经验交流

文章编号:1000-5404(2014)18-1968-02

319例不明原因发热的临床诊断分析

吴燕燕[1],邹妤婕[1],杨晓娟[2],黄 薇[3] (400014 重庆,重庆市急救医疗中心:急诊科[1],呼吸科[2],肿瘤科[3])

[关键词] 不明原因发热;诊断;回顾性分析
[中图法分类号] R441.3 [文献标志码] B

不明原因发热(fever of unknown origin,FUO)指发热持续3周以上,体温≥38.5 ℃,经门诊检查或住院1周以上诊断仍不明确的患者[1]。其病因常难以确定,可继发于感染、肿瘤和结缔组织病等。FUO的患者多仅以发热为其主诉,就诊时症状和体征往往不典型,病因诊断是临床难题,本研究回顾性分析了我院2010年1月至2014年6月319例FUO患者的临床资料,总结其诊断过程,探讨FUO的临床病因。

1 临床资料

入选标准:2011年1月至2014年6月在我院住院,年满14岁且符合FUO诊断标准。排除标准:已经找到明确发热原因的病例,包括但不限于:既往已经确诊为HIV感染,结缔组织病或恶性肿瘤的所有患者。男性148例(46.4%),女性171例(53.6%),平均年龄(14~85)57.2岁。发热时间21 d至2年7个月,中位发热时间为34 d(P_{25}~P_{75}:27~61 d)。

2 结果

2.1 病因分布

在319例病例中,最终确诊274例,确诊率85.9%。感染性疾病161例,占50.5%(161/319),其中结核病44例,占27.3%(44/161),其次为感染性心内膜炎27例,占16.8%(27/161),病毒感染17例,占10.6%(17/161);结缔组织病51例,占16.0%(51/319),其中成人Still病13例,占25.5%(13/51),其次为血管炎11例,占21.6%(11/51);肿瘤及血液系统疾病49例,占15.4%(49/319),其中淋巴瘤19例,占38.8%(19/49);其他疾病13例,占4.1%(13/319);出院时仍未确诊45例,占14.1%(45/319)。

2.2 确诊方法

①血清学和(或)病原学107例(39.1%);②影像学46例(16.8%);③病理学检查(包括组织活检骨髓细胞学)53例(19.3%);④临床经过和(或)治疗反应68例(24.8%)。

2.3 误诊情况

脊柱结核我院初诊误诊为急性肾盂肾炎1例,肺结核外院误诊为肺炎3例,我院初诊误诊为肺炎1例。感染性心内膜炎我院初诊误诊为肺部感染1例,外院误诊为"不明原因心衰"1例。Still病外院误诊为肺炎及结核各1例,入我院初诊时误诊为肺结核、类风湿性关节炎1例。

2.4 典型病例

患者女性,41岁,入院25 d出现疑似上感症状后发热,体温37.5~39.7 ℃,曾在外院予以抗感染、补液等治疗(药物不详),发热略缓解,发现左侧颈部近下颌角处皮下肿物,有触痛。来我院就诊。查ESR 40 mm/h,hsCRP 4.09 mg/L;ANA、抗dsDNA、抗ENA(-);T细胞亚群提示各亚群淋巴细胞比例正常,$CD4^+$ T细胞第二信号受体表达比例降低,$CD8^+$ T细胞轻度异常激活,否认药物过敏史。患者从事通信设备维修工作多年,有高射频接触史,无防护。体温37.6 ℃,右侧下颌角、颈前及颈后三角、锁骨上窝可扪及多发淋巴结肿大,质韧,部分有触痛,直径最大约3 cm。双肺呼吸音清,心律齐。B超见双侧颈部淋巴结肿大,边界尚清,皮髓质偏心,可见较丰富血流信号。患者入院后未予特殊治疗,体温逐渐恢复正常,监测肝功示转氨酶升高,考虑脂肪肝及病毒感染,加强保肝治疗。行左侧颈部淋巴结活检,病理检查结果显示组织细胞坏死性淋巴结炎。免疫组化示:CD20(+),CD3(+),CD68(+)。诊断为细胞坏死性淋巴结炎。加用泼尼松龙40 mg,每天1次。治疗后病情平稳出院。

3 讨论

本组病例经详尽的检查,最终明确诊断者只有274例,确诊率为85.9%。45例患者未能明确诊断,占14.1%,高于国外文献[2-3]报道,其原因可能是:①入院前,院外抗生素和糖皮质激素的滥用导致症状、体征不典型,缺乏特异性表现,为诊断带来困难;②长期发热、确诊困难导致患者丧失信心,放弃治疗。

本组资料显示,感染性疾病是引起FUO的主要原因,其次是结缔组织病和肿瘤及血液系统疾病。本组资料分析结果显示,感染性疾病是FUO最常见的病因,与文献[4-5]研究结果一致。其中,结核病和感染性心内膜炎是本组资料中最常见的感染,与Mir等[6]报道的肠热病、布鲁氏菌病和肺结核是FUO的常见感染有些不同,可能与患者种族、职业、居住环境及生活习惯不同有关。本研究还发现,病毒感染在感染性发热中占有不容忽视的地位。本组资料中,病毒感染17例(10.6%),其中巨细胞病毒或慢性EB病毒是病毒感染的主要来源,与Moawad等[7]的发现一致。本组资料中,成人Still病居结缔组织病之首,与马锦玲等[8]报道相符。可能因为成人Still病是一种异质性和罕见的疾病,缺乏特异的临床表现,且缺乏血清学标志物作为金标准。淋巴瘤是引起不明原因发热的最常见的恶性肿瘤。本组资料中实体肿瘤引起的FUO较少,仅3例,主要是由于CT或MRI影像学检查可以很好的发现实体肿瘤。FUO的原因纷繁复杂,除常见原因外,本组资料还显示了一些少见的导致发热的原因:如组织细胞坏死性淋巴结炎和亚急性甲状腺炎。因此加强对少见病和罕见病的认识,可提高FUO的确诊率。

我们认为:①详细地询问病史和体格检查仍然是诊断FUO的关键。②一般的实验室检查是必要的,对于明确可能的发热原因以及指导进一步检查非常有帮助。③必要的时候应该积

[通信作者] 吴燕燕,E-mail:2262599041@qq.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140905.0902.001.html(2014-09-05)

极做特殊检查和病理活检。④诊断性治疗是FUO常用的方法,尤其针对结核可能性大的病例。需要注意的是,诊断性治疗应该特异、足量和足疗程。我们的资料显示:肺外结核26例,占结核感染的59.1%。胸部X线片没有明确病灶、痰涂片及皮肤结核菌素试验阴性的肺外结核诊断较困难。对怀疑结核病的患者要反复做相关检查如结核杆菌培养、组织病理学及影像学检查。如检查均为阴性,而临床又高度怀疑结核时,可进行诊断性抗结核治疗,从而减少漏诊,提高诊断率。部分感染性心内膜炎仅以发热为主要症状,伴随症状少。对既往无心脏基础疾病的患者出现类似败血症而无心力衰竭等表现时要警惕心内膜炎可能,对反复发热患者可重复多次进行血培养,以提高检出率。因为缺乏有效的病毒分离技术,大多数病毒性发热是未确诊的,对临床特征符合病毒感染而未检出病原体者,可予以经验性抗病毒治疗。骨穿和活检检查在肿瘤及血液系统疾病的诊断中占有重要地位,需要多次、多部位、反复进行。

参考文献:

[1] 马家骥. 内科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 412-415.
[2] Vanderschueren S, Knockaert D, Adriaenssens T, *et al*. From prolonged febrile illness to fever of unknown origin: the challenge continues[J]. Arch Intern Med, 2003, 163(9): 1033-1041.
[3] Bleeker-Rovers C P, Vos F J, de-Kleijn E M, *et al*. A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol[J]. Medicine (Baltimore), 2007, 86(1): 26-38.
[4] Machado B M, Cardoso D M, de-Paulis M, *et al*. Fever without source: evaluation of a guideline[J]. J Pediatr (Rio J), 2009, 85(5): 426-432.
[5] 李敏丽, 缪应雷, 代维. 118例不明原因发热病因分析[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(16): 1996-1997.
[6] Mir T, Nabi Dhobi G, Nabi Koul A, *et al*. Clinical profile of classical Fever of unknown origin (FUO)[J]. Caspian J Intern Med, 2014, 5(1): 35-39.
[7] Moawad M A, Bassil H, Elsherif M, *et al*. Fever of unknown origin: 98 cases from Saudi Arabia[J]. Ann Saudi Med, 2010, 30(4): 289-294.
[8] 马锦玲, 曹剑, 王玉堂, 等. 不明原因发热的病因分布及临床特征[J]. 中国医学科学院学报, 2011, 33(1): 83-87.

(**收稿**:2014-08-05;**修回**:2014-09-02)
(编辑 邓强庭)

文章编号:1000-5404(2014)18-1969-02

经验交流

舒芬太尼复合曲马多在小儿扁桃体-腺样体切除术后镇痛的临床分析

田 春,彭明清,李 敏,丁佳慧,王中林,朱 丽 (402160 重庆,重庆医科大学附属永川医院麻醉科)

[**关键词**] 小儿;镇痛;扁桃体-腺样体切除术;曲马多
[**中图法分类号**] R971.1 [**文献标志码**] B

疼痛是指机体在受到创伤或潜在性损害所产生的不愉快的感觉和情感体验。自从国际疼痛研究会将疼痛正式确认为“第五大生命体征”[1]后,临床工作中的疼痛管理就越来越得到学者们的重视,特别是术后疼痛,对伤口愈合和不良反应的发生情况都有着直接或间接的影响,术后疼痛的重要性逐渐得到学者们的认可[2-3]。与成人相比,小儿由于更易发生强烈的免疫反应和缺乏中枢抑制机制,经历的疼痛体验较成人更为剧烈,良好的术后镇痛效果有助于小儿术后康复,减少术后并发症的发生率[2]。小儿扁桃体-腺样体切除术术后,咽喉痛、咽部充血水肿以及患儿因呼吸困难产生的紧张恐惧心理都会加重术后疼痛程度,影响患儿术后康复。本研究旨在探讨舒芬太尼复合小剂量曲马多用于小儿扁桃体-腺样体切除术术后镇痛的安全性和可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择择期行扁桃体-腺样体切除术的患儿50例,搜集病例资料的时间为2012年11月至2014年3月,年龄3~12岁,体质量13~40 kg,ASA分级Ⅰ~Ⅱ级,男性28例,女性22例,通过掷硬币将其随机分为2组,每组25例。所有病例无先天性心脏病和心肌炎;无呼吸道感染症状和哮喘病史;无胃食道反流性疾病,因其存在误吸风险。本研究获得重庆医科大学附属永川医院医学伦理委员会批准,患者签署知情同意书。

1.2 麻醉方法

50例患儿术前均常规静脉注射戊乙奎醚0.01 mg/kg。采用快通道诱导气管插管全身麻醉。入室后心电监护和开放静脉通道。诱导药:静脉注射咪达唑仑0.1 mg/kg、舒芬太尼0.5~1 μg/kg、丙泊酚1.5~2 mg/kg、维库溴铵0.1 mg/kg,气管插管后行容量控制机械通气;麻醉维持:吸入七氟烷1.5~2.5%、泵注丙泊酚6 mg/(kg·h)和舒芬太尼0.3~0.5 μg/(kg·min)维持麻醉。

1.3 镇痛方法

术毕患儿清醒、生命体征平稳、自主呼吸满意,拔出气管导管并开始术后镇痛。2组术后镇痛泵均采用“负荷剂量+背景剂量+患者自控镇痛(PCA)量”(LMP)模式,Ⅰ组配制药物:舒芬太尼2.0 μg/kg+曲马多2 mg/kg;Ⅱ组配制药物:舒芬太尼3.0 μg/kg。2组均配伍昂丹司琼0.3 mg/kg+地塞米松10 mg,加生理盐水稀释至100 mL。镇痛泵设置参数:背景输注2 mL/h,PCA0.5 mL/次,锁定时间15 min。

1.4 观察指标及统计学方法

术后所有患儿由对此研究双盲的同一麻醉医师访视,并记录2组术后2、4、12、24、48 h各时间点的平均动脉压(MAP)、心率(HR)、呼吸频率(RR)、脉搏氧饱和度(SpO_2)、术后48 h镇痛泵按压次数、镇痛泵用药总量以及恶心呕吐、皮肤瘙痒、嗜

[**通信作者**] 彭明清,E-mail:315747391@qq.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140910.0853.001.html(2014-09-10)