维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)05－0744－03

114 例小儿不明原因长期发热的临床分析

黄延风[1], 叶 梅[2], 朱朝敏[1]

(重庆医科大学附属儿童医院感染消化科,重庆 400014;2. 贵州省遵义市妇幼保健院,遵义 563000)

【摘 要】目的:探讨不明原因长期发热(FUO)患儿的病因及诊断方法。方法:回顾性地总结分析符合 FUO 诊断标准的患儿 114 例。结果:114 例中明确诊断有 90 例,确诊率为 78.9%,未能确诊 24 例(21.1%)。病因:感染性疾病 63 例(70.0%),结缔组织病 15 例(16.7%),肿瘤及恶性疾病 12 例(13.3%)。最终确定诊断的方法分别为:血清学和(或)细菌学检查 41 例,占 45.6%;组织活检 3 例,占 3.3%;骨髓检查 8 例,占 8.9%;影像学检查 20 例,占 22.2%;临床过程和(或)治疗反应观察 18 例,占 20.0%。结论:根据临床经过和必要的辅助检查可以明确 FUO 中的大多数病例的病因诊断;感染性疾病、结缔组织病及肿瘤性疾病是本组的主要病因。

【关键词】发热;原因不明;诊断;回顾性分析

【中国图书分类法分类号】R725 【文献标识码】B 【收稿日期】2004－12－29

A clinical analysis on 114 cases of fever of unknown origin

HUANG Yanfeng, et al

(*Department of Infectious and Digestive Disease, the Children's Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the causes and diagnostic methods of fever of unknown irigin(FUO). *Methods*: The clinical data of 114 patients with FUO were analyzed retrospectively. *Results*: The definite diagnosis was finally made in 90 cases, the definite diagnostic rate being 78.9%, 24 cases(21.1%) failed to be diagnosed. 63 definite cases(70.0%) were caused by infectious diseases; 15 cases(16.7%) were caused by connective tissue diseases. 12 cases(13.3%) were due to tumors and malignant diseases. a final diagnosis was made respectively by serology and(or) bacteriology(45.6%); biopsy(3.3%); bone marrow examination(8.9%); radiology(22.2%); clinical course and treatment(20.0%). *Conclusion*: Most patients with FUO could be diagnosed according to the clinical course and necessary aided examination. Infectious diseases, connective tissue diseases and tumor diseases were the main causes of FUO in the studied group.

【Key words】Fever of unknown origin; Diagnosis; Retrospective analysis

不明原因的长期发热(FUO)是儿科临床的疑难病症。其定义为持续发热 3 周以上,体温≥38.3℃,经体检、常规辅助检查不能确诊者[1,4],其病因诊断往往较困难。为探讨 FUO 的病因及诊断方法,我们对近十年在我院以"发热待查"收入院的 114 例 FUO 病例进行分析和讨论,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选择从 1994 年～2004 年在我院以"发热待查"收入院并符合 FUO 诊断标准的患儿 114 例。114 例中男 66 例,女 48 例;年龄 40 天～15 岁,热程 15 天～1 年 8 个月。

1.2 方法

回顾性分析入选病例的病因及确诊的最终诊断方法。

1.3 确诊方法

114 例中根据临床表现和相关检查明确诊断 90 例。获得确诊的最终诊断方法:血清学和(或)细菌学检查 41 例,占 45.6%;组织活检 3 例,占 3.3%;骨髓检查 8 例,占 8.9%;影像学检查 20 例,占 22.2%;临床过程和(或)治疗反应观察 18 例,占 20.0%。

2 结 果

在 90 例明确诊断的病例中,感染性疾病占 70.0%(63/

作者介绍:黄延风(1966－),男,硕士,主要研究方向:小儿肝病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

90)。其中结核感染 16 例,占感染性疾病的 25.4%(16/63),经细菌学和(或)影像学检查以及治疗反应确诊。16 例中,男 10 例,女 6 例,平均年龄 5.8 岁(10 月~13 岁),平均热程 2 月(半月~20 月),其中 9 例来自农村,占 56.3%。16 例中肺结核 8 例,其中 6 例胸片有典型结核表现;其中 5 例合并有肺外结核(结核性脑膜炎 4 例、腹腔结核 1 例),肺外结核 8 例(结核性脑膜炎 6 例、结核性腹膜炎 2 例)。其次呼吸道感染 14 例,其中反复上呼吸道感染 7 例,急性支气管炎 1 例,肺炎 6 例(其中 1 例为先天性肺囊肿伴肺炎)。沙门氏菌感染 13 例,占感染性疾病的 20.6%(13/63),13 例中,男 7 例,女 6 例,平均年龄 10.4 岁,平均热程 19 天。其中 5 例血培养或骨髓培养阳性,占 38.5%;白细胞降低 7 例,占 53.8%;丙氨酸氨基转移酶升高 4 例,占 30.8%;6 例做了血清肥达氏反应,阳性 2 例,占 33.3%。EB 病毒感染 10 例,占感染性疾病的 15.9%,临床表现有颈淋巴结肿大 8 例,占 80.0%;咽峡炎 8 例,占 80.0%;肝脾大 3 例,占 30.0%;EB-IgM(+)5 例,占 50.0%;白细胞升高 4 例,占 40.0%。其中 1 例患儿第一次住院时诊断为传染性单核细胞增多症,出院后仍发热,第二次住院经骨髓检查确诊为恶性组织细胞增生症。感染性疾病中另有 2 例为新隐球菌感染,1 例为新隐球菌脑膜炎,另 1 例为新隐球菌全身感染,分别经脑脊液培养和淋巴结活检确诊。

表 1　114 例不明原因长期发热的病因分类

病因	例数	病因	例数
感染性疾病	63	结缔组织病	15
结核感染	16	川崎氏病	7
呼吸道感染	14	STILL 病	7
沙门氏菌感染	13	系统性红斑狼疮	1
EB 病毒感染	10	肿瘤性及恶性疾病	12
新隐球菌感染	2	恶性组织细胞增生症	5
败血症	2	白血病	3
感染性心内膜炎	1	非何杰金氏淋巴瘤	1
百日咳综合征	1	肾母细胞瘤	1
并殖吸虫病	1	淋巴肉瘤伴淋巴白血病	1
化脓性骨髓炎	1	平滑肌肉瘤	1
泌尿道感染	1	未明确诊断	24
病毒性小脑炎	1		

结缔组织病 15 例(16.7%),其中川崎氏病 7 例,占 46.7%;临床表现均符合诊断标准且用静脉高效丙种球蛋白治疗有效;幼年型类风湿关节炎全身型(STILL 病)7 例,占结缔组织病的 46.7%。其中男 5 例,女 2 例;皮疹 4 例,淋巴结肿大、肝和(或)脾肿大及白细胞升高 3 例,经除外其它疾病后确诊,激素及非甾体类消炎药治疗有效。

肿瘤及恶性疾病 12 例(13.3%),其中男女各 6 例,平均年龄 6.5 岁,平均热程 41.7 天,均有进行性贫血、肝和(或)脾肿大,8 例血小板减少,8 例经骨髓检查确诊,2 例经病理活检证实。

未明确诊断 24 例,占 21.1%。其中疑诊感染性疾病 6 例、结缔组织病 6 例、肿瘤及瘤样病 8 例、免疫缺陷病 3 例,1 例发热伴胸壁包块,因未做活检未能确诊(表 1)。

3　讨　论

本组 114 例 FUO 患儿确诊率为 78.9%,低于国内外报道[2,6]。国内外报道均认为感染性疾病是儿童 FUO 的主要病因。国内董梅[2]等 1999 年报道为 30.8%,Chantada 等[5]报道为 36%。本组感染性疾病占 70.0%,居第一位,其中结核感染占首位,可能与近年来结核感染有上升趋势有关,也与本地区为结核的高发区及流动人口、农村人口比例较大有关;肺内和肺外结核各占 50%,肺外结核中结核性脑膜炎 6 例,加上肺内结核合并结核性脑膜炎 4 例,共 10 例,说明儿童结核感染易累及脑膜,该病病情重、进展快、死亡率高、预后差,应引起儿科医生的高度重视。沙门氏菌感染也占有相当大的比例,沙门氏菌感染多见于年长儿,往往表现为持续高热、中毒症状较重、白细胞降低,因此在感染性疾病的诊断中凡遇白细胞降低者,应除外沙门氏菌感染,首选的检查是血液或骨髓培养;EB 病毒感染是小儿 FUO 的常见病因,临床表现除发热外还有咽峡炎、颈淋巴结肿大、肝脾大、外周血白细胞升高及变异淋巴细胞升高,检测 EB-IgM,血嗜异凝集试验有诊断价值;对重型或治疗效果不好的 EB 病毒感染应做骨髓检查除外血液系统疾病。呼吸道感染仍然是感染性疾病的主要病因。值得注意的是,一些少见的病原体如新隐球菌也引起 FUO,1 例为新隐球菌脑膜炎,另 1 例为新隐球菌全身感染,后者引起全身淋巴结肿大,包括胸腔、纵隔、腹腔淋巴结肿大,心包积液,胸腔、腹腔积液及骨干骺端破坏。

结缔组织病在本组病因中占第二位。此类疾病缺乏特异的临床表现,常常不能早期作出诊断,因此热程较长,故凡遇发热时间长者,应考虑结缔组织病可能。本组川崎氏病最常见,该病大多数依靠临床表现、血沉、血小板计数、心脏彩色超声及治疗反应可确诊,但少数病例因表现不典型和医生对该病认识不足而延误诊断,本组川崎氏病中最长 1 例在院外发热 20^{+} 天未能确诊。其次 STILL 病是本组 FUO 的常见病因,其主要临床特征为长期发热、皮疹、淋巴结肿大及肝脾大、血沉高、外周血白细胞升高、血免疫球蛋白升高,抗核抗体和类风湿因子阳性者少见,诊断还须除外感染性疾病和血液系统疾病。

肿瘤及恶性疾病在本组 FUO 中占有一定比例(13.3%),因其进展快、严重威胁儿童生命,更需引起重视,尽早作出诊断。分析本组的临床特点及确诊方法,对长期发热伴有贫血、淋巴结肿大及肝脾肿大的患儿,应及时骨穿、淋巴结活检及胸腹部影像学检查,必要时需多次重复检查才能确诊。

未明确诊断 24 例,占 21.1%。其中 15 例怀疑非感染性疾病,6 例怀疑感染性疾病,3 例怀疑免疫功能低下,因实验室证据不足或住院时间太短以及病情太重,放弃治疗出院,

维普资讯 http://www.cqvip.com

未能确诊。

对通过临床表现及实验室检查仍不能确诊的 FUO,诊断性治疗不失为一种明确病因的手段,即先根据临床及相关检查确定疑似诊断,并给予相应的治疗,其治疗反应可印证临床诊断。

总之,大多数通过仔细检查和综合分析 FUO 可最终明确诊断。

参 考 文 献

[1] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳,主编. 诸福棠实用儿科学[M]. 第 7 版,北京:人民卫生出版社,2002:251.

[2] 董 梅,孙秀静,魏 珉. 不明原因长期发热的临床分析[J]. 中华儿科杂志,1999;37(7):426 - 428.

[3] 秦树林,刘晓清,王爱霞. 不明原因长期发热 110 例临床分析[J]. 中华内科杂志,1998;37(9):605 - 607.

[4] 卓 超,王其南,黄文平. 发热待查 125 例分析[J]. 重庆医科大学学报,2001;26(3):312 - 315.

[5] Chantada G, Casak S, Plata JD, et al. Children with fever of unknown origin in Argentina: an analysis of 113 cases [J]. Pediatr Infect Dis J, 1994;13:260 - 263.

[6] Lozano F, Towe - Cisneros J, Bascunana A, et al. Prospective evaluation ofb fever of unknown origin in patient infected with the human immunodeficiency virus[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 1996;15:705 - 711.

(上接第 735 页)

可充分发挥健康牙牙周组织的潜力和代偿功能,减轻松动牙牙周组织的负荷,使其得到生理性休息,提高了整个牙列的安全性,防止咀嚼过程对个别牙的损害。固定松动牙,延长牙齿的寿命,从而提高咀嚼效能。

牙列严重磨耗用固定义齿殆重建,恢复患者的垂直距离,使颌位变得稳定,殆力分布均匀,口腔舒适,咀嚼效能与正常牙列相似,患者感觉良好,精神心理因素得到改善,修复前无颞下颌关节紊乱病者,修复后未出现颞下颌关节紊乱症状,有症状者明显缓解或消失,与其它学者的观点一致[6]。

口腔修复临床医师应具备全面的口腔科知识,才能满足患者日趋变化发展的审美要求。才能成功地完成如本病例利用联合肌功能调整和美观的综合性口腔修复治疗。随着人们修复观念的改变,修复新技术、新工艺、新材料的不断开发利用,传统的修复技术与材料将逐步淘汰或逐步减少使用,人们期待着美观、耐用的高质量的修复体,不仅仅是能缓解疼痛和功能良好,而且还期待着用生物相容性材料制成的美观修复体,烤瓷牙具有良好的生物相容性,美观舒适,其颜色,外观质感逼真,色泽稳定,表面光滑,耐磨性强,不易变形,抗折力强,具有一定的耐腐蚀性,属于"长久性"修复。铸造金属烤瓷冠长期以来被证实是修复缺损或重建咬合的标准方法[7]。

参 考 文 献

[1] Briggs P, Bishop K. Fixed prostheses in the treatment of tooth wear[J]. Eur J Prosthodont Restor Dent, 1997;5(4):175 - 180.

[2] 马轩祥. 口腔修复学[M]. 第 5 版,北京:人民卫生出版社,2003:453.

[3] Hemanings K W, Darbar U D, Vanghan S. Wear treated with direct composite restoration our increased vertical dimension: Results at 30 moths[J]. J Prosther Dent, 2000;83:287 - 293.

[4] 宋兆峻,叶秀芬,宁 丽,等. 用吸光度法测定咀嚼功能的研究[J]. 口腔医学,1988;6(2):70.

[5] 徐君伍. 口腔修复理论与临床[M]. 第 1 版,北京:人民卫生出版社,1999;666 - 669.

[6] 胡常红,任乃华. 铸造殆垫式可摘局部义齿修复重建咬合 3 年临床观察[J]. 重庆医科大学学报,2004;29(4):515 - 517.

[7] Josef D, Curd G, Reinhold R Int. Treatment Behavior and Complete - Mouth Rehabilitation Using AGC Crowns: A Case Report[J]. J Periodont Rest Dent, 2001;21:373 - 379.