



各项检查全做遍

反复发热为哪般？



## 病例简介

男性，42岁，主诉：反复发热4月余。

### 1.现病史：

患者**2020-2-22**无诱因出现发热，**Tmax 39.2℃**，无畏寒及寒战，伴咳嗽、咳白色泡沫痰，无其他伴随症状，当地抗感染**2**天后体温平、咳痰好转（具体抗生素种类及剂量不详），**4**天后停抗生素。此后**2020-3**至**2020-5**患者反复发热**3-4**次，**Tmax 38-39℃**，每次予头孢类抗生素**1**天后体温可正常，停抗生素数天后再次反复。

**2.2020-5-14再次发热，于当地住院查血常规：WBC 7.4X10<sup>9</sup>/L，N% 84.1%，Hb 101g/L，hsCRP 77.9mg/L；血培养\*1次为格氏链球菌（青霉素G、头孢噻肟、喹奴普汀-达福普汀、克林霉素、四环素、左氧氟沙星、氯霉素、万古霉素均敏感，红霉素耐药）；胸腹盆CT：肝脏体积增大；脾脏体积增大（长径12.6cm）；骨穿：反应性组织细胞增多骨髓象，淋巴瘤待排；骨盆X片、肿瘤指标、ANA、胃镜（-）；5-20予阿莫西林/舒巴坦+左氧氟沙星抗感染，5-21体温平，5-29停抗生素出院。**

**2020-6-19患者再次发热，Tmax 39℃，伴畏寒，无寒战，伴咳嗽，咳少量白痰，于我院门诊查血常规：WBC  $6.92 \times 10^9/L$ ，N% 82.1%，Hb 106g/L，hsCRP 16.0mg/L，ESR 45mm/H，PCT 0.03ng/mL。为明确诊断和进一步治疗，于06-23收住我院感染病科。**

4.病程中曾出现游走性皮肤刺痛，无明显红肿、皮疹等，否认近期外伤、针刺伤、纹身、皮损、牙痛、牙科操作史，否认鸽粪、牛羊、家禽等接触史，否认宠物饲养史。起病以来，精神稍差，睡眠、饮食尚可，二便如常，体重较前变化不大。

既往史：否认高血压、糖尿病、冠心病、先天性心脏病、瓣膜病史。数年前外院曾行痔疮手术病史。

## 检查及诊疗情况

### ◆体格检查：

◆T 38.7℃，P 90次/分，R 18次/分，BP 110/60mmHg，Wt 70kg

◆颈静脉无怒张，浅表淋巴结（-），胸骨无压痛，双肺清，心律齐，心尖区可闻及III级收缩期杂音，无震颤，肝脾肋下未及，双下肢不肿，神经系统检查（-）。

# 实验室检查

- ◆血常规：WBC  $4.22 \times 10^9/L$ ，N 80.7%，Hb 88g/L
- ◆炎症标志物：ESR 45mm/H，CRP 94.1mg/L，PCT 0.07ng/mL；
- ◆肝肾功能电解质：基本正常
- ◆ASO、呼九联、肺炎支原体抗体、G试验、隐球菌荚膜抗原：（-）
- ◆病毒抗体：巨细胞病毒IgM、风疹病毒IgM、弓形虫抗体：（-）；EB病毒壳抗体IgA：（+）阳性；EB病毒壳抗体：IgM（-）T-SPOT A/B：0/1 自身抗体：（-）  
肿瘤标记物（-）

## 2. 影像学检查

- ◆胸部CT：未见活动性病变
- ◆PET-CT：（-）



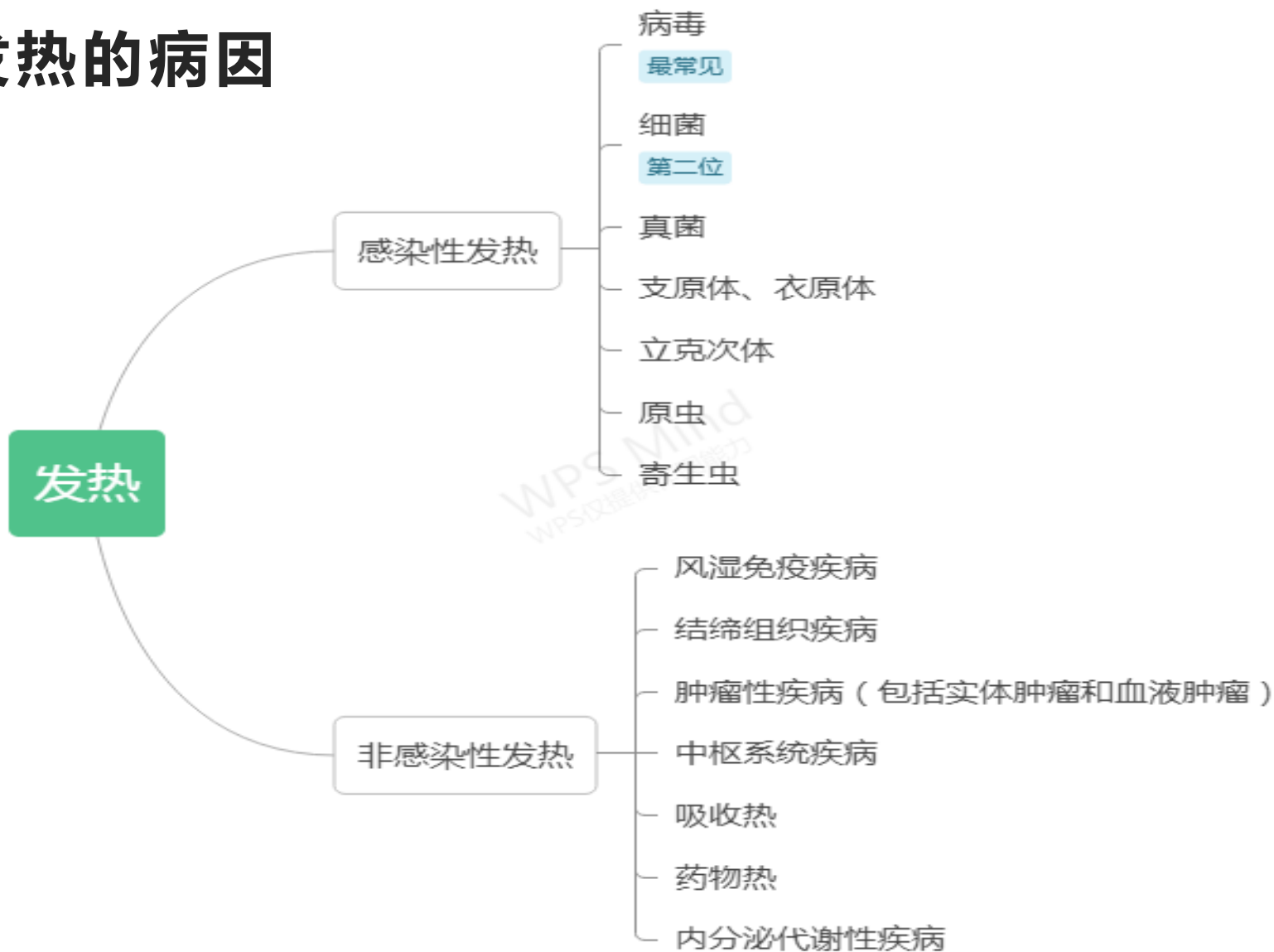
# 问题

- 1. 发热原因考虑为感染性or非感染性
- 2. 下一步做哪些检查

# 总结病例特点

- 男性，42岁。慢性病程。
- 患者近4个月反复发热，体温：正常-Tmax：39.2℃，无明显感染症状，应用抗生素（头孢类）敏感。曾出现游走性皮肤刺痛。
- 既往体健。
- 查体：心尖区可闻及3级收缩期杂音，无震颤。
- 辅查：血常规：WBC计数正常，N%略高，轻度贫血；  
生化（-）  
感染指标：PCT不高，ESR、hsCRP多次高于正常。  
病原学：血培养敏感的格氏链球菌。呼九联、肺炎支原体、衣原体、G试验、  
隐球菌荚膜抗阴性。EB病毒壳抗体IgA：(+)阳性。T-SPOT A/B：0/1  
肿瘤及风湿免疫、结缔组织疾病筛查：阴性。  
影像学：肝、脾大；胸部CT（-）  
骨穿+活检：异常增生组织细胞，淋巴瘤待除外。

# 发热的病因



# 发热伴脾大

## 发热伴肝脾肿大

### 感染性

#### 细菌感染

- 各种菌败血症
- 结核分枝杆菌
- 布氏杆菌
- 沙门氏菌
- ...

#### 病毒感染

- EBV感染
- 肝炎病毒

#### 真菌感染

#### 寄生虫、原虫

- 血吸虫
- 弓形虫
- 疟原虫
- ...

### 非感染性

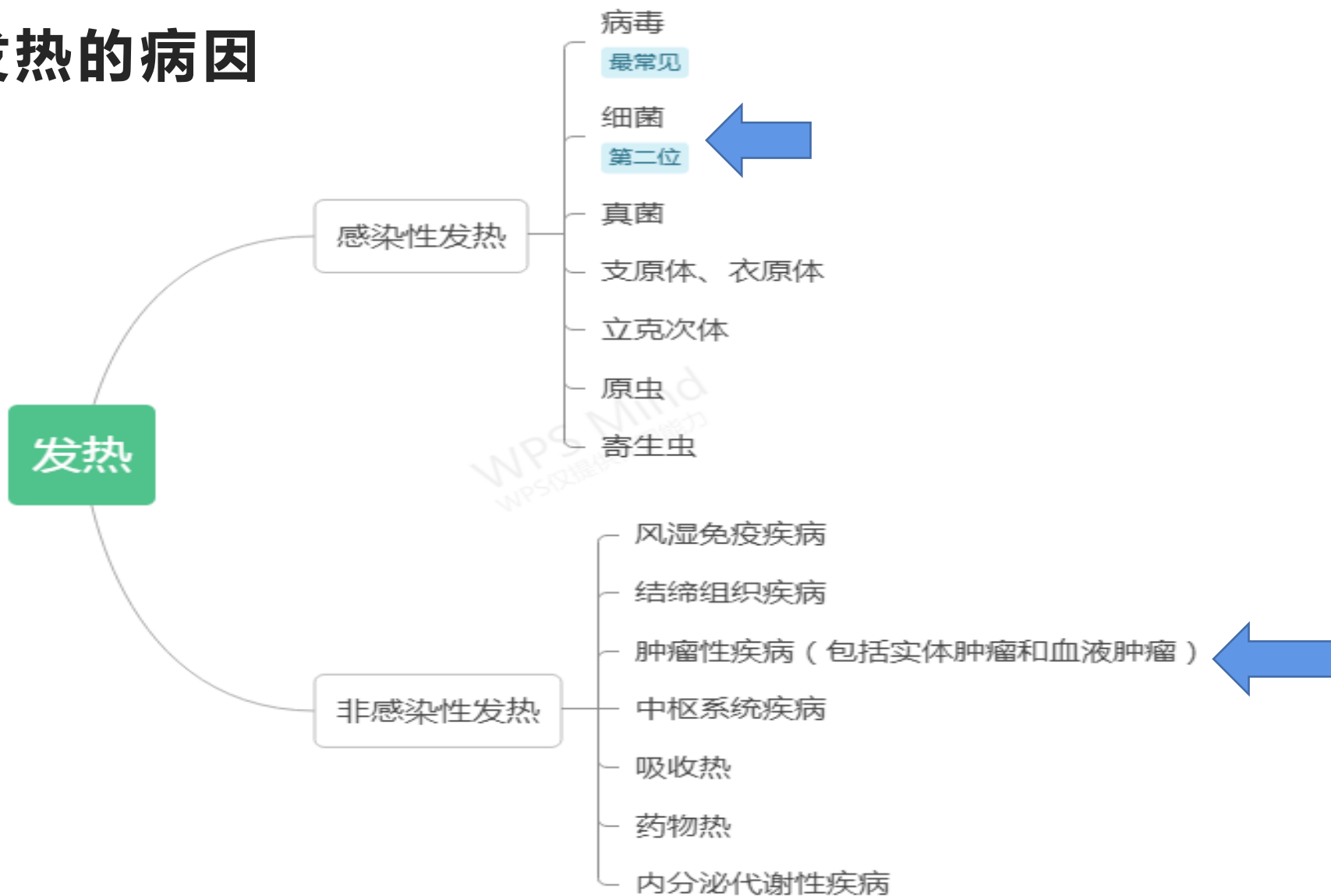
#### 风湿免疫疾病

- 类风湿
- SLE

#### 血液系统疾病

- 白血病
- 淋巴瘤
- 骨髓增殖性疾病

# 发热的病因



## 鉴别诊断：

1. 感染性心内膜炎：格氏链球菌和戈登链球菌，应该是同种链球菌，中文表达差别。不同时间血培养为戈登链球菌，应考虑有临床意义，菌血症诊断明确。戈登链球菌属于草绿色链球菌群，是社区获得性感染性心内膜炎常见病原体。多亚急性起病，常发生于伴器质性心脏病患者，无器质性心脏病患者约占10%，主要表现为发热伴全身感染表现如乏力、贫血等，稍后期出现脾大。结合该患者反复发热，每次短期抗感染即有效，停药后反复，伴脾大，入院查体心脏明显杂音，故首先考虑该诊断。

2. 深部脓肿伴菌血症：患者反复发热，血培养链球菌，抗感染有效，停药后反复，还需考虑其他隐匿性感染灶如深部脓肿可能，但流行病学数据显示这种机会并不常见。同时，患者外院PET-CT及其他影像学未提示隐匿性脓肿灶，似不支持本病诊断。

## 鉴别诊断：

3. 血液系统疾病：患者反复发热、脾肿大，外院第一次骨穿考虑淋巴瘤待排，但患者抗感染后体温有下降，体检及PET-CT未见明显淋巴结肿大或代谢增高，两次骨穿均未见明确肿瘤提示，所以本病证据不足。

4. 疟疾、血吸虫感染、黑热病、布鲁菌病等，均可引起发热伴脾肿大。但本患者使用头孢菌素，体温即可降至正常，可以暂不考虑这类疾病。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/757065155123006134>