

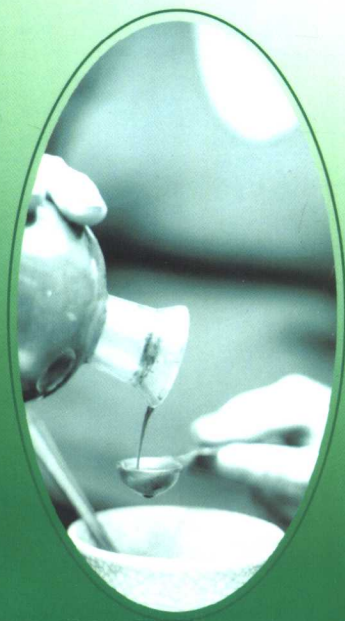


临床诊疗精要系列丛书

LINCHUANG ZHENLIAO JINGYAO XILIECONGSHU

儿科 诊疗精要

◎ 主编 姚裕家 贾苍松 母得志



军事医学科学出版社

ZHENLIAOJINGYAO

ERKE

ZHENLIAO

ZHENLIAO

JINGYAO

ERKE

ERKE

ZHENLIAO

JINGYAO

ERKE

◇ 临床诊疗精要系列丛书 ◇

儿科诊疗精要

主 编	姚裕家	贾苍松	母得志
者	(按姓氏笔划为序)		
	万朝敏	王 华	王 峥
	王晓琴	王增贵	邓建军
	邓思燕	母得志	乔丽娜
	伍金林	刘 震	刘汉旻
	华益民	向承发	朱易萍
	余 涛	吴 瑾	李 强
	李熙鸿	杨 凡	杨速飞
	汪志凌	肖侠明	陈 娟
	陈大鹏	周同甫	周晨燕
	罗 蓉	姚裕家	唐 军
	夏 斌	贾苍松	陶于洪
	高 举	董丽群	熊 英
	蔡晓唐	薛德厚	

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

儿科诊疗精要/姚裕家,贾苍松,母得志主编.

-北京:军事医学科学出版社,2006.10

(临床诊疗精要系列丛书)

ISBN 978-7-80121-865-0

I. 儿 II. ①姚… ②贾… ③母… III. 小儿疾病-诊疗
IV. R72

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第106134号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:京南印装厂

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:19.375

字 数:501千字

版 次:2007年4月第1版

印 次:2007年4月第1次

定 价:36.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书包含儿科各系统疾病的诊断与治疗,突出文字简明、实用性强的特色,使读者能较快掌握疾病的诊断与治疗,尤其是内容中的“处方选择”是本书的重点所在。本书适用于各级医疗机构的中青年医师,尤其适用于地(市)县、厂矿医院的儿科医师,社区(乡镇)医院的全科医师,医学院校实习医师,儿科研究生。

前 言

在现代医学科学技术已经取得很大进展的今天,从某种意义上讲,临床医学仍然是一门实践性、经验性很强的学科,对于各种疾病的诊断和治疗,在很大程度上仍然取决于临床医生的医学素质和临床经验。本书由四川大学华西第二医院(原华西医科大学附属第二医院)常年在临床第一线工作的专家教授和中青年医师负责撰稿,内容包含儿科各系统疾病,突出文字简明、实用性强的特色,使读者能较快掌握疾病的诊断、治疗要点,尤其是内容中的“处方选择”是本书的重点所在。“处方选择”为读者直接列举了治疗有关疾病的主要药物种类、名称、剂量、疗程,使读者阅读后能与实际工作紧密结合,学以致用;“经验指导”把作者多年来积累的临床体会写于其中,为读者提供诊治有关疾病的各种经验,特别是突出了在诊治过程中的注意事项,有利于防范医疗差错发生,为儿童健康提供服务。

本书适用于各级医疗机构的中青年医师,尤其适用于地(市)、县、厂矿医院的儿科医师,社区(乡镇)医院的全科医师,医学院校实习医师,儿科研究生。由于我们水平有限,不足之处在所难免,恳请读者批评指正。

姚裕家 贾苍松 母得志

2006年5月

目 录

第一部分 常见症状学和危重症

第一章	发热	(1)
第二章	呕吐	(10)
第三章	惊厥	(14)
第四章	婴幼儿啼哭	(20)
第五章	便血	(24)
第六章	腹痛	(28)
第七章	急性呼吸衰竭	(33)
第八章	充血性心力衰竭	(40)
第九章	心源性休克	(47)
第十章	心跳骤停	(51)
第十一章	急性肾功能衰竭	(57)
第十二章	感染性休克	(62)

第二部分 常见病的诊断和治疗

第十三章	新生儿疾病	(67)
第十四章	营养性疾病	(114)
第十五章	消化系统疾病	(131)
第十六章	呼吸系统疾病	(162)
第十七章	心血管系统疾病	(184)

第十八章	泌尿系统疾病	(228)
第十九章	血液/肿瘤疾病	(254)
第二十章	神经肌肉系统疾病	(362)
第二十一章	内分泌疾病	(418)
第二十二章	风湿性疾病	(447)
第二十三章	遗传及代谢性疾病	(464)
第二十四章	感染性疾病	(475)
第二十五章	寄生虫病	(546)
第二十六章	中毒病症	(567)
第二十七章	其他疾病	(590)

第三部分 常用诊疗技术

第二十八章	静脉穿刺	(601)
第二十九章	胸腔穿刺术	(603)
第三十章	腹腔穿刺术	(605)
第三十一章	骨髓穿刺术	(606)
第三十二章	腰椎穿刺术	(608)
第三十三章	硬脑膜下穿刺术	(610)
附录		(611)

第一部分 常见症状学和危重症

第一章 发 热

发热(fever)是小儿常见的症状,许多疾病均可引起发热。小儿时期的正常体温较成人稍高,因为小儿的新陈代谢较成人相对旺盛,体温调节中枢发育未完善,昼夜之间体温有一定的波动。通常晨间稍低,下午稍高,但波动范围不超过 1°C 。饮食、剧烈运动、哭闹、情绪激动、室温过高、衣被过厚等均可使小儿体温暂时性升高,这些不属于病理性发热。正常情况下肛表体温比口表体温稍高,腋表体温最低差异范围在 $0.3\sim0.5^{\circ}\text{C}$ 之间。随着体温升高,三者基本一致。

目前发热的分度尚未统一,一般以 $37.5\sim38^{\circ}\text{C}$ 为低热, $38.1\sim39^{\circ}\text{C}$ 为中度发热, $39.1\sim40.4^{\circ}\text{C}$ 为高热, 40.5°C 以上为超高热,低于 35°C 为体温过低。目前儿科临床多采用腋表测温。

按发热时间长短分,①短期发热。发热 <2 周,多伴有局部症状及体征;②长期发热。发热 ≥ 2 周,有的可无明显症状及体征,需实验室检查帮助诊断;③原因不明发热。发热持续或间歇超过3周,经体格检查、常规实验室检查不能确诊者;④慢性低热。低

热持续1个月以上。

发热常见热型有,①稽留热。热度在 39°C 以上,每天体温波动在 1°C 以内,可持续数天或数周;②弛张热。高热每日体温波动在 2°C 以上,但未回到正常;③间歇热。发热 39°C 以上,经数小时后降至正常,经1d到数天后又再次发热,如此反复发作;④不规则热。发热持续时间不定,体温波动较大,热型无一定规律;⑤双峰热。在24小时内有2次波动,形成双峰;⑥双相热。发热持续数天后,经1d至数天热退期,然后又发热数天,再次退热;⑦波浪热。体温在数天内逐渐上升至高峰后又逐渐下降至正常,经过一段时间间歇后,再次发生,反复持续呈波浪状。

【病因及发病机制】

不同病因的发热其发热机制各有不同。

一、感染性发热

感染性发热是发热的最常见原因,由各种病原体,如细菌、病毒、真菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、寄生虫及其代谢产物等外源性致热原所引起,可诱导机体宿主细胞、中性粒细胞、单核细胞等产生引起发热的递质,称之为内源性致热源。内源性致热源为白细胞介素-1、白细胞介素-6及肿瘤坏死因子等,当致热源进入血循环后,作用于血管内感受器或直接作用于下丘脑体温调节中枢而引起发热。

二、非感染性发热

1. 结缔组织与变态反应性疾病的发热系抗原-抗体复合物激活中性粒细胞,释放内源性致热源所致。

2. 肿瘤性疾病的发热可能是组织损伤部位的炎症反应中的白细胞及肿瘤坏死因子释放内源性致热源引起,也可能是肿瘤细胞的自身免疫因素激活白细胞释放内源性致热源所引起。

3. 产热过多如惊厥或癫痫持续状态的发热,由于肌肉抽搐,

短时间内产热量大于散热量而致发热。甲状腺功能亢进的发热,由于甲状腺分泌增多,基础代谢增高致产热过多,且产生的热量不能以高能磷酸化合物的形式储存,故导致体温增高。

4. 散热减少如广泛性皮炎、鱼鳞病、先天性外胚层发育不良汗腺缺乏症,由于汗腺功能缺乏,同时皮肤的辐射传导、对流的散热受到影响而出现发热。

5. 体温调节中枢功能失常如大脑发育不全、脑性瘫痪、颅脑损伤、颅内出血、暑热症可影响或损伤下丘脑体温中枢,致散热发生障碍出现发热。

6. 自主神经功能紊乱如功能性低热、感染后低热等,使自主神经功能紊乱,影响体温调节致发热。

【诊断要点及注意事项】

(一) 病史

对发热的诊断与鉴别诊断提供重要线索。

1. 详细询问病史,注意发病年龄、性别、季节、发病地区、传染病接触史、预防接种史。

2. 了解发热的缓急、高低、类型、时限规律性及发展过程。

3. 发热的伴随症状:

(1) 发热伴皮疹:见于败血症、川崎病、伤寒或副伤寒、风湿病、结缔组织病、药物热等。

(2) 发热伴淋巴结肿大:见于传染性单核细胞增多症、白血病、恶性淋巴瘤、淋巴结结核等。

(3) 发热伴肝、脾肿大:见于传染性单核细胞增多症、白血病、恶性淋巴瘤、结缔组织病、急性血吸虫病、疟疾、黑热病等。

(4) 发热伴关节痛:见于化脓性关节炎、结核性关节炎、变态反应性关节炎、药物过敏性关节炎等。

(5) 其他:发热伴昏迷、腹痛、黄疸、腹泻、脑膜刺激征等。

(二) 体格检查

体格检查必须系统和全面,防止重要遗漏。

1. 注意面容、表情、精神和意识状态、营养状况。
2. 皮肤有无皮疹、出血点、黄疸、皮肤及软组织的化脓病灶。
3. 眼、鼻、口咽、扁桃体红肿、外耳道分泌物。
4. 淋巴结肿大部位、大小、硬度、活动情况及有否压痛。
5. 心、肺部位异常体征。
6. 腹部情况:膨隆或舟状、腹肌张力及是否压痛、反跳痛,肝脾大小、性质、压痛否及腹部有否包块。
7. 肛门及周围有无炎症及外生殖器情况。
8. 脑膜刺激征及病理神经反射。

(三)辅助检查

辅助检查可补充病史与体格检查的不足,对诊断与鉴别诊断有重要意义,根据病情选做下列检查。

1. 血、尿、大便常规检查或细菌培养。
2. 血钠、血氯、血钾、血糖、尿酮体、血尿酸、肝肾功能检查、血气分析、血沉。
3. 影像学检查:脑、胸、腹 X 线,CT,MRI。
4. 心电图,超声心动图。
5. 脑电图、肌电图。
6. 骨髓检查及淋巴结、皮肤、包块活检。
7. 脑脊液、胸腔穿刺液、心包穿刺液、腹水、关节腔穿刺液的检查。
8. 特殊检查:细胞免疫,体液免疫,抗链球菌溶血素“O”(ASO),C-反应蛋白(CRP),类风湿因子(RF),肥达反应(WFR),TORCHES,EBV-IgM,G 试验,甲胎蛋白测定(AFP),酶联免疫吸附试验(ELISA),补体结合试验(CFT),血凝抑制试验(HIT),抗核抗体(ANA),梅毒反应(VDRL,VLSR,RPR),各种皮肤试验(PPD 皮试、肺吸虫皮试、包虫皮试等),酶学测定:肌酸磷酸激酶(CPK)、乳酸脱氢酶(LDH1-5)、碱性磷酸酶(AKP),支原体抗体 IgM、IgG,衣原体抗体 IgM、IgG 等。

【鉴别诊断】

(一) 短期发热

短期发热只要仔细询问病史、流行病学、传染病接触史,结合体征、实验室检查,诊断一般多无困难。常见:

1. 川崎病 发病以婴幼儿多见,发热 5 d 以上,伴①四肢变化。急性期掌跖红斑,手足硬性水肿,恢复期指(趾)端及肛周膜状脱皮;②多形性红斑;③眼结合膜充血,非化脓性;④唇充血皴裂,口腔黏膜弥漫性充血,舌乳头呈草莓舌;⑤颈部淋巴结肿大。伴 5 项中 4 项者,排除其他疾病即可诊断。如 5 项中不足 4 项,但超声心动图有冠状动脉损害,亦可确诊为川崎病。

2. 传染性单核细胞增多症 多见于 3 岁以上儿童,由 EB 病毒感染所致。临床上有发热、咽峡炎、淋巴结及肝脾肿大,外周血早期白细胞总数正常或稍低;发病 5 d 后白细胞总数升高,淋巴细胞增加并出现异性淋巴细胞增多,以 10% 以上为特征,EBV 抗体 IgM 阳性有诊断意义。

(二) 感染性疾病

感染性疾病是长期发热最常见的原因,可由细菌、病毒、真菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、寄生虫等感染所致。其中最常见感染性疾病有:

1. 败血症 小儿常见急性全身严重感染性疾病之一,常见细菌有金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌等,但广泛应用抗生素后溶血性链球菌、肺炎链球菌明显减少。起病急,可伴寒战,发热呈稽留热型或弛张热型;可出现皮疹,皮疹可见红斑疹、荨麻疹、猩红热样皮疹,甚至淤点、淤斑、小脓疱;可伴关节痛及腹痛、肝脾肿大,一般呈轻度肿大,可有压痛,部分迁徙病灶如肺脓肿、脓胸、化脓性心包炎、肝脓肿、脑脓肿、骨髓炎等。外周血白细胞总数及中性粒细胞增高,且有核左移,甚至胞质中有中毒性颗粒,红细胞及血红蛋白降低,严重者血小板减少。血、骨髓、炎性渗出物、脓肿液、脑脊液、胸、心包、腹水等标本细菌培养阳性,现多因早期应

用抗生素血培养及其他培养阳性率一般不高。当怀疑细菌 L 型败血症时,应及时用高渗 L 型培养基进行血培养和厌氧菌培养。临床经验诊断:凡遇原因不明的寒战、高热、中毒症状重、白细胞总数及中性粒细胞增高,而无某一系统的急性感染时,应警惕本病可能性;如皮肤、黏膜、呼吸道、泌尿道等处有感染性病灶,同时伴有高热,严重全身中毒症状,经一般抗生素治疗效果不好者;有全身感染表现,病程中出现皮肤、黏膜淤点,肝脾肿大,迁徙病灶,甚至休克或 DIC 者临床诊断基本成立。

2. 结核病 由结核菌所致。近年我国发病率有增加趋势。儿童结核病常见原发型肺结核、急性粟粒型肺结核、结核性胸膜炎、结核性脑膜炎。典型结核病诊断:未接种过卡介苗,有结核病接触史,临床表现有结核慢性中毒症状,低热、盗汗、食欲不振、咳嗽、消瘦、精神差、颈淋巴结肿大、CT 或 PPD 皮试阳性、胸 X 线有结核征象诊断较易。但急性粟粒型肺结核大部分急性起病,持续高热,中毒症状重,持续时间长,肺部体征不多,X 线胸片早期仅表现为肺纹理增多、变粗或织成网状影,因免疫力低下约 1/3 患儿 CT 或 PPD 皮试阴性。有时原发性肺结核肺部原发灶小,直径仅 2~3 mm,肺门淋巴结肿大,小于 1.5 cm 时,纵隔不增宽,肺门阴影不增大,X 线也很难发现,加上接种过卡介苗后感染的结核常易误诊败血症、伤寒等。临床经验诊断:儿童有急性发热,呼吸急促,发绀,脉搏加快,查体时心肺体征轻微无法加以解释,X 线胸片未见结核病变,仍需考虑急性粟粒型肺结核或原发型肺结核,建议发病后 2 周左右再做胸 CT 或 MRI,有助进一步诊断;如有结核病接触史,其他治疗效果不好,宜试行抗结核治疗,从治疗效果判断结核的可能性。

感染性疾病还有伤寒或副伤寒、EB 病毒感染、细胞病毒 (CMV) 感染、真菌感染、螺旋体病、血吸虫病、肺吸虫病、疟疾、黑热病。局限性感染有慢性肾盂肾炎、肾周围脓肿、肛周脓肿、心内膜炎、心包炎及中枢神经系统感染(脑炎、脑膜炎)等。

(三) 非感染性疾病

1. 结缔组织病与变态反应性疾病

(1) 风湿热: 是 A 组乙型溶血性链球菌感染后发病, 好发年龄在学龄儿童, 根据 Jones 诊断标准包括 3 个部分, ①主要指标。心脏炎、多关节炎、环形红斑、皮下小结、舞蹈病; ②次要表现。发热、关节痛、血沉增高、CRP 阳性、P-R 间期延长; ③链球菌感染证据。咽拭子培养阳性或快速链球菌抗原试验阳性、抗链球菌抗体滴度升高。若有 2 项主要表现或 1 项主要表现伴 2 项次要表现即可诊断。由于近年风湿热不典型和轻症病例较多, 易造成漏诊, 故应结合具体病例综合判断, 减少误诊。

(2) 幼年特发性关节炎: ①全身型, 见于 3 岁以下, 发热超过 39℃ 并持续 1 周以上, 每天体温波动较大, 热退后如正常儿, 发热持续数周至数月。发热时常伴皮疹, 热退皮疹消失可有关节痛, 肝、脾、淋巴结轻度肿大。外周血白细胞总数和中性粒细胞增高, 肝功能异常, 类风湿因子(RF) 和抗核抗体(ANA) 阴性; ②多关节炎型。女性多见, 5 个或 5 个以上关节受累, 先累及踝、膝、腕、肘大关节, 肿痛, 局部不发红, 特点为慢性、多发性、对称性关节炎。随着病情进展逐渐累及指(趾)小关节, 形成梭形肿胀, 反复发作后留有关节畸形, 全身症状不重, 可有低热, 生长迟缓、肝脾轻度肿大, 轻度贫血, X 线检查早期仅显示软组织肿胀, 晚期关节面骨破坏。部分类风湿因子(RF), 抗核抗体(ANA) 阳性; ③少关节炎型: 受累关节 ≤ 4 个, 好发踝、膝大关节, 常为非对称性, 少有全身症状, 部分发生虹膜睫状体炎, 多数组织相容性抗原(HLA) DR5、6、8 及 B27 阳性。凡关节炎型需观察 6 周以上, 排除其他疾病后方可诊断。

(3) 系统性红斑狼疮(SLE): 是一种自身免疫性疾病, 女性、学龄儿童多见; 临床表现多种多样, 有的全身症状突出, 表现发热、皮疹、关节肿痛和多器官损害; 有的以器官系统症状为著。若以某器官为主, 常诊断为狼疮性肾炎、狼疮性肺炎、狼疮性脑病等。国内、

美国诊断标准虽有不同,但大同小异,现摘国内标准:①蝶形红斑或盘状红斑;②光敏感;③口、鼻腔黏膜溃疡;④非畸形性关节炎或多关节痛;⑤胸膜炎或心包炎;⑥癫痫或精神症状;⑦蛋白尿或管型尿或血尿;⑧白细胞 $<4 \times 10^9/L$ 或血小板 $<100 \times 10^9/L$ 或溶血性贫血;⑨免疫荧光抗核抗体(IFANA)阳性;⑩抗 ds-DNA 阳性或 LE 细胞现象;⑪抗 SM 抗体阳性;⑫ C_3 降低;⑬皮肤狼疮带试验(非病损部位)阳性或肾活检阳性。符合上述 13 项中任何 4 项者可确诊 SLE。

(4) 皮肌炎:是一种自身免疫性疾病,以全身广泛性血管炎为病理基础,以皮肤和横纹肌受累为主,如仅累及肌肉而无皮肤损害,则称为多发性肌炎。一般起病缓慢,早期以上眼睑持续水肿、淡紫红色斑为特征,肌肉无力、疼痛和压痛,为对称性、进行性,出现穿衣、上楼、下蹲困难等。诊断标准,主要标准:①特征性皮肤表现:上眼睑红斑,末梢血管扩张症,手指伸侧紫红斑疹及躯干四肢的大片斑疹;②四肢近端肌力减退,肌痛,异常硬结及肌萎缩;③肌肉活检的典型病理表现;④血清肌酶升高;⑤肌电图异常。次要标准:①钙质沉着;②吞咽困难。确诊依据:主要标准 3 项以上,或主要标准 2 项加次要标准 2 项,可诊断本病。疑诊依据:①主要标准 1 项;②主要标准 2 项;③主要标准 1 项加次要标准 2 项。具备上述三条之一,还需除外其他肌病和结缔组织病。

(5) 药物热:有长期应用药物史如抗生素、磺胺等,可引起长期发热,常伴有药物性皮疹、痒感、淋巴结肿大,血嗜酸性粒细胞增高,IgE 增高,继续用药则持续发热。若疑有药物热时,停止应用有关药物后体温可降至正常,如再次给药又可再次复发,则可肯定诊断。

结缔组织疾病还有结节性多动脉炎、血清病等。

2. 组织破坏或坏死

(1) 郎格汉细胞组织细胞增生症常分为 3 型:①勒-雪病(Letter-Siwe disease),多见于 1 岁以内,起病急,病情重,有发热,

热型不规则;皮疹多见于头皮、发际;躯干为红色或棕黄色斑丘疹,继呈出血性或湿疹样、脂溢性皮炎,最后色素沉着;肝、脾中重度肿大及淋巴结肿大,常伴中耳炎,反复呼吸道感染、贫血。皮疹压片和淋巴结活检是诊断重要根据。②韩-薛-柯病(Hand-schuller-christian disease),多见于2~4岁,5岁以后少见。起病缓慢,眼球凸出,尿崩(口渴、多饮、多尿),颅骨缺损。③骨嗜酸性细胞肉芽肿,多见于4~7岁,任何骨均可受累,但以扁平骨较多见,颅骨最常见,其他有下颌骨、四肢骨、骨盆骨和脊椎等。诊断需结合临床、X线和病理三方面,其中病理检查是诊断最可靠的依据。

(2)恶性组织细胞病:急性起病,表现为发热、面色苍白、消瘦、皮疹及出血,肝、脾、淋巴结肿大,以脾大明显,外周血白细胞、红细胞、血小板三系减少,有时可找到恶性组织细胞或异常单核细胞。骨髓检查是诊断主要依据,可以找到恶性组织细胞。肝、脾、淋巴结活检可见多核巨细胞和异常组织细胞。

组织破坏或坏死还有白血病、恶性淋巴瘤、各种恶性肿瘤、大面积烧伤、大手术后、内出血、血管栓塞等。

3. 产热过多 见于惊厥或癫痫持续状态、甲状腺功能亢进、肾上腺皮质功能亢进等。

4. 散热减少 见于广泛性皮炎、鱼鳞病、先天性外胚叶发育不良、大量失水、失血等。

5. 体温调节中枢功能失常 如暑热病、大脑发育不全、脑性瘫痪、颅脑损伤、颅内肿瘤、蛛网膜下腔出血等。

6. 自主神经功能紊乱 如功能性低热、感染后低热、慢性非特异性淋巴细胞增多症等。

(刘震)

第二章 呕 吐

呕吐(vomiting)是婴儿和儿童常见的临床症状,由多种病因引起。严重呕吐可致新生儿和婴儿发生呼吸暂停、发绀或吸入性肺炎,反复呕吐常导致水、电解质和酸碱平衡紊乱。

【病因及发病机制】

呕吐是一复杂的反射动作。呕吐中枢位于延髓,其活动受大脑皮质的控制。呕吐中枢接受传入冲动后,通过传出神经到达食管、胃、膈肌、腹肌、肋间肌,以及咽、腭、会厌等处,通过一系列复杂而协调的神经肌肉活动引起呕吐。呕吐的病因较复杂。

(一) 消化系统疾病

1. 消化道感染性疾病 如急性胃肠炎、急性细菌性痢疾、急性阑尾炎等,由于炎症刺激胃、肠黏膜致反射性呕吐,可同时伴有腹泻、腹痛或发热等症。

2. 消化道梗阻 先天性消化道畸形如食管闭锁、肠闭锁、肛门狭窄等,小儿肠套叠,肠扭转或腹腔系膜、韧带压迫肠腔等消化道梗阻时,由于食管、胃或肠内容物下行受阻,积聚于梗阻的上端致逆蠕动而引起呕吐。

(二) 中枢神经系统疾病

中枢神经系统感染、颅内占位性病变、颅脑损伤、新生儿颅内出血等是由于颅内病变和颅内高压刺激呕吐中枢所致,或脑脊膜受刺激致反射性呕吐。

(三) 代谢障碍和体内、外界毒素刺激

糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、急性中毒、急性全身性感染等时,因代谢产物、毒物、毒素等刺激延髓化学感受区引起呕吐。