

儿科症状 鉴别诊断学

廖清奎 主编



人民卫生出版社

92325

2 儿科症状鉴别诊断学

廖 清 奎 主 编

唐 泽 媛 副主编

编委（姓氏笔画为序）

仝月华	刘正乐	刘 震	宋广瑶
吴炎兴	肖侠明	郑德元	林代诚
张君儒	罗春华	唐泽媛	唐胜才
钱幼琼	廖清奎	潘恩潭	

人 民 卫 生 出 版 社

责任编辑 刘秋辉

王应泉

儿科症状鉴别诊断学

廖清奎 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

辽宁省建平县印刷总厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 40印张 4插页 948千字

1988年7月第1版 1988年7月第1版第1次印刷

印数: 00,001—10,650

ISBN 7-117-00548-3/R·549 定价: 10.75,

〔科技新书目 164—75〕

前 言

鉴别诊断是及时正确诊断疾病的重要方法，儿科医生不但要有较全面的理论知识、丰富的实践经验和高度负责的精神，而且要熟练掌握临床思维和诊断、鉴别诊断的科学方法，尽快对疾病作出正确诊断，及时恰当地进行治疗，使患儿早日恢复健康。

本书以症状和体征为中心进行阐述，介绍其病因、发病机理、诊断和鉴别诊断的步骤与方法、处理原则，旨在使读者较为全面系统地认识症状，开阔思路，提高临床逻辑思维能力。在撰稿时，我们对国内外儿科的新进展尽量给予介绍，对儿科常见病、少见病及一些特殊疾病的临床特点和诊断要点作了系统阐述，并介绍了治疗原则。口腔、眼、耳鼻咽喉等专科疾病的症状也列专章作了介绍。

本书的编写体例是从症状出发，为照顾叙述的逻辑性和系统性，避免使读者阅读时有支离破碎的感觉，部分内容有一定重复。我们的水平有限，错误和遗漏之处，请广大读者给予批评指正。

本书的计量单位，尽可能以1984年2月27日国务院颁发的《中华人民共和国法定计量单位》为准；文中数字尽可能按国家语言文字工作委员会等七部门发出的联合通知《关于出版物上数字用法的试行规定》为准（该规定要求自1987年2月1日起试行）。但考虑到目前临床实际使用情况，我们在法定计量单位之后附注了原临床上习惯使用的单位。

本书是在原内部发行的《小儿症状鉴别诊断及处理》基础上增删修订而成。编写过程中，得到华西医科大学附属医院儿科全体医务人员的支持与帮助，在此表示感谢。

廖 清 奎

1987年12月

目 录

第一章 诊断和处理原则	1
第一节 诊断鉴别诊断的原则和方法.....	1
第二节 治疗的原则与方法.....	3
第二章 全身性一般症状	7
第一节 长期发热.....	7
第二节 水肿.....	18
第三节 免疫缺陷.....	26
第四节 多汗.....	40
第五节 哭吵.....	42
第六节 体重增长不良和消瘦.....	44
第三章 呼吸系统症状	50
第一节 咳嗽.....	50
第二节 呼吸困难.....	64
第三节 青紫.....	79
第四节 咯血.....	102
第五节 哮喘.....	112
第六节 纵隔肿块.....	116
第四章 循环系统症状	123
第一节 充血性心力衰竭.....	123
第二节 心脏杂音.....	134
第三节 心脏肥大.....	137
第四节 心律失常.....	140
第五节 休克.....	149
第六节 高血压.....	155
第五章 消化系统症状	176
第一节 食欲不振和偏食.....	176
第二节 呕吐.....	177
第三节 呕血.....	182
第四节 腹泻.....	186
第五节 便血.....	199
第六节 腹痛.....	203
第七节 腹部肿块.....	212
第八节 肝肿大.....	219
第九节 腹水.....	230
第十节 黄疸.....	236

第十一节 新生儿黄疸·····	242
第六章 血液系统症状·····	250
第一节 贫血·····	250
第二节 新生儿贫血·····	266
第三节 出血倾向·····	271
第四节 新生儿出血·····	286
第五节 脾肿大·····	292
第六节 淋巴结肿大·····	308
第七节 粒细胞减少·····	320
第八节 嗜酸性粒细胞增多·····	326
第七章 神经精神症状·····	331
第一节 小儿神经系统检查·····	331
第二节 小儿神经定位诊断和定性诊断·····	340
第三节 头痛·····	352
第四节 惊厥·····	367
第五节 昏迷·····	381
第六节 瘫痪·····	392
第七节 脑神经损害·····	414
第八节 不随意运动·····	425
第九节 颅脑畸形·····	429
第十节 颅内压增高·····	436
第十一节 智力低下·····	446
第十二节 精神障碍·····	463
第十三节 脑脊液异常·····	469
第八章 泌尿生殖系统症状·····	475
第一节 血尿·····	475
第二节 少尿和无尿·····	484
第三节 多尿·····	490
第四节 蛋白尿·····	496
第五节 脓尿·····	499
第六节 性发育异常·····	502
第九章 内分泌系统症状·····	516
第一节 甲状腺肿大·····	516
第二节 体型肥胖·····	521
第三节 身材矮小·····	526
第四节 糖尿·····	534
第十章 口腔症状·····	540
第一节 牙痛·····	540
第二节 牙齿排列不齐·····	543

0166573-88/10/25-10.752

第三节	牙齿不白及牙面不平·····	547
第四节	牙龈出血·····	551
第五节	口腔粘膜糜烂及白色损害·····	554
第十一章	眼科症状 ·····	558
第一节	红眼·····	558
第二节	视力减退·····	561
第三节	儿童盲·····	563
第四节	眼球突出·····	566
第十二章	耳鼻咽喉症状 ·····	570
第一节	听力减退·····	570
第二节	鼻出血·····	575
第三节	鼻阻塞及鼻溢液·····	579
第四节	吞咽困难·····	584
第五节	喉喘鸣和声嘶·····	588
第十三章	其它 ·····	592
第一节	皮疹·····	592
第二节	骨关节痛·····	598
第三节	出牙和囟门关闭延迟·····	615
第四节	颈活动受限·····	618
索引	·····	621

第一章 诊断和处理原则

第一节 诊断鉴别诊断的原则和方法

儿科学的内容多、范围广，是一门研究从胎儿期至青少年期小儿生长发育、保健、疾病诊断、防治和康复的医学科学。儿科工作者应具备较全面的医学知识、正确的逻辑思维方法和高度负责的精神。

为了正确认识疾病，得出较为可靠的诊断，儿科医生必须认真收集、整理和分析临床资料，作出诊断和鉴别诊断，经过临床观察和验证，最后得出更为可靠的诊断结论。

一、收集临床资料

收集临床资料必须全面、细致、客观、准确。片面的资料常造成误诊和漏诊，粗糙带主观性或不够准确的资料常使诊断和鉴别诊断难以进行，或将分析和诊断引至错误的方向。临床资料包括采集病史、体格检查和化验、特殊器械检查三个方面。

(一) 完整病史 病史是疾病发生、发展过程中一系列主观和客观感觉的表述。由于病人（或亲属）的文化卫生知识、性格和对疾病的关心程度不同，叙述病史的能力亦不同，医生除全面系统地听取病人（或亲属）的叙述外，还应巧妙地从事正面、侧面和反面提出各种问题，尽可能了解每一现象发生发展的细节。不经医生提问，病人或亲属叙述的病史常很不全面，甚至遗漏重要部分或实质性部分。医生凭主观想象进行暗示性提问容易诱导出虚假的资料。这两种倾向都应注意避免。

儿科完整病史包括以下内容。

1. 患儿本次发病情况和可能的诱因。
2. 本次病前的患病情况和家族遗传病史。
3. 喂养（营养）和生长发育情况。
4. 生活环境、传染病接触史和预防接种史。
5. 父母健康情况、母亲妊娠和生产史。
6. 治疗情况和疾病对治疗的反应，包括症状、体征和化验检查的变化。

(二) 体格检查 体格检查应全面、准确、有次序地进行，不要遗漏体征。医生不仅应注意阳性体征，而且要注意重要的阴性体征。遗漏体征、不准确或错误的体征可导致错误的诊断。查体的准确性与医生的经验和负责精神有很大关系。医生检查小儿应采用正确的方法，动作要轻柔，且应尽量取得病儿的合作，先检查不引起痛苦、不激惹小儿的部位，然后再检查易引起小儿哭闹的部位。查体结束后，立即详细记录。

(三) 实验室检查和器械检查 应根据病史和体格检查结果进行初步分析，有目的地提出必要的检查项目，反对盲目撒大网，进行过多项目的检查增加病儿的痛苦和家长的负担。安排正确的检查次序，从简单项目到复杂项目，从主要项目到次要项目，逐步进行。医生在安排可能给病儿造成痛苦或危险的检查项目时应取慎重态度。

检查结果必须结合临床正确评价，必须考虑到各种检查方法的可靠性、特异性和敏感性，要注意各种检查都可能误差，单纯依赖实验室或器械检查结果可能导致诊断

错误。

二、整理临床资料

将所收集到的病史、体格检查和化验、器械检查资料进行认真整理，去粗取精，全面分析，有条理、按系统归纳出病例本身的临床特点，列出条目。这种归纳是一种高度的概括，既要全面，又要注意细节和疾病的动态变化，既要注意各种阳性的症状、体征和检查结果，又要注意与鉴别诊断有关的阴性资料。如有一病例的临床特点归纳为以下七条：

1. 9岁，男性。
2. 不规则发热1月余。
3. 贫血1月余，Hb 5g/dl。
4. 皮肤粘膜少许出血点。
5. 肝脾中度肿大，浅表淋巴结轻度肿大。
6. 外周血白细胞、血小板、红细胞计数均明显减低，未发现异常细胞。
7. 精神差，无头痛及呕吐，脑膜刺激征及病理反射均阴性。无腹泻和黑便史。

以上各条还应了解其细节，因为这些细节与鉴别诊断有直接关系，如发热要细致了解发热开始情况、热型、日内和夜间变化、发热与其他症状、体征、实验室资料及治疗的关系等。

三、诊断与鉴别诊断

在归纳出临床特点之后，每个病例都应进行诊断和鉴别诊断。一些病例的病程短、资料齐全、临床表现典型，可以很快地得出诊断结论；另一些病例病程长、临床表现不典型、涉及的面宽、比较复杂，诊断比较困难。

无论是简单的病例，还是复杂的病例，都必须按规范的方法进行鉴别诊断。在复杂的病例，鉴别诊断尤其必要。鉴别诊断是整个临床思维活动的精髓所在。

鉴别诊断时，应从已归纳出的临床特点中选取一条（或两条）最重要、最客观又最方便于进行鉴别的临床特点。从这点出发进行鉴别诊断，应用有关鉴别诊断的知识，正面分析，找出能全面合理解释该病例每一临床特点的疾病。另外，还应从侧面分析，排除有关类似疾病，从而得出可能性最大的诊断。

如上述举例的七条临床特点中，以贫血作为鉴别诊断的出发点比较合理，因为其比较客观，该例既有贫血的症状，又有贫血的实验室证据。同时从贫血出发进行鉴别较之其余诸条要更合适。发热和肝脾大涉及的系统多、范围广，虽也可作鉴别分析，但不够理想。

该例从贫血出发进行鉴别。贫血的病因分失血性、溶血性和红细胞生成低下性三类。该例有发热、肝脾和淋巴结肿大，无明显失血，故失血性疾患可基本排除。患儿发热、皮肤和粘膜出血点、白细胞和血小板计数减低，不能用常见的溶血性疾病满意解释。该例为年长儿，又无明显营养缺乏史，贫血程度较重，所以营养性贫血可能性不大。因有肝脾和淋巴结肿大，故该例再生障碍性贫血可以排除。该例发热、中度贫血、皮肤和粘膜出血点、肝脾和淋巴结肿大，考虑诊断为急性白血病较合理，骨髓片检查可证

实这一诊断。

在进行诊断和鉴别诊断时,若使用一条临床特点进行鉴别有困难,或所得出的诊断不令人满意,可再选择一条进行鉴别。有些病例比较复杂,正面分析无法作出可靠诊断,可采用排除诊断法诊断,逐个排除类似疾病,不断缩小范围,最后找出可能性最大的诊断作进一步的检查和观察。临床上遇到的病例,大多数可先提出正面诊断,然后与类似疾病进行鉴别,作出可靠诊断。

诊断要注意力求完整。每一病例,不但要作出主要疾病的诊断,而且应作出并存疾病的诊断。每一诊断应定出疾病分期(如急性期、慢性期、恢复期或后遗症期等)、型和严重程度。有并发症的病例应作出并发症的诊断。因为,疾病的期、型别、严重程度和并发症的诊断与治疗 and 预后直接关系。比如上述举例的完整诊断是急性淋巴细胞性白血病 L_1 型。该例还应根据年龄、贫血程度、外周血白细胞及血小板计数、白血病细胞形态、纵隔有无肿块及免疫特点估计疾病的高危程度。

四、临床观察,验证诊断

每一病例都要经临床观察验证,这样才更为可靠。有些病例虽然作了很多检查,仍然得不出确切诊断,只能根据可能性的大小排列出第一、二、三……可能诊断。这些可能诊断更应经临床观察(包括治疗反应)验证,不断补充资料,反复分析,才有可能得出结论。

在诊断过程中,应随时考虑到误诊的可能性。即使是最有经验的医生,也不能完全避免偶然的误诊,关键在于尽早发现、及时纠正。误诊病例应进行总结、吸取教训,积累起来就成为最宝贵的经验。在诊断过程中,最忌抱住最初诊断不放,寻取片面资料证明原定错误诊断,这样会一误再误,影响治疗,给患儿带来不应有的痛苦和损失。

临床上正确处理诊断与治疗的关系,不能片面强调诊断而延误治疗时机。何时开始治疗,用什么治疗措施,如何安排检查与治疗的次序,都应从病人的利益出发,根据病情和预后估计等情况作出正确判断,争取最好的治疗效果。

(廖清奎)

第二节 治疗的原则与方法

一、小儿疾病的处理原则

小儿处在生长发育过程之中,随年龄增长各系统组织器官逐渐成熟,功能逐渐完善。不同年龄小儿其生理、病理、疾病类型、临床表现以及疾病的转归、恢复的过程,都具有不同的特点。因而小儿疾病治疗的原则、方法、药物应用、剂量等,与成人有显著的差别。

(一) 病因治疗和支持疗法 治疗疾病首先是除去病因,并给予支持疗法,提高机体抗病能力,增强代偿力,争取早期治疗、彻底治疗,促使机体尽快恢复健康。

(二) 注意疾病的整体性治疗 小儿时期尤以婴幼儿期,一个器官的病变,常可引起其它器官病变。例如婴幼儿重型维生素D缺乏性佝偻病易并发肺炎,治疗肺炎同时应治疗维生素D缺乏性佝偻病。

(三) 做好急救工作 争分夺秒抢救危重病儿, 及时解除危重征象, 为进一步彻底治疗病儿创造条件。

(四) 对症治疗 有利于病情缓解、减少病儿痛苦。例如高热患儿应用适宜的退热剂, 抽搐患儿应用镇静剂等。

(五) 加强护理工作 细致周密的护理对新生儿及小婴儿治疗尤为重要。

(六) 治疗过程中应防止交叉感染和并发症 如新生儿病室可因消毒隔离工作不严而致交叉感染。恶性肿瘤患者长期使用免疫抑制剂, 机体抵抗病菌侵袭的能力低下, 也易致感染, 应予以注意。

二、治疗方法

(一) 一般护理 应保证病儿有良好的休养环境。如病室的清洁、消毒和隔离制度。室内应有良好通风并能见阳光, 新生儿室尚须保持一定的温度和湿度, 以保证维持正常新生儿的体温在 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 之间。安排病儿合理的生活制度, 保证充足的睡眠, 充分的休息时间, 各种治疗操作应集中在觉醒时间进行, 避免一切不必要的打扰。任何疾病的急性期都强调卧床休息, 恢复期根据年龄和病情, 给予适宜的玩具或画报, 组织病儿活动, 使病儿感到病室的温暖, 消除恐惧心理, 精神愉快, 促进早日恢复健康。

(二) 饮食疗法 小儿饮食的质和量应随不同年龄的需要而定。小儿患病时常易出现消化功能紊乱, 故凡有发热或其他病症出现, 应立即减少食物入量, 增加水的入量。特殊病情尚需特殊饮食治疗, 如急性肾炎早期, 因肾功能减退, 尿量减少, 应限制饮食成份和液体入量, 给予高糖、适量脂肪、无盐或少盐饮食。有水肿、高血压和循环充血时应限制盐的入量, 少尿或有氮质血症时应限制蛋白质入量。伤寒病儿由于伤寒杆菌经肠道繁殖入血, 进而入全身各脏器并释放内毒素, 可产生严重临床症状, 治疗饮食宜给高热量、高营养、易消化和不产气的饮食, 以避免肠穿孔等合并症发生。婴儿有用于治疗的各奶类, 如脱脂奶因含脂肪低, 易于消化, 适用于腹泻病儿短期应用。凝乳, 牛奶中加入适量凝乳能提高蛋白质含量及热量, 适用于重症营养不良及婴儿腹泻的病儿。酸乳, 因酪蛋白凝块小, 易于消化, 适用于病初愈及消化力较弱的婴儿。营养不良、食欲不振的婴儿, 用普通牛乳制品不能取得良好效果时, 则可用高热量的牛乳混合食。但高热量的牛乳混合食, 渗透压高, 不宜长期应用, 且应另外增加水分。普通饮食, 适用于病情轻, 无消化道疾病以及疾病恢复期年长病儿。软饭适用于低热、消化不良、咀嚼不便或恢复初期病儿。流质如米汤、蛋花、肉汤、牛乳、豆浆等, 适用于高热、急性感染初期, 胃肠道疾病患儿以及昏迷病儿不能进食需要用管喂者。半流质饮食, 适用于口腔患者不能咀嚼或患咽喉疾病吞咽困难病儿。此外, 尚有某些疾病需要特殊治疗饮食, 如少渣、无盐、高蛋白、低脂肪等饮食, 视病情需要而定。

(三) 药物治疗

1. 药物选择应根据病儿年龄特点、疾病类型。临床症状结合药物的药代动力学、药效学、毒理和机体的反应性等选择适宜有针对性的药物, 且药物种类不宜太多。

(1) 抗生素的应用 小儿极易患感染性疾病, 患病后病情变化大且严重, 应结合病情选用抗生素、磺胺药及有抗菌作用的中草药等。合理使用抗生素大有必要, 否则, 不仅起不到治疗作用, 而且导致药物副作用增多, 耐药菌株增长以及诱发二重感染等, 给

进一步治疗带来困难。因此,应该严格掌握抗生素的适应症,在联合用药时尤应注意。如氨基糖甙类均有一定耳、肾毒性,因此不宜以庆大霉素作为门诊的第一线药物使用。又如不适当的联合用药如红霉素与林可霉素类合用,庆大霉素与其它氨基糖甙类药物合用等,反可使抗生素疗效降低、毒性增强,有时还可发生交互作用。细菌药物敏感试验和联合药物敏感试验对指导合理用药有重要意义,与临床疗效的符合率达80%左右。使用抗生素应考虑到病儿的生理、病理和免疫状况,不同年龄小儿的生理、病理、免疫状况不同,新生儿体内酶系统不完整,如葡萄糖醛酰转移酶不足;血浆蛋白结合药物的能力较弱,故血中药物游离浓度比年长儿和成人高;肾小球滤过率较低,故血中药物浓度(尤其青霉素类和氨基糖甙类)较高,半衰期延长。生后30天后小婴儿酶系、肾功能渐完善,因而应按不同日龄的药代动力学参数而调整剂量和给药时间。凡有肝功能减退或肝病者慎用或不用四环素类(可致肝脂肪变性)、氯霉素(严重肝功不全者,氯霉素与葡萄糖醛酸的结合受损,可致未代谢的药物浓度升高,抑制红、白细胞的生成)以及红霉素、利福霉素等。肾功能减退、免疫缺陷伴细菌感染时均应按药物的毒效而慎用或不用某些药物。有下列情况应严加控制使用抗生素,避免滥用,如预防应用抗生素,皮肤、粘膜局部应用抗生素(易发生过敏反应及导致耐药菌的产生);病毒性感染早期未继发细菌感染;原因不明的发热等。抗生素使用时应选用适当的给药方案、剂量和疗程。应按药代动力学的计算选择方案,一日量应分2~4次平分给与,抗生素于日间一次滴完为不合理治疗方案,剂量过大过小均不适宜。抗生素应用后,一般应继续使用至体温正常,症状消失后3~4天,在败血症、化脓性脑膜炎、骨髓炎疗程应延长至2~3周。如效果不显著,急性感染应在48~72小时考虑改药。

(2) 肾上腺皮质激素的应用 临床上常用于补充肾上腺皮质分泌生理性不足、抗过敏、抗炎、抗休克等。肾上腺皮质激素用于治疗重症感染时应同时使用有效的抗生素,长期使用时应供给足量的蛋白质和热能防止氮失衡,用药超过十天以上停药应逐渐减少剂量,不能突然停药。需要长期用药,症状改善后可改为间日疗法。在病因未确定前应严格控制使用,避免滥用肾上腺皮质激素。

(3) 其它对症治疗根据病情选用治疗药物,如高热、烦躁、呕吐、惊厥等可用退热或镇静剂,止咳可用祛痰药。

2. 给药途径 应根据病儿年龄、病情选用适合的剂型及给药途径,服药次数不宜过多,以免影响病儿休息。药物能口服时尽量鼓励患儿口服,不能口服或因病情重、急症,并有呕吐,或婴幼儿拒食而喂养困难者可用注射法。

3. 药量计算方法 一般是按体重计算,或按体表面积计算,按体重计算法简便,广泛应用于临床。药物剂量按体表面积计算更为合理,因生理过程与体表面积有一致的关系,故在使用剧毒药物时,主张按体表面积计算剂量。

(四) 输液疗法 小儿体液分布、体液成分和水的交换均与成人有别。年龄愈小,体内外水的交换量愈多,正常婴儿对缺水的耐受力比成人差,患病后如水入量不足,且水又不断损失,更容易发生脱水,因之输液疗法在治疗小儿疾病中占重要地位。不同病因治疗方法又各有差异,如新生儿和未成熟儿水、电解质代谢功能不完善,正常情况下仅能维持正常水电解质平衡,疾病或输液不当更易发生体液代谢失衡,故治疗时既要达到治疗目的,又要避免输液过量。又如婴儿腹泻,必须根据电解质失衡情况来制定治疗

方案，纠正电解质紊乱和脱水。肺炎、肾脏和心血管疾患的输液方法也必须根据病情决定，如输液的量、液体的渗透压和输液速度方面都有具体规定和要求。

（五）其它疗法 如输血（包括全血、血浆及成分输血）以及针灸、理疗等，均可根据病情选择使用。

（唐泽媛）

第二章 全身性一般症状

第一节 长期发热

小儿时期的正常体温较成人稍高，因为小儿的新陈代谢较成人相对旺盛，体温调节中枢发育未完善。昼夜之间体温有一定波动，晨间低，下午稍高，但波动范围不超过 1°C 。饮食、剧烈运动、哭闹、穿衣过厚、室温过高、情绪激动等可使小儿体温暂时性升高，这种暂时性体温变化不属于病理性发热。以肛表测量体温最高，口表（舌下）次之，腋表最低，差异范围约在 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。

正常体温为 $36\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ ，发热的分度尚未统一。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，低于 35°C 算体温过低。热程持续在两周以上为长期发热。

长期发热为儿科疾病中的常见症状，许多病因均可引起发热，大多数病例可根据病史、体征及实验室检查作出诊断；也有部分病例临床表现不典型，常需经过一段时间观察和作一些特殊检查才可确诊；个别病例，虽然经过详细检查，仍不能查出发热的原因。

一、病因

（一）感染性发热 感染性发热是发热的最常见原因，可由细菌、病毒、支原体、立克次氏体、螺旋体、寄生虫感染所致。其中引起长期发热的最常见的感染性疾病有：结核病、败血症、伤寒、副伤寒、血吸虫病、肺吸虫病、传染性单核细胞增多症、慢性肾盂肾炎、肝脓肿、膈下脓肿、脑膜炎、感染性心内膜炎、骨髓炎、疟疾、黑热病、慢性扁桃体炎等。

（二）非感染性发热 常见于以下疾病：

1. 结缔组织病与变态反应性疾病 如风湿热、类风湿病、变应性亚败血症、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、皮炎、药物热、血清病等。

2. 组织破坏或坏死 如白血病、恶性网状内皮细胞增生症、组织细胞增生症X（勒-雪氏病、韩-薛-柯氏病）、淋巴瘤、各种恶性肿瘤、大面积烧伤、大手术后、内出血吸收过程、血管栓塞等。

3. 产热过多或散热减少 产热过多见于甲状腺机能亢进、惊厥或癫痫持续状态，肾上腺皮质功能亢进；散热减少见于广泛性皮炎、大量失水、失血，先天性外胚叶发育不良等。

4. 体温调节中枢功能失常 如暑热病、颅脑损伤、颅内肿瘤、蛛网膜下腔出血等。

5. 植物神经功能紊乱 如功能性低热、感染后低热、慢性非特异性淋巴细胞增多症等。

二、发病机理

迄今为止，发热的机理尚未完全清楚，根据目前所知，丘脑下部存在体温调节中枢，由产热中枢（丘脑的后部）和散热中枢（丘脑的前部）组成。正常情况下，通过产热与

散热的相对平衡来维持体温的恒定,如果产热过多或散热减少,使相对平衡的关系发生障碍,则引起发热。根据发热的机理不同,可分为两大类:

(一) 致热原性发热 各种病原(细菌、病毒、抗原-抗体复合物、某些类固醇、异性蛋白等)在体内产生的致热原,称内生致热原。内生致热原来源于中性粒细胞、单核细胞。其释放后可作用于病灶组织的内感受器(化学感受器),反射性地引起体温调节中枢兴奋;当致热原进入血循环以后,作用于血管内感受器或直接作用于体温调节中枢而引起发热。由于各器官组织的感受器不同,所以发热反应的缓急、热度的高低、持续的时间都不相同。致热原性发热可见于下列情况:

1. 炎症疾病时,病灶充血明显,致热原吸收较快,则迅速出现发热。渗出液中粒细胞越多,渗出范围越大,则发热越快,热度越高。增生性炎症(如慢性结核)致热原来自单核细胞,其数量较少,产生的致热原亦较少,吸收入血液的速度也较慢,故发热缓慢、热度较低。

2. 炎症病灶渗出液中虽然有中性粒细胞及致热原积聚,但若周围组织增生形成包裹或机化,则致热原的吸收较慢,表现为中度发热、低热或不发热。但当囊内压力增加(如渗出液增多时)或屏障被削弱(如挤压疖疮时),可由低热或无热转为高热;相反由急性渗出性炎症转为慢性增生性炎症时,则可由高热转为低热。

致病微生物从病灶大量进入血液中,可激活血液中的中性粒细胞,引起大量内生致热原的产生和释放,可出现弛张热或消耗热。

3. 变态反应性疾病的发热系由抗原-抗体复合物激活中性粒细胞而释放的内生致热原所引起。

4. 肿瘤性疾患的发热可能是由组织损伤部位的炎症反应中的白细胞释放内生致热原引起,也可能是肿瘤细胞的自身免疫因素激活了白细胞,释放内生致热原。肿瘤细胞本身是否激活白细胞仍不十分清楚。

5. 应用类固醇如原胆烷醇酮,发现血浆中的游离原胆烷醇酮浓度增高,能使中性粒细胞释放内生致热原而引起发热。

6. 急性单核细胞白血病和粒细胞缺乏症的发热,系由单核细胞产生内生致热原,不断释放和吸收入血液的结果。

(二) 非致热原性发热

1. 产热过多 如惊厥或癫痫持续状态的发热,由于肌肉抽搐,短时期内产热量大于散热量而致发热。甲状腺机能亢进的发热,由于甲状腺素分泌增多,基础代谢增高致产热过多,且产生的热量不能以高能磷酸化合物形式贮存,故导致体温增高。

2. 散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞病、先天性汗腺缺乏症,由于汗腺机能缺乏,同时皮肤的辐射传导、对流的散热受到影响而出现发热。

3. 中枢神经系统体温调节功能失常 如暑热症、颅骨损伤、颅内出血,可影响或损伤体温调节中枢,以致散热发生障碍出现发热,或植物神经功能紊乱,影响体温调节致发热。

三、诊 断

对长期发热的诊断,必须结合具体情况,仔细询问病史,全面体检,并进行必要的

实验室检查。

(一) **病史** 仔细询问病史对诊断有较大帮助。

1. 应注意发病年龄、性别、季节、流行地区、传染病接触史、预防接种史等。

2. 了解发热的缓急、高低、类型、时限、规律性及发展过程。许多发热疾病具有特殊的热型，在诊断上有一定意义，常见的有以下几种：

(1) **稽留热** 热度在 39°C 以上，每日体温波动在 1°C 以内，可持续数天或数周，多见于伤寒、副伤寒、大叶性肺炎等。

(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、类风湿病、感染性心内膜炎、网状内皮细胞增生症、结核病等。

(3) **间歇发热** 热度在 39°C 以上，经数小时下降至正常，经一至数天又再次发热。多见于间日疟、三日疟。

(4) **不规则发热** 发热持续时间不定，体温波动较大。多见于脓毒败血症、风湿热、感染性心内膜炎、渗出性胸膜炎、恶性疟疾等。

(5) **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，经过一段时间间歇后，再次发生，反复多次呈波浪式。多见于布鲁氏菌病、恶性淋巴瘤、周期热等。

(6) **双峰热** 在 24 小时内有两次波动，形成双峰。可见于脊髓灰质炎、黑热病、恶性疟疾、大肠杆菌败血症等。

(7) **双相热** 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、淋巴细胞性脉络膜脑膜炎等。

3. **发热及伴随症状** 如发热伴皮疹可见于败血症、伤寒或副伤寒、风湿热、结缔组织疾病、恶性淋巴瘤、药物热等；如发热伴淋巴结肿大，可见于传染性单核细胞增多症、白血病、恶性淋巴瘤、转移癌、淋巴结结核等；如发热伴肝脾肿大，可见于传染性单核细胞增多症、疟疾、黑热病、急性血吸虫病、结缔组织疾病、白血病、恶性淋巴瘤等。

(二) **查体** 长期发热原因不明时，应全面仔细查体，注意搜索感染病灶及其他与发热有关的疾病的体征。

(三) **一般检查** 应常规进行血常规、大小便常规的检查及胸部 X 线透视或摄片，以及红细胞沉降率（血沉）等。

(四) **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，如各种标本的细菌培养，脑脊液、胸腔穿刺液、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、粘蛋白、二苯胺、类风湿因子、肥达氏反应、冷凝集试验、嗜异性凝集试验、甲胎蛋白测定、补体结合试验、血凝抑制试验、抗核抗体、梅毒凝集反应等）、肝功能检查、心电图、超声波检查、同位素扫描和 CT 检查、各种皮肤试验（结核菌素试验、肺吸虫皮试、血吸虫皮试、包虫病皮试等）、活体组织检查、酶的测定（谷丙、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶等）。

四、鉴别诊断

(一) **败血症** 小儿因组织屏障力低，免疫机能发育不全，对感染的局限能力差，易扩散为全身严重感染，形成败血症。革兰氏阳性球菌中以金黄色葡萄球菌最多见，表皮

葡萄球菌次之,溶血性链球菌、肺炎双球菌目前较少见。革兰氏阴性杆菌中以大肠杆菌常见,特别是在婴幼儿败血症的病原中大肠杆菌仅次于金黄色葡萄球菌,其他如绿脓杆菌、变形杆菌、产气杆菌、产碱杆菌、肠球菌、厌氧杆菌等感染致败血症均较少见。霉菌性败血症以白色念珠菌感染多见,常发生在身体瘦弱的婴幼儿、营养不良儿及长期使用抗生素、激素、免疫抑制剂的病儿。

本病起病多急骤,突起发热,体温常达 39°C 以上,呈不规则热型,脓毒败血症则呈弛张热型,有时伴有寒战。与此同时病儿有明显全身中毒症状,如面色青灰、全身不适、肌肉疼痛、关节疼痛等。可有恶心、呕吐、腹泻、腹胀,重者呕吐咖啡色液体、呕血、便血、肝脏肿大、轻度黄疸。重者可发生中毒性休克、中毒性肝炎和中毒性心肌炎、心力衰竭、心律失常等。有的神经精神症状明显,如头痛、嗜睡、烦躁,重者反复惊厥、昏迷,呈中毒性脑病。皮肤粘膜可出现出血点、瘀点、脓疱、猩红热样皮疹、麻疹样斑丘疹、荨麻疹、神经血管性水肿以及皮下脓肿。还可有尿少、尿频、尿中出现蛋白和红、白细胞及管型。新生儿败血症可仅低热或无热,临床常常以一般症状多见,如烦躁不安、精神差、不吃奶、吐奶、腹泻、腹胀、肝脾肿大、黄疸,常无特异典型表现。临床凡遇原因不明的畏寒、发热、血白细胞升高、核左移、粒细胞有中毒性颗粒,且症状不局限于某一系统者,均应考虑败血症。如新近有皮肤感染,挤压疖疮或创伤扭伤时,应考虑为金黄色葡萄球菌败血症。如近期有胃肠道、胆道、泌尿道感染,多应考虑大肠杆菌败血症。新生儿(尤其未成熟儿)虽体温不升,低热或高热,一般症状较重,难以明确某一系统疾病时,亦应考虑败血症。霉菌性败血症临床表现无特异性,应结合病儿体弱、营养不良、长期应用抗生素、激素等,关键在于提高警惕性。血培养阳性为肯定诊断依据。早期、多次以及发热时和未使用抗生素前作血培养阳性率更高。二次阳性或血和不同病灶处获得同一细菌意义更大,晚期骨髓培养可获阳性。细菌药物敏感试验可指导临床选用有效抗生素,有时血培养阴性亦不能排除诊断。金黄色葡萄球菌败血症较易出现局限性病灶,如皮下脓肿、深部肌肉脓肿、血源性肺炎、肺脓肿、膈下脓肿、化脓性关节炎、化脓性骨髓炎、心包炎、感染性心内膜炎、脑膜炎、腹膜炎等。

(二) 结核病 是结核杆菌引起的慢性传染病,全身各脏器均可受累。国内将肺结核分为五型:Ⅰ型原发性肺结核(包括原发综合征和支气管淋巴结结核),Ⅱ型血行播散性肺结核(包括急性、亚急性和慢性),Ⅲ型浸润性肺结核(包括锁骨下浸润和干酪性肺炎),Ⅳ型慢性纤维空洞性肺结核,Ⅴ型结核性胸膜炎。小儿时期以原发性肺结核最常见,其次是急性血行播散性肺结核和结核性脑膜炎,青少年时期多见浸润性肺结核和结核性胸膜炎。

原发性肺结核多数病儿无明显症状,部分可出现不同程度的结核中毒症状,如长期不规则低热、微咳、食欲不振、倦怠、盗汗、消瘦。部分病儿初起有高热,可达 39°C 左右,经2~3周后逐渐下降为低热,主要见于原发耐药性结核杆菌感染。多无明显阳性体征,结核菌素试验多呈阳性,胸部X线可见哑铃状“双极影”或支气管淋巴结肿大。有时胸部X线检查由于原发病灶过小,或阴影淡薄可给诊断带来困难。当机体抵抗力下降,病变恶化,可形成原发病灶周围炎或淋巴结周围炎、胸腔积液、支气管结核。病变经过支气管播散可发生干酪性肺结核,经血行播散可致急性粟粒性肺结核及全身粟粒性结核。此时大多数病例表现为起病急,常有不规则发热,高热多见。面色苍白、盗汗、气