

LINCHUANG CHENGXU ZHENDUAN CONGSHU

儿科 程序诊断

主编 / 秦炯

《临床程序诊断丛书》

江苏科学技术出版社

儿科 程序诊断

QJ
C4

□编 委 / 常杏芝 杜军保 黄建萍 江 澜
李建国 秦 炯 汤泽中 张清友
张 焱 赵卫红

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

儿科程序诊断/秦炯主编. —南京:江苏科学技术出版社,2005.6

(临床程序诊断丛书)

ISBN 7-5345-4531-5

I. 儿... II. 秦... III. 小儿疾病-诊断
IV. R720.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 039055 号

儿科程序诊断

主 编 秦 炯
责任编辑 徐祝平
助理编辑 郝慧华

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号,邮编:210009)
经 销 江苏省新华书店
照 排 南京展望文化发展有限公司
印 刷 扬中市印刷有限公司

开 本 787 mm×1092 mm 1/16
印 张 27.25
插 页 4
字 数 610 000
版 次 2005 年 6 月第 1 版
印 次 2005 年 6 月第 1 次印刷
印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-4531-5/R·868
定 价 50.00(精装)

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换。

前 言

疾病诊断是儿科临床工作的重中之重,提高诊断水平是儿科医师要花费毕生精力去努力实现追求。一位儿科医师的医疗水平绝大部分体现在诊断水平上。由于儿科疾病表现纷繁复杂,病情发展迅速,临床资料采集有其特有的专科特点,所以儿科临床诊断更显得博大精深。不过,虽然说同一疾病可有不同的表现,不同的疾病可有相同的症状,但儿科临床诊断仍有一定的规律可循,也就是说有其应有的思维程序。

所谓诊断程序,其实就是诊断的思维方法,但本书考虑的这种儿科临床诊断思维方法又不同于一般的方法学,不仅仅是抽象的推理,而是从病史入手,依靠体格检查和实验室检查的资料,一步一步地排除相似的伪诊断,直到最终确诊。这种诊断过程我们称之为程序诊断。

虽然资深专家总结出来的临床诊断程序不可能像“电脑程序”那样具有数字化的明确形式,但由于其凝聚了专家丰富的经验教训,经过缜密的逻辑推理,对年轻的儿科医生应该有很高的实用价值和启迪作用。本书便将这些诊断思路进一步程序化整理成册,奉献给广大临床儿科医生。

本书的内容涵盖了儿科常见的临床症状、体征和主要的实验室检查,在编写程序诊断过程中注意到以患儿为整体,涉及小儿内外科、小儿妇科的各专科疾病,注重诊断程序的严密性、科学性和实用性。

所述诊断程序的每一临床表现均包括如下内容:

一、概述 包括所介绍的临床表现的定义,诊断上的有关概念,可能引起该表现的病因。

二、诊断程序 这是本书的重点,包括程序图解和诊断步骤。程序图解是将诊断的程序以文字图的形式介绍给读者,使读者读起来一目了然,易于掌握。诊断步骤是将程序图解细化,将诊断思维过程分成许多步骤,先做什么,再做什么,通过某一可靠的检查手段,诊断或排除某一(或某组)疾病,再通过另一可靠的检查手段,诊断或排除另一(或另一组)疾病……直至最后确诊。作者的临床经验教训都寓于这种诊断程序之中。

三、治疗原则 结合诊断程序介绍治疗程序,这里只介绍治疗原则。指出如何避免错误治疗,尤其是避免可能掩盖病情的对症治疗。因为是症状、体征的治疗程

序,一般只介绍具有该症状、体征的那一类疾病的治疗程序,虽不太具体,但有一定的指导价值。

儿科诊断程序,虽然体现的是儿科疾病发生发展过程中的内在的规律,但要用文字将体现这种内在规律的千变万化的过程表达出来实属不易,加之我们的临床水平和编写能力有限,本书错误和不当之处在所难免,恳请广大同仁和读者批评指正,以求进一步完善。

秦 炯

目 录

第一章 全身表现	1
第一节 发热	1
第二节 水肿	5
第三节 皮疹	9
第四节 哭闹	13
第二章 新生儿	16
第一节 新生儿青紫	16
第二节 新生儿呕吐	28
第三节 新生儿惊厥	40
第四节 新生儿黄疸	47
第五节 新生儿呼吸暂停	56
第六节 新生儿呼吸困难	61
第七节 新生儿低血糖症	68
第三章 呼吸系统	77
第一节 慢性咳嗽	77
第二节 呼吸困难	82
第三节 胸腔积液	90
第四章 心血管系统	95
第一节 青紫	95
第二节 高血压	104
第三节 低血压与休克	112
第四节 晕厥	120
第五节 心脏杂音	130
第六节 心律失常	141
第七节 心界增大	152



第五章 消化系统	165
第一节 呕吐	165
第二节 腹泻	171
第三节 腹痛	176
第四节 黄疸	180
第五节 消化道出血	184
第六节 腹水	191
第六章 泌尿系统	196
第一节 血尿	196
第二节 蛋白尿	207
第三节 脓尿	217
第四节 少尿与无尿	222
第五节 多尿	229
第六节 遗尿	235
第七章 造血系统	240
第一节 贫血	240
第二节 淋巴结肿大	254
第三节 肝脾大	263
第四节 出凝血障碍	278
第八章 代谢、结缔组织病及内分泌系统	289
第一节 血脂异常	289
第二节 肥胖	294
第三节 低血糖	300
第四节 高血糖	308
第五节 关节痛	315
第六节 矮小症	322
第七节 消瘦	330
第九章 神经系统	336
第一节 头痛	336
第二节 颅内压增高	342
第三节 瘫痪	348

第四节 共济失调	354
第五节 不自主运动	358
震颤	359
舞蹈-手足徐动	361
第六节 肌张力不全	363
第七节 意识障碍	365
第十章 儿科临床常见综合征及某些疑难疾病	374
第一节 小儿常见癫痫综合征	374
第二节 儿科遗传病	384
染色体畸变综合征	386
第三节 神经皮肤综合征	393
第四节 遗传代谢病	397
有机酸代谢障碍	399
先天性高氨血症	404
第五节 遗传性线粒体病	406
第六节 免疫结缔组织系统常见综合征	409

第 1 章 全身表现

第一章 全身表现

第一节 发 热

发热是人体对致病因子的一种全身反应,是临床最常见的症状。发热既是病人就诊时最常见的主诉,又是一个最常见的客观体征。一般来说,发热的标准为:腋下温度 $>37.4^{\circ}\text{C}$,直肠内温度 $>37.8^{\circ}\text{C}$,舌下温度 $>37.5^{\circ}\text{C}$ 。根据发热的高低可以将发热分为低热($37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$),中度发热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$),高热($39.1\sim 40.4^{\circ}\text{C}$)及超高热($>40.5^{\circ}\text{C}$)。根据热程可以将发热分为急性发热(发热时间不超过 2 周)与长期发热(发热时间 2 周以上)。

发热的原因很多,几乎涉及全身每个系统。许多疾病是导致发热的直接原因,有些疾病虽不是导致发热的直接原因,但是常常因为继发感染后出现发热。急性发热的病因以感染性疾病最常见,长期发热的病因以结缔组织疾病及恶性肿瘤常见,也可见于某些特殊病原的感染。

[诊断程序]

(一) 程序图解

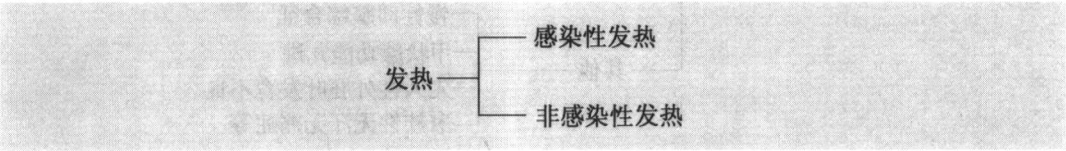


图 1-1 发热诊断程序

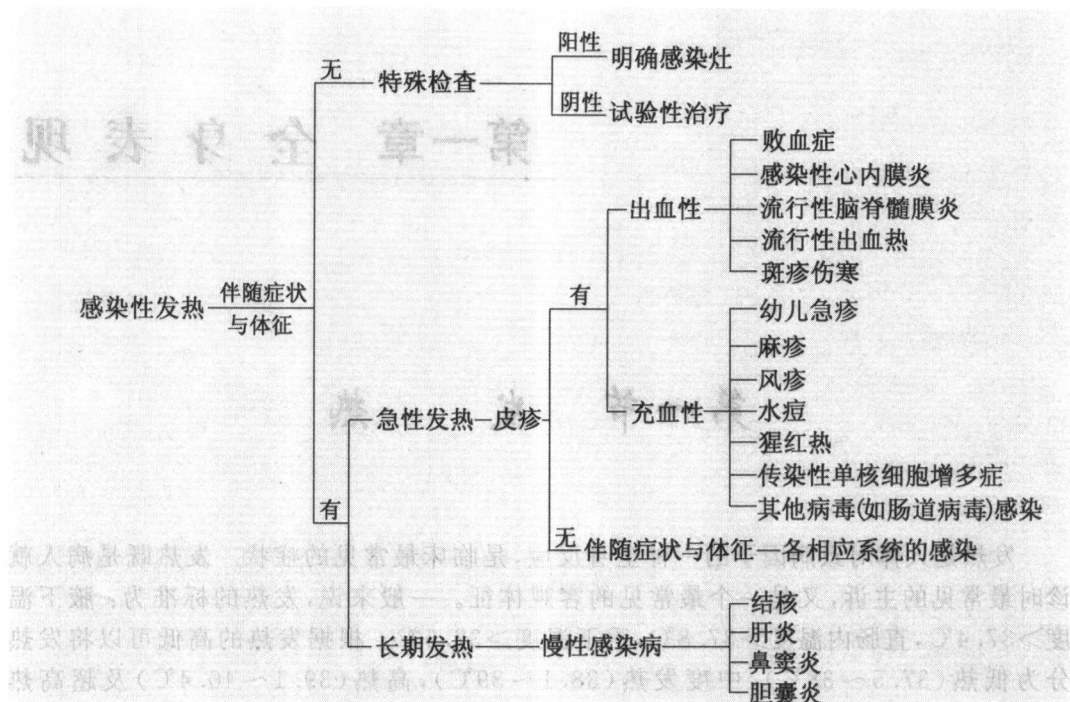


图 1-2 感染性发热诊断程序

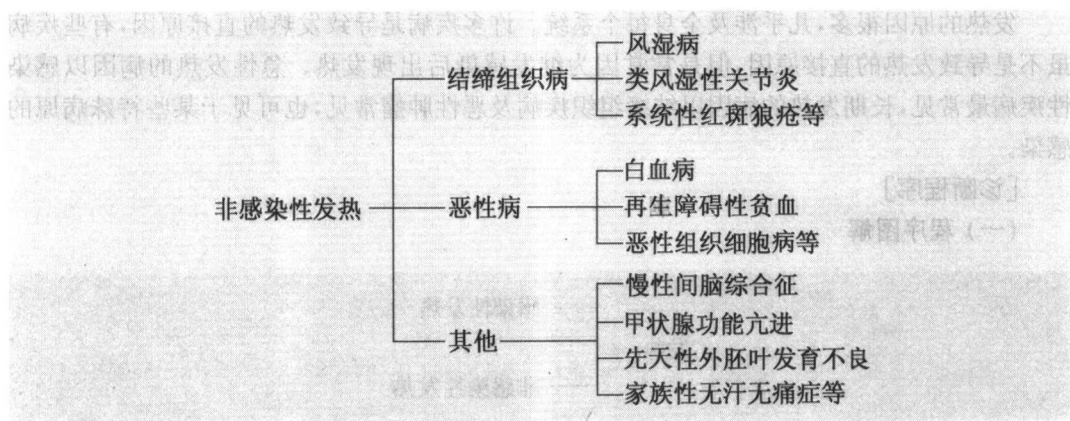


图 1-3 非感染性发热诊断程序

(二) 诊断步骤

第一步 将发热分为感染性发热和非感染性发热。

根据发热产生的原因,从感染性发热和非感染性发热两方面寻找发热的病因。感染性发热常有急性感染征象。如有下列的全部或部分临床表现,高度提示急性感染的存在:

① 突然起病。② 伴有或不伴有寒战的高热。③ 呼吸道症状,如咽痛、流涕、咳嗽。④ 全身不适感,伴肌痛或关节痛、畏光、眼痛、头痛。⑤ 恶心、呕吐及(或)腹泻。⑥ 淋巴结和(或)脾脏急性增大。⑦ 脑膜刺激征。⑧ 血白细胞计数大于 $12 \times 10^9/L$ 或小于 $5 \times 10^9/L$ 。

第二步 对感染性发热,根据伴随的症状与体征,分为典型感染性疾病与非典型感染性疾病。

非典型感染性疾病往往无确切的定位症状与体征,仅有非特异性的感染中毒症状(如精神萎靡、食欲不振等),可伴有血象的改变。可以行特殊检查如胆汁的检查、脑脊液等的检查,进一步明确感染灶,如仍未明确,可以通过试验性治疗进行回顾性诊断。

感染性疾病根据发热的时间长短分为急性发热与长期发热。在儿科,感染性疾病引起的急性发热最常见,而引起的长期发热相对较少,主要见于一些特殊的病原体感染(如结核、伤寒或副伤寒、EB 病毒感染等),也可见于一些特殊部位的感染如胆管炎或胆囊炎等。下面重点讨论感染性疾病导致的急性发热的诊断步骤。

对急性发热的患者,须注意有无伴随皮疹。不伴随皮疹的急性感染性疾病在儿科最常见,包括各个系统的感染均可以发热为主要症状。发生率最高的为呼吸系统和消化系统的感染,如上呼吸道感染、急性喉炎、急性肺炎、急性腹泻、急性胃肠炎等。

如有皮疹,需要确定有无出血性皮疹的存在。根据有无出血性皮疹可以将发热性皮疹分为两大类:出血疹与非出血疹。以急性发热伴随出血性皮疹为主要表现的疾病有流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、感染性心内膜炎(IE)、败血症、白血病、斑疹伤寒等。根据出血疹独立存在,还是与其他皮疹混合存在,再分两种情况考虑。独立存在的发热性出血疹可见于流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、感染性心内膜炎等疾病。① 流行性出血热除出血性皮疹较突出外,患者往往伴有酒醉貌、低血压乃至休克、少尿乃至急性肾功能衰竭等。血白细胞计数增高,分类以淋巴细胞增多为主,可见到异常淋巴细胞。尿常规多异常。② 流行性脑脊髓膜炎的流行呈季节性,入冬开始,三四月份达到高峰,夏初则下降。患者皮肤可出现出血点或瘀斑,瘀点涂片可找到脑膜炎双球菌。临床有中枢神经系统感染症状与体征,包括头痛、呕吐等颅内压增高症状,脑膜刺激征多阳性,脑脊液(CSF)检查呈化脓性改变,脑脊液涂片检查可找到脑膜炎双球菌。③ 感染性心内膜炎常有基础心脏病如先天性心脏病存在,出现败血症的临床表现如发热、皮肤出血点等,血培养可阳性。该病多有心脏杂音易变,周围血管栓塞现象。④ 败血症的出血疹既可单独存在,又可与其他皮疹并存。该病可有严重感染征象如寒战、高热、精神萎靡、黄疸等全身感染中毒症状,血白细胞计数显著升高,中性粒细胞显著增高伴核左移,血培养阳性可以确诊。混合性出血疹还可见于白血病、斑疹伤寒、鼠咬热等疾病。白血病出现皮疹者仅为少数。在流行性斑疹伤寒症状中混合性出血疹多见。外斐试验(对变形杆菌 OX_{19} 菌株)阳性,可确诊为流行性斑疹伤寒。

以急性发热伴随非出血性皮疹为主要表现,儿科常见的感染性疾病有麻疹、风疹、水痘、猩红热和肠道病毒感染等。每种疾病各有其自己的特征,根据其传染病接触史,预防接种史,发病季节,结合皮疹的典型形态,发热与出疹间的关系,皮疹的演变等不难诊断,必要时可以行相应的病原学检查以明确诊断。

第三步 非感染性发热主要由免疫性疾病、恶性病及其他疾病引起。非感染性疾病引起的发热多持续时间较长,尤其是结缔组织疾病导致的发热,但也有速发型变态反应导致的短期发热如药物过敏。

非感染性疾病引起的急性发热多见于药物热和输血反应等。患者往往有用药史或输血史,或是输血过程中,与发热伴随出现的往往是非出血性皮疹。皮疹的主要类型为荨麻疹、红色丘疹、水疱等,严重者形成剥脱性皮炎。皮疹瘙痒明显,抗过敏治疗或停止用药或输血后 48 小时热退。

非感染性疾病引起的长期发热多见于免疫性疾病和恶性病。免疫性疾病包括结缔组织疾病和变态反应性疾病。此类疾病发病机制多与机体的免疫反应有关,临床表现有一些共同的特征,如可以长期发热而机体的感染中毒症状不突出,多伴有多系统多脏器受累,多有皮疹和关节疼痛等。此类疾病常有免疫指标的异常,包括:血清免疫球蛋白、血清补体、各种抗体测定等。特异性皮疹有助于疾病的诊断,如系统性红斑狼疮(SLE)其典型的皮疹为面部的蝶形红斑,不典型的皮疹有渗出性多形红斑、丘疹、紫癜、荨麻疹等。皮炎典型的皮疹表现为浅紫色眼睑,由眼睑水肿伴毛细血管扩张形成。同时伴全身横纹肌疼痛,四肢活动受限。实验室检查出现肌酸尿,肌酶谱异常,心电图阳性者可确诊。结节性多动脉炎皮疹呈多形性,皮下结节多见,约黄豆大小,沿表浅动脉排列或不规则地聚在血管旁。同时常出现高血压、蛋白尿、嗜酸粒细胞增多症。皮肤与肌肉活检可确诊本病。变应性亚败血症也有皮疹出现,具有易变性和多发性的特点。临床上常出现关节症状,多次血或骨髓培养阴性,多种抗生素治疗无效,肾上腺皮质激素治疗有效。风湿热典型的皮疹为环形红斑,常伴有皮下结节、心脏炎、关节炎、舞蹈症等。实验室检查常发现抗链球菌溶血素 O(ASO)升高、红细胞沉降率(血沉)加快等。

长期发热患者常规进行血清免疫学方面的检查,如果免疫指标无明显异常应考虑淋巴瘤、急性白血病、恶性组织细胞病等。上述恶性疾病除发热外,多同时有贫血,出血和组织浸润症状,包括皮肤、骨骼、肝脏、脾脏等的浸润。血象白细胞计数可以有改变。腹部 B 超、胸部 X 线等影像学检查有助于发现各部位和各脏器的浸润。皮肤活检或皮损印片,骨髓穿刺涂片等有助于明确诊断。

【治疗原则】

1. 对症治疗 对于病因尚未明确的发热患者,应采取正确的对症措施以解决紧急严重情况,尤其是婴幼儿,高热还有诱发热性惊厥的危险,应积极降温,为进一步的诊断与处理争取时间。① 药物降温,体温 38.5℃ 以上时往往需要药物降温,可以用非甾体类解热镇痛药物如阿司匹林、扑热息痛等,也可以用一些中药制剂如柴胡等。② 物理降温,对于一些药物降温不满意的患者,还可以采取物理降温,如头枕冰袋、洗温水澡、酒精擦浴等。发热时不显性失水增加,注意保证液体入量,维持内环境稳定。

2. 病因治疗 如果发热的病因已经明确,应迅速给予病因治疗,如由于感染性疾病引起者,应尽早给予有效的抗生素或抗病毒药物治疗。由于结缔组织疾病所致者应给予非甾体解热镇痛药如阿司匹林,根据不同的疾病与病情,给予激素或其他免疫抑制剂如环磷酰胺、环孢

霉素等。由恶性病所致者,应尽早明确疾病类型,采取相应的化疗、放疗或手术治疗方案。

第二节 水 肿

水肿是指过量的液体在组织间隙或体腔中积聚。水肿可分为全身性与局部性。当液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时呈全身性水肿;体液积聚在局部组织间隙时呈局部性水肿;发生于体腔内称积水,如胸腔积水、腹腔积水、心包积液。一般情况下,水肿这一术语不包括内脏器官局部的水肿,如脑水肿、肺水肿等。临床常以水肿起因命名的,可分为肾性水肿、心性水肿、肝性水肿、营养性水肿、炎性水肿、静脉阻塞性水肿、淋巴性水肿、血管性水肿以及原因不明性水肿。

造成水肿的原因是:①各种原因所致的钠、水滞留造成细胞外液增多,组织间液也必然增多,积聚到一定的时候必然引起水肿,如肾小球滤过水、钠减少,肾小管回吸收水、钠增多。②组织液生成增多或回吸收减少。当血管内外的液体交换失衡时,将导致组织液积聚过多,如毛细血管的通透性增加、毛细血管的流体静压增高、血浆胶体渗透压下降。③淋巴回流减少。

水肿的常见原因如表 1-1 所示。

表 1-1 水肿的病因

全身性 1. 肾性水肿 急性肾小球肾炎 急进性肾小球肾炎 慢性肾炎 单纯肾炎症肾病 先天性肾病 继发性肾病 肾盂肾炎 2. 心性水肿 3. 肝性水肿 4. 营养不良性水肿 5. 钠、水紊乱所致的水肿 低钠、高钠血症 6. 内分泌紊乱所致的水肿 皮质醇增多症 原发性醛固酮增多症 甲状腺功能减退症 抗利尿激素异常分泌综合征	7. 结缔组织病所致的水肿 过敏性紫癜 皮肤黏膜淋巴结综合征 系统性红斑狼疮 硬皮病、皮炎 药物性水肿 8. 新生儿水肿 9. 新生儿硬肿 局部性 1. 炎性水肿 2. 局部损伤性水肿 3. 血管神经性水肿 4. 静脉阻塞性水肿 上腔静脉阻塞综合征 下腔静脉阻塞综合征 肢体静脉血栓或血栓性静脉炎 5. 淋巴性水肿 丝虫病 流行性腮腺炎并发胸骨前水肿 6. 神经营养障碍所致的水肿
---	--

[诊断程序]

(一) 程序图解

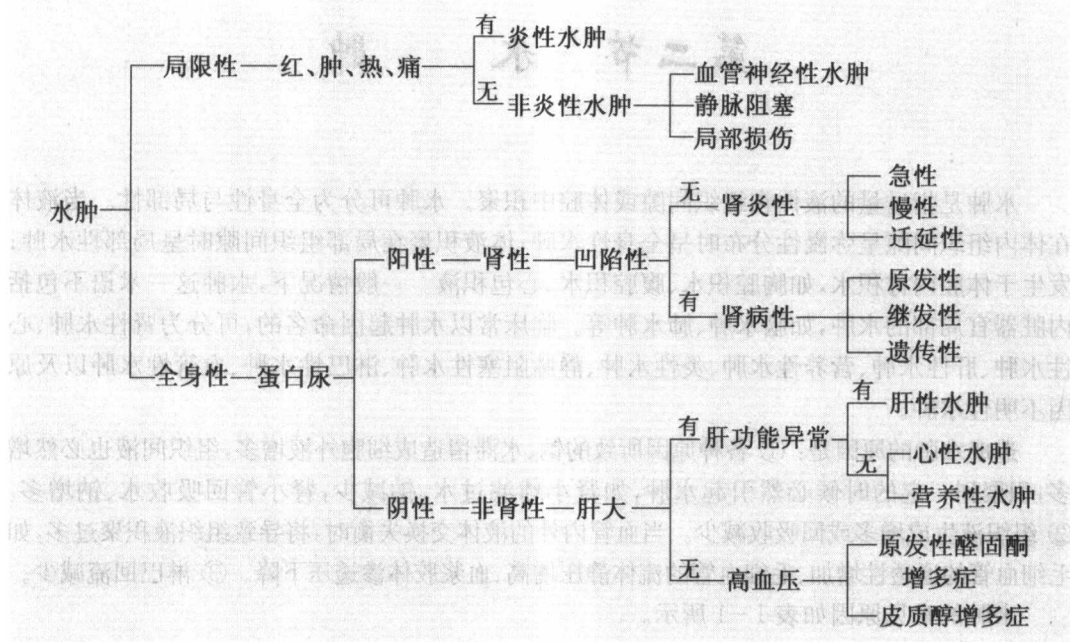


图 1-4 水肿诊断程序

(二) 诊断步骤

第一步 判断是全身性水肿还是局部性水肿。

首先根据水肿波及的范围将水肿分为全身性水肿与局部性水肿。根据临床症状与体征不难鉴别局部性水肿与全身性水肿。一般局部性水肿范围局限，炎性水肿可由多种原因引起，如感染、化学性或物理性刺激，其水肿特点为早期较明显，局部有红、肿、热、痛。局部损伤性的水肿应有外伤史。血管神经性水肿其水肿区发痒，且为非凹陷性的水肿，好发于四肢伸面、颈部、口唇、咽喉等。局部静脉受压常出现于该静脉受压区域，如上腔静脉阻塞综合征，本综合征的原因有纵隔包块，如恶性淋巴瘤或畸胎瘤等，其特点为披肩状水肿，即面、颈、肩部及上胸臂部水肿。另外，百日咳的患儿因长期的痉咳亦可导致面部水肿。而下腔静脉阻塞综合征表现为下肢及阴囊部位的水肿，同时伴有腹胀、腹水、腹壁静脉曲张、脾大，可进一步查胸部 X 线照片、下腔静脉造影。淋巴性水肿在小儿中少见，如丝虫病、流行性腮腺炎并胸骨前水肿。丝虫病表现为象皮样肿，其特点是多累及下肢，次为阴囊、阴唇及上肢，呈离心性分布。同时有皮肤粗糙增厚，似皮革样改变。流行性腮腺炎并胸骨前水肿，是指流行性腮腺炎在病程第 5~6 日出现胸骨前水肿，指压凹陷明显，局部压痛不定，肤色正常或呈暗红色，持续 5~6 日后消失。某些神经系统疾病，如脑炎、脊髓灰质炎、脑出血等在发生肢体瘫

疾时,患侧肢体可出现轻度到中度的水肿,局部无红、肿、热、痛现象,这些水肿多由于神经营养障碍使局部毛细血管的通透性增加所致。

第二步 判断是肾性水肿还是非肾性水肿。

对于全身性水肿首先判断是肾性水肿还是非肾性水肿。肾性水肿早期晨起时有眼睑与颜面的水肿,以后进一步发展为全身性的水肿,尤以肾病综合征为重。可进一步测血压、查尿常规、肾功能等,如果有蛋白尿、血尿、管型尿或肾功能的改变则考虑为肾性水肿。

第三步 判断是肾病性水肿还是肾炎性水肿。

一旦确定为肾性水肿,应进一步确定是肾炎性水肿还是肾病性水肿。肾炎性水肿又称非凹陷性水肿,水肿特点是指压凹陷,指起即复,主要是由于肾小球滤过率降低,水、钠排泄障碍而致。多见于各种肾小球肾炎,临床多表现为少尿、血尿、高血压和肌酐清除率降低。肾病性水肿又称凹陷性水肿,水肿特点为指压凹陷,指起不复,主要由于肾小球基底膜通透性增加,大量蛋白从尿中丢失,血浆胶体渗透压下降所致,多见于肾病综合征。

第四步 判断是肝性水肿、心性水肿、营养性水肿、内分泌性水肿、结缔组织病性水肿、药物性水肿还是其他水肿。

对于非肾性水肿应该进一步判断水肿的原因。进一步询问病史,以了解有无反复发热、皮疹、关节痛、心血管病史、肝病病史、长期营养不良以及消耗性的疾病史,有无药物史;并进行详细的体格检查了解有无智力低下、高血压、心率增快、肝大腹水、肝颈逆流征、营养不良等;实验室检查包括血常规、血电解质、肝功能、甲状腺功能等。综合上述病史,体格检查以及实验室检查来确定水肿的原因。

【常见病临床特点】

1. 肾性水肿 常见于急性肾小球肾炎、急进性肾小球肾炎、慢性肾炎、肾病综合征、先天性肾病及肾盂肾炎等。① 急性肾小球肾炎:水肿常首发于眼睑、面部和手、背部,后迅速波及全身,指压不凹陷,水肿同时伴有少尿或无尿。② 慢性肾炎:病程超过1年,水肿时有时消,伴有贫血、高血压、肾功能不全,尿比重低,常有血尿、蛋白尿。③ 肾病综合征:肾病性水肿多为全身性水肿,指压凹陷明显,重者伴有腹水或胸腔积液,同时有大量蛋白尿、低蛋白血症和高胆固醇血症。④ 肾盂肾炎:水肿较轻,常伴有全身感染症状与尿路刺激征,并有脓尿与菌尿的证据。

2. 肝性水肿 一般肝实质损害比较重,其水肿的特点是首发于双下肢,后涉及全身,重者多有腹水表现。诊断主要依靠肝脏病史、体征及肝功能损害等证据。

3. 心性水肿 左心衰竭的特点主要是肺水肿,右心衰竭水肿的特点是首发于下肢,有肝大及颈静脉怒张等体征。另外,缩窄性心包炎可引起全身水肿,但以下肢为重,可伴有肝大、腹水,但肝功能损害轻,同时有奇脉、脉压差减小。心脏彩超可确诊。

4. 营养不良性水肿 多有喂养不当或消耗性的疾病等因素,水肿的特点是首发于下肢,指压凹陷显著,常伴贫血与低蛋白血症。

5. 内分泌性水肿 原发性醛固酮增多症常有面部及四肢水肿,且有多饮、多尿、高血

压、低血钾,实验室检查有尿比重降低、尿醛固酮增高。皮质醇增多症可有轻度面部及双下肢水肿,但以向心性肥胖、满月脸为特征,可有高血压,实验室检查有尿 17-羟、17-酮增高等。甲状腺功能减退水肿常见于眼睑、面颊及四肢,指压不凹陷,患儿多有生理功能低下,反应迟钝,常伴贫血,实验室检查血 T_3 、 T_4 下降, TSH 增高。另外,新生儿水肿,尤以早产儿水肿多见,有时摄入量过多更易发生。水肿多因母体的雌激素导致水、钠滞留,同时新生儿肾脏排钠、氯功能暂时不足。

6. 结缔组织病所致的水肿 过敏性紫癜在皮疹区可有血管性水肿,同时有关节痛、腹痛、便血和血尿等。系统性红斑狼疮可出现轻度水肿,多发生于面部及踝部,重者可涉及全身,其水肿机制主要是全身性的血管通透性增高,血浆蛋白浓度降低所致。狼疮性肾炎的水肿则更明显。皮肤黏膜淋巴结综合征主要有发热、皮疹、黏膜充血、淋巴结肿大及手足水肿等,其水肿的特点是在发热早期,手足皮肤呈硬性水肿,有光泽感及木实感。硬皮病少见,其水肿特点发生于早期,先累及手、足,渐波及颈、面及躯干,对称,指压不凹陷,皮肤张力高,有光泽感,以后皮肤逐渐硬化,并且发生皮肤、皮下组织和肌肉萎缩。皮肤活检对诊断有意义。皮炎急性期常有轻度的水肿,其诊断靠皮炎及肌炎的临床表现,尚有尿肌酸增高,血肌酸激酶及转氨酶增高等。

7. 药物性水肿 使用某些药物可致水肿,特点是用药后发生,停药后消失。可引起水肿的药物有:皮质激素、胰岛素、雌激素、利血平等。其水肿多因为水、钠滞留所致。

8. 新生儿水肿 尤以早产儿水肿多见,有时摄入量过多更易发生。水肿多因母体的雌激素有水、钠滞留,同时新生儿肾脏排钠、氯功能暂时不足。某些疾病可致新生儿水肿,如新生儿溶血、新生儿肺透明膜病、先天性心脏病合并心力衰竭、先天性肾病、原发性淋巴水肿、先天性淋巴水肿伴性腺发育不全,抗利尿激素分泌异常综合征、醛固酮增多症以及先天性无蛋白血症等均可导致水肿。糖尿病母亲的新生儿也可有水肿的表现。维生素 E 缺乏可致下肢及会阴部水肿。另外,新生儿硬肿症,通常在患儿皮下脂肪聚集部位发生硬肿,皮肤发冷,指压凹陷不明显。常在冬季发生,因产伤、感染、窒息、休克或畸形等因素所致。伴有体温不升、反应差,严重时则不会吸吮等。

〔治疗原则〕

1. 限制活动 明显的全身性水肿应限制活动,尤其是心性、肾性水肿更应卧床休息。

2. 限制水钠的摄入 全身性水肿一般在急性期均应限制钠盐和水分的摄入,随着病情的好转而逐渐恢复,限制时间不宜过长,以免发生低钠血症。

3. 利尿剂的使用 呋塞米(速尿)利尿效果强,适用于心、肾、肝性水肿,对肺水肿、脑水肿与心力衰竭尤为适用,但要注意水、电解质紊乱。此外,脱水剂如甘露醇常用于脑水肿,因有扩容的作用,故不宜用于心功能衰竭。

4. 根据不同的病因给予相应的治疗 具体如下:

(1) 肾性水肿 休息、限制水钠的摄入,对肾小球肾炎所致水肿给予利尿剂,可用氢氯噻嗪类利尿剂,必要时用强效的襻利尿剂。对肾病性水肿明显时可用氢氯噻嗪类利尿剂或呋塞米(速尿),一般不主张使用白蛋白提高血浆渗透压来达到利尿的目的。对显著低蛋白血症、

血容量可能不足者,可先静脉滴注白蛋白后用速尿,亦可低分子右旋糖酐扩容后应用速尿。

(2) 肝性水肿 ① 一般治疗:休息,适当蛋白质、低脂、高维生素饮食,提供足够的热量。② 水肿的治疗:限制水钠摄入,可用利尿剂,亦可输入白蛋白提高血浆渗透压。③ 保肝治疗。

(3) 心性水肿 按心力衰竭的治疗原则治疗,加强心肌收缩力,改善周围循环,加速液体的排除,减轻体、肺循环瘀血,恢复及维持心脏的有效泵血功能。急性心力衰竭多采用作用迅速而强效的襻利尿剂,由于心力衰竭常伴有继发性醛固酮增多症,应同时加用醛固酮拮抗剂螺内酯(安体舒通)。注意水、电解质平衡,尤其是使用洋地黄类药物,使用利尿剂应监测血电解质情况。

(4) 营养不良性水肿 ① 合理的膳食:逐步增加能量摄入,尤其是蛋白质,同时补充多种维生素与矿物质。② 纠正水、电解质紊乱,防止低血糖,防止感染。由于水肿消失后大量液体进入血循环,可使本已不佳的心脏负担加重而发生心力衰竭,因而要警惕。

(5) 内分泌性水肿 主要是原发病的治疗。① 原发性醛固酮增多症可给予排钠保钾类利尿剂如螺内酯(安体舒通)、氨苯蝶啶。② 甲状腺功能减低症应尽早给予甲状腺素的替代治疗,治疗过迟常不能恢复智力,出现体格发育落后。

(6) 结缔组织病所致的水肿 ① 过敏性紫癜:去除过敏原;给予抗过敏、抗凝治疗;有胃肠道症状或关节症状时给予激素治疗;合并肾脏损害的则根据临床表现和病理类型给予相关治疗。② 系统性红斑狼疮:极期卧床休息,避免日光曝晒及预防接种;肾上腺皮质激素口服或冲击治疗,同时联用细胞毒性药物,以达到缓解与长期巩固疗效的目的;坚持长期、正规治疗的同时要注意患儿的整体心理治疗。③ 皮肤黏膜淋巴结综合征:早期使用丙种球蛋白可降低冠状动脉瘤的发生率;同时阿司匹林、双嘧达莫(潘生丁)抗凝;抗感染、抑制变态反应;一般不主张应用糖皮质激素治疗。动态监测有无冠状动脉扩张与冠状动脉瘤的形成。④ 皮炎:急性期应限制活动,糖皮质激素为首选药,对糖皮质激素无效或难以减量的可加用环磷酰胺等免疫抑制剂。

(7) 药物性水肿 一般停药后缓解,无需特殊治疗。

(8) 新生儿水肿 新生儿水肿要注意液体的摄入量,有原发病所致的水肿则关键是治疗原发病,如新生儿溶血病所致水肿则应积极治疗黄疸,纠正贫血。新生儿硬肿的治疗:复温,限制液体量及输液速度,改善微循环,有急性肾功能衰竭的要严格限制摄入量,并利尿。

第三节 皮 疹

皮疹是许多疾病常见的伴随体征之一,儿童时期皮疹尤其多见,是临床诊断疾病的重要依据。皮疹的种类很多,根据有无出血疹可以将皮疹分为出血疹和非出血疹两大类。出血