

小儿百日咳\_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/609/2021\\_2022\\_\\_E5\\_B0\\_8F\\_E5\\_84\\_BF\\_E7\\_99\\_BE\\_E6\\_c22\\_609115.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E7_99_BE_E6_c22_609115.htm) 百日咳 (pertussis, whooping cough) 是由百日咳嗜血杆菌引起的小儿急性呼吸道传染病，飞沫传染。临床以阵发性痉挛性咳嗽，咳后有深长的“鸡鸣样”回声为特点，常伴呕吐。婴儿无回声，常发生窒息及合并肺炎。6岁以下小儿易受感染，6个月以内婴儿无免疫力，计划免疫后，百日咳发病率下降97%。本症在我国已几近消灭。【诊断】(一) 流行病学史发病前1~3周有百日咳接触史。(二) 临床表现分3期：1. 初咳期7~10天，病初很像上呼吸道感染，低热、咳嗽、流涕等。2. 痉咳期咳嗽由轻转重或典型的阵发性痉挛性咳嗽且带回声似鸡鸣样，每次发作咳嗽十数声至数十声后暂停，伴以深长吸气，因声门痉挛狭窄故发出特殊的高调的吼鸣，反复发作，常引起呕吐，伴面赤、流泪、流涕，此期面部及结膜下皆可有出血，舌系带溃疡，压舌或刺激咽部可诱发阵咳发作。此期最长，约9周。3. 恢复期2~3周，阵咳消退至完全不咳，但遇刺激仍可诱发阵咳。(三) 实验室检查1. 血象白细胞总数及淋巴细胞比例显著增高。2. 细菌培养发病第1~2周由鼻咽培养，第2~3周由飞沫培养可得到百日咳菌的证明，可用咳碟法，使飞沫直接咳在培养皿上。3. 免疫荧光法鼻咽拭子作涂片，与吸附荧光的特异抗体作用后，在荧光显微镜下可查见病原菌。4. 血清学试验可作凝集试验及补体结合试验，自发病2~3周开始可呈阳性。5. 免疫学检查用酶标法测百日咳杆菌的igm、igg和iga抗体，部分病人细菌培养阴性者

也可阳性，3个月以下的小婴儿则测不到上述抗体。【鉴别诊断】肺门淋巴结结核出现压迫症状时可引起阵发性痉挛性咳嗽，也可有回声，结核菌素试验及肺部x线检查有助于诊断。

【治疗】（一）一般治疗充分休息及足够睡眠，保持居室空气新鲜，避免一切刺激诱发患儿痉咳，由于痉咳而影响睡眠者要给予镇静剂。饮食宜少量多餐，进食营养丰富易消化的食物，呕吐后要重喂，注意各种维生素和钙剂补充，避免由于病程长而发生营养不良。（二）抗生素首选红霉素，用量 $30 \sim 50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，连服 $7 \sim 10$ 天，分4次口服，百日咳杆菌对红霉素最敏感。也可用氯霉素 $30 \sim 50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，疗程同前，但要注意血象变化，一旦出现骨髓抑制现象要及时停药。氨苄青霉素 $100 \sim 50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，分2次肌肉注射或静脉点滴，卡那霉素及复方新诺明(smz-tmp)亦有疗效，疗程均为 $7 \sim 10$ 天，用药时要注意毒副作用。在卡他期用抗生素治疗能缩短病程甚至阻断痉咳发生。如痉咳期用药不能缩短病程，但可减短排菌期，预防继发感染，如用药1周后病情未好转反加重者，应考虑换抗生素种类并要注意是否其他病原所致的继发感染。（三）对症治疗镇咳、祛痰、雾化吸入糜蛋白酶和5%碳酸氢钠混合液，每日多次。（四）大蒜糖浆用于轻症及年长儿，1%的大蒜糖浆 $2 \sim 8\text{ml}$ ，每日 $3 \sim 5$ 次，8岁以前每岁多 $1\text{ml}$ 。（五）其他疗法1.痉咳严重及重症幼婴，可给泼尼松 $1 \sim 2\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，连续 $3 \sim 5$ 日，也可应用高效价百日咳免疫球蛋白，剂量为 $1.25\text{ml}/\text{d}$ 。2.试用维生素 $\text{K}_1$ 一般用量为 $1 \sim 5$ 岁者 $50\text{mg}/\text{d}$ 肌肉注射。本品具有解除平滑痉挛之作用，故有缓解痉咳之疗效。【预防】（一）隔离患儿40天，接触者检疫21天，服红霉素 $3 \sim 5$ 天。（二）按时接种百、白、破三联

疫苗。注射后数周可产生免疫力，维持2~5年。

## 第二十章 流行性脑脊髓膜炎

### 流行性脑脊髓膜炎 (epidemic cerebrospinal meningitis)

简称流脑，是由脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎。

【诊断】

(一) 流行病学史 每于冬末开始，春季(2~4月)发病率高，夏初即下降。

(二) 临床表现

1. 潜伏期 一般为2~3天。
2. 上呼吸道感染期 主要表现为上呼吸道炎症。多数患者即中止于此期。少数患者未经治疗或机体抵抗力减低，病原菌侵入血循环而进入菌血症期。
3. 菌血症期 起病急骤，突发高热，恶心、呕吐，头痛及全身疼痛，幼儿可发生惊厥。精神萎靡，面色灰白或发绀。数小时后由于细菌栓塞毛细血管及毒素损坏血管壁而于身体各处出现出血性皮肤病，大小不一，自针尖大至1~2cm不等，也可见于口腔粘膜或结合膜，继之融合成瘀斑或大片。此期一般不超过48小时。
4. 脑膜炎期 主要表现为急性感染症状和脑膜刺激症状。患儿表现烦躁不安、嗜睡或睡眠不安，易激惹，双目凝视、发呆、惊厥，婴儿可有囟门紧张。由于病情轻重不同而分为以下几型。
  - (1) 普通型：较多见，约占90%。起病急骤，突发高热，可达40℃，伴有寒战、疲乏、厌食、继之出现反复呕吐、头痛，呕吐为喷射性，烦躁不安、激动、全身酸痛，嗜睡，神志恍惚，惊厥，甚至昏迷、大小便失禁。呼吸可不规则，早期皮肤上可见出血点或瘀斑，3日后可在口腔、唇周等处出现疱疹。前囟紧张隆起，颈强直，克氏征、布氏征阳性，膝腱反射亢进，浅反射消失，巴氏征、踝阵挛阳性。
  - (2) 轻型：多见于流行末期，病势较轻，发热不高，神志清楚，亦无瘀斑，多于2~3日内痊愈。
  - (3) 暴发型：起病急骤，进展快，病情凶险，中毒症状严重。根据临床特点又可分为

休克型（在发病24小时内出现休克和循环衰竭）、脑膜脑炎型（发病急，很快出现颅内压增高、脑水肿、脑疝）和混合型（兼有休克和脑膜脑炎症状）。（3）慢性型：多因未经充分恰当治疗，小儿较少见。（三）实验室检查1．血象白细胞增高可达 $20 \sim 40 \times 10^9/l$ ，中性粒细胞可高达90%。2．脑脊液检查压力增高，外观混浊如米汤样，白细胞多在 $1 \times 10^9/l$ 以上，中性粒细胞为主，蛋白质增加，糖和氯化物降低。3．病原学检查用皮肤出血点涂片或新鲜脑脊液检查找细菌，或用血液、新鲜脑脊液做细菌培养。4．免疫学检查早期可用特异性抗体查患者血或脑脊液中的相应抗原。恢复期可用特异性抗原检测血中相应抗体。【治疗】（一）病原治疗1．磺胺类药物磺胺嘧啶为首选，剂量为 $0.15 \sim 0.2g/(kg \cdot d)$ ，分3—4次服用，总量每日不超过6g，服时应服等量的碳酸氢钠。也可同时服抗菌增效剂。亦可用复方新诺明，其中smz为 $50mg/(kg \cdot d)$ ，tmp为 $10mg/(kg \cdot d)$ ，分2次口服或注射。这类药物可产生磺胺结晶尿、血尿、粒细胞减少和皮疹等，用药3天后应注意查血、尿常规。疗程一般为5～7天。2.青霉素剂量为30万u/(kg·d)，分4次静脉滴注，疗程为7～10天。3.氨苄青霉素适用于病原尚未明确且病情较重的婴幼儿，剂量为 $150 \sim 300mg/(kg \cdot d)$ ，分4～6次静脉滴注，疗程为5～7天。4.氯霉素在脑脊液中浓度较高，适用于对磺胺药、青霉素过敏或耐药者。剂量为 $50 \sim 80mg/(kg \cdot d)$ ，分2～4次静脉滴注，疗程为5～7天。本药对骨髓有抑制作用，故应勤查血象。新生儿禁用。5.对青霉素耐药者可改用头孢噻啶或头孢三嗪噻肟 $100mg/(kg \cdot d)$ （二）暴发型的治疗1．休克的治疗应扩充有效血容量和纠正代谢性酸中毒，进行静脉输液。补液过程

中要观察尿量、尿ph、血气、中心静脉压、心率、心功能，以调节液量、性质和速度。同时适当应用调整血管紧张度的药物。积极控制感染。2 脱水剂的应用 主要为降低颅内压，减轻脑水肿、防止脑疝和呼吸衰竭。常用的脱水药有甘露醇、山梨醇、尿素、速尿和利尿酸等（详见“乙型脑炎”）。

（三）对症治疗和护理 加强监护，密切观察病情变化，注意呼吸道通畅，对于高热、惊厥、昏迷、心功能不全、缺氧、电解质失衡或酸碱平衡失常时都需及时积极相应处理。【预防】（一）预防接种对6?个月~15岁的儿童，每年冬季应接种流脑灭活菌苗，初种间隔1个月，连种2次，以后每年加强一次预防接种。（二）隔离患儿。（三）密切接触者应服磺胺类药物预防（剂量为治疗量的1/2，连服3天）。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

[www.100test.com](http://www.100test.com)