

A photograph of a male doctor with glasses, wearing a white lab coat over a blue shirt, smiling warmly while holding a baby. The baby is wearing a blue long-sleeved shirt and is looking towards the camera with a curious expression. The doctor's hands are gently supporting the baby. The background is a plain, light-colored wall.

儿科常见病诊疗

郝德华◎著

儿科常见病诊疗

郝德华◎著

图书在版编目（CIP）数据

儿科常见病诊疗 / 郝德华著. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.6

ISBN 978-7-5578-4576-6

I. ①儿… II. ①郝… III. ①小儿疾病—常见病—诊疗 IV. ①R72

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第133261号

儿科常见病诊疗

著	郝德华
出版人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陆海艳
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	406千字
印 张	21
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	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	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4576-6
定 价	85.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话:0431-85677817

前 言

在临床工作中,儿科是一门十分重要的学科,在基层医疗工作中占有很重要的地位。近年来随着基础医学理论与技术的蓬勃发展,临床医学内容的不断更新与深入,儿科医学同样取得了很大的发展,儿科分科、分专业越来越细,对疾病诊断和治疗的新理论及新技术不断更新。

全书共分为 13 章,首先介绍了儿科常见症状和体征、新生儿与新生儿疾病、营养和营养障碍性疾病等知识;后面阐述了几科临床常见病的临床诊治,主要包括呼吸、循环、消化、泌尿、血液、神经、内分泌、结缔组织病、传染性疾病与遗传性疾病的病因、临床表现、诊断与治疗。

本书内容简洁,有较强的科学性和实用性,然而医学的发展日新月异,儿科学的诊疗还有待于医学界同道共同开拓和探讨。

鉴于水平和时间所限,该书编写过程中的疏漏之处在所难免,恳请各位读者不吝赐教,提出宝贵意见,以便日后不断改进。

目 录

第 1 章 儿科常见症状和体征

第一节 发热	(1)
第二节 呕吐	(2)
第三节 呼吸困难	(3)
第四节 发绀	(3)
第五节 昏迷	(4)
第六节 抽搐	(5)
第七节 头痛	(6)
第八节 腹痛	(6)
第九节 皮疹	(8)
第十节 水肿	(9)
第十一节 黄疸	(9)
第十二节 便血	(10)
第十三节 血尿	(11)
第十四节 瘫痪	(12)
第十五节 肝大	(13)
第十六节 脾大	(14)
第十七节 咳嗽	(14)
第十八节 咯血	(16)
第十九节 胸痛	(20)
第二十节 淋巴结肿大	(23)
第二十一节 高血压	(25)

第 2 章 新生儿与新生儿疾病

第一节	早产儿	(29)
第二节	胎儿宫内生长异常	(35)
第三节	新生儿窒息	(37)
第四节	新生儿缺氧缺血性脑病	(42)
第五节	新生儿颅内出血	(45)
第六节	新生儿胎粪吸入综合征	(47)
第七节	新生儿呼吸窘迫综合征	(50)
第八节	新生儿黄疸	(53)
第九节	新生儿溶血病	(57)
第十节	新生儿感染性疾病	(60)
第十一节	新生儿寒冷损伤综合征	(71)
第十二节	新生儿代谢性疾病	(74)
第十三节	新生儿呼吸暂停	(78)

第 3 章 营养和营养障碍性疾病

第一节	蛋白质 - 热能营养不良	(80)
第二节	小儿单纯性肥胖	(83)
第三节	维生素 A 缺乏症	(84)
第四节	维生素 D 缺乏性佝偻病	(86)
第五节	维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(91)
第六节	锌缺乏症	(92)

第 4 章 呼吸系统疾病

第一节	细菌性肺炎	(96)
第二节	病毒性肺炎	(98)
第三节	衣原体肺炎	(103)
第四节	支原体肺炎	(104)
第五节	急性呼吸窘迫综合征	(108)

第六节 急性上呼吸道感染	(119)
--------------------	-------

第七节 急性支气管炎	(122)
------------------	-------

第5章 循环系统疾病

第一节 心肌病	(124)
---------------	-------

第二节 先天性心脏病	(132)
------------------	-------

第三节 风湿性心脏瓣膜病	(146)
--------------------	-------

第四节 感染性心内膜炎	(151)
-------------------	-------

第五节 急性心包炎	(157)
-----------------	-------

第6章 消化系统疾病

第一节 小儿功能性便秘	(160)
-------------------	-------

第二节 腹泻病	(171)
---------------	-------

第三节 贲门失弛缓症	(179)
------------------	-------

第四节 肠套叠	(182)
---------------	-------

第五节 小儿吸收不良综合征	(185)
---------------------	-------

第7章 泌尿系统疾病

第一节 急性肾小球肾炎	(195)
-------------------	-------

第二节 IgA 肾病	(199)
------------------	-------

第三节 过敏性紫癜性肾炎	(200)
--------------------	-------

第四节 肾小管-间质疾病	(201)
--------------------	-------

第五节 原发性肾病综合征	(225)
--------------------	-------

第六节 泌尿系统感染	(228)
------------------	-------

第8章 血液系统疾病

第一节 小儿贫血	(232)
----------------	-------

第二节 骨髓增生异常综合征	(239)
---------------------	-------

第三节 血友病	(241)
---------------	-------

第四节 传染性单核细胞增多症	(245)
----------------------	-------

第五节 红细胞增多症	(247)
------------------	-------

第六节 白血病	(250)
---------------	-------

第9章 神经系统疾病

第一节 癫痫	(260)
第二节 热性惊厥	(266)
第三节 神经系统感染性疾病	(268)

第10章 内分泌系统疾病

第一节 生长激素缺乏症	(281)
第二节 中枢性尿崩症	(282)
第三节 儿童糖尿病	(283)
第四节 性早熟	(288)
第五节 小儿肥胖症	(292)

第11章 结缔组织病

第一节 风湿热	(297)
第二节 川崎病	(300)
第三节 幼年型类风湿性关节炎	(303)
第四节 幼年强直性脊柱炎	(307)

第12章 传染性疾病

第一节 流行性感冒	(311)
第二节 水痘与带状疱疹	(312)
第三节 病毒性肝炎	(315)
第四节 细菌性痢疾	(327)
第五节 幼儿急疹	(334)

第13章 遗传性疾病

第一节 21 - 三体综合征	(335)
第二节 肝豆状核变性	(336)

第 1 章

儿科常见症状和体征

第一节 发 热

【概述】

体温超过正常范围称为发热。小儿正常体温常以肛温 $36.5 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$,腋温 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 衡量。肛温比腋温高 0.5°C 左右。肛温虽比腋温准确,但目前儿科临床多采用腋表测温,正常体温一般为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。若腋温超过 37.4°C ,且 1 日间体温波动超过 1°C 以上,可认为发热。

【分类】

1. 按体温高低分类 可分为 4 类,以腋表为准:低热 $37.5 \sim 38^{\circ}\text{C}$,中度热 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$,高热 $39.1 \sim 40^{\circ}\text{C}$,超高热则为 41°C 以上。

2. 按发热时间长短 可分为 4 类:

(1) 短期发热:指发热 <2 周,多伴有局部症状及体征。

(2) 长期发热:指发热时间 ≥ 2 周,有的可无明显症状、体征,需实验室检查帮助诊断。

(3) 原因不明发热:指发热时间超过 3 周(持续或间歇热),经体检与常规辅助检查不能确诊者。

(4) 慢性低热:指低热持续 1 个月以上。

3. 按热型分类

(1) 稽留热:持续发热,体温波动很小,一般未超过 0.6°C 。

(2) 弛张热:发热体温波动上下 $2 \sim 3^{\circ}\text{C}$,但未回到正常。

(3) 间歇热:发热回到正常至少 24h 又发热。

(4) 双峰热:24h 内发热有 2 次高峰。

(5) 复发性或再发性热:发热多次,每次持续数日,发热间期 1 至数日体温正常。

(6) 不规则热:热型无一定规律。

【原因】

发热是许多疾病的常见症状,须多方面调查分析,才能查明病因。

1. 详细准确采集病史 注意年龄、发病季节、流行病史,传染病接触史,预防接种史,起病缓急,病种长短,热型和伴随症状。

2. 全面仔细体格检查 注意口腔黏膜、皮疹的分布与形态、神经精神症状、及淋巴结肿大情况等。

3. 实验室检查 血、尿、粪常规、培养及免疫学检查等,血液病宜做骨髓象检查。怀疑结核病需进行结核菌素试验。

第二节 呕 吐

【概述】

呕吐是小儿常见症状之一。呕吐可分为两类：

1. 反射性呕吐 呕吐时患儿常伴有迷走神经兴奋现象，表现恶心、面色苍白、出汗、流涎、血压降低及心率缓慢等；

2. 中枢性呕吐 呕吐中枢直接受刺激或通过化学感受器受到刺激，如颅内疾病或某些药物及异常代谢产物如糖尿病酸中毒、肝脏疾病及尿毒症时均可刺激呕吐中枢致呕吐。

呕吐病因复杂，可由消化系统疾病引起，也可见于全身性疾病。应全面进行分析，找出病因，及时处理。

【病史】

1. 年龄 不同的年龄有不同的呕吐原因。新生儿期呕吐，见于咽下综合征、颅内出血、败血症、腹膜炎、消化道畸形等。婴儿期以喂养不当、哭闹最常见，其次为呼吸道感染、肠套叠等。幼儿及较长儿童，以扁桃体炎、中枢神经系统疾病、胃肠道感染为多见，其次为各种中毒。

2. 呕吐方式

(1) 溢乳常表现为胃内乳汁由口角少量外溢。

(2) 一般呕吐：常伴有恶心。

(3) 喷射状呕吐：常见于喂药刺激，吞入大量空气，幽门肥厚及中枢神经系统疾病。

3. 呕吐物性质 无胆汁者，多见于幽门痉挛及梗阻、十二指肠上端梗阻。呕吐物含有胆汁者见于剧烈呕吐者，及高位小肠梗阻。呕吐物带粪汁则多见于下段或更低位的肠梗阻。有血性液时应考虑到消化道溃疡、食管下端静脉曲张症。

4. 呕吐与进食的关系 呕吐与进食无关者，见于消化道外疾病。

5. 伴随症状 如伴神经系统体征阳性则提示颅内疾病；伴有腹痛、腹泻、血便，考虑消化系统疾病及过敏性紫癜等。以不明原因的反复呕吐者应考虑到颅内肿瘤，结核性脑膜炎。

6. 询问过去病史 有无蛔虫病史，结核病，周期性呕吐以及出生史等。

【体检】

在全面体检的基础上，应特别注意腹部体征及神经系统检查，必要时进行眼底检查及直肠指检。

【辅助检查】

1. 一般常规检查。

2. 放射学检查 如腹部 X 线检查、头颅 CT 或核磁共振检查、消化道造影及钡餐。

第三节 呼吸困难

【概述】

呼吸困难表现为辅助呼吸肌参与呼吸运动,呼吸增快,呼吸节律不整,呼气、吸气相比例失调。呼吸困难分为轻、中、重三度:轻度时仅表现为呼吸增快,或节律稍有不整,哭闹、活动后可出现轻度青紫;中度呼吸困难除呼吸频率增快外,表现为“三凹”征(胸骨上窝、肋间隙及剑突下的吸气性凹陷),点头呼吸等代偿性辅助呼吸运动,患儿常烦躁不安,发绀,吸氧后症状有所缓解;重度呼吸困难时,上述症状均加重,吸氧仍不能使发绀缓解。

【常见类型】

1. 呼吸系统疾病

(1) 吸气性呼吸困难:表现为吸气相延长,见于上呼吸道梗阻。

(2) 呼气性呼吸困难:表现为呼气相延长,伴有喘鸣音,常见于下呼吸道梗阻。

(3) 混合性呼吸困难:吸气和呼气相大致相等。常见疾病有:

1) 上呼吸道疾病:a. 先天性:如鼻后孔闭锁、舌后坠、气管软化等;b. 后天性:如上呼吸道感染、气管异物、血管性水肿等。

2) 下呼吸道疾病:a. 新生儿期:湿肺、吸入综合征、肺出血、早产儿肺透明膜病、支气管发育不良、膈疝;b. 非新生儿期:各种肺炎、肺不张、肺气肿、肺脓肿、肺出血、肺栓塞、成人型呼吸窘迫综合征等;c. 其他:朗格罕组织细胞增生症、特发性肺含铁血黄素沉着症、肺部肿瘤等。

3) 胸腔及胸廓疾病:胸腔积液、气胸、液气胸、纵隔积气、胸廓畸形、膈肌运动受限等。

2. 其他系统疾病

(1) 心血管疾病:如心功能不全、青紫性心脏病缺氧发作、心律失常、心包疾病等。

(2) 神经系统与肌肉疾病:常见病因有①呼吸中枢过度兴奋与衰竭:脑炎、脑膜炎、中毒性脑病、颅内出血、缺氧缺血性脑病等;②末梢神经、肌肉麻痹:如急性感染性多发性神经根炎、脊髓灰质炎、重症肌无力、有机磷中毒等。

3. 代谢异常 代谢性酸中毒、低钾血症等。

4. 细胞内呼吸功能障碍 多由中毒所致,如一氧化碳中毒及某些药物、食物所致的高铁血红蛋白血症等。

5. 精神因素 如过度换气。

第四节 发 绀

【概述】

发绀是皮肤黏膜浅表毛细血管血液中的还原血红蛋白增多($>50\text{g/L}$)或变性血红蛋白增多(超过血红蛋白总量的15%),使皮肤黏膜呈现青紫色,多见于黏膜及皮肤较薄、

毛细血管较丰富处，如口唇、鼻尖、两颊及指（趾）甲等处。

发绀按发病机制分为三类：①中心性青紫：动脉血氧饱和度降低（ $<85\%$ ），发绀多均匀分布于全身皮肤、黏膜，皮肤常温暖。②周围性发绀：动脉血氧饱和度正常，发绀多发生在四肢末梢指（趾）端，皮肤冷，由灌注不良引起。③变性血红蛋白血症：如高铁血红蛋白或硫血红蛋白血症，动脉血氧饱和度正常或稍低。

【常见类型】

1. 中心性发绀

（1）右向左分流的心血管疾病：如大动脉转位、法洛四联症、肺动脉狭窄、左心发育不良、持续胎儿循环等，吸氧后青紫不能缓解。

（2）呼吸性青紫：如呼吸道梗阻、重症肺炎、新生儿呼吸窘迫综合征、支气管肺发育不良、毛细支气管炎、肺水肿、气胸及膈疝等。

（3）其他：如围生期缺氧、低血糖、重症脑炎脑膜炎、脑水肿、颅内压增高及镇静剂过量、呼吸肌麻痹等。大气氧分压低也可致发绀。

2. 周围性发绀 如充血性心力衰竭、休克，寒冷时周围血管收缩及红细胞增多致血液黏稠等。局限性发绀见于躯体局部受压，血栓闭塞性脉管炎，冷球蛋白血症及雷诺现象。

3. 变性血红蛋白血症 先天性高铁血红蛋白血症在生后或婴儿期出现发绀，患儿除剧烈运动外，一般无呼吸循环障碍。药物与食物引起的高铁血红蛋白血症病史中有服用磺胺、非那西汀或食用含亚硝酸盐食物可询。

第五节 昏 迷

【概述】

昏迷是最严重的意识障碍，指病儿深度、持久的意识丧失，与之讲话及给以感官及物理刺激均不能被唤醒。昏迷提示双侧大脑半球或脑干网状结构功能障碍。

【分度】

根据意识障碍程度分为下面3种。

1. 浅昏迷 病人对强烈刺激如疼痛有反应；瞳孔对光反射、角膜反射、吞咽反射及眶上压痛反应仍存在，无自主运动；呼吸、脉搏及血压等生命体征正常。

2. 中度昏迷 对强刺激如疼痛觉的防御反应、角膜反射均减弱，生命体征正常。

3. 深昏迷 对外界一切刺激均无反应，瞳孔散大，生理反射均消失，生命体征可存在不同程度障碍，大小便失禁。

【病因】

昏迷是病情危重的标志之一。常见病因如下所述。

1. 全身性疾病

（1）急性重症感染：如中毒性痢疾及其他感染所致的中毒性脑病。

（2）内分泌及代谢性疾病：如糖尿病酮症、甲状腺危象、尿毒症、肝昏迷、血糖异常、卟啉病等。

(3) 中毒。

(4) 其他：如中暑、电击及血管因素（高血压脑病）等。

2. 颅内病变 如感染、占位病变、脑损伤、颅压增高及抽搐等。

【查体程序】

昏迷患儿查体程序应先查生命体征，包括体温、呼吸、脉搏、血压、瞳孔反应等；判断意识障碍程度；再做一般体格检查；重点检查神经系统，注意眼征。待生命体征稳定以后，需进一步询问病史、体检，根据病史及体检提供的线索，进行必要的实验室检查，做好病因的鉴别诊断，以便有针对性地治疗。

第六节 抽 搐

【概述】

抽搐俗称抽风，是儿科常见急症。抽搐是指全身性或身体某一局部肌肉运动性抽搐，是由骨骼肌不自主地强烈收缩而引起的；发作时的脑电图可以正常或异常，常伴有意识障碍。

【诊断】

抽搐发生率高，首先要确定是否是抽搐。如是抽搐，应详细了解病史，如开始发作的年龄、诱因、伴随症状、表现特点、持续时间、发作后的表现，孕产期情况及生长发育史，脑损伤史，家族史及遗传病史。做好全面的体格检查，注意有无与抽搐有关的异常体征，如智力、行为、皮肤异常色素斑、皮下结节、头颅大小及外形、前囟、眼底、肢体活动、异常神经体征等。根据具体情况选择实验室检查，如血、尿、便常规、遗传代谢病筛查、电解质、血糖、脑脊液检查、脑电图、CT等。

【临床分类】

1. 抽搐伴有发热 主要由感染引起。

(1) 颅内感染：多伴有意识障碍、呕吐、谵妄或昏迷。抽搐常反复多次，每次持续时间较长，可呈持续状态。多有神经系统阳性体征。

(2) 颅外感染：如败血症、中毒性痢疾、中毒性肺炎等，均可伴有高热和抽搐。

(3) 高热抽搐：其特点：①好发年龄为6月至3岁；②上呼吸道感染引起者多见，常在病初体温急剧升高时发生；③全身性抽搐伴有意识障碍，但抽搐止后，意识很快恢复；④在一次发热性疾病中，一般只发作1次，很少发作2次以上；⑤抽搐时间短暂，数秒至数分钟；⑥无神经系统体征，脑脊液检查除压力增高，无异常发现；⑦发作后1~2周做脑电图检查为正常；⑧有既往高热抽搐史和家族史；⑨预后多良好。

2. 无热抽搐

(1) 癫痫。

(2) 非感染性中枢神经系统疾病：如颅内出血、窒息缺氧、颅脑外伤、先天性脑发育畸形、胆红素脑病、脑肿瘤、脱髓鞘病、神经皮肤综合征等。

(3) 全身性疾病：如高血压脑病、先天性代谢病、水电解质紊乱、维生素B₆缺乏。

(4) 其他：中毒、创伤等。

第七节 头 痛

【概述】

头痛是儿科常见症状，多见于儿童，由于婴幼儿不能正常表达，难以判断其确有头痛。多数头痛与偏头痛或急性发热性疾病有关，但也可能是严重疾病的症状。因此对头痛病人要认真询问病史，仔细检查，做好鉴别诊断，及时做出诊断。

【分类】

头痛按病因分为三类。

1. 颅内疾病 中枢神经系感染、颅内占位性病变、脑血管疾病（如脑血管畸形、动脉瘤、偏头痛）、颅内压增高，头痛性癫痫等。头痛病人应首先除外颅内疾病，病人常有呕吐、意识改变，体检可有神经系统阳性体征。必要时需进行眼底，脑脊液，脑超声，脑电图及头颅 CT，MRI 等检查。

2. 头部颅外疾病

- (1) 眼部疾病：如屈光不正，青光眼，眶内肿物。
- (2) 鼻部疾病：如急性慢性鼻炎、鼻窦炎。
- (3) 耳部疾病：如中耳炎、乳突炎。
- (4) 口、齿疾病：如龋齿、牙周炎及齿槽脓肿。
- (5) 头皮、颅骨疾病：如头皮炎症，颅骨骨折或炎症，枕大神经、三叉神经痛。
- (6) 头、颈部肌肉疾病：如颈肌损伤、炎症及情绪紧张等因素引起的头颈部肌肉持续收缩，即肌紧张性头痛。

3. 全身性疾病

- (1) 发热：发热时脑血管扩张可致头痛，热退后头痛即消失。
- (2) 高血压。
- (3) 缺氧或二氧化碳潴留：如窒息、高山反应等。
- (4) 急、慢性中毒。
- (5) 其他：如甲状腺功能亢进，尿毒症、药物副作用及精神心理因素引起的头痛等。

对头痛病人要认真询问病史如头痛部位、前驱症状、持续时间、性质和发作时间、过去头痛史、近期外伤史及头痛家族史，仔细检查全身及头部颅外各器官有无阳性体征，选择必要的实验室检查。

第八节 腹 痛

【概述】

腹痛是小儿时期最常见的症状之一，其中一部分属于急腹症范围常须紧急外科处理，误诊漏诊易造成严重损害，甚至危及生命。引起腹痛的原因很多，几乎涉及各科疾病。

所以对于小儿的腹痛诊断和鉴别诊断，应十分重视。

腹痛的发生大体上可有绞痛、钝痛、放射痛3种形式。小儿腹痛的临床特点：小儿腹痛随年龄大小而有不同的表现。新生儿机体反应差，往往不表现腹痛，而仅出现顽固性腹胀和频繁的呕吐。婴幼儿多无自述腹痛能力，仅以其表现可被家长及医生理解为腹痛，如阵发性或持续性的哭闹，两下肢蜷曲，面色苍白，出汗，拒食甚或精神萎靡。年长儿腹痛时常哭闹或转辗不安，双下肢向腹部屈曲，并以手护腹部，而对腹痛性质、经过常常描述不确切，定位能力差。对腹痛病儿的正确诊断，则有赖于医生详询病史，耐心观察腹痛情况，仔细全面地进行检查，方能及时做出正确的诊断和处理。

【诊断】

1. 注意事项 腹部触诊是关系到能否正确诊断的重要环节。触诊检查时，应注意以下几点：

(1) 争取小儿合作接受检查，幼婴可利用玩具或吸奶；年长儿力求让患儿自己用一个手指，指明疼痛部位或范围；

(2) 不合作者，可于啼哭吸气时检查或待患儿睡眠时进行检查；

(3) 检查应由非疼痛部位开始，逐渐移向疼痛部位，要反复对比各部位的反应，找出压痛及紧张部位、范围和程度，可疑时应反复检查，最好能争取在小儿安静时或入睡后再次检查。

2. 检查方法

(1) 浅层检查：轻触腹部注意痛觉过敏（轻触即引起剧痛）及肠型或肿物引起的腹壁不平感；

(2) 中层检查：轻按腹壁，注意压痛及紧张；

(3) 深层检查：慢慢压至后腹壁，注意肿物的存在与性状。两髂窝与中腹要触及动脉搏动。肾区要求腹前腹后两手同时按压，互相接触。盆腔下腹要与肛门指检之手互相接触。

【鉴别诊断】

年龄不同，腹痛病因不同。婴儿及学龄前儿童腹痛常见器质性原因为胃肠炎、尿路感染及便秘，学龄期及以上年龄儿童腹痛多为功能性腹痛，常见器质性原因有胃肠炎、肠系膜淋巴结炎、尿路感染，便秘和阑尾炎。鉴别腹痛的病因，应注意以下几项：

1. 腹部器官与非腹部器官引起的腹痛鉴别 首先，应排除肛门、尿道、四肢、腰背的疼痛。特别是肩、髋的疼痛，同时如无腹部异常体征，又无食欲不佳、呕吐等胃肠症状，可排除腹部疾病。

2. 腹部器质性病变腹痛与功能性腹痛鉴别 器质性病变指某器官有病理解剖上的变化，其腹痛比较持续，体征较固定，只要病变继续存在，腹痛也存在，如阑尾炎、肠梗阻、腹膜炎、消化性溃疡等。功能性腹痛则多由单纯的胃肠痉挛引起，无压痛、紧张、肿物或肠型，特别是腹部柔软不胀且肠鸣音正常者，偶尔出现上述体征而部位不固定，如消化不良、肠蠕动紊乱。

3. 复发性慢性腹痛的鉴别 复发性腹痛可分为功能性和器质性两类，其中功能性者较常见，主要为肠痉挛症，多为小儿过敏性痉挛体质的表现，每次诱因不明，多可自然停止（1~2周），至青春期逐渐不再发作。

第九节 皮 疹

【概述】

皮疹常是儿科临床诊断疾病的重要线索。一个疾病可引起多种皮疹，而同一形态的皮疹可见于多种疾病，因此原发病的诊断须结合病史及其他临床检查。

【分类】

1. 斑疹、丘疹、斑丘疹 斑疹是真皮内血管扩张使皮肤局限性变红，无隆起或凹陷，按之褪色。斑疹扩大、融合、直径超过3~4cm时称红斑，形成环形称环形红斑。丘疹是表皮或真皮浅层增厚或细胞浸润使皮肤实质性稍凸起，大小可自针尖至豌豆大，形态不一，可融合成片。斑丘疹兼有斑疹及丘疹的特征。常见病因有感染、过敏、风湿类疾病等。

2. 疱疹、大疱、脓疱 疱疹是局限性表皮空腔性凸起，内含清澈的浆液；体积较大，直径超过1cm的疱疹称大疱；含有混浊脓液的疱疹称脓疱，由细菌感染所致。疱疹经干瘪、结痂、脱痂，浅表者最终不留瘢痕，脓疱较深者，可遗留深浅不一的瘢痕。常见病因有：

(1) 感染：①病毒感染：如水痘-带状疱疹病毒感染、单纯疱疹病毒感染、手、足、口病等。②细菌感染：多由葡萄球菌及链球菌或两者混合感染，少数由绿脓杆菌或其他细菌引起。

(2) 汗疱疹：为晶状露珠样粟粒疹，是由于汗腺管口阻塞所引起，常分布在额、躯干上部等好出汗的部位。炎热季节或身体捂热处易发生。

(3) 遗传性疾病：如大疱性表皮松解。

3. 荨麻疹 俗称“风疹块”，是以风团为特征的血管反应性皮肤病，病因有对食物、药物、感染、虫叮咬等过敏，也可与寒冷刺激、遗传因素有关。常先感到皮肤瘙痒或刺痒，迅速出现风团，局部皮肤淡红、水肿，扁平高起，边缘清楚，呈不规则伪足状，周围有红晕，风团大小不等，无固定形态及部位，可时隐时现，不断变化，退后不留痕迹。病儿常同时合并血管神经性水肿，也可引起肠绞痛。

4. 紫癜 红细胞从血管内渗至皮内或皮下，形成出血性斑块，称为紫癜。大致有两种形态：

(1) 瘀点：是针尖至直径<3mm大小的圆形紫点，不高出皮肤，指压不褪色；

(2) 瘀斑：出血部位较紫癜深，多位于皮肤及皮下，呈青紫或紫褐色（陈旧时），不高出或稍高于皮肤，呈不规则斑片状，直径多>3mm。紫癜病儿常伴其他部位出血。见于过敏性紫癜、血小板及凝血功能异常。

第十节 水 肿

【概述】

水肿指人体血管外组织间液量增多,积聚在皮肤及皮下组织。积聚在体腔可形成积液,如胸、腹腔积液,常发生在水肿严重时。根据水肿的分布范围可将水肿分为全身性及局部性两类;用手指压迫水肿部位片刻,如压踝部或胫前水肿部位,如可引起暂时性凹陷者称可凹性水肿,否则为非可凹性水肿。前者水肿部位可随重力影响发生改变,如站立、行走,水肿多位于下肢;而非可凹性水肿部位不随体位而发生改变。

【发生机制】

1. 微循环静力压增高 如充血性心力衰竭、水、钠潴留引起的血容量过多及静脉回流受阻。

2. 血浆胶体渗透压降低 营养不良、丢失蛋白过多或肝脏产生清蛋白发生障碍均可引起低清蛋白血症而致全身性水肿。

3. 毛细血管通透性增加 各种炎症反应、组织创伤及过敏反应时,清蛋白可透过毛细血管至组织间隙,形成水肿。

4. 淋巴回流受阻 如丝虫病,炎症或手术损伤淋巴系统,都可引起局部可凹性水肿。

【病因】

1. 全身性水肿

(1) 肾脏疾病:是引起全身性水肿最常见原因,如急性肾小球肾炎,肾病综合征,急或慢性肾功能衰竭等。

(2) 心脏疾病:充血性心力衰竭、缩窄性心包炎可致水肿;严重贫血,甲状腺功能亢进及脚气病等均可因高每搏输出量而引起心力衰竭,也能致水肿。

(3) 肝脏疾病:如肝硬化。

(4) 营养性水肿:低蛋白血症(清蛋白 $<25\text{g/l}$)。

(5) 内分泌疾病:如甲状腺功能低下、原发性醛固酮增多症等。

(6) 其他:如血管神经性水肿。

2. 局部性水肿 见于局部炎症、静脉或淋巴液回流受阻、过敏反应等。

第十一节 黄 疸

【概述】

1. 胆红素产生过多 如溶血性疾病或骨髓未成熟红细胞破坏过多。

2. 肝细胞对胆红素摄取、结合、运转、排泄的障碍 如肝细胞损害、酶系统活力减低或缺乏、胆汁淤积。

3. 肝内肝外胆道阻塞 如先天性胆道闭锁或肝内外肿瘤等。