

儿科鉴别诊断指南

Tutorials in Paediatric Differential Diagnosis

(第2版)

主编 David J Field
David Isaacs
John Stroobant
主译 刘锦纷



北京大学医学出版社

R720.4

F112

08

Tutorials in Paediatric Differential Diagnosis

儿科鉴别诊断指南

(第2版)

主编 David J Field
David Isaacs
John Stroobant

主译 刘锦纷

译者 贝斐 任宏 孙彦隽 杨燕文

北京大学医学出版社
Peking University Medical Press

儿科鉴别诊断指南

Tutorials in Paediatric Differential Diagnosis, second edition

David J Field, David Isaacs, John Stroobant

ISBN-13: 978-0-443-07100-3

ISBN-10: 0-443-07100-4

Copyright © 2005 by Elsevier Limited. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

978-981-259-552-2

981-259-552-X

Elsevier (Singapore) Pte Ltd

3 Killiney Road, #08-01 Winsland House I, Singapore 239519

Tel: (65) 6349-0200, Fax: (65) 6733-1817

First Published 2006

2006 年初版

Simplified Chinese translation Copyright © 2006 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd and Peking University Medical Press. All rights reserved.

Printed in China by Peking University Medical Press under special agreement with Elsevier (Singapore) Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由北京大学医学出版社和 Elsevier (Singapore) Pte Ltd 在中国大陆境内合作出版。本版仅限在中国境内（不包括香港特别行政区及台湾）出版及标价销售。未经许可之出口，是为违反著作权法，将受法律之制裁。

北京市版权局著作权合同登记号：01-2006-1193

ERKE JIANBIE ZHENDUAN ZHINAN

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科鉴别诊断指南：第2版 / () 菲尔德 (Field, D. J.), () 艾萨克斯 (Isaacs, D.), () 斯特鲁班特 (Stroobant, J.) 著；刘锦纷主译。—北京：北京大学医学出版社，2006,7

书名原文：Tutorials in Paediatric Differential Diagnosis

ISBN 7-81071-999-8

I. 儿... II. ①菲... ②艾... ③斯... ④刘... III. 小儿疾病—鉴别诊断—指南 IV. R720.4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 062816 号

儿科鉴别诊断指南

主 译：刘锦纷

出版发行：北京大学医学出版社 (电话：010-82802230)

地 址：(100083) 北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

网 址：http://www.pumppress.com.cn

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：莱芜市圣龙印务有限责任公司

经 销：新华书店

责任编辑：马联华 责任校对：杜悦 责任印制：郭桂兰

开 本：889mm × 1194mm 1/16 印张：19.5 字数：587千字

版 次：2006年9月第1版 2006年9月第1次印刷

书 号：ISBN 7-81071-999-8/R·999

定 价：99.90元

版权所有，违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

注 意

医学在不断进步。虽然有关安全问题的注意事项必须遵守，但是由于新的研究和临床经验在不断拓宽我们的知识，在治疗和用药方面做出某些改变也许是必需的或适宜的。建议读者核对所开每种药品生产厂商的最新产品信息，确认推荐剂量、服药方法与时间及禁忌证。决定患者服药剂量和最佳治疗方式是执业医师的职责，即有赖于其个人经验和对每位患者的了解。出版商和著者对于因本出版物而引起的任何人身财产损伤和(或)损失，均不承担任何责任。

出版者

译者前言

儿科疾病的诊断相对于成人疾病的诊断更困难一些，原因之一是患儿或家长常常不能提供详尽的症状主诉，因此，临床诊断的第一手资料更多的是由客观体征检查提供的。这就要求临床医生不但要有较全面的理论知识，更要有丰富的临床经验。在复杂的临床病例中，只有抓住疾病的特征性表现，经过仔细的鉴别诊断，才能得出清晰无误的正确诊断，才能及时有效地进行治疗，而这对刚刚涉足儿科临床工作的年轻医生恰恰是最困难的。

《儿科鉴别诊断指南》这本专业参考书是由英国和澳大利亚儿科学界一些从事儿科临床工作多年、具有丰富临床实践经验的同仁撰写的，是一本非常实用的儿科临床参考书。全书共有40个章节，涵盖了儿科常见的绝大多数疾病。作者以症状、体征为主线，以医学诊断的新技术、新方法为辅助，按照临床

实践思维程序，结合儿科的特点，对各种疾病的临床基本特征予以描述，并对某些症状相同、容易造成误诊的疾病进行分析鉴别。其特点是简洁明了。本书不仅适用于初涉医学殿堂的年轻医师，对长期从事儿科临床工作的高年资医师，特别是各专科医师也有一定的参考价值。

参加本书翻译的4位医生是我院从事不同专业临床工作的年轻医生，他们大多有研究生培养的背景，有较好的外语基础，并有一定的临床工作经验，能较准确地表达原著的确切意思。但由于文化差异，语言表述不同，有些句子难免显得过于冗长，少量内容也有重复。在翻译中我们以尊重原著为前提，在表达方面尽可能按照中文的习惯方式表达，以便读者容易理解。但限于译者的水平，疏漏与不足之处在所难免，深望广大读者不吝赐教。

刘锦纷

2005年10月

著者前言

目前许多医学教科书都将注意力集中在疾病的解剖学或生理学方面。而在实践中，疾病是以病人的症状表现出来的，因此，医生必须找到一种评估病人症状的方法，以得出符合生理学原理的诊断和治疗方案，儿科尤其如此，病人症状是提供疾病基本病变的主要线索。本书旨在为参与儿科医疗的医生提供一种解释症状的思维方法，而不是疾病的简单回顾。本书第2版大多数章节都进行了广泛修订，并收入了有关儿科疾病症状检查方面的最新信息。

本书各部分是以其对儿科临床工作的重要性予

以选编，描述了各种症状的主要生理学原理，讨论了那些医学本科生和研究生经常混淆的问题。然后对这些症状的临床特征进行了分析以做出适当的鉴别诊断，最后提出了进行有助于得出最后诊断的重要检查的建议。

本书各个章节的末尾都给出了一个真实的临床案例，提出了相关问题，并详细叙述了每个案例的诊断过程。这些问题的提出将有助于选择进行何种检查，并有助于提高读者对各个案例的理解。这些章节和案例在医院教学中同样也将发挥重要作用。

D.J.F.

D.I.

J.S.

Adrian Brooke MRCP FRCPCH MD

Consultant Community Paediatrician, Leicestershire and Rutland Specialist Community Child Health Services Leicester, UK

Developmental delay, hearing problems, behavioural problems

Charles R Buchanan BSc (Hons) MRCP FRCPCH

Consultant Paediatric Endocrinologist and Senior Lecturer, Variety Club Children's Hospital, King's College Hospital, London, UK

Ambiguous genitalia, short and tall stature, precocious puberty

Elaine Carter Ma FRCP MRCPCH

Consultant Paediatrician, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK

Constipation, noisy breathing, accidental and non-accidental injuries, vomiting

Chris Cowell MBBS FRACP

Clinical Associate Professor

Institute of Endocrinology and Diabetes, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, Australia

Failure to thrive

David J Field MBBS DCH FRCPCH FRCP DM

Professor of Neonatal Medicine, Department of Health Science, University of Leicester, Leicester, UK

Neonatal convulsions, the ill-looking newborn

Peter Houtman MBBS MRCP BSC MRCPCH

Consultant Paediatrician, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK

Painful joints, urinary tract infection, haematuria, wetting

David Isaacs MD FRCPCH FRACP

Clinical Professor in Paediatric Infectious Diseases, The Children's Hospital at Westmead and University of Sydney, Sydney, Australia

Rash and fever, recurrent infections, persistent or recurrent fever, acute fever

Andrew Kornberg MBBS FRACP

Neurologist, Royal Children's Hospital, Parkville, Australia

Fits and faints, headache in children

Meryta May MBBS

Fellow in Paediatric Infectious Diseases, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, Australia

Rash and fever, recurrent infections, persistent or recurrent fever, acute fever

Tina Sajjanhar MRCP FRCPCH DCH DRCOG

Consultant in Paediatric Accident and Emergency Medicine, Children's Hospital Lewisham, London, UK

The crying baby, unexpected/unexplained death and ALTE, the ill-looking child, abdominal pain in children

Elizabeth Sleight MRCP FRCPCH

Consultant Neonatologist, Children's Hospital Lewisham, London, UK

Feeding problems in infancy, sleep disorders, neonatal jaundice, the small for gestational age baby, the floppy baby

The late Richard Stevens FRCP FRCPATH FRCPCH

Formerly Consultant Haematologist, Royal Manchester Children's Hospital, Manchester, UK

Bruising and bleeding, anaemia

John Stroobant FRCP FRCPCH

Consultant Paediatrician, Honorary Senior Lecturer, Children's Hospital Lewisham, London, UK

Cyanosis, apnoea, heart murmurs

Kate Wheeler MRCP FRCPCH

Consultant Paediatric Oncologist, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

Cough, lumps, diarrhoea

Fabian Yap MBBS MRCP MMED

Consultant, Endocrinology Service, Department of Paediatrics, KK Children's Hospital, Singapore

Failure to thrive

译者名单

主 译

刘锦纷 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心心胸外科 教 授

译 者 (按姓氏笔画排序)

贝 斐 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心新生儿科 主治医师

任 宏 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心内科 主治医师

孙彦隼 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心心胸外科 主治医师

杨燕文 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心内科 主治医师

目录

译者前言

著者前言

著者名单

译者名单

1	呼吸暂停	1
2	婴儿啼哭	6
3	新生儿病态面容	13
4	新生儿惊厥	19
5	新生儿黄疸	25
6	小于胎龄儿	33
7	生长迟缓	39
8	两性生殖器	48
9	青春期内早熟	55
10	身材高矮	63
11	婴儿喂养问题	71
12	发育迟缓	78
13	婴儿无力	84
14	儿童头痛	91
15	痉挛和晕厥	98
16	听觉问题	105
17	呼吸音异常	110
18	咳嗽	116
19	发绀	120
20	心脏杂音	129

21	关节疼痛	136
22	儿童腹痛	143
23	儿童便秘	151
24	腹泻	157
25	呕吐	165
26	肿块	171
27	瘀点(斑)和出血	178
28	贫血	186
29	血尿	193
30	尿路感染	199
31	尿湿症	205
32	反复感染	211
33	持续或反复发热	221
34	急性发热	228
35	皮疹和发热	234
36	儿童疾病面容	245
37	意外的/不明原因的死亡和 明显危及生命事件	254
38	意外和非意外损伤	262
39	睡眠障碍	269
40	行为问题	275
	索引	281

呼吸暂停

John Stroobant

新生儿呼吸暂停 1

病理生理 1

鉴别诊断 2

评估和检查 3

睡眠呼吸暂停 3

病理生理 3

病态睡眠呼吸的检查适应证 4

评估 4

检查 4

临床问题 5

呼吸暂停可以发生在从婴儿到成人的任何年龄段，可以是中枢性的，由呼吸中枢的神经性因素引起，也可以是梗阻性的，由呼吸道暂时性梗阻引起，或者可以是混合性的，由中枢性和梗阻性两者引起，其产生原因有年龄特点。由于呼吸暂停只是一个临床症状，因此我们必须找出其潜在的发病原因，这一点很重要。3种最常见的呼吸暂停综合征是早产儿呼吸暂停、睡眠阻塞性呼吸暂停和发生在婴儿身上的明显危及生命的呼吸暂停 (ALTEs)。呼吸暂停的原因见表 1.1。本章将讨论前两种疾病 (ALTEs 见第 37 章)。

呼吸暂停虽然目前尚无统一的定义，但是大多数临床医生认为，如果呼吸停止超过 20 秒，则为典型的呼吸暂停。新生儿的呼吸方式变化很大，即便是正常新生儿其正常呼吸节律中也可出现周期性的短暂休息，即在正常呼吸节律间期出现 3 ~ 10 秒的呼吸停止。这可能是呼吸节律中的正常现象。阻塞性呼吸暂停是一种异常的呼吸形式，表现为无气流呼吸的发作，可能是缺乏呼吸做功和呼吸运动停止造成的。

新生儿呼吸暂停

病理生理

呼吸暂停在新生儿期最常见，虽然早产儿和未成熟儿都可发生，但中枢性呼吸暂停在早产儿中更为普遍。原因如下：

- 呼吸中枢对生理性刺激的反应变化：
 - a) 对高浓度二氧化碳和缺氧的反应性降低。
 - b) 对缺氧的异常反应，可能增强了呼吸中枢的抑制。
- 一些不良因素加重了中枢的抑制，这些因素包括：缺氧、贫血、败血症、药物、代谢紊乱、心律不齐和酸中毒。

表1.1 呼吸暂停的原因

年龄	中枢性	梗阻性	混合性
新生儿	败血症 脑膜炎 癫痫发作 颅内出血 核黄疸 缺氧 低血糖 电解质不平衡 体温过低和体温过高 药物 贫血 窒息 Werdnig-Hoffmann综合征 肌病	胃-食管反流 气管软化 声带麻痹	呼吸窘迫综合征 先天性畸形 膈肌麻痹 肺炎 动脉导管未闭 癫痫发作
婴儿	败血症 癫痫发作 药物 中枢神经系统肿瘤 硬膜下出血 中枢性通气不足 Ondine危象 心律失常 代谢性紊乱 Werdnig-Hoffmann综合征 肌病	胃-食管反流 吞咽失调 气管软化 血管环 Pierre-Robin综合征	呼吸道合胞体病毒感染 癫痫发作 百日咳 上呼吸道梗阻
年长儿	Ondine危象 心律失常 代谢性紊乱 肌病	胃-食管反流 声带麻痹 气管软化 血管环	呼吸道感染 上呼吸道梗阻

- 上呼吸道易梗阻的生理特点：大小、支撑力不足。
- 上呼吸道防御反射强。
- 早产儿的生理性振荡呼吸方式。
- 易于发生膈肌麻痹。
- 易于出现胃-食管反流和吞咽不协调。

鉴别诊断

由于新生儿的呼吸暂停可以是生理性的，因此评

估此症状是正常的还是病理性表现就显得尤为重要了。有助于这类鉴别的因素如下：

- 呼吸暂停的时间长短。
- 败血症、酸中毒等体征。
- 合并癫痫发作。
- 上呼吸道感染，如呼吸道合胞体病毒。
- 胃-食管反流的体征(虽然没有外部证据也可发生)。
- 先天性畸形。

- 胎龄。
- 并发的疾病，如先天性心脏病。

评估和检查

检查应基于可能的病因进行。下列是可能会有帮助的建议；第1组是大部分病例应实施的检查；第2组是应根据临床需要和第1组检查的结果酌情实施的检查。

- 心肺监护。
- 全血细胞计数。
- 血气分析。
- 败血症的相关检查。
- 电解质。
- 颅脑超声扫描。
- 胸部X线检查。
- 脑电图：标准和持续描记。
- pH值测定。
- 上消化道造影检查。
- 超声心动图。

睡眠呼吸暂停

正常婴儿、儿童乃至成人都会在睡眠中出现中枢性呼吸暂停的时段。正常的呼吸停顿通常不会引发其他诸如心率、氧饱和度或睡眠形式等生理指标的改变。这种正常的呼吸变异主要发生在快速动眼睡眠期(REM)。阻塞性呼吸暂停可见于正常成年人，但不发生在儿童。

睡眠中的异常上呼吸道梗阻或阻塞性睡眠呼吸暂停(OSA)见于任何年龄段。虽然最常发生于出生后的前四年，但呼吸暂停可以持续至儿童期结束，甚至于进入成人期。然而，年长儿呼吸暂停的原因多种多样(表1.1)，虽然有些病因不太可能造成其他损害，其他疾病却可能与高发病率和死亡率有关。慢性上呼吸道梗阻和继发性睡眠呼吸暂停可以导致一系列并发症，如猝死、生长发育停顿、学习成绩不佳、肺动脉

高压、肺源性心脏病以及白天呼吸功能降低。

病理生理

气道维持

清醒和睡眠时正常气道的维持有赖于多个因素的协同作用：

- 维持正常气道口径依靠上呼吸道的肌张力，这取决于正常的咽部和呼吸道的肌肉活动、完整的神经反射以及肌肉、呼吸中枢和网状激活系统之间的功能性连接。
- 气道防御性反射取决于功能性的脑干反射、正常呼吸触发、完整的上气道感觉神经的感受器通路和化学感受器(对 O_2 和 CO_2)、正常的上呼吸道肌肉活动和睡眠觉醒机制的发育成熟；这种觉醒机制在儿童发育不够完善，可能只能增强其呼吸触发，而对改变其睡眠状态下并无作用(见下文)。
- 睡眠状态：快速动眼期(REM)睡眠时很可能有明显的气道张力降低、呼吸触发消失以及对缺氧和二氧化碳潴留的反应降低。

这些因素可进一步受异常解剖结构的影响，如Pierre-Robin综合征、腭裂、大扁桃体和腺样体、小咽喉以及儿童的年龄。在婴儿，脑干的发育可能尚未成熟到能对外界影响作出最佳的生理反应。缺氧和二氧化碳潴留会干扰脑干功能，呼吸道防御性反射如以过度的方式激发，会造成呼吸道阻塞或呼吸暂停延长。

睡眠状态

不同的睡眠状态通常是基于脑电图(EEG)记录的特征来识别的，即依据24小时EEG记录的生理活动和每个周期发生频率来区分。睡眠类型取决于年龄。新生儿和小婴儿的睡眠可分为3个阶段：活跃睡眠期，相当于年长儿和成人的REM，EEG上显示为高频波；安静睡眠期为低频波；以及不确定睡眠期。每个阶段所占的比例随着婴儿的发育成熟而变化，新生儿期夜间有不确定类型，到3~6个月大时，昼夜间的睡眠则具有明确标志的更多成人型睡眠类型。

在年长儿中，成人睡眠类型通常分为 5 个阶段，包括 REM 睡眠期、安静睡眠期以及其他 3 个阶段。

区分呼吸暂停时不同睡眠阶段的重要性在于 REM 睡眠期可能与呼吸暂停的增高有关。

病态睡眠呼吸的检查适应证

- 可证实的呼吸困难。
- 可证实的呼吸暂停。
- 清醒时张口呼吸。
- 白天倦怠。
- 学习成绩不佳或生长发育迟缓。
- 头痛。
- 遗尿。
- 如有呼吸停顿，病人会打鼾，并有其他上呼吸道阻塞的体征。

评估

体格检查，寻找部分性或完全性上呼吸道梗阻的证据：

- 鼻塞。
- 腺样体肥大。

- 神经肌肉疾病。
- 面部畸形。
- 咽喉畸形。
- 扁桃体明显肿大。
- 上腭发育畸形，如腭裂（可以是黏膜下腭裂）。
- 胸廓畸形。

检查

鉴于绝大部分睡眠呼吸暂停是由于腺样体肥大所致，同时伴有或不伴有扁桃体肥大，因此如果夜间血氧监测可以提供这些异常的临床依据，倒不失为一种简单而有效的筛查方法。如果认为腺样体肥大不是发病原因，则应进行其他检查：

- 血氧监测。
- 经皮 O_2 分压和 CO_2 分压监测。
- 潮气末的 CO_2 测定。
- 基于 EEG 的睡眠分期。
- 胸廓和腹壁运动评估。
- 鼻腔气流。
- 血气分析。
- 肺活量测定。
- 超声心动图。

 临床问题

一个发育正常的3个月大的婴儿由其母亲送到急诊室，主诉为其进食1小时后出现咳嗽和青紫。其不曾发生呼吸停止，5分钟后当救护车抵达时，其再次出现青紫。

入院后其胸部X线检查显示其右上肺叶肺炎。患儿被诊断为吸入性肺炎，给予抗生素治疗，4天后出院。由于之前患儿每日摄入奶量为180ml/kg，

用奶瓶喂养，医生感到对于他的年龄来说过大，因此将他的每日摄入量降低了（每日150ml/kg），并给予一种藻酸盐类合成口服药物。

7天后患儿再次因青紫发作及合并至少30秒钟的呼吸暂停而入院。其间患儿母亲曾实施基本抢救措施，且患儿10秒钟后恢复了自主呼吸。

问题

1. 鉴别诊断是什么？

2. 应做哪些检查？

3. 你会为患儿的母亲提供一个可在家使用的呼吸暂停监测仪吗？

答案

1. 这些情景与症状的鉴别诊断包括：

- 胃-食管反流和误吸。
- 反射和反射性呼吸暂停。
- 癫痫发作，尽管缺少明显可见的异常动作，但是婴儿的癫痫发作有时比较隐匿，需要行电生理检查加以确诊。
- 中枢性呼吸暂停。
- 败血症可能性不大，因为患儿在首次发作和二次发作间均无临床表现。
- 颅内出血。

2. 应做的检查包括：

- 上消化道造影。
- 食管pH值探头。
- 头部超声扫描。
- 24小时心肺监测和血氧监测。
- 脑电图。

可考虑做的其他检查包括：

- 代谢性疾病筛查。
- 24小时脑电图。
- 超声心动图。
- 血气分析。

3. 目前没有证据证明呼吸暂停报警器能降低以后呼吸暂停发生的危险性；需判断是否存在潜在的疾病，并进一步制定完善合理的治疗策略。

婴儿啼哭

Tina Sajjanhar

婴儿啼哭的鉴别诊断 6

病史 7

体格检查 7

检查 8

啼哭的非器质性因素 8

出牙 8

绞痛 8

尿布疹 9

一般不适 9

啼哭的器质性因素 9

口腔真菌感染 9

便秘 9

牛奶蛋白不耐受 9

胃-食管反流合并食管炎 10

感染 10

毛发缠绕 10

外科病因 10

肠套叠 10

骨科因素 11

临床问题 12

啼哭是婴儿与看护者之间的一种交流方式。婴儿啼哭有很多原因，包括饥饿、不适、疼痛、疾病、发热、感冒、尿布脏了，甚至是厌倦和不高兴的一种情绪表达。父母亲应该学习如何鉴别他们的宝宝的啼哭类型并做出适当的反应。当简单方法无法使孩子安静下来时，父母往往会变得非常焦虑。如果啼哭持续时间很长或啼哭的形式有所改变，家长应该带小孩去医院就诊。婴儿啼哭对临床医生的挑战在于其要鉴别是否为病理性啼哭，如果不是，则要说服婴儿父母，使他们安心。这只有在仔细询问病史、做体检并进行必要的检查后才能进行。更小的婴儿啼哭问题往往不简单，因为其症状会比较模糊并不具有特异性。啼哭很多的小婴儿也许会由于给父母带来很多的挫折感而处在遭受虐待的危险中。

婴儿啼哭的鉴别诊断

感染

- 败血症。
- 脑膜炎。
- 尿路感染。
- 骨髓炎。
- 化脓性关节炎。
- 中耳炎。
- 上呼吸道感染 (URTI)。
- 甲沟炎。

外科

- 肠套叠。
- 阻塞，如肠旋转不良、肠扭转。
- 阻塞性疝气。
- 胃肠道
- 绞痛。
- 牛奶不耐受。
- 胃-食管反流伴发食管炎 (GORD)。

- 便秘。
- 口腔真菌。

一般不适

- 饥饿。
- 尿布污染。
- 尿布疹。
- 皮疹，如湿疹。
- 发热/感冒。
- 寻求关注。

其他因素

- 毛发缠绕。
- 骨折(考虑儿童受虐待)。
- 出牙。
- (父母亲焦虑)。
- 免疫接种后。

病史

病史应包括：

病史	病史要点
■ 年龄	
■ 症状持续时间	持续时间短很可能是感染
■ 前驱症状	感染因素
■ 啼哭类型	激惹啼哭、难以控制，可能提示脑膜炎
■ 啼哭方式	饥饿、不适
■ 局部疼痛	骨折、骨髓炎、化脓性关节炎
■ 喂养模式，如喂养减少	感染
■ 进食类型，如牛奶配方乳、母乳	牛奶蛋白不耐受
■ 呕吐，如胆汁/牛奶	胃肠道梗阻、GORD、牛奶蛋白不耐受
■ 腿往上伸	肠绞痛
■ 粪便性质，如血性、干结	肠套叠、便秘

病史

病史要点

- | | |
|-----------------|-------|
| ■ 进食间的情况，如睡眠/嗜睡 | 感染 |
| ■ 苍白表现 | 肠套叠 |
| ■ 脸颊潮红 | 出牙 |
| ■ 发热 | 感染 |
| ■ 皮疹 | 感染、湿疹 |
| ■ 尿液气味 | 尿路感染 |
| ■ 体重减轻/发育迟缓 | GORD |

其他表现应包括：

■ 围生期病史，如早产、到SCBU住院	GORD、非意外性伤害(NAI)
■ 既往病史或治疗情况	
■ 发育情况	
■ 免疫接种史	脑膜炎、百日咳接种后反应
■ 目前用药情况	
■ 过敏史	
■ 家族史，如第一个孩子	可能增加父母亲的焦虑
■ 社会史	NAI

体格检查

应将孩子的衣服脱去仔细体检。这样可以发现孩子是否有肢体活动受限，这一点是至关重要的，如不这样做可能会造成漏诊。以下各点也都是非常重要的：

- 生命体征检查：脉搏、体温、呼吸频率。
- 检查口腔：看有无鹅口疮/出牙。
- 囟门：脑膜炎时囟门饱满/进食不足引起脱水时囟门凹陷。
- 颈强直：一般在婴儿不易引出，不出现也不能排除脑膜炎。
- 鼻炎症状：鼻塞时会有喂养困难。