

医学福尔摩斯 丛书

常见

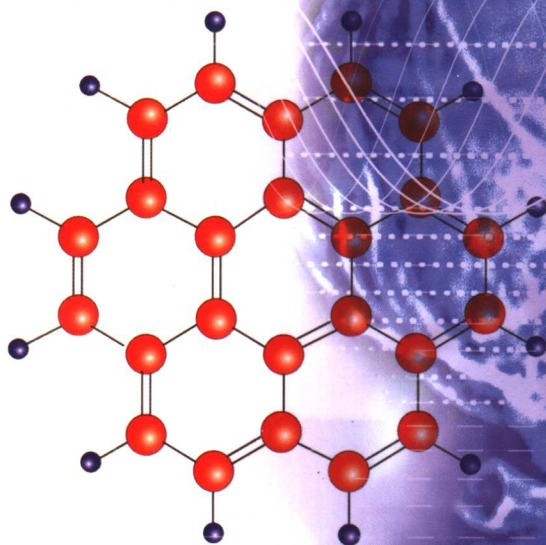
的疑难病

和 疑难的常见病

——附75例临床病案推理分析

（感染科）

曹建林/主编 张袁媛 胡 莲/编著



贵州科技出版社

医学福尔摩斯 丛书

常见 的疑难病 和 疑难的常见病

——附75例临床病案推理分析
(感染科)

江苏工业学院图书馆
藏书章



贵州科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见的疑难病和疑难的常见病. 感染科/赵袁媛, 胡
莲编著. —贵阳: 贵州科技出版社, 2004. 10

(医学福尔摩斯丛书/曹建林主编)

附 75 例临床病案推理分析

ISBN 7-80662-359-0

I. 常… II. ①张…②胡… III. 疑难病—感染—
诊疗 IV. R442.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 099844 号

策 划 夏同珩
夏顺利
责任编辑 夏顺利
封面设计 张 彪

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

出版人: 丁 聪

贵州云商印务有限公司印刷 贵州省新华书店经销

787mm×1092mm 16 开本 16.25 印张 400 千字 4 插页

2004 年 11 月第 1 版 2004 年 11 月第 1 次印刷

印数 1—3000 册

定价: 32.00 元

编辑委员会名单

主 编 曹建林

副 主 编 赵 轩 袁正强 温 青 王少浪

编辑委员 (以姓氏笔画为序)

王正光	王少浪	王东红	冯慕仁	刘玉琴
周 虹	孙丽君	孙 阳	张袁媛	胡 莲
赵 轩	袁正强	曹建林	黄文霞	温 青

前 言

近年来,对疾病诊断的正确率并未随着诊疗设备的不断更新而逐渐增加,误诊或漏诊的现象仍屡见不鲜。其主要原因是由于一些临床医师经验匮乏,不注重诊断思维的培养,不善于总结工作的得失、病史的草率采集和疏忽全面细致的体格检查,以及过分或盲目依赖辅助检查结果等,其误诊或漏诊的结果往往是以生命作为代价的。为此,我们根据自己多年的临床工作和教学经验,以临床实际病例为基础,编写了这本《常见的疑难病和疑难的常见病》。书中借用“福尔摩斯”破案的形式,在复杂的临床表现中找出有价值的线索,科学地推理“破案”,最终达到正确诊治,旨在帮助临床医师建立正确的诊断逻辑思维,并娴熟地应用于临床,从而提高诊疗水平。

本书从如何询问病史,如何进行体格检查,如何进行相关的辅助检查,如何观察和总结病情变化,以及书写住院病历的技巧和查房技巧等方面做了新颖的示范性尝试。就如何综合分析这些资料,并从中捕获疾病的诊断线索,按图索骥地提供了临床经验。着重提出了疾病的诊断线索和思维程序,叙述了临床各科常见的“疑难”病和“疑难”的常见病的诊断与鉴别诊断技巧。

为了更符合和适用于临床,该书以作者临床工作中的实际病例作为资料;以症状、体征和辅助检查为编排顺序;以查房分析的形式,综合临床各种资料对疾病诊断进行逐一剖析,由浅入深,耐人寻味。又以年轻医师提问的方式,强调诊断所涉及的难点或疑点,最后分析误诊的原因,总结出临床体会和教训。在编写过程中,作者利用基础医学知识和临床医学知识对病案中所提供的错综复杂的资料进行了综合分析,并运用严谨、科学的逻辑思维推理方法,达到疾病的正确诊断。作者除了参考大量的医学专著和文献外,更注重将自己的临床经验融入书中,为临床医师在工作中如何建立良好的诊断逻辑思维,将起到推动作用。本书所列举的病例,还可供各级临床医师作病案讨论之用。

由于临床诊断逻辑思维是一项复杂的过程,尽管做了很多努力,但错误和疏漏之处仍在所难免,恳切期望读者不吝赐教,提出批评指正。

编 者

2002年11月

目 录

[病例 1]	
发热、黄疸、肝、脾肿大	(1)
[病例 2]	
持续发热、咳嗽、关节疼痛	(5)
[病例 3]	
低热、咳嗽、咯血	(9)
[病例 4]	
发热、黄疸、肝肿大	(12)
[病例 5]	
发热、咳嗽、痰中带血、休克	(16)
[病例 6]	
发热、咳嗽、左胸疼痛	(19)
[病例 7]	
发热、黄疸、肝功能异常	(22)
[病例 8]	
发热、白细胞减少	(26)
[病例 9]	
发热、抽搐	(29)
[病例 10]	
发热、黄疸、肝、脾肿大	(32)
[病例 11]	
低热、咳嗽、胸痛	(36)
[病例 12]	
黄疸、肝肿大	(39)
[病例 13]	
发热、黄疸、神志异常	(43)
[病例 14]	
发热、腹痛、泻脓血便	(47)
[病例 15]	
发热、咳嗽、胸腔积液	(51)
[病例 16]	
发热、咳嗽、胸腔积液	(54)
[病例 17]	
发热、肾功能损害、四肢麻木	(57)

[病例 18]	
发热、黄疸、肝、脾肿大	(60)
[病例 19]	
呕血、便血、肝功能异常、神志恍惚	(64)
[病例 20]	
发热、肝、脾肿大	(67)
[病例 21]	
发热、痰中带血、少尿	(71)
[病例 22]	
慢性咳嗽、肺部浸润	(74)
[病例 23]	
反复黄疸、乏力	(77)
[病例 24]	
咳嗽、盗汗、咯血	(80)
[病例 25]	
发热、咳嗽、淋巴结肿大	(84)
[病例 26]	
发热、关节疼痛、胸腔积液	(87)
[病例 27]	
发热、咳嗽、夜汗多	(90)
[病例 28]	
发热、抽搐	(93)
[病例 29]	
持续发热、肝、脾肿大	(96)
[病例 30]	
发热、白细胞减少	(99)
[病例 31]	
发热、皮疹、淋巴结肿大	(102)
[病例 32]	
发热、咳嗽、肺部阴影	(105)
[病例 33]	
腹泻、呕吐、抽搐	(108)
[病例 34]	
发热、皮疹、淋巴结肿大	(111)
[病例 35]	
发热、腰痛、少尿	(114)
[病例 36]	
黄疸、右上腹部不适	(117)

[病例 37]	
发热、顽固性休克	(120)
[病例 38]	
脾大、神志恍惚	(123)
[病例 39]	
发热、咳嗽、双肺浸润	(126)
[病例 40]	
胸闷、胸、腹腔积液	(129)
[病例 41]	
低热、黄疸、腹水、多尿	(132)
[病例 42]	
咳嗽、少痰、进行性呼吸困难	(136)
[病例 43]	
低热、咯血、肺部浸润	(139)
[病例 44]	
反复黄疸、肝、脾肿大	(142)
[病例 45]	
发热、转移性右下腹疼痛	(145)
[病例 46]	
高热、皮疹、白细胞减少	(148)
[病例 47]	
反复咯血、肺部浸润	(151)
[病例 48]	
反复肝功能异常、皮肤黯黑色	(154)
[病例 49]	
发热、肛周脓肿	(157)
[病例 50]	
反复肝功能异常、腹泻	(160)
[病例 51]	
心悸、双下肢水肿	(163)
[病例 52]	
咳嗽、喘息、咯血	(167)
[病例 53]	
咳嗽、咳痰、发热、呼吸困难	(170)
[病例 54]	
腹痛、腹泻、腹腔积液	(174)
[病例 55]	
发热、肝、脾、淋巴结肿大	(178)

[病例 56]	
发热、出血、少尿、肾功能损害	(181)
[病例 57]	
发热、淋巴结肿大、肝功能异常	(184)
[病例 58]	
发热、腹痛、腹胀、便血	(188)
[病例 59]	
腹痛、腹泻、腹胀	(192)
[病例 60]	
发热、咳嗽、咯血、肝大	(196)
[病例 61]	
胸痛、发热、咳脓痰	(199)
[病例 62]	
发热、头痛、抽搐	(202)
[病例 63]	
咳嗽、咯血、胸痛、声嘶	(206)
[病例 64]	
发热、肝、脾肿大	(210)
[病例 65]	
发热、咳嗽、咯血	(213)
[病例 66]	
发热、腹泻、肾功能异常	(216)
[病例 67]	
发热、消化道出血、蛋白尿	(220)
[病例 68]	
消瘦、腹胀、消化道出血	(223)
[病例 69]	
发热、胸痛、多浆膜腔积液	(227)
[病例 70]	
发热、咯血、肺部浸润	(231)
[病例 71]	
神志不清、黄疸、胸腹腔积液	(235)
[病例 72]	
消瘦、鼻衄、肝、脾肿大	(239)
[病例 73]	
发热、右侧胸痛	(242)
[病例 74]	
发热、咳嗽、咯血、胸腔积液	(245)
[病例 75]	
发热、头痛、呕吐、神志不清	(249)

【病例 1】

发热、黄疸、肝、脾肿大

病 史

患者,男性,25岁,已婚,民工。因持续发热半个月,伴黄疸1周入院。半个月前无明显诱因出现寒战、高热伴全身乏力,食欲下降。偶有恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,量不大。每日排黄稀便3~5次,无黏液脓血便。曾就诊于当地医院,拟诊为“急性胃肠炎”经口服痢特灵、氟哌酸及输液等治疗后,呕吐及腹泻好转,但寒战及发热仍未缓解,体温波动在37.8~39.5℃之间,热退后感全身乏力明显,且伴厌食。1周前出现黄疸,自疑为“黄疸性肝炎”而就诊于我院。病后无呕血及皮肤瘙痒,无酱油尿,大便颜色正常。既往无肝炎、结核、伤寒等传染病史,2个月前由海南务工归来,家族史无特殊。

体 格 检 查

体温:38.5℃,呼吸:20次/min,脉搏:110次/min,血压:110/70mmHg。发育正常,营养中等,神清合作,自动体位,急性病容。全身皮肤中等度黄染,无出血点及皮疹,表浅淋巴结不肿大。头颅无畸形,球结合膜无充血、水肿,巩膜中等度黄染。咽部充血,扁桃体不肿大。颈软,气管居中,甲状腺不肿大。胸廓对称,双肺呼吸音清晰,无干、湿性啰音及胸膜摩擦音。心界不大,心率110次/min,节律整齐,各瓣膜区未闻及杂音。腹部平软,未见腹壁有静脉曲张,全腹有轻压痛。肝右肋下1.0cm,脾左肋下2.0cm,质软,边锐,有轻触痛。腹水征(-),肠鸣音存在,肾区有叩痛(-)。脊柱四肢无畸形,生理反射存在,病理征未引出。

实 验 室 检 查

血常规:红细胞(RBC) $3.81 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(Hb)91g/L,白细胞(WBC) $5.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)0.69,淋巴细胞(L)0.31。大便及尿常规无异常。肾功能正常。肝功能:谷丙氨酸转移酶(ALT)92 U/L(正常值<40 U/L)。天门冬氨酸转移酶(AST)56 U/L(正常值<40 U/L)。血清总胆红素(SBT)89 μ mol/L,一分钟胆红素(DBIL)40.05 μ mol/L,总蛋白52g/L,白蛋白(A)/球蛋白(G)比28/24。尿胆红素(+),尿胆原(+).网织红细胞计数1.5%。

器械检查

心电图:窦性心动过速。X线胸部摄片(简称胸片):正常。腹部B超:肝脾轻度肿大,其余无异常。

第1次查房(入院后第2天)

住院医师:病史汇报如上。

主治医师:本患者的病史特点有如下几个方面:①青年男性,寒战、发烧半个月,1周前出现黄疸;②有明显消化道症状,伴乏力、纳差、呕吐及腹泻等;③体格检查见全身皮肤黏膜中等度黄疸,肝、脾均肿大伴叩触痛;④辅助检查肝功能异常,血清总胆红素和一分钟胆红素均升高,尿胆红素及尿胆原均(+),腹部B超提示肝、脾轻度肿大。

根据目前的临床资料,结合本地区病毒性肝炎的流行情况,首先要考虑病毒性肝炎的诊断。肝炎病毒分有:甲、乙、丙、丁、戊型肝炎病毒。各型肝炎均可导致发热、黄疸、肝脏肿大,实验室检查可以进一步明确病毒类型,除考虑病毒性肝炎外,还应重点排除下列疾病:

(1)伤寒、副伤寒:伤寒、副伤寒是本地区的常见消化道传染病,常年散在流行,部分病例常常无明显诱因。本病的典型症状往往是高热及消化道症状,同时伴有黄疸、肝、脾肿大及肝功能异常等表现者也并非少见,即所谓的“伤寒性肝炎”。但本病所致的肝炎症状往往较轻,而且随伤寒病的治愈肝功能也逐渐恢复正常,部分病例可遗留肝、脾肿大。一般做血、骨髓培养及伤寒早诊等可与病毒性肝炎鉴别。

(2)疱疹性病毒感染:如EB病毒巨细胞病毒感染也可以出现发热、黄疸及肝、脾肿大。本病临床症状较轻,治疗反应较好,恢复后一般不留后遗症。可做EB病毒抗体及巨细胞病毒抗体予以鉴别。

(3)梗阻性黄疸:本病多为持续高热,剧烈腹痛。而且临床表现多为腹痛→黄疸→发热,梗阻解除后症状迅速缓解,常具有黄疸发生得快,以及消失得也快的特点。结合目前的临床资料,可以暂时不考虑本病。

(4)溶血性黄疸:此类疾病同样可以出现发热、黄疸、恶心及呕吐等消化道症状和肝功能异常。然而本病多有一定诱因,起病急,伴有明显贫血及血红蛋白尿,网织细胞计数明显增高。本患者就目前的临床资料来看均不符合本病特点,故可以排除。

目前病因诊断尚不清楚,还应继续做以下化验检测:乙肝六项,甲肝抗体IgM,丙肝抗体,单疱病毒抗体系列,血、骨髓培养,伤寒早期诊断及复查网织红细胞计数等。

治疗:按肝炎治疗,卧床休息,食用清淡无渣饮食,给予抗病毒、保肝退黄疸及降ALT、AST等综合治疗,适当使用对肝脏无损害的抗生素,注意病情变化,观察黄疸消退与腹痛情况,同时也要注意大便及尿颜色的变化。

第2次查房(入院后第10天)

主治医师:入院后经消炎、保肝、退黄疸降ALT、AST等综合治疗后,患者仍有发热,呈不

规则热型,体温波动在 38.2~39.5℃之间,伴寒战、大汗淋漓,黄疸较入院时明显加深,肝脏似有增大趋势,精神极度萎靡。入院后查血、骨髓培养均无细菌生长。伤寒早期诊断和肥达反应均阴性。单疱病毒系列抗体呈阴性,乙肝六项:除抗 HBc(+)外,余项均为阴性,甲肝抗体、丙肝抗体均阴性,鉴于目前患者的治疗效果不满意,请主任查房,对诊断治疗做进一步指导。

副主任医师:根据治疗组的汇报,同意治疗组对本患者病情的分析及治疗方案。但住院经系统的抗肝炎治疗后临床症状却未能减轻,拟有加重趋势,而且持续高热不退。通常病毒性肝炎经正规治疗后应有两种结果:一是病情稳定,逐渐治愈;另一种结果是病情加重,向重症病毒性肝炎转化。由此本患者无疑应考虑是否已转化为重症肝炎。重症肝炎根据其病程的急、缓可以分为:急性、亚急性和慢性。前者称为急性暴发性肝炎或急性肝坏死;后者可称为亚急性暴发性肝炎或亚急性肝坏死以及慢性暴发性肝炎及慢性肝坏死。本患者的临床症状除肝脏增大外,其病情变化及病程经过均较符合亚急性重症肝炎。此外需排除疟疾,因本地区无此病流行,而且热型不符合,故可以排除。由其他疾病导致的发热、黄疸、肝脾肿大,如中毒性肝炎、梗阻性黄疸、溶血性黄疸等疾病,根据目前现有的临床资料,都可以除外。

由于重症肝炎患者的肝脏细胞在短期内大量坏死,肝功能迅速发生衰竭,因此死亡率极高,至今无特殊有效的治疗手段,主要采取一些促进肝细胞再生,防止肝细胞继续坏死,改善肝脏循环,调整氨基酸的代谢,防止并发症等综合治疗。

第3次查房(入院后第2周)

主治医师:经上述治疗后,患者的症状趋于稳定。复查肝功能、血清胆红素及一分钟胆红素提示有“酶胆分离”现象。出凝血时间正常,凝血酶原活动度 60%,血红蛋白 7.0g%。虽有黄疸加重,但始终未出现腹水,精神始终清楚,而且每次高热退后患者自感症状“要好一些”,肝脏依然增大。以上症状及临床资料似乎难以再用重症肝炎的诊断予以解释,请主任查房对目前的诊断及治疗做进一步指导。

主任医师:从患者病情的演变过程和临床资料,并结合本地区肝炎病的流行情况,考虑常见病、多发病的诊断思路是正确的。不过,需进一步深入仔细分析现有许多难以用肝炎解释的疑点。疑点一:诊断亚急性重症肝炎,病程已达 1 月余,经系统治疗后要么就好转,不然就恶化。就目前症状,用重症肝炎解释全过程确实难以自圆其说;疑点二:患者多次自述热退后感觉症状要好得多,作为重症肝炎患者若出现高热则有两种可能:一是合并感染,二是肝细胞继续大片坏死,此两种情况均不可能有“热退后感觉症状要好得多”的表现;疑点三:患者凝血酶原活动度始终不降低,凝血酶原活动度的降低是诊断重症肝炎的重要指标;疑点四:患者始终无出血倾向,而血红蛋白却进行性下降;疑点五:肝脏逐渐增大对重症肝炎的诊断不利。根据上述疑点,本患者的肝功损害并非肝炎病毒所致,应考虑其他疾病所为。就目前的临床资料及特点需考虑:①血液系统疾病:此类疾病可以发热、肝脾肿大及血红蛋白降低(贫血),抗生素治疗无效,但本病发展快,病程短,症状重,预后差;目前临床诊断依据不足,应尽快做骨髓穿刺检查予以排除;②病史中提及患者有到海南打工 1 年的病史,2 个月前返回贵州,该病史是否对疾病的诊断有着举足轻重的帮助呢?海南地区是疟疾病的高发区,因此要考虑有疟疾感染的可能,结合目前患者在病程中有反复寒战、高热、肝脾肿大、黄疸、贫血及抗生素治疗无效等都较符合疟疾的临床表现。建议尽快进行外周血、骨髓涂片检查寻找疟原虫,明确诊断后方能正

确治疗。

进修医师:请问主任,由疟疾感染引起的发热、寒战多有周期性,本患者的热型为不规则,这作何解释?

主任医师:该问题提得很好,典型的疟疾发热是有一定规律的。疟疾临床上可分为间日疟、三日疟及恶性疟。其发作规律是根据疟原虫进入机体后在体内繁殖过程有关,不同种的疟原虫感染,其发作周期各自不同。间日疟 48 小时发作 1 次,三日疟 72 小时发作 1 次。恶性疟则 24~48 小时发作 1 次,本患者不规则发热应考虑不典型疟疾发作。不典型疟疾发作可能出于下列情况:①受疟原虫感染的程度,原虫的毒力以及机体免疫状态因素影响;②不同种的疟原虫感染,如间日疟与三日疟混合感染或/和恶性疟混合感染;③患者可能反复不同时间内两次或两次以上的疟原虫感染;④抗疟疾治疗不正规或药物剂量不足等众多因素均可导致疟疾的不规律发热。

后 记

经两次外周血原涂片,见大量原虫,骨髓涂片也见疟原虫。临床确诊为疟疾。给予氯喹、伯氨喹治疗后,病情迅速得以控制。患者于 10 天后出院,随访半年无复发。

体 会

(1)对病史及病情演变过程认识不清,对病史中的重要线索重视不够,均得不到正确的诊断结果。

(2)对发热、黄疸、肝脾肿大的疾病应多做全面的鉴别。在用常见病不能解释的情况下,要注意排除罕见、特殊疾病。

参 考 文 献

王季午.传染病学.上海:上海科技出版社,1998.

王季午.传染病学.上海:上海科技出版社,1998.

【病例 2】

持续发热、咳嗽、关节疼痛

病 史

患者,女性,15岁,学生。因持续发热、咳嗽1周入院。1周前因不慎受凉而出现发热、咳嗽、咳白色泡沫痰,无咯血,尚未介意,也未治疗。5天前症状加重并出现头痛,全身酸痛,偶有关节疼痛及恶心欲吐,曾服解热止痛剂及抗生素治疗,症状可一度缓解,但数小时后体温上升,体温常波动在38.8~40.0℃之间。病后饮食不减,无腹痛、腹泻,无尿痛、尿急及盗汗等。既往身体健康,否认有肝炎、结核等传染病及遗传性疾病。无药物过敏史、遗传性疾病史。父母均健康,否认有类似疾病及肝炎、结核病史。

体 格 检 查

体温:39.2℃,呼吸:24次/min,脉搏:110次/min,血压:110/60mmHg。发育正常,营养中等,精神稍萎靡,尚合作。全身皮肤黏膜未见黄染、皮疹及出血点。表浅淋巴结不肿大。头颅无畸形,眼球结合膜无充血、水肿,巩膜无黄染,双侧扁桃体不大。胸廓无畸形,双肺语颤无增强及减弱,双肺叩诊呈清音,呼吸音稍粗,无干、湿性啰音及胸膜摩擦音。心界不大,心率110次/min,节律整齐,各瓣膜未闻及杂音。腹部平软,全身无压痛,未触及包块,肝脾均未扪及,肠鸣音存在,双肾区叩痛(-)。脊柱四肢活动自如,四肢关节无红肿,双下肢无浮肿。腱反射存在,病理征未引出。

实 验 室 检 查

血常规:红细胞 $3.60 \times 10^{12}/L$,血红蛋白100g/L,白细胞 $9.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.78,淋巴细胞0.22,血小板 $100 \times 10^9/L$ 。大便及尿常规无异常。肝、肾功能正常。血沉45mm/h,血清抗“O”333μ。血清抗核抗体(-),狼疮细胞(-),血培养及骨髓培养均无细菌生长。血清钾4.2mmol/L,血清钠140mmol/L,血清氯118mmol/L。

器 械 检 查

心电图:窦性心动过速。X线胸片:无异常。

第1次查房(入院后第3天)

住院医师:汇报病史如上。

主治医师:本患者病史具有如下特点:①青年男性;②持续高热 $38.8 \sim 41.0^{\circ}\text{C}$,伴咳嗽、少痰及全身酸痛,偶有关节疼痛;③既往身体健康,无任何传染病及遗传性疾病史;④体格检查除急性病容及精神稍萎靡外,未发现其他特殊阳性体征。⑤辅助检查:血沉 45mm/h 。余项检查结果无特殊。

根据患者目前的症状、体征及辅助检查,并结合本地区伤寒流行情况,诊断首先考虑伤寒。伤寒是本地区的常见病、多发病,以夏秋季多见,全年散在流行。伤寒的临床表现差异很大,但共同特点常有持续高热,表情淡漠,相对缓脉,肝脾肿大及血细胞减少,部分病例可能出现听力下降及便秘等,病程多为4~5周。伤寒的临床类型有轻型、暴发型、迁延型、逍遥型及顿挫型,血、骨髓培养检出病原菌为确诊依据。就患者目前的资料来看,还需与下列发热性疾病进行鉴别:

(1)病毒感染:早期持续发热,与伤寒病极相似,但本病不具备玫瑰疹,相对缓脉及肝脾肿大,而且血、骨髓培养无细菌生长,通常1周内自愈。

(2)钩体病:有疫水接触史,临床表现有白细胞升高,腓肠肌压痛,腹股沟淋巴结肿大,无脉搏、体温分离现象。

(3)败血症:本疾病早期易误诊为伤寒,多靠细菌培养作鉴别。

(4)恶性组织细胞病:本病以持续发热、白细胞减少及肝脾肿大等为特点,极易与伤寒混淆,但本病进展快,病情凶险,血涂片或骨髓检查可发现特异性恶性组织细胞或/和多核巨组织细胞。

治疗:①宜用无渣饮食,以避免诱发肠出血、肠穿孔。注意观察大便颜色。②抗生素治疗应选用敏感抗生素,一般可用10~14天,体温正常后改为口服抗生素,总疗程3~4周。③若持续高热或中毒症状加重时,可在有效抗生素的使用之下加用激素,但用药不宜超过3天。

第2次查房(入院后第7天)

主治医师:经左氧氟沙星及痢特灵等治疗后,症状有所缓解,呼吸平稳,心率 100次/min ,节律整齐、无杂音,双肺呼吸音清晰,无干、湿性啰音。但体温一直波动在 $38.7 \sim 40.0^{\circ}\text{C}$ 之间。复查肥达反应(-),血、骨髓培养(-),狼疮细胞(-),骨髓穿刺未见恶性组织细胞。病程已进入17天,就目前患者的临床资料及治疗反应分析均不支持伤寒的诊断,请主任查房就诊断、治疗问题做进一步指导。

主任医师:目前患者的体温居高不下,有必要进行仔细的收寻病史资料。刚才复习了患者现有的临床资料,首先需要解决的问题是本患者确实有许多临床表现与典型的伤寒是不相吻合的,如无缓脉、皮疹及肝、脾肿大,白细胞不减少,血和骨髓培养2次均阴性,故沙门菌属感染的诊断可以排除。仔细阅读住院病历后,发现在患者刚入院时因持续高热,曾经使用地塞米松3天,其结果使得体温迅速下降,患者精神、饮食明显好转,这可能是作为发热病因学诊断的

一条重要线索,这往往强烈地提示发热可能是由非感染性疾病所致。我们将本患者的临床表现归纳为:发烧、关节疼痛、激素治疗有效等特点,这极符合下列两种疾病:

(1)风湿热:是以人体变态反应为特点的一种全身性、胶原性和非化脓性炎症,主要临床表现有发热、关节疼痛、皮下结节或心肌炎等,而关节疼痛多为游走性、多发性,急性期可以有有关节局部红、肿、热、痛等症状。本患者目前临床表现不符合本病的诊断。

(2)变应性亚败血症:本病也属风湿病的一个类型,对抗生素治疗无效,对激素治疗有效。目前本病的病因及发病机理尚不清楚,可能与变态反应有关,但也有人认为是与慢性感染与过敏反应或自身免疫反应两者结合有关。本病目前尚无特异性检测方法,可以有白细胞增高、血沉增快、C-反应蛋白阳性,故临床误诊率极高。由于缺乏特异性的诊断方法,多数学者认为具备下列临床表现者即可诊断:①反复或间歇发热,发热时无明显中毒症状,发热常可以自行消退及与发热有关的一过性皮疹;②常伴关节疼痛、淋巴结肿大,肝、脾肿大;③白细胞升高,血沉增快,C-反应蛋白阳性或黏蛋白升高;④反复多次血、骨髓细菌培养阴性;⑤抗生素治疗无效,激素治疗临床症状迅速缓解。综上所述,该患者的诊断最大可能应是变性亚败血症。

治疗:停用全部抗生素,改用激素治疗,严密观察体温消退情况。

进修医师:变应性亚败血症在临床上比较少见,其治疗主要是使用激素,请问主任该疾病使用激素的方案和疗程如何确定?

主任医师:由于本病较为少见,其治疗方案及疗程国内尚无统一标准。多数学者采用如下方法:开始使用泼尼松 0.5~1.0mg/kg,每日口服,3~4 周后逐渐减量,减量不能太快,每隔 7~10 天减少 5mg,直至症状完全消失。若在减药量的过程中出现发热在 1 周以上,在排除其他原因后要考虑复发。出现复发时应增加激素剂量,用至病情控制为止。若泼尼松龙效果不佳,可改用氟美松口服。另外在激素治疗的过程中可以辅以中药治疗,有资料显示:知母和玄参具有调节机体免疫功能的作用,并可减轻激素的副作用,而且在巩固疗效、减少复发等方面都具有良好的效果。

后 记

该患者经停用所有抗生素并改用激素治疗后,当天体温下降至正常,住院半个月后出院,随访半年未再复发。最后诊断:变应性亚败血症。

体 会

- (1)由于病种少见,极易被忽视,应加强对本疾病的认识。
- (2)对于“发热原因不明”的疾病,应高度警惕本疾病的可能。
- (3)在诊断疾病不确切的情况下,应抓住疾病的某一特征寻根问底。如“本患者经激素治疗后症状迅速缓解”的特征。

参 考 文 献

闵贤等.成人 Still 病诊断和治疗经验.中华内科学杂志,1987,26(2)72.

许能斌. 变应性亚败血症. 171 例临床分析及误诊. 实用内科杂志, 1991, 11(2)19—20.

张乃峥. 成人起病斯梯尔病(见陈敏章主编. 中华内科学). 北京: 人民卫生出版社, 1999.

Esddile I. M Adult Stills Disease IM Klippel J. H and Dieppe. P. A Rbeclmatology Ed st louis Mosbny 1994, 3 : 21.