

发热作为最常见的一类临床表现，除感染性疾病为其主要病因外，亦可见于多种疾病，缺乏特异性。及时、准确地诊断和治疗发热，对内科各分支学科医生来说很重要，同时也具有挑战性。

7月28日，在首届全国发热性疾病学术会议暨内科抗菌药物合理应用研讨会上，来自感染、风湿免疫、血液系统等多学科领域的领军专家荟聚一堂，就发热性疾病的诊疗从不同学科角度进行了深度研讨。

大会主席、北京大学第一医院王贵强教授在会上表示，发热性疾病（或不明原因发热）涉及到多个专业、科室，病因构成多样、诊断棘手，是颇具普遍意义的一个研究对象。中国医师协会首次组织全国会议，希望能将发热性疾病作为内科疑难杂症的一部分，通过内科专业委员会的平台，以专题报告、病例讨论等课程形式，为内科医生提供一个优质的讨论、交流平台，提升内科医生的诊疗水平。



首届 2017 全国发热性疾病学术会议在京召开 多学科聚焦 名家共话发热性疾病

▲医师报记者 袁佳 见习记者 张晶

风湿免疫疾病

风湿免疫病发热特征性检查与规范治疗



栗占国 教授

北京大学临床免疫中心主任栗占国教授分享了风湿免疫病相关的发热待查。栗教授指出，发热是风湿免疫病最常见的临床表现之一，弥漫性结缔组织病、累及皮肤及其他组织的疾病都有发热表

现，风湿性多肌痛也常伴有发热。此外，如抗磷脂综合征、IgG4 相关性疾病等十余种难诊断、较不常见的风湿免疫病也都有发热的临床表现。发热热型（排除感染、肿瘤因素的发热）对于风湿免疫病的临床诊断具有很好的提示意义。

栗教授介绍，风湿免疫病临床表现常有发热伴随关节炎、口腔溃疡、皮疹、蛋白尿等临床表现；实验室检查，尤其是免疫学检查的异常对免疫疾病的

诊断十分重要。需要注意的是，风湿免疫病也常伴随肿瘤和感染，因此临床表现的甄别以及正确诊断思路的运用至关重要。

风湿免疫病发热的疾病中，多数结缔组织病易治。临床治疗主要有糖皮质激素、免疫抑制剂、羟氯喹、生物制剂，以及植物药、JAK 抑制剂等。栗教授强调，风湿免疫病治疗理念需要注意早发现、积极治疗、个体化用药，同时强调激素和免疫抑制剂的规范使用。

自身炎症性疾病

多学科探讨成人自身炎症性疾病



王贵强 教授

北京大学第一医院感染疾病科主任王贵强教授分享了有关自身炎症性疾病的精彩内容，他介绍，自身炎症性疾病（AID）又称遗传性周期性发热综合征，主要是由于基因突变引起炎症体复合物的失调，使促炎细胞因子 IL-1 β 过度产生，从而引起了全身性和（或）局部的炎症。该

病无自身抗体的产生，白介素超家族在该病的发生发展中发挥重要作用。该病的临床表现主要有发热、皮疹、关节痛、关节炎、眼部病变、腹痛等。近年来发现，多基因及非基因因素也有可能引起这种炎症，可分为周期热型和长期发热型。

王教授指出，AID 实际涉及到内科、皮肤科、骨科等多科室。成人 AID 长期发热型的诊断要点有：原因不明的发热超过 14d；伴或不伴有多关节炎（痛），多浆膜炎，多个淋巴结肿大，皮疹等；排除已知的发热原因，如感染、肿瘤、自身免疫病

等；炎症细胞因子或（和）炎症指标阳性；若有关炎症基因变异检测阳性，则进一步明确诊断。

AID 的治疗主要有非甾体类抗炎药、糖皮质激素、秋水仙碱、IL-1 阻断剂及 IL-1 β 的单克隆抗体。此外，“IL-1 拮抗剂治疗有效”可以作为诊断依据之一。

王教授表示，目前成人自身炎症性疾病的临床特点和诊断标准仍缺乏；自身炎症性疾病相关基因检测临床意义尚需进一步研究。希望通过大会平台开展多学科中心合作，协同进行 AID 的系统性研究。

感染性疾病

不明原因发热： “有的放矢”的检查结合诊断性治疗



陈佰义 教授

中国医科大学附属第一医院感染性疾病科主任陈佰义教授介绍，感染性发热按照病程分类，一般将 2 周内的急性发热称为“发热待查”；将慢性发热 2~3 周以上，且根据炎症指标、感染部位（SOI）、

原发性血流感染、传染病的临床评估思维仍无法诊断，归为不明原因发热（FUO），但 FUO 定义只具有相对意义。

陈教授介绍，不明原因的感染性发热可分为不典型常见感染与不常见典型感染两大类，不同感染类型的临床表现差异结合实验室检查对诊断大有裨益。不典型的常见感染包括细菌感染、病毒感染；不常见的典型感染包括细菌（如巴尔通体），病毒有登革热、布尼亚病毒，真菌有组织胞浆菌

病，立克次体有恙虫病，螺旋体以及寄生虫等。陈教授指出，对于不常见的典型感染诊断，需要结合流行病学与相对“特异”的临床表现。

当病因一时难以查明时，可进行诊断性治疗，期待获得疗效而做出临床诊断；诊断治疗应选用特异性强、疗效确切及安全性好的治疗药物；剂量应充足并完成整个疗程，无特殊原因不得随意更换试验药物。“治感染，表里兼顾；诊发热，内外双修。”陈教授最后强调。

血液系统疾病

多方参考诊断粒细胞低下伴发热 理性抗感染治疗



张晓辉 教授

感染是中性粒细胞减少/缺乏的主要合并症，其中细菌感染是主要的发病和死亡原因。北京大学人民医院血液病研究所张晓辉教授指出，多数血液病患者因感染出现发热，但非感染性发热也并不少见，如异基因 HSCT 患者，诊断治疗均需慎重。

张教授介绍，鉴别诊断病原体需要参考多个方面：根据累及部位推测病原，呼吸道及血液是最常见的感染部位；不同时期感染病原分布，细菌/真菌感染在移植早期较常见，占到 49%，病毒感染在移植中期较常见，占到 47%；实验室检查、影像检查、病原学的培养、有创的病理学检查，以及经验治疗可作为诊断参考。

粒细胞低下患者发热的诊断鉴别需要注意几点：（1）根据患者病情的轻重缓急，灵活应用指南；（2）动态的思路，鉴别诊断贯

穿于经验性治疗的过程中；（3）严密观察病情变化通过经验性治疗的效果推断或排除可能的病原；（4）同时积极寻求辅助措施明确病灶和病原学证据；（5）重视但不可轻率诊断非感染发热。

对于抗生素的选择，张教授归纳了几方面的参考因素，如可能的致病菌、机体的免疫状态、抗菌素的特征。治疗无效可能与感染部位抗菌素浓度、感染部位的其他因素、医生诊断是否准确、是否产生耐药、是否出现二重感染有关。