

儿科症状诊断学

陕西人民出版社

儿科症状诊断学

第二军医大学第一、二附属医院

《儿科症状诊断学》编写组

陕西人民出版社

儿科症状诊断学

第二军医大学第一、二附属医院

《儿科症状诊断学》编写组

陕西人民出版社出版

(西安北大街131号)

陕西省新华书店发行 国营五二三厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 39.5 字数 977,000

1980年7月第1版 1980年7月第1次印刷

印数 1—4,500

统一书号: 14094·47 定价: (精) 4.25元

前 言

随着儿童卫生保健事业的飞跃发展，儿科医务工作者的队伍迅速扩大，急需大量地专业参考书籍。我们在校、院党委的领导下，搜集了有关儿科症状诊断方面的资料，并结合临床经验，编写了这本《儿科症状诊断学》，以供儿科专业同志们的学习参考。

全书共十篇，以常见病、多发病为主，对一些少见病或综合征，亦作了简要的叙述。

本书从症状或体征出发，对儿科疾病的诊断和鉴别诊断作了重点叙述，还对症状发生机理作了比较详细的说明，对诊断过程作了由浅入深的分析与讨论。

本书内容综合了我国儿科医学诊断方面的先进经验和成就，本着“洋为中用”的精神，适当地介绍了国外的儿科医学的新进展。

本书原系儿科教研室主任万正华教授发起编写的，并亲自编写了不少章节，不幸万教授病逝，未能按计划出版。近年来，本书原稿经编写组反复修改定稿，并由应元岳教授审阅了全文。

我们的业务水平不高，书内可能存在缺点和错误，恳切希望广大读者和专家给予批评指正。

编 者

一九七八年十一月

目 录

第一篇 小儿病史询问和体格检查	(1)
第二篇 祖国医学在儿科临床的应用	(16)
第三篇 一般症状	(24)
第一章 长期发热	(24)
第二章 水肿	(45)
第三章 侏儒	(55)
第四章 肥胖	(72)
第五章 消瘦	(76)
第六章 皮疹	(82)
第七章 关节疼痛	(101)
第八章 婴儿啼哭	(117)
第九章 多汗	(121)
第四篇 神经系统症状	(125)
第十章 头痛	(125)
第十一章 眩晕	(132)
第十二章 昏迷	(137)
第十三章 惊厥	(151)
第十四章 智力发育障碍	(174)
第十五章 肢体运动功能障碍	(192)
第五篇 心血管系统症状	(226)
第十六章 心律失常	(226)
第十七章 高血压	(242)
第十八章 低血压	(252)
第十九章 心脏杂音	(256)
第二十章 心脏肥大	(276)
第六篇 呼吸系统症状	(290)
第二十一章 咳嗽	(290)
第二十二章 呼吸困难	(302)
第二十三章 胸痛	(325)
第二十四章 紫绀	(329)
第七篇 血液和淋巴系统症状	(341)
第二十五章 贫血	(341)
第二十六章 出血倾向	(356)
第二十七章 淋巴结肿大	(378)
第二十八章 脾肿大	(391)
第八篇 消化系统症状	(410)
第二十九章 呕吐	(410)

第三十章 便秘	(422)
第三十一章 腹泻	(428)
第三十二章 腹痛	(445)
第三十三章 腹水	(453)
第三十四章 腹内肿块	(462)
第三十五章 便血	(476)
第三十六章 黄疸	(486)
第三十七章 肝肿大	(506)
第九篇 泌尿系统症状	(525)
第三十八章 血尿	(525)
第三十九章 多尿	(533)
第四十章 少尿或无尿	(543)
第四十一章 脓尿	(551)
第四十二章 尿潴留	(558)
第四十三章 血红蛋白尿	(565)
第四十四章 糖尿	(578)
第十篇 内分泌系统症状	(591)
第四十五章 甲状腺肿大	(591)
第四十六章 性发育异常	(602)
附 录	
一、正常小儿的生长发育程序	(613)
二、小儿常用化验检查的正常值	(616)
三、心电图正常值	(626)
四、心导管检查正常值	(626)
五、正常小儿心界及心尖搏动位置	(627)

第 一 篇

小儿病史询问和体格检查

病 史 询 问

(一) 询问前应先向家长或保育员说明病史对疾病诊治的重要意义, 以取得充分的信任与合作。

(二) 听取病史叙述必须耐心。先让家长或保育员按自己的意见陈述, 然后再围绕主题补充询问。应尽可能避免用暗示性问话。

(三) 对危急病例, 应抓住关键扼要了解, 尽速从事抢救。待病情稍行缓和, 再补问详细病史, 对一般病例也应先问现病史。

(四) 详尽的病历, 包括现病史、过去史、个人史及家庭史等。

一、现病史

(一) 详细询问并记录发病的准确时间, 开端的缓急, 疾病的表现, 病情的演变, 曾经何种治疗, 以及治疗方法, 疗效反应等。

(二) 问清实足年龄 (很多疾病, 有其好发年龄, 而同一疾病, 在不同年龄也往往有不同的临床表现)。

(三) 传染病的流行情况和接触史, 应特别予以重视。

二、个人史

这是小儿病历在内容上与成人病历差异较大的项目, 也是体现小儿特点较多的项目。对三岁以下的患儿以及疑有神经、骨骼、肌肉、内分泌、代谢等异常者, 均应详细记录。

(一) 生产史: 记录胎次, 是否足月, 分娩情况, 出生时体重, 出生时与出生后短期内情况 (哭声、体温、大小便, 有无窒息、紫绀、苍白、呼吸困难、出血、惊厥、吸吮无力等), 以及母亲妊娠期的健康情况。

(二) 营养史: 记录是否母乳或人工喂养, 喂养方法, 开始增加辅食时间, 辅食的质、量和规律性, 断乳时间, 现在食谱, 有无溢乳、呕吐、腹泻、体重增减等情况。

(三) 发育史: 记录何时能抬头、独坐、站立、行走、第一枚牙齿出现时间, 何时会笑, 会叫爸、妈及说单语, 家庭生活适应情况, 在学校学习、劳动成绩。

(四) 生活习惯: 记录作息時間, 饮食习惯以及大小便情况。

三、过去史

(一) 预防接种史: 记录施行各项预防接种的年、月、次数及反应。

(二) 既往疾病史: 详细询问发病年龄、经过, 并发症及后果。

四、家庭史

(一) 记录父母和兄弟姐妹的年龄、健康情况, 父母职业, 母亲生育次数, 有无流产、早产等。如已死亡, 应询问致死原因。

(二) 询问某些与遗传因素有关疾病的发病情况, 如癫痫、智力发育障碍、先天性代谢性疾病、过敏性疾病、出血倾向、精神病等。

(三) 家庭环境: 居室卫生及经济状况; 父母对子女有无偏爱、偏恶等。

五、病史的记录和分析

在病史的记录和分析中, 对家长或保育员提供的情况, 必须十分重视, 这是一个前提。但另一方面, 也应考虑到病史的正确性又往往随家长、保育员的观察能力, 以及与患儿接触的密切程度而有差异。

年长儿童, 虽能正确诉述病痛, 但偶而也可因恐惧心理而隐瞒真实情况, 必须善加启发。

体格检查

检查者注意事项

一、态度应和蔼可亲, 动作宜轻巧灵活。

二、必须全面进行观察, 不可忽略某一器官, 或主观上认为无关紧要的部位。对危急病人, 应先择要查明有关体征立即抢救, 待病情稍稳定后, 再作全面检查。

三、尽量先用视诊以获一初步概念。

四、比较容易引起小儿啼哭或抗拒的部位, 如结膜、角膜、口腔及咽腔, 可放在最后检查。容易受哭闹影响的项目, 如脉搏、呼吸、心脏听诊及腹部触诊, 应在安静时进行。

一般检查

一、生长发育、营养及精神状况 (参阅消瘦、肥胖、侏儒、智力发育障碍等章)。

二、面色和表情

(一) 面部潮红, 兴奋不安, 咳嗽、皱眉、表情痛苦, 鼻翼扇动, 常见于急性呼吸系统感染。

(二) 表情痛苦, 阵阵啼哭, 躁动不安或下肢蜷曲, 常见于腹绞痛患儿。

(三) 面色苍白, 眼眶凹陷, 口唇干燥, 呼吸深沉, 啼哭泪少, 表情烦躁或萎靡嗜睡, 见于失水与代谢性酸中毒患儿。

(四) 面部浮肿, 呼吸急促, 发绀, 口常半开, 见于心、肺功能不全的患儿。

(五) 表情迟钝, 张口呼吸, 常见于增殖腺肥大。

(六) 头大额宽, 表情迟钝, 头部表浅静脉显露, 眼球朝下, 见于脑积水慢性颅内压增高。

(七) 表情迟钝, 眦距过宽, 鼻根低平, 张口伸舌, 睑裂狭小倾斜, 内眦赘皮明显, 见于先天愚型。

(八) 颜面浮肿, 皮肤粗糙, 张口伸舌, 表情迟钝, 常见于甲状腺功能不全症。

(九) 表情迟钝, 面容丑陋, 头形如舟, 鼻根低平, 鼻孔外翻, 舌大唇厚, 眼球较突

出，常见于粘多糖病。

(十) 两耳低垂，唇厚嘴宽，下颌短削，鼻孔朝上，内眦赘皮明显，常见于特发性高钙血症。

(十一) 面容呆板，发音不清，可见于肝豆状核变性。

三、体位

(一) 心功能不全患者，多端坐或采取侧卧位。

(二) 腹膜炎患者，常采取仰卧位。

(三) 大叶肺炎、胸膜炎及重症支气管扩张患者，常卧病侧。

(四) 脑膜炎患者，常侧卧，头向后仰。

(五) 上运动神经元性瘫痪患者，上肢常呈痉挛性屈曲姿态。

皮肤

一、视诊：

(一) 紫绀、苍白、黄疸、皮疹（参阅紫绀、贫血、黄疸、皮疹各章）。

(二) 暴露部位色素沉着，可能由日晒所致，也可为甲状腺功能不全症、慢性肾上腺皮质功能不全症、红斑性狼疮、皮炎、烟酸缺乏症、蔬菜日光性皮炎、血色病、卟啉病等疾病的一种表现。

(三) 单侧浅棕色色素沉着，见于骨纤维性发育异常（囊性骨质纤维增生症）。

(四) 沿神经分布之棕色斑或纤维瘤，见于神经纤维增生症。

(五) 界限分明的大块青色斑，可见于正常新生儿的骶部或臀部，多在一岁以后消失。

二、触诊：

(一) 温度：全身灼热，见于各种热性疾病、中暑、颠茄、曼陀罗或莨菪中毒；局部发热，见于局部炎症；全身或四肢冷凉，见于休克、新生儿硬肿症、幼小婴儿的甲状腺功能不全症；局部肢体温度减低，见于局部血液循环障碍。

(二) 湿度：干燥，见于长久不浴，维生素 A 缺乏症、先天性鱼鳞病、甲状腺功能不全症、甲状旁腺功能不全症、阿托品类中毒、先天性外胚叶发育不全等；多汗（参阅多汗章）。

(三) 弹性：弹性减退，见于失水、营养不良以及严重水肿消退后。

三、感觉过敏：

感觉过敏，见于脊髓灰质炎早期、多发性神经根炎、周围神经炎等。

皮下组织

注意皮下脂肪之多少及分布、有无水肿、变硬、皮下积气及皮下结节（参阅肥胖、水肿、肢体运动功能障碍等章）。

毛发

正常新生儿，尤其是未成熟儿的肩、背部可有细毛，但 2~3 月后即逐渐消失。长睫毛可为家族性，也可见于慢性消耗性疾病。四肢和背部细毛过多可见于结核、风湿性关节炎、皮质醇增多症。肢体多毛可为家族性，也可见于甲状腺功能不全、维生素 A 中毒，慢性感染或苯妥因钠的副反应。腋毛或阴毛出现过早，可能为个体差异，也可见于肾上腺性征异常综合征（Adrenogenital Syndrome）、下丘脑病变、性腺肿瘤、男性松果体肿瘤等。腰骶部

中线一撮毛发，常表示有隐性脊柱裂存在。秃发可见于头皮感染，严重疾病之后，严重营养不良，应用抗肿瘤药物后，维生素 A 中毒、先天性梅毒、肢痛症、肠病性肢皮炎（Acrodermatitis enteropathica）、先天性外胚叶发育不全、铊中毒等，偶见于甲状腺功能不全症应用甲状腺素治疗后。

肌肉

注意肌张力、肌力、关节韧带伸张度，有无肌萎缩、假性肥大、肌纤维颤动、肿块、压痛等。

淋巴结（参阅淋巴结肿大章）

头部

一、头颅大小：

正常新生儿头围平均为 34~35 厘米，在 10 个月内与坐长相等，平均每月增加 1 厘米，头大可见于各种原因引起的佝偻病、脑积水、颅内占位性病变、先天性成骨不全、软骨营养障碍、粘多糖病、头大畸形等；头小可见于头小畸形、颅骨缝闭合过早及智力发育障碍。

二、头形：

正常为圆形。如乳儿经常平卧或运动机能发育迟缓者，可致枕部扁平，经常卧于一侧则头形不对称；先天性神经系统发育障碍、骨质代谢异常性疾病等可致各种异常头形。

三、颅骨：

（一）颅骨软化：最多见于各种原因引起的佝偻病，也可发生于脑积水、先天性梅毒、先天性成骨不全等疾病。出生三个月以内的正常小儿，特别是早产儿，其颅缝边缘部位可能有骨质软化，但颅骨的中央部位不应有软化区存在。

（二）颅骨窗（Craniofenestra）：是颅骨的先天性局限性缺损，多见于顶骨，可伴有脑膜膨出或脑膜脑膨出。

（三）颅裂（Cranium bifidum）：多发生于枕骨中线部位，也可见于额骨。颅裂可为隐性，也可合并脑膜膨出或脑膜脑膨出。

四、囱门：

（一）囱门过大或关闭延迟：新生儿娩出后由于颅骨相互重叠，前囱常很小，其后随颅缝恢复正常，前囱逐渐变大，一般斜径约为 2.5 厘米（个别可大至 4 厘米）。90% 的正常小儿，前囱在出生 7—19 个月时关闭，半数在 1 岁左右，个别也可早至 4 个月或晚至 26 个月；后囱在初生时闭合或微开，1~1 $\frac{1}{2}$ 月时关闭。前囱过大或关闭延迟见于各种原因引起的佝偻病，也可见于脑积水、其他原因引起的颅内压增高、甲状腺功能不全症、先天性成骨不全症、锁骨颅骨发育不全症（Cleidocranial dysostosis）、先天性梅毒、先天愚型、粘多糖病等；关闭过早见于头小畸形、颅骨缝闭合过早。

（二）囱门凹陷或紧张、隆突：前囱凹陷见于失水；当坐位、安静时，前囱仍紧张或隆突，提示有颅内压增高，如脑膜炎、病毒性脑炎、中毒性脑炎、颅内出血、颅内占位性病变、颅内静脉窦血栓形成、铅中毒等。维生素 A 中毒及应用四环素后也可致短暂性囱门隆突。

（三）囱门搏动：正常小儿可有轻微搏动。搏动增强见于各种原因引起的颅内压增高、

脉压差增加或情绪紧张等。

头部器官

一、眼：

(一) 眼睑：

1. 眼睑水肿：双侧眼睑水肿、不发红、无压痛、见于各种水肿性疾病。
2. 上睑下垂：可为单侧或双侧，双侧睑下垂见于先天性睑下垂、重症肌无力、重症低钾血症、重症沙眼、瘰病、皮炎以及双侧动眼神经麻痹，单侧见于动眼神经麻痹、颈交感神经麻痹综合征〔何纳 (Horner) 氏综合征〕、眼睑炎症、创伤、肿瘤等。

(二) 眼球：

1. 眼球下陷：眼眶凹陷见于严重失水或重度营养不良。单侧眼球下陷见于先天性小眼球 (也可双侧)、眼球萎缩、颈交感神经麻痹综合征等。

2. 眼球凸出：可由眼或眶内炎症、肿瘤、创伤、先天性发育异常及某些全身性疾病引起，其中以眼或眶内炎症、肿瘤较常见〔如眶蜂窝织炎、眶骨膜炎、全眼球炎、海绵窦血栓形成、白血病 (绿色瘤)、成神经细胞瘤、慢性黄色瘤病 (Hand—Schüller—Christian's disease)。视神经胶质细胞瘤、神经纤维瘤病等〕，偶见于眶内出血 (产伤、紫癜、坏血病、血液凝固异常)、先天性青光眼、甲状腺功能亢进症、颅面型成骨不全症 (Craniofacial dysostosis Crouzon's disease)、多发性骨纤维异常增生症 (Polyostotic fibrous dysplasia)，先天性眼囊肿、眶内异物、眶内动静脉瘤等。

3. 斜视：分为麻痹性及共转性两大类。前者有眼外肌麻痹，有眼球运动障碍，后者无眼外肌麻痹。斜视的发生，只是一种眼球位置的反常状态。在儿科临床上，共转性斜视较麻痹性多见，共转性斜视多由于屈光不正、双眼单视机能障碍，或由于某一眼外肌发育过度或发育不全所引起。共转性斜视的眼球运动无障碍，不论眼球采取何种位置，两眼视线的偏斜程度 (斜角) 保持不变或几乎不变 (麻痹性斜视的偏斜程度随眼球位置而变动，当眼球转向麻痹肌作用方向时，偏斜程度最大)。其次，共转性斜视之早期，有时可为间隙性，疲劳时斜视出现，休息后可消失。

正常新生儿由于缺乏双眼单视能力 (双眼单视是一种条件反射，系后天获得)，可有暂时性斜视，这种斜视应于出生 6 个月内消失。

4. 眼球震颤：可由脑部、前庭器官及眼部疾病引起。眼部疾病包括屈光不正，屈光间质浑浊 (如白内障、晶体后纤维增生症、角膜白斑)、全身性白化病、全色盲病、黄斑区损害以及眼球发育不全等。由眼部疾病引起的眼球震颤为快速的钟摆样震颤，无快、慢向之分；脑部疾病而有眼球震颤者一般提示为小脑或脑干损害，但脑性瘫痪、婴儿痉挛症患者也可出现眼球震颤；此外，眼球震颤也见于应用大剂量苯妥因钠后。

(三) 结膜：球结膜的睫状充血见于角膜炎、虹膜睫状体炎、眼球内容炎及充血性青光眼等；球结膜周边充血 (结膜充血) 见于结膜炎及某些全身性急性传染病，如麻疹、咽结膜热、钩端螺旋体病、回归热、斑疹伤寒、流行性出血热等。球结膜下出血见于败血症、心内膜炎、流行性出血热、出血性疾病、剧烈咳嗽、高血压、创伤等。结膜干燥斑 (Bitot 氏斑) 见于维生素 A 缺乏症。睑裂斑 (Pinguecula) 在成人是由于长期暴露及老年性结膜变性现象，在小儿则偶见于黄色瘤病及脑苷脂网状内皮细胞病〔高雪 (Gaucher) 氏病〕。

(四) 巩膜：黄疸(参阅黄疸章)。正常幼年小儿巩膜可微带蓝色，巩膜蓝色加深见于先天性成骨不全症、巩膜葡萄肿及先天性青光眼(由于巩膜变薄)。

(五) 角膜：角膜浑浊见于角膜炎症、水肿、溃疡、疤痕、变性及异常物质沉积。雾状角膜浑浊见于早期维生素 A 缺乏症、青光眼、高胆固醇血症、粘多糖病、胱氨酸累积病等。角膜边缘部位的黄棕色或绿褐色色素环(Kayser—Fleischer 氏环)，是肝豆状核变性的典型表现之一。

(六) 瞳孔：

1. 缩小：一侧瞳孔缩小、见于颈交感神经麻痹综合征、虹膜睫状体炎、三叉神经反射(特别是角膜和结膜受刺激时)；在颅内压增高的情况下，突然一侧瞳孔缩小、光反应迟钝，可能为颞叶钩回疝(小脑幕裂孔疝)的最早期表现(动眼神经受刺激)。双侧瞳孔显著缩小见于有机磷中毒、吗啡、可待因、氯丙嗪类药物以及毛果云香碱、毒扁豆碱等中毒，也见于桥脑损害。

2. 扩大：一侧瞳孔扩大、光反应迟钝或消失是动眼神经麻痹的表现，出现于颅内压增高的情况下是颞叶钩回疝的重要体征之一；双侧瞳孔扩大，光反应迟钝或消失见于阿托品、颠茄、曼陀罗、莨菪等中毒，也见于枕骨大孔疝、脑干损害(出血、脑炎、结核性脑膜炎)以及深度昏迷患者。正常小儿两侧瞳孔偶而也可呈轻度大小不等，但光反应灵敏。

3. 对光反应消失而调节辐凑反应存在：见于神经梅毒、松果体肿瘤。

二、耳：

注意外耳有无畸形(耳前小孔或小凹为第一腮裂之遗迹)，耳廓有无牵引痛，耳屏有无压痛，外耳道有无红肿，有无粘液或脓性分泌物(正常小儿可有黄色、无臭、油状盯聆)，乳突部有无红肿、压痛，鼓膜有无充血、膨凸、穿孔，听力是否正常。

三、鼻：

注意有无畸形、鼻翼扇动，鼻道是否通畅，有无鼻衄及分泌物，鼻窦部位有无红肿、压痛等。

鼻道通气不良见于急、慢性鼻炎、鼻中隔偏斜、鼻腔异物、鼻息肉、增殖腺肥大，先天性鼻后孔闭锁畸形。

鼻根低平或鼻梁塌陷见于先天愚型、甲状腺功能不全症、先天性梅毒、软骨营养障碍、粘多糖病、先天性外胚叶发育不全等。

稀水样鼻分泌物见于病毒性鼻炎、过敏性鼻炎、高位异物、颅底骨折；粘液与血液混和的分泌物见于鼻白喉、鼻腔异物、先天性梅毒；脓性分泌物见于化脓性鼻炎、鼻窦炎、鼻白喉、异物、息肉、先天性梅毒(由于继发性细菌感染)。

鼻衄见于创伤、急性鼻炎、慢性萎缩性鼻炎、鼻白喉、异物、遗传性毛细血管扩张症、血管瘤、血液疾病、维生素 C、K 缺乏症、风湿病、高血压急性肾炎以及重症全身性传染病等。

四、口腔：

(一) 气味：代谢性酸中毒可有烂苹果样酮酸气味；尿毒症，似氨和尿液气味；肝昏迷，似氨的甜气味；口腔炎症、组织坏死以及支气管扩张、肺化脓症等可有恶臭味。

(二) 唇：注意粘膜色泽，口唇有无畸形、肿胀、肥厚、疱疹、皸裂、结痂等。

唇粘膜苍白见于贫血、寒冷、惊吓、休克；颜色赤红，见于高热、红细胞增多症；櫻桃色，见于代谢性酸中毒，一氧化碳中毒、紫绀(参阅紫绀章)。

唇部集簇小疱疹（单纯疱疹）多继发于上呼吸道感染、大叶肺炎、肠炎、流行性脑膜炎、疟疾及其他急性传染病病程中；口唇肿胀见于感染、创伤、虫咬、过敏反应、肿瘤细胞浸润；口角糜烂、皲裂见于核黄素缺乏症或白色念珠菌感染，有时亦见于链球菌感染；口周放射性皲裂见于先天性梅毒、慢性维生素 A 中毒；长期服用大剂量苯妥因钠偶可引起广泛性无痛性口唇肥厚。

（三）张口动作：张口困难见于破伤风、手足搐搦症、口底蜂窝织炎、扁桃体周围脓肿、颞颌关节炎、脑炎、脑肿瘤、婴儿型或急性型脑苷脂网状内皮细胞病（婴儿型或急性型高雪氏病）。

（四）牙龈：注意有无充血、肿胀、出血、增生、有无牙龈黑线，牙周有无溢脓。

充血、肿胀、牙周溢脓见于局部炎症；牙龈增生见于长期应用苯妥因钠后，也见于白血病、恶性网状细胞病、淋巴瘤等；牙龈出血见于坏血病、维生素 K 缺乏症、血液疾病、败血症、急性砷、汞、无机磷中毒等。牙龈黑线可见于慢性铅、汞、铋中毒。

（五）牙齿：注意齿数、排列、有无龋齿及形态异常，牙齿有无松动。

正常小儿在出生时或生后短期内，可于下颌切牙部位出现一、二个乳牙，这种萌出过早的乳牙形态不全，根蒂不固，容易脱落；

乳牙萌出过迟见于骨质发育及钙化异常的小儿如佝偻病、甲状腺功能不全症、先天愚型、先天性梅毒、锁骨颅骨发育不全症、软骨营养障碍以及原发性、继发性甲状旁腺功能亢进症；先天性外胚叶发育不全症患者不仅萌出延迟，且牙齿残缺不全。

牙齿釉质发育不全症，釉质表面凹凸不平，呈不透明之暗黄或暗灰色，系釉质钙化过程中受到某些因素的影响所造成，如佝偻病、营养不良，严重感染、甲状旁腺功能不全、先天性梅毒等。梅毒齿（赫金生（Hutchinson）氏齿，恒牙之上颌切牙呈卵圆形，切边有半月形缺口）为晚期先天性梅毒的典型表现之一。

（六）口腔粘膜：注意有无充血、出血、疱疹、糜烂、溃疡、麻疹粘膜斑（Koplik 氏斑）以及假膜等。

（七）舌：注意舌的大小、厚度、有无畸形、偏斜、颤抖，舌质和舌苔的颜色、粘膜的湿润度，舌是否经常伸出口外，舌乳头有无肥大、充血或萎缩，舌粘膜有无剥落、沟槽、舌系带有无糜烂、溃疡等。

舌大可见于甲状腺功能不全症、先天愚型、糖元累积病、粘多糖病、淀粉样变性、舌淋巴管瘤、海绵状血管瘤、横纹肌瘤、舌部水瘤（Cystic hygroma）、神经纤维增生症（Neurofibromatosis）以及先天性肌肉肥大。

舌偏斜，见于舌下神经麻痹。

舌颤抖，见于舞蹈病、甲状腺功能亢进、婴儿型进行性肌萎缩（Werdnig-Hoffmann 氏病）、脑性瘫痪、脑炎以及重症感染性疾病。

舌经常伸于口外，见于智力发育障碍、先天愚型、甲状腺功能不全症及神经磷脂网状内皮细胞病（尼曼—匹克（Niemann-Pick）氏病）；新生儿娩出后出现节律性吐舌动作（Foote 氏征）提示可能有颅内出血或脑水肿。

舌蕈状乳头充血、肥大见于猩红热、核黄素缺乏症、烟酸缺乏，也见于麻疹、败血症及其他重症发热性疾病；舌粘膜斑块状剥落见于地图舌；舌背呈现纵横沟槽可见于先天愚型。

舌系带溃疡除疱疹性口腔炎外，多由于用力的伸舌动作使舌系带与下颌中切牙经常摩擦所形成，见于百日咳以及其他原因引起的剧烈咳嗽。

小儿舌系带有时可较正常略短，但如不影响进食并可发“梯”、“地”、“勒”等音，表示舌本身的发育并不是引起语言发育障碍的原因。

(八) 口腔分泌物：流涎见于生理性流涎（出生3~4个月后，唾液腺分泌开始增多，而小儿尚不习惯于及时加以吞咽），口、咽粘膜炎症，咽后壁或咽侧壁脓肿、面神经麻痹、延髓麻痹、智力发育障碍等；新生儿口腔内分泌物增多应怀疑有先天性食道闭锁。

五、咽、喉部：

注意软腭、悬雍垂有无畸形、偏斜，抬举动作是否良好，咽峡及扁桃体有无充血、肿胀、溃疡、出血、渗出物或伪膜，发音是否嘶哑，有无吸气性喘鸣等。

颈部

注意颈部外形及活动度，有无颈项强直及颈肌瘫痪，颈部有无肿块，甲状腺是否肿大，有无血管杂音，有无明显的颈动脉搏动以及颈静脉有无怒张等。

短颈见于粘多糖病、甲状腺功能不全症、先天性颈椎融合综合症（Klippel-Feil氏综合征，由于颈椎融合、形成短颈及活动受限）；颈部皮肤蹼状皱折见于先天性卵巢发育不全症（Turner氏综合征）；

斜颈以一侧胸锁乳突肌“缺血性纤维增生、挛缩”所造成的先天性斜颈最多见，也可见于视力障碍、复视（由于代偿性姿势改变）、颈椎结核、颈椎脱位、先天性颈椎融合综合症、颈部感染、颈部创伤后遗症、小脑肿瘤以及副神经麻痹等；

颈项强直，见于脑膜炎、脑炎、蛛网膜下出血、后颅凹占位性病变、脑疝、破伤风、类风湿性关节炎、颈椎脱位、颈淋巴结炎、咽后壁脓肿以及铅中毒等；

颈肌瘫痪，见于脊髓灰质炎、多发性神经根炎、先天性肌弛缓综合征等。

颈部肿块，除颈部淋巴结肿大、甲状腺肿大外，可见于甲状腺舌囊肿（Thyroglossal duct cyst）、鳃裂囊肿、囊状水瘤（Cystic hygroma）（参阅淋巴结肿大章）；颈部软组织肿胀除全身性水肿外，见于白喉、溃疡性膜性咽炎、咽后壁脓肿以及颈部软组织感染。

颈静脉充盈，见于充血性心力衰竭、心包大量积液、缩窄性心包炎，三尖瓣关闭不全、纵膈肿瘤、纵膈积液以及纵膈气肿等。

明显的颈动脉搏动，见于动脉导管未闭、主动脉瓣关闭不全、主肺动脉隔缺损以及其他能引起脉压差增大者。

胸廓及肺部

一、视诊：

注意胸廓形状、呼吸型式、呼吸频率、节律、幅度、有无呼吸困难等。

桶状胸见于正常新生儿、乳儿以及慢性阻塞性肺气肿患儿（长期哮喘、胰腺囊性纤维性变）；鸡胸或漏斗胸见于佝偻病、长期呼吸道梗阻、粘多糖病；肋骨串珠见于佝偻病、坏血病、软骨营养障碍；郝氏胸沟见于佝偻病、先天性膈肌发育异常以及慢性心肺疾病伴有长期呼吸困难者；胸廓二侧不对称见于心脏增大（主要为右心增大），一侧胸膜或肺部慢性疾病。

呼吸频率增快，除惊厥、哭闹外，见于发热、呼吸系统疾病、心血管疾病以及其他原因

引起的缺氧，频率减慢见于中枢性呼吸抑制或衰竭，如重症感染、颅内压增高、微循环障碍、代谢性碱中毒、药物中毒以及极其严重的代谢性或呼吸性酸中毒等；呼吸节律不整除新生儿及幼小乳儿外也为中枢性呼吸抑制的重要表现。

呼吸困难（参阅呼吸困难章）。

二、触诊：

注意胸廓扩张情况（双手平放在胸廓二侧对称部位进行对比）、胸廓（胸骨、锁骨、肋骨、软组织）有无压痛，有无摩擦感及支气管震颤感，语音震颤是否二侧对称（婴儿可利用啼哭进行检查）。

三、叩诊：

必须二侧对称地用轻叩诊检查。

浊音或实音见于肺组织实变（如肺炎、肺脓肿、肺出血、肺膨胀不全、肺纤维化、肺梗塞、肺肿瘤）以及胸膜腔积液、胸膜增厚。

鼓音或过清音见于气胸、肺气肿、肺空洞、肺囊肿、肺大泡等。

肺门区淋巴结显著肿大，有时可由叩诊浊音得到提示：

1. 取仰卧位，由胸骨柄沿第一肋间向二侧轻叩，若浊音超过胸骨柄边缘，可能有气管旁淋巴结肿大。

2. 如在脊柱二侧第2~4胸椎水平叩出浊音，提示可能有支气管淋巴结肿大；

3. 沿棘突由下向上轻叩，如开始出现浊音的部位较正常为低，可能有气管分叉处淋巴结或支气管淋巴结肿大。

正常开始出现浊音的部位：乳幼儿为第Ⅰ胸椎处，学龄前儿童为第Ⅲ胸椎，学龄儿童为第Ⅳ胸椎。

四、听诊：

小儿呼吸音比较响亮，不仅可听到吸气音，也可听到呼气音。正常小儿在二侧肩胛间可听到支气管呼吸音。

在肺部听诊中，首先应注意肺泡呼吸音的强弱（二侧对称部位进行比较）。其次，应注意有无干、湿性罗音（包括哮喘音），支气管肺泡呼吸音，支气管呼吸音及胸膜摩擦音等。

利用听诊比较二侧的语音传导，意义同触觉震颤，但比触觉震颤灵敏（正常小儿右上肺语颤可较左上肺稍强，可能与右侧支气管管径较粗有关）。

心脏（参阅心脏增大、心脏杂音、心律失常、高血压、低血压等章）

- 一、视诊：注意心前区有无隆起以及心尖搏动的位置、范围。

正常乳幼儿的心尖搏动由于肋间较窄以及皮下脂肪层较厚，往往不易看到。

二、触诊：

注意心尖搏动位置及强弱，有无抬举性心尖搏动或抬举性心前区搏动，有无震颤及心包摩擦感。如有震颤，应注意其部位、时间及强度。

三、叩诊：

应使用轻叩诊，如此才能得到比较正确的心脏相对浊音界。

四、听诊：

注意心率、心律、心音强弱，有无杂音、附加音、心包摩擦音等。

腹部（参阅腹痛、腹水、腹部肿块、肝肿大、脾肿大等章）

一、视诊：

注意腹部大小、形状、呼吸活动度、有无肠型及蠕动波、有无腹壁静脉怒张、脐凹是否存在，新生儿要注意脐部有无出血、红肿、分泌物或脐疝等。

二、触诊：

应争取患儿合作，检查者手要温暖，手势要轻，先从正常部位开始，然后逐步移至可疑病变部位由浅入深地检查。

注意腹部有无压痛、腹肌有无抵抗（二侧对比极为重要）、腹壁反射是否存在、肝脾是否增大以及有无异常肿块等；同时注意肝脾及异常肿块的部位、大小、形态、硬度、边缘、表面性质、移动度以及有无压痛等。

三、叩诊：

目的在于表明有无腹水、胃肠道充气、腹腔内游离气体、腹部肿块以及彼此间的鉴别。

四、听诊：

注意肠蠕动音的数量、音调，肝区、脾区有无摩擦音，腹部、腰部有无异常血管杂音等。

生殖器官（参阅性发育异常、尿潴留、脓尿等章）

男性：注意有无畸形、包茎、睾丸未降、睾丸肿瘤、阴囊积液、精索静脉曲张及腹股沟疝、股疝等。

女性：注意有无畸形，尿道口有无充血，有无粘膜脱垂，阴道有无异常排泄物等。

肛门

注意肛门粘膜及周围皮肤是否正常，有无糜烂、丘疹、裂痕、出血、粘膜脱垂以及内、外痔等。腹痛、血便患儿，以及怀疑肛门、直肠或盆腔器官疾病者，应作肛门指检。

脊柱

注意脊柱有无弯曲、畸形、肿块、压痛及活动障碍。腰骶部正中线有无凹陷，色素沉着及集簇之毛发（隐性脊柱裂、皮样窦道、皮样囊肿）。

四肢（参阅关节疼痛、肢体运动功能障碍等章）。

注意有无功能障碍及畸形（如分支、并合、指趾过度细长、马蹄内翻足、平跖足、骨骺端肥大、肢端巨大畸形等），有无杵状指趾、毛细血管搏动、紫绀、苍白、水肿、萎缩，关节有无红肿、压痛、功能障碍、挛缩等。

神经系统

一、一般检查：

（一）意识：清楚、嗜睡、蒙眬、半昏迷、昏迷、错乱（有意识不清者，必须注意呼吸、脉搏、体温、血压、瞳孔等变化）。

（二）对外反应：安静、烦躁、淡漠、恐惧。

（三）面部表情：忧郁、愉快、萎靡、兴奋。

（四）智力：明慧、呆滞、痴愚。

二、运动功能：

注意肢体主动、被动运动的能力及限度（从远端到近端分别检查各关节），肌肉有无萎缩、假性肥大，肌张力有无减低或增高（应在肢体放松的情况下作二侧对比）；有无共济运

动障碍及不自主运动（震颤、扭转、舞蹈、手足徐动、抽搐）。

肌张力减低，见于下运动神经元病变、肌病、小脑病变、新纹状体（尾状核及壳部）病变、低钾血症、深度昏迷、乳幼儿重症营养不良以及上运动神经元损害的脊髓休克期；肌张力增高，见于上运动神经元病变、旧纹状体（苍白球）病变、低钙血症、低镁血症、破伤风等。出生3个月以内的正常小儿，肢体屈肌张力可较高，属生理现象。

共济运动：可观察患儿日常生活中肢体动作的灵敏性和准确性（包括打结、解扣、写字等精细动作）并可作指鼻试验、跟膝胫试验、手腕轮替运动、及闭目站立试验（Romberg氏试验）等。

共济运动失调见于小脑病变、前庭器官病变及深感觉障碍。于小脑性共济运动失调，视觉不能协助平衡，而由前庭器官病变及深感觉障碍引起者，视觉可部分地加以补偿，因此闭目与张目时差异较大。

三、颅神经检查：

（一）第Ⅰ对，嗅神经：先检查鼻腔是否通气。然后掀压一侧鼻孔，以丁香油、松节油或薄荷油等分别置于左右鼻孔前进行试验（不可使用氨水、酒精等刺激性较强的液体）。

嗅觉减退或缺失见于嗅区粘膜萎缩、颅底骨折、额叶底部肿瘤等。

（二）第Ⅱ对，视神经：

1. 视力：乳儿视力障碍的表现为：

（1）对周围物件不注视，眼球不能随光源或玩具转动。

（2）眼球无目的性、不停地转动。

（3）对母亲笑容无表情。

（4）对突然接近眼部的手指无瞬目动作。学龄前儿童或学龄儿童可在不同距离辨认手指数目或使用视力表。

2. 视野：对幼年小儿，检查者可用手或玩具自其头后向前方正中移动以约略估计患儿的视野。学龄儿童可使用视野计。

3. 眼底：正常乳幼儿的视神经乳头可较年长儿童及成人为小，色泽较淡，生理凹陷较浅，黄斑部中心凹反光可不明显，均属生理现象。

在凶门未闭合之前，虽有颅内压增高，视神经乳头水肿常不明显。

（三）第Ⅲ对，动眼神经；第Ⅳ对，滑车神经；第Ⅵ对，外展神经：观察有无眼睑下垂、睑裂变小、眼球运动障碍、斜视及瞳孔变化等。

1. 动眼神经麻痹：上睑下垂、眼球外斜，眼球向内、向上、向下活动受限，瞳孔扩大，对光反应及调节反应均消失，并有复视出现。

2. 滑车神经麻痹：轻度内斜视，眼球向下、向外转动障碍，向下看时出现复视。

3. 外展神经麻痹：出现内斜视，眼球向外运动障碍，复视。

（四）第Ⅴ对，三叉神经：三叉神经麻痹的临床表现为：

1. 面部皮肤、结膜、角膜、口腔粘膜和鼻粘膜感觉减退或消失，伴有角膜反射减弱或消失。

2. 颞肌、咀嚼肌收缩无力或瘫痪，张口时下颌向病侧偏斜（由于病侧翼状肌瘫痪，对侧翼状肌的收缩将下颌推向病侧），双侧麻痹时，咀嚼、闭口困难，下颌反射消失。