

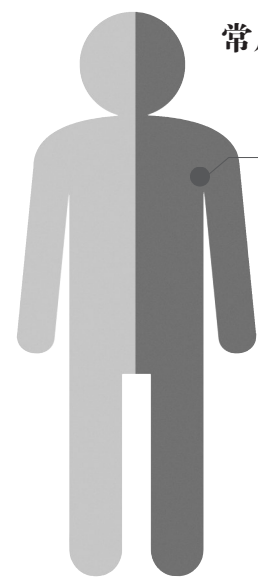


发热为儿童最常见的症状之一,也是最常见的急诊与住院原因,1周以下的发热为急性发热。在中国,尚缺乏完整的与儿童发热相关的临床流行病学资料。因此,临床医生对儿童发热病因的早期判断仍有一定困难。早期有效判断发热儿童是否有潜在的、患严重发热性疾病的可能至关重要。

# 儿童急性发热诊断思路

平顶山市第二人民医院儿科主任 郭秀红

## 常用标准



### 腋下温度

正常体温 36~37摄氏度

低热 37.3~38摄氏度

中等度热 38.1~39摄氏度

高热 39.1~41摄氏度

超高热 41摄氏度以上

### 发热程度

不能以发热程度预测发热病因及疾病严重程度,但是当<3个月的患儿体温≥38摄氏度,3~6个月婴儿体温≥39摄氏度时,提示可能存在严重细菌感染。发热持续时间不作为预示严重疾病的危险因素。

### 发热患儿的常规评估指标

体温、心率、呼吸频率和毛细血管充盈时间;当出现不能用发热解释的心率增快、毛细血管充盈时间≥3秒时,提示存在严重疾病的可能,并需要监测血压;发热时出现心率减慢或心律不齐,建议作为严重疾病的预警因素之一。

## 临床评估

对5岁以下儿童急性发热的临床诊断,结合病史、体格检查、辅助检查,对疾病进行早期评估和预警。严重疾病包括:流行性脑脊髓膜炎、脑膜炎、单纯疱疹性肺炎、肺炎、尿路感染、肠炎、化脓性关节炎和川崎病。严重细菌感染的临床症状和体征包括:嗜睡、吸氧性凹陷、呼吸频率增快、鼻翼扇动、痰鸣音、湿啰音、肿块>2厘米、面色苍白或前囟饱满。

6个月以下的患儿与严重疾病相关的症状主要为嗜睡、活动减少、面色苍白、喂养困难、尿量减少和胆汁样呕吐。

## 耶鲁婴儿观察评分(YIOS)

观察指标	正常(1分)	中等症状(3分)	严重症状(5分)
哭声	正常哭声或不哭	抽泣或哭泣	虚弱或呻吟或哭声尖
刺激反应	哭声停止或不哭	哭声时断时续	持续哭吵或无反应
状态	清醒或刺激后立即清醒	持续刺激后睁眼	刺激无反应
皮肤颜色	颜色正常	苍白或肢端发绀	苍白或发绀、皮肤发灰或有瘀斑
脱水	正常皮肤,眼睛和黏膜湿润	皮肤和眼睛正常 嘴唇稍干	皮肤干燥,黏膜干燥,眼睛凹陷
说笑反应	微笑或警觉 微笑或<2个月的儿童有警觉	刺激后微笑或变得警觉 刺激后微笑或<2个月的儿童刺激后变得警觉	无笑容、淡漠、躁动,对刺激反应弱 无笑容、淡漠、躁动或<2个月的儿童无警觉性

10分严重疾病发生率为2.7%,10~15分严重疾病发生率为26%,15分以上严重疾病发生率为92.3%。

## 提示严重疾病

疾病	伴随发热的症状和体征及相应证据强度与危险度
流行性脑脊髓膜炎	皮疹压之不褪色并伴病态面容,紫癜样皮损>2毫米,毛细血管充盈时间≥3秒,颈项强直。
脑膜炎	颈项强直,<6个月婴儿:55%出现前囟隆起,意识改变,惊厥持续状态,17%以热性惊厥持续状态起病;6~12个月婴儿:25%缺少颈项强直,前囟隆起。
单纯疱疹性肺炎	89%有局限性神经系统体征,61%有惊厥部分性发作,52%有意识改变。
肺炎	气促:≤5个月:呼吸频率>60次/分;5~12个月:呼吸频率>50次/分;>12个月:呼吸频率>40次/分,吸气性凹陷,湿啰音、鼻翼扇动、发绀、血氧饱和度≤95%。
尿路感染	所有<3个月婴儿伴发热时均应考虑,>3个月婴幼儿发热伴至少1项以上(呕吐、喂养困难、嗜睡、易激惹、腹痛、肌紧张、尿频、排尿困难和血尿)。
肠炎	腹泻、腹痛、呕吐和肠鸣音亢进
化脓性关节炎	肢体或关节肿胀、肢体运动受限及肢体负重受限
川崎病	发热超过5天并伴有以下至少4项:双眼球结膜充血、黏膜改变、指(趾)端改变多形性皮疹和颈部淋巴结肿大(一般直径>1.5厘米)

## 实验室检查

### 血液中白细胞计数

提示细菌性感染时血液中白细胞计数的临界阈值为<5×10<sup>9</sup>/升或>(15~17.1)×10<sup>9</sup>/升,其诊断的敏感度为20%~76%,特异度为58%~100%。

### 尿液检查

包括尿常规和尿培养。

### 血培养

建议不同部位采血,避免假阳性。

### C反应蛋白

1岁以下患儿C反应蛋白值为40毫克/升时的敏感度与特异度分别95%和86%;1岁以上患儿敏感度和特异度分别为80%~59%,C反应蛋白提示严重细菌感染的预后概率为:C反应蛋白<40毫克/升时为10%,C反应蛋白>100毫克/升时为86%。

### 中性粒细胞绝对计数

在鉴别细菌感染与病毒感染中的诊断价值,其临界阈值分别为9.6×10<sup>9</sup>/升~10.6×10<sup>9</sup>/升,诊断的敏感度为50%~71%,特异度为76%~83%。

### 腰椎穿刺检查

尽量争取在抗生素使用之前行腰椎穿刺检查。适用于新生儿、1~3个月婴幼儿一般情况不佳者、1~3个月婴幼儿白细胞<5×10<sup>9</sup>/升或>15×10<sup>9</sup>/升

### 降钙素原(PCT)

3个月以上患儿的全身炎症反应综合征和脑膜炎,降钙素原优于C反应蛋白和白细胞计数,在发热起病12小时内预测细菌感染降钙素原优于C反应蛋白。降钙素原也是鉴别病毒感和细菌感染的理想指标,临界值为2微克/升。

## 退热处理

对乙酰氨基酚与布洛芬为患儿最常用的退热剂,体温≥38.5摄氏度和(或)出现明显不适时,建议采用退热剂退热治疗。

3个月以上儿童常用退热剂剂量为:1.对乙酰氨基酚10~

15毫克/千克(每次<60毫克)口服,间隔时间≥4小时,每天最多4次。2.布洛芬5~10毫克/千克(每次<400毫克)口服,每6小时1次,每天最多4次。3个月内的婴幼儿建议采用物理降温方法。

## 建议

对于3个月以下的发热患儿,应该进行血常规、血培养和C反应蛋白检查;尿常规用于除

外泌尿道感染;对有呼吸道症状和体征者行X线胸片检查;腹泻患儿行粪常规及粪培养。

编者按:人类免疫缺陷病毒(HIV)是人类面对的最难对付的病毒,堪称“生物界的特洛伊木马”。在2017年12月1日第30个“世界艾滋病日”到来之际,本报采访了河南省疾病预防控制中心防艾领域的有关专家,梳理了当前河南艾滋病防治工作面临的新形势、新特征、新问题,希望以此引起全社会进一步关注并预防艾滋病的问题。

## 《艾防专家谈艾滋》系列报道之一

# 警惕! 受艾滋病影响人群日益增多 我们不得不面对的形势和挑战

本报记者 杨须 通讯员 孙定勇

### 核心提示

2017年,全省艾滋病防治工作以“两降一升”(减少新发感染、降低病死率,提升病人生活质量)为目标,按照河南省疾病预防控制中心“强基础、抓重点、重创新、严管理、求实效”的工作思路,贯彻预防为主方针,推动各项防治措施的深入落实,为推进健康中原建设、提升人民群众健康水平做出了新的努力。

### 警惕 以性为主要传播途径的艾滋病,不全是医学问题

今年1~6月,全国各地共报告现住址为河南省的HIV感染者/AIDS病例2752例(其中HIV感染者1887例,AIDS865例)。新报告病例中98%以上为异性传播,且主要是婚外异性传播,隐蔽性强,干预难度大。新报告的病例中,约70%是异性传播,30%是同性传播。但是在各类人群HIV感染率调查中,男男同性人群的HIV抗体阳性率最高。在每年新报告的病例中,20~49岁的感染者及病人占到80%以上。

毫无疑问,性传播已成为我省艾滋病传播的主要途径。值得警惕的是,由于流动人口、性乱人群、暗娼人群等的广泛存在,受影响人群增多,这加速了艾滋病在普通人群中的传播,致使艾滋病流行形势复杂化。

在我们身边。

### 焦点 艾滋病的传播不在于你是谁,而在于你的高危行为

近年来,随着检测面的扩大,学生人群报告感染人数显著增加。

王哲给出一组数据:每年新发现15~24岁青年学生病例逐年增加,82.4%为男性同性传播;60岁以上老年病例逐年增加,94.2%为异性传播。今年1~6月,河南省共报告15~24岁青年学生病例66例,以同性传播为主。

针对大学生和老年人感染病例上升的问题,王哲表示,新发的老年人感染病例存在既往已经感染、患了其他疾病时才被发现的情况。而高校学生感染的原因与性观念开放有关,大学生不缺少知识,而是“言行不一,知道做不到”。另一方面,青年学生主动要求检测的数量增加,是青年学生感染报告病例增加的主要原因。

此外,全省哨点监测数据显示:各类重点人群的知晓率都非常高,知道要防护,这也反映了河南在艾滋病防治知识宣传教育方面取得的成果。但是在高危行为的发生率上,却显示出一个令人担忧的问题,在高危人群中,同性无套性接触、异性无套暗娼、婚外无套异性性接触等为艾滋病感染主因,尤其是男男性行为人群中,安全套的使用率一直维持在非常低的水平,且多个性伴侣的情况非常普遍。

只有做到“知、信、行合一”,步调一致,才能有效防止艾滋病传播。但有相当一部分人掌握了阻止传播的相关知识,却并未改变自身行为。就如同抽烟,绝大多数都知道“吸烟有害健康”,但照吸不误,很难改变。艾滋病的传播

和个人的行为有关,是行为改变不改变的问题。

“艾滋病的传播不在于你是谁,而在于你的高危行为。”王哲强调,“不管何种种性取向,只要存在不安全性行为,感染艾滋病的风险就会增加。”

### 期待 如何提高警惕并规范行为,亟待全社会进一步努力

艾滋病由于其高致死率、多途径传染和不可治愈的特征,在世界各地引发了社会恐惧感和社会排斥,具有相当的普遍性。

河南也不例外,自1985年国内发现第一例艾滋病至今,艾滋病引发的社会恐惧及排斥现象就时隐时现。

去年12月1日的“世界艾滋病日”宣传现场,河南财经政法大学的一位大三学生在防治主题墙上签名后表示,自己并不排斥艾滋病病人,可真的要面对这些人,心里还是有点不能接受。

“大部分人的恐惧心理是出于一种非理性的自我防范。”在王哲看来,艾滋病的致命性和不可治愈性,增加了人类在无知状态下对疾病的恐惧感和极度不安全感。

由于这种非理性的警惕性排斥现象的存在,在一定程度上导致了有高危行为的人不主动或不愿接受检测,增加了艾滋病隐性传播的风险,无疑加大了防控难度。如何正确对待HIV感染者和AIDS病人,这是亟待全社会探讨和值得思考的事。

令人感到欣慰的是,党和政府对此高度重视,于2004年起,在全国实施“四免一关怀”的政策,对艾滋病筛查、抗病毒治疗、母婴阻断、艾滋病遗孤的义务教育实现免费,艾滋病家庭纳入社

会救济。国务院《艾滋病防治条例》中也明确规定:“艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属同时享有婚姻、就业、就医、入学等合法权益并受法律保护”。多年来,河南从人性关怀的角度去思考艾滋病防治工作,不断扩大宣传教育覆盖面、监测检测覆盖面、预防母婴传播覆盖面、综合干预覆盖面、抗病毒治疗覆盖面,加强血液管理、医疗保障、关怀救助、权益保护、艾滋病监测及检测网络的建立完善、防治队伍建设、与防控艾滋病民间组织和志愿者建立交流平台,取得了很大的进展和成就,逐渐缓和了人们对艾滋病的恐惧和歧视心理。

王哲认为,艾滋病虽然不能彻底治愈,但它不同于癌症等其他疾病,只要全社会普及艾滋病知识,公民自觉自好、知行合一,杜绝“一夜情”“多性伴侣”、毒品等感染艾滋病的高危因素,即可远离艾滋病一旦传播途径切断,艾滋病病毒得不到有效传播,艾滋病便不再可怕。

### 挑战 性传播的隐私性和广泛性,是导致发现难、发现晚的首要因素

当前,性传播的隐私性、广泛性及感染者的发现难、发现晚,已成为控制艾滋病传播的主要困难。

早在2014年7月,以“迈向一个没有艾滋病的世界”为主题的第20届世界艾滋病大会在澳大利亚墨尔本举行。会上,联合国艾滋病规划署强调了“2030年终结艾滋病”的愿景,而为了实现这一愿景,必须在2020年实现3个“90%”的阶段性目标,即90%的感染者能够被诊断,90%已诊断的感染者获得治疗,90%的治疗者病毒得到抑制。

统计数据显示,自2012年以来,全省存活HIV感染者和AIDS病人的CD4检测率均在90%以上。正在接受抗病毒治疗病人的病毒载量检测率也在90%以上。但要把90%的感染者发现出来却不是件容易的事。虽然,发现感染者的手段很简单,就是进行抗体检测,但面临的难题是,有高危行为者不知道有感染HIV的风险,不知道去进行抗体检测。

目前看来,无论是在我省还是其他省份,总有不少高危行为人员不愿意去检测。这意味着这些没被发现的潜在HIV感染者仍有可能将艾滋病传播给性伴侣,并且因不知道自身感染状况而无法获得及时的治疗。据估算,约有20%的HIV感染者和AIDS病人未被发现或不知道自己的感染状况,距离第一个90%目标仍有一定的距离。

“发现晚、发现难是制约艾滋病防治的主要问题,而性传播的隐私性和广泛性,是当前艾滋病防治的最大瓶颈。”在王哲看来,性传播成为艾滋病流行的主要传播方式后,让疫情控制变得更加错综复杂。一方面,我们难以接近需要

干预的目标人群;另一方面,由于一些不理性的自我防范造成的排斥现象的存在,也使一些怀疑自己感染了艾滋病病毒的人,因心理压力巨大而不去检查,导致艾滋病防治工作难上加难。

“扩大检测、扩大治疗仍然是我省艾滋病防治面临的首要问题。”王哲强调,“实现防治目标最关键的是要有新策略。”

下一步,针对河南省艾滋病防治工作面临的困难和实际,河南省疾病预防控制中心将一如既往同社会各界携手并肩,群策群力,科学准确地分析疫情来源和造成死亡的主要原因,采取强有力的针对性措施,不断创新工作模式和方法,进一步完善以控制性传播为主、多部门参与的防控机制,实施综合防控;重点加大青年学生、农民工、流动人口等重点人群的警示性宣传教育力度;加强感染者权利、责任和义务并重的宣传教育;引导各方面力量广泛参与,充分发挥社会团体、民间组织、公众人物和志愿者的作用,形成“政府领导,部门合作,人人参与,共建共享”的良好局面,共同努力实现“健康中原、健康中国”建设目标。



本栏目由:河南省疾病预防控制中心性病艾滋病防治研究所协办