

小儿症状鉴别诊断

任玉堂 编著



山西人民出版社

小儿症状鉴别诊断

任玉堂 编

责任编辑 赵玺如

*

山西人民出版社出版 (太原并州北路十一号)

山西省新华书店发行 山西新华印刷厂印刷

*

开本: 787×1092 1/32 印张: 11.75 字数: 248千字

1981年8月第1版

1985年10月第2版 1985年10太原第2次印刷

印数: 14,001—23,100册

*

书号: 14088·137 定价: 1.85元

前 言

小儿是祖国的未来，保护儿童身心健康，是我们每个医药卫生人员，尤其是妇幼工作者的神圣职责。小儿不少的疾病发病急促，必须进行及时治疗，而合理有效的治疗，来源于正确的诊断。正确的诊断是合理治疗的前提，只有情况明，才能做到决心大，方法对，疗效好。

本人从事儿科临床工作多年，学习了大量的有关小儿诊断方面的知识，并积累了点滴诊断经验。在同志们的鼓励和支持下，我把自己实践中一些粗浅体会，以理论结合实际的方法，写成这本小册子。初稿广泛征求了有关方面的意见，然后进行了认真修改、补充。但是，由于自己临床经验不多，理论水平不高，缺点错误在所难免，恳切希望广大读者批评指正。

本书从小儿常见症状入手，探求可能发生的疾病。在写法上，着重常见病和多发病，对这些病较为详细叙述；少见病则略加提及或仅在鉴别诊断中提出。重点介绍各病的临床特征及诊断要点，以便从相同之中找不同，进而提高对儿科疾病的诊断能力。

本书编写过程中，得到我工作的医院党组织的重视和支持，中山医学院叶彼得教授和中华医学会山西分会儿科学会积极帮助审查，并提出了修改意见，宋玉江、范瑛、曹淑贞

等同志协助誊抄，在此一并深表谢意。

作者 于晋中地区第一人民医院

1980年12月

再 版 说 明

本书出版后，得到不少读者的关怀与支持，并提出一些宝贵的修改意见，对此作者深表谢意。这次再版，作者对每章都有所改动，并增写“贫血”一章。书中一定还存在着不少缺点与错误，希望读者提出批评。

作 者

1985年1月

目 录

第一章	发 热	(1)
第一节	内生体温	(1)
第二节	体温的调节及其生理性变异	(2)
第三节	发热的程度与热型	(4)
第四节	发热对机体的影响	(5)
第五节	发热的病理生理	(6)
第六节	发热的诊断要点	(8)
第七节	小儿常见发热疾病	(10)
第二章	惊 厥	(41)
第一节	惊厥的病理生理	(41)
第二节	惊厥对全身代谢的影响	(42)
第三节	惊厥的表现	(43)
第四节	惊厥的诊断	(44)
第五节	小儿常见惊厥疾病	(46)
第三章	昏 迷	(71)
第一节	意识和昏迷	(71)
第二节	昏迷的发病机理	(73)
第三节	昏迷的诊断	(76)
第四节	小儿常见昏迷性疾病	(81)
第四章	头 痛	(107)
第一节	头痛的发病机理	(107)
第二节	头痛的病因及分类	(108)

第三节	头痛的诊断·····	(109)
第四节	小儿常见头痛疾病·····	(113)
第五章	瘫痪·····	(139)
第一节	瘫痪的类型·····	(139)
第二节	瘫痪的诊断·····	(142)
第三节	小儿常见瘫痪疾病·····	(145)
第六章	呕吐·····	(158)
第一节	呕吐的病理生理·····	(158)
第二节	呕吐的诊断·····	(159)
第三节	小儿常见呕吐性疾病·····	(163)
第七章	腹痛·····	(176)
第一节	腹痛的发病机理·····	(176)
第二节	腹痛的诊断·····	(177)
第三节	小儿常见腹痛性疾病·····	(182)
第八章	黄疸·····	(207)
第一节	正常胆红素代谢·····	(208)
第二节	黄疸的发生机理及病因·····	(210)
第三节	黄疸的诊断·····	(242)
第九章	水肿·····	(247)
第一节	病理生理·····	(247)
第二节	水肿的诊断·····	(250)
第三节	常见水肿性疾病·····	(252)
第十章	血尿·····	(260)
第一节	血尿原因·····	(260)
第二节	血尿诊断·····	(261)
第三节	常见的血尿疾病·····	(265)
第十一章	皮疹·····	(279)

第一节	小儿皮疹的诊断.....	(279)
第二节	小儿常见皮疹性疾病.....	(282)
第十二章	贫 血.....	(308)
第一节	贫血的病因及分类.....	(309)
第二节	贫血的临床表现.....	(313)
第三节	贫血的诊断.....	(314)
第四节	小儿常见贫血性疾病.....	(321)
附录:	小儿常用临床检验正常值.....	(344)
一、	血液.....	(344)
二、	血液生化.....	(345)
三、	尿液.....	(351)
四、	脑脊液.....	(355)
五、	胃液.....	(355)
六、	其它.....	(356)
病名索引		(357)

第一章 发 热

发热是最常见的症状之一，在儿科临床上约有35%以上的患儿因发热而就诊。然而导致小儿发热的疾病种类繁多，病因非常复杂。发热虽然是小儿病痛症状之一，但在大部分感染情况下，发热也是机体的一种保护性防御机制，因此，对发热也必须进行辩证的分析。见热就退，简单地抑制或消除发热，也必然给病儿的诊断、治疗造成不良后果。即便是发热导致某些不适时，对症治疗也必须权衡其利弊。首先是发热可对机体有保护作用；其次是对症治疗的危害可能超过发热的危险；其三是这次重要的诊断性症状的消失，并不说明就是症状的好转。下面就有关体温及小儿常见的发热性疾病加以概述。

第一节 内 生 体 温

较低等的动物，就有调节体温的中枢神经系统中心，而且其体温控制在某些程度上是靠行为方法来达到的（如晒太阳、遮荫、改变体位等）。而代谢所产生的热未被充分利用，这些动物属于外源性体温，在很大程度上受周围环境温度变化的影响。

内生体温具有真正生存上的方便，可以来源于不断的有效的新陈代谢，而相对地不受周围环境改变的影响。增强代谢生热以供应内生体温的机制仍不清楚。高达30%的基础热的产生是从维持姿态的肌肉活动而来的。

另一个学说则强调钠泵是代谢热的来源。钠泵在所有细胞是普遍存在的，如增加其活动将产生大量的热，从而改变了钠的梯度但不改变其细胞功能。在外源性体温的生物中，甲状腺素的功能原是调节离子浓度的，而在内生体温动物却为产热的重要因素，如甲状腺功能亢进，可能是由于广泛增加钠泵的活动，增加了代谢热的产生而引起发热。在安静状态下，估计有25%至40%的氧耗是用于钠泵的活动。

此外，当中心体温过低时，在较高等动物则发展其各种解剖的、行为上和生理学方面的机制，以减少失热。如停止汗腺活动、减少皮肤血流、增加衣服、改变体位以减少外露的体表面积等。人类与其它生活于寒带中的动物相比，耐寒能力很差，因此着重地依靠行为上的措施而越冬。在新生儿，寒冷使棕色脂肪激活，其唯一功能是产生代谢热。

第二节 体温的调节及其生理性变异

人类由于具有调节体温的神经中枢以及复杂而完善的外围装置，所以属于恒温动物。大脑皮层是体温调节的高级中枢。视丘下部的灰白结节为体温调节的低级中枢，体温状态由下丘脑的“体温恒定 (Thermostate) 中枢”进行分析，而将总的情况传送至“调整点” (setpoint) 区，由它决定需要散热或增热。去甲肾上腺素和5-羟色胺在体温恒定中枢中是神经突触介质，乙酰胆碱在调整点中也起这种作用，调整点的神经元同样对钠、钙和某些前列腺分泌的浓度变化非常敏感。因血管调节、排汗、呼吸和代谢等中枢均位于此，它控制着机体产热（化学性体温调节）与散热（物理性体温调节）机能之间的平衡。成人体温可不致因外环境气温的影响而发生明显的变异，新生儿，尤其未成熟儿，因体

温调节中枢发育不全，体温调节机能不足，所以易受外界影响而发生变化。

体温调节分两方面：

一、化学性体温调节：是指机体的产热过程。热的产生主要来自食物分解代谢时的氧化作用，如蛋白质、脂肪和碳水化合物的燃烧；此外，各脏器的活动，尤其是肌肉和肝脏的活动亦使产热增加，故当小儿哭闹、运动、哺乳后体温均可能有些增高。

二、物理性体温调节：是指机体的散热过程。热的发散主要是借皮肤的辐射、对流与传导作用。皮肤水分的蒸发：出汗可以大量散热，无汗则可保存体内热量；呼吸时将吸入的空气加温，由肺脏蒸发水分；心搏增快，血流加速，则增强辐射与对流性散热；血管收缩，皮肤变白，则减少散热。反之，血管扩张，皮肤潮红，则增加散热；小部分热量还借排尿及排便而发散。

小儿时期正常体温可波动在一定范围，大致在 $36.4^{\circ}\text{C}\sim 37.3^{\circ}\text{C}$ 之间，短暂的体温波动，全身状况良好，又无自觉症状者，不一定为病态。在小儿可因多种原因，致生理性体温变异，如饭后、哭闹、运动、衣被过厚、室温过高等均可使体温暂时升高；反之，寒冷、饥饿、低热量饮食等又可使体温暂时降低。正常体温在24小时内也有变动，以上午2～6时为最低，下午5～7时最高，这是由于日间的肌肉活动多，新陈代谢旺盛，故体温较高；晚间肌肉静止，新陈代谢降低，故体温低。不过这种暂时性的升高或降低一般波动在 $0.5\sim 1^{\circ}\text{C}$ 以内。

一般采用以下三个部位测量体温：（一）口腔：口温为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，易受哭喊、进食、口腔炎症及吸入气温的影响。

响；（二）肛管：正常肛温比口温约高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，受下肢运动及肛门局部炎症的影响。此法较安全准确，小儿多采用；（三）腋下：腋温比口温约低 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ ，腋表卫生、简便。对可疑发热的小儿，要认真核实体温测量的准确性。

第三节 发热的程度与热型

发热是指病理性的体温升高，是人体对于致病因子的一种全身性反应。一般说来，口温在 37.3°C 以上，或肛温在 37.6°C 以上，或一昼夜间体温波动在 1°C 以上时，可认为是发热。所谓“低热”，是指体温波动在 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 左右（腋温），而“高热”时体温则在 39°C 以上或更高。长期发热是指发热时间在2周以上。根据发热的特异体温曲线，可分以下几种基本热型：

一、稽留热：多为高热，可持续几天或几周，24小时内体温波动在 1°C 以内，如大叶性肺炎、伤寒、副伤寒等。

二、弛张热：多为高热，24小时内体温波动在 2°C 以上，如败血症、结核病、化脓性疾病等。

三、间歇热：高热持续数小时，继而降至常温，经1至数天后又再突然升高。发热与常温成有规律的相互交替，如疟疾、化脓性局灶性感染等。

四、波状热：高热持续 $5\sim 8$ 天，继而退热数天，发热与退热有规律地相互交替，呈波浪式的起伏，如布鲁氏菌病、恶性淋巴瘤等。

五、不规则发热：发热持续时间不定，体温变化无一定的规律，如支气管性肺炎、流感、风湿热等。

因不同的疾病有不同的热型，故体温曲线对某些疾病的诊断颇有价值。但小儿时期的体温改变不似成人的典型，年

龄愈小，热型愈不典型。典型的热型需要经过一定的时间观察，对早期诊断帮助不大。特别随着医疗卫生事业的发展，患儿多能得到早期诊断和治疗，已使不少传染病的原有体温曲线不典型（如用了抗菌素后），因而就失去其原有的鉴别诊断意义。

第四节 发热对机体的影响

如上所述，发热是人体防御疾病和适应内外环境温度异常的一种代偿性反应，除了过高热、某些非感染性发热、或因长期发热造成机体过度消耗外，则不能把发热看作是对机体完全有害的过程。但若高热持续过久，使体内调节功能失常，则可严重威胁患儿的康复。病理性发热对机体的主要影响表现在：

一、高热使各种营养素的代谢增加，氧消耗量也大大增加。基础代谢率方面每当体温升高 1°C ，可增加13%。

二、发热时，由于氧消耗增加，患儿的心率以及脉搏亦呈比率性增加，体温每增加 1°C ，心搏约增快10~15次/分。另外，由于产热增加，需加速散热，结果表皮血管扩张，从而加重了心血管的负担。但在患伤寒、颅内压增高及某些心肌疾患时，虽有发热，但心率增加可低于上述比率，故呈相对性心动徐缓状态。

三、呼吸速率也每随着体温上升而加速，一般患儿体温升高 1°C ，呼吸增加9~11次/分。但在呼吸系统疾患时，可远超越此比率。

四、发热时，机体的生化过程改变更为复杂，往往出现负氮平衡，说明患儿发生自身蛋白的破坏。在严重发热疾患时，小儿很快表现为消瘦、虚弱，故防御感染的能力更行降低。

五、因长时间发热，患儿不能进食，体内缺乏热量来源，再加呕吐、脱水、血液浓缩等原因，脂肪代谢亦发生紊乱，甚至出现酮血症中毒。因肾功能减退，可致氮血症甚或尿毒症的发生。

六、高热使消化道分泌物减少，各种消化酶的活力降低，胃肠蠕动缓慢，故患儿常表现消化不良、食欲不振、腹胀或便秘等症状。

七、高热加速维生素C、维生素B₁的消耗，并使肝脏及血液中维生素A减少。

八、高热可使脑皮层过度兴奋，患儿表现为不安、烦躁、甚至抽风；或转为高度抑制，出现嗜睡、昏迷等。

由上可见，对高热患儿除去病因治疗外，有时给以症状疗法，如物理降温、药物降温亦属必要。

第五节 发热的病理生理

一、感染性发热：当感染刺激多形核白细胞，产生致热原并释放入组织和侵及下丘脑时，则引起发热。合成和释放这种“内源性致热原”是一种主动的代谢过程，并非受损细胞溶解所致。致热原的产生涉及到相当数量的代谢活动，而下丘脑引起体温的升高需要增加代谢活动。另外，有几种少见的情况，也能引起内源性致热原所引起的这种发热，如内毒血症、还原尿睾酮（Etiocholanalone）性发热及变态反应。但在体质虚弱者，代谢活动功能差，虽有严重感染，也可无发热，防御力就比较差。

二、非感染性组织破坏或坏死：与感染无关的外科发热主要是组织损伤、血液吸收以及血管栓塞后组织坏死所形成的产物被吸收有关，此种发热在术后历时数日，一般在38℃

左右。术后伤口局部红肿、发热超过一周不退或有上升趋势者，应考虑有续发感染的可能。

肿瘤的发热很可能同肿瘤组织坏死后被吸收以及细胞代谢的增加有关，何杰金氏病及白血病均可见间歇热或弛张热。白血病时有大量不成熟的白细胞生长破坏、基础代谢的显著增高可能为发热的主要原因。某些肿瘤细胞亦可产生内源性致热原。对粒细胞和白血病患者研究和在试管内的观察，发现单核细胞也可产生内源性致热原。各种内脏器管及机体的组织坏死均可造成发热。

肝硬变以及肝功能衰竭时，常有低热出现，可能与肝细胞坏死、解毒功能减退、或者肝脏对过滤细菌能力减退有关。各种溶血性贫血的急性期及各种出血性疾病，如血小板减少性紫癜、血友病以及坏血病等，均由于红细胞在体内的破坏及吸收，亦可造成发热。消化道大出血后，以及腹腔或胸腔出血后，由于血液的吸收，均可出现发热。严重贫血表现低热者亦不少，但在贫血治疗后发热可自然消失。

三、产热及散热的平衡失常：产热过多而散热的能力过低即发生平衡失常。肾上腺皮质功能亢进、甲状腺机能亢进致基础代谢增加的发热，即系产热过多。各种原因造成的惊厥或癫痫（特别是癫痫的持续状态），因肌肉长时间的痉挛，代谢突然增加，产生热量过多，亦可造成短时的发热；由于散热能力减低造成的发热，主要见于患皮肤病致使皮肤散热机能低下，如广泛性鱼鳞癣、广泛性皮炎的发热。严重脱水或失血时，由于血液循环量急剧减少，散热功能亦减少，因而致发热，婴儿脱水热为常见之症，此等发热随脱水纠正而消失。

四、过敏性反应及药物热：某些生物制品，如血清（白

喉抗毒素等)、异种蛋白(如疫苗、抗毒素及牛奶等)注入人体后可引起发热反应,其发生机理多为过敏之故。某些药物经常反复使用,对个别人也会引起药热反应。可致小儿发热反应较常见的有磺胺、青霉素、链霉素、合霉素、阿托品等。发热同时往往并发皮疹,停药后药热即告消失。发热的原因可能同药物与体内蛋白结合成为全抗原、其本身的毒性或其中所含的杂质有关。输液、输血时,偶因污染“热原”(系一种细菌毒素)输入体内后,经过短暂的潜伏期,即可引起患儿的寒战及发热反应。

五、神经及精神性发热:体温调节功能障碍可致发热,见于体温中枢尚未完善的弱小婴儿及中暑的小儿。很多颅内病变(脑出血、肿物、脑震荡等),由于调节中枢受累而引起产热和散热间平衡的失常而造成发热。深度安眠药中毒亦可影响体温调节中枢的功能而致高热。

六、胶原性疾病:此类疾病包括全身性红斑狼疮、类风湿病、过敏性紫癜、皮肤炎等。一般认为是人体的一种抗原抗体反应或变态反应现象,每可引起较长期的不规则发热。变态反应性发热可能有中间系统,即刺激淋巴细胞释放淋巴激活素(Lymphokine),作用于多形核白细胞而产生内源性致热原。

七、外源性发热:发热还可由于过度外源性热负荷而引起,如蒸气浴或高温作业区。特别在幼小婴儿,往往因穿着过多和取暖而致发热。此时下丘脑功能正常,散热机制极为活跃。

第六节 发热的诊断要点

发热的病因较为复杂,有时确诊甚为困难。一般应着重以下几点:

一 详询病史

(一) 季节与流行病学：发病地区及季节，对传染病及寄生虫病特别重要。如流行性脑脊髓膜炎（简称流脑）多发生在冬春季；流行性乙型脑炎（简称乙脑）、伤寒多见于夏秋；疟疾发生在有蚊子季节并在流行区；血吸虫病有严格的地区性并有疫水接触史等。

(二) 发病经过：败血症等急性感染多为高热，急骤起病；缓慢发病见结核、风湿热等。

(三) 热型：热型有助于鉴别诊断，如伤寒为持续性发热；早晚波动者见结核、败血症等；有规律升降如疟疾等；不规则热见风湿热、肺炎等。

(四) 伴随症状：有消化道症状者如伤寒、肝胆系统疾病；伴呼吸系统症状者见于肺炎、肺结核等；剧烈头痛、呕吐等可能为脑膜炎、脑炎等中枢神经系统感染。

二 全面的体格检查

从热型、皮肤、粘膜到神经系统各方面均需认真仔细检查，以免疏忽遗漏重要体征。如玫瑰疹的发现，对伤寒的诊断很有意义；肝脾肿大可见于多种热性病中，但风湿热（未累及心血管者）可不肿大。

三 血、尿、便常规在有条件者必须检查，这对帮助诊断发热疾病的重要性，自不必赘述。

四 根据需要，有条件者要选做必要的检查：如结核病人的X线检查；脑膜炎行腰穿化验脑脊液；伤寒、风湿热的血清学检查；败血症的细菌培养等。必要时尚得做其它化验与器械检查。

五 对无法查明原因的发热，可根据高度怀疑的疾病，谨慎地选择副作用最小，而又有特效的药物，并投给有效的