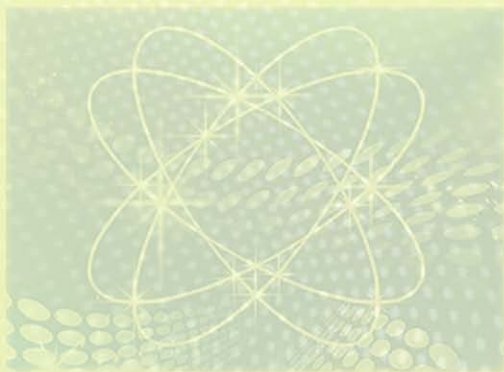


新编发热性疾病鉴别诊断

江杰等 主编



湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

新编发热性疾病鉴别诊断 / 江杰等主编. —武汉: 湖北科学技术出版社, 2012. 12

ISBN 978-7-5352-5360-6

I. ①新… II. ①江… III. ①发热—鉴别诊断
IV. ①R441.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 285070 号

责任编辑: 陈兰平

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社

电话: 027-87679439

地 址: 武汉市雄楚大街 268 号

邮编: 430070

(湖北出版文化城 B 座 13—14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn> QQ: 670997052

印 刷: 湖北新新城际数字出版印刷
技术有限公司

邮编: 430070

880×1230 1/32

9.5 印张

280 千字

2012 年 12 月第 1 版

2012 年 12 月第 1 次印刷

定价: 28.00 元

本书如有印装质量问题 可找本社市场部更换

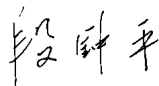
主 编	江 杰	杨 林	王利红
	张 伟	卫 琴	
副主编	姜燕芳	陈秀红	严丽平
	刘丽容	丁雅芬	高述松
	陈 华		

序 言

《新编发热性疾病鉴别诊断》是在诊断学理论指导下,依据编者数十年自身临床实践的经验和体会,以临床思维为中心,结合发热性疾病的发展状况,按照发热的病因、持续时间、伴随症状等对发热性疾病进行了分类,从临床病史收集、症状特点、体格检查、实验室及辅助检查等各个方面提出了诊断发热疾病的临床理论知识和基本技能,并在治疗方面给予了最新的指导。

本书共分7个章节,以发热为主线,按照感染、非感染,急性、慢性、长期,以及伴有肺部体征等顺序依次解析发热性疾病的诊断及鉴别诊断依据、治疗手段,并分析其不同之处,以期让临床医师对发热性疾病一目了然。本书条理清晰,重点突出,与临床各科密切相关,具有很强的实用性,为临床提供发热诊断的思路、方法和步骤,有助于医生在客观、真实地掌握症状、体征、辅助检查等第一手资料后,能综合分析、有的放矢地选择性使用此书,以提高临床诊断的准确性、时效性和增加临床诊断和鉴别诊断经验,可作为临床内科医生和对发热性疾病感兴趣的医务工作者所具备的工具书。

著名肝病与感染病学专家,医学博士,主任医师,教授;
首都医科大学附属北京佑安医院副院长,首都医科大学
传染病学系、消化病学系副主任,博士研究生导师



目 录

绪论	(1)
第一章 急性发热	(12)
第一节 急性感染性发热	(14)
第二节 非感染性急性发热疾病	(62)
第三节 急性“未明热”	(104)
第二章 急性发疹性发热	(105)
第一节 急性发疹性传染病	(105)
第二节 风湿性疾病	(134)
第三节 免疫性疾病	(139)
第四节 血液病	(142)
第三章 伴有肺部病征的急性发热	(144)
第一节 感染性疾病	(146)
第二节 变态反应性疾病	(173)
第三节 结缔组织病	(174)
第四节 化学性及物理性损害	(178)
第五节 特发性间质性肺炎	(179)
第四章 周期性发热	(181)
第一节 感染性周期性发热疾病	(181)
第二节 非感染性周期性发热疾病	(186)
第五章 长期发热	(190)
第一节 感染性疾病	(195)
第二节 血液病	(201)
第三节 结缔组织病	(209)

第四节	恶性肿瘤·····	(213)
第五节	中枢性发热·····	(214)
第六章	慢性低热·····	(217)
第一节	器质性慢性低热·····	(219)
第二节	功能性低热·····	(225)
第七章	疾病鉴别诊断的原理及方法·····	(227)
第一节	疾病诊断资料的搜集·····	(228)
第二节	建立诊断和验证诊断·····	(231)
第三节	小结·····	(235)
附录一	抗菌药物的临床应用·····	(237)
附录二	传染病的消毒与隔离·····	(253)
附录三	预防接种·····	(267)
附录四	中华人民共和国传染病防治法 ·····	(277)

绪 论

一、发热的定义与病因

正常人的体温在体温调节中枢的调节下,产热与散热处于动态平衡之中,维持人体的体温在相对恒定的范围之内。口腔温度(舌下测温)范围为 $36.3\sim 37.2\text{ }^{\circ}\text{C}$,直肠内温度一般比口腔高 $0.3\sim 0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$,腋窝温度比口腔低 $0.2\sim 0.4\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。

在生理状态下,不同的个体,同一个体不同的时间和不同的环境,其体温会有所不同。① 不同个体:儿童由于代谢率高,体温可比成年人高;老年人代谢率低,体温比成年人低;个别人的基础体温可比正常范围略高或略低 $0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。② 同一个体不同时间:正常情况下,人体体温在早晨较低,下午较高,但一般波动范围不超过 $1\text{ }^{\circ}\text{C}$;妇女在排卵期和妊娠期体温较高,月经期较低。③ 不同环境:运动、进餐、情绪激动和高温环境下工作时体温较高,低温环境下体温较低。

在病理状态下,由于各种原因致人体产热增多或(及)散热减少,使体温升高超过正常范围时,就称为发热。一般来说,口腔温度在 $37.3\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上,或直肠温度在 $37.6\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上,可认为有发热。临床上按热度高低将发热分为低热($37.3\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38.1\sim 39\text{ }^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 41\text{ }^{\circ}\text{C}$)及超高热($41\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上)。

引起发热的病因很多,按有无病原体侵入人体分为感染性发热和非感染性发热两大类。

(一) 感染性发热

引起感染性发热的病原体有细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、真菌及寄生虫等。各种病原体侵入人体后可引起相应的疾病,不论急性还是慢性、局灶性还是全身性均可引起发热。病原体及其代谢产物或炎性渗出物等外源性致热原,在体内作用于致热

原细胞如中性粒细胞、单核细胞-巨噬细胞等,使其产生并释放白细胞介素-1、干扰素、肿瘤坏死因子及炎症蛋白-1 等而引起发热。感染性疾病占发热病因的 50%~60%。

(二) 非感染性发热

由病原体以外的其他病因引起的发热称为非感染性发热。常见于以下原因。

1. 吸收热

由于组织坏死、组织蛋白分解和坏死组织吸收引起的发热称为吸收热。

(1) 物理和机械性损伤:大面积烧伤、创伤、大手术后、骨折、内脏出血和热射病等。

(2) 血液系统疾病:白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病、骨髓增生异常综合征、多发性骨髓瘤、急性溶血、血型不合输血等。

(3) 肿瘤性疾病:血液恶性肿瘤之外的各种恶性肿瘤。

(4) 血栓栓塞性疾病:① 静脉血栓形成,如股静脉血栓形成。② 动脉血栓形成,如心肌梗死、肺动脉栓塞。③ 微循环血栓形成,如血栓性血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血等。

2. 变态反应性发热

变态反应产生的抗原抗体复合物成为外源性致热原,激活了致热原细胞,使其产生并释放白细胞介素-1、干扰素、肿瘤坏死因子及炎症蛋白-1 等引起的发热。如风湿热、药物热、血清病以及各种结缔组织病(如系统性红斑狼疮、多发性肌炎与皮肌炎、结节性多动脉炎等)。

3. 中枢性发热

有些致热因素不通过内源性致热原而直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。这类发热的特点是高热无汗。

(1) 物理因素:如中暑等。

- (2) 化学因素:如重度安眠药中毒等。
- (3) 机械因素:如颅内出血或颅内肿瘤细胞浸润等。
- (4) 功能性因素:如自主神经功能紊乱和感染后低热等。

4. 其他

如甲状腺功能亢进、痛风、严重脱水、因致热原引起的输液或输血反应等。

二、发热疾病的检查

(一) 问诊

发热的病因复杂,常造成诊断上的困难。认真细致的问诊常能为进一步检查提供重要提示。问诊的要点包括:① 起病时间、季节、起病情况(缓急)、病程、程度(热度高低)、频度(间歇性或持续性)、诱因。② 有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。③ 多系统症状询问,如是否伴有皮疹、出血、黄疸、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、腹痛、呕吐、腹泻、尿频、尿急、尿痛、头痛、肌肉关节痛等。④ 患病以来一般情况,如精神状态、食欲、体重改变及睡眠。⑤ 诊治经过(拟诊、药物、剂量、疗效)。⑥ 传染病接触史、疫水接触史等流行病学资料;手术史、流产或分娩史、用药史、职业特点等。兹就其中一些重要问题再强调如下。

1. 病史

详细询问病史往往对发热的诊断与鉴别诊断提供重要线索。例如传染病的流行病学资料十分重要,如蚊虫叮咬可引起乙型脑炎、疟疾、登革热等;有牧区逗留与牲畜接触史者可患布鲁菌病;1个月内有血吸虫病疫水接触史者可引起急性血吸虫病。发热前2~3周内有无皮肤外伤及疖肿史,如有是诊断葡萄球菌败血症的重要线索。在用药过程中出现原因未明发热要注意药物热的可能;大量使用广谱抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂等引起二重感染(机会感染)而致发热不退,或热退后又再发热者亦时有见之。

2. 发热的特点

(1) 发热的临床过程和特点

1) 体温上升期:体温上升有两种方式。① 骤升型:体温在几小时内达 39°C 以上,常伴有寒战。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液或输血反应等。② 缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,多不伴寒战。如伤寒、结核病、布鲁菌病等所致的发热。

2) 高热期:是指体温上升达高峰之后保持一定时间。不同疾病持续时间长短不等。如疟疾可持续数小时,大叶性肺炎、流行性感冒可持续数天,伤寒则可长达数周。

3) 体温下降期:① 骤降型,指体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,常伴有大汗淋漓。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎和输液反应等。② 渐降型,指体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

(2) 热型:不同病因所致发热的热型也常不同。

1) 稽留热:体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24 小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、恙虫病、流行性脑脊髓膜炎、斑疹伤寒及伤寒的高热期。

2) 弛张热:又称败血症热型。体温常在 39°C 以上,24 小时内体温波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重型肺结核及化脓性炎症等。

3) 间歇热:体温骤升达高峰后持续数小时,然后迅速降至正常水平,无热期(间歇期)可持续 1 至数天。如此高热期与无热期反复交替出现。可见于疟疾、急性肾盂肾炎、淋巴瘤、败血症等。

4) 波状热:体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。常见于布鲁菌病、登革热等。

5) 回归热:体温急骤上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然

回复到正常水平,高热期与无热期各持续若干天后规律性交替 1 次。可见于回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等。

6) 不规则热:发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、流行性感、败血症等。

一般说来,热程短、高热、寒战等中毒症状者,有利于感染性疾病的诊断;如热程中等,但呈渐进性消耗、衰竭者,以结核和恶性肿瘤多见;热程长,无毒血症状,发作与缓解交替出现,则有利于结缔组织病的诊断。

3. 发热的伴随症状

(1) 寒战:常见于大叶性肺炎、败血症、急性肝胆道感染、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血、输血或输液反应等。

(2) 全身状况:渐进性消瘦衰竭见于结核、恶性肿瘤等;不少结缔组织病早期精神、食欲及体重可无明显变化。

(3) 各系统症状:可提示疾病的部位。皮疹与多种急性发热性疾病(见第 2 节)和慢性发热性疾病相关。

(二) 体格检查

全面而细致的体格检查非常重要,兹重点讨论如下。

1. 一般状况及全身皮肤黏膜检查

注意全身营养状况。恶病质提示重症结核、恶性肿瘤。注意有无皮疹及皮疹类型:斑疹见于斑疹伤寒、丹毒;面部蝶形红斑、指端及甲周红斑提示为系统性红斑狼疮;环形红斑见于风湿热;丘疹和斑丘疹见于猩红热、药物热;玫瑰疹见于伤寒和副伤寒。睑结膜及皮肤少许淤点,指端、足趾、大小鱼际肌有压痛的 Osler 小结节见于亚急性感染性心内膜炎;软腭、腋下条索状或抓痕样出血点见于流行性出血热;耳郭、跖趾、掌指关节等处结节为痛风石,见于痛风病人;皮肤散在淤点、淤斑、紫癜见于再生障碍性贫血、急性白血病及恶性组织细胞瘤;大片淤斑提示弥散性血管内凝血。皮肤和

软组织的化脓性病灶,常为发热病因,或败血症的来源。皮肤巩膜出现黄疸提示肝、胆道疾病、溶血性疾病和中毒性肝损害。

2. 淋巴结检查

注意全身浅表淋巴结有无肿大。局部淋巴结肿大、质软、有压痛者,要注意相应引流区有无炎症。局部淋巴结肿大、质硬、无压痛,可能为癌肿转移;局部或全身淋巴结肿大、质地韧实有弹性、无压痛者可能为淋巴瘤;全身淋巴结肿大尚可见于急慢性白血病、传染性单核细胞增多症、系统性红斑狼疮等。

3. 头颈部检查

结膜充血多见于流行性出血热、斑疹伤寒、麻疹;扁桃体肿大,其上有黄白色渗出物可以拭去,为化脓性扁桃体炎;外耳道流出脓性分泌物为化脓性中耳炎;乳突红肿伴压痛为乳突炎、鼻窦压痛点有压痛提示鼻窦炎。检查颈部时注意有无阻力,阻力增加或颈项强直提示为脑膜刺激,见于脑膜炎或脑膜脑炎。甲状腺弥漫性肿大、质软(血管杂音)提示为甲状腺功能亢进。

4. 心脏检查

胸廓隆起常提示心脏肥大;胸骨下段压痛提示白血病、恶性组织细胞病;心脏扩大和新出现的收缩期杂音提示为风湿热;原有心脏病,病程中杂音性质改变,需考虑感染性心内膜炎,应予查超声心动图、血培养。

5. 肺部检查

一侧肺局限性叩浊、语颤增强,有湿啰音,提示为大叶性肺炎;下胸部或背部固定或反复出现湿啰音,见于支气管扩张伴继发感染;一侧肺下部叩浊、呼吸音及语颤减低,提示胸腔积液;大量积液时患侧胸廓饱满,气管移向健侧,在年轻病人中以结核性胸膜炎多见,也可见于恶性肿瘤侵犯胸膜或结缔组织病。

6. 腹部检查

右上腹压痛、Murphy 征阳性伴皮肤巩膜黄染,提示为胆囊

炎、胆石症发热；中上腹明显压痛、胁腹部皮肤见灰紫斑(Greuter-Turner 征)或脐周皮肤青紫(Gullen 征)，甚至上腹部可触及肿块，见于坏死性胰腺炎；转移性腹痛伴麦氏点压痛，多为阑尾炎；右下腹或全腹疼痛伴明显压痛，有时在右下腹或脐周可扪及腹块，腹壁或会阴部有瘻管并有粪便与气体排出，全身营养较差，可能为克罗恩病；全腹压痛、反跳痛见于腹膜炎；肝肿大、质硬、表面有结节或巨块，提示为肝癌；肝脾同时肿大，可见于白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、系统性红斑狼疮、败血症等。季肋点压痛、肾区叩击痛、提示上尿路感染。

7. 四肢检查

杵状指(趾)伴发热，可见于肺癌、肺脓肿、支气管扩张、感染性心内膜炎等。多关节红肿、压痛见于风湿热、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎。化脓性关节炎、结核性关节炎、痛风的早期常侵犯单个关节。发热伴有肌肉疼痛见于许多急性传染病，一般无特征性诊断意义。如腓肠肌剧烈疼痛，甚至不能站立与行走，常提示钩端螺旋体病。多发性肌肉显著疼痛可见于多发性肌炎或皮炎。

8. 神经系统检查

发热伴意识障碍或(及)脑膜刺激征见于中枢神经系统感染、中枢神经系统白血病或其他肿瘤。应注意发热兼有中枢神经系统症状、体征者，不少起源于急性全身感染、内分泌代谢障碍、结缔组织病、中毒等全身性疾病，但这些疾病多有相应病史和临床表现，应注意与中枢神经系统疾病鉴别。

(三) 实验室及辅助检查

实验室检查及器械检查可补充病史与体检的不足，尤其对一些仅以发热为主要症状而缺乏明确反映脏器损害的症状和体征的病人，往往有重要的诊断与鉴别诊断意义。血、尿、粪常规与 X 线胸片属发热的常规检查。血培养应列为未明原因发热的常规检

查。其他检查根据临床提示,有针对性地选择应用。

1. 血常规检查

白细胞计数及分类对发热的鉴别诊断有重要初筛价值。白细胞总数及中性粒细胞升高,提示为细菌性感染,尤其是化脓性感染;也见于某些病毒感染如流行性出血热;成人 Still 病、风湿热亦有白细胞增多。极度白细胞增多见于白血病及类白血病反应。大多数病毒感染无白细胞增多,甚至减少;这一现象亦可见于某些细菌感染(如伤寒或副伤寒、结核病的某些类型)和某些原虫感染(如疟疾、黑热病)。嗜酸性粒细胞增多见于寄生虫病、变态反应性疾病等;在伤寒时,嗜酸性粒细胞消失是一个有力的诊断支持点,有助于与其他急性传染病鉴别。绝对性淋巴细胞增多,见于传染性单核细胞增多症、传染性淋巴细胞增多症、百日咳、淋巴细胞性白血病等。全血细胞减少伴发热,见于恶性组织细胞病、重型再生障碍性贫血、白细胞减少的急性白血病、全身血行播散性结核病、癌肿骨髓转移、黑热病、艾滋病等。

2. 尿常规检查

尿中白细胞增多,尤其是出现白细胞管型,提示急性肾盂肾炎;蛋白尿伴或不伴管型尿见于钩端螺旋体病、流行性出血热、系统性红斑狼疮等;蛋白尿也见于轻链型多发性骨髓瘤。

3. 粪常规检查

隐血试验阳性、粪红、白细胞均提示有胃肠道病变。

4. X 线胸片

伴有肺部病征的发热是发热的常见病因,且肺结核目前在我国仍然常见,因此 X 线胸片应列为发热的常规检查。

5. 血培养和骨髓培养

血培养应列为未明原因发热(尤其具感染性血象者)的常规检查,该检查对败血症、伤寒或副伤寒、布鲁菌病、感染性心内膜炎等疾病的病因学诊断具有决定性意义。骨髓培养可提高诊断的敏感

性。对长期使用广谱抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂及化疗药物者,或严重疾病状态全身衰竭患者,要注意真菌或厌氧菌感染的可能,应加做真菌和厌氧菌培养。

6. 各种传染病的病原学及血清学检查

目前我国仍有多种传染病流行,这类疾病构成国人急性发热的常见病因。再者,由于早期干预治疗,临床表现常不典型,因此病原学及血清学检查对这类疾病的及早确诊至关重要。可根据流行病学资料及临床表现的提示选择有关检查。

7. 骨髓涂片检查

原因未明的长期发热(尤其伴进行性贫血者)是骨髓涂片检查的指征。该检查对各种血液病具有确诊的价值。

8. 结缔组织病相关检查

原因未明的长期发热,疑有结缔组织病者可进行相关检查,包括血沉、C 反应蛋白、蛋白电泳、免疫球蛋白、补体等常规项目,以及选择检查各种自身抗体如抗核抗体(ANA)谱、类风湿因子(RF)、抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)、抗磷脂抗体等。

9. 影像学检查

根据临床提示可选择 B 超、CT、MRI 用于胸、腹及颅内病灶的诊断;胃镜、结肠镜、X 线小肠钡剂造影、小肠镜、胶囊内镜用于消化道病变诊断;逆行胰胆管造影(ERCP)或磁共振胰胆管成像(MRCP)用于胆道病变诊断。

10. 活体组织检查

淋巴结活检对原因未明长期发热而兼有淋巴肿大者往往能为诊断提供重要依据,阳性发现对淋巴结核、淋巴瘤及癌的淋巴结转移有确诊价值。对某些诊断有困难的血液病如淋巴瘤、白血病、恶性组织细胞病、多发性骨髓瘤等骨髓活检可提高检出率。对诊断确有困难而有肝、脾肿大或腹膜后淋巴结或纵隔淋巴肿大者,可考虑在 B 超或 CT 引导下行肝、脾、淋巴结穿刺或腹腔镜下

取活检。支气管镜下病变组织活检对支气管癌及支气管内膜结核有确诊意义。

11. 其他

疑感染性心内膜炎或心肌病者行超声心动图检查。疑中枢神经系统感染者行脑脊液检查。疑甲亢者行甲状腺功能检查。PPD皮试作为结核病的辅助检查。某些血清肿瘤标志物如 AFP、CA19-9、CEA、CA125 对消化系恶性肿瘤、PSA 对前列腺癌具有辅助诊断价值。生化、肝功、血清酶学检查对内分泌疾病、肝炎、心肌炎或心肌梗死、肌炎的诊断有帮助。

三、原因未明发热疾病的诊断性治疗

当病因经过各种检查尚难以查明时,在不影响进一步检查的情况下,可按可能性较大的病因进行诊断性治疗,观察治疗的效果,以助诊断。应注意:① 诊断性治疗仅适用于那些对拟诊疾病有特异性强、疗效确切且安全性高的治疗药物的患者。② 诊断性治疗一般否定的意义较肯定的意义大。例如病人经给予氯喹的正规抗疟疗程仍不能退热,则疟疾的可能性很少,但反之并不尽然。因此,对诊断性治疗的效应要结合多方面作出恰当评价。③ 诊断性治疗剂量应充足,疗程要足,否则无助于判断。

用于诊断性治疗的药物有抗菌药物、抗原虫药物、抗风湿药物、抗肿瘤药物。例如拟诊疟疾用氯喹,拟诊结核予抗结核药物。对高度怀疑淋巴瘤但缺乏病理依据的病例,国外学者认为,若病情危重可试用 COP 或 CHOP 化疗。

应特别指出,诊断性治疗要慎用,使用不当,不但不起作用,反而会给诊断增加困难,甚至加重病情。兹就一些药物的应用强调如下:① 糖皮质激素的应用:不要滥用糖皮质激素,以免改变原来热型和临床表现,给诊断带来困难;长期应用还会加重原有的感染或诱发新的感染,加重病情。因此,只在少数情况下,如高度怀疑为药物热、成人 Still 病且病情危急时,方可在有经验的医师指导

下谨慎使用此类药物。② 抗菌药物的应用:几乎所有的发热常因患者入院前均已接受了时间不等的抗生素治疗,抗生素诊断性治疗针对性不强,不仅干扰及时正确诊断治疗,而且容易导致耐药、二重感染或药物热。因此,应严格加以控制。仅对疑为感染性发热且病情危重的高热患者,在必要的实验室检查和各种培养标本采取后,根据初步临床诊断给予经验性抗菌治疗。③ 退热药的应用:确诊前使用退热药会改变热型、影响诊断。但对高热中暑、手术后高热、高热谵妄等应采取紧急降温措施。有条件时,可将室温调在 27℃ 左右,采用物理或(及)药物降温,同时注意防止体温骤降伴大量出汗时可能导致的虚脱或休克。

四、发热疾病的分组

为便于进行鉴别诊断,从发热的缓急、程度、病程、特殊热型以及伴发的主要症状与体征等出发,将发热划分为急性发热、急性发疹性发热、伴有肺部病征的急性发热、周期性发热、长期发热以及慢性微热及伴有其他特别体征的发热等七类。