

急诊

症状诊断与处理

(第2版)

主编 刘凤奎



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

急诊 症状诊断与处理 (第2版)

主 编 刘凤奎

副主编 (按姓氏笔画排序)

那开宪 李伟生 张 健 贺正一 谢苗荣

编 者 (按姓氏笔画排序)

王 强	王乐辉	王光弟	王汝龙	王志义	王国兴	王金铭	王曼丽
王艳玲	田 野	朱晓明	刘 好	刘 宜	刘 颖	刘凤奎	刘福学
闫尚文	许 建	那开宪	李 昂	李伟生	李春英	李春林	李彦平
李景辉	杨立沛	杨成奎	肖国文	吴玉林	余 平	郭 洋	宋恩来
张 健	张文奎	张平原	张忠涛	张宝丰	张淑文	陈海平	陈惠清
周保利	孟凡冬	赵子平	赵志鹏	赵 英	赵淑萍	胡 滨	胡泳霞
段 婷	段云西	祝学光	贺 文	贺正一	高 青	郭 王	郭红英
崔 华	韩小茜	韩芃萱	韩宝昕	谢苗荣	靳二虎	熊 宁	

学术秘书 李春英 付小玻 张宏娟

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊症状诊断与处理 / 刘凤奎主编. —2 版. —北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-25951-4

I. ①急… II. ①刘… III. ①急诊 - 诊断 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 003994 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

急诊症状诊断与处理

(第 2 版)

主 编: 刘凤奎

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 58

字 数: 1411 千字

版 次: 2006 年 3 月第 1 版 2018 年 4 月第 2 版

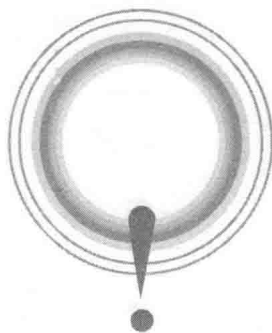
2018 年 4 月第 2 版第 1 次印刷 (总第 3 次印刷)

标准书号: ISBN 978-7-117-25951-4/R · 25952

定 价: 150.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



前言(第2版)

《急诊症状诊断与处理》一书从出版至今的十年来,医疗卫生事业发展很快,新技术对疾病的诊断与处理方法层出不穷,为适应日益发展的形势,我们将本书进行再版。

第2版《急诊症状诊断与处理》仍分上下两篇,上篇为症状诊断与处理,下篇为诊疗技术。

本书仍然突出症状的临床诊断与处理思路;突出思路示意图,并根据几年来的应用体会对示意图进行修改,仍然突出急诊中常见症状;突出实用性,并把以往非急诊常见的专业性很强的内容,如胆道梗阻腹腔手术治疗中,操作部分的步骤、技术介绍、术前准备等在本次修改时予以剔除。急性腹泻一章中增加了病毒性腹泻、自然灾害后次生腹泻处理;在急性中毒一章中,增加瘦肉精中毒的诊断与处理;仍然突出中西医结合对急症的处理。

本书可作为急诊科医师、实习医师、专科医师和全科医师临床工作中的参考。由于书中内容为作者自身的经验体会,特别是用药可能有某些片面性,故要以教科书和药品说明书为准。

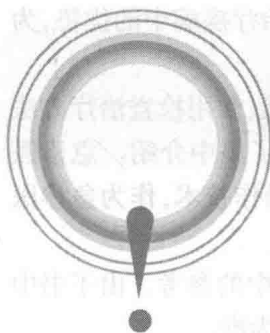
感谢参编的诸位专家百忙中付出的辛勤劳动。感谢人民卫生出版社给予的大力支持。

为了进一步提高本书的质量,以供再版时完善,恳请广大读者指正,在此,谨致谢意。

刘凤奎

首都医科大学附属北京友谊医院

2018年3月于北京



前言(第1版)

患者的症状是他们来急诊看病的主要原因,也给医师提供了线索和思路,医师应根据这些症状及时给予相应的检查和处理。在对症状进行诊断分析的同时,可做进一步的客观检查和严密的临床观察,同时积极有效地对症处理。

不同的症状反映不同的疾病,一个症状也可在诸多疾病中出现,一个疾病又可产生多种不同的症状,因此一个症状可能反映多个系统、器官的疾病,进而涉及临床上多个专业及科室。所以,扩大对症状的临床思考是临床诊断和处理的首要前提。本书就是以症状为主体,对其进行系统全面的临床解析,从而提出诊断性处理方案和治疗性处理方法,沿着在诊断中治疗、在治疗中诊断这条主线,为急诊医师的临床实践工作提供借鉴。

急诊患者多数表现为急、危、重症,急需处理和抢救。其病情变化大、发展快,应诊断、检查和治疗不分昼夜与节假日,争分夺秒地工作,必须在及时作出初步诊断的同时给予恰当的处理,所以要求急诊医师要有敏捷的临床思维、科学的处理问题方法、广泛跨学科的全科医师知识和技能,掌握现代仪器设备的使用和最新药物的应用。

病史的采集是诊断的“钥匙”,既是一种技术又是一门艺术。确切的诊断来源于确凿的证据,来源于材料真实的病史、体检和实验室检查。作出临床诊断时,不可单凭某一项新的检查技术而忽略了最基础的诊断步骤和项目,因此医师详尽询问病史、准确进行体检是诊断疾病的基础。整个诊治过程中必须体现出整体观,不是机械地只见树木不见森林,满足于一孔之见,单凭一家之言。通过病史和体检及一些检查,对疾病的诊断和处理有一个大体的框架,以此为基础,系统思考、分析判断并加以补充修正,达到确立正确诊断、积极进行有效治疗的目的。

临床思维过程是对繁杂多变的症状和收集到的各种材料进行有序分析,综合判断,最后作出接近事实的结论。临床思维的提升来源于医师多参加临床实践,在实践中不断总结自己和努力学习吸收他人的经验、教训,并接纳书本杂志等各方面的信息。因此我们组织从事临床工作的专家撰写《急诊症状诊断与处理》,让大家打开临床思路,不拘泥于专业之中,借鉴各家之长,结合个人多年临床工作体会,以症状为主去寻找疾病可能的原因,对疾病进行诊断,在诊断过程中同时进行急诊处理包括检查及治疗,并且在诊断中既考虑常见病,也涉及少见病和特殊情况。编写中若是一个症状涉及多科室,则以一位专家为主,几位专家从不同角度共同完成。从而使我们在临床工作中节省时间、少走弯路,希望能对大家有所帮助和启迪。

确切诊断才能有效治疗。本书较为详细地介绍了以急诊症状为主体的急诊症状处理办

法,特别是常见病的处理,并且加入中医中药治疗,体现出祖国医学在治疗疾病中的优势,为临床工作提供了广角度的参考依据。

本书具有实用性、科学性、中西医结合的特点,收入了急诊常见症状、常用检查治疗方法专题。为避免在各症状中重复介绍检查方法和治疗,我们在本书中做了集中介绍。急诊医师应掌握的操作方法介绍得较为详细,由专科医师、专业人员掌握的操作技术,作为急诊医师只需掌握其适应证、禁忌证。

本书可作为急诊科医师、实习医师、专科医师和全科医师临床工作中的参考。由于书中内容有作者的经验体会,特别是用药可能有某些片面性,故要以教科书为准。

社会不断发展,自然界不断变化,我们永远有学不完的知识,有解决不完、解决不了的问题,诊断和治疗永远落后于临床,书本知识永远落后于现实,这就促使我们去学习、探讨和研究。但愿我们的探索通过本书能对急诊医学的发展作出点滴的贡献。

当翻开这部泛着油墨清香的书稿时,我们希望这正是广大临床医师所企盼和需要的。为了进一步提高本书的质量,以供再版时修改,诚请广大读者不吝指正,在此谨致谢意。

刘凤奎

2007年2月于北京

上篇 症状处理篇

1 发热·····	2
2 皮肤黏膜出血·····	36
3 淋巴结肿大·····	44
4 呕吐·····	51
5 腹痛·····	60
6 黄疸·····	89
7 腹泻·····	108
8 便秘·····	126
9 呕血、黑便、便血·····	133
10 进食困难·····	157
11 呃逆·····	167
12 腹部肿物·····	170
13 咳嗽·····	180
14 咯血·····	194
15 呼吸困难·····	204
16 发绀·····	232
17 胸痛·····	241
18 心悸·····	258
19 猝死·····	296
20 尿频、尿急、尿痛·····	316
21 水肿·····	321
22 少尿与无尿·····	329
23 血尿·····	336
24 昏迷·····	344
25 头痛·····	381
26 眩晕·····	389
27 抽搐·····	396
28 晕厥·····	406
29 肌无力·····	412
30 瘫痪·····	421

31	语言障碍·····	430
32	阴道出血·····	436
33	下肢肿胀·····	448
34	皮疹·····	453
35	耳聋·····	477
36	眼红、眼痛·····	487
37	失明·····	494
38	睑下垂·····	503
39	牙痛·····	511
40	牙龈肿痛·····	516
41	牙龈出血·····	520
42	精神异常·····	524
43	中毒·····	562
44	淹溺·····	597
45	触电·····	600
46	多发创伤·····	603

下篇 诊疗技术篇

47	胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、心包穿刺术·····	618
48	骨髓穿刺术·····	621
49	淋巴结穿刺术、骨髓活检术·····	623
50	肝穿刺术及肝活检术·····	625
51	静脉穿刺术·····	627
52	静脉切开术、中心静脉压测定·····	631
53	肺动脉导管插管术、心导管术·····	634
54	射频消融术·····	640
55	鼻胃插管术·····	646
56	后穹隆穿刺术·····	647
57	不完全流产刮宫·····	649
58	气管插管术·····	651
59	纤维内镜在急诊中的应用·····	653
60	止血·····	662
61	止痛·····	664
62	洗胃法·····	684
63	人工心脏起搏器·····	686
64	气管镜在急诊中的应用·····	695
65	机械通气·····	700
66	冠心病无创及有创诊疗技术·····	712

67	食管静脉曲张的内镜治疗·····	743
68	血液净化技术在急诊中的应用·····	746
69	换血疗法·····	758
70	CT、MRI 在急诊中的应用·····	761
71	核素在急诊中的应用·····	765
72	抗菌药在急诊中的应用·····	774
73	B 超在急诊中的应用·····	789
74	物理疗法在急诊中的应用·····	792
75	体外冲击波碎石·····	816
76	介入放射学在急诊中的应用·····	826
77	亚低温在急诊中的应用·····	831
78	高压氧疗法在急诊中的应用·····	840
79	急诊抢救多器官功能衰竭·····	847
80	水、盐、电解质、酸碱平衡失调的治疗·····	881
81	胃肠内、外营养治疗·····	906

网络增值服务



人卫临床助手

中国临床决策辅助系统

Chinese Clinical Decision Assistant System

扫描二维码，
免费下载



模式

上篇

症状处理篇

发 热

! 概述

发热是各科患者经常出现的一种临床表现,发热是指体温超出正常界限值。正常体温是指:口腔温度(舌下测量)36.3~37.2℃,直肠温度比口腔温度约高0.3~0.5℃,腋窝温度比口腔温度约低0.2~0.4℃。不同个体的正常体温略有差异,少数健康成人其口腔温度可<36.3℃或>37.2℃。

依体温上升的程度可分为低热(<38℃)、中等度热(38~39℃)、高热(39~40.5℃)和超高热(>40.5℃)。

按发热的急缓和热期长短可分为急性发热、慢性长期发热和持续低热。

体温上升达37.4~38℃(舌下测温)并除外生理性原因者称为微热。微热持续一个月以上者称为慢性微热。

持续低热的定义尚无明确规定,一般认为,口腔温度37.5~38℃持续两周以上者称为持续低热。

发热持续两周以上,体温38.5℃以上者称为长期发热。

正常情况下人的体温是恒定的,正常体温的维持是产热和散热两个过程动态平衡的结果。在人体这种平衡是由体温调节装置来加以维持和调节的,使体温维持于37℃左右。

1974年,有学者对北京地区1030名正常人的体温进行了测定。其方法为下午1~6时,非劳动状态,休息10分钟在直肠、口腔和腋窝三处同时测量,测温时间为10分钟。测得这三个部位的温度平均值和标准差,分别是腋窝为(36.79±0.357)℃,口腔为(37.19±0.249)℃,直肠为(37.47±0.25)℃。北京地区1030名正常人体温度统计结果:腋窝温度正常范围为36.0~37.4℃,口腔温度正常范围为36.7~37.7℃,直肠温度正常范围为36.9~37.9℃。

人体产热器在安静和活动时的产热量是不一样的(表1-1)。

从表1-1中可以看出,安静时机体的热量主要是由身体内脏器官供应(72%),劳动或运动时产热的主要器官是肌肉和皮肤(90%)。除肌肉外,肝脏是机体代谢旺盛的器官,肝脏的温度比主动脉高0.4~0.8℃,说明其产热量很大。

表 1-1 人体在安静和活动时的产热情况

	占体重 %	安静产热 %	运动产热 %
脑	2	16	1
内脏	34	56	8
肌肉皮肤	56	18	90
其他	8	10	1

影响产热的因素:

1. 基础代谢产热 如甲状腺功能亢进可使基础代谢率增加,使机体产热增加。
2. 肌肉活动 剧烈活动产热量增加,癫痫发作、寒战时都可使体温升高。
3. 内分泌影响 甲状腺素和肾上腺髓质激素均可直接促进细胞代谢,增加产热。交感神经强烈兴奋时,可使代谢率提高 40%~60%。
4. 机体散热 机体主要散热部位是皮肤,当外界温度低于机体表面温度时,近 90% 体热通过皮肤的辐射、传导、对流方式发散。部分则随呼吸、尿和粪便发散。当外界温度等于或超过皮肤温度时,蒸发便成为唯一的散热方式。

5. 人体的体温调节 体温的自身调节是通过神经体液的调节作用而实现的。

在全身皮肤和某些黏膜上分布着温度感应器,在大脑有体温调节中枢对体温进行整体调节。

! 病因思考

发热是临床上许多疾病引起的最常见的症状,大致可分感染性疾病和非感染性疾病,感染性疾病又分为全身和局部感染。

一、感染性疾病

根据病原体的不同,感染性疾病可分为:

(一) 细菌性感染

1. 败血症。
2. 脑膜炎。
3. 猩红热。
4. 细菌性痢疾。
5. 结核病。
6. 肺炎。
7. 局部性感染。
8. 扁桃体炎。
9. 中耳炎。

10. 乳突炎。

11. 疖肿。

细菌所致的全身感染,几乎都有发热,若感染很轻,或呈慢性,或严重感染而全身情况极度衰弱者也可不发热。

(二) 病毒感染

1. 普通感冒。

2. 流行性感冒。

3. 风疹。

4. 流行性腮腺炎。

5. 流行性出血热。

6. 脊髓灰质炎。

7. 病毒性脑炎。

8. 严重急性呼吸综合征(SARS)。

(三) 立克次体感染

1. 斑疹伤寒。

2. Q 热。

3. 恙虫热。

(四) 真菌感染

1. 放线菌 可引起心内膜炎、脑炎、脑脓肿。

2. 球孢子菌 可引起肺部感染而形成薄壁空洞。

3. 隐球菌 可引起脑膜炎、脑肉芽肿。

4. 淋菌 可引起肺部感染。

5. 白念珠菌 可引起阴道炎、口腔炎、肺脓肿。

6. 败血症、心内膜炎等。

真菌感染多在全身性疾病基础上发生,长期应用抗生素、皮质激素或肿瘤放疗化疗则更易发病,深部真菌感染常表现为发热。

(五) 螺旋体感染

1. 钩端螺旋体病。

2. 回归热。

3. 鼠咬热。

4. 樊尚咽峡炎等。

(六) 原虫感染

1. 疟疾。

2. 阿米巴肠炎。

3. 阿米巴肝脓肿等。

(七) 蠕虫感染

1. 血吸虫病。

2. 丝虫病。

3. 肺吸虫病。

4. 华支睾吸虫病。
5. 内脏蠕虫转移症等。

二、非感染性疾病

(一) 风湿性疾病

1. 系统性红斑狼疮。
2. 皮炎。
3. 结节性多动脉炎。
4. 类风湿关节炎。
5. 结节病。
6. 淀粉样变。

(二) 血液系统疾病

1. 白血病。
2. 淋巴瘤。
3. 恶性组织细胞病。
4. 多发性骨髓瘤。
5. 再生障碍性贫血继发感染等。

(三) 恶性肿瘤

肝、胆、胰、肺、消化道、肾上腺、脑、肾、甲状腺等肿瘤均易引起发热,包括原发性肿瘤、继发性肿瘤及类癌综合征均可引起发热。

(四) 内分泌疾病

甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤、肾上腺皮质增生症(某些先天性)。

(五) 中枢神经性疾病及功能性发热

脑血管意外、脑血栓后脑软化、蛛网膜下腔出血、脑外伤、脑及脊髓肿瘤、中枢神经变性疾病如多发性硬化症等。

中暑、高热环境下工作、自主神经活动紊乱、夏季热、感染性疾病恢复期等。

发热原因:部分体温中枢在接受病理刺激后,体温调节中枢功能障碍而引起发热,或感染性疾病恢复后体温调节功能尚未恢复正常。我们曾有一例患者中暑治疗后好转,但体温未降至正常,持续 38℃ 左右,经调节神经药治疗,一个月后逐渐恢复正常。

(六) 外科手术后吸收热、出血后或组织坏死发热

1. 外科无菌手术后 可见有中等程度发热,持续 3~5 天后恢复正常。
2. 脾切除术后热。
3. 消化道出血 引起的发热多为低热和中等程度发热,持续一周左右可自行消退。
4. 腹腔内出血 也可因血液刺激和吸收而引起低热。
5. 急性心肌梗死 心肌组织坏死引起中等程度发热,个别高热,持续数日到一周。

(七) 药物和化学因素

1. 异烟肼、磺胺药、青霉素、氨苄西林、链霉素、先锋霉素等。
2. 输液中含有致热原、误输异型血、输白蛋白、注射疫苗等引起发热。

(八) 体液失衡

严重脱水、酸中毒时出现发热。

! 诊断思路

发热是一种常见症状,在人的一生中不知发热过多少次,医师在一天工作中也常看到不同发热类型的患者。

当接诊发热的患者时,首先要搞清楚体温,发热时间长短,有什么规律特点,伴随症状,体征,做了哪些检查,其结果如何。归纳一下有哪些阳性的异常检查结果,用了哪些药物或做了哪些治疗处理,其治疗效果如何等。关于发热诊断流程示意图见图 1-1。

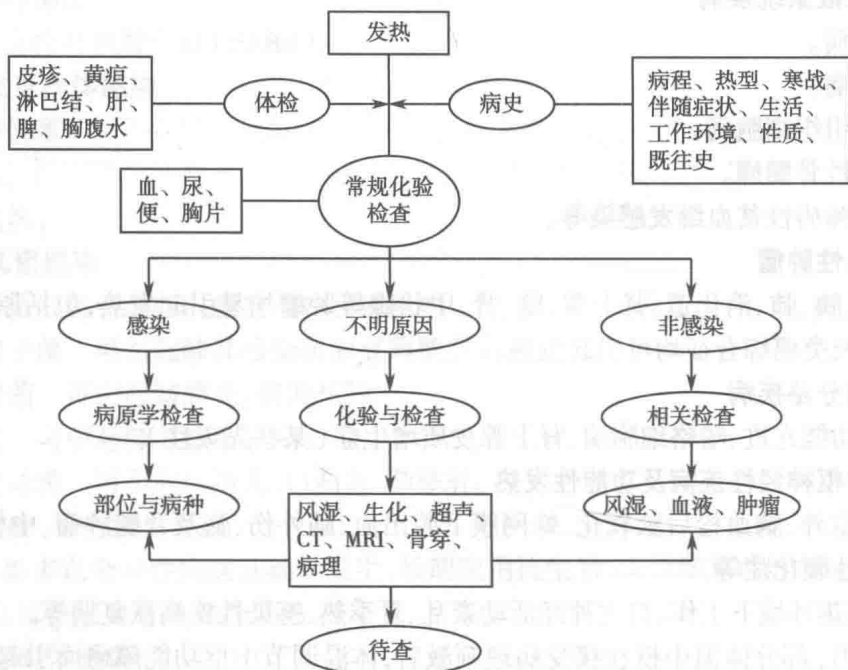


图 1-1 发热诊断流程示意图

从上述这些材料中考虑患者的发热是属于哪种类型,是感染性疾病还是非感染性疾病。进一步考虑具体点,可能是哪种疾病;为明确其诊断,需做或补做哪些检查、化验,从而把诊断搞清楚,指导患者用药及时治疗。

一、病程

在急诊大多数的发热疾病,主要是急性感染,药物过敏等。发热突然,发热起始时间明确,而且经过 1~2 日病愈,或诊断已明确显示,如急性上呼吸道感染、急性化脓性扁桃体炎等,如发热在此期间有明确诊断和发现,则以感染的可能性大。如超过两周发热不退,经检查(主要针对感染的)未见阳性结果,经过了抗感染治疗也不见好转,则少考虑是感染性疾病,应想到非感染性疾病,考虑慢性发热情况存在,但不能放弃感染性疾病的继续检查和治

疗,如继续找感染灶,当缺乏感染证据时,不轻易放弃对感染的诊断,除非临床获得了非感染的确凿证据。

发热病程变成长期者,在治疗中明确诊断,但热不退、症状不缓解、甚至加重时,切勿随意动摇,更改或放弃感染的诊断,这时应考虑是否有脓肿形成,细菌不敏感或抗生素药量不足,是否有夹杂感染(二重感染),合并其他疾病,或全身状况差,抵抗力低等原因。

我们曾总结过长程发热的 311 例患者,体温在 38.5°C 以上,热程在两周以上,并且未经明确诊断,以发热待查收入院。311 例中男性占 144 例,女性占 187 例,热程在 15~30 天者占 139 例,31~60 天者占 61 例,61~180 天者占 59 例,180 天以上者占 52 例;热程最长 14 年 35 天,最短者为 15 天。从统计中我们发现感染性发热病程 15~30 天为多,占 66% (116/177),风湿性疾病病程 180 天以上者占 35% (26/75),肿瘤(含血液病)发热病程在 180 天以上者占 34% (11/32)。提示我们长程发热患者的诊断,首先应想到感染。

本组患者以感染性疾病引起的发热最多,占 56.9%,其次是风湿性疾病占 24.1%,肿瘤(含血液病)占 10.3%。

长期发热的病因不易确定,即使住院诊断,本组仍有 25 例(8%)出院时也未确诊。

长程发热,首先想到常见的慢性病灶,如结核病。随着医疗技术的发展,肺内结核通过胸片、CT、磁共振、痰的检查等等,可以较容易地被发现,但肺外结核,如腹腔淋巴结结核则不容易诊断,需详细询问病史,了解结核中毒症状,同时查血沉、PPD 试验来协助诊断。其次想到其他慢性病灶,有慢性中耳炎、乳突炎、鼻窦炎、胆囊炎、泌尿系感染、肾盂肾炎、附件炎等。

二、热型

(一) 常见热型

1. 稽留热 患者体温可在数小时或数天内升高至 39°C 以上,然后停留在高热水平数天或数周,且一天内体温波动不超过 1°C ,称为稽留热。

2. 弛张热 体温高低不一,昼夜之间体温波动范围较大,常超过 1°C 。但最低温度仍在正常水平以上,称为弛张热。

3. 间歇热 体温突然上升后持续几小时又突然下降至正常,以后间隔数小时或 1~2 天又突然升高,持续几小时后又突然下降,如此反复发作,称为间歇热。

4. 周期热 体温在数小时内上升至高峰,然后呈稽留热型,待数日后体温逐渐下降至正常,间歇一段时间后体温又再度上升,称为周期热。

5. 双峰热 高热曲线一日内有两次波动,形成双峰,称为双峰热。

6. 不规则热 热型完全不规则、时高时低,并不显示上述几种热型,称为不规则热。

7. 颠倒热 上午发热,下午退热,或白天不发热而夜间发高热,称为颠倒热。

(二) 疾病和热型的关系

热型在临床诊断治疗上具有一定的参考价值。发热有明显的热型特点,但为什么会出现热型特点,其本质和机制尚未完全阐明。有人认为,各种热型的发生取决于各器官组织内感受器的特点,致热原首先作用于局部化学感受器,反射性地引起发热。各器官组织的感受器有不同的特点,因此,发热反应的急缓、高低和持续的时间均不一致。有人也提出,各种热型主要取决于病变的性质。比如炎症性病变发热,存在炎性病变周围情况,致热原释放情况

等。但有些情况会影响热型,如抗生素的广泛应用,一有发热,或只有一些咽痛、咳嗽症状就用上抗生素,或用退热药,或用激素等,见不到典型的热型曲线,影响对疾病的诊断。又如,在疾病过程中,出现合并症、夹杂症,或二重感染的情况,也使我们看不出典型热型。

疾病和热型有一定的关系:

1. 稽留热 应想到大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、恙虫病等极期,也见于 A 族链球菌性咽峡炎、蜂窝织炎以及斑疹伤寒等。

2. 弛张热 应想到败血症、脓毒血症、肺脓肿、严重的肺结核等。

3. 周期热 应想到淋巴瘤、布鲁菌病、回归热、脑膜炎等。

4. 间歇热 应想到疟疾(间日疟、三日疟)、局灶性化脓性感染、结核以及某些革兰阴性杆菌败血症等。

5. 双峰热 应想到粟粒型肺结核、恶性疟、黑热病、大肠杆菌败血症等。

6. 不规则热 应想到流行性感、肺结核、渗出性胸膜炎、不典型疟疾、风湿热、恶性肿瘤或用药的干扰,如退热剂、激素使热型不规则。

7. 马鞍热 登革热。

我们曾总结长程发热 311 例,从统计中我们可以看出,感染性疾病依次是不规则热、弛张热、间歇热、稽留热。而风湿性疾病则主要表现为不规则热和间歇热;肿瘤性疾病除表现不规则热,也有周期热。

三、寒战

明显发冷可伴有寒战或战栗,寒战伴有肌肉颤抖、皮肤出现粟粒疙瘩。畏寒仅有怕冷,其与发冷是有区别的。许多发热疾病发热前会有畏寒怕冷,畏寒提示可能要发热、有的已经发热应该试体温。

寒战常伴发热,而且常常是寒战即出现发热甚至高热。寒战也常使体温升高,体温升高的程度受下丘脑调节。寒战几乎见于任何感染性疾病,不论是细菌、寄生虫、立克次体还是病毒所引起,寒战总是这些疾病急性期的一个特征。

单纯寒战可见于许多疾病,而复杂寒战则多见于寄生虫的自然生物学周期、感染播散或某些并发症的发展阶段。疟疾是典型寒战的疾病,多数患者均有此症状。所以有明显寒战者应注意是否患有疟疾,结合临床做疟原虫检查。但并非疟疾均有寒战或畏寒,不能因缺乏此症状而否定该病。

细菌感染多有畏寒,局限性脓肿侵入血流时常有寒战,败血症、脓毒性感染、感染性胆管炎、大叶肺炎、丹毒、骨髓炎、产后脓毒血症、急性肾盂肾炎等常有寒战,可在使用抗生素之前结合临床做血、尿、胆汁或骨髓培养。

非感染性疾病如急性溶血性疾病在发生溶血时多有明显畏寒、寒战。

虽然肿瘤少有发冷和寒战,但个别恶性肿瘤如恶性淋巴瘤、恶性腹膜间质瘤、胰腺癌、肾上腺皮质细胞癌可伴有明显寒战。所以不能因有寒战而否定肿瘤的诊断。

四、皮疹

发热伴皮疹常是一些传染性疾病,而皮疹在疾病的一定时期出现。根据皮疹形态、出疹时期、分布,指导临床对疾病的诊断。当然也有一些非传染病发热伴皮疹者,如风湿性疾病。