

赤脚医生小丛书



小儿发热

湖北省革命委员会卫生局

小 儿 发 热

湖北省革命委员会卫生局

一九七八年二月

目 录

（一）小儿“长期发热待查”的病因和诊断……………（1）

一、资料来沅与被分析者所具备之条件……………（1）

二、小儿“长期发热待查”之病因分析……………（2）

三、关于出院时尚未能作出诊断的原因……………（2）

四、各种疾病之诊断要点及我们在
诊断中的经验教训……………（3）

五、关于小儿“长期发热待查”的诊断问题……………（18）

六、几点体会……………（27）

（武汉医学院附属第一医院

儿科教研组 管惠英）

（二）小儿常见发热的中医辨证论治……………（29）

一、分类……………（29）

二、辨证施治……………（30）

（湖北中医学院附属医院小儿科） /

(三)小儿发热的诊断与治疗	(38)
一、概念.....	(38)
二、小儿发热时在临床上的共同表现.....	(39)
三、小儿发热时诊断的思考方法.....	(41)
四、小儿发热处理原则.....	(47)

(沙市市第二人民医院小儿科)

小儿“长期发热待查”的 病因和诊断

武汉医学院附属第一医院儿科教研组
管 惠 英

小儿“长期发热待查”是儿科医务工作者在临床上常遇到的棘手问题，有关这方面的报导不多，为了总结我们的临床经验，寻找对这类儿童疾病的诊断规律，特写此文以供参考。

资料来源与被分析者 所具备之特点

本文分析了从1955年元月至1974年12月间本院住院患儿以入院诊断为“发热待查”者，或者系可疑的某些诊断而未加以肯定的患者共1661例，都具有以下特点：①年令在十二周岁以内；②发热达两周以上；③入院前除发热及与发热有关的一些症状如头痛、食欲差、精神差等之外无其他特殊症状；④体检无特殊发现；⑤入院时常规化验检查除白细胞总

数及分类计数可有增减，及某些不同程度红细胞减少外，其它大小便常规均无异常；⑥某些曾作初次胸透而为阴性者。

小儿“长期发热待查”的

病因分析

1661例小儿“长期发热待查”者于出院时的最后诊断，可归纳为六大类：

- 一、感染类1313名，占79.04%；
 - 二、血液病类94名，占5.05%；
 - 三、胶原疾病类57名，占3.43%；
 - 四、肿瘤类24名，占1.44%；
 - 五、其它类87名，占5.23%；
 - 六、出院时仍未明确诊断类86名，占5.18%。
- 各类疾病列表如下：见附表。

关于出院时

尚未能作出诊断的原因

小儿不明原因持续发热住院者共1661例，经住院后能明确诊断的共1575例，占总数94.82%，而出院时尚未能作出诊断者仅86例，只占总数5.18%。而这一类病儿为什么得不出诊断呢？初步分析有下列原因：①入院后次日自动出院，②入院后短期内死亡，③因在外已用抗菌素治疗，入院后很快热退，④滥用激素治疗使症状掩盖，除上述外，真正经过长时期的观察和各项检查，仍不能得出诊断者仅16例，占全

部“长期发热待查”病例0.96%。由此看来，小儿“长期发热待查”，经住院后细致的观察和必要的化验检查，绝大多数是可以找出原因的。

各种疾病之诊断要点

及我们在诊断中的经验教训

一、感染类疾病：

1. 肺结核及其它各种结核：

诊断要点：一般除发热外很少有其它症状，但也可伴有程度不同的结核中毒症状，如精神萎靡、胃纳差、盗汗、轻咳、苍白、乏力、消瘦等。根据有结核病接触史，旧结核菌素试验（O.T.）阳性，尤以三岁以内未种卡介苗者意义较大；胸部X光线片检查有阳性发现；按结核病灶所在，必要时抽胸水、腹水、心包液、脑脊液等作生化测定及培养，有一定诊断依据时，可给以抗结核治疗两周，以观察疗效。

注意：①过分相信X线胸透阴性结果，可能漏诊急性粟粒性肺结核或其它结核。

例如一类似伤寒病儿，发热二十余天，体检无特殊异常，血象白细胞减少，胸透阴性，经氯霉素治疗热度不退，最后发现病儿呼吸迫促，因而拍胸片检查，才证实为粟粒型肺结核。

②抓住某些特殊症状，如百日咳痉咳声，吼喘症，轻易定诊为百日咳或痉挛性支气管炎，可能漏诊肺门淋巴结核。

例如一类似百日咳患儿，有典型百日咳之痉咳声，能吃能玩，仅因低热、咳嗽月余住院，按百日咳治疗无效，忽然

有一天发生呛咳窒息死亡，经尸检证实，肺门淋巴结结核，干酪性变，穿破气管。

例如一八个月小患儿，吼喘伴低热两周住院，按痉挛性支气管炎治疗，一直吼喘不见效，拍胸片检查证实为肺门结核。

③缺乏脑膜刺激征，可能漏诊结核性脑膜炎，这种情况并不少见。

例如一五岁患儿因发热半月余住院，体检无异常，胸透阴性，血象无异常，在病房观察期出现每天有1~3次呕吐，非喷射性，也不嗜睡，只是精神欠佳，特别重视脑膜刺激征检查，均阴性，乃决定作脑脊液检查，始确诊为结核性脑膜炎。

2. 急性细菌性心内膜炎：

诊断要点：凡有先天性心脏病或风湿性心脏病的基础，而后有长期发热，应考虑到本病，须仔细寻找皮肤和粘膜有无出血点，指端痛性小结，并仔细进行心脏听诊检查，观察心脏杂音在短时间有无变化，后期有贫血、脾大及栓子引起各种体征，在治疗前争取作几次血培养。

注意：①不典型的亚急性细菌性心内膜炎心前区可无杂音，在病程早期发生栓子少，可无出血点，使诊断困难。

例如一青紫型心脏病儿有发热20余天，胸透呈典型靴状心，但心前区始终无明显杂音，皮肤无出血点，后经血培养有草绿色链球菌，确证此病。

②血培养阴性，可能由于采血前已用抗菌素治疗，或培养技术欠佳，或培养次数太少，如临床可疑，排除其它疾病，抽血送培养后，即可试行治疗，为治疗性诊断。

3. 急性心包炎：

诊断要点：发热伴心前区尖锐剧痛，或沉重闷痛，可放射至左肩或左右肩胛间区；心包渗出液少时可有 心 包 摩 擦 音，于胸骨左缘第3、4肋间最清晰；心包渗出液多时，心浊音界扩大，心光搏动消失或远在心浊音界左缘的内侧；心音遥远；有奇脉；X线检查有心影扩大呈梨形，心脏正常曲线消失，心搏动减弱或消失，心影随体位改变而改变形态；心电图检查有ST段抬高，T波平坦或倒置，QRS波群低电压；心前区超声波检查有液平段。

注意：①心包炎患儿可无心前区疼痛，尤其是年幼小儿定位能力差，可将心前区疼痛说成是腹痛；②心包前壁脏层与壁层粘连者，心音不遥远，且心电图及超声波检查心前区均为阴性，造成临床诊断非常困难。

例如一八岁患儿发热三周伴心前区不适，听诊心音不遥远，心电图检查正常，心前区超声波检查无液平段，胸透有心影扩大，心脏正常曲线消失，曾作心包穿刺三次，仅最后一次由剑突下进针才抽出少量脓液，转胸外科手术，发现心包前壁脏层与壁层粘连，而有300毫升脓液集中在心包后壁之脏壁层间。

4. 败血症及脓毒血症：

诊断要点：形式多种多样，急性起病，寒战，高热，中毒症状明显，体检有皮疹及出血点，肝脾肿大，并能找到原发病灶，或找到迁徙备灶，白细胞总数及中性粒细胞增高，血培养阳性，即可确诊。

注意：①不典型病例可缓慢起病，除发热外，无其它特异性症状，中毒症状亦可不显著，白细胞总数可不增高，这类病例并不少见，尽可能在特异性治疗之前，反复多次血培

养，培养基菌落观察至少两周以上。

例如一十一岁男孩，弛张性发热二十余天，中毒症状不严重，血象仅白细胞与中性粒细胞轻度增高，肝脾不肿大，无出血点，多次血培养均阴性，最后两次才培养出金黄色葡萄球菌，用中西联合治疗痊愈。

②对一般抗感染治疗无效者，还需作脑脊液、痰液、病灶组织液墨汁染色，镜检找隐球菌，必要时送培养霉菌。

例如一九岁男孩弛张热近一月之久，全身长小脓疱，后期还有嗜睡、呕吐症状，经多次血培养均阴性，取皮肤小脓肿组织液用墨汁染色镜检，找到星形隐球菌，在脑脊液中同样也找到此菌。

5. 伤寒、付伤寒：

诊断要点：缓慢起病，持续发热，伤寒面容，可有相对缓脉，食欲低，有便秘或腹泻，白细胞总数降低，体检除脾脏肿大外，肝脏轻度肿大的不少，查血清肥达氏反应阳性，血、尿、粪培养伤寒杆菌阳性，可以确诊。

注意：①婴幼儿临床表现极不典型，起病急，热型不规则，于发病后2~3天内热可达高峰。伤寒中毒症状一般较轻，常出现腹胀、腹泻，呕吐、缓脉少见；②全身反应降低，如麻疹后，营养不良，丙种球蛋白缺陷者，均能影响抗体的产生而不出现凝集反应；③血培养因技术不佳或因用特异药以致阴性，如此等等易延误诊断。

6. 细菌性肝脓肿：

诊断要点：不规则发热或弛张型发热，常伴寒战，肝区持续疼痛，肝脏肿大及压痛明显；肝脓肿在肝表面者，扪诊可触及坚硬或有波动感的肿块，肝顶部的脓肿可引起咳嗽及

呼吸困难；多发性肝脓肿可伴有黄疸，肝超声波检查对诊断及确定肝脓肿部位有助。

注意：①如果是多发性肝区小脓肿，除发热外，肝脏触诊呈一般性肿大，无明显波动肿块，超声波检查亦不显示液平段，十分必要时，可试行抗感染治疗；②在病史中注意询问胆道蛔虫史及阿米巴痢史，有这类病史者应当考虑此病。

例如一男孩弛张热伴拉红白脓子样大便两月之久，经大便镜检有阿米巴滋养体，同时大便培养有弗氏痢疾杆菌，因此考虑为混合感染性痢疾，但忽视肝脏情况，在住院过程中突然吐出咖啡色脓样物质，而且很快死亡，经尸检证实为阿米巴肝脓肿穿破到胃。

7.肝胆系感染：

诊断要点：呈不规则发热或弛张型热，发热时可有黄疸及腹痛，但腹痛甚轻微，易被忽略，体检肝脏肿大，结合患儿在发热前有吐蛔或大便排蛔，并肝区有剧烈疼痛史，说明有胆道蛔虫引起肝胆系统感染的可能，作十二指肠引流，送引流液作镜检及培养加药敏试验。

注意：①十二指肠引流液的检查中要注意，在正常情况下可以培养有细菌生长，也可以有一定白细胞计数，因此要注意培养中的菌落计数；②十二指肠引流液有时也可发现中华支睾吸虫病及兰氏贾第虫病。

例如一来自河南患儿，长期不规则低热两月余，体检肝脏肿大，经十二指肠引流液检查出大量中华支睾吸虫卵，当诊断明确后，小儿父亲才说他家门前有一小溪，小孩经常在小溪中捉生鱼吃！

8.血吸虫病：

诊断要点：病儿来自疫区，并有疫水接触史，长期发热，热型不一，可呈弛张型，不规则型，一般中毒症状不明显，可有恶心呕吐、腹痛、腹泻、拉痢、干咳等，体检肝肿大，以左叶为主，偶有黄疸及脾肿大，白细胞及嗜酸性粒细胞增高，大便集卵孚化及环卵沉淀反应，尾蚴膜反应阳性者即可确定诊断，如临床疑似而未获得阳性证据者，可作直肠乙状结肠镜检查。

注意：①一般血吸虫病潜伏期为30~40天，但也有长达3~4个月者，故虽延至冬天才发病者，亦不能绝对排除本病。②急性血吸虫病之早期孚化可阴性。

例如一东西湖的患儿发热二十余天，体检仅肝脏轻度肿大，曾作18次大便集卵孚化检查，至最后一次才孚化阳性。

③重症血吸虫患者嗜酸性粒细胞可不增加。

④少数病例有重度贫血，易误诊为血液病。

例如一东西湖的患儿，有不规则发热半月，伴严重贫血，体检肝大3公分，入院诊断为“溶血性贫血”??入院后作骨髓象检查，虽增生活跃，及嗜酸性粒细胞增多现象，因此查大便集卵、孚化均阳性，确诊血吸虫病。

9. 泌尿系感染：

诊断要点：除发热、寒战外，常有局限症状，如尿频、尿急、尿痛及排尿困难等，典型者诉腰部一侧或双侧酸痛，多数尿液混浊，少数在病开始1~2天有血尿，长期未愈者，可有肾功能不全症状及高血压。离心新鲜尿液高倍镜下检查常超过5个白细胞，偶可成堆。尿培养菌落计数达10万以上，有诊断意义。

注意：婴幼儿常无局部症状，有时起病急，可有高热寒

战，可抽搐，少数有面色灰白等中毒症状，体检无特殊异常，如不注意查小便，常易漏诊。

例如有一两岁小儿反复发热三月余，每次发热即来儿科门诊诊治，经门诊医生检查，无特殊异常发现，故都诊断为上感，经服抗感染药后热退，但不持久，最后住院，检查小便常规才发现泌尿系感染。

10. 疟疾：

诊断要点：周期性寒战，发热1~8小时，出汗热退，隔日一次或隔两日一次，热高时有头痛及全身酸痛，可有恶心呕吐、唇周疱疹、贫血、脾大、血象白细胞低，尤其是发生在夏季，应考虑本病，仔细查周围血找到疟原虫即可诊断本病。

注意：婴幼儿疟疾症状往往不典型，寒战期仅表现四肢冰凉，面色苍白，口唇发绀，并无寒战，发热不规则，可持续高热且常伴呕吐、腹泻，贫血发展很快，脾脏迅速增大，当查血找不到疟原虫时，很易误诊为白血病之类，这类病儿应多次血片检查，仍无疟原虫发现者，应作骨髓穿刺，作厚滴及薄骨髓涂片找疟原虫。

例如一半岁小儿，因不规则发热20余天，伴重度贫血及肝脾均肿大达脐平面，门诊周围血象检查有少许幼稚细胞，疟原虫未发现，以“白血病??”收住院，入院后作骨髓涂片检查，找到疟原虫，其它髓细胞分类正常，确诊疟疾，经抗疟治疗，很快贫血好转，肝脾缩小，热退，痊愈出院。

11. 传染性单核细胞增多症：

诊断要点：目前认为系EB病毒所致，有不规则发热，一般中毒症状轻，体检全身淋巴结肿大，肝脾肿大，少数皮

肤出现风疹样、麻疹样或紫癜样症，查血白细胞总数增高达1~2万，分类小淋巴细胞、单核细胞及异形淋巴细胞合计达60~90%，其中尤以异形淋巴细胞超过10%者，有极重要的诊断意义，血清嗜异凝集反应效价在1/64以下时可协助诊断。

注意：临床变异性很大，常易误疹为黄疸肝炎，病毒性脑膜炎，多发性神经炎，急性心包炎及心肌炎等，血象白细胞总数亦可不增高，有时甚至可以低于正常，只要特异性淋巴细胞大于10%时，嗜异凝集反应效价小于1/64时，可以确诊。

12. 局部化脓性炎症：

诊断要点：婴幼儿患齿槽脓肿，蜂窝织炎，肛周脓肿，臀深部脓肿等均可引起持续高热，常伴有精神食欲欠佳，血沉稍增快，甚至心率快、多汗、皮肤划痕症等植物神经功能紊乱。但小儿又不会说明其病痛部位，因此易导致诊断上困难，临床医生需仔细全面体检，始能发现问题。

二、血液疾病类：

1. 白血病：

诊断要点：起病症状可为苍白，乏力，70%患者有不规则发热，出血，骨关节痛，肝脾及淋巴结增大，以上任何一种症状同时存在时，应考虑到有急性白血病的可能，查血白细胞计数多在正常范围内，部分病儿增高或减少，需仔细检查周围血及骨髓象，原始细胞及幼稚细胞共占10%以上即可诊断为白血病。如周围血见到幼红细胞增多及骨髓检查中除有核细胞增生外，红细胞系同时增生者为红白血病。

注意：某些患儿在白血病前期虽有了症状，但缺乏典型

的白血病血象和骨髓象，因此很难确诊，对这类病儿除作定期检查血象与骨髓象外，有条件者作染色体检查有否异常，或作骨髓培养，如果骨髓细胞集落形成障碍伴有成熟延缓者，提示白血病前期。

例如一病儿不规则发热伴关节酸痛两月余，当时查血中度贫血，白细胞正常，血沉83毫米水柱/1小时，骨髓象红系明显增生，粒系未见异常，经抗风湿治疗，用强地松后，关节痛很快好转出院。但出院月余，又因不规则发热伴游走性关节痛住院，此时肝脾均肿大，周围血有重度贫血，还有幼稚细胞，骨髓系有原粒92.5%，始确诊急性粒细胞白血病。

2. 再生障碍性贫血：

诊断要点：进行性面色苍白、乏力、紫癜、鼻酸等出血倾向，常伴感染发热，肝脾及淋巴结不增大，针对贫血治疗而效果不显，查血象有全血减少，网织红细胞减少或缺如，查骨髓象显示造血组织显著减少，幼粒细胞，幼红细胞及巨核细胞均减少，淋巴细胞相对增高，有时可见网状细胞及浆细胞，组织嗜碱性细胞增多。

注意：①局部骨髓标本仅反映骨髓局部现象，不代表整个骨髓功能状态，必要时应反复或多次不同部位骨穿检查骨髓象，才有助确定诊断，我们有一病儿查骨髓象四次才确诊。

②应排除引起全血细胞减少的其它疾病，如脾功能亢进、白血病、恶性肿瘤、慢性感染，如粟粒性肺结核及严重钩虫感染，甚至长期小量出血所发生的再生障碍危象时，在临床上很似再生障碍性贫血。

例如一河南病儿经常鼻衄、苍白，皮肤有一小紫癜，伴间

断发热二年余，曾两次来武汉到兄弟医院诊治，并有一次去天津血液研究所住院20余天，均作了骨髓象检查，也都诊断为再生障碍性贫血。此次又因鼻出血较多来我院耳鼻喉科诊治，发现有鼻息肉，经手术摘除后，流鼻血行止，而且很快贫血好转，皮肤紫癜消失，基本痊愈出院。

3. 恶性网状细胞增多症：

诊断要点：长期不规则发热伴有不同程度贫血、消瘦及乏力等，肝脾常增大及半数以上有全身淋巴结增大，可有皮肤及粘膜出血，一般病程进展迅速，血象白细胞、红细胞及血小板均显著减少，涂片可找到异常网状细胞，骨髓涂片及淋巴结穿刺涂片亦可发现异常的网状细胞增生，此点为确诊的重要依据。

注意：①有些病儿出显黄疸及肝功能异常，很象黄疸肝炎，个别病儿还出现神经症状，皮肤结节，腹痛及腹内肿块等，如果病情进展快，迅速出现严重贫血，均应当提高警惕，考虑到有此病的可能。②部分病儿早期骨髓涂片可阴性，因此对可疑病儿须反复作多处骨髓涂片检查，我们有一病儿骨髓穿刺第四次才发现大量异型网状细胞。

4. 粒细胞减少症：

诊断要点：大都出现不规则发热，乏力，口腔溃疡，咽痛，感染迅速出现，虽经抗感染治疗热可退，然易反复细菌感染为特点，全身淋巴结及肝脾一般不见肿大，查血象白细胞总数常在正常以下，中性粒细胞显著减少，淋巴细胞相对增多，而红细胞及血小板一般均属正常，骨髓象示粒细胞系统明显减少。

三、胶原性疾病：

1. 风湿热:

诊断要点: 五岁以上儿童有长期发热外, 临床常根据任何两种主要症状, 或一种主要症状加两个次要症状, 并有新近链球菌感染病史者, 可以确诊为活动性风湿病。

注意: ①单纯抗链球菌溶血素“O”滴定度的增高, 说明最近有链球菌感染, 并不能说明有风湿热; 单纯血沉增快只能说明患儿有疾病, 不仅限于感染, 胶原病, 血液病, 肿瘤病亦均有可能; 抗“O”与血沉同时异常, 则说明有风湿活动的可能。②约15%病儿因用青霉素、激素治疗, 可不产生抗链球菌溶血素“O”, 故滴度不高, 不能排除链球菌感染。③风湿病儿有明显心衰者, 血沉可无明显增快。

2. 变应性亚败血症:

诊断要点: 虽临床表现很象败血症, 但反复血培养阴性, 且具有三大特点: ①长期不规则高热, 有时呈弛张热, 热程自数周至数月, 可自行缓解数天至数周, 以后又复发。

②在发热期中, 可有一过性, 不定位性, 多形性(点状、环状、或荨麻疹样)皮疹, 热退疹消, 但有时热不退也疹消。

③用各种抗菌素治疗无效, 而用激素治疗热退及病情缓解很快。其他可有短暂轻度大关节酸痛及暂时性肿胀, 肝脾及淋巴结轻度肿大, 面色苍白及贫血性收缩期杂音, 血象白细胞总数增高及中性粒细胞增高, 血沉增快, 骨髓正常或有炎症反应。

注意: 本病发病率虽不高, 但也非罕见, 可见于任何年龄, 有时除上列典型症状外, 个别病儿还可有心包炎、胸膜炎、黄疸等特殊症状, 造成临床上诊断困难。

例如, 十岁男孩, 有弛张性发热月余, 伴进行性贫血,