吸入气管是一种极危险的事故。如果发现孩子将异物吸入气道，应当马上让孩子俯卧在自己的双膝上，将孩子头部位置放低（小婴儿可倒拎其双脚，使其头在下、脚在上），拍击其背部，以协助孩子把异物咳出。同时要急送医院，请五官科医生用气管镜及时将异物取出。注意运送时不宜背驮颠簸，宜平抱，以免向下的力量使异物更向下移位造成取物困难或加重病情。

五、防止儿童用药引起药物性耳聋

药物本来是用于防病治病，健体强身，但事实上由于使用不当，药对人体也可能造成极大的危害，其中最明显的就是药物性耳聋，导致不少人终生生活在寂静无声的世界里。

药物性耳聋被破坏的不是外耳和中耳的声音传导系统（不是传导性耳聋），而是感知声音最重要又最脆弱的部位——耳蜗毛细胞遭到药毒损害。毛细胞是听觉神经的末梢感受器，正常情况下毛细胞把声能转化成生物电冲动传给听觉神经输入大脑中枢，人才能听到外界的各种声音。耳毒性药物专门伤害毛细胞，让人感受不到外界的声音。这种耳聋属于“感音神经性耳聋”，“这种药物性耳聋是不可逆的。”目前我国每年新生聋儿有2万~3万，其中50%是由遗传因素造成的。药物性耳聋是新生儿先天性耳聋及成人后天性耳聋的主要原因，药物性耳聋的病例在门诊中不少见。





药物中毒性耳聋主要表现为听觉系统的慢性中毒，以耳聋、耳鸣为主。耳聋多在用药后 1~2 周出现，对于儿童来说，早期的症状不太容易识别，开始时不疼不痒，外耳道既不红肿也不流脓，孩子不哭不闹，反而变得安静，具有很大的隐蔽性，有时孩子都变哑了，家长还不知是耳聋引起的。儿童药物性耳聋常为双侧性、永久性损害。特别是幼儿，由于不会诉说或表达不准确，待家长发现时，语言发育已经受损害，不仅致聋而且致哑，贻误了治疗时机。

目前医学上发现的能引起耳聋的药物有 60 多种。主要有氨基糖苷类抗菌素：如链霉素、庆大霉素等。

其次，非氨基糖苷类抗菌素：氯霉素、紫霉素、红霉素等也会引起药物性耳聋。

有些药有明显的家族易感性，用药量与中毒程度极不相称，少量用药即可导致不可逆的重度耳聋。另外，药物性耳聋，还与用药总量、疗程长短有密切关系。静脉给药危害性较大，肌肉给药和皮肤损伤后表面给药，口服相对安全。两种或多种耳毒性药物联合应用时，发生损害的几率增高。

临床观察发现，有些药物能从母亲的乳汁中分泌出来，损伤婴儿听觉神经，引起耳聋。还有的药物可通过胎盘进入胎儿体内，引起先天性耳聋。

预防药物性耳聋的办法有以下几种：

- (1) 母系亲属中有被某种药物致聋者，其后代均绝对禁用该类药物。
- (2) 儿童避免随便使用抗生素，必须用时，剂量宜小，疗程宜短，尽量不要静脉给药，避免联合用药。
- (3) 注意观察用药后的反应，如出现头晕、口角麻木、耳鸣和耳聋症状时要及时停药。对小儿、体弱及肾功能减退应慎用耳毒性药物。避免同时或先后应用多种有耳毒性作用的药物。孕妇应禁用耳毒性药物，这类药对胎儿有明显的毒害作用。



➤ (4) 用抗生素期间，同时服用神经营养药，如维生素 B、维生素 C、维生素 A 及硫酸软骨素等，促使感觉细胞利用多种营养物质进行新陈代谢，以起到保护内耳、预防药物中毒的作用。早期轻度中毒者，听力多可恢复。

➤ (5) 一旦发现药毒耳聋迹象，应及时就医治疗，可选择维生素、神经营养药和血管扩张剂等，必要时可加用激素，治疗可持续 2~3 个月。同时要积极的听力和语言训练，力争使轻度耳聋患儿的听力恢复或好转，将危害降至最低程度。如果已发展为重度，可在必要的药物治疗基础上，早期选配助听器，加强听力、语言的康复训练，以使患儿生活质量有所提高。

六、托儿所中的红眼病

红眼病，又称急性结膜炎，是由多种细菌或病毒引起的结膜急性炎症反应，是夏季常见的急性传染性眼病。

红眼病潜伏期短，传染性强，常在托儿所及其他公共场所造成流行。红眼病发病急，多为双侧性，眼部有异物感或烧灼感，或伴有轻度畏光，流泪，分泌物多，晨起时上下睑缘有分泌物黏着。

红眼病结膜充血严重，可伴有球结膜下出血，严重时会发生角膜浸润或溃疡。红眼病属中医“暴发火眼”范畴，多为湿热邪毒侵袭，肝火上炎所为，治疗当以清热解毒、凉血泄肝为主。

耳

鼻

喉

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

爱心贴士

在红眼病流行季节，不要到公共场所玩耍，也不要走亲串友，更不要到游泳池游泳。家庭中不要共享毛巾、脸盆，也不要用手抓揉眼睛，接触病人或触摸病人的东西后要及时洗手，并用流动的清水冲洗干净。不要搞集体性预防点眼药，也不要使用病人用过的眼药水，患眼不要包扎，不要热敷，擦眼分泌物时不要用手巾，可用清洁卫生纸或餐巾纸。



得了红眼病后要积极治疗，一般要求要及时、彻底、坚持。一经发现，立即治疗，不要中断，症状完全消失后仍要继续治疗 1 周时间，以防复发。治疗时先冲洗眼睛，在患眼分泌物较多时，宜用适当的冲洗剂如生理盐水或 2% 硼酸水冲洗结膜囊，每日 2 ~ 3 次，并用消毒棉签擦净睑缘。也可对患眼点滴眼液或涂眼药膏，如为细菌性感染，可根据检查出的菌种选择最有效的抗生素滴眼液滴眼。根据病情轻重，每 2 ~ 3 小时或每小时点眼药 1 次，常用滴眼液有 0.3% 氯氟沙星滴眼液、0.25% 氯霉素滴眼液等，晚上睡前可涂抗生素眼膏，如金霉素或托百士眼膏，每次点药前须将分泌物擦洗干净，以提高疗效。

对混合病毒感染的结膜炎，除应用以上药物治疗外，还可应用抗病毒滴眼液，每日 2 ~ 3 次，必要时还可应用干扰素等。有条件时可进行细菌培养，并做药敏试验，以选用适当抗生素。当炎症控制后，仍须点滴眼液 1 周左右，预防复发的可能。

智力篇

一个人的智力水平如何，许多人可能认为智力就是聪明的程度，或者说是记忆力、理解力以及解决问题的能力等一些方面。其实，智力是人类对客观事物的认识能力，是各种认识能力的总和，是获得知识的能力，是认识、理解事物和运用知识与经验解决问题的能力。

智商是用来反映一个人智力水平的比值，它体现了一个人的观察力、注意力、记忆力、思维力、想象力等方面。1916年特曼首次推出了一个公式，他认为智商 = 智龄 ÷ 年龄 × 100。中国科技大学叶国华在 1995年提出一种新的原则，把智力优势表现在记忆和思维两个方面，主要指记忆占 40分，观察占 20分，思维占 60分。怎样保护和提高孩子的智力呢？



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

一、请关注孩子的智力

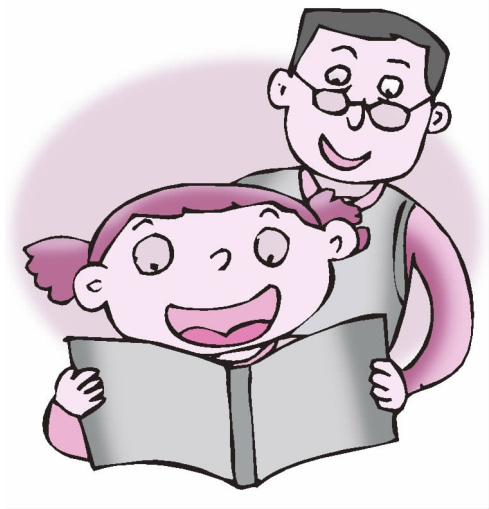
有孩子的智力没有达到该年龄正常小儿的程度或水平，医生称之为智力障碍或智力不足。人类智力的发育、发展与大脑皮质发育的程度和后天教育及生存环境密切相关，大脑皮质是人类智力的物质基础，营养不足、发育欠佳、外界损伤均可致智力障碍。

根据智力程度可以分为：

轻度：指生活能自理，能从事简单的生产劳动。但接受教育能力较低，智龄能达到小学水平，文学课成绩一般较差，常发生于学龄期，俗称“愚鲁”。

中度：指能勉强自理生活，能进行一般游戏，接受教育能力很低，学习知识困难很大，常发现于学龄前期，俗称“痴呆”。

重度：指生活不能自理，饮食、大小便也要人照料，不能接





受教育，常发现于幼儿期。

按照智力不足的精神活动特点又可分为安定型和不安定型。智力障碍的发生常与染色体异常、先天畸形、遗传代谢性疾病有关，也有与围产期胎儿发育相关，如生产时窒息缺氧、未成熟儿、产伤颅内出血等，还与先天性感染有一定的关系，如先天性梅毒、弓形体病等，婴儿患甲状腺减退症(呆小病)、药物中毒、放射损伤也会出现不同程度的智力障碍。

家长仔细观察可以及早发现孩子智力障碍。

➤ (1) 孩子出生1~3月内异常安静，少哭或多动、多笑，其笑往往一种表情且多与外界因素无关；4月内对母亲关爱无反应，有的孩子半岁了还不会笑，一岁不能坐，一岁半尚不能走路和说话。

➤ (2) 常有张口、伸舌、流涎磨牙，经常有无意识的表情动作和尖叫、哭闹。

➤ (3) 两眼无神，对醒目的物品不能有意识地注视或注意力不集中、不持久。

➤ (4) 对周围事物反应能力差，情绪不随外界条件变化而变化。

➤ (5) 语言表达欠佳或无法表达。2~3岁只能说简单的词汇，甚至只能说单音方面词汇如“爸”、“妈”、“吃”、“走”、“看”，4~5岁也不会造句连句。

➤ (6) 常伴有运动障碍，表现为脑性瘫痪，典型症状为头后仰，上肢内收，双手握拳，眼球活动障碍。

➤ (7) 还伴有视觉、感觉、听力障碍。

若出现以上症状要上医院进行检查。要如实地或详细地回忆孩子在母腹中或出生时和出生后地情况。例如：

➤ (1) 母亲在妊娠期有无感染、出血、流产、创伤，有无接触毒物、化学药品、放射线等。

➤ (2) 有无家族史，祖辈、舅舅、姑姑家庭中有无这类症状的子女，是否近亲结婚。

智

力

篇



➤ (3) 孩子出生是否剖宫产或难产，是否用了产钳，有无脑损伤、窒息、发绀等病史。

➤ (4) 婴幼儿期有无外伤、高热，尤其是脑外伤。

➤ (5) 高热时有无惊厥、昏迷等病史。

以上病史症状都要向医生一一介绍。寻找确定智力不足的病因，如发现是阻塞性脑积水可以请神经外科手术治疗。如若是呆小病，可以争取在半岁前用甲状腺素片治疗，并长期不间断地给予维持治疗。有些智力障碍的发生是可以预防的，如近亲结婚、产前检查、预防难产的并发症。

医生提示

目前对于智力障碍儿童，最重要的是早期发现与早期处理。重度智力障碍的早期发现不难，甚至在婴儿期就可能被家长意识到。如何尽早发现轻度智力障碍，这是家长需要注意的问题。这里要提醒的是，在孩子的婴幼儿期，一定要多与孩子交流和沟通，多与儿童一起游戏，及时发现孩子在各方面的能力表现。如有疑问，一定要带孩子找专科医师进行检查和评价，做到早期诊断、治疗，以免耽误孩子智力潜能开发的关键时期。特别是那些出生前后存在有影响智力的因素的小孩，家长要更加重视，通过后天努力去弥补先天的不足。

在对智力障碍儿童的早期治疗上，首先，要加强营养，包括食用富含磷脂、不饱和脂肪酸、必需氨基酸的食物，促进大脑的发展；其次，在医生的指导下，使用促进大脑和神经系统发展的药物；第三，最重要的是进行早期教育与智力训练，这包括家长的教育与专业人员的针对性训练。许多出生时异常的儿童，出生后经过早期智力开发，智力发展能完全赶上正常儿童，甚至超过正常水平。



二、“神童”的大脑与众不同吗



有人认为，大脑损伤或患病必然影响智力。头的大小，脑的轻重也对智力有影响。其实，头的大小不完全代表人的智力高低。

举世闻名的发明家爱迪生出生那年，父亲 43 岁，母亲 37 岁，爱迪生呱呱落地后，接生医生见孩子脑袋出奇地大，又瘦得厉害，不由地说：“很可能这孩子 在 娘 胎 里 就 患 了 脑 炎！”医生这“诊断”无疑给爱迪生父母心上捅了一刀。

生物学家达尔文从小就被老师与家长认为是“一个十分平庸的孩子”。现代科学革命的巨擘爱因斯坦三岁时还不会说话，四岁时说不清楚话，老师不喜欢他。一位校长断言，“他将永远一事无成”，是“笨孩子”。人的身材有高矮，体型有胖瘦，智力发展无疑是有差异的。1955 年 4 月 18 日爱因斯坦逝世了，遵照他的遗嘱，不立纪念碑，不建坟墓。而他的大脑却受到世界第一流脑外科专家别样重视。他的大脑与常人 有 异 样 吗？经对他的大脑解剖，发现他的大脑与常人毫无异样。

德国著名作家法朗士 1924 年逝世后解剖，同爱因斯坦一样，医生解剖了其大脑发现，他的大脑只有 1017 克重（成脑重平均在 1250 ~ 1400 克）。

当今科学研究表明，每一个正常人的大脑在构造上并无多大差别，之所以会有“神童”、“天才”、“庸人”、“凡人”之分，其原因就在于没有条件将自己大脑功能和潜能充分地运用和挖掘出来。人脑比任何动物都发达。人脑有隆起的额部和球状的顶部，表面有很深的沟回。

一些科学家根据现代脑科解剖和脑神经生理学知识，把人脑

智

力

篇



视为复杂的高级电子计算机，人大脑约有 1 000 亿个神经细胞组成，脑神经细胞种类有 5 000 万种，每个细胞上又有许多枝杈，同邻细胞互相接触。

一位科学家说，如果能使我们大脑达到其一半工作能力，我们可以轻而易举地学习 40 种语言。

匈牙利数学家冯诺依曼认为，人的大脑细胞含量是 1 015，意味着美国国立图书分会 1 500 万藏书的 50 倍。

美国心理学家奥托认为，在正常情况下，一个人所发挥出的能力，只占全部能力的 4%。人的能力智力要从小开发。人的视觉关键期在 4 岁以前，口头语言发展的关键期在 2~3 岁，掌握数学概念的关键期在 5~5 岁半。

医生提示

儿童的智慧是生物因素与环境教育之间相互作用的结果。家庭教育，学校教育，孩子的自我教育，是使孩子智力超群的重要因素，而不是大脑的大小。

三、科学喂养是孩子变聪明的物质基础

世界卫生组织曾到非洲一个部落考察，发现那里孩子的饮食缺少蛋白质的食品，大人给孩子只喂养由大米和糖制成的淀粉粥。结果儿童易患病，智力发育迟缓，身体发育滞后。医学家把



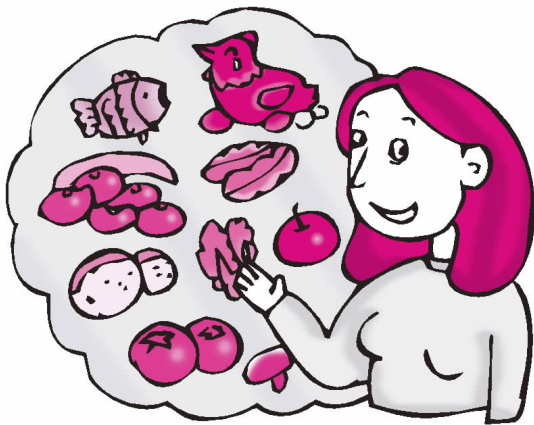
这些孩子集中喂养，改用大量蛋白质，二年后儿童发育迅速，智力大增。

爱心贴士

事实证明，智力与营养有着密切的关系，构成脑神经细胞营养成分主要有 7 种：结构脂肪、蛋白质、糖类、维生素 B 族、维生素 E、维生素 C 和钙。要想大脑发育健康，那就要补充足够的营养，需要科学的喂养。



第一，要给孩子提供足够的热量和优质的蛋白。热量是孩子进行各种活动的能量来源。孩子的合理热量分配比应该掌握在：早餐的热量占全天摄入热量的 35%，午餐的热量占全天摄入热量的 40%，晚餐的热量占全天摄入热量的 25%。蛋白质进入人体后可分解为氨基酸，氨基酸对促进孩子的智力发育有着重要的作用。比如色氨酸能合成 5-羟色胺，5-羟色胺是脑内的一种重要的神经递质，能够增强孩子的注意力和记忆力。酪氨酸可直接参与大脑神经环路的建立。蛋白质摄入不足，孩子就会出现大脑发育迟滞，影响脑组织的修复和更新，还会降低大脑细胞的代谢速度和神经兴奋性。



智

力

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

所以，一定要保证孩子的饮食中有足够的蛋白质，即在三大供能营养素（蛋白质、脂肪、碳水化合物）中应该占到 25% ~ 30%。其中优质蛋白应该保证在 50% 以上。鱼类、鸡蛋、豆制品都属于优质蛋白。

第二，糖和脂肪对孩子来说不能少。糖既是主要的热量来源，又能直接促进孩子的大脑发育。儿童的脑组织只有获得充足、稳定的血糖，才能保持较长时间的精力集中、快速思维和准确记忆。脂肪和胆固醇参与体内脂代谢，是大脑神经的重要构成成分。以卵磷脂为例，它可以合成乙酰胆碱，促进大脑的兴奋性，有助于提高孩子的瞬时和短时记忆力。适量给孩子吃些炒花生、核桃仁、葵花子等硬果类，是增加孩子卵磷脂摄入的有效方法。

第三，多吃 B 族维生素。各种维生素对孩子的健康成长都非常重要，尤以 B 族维生素与脑代谢的关系最为密切。比如维生素 B₁ 是糖代谢酶的辅酶，能够促进糖氧化产生热能，为大脑提供能源。同时，它还影响脂质合成，帮助细胞更新和修复，保证神经髓鞘的完整性。如果小儿维生素 B₁ 缺乏，即使没有明显的神经病变，也会出现烦躁、健忘、注意力不能集中等表现。多吃蔬菜水果，是增加 B 族维生素的最佳方式。其中又以绿叶蔬菜和橙红色水果为最好。

四、教育是孩子变聪明的保证

如今的家庭大都只有一个孩子，“望子成龙”、“望女成凤”就成了许多家长的愿望。那么孩子的智力与哪些因素有关？怎样才能开发孩子的智力使孩子聪明？

智力是一种综合能力，它包括人们对事物的认识能力、获得



知识的能力、对事物的理解能力，以及运用知识和经验解决问题的能力。孩子的智力，与遗传因素有关，这是肯定的。父母的素质好，智商高，孩子就会具有高智商的基因。所以，聪明的父母，往往孩子也比较聪明。但孩子的智力因素并不仅仅取决于遗传因素，社会环境，后天教育，个人努力，也都有着重要的影响。而社会教育，学校教育，家庭教育的作用尤其重要。

无论遗传基因多么优秀，先天头脑多么聪明，后天得不到良好的教育，就会变得愚笨；而遗传基因一般，智力平庸，甚至在幼年被认为是没有培养前途的人，经过良好的教育和自己的刻苦努力，也会成才。

从什么时候开始对孩子进行教育最好呢？前苏联生理学家巴甫洛夫曾经说过一句话：“婴儿降生的第三天开始教育，就迟了两天。”儿童四岁时，就已经完成了智力发育的 50%，4~8 岁完成智力发育的 80%，17 岁便完成了智力发育的 100%。国内外心理学家研究后认为，一般人的智力潜能仅仅被开发出 3%~10%。这说明一般人的大部分潜能尚未开发出来。

爱心贴士

早期教育是儿童智力开发的最佳时期，也是培养孩子优良性格的最好时期。因此，许多心理学家和教育学家都提倡从胎儿开始进行早期教育。胎儿可以通过听觉和触觉接受外界刺激和信息，促进大脑神经细胞的发育和成熟。

1 胎 教

一般母亲怀孕 5~6 个月就可以进行胎教了。具体方法和内容如下：

智

力

篇



➤ (1) 音乐胎教

给 5 个月的胎儿每天播放轻松、优美的音乐，可使母亲和胎儿都兴奋、快乐，这有助于促进胎儿的神经细胞发育。为胎儿选择音乐时，频率以 50 ~ 1500 赫兹之间为好，否则可能影响胎儿的听神经发育，甚至致聋。

➤ (2) 运动胎教

经常抚摸胎儿，母亲做孕妇体操，可以带动胎儿运动，促进胎儿发育。这样的孩子出生后，肌肉发育好，动作灵活，这些反过来又可以促进大脑发育。

➤ (3) 语言胎教

经常和孩子说话，播放英语，可使孩子熟悉语音、语调，促进他们大脑对语言的适应能力。

十月怀胎，一朝分娩。母亲生产，一定要到正规的医院。请专科医生或助产士接生，避免胎儿缺氧、窒息、早产、颅内出血、病理性黄疸等疾病的发生，这些都会造成孩子的脑损伤，给



新生儿留下后遗症，影响孩子日后的智力发育。

2 学龄前早期教育

儿童期的早期教育不是系统的上课学习，而是要善于利用生活中的每一瞬间，通过父母的言传身教，教育孩子。比如讲故事、玩游戏、穿衣吃饭等，使孩子在玩中学，在家务劳动中学，让孩子对学习知识产生兴趣。教育孩子最忌讳的就是强迫他们学他们不喜欢的东西，这样会使孩子产生厌烦甚至逆反心理。把学习当枷锁，不但学不好要学的内容，而且对他们今后的课业学习，产生不良影响。

对孩子要善于启发引导，注意他们的兴趣爱好，在自愿的基础上，选择一两项进行学习培养，通过训练这些技能，达到开发孩子智力的目的。具体方式因孩子而异，大致有以下几条途径：

➤ (1) 感触音乐

音乐可以增强人的记忆力、注意力和想象力。因为音乐属于抽象艺术，所以学习音乐，还可以培养孩子抽象思维的能力。孩子2岁以后可以教他们唱简单的歌曲；3岁以后，可以学习一两样乐器。



智

力

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

➤ (2) 习书学画

书法与绘画有助于培养孩子的观察能力，提高孩子的注意力，激发想象力和创造力。孩子6个月后，可以让他们多看些画片，1岁半可以开始涂抹画，2岁开始学简笔画，然后练习绘画的基本功。

➤ (3) 运动

孩子长到1岁左右，可以由父母帮助做被动体操，适时的训练孩子坐、翻、滚、爬、站、走，1岁以后逐步增加运动的项目。

➤ (4) 学习语言

婴幼儿虽然不会说，却可以听别人说，要尽可能早地给孩子讲故事，念儿歌，读英语。一般孩子1岁左右会喊爸爸妈妈，1~2岁开始看图识字，学说儿歌、诗歌，2岁以后可以让他们自己讲故事，4岁以后就可以学中文或外文读写了。

➤ (5) 计算孩子2岁时可以开始学习10以内的加减法，辨认长短、高低、前后、上下。3岁开始背乘法口诀，认钟表、日历等。

➤ (6) 劳动

劳动可以帮孩子完善手脚的协调能力，所以应该积极支持和帮助孩子学习做他们力所能及的事情。比如让2岁的孩子学会自己穿衣、洗脸，帮大人做一些简单的事等等。

➤ (7) 增加常识

父母应该尽可能的带孩子到大自然中或新的环境中去，让孩子在惊奇中认识世界，增加常识。

➤ (8) 社交

孩子1岁半左右就可以学习与人交往的礼节、礼貌了，并帮助他们学会关心别人。



爱心贴士

教会孩子知识的同时，别忘了对孩子性格的培养。要通过日常生活，有意识地培养孩子勇敢、不怕困难的精神，使孩子从小养成坚韧、顽强的品质，这对孩子今后成才会大有好处。



五、如何提高儿童免疫功能

许多家长都会发现，从出生以后6个月起到3岁期间，孩子最容易感冒。有的儿童感冒刚好没几天，不明不白地又会发生感冒，打针吃药，家长着急，孩子受罪。眼看着孩子逐渐消瘦，许多年轻父母疼痛不已，对宝宝“体质差”和经常生病而苦恼。父母如何科学地认识小儿免疫力？小儿怎样才能提高免疫功能，远离疾病，健康成长？

1

免疫功能的组成

人体免疫功能主要由四部分组成，吞噬系统、补体系统、体液免疫和细胞免疫。前两部分称为非特异性免疫（先天防御机能，它是个体出生时就具备的），后两部分称为特异性免疫（获得性免疫，是出生后与疾病斗争获得的抗病能力）。

小儿处于生长发育期，其免疫功能尚未完善，随着年龄的增

智

力

篇

2 影响免疫力的因素

➤ (1) 年龄

小儿在出生后 6 个月内，由于体内存在来自母体的免疫球蛋白 G(IgG)，故获得一定的免疫力，对一些呼吸道传染病等具有一定的抵抗力。6 个月以后，孩子自己的免疫系统逐渐发育，到 1 岁时小儿体内的抵抗力水平相当于成人的 60%，到 3 岁时已经相当于成人的 80% 左右了。因此 0~3 岁是孩子免疫力较低的危险期。

➤ (2) 疾病

如小儿患有结核、营养不良、贫血等疾病时，免疫力会降低。免疫力降低常导致呼吸道感染，而反复呼吸道感染又导致免疫力进一步降低，成为“恶性循环”。

➤ (3) 遗传因素

如某些先天性免疫缺陷病。

➤ (4) 营养

这不仅与摄入蛋白质和热量相关，并和营养的均衡也有很大的关系，比较明显的是维生素和微量元素缺乏。

➤ (5) 环境

如空气污染，小儿患有铅中毒等，都会削弱免疫力。

3 如何提高小儿免疫力

➤ (1) 按时预防接种

如接种麻疹、百日咳、风疹等的预防针，接种疫苗是一种很好的防病手段，可使小儿避免很多传染病的侵袭，同时这些疫苗也能刺激获得性免疫的完善，提高小儿免疫力。



➤ (2) 营养合理

一方面，母乳喂养给孩子极好的免疫保护。对1岁以内的孩子，提倡母乳喂养。事实证明，没有吃母乳的孩子，6个月后就容易患病，而吃母乳的孩子6个月后多数不会发生反复感染。这是因为母乳中各种营养成分比例适当，易于消化、吸收和利用，是适合婴儿生长发育最理想的营养品，更关键的是母乳含有许多免疫成分，如含有多种抗体、乳铁蛋白、双歧因子、活性的免疫细胞等。因此母乳喂养能使孩子健康成长，不易生病。

另一方面，有计划地添加促进免疫的食物或免疫制剂。不论是母乳喂养还是人工喂养，当孩子长到4个月后，单纯的母乳或乳制品均不能满足孩子的快速生长发育，必须添加辅食。1岁以后的孩子基本上是以食物为主了。食物中可以提高免疫力的物质主要包括多种维生素和微量元素，其中以维生素A、维生素C、维生素D和微量元素锌作用最明显。这些物质均存在于各种食物中，如维生素A含量丰富的食物有动物性食物(主要是肝脏、奶粉、螃蟹和蛋类)和植物性食物(主要是胡萝卜、小白菜、油菜、菠菜、空心菜、香菜、韭菜等)，动物性食物直接含维生素A，而植物性食物中含有胡萝卜素，到人体内再变成维生素A。维生素C含量丰富的食物有柠檬、橙子、西红柿、青椒等。阳光照射皮肤产生维生素D是体内维生素D的主要来源。维生素D含量相对高一些的食物有动物肝脏和蛋黄等。微量元素锌含量丰富的食物有鱼、蛋、肉、肝、豆类、谷物等。乳类中含各种与免疫相关的营养素均较少，所以在孩子2~3个月时，就要根据孩子的胃肠道耐受情况，补充各种免疫相关的营养素，如新鲜果汁、菜汁、蛋黄、鱼泥、西红柿等。

由于食物中所含的营养素种类有明显差异，而人体要获得尽可能广泛的种类，因此需要饮食品种多样化，这样才能保证各种维生素和微量元素的供给。如果孩子由于饮食困难或生病时胃肠功能差，要通过补充药物制剂，如各种维生素AD制剂、维生素C

智

力

篇



rtong

儿童

常见病家庭指南
Changjianbing Jiating Zhinan

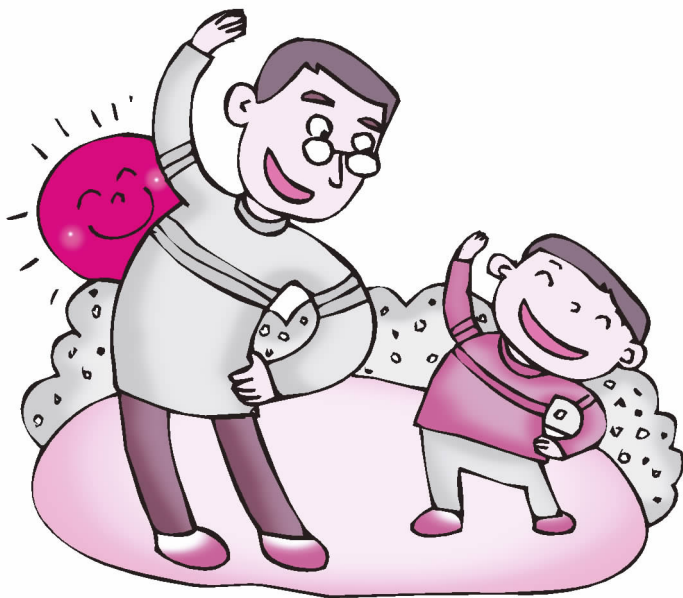
片、葡萄糖酸锌、复合维生素 B 等，以提供机体的需要和保护免疫功能，但应在医生指导下补充，以免过量使孩子中毒，导致不良后果，而从食物中补充则不会发生中毒。

➤ (3) 体格锻炼

体格锻炼有利于增强小儿体质，提高对疾病的防御能力。除体育活动之外，还可以充分利用空气、阳光、水进行锻炼。如开窗睡眠，使小儿吸入较冷而新鲜的空气，增加呼吸道的抵抗力。待小儿习惯开窗睡眠后，可进一步实行户外睡眠。鼓励孩子参加户外活动，多晒太阳。用温水洗浴，或用冷水洗手、洗脸、洗脚等。在此基础上逐步开展“三浴”（日光浴、水浴、空气浴）锻炼，以取得更好的效果。

➤ (4) 免疫学治疗

免疫功能低下的患儿在医生的指导下，可选用免疫调节剂治疗，增强免疫功能。有的家长到医院要求医生给孩子注射丙种球





蛋白,如果孩子是体液免疫功能低下,丙种球蛋白中含有多种抗体,对这种孩子有一定的治疗效果。然而由于绝大多数孩子反复呼吸道感染是由于细胞免疫功能低下引起的。

因此,要选用针对性较强的免疫调节剂,常用的有:

胸腺肽;

转移因子;

左旋咪唑;

初乳素;

中药,如玉屏风散、黄芪。

但免疫调节剂短期使用效果不明显,常需使用2~3个月可见明显效果。

➤ (5) 手术治疗

扁桃体明显肿大、反复发热、甚至睡眠时打鼾影响呼吸的儿童,要切除扁桃体。先天性心脏病及唇腭裂的孩子要进行手术修补。

➤ (6) 营养治疗

营养不良及各种营养缺乏的孩子要给予相应的治疗。佝偻病的婴幼儿予以补充维生素D和钙;贫血的孩子补充铁剂,或富含铁的食物(猪肝、猪血等);锌缺乏的孩子补充硫酸锌或葡萄糖酸锌;维生素A缺乏的孩子予以补充维生素A及胡萝卜素等。对于某些食欲差或消化吸收功能差的儿童可以服用双歧杆菌、乳酸菌类制剂、酵母片及调节脾胃的中药。

➤ (7) 有咳喘反复发作的儿童要针对哮喘坚持较长时间治疗,在医生指导下,选用支气管扩张剂,及抗过敏药物等。支气管扩张剂及抗炎抗过敏药物均有片剂及气雾剂两种类型,气雾剂直接吸入呼吸道剂量,作用快副作用少,国际上主张使用气雾剂为好。

➤ (8) 其他

如让小儿养成良好的卫生习惯,睡眠充足,多给小儿爱心,让孩子保持乐观向上的心理状态等等,这些也是增强机体免疫力

智

力

篇

的重要措施。

六、喂养体弱儿的注意事项

如果自己的孩子体弱，经常生病，该如何进行喂养哺育呢？要注意哪些事项，根据临床经验，提出如下建议：

- (1) 首先要树立战胜疾病的信心，要对小儿多点关爱，要有耐心，要明确提高小儿免疫力不是一朝一夕的事情，应在专科医生的指导下，循序渐进，达到良性循环目的。
- (2) 第一步是要明确病因，这里只谈获得性免疫缺陷，自己的小儿是细胞免疫缺陷还是体液免疫缺陷？缺陷的程度大不大？（在二级以上医院都可以作此项检查）
- (3) 明确病因后才能针对性地用药，如 IgG 缺陷可补充“静脉





丙种球蛋白”，IgA 缺陷可补充“初乳素”等；细胞免疫缺陷可适当选用免疫调节剂，如转移因子、胸腺肽、左旋咪唑、斯奇康及一些中药等。切忌自作主张，盲目使用免疫制剂。

➤ (4) 不要滥用丙种球蛋白。现在许多家长一遇孩子爱生病就盲目要求用丙种球蛋白，个别医生也认为凡是反复呼吸道感染的体弱儿都可以用丙种球蛋白来提高免疫力。其实这是一种误解，孩子随年龄的增长其免疫系统逐渐发育，滥用丙种球蛋白可封闭 Fc 受体，使小儿自身的免疫功能受到抑制，反复呼吸道感染小儿多为细胞免疫缺陷，使用丙种球蛋白效果差，同时，使用静脉丙种球蛋白还有“过敏反应”及“反跳”的风险。所以，丙种球蛋白只能用于 IgG 缺陷患儿，不要滥用。

➤ (5) 提倡从饮食中给孩子添加“免疫力”，提倡加强锻炼从运动中获得免疫力。

➤ (6) 必要时可选择使用增强免疫功能的药物。目前相关药物较多，由于孩子个体差异而疗效不一，常常令家长苦恼。建议在专科门诊就诊，在医生的观察指导下用药。比如中药“槐杞黄颗粒”（还尔金）对治疗小儿反复呼吸道感染效果较好，槐杞黄颗粒是由槐耳菌质配伍枸杞子、黄精而制成的颗粒剂，其主要成分 PS-T（槐耳菌多糖）是 6 种单糖组成的杂多糖结合 18 种氨基酸构成的蛋白质，并含矿物质元素。PS-T 为活性很高的生物反应调节剂，能激发机体免疫系统中诸多环节，从而提高机体免疫力。

智

力

篇

参考文献

- [1] 胡亚美, 江载芳. 实用儿科学[M]. 七版. 北京: 人民卫生出版社, 2001
- [2] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001
- [3] 冯泽康, 余宇熙, 曾振锚等. 中华新生儿学[M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 1997
- [4] 佟琳如等. 儿科药物的临床应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996
- [5] 杨思源. 小儿心脏病学[M]. 二版. 北京: 人民卫生出版社, 1994
- [6] 陈灏珠. 实用内科学(下册)[M]. 十一版. 北京: 人民卫生出版社, 2001



后 记

写过论文、写过教材、写过专著，写科普书却是头一回。手边的材料很多，经历的病例很多，口头解释的话语也很多，如何成书？这就有点困难了，取舍问题，切入问题，语言问题等，好在我们几个人可以互相磋商，蒋泽先老师是写科普书的行家，几经磨合便有了这本小册子。

小册子是以小儿常见病为入路展开，读者对象是孩子的父母、爷爷、奶奶。孩子有病不能乱治，所以本书是以识病为主，针对儿童常见病的早期症状如何、家长如何发现、治疗中如何配合医生、如何护理、如何预防等一系列问题而讲述。

本书参考了许多资料文章，除书后列出外，还有未写上的，这里向原作者表示感谢致歉。同时在编写过程中得到我的硕士研究生李德元医师的大力协助，在此一并表示感谢。

目的只有一个，就是普及医学科学知识，让孩子健康成长，这是一个儿科医生的心愿，也是天下父母的心愿。谨祝读者的孩子健康聪敏。

陈晓于南昌大学一附院儿科

后

记