

贾 杰 主编

临床诊断思维与实践

疑 难 病 例 释 析



科学出版社

www.sciencep.com

临床诊断思维与实践

——疑难病例释析

贾 杰 主 编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书重点从诊断思维入手,提示临床医师如何根据患者的症状、体征拓展诊治思路,迅速选择有效的检查和治疗方法。书中列举了近百个疑难病例的诊治过程,读者可以从中受到启发,并可学习到更多近年认识的疾病或新的综合征。

对本书列举的疾病,作者均参阅国内外最新文献,进行了综述,以帮助读者了解该病的诊治现状和未来的发展趋势。

本书内容丰富,实践与理论相结合,有较大的实用价值,适于有一定基础的非手术科室的临床医师及医学院校高年级学生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断思维与实践:疑难病例解析/贾杰主编. -北京:科学出版社,

2003. 5

ISBN 7-03-011220-2

I. 临… II. 贾… III. 疑难病-病案-分析 IV. R442.9

中国版本图书馆CIP数据核字(2003)第012385号

责任编辑:张德亮 王 晖/责任校对:宋玲玲

责任印制:刘士平/封面设计:卢秋红

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003年5月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2003年5月第一次印刷 印张:45

印数:1—4 000 字数:1 076 000

定价:58.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

《临床诊断思维与实践——疑难病例释析》

编写委员会

主任委员	郑万川	
副主任委员	王宇田	廖小平
	林明忠	李新民
常务主编	贾杰	

编写人员

主 编	贾杰		
副主编	苏哲坦	吴克利	黄烈城
编 者	林 锋	吴 明	龙志刚
	李 伟	吴智勇	郑 波
	王好问	何振杨	田小兰
	陈显钊	刘 华	向 伟

前 言

《临床诊断思维与实践——疑难病例释析》一书的编写目的,主要是通过总结部分疑难、少见或罕见病例诊断过程中的经验、教训,根据疾病的表现,提出诊断思维的规律,帮助临床医师提高诊断水平,缩短拖延诊断的时间,降低误诊率,提高确诊率。但本书又不限于误诊分析,即除临床病例讨论外,还对相应疾病进行了进展性综述。这些进展性的资料,是编写者参阅国内外近期文献整理而成,无疑会给读者对该专题的了解带来极大的裨益。

本书与一般参考书不同,强调每一疾病内容的独立性,其优点之一是,读者可选择性阅读某一专题,不及其他;其次,有利于作者继续整理、挖掘疑难病例,为连续出版做准备。

由于本书各位编写者在诊治病人过程中的经验、体会不尽一致,每一疾病的进展也非同步,故各节内容文风各异,篇幅长短不一。主编尽量要求编写者做到形式统一,内容“有话则长,无话则短。”本书列举的病例均为海南省人民医院的真实病例,叙述中多用临床常用的简称或缩写符号,考虑到不致引起歧义,故未按出版要求全部加以规范处理。

由于水平有限,经验不足,书中一定存在着不少的缺点和错误,希望读者不吝指正。

贾 杰

2003年1月

目 录

第一章 感染性疾病	1
第一节 发热待查	1
第二节 艾滋病	10
第三节 重型肝炎	20
第四节 巨细胞病毒性肝炎	36
第五节 腹泻	42
第六节 伤寒	50
第七节 化脓性脑膜炎	57
第八节 结核性脑膜炎	63
第九节 隐球菌性脑膜炎	71
第十节 破伤风	76
第十一节 弓形虫病	81
第十二节 阿米巴病	87
第十三节 脑囊虫病	98
第十四节 抗菌药物的合理应用	103
第二章 心血管系统疾病	116
第一节 反应性关节炎	116
第二节 病毒性心肌炎	121
第三节 感染性心内膜炎	125
第四节 老年人心律失常	131
第五节 老年人急性心肌梗死	138
第六节 充血性心力衰竭	156
第七节 舒张性心力衰竭	167
第八节 老年人心力衰竭	174
第九节 心脏淀粉样变	180
第十节 老年人糖尿病心肌病	184
第十一节 扩张型心肌病	189
第十二节 主动脉夹层	194
第三章 呼吸系统疾病	202
第一节 肺炎	202
第二节 老年人肺炎	208
第三节 间质性肺病	213

第四节	重症哮喘	218
第五节	急性肺水肿	231
第六节	急性呼吸窘迫综合征	236
第七节	老年人肺血栓栓塞症	245
第四章	消化系统疾病	259
第一节	隐源性消化道出血	259
第二节	Dieulafoy 病	262
第三节	小肠憩室	267
第四节	克罗恩病	270
第五节	假瘤型胰腺炎	276
第六节	重症急性胰腺炎	279
第七节	肝肺综合征	290
第八节	血卟啉病	294
第九节	慢性铅中毒	296
第五章	血液系统疾病	299
第一节	血细胞生成障碍	299
第二节	溶血性贫血	308
第三节	慢性疾病与贫血	316
第四节	急性非淋巴细胞白血病	320
第五节	急性淋巴细胞白血病	326
第六节	慢性粒细胞白血病	334
第七节	继发性白血病	338
第八节	骨髓增生异常综合征	341
第九节	恶性组织细胞病	346
第十节	多发性骨髓瘤	350
第十一节	窦性组织细胞增生伴巨大淋巴结肿	359
第十二节	组织细胞性坏死性淋巴结炎	363
第十三节	血管免疫母细胞性淋巴结病	365
第十四节	紫癜	367
第十五节	血友病	378
第十六节	先天性因子 XIII 缺乏症	381
第十七节	类白血病反应	383
第六章	神经系统疾病	386
第一节	癫痫	386
第二节	运动神经元病	410
第三节	帕金森病	424
第四节	重症肌无力	440
第五节	DMD 型进行性肌营养不良	452

第六节	线粒体脑肌病	455
第七节	无症状性脑梗死	459
第八节	多发性硬化	466
第九节	同心圆性硬化	476
第七章	肿瘤	480
第一节	原发部位不明的颈淋巴结转移癌	480
第二节	皮肤恶性黑色素瘤	485
第三节	恶性淋巴瘤	491
第四节	恶性淋巴瘤肺侵犯并发真菌感染	495
第五节	胃肠道黏膜相关淋巴组织淋巴瘤	500
第六节	肠道恶性淋巴瘤并发肠穿孔	507
第七节	大脑胶质瘤病	512
第八节	垂体腺瘤	516
第九节	鼻咽癌	523
第十节	鼻咽癌种植转移	531
第十一节	食管癌	536
第十二节	乳腺癌	542
第十三节	肺第二原发癌	550
第十四节	腹膜恶性间皮瘤	556
第十五节	精原细胞瘤	561
第十六节	骨多发性嗜酸性肉芽肿	564
第八章	儿童疾病	569
第一节	支原体肺炎	569
第二节	婴幼儿哮喘	575
第三节	Kartagener 综合征	585
第四节	小儿粟粒性肺结核	588
第五节	小儿新型隐球菌性脑膜炎	596
第六节	婴幼儿不典型川崎病	602
第七节	小儿不典型风湿热	608
第八节	幼年型类风湿关节炎	615
第九节	小儿 Sweet 综合征	620
第十节	小儿胃轻瘫综合征	624
第十一节	小儿病毒性心肌炎	628
第十二节	小儿感染性心内膜炎	635
第十三节	Holt-Oram 综合征	642
第十四节	小儿外伤后室间隔破裂	647
第十五节	儿童多发性大动脉炎	652
第十六节	小儿长 QT 间期综合征	657

第十七节	小儿家族性高乳糜微粒血症合并甲状腺功能减退症·····	665
第十八节	家族性纯合子高胆固醇血症·····	671
第十九节	系膜增生性肾小球肾炎·····	679
第二十节	小儿肾小管性酸中毒·····	684
第二十一节	小儿晚发性佝偻病·····	688
第二十二节	婴儿冲心型脚气病·····	692
第二十三节	晚发性维生素K缺乏病·····	697
第二十四节	儿童铅中毒·····	700
第二十五节	儿童急性麻风树果中毒·····	705

第一章 感染性疾病

第一节 发热待查

发热待查指不明原因的发热(fever of undetermined origin, FUO)或无名热,其定义为发热持续2~3周以上,体温(T)超过38.5℃,经详细询问病史、体检和实验室检查仍未能明确诊断者。

FUO的病因复杂,大致可概括为感染、肿瘤(包括血液病)、结缔组织病及其他疾病四类,但仍有少数病例虽经多种检查,仍诊断不明。

I. 病例报告

一、感染性疾病

【病例1】

患者女性,32岁,农民。因间歇性发热近5年,于2000年7月20日入院。从1996年开始出现不规则发热,T38~38.8℃,伴四肢关节酸痛,且大关节处时时出现红斑,红细胞沉降率(ESR)65~80mm/1h,白细胞(WBC) $(11\sim13)\times10^9/L$,中性粒细胞(N) 0.65~0.80,类风湿因子(RF)(一)。曾考虑结缔组织病,以风湿性或类风湿关节炎可能大,使用青霉素肌注,口服布洛芬、吲哚美辛等治疗,症状明显缓解。于1999年初劳累后再次出现不规则发热,体温升至38.5℃以上,偶达39.2℃,全身乏力,ESR110mm/1h,经用青霉素及氧氟沙星等抗感染药治疗,半个月后缓解。2000年4月出现右膝关节肿胀及多关节红肿,体温亦时而升高,遂给予泼尼松30mg/d治疗。6周后体温降至正常,症状改善,但ESR仍在100mm/1h左右。逐步将泼尼松减量,以10mg/d维持。入院前1个月又出现发热等上述症状,遂入院。

入院体检:T 38.6℃,脉搏(P) 96次/分,呼吸(R) 26次/分,血压(BP) 110/80mmHg(14.7/10.7kPa)。形体偏消瘦,浅表淋巴结不肿大,心、肺无异常。腹软,肝、脾无肿大。双膝关节、双踝关节及双腕关节处表面皮肤呈充血样发红、肿胀,右膝关节腔有积液征,髌骨浮动。各关节活动受限较轻。

实验室检查:血红蛋白(Hb)120g/L, WBC $11.0\times10^9/L$, N 0.82,血小板(PLT) $152\times10^9/L$ 。ESR 108mm/1h。肝、肾功能正常。C反应蛋白(CRP)(+),抗链球菌溶血素O(ASO)>500U,类风湿因子及抗核抗体(ANA)均阳性。骨平片显示右膝关节腔中量积液。心电图正常。B超发现腹腔有少量积液。在B超引导下抽出10ml黄色腹腔液,检查发现里瓦尔塔试验阳性,蛋白30g/L, WBC $6\times10^9/L$, N 0.60,革兰染色及抗酸染色均阴性,细菌培养及结核杆菌培养亦阴性,但抗结核杆菌抗体阳性,纯化蛋白衍生物(PPD)皮肤试验强阳性。

结合漫长的病程,考虑结核性风湿病(结核性变态反应性关节炎,Poncet病)可能性大,给予

异烟肼(300mg/d)、利福平(450mg/d)、乙胺丁醇(750mg/d)抗结核治疗。1周后发热控制,半个月左右皮肤红斑消退,腹水消失,遂出院维持治疗。随访3个月时,右膝关节腔积液消失,关节症状完全缓解。半年时,几如常人,ESR 16mm/1h。

【病例2】

患者女性,18岁。因高热1个月于1998年5月15日入院。患者4月中旬起开始发热,午后明显,体温最高可达40.5℃,伴有咳嗽、活动后气急、乏力及右侧胸痛。外院诊断右侧结核性胸膜炎,服用利福平450mg/d、异烟肼300mg/d,肌肉注射(肌注)链霉素0.75g/d,联合治疗1个月,症状无改善,仍高热不退。

入院体检:T 39.0℃,R 28次/分,P 100次/分,BP 120/76mmHg(16.0/10.1kPa)。神志清楚(神清),发育正常,较消瘦。皮肤、巩膜未见黄染。两侧颌下均可扪及数个黄豆大小淋巴结,质软,活动,无压痛。颈软,气管稍向左偏。右下肺呼吸音减弱,语音震颤(语颤)减弱,叩呈浊音。心浊音界(心界)略向左扩大,心律齐,心率100次/分。腹平软,肝肋下1.0cm,质中,无明显触痛。脾未触及。腹水征(-)。

实验室检查:WBC $5.7 \times 10^9/L$,N 0.69。ESR 28mm/1h。右侧胸腔积液呈草黄色,蛋白(+++),比重1.022,红细胞(RBC) $0.3 \times 10^9/L$,WBC $1.39 \times 10^9/L$,单核细胞0.85,多核细胞0.15。涂片及细菌培养(包括抗酸杆菌)均(-)。肝功能正常。

入院后X线胸片显示右侧胸腔积液。B超肝大小正常,肝内光点较粗。经胸腔积液检查后,诊断为右侧结核性胸膜炎,给予利福平450mg/d、异烟肼300mg/d口服及链霉素0.75g/d肌注三联疗法。体温仍在39℃左右,中毒症状明显,1周后加用泼尼松30mg/d口服,使用10天后,体温下降,多在37.5~38.2℃,胸腔积液吸收,遂出院继续抗结核治疗。

出院2个月后因低热始终不退,且出现右季肋部胀痛,再次入院。入院后B超检查提示肝右叶有一3.0cm×2.5cm低回声区。MRI检查结果与B超相似,考虑肝脓肿可能性大。遂在B超引导下行肝脓肿穿刺术,抽出咖啡样液体25ml。穿刺液常规检查呈血性,涂片找到抗酸杆菌。在原治疗基础上加用吡嗪酰胺1.5g/d口服及护肝药物。又先后穿刺2次,每次抽出10ml左右液体,并向脓腔内注射异烟肼100mg。经治疗20天后,体温接近正常,肝功能无异常,确诊为结核性肝脓肿,出院治疗。

【病例3】

患者女性,60岁。因反复发热8个月于1997年8月11日收入院。从1997年年初起因受凉后发热,体温37.8~39.2℃,病初服用抗病毒药,体温略为平稳,但始终未降至正常。而后不规则发热,曾用多种抗生素及抗结核药,均无效。体质逐渐下降,入院治疗。

入院体检:T 38.6℃,P 102次/分,R 24次/分,BP 100/70mmHg(13.3/9.33kPa)。贫血貌,无黄疸及出血。浅表淋巴结不肿大,心、肺无异常。左下腹轻压痛,肝肋下3.0cm,质中。脾未触及。

实验室检查:Hb 50g/L,WBC $1.5 \times 10^9/L$,N 0.53,网织红细胞0.018。PLT $51 \times 10^9/L$ 。ESR 28mm/1h。结核菌抗体(TB-Ab)多次阴性,PPD皮试(++)。血培养3次阴性。

胸部CT:右肺尖散在条索状影,右上叶后段及左下叶背段斑片状影,纵隔淋巴结不肿大。腹

部CT:腹膜后多发性淋巴结肿大,小肠系膜肿物伴弥漫性增厚。

综合考虑以结核病可能性大,不排除淋巴瘤,遂再次四联抗结核治疗。抗结核1个月后仍发热。骨髓检查仍提示感染,巨幼细胞性贫血。经多方会诊,遂决定剖腹探查。术中见腹、盆腔多个淋巴结肿大,病理活检报告为淋巴结组织胞浆菌病。改用氟康唑100mg 2次/d,1周后体温正常,1个月后症状、体征改善,遂氟康唑100mg/d维持出院。

二、肿瘤

肿瘤(包括实体瘤及血液系统恶性肿瘤)是非感染性发热的主要病因之一。据统计,肿瘤性疾病表现为FUO者主要有淋巴瘤、恶性组织细胞病(恶组)、肝癌等,其中不典型的淋巴瘤诊断最为困难。

【病例4】

患者女性,29岁。因畏寒、发热5天于1997年10月12日入院。入院前5天患者出现畏寒、发热,伴头痛及咽部不适。随后出现食欲不振、恶心、腹痛和腹胀等消化道症状。入院前1天体温高达39℃,喃喃自语,遂住院诊治。2个月前曾排暗红色血便1次,约150ml,外院考虑上消化道出血,经服药治愈。

入院体检:T 38℃,P 101次/分,R 20次/分,BP 120/70mmHg(16.0/9.33kPa)。发育正常,营养中等,时有烦躁。皮肤无黄染及出血点,浅表淋巴结无肿大。头颈部无异常,心、肺正常。腹平软,无压痛。肝肋下2.0cm,质中,无压痛。脾未触及。未触及腹内包块,移动性浊音(一)。下肢轻度凹陷性水肿。神经系统正常,未引出病理征。

实验室检查:RBC $3.34 \times 10^{12}/L$,Hb 83g/L,WBC $2.7 \times 10^9/L$,N 0.81,淋巴细胞(L)0.19,PLT $300 \times 10^9/L$ 。尿(行经期)RBC(++++),蛋白(+)。大便常规正常。

入院后检查肝、肾功能基本正常,肝炎病毒标志物(一)。脑电图中度异常,脑脊液(一)。外斐、肥达反应(一)。血培养3次、骨髓培养1次均(一)。骨髓检查显示中性粒细胞为主,胞质中有少量中毒颗粒,网状细胞比例稍高(0.075),未见异形细胞。心电图、胸片、腹部B超、头颅CT均未见异常。

住院期间体温波动于38~38.7℃,考虑伤寒可能性大,行氯霉素治疗。入院后第12天体温升至40℃,并出现贫血貌,次日便血约100ml,腹胀明显,腹肌紧张,全腹压痛、反跳痛,移动性浊音可疑。腹穿抽出10ml黄色液体,镜检RBC满视野,WBC(+),涂片见革兰阴性杆菌。经会诊,认为伤寒并发肠出血、肠穿孔、腹膜炎可能性最大,加强抗感染、抗休克等措施。入院后第14天,面色苍白更为明显,遂行剖腹探查,腹腔有脓液及粪样液1000ml以上,主要聚集于左腹及盆腔,结肠脾曲有5cm×5cm肿物,肿物外侧肠穿孔1.5cm,部分肠内容物漏入腹腔,穿孔部位被大网膜充塞。切除距肿物两端各8cm横结肠,病理检查镜下见大量增生细胞侵犯肠壁全层,浆膜内亦受侵犯。细胞较大,胞质红染,有明显吞噬细胞碎屑及红细胞现象,细胞核分裂象可见。有少量淋巴细胞浸润。病理诊断恶性组织细胞病。

三、结缔组织病

此类疾病作为FUO的原因越来越重要,其占FUO的比例有逐年增高的倾向,不少报道指出已由10%~20%上升到30%左右,常见的疾病有Still病、SLE、类风湿关节炎、多发性肌炎、脂膜炎、结节性多动脉炎等。

【病例5】

患者女性,24岁。因发热半个月伴关节肿痛5天于1997年10月入院。患者2周前受凉后出现发热、寒战,体温高达39℃左右,呈间歇热。10天前出现全身散在性斑丘疹及四肢酸痛。皮疹多在前胸,轻度瘙痒,无脱屑及水疱。5天前出现膝、肘及踝关节肿、痛。门诊先后接受青霉素及头孢唑啉治疗,效果不佳,遂收入院。近期均在海口市,无虫咬及外伤史。既往无经常感冒、咽喉痛及关节疼痛史。

入院体检:T 38.9℃,P 108次/分,R 21次/分,BP 110/60mmHg(14.7/8.0kPa)。神志清楚,面色潮红,全身皮肤散在红色斑丘疹,无皮下出血及瘀斑。右颈侧及腹股沟可触及数个黄豆大小淋巴结,活动度好。咽轻度充血,扁桃体Ⅰ°大,无脓性分泌物。颈软,甲状腺不肿大。双肺呼吸音清,未闻及干、湿性啰音。心界不大,律齐,心率108次/分,心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音,无心包摩擦音。腹软,肝肋下1.0cm,质中,脾未触及。双踝、膝、腕关节红、肿、热及轻度压痛,活动不受限。神经反射正常,无病理征。

实验室检查:WBC $16.8 \times 10^9/L$,N 0.90, Hb 92g/L。尿蛋白(+),大便潜血(+)。C蛋白反应(+),ASO 1:200,ESR 120mm/1h。肝、肾功能正常,外-斐、肥达反应(-),TB-Ab(-)。心电图及X线胸片正常。B超肝、脾略大。心脏彩超显示二尖瓣轻度关闭不全伴轻度反流,左房稍大,少量心包积液。

入院后先后给予头孢唑啉、头孢他啶等抗菌药物治疗,体温仍呈弛张热,最高达39.4℃。多次血常规检查WBC均在 $15 \times 10^9/L$ 以上,N 0.82~0.90。血培养3次及骨髓培养1次均(-),骨髓呈感染性骨髓象。治疗期因高热曾应用地塞米松10mg,随后4天未发热,而后再次发热,但一般状况仍较好。遂考虑Still病可能,在未停用抗生素的同时,连续3天每天应用地塞米松10mg静滴,而后停用抗生素,每天泼尼松30mg口服,发热停止,皮疹消退,淋巴结缩小,四肢关节症状改善,心脏杂音减轻,WBC $9.3 \times 10^9/L$,ESR 25mm/1h,遂出院继续服用泼尼松。

四、其他疾病

FUO常见病因已为广大医务工作者熟知,概括为感染、肿瘤和结缔组织病三类,但近年来发现一些不能归入这三类的疾病,构成了新的一类FUO的病因。尽管这类疾病在FUO病因中占的比例较小(5%~10%),因其为可治性疾病,增加了临床工作者认识的重要性。

【病例6】

患者女性,28岁。因发热9个月于1991年9月20日以FUO诊断收住院。患者9个月前无

诱因发热,伴发冷,体温 38.5~38.7℃,无其他任何伴随症状,曾静脉点滴青霉素治疗无效。7个月前发现贫血,血小板低,ESR 70~120mm/1h,ASO 1:1 000,抗核抗体阴性,类风湿因子阴性。因超声波检查发现肝门肿物、肝脾肿大于半年前在某院剖腹探查,切除肝门肿物及脾脏,病理诊断为“慢性活动性肝炎”、“淤血性脾肿大”、“脾功能亢进”、“肝门淋巴结反应性增生症”。术中发现腹腔内有3cm×2cm×2cm大小的两个肿物。术后仍有发热及ESR快,服用阿司匹林及吲哚美辛可暂时退热,停药后则又发热,为进一步诊治而来诊入院。

入院体检:T 38.5℃,轻度贫血貌,双颈部可触及数个小淋巴结,直径约0.2~0.3cm,左颈淋巴结一个约1.0cm×1.5cm×1.5cm。心肺未见明显异常,腹平软,左腹部切口瘢痕长20cm,肝、脾未触及。

实验室检查:蛋白电泳白蛋白(A) 29.7%, α_1 球蛋白(α_1)2.7%, α_2 球蛋白(α_2)14.3%, β 球蛋白(β)11.4%, γ 球蛋白(γ)41.9%,血清免疫球蛋白G(IgG)45g/L,免疫球蛋白A(IgA) 7.5g/L,免疫球蛋白M(IgM) 3.56g/L,抗核抗体阴性。B超检查:肝门部4.8cm×5.8cm低回声结节,边界清,有包膜,内回声欠均匀,可见强回声,胰腺周围沿肝周围可见多发低回声结节,较小,最大一个1.6cm×2.2cm,腹主动脉旁、肠系膜上动脉根部未见明显肿大的淋巴结。CT所示肝门部可见一类圆形肿物,约4.6cm×3.45cm×5.40cm,边缘光滑,与周围结构分界较清,肝内胆管未见明显扩张,肝右叶前段近肝门处亦可见大片类圆形低密度区,边缘较清,低密度区内可见部分血管走行,并向后轻度挤压右肝静脉。肠系膜上动脉周围及腹主动脉-下腔静脉间、胰头旁见融合的团块状软组织影。B超引导下肝门部肿物穿刺活检示少许淋巴组织、部分细胞呈异形性,未见淋巴瘤。复查院外术后病理切片:肝门淋巴结呈混合型巨大淋巴结增生改变。遂诊断“多中心性血管滤泡性淋巴组织增生(Castleman病)”,先后经泼尼松、联合化疗及腹部放疗后,ESR、蛋白电泳及免疫球蛋白恢复正常,影像学检查证实腹部淋巴结缩小,但仍留有低热(37.5~37.7℃)。

【病例7】

患者男性,29岁。因不明原因发热1个半月于1992年5月4日入院。患者于1个半月前无诱因发热,体温在37~38℃,曾用磺胺类药物治疗无效,1周后体温高达38~39℃,时有寒战,给予青霉素静点3周无效。住某院治疗3周后体温下降至37~37.5℃,出院1周后体温再次升高达38.5~40℃,伴头痛,头颅CT检查无异常。因持续发热不退,曾用哌拉西林12g/d静点,共7天,治疗无效而来诊,收住院。

入院体检:T 36℃,一般情况好,双颌下、颈后、腋窝、腹股沟均有数个黄豆大淋巴结,轻度压痛,扁桃体不大,心、肺未见异常,肝肋下2cm,肝区有叩击痛,脾肋下7cm。

实验室检查:WBC $3.6 \times 10^9/L$,杆状0.05,分叶0.5,嗜酸粒细胞0.03,淋巴细胞0.41,嗜酸粒细胞计数 $80 \times 10^6/L$,3次肥达反应均阴性,3次外-斐反应分别为1:160、1:320、1:320,血培养(-),大便培养(-),布鲁斯菌凝集试验(-),嗜异性凝集试验(-),脑脊液检查无异常。B超2次均见脾大近脐,CT示脾肿大,腹腔内无肿大淋巴结。颈部淋巴结病理示高度反应性增生,伴明显碎片状坏死,免疫组化LCT(+),CD20(-),CD3(+),Lysozyme(+),ACT(+),结合形态及免疫组化,考虑以组织细胞坏死性淋巴结炎(Kikuchi病)可能性大。为慎重起见行第二次颈部淋巴结病理检查,结果与第一次相似,惟病变程度较前次活检为轻,经观察10天后体温

下降,脾脏缩小,并经B超证实脾脏已明显缩小,观察24天未再发热,出院诊断为“组织细胞坏死性淋巴结炎”。

【病例8】

患者男性,60岁。因间歇发热9个月于1987年2月10日入院。9个月来间歇发热,体温多在 $37.5\sim 38.3^{\circ}\text{C}$,以下午明显,无盗汗,不咳嗽。多次胸片阴性。曾接受抗生素及抗结核治疗,效果不显。近半月来,发热有上升趋势,体温偶可达 39°C ,并伴四肢关节疼痛、心悸、气短。

入院体检:T 37.8°C ,P 100次/分,R 24次/分,BP 120/60mmHg(16.0/8.0kPa)。慢性贫血貌,左腋下有一蚕豆大淋巴结,不活动,无压痛。心、肺正常。肝、脾均肋下2.0cm,质中,表面光滑,无压痛。四肢关节无红肿,活动自如。神经反射正常,无病理征。

实验室检查:Hb 45g/L, WBC $8.9\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞0.63,嗜酸粒细胞0.05,血小板 $109\times 10^9/\text{L}$ 。ESR 150mm/h。ASO 1:125。RF、ANA及狼疮细胞均(-)。ALT 160IU/L,白蛋白(A)39g/L,球蛋白(G)41g/L,IgG 32.1g/L,IgA 2.3g/L,IgM 4.2g/L。胸片正常,骨髓象符合缺铁性贫血改变。

入院后除对症治疗外,即行左腋下淋巴结活检,见淋巴结结构破坏,小血管增生,内皮细胞肿胀,浆细胞及免疫母细胞($15\sim 25\mu\text{m}$,多角形,胞质少核大,椭圆形,核膜明显,核质疏松,1~3个嗜碱性核仁,偶见核分裂象)浸润,病理报告为血管免疫母细胞淋巴结病。给予泼尼松30mg/d口服,3天后热退,临床症状缓解,遂带药出院治疗。门诊随访期,泼尼松5mg/d口服,一切如常。

【病例9】

患者女性,30岁。因发热5天于1999年11月1日入院。入院前1周因鼻塞、咳嗽、咽痛在当地卫生院诊为上呼吸道感染,考虑患者有基础疾病系统性红斑狼疮(SLE),静滴青霉素钠480万U/d和0.2%乳酸环丙沙星200ml/d,治疗5天后,体温升高达 40.2°C ,呈不规则发热,无畏寒和寒战。

入院体检:T 39.8°C ,P 102次/分,R 23次/分,BP 120/70mmHg(16.0/9.33kPa)。皮肤无皮疹,咽充血,双扁桃体I°肿大。双肺背部少量干啰音,心脏(-),腹软,肝、脾不大。神经反射正常,无病理反射。

实验室检查:WBC $5.2\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞0.83,淋巴细胞0.15,单核细胞0.02。肥达反应(-)、血培养2次(-),骨髓涂片无异常。

入院后考虑发热为呼吸道感染未控制所致,改用头孢拉定6.0g/d静脉滴注(静滴),连续5天后仍发热不减,呈不规则热型。改用头孢曲松钠4.0g/d静滴,患者体温反而上升至 40.3°C 。经会诊,患者体温上升,但无明显中毒症状,血WBC未上升,尽管无皮疹,仍考虑药物热可能,遂停用一切抗菌药物,静滴维生素C 2.0g/d,于第2天体温下降,第4天体温完全正常,无任何不适,最后诊断β内酰胺类药物所致药物热,痊愈出院。

II. 评 述

一、发热待查为何最易误诊

1. 对结核病认识不足

在感染性疾病中,结核性疾病据多数文献报道几乎占首位。结核病在我国属常见病、多发病,近年来,由于流动人口增多、不规则治疗及耐药菌株的增加,发病率明显上升。因此,在不明原因发热鉴别诊断时,必须首先考虑本病。发生结核病误诊的原因:①血行播散型肺结核临床表现复杂。②下叶肺结核增多。③肺结核早期症状、体征不明显及影像学依据不足。④肺外结核临床表现多样化。⑤对结核性血管炎病变如肌炎、Poncet 综合征、神经脱髓鞘及脊髓白质炎等缺少认识。⑥结核菌耐药引起试验性治疗效果不理想等。

2. 肿瘤的多样性

随着工业发展环境污染加重及人口老年化,肿瘤发病率不断增高。既往伴有发热的肿瘤主要为淋巴、血液组织肿瘤,现在倾向于多样化,肝癌、肠癌、纵隔肿瘤、胰头癌、神经母细胞瘤、卵巢肿瘤、颅咽管癌、多发性骨髓瘤、转移性及晚期肿瘤等均可引起发热。因此,必须开拓思路,多方检查,积极寻找肿瘤可能发生的部位,严防漏诊。

3. 加强对结缔组织病的认识

结缔组织病(CTD)引起发热者多为弥漫性病变。CTD 为自身免疫病,过度的自身免疫介导了炎症反应过程,引起发热。热型除 Still 病呈弛张热外,其他疾病热型多无特异性。

CTD 的特异性表现归纳如下:

(1) 多系统受累:为本病的重要特征。如 SLE 至少 5% 的病人有一个以上脏器受累,有时可累及多个脏器。

(2) 实验室检查特点:①自身抗体多阳性,且不同的 CTD 具有不同的自身抗体谱。②高球蛋白血症。

4. 不可疏忽的药物热

药物热为使用药物直接或间接引起的发热,可为高热或低热。据统计,药物热占住院病人发热原因的 3%~7%。

药物热多见于连续用药或更换药物频繁者,用药时间越长,发生药物热的机会越多,但亦有一剂药物而引起者。药物热多见于用药后 1~2 周,发热时间相对恒定,高峰多在下午 4 点至午夜,与给药时间无关。

药物热的临床表现,不少人认为皮疹是重要的诊断依据,但其发生率仅 5%~10%。皮疹可与发热同时发生,亦可在发热前或发热后出现,可表现为全身向心性斑丘疹或瘙痒性丘疹(分布于手掌或足底),严重者可发生剥脱性皮炎。临床仅表现发热者为单纯型,约占 14%~44%,若伴有关节痛、肌痛、淋巴结肿大、肝肾功能障碍、粒细胞减少、再生不良性贫血等,则称为混合型,约占

56%~86%。实验室检查白细胞计数可增多及有核左移,嗜酸粒细胞可增多,血小板可减少,ESR常加快,碱性磷酸酶及转氨酶轻度或中度升高。

5. 加强对新的疾病的认识

病例6、7、8均为非恶性淋巴结病,国内对这类疾病认识较晚,值得注意和加强学习。

血管滤泡性淋巴组织增生(Castleman病)为慢性淋巴组织增生性疾病,临床分为局灶性和多中心性两类,突出的临床特点为无痛性淋巴结肿大。多中心性伴有显著的全身症状及多系统受累表现,常误诊为恶性淋巴瘤或结缔组织病。特征性病理改变为淋巴小结(淋巴滤泡)异常增生,伴血管及周围组织玻璃样变,滤泡间含有Russell小体的浆细胞浸润。

坏死性淋巴结炎又称Kikuchi-Fujimoto病,1981年首次在日本发现。临床多有上呼吸道感染的前驱症状,发热可呈持续性,亦可呈间歇性。淋巴结肿大以颈部为明显,可在发热高峰时肿大,热退时缩小,一日内即可有明显改变,有别于淋巴瘤。病理改变坏死区可见于副皮质区或皮质区,呈散在不规则淡染。小血管呈纤维素样坏死伴有小血管增生,组织细胞、浆细胞和免疫母细胞浸润,但不见嗜酸性无定型物质,应与血管免疫母细胞性淋巴结病区别。淋巴结内可见各种细胞浸润,但缺乏中性粒细胞为其特点。

血管免疫母细胞性淋巴结病(angio-immunoblastic lymphadenopathy, AIBL, AILD)又称原始免疫细胞性淋巴结病,其本质可能为非肿瘤性自身免疫病。本病的发生可能与T淋巴细胞调节、抑制功能紊乱、B淋巴细胞增生及其功能亢进有关。本病多见于老年人,70%的病例大于60岁。临床表现为不规则发热,全身或局部淋巴结肿大,多为无痛性。常伴不同程度贫血,白细胞多增高,嗜酸粒细胞亦增高。部分病人血小板减少。病理改变以免疫母细胞浸润及细胞间有嗜酸性无结构物质沉积为特征。

二、发热的概念及其研究的某些进展

1. 发热的概念

关于人体正常温度的概念,许多人认为是37℃。《希氏内科学》中发热的定义亦为高于37℃。1992年美国Maryland大学进行了系统的调查,认为人体的温度昼夜波幅最高可达1.3℃。24小时中,2:00至8:00体温最低,16:00至21:00体温最高。6:00体温上限为37.2℃,16:00体温上限为37.8℃(均为口表)。可见,人体正常体温并非恒定数字,而是有一定的波动范围,通常以(37±0.5)℃表示,超过此限即可认为发热。

2. 发热的形式

按发热的高低,可分为低热(37.5~38℃)、中等度热(38~39℃)、高热(39~41℃)和超高热(41℃以上)。常见的热型有:①稽留热:体温持续在39~40℃左右,1天内波动不超过1℃。②弛张热:体温39℃以上,1天内波动在2℃以上,且体温低时仍高于正常水平。③间歇热:高热与无热交替出现。④回归热:高热与无热各持续数天,规律性交替。⑤波状热:体温逐渐升高至39℃以上,数天后又逐渐下降至正常水平,如此反复。⑥不规则热:发热无一定规律。尽管热型受多种因素影响,但对疾病的诊断和鉴别诊断仍有一定意义。如:稽留热多见于伤寒、肺炎;弛张热多见于败