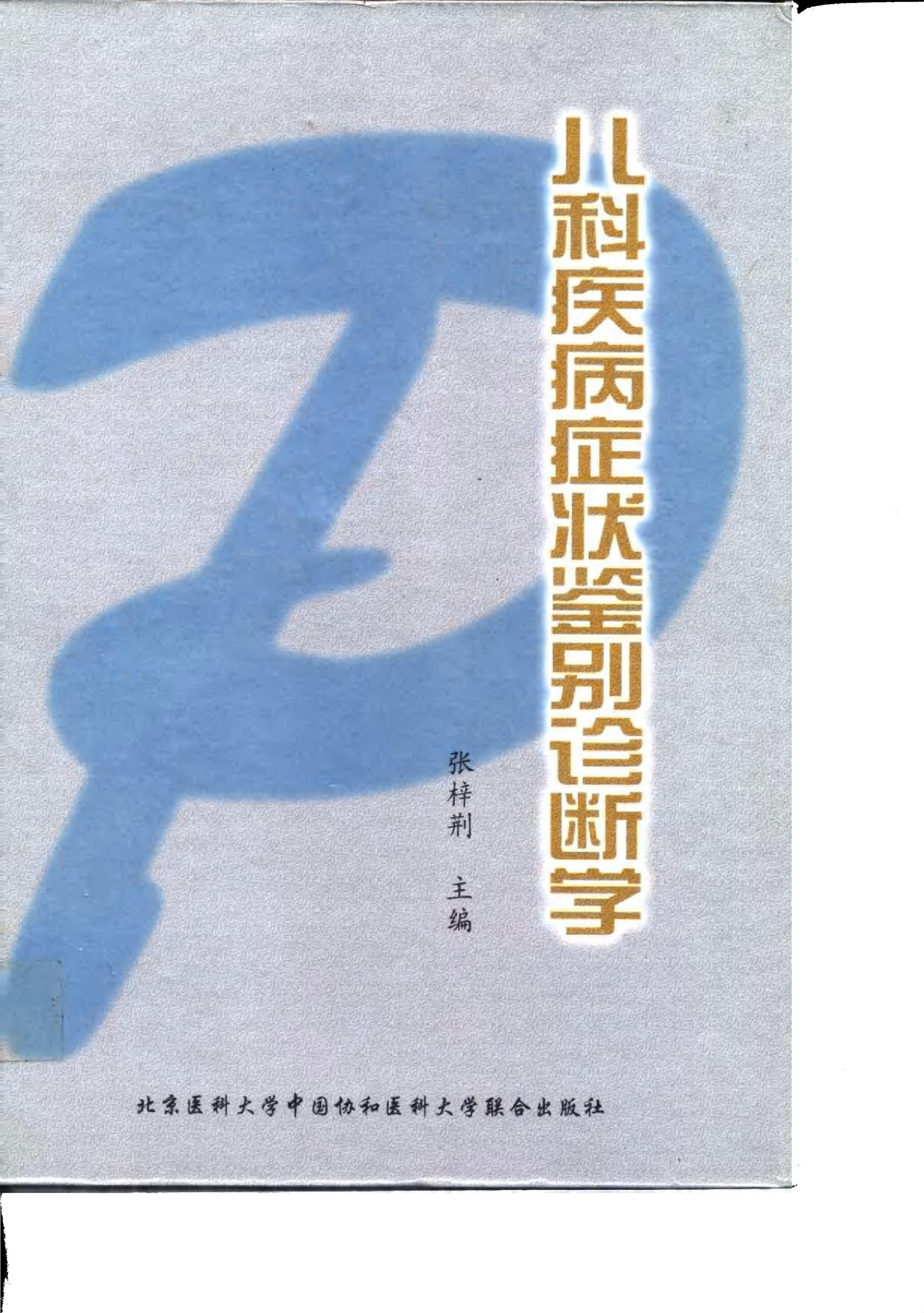




儿科疾病症状鉴别诊断学

张梓荆 主编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

儿科疾病症状鉴别诊断学

张梓荆 主编

副主编 吴婉芳

编著者 (按章节顺序排列)

张梓荆	卢 竞	郭育华	汪玲玲	何晓琥
王树山	李 杰	陈育智	曹 玲	任晓旭
陈再历	吴 进	甘小庄	吴铁吉	郭行平
杜仲东	徐光芝	杨 健	鲍秀兰	叶蓁蓁
马汝柏	马继东	陈 静	王天有	张靖莲
朱传樾	曹 力	陈大坤	王秀芳	徐放生
赵时敏	吴婉芳	王洛平	马官福	钱 渊
王之樑	陶三菊	陈伯权	周 玲	赵锦铭
曹玉璞	关立夫	袁新宇	张玉琳	

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科疾病症状鉴别诊断学/张梓荆主编. - 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1999

ISBN 7-81034-938-4

I. 儿… II. 张… III. 小儿疾病-症状-诊断学 IV. R720.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 03200 号

儿科疾病症状鉴别诊断学

主 编: 张梓荆
责任编辑: 陈永生
封面设计: 李光晨
技术设计: 栾广明
责任校对: 李爱平
责任印制: 姜文祥

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/16 开
印 张: 45.75
字 数: 1139 千字
版 次: 1999 年 6 月第一版 1999 年 6 月北京第一次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 98.00 元

ISBN 7-81034-938-4/R·936

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

鉴别诊断是诊断复杂疾病的重要步骤，儿科疾病症状鉴别诊断专著为当今临床的迫切需要。本书由 40 多位有儿科工作经验的副教授副主任医师以上人员撰写。全书分两篇十章。第一篇详述从新生儿起各年龄阶段儿童各类疾病在全身、呼吸、心血管、神经、消化、血液、泌尿等系统的特异性及非特异性症状和体征、它们的综合诊断、鉴别诊断要点及其需要注意的问题；第二篇介绍各类儿科疾病的临床检验方法与结果判断、它们在 X 线、CT、声像检查中的表现与鉴别。本书几乎涉及儿科的所有领域，其特点是内容全面、表述细致、文字通顺、条理清楚，对儿科医师有重要参考价值。

前 言

20 世纪 90 年代中期《诸福棠实用儿科学》第六版与其他几部儿科学相继问世，同时儿科各分科的专著改版者亦不少，可以说儿科学繁荣的新时代已经到来。

鉴别诊断是正确诊断疾病特别是诊断复杂疾病的重要步骤。目前，关于儿科诊断和鉴别诊断的新著还很少，尤其儿科疾病症状鉴别诊断是临床所急需，故编写本书以供儿科医师参考。

本书第一篇按全身、呼吸、心血管、神经、消化、血液、泌尿、新生儿之常见症状进行叙述。

20 年来诊断学器械和化验手段都有飞跃的进步，对儿科诊断学是极其可贵的。所以第二篇对主要检验诊断和影像诊断进行叙述，相信对儿科疾病主要症状的鉴别诊断会有很大帮助。

国内儿科学的细致分科是最近几十年发展起来的。中国医学科学院儿科研究所成立后，1958~1983 年 25 年间借用北京儿童医院 1~3 个病房做临床研究基地，于 1983 年改名首都儿科研究所，迁至雅宝路新址，把中国医学科学院原肿瘤医院改建成附属儿童医院，并于 1990 年在院内建成首都儿科研究所科研楼。今年适逢儿科研究所建所 40 周年，附属儿童医院内、外、五官、传染各科已初具规模，除原来的呼吸、心血管等专业外，其他专业也都积累了相当经验，今以儿科研究所临床和基础人员为主，编写了本书。

参加本书编写的有首都儿科研究所医师和研究人员 30 余人，经一年努力，行将付梓。编著者都是从事儿科临床、教学、科研的副教授、副主任医师以上人员，医教研任务繁重，在完成各自承担的本职工作外，又能完成本书编写任务，颇为难得。中国医学科学院北京协和医院赵时敏教授、朱传樵教授、鲍秀兰教授和北京儿童医院何晓琥教授特为本书写了专章，他们不但有丰富的临床和基础的经验，还具有高超的写作水平，为本书增色不少。因我们有共同的师承，才能积极参与本书的编著。

儿科研究所首任所长、儿科专家诸福棠院士已于 1994 年仙逝，副所长、儿科专家周华康博士和儿童保健专家薛沁冰博士都已年愈八十，本书编著者都是在他们的教导下成长起来的。兹以本书为三位老师和儿科研究所建所 40 周年献礼！

尽管编著者做了很大的努力，但水平所限，书中写法和内容方面肯定都存在不少缺点和错误，衷望海内同道不吝指教，以期再版时能改进写法和修正内容。

张梓荆 吴婉芳

1998 年 7 月 1 日

绪 论

一、医学模式的转变

近代医学是在生物科学的基础上发展起来的,从16世纪末开始,摆脱了以经验为基础的医学,建立了实验医学,经过四百多年的努力,发展到现在有众多分支学科的医学体系,由于是以生物科学为基础的,称之为生物医学模式。生物医学模式在过去几百年,尤其近百年取得了辉煌的成就,从宏观发展到微观,从器官、组织发展到分子水平,综合了先进的物理学、化学技术,用于诊断和治疗,为人类的健康做出了巨大的贡献。

但是,随着病因、发病机理研究的深入,人们发现许多外界因素在疾病的发生和发展中起到重要的作用,例如环境因素中的大气污染,行为因素中吸烟的危害等,都是与社会问题相联系的。而从机体内部来看,精神、心理因素无论在致病或对疾病发展、变化及治疗所起的作用,都是不容忽视的。因而生物医学模式已明显不能概括医学领域,从而提出了“生物—心理—社会医学”模式。

医学模式的转变意味着医学科学的范畴比以前更加广阔,内容更为丰富,各学科的任务也更趋复杂。儿科学不单纯是临床科学,它包括着生长发育、营养喂养、预防保健诸多问题,在新的医学模式下,更有广阔的发展余地。

首先,儿科学必须密切与现代生物学相结合,来推动有关疾病的病因、发病机理以及诊断和治疗的研究。生物医学以其近年来的飞跃发展和巨大成就,在新的医学模式的组成部分中仍然起着主导作用。关于病因和发病机理的研究,将越来越着重整体因素如遗传、免疫、激素和神经对于机体与疾病的影响和作用。分子生物学对于基因的阐明,有力地推动了儿科学的发展;很多先天性遗传性疾病能在出生前得出正确的诊断,少数遗传病甚至可以预先防治;基因的研究将对一些多基因遗传性疾病如高血压、动脉硬化、支气管哮喘等,提供病因和发病机理的重要线索;免疫学的巨大进展,发现多种疾病存在免疫功能紊乱,免疫调节机制广泛地参与着疾病的发展变化,免疫疗法在治疗中占有相当地位。

其次,儿科学应当重视心理、精神科学的进展,并联系其成果用于儿科疾病的防治。过去主观上认为小儿心理、精神因素不是紧要问题,而目前小儿行为偏离的发生率达10%~20%。今天开展儿童心理行为的保健及临床研究工作已具备了相当条件。随着社会医学的发展,不仅儿童保健工作者,儿科临床医生也将有更多的机会遇到儿童心理行为问题,需要开展咨询、处理与治疗。

再次,儿科学还应当重视社会因素对机体、疾病的影响。社会制度、经济、人口、文化、教育对于儿童健康和疾病的影响是十分密切的,直接引起儿科临床医生关注的是环境和行为两种社会因素。大气与水的污染,射线辐射的增强,噪音,中毒(例如铅中毒)等都是环境因素。青少年吸烟和亲属吸烟引起的儿童被动吸烟等都是社会因素。儿童尤其城市绝大多数儿童都是独生子女,心理行为和营养问题都不容忽视,营养过剩与营养失当都有上升趋势。

最后,儿科学应当积极开展临床流行病学研究。临床流行病学是从疾病发病因素这个环

节入手,对有关疾病进行研究,并且针对提出的致病危险因素进行干预,以期有效地降低其发病率与死亡率。因其一般是以某种疾病为中心而进行调查研究,需要对该病的辨认与明确诊断,这只有临床医生才能做到。流行病学的调查研究必须与防治相结合,只进行调查而不进行防治,是不被广大群众欢迎的。各种预防措施,必须有儿科临床医生的积极参与,同时也是对他们工作的有利推动。

二、儿科疾病诊断学的新进展

随着分子生物学、细胞生物学以及医学生物工程学的迅速发展,儿科疾病诊断的技术和方法在近20年有了显著的提高。超声检查技术成为儿科疾病诊断中重要的无创性诊断手段。计算机体层摄影(CT)和磁共振成像装置(MRI)以及核医学仪器的应用有力地辅助了儿科疾病的诊断。纤维光学内窥镜的应用已成为某些儿科疾病诊断的先进手段。分子克隆的应用已为许多儿科疾病提供了检测的指标。体外基因扩增的聚合酶链反应(PCR)是一种分子生物学的新技术,已应用于临床,为儿科疾病的诊断提供快速、灵敏、简便和测试标本量极少的检诊手段。这些不断更新的检查诊断技术的应用,极其有利于儿科诊疗工作是显而易见的,但避免重复和浪费是亟需注意的。

(一) 医学成像技术的发展

1. X线诊断装置的进展 1895年伦琴(Röntgen)发现X线并用之于临床诊断,其对医学的贡献自不待言。近年来,X线诊断装置采用高速旋转阳极,配备大尺寸的影像增强器和电视显示器,以电子计算机控制,使X线机实现了自动化和遥控化,增强了操作的灵活程度,并可在明室中操作,减少检验者的放射性损伤。此外,常规的X线技术、计算机和电视技术三者相结合,出现了新的X线成像法,如X线数字减影血管造影系统(DSA)、数字化X线摄影装置(DR)等。

2. 电子计算机X线体层摄影(CT) 自从1971年CT机设计成功,并于1972年临床试用报道发表之后,不论机件的设计、装置及临床应用方面,还是在换代更新、扩大应用领域方面均有明显的发展。CT是电子计算机技术与传统X线技术相结合的产物,也是空间技术、图像处理、信息传递等新技术发展引用到医学领域的结果。

根据采用X线束,探测器,扫描方式所需扫描时间长短的不同,至今CT划分为5代不同的机种。第一、二代CT应用于头颅的照射,其扫描所需时间分别为5min和1min;第三代以后的CT应用于全身照射,所需扫描时间第三代为10s,第四代为1s;CT有良好的空间分辨率和对比分辨率,但其时间分辨率则不如数字减影血管造影或X线电影。为了提高心血管检查效率,设计出第五代CT,又称心血管CT(CVCT),它可在1s内照20个图像,消除了运动伪影,图像清晰,适于心血管动态扫描。

3. 磁共振成像(MRI) 磁共振成像可显示脏器的解剖学图像,还可显示器官代谢功能的生理信息。MRI对中枢神经系统的诊断效果最为满意,尤其是后颅凹、脑干和枕寰接合部。对于胸部的检查,MRI显示纵隔和肺门较好,可以清楚地显示胸腔入口处的解剖结构。对于肝脏病变,如肝脏的血管瘤和肝癌,MRI能作出较准确的鉴别。与CT比较,MRI的显像可以避免伪影。MRI对脂肪组织与血管图像区别较为明显,能全面地观察病变与其周围的关系,明确其范围。但MRI的成影速度较CT缓慢。

磁共振血管造影(MRA)是磁共振技术的新发展,对头颈部、血管畸形、堵塞性血管病变、动脉瘤和肠系膜动脉、肝门动脉、肺动脉等均获得较为满意的结果。

4. 核医学显像技术 核医学显像技术发展较为迅速,它是二维的平面图像, γ 照像装置、脑血流测量仪、肾图仪等的应用已使心血管显影、心肌显像、肾脏显像、甲状腺显像、肺的通气 and 血管灌注等检查成为可能,有力地辅助了临床诊断。近年来能够提供三维信息的单光子断层照相机(SPECT)及正电子断层照相机(PET)是核医学显像技术的重大发展。PET所应用的正电子发射体,放射线核素 ^{15}O 、 ^{11}C 、 ^{13}N 与 ^{18}F 等是各脏器和组织的重要组成部分,参与了氧和水等的代谢,可以利用此类核素及其标记物研究人体脏器的代谢功能,开拓了新的诊断领域。

5. 超声诊断 超声诊断已遍及全身各部位,为当今临床诊断最常用的无创性检查手段。自70年代初出现灰阶实时超声显像仪以来,它对肝脏疾病,尤其是局灶性肝脏疾病的诊断方面起着重要作用。B型超声仪对肝脓肿、肝囊肿、肝癌、胆道梗阻及肾上腺的占位病变,均可经超声检查发现。超声心动图可分为切面超声心动图、M型超声心动图、二维彩色多普勒超声心动图和脉冲超声心动图等。二维彩色多普勒超声诊断仪可显示心脏切面形态结构与运动规律,并以不同彩色作出血流信息分析,其成像具有实时、直视、形象与快速等特点。体腔内探查技术、全数字电脑装置和超声三维显像技术都是超声诊断的新的发展方向。

(二) 医用光学仪器的发展

1. 显微镜是与儿科疾病诊断紧密相关的有力工具 光学显微镜检查是诊断某些儿科疾病不可缺少的手段。电子显微镜以往只应用于研究工作,而目前一些儿科疾病的确诊需要借助于电镜的观察结果,故已逐渐成为临床诊断的工具。

2. 纤维内镜 光导纤维束是纤维内镜图像传导的核心,纤维束由数万或数十万根细小的玻璃纤维丝组成,它与光源置于内镜的远端且引到体腔内进行窥视不同,纤维光导内镜的光源系放在体外,既能获得强光又不至于烫伤人体组织。纤维光导内镜已应用于观察食管、胃、小肠、结肠、胆道、纵隔、气管、支气管、尿道、膀胱、肾盂、阴道、子宫、腹腔、胸腔以及关节腔等处。通过内镜可以采取各部的活组织,或经刷拭体腔进行细胞学检查。

3. 电子内镜 电子内镜于1983年出现,其远端配备电荷耦合部件(CCD),CCD在体腔内借助于光敏硅片将光能转为电能,经视频处理后使图像显示在电视监视器上,其图形传导机制不是通过光导纤维。电子内镜可显示清晰的彩色图像,可用双眼观看,也可供多人同时观察。因电子内镜CCD部件的体积较大,迄今只适于观察胃与肠腔。

4. 激光技术 激光在医学诊断方面的应用远不及在治疗上的发展。以下几种临床诊断技术已开展:

1) 激光血细胞计数仪 应用此种仪器较目测的速度快,可提高工作效率20倍以上。计数的误差,目测为9%,激光血细胞计数仪为2%。

2) 激光超声全息照相术 应用激光束将物体光度的强弱记录在照相底板上,同时记录物光的位相,所摄照的物像呈现立体的与原物完全逼真的图像,如肺的形态和肺的呼吸运动、胃的形态和蠕动,以及心脏的形态和运动。

3) 应用激光进行各类细胞定量分析 此种仪器定量计数效率较高,每分钟可计数 5×10^4 个细胞。可以鉴别正常细胞与肿瘤细胞,用于肿瘤细胞的周期分析,以利临床投用化学治疗药剂。应用于鉴别不同类的胸腺淋巴细胞,有利于肺泡灌洗后的细胞学分析,进行免疫性疾病、肺间质纤维化,结节病的鉴别诊断。

(三) 分析技术的发展 放射免疫、酶联免疫吸附试验和酶学检查技术的建立和发展,

为灵敏地测定体液中的微量物质提供了手段；单克隆抗体的制备和应用为儿科诊断学水平的提高创造了条件，使高度专一性的检验分析成为可能；基因检测技术的发展，核酸杂交探针技术的应用和聚合酶链反应（PCR）的广泛采用，使当前诊断某些儿科疾病达到前所未有的快速、简便、敏感性高而特异性强的水平。下面简述两项。

1. 核酸探针杂交技术 核酸探针杂交技术检测微生物等灵敏度较一般血清学检测方法的灵敏度高一千倍。探针系经过³²P或碱性磷酸酶和生物素等标记的基因片段，它能识别经过变性处理的脱氧核糖核酸（DNA）中的互补序列并与之配对结合，符合配对原则者则形成杂交体。根据杂交目的之不同，选用不同的基因探针。探针可以是克隆的DNA片段或合成的寡核苷酸。利用此技术可检测标本中的各类病原体如呼吸道合胞病毒、腺病毒、EB病毒与肝炎病毒等。应用核酸探针杂交技术还可以检出特定基因或基因的一部分，如人肺囊性纤维化基因的筛选，以指导优生优育。

2. 聚合酶链反应（PCR） PCR是在特异的寡核苷酸引物的引导下，利用酶的作用扩增特异序列的DNA，其扩增效果可达百万倍。应用PCR技术，扩增人类β-球蛋白以诊断镰状细胞贫血，PCR可以应用于检测病毒或进行病毒的分型，有人用PCR技术检查痰标本中的结核菌获得成功。PCR技术的优点在于灵敏性高和节省时间，但应用PCR技术时应高度注意扩增DNA所引起的污染问题。

1998年4月卫生部颁文，指出目前尚无合格的PCR试剂盒，凡无正式批准生产文号者均不得用于临床诊断。

三、诊断思维与症状鉴别诊断

（一）临床诊断思维的一般过程 临床诊断首先要对患儿的疾病进行了解，每位医师在做医学生时就已熟悉如何从患者取得第一手的临床资料。采取病史、体检和初步的化验检查是必不可少的步骤。病史的采取是其中最关键之处，包含着医师与患者语言及思想感情的交流，以患儿或亲属的陈述为主，医师加以引导。一份高质量的病史，要求达到客观、真实，能反映出患儿的问题，但做到这一点有时并不容易。医师在听取患儿或亲属陈述时，往往根据学识和经验做出一种或几种假定的诊断，然后根据这些假设深入一步地询问。医师必须始终抱着客观、寻求真实的态度向患儿或亲属进行询问，而不能抱着一种肯定的主观判断，向患儿或亲属寻求符合于自己诊断的有利依据。暗示性过强的提问往往诱导患儿或亲属沿着医师所期望的方向回答而偏离了真实性。另一方面，患儿或亲属应该也是比较真实的，但有时患儿不能很好陈述，或有时亲属观察不细致，或带有主观性，因而医师对于患儿或亲属的判断性陈述要加以分析和思考，辨别与判断其可信程度。

对于较复杂的疾病，除了一般性体检和常规化验以外，往往需要进行其他检查和化验，甚至较为复杂的检查。临床医学的新进展，提供了医生对疾病进行深入了解以期达到正确诊断的各种手段。目前除超声诊断、CT、MRI等无创性检查以外，有一些带有创伤性的检查方法，如活组织检查、心脏导管检查等等。此外在很多情况下，医师并不满足于仅仅做出某种疾病的诊断，而需要更全面、更精确、更深入地了解患儿的全身情况和器官功能状态，如心、肺、肝、肾功能，机体免疫状态等等，对某些疾病，医师还要了解病变的确切部位和程度，因而就需要考虑进行诊断性检查的时机和先后次序等问题。医师在做这些决定时，特别是对患儿进行有创性检查的建议时，应当权衡给患儿带来的利益、价值，及对患儿的创伤性损害、危险等等，不仅需要从医疗角度，还要根据患儿的思想情况、心理状态，对这些检查

所能接受的程度，以及亲属在经济上所能承受的程度等等周密考虑。

对于疑难病例，依据收集的资料做出初步诊断时，一般应将可能的诊断考虑得广一些，需要从多个方面与不同的角度来考虑，以免造成重要遗漏。在进一步肯定或排除某些可能的诊断时，又需要依据可能性的大小，设计出检查的项目和步骤，反对撒大网的方式来捞取结果，那样的检查方法是不科学的，只有徒然浪费人力和物力。某些疾病目前临床上还缺乏特异性的诊断方法，对于这一些疾病更需要周密的检查计划和安排。

正确地分析和判断检查、化验结果，是达到正确诊断的关键。应当指出的是，医师必须熟悉和掌握该种检查的特异性和敏感性。没有任何一种检查、化验是百分之百正确的，检查和化验存在着假阳性和假阴性的可能。因此，有的化验结果与所预期者相矛盾时，一方面要考虑是否应该修正原有的诊断，另一方面又要对试验本身提出疑问，必要时重复该项试验或另做一些试验，以排除由于技术性的和其它偏差所引起的失误。

对于化验的“正常值”也应当有正确的看法。“正常值”往往是由大量的测定经统计学处理得出来的，一般而言能概括约 95% 正常人的数值，而另外约 5% 的正常人则被划在非正常之中了。因此，机械地守住“正常值”界限，容易得出错误的结论，现在多主张用“参考值”这一名词来代替“正常值”。此外，儿童不同年龄的“正常值”有时有很大的差别，是儿科医师特别需要注意的。

(二) 症状鉴别诊断的特点 症状一般是指患者自身感觉到的各种异常感觉，或由亲属或医师的眼、耳、鼻、指等感觉器官所直接感知的机体病理变化的外部表现。这些感觉的表现，通常具有一定的规律性，是指引医师去识别和区别疾病的最初的依据。

某种疾病可有一种或多种症状，医师必须找出主要症状或症状群，借以考虑诊断问题。此时，根据主要症状或症状群，提出一个最可能的诊断，然后在进一步检查或临床观察中加以证实。

疾病的表现各式各样，在某些情况下出现“同病异症”或“异病同症”，医师要辨别它，就必须进行疾病的鉴别诊断。

在疾病的早期、复杂的或不典型的病例，当找不到可以确定诊断的主要症状时，可先将几个重要的症状组成一个症状群，然后提出一组可待鉴别的疾病，进行互相鉴别。在提出一组待鉴别的疾病时，应尽可能将全部有可能性的疾病都考虑在内，以防止或减少严重遗漏而导致诊断错误。虽然要求医师全面考虑问题，但并不等于漫无边际，而是从实际临床资料出发，抓住主要矛盾，提出一组临床表现相似的疾病，并且随着分析的深入，相互比较，逐一排除可能性较小的疾病，缩小鉴别诊断的范围，直至留下一个或几个可能性最大的疾病，这就是临床上习称的“排除诊断法”。

在鉴别诊断过程中，经过筛选剩下来几个可能性较大的疾病，要求医师最后肯定一个可能性最大的疾病，此时须注意以下几点：

1. 在几个可能性疾病中进行选择时，一般应先考虑常见病，当地的多发病或当时的流行病。至于罕见病，只有用上述疾病不能满意解释患儿的临床表现时，才予以进一步的考虑。

2. 对于患儿所患的功能性疾病，心理因素所致的疾病，过去我们注意不够，或者还有意回避，这是特别应当注意改进的。

3. 对一个已具备主要症状的疾病，如不能解释全部重要的临床现象时，还需考虑患儿

同时患两个或多个疾病，或有并发症存在的可能性。

医师根据资料进行分析鉴别，建立了诊断，但诊断工作并未结束，更重要的一步，是根据诊断进行合理的治疗，治疗效果又反过来验证诊断。如果根据诊断而进行治疗，收到预期的疗效，一般说来这一诊断工作算是完成了。另一方面，在实践中也不同程度地受到认识水平和技术条件的限制，在这种情况下，部分或全部修改原有的诊断也是常见的。一些疑难病例往往需要经过深入的动态观察、反复检查，甚至进行诊断性治疗，才能得出正确的诊断。同时必须强调指出，为了能及时指导治疗，特别对于急重病例，在临床资料未足以建立确定的诊断之前，也要找出可能性最大的疾病，作为临时性诊断，迅速采取防治措施，而不应仅仅纠缠在诊断问题上，以致贻误时机。

(张梓荆)

目 录

第一篇 症状鉴别诊断

第一章 全身一般症状	(3)
第一节 发热	(3)
第二节 生长发育延迟和侏儒	(25)
第三节 肥胖	(37)
第四节 水肿	(42)
第五节 婴儿啼哭	(50)
第六节 关节疼痛	(56)
第七节 黄疸	(66)
第八节 紫绀	(80)
第九节 多尿	(93)
第十节 昏迷	(101)
第二章 呼吸系统	(126)
第一节 慢性咳嗽	(126)
第二节 呼吸困难	(131)
第三节 胸痛	(149)
第三章 心血管系统	(156)
第一节 高血压	(156)
第二节 休克	(161)
第三节 心力衰竭	(183)
第四节 心律失常	(193)
第五节 心脏杂音	(212)
第四章 神经系统	(229)
第一节 头痛	(229)
第二节 惊厥	(243)
第三节 智能发育延迟	(256)
第四节 瘫痪	(264)
第五章 消化系统	(289)
第一节 呕吐	(289)
第二节 腹泻	(298)
第三节 便秘	(322)
第四节 腹痛	(326)
第五节 腹胀	(334)

第六节 便血·····	(359)
第七节 肝肿大·····	(369)
第六章 血液系统 ·····	(398)
第一节 贫血·····	(398)
第二节 出血·····	(428)
第三节 淋巴结肿大·····	(439)
第四节 脾肿大·····	(455)
第七章 泌尿系统 ·····	(478)
第一节 少尿或无尿·····	(478)
第二节 血尿·····	(486)
第三节 脓尿·····	(497)
第四节 蛋白尿·····	(507)
第八章 新生儿常见症状 ·····	(517)
第一节 黄疸·····	(517)
第二节 呕吐·····	(528)
第三节 紫绀·····	(538)
第四节 小于胎龄儿·····	(542)

第二篇 辅助检查

第九章 检验诊断 ·····	(563)
第一节 临床检验·····	(563)
第二节 病毒检验诊断·····	(612)
第三节 细菌、支原体、衣原体检验诊断·····	(632)
第十章 影像诊断 ·····	(650)
第一节 X线诊断·····	(650)
第二节 CT诊断·····	(683)
第三节 超声诊断·····	(699)

第 一 篇

症状鉴别诊断

第一章 全身症状

第一节 发 热

一、概述

发热是临床上最常见的症状，见于各种全身性和（或）局部性感染，以及许多非感性疾病。

健康人在安静状态下，体温一般恒定。所谓正常体温为 37°C ，系指多数人记录而言。机体深部的温度较体表温度为高，而且稳定。因此，测量直肠温度较为准确。健康人的体温呈明显昼夜波动，具有独特的每日生理性温度周期：清晨最低，白天逐渐稍升，而以晚上最高，但一日之差不超过 1°C 。小儿时期的高级神经装置尚未发育完善，调节能力较差，波动度较成人为大，且易引起发热。年龄越小，中枢神经系统调节功能越差，体表面积相对地越大，皮肤汗腺发育越差，体温调节亦越差，尤其新生儿皮下脂肪薄，肌肉不发达，运动能力弱，体温更易波动。饮食、剧烈活动、哭闹、穿衣过厚、室温过高、情绪激动等都可使小儿体温暂时性升高。这种暂时性体温升高不属于病理性发热。

测量体温一般有三种方法，即腋温、口温和肛温。腋温偏低、肛温最高，口温介于两者之间。三种方法各具优缺点。肛温比较准确可靠，腋温测量方法简单、方便。目前体温测量方法尚不统一。若固定试表时间（分别为 5、3、2 分钟）则腋表、口表和肛表三种方法所测得的数值相近似。腋表应以 5 分钟为准，时间过长所测体温有偏高趋势。若口腔、肛门内有局部炎症，所测得的体温数值偏高。一般正常人腋温约 $36\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ 。发热的分度亦无统一认识，一般采用：低热 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，中度发热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ，高热 $39.1\sim 40.4^{\circ}\text{C}$ ，超高热 40.5°C 以上。人体最高耐受热度约为 $40.6\sim 41.4^{\circ}\text{C}$ ，高达 43°C 则极少存活。体温低于 35°C 称为体温过低。

目前常用的体温计主要有三种，即水银体温计、电子体温计和半导体体温计。临床最常用的是水银体温计，水银柱需经过甩动才能下降。电子体温计有两个不易破碎的探头，一个用于口腔，一个用于直肠，用后弃去探头的外套，可防止交叉感染，又免于用后清洁处理。电子体温计测量体温较水银体温计既迅速又准确。半导体体温计是用半导体热敏电阻做感温元件，常用于测量体温和皮肤温度差，及在低温麻醉时测量体温。

口温测量 将口表的水银端放入舌下，嘱病人闭口用鼻呼吸，一般测 5 分钟。如用电子体温计则测 10~20 秒。凡患口腔疾患及口、鼻行手术者，不宜测量口温。

直肠温度测量。昏迷和不合作的病人，多采用直肠测温法。有直肠疾患，直肠手术后，腹泻及某些心脏病患者，不宜采用直肠测温。

腋窝温度测量 应将腋窝擦干，置体温表于腋窝内，使上臂紧贴躯干将体温表夹紧，测试 5 分钟左右。

根据体温变化的特点，常见的热型可分为①稽留热；②间歇热；③弛张热；④不规则

热；⑤波状热；⑥回归热。

由于小儿时期的体温改变不似成人的典型，而且近年来不少发热的患儿早期较常应用抗生素或肾上腺糖皮质激素（强地松等）治疗，多种疾病体温曲线（热型）引起改变。虽然如此，掌握有关疾病的典型体温曲线对疾病的鉴别诊断仍是有意义的。

二、体温的调节

（一）物理性调节 主要是散热和保温。皮肤毛细血管的收缩或扩张可以减少或增加皮肤循环血流等，而血流量的多少可以调节和保温。汗腺对体温调节起重要作用。出汗可大量散热，无汗则可以保持体内热量；皮下脂肪厚薄对体温保持颇有影响。较瘦的小儿体表面积相对较大，皮下脂肪层薄，室温过低时不易保持正常体温而致体温不升。相反，小婴儿特别是新生儿包裹太厚，体温明显升高；呼吸和心搏频率代偿增快可加速散热。

（二）化学性调节 人体摄入碳水化合物等产热性营养物质，经氧化产生热量。当肌肉运动增强时，代谢活跃，使产热亦增加。例如，小儿哭闹、运动、喂奶后体温可有些升高，尤其小婴儿摄取高蛋白质，高热能饮食物后，体温也可升高，低热能状态则体温较低。

三、发热机制

发热是由于致热原对下丘脑温度调节中枢的刺激，将温度调节点水平提高。许多因子可引起发热，包括细菌及其内毒素、病毒、真菌、螺旋体等微生物；免疫反应；激素如孕酮；药物；尿酸盐等，多而复杂，统称为外热原。近年来研究证明，发热是外热原通过内热原，作用于下丘脑引起的，而白细胞介素-1（IL-1）是内热原的主要成分。IL-1是一种多肽，作用于下丘脑的血管内皮细胞，产生花生四烯酸代谢产物，主要是前列腺素E₂（PGE₂），后者是前列腺素中最强有力的致热物质，促使下丘脑调温点升高。

IL-1除引起发热外，并具有广泛的生物学活性。它激活辅助性T淋巴细胞，合成白细胞介素-2（IL-2），始动免疫应答。IL-2引起反应性T细胞扩增。此反应在发热时增强。因此，发热对特异性免疫应答有正反馈作用。IL-1也可促使B淋巴细胞增殖与产生特异抗体。IL-1对中性粒细胞与单核细胞有趋化作用，使中性粒细胞增强非特异炎症反应；IL-1可激活成纤维细胞合成胶原，在感染过程中起修复作用。综上所述可以认为，发热是机体对感染或（与）炎症的一种保护性反应，但也可以产生有害的症状。

四、发热疾病的检查

发热的原因多种多样极为复杂，经常造成诊断上的困难。因此，对于发热的患儿，必须认真细致地进行全面的诊查，进行动态的全面地观察，并尽快、及时地做出明确诊断。为了及时的做好发热的鉴别诊断和诊断，考虑必须做好以下方面工作。

（一）认真采集病史 详细地询问病史往往对发热的诊断与鉴别诊断提供重要的线索，例如，发病的季节及流行地区，对诊断传染病与寄生虫病极为重要。流行性感、麻疹、流行性脑脊髓膜炎、白喉、百日咳、斑疹伤寒、回归热等多流行于冬春季节；伤寒、乙型脑炎、脊髓灰质炎、中毒性菌痢、霍乱、钩端螺旋体病等多流行夏秋季节。血吸虫病、黑热病、丝虫病、疟疾、钩端螺旋体病、肺吸虫病、流行性出血热等有严格的地区性。年龄因素也必须考虑：生后1~2日内者需注意新生儿脱水热。6个月内较少患麻疹。幼儿急疹见于1岁以下婴儿。麻疹、猩红热、水痘、伤寒、天花等急性传染病，病愈后常有较牢固的免疫力，第二次发病的可能性极小。牛痘、伤寒菌疫苗、脊髓灰质炎及麻疹、乙型肝炎等疫苗在一定时期内获得免疫力。要询问有关疾病的接触史，并了解家族中患病的情况，这些对儿童