

（内部资料 仅供参考）

# 儿科常见病诊疗规范 （ 试用 ）

北京市社区卫生协会

2023 年 8 月

## 目 录

一、小儿感冒 .....	3
1. 急性上呼吸道感染 .....	3
2. 急性感染性喉炎 .....	5
二、小儿咳嗽 .....	7
1. 急性气管支气管炎 .....	7
2. 支气管肺炎 .....	9
3. 支气管哮喘 .....	12
三、小儿泄泻 .....	17
1. 小儿腹泻病 .....	17
2. 细菌性痢疾 .....	23
四、小儿呕吐 .....	26
五、小儿厌食 .....	29
六、食积 .....	34
七、疳证 .....	39
八、鹅口疮 .....	48
九、小儿腹痛 .....	50
十、小儿遗尿 .....	55

## 小儿感冒

小儿时期常见的呼吸道疾病之一，临床以发热、头痛鼻塞、流涕咳嗽、喷嚏为特征。

### 一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染 简称上感，俗称"感冒"，是小儿时期最常见的疾病。主要侵犯鼻、咽和鼻咽部，常诊断为"急性鼻咽炎、急性咽炎、急性扁桃体炎，急性喉炎"等，也可统称为上呼吸道感染。

冬春季多发，各种病毒和细菌均可引起，以病毒为多见，约占 90%以上，主要有鼻病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒及冠状病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒等。其次为细菌感染，如链球菌、流感嗜血杆菌等，肺炎支原体亦可引起。

#### （一）诊断

##### 1. 一般类型的上感

（1）病史：年长儿症状较轻，常于受凉后 1~3 天出现鼻塞、喷嚏、流涕、干咳、咽痛、发热等；婴幼儿局部症状不显著而全身症状重，可骤然起病，高热、咳嗽、食欲差，烦躁，甚至高热惊厥。有些患儿可伴有呕吐、腹泻，阵发性脐周疼痛。

（2）体检：咽部充血，扁桃体肿大，颌下淋巴结肿大、触痛等。肺部呼吸音正常；部分患儿可有不同形态的皮疹。

（3）并发症：可伴有中耳炎、鼻窦炎、咽后壁脓肿、颈淋巴结炎、喉炎、气管炎、支气管肺炎等。年长儿若患链球菌性上感可引起急性肾炎、风湿热等。

##### （4）实验室检查

血常规：病毒性感染时白细胞总数正常或偏低，分类以淋巴细胞增多

为主。如为细菌感染或合并细菌感染，白细胞总数大多升高，分类以中性粒细胞增多为主。

C 反应蛋白：取微量血样送检，可辅助鉴别感染源。细菌性感染早期可升高，单纯病毒性感染时正常。

## 2. 特殊类型的上感

（1）疱疹性咽峡炎：系柯萨奇 A 组病毒所致，好发于夏秋季。表现为急起高热、咽痛，流涎、厌食、呕吐等；咽部充血，咽腭弓、悬雍垂、软腭等处有 2~4mm 大小的疱疹，周围有红晕，疱疹破溃后形成小溃疡，病程 1 周左右。

（2）咽结合膜热：由腺病毒 3、7 型所致，常发生于春夏季，可在儿童集体机构中流行。以发热、咽炎、结合膜炎为特征；咽部充血，一侧或两侧滤泡性眼结合膜炎；颈部、耳后淋巴结肿大，有时伴胃肠道症状。病程 1~2 周。

## （二）鉴别诊断

1. 流行性感 冒 系流感病毒、副流感病毒所致，有明显的流行病史。全身症状重，如发热、头痛、咽痛、肌肉酸痛等。上呼吸道卡他症状可不明显。

2. 急性传染病早期 上感常为各种传染病的前驱症状，如麻疹、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、猩红热、脊髓灰质炎等，应结合流行病史、临床表现及实验室资料等综合分析，并观察病情演变加以鉴别。

3. 急性阑尾炎 上感伴腹痛者应与本病鉴别。本病腹痛常先于发热，腹痛部位以右下腹为主，呈持续性，有腹肌紧张和固定压痛点；白细胞及中性粒细胞增高。

## （三）治疗

1. 一般治疗 休息、多饮水；保持室内通风，适宜的温湿度(室内温度20C,湿度 60%)；注意呼吸道隔离；预防并发症。

## 2. 对症治疗

(1) 发热：低热可给物理降温；体温>38. 5 C 可口服对乙酰氨基酚或布洛芬(如百服宁糖浆、泰诺林滴剂或美林糖浆、滴剂)；如发生高热惊厥可予镇静止惊等处理；如既往有复杂性热惊厥史，体温 38C 即给予药物退热治疗。常用退热药：

a. 泰诺林混悬滴剂（三岁以下）：口服，每 4 小时一次，每 24 小时不超过 4 次。

b. 美林混悬液（三岁以上）：口服，每 6~8 小时可重复用药。每 24 小时不超过 4 次

c. 中药：可选用小儿感冒冲剂，小儿热速清口服液，小儿豉翘清热颗粒等。

(2) 如病情严重、有继发细菌感染、或有并发症者可选用抗生素，常用者有青霉素类、头孢类抗生素，疗程 3~5 日。如证实为链球菌感染、化脓性扁桃体炎，或既往有风湿热、肾炎史者，青霉素疗程应为 10~14 日。

## 二、急性感染性喉炎

急性感染性喉炎是由病毒和细菌感染所致的喉部粘膜急性弥漫性炎症，以冬春季多见，婴幼儿多发。

### (一) 诊断

1. 起病急，症状重。可有发热、犬吠样咳嗽、声嘶、吸气性喉鸣和三凹征；严重时出现紫绀、烦躁不安、面色苍白、心率加快，甚至因窒息死亡。

2. 间接喉镜检查：喉部、声带有轻度到明显的充血、水肿。

3. 血常规：在细菌感染时白细胞总数增多。

4. 按病情轻重程度，将喉梗阻分为四度：

I 度：安静时无呼吸困难，活动后出现吸气性喉鸣和呼吸困难；

II 度：安静时出现喉鸣和吸气性呼吸困难，心率增快；

III 度：喉梗阻症状加烦躁不安、发绀，肺部呼吸音明显降低，心率快；

IV 度：喉梗阻症状加全身衰竭、昏睡或昏迷状态，三凹征可不明显，面色苍白发灰，肺部呼吸音几乎消失，心音低钝、心律不齐。

## （二）鉴别诊断

根据急起犬吠样咳嗽、声嘶、喉鸣、吸气性呼吸困难等临床表现不难判断,但应与白喉喉痉挛、支气管异物等所致的喉梗阻鉴别。

## （三）治疗

1. 保持呼吸道通畅 给予吸氧。可用 1%-3%麻黄素和肾上腺皮质激素超声雾化吸入，有利于水肿消退。

2. 控制感染 由于起病急、病情进展快、难以判断系病毒或细菌感染，可给予抗生素口服治疗。有气急、呼吸困难时,应及时静脉输入足量广谱抗生素,常用青霉素类、大环内酯类、氨基糖类或头孢菌素类等。

3. 缓解梗阻 肾上腺皮质激素有抗炎、抗病毒和抑制变态反应等作用,能及时减轻喉头水肿,缓解喉梗阻，应与抗生素合用。常用泼尼松，每日 1-2mg/kg,分次口服;重症可用地塞米松静脉推注,每次 2-5mg。一次雾化吸入布地奈德 2-4mg 混悬液或雾化吸入肾上腺素 4mg 均能明显减轻症状。

4. 对症治疗：烦躁不安者宜用镇静剂,异丙嗪有镇静和减轻喉头水肿的作用。氯丙嗪则使喉头肌松弛，加重呼吸困难,不宜使用。

5. 气管切开术：经上述处理如仍有严重缺氧征象或有 3 度以上喉梗阻者,应及时行气管切开术。

## 小儿咳嗽

### 一、急性气管支气管炎

由病毒、细菌或混合感染引起的气管、支气管粘膜发生的炎症。常继发于上呼吸道感染后，或为急性传染病的一种临床表现。婴幼儿多见。常见的诱发因素有：免疫功能失调、营养不良、佝偻病、特异性体质、鼻炎、鼻窦炎等。

#### （一）诊断

1. 病史：大多先有上呼吸道感染症状，咳嗽为主要症状，开始为干咳，以后有痰。发热可有可无、体温可高可低。婴幼儿常有呕吐、腹泻等症状；年长儿常述头痛、胸痛。

2. 体检：双肺呼吸音粗，可有不固定的、散在的干湿啰音；一般无气促、发绀。

3. 并发症：症状常常在 21 天内缓解。如超过此期，咳嗽仍然持续存在，应怀疑有继发感染，如肺炎、肺不张或可能存在而未发现的其他慢性疾病。

4. 胸片：显示正常，或肺纹理增粗，肺门阴影增深。

#### 5. 特殊类型的支气管炎

哮喘性支气管炎（asthmatic bronchitis）系指婴幼儿时期有哮喘表现的支气管炎。其特点为：

（1）多见于 3 岁以下，有湿疹或其他过敏史者；

（2）有类似哮喘的症状，如呼气性呼吸困难，肺部叩诊呈鼓音，听诊两肺布满哮鸣音及少量粗湿啰音。

（3）有反复发作倾向。一般随年龄增长而发作逐渐减少，多数痊愈，少数于数年后发展为支气管哮喘。

#### （二）鉴别诊断

1. 肺结核：婴幼儿活动性肺结核的症状与急性支气管炎有相似之处，但肺部啰音常不明显。应根据结核接触史、结核菌素试验、血清结核抗体检测和 X 线胸片及抗生素治疗后的反应加以鉴别。

2. 支气管哮喘：是一种以慢性气道炎症和气道高反应性为特征的异质性疾病。主要表现为反复发作的喘息、咳嗽、气促、胸闷，胸片检查可显示肺纹理增多，患儿具有过敏体质，其肺功能检查、支气管舒张试验有助于鉴别。

3. 支气管异物：吸入异物可致支气管部分或完全阻塞而导致肺气肿或肺不张，易继发感染、引起支气管或肺部炎症。但根据异物吸入史，突然出现呛咳及胸部 X 线检查可予以鉴别，必要时可行支气管纤维镜检查。

### （三）治疗

1. 一般治疗：同上呼吸道感染，经常变换体位，多饮水，使呼吸道分泌物易于咳出。

2. 控制感染：由于病原体多为病毒，一般不采用抗生素；对婴幼儿有发热、脓痰、白细胞增多者、病毒性感染病程超过 7 天者或考虑有细菌感染时可适当选用抗生素（如青霉素类、头孢类）。青霉素类首选，如青霉素过敏可选大环内脂类等广谱抗生素，疗程 7-10 天左右。病原为肺炎支原体，衣原体者，平均疗程常需 2 周以上。

#### 3. 对症治疗

（1）一般不用镇咳剂或镇静剂，以免抑制咳嗽反射，影响粘痰咳出。

（2）化痰止咳：对于刺激性咳嗽可用复方甘草合剂、急支糖浆等，痰稠者可口服沐舒坦或富露施。

（3）止喘：对喘憋严重者可吸入短效 B<sub>2</sub> 受体激动剂，如硫酸沙丁胺醇和特布他林等，或吸入抗胆碱能药物，如异丙托溴铵，或口服氨茶碱，每



次 2-4mg/kg，每 6 小时一次(氨茶碱缓释片为每次 2-4mg/kg，每 12 小时一次);喘息严重时可加用泼尼松，每日 1mg/kg，共 1-3 天。

## 二、支气管肺炎

支气管肺炎是由不同病原体或其他因素所致的肺部炎症，以发热、咳嗽、气促呼吸困难以及肺部固定湿啰音为共同临床表现。肺炎是儿科常见病，也是我国小儿死亡的第 1 位，全年均可发病，以冬、春寒冷季节较多。病毒和细菌是主要的病原体。常见的细菌有肺炎球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌等。病毒有呼吸道合胞病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒等。近年来肺炎支原体和流感嗜血杆菌有增多趋势。

### （一）诊断

1. 病史：发病前可先有上呼吸道感染，大多起病较急，主要症状为：

（1）发热：热型不定，多为不规则发热，亦可为弛张热或稽留热，重度营养不良者可不发热：

（2）咳嗽：较频繁，在早期为刺激性干咳，之后咳嗽有痰；

（3）气促：多发生于发热、咳嗽之后，呼吸加快，每分钟可达 40-80 次，并有鼻翼扇动，重者点头状呼吸、三凹征、唇周发绀。

2. 肺部体征：早期可不明显或仅呼吸音粗糙，之后可闻及固定的中、细湿啰音，叩诊正常；但当病灶融合扩大累及部分或整个肺叶时，则出现相应肺实变体征，语颤增强、叩诊浊音，听诊呼吸音减弱或出现管状呼吸音。

3. 并发症：重症除呼吸系统外，还可累及循环、神经和消化等系统，出现心肌炎和心力衰竭，中毒性脑病，中毒性肠麻痹等。常见的并发症为脓胸，脓气胸和肺大泡。

4. 辅助检查

（1）病毒分离及细菌培养有助于病原学诊断。

（2）血常规检查：细菌性肺炎血白细胞和中性粒细胞大多数增加，病毒性肺炎血白细胞正常或减低，有时可见异型淋巴细胞。

（3）胸部 X 线片 早期肺纹理增粗，之后出现小斑片状阴影，以双肺下野中，内带及心膈区居多，并可见肺不张或肺气肿。斑片状阴影亦可融合成大片，甚至波及节段，若并发脓胸，中期肋膈角变钝，积液较多时，呈片致密阴影，肋间隙增大，纵隔，心脏向健侧移位，并发脓气胸时，胸膜腔可见空气、液平面，肺大泡时则见完整的薄壁、多无液平面的大泡影。

## （二）鉴别诊断

1. 急性支气管炎：以咳嗽为主，一般无发热或仅有低热，肺部呼吸音粗糙或有不固定的干湿啰音，婴幼儿全身症状重，因气管狭窄，易致呼吸困难，有时与肺炎不易区分，应按肺炎处理。胸片可帮助诊断。

2. 肺结核：婴幼儿活动性肺结核可有发热，咳嗽等症状，但肺部啰音常不明显。可根据结核接触史、结核菌素试验、血清结核抗体检测和 X 线胸片及抗生素治疗后的反应加以鉴别。

3. 支气管异物：吸入异物可致支气管部分或完全阻塞而导致肺气肿或肺不张，易继发感染、引起支气管或肺部炎症。但根据异物吸入史，突然出现呛咳及胸部 X 线检查可予以鉴别，必要时可行支气管纤维镜检查。

## （三）治疗

### 1. 一般治疗

保持室内空气流通。相对湿度 60% ；保持呼吸道通畅，及时清除上呼吸道分泌物，变换体位，便于痰液咳出。

### 2. 病原治疗

抗生素：轻症肺炎可在门诊治疗，首选青霉素 G、羟氨苄青霉素或氨

苄青霉素或头孢类抗生素，如头孢克洛或头孢丙烯等。如考虑病原为支原体、衣原体可选用大环内酯类抗生素。重症肺炎需收住院治疗。

用药时间应持续至体温正常后 5~7 天，临床症状基本消失后 3 天。支原体肺炎至少用药 2~3 周，以免复发。葡萄球菌肺炎比较顽固，易于复发及产生并发症，疗程宜长，一般于体温正常后继续用药 2 周，总疗程 6 周。

### 3. 对症治疗

（1）氧疗：凡具有低氧血症者，有呼吸困难、喘憋、口唇发绀、面色发灰等应立即给氧。一般采取鼻前庭给氧，氧流量为 0.5-1L/min，氧浓度不超过 40%；氧气应湿化，以免损伤气道纤毛上皮细胞和使痰液变粘稠。缺氧明显者可用面罩给氧，氧流量为 2-4L/min，氧浓度为 50%-60%，若出现呼吸衰竭，则应使用人工呼吸器。

#### （2）保持呼吸道通畅

- a. 祛痰剂；
- b. 雾化吸入，糜蛋白酶可裂解痰液中的粘蛋白；
- c. 支气管扩张剂，对喘憋严重者可选用；
- d. 保证液体摄入量，有利于痰液排出。

（3）心力衰竭的治疗 除镇静、给氧外，要增强心肌收缩力，减慢心率，增加心搏出量，减轻体内水钠潴留，以减轻心脏负荷。

（4）腹胀的治疗 伴低钾血症者应及时补钾。如系中毒性肠麻痹，应禁食、胃肠减压，皮下注射新斯的明，每次 0.04mg/kg，亦可联用酚妥拉明(0.5mg/kg)及阿拉明(0.25mg/kg)，加入 10%葡萄糖 20-30ml 静滴，2 小时后可重复应用，一般 2-4 次可缓解。

#### （5）纠正水、电解质与酸碱失衡

（6）糖皮质激素可减少炎性渗出物，解除支气管痉挛，改善血管通透

性，降低颅内压，改善微循环。常用地塞米松，每日 2~3 次，每次 2~5mg，疗程 3~5 日。适应证：a. 中毒症状明显；b. 严重喘憋；c. 伴有脑水肿、中毒性脑病、感染性休克、呼吸衰竭等；d. 胸膜有渗出。

（7）其他：肺部理疗有促进炎症消散的作用。如同时伴有体液免疫功能低下，可酌情应用免疫球蛋白，连续 3 天。

### 三、支气管哮喘

由肥大细胞、嗜酸性粒细胞和淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道慢性炎症。这种炎症使易感者对各种激发因子具有气道高反应性，并可引起气道缩窄，表现为反复发作性的喘息、呼吸困难、胸闷和咳嗽等症状，常在夜间和或清晨发作、加剧。常出现广泛多变的可逆性气流受限，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

#### （一）诊断

##### 1. 婴幼儿哮喘诊断标准

- ①年龄小于 3 岁，喘息发作大于等于 3 次；
- ②发作时双肺闻及呼气相哮鸣音，呼气相延长；
- ③具有特应性体质，如过敏性湿疹、过敏性鼻炎等；
- ④父母有哮喘病等过敏史；除外其他引起喘息的疾病。

凡具有以上第①、②、⑤条即可诊断哮喘。如喘息发作 2 次，并具有第②、⑤条诊断为可疑哮喘或喘息性支气管炎。如同时具有第③和或第④条时，可考虑给予哮喘治疗性诊断。

##### 2. 儿童哮喘诊断标准

- ①年龄大于等于 3 岁，喘息呈反复发作者（或可追寻与某种变应原或刺激因素有关）；
- ②发作时双肺闻及以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长；

③支气管扩张剂有明显疗效；

④除外其他引起喘息、胸闷和咳嗽的疾病。

3. 对各年龄组疑似哮喘同时肺部有哮鸣音者，可做以下支气管舒张试验

①用 B<sub>2</sub> 受体激动剂的气雾剂或溶液雾化吸入；

②0.1%肾上腺素 0.01ml/kg 皮下注射，每次最大不超过 0.3ml。在做以上任何一项试验后 15 分钟，如果喘息明显缓解及肺部哮鸣音明显减少，或一秒钟用力呼气容积（FEV<sub>1</sub>）上升率：大于等于 15%，支气管舒张试验阳性，可作哮喘诊断。

4. 变异性哮喘诊断标准（儿童年龄不分大小）

①咳嗽持续或反复发作>1 月，常在夜间和或清晨发作、运动后加重，痰少，临床无感染征象，或经较长期抗生素治疗无效；

②气管舒张剂治疗可使咳嗽缓解（基本诊断条件）；

③有个人过敏史 或家族过敏史，变应原试验阳性可作辅助诊断；

④气道呈高反应性特征，支气管激发试验阳性可作辅助诊断；

⑤除外其他原因引起的慢性咳嗽。

5. 辅助检查

（1）肺功能检查：肺功能检查主要用于 5 岁以上儿童，采用 FEV<sub>1</sub>/用力肺活量（FVC）比率、呼气峰流速（PEF）了解有无气流受阻。

（2）胸部 X 线检查：急性期胸片正常或呈间质性改变，可有肺气肿或肺不张。非发作期胸片可排除肺部其他疾病，如肺炎、肺结核、气管支气管异物、先天性畸形等。

（3）过敏源试验：用多种吸入性过敏源或食物性过敏源提取液进行皮肤点刺试验和皮内试验法。

## （二）鉴别诊断

1. 咽部疾病：咽后壁脓肿，扁桃体肥大，腺样体肥大等也会出现喘息症状，上述疾病多引起喉鸣和吸气性喘鸣，与哮喘的呼气性喘鸣音不同。耳鼻喉科检查有助于诊断。

2. 急性喉炎：可出现咳嗽，吸气性喉鸣和呼吸困难等症状，咳嗽为犬吠样咳，同时伴有声音嘶哑，易导致喉梗阻，喉镜可协助诊断。

3. 支气管异物：吸入异物可致支气管部分或完全阻塞而导致肺气肿或肺不张，可引起持久的哮喘样呼吸困难，并随体位改变时加重或减轻，以吸气性喘鸣为主。根据异物吸入史，突然出现呛咳及胸部 X 线检查可予以鉴别，必要时可行支气管纤维镜检查。

## （三）治疗

治疗原则为长期、持续、规范和个体化治疗。急性发作期治疗重点为抗炎、平喘、以便快速缓解症状；慢性持续期应坚持长期抗炎、降低气道反应性，防止气道重塑，避免危险因素和自我保健。

### 1. 哮喘急性发作期治疗

（1） $\beta_2$  受体激动剂：目前应用最广泛的支气管舒张剂。根据其作用的快慢分为速效和缓效，根据维持时间的长短分为速效和长效两大类。吸入型速效 $\beta_2$  受体激动剂如沙丁胺醇和特布他林，通常 5-10 分钟见效，可维持 4-6 小时，全身不良反应较轻，可用于治疗哮喘急性发作或预防运动型哮喘，是缓解哮喘急性症状的首选药物。

（2）全身性糖皮质激素：病情较重的急性病例应给予口服泼尼松短程治疗（1-7 天），每日 1-2mg/kg, 分 2-3 次，严重哮喘发作时应及早通过静脉给予琥珀酸氢化可地松或氢化可地松，每次 5-10mg/kg, 或甲基氢化泼尼松(甲基强的松龙)每次 1-2mg/kg, 每日 2-3 次，但注射后 4~6 小时才能起效，因此

应尽早用药并同时给予支气管舒张剂。

（3）抗胆碱能药物：吸入抗胆碱药物,如溴化异丙托品,可阻断节后迷走神经传出支,通过降低迷走神经张力而舒张支气管,其舒张支气管的作用较  $\beta_2$  受体激动剂弱起效也较缓慢,但不良反应很少。可与  $\beta_2$  受体激动剂联合吸入治疗,使支气管舒张作用增强并持久。

（4）短效茶碱：短效茶碱可作为缓解药物用于哮喘急性发作的治疗,主张将其作为哮喘综合治疗方案中的一部分,而不单独用于治疗哮喘。

## 2. 哮喘慢性持续期治疗

（1）吸入型 $\beta_2$  糖皮质激素：吸入型 $\beta_2$  糖皮质激素是哮喘长期控制的首选药物,也是目前最有效的抗炎药物,优点是通过吸入,药物直接作用于气道粘膜,局部抗炎作用强,全身不良反应少。在哮喘急性发作时应与  $\beta_2$  激动剂吸入或茶碱类合用,先吸入  $\beta_2$  受体激动剂,随后再吸入糖皮质激素。轻-中度以上的哮喘需要长期吸入糖皮质激素治疗。对于季节性哮喘发作者,可在预计发作前 2-4 周开始连续、规则地吸入糖皮质激素。

（2）白三烯调节剂：分为白三烯合成酶抑制剂和白三烯受体拮抗剂,改药耐受性好,副作用少,服用方便。

（3）缓释茶碱：用于长期控制时。

（4）长效 $\beta_2$  受体激动剂:吸入后药物作用持续 8-12 个小时,适用于防治夜间和清晨哮喘发作和加剧者。

（5）肥大细胞膜稳定剂 色甘酸钠是一种非糖皮质激素类抗炎制剂,可抑制 IgE 诱导的肥大细胞释放介质,对其他炎症细胞释放介质也有选择性抑制作用。采用雾化溶液方式吸入,用于预防哮喘发作,也可预防运动、冷空气等引起的急性气道收缩及季节性哮喘发作。

## 3. 哮喘持续状态处理

- （1）氧疗：初始浓度以 40% 为宜，流量 4-5L/min.
- （2）补液、纠正酸中毒：注意维持水电解质平衡，纠正酸碱紊乱。
- （3）糖皮质激素：全身应用糖皮质激素作为儿童危重哮喘治疗的一线药物，应尽早使用。
- （4）支气管扩张剂的使用：
  - ①吸入型速效 $\beta_2$ 受体激动剂
  - ②氨茶碱静脉滴注
  - ③抗胆碱能药物
  - ④肾上腺素皮下注射
- （5）镇静剂
- （6）抗生素酌情使用
- （7）辅助机械通气



## 小儿泄泻

泄泻:以大便次数增多,粪质稀薄或如水样为特征的一种小儿常见病。西医称泄泻为腹泻,本病以 2 岁以下的小儿最为多见。虽一年四季均可发生,但以夏秋季节发病率为高,秋冬季节发生的泄泻,容易引起流行。

### 一、小儿腹泻病

一组由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为主要特征的临床综合征。

#### （一）诊断

##### 1. 临床表现

（1）大便次数较平日增多和大便性状改变(含不消化食物残渣稀便、水样便、粘液便、脓血便。

（2）脱水、电解质紊乱、酸碱失衡及其他中毒症状(烦躁、精神萎靡、嗜睡、高热或体温不升、末梢血白细胞计数明显升高或降低等)。

脱水程度判断:

脱水程度	轻	中	重
失水占体重比例	5%(50ml/kg)	5% ~10%(50-100ml/kg)	10% 以上(100-120ml/kg)
精神	稍差、略烦躁	萎靡、烦躁不安	极度萎靡、昏睡、昏迷
皮肤	弹性可	弹性差、回复<2 秒	色灰、发花、弹性极差、回复>2 秒
眼窝前囟	微凹	明显凹陷	深凹
眼泪、唾液	有	少	无
尿	稍减	明显减少	极少或无
末梢循环	正常	肢端稍凉	四肢厥冷

### 脱水性质判断

脱水性质	低渗	等渗	高渗
血钠	<130mmol/L	130-150mmol/L	>150mmol/L
水电解质 丢失比例	失电解质 > 失水	成比例丢失	失水 > 失电解质
丢失体液	细胞内水肿	循环血量、间质液	细胞内脱水
原因	长期腹泻,输注过多非电解质液	一般腹泻	输注过多等、高渗液
表现	脱水症状较重	一般脱水症状	烦渴、高热、肌张力高、 脱水症状相对较轻

（3）电解质和酸碱失衡判断：腹泻时因肠道丢失和摄入不足可发生低钾和代谢性酸中毒，重度脱水均合并酸中毒，应根据症状、体征、血生化和血气判断低钾和酸中毒。

2. 病程分类 病程<2 周为急性腹泻；2 周~2 月为迁延性腹泻；>2 月为慢性腹泻。

### 3. 病型分类

（1）轻型:常由饮食因素及肠道外感染引起。起病可急可缓，以胃肠道症状为主，食欲不振,偶有溢乳或呕吐，大便次数增多，但每次大便量不多，稀薄或带水，呈黄色或黄绿色，有酸味,常见白色或黄白色奶瓣和泡沫。无脱水及全身中毒症状，多在数日内痊愈。

（2）重型:多由肠道内感染引起。常急性起病，也可由轻型逐渐加重、转变而来，除在较重的胃肠道症状外，还有较明显的脱水、电解质紊乱，代谢性酸中毒，低钾低钙低镁血症和全身中毒症状，如发热、精神烦躁或萎靡，嗜睡，甚至昏迷、休克

#### 4. 几种常见病原体引起的腹泻：

（1）轮状病毒:轮状病毒是秋、冬季小儿腹泻最常见的病原，故又称为秋季腹泻。呈散发或小流行,经粪口传播,也可通过气溶胶形式经呼吸道感染而致病。潜伏期 1-3 天，多发生在 6-24 个月婴幼儿，4 岁以上者少见，起病急，常伴发热和上呼吸道感染症状，无明显中毒症状。病初即有呕吐，常先于腹泻发生。大便次数多、量多、水分多,黄色水样或蛋花样便带少量粘液。无腥臭味。常并发脱水、酸中毒及电解质紊乱。本病为自限性疾病，自然病程约 3-8 天。大便镜检偶有少的白细胞，感染后 1-3 天即有大量病毒自大便中排出，最长可达 6 天。

（2）诺如病毒:主要发病季节为 9 月-4 月，多见于年长儿和成人。潜伏期 1-2 天，起病急慢不一。可有发热、呼吸道症状。腹泻和呕吐，轻重不等，大便量中等，为稀便或水样便，伴有腹痛。病情重者体温较高，伴有乏力、头痛、肌肉痛等。本病为自限性疾病，症状持续 1-3 天。粪便及周围血象检查一般无特殊发现。

（3）产毒性细菌引起的肠炎:多发生在夏季。潜伏期 1-2 天，起病较急。轻症仅大便次数稍增,性状轻微改变:重症腹泻频繁,量多,呈水样或蛋花样混有粘液，镜检无白细胞。伴呕吐，常发生脱水电解质和酸碱平衡紊乱。自限性疾病，自然病程 3-7 天，亦可较长。

（4）侵袭性细菌(包括侵袭性大肠杆菌、空肠弯曲菌、耶尔森菌、鼠伤寒杆菌等)引起的肠炎：全年均可发病，多见于夏季。常引起志贺氏杆菌性痢疾样病变。起病急，高热甚至可以发生热惊厥。腹泻频繁,大便呈粘液状,带脓血，有腥臭味。常伴恶心、呕吐、腹痛和里急后重，可出现严重的中毒症状，如高热，意识改变，甚至感染性休克。大便镜检有大量白细胞及数量不等的红细胞。便细菌培养可找到相应的致病菌。

## 5. 两种特殊腹泻：

（1）生理性腹泻 多见于6个月以内婴儿,外观虚胖,常有湿疹,生后不久即出现腹泻,除大便次数增多外,无其他症状,食欲好,不影响生长发育。近年来发现此类腹泻可能为乳糖不耐受的一种特殊类型,添加辅食后,大便即逐渐转为正常。

（2）导致小肠消化吸收功能障碍的各种疾病 如乳糖酶缺乏,葡萄糖-半乳糖吸收不良,失氯性腹泻,原发性胆酸吸收不良,过敏性腹泻等,可根据各病特点进行还原糖试验等检查方法加以鉴别。

### （二）病因鉴别

（1）粪便含不消化食物残渣及水样,显微镜检无或极少白细胞和或红细胞,病因可能为非感染性因素(如生理性腹泻、饮食或气候因素等)及病毒性、产毒素性细菌感染等,如伴严重呕吐并迅速出现脱水及较明确的流行病史,应考虑霍乱。

（2）粪便为粘液、脓血便或镜检多量红、白细胞,病因可能为侵袭性细菌感染如痢疾杆菌、侵袭性大肠杆菌、空肠弯曲菌、沙门氏菌等;如粪便血多脓少呈果酱样,应考虑阿米巴痢疾。如考虑侵袭性细菌感染,宜尽早做细菌培养及药物敏感试验。

### （三）治疗

#### 1. 急性腹泻的治疗

（1）对症和饮食治疗：除重度脱水和重度呕吐者外,一般不禁食。如需禁食,不超过4~6小时,待好转后继续喂食,由少到多,由稀到稠。母乳喂养儿,继续喂养;人工喂养儿,可适当稀释奶;已添加辅食儿,由米汤、粥、面条等逐渐过渡到正常饮食,应保证饮食卫生、新鲜、易消化、有营养。病毒性肠炎多有继发性双糖酶(主要是乳糖酶)缺乏,对疑似病例可

暂停乳类喂养，改为豆制代乳品，或发酵奶，或去乳糖配方奶粉以减轻腹泻，缩短病程。

## （2）药物治疗：

除小婴儿、高热、全身中毒症状严重、粪便为粘液、脓血或镜下多量红、白细胞者，一般不用抗生素。侵袭性细菌感染者应根据病情和病原选择抗生素：如复方新诺明、多粘菌素、头孢克肟、安曲南等，年长儿可用喹诺酮类，阿米巴痢疾选择甲硝唑。以上抗生素剂量按常规剂量，疗程根据病情和血、便培养，一般 3~7 天；病情危重和败血症者，疗程须延长至 10—14 天或更长。

应适时加用胃肠粘膜保护剂和微生态制剂如思密达、乐托尔、妈咪爱、金双歧、培菲康等，以保护肠道粘膜，扶植肠道正常菌群。

## （3）脱水的治疗

腹泻患儿在脱水发生前即应口服足够液体预防脱水

a. 口服补液:世界卫生组织推荐的口服补液盐用于预防脱水及轻、中度脱水而无明显周围循环障碍者。轻度脱水口服液量约 50-80ml/kg，中度脱水约 80-100ml/kg,于 8-12 小时内将累积损失量补足;脱水纠正后，将余量用等量水稀释按病情需要口服。如发现眼睑浮肿可改为白开水口服。新生儿和有明显呕吐、腹胀、休克，心肾功能不全或其他严重并发症的患儿不宜采用口服补液。

b. 静脉补液;适用于中度以上脱水吐泻严重或腹胀的患儿。输入溶液的成分、容量和滴注时间必须根据不同的脱水程度和性质决定，同时要注意个体化，结合年龄、营养状况、自身调节功能而灵活掌握，补液部分：分累积损失、继续丢失、生理需要部分。

补液量：累积损失轻度脱水 50ml/kg 中度脱水 50~100ml/kg、重度脱

水 100~120ml/kg，继续丢失每日 10~40ml/kg 生理需要量每日 70~90ml/kg。

补液种类和速度：补累积损失如为低渗脱水用 2/3 张含钠液、等渗用 1/2 张、高渗用 1/3~1/5 张，脱水性质不明情况下按等渗脱水处理。有循环衰竭的重度脱水患者，先用等渗含钠液（生理盐水 2:1 液即 2 份生理盐水，1 份 1.4%  $\text{NaHCO}_3$ ，酸中毒严重者可用 1.4%  $\text{NaHCO}_3$ ）20ml/kg 于 30 分钟至 1 小时给入，进行扩容，其余累积损失量于 8-12 小时补入；继续丢失用 1/3~1/2 张含钠液，12~24 小时口服或静脉输入；生理需要用 1/4~1/5 张含钠液，12~24 小时口服或静脉输入。

#### （4）电解质紊乱治疗

a. 补钾：患儿有尿后或明显低钾而 6 小时内有尿者，可予以补钾。一般每日 200~300mg/kg 分次口服，或 0.15%~0.2% 浓度静脉输入，全日钾量不能少于 8 小时给入。

b. 纠正低钙：出现低钙症状时，用 10% 葡萄糖酸钙（每次 1-2ml/kg，最大量 10ml）加等量葡萄糖稀释后静注。

#### 2. 迁延性和慢性腹泻的治疗

（1）查清病因、对因治疗，根据便培养敏感性选用抗生素。

（2）参照上述补液原则预防和纠正脱水、电解质紊乱和酸碱失衡。

（3）乳糖不耐受者选择豆奶、低乳糖或无乳糖奶粉。

（4）肠粘膜严重受损或胰酶缺乏者可选用氨基酸、葡萄糖、中链甘油三酯、多种维生素和微量元素组合成的要素饮食。

（5）不能耐受口服者，应用部分或全静脉营养。

（6）补充微量元素和维生素，如锌、铁、维生素 A、B、C、D 和叶酸等。

（7）应用微生态调节剂和肠粘膜保护剂。

## 二、细菌性痢疾

简称菌痢，是由志贺菌属引起的常见肠道传染病，多见于 3 岁以上儿童，流行于夏秋季节。以发热、腹痛、腹泻、里急后重、粘液脓血便为临床特点。

### （一）诊断

1. 普通型菌痢：夏秋季节发病，有腹泻伴发热、粪便带粘液脓血，大便镜检每高倍视野脓细胞 $>15$  个并见有红细胞，即可临床诊断。但严格的诊断要靠大便培养，应取新鲜便标本，及时接种，可提高培养阳性率。

2. 中毒性菌痢：起病急，发展快，突然高热，粪便检查发现较多白细胞及红细胞，具有以下情况之一并能排除其它疾病，即可诊断为中毒性菌痢：

（1）有中枢神经系统中毒症状，如精神萎靡、嗜睡、躁动、谵妄、惊厥、伴昏睡或昏迷等。

（2）循环系统症状，如面色苍白、四肢发凉、脉弱、脉压差小、血压下降等。

（3）呼吸系统症状，如呼吸浅快不规则、叹息样呼吸、双吸气、呼吸减慢、呼吸暂停等。

### （二）鉴别诊断

#### 1. 普通性菌痢

（1）侵袭性大肠杆菌（EIEC）肠炎：由于其也表现发热、腹泻和脓血便，鉴别主要是依靠大便培养，本病便培养痢疾杆菌阴性，但发现有大肠杆菌。

（2）空肠弯曲菌肠炎：便培养为空肠弯曲菌。

（3）沙门氏菌肠炎：本症以小婴儿多见，准确鉴别也需要便培养。

## 2. 中毒性菌痢：

（1）热性惊厥：过去常有热性惊厥史，惊厥后神志清楚，一般状态好，常可找到引起热性惊厥的其它疾病。

（2）大叶肺炎：症状有发热咳嗽，X线检查肺部可有大叶或节段性炎性病变。

（3）流行性脑脊髓膜炎：多发生于冬春季节，70%以上可见皮肤和粘膜的出血点或瘀斑等。

（4）流行性乙型脑炎：流行季节相同，但其惊厥的发生时间不同，中毒性痢疾多在起病当天发生惊厥，乙脑则多在起病后3~4天才发生惊厥，且多有 Kerning 征、Babinski 征等病理征(+)。如有可疑，应作腰穿检查脑脊液。

## （三）治疗

### 1 普通性菌痢

（1）一般治疗：隔离、卧床休息、半流质易消化饮食。

（2）支持 and 对症治疗：退热、止吐以及止痉药缓解腹痛等，另外应按脱水程度给予适当补液。

（3）抗菌治疗：痢疾杆菌已对磺胺类药物、四环素、痢特灵、以及氨苄青霉素等抗生素耐药，最好根据药敏试验选用抗生素，以口服给药为主，可采用2种联合用药，可选择的抗生素有：多粘菌素E、氟哌酸、庆大霉素口服，重症或中毒型痢疾可选用第三代头孢或三代喹诺酮类药物。

注：根据中华儿科杂志(1996)的专家讨论，对儿童不应禁用喹诺酮类药物，但要严格掌握适应证，剂量不应超过10~15 mg/kg /d，疗程不要超过7天。

### 2. 中毒型菌痢



（1）抗菌治疗 同普通性菌痢。

（2）对症处理 积极控制高热和惊厥，必要时加用亚冬眠疗法。必须密切观察患儿病情变化，每 15~30min 填写一次危重病人观察表。

## 小儿呕吐

小儿常见症状之一。可由于消化系统疾病引起，也可见于全身各系统和器官的多种疾病。其可以为单一的症状，也可以是多种危重疾病的复杂症状之一。故稍有疏忽，常可延误诊断，甚或危及生命。因此对呕吐必须认真分析，找出病因，及时处理。

### 胃炎

胃炎是由于物理性、化学性及生物性有害因子作用于人体，引起胃粘膜发生的炎症性病变。可分为急性和慢性两种。

#### （一）诊断

##### 1. 急性胃炎

（1）病因：多为继发性，急性重症感染和损伤的应激反应；误服毒物或腐蚀剂；摄入细菌或毒素污染物；服用有损胃粘膜药物；胃内异物；食物过敏等。

（2）临床表现：发病急，轻者仅有腹痛、食欲不振、恶心、呕吐；重者可表现呕血、黑便、水电解质紊乱、酸碱失衡及全身中毒症状。

##### 2. 慢性胃炎

（1）病因：幽门螺杆菌感染，重度慢性胃炎中检出率 90%-100%；胆汁反流；长期服用刺激性食物或药物，如浓茶、咖啡，非甾体类抗炎药等；精神紧张情绪波动；慢性系统性疾病等。

（2）临床表现：反复发作腹痛，部位多为上中腹、脐周或不定，疼痛性质可轻可重；可伴有食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、早饱、反酸、呕血、黑便；严重者可表现营养不良或生长停滞。

##### 3. 辅助检查

###### （1）胃镜检查：

最安全可靠的诊断方式，可直接观察胃粘膜病变，可见粘膜广泛充血、水肿、红白相间、糜烂、出血，微小结节形成，有时可见脓性分泌物。

## （2）病理组织学：

急性胃炎表现为上皮细胞变性、坏死，固有膜大量中性粒细胞浸润，腺体细胞呈不同程度变性坏死；慢性胃炎可见上皮细胞变性，小凹上皮细胞增生，固有膜炎性细胞主要为淋巴细胞、浆细胞浸润。萎缩性胃炎则有固有腺体萎缩，肠腺化生及炎性浸润。

（3）幽门螺杆菌检测可用胃粘膜组织培养、切片染色、快速尿素酶试验，血清抗体测定，及碳 13 呼气试验测定。

## （二）鉴别诊断

由于引起小儿腹痛的病因很多，急性发作的腹痛必须注意与外科急腹症、肝、胆、胰、肠等腹内脏器的器质性疾病以及腹型过敏性紫癜鉴别，慢性反复发作的腹痛应与肠道寄生虫、肠痉挛，腹型癫痫等疾病鉴别。

1. 肠蛔虫症：常有不固定腹痛、偏食、异食癖，恶心呕吐等消化功能紊乱症状，有时出现全身过敏症状；往往有吐、排虫史；粪便查找虫卵，驱虫治疗有效等可协助诊断。

2. 肠痉挛：婴儿多见，可出现反复发作的阵发性腹痛，腹部无异常体征，排气、排便后可缓解。

3. 植物神经性癫痫：反复发作不固定性腹痛，腹部无异常体征，脑电图多有异常改变。

## （三）治疗

1. 急性胃炎：去除病因、积极治疗原发病，避免刺激性食物和药物，纠正水、电解质及酸碱失衡；有上消化道出血者应卧床休息，输血、血浆，输液保证生命体征平稳，静滴 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂西米替丁、雷尼替丁或质子泵

抑制剂奥美拉唑；细菌感染者应用抗生素。

## 2. 慢性胃炎

（1）去除病因、积极治疗原发病。养成良好饮食和生活习惯，避免刺激性食物和有损胃粘膜药物。

（2）药物治疗：胃粘膜保护剂次碳酸铋、硫糖铝、蒙脱石散等；H<sub>2</sub>受体拮抗剂：西米替丁、雷尼替丁；质子泵抑制剂：奥美拉唑；有幽门螺杆菌感染者，可给抗感染治疗。

## 小儿厌食

指小儿较长时期不思进食，厌恶摄食的一种病症。本病古代的记载较少，1980 年以来，经过系统研究，总结了病因病机、辨证论治规律，写入了教材。目前，本病在儿科临床上发病率较高，尤在城市儿童中多见。好发于 1-6 岁的小儿。厌食指以厌恶摄食为主证的一种小儿脾胃病症，若是其他外感、内伤疾病中出现厌食症状，则不属于本病。

### 【病因病机】

形成本病的病因较多。小儿时期脾常不足，加之饮食不知自调，挑食、偏食，好吃零食，食不按时，饥饱不一，或家长缺少正确的喂养知识，婴儿期喂养不当，乳食品种调配、变更失宜，或纵儿所好，杂食乱投，甚至滥进补品，均易于损伤脾胃。也有原本患其他疾病脾胃受损，或先天禀赋脾胃薄弱，加之饮食调养护理不当而成病。因此，本病多由于饮食不节喂养不当而致病，其他病因还有他病失调脾胃受损、先天不足后天失养、暑湿熏蒸脾阳失展、情志不畅思虑伤脾等，均可以形成本病。厌食的病变脏腑在脾胃，发病机理总在脾运胃纳功能的失常。胃司受纳，脾主运化，脾胃调和，则口能知五谷饮食之味。小儿由于以上各类病因，易造成脾胃受损运纳功能的失常。因病因、病程、体质的差异，证候又有脾运功能失健为主与脾胃气阴不足为主的区别。厌食为脾胃轻症，多数患儿病变以运化功能失健为主，虚象不著，因饮食喂养不当，或湿浊、气滞困脾，脾气失展，胃纳不开。部分患儿素体不足，或病程较长，表现虚证，有偏气虚、有偏阴虚者。脾为阴土，喜燥而恶湿，得阳则运；胃为阳土，喜润而恶燥，以阴为用。故凡脾气、胃阴不足，皆能导致受纳、运化失职而厌食。

### 【临床诊断】

- 1) 长期不思进食，厌恶摄食，食量显著少于同龄正常儿童。

2) 可有暖气、泛恶、脘痞；大便不调等症，或伴面色少华、形体偏瘦、口干喜饮等症，但精神尚好，活动如常。

3) 排除其他外感、内伤慢性疾病。

### 【辨证论治】

#### 一、辨证要点

厌食患儿一般症状不多，辨证要区别以运化功能改变为主，还是以脾胃气阴不足之象已现为主。脾运失健证除厌食主证外，其他症状不多，无明显虚象。脾胃气虚证伴面色少华、形体偏瘦等气虚征象；脾胃阴虚证伴口舌干燥、食少饮多等阴虚征象。若因症状不多而辨证困难时，可重点从舌象分析证候。

#### 二、治疗原则

本病治疗，以脾健不在补贵在运为原则。宜以轻清之剂解脾气之困，拨清灵脏气以恢复转运之机，俾使脾胃调和，脾运复健，则胃纳自开。脾运失健证固当以运脾开胃为主治。若是脾胃气虚证，亦当注意健脾益气而不壅补碍胃，同时佐以助运开胃之品；若是脾胃阴虚证，亦当注意益阴养胃而不滋腻碍脾，同时适加助运开胃之品。在药物治疗同时应注重饮食调养，纠正不良的饮食习惯，才能取效。

#### 三、分证论治

##### 1. 脾运失健

证候：厌恶进食，饮食乏味，食量减少，或有胸脘痞闷、暖气泛恶，偶尔多食后脘腹饱胀，大便不调，精神如常，舌苔薄白或白腻。

分析：脾胃不和，运化失健。脾气通于口，脾胃不和则口不知味，因而食欲减退，饮食乏味，厌恶进食，食量较同龄正常儿童显著减少。脾失健运，中焦气滞则胸脘痞闷，胃气上逆则暖气泛恶，运化不健则偶尔多食

便脘腹饱胀，脾失升清则大便偏稀，胃失降浊则大便偏干。患儿饮食数量虽少而质量常较高，所以一般精神如常，形体尚可。舌苔白腻者为湿困脾阳之象。

治法：调和脾胃，运脾开胃。

方药：不换金正气散加减。常用药：苍术、藿香燥湿运脾，陈皮、砂仁理气助运，鸡内金、焦山楂开胃消食。舌苔白腻加半夏、佩兰燥湿助运；舌苔黄腻加薏苡仁、青蒿清化湿热；腹胀便于加枳实、厚朴理气通导；大便偏稀加山药、焦建曲健脾化食；乳食不化加麦芽、莱菔子。

## 2. 脾胃气虚

证候：不思进食，食不知味，食量减少，形体偏瘦，面色少华，精神欠振，或有大便溏薄夹不消化物，舌质淡，苔薄白。

分析：脾胃气虚，运化力弱。脾虚运化乏力，胃纳不开，故不思进食、食不知味、食量减少；精微转输不足，气虚失养，故形体偏瘦、面色少华、精神欠振。脾弱清气不升，清浊相混，致大便溏薄夹不消化物。舌质淡，苔薄白，为脾胃气虚之症。

治法：健脾益气，佐以助运。

方药：异功散加味。常用药：党参、茯苓、白术、甘草健脾益气，佐以陈皮理气助运、焦建曲消食助运。舌苔白腻加苍术、扁豆燥湿助运；脘腹作胀加木香、香附理气助运；大便稀溏加煨姜、益智仁温运脾阳；水谷不化加山药、焦山楂健脾化食；多汗易感加黄芪、防风固护卫表。

## 3. 脾胃阴虚

证候：不思进食，食少饮多，口舌干燥，大便偏干，小便色黄，面黄少华，皮肤失润，舌红少津，苔少或花剥，脉细数。

分析：脾胃阴虚，失于濡润。胃喜润而恶燥，阴虚而胃腑失濡，受纳、

腐熟功能失职，因而不思进食；脾胃阴虚，津液不足，致大便偏干，口干欲饮，苔少或花剥；水津不布，致皮肤失润，面黄少华，舌上少津；阴虚生内热，致小便色黄，舌质红，脉细数。

治法：滋脾养胃，佐以助运。

方药：养胃增液汤加减。常用药：沙参、石斛、玉竹滋脾养胃，乌梅、白芍、甘草酸甘化阴。佐以香椽皮理气助运而不过于温燥，谷芽、麦芽和中开胃而不过于消削。脾气薄弱加山药、扁豆补益气阴；口渴引饮加天花粉、芦根生津止渴；大便秘结加火麻仁、瓜蒌仁润肠通便；阴虚内热加丹皮、知母养阴清热；夜寐不宁加酸枣仁、莲子心宁心安神。

### 【其他疗法】

#### 一、中成药剂

1. 小儿香橘丹每服 1 丸，1 日 2-3 次。用于脾运失健证。
2. 儿康宁口服液每服 10mL，1 日 3 次。用于脾胃气虚证。

#### 二、针灸疗法

1. 刺四缝常规消毒后刺出血，3 日后重复 1 次。用于脾运失健证。
2. 艾灸足三里每日 1 次。用于脾胃气虚证。

#### 三、推拿疗法

推补脾经 3 分钟，揉一窝风 3 分钟，分阴阳 2 分钟，逆运内八卦 3 分钟，推四横纹 4 分钟，推清天河水 2 分钟。1 日 1 次，14 日为 1 疗程。用于脾运失健证。

### 【预防护理】

#### 一、预防

对儿童，尤其是婴幼儿，要注意饮食调节，掌握正确的喂养方法，饮食起居按时、有度。对先天不足，或后天病后脾弱失运的患儿，要加强饮



食、药物调理，使之早日康复。

## 二、护理

厌食矫治，不可单纯依赖药物。必须纠正不良的饮食习惯，如贪吃零食、偏食、挑食，饮食不按时等。注意少进甘肥厚味、生冷干硬之类食品，更不能滥服补品、补药等。食物不要过于精细，鼓励患儿多吃蔬菜及粗粮。对患儿喜爱的某些简单食物，如豆腐乳、萝卜干等，应允其进食，以诱导开胃。

## 食 积

因小儿喂养不当，内伤乳食，停积胃肠，脾运失司所引起的一种小儿常见的脾胃病证。临床以不思乳食，腹胀噎腐，大便酸臭或便秘为特征。食积又称积滞。与西医学消化不良相近。本病一年四季皆可发生，夏秋季节，暑湿易于困遏脾气，发病率较高。小儿各年龄组皆可发病，但以婴幼儿多见。常在感冒、泄泻、疳证中合并出现。脾胃虚弱，先天不足以及人工喂养的婴幼儿容易反复发病。少数患儿食积日久，迁延失治，脾胃功能严重受损，导致小儿营养和生长发育障碍，形体日渐羸瘦，可转化成疳，故前人有“积为疳之母，无积不成疳”之说。《诸病源候论·小儿杂病诸候》所记载的“宿食不消候”、“伤饱候”是本病的最早记载。其后《活幼心书》和《婴童百问》又分别提出了“积证”和“积滞”的病名。

《保婴撮要·食积寒热》说：“小儿食积者，因脾胃虚寒，乳食不化，久而成积。”明确指出了小儿食积的发生原因。

### 【病因病机】

本病的病因主要是乳食内积，损伤脾胃。病机为乳食不化，停积胃肠，脾运失常，气滞不行。食积可分为伤乳和伤食。伤于乳者，多因乳哺不节，食乳过量或乳液变质，冷热不调，皆能停积脾胃，壅而不化，成为乳积。伤于食者，多因饮食喂养不当，偏食嗜食，饱食无度，杂食乱投，生冷不节；食物不化；或过食肥甘厚腻、柿子、大枣等不易消化之物，停聚中焦而发病。正所谓“饮食自倍，肠胃乃伤”。

乳食停积中焦，胃失和降，则呕吐酸馊不消化之物；脾失运化，升降失常，气机不利，出现脘腹胀痛，大便不利，臭如败卵；或积滞壅塞，腑气不通，而见腹胀腹痛，大便秘结之症。此属乳食内积之实证。

食积日久，损伤脾胃，脾胃虚弱，运纳失常，复又生积，此乃因积致

虚；亦有先天不足，病后失调，脾胃虚弱，胃不腐熟，脾失运化，而致乳食停滞为积，此乃因虚致积。二者均为脾虚夹积、虚中夹实之候。

### 【临床诊断】

#### 一、诊断要点

1. 乳食不思或少思，脘腹胀痛，呕吐酸馊，大便溏泻，臭如败卵或便秘。
2. 烦躁不安，夜间哭闹，或有发热等症。
3. 有伤乳、伤食史。
4. 大便检查，有不消化食物残渣或脂肪球。

#### 二、鉴别诊断

厌食为喂养不当，脾运失健所致。除长期食欲不振，厌恶进食外，一般无暖气酸腐，大便酸臭，脘腹胀痛之症。

### 【辨证论治】

#### 一、辨证要点

1. 辨伤乳、伤食母乳喂养或牛奶喂养的婴儿发病者为伤乳，呕吐或大便中可见较多的乳凝块；普通饮食的幼儿发病者为伤食，多有较明显饮食不节史，呕吐物或大便中可见较多的食物残渣。
2. 辨虚实病程短，脘腹胀痛拒按，或伴低热，哭闹不安，多属实证；病程较长，脘腹胀满喜按，神疲形瘦，多属虚中夹实证。

#### 二、治疗原则

乳食内积之实证以消食导滞为主。脾虚夹积之虚中夹实证以健脾消食，消补兼施为法，积重而脾虚轻者，宜消中兼补法；积轻而脾虚甚者，则用补中兼消法，扶正为主，消积为辅，正所谓：“养正而积自除”。

食积的治疗，除内服药外，推拿及外治疗法亦常运用。

### 三、分证论治

#### 1. 乳食内积

证候：乳食不思，食欲不振或拒食，脘腹胀满，疼痛拒按；或有噎腐恶心，呕吐酸馊乳食，烦躁哭闹，夜卧不安，低热，肚腹热甚，大便秘臭，舌红苔腻。

分析：乳食内积，气机郁滞，故脘腹胀满，疼痛拒按。胃肠不适，则夜卧不安，烦躁哭闹。中焦积滞，胃失和降，气逆于上，则乳食不思，食欲不振或拒食，噎腐恶心，呕吐酸馊乳食；腐秽壅积，脾失运化，则大便秘臭。中焦郁积化热，则有低热，肚腹热甚。舌红苔腻为乳食内积实证之象。

治法：消乳消食，化积导滞。

方药：消乳丸或保和丸加减。常用药：山楂、神曲、莱菔子、麦芽消食化积，陈皮、香附、砂仁理气消滞，茯苓、半夏健脾化湿、消胀除满，连翘清解郁积之热。脘腹胀满疼痛加厚朴、枳实行气消滞宽中；便秘加木香、槟榔消积导滞；重者暂加大黄通腑；呕吐甚者，加姜竹茹清胃降逆止呕；低热、舌红、苔腻微黄，加胡黄连消积清热。

#### 2. 脾虚夹积

证候：神倦乏力，面色萎黄，形体消瘦，夜寐不安，不思乳食，食则饱胀，腹满喜按，呕吐酸馊乳食，大便溏薄、夹有乳凝块或食物残渣，：舌淡红，苔白腻，脉沉细而滑。

分析：脾胃虚弱，中气不运，不能化生精微变为气血，濡养机体，则见神倦乏力，面色萎黄，形体消瘦，唇舌色淡。脾胃虚弱，运纳失职，乳食积滞，气机不畅，故不思乳食，食则饱胀，腹满喜按，上则呕吐酸馊乳食，下则大便溏薄酸臭夹不消化物。胃不和则卧不安。苔白腻，脉沉细而

滑，皆为脾虚夹积之所致。

治法：健脾助运，消补兼施。

方药：健脾丸加减。常用药：党参、白术健脾益气，山楂、神曲、麦芽消食导滞，枳实、陈皮理气消胀，虚实兼顾，消补并施。苔腻、纳呆，加藿香、砂仁化湿醒脾；舌淡、腹胀、便溏，加炮姜、厚朴、苍术温中运脾。

### 【其他疗法】

#### 一、中成药剂

1. 王氏保赤丸每服 1 / 3-1 支，1 日 2-3 次。用于乳食内积证。
2. 枳实导滞丸每服 2-3g，1 日 2-3 次。用于食积重且化热便秘者。
3. 小儿香橘丹每服 2-3g，1 日 2-3 次。用于脾虚夹积证。
4. 小儿健脾丸每服 2-3g，1 日 2—3 次。用于脾虚夹积证。

#### 二、单方验方

1. 炙鸡内金 30g，研细末。每次 1g，每日 2-3 次，开水冲服。用于乳食内积证。

2. 炒黑白丑、炙鸡内金各等份，共研细末。每次 0.5—1s，每日 2 次，开水冲服。用于乳食内积便秘者。

#### 三、药物外治

1. 玄明粉 3g，胡椒粉 0.5g，共研细末。填入脐中，外盖油布或油纸，覆盖消毒纱布，胶布固定，每日换药 1 次。用于食积较重之实证。

2. 炒大黄 30g，芒硝 20g，研粗末。混和装入布袋，外敷患儿脐腹部。用于食积腹胀腹痛便秘者。

3. 酒糟 100g，入锅内炒热，分 2 次装袋，交替放腹部热熨，每日 1 次，每次 2—3 小时。用于脾虚夹积者。

#### 四、饮食疗法

1. 白萝卜 500g，切成细丝挤出汁，炖热后内服。每日 1 剂，分 2 次服。用于食肉过多而致的食积。
2. 槟榔 10g，金橘 3 只。二味打碎入锅，水煎 20 分钟，取汁加白糖适量调味。每日数次，代茶饮。用于小儿食积兼有气滞者。

#### 五、推拿疗法

推揉板门 100 次，清大肠 100 次，揉按中脘 100 次，分推腹阴阳 50 次，摩腹 2 分钟，揉按足三里 100 次，推七节骨 100 次，推脊 10 次，捏脊 3—5 次。乳食内积者，加掐四缝 10 次，拿肚角 3-5 次，或配合刺四缝。脾虚夹积者，加补脾土 100 次，运水人土 100 次。

#### 【预防护理】

##### 一、预防

1. 提倡母乳喂养，乳食宜定时定量，不应过饥过饱。食品宜新鲜清洁，不应过食生冷、肥腻之物。
2. 随着年龄的增长，逐渐添加相适应的辅助食品，不应偏食、杂食，合理喂养。
3. 平时应保持大便通畅，养成良好的排便习惯。•

##### 二、护理

1. 饮食、起居有时，不吃零食，纠正偏食，少吃甜食，更不要乱服滋补品。
2. 呕吐者可暂禁食 3-6 小时，或给予生姜汁数滴，加少许糖水饮服。腹胀者揉摩腹部。可用粟米饭焦锅巴，研细粉。每次 5—10g，每日 2 次，用糖开水冲调服，有助运消食之功。

## 疳 证

由于喂养不当，或因多种疾病的影响，导致脾胃受损，气液耗伤而形成的一种小儿慢性病证。临床以形体消瘦，面黄发枯，精神萎靡或烦躁，饮食异常，大便不调为特征。本病相当于西医学营养不良。

“疳”有两种含义：一为“疳者甘也”，谓其病由恣食肥甘厚腻所致；二为“疳者干也”，是指病见气液干涸，形体干瘪消瘦的临床特征。前者言其病因，后者言其病机和症状。由于本病起病缓慢，病程较长，迁延难愈，严重影响小儿生长发育，甚至导致阴竭阳脱，卒然而亡。故前人视为恶候，列为儿科四大要证之一。

疳之病名，首见于《诸病源候论·虚劳骨蒸候》：“蒸盛过伤，内则变为疳，食人五脏。”指出疳为内伤慢性疾病，病可涉及五脏。嗣后，历代医家多有阐述。《颅凶经》列举了 17 种不同的疳病。《小儿药证直诀·脉证治法》：“疳皆脾胃病，亡津液之所作也”。明确指出疳证之病位、病机变化主要在脾胃。关于疳证的命名与分类，历代医家认识不一，《证治准绳·幼科》集诸家之论，列举疳证 61 候；《医宗金鉴·幼科心法要诀》又重新划分为疳证 19 候。总的归纳起来，大致有：①按五脏命名：如肝疳、心疳、脾疳、肺疳、肾疳。②按病因命名：如热疳、冷疳、哺露疳、食疳、蛔疳等。③按病位命名：如外疳、内疳、口疳、牙疳、眼疳、鼻疳、脑疳、脊疳等。④按病情分类：如疳气、疳虚、疳极、干疳等。⑤按病证命名：如疳泻、疳痢、疳肿胀、疳渴、疳嗽、丁奚疳等。众说不一，临床难以掌握运用。目前参照古代文献资料，结合病程和病情，执简驭繁，将疳证分为疳气、疳积、干疳三类。以前由于生活水平低下，本病发病率较高，可见于各年龄儿童，且无明显的季节性。随着生活水平和医学水平的提高，本病发病率逐渐降低，病情也逐渐减轻。目前，本病多见于 5 岁以下儿童，

且以疳气为主，干疳少见。

### 【病因病机】

本病病因主要为喂养不当，疾病影响，以及先天禀赋不足。

喂养不当乳食不节，喂养不当，是疳证最常见的病因，由于小儿乳食不知自节，“脾常不足”，常由乳食太过或不及所伤。太过是指乳食失节，饥饱无度，过食肥甘厚腻之品，生冷不洁之物，以致食积内停，积久成疳，正所谓：“积为疳之母，无积不成疳”。不及是指乳食喂养不足，如小儿生后缺乳，过早断乳，未及时添加辅食，以及因食物数量、质量不足，或偏食、挑食，使营养精微摄取不足，气血生化乏源，不足以濡养脏腑肌肤，日久成疳。

疾病影响多因小儿长期患病，反复感染，或经常呕吐，慢性腹泻，或时行热病，病后失调，津液受伤，均导致脾胃虚弱，化生不足，气血俱虚，阴液消耗，久则致成疳证。

禀赋不足父母精血不足，或孕妇患病遗害胎儿，或孕期用药损伤胎儿，以致早产、难产、出生低体重等。先天禀赋不足，脾胃功能薄弱，运化不健，水谷精微摄取不足，形成疳证。

疳证的病因虽有不同，但病变部位总在脾胃，其主要的病机变化是脾胃虚损，津液消亡。病机属性以虚为本。脾胃同居中焦，阴脏阳腑，相互络属，共同完成饮食物的消化、吸收、利用。胃主受纳腐熟，脾主运化输布，使水谷之精微化生气血，濡养全身。脾胃不健，生化乏源，气血不足，故临床可出现面黄肌瘦，毛发枯黄，饮食异常，大便不调等疳证之象。脾胃病变有轻有重，初起病情尚轻，仅表现脾胃不和，运化失健的证候，称为疳气，正如《证治准绳·幼科》所言：“发作之初，名曰疳气”。若病情进一步发展，脾失健运，积滞内停，壅滞气机，即为疳积。久则脾胃虚



损，津液消亡，气血俱衰，导致干疳。

疳证日久，气血虚衰，全身失养，必累及其他脏腑受病，而出现兼证。如脾病及肝，肝开窍于目，肝血不足，肝之精气不能上荣于目，可见两目羞明，眼珠混浊，白翳遮睛之“眼疳”；脾病及心，心开窍于舌，心火内炽，循经上炎，则见口舌糜烂或生疮之“口疳”；脾病及肺，土不生金，肺气受损，则易反复外感，或出现咳嗽、潮热等“肺疳”；脾病及肾，肾主骨，肾精不足，骨失所养，久则骨骼畸形，出现“鸡胸”、“龟背”、肋缘外翻等“骨疳”；脾病日久，中阳失展，气不化水，水湿泛滥肌肤，出现全身浮肿之“疳肿胀”等。脾虚气不摄血，血溢脉外，可见皮肤紫斑出血；甚则脾虚衰败，元气耗竭，阴阳离绝而卒然死亡。

### 【临床诊断】

#### 一、诊断要点

1. 饮食异常，大便干稀不调，或肚腹膨胀等明显脾胃功能失调者。
2. 形体消瘦，体重低于正常值 15%-40%，面色不华，毛发稀疏枯黄。严重者形体干枯羸瘦，体重可低于正常值 40% 以上。
3. 兼有精神不振，或好发脾气，烦躁易怒，或喜揉眉擦眼，或吮指磨牙等症。
4. 有喂养不当或病后失调，及长期消瘦病史。
5. 贫血者，血红蛋白及红细胞数都减少。出现肢体水肿，属于营养性水肿者，血清总蛋白量大多在 45g / L 以下，血清白蛋白常在 20g / L 以下。

#### 二、鉴别诊断

1. 厌食以长时期的食欲不振，厌恶进食为特征，无明显消瘦，精神状态尚好，病在脾胃，不涉及它脏，一般预后良好。
2. 食积以不思乳食，腹胀暖腐，大便酸臭或便秘为特征，虽可见形体

消瘦，但没有疳证明显，一般病在脾胃，不影响它脏。二者有密切的联系，食积日久可致疳证，正如《证治准绳·幼科》所言：“积是疳之母，所以有积不治乃成疳候”。但疳证并非皆由食积转化而成。疳夹有积滞者，称为疳积，。

## 【辨证论治】

### 一、辨证要点

1. 辨病因疳证的病因有饮食喂养不当，多种疾病影响及先天禀赋不足等，临床上多种原因互相掺杂，应首先辨别其主要病因，掌握重点，以利指导治疗。

2. 辨轻重虚实疳证之初期，症见面黄发稀，易发脾气，多见厌食，形体消瘦，病情尚浅，虚象较轻；疳证发展，出现形体明显消瘦，并有肚腹膨胀，烦躁激动，嗜食异物等，病情较重，为本虚标实；若极度消瘦，皮肤干瘪，大肉已脱，甚至突然虚脱，为疳证后期，病情严重，虚极之证。

3. 辨兼证疳证的兼证主要发生在于疳阶段，临床出现眼疳、口疳、疳肿胀等。皮肤出现紫癜为疳证恶候，提示气血皆干，络脉不固。疳证后期干疳阶段，若出现神萎面黄，杳不思纳，是阴竭阳脱的危候，将有阴阳离绝之变，须特别引起重视。

### 二、治疗原则

疳证的治疗原则总以顾护脾胃为本。如饮食尚可，则胃气尚存，预后较好；如杳不思纳，则脾胃气竭，预后不良。正所谓：“有胃气则生，无胃气则死”。临床根据疳证的不同阶段，采取不同的治法，疳气以和为主，疳积以消为主或消补兼施，干疳以补为主。出现兼证应当随证治之。

### 三、分证论治

#### （一）主证

## 1. 疳气

证候：形体略较消瘦，面色萎黄少华，毛发稀疏，食欲不振，或能食善饥，大便于稀不调，精神欠佳，易发脾气，舌淡红，苔薄微腻，脉细。

分析：脾胃失健，水谷精微化生气血不足，形体失于充养，故见形瘦，面色少华，毛发稀疏，精神欠振。脾胃失和，则饮食不香，甚则厌食；清气不升则便溏，浊气不降则便秘，故大便时干时稀。若胃火偏亢则能食善饥；脾虚肝旺则易发脾气。

治法：和脾健运。

方药：资生健脾丸加减。常用药：党参、白术、山药益气健脾，茯苓、薏苡仁、泽泻健脾渗湿，藿香、白蔻仁醒脾开胃，山楂、神曲、麦芽消食助运。腹胀暖气，厌食，苔厚腻者，去党参、白术、山药，加苍术、陈皮、鸡内金运脾燥湿，理气宽中，消食助运。大便溏加少量炮姜温运脾阳；大便干加决明子、莱菔子润肠通便；能食善饥，易发脾气，加胡黄连、决明子清火除烦。

## 2. 疳积

证候：形体明显消瘦，面色萎黄无华，肚腹膨胀，甚则青筋暴露，毛发稀疏如穗，精神不振或易烦躁激动，睡眠不宁，或伴揉眉挖鼻，咬指磨牙，动作异常，食欲不振或多食多便，舌淡，苔薄腻，脉沉细。

分析：本证多由疳气发展而来，积滞内停，壅滞气机，阻滞肠胃，或夹有虫积，导致脾胃为病，属于虚实夹杂的证候，其本为虚，其标为实，形瘦面黄为虚，腹大膨胀为实。疳之有积无积，在于腹之满与不满，腹满者多有积滞。虫积者腹中可扪及索条状痞块，推之可散；食积者脘腹胀满，叩之音实；气积者大腹胀满，叩之如鼓；血积者右肋下痞块质硬，腹胀青筋显露。病久脾虚，气血生化乏源，故形瘦面色无华，发稀结穗。胃有虚

火，脾虚失运，即胃强脾弱，则多食多便，饮食不为所养而消瘦。心肝之火内扰，则睡眠不宁，脾气急躁易怒。

治法：消积理脾。

方药：消痞理脾汤加减。常用药：三棱、莪术化瘀破积，茺莢、槟榔、使君子杀虫消积，青皮、陈皮理气燥湿和中，黄连、胡黄连、灯心清火除烦，麦芽、神曲消食导滞助运，甘草调和诸药。若无虫积，去茺莢、使君子；食积为主，加苍术、鸡内金运脾消积；腹胀疼痛加枳实、木香行气止痛；脾虚多、食积少，加党参、白术、山药健脾益气，或用肥儿丸加减；性情急躁易怒，动作异常，加决明子、钩藤、白芍清火柔肝；飧泄清谷加炮姜、肉果温运脾阳；舌红，苔剥，口干者，去黄连，加石斛、沙参、麦冬养阴生津。

### 3. 干疳

证候：极度消瘦，呈老人貌，皮肤干瘪起皱，皮包骨头，精神萎靡，啼哭无力且无泪，毛发干枯，腹凹如舟，杳不思纳，大便稀溏或便秘，时有低热，口唇干燥，舌淡或光红少津，脉沉细弱。

分析：本证为疳之重候，出现于疳之后期，皆由脾胃衰败，津液消亡，气血俱虚所致。，脾虚气衰，故精神萎靡，啼哭无力；胃气衰败，则杳不思纳；脾虚不运，则大便稀溏；阴液耗竭，上则口唇干燥、啼哭无泪、舌光红少津，下则肠失濡润而便秘；阴亏生内热，则时有低热。

治法：补益气血。

方药：八珍汤加减。常用药：党参、白术、茯苓、炙甘草补气健脾，当归、熟地、白芍滋阴养血，川芎行气活血以冀气血游布全身。面舌淡，脾阳虚者，去熟地、白芍，加炮姜、附子温阳助运；舌干红，无苔，加乌梅、石斛、麦冬酸甘化阴；杳不思纳加陈皮、砂仁、焦山楂鼓舞胃气，醒

脾助运；时有低热，汗出不温者，合桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗。

## （二）兼证

出现于疳积重证和干疳阶段，常见的有以下几种：

### 1. 眼疳

证候：两目干涩，畏光羞明，时常眨眼，眼角赤烂，目睛失泽，甚则黑睛混浊，白睛生翳，夜晚视物不清等。

分析：脾病及肝，肝之阴血不足，不能上荣于目，故两目干涩，畏光羞明，目睛失泽，黑睛混浊，白睛生翳，夜晚视物不清；肝阴不足，肝火上炎，故眼角赤烂；土虚木旺，则时常眨眼。

治法：养血柔肝，滋阴明目。

方药：石斛夜光丸加减。常用药：石斛、天冬、麦冬、生地、枸杞子滋补肝肾，青葙子、菊花、黄连清热泻火明目，牛膝引火下行，茯苓益气健脾，川芎、枳壳行气活血。夜盲加服羊肝丸。

### 2. 口疳

，证候：口舌生疮，口腔糜烂，秽臭难闻，面赤唇红，烦躁哭闹，小便黄赤，或发热，舌红，苔薄黄，脉细数。

分析：口为脾之窍，舌为心之苗，疳证日久，脾病及心，心火上炎，熏蒸口舌，故口舌糜烂生疮，发为口疳。心火上炎，则面赤唇红，烦躁哭闹；心热移于小肠，则小便黄赤。

治法：清心泻火。

方药：泻心导赤汤加减。常用药：黄连、灯心草、朱茯苓、甘草梢清热解毒泻心火，木通清心利尿，淡竹叶、连翘清心除烦，生地、玄参、麦冬滋阴凉血生津。外用冰硼散或珠黄散搽口腔患处。

### 3. 疳肿胀

证候：足踝、目胞浮肿，甚则四肢浮肿，按之凹陷难起，小便短少，面色无华，全身乏力，舌质淡嫩，苔薄白。

分析：疳证日久，脾气虚弱，中阳不振，水湿不运，泛滥肌肤，而致足踝、目胞、四肢浮肿，按之凹陷难起，小便短少；面色无华、全身乏力，舌淡嫩，苔薄白，均为脾虚气弱之象。

治法：健脾温阳利水。

方药：防己黄芪汤合五苓散加减。常用药：黄芪、白术、甘草补气健脾，桂枝温阳通经，茯苓、猪苓、泽泻、防己健脾渗湿利水，生姜、大枣和中安胃，调和营卫。四肢不温，腰以下肿甚，偏于肾阳虚者，加附子、干姜温肾阳以利水，或用真武汤加减治疗。

### 【其他疗法】

#### 一、中成药剂

1. 健脾肥儿片每服 4—6 片，1 日 3 次。用于疳积脾虚夹虫积者。
2. 十全大补丸每服 2-4g，1 日 3 次。用于干疳气血两虚者。

#### 二、单方验方

1. 消疳丸三棱、莪术、炒五谷虫、胡黄连、炒鸡内金各 30 凹 g，甘草 2000g。上药共研细末，过 120 目筛，水泛为丸。1 岁以内每次 2g，1—2 岁 3g，3 岁以上 5g，均每日 3 次，空腹服。用于疳积证。

2. 鸡肝 1 具（或猪肝 30g），苍术 6g，煮熟，食肝喝汤。每日 1 次，连服 2 周。用于眼疳。

#### 三、推拿疗法

推三关，退六腑，推脾土，•推板门，运土入水，揉阴陵泉，揉足三里，分腹阴阳，摩‘腹，推脊，捏脊。每次 15-20 分钟，每日 1 次。用于疳气。

## 【预防护理】

### 一、预防

1. 合理喂养婴儿应尽可能用母乳喂养，按时添加辅食；纠正不良饮食习惯，注意营养平衡及饮食卫生。
2. 防止疾病影响积极防治脾胃疾病和寄生虫病，及时矫治先天性畸形如兔唇、腭裂，做好病后调养和护理。

### 二、护理

1. 定期测量患儿身高和体重，观察病情变化。
2. 对重症疳证患儿要注意观察面色、精神、饮食、二便、哭声等情况，防止发生突变。
3. 做好重症患儿的皮肤、口腔、眼部护理，防止发生褥疮、口疳、眼疳。
4. 根据病情需要配制相应食谱，如疳肿胀患儿，可吃乌鱼汤，以利疾病早日康复。

## 鹅口疮

鹅口疮由白色念珠菌引起的口腔黏膜炎症，又名口腔念珠菌病，是婴幼儿时期常见的口腔炎，尤其在新生儿期较为常见。

### （一）诊断

1. 病因 准妈妈产道有念珠菌感染，出生时经过产道感染；婴幼儿长期盲目使用抗生素，类固醇药物，造成婴幼儿体内正常菌群的紊乱；乳头不洁或喂养者的手指伸入婴幼儿口腔内，婴幼儿用品未及时清洁消毒及忽略口腔清洁均是引起鹅口疮的常见原因。

2. 临床表现 口腔粘膜出现乳白色、微高起斑膜，周围无炎症反应，形似奶块。无痛，擦去斑膜后，可见下方不出血的红色创面。斑膜面积大小不等，可出现在舌、颊、腭或唇内粘膜上。有时波及咽部，使用一般抗生素可加重病情，促其蔓延。重者可向咽喉等处蔓延，影响吮乳及呼吸，可伴低热，拒食，吞咽困难。

3. 多见于新生儿、久病体弱儿，或长期使用抗生素者。

4. 取白屑少许涂片镜检，可见念珠菌的菌丝及孢子。

### （二）鉴别诊断

本病应与滞留奶块相鉴别。口腔滞留奶块，其状虽与鹅口疮相似，但用温开水或棉签轻拭，即可移动、除去奶块。而本病白屑不易擦去，若用力擦去，其下面的粘膜潮红、粗糙。

### （三）治疗

1. 可用 2%-5%碳酸氢钠溶液于哺乳前后清洁口腔。

2. 局部涂制霉菌素鱼肝油混悬溶液，每日 2-3 次。

3. 如有长期服用抗生素需要，应在医生指导下使用，婴儿室应注意隔离和哺乳用具和玩具的消毒，以预防传播。





## 小儿腹痛

腹痛是小儿时期最常见的症状之一。引起腹痛的原因很多，几乎涉及各科疾病。既可以是腹内脏器病变，也可以是腹外病变；可以是器质性的，也可以是功能性的；可以是内科疾患，也可以是外科疾患，甚至最初为内科疾患，以后病情发展而以外科情况为主。

### （一）诊断

应结合病史和体格检查，进行全面分析，必要时辅以实验室检查或其他检查，尽快作出早期、正确的诊断。

#### 1. 病史

（1）年龄：不同年龄小儿的腹痛，其好发疾病亦各异。如肠痉挛多见于3个月以下的幼婴，常由于喂养不当或吞咽空气过多所致；肠套叠、嵌顿性疝以及肠道感染多见于两岁内小儿；急性阑尾炎、肠道寄生虫病则相对少见；胃肠道感染、肠寄生虫病、肠系膜淋巴结炎、胆道蛔虫病、大叶性肺炎、腹型癫痫，过敏性紫癜等以年长儿为多见。

（2）腹痛发生的急缓：起病急缓对鉴别诊断往往具有重要意义。发病急骤或阵发性加剧者常为外科性疾病，如急性阑尾炎、绞窄性肠梗阻、胃肠道穿孔、肠套叠及腹股沟疝嵌顿等；发病缓慢而疼痛持续者常为内科性疾病，如肠蛔虫症、胃及十二指肠溃疡、肠炎及病毒性肝炎等。但要注意有时慢性腹痛和急性腹痛的病因可以相同，这是因为疾病在不同阶段其性质发生变化所致，如溃疡病原属慢性腹痛，在合并穿孔时即为急腹症。故对原有慢性腹痛者，如腹痛转为持续性或突然剧痛，应注意急腹症的可能。

（3）腹痛的性质：腹痛可为阵发性疼痛、持续性疼痛或轻度隐痛。阵发性疼痛或绞痛有梗阻性疾病；若局部喜按或热敷后腹痛减轻者，常为胃、肠、胆管等空腔脏器的痉挛；持续腹痛加剧多见于胃肠穿孔；持续性钝痛，改

变体位时加剧、拒按，常为腹腔脏器炎症、包膜牵张，肿瘤以及腹膜脏层受到刺激所致；隐痛多见于消化性溃疡；放射性疼痛为一个局部病灶通过神经或邻近器官而波及其他部位的疼痛如大叶性肺炎引起同侧上腹部疼痛；腹痛伴排粪或排尿困难，可能为粪块堵塞或尿路感染、结石。总之，腹部器质性病变的疼痛特点为：①持续性钝痛，阵发性加剧；②局部压痛明显；③有腹肌紧张；④肠鸣音异常。

（4）腹痛的部位：一般腹痛的部位与病变的部位相一致。右上腹痛常见胆道蛔虫症、病毒性肝炎以及同侧的胸膜病变或大叶性肺炎；剑下疼痛见于消化性溃疡；右下腹痛以阑尾炎及肠系膜淋巴结炎等可能性最大；左下腹痛要想到便秘或菌痢的可能性；脐部疼痛以肠蛔虫症及急性肠炎为多见；全腹剧烈疼痛，伴高热及全身中毒症状者，多提示原发性腹膜炎；沿输尿管部位的绞痛，伴腰痛者，应多考虑尿路结石的可能。但有的疾病，起病时的疾病部位可能与病变部位不同，如阑尾炎最早可在脐周、中上腹痛，6-12 小时后转移局限于右下腹痛。

（5）伴随症状：应注意腹痛与发热的关系。先发热，后腹痛多为内科疾病如上呼吸道感染、扁桃体炎常并发急性肠系膜淋巴结炎；先腹痛，后发热多为外科疾病，如急性阑尾炎、继发性腹膜炎等。更应注意腹痛与伴随症状属于哪个系统：如腹痛伴发热，咳嗽则为呼吸系统疾病；伴恶心，呕吐、腹泻，便血或呕血等多为胃肠道疾病；伴尿频、尿痛，血尿或脓尿者，多为泌尿道疾患；但阑尾脓肿、髂窝脓肿也见有泌尿道刺激症状或里急后重等肠壁刺激症状，须注意鉴别；伴黄疸者多系肝胆疾病；阵发性腹痛伴有频繁呕吐，明显腹胀，不排气及不排粪者，常提示肠梗阻；急性腹痛伴中毒性休克多见于胃肠穿孔、急性坏死性肠炎、急性胰腺炎、卵巢囊肿扭转；腹痛剧烈不敢翻动体位且拒按者，常有局限性或弥漫性腹膜刺激症，

如阑尾炎，腹膜炎等。

（6）既往史:应详细询问患儿既往有无类似腹痛发作，大便排虫和皮肤紫癜史，应了解发病前有无外伤，饮食卫生和进食何种食物等，均有助于腹痛原因的诊断。

## 2. 体检

除测体温、脉搏、呼吸、血压外，应注意观察小儿的面色、表情、体位和精神状态，须仔细进行全身体格检查，尤以腹部检查对诊断更有帮助。

### （1）腹部检查

a. 视诊：注意有无腹胀，肠型，肠蠕动波和腹式呼吸。若有明显肠型或蠕动波者，提示有肠道梗阻可能；若伴有明显腹胀者，应考虑肠炎，机械性或麻痹性肠梗阻等；弥漫性腹膜炎时，腹式呼吸常受限。

b. 听诊：正常肠鸣音，每分钟 1～5 次。肠鸣音减少或消失，可能为肠麻痹；肠鸣音不规则的亢进，提示有肠道感染可能；肠鸣音高亢、气过水声、金属音则常表示肠梗阻的存在。

c. 叩诊：腹胀明显者应检查肝浊音是否消失；有无移动性浊音，对腹腔脏器破裂、出血、穿孔的诊断甚为重要；鼓音明显者提示肠腔充气，有梗阻可能。肝浊音区消失是穿孔的表现。

d. 触诊:腹部触诊是关系到能否正确诊断的重要环节。触诊检查时，应注意以下几点：

①争取小儿合作接受检查，幼婴可利用玩具或吸奶；年长儿力求让患儿自己用一个手指，指明疼痛部位或范围；

②不合作者，可于啼哭吸气时检查或待病儿睡眠时进行检查；

③检查者应态度和藹，手宜温暖，动作轻柔缓慢；

④检查应由非疼痛部位开始，逐渐移向疼痛部位，要反复对比各部位

的反应，找出压痛及紧张部位、范围和程度，可疑时应反复检查，最好能争取在小儿安静时或入睡后再次检查。应强调三层（轻、中、重）检查法，在施行检查中要观察各种手法时，患儿面部表情、局部拒按、哭叫程度是否严重。若全腹柔软，疼痛部位不固定，基本可排除外科急腹症。阑尾炎，右下有明显压痛，同时有反跳痛、肌紧张；全腹肌紧张伴压痛及反跳痛者，提示有腹膜炎存在或腹内空腔脏器有穿孔；腹内触及肿块者对疼痛的诊断有重要意义，肠套叠可于右上腹或脐上方触及腊肠样肿物；蛔虫性肠梗阻，常有腹痛缓解时，于脐周触及不规则的条索状物；急性肠系膜淋巴结炎，有时可在右下腹触及肿大的淋巴结；先天性肥大性幽门狭窄，可于肋下缘与右腹直肌间触及橄榄样肿块。

## （2）其他检查

注意皮肤出血点，瘀斑，黄疸有助于流行性脑脊髓膜炎、败血症、紫癜及肝胆疾病引起腹痛的诊断；心肺检查可协助诊断大叶性肺炎、胸膜炎，心脏疾患所致腹痛的诊断；检查腹股沟，以免漏诊嵌顿性疝；疑有急腹症时应作肛指检查，注意穹窿处有无触痛（腹膜炎）、肿块（卵巢囊肿扭转）及血便（肠套叠）。

## 3. 辅助检查

根据病史、临床表现及体检结果，有针对性地选择下列检查。

### （1）实验室检查

血液和大小便常规检查，如血红蛋白及红细胞逐渐下降，须警惕内出血的存在；白细胞总数升高常提示炎症性病变；观察粪便性质有助于肠道感染和肠套叠的诊断；尿内有较多红细胞或脓细胞提示尿路感染。必要时需检测血和尿的胰淀粉酶等。

### （2）×线检查

胸部 x 线检查可显示肺、胸膜及心脏病变；腹部透视和摄片检查，如发现膈下游离气体，提示胃肠穿孔；肠内有梯形液体平面，肠腔内充气较多，提示肠梗阻；若疑及肠套叠可作空气灌肠以协助诊断和复位治疗，但疑有内脏穿孔者禁用；疑有尿路病变可摄腹腹部平片或作静脉肾盂造影。

### （3）B 型超声及其他检查

疑有胆石症、肝脓肿、膈下脓肿时作腹部超声检查；疑有腹型癫痫可作脑电图；疑腹腔有积液或出血，可进行腹腔诊断性穿刺，吸取液体进行常规检查和细胞学检查，可以确定病变性质。

## （二）治疗

### 1. 病因治疗

根据病因作相应处理。如肠痉挛给予解痉剂；胆道蛔虫症或蛔虫性部分肠梗阻，可用解痉止痛药等治疗；炎性疾病应根据病因，选用有效抗生素治疗；外科急腹症应及时手术治疗。

### 2. 对症处理

（I）有水 and 电解质紊乱或休克者，应及时纠正水、电解质失衡及抗休克治疗。

（2）病因诊断未明确前，禁用吗啡、杜冷丁、阿托品等药物，以免延误诊断；疑有肠穿孔、肠梗阻或阑尾炎者，禁用泻剂或灌肠；止痛可用一般镇静剂或针刺治疗。

## 小儿遗尿

小儿遗尿是指 5 岁以上的儿童在日间和(或)夜间还不能控制自己的排尿,出现的间歇性排尿控制障碍。通常 3.5 岁儿童能完全控制日间排尿,至 4.5 岁时夜间排尿也得到控制,5 周岁时,约 85%的儿童无夜间遗尿。5%的夜间遗尿病例有器质性疾病;极大多数遗尿儿童没有心理障碍,但遗尿会影响儿童自信,导致家庭紧张和社交孤立。一般遗尿不需要紧急处理,但如伴有尿急、尿频、烦渴、小便不利或发热,则需采尿液检查感染、尿糖和比重等。

### （一）诊断

1. 反复的尿床或尿湿衣服(无论是不自主的或故意的)。
2. 这种行为表现达每周 2 次,至少连续 3 个月或存在严重的精神压力或损害社会交往,学业 (职业),或其他的功能受损。
3. 年龄已满 5 岁(或达到相应的发育水平)。
4. 排除由于物质的生理作用(如利尿剂)或常见医学疾病(如糖尿病、脊柱裂、惊厥性疾病)。
5. 特殊分型:①单纯夜间遗尿;②单纯日间遗尿;③昼夜遗尿混合型。
6. 夜间合并日间遗尿的儿童(昼夜遗尿混合型)更可能合并有其他症状,如尿急、尿频、尿失禁、便秘或遗粪症,和反复的泌尿道感染史。
7. 男孩夜间遗尿的发生率是女孩的 2 倍,而日间遗尿更常见于女孩。
8. 辅助检查:尿常规,肝肾功能,血糖,电解质检查,腹部超声及骶尾部正位 X 线

### （二）治疗

1. 目前的治疗方法有行为治疗和药物治疗。行为治疗主要有膀胱功能训练和报警器治疗。药物治疗以人工合成抗利尿激素和抗胆碱能药物使用

较多。

2. 每种治疗方法均有一定的局限性,行为治疗疗效相对稳定,但需家长及患儿具有良好的依从性;药物治疗起效快,但易复发。任何单一的治疗方法效果均欠佳,因此,联合治疗遗尿症是当前国内外临床研究的主流方向,很有必要对遗尿症采取联合治疗的手段。