



北京市社区卫生服务机构
专病特色科室建设项目

北京市社区卫生服务机构 儿科专病特色科室建设

培 训 资 料

北京市卫生健康委员会
北京市社区卫生协会
2025年7月

目 录

1. 儿科专病特色科室建设标准.....	(1)
2. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 儿科门诊病历质量评分标准.....	(12)
3. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 儿科处方核查表.....	(14)
4. 北京市社区卫生服务机构儿科专病特色科室建设项目介绍.....	何永洁 (16)
5. 小儿呼吸系统常见疾病诊疗及治疗用药.....	王 菲 (35)
6. 小儿消化系统常见疾病诊治及用药特点.....	钟雪梅 (72)

儿科专病特色科室建设标准

一、建设目的

为贯彻落实《北京市卫生健康委员会关于进一步深化社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》（京卫基层〔2022〕13号）文件精神，进一步推动本市基层儿科学科建设，提升儿科临床服务能力，同时将社区儿童保健工作与儿科建设进行有效整合，进一步完善儿科健康三级网络建设，方便社区儿童享受专病门诊服务。同时发挥示范引领作用，带动提高北京市整体基层儿科医疗管理和服务水平，特制定本标准。

二、科室建设条件

（一）人员配置

1. 儿科专病特色科室医护人员必须具备开展儿科医疗工作的执业资质。至少有1名高年资中级（工作年限 ≥ 10 年）及以上专业技术职称人员作为学科带头人；至少有1名初级专业技术职称的具有儿科专长的医师。

2. 至少有1名掌握儿科治疗基本技能的护士。

（二）设施、设备

1. 设施：有开展儿科专病特色科室独立诊室，使用面积不低于12平方米；悬挂统一“儿科专病特色门诊”标牌，门诊简介、服务流程、健康教育宣传板（2块）等。

2. 设备

（1）诊室必备基本设备

听诊器、压舌板、检查手电筒、体温计、儿童血压计、儿童体重计、时钟、经皮测疸仪、诊床、计算机硬件及网络、打印机等。

（2）机构必备设备

为该检查、检验所必备的设备。血细胞分析仪、超敏 C 反应蛋白分析仪、尿沉渣分析仪、生化检测分析仪、免疫检测分析仪、心电图机、彩色超声诊断仪、骨密度检测仪、X-线检查设备。

（三）检测项目

1. 机构能提供必要检验项目：血常规、CRP、血型、尿常规、便常规+隐血+轮状病毒检测+制动+粪找寄生虫卵、肺支原体抗体检测、呼吸道病原检测、25-OH 检测、生化全项检测，乙肝抗体定性及定量检测、过敏原检测。
2. 三级或专科医疗机构培育基地可提供检验项目：肺功能检查，NO 检测，营养相关检查项目等。

（四）配备药品

应配备常用药物，包括但不限于以下药物种类：

西药：

1. 抗生素类：头孢菌素类、青霉素类、大环内酯类
2. 呼吸系统：平喘类、止咳祛痰类
3. 消化系统：止吐类、止泻类、微生态类
4. 维生素类及微量元素类
5. 抗变态反应药
6. 皮肤科用药
7. 五官科用药

中成药类：

1. 解表药
2. 清热解毒药

3. 清热利咽药
4. 消导药
5. 止咳化痰平喘药
6. 健脾和胃药

（五）工作方案及管理制度

制定儿科专病特色科室工作方案，成立特色科室工作领导小组，将特色科室建设纳入医院发展总体规划，有相应部门负责日常管理。

规范工作管理制度，包括特色科室管理制度、绩效考核制度、人员培训制度，双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、医疗风险防控制度等。

制定不同管理层面的支持和保障制度、岗位职责、相关工作业务流程。确保特色科室建设与管理制度能得到有效落实，并积极创造有利环境，使相关专业人员、职能部门主动参与或服务于特色科室建设。

（六）工作数量（按年计算）

1. 儿科门诊数量 ≥ 4000 人次/年
2. 在机构开展的特色疾病种类不低于 6 个常见病种

参照“基层行”儿科推荐 10 个常见病种及其他①小儿感冒（呼吸道感染）②小儿咳嗽（气管炎、支气管炎、支气管肺炎、喘息性支气管炎）③小儿泄泻（急性腹泻、肠炎、细菌性痢疾）④小儿呕吐（急性胃炎）⑤小儿厌食⑥食积⑦小儿疳积⑧小儿口疮（鹅口疮）⑨小儿腹痛⑩小儿遗尿。

3. 在机构确诊的儿科专科特色疾病例数 ≥ 1000 例/年
4. 双向转诊儿科人次 ≥ 50 人次/年

（七）医疗质量管理

1. 建立患者数据库：利用现有信息系统建立儿内科患者信息数据库，保

证数据可溯源性。可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“儿科门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等。内容包括但不限于：完整的患者基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。

2. 建立医疗质量管理制度：依据国家卫健委医疗质量核心制度内容，建立本医疗机构医疗质量管理制度。

病历质量控制制度：依据《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《中医电子病历基本规范（试行）》等相关法律、法规、规章，建立病历质量控制制度。自查病例有记录，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于 30 份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，（详见病历质量核查表），病历质量合格率 90% 以上。

3. 建立处方质量点评制度：依据《处方管理办法》、《医院处方点评管理规范》、《中成药临床应用指导原则》等相关法律、法规、规章，制定处方管理制度。每季度至少一次，每次处方点评数量不少于 30 张，有汇总、有分析、针对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。处方合格率 90% 以上。

（八）与三级或专科医疗机构培育基地联动建设

1. 三级或专科医疗机构培育基地儿科专家下社区，每月不少于 2 个门诊单元，其中一次为门诊出诊，另一次可以通过带教、授课、查房形式落实，专家和时间相对固定。专家未下社区或资料不真实为专病科室“一票否决”为不合格。

科室需留存完整的资料，包括但不限于专家签字考勤表、处方、劳务凭单；讲课通知、签到、照片、课件；会诊记录等。

具备条件的机构可积极开展远程医疗服务。

2. 畅通双向转诊绿色通道：建立与三级或专科医疗机构培育基地的双向转诊绿色通道的工作机制，签订合作协议，规范转诊工作制度和流程，上转及下转诊情况均应记录在健康档案或诊疗病历中。。

（九）人员培训、进修及考核

1. 人员培训：儿科专病特色科室的医生和护士，在申报当年均需参加由北京市统一组织的特色科室建设规范培训。

2. 申报当年，儿科专病特色科室工作的临床医生、护士应到培育基地累计完成不少于一个月的进修学习。市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。

3. 人员考核：儿科医生和护士参加培训、进修过程性操作考核合格。

（十）开展健康教育活动

1. 每年开展儿科健康教育活动 ≥ 4 次，每次参与人数 ≥ 20 人，原则上以线下活动为主，保留完整的活动资料，包括活动通知、签到、照片、课件等。

2. 每年制作儿童健康相关宣传材料种类 ≥ 3 种，包括且不限于疾病防治、健康素养、中医养生保健等。

3. 建立儿科专病特色科室宣传栏，在门诊显著位置进行宣传，展示诊疗特色，公示医疗相关信息。

（十一）绩效考核指标

1. 儿科病历质量合格率 $\geq 90\%$

（病历质量合格率=单位时间检查病历合格数/检查病历总数*100%）

2. 儿科处方合格率 $\geq 90\%$

（处方合格率=单位时间点评处方合格张数/点评处方总张数*100%）

3. 儿科中医药参与度 $\geq 50\%$

(中医药使用参与度=使用中医药病例数/门诊服务总例数*100%)

4. 儿科常用药物配备 ≥ 30 种

5. 儿科常用检测项目 ≥ 10 项

三、建立防控医疗风险保障措施

依据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》等法律、法规，结合科室实际，建立儿科医疗风险应急处理预案。

(一) 风险防控人员及设备

为保证儿童健康安全，降低医疗风险，有效应对突发医疗事件，儿科专病特色门诊应成立防控应急小组，主要包括组长（统筹应急全程）、副组长（负责应急事件的具体管理和协调有关科室）及小组成员。应急小组职责包括：①监督落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。②一旦发生突发事件，决定是否启动应急预案。③及时、有效开展监测、分析和决策工作，必要时请求外力支援。应急小组须具备完备的应急处理设备设施，配各急救物品齐全的抢救箱，急救物品见附件 7。

(二) 风险防控流程

儿科专病特色门诊应针对患儿进行诊疗过程中有可能发生的潜在风险，如癫痫发作、高热惊厥、外伤骨折等，制定相应的应急预案。每年组织全科成员进行 1-2 次风险防控应急预案培训演习。一旦发生突发事件，当事人按照应急预案紧急处理的同时立即上报应急小组，由应急小组核查具体情况后，决定下一步处理措施。

四、诊疗服务流程

图 1 儿科疾病诊疗服务流程图

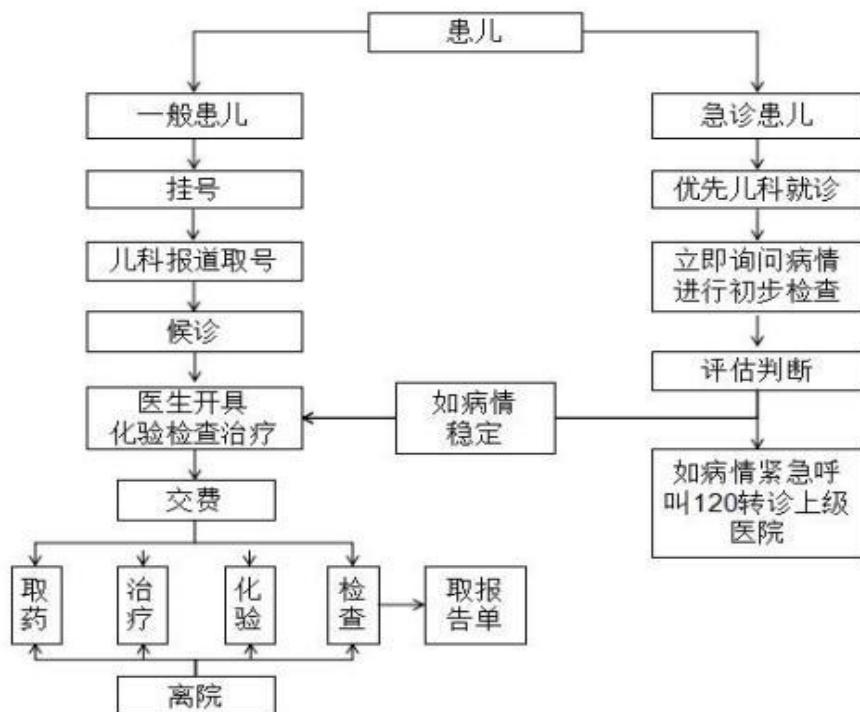
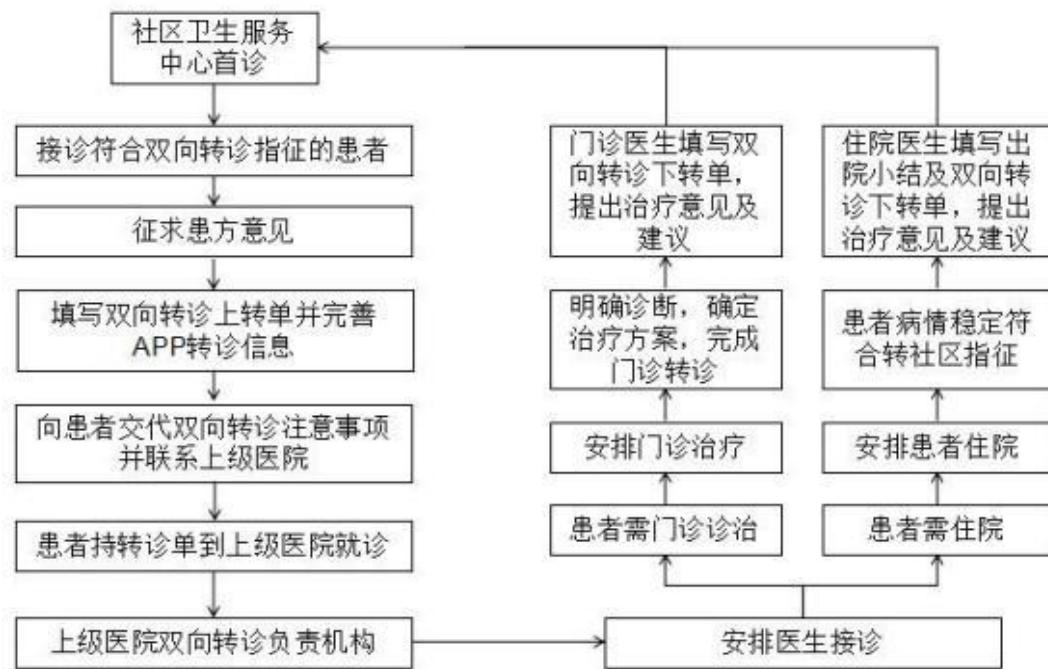


图 2 双向转诊流程图



附件：1. 儿内科特色科室建设评估标准

附件 1

儿科专病特色科室建设评估标准

一、必备条件（准入标准）

编号	评估指标	场景	评估标准与方法
1-1	人员配置	资料准备	<ul style="list-style-type: none"> •特色科室医护人员必须具备开展相关业务工作的执业资质。 •至少有 1 名高年资中级（获得职称≥ 10 年）及以上专业技术职称人员作为学科带头人；至少有 1 名初级专业技术职称的具有儿科专长的医师。 •至少有 2 名掌握儿科治疗技能的护士。 •申报当年必须参加由北京市统一组织的儿科特色科室建设规范培训。 •检查方法：相关支持性材料（相关证书、考试成绩等）
1-2	科室设施	现场	<ul style="list-style-type: none"> •儿科独立诊室，使用面积$\geq 12m^2$ •悬挂统一儿科门诊标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传栏（2 块） •检查方法：现场查看
1-3	检测项目	现场	<ul style="list-style-type: none"> •具有儿科诊疗相应的检测项目。 •检查方法：HIS 系统及检验科现场检查。

二、评分标准细则

编号	评估指标	评估内容	分值
1	人员配备		4
1-1	科室医生	特色科室医护人员必须具备开展相关业务工作的执业资质。 至少有 1 名高年资中级（工作年限 ≥ 10 年）及以上专业技术职称人员作为学科带头人；至少有 1 名初级专业技术职称的具有儿内科专长的医师。	2
1-2	科室护士	至少有 2 名熟练掌握儿科治疗相关技术的护士	2
2	设施、设备		6
2-1	设施	有开展儿内科特色科室的独立诊室，使用面积	1

编号	评估指标	评估内容	分值
		≥12 平方米 悬挂统一标牌，门诊简介、服务流程、健康教育宣传板（2快）	
2-2	设备（诊室）	诊床、计算机硬件及网络、打印机 听诊器、压舌板、检查手电筒、体温计、儿童血压计、儿童体重计、时钟、经皮测疸仪	1 1
2-3	设备（机构）	血细胞分析仪、超敏 C 反应蛋白分析仪、尿沉渣分析仪、生化检测分析仪、免疫检测分析仪。	1
2-4		心电图机、彩色超声诊断仪、骨密度检测仪、X-线检查设备。	1
3	检测项目		4
3-1	机构必备检测项目	血常规、CRP、血型、尿常规、便常规+隐血+轮状病毒检测+制动+粪找寄生虫卵、肺支原体抗体检测、呼吸道病原检测、25-OH 检测、生化全项检测，乙肝抗体定性及定量检测、过敏原检测。	3
3-2	培育基地可提供检测项目	肺功能检查，NO 检测，营养相关检查项目。	1
4	药品配备		4
4-1	抗生素类	头孢菌素类、青霉素类、大环内酯类	1
4-2	西成药类	呼吸系统、消化系统、抗变态反应药、皮肤科用药、五官科用药	2
4-3	中成药类	解表药、清热解毒药、清热利咽药、消导药、止咳化痰平喘药	1
5	工作方案及管理制度		2
5-1	制定工作方案	工作方案包括：领导小组，组织架构，科室设置，建设思路等	0.5
5-2	制定工作制度	包括特色科室管理制度、人员培训制度，双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度等。	0.5
5-3	制定支持和保障制度	包括财务、后勤等相关科室的岗位职责、相关工作业务流程。	0.5

编号	评估指标	评估内容	分值
5-4	制定医疗风险防控预案	医疗风险防控预案应包括风险防控人员、设备、流程及具体抢救措施	0.5
6	工作数量		18
6-1	儿科门诊量	儿科门诊数量 ≥ 4000 人次/年	6
6-2	特色疾病种类	在机构开展的特色疾病种类 ≥ 6 种	4
6-3	特色疾病确诊数量	在机构确诊的专科特色疾病例数 ≥ 1000 例/年	6
6-4	双向转诊人次	双向转诊人次 ≥ 50 人次	2
7	医疗质量		10
7-1	建立数据库	利用现有信息系统建立儿科患者数据信息库，利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“儿科门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等，数据库内容包括但不限于：完整的患者基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。保证数据互联互通，真实准确。	2
7-2	建立病历质量控制制度	建立病历质量控制制度，自查病例有记录，每个季度至少一次病历质控核查，核查不少于 30 份，有汇总、分析、问题整改记录（详见病历质量核查表）	4
7-3	建立处方点评制度	定期进行处方点评，每季度至少一次，每次处方点评数量不少于 30 张，有汇总、分析及反馈（详见处方质量核查表）。	4
8	三级或专科医疗机构培育基地联动建设		6
8-1	三级或专科医疗机构培育基地专家下社区	三级或专科医疗机构培育基地儿科专家定期到社区机构门诊，每月不少于 2 个单元，其中一次为门诊出诊，另一次可以通过带教、授课、查房、等形式落实，专家和时间相对固定；科室需留存完整的资料（专家本人签字考勤表、处方、劳务凭单；授课通知、人员签到、现场照片及课件、病例讨论记录等）	5
8-2	与三级或专科医疗机构培育基地开展儿科患者	与三级或专科医疗机构培育基地建立双向转诊工作机制（工作流程、制度、合作协议等）；	1

编号	评估指标	评估内容	分值
	的双向转诊	上转及下转诊记录在健康档案或诊疗病历中	
9	培训、进修及考核		6
9-1	人员培训	申报当年儿科医生、护士必须参加由北京市统一组织的儿科专病特色科室建设规范培训	2
9-2	人员进修	两年内儿科医生、护士均应参加三级或专科医疗机构培育基地儿科科室进修提高，累计时间不少于一个月	2
9-3	人员考核	儿科医生、护士参加培训、进修过程性操作考核合格	2
10	开展健康教育活动		6
10-1	相关公众健康教育活动（次/年）	儿科健康教育 ≥ 4 次/年，每次参与人数 ≥ 20 人	2
10-2	专科特色宣传材料	每年制作儿童健康相关宣传材料种数 ≥ 3 种，包括且不限于疾病防治、健康素养、中医保健等。	2
10-3	专科特色宣传栏	建立专科特色宣传栏，在门诊显著位置进行科室宣传，展示诊疗特色，公示医疗信息。	2
11	绩效考核指标		14
11-1	儿科病历质量合格率	病历质量合格率 $\geq 90\% =$ 单位时间检查病历合格数/检查病历总数*100%	4
11-2	儿科处方合格率	处方合格率 $\geq 90\% =$ 单位时间点评处方合格张数/点评处方总张数*100%	4
11-3	儿科中医药参与度	中医药参与度 $\geq 50\% =$ 使用中医药病例数/门诊服务总量*100%	2
11-4	儿科常用药物配备	儿科常用药物配备 ≥ 30 种	2
11-5	儿科常用检测项目	儿科常用检测项目 ≥ 10 项	2
12	临床能力考核指标		20
12-1	儿科专病特色科室医生	针对儿科病例，现场考核医生问诊、查体、辅助检查、诊断和治疗方案等	12
12-2	儿科专病特色科室护士	针对儿科病例，现场考核护士常用操作技能、健康教育知识等	8

2025年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 儿科门诊病历质量评分标准

机构名称: _____

_____年____月____日

患者姓名:

病案号:

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
1.基本信息 15分	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、年龄,少一项扣3分。	15		
2.主观资料 (S) 30分	1.主诉: 主要症状+时间,少一项扣5分。	10	主诉与现病史不符,为单否	
	2.现病史: 无现病史描述不得分; 与主诉不相符,扣5分; 无相关症状描述,扣3分; 如有外院就诊未描述诊疗情况,扣1分。未描述服药史,扣1分。	10		
	3.既往史: 未描述既往病史,扣3分; 未描述药物过敏史,扣3分。	6		
	4.家族史: 未记录家族史,不得分; 记录不全,扣2分。	4		
3.客观资料 (O) 25分	1.一般检查: 体重、身高、体温,少一项记录扣1分。	3		
	2.体格检查: 与专病相关的重要查体,参照专病评估标准,少一项扣2分。	10		
	3.辅助检查: (1) 与专病相关的重要实验室检查项目,参照专病评估标准,少一项扣2分。	6	请记录必须检测项目有否	
	(2) 其他辅助检查: 与专病相关的影像检查及医联体内提供的检查项目,参照专病评估标准,少一项扣2分。	6		
4.评价 (A): 15分	1.诊断分析: 无诊断,不得分; 诊断不规范或不准确,扣5分; 待查无印象诊断,扣4分。	9	无诊断或诊断不规范或不准确,为单否	
	2.存在健康问题: 未描述与专病相关的重要健康问题,不得分; 描述不全扣3分。	6		

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
5.诊疗计划 (P) 15 分	2.治疗计划: (1) 药物治疗计划: 与专病相关的合理用药, 参照专病指南规范, 用药不合理一项扣 2 分。	6	无治疗计划, 为单否	
	(2) 非药物治疗计划: 针对存在的健康问题进行个体化指导, 未描述不得分, 描述不全扣 3 分。	6		
	3.转诊计划: 根据专病转诊标准, 视情况必要时转至上级医院, 未及时转诊不得分。	3		
合计得分		100		

评估专家签字:

评估机构负责人签字:

说明:

1. 有单否一项的本份病历为不合格病历。
2. 合格病历标准: 每份病历 ≥ 85 分。

2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 儿科处方核查表

机构名称: _____ 年____月____日

序号	患者姓名	处方医生	基本信息 (2分)	药品种类 (2分)	合理用药 (2分)	用法用量 (2分)	诊断 (2分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

处方合格率=抽查的合格处方得分/30*10*100%; 得分=处方合格率*2分

评估专家签字:

评估机构负责人签字:

处方核查标准：

1. 基本信息：处方前记书写缺项〔姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号〕，减 1 分/项；处方后记书写缺项（医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额），减 1 分/项。
2. 药品种类：每张处方不得超过 5 种药，每多一种扣 1 分。
3. 联合用药：药品种类如果超过 1 种，联合用药不适应扣 1 分；存在配伍禁忌或者不良相互作用，扣 1 分。
4. 用法用量：药品用法用量书写不规范，减 0.5 分/项；普通处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药天数未加说明，减 0.5 分/项；药品剂型或给药途径不适宜，扣 1 分。
5. 诊断：无诊断不得分，适应证不适宜扣 0.5 分；诊断书写不规范或不完整扣 0.5 分，药品与诊断不相符扣 0.5 分。

建专病科室 强基层能力



北京市社区卫生服务机构儿科 专病特色科室建设项目介绍

北京市社区卫生协会 何永洁

2025年7月7日



目录

CONTENTS

- 01 北京市社区专病特色科室建设项目进展
- 02 2025年专病特色科室建设标准及程序
- 03 2025年儿科专病特色科室建设标准
- 04 2025年专病特色科室建设安排及要求



01

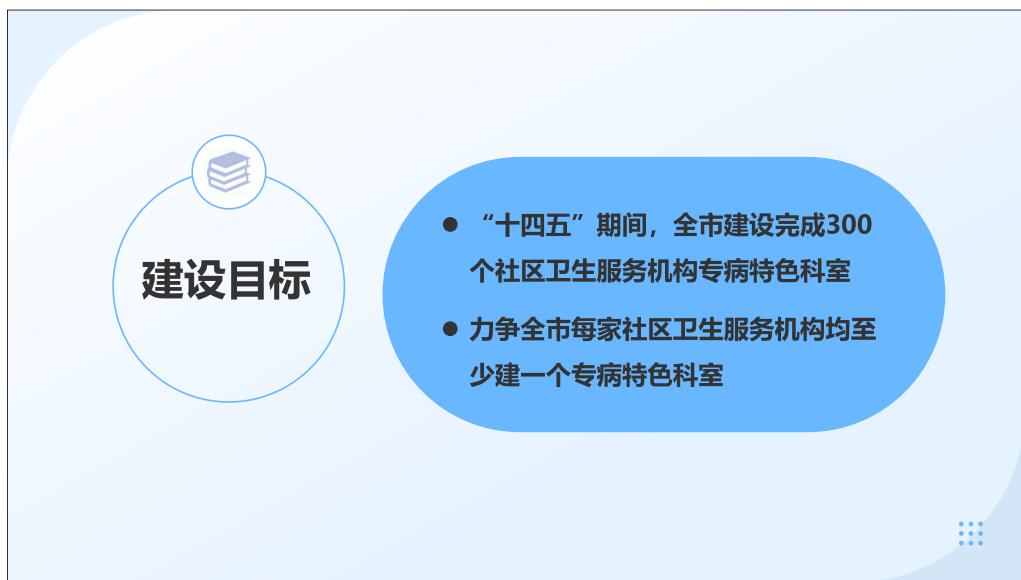
北京市社区专病特色科室 建设项目进展

建设目的

贯彻落实党的二十大报告，以及《健康中国行动（2019—2030年）》一系列文件要求，加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设，北京市卫生健康委员会自2021年至2024年每年均制定下发《关于开展社区卫生服务机构专病特色科室建设的通知》，至今，已连续五年开展社区卫生服务机构专病特色科室建设工作，旨在增强基层医疗机构的医疗服务能力，提升医疗服务水平，将三级医院和专科医疗机构的优质医疗资源下沉社区，促进分级诊疗制度的建立和有序的医疗格局形成，提高老百姓的获得感。

出台文件

明确以医联体为依托、以健康档案为核心，以信息化技术为手段，通过开展社区卫生服务机构专病特色科室建设，将以人的健康理念全面融入社区卫生服务机构科室环境、建设布局、服务流程、诊疗方案以及健康管理等各环节，拓展服务范围、统一服务标准，理顺工作流程、建立协作机制、完善运行管理，不断提升基层医疗卫生服务能力，实现对患者全过程、全周期的高质量健康管理。



2024-2021年度各区社区卫生服务机构专病特色科室建设合格情况

各区情况

专病名称	东城	西城	朝阳	海淀	丰台	石景山	大兴	通州	顺义	门头沟	房山	昌平	平谷	怀柔	延庆	密云	经开
高血压病	3	7	14	10	7	5	7	7	4	2	5	9	1	3	8	10	1
2型糖尿病	7	8	19	12	12	3	9	10	5		3	4	2	10	2	7	
冠心病合并心 理疾病		1	5	2	2			4			1	2				1	
脑卒中		3	4	4	5		1	4			1	1	2				
慢阻肺病	3	4	7	3	5	1	2	4	1			4		2	1	4	
骨质疏松症	3	6	8	7	3	2	2	4		1	1	3	1	1		4	
康复	1	4	5	5	2	1	2	2			1		1	3	1		
牙周病		1	6	5	4					2							
儿科			4		1			1				3					
小儿推拿		1	2	1	5		1	1									
中医病症	4	1	10	3	6	2	1	6			5	3		1	4		
中医脾胃病	2	2	5	2	1	1	4	5			1	1	1			2	
脂肪肝		3	2	1	5			2									
合计	23	41	91	55	58	15	29	50	10	3	20	30	8	19	13	32	1



02 2025年专病特色科室 建设标准及程序

二、专病特色科室建设标准及程序

培育基地基本条件：在三级医疗机构或专科医疗机构的专业科室为单位开展培育基地建设。具备以下条件的医疗机构，均可向市卫生健康委申请成为北京市社区专病特色科室培育基地。

1.应是辖区综合医联体、专科医联体核心医院或区域医疗中心。鼓励具有国家级或北京市临床重点专科项目或相关专业住院医师规范化培训基地资质的医疗机构开展培育基地建设。

2.医疗机构重视，有相关主管部门和专人负责，能组建专业团队，选派具有副高以上专业技术职称的专家主动帮扶社区卫生服务机构专病特色科室建设。

二、专病特色科室建设标准及程序

培育基地基本条件:

- 3.按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则，在全市范围内承担一定数量的社区专病特色科室建设任务。
- 4.制定专家下社区计划，培育基地专家需完成每月不少于2个门诊单元，其中一次为门诊出诊，其他可以通过查房、带教、授课等方式落实形式不限（应在机构实现）；接收社区专病特色科室医护人员进修，带动提升诊疗水平与健康管理能力（**机构留存完整资料**）。
- 5.在评优和晋升方面给予承担任务的科室和人员适度政策倾斜。

二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准:

- 1.人员资质。具备提供相应特色服务的执业资质。科室带头人应具备副高级及以上专业技术职称并取得相关技术准入资格（**儿科、牙周病可以中级高年以上专业技术职称；更年期保健妇科资质；创面门诊医护相关培训合格证书**）。
- 2.设施、设备。有开展专病特色科室的独立诊室，设备及设施符合要求。有统一的专病特色科室标识标牌、专家公示、门诊简介，服务流程、科普宣传板及相关规章制度等。
- 3.医疗健康服务。严格执行诊疗指南和技术规范，提供预约转诊服务，门诊量达到一定数量要求。培育基地专家应定期到专病特色科室执行出诊、查房、带教、授课等任务。对签约家庭医生患者实行责任制管理。定期开展处方点评，加强医疗质量控制。

二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准:

- 4.协作机制。与培育基地建立双向转诊通道，为患者提供连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。**申报当年**，专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习，市级评审通过后，每两年到培育基地完成进修学习，时间不少于一个月。

二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准:

5.信息化支撑。社区卫生服务机构和培育基地同属一个医疗联合体的，应努力实现信息数据互联互通与共享，支持健康档案、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康管理、双向转诊等业务协同。鼓励非同一个医联体内的社区卫生服务机构和培育基地实现服务和健康信息数据协同共享。

6.完善规章制度。建立配套规章制度，明确岗位职责。制定诊疗规范、技术操作规程和服务流程，有防控医疗风险的质量控制措施。

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

申报专病特色科室

拟开展社区专病特色科室建设的社区卫生服务机构，向区卫生健康委提出申请，并提交本机构人员、科室现状等基本情况，由区卫生健康委初审同意后报市卫生健康委备案，确定为社区专病特色科室建设单位。项目办公室设在北京市社区卫生协会。

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

遴选确定培育基地

根据社区卫生服务机构申报情况，有意愿申请培育基地的医疗机构的专业科室，将相关资料报市卫生健康委。符合条件的认定为北京市社区专病特色科室培育基地联合申报（培育基地专家末下社区为一票否决，不予挂牌），加挂“北京市社区卫生服务机构**专病特色科室建设培育基地”牌匾。

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

联合申报

按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则，培育基地与建设单位沟通协商或经统筹安排，由双方同意后，联合向市卫生健康委提出社区专病特色科室建设申请。在保证质量的基础上，培育基地可同时与多个建设单位建立协作关系开展专病特色科室建设。

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

建设提升与机构自评

建设单位对照培育基地制定的专病特色科室具体标准开展不少于5个月的建设时间，提升服务能力和管理水平。自评合格后将区卫生健康委审核同意的自评材料报市卫生健康委。社区专病特色科室医护人员均应参加全市统一举办的专题培训，并通过考核合格。

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

市级评审与认定

- 1.书面审查。市卫生健康委组织三级医疗机构或专科医疗机构以及社区卫生服务机构专家成立评审组，依据社区专病特色科室建设基本标准对自评材料进行书面审查，符合条件的进入技术评审程序。
- 2.现场评审。结合自评材料，评审组进行现场评审，对申报专病特色科室的建设优势、发展潜力、整体建设目标的合理性和可行性，以及重点发展的诊疗技术的应用性、先进性、科学性进行全面审核，并对医护人员进行专病诊疗能力考核。
- 3.确认与授牌。评审采取百分制，85分及以上为合格；75-84分为限期整改，可在下一年进行申报。达到合格要求的达到合格要求的科室确认为社区专病特色科室，并授予“北京市社区卫生服务机构专病特色科室”牌匾。**(培育基地专家下社区计划不合格的双方均不予授牌)**

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序：

定期复核

通过市级复核的专病特色科室每年开展一次自评，市卫生健康委每两年组织一次复核，不合格的将撤销专病特色科室资格。



03 2025年儿科专病 特色科室建设标准

三、儿科专病特色科室建设标准

建设目的

为贯彻落实《北京市卫生健康委员会关于进一步深化社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》（京卫基层〔2022〕13号）文件精神，进一步推动本市基层儿科学科建设，提升儿科临床服务能力，同时将社区儿童保健工作与儿科建设进行有效整合，进一步完善儿科健康三级网络建设，方便社区儿童享受专病门诊服务。同时发挥示范引领作用，带动提高北京市整体基层儿科医疗管理和服务水平，特制定本标准。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(一) 人员配置

1. 儿科专病特色科室医护人员必须具备开展儿科医疗工作的执业资质。至少有 1 名高年资中级（工作年限 ≥ 10 年）及以上专业技术职称人员作为学科带头人；至少有 1 名初级专业技术职称的具有儿科专长的医师。
2. 至少有 1 名掌握儿科治疗基本技能的护士。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(二) 设施、设备

1. 设施：有开展儿科专病特色科室独立诊室，使用面积不低于 12 m^2 ；悬挂统一“儿科专病特色门诊”标牌，门诊简介、服务流程、健康教育宣传板（2 块）等。
2. 设备：
 - (1) 诊室必备基本设备：听诊器、压舌板、检查手电筒、体温计、儿童血压计、儿童体重计、时钟、经皮测疸仪、诊床、计算机硬件及网络、打印机等。
 - (2) 机构必备设备：为该检查、检验所必备的设备。血细胞分析仪、超敏 C 反应蛋白分析仪、尿沉渣分析仪、生化检测分析仪、免疫检测分析仪、心电图机、彩色超声诊断仪、骨密度检测仪、X-线检查设备。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(三) 检测项目

1. 机构能提供必要检验项目：血常规、CRP、血型、尿常规、便常规+ 隐血+ 轮状病毒检测+ 制动+ 粪找寄生虫卵、肺支原体抗体检测、呼吸道病原检测、25-OH检测、生化全项检测，乙肝抗体定性及定量检测、过敏原检测。
2. 三级或专科医疗机构培育基地可提供检验项目：肺功能检查，NO检测，营养相关检查项目等。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(四) 配备药品

西药：1. 抗生素类：头孢菌素类、青霉素类、大环内酯类；2. 呼吸系统：平喘类、止咳祛痰类；3. 消化系统：止吐类、止泻类、微生态类；4. 维生素类及微量元素类；5. 抗变态反应药；6. 皮肤科用药；7. 五官科用药

中成药类：1. 解表药；2. 清热解毒药；3. 清热利咽药；4. 消导药；5. 止咳化痰平喘药；6. 健脾和胃药

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(五) 工作方案与规章制度

1. 制定儿科专病特色科室工作方案，成立特色科室工作领导小组，将特色科室建设纳入医院发展总体规划，有相应部门负责日常管理。

2. 规范工作管理制度，包括特色科室管理制度、绩效考核制度、人员培训制度、双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、医疗风险防控制度等。

3. 制定不同管理层面的支持和保障制度、岗位职责、相关工作业务流程。确保特色科室建设与管理制度能得到有效落实，并积极创造有利环境，使相关专业人员、职能部门主动参与或服务于特色科室建设。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(六) 工作数量

1. 儿科门诊数量 \geq 4000 人次/年

2. 在机构开展的特色疾病种类不低于 6 个常见病种。参照“基层行”儿科推荐 10 个常见病种及其他①小儿感冒（呼吸道感染）②小儿咳嗽（气管炎、支气管炎、支气管肺炎、喘息性支气管炎）③ 小儿泄泻（急性腹泻、肠炎、细菌性痢疾）④小儿呕吐（急性胃炎）⑤小儿厌食⑥食积 ⑦小儿疳积 ⑧小儿口疮（鹅口疮）⑨小儿腹痛 ⑩小儿遗尿。

3. 在机构确诊的儿科专科特色疾病例数 \geq 1000 例/年

4. 双向转诊儿科人次 \geq 50 人次/年

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

1. 建立患者数据库：利用现有信息系统建立儿内科患者信息数据库，保证数据可溯源性。可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“儿科门诊”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，提取本病中工作数量等。内容包括但不限于：完整的患者基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

2. 建立医疗质量管理制度：依据国家卫健委医疗质量核心制度内容，建立本医疗机构医疗质量管理制度。病历质量控制制度：依据《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《中医电子病历基本规范（试行）》等相关法律、法规、规章，建立病历质量控制制度。自查病例有记录，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于30份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，（详见病历质量核查表）。

病历质量合格率90%以上。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

3. 建立处方质量点评制度：依据《处方管理办法》、《医院处方点评管理规范》、《中成药临床应用指导原则》等相关法律、法规、规章，制定处方管理制度。每季度至少一次，每次处方点评数量不少于30张，有汇总、有分析、针对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。

处方合格率90%以上。

2025年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设儿科门诊病历质量评分标准

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分	考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
1. 基本信息 15分	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、年龄, 少一项扣3分。	15			4. 评估 (A) 15分	1. 诊断分析: 无诊断, 不得分; 诊断不规范或不准确, 扣5分; 待查无印象诊断, 扣4分。 2. 存在健康问题: 未描述与专病相关的重要健康问题, 不得分; 描述不全扣3分。	9	无诊断或不规范, 为待查	
2. 主观资料 (CS) 30分	1. 主诉: 主要症状+时间, 少一项扣5分。 2. 现病史: 无现病史描述不得分; 与主诉不相符, 扣5分; 无相关症状描述, 扣3分; 如有外院就诊未描述诊疗情况, 扣1分; 未描述既往史, 扣1分。 3. 既往史: 未描述既往史, 不得分; 记录不全, 扣2分。 4. 家族史: 未记录家族史, 不得分; 记录不全, 扣2分。	10 10 6 4	主诉与现病史不符, 为单否		5. 诊疗计划 (P) 15分	1. 药物治疗计划: 与专病相关的合理用药, 参照专病指南规范, 用药合理, 扣2分。 2. 非药物治疗计划: 针对存在的健康问题进行个体化指导, 未描述不扣分, 描述不全扣3分。 3. 转诊计划: 根据专科转诊标准, 情况必要时转至上级医院, 未及时转诊不得分。	6 6 3	无治疗计划, 为单否	
3. 客观资料 (O) 25分	1. 一般检查: 体重、身高、体征, 少一项记录扣1分。 2. 体格检查: 与专病相关的重要体征, 参照专病评估标准, 少一项扣2分。 3. 辅助检查: (1) 与专病相关的重要实验室检查项目, 参照专病评估标准, 少一项扣2分。 (2) 其他辅助检查: 与专病相关的影像检查及医源性体征提供的检查项目, 参照专病评估标准, 少一项扣2分。	3 10 6 6			合计得分	100			

说明:
1. 有单否一项的本份病历为不合格病历。
2. 合格病历标准: 每份病历 ≥ 85 分。

2025年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设儿科处方核查表

序号	患者姓名	处方医生	基本信息 (2分)	药品种类 (2分)	合理用药 (2分)	用法用量 (2分)	诊断 (2分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

处方合格率=抽查的合格处方数/30*10+100%

得分=处方合格率*2分

处方核查标准:

- 基本信息: 处方前记书写缺项【姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号】, 减1分/项。处方后记书写缺项(医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额), 减1分/项。
- 药品种类: 每张处方不得超过5种药, 每多一种扣1分。
- 联合用药: 药品种类如果超过1种, 联合用药不适应扣1分; 存在配伍禁忌或者不良相互作用, 扣1分。
- 用法用量: 药品用法用量书写不规范, 减0.5分/项; 普通处方超过7日用量, 急诊处方超过3日用量, 慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药品天数未加说明, 减0.5分/项; 药品剂型或给药途径不适宜, 扣1分。
- 诊断: 无诊断不得分, 适应证不适宜扣0.5分; 诊断书写不规范或不完整扣0.5分, 药品与诊断不相符扣0.5分。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(八) 培育基地与专病特色科室联动建设

1. 三级或专科医疗机构培育基地儿科专家下社区, 每月不少于2个门诊单元, 其中一次为门诊出诊, 另一次可以通过带教、授课、查房形式落实, 专家和时间相对固定。专家未下社区或资料不真实为专病科室“一票否决”为不合格。

科室需留存完整的资料, 包括但不限于专家签字考勤表、处方、劳务凭单; 讲课通知、签到、照片、课件; 会诊记录等。

具备条件的机构可积极开展远程医疗服务。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(八) 培育基地与专病特色科室联动建设

2. 畅通双向转诊绿色通道：建立与三级或专科医疗机构培育基地的双向转诊绿色通道的工作机制，签订合作协议，规范转诊工作制度和流程，上转及下转诊情况均应记录在健康档案或诊疗病历中。。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(九) 人员培训、进修及考核

1. 人员培训：儿科专病特色科室的医生和护士，在申报当年均需参加由北京市统一组织的特色科室建设规范培训。

2. 申报当年，儿科专病特色科室工作的临床医生、护士应到培育基地累计完成不少于一个月的进修学习。市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。

3. 人员考核：儿科医生和护士参加培训、进修过程性操作考核合格。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(十) 开展健康教育活动

1. 每年开展儿科健康教育活动 ≥ 4 次，每次参与人数 ≥ 20 人，原则上以线下活动为主，保留完整的活动资料，包括活动通知、签到、照片、课件等。

2. 每年制作儿童健康相关宣传材料种类 ≥ 3 种，包括且不限于疾病防治、健康素养、中医养生保健等。

3. 建立儿科专病特色科室宣传栏，在门诊显著位置进行宣传，展示诊疗特色，公示医疗相关信息。

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(十一) 绩效考核指标

1. 儿科病历质量合格率 $\geq 90\%$

(病历质量合格率=单位时间检查病历合格数/检查病历总数*100%)

2. 儿科处方合格率 $\geq 90\%$

(处方合格率=单位时间点评处方合格张数/点评处方总张数*100%)

三、儿科专病特色科室建设标准

科室建设条件

(十一) 绩效考核指标

3. 儿科中医药参与度 $\geq 50\%$

(中医药使用参与度=使用中医药病例数/门诊服务总例数*100%)

4. 儿科常用药物配备 ≥ 30 种

5. 儿科常用检测项目 ≥ 10 项

三、儿科专病特色科室建设标准

建立防控医疗风险保障措施

依据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》等法律、法规，结合科室实际，建立儿科医疗风险应急处理预案。

(一) 风险防控人员及设备

为保证儿童健康安全，降低医疗风险，有效应对突发医疗事件，儿科专病特色门诊应成立防控应急小组，主要包括组长（统筹应急全程）、副组长（负责应急事件的具体管理和协调有关科室）及小组成员。应急小组职责包括：①监督落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。②一旦发生突发事件，决定是否启动应急预案。③及时、有效开展监测、分析和决策工作，必要时请求外力支援。应急小组须具备完备的应急处理设备设施，配齐急救物品齐全的抢救箱、急救物品。

三、儿科专病特色科室建设标准

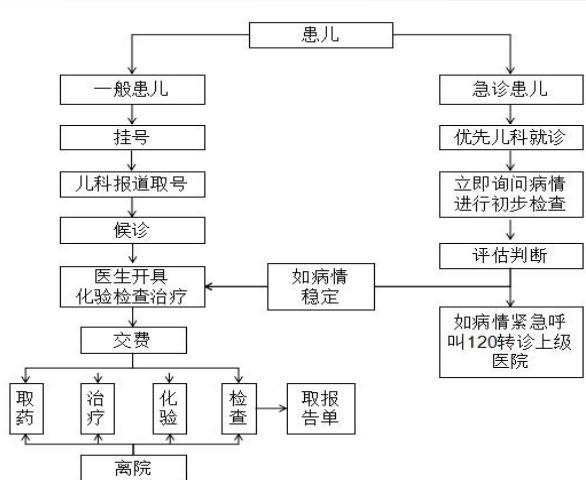
建立防控医疗风险保障措施

(二) 风险防控流程

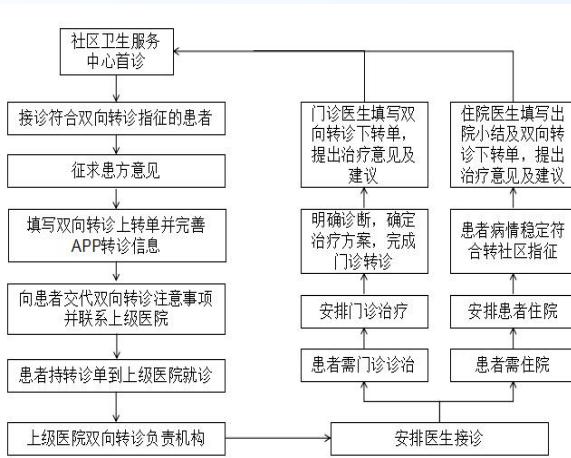
儿科专病特色门诊应针对患儿进行诊疗过程中有可能发生的潜在风险，如癫痫发作、高热惊厥、外伤骨折等，制定相应的应急预案。

每年组织全科成员进行1-2次风险防控应急预案培训演习。一旦发生突发事件，当事人按照应急预案紧急处理的同时立即上报应急小组，由应急小组核查具体情况后，决定下一步处理措施。

儿科疾病诊疗服务流程图



儿科疾病双向转诊流程图



儿科专病特色科室标识标牌



儿科专病特色科室标识标牌



三、儿科专病特色科室建设标准

科室规章制度

- ✓ 儿科专病特色科室工作方案
 - ✓ 绩效考核制度
 - 附件1：儿科专病特色科室简介
 - ✓ 医疗质量管理制度
 - 附件2：儿科专病特色科室服务流程
 - ✓ 设备设施管理制度
 - ✓ 科室管理制度
 - ✓ 双向转诊制度
 - ✓ 科室人员培训制度
 - ✓ 健康教育制度
 - ✓ 科室人员岗位职责
 - ✓ 医疗风险防控预案
 - ✓ 科室人员管理制度



04

2025年专病特色科室 建设安排及要求

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

建设安排

对2022年度确定的65个社区卫生服务机构专病特色科室开展两年复评，具体名单见《北京市卫生健康委员会关于公布2022年度社区卫生服务机构专病特色科室及培育基地名单的通知》（京卫基层〔2023〕9号）。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

建设安排

确定联合建设单位经审核，确定194家社区卫生服务机构的265个专病特色科室符合申报条件，89家三级或专科医疗机构的196个培育基地符合申报条件，承担2025年度社区专病特色科室建设任务。

2025年儿科专病联合申报建设合格单位

社区卫生服务机构专病特色科室	三级或专科医疗机构培育基地
1 西城区首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京儿童医院过敏反应科
2 朝阳区崔各庄社区卫生服务中心	首都医科大学附属地坛医院儿科
3 大兴区安定镇社区卫生服务中心	北京市大兴区人民医院儿科
4 通州区于家务回族乡于家务社区卫生服务中心	北京市通州区妇幼保健院儿科
5 通州区马驹桥镇马驹桥社区卫生服务中心	北京市通州区妇幼保健院儿科
6 顺义区张镇卫生院	北京市顺义区妇幼保健院儿科
7 房山区长阳镇社区卫生服务中心	北京市房山区良乡医院儿科
8 怀柔区庙城镇社区卫生服务中心	北京怀柔医院儿科
9 延庆区永宁镇社区卫生服务中心	北京市延庆区医院（北京大学第三医院延庆医院儿科）
10 延庆区旧县镇社区卫生服务中心	北京市延庆区医院（北京大学第三医院延庆医院儿科）

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

（一）明晰权责，强化协同配合机制

各参与主体应严格遵循《北京市卫生健康委员会关于做好2022年度北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设有关工作的通知》（京卫基层〔2022〕26号）、《关于做好2025年社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》要求。区级卫生健康行政部门应切实履行主体责任，深化统筹协调效能，建立全过程督导机制，完善政策保障体系，重点在财政投入、设备配置、人才培养及绩效考核等领域实施专项支持。三级医疗机构及专科医院需充分发挥专业培育功能，建立紧密型协作网络，规范落实专家驻点指导、进修人员接收等制度，协助建设单位系统提升标准化建设水平。社区卫生服务机构要主动构建与培育基地的常态化对接机制，通过激励机制调动科室人员主观能动性，实质提升临床诊疗服务能力，切实满足基层群众健康需求。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

（二）规范实施，确保建设质效达标

各联合申报单位须严格对标建设标准开展专项工作，重点针对承担多学科建设任务的三级医院及专科医院，应建立内部人力资源统筹调配机制，确保各建设指标精准落地。项目建设周期须满5个月（实施时段为7月至11月），按期完成机构自评与市级评审程序。2025年度专病特色科室市级评审工作拟定于本年11月启动实施。

各单位应建立重点指标动态管理机制，特别是在工作数量、医疗质量、培育基地与专病科室联动发展等核心指标，建立高标准执行规范，确保建设成效达到预期目标。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

（三）深化交流，推进高质量发展进程

各区卫生健康行政部门应建立经验总结与成果转化机制，通过组织跨机构经验交流会、科室建设成果展等多元化形式，促进优质经验在辖区内的辐射推广。着力构建示范引领体系，强化宣传推广力度，切实提升基层医疗服务可及性，为居民提供优质、便捷、连续、综合的诊疗服务，全面推动社区卫生专病特色科室建设高质量发展。

结语

开展社区专病特色科室建设是均衡优质医疗资源配置、有效提升基层医疗服务能力的重要内容。也是推动基层高质量发展的重要举措。有助于引入新的诊疗技术和方法，推动医疗服务的创新；有助于提升患者看病就医体验；有助于推动分级诊疗制度建设。利用技术帮扶、人才培养、上下联动等多种方式，让更多优质医疗资源下沉基层，特别要对农村偏远地区加大帮扶力度，努力建设好社区专病特色科室，满足老百姓的需求。



建专病科室 强基层能力



提升基层医疗卫生服务能力
让我们共同努力！



小儿呼吸系统常见疾病诊疗及治疗用药

首都医科大学附属首都儿童医学中心 王菲

2025.7.7 · 北京



目录 CONTENTS

- 01 呼吸系统疾病概述
- 02 上呼吸道疾病
- 03 下呼吸道疾病
- 04 其他呼吸道疾病

Part
01

呼吸系统疾病概述

概述

➤ 呼吸系统疾病分类

- 感染性: 病毒、细菌、支原体、真菌等
- 非感染性: 变态反应性疾病、异物、畸形、肿瘤等

呼吸道感染发病率高

肺炎死亡率高

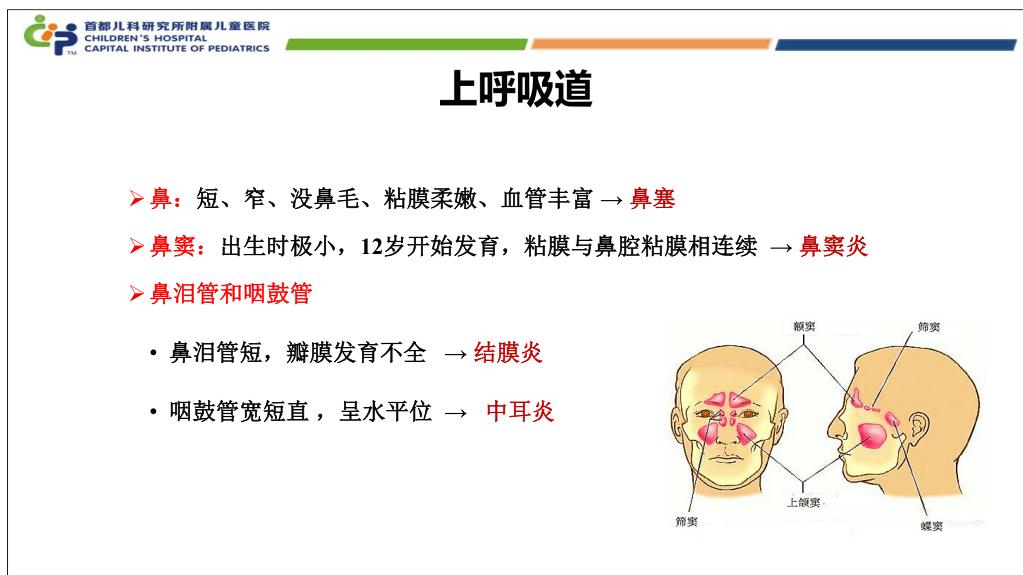
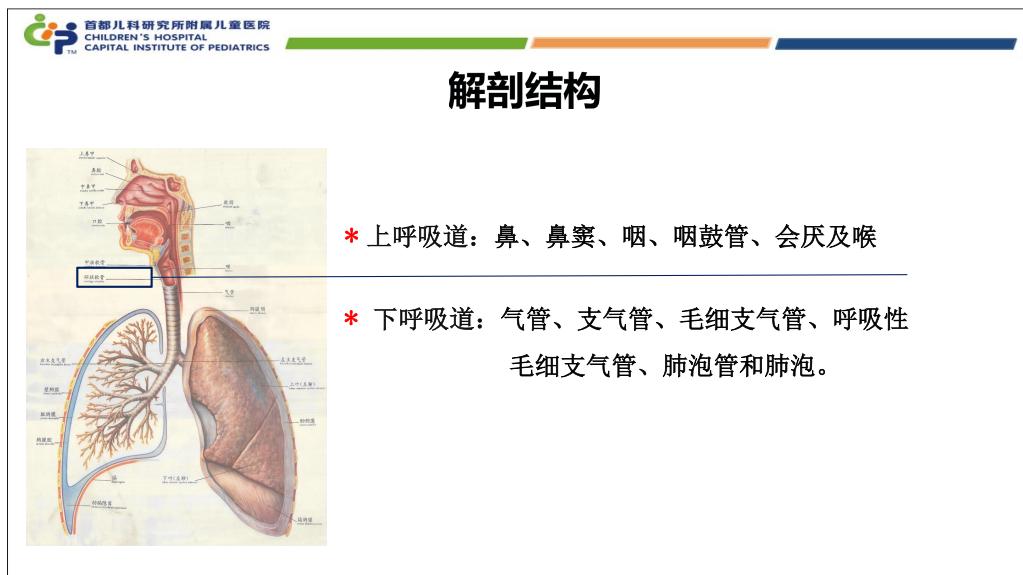
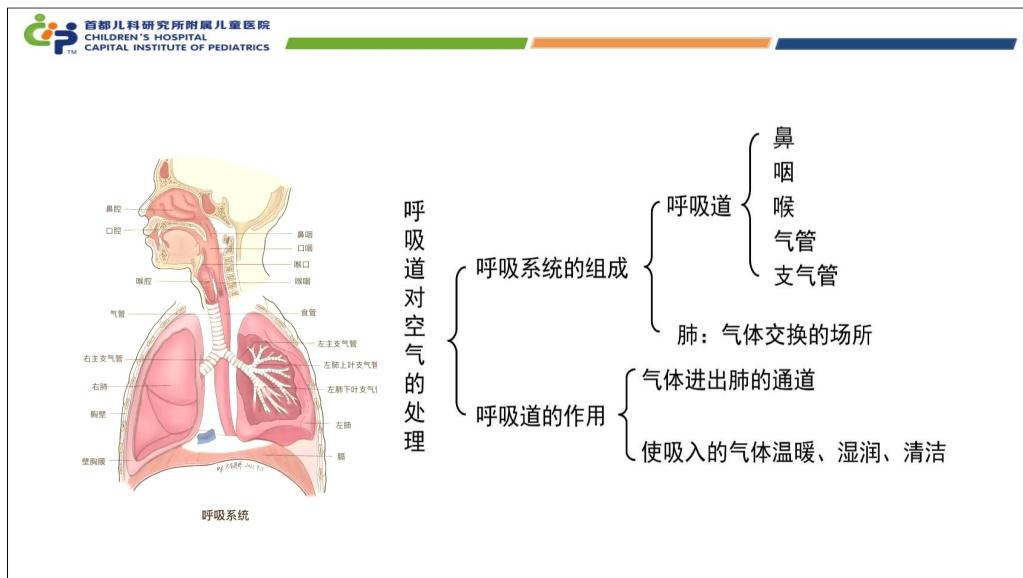
- 急性呼吸道感染最为常见, 占60%以上
- WTO估计每年近70万儿童死于肺炎, 80%发生在<2岁婴幼儿
- 中国小儿肺炎发病率0.5-5%, 列为小儿四病防治之首

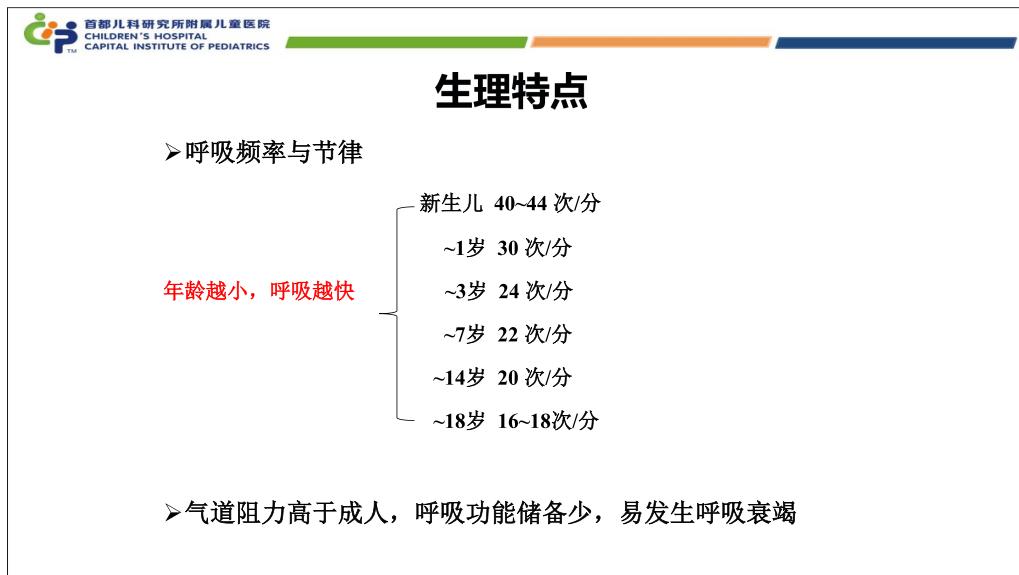
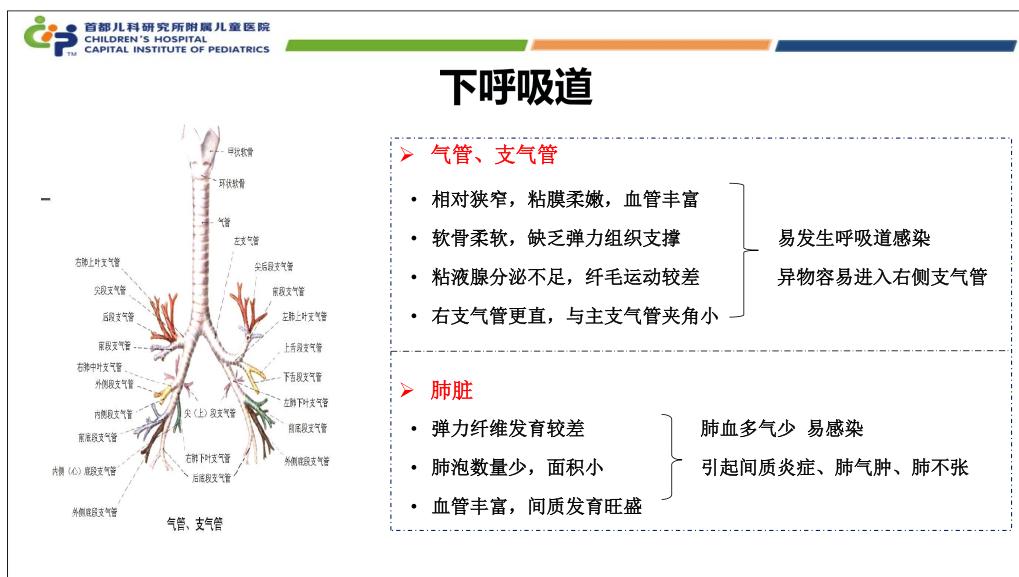
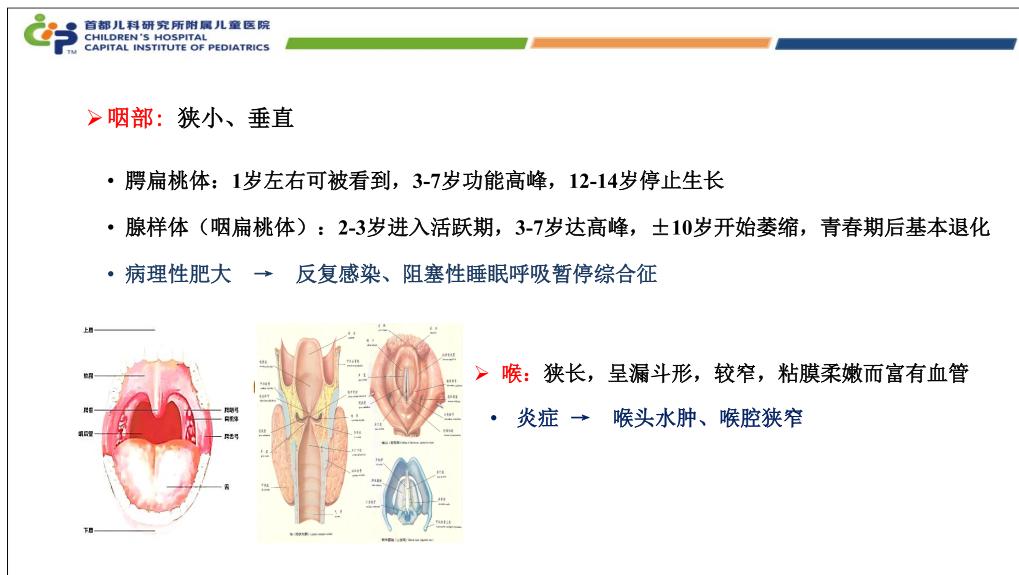
本章重点

- 一、 了解小儿呼吸系统的解剖生理特点
- 二、 掌握上感的病因、临床表现、特殊类型上感
- 三、 掌握肺炎的分类
- 四、 **掌握支气管肺炎（重点）**
- 五、 掌握几种特殊类型的肺炎

小儿呼吸系统解剖生理特点

- 解剖结构有年龄特点, 不是成人的缩小版;
- **呼吸道感染**发病率较高, 并可扩散、蔓延及迁延;
- 由于免疫功能低下, 20%左右可以发生**反复呼吸道感染**, 婴幼儿多见;
- 许多传染病早期症状与呼吸道疾病表现相似, 应注意**鉴别**。

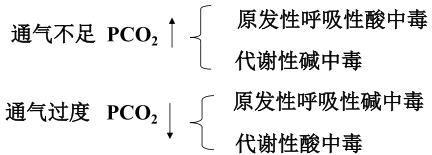






直接指标

1. PO_2 (氧分压) —— 反映肺换气量的指标
2. PCO_2 (二氧化碳分压) —— 反映肺泡通气量的重要指标
3. pH值: 由 PCO_2 及 HCO_3^- 所决定



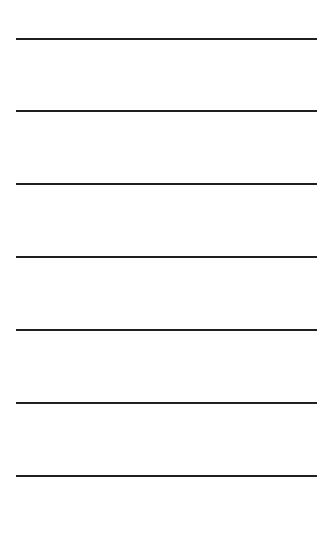
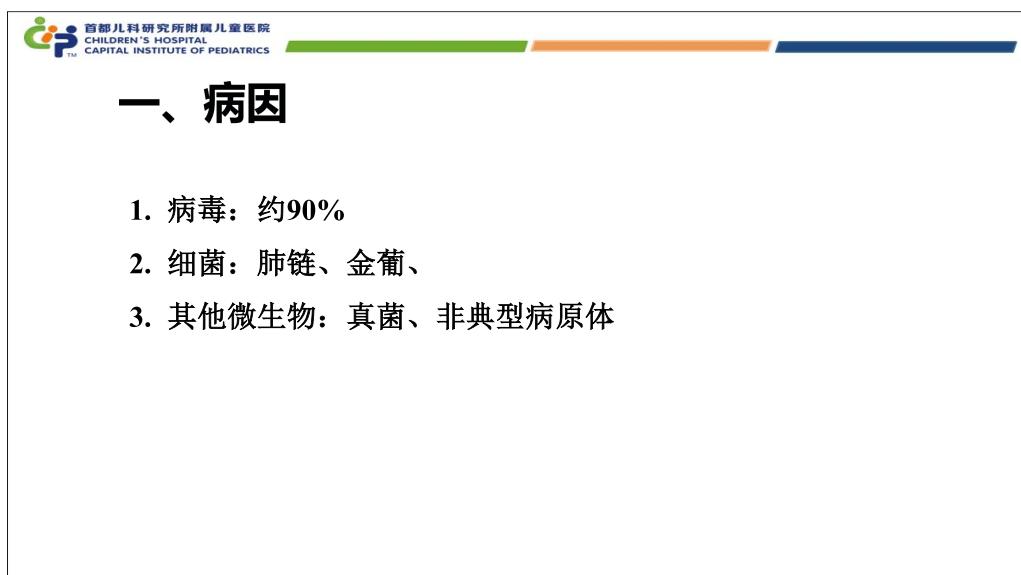
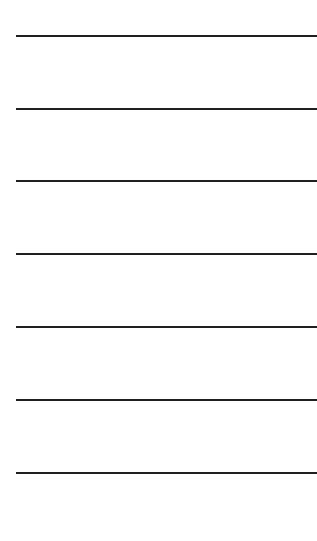
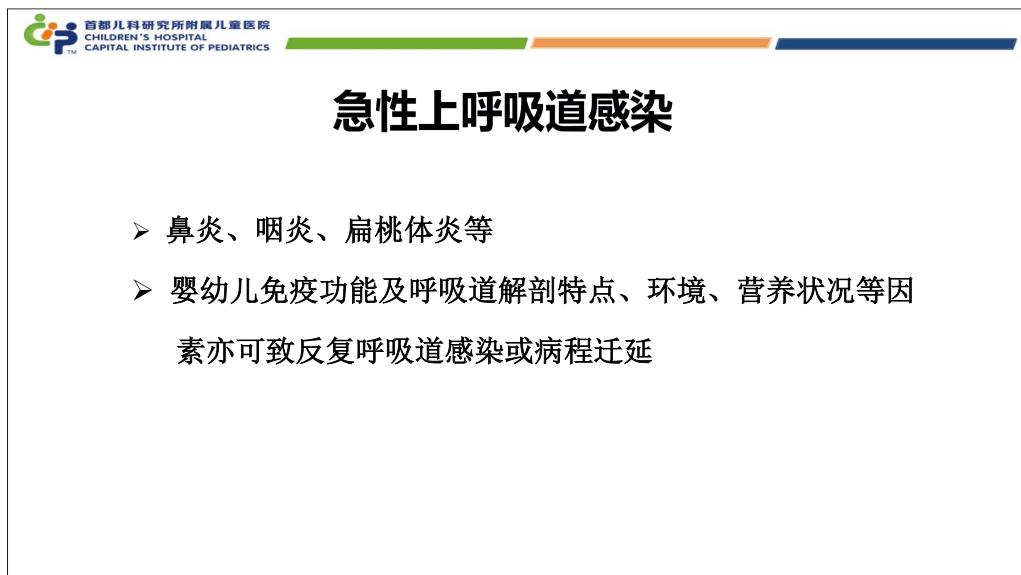
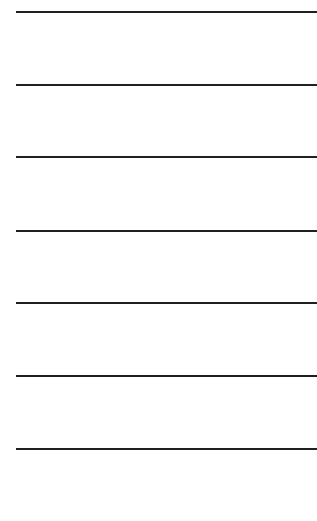
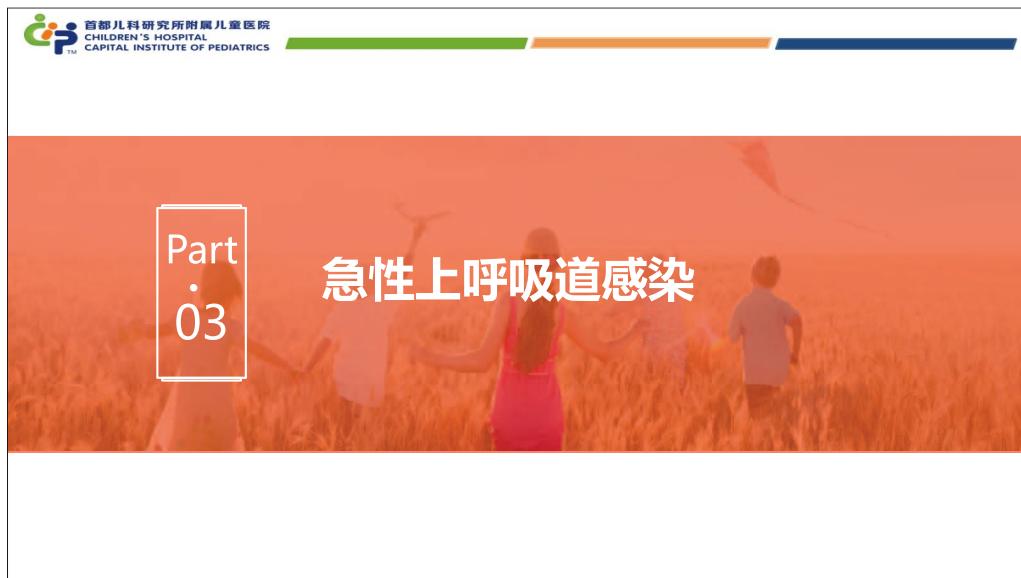
间接指标

1. 血氧饱和度 (SO_2) —— 血液运输能力
2. 剩余碱 (BE)
3. 碳酸氢根 (HCO_3^-)



呼吸道免疫特点

- 非特异性和特异性免疫功能均较差, 易患呼吸道感染
 - 咳嗽反射及纤毛运动功能差
 - 吞噬细胞功能不足
 - 婴幼儿的SIgA、IgA、IgG和IgG亚类含量均低
 - 乳铁蛋白、溶菌酶、干扰素、补体等的数量和活性均不足





二、诊断及临床表现

- 一般类型的上感
 - 两种特殊类型的上感



（一）一般类型的上感

- 局部：鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、轻咳
 - 全身：伴有高热、烦躁不安、纳差、频咳、腹痛、头痛、乏力
可有热性惊厥、急性肠系膜淋巴结炎
 - 体征：咽部充血、淋巴滤泡增生、扁桃体增大充血、浅表淋巴结肿大、皮疹



（二）两种特殊类型的上感

	疱疹性咽峡炎 (herpangina)	咽结合膜热(pharyngo-conjunctival fever)
病原	柯萨奇A病毒	腺病毒3、7型
季节	夏秋	春夏
症状	高热、咽痛、流涎、厌食、呕吐	高热、咽痛、眼部刺痛、消化道症状
体征	咽部充血、疱疹	咽部充血、滤泡性眼结合膜炎、淋巴结大
病程	1周	1~2周



疱疹性咽炎



咽-结合膜热

三、实验室检查

- 血常规检查:
- 病原学检查: 血清特异性抗体、抗原、核酸检测等
- 咽拭子培养
- 血沉及ASO滴度
- 胸片
- 其他.....

四、鉴别诊断

• 流行性感冒（甲型H1N1流感）

流感病毒、副流感病毒，有明显流行病史。局部症状轻，全身症状重。

• 急性传染病早期

“上感” 常为许多传染病早期症状。

“一是风二是猩，天花幼疹3天生，麻疹需到第四天，斑疹伤寒5日明”

• 急性阑尾炎、肠系膜淋巴结炎

“上感” 伴腹痛者注意鉴别

五、治疗

(一) 一般治疗与护理: 充分休息、预防并发症

(二) 抗感染治疗

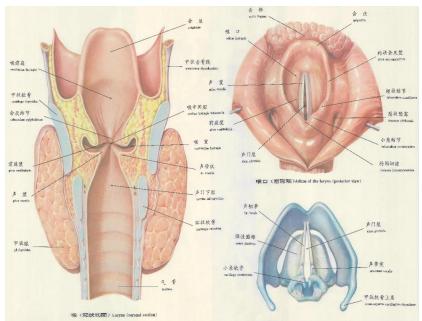
1、抗病毒药物: 病毒唑、阿昔洛韦、更昔洛韦、奥司他韦及中药制剂。

2、抗生素: 合并中耳炎、扁桃体炎、鼻窦炎时可选用抗生素

(三) 对症治疗:

退热、镇静止惊、鼻塞、止咳

第三节 急性感染性喉炎



- 以声门区为主由上呼吸道至下呼吸道蔓延的喉粘膜急性炎症。
- 可因病毒或细菌感染起，多继发于上呼吸道感染，以冬春季多见
- 婴幼儿多发

二、诊断及临床表现

- 犬吠样咳嗽、声嘶、喉鸣、吸气性呼吸困难。
- 起病急，进展快，以并发喉梗阻、肺炎、心衰，重者可危及生命。
- 间接喉镜检查：喉部、声带由轻度到明显的充血、水肿
- 血常规：在细菌感染时白细胞总数增多。



喉梗阻分级：I~IV度

- I : 安静时无呼吸困难，活动后出现吸气性喉鸣和呼吸困难；
- II: 安静时出现喉鸣和吸气性呼吸困难，心率增快；
- III: 喉梗阻症状 + 烦躁不安、发绀，肺部呼吸音明显降低，心率快；
- IV : 喉梗阻症状 + 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。



三、鉴别诊断

- 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
- 应与白喉喉痉挛、支气管异物等所致喉梗阻鉴别



四、治疗

- 1、保持呼吸道通畅，给予吸氧。可用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
- 3、缓解梗阻 肾上腺皮质激素（口服、静点、雾化）
- 4、对症治疗：烦躁不安宜用镇静剂。
- 5、开放气道：气管插管，严重者行气管切开术。



第四节 小儿咳嗽

- 急性气管支气管炎
 - 特殊类型的支气管炎：哮喘性支气管炎
 - 肺炎
 - 支气管哮喘
 - 气管支气管异物



Part • 03

下呼吸道感染



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。



临床表现及诊断

1. 病史: 大多先有上呼吸道感染症状, 咳嗽为主, 发热可有可无。
2. 体检: 双肺呼吸音粗, 可有不固定的、散在的干湿啰音。
3. 并发症: 症状常常在 21 天内缓解。如超过此期, 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。



特殊类型的支气管炎

喘息性支气管炎(asthmatic bronchitis)系指婴幼儿时期有哮喘表现的支气管炎。

- (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。



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。应根据病史、实验室检测及抗生素治疗后的反应加以鉴别。
2. **支气管哮喘:** 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:** 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。



治疗

1. 一般治疗：同上呼吸道感染
2. 控制感染
3. 对症治疗
 - (1) 一般不用镇咳剂或镇静剂
 - (2) 化痰止咳
 - (3) 止喘：对喘憋严重者可吸入短效激动剂或吸入抗胆碱能药物；
喘息严重时可加用甲泼尼龙



二、肺炎

(一) 定义

肺炎是指不同病原体或其他因素所致的肺部炎症。

临床表现为发热、咳嗽、气促、呼吸困难和肺部啰音。



(二) 肺炎的分类

1. 病理（解剖部位）：大叶、小叶、间质
2. 病因分类：细菌、病毒、真菌、非典型病原体
3. 病程分类：急性（<1月）、迁延性、慢性（>3月）
4. 病情分类：轻、重
5. 按感染环境：社区获得（CAP）、医院获得（HAP）
6. 按临床表现是否典型分类：



(二) 病因分类

1. 病毒性肺炎：RSV居首位，其次为腺病毒，流感病毒、副流感病毒、巨细胞病毒等
2. 细菌性肺炎：肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、卡他莫拉菌、大肠杆菌、军团菌等
3. 支原体肺炎：肺炎支原体为主；
4. 衣原体肺炎：沙眼衣原体（CT）、肺炎衣原体（CP）和鹦鹉热衣原；
5. 真菌性肺炎：念珠菌、曲霉菌、毛霉菌、组织胞浆菌、肺孢子菌、隐球菌等引起的肺炎。
6. 非感染因素引起的肺炎：吸入性肺炎、嗜酸性粒细胞性肺炎（过敏性肺炎）等。
7. 原虫性肺炎：卡氏肺囊虫



(三) 病程分类

- 急性肺炎(Acute Pneumonia)：(1月以内)
- 迁延性肺炎(Prolonged Pneumonia)：(1-3月)
- 慢性肺炎(Chronic Pneumonia): (>3月)



(四) 病情分类

- 轻症：呼吸系统症状为主，其他系统仅轻微受累，无全身中毒症
- 重症：除呼吸系统受累严重外，其他系统亦受累，全身中毒症状明显



(六) 按发生肺炎的地区分类

- 社区获得性肺炎 (Community Acquired Pneumonia,CAP)：原本健康的儿童在医院外获得的感染性肺炎，包括具有明确潜伏期的病原体，而在入院后潜伏期内发病的。
- 院内获得性肺炎 (Hospital Acquired Pneumonia,HAP): 患者入院时不存在，也未处于感染潜伏期，而在入院48小时后发生



(五) 按临床表现是否典型分类

- 典型性肺炎(Typical Pneumonia): 肺炎链球菌、金葡菌、流感嗜血杆菌等典型病原引起的肺炎。
- 非典型性肺炎(Atypical Pneumonia) : 支原体、衣原体、军团菌、SARS、禽流感等。肺外表现更常见，胸部X线表现不典型。

注：若病原体明确，则以病原体命名，以便指导治疗，否则按病理分类命名



支气管肺炎

- 支气管肺炎是发展中国家最常见的儿科疾病，WHO统计数据表明小儿肺炎占5岁以下小儿死亡数的1/3~1/4,中国小儿肺炎患儿占住院儿童总人数的24.5%~56.2%,2岁之内多见。
- 是小儿死亡的第一位原因
- 是我国儿童“四病”防治之一
- 是儿科门诊、病房最常见疾病



➤ 病因

- 细菌、病毒
- 肺炎支原体
- 混合感染

➤ 感染途径

- 经呼吸道
- 经血行

临床表现

➤ 主要症状:

- (1) 发热: 热型不定, 新生儿、重度营养不良患儿
可体温不升或低于正常。
- (2) 咳嗽
- (3) 气促
- (4) 全身症状

➤ 体征

- 呼吸增快, 重症可见鼻扇和三凹征;
- 发绀: 口周、鼻唇沟和肢端;
- 肺部啰音:
 - ①早期呼吸音粗糙, 减低;
 - ②固定的中细湿啰音, 以背部两侧下方及脊柱两旁较多, 深吸气末明显;
 - ③可有肺实变 (语颤增强、叩诊浊音、呼吸音减低或消失)

➤并发症

- 脓胸
- 脓气胸
- 肺大泡：多见于金黄色葡萄球菌肺炎和革兰氏阴性杆菌

[返回](#)

辅助检查—外周血

- 1) 血常规：细菌性肺炎 病毒性肺炎
- 2) CRP (0~10mg/L): 细菌性肺炎 病毒性肺炎
- 3) 降钙素原 (PCT): 细菌性肺炎

[返回](#)

病原学检查

1, 细菌学检查:

- (1) 细菌培养 (5%-15%) ;
- (2) 其他：肺炎球菌多糖抗原（对流免疫电泳法）、葡萄球菌磷壁菌抗体，试管凝集实验诊断军团菌；鲎珠实验诊断革兰阴性菌内毒素。

2, 病毒学检查

- (1) 病毒分离和血清学试验：结果可靠但费时长
- (2) 快速诊断：①检测抗原：②检测抗体：③其他快速诊断方法：PCR

3、其他病原学检查

(1) 肺炎支原体:

① 冷凝集试验: 大于1:32, 非特异性, 可作为过筛试验;

② 特异性诊断: MP -IgM \geq 1: 80为阳性。

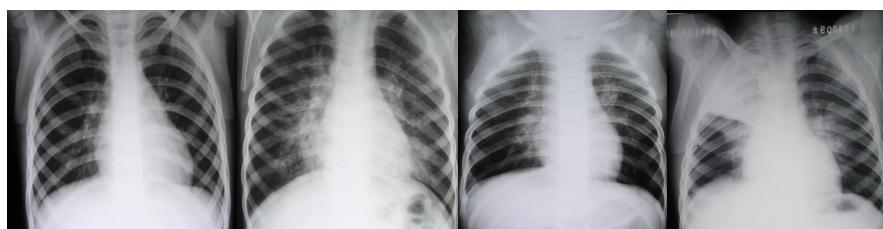
③ 支原体培养

(2) 衣原体: 衣原体-IgM

细菌培养

放射检查

- 早期肺纹理增强, 肺叶透明度减低; 以后双肺下野出现大小不等的点片状阴影或小片絮状影; 有的可融合成片状阴影。
- 有肺气肿、肺不张, 伴发脓胸、脓气胸或肺大泡

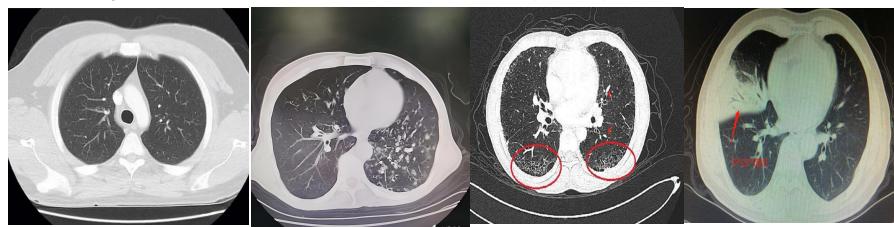


正常胸片

支气管肺炎

间质性肺炎

大叶性肺炎





➤ 诊断

- 典型支气管肺炎的特点
- 确诊后，作相应病原学检查
- 辨别病情轻重，有无并发症



➤ 鉴别诊断：根据病史、症状、体征、X线及其他辅助检查

- 急性支气管炎
- 支气管异物
- 支气管哮喘
- 肺结核



治疗

- 采用综合治疗，原则为控制炎症、改善通气功能、对症治疗、防治并发症
- 一般治疗与护理
- 改善通气治疗
- 氧疗
- 抗感染治疗
- 对症治疗
- 合并症与并发症治疗



呼吸道合胞病毒肺炎

- 年龄：多见于2岁，尤以6月以内的小儿多见。
- 症状：发热：低中或高热 咳喘：以喘为主
- 体征：喘憋、口周发绀、鼻扇、三凹征阳性。双肺叩诊鼓音，肺部体征出现早，可闻及少量中、细湿啰音、哮鸣音。
- X线：RSV直接侵害肺，间质性肺炎；小点片状、斑片状阴影，肺气肿。
- 白细胞总数正常或偏低。
- 发展成哮喘的几率比较高，呼吸道合胞病毒可引起毛细支气管炎，也可引起间质性肺炎。



腺病毒肺炎

- 病原：腺病毒3、7、11、21型
- 年龄：6个月-2岁
- 症状：
 - 1) 发热：稽留高热或弛张热、热程长，2~3周
 - 2) 呼吸道症状：咳嗽频繁，阵发性喘憋，呼吸困难，发绀
 - 3) 中毒症状重：面色苍白或发灰，精神不振，嗜睡与烦躁交替
 - 4) 消化道症状：呕吐、腹泻、消化道出血
 - 5) 神经系统：脑水肿而致嗜睡、昏迷或惊厥发作



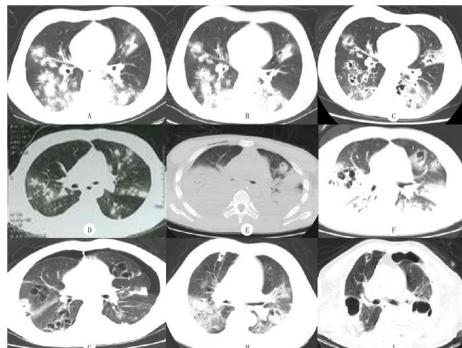
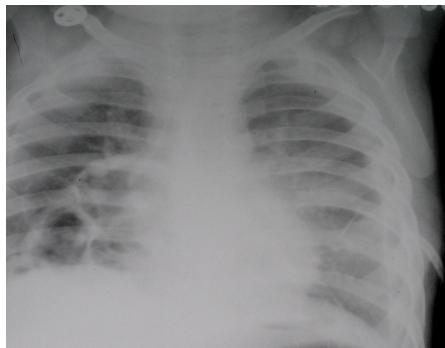
- 体征：
 - 1) 肺部啰音出现较迟，多于高热3-7天后出现
 - 2) 肝脾增大
 - 3) 麻疹样皮疹
 - 4) 心肌炎和神经系统的体征
- X线：
 - 1) 出现早
 - 2) 大小不等的片状阴影或融合成大病灶，甚至一个叶
 - 3) 病灶吸收缓慢，需数周或数月

金黄色葡萄球菌肺炎

- 病原：金黄色葡萄球菌
- 致病物质主要是毒素和酶。
- 毒素：溶血、坏死、杀白细胞及血管痉挛
肺组织广泛出血性坏死和多发性小脓肿，肺脓肿、脓胸、脓气胸、肺大泡、皮下气肿、纵隔气肿。

本病还可引起败血症及其他器官的迁徙性化脓性病灶。如化脓性心包炎、脑膜炎、肝脓肿、皮肤脓肿、骨髓炎和关节炎等。

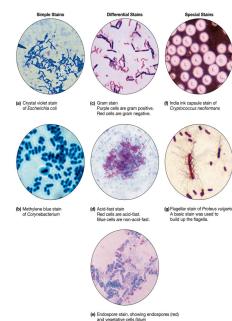
金黄色葡萄球菌肺炎X线表现



支原体肺炎

定义

- 肺炎支原体 (MP)：直径0.1-0.6微米，多形无核，无细胞壁
- 肺炎支原体肺炎 (MPP)：肺炎支原体 (MP) 感染引起的肺炎
- 可以累及支气管、细支气管、肺泡和肺间质
- 发病机制：MP直接损伤和宿主异常的免疫应答反应





- **难治性肺炎支原体肺炎 (RMPP)**：指MPP患儿使用大环内酯类抗菌药物正规治疗7d及以上，仍持续发热、临床征象及肺部影像学所见加重、出现肺外并发症者
- **大环内酯类药物无反应性肺炎支原体肺炎 (MUMPP)**：指MPP患儿经过大环内酯类抗菌药物正规治疗72h，仍持续发热，临床征象及肺部影像学无改善或呈进一步加重的MPP。
- **重症肺炎支原体肺炎 (severe MPP, SMPP)**：指MPP病情严重，符合重症CAP判定标准。
- **危重症肺炎支原体肺炎**：指患儿病情迅速进展、出现呼吸衰竭或危及生命的肺外并发症，需要进行生命支持治疗的少数SMPP。国外文献也将此类MPP称为暴发性肺炎支原体肺炎 (FMPP)



支原体肺炎

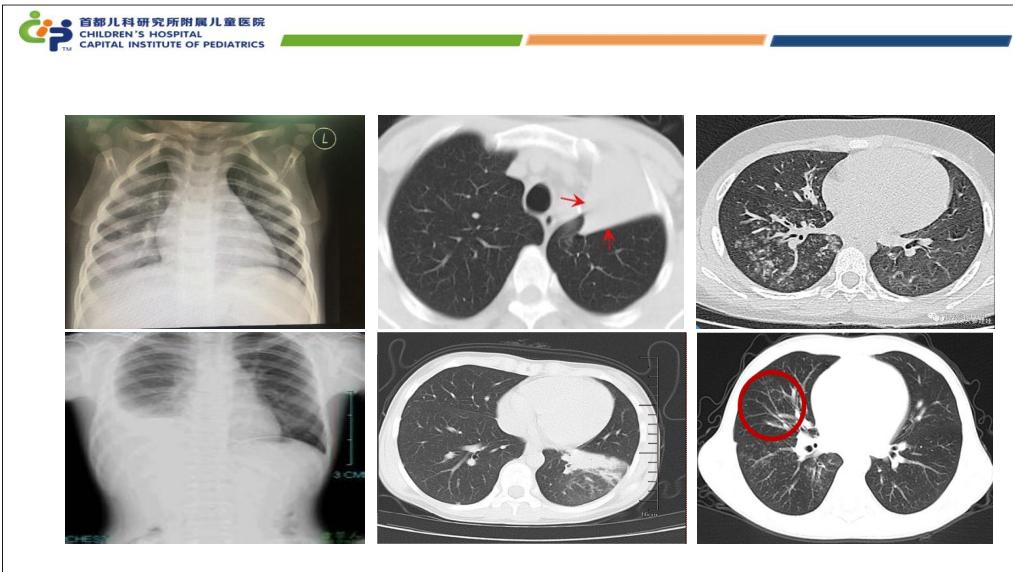
- **发病年龄**：主要见于5岁及以上儿童，婴幼儿亦不少见
- **临床表现**：
- **症状**：1) 发热：热型不定，热程2~4周；
2) 咳嗽：刺激性咳嗽，有时酷似百日咳样咳，部分患儿可有喘息；
3) 其他：年长儿可有咽痛、胸闷、胸痛等；
- **胸部体征**：常不明显，**体征与剧咳及发热等临床表现不一致，为本病的特点**
- **肺外症状**：心肌炎、心包炎、溶血性贫血、脑膜炎、各种皮疹、血尿、蛋白尿

[返回](#)



➤ 辅助检查：

- 1) **X线或胸部CT**：
(1) 间质性肺炎 (2) 支气管肺炎 (3) 肺泡炎性
(4) 肺门阴影增浓与胸腔积液 (5) 细支气管炎性
- 2) **病原学和血清学检查**：
血冷凝集试验，MP抗体、核酸、培养等
- 3) 其他：血常规、肝功、心肌酶、CRP、脑电图



符合以上临床和影像学表现，结合以下任何一项或两项，即可诊断为MPP：

- (1) 单份血清MP抗体滴度 $\geq 1:160$ (PA法)；病程中双份血清MP抗体滴度上升4倍及以上。
- (2) MP-DNA或RNA阳性。

➤ 鉴别诊断

(一) 与病毒性肺炎鉴别

1. 腺病毒(ADV)肺炎
2. 流感病毒肺炎
3. 新型冠状病毒肺炎

(二) 与细菌性肺炎鉴别

肺炎链球菌(SP)和金黄色葡萄球菌(SA)等细菌

(三) 与肺结核鉴别



临床分型

- 轻症：病程7-10天左右，预后良好
- 重症：高热、喘息、呼吸困难、肺外并发症、影像学表现、临床进展快、CRP、LDH、D-二聚体之一明显升高
- 危重症：呼吸衰竭或危及生命的肺外严重并发症



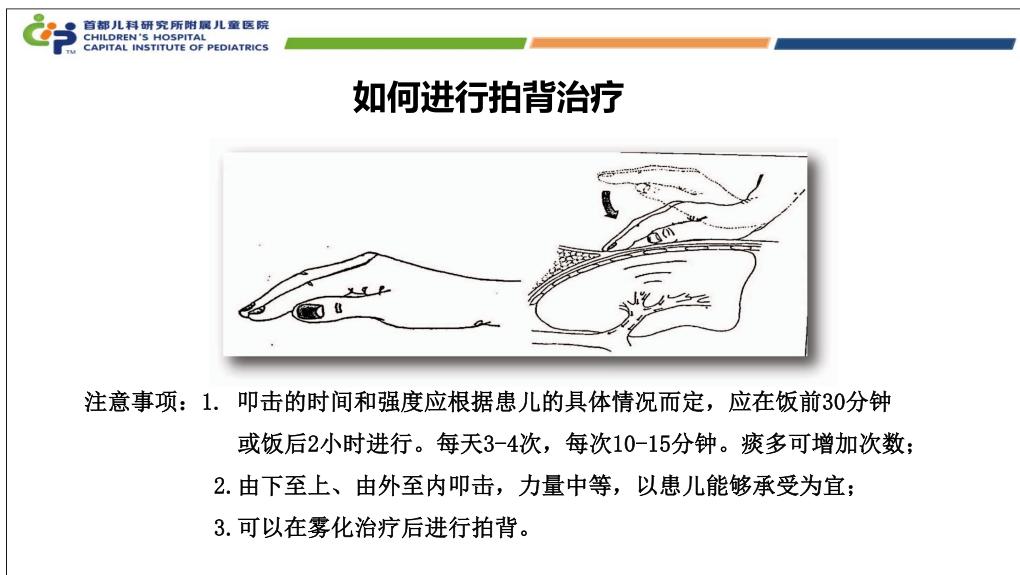
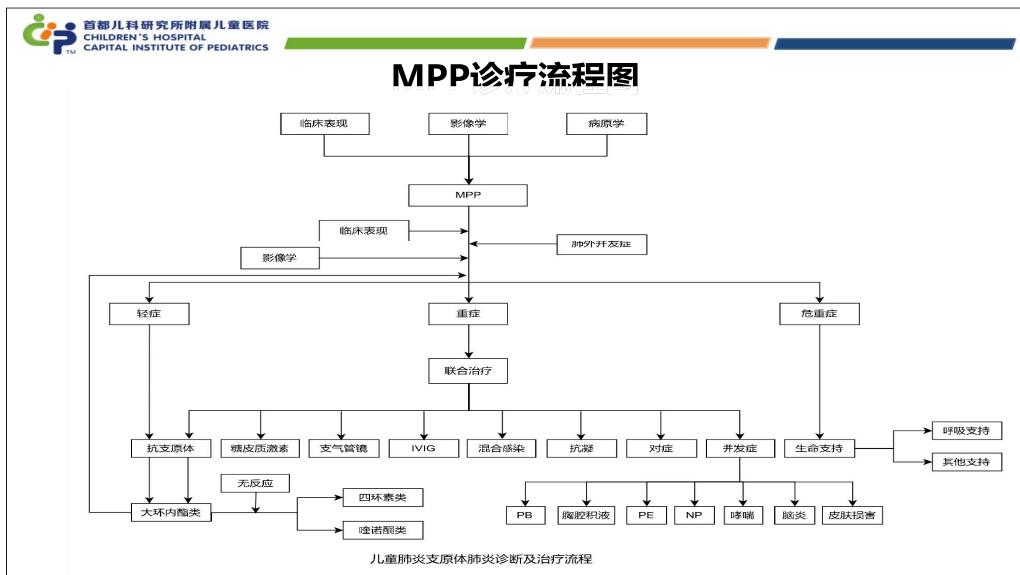


治疗原则：早期识别和治疗SMPP和FMPP

- 一般和对症治疗
- 抗MP药物
 - 大环内酯类：首选，包括阿奇霉素、克拉霉素、红霉素、乙酰吉他霉素
 - 新型四环素类：米诺环素、多西环素，对耐药MPP有确切疗效。>8岁使用，注意副作用
 - 喹诺酮类：左氧氟沙星，莫西沙星、妥舒沙星。>18岁使用



- 糖皮质激素：主要用于重症和危重症患儿
- 支气管镜介入治疗：怀疑有黏液栓堵塞和PB的重症患儿应尽早进行
- 静脉注射免疫球蛋白G (IVIG)：严重肺外并发症、混合腺病毒感染的重症MPP、存在超强免疫炎症反应
- 胸腔引流
- 预防性抗凝治疗
- 混合感染治疗
- 中药





病例一

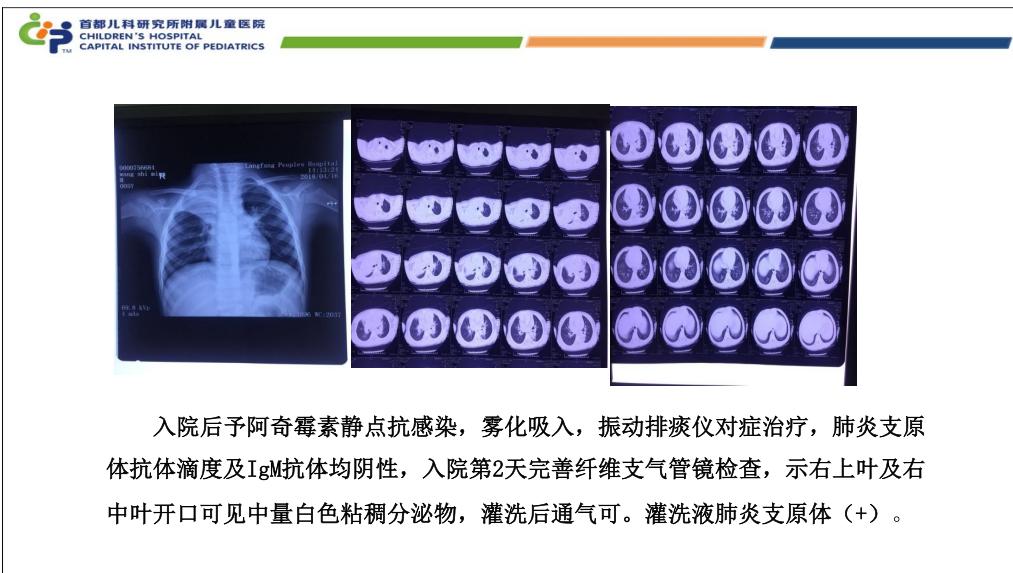
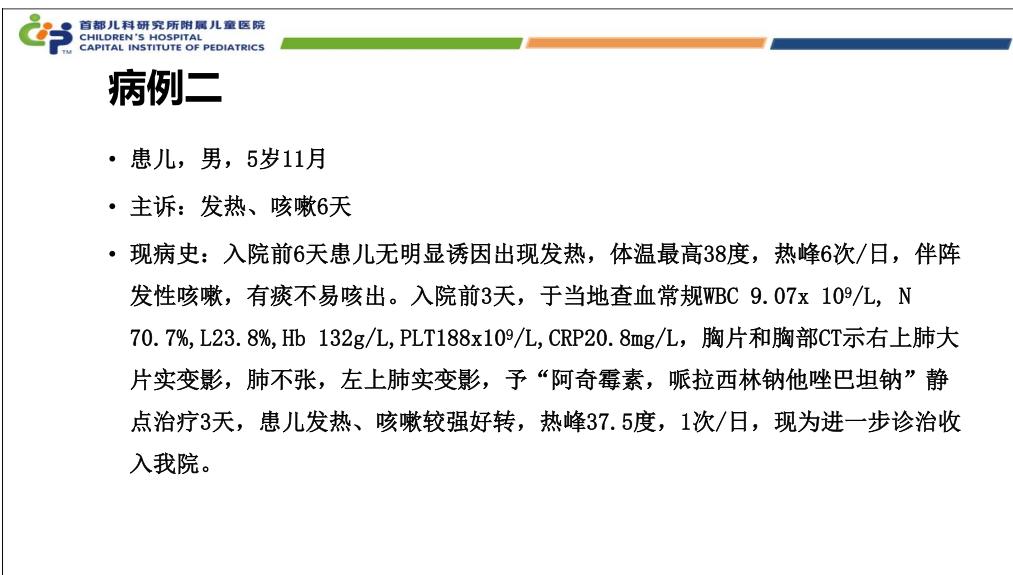
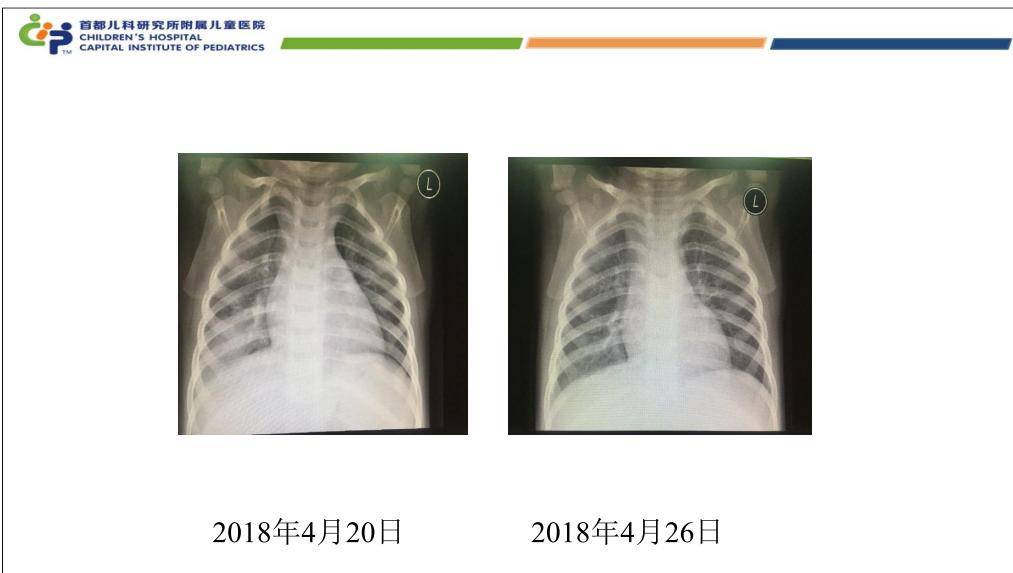
- 患儿，女，1岁10个月
- 主诉：发热5天，伴咳嗽3天
- 现病史：入院前5天患儿无明显诱因出现发热，体温波动37-38度，偶可降至正常，无畏寒寒战等不适，未予特殊处理。入院前3天患儿发热加重，最高39.2度，热峰1-2次/天，伴咳嗽，咳痰，无喘息，无气促。
- 血常规WBC $8.06 \times 10^9/L$, N 53.7%, L36.1%, Hb 128g/L, PLT $235 \times 10^9/L$, CRP < 1mg/L
- 诊断“上呼吸道感染”，予“小儿清解液，易坦静”口服治疗
- 患儿仍有发热，体温最高38度，咳嗽，咳痰较前加重，无喘息。



- 入院当日再次就诊，查血常规WBC $6.16 \times 10^9/L$, N 46.3%, L42.9%, Hb 129g/L, PLT $214 \times 10^9/L$, CRP 4mg/L，肺炎支原体抗体IgM阴性，胸片：右肺下叶可见大片高密度影，影像意见：右肺下叶大片肺炎，右侧胸膜炎
- 门诊以“支气管肺炎”收入院。



- 诊治经过：入院后给予阿奇霉素静点抗感染，雾化吸入治疗，肺炎支原体抗体检测：1:160，
- 入院第2日患儿体温降至正常，入院第5日复查肺炎支原体IgM抗体阳性，入院第7日，复查胸片：原右肺下叶大片高密度影已明显吸收，右侧膈面较光滑，右侧肋膈角较锐利。
- 好转出院。出院医嘱：间隔3天后，口服5天阿奇霉素，继续雾化治疗1周，1周后门诊复查。





- 入院第5天，复查血常规正常，CRP<1mg/L，肺炎支原体抗体滴度1:1280。复查胸片右肺中上野可见横行致密影，右肺上叶大片肺炎伴肺不张大部分吸收。
- 入院第5天出院。出院医嘱：间隔3天后，口服阿奇霉素5天，继续雾化吸入治疗，1周后门诊复诊。



Part
·
04

其他呼吸道疾病



三、儿童支气管哮喘

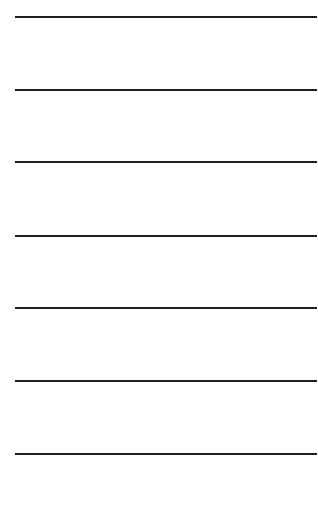
定义：

- 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
- 以反复发作的喘息、咳嗽、气促、胸闷为主要临床表现，常在夜间和(或)凌晨发作或加剧
- 呼吸道症状的具体表现形式和严重程度具有随时间而变化的特点，并常伴有可变的呼气气流受限

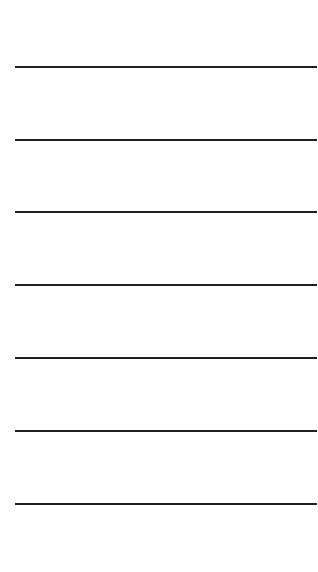
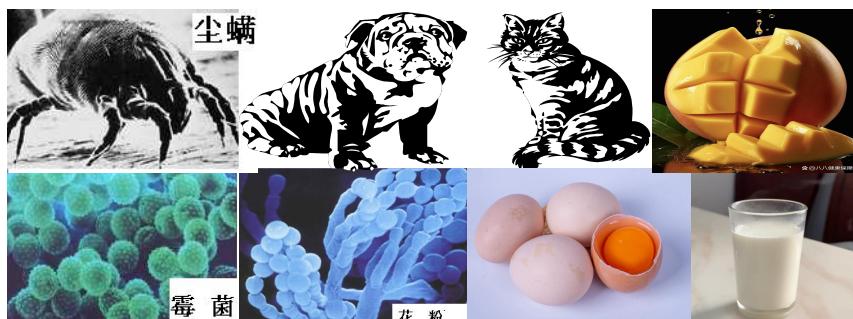


哪些因素是哮喘发作的危险因素呢？

- 过敏性因素：吸入性、食入性、接触性、注射性过敏等
 - 非过敏性因素：感染诱发、被动吸烟、空气污染、运动、情绪等



过敏性因素



哮喘的诊断

- 病人的症状
 - 体格检查
 - 肺功能测定
 - 评价过敏状态

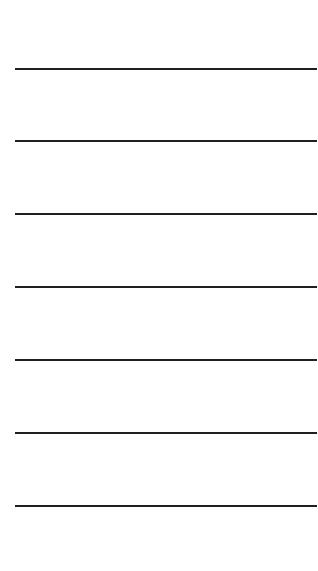




表2 哮喘急性发作时病情严重程度的分级

临床特点	轻度	中度	重度	危重
气短	步行、上楼时	稍事活动	休息时	-
体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	-
讲话方式	连续成句	单词	单字	不能讲话
精神状态	可有焦虑,尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑、烦躁	嗜睡或意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	-
呼吸频率	轻度增加	增加	常>30次/min	-
辅助呼吸肌活动及三凹征	常无	可有	常有	胸腹矛盾运动
哮鸣音	散在,呼吸末期	响亮,弥漫	响亮,弥漫	减弱、乃至无

注:只要符合某一严重程度的某些指标,而不需满足全部指标即可



诊断标准—儿童哮喘

- 反复发作喘息、咳嗽、气促、胸闷,多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、呼吸道感染以及运动等有关,常在夜间和(或)清晨发作或加剧。
- 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性,以呼气相为主的哮鸣音,呼气相延长。
- 上述症状和体征经抗哮喘治疗有效或自行缓解。
- 除外其他疾病所引起的喘息、咳嗽、气促和胸闷。

符合第1~4条者,可以诊断为哮喘。



- 临床表现不典型者(如无明显喘息或哮鸣音),应至少具备以下1项:
 - 支气管激发试验或运动激发试验阳性;
 - 证实存在可逆性气流受限:

首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

中华结核和呼吸杂志 2013 年 5 月第 36 卷第 5 期 Chin J Tuberc Respir Dis, May 2013, Vol. 36, No. 5

• 333 •

表 4 常用治疗哮喘药物一览表

药物类别	药理作用	药物名称	用法和用量	注意事项
(一)糖皮质激素	抑制气道炎症的多个环节,减少微血管渗漏,降低气道高反应性	二丙酸倍氯米松 布地奈德 丙酸氟替卡松 环素奈德	200~1000 μg/d 200~800 μg/d 125~500 μg/d 80~120 μg/d	局部抗炎作用强,全身不良反应较小,需要长期使用,可能引起咽部不适、声音嘶哑和念珠菌感染,大剂量应用可加重骨质疏松症,高血糖,糖尿病、下丘脑-垂体-肾上腺轴的抑制,肥胖症,白内障,青光眼,皮肤淤斑。对于伴有活动性结核病,骨质疏松,青光眼,糖尿病,严重抑郁或消化性溃疡的患者应慎用
2. 全身用激素				上述全身不良反应比吸入激素多而严重
(1)口服激素		泼尼松 甲泼尼龙	30~40 mg/d, 5~10 d 24~32 mg/d	
(2)静脉用激素		琥珀酸氢化可的松 甲泼尼龙琥珀酸钠	每次 100~200 mg, 静脉滴注, 必要时 4~6 h 重复 1 次 每次 40~80 mg, 静脉滴注, 必要时 4~12 h 重复 1 次	
		地塞米松	每次 5~10 mg, 静脉滴注或推注	对垂体和肾上腺的抑制作用强而持久

首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

中华结核和呼吸杂志 2013 年 5 月第 36 卷第 5 期 Chin J Tuberc Respir Dis, May 2013, Vol. 36, No. 5

• 334 •

表 5 常用治疗哮喘药物一览表

药物类别	药理作用	药物名称	用法和用量	注意事项	
				口服	不宜长期规律单独使用
(二) β_2 受体激动剂					
1. 速效-短效	通过对气道平滑肌和肥大细胞等细胞膜表面的 β_2 受体的作用,舒张气道平滑肌,减少肥大细胞和嗜碱性粒细胞脱颗粒和介质的释放,降低微血管的通透性、增加气道上皮纤毛的摆动等,缓解哮喘症状	沙丁胺醇气雾剂 特布他林气雾剂 福莫特罗干粉吸入剂	每次 1~2 喷, 按需给药 每次 1~2 喷, 按需给药 每次 1~2 吸, 每日不超过 8 吸		
2. 速效-长效					
3. 慢效-短效					
4. 慢效-长效					
5. 透皮吸收剂型					
(三) 茶碱	具有舒张支气管平滑肌和强心、利尿等作用	妥洛特罗贴剂	每日贴 1 次 (0.5~2 mg)	有效血药浓度与中毒浓度接近,且影响茶碱代谢的因素较多,如同时应用甲氧咪胍、维诺酮类或大环内酯类抗菌药物等可影响茶碱代谢而使其排泄减慢,增加其毒性	
1. 口服					
(1) 普通剂型茶碱		氨茶碱 多索茶碱	每次 0.1~0.2 g, 每日 3 次 每次 0.1~0.2 g, 每日 2 次		
(2) 缓(控)释剂型茶碱		茶碱缓释片	每次 0.2~0.4 g, 每日 2 次		
2. 静脉滴注		氨茶碱	首次负荷剂量 4~6 mg/kg, 维持剂量每小时 0.5~0.8 g/kg		
		多索茶碱	每次 0.3 g, 每日 1 次		
(四) 抗胆碱药物	与气道平滑肌上的 M_1 受体结合, 舒张支气管			可引起口干等症。早期妊娠妇女和患有青光眼或前列腺肥大的患者应慎用	
1. 短效		异丙托溴铵气雾剂 异丙托溴铵雾化溶液	每次 20~60 μ g (2~3 喷), 每日 3~4 次 每次 0.25~0.5 mg (1~2 ml), 每日 3~4 次		
2. 长效		噻托溴铵干粉吸入剂 孟鲁司特片	每次 18 μ g (1 吸), 每日 1 次 每次 10 mg, 每日 1 次		
(五) 白三烯调节剂	抑制肥大细胞和嗜酸性粒细胞释放半胱氨酰白三烯的致喘和致炎作用				

首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

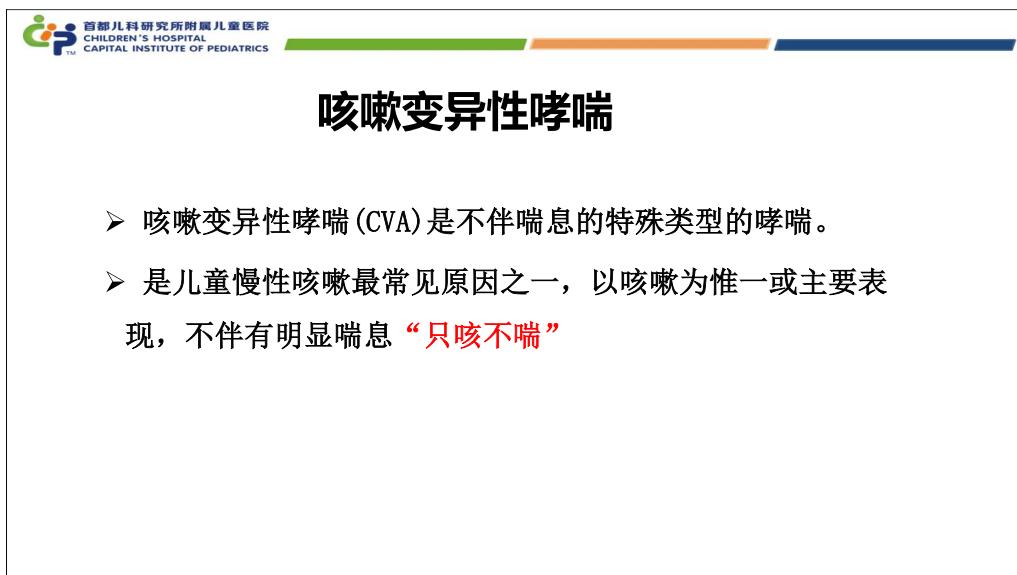
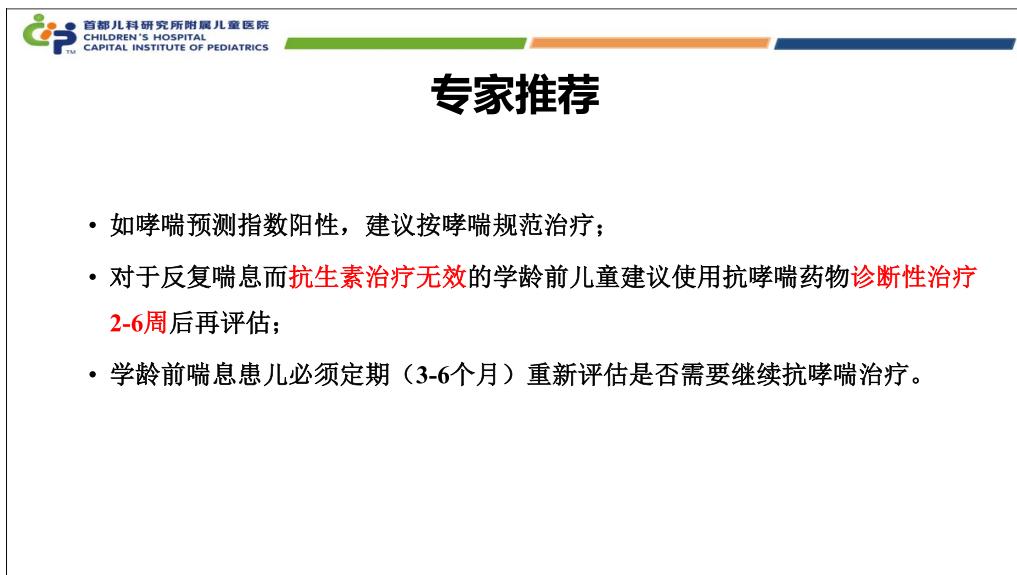
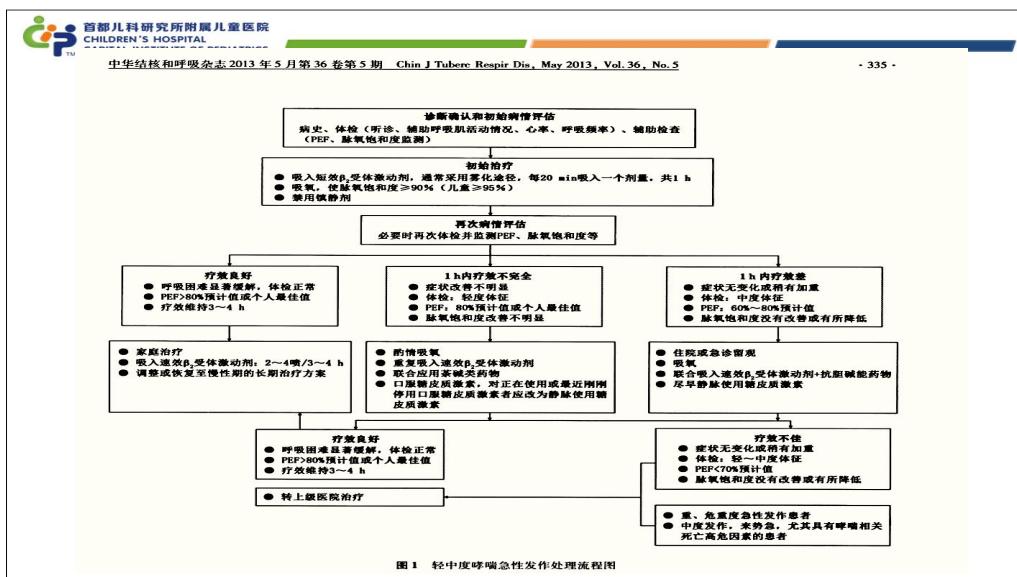
中华结核和呼吸杂志 2013 年 5 月第 36 卷第 5 期 Chin J Tuberc Respir Dis, May 2013, Vol. 36, No. 5

• 334 •

表 5 根据哮喘控制水平制定治疗方案

	治疗级别				
	第 1 级	第 2 级	第 3 级	第 4 级	第 5 级
哮喘教育、环境控制					
按需使用短效 β_2 受体激动剂					
按需使用短效 β_2 受体激动剂					
控制性药物	选用一种低剂量的 ICS 缓释茶碱	选用一种低剂量的 ICS 加缓释茶碱	中高剂量的 ICS 加用以下一种或以上缓释茶碱	在第 4 级治疗的基础上口服最小剂量的糖皮质激素	
	低剂量的 ICS	低剂量的 ICS 加 LABA (气雾剂)	LABA (气雾剂)		
	中高剂量的 ICS	中高剂量的 ICS 加白三烯调节剂	白三烯调节剂		
	低剂量的 ICS 加白三烯调节剂				

注:如联合长效 β_2 受体激动剂 (LABA) 治疗,首先选择气雾剂;ICS:吸入性糖皮质激素



诊断标准—咳嗽变异性哮喘

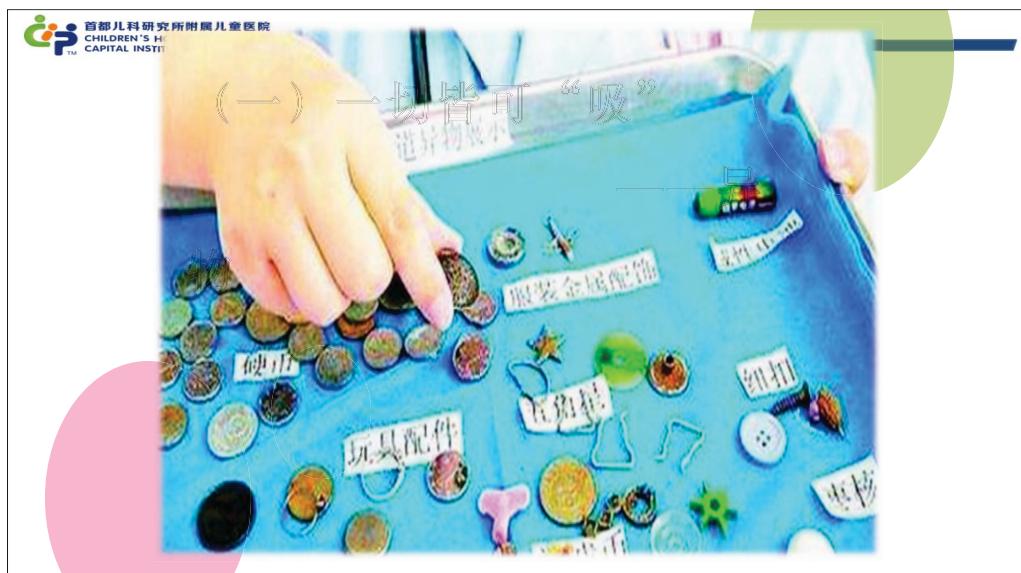
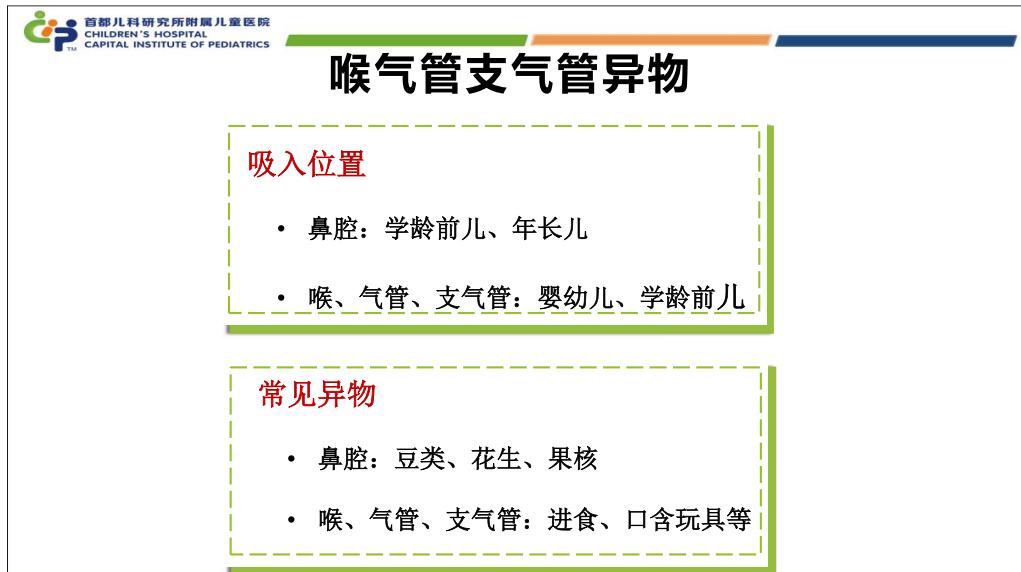
- (1) 咳嗽持续>4周, 常在夜间和(或)清晨发作或加重, 以干咳为主;
- (2) 临幊上无感染征象, 或经较长时间抗生素治疗无效;
- (3) 抗哮喘药物诊断性治疗有效;
- (4) 排除其他原因引起的慢性咳嗽;
- (5) 支气管激发试验阳性和(或)PEF每日变异率(连续监测2周)≥13%;
- (6) 个人或一、二级亲属特应性疾病史, 或变应原检测阳性。

1~4项为诊断基本条件



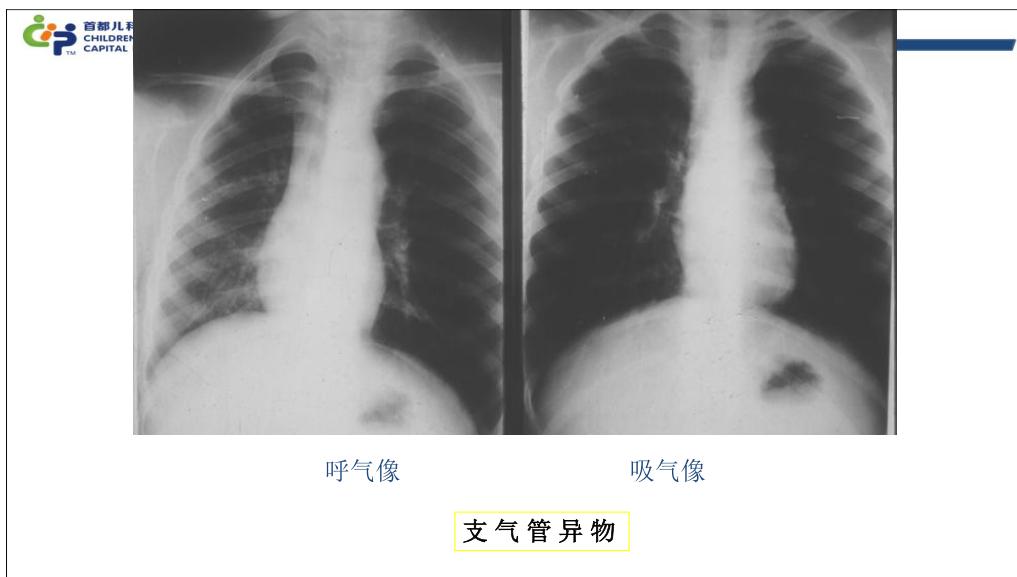
肺功能测定

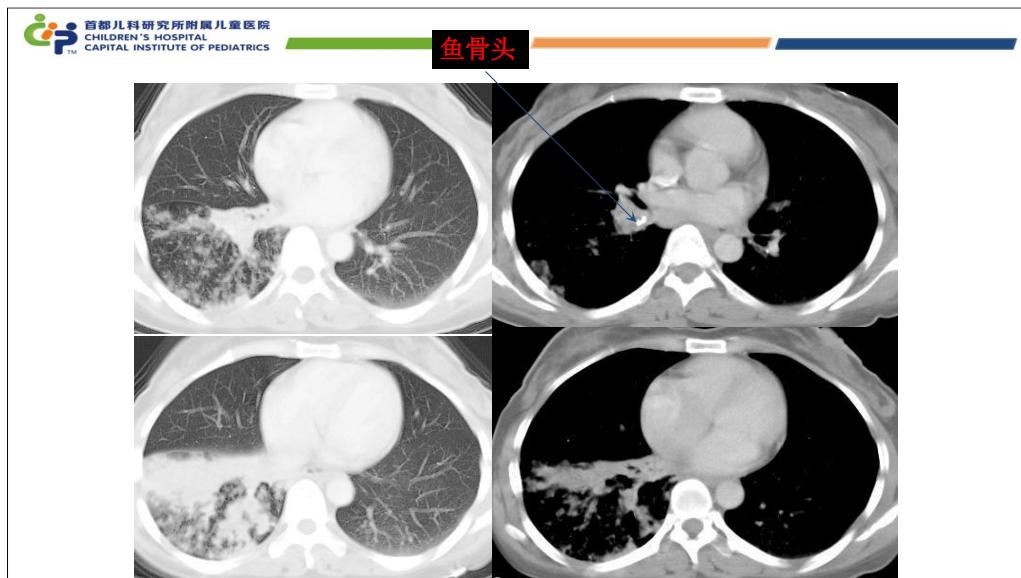
- 流速—容量曲线
 - 一秒用力呼气容积/用力呼气容积 (FEV1/FVC)
 - 适用于5岁以上的儿童
 - 成人 >75%; 儿童 >85%
- 支气管舒张试验 (判断气道阻塞是否具有可逆性) :
 - 阳性标准: 吸入速效 β 2-受体激动剂 (如沙丁胺醇) 以后15分钟, 第一秒用力呼气量(FEV1)增加12%。



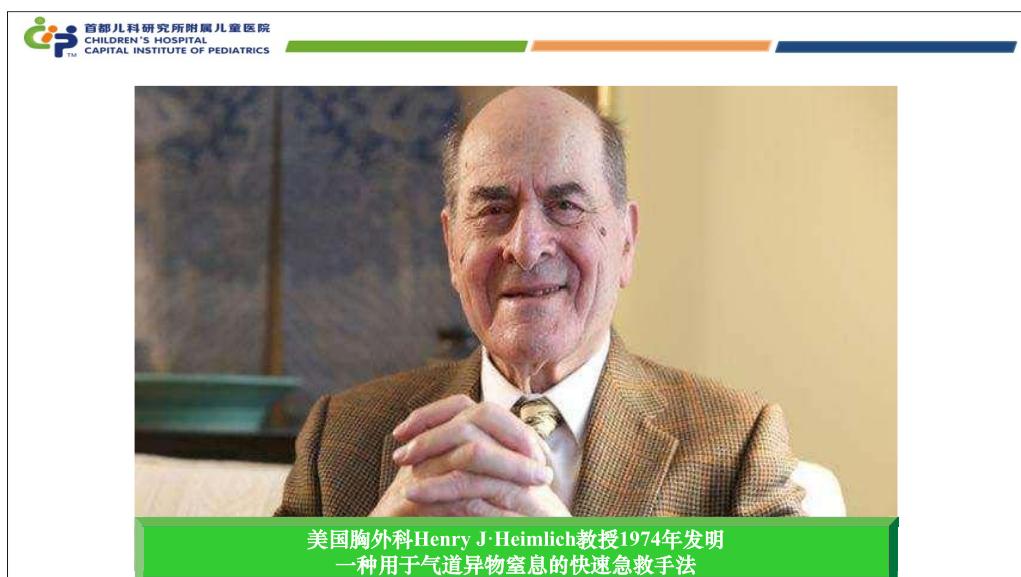


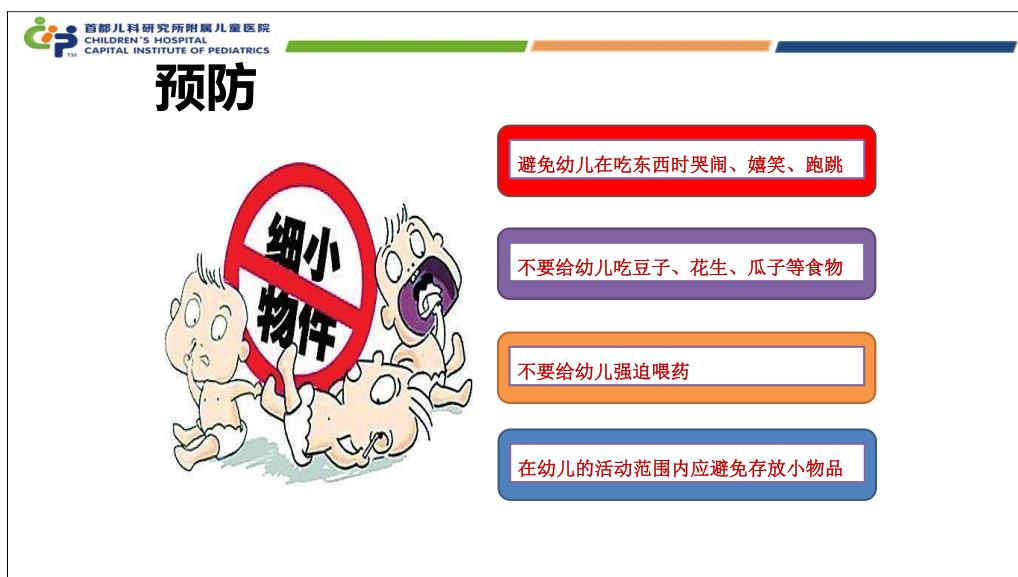














小儿消化系统常见疾病诊治 及用药特点

首都儿科研究所附属儿童医院
消化内科 钟雪梅



钟雪梅医生简介



主任医师，硕士研究生导师
首都儿科研究所附属儿童医院消化内科主任
中华医学会消化病学分会儿科学组委员
中国妇幼保健协会小儿消化微创学组副主任委员
中国医师协会儿科学分会消化学组委员
北京医学会儿科学分会委员



小儿腹泻

儿童腹泻病的定义

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

- 急性腹泻** (< 2周)
- 迁延性腹泻** (2周-2月)
- 慢性腹泻** (> 2月)

儿童腹泻的临床表现

- 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)
- 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

儿童腹泻病严重程度分型

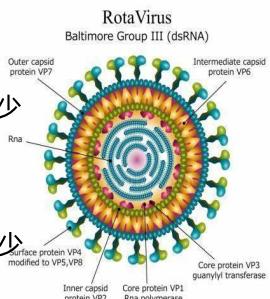
以胃肠道症状为主，无脱水及明显全身中毒症状

胃肠道症状较重，并出现轻、中度脱水和/或有全身中毒症状

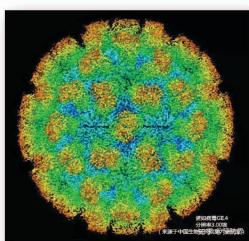
胃肠道症状重，重度脱水和/或有明显的全身中毒症状

儿童腹泻病常见病原--轮状病毒

- 秋、冬季小儿腹泻最常见的病原
- 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
- 病初即有呕吐, 常先于腹泻发生。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 大即有大量病毒
- 自大便中排出, 最长可达 6 天



儿童腹泻病常见病原--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

儿童腹泻病常见病原--产毒性细菌



- 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



儿童腹泻病常见病原--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

- 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



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



非感染性腹泻

- **乳糖酶缺乏**
- **过敏性腹泻**
- **症状性腹泻**
- **食饵性腹泻**

儿童腹泻的鉴别诊断

水样便鉴别：非感染性病因

食物过敏、食物不耐受、小肠吸收功能障碍疾病、药物

相关性腹泻（抗生素）、乳糜泻、甲状腺功能亢进

脓血便鉴别：非感染性病因

食物过敏、炎症性肠病、急性坏死性小肠结肠炎、

梅克尔憩室、肠重复畸形、肠息肉、肠套叠

急性腹泻的治疗

◆ 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

小儿脱水判断



 首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

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、恢复<2秒	色灰、发花、弹性极差、恢复>2秒
眼窝前囟	微凹	明显凹陷	深凹
眼泪、唾液	有	少	无
尿量	稍减	明显减少	极少或无
末梢循环	正常	肢端稍凉	四肢厥冷

 首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

脱水程度判断

儿童临床脱水量表(总分从0分~ 8分)

特征	0	1	2
一般状态	正常	口渴、烦躁、嗜睡、触碰时易激怒	嗜睡、萎靡、发冷或出汗+/-昏迷
眼眶	正常	稍凹陷	明显凹陷
粘膜	湿润	粘稠	干燥
眼泪	流泪	泪液减少	泪液缺失

0分表示没有发生脱水；1~4分表示轻度脱水；5~8分表示中度/重度脱水

 首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

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



急性腹泻的治疗

◆药物治疗--抗生素

- 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
- 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**



急性腹泻的治疗

预防脱水：每次排稀便后补充一定量的液体

<6个月，50ml

6个月-2岁，100ml

2-10岁，150ml

>10岁，能喝多少喝多少

注：每次的量可以少量多次给予，直到腹泻停止

轻至中度脱水：口服补液及时纠正脱水

用量 (ml) = 体重 (kg) * (50-75)，4h内服完



急性腹泻的治疗

止泻药

蒙脱石散：修复、提高粘膜屏障对攻击因子的防御功能

<1岁 1g/次 3次/天

1-3岁 1-2g/次 3次/天

>3岁 3g/次 3次/天 饭前半小时口服

消旋卡多曲颗粒：延长消化道内源性脑啡肽的生理活性，减少水和电解质的过度分泌

1-9m (体重<9kg) 10mg/次 3次/天

9m-30m (体重9-13kg) 20mg/次 3次/天

30m-9岁 (体重13-27kg) 30mg/次 3次/天

>9岁 (体重>27kg) 60mg/次 3次/天 连续服用不得超过7天

首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

急性腹泻的治疗

通用名	规格	主要成分	辅料	贮存条件	用法用量
布拉氏酵母菌散	0.25g	布拉氏酵母菌	果糖、乳糖	常温	< 3岁,1袋/次,qd > 3岁,1袋/次,bid
枯草杆菌二联活菌	1g	枯草杆菌、屎肠球菌	乳糖、维生素及钙、锌	常温	< 2岁,1袋/次,qd或bid > 2岁,1-2袋/次,qd或bid
酪酸梭菌活菌散	500mg	酪酸梭菌活菌	葡萄糖	常温	1袋/次, bid
双歧杆菌三联活菌散	1g	双歧杆菌、嗜酸乳杆菌、粪肠球菌	脱脂奶粉、麦芽糖糊精、乙醇	2-8°C	0-1岁,0.5袋/次,tid;1-5岁,1袋/次,tid,> 6岁,2袋/次,tid
酪酸梭菌二联活菌散	500mg	酪酸梭菌芽孢杆菌、双歧杆菌	淀粉、无水葡萄糖、无乳糖奶粉	2-8°C	1袋/次,bid
双歧杆菌四联活菌片	0.5g	双歧杆菌、嗜酸乳杆菌、粪肠球菌、蜡样芽孢杆菌		2-8°C	< 6月,半片/次,bid,6月-1岁,1片/次,bid,1-6岁,2片/次,tid
复方嗜酸乳杆菌片	0.5g	复方嗜酸乳杆菌、粪链球菌、枯草杆菌	淀粉、蔗糖、不含乳糖	常温	1-2片/次,tid

首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

急性腹泻的治疗

◆ 药物治疗--其他

胃肠粘膜保护剂和微生态制剂
思密达、乐托尔、妈咪爱、金双歧、培菲康
保护肠道粘膜，调节肠道正常菌群

首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

急性腹泻脱水的治疗

- 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
- 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

注：腹泻患儿在脱水发生前即应口服足够液体预防脱水

急性腹泻脱水的治疗

腹泻静脉补液的原则：“三定” “三先” “三见”

密切观察，随时调整

“三定”：定量、定性、定速

“三先”：先盐后糖、先浓后淡、先快后慢

“三见”：见酸补碱、见尿补钾、见惊补钙

补液总量=累积损失+继续损失+生理需要

急性腹泻脱水的治疗

- ◆ 累积损失量
- ◆ 继续损失量
- ◆ 生理需要量

急性腹泻脱水的治疗



轻度: 50ml/kg

中度: 50-100ml/kg

重度: 100-120ml/kg

等渗脱水: 2/3-1/2张

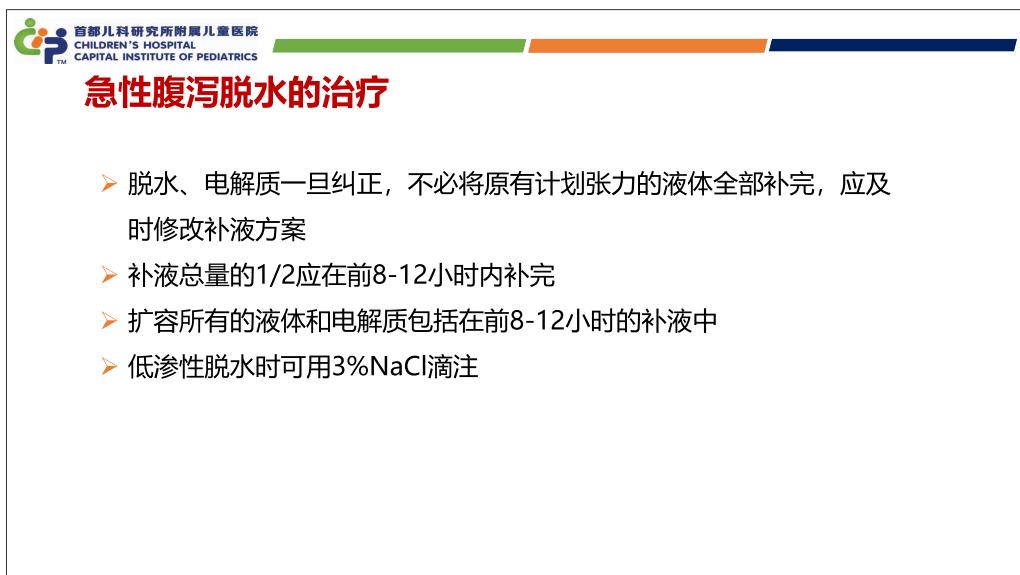
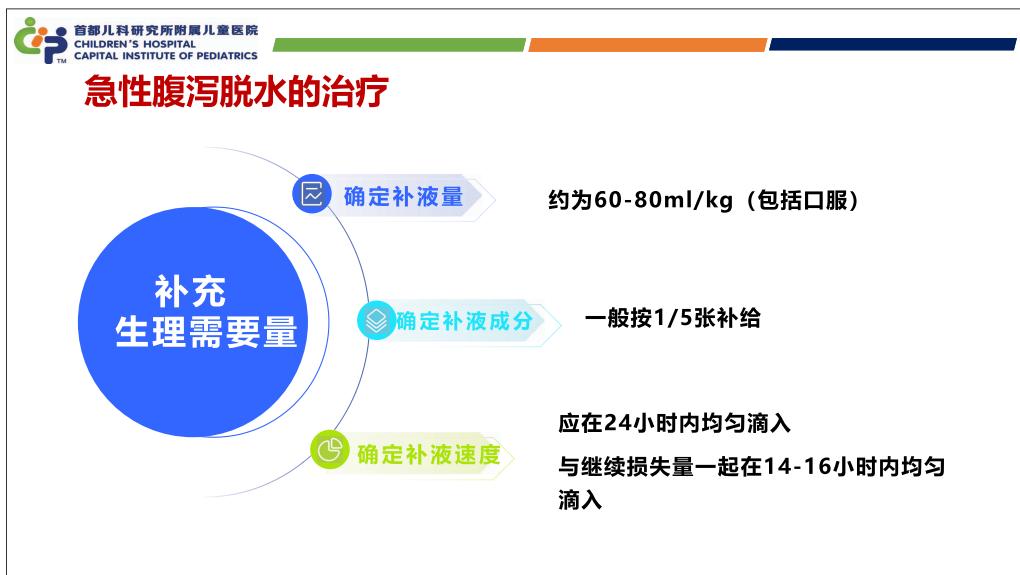
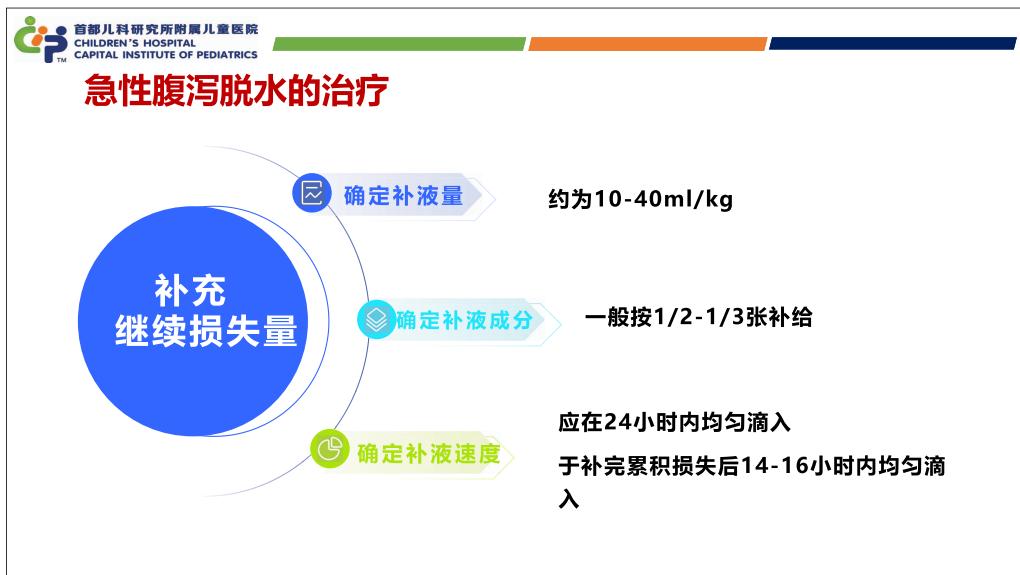
低渗脱水: 等张-2/3张

高渗脱水: 1/3-1/5张

原则: 先快后慢

重症: 扩容20ml/kg, 30-60min内

其余: 6-8h内完成, 12h左右完成 (高渗)





急性腹泻脱水的治疗

◆ 电解质紊乱治疗

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

补钙: 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



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) 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



小儿腹痛



腹痛

- 小儿时期最常见的症状之一，但原因复杂多样
- 部分儿童难以描述腹痛，且查体多不配合
- 诊断困难，需要门诊或急诊进行评估



年龄与腹痛

新生儿	1月龄-2岁	2-5岁	> 5岁
肠粘连	肠粘连、异物、HUS、中毒性巨结肠	肠粘连、 阑尾炎 、异物、HUS、 肠套叠 、胃炎、原发性细菌性腹膜炎、病毒感染、咽炎、肺炎、便秘、胃炎、咽炎、病毒感染、腹型头痛、 胆囊炎 、胆石症、胃动力不足、 HSP 、肝炎、 IBD 、腹腔脓肿、梅克尔憩室、泌尿系感染、睾丸扭转、肿瘤	肠粘连、 阑尾炎 、DKA、HUS、心肌炎、心包炎、 穿透性溃疡 、原发性细菌性腹膜炎、创伤、便秘、胃炎、咽炎、病毒感染、腹型头痛、 胆囊炎 、胆石症、胃动力不足、 HSP 、肝炎、 IBD 、腹腔脓肿、梅克尔憩室、卵巢扭转、 胰腺炎 、肺炎、急性卟啉病、睾丸扭转、卵巢囊肿破裂、泌尿系感染
NEC			
肠扭转			
肠绞痛			
蛋白过敏			
睾丸扭转			



急性腹痛和慢性腹痛

急性腹痛

- ① 病程数小时至1天，常伴有胃肠功能紊乱、急性全身症状
- ② 病种多、起病急、发展快、病情重、变化多、病因复杂的特点
- ③ 急诊过程中需要警惕的疾病，若误诊、漏诊可造成不良后果，甚至危及生命

慢性腹痛

至少已存在2个月的间歇性或者持续性腹痛 **(有功能性或器质性病因)**

急性腹痛和慢性腹痛

急性腹痛

起病急骤或阵发性加剧常为**外科性疾病**

急性阑尾炎、绞窄性肠梗阻、胃肠道穿孔、肠套叠及腹股沟嵌顿疝等

慢性腹痛

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

注：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

内科与外科急性腹痛

临床表现		内科急性腹痛	外科急性腹痛
起病情况	不定	急骤	
前驱症状	有	一般无	
腹痛	由重到轻、间歇发作、含糊而不固定	由轻到重、有含糊到明确、由局限到弥漫	
腹膜刺激征	压痛	±	+
	反跳痛	-	+
	肌紧张	±	+
腹膜刺激征演变	间断、减轻或消失	持续、紧张	
其他部位体征	常有	无	

腹痛的性质

01

阵发性疼痛

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

02

持续性疼痛

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

03

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



器质性腹痛和功能性腹痛

➤ 器质性腹痛

与生理、结构或生化异常有关的疾病，会引起腹痛

➤ 功能性腹痛

- ① 存在多种不同症状，但没有任何容易识别的或强烈怀疑的器质性疾病
- ② 功能性胃肠道疼痛与肠道神经系统和中枢神经系统中调控因子的相互作用有关。这可能与内脏痛觉过敏、疼痛阈值降低、直肠扩张后异常牵涉痛或进食后的胃舒张反应受损有关



器质性腹痛和功能性腹痛

➤ 器质性腹痛

- 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

➤ 功能性腹痛

- ① 在多数情况下，定位不清或位于脐周
- ② 疼痛发作通常持续不到1小时，可自行消退，且可能伴自主神经表现（如：苍白、恶心、头晕、头痛或之力）
- ③ 在发生应激时（如：升学或转学、父母离异、情绪创伤）可触发或加重疼痛
- ④ 发作间期儿童一般情况良好且功能正常，但可能存在焦虑或抑郁症状（分离焦虑、社交恐惧症、特定恐惧症、广泛性焦虑）



疼痛的部位

部位	腹内疾病	腹外疾病
右上腹	肝脏、胆道、膈下病变	右膈胸膜炎、肋间神经炎、新功能不全
上中腹	十二指肠、胃、胰腺、小肠、肠系膜淋巴结炎	
左上腹	急性胰腺炎、脾大	左膈胸膜炎、左肋间神经炎
脐周	肠蛔虫、肠炎、肠痉挛、食物过敏、溃疡性结肠炎	心包疾患
腰部	肾、输尿管疾病	
右下腹	阑尾、回肠、疝、卵巢	
左下腹	结肠、疝、卵巢	
弥漫性及不定位	腹膜、肠（穿孔、梗阻）、大网膜病变	中毒性、代谢性、过敏性疾病，结缔组织病，功能性疾病



腹痛与伴随症状

症状	疾病
发热	起病即发病→ 炎症 ；病初无发热，以后发热→ 继发感染
呕吐	幽门以上梗阻→ 胃内容物 ；十二指肠壶腹以下梗阻→ 胆汁 ；结肠梗阻→ 粪臭 ；溃疡出血→ 带血 ：肠蛔虫→ 呕吐蛔虫
排便及排气	痛吐胀停→ 梗阻 ；腹痛伴腹泻→ 肠炎 ；果酱样或深红色粘液血便→ 肠套叠 ；带腐肉样的红豆汤样大便→ 急性出血性坏死性肠炎 ；脓性粘液便→ 痢疾 ；便血伴有双下肢紫癜→ HSP
黄疸	肝胆炎症或梗阻性疾病；进行性贫血提示溶血性黄疸
泌尿系症状	尿频、尿急、尿痛、脓尿、血尿→ 泌尿系感染或结石 ；尿流中断→ 膀胱结石
咳嗽、气促	上呼吸道感染→ 肠系膜淋巴结炎 ；大叶性肺炎→ 腹痛发生在同一侧 ；心衰→ 肝区或全腹痛
关节痛	关节游走性疼痛→ 急性风湿热 ；关节肿胀及疼痛→ HSP



腹部的体格检查

儿童腹部检查特殊要求

- 检查前小孩排便、排尿---排除便秘、尿潴留假象
- 受检儿童充分暴露腹部---婴幼儿解开尿布，年长儿裤子脱至大腿中部，注意嵌顿性腹股沟斜疝及睾丸扭转
- 体位---仰卧、屈髋、屈膝
- 母亲怀抱位由于小儿脊柱前屈---造成腹检失真



腹部的体格检查

- 检查顺序---视、触、叩、听
- 目的---腹部阳性体征--**压痛、紧张、肿物、肠型**
- 年长儿---争取合作，引导正确回答
- 紧张压痛---反复多次确认是否阳性
- 3岁以下(哭闹不停)---反复观察为主，有无压痛与紧张程度

腹痛的治疗

➤ 病因治疗

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

➤ 对症处理

- (1) 有水和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

小儿呕吐

呕吐

定义：呕吐是指胃内容物经口强行排出体外，伴腹壁和胸壁肌肉协调性收缩

- 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





呕吐的评估

- 进行详细的病史采集和体格检查
- 识别并纠正呕吐的并发症，如脱水、电解质紊乱及酸碱失衡
- 根据病因根据针对性治疗
- 给予支持治疗和对症治疗



呕吐的性质与疾病

- 胆汁性（绿色或亮黄色）呕吐→**肠梗阻**
- < 12周龄的婴儿发生非常剧烈的喷射性、非胆汁性呕吐→**幽门狭窄**
- 呕吐大量血性物质→**食管静脉曲张破裂出血**
- 急性呕吐伴有腹泻或发热→**感染性胃肠炎**
- 病毒性疾病后发作的呕吐→**病毒感染后胃轻瘫**
- 复发性或周期性呕吐→**遗传性代谢病**
- 清晨恶心或呕吐→**妊娠、颅内压升高**
- 体位变化引起呕吐且不伴恶心→**颅内压增高**



呕吐的报警症状

非特异性征象

- 1.长时间呕吐
- 2.严重嗜睡
- 3.体重明显下降

胃肠道梗阻或疾病

- 1.胆汁性呕吐
- 2.< 12周龄的小婴儿出现喷射性呕吐
- 3.呕血
- 4.便血（直肠出血）
- 5.明显的腹部膨隆及压痛

神经系统或全身性疾病

- 1.新生儿或小婴儿囱门突出
- 2.头痛、体位变化引起呕吐或睡醒时呕吐，和/或无恶心
- 3.意识改变、惊厥或局灶性神经功能异常
- 4.头部外伤史
- 5.与表面疾病不相称的低血压，和/或低钠血症和高钾血症



呕吐的体格检查

◆腹部检查

- 提示**肠梗阻**的体征：腹部明显膨隆、肠袢明显、肠鸣音消失或高调肠鸣音增加、严重腹痛、呕吐物为胆汁性或含粪质
- 右下腹局部压痛提示**阑尾炎或克罗恩病**
- 右上腹局部压痛提示**胆囊疾病(胆石病或胆囊炎)或胰腺炎**
- 肋脊角压痛提示**肾盂肾炎**
- 肝肿大、脾肿大或黄疸可能是由肝炎、病毒感染或代谢性疾病引



呕吐的体格检查

◆神经系统检查

- 意识改变、惊厥或局灶性神经功能异常可能是由毒物摄入、糖尿病酮症酸中毒、中枢神经系统包块或遗传性代谢病引起
- 新生儿或小婴儿囟门突出提示有可能为脑积水或脑膜炎
- 共济失调、头晕或眼球震颤(眼颤搐)提示前庭神经元炎或急性小脑性共济失调



呕吐的体格检查

◆其他检查

- 婴儿生殖器外观不典型(外生殖器性别不清)和/或高钾血症，提示可能存在肾上腺皮质功能减退症
- 患者若散发异常气味，尤其是婴儿和幼儿，则提示应明确呕吐的病因是否为代谢性疾病
- 青少年腮腺肿大应怀疑贪食症



首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

关于呕吐的疾病--新生儿和小婴儿

疾病	症状
胃食管反流	一种生理症状, 一般在1岁以内逐渐改善, 如出现发热、体重减轻或拒食, 为 报警症状
幽门狭窄	非胆汁剧烈呕吐 , 伴体重减轻, 右上腹可触及“橄榄样”肿块
肠梗阻	肠闭锁 出生 2日内 开始发作的呕吐, 许多患儿无法排出胎粪
	肠扭转 突发呕吐 伴急腹症
	赫什朋病 远端肠梗阻 , 胆汁样呕吐、腹部膨隆和无法排便
	肠套叠 常见于6-36月龄, 但偶见于小婴儿

首都儿科研究所附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL
CAPITAL INSTITUTE OF PEDIATRICS

关于呕吐的疾病--新生儿和小婴儿

疾病	症状
遗传性代谢病	有机酸血症 嗜酸、喂养困难、呕吐、代谢性酸中毒和休克
	尿素循环障碍 神志改变发作伴胃肠道症状和 高氨血症
	半乳糖血症 黄疸 、呕吐、 肝肿大 、 生长迟滞 、喂养困难和易发生革兰阴性菌感染
	遗传性果糖不耐受 断奶年龄段的 复发性低血糖和呕吐
对食物产生的免疫反应	食物蛋白诱导性小肠结肠炎综合征 不常见的胃肠道 超敏反应 , 反复、大量呕吐, 常伴腹泻, 慢性起病可导致体重减轻和生长迟滞
	IgE介导的食物过敏 常见诱因为牛奶蛋白
肾上腺皮质功能减退症	表现与幽门狭窄类似, 但 伴有低钠血症、高血钾性酸中毒



关于呕吐的疾病--多个年龄段

◆ 感染性病因

- **胃肠炎**--目前是婴儿、儿童和青少年呕吐最常见的病因，通常由病毒感染引起，这种呕吐为突然发作、快速缓解且常伴腹泻
 - **阑尾炎**--最常见于10-19岁，是儿童期紧急腹部手术最常见的指征
疼痛--上腹部或脐周疼痛，其性质为内脏痛，即持续存在、并不十分剧烈且难以定位。盲肠后位阑尾炎可能不会引起相同程度的腹膜炎局部体征，因为炎症被其上覆的肠管掩盖。炎症累及上方的壁腹膜时，疼痛最终会定位到右下腹
恶心和呕吐--恶心和呕吐出现在疼痛发作后



关于呕吐的疾病--多个年龄段

◆ 功能性胃肠病

- 功能性恶心和功能性呕吐--2016年罗马IV分类系统的功能性胃肠病增加了这些分类，其与功能性消化不良的区别是不伴腹痛
 - 周期性呕吐综合--反复发作、持续数小时至数日的恶心和呕吐，存在无症状且长短不一的发作间期。强烈的呕吐和恶心是其主要症状，可能会导致严重的水和电解质紊乱



关于呕吐的疾病--多个年龄段

- 糖尿病酮症酸中毒--大约30%的1型糖尿病患儿会先出现糖尿病酮症酸中毒的症状和体征，大多表现为厌食、恶心、呕吐、腹痛和多尿
 - 妊娠 — 儿科医生应对少女妊娠保持高度怀疑。少女可能诉月经不规则、腹痛或其他症状



呕吐的治疗

- **针对性治疗**--给予针对性对因治疗,例如肠套叠的非手术复位、肠梗阻或阑尾炎的手术治疗、糖尿病酮症酸中毒的胰岛素治疗
- **支持治疗**--纠正所有电解质异常、代谢异常或营养缺乏。对于功能性消化不良、青少年反刍综合征和贪食症相关的呕吐,可转诊进行认知行为干预
- **止吐药**--对于特定因素引起的持续性呕吐,止吐药可有效避免电解质异常或对营养状况的不利影响。止吐药通常不推荐用于不明病因的呕吐,也不适用于治疗由解剖异常或外科急腹症引起的呕吐,而且禁用于婴儿



功能性便秘



便秘的定义

- 便秘是一种(组)症状,表现为排便困难和(或)排便次数减少、粪便干硬
- 排便困难:包括排便费力、排出困难、排便不尽感、肛门直肠堵塞感、排便费时和需辅助排便
- 排便次数减少:每周排便2次或少于2次,病程至少一个月
- 慢性便秘的病程至少为6个月



功能性便秘病因

目前认为儿童功能性便秘(FC)发病为两方面因素

- 一方面原因是由于不同原因造成的长期刻意忍便所导致的便秘
- 另一方面是由于各种原因引起的结肠传输障碍，进而导致的便秘



功能性便秘病因

长期刻意忍便是导致儿童FC的重要原因

婴儿:膳食结构改变导致大便较前干硬，排出困难或疼痛，使婴儿拒绝排便，导致恶性循环，引起便秘

幼儿:监护人给予过度压力或不恰当排便训练，均有可能导致粪便潴留，而导致便秘

年长儿:便秘的诱发因素最有可能是由于疼痛或社会原因(学校、旅行等)克制排便引起



功能性便秘病因

结肠传输异常是导致便秘的重要原因

包括肠神经系统、中枢神经系统、肠道菌群等多种因素均可影响结肠传输
罗马IV指出包括功能性便秘在内的功能性胃肠病(FGIDS)是脑-肠轴相互作用的疾病

是以中枢神经系统或肠神经系统功能改变为特征的**脑-肠轴相互作用疾病**

影响结肠传输的因素

- ✓ 肠神经系统异常
- ✓ 肠神经递质异常
- ✓ Cajal 间质细胞异常
- ✓ 平滑肌异常
- ✓ 肠道菌群及其代谢产物变化



功能性便秘的危险因素

- 遗传易感性
 - 膳食纤维摄入不足
 - 饮水不足
 - 缺乏运动
 - 食物过敏
 - 精神心理因素如心情不佳、行为问题、发脾气、缺乏规律的睡眠应激性事件刺激等



儿童正常排便频率

年龄		一周排便次数	一天排便次数
0-3个月	母乳喂养	5-40	2.9
	配方奶	5-28	2.0
6-12个月		5-28	1.8
1-3岁		4-21	1.4
> 3岁		3-14	1.0



布里斯托大便分级

布里斯托大便分类法





功能性便秘诊断标准

婴幼儿功能性便秘的诊断标准

年龄≤4岁的儿童至少符合以下2条，持续时间达1个月：

- 1.每周排便2次或少于2次
 - 2.大量粪便潴留史
 - 3.有排便疼痛和排便费力史
 - 4.有大块粪便史(可能会堵塞马桶)
 - 5.直肠内存在有大量粪便团块

对于接受排便训练的儿童，以下条件也作为选项：

- 6.排便训练后每周至少出现1次大便失禁
 - 7.大块粪便曾堵塞抽水马桶



功能性便秘诊断标准

儿童/青少年功能性便秘诊断标准

必须满足以下2项或多项条件(每周至少发生1次, 时间持续1个月以上),

但不符合肠易激综合征的诊断标准：

- 1.每周在厕所排便≤2次(≥4岁儿童)
 - 2.每周至少出现1次大便失禁
 - 3.有粪潴留姿势或过度克制排便病史
 - 4.有排便疼痛或困难的病史
 - 5.直肠内存在大粪块
 - 6.大块粪便的堵塞抽水马桶

经过适当评估，症状不能用其他医学疾病来完全解释。



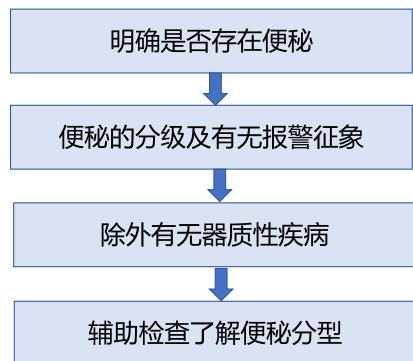
功能性便秘的分型

按结肠动力学发病机制分为以下3种类型：

- (1)慢传输型便秘近端结肠各节段传输功能减弱
 - (2)出口梗阻型便秘:肛门直肠区域存在动力异常
 - (3)混合型便秘同时存在结肠传输障碍和出口动力异常



功能性便秘诊断流程





功能性便秘常用检查方法

- 结肠传输试验
- 肛门直肠测压
- 钡灌肠
- 排粪造影



功能性便秘鉴别诊断

- 需注意与排便困难、功能性粪便储留等相鉴别
- 与器质性疾病引起的便秘鉴别
- ✓ 神经源性病变:如先天性巨结肠、神经源性发育不良、脑脊髓膨出症以及脑瘫
- ✓ 内分泌和代谢性疾病继发便秘:甲状腺功能低下、隐性糖尿病、肾小管酸中毒、高钙血症



功能性便秘的治疗

- 建议对<6个月婴儿，在临床出现便秘症状时，可暂不予处理，继续母乳喂养观察
- 对于>6个月的婴幼儿功能性便秘，明确诊断后，解除粪便嵌顿，软化大便，确保无痛性排便是治疗的重要环节，也是维持治疗长期有效的关键



功能性便秘的治疗

01 非药物治疗

- 合理饮食
- 排便训练
- 微生态制剂

02 药物治疗

- 渗透性泻剂
- 灌肠剂
- 溶剂性泻剂



功能性便秘的治疗

乳果糖：改善轻中度便秘，可安全用于孕妇和低龄儿童

7个月-16岁：1-2g/kg/d，1-2次

聚乙二醇

作用机理：大分子物质，不被吸收，直接产生渗透作用，具有水结合能力，转运水入结肠

常用种类：

- 聚乙二醇3350
- 聚乙二醇4000（含电解质）

常用剂量：

- 维持用量0.3-0.8g/kg/d
- 解除嵌顿剂量1-1.5g/kg/d，可连用3-5天



功能性便秘的治疗

- ◆ 药物维持治疗的时间
 - 维持治疗**至少持续2个月**
 - 治疗需要逐步减量
 - 一旦如厕成功，可以试停药物治疗