



DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EMERGENCY MEDICINE

丛书主编 王德炳 张树基
本书主编 李万镇

危重急症的诊断与治疗

儿 科 学

PEDIATRICS

中国科学技术出版社

20.9
WDB

101060

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EMERGENCY MEDICINE

危重急症的诊断与治疗

儿科学

PEDIATRICS

丛书主编 王德炳 张树基
本书主编 李万镇

中国科学技术出版社

• 北京 •

图书在版编目 (CIP) 数据

危重急症的诊断与治疗：儿科学/王德炳，张树基主编.
北京：中国科学技术出版社，1996.5
ISBN 7-5046-1749-0

I. 危… II. ①王…②张… III. ①儿科-急性病-诊疗
②急性病-儿科-诊疗 N. R720.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (94) 第 13950 号

中国科学技术出版社出版

北京海淀区白石桥路 32 号 邮政编码：100081

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京市朝阳区京精印刷厂印刷

*

开本：787×1092 毫米 1/16 印张：50.5 字数：1200 千字

1996 年 5 月第 1 版 1996 年 5 月第 1 次印刷

印数：1—3000 册 定价 (精装)：90.00 元

发展急救医学
保障人民健康

一九九四年冬月 吴阶平

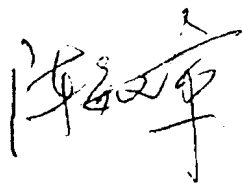


序

急救医学是临床医学的重要组成部分，历来被各级卫生行政部门和临床医学界所重视。我国自80年代始，急救医学逐渐作为一门新兴的独立学科与国际接轨，并得到迅速发展。同时，我们也看到，由于缺少这一领域的专业医学人才，从而不能满足急救医学发展的需要。因此，培养更多的、合格的急救医学专业和管理人才，既是学科发展的需要，也是一项长期而艰巨的任务。

现在，北京医科大学组织了所属各临床学院的100多位副教授以上专家，历经近三年的时间，数易其稿，集体编写《危重急症的诊断与治疗》丛书，确是一件十分有意义的工作。参加此套丛书编写的专家教授们多年从事临床医疗教学工作，对临床危重急症的诊断与治疗积累了丰富的经验。他们将宝贵的经验，紧密结合现代医学的新概念、新技术、新疗法，以新、精、简明易懂、实用为特色编撰成书，考虑到各临床专业和各级医务人员的需要，分内、外、妇、儿、五官科分册，以丛书的形式出版。这套丛书的问世对培养急救医学人才是有益的，相信会受到广大医务工作者的欢迎。

借此丛书出版之际，我衷心地希望社会各有关部门，对急救医学的发展给予更多的关心和支持，为推动我国急救医学事业的发展而共同努力！



1995年1月

前 言

急诊医学在国际上作为一门独立学科进展十分迅速，在临床医学领域里具有重要地位。危重急症，病情危殆多变，病死率高。因此，迅速而准确地做出诊断，及时而正确地进行治疗尤为重要。临床工作者，为了做好本职工作，要对日新月异的危重急症发病机理、诊断与治疗的现代进展进行不懈的学习与掌握，并还需认识到一个危重急症可能涉及到多个专业与科室，这就要善于识别判断、组织协调。为了满足临床急诊工作的需要，提高临床工作者对危重病人的诊断与治疗水平，北京医科大学组织所属各临床医学院教授专家一百余人，根据他们多年的临床实践经验与业务专长，参考近代国内外文献报导，并针对有关疾病在诊断与治疗工作中，中低年医师在临床诊治过程中可能存在的难点与疑点进行阐述，编写了包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学及五官科各科《危重急症的诊断与治疗》丛书。在编写过程中，力求做到：（1）新颖。丛书能够反映当代急诊医学的新理论、新概念、新技术、新疗法；（2）全面。丛书除重点介绍急诊医学中常见疾病外，对临床诊治中可能遇到的较为少见的疾病也加以叙述；（3）实用。丛书力求突出各作者的实践经验、更新急诊医学的理论知识，使之既适用于大的综合性医院的住院医师与主治医师，又能对基层医疗单位的医务工作者有所帮助；（4）清晰。丛书对每一疾病的诊断要点与依据，治疗原则，危重指征，治疗方法的选用及药物的使用等介绍，均力求主次分明、重点突出。但限于编辑水平，加上编写的时间紧迫，本书不足之处，尚希同道惠予指正。

王德炳

1995年1月于北京医科大学

目 录

第一章 急症症状诊断	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 呕吐	(5)
第三节 便血	(9)
第四节 腹痛	(13)
第五节 黄疸	(18)
第六节 呼吸困难	(23)
第七节 咯血	(28)
第八节 紫绀	(30)
第九节 头痛	(35)
第十节 惊厥	(38)
第十一节 意识障碍	(44)
第十二节 瘫痪	(48)
第十三节 水肿	(54)
第十四节 血尿	(58)
第二章 新生儿疾病	(63)
第一节 新生儿窒息与复苏	(63)
第二节 胎粪吸入综合征	(68)
第三节 肺透明膜病	(70)
第四节 新生儿肺炎	(74)
第五节 新生儿呼吸暂停	(79)
第六节 新生儿肺出血	(80)
第七节 早产儿动脉导管未闭	(82)
第八节 持续胎儿循环	(84)
第九节 新生儿缺氧缺血性脑病	(86)
第十节 颅内出血	(89)
第十一节 新生儿溶血病	(91)
第十二节 新生儿出血症	(96)
第十三节 新生儿失血性贫血	(97)
第十四节 新生儿低血糖症	(99)
第十五节 新生儿高血糖症	(101)
第十六节 新生儿低钙血症	(102)
第十七节 新生儿破伤风	(104)
第十八节 新生儿硬肿症	(106)
第三章 呼吸系统疾病	(110)
第一节 急性感染性喉炎	(110)

第二节	哮喘持续状态	(111)
第三节	重症肺炎	(115)
第四节	脓胸、气胸及脓气胸	(120)
第五节	急性呼吸窘迫综合征	(125)
第六节	急性呼吸衰竭	(129)
第七节	气管及支气管异物	(133)
第四章	消化系统疾病	(135)
第一节	重症腹泻病	(135)
第二节	伪膜性肠炎	(141)
第三节	消化性溃疡	(144)
第四节	细菌性肝脓肿	(151)
第五节	肝硬化	(154)
第六节	肝性脑病	(159)
第五章	心血管系统疾病	(165)
第一节	充血性心力衰竭	(165)
第二节	严重心律失常	(178)
第三节	长QT间期综合征	(193)
第四节	病毒性心肌炎	(195)
第五节	感染性心内膜炎	(200)
第六节	急性心包炎	(203)
第七节	原发性心肌病	(206)
第八节	原发性心内膜弹力纤维增生症	(213)
第九节	川崎病	(215)
第十节	缺氧发作(肺血流减少性紫绀型先心病)	(219)
第六章	血液系统疾病	(221)
第一节	再生障碍性贫血	(221)
第二节	急性溶血性贫血	(227)
第三节	急性白血病	(233)
第四节	特发性血小板减少性紫癜	(241)
第五节	弥散性血管内凝血	(245)
第六节	血友病	(251)
第七章	泌尿系统疾病	(256)
第一节	急性肾小球肾炎	(256)
第二节	急进性肾小球肾炎	(259)
第三节	难治性肾病综合征	(263)
第四节	溶血尿毒综合征	(269)
第五节	Goodpasture 综合征	(273)
第六节	急性肾功能衰竭	(276)
第七节	慢性肾功能衰竭	(285)
第八节	肾性高血压(重症)	(291)
第八章	神经系统疾病	(298)
第一节	癫痫持续状态	(298)
第二节	脑血管疾病	(303)

第三节	颅内压增高	(309)
第四节	Reye 综合征	(314)
第五节	急性脊髓炎	(317)
第六节	颅内肿瘤	(320)
第七节	中枢神经系统的病毒感染	(324)
第八节	化脓性脑膜炎	(329)
第九节	结核性脑膜炎	(334)
第九章	内分泌系统与代谢性疾病	(337)
第一节	糖尿病酮症酸中毒	(337)
第二节	高渗性高血糖性非酮症性昏迷	(341)
第三节	先天性肾上腺增生症	(344)
第四节	急性肾上腺皮质功能不全	(347)
第五节	低血糖症	(350)
第六节	水、电解质代谢异常	(354)
第七节	酸碱平衡紊乱	(373)
第八节	抗利尿激素分泌异常综合征	(383)
第十章	急性传染病及其他感染性疾病	(386)
第一节	中毒型细菌性痢疾	(386)
第二节	伤寒、副伤寒与鼠伤寒沙门菌感染	(389)
第三节	重症病毒性肝炎	(395)
第四节	败血症	(398)
第五节	感染性休克	(402)
第十一章	免疫性疾病与结缔组织病	(411)
第一节	原发性免疫缺陷病	(411)
第二节	获得性免疫缺陷综合征	(421)
第三节	血清病	(425)
第四节	过敏性休克	(427)
第五节	系统性红斑狼疮	(430)
第六节	皮炎	(436)
第十二章	儿外科疾病	(439)
第一节	先天性食管闭锁及气管食管瘘	(439)
第二节	先天性肥厚性幽门狭窄	(441)
第三节	先天性肠旋转不良	(444)
第四节	肠套叠	(445)
第五节	肠梗阻	(449)
第六节	坏死性肠炎	(453)
第七节	急性阑尾炎	(456)
第八节	先天性巨结肠	(459)
第九节	先天性膈疝	(462)
第十节	鞘闭性腹股沟斜疝	(466)
第十一节	胎粪性腹膜炎	(468)
第十二节	先天性胃壁肌层缺损	(470)
第十三节	新生儿皮下坏疽	(472)

第十四节 烧伤	(474)
第十三章 肿瘤与肿瘤样疾病	(479)
第一节 淋巴瘤	(479)
第二节 肾母细胞瘤	(485)
第三节 神经母细胞瘤	(488)
第四节 郎格罕细胞组织细胞增生症	(493)
第五节 恶性组织细胞病	(497)
第十四章 中毒和意外事故	(500)
第一节 急性中毒的诊断和处理	(500)
第二节 食物中毒	(506)
第三节 农药及杀虫药中毒	(507)
第四节 植物毒中毒	(512)
第五节 动物毒中毒	(519)
第六节 重金属盐类中毒	(523)
第七节 常用药物中毒	(526)
第八节 腐蚀性化学物中毒	(534)
第九节 一氧化碳中毒	(535)
第十节 溺水	(537)
第十一节 触电与雷击	(538)
第十五章 皮肤疾病	(540)
第一节 重症药疹	(540)
第二节 大疱性皮肤病	(542)
第三节 Kaposi 水痘样疹	(545)
第十六章 重症监护与急救操作技术	(547)
第一节 儿科重症监护室	(547)
第二节 Swan -Ganz 气囊漂浮导管和温度稀释法测定心排量	(552)
第三节 中心静脉压测定	(556)
第四节 血液气体分析常用指标及其临床意义	(557)
第五节 心肺脑复苏	(567)
第六节 气管插管术	(576)
第七节 气管切开术	(579)
第八节 脐血管插管术	(584)
第十七章 急诊治疗方法	(595)
第一节 抗感染药物	(595)
第二节 肾上腺皮质激素类药物的应用	(608)
第三节 免疫抑制疗法	(613)
第四节 液体疗法	(614)
第五节 输血及成分输血	(620)
第六节 完全胃肠道外营养	(625)
第七节 氧气疗法	(633)
第八节 呼吸器的临床应用	(637)
第九节 高频通气	(644)
第十节 体外膜式氧合器的应用	(647)

第十一节	心律失常的电治疗	(649)
第十二节	人工心脏起搏	(655)
第十三节	导管消融术治疗快速心律失常	(663)
第十四节	血液净化疗法	(671)
第十五节	骨髓移植在血液病的应用	(681)
第十六节	儿科急诊常用药	(683)
度量衡单位名称与缩写		(733)
儿科检验正常(参考)值		(734)
常用医学名词的英文缩写及英文与中文对照		(783)

第一章 急症症状诊断

第一节 发 热

发热是指人的体温因为各种原因超过正常范围。正常小儿的体温略有个体差异，一般来说，正常体温范围是：肛温为 $36.5^{\circ}\text{C}\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ ，舌下温度较肛温低 $0.3^{\circ}\text{C}\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，腋下温度为 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。小儿一日间的体温可有波动，2岁以内相差 0.6°C 左右，2~6岁相差 0.9°C ，6岁以后相差为 1.1°C ，一般在傍晚时体温较晨间高。正常小儿的体温可受外界条件的影响，如喂奶后或饭后、运动、哭闹、衣被过厚、室温过高可使小儿体温暂时升高到 37.5°C 左右。新生儿及小婴儿更易受以上条件影响，偶可达 38°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 $37.8^{\circ}\text{C}\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 称为低热，超过 39°C 为高热，超过 41.5°C 为过高热。

【病因和发病机制】

一、病因 引起小儿发热的原因一般分为感染性和非感染性两大类。非感染性病因又包括血管炎及过敏性疾病、肿瘤类、中毒、中枢神经系统疾病、代谢性疾病等。见表 1-1-1。

表 1-1-1 引起小儿发热的各种疾病

1	感染性疾病
(1)	中枢神经系统：脑膜炎、脑炎、脑脓肿
(2)	眼部：眶周蜂窝组织炎、眶蜂窝组织炎及脓肿
(3)	气道及上呼吸道：上呼吸道感染，咽炎及扁桃体炎，中耳炎，急性颈淋巴结炎，急性鼻窦炎，扁桃体周围，咽后壁及咽侧壁脓肿，喉炎，会厌炎
(4)	口腔和唾液腺：齿槽脓肿、疱疹性咽峡炎、流行性腮腺炎、化脓性腮腺炎
(5)	心脏：心肌炎、感染性心内膜炎、化脓性心包炎
(6)	肺：支气管炎、毛细支气管炎、肺炎及肺脓肿、肺结核
(7)	胃肠道：急性胃肠炎、肝炎、胆管炎、阑尾炎、腹膜炎、胰腺炎、急性肠系膜淋巴结炎、腹腔内脓肿
(8)	泌尿生殖系统：泌尿道感染、肾脏周围脓肿、急性输卵管炎、输卵管、卵巢脓肿、副睾炎、睾丸炎
(9)	骨骼、肌肉系统：化脓性关节炎、骨髓炎、肌炎
(10)	皮肤：蜂窝组织炎、脓疱病、皮下坏疽
(11)	全身感染：败血症、猩红热、病毒感染（麻疹、水痘、风疹、幼儿急疹、手足口病、传染性单核细胞增多症），立克次体、衣原体、霉菌、寄生虫感染、结核病
2	血管炎性及过敏性疾病（结缔组织病）：急性风湿热、少年类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、川崎病、皮炎及多发性肌炎、混合结缔组织病、过敏性紫癜、血清病、药物及免疫反应
3	恶性肿瘤及血液疾病：白血病、神经母细胞瘤、淋巴瘤、Ewing 肉瘤、组织细胞增生症 X、恶性网状细胞病
4	药物中毒：阿托品中毒、水杨酸中毒
5	中枢神经系统疾病：下丘脑及脑干损伤、惊厥呈持续状态
6	内分泌、代谢性疾病：甲状腺危象、血卟啉病
7	其他：脱水热、血管内溶血、内脏出血、先天性外胚叶发育不良、类肉瘤病、亚急性坏死性淋巴结炎等

二、发病机制 分为致热原性和非致热原性发热。

（一）致热原性发热 致热原可分为来自体外的外源性致热原和自机体细胞产生、可作

用于体温调节中枢的内源性致热原。外源性致热原包括各种微生物、毒素和微生物的其它产物。除内毒素外，外源性致热原不能直接作用于体温调节中枢，但能诱导宿主的各种细胞（巨噬细胞、大单核细胞和内皮细胞为主，以及淋巴细胞、中性粒细胞、脑、脾、肝、肾、肌肉、肺、心脏等）产生内源性致热原。一些体内产生的物质，如抗原-抗体复合物、某些雄激素甾体代谢产物、炎性物质、补体等也是通过诱导宿主释放内源性致热原而引起发热。细菌内毒素可直接作用于下视丘，诱导前列腺素 E_2 (PGE_2) 产生，引致发热。内源性致热原主要是白细胞介素，来源于中性粒细胞和单核细胞，分子量为 1 万~3 万，在外源性致热原的作用下，它产生于感染、炎症和损伤部位，释放到血循环，作用于下视丘的体温调节中枢，使其恒温点升高超过正常水平，并发出信号至各离心神经。作用于血管运动中枢和交感神经使血管收缩，散热减少；作用于周围离心神经，加强肌肉收缩，使产热增加。当内源性致热原浓度降低或其活性为内源性退热物质（神经肽和肾上腺皮质激素）相抵消以及内源性致热原诱导的前列腺素合成被阻断时，恒温点可恢复至正常水平。

（二）非致热原性发热

1. 产热过多 如癫痫呈持续状态或惊厥后发热，由于肌肉抽搐，短时期内产生的热量大于散热而发热。甲状腺功能亢进因基础代谢增高，产热增多而发热。

2. 散热减少 如广泛性皮炎、外胚叶发育不良、鱼鳞病等，因皮肤散热障碍而发热。

3. 中枢神经系统体温调节失常 如暑热症、颅内出血、颅骨骨折等，因体温调节中枢受损伤而致发热。

（三）发热对各器官系统的影响

1. 神经系统 发热对中枢神经系统有损害，可有烦躁不安、头昏、头痛、失眠等，高热至 40°C ~ 41°C 时可有幻觉、谵妄，甚至昏迷和抽搐。

2. 心血管系统 因发热期交感-肾上腺系统功能增高，故心跳加速、心肌收缩加强，心输出量增加，血压略升高。体温每升高 1°C ，心率约增加 20 次/分。

3. 呼吸系统 高热病人呼吸有明显变化，寒战期呼吸加快，每分钟通气量增加，潮气量减少，浅而快的呼吸可使动脉血氧分压略有减低，形成呼吸性碱中毒。呼吸加快有利于热的散失。

4. 消化系统 消化液的生成和分泌受发热的影响而减少，胃肠蠕动减弱，各种消化酶、胃酸、胆汁等分泌减少，使食物的消化吸收受影响。

5. 代谢变化 发热时分解代谢增强，耗氧量增加，由于交感-肾上腺系统的兴奋和垂体-肾上腺皮质分泌增多，肝糖原分解加强，血糖升高，血内乳酸含量也增高。蛋白质和脂肪分解增加，造成氮质、酮体等代谢产物增加。高热期间由于呼吸加快和体表蒸发，水分丢失增加，大量出汗也可造成电解质丢失，发热期间维生素的消耗量也增多。

6. 机体防御功能 发热时单核-吞噬细胞系统功能及细胞免疫功能增强，抗体形成增加，有利于机体抗感染。

【诊断】

一、病史 详细询问病史对发热的诊断常能提供重要的线索，不可忽略。

（一）患儿的年龄、发病季节、流行地区、传染病接触史、预防接种史等对疾病的诊断有重要意义。

1. 年龄 生后 1~2 日内应注意新生儿脱水热。幼儿急疹多见于 1 岁以下婴儿。中毒

性痢疾以 2~5 岁小儿多见。麻疹则在 6 个月以下小儿少见。

2. 季节 中毒型痢疾多发生在夏季，呼吸道疾病以冬春季最多见。流行性乙型脑炎多见于夏秋季。流行性脑脊髓膜炎多见于冬末春初。

3. 流行地区 如血吸虫病、肺吸虫病、疟疾、黑热病、流行性出血热等，均有一定的流行地区。

(二) 了解发热的缓急、高低、时限、类型等对诊断有一定帮助。一般将发热性疾病分为如下几种类型。

1. 稽留热 体温持续在 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间几天到几周，每日体温波动不超过 1°C 。

2. 弛张热 体温可升至 39°C 以上，但每日体温波动较大，波动差在 2°C 以上。

3. 间歇热 高热与正常体温交替出现。热度可达 39°C 以上，经数小时下降至正常，经 1 至数天又再次发热。

4. 不规则热 发热持续时间不定，体温波动大。

5. 双峰热 发热持续数天后，经 1 至数天解热期，然后又发热数天再次退热。

6. 波浪热 体温在数天内逐渐上升，达高峰后逐渐下降，以后再次上升，呈波浪式。

目前，由于抗生素广泛应用，或退热药、肾上腺皮质激素的应用，上述典型热型已不常见。

(三) 了解发热时伴随的各系统症状，如呼吸系统：咳嗽、气促；消化系统：恶心、呕吐、腹痛、腹泻；神经系统：头痛、嗜睡、惊厥、昏迷；泌尿系统：尿频、尿急、尿痛；血液系统：出血、黄疸等。

二、体格检查 对发热患儿应进行详细的体格检查，阳性所见对发热的诊断有重要价值。

(一) 全身情况 首先应观察患儿的神态、精神状态、面容等，以及患儿的血压、呼吸、脉搏等生命体征。

(二) 皮疹及出血点 注意患儿的皮肤有无皮疹及出血点。皮疹在小儿发热疾病的鉴别上有重要意义，要注意皮疹出现的时间、皮疹的形态等。

(三) 淋巴结 要注意淋巴结的部位、大小、压痛、活动度等。

(四) 胸部体征 呼吸系统：发热伴有呼吸急促、肺部干湿罗音及实变体征。循环系统：发热伴有心音低钝、奔马律、心脏杂音、心包摩擦音等。

(五) 腹部体征 应注意腹部压痛的位置，有无肌紧张及反跳痛，肠鸣音情况，肝脾是否肿大等。

(六) 神经系统体征 发热伴神志改变、惊厥、肢体瘫痪、脑膜刺激征、神经系统病理反射等。

(七) 泌尿系统 肾区压痛、叩痛、浮肿、高血压等。

三、实验室及其他检查

(一) 血尿便常规检查 在实验室检查中，血尿便常规检查简单易行，常可提供有用的资料。白细胞总数及分类计数对感染性疾病的诊断有重要的参考价值，尿常规检查是诊断泌尿系统疾病所必需。大便常规检查则是肠道疾病诊断所必需。

(二) 胸部 X 线检查 可进一步协助诊断呼吸系统疾病及心血管系统疾病。

(三) 超声心动图及腹部超声波检查 前者可以协助诊断心脏疾患，后者可以协助诊断腹部各脏器疾患及占位性病变。

(四) 特殊检查 脑脊液检查对中枢神经系统感染的诊断有重要价值。尿、粪、血液、脑脊液、胸水、腹水的细菌培养有助于明确病原。血清免疫反应如抗链“O”、肥达反应、冷凝集试验、嗜异凝集试验以及某些病毒性疾病的病毒分离及血清学检查都有助于明确诊断。疑有血液系统疾病可做骨髓检查。疑有结核可做结核菌素试验。对淋巴结增大者还可进行活组织检查以明确诊断。

【鉴别诊断】

发热的鉴别诊断是一个比较复杂和困难的问题，有时要费很多的时间和精力才能查明发热的原因。发热的诊断思路是多方面的，现作如下介绍。

一、根据发热的病因分类进行诊断 临床常将发热分两类：

(一) 感染性发热 此类发热的共同特点是常有中毒症状，发热前多有寒战，体检时可查出感染病灶。这类疾病常见的有：

1. 各种细菌、病毒、霉菌、寄生虫等引起的急、慢性传染病，如麻疹、风疹、猩红热、伤寒、布氏菌病、疟疾、血吸虫病等。

2. 各种细菌引起的败血症，如金黄色葡萄球菌败血症、革兰阴性杆菌败血症等。

3. 各系统的感染性疾病如上呼吸道感染、各种病原引起的肺炎、肝及胆道感染、泌尿系感染、中枢神经系统感染等。

(二) 非感染性发热 此类发热的特点是热程长，中毒症状少，热程不规则，可有皮疹。此类发热见于结缔组织病，如风湿热、类风湿病、变应性亚败血症、系统性红斑狼疮；肿瘤类疾病，如恶性肿瘤、恶性网状细胞病；变态反应，如药物热、输血及输液后反应、血清病；中枢神经系统体温调节失常，如间脑病变；内分泌及代谢性疾病，如甲状腺功能亢进等。

二、根据热型进行鉴别诊断 发热疾病的热型特点对鉴别诊断有一定帮助。

(一) 稽留热多见于伤寒、副伤寒、大叶性肺炎、流行性乙型脑炎等。

(二) 弛张热多见于败血症、局灶性化脓性感染、风湿热、重症结核病、感染性心内膜炎、恶性组织细胞病等。

(三) 间歇热多见于间日疟、三日疟、回归热等。

(四) 不规则热多见于脓毒败血症、风湿热、恶性疟等。

(五) 双峰热多见于脊髓灰质炎、麻疹及某些病毒性疾病。

(六) 波浪热多见于布鲁氏菌病、恶性淋巴瘤、周期热等。

三、根据热程进行鉴别诊断 根据发热性疾病热程的长短，可将发热分为短期发热和长期发热。根据热度高低又可分为高热和低热。

(一) 短程发热又称急性发热，系指热程在2周以内的发热，在发热中最多见，多数属感染性发热，非感染性者仅占少数。在对发热进行诊断时，与发热相伴随的症状，如皮疹、呼吸道症状、神经系统症状、心血管系统症状、胃肠道症状、黄疸、肝脾或淋巴结肿大等均有重要价值。

1. 皮疹 发热伴有皮疹首先应想到小儿出疹性传染病，应注意皮疹的形态学特点、出疹时间等。麻疹、风疹、幼儿急疹多为斑丘疹，猩红热则为弥漫性粟粒样皮疹。起病至出疹时间风疹为1天，猩红热2天，麻疹、幼儿急疹3~4天。发热伴出血性皮疹应注意有流行性脑脊髓膜炎、败血症及血液病发生的可能。若皮疹呈环形红斑或多形易变性红斑，同时伴关节痛者，应考虑风湿热或类风湿病。

2. 发热伴有呼吸道症状,如咳嗽、胸痛、咯血等,应考虑呼吸道感染性疾病。如起病急、病程短,一般情况好,仅咽充血或扁桃体肿大,而无其他阳性体征,多系上呼吸道感染。婴幼儿咳嗽、喘,两肺听到细湿罗音,应考虑支气管肺炎。年长儿发冷、发热伴胸痛,胸部有实变体征,应考虑大叶性肺炎。起病缓,病程长,盗汗,消瘦,胸部体征不明显,应考虑结核。

3. 发热伴有消化道症状,如恶心、呕吐、腹痛等,应考虑消化系统疾病。如起病急,呕吐、腹痛、腹泻,应考虑急性胃肠道炎症。纳差伴皮肤、巩膜发黄,尿黄,肝区疼痛,肝脏肿大及触痛,多为肝炎。有上腹剧痛,剑突下压痛,应考虑胆道蛔虫及胆道感染的可能,有右下腹疼痛,伴压痛,多为阑尾炎。腹胀、满腹疼痛,有压痛、肌紧张及反跳痛,应考虑腹膜炎。

4. 发热伴神经系统症状,如头痛、呕吐、惊厥、昏迷等。脑膜刺激征阳性,病理反射阳性,常提示中枢神经系统感染,如各种脑炎、脑膜炎等。

5. 发热伴尿频、尿急、尿痛,应考虑泌尿系统感染。

6. 发热伴淋巴结肿大,如局部淋巴结肿大、疼痛、压痛,多系局部急性感染。枕后淋巴结肿大可由风疹、幼儿急疹或局部皮肤感染引起。全身淋巴结肿大,无压痛,应考虑血液病、结核病、传染性单核细胞增多症、恶性网状内皮细胞增多症等。

7. 发热伴肝脾肿大,肝脾均轻度肿大者,见于伤寒、败血症、粟粒型肺结核、疟疾、布氏杆菌病等。以肝大为主者,见于病毒性肝炎、肝脓肿,两者肝区均有压痛和叩击痛,但后者更为明显。亦可见于血吸虫病、钩端螺旋体病等,常有流行病史可查。以脾大为主者,见于黑热病、慢性白血病、溶血性贫血、恶性淋巴瘤、恶性网状细胞病等。

8. 发热伴多系统损害见于某些结缔组织病,如系统性红斑狼疮、结节性动脉周围炎等。

9. 发热伴药疹 常在应用治疗原发病的药物 6~10 天后,原发病好转,但热度不降或复升,中毒症状可不明显,常伴有各种形态的药疹。血象中嗜酸粒细胞增多,停药后热降,疹退。

(二) 长期发热 一般 2 周以上的发热称为长期发热。首先应考虑常见病,其中以感染性疾病多见,如伤寒、败血症、粟粒性结核,以及一些病灶感染,如肝脓肿、膈下脓肿、肾盂肾炎、心内膜炎、骨髓炎等。其次为风湿病、类风湿病、变应性亚败血症、红斑狼疮、皮肌炎等结缔组织病。一些恶性疾病如各型白血病、何杰金病、组织细胞增生症 X、恶性网状内皮细胞病、恶性肿瘤等也可引起长期发热。

(三) 长期低热 有些疾病长期发热,病程超过 2 周,但热度不高,一般在 38℃ 以下,称为长期低热。常见于某些慢性感染,如结核感染、泌尿系感染、慢性咽炎、扁桃体炎、鼻窦炎、颈淋巴结炎等。长期低热也可为功能性,系由植物神经功能紊乱引起,但诊断功能性低热宜慎重,需排除器质性疾病后方可诊断。

(叶鸿瑁)

第二节 呕 吐

呕吐是小儿常见症状,可由多种病因引起,从生理性呕吐直至需紧急处理的外科疾患,婴幼儿反射兴奋性比年长儿高,更易引起呕吐。反复多次呕吐易致脱水及电解质紊乱。由

外科疾患所致呕吐，一般状态多急剧恶化，应及早明确诊断，及时治疗。

【病因和发病机制】

一、呕吐的原因及分类 一般分为生理性呕吐、中枢性呕吐、反射性及神经性呕吐。见表 1-2-1。

表 1-2-1 呕吐的类别与原因

类别	原因
生理性呕吐	溢乳，吞入空气
中枢性呕吐	
1. 颅内病变	脑肿瘤、脑出血、脑水肿、脑炎、脑膜炎
2. 化学改变	再发性呕吐、尿毒症、糖尿病酸中毒、低血糖、先天代谢异常、肾上腺皮质功能不全、药物中毒
反射性呕吐	
1. 舌根咽部刺激	误咽，异物
2. 胃肠炎、腹膜炎刺激	过食、婴儿腹泻、急性胃肠炎、胃溃疡、阑尾炎、腹膜炎等。消化道梗阻，如先天性肥厚性幽门狭窄、先天性肠道闭锁、肠梗阻、肠扭转、肠套叠
3. 其他脏器刺激	肝：肝炎、胆囊炎 心血管：充血性心力衰竭 平衡器官：迷路、前庭功能障碍
4. 其他	感染：呼吸道感染、尿路感染、中耳炎等
神经性呕吐	神经性呕吐、习惯性呕吐

(一) 生理性呕吐 新生儿、婴幼儿由于胃的解剖学特点及贲门括约肌发育未成熟，在哺乳时吞入空气可引起呕吐。这种呕吐或溢乳次数虽多，但一般状态多良好，体重增加也与正常儿相似，改进喂奶方法或随年龄增长，呕吐多自然缓解，不需要特殊处理。

(二) 中枢性呕吐 呕吐与饮食无关，吐前无恶心及不快感，突然发生呕吐。呕吐较频繁且多不伴有其他消化道症状，可因颅内病变所致，如脑肿瘤、颅内出血、脑水肿、脑炎、脑膜炎等，多伴有头痛、意识障碍、惊厥、颅内压增高、脑膜刺激征等神经系统异常表现；其他如再发性呕吐、尿毒症、糖尿病酸中毒、某些药物中毒等亦可致中枢性呕吐。

(三) 反射性呕吐 由于末梢神经受刺激，通过向心传导刺激呕吐中枢所致。多见于消化道疾患，如舌根或咽部异物、急性胃肠炎、阑尾炎、腹膜炎等，呕吐前多有腹痛、恶心、腹部不适感，吐后症状减轻。婴儿应特别注意有无消化道梗阻表现，如先天性食道闭锁、十二指肠或小肠闭锁、狭窄或旋转等异常；也可见于先天性幽门肥厚性狭窄及肠套叠。外科器质性疾患，需及早诊断，紧急处理。此外，如黄疸性肝炎、上呼吸道感染、尿路感染、中耳炎早期均可表现有呕吐，应注意鉴别。

(四) 神经性呕吐 任何原因致精神紧张、情绪波动时均有可能引起呕吐。

二、发病机制 呕吐是一种反射动作，呕吐中枢位于延髓第四脑室深部迷走神经背侧核附近，呕吐中枢旁侧有干呕中枢，其附近还有呼吸中枢、血管运动神经中枢及植物神经中枢。因此，恶心、呕吐时常伴有各种植物神经症状。呕吐中枢多由于向心性刺激而兴奋，