

张锡庆 主编

江苏科学技术出版社

实用临床鉴别诊断丛书

儿科 临床 鉴别诊断



张锡庆 主编

江苏科学技术出版社

实用临床鉴别诊断丛书

儿科 临床 鉴别诊断

图书在版编目(CIP)数据

儿科临床鉴别诊断/张锡庆主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2000. 9

(实用临床鉴别诊断丛书)

ISBN 7-5345-3193-4

I. 儿... II. 张... III. 小儿疾病-诊断

IV. R720.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 42282 号

(实用临床鉴别诊断丛书)

儿科临床鉴别诊断

主 编 张锡庆

责任编辑 徐祝平

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 南京展望照排印刷有限公司
印 刷 盐城市印刷厂

开 本 850mm × 1168mm 1/32
印 张 18.75
插 页 4
字 数 470 000
版 次 2000 年 9 月第 1 版
印 次 2001 年 1 月第 2 次印刷
印 数 5 001—10 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-3193-4/R·548

定 价 34.50 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

主 编 张锡庆

副 主 编 冯 星 周 云

主编助理 王晓东

编写人员 (以姓氏笔画为序)

孔小行	王科文	王晓东	王浙东
冯 星	孙庆林	孙朝琪	李 岩
汪 健	严文华	张建华	张锡庆
何海龙	陆海萍	陈 民	陈 军
陈临琪	周 云	周 伟	季 伟
武庆斌	封其华	柴忆欢	徐永根
徐洪军	顾红英	顾志成	谢敏慧

前 言

儿科是一门专业性很强的临床学科,儿科疾病的发生、发展有其独特的规律,诊断也有其特有的复杂性。病情发展凶险的,则要求诊断及时,一旦误诊、漏诊,延误治疗,可能会造成难以弥补的损失;病情发展缓慢的,诊断往往比较困难,特征性的临床表现出现得较迟,但一旦出现了,病程可能已进展到了晚期,治疗又偏晚了。由于病情、病期的不同,同一疾病可有不同的临床表现,不同的疾病又可有相似的症状、体征,这些都易造成临床诊断上的迷惑和困难。尤其是临床经验不够丰富的年轻医师,提高不典型病例早期诊断的正确率,减少漏诊、误诊有相当的难度。为了帮助广大年轻儿科医师掌握合理的诊断思维方法,提高临床诊断水平,我们特组织苏州大学附属儿童医院的一批年富力强、经验丰富的专家教授,历时两年,编写了这本《儿科临床鉴别诊断》。

该书在编写设计上,从临床实际出发,按照临床医疗实践的实际思维程序,以主要症状为核心构成章,以伴随症状结合实验室检查构成节,将具有相似、相同的主要症状的疾病放在一起,辨别各自的特点,着重分析其不同之处,尤其对容易造成误诊误治的疾病进行了详细的分析。全书的每一章前,都以症状诊断程序简图的形式将复杂的诊断思维过程简洁明了地展现出来,让读者一目了然,易于接受。

该书从整体上讲,是针对主要症状和主要伴随症状提出若干条诊断思路,以启发读者的思维,寻找最佳的诊断途径。本书最大的特点是思维方式与以往同类书不同,并非为了说清说透一个或一组症状、体征的所有病因,平铺直叙,让读者只有把全书的内容吃透后经重新组织才可应用,而是改顺向思维为逆向思维,努力做到与临床诊断思路一致,让读者更易掌握和应用。

由于各疾病的临床表现千变万化,不同的症状可诊断出同一疾病,所以书中常会出现一种疾病在多处述及的情况,为了更好地从不同侧面描述同一疾病,我们在该疾病的最主要症状(临床所谓的“第一主诉”)下作详细介绍,其他地方简要说明,并指明参见哪一章节。全书之末的“病名索引”可为读者迅速查找提供方便。

本书的策划,得到了苏州大学附属第一医院副院长钱海鑫教授的推荐和关心,在编写过程中,得到了苏州大学副校长、附属儿童医院院长葛建一同志和院长办公室、科教科及儿科系办公室的有关同志的支持,陆宪清、娄建华、王秀珍、龚丽萍等同志利用业余时间,在文稿打印中也付出了辛勤劳动。在此一并表示感谢。

该书的编写思路比较独特,对我们来说是一个新的尝试,不足之处在所难免,恳请广大读者和同仁给予批评指正,以利进一步改进。

张锡庆

目 录

第一章 长期发热	1
第一节 长期发热伴皮疹	3
第二节 长期发热伴淋巴结肿大	16
第三节 长期发热伴肝脾肿大	21
第四节 其他原因的长期发热	25
第二章 休克	29
第一节 感染性休克	31
第二节 低血容量性休克	35
第三节 心源性休克	35
第四节 过敏性休克	36
第五节 神经源性休克	37
第三章 呕吐	39
第一节 新生儿呕吐	42
第二节 反复发作呕吐	53
第四章 腹泻	59
第一节 脓血便	62
第二节 稀便	67
第五章 便秘	73
第一节 器质性便秘	76
第二节 功能性便秘	80
第六章 腹痛	83
第一节 右上腹痛	87
第二节 中上腹及脐部疼痛	90
第三节 左侧腹痛	92
第四节 右下腹痛	94

第五节 腰胁痛	96
第六节 弥漫性及不定位腹痛	98
第七章 腹部肿块	103
第一节 上腹部肿块	108
第二节 腹中部肿块	111
第三节 下腹部肿块	113
第四节 腹膜后肿块	119
第五节 腹股沟肿块	126
第八章 黄疸	129
第一节 新生儿黄疸	131
第二节 婴幼儿及儿童黄疸	135
第九章 便血	141
第一节 新生儿便血(0~28日)	145
第二节 婴儿便血(1~12个月)	149
第三节 儿童便血(1~12岁)	152
第十章 咳嗽	157
第一节 咳嗽伴咽喉部不适	160
第二节 咳嗽伴咯血	161
第三节 咳嗽伴呼吸困难	167
第四节 伴其他表现的咳嗽	169
第十一章 呼吸困难	171
第一节 上呼吸道梗阻	175
第二节 下呼吸道梗阻	179
第三节 呼吸困难伴青紫	185
第四节 肺内病变	188
第五节 胸膜病变	199
第六节 心源性呼吸困难	202
第七节 其他原因的呼吸困难	204
第十二章 紫绀	209
第一节 紫绀伴心脏杂音	211
第二节 紫绀伴右心房、右心室肥大	218
第三节 紫绀伴左心房、左心室肥大	221

第四节	紫绀伴局部寒冷、水肿	226
第五节	紫绀伴血红蛋白的改变	228
第十三章	心脏杂音	231
第一节	收缩期杂音	234
第二节	舒张期杂音	239
第三节	连续性杂音	243
第十四章	水肿	245
第一节	水肿伴尿检异常	250
第二节	水肿伴心功能不全	260
第三节	水肿伴肝损害	265
第四节	水肿伴内分泌功能紊乱	269
第五节	水肿伴其他症状	273
第十五章	血尿	277
第一节	血尿伴水肿	282
第二节	血尿伴蛋白尿	285
第三节	血尿伴疼痛	289
第四节	单纯性血尿	291
第五节	血尿伴腹部肿块	295
第六节	药物性血尿	296
第十六章	阴囊内病变	299
第一节	阴囊内肿块	301
第二节	阴囊内空虚	303
第三节	急性阴囊疼痛	305
第十七章	性别畸形	311
第十八章	贫血	319
第一节	红细胞生成减少性贫血	325
第二节	溶血性贫血	333
第三节	失血性贫血	340
第四节	继发性贫血	342
第十九章	肝脾肿大	347
第一节	肝脾肿大伴黄疸	350
第二节	肝脾淋巴结肿大	355

第三节	其他肝脾肿大	363
第二十章	淋巴结肿大	367
第一节	急性淋巴结肿大	372
第二节	慢性淋巴结肿大	381
第二十一章	紫癜	393
第一节	血小板减少性紫癜	399
第二节	血小板不减少性紫癜	404
第二十二章	昏迷	411
第一节	昏迷伴发热	414
第二节	昏迷伴特殊气味	416
第三节	昏迷伴颅脑外伤	417
第四节	其他原因的昏迷	418
第二十三章	惊厥	423
第一节	惊厥伴发热	425
第二节	惊厥伴颅内病变	427
第三节	惊厥伴代谢紊乱	428
第四节	惊厥伴意识障碍	431
第五节	药物中毒	432
第二十四章	头痛	435
第一节	头痛伴发热	438
第二节	头痛伴高血压	442
第三节	头痛伴发颅外局部病变	443
第四节	其他原因的头痛	443
第二十五章	瘫痪	445
第一节	上运动神经元性瘫痪	451
第二节	下运动神经元性瘫痪	460
第三节	肌病性瘫痪	464
第二十六章	智力低下	469
第一节	智力低下伴特殊面容	473
第二节	智力低下伴脑损伤	477
第三节	智力低下伴精神心理障碍	481
第四节	智力低下伴代谢异常	482

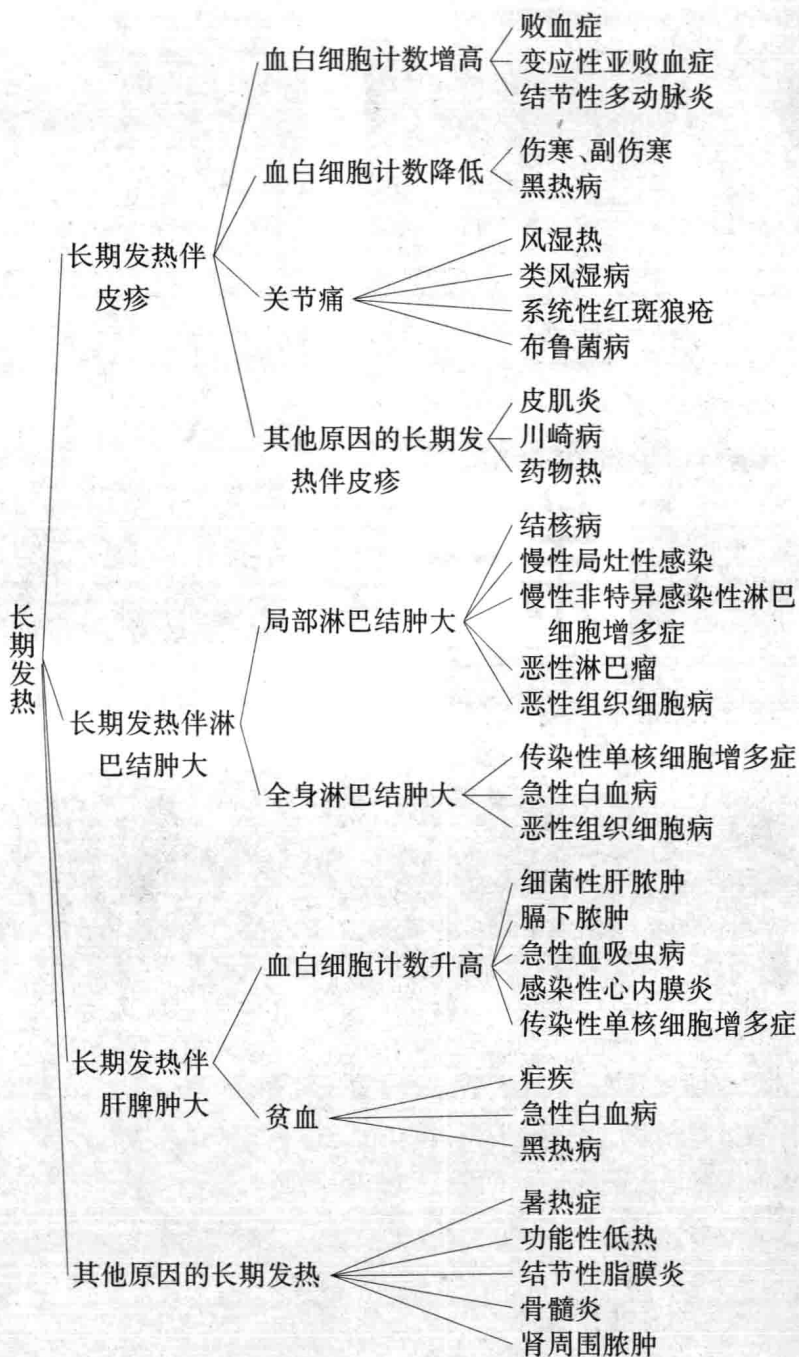
第二十七章 身材矮小	487
第一节 身材矮小伴特殊外貌	490
第二节 身材矮小伴智能落后	493
第三节 身材矮小伴内分泌疾病	494
第四节 身材矮小伴维生素 D 异常	497
第二十八章 肥胖	503
第一节 单纯性肥胖	505
第二节 继发性肥胖	506
第二十九章 跛行	509
第一节 跛行伴疼痛	514
第二节 跛行不伴疼痛	519
第三节 肿瘤或肿瘤样病变	522
第三十章 膝部疼痛	527
第一节 膝关节内病变	529
第二节 膝关节外病变	533
第三节 儿童生长痛	536
第三十一章 腰腿痛	537
第一节 腰腿痛伴发热	539
第二节 腰腿痛不伴发热	540
第三十二章 皮肤病变	545
第一节 斑丘疹	548
第二节 疱疹	553
第三节 其他皮肤病变	560
第三十三章 小儿哭闹	565
第一节 生理性哭闹	567
第二节 病理性哭闹	568
病名索引	571
参考文献	586

1

实用临床鉴别诊断丛书◎儿科临床鉴别诊断

第一章

长期发热



正常小儿的肛温波动于 $36.9 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 之间,舌下温度较肛温低 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋下温度为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。不同个体的正常体温,略有差异。同一个体不同时间也有差异,故稍有增高并非全有意义,但体温超过其基础体温 1°C 以上时,可认为是发热。

发热是儿科疾病中最常见的一种临床表现,原因很多,可分为感染性、非感染性两大类,儿科以前者更为常见。

感染性发热:各种病原体如细菌、病毒、支原体、原虫、霉菌等引起感染,病原体的代谢产物(脂多糖)或者毒素可作用于白细胞及单核吞噬细胞系统释放出致热原,影响下丘脑体温调节中枢(下丘脑后区的产热中枢、前区的散热中枢)的功能,导致发热。

非感染性发热:有以下几种病因:①产热过多:由于机械性、物理性或化学性刺激对组织的破坏,使体内蛋白质代谢及其分解产物异常增多(如组织损伤大血肿、骨折、肿瘤等)所致;②散热障碍:如广泛性皮炎、大面积烫伤造成的汗腺缺乏、大量失水等;③体温调节功能失常:如大脑发育不全、暑热症、安眠药中毒等直接损害体温调节中枢而致体温调节功能发生障碍引起发热。

临床上常将发热持续超过 2 周者称为“长期发热”,可分为长期高热、长期低热、长期反复发热。引起长期发热有很多复杂原因。诊断发热原因需要反复周密的病史分析,正确的体检,有计划地进行辅助检查,并根据长期发热的热型表现及其伴随症状进行归纳分析,才可能作出结论。

第一节 长期发热伴皮疹

发热时伴皮疹临床很多见,皮疹常见于发热初期。在诊断发热伴皮疹时,首先要注意发热与皮疹出现的时间关系和出疹后发热的高低。如发热第一日,全身出现针尖大小红色皮疹,压之褪色,看不清正常皮肤,要考虑猩红热;发热时出现皮疹,此皮疹向外分布,丘疹、疱疹和结痂同时存在要考虑水痘;发热 3 日,出现不规则红色斑点丘疹,压之褪色,无色素沉着,体温下降,要考虑幼儿急疹;持续发热 3 日,皮疹从耳后发际渐延向面部、躯干、四肢,压之褪色,随后米糠样脱屑及褐色色素沉着,应考虑麻疹。发热伴皮疹

的病因很多,儿科中绝大多数与传染性疾病有关,本节重点阐述长期发热伴皮疹的疾病。对长期发热伴皮疹的诊断,要注意血白细胞计数、注意有无关节酸痛等,认真进行临床观察分析。

一、血白细胞计数增高

(一) 败血症

败血症是一种严重的全身性感染。在机体抵抗力减弱和(或)致病菌毒性过强的情况下,致病菌通过外因作用(如轻微的损伤、器械操作、暴力作用),经皮肤、黏膜或经体内病灶进入血液而布及全身,产生一系列全身性脓毒血症,或兼有多发性迁徙性脓肿形成。诊断败血症的线索是患儿有原发的感染灶存在与全身性感染的表现,出现原因不明的急性长期高热伴有畏寒、寒战、出汗,全身中毒症状较重,血中性粒细胞计数增多与核左移或出现中毒性颗粒,血中无寄生虫发现,也无特殊症状与体征提示为某种急性传染病。此时应考虑败血症的可能性,立即细致找寻原发感染灶与迁徙性病灶,如有无皮肤、肺部、泌尿系统感染,并作血培养、血“L”菌培养以明确诊断。

败血症的病原菌以金黄色葡萄球菌、大肠杆菌多见。近年来,真菌、条件致病菌引起的败血症有增加趋势。

4 1. 金黄色葡萄球菌败血症 发病急骤、病势凶险,患儿常伴有畏寒或寒战,继而高热,热型呈稽留热或弛张热,多伴有恶心、呕吐、食欲不振、乏力、全身肌肉及关节疼痛、肝脾肿大,约 1/3 的病例出现皮疹,以瘀点、荨麻疹多见,其次为斑丘疹、脓疱疹,血白细胞计数偏高,常在 $15.0 \times 10^9/L$ 以上,有核左移或中毒性颗粒。病程中出现迁徙性化脓性病灶,四肢和躯干的多发性软组织脓肿是此病的一个常见而重要的特征。临床上以多发病灶性肺炎、化脓性胸膜炎、肝脓肿、化脓性脑膜炎、骨髓炎、细菌性心内膜炎多见。

婴幼儿往往在患某种疾病的基础上,加上营养不良或免疫功能低下,近年来表皮葡萄球菌性败血症有上升趋势。

2. 新生儿败血症 临床表现呈多样性,诊断无特异性。在新生儿感染性疾病中发病率很高,患儿以不吃、少哭、少动、体温不升、体重不增等不典型症状为主,晚期可出现发热,以弛张热为主,有时表现为体温波动或出现黄疸。诊断新生儿败血症主要依靠感

染病灶的存在、白细胞计数升高或降低、杆状核细胞与白细胞计数比值大于0.2。确诊靠各种血培养。

3. 大肠杆菌性败血症 为肠道革兰阴性杆菌败血症中最常见的一种。常见细菌入侵途径依次为胆道、泌尿系统与胃肠道。热型不一,以弛张热为多见,伴有寒战、盗汗,部分病儿每日体温有两次升降,呈双峰热型,约1/4病儿发生休克,休克的特点是早期出现且持续时间较长;大多数病儿血白细胞计数增多,皮肤、黏膜可出现瘀点或瘀斑。迁徙性病灶少见,血培养发现大肠杆菌是确诊的依据。凡有消化系统、泌尿系统感染,大面积烧伤,施行导尿术术后等,出现上述临床表现时,应注意大肠杆菌败血症的可能性。

4. 真菌败血症 此病过去少见,但近年有所增加,常发生于长期应用糖皮质激素(或)广谱抗生素的过程中,值得重视。因病儿长期应用糖皮质激素及(或)广谱抗生素、抗癌药,出现长期发热,呈一度改善,又反复加重,而普通血培养反复阴性,又未能找出任何原因可以解释,特别是存在有鹅口疮等,口腔黏膜、皮肤真菌感染时,须考虑此病的可能性。

败血症与其他发热性疾病的鉴别手段主要靠血培养。

(二) 变应性亚败血症

此病是介于风湿热与幼年性类风湿病之间的自身免疫性疾病,变应性亚败血症是过去临床上给予的命名,现在正确命名为儿童类风湿病全身型(Still病)。

[临床特点] 该病多见于2~4岁,男性比女性多见。起病急,全身症状显著,以反复发热、皮疹、关节痛、淋巴结肿大、抗生素治疗无效、糖皮质激素应用有效等为主要特征。① 发热:弛张热常高达40℃以上,持续数周至数月,高热时有中毒症状,随后转为回归性、周期性,最后为间歇性发热,迁延数年;② 皮疹:发热期常伴有一过性多形性皮疹,皮疹特点呈红色或暗红色斑丘疹,可部分融合成片,常见于颈部、躯干、四肢近端,发热时明显,无热时消失,不留痕迹;③ 关节痛:以膝关节多见,亦可见于腕、肘、踝关节,关节痛较固定,常在发热时发生,热退后可持续存在;④ 淋巴结肿大:有2/3病例全身或局部淋巴结肿大,肝脾有不同程度肿大,常在发病初期;⑤ 血白细胞计数明显增高,可达 $(10\sim15)\times10^9/L$,

中性粒细胞比例增高,有中毒颗粒存在,红细胞沉降率明显增快,抗链球菌溶血素O正常,C反应蛋白阴性,类风湿因子、红斑狼疮细胞、抗核抗体多为阴性;⑥多次血培养为无菌生长,正规抗生素治疗无效,应用阿司匹林类药、糖皮质激素治疗,症状可缓解。

〔鉴别诊断要点〕 ①以弛张热、皮疹、淋巴结及肝脾增大等全身症状为主要表现的Still病需与败血症鉴别。前者热退时一般情况良好,无中毒症状,血培养阴性。而后者高热、寒战等中毒症状明显,血培养阳性。②变应性亚败血症与风湿热不易区别,但变应性亚败血症的皮疹大多为多形性,仅呈环形红斑者少见。尽管两者都可累及心脏,但风湿热更为常见,抗链球菌溶血素O效价在风湿热时明显升高。如病儿有高热,心脏不受累,抗链球菌溶血素O效价正常,淋巴结与肝脾肿大更有力支持变应性亚败血症。③系统性红斑狼疮可根据血白细胞计数减少、肾脏损害、血中红斑狼疮细胞阳性,面部蝶形红斑等与变应性亚败血症相鉴别。

(三) 结节性多动脉炎

该病是一种全身广泛性的中、小动脉炎症性病变,病因尚不清楚,但以乙型肝炎表面抗原(HBsAg)为代表的免疫复合物沉积可作为炎症的介导。小儿时期少见,病儿年龄多在6岁以上,男性多见,病变累及全身的中、小动脉,血管中层的纤维素样坏死伸展到内膜和外膜,产生动脉全层炎,在小动脉壁上可见多数灰白色小结节。病变的血管壁通透性和脆性增加,可形成动脉瘤,引起破裂和出血,血栓形成,管腔狭窄和闭塞,导致多脏器梗死,愈合期血管及其周围组织纤维化。不同时期的病变可混杂存在。本病可涉及各个脏器,主要累及心、肾、肺、肌肉、皮肤、关节等器官组织,症状多样,诊断较为困难。

〔临床特点〕 ①发热:呈不规则型,或原因不明的长期发热,伴有多个互不相关的器官受累的表现,血白细胞计数增多;②关节痛和关节炎:一般表现为四肢关节痛,很少呈游走性,不发生关节畸形和强直;③皮下结节:多发于四肢,且以下肢为多,结节沿血管走向分布,呈条索状,可反复出现,但不致发展为溃疡,不留棕色的皮肤色素沉着;④累及消化道:可有腹痛、呕吐、腹泻、胃肠出血、溃疡和肠梗阻;⑤肾脏损害:常见,出现肾脏损害预后差;