DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.02.042
第24卷第2期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 2
2002年2月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Feb. 2002

文章编号:1000-5404(2002)02-0207-02

论著

以发热为主要症状恶性肿瘤的诊断

黄海辉,梁 后杰 (第三军医大学附属西南医院肿瘤血液科,重庆 400038)

提 要:目的 深入探讨发热与恶性肿瘤的关系,提高临床医生对恶性肿瘤临床表现多样化的认识,从而提高诊断水平。方法 回顾自1996年以来国内公开发表讨论"不明原因发热"的文章26篇,涉及病例数1 251例,其中恶性肿瘤236例。结果 以发热为主要临床表现的肿瘤涉及多系统、各年龄层次,热型多样,容易误诊。结论 肿瘤在发热性疾病中占有重要的地位,并有发病率增高的趋势。重视病史采集、系统查体,积极开展活组织检查技术、提高尸检率和举办各种形式的临床病理讨论会是提高临床诊断水平的重要措施。

关键词:发热;原因不明;恶性肿瘤
中图法分类号:R441.3;R730.4 文献标识码:A

Diagnosis of malignant tumors with fever as principle symptom

HUANG Hai-hui, LIANG Hou-jie (Department of Cancer and Hematologic Disease, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To inform clinical practitioners the diversities of malignant tumors and to facilitate diagnosis based on the awareners of the relation between fever and tumor. Methods A Total of 26 published reports since 1996 on undetermined fever, in which totally 1 251 patients were involved were included in this retrospective study. The diagnosis of 236 patients with tumon were reviewed. Results Malignant tumors, with fever as a principle symptom, could be found in a wide range of organic systems and ages. Misdiagnosis were common because of the diversified fever types and atypical symptoms. Conclusion Malignant tumors constitute a high proportion in diseases with undetermined fevers and the morbidity tends to increase. The improvement of diagnosis should depend on detailed medical history collection, systemic physical examination, improved biopsy technic increased accuracy in autopsies, and different kinds of clinical pathology conferences.

key words: fever of unknown origin; malignant tumor

发热是临床工作中最常见的症状之一,可大致分为感染性和非感染性两大类。大多数病例能通过询问病史、查体、辅助检查明确诊断,但有时发热的诊断异常困难,甚至需要尸检才能明确;近年来发现,在大多数综合性医院里,发热病因中恶性肿瘤性疾病比例明显增高,而且诊断比较困难,漏诊、误诊时有发生。为此,我们收集了1996年以来国内公开发表的讨论发热病因的文章26篇,涉及病例数1 251例,并对发热与恶性肿瘤的关系进行了较深入的探讨。

1 一般资料

本研究收集了自1996年以来国内公开发表讨论"不明原因发热"的文章26篇,其中个案报道9篇,回顾性病例分析17篇。病例涉及的年代为1953—1999年,涉及病例数1 251例,其中诊断为恶性肿瘤的病例数为236例。

2 结果

2.1 肿瘤分布

几乎各系统的恶性肿瘤均可以发热为首发或主要临床表现,从可收集到诊断明确的170例患者情况来看主要为下列肿瘤,见表1。

表1 发热与恶性肿瘤之间的关系

Tab 1 Relationship between Fever and Malignant Tumor

Origin of maglinant tumor	*n*	%
Lung	10	5.9
Cardiovascular system	2	1.2
Thyroid	1	0.6
Gastrointestinal tract	23	13.5
Liver	17	10.0
Pancreas	4	2.3
Genital system	6	3.5
Metastatic tumor	6	3.5
Kidney	2	1.2
Prostate	1	0.6
Adrenal	3	1.8
Central nervous system	2	1.2
Multiple myeloma	1	0.6
Leukemia	26	15.3
Lymphoma	39	22.9
Malignant histocytosis	27	15.9

2.2 发热情况

患者的热程在1月到2年之间,可统计体温者231例,体温范围37.5~41.2 ℃,其中37.5~38 ℃ 123例(53.2%),38~39 ℃ 75例(32.5%),39~41 ℃ 29例(12.6%),高于41 ℃ 4例(1.7%)。热型多样:不规则热197例(85.3%),弛张热15例(6.5%),稽留热9例(3.9%),间歇热7例(3.0%),回归热3例(1.3%)。

2.3 容易误诊的恶性肿瘤

2.3.1 淋巴瘤 本组以发热为主要表现的淋巴瘤患者中,有27例提供了误诊情况,其中误诊为溃疡性结肠炎、克隆病、

作者简介:黄海辉(1971—)男,福建省龙岩市人,硕士,主治医师,主要从事肿瘤放化疗研究。电话:(023)68754333
收稿日期:2001-06-18;修回日期:2001-08-27

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

肺结核、胆道感染、原发性肝癌、胰头癌、结节病、Still 病、胃肠炎、消化性溃疡、肠结核、恶性组织细胞病各 1 例，感染的 12 例、诊断不明 2 例，仅 1 例临床诊断与尸检符合。通过尸检、剖腹探查、组织活检证实肿瘤的原发部位包括：胃肠道、肠系膜、纵隔淋巴结、肝脏、胰腺、脾脏、肺及皮肤等。可见淋巴瘤的发病部位多、临床表现复杂、起病隐匿，误诊率很高[1]。

2.3.2 恶性组织细胞病(恶组) 27 例患者中有 9 例提供了诊断情况，其中误诊 8 例，为结核、伤寒、白塞病、恶性淋巴瘤、坏死性小肠炎、韦格肉芽肿及上呼吸道感染等，只有 1 例在入院时考虑为恶组。

2.3.3 AFP 阴性的肝癌 典型的原发性肝癌患者由于肝区疼痛、肝脏包块、AFP 阳性等诊断多较明确，但对 AFP 阴性、以发热为首发症状的肝癌患者来说，误诊情况较常见。43 例患者分别被误诊为肝炎、肝硬化、胆囊炎、胆石症、胰腺炎、肝脓疡、胸膜炎等[2]。

2.4 确诊依据

提供确诊方法的病例 157 例，其中实体瘤 81 例(影像学检查 21 例，内窥镜检查 28 例，活组织检查 15 例，手术探查 14 例，尸检 3 例)，血液及造血系统肿瘤 76 例(内窥镜检查 1 例，活组织检查 19 例，骨髓检查 24 例，手术探查 20 例，尸检 12 例)。

3 讨论

3.1 恶性肿瘤在以发热为主要表现临床疾病中的地位

从文献报道看，感染、恶性肿瘤、结缔组织疾病占了整组病例的 90%以上，其中感染所占的比率为 36.4%～79.2%、肿瘤为 7.2%～40.2%、结缔组织病为 3%～32.4%。肿瘤虽然不是所占比率最高的疾病，但其危害却是最大的，误诊、漏诊、延误诊断都将直接导致治疗时机的贻误。并且随着科学卫生事业的发展和医疗保健的普及，感染性疾病有降低的趋势，而环境污染的加剧导致肿瘤性疾病有增高趋势，更应该引起广大医务工作者的关注。

3.2 肿瘤与外周血 WBC

通过分析部分病例的血 WBC 计数和分类发现，一些发热肿瘤患者的血 WBC 与其发热程度存在“矛盾”或“不协调”，即 WBC 计数高而发热温度较低；另一方面，WBC 计数与分类也存在“不协调”，即计数明显增高、有时伴感染性骨髓像而中性粒细胞不升高或仅轻微升高。血象的变化在肿瘤病人是多种多样的，有上述表现的只是部分病例，并且随着治疗的干预血象也在经常的变化中，但如果出现上述情况应考虑到肿瘤的可能。

3.3 肿瘤性发热与萘普生的诊断性治疗

Chang 报道对 63 例不明原因发热病人口服萘普生(Naproxen)250 mg、2 /d，最终诊断为肿瘤性发热的 50 例患者中有 46 例在用药后 12 h 内体温降至正常，服药期间体温可维持正常；诊断为感染性发热的 13 例患者中 12 例用药后热型不受影响，1 例体温部分下降。罗斌[3]对 5 例实体瘤发热患者也进行了类似的试验，5 例患者的体温均在 12 h 内降至正常，用药期间体温维持正常，停药后有 4 例患者的体温在 24 h 内又恢复至用药前水平。杨美月[4]的报道证实该方法对血液系统肿瘤也有效，并可部分降低结缔组织疾病患者的体温(约 1 ℃)，但对肿瘤合并感染的患者无效。因此可以应用萘普生作为缩小诊断范围的工具，在各种检查、抗感染治疗无效的基础上，对不明原因的发热病人，如果对萘普生产生迅速完全的降温(24 h 内)、停药后 24 h 内体温回升反应的多为肿瘤病人。

3.4 肿瘤性发热与 TNF-α

薛原等[5]采用双抗体夹心法测定感染性、系统性红斑狼疮、肿瘤性发热患者、正常人的血清 TNF-α 水平发现，TNF-α(pg/ml)值为：感染组(2 535.59 ± 2 432.53)＞肿瘤组(999.5 ±673.5)＞系统性红斑狼疮组(580.16±298.32)＞正常组(109.07 ±9.07)。Balkwill 还报道血清 TNF-α 水平在肿瘤活动期明显高于缓解期。通过检测血清 TNF-α 水平来帮助肿瘤诊断的报道较少，但从上述调查结果来看，血清 TNF-α 水平可能对肿瘤诊断和疗效评判有一定的指导意义。

对不明原因发热病人，如果初步排除了感染性和结缔组织疾病，应想到恶性肿瘤的可能。但这些病例往往不典型，发热可能是其早期主要的临床表现，随病情进展，与原发病相关的症状终会显露出来，对于这些病人不应过早排除肿瘤的可能，应对病情变化进行动态观察。

现在的辅助检查仪器越来越先进，可进行的检查也越来越多，但这些都不能代替完整的病史收集和全面系统的查体。在误诊的病例中有不少是缺乏详细的病史采集和系统查体所导致的。活组织检查的优越性在于它可明确肿瘤的病理分型，直接指导临床诊疗。近年来，随着影像学的发展和穿刺器械的改进，使得许多深部组织的活检成为可能，通过超声、X 线、CT 甚至血管造影的引导，对肺、肾、肝等脏器的活检逐渐增多；内窥镜的发展使泌尿生殖系统、消化系统肿瘤检出率增高。在各种手段均未能明确诊断的情况下，结合患者情况，手术探查也是必要的。即使运用各种手段，许多病例仍诊断不明，如果能在患者死后进行尸检，不仅可以明确诊断，更为临床医生提供了一个难得的联系临床表现—病理改变、回顾诊治得失的机会，加深对疾病的认识。

参考文献：

[1] 李龙芸，崔朝勃，王树兰，等. 124 例疑难发热病的诊断[J]. 中华内科杂志，2000，39(5)：323－327.

[2] 李志坤. 以发热为主要临床表现的原发性肝癌误诊分析[J]. 广西医学，1997，19(4)：659－660.

[3] 罗 斌，王文治. 萘普生诊断肿瘤性发热 5 例[J]. 中华肿瘤杂志，1996，18(6)：425.

[4] 杨美月. 肿瘤患者不明原因发热鉴别诊断中萘普生的应用[J]. 实用医学杂志，1996，12(12)：794－795.

[5] 薛 原，叶德富，黄子洲，等. 长期发热患者血清 TNF-α 的检测[J]. 福建医科大学学报，1998，32(3)：275－276.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net