

卡用书·

儿科常见症状 临床处置

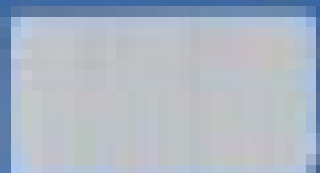
主 编 郝晓洁 孙守军

ERKE CHANGJIAN ZHENGZHUANG
LINCHUANG CHUZH



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



第2版

儿科常见症状 临床处置

主 编 顾德全 邵雪莉

（原书：《PEDIATRIC SYMPTOM MANAGEMENT》）

（原书：《PEDIATRIC SYMPTOM MANAGEMENT》）



人民卫生出版社

（北京）

社区和乡村医生临床用书

儿科常见症状临床处置

ERKE CHANGJIAN ZHENGZHUANG LINCHUANG CHUZH

主 编 郝晓洁 孙守军

副主编 孙东明 张小龙

编 者 高天霖 杨红新 赵永才
刘 燕 任淑红 冀超玉
崔 娜 刘 梅 陈 治
孙鲁华



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

儿科常见症状临床处置/郝晓洁,孙守军主编. —北京:人民军医出版社,2012. 5

ISBN 978-7-5091-5695-7

I. ①儿… II. ①郝…②孙… III. ①小儿疾病—鉴别诊断
IV. ①R720. 4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 067227 号

策划编辑:杨德胜 文字编辑:贾春伶 高磊 责任审读:黄栩兵

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8065

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:8.625 字数:230千字

版、印次:2012年5月第1版第1次印刷

印数:0001—3500

定价:30.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

前言

对许多低年资全科医师,包括刚步入儿科专业的临床医师来说,面对那些哭闹不止,不能正确表述病痛的儿童,常常不知如何处置而显得很无奈。怎样发现患儿的主要异常表现,以某种主要症状为依据,初步判断可能的疾病,进行必要的重点检查,以便尽快地做出正确诊断,及时给予恰当的治疗,这是年轻医师必须学习和掌握的临床基本功。

基于上述原因,针对儿科临床实际工作需要,我们组织编写了《儿科常见症状临床处置》。本书以儿科常见症状为中心,以诊断要点、检查项目、处置原则为主线,旨在使读者能够系统地认识症状,抓住主要矛盾的同时,融汇基础理论知识,提高临床逻辑思维能力。在治疗方法中,为发挥中医学的疗效优势,特选择编录一些中医儿科方药,以供读者参考。

本书编者都是儿科临床一线的医护人员,具有丰富的实践经验。他们结合自己的临床经验总结、归纳,并参考了大量的医学专著和期刊文献资料,旨在让读者拓展临床思路,提供正确的诊疗方案,进而举一反三,学习儿科疾病处置方法及规律,掌握儿科临床基本功,尽快成长为一名熟练的儿科医师。

作者认为,正确处理儿科疾病,不但要有较全面的医学理论知

识,更要具有丰富的实践经验,还应当了解儿童心理和生理病理常识,同时具备高尚的医疗职业道德和慈祥而善良的同情心,否则,就不会成为一名优秀的儿科医师!

在编写过程中,我们参阅了大量医学专著和期刊,并参考引用了其中的部分文献资料,在此,谨向本书参考资料的原作者致以崇高的敬意!

郝晓洁 孙守军

2011 年 12 月

目 录

第 1 章 一般症状	1
第一节 发热.....	1
第二节 呕吐	18
第三节 休克	27
第四节 哭闹	40
第 2 章 呼吸系统常见症状	45
第一节 咳嗽	45
第二节 呼吸困难	68
第三节 咯血	83
第 3 章 消化系统常见症状	93
第一节 腹痛	93
第二节 呕血.....	100
第三节 便血.....	107
第四节 腹泻.....	117
第五节 便秘.....	128
第 4 章 泌尿系统常见症状	134
第一节 遗尿.....	134
第二节 血尿.....	141

儿科常见症状临床处置

第三节 蛋白尿.....	164
第5章 神经系统常见症状.....	171
第一节 头痛.....	171
第二节 惊厥.....	179
第三节 脑性瘫痪.....	187
第6章 内分泌系统常见症状.....	195
第一节 肥胖.....	195
第二节 身材矮小.....	201
第三节 甲状腺肿大.....	208
第四节 性早熟.....	214
第7章 口腔科常见症状.....	220
第一节 牙痛.....	220
第二节 牙龈出血	223
第8章 眼科常见症状.....	226
第一节 红眼.....	226
第二节 视力减退.....	229
第三节 儿童盲.....	233
第四节 眼球突出.....	237
第9章 耳鼻咽喉科常见症状.....	243
第一节 听力减退.....	243
第二节 鼻出血.....	248
第三节 鼻阻塞及鼻溢液.....	253
第四节 吞咽困难.....	259
第五节 喉喘鸣和声嘶.....	264

第 1 章

— 般 症 状

第一节 发 热

发热是指体温异常升高,当体温超过基础体温 1°C 时,可认为发热。儿童时期正常体温较成人稍高,且昼夜正常体温波动较大,但范围不超过 1°C 。正常小儿的肛温波动于 $36.9\sim 37.5^{\circ}\text{C}$,舌下温度比肛温低 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋下温度为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。一般肛温超过 37.8°C ,舌下温度超过 37.5°C ,腋下温度超过 37.4°C ,可认为发热。肛温在 $37.8\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 称为低热,超过 39°C 为高热,超过 41.5°C 为超高热。个体的正常体温略有差异,同时,儿童随时因体内、体外诸多因素容易引起体温升高。临床上常将发热持续超过 2 周或以上称为长期发热。

【诊断要点】

1. 症状鉴别 对于发热患儿,应明确发热的持续时间,分清是急性发热还是长期发热。急性发热者,应首先考虑临床上常见疾病。长期发热者,首先应从常见疾病不寻常表现考虑,然后考虑少见或罕见病。并仔细检查患儿其他系统的伴随表现,尤其应注意是否伴有皮疹,根据皮疹的出现时间、出现部位及皮疹特征对某些急性传染病做出及时诊断。对长期低热患儿必须做长期动态观察与全面反复检查。每日定时测量体温 $2\sim 4$ 次,连续 2 周,记录体温曲线及其变化情况,以确定患者是否发热。如果怀疑患者是

假热,则应检测直肠温度,来自牧区或与动物有密切接触史的患儿应想到结核病与布氏杆菌病。

2. 实验室检查 应包括血常规检查、血沉、抗链球菌溶血素“O”、肝功能试验、尿常规检查、胸部X线检查、结核菌素试验等,从而初步鉴别器质性与功能性低热。必要时可进一步进行氮蓝四唑试验、中性粒细胞碱性磷酸酶反应或C反应蛋白测定,用于明确细菌(或病毒)感染以指导治疗。

3. 治疗性试验 必要时才考虑,因为,对大多数发热病例来说,治疗性试验并无诊断价值。甲硝唑或氯喹用于早期肝阿米巴病可取得良好疗效。怀疑结核病患者,一般需用充足剂量的抗结核治疗2~3周方能决定其疗效。应考虑到滥用抗生素、肾上腺皮质激素与解热药,不但扰乱体温曲线,掩盖病情,耽误诊断与治疗,而且尤其激素可能产生不良作用,增加病情的复杂性。

【检查项目】

1. 体格检查 应尽可能在自然光线下进行。

(1)注意患儿精神状态,营养发育情况,反应情况,体位姿态,有无慢性消耗性病态表现,有无急性、慢性感染中毒症状等。检查体温、脉搏、呼吸、血压、体重、面色。

(2)检查皮肤、黏膜有无皮疹、出血、黄疸、瘀点、瘀斑、疮、疖以及各部位有无浅表淋巴结肿大。

(3)认真检查患儿各系统、各器官有无明确阳性体征。特别注意容易隐蔽病灶的地方,如乳突、鼻孔、口腔、牙龈、咽后壁、咽侧壁、腋下、腹股沟、腋窝、耳道、脊椎、会阴部、肛门。对于小婴儿发热病例,还应注意患儿哭啼声音、姿态、吸吮状态、前囟、后囟骨缝是否闭合、裂开,前囟张力如何以及各种生理反射是否异常。

2. 血、尿、便常规检查

(1)血常规检查:注意红细胞形态、大小、染色有无异常,有无寄生虫。注意白细胞有无形态异常,有无感染中毒颗粒,注意各白

细胞之间的比例,嗜酸粒细胞数,有无变异淋巴细胞等。

(2)大便常规检查:检查外观形状、性质、颜色。镜检有无红细胞、白细胞、脓细胞和吞噬细胞。有无寄生虫卵,有无隐血。

(3)尿常规检查:检查除常规外,同时应注意尿二胆(尿胆红素、尿胆原)是否阳性。有无隐血。

3. 细菌学检查 根据临床病史及体格检查考虑感染性疾病者,应尽可能做相关病原学检查,病原学检查应包括:

(1)细菌学涂片:取分泌物、渗出液、病灶处拭子涂片,包括瘀点涂片,做革兰染色寻找有无病原菌及为何种病原菌。

(2)细菌学培养:取血液、骨髓、各种浆膜渗出液、病灶处分泌物、冲洗液、脑脊液、关节液、各种穿刺液,选择不同培养基,使用相应培养方法对各种相关细菌进行培养检查,包括特殊要求的机会菌、厌氧菌、L型菌、结核杆菌、真菌等培养检查。

4. 血清学(包括免疫学)检查 根据病情需要采用相应的血清学方法检查以协助发热性疾病的鉴别诊断。

(1)诊断伤寒、副伤寒的肥达反应;确定是否为梅毒螺旋体感染的外斐和华康反应;查钩端螺旋体病的凝集溶解试验,查EB病毒感染的嗜异性凝集试验等。

(2)检查各种相关病毒及其他病原体感染的血清免疫学检查,如确定是否为先天性TORCH感染检查弓形虫,风疹病毒,巨细胞病毒,疱疹病毒特异性IgM、IgG抗体测定以及对EB病毒,麻疹病毒,呼吸道合胞病毒,肠道病毒某些血清型特异性IgM、IgG抗体检测。

(3)其他:如血清自身相关抗体测定、血浆蛋白电泳、肌酶谱、肝功能、肾功能、甲胎蛋白、癌胚抗原等。

5. 组织学检查 组织学检查是一种较为有效的检查诊断手段。对于长期发热原因不明、难以诊断和鉴别诊断的患儿,在条件允许和可能范围内进行组织学检查。组织学检查包括:

(1)各种穿刺活检:如肝穿、肾穿、肺穿、心肌活检,淋巴结穿刺

活检、骨髓穿刺检查等。

(2)手术活检:对病灶部位较深或穿刺困难,以及不能穿刺者,可考虑在适当范围内用手术方法直接取活组织检查,甚至剖腹、开胸取活检。

6. 皮肤试验 包括 OT(或 PPD)、肺吸虫皮试、血吸虫皮试等。

7. 影像学检查

(1)X 线检查 包括 X 线摄片和各种相应的造影摄片检查。

(2)B 超检查 包括彩超检查。

(3)CT、MRI 检查以及各种放射性核素扫描检查。

【临床思维】

1. 急性发热伴皮疹

(1)麻疹:常有接触史,前驱期 3~5 天,患儿常有发热、上呼吸道卡他症状、结膜炎、鼻炎、咳嗽。发热最初 2~3 天,于口腔颊黏膜出现小的白色的麻疹黏膜斑(Koplik 斑)发热第 4 天,出现玫瑰色斑丘疹,自耳后、发际及颈部开始,渐及前额与颊部。然后自上而下,急速蔓延全身,最后到四肢。皮疹有不同程度融合,疹间可见正常皮肤。

(2)风疹:前驱期 0.5~1 天,患儿可表现为低热或无热,耳后和枕部淋巴结肿大、压痛。发热第 1~2 天即出现淡红色小斑丘疹。出现迅速,由面、颈部延及躯干和四肢,24 小时即布满全身。皮疹通常呈浅红色,稍稍隆起,可融合成片,与麻疹有相似之处。风疹的症状极不一致,确诊比较困难,尤其是散发性病例和非典型病例,风疹的形态介于麻疹和猩红热之间。

(3)水痘:无前驱期,低热、全身不适常与皮疹同时出现。皮疹分批出现,最初表现为丘疹,数小时后转为疱疹,2 天后变成脓疱疹,第 4 天结痂。可同时见到丘疹、疱疹、脓疱疹或结痂。皮疹呈向心性分布,以躯干、头皮、颜面及腰部为常见,四肢远端较稀少,

但足底、手掌仍可出现皮疹。黏膜也可出现水痘,如口、咽、结膜、外生殖器也可出现皮疹。

(4)幼儿急疹:发病急骤,体温突然升高,多在 39°C 以上,一般持续3~5天后体温骤降,皮疹多出现于体温骤降之后形态类似麻疹与风疹,呈玫瑰色细小斑丘疹,多呈分散性,很快波及全身。腰部臀部较多,面、肘、膝以下则少。颈周围淋巴结肿大较普遍,尤以枕骨下及颈后淋巴结为明显。1~2天消退,不脱屑,不留色素沉着。血白细胞计数明显减少,分类计数淋巴细胞明显增高。

(5)猩红热:起病急骤,可表现为高热、头痛、呕吐、咽痛,体温一般在 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ 。皮疹一般于发热24小时左右迅速出现,24小时可遍及全身。皮疹为弥漫性猩红色约针头大小的丘疹,疹间皮肤潮红,压后可暂时转白。面颊部潮红,无丘疹,而口周皮肤苍白,为口周苍白圈。皮肤皱褶处,皮疹密集,色深红,间有针尖大出血点,形成深红色横行帕氏征(Pastia's sign)。此外,咽、扁桃体显著充血,亦可见脓性渗出物。舌质很红,呈杨梅舌。病程1周后皮肤开始脱屑,可显手套袜套状脱屑。

(6)流行性脑脊髓膜炎:前驱期1~2天,患儿可有发热、呕吐、激惹、头痛,起病急骤,突然高热,伴有恶心呕吐及中枢神经症状与体征。起病数小时后皮肤黏膜出现皮疹或出血点,分布不均、大小不等,急速增多,扩大,相互融合数小时内波及全身,并形成大片瘀斑。皮疹常见于肩、肘、臀等处。瘀斑穿刺涂片,腰椎穿刺脑脊液涂片和培养可查见脑膜炎双球菌。

(7)伤寒:体温渐升,第5天达高峰,部分病儿起病后4~15天,腹、胸、腰、背出现散在的斑丘疹。经血培养或肥达反应确诊。

(8)流行性出血热:发热期患儿颜面潮红呈醉酒貌,腋窝部出现点状或线条状出血性皮疹,具有诊断价值。

(9)肠病毒感染:最常见的是埃可病毒和柯萨奇病毒感染,前驱期3~4天,表现为发热、头痛、咽痛、肌痛、结膜炎,出疹时体温不降,皮疹类似风疹,呈全身散在分布的红色小斑丘疹,疹退后无

脱屑,无色素沉着。大便、咽拭子、血液、脑脊液病毒分离,血清中和试验可确定诊断。

(10)皮肤念珠菌病:表现为皱褶处皮肤糜烂,会阴、肛门,腋窝、指(趾)间潮红并糜烂;甲沟发炎,红肿但不化脓,皮肤出现扁平丘疹,米粒大小,散在分布于颈、背、会阴部皮肤。其表面常有薄层鳞屑。广泛皮肤念珠菌病,皮疹先为分散的浅水疱、水疱性脓疮,破裂后留剥离的表皮,蔓延融合成大片皮脂溢性皮炎样皮损。局部检查有大量菌丝和芽孢,培养有白色念珠菌生长。

2. 急性发热伴肺部症状或体征

(1)肺炎性传染性单核细胞增多症:该症以发冷发热,软弱,淋巴结肿大,咽充血,肌酸痛,头痛,食欲缺乏等最为常见。患儿常有咳嗽、胸痛,部分病例有血丝痰或铁锈色痰。X线检查以薄纱状阴影最具特征性。

(2)立克次体感染:以Q热为例。潜伏期平均16~18天。患儿多以恶寒、高热而急骤发病,呈弛张热型,一般持续5~10天。剧烈的持续性头痛通常是此病的特征,肌痛与关节痛也常见。确诊靠病原体分离与补体结合试验。

(3)急性血吸虫病:患儿有发热及其他毒血症状等,伴有肝大压痛与血嗜酸粒细胞增多。常咳嗽,偶尔咯血,可有干、湿性啰音。X线示弥散性浸润。吡喹酮治疗有良好疗效。

(4)过敏性肺炎:本病主要特点短暂而易消散的肺部浸润性阴影,伴以短暂的血中嗜酸粒细胞增多,有短暂的发热、咳嗽、咳痰等症状与体征。X线示肺部有短暂浸润性阴影。

(5)系统性红斑狼疮:可有间质性或小叶性肺炎等肺部表现,常并发胸膜炎。抗生素治疗无效,激素治疗肺炎迅速消散。

(6)Wegener肉芽肿:本病男性多于女性。绝大多数病例有鼻咽部表现,包括流涕、鼻塞、鼻出血、鼻窦炎、咽痛、音哑、中耳炎等,不少病例有口腔、鼻腔、咽喉等处的坏死性肉芽肿。约45%病例有深部症状,包括结膜炎、肉芽肿性角膜炎、巩膜和色素膜炎、破坏

性巩膜软化穿孔、眼球突出等。约60%有下呼吸道症状,如咳嗽、咳痰、胸膜炎性胸痛、咯血、呼吸困难等。部分病例可完全没有症状,仅在胸部X线检查时发现肺部病变。肾脏受累时有蛋白尿、血尿和肾衰竭。本病有发热、体重下降、乏力。累及多器官。胸部X线表现多种多样;典型表现为肺内结节性病变,境界清晰锐利,以多发和双侧性居多,部分表现为双侧浸润影;有些病例表现为肺叶浸润或肺段实变;少数患者可有胸腔积液,心包积液,胸膜增厚,肺不张等。病人血沉增快,贫血,白细胞增多为常见表现。

(7)药物变态反应性肺损伤:引起变态反应性肺损伤的药物有呋喃坦啶、新霉素、卡那霉素、庆大霉素等氨基糖苷类抗生素及青霉素、磺胺类药物等。患儿发病急,表现为发热、全身皮疹、双肺湿啰音,X线胸片呈斑片状阴影。

3. 长期发热伴中毒症状

(1)结核病:小儿结核病主要类型为原发性肺结核。病儿肺部出现原发灶及肺门淋巴结肿大,临床表现较轻或无症状,有时出现结核中毒症状,如长期不规则发热(低热)、轻咳、食欲缺乏、疲乏、盗汗、消瘦等。年龄小、感染菌量多,抵抗力薄弱的患儿,病变可以恶化,形成原发灶周围炎或淋巴结周围炎、胸腔积液、支气管结核。经过支气管播散可发生干酪性肺结核;经血行播散可致粟粒型结核,此时全身结核中毒症状明显,高热经久不退,全身衰竭;血行播散可致结核性脑膜炎,病儿有明显结核中毒症状,发热、食欲减退、消瘦、睡眠不安、性情及精神状态改变,出现脑膜刺激征、脑神经损害症状、脑实质刺激性或破坏性病状、颅内压增高病状、脊髓障碍症状。卡介苗接种史、接触史、临床症状、体格检查、胸部X线检查病变的发现及结核杆菌素试验阳性对诊断有重要意义。痰液或胃液进行直接涂片抗酸染色找结核杆菌或进行结核杆菌培养或动物接种可以得到确诊。

(2)败血症:本症表现为起病急、突然发热,有时先发冷兼有寒战。体温多持续高热或弛张热,有明显全身中毒症状。皮肤、黏膜

常出现瘀点、红斑或其他皮疹。肝脾大,偶见黄疸。可有进行性贫血,尿可出现蛋白尿,亦可见少许白细胞及管型。细菌培养(血、病灶部位、病变体液培养)可分离出病原菌。

(3)感染性心内膜炎:患儿绝大多数均有原发性心脏病变,临床表现为全身感染症状,心脏症状和栓塞及血管症状。一般起病缓慢,开始时仅有不规则发热,患儿逐渐感觉乏力,食欲减退,体重减轻,关节痛及肤色苍白(贫血)。数日或数周后出现栓塞征象,瘀点见于皮肤与黏膜,指甲亦偶见线状出血,偶尔指、趾、腹部皮下组织发生小动脉栓塞。心脏病变的表现有心脏的杂音并多变,出现心力衰竭。栓塞的表现有脾大、腹痛、便血、血尿,肺栓塞时出现胸痛、咳嗽、咯血、呼吸困难,大脑中动脉栓塞时出现偏瘫。常见进行性贫血;白细胞增多,中性粒细胞数升高,血沉增快,C反应蛋白阳性。免疫球蛋白数量升高、类风湿因子阳性。尿中有红细胞。血培养阳性,多次取足量血做培养或骨髓培养阳性率较高。血液培养阳性是确诊的关键。

(4)细菌性肝脓肿:临床可出现寒战、发热、胃肠症状,肝区疼痛、肝大、肝区击痛,肝功能损害,白细胞增多、核左移,贫血,衰竭等。蛔虫引起的肝脓肿,往往持续不规则高热,可经数月不退。阿米巴所致的巨大肝脓肿肝前区表现隆起。有时肝脓肿向上方增大,刺激膈肌引起咳嗽、胸痛及呼吸困难。感染也可直接累及右侧胸膜及肺。肝区B超检查显示脓肿。

(5)膈下脓肿:本病多继发于肝脓肿破裂、急性阑尾炎或因败血症、脓毒血症所致,表现为高热及感染中毒症状。由于胸部或右上腹部疼痛或不适,该部呼吸运动减弱,肿胀及压痛或叩击痛。X线检查和超声波检查及同位素肝扫描、肺扫描有助于诊断。

(6)伤寒:发病多在夏秋两季,一般有接触史及不洁食物史。临床表现为年龄愈幼,表现愈不典型,随年龄增长,症状也愈接近成人。其典型临床经过分为4周,即初期、极期、缓解期和恢复期。婴幼儿伤寒常不典型,起病较急,常伴有上呼吸道症状或呕吐,腹

胀、腹泻等消化道症状,可有惊厥。体温上升较快,于发病后 2~3 天可达高峰。热型不规则。玫瑰疹及缓脉少见,肝脾大较为明显,并发支气管炎、肺炎者较多。伤寒血清凝集反应(肥达反应)对本病有辅助诊断价值。

(7)副伤寒:本病以夏秋季多见。有与家禽、家畜、鼠类、飞鸟等接触史;有不洁饮食史,有胃肠症状、腹泻、发热史。确诊主要依靠血及粪便培养,可获得相应的病原菌。

(8)鼠伤寒:可发生于各年龄组以婴幼儿多见。以夏秋季为发病高峰。潜伏期为 8~48 小时。有带菌的污物污染食物和水,经口感染的可能以及医院感染通过食具、医疗用具、医护人员的手传播的可能。临床表现胃肠炎型和败血症型。前者大便次多,可为脓血便,黏液便,水样便或血便,有腥臭味。除腹泻外常见有发热、腹痛、恶心、呕吐,不同程度的水、电解质紊乱。常有脱水和酸中毒。患儿可持续高热(也可有低热)1~2 周;后者以全身中毒状表现。热型多为弛张热,可持续高热 1 个月左右。病儿神萎,面色灰黄,伴有丘疹样皮疹,多少不定,可融合成片。可伴有其他部位的化脓性病灶。部分肝功能受累,可见黄疸。

(9)斑疹伤寒:发病季节冬春较多,起病急骤,多以寒战开始,体温大多达 39~41℃,持续高热 2 周左右。发病第 5 天出疹,先于胸背,继之延至颈、腹、四肢及掌跖,但面部少见。初为鲜红色斑丘疹,至第 8 天为暗红色或出血性斑丘疹,2 周消退留色素沉着。神经系统症状较明显,有剧烈头痛、头晕、失眠,严重者烦躁,谵妄及脑膜刺激征。心血管受累时可有心率加快,血压下降,中毒症状严重者,可合并支气管肺炎,心力衰竭。多数有脾大。

(10)血吸虫病:早期,尾蚴侵入皮肤后数小时至 2~3 天局部出现红色点状丘疹,甚至水疱,有痒感,数小时或数日消退。表现为过敏性肺炎时患者常有咳嗽、胸痛、痰中带血,荨麻疹等。急性血吸虫病患者起病急,有发热,热型不定,可呈弛张热,间歇热或不规则发热,体温多达 39℃ 以上,晨低,夜高,开始有寒冷感。平均