

儿科 临床思维



易著文 王秀英 主编



科学出版社

www.sciencep.com

206

R72
/48a

儿科临床思维

易著文 王秀英 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书旨在引导儿科医师在面对病人错综复杂的症状、体征,如何选择合理的检查方法,然后根据儿童疾病的发生变化规律,建立起多元思维分析体系和实际工作中程序化的操作系统,以便应对日常大量的接诊及时做出正确合理的诊断。全书分为三部分:概述儿科临床思维;各系统疾病的临床思维;临床病例讨论。每一症状、体征、检查和疾病的临床思维过程在文后附有图表进行概括总结,同时还介绍了作者的经验体会供读者参考。

图书在版编目(CIP)数据

儿科临床思维/易著文,王秀英主编. —北京:科学出版社,2003.1
ISBN 7-03-010734-9

I. 儿… II. 易… III. 儿科学:临床医学:思维科学—概论
IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 065722 号

责任编辑:吴铁双/ 责任校对:包志虹
责任印制:刘士平/ 封面设计:黄华斌

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003年1月第 一 版 开本:787×1092 1/16
2003年1月第一次印刷 印张:28 1/2
印数:1—2 500 字数:715 000

定价:59.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

前 言

诊病和治病是临床医师的两项主要工作。正确的诊断是正确治疗病人的前提。要想对一个病人的疾病做出正确的诊断,作为一名临床医师必须做到:①具有扎实宽厚的专业基础理论,包括基础医学知识和临床医学知识,并不断更新知识,掌握本专业领域的最新进展;②认真、仔细地询问收集病人的病史资料,进行正确详尽的体格检查;③选择针对性强、特异性强的实验室检查和特殊检查;④注意临床经验的积累,注重循证医学的应用,查阅收集最科学最可靠的临床证据用于指导临床实践;⑤临床中善于运用辩证法和逻辑性强的临床思维分析方法;⑥善于观察病人疾病的演变过程及追踪治疗效果分析,能及时修正诊断意见。综上所述,说明临床医师建立起一种科学、辩证而又富于逻辑推理的临床思维至关重要。笔者多年想将自己在儿科临床中诊断的思维方法、技巧与经验系统地进行总结,以便与儿科学界的同道们交流探讨,但又感觉举步艰难,在科学出版社的支持下方下决心。经过努力,我和本院儿科的同仁将几十年来临床解疑和教学查房的思路和体会总结汇编于《儿科临床思维》。

本书分为三篇。上篇包括对儿科临床常见症状、体征和实验室检查的临床思维程序。中篇为各系统疾病的临床思维。下篇为临床思维病例讨论。本书力图以一名儿科临床医师的身份,在每日接诊病人时的工作程序和方法,面对病人错综复杂的症状、体征及各种检查结果,如何根据儿童疾病发生变化规律建立起正确的临床思维分析方法和快速思维程序,及时对病人做出恰当的临床诊断,以利治疗方案的制定,有效地实施于病人。因此,本书力图体现以下特色:①体现临床“诊病”的实际工作程序,即采集病史—体格检查—辅助检查—思维分析—产生诊断的程序化操作系统;②力图建立从症状、体征、实验室等检查不同角度的多元思维分析体系,防止单一思维的局限性和盲目性;③将建立起的临床思维方法置入各系统疾病的临床诊断分析中去检验,举一反三,以求真谛。

参加编著本书的作者大多是我院儿科专业学术骨干,也有近年来成长起来的具有硕士、博士学位而又工作在临床一线的骨干医师,他们都具有一定的临床经验。各章节内容虽由个人执笔,但都是经过全科医师反复讨论,书稿写成之后又经约一年的临床工作再次验证和修改。全书还经我科资深儿科专家周汉昭教授和余孝良教授审核,使本书质量得以保证。此外,何平老师为本书的整理和书稿软盘录制、黄丹琳、张建江硕士为本书索引编制付出了辛勤的劳动,在此一并致以诚挚的谢意!

由于编著者人员较多,加之平时临床工作繁忙,书中的疏误之处诚请同道们不吝斧正。

易著文

2002年夏于中南大学湘雅二医院

目 录

上篇 儿科临床思维程序

第1章 症状	(1)
第1节 发热	(1)
第2节 水肿	(7)
第3节 消瘦	(10)
第4节 生长障碍	(15)
第5节 肥胖	(18)
第6节 婴儿啼哭	(23)
第7节 慢性咳嗽	(27)
第8节 呼吸困难	(30)
第9节 咯血	(33)
第10节 胸痛	(35)
第11节 厌食	(38)
第12节 呕吐	(40)
第13节 腹痛	(42)
第14节 腹泻	(45)
第15节 呕血	(50)
第16节 便血	(53)
第17节 心悸	(56)
第18节 晕厥	(59)
第19节 少尿	(60)
第20节 多尿	(62)
第21节 血尿	(66)
第22节 白色尿	(69)
第23节 尿频	(72)
第24节 遗尿	(74)
第25节 贫血	(76)
第26节 出血倾向	(81)
第27节 头痛	(87)
第28节 惊厥	(90)
第29节 昏迷	(95)
第30节 瘫痪	(98)
第31节 异食行为	(101)
第32节 多动症	(102)
第33节 抽动障碍	(105)
第34节 学习困难	(109)

第35节 智力低下	(111)
第36节 性早熟	(115)
第37节 两性同体	(118)
第2章 体征	(121)
第1节 皮疹	(121)
第2节 发绀	(123)
第3节 休克	(125)
第4节 高血压	(127)
第5节 淋巴结大	(131)
第6节 胸腔积液	(136)
第7节 心包积液	(138)
第8节 黄疸	(140)
第9节 肝脾大	(143)
第10节 腹水	(146)
第11节 小儿腹部肿块	(150)
第12节 特异面容	(153)
第13节 四肢短小	(156)
第14节 杵状指(趾)	(158)
第15节 乳房过早增大	(159)
第16节 库欣样面容	(161)
第17节 毛发增多	(163)
第18节 色素沉着	(165)
第3章 实验室检查	(168)
第1节 血液一般检查	(168)
第2节 血生化检查	(175)
第3节 酶学检查	(205)
第4节 动脉血气分析	(218)
第5节 脑脊液检查	(223)
第6节 羊水检查	(225)
第7节 尿检查异常	(227)

中篇 常见儿科疾病的临床思维

第4章 新生儿疾病	(230)
第1节 新生儿败血症	(230)
第2节 新生儿黄疸	(232)

第3节	新生儿呼吸困难	(234)	第2节	苯丙酮尿症	(341)
第4节	新生儿溶血病	(237)	第3节	糖原累积病	(344)
第5节	新生儿硬肿症	(238)	第4节	肝豆状核变性	(347)
第6节	新生儿坏死性小肠结肠炎	(239)	第5节	尿崩症	(350)
第7节	新生儿缺氧缺血性脑病	(241)	第6节	原发性生长激素缺乏症	(353)
第5章	呼吸系统疾病	(244)	第7节	先天性甲状腺功能减退症	(357)
第1节	肺炎	(244)	第8节	甲状腺功能亢进症	(360)
第2节	支气管哮喘	(247)	第11章	神经系统疾病	(363)
第3节	特发性肺含铁血黄素沉着症	(249)	第1节	感染性脑膜炎	(363)
第6章	循环系统疾病	(252)	第2节	脑脓肿	(367)
第1节	先天性心脏病	(252)	第3节	瑞氏综合征	(369)
第2节	病毒性心肌炎	(261)	第4节	颅内肿瘤	(371)
第3节	扩张型心肌病	(265)	第5节	急性弛缓性瘫痪	(373)
第4节	感染性心内膜炎	(268)	第12章	结缔组织疾病	(379)
第5节	原发性肺动脉高压	(272)	第1节	风湿热	(379)
第6节	心力衰竭	(274)	第2节	幼年特发性关节炎	(382)
第7章	消化系统疾病	(278)	第3节	红斑狼疮	(386)
第1节	消化性溃疡	(278)	第4节	过敏性紫癜	(389)
第2节	婴儿肝炎综合征	(281)	第5节	皮肤黏膜淋巴结综合征	(393)
第3节	先天性巨结肠	(284)	第13章	感染性疾病	(396)
第4节	蛋白丢失性胃肠病	(286)	第1节	小儿结核病	(396)
第8章	泌尿系统疾病	(289)	第2节	伤寒	(399)
第1节	急性肾炎综合征	(289)	第3节	传染性单核细胞增多症	(402)
第2节	肾病综合征	(292)	第4节	麻疹	(404)
第3节	肾小管酸中毒	(295)	第5节	中毒性细菌性痢疾	(407)
第4节	泌尿道感染	(297)	第6节	脊髓灰质炎	(409)
第5节	反流性肾病	(300)			
第6节	溶血尿毒综合征	(304)			
第7节	肾衰竭	(306)			
第9章	血液系统疾病及肿瘤	(309)			
第1节	营养性贫血	(309)			
第2节	遗传性溶血性贫血	(313)			
第3节	再生障碍性贫血	(319)			
第4节	原发性血小板减少性紫癜	(324)			
第5节	血友病	(326)			
第6节	急性白血病	(329)			
第7节	恶性组织细胞病	(333)			
第8节	朗格汉斯细胞组织细胞增多症	(336)			
第10章	遗传代谢与内分泌疾病	(340)			
第1节	糖尿病	(340)			

下篇 病例讨论

例一	发热、肝脾大、血细胞减少	(413)
例二	发热、咳嗽、心衰	(416)
例三	发热、头痛、呕吐、意识障碍	(418)
例四	长期发热、皮疹、骨髓衰竭	(420)
例五	高热、腹痛、肝脾大	(422)
例六	腹胀、多浆膜腔积液、昏迷	(424)
例七	贫血、肝脾大	(427)
例八	皮疹、肝脾大	(430)
例九	腹痛、发热、贫血	(432)
例十	抽搐、发热	(434)
例十一	水肿、少尿、心脏杂音、肝大	(437)
例十二	干咳、声嘶、吸气性喉鸣	(439)

索引		(441)
-----------	--	-------

上篇 儿科临床思维程序

第1章 症状

第1节 发热

发热(fever)是临床最常见的症状,既是病人就诊时常见的主诉,又是一个常见的客观体征。肛温 $>37.8^{\circ}\text{C}$,舌下温度 $>37.5^{\circ}\text{C}$,腋下温度 $>37.4^{\circ}\text{C}$ 为发热。一般采用 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 为低热, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 为中度发热, $39.1\sim 40.4^{\circ}\text{C}$ 为高热, 40.5°C 以上为超高热。发热是人体对致病因子的一种全身反应。小儿发热的病因复杂,短期发热多为感染性疾病,如发热超过2周以上称为长期发热,其病因更复杂,有时又缺乏特异性症状,使诊断有一定的困难。小儿发热的诊断需要收集详尽的病史、体征、实验室检查及特殊检查资料,并密切观察症状和体征的变化,结合年龄、季节、居住地域、流行病史情况、既往史以及对特殊治疗的反应等,才能最后做出诊断。

【诊断步骤】

(一) 采集病史

1. 注意年龄、季节、居住地域、流行病史情况,特别注意收集早期、不典型的或隐匿发展的可能感染史、感染接触史、预防接种史、既往感染史等,注意询问抗生素使用情况。

2. 特别要注意发热的时间,有的病例在典型症状出现之前数周或数月就可开始发热;应了解发热的高低、缓急、发热的规律、热程等初步判断热型,小儿时期的体温改变不如成人典型,特别是近年来患儿发病早期常使用抗生素和解热剂甚至糖皮质激素治疗,致使较多发热患儿的热型不典型。尽管如此,但掌握有关疾病的典型热型对诊断仍是有帮助的。

(1) 稽留热:高热,持续在 39°C 以上达数天或数周,每日体温波动在 1°C 以内。多见于病毒性肺炎、伤寒、副伤寒、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎等。

(2) 弛张热:高热,每日体温波动在 2°C 以上。多见于败血症、局灶性化脓性感染、风湿热及类风湿病、感染性心内膜炎、渗出性胸膜炎、结核病、结缔组织病、血液病等。

(3) 间歇热:高热体温突然上升达 39°C 以上,经数小时降至正常,经一至数天又再次发热。多见于间日疟、三日疟。

(4) 双峰热:高热曲线在24小时之内有两次波动,形成双峰。可见于大肠杆菌败血症、绿脓杆菌败血症、黑热病、恶性疟疾等。

(5) 双相热:第一次发热持续数天后,经一至数天解热期,然后又发热数天再次退热。多见于脊髓灰质炎、麻疹、病毒性肝炎、淋巴细胞性脉络膜丛脑膜炎等。

(6) 波浪热:体温在数天内逐渐上升,达到高峰后又逐渐下降至正常或低热阶段,间隔一段时间后体温又上升,如此反复多次呈波浪式。多见于布鲁菌感染、恶性淋巴瘤、周期热、脂膜

炎等。

(7) 再发热:高热期和无热期各持续若干天,周期性交替。可见于回归热、鼠咬热等。

(8) 不规则热:发热持续时间不定,体温波动较大。多见于流行性感冒、支气管肺炎、结核病、类风湿病、感染性心内膜炎、渗出性胸膜炎、脓毒败血症、恶性疟疾等。

3. 注意询问发热伴随症状

(1) 发热伴皮疹:将皮疹分两大类:①出血性皮疹,为压之不退色的出血点、紫癜、瘀斑等;②非出血性皮疹包括丘疹、斑疹、斑丘疹、荨麻疹、水疱疹、脓疱疹、小结节、结节、环形红斑、多形性红斑等。

(2) 发热伴急性关节红肿热痛:发热伴有急性关节红、肿、热、痛,常提示为急性关节炎,可同时伴有关节腔积液。根据积液的性状,如为化脓性改变则可诊断为急性化脓性关节炎,如为浆液性改变,仅有发热伴关节症状,涂片及培养未获得病原菌,则可诊断为急性非化脓性关节炎,常见于儿童类风湿病、风湿热等。

4. 询问发热伴随症状 尤其应注意有无伴随系统症状,这些症状常提示病变部位和病变性质。

(1) 呼吸系统症状:发热伴有咳嗽、咳痰、流涕、咽痛等症状应考虑上呼吸道感染,但应警惕许多呼吸道传染病及某些早期表现为上呼吸道感染的系统疾病;发热伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难甚至鼻翼扇动时要考虑下呼吸道感染,包括各种气管炎、支气管炎,各种肺炎以及胸膜炎、胸腔积液、肺脓肿等。活动性肺结核常以咳嗽、潮热、盗汗、消瘦为主要症状。

(2) 消化系统症状

1) 发热伴有明显腹痛者要根据腹痛的部位、性质、程度等考虑急性阑尾炎、腹膜炎、肠系膜淋巴结炎、胆囊炎、胰腺炎等。

2) 发热伴有腹泻者,如有感染中毒症状多系感染性腹泻,要根据腹泻的次数、大便的性状、大便病原学检测做出相应肠内感染的诊断。

3) 发热伴有不同程度的其他消化道症状,如恶心、呕吐、食欲不振、便秘或腹泻,但这些症状无特异性,当伴有消化道功能障碍时,除要考虑局部病变外,特别要警惕全身疾病在消化系统的反应,如急性慢性传染病、免疫缺陷病和恶性肿瘤等。

(3) 循环系统症状:小儿心血管疾病的常见症状有呼吸困难、喂养困难、呼吸急促、发绀与水肿,伴有发热的心血管疾病多见于心内膜炎、心包炎、心肌炎等。

1) 发热期间出现器质性心瓣膜杂音,或基础心脏病原有的心杂音响度明显增强或音质改变,强烈提示心内膜炎的可能。

2) 发热伴有呼吸困难,出现心包摩擦音与心包积液征,说明心包炎的存在。心包炎包括化脓性、风湿性、结核性、及非特异性心包炎。化脓性心包炎往往高热而体温波动大,多伴有畏寒或寒战。而结核性、风湿性和非特异性者其发热往往不很高。

3) 中等度发热或低热时,当体温与心率的比率不相称(体温上升不高而心率明显增快或显著减慢),或出现各种类型心律失常,第一心音减弱,心脏普遍增大,出现奔马律,多提示心肌炎。

4) 发热期间出现周围循环衰竭或休克时,要警惕感染性休克。

(4) 血液系统症状:小儿血液系统疾病常见的症状为贫血、出血、溶血与肝、脾、淋巴结大。

1) 发热伴有贫血、出血、肝、脾、淋巴结大者,常提示白血病、恶性组织细胞病。

2) 发热伴有贫血、出血,而肝、脾、淋巴结不大,同时有血细胞和血小板减少者,常提示有再生障碍性贫血。

3) 发热伴有贫血、一组或多组淋巴结大者,提示恶性淋巴瘤的可能。

4) 发热伴有溶血症状,同时有急性肾衰和血小板减少者常提示急性溶血尿毒综合征。

(5) 泌尿系统症状:泌尿系统感染常是小儿发热的原因之一。

1) 发热伴膀胱刺激症状多为泌尿道感染,可通过清洁尿细菌培养确诊。

2) 发热伴血尿、腰腹痛者要考虑尿路结石并发感染的可能。

3) 发热伴剧烈腰痛、大量脓尿、排尿困难、少尿,又有不同程度蛋白尿、管型尿、血尿、氮质血症等肾衰表现时,要考虑肾乳头坏死;发热伴剧烈腰痛,无脓尿及尿路刺激征,伴有明显菌血症,应考虑肾皮质多发性脓肿可能,如出现脓尿及尿路刺激征,要考虑脓肿向肾盂破溃的可能。

(6) 神经系统症状

1) 发热伴头痛、频吐甚至惊厥、昏迷者,常提示中枢神经系统感染,如各种脑膜炎、脑炎,各种感染中毒性脑病、脑脓肿等,也见于颅内出血及脑瘤。

2) 发热伴舞蹈症:结合其他表现要考虑风湿性舞蹈症、狼疮性脑病以及某些急性传染病如麻疹、伤寒、疟疾等的中枢神经系统损害。

3) 发热伴有共济失调:急性全身性病毒感染,如传染性单核细胞增多症、流行性腮腺炎、水痘、流感、风疹、Coxsack 病毒感染或 ECHO 病毒感染均影响小脑,发生急性病毒性小脑炎,出现发热伴有共济失调。少数急性感染性多发性神经根炎可以急性共济失调为首发症状。

4) 发热伴瘫痪:瘫痪是随意运动功能的减弱(轻瘫)或丧失(全瘫)。随意运动需要通过上下两极神经元来实现。上运动神经元瘫痪为中枢性瘫痪,是皮质运动区或椎体束受损,为痉挛性硬瘫。下运动神经元瘫痪为周围性瘫痪,是神经纤维或脊髓前角或前根受损,为弛缓性软瘫。

发热伴上运动神经元瘫痪常见于:中枢神经系统感染性疾病如化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、病毒性脑膜炎、急性中毒性脑病、脑脓肿等;及非感染性疾病如颅内出血、蛛网膜下腔出血等;其他见于急性播散性脑膜炎(病毒感染后或预防接种后中枢神经系统脱髓鞘病变)、急性横贯性脊髓炎(急性病毒感染后脊髓功能障碍)、脊髓蛛网膜炎等。

发热伴下运动神经元瘫痪常见于:急性脊髓灰质炎、急性感染性多发性神经根炎。

(二) 体格检查

发热原因不明时应全面仔细查体,注意搜寻感染灶及其他与发热有关的疾病的体征。

1. 皮疹 注意是否出血性。

(1) 发热伴出血性皮疹:儿科常见于败血症、感染性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热等。

(2) 发热伴非出血性皮疹:根据有无急性感染征象可分为感染性疾病和非感染性疾病。

1) 感染性疾病:此类疾病常有急性感染征象,如常突然起病、伴有或不伴有寒战、全身不适感伴肌痛、关节痛、头痛、眼痛、畏光等其他表现。儿科常见于急性传染病及一些肠道病毒感染。麻疹主要表现为斑疹、斑丘疹;风疹为小斑丘疹同时有耳后及枕后淋巴结肿大;幼儿急疹表现为玫瑰色斑疹或斑丘疹,且为热退疹出;水痘常见斑疹、丘疹、水疱疹、干痂同时存在;猩红热为粟粒状充血红疹,多同时有杨梅舌、急性咽峡炎;伤寒为蔷薇疹,其他表现有相对缓脉、肥达反应阳性等;传染性单核细胞增多症和肠道病毒感染为多形性皮疹,同时有其他相应表现。

2) 非感染性疾病:多为免疫性疾病,包括系统性红斑狼疮、风湿热、幼年类风湿性关节炎、川崎病、皮炎、结节性多动脉炎等,另外还可见于变态反应性疾病如药物热、血清病等。

2. 黄疸 发热伴黄疸。

3. 浅表淋巴结大 应注意淋巴结分布部位、大小、坚硬度、活动度、与周围组织有无粘连、有无压痛等。

(1) 发热伴有浅表淋巴结疼痛、局部红热或可发现临近组织局部感染灶者提示为急性单纯性淋巴结炎。

(2) 发热伴有淋巴结疼痛,具有药物史或血清病征象者提示为药物热或血清病性反应性淋巴结炎。

(3) 发热伴有淋巴结疼痛,具有全身感染征象者提示为感染性疾病所致的反应性淋巴结炎(细菌、病毒、螺旋体等感染)。

(4) 发热伴有局限性淋巴结大,往往提示为淋巴瘤、白血病或恶性组织细胞病。

(5) 发热伴有局限性淋巴结大,如伴以皮疹及关节症状为主者,则提示幼年性类风湿性关节炎;如伴以系统性红斑狼疮征象则提示系统性红斑狼疮。

(6) 发热伴有局限性无痛性淋巴结大、坚硬、粘连移动度差者,多提示其他部位恶性肿瘤向淋巴结转移,要注意寻找相应部位的肿瘤。

4. 伴有结膜充血,多见于麻疹、咽结膜热、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

5. 伴有胸骨痛者要注意骨髓炎和白血病。

6. 伴有腹部异常体征者,需注意结核性腹膜炎、亚急性化脓性腹膜炎、胆道感染等。

7. 伴有肝脾大(见肝脾大节)。

8. 伴有病理反射或脑膜刺激征者,应高度怀疑为中枢神经系统疾病如各种脑炎或脑膜炎。

9. 各系统的重点检查。根据病史对具有上述症状的呼吸、消化、心血管、泌尿、神经等各系统进行仔细检查。

(三) 辅助检查

1. 一般检查 常规进行血常规、大小便常规的检查,对于长期发热者还应做常规胸部 X 线、血沉检查以及结核菌素试验等。

2. 特殊检查 对病史、体征和常规化验资料进行分析,提出可能的诊断,根据可能的诊断和具体条件选择有关特殊化验或器械检查,如各种标本(大小便、分泌物、体腔液等)的细菌培养或其他病原学检查,脑脊液、胸腔、心包穿刺液、腹水和关节腔穿刺液的检查,骨髓检查,血清免疫反应(抗链球菌溶血素“O”测定、类风湿因子、抗核抗体、肥达反应、冷凝集试验、噬异凝集试验、甲胎蛋白测定、补体结合试验等)、肝、肾功能检查、酶学测定(谷丙转氨酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶等)、心电图检查、超声波检查、放射性核素扫描和 CT、磁共振检查、各种皮肤试验、活体组织检查。

【思维程序】(图 1-1)

(一) 感染性发热

首先应根据患者年龄、流行季节、传染病接触史、居住地域、预防接种史、感染史、感染中毒症状以及伴随的系统症状与体征等加以分析。感染性疾病又分为急性和慢性感染性疾病,要根据有无急性感染征象区分;对于表现为长期发热者,往往病因复杂、难明,应极力寻找感染性疾病的证据,认真地从常规化验结果中分析可能的线索,找出疾病发展的蛛丝马迹,选择性采用特殊检查手段,顺藤摸瓜找到局部病灶引起长期发热的证据。

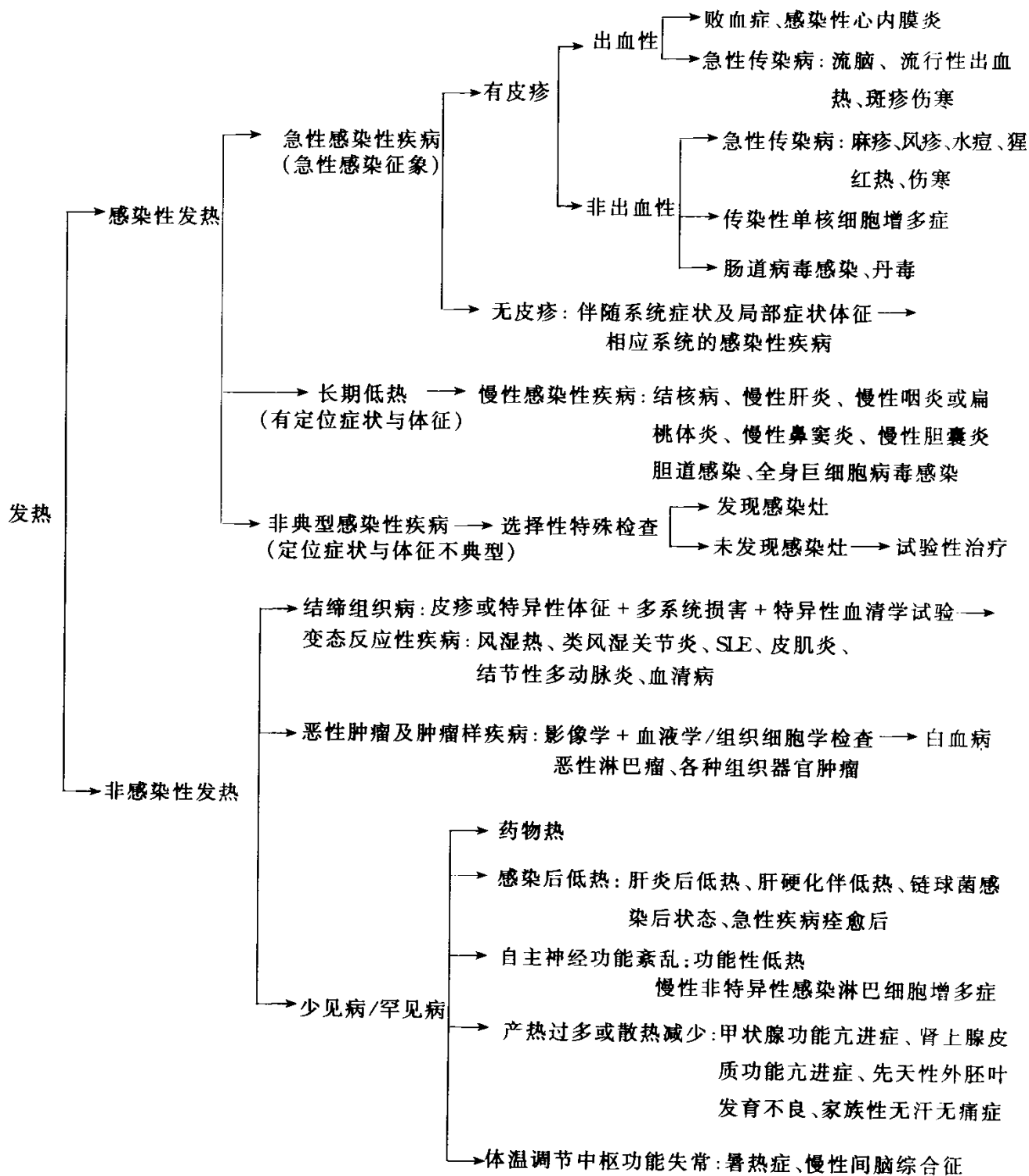


图 1-1 发热诊断思维程序

1. 急性感染性疾病 ①多突然起病;②伴有或不伴有寒战的高热;③常有全身不适,伴肌痛、关节痛、头痛、眼痛、畏光等表现;④有呼吸道症状如咽痛、咳嗽、流涕;⑤消化道症状恶心、呕吐、腹泻等;⑥淋巴结或(和)肝脾大;⑦白细胞计数增高或降低,中性粒细胞比例往往增高。

确定了是急性感染性疾病,再根据有无皮疹考虑是否为败血症、急性传染病及传染性单核细胞增多症、肠道病毒感染、丹毒等疾病;根据有无伴随系统症状及局部症状、体征考虑相应系统的感染性疾病。如果有皮疹,还应注意是否为出血性,出血性皮疹可见于败血症、流脑、流行性出血热、斑疹伤寒等传染病,结合其他征象及实验室检查明确诊断;非出血性皮疹常见于急性传染病如麻疹、风疹、水痘、猩红热、伤寒及传染性单核细胞增多症、肠道病毒感染、丹毒等。

2. 慢性感染性疾病及非典型感染性疾病 患儿无急性感染征象,主要表现为长期低热,具有定位症状和体征者,应考虑有慢性感染性疾病存在,如慢性肝炎、结核病、慢性胆道感染、咽炎或扁桃体炎等。长期发热,考虑可能有感染存在,但经一般检查未发现感染灶,可能为非典型性

感染性疾病,应考虑选择特殊检查,如特殊检查仍未发现病灶可予以试验性治疗,如首先试用足量的两联抗生素治疗,投石问路,经过观察疗效结果或持续或更换抗生素种类,以最终疗效排除或确定诊断。

(一) 非感染性发热

在排除感染性疾病的基础上,要努力寻找结缔组织性疾病和肿瘤性疾病的证据,认识并寻找某些发热性少见、罕见病。

1. 结缔组织病 要注意发热时间,有些病例在典型症状出现之前数周或数月就可开始发热;体检时应特别注意有无皮疹或特异性体征,如环形红斑、蝶形红斑、皮下结节、硬结、关节变化等的出现,及多系统损害的体征;从常规化验结果分析选择特异性的检查方法寻找支持诊断的证据,如特异性血清学试验(免疫球蛋白、血清补体、特异性抗体等)、影像学检查及组织活检、病理检查等以确定最可能的诊断;根据最可能的诊断倾向选择治疗方案,追踪治疗效果以排除或确定诊断。

2. 对长期发热原因不明患儿应提高对肿瘤的警惕性。恶性肿瘤及肿瘤样疾病病变发展迅速,当肿瘤组织崩溃或继发感染均可引起发热,热型多为弛张热、间歇热或不规则热等,在疾病过程中较长时间以发热为主要表现,极易与结核病、败血症或其他传染病相混淆。当拟诊肿瘤时,应及时选择相应的特殊检查,如X线检查、胃肠造影、CT检查、磁共振、放射性核素扫描、B超、内窥镜、血液学及组织细胞学检查、癌胚抗原甲胎蛋白测定等,以期明确诊断。

3. 在排除感染性疾病、结缔组织病、肿瘤样疾病的基础上应认识并警惕一些少见病、罕见病,如药物热、暑热证、先天性外胚叶发育不良、家族性无汗无痛症、慢性间脑综合征,还应注意是否存在自主神经功能紊乱,如功能性低热、感染后低热、慢性非特异感染性淋巴细胞增多症。此外,对于慢性低热者还应注意有否甲状腺功能亢进症和肾上腺皮质功能亢进症等。

【经验体会】

小儿的新陈代谢较旺盛,这一时期正常体温较成人稍高,而且体温调节中枢发育不完善,如饮食、剧烈运动、哭闹、穿衣过厚、室温过高、情绪激动等因素均可使小儿体温暂时性升高,这种暂时性体温变化应注意与病理性体温变化区别。长期发热为儿科常见症状,多种病因均可导致发热,大多数病例根据病史、体征及实验室检查可做出诊断;但也有部分病例表现不典型,需经过一段时间临床观察,在观察过程中,除高热有可能导致危险(如抽搐),一般不用退热剂,尤其不要将肾上腺糖皮质激素做常规退热剂使用,以免掩盖症状,给诊断造成困难。

(易著文 朱翠平)

参 考 文 献

- 廖清奎. 1988. 儿科症状鉴别诊断学. 北京:人民卫生出版社,7-18
- 林北谦. 2000. 发热疾病的诊断与病例分析. 北京:人民卫生出版社,3-51
- 吴瑞萍,胡亚美,江载芳. 1996. 诸福棠实用儿科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,264-267
- 徐学康. 1996. 内科疾病诊断思维程序. 南京:江苏科学技术出版社,1-20
- 张梓荆. 1999. 儿科疾病症状鉴别诊断学. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,3-25
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. 2000. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. Philadelphia: W B Saunders, 736-738
- Hay WW, Jr. Hayward AR, Levin MJ, et al. 2001. Current Pediatric Diagnosis and Treatment. New York: McGraw-Hill Companies, Inc, 211-212

第2节 水肿

水肿(edema)是细胞间液容量增加的结果。细胞间液中,钠是浓度最高的阳离子,起着维持渗透压,亦即起着维持细胞间液量的作用。故细胞间液容量增加,即意味着是钠潴留。水肿可分为全身性和局限性两种,局限性水肿是由于局部的细胞间液增加;全身性水肿则是由于全身性细胞间液增加。毛细血管滤出的综合力 $=$ (毛细血管动脉端血压+组织液胶体渗透压) $-$ (血浆胶体渗透压+组织压力);细胞间液回收的综合力 $=$ (血浆胶体渗透压+组织压力) $-$ (毛细血管动脉端血压+组织间液胶体渗透压)。在正常情况下,毛细血管滤出的综合力与细胞间液回收的综合力相平衡,一旦毛细血管滤出的综合力高于细胞间液回收的综合力,就会出现水肿。

【诊断步骤】

(一) 采集病史

1. 水肿起始部位 下行性、上行性、腹部。
2. 有无少尿、血尿、夜尿等泌尿系统症状。
3. 无头晕、头痛、眼花等高血压症状。
4. 有无心脏病史,有无心功能不全的症状,如喂养困难、气促、多汗、易疲劳、水肿、生长发育迟缓等。
5. 有无肌无力、周期性瘫痪、烦渴、多尿等低血钾表现。
6. 既往诊治的经过。
7. 家族中有无类似患者。

(二) 体格检查

1. 水肿性状与部位 凹陷性、非凹陷性;颜面、下肢、腹部、全身。
2. 体重变化。
3. 有无高血压。
4. 充血性心力衰竭的体征,如气促、难以平卧、颈静脉怒张、肝肿大、静脉压增加、肝颈静脉回流征阳性等。
5. 门脉高压征象,如腹水、腹壁静脉怒张、脾肿大和痔疮等。

(三) 辅助检查

1. 血常规,有无贫血。
2. 尿常规,尿 pH 值。
3. 肝功能检查,有无低蛋白血症。
4. 电解质检查,有无低血钾。
5. 心脏 X 线透视。
6. 必要时可查尿醛固酮定量、血浆肾素活性、 T_3 、 T_4 、TSH 等。

【思维程序】(图 1-2)

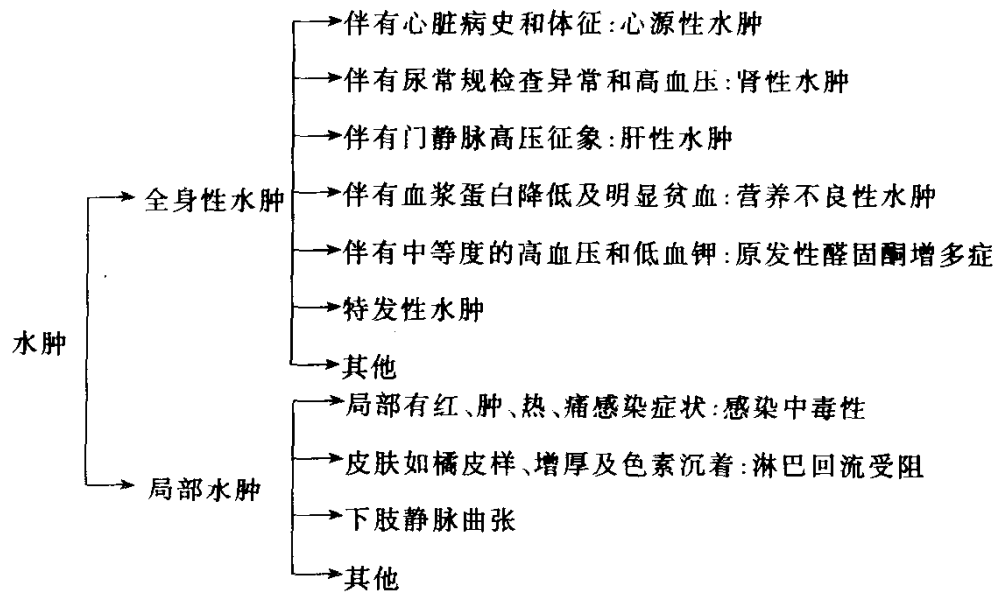


图 1-2 水肿的临床诊断思维程序

1. 全身性水肿 是指全身性细胞间液增加。水肿一般最先出现在疏松组织或身体低垂部位,全身至少有两个不同的部位发生水肿。

2. 局部水肿 是指局部细胞间液增加。由于静脉或淋巴回流受阻或毛细血管渗透性增加所致。

3. 心源性水肿 是右心功能不全的重要体征。但出现较迟。病人常有心脏病史和体征,除水肿外还有其他充血性心力衰竭的体征,如颈静脉怒张、肝肿大、静脉压增加、肝颈静脉回流征阳性等。

4. 肾性水肿 急性肾炎的水肿的特点,是晨起时眼睑或颜面水肿,尿常规检查异常和高血压是诊断的依据。引起水肿的主要原因是肾小球滤过率减少,而肾小管重吸收功能正常,故重吸收相对增加,引起水钠潴留,即球-管平衡失调。慢性肾炎的水肿是由于:①尿长期丢失蛋白,血浆白蛋白浓度降低,血浆胶体渗透压降低;②慢性炎症使肾小球滤过面积减少,球管失衡;③继发性醛固酮增多。肾病综合征水肿的主要原因是低蛋白血症,细胞间液回收障碍,导致血容量减少,将引起继发性醛固酮增多症。大量蛋白尿和低蛋白血症是诊断的依据。

5. 肝性水肿 肝硬化的水肿主要表现为腹水,临床上还可见其他门静脉高压征象,如腹壁静脉怒张、脾肿大和痔疮等。肝功能检查明显异常。腹水引起腹压升高,妨碍下肢静脉回流,可加重下肢水肿。

6. 营养不良性水肿 常由于慢性消耗性疾病或营养障碍性疾病引起,其主要原因为血浆蛋白降低、贫血、维生素 B₁ 缺乏。做血浆蛋白及血红蛋白测定即可诊断。对有慢性疾病者,如无血浆蛋白降低及明显贫血时,应考虑维生素 B₁ 缺乏的可能。可肌肉注射维生素 B₁,每日 100mg 作为治疗性诊断。

7. 原发性醛固酮增多症 水肿不是主要症状,仅少数患者出现下肢及颜面部轻度水肿。临床上的特征是中等度的高血压和低血钾,表现为肌无力、周期性瘫痪、烦渴、多尿等。本病血钾常降低,血钠常轻度增高,二氧化碳结合力及血 pH 常偏高呈碱血症表现。尿 pH 呈中性或碱性,尿比重偏低且较固定,必要时可测定尿醛固酮定量和血浆肾素活性,尿醛固酮每日排出量高于正常,血浆肾素活性降低,此二项具有诊断价值。在普食条件下,血钾低于正常,但每日尿钾仍在 25mmol/L 以上,提示尿路失钾,为本病特征之一。B 超对诊断直径超过 1.3cm 的肿瘤正

确率为 70%~80%。CT 对肿瘤定位的准确率达 85%~93%。

8. 特发性水肿 水肿呈间歇发生,多为轻度,持续多年。多见于原有自主神经功能失调病人,常在精神创伤,环境改变后起病。面部和下肢均可出现,但以下肢较常见,尤其是长时间保持直立体位时,下肢水肿明显加重。病人可有口渴、少尿,常伴有腹胀,血压常较低。体型肥胖者较多。本病除有些不适感外,对身体无特殊影响。化验检查:尿钠排泄减少,醛固酮增加,血浆肾素活性增高。立卧位水试验有助于诊断,即清晨空腹排尿后,于 20 分钟内饮水 1 升,然后卧床,每小时排尿 1 次,连续 4 次,测总尿量;第二天用同样方法重复 1 次,取直立位。特发性水肿者,直立位时,总尿量低于卧位尿量 50% 以上。

9. 其他 ①潴留钠和水的药物的使用,如肾上腺皮质激素、生胃酮、保泰松等。②甲状腺功能亢进合并水肿:其特征有甲状腺肿大、高代谢症候群、眼病和自主神经系统的失常。血 T_3 、 T_4 增高, TSH 降低。小部分患者有典型对称性黏液性水肿,多见于小腿胫前下段,有时也可见于足背和膝部、面部、上肢,甚至头部。③甲状腺功能减退除可发生黏液性水肿外,还可因为肾血流量降低,肾脏排水功能受损,导致组织水潴留而发生水肿。④间脑综合征引起水肿;间脑是多个中枢所在地,损伤某个中枢就表现出其特有的临床特点。一般来说。可有头昏、头痛、抽搐、脑电图异常等。

10. 感染中毒性 大多属炎症性,如血栓性静脉炎、丹毒、疖、痈、蜂窝组织炎以及蛇或虫咬中毒等。诊断主要依据感染症状,局部检查有红、肿、热、痛。

11. 淋巴回流受阻 可引起淋巴管引流区域局限性水肿。常见于慢性淋巴管和淋巴结炎症、淋巴管周围受压以及血丝虫病等。局部检查除水肿外,可见皮肤如橘皮样,毛孔显著。慢性或反复发作可使局部皮肤增厚(象皮肿)及色素沉着。疑为丝虫病者,可作周围血液微丝蚴检查。

12. 下肢静脉曲张 正常人在直立时,下肢静脉压可达 4.67~5.33kPa(35~40mmHg)。如果下肢中等大静脉的静脉瓣有缺陷,则小静脉的血压会升高,减少下肢细胞间液的回收,引起下肢水肿。

13. 其他 ①物理性:如灼伤、冻伤等。大面积灼伤的水肿,可为全身性。②变态反应性:如血管神经性水肿,以及过敏性或接触性皮炎等。③神经营养障碍:如肢体麻痹瘫痪时。④肢体静脉血栓形成和血栓性静脉炎。⑤上腔静脉阻塞综合征:由于纵隔肿瘤、胸腔内动脉瘤或淋巴结肿大等引起上腔静脉回流障碍,表现为头、面部、颈部及双上肢水肿。

【经验体会】

1. 水肿发生原因和症状轻重各异,应结合病史,起病年龄,伴随症状及体征,水肿出现的部位、先后次序、分布和轻重,并参考必要的实验室检查做出鉴别诊断。

2. 在水肿的早期,即使水肿液已在体内各组织间呈弥漫分布,病人只有体重增加,而无水肿表现,因此,如病儿有迅速的体重增加,而无任何原因解释时,可认为有水肿的存在。除一般体检外,最好定时测量体重的增减,以了解水肿轻重程度和治疗前后的对比。对于有心、肺、肾功能衰竭时的水肿病儿尤应连续观察体重的变化。

3. 全身性水肿往往先由某一局部(眼睑或下肢)开始,逐渐向全身发展,严重时除皮肤、皮下水肿外,极易合并胸水、腹水以及包皮、阴囊或阴唇水肿。在下肢可较早地呈现凹陷性水肿,而在组织松弛的部位,如眼睑、颌下则更易出现明显浮肿。全身性水肿明显时,水肿的分布可随体位变换而改变,如坐位时间较久则下肢水肿加重,平卧较久则颜面水肿加重,一侧卧位较久则

向下的部位水肿明显。

4. 心源性水肿患儿在凹陷性水肿出现之前,体重因水钠潴留已增加10%,水肿最先出现于身体低垂部位。直立位见于脚、内踝和胫骨前部,仰卧位以骶骨部位最显著,但易被医务人员忽视。严重者可出现胸、腹腔积液。易漏诊者为无明显杂音的心肌炎及心包炎,应注意检查心脏扩大之体征或做心脏X线透视。

(黄丹琳 易著文)

参 考 文 献

- 李国斌,黄登鹏,孙林. 1995. 图解式肾脏病鉴别诊断学. 广州:暨南大学出版社,38-46
吴瑞萍,胡亚美,江载芳. 1996. 实用儿科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,284-286
杨霁云,白克敏. 2000. 小儿肾脏病基础与临床. 北京:人民卫生出版社,155-158
易著文. 1998. 小儿临床肾脏病学. 北京:人民卫生出版社,45-46

第3节 消 瘦

人体因疾病或其他因素导致体内脂肪储量减少,肌肉消耗增加而体重下降并达到一定程度时称为消瘦(marasmus)。人体自外界环境摄取营养,经过消化、吸收、转化、利用、储存、消耗(更新)等多个环节后转化为机体的组成成分或为机体提供能量。疾病等因素引起其中任一环节发生异常均可导致营养障碍,发生消瘦,甚至引起多脏器功能障碍,因此对消瘦患者应及时寻找原因,争取早日治疗。

【诊断步骤】

(一) 采集病史

1. 出生史 双胎、多胎、早产、足月小样儿易发生营养不良性消瘦。

2. 起病情况 新生儿消瘦应注意有无宫内感染,婴幼儿时期消瘦多为喂养不当所致,年长儿消瘦应特别注意各种慢性疾病。缓慢发生的消瘦可能与慢性器质性疾病及营养不良有关;近期迅速发生的消瘦,可能为严重感染性疾病或恶性肿瘤。

3. 饮食行为习惯 注意有无挑食、偏食;食物供应量、摄入量、食物供应的种类、母乳量;有无添加辅食,有无仓促断乳史;有无父母强迫进食、过分限制儿童活动、功课繁重、睡眠不足等造成厌食的原因。

4. 服药史 甲状腺制剂、苯丙胺等药物均可促进分解代谢引起消瘦。

5. 有无手术、烧伤、创伤瘘管引流史。

6. 家族史 有的小儿像其父母,体格瘦小,食量少。

7. 伴随症状

(1) 伴食欲亢进:常见于甲状腺功能亢进症、糖尿病。

(2) 伴食欲减退:见于感染、恶性肿瘤、肾上腺皮质功能减退症、神经性厌食症。

(3) 伴发热:见于感染性疾病及某些肿瘤。

(4) 伴精神、神经症状:如长期失眠、焦虑、精神紧张、忧郁等。常为忧郁症和神经性厌食。

(5) 伴腹泻:多为肠道感染性疾病、吸收不良性疾病(如吸收不良综合征、恶心呕吐、血便等消化道症状)以及消化系统肿瘤等。

- (6) 伴呕吐、便秘:多见于先天性肥厚性幽门狭窄。
- 伴咳嗽、胸痛、咯血等症状,常提示肺结核等呼吸系统疾病。
- (7) 伴有厌食、黄疸、腹水等肝胆病症状,常提示慢性肝炎肝硬化。
- (8) 伴性早熟:常提示松果体瘤。
- (9) 伴多饮、多尿:常见于糖尿病、肾小管性酸中毒、Batter 综合征、Fanconi 综合征等。
- (10) 伴高血压、头痛、心悸、多汗:常提示嗜铬细胞瘤。

(二) 体格检查

- 1. 体重、身高、皮下脂肪的厚度、体围(如胸围、上臂围、腹围)、血压等。
- 2. 有无皮肤黏膜色素沉着 原发性肾上腺皮质功能不全者常有此征,以皮肤皱摺处、口腔及牙龈黏膜及关节伸面明显。
- 3. 有无甲状腺肿大、凸眼、震颤等甲亢体征。
- 4. 有无浅表淋巴结肿大:左锁骨上淋巴结肿大常提示胃、胰腺等恶性肿瘤、右锁骨上淋巴结肿大常与肝胆肿瘤有关;全身浅表淋巴结肿大,应除外恶性淋巴瘤。
- 5. 伴蜘蛛痣、黄疸、腹水的,见于慢性肝病、肝硬化。
- 6. 伴面容虚肿、精神萎靡、毛发稀疏、少动懒言及心动过缓、血压偏低的应考虑腺垂体功能减退症。
- 7. 伴发绀、心脏杂音:应考虑先天性心脏病、风湿性心脏病、感染性心内膜炎
- 8. 有无唇裂、腭裂等畸形影响进食,有无胃肠型及蠕动波,腹部有无包块、有无肝脾肿大。

(三) 辅助检查

1. 一般检查

- (1) 血清白蛋白、前白蛋白降低是消瘦最具特征性的改变。
- (2) 血常规:若白细胞及中性粒细胞增多常提示有细菌感染,白细胞减少应考虑病毒感染、伤寒、粒细胞缺乏症、SLE、肝硬化等,若外周血出现幼稚白细胞应考虑白血病、类白血病反应(幼稚细胞 $<10\%$)。
- (3) 尿常规:尿中白细胞增多,出现脓球提示泌尿系感染;尿中出现大量蛋白应考虑肾病综合征;尿糖阳性应考虑糖尿病;尿 pH >6.0 、尿比重低或固定应考虑肾小管性酸中毒、尿崩症等。
- (4) 粪常规:粪中有大量脂肪球提示消化不良,粪中有黏液、白细胞增多则提示肠道感染,见寄生虫卵或真菌菌丝、提示肠道寄生虫感染或真菌感染。
- (5) 结核菌素试验、结核抗体、抗核抗体、血沉、C 反应蛋白:了解有无结核、肿瘤、结缔组织病等疾病及其活动性。

2. 选择性检查

- (1) 怀疑有感染性疾病的,应做相应病原体的分离、培养或作其血清抗体测定。
- (2) 怀疑有内分泌、代谢性疾病者,应作空腹及餐后 2 小时血糖测定、糖耐量试验、甲状腺功能检查、ACTH 刺激试验等检查。
- (3) 疑诊肿瘤的,应做血 AFP、CEA、尿 VMA 等肿瘤标志物检查,做 CT、X 线、B 超及内镜检查,以明确其存在部位,并作病理组织学检查以明确肿瘤性质。
- (4) 疑诊肝、胆、胰、脾、肾等系统的疾病时应做肝功能、淀粉酶、尿素氮、肌酐以及相应部位的影像学检查。