

临床实用 急危重症治疗学

(上) 李凡民等◎主编

临床实用急危重症治疗学

(上)

李凡民等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

临床实用急危重症治疗学 / 李凡民, 张解放主编. --
长春: 吉林科学技术出版社, 2017. 4
ISBN 978-7-5578-1962-0

I. ①临… II. ①李… ②张… III. ①急性病—治疗
②险症—治疗 IV. ①R459. 7

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第074963号

临床实用急危重症治疗学

LINCHUANG SHIYONG JIWEIZHONGZHENG ZHILIAOXUE

主 编	李凡民等
出 版 人	李 梁
责任编辑	刘建民 韩志刚
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	9300千字
印 张	38.75
印 数	1—1000册
版 次	2017年3月第1版
印 次	2018年3月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-1962-0
定 价	110.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

急危重症治疗学是临床医学中一门涉及面广、整体性强的学科，与临床医学各科有着密切的联系。本书由长期从事急诊基础研究及在一线工作的临床工作者共同编写，共分七部分，对急症症状的诊断与治疗，水、电解质与酸碱平衡紊乱，急危重症的诊断和急救，各类中毒症状与治疗措施，环境因素所致急诊、各种急救技术及突发公共卫生类事件应急措施等进行了详细的阐述，力求定义准确、言之有据、结构严谨，旨在将基础理论与临床实践结合，为临床治疗提供指导，具有较强的实用性。

由于参与编写的人员工作繁忙，编写及审稿时间仓促，书中难免有疏漏之处，望广大专家及读者提出宝贵意见。

编 者

目 录

第一部分 急症症状的诊断与治疗	(1)
第一章 发 热	(1)
第一节 诊断思路	(2)
第二节 治疗措施及预后评价	(9)
第二章 昏 迷	(12)
第一节 诊断思路	(13)
第二节 治疗措施及预后评价	(16)
第三章 发 绀	(17)
第一节 诊断要点	(17)
第二节 治疗措施	(18)
第四章 晕 厥	(19)
第一节 诊断要点	(19)
第二节 治疗措施及预后评价	(21)
第五章 眩 晕	(23)
第一节 诊断要点	(23)
第二节 治疗措施及预后评价	(26)
第六章 头 痛	(27)
第一节 诊断思路	(27)
第二节 治疗措施及预后评价	(31)
第七章 咯 血	(33)
第一节 诊断思路	(34)
第二节 治疗措施及预后评价	(35)
第八章 呕 血	(37)
第一节 诊断思路	(37)
第二节 治疗措施及预后评价	(39)
第九章 呼吸困难	(41)

第一节 诊断思路	(41)
第二节 治疗措施	(43)
第十章 胸痛	(45)
第一节 诊断思路	(45)
第二节 治疗措施及预后评价	(49)
第十一章 急性腹痛	(51)
第一节 诊断思路	(51)
第二节 治疗措施	(53)
第十二章 呕 吐	(54)
第一节 诊断思路	(54)
第二节 治疗措施及预后评价	(55)
第十三章 急性腹泻	(57)
第一节 诊断思路	(57)
第二节 治疗措施及预后评价	(58)
第十四章 少尿与无尿	(60)
第一节 诊断要点	(60)
第二节 治疗措施及预后评价	(61)
第二部分 水、电解质与酸碱平衡紊乱	(63)
第一章 脱 水	(63)
第一节 诊断分析	(64)
第二节 治疗措施	(66)
第二章 电解质紊乱	(69)
第一节 诊断分析	(71)
第二节 治疗措施	(74)
第三章 酸碱平衡紊乱	(77)
第一节 诊断分析	(79)
第二节 治疗措施	(82)
第三部分 急诊内科综合征和危重病的诊断和急救	(85)
第一章 急性冠状动脉综合征	(85)
第一节 诊断思路	(85)
第二节 治疗措施及预后评价	(91)

第二章 高血压急症	(99)
第一节 诊断分析	(99)
第二节 治疗措施及预后评价	(100)
第三章 急性心力衰竭	(105)
第一节 诊断分析	(105)
第二节 治疗措施	(106)
第四章 急性呼吸窘迫综合征	(109)
第一节 诊断分析	(112)
第二节 治疗措施及预后评价	(116)
第五章 急性呼吸衰竭	(128)
第一节 诊断分析	(128)
第二节 治疗措施及预后评价	(130)
第六章 慢性阻塞性肺病的急性发作	(132)
第一节 诊断分析	(132)
第二节 治疗措施及预后评价	(135)
第七章 重症哮喘	(142)
第一节 诊断分析	(142)
第二节 治疗措施及预后评价	(145)
第八章 肺血栓栓塞症	(151)
第一节 诊断分析	(152)
第二节 治疗措施及预后评价	(155)
第九章 急性胰腺炎	(159)
第一节 诊断分析	(160)
第二节 治疗措施及预后评价	(163)
第十章 急性重症胆管炎	(166)
第一节 诊断分析	(166)
第二节 治疗措施及预后评价	(167)
第十一章 急性肝衰竭	(169)
第一节 诊断分析	(170)
第二节 治疗措施及预后评价	(171)
第十二章 急性肾衰竭	(175)

第一节	诊断分析	(176)
第二节	治疗措施及预后评价	(179)
第十三章	急性脑血管病	(182)
第一节	脑出血	(182)
第二节	蛛网膜下腔出血	(187)
第三节	脑梗死	(192)
第十四章	弥散性血管内凝血	(197)
第一节	诊断分析	(197)
第二节	治疗措施及预后评价	(203)
第十五章	休 克	(207)
第一节	概 论	(207)
第二节	低血容量性休克	(215)
第三节	心源性休克	(217)
第四节	感染性休克	(221)
第五节	过敏性休克	(227)
第十六章	多脏器功能障碍综合征	(230)
第一节	诊断分析	(231)
第二节	治疗措施及预后评价	(234)
第十七章	糖尿病酮症酸中毒	(238)
第一节	病因及常见诱因	(238)
第二节	诊断分析	(238)
第三节	治疗措施及预后评价	(240)
第十八章	糖尿病非酮症性高渗综合征	(243)
第一节	诊断分析	(243)
第二节	治疗措施及预后评价	(245)
第四部分	急性中毒	(247)
第一章	急性中毒诊断和治疗原则	(247)
第一节	诊断分析	(248)
第二节	治疗措施及预后评价	(251)
第二章	急性一氧化碳中毒	(257)
第一节	诊断分析	(258)

第二节 治疗措施及预后评价	(261)
第三章 常见农药中毒	(264)
第一节 有机磷类农药中毒	(264)
第二节 氨基甲酸酯类农药中毒	(271)
第三节 拟除虫菊酯类农药中毒	(273)
第四节 沙蚕毒素类杀虫剂	(275)
第五节 杀鼠剂中毒	(277)
第六节 除草剂中毒	(282)
第四章 常见药物及工业毒物中毒	(287)
第一节 镇静催眠剂中毒	(287)
第二节 抗抑郁药中毒	(291)
第三节 毒品急性中毒	(296)
第四节 急性乙醇中毒	(301)
第五节 急性强酸中毒	(303)
第六节 急性强碱中毒	(309)
第七节 急性亚硝酸盐中毒	(311)
第八节 硫化氢中毒	(314)
第五章 动物咬、蜇造成的中毒	(317)
第一节 毒蛇咬伤中毒	(317)
第二节 蜈蚣咬伤	(328)
第三节 蜂蜇伤	(329)
第六章 食用有毒动植物造成的	(334)
第一节 河豚鱼中毒	(334)
第二节 毒蕈中毒	(336)
第三节 霉变甘蔗中毒	(337)
第五部分 淹溺、电击伤、环境因素所致急诊	(340)
第一章 淹 溺	(340)
第一节 诊断分析	(341)
第二节 治疗措施及预后评价	(342)
第二章 电击伤	(344)
第一节 诊断分析	(345)

第二节 治疗措施及预后评价	(347)
第三章 中暑	(349)
第一节 诊断分析	(350)
第二节 治疗措施及预后评价	(352)
第四章 冻伤	(355)
第一节 诊断分析	(356)
第二节 治疗措施及预后评价	(357)
第五章 低体温	(360)
第一节 诊断分析	(360)
第二节 治疗措施及预后评价	(362)
第六章 高原病	(365)
第一节 诊断分析	(366)
第二节 治疗措施及预后评价	(368)
第六部分 急救技术	(370)
第一章 氧气疗法	(370)
第一节 组织缺氧的判别	(370)
第二节 氧疗的适应证	(371)
第三节 给氧的方法	(372)
第四节 氧疗方式选择和效果监测	(375)
第五节 氧疗的并发症	(376)
第二章 气道开放	(378)
第三章 异物卡喉窒息的 Heimlich 手法	(393)
第四章 机械通气	(398)
第一节 机械通气的目标和应用指征	(398)
第二节 机械通气对肺外器官功能的影响	(400)
第三节 无创正压通气	(401)
第四节 机械通气的参数设置	(403)
第五节 机械通气的实施和模式特点	(405)
第六节 疾病特异性的机械通气模式选择	(410)
第七节 机械通气的并发症	(416)
第八节 机械通气的撤离	(420)

第五章 静脉通道的建立	(423)
第一节 静脉通道的建立	(423)
第二节 静脉穿刺装置及静脉输液的一般原则	(424)
第三节 外周静脉通道的建立	(424)
第四节 深静脉插管的建立	(425)
第六章 洗胃术	(429)
第一节 适应证及禁忌症	(429)
第二节 操作方法	(429)
第三节 注意事项	(430)
第四节 洗胃溶液	(431)
第七章 胃肠减压术	(433)
第一节 胃肠减压术的目的	(433)
第二节 胃插管术及胃肠减压术的适应证和禁忌证	(433)
第三节 胃肠减压术的操作	(433)
第八章 膀胱留置导尿术、膀胱穿刺	(436)
第一节 膀胱留置导尿术	(436)
第二节 膀胱穿刺	(441)
第九章 胸腔穿刺和胸腔闭式引流	(443)
第一节 胸腔穿刺术	(443)
第二节 胸腔闭式引流	(445)
第十章 心包穿刺术	(448)
第十一章 紧急心脏起搏	(451)
第一节 心脏紧急起搏及适应证	(451)
第二节 紧急心脏起搏类型	(453)
第十二章 血液净化	(457)
第一节 连续性肾脏替代治疗	(457)
第二节 血液透析	(464)
第三节 血浆置换	(467)
第四节 血液灌流	(469)
第十三章 血流动力学监测	(471)
第一节 无创血流动力学监测	(471)

第二节	有创血流动力学监测	(475)
第十四章	腹腔穿刺	(506)
第一节	适应证与禁忌证	(506)
第二节	方 法	(506)
第三节	腹腔穿刺术流程图	(507)
第四节	结果判断	(508)
第五节	诊断价值	(508)
第十五章	动脉内球囊反搏术	(509)
第一节	适应症与禁忌症	(509)
第二节	并发症及处理	(510)
第三节	IABP 的装置	(510)
第四节	IABP 操作方法	(511)
第十六章	急症输血	(513)
第一节	急症临床输血	(513)
第二节	常规使用的血液品种	(516)
第三节	输血不良反应和并发症	(518)
第四节	输血医学进展和新技术	(521)
第十七章	除颤和自动体外除颤	(524)
第一节	紧急电复律适应证	(526)
第二节	紧急电复律禁忌证	(528)
第三节	紧急电复律术方法	(528)
第四节	电复律并发症	(532)
第十八章	心肺脑复苏术	(533)
第一节	现场心肺复苏术	(534)
第二节	除 颤	(546)
第三节	脑复苏	(549)
第四节	心肺复苏有效指标和终止抢救的标准	(553)
第五节	开胸心肺复苏术	(554)
第七部分	突发公共卫生类事件应急措施(预案、方案)	(556)
第一章	突发重大传染病应急防控措施	(558)
第一节	鼠 疫	(558)

第二节	炭 疽	(567)
第三节	传染性非典型肺炎	(574)
第四节	人禽流感(人感染高致病性禽流感流行性感 冒)	(585)
第五节	人感染猪链球菌病	(590)
第二章	各专项应急条例、预案中对医疗卫生机构(含 门急诊)的职责	(599)
第一节	国务院公布《突发公共事件应急条例》	(599)
第二节	国务院发布《国家突发公共事件总体应急预 案》	(600)
第三节	国家突发公共卫生事件应急预案	(601)
第四节	国家突发公共卫生事件医疗卫生救援应急预 案	(603)



第一部分 急症症状的诊断与治疗

第一章 发 热

发热是很多疾病的常见症状，也是急诊遇到的患者较常有的主诉。以右心房的血液温度为准，测温的部位不同，体温的正常值稍有差异。不同部位测得体温的正常范围见表 1-1-1。

表 1-1-1 人体不同部位体温正常值

体温	正常值	发热标准
腋窝	36.5 ~ 37℃	37℃ 以上
口腔（舌下）	36.5 ~ 37.2℃	37.3℃ 以上
直肠	36.5 ~ 37.5℃	37.6℃ 以上
体温波动	<1℃/d	>1℃/d

临床将发热的程度（以口温为例）分为：低热（37.4 ~ 38℃）、中等度热（38.1 ~ 39.1℃）、高热（39.1 ~ 41℃）、超高热（41℃ 以上）。一般直肠温度较口温高 0.3 ~ 0.5℃，口温较腋温高 0.2 ~ 0.4℃，直肠温度最可靠。

发热的病因，一般可分为感染和非感染性发热。

1. 感染性发热 任何病原体（病毒、衣原体、支原体、立克次体、细菌、真菌、螺旋体、原虫、蠕虫等）侵入人体均可能引起发热，可以说这是发热最常见的病因。

（1）病毒性感染：流行性感冒、其他病毒性上呼吸道感染、急性病毒性肝炎、流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、传染性单核细胞增多症、流行性出血热、传染性淋巴细胞增多症、麻疹、风疹、流行性腮腺炎、水痘、淋巴细胞脉络丛脑膜炎、全身性巨细胞病毒感染（全身性巨细胞包涵体病）、登革热、传染性非典型肺炎（SARS）、人禽流感。

（2）细菌性感染：急性局灶性细菌性感染、败血症、结核病、伤寒、副伤寒、细菌性心内膜炎、猩红热、白喉、大叶性肺炎、军团菌病、急性细菌性痢疾、细菌性脑膜炎、胸膜炎、心包炎、急性细菌性腹膜炎、血栓性静脉炎、丹毒、炭疽、人感染猪链球菌病、O157 出血性肠炎。

（3）真菌感染：念珠菌病、隐球菌病、曲菌病。

（4）其他：立克次体感染，衣原体、支原体感染，螺旋体感染，原虫、蠕虫感染，混合感染。



2. 非感染性发热

(1) 结缔组织病：系统性红斑狼疮、风湿病、变应性亚败血症、类风湿关节炎、结节性动脉周围炎、皮炎和硬皮病等是较常见的病因。

(2) 中枢神经性发热：体温调节中枢直接受损（中暑、脑出血等）可致高热；自主神经系统紊乱可致低热。

(3) 变态反应与过敏性疾病：药物热、输血反应、输液反应、血清病、注射异性蛋白等。一般只引起短期发热。

(4) 组织损伤：严重创伤、大手术、无菌性坏死（注射引起等）、烧伤、放射及化学毒物等。

(5) 恶性肿瘤：恶性组织细胞病、淋巴瘤、白血病、肉瘤、癌肿等，也是较常见的病因。

(6) 其他：产热过多、散热障碍、致热性类固醇性发热、大量失血失水、原因不明肉芽肿疾病、其他原因不明的疾病、伪热。

第一节 诊断思路

发热的病因多而复杂，是临床诊断中重要课题。发热在一定程度上反映疾病的严重程度和病情的发展及变化。常常是观察的一个重要指标。在临床实践中以发热为主诉或唯一症状就医者，有急性发热，尤其出疹性发热，长期“不明原因”的中高度发热，长期低热，超高热与反复发热。

对急诊发热的患者应认真细致地检查，如详细询问病史（包括流行病学史）、全面细致的体格检查、血象、必要的实验室及其他检查（X线、CT、B超）等。

（一）病史要点

1. 病史 应当问清患者发热的情况，突然的还是逐渐的，发热时间和最高体温。突然，发热常常伴有感染。在体温和感染程度上，两者有相关性。

关于成人的早期诊断，应当考虑季节性和患者发热的类型，较常见是细菌感染，冬春季常见的如上呼吸道感染、肺炎等，夏秋季节肠道炎症较常见；免疫系统疾病，如急性关节炎、血清病或自身免疫性贫血也常常伴有发热；某些肿瘤特别是网状内皮系统的恶性肿瘤也常伴有发热。发热也见于急性血管栓塞，如深静脉血栓、肺栓塞和卒中。严重的骨骼肌损伤，通常是挤压伤，常常导致发热。很多疾病也可以引起发热，如急性痛风、甲状腺功能亢进、系统性红斑狼疮、脉管炎和中暑等。

2. 流行病学史 患者来自的地区、年龄、性别、职业、发病季节、旅游史，接触感染史、预防接种史。尤其疑为传染病的流行病学史很重要。家中与周围有无类似病例，如与麻疹患者接触史，最近有无外出史；食物中毒性感染暴发性流行时，食物与水的细菌性检查极为重要。

3. 起病 判断起病的缓急，发热前几乎均有畏寒，但明显的寒战则常见于突然高热，为肺炎球菌肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、感染性心内膜炎、输血或输液反应等，各种严重感染，由于细菌不断侵入血液循环，病程中可反复出现寒战。应当指出，对发热患者



滥用解热药可人为地引起大量出汗，甚至引起脱水、虚脱，年老患者可产生直立性低血压而晕厥。

4. 热型 许多发热性疾病具有特殊的热型，有时可起提示诊断的作用，常见的热型有：

(1) 稽留热：多为高热，常持续在 40°C 上下，一日间温差仅在 1°C 以内，见于伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎等。

(2) 弛张热：体温在 39°C 以上，但波动较大，一日间温差在 2°C 以上，但最低温度不到正常，较多见于风湿热、败血症、脓毒血症、肝脓肿、严重肺结核等。

(3) 间歇热：一日间温差大，波动在正常与高热之间，或高热与无热期交替出现，如疟疾、肾盂肾炎、回归热、淋巴瘤、布氏杆菌病及周期热等。

(4) 不规则热：热无一定的规律，热度高低不等，呈不规则波动，见于流行性感、阿米巴肝脓肿、肺结核、癌性发热等。

(5) 波状热：热度逐渐上升，达高峰后又逐渐下降至低热或常温，为此反复有似波浪，可连续达数月之久，见于布氏杆菌病。

(6) 消耗热：热度波动幅度更大，在 $4\sim5^{\circ}\text{C}$ ，自高温降至常温以下，常提示毒血症严重，病情险恶，见于败血症等。

必须提到的是在疾病过程中，也可有两种或两种以上热型交互存在，如大叶性肺炎并发脓胸及肺脓肿等，热型可由典型稽留热变为弛张热。另一方面，由于抗菌药物的普遍应用，及时控制了感染；或由于解热药与肾上腺皮质激素的应用，也可使发热变为不典型。此外，热型还与个体反应有关，例如，老年人患休克型肺炎，发热可不高或甚至无发热。故对发热患者应按具体情况做出具体分析，才能对疾病做出正确的诊断。

5. 发热高低与热程 按照发热的高低与热程，将其分为急性发热、长期发热和长期低热。热程在2周以内的发热称为急性发热，亦称短期发热。绝大多数的急性发热为感染性发热。病毒为最常见主要病原体；其次是细菌感染（如流脑、扁桃体炎、菌痢、肺炎、猩红热等）；再次是原虫感染；属非感染者仅占少数，如药物热、血清热、内分泌危象、溶血现象、血栓栓塞病、痛风、急性白血病、高温中暑、脑出血及少见的铸工热、恶性高热等。发热超过2~3周，体温一般高于 38.5°C 以上称为长期原因不明发热。此组患者进一步检查和随访后大多也可确诊，是一组重复的疾病。长期低热者体温在 $37.5\sim38.4^{\circ}\text{C}$ ，持续4周以上，详后讨论。

询问病史时，应当重视发热的伴随症状，尤其注意具有定位意义的伴发的局部症状，以便确定主要病变在哪个系统。

超高热是指体温升高达 41°C 以上的危象。超高热对人体各器官尤其对脑细胞有严重的损伤，引起细胞变性，患者进入昏迷状态，于数小时内死亡。超高热的较常见的病因如下：

(1) 中暑或热射病：中暑发生于炎热的夏季。产妇、年老者以及因患精神病服用大量吩噻嗪类安定药者，在高温与不通风环境中容易发生。体温高达 41°C 或以上。患者皮肤干燥、烦热、无汗、谵妄或昏迷。

(2) 脑部疾病：见于病毒性脑炎、严重脑外伤、脑出血及下丘脑前部等脑病，其发病原因系由于体温调节中枢功能障碍，与中暑相似。



(3) 输液与输血污染：但如果发热患者因静脉输入大量被内毒素、细菌或其他致热源污染的液体或血液，则可产生严重的致热源反应与败血症，引起超高热。患者迅速进入昏迷状态，常伴有全身出血倾向与弥散性血管内凝血而死亡。

(4) 麻醉药引起的恶性高温：恶性高温是全身麻醉中罕见，但可致命的并发症。根据国外报道，以氟烷或氯琥珀胆碱引起者较多。患者大多原先身体尚健康，在麻醉诱导后立即发生。临床症状为体温急剧上升，达超高热水平，伴有全身肌肉强直性痉挛，病死率60%~70%。

(5) 临终前超高热：少数患者临终前数小时出现超高热，主要由于体温调节中枢与（或）循环衰竭引起。

6. 发热时不同疾病伴随不同的症状 发热患者大多伴有头晕、头痛、乏力、食欲减退等非特异症状，对诊断无重要意义。应重视具有定位意义的局部症状，以便确定病变主要在哪个系统。如发热伴有神经系统症状，头痛、呕吐、昏迷、惊厥、脑膜刺激征等，则表示病变在中枢神经系统，应考虑各种脑炎、脑膜炎、中暑、脑血管意外、蛛网膜下腔出血等。但儿童易有高热惊厥，不一定有脑部病变。老年人发生严重感染时常出现神志变化，而体温未必很高。

(二) 查体要点

进行全面的体格检查包括体温、脉搏、呼吸和血压，并应重点检查皮肤黏膜有无皮疹、瘀点，以及肝脾淋巴结是否肿大。

1. 脉搏、呼吸 脉搏、呼吸一般随体温升高而加快，尤其贫血患者的心率增速更加明显。但是，伤寒或某些病毒性传染病常出现相对缓脉。

2. 血压 发热伴有中毒性休克时，患者面色青灰，脉搏细速，血压下降或测不出，常见于休克型肺炎、暴发性流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、败血症、流行性出血热。

3. 面容 多数呈急性发热面容。伤寒患者常表情淡漠；斑疹伤寒、恙虫病、流行性出血热患者常呈酒醉样面容；猩红热患者可见口周苍白；麻疹患者常见眼睑浮肿，结膜充血，分泌物增多；面容苍白见于急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病。发热伴有面部蝶形红斑是系统性红斑狼疮的特殊病变。

4. 皮肤 发热患者的皮肤干湿度、皮疹、出血点等改变都有重要的意义，多数热射病患者皮肤干燥；皮肤多汗见于结核病、风湿病、败血症和恶性淋巴瘤。

(1) 发热伴有口唇部单纯疱疹：常见于某些急性传染病，流行性脑脊髓膜炎、肺炎球菌肺炎、疟疾与上呼吸道感染等。在伤寒、钩端螺旋体病与结核等则少见。

(2) 发热伴有皮疹：常见于伤寒、副伤寒、斑疹伤寒、败血症、流行性出血热、系统性红斑狼疮和病毒感染等。儿童出疹性传染病，主要有麻疹、风疹、水痘、猩红热等。应当指出许多药物可引起药物皮疹与药物热，必须与出疹性传染病进行鉴别。

(3) 皮肤出血点：可见于流行性脑脊髓膜炎、感染性心内膜炎、流行性出血热、钩端螺旋体病、重症肝炎、败血症、血液病和药疹等。

(4) 发热伴有皮肤黄染提示胆道感染、钩端螺旋体病、重症肝炎、急性溶血等。

5. 发热伴结合膜充血 可见麻疹、咽结合膜炎、流行性出血热、斑疹伤寒、恙虫病、钩端螺旋体病。

6. 发热伴淋巴结肿大 见于结核病、急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、传染