

小儿内科 疾病临床诊疗思维

安文辉 著

吉林科学技术出版社

小儿内科 疾病临床诊疗思维

安文辉 著

图书在版编目(CIP)数据

小儿内科疾病临床诊疗思维 / 安文辉著. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2018.4

ISBN 978-7-5578-3890-4

I. ①小… II. ①安… III. ①小儿疾病—内科—诊疗
IV. ①R725

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第075566号

小儿内科疾病临床诊疗思维

出版人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 韩玉生
开 本 787mm×1092mm 1/32
字 数 166千字
印 张 5.75
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85677817 85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3890-4
定 价 42.00元
如有印装质量问题 可寄出版社调换
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

随着现代医学和生命科学的快速发展,使得越来越多的新理论和新技术广泛应用于儿科临床。儿科医师不仅要熟悉儿童及青少年的生长规律,还要掌握现代社会学、基础医学以及预防医学的知识。为了适应现代儿科学的发展,我们编写了这本《小儿内科疾病临床诊疗思维》。

本书是一本紧紧围绕儿科临床诊断和治疗展开论述的专科类书籍,对儿科常见呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病以及泌尿系统疾病等进行了较为详细的介绍。本书内容新颖,理论与实践结合紧密,是一本极具参考价值的书籍。

尽管在本书编撰过程中,编者做出了巨大的努力,对稿件进行了多次认真的修改,但限于个人学识,加之编写经验不足、时间有限,书中恐存在遗漏或不足之处,敬请广大读者提出宝贵的修改意见,以期再版时修正完善!

目 录

第一章 儿科常见症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 呕吐	(15)
第三节 休克	(24)
第四节 哭闹	(37)
第二章 呼吸系统疾病	(42)
第一节 急性上呼吸道感染	(42)
第二节 急性支气管炎	(46)
第三节 肺炎	(50)
第四节 化脓性胸膜炎	(62)
第五节 支气管哮喘	(66)
第三章 循环系统疾病	(78)
第一节 先天性心脏病	(78)
第二节 感染性心内膜炎	(87)
第三节 病毒性心肌炎	(93)
第四节 急性心包炎	(99)
第五节 期前收缩	(107)
第四章 消化系统疾病	(112)
第一节 消化性溃疡	(112)
第二节 慢性胃炎	(116)
第三节 小儿腹泻	(121)
第四节 克罗恩病	(128)

第五节	肝脓肿	(136)
第五章	泌尿系统疾病	(140)
第一节	尿路感染	(140)
第二节	急性肾小球肾炎	(147)
第三节	慢性肾小球肾炎	(152)
第四节	急性肾衰竭	(157)
第五节	慢性肾衰竭	(165)
第六节	肾病综合征	(170)
参考文献	(177)

第一章 儿科常见症状

第一节 发热

发热是指体温异常升高,当体温超过基础体温 1°C 时,可认为发热。儿童时期正常体温较成人稍高,且昼夜正常体温波动较大,但范围不超过 1°C 。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 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。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。个体的正常体温略有差异,同时,儿童随时因体内、体外诸多因素容易引起体温升高。临床上常将发热持续超过2周或以上称为长期发热。

一、诊断要点

1. 症状鉴别

对于发热患儿,应明确发热的持续时间,分清是急性发热还是长期发热。急性发热者,应首先考虑临床上常见疾病。长期发热者,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。并仔细检查患儿其他系统的伴随表现,尤其应注意是否伴有皮疹,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。对长期低热患儿必须做长期动态观察与全面反复检查。每日定时测量体温 $2\sim 4$ 次,连续2周,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。

2. 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 反应蛋白测定,用于明确细菌(或病毒)感染以指导治疗。

3. 治疗性试验

必要时才考虑,因为,对大多数发热病例来说,治疗性试验并无诊断价值。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。应考虑到滥用抗生素、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。

二、检查项目

1. 体格检查

应尽可能在自然光线下进行。

(1) 注意患儿精神状态,营养发育情况,反应情况,体位姿态,有无慢性消耗性病态表现,有无急性、慢性感染中毒症状等。检查体温、脉搏、呼吸、血压、体重、面色。

(2) 检查皮肤、黏膜有无皮疹、出血、黄疸、瘀点、瘀斑、疮、疖以及各部位有无浅表淋巴结肿大。

(3) 认真检查患儿各系统、各器官有无明确阳性体征。特别要注意容易隐蔽病灶的地方,如乳突、鼻孔、口腔、牙龈、咽后壁、咽侧壁、腋下、腹股沟、腋窝、耳道、脊椎、会阴部、肛门。对于小婴儿发热病例,还应注意患儿哭啼声音、姿态、吸吮状态、前囟、后囟骨缝是否闭合、裂开,前囟

张力如何以及各种生理反射是否异常。

2. 血、尿、便常规检查

(1) 血常规检查: 注意红细胞形态、大小、染色有无异常, 有无寄生虫。注意白细胞有无形态异常, 有无感染中毒颗粒, 注意各白细胞之间的比例, 嗜酸粒细胞数, 有无变异淋巴细胞等。

(2) 大便常规检查: 检查外观形状、性质、颜色。镜检有无红细胞、白细胞、脓细胞和吞噬细胞。有无寄生虫卵, 有无隐血。

(3) 尿常规检查: 检查除常规外, 同时应注意尿二胆(尿胆红素、尿胆原)是否阳性。有无隐血。

3. 细菌学检查

根据临床病史及体格检查考虑感染性疾病者, 应尽可能做相关病原学检查, 病原学检查应包括:

(1) 细菌学涂片: 取分泌物、渗出液、病灶处拭子涂片, 包括瘀点涂片, 做革兰染色寻找有无病原菌及为何种病原菌。

(2) 细菌学培养: 取血液、骨髓、各种浆膜渗出液、病灶处分泌物、冲洗液、脑脊液、关节液、各种穿刺液, 选择不同培养基, 使用相应培养方法对各种相关细菌进行培养检查, 包括特殊要求的机会菌、厌氧菌、L型菌、结核杆菌、真菌等培养检查。

4. 血清学(包括免疫学)检查

根据病情需要采用相应的血清学方法检查以协助发热性疾病的鉴别诊断。

(1) 诊断伤寒、副伤寒的肥达反应; 确定是否为梅毒螺旋体感染的外裴和华康反应; 查钩端螺旋体病的凝集溶解试验, 查 EB 病毒感染的嗜异性凝集试验等。

(2) 检查各种相关病毒及其他病原体感染的血清免疫学检查, 如确定是否为先天性 TORcH 感染检查弓形虫, 风疹病毒, 巨细胞病毒, 疱疹病毒特异性 IgM、IgG 抗体测定以及对 EB 病毒, 麻疹病毒, 呼吸道合

胞病毒,肠道病毒某些血清型特异性 IgM、IgG 抗体检测。

(3)其他:如血清自身相关抗体测定、血浆蛋白电泳、肌酶谱、肝功能、肾功能、甲胎蛋白、癌胚抗原等。

5. 组织学检查

组织学检查是一种较为有效的检查诊断手段。对于长期发热原因不明、难以诊断和鉴别诊断的患儿,在条件允许和可能范围内进行组织学检查。组织学检查包括:

(1)各种穿刺活检:如肝穿、肾穿、肺穿、心肌活检,淋巴结穿刺活检、骨髓穿刺检查等。

(2)手术活检:对病灶部位较深或穿刺困难,以及不能穿刺者,可考虑在适当范围内用手术方法直接取活组织检查,甚至剖腹、开胸取活检。

6. 皮肤试验

包括 OT(或 PPD)、肺吸虫皮试、血吸虫皮试等。

7. 影像学检查

(1)X 线检查:包括 X 线摄片和各种相应的造影摄片检查。

(2)B 超检查:包括彩超检查。

(3)CT、MRI 检查:以及各种放射性核素扫描检查。

三、临床思维

1. 急性发热伴皮疹

(1)麻疹:常有接触史,前驱期 3~5 天,患儿常有发热、上呼吸道卡他症状、结膜炎、鼻炎、咳嗽。发热最初 2~3 天,于口腔颊黏膜出现小的白色的麻疹黏膜斑(Koplik 斑)发热第 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。皮疹有不同程度融合,疹间可见正常皮肤。

(2)风疹:前驱期 0.5~1 天,患儿可表现为低热或无热,耳后和枕部

淋巴结肿大、压痛。发热第1~2天即出现淡红色小斑丘疹。出现迅速,由面、颈部延及躯干和四肢,24小时即布满全身。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。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:无前驱期,低热、全身不适当与皮疹同时出现。皮疹分批出现,最初表现为丘疹,数小时后转为疱疹,2天后变成脓疱疹,第4天结痂。可同时见到丘疹、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。

(4)幼儿急疹:发病急骤,体温突然升高,多在 39°C 以上,一般持续3~5天后体温骤降,皮疹多出现于体温骤降之后形态类似麻疹与风疹,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天消退,不脱屑,不留色素沉着。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: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。皮肤皱褶处,皮疹密集,色深红,间有针尖大出血点,形成深红色横行帕氏征。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1周后皮肤开始脱屑,可显手套袜套状脱屑。

(6)流行性脑脊髓膜炎:前驱期1~2天,患儿可有发热、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。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。

(7)伤寒：体温渐升，第5天达高峰，部分病儿起病后4~15天，腹、胸、腰、背出现散在的斑丘疹。经血培养或肥达反应确诊。

(8)流行性出血热：发热期患儿颜面潮红呈醉酒貌，腋窝部出现点状或线条状出血性皮疹，具有诊断价值。

(9)肠病毒感染：最常见的是埃可病毒和柯萨奇病毒感染，前驱期3~4天，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：表现为皱褶处皮肤糜烂，会阴、肛门，腋窝、指(趾)间潮红并糜烂；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。

2. 急性发热伴肺部症状或体征

(1)肺炎性传染性单核细胞增多症：该症以发冷发热，软弱，淋巴结肿大，咽充血，肌酸痛，头痛，食欲缺乏等最为常见。患儿常有咳嗽、胸痛，部分病例有血丝痰或铁锈色痰。X线检查以薄纱状阴影最具特征性。

(2)立克次体感染：以Q热为例。潜伏期平均16~18天。患儿多以恶寒、高热而急骤发病，呈弛张热型，一般持续5~10天。剧烈的持续性头痛通常是此病的特征，肌痛与关节痛也常见。确诊靠病原体分离与补体结合试验。

(3)急性血吸虫病：患儿有发热及其他毒血症状等，伴有肝大压痛与嗜酸粒细胞增多。常咳嗽，偶尔咯血，可有干、湿性啰音。X线示

弥散性浸润。吡喹酮治疗有良好疗效。

(4)过敏性肺炎:本病主要特点短暂而易消散的肺部浸润性阴影,伴以短暂的血中嗜酸粒细胞增多,有短暂的发热、咳嗽、咳痰等症状与体征。X线示肺部有短暂浸润性阴影。

(5)系统性红斑狼疮:可有间质性或小叶性肺炎等肺部表现,常并发胸膜炎。抗生素治疗无效,激素治疗肺炎迅速消散。

(6)Wegener肉芽肿:本病男性多于女性。绝大多数病例有鼻咽部表现,包括流涕、鼻塞、鼻出血、鼻窦炎、咽痛、音哑、中耳炎等,不少病例有口腔、鼻腔、咽喉等处的坏死性肉芽肿。约45%病例有深部症状,包括结膜炎、肉芽肿性角膜炎、巩膜和色素膜炎、破坏性巩膜软化穿孔、眼球突出等。约60%有下呼吸道症状,如咳嗽、咳痰、胸膜炎性胸痛、咯血、呼吸困难等。部分病例可完全没有症状,仅在胸部X线检查时发现肺部病变。肾脏受累时有蛋白尿、血尿和肾衰竭。本病有发热、体重下降、乏力。累及多器官。胸部X线表现多种多样;典型表现为肺内结节性病变,境界清晰锐利,以多发和双侧性居多,部分表现为双侧浸润影;有些病例表现为肺叶浸润或肺段实变;少数患者可有胸腔积液,心包积液,胸膜增厚,肺不张等。病人血沉增快,贫血,白细胞增多为常见表现。

(7)药物变态反应性肺损伤:引起变态反应性肺损伤的药物有呋喃坦啶、新霉素、卡那霉素、庆大霉素等氨基糖苷类抗生素及青霉素、磺胺类药物等。患儿发病急,表现为发热、全身皮疹、双肺湿啰音,X线胸片呈斑片状阴影。

3. 长期发热伴中毒症状

(1)结核病:小儿结核病主要类型为原发性肺结核。病儿肺部出现原发灶及肺门淋巴结肿大,临床表现较轻或无症状,有时出现结核中毒症状,如长期不规则发热(低热)、轻咳、食欲缺乏、疲乏、盗汗、消瘦等。年龄小、感染菌量多,抵抗力薄弱的患儿,病变可以恶化,形成原发灶周

围炎或淋巴结周围炎、胸腔积液、支气管结核。经过支气管播散可发生干酪性肺结核；经血行播散可致粟粒型结核，此时全身结核中毒症状明显，高热经久不退，全身衰竭；血行播散可致结核性脑膜炎，病儿有明显结核中毒症状，发热、食欲减退、消瘦、睡眠不安、性情及精神状态改变，出现脑膜刺激征、脑神经损害症状、脑实质刺激性或破坏性病状、颅内压增高病状、脊髓障碍症状。卡介苗接种史、接触史、临床症状、体格检查、胸部 X 线检查病变的发现及结核杆菌素试验阳性对诊断有重要意义。痰液或胃液进行直接涂片抗酸染色找结核杆菌或进行结核杆菌培养或动物接种可以得到确诊。

(2)败血症：本症表现为起病急、突然发热，有时先发冷兼有寒战。体温多持续高热或弛张热，有明显全身中毒症状。皮肤、黏膜常出现瘀点、红斑或其他皮疹。肝脾大，偶见黄疸。可有进行性贫血，尿可出现蛋白尿，亦可见少许白细胞及管型。细菌培养(血、病灶部位、病变体液培养)可分离出病原菌。

(3)感染性心内膜炎：病儿绝大多数均有原发性心脏病变，临床表现为全身感染症状，心脏症状和栓塞及血管症状。一般起病缓慢，开始时仅有不规则发热，患儿逐渐感觉乏力，食欲减退，体重减轻，关节痛及肤色苍白(贫血)。数日或数周后出现栓塞征象，瘀点见于皮肤与黏膜，指甲亦偶见线状出血，偶尔指、趾、腹部皮下组织发生小动脉栓塞。心脏病变的表现有心脏的杂音并多变，出现心力衰竭。栓塞的表现有脾大、腹痛、便血、血尿，肺栓塞时出现胸痛、咳嗽、咯血、呼吸困难，大脑中动脉栓塞时出现偏瘫。常见进行性贫血；白细胞增多，中性粒细胞数升高，血沉增快，C 反应蛋白阳性。免疫球蛋白数量升高、类风湿因子阳性。尿中有红细胞。血培养阳性，多次取足量血做培养或骨髓培养阳性率较高。血液培养阳性是确诊的关键。

(4)细菌性肝脓肿：临床可出现寒战、发热、胃肠症状，肝区疼痛、肝大、肝区击痛，肝功能损害，白细胞增多、核左移，贫血，衰竭等。蛔虫引

起的肝脓肿,往往持续不规则高热,可经数月不退。阿米巴所致的巨大肝脓肿肝前区表现隆起。有时肝脓肿向上方增大,刺激膈肌引起咳嗽、胸痛及呼吸困难。感染也可直接累及右侧胸膜及肺。肝区B超检查显示脓肿。

(5)膈下脓肿:本病多继发于肝脓肿破裂、急性阑尾炎或因败血症、脓毒血症所致,表现为高热及感染中毒症状。由于胸部或右上腹部疼痛或不适,该部呼吸运动减弱,肿胀及压痛或叩击痛。X线检查和超声波检查及同位素肝扫描、肺扫描有助于诊断。

(6)伤寒:发病多在夏秋两季,一般有接触史及不洁食物史。临床表现为年龄愈幼,表现愈不典型,随年龄增长,症状也愈接近成人。其典型临床经过分为4周,即初期、极期、缓解期和恢复期婴幼儿伤寒常不典型,起病较急,常伴有上呼吸道症状或呕吐,腹胀、腹泻等消化道症状,可有惊厥。体温上升较快,于发病后2~3天可达高峰。热型不规则。玫瑰疹及缓脉少见,肝脾大较为明显,并发支气管炎、肺炎者较多。伤寒血清凝集反应(肥达反应)对本病有辅助诊断价值。

(7)副伤寒:本病以夏秋季多见。有与家禽、家畜、鼠类、飞鸟等接触史;有不洁饮食史,有胃肠症状、腹泻、发热史。确诊主要依靠血及粪便培养,可获得相应的病原菌。

(8)鼠伤寒:可发生于各年龄组以婴幼儿多见。以夏秋季为发病高峰。潜伏期为8~48小时。有带菌的污物污染食物和水,经口感染的可能以及医院感染通过食具、医疗用具、医护人员的手传播的可能。临床表现胃肠炎型和败血症型。前者大便次多,可为脓血便,黏液便,水样便或血便,有腥臭味。除腹泻外常见有发热、腹痛、恶心、呕吐,不同程度的水、电解质紊乱。常有脱水和酸中毒。患儿可持续高热(也可有低热)1~2周;后者以全身中毒状表现。热型多为弛张热,可持续高热1个月左右。病儿神萎,面色灰黄,伴有丘疹样皮疹,多少不定,可融合成片。可伴有其他部位的化脓性病灶。部分肝功能受累,可见黄疸。

(9)斑疹伤寒:发病季节冬春较多,起病急骤,多以寒战开始,体温大多达 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$,持续高热2周左右。发病第5天出疹,先于胸背,继而延至颈、腹、四肢及掌跖,但面部少见。初为鲜红色斑丘疹,至第8天为暗红色或出血性斑丘疹,2周消退留色素沉着。神经系统症状较明显,有剧烈头痛、头晕、失眠,严重者烦躁,谵妄及脑膜刺激征。心血管受累时可有心率加快,血压下降,中毒症状严重者,可合并支气管肺炎,心力衰竭。多数有脾大。

(10)血吸虫病:早期,尾蚴侵入皮肤后数小时至2~3天局部出现红色点状丘疹,甚至水疱,有痒感,数小时或数日消退。表现为过敏性肺炎时患者常有咳嗽、胸痛、痰中带血,荨麻疹等。急性血吸虫病患者起病急,有发热,热型不定,可呈弛张热,间歇热或不规则发热,体温多达 39°C 以上,晨低,夜高,开始有寒冷感。平均热程1个月左右。多数病人有腹痛、腹泻、大便黏液带血。一般中毒症状不重。肝大以左叶为主,脾亦肿大,黄疸偶见。主要发生于夏秋季节。

(11)播散性念珠菌病:一般由白色念珠菌引起。多见于儿童,常继发于鹅口疮或口角炎。经消化道或呼吸道直接蔓延,引起食管炎、肠炎、肺炎等内脏感染或经血播散而发生念珠菌性败血症。有时可见于长期多次静脉滴注高渗葡萄糖、高营养液、各种氨基酸溶液或输血后的患者。临床上出现长期发热者,可见于念珠菌肺炎和念珠菌败血症。与一般婴幼儿重症肺炎基本相似,但咳嗽剧烈,高热不退,痰呈脓稠的黏液样,偶可带血丝,X线所见病变为融合性大片状实质阴影。

4. 长期发热伴结缔组织疾病特征

(1)系统性红斑狼疮:为全身结缔组织炎症性疾病。表现为不规则发热,发热高低与起病急缓有关。发热同时或先后出现其他临床症状或体征。绝大多数可见皮肤症状。皮疹位于两颊和鼻梁,为鲜红色,边缘清晰的红斑,轻度水肿,可波及下眼睑。有时边缘不规则,其他皮肤表现有斑丘疹、红斑疹等。血中可检查到红斑狼疮细胞。

(2)幼年型类风湿病全身型(Still病):多见于2~4岁,男性多见。起病急,全身症状显著,以反复发热、皮疹、关节痛、淋巴结肿大、抗生素治疗无效、糖皮质激素应用有效为主要特征。

(3)结节性多动脉炎:临床表现多样化,随着被侵犯脏器的不同而表现各种不同的症状。可表现为发热皮疹、皮下结节、关节痛和关节炎,累及消化道者可有腹痛、呕吐、腹泻,重者可有胃肠道出血、溃疡和肠梗阻。此外,多有肾损害表现为腰痛、血压增高、尿改变、严重的急性肾衰竭。此外还有肺炎、睾丸炎及副睾丸炎、充血性心力衰竭,可出现相应神经系统病变。

(4)皮肌炎:本病常侵犯多个系统,主要特征为横纹肌发生非化脓性炎症及退行性变形,同时合并皮肤病变。皮肤表现以红斑和水肿为主。最初通常为上部或上、下眼睑、鼻梁及上颌部的紫红斑与水肿或硬结,有时可呈蝶形,逐渐蔓延到其他部位的皮肤。病变通常先侵犯四肢肌肉,大都两侧对称,患儿诉说肌痛及无力。肩部、髋部肌痛常较明显。病肌先有肿胀、压痛,逐渐僵硬而失去随意性活动。头部血管肌肉亦可受累,以致发生眼睑下垂、斜视、吞咽困难、声弱等。

(5)过敏性紫癜:可有不规则低热或高度发热。皮疹多见于下肢远端,踝关节周围密集。躯干部罕见。初起为小型荨麻疹或斑丘疹,压之褪色,继而色泽加深,形成斑,斑中心点状出血,颜色变为暗紫色,形成紫癜。紫癜可融合成片。患儿常有关节痛、位置不固定急性腹痛及尿液改变

(6)渗出性多形性红斑:多发生于过敏体质患儿。临床特征为皮肤及黏膜同时受损;眼及口唇、生殖器和肛门最易受累;多种形态皮疹,以疱疹为主,重症可发生中毒性休克及内脏损害。皮疹可出现于全身任何部位,但以手足背、臀及下肢伸侧、颜面颈部为多见,大都左右对称。病程一般2~4周。