

ERKE ZHENGZHUANG
JIANBIE ZHENDUANXUE

儿科 症状鉴别诊断学

主编 秦玉明 贲晓明

 科学技术文献出版社

儿科症状鉴别诊断学

主 编	秦玉明	贵晓明				
副主编	黄松明	周晓玉	陈红兵	方拥军		
编 者	方拥军	王 燕	王来栓	王凤鸣	平 鸚	
	冯宗太	孙中厚	李 萌	李 娟	李 军	
	刘倩琦	刘志峰	刘成军	安新江	汪 薇	
	吴玉新	陆亚东	陈燕玲	陈红兵	何祖蕙	
	张爱华	俞海国	钟天鹰	周晓玉	贵晓明	

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

儿科症状鉴别诊断学/秦玉明, 賁晓明主编. -北京: 科学技术文献出版社, 2009. 2
ISBN 978-7-5023-6148-8

I. 儿… II. ①秦… ②賁… III. 小儿疾病-鉴别诊断 IV. R720.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 162309 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720, (010)51501722(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 薛士滨

责 任 编 辑 杨 光

责 任 校 对 赵文珍

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 富华印刷包装有限公司

版 (印) 次 2009 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 921 千

印 张 40.5

印 数 1~4000 册

定 价 89.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换。

前 言

儿童处在不断生长发育阶段,所患疾病的临床症状也有其特有的多样性及复杂性。由于病情、病期的不同,同一种疾病可有不同的临床表现,不同的疾病又有相似的症状、体征,这些都易造成临床诊断上的困难。鉴别诊断是正确诊断疾病特别是诊断复杂疾病的重要步骤。目前,有关儿科鉴别诊断的新著作也有许多,但大多是一个症状下面罗列了许多疾病,有时并不能真正符合临床上做出正确诊断的思维过程。本书从临床诊断思路出发,力求从某一症状开始最终能够得出临床诊断。其中包括每一症状的发生机制、诊断思路、不同伴随症状的相关疾病以及有相似症状疾病的鉴别诊断。在书中的第三部分,提供了儿科症状鉴别诊断相关的实验室检查,并描述了实验室检查及其与相关疾病的关系,与临床紧密结合。本书旨在帮助各级临床儿科医师广开思路,在错综复杂的临床表现中,通过综合分析,逻辑思维,达到全面、准确的诊断目的。

本书涉及临床儿科一般症状与专科症状的鉴别诊断思路与相关实验室检查措施,编写的人员较多,各部分内容的深度和广度可能并不一致。限于作者的编著水平,书中仍不免有不足,甚至谬误之处,诚望读者批评指正。

秦玉明 贡晓明

目 录

第一部分 一般症状鉴别诊断学

第一章 发热	3
第二章 呕吐	28
第三章 水肿	43
第四章 发绀	57
第五章 休克	80
第六章 啼哭	96

第二部分 专科症状鉴别诊断学

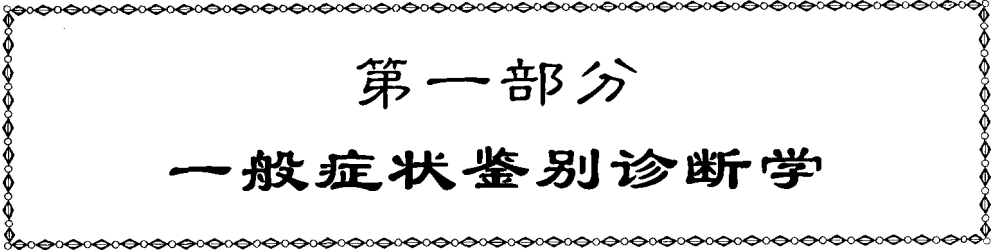
第一章 新生儿疾病	105
第一节 新生儿发热	105
第二节 新生儿呼吸困难	114
第三节 新生儿黄疸	128
第四节 新生儿呕吐	140
第五节 新生儿惊厥	149
第六节 新生儿哭闹	163
第七节 新生儿皮疹	167
第八节 新生儿体重异常	176
第二章 呼吸系统疾病	184
第一节 咳嗽	184
第二节 呼吸异常	204
第三节 胸痛	220
第四节 咯血	229
第五节 肺部肿块	236
第三章 循环系统疾病	245
第一节 心脏杂音	245
第二节 心律失常	263
第三节 心脏增大	275
第四节 心脏异位	289
第五节 高血压	292
第四章 消化系统疾病	301

第一节 腹泻	301
第二节 腹痛	308
第三节 呕血	312
第四节 便血	323
第五节 腹水	334
第六节 肝脏肿大	342
第七节 腹部包块	357
第五章 泌尿系统疾病	374
第一节 血尿	374
第二节 蛋白尿	396
第三节 尿量异常	407
第四节 遗尿	420
第六章 神经系统疾病	429
第一节 头痛	429
第二节 眩晕和头昏	440
第三节 晕厥	445
第四节 热性惊厥	454
第五节 脑性瘫痪	458
第六节 意识障碍和昏迷	462
第七节 注意缺陷多动障碍	470
第八节 抽动障碍综合征	474
第九节 癫痫	476
第十节 瘫痪和无力	484
第七章 血液系统疾病	492
第一节 贫血	492
第二节 出血倾向	499
第三节 肝脾肿大	506
第四节 淋巴结肿大	510
第五节 纵隔肿块	516
第八章 内分泌系统疾病	522
第一节 肥胖	522
第二节 身材矮小	531
第三节 性早熟	538
第四节 性发育延迟	544

第三部分 实验室检验与鉴别诊断学

第一章 血液学检验	553
-----------	-----

第二章 免疫学检验.....	573
第三章 临床化学检验.....	582
第一节 肝脏疾病化学检验.....	582
第二节 肾脏疾病的实验室检查.....	587
第三节 心脏损伤的检查.....	593
第四节 胰腺外分泌功能检查.....	595
第五节 糖代谢检查.....	596
第六节 血脂类检查.....	598
第七节 蛋白质检查.....	599
第八节 电解质检查.....	602
第九节 血气分析.....	604
第十节 常见微量元素的测定.....	606
第十一节 微生物学检验.....	608
第十二节 尿液分析.....	611
第十三节 粪便检查.....	620
第四章 分子生物学检验.....	624



第一部分

一般症状鉴别诊断学

第一章

发 热

发热是指体温异常升高。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 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ ，个体的正常体温略有差异，但当体温超过基础体温 1°C 时，可认为发热。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。临床上常将发热持续超过 2 周或以上称为长期发热。长期发热可分为长期高热、长期低热、长期反复发热。

【机制】

发热是由于致热原对下丘脑温度调节中枢的刺激，将温度调节点水平提高，但其外周温度调节机制，即产热与散热功能虽相应提高，但仍保持正常。许多因子可引起发热，包括细菌及其内毒素、病毒、真菌、螺旋体等微生物，免疫反应，激素如孕酮、药物、尿酸盐等，多而复杂，统称为外热原(exogenous pyrogen)。近年来主要通过动物实验证明，发热是外热原通过内热原(endogenous pyrogen)作用于下丘脑引起的，而白细胞介素-1(interleukin-1, IL-1)是内热原的主要成分，但不是惟一的内热原。最近发现肿瘤坏死因子(TNF)与干扰素也是在内热原之列。

临床上因疾病不同所引起发热的机制也不完全相同。

1. 感染性发热 病原体等抗原激活单核细胞而产生和释放的内热原是引起感染性发热的主要原因。由于发热是个体对感染的反应，通过观察体温变化规律，可为疾病诊断提供线索，所以，在未弄清病情之前，应慎重使用退热药。

2. 无菌性组织损伤的炎症 如心肌、肺、脾等器官的梗死以及大面积损伤等，可产生和释放致热原，从而导致发热，这与手术后的吸收热性质类似。

3. 变态反应 不论是速发或迟发型变态反应均可引起发热。血型不合的输血、药物以及各种免疫性因素致红细胞溶解时所释放的免疫复合物也可激活单核-巨噬细胞产生内热原，致使体温升高。

4. 恶性肿瘤 遭受恶性肿瘤破坏的炎性病灶和肿瘤本身的免疫反应可以引起发热。癌细胞也可产生致热原。由于代谢旺盛,同时存在的溃疡和感染,往往也是肿瘤的发热原因。白血病的发热与代谢旺盛和白细胞破坏后产生的内热原有关。

5. 产热、散热异常 产热增多主要见于强烈运动后、癫痫持续状态和甲亢危象时,一般持续不久。广泛性皮肤病、阿托品中毒时出汗功能障碍,因散热减少也可引起发热。大量失水、失血,由于血容量减少、散热少常出现“脱水热”。某些先天性心脏病患儿在心力衰竭阶段由于皮肤水肿引起散热减少,也可引起发热。

【病因】

(一)急性发热

常以感染性疾病为多见,一般病程较短。临床上常见的是呼吸道疾病、消化道疾病以及某些急性传染病,诊断一般较为容易。

(二)长期发热性疾病及慢性低热性疾病

1. 感染性疾病(约占 40%) 包括细菌、病毒、寄生虫、支原体、真菌、螺旋体以及立克次体。

2. 结缔组织病与变态反应性疾病(约占 20%) 包括系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、少年型类风湿性关节炎、结节性非化脓性脂膜炎、皮肌炎、Wegner 恶性肉芽肿病、风湿热、血清病、皮肤黏膜淋巴结综合征、血管性免疫母细胞淋巴结病。

3. 血液病与恶性肿瘤(约占 20%) 各型白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病,或神经母细胞瘤等。

4. 神经系统疾病(约占 10%) 中毒性脑病、颅脑损伤、大脑发育不全、间脑病变、脑炎后遗症、蛛网膜炎等。

5. 其他(约占 10%) 药物热、高钠血症、朗格汉斯组织细胞增生症、结节病、免疫缺陷病如慢性肉芽肿、亚急性坏死性淋巴结病、烧伤、骨折、血肿、血管内栓塞、暑热症、夏季低热、无汗性外胚叶发育不良、抗生素引起的菌群失调、甲状腺功能亢进、变态反应病与结缔组织病、肝硬变、原因不明肠炎、间脑综合征等。

【诊断】

(一)病史

详细询问病史往往对发热的诊断与鉴别诊断提供重要的线索,例如,发病的季节及流行地区,对诊断传染病与寄生虫病极为重要。年龄因素也必须考虑:胎儿生后 1~2 日内者需注意新生儿脱水热。6 个月内较少患麻疹。详细了解患儿近期有无接受活毒疫苗与异类血清而引起的特异性全身免疫病,以及服用广谱抗生素、肾上腺皮质激素及抗肿瘤药物等引起感染而致发热不退。要询问有关疾病的接触史,并了解家族中患病的情况,这些对儿童疾病

的诊断都有较大的帮助。中毒性痢疾、食物中毒的病儿发病前多有进食不洁食物史。对新生儿还需了解产妇(患儿母亲)的生产史及新生儿生后状态。对年长儿童要了解既往的健康状况及既往曾患疾病情况。

(二)热型

很多疾病具有特殊的热型,这些热型对鉴别诊断极有帮助。

1. 稽留热 高热持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 上下,达数天或数周之久,24小时内体温波动在 1°C 以内,可见于大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、斑疹伤寒等急性传染病的极期。

2. 弛张热 高热在24小时内波动达 2°C 或更多,多见于结核病、败血症、局灶性化脓性感染、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎、类风湿病、朗格汉斯细胞组织细胞增生症等。

3. 双峰热 高热曲线在24小时内有两次小波动,形成双峰。可见于绿脓杆菌败血症、大肠杆菌败血症、黑热病、恶性疟疾等。

4. 间歇热 体温突然上升达 39°C 以上,往往有恶寒或寒战,历时数小时后下降至正常,大汗淋漓,经一至数天以后又再突然升高,如此反复发作。可见于间日疟和三日疟。也可见于化脓性局灶性感染。反复呼吸道感染亦可有间歇发热。

5. 波状热 体温在数天内逐渐上升至高峰,然后逐渐下降至常温或微热状态,不久又再发热,呈波浪或起伏,可见布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、脂膜炎、周期热等。

6. 再发热 高热期和无热期各持续若干天,周期性相互交替;可见于回归热、鼠咬热等。

7. 双相热 即第一次热程持续数天,然后经一至数天的解热期,又突然发生第二次热程,持续数天而完全解热。可见于某些病毒感染,如脊髓灰质炎、麻疹、病毒性肝炎、天花、淋巴脉络丛脑膜炎、登革热等。

8. 不规则热 发热持续不定,变动并无规律。可见于流行性感、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、结核病、感染性心内膜炎、恶性疟、风湿热、类风湿等。

发热是疾病过程中一种反应,并且受到治疗的影响(解热药、肾上腺皮质激素和抗生素等)。因此,在经过治疗后,其发热曲线可能变为不典型。

(三)体格检查

在体格检查时,应观察面容、表情。面色苍白多见于白血病、肿瘤、风湿热、结核等;表情呆板淡漠见于颅脑疾病及全身重症疾病的中毒症状。皮疹的形态与分布有助于鉴别发疹性疾病、血液病、药物性发热、结缔组织病、风湿病与朗格汉斯组织细胞增生症等。出血性皮疹见于败血症、感染性心内膜炎、钩端螺旋体病、白血病、流行性脑脊髓膜炎。淋巴结质地、大小、分布、有无压痛及粘连,可鉴定急慢性感染、结核、肿瘤、白血病、传染性单核细胞增多症、免疫母细胞淋巴瘤、亚急性坏死性淋巴瘤等。有腹痛者,可见于腹腔结核、细菌性腹膜炎、腹型霍奇金病、全身型类风湿关节炎、结节性多动脉炎等。右上腹疼痛应考虑肝脓肿与胆囊炎。肋脊角压痛或饱满见于肾周围脓肿。巩膜及皮肤黄疸提示肝胆道疾病、巨细胞包

涵体病、系统性红斑狼疮、儿童类风湿、钩端螺旋体病等。肝、脾肿大见于伤寒、疟疾、黑热病、血吸虫病、结缔组织病、白血病。肝表面不平或伴压痛者,需注意肝癌与肝脓肿;伴关节痛者见于风湿热、儿童类风湿、败血症、布氏杆菌病、血清病、结核性与化脓性关节炎等。骨痛、肌肉痛者提示骨髓炎、白血病、肿瘤细胞浸润、深部肌肉脓肿。四肢肌肉有压痛者,见于结核性多动脉炎。有排尿困难、尿急、尿频者,须注意泌尿系统感染。发热伴寒战是由于某些致热原(抗原)作用于机体所引起,其中以某些细菌性感染与疟疾最为常见。寒战常见于败血症、大叶性肺炎、感染性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、急性胆道感染、急性肾盂肾炎、丹毒、钩端螺旋体病等。

(四) 实验室检查

包括血、尿常规、血沉等各种化验,种类繁多,应根据具体病例有选择性与目的性地进行,既不可过分信赖,也不可忽视实验室检查结果,都应该结合临床表现分析判断。

1. 一般检查 周围血细胞总数及分类 (1)白细胞总数增高:多见于急性全身或局部细菌感染。极度的白细胞增多见于白血病与类白血病反应;(2)白细胞总数减少:多见于病毒性感染,也见于某些细菌感染(如伤寒、副伤寒、结核病的某种类型)、某些寄生虫病(如黑热病、疟疾)、贫血、再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症、粒细胞减少性白血病、恶性组织细胞病、药物中毒(如安乃近、磺胺制剂、环磷酰胺等)、营养不良等;(3)中性粒细胞核左移与中毒性变化:中性粒细胞核左移现象可分为两种。一种是由于骨髓功能受抑制,白细胞总数减少,并有杆状核中性粒细胞增多的左移(变质性左移),可见于伤寒、副伤寒、波状热、流行性感冒等。另一种是白细胞总数增多,并有各阶段未成熟的中性粒细胞增多的左移(再生性左移),可见于各种化脓性感染、白喉、钩端螺旋体病、乙型脑炎等;(4)中性粒细胞中毒性变化表现的下列几种改变:细胞核固缩、变形;胞浆颗粒变粗、染色较深(中毒颗粒);胞浆内出现嗜碱包涵体即所谓朵尔(Dohle)小体。中毒性变化主要是中毒性颗粒,可见于严重细菌性感染发病2~3天之后,也可见于外因性中毒和恶性肿瘤;(5)嗜酸粒细胞计数:发热兼有明显的嗜酸粒细胞增多,见于急性血吸虫病、肺吸虫病、华支睾吸虫病、钩虫病、蠕虫移行症、胆道蛔虫病、旋毛虫病、棘球蚴病等寄生虫病、嗜酸粒细胞增多症、过敏性疾病、淋巴网状细胞肉瘤、先天性再生障碍性贫血、慢性粒细胞性白血病、嗜酸粒细胞性白血病、家族性嗜酸粒细胞增多症、天疱疮、结节性多动脉炎、多形性红斑、肿瘤、脾切除后等。在伤寒时,嗜酸粒细胞消失是一个有力的诊断支持点,它对伤寒与其他急性传染病的鉴别诊断极有帮助,但轻症伤寒血中嗜酸粒细胞仅有减少;(6)淋巴细胞计数:绝对淋巴细胞增多见于百日咳(痉咳期)、风疹、幼儿急疹、传染性单核细胞增多症、传染性淋巴细胞增多症、淋巴细胞性白血病与淋巴细胞型类白血病反应、淋巴肉瘤等。相对淋巴细胞增多,见于某些病毒性感染(如急性淋巴细胞脉络丛脑膜炎、急性病毒性肝炎)、伤寒、副伤寒、布氏杆菌病、恶性组织细胞病、粒细胞缺乏症、再生障碍性贫血等;(7)单核细胞计数增多:在感染过程中出现单核细胞增多时,如合并中性粒细胞增多,提示炎症尚在活动,如合并淋巴细胞增多,则提示炎症趋向消退。轻度或中度单核细胞增多,可见于活动性结核病、感染性心内膜炎、黑热病、疟疾等。在单核细胞性白血病时,有特别显著单核细胞增多,且出现大量形态不正常,幼稚的和原始的单核细胞。

2. 红细胞沉降率(血沉) 血沉加速主要是由于血浆纤维蛋白原和球蛋白增多以及白蛋白减少。病理性的血沉加速,最常见于炎症、结缔组织病、恶性肿瘤、中毒、严重的肝脏病以及贫血。急性黄疸性病毒性肝炎血沉多不加快,故可有助于与黄疸性钩端螺旋体病相鉴别。伤寒早期血沉也不加快,有助于与败血症鉴别。血沉对慢性发热的鉴别诊断有意义,若其他检查虽然正常,而反复多次检查血沉均加快,不能以功能性疾病来解释,则必须考虑某些胶原性疾病,其中以结核病与恶性肿瘤尤应注意。结缔组织病血沉有明显加速。血沉也是评价风湿病与结核病活动程度的良好指标。

3. 尿常规及尿培养检查 对泌尿系统疾病往往可以提供某种线索。对于长期发热又找不到原因的患儿一定要进行尿培养,而且要连续数次。

4. 大便检查 检查虫卵及阿米巴原虫有助于发现寄生虫病,细胞成分的发现有助于肠炎、细菌性痢疾的诊断。

5. 血(或骨髓)培养 原因未明的发热并具有感染性血象(或骨髓象)者,是血(或)骨髓培养的指征。长期应用广谱抗生素(或抗癌药物)与激素治疗的病例,如有原因不明的发热,要注意真菌感染或某些条件致病菌(如厌氧杆菌)感染的可能性,在此情况下不同条件的血培养不可省略。

6. 血清学检查 血清学检查对发热的诊断有一定价值,如肥达反应、外斐反应、钩端螺旋体病的凝集溶解试验、流行性乙型脑炎的补体结合试验、风湿病的抗链球菌溶血素“O”试验、系统性红斑狼疮的抗核抗体试验、传染性单核细胞增多症的嗜异凝集试验等。病毒性感染、支原体感染,采取急性期与恢复期双份血清标本,如血清中抗体效价呈4倍以上增长者均有诊断价值。

7. 特异性快速诊断 某些感染性疾病,如病毒感染,包括呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒、支原体感染等,可采取直接免疫荧光法、间接免疫荧光法、酶联免疫吸附试验(ELISA)等进行快速特异性诊断,这对流行病学调查及治疗观察均有重要价值。

(五)器械检查

1. X线检查 X线检查对发热诊断有重要价值。长期发热患儿应常规进行胸部X线透视或摄片。近年来CT、磁共振在临床上的应用,显示它对腹腔内及胸部病变的诊断有重要价值。它们对膈下、腹腔深部隐蔽性脓肿,尤其能发现腹膜后病灶如淋巴瘤、脓肿等均有重要价值。放射性核素亦可用于长期不明原因的诊断与追踪。

2. 超声检查 肝胆、心脏、心包的超声检查比CT、磁共振成像简便易行,检查费用便宜,而且易行。

3. 活组织检查 活体组织检查是有效诊断方法之一,如肝穿刺活组织检查,淋巴结核及皮损及皮下结节活体组织检查均较安全。骨髓检查简单易行,对白血病、恶性组织细胞病等具有决定诊断价值。

(六)诊断思路

对于一个以发热就诊的患儿,首先应明确发热的持续时间,是急性发热还是长期发热。

如果是急性发热,应首先考虑临床上常见疾病。但这并非绝对,因为也可能是某些长期不明原因发热的开始表现。在长期发热的鉴别诊断中,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。要仔细检查患儿是否伴有其他系统的症状或体征,如:呼吸道、消化道、泌尿道等,尤其应注意是否伴有皮疹,可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。检查全血细胞计数及分类计数以及白细胞形态,还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反应性蛋白测定,用于明确细菌抑或病毒感染,对治疗很有帮助。长期低热病例的诊断必须作长期动态观察与全面反复检查。患者应每日定时测量体温2~4次,连续2星期,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。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。必要时才考虑治疗性试验。关于治疗性试验,如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。但是,对大多数发热病例来说,治疗性试验并无诊断价值。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。例如抗生素治疗能使感染性心内膜炎患者暂时退热,血培养阴性,造成误诊,且因治疗不彻底而影响其预后,造成不良后果。

【相关疾病】

(一)急性发热伴皮疹

1. 麻疹(measles rubeola)

【临床特点】常有接触史,前驱期3~5天,发热、上呼吸道卡他症状、结膜炎、鼻炎、咳嗽。一般在发热的第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。皮疹并不断密集,有不同程度融合,疹间可见正常皮肤。一般在发热最初2~3天,皮疹出现前,于口腔颊黏膜出现小的白色的麻疹黏膜斑(Koplik斑),具有早期诊断的价值。

【鉴别诊断要点】应当考虑鉴别的疾病有猩红热,其皮疹特点不同,皮肤呈弥漫性充血、传染性单核细胞增多症和某些肠道病毒感染、风疹、幼儿急疹(热退后出疹)、弓形虫病、药疹(皮肤发痒较明显)、川崎病(为多形性皮疹)。

2. 风疹(rubella)

【临床特点】前驱期半天或一天,表现为低热或无热,上呼吸道卡他症状轻。耳后和枕部淋巴结肿大、压痛。通常于发热第1~2日即出现淡红色小斑丘疹。出现迅速,一般由面、颈部延及躯干和四肢,往往第1日即布满全身。

【鉴别诊断要点】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。特别是注射麻疹疫苗后病情变轻的麻疹不易区别。耳后、枕部及颈后淋巴结经常肿大,对早期诊断有帮助。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(varicella, chicken pox)

[临床特点] 无前驱期,低热、全身不适常与皮疹同时出现。皮疹最初表现为丘疹,数小时后转为疱疹,2日后变成脓疱疹,第4日结痂。皮疹是分批出现,故同时可见到丘疹、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。

[鉴别诊断要点] 应注意与其他病原体,如单纯疱疹病毒、肠道病毒(皮疹少且无结痂)或金黄色葡萄球菌(脓疱病,皮损少,多在口周或外周,抗生素治疗有效)等引起的疱疹性皮肤病损害,以及药物反应、昆虫叮咬等相鉴别。

4. 幼儿急疹(roseola infantum)

[临床特点] 发病急骤,体温突然升高,多在 39°C 以上,一般持续3~5日后体温骤降,可能是柯萨奇病毒B₅引起。皮疹多出现于体温骤降之后,少数于热度将退时出疹。皮疹类似麻疹与风疹,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日消退,不脱屑,不留色素沉着。

[鉴别诊断要点] 皮疹类似麻疹与风疹,呈玫瑰色细小斑丘疹,但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。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(scarlet fever)

[临床特点] 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。于皮肤皱褶处,皮疹密集,色深红,间有针尖大之出血点,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。病程一周后皮肤开始脱屑,可显手套袜套状脱屑。

[鉴别诊断要点] 疹间皮肤潮红,“帕氏征”,呈杨梅舌,可显手套袜套状脱屑。

6. 流行性脑脊髓膜炎(ESM)

[临床特点] 前驱期1~2天,症状体征有发热、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。此期血培养多为阳性,脑脊液可能正常,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。

[鉴别诊断要点] 应与血小板减少性紫癜、过敏性紫癜相鉴别。经部分治疗后细菌不易检出,或有脑炎症状者应与有关中枢神经系统感染性疾病鉴别。慢性败血症则应除外发热、发疹性疾病,慢性脑膜炎常见为结核性,也偶见霉菌感染,应注意鉴别。

7. 伤寒

[临床特点] 一般体温渐升,第5日达高峰,部分病儿起病后4~15日,腹、胸、腰、背出

现散在的斑丘疹。诊断还可根据临床表现,流行病学情况,化验检查,经血培养或肥达反应确诊。

[鉴别诊断要点] 下列几种疾病在小儿时期易与伤寒相混淆。(1)其他沙门菌感染:多发生于婴幼儿,腹泻者较多,血、粪培养及血清凝集反应可资鉴别。(2)败血症:起病急,常伴发冷或寒战,体温弛张或持续高热,脉率快,皮肤黏膜常见瘀点,白细胞及中性粒细胞多增高,血培养可资鉴别。(3)风湿热:有咽部感染史、关节痛、心脏症状及抗“O”阳性等。其他需要鉴别的有类风湿关节炎全身型、粟粒性结核、急性血吸虫病、疟疾、斑疹伤寒等。

8. 流行性出血热

[临床特点] 发热期病人颜面潮红呈酒醉貌,腋窝部出现点状或线条状出血性皮疹,亦具有诊断价值。上述各种典型的皮疹,对发热病因有重要的鉴别诊断价值。应指出的是,急性传染病的皮疹与发热时应注意与药物热和药物性皮疹进行鉴别。能引起药物热和皮疹的药物较多,并随着新药种类的增多而增多。药物热是机体对药物的一种超敏反应,常与特异性体质有关。药物热一般在用药后一周出现,常伴有皮疹。因此,必须结合临床与化验全面分析,综合判断最后做出诊断。

[鉴别诊断要点] 流行性出血热的确诊除了临床诊断依据以外,还需依靠特异性抗原检查。可用单克隆抗体直接免疫荧光法(查白细胞内抗原)、反向间接血凝法、反向乳胶凝集法。特异性抗体检查包括 IgM、IgG,一般应用间接免疫荧光法、酶联免疫吸附试验(ELISA)和反向被动血凝抑制试验等方法。非典型与特殊类型病例需同以下疾病鉴别:(1)急性发热性疾病如上呼吸道感染、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、伤寒和败血症等;(2)肾脏疾病如急、慢性肾炎、肾盂肾炎等;(3)血液病如血小板减少性紫癜、急性白血病、传染性单核细胞增多症;(4)急腹症如胆囊炎、阑尾炎及腹膜炎等。

9. 肠病毒感染(enteroviral infections)

[临床特点] 最常见的是埃可病毒和柯萨奇病毒感染,前驱期 3~4 日,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

[临床特点] 表现为皱褶处皮肤糜烂,会阴、肛门,腋窝、指趾间的潮红并糜烂;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。

[鉴别诊断要点] 从正常人的皮肤、口腔或粪便中偶可分离出白色念珠菌,但无任何症状,因此不能诊断为白色念珠菌病。由于鹅口疮具有典型的临床表现,易于诊断,故临床上常以此为线索,再结合病史及其他临床表现等,全面分析后作出诊断。特别要注意使用多种抗生素后反致病情恶化者,应警惕本病。除鹅口疮外,其他念珠菌病往往无典型的临床表现,且不一定并发鹅口疮,所以不易诊断,须借助于真菌检查及其他特殊检查等。