

主编
翁心华

CASE STUDIES IN
FEVER

INTEGRATING THEORY WITH
CLINICAL PRACTICE

翁心华

WENGXINHUA

疑难发热病例精选
与临床思维

上海科学技术出版社

翁心华

疑难发热病例精选与临床思维

主编 翁心华

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

翁心华疑难发热病例精选与临床思维/翁心华

主编. —上海:上海科学技术出版社,2012.7

ISBN 978-7-5478-1267-9

I. ①翁… II. ①翁… III. ①发热:疑难病—病
案—分析②发热:疑难病—诊疗 IV. ①R441.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 067758 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/16 印张:19 插页:4

字数:510 千字

2012 年 7 月第 1 版 2012 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-1267-9/R·406

定价:120.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内容提要

复旦大学附属华山医院感染科是国家重点学科,在翁心华教授等诸多极富临床经验的专家指导下,在经典传染病及其他感染性疾病的诊治方面具有极高的声誉和临床优势。发热待查作为疾病中公认的诊断与治疗难题,长期以来一直困扰着内科医生,尤其是该类疾病涉及病种广泛,主诉千差万别又相互影响,初学者难以在这些令人迷惑的困局中找对方向。华山感染科长期以来收治了大量发热待查患者,其中包含了众多经典或疑难病种。本书悉心从近 10 年发热疑难病例中选取了 100 余例精彩案例,病种涉及感染病、结缔组织疾病、肿瘤性疾病等多个领域,详细描述了诊治过程,结合国内外参考文献加以评论,并附上翁心华教授亲笔点评,对于提高广大临床医生发热待查的诊治思维水平很具指导意义和参考价值。

主编介绍

翁心华,男,1938年生,1962年毕业于上海第一医学院。现任复旦大学附属华山医院感染科终身教授,博士生导师;中华医学会感染病学分会名誉主任委员、《中华传染病杂志》总编、《中华内科学杂志》、《中国新药与临床杂志》、《实用内科杂志》、《上海流行病与传染病杂志》、《微生物与感染》副主编、《实用内科学》(10~13版)副主编、“十一五”国家级规划教材《传染病学》主编、《现代感染病学》主编。翁心华教授从事感染病的临床、教学与科研工作50余年,对各种感染性疾病,尤其是对长期不明原因发热的病因诊断具有极其丰富的临床经验。曾完成多项国家级的重大研究课题,包括国家自然科学基金、国家十五攻关课题以及“973”等国家重点课题。以第一作者或与他人合作发表论文200余篇。

编写人员

主 编 翁心华

副主编 陈 澍 张文宏 朱利平

秘 书 胡越凯 虞胜镭

编 者 (以汉语拼音为序)

陈 晨	陈明泉	陈沛东	胡秀平	黄玉仙
蒋卫民	金嘉琳	陆迪雅	李 宁	毛日成
秦艳丽	区雪婷	邵凌云	沈婷婷	史会连
王睿莹	王 璇	王新宇	吴吉芹	徐 斌
谢 怡	杨飞飞	于 洁	张继明	郑建铭
朱浩翔				

序

翁心华教授是复旦大学附属华山医院感染病学科的终身教授,在感染病的防治领域业已耕耘了 50 余年。50 年来,在疑难发热性疾病中救治了不计其数的疑难危重病患,在上海、华东及周边地区闻名遐迩。今天,看到翁教授将其疑难发热病例诊治中的经验整理出版,感到由衷的高兴。

华山医院感染病科成立于 20 世纪 50 年代中叶,建科伊始即成立了专门感染发热病房,早在 20 世纪 80 年代,华山医院传染病学科的创始人戴自英教授就提出“传染病学科”应向“感染病学科”发展的设想。经过几代人的努力,在历届医院领导的关怀下,该学科已成为国内以发热待查、疑难危重感染病诊治为特色的重要的感染病临床中心。翁心华教授及其同事们正是继承并发扬了该学科的优良传统,本书的出版也是他们对近 10 年疑难发热疾病诊治经验的一个总结。

发热是临床医学中最常见的症状,大多数急性发热诊断并不困难,多数患者很快就能痊愈。但是,也有部分患者长期发热,虽然四处求医就诊,仍然原因不明。由于引起发热的疾病多样,临床表现和实验室检查常缺乏特异性,因此不明原因发热的诊治是临床医学中公认的最具挑战性的课题之一。本书精选了华山医院近 10 余年中收治的 100 余例疑难发热病例,病种涉及感染病、结缔组织疾病、肿瘤性疾病等多个领域;有各种不同表现的常见发热病,也有临床表现上非常特殊的、较易误诊的疾病,还分析了一些发病率不高、普通医生不甚了解的少见发热性疾病。每个病种都附有对该病的简要综述,以便读者查阅;此外翁教授对每个病例都作了亲笔点评,以其 50 年的丰富临床经验和敏锐的临床思维分析每个病例特点,以及诊治过程中的经验教训。希望本书可以作为内科住院医师培养过程中一部全新的参考书,使众多住院医师在成长过程中受益。

丁强

2012年4月

前言

高科技医学时代倡导勿忘临床医学本质

在我多年的临床实践中,长期发热可能是接触最多的症状了。它虽然非常常见,但几乎每个患者的发热又都有所不同,涉及的疾病也极其纷繁复杂,因此称长期不明原因发热的诊断是最富挑战性的临床问题是有其合理性的。发热性疾病的特点是病因多样,涉及不同专科的疾病,对临床思维综合分析能力提出了更高的要求。

我的同事和朋友一直催促我能对多年的临床体会做些总结,但我仔细想来似乎没什么特别的经验,千头万绪最终还是回归到最基本的临床日常工作:视、触、叩、听,以及充分倾听患者的叙述。对于疾病的诊断,最重要的还是对病史的仔细探寻,与患者的充分交流,并做好仔细的观察、触诊、叩诊和听诊,传统的诊断方法虽然没有目前大家喜欢用的CT、B超及血管造影,甚至PET-CT等先进仪器看上去精确,但可以给医生一种非常直观的感受,这种感受通过临床实践和医学知识的积累会逐渐演变成一种特殊的临床体验,这种体验使我们摆脱了对仪器的依赖,让仪器充当了配角,医生才是诊断的主角,这种通过医生与患者充分的交流和接触,以及对基本化验(如三大常规)和简单检查(胸片、B超)获得诊断的经过最能得到对疾病的理解和体会,正是我所认为的临床医学的本质。

近年来,医学获得了巨大的进展,临床医生的培训也出现了潜移默化的改变。医学生进入临床后常很快进入专科阶段的训练,而对跨学科临床综合分析能力的培养稍嫌不足。另一方面又随着各种先进仪器进入临床,年轻医生有抛开与患者充分接触沟通,仅仅根据仪器提供的结果看病的趋势。在这种情况下容易偏离医生和患者才是疾病诊治核心的临床医学本质,一旦化验结果提供的假阳性或者假阴性报告时,往往就失去了诊断的方向。我们并不反对先进仪器在临床的充分应用,但不能脱离以人为本的医学精神,要避免以仪器为中心以及临床诊治过程物化的趋势,这种趋势特别不利于年轻医生临床能力的增长。

从医执教50年以来,最大的体会就是在我的导师戴自英教授、徐肇珩教授指导下,和我的同龄医生以及我的学生们诊治了很多疑难的感染性疾病。这么多年来一直想将一些发热待查病例的诊治过程和经历进行整理,希望对内科领域的年轻医生的学习有所帮助。今天,在同

事们的协助下,终于有机会将近年部分诊治较复杂且有一定代表性的发热病例的资料整理成册,与大家分享。

这本书中收集了近10年来诊治的具有代表性的100余例发热待查病例,每个病例都有着各自的典型性和复杂性。幸运的是,这些患者最终均得以明确诊断,并接受相应治疗。但几乎每个患者的求医过程都充满了艰辛,都可以写成一部小说。我们希望通过本书和广大同道一起对这些疑难病例通过详细的解谜过程,最终获得曲径通幽的体验,更希望年轻医生透过对这些真实病例的分析,体会与患者、与疾病充分接触和以人为本的医学精神,获得独特的感受。

按照循证医学的级别来说,系列病例仅仅是循证医学中等级较低的证据,但却是最具真实性的,为此我们还配合了典型图片详尽展现了病例的诊治过程,以利于总结规律。为了在真实性的基础上更增加循证医学的力度,我们在摘选了“发热待查”各病因中具有代表性的疑难病例的同时,采用病例介绍结合点评加上疾病精要综述的形式,以增加循证医学的力度。

总之,我们希望通过本书能够起到触类旁通、抛砖引玉的作用。倘若各位医生在碰到疑难发热待查病例时,能从本书中得到些许启发或者帮助,并使患者最终康复,那将是万幸之事!



2012年4月

目录

第一章 千变万化感染病 经验检验相益彰

第一节 败血症	3
案例 1. 曾误为 Still 病, 后经血、心包积液培养证实的金黄色葡萄球菌败血症 / 3	
案例 2. 与单纯性尿路感染混淆的前列腺脓肿及败血症 / 7	
案例 3. 有复杂疾病背景的凝固酶阴性葡萄球菌败血症 / 10	
案例 4. 腹主动脉支架相关的链球菌败血症 / 14	
案例 5. 大肠埃希菌引起的骨髓炎与败血症 / 17	
案例 6. 导管相关性肺炎球菌败血症 / 20	
第二节 感染性心内膜炎	22
案例 7. 发热长达半年伴化脓性脑膜炎、下肢肌疼痛、血培养证实为绿色链球菌的感染性心内膜炎 / 22	
案例 8. 长期发热伴右肾占位性病变起病的感染性心内膜炎 / 25	
案例 9. 以发热、关节肌肉症状为首发症状且心脏瓣膜无杂音的感染性心内膜炎 / 26	
案例 10. 麻疹肺炎球菌致感染性心内膜炎 / 29	
案例 11. 静脉药瘾者、耐甲氧西林金葡菌致右侧感染性心内膜炎 / 32	
案例 12. 起搏器置入 9 年后累及右心的感染性心内膜炎 / 34	
第三节 分枝杆菌感染	36
案例 13. 强直性脊柱炎英夫利昔单抗治疗后纵隔淋巴结 / 36	
案例 14. 发热达 3 月, 原发胸壁结核脓肿 / 39	
案例 15. 发热长达 6 个月, CT 示后腹膜肿块, 术中见胆总管溃烂穿孔, 淋巴结结核 / 41	
案例 16. 发热、腹痛仅 3 周, 腹水中获阳性结果的结核性腹膜炎 / 44	
案例 17. 发热长达 7 月, 脑膜刺激征阴性, 脑脊液仅见轻度白细胞增加, 首次脑脊液培养获结核杆菌的结核性脑膜炎 / 46	
案例 18. 急性发热伴胸痛, 血性心包积液找到结核分枝杆菌的结核性心包炎 / 50	
案例 19. 腰背疼痛半年余、多发淋巴结肿大、冷脓肿形成的腰椎结核 / 52	
案例 20. 发热, 淋巴结、肝、脾进行性肿大, 骨髓活检示实体瘤骨髓侵犯, PET-CT 示淋巴瘤多发骨髓浸润, 血、胸腔积液培养证实为分枝杆菌感染 / 55	
案例 21. 发热, 肝脾肿大, 睾丸溃破, 脓液获阳性培养——睾丸结核 / 58	

第四节 其他感染 60

- 案例 22. 发热长达 4 月余,无肝区疼痛、叩击痛,肝脏无明显增大的细菌性肝脓肿 / 60
- 案例 23. 脾切除术后高热,膈下脓肿形成,仅用穿刺引流加抗菌治疗成功 / 63
- 案例 24. 长期皮质激素治疗,阴囊肿痛、积气,脓肿形成伴发热——Fournier 坏疽 / 65
- 案例 25. 猪霍乱沙门菌血流感染 / 68
- 案例 26. 伤寒合并中毒性肝炎、中毒性心肌炎 / 71
- 案例 27. 间歇发热、咽痛、脾肿大、血培养为假单胞菌后鉴定为布鲁菌的布鲁菌病 / 74
- 案例 28. 颅脑外伤后反复发热、头痛伴意识障碍、脑脊液示化脓性改变、脑脊液中检出罕见真菌(波氏假阿利什菌) / 77
- 案例 29. 咳嗽 1 周后渐出现高热、最初骨髓细胞学误诊为“黑热病”的播散性组织胞浆菌病 / 80
- 案例 30. 病程 5 月,体温高达 41℃,单用两性霉素 B 疗效不佳的组织胞浆菌病 / 84
- 案例 31. 全身多发脓肿长达 1 年并累及脊柱的播散型隐球菌病 / 88
- 案例 32. 淋巴结病理示干酪样坏死并有大量真菌孢子、单一抗真菌治疗不佳,联合抗痨治疗获成功的真菌性淋巴结炎 / 92
- 案例 33. 病程长达 2 年,累及皮肤、软组织、肺、中枢的播散型马尔尼菲青霉菌病 / 95
- 案例 34. 反复发热 7 月余伴消瘦、淋巴结肿大、肝脾肿大的艾滋病 / 100
- 案例 35. 艾滋病并发播散型隐球菌感染 / 102
- 案例 36. 艾滋病合并多重感染一例 / 104
- 案例 37. 以“发热咽痛、意识障碍、低血压”为主要表现的慢性活动性 EB 病毒感染 / 107
- 案例 38. 反复发热伴关节疼痛长达 3 月的支原体肺炎 / 110
- 案例 39. 高热伴畏寒、寒战的支原体感染 / 113
- 案例 40. 发热伴左腋下淋巴结肿大、流行病学史有猫密切接触,最后确诊为猫抓病 / 115
- 案例 41. 无流行病学史以低热消化道症状为主要表现的重度感染附红体病 / 118
- 案例 42. 以长期游走性肌肉疼痛为表现的附红体病 / 120
- 案例 43. 以病程长达 5 月余的慢性脑膜炎为主要表现的莱姆病 / 123
- 案例 44. 发热长达 2 月余仅伴干咳而肺部体征缺如、肺部 CT 无异常发现的鹦鹉热 / 126
- 案例 45. 长达 1 月余发热伴皮疹、血小板进行性减少、骨髓疑为嗜血细胞综合征的输入型恶性疟疾 / 128
- 案例 46. 低热伴腹泻 7~8 月——人芽囊原虫感染 / 132
- 案例 47. 以发热伴口咽部疼痛为主要表现的牙源性发热 / 134
- 案例 48. 以间歇性畏寒、寒战、高热、总胆管结石为表现的胆管炎 / 137
- 案例 49. 以反复发热为主,无尿路刺激症状的尿路感染 / 139
- 案例 50. 热程长达 8 月而无尿路症状的复杂性尿路感染 / 141

第二章 肿瘤发热最隐匿 踏破铁鞋终寻得

第一节 实体肿瘤 147

- 案例 51. 以发热伴关节疼痛为表现的肺癌 / 147
- 案例 52. 以发热为首发症状手术切除肾,病理为炎性假瘤,二次手术病理证实为右肾透明细胞癌 / 149
- 案例 53. 发热伴消瘦、贫血 3 月,B 超示右肾上腺实质性占位 / 152

案例 54. 以持续低热为主的颅咽管瘤 / 155

案例 55. 长期发热伴贫血的横结肠肿瘤 / 157

第二节 血液系统肿瘤 159

案例 56. 自身免疫病并发非霍奇金淋巴瘤 / 159

案例 57. 全身肌肉酸痛为表现的非霍奇金淋巴瘤弥漫大 B 型 / 161

案例 58. 发热伴 CA125 异常升高的恶性淋巴瘤 / 164

案例 59. 以发热伴皮疹为主要表现的淋巴瘤样丘疹病转化为皮肤 T 细胞淋巴瘤 / 166

案例 60. 复发性皮肤肿块伴破溃的 T 细胞淋巴瘤 / 169

案例 61. 发热伴浅表淋巴结肿大、皮疹的外周 T 细胞淋巴瘤 / 172

案例 62. 以发热、腹痛、肠穿孔为表现，术后病理证实小肠非霍奇金淋巴瘤、肠病型 T 细胞淋巴瘤亚型 / 174

案例 63. 以发热、腹痛、肠镜示回肠巨大溃疡为表现，体检触及左滑车单一淋巴结肿大，淋巴结病理证实为非霍奇金淋巴瘤 / 176

案例 64. 以发热、鼻塞、流涕为主要表现的鼻 NK/T 细胞淋巴瘤 / 178

案例 65. 以发热、鼻塞、淋巴结肿大为表现的淋巴瘤 / 180

案例 66. 发热伴反复口腔溃疡的鼻型 NK/T 细胞淋巴瘤 / 181

案例 67. 发热 12 年伴虫咬性皮疹的大颗粒淋巴细胞白血病(NK 型) / 184

案例 68. 反复皮疹长达 5 年、发热长达 1 年的由 MDS 转变为急性粒单核细胞白血病 / 187

案例 69. 以肢体肿痛为特点的白血病 / 189

案例 70. 多器官累及朗格罕组织细胞增生症 / 193

第三章 如魅似幻风湿病 炎症感染本相连

第一节 系统性红斑狼疮 199

案例 71. 发热、胸痛起病的系统性红斑狼疮 / 199

案例 72. 妊娠相关性系统性红斑狼疮 / 202

案例 73. 合并结核感染的系统性红斑狼疮 / 205

案例 74. 发热、恶心、呕吐、腹泻起病的系统性红斑狼疮 / 207

案例 75. 继发干燥综合征的系统性红斑狼疮 / 210

第二节 血管炎 212

案例 76. 发热、贫血起病的大动脉炎 / 212

案例 77. 发热、头痛起病的大动脉炎 / 214

案例 78. 肺部感染为主要表现、多器官累及的 ANCA 相关性血管炎 / 217

案例 79. 表现为听力丧失的 ANCA 相关性血管炎 / 220

案例 80. 多神经损害、血尿、睾丸疼痛——结节性多动脉炎 / 223

案例 81. 长期发热伴肌痛、血沉显著升高的风湿性多肌痛 / 227

案例 82. 老年患者不明原因的长期发热、头痛，体检触及屈曲怒张的颞动脉获得诊断的巨细胞动脉炎

(颞动脉炎) / 229

第三节 其他结缔组织疾病..... 232

- 案例 83. 类风湿因子阴性的类风湿关节炎 / 232
- 案例 84. 发热皮疹但肌浆酶正常的皮炎 / 235
- 案例 85. 口腔、阴囊反复溃疡伴皮肤针刺反应阳性的白塞病 / 238
- 案例 86. 发热皮疹伴重度黄疸、肝功能损害的成人斯蒂尔病 / 240
- 案例 87. 无关节炎的赖特综合征 / 243
- 案例 88. 以发热、咳嗽为表现的复发性多软骨炎 / 245
- 案例 89. 溃疡性结肠炎 / 248
 - 【例 1】 以发热伴腹泻、关节痛为表现的炎症性肠病 / 248
 - 【例 2】 疑似细菌性痢疾的溃疡性结肠炎 / 249
- 案例 90. 炎症性肠病伴坏疽性脓皮病 / 252
- 案例 91. 克罗恩病的肠外表现 / 254
- 案例 92. 以发热伴皮疹为主要表现的药物热 / 257
- 案例 93. 以发热伴支气管哮喘为表现的变应性肉芽肿性血管炎 / 259
- 案例 94. 以“产后持续发热, 淋巴结肿大”为表现的坏死性淋巴结炎 / 262
- 案例 95. 以发热伴淋巴结肿大为主要表现的组织坏死性淋巴结炎 / 266
- 案例 96. 发热伴颈痛、咽痛的亚急性甲状腺炎 / 268
- 案例 97. 发热伴腹壁皮下结节——结节性脂膜炎 / 270
- 案例 98. 不伴口干、眼干症状的干燥综合征 / 272

第四章 发热待查虽纷繁 内在规律需坚持

- 案例 99. 慢性疲劳综合征 / 277
- 案例 100. 中枢性发热一例 / 279
- 案例 101. 伪装热 / 283
- 案例 102. 发热伴极度血小板增多症 / 285

第一章

千变万化感染病 经验检验相益彰



第一节

败血症

案例 1. 曾误为 Still 病, 后经血、心包积液培养证实的金黄色葡萄球菌败血症

病例介绍

(一) 病史

患者, 男性, 14 岁。

因“发热伴膝关节、髋关节肿痛 2 周, 胸痛 3 天”于 2004 年 3 月 17 日入院。

患者入院前 2 周无明显诱因下出现咽痛, 无咳嗽、咳痰、发热等症状, 未予特殊处理。10 天前患者出现发热, 体温最高达 40℃, 伴右膝关节疼痛, 关节活动受限, 疼痛进行性加重, 并扩展至左膝、右髋关节及腰背部。无畏寒、寒战, 无尿频、尿急、尿痛, 无腹痛、腹泻。曾在外院查血常规示 WBC: $10.9 \times 10^9/L$, N: 93%, Hb: 105 g/L, ESR: 50 mm/h, ASO(-), RF: 1.5 U/ml, 右髋关节 X 线正位片未见明显异常, 给予青霉素 560 万 U、地塞米松 10 mg 静滴 2 天及口服萘丁美酮治疗无效。5 天前曾拟诊“Still 病? 风湿热?”收入风湿科。当时体检: 体温高达 40℃, 神志清, 精神欠佳, 双侧腹股沟扪及数枚黄豆大小淋巴结, 右膝关节屈曲, 活动受限, 关节局部皮温略高, 肤色正常, 触痛明显, 其余无殊。查 WBC: $5.34 \times 10^9/L$, N: 80%, Hb: 111 g/L, 血清铁蛋白 654 $\mu\text{g/L}$, C3: 0.64 g/L, ENA、dsDNA、ANCA、IgG、IgA、IgM、RF、ASO 均无异常。予以青霉素、甲泼尼龙及阿司匹林治疗 2 天, 体温曾降至正常。但患者出现胸闷、胸痛症状, 心电图示广泛 ST 段抬高, X 线胸片示心影饱满, 听诊可闻及心包摩擦音。后体温升至 39℃ 以上, 考虑急性心包炎于 3 天前转入心内科。复查血常规示 WBC: $18.21 \times 10^9/L$, N: 94%, 改用阿米卡星及头孢他啶抗感染治疗, 并行 B 超引导下心包穿刺, 抽出浑浊可凝心包积液 50 ml, 常规及生化检验示透明度混, 李凡他试验(+++), 红细胞 150~180/HP, 有核细胞 (100~120) $\times 10^6/L$, N: 94%。心包积液培养示金黄色葡萄球菌(金葡菌), 药敏试验: 青霉素耐药, 苯唑西林及克林霉素、磷霉素、头孢唑林、头孢呋辛、头孢克洛、环丙沙星、复方 SMZ、阿米卡星等敏感, 血培养亦示金葡菌, 药敏试验结果同心包积液检查结果, 考虑为金葡菌败血症, 为进一步治疗收住我院感染科。

(二) 检查

T: 39℃, R: 50 次/min, HR: 180 次/min, BP: 105/65 mmHg。

神清, 贫血貌, 端坐呼吸, 鼻翼煽动, 有三凹征。皮肤黏膜无黄染, 无瘀点、瘀斑, 胸壁及双下肢可见少量散