

中国临床药物指南合集 (妇儿篇)

COLLECTION OF GUIDELINES
ON CHINESE CLINICAL DRUG
(OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND PEDIATRICS)



德传医疗基金 **D.C.** Healthcare fund

Tibet DeChuan Investment Management Ltd., CO.
西藏德传投资管理有限公司

目录

- 1 闭经治疗指南药物推荐01**
病因治疗 / 雌激素和（或孕激素）治疗
针对疾病病理、生理紊乱的内分泌治疗 / 诱发排卵 / 辅助生殖技术
- 2 传染性非典型肺炎治疗指南药物推荐04**
一般治疗与病情监测 / 对症治疗 / 糖皮质激素的应用 / 抗病毒治疗
免疫治疗 / 抗菌药物的使用 / 心理治疗 / 中医药治疗
- 3 多囊卵巢综合征治疗指南药物推荐.....07**
调整月经周期 / 高雄激素血症的治疗 / 胰岛素抵抗的治疗
促排卵治疗 / 体外受精-胚胎移植
- 4 儿科感染性休克(脓毒性休克)诊疗方案药物推荐.....09**
液体复苏 / 血管活性药物 / 积极控制感染和清楚病灶
肾上腺皮质激素 / 纠正凝血障碍 / 其他治疗
- 5 儿童慢性咳嗽治疗指南药物推荐.....12**
祛痰药物 / 抗组胺药物 / 抗菌药物 / 平喘抗炎药物
消化系统药物 / 镇咳药物
- 6 儿童社区获得性肺炎治疗指南药物推荐.....14**
氧疗 / 液体疗法 / 胸部物理理疗 / 糖皮质激素治疗
抗生素治疗 / 抗病毒治疗
- 7 儿童哮喘防治指南药物推荐.....18**
急性发作期治疗 / 临床缓解期的处理
- 8 儿童严重急性呼吸综合征诊疗方案药物推荐.....20**
一般治疗 / 高热 / 止咳化痰 / 抗病毒药物 / 抗生素
免疫调节剂 / 激素 / 其他 / 及时给氧 / 中医中药治疗
呼吸衰竭及并发症

9	高催乳素血症治疗指南药物推荐.....	22
	多巴胺受体激动剂 / 溴隐亭 / 其他药物 / 药物治疗后的随诊	
10	功能失调性子宫出血治疗指南药物推荐.....	24
	无排卵性功血的治疗 / 有排卵性功血的治疗	
11	妊娠期肝内胆汁淤积症治疗指南药物推荐.....	27
	降胆酸基本药物 / 熊脱氧胆酸 / S-腺苷蛋氨酸 地塞米松 / 联合治疗 / 辅助治疗 / 护肝治疗 / 改善瘙痒症状 血浆置换 / 维生素K	
12	妊娠期高血压治疗指南药物推荐.....	29
	子痫防治 / 降压治疗 / 子痫防治 / 扩容疗法 镇静药物的应用 / 利尿治疗 / 促胎肺成熟	
13	小儿慢性胃炎、消化性溃疡诊疗方案药物推荐推荐.....	32
	一般治疗 / 药物治疗 / 手术治疗	
14	小儿胃食管反流病诊疗方案药物推荐.....	35
	一般治疗 / 体位治疗 / 饮食治疗 / 药物治疗 / 抑酸剂 PPI / H2RA / 促动力剂 / 黏膜保护剂 / 手术治疗	
15	小儿心力衰竭诊疗建议药物推荐慢性心衰部分.....	37
	一般治疗 / 病因及合并症的治疗 / 药物治疗 慢性心衰的药物治疗	
16	小儿心力衰竭诊断与治疗建议药物推荐急性心衰部分.....	40
	一般治疗 / 病因及合并症的治疗 / 药物治疗 / 急性心衰的药物治疗	

- 17 新生儿败血症诊疗方案药物推荐.....44**
抗菌药物应用 / 清除感染灶 / 保持机体内、外环境的稳定 / 增加免疫功能及其他疗法
- 18 新生儿持续肺动脉高压诊疗常规药物推荐.....47**
人工呼吸机治疗 / 纠正酸中毒及碱化血液 / 维持体循环压力
药物降低肺动脉压力 / 保持患儿镇静 / 一氧化碳吸入 (iNO)
- 19 新生儿肺出血的诊断与治疗方案药物推荐.....49**
原发病的治疗 / 补充血容量 / 保持正常心功能 / 机械通气
止血药应用 / 纠正凝血机制障碍
- 20 新生儿复苏指南药物推荐.....51**
肾上腺素 / 扩容剂 / 碳酸氢钠 / 纳络酮
- 21 新生儿黄疸诊疗原则专家共识.....54**
酶诱导剂 / 静脉注射用丙种球蛋白 / 白蛋白 / 减少未结合胆红素
产生的药物 / 增加肝脏清除胆红素的药物 / 中药
干预肠肝循环的药物 / 其他
- 22 新生儿黄疸诊疗原则专家共识药物推荐.....56**
酶诱导剂 / 静脉注射用丙种球蛋白 / 白蛋白 / 减少未结合胆红素
产生的药物 / 增加肝脏清除胆红素的药物 / 中药
- 23 新生儿缺氧缺血性脑病的诊断与治疗药物推荐.....58**
生后3天内的治疗 / 生后4~10天的治疗 / 生后10天后的治疗



闭经治疗指南药物推荐

闭经分为原发性闭经和继发性闭经。原发性闭经是指年龄>14岁, 第二性征未发育, 或年龄>16岁, 第二性征已发育, 月经还未来潮。继发性闭经是指正常月经周期建立后, 月经停止6个月以上, 或按自身原有月经周期停止3个周期以上。按病因分, 闭经又可以分为多种。

- ▲ 病因治疗, 部分患者去除病因后可恢复月经。
- ◎ 临床上要根据患者具体的病因采取针对性治疗措施。



雌激素和（或孕激素）治疗。

- 对青春期性幼稚及成人低雌激素血症所致的闭经，采用雌激素治疗。用药原则对青春期性幼稚患者，在身高尚未达到预期高度时，小剂量使用 17β -雌二醇或戊酸雌二醇或结合雌激素。在身高达到预期高度后，适当增加剂量，促进性征进一步发育。待子宫发育后，根据子宫内膜增殖程度定期加用孕激素或采用雌、孕激素序贯周期疗法。孕激素代表药物有黄体酮、醋酸甲羟孕酮、地屈孕酮和微粒化黄体酮。
- 青春期女性的周期疗法建议选用天然或接近天然的孕激素，如地屈孕酮和微粒化黄体酮，有利于生殖轴功能的恢复。
- 有雄激素过多体征的患者，可采用含抗雄激素作用的孕激素配方制剂。孕激素药物同上。
- 对有一定水平的内源性雌激素的闭经患者，则应定期采用孕激素治疗，使子宫内膜定期脱落。孕激素药物同上。

针对疾病病理、生理紊乱的内分泌治疗

- 主要是根据闭经的病因及其病生机制，采取有针对性的内分泌药物治疗以纠正体内紊乱的激素水平，达到治疗的目的。如对CAH9（先天性肾上腺皮质增生）患者应采用糖皮质激素长期治疗。对有明显高雄激素血症体征的PCOS（多囊卵巢综合征）患者，可采用雌、孕激素联合的口服避孕药治疗。对合并胰岛素抵抗的PCOS患者，可选用胰岛素增敏剂治。



诱发排卵

- 对于低Gn(促性腺激素)性闭经者,在采用雌激素治疗促进生殖器官发育,子宫内膜已获得对雌、孕激素的反应后,可采用尿促性素(hMG)联合hCG(人绒毛膜促性腺激素)治疗,促进卵泡发育及诱发排卵。对于FSH(卵泡生成素)和PRL(泌乳素)水平正常的闭经患者,由于患者体内有一定水平的内源性雌激素,可首选枸橼酸氯米芬作为促排卵药物。

辅助生殖技术

- 对于有生育要求而怀孕者,可以考虑辅助生殖技术。

以上资料选自中华医学会消化病学分会发布的《中国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》



传染性非典型肺炎 治疗指南药物推荐

传染性非典型肺炎(SARS, 非典)又称严重急性呼吸综合征。此指南由中华医学会联合中华中医药学会于2003年9月联合发布,旨在指导临床上SARS的诊断以及处理。虽然SARS的致病原基本明确,但由于缺乏特效药物,所以SARS的治疗仍以一般支持治疗以及并发症的治疗为主。现将药物治疗简介如下。

▲ 一般治疗与病情监测

- 包括卧床休息,注意水电解质平衡,避免用力和剧烈咳嗽等。



对症治疗

治疗包括输入液体, 以及大量的电解质。同时为扩充血容量并减少炎性渗出, 输入白蛋白。补充钾、钙离子和纠正酸碱失衡。

- ▲ 发热 >38.5 度, 或全身酸痛明显者, 可使用解热镇痛药。儿童禁用水杨酸类解热镇痛药。
- ▲ 咳嗽、咳痰者给予镇咳、祛痰药。
- ▲ 有心、肝、肾等器官功能障碍者, 采取相应治疗。
- ▲ 腹泻患者及时补液及纠正水电解质平衡。

糖皮质激素的应用

应用糖皮质激素的目的在于抑制异常的免疫病理反应, 减轻全身炎症反应状态, 从而改善机体的一般状况等。具体方法和药物包括静脉应用甲泼尼龙, 或口服泼尼松或泼尼松龙。

抗病毒治疗

目前尚未发现针对SARS病毒的特效药物。可尝试使用利巴韦林等常用抗病毒药物, 但效果一般。亦可用蛋白酶抑制剂咯匹那韦、利托那韦。



免疫治疗

考虑包括胸腺肽、干扰素以及静脉用丙种球蛋白等非特异性免疫增强剂，但确切疗效尚未肯定。

抗菌药物的使用

目的主要有两个，一为用于疑似患者的试验治疗，二为用于治疗和控制继发细菌、真菌感染。经验治疗考虑新喹诺酮类，或 β -内酰胺类联合大环内酯类药物试验治疗。明确致病菌之后根据敏感性选用合适抗生素。

心理治疗

中医药治疗

以上资料选自中华医学会、中华中医药学会联合发布的《传染性非典型肺炎(SARS)诊疗指南2003年版》。回顾03年的SARS，结合最近的禽流感病毒的肆掠，可以肯定未来人类与此类流感病毒的斗争还远未结束。



多囊卵巢综合征治疗 指南药物推荐

多囊卵巢综合征 (PCOS) 是妇科内分泌临床常见的疾病, 在我国有着庞大的患者群。临床表现异质性, 严重影响患者的生殖功能, 而且雌激素依赖性肿瘤如子宫内膜癌发病率增加, 且常见各种相关的代谢失调。其治疗首先均应进行生活方式调整, 戒烟、戒酒、减肥。药物治疗相关情况如下。

- ▲ 调整月经周期, 可以保护子宫内膜, 减少子宫内膜癌的发生。
- ◎ 口服避孕药: 可选择各种短效口服避孕药, 其中孕激素, 可使子宫内膜转换, 从而减少子宫内膜癌的发生。代表药物具体有去氧孕烯-炔雌醇、孕二烯酮-炔雌醇或复方醋酸环丙孕酮。



- ◎ 孕激素：对无明显雄激素水平升高且无明显胰岛素抵抗的无排卵患者，可单独采用孕激素治疗，以周期性撤退性出血改善子宫内膜的状态。常用的孕激素有安宫黄体酮、微粉化孕酮、地屈孕酮、黄体酮等。

高雄激素血症的治疗

各种短效口服避孕药均可用于高雄激素血症的治疗，以复方醋酸环丙孕酮为首选。

胰岛素抵抗的治疗

常用二甲双胍、吡咯列酮等药物治疗肥胖或有胰岛素抵抗的患者。更详细药物见糖尿病部分。

促排卵治疗

- ▲ 目的在于促使无排卵的患者达到排卵及获得正常妊娠。
- ◎ 一线促排卵治疗，常用药物枸橼酸氯米芬，为抗性激素药，其刺激排卵的机制尚不完全明确，对雌激素有弱的激动与强的拮抗双重作用，刺激排卵可能是在下丘脑部位。
- ◎ 二线促排卵治疗，常用促性腺激素，具体药物有为人绝经期促性腺激素（hMG）、高纯度FSH（卵泡刺激素）和基因重组FSH。适用于服用枸橼酸氯米芬无排卵的不孕患者。

体外受精-胚胎移植

适用于以上方法促排卵失败的患者。

以上资料选自中华医学会妇产科学分会发布的《临床指南多囊卵巢综合征的诊断和治疗专家共识2011版》。



儿科感染性休克 (脓毒性休克) 诊疗方案药物推荐

脓毒症是指感染引起的全身炎症反应综合征。脓毒症出现循环功能障碍称感染性休克或脓毒性休克。临床上分为暖休克和冷休克。其药物治疗简介如下。

液体复苏

充分液体复苏是逆转病情、降低病死率最关键的措施。快速输液常用0.9%氯化钠，维持水及电解质平衡。血糖应控制在正常范围，若有低血糖可用葡萄糖纠正，血糖较高时可输注胰岛素。可适当补充胶体溶液，如血浆等。



血管活性药物

- ▲ 在液体复苏基础上休克难以纠正，血压仍低或仍有明显灌注不良表现，可考虑使用血管活性药物以提高血压、改善脏器灌注。常用药物如下。
 - ◎ 多巴胺，持续静脉泵注。
 - ◎ 肾上腺素，持续静脉泵注，冷休克有多巴胺抵抗时首选。
 - ◎ 去甲肾上腺素，持续静脉泵注，暖休克有多巴胺抵抗时首选。
 - ◎ 茛菪类药物，常用药物阿托品、山茛菪碱、东茛菪碱。
 - ◎ 正性肌力药物，伴有心功能障碍，疗效欠佳时可用正性肌力药物。常用多巴酚丁胺持续静脉泵注。多巴酚丁胺抵抗者，可用肾上腺素。若存在儿茶酚胺抵抗，可选用磷酸二酯酶抑制剂如氨力农、米力农等。
 - ◎ 硝普钠等，心功能障碍严重且又存在高外周阻力的患儿，在液体复苏及应用正性肌力药物基础上，可使用半衰期短的血管扩张剂，如硝普钠。



积极控制感染和清楚病灶

病原未明确前联合使用广谱高效抗生素静脉滴注, 同时注意保护肾脏功能并及时清除病灶。

肾上腺皮质激素

对重症休克疑有肾上腺皮质功能低下、ARDS (急性呼吸窘迫综合征)、长期使用激素或出现儿茶酚胺抵抗性休克时可以使用。常用药物有氢化可的松、甲基强的松龙。

纠正凝血障碍

早期可给予小剂量肝素。若已明确有DIC (弥散性血管内凝血), 则应按DIC常规治疗。

其他治疗

包括保障氧供及通气, 注意脏器功能支持, 以及能量供应等。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《儿科感染性休克(脓毒性休克)诊疗推荐方案》2006年版。



儿童慢性咳嗽治疗 指南药物推荐

咳嗽症状持续>4周称为慢性咳嗽。临床诊断儿童慢性咳嗽时应充分考虑年龄因素，不同年龄儿童慢性咳嗽的常见病因常有不同。儿童慢性咳嗽的处理原则是明确病因，针对病因进行治疗。如病因不明，可进行经验性对症治疗以期达到有效。具体药物治疗介绍如下。

祛痰药物

慢性咳嗽如伴有痰，应以祛痰为原则，不能单纯止咳，以免加重或导致气道阻塞，可以选用N-乙酰半胱氨酸、盐酸氨溴索、愈创木酚甘油醚、桃金娘油和中药祛痰剂等。



抗组胺药物

H1受体拮抗剂如氯苯那敏、氯雷他定、西替利嗪等。

抗菌药物

明确为细菌或肺炎支原体、衣原体病原感染的慢性咳嗽者可考虑使用抗菌药物。肺炎支原体或衣原体感染者可选择大环内酯类抗生素,如红霉素、阿奇霉素、克拉霉素等。其他病原菌感染在初始经验治疗后,应按药敏试验结果调整抗生素。

平喘抗炎药物

包括糖皮质激素、 β_2 受体激动剂、M受体阻断剂、白三烯受体拮抗剂、茶碱等药物。具体药物可见内科呼吸系统相应部分。

消化系统药物

主张使用H2受体拮抗剂如西咪替丁和促胃动力药如多潘立酮等。

镇咳药物

慢性咳嗽尤其在未明确病因前不主张使用镇咳药,且该类药物的使用与一些疾病的发病率和死亡率有关。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《儿童慢性咳嗽诊断治疗指南2009版》。



儿童社区获得性肺炎 治疗指南药物推荐

社区获得性肺炎 (CAP) 是指原本健康的儿童在医院外获得的感染性肺炎, 包括感染了具有明确潜伏期的病原体而在入院后潜伏期内发病的肺炎, 是相对于医院内肺炎而言。其治疗包括一般治疗、氧疗以及抗病原微生物治疗等, 简洁如下。

- ⚡ 氧疗, 有给氧指征应及时给予氧疗。
- ⚡ 液体疗法, 对不能进食者给与生理盐水或葡萄糖等液体。
- ⚡ 胸部物理理疗。



糖皮质激素治疗

喘憋明显伴呼吸道分泌物增多者，中毒症状明显的重症肺炎，例如合并中毒性脑病、休克、脓毒败血症者，或有急性肺损伤或全身炎症反应综合症者，胸腔短期有大量渗出者，或肺炎高热持续不退伴过强炎性反应者可以短疗程使用糖皮质激素。常用药物泼尼松、泼尼松龙、甲泼尼松、地塞米松等。

抗生素治疗

CAP抗生素治疗应限于细菌性肺炎、支原体肺炎、和衣原体肺炎、真菌性肺炎等，单纯病毒性肺炎是没有使用抗生素指征。明确病原菌之前经验性使用抗生素，确诊之后根据病原菌选择敏感抗生素。

▲ 轻度CAP。

- 对1~3个月龄患儿，要警惕沙眼衣原体、病毒、百日咳杆菌和肺炎链球菌，可首选大环内酯类抗生素，如红霉素、克拉霉素、阿奇霉素等。
- 对4~5岁患儿，主要病原是SP（肺炎链球菌）、HI（流感嗜血杆菌）和MC（卡他莫拉菌），首选口服阿莫西林，也可以选择阿莫西林/克拉维酸、头孢羟氨苄、头孢克洛、头孢丙烯、头孢地尼等。
- 对>5岁~18岁患儿，主要病原除SP、MC外，非典型微生物病原学地位突出，可首选大环内酯类口服，8岁以上儿童也可口服四环素。起病急、伴有脓痰，疑及SP感染所致，可联合阿莫西林口服。



- ▲ 重度CAP, 应该住院治疗, 初始经验治疗选择胃肠道外抗生素疗法, 多选择静脉途径给药。经验治疗方案如下。
 - ◎ 阿莫西林/克拉维酸或氨苄西林/舒巴坦。
 - ◎ 头孢呋辛或头孢曲松或头孢噻肟。
 - ◎ 怀疑SA (金黄色葡萄球菌) 肺炎, 选择苯唑青霉素或氯唑青霉素, 万古霉素不作首选。
 - ◎ 考虑合并有MP (肺炎支原体) 或CP (肺炎衣原体) 肺炎, 可以联合使用大环内酯类+头孢曲松/头孢噻肟。
- ▲ 目标抗生素治疗, 在确立病原菌之后根据敏感性针对性选用抗生素。
 - ◎ 肺炎链球菌, PSSP (青霉素敏感肺炎链球菌) 首选青霉素, PISP (青霉素中介肺炎链球菌) 首选大剂量青霉素或阿莫西林, PRSP (耐青霉素肺炎链球菌) 首选头孢曲松、头孢噻肟、万古霉素。
 - ◎ 流感嗜血杆菌、卡它莫拉菌, 首选阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦。
 - ◎ 葡萄球菌, MSSA (甲氧西林敏感的金黄色葡萄球菌)、MSCNS (耐甲氧西林凝固酶阴性葡萄球菌) 首选苯唑青霉素、氯唑青霉素, 备选第1~2代头孢菌素。MRSA (耐甲氧西林金黄色葡萄球菌)、MRCNS (甲氧西林敏感的凝固酶阴性葡萄球菌) 首选万古霉素或联合用利福平。
 - ◎ 肠杆菌科细菌, 不产生ESBLs (超广谱 β -内酰胺酶) 菌首选头孢他啶、头孢哌酮、替卡西林/克拉维酸、哌拉西林/三唑巴坦等, 产ESBLs菌首选亚胺培南、美罗培南、帕尼培南。产AmpC (头孢菌素酶) 酶者可首选头孢吡肟。



- ⊙ 铜绿假单胞菌，轻度者首选头孢哌酮/舒巴坦、头孢他啶、头孢吡肟、哌拉西林/三唑巴坦。
- ⊙ 组链球菌，首选大剂量青霉素、阿莫西林、氨苄西林。
- ⊙ 厌氧菌，首选青霉素联用克林霉素或甲硝唑，或阿莫西林、氨苄西林。
- ⊙ 单核细胞增多性李司特菌，首选按阿莫西林、氨苄西林。
- ⊙ 嗜肺军团菌，首选大环内酯类，可联用利福平。

抗病毒治疗

目前特异性病毒感染病因治疗有肯定疗效的抗病毒药物较少。本节重点介绍流感病毒、呼吸道合胞病毒、巨细胞病毒等的病因治疗。

- ⚡ 流感病毒，金刚烷胺和金刚乙胺是M2膜蛋白离子通道阻滞剂，仅对甲型流感病毒有效。扎那米韦和奥司他韦是神经氨酸酶的抑制剂，对甲型、乙型流感病毒均有效。
- ⚡ 呼吸道合胞病毒，代表药物三唑核苷（病毒唑）。高RSV中和抗体滴度的静脉用免疫球蛋白。RSV单克隆抗体即抗RSV的人源单克隆IgG抗体亦可使用。
- ⚡ 巨细胞病毒，代表药物更昔洛韦（或丙氧鸟苷）。
- ⚡ 腺病毒，目前尚无特异性治疗，可以试用 α -干扰素、人血丙种球蛋白等。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《儿童社区获得性肺炎管理指南2009版》。



儿童哮喘防治指南 药物推荐

支气管哮喘(简称哮喘)是儿童期最常见的慢性疾病,近十余年来我国儿童哮喘的患病率有明显上升趋势,严重影响儿童的身心健康,也给家庭和社会带来沉重的精神和经济负担。哮喘控制治疗应越早越好,坚持长期、持续、规范、个体化治疗原则。治疗一般分为急性发作期的治疗和临床缓解期的处理。

急性发作期治疗

- 流感病毒,金刚烷胺和金刚乙胺是M2膜蛋白离子通道阻滞剂,仅对甲型流感病毒有效。扎那米韦和奥司他韦是神经氨酸酶的抑制剂,对甲型、乙型流感病毒均有效。



- ⦿ 糖皮质激素，全身应用糖皮质激素是治疗儿童重症哮喘发作的一线药物，早期使用可以减轻疾病的严重度。代表药物琥珀酸氢化可的松、甲泼尼龙或布地奈德悬液。
- ⦿ 抗胆碱药，是儿童危重哮喘联合治疗的组成部分，其临床安全性和有效性已确立，对 β_2 受体激动剂治疗反应不佳的重症者应尽早联合使用。代表药物异丙托溴铵。
- ⦿ 氨茶碱，静脉滴注氨茶碱可作为儿童危重哮喘附加治疗的选择。
- ⦿ 硫酸镁，有助于危重哮喘症状的缓解，安全性良好。

⚡ 临床缓解期的处理

- ⦿ 注意有无哮喘发作先兆，如咳嗽、气促、胸闷等，一旦出现应及时使用应急药物以减轻哮喘发作症状。
- ⦿ 病情缓解后应继续使用长期控制药物，如使用最低有效维持量的吸入性皮质类固醇，或联合使用长效 β 受体激动剂。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《儿童支气管哮喘诊断与防治指南2008修订版》。



儿童严重急性呼吸 综合征诊疗方案药物推荐

急性呼吸综合征又称传染性非典型肺炎(SARS)。此指南由中华医学会儿科学分会和《中华儿科学杂志》于2003年编制,专门针对SARS儿童患者的诊疗。指南先于中华医学会发布的《传染性非典型肺炎SARS诊疗方案》。后者另辟文介绍。

- ▲ 一般治疗,环境通风,休息,多饮水,加强营养。
- ▲ 高热,体温高于38.5摄氏度,行物理降温或给予解热镇痛药,如布洛芬。
- ▲ 止咳化痰。具体药物未推荐。
- ▲ 抗病毒药物,无特效药物,可用利巴韦林。



抗生素

大环内酯类如阿奇霉素。如出现其他细菌感染，考虑使用第二、三代头孢菌素。

免疫调节剂

静注丙种球蛋白。重症患者考虑使用血浆。

激素

无禁忌症者，重症患者考虑使用糖皮质激素。代表药物甲泼尼龙、地塞米松等。

其他

营养心肌药物，如能量合剂和维生素C。或护肝药物。

及时给氧

保持呼吸道通畅。

中医中药治疗

未推荐具体处方。

呼吸衰竭及并发症

相应处理。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《儿童严重急性呼吸综合征诊疗方案2003年》。



高催乳素血症治疗指南 药物推荐

高催乳素血症 (HPRL) 是血中催乳素水平高于正常值的一种临床表现, 可以由多种状态或疾病造成, 而不是一种独立的疾病。临床上需要首先确认HPRL的存在, 然后对引起其的病因进行鉴别, 从而开始治疗。治疗手段包括药物以及手术等多种方法, 以药物治疗为主。而多巴胺受体激动剂是药物治疗的首要选择。现简介药物治疗如下。

多巴胺受体激动剂

适用于有月经紊乱、不孕和或不育、泌乳、骨质疏松、头痛、视交叉或其他颅神经压迫的所有HPRL患者, 包括垂体催乳素腺瘤。是HPRL患者首选的治疗方法。常见药物有溴隐亭、卡麦角林和喹高利特。

- 溴隐亭, 是第一个在临床上应用的多巴胺受体激动剂。治疗从小剂量开始, 逐渐加量。70%~90%的患者可有较好疗效。不良反应包括恶心、呕吐、头晕、头痛和便秘。约10%的患者疗效欠佳或副作用过大, 可换用其他药物治疗或改手术治疗。



- ④ 其他药物，主要有卡麦角林和喹高利特。是具有高度选择性的多巴胺D2受体激动剂，溴隐亭的换代药物，抑制催乳素的作用更强，而不良作用更小，且药效持续时间长。对溴隐亭无效的患者，服用卡麦角林和喹高利特，仍有50%的患者有效。
- ④ 药物治疗后的随诊，多巴胺受体激动剂治疗HPRL，无论是使激素水平下降还是使肿瘤体积缩小，其作用都是可逆性的，需要长期服药才能维持疗效。一般在激素水平正常后，可考虑减量，5年后可考虑停药。

以上资料选自中华医学会妇产科学分会发布的《高催乳素诊疗共识2011版》。



功能失调性子宫出血 治疗指南药物推荐

多功能失调性子宫出血(简称功血)是由于生殖内分泌轴功能紊乱造成的异常子宫出血。分为无排卵型功血和有排卵型功血两大类。其药物治疗简介如下。

无排卵性功血的治疗

止血

性激素，是无排卵型功血的治疗首选。

- 孕激素，孕激素治疗也称“子宫内膜脱落法”或“药物刮宫”。具体药物有黄体酮、地屈孕酮、微粒化黄体酮胶囊以及醋酸甲羟孕酮。
- 雌激素：雌激素治疗也称“子宫内膜修复法”。具体药物有苯甲酸雌二醇和戊酸雌二醇。
- 复方短效口服避孕药，适用于长期而严重的无排卵性出血。目前使用的是第3代短效口服避孕药，具体有去氧孕烯-炔雌醇、孕二烯酮-炔雌醇或复方醋酸环丙孕酮。



◎ 高效合成孕激素，高效合成孕激素可使子宫内膜萎缩，从而达到内膜萎缩和止血的目的，此法不适用于青春期患者。具体药物有炔诺酮和左炔诺孕酮。

▲ 辅助治疗，一般止血药包括氨甲环酸或酚磺乙胺。

- ◎ 丙酸睾酮，具有对抗雌激素的作用，可减少盆腔充血和增加子宫张力，减少子宫出血，并有协助止血作用。
- ◎ 矫正凝血功能，出血严重时可补充凝血因子，如纤维蛋白质、血小板、新鲜冻干血浆或新鲜血。
- ◎ 矫正贫血，对中、重度贫血患者在上述治疗的同时，可给予铁剂和叶酸治疗，必要时输血。
- ◎ 抗炎治疗，对出血时间长，贫血严重，抵抗力差或有合并感染临床征象者，应及时应用抗生素。

▲ 调节月经周期，止血完成后，需采取措施调节月经周期，防止再次出血。

- ◎ 孕激素，具体药物地屈孕酮、微粒化黄体酮胶囊和安宫黄体酮。
- ◎ 口服避孕药：口服避孕药可很好地控制周期，尤其适用于有避孕需求的患者。具体药物见上。
- ◎ 雌、孕激素续贯疗法，孕激素治疗后不出现撤退性出血，考虑是否内源性雌激素水平不足，可用雌、孕激素续贯疗法。
- ◎ 左炔诺孕酮宫内缓释系统，可有效治疗功血，原理为宫腔内局部释放左炔诺孕酮，抑制子宫内膜生长。



有排卵性功血的治疗

▲ 月经过多的治疗。药物治疗方案如下。

- ◎ 止血药, 氨甲环酸口服, 也可应用酚磺乙胺、维生素K等。
- ◎ 宫腔放置左炔诺孕酮宫内缓释系统。
- ◎ 高效合成孕激素, 可使子宫内膜萎缩。

▲ 经间期出血的治疗。

- ◎ 围排卵期出血: 止血等对症治疗。
- ◎ 经前期出血: 出血前补充孕激素或HCG(人绒毛膜促性腺激素), 卵泡期应用枸橼酸氯酚促卵泡正常发育及黄体功能。
- ◎ 月经期延长、给予小剂量雌激素帮助修复子宫内膜, 或枸橼酸氯米酚促卵泡正常发育, 或在前个周期的黄体期应用孕激素促进子宫内膜脱落。
- ◎ 口服避孕药, 用于上述各种月经间期出血, 可很好地控制周期, 尤其适用于有避孕要求的患者。

以上资料选自中华医学会妇产科学分会发布的《功能失调性子宫出血临床诊断治疗指南2009版》。



妊娠期肝内胆汁淤积症 治疗指南药物推荐

肝内胆汁淤积症 (ICP) 是一种严重的妊娠期并发症, 以皮肤瘙痒、血转氨酶和胆酸升高为主要特征, 易发生早产、胎儿宫内窘迫和死胎, 围产儿病死率增加。目前尚没有药物能完全治愈 ICP, 药物治疗的目的在于缓解瘙痒症状, 降低血总胆固醇水平, 改善肝功能等, 尽可能遵循安全、有效、便宜和简便的原则。

降胆酸基本药物

▲ 熊脱氧胆酸

抑制肝脏胆固醇的合成, 促进内源性胆汁酸的分泌, 减少重吸收, 在 ICP 缓解瘙痒、降低血清学指标方面具有优势, 推荐作为 ICP 治疗的一线药物。对胎儿安全性好。



▲ S-腺苷蛋氨酸

- ◎ 是一种人体内的活性物质，在肝脏能使质膜磷脂甲基化，调节肝脏细胞膜的流动性，同时通过巯基反应，促进硫化产物的合成以及肝内多种物质的解毒。能够缓解ICP患者的瘙痒症状，降低其血中胆酸及转氨酶的浓度，同时改善患者的妊娠预后，如降低剖宫产率、延长孕周等。宜作为ICP治疗的二线药物。对胎儿安全性好。

▲ 地塞米松

- ◎ 主要是为促胎肺成熟。

联合治疗

- ▲ 主要为联合应用熊脱氧胆酸和S-腺苷蛋氨酸，适用于重症、进展性、难治性ICP患者的治疗。

辅助治疗

- ▲ 护肝治疗，对血清肝酶水平升高而其他指标未见明显异常者，在降胆酸治疗的基础上，使用护肝药物，但不宜同时使用多种抗炎护肝药物。具体药物未有推荐。
- ▲ 改善瘙痒症状，薄荷类、抗组胺药物、苯二氮卓类药物对瘙痒有缓解作用，又以薄荷类药物最为安全。
- ▲ 血浆置换。
- ▲ 维生素K，支持产前应用维生素K减少出血风险。

以上资料选自中华医学会妇产科学分会发布的《妊娠期肝内胆汁淤积症诊治指南2011版》。



妊娠期高血压治疗 指南药物推荐

妊娠期高血压即女性在妊娠期间出现的高血压。其治疗基本原则包括休息、镇静、解痉，有指征的降压、补充胶体、利尿，密切监测母胎情况等。目的在于预防子痫的发生，降低母胎围产期病率和死亡率，改善母婴预后。具体方案总结如下。

子痫防治

- 有子痫症状时，首要控制抽搐。出现子痫前期症状时，镇静、解痉、有指征地降压，同时注意补充胶体、利尿等，避免子痫的发生。其余情况下，以降压治疗为主，同时注意子痫前期的发生。



降压治疗

目的在于预防子痫、心脑血管意外和胎盘早剥等严重母胎并发症的发生。一般采用口服降压药物治疗，如血压控制不理想，可使用静脉用药。孕期一般不使用利尿剂降压，不推荐用阿替洛尔和哌唑嗪，硫酸镁也不作降压药使用，同时禁止使用ARB和ACEI。临床可用药物有拉贝洛尔、硝苯地平、尼莫地平、尼卡地平、酚妥拉明、甲基多巴、硝酸甘油和硝普钠等。

子痫防治

主要使用硫酸镁，其控制子痫再次发作的效果优于地西洋、苯巴比妥和冬眠合剂等镇静药物。

扩容疗法

除非有严重的液体丢失（如呕吐、腹泻、分娩出血）或高凝状态者，一般不使用。

镇静药物的应用

目的在于缓解孕产妇精神紧张、焦虑症状，改善睡眠，预防并控制子痫。常用药物有地西洋、苯巴比妥和冬眠合剂（由氯丙嗪、哌替啶和异丙嗪三种药物组成）。



利尿治疗

不主张常规使用利尿剂，仅当患者出现全身性水肿、肺水肿、脑水肿、肾功能不全、急性心力衰竭时，可酌情使用呋塞米等快速利尿剂。甘露醇主要用于脑水肿。

促胎肺成熟

孕周<34周的子痫前期患者预计1周内可能分娩的均应接受糖皮质激素促胎肺成熟治疗。常用地塞米松、倍他米松。

总结

由于妊娠期的特殊性，妊娠期高血压的药物治疗，不仅有降压本身，还有镇静药物的使用，以及解痉的治疗。降压药物一块多使用部分钙离子拮抗剂、 α 受体阻滞剂、 β 受体阻滞剂以及血管扩张药物，而内科系统常用的降压药物如ARB和ACEI类都属禁用。

以上资料选自中华医学会妇产科学分会发布的《妊娠期高血压诊治指南2012版》。



小儿慢性胃炎、消化性溃疡 诊疗方案药物推荐

慢性胃炎指不同病因引起的胃粘膜慢性炎症性病变，多与幽门螺杆菌感染有关。临床小儿常表现腹痛、厌食、恶心、呕吐、暖气等症状，偶可引起上消化道出血。消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡。临床表现主要为腹痛、厌食、呕吐、呕血、黑便，年长儿可见返酸、暖气，部分患儿无症状，至并发消化道出血方就诊。年长儿好发，十二指肠溃疡比胃溃疡多见。慢性胃炎的治疗目的在于改善和消除临床症状，无症状者无需治疗。消化性溃疡治疗目的：缓解症状，促进溃疡愈合，预防复发，防止并发症。

一般治疗

- 饮食规律、定时、适当、易消化，避免过硬、过冷、过酸、粗糙的食物和酒类以及含咖啡因的饮料，改变睡前进食的习惯。避免精神紧张。尽量不用或少用对胃有刺激性的药物如非甾醇类抗炎药（NSAID）和肾上腺皮质激素等药物。



药物治疗

消化性溃疡药物治疗。

- ▲ 抑制胃酸的治疗,是消除侵袭因素的主要途径,最常用的是H₂RA受体拮抗剂。
 - ◎ H₂受体拮抗剂(H₂RA),常用药物有雷尼替丁、法莫替丁、西米替丁等。其中新型的H₂受体拮抗剂尼扎替丁、罗沙替丁,儿科尚无临床使用经验。
 - ◎ 质子泵抑制剂(PPI),常用药物有奥美拉唑。兰索拉唑、泮托拉唑药物机理与奥美拉唑相似,儿科尚无临床使用经验。
 - ◎ 前列腺素类似物,常用药物如米索前列醇是目前应用于临床的前列腺素类似物,治疗效果大致相当于H₂受体拮抗剂,副作用较多,不作为常规治疗药物,主要用于NSAID服用者,预防和减少胃溃疡的发生。
 - ◎ 抗胆碱能制剂,抗胆碱能制剂如阿托品、普鲁本辛等,因副作用大,疗效有限,一般不推荐应用。
 - ◎ 中和胃酸的药物,比较常用的是氢氧化铝凝胶、复方氢氧化铝片、铝碳酸镁、复方碳酸钙等。
 - ◎ G受体阻滞剂,常用药物有丙谷胺,主要用于溃疡病后期,作为其他制酸药(尤其质子泵抑制剂)停药后的维持治疗,可抑制胃酸反跳,增进溃疡愈合质量,防止复发。
- ▲ 强化粘膜防御能力。
 - ◎ 硫糖铝,主要优点是安全,偶尔可引起便秘、恶心。长期服用,尤其当肾功能不全时需注意铝中毒。
 - ◎ 胶体次枸橼酸铋,长期、大剂量应用铋剂、尤其合并肾功能衰竭时可导致神经系统不可逆转损害,因而小儿应用时应谨慎。
 - ◎ 呋喃唑酮,常可有恶心、呕吐、皮疹、末梢神经炎等副作用,从而影响其使用。



- ⊙ 柱状细胞稳定剂, 麦滋林、替普瑞酮、吉法酯等, 主要作为溃疡辅助用药。与抗胃酸分泌类药物联合应用, 有促进溃疡愈合作用, 也用于溃疡病恢复期维持治疗, 以促进溃疡愈合质量及胃黏膜功能恢复, 防止复发。
- ⊙ 其他, 如表皮生长因子、生长抑素等治疗溃疡病已在临床研究中。

慢性胃炎的药物治疗。

- ⊙ 抗酸药, 氢氧化铝, 复方碳酸钙, 铝碳酸镁。
- ⊙ H₂受体拮抗剂, 用于腹痛明显及有上消化道出血者, 治疗2周。不作为常规用药。
- ⊙ 解痉药, 丙胺太林等。
- ⊙ 胃肠动力药, 可选择西沙必利或多潘立酮。
- ⊙ 粘膜保护剂, 硫糖铝, 麦滋林-S等。
- ⊙ Hp感染者, 应进行Hp治疗。具体用法同上。

手术治疗

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《小儿慢性胃炎、消化性溃疡诊疗方案》2003年。



小儿胃食管反流病 诊疗方案药物推荐

食管反流(GFR)是指胃内容物反流到食管,甚至口咽部,分为功能性GFR和病理性GFR。功能性GFR常见于2月龄以下婴儿,溢乳为主,多发生在餐后,睡眠时较少发生,生长发育不受影响,通常不需治疗。病理性GFR则反流频发,持续时间长,多发生于卧位、睡眠及空腹时。胃食管反流病(GERD)则是指反流引起的具有一系列食管内、外症状和(或)并发症的临床症候群,则需评估和治疗。GERD治疗目的在于缓解症状,改善生活质量,防治并发症。

一般治疗

- ▲ 体位治疗,将床头抬高,婴儿采用仰卧位,年长儿左侧卧位。
- ▲ 饮食治疗,适当增加饮食的稠厚度,少量多餐,睡前避免进食。低脂、低糖饮食,避免过饱。肥胖患儿应控制体重。



药物治疗

▲ 抑酸剂

先用质子泵抑制剂 (PPI), 有效者减量或用组胺受体阻滞剂 (H₂RA) 维持。无效者适当增加 PPI 剂量或改用其他 PPI。常用药物如下。

- ◎ PPI, 常用药物奥美拉唑等。
- ◎ H₂RA, 常用药物雷尼替丁、西米替丁、法莫替丁等。
- ▲ 促动力剂, 常用药物多潘立酮等。
- ▲ 黏膜保护剂, 常用药物硫糖铝、蒙脱石散剂等。

手术治疗。

以上资料选自中华医学会儿科学分会《小儿胃食管反流病诊断治疗方案2006年版》。



小儿心力衰竭诊疗建议 药物推荐慢性心衰部分

心力衰竭(简称心衰)是小儿常见急症,如不及时治疗,可危及生命。年长儿心衰的临床表现与成人相似,而新生儿、婴幼儿则有明显差别。按类型一般分为急性心衰和慢性心衰。心衰程度可根据分级方案进行临床严重程度分级。治疗根据类型以及严重程度不同而有差异,应该说明的是心衰的治疗是一个综合的治疗。现简介心衰药物治疗如下。

一般治疗

- 休息和饮食,卧床休息,烦躁不安者应使用镇静剂,如苯巴比妥、地西洋等。多吃富含维生素、易消化的食物,低盐饮食。严重心衰时应限制水摄入量,保持大便通畅。



- ▲ 供氧, 应供给氧气, 尤其是严重心衰有肺水肿的患者。
- ▲ 体位, 年长儿宜取半卧位, 小婴儿可抱起, 使下肢下垂, 减少静脉回流, 减轻心脏负担。
- ▲ 维持水电解质平衡, 注意防治肾功能不全, 纠正低钾、低钠血症等。

病因及合并症的治疗

病因对心衰治疗很重要。常见病因包括先心病、高血压、心律失常等, 宜采取相应治疗根除。

药物治疗

急性心衰和慢性心衰的药物治疗有所差异。此处介绍慢性心衰药物治疗。

慢性心衰的药物治疗。

- ▲ ACEI (血管紧张素转换酶抑制剂), 有阻断RAAS (肾素-血管紧张素) 及抑制缓激肽分解的作用, 从而逆转心肌重构以及减低心脏前后负荷, 改善心肌功能。常用药物有卡托普利、苯那普利和依那普利等。



- ⚡ 血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB),可以阻断来自不同途径血管紧张素Ⅱ的作用,用于ACEI不耐受或效果不佳者。常用药物有洛沙坦和缬沙坦等。
- ⚡ β 受体阻滞剂,可以阻断心衰时交感神经的过度激活,抑制心肌肥厚、细胞凋亡及氧化应激反应,改善心肌细胞生物学特性,目前已列为抗CHF(慢性心衰)的一线药物。常用药物有美他洛尔和卡维地洛等。
- ⚡ 醛固酮拮抗剂,进一步抑制肾素-血管紧张素系统的作用,阻断心肌及间质重构,另外还可阻断醛固酮的效应。适用于心功能Ⅲ~Ⅳ级患儿。常用药物为螺内酯等。
- ⚡ 心肌能量代谢赋活药,参见急性心衰部分。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《小儿心力衰竭诊断与治疗建议2006年版》。



小儿心力衰竭诊断 与治疗建议药物推 荐急性心衰部分

心力衰竭(简称心衰)是小儿常见急症,如不及时治疗,可危及生命。年长儿心衰的临床表现与成人相似,而新生儿、婴幼儿则有明显差别。按类型一般分为急性心衰和慢性心衰。心衰程度可根据分级方案进行临床严重程度分级。治疗根据类型以及严重程度不同而有差异,应该说明的是心衰的治疗是一个综合的治疗。现简介心衰药物治疗如下。

一般治疗

- 休息和饮食,卧床休息,烦躁不安者应使用镇静剂,如苯巴比妥、地西洋等。多吃富含维生素、易消化的食物,低盐饮食。严重心衰时应限制水摄入量,保持大便通畅。



- ▲ 供氧，应供给氧气，尤其是严重心衰有肺水肿的患者。
- ▲ 体位，年长儿宜取半卧位，小婴儿可抱起，使下肢下垂，减少静脉回流，减轻心脏负担。
- ▲ 维持水电解质平衡，注意防治肾功能不全，纠正低钾、低钠血症等。

病因及合并症的治疗

病因对心衰治疗很重要。常见病因包括先心病、高血压、心律失常等，宜采取相应治疗根除。

药物治疗

急性心衰和慢性心衰的药物治疗有所差异。此处先介绍急性心衰药物治疗。

急性心衰的药物治疗

- ▲ 正性肌力药物
 - ◎ 毛地黄制剂，常用药物为地高辛，注意其使用剂量与不良反应。
 - ◎ β -肾上腺素受体激动剂，用于对毛地黄制剂疗效不佳或有毒性反应以及血压偏低的患儿。此类药物为环磷酸腺苷依赖性正性肌力药物，兼有外周血管扩张作用。常用药物有多巴胺、多巴酚丁胺。
 - ◎ 磷酸二酯酶抑制剂，同样为环磷酸腺苷依赖性正性肌力药物，兼有外周血管扩张作用。短期应用有良好的血液动力学效应，但长期应用不仅不改善临床情况，反而增加病死率，宜谨慎。常用药物有氨力农、米力农。



- ◎ 心先安, 又称环磷酸腺苷葡甲胺, 是人工合成的环磷酸腺苷的衍生物, 可提高心肌细胞内Ca 浓度, 改善心肌泵血功能, 并能扩张外周血管, 减轻心脏后负荷。
- ◎ 左西孟旦, 钙增敏剂, 治疗心脏手术后和扩张性心肌病的心衰, 短期使用有良好疗效。

- ▲ 利尿剂, 常用的利尿剂包括三类。
 - ◎ 作用于亨利襻的利尿剂, 如呋塞米等。
 - ◎ 作用于远曲小管皮质稀释段的噻嗪类, 如氢氯噻嗪等。
 - ◎ 作用于远曲小管远端的利尿剂, 代表药物螺内酯, 不仅拮抗醛固酮的作用, 对治疗心衰更为适用。

- ▲ 血管扩张剂
主要用于心室充盈压增高者, 可使心排量增加, 而对左室充盈压降低或正常者不宜使用。另外应根据患儿血流动力学变化选用不同血管扩张剂, 包括静脉扩张药、小动脉血管扩张药, 或均衡扩张静脉和小动脉的药物。常用药物有酚妥拉明、肼苯达嗪、硝普钠、哌唑嗪、硝酸甘油、硝酸异山梨醇酯。

- ▲ 心肌能量代谢改善药物
心衰时均伴有明显的心肌能量代谢异常, 因此应用药物改善心肌能量代谢, 对心衰治疗有一定辅助作用。常用药物有磷酸肌酸、果糖二磷酸钠和辅酶Q10。



▲ 急性心衰肺水肿的处理

急性左心衰竭多以肺水肿为主要表现。治疗方法是在急性心衰治疗方法的基础上注意以下事项。

- ◎ 供氧与通气支持, 一般用鼻导管或面罩法, 有需要可进行正压机械通气。
- ◎ 镇静, 心衰伴肺水肿的患儿因缺氧而恐慌、烦躁, 应使用镇静剂如安定、苯巴比妥钠等。烦躁严重者可使用吗啡, 可减轻烦躁, 并能扩张静脉、减轻前负荷。
- ◎ 利尿剂, 静脉注射强力快速利尿剂, 如呋塞米、布美他尼等。
- ◎ 毛地黄制剂, 静注快速毛地黄制剂, 如地高辛或西地兰等。
- ◎ 血管扩张剂, 首选静脉血管扩张剂, 静脉滴注硝酸甘油或硝普钠。
- ◎ 肾上腺皮质激素, 可改善心肌代谢, 降低周围血管张力, 解除支气管痉挛。常用静脉滴注地塞米松等。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《小儿心力衰竭诊断与治疗建议2006年版》。



新生儿败血症诊疗 方案药物推荐

新生儿败血症是指病原菌侵入婴儿血循环,在其中生长、繁殖,产生毒素,由此造成全身各系统的严重病变。生后3天内发病者常为胎内或产程中感染,以大肠杆菌和B组溶血性链球菌多见;3天以后发病则往往与环境污染有关,除金黄色葡萄球菌外,其他有克雷白杆菌,变形杆菌等。药物治疗主要为抗菌治疗以及一般支持治疗。

抗菌药物应用

一般原则包括及时应用抗生素,根据临床经验初步判断病原菌种,一旦有药敏结果,选用敏感抗生素,一般采用静脉注射治疗。



⚡ 针对G+菌(革兰氏阳性菌)的抗生素。

- ◎ 青霉素与青霉素类, 如为链球菌属感染, 首选青霉素G。对葡萄球菌属, 宜用耐酶青霉素如苯唑西林、氯唑西林等。
- ◎ 第一、二代头孢菌素, 头孢唑啉为第一代头孢中较好的品种, 主要针对G+菌。头孢拉定对G+和G-球菌作用好, 对G-杆菌作用较弱。第二代常用头孢呋辛, 对G+菌比第一代稍弱, 对G-菌更有效。
- ◎ 万古霉素, 作为二线抗G+菌抗生素, 主要针对耐甲氧西林葡萄球菌。

⚡ 主要针对G-菌的抗生素。

- ◎ 第三代头孢菌素, 优点是对肠道杆菌最低抑菌浓度低, 极易进入脑脊液, 常用于G-菌引起的败血症和化脑, 但对金葡菌、李斯特杆菌作用较弱, 对肠球菌完全耐药。代表药物有头孢噻肟、头孢哌酮、头孢他啶、头孢曲松等。
- ◎ 哌拉西林, 对G-菌及溶血性链球菌均敏感。
- ◎ 氨苄西林, 广谱青霉素, 但对大肠埃希菌耐药率太高, 因而对该菌不建议使用。
- ◎ 氨基糖苷类, 主要针对G-菌, 对葡萄球菌灭菌作用亦较好, 但进入脑脊液较差。阿米卡星因对新生儿易造成耳毒性、肾毒性。不作为首选, 注意临床监护。奈替米星的耳肾毒性较小。
- ◎ 氨基曲南, 为单环 β 内酰胺类抗生素, 对G-菌的作用强, β 内酰胺酶稳定, 不良反应少。

⚡ 针对厌氧菌, 用甲硝唑。



其他广谱抗生素

- ◎ 亚胺培南+西司他丁, 新型 β 内酰胺类抗生素(碳青霉烯类), 对绝大多数G+及G-需氧和厌氧菌有强大杀菌作用, 对产超广谱 β 内酰胺酶的细菌有较强的抗菌活性, 常作为第二、三线抗生素。
- ◎ 帕尼培南+倍他米隆, 为另一种新型碳青霉烯类抗生素, 抗菌谱与亚胺培南+西司他丁相同。
- ◎ 环丙沙星, 作为第三代喹诺酮药物, 对G-杆菌作用超过第三代头孢和氨基糖苷类抗生素, 对耐甲氧西林葡萄球菌、支原体、厌氧菌均有抗菌活性, 是作为同类药物的首选。当其他药物无效并有药敏依据时可用该药。
- ◎ 头孢吡肟, 为第四代头孢菌素抗菌谱广, 对G+及G-均敏感, 对 β 内酰胺酶稳定, 且不易发生耐药基因突变, 但对耐甲氧西林葡萄球菌不敏感。

清除感染灶

脐炎局部用3%过氧化氢、2%碘酒及75%酒精消毒, 皮肤感染灶可涂抗菌软膏。口腔粘膜亦可用3%过氧化氢或0.1%~0.3%雷佛尔液洗口腔。

保持机体内、外环境的稳定

注意保暖、供氧、纠正酸碱平衡失调, 维持营养、电解质平衡及血循环稳定等。

增加免疫功能及其他疗法

早产儿及严重感染者可用静注免疫球蛋白。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《新生儿败血症诊疗方案2009版》。



新生儿持续肺动脉高压 诊疗常规药物推荐

新生儿持续肺动脉高压 (PPHN) 是指生后肺血管阻力持续性增高, 肺动脉压超过体循环动脉压, 使由胎儿型循环过渡到正常成人型循环, 而引起的心房及 (或) 动脉导管水平血液的右向左分流, 临床上常出现严重低氧血症等症状。多见于足月儿或过期产儿。治疗包括正压通气治疗和药物治疗。主要目的是降低肺血管阻力, 维持体循环血压, 纠正右向左分流和改善氧合。

人工呼吸机治疗, 进行正压通气。

纠正酸中毒及碱化血液

可通过高通气, 改善外周血液循环及使用碳酸氢钠, 使血PH值增高达7.40~7.55。



维持体循环压力

- ▲ 维持正常血压, 当有血容量丢失或因应用血管扩张剂后血压降低时, 可输注5%的白蛋白, 血浆或全血。
- ▲ 使用正性肌力药物: 可用多巴胺和(或)多巴酚丁胺。

药物降低肺动脉压力

代表药物硫酸镁、前列腺素E1、前列环素、妥拉苏林。妥拉苏林因有胃肠道出血, 体循环低等副作用, 已较少用于PPHN。

保持患儿镇静

吗啡或用芬太尼。必要时应用肌松剂, 如潘可龙。

一氧化碳吸入 (iNO), 注意出血倾向。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《新生儿持续肺动脉高压诊疗常规2009年版》。



新生儿肺出血的诊断 与治疗方案药物推荐

新生儿肺出血系指肺的大量出血，至少影响2个肺叶，常发生在一些严重疾病的晚期。随着监护技术的发展，肺出血发病率有所下降，但早产儿肺出血病死率仍较高。其治疗包括原发病的治疗以及一般支持治疗等多种途径。

原发病的治疗

- ▲ 感染引起肺出血者，其感染非常严重，应加强抗生素治疗，同时辅以免疫治疗，输注丙种球蛋白、粒细胞集落刺激因子等。
- ▲ 对低体温者应逐渐复温，使体温保持在正常范围。
- ▲ 有酸中毒者及时纠正，控制液体量。



补充血容量

- 对肺出血致贫血的患儿可输新鲜血浆。

保持正常心功能

- 可用多巴胺以维持收缩压。如发生心功能不全,可用快速洋地黄类药物控制心力衰竭。

机械通气

- 可用间歇正压通气(IPPV)/呼气末正压(PEEP)。

止血药应用

- 主要应用立止血或肾上腺素。

纠正凝血机制障碍

- 可用肝素或输注血浆、浓缩血小板等。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《新生儿肺出血的诊断与治疗方案2011修订版》。



新生儿复苏指南 药物推荐

新生儿死亡率是衡量国民经济和社会发展水平的重要指征，窒息和早产仍是新生儿时期死亡的重要原因，因而提高新生儿窒息复苏水平仍具有重要意义。复苏内容涉及复苏准备、正压通气、胸外按压以及药物治疗等多个步骤及过程。药物治疗在其中不算是最重要的一个部分，在此简单介绍药物治疗相关的内容。

肾上腺素

- 应用指征为心搏停止或在30S的正压通气和胸外按压后，心率持续 <60 次/分。给药方式通过静脉给药。



扩容剂

- ▲ 有低血容量、怀疑失血或休克的新生儿对其他复苏措施无反应时，考虑扩充血容量。扩容剂的选择有可等渗晶体溶液或生理盐水。推荐使用生理盐水。大量失血则需要输入与患儿交叉配血阴性的同型血或O型红细胞悬液。

扩容剂

- ▲ 有低血容量、怀疑失血或休克的新生儿对其他复苏措施无反应时，考虑扩充血容量。扩容剂的选择有可等渗晶体溶液或生理盐水。推荐使用生理盐水。大量失血则需要输入与患儿交叉配血阴性的同型血或O型红细胞悬液。

碳酸氢钠

- ▲ 怀疑或由血气分析证实有严重的代谢性酸中毒时使用，但目前一般不推荐。



纳络酮

- ▲ 一种阿片受体拮抗药，主要用于解救麻醉性镇痛药急性中毒。新生儿复苏时使用指征为正压人工呼吸使心率和肤色恢复正常后，出现严重的呼吸抑制或母亲分娩前4小时有注射过麻醉药史。另外如果母亲使用有其它药物，如硫酸镁、非镇静类止痛剂或普通麻醉剂，出现新生儿呼吸抑制，此时应用纳络酮无效。母亲疑是吸毒者或持续使用美沙酮（镇静剂）的新生儿，不可用纳络酮，可能会导致新生儿严重惊厥。

以上资料选自中国新生儿窒息复苏项目专家组编写了我国的《新生儿窒息复苏指南2011年北京修订版》。



新生儿黄疸 诊疗原则专家共识

新生儿黄疸是新生儿期常见疾病之一，病变严重者可导致不良后果，甚至死亡。新生儿黄疸主要治疗手段包括光疗、药物治疗以及换血等。其中光疗仍是一线的治疗方法。药物治疗根据《新生儿黄疸诊疗原则的专家共识》里的说明简洁如下。

酶诱导剂

- ▲ 苯巴比妥。体外实验证实苯巴比妥具有酶诱导作用，可以促使肝葡萄糖醛酸转移酶活性增高，加速间接胆红素的代谢和排泄。

静脉注射用丙种球蛋白

- ▲ 循证医学资料表明静脉注射用丙种球蛋白可减少新生溶血症的换血次数，缩短住院天数，缩短需要光疗天数。



白蛋白

- ▲ 白蛋白不能降低血总胆红素值，但可以减少血液游离胆红素。适用于早产儿低白蛋白血症、胆红素/白蛋白比值增高的患者。

另参考《儿科药理学杂志》2012年第18卷第3期发表的文献《新生儿黄疸的药物治疗现状》介绍上述共识中未有提及而临床有用的其他药物如下。

减少未结合胆红素产生的药物

- ▲ 常用药物金属卟啉，是人工合成的亚铁血红素类似物，可减少未结合胆红素的产生。

增加肝脏清除胆红素的药物

- ▲ 代表药物有苯巴比妥以及氯贝丁酯。其中氯贝丁酯目前国内较少使用。

中药

- ▲ 如茵栀黄口服液，已较多使用于临床，但目前缺乏大规模的临时使用数据。

干预肠肝循环的药物

- ▲ 包括益生菌、蒙脱石粉等。临床上两者联合使用能明显降低胆红素水平。

其他

- ▲ 主要是腺苷蛋氨酸。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《新生儿黄疸诊疗原则的专家共识2010版》以及《儿科药理学杂志》2012年第18卷第3期发表的《新生儿黄疸药物治疗现状》。



新生儿黄疸诊疗原则 专家共识药物推荐

新生儿黄疸是新生儿期常见疾病之一，病变严重者可导致不良后果，甚至死亡。新生儿黄疸主要治疗手段包括光疗、药物治疗以及换血等。其中光疗仍是一线的治疗方法。药物治疗根据《新生儿黄疸诊疗原则的专家共识》里的说明简洁如下。

酶诱导剂

- ▲ 苯巴比妥。体外实验证实苯巴比妥具有酶诱导作用，可以促使肝葡萄糖醛酸转移酶活性增高，加速间接胆红素的代谢和排泄。

静脉注射用丙种球蛋白

- ▲ 循证医学资料表明静脉注射用丙种球蛋白可减少新生溶血症的换血次数，缩短住院天数，缩短需要光疗天数。



白蛋白

- 白蛋白不能降低血总胆红素值,但可以减少血液游离胆红素。适用于早产儿低白蛋白血症、胆红素/白蛋白比值增高的患者。

另参考《儿科药理学杂志》2012年第18卷第3期发表的文献《新生儿黄疸的药物治疗现状》介绍上述共识中未有提及而临床有用的其他药物如下。

减少未结合胆红素产生的药物

- 常用药物金属卟啉,是人工合成的亚铁血红素类似物,可减少未结合胆红素的产生。

增加肝脏清除胆红素的药物

- 代表药物有苯巴比妥以及氯贝丁酯。其中氯贝丁酯目前国内较少使用。

中药

- 如茵栀黄口服液,已较多使用于临床,但目前缺乏大规模的临时使用数据。

干预肠肝循环的药物

- 包括益生菌、蒙脱石粉等。临床上两者联合使用能明显降低胆红素水平。

其他

- 主要是腺苷蛋氨酸。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《新生儿黄疸诊疗原则的专家共识2010版》以及《儿科药物杂志》2012年第18卷第3期发表的《新生儿黄疸药物治疗现状》。



新生儿缺氧缺血性脑病的诊断与治疗药物推荐

新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)是指在围产期窒息缺氧导致脑的缺氧缺血性损害,临床出现一系列脑病的表现。其治疗原则包括早治、采取综合措施、治疗应及时细心以及足够疗程等。具体药物治疗方案根据出生时长的不同而异。

生后3天内的治疗

- ▲ 主要针对窒息缺氧所致多器官功能损害,保证机体内环境稳定,积极控制各种神经症状。
- ◎ 维持良好的通气、换气功能,使血气和pH值保持在正常范围。有代谢性酸中毒者可酌情给小剂量碳酸氢钠纠酸。



- ⦿ 维持周身和各脏器足够的血液灌流,使心率和血压保持在正常范围。酌情考虑使用多巴胺、多巴酚丁胺和果糖等药物。
- ⦿ 维持血糖在正常高值。
- ⦿ 控制惊厥,首选苯巴比妥,亦可考虑水合氯醛。
- ⦿ 降低颅内压,静注速尿剂、甘露醇等。
- ⦿ 消除脑干症状,及早应用纳络酮。
- ⦿ 其他为清除自由基可酌情应用维生素C、E、K。

生后4~10天的治疗

- ▲ 在机体内环境已稳定,脏器功能恢复,神经症状减轻的基础上,应用促进神经细胞代谢药物或改善脑血流的药物,消除因缺氧缺血引起的能量代谢障碍,使受损神经细胞逐渐恢复其功能。以下各种药物可任选一种。
- ⦿ 促进神经细胞代谢药物,生后24小时便可用胞二磷胆碱或丽珠赛乐(国产脑活素),两者二选一。
- ⦿ 复方丹参注射液,能调节微循环,改善脑缺血区血液供给,从而消除神经细胞能量代谢障碍。



产后10天后的治疗

- ▲ 主要针对重度HIE患儿对上阶段治疗效果不满意者，需继续治疗以防止产生神经系统后遗症，治疗重点如下。
- ◎ 丽珠赛乐（国产脑活素）、复方丹参注射液，可反复应用2~3个疗程。
- ◎ 有条件者可加用脑细胞生长肽（bFGF）治疗。

以上资料选自中华医学会儿科学分会发布的《新生儿缺氧缺血性脑病的诊断与治疗2011版》。