

第一章 一般症状

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 $2\sim 3$ 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。特别要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裴和华康反应;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℃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38~39℃。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。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,部分患儿起病后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泡、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,患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 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$,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°C 以上,晨低,夜高,开始有寒冷感。平均热程1个月左右。多数病人有腹痛、腹泻、大便黏液带血。一般中毒症状不重。肝大以左叶为主,脾亦肿大,黄疸偶见。主要发生于夏秋季节。

(11)播散性念珠菌病:一般由白色念珠菌引起。多见于儿童,常继发于鹅口疮或口角炎。经消化道或呼吸道直接蔓延,引起食管炎、肠炎、肺炎等内脏感染或经血播散而发生念珠菌性败血症。有时可见于长期多次静脉滴注高渗葡萄糖、高营养液、各种氨基酸溶液或输血后的患者。临床上出现长期发热者,可见于念珠菌肺炎和念珠菌败血症。与一般婴幼儿重症肺炎基本相似,但咳嗽剧烈,高热不退,痰呈脓稠的黏液样,偶可带血丝,X线所见病变为融合性大片状实质阴影。

4. 长期发热伴结缔组织疾病特征

(1)系统性红斑狼疮:为全身结缔组织炎症性疾病。表现为不规则发热,发热高低与起病急缓有关。发热同时或先后出现其他临床症状或体征。绝大多数可见皮肤症状。皮疹位于两颊和鼻梁,为鲜红色,边缘清晰的红斑,轻度水肿,可波及下眼睑。有时边缘不规则,其他皮肤表现有斑丘疹、红斑疹等。血中可检查到红斑狼疮细胞。

(2)幼年型类风湿病全身型(Still病):多见于2~4岁,男性多见。起病急,全身症状显著,以反复发热、皮疹、关节痛、淋巴结肿大、抗生素治疗无效、糖皮质激素应用有效为主要特征。

(3)结节性多动脉炎:临床表现多样化,随着被侵犯脏器的不同而表现各种不同的症状。可表现为发热皮疹、皮下结节、关节痛和关节炎,累及消化道者可有腹痛、呕吐、腹泻,重者可有胃肠道出血、溃疡和肠梗阻。此外,多有肾损害表现为腰痛、血压增高、尿改变、严重的急性肾衰竭。此外还有肺炎、睾丸炎及副睾丸炎、充血性心力衰竭,可出现相应神经系统病变。

(4)皮炎:本病常侵犯多个系统,主要特征为横纹肌发生非化脓性炎症及退行性变形,同时合并皮肤病变。皮肤表现以红斑和水肿为主。最初通常为上部或上、下眼睑、鼻梁及上颌部的紫红斑与水肿或硬结,有时可呈蝶形,逐渐蔓延到其他部位的皮肤。病变通常先侵犯四肢肌肉,大都两侧对称,病儿诉说肌痛及无力。肩部、髋部肌痛常较明显。病肌先有肿胀、压痛,逐渐僵硬而失去随意性活动。头部血管肌肉亦可受累,以致发生眼睑下垂、斜视、吞咽困难、声弱等。

(5)过敏性紫癜:可有不规则低热或高度发热。皮疹多见于下肢远端,踝关节周围密集。

躯干部罕见。初起为小型荨麻疹或斑丘疹,压之退色,继而色泽加深,形成斑,斑中心点状出血,颜色变为暗紫色,形成紫癜。紫癜可融合成片。患儿常有关节痛、位置不固定急性腹痛及尿液改变

(6)渗出性多形性红斑:多发生于过敏体质患儿。临床特征为皮肤及黏膜同时受损;眼及口唇、生殖器和肛门最易受累;多种形态皮疹,以疱疹为主,重症可发生中毒性休克及内脏损害。皮疹可出现于全身任何部位,但以手足背、臀及下肢伸侧、颜面颈部为多见,大都左右对称。病程一般2~4周。

5.长期发热伴血液系统疾病特征

(1)急性白血病:小儿白血病绝大多数为急性,又以急性淋巴细胞白血病为多见。临床表现为发热、贫血、出血;肝脾大,淋巴结肿大,可有骨痛、关节痛、腮腺、皮肤黏膜浸润和睾丸肿大等。

(2)恶性淋巴瘤:淋巴结肿大为本病最常见症状表浅淋巴:好发于颈后三角区,其次为腋下和腹股沟。深部淋巴常累及纵隔、腹膜后或腹腔内淋巴结而引起不同的压迫症状。

(3)朗格汉斯细胞组织细胞增生症:本症常分为三种类型,即骨嗜酸肉芽肿、韩薛柯综合征和勒雪综合征。骨嗜酸肉芽肿在成人多侵犯长骨;而在儿童则多见于颅骨、脊柱、肋骨和骨盆骨。韩薛柯综合征多见于幼儿和学龄前儿童,以膜性骨的溶骨性改变、突眼和尿崩症为常见症状。勒雪病多发生在婴幼儿时期,病情重,以内脏、皮肤、肺和骨骼等多脏器浸润为主。病人常有不明原因的长期发热或不规则发热;在病程早期出现皮疹,主要分布于躯干、头皮和耳后,也可见于会阴部。肝脾淋巴结增大,肺部浸润症状。常有耳溢。

(4)传染性单核细胞增多症:发病急,重症者通常有恶寒或寒战,高热,全身不适。咽部出现斑状或膜状黄灰色苔膜,少数有白喉样假膜形成;扁桃体可肿大,其上披盖的苔膜可保持较久,且有时可再发。颈部淋巴结肿大压痛。肝、脾也常肿大。有时出现斑疹或疱疹。

6.周期性发热

(1)波状热(布氏杆菌病):人畜共患传染病。患儿除典型的热型外,还有多汗、关节痛、肝脾淋巴结肿大。

(2)局灶性细菌感染:肾盂肾炎、支气管扩张合并感染、血栓性静脉炎、胆囊炎等局灶性细菌性感染,都可引起反复的发热或寒热发作,但间歇期并不规则。

(3)回归热:骤然起病,严重全身肌肉关节酸痛,腓肠肌剧痛拒按,剧烈头痛,鼻出血,肝脾大,皮疹或黄疸,发热呈回归热型,并发现带虱或曾与此病人有密切接触史,

(4)间日疟:夏秋季节发病,有周期性发冷、发热、多汗是隔日发作兼有脾大与贫血。如患儿在疟区居住或最近曾到过疟区,间日疟的临床诊断大致可以成立。有的病例出现口唇疱疹。

(5)黑热病:患儿常有被白蛉叮咬史,病程中复发与间歇交替出现,随病期进展出现长期不规则发热、乏力、消瘦、贫血、鼻出血或齿龈出血,脾进行性肿大和全血细胞减少症等。

(6)丝虫病:患儿曾在流行区旅居,有反复发作的淋巴结炎,逆行性淋巴管炎、乳糜尿、精索炎、象皮肿等临床表现。

(7)结节性脂膜炎:是较少见的一种变态反应性疾病,任何年龄都可罹患。此病的临床与病理学特点是呈弛张型、间歇或不规则高热(40°C),非化脓性倾向的皮下结节形成,全身淋巴

结压痛,口腔黏膜糜烂与出血等。

(8)周期热:原因不明,病人自幼儿即可发病,每隔数天,数周或数月发作一次,间歇期病人一切正常。发病时除发热外,伴有关节酸痛、皮疹、白细胞增多、血沉加快等表现,反复周期热,各项检查均无特殊发现,无特殊治疗,不予任何治疗发热亦可自行停止。本病极为罕见,诊断本病时宜慎重。

(9)湿热:最近有溶血性链球菌感染的证据。临床表现以心脏炎与关节炎为主,可伴有发热、皮疹、皮下小结、舞蹈症等。

(10)恶性淋巴瘤:恶性淋巴瘤经常有发热、多汗、疲乏、消瘦、软弱等症状,心率加快,病程中出现贫血,腹部阵痛。

7.长期低热而无阳性体征

(1)暑热症:多见于3岁以下的小儿,临床以长期发热、口渴、多饮多尿、汗闭或汗少为特征。大多数患儿在盛夏时节渐起发热,体温在 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$,热型不定,持续不退,天气越热体温越高而且大多不出汗。发热期可长达1~3个月,待气候凉爽时自然下降。患儿口渴多饮,尿液不含蛋白质,尿比重正常。病初起一般情况良好,无病容貌。高热时少有惊厥,嗜睡,少见神经系统症状。

(2)家族性无汗无痛症:为常染色体隐性遗传症,首发症状为不明原因的反复发热,与无汗有关。从新生儿时期起对注射无痛感,出牙以后常咬破唇、舌、手指,引致局部感染,溃疡或残损。由于行动笨拙,容易发生四肢骨折。虽汗腺发育正常,但不能以刺痛、热感及其他方法刺激发汗。

(3)无汗性外胚叶发育不良:这是一种性联隐性遗传性综合征男性患者较多。皮脂腺和汗腺、毛发(包括眉毛和睫毛),牙齿及指甲都显示畸形或缺如,软骨,角膜也可表现营养障碍。患儿容易发热,尤其在夏季无故高热、无汗。头发稀软且干燥枯萎,眉毛稀少或无毛,常合并智力低下。

【处置原则】

生理性体温升高一般不会超过 37.4°C ,且持续时间短,小儿精神好、进食好,无其他异常的症状和体征。对此可不予退热处理,解开衣被、降低室温、使其安静,体温很快就会降至正常。对病理性发热可采用以下处理方法。

1.病因治疗

(1)抗生素治疗:上呼吸道感染一般用中成药治疗,3~5天不要滥用抗生素。敏感葡萄球菌选青霉素G、加苯唑西林;耐药性金黄色葡萄球菌选用氯唑西林、第1代头孢霉素、万古霉素等;溶血性链球菌选用青霉素、阿奇霉素等;肺炎链球菌选用青霉素、阿奇霉素;大肠埃希菌、铜绿假单胞菌选用美洛西林、阿洛西林、第3代头孢霉素类;伤寒及副伤寒杆菌选用氯霉素、氨苄西林、磺胺;厌氧菌选用甲硝唑、替硝唑、奥硝唑,严重感染时可选用两种或两种以上抗生素联合应用,或伊米配能/西司他丁钠。

(2)抗结核治疗:首选异烟肼、乙胺丁醇、利福平、吡嗪酰胺。常多种抗结核药联合应用,必要时选用乙硫异烟胺、链霉素、对氨基水杨酸钠。

(3)真菌病治疗:制霉菌素、两性霉素B、氟康唑、伊曲康唑。

(4) 寄生虫病治疗。①抗疟疾:氯喹用于控制症状,伯氨喹宁用于控制复发,乙胺嘧啶用于预防;②抗血吸虫病:选用吡喹酮;③抗黑热病:常用葡萄糖酸锑钠,无效时选用戊烷咪。

(5) 抗病毒治疗:利巴韦林、更昔洛韦、阿昔洛韦、干扰素、转移因子。

2. 对症处理 主要针对高热的处理,并同时积极治疗原发病灶。

(1) 物理降温:用冷水、冰水或冰块敷头部、颈、腹股沟、腋窝等大血管处,或用物理降温的疗法(例如贴凉)。

(2) 药物降温:如对乙酰氨基酚,布洛芬,萘普生,双氯芬酸,尼美舒利,阿西美辛等。阿司匹林仅用于风湿热。

3. 肾上腺皮质激素 此类激素具有非特异性退热作用,并有抗炎、抗毒、抗过敏等作用,常应与抗生素联合使用控制严重感染。常用皮质激素类药物如泼尼松,地塞米松,氢化可的松、甲基泼尼松龙,可大剂量,短疗程。

4. 免疫抑制药 用于结缔组织疾病和肿瘤性疾病,如环磷酰胺。

5. 免疫调节药 用于免疫缺陷者及反复上呼吸道感染者。常用左旋咪唑,甘露聚糖肽、胸腺肽、干扰素、牛初乳、卡介苗多糖核酸。

【中医辨证施治】

1. 外感发热

(1) 外感风寒:发热严寒,无汗,头痛身痛,鼻塞不通,喷嚏,鼻流清涕,咳嗽痰清,口不渴,二便自调,脉浮,指纹浮红。治则辛温解表,方药选用荆防败毒饮加减:荆芥 10g,防风 10g,羌活 10g,薄荷 6g,前胡 10g,柴胡 10g,桔梗 10g,枳壳 10g,甘草 3g,生姜 5g。咳嗽甚者,加杏仁 10g;舌尖红有化热趋势者,加黄芩 10g;食欲减退者,加炒谷麦芽 10g,焦神曲 10g,焦山楂 10g。

(2) 外感风热:发热有汗,鼻流浊涕,面红目赤,口干微渴,咳嗽或咽喉肿痛,唇红,舌红,苔薄黄,脉浮数,指纹青紫。治则辛凉解表,方药选用银翘散加减:金银花 10g,连翘 10g,淡竹叶 10g,荆芥 10g,牛蒡子 10g,薄荷 6g,淡豆豉 10g,甘草 3g。口渴甚者,加天花粉 10g;胸膈胀满者,加郁金 10g;鼻衄者,去荆芥、淡豆豉,加侧柏叶 10g,白茅根 10g。栀子 10g;咽喉肿痛者,加马勃 6g,玄参 10g;咳甚者,加杏仁 10g,或改用桑菊饮。

(3) 外感暑热:壮热心烦,蒸蒸自汗,口渴引饮,头晕,躁扰不寐,或大便秘结,小便短少,面赤唇红,舌红少津,脉洪数,指纹青紫。治则清热解暑,方药选用清凉涤暑汤加减:连翘 10g,青蒿 10g,扁豆 10g,茯苓 10g,滑石 10g,甘草 3g,西瓜翠衣。加减热盛渴甚者,加生石膏 10g,人参 6g;呕吐者,加薏苡仁 10g,佩兰 10g;纳呆者,加炒谷芽 10g,麦芽 10g,焦神曲 10g,焦山楂 10g。

(4) 外感湿热:身热不扬,日晡热甚,胸闷纳呆,口渴不欲饮,困倦思睡,大便黏稠,小便短赤,舌淡红,苔厚腻,脉濡数,指纹沉滞。治则清热祛湿,芳香化浊,方药选用甘露消毒丹加减:白豆蔻 10g,藿香 10g,茵陈 10g,滑石 10g,石菖蒲 10g,连翘 10g。热重湿轻者,去石菖蒲,加黄芩 10g;湿重热轻者,用达原饮。

2. 温疫发热

(1) 邪在卫分:身热,微恶风寒,头痛无汗或少汗,口渴或兼咳嗽,舌边尖红,苔薄白,脉浮数。治则辛凉发表,方药选用银翘散加减:金银花 10g,连翘 10g,甘草 3g,淡竹叶 10g,荆芥

10g,牛蒡子 10g,薄荷 6g,淡豆豉 10g,鲜芦根 10g。

(2)邪在气分

①邪热犯肺:发热,咳嗽喘促,胸痛,舌红,苔薄黄,脉数。治则清热平喘,方药选用麻杏石甘汤加味:麻黄 5g,杏仁 10g,生石膏 20g,生甘草 3g,桑白皮 10g,鱼腥草 10g。

②邪热犯胃:壮热,汗多,口渴引饮,舌红,脉大而数。治则清胃解热,方药选用白虎汤加减:生石膏 20g,生甘草 3g,知母 10g,粳米 10g。

③热结胃肠:发热,烦躁,腹胀痛,便秘或热结旁流,口干,舌红或有芒刺,苔黄腻,脉数。治则通腑泻热,方药选用大承气汤加减:大黄 5g,枳实 10g,厚朴 10g,朴硝 5g。

(3)邪在营分:发热夜甚,口干唇燥,烦躁嗜睡,或神昏谵语,舌红绛而干,无苔,脉细数。治则清营透热,方药选用清营汤加减:水牛角 15g,生地黄 10g,玄参 10g,淡竹叶 10g,金银花 10g,连翘 10g,黄连 3g,丹参 10g,麦冬 10g。神昏谵语,热入心包者,用清官汤;神昏惊厥,为肝风内动者,加服紫雪散;舌绛而苔黄者,用加减玉女煎;斑疹隐隐,用化斑汤加减。

(4)热入营血:高热不退,昼静夜躁,神昏谵语,斑疹透露,舌紫绛,甚则紫黯而干,或痉挛抽搐,吐血,衄血,便血。治则凉血止血,方药选用犀角地黄汤加减:水牛角 15g,生地黄 10g,玄参 10g,牡丹皮 10g,白芍 10g,大青叶 10g,紫草 10g,甘草 3g。加减斑疹透露者,合化斑汤;神昏谵语者,加至宝丹;痉挛抽搐者,加钩藤 10g,地龙 10g,羚羊角粉 0.5g(吞服)。

3.内伤发热

(1)伤食发热:发热以夜暮为甚,腹壁、手心发热,两颧红赤,夜卧不安,纳呆,嗝腐吞酸,胸腹胀满,疼痛拒按,便秘或泻下酸臭,唇红,苔白腻或黄腻,脉沉滑,指纹紫滞。治则消食导滞,方药选用保和丸加减:山楂 10g,神曲 10g,法半夏 10g,茯苓 10g,陈皮 10g,连翘 10g,莱菔子 10g,青蒿 10g,胡黄连 10g。呕吐者,加藿香 10g;泄泻者,去莱菔子,加炮姜 5g,黄连 5g;胸腹胀满疼痛者,加厚朴 6g,木香 6g;大便秘结者,合用小承气汤。

(2)阴虚发热:午后发热,五心烦热,两颧潮红,盗汗,咽干,身体消瘦,口唇干燥,舌红,苔少或无苔,脉细数。治养阴清热,方药选用秦艽鳖甲散加减:秦艽 10g,鳖甲 10g,当归 10g,银柴胡 10g,地骨皮 10g,乌梅 10g,知母 10g,青蒿 10g,白芍 10g,甘草 3g。咽喉干燥疼痛者,加玄参 10g,麦冬 10g,桔梗 10g;汗多者,加浮小麦 15g。

(3)瘀血发热:入暮潮热或自觉发热,头或胸肋刺痛,心胸满闷,夜寐不安,甚至皮肤甲错,面色晦暗,脱发,口干不多饮,舌紫黯边有瘀点,脉涩,指纹紫滞。治则活血祛瘀,方药选用血府逐瘀汤加减:当归 10g,赤芍 10g,王不留行 10g,桃仁 10g,红花 10g,柴胡 10g,枳壳 10g,甘草 3g。因寒而瘀血者,加桂枝 10g,羌活 10g;瘀血伴气虚者,加党参 10g,白术 10g。

(4)营卫不和:发热,乍寒,或热势时高时低,恶风自汗,汗出而热不解,身倦乏力,或有反复鼻塞流涕等表证,舌淡红,苔薄白,脉浮弱,指纹淡。治则调和营卫,方药选用柴胡桂枝汤加减:桂枝 10g,白芍 10g,法半夏 10g,柴胡 10g,太子参 10g,生姜 5g,甘草 3g,大枣 10g。汗多者,加黄芪 10g,煅牡蛎 10g,煅龙骨 10g,五味子 5g,浮小麦 15g;便干者,加当归 10g,肉苁蓉 10g。

(胡 英)

第二节 呕吐

呕吐是由于食管、胃肠道呈逆蠕动,胃内容物经食管、口腔而排出体外。它是一种保护性反射,但严重呕吐可导致婴儿呼吸暂停、发绀,频繁呕吐常因大量胃液丢失导致水、电解质和酸碱平衡紊乱,新生儿和婴儿易因引入呕吐物而发生吸入性肺炎,长期呕吐可导致营养障碍。

【诊断要点】

1.明确呕吐类型

(1)溢乳:常见于小婴儿,是由于此期小儿胃部肌肉发育不完善所致,一般不影响健康。

(2)普通呕吐:在呕吐前常有恶心,多见于饮食不当引起的消化不良,胃肠道感染或全身感染引起的症状性呕吐。

(3)反复呕吐:在小婴儿多见于胃食管反流症,学龄前或学龄儿童多见于再发性呕吐;喷射性呕吐表现为大量胃内容物突然经口腔或同时自鼻孔喷出。可见于小婴儿吞咽大量空气、胃扭转、幽门梗阻,更多见于颅内压增高等情况。

2.询问病史 询问时要注意呕吐的时间,进食一刻钟内发生的呕吐,多为食管病变引起;进食半小时内出现的呕吐,病变多在胃及幽门部位;下胃肠道梗阻和肾衰竭则在较晚期出现呕吐。

3.注意观察呕吐物性质 贲门以上病变引起的呕哕,多为未经消化的奶或食物;幽门及胃部病变呕吐为奶或食物,奶凝成块、食物带酸味;十二指肠以下病变则吐胆汁;下部肠道梗阻的后期呕吐物可有粪便;出血性疾病或鼻出血后,吐物可带血;反复剧烈呕吐物可带血或咖啡样物质。吐出胃内容物时多带酸味,胃内食物潴留时,吐物可有酸腐味,带粪便时可带粪味。

【检查项目】

1.体格检查 包括视、触、叩、听四个方面。仔细观察患儿的精神、面色和神志以及体重、身高、体温、脉搏和呼吸频率、头围和前囟。腹部检查注意腹部外观,有无肠型、胃型,腹部是否对称,有无局部隆起。必要时应做肛门指诊。注意检查时手要温暖,动作应轻柔、迅速,重点明确并顺序合理。不适的检查理应放在后面进行。

2.实验室检查 应根据病史、症状和体检后的初步印象有选择地进行。首选血、尿和粪便常规检查。其他的则围绕炎症、外伤、肿瘤、畸形或内分泌代谢紊乱方面和各系统疾病的各有关实验室项目中筛选。

3.影像学检查 X线检查最常用,包括不同部位和体位的透视和平片及各种方式的造影。B超和彩超检查尤其适于小儿,已日益广泛应用于临床。近年来在大、中城市逐渐将CT和MRI检查作为儿科重要的检查手段。其他如放射性核素检查、内镜检查、聚合酶链反应(PCR)和某些基因诊断等需酌情在有必要、有条件时选用。

【临床思维】

1.单纯呕吐 呕吐物不含胆汁,吐后食欲正常,腹部无阳性体征

(1)喂养不当:是新生儿呕吐最常见的原因,呕吐物为带有酸臭味的乳凝块,与进奶量及喂养后时间有关,奶量大且时间短可无乳凝块呕出。多见于喂乳次数过频、喂乳量过多、乳头孔过大或过小、乳头凹陷、改变配方或浓度不合适、配方奶过热或过凉、喂乳后立即平卧或过早过多地翻动小儿及奶前剧哭吞咽过多空气,都可能导致呕吐。

(2)胃扭转:多见于新生儿,系新生儿特殊生理解剖因素所致。呕吐早晚及轻重不一,多与进奶时的体位有关,以乳凝块为主,不含胆汁,轻度上腹胀,一般无胃型及逆蠕动,呕吐前多无哭闹症状,吐后食欲强烈。

(3)幽门痉挛:为新生儿幽门功能暂时性失调。生后数日开始呕吐,呈间歇性,吃奶后短小时内吐出,呈喷射状,呕吐物为奶汁或奶凝块,无胆汁。婴儿营养状况及体重增长一般不受影响。

(4)神经官能性呕吐:见于学龄儿童。呕吐与情绪波动有密切关系。突然发生,食后立即吐,吐出量不多,吐后又可再食。长期反复发作,营养状况影响不大。

(5)晕动病:多发生于乘坐汽车、飞机、船时发病。呈恶心、呕吐,可伴有眩晕、面色苍白、出冷汗、全身乏力等症状。当停止运动刺激后症状可逐渐缓解消失。

(6)食物、药物等中毒:食入各种不洁食物或刺激性药物(如吐根碱、水杨酸类药物)及其他有毒物质均可导致反射性呕吐。

2. 呕吐伴腹胀或腹部肿块

(1)先天性食管闭锁和食管气管瘘:出生后口腔及咽部有大量黏稠泡沫,频吐喂食后。即吐,并同时出现发绀、呛咳、呼吸困难及肺部啰音;并发气管瘘时可误吸入气管造成吸入性肺炎或肺不张。插胃管受阻并见反折。

(2)食管裂孔疝:本病为先天性膈肌发育缺陷,呕吐多见于平卧位,立位或进食稠厚食物好转,呕吐物多为奶汁,可含棕色或咖啡色液体;部分重症患儿由于胃食管反流可有反复发作性肺炎、蛋白丢失性肠病。患儿体重常不增加。

(3)先天性肥厚性幽门狭窄:以进行性喷射性呕吐、胃型及蠕动波和右上腹包块为特征。出生后2~3周出现,逐渐加重。呕吐物为乳凝块或乳汁,呕出物量大,带酸臭味。呕吐加重时常可见到上腹饱满及明显的胃型及胃蠕动波,空腹时在幽门管相应部位(右上腹部肋下腹直肌外侧)可触及枣核或橄榄核大小的肿块,为肥厚的幽门,患儿可较早出现水、电解质紊乱和营养不良。

(4)先天性肠闭锁或肠狭窄:闭锁部位可发生于十二指肠、空肠、结肠段,其中空肠闭锁最常见。临床表现为完全性或不完全性梗阻。患儿常有持续性反复呕吐、便秘、腹胀、肠型、蠕动波、肠鸣音亢进、气过水声,部位愈高,呕吐愈早同时有进行性腹胀,可见肠型、蠕动波。排便(胎便)延迟(>24~36小时),量少,X线检查及钡餐或钡剂灌肠大多可确诊。

(5)先天性肠旋转不良:主要表现为十二指肠不全梗阻症状。症状呈间歇性,时轻时重。如发生肠扭转症状,以呕吐含胆汁的胃内容物为突出表现;呕吐呈间歇性反复发作。有正常胎粪排出。腹胀不明显或仅限于上腹部。钡剂灌肠显示大部分结肠位于左腹部,盲肠位于左上腹、中腹或右上腹,或显示结肠及升结肠游动,即可确诊。

(6)环状胰腺:本病为胰腺先天性发育性畸形,临床症状出现时间及轻重视环状胰腺压迫十二指肠程度而定。主要表现为呕吐,生后即出现频繁,含胆汁症状类似十二指肠狭窄。患儿

上腹部饱满,有时可见胃型及蠕动波。全身消瘦,体重不增。钡剂可见十二指肠降部有外力压迫所致的狭窄带。

(7)先天性巨结肠:临床表现为功能性结肠梗阻的疾病。凡新生儿在出生后胎粪排出的时间较晚(24 小时后),量较少,或经指检、灌肠等才能排出粪便,并伴有腹胀和呕吐,均应怀疑为先天性巨结肠。

(8)肛门和直肠畸形:常表现为低位肠梗阻症状,呕吐、腹胀,X 线检查有助于诊断。

(9)肠系膜上动脉综合征:本病发病率低,多见于儿童。主要表现为十二指肠梗阻征,患儿食后上腹部饱胀痛,顽固性餐后呕吐,呕吐物含胆汁,发病时采取俯卧位、左侧位或膝胸位可缓解症状;腹部可见蠕动波,有时扪及下垂的肾和肝;平卧位腹部听诊可闻及血管杂音,俯卧位时杂音消失;长期反复发作可并发消化不良、贫血、消瘦及电解质紊乱;X 线钡剂检查可见十二指肠上段扩张,钡剂淤滞,胃、十二指肠排空延迟。十二指肠在脊柱偏右呈刀切样中断影,即所谓“切断”征。选择性腹腔动脉造影显示肠系膜上动脉与腹主动脉的角度缩小。

(10)胃黏膜脱垂症:大多病例无任何症状,仅在上消化道钡剂检查时偶然发现。有的患儿可有无周期性、无节律性的间歇性上腹部或脐周围不适、疼痛;有的则感上腹饱满,进食时加重,呕吐后减轻;还有的以恶心、呕吐为主要症状,并伴有嗝气、烧灼感、乏力、消瘦等。情绪紧张时往往加重。当其脱垂的黏膜阻塞幽门,发生嵌顿或绞窄引起糜烂或溃疡时,可产生幽门梗阻征象及上消化道出血,出血前常有恶心、呕吐。典型 X 线征象为十二指肠球部呈“蕈状”或“降落伞”状变形,球基底部呈残缺阴影,幽门管加宽,并可见胃黏膜向球部突出。

(11)胎粪性便秘:表现为胎粪排出延迟,腹胀、拒奶,继而呕吐,经肛门指检或灌肠后胎粪排出,症状缓解不复发。

(12)肠套叠:患儿常表现为阵发性哭闹(腹痛)、便血、呕吐、腹部腊肠样包块四大症状。

(13)麻痹性肠梗阻:本病多因重症腹腔内、外感染引起中毒性肠麻痹或神经性损伤,低钾血症或腹膜刺激等所致。多具原发病表现,同时出现腹胀伴肠鸣音消失。腹胀出现早,进展快并严重,可伴呕吐或无呕吐,进食可出现反流、呕吐加重。X 线片可见不同程度、不同高度的肠梗阻现象,但具有液平面大小及数量与扩张肠管程度不相称特点。

(14)嵌顿性腹股沟斜疝:有腹股沟斜疝史,腹股沟肿物不能还纳,有低位肠梗阻症状,如呕吐、腹胀等。

(15)蛔虫性肠梗阻:主要表现为呕吐,部分患儿可吐出蛔虫,伴阵发性肠绞痛。可扪及条索状肿块,按压可变形。粪便中可查蛔虫卵,X 线检查和 B 超可协助诊断。

3. 呕吐伴腹痛、腹泻

(1)急性胃肠炎:本病起病急,多因暴饮暴食或进食刺激性、不清食物引起,常于进食后数小时至 24 小时发病,伴恶心、呕吐,呕吐物为食入物,吐后感上腹部轻松舒适。上腹或脐周疼痛,并伴压痛。常伴发肠炎,粪便呈水样,次数多,听诊肠鸣音亢进。可查粪常规协助确诊。

(2)急性感染性腹泻:本病儿科最为常见,其病因可以为细菌、病毒、原虫等引起。患儿常有不同程度发热、恶心、呕吐、腹痛、腹泻以及水、电解质和酸碱平衡紊乱等症状。大便病原学检查可确诊。

(3)细菌性痢疾:患儿起病急骤,畏冷发热,体温常在 38℃ 以上,腹痛,腹泻,粪便带黏液、

脓血,里急后重明显。粪培养检出致病菌可明确诊断。

(4)病毒性肝炎:主要有消化道症状,如呕吐、纳差及黄疸、嗜睡、肝大、肝功异常。诊断儿童肝炎病原主要依靠血清学抗体或抗原检查。

(5)胆道蛔虫:发生上腹部阵发性绞痛,常伴呕吐,有时可呕吐胆汁及虫体,而间歇期患儿安静。剑突下或稍偏右侧可有压痛。B超胆道示“双轨征”或虫体。

(6)阑尾炎:表现为转移性右下腹痛,右下腹固定压痛,伴腹壁紧张。恶心、呕吐常见,一般发生较早,随腹痛出现。而幼儿在腹痛之前常先出现恶心、呕吐等症状,但一般不严重可做血常规协助诊断。

(7)膜淋巴结炎:本病多见于7岁以下的小儿。典型表现为腹痛、发热、呕吐,有时有便秘或腹泻;腹痛为右下腹或脐周持续性或间歇性钝痛;少数可扪及肿大淋巴结;多伴有急性上呼吸道感染或扁桃体炎。

(8)细菌性腹膜炎:主要症状是腹痛,小儿常表现哭闹不安、强迫体位等。腹部压痛、反跳痛,常遍及全腹,以原发病灶最显著,伴腹肌紧张患儿可伴恶心呕吐。起初多为反射性,后为溢出性,提示出现肠呕吐物可以为胃内容物或粪样物。有全身中毒症状,伴有高热、大汗、脉速、呼吸或(和)休克体征。腹部X线平片见肠胀气及液平等;诊断性腹穿刺并培养,有助于病原菌诊断。

(9)消化性溃疡:本病表现在年龄越小患儿,症状越不典型。新生儿和小婴儿溃疡起病多急骤,早期出现哭闹、拒食,很快发生呕吐、呕血及便血;幼儿表现为反复的脐周疼痛,上腹部不适、饱胀,时间不固定,不愿进食,进食后症状加重,或伴反复呕吐、纳差、消瘦、便血等;年龄越大,症状越接近成人,临床上逐渐出现上腹部不适、饱胀,或反复的脐周疼痛,伴反酸、恶心、呕吐、便血等症状。X线检查有助于诊断,胃镜检查可明确诊断。

(10)急性胰腺炎:患儿常诉上腹部疼痛,多呈持续性,伴有恶心、呕吐、呕吐物为食物与胃及十二指肠分泌液。严重者除急性病容外,还可有脱水及早期出现休克症状,并因肠麻痹而致腹胀。可查血清淀粉酶,早期血清淀粉酶增加,可高达500 Somogyi(苏氏)单位以上。

(11)胃食管反流:本病在1岁之内常见。多数患儿于出生后1周内出现不明原因的频繁呕吐,多发生在进食后不久,日久患儿消瘦和营养不良。呕吐为最常见症状,在婴儿期为溢奶、呕吐乳汁含奶块,严重者影响生长发育,常合并吸入性肺炎及反流性食管炎,较大儿童可诉述胸骨后烧灼感。食管炎可致溃烂、出血及失血性贫血,后期可使食管狭窄,引起咽下困难。多数患儿2岁后症状可自然减轻。口服钡剂X线透视、同位素食管内扫描、食管下段pH测定可明确诊断。

4. 呕吐伴代谢异常

(1)苯丙酮尿症:本病为先天性氨基酸代谢异常疾病,系由苯丙氨酸代谢障碍引起。患儿出生时正常,通常在3~6个月时出现症状,表现为喂养困难、呕吐等。智能发育落后、行为异常、癫痫发作等;患儿在出生数月后因黑色素合成不足,毛发、皮肤和虹膜色泽变浅,常有皮肤湿疹,尿和汗液有鼠尿臭味。血浆苯丙氨酸浓度高于正常。

(2)糖尿病酮症酸中毒:患儿可有胃肠道症状,如食少、恶心、呕吐、腹痛。脱水、酸中毒为突出表现,严重者可出现神智萎靡、昏迷。昏迷病人常面色潮红,皮肤干燥。尿糖、尿酮体强阳

性,血糖显著升高。

5. 呕吐伴头痛

(1)中枢神经系统感染:各种病原体引起急、慢性脑脊髓膜炎、脑炎、脑脓肿、脑寄生虫病引起颅内压增高,呈弥漫性头痛,伴喷射性呕吐、发热、颈抵抗及神经系统阳性体征等。可行腰椎穿刺、脑脊液检查及颅脑 CT、MRI、脑电图等帮助明确及定位诊断。

(2)颅内出血:临床以蛛网膜下腔出血较常见。急骤起病、剧烈头痛、呕吐,脑膜刺激征明显,可伴意识障碍、视网膜出血、偏瘫等神经定位体征;腰椎穿刺见血性脑脊液,CT 可明确出血部位。

(3)颅脑外伤:颅脑外伤后出现恶心、呕吐、头痛、意识障碍,呈持续性,脑脊液检查正常或呈血性,头颅 CT 或 MRI 检查有助于诊断。

(4)颅内肿瘤:头痛、呕吐、视盘水肿为三大特征性表现。呕吐最常见,在早期常为唯一症状,清晨较重,与饮食无关。头痛可为阵发性或持续性,有时在呕吐后减轻或消失,与体位有关。常伴有精神行为异常、意识的改变和神经受累等表现。行颅脑 CT、MRI 影像学检查可明确诊断。

(5)中毒性脑病:多见于急性传染病(如百日咳、白喉、伤寒、菌痢、疟疾等)和急性感染性疾病(如肺炎、脓毒血症等)的极期和恢复早期。患儿突然出现高热、头痛、呕吐、烦躁或嗜睡、惊厥、昏迷。脑脊液压力增高,常规和生化检查正常。

【处置原则】

1. 病因治疗 根据不同病因给予相应治疗,如喂养不当,指导合理喂养;吞入羊水则用 1% 碳酸氢钠或生理盐水洗胃;药物反应则及时停药;感染性疾病则控制感染;反流性食管炎可用西咪替丁每次 4mg/kg,12 小时 1 次;幽门痉挛者于喂奶前给予阿托品滴入口服。颅内高压则给脱水药;先天畸形则及早手术;对胃扭转患者的治疗一般首先选用体位喂养法,喂奶前防止小儿哭闹吞入大量气体,喂奶时取头高右侧前倾位,加拍背,喂奶后保持原位,维持 30~60 分钟方可平卧。体位疗法无效且症状严重者或急性胃扭转者,行胃固定术。

2. 对症治疗

(1)禁食:诊断未明确前,尤其考虑有外科性疾病,或有中度以上脱水时,应禁食,静脉补液并供给适当热卡。

(2)体位:采用上半身抬高向右侧卧位,防止呕吐物呛入气道引起窒息或吸入性肺炎。

(3)胃肠减压:呕吐频繁伴严重腹胀者,可持续进行。

(4)解痉止吐药:诊断未明确前禁用。幽门或贲门括约肌痉挛者可使用阿托品、苯巴比妥、吗丁林、普瑞博斯等。

(5)纠正水、电解质紊乱。

(王 磊)

第三节 休克

休克是一种以急性微循环障碍为主的复杂的临床综合征。虽然其类型不一,病因各异,临床表现也不尽相同,但本质相同。即休克发生后体内重要器官微循环处于低灌注状态,导致细胞缺氧,营养物质缺乏,或细胞不能正常代谢其营养物质,最终导致细胞损害,无法维持正常的代谢功能。由于休克后果严重,临床常见且与临床各科有着广泛而密切的联系,因此了解休克分型,判定休克的危害程度以及对治疗的反应,严密监测组织灌注和细胞代谢功能状态,采取综合防治措施,提高休克救治成功率,防止并发多器官功能不全综合征(MODS)具有非常重大的意义。

一、病因

1. 感染性休克

感染性休克是临床最常见的休克类型之一,凡由各种病原微生物导致的感染,当感染达到一定程度造成微循环障碍时被称为感染性休克。临床上以细菌感染,尤其是革兰阴性杆菌感染最为多见。

2. 失血性休克

指因大量失血,迅速导致有效循环血量锐减而引起周围循环衰竭的一种综合征,也称低血容量性休克。严重创伤以及各种原因导致的上消化道出血是常见原因。

3. 心源性休克

当心脏损害达到一定程度时,心输出量锐减,静脉回流障碍,出现微循环障碍时被称为心源性休克。常继发于急性心肌梗死、心包填塞、心肌病变等,是儿科常见休克之一。

4. 过敏性休克

因致敏机体对抗原物质发生强烈的变态反应,导致弥散性的肺纤维蛋白血栓及多脏器受累,发生急性微循环功能障碍时被称为过敏性休克。药物过敏是常见原因。

5. 神经源性休克

通常因损伤或药物阻滞交感神经系统引起。受损部位小动脉扩张,血管容量增加,造成相对性低血容量和低血压。脊髓麻醉或损伤为常见原因。

二、感染性休克

感染性休克是发生在严重感染的基础上,由致病微生物及其产物所引起的急性微循环障碍,有效循环血容量减少,组织血液灌注不足而致的复杂综合病症,由于小儿心血管的解剖生理特点,以及机体免疫力低下,使感染性休克在儿科较为多见,且病死率较高。

小儿心肌组织发育尚未成熟,收缩力较弱,故用心肌收缩力来增加心输出量的能力比成人

差,因此常以增加心率来代偿心输出量的不足。此外小儿冠状动脉的灌注压较低,一旦发生血管扩张,血容量减少,常影响心肌供血供氧,造成心肌损害。小儿免疫功能低下,抵抗力较低,易招致多种致病微生物的感染,如细菌、病毒、真菌、原虫、立克次体等。因此感染性休克常发生在这些致病微生物所致严重感染时,如流行性脑脊髓膜炎、中毒型痢疾、重症肺炎、败血症、急性坏死性小肠炎、急性胆道感染等。急性感染性疾患,与感染性休克常互相影响,增加了临床诊治的复杂性。

1.临床表现

(1)休克的临床表现:主要是由微循环功能障碍、组织缺血缺氧以及脏器功能衰竭所表现出的临床症状。患儿常有面色苍白、四肢厥冷、呼吸急促、脉搏细弱、血压下降、尿量减少、精神萎靡或烦躁不安等,1980 年全国小儿感染性休克会议修订诊断标准,根据其病情轻重分为两型(表 1-1)。轻型症状常不典型,为了争取时间及早诊断,及时治疗防止其恶化发展,因此对早期症状应予重视,并密切观察其变化。较小的婴幼儿在感染的基础上,有发热或体温不升、面色苍白、四肢厥冷、厌食、嗜睡,或烦躁不安、双眼凝视对周围无反应、呼吸不匀、心率 $>160/\text{min}$ 等,应考虑为休克。较大儿童如反复寒颤后出现高热,或肛指(趾)温差 $>6^{\circ}\text{C}$ 以上,且精神不振,在无明显体液丢失时,眼窝下陷、脉搏与体温不成比例、大汗淋漓、脉压差缩小等,亦应考虑存在休克。

表 1-1 轻、重型休克临床表现

症状	轻型	重型
神智	尚清楚、但有烦躁或萎靡	意识不清、昏迷或惊厥
面色、肤色	面色苍白、皮肤干冷、轻度花纹	面色青灰、皮肤湿冷、明显花纹
肢温	手足发凉、甲床轻度发绀	四肢冷近膝、肘关节,甲床明显发绀
毛细血管再充盈时间	1~3s	$>3\text{s}$
心、脉率	心率快、脉细数	心音弱钝,脉微弱或摸不到
血压	正常或偏低 2.66~4kPa(20~30mmHg)	降低或测不到 $<2.66\text{kPa}(20\text{mmHg})$
呼吸	增快	深快,呼吸困难或节律不齐
尿量	稍减少(婴儿 5~10ml/h,儿童 10~20ml/h)	少尿或无尿(婴儿 $<5\text{ml/h}$,儿童 $<10\text{ml/h}$)
眼底检查	小动脉痉挛,动脉:静脉为 1:2 或 1:3 (正常为 2:3)	小动脉痉挛,小静脉淤张,部分病例视神经乳头水肿显示
甲皱微循环	小动脉痉挛,管袢数目减少	小静脉淤张、血色变紫、血流变慢、血流断续、红细胞凝集