

# 发热持续3周以上,体温38.3℃以上,不能明确诊断 当临床医生遇上不明原因发热

▲ 本报记者 宋菁

在临床上,遇上一例不明原因发热患者,接下来要怎么做?发热持续3周以上,体温在38.3℃以上,经详细询问病史、体格检查和常规实验室检查仍不能明确诊断的不明原因发热患者,医生应考虑哪些因素?如何抓住临床表现、体格检查和初步实验室检查中某一有意义的特征点,直接切入病因主题,开展相关检查并制订治疗方案,是非常关键的。

发热待查(FUO)有明确的定义,是指发热3周以上,体温(肛温)>38.3℃,入院后1周经过细致全面的检查仍无法明确诊断者。其复杂性在于:病因复杂,可由多类疾病引起,无法明确归类;诊断复杂,不能在较短时间内获得病因;涉及多个学科,对各科医师都可能是一种挑战;有一部分患者始终没能明确诊断。



李太生 教授



唐忠志 教授

## 病因复杂 且无法明确归类

广州军区武汉总医院急诊科唐忠志教授介绍,引起FUO的病因很多,其中感染相关性疾病占30%~50%,结缔组织相关性疾病占10%~20%,肿瘤相关性疾病占5%~10%,其他(如药物热、甲状腺功能亢进症、栓塞、伪热等)占10%~20%,最终仍诊断不明者占10%~25%。

北京协和医院感染内科李太生教授总结其院感染科2013年对过去26年间收治的997例FUO病例的病因发现:感染性疾病占48.0%,结缔组织病占16.9%,恶性肿瘤占7.1%,有20.1%的患者未能明确诊断。结核病居感染性疾病的第一位(占45.4%,且多为肺外结核),而淋巴瘤则是引起发热的恶性肿瘤性疾病的常见原因。

李太生教授指出,近

年来,随着器官移植、免疫抑制及HIV感染病例的增多,FUO的病例也随之增加。

有学者在经典FUO的基础上相应增加了医院内感染FUO、免疫缺陷者FUO及HIV感染者FUO的分类。医院内感染FUO定义为住院≥48h后持续发热≥3d,体温≥38.3℃,而入院时不发热或不处在感染潜伏期,其常见病因为各种医院内感染、手术后感染并发症、药物热等。

免疫缺陷者FUO主要见于中性粒细胞缺乏者,发热≥3d,体温≥38.3℃,而血培养48h后仍为阴性结果,其常见的病因为感染。

HIV感染者FUO见于HIV阳性者,发热>4d,体温≥38℃,或住院中发热>3d。

## 无法短时间获得病因 诊断尚无统一金标准

唐忠志教授表示,FUO临床上诊治非常困难。全面了解病史、细致观察病情、具体分析每一项异常辅助检查,综合做出诊治决策,才能提高对发热患者诊断的准确性,减少患者痛苦。临床医生可参考FUO鉴别诊断流程进行诊治(图1)。

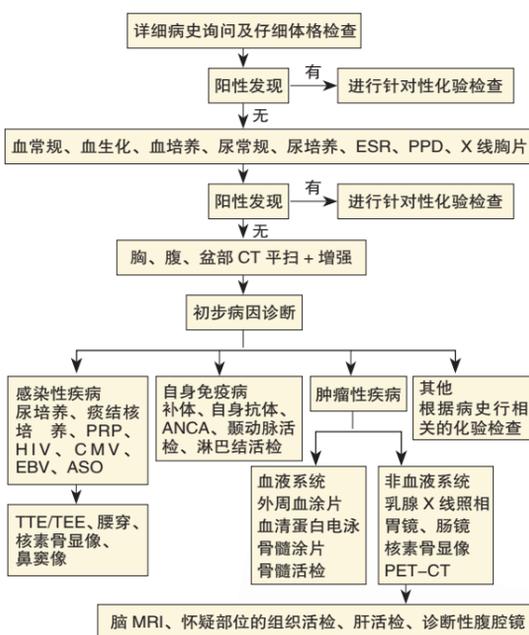
### 获得详细病史和体格检查

唐忠志教授指出,通过病史的询问,以期获得有潜在诊断价值的线索。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。

问诊需关注的信息包括:(1)家族史和个人既往史。药物史:如抗糖尿病药物、抗结核药物、激素的使用;最近实施的手术;精神病史:抗精神病药物恶性症候群;免疫缺陷:HIV阳性、移植术后患者、肿瘤、结核;(2)最近治疗:抗生素、安定药、扑热息痛、最近的化疗、免疫抑制剂。(3)过敏史。(4)现病史:年龄>65岁;发热的起因和进展;相应器官或系统的伴随症状(定位的症状);生活环境:街道、家中、生活环境不确定;近期旅游史,去了哪些国家等。

各系统的全面体检,发现具有诊治意义的体征;注意伴随的体征;注意把握一些常见病的非特征表现;针对性、多时间点采集线索。

李太生教授也表示,详细的病史询问和体格检查尤其重要。病史中对抗菌药物的反应、牛羊接触史或体格检查中的心脏杂音等任何微小信息都可能为



注:RPR:梅毒初筛的快速血浆反应素环状卡片试验;CMV:巨细胞病毒;EBV:EB病毒;ASO:抗链球菌溶血素“O”;TTE/TEE:经胸超声心动图/经食管超声心动图;ANCA:抗粒细胞浆抗体

图1 不明原因发热鉴别诊断的参考流程

病因的迅速查找提供重要依据。需要注意的是,由于疾病的发展有其自身的时间规律,有些症状、体征是逐步显现出来的,所以体格检查一定要反复进行。

### 有侧重的辅助检查

唐忠志教授介绍,进行实验室等辅助检查时应明确,血、尿、便三大常规,红细胞沉降率,C反应蛋白,胸部X线和腹部超声等检查为所有FUO患者必须进行,针对不同病情筛查应有所侧重。

### 注重诊治细节

李太生教授指出,目前,国内外均无相应的指南可以参考,同时患者的处理又是非个体化。依据我院多年诊治疑难FUO病例的经验,有3点处理原则非常重要。

### 注重病原学检查的重要性

每例FUO患者的鉴别都需要仔细寻找可能的感染性病因,而基本的血培养、尿培养及体液培养、涂片及病原学检查很必要,尤其是在经验性抗生素使用之前。

警惕药物诱发的发热 在其他病因引起的发热中,药物热不少见。在FUO病例使用抗生素无效,临床未发现明确感染病灶,同时患者生命体征平稳的情况下,停用所有抗生素及其他不必要药物,以除外药物因素诱发发热的可能。

老年患者的有创检查需要非常慎重 任何用于明确病因为目的的有创检查手段实施前必须充分权衡利弊,考虑老年患者的耐受性及可能的风险。

## 必要时进行诊断性治疗

唐忠志教授表示,如患者经各种检查仍未能找到发热的原因,或由于条件限制无法进行相关的检查,必要时可根据高度怀疑的疾病进行相应的治疗。在发热患者的诊断性治疗中,最常用的药物为抗菌药物。在选用抗菌药物作诊断性治疗时,应尽量选用针对所怀疑的致病菌有特效的药物,并应考虑厌氧菌感染的可能性。

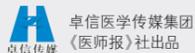
李太生教授也强调,对FUO病例常规使用抗菌药物、抗病毒药或类固醇激素的后果非常危险,可能经过这样处理后患者的症状得到暂时缓解,但许多FUO病例因此感染加重、贻误诊治。在病因未明前,应慎用糖皮质激素。



医师报

社址:北京市西城区西直门外大街1号西环广场A座17~18层 邮编:100044 广告经营许可证号:2200004000115

编委会主任委员:张雁灵  
 编委会名誉主任委员:殷大奎  
 编委会副主任委员:  
 杨民 庄辉 蔡忠军  
 梁万年 胡大一 郎景和  
 王辰 马军 赵玉沛  
 张澍田 齐学进  
 总编辑:张雁灵



卓信医学传媒集团  
 《医师报》社出品  
 社长 王雁鹏  
 常务副社长兼执行总编辑 张艳萍  
 副社长 黄向东  
 副总编 杨进刚

新闻人文中心主编 陈惠 转6844  
 新闻人文中心助理 张雨 转6869  
 新闻人文中心助理 杨萍 转6847  
 学术中心主编 许奉彦 转6866  
 学术中心助理 袁佳 转6858  
 市场部总监 张新福 转6692  
 市场部常务副总监 李顺华 转6614

市场部副总监 陈亚峰 转6685  
 公共关系部部长 于永 转6674  
 公共关系部副部长 王蕾 转6831  
 公共关系部副部长 林丽芬 转6889  
 新媒体副主管 宋攀 转6884  
 法律顾问 邓利强  
 首席医学顾问 张力建

东北亚出版传媒主管、主办 网址:www.mdweekly.com.cn 邮箱:ysb@mdweekly.com 微信号:DAY12006

每周四出版 每期24版 每份4元 各地邮局均可订阅 北京国彩印刷有限公司 发行部电话:(010)58302970 总机:010-58302828