

儿科疾病症状 鉴别诊断学

ERKEJIBING ZHENGZHUANG
JIANBIE ZHENDUAXUE

主编 徐书珍 初建芳 于永锋



军事医学科学出版社

儿科疾病症状鉴别诊断学

主 编	徐书珍	初建芳	于永锋	
副主编	郭相君	刘春燕	王立敏	赵 炜
	栾韶勇	冷振香	杨 明	丁明辉
编 委	管恩芹	张萍丽	王广军	栾宏焕
	赵一明	郭相君	冷振香	刘春燕
	王立敏	栾韶勇	丁明辉	杨 明
	初建芳	于永锋	赵 炜	徐书珍

军事医学科学出版社

图书在版编目(CIP)数据

儿科疾病症状鉴别诊断学/徐书珍,初建芳,于永锋主编.

—北京:军事医学科学出版社,2011.10

ISBN 978-7-80245-748-5

I. ①儿… II. ①徐… ②初… ③于… III. ①小儿疾病—
鉴别诊断 IV. ①R720.4

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第077587号

策划编辑:周 刊 责任编辑:吕连婷 责任印制:丁爱军

出 版 人:孙 宇

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:中煤涿州制图印刷厂北京分厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:43.5

字 数:1077千字

版 次:2012年1月第1版

印 次:2012年1月第1次

定 价:130.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

诊断与鉴别诊断是临床医生的重要技术技能,鉴别诊断是正确诊断和治疗疾病的重要手段,正确的诊断才能去伪存真,制订有效的治疗方案,避免在诊治过程中走弯路,减少诊治过程中给病人造成的不必要的痛苦。掌握熟练的诊断和鉴别诊断技能,不仅要有全面的基础理论知识,丰富的临床实践经验,对病人高度负责的敬业精神,对各种辅助检查的熟练应用,科学逻辑的临床思维方法,还要善于分析、思考、总结和归纳,不断学习进取,充实新理论、新知识、新技术、新方法,进一步提高临床诊断和治疗水平,避免和减少误诊和延误诊断,及时有效地为病人解除病痛。

儿科医生所服务的对象是处于生长发育阶段的小儿,各系统发育不完善,临床症状不典型,不能准确地叙述病情,查体多不合作,辅助检查所需采集的标本有时获取困难,增加了疾病诊断的难度。这就需要儿科医生要有更加过硬的临床技能和基本功,耐心细致的工作态度,扎实的基础理论和丰富的经验积累。

本书列举了儿科不同系统、不同疾病所出现的各种症状,并对之相关或症状相近的各种疾病进行鉴别和介绍。叙述了各种疾病的病因、发病机制、诊断方法和治疗措施,尽量使读者能清晰地理顺诊断思路,结合临床,理论联系实际,科学合理地分析病情,拓宽思路,抓住要点,认识疾病的本质,作出正确的诊断。在疾病诊断和鉴别诊断过程中应注意科学细致地收集病史,仔细全面地查体,正确选择辅助检查,综合分析所获取的资料,从中找出疾病的特点和规律,作出正确的判断和诊断。并对涉及近几年的新进展、新的诊断技术和治疗方法的改进等,及对一些疾病的新认识也进行了阐述。本书内容广泛、全面、翔实,是儿科各级临床医生、临床研究生、实习医生、进修医生的必备参考书。

徐书珍

2011年3月8日

目 录

第一章 全身症状的鉴别诊断	(1)
第一节 长期发热	(1)
第二节 哭闹	(13)
第三节 水肿	(15)
第四节 腹水	(21)
第五节 多汗	(27)
第六节 肝脾肿大	(29)
第七节 黄疸	(52)
第八节 休克	(57)
第九节 消瘦	(63)
第二章 呼吸系统疾病症状鉴别诊断	(68)
第一节 咳嗽	(68)
第二节 哮喘	(79)
第三节 呼吸困难	(83)
第四节 青紫	(93)
第五节 咯血	(108)
第六节 胸痛	(116)
第七节 胸膜腔积液	(118)
第八节 纵隔肿块	(120)
第三章 循环系统疾病症状鉴别诊断	(127)
第一节 充血性心力衰竭	(127)
第二节 心脏杂音	(134)
第三节 心律失常	(136)
第四节 高血压	(145)
第五节 晕厥	(157)
第四章 消化系统疾病症状鉴别诊断	(160)
第一节 食欲不振	(160)
第二节 呕吐	(163)
第三节 腹胀	(174)

第四节	腹泻	(188)
第五节	呕血	(199)
第六节	便血	(204)
第七节	腹痛	(210)
第五章	血液肿瘤系统疾病症状鉴别诊断	(222)
第一节	贫血	(222)
第二节	出血倾向	(236)
第三节	粒细胞减少	(245)
第四节	淋巴结肿大	(251)
第五节	颅内占位	(261)
第六节	腹部肿块	(272)
第七节	皮肤瘤样肿块	(278)
第六章	内分泌系统疾病症状鉴别诊断	(285)
第一节	糖尿	(285)
第二节	尿崩	(294)
第三节	肥胖	(299)
第四节	性早熟	(305)
第五节	身材矮小	(310)
第六节	甲状腺功能低下	(317)
第七节	甲状腺功能亢进	(323)
第八节	性发育迟缓	(328)
第九节	肾上腺皮质功能亢进	(335)
第十节	肾上腺皮质功能减退	(340)
第七章	泌尿系统疾病症状鉴别诊断	(346)
第一节	尿少或无尿	(346)
第二节	血尿	(349)
第三节	尿色异常	(356)
第四节	蛋白尿	(357)
第五节	尿频	(365)
第六节	脓尿	(366)
第七节	排尿困难	(368)
第八节	尿 痛	(370)

第八章 神经系统疾病症状鉴别诊断	(371)
第一节 头痛	(371)
第二节 惊厥	(377)
第三节 昏迷	(383)
第四节 眩晕	(387)
第五节 共济失调	(391)
第六节 瘫痪	(397)
第七节 脑脊液异常	(409)
第八节 颅神经损害	(412)
第九章 新生儿疾病症状鉴别诊断	(423)
第一节 新生儿黄疸	(423)
第二节 新生儿呼吸暂停	(428)
第三节 新生儿消化道出血	(430)
第四节 新生儿贫血	(433)
第五节 新生儿脐部异常	(438)
第六节 新生儿反应低下	(440)
第十章 免疫缺陷病症状鉴别诊断	(443)
第一节 反复呼吸道感染	(443)
第二节 免疫功能低下	(447)
第十一章 青春期疾病症状鉴别诊断	(460)
第一节 男性乳房发育	(460)
第二节 月经不调	(462)
第三节 外阴瘙痒	(465)
第四节 外生殖器损伤	(469)
第五节 乳房肿块	(472)
第十二章 心理疾病症状鉴别诊断	(475)
第一节 学习困难	(475)
第二节 睡眠障碍	(478)
第三节 焦虑	(488)
第四节 进食异常	(492)
第五节 物质滥用及戒断症	(496)
第六节 情感障碍	(507)
第七节 多动	(514)

第八节	抽动	(522)
第十三章	发育障碍疾病症状鉴别诊断	(532)
第一节	运动发育迟缓	(532)
第二节	语言发育迟缓	(536)
第三节	智力低下	(540)
第十四章	先天发育异常疾病症状鉴别诊断	(545)
第一节	小头畸形	(545)
第二节	四肢畸形	(547)
第三节	生殖器异常	(549)
第十五章	骨关节疾病症状鉴别诊断	(554)
第一节	关节痛	(554)
第二节	腰背痛	(561)
第三节	关节活动障碍	(562)
第十六章	皮肤疾病症状的鉴别诊断	(567)
第一节	皮炎	(567)
第二节	皮疹	(572)
第三节	色素异常	(579)
第四节	疣	(585)
第五节	痣	(587)
第六节	毛发异常	(591)
第十七章	耳鼻咽喉疾病症状鉴别诊断	(599)
第一节	喉梗阻	(599)
第二节	耳鸣	(603)
第三节	耳聋	(606)
第四节	外耳分泌物	(613)
第五节	耳痛	(616)
第六节	鼻塞及鼻溢液	(618)
第七节	咽痛	(622)
第八节	发音异常	(624)
第十八章	口腔疾病症状鉴别诊断	(628)
第一节	牙齿异常	(628)

第二节	吞咽困难	(631)
第三节	腮腺肿大	(636)
第四节	流涎	(639)
第五节	口疮	(642)
第六节	磨牙	(645)
第十九章	眼部疾病症状鉴别诊断	(647)
第一节	眼睑异常	(647)
第二节	视力异常	(651)
第三节	泪器异常	(657)
第四节	结膜充血	(660)
第二十章	遗传代谢病症状鉴别诊断	(664)
第一节	低血糖	(664)
第二节	电解质异常	(670)
第三节	慢性酸中毒	(678)
第四节	外貌异常	(680)

第一章 全身症状的鉴别诊断

第一节 长期发热

小儿由于新陈代谢较成人相对旺盛,体温调节中枢发育不完善,因此正常体温(body temperature)较成人稍高。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、哭闹、剧烈运动、穿衣过厚、室温过高、情绪波动等均可使体温暂时性升高,这种暂时性体温变化不属于病理性发热(fever, pyrexia)。以肛温最高,口温(舌下)第二,腋温第三,差异范围 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。正常体温为 $36\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ 。一般 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 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 称体温过低。热程持续2周以上为长期发热(FOU)。长期发热为儿科疾病的常见症状,多数病例根据病史、体征和实验室检查可作出诊断,部分病例需经过一段时间观察和做一些特殊检查才能确诊。个别病例虽然经过详细检查,甚至疾病已治愈,仍不能得出真正的发热原因。

一、病因及发病机制

(一) 病因

1. 感染性发热 是发热最常见的原因,可由细菌、病毒、支原体、衣原体、真菌、螺旋体、寄生虫等感染引起。引起长期发热最常见的感染性疾病有:结核病、败血症、伤寒、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、亚急性细菌性心内膜炎、骨髓炎、支原体感染、疟疾、黑热病、血吸虫病、慢性扁桃体炎、艾滋病、全身炎症反应综合征等。

2. 非感染性发热

(1) 结缔组织疾病和变态反应性疾病:如川崎病、风湿热、类风湿病、幼年特发性关节炎、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、皮炎、血清病、药物热等。

(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(勒-雪病,韩-雪-柯病)、恶性淋巴瘤、恶性肿瘤、大手术后、大面积烧伤、血管栓塞、内出血吸收过程等。

(3) 产热过多或散热过少:产热过多见于甲状腺功能亢进、癫痫持续状态、肾上腺皮质功能亢进。散热过少见于广泛性皮炎、大量失水、失血、先天性外胚层发育不良、小婴儿包裹过多或室温过高等。

(4) 体温调节中枢功能失调:如暑热症、颅脑损伤、颅内肿瘤、蛛网膜下腔出血、体温中枢功能失调等。

(5) 自主神经功能紊乱: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) 发病机制

下丘脑的体温调节中枢,由产热中枢(下丘脑的后部)和散热中枢(下丘脑的前部)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,引起发热。根据发热机制的不同,可分为两大类:

1. 致热原性发热 各种病原(细菌、病毒、支原体、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(pyrogen),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,当致热原进入血液循环后,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,持续的时间亦不相同。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。渗出液中性粒细胞增多,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,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。当囊内压力增加(如渗出液增多时)或屏障被削弱(如挤压疔疮时),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)肿瘤性疾病:可能由组织损伤部位的炎症反应中的白细胞及肿瘤坏死因子(TNF)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,释放内生致热原引起。

(5)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。

(6)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。

2. 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,短时间内产热量大于散热量而致发热。甲状腺功能亢进的发热,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,故导致体温过高。

(2)散热减少:如广泛性皮炎、鱼鳞病、先天性汗腺缺乏症,由于汗腺功能缺乏,同时皮肤的辐射传导及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调: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,或自主神经功能紊乱,影响体温调节而发热。

二、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. 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、热型、时限、规律、发展过程等。许多发热疾病具有特殊的热型,在诊断上有一定意义,常见的有以下几种热型:

(1)稽留热(continued fever):热度在 39°C 以上,每日体温波动在 2°C 以内,可持续数天或

数周,多见于伤寒、副伤寒、大叶性肺炎及川崎病等。

(2)弛张热(remittent fever):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。幼年特发性关节炎(JIA)每日温差可达 5°C 。

(3)间歇发热(intermittent fever):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(irregular fever):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(bilious remittent fever):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,再次发热,反复多次呈波浪式。多见于布氏菌病、恶性淋巴瘤、周期热等。

(6)双峰热(double peak fever):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(biphasic fever):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、淋巴细胞性脉络膜丛脑膜炎等。

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、恶性淋巴瘤、药物热等。如伴发淋巴结肿大,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、白血病、恶性淋巴瘤等。

(二)体格检查

长期发热原因不明时,应反复全面仔细查体,注意搜索感染病灶以及其他与发热有关的疾病的体征。

(三)一般检查

三大常规(血、尿、粪便),胸部X线摄片,其他炎性指标(血沉、C-反应蛋白)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的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(ASO),类风湿因子(RF),外-斐反应(WFR),EBV-IgM,G试验,甲球蛋白测定(AFP),酶联免疫吸附试验(ELISA),补体结合试验(CFT),血凝抑制试验(HIT),抗核抗体(ANA),TORCHS,梅毒反应(VDRL、USR、RPR)等,肝肾功能检查、心电图、超声波检查、核素检查、CT检查、MRI检查、各种皮肤试验(PPD试验、血吸虫皮试、肺吸虫皮试、包虫病皮试等),活体组织检查、血生化及酶学测定(LDH1~5、CPK、AKP等),多聚酶链反应(PCR)等。应注意有的放矢的选择检查,切忌无意义无价值的检查。还应注意防止标本污染和假阳性结果。

三、鉴别诊断

(一)结核病(tuberculosis, TB)

结核病是结核杆菌引起的慢性传染病,各脏器均可受累。国内将肺结核分为5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,慢性纤维空洞型肺结核;Ⅴ型,结核性胸膜炎。小儿以原发性肺结核多见,其次是急性血行播散性肺结核和结核性脑膜炎。青少年多见浸润性肺结核和结核性胸膜炎。

原发性肺结核多无明显症状,部分可出现不同程度的结核中毒症状,如长期不规则低热、轻咳、食欲不振、倦怠、盗汗、消瘦。部分患儿初期有高热,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,结核抗体可阳性。胸片X线可见哑铃状(双极)影或支气管淋巴肿大。有时胸片检查由于原发病灶过小或阴影淡薄给诊断带来困难。当机体抵抗力下降,病情恶化,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。病灶经过支气管播散可发生干酪性肺炎,经血行播散可引起粟粒性肺结核及全身粟粒性结核。此时多表现起病急,不规则发热,多为高热,面色苍白、盗汗、气急、呼吸困难、发绀、肺部体征不明显,可有肝脾肿大,结核菌素试验多数呈阳性,胸部X线可因病灶小不易发现,或发病早期亦可阴性,对怀疑病例间隔1~2周复查胸片。近年来不典型结核病增多,有时虽找不到确诊依据也不能排除诊断。

(二) 伤寒(typhoid)

伤寒是伤寒杆菌引起的急性全身性传染病,以学龄儿童多见,主要见于夏秋季,小儿伤寒的表现与成人不同,年龄越小越不典型,一般发病较急,早期可有上呼吸道感染或消化道症状,婴儿可有惊厥等类似脑膜炎的症状。体温逐渐上升,5~7天达高峰,热型不典型,学龄期儿童可有相对缓脉,但年龄越小越不明显。玫瑰疹小儿也少见,皮疹主要见于腹部、胸背部,数目不多。常见肝、脾肿大,肝肿大比脾肿大更常见。多数血白细胞减少,嗜酸性粒细胞减少或消失。但在疾病早期或婴幼儿,白细胞总数可增高。嗜酸性粒细胞可不消失。与成人比较小儿病情较轻,并发肠出血或肠穿孔者少见,但支气管炎、支气管肺炎较多见。早期血培养阳性是最可靠的诊断依据。骨髓、大便培养阳性有利于晚期诊断。伤寒血清凝集试验鞭毛抗原H 1:60以上,菌体抗原1:80以上有诊断价值。如病程中“H”与“O”凝集效价同时上升更有意义。“O”凝集效价比“H”凝集效价更重要。单纯“H”凝集效价增高无重要意义。氯霉素治疗伤寒疗效显著,个别氯霉素无效者,可改用复方新诺明或氨苄西林,但退热时间较长。

(三) 败血症

小儿组织屏障功能低,免疫功能发育不全,对感染的局限能力差,易扩散而形成败血症。革兰阳性球菌中以金黄色葡萄球菌常见,表皮葡萄球菌次之。溶血性链球菌、肺炎链球菌目前较常见。革兰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菌中大肠杆菌仅次于金黄色葡萄球菌,其他如铜绿假单胞菌、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。真菌性败血症以白色念珠菌感染多见,常发生在免疫功能低下、营养不良及长期应用抗生素、激素等免疫抑制的患儿。

本病起病急,突起发热,体温常达39℃以上,呈不规则发热。脓毒败血症(pyosepticemia)则呈弛张热型,可伴有寒战。同时可伴有全身感染中毒症状,如面色青灰、全身不适、肌肉疼痛、关节疼痛等。可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、腹胀、呕血、便血、肝脏肿大、轻度黄疸。重者可发生中毒性休克、中毒型肝炎、中毒性心肌炎、心力衰竭、心律失常等。也可出现神经精神症状,如头痛、嗜睡、烦躁,重者出现惊厥、昏迷,中毒性脑病。皮肤黏膜可出现出血点、脓疱、猩红热样皮疹、麻疹样皮疹、荨麻疹、神经血管性水肿、皮下脓肿等。还可有尿少、尿频,尿中出现蛋白、红细胞、白细胞及管型。新生儿败血症症状不典型,可有低热或无热,常表现一般症状,如

烦躁不安、精神差、不吃奶、呕吐、腹泻、腹胀、肝脾肿大、黄疸等。临床出现原因不明的畏寒、发热、血白细胞升高、核左移、粒细胞有中毒颗粒、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,挤压疖疮或创伤时,应考虑金黄色葡萄球菌败血症。新生儿(特别是早产儿)出现体温不升,低热或高热,病情较重,难以明确某一系统疾病时,应考虑败血症。真菌性败血症临床症状无特异性,应结合患儿体弱,营养不良,长期应用抗生素、激素等。血培养阳性为肯定诊断依据。早期、多次、发热时及未应用抗生素前做血培养阳性率更高。二次血培养阳性、血或不同病灶处培养出同一细菌更有意义。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,有时血培养阴性也不能排除诊断。金黄色葡萄球菌败血症易出现局限性病灶,如皮下脓肿、肺炎、肺脓肿、膈下脓肿、化脓性关节炎、骨髓炎、心包炎、感染性心内膜炎、脑膜炎、腹膜炎等。

(四) 幼年类风湿性关节炎(juvenile rheumatoid arthritis, JRA)

JRA 是小儿时期以慢性关节滑膜炎为特征的慢性全身性自身免疫性疾病。2001 年国际风湿病联盟儿科委员会将该病命名为幼年特发性关节炎(juvenile idiopathic arthritis, JIA), 临床表现不同于成人类风湿性关节炎, 全身症状更为明显。本病病因尚不清楚, 可能与感染、免疫因素及遗传因素有关。发病集中于 2~3 岁和 9~12 岁, 形成两个高峰。按起病形式、临床经过和预后不同, 分为三型。

1. 全身型 以幼年多见, 约占 JRA 的 20%。发热呈弛张热型, 发热时呈重病容, 热退后玩耍如常, 发热持续数周至数月。约 95% 出现皮疹, 呈淡红色斑点或环形红斑, 可伴瘙痒, 皮疹于高热时出现, 热退后消失, 不留痕迹。局部取暖或外伤时也可诱发皮疹。急性期因全身症状重而忽略一过性关节症状, 病程数月或数年后, 关节症状才成为主诉, 约 25% 最终发展为慢性多关节炎。约 85% 有肝脾、淋巴结肿大, 轻度肝功能损害。可伴有心包炎、胸膜炎、心内膜炎, 病变较轻, 一般不需处理。肠系膜淋巴结肿大可引起腹痛, 神经系统症状表现为惊厥、行为异常或脑电图异常。反复发作可引起发育延迟, 一般青春期后不再复发。

2. 多关节型 5 个或 5 个以上关节受累, 女性多见, 先累及大关节, 如踝、膝、腕和肘, 常呈对称性, 关节肿痛, 而不发红, 晨起时关节僵硬(晨僵)。随病情进展逐渐累及小关节, 波及指(趾)关节, 呈典型梭形肿胀; 累及颞颌关节表现为张口困难; 累及喉杓(环状软骨-杓状软骨)表现为声音嘶哑、喉喘鸣; 累及颈椎引起颈部疼痛和活动受限; 髋关节受累可引起股骨坏死, 发生永久性跛行。疾病晚期受累关节最终发生强直变形, 关节附近肌肉萎缩, 运动功能受损。根据 RF 是否阳性分为两个亚型: ①RF 阳性, 占 JRA 的 5%~10%, 见于年长儿, 常见类风湿结节, 关节症状较重, 约 75% 抗核抗体阳性; ②RF 阴性, 占 JRA 的 25%~30%, 见于任何年龄, 类风湿结节少见, 关节症状较轻, 有 10%~15% 发生关节强直变形, 约 15% 抗核抗体(ANA)阳性。

3. 少关节型 受累关节少于 4 个者, 踝、膝等下肢大关节为好发部位, 常呈不对称分布, 按临床表现和预后分为两个亚型:

(1) 少关节 I 型: 占 JRA 的 25%~30%, 以幼年女孩多见, 虽有反复慢性关节炎, 但并不严重, 较少致残。约半数发生单侧或双侧慢性虹膜睫状体炎, 早期只有用裂隙灯检查才能诊断。后期可因虹膜后位粘连, 继发白内障和青光眼而致永久性视力障碍。此型全身症状较轻。

(2) 少关节 II 型: 占 JRA 的 15%, 男孩居多, 年龄大于 8 岁, 累及膝、踝等下肢大关节, 少数病例后期可引起骺髌关节炎和肌腱附着处病变。部分病人发生自限性虹膜睫状体炎, 少有永久性视力障碍。

目前将强直性脊柱炎列为独立的疾病,其特点为几乎 100% HLA-B27 抗原阳性及有阳性家族史。

实验室检查:血沉明显增快,CRP、IL-1、IL-6 增高;外周血白细胞增高,中性粒细胞增高,可有类白血病反应。关节 X 线检查早期表现软组织肿胀,关节周围骨质疏松,关节附近骨膜炎,晚期可见关节骨质破坏。骨同位素扫描、超声波、MRI 发现骨关节损害。

(五) 风湿热

好发于学龄儿童,多数起病较急,不规则发热,有的长期持续低热、精神不振、疲乏、食欲减退、多汗、鼻出血、腹痛。诊断主要依靠五个主要表现、若干次要表现及链球菌感染证据。主要表现包括心脏炎、游走性关节炎、环形红斑、皮下结节、舞蹈病。次要表现包括发热、关节痛、心电图 P-R 间期延长、红细胞沉降率(血沉)增快、血白细胞增高、血清 C-反应蛋白阳性。链球菌感染证据包括抗链球菌溶血素“O”(ASO)滴度升高、抗链球菌激酶升高、抗透明质酸酶升高、抗去氧核糖核酸 B、抗二磷酸吡啶核苷酸酶等,或咽拭子培养甲组乙型溶血性链球菌阳性,或近期有链球菌感染史等。一般两个主要表现或一个主要表现加两个次要表现诊断即可成立。

(六) 急性血吸虫病

由于接触含尾蚴的疫水所致的寄生虫病又称为日本血吸虫病。发热是急性期的主要症状,以间歇热或弛张热多见,高热伴畏寒、盗汗,发热数日至数月不等,伴有食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肝脾肿大,重者可有黄疸、腹水。还伴有咳嗽、胸痛、咳血痰。外周血白细胞总数及嗜酸性粒细胞分类计数增加,嗜酸性粒细胞可达 20% 以上,少数白细胞总数增加而嗜酸性粒细胞不增加。粪便可发现虫卵,孵化阳性率高(连送三次)。血清 ELISA 试验阳性。约半数患儿球蛋白增高。乙状结肠镜检查,早期可见直肠、乙状结肠黏膜充血、水肿,或有黄色小颗粒。结合流行地区,有疫水接触史,诊断可成立。

(七) 细菌性肝脓肿(bacillary liver abscess)

本病多数由于败血症、胆道感染、腹腔化脓性感染、胆道蛔虫等引起。病原多为金黄色葡萄球菌和大肠杆菌。发热多呈弛张热型或不规则热型,伴有寒战、多汗、右上腹疼痛、肝脏肿大、压痛、肝区叩痛等。还伴有食欲不振、呕吐、消瘦等。外周血白细胞总数增高,核左移,不同程度贫血。多发性肝脓肿起病急,肝脏普遍性肿大,常伴有脾肿大。单个肝脓肿多累及右叶,病灶位于肝前表面者,可见局部隆起,肋间隙饱满,皮肤水肿,右上腹肌紧张,脓肿位于肝右叶上部可发生右胸膜病变,甚至胸腔积液;脓肿位于肝中心部位,或小脓肿弥漫性者,局部体征不明显;脓肿位于肝左叶者可累及心包并发心包炎。肝超声波检查简便、可靠、迅速、安全,不仅能确定有无脓肿,还能明确脓肿大小、位置、数目、深度,还可观察脓肿的演变过程。但在脓肿早期尚未形成脓腔,或脓腔太小及脓液黏稠时,可造成假阴性。相反,胆囊积液、胆管囊肿、肝囊肿、胸腔积液、肝包虫病等也可造成假阳性。所以,结合临床及其他检查资料综合分析非常重要。核素肝扫描对肝脓肿部位、范围、数目亦有很大意义,可帮助鉴别脓肿是在肝内或肝外,但小于 1 cm 的脓肿常易漏诊。X 线检查发现肝区有液平面者有诊断价值,膈肌上升运动受限有参考意义,但阴性者也不能排除诊断。肝穿刺抽脓具有诊断及治疗价值。脓液的细菌培养和药物敏感试验可确定病原菌和选择适当抗生素。脓液性状有利于区别细菌性肝脓肿和阿米巴肝脓肿,前者为脓液,后者为巧克力色并可查见阿米巴滋养体。由于小儿不合作,肝穿刺引流难以彻底,并可造成肝脏出血,腹腔感染。目前仍采用手术引流,手术引流排脓彻底,能迅速

改善中毒症状,且较安全。手术引流指征:脓腔超过3 cm以上,中毒症状严重,内科治疗无效,肝脓肿已破溃发生膈下脓肿、化脓性腹膜炎、脓胸、肝-支气管漏等并发症,肝脏表面有局限性包块形成者。

(八) 膈下脓肿(subdiaphragmatic abscess)

常并发于胆道感染、急性阑尾炎、肝脓肿破裂、脓毒血症迁徙等。主要表现为寒战、发热,多为弛张热,中毒症状重,右上腹或下胸部疼痛,深呼吸或转动位置时加剧,该部呼吸运动减弱,局部皮肤水肿,叩击痛,肝浊音区扩大,X线膈肌上升或固定,肋膈角消失,反应性胸膜炎,膈下有液平面或气泡。超声波检查可见膈下液平面,必要时做腹腔内注气后立位X线摄片,见膈下气体不完整。而肝脓肿则显示镰刀状完整透明影,应用肺-肝核素扫描诊断本病准确性高。

(九) 感染性心内膜炎(infectious endocarditis)

由细菌、真菌、立克次体、病毒等引起,以细菌性心内膜炎最多见,分为急性和亚急性两种。急性细菌性心内膜炎以金黄色葡萄球菌最多见,其次是溶血性链球菌、肺炎链球菌、革兰阴性杆菌,真菌亦可发生。亚急性细菌性心内膜炎以草绿色链球菌最常见,其次为肠球菌、表皮葡萄球菌及其他细菌。

亚急性细菌性心内膜炎(SBE)常发生于风湿性心瓣膜病、先天性心血管病、心脏手术后的病人。起病缓慢,体温高低不一,可有寒战、高热、周身不适、盗汗、肌肉关节疼痛。贫血多为轻至中度,呈进行性,脾脏肿大,质软。心脏杂音有变化,常出现心力衰竭。皮肤黏膜淤点,多见于睑结膜、口腔黏膜、四肢,有时中心发白,眼底小出血,指甲下出血成条纹状,有压痛。在栓塞症状中以脾栓塞常见,表现为左上腹剧痛,脾脏肿大。肾栓塞表现为肾区疼痛,镜下血尿,蛋白尿。肺栓塞出现胸痛、咳嗽、咯血、呼吸困难。四肢动脉栓塞可出现肢体坏疽等。脑栓塞可引起偏瘫、失语、脑或蛛网膜下腔出血。肠系膜动脉栓塞出现急剧腹痛、黑便、肠梗阻等。冠状动脉栓塞导致心肌梗死。多部位血培养是确定本病的主要依据,为提高阳性率,应多次取血,同时做厌氧和需氧培养,必要时做骨髓或动脉血培养。

急性细菌性心内膜炎,起病急,病情进展快,亚急性细菌性心内膜炎的症状均可见于本病,但毒血症状重,高热、寒战、肌肉关节疼痛,疲乏、贫血,白细胞数明显增高。常发生在正常心脏,病初无心脏杂音。可产生心脏瓣膜穿孔或腱索断裂,常迅速出现主动脉瓣及二尖瓣关闭不全的杂音,易发生心力衰竭。

(十) 化脓性胸膜炎(empyema)

婴幼儿多见,年长儿也常见。大多继发于肺炎及败血症,病原菌以金黄色葡萄球菌多见,表现为发热、咳嗽、气急、发绀,患侧肋间隙饱满、呼吸动度减弱,叩浊、语颤减弱或消失,气管向健侧移位,白细胞总数显著增高,中性粒细胞增高,X线检查有胸腔积液的征象,超声波检查探及液平段。胸腔穿刺有脓液排出,并可做涂片或培养以确定病原菌。

(十一) 传染性单核细胞增多症(infectious mononucleosis)

本病与EB(Epstein-Barr)病毒感染有关,并可发生流行或散发。除新生儿外,各年龄组均可发病。主要表现为发热、咽痛、淋巴结和脾肿大,体温可达40℃,无特殊热型,热程持续时间5~21天,有时更长。全身性淋巴结肿大,以颈部、腋窝、腹股沟淋巴结肿大多见,有压痛。半数以上患儿脾脏轻度肿大,皮疹形式多样,可为淡红色斑疹、斑丘疹、荨麻疹,以及猩红热样皮疹等。胃肠、呼吸、神经及其他系统亦可受累。早期白细胞总数正常,中性粒细胞增高,淋巴结

肿大时,白细胞总数增加,单核细胞、成熟小淋巴细胞及变异淋巴细胞增加,血清嗜异性凝集试验反应 1:56 以上,豚鼠肾吸附后 1:40 以上,EBV-IgM、EBV-IgG 阳性可诊断。临床表现分为以下几型:

1. 热型 本型以发热为主,伴有头痛、疲乏、皮疹、淋巴结肿大,但出现较迟,其他系统(胃肠、神经)症状轻。
2. 咽炎型 本型临床特点为明显咽峡炎、扁桃体炎,可有溃疡,甚至发生伪膜及喉梗阻。
3. 腺型 本型小儿多见,除发热外,以淋巴结及脾脏肿大为主。
4. 肺炎型 多见于婴幼儿,以发热、肺炎症状为主。
5. 肝炎型 本型临床特点是恶心、呕吐、腹泻、腹痛、黄疸、肝脏肿大、肝功能损害。
6. 脑炎-脑膜炎型 常表现为头痛、头晕、嗜睡、惊厥、昏迷、瘫痪、脑膜刺激征、脑脊液淋巴细胞增高、蛋白增高。本病症状消失后在数日或数周内仍可复发,复发病状较前减轻。

(十二) 急性白血病

不明原因发热伴贫血、肝脾淋巴结肿大者,应排除本病。

(十三) 恶性组织细胞增多症

又称恶性网状内皮细胞增多症(恶网),各年龄组均可发病,临床表现多种多样,缺乏特征性,按临床经过分为急性型和慢性型。多数起病急,病程呈进行性发展,发热系主要症状之一,多为不规则发热,亦可呈弛张热、稽留热或间歇热。常伴有食欲不振、疲乏、不适感、头痛、出汗、腹痛、腹胀、腹泻。皮肤和皮下病变是小儿恶网的表现之一,可反复出现于颈部、胸前、肢体近端,呈炎症硬结浸润性病灶,还可见红斑丘疹、皮下结节、溃疡和结痂。肝脾肿大是主要体征,脾肿大较肝肿大明显。晚期由于血小板减少可出现紫癜、淤斑及出血。由于肝脏损害,肝门淋巴结肿大压迫胆管,以及大量红细胞被吞噬而导致溶血,出现黄疸。由于肺部浸润,可出现咳嗽、气促等呼吸道症状。胸水涂片检出恶性组织细胞有助于确诊。淋巴结受累,多见于锁骨上、腋下淋巴结肿大,有压痛。腹部、纵隔、主动脉旁、髂部淋巴结亦可肿大。外周血白细胞总数、红细胞、血红蛋白、血小板计数均减少。骨髓检查发现大量异常组织细胞可确定诊断,但由于异常组织细胞浸润分布不均,骨髓穿刺阳性率不高,应及时做淋巴结或皮肤活检。

(十四) 恶性淋巴瘤

可分为霍奇金病和非霍奇金淋巴瘤,由于病变部位及范围不一,临床表现各异,多数病例首先有无痛性颈部或锁骨上淋巴结肿大,肿大淋巴结活动,可粘连融合,深部淋巴结肿大可引起相应器官的压迫症状,如纵隔淋巴结肿大导致咳嗽、气促等,部分伴有发热,呈持续性或周期性,同时伴有盗汗、疲乏、消瘦,部分有皮肤瘙痒。考虑本病时应做淋巴结穿刺液涂片、淋巴结印片和病理切片检查,方可确诊,骨髓检查多为非特异性,如找到史-雷细胞对诊断有帮助。

(十五) 系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)

本病是一种侵犯多个系统的严重结缔组织病,多见于学龄儿,女性多于男性,病因未明,可能与遗传、性激素、药物和环境等多种因素有关,目前认为是一种自身免疫性疾病。小儿 SLE 临床表现多样,常见症状有发热,持续或间歇,关节炎,常侵犯多个关节,不引起关节畸形,少数有肌肉痛。典型皮疹为面部蝶形红斑,有时皮疹呈麻疹样、出血性、大泡性、溃疡性或结节性。肾脏表现为肾炎或肾病。心脏表现为心肌炎、心包炎,可见心脏扩大、心动过速或奔马律。肺部病变表现气促、胸痛、肺部啰音、渗出性胸膜炎。消化系统可出现腹痛、黄疸、肝功能异常,神经精神症状常表现眩晕、头痛、共济失调、失明、惊厥、震颤、截瘫、精神失常、舞蹈病等。脑电图